



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

פסיכואקטואליה

ממשבר להתמודדות

התפתחות היסטורית תאורטית
של הפסיכוסומטיקה
[עמ' 50](#)

טיפול פסיכודינמי קצר מועד
תמיכתי-פרשני רגיש לטראומה
[עמ' 57](#)

בין החזקה להישמטות: אתגרים בשיקומן
התעסוקתי של נשים שמחלימות מסרטן
[עמ' 16](#)

לחיות לצד האובדן - טיפול בהפרעת
אבל מתמשך בגישת DBT
[עמ' 28](#)

"אלומות" - פרוטוקול לטיפול פסיכולוגי
קצר מועד בתסמיני חרדה, דיכאון
ופוסט-טראומה במתבגרים
[עמ' 33](#)

להקשיב עד שהגוף כואב:
תסמינים גופניים, טראומה
משנית וזכאות לדאגה עצמית
בקרב מטפלות ומטפלים
שעובדים במרכזי החוסן בשדרות
וביישובי עוטף עזה
[עמ' 42](#)

הכי משתלם, הכי בשבילך!

פסיכולוגים.ות,

הצטרפו ותוכלו לקבל הלוואה עד 120,000 ₪
בהחזרים חודשיים נוחים

עד 18 שנים בריבית פריים + 0.8% וללא דמי טיפול
וגם חשבון ללא עמלות עו"ש



בנק יהב
הכי משתלם. הכי בשבילך.

לפתוח חשבון

*2617 | 

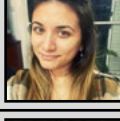
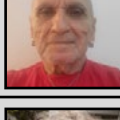
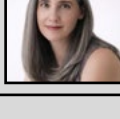
ההצעה לשכירים בלבד. ההצעה לפסיכולוגים השייכים להסתדרות הפסיכולוגים בישראל. עמלות עו"ש: עמלת ערוץ ישיר ועמלת פקיד כמפורט בתעריפון הבנק. ריבית מתואמת שנתית 5.69%. ריבית הפריים = 4.75% נכון ל-23.9.26. במידה וריבית הפריים תשתנה הריבית על ההלוואה תשתנה בהתאם. כפוף לתנאי הבנק. למצטרפים חדשים מעבירי משכורת/קצבה בסך מצטבר של 5,000 ₪ ומעלה. אפשרות לדחיית תשלום קרן ההלוואה בשנה הראשונה. כל האמור בפרסום זה נכון למועד הפרסום והבנק רשאי להפסיק או לשנות את התנאים בכל עת. מתן האשראי, שיעור הריבית, קביעת הביטחונות ותנאי האשראי נתונים לשיקול דעתו הבלעדי של הבנק וכפופים למתן הסכמה לקבלת דו"ח אשראי, לביצוע חיויי אשראי ולהוראות הדין. ההטבות אינן תקפות לחשבונות עסקיים. אי עמידה בפירעון ההלוואה עלול לגרור חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל.

4	משולחנה של יו"ר הפ"י יונת בורנשטיין
5	דבר המערכת שרונה מיטל
7	דבר יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלוח
9	משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות אביגל מילסון-דגן
11	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך מיכל אנגלרט
13	חדשות החטיבות
16	בין החזקה להישמטות: אתגרים בשיקומן התעסוקתי של נשים שמחלימות מסרטן הלה שמשי-רטהאוז, עדי עוז-שנן
28	לחיות לצד האובדן - טיפול בהפרעת אכל מתמשך בגישת DBT איילה לוסטיג
33	"אלומות" - פרוטוקול לטיפול פסיכולוגי קצר מועד בתסמיני חרדה, דיכאון ופוסט-טראומה במתבגרים יורי גדרון, מרב טמיר, הודיה שטרנברג, יעל ברזילאי שאתי, אבי פרייפלד וצוות אלומות
42	להקשיב עד שהגוף כואב: תסמינים גופניים, טראומה משנית וזכאות לדאגה עצמית בקרב מטפלות ומטפלים שעובדים במרכזי החוסן בשדרות וביישובי עוטף עזה סיון ג'ורג' לוי, ענת בן-גל דהן
50	התפתחות היסטורית תאורטית של הפסיכוסומטיקה אנדרס קוניצ'קי
57	טיפול פסיכודינמי קצר מועד תמיכתי-פרשני רגיש לטראומה ליאת ליבוביץ', אביב נוף
65	הוצאה מוכרת, ההבדל בין הוצאה והכנסה פירותית ובין הוצאה והכנסה הונית אריה דן
66	עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים זהבה אסיאג
68	פינת נזכור הפינה המשפטית הנחיית היועץ המשפטי: עריכת מסמכים מקצועיים מטעם פסיכולוגים להליכים משפטיים צ'רלי בוזגלו
71	הנחיות לכתיבה
72	תקצירים
75	מקבלי התארים



לאתר הפ"י
> סרקו את הברקוד

*המערכת אינה אחראית לתוכן מודעות הפרסום המופיעות בגיליון.

	ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: psychoactuallya@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
	זהבה אסיאג טלפון: 054-7940257 דוא"ל: zehavin89@gmail.com
	פרופ' 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
	פרופ' חדוה בראונשטיין-ברקוביץ טלפון: 052-2808371 דוא"ל: hedvab@mta.ac.il
	פרופ' סמדר בן אשר טלפון: 052-3939760 דוא"ל: bsmadar@gmail.com
	ד"ר מילי אולינובר טלפון: 052-3873774 דוא"ל: mili_olinover@hotmail.com

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל:
יו"ר הפ"י - יונת בורנשטיין | 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 והפצה: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
יהודה הנשיא 37, תל אביב newyork.nava@gmail.com

הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

ט.ל.ח.



יונת בורנשטיין, יו"ר הפ"י

שלום לחברות וחברי הפ"י,

ציבור הפסיכולוגים להירשם כחברים בהפ"י, וזאת לא רק כדי ליהנות מהשירותים והזכויות האישיים והמקצועיים הנוספים השמורים לחברי הפ"י, אלא כצעד של סולידריות ותמיכה בארגון הפועל למען ציבור הפסיכולוגים ומקצוע הפסיכולוגיה בישראל, ומייצג את הפסיכולוגים בנושאים מקצועיים שעל סדר היום הציבורי והמקצועי.

הקמת ועדה בנושא עבודת הפסיכולוגים המשלבת כלי בינה מלאכותית

הפ"י הניחה על סדר יומה, כנושא מרכזי שיש לקדמו, את אתגר השילוב של כלי הבינה המלאכותית במקצוע הפסיכולוגיה ובעבודת הפסיכולוגים. עידן השימוש בבינה מלאכותית בכל תחומי החיים נכנס לחיינו בסערה ומשפיע על עולמנו ברמה המקצועית והאישית. את השינויים שעידן זה מביא איתו לתוך המקצוע יש צורך להטמיע בצורה אחראית ומקצועית ובתוך כך לאמץ את היתרונות שמציעים כלי הבינה המלאכותית לקידום המקצוע בלמידה, במחקר, בהדרכה, בתיעוד וגם בעבודה ישירה עם המטופלים בטיפול ובאבחון. עם זאת בצד היתרונות חשוב שנהיה מודעים גם לסיכונים ונוודא שימוש בכלי הבינה המלאכותית באופן זהיר, אתי, מאובטח, אחראי ושקול, שימוש ששומר על זכויות המטופלים ועל רמה מקצועית ראויה, לא שומט את אחריותו העליונה של הפסיכולוג בכל עשייה מקצועית ולא מעביר אחריות זו בטעות לכלי הבינה המלאכותית. אפשר לדמות את הפסיכולוג לקברניט שמשיט את הספינה שהוא אחראי לה ומשתמש לשם כך בכלי ניווט אלקטרוניים שמסייעים לו בניווט הספינה. אם הספינה תעלה בטעות על שרטון ומסעה ישתבש, לא יוכל הקברניט להאשים את כלי הניווט שהשתמש בהם, והאחריות הסופית תישאר תמיד שלו. כך גם הפסיכולוג המנווט את העשייה המקצועית ובתוך כך משתמש בכלי בינה מלאכותית. הוא האחראי תמיד להתערבות המקצועית, וחובתו לוודא שכלי הבינה המלאכותית אינם מטעים ואינם משבשים את השיפוט המקצועי שלו ואת העקרונות המקצועיים והאתיים של התנהלות מקצועית ראויה. הצעד הראשון של הפ"י בקידום עיסוק אחראי ומקצועי בכלי הבינה המלאכותית בפסיכולוגיה היה פרסום נייר עמדה מטעם תת-ועדה שהקימה ועדת האתיקה: "עקרונות וכללי אתיקה לשימוש בכלי בינה מלאכותית בעבודת הפסיכולוג -

אנו עומדים בתחילתה של שנה חדשה, שנת תשפ"ז. שלוש השנים האחרונות היו קשות וטראומטיות לכל אזרחי המדינה. תחילתן באירועי 7 באוקטובר, אירועים שצרבו בלב כל אזרח במדינה זיכרונות קשים וחשפו רבים מאוד להתמודדות עם טראומות קשות, ישירות ועקיפות. עוצמת הטראומות והיקפן, בכל שכבות הגיל ובכל המגזרים של החברה הישראלית, נתנו את אותותיהם בעלייה דרמטית במצוקות הנפשיות ובצרכים לסיוע נפשי, לטיפול ולשיקום. ציבור הפסיכולוגים כולו נרתם לעשות כמיטב יכולתו במתן מענים טיפוליים, אבל היקף הצרכים עולה לאין ערוך על יכולת מערכת הפסיכולוגיה הציבורית על כל ענפיה לתת מענים על כל הצרכים. הסתדרות הפסיכולוגים פועלת, לבד ובשותפות בפורום הארגונים, לחיזוק והרחבה של מערך הפסיכולוגיה הציבורית, להרחבת מעגל הפסיכולוגים המוכשרים לטיפול בטראומה ולדיוק המענים המקצועיים הנדרשים. אנו מקווים ומתפללים כי בשנה הבאה עלינו לטובה הארץ תשקוט ממלחמות, אזרחי המדינה יזכו למציאות של שקט ויציבות, והאחדות, השיח והכבוד ההדדי יגברו על הפילוג והקיטוב. בהזדמנות זו אני, ואיתי יחד כל ממלאי התפקידים בהפ"י, שולחים לכם. ולכל בני משפחותיכם. ברכות חמות לשנה טובה הרבה יותר, שנה של עשייה ברוכה וצמיחה מקצועית, בריאות ושמחה, התחדשות וסיפוק, שקט ושלווה במדינה.

מה התחדש בהפ"י בעת האחרונה?

הרחבת הזכות להתייעצות עם ועדת האתיקה

בעקבות פניות רבות שעלו מהשטח ומבעלי תפקידים בשדה הפסיכולוגיה החליט הוועד המרכזי של הפ"י להרחיב את המענים על פניות להתייעצות עם ועדת האתיקה לכלל ציבור הפסיכולוגים. לאחר כמה שנים שבהן האפשרות לפנות לוועדת האתיקה להתייעצות במקרים של דילמות מקצועיות-אתיות הייתה שמורה רק לחברי הפ"י החליט הוועד המרכזי כי מעתה יהיה זכאי כל פסיכולוג שרשום בפנקס הפסיכולוגים לפנות להתייעצות עם הוועדה גם אם אינו חבר בהפ"י. החלטה זו עולה בקנה אחד עם העובדה שמועצת הפסיכולוגים אימצה את קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017, והקוד מחייב כל פסיכולוג שרשום בפנקס. יחד עם זאת אנו חוזרים וקוראים לכל

פסיכולוגים בישראל בכלי בינה מלאכותית, וממצאיו ישמשו בסיס לתחילת עבודתה של הוועדה החדשה שאנו מקימים.

השתלמויות מקצועיות בהובלת הפ"י

אנו שוקדים על קיומם של כנסים מקצועיים והשתלמויות על-חטיבתיות וחטיבתיות בנושאים מגוונים ובהלימה לבקשות שעולות מהשטח. בקרוב ייפתחו השתלמויות בנושא טראומה וחוסן, קורס בסיסי בהיפנוזה, השתלמות בנושא הרחבת טווח הגיל לאבחון פסיכולוגי לפסיכולוגים התפתחותיים וכנס על-חטיבתי ביער הסודי. כמו כן אנו בפתחה של עונת הכנסים השנתיים של החטיבות השונות. הראשון שבהם יהיה הכנס של החטיבה החינוכית, בסוף נובמבר 2026, ואחריו ייערכו הכנסים של שאר החטיבות. רעיונות והצעות להשתלמויות ולכנסים בנושאים נוספים יתקבלו בברכה.

עם תחילתה של שנת תשפ"ז אני שולחת לכולכם. ברכת שנה טובה וגמר חתימה טובה,

שלכם,

יונת

קווים מנחים". נייר זה הופץ לכל ציבור הפסיכולוגים במרץ 2026.

בהמשך לכך החליט הוועד המרכזי בישיבתו האחרונה על הקמת ועדה שתעסוק בנושא של בינה מלאכותית במקצוע הפסיכולוגיה. בנוסף לחברי הוועדה מתוך הפ"י, הזמנו גם מומחים בתחום הבינה המלאכותית להשתתף בוועדה מתוך ראיית חשיבותן של שותפויות בכלל ובנושא זה בפרט. בשלב זה הוועדה עדיין נבנית, ונציגים מתוך "השלישי המלאכותי" ומתוך מועצת הפסיכולוגים כבר הביעו את הסכמתם להשתתף בה כחברי הוועדה. לאחר כינוסה יוחלטו מהן מטרותיה ומהם תחומי עבודתה בטווח הקצר והארוך.

כנס בנושא "בינה מלאכותית כספקית שירותי בריאות נפש הגדולה בעולם דה-פקטו"

עוד בהקשר לנושא השימוש בכלי בינה מלאכותית בעבודת הפסיכולוג התקיים ב-19.10.26 כנס שיזם "השלישי המלאכותי" בשותפות עם הפ"י. הכנס שעורר התעניינות רבה עסק בממצאי מחקר שהשתתפו בו גם אוניברסיטת בראיילן, חיפה, תל חי והטכניון. המחקר בדק את אופני השימוש של

דבר המערכת

שלום רב לכל קוראינו,

מטפלים שעבדו במרכזי חוסן בדרום ובין תסמינים סומטיים. נוסף על כך, מחברות המאמר מצאו שבמקרים רבים הצליחו המטפלים להפחית תסמינים סומטיים כאשר הם עסקו בהתנהגויות של דאגה עצמית. גם במאמר במדור אקטואליה מוצגת גישה להתערבות במשבר, גישה שמבוססת על טיפול דינמי קצר מועד. המאמר האחרון בסדרת המאמרים הכלליים מביא נקודת מבט אחרת - הסתכלות מעמיקה על הקשר שבין הגוף והנפש כבסיס להבנה הקלינית של מצבי משבר גופניים ונפשיים. אף בסקירת הספרים בעריכתה של זהבה אסייג מובאים ספרים שעוסקים בהתמודדות עם המשברים שאנו חווים בתקופה האחרונה: הצורך של המטפלת עצמה בקבלת עזרה, הקשר בין גוף ובין נפש בטיפול וספר קומיקס שמוציג בו סיפוריהם של תושבי הקיבוצים והערים הסמוכות לגבול עזה בעקבות 7 באוקטובר.

אנו מודים לכל מי שהגיש מאמרים וכתבות למדורים ולפינות ותרם לגיליון המלא הזה. עם ריבוי המאמרים המוגשים אלינו בחודשים האחרונים אנו מנסים בכל פעם לבחור את הטובים שבהם. לעיתים אנו נאלצים לדחות פרסום של מאמרים

הגיליון שלפניכם נועד לעסוק בנושאים שונים. ואומנם איגדנו בו מאמרים ללא נושא מאחד, אבל נראה שגם לקראת סיום השנה השלישית מאז 7 באוקטובר הארוך עדיין עוסקים רבות בנושאים שקשורים למשבר ולהתמודדות עם מצבים מאתגרים. אנו שמחים להציג כאן עדות לתרומה של הפסיכולוגיה ושל אנשי שדה רבים במתן מענים על מצוקות הנפש המורגשות בזמננו כמו שציינה יושבת ראש הפ"י יונת בורנשטיין במידעון אוגוסט.

אחדים מהמשברים המוצגים במאמרים שבגיליון זה הם מצבי מצוקה שמתרחשים גם בשגרה וללא קשר למצב, למשל המאמר שמציג את אתגרי התעסוקה של נשים שמחלימות מסרטן או המאמר העוסק בחיים בצד האובדן ובו גישה לטיפול באבל מתמשך שמשלבת היבטים של DBT. מאמרים אחרים שמופיעים בגיליון מוסיפים לעסוק בטיפול בפוסט-טראומה ובטראומה משנית של המטפלים במרכזי החוסן, למשל מאמר ובו ראיות ממחקר פיילוט בקשר לאפקטיביות של התאמת תוכנית אלומות לאוכלוסיית מתבגרים. מאמר אמפירי אחר מצא שקיים קשר בין טראומה משנית אצל

גיליון אביב 2027 יעסוק בנושא הורות, ילדים ונוער. מאמרים לגיליון זה אפשר להגיש עד **1 באפריל 2027**. גיליון זה יוצא לאור לקראת סוף הקיץ ותחילת עונת החגים. אנו, צוות עורכי **פסיכואקטואליה**, מאחלים לכולכם שנה טובה ומקווים שהיא תהיה שנה רגועה ושקטה מקודמתה, שנה של התחדשות ויצירה. נשמח להמשיך ולקבל הצעות לנושאים לגיליונות מיוחדים ולשמוע על ספרים שאתם כותבים ותרצו שנסקור. כמו כן נשמח להמשיך לקבל במשך כל השנה מאמרים במגוון נושאים שהחברים והחברות עוסקים בהם והם נוגעים למחקר ולפיתוח תאורטי ומעשי. כל המאמרים נשלחים להערכה עיוורת לפני קבלתם לפרסום. בשאלות שקשורות לכתיבה ולהגשת מאמרים ל**פסיכואקטואליה** אתם מוזמנים ומוזמנות לפנות אלינו בכל עת לכתובת: psychoactuallya@gmail.com או למשרד הפ"י בכתובת: office@psych.org.il. את הנחיות הכתיבה המעודכנות והמועדים המעודכנים להגשת המאמרים לכל גיליון אפשר למצוא בקול קורא המתפרסם במידעון הפ"י בכל חודש זמין באתר הפ"י בכתובת: <https://www.psychology.org.il/> אגא שימו לב - מעתה יש לשלוח את המאמרים גם לכתובת המשרד של הפ"י וגם לכתובת של **פסיכואקטואליה**. לתשומת לב הכותבים, ההנחיות לכתיבה בעמ' 60-61. אגא היעזרו בהם בעת הגשת מאמר. אני מאחלת שהשנה החדשה תהיה שנה טובה.

בתקווה לימים טובים ולצמיחה,

שרונה מיטל, יו"ר המערכת

טובים לגיליונות עתידיים או לבקש תיקונים. אנו מקווים שכמונו בוועד העורכים תבינו גם אתם את החלטתנו כסימן לאיכותו של **פסיכואקטואליה** ככתב העת המקצועי שלכם. אנו מזמינים אתכם להמשיך ולהיענות לאתגר כתיבת מאמרים מקצועיים ברמה גבוהה ומקווים שתגישו את פרי עתכם לפרסום ב**פסיכואקטואליה**. בזמן האחרון פרסמנו עדכון של ההנחיות לכתיבה מקצועית במידעון הפ"י ובאתר הפ"י. נוסף על כך, מאחר שמתרחב השימוש בבינה המלאכותית (AI) בכתיבה נבקש מעתה הצהרה על שימוש בה בכתיבה כדי להבטיח שקיפות. אין אנו אוסרים על שימוש ב-AI בכתיבתכם; אדרבה, אנו מכירים בהיותה כלי בעל פוטנציאל רב לתרום לאיכות עבודתכם.

אגא שימו לב למועדי הגשת המאמרים למערכת לקראת הגיליונות המתכננים להמשך השנה (סתיו 2026) ולשנת 2027. נבקשכם להקפיד על כתיבה על פי ההנחיות. **הגיליונות המתכננים לשנת תשפ"ז יעסקו במגוון נושאים:**

גיליון הסתיו יעסוק בפסיכולוגיה של הגיל המבוגר. אנו מודים לפרופ' דניאלה אייזנברג, ראש מרכז קמה לייעוץ וטיפול למזדקנים ולמשפחה הרב־דורית במכללה האקדמית רופין, שניאותה להיות עורכת אורחת בגיליון זה. נשמח לקבל מגוון מאמרים שיעסקו בתהליכים הנפשיים הייחודיים לתקופת ההזדקנות ובתחומי ההתמודדות הרגשית, התעסוקתית והמשפחתית והטיפול. אנו מזמינים אתכם להגיש מאמרים בנושא עד 10 באוקטובר 2026.

גיליון חורף 2027 יעסוק באובדן ובשכול. חברת ועד העורכים פרופ' סמדר בן אשר תהיה העורכת האורחת של גיליון זה. אגא שלחו אלינו את המאמרים עד **1 בינואר 2027**.



החברות הפסיכולוגיות בישראל
Israel Psychological Association

ערה"ש תשפ"ז

בפתחה של שנה חדשה נאחל

שנה של תקווה, בריאות, צמיחה, עשייה משותפת,

ומעל לכול שלום ושקט במדינה.

שנה טובה, מתוקה ומבורכת.



יונת בורנשטיין, יו"ר
מריאל הוברמן, מנכ"לית
חברות וחברי הוועד המרכזי
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

ד"ר אילה בלור, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

לא לעמוד מנגד: על חמלה, פסיכולוגיה ופעולה

לניסיון "לעשות טוב" למטופל במקום "להיות איתו" במקום שהוא נמצא בו?

אלו אינן שאלות רטוריות כי אם שאלות מקצועיות חשובות. בפסיכולוגיה השיקומית, וממנה אני באה, קשה להפריד בין אמפתיה לפעולה. אדם שמתמודד עם פגיעה מוחית, מחלה, נכות או אובדן יכולות אינו מגיע אלינו רק עם נפש שיש להבין: הוא חי בתוך משפחה; יש לו קשרים במערכת הבריאות, במקום העבודה, עם ביטוח לאומי, עם שירותי שיקום; הוא מתמודד עם חסמים פיזיים ובירוקרטיים ולעיתים עם מציאות חיים שצריך לבנות מחדש כמעט. במצבים כאלה נדמה לי לפעמים שאמפתיה שאינה מצליחה לעבור גם לפעולה משאירה משהו מן העבודה שלנו בחסר.

ואולם זו הפסיכולוגיה שלי. אני מכבדת גם פסיכולוגים שעבודתם בחדר הטיפול נשענת על תפיסה אחרת. ולכן אני רוצה להציע כאן הצעה שאינה מחייבת אותנו להגיע להסכמה בשאלה זו.

גם אם אינכם רוצים לחמול באמצעות פעולה בחדר הטיפול, אנא, חמלו מחוץ לו. אם חמלה היא היכולת לזהות סבל ולא לעמוד מנגד, הרי לפסיכולוגים יש מרחב עצום לפעולה גם מחוץ למפגש עם המטופל היחיד. אפשר לחמול בתוך המערכת שאנו עובדים בה: להתקל בנוהל שמקשה שלא לצורך על מטופלים ולנסות לשנות אותו; לזהות שירות שאינו נגיש דיו ולהיאבק על הנגשתו; לשאול מי אינו מגיע אלינו, ולא רק מי כבר יושב מולנו בחדר; ולהביא ידע פסיכולוגי אל המקומות שמתקבלות בהם החלטות ארגוניות, רפואיות, חינוכיות או תקציביות.

ואפשר לחמול באמצעות מנהיגות מקצועית. למשל, זה שנה שמועצת הפסיכולוגים מקדמת עם הפסיכולוגיות הארציות בבריאות ובחינוך ועם היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות תוכנית שנתית בתחום האבחון, הטיפול והמניעה של אובדנות ודיכאון. בעיניי זו דוגמה מובהקת לחמלה בפעולה: זיהוי מקום שהידע המקצועי שלנו בו יכול להציל חיים ולנסות להפוך ידע,

בשנה האחרונה אני חברה במועצת הבריאות מטעם מועצת הפסיכולוגים, ובמסגרת זו חברה גם בתת-הוועדה בראשות פרופ' שוקי שמר, תת-וועדה שעוסקת בחמלה במערכת הבריאות. לכאורה אמור להיות לפסיכולוגיה יתרון ברור כאן: הרי מדי יום ביומו אנו רואים כאב, מצוקה, אובדן, פחד, בושה וייאוש. אמפתיה היא אחד הכלים הבסיסיים ביותר שלנו: היכולת להתקרב לחוויה של אדם אחר, להבין משהו מעולמו, להיות איתו במקום שהוא נמצא בו בלי להתבלבל בינו לבינינו ובלי להפוך את ההבנה להזדהות.

ואולם חמלה אינה זהה לאמפתיה. בעיניי טמון ההבדל ביניהן ברכיב אחד, קטן לכאורה אך מהותי מאוד: פעולה. חמלה אינה רק ההרגשה שאנו חווים כשאנו רואים את סבלו של האחר; היא אינה רק חום, אדיבות או כוונה טובה; חמלה מתחילה בזיהוי הסבל ובנכונות להתקרב אליו, אבל יש בה גם מוטיבציה לנסות להקל ולצמצם אותו ולעיתים למנוע אותו. לשם כך נדרשים לא רק רגישות ואמפתיה אלא גם אומץ, יכולת לשאת מצוקה ונכונות לנקוט פעולה.

וכאן הדברים נעשים מעניינים לפסיכולוגים כי כידוע, לא תמיד פסיכולוגים מסכימים ביניהם על השאלה כמה עלינו לעשות: עד כמה הפסיכולוג צריך להיות אקטיבי בטיפול? מתי פעולה היא התערבות טיפולית חשובה, ומתי היא מפריעה למטופל לפגוש את עצמו? מתי היא מאפשרת שינוי, ומתי מובע בה צורך של המטפל להציל, להרגיע או לפתור? ומה בכלל אנו מכנים "טיפול פסיכולוגי"? הרי גם על כך אין בינינו הסכמה מלאה.

יש גישות שבהן פעולות של המטפל הן חלק טבעי מן העבודה, ויש גישות שנשמרת בהן זהירות רבה הרבה יותר. אפשר בהחלט לחשוב גם על הסכנות שבהכנסת מושג החמלה אל תוך חדר הטיפול: האם בשם החמלה נמהר לספק צרכים במקום להבין אותם? האם נטשטש גבולות? האם נתקשה לשאת תסכול, שתיקה, קונפליקט או תוקפנות? האם חמלה עלולה להפוך באופן לא מודע



ניסיון ודאגה לתוכנית עבודה ממשית.

אפשר לחמול גם באמצעות בחירה בשירות הציבורי. איני מתעלמת מן הקשיים הכרוכים בעבודה זו, וקל וחומר לא מן הצורך לשפר במידה ניכרת את התנאים בשירות הציבורי. ועם זה הבחירה בו היא החלטה להיות במקומות שבהם הפסיכולוגיה נחוצה במיוחד, ולעיתים זמינה פחות מדי.

ואפשר להפנות חמלה גם אל תוך המקצוע עצמו. כאשר אנו בונים מסלולי הכשרה, מגדירים דרישות, יוצרים תוכניות חדשות או משנים תהליכים קיימים אנו יכולים לשאול לא רק אם הם שומרים על הרמה המקצועית (חובה מובנת מאליה) אלא גם כיצד חווים אותם מי שעוברים בהם. האם התהליך ברור? האם הוא הוגן? האם אנו מסוגלים לראות גם במועמד, בסטודנט ובמתמחה אדם, ולא רק מי שנדרש לעמוד בעוד סדרת תנאים?

חמלה אינה ויתור על סטנדרטים. היא גם אינה נחמדות. לעיתים היא אף ההפך. לפעמים חמלה מחייבת אותנו לומר דבר שאינו נוח, להתערב, להתמיד, להתנגד למשהו שאינו ראוי או להשקיע מאמץ רב בשינוי מערכת שאינה ממהרת להשתנות.

בחודש נובמבר הקרוב אסיים את תפקידי כיו"ר מועצת הפסיכולוגים. לקראת סיום התפקיד אני מגלה שוב ושוב שרבים מהפסיכולוגים אינם יודעים בדיוק מהי המועצה. לעיתים הם מתבלבלים בין המועצה למשרד הפסיכולוג הארצי, בין המועצה לוועדות המקצועיות ואינם מכירים את האבחנה בין המועצה למנגנונים אחרים של משרד הבריאות הקשורים לפסיכולוגיה.

מפעם לפעם אני קוראת בקבוצות פסיכולוגים הודעות בנוסח "המועצה לא אישרה לי את ההתמחות" או "המועצה לא נתנה לי מלגה". ובכן, הטענות אינן מדויקות. חלק מן הבלבול אינו מקרי. במשך שנים נשאו מסמכים שונים של מערך הפסיכולוגיה במשרד הבריאות גם את השם או את הלוגו של מועצת הפסיכולוגים, ולכן היטשטש הגבול בין הגופים. הדבר הזה תוקן, וטוב שכך.

קל להסביר מה המועצה אינה. קשה יותר להסביר מה היא כן. אפשר כמובן לפתוח את חוק הפסיכולוגים. החוק מטיל על המועצה תפקידים מוגדרים: לייעץ לשר הבריאות בעניינים שקשורים לעיסוק בפסיכולוגיה בישראל וכן למלא כמה תפקידים סטטוטוריים נוספים. ועם זה אחרי שנות עבודה במועצה הייתי רוצה להוסיף

להגדרה המשפטית הגדרה אחרת, רשמית פחות. בעיניי מועצת הפסיכולוגים היא אוסף של אנשים ונשים שמבקשים לשפר את המקצוע שלנו, להופכו למקצועי יותר, משמעותי יותר, רלוונטי יותר; אנשים ונשים שמאמינים שהפסיכולוגיה יכולה לממש יותר מן הפוטנציאל שלה בפסיכודיאגנוסטיקה, בפסיכותרפיה, בשיקום, בהתערבויות מערכתיות וקבוצתיות, במניעה ובקידום הרווחה הנפשית של פרטים, משפחות, קהילות והחברה בישראל.

איך עושים את זה? אין תשובה אחת. לפעמים באמצעות חקיקה או תקנות, לפעמים באמצעות תוכנית מקצועית חדשה, לפעמים באמצעות שיתוף פעולה בין מערכות, ולפעמים בעצם היכולת לזהות נושא שאיש עדיין לא קיבל עליו אחריות ולהגיד: זה חשוב. בואו נעשה משהו; כלומר לא לעמוד מנגד. אולי זו גם אחת המסקנות שלי משנים אלו. לא כולנו צריכים לטפל באותו האופן. איננו צריכים להסכים על תאוריה אחת, על טכניקה אחת ואפילו לא על המקום המדויק של חמלה בתוך הפסיכותרפיה. ועם זה הייתי רוצה לקוות שאנחנו יכולים להסכים לקביעה שלפיה למקצוע שלנו יש אחריות שאינה מסתיימת בדלת חדר הטיפולים. פסיכולוגיה שמזהה סבל אך אינה שואלת מה היא יכולה לעשות כדי לצמצם אותו אינה מממשת את מלוא הפוטנציאל שלה. אני רוצה פסיכולוגיה שמקשיבה וגם פועלת; שמביטה באדם וגם במערכת שהוא חי בה; שמטפלת אבל גם מונעת; שמסוגלת להיות עמוקה ומורכבת בתוך החדר ופעילה ואמיצה מחוצה לו.

ובנובמבר יגיע הזמן "להעביר את המקל". לפי חוק הפסיכולוגים, שר הבריאות עומד בראש מועצת הפסיכולוגים או ממנה פסיכולוג או פסיכולוגית מומחה מדריך לראשות מועצת הפסיכולוגים. אחרי כמה שנים בתפקיד נדמה לי שנדרש עוד תנאי סף אחד. אומנם כיום הוא אינו מופיע בחוק ואי אפשר לבדוק אותו בפנקס הפסיכולוגים, אבל כדאי להוסיפו. וזה התנאי: לראות משהו שאפשר לעשות טוב יותר ולהתקשות לעמוד מנגד ולא לעשות דבר. אם התיאור הזה "מדבר" אליכם, אתם מוזמנים ליצור איתי קשר בדוא"ל:

Yor.moetzetsy@gmail.com

שלכם,

אילה

אביגל מילסון-דגן, הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות

ממשמעת למניעה – למידה מכשלים אתיים וקליניים

ההורים כנדרש, ובייחוד כשהם מצויים בסכסוך, פרודים או גרושים. על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, שני ההורים הם האפוטרופסים הטבעיים של ילדם. קוד האתיקה קובע כי בכל התערבות פסיכולוגית שמעורבים בה קטינים יש צורך בפנייה יזומה לקבלת הסכמת שני ההורים. הכשל הנפוץ הוא הסתפקות בהסכמה פסיבית או הסתמכות על הצהרת הורה אחד ולפיה "ההורה השני מעודכן ולא אכפת לו", ובייחוד כאשר ההורים נתונים בקונפליקט בעצימות גבוהה. ביטוי נוסף לכך הוא כתיבת מכתבים או חוות דעת שנמסרים ישירות לידי הורה אחד, ללא נמען ספציפי או גורם מוסמך. עלינו לזכור כי בעיצומו של סכסוך עצים עלולה כל התערבות חד-צדדית ובכלל זה הפקת מסמכים לשמש כלי ניגוח בערכאות משפטיות ובכך לגרור את המטפל בעל כורחו לתוך זירת המאבק. קוד האתיקה מטיל עלינו חובה לפעול באופן אקטיבי ויזום לקבלת הסכמת שני ההורים להתערבות מקצועית בילדם, לתת להם הסבר בקשר למהות ההתערבות, לקבל מהם הסכמה מפורשת ולתעד בהתאם להנחיות הקוד לפני תחילת הטיפול או האבחון. חריגה מחובה זו תיתכן רק במצבי חירום או בצו שיפוטי מפורש. שמירה קפדנית על עיקרון זה מונעת מהקליניקה להפוך לזירת המאבק המשפחתי ומגינה על הילד ועל הפסיכולוג כאחד. חשוב לזכור כי שמירה על הכללים המקצועיים והאתיים שומרת על הפסיכולוג והפסיכולוגית מפני טענות של מי מהצדדים המעורבים.

2. שמירה על גבולות המקצוע: עיסוק בפסיכותרפיה על ידי פסיכולוגים

סוגיה מהותית נוספת היא התנאים לעיסוקם של פסיכולוגים בפסיכותרפיה. חוק הפסיכולוגים (סעיף 39) קובע כי פסיכולוג לא ייתן טיפול פסיכותרפויטי אלא אם כן הוא פסיכולוג מומחה. לצד התנאים המוגדרים בחוק ובחוזר מנכ"ל (14/2011) קיימים הסדרים לעבודת מתמחים במסגרת ההכשרה, ההדרכה והפיקוח (הנחיות הפסיכולוגית הארצית - טיפול ואבחון מחוץ למסגרת ההתמחות על ידי פסיכולוג במהלך ההתמחות). גבולות אלו נועדו להבטיח למטופלים מתן טיפול מקצועי מפסיכולוג בעל ההכשרה המעשית והמפוקחת הנדרשת. גם כאן הרצון לעזור אינו מחליף את דרישות החוק ואת

עם פתיחת השנה מצאתי לנכון להקדיש את הטור הזה להתבוננות משותפת בנושא שמעסיק רבות את היחידה הארצית לפסיכולוגיה, את ועדת התלונות ואת ועדת המשמעת. מפגש עם הליכי משמעת נתפס, מטבע הדברים, כאירוע מאיים ומעורר חשש. ואולם בראייה מערכתית ופסיכו-חינוכית התלונות המונחות לפתחנו הן בראש ובראשונה מראה שמסקפת את האתגרים, את "האזורים העיוורים" ואת הלחצים שבהם אנו, נשות ואנשי המקצוע, פועלים.

תהליך הטיפול בתלונות נועד להגן על המטופלים, לשמור על אמות המידה המקצועיות והאתיות ולבסס את אמון הציבור בפסיכולוגיה. בד בבד הוא מקור ללמידה חשובה, הזדמנות להתבוננות שמאפשרת לנו לזהות דפוסים ונקודות תורפה ולבחון דרכים למניעת כשלים דומים בעתיד. מטרתנו המרכזית אינה רק אכיפה אלא גם מניעה, למידה והסברה, הפיכת כשלים נפוצים לכלי למידה מקצועיים ואתיים שישמרו על שלום המטופלים ועל חוסנו המקצועי.

חשוב לזכור שכשל מקצועי אינו נובע בהכרח מכוונה לפעול שלא כשורה. פעמים רבות הכוונה המקורית טובה ומלווה ברצון עמוק לסייע, להגן או לתת מענה למצוקה. דווקא במצבים כאלה, בהיעדר תשומת לב לפרטים הנראים לעיתים שוליים בזמן אמת כגון הסכמה, תיעוד או גבולות התפקיד עלול להיווצר פער כואב בין הכוונה המיטיבה לתוצאה בפועל.

מכאן החשיבות של היכרות טובה עם החוק, עם קוד האתיקה ועם ההנחיות המקצועיות. אלו אינם כללים "חיצוניים" לעבודה המקצועית אלא חלק ממנה ומהתשתית המאפשרת לנו להפעיל שיקול דעת מקצועי במציאות מורכבת. הכרת הכללים מאפשרת לזהות מראש מצבים שנדרשת בהם זהירות מיוחדת, לשאול את השאלות הנכונות ולהיעזר בהדרכה ובהתייעצות לפני קבלת החלטה.

ברצוני להאיר שתי סוגיות מרכזיות שעולות שוב ושוב מתוך התלונות המגיעות לפתחו של משרד הבריאות:

1. חובת הפנייה היזומה לשני ההורים בטיפול בקטינים

אחת מנקודות התורפה השכיחות ביותר נוגעת לטיפול בקטינים או לאבחונם בלי שניתנה ותועדה הסכמת שני

לסיכום

הקפדה על כללי האתיקה והחוק אינה "בירוקרטיה מעיקה" אלא חלק בלתי נפרד מהעבודה הקלינית והיכולת להעניק טיפול פסיכולוגי ראוי. ככל שנכיר את החוקים ואת ההנחיות כך נהיה ערים לנקודות התורפה ונפתח תרבות של התייעצות כדי שנוכל לפעול בביטחון ובחוסן מקצועי. אני מזמינה את כולנו לראות ביחידת הפסיכולוגיה הארצית ובוועדות האתיקה השונות שותפות לדרך של למידה, של שיפור מתמיד ושל שמירה על רמה מקצועית ואיתת ועל כבוד המקצוע. מאחלת לכולנו שנה טובה - שנה של עשייה מבורכת וימים רגועים.

אביגל מילסון-דגן

הפסיכולוגיה הארצית
משרד הבריאות

מקורות

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2017, ינואר). קוד האתיקה

המקצועיות של הפסיכולוגים בישראל.

https://meyda.education.gov.il/files/shefi/psihologia/etika_mikzoit/kod_etika2017pdf

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962.

https://www.nevo.co.il/law_html/law00/70325.htm

חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.

https://www.nevo.co.il/law_html/law00/4629.htm

משרד הבריאות (2009). מיסוד הקשר בין הורים לבין מערכת

הבריאות ביחס לילדיהם (חוזר מנכ"ל).

<https://www.gov.il/he/pages/mk28-2009>

משרד הבריאות (2011). עיסוק בפסיכותרפיה על ידי פסיכולוג

מומחה (חוזר מנכ"ל).

<https://www.gov.il/he/pages/mk14-2011>

משרד הבריאות (2026, מאי). טיפול ואבחון מחוץ למסגרת

ההתמחות ע"י פסיכולוג במהלך ההתמחות. הפסיכולוגיה

הארצית. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/psyc-work100609/he/subjects_medical-professions-licensing_files_112858523.pdf

הצורך בהכשרה ובמומחיות המתאימות להתערבות הניתנת. היכולת לזהות את גבולות המומחיות וההכשרה שלנו, לדעת מתי נדרשת הדרכה נוספת ומתי נכון להפנות לפסיכולוג או לאיש מקצוע אחר, היא חלק מהאחריות המקצועית. כאשר פסיכולוג עוסק בטיפול מעבר לגבולות הכשרתו הוא עלול להתמודד עם מצבים קליניים מורכבים שאינם תואמים את הידע, את הניסיון ואת ההכשרה שרכש. סוגיה זו עשויה להתעורר גם כאשר פסיכולוג רוכש הכשרה בשיטת טיפול מסוימת ומבקש ליישמה במסגרת עבודתו. הכשרה בשיטה או בגישה טיפולית מרחיבה את ארגז הכלים המקצועי, אך אינה מחליפה את דרישות המומחיות הקבועות בדין וכשלעצמה אינה מקנה לפסיכולוג סמכות לעסוק בפסיכותרפיה מעבר לגבולות הקבועים בדין ובהנחיות המקצועיות.

האחריות המקצועית מחייבת אפוא לבחון את התאמת ההתערבות למומחיותו של הפסיכולוג, להכשרתו ולניסיונו וכן למאפייניו ולצרכיו של המטופל. הכרת התנאים החוקיים והמקצועיים לעיסוק בפסיכותרפיה היא חלק בלתי נפרד מאחריות זו, והיא המאפשרת לזהות מתי הטיפול מצוי בתחום ההכשרה והכשירות המקצועית ומתי לא.

הדרכה, התייעצות ולמידה

הצורך בשמירה על כללים אינו מסתכם בצבירת הניסיון. גם פסיכולוגים ותיקים פוגשים מצבים מורכבים וחדשים. ניסיון מקצועי הוא משאב יקר, אך הוא אינו תחליף להתייעצות, להדרכה ולהתעדכנות. לעיתים מבט נוסף של עמית מאפשר לזהות היבט שלא זיהינו, לקבל החלטה שקולה יותר ולמנוע כשל פוטנציאלי. הדרכה והתייעצות הן ביטוי מובהק לאחריות מקצועית.

מנקודת מבט זו הטיפול בתלונות ובהליכים משמעותיים אינו עוסק רק בשאלה מה השתבש במקרה מסוים; הוא מאפשר לנו לשאול אילו מצבים חוזרים על עצמם, היכן נדרשת הבהרה, ואיזה ידע יכול לסייע לנו כפסיכולוגים בהתמודדות עימם. המטרה אינה ליצור מקצוע שהעוסקים בו חוששים לטעות אלא מקצוע שהעוסקים בו מכירים במורכבות העבודה הפסיכולוגית ומכירים בכך שגם אנשי מקצוע טובים, מסורים ובעלי כוונות מיטיבות עשויים להיקלע למצבים שנדרשת בהם עצירה, חשיבה והתייעצות.

מיכל אנגלרט, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

שנת הלימודים תשפ"ז - עוגנים של תקווה

• תוכניות לעתיד.

מידע זה נושא בחובו מסר של תקווה, שכן בעזרת אסטרטגיות התערבות ממוקדות אפשר להעצים את גורמי ההגנה והחוסן הללו ולשפר את מצבם הנפשי ואת תפקודם של בני הנוער.

השפ"ח פותחים דלת לשנה החדשה

אנחנו פותחים את שנת הלימודים תשפ"ז במגמת צמיחה בשירותים הפסיכולוגיים חינוכיים (השפ"ח) עם 3,679 פסיכולוגים. מאז החתימה על הסכם עקרונות השכר נוספו למערך פסיכולוגיים שממלאים 240 תקנים חדשים ויותר, ו-260 סטודנטים לתואר שני בשנה א' צוותו השנה לפרקטיקום בשפ"ח. הגידול במספר הפסיכולוגים והתקציבים התוספתיים המוקצים ממשרד החינוך מאפשרים להרחיב את המענים הפסיכולוגיים הניתנים לתלמידים, להורים ולצוותי החינוך והקהילה. במציאות של מחסור בכוח אדם ושל ריבוי צרכים אנחנו מוסיפים לפעול, בשיתוף השלטון המקומי, למימוש מיטבי של הסכם השכר, לקידום מספר הלומדים בקשר השותף עם המל"ג, עם המוסדות האקדמיים ועם משרד הבריאות לקידום מפתח התקינה ולהקצאת תקציבים תוספתיים נוספים. בשנה שעברה ביקרנו בכל המחוזות ונפגשנו עם מנהלי שפ"ח, עם סגנים, עם בעלי תפקידים אחרים ועם פסיכולוגים, וכעת אנחנו בעיצומו של תהליך עדכון מתווה השירותים הפסיכולוגיים. זהו מהלך חשוב שכן מחוון כזה נדרש בשל הצרכים המשתנים ובגלל העשייה הרחבה והמגוונת שנעשית בשפ"ח לקידום בריאות הנפש בקהילה.

בד בבד עם העשייה השוטפת מוטלת עלינו האחריות לדאוג גם לרווחתם הנפשית של צוותי הפסיכולוגים בשפ"ח. "חוסן" ו"שלומות" (well-being) עשויים לעיתים להישמע כמילים שחוקות, אך הם בעלי משמעות עמוקה וחשוב מאוד להקדיש להם זמן, מקום ומשאבים כחלק בלתי נפרד מהעשייה. לדאגה לשלומות הצוות פנים רבות ביישום בשטח: שעות הדרכה, פיתוח מקצועי וחיזוק הרגשת המסוגלות, דאגה להכשרה מותאמת וכן הרחבת התפיסות, הכלים והפעולות גם בחיבורים

בין סוף החופש הגדול ובין חגי תשרי - בנקודת מפגש בין סיום ובין התחלה - נפתחה שנת הלימודים תשפ"ז. השנה החדשה מביאה איתה התרגשות, ציפייה להתחדשות ורוחות של תקווה לשינוי. לצד זה אנחנו חווים דאגה עמוקה בשל דיווחים ומחקרים שמלמדים אותנו על מצבם הנפשי המורכב של ילדים ובני נוער בישראל בגלל מצב החירום ובצל מקרי האלימות, הבריונות, הפשיעה והרצח.

ממחקר רחב היקף של הראל-פיש ואחרים (2025) בקרב תלמידים בכיתות ז'-י"ב, מחקר שפורסם בקיץ האחרון, עלו ממצאים מדאיגים במיוחד בקשר למצוקות הנפש ולמצבי סיכון של תלמידים. למשל, נמצא כי אחד מכל חמישה בני נוער בישראל מדווח על תסמיני פוסט-טראומה (שני תסמינים לפחות במשך חצי שנה), ואחד מכל ארבעה מדווח על מצוקות נפשיות מובהקות. הנתונים חושפים גם פערים מגדריים בולטים: שיעור הבנות שדיווחו על מצוקות נפשיות היה שליש ויותר, 36.5%, ושיעור הבנים עמד על 17.8%. פער מגדרי דומה נמצא גם בממד הפוסט-טראומה - רבע מהבנות מדווחות על רמת תסמינים שמעידה על הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), לעומת שיעור הבנים שדיווחו שהיה 19%. מלבד זאת ישנה עלייה מדאיגה במדדי הבריונות בבתי הספר: שיעור התלמידים שדיווחו כי נפלו קורבן לבריונות פעמיים-שלוש בחודש לפחות עלה ל-12.8%, לעומת 8.4% בשנת 2023. עוד מדווח על עלייה בהתמכרויות ובכלל זה שימוש במסכים. לצד הנתונים הקשים הללו צוינו במחקר גם גורמי הגנה וחוסן מובהקים שהימצאותם בחיי הילדים מנבאת התמודדות מיטבית ומצב נפשי ותפקוד טובים יותר. עם הגורמים האלה נמנים:

- תמיכה עקבית של ההורים והמורים.
- תרבות משפחה מלוכדת ופעילה.
- מעורבות והתנדבות בקהילה.
- פעילויות בחוגים.
- חיזוק הרגשת השייכות למוסד החינוך.
- מחוברות חברתית בריאה ובעלת ערך עם בני אותו גיל.

אנחנו מזמינים אתכם להצטרף ולהיות חלק מהקהילה הלומדת שלנו (המדרשה לפסיכולוגיה חינוכית, ראו: <https://midrashashefi.site>).

בפתחה של השנה החדשה אני מבקשת להודות בשמי ובשם כל מטה אגף פסיכולוגיה לכל אחד ואחת מכם על עשייה מקצועית, מסורה ומגוונת ועל מתן מענים מותאמים ורגישים. השנה הקרובה היא הזדמנות להעמיק תהליכים, לחזק שותפויות, לחבר בין הידע המקצועי והצרכים העולים מהשטח ולסייע בקידום אקלים חינוכי וקהילתי מיטיב שמחזק שייכות, חוסן, קשר, התפתחות ותקווה. **אנחנו מאחלים שנה של יוזמה, של צמיחה ושל הרחבת מעגלי ההשפעה. ולכם ולכל בני ביתכם - שנה טובה, בריאות איתנה, עשייה משמעותית ונחת.**

שלכם,
מיכל

מקורות

המדרשה לפסיכולוגיה חינוכית (ללא תאריך). קורסי המדרשה לפסיכולוגיה חינוכית. <https://midrashashefi.site>

הראל-פישי, י', וולש, ס' ובוגיאל ניסים, מ' (2025). **נעורים בצל**

הטלטלות: השפעת תקופת הקורונה ומלחמת "חרבות ברזל"

על חיים של בני נוער בישראל - ממצאי מחקר ביניים לשנת

2025. לשכת המדען הראשי, משרד החינוך, ישראל.

<https://chief-scientist.education.gov.il/knowledge/publications/hbsc-report-2025>

משרד החינוך (2024, פברואר). **מענים לתלמידים שהוריהם נעדרים**

מהבית בשל המלחמה מפאת מילואים או שירות קבע (חוזר

מנכ"ל). <https://apps.education.gov.il/mankal/horaa.aspx?siduri=514>

משרד החינוך (2026, מרץ). **ליווי תלמידים בעקבות משבר משפחתי**

מתמשך: מתן ליווי ותמיכה לתלמידים המתמודדים עם משבר

משפחתי מתמשך (חוזר מנכ"ל).

<https://apps.education.gov.il/mankal/horaa.aspx?siduri=519>

https://us02web.zoom.us/rec/share/eh9Rz3yY7rYt3k7QdewCGluR5MbPgQLVDNNHa_BBPm4ckBFJxMDLQVpyBpVdNd.OlxeUH5zHQUG4MSJ

קלומק, ע' (2026). **מימדי החוסן - הקליניקה יוצאת לגינה** [הרצאה

מוקלטת]. מפגשי הלמידה באגף פסיכולוגיה.

https://us02web.zoom.us/rec/share/eh9Rz3yY7rYt3k7QdewCGluR5MbPgQLVDNNHa_BBPm4ckBFJxMDLQVpyBpVdNd.OlxeUH5zHQUG4MSJ

https://us02web.zoom.us/rec/share/eh9Rz3yY7rYt3k7QdewCGluR5MbPgQLVDNNHa_BBPm4ckBFJxMDLQVpyBpVdNd.OlxeUH5zHQUG4MSJ

https://us02web.zoom.us/rec/share/eh9Rz3yY7rYt3k7QdewCGluR5MbPgQLVDNNHa_BBPm4ckBFJxMDLQVpyBpVdNd.OlxeUH5zHQUG4MSJ

https://us02web.zoom.us/rec/share/eh9Rz3yY7rYt3k7QdewCGluR5MbPgQLVDNNHa_BBPm4ckBFJxMDLQVpyBpVdNd.OlxeUH5zHQUG4MSJ

למודעות מיינדפולנס, לגוף, לנפש, לטבע ולרוח, ובקיצור - מגנ"ט. אנחנו באגף פועלים לקידום הנושא - הוקמה "קבוצת מגנ"ט" ובה פסיכולוגים משפ"חים שונים, והיא פועלת זה שנתיים בקידום התחום. כן ישנן פעולות רבות שנעשות בשפ"חים כגון קבוצות טיפולים בגן ירק, מפגש עם הורים בגני שעשועים, מפגש הורה ילד בטבע, טיפול על ספסל במרחב הקהילתי וכן פעילות במרחבים שונים כמו מפגש צוות בטבע והליכה דיאלוגית בין מדריך ובין מודרך. חשוב להמשיך ולקדם את העשייה הזאת הן בעבודה הפסיכולוגית בשטח הן בעבודה פנים שפ"חית של הצוותים ולראות כיצד המגנ"ט נעשה חלק מהפרדיגמה שלנו כמטפלים וכעובדים. למפגש הלמידה הראשון של אגף פסיכולוגיה הזמנו את פרופ' ענת קלומק (2026) להרצאה בנושא "הקליניקה יוצאת לגינה" לקידום הפרדיגמה בעשייה הפסיכולוגית. הוצגו והודגמו בו חמישה ממדים לקידום החוסן: גוף, קהילה, טבע, רוח ונפש. אתם מוזמנים לצפות בהקלטת המפגש.

המטרות המרכזיות לשנת הלימודים תשפ"ז

על סדר היום שלנו שלוש מטרות מרכזיות:

- קידום הרגשת המוגנות והשייכות וצמצום האלימות והבריונות בכל מרחבי החיים** - הפיזיים והדיגיטליים כאחד - ובכלל זה מניעת דחייה חברתית וחרם וטיפול בהם.
- הרחבת המענים הרגשיים** - הרחבת המענים בתחומי מניעת דיכאון ואובדנות, חרדה וטראומה ובכלל זה ליווי מתמשך של ילדים שחווים משבר אישי ומשפחתי, שכול ואובדן (משרד החינוך, 2026) וכן ליווי תלמידים שהוריהם משרתים במילואים ובכוחות הביטחון (משרד החינוך, 2024) וכדומה.
- קידום רווחה נפשית, שלומות וחוסן בקרב צוותים** - זיהוי עומס ושחיקה וחזוק משאבים אישיים, צוותיים ומערכתיים ויצירת מרחבים לעיבוד. האתגר שעומד לפנינו מורכב ורב־ממדי, וכדי להתמודד איתו נדרשות שותפויות בין־משרדיות ובין־מקצועיות. שנות המלחמה, וכן מחקרו של הראל, לימדו אותנו שתלמידים שמתמודדים עם מצוקה יכולים לראות במערכת החינוך "עוגן" של יציבות, רציפות, שייכות וביטחון. חשוב שהשפ"חים ימלאו תפקיד פעיל בתהליכי החשיבה והעשייה בכל הרמות: במוסד החינוך, ברשות המקומית, במחוז וברמה הארצית ויקצו משאבים לטיפול ולקידום המענים האלה. קורסי המדרשה ומפגשי הלמידה בשנה הזאת הותאמו גם הם לסוגיות הללו.

דבר החטיבה הרפואית

חברי וחברות החטיבה הרפואית,

בְּמִסְעַ שְׁלֹא נִגְמַר
בֵּין שְׁדוֹת הַצֵּל וּשְׁדוֹת הָאוֹר
יֵשׁ נֶחֱיָב שְׁלֹא עָבְרָתָּ
וְשִׁתְּעֵבֶר... (שמר, 1985)

תחילתה של שנה חדשה מזמינה אותנו לעצור, להביט קדימה ולשאול מה אנו מאחלים לעצמנו. ואולי חשובה משאלה זו היא השאלה באיזה אופן נרצה לפגוש את מה שיבוא. אחרי תקופה ארוכה שנוכחנו בה עד כמה מעט אפשר לדעת מראש יש משמעות רבה לדרך שאנו פוגשים בה את הלא נודע.

השנה שחלפה הייתה רצופה שינויים וטלטלות, והתחזקה ההרגשה שהמוכר והיציב יכולים להשתנות בן רגע. חוסר הוודאות נעשה חלק מחיי היום־יום של רבים ממטופלינו, ולעיתים הוא מערער את הרגשת הביטחון, את השליטה ואת הרציפות שהם חווים בחייהם. לצד הרצון הטבעי ליצור ודאות יש ביכולתנו לטפח בנו מקום יציב שמסוגל לפגוש את המציאות כמו שהיא; יציבות שתאפשר לנו להמשיך להקשיב, לטפל, ליצור, ללמוד ולעשות גם כשהתמונה עדיין מתהווה. היכולת לנוע עם המציאות ובתוך כך לשמור על עוגן פנימי יכולה להיות חלק מהחוסן שאנו מבקשים לטפח בעצמנו ובמטופלינו. אפשר תמיד להסתכל על הטבע וללמוד

דבר החטיבה הקלינית

לקראת השנה החדשה אנחנו מבקשים לעצור לרגע ולהוקיר את העשייה שלכם, יום אחר יום, בחדרי הטיפול, במרפאות, בבתי החולים, במערכות הציבוריות ובקליניקות הפרטיות. כן ברצוננו להודות על היכולת שלכם "להיות שם" ברגעי כאב, משבר וחוסר ודאות, להקשיב, לחשוב, להחזיק מורכבות וללוות תהליכים שמאפשרים לאדם לשוב ולמצוא כוחות, משמעות ותקווה.

במציאות מורכבת ומשתנה אתם מוסיפים לעשות את העבודה השקטה, העמוקה והחשובה כל כך למטופלים, למשפחות ולחברה כולה. בשנה החדשה הזאת, לאחר תקופה ארוכה של משבר לאומי מתמשך, עלינו להכיר גם באתגרים המלווים את העשייה המקצועית: העומס, השחיקה, האחריות הכבדה והצורך להמשיך להעניק טיפול מיטיב גם בתנאי אי־ודאות. חשוב שנזכור כי שמירה על עצמנו, על גבולותינו ועל החוסן

ממנו, שכן גם אחרי תקופה גשומה, כשהאדמה עודנה ספוגה וכבדה, מתחילים להופיע עליה סימנים ראשונים של צמיחה. הם מזכירים לנו שמתוך תקופות של סערה והתכנסות יכולה להופיע הזדמנות להתחדשות. גם כשהדרך עוד מתהווה מוסיפים החיים לנוע קדימה.

השנה החדשה היא גם הזדמנות לעצור ולהכיר במה שנעשה בשנה שקדמה לה - להיזכר במטופלים שפגשנו, בדברים החדשים שלמדנו, במקרים שבהם הצלחנו להקל את סבלו של מטופל או לסייע לו להתגבר על קשייו, להביט על הדרך שעברנו, על ההצלחות לצד הקשיים ועל העשייה המשמעותית שנוצרה מתוך כל אלו. גם בשגרה עמוסה ומורכבת יש ערך לעצירה זו ולהכרה במה שנעשה.

לקראת השנה החדשה נאחל עוד קצת מן היציבות שבתנועה, מהתקווה שאינה תלויה בוודאות ומהאומץ להמשיך ולפעול, ליצור ולצמוח בתוך מה שעודנו משתנה. נאחל המשיך עשייה בעלת ערך שיש בכוחה לחולל שינויים משמעותיים.

שנה טובה, שנה של תנועה,
של התחדשות ושל תקווה,
ועד החטיבה הרפואית

מקורות

שמר, נ' (1985). התחדשות אחרת [שיר]. בתוך ע' חזה, אדמה. הד ארצי.
<https://shironet.mako.co.il/artist?type=lyrics&lang=1&prfid=738&wrkid=1280>

המקצועי והאישי שלנו אינה מותרות אלא תנאי ליכולת שלנו להתמיד בעבודה הטיפולית לאורך זמן. גם אנחנו, בוועד החטיבה הקלינית, ממשיכים לפעול למען המקצוע שלנו: לשמור על הסטנדרטים המקצועיים, להשמיע את קולנו באוזני מקבלי ההחלטות, להיאבק על מקומה של הפסיכולוגיה הקלינית ועל הזכות של הציבור לקבל טיפול איכותי ומבוסס ידע ולפעול למען עתידו של המקצוע ושל הדור הבא של הפסיכולוגים.

אנחנו מאחלים לכולנו שנה של עשייה משמעותית, של צמיחה והתפתחות מקצועית, של הכרה בערך העבודה שלנו, ובעיקר, שנה של תקווה, של בריאות טובה ושל בשורות טובות.

שנה טובה,
החטיבה הקלינית

דבר החטיבה ההתפתחותית

החינוך, ביחידות ההתפתחותיות ובמכונים להתפתחות הילד/ה. המחיר שאנחנו משלמים על השנים האחרונות ניכר בכול, גם בנו, ציבור הפסיכולוגים/ות.

והמילים האלה נכתבות לקראת שנה חדשה שתחל סוף־סוף ללא מלחמה. זהו רגע של עצירה; רגע של התבוננות. סימני השאלה עדיין קיימים, וגם החששות, כמו בכל שנה, אבל בצידם יש תקווה - תקווה לשנה אחרת, שנה שיהיו בה שאלות קלות יותר מצד ילדים/ות, שאלות "רגילות", מציאות קלה ורגילה יותר, תשובות קלות ורגילות משהיו.

אנחנו בחטיבה נעשה בשנה החדשה ככל שביכולתנו כדי לקדם מדיניות ושיתופי פעולה שיקלו את חייהם של הילדים/ות, של ההורים ושל צוותי החינוך והטיפול. בד בבד נמשיך לפעול כדי ליזום ולקדם הכשרות מקצועיות שיקלו את מתן התשובות.

ונסיף להחזיק תקווה.

שתהיה שנה של מפרש לבן מבעד לענן אפור, שנה של תקווה, שנה טובה באמת.

חברות וועד החטיבה ההתפתחותית

מקורות

ג'ימבו, ג'יי. (2026). אבא למה [שיר]. מתום האלבום הכול טוב.

<https://www.youtube.com/watch?v=bAfCINbYPjk>

אבא אז איך נראות המלחמות?
כמו ציור קרוע, או כמו מטוס צעצוע שנשבר
כמו ילדה שעדיין לא צחצחה שיניים ושכחה גם לסרק את השיער
אבא עילי אמר שגם אני אהיה חיילת
אולי, בכל מקרה כבר מאוחר
אבא מה עושה אקדח?
נמשיך מחר...

אבא סיפור אני לא יכול לישון
ירח מסתכל לי בחלון
עוד מעט אני אהיה גדול יותר מדי
אבא עוד סיפור אחד ודי (מתוך **אבא למה** / ג'ימבו ג'יי, 2026)

ילדים/ות מציפים/ות את השאלות הקשות ביותר, על אחת כמה וכמה ילדים/ות שחיו כאן בשלוש השנים האחרונות. בשנים האלה הייתה פה מציאות בלתי נתפסת שנדרש לה תיווך תמידי; בשנים האלה צפו ועלו שאלות קשות במיוחד; בשנים האלה היה קשה מתמיד לענות על השאלות הללו.
הפצעים בנפש עדיין לא הגלידו. אנחנו פוגשים/ות אותם בעבודה השוטפת בכל יום - בשירות הציבורי ובקליניקה, במסגרות

דבר החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית



"וגבוהים השמיים והים הוא עמוק" - זה השם שנבחר לכנס החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית שיתקיים מ-28 בפברואר עד 2 במרץ 2027 במלון "נבל דוד" בנתניה. השם הוא שורה מתוך השיר שכתב יוסי בנאי ומיטיבה כל כך לבצע ריטה. כמקשיבים למילות השיר מבינים עד כמה הוא מייצג את הקיום שלנו פה בארצנו, שאין לנו אחרת, כי כאן הוא ביתנו.

חלק מהחוסן הלאומי שלנו נעוץ ביכולתנו להמשיך ולהיות חברה יצרנית - להמשיך לעבוד וללמוד, להעז ולהקים עסקים חדשים. חוסר הוודאות והאובדן קשים מנשוא, אך לצידם מוסיפה להתקיים הרוח האנושית, זו שמתגברת גם כשיש חתכים עמוקים ולומדת להיות גמישה ולהשתנות.

לנו הפסיכולוגים/ות יש תפקיד בהתמודדות עם אובדן ומשבר - בין שמדובר באובדן איבר או אדם ובין שמדובר באובדן יכולת או משלח יד. תפקידנו לסייע לאדם לשוב ולהאמין ביכולתו לשלוח שורשים לעומק בחיפוש אחר מקורות מים חדים, להרחיב את הצמרת ולהעצים את האור.

שנה טובה,

ועד החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית בהפ"י

דבר החטיבה החינוכית

פסיכולוגים ויקרים,

אנחנו כותבות את הדברים לקראת סיומו של "החופש הגדול" ומקוות שהצלחתן. לנוח ולמלא את המצברים". כן אנחנו מקוות ששנת הלימודים תתחיל כסדרה וללא הפתעות או שיבושים ומאחלות שנת לימודים פורייה ומוצלחת לכל הפסיכולוגיות החינוכיות, לצוותי החינוך ולכל התלמידים והתלמידות. שתהא זאת שנה בטוחה, שנה של בריאות טובה, של צמיחה והתחדשות, של התמודדות עם אתגרים (אופטימליים) וקורת רוח אישית ומקצועית. שנה חדשה היא הזדמנות להתחלה חדשה, להתארגנות מחודשת ולתיאום ציפיות חדש. אפשר להמשיך בסדירות המוכרות והידועות, ואפשר גם להעז ולזוז חידושים ושינויים. אנחנו מאחלות לכולן. התחלה מוצלחת ומיטבית ו"שיפה ושונה תהא השנה אשר מתחילה לה היום" כדברי השיר של נעמי שמר. בהזדמנות הזאת נברך את יו"ר החטיבה החינוכית בהפ"י גיא יקר לרגל הולדת בנו. בימים האלה יצא גיא לחופשת לידה. נאחל לו הנאה מהמשפחה המתרחבת, בריאות טובה ונחת.

מועד הקיץ של הבחינות למומחיות כבר מאחורינו, ועוד מומחים וחדשים. הצטרפו למעגל. אנחנו מאחלות

הצלחה למומחים. יות הצעירים. ובהמשך עבודתם השוטפת, והפעם בהרגשה חדשה של עצמאות. מאחורי כל מומחה ומומחית יש שנים של הכשרות ושל הדרכות ומדריכים. שתומכים. ובוחנים. שעמלים. על המלאכה. כל הכבוד לכל העושים. במלאכה!

כנס הפסיכולוגיה החינוכית -

29 בנובמבר 3-2026 בדצמבר 2026

בסוף אוגוסט הסתיים שלב א' ושלב ב' של ההרשמה לכנס, וההתרגשות בשיאה. ייתכן שהמועד עדיין נראה רחוק, אבל תחילת השנה מתקרבת ואיתה החגים, ומשם הדרך לכנס קצרה מאוד. מאחורי הקלעים עמלים על האירוע צוות הכנס וחברת ההפקות שלנו טומיקס, וגם המנחים. שלנו שקועים בעשייה לקראתו. תוכנית הכנס וקדם הכנס כבר מוכנה על פרטיה השונים. היא מעניינת, מגוונת ומהנה, ולא נותר לנו אלא לחכות שתגיעו ותשתתפו בחוויה. כל הפרטים נמצאים באתר המושקע שעוצב באווירת הילדות:

<https://edupsyhappy.co.il>

בברכת שנת לימודים פורייה ומהנה,

ועד החטיבה החינוכית



דבר החטיבה השיקומית

שלום לקהילת הפסיכולוגיות והפסיכולוגים השיקומיים,

המים הם ברכה; הם פורצים דרך ושוטפים את הרע. לעיתים הם גם מפוזרים, מציפים והורסים, ובכל זאת הם נוזל החיים, ואילו אנחנו משוועים כמו רגבי האדמה היבשה. בקרוב יגיעו חגי תשרי. כבר במסורת ישראל העתיקה ידעו להבחין ביום הכיפורים בין המים החשובים ליחיד ובין המים לצורכי הציבור, אלה המשקים את השדות וממלאים את הבארות על חשבון הנזק שעלול להיגרם ליחיד, שהרי הוא עלול להירטב מהם ולהיות מוצף בהם. ועל כן היה הכהן הגדול מתפלל ביום הכיפורים בקודש הקודשים שלא תישמע תפילת העוברים בדרכים הסובלים מן הגשם, שכן הציבור בכללותו זקוק לו. וכך היה אומר, "ואל תיכנס לפניך תפילת עוברי דרכים לעניין הגשם בלבד בעת שהעולם צריך לו" (מחזור תפילת יום הכיפורים).

והמתח בין הפרטי ובין הציבורי, בין המוכר והידוע ובין החדשני ופורץ הדרך מלווה אותנו תמיד, ובייחוד השנה. על רקע כל הצרות שחווינו בחר ועד החטיבה והוועד המארגן של כנס חטיבת השיקום השנתי בנושא "כשמילים הופכות למים". הבחירה הזאת היא המשגה שממחישה את הטיפול המתאים את עצמו למציאות היבשה והקפואה לעיתים ולצורך ליצור שינוי מתוך עידוד הזרימה, החדשנות ופריצת הדרך. כנס החטיבה יתקיים השנה מ' עד י"א בפברואר 2027. אפשר להגיש תקצירים עד 15 באוקטובר 2026. כדי לקדם פרויקטים במגוון תחומים אנחנו מגייסים מתנדבים נוספים לוועד. אם אתם מעוניינים לסייע לנו, נשמח שתצרו איתנו קשר בדוא"ל: ipa.rehab@gmail.com

בברכה,

ועד החטיבה השיקומית וועדת ארגון הכנס השנתי

בין החזקה להישמטות: אתגרים בשיקומן התעסוקתי של נשים שמחלימות מסרטן

הלה שמשרטהאוז¹ ועדי עוז-שנן²

תקציר

במאמר תאורטי קליני זה נבחנים אתגרי השיקום התעסוקתי של מחלימות מסרטן מנקודת מבט מגדרית ופסיכודינמית בשדה הפסיכולוגיה השיקומית בקהילה. מודגש בו הפער המושגי בין ריפוי (cure) רפואי אובייקטיבי ובין החלמה (recovery) כתהליך סובייקטיבי והוליסטי של שיקום הגוף, הנפש והזהות בקרב נשים. כמו כן נדונים בו שינויים בתפקוד כגון עייפות כרונית, ירידה קוגניטיבית, דיכאון וחרדת הישנות, שינויים שמקשים את השיבה לתעסוקה ויוצרים פער בין הציפייה החברתית והאישית ובין דרישות המציאות. במאמר מנותח, מבעד לעדשות נרטיביות ודינמיות, המעבר המורכב מהסביבה הרפואית ה"מחזיקה" אל המרחב הלימנילי של תום הטיפול, מעבר שמלווה בחוויית הישמטות וחרדה. ניתוח זה מעוגן בהקשר מגדרי ומאיר את הלחץ הכפול המופעל על נשים להיענות לתפקידי החיים המצופים מהן למען משפחתן ובה בעת לשוב לתפקוד תעסוקתי. כמו כן מנותחים במאמר נרטיבים שונים של המחלה והשלכותיהם על הדינמיקה בתהליך השיקום. מוצע בו מבט דינמי על חשיבות תיקוף צרכים גרסיביים במעבר לשלב השיקום. מלבד זאת נדון במאמר תפקיד הפסיכולוגיה השיקומית ביצירת מרחב פוטנציאלי שמאפשר אינטגרציה של פגיעות עם חיוניות דרך תנועה בין אוריינטציה לאובדן ובין אוריינטציה לשיקום. לסיכום מוצע במאמר כי לשיקום תעסוקתי מוצלח נדרשת אינטגרציה של המחלה והשלכותיה לתוך הזהות כדי להשיב חיוניות, סוכנות ותחושת מסוגלות.

מבוא

מדי שנה בשנה מאובחנים בישראל כ־30 אלף מקרי סרטן חדשים (הרישום הלאומי לסרטן, 2024). ועם זה נרשמת עלייה ניכרת בשיעורי ההישרדות - פועל יוצא של התקדמות בגילוי מוקדם, של פיתוח פרוטוקולים טיפוליים חדשניים ושל התרחבות רפואה מותאמת אישית (Siegel et al.,

2024). על כן כיום ישנם אנשים ונשים רבים מבעבר אשר חיים עם סרטן כרוני (Phillips & Currow, 2010). לצד שיעורי ההישרדות הגבוהים נאלצים מחלימים ומחלימות להתמודד עם השלכות פיזיות, קוגניטיביות ונפשיות ארוכות טווח של המחלה והטיפול בה, השלכות שעלולות להשפיע על התפקוד התעסוקתי שלהם (Harrington et al., 2010; Mehnert, 2011). במאמר תאורטי קליני זה בחרנו להתמקד בנשים מחלימות הן בשל היותן הרוב המכריע בקרב הפונות לתוכנית השיקום המוצגת בהמשכו הן מתוך הכרה בדינמיקה המגדרית הייחודית המעצבת את תהליכי החלמתן. האתגר השיקומי-תעסוקתי הניצב לפני המחלימות נובע, במידה רבה, מהפער המושגי שבין ריפוי (cure) ובין החלמה (recovery). ריפוי הוא סטטוס רפואי אובייקטיבי שלפיו הוסר הגידול, הטיפולים הסתיימו ותאים סרטניים אינם מזוהים בבדיקות, ואילו החלמה היא תהליך סובייקטיבי, הוליסטי ומורכב שנכללים בו הגוף, הקוגניציה, התפקוד, הנפש והזהות (Hewitt & Ganz, 2006). אם כן, אישה שהוגדרה נקייה ממחלה (disease-free) מבחינה רפואית עלולה להתמודד עם תשישות (fatigue), נזירות, לימפאדמה, שינויים הורמונליים, מערכת חיסון מוחלשת, ירידה קוגניטיבית וחרדה מפני הישנות המחלה (fear of cancer recurrence - FCR). ההשלכות האלה גורמות לאובדן יכולות ותפקודים ועקב זאת לאובדן תפקידים (roles) במישורים התעסוקתיים, המשפחתיים והחברתיים (Adler & Page, 2008). פער זה בין ההגדרה הרפואית ובין חוויית החיים של המתמודדת מוכר מעולם השיקום הפסיכיאטרי שבו החלמה מובנת כתהליך אישי, ייחודי ולא לינארי של שינוי בעמדות, בערכים, במטרות ובכישורים. בזכות תהליך זה תיתכן בניית חיים בעלי ערך לצד המגבלות (Anthony, 1993). אנתוני (שם) ציין כי על המערך הטיפולי לתמוך בהבניית משמעות מחודשת, ואילו דיגן (Deegan, 1988, 1996) הנכיחה את השיקום כתהליך אקטיבי של השבת הסוכנות (agency) והרחבת אוטונומיית הבחירה של המתמודדת. באופן דומה מושתת שדה השיקום האונקולוגי על תפיסה שרואה במחלימה

¹ הלה שמשרטהאוז היא פסיכולוגית שיקומית מדריכה, נירופסיכולוגית ומנהלת מרכז רקנאטי בתל אביב - המכון הלאומי לשיקום נירופסיכולוגי. דוא"ל: Hillas@shikumil.org.il

² עדי עוז-שנן היא פסיכולוגית שיקומית מדריכה, נירופסיכולוגית ומנהלת תוכניות יום במרכז רקנאטי בפתח תקווה - אביב - המכון הלאומי לשיקום נירופסיכולוגי. דוא"ל: Adioz@shikumil.org.il

גורם אקטיבי ומקדם את הסוכנות, את הניהול העצמי ואת מעורבותה בקבלת ההחלטות בתהליך ההחלמה (McCorkle et al., 2011).

אחד המאפיינים של הדינמיקה המגדרית הייחודית בקרב מחלימות מסרטן הוא לחץ כפול מובנה: מצד אחד ישנה הציפייה החברתית והמשפחתית להמשיך ולתפקד כעוגן הטיפול והרגשי בבית, ומצד אחר ישנו הלחץ לשוב לתפקוד תעסוקתי מלא. מתח זה מאפיין נשים בעולם התעסוקה ככלל ומציף חסמים נפשיים ותפקודיים ייחודיים, והם בתורם מקשים על נשים להרגיש לגיטימציה להתמקד בתהליך ההחלמה ובצורכיהן האישיים והשיקומיים

אחד המאפיינים של הדינמיקה המגדרית הייחודית בקרב מחלימות מסרטן הוא לחץ כפול מובנה: מצד אחד ישנה הציפייה החברתית והמשפחתית להמשיך ולתפקד כעוגן הטיפול והרגשי בבית, ומצד אחר ישנו הלחץ לשוב לתפקוד תעסוקתי מלא. מתח זה מאפיין נשים בעולם התעסוקה ככלל ומציף חסמים נפשיים ותפקודיים ייחודיים, והם בתורם מקשים על נשים להרגיש לגיטימציה להתמקד בתהליך ההחלמה ובצורכיהן האישיים והשיקומיים (Gershfeld-Litvin et al., 2025; Tan & Shorey, 2022).

למרות המודעות הגדלה במערכת הרפואית לצורכיהן של מחלימות מסרטן פועלת בדרך כלל הסביבה החברתית, התעסוקתית והביטוחית שלהן, ולעיתים קרובות פועלות אף המחלימות עצמן, על פי ההנחה ולפיה סיום הטיפולים משמעו החלמה וחזרה לתפקוד פרה-מורבידי (Frank, 1995). ואכן, רוב המחלימות שבות לתעסוקה בתוך שנה עד שנתיים מהאבחנה (Mehnert, 2011). ואולם בקרב מקצתן השיבה לעבודה אינה משקפת שיבה לתפקוד מלא: שיעור המתמודדות עם קשיים קוגניטיביים, ובפרט עם מהירות עיבוד, זיכרון ותפקודים ניהוליים עומד על 20-35 אחוזים (Janelins et al., 2014; Whittaker & George, 2022). שיעור הסובלות מתשישות עומד על 33 אחוזים בקירוב (Bower et al., 2000), ושיעור המתמודדות עם חרדה ועם דיכאון הוא 18 אחוזים בערך (Götze et al., 2020; Mitchell et al., 2013). שליש עד מחצית בערך מהמחלימות מתמודדות עם חששות שקשורים לאובדן שליטה וזהות והרגשת אי-ודאות בקשר לעתיד (Vehling & Philipp, 2018). המאמץ לשוב לשגרת החיים הקודמת מנכיח את הקשיים בתפקוד,

את האובדנים ואת אתגרי ההחלמה. מצב עניינים זה מעמיד לפני המערכת הפסיכוסוציאלית אתגר של ממש: כיצד לתמוך בתהליך השיבה של נשים שמתמודדות עם השלכות ארוכות טווח של המחלה והטיפול בה לתעסוקה (Harrington et al., 2010; Mehnert, 2011). מתוך הכרה שהליקוי הקוגניטיבי מגלם משבר זהותי ברציפות העצמי נוסף על השפעותיו על התפקוד (Kang & Kim, 2026).

היעדרות מתמשכת מתעסוקה, לעיתים עד כדי ניתוק, מעצימה את החסמים בדרך לחזרה לעבודה. סיכויי ההשתלבות המחודשת בעבודה יורדים בהתאמה למשך ההיעדרות (Hoving et al., 2009). וכן, בעקבות שחיקת הביטחון המקצועי וירידה בתחושת המסוגלות נותרות המחלימות בחוויית זרות (outsider) בסביבתן המקצועית (Gershfeld-Litvin et al., 2025; Tiedtke et al., 2012). בסקירת תוכניות שיקום רב-תחומיות למחלימים מסרטן (multidisciplinary rehabilitation programs - MDRP) נמצא כי שילוב בין מענים פיזיים ופסיכוסוציאליים תורם לשיפור מדי תפקוד ואיכות החיים. עם זאת עולה מהן כי תוכניות בעלות מיקוד מוגדר יעילות מתוכניות שמבקשות לתת מענה למספר יעדים רב (Scott et al., 2013). הבנת השפעות המחלה והטיפולים בה עומדת בבסיס השינויים בתפיסה המערכתית כלפי מחלימים מסרטן (McCabe et al., 2013). בישראל קיבלה ההבנה הזאת משנה תוקף עם פרסום המלצות ועדת שיקום מחלימים מסרטן (משרד הבריאות, 2022) אשר הגדירה את הצורך במעבר ממודל של מעקב רפואי גרידא למערך שיקומי רב-תחומי. הוועדה הדגישה כי על הטיפול במחלימים לתת מענה מקיף על השלכות ארוכות הטווח של המחלה ובכלל זה היבטים פיזיים, פסיכוסוציאליים ותעסוקתיים. בתוך כך עליה להנגיש את שירותי השיקום בקהילה כחלק מסל הבריאות. ההכרה הזאת מצד הממסד באה לידי ביטוי גם בהקמת מרפאות מחלימים ייעודיות במרכזים הרפואיים ובמתן תשומת לב הולכת וגדלה של המוסד לביטוח לאומי לשיקום תעסוקתי לאוכלוסייה הזאת (Bloch et al., 2025).

במאמר זה ביקשנו להעמיק בבחינת האתגרים הייחודיים הגלומים בתהליך השיקום התעסוקתי לאחר סרטן (שאינו במערכת העצבים המרכזית, CNS) מתוך נקודת המבט של הפסיכולוגיה השיקומית בקהילה. התבססנו על היבטים מערכתיים, נרטיביים ודינמיים ובחנו את מורכבות התהליך דרך שלושה צירים מרכזיים: (1) האתגר שבמעבר מעמדת "חולה" לעמדת "מחלימה"; (2) המתח בין נרטיבים אישיים וצרכים נפשיים בתקופות של חולי ובין תפיסות חברתיות ודרישות השיקום; (3) חשיבה והמלצות לעמדה קלינית



שמבקשת להשיב למחלימה את תחושת המסוגלות והחיוניות. המאמר מבוסס על ניסיון קליני בהובלת תוכנית "סולם"³, תוכנית אינטנסיבית לשיקום תעסוקתי למחלימות מסרטן שאינו ב-CNS ומתמודדות עם ליקויים קוגניטיביים שקשורים למחלה ולטיפול בה (cancer-related cognitive impairments - CRCI) במסגרת המכון הלאומי לשיקום נוירופסיכולוגי ע"ר במרכז רקנאטי (Bloch et al., 2025). אף שהתוכנית פתוחה לנשים ולגברים כאחד, בפועל רוב הפונות הן נשים, ומאמר זה מוקדש להן ולדינמיקה הייחודית להן. תוכנית סולם נמשכת שישה חודשים (ארבעה ימי שיקום בשבוע) ומציעה מעטפת טיפולית הדוקה בעזרת צוות של פסיכולוגיות שיקומיות, יועצות תעסוקה, מרפאות בעיסוק ומדריכות. סדר היום המובנה והמאתגר של התוכנית ממוקד במאמץ להבין את עולמה, את לבטיה ואת צרכיה של המחלימה, לתמוך בה בתהליכי עיבוד אָבל ואובדן, בהתמודדותה עם חרדה מפני הישנות המחלה ובעידוד המעבר לשלב המשחקי של חיבור למשאלות פנימיות בכלל ובתעסוקה בפרט. אף שנקודת המבט המתוארת כאן נשענת על ליווי מחלימות אשר נזקקו לתהליך שיקום עצים, אנחנו סבורות כי התובנות שהתגבשו מאפשרות להאיר דינמיקות נפשיות ותפקודיות שקיימות בדרגות עוצמה משתנות בקרב חתך רחב מזה בקרב אוכלוסיית המחלימות.

מנקודת מבט פסיכודינמית מאפשרת המחלה נסיגה אל תלות (regression to dependence) (Winnicott, 1954) ומעניקה לאישה לגיטימציה להרפות מהעול המתמשך של האחריות המגדרית ומדרישות המציאות התובענית (בייחוד כשהמציאות הטיפולית קשה מנשוא). בשל משך הטיפולים עלולה הנסיגה הזאת להתקבע עד כדי כך שתתקשה המטופלת לשוב לתובענות עולם העבודה

מנקודת מבט פסיכודינמית מאפשרת המחלה נסיגה אל תלות (regression to dependence) (Winnicott, 1954) ומעניקה לאישה לגיטימציה להרפות מהעול המתמשך של האחריות המגדרית ומדרישות המציאות התובענית (בייחוד כשהמציאות הטיפולית קשה מנשוא). בשל משך הטיפולים עלולה הנסיגה הזאת להתקבע עד כדי כך שתתקשה המטופלת לשוב לתובענות עולם העבודה

מנקודת מבט פסיכודינמית מאפשרת המחלה נסיגה אל תלות (regression to dependence) (Winnicott, 1954) ומעניקה לאישה לגיטימציה להרפות מהעול המתמשך של האחריות המגדרית ומדרישות המציאות התובענית (בייחוד כשהמציאות הטיפולית קשה מנשוא). בשל משך הטיפולים עלולה הנסיגה הזאת להתקבע עד כדי כך שתתקשה המטופלת לשוב לתובענות עולם העבודה. אף שמחקרים העידו על חשיבות הבנת הדינמיקה המתוארת כגורם מעכב בתהליכי שיקום, ובפרט בתחום שיקום כאב (Fishbain, 1994), בתחום השיקום התעסוקתי לאחר החלמה מסרטן נותר הדיון ב"נחמה שבחולי" או בכמיהה לרגרסיה מצומצם. החולה עומדת במוקד ההתעניינות הרפואית וזוכה לנראות ולתיקוף על התמודדותה (Holland & Lewis, 2001). מפגש זה יכול לשחזר דפוסי אידיאליזציה שבהם הרופא נתפס כ"זולת-עצמי" (Kohut, 1971) חזק ומיטיב, דמות מושיעה שבזכותה יכולה המטופלת להרגיש מוגנת וייחודית בתוך הבלבול והחרדה (Lederberg, 1998). יתרה מכך, הרופא עשוי להיתפס כ"אובייקט מותמר" (Bollas, 1987), דמות טרנספורמטיבית שמעניקה למטופלת נראות והתפעלות. לפיכך האפשרות לסגת אל התלות ואל המענה על הצרכים הנרקסיסטיים בפרק החולי עלולה להקשות על המטופלת את הפרדה מזהות החולה בתום הטיפולים, שכן השיקום והחזרה לתעסוקה נתפסים כשיבה לתובענות המציאות. לחלופין, המפגש עם המערכת עלול לשחזר דפוסי מוקדמים של אכזבה ושל חוסר נראות (Straker, 1998). במצבים כאלה מצמצמת הרגשת ההזנחה מצד הממסד את היכולת להתבונן פנימה ומעוררת תגובות גרסיביות הגנתיות, והן מקשות על החולה את היכולת לגייס כוחות ולדמיין עתיד תעסוקתי.

בין החזקה ובין הישמטות: מחולה למחלימה

במרכזו של התהליך הפסיכולוגי השיקומי עומד המעבר החד בין "פרק החולי" ובין "פרק ההחלמה". בפרק החולי מוקד החוויה הרגשית, החשיבותית והתפקודית הוא הישרדותי, צליחת הטיפולים במחלה על תופעות הלוואי הקשות הכרוכות בהם. בתקופה הזאת החולָה היא מושא לטיפול ונדרשת להיענות לפרוטוקולים מצילי חיים כדי לשרוד ולהירפא (Little et al., 1998). עקב המשבר בבריאותה מתעוררים אצל החולה צרכים רגשיים ראשוניים כגון הצורך בביטחון, בהכרה בסבל ובהשעיית התחומים שבאחריותה (Caruso et al., 2017). ובעזרת המעטפת הרפואית ובה תוכנית טיפול סדורה וקשר רופאה-חולה רציף זוכה החולה להרגשת מוגנות וסדר בתוך אי-הוודאות (Graffigna & Barello, 2018). עוגן זה מקבל משנה תוקף כאשר בוחנים את ההקשר המגדרי כלפי נשים, הקשר שמאופיין בצפיפות חברתיות לנתינה, לדאגה לזולת ולריצוי, תפקידים שנשזרו בזהותן של נשים רבות

³למידע על תוכנית "סולם" באתר המכון הלאומי לשיקום נוירופסיכולוגי ע"ר.

עם תום פרק הטיפוליים האינטנסיביים נוצר מרחב לימנילי שבו הפיקוח הרפואי נסוג, אך הרגשת הבריאות טרם הושבה. בשלב זה עלול צמצום הליווי הרפואי להיתפס כאובדן המעטפת המחזיקה ולהעצים חרדות סומטיות וקיומיות (Mathieu et al., 2025). הקשב וסדר היום שהוקדשו להישרדות מתפנים, ואל פני השטח צפים אובדנים של תפקוד וחיוניות לצד חרדת הישנות המחלה (Simard et al., 2013). האובדנים הללו, ובייחוד הירידה ביכולות הקוגניטיביות, סודקים את רציפות העצמי (going on being) של המחלימה ומערערים את זהותה. באופן פרדוקסלי עלול הרגע שבו המערכת חותמת את פרק החולי להיחוות כהישמטות (Winnicott, 1960), והיא אף תוארה בספרות כ"נפילה מהצוק" (Hewitt & Ganz, 2006). ביטוי מוחשי לחרדה הזאת, ביטוי שמערער את רציפות תהליך השיבה לתעסוקה, הוא המתח הקשור לבדיקות המעקב. בתקופות האלה נכפות על המחלימה "עצירות תקופתיות", והן יוצרות שברים ברצף התפקוד והזהות (Bui et al., 2021). החרדה לקראת הבדיקה (המוכרת בספרות כ־scanxiety) עלולה לחולל נסיגה בתפקוד - המחלימה עוברת לעמדה נפשית של "חולה ממתנה". אפשר להבין את התנועה הזאת דרך המודל הדואלי להתמודדות עם אובדן (the dual process model) (Stroebe & Schut, 1999). מודל זה מתאר את התנועות (oscillation) בין ציר האובדן הממוקד בעיבוד החרדה הקיומית והפגיעות הגופנית ובין ציר השיקום המכוון לבניית זהות תעסוקתית וחיוניות. בדיקות המעקב הן טריגר שתובע משאבים רגשיים מציר השיקום חזרה לציר האובדן. במצבים האלה נחווים תפקידי החיים שהושבו והחלו להיתפס כנתיב לחיוניות כטפלים לעומת האיום הקיומי.

משבר לחיפוש:

נרטיב המחלה בראי השיקום התעסוקתי

מושג נרטיב המחלה (illness narrative) קשור לסיפור שהמטופלת בונה סביב התמודדותה עם המחלה (Kleinman, 1988). נרטיב זה שזור בתפיסות מוקדמות של חולי ובריאות, בהיסטוריה המשפחתית ובנרטיבים בין-דוריים על אובדן וחוסן (Radley, 1994). הבנייתו הפעילה של הנרטיב בעת האבחנה פועלת כנקודת מפגש בין עולמה הפנימי והערכי של האישה ובין האיום הממשי. בשלב זה ישפיע אופן ארגון הנרטיב על האפשרות להתוות את תחושת הסוכנות. דרך הבניית הסיפור נעה האישה מעמדת "מושא לאבחנה" לעמדה פעילה של יציקת משמעות (Mattingly, 1998). תהליך זה משמש מענה על הצורך להשיב את הרגשת

השלטה. מבחינת המטופלת מבטאת הבניית הנרטיב מאמץ נפשי לאיחוי ה"שבר הביוגרפי" (Bury, 1982). זהו ניסיון לתת מענה על הרגע שבו נקטע רצף החיים באופן שרירותי ומאמץ לגשר בין ה"עצמי" שקדם למחלה ובין המציאות שנוצרה בעקבותיה (Frank, 1995). ככל שראתה בעצמה האישה דמות חזקה ובשלטה טרום המחלה כך עשוי השבר הנרקסיסטי להיות עמוק יותר (Straker, 1998) ולאתגר את איחוי הנרטיב. בעבודתנו עם המחלימות אנחנו רואות כי ככל שנשענה זהותן על יכולות קוגניטיביות והישגים כך גוברת האידאליזציה של העבר, והקושי לדמיין עתיד אחר מתעצם. בתום הפרוטוקול הרפואי מתחלף המאבק במחלה בהמתנה דרוכה, ומתחזקת בה רמת החרדה מפני הישנותה (Simard et al., 2013). תוכני הנרטיב הנבנה (בין שהם מדגישים אשמה, סטרס או מקריות ובין שהם מדגישים צמיחה) יעצבו במידה רבה את האופן שבו תתפוס האישה את יכולתה לנוע אל עבר שיקום תעסוקתי וחיוניות (Park, 2010). התכנים שהמחלימה יוצקת לסיפורה עשויים לשמש עוגן הישרדות שמקדם חווית שליטה נוכח הסכנה לחזרת המחלה ואי-הוודאות. לדוגמה, בהקשר התעסוקתי שואלות מטופלות "היכן תשימו אותי?" ומביעות בשאלה עמדה פסיבית ומצומצמת. בזמן השיקום נעשה מאמץ לעודד חיבור למשמעות מתוך השבת הבחירה. נרטיב רווח בחברה המערבית מבוסס על הציפייה לשוב, בתום הטיפול הרפואי, לרמת התפקוד והחיוניות שקדמו למחלה (Frank, 1995) (restitution narrative). נרטיב זה נשען על המודל הרפואי הרואה במחלה שיבוש ברצף החיים, שיבוש שאפשר לתקן ולהשיב את המצב לקדמותו באמצעות התערבות רפואית. אומנם נרטיב זה מקנה הרגשת ביטחון, אך הוא עלול להתגלות כשברירי בתום הטיפולים כאשר הגוף או הנפש אינם שבים למצבם הקודם. פער זה בין הציפייה להשבת התפקוד המלא ובין המציאות החלקית עשוי לגרום דיכאון וחרדה (Di Iulio et al., 2019). מניסיונו, מטופלות רבות מביעות אכזבה מהמערכת הרפואית אשר מנעה מהן לתפסתן מידע על השפעות הטיפולים. אפשר להבין את אכזבתן כביטוי השלכתי בתהליך עיבוד האבל (כץ ופלוריאן, 1999). כלומר האשמת המערכת היא הגנה שמאפשרת להתיק את הכעס והאכזבה אל עבר גורם חיצוני ובעקבות ההתקה להימנע מהמפגש הכואב עם האבל על אובדן היכולות שהיו לפני המחלה.

החברה המערבית מאדירה תפקוד (Halligan et al., 2003) ומקדשת המשגות של "לחימה" במחלה והחלמה כ"ניצחון" (McCartney, 2014). ה"ניצחון" נתפס כשיבה לזהות הקודמת והבריאה שאינה בהלימה עם המגבלות והפגיעות שהמחלימה נדרשת להסתגל אליהן (Little et al., 1998).

ההמשגות האלה עשויות לצמצם את הגמישות הפסיכולוגית בתהליך ההתמודדות (Hauser & Schwarz, 2020), שכן הן מעודדות את החולה לאמץ זהות של "לוחמת" ועקב זאת לדחוק ביטויים של צרכים נפשיים שאינם עולים בקנה אחד עם דמות הגיבורה (Wilkinson & Kitzinger, 2000). הפנמת הציפייה החברתית הזאת עלולה להיות קול פנימי ביקורתי שמגדיר את הצורך בנסיגה כחולשה (Coyne & Tennen, 2010). מתן לגיטימציה לצורכי תלות, באופן שאינו מעורר הרגשת השפלה, חיוני לבניית האמון בעצמי (Kang & Kim, 2026). שכן המשאלה לנסיגה אינה ויתור אלא ביטוי לצורך בסביבה מחזיקה. ייתכן שהצרכים הללו לא זכו למענה מספק במשך שנים של ריצוי ותפקוד, וכעת הם עומדים בסתירה ללחץ הפנימי והחיצוני "לחזור לעצמי". כאשר צורך זה אינו מקבל הכרה הוא עלול להתקבע כדפוס הגנתי שמקשה על החולה את השיבה לעולם העבודה התובעני (Fishbain, 1994). בשנים האחרונות אפשר לזהות מגמה מתרחבת של שימוש במונחים גמישים ואישיים מבעבר להתמודדות עם מחלת הסרטן (Gustafsson, 2020).

בעיני נשים רבות נתפסת המחלה כמחוללת כאוס (chaos narrative), והן מרגישות חסרות אונים. בנרטיב זה נגדע הרצף הכרונולוגי של החיים. האישה מתקשה ליצור מרחק רפלקטיבי מהאירועים, והחוויה מסופרת כרצף מקוטע של משברים. בנרטיב הכאוס מתקיים הווה מתמשך של חולי, פגיעות והידלדלות המשאבים. היכולת לשחק בדמיון עם האפשרות לעשייה בעלת ערך מצטמצמת בגלל אימת המחלה (Frank, 1995; Winnicott, 1971). הרגשת כאוס וחוסר אונים מעוררת צורך להציע הסברים סיבתיים שמעניקים אשליית הגנה וניבוי. במחקרי סקירה נמצא כי סטרס הוא הגורם המרכזי שנשים מייחסות לו את מחלתן (Dumalaon-Canaria et al., 2014), כלומר עולם העבודה נתפס כגורם מחולל חולי וכזירה שוחקת שגרמה למחלה (Stewart et al., 2001). מניסיונו, ייחוס זה יכול להיות ביטוי לקונפליקט עמוק שמהדהד יחסי אובייקט (Fairbairn, 1952; Klein, 1946). לעיתים תפיסת עולם העבודה כאובייקט רודפני ומחולל חולי היא התקפה והשלכת האיום הפנימי. הנפש מתקשה לשאת את האיום השוכן בגוף פנימה ומתיקה אותו אל עבר עולם העבודה, עולם שאפשר להימנע ממנו ולבסס אשליית שליטה. עיסוק דיאלקטי בקונפליקט זה ובייצוגיו בתהליך השיקום עשוי לקדם תנועה מהעמדה הסכיזופרנואידית לעמדה הדפרסיבית (Ogden, 1986), לאפשר למחלימה לאחות את השבר ולגבש עמדה מציאותית יותר על עולם העבודה.

דוגמה לתפיסה כזאת היא מפגש בין נרטיב הכאוס והנטייה

לריצוי (compliance) שהעצמי אורגן בה סביב דרישות הסביבה, לעיתים על חשבון החיוניות הפנימית ויכולת המשחקיות. נרטיב שתופס את הדרישות התעסוקתיות כאיום תובעני כלפיו אינו מאפשר לנהל דיאלוג ומותיר את המחלימה ב"הווה הישרדותי". העמדה הזאת מקשה עליה את השבת התנועה אל עבר אופק של מחויבות ושאיופות (Costanzo et al., 2009). סביבת שיקום מחזיקה שמאפשרת למטופלות לשאת פגיעות בלי לרצות מצד אחד או להתפרק מצד אחר משמשת קרקע לביסוס נרטיב מאורגן יותר.

בדיקות המעקב הן טריגר שתובע משאבים רגשיים מציר השיקום חזרה לציר האובדן. במצבים האלה נחווים תפקידי החיים שהושבו והחלו להיתפס כנתיב לחיוניות כטפלים לעומת האיום הקיומי

במתח שבין חרדת הישנות ובין הצורך בהשבת החיוניות עשוי להתהוות נרטיב של חיפוש (Frank, 1995) שמביא לידי ביטוי מאמץ נפשי להפקת משמעות מתוך השבר. הטיפול הפסיכולוגי השיקומי יתמוך בתהליך זה בהיותו מרחב פוטנציאלי (Winnicott, 1971) שמאפשר משחקיות ודיאלקטיקה בין פגיעות ובין חיוניות בלי חוויית דרישות המציאות כחדירה פולשנית (impingement). מתוך העמדה הזאת תיתכן הגמשת נרטיב העצמי כך שייכללו בו השינויים שחלו בעקבות המחלה לצד תחושת מסוגלות. או אז תוכל התעסוקה להיתפס לא רק כזירה שמגלמת סכנה אלא גם כגורם שתומך בבריאות ובחיות (salutogenesis) (Antonovsky, 1987). דוגמה להתערבות בטיפול היא בחינה של מגוון תפקידים רשמיים ולא רשמיים בחיי המחלימה באופן שמאפשר להרחיב את הנרטיב ולהגמישו.

תיאור מקרה: המקרה של נ' - המיטה כמרחב רגרסיה

נ' (שם בדוי), בת 45, נשואה ואם לשלושה, אשת הייטק, הופנתה לשיקום תעסוקתי חצי שנה בקירוב לאחר סיום הטיפולים בסרטן השד. נ' התמודדה עם השלכות מצבה הרפואי שבאו לידי ביטוי בתשישות, בירידה קוגניטיבית ובכאבים. בפגישות הראשונות הציגה נ' רצון עז "לחזור לעצמי" ולהוכיח שהיא חזקה כפי שהייתה. ואולם בכל פעם שעלתה התמודדות מעשית (כמו עדכון קורות חיים וחיפוש משרות) היא נסוגה תפקודית לשהייה ממושכת במיטה. בשלב מסוים בטיפול העזה נ' לבטא קול שונה, רווי אשמה ובושה:

לשיקום בניסיון להגן על גרעין העצמי שמבקש תוקף ונראות (Gabbard, 2014). החזקת תנועת המטוטלת בין ציר האובדן ואימת המחלה ובין ציר השיקום והחיוניות כעמדה בסיסית בטיפול (Stroebe & Schut, 1999) מאפשרת למחלימה לנוע בהדרגה אל עבר עשייה.

בתהליכי העברה והעברה נגדית עלולה הפסיכולוגית השיקומית להישאב לקונפליקט של המטופלת ולייחס לה את התקיעות בתהליך (Derish et al., 2008). במצב זה נותרת המוטיבציה לשינוי אצל המטופלת (Miller & Rollnick, 2013), והיא נתפסת כתובענית ופולשנית (Winnicott, 1965). ליכולתה של המטופלת לנווט בין דרישות המציאות ובין המשאלה הרגרסיבית של המטופלת יש חשיבות לתהליך התעסוקתי. בהעברה נגדית עלול הלחץ המערכתי (שמייצג אותו לעיתים הגורם המפנה, בני המשפחה וכדומה) להשיג "תוצאות" לעורר במטופלת דחף לדחוק את המטופלת לתפקוד בטרם עת או לחלופין לעורר בה חשש מפני הוספה על כאבה והשאתה בעמדה פסיבית (Postone, 1998). עיבוד חרדת הפסיכולוגית מפני סטגנציה בטיפול יסייע לה להימנע מלהדהד קול פולשני ותובעני שמשחזר לחץ חיצוני ומופנם או קול הימנעותי שמזדהה עם החרדה הקיומית והמשאלה לאיון (Winnicott, 1962, 1965). לעיתים מתכתבת העברה נגדית של הנעת יתר מצד אחד או חוסר אונים מצד אחר עם המפגש האישי של המטופלת עם חרדת המוות, ועליה לבחון זאת בהדרכה (Straker, 1998).

באמצעות מתן תוקף (validation) לצרכים הרגרסיביים תיתכן הקלה בהרגשת האשמה ותיסלל הדרך לוויתור הדרגתי על עמדת החולה הרגרסיבית ומעבר לחוללות עצמית (self-agency) שמכירה בצרכים הרגשיים ומשלבת אותם בזהות המתעצבת. תהליך זה נתמך בממצאי מחקר שמעידים ש"מציאת תועלת" (benefit finding) במחלה, למשל שינוי סדרי עדיפויות והרגשת משמעות, היא גורם מנבא להסתגלות פסיכולוגית טובה יותר בקרב חולות בסרטן השד (Urcuyo et al., 2005). בטיפול מסייעת הפסיכולוגית למטופלת לשוב ולגבש את סיפורה, לשזור את התובנות, את ההתפעלות הנרקסיסטיות בהיותה "החולה הגיבורה" ואת הנוכחות הקיומית העזה שאפיינו את תקופת החולי ברצף חייה לצד האימה והמצוקה. בעשותה כן מתאפשר תהליך של הרחבת העצמי שבו הבריאות מומשגת כאינטגרציה של הפגיעות והחיוניות. תהליך זה טומן בחובו אֶבֶל על האובדנים ובד בבד מאפשר להעז ולבטא משאלה למציאות שיש בה מענה על מנעד רחב יותר של צורכי עצמי באופן שמביע הסתגלות בריאה ושלמה מבעבר (Tedeschi & Calhoun, 2004).

כשהילדים בבית הספר אני נשארת במיטה ובוהה בתקרה. בטיפולים כולם אמרו לי "תנוחי", כולל הרופאים ובעלי. עכשיו מצפים ממני לקום ולחזור לעצמי, אבל אני מתגעגעת לאפשרות פשוט לנוח, לא לחשוב על כלום. אני אימא נוראית שמעדיפה את השקט במיטה על פני הטיפול בילדים או עזרה בפרנסת הבית.

בעיני נ' מייצגת המיטה מרחב רגרסיבי שמאפשר לשמוט את תביעות המציאות ואת הציפיות הנרקסיסטיות (להיות "אימא מושלמת", "עובדת מצטיינת", "להילחם בסרטן"). הנסיגה למיטה מייצגת עמדת הרפיה ואיון שבה היא אינה נדרשת לִדְבָר. נ' חוששת שמא תגזול ממנה החזרה לעבודה את ה"מקלט" מפני עול החיים. האשמה מגינה מפני החרדה מהתמודדות ואף מקבעת את הנסיגה.



בטיפול תיקפה הפסיכולוגית את הצורך בנסיגה. השהות במיטה הובנה כצורך נפשי לגיטימי לקבלת הערכה ונראות גם כשנ' נזקקת למנוחה ולא נענית לצורכי סביבתה. הלגיטימציה למשאלת הנסיגה מתפקוד וזיהוי הקול הביקורתי המופנם הפחיתו בהדרגה את עוצמת האשמה. בהדרגה התאפשרו הכרה ועיבוד האובדנים לצד זיהוי משאבים וצרכים אישיים ותעסוקתיים. כעת היה אפשר לראות בהחלמה גם צומת תעסוקתי שמאפשר בחירה.

מהמורות בדרך לשיקום - דגשים בטיפול הפסיכולוגי השיקומי

המעבר לדרישות המציאות, על אתגריה השונים, עלול להציב את הפסיכולוגית בעמדה מורכבת. המערך הרפואי תיקף את נסיגתה של האישה לצמצום בתפקוד, ואילו הפסיכולוגית השיקומית עשויה להיות מזוהה עם ציפייה לחזור לתובענות המציאות (Lederberg, 1998; Stanton, 2006). הקונפליקט בין שאיפה לתפקוד ובין משאלה לעמדה פסיבית רגרסיבית מלווה בדרך כלל באשמה (Balint, 1979). וכאמור, האשמה הזאת פועלת ככוח כובל ועלולה לבצר את ההתנגדות

מסגור מחודש של השינוי בתפקוד ומתן כלים להתמודדות מסייעים למטופלת לתווך את מצבה לסביבתה. לצד המאמץ הנדרש להחזיק את סדר היום ואת המפגש עם התכנים הכואבים מתאפשרת בתוכנית סולם אתגרת נפשית והרגשת החזקה. מניסיונו, בזכות מתן לגיטימציה לצורך בנסיגה זמנית ובניהול המשאבים תוכל המחלימה להפנים את ההחלמה כתהליך שאינו ליניארי. התפיסה הזאת נשענת כאמור על מודל "המסלול הדואלי" (Stroebe & Schut, 1999) שמוצע בו כי התמודדות יעילה עם אובדן ושינוי של ממש כרוכים בתנועה מתמדת בין ציר האוריינטציה לאובדן ובין ציר האוריינטציה לשיקום. קבלת התנועה בין חרדה ובין חיוניות מסייעת למחלימה בתיווך (self-advocacy) תנודות התפקוד לסביבתה, בפרט בנושא בדיקות המעקב. תיווך זה נדרש הן בגלל התפיסה הדיכוטומית של חולי לעומת בריאות הן על רקע ההשפעות "השקופות" של המחלה והטיפול (כגון תשישות וירידה קוגניטיבית). נוכחנו לדעת שככל שהפגיעות עוצמתיות יותר כך יורדת יכולת תיווך הצרכים במידה שמחזקת את הרגשת הבדידות וחוסר ההכרה. נמצא כי השתלבות תעסוקתית מוצלחת קשורה לפתיחות המעסיק להבין את הצורך בהתאמות ובביצוען (Lopez-Faneca et al.,

מסגור מחודש של השינוי בתפקוד ומתן כלים להתמודדות מסייעים למטופלת לתווך את מצבה לסביבתה. לצד המאמץ הנדרש להחזיק את סדר היום ואת המפגש עם התכנים הכואבים מתאפשרת בתוכנית סולם אתגרת נפשית והרגשת החזקה. מניסיונו, בזכות מתן לגיטימציה לצורך בנסיגה זמנית ובניהול המשאבים תוכל המחלימה להפנים את ההחלמה כתהליך שאינו ליניארי. התפיסה הזאת נשענת כאמור על מודל "המסלול הדואלי" (Stroebe & Schut, 1999) שמוצע בו כי התמודדות יעילה עם אובדן ושינוי של ממש כרוכים בתנועה מתמדת בין ציר האוריינטציה לאובדן ובין ציר האוריינטציה לשיקום. קבלת התנועה בין חרדה ובין חיוניות מסייעת למחלימה בתיווך (self-advocacy) תנודות התפקוד לסביבתה, בפרט בנושא בדיקות המעקב. תיווך זה נדרש הן בגלל התפיסה הדיכוטומית של חולי לעומת בריאות הן על רקע ההשפעות "השקופות" של המחלה והטיפול (כגון תשישות וירידה קוגניטיבית). נוכחנו לדעת שככל שהפגיעות עוצמתיות יותר כך יורדת יכולת תיווך הצרכים במידה שמחזקת את הרגשת הבדידות וחוסר ההכרה. נמצא כי השתלבות תעסוקתית מוצלחת קשורה לפתיחות המעסיק להבין את הצורך בהתאמות ובביצוען (Lopez-Faneca et al.,

מקורות

כץ, ה' ופולריאן, ו' (1999). אבל ואובדן בשיקום רפואי: בתוך א' שלו (עורך), פסיכולוגיה שיקומית (עמ' 75-92). משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

משרד הבריאות (2022). המלצות ועדת שיקום מחלימים מסרטן. משרד הבריאות.

https://fs.knesset.gov.il/25/Committees/25_cs_bg_11175196.pdf

משרד הבריאות. הרישום הלאומי לסרטן. משרד הבריאות.

https://www.gov.il/he/departments/units/cancer_registry/govil-landing-page

Adler, N. E., & Page, A. E. (2008). Cancer care for the whole patient: *Meeting psychosocial health needs*. National Academies Press.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Balint, M. (1979). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Tavistock Publications.

Bloch, A., Sharoni, L., Shany-Ur, T., Maril, S., & Margalit, D. (2025). Feasibility and initial assessment of a holistic neuropsychological day program for vocational rehabilitation following non-central nervous system cancer. *Frontiers in Psychology*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1415038>

Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Columbia University Press.

Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 24(11), 1714-1720. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2932>

סיכום

המעבר לשיקום תעסוקתי לאחר שלב הטיפול במחלה, על השלכותיה ארוכות הטווח, מעורר אתגרים מורכבים ומציף התמודדות עם חרדות קיומיות לצד צרכים רגשיים עמוקים כגון כמיהה לרגרסיה ולנראות. במאמר תוארה המורכבות הגלומה בנסיגת המעטפת הרפואית המחזיקה וההבניה המחודשת של נרטיב המחלה שנדרשת בשלב ההחלמה בעקבות השינויים שחלו בתפקוד ובזהות. מכיוון שהמחקר בתחום השיקום התעסוקתי בקרב מחלימות מסרטן שאינו ב־CNS אינו רחב דיו, ביקשנו במאמר זה להציג את האתגרים ולצידם המלצה לעמדה טיפולית לצוותים הפסיכוסוציאליים לשם מתן מענה מותאם. אנחנו תקווה שמאמר זה יסייע בתהליך השיקום של המחלימות ויעלה למודעות ביתר שאת את הצורך בהרחבת המחקר והכתיבה בנושא.

- Bui, K. T., Liang, R., Kiely, B. E., Brown, C., Dhillon, H. M., & Blinman, P. (2021). Scanxiety: A scoping review about scan-associated anxiety. *BMJ Open*, 11(5), 1-22. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043215>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: Patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389-402. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090>
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. <https://doi.org/10.1037/a0013221>
- Coyne, J. C., & Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 16-26. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9154-z>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Dersh, J., Polatin, P., Leeman, G., & Gatchel, R. (2008). Secondary gains and losses in the medicolegal setting: Strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(4), 267-279. <https://doi.org/10.1023/b:joor.0000047429.73907.fa>
- Di Iulio, F., Cravello, L., Shofany, J., Paolucci, S., Caltagirone, C., & Morone, G. (2019). Neuropsychological disorders in non-central nervous system cancer: A review of objective cognitive impairment, depression, and related rehabilitation options. *Neurological Sciences*, 40(9), 1759-1774. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03898-0>
- Dumalaon-Canaria, J. A., Hutchinson, A. D., Prichard, I., & Wilson, C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes & Control*, 25(7), 771-785. <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0377-3>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). An object-relations theory of personality. Basic Books.
- Fishbain, D. A. (1994). Secondary gain concept definition problems and its abuse in medical practice. *APS Journal* 3(4), 264-273. [https://doi.org/10.1016/S1058-9139\(05\)80274-8](https://doi.org/10.1016/S1058-9139(05)80274-8)
- Frank, A. W. (1995). The wounded storyteller: Body, illness, and ethics. University of Chicago Press.
- Gabbard, G. O. (2014). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (5th ed). American Psychiatric Publishing.
- Gershfeld-Litvin, A., Vishnia, O., & Hanalis-Miller, T. (2025). Recovering or working: Women's experiences of working while coping with cancer: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 33(4), 289, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09349-1>
- Göttgens, I., & Oertelt-Prigione, S. (2024). Gender as a contextual factor in quality of life of cancer survivors: A literature review. *Oncology Research and Treatment*, 48(1-2), 48-56. <https://doi.org/10.1159/000543067>
- Götze, H., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2020). Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29(12), 2185-2194. <https://doi.org/10.1002/pon.5516>
- Graffigna, G., & Barelo, S. (2018). Spotlight on the patient health engagement model (PHE model): A psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1261-1271. <https://doi.org/10.2147/PPA.S145646>

- Greidanus, M. A., de Boer, A. G. E. M., Tiedtke, C. M., Frings-Dresen, M. H. W., de Rijk, A. E., & Tammenga, S. J. (2020). Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors: Development of a web-based intervention (MiLES intervention). *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 200-210. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00844-z>
- Gustafsson, A. W. H. C. S. A. (2020). Coping by metaphors: The versatile function of metaphors in blogs about living with advanced cancer. *Medical Humanities*, 46, 267-277. <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011656>
- Halligan, P. W., Bass, C., & Oakley, D. A. (2003). Wilful deception as illness behaviour. In P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 3-28). Oxford University Press.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors-a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
- Hauser, D. J., & Schwarz, N. (2020). The war on prevention II: Battle metaphors undermine cancer treatment and prevention and do not increase vigilance. *Health Communication*, 35(13), 1698-1704. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1663465>
- Hewitt, M. E., & Ganz, P. (2006). From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition. National Academies Press.
- Holland, J. C., & Lewis, S. (2001). The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. HarperCollins.
- Hoving, J. L., Broekhuizen, M. L. A., & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*, 9, 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-9-117>
- Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 102-113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>
- Kang, S. M., & Kim, J. S. (2026). Chemotherapy-related cognitive impairment as a crisis of the self: A Winnicottian psycho-oncological perspective. *Frontiers in Psychology*, 17, 1811745. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1811745>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. Basic Books.
- Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self. International Universities Press.
- Lederberg, M. S. (1998). Psycho-oncology: The psychological care of the patient with cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 63-78). Oxford University Press.
- Little, M., Jordens, C. F., Paul, K., Montgomery, K., & Philipson, B. (1998). Liminality: A major category of the experience of cancer illness. *Social Science & Medicine* 47(10), 1485-1494. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00248-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00248-2)
- Lopez-Faneca, L., Ruiz-Frutos, C., Gomez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Palomo-Gomez, R., Allande-Cusso, R., Ruger-Navarrete, A., Macias-Toranzo, I., & Garcia-Iglesias, J. J. (2025). Prognostic factors affecting return to work in cancer patients: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 82(6), 305-312. <https://doi.org/10.1136/oemed-2025-110212>

- Mathieu, T., Favez, N., & Cairo Notari, S. (2025). Between illness and health: A scoping review of cancer experience through the construct of liminality. *Journal of Health Psychology*, 31(3), 934-947. <https://doi.org/10.1177/13591053251351807>
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge University Press.
- McCabe, M. S., Bhatia, S., Oeffinger, K. C., Reaman, G. H., Tyne, C., Wollins, D. S., & Hudson, M. M. (2013). American society of clinical oncology statement: Achieving high-quality cancer survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*, 31(5), 631-640. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.46.6854>
- McCartney, M. (2014). The fight is on: Military metaphors for cancer may harm patients. *BMJ*, 349, g5155. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5155>
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50-62. <https://doi.org/10.3322/caac.20093>
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77(2), 109-130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14(8), 721-732. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)
- Ogden, T. H. (1986). The matrix of mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue. Jason Aronson.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018301>
- Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2010). Cancer as a chronic disease. *Collegian*, 17(2), 47-50. <https://doi.org/10.1016/J.COLEG.2010.04.007>
- Postone, N. (1998). Psychotherapy with the physically ill. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 163-171. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.412>
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. Sage Publications.
- Stroebe, M.S.; Schut, H.A.W.(1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Scott, D. A., Mills, M., Black, A., Cantwell, M., Campbell, A., Cardwell, C. R., Porter, S., & Donnelly, M. (2013). Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3), CD007730. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007730.pub2>
- Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(1), 12-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21820>
- Simard, S., Belinda, T., Gerry, H., Mélanie, D., Ceara, H., Shab, M., Gozde, O., & Simard, S. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 7(3), 300-322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>

- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.8775>
- Stewart, D. E., Bremond, A., Moumjid-Ferdjaoui, N., Mignotte, H., & Carrere, M. O. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 10(2), 179-183. <https://doi.org/10.1002/pon.497>
- Straker, N. (1998). Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Tan, F. S. I., & Shorey, S. (2022). Experiences of women with breast cancer while working or returning to work: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(4), 2971-2982. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06615-w>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tiedtke, C., De Rijk, A., Donceel, P., Christiaens, M.-R., & Dierckx De Casterlé, B. (2012). Survived but feeling vulnerable and insecure: A qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. *BMC Public Health*, 12, 538. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-538>
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relation to locus of control, coping, and psychological adjustment. *Psychology & Health*, 20(2), 175-193. 10.1080/08870440512331317634
- Vehling, S., & Philipp, R. (2018). Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 46-51. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000324>
- Whittaker, A. L., & George, R. P. (2022). *The cognitive effects of adjuvant chemotherapy in early-stage breast cancer: A systematic review*. *Breast*, 63, 82-96. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.03.009>
- Wilkinson, S., & Kitzinger, C. (2000). Thinking differently about thinking positive: A discursive approach to cancer patients' talk. *Social Science & Medicine*, 50(6), 797-811. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00337-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00337-8)
- Winnicott, D. W. (1954). Meta-psychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. *International Journal of Psychoanalysis*, 36, 16-26.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.

לחיות לצד האובדן - טיפול בהפרעת אָבל מתמשך בגישת DBT

איילה לוסטיג¹

תקציר

הפרעת אָבל מתמשך (prolonged grief disorder - PGD) הוכרה לפני זמן לא רב כאבחנה נבדלת ב־ICD-11. היא מתאפיינת בכמיהה עזה ומתמשכת לנפטר, בפגיעה בתפקוד ובקושי בהסתגלות לאובדן. בספרות המחקר מציינים את יעילותן של התערבויות ממוקדות אָבל, אך קיימים דיווחים מעטים על יישום טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) במקרים האלה ובייחוד בגיל השלישי ובמסגרת שיקומית. במאמר זה מוצג תיאור מקרה של אישה בשנות השבעים לחייה אשר אושפזה במחלקת שיקום לאחר אירוע מוחי וסבלה מאָבל מתמשך על מות בעלה. מוצג הרציונל התאורטי לשילוב DBT בטיפול, מהלך ההתערבות ורכיביה המרכזיים (קבלה רדיקלית, ניתוח שרשרת, ויסות רגשי וחיים שכדאי לחיות) וכן דיון בתרומה הקלינית של הגישה הזאת. המקרה מדגים כיצד אינטגרציה בין קבלה ושינוי יכולה לאפשר עיבוד אָבל מתוך קידום הסתגלות תפקודית בשלב חיים מורכב.

מבוא

אובדן אדם אהוב הוא חוויה אוניברסלית ומאתגרת. עם זאת לרוב האנשים והנשים קיימים משאבים פנימיים וחיצוניים שמאפשרים להם להסתגל בהדרגה לחיים ללא הנפטר. אצל חלק אחר מן האוכלוסייה האָבל אינו פוחת עם הזמן אלא מתמשך ומלווה בכאב רגשי עז, בהרגשת חוסר משמעות, אי־קבלת האובדן ופגיעה בתפקוד היום־יומי. כיום מצב זה מתואר כהפרעת אָבל מתמשך (prolonged grief disorder - PGD). לפני זמן לא רב הוכרה ההפרעה הזאת כאבחנה נפרדת בגרסה העדכנית של מדריך ה־ICD-11 (Szuhany et al., 2021). המקרה שאציג בהמשך המאמר מתמקד במטופלת בעשור השמיני לחייה שסובלת מהפרעת אָבל מתמשך ומתקשה להתמודד עם האובדן הפתאומי של בן זוגה ועם הסתבכות עקב אירוע מוחי ואשפוז שיקומי. בתיאור מודגש היישום הקליני של טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) להתמודדות עם אָבל מורכב ובתוך כך שילוב של קבלה עמוקה ושינוי הדרגתי של דפוסי התנהגות והתמודדות.

הפרעת אָבל מתמשך (PGD)

התמודדות עם אובדן של אדם קרוב ועם שכול היא אחד מגורמי הלחץ הגדולים ביותר בחיים. רוב האנשים והנשים אשר יחוּו אָבל בעקבות אובדן, גם אינטנסיבי, למשך תקופה מסוימת בחייהם יראו כי עוצמתו פוחתת עם הזמן משום שלרובם יש משאבים פנימיים ותמיכה חיצונית מספיקים להתמודד עם אבלם בדרך נאותה ולהסתגל בהדרגה לחיים ללא הנפטר. עם זאת מחקרים מראים כי אצל אחדים מהשכולים מסתבך תהליך האָבל כך שבמקום ירידה בעוצמת המצוקה הם חווים תגובות אָבל קשות וממושכות שאינן פוחתות עם הזמן. שיעורם של האנשים והנשים האלה באוכלוסייה עומד על עשרה אחוזים בקירוב, ונמצא כי קיימת אצלם פגיעה בתפקוד המשפחתי, החברתי והתעסוקתי במידה דומה לפגיעה שחווים בהפרעות נפשיות אחרות כגון דיכאון והפרעת דחק פוסט־טראומטית (שם).

כדי לתאר מצב זה נוספה בגרסה 11 של מדריך ה־ICD-11 אבחנה חדשה המכונה הפרעת אָבל מתמשך (World Health Organization, 2019). עם הרגשות המדווחים נמנים חוסר משמעות, קושי לקבל את האובדן וקושי לחזור לתפקוד יום־יומי. בתסמיני הליבה של האבחנה נכללים כמיהה למנוח או עיסוק מתמשך במנוח בליווי כאב רגשי עז. יתר על כן, הפרעת אָבל מתמשך מאופיינת בקשיים בעיסוק בפעילויות חברתיות או מהנות, ביכולת מופחתת לחוות מצב רוח חיובי ובקושי להסכין עם מותו של האדם האהוב. כדי לאבחן הפרעת אָבל מתמשך על התסמינים להימשך שישה חודשים לפחות לאחר האובדן. הראיות מעידות שאנשים ונשים שכולים שמפגינים תסמינים כאלה מעבר לפרק זמן זה נוטים לפתח פגיעה מתמשכת. ההפרעה נבדלת מדיכאון בעיקר בעיסוק המרוכז בכמיהה למה שאבד, אך שיעור המאובחנים בעלי הפרעת אָבל מתמשך שסובלים גם מתחלואה נלווית של דיכאון מז'ורי עומד על 50-70 אחוזים (Bryant et al., 2014). מכיוון שהאבחנה חדשה נותרה כמה שאלות פתוחות בקשר להשפעות של הפרעת אָבל מתמשך ובכלל זה שכיחות ההפרעה באוכלוסייה הכללית. עד היום התמקדו סקירות שיטתיות של PGD במנבאים שלה, במניעתה ובהשפעת ההתערבויות להפחתת תסמינים שקשורים לאָבל.

¹איילה לוסטיג היא פסיכולוגית בהתמחות שיקומית בבית החולים השיקומי "רעות תל אביב" ובעלת קליניקה פרטית.

טלפון: 054-5541174; דוא"ל: Ayala.lustig@gmail.com

טיפול התנהגותי דיאלקטי (DBT)

הרעיון המרכזי של DBT מבוסס על הבנה של התנהגויות בעייתיות במונחים של התאוריה הביורסוציאלית. לפי הגישה הזאת, בני אדם שמתמודדים עם קשיים מובהקים ובהם התנהגויות של הרס עצמי, דיכאון, תוקפנות, שימוש בחומרים והתנהגויות אימפולסיביות אחרות נוטים לעיתים קרובות לסבול מבעיות בוויסות רגשות. הבעיות הללו נובעות בעיקר מחוויות עבר, ולפיכך התנהגויות של הרס עצמי נתפסות כניסיונות לא מסתגלים להתמודד עם רגשות קיצוניים (Lew et al., 2006). עיקר תשומת הלב במודל ה-DBT ניתנת ללימוד הפרט לווסת רגשות עזים, להפחית התנהגויות שליליות שנובעות מהם ולסמוך על רגשותיו, על מחשבותיו ועל התנהגויותיו. אף שההפרעה השכיחה ביותר המטופלת באמצעות DBT היא הפרעת אישיות גבולית, קיימות עדויות, והן הולכת ומתרבות, ליעילות השיטה גם בטיפול בהפרעות נוספות ובהן דיכאון, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, הפרעות אכילה ושימוש בחומרים (Musser et al., 2018).

התאוריה הביורסוציאלית גורסת כי בעיות רגשיות והתנהגויות נובעות מאינטראקציה בין גורמים ביולוגיים ובין גורמים סביבתיים (Musser et al., 2018). מהותו של הטיפול נעוצה בגישה דיאלקטית של המטפל, גישה שמשלבת אסטרטגיות שמבוססות על קבלה עם אסטרטגיות שמבוססות על שינוי. אסטרטגיות מבוססות קבלה ב-DBT נשענות על עקרונות הזן. במסגרתם המטופלים לומדים להתבונן, לתאר ולחוות את מחשבותיהם, את רגשותיהם ואת התנהגויותיהם ללא שיפוט וללא ניסיון מיידי לשנותם. לעומתן נשענות אסטרטגיות מבוססות שינוי על עקרונות ביהביוריסטיים ובהם התערבויות כגון חשיפה, פתרון בעיות וארגון קוגניטיבי. לשילוב שתי האסטרטגיות יש חשיבות עצומה, שכן שינוי ללא קבלה עלול להיתפס כמבטל את חוויית המטופל, וקבלה ללא חתירה לשינוי אינה נותנת מענה על קידום מטרות הטיפול (Ritschel et al., 2015).

הרציונל לשילוב DBT בטיפול בהפרעת אָבל מתמשך

אף על פי שטיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ממוקד אָבל נחשב להתערבות מבוססת הראיות הסטנדרטית והמקובלת ביותר כיום להפרעת אָבל מתמשך (Bryant et al., 2014), יש מקרים מורכבים שבהם פרוטוקול זה אינו נותן מענה מספק. CBT קלאסי מתמקד בעיקר בעיבוד קוגניטיבי של האובדן ובחשיפה הדרגתית לזיכרונות המכאיבים. עם זאת

מטופלים רבים שמתמודדים עם הפרעת אָבל מתמשך חווים הצפה רגשית קיצונית, קושי חריף בוויסות רגשות והרגשת תקיעות עמוקה שנובעת מחוסר יכולתם להשלים עם המציאות החדשה. יתרונה הקליני הייחודי של גישת ה-DBT בא לידי ביטוי בשלב זה, שכן הבסיס הדיאלקטי שלה משלב אסטרטגיות של קבלה רדיקלית עם טכניקות אקטיביות של שינוי וויסות רגשי ומציע מסגרת טיפולית מותאמת יותר למצבים האלה (Holmes et al., 2006; Ritschel et al., 2015). באמצעות עקרון הקבלה הרדיקלית יכול המטופל לתת מקום לכאב ולחוסר האונים שלו בלי להילחם בהם, ובזכות מיומנויות הוויסות הרגשי והעמידות במצוקה הוא מקבל כלים קונקרטיים להתמודדות עם ההצפה הלכה למעשה. יתרה מזאת, כאשר האָבל הממושך נשזר במשבר חיים נוסף כגון פגיעה נוירולוגית ותפקודית בעקבות אירוע מוחי נעשה הצורך באיזון בין קבלת המגבלות הגופניות החדשות ובין הנעה לשיקום אקטיבי מכריע. לפיכך ה-DBT נותן מענה רחב והוליסטי לעומת גישות אחרות, והוא מכוון לא רק לעיבוד היגיון אלא גם לבנייה מחודשת של "חיים שראוי לחיותם" במציאות שהשתנתה מן הקצה אל הקצה.

תיאור מקרה²

ורד (שם בדוי), בת 78, הופנתה למחלקה לשיקום נוירולוגי בעקבות אירוע מוחי. ברקע היה אובדן בן הזוג מדום לב פתאומי חצי שנה בקירוב טרם האשפוז. בעת ההערכה הראשונית הציגה ורד תסמינים שמתאימים לתהליך אָבל מורכב לצד ירידה בתפקוד וקשיים פיזיים המשכיים לאירוע המוחי. בדיווחה העצמי תיארה הרגשת ריקנות, אובדן משמעות וירידה ניכרת במוטיבציה, רגשות אשר באו לידי ביטוי בקשיים בהשתתפות פעילה בתהליך השיקום הפיזי. כמו כן בלטה הרגשת ירידה בסוכנות האישית המיוחסת לשילוב הפגיעה בתפקוד עם המצב הרגשי. על בסיס ההערכה הזאת הוגדרה תוכנית התערבות. נדרשו לה שילוב של ביסוס הברית הטיפולית עם הנגשת מיומנויות שמותאמות להתמודדות עם אָבל מורכב מתוך פרוטוקול טיפול דיאלקטי-התנהגותי ובתוך כך התחשבות במגבלות הפיזיות ומגבלות התפקוד שנוצרו בעקבות האירוע המוחי.

פרוטוקול של טיפול במטופלת עם הפרעת אָבל מתמשך בגישת DBT

את המפגש הראשון עם ורד קיימתי שבוע לאחר אשפוזה במחלקה לשיקום. עוד לפני הפגישה היא הודיעה כי אינה

²כל הפרטים המזהים והשמות בתיאור המקרה טושטשו לשמירה על סודיות רפואית על פי קוד האתיקה.

מתכוונת להגיע וכי היא מתקשה להבין מדוע שובצה לטיפול פסיכולוגי. ועם זאת ביום הפגישה היא חיכתה לי בכניסה למחלקה בדיוק בשעה שנקבעה. ניגשתי אליה והסעתי אותה בכיסא הגלגלים שלה אל חדרי. ורד הגיעה לבושה בבגדי בית החולים ונראתה עייפה. במפגש הראשון בלטו מצב רוח ירוד, ניתוק רגשי וחוסר מוטיבציה, והם תאמו את דיווחי הצוות במחלקה על שיתוף פעולה מועט בטיפולים, הימנעות מאכילה, שהייה ממושכת במיטה במשך רוב שעות היום ומחשבות אובדניות. במשך השיחה בחדר התרשמתי מאפקט ירוד. היא מיעטה בתקשורת מילולית, וניכר בה כי היא חווה עצב עמוק וקושי תפקודי והסתגלותי. שאלתי על ילדותה, על תקופת הבגרות, על הוריה ואחיה, על המשפחה שהקימה ועל עיסוקה המקצועי. ורד ענתה על השאלות ללא היסוס, אך תשובותיה היו רשמיות. לעיתים היא נראתה מנותקת וניסתה להבין את מטרת נוכחותה בחדר ואת נחיצות הפגישה. כאשר עברנו לדבר על הפרישה מעבודתה חל שינוי בהבעתה. תווי פניה התרככו כשסיפרה על התוכניות שתכננה עם בעלה ועל חלומותיהם המשותפים. ואולם מהר מאוד התחלפה הבעתה לעצב עמוק, ודמעות זלגו על לחייה. "חלומות לחוד ומציאות לחוד", אמרה. כששאלתי על משמעות דבריה הסבירה ורד כי לפני כמה חודשים איבדה את בעלה, שהיה שותפה הקרוב, עקב דום לב.

אינטיימים שגרתיים במחלקה עוסקים בעיקר בפגיעה הניורולוגית או המוחית שנפגע המטופל עצמו. השיחה עם ורד לעומת זאת התמקדה באובדן העצום שחווה עם מות בעלה ובהשפעתו הישירה על חייה ועל היעדר המוטיבציה שלה להשקיע במאמצי השיקום מתוך הרגשה שאין עוד טעם בהמשך חייה. לקראת סיום הפגישה הצעתי לוורד להיפגש בקביעות. הבהרתי כי התקדמות במישור הנפשי והפיזי מותנית בראש ובראשונה בהעלאת המוטיבציה לשיקום. תחילה היא היססה, אך לבסוף נענתה להצעה, ייתכן שבשל מחסור בכוחות להמשך הדיון. התחלנו אפוא טיפול שראשיתו ביצירת קשר וביסוסו והמשכו בעירוב של עקרונות ושלבים מגישת ה־DBT הרלוונטיים למצבה.

1. החוזה הטיפולי

עוד באחת מפגישותינו הראשונות סיכמתי עם ורד שניפגש פעמיים בשבוע בזמנים קבועים, ואם היא לא תוכל להגיע לטיפול מסיבה כלשהי יהיה עליה לעדכן אותי. כן התחייבתי לשמור על חיסיון רפואי ולהעניק לה טיפול מקצועי ככל יכולתי. אחד הדברים החשובים ביותר שהיה עליי לעשות בשלב הראשון הוא ליצור עימה קשר. כבר בפגישתנו הראשונה הבנתי כי אצטרך להוכיח לוורד שהיא יכולה לסמוך

עליי. היא העידה על עצמה כי אינה בוטחת בנקל בבני אדם, ומלבד זאת היה מצב רוחה ירוד עד כדי כך ששיתוף פעולה בטיפול היה מאמץ גדול מבחינתה. הייתי צריכה לרכוש את אמונה כדי שתוכל להיפתח ולשתף אותי במה שעובר עליה. מלבד זאת, מאחר שסיפרה ורד על מחשבות אובדניות ללא כל תכנון, ידעתי שיהיה עליי לעקוב אחר המחשבות הללו בפגישותינו.

עיקר תשומת הלב במודל ה־DBT ניתנת ללימוד הפרט לווסת רגשות עזים, להפחית התנהגויות שליליות שנובעות מהם ולסמוך על רגשותיו, על מחשבותיו ועל התנהגויותיו

2. דיאלקטיקה של קבלה ושינוי

DBT משלב קבלה עמוקה וחתירה לשינוי התנהגותי ומבוסס על ההנחה כי לטיפול יעיל נדרש גם תיקוף של החוויות הרגשיות וגם עידוד לפעולה מכוונת ערך. אחד מעקרונות היסוד של הגישה הוא המתח הדיאלקטי שבין קבלה ובין שינוי. בפגישות הראשונות עם ורד הקדשנו תשומת לב למרכיב הקבלה. נעשתה ולידציה עקבית לחוויית האבל, לייאוש ולהרגשת הריקנות מתוך הבנה כי תגובותיה נובעות מאובדן פתאומי גדול והן מובנות ואנושיות. שלב זה היה חיוני ליצירת ברית טיפולית, בייחוד מפני שהיא התקשתה לתת אמון בבני אדם. התיקוף הזה העניק לוורד הרגשה של מקום שבו היא יכולה להיות עצמה, על הכאב שהיא חווה, בלי לנסות לשמוח או לדכא את רגשותיה. בתהליך הקבלה הרדיקלית נכללה הכרה בעובדה שכל מה שהיא מרגישה הוא בעל משמעות, הגיוני וראוי. בד בבד נבנה בהדרגה מרכיב השינוי מתוך הבלטת האפשרות לפעול בתוך הכאב: אף שהאובדן אינו ניתן לביטול, אפשר לבחור כיצד להגיב עליו. בעבודה הדיאלקטית הזאת עובדו אמירות שליליות כגון "אין טעם לנסות" ובתוך כך הוחזקו שני הקטבים בו־זמנית:

- כן - החיים השתנו; השינוי כואב ולא רצוי;
- ועם זאת - קיימת אפשרות לבנות משמעות מחודשת במציאות החדשה.

הגישה הזאת מדגימה כיצד ה־DBT משלב קבלה עמוקה של רגשות עם חתירה לשינוי כדי לטפח חוסן ולשפר את התפקוד היומיומי ובתוך כך לשמור על אותנטיות רגשית. היא אפשרה לוורד להכיר בעוצמת הכאב בלי להיות שקועה בו באופן משתק והעניקה לה מסגרת בטוחה לשינוי התנהגותי ומנטלי. שילוב של קבלה ושל שינוי השפיע גם על ההתקדמות בשיקום הפיזי של ורד. ככל שהתחזקה הרגשת הקבלה והתיקוף כך החלה ורד להשתתף בעקביות רבה

לא בוצעה באופן מציף אלא בשימוש במיומנויות סבילות למצוקה שנלמדו באותו הזמן. בטיפול תרגלה ורד דרכים לזהות עלייה בעוררות הרגשית, להשתמש בנשימה מודעת, בקרקוע ובהכוונת קשב, ובזכות זה להישאר במגע עם הזיכרון בלי להיסחף להצפה או להימנעות. בה בעת בוצעו ניתוחי שרשרת בקשר לרגעים שבחרה להימנע משיקום.

אירוע מעורר: שיחה על תוכניות עתידיות במחלקה



באמצעות עבודה חוזרת על השרשראות האלה החלה ורד לזהות את הקשר בין מחשבותיה, רגשותיה והתנהגותה. התובנה הזאת אפשרה לה מעבר הדרגתי מבחירה אוטומטית בהימנעות לבחירה מודעת מבעבר בפעולה. ככל שהתקדם התהליך כך נצפתה ירידה בעוצמת התגובות ההימנעותיות ועלייה מסוימת בנכונות להשתתף בתהליך השיקום.

4. הקניית מיומנויות ויסות רגשי

בד בבד עם עיבוד האובדן נעשתה עבודה שיטתית על הקניית מיומנויות לוויסות רגשי. בשלב הראשון ניתנה תשומת לב לזיהוי רגשות ושיומם. ורד נטתה לתאר את מצבה בכלליות כ"ריקנות" או "אין טעם" מבלי להבחין בין רגשות כמו עצב, ייאוש, בדידות, אשמה וכעס. באמצעות ניטור רגשי יומי זוהו טריגרים מרכזיים - שעות הערב, צפייה בזוגות אחרים במחלקה ושיחות על העתיד ועל התוכניות לאחר השחרור מבית החולים. אחר כך למדה ורד להבין לעומק מה מזין ומעצים את רגשותיה הקשים וכיצד מצבה הגופני (למשל תשישות פיזית או כאב בעקבות האירוע המוחי), בשילוב תנאי האשפוז המורכבים וההתמודדות עם האובדן, הותירו אותה במקום חשוף ורגיש שבו כל תחושה דרשה כוחות עצומים להתמודדות. בזכות הבנתה היא הצליחה לפתח מנגנון ניטור פנימי שמזהה את סימני המצוקה עוד לפני שהם הופכים להצפה מלאה ולעבור מהרגשת חוסר אונים להרגשת שליטה

מבעבר בטיפול הפיזיותרפיה, שהותה מחוץ למיטה התארכה, ומעורבותה בפעילויות היום-יומיות במחלקה השתפרה. בה בעת העבודה הדיאלקטית סייעה לה להתמודד עם מחשבות שליליות ואובדניות, להפחית הימנעות והסתגרות ולפתח מטרה של "חיים שכדאי לחיות" - תפיסה שהניעה אותה ליצור קשרים עם משפחתה ולהחזיר פעילות משמעותית לשגרת חייה גם בתוך האבל המתמשך. הדינמיקה הזאת באה לידי ביטוי בייחוד בשיקום. כאשר סירבה ורד להשתתף בפיזיותרפיה לא הייתה העמדה הטיפולית שיפוטית או כופה אלא שילבה מתן תוקף ("ברור שקשה לקום כשמרגישים שאין טעם") עם עידוד לפעולה מכוונת ערך ("ובכל זאת, השתתפות בטיפול מקרבת אותך לעצמאות שאת מבקשת"). כך בהדרגה התאפשר מעבר מעמדה דיכוטומית של "או שאני נשברת או שאני צריכה להיות חזקה" לעמדה מורכבת ממנה: אפשר להיות באבל עמוק ובו בזמן לנוע קדימה בצעדים קטנים.

CBT קלאסי מתמקד בעיקר בעיבוד קוגניטיבי של האובדן ובחשיפה הדרגתית לזיכרונות המכאיבים. עם זאת מטופלים רבים שמתמודדים עם הפרעת אבל מתמשך חווים הצפה רגשית קיצונית, קושי חריף בוויסות רגשות והרגשת תקיעות עמוקה שנובעת מחוסר יכולתם להשלים עם המציאות החדשה. יתרונה הקליני הייחודי של גישת ה-DBT בא לידי ביטוי בשלב זה, שכן הבסיס הדיאלקטי שלה משלב אסטרטגיות של קבלה רדיקלית עם טכניקות אקטיביות של שינוי וויסות רגשי ומציע מסגרת טיפולית מותאמת יותר למצבים האלה

3. חשיפה ועיבוד הטראומה

לאחר יצירת החוזה הטיפולי וביסוס ברית טיפולית ראשונית היה אפשר להתחיל לגעת בהדרגה באירוע האובדן של בעלה. בשלב זה עבדנו מתוך עקרונות הגישה ואיזו בין תיקוף עמוק של הסבל ובין עידוד לשינוי. ורד תיארה את מותו הפתאומי של בעלה כאירוע ששבר את רצף חייה. היא נמנעה מלדבר בפרטי פרטים על אותו היום, וכאשר עלה הנושא ניכרה הצפה רגשית, והיא באה לידי ביטוי בבכי, בקיפאון ולעיתים במעבר לדיבור מנותק וענייני. דפוס זה העיד על קושי בוויסות רגשי ועל הימנעות מחוויה מלאה של האבל. במסגרת העבודה הטיפולית נעשה תהליך של חשיפה הדרגתית ומוססת לזיכרונות הקשורים לאובדן. החשיפה

שמאפשרת להפעיל את כלי הוויסות הנכון לרגשותיה באותו הזמן. לצד העבודה הזאת שולבו צעדי התנהגות מכווני ערך לבניית חוויות חיוביות במחלקה. עם הצעדים הללו נמנו יציאה יזומה לחדר האוכל, יצירת שיחות קצרות עם מטופלים אחרים והשתתפות בפעילויות קבוצתיות, והם נעשו מתוך בחירה מודעת וגם בהיעדר מוטיבציה פנימית מיידית.

5. התמודדות עם מחשבות אובדניות במסגרת DBT

ורד שיתפה במחשבות אובדניות פסיביות ללא תכנון קונקרטי. על פי עקרונות הטיפול בוצע ניטור עקבי של עוצמת המחשבות והקשרן למצבים רגשיים. העבודה הטיפולית לא התמקדה בניסיון לשכנע את ורד כי מחשבותיה שגויות אלא בתיקוף של עומק הכאב מצד אחד ובהבהרת ההבחנה בין מחשבה, בין דחף ובין פעולה מצד אחר. גם כאן השתמשנו בניתוחי שרשרת כדי לזהות את הגורמים המקדימים להופעת המחשבות הללו וכן את תוצאותיהן ההתנהגותיות (בדרך כלל הסתגרות והפחתת שיתוף פעולה). בד בבד נעשתה עבודה על מושג ה"חיים שכדאי לחיות", מושג מרכזי בגישה. תחילה התקשתה ורד לראות ערך בכל רכיב בחייה, אבל בהדרגה הצליחה להגדיר מטרות קצרות טווח שקשורות לעצמאות בתפקוד, לקשר עם ילדיה ונכדיה ולשימור זיכרון בעלה באופן שאינו משתק.

6. מדדי תוצאה ושינוי בתפקוד

שבועות אחדים לאחר תחילת ההתערבות נרשמה תנועה ראשונית בכמה מישורים:

- עלייה בתדירות ההשתתפות בטיפול השיקום;
- שהות ממושכת מבעבר מחוץ למיטה;
- שיפור מסוים בתיאבון לצד נכונות לאכול גם כשאין תחושת רעב;
- נכונות גבוהה מבעבר לשיח רגשי בפגישות ולשיתוף עמוק יותר גם כשהוא מעלה רגשות כואבים.

אומנם העצב לא נעלם ועוצמתו עדיין לא פחתה, אך חל שינוי באופיו - מעבר מייאוש קפוא ומשתק לאבל מודע ומעובד שבזכותו תיתכן תנועה והתארגנות מחודשת.

דיון

בתיאור המקרה של ורד מוצג יישום קליני של DBT למטופלת בגיל השלישי שמתמודדת עם הפרעת אכל מתמשך על רקע אובדן בעלה ועם פגיעה תפקודית ונירולוגית בעקבות אירוע מוחי. שילוב עקרונות ה־DBT, ובייחוד הדיאלקטיקה שבין קבלה וריקלית ובין אסטרטגיות אקטיביות של שינוי וויסות

רגשי, נמצא יעיל בהפחתת עוצמת הכאב הרגשי ובשיפור התפקוד היומיומי וההסתגלות של המטופלת למצבה החדש. הצלחת ההתערבות במקרה זה מדגימה כיצד עקרונות ה־DBT נותנים מענה מדויק למנגנונים העומדים בבסיס הפרעת האכל המתמשך. גישות מסורתיות מתמקדות בעיקר בעיבוד היגיון, וגישת ה־DBT לעומתן נתנה מענה אינטגרטיבי על מצוקה רגשית שנובעת משילוב אובדן בן הזוג ואובדן התפקוד הגופני, ועל כן העניקה מענה יעיל וממוקד אף שהיה המקרה מורכב. במאמר זה הצעתי דרך להרחבת גבולות היישום של פרוטוקול ה־DBT בשני ערוצים מרכזיים בספרות הקלינית: (1) הפרוטוקול מדגים את היעילות הטרנס־דיאגנוסטית של הגישה בטיפול באבל מורכב; (2) הוא מציע מודל עבודה קונקרטי ליישום הגישה בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי ובמסגרות שיקומיות־רפואיות, תחומים שבהם הספרות המחקרית עודנה דלה מאוד.

ה־DBT נותן מענה רחב והוליסטי לעומת גישות אחרות, והוא מכוון לא רק לעיבוד היגיון אלא גם לבנייה מחודשת של "חיים שראוי לחיותם" במציאות שהשתנתה מן הקצה אל הקצה

אף על פי כן יש להצביע על כמה מגבלות שמאפיינות מחקר מסוג תיאור מקרה יחיד ועל כושר ההכללה של ההתערבות המוצעת. ראשית, מאפייניה הייחודיים של המטופלת במקרה זה, ובפרט הנכונות ההדרגתית שנבנתה אצלה לשיתוף פעולה, לצד התפתחותן של תובנה קלינית ויכולת מעורבות פרואקטיבית בתהליך הטיפולי היו גורם מפתח בהצלחת ההתערבות. מהספרות הקלינית עולה כי מטופלים רבים שסובלים מהפרעת אכל מתמשך מציגים דפוסי הימנעות נוקשים, קושי קיצוני בוויסות רגשי או התנגדות ראשונית לטיפול (Szuhany et al., 2021). במקרים שבהם המטופל אינו נוטה לשתף פעולה ייתכן שיידרש שלב מקדים וממושך מאוד של חיזוק המוטיבציה ובניית ברית טיפולית ובה בעת התאמה איטית של פרוטוקול ה־DBT והתמקדות של ממש בטכניקות קבלה לפני המעבר לשינוי. שנית, ההתערבות במקרה של ורד יושמה במסגרת אשפוז שיקומי, סביבה שמציעה מעטפת טיפולית אינטנסיבית, מובנית ומקצועית. אי אפשר להסיק באופן גורף כי ההתערבות כזאת תתאים לכלל מטופלי הפרעת אכל מתמשך אשר נבדלים זה מזה ברקע הטראומטי שלהם, במערכות התמיכה הזמינות להם ובנוכחותן של תחלואות נלוות (כגון דיכאון מז'ורי או PTSD). מחקרי המשך כמותיים ומבוקרים נדרשים כדי לבחון את

והקיפאון התפקודי העניקו לה הקלה רגעית אך שמרו על הסבל לפרק זמן ארוך. השימוש בעקרונות ה־DBT בתהליך השיקום סיפק תיקוף עמוק לכאב האובדן בלי לעודד פסיביות; הוא אפשר לזהות ולשנות דפוסי הימנעות, לחזק את תחושת הסוכנות האישית שלה ולתרגם את העיבוד הרגשי לשינוי התנהגות בשטח. מקרה זה ממחיש כיצד גם במצבי דיכאון ואבל מורכב בגיל המבוגר עשויה עבודה מובנית על מיומנויות ויסות וקבלה רדיקלית לשפר לא רק את מצב הרוח אלא גם את המוטיבציה והתפקוד הפיזי בתהליך השיקום. יתרה מכך, העבודה הזאת מסייעת לבסס את ההבנה כי לצד האובדן עדיין קיימת אפשרות לחיות חיים שראוי לחיותם.

יעילותו של שילוב זה בקרב מדגמים רחבים והטרוגניים של מטופלים בגיל השלישי ובמסגרות טיפול מגוונות בקהילה.

סיכום

המקרה של ורד מדגים את המפגש המורכב בין אָבל פתאומי, פגיעה נוירולוגית ואשפוז שיקומי. האירוע המוחי לא נחוזה כאירוע מבודד אלא כהמשך של רצף אובדנים - אובדן בן הזוג, אובדן התפקוד ואובדן זהות תעסוקתית עם היציאה לגמלאות. על פי המודל הביו־סוציאלי של גישת ה־DBT אפשר להבין את מצבה של ורד כתוצר של פגיעות רגשית גבוהה בשילוב נסיבות חיים קיצוניות. תגובות ההימנעות

מקורות

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., ... Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332-1339.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>

Holmes, P., Georgescu, S., & Liles, W. (2006). Further delineating the applicability of acceptance and change to private responses: The example of dialectical behavior therapy. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 301-320.

<https://doi.org/10.1037/h0100159>

Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., & Watts, D. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9(1), 1-12.

Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's "invalidating environment"? *Clinical Psychology Review*, 65, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>

Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 111-128. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>

Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus*, 19(2), 161-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

"אלומות" - פרוטוקול לטיפול פסיכולוגי קצר מועד בתסמיני חרדה, דיכאון ופוסט־טראומה במתבגרים

יורי גדרון,¹ מרב טמיר,² הודיה שטרנברג,³ יעל ברזילאי שאתי,⁴ אבי פרייפלד⁵
וצוות אלומות⁶

תקציר

מאז פרוץ "מלחמת התקומה" גדל הצורך במענים טיפוליים קצרים ויעילים. העבודה הזאת בוחנת את יעילותו של "אלומות" - פרוטוקול חדשני שמבוסס על פרוטוקול ששת השלבים (protocol six) שהוא טיפול קוגניטיבי־התנהגותי (CBT) של שישה-שבעה מפגשים שמטרתו להפחית תסמיני חרדה, דיכאון והפרעת דחק פוסט־טראומית (PTSD). כדי להתאימו לצורכי השעה והגיל ביצע השירות הפסיכולוגי חינוכי (שפ"ח) של עיריית פתח תקווה התאמה למתבגרים. שיטה: 14 מתבגרים השתתפו באלומות. המשתתפים טופלו בפרוטוקולים של חרדה, דיכאון, משולב דיכאון וחרדה, משולב PTSD ודיכאון. במדידה נכללו שאלונים מתוקננים למדידת התסמינים והמדד הגופני - שונות קצב הלב (HRV). תוצאות: נמצאו שיפורים מובהקים סטטיסטית בכל המדדים, והם הראו ירידה ניכרת בדיכאון ($F(4,12) = 6.50, p = 0.005$), בחרדה ($F(4,20) = 6.97, p < 0.001$), שיפור ברווחה הנפשית ($F(4,24) = 3.53, p = 0.02$) ו־ $t(7) = 1.97, p < 0.05$). השיפור נשמר גם לאחר שלושה חודשים. מסקנות: למרות היותו בדיקה ראשונית ואף שהיה מספר המטופלים מועט והפרוטוקול לא בוצע במסגרת מחקר, נמצא אישוש ליעילות אלומות כהתערבות קצרת מועד יעילה למתבגרים שמתמודדים עם תסמיני חרדה ודיכאון קלים-בינוניים. כן נמצא שיפור בפעילות וגאלית וברווחה הנפשית. אם כן, אלומות מעיד על אפשרות לתת מענה חסכוני, מדיד ומבוסס ראיות שניתן במסגרת השירות הציבורי.

מבוא

בעשור השלישי של המאה העשרים ואחת התרחשה בעולמם של המתבגרים תמורה רדיקלית. היידט (Haidt, 2006) הוא פרופסור למחקר בפסיכולוגיה רפואית, בפקולטה לרווחה ומדעי הבריאות, באוניברסיטת חיפה.

¹ פרופ' יורם גידרון הוא פרופסור למחקר בפסיכולוגיה רפואית, בפקולטה לרווחה ומדעי הבריאות, באוניברסיטת חיפה.

² מרב טמיר היא פסיכולוגית חינוכית מומחית־מדריכה, מנהלת שפ"ח פתח תקווה.

³ הודיה שטרנברג היא פסיכולוגית חינוכית מומחית־מדריכה, מנהלת מחלקת המגזר החרדי, תורני ומוכשר בשפ"ח פתח תקווה.

⁴ יעל ברזילאי שאתי היא פסיכולוגית חינוכית מומחית, רכזת חירום בשפ"ח פתח תקווה.

⁵ אבי פרייפלד הוא מהנדס מערכות מידע ומנכ"ל חברת Solver.

⁶ עם צוות אלומות נמנים יפעת טבת, פסיכולוגית חינוכית בהסמכה להדרכה; יפעת בנג'ו, פסיכולוגית חינוכית מדריכה; נעמי כרמלי, פסיכולוגית חינוכית בהסמכה להדרכה; רחל טיבי, פסיכולוגית חינוכית מדריכה; שלומית רמורשטיין, פסיכולוגית חינוכית מדריכה; מיכל לוינזון, פסיכולוגית חינוכית מומחית; מור שניצר אקוקה, פסיכולוגית חינוכית מומחית; מבל קראוסיק, פסיכולוגית חינוכית מדריכה; יהונתן שור, פסיכולוג חינוכי מומחה; והילה גוטמן, פסיכולוגית חינוכית בהסמכה להדרכה.

יותר, פי שניים או שלושה, באותו פרק זמן לעומת שיטות הטיפול הסטנדרטיות. אלרס ואחרים (Ehlers et al., 2010) הראו כי למודלים קצרי מועד של CBT (brief-CBT) יש יעילות דומה לזאת של טיפולים ממושכים, ולעיתים היא אף עולה עליהם, בייחוד כאשר המודלים מיושמים זמן קצר לאחר האירוע הטראומטי. ממחקר במתבגרים עלה כי טיפול מבוסס CBT ובו שש פגישות בלבד שיפר פי שלושה את מצבם של מתבגרים בני 14-17 לעומת קבוצת הביקורת (Lorentzen et al., 2020).



מלבד החדשנות שבקיצור משך ההתערבות נכלל במודל הטיפולי המוצע כאן מרכיב של הערכה ומדידה רציפה, מרכיב שאינו מוטמע באופן מוסדר בתחנות השירות הפסיכולוגי חינוכי (שפ"ח) בישראל כיום. הפרקטיקה המקובלת נוטה להסתמך על התרשמות איכותנית, ואילו הפרוטוקול הזה משלב כלי מדידה סטנדרטיים מתוקפים בזמן אמת ולאחר הטיפול ומסתמך על נוהל קליני נאות (good clinical practice) שבוחן את יעילות ההתערבות בדרך סטנדרטית. אם כן, בפרוטוקול הזה שאפנו להציע פריצת דרך כפולה - טיפול CBT קצר מועד שמקנה מיומנויות ושימוש בטיפול מבוסס נתונים שמבטיח דיוק, שקיפות ומיטוב (אופטימיזציה) המשאבים המצומצמים.

הבסיס האמפירי-תאורטי של פרוטוקול ששת השלבים (six protocol)

פרוטוקול אלומות מושתת על פרוטוקול ששת השלבים שמתמקד בטיפול במבוגרים שמתמודדים עם תסמיני חרדה, דיכאון ו-PTSD בדרגת חומרה קלה עד בינונית. המיומנויות שנלמדו בפרוטוקול המוצג כאן נמצאו יעילות במחקרים טיפוליים מבוקרים, ואנשי טיפול ומטופלים יכולים ללמוד אותן די בנקל. רצף המיומנויות נבחר על פי חשיבותה של כל מיומנות לבעיה (חרדה, דיכאון, PTSD). ואלה המיומנויות שהשתמשו בהן בפרוטוקול ששת השלבים: הפעלה התנהגותית, ניהול מצבי לחץ, שיטת הבניית הזיכרון,

של מגפת קורונה אשר השפיע ברמה המאקרו-חברתית. המציאות הגלובלית הזאת מקבלת משנה תוקף בישראל ומדגימה את מושג ה"סיכון הכפול". בישראל חלה נסיגה דרמטית בעקבות אירועי 7 באוקטובר ו"מלחמת התקומה". בסקרים עדכניים (מכון חרוב, 2024; מאירס ג'וינט ברוקדייל, 2025) נמצאו שיעורים גבוהים של מצוקה נפשית (חרדה, דיכאון ופוסט-טראומה) ופגיעה בתפקוד בקרב מתבגרים. נמצאה עלייה גם בקרב קבוצת המבוגרים, אך היא נמוכה מזאת של המתבגרים. על פי מחקרים של לב-ארי ושילה (Lev-Ari & Shilo, 2025) עמד שיעור המתבגרים שנבדקו (שמונה חודשים מתחילת המלחמה) והציגו רמות תסמינים נפשיים (דיכאון, חרדה ו-PTSD) שהיו בטווח קליני לא תקין על 40.2 אחוזים, לעומת שיעור של עשרה אחוזים בקירוב בימי שגרה. דוחות מבקר המדינה (2023) והמועצה לשלום הילד (2023) מעידים שהצורך למענה רגשי עלה בעשרות אחוזים, אבל המשאבים מצומצמים. במצב הזה נוצר אפוא "צוואר בקבוק" שבו מתבגרים שזקוקים לסיוע נותרים ללא מענה בתקופות קריטיות להתפתחותם גם בעקבות תורי המתנה ארוכים לטיפול שנוצרים, בין היתר, מטיפולים ארוכי טווח.

במצב זה של מצוקה נפשית גואה עולה שאלת יעילותם של המודלים הטיפוליים השכיחים במערכת בריאות הנפש. הגישה המסורתית בישראל ובעולם היא הטיפול הדינמי המבוסס על תהליכי עומק לפרקי זמן ארוכים וחקירת עולמו הפנימי של המטופל. ועם זה ספרות המחקר מהשנים האחרונות מעידה על יעילותם של טיפולים קצרי מועד שמתמקדים בלימוד מיומנויות. למשל, במחקר שנערך בגרמניה על 1,550 בוגרים נבדקו מהם המרכיבים המנבאים הצלחה בטיפול נפשי. נמצא שללימוד מיומנויות קוגניטיביות התנהגותיות היה הקשר החזק ביותר עם שיפור קליני (Rubel et al., 2016). וייס ואחרים (Weisz et al., 2017) ערכו מטא-אנליזה מקיפה וציינו שטיפולים מבוססי CBT בחרדה ובדיכאון נמצאו יעילים יותר באופן מובהק לעומת גישות דינמיות. אומנם יעילותו של ה-CBT הסטנדרטי מוכחת, אבל מודלים מסורתיים של CBT נמשכים שלושה חודשים לפחות בדרך כלל. ובעת משבר ביטחוני מתמשך נהיה טיפול ארוך כזה לנטל כלכלי ולוגיסטי כבד על המערכת הציבורית ועל משפחות המתבגרים כאחד. לפיכך מסתמן שהצורך הבווער כיום הוא במענה פסיכולוגי יעיל בפרק זמן קצר.

הפרוטוקול המוצג כאן מתבסס על מודל התערבות ממוקד ובו שישה-שבעה מפגשים. במערכת שיש בה רשימות המתנה ארוכות ובמצבי טראומה, חרדה ודיכאון של גיל ההתבגרות יוכל המטפל בטיפול ממוקד כזה לטפל במתבגרים רבים

מסגור מחדש ומזעור, הוכחת ראיות, חיסון פסיכולוגי, הגברת מסוגלות עצמית ומניעת נסיגה. כן השתמשו בשלוש טכניקות לוויסות גופני ורגשי: נשימות וגאליות, הרפיית שרירים הדרגתית (PMR) ומדיטציה (ראו טבלה 1).

בהליך שהוצג כאן השתתפו 14 מטופלים. בממצאיו יש תיקוף ראשוני אך מעודד ליעילות המודל, ומובלטת בהם חשיבות המדידה והשימוש במיומנויות קוגניטיביות התנהגותיות בשירותי בריאות הנפש. תוצאות הניתוח הסטטיסטי מעידות על שיפור ניכר ועקבי בכלל הפרמטרים שנבחנו ובהם מדדים תסמיניים, תפקודיים ופיזיולוגיים. הממצאים הראשוניים שנמצאו מעידים על ירידות מובהקות סטטיסטיות בתסמיני חרדה ודיכאון לצד עליות מובהקות סטטיסטיות במדדי הרווחה האישית, התפקוד והפעילות הווגאלית

במטא-אנליזה של אקסרס ואחרים (Ekers et al., 2014) נמצא ש"הפעלה התנהגותית" יעילה מאוד בהפחתת דיכאון. מחקרים מראים שלימוד ניהול מצבי לחץ יום-יומיים, מצבים שנפוצים בקרב מתבגרים, מפחיתים חרדה, דיכאון ו-PTSD (ראו למשל Kallianta et al., 2021). טכניקות לוויסות גופני ונפשי כגון נשימות וגאליות נמצאות בשימוש רחב בטיפול ביופידבק. במטא-אנליזה שנעשתה בחיילים נמצא שהשיטה הפחיתה רמות PTSD במידה ניכרת (Kenemore et al., 2024). שיטת PMR נמצאת בשימוש רחב בניהול מצבי לחץ ואף מסייעת מאוד בשיפור בריאות הגוף והנפש, גם של מתבגרים, כמו שנמצא במחקרים רבים (Köse Kabakcioğlu & Ayaz-Alkaya, 2024). במטא-אנליזה של 39 מחקרים נמצא שמדיטציה תורמת מאוד להפחתת חרדה ולשיפור מצב רוח ירוד, והשפעתה נשמרת גם לפרק זמן ארוך (Hofmann et al., 2010). שיטת "הבניית הזיכרון" (MSI) נועדה להמיר את הטרואמה הרגשית-חושית ולימבית לעיבוד קוגניטיבי-מילולי ופרונטלי. נמצא ש-MSI מפחיתה חרדה, כאב ודופק מהיר בחדר המיון ואף מונעת PTSD (Gidron et al., 2001, 2018). ב-CBT מתמקדים מאוד בעיצוב קוגניטיבי (הוכחת ראיות וחסון פסיכולוגי) ובו שינוי דפוסי חשיבה מוטים ולא מסתגלים. במטא-אנליזה של ארבעה מחקרים נמצא מתאם חיובי מובהק בין עיצוב קוגניטיבי ותוצאות הטיפול (Ezawa & Hollon, 2024). "מסגור מחדש" ו"מזעור" הן שיטות קוגניטיביות שמטרתן ויסות רגשי. מטא-אנליזה של 306

מחקרים הראתה ש"מסגור מחדש" ו"מזעור" מצבי לחץ נמצאו יעילים לוויסות הרגשי (Webb et al., 2010). ולבסוף שולבו בפרוטוקול ששת השלבים מיומנויות של "חיזוק מסוגלות עצמית" ו"מניעת נסיגה". מחקרים מראים שאפשר לגרום לשינויים בתחומים שונים כמו ביצוע פעילות גופנית רבה יותר במתבגרים ב"העצמת מסוגלות עצמית" (Lee et al., 2012). כן נמצא שהמיומנות הזאת מנבאת בריאות נפשית וגופנית טובה וחוסן (Moin et al., 2025). מסקירת ספרות בנושא עלה ש"מניעת נסיגה" מפחיתה הישנות של דיכאון במתבגרים (Robberegt et al., 2023). כל המיומנויות הללו בנו את עמוד התווך של פרוטוקול הטיפול שפותח למבוגרים והותאם למתבגרים.

תהליך התאמת פרוטוקול ששת השלבים למתבגרים - אלומות

כאמור, בגלל הגידול במספר המתבגרים המתמודדים עם תסמיני חרדה, דיכאון ו-PTSD החל השירות הפסיכולוגי חינוכי (שפ"ח) של עיריית פתח תקווה במיסוד ובביסוס תהליך טיפול מותאם לצורך ולתקופה. תפיסת עולמו של שפ"ח פתח תקווה מבוססת על הסתכלות מערכתית שרואה בקהילה, במערכת החינוך ובמשפחה את הבסיס לצמיחה ולהתפתחות הילדים, והשפ"ח פועל לחזק את הכוחות ואת היכולות שלהן. עקב צורכי השעה, ומתוך תפיסת עולמו של השפ"ח, חיפשו מענה טיפול מניעתי, חסכוני, שירותי ומבוסס ראיות ומדידה. לשם כך יזם שפ"ח פתח תקווה שיתוף פעולה עם המיזם של פרופ' יורי גידרון וחברת SOLVER ושמו six protocol. התאמנו את הטיפול הזה למתבגרים בשפ"ח פתח תקווה והענקנו לו את השם אלומות. ואלה רכיבי ההתאמה המרכזיים שביצענו בו: הנגשה, הפשטה והמחשה, פסיכו-אדוקציה והבניית המעורבות ההורית והרצף הטיפולי. מודל הטיפול הורחב ושולבו בו מפגשי הורים מובנים מתוך הכרה בחשיבות המערכת המשפחתית. כן יצר השפ"ח "מחברת מטופל" שבעזרתה אפשר לתרגל מיומנויות בין הפגישות, לנהל מעקב עצמי ולשמור על רצף הטיפול בין המפגשים. לאחר סיום הטיפול יוכל המטופל להיזכר במיומנויות שלמד בעצמו ולתרגל אותן.

בתהליך ההתאמה הונחה תשתית מקצועית רחבה שמורכבת מחוברת למטפל ומחברות למטופלים שמותאמות לכל אשכול תסמינים (חרדה, דיכאון, PTSD, חרדה ודיכאון, חרדה ו-PTSD, דיכאון ו-PTSD). בבסיס ההתערבות נכללו שישה מפגשים עם המתבגרים ושלושה מפגשי הורים. משך כל מפגש 50 דקות בקירוב. במחקרים של קומורבידיות הורחב

הטיפול לשבעה מפגשים. הטמעת המודל לוותה במעריך הדרכה פנימי בשפ"ח ובייעוץ מקצועי מצד חברת SOLVER ופרופ' גידרון. יעילות אלומות נבחנה על בסיס איסוף נתונים שיטתי שנועד לנטר את התקדמות המטופלים על פי נוהל קליני נאות. ההנחה הייתה שתסמיני החרדה, הדיכאון וה־PTSD יפחתו, ומדדי התפקוד, הרווחה האישית והרמות ה־HRV יעלו.

טבלה 1. מיומנויות ה־CBT הליך בדיקת יעילות הטיפול

שם המיומנות	תיאור המיומנות	תסמין
ניהול מצב לחץ	תגובות על לחץ יום־יומי	חרדה, דיכאון, PTSD
שיטת הבניית הזיכרון (MSI)	עיבוד טראומה באופן נשלט מבעבר	PTSD
שיטת הכוחת ראיות	עיצוב קוגניציות מוטות	דיכאון, PTSD
חיסון פסיכולוגי	עיצוב קוגניציות מוטות	חרדה, PTSD
מסגור מחדש ומזעור	עיצוב קוגניציות מוטות וויסות רגשי	חרדה, דיכאון, PTSD
הפעלה התנהגותית	הגברת ביצוע פעולות מהנות	דיכאון
מדיטציה (מיינדפולנס)	הגברת ריכוז וויסות רגשי	דיכאון
הרפיית שרירים (PMR)	ויסות רגשי ותגובות גופניות	חרדה, דיכאון, PTSD
נשימות וגאליות	ויסות רגשי ותגובות גופניות ומוחיות	חרדה, דיכאון, PTSD
הגברת מסוגלות עצמית	הגברת חוסן נפשי	חרדה, דיכאון, PTSD
מניעת נסיגה	הכנת מטופל למצבים מועדים לנסיגה	חרדה, דיכאון, PTSD

במאמר זה הצגנו ממצאים שהתבססו על איסוף נתונים שיטתי שנועד לנטר את התקדמות המטופלים, ולא במסגרת מחקר. להלן המדגם, כלי המדידה והניתוח הסטטיסטי.

המדגם

במדגם הזה השתתפו 14 מתבגרים בני 15-18 (M=17). במדגם היו 11 בנות (78.57 אחוזים) ושלושה בנים (21.4 אחוזים). את המשתתפים הפנו לטיפול יעוצות בבתי הספר השונים בפתח תקווה על רקע תסמיני חרדה, דיכאון ו־PTSD. איסוף הנתונים הוא תהליך מתמשך, ומטופלים נוספים ממשיכים לקבל את המענה הטיפולי בזמן כתיבת השורות האלה.

איסוף הנתונים

ההליך מבוסס על מערך של מדידות חוזרות מסוג AABBB ובו שתי מדידות של "קו בסיס" (A1, A2) ושלוש מדידות אשר נלקחו באמצע הטיפול, בסופו ולאחר שלושה חודשים (B1, B2, B3) מסיומו. השימוש במערך זה מאפשר ביסוס קו בסיס יציב, נטרול הטיות של מדידה חוזרת טרם הטיפול והערכה של שינוי טיפולי והישמרותו לאורך זמן. הבחירה ברצף התערבות זה, לעומת מערך קלאסי מסוג ABAB, נבעה משיקולים אתיים שמבליטים את חשיבות הרצף הטיפולי למתבגרים שמתמודדים עם מצוקה נפשית.

כלי המדידה

תהליך ההערכה התבסס על שילוב מקורות: סימפטומטולוגיה, רווחה נפשית, תפקוד יום־יומי ומדד פיזיולוגי.

1. **תסמיני חרדה ודיכאון** נמדדו באמצעות שאלון HADS - hospital anxiety and depression scale (Snaith and Zigmond, 1983). בשאלון נכללו 14 פריטים שחולקו לשני תתי־סלמות (חרדה ודיכאון). הציון בכל תת־סולם נע בין 0-21. טווח הניקוד 8-14 מגדיר חומרה קלה עד בינונית.

2. **תסמיני PTSD** נמדדו באמצעות שאלון PCL-5 (Weathers et al., 2013). בפרוטוקול הזה השתמשנו בגרסה הקצרה המתוקפת שלו ובה שמונה פריטים עם ציון מצטבר בטווח 0-32. ציון 12 ומעלה הוגדר כקריטריון להתערבות עם דיווח על אירוע טראומטי.

3. **רווחה נפשית** נמדדה באמצעות מדד WHO-5 (WHO, 1998). הציון הגולמי (0-25) מתורגם לסקאלה של 0-100. ציון מתחת ל־50 מעיד על רווחה נפשית נמוכה, וציון מתחת ל־28 מעלה חשד קליני לדיכאון.

4. **רמת התפקוד** נמדדה באמצעות שאלון הערכה ייעודי ובו ארבעה פריטים. השאלון פותח במיוחד לעבודה הזאת, ונבחנה בו רמת התפקוד היום־יומי בלימודים, בחברה, במשפחה ובשעות הפנאי.

5. **פעילות עצב הוואגוס: מדד פיזיולוגי** מדד את ה־HRV באמצעות חיישן iFeelWell (חברת iFeel Healthy). מדד זה נלקח באצבע שמאל למשך דקה, ונכללו בו שלושה מדדים. רמות ה־HRV התקין הן אלה: SDNN>50, RMSSD 42, PNN50>3%.

ניתוח הנתונים

הנתונים נותחו באמצעות מבחני t למדגמים מזווגים להשוואה בין נקודות זמן ובאמצעות ניתוח שונות למדידות חוזרות לבחינת מגמות השינוי בכל שלבי הטיפול. כדי לבחון אם נמצא שיפור בעקבות הטיפול השתמשנו במבחן חד־זנבי, ורמת המובהקות נקבעה ל- $p < 0.05$.

ממצאים

עד כה השתתפו באלומות 14 מטופלים. התפלגות הפרוטוקולים של הטיפול בקרב המשתתפים הייתה כזאת: חרדה 57.14 אחוזים, דיכאון 7.14 אחוזים, פרוטוקול משולב חרדה ודיכאון 28.57 אחוזים ופרוטוקול משולב PTSD ודיכאון 7.14 אחוזים. הממוצעים וסטיות התקן של כלל המדדים שנאספו להערכת הפרוטוקול מוצגים בטבלה מספר 2.

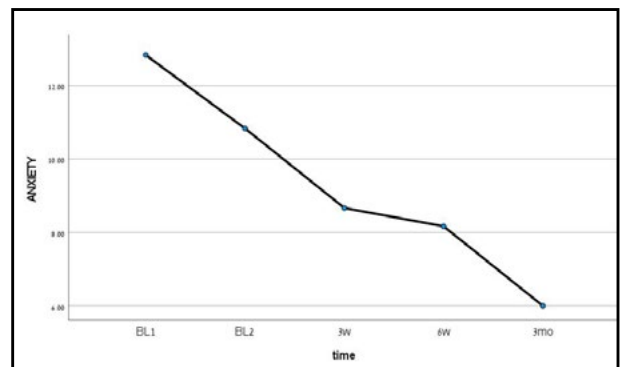
טבלה מס' 2. הממוצעים וסטיות התקן של המדדים שנאספו להערכת הפרוטוקול

משתנה חודשים		קדם טיפול 1		קדם טיפול 2		פגישה 3		סוף טיפול		3	
ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת
12.8	3.2	11.3	4.6	9.4	4.0	7.4	3.6	6.4	3.5	חרדה	
8.4	4.0	8.4	3.0	7.5	2.2	5.1	2.1	4.4	2.1	דיכאון	
11.9	4.2	13.1	4.7	12.9	3.4	16.9	4.5	17.1	4.5	רווחה נפשית	
8.7	1.7	7.9	1.7	8.0	1.7	9.7	3.2	10.0	1.8	תפקוד	
60.3	31.0	53.0	22.2	54.8	15.8	69.5	36.1			HRV	

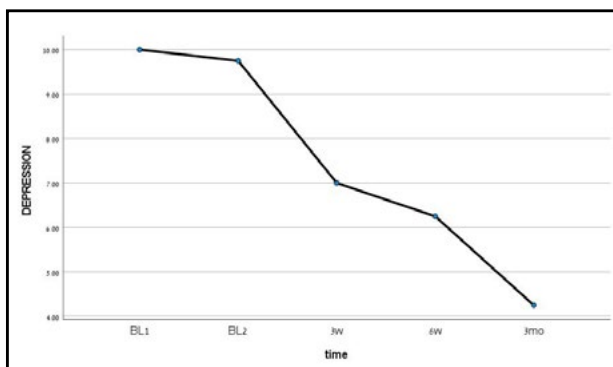
תסמיני חרדה ודיכאון

נמצא שיפור מובהק ברמת תסמיני החרדה בקרב המשתתפים. ניתוח שונות למדידות חוזרות העיד על שינוי מובהק לאורך זמן ברמות החרדה בין נקודת הבסיס ובין סיום הטיפול ובמדידת המעקב כעבור שלושה חודשים ($F(4,20) = 6.97, p < 0.001$). בניתוח מפורט נראתה ירידה מובהקת ברמת החרדה בין ממוצע רמות החרדה שנמדדו פעמיים לפני הטיפול ובין רמת החרדה בסוף הטיפול ($t(8) = 5.84, p < 0.001$) ורמת החרדה שלושה חודשים מתום הטיפול ($t(6) = 3.35, p = 0.015$).

כן נמצא שיפור מובהק בתסמיני דיכאון במשך הטיפול ($F(4,12) = 6.50, p = 0.005$). בניתוח מפורט נראתה ירידה מובהקת בדיכאון בין ממוצע רמות הדיכאון שנמדדו פעמיים לפני הטיפול ובין רמת הדיכאון בסוף הטיפול ($t(5) = 4.01, p = 0.01$) ורמת הדיכאון שלושה חודשים מתום הטיפול (מבחן חד-זנבי; $t(3) = 2.96, p = 0.03$). הממצאים האלה מוצגים בתרשים 1 ו-2 בהתאמה. נמצאו ירידות מובהקות גם ברמות ה-PTSD, אבל הממצא מבוסס על מספר מטופלים קטן מאוד, ולכן יש לראות בו ממצא ראשוני בלבד.



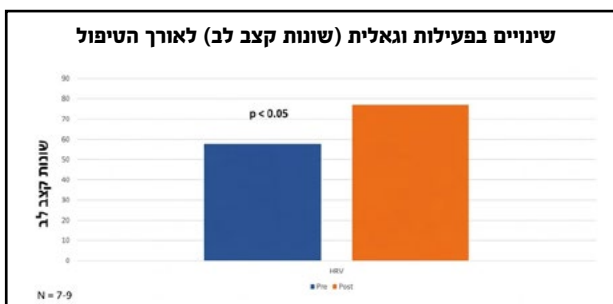
תרשים 1. השינויים בחרדה בשתי מדידות קדם הטיפול, בשבוע שלוש ובשבוע שש מתחילת הטיפול ושלושה חודשים מתום הטיפול.



תרשים 2. השינויים בדיכאון בשתי מדידות קדם הטיפול, בשבוע שלוש ובשבוע שש מתחילת הטיפול ושלושה חודשים מסוף הטיפול.

מדדים פיזיולוגיים: HRV

נמצאה עלייה מובהקת ($t(7) = 1.97, p < 0.05$) בערכי ה-HRV. ממוצע של 57.74 טרם ההתערבות עלה ל-77.07 בסיומה - עלייה של 33 אחוזים בקירוב (ראו תרשים 3). תרשים 3. שינויים ב-HRV במשך הטיפול.



תרשים 3. שינויים ב-HRV המשך הטיפול

רווחה נפשית ותפקוד יומי

נמצא שיפור מובהק במדד הרווחה הנפשית בין תחילת הטיפול ובין סיומו ובמדידת המעקב ($F(4,24) = 3.53, p = 0.02$). בייחוד נמצאה עלייה מובהקת ברווחה הנפשית בין ממוצע רמות הרווחה הנפשית שנמדדו פעמיים לפני הטיפול ובין רמת

האלה גורם שמנבא שיפור בטיפול הנפשי (Rubel et al., 2017). כן מתקפות התוצאות שנמצאו ממצאים קודמים שהראו כי טיפולי CBT קצרי מועד, של שישה מפגשים בלבד, עשויים לתרום לשיפור של ממש במצבם הנפשי של מתבגרים (Lorentzen et al., 2020). השיפור שנצפה בהליך הזה במדדי ה־HRV מעיד על עלייה בפעילות המערכת האוטונומית הפרא־סימפתטית ובוויסות הרגשי של המשתתפים. השיפור במצב הנפשי עם שיפור במדדי ה־HRV עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקר שנמצא בו כי התערבות מסוג CBT בקרב צעירים שסובלים ממעי רגז תרמה להפחתה בתסמיני חרדה ודיכאון לצד עלייה מובהקת ב־HRV (Jang et al., 2017). בממצאי הבדיקה של מדגם זה יש תמיכה אמפירית ראשונית ליעילות אלומות בהפחתת תסמיני חרדה ודיכאון בקרב מתבגרים. בתוצאות הללו מודגשת החשיבות בהתמקדות בתוצאות קליניות מדידות ובשיפור הרווחה הנפשית, ויש בהן משום תמיכה בטיפולים המתמקדים בלמידת מיומנויות קוגניטיביות התנהגותיות לשם הפחתת התסמינים שהמטופל מתמודד עימם.

ממצא מרכזי ובעל חשיבות קלינית יתרה הוא עמידות השיפור. השיפור נשמר גם במעקב שנערך שלושה חודשים לאחר סיום הטיפול. התוצאה הזאת מעידה כי אף שמדובר בפרוטוקול ראשוני ומצומצם, הוא אינו מסתפק בהקלה "נקודתית" בתסמינים אלא מקנה למתבגרים "ארגז כלים" של מיומנויות. וככל שיוטמעו המיומנויות בשגרת חייהם כך הן יתרמו לרווחתם הנפשית ולתפקודם לאורך זמן. אשר לטיפול ב־PTSD, בשלב הזה לא הצטבר מדגם רחב דיו לגיבוש מסקנות בעלות תוקף סטטיסטי, שכן מרבית הפניות לטיפול התמקדו במצבי חרדה ודיכאון. עם זה בסימנים ראשוניים מאוד ממקרים יחידים שטופלו במסגרת הזאת (שני מטופלים שטופלו בפרוטוקול PTSD) נראתה מגמה של ירידה בחומרת התסמינים.

יתרונות אלומות

יעילות וחסכוניות. היתרון הבולט ביותר של הפרוטוקול טמון במבנה הקצר והממוקד שלו. בפרק זמן קצר - שישה מפגשי טיפול - אפשר לתת מענה מקצועי, מבוסס ראיות ויעיל למספר רב של פונים. בעידן של עומס הולך וגדל על שירותי בריאות הנפש עשוי מודל חסכוני זה לקצר מאוד את זמני ההמתנה ולתרום לשיפור הרווחה הנפשית של אוכלוסיית מתבגרים רחבה.

הכשרה והטמעה מהירה. בזכות אופיו המובנה של הטיפול אפשר להכשיר צוותים מקצועיים למיומנות גבוהה בפרק זמן

הרווחה הנפשית בסוף הטיפול ($t(8) = 2.32, p < 0.05$) ורמת הרווחה הנפשית שנמדדה כעבור שלושה חודשים ($t(6) = 2.49, p < 0.05$). אשר לתפקוד היום־יומי, לא נמצא שינוי מובהק לאורך זמן באופן כללי ($F(4,20) = 1.95, p = 0.14$). בייחוד לא השתפרו רמות התפקוד היום־יומי משתי המדידות שלפני הטיפול לעומת רמת התפקוד בסוף הטיפול ($t(5) = 0.94, p = 0.39$). ועם זה כן היה שיפור מובהק בתפקוד היום־יומי במעקב של שלושה חודשים ($t(6) = 2.30, p = 0.03$, מבחן חד-זנבי).

ממצא מרכזי ובעל חשיבות קלינית יתרה הוא עמידות השיפור. השיפור נשמר גם במעקב שנערך שלושה חודשים לאחר סיום הטיפול. התוצאה הזאת מעידה כי אף שמדובר בפרוטוקול ראשוני ומצומצם, הוא אינו מסתפק בהקלה "נקודתית" בתסמינים אלא מקנה למתבגרים "ארגז כלים" של מיומנויות

דיון

מאמר זה נועד להציג את התשתית התאורטית ולבחון את היעילות הקלינית של אלומות - פרוטוקול טיפול קצר מועד של שישה מפגשים שפותח כדי לתת מענה על צרכים גדלים בשירות הציבורי בישראל. הפרוטוקול הותאם למתבגרים על בסיס מודל טיפולי בשם פרוטוקול ששת השלבים שנועד לטיפול במבוגרים ובשימוש בכלי מדידה מובנים כחלק אינהרנטי מתהליך הטיפול. בהליך שהוצג כאן השתתפו 14 מטופלים. בממצאיו יש תיקוף ראשוני אך מעודד ליעילות המודל, ומובלטת בהם חשיבות המדידה והשימוש במיומנויות קוגניטיביות התנהגותיות בשירותי בריאות הנפש. תוצאות הניתוח הסטטיסטי מעידות על שיפור ניכר ועקבי בכלל הפרמטרים שנבחנו ובהם מדדים תסמיניים, תפקודיים ופיזיולוגיים. הממצאים הראשוניים שנמצאו מעידים על ירידות מובהקות סטטיסטיות בתסמיני חרדה ודיכאון לצד עליות מובהקות סטטיסטיות במדדי הרווחה האישית, התפקוד והפעילות הווגאלית. השימוש במערך מסוג AABBB תמך באפשרות כי השינויים לא נבעו מתנודות ספונטניות בתסמינים או מהחלמה טבעית טרם תחילת הטיפול. אפשר לייחס את השיפורים שנצפו להתערבות הטיפולית, אבל קבוצת ביקורת הכרחית כדי להסיק זאת בוודאות.

מאחר שליבת הפרוטוקול התמקדה בהקניה ובתרגול של מיומנויות קוגניטיביות התנהגותיות, הממצאים עולים בקנה אחד עם ספרות מחקרית רחבה שרואה ברכישת המיומנויות

קצר למדי (40 שעות הכשרה בקירוב) ולהוסיף ולתת ליווי והדרכה ממוקדים. הרחבת מעגל המטפלים המיומנים תאפשר להנגיש את הטיפול בפריסה רחבה במגזר הציבורי.

מעורבות ההורים כגורם מתווך הצלחה. הדרכת ההורים המובנת בפרוטוקול היא נדבך משמעותי להצלחת הטיפול. ההורים מקבלים כלים יישומיים וטכניקות לוויתות תסמינים ולהתמודדות עימם בחיי היום-יום. מעורבותם לא רק מגדילה את היענות המתבגר לתרגול המיומנויות אלא גם בונה "סביבה מחזיקה" ומיטיבה בבית ותורמת לשימור תוצאות הטיפול לאורך זמן.

חיזוק המסגולות העצמית ומניעת נסיגה. באלומות מוקדשת תשומת לב מיוחדת להקניית מיומנויות של מסגולות עצמית ושימור הישגים - המטפלים מציידים את המטופלים בכלים להתמודדות עצמאית עם אתגרי חיים עתידיים. על פי אלומות, הרווחה הנפשית והתפקוד יוסיפו וישתפרו ככל שיתמידו המטופלים בתרגול המיומנויות הללו בשגרת חייהם. לשם כך נוצרה מחברת שמלווה את הטיפול ומאפשרת למטופל להיזכר ולתרגל את המיומנויות שלמדו בעצמם.

מגבלות והצעות לעתיד

לצד הממצאים המעודדים יש להכיר בכמה מגבלות מתודולוגיות שמאפיינות את ההליך המתואר ומחייבות זהירות בהסקת המסקנות. ראשית, היות שהנתונים נאספו כחלק מתהליך עבודה קליני בשטח ולא במסגרת מחקר אקדמי רשמי היה המדגם מצומצם למדי. המגבלה הזאת משפיעה על יכולת הכללת הממצאים על כלל אוכלוסיית המתבגרים בישראל. שנית, בהליך הזה השתמשנו במערך מסוג AABBB, ועל כן הוא אינו ניסוי מקרי מבוקר. היעדר קבוצת הביקורת וחלוקה אקראית של המשתתפים מגבילים את היכולת לבדוד באופן מוחלט את השפעת הפרוטוקול ולהעריכה לעומת טיפול פלצבו, רשימת המתנה או טיפול רגיל. שלישית, יש להביא בחשבון שטיפול זה אינו מתאים לכל הפונים. אחד הקריטריונים להתאמה היה מוטיבציה גבוהה ורצון בטיפול ממוקד וקצר מועד. ורביעית, אי אפשר לשלול לחלוטין את השפעתם של גורמים חיצוניים ומשתנים מתערבים על השיפור שנצפה. ואולם השימוש במערך AABBB והשיפור המובהק העקבי במדדים סובייקטיביים ובמדד אובייקטיבי תורמים לתוקף של הממצאים הראשוניים הללו. לפיכך נדרשים מחקרי המשך בעלי מדגמים גדולים ומגוונים מאלה כדי לתקף את יעילות הפרוטוקול ולהעמיק את התוקף המדעי של התוצאות. עם זה ראוי לציין כי עד כה נמשך יישום פרוטוקול אלומות בשפ"ח פתח תקווה כסדרו, ונתונים קליניים נוספים נאספים

בעקבות לתיקוף עתידי רחב מזה. בעקבות ממצאי ההליך המתואר והצורך הגובר במענים קצרי מועד כדאי לבצע התאמה לפרוטוקול לילדים בגילי החביון ולהנגיש את המענה הטיפולי הממוקד לילדים שמתמודדים עם השפעות המצב הביטחוני.

השלכות יישומיות והמלצות למדיניות

שילוב בתוכניות ההכשרה הממוסדות. עולה צורך לשלב בתוכניות ההכשרה של פסיכולוגים חינוכיים, ובכלל זה במסגרת המדרשה הארצית, לימודי CBT ובהם למידה תאורטית, התנסות קלינית והדרכה מקצועית בטיפולים קצרי מועד מבוססי ראיות.

הכשרת סגל ההדרכה. מומלץ להרחיב את הכשרת המדריכים בשירותים הפסיכולוגיים כדי שיינתנו בה גם ידע וכלים מתקדמים בתחום הטיפול קצר המועד ויובלטו מתודולוגיות הערכה, מדידה ומעקב רציף אחר תוצאות הטיפול.

הטמעה מערכתית בשפ"ח. מומלץ לכל שפ"ח לקיים הכשרה ייעודית בטיפול קצר מועד לאחדים מחברי צוות המטפלים. צעד זה יאפשר יעילות והערכה כסטנדרט טיפולי, ישפר את זמינות המענה לתלמידים שזקוקים להתערבות דחופה ויאפשר ניצול מיטבי של משאבי כוח אדם מקצועיים במערכת הציבורית.

סיכום

בעבודה הזאת הצענו תיקוף אמפירי ראשוני ליעילות של אלומות, מודל התערבות ממוקד וקצר מועד שמיועד למתבגרים שמתמודדים עם תסמיני חרדה ודיכאון ברמת חומרה קלה-בינונית. ההליך המוצג במאמר זה הוא ראשוני ובעל מספר מטופלים קטן, אך ממצאיו מובהקים סטטיסטית בכלל המדדים שנבחנו. יתרה מכך, בעמידות התוצאות במעקב שנערך כעבור שלושה חודשים יש משום תמיכה ראשונית במודל - ההתערבות הזאת מקנה למטופלים כלים בני קיימה לשימור רווחתם הנפשית לאורך זמן.

על אף מגבלות המדגם התוצאות מעודדות ומעידות על פוטנציאל יישום גבוה במסגרת השירותים הפסיכולוגיים חינוכיים. המודל מעלה חלופה יעילה לטיפולים מסורתיים לפרקי זמן ארוך ועל כן עשוי להרחיב מאוד את נגישות המענה הטיפולי לאוכלוסיית המתבגרים ולקצר את זמני ההמתנה במערכת הציבורית. בממצאים הראשוניים האלה יש בשורה של ממש בכל הקשור לעלייה במצוקות הנפש בישראל בשנים האחרונות. אימוץ מענה חסכוני, מדיד ומבוסס ראיות במסגרת השירות הציבורי אינו הכרח המציאות בלבד כי אם יעד בר השגה, והוא יאפשר לפסיכולוגיה החינוכית להעניק סיוע מקצועי, ממוקד ואיכותי.

- דוח מבקר המדינה (2023). **הטיפול בבריאות הנפש בעקבות אירועי שבעה באוקטובר 2023 ומלחמת חרבות ברזל - הטיפול באוכלוסייה.** מבקר המדינה ונציב תלונות הציבור.
<https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2025/Swords-of-Iron-1/2025-Swords-of-Iron-100.pdf>
- המועצה לשלום הילד (2023). שנתון סטטיסטי: ילדים בישראל 2023 - ילדים במלחמת "חרבות ברזל".
<https://katzr.net/52582d>
- סמואל, ה', סידליק אלון, ס', צור ביתן, ד' קונסטנטינוב, ו' לוינסקי, י', גורליק, י', אוחנה, ר' ובליצר, ר' (2025). בריאות הנפש בתקופת מלחמת "חרבות ברזל" - סקר לאומי מתמשך, תוצאות המדידה בשלוש נקודות זמן. מאיירס ג'וינט ברוקדייל.
<https://brookdale.jdc.org.il/publication/mental-health-during-the-israel-hamas-war>
- סופרמן, ח"ד (2024). ילדים בישראל: סטטיסטיקה ודו"ח מצב שנתי. מכון חרוב - נקודת מפגש, 26, 16-23.
<https://user-1723486.cld.bz/haruv-nekudat-mifgash-26/18>
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P., Tarrier, N., & Yule W., (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLOS ONE*, 9(6), e100100. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100100>
- Ezawa, I. D., Robinson, N., & Hollon, S. D. (2024). Prevalence increases as treatments improve: An evolutionary perspective on the treatment-prevalence paradox in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 20(1), 201-228. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080822-040442>
- Gidron, Y., Deschepper, R., De Couck, M., Thayer, J. F., & Velkeniers, B. (2018). The Vagus nerve can predict and possibly potentiate survival of cancer patients. *Journal of Clinical Medicine*, 7(10), 371. <https://doi.org/10.3390/jcm7100371>
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 773-780. <https://doi.org/10.1023/A:1013046322993>
- Haidt, J. (2024). *The anxious generation: How the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness.* Penguin Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Jang, A., Hwang, S. K., Padhye, N. S., & Meininger, J. C. (2017). Effects of cognitive behavior therapy on heart rate variability in young females with constipation-predominant irritable bowel syndrome: A parallel-group trial. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 23(3), 435-445. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5503294/>
- Kallianta, M. K., Katsira, X. E., Tsitsika, A. K., Vlachakis, D., Chrousos, G., Darviri, C., & Bacopoulou, F. (2021). Stress management intervention to enhance adolescent resilience: A randomized controlled trial. *EMBNet. journal*, 26, e967. 10.14806/ej.26.1.967
- Kenemore, J., Benham, G., Charak, R., & Hernandez Rodriguez, J. (2024). Heart rate variability biofeedback as a treatment for military PTSD: A meta-analysis. *Military Medicine*, 189(9-10), e1903-e1909. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae003>
- Köse Kabakcıoğlu, A., & Ayaz-Alkaya, S. (2024). The effect of progressive muscle relaxation on stress, anxiety, and depression in asilescents: A quasi-experimental design. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.014>

- Lee, L. L., Kuo, Y. C., Fanaw, D., Perng, S. J., & Juang, I. F. (2012). The effect of an intervention combining self-efficacy theory and pedometers on promoting physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 914-922. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03881>
- Lev-Ari, L., & Shilo, G. (2025). Mental health of adolescents during times of war: Risk and resilience factors in the Israeli context. *Journal of Adolescent Health*, 76(2), 145-158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03881.x>
- Lorentzen, V., Fagermo, K., Handegård, B. H., Skre, I., & Neumer, S. P. (2020). A randomized controlled trial of a six-session cognitive behavioral treatment of emotional disorders in adolescents 14-17 years old in child and adolescent mental health services (CAMHS). *BMC Psychology*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0393-x>
- Moin, G., Muhammad, A., & Zeeshan, N. ul H. (2025). Self-efficacy as a predictor of resilience in adolescents: Insights from a systematic literature review. *International Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2(2), 64-73. <https://doi.org/10.64420/ijcp.v2i2.325>
- Robberegt, S. J., Brouwer, M. E., Kooiman, B. E., Stikkelbroek, Y. A., Nauta, M. H., & Bockting, C. L. (2023). Meta-analysis: Relapse prevention strategies for depression and anxiety in remitted adolescents and young adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(3), 306-317. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.014>
- Rubel, J. A., Rosenbaum, D., & Lutz, W. (2017). Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 58-66. 10.1016/j.brat.2016.12.007
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201-216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4)
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2010). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. Cognitive emotion regulation strategies. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Weber, C. S., Thayer, J. F., Rudat, M., Wirtz, P. H., Zimmermann-Viehoff, F., Thomas, A., Perschel, F. H., Arck, P. C., & Deter, H. C. (2010). Low vagal tone is associated with impaired post stress recovery of cardiovascular, endocrine, and immune markers. *European Journal of Applied Physiology*, 109(2), 201-211. <https://doi.org/10.1007/s00421-009-1341-x>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 117-79. <https://psycnet.apa.org/record/2017-07146-001>
- World Health Organization (WHO). (1998). *WHO-5 well-being index*. WHO Regional Office for Europe.

להקשיב עד שהגוף כואב: תסמינים גופניים, טראומה משנית וזכאות לדאגה עצמית בקרב מטפלות ומטפלים שעובדים במרכזי החוסן בשדרות וביישובי עוטף עזה

סיון ג'ורג' לוי¹ וענת בן-גל דהן²

תקציר

במחקר זה נבחן הקשר בין טראומה משנית, התנהגויות דאגה עצמית (self-care), זכאות נתפסת לדאגה עצמית ותסמינים גופניים בקרב 131 מטפלות ומטפלים ממרכזי חוסן ביישובי עוטף עזה שנתיים בקירוב לאחר 7 באוקטובר.³ נמצא כי שיעור המשתתפים שדיווחו על תסמינים גופניים ברמה בינונית-חמורה עמד על 43.5 אחוזים. כן נצפתה שונות בתסמיני הטראומה המשנית בין המטפלות והמטפלים. אף שרוב המטפלות והמטפלים מתמודדים עם רמות נמוכות-בינוניות של תסמיני טראומה משנית, קיימת קבוצה שחוות עומס רב. טראומה משנית נקשרה באופן חיובי וחזק לתסמינים הגופניים. מלבד זאת נקשרו התנהגויות דאגה עצמית קוגניטיביות-רגשיות-בין-אישיות (למשל טיפוח קשרים בין-אישיים) וגופניות (כגון פעילות גופנית או הפסקות מנוחה) למידה נמוכה יותר של תסמינים גופניים. רגריסיות הייררכיות הראו כי עומס מטופלים, חשיפה אישית לטראומה וזכאות מגבילה לדאגה עצמית (אמונה כי דאגה עצמית אינה לגיטימית) ניבאו טראומה משנית, ואילו זכאות פעילה לדאגה עצמית (עמדה אקטיבית בקשר ללגיטימציה להקנות משאבים וזמן לדאגה עצמית) ניבאה התנהגויות דאגה עצמית. ניתוחי תיווך העידו על שני מסלולים מובחנים: זכאות מגבילה נקשרה בעקיפין לתסמינים גופניים רבים יותר דרך טראומה משנית, וזכאות פעילה נקשרה בעקיפין לתסמינים גופניים מופחתים דרך התנהגויות דאגה עצמית. הממצאים מבליטים את חשיבות הבריאות הגופנית ואת הלגיטימציה לדאגה עצמית בקרב נשות ואנשי טיפול במצבי טראומה מתמשכת.

מבוא

מטפלות ומטפלים שעובדים עם אוכלוסיות שנחשפו לטראומה נדרשים לשאת לאורך זמן תכנים קשים, עדויות מציפות וחוויות רגשיות אינטנסיביות של מטופליהם. בשגרה מורכבת אפשר לעיתים לאזן עומס זה באמצעות גבולות עבודה, מנגנוני תמיכה ומשאבי התאוששות שונים. ואולם בהקשר של מלחמה מתמשכת - וביתר שאת לאחר 7 באוקטובר - עומס העבודה הטראומטי אינו רק מקצועי; הוא מתרחש במציאות של טראומה משותפת (shared trauma) שבה גם המטפלים עצמם חיים בהרגשת איום, אובדן, שיבוש של קהילות וחוסר ודאות כרוני (Lutzer et al., 2025). בתנאים האלה נדרשים המטפלות והמטפלים לעבד שוב ושוב חומרים טראומטיים כחלק מעבודתם בעוד שהם עצמם נטועים באותה מציאות טראומתית - מצב שעלול ליצור מידה רבה של עומס רגשי וגופני (Baum, 2012). תמונת מצב עדכנית מחזקת את ההבנה הזאת ומעידה על עומס רגשי מתמשך, על שחיקה ועל עלייה חדה בדרישות הטיפול בקרב מטפלים מאז פרוץ המלחמה (דוח מטפלים בנפש, 2025). המציאות הזאת בולטת בייחוד ביישובי העוטף שבהם הגבול בין חיי היום-יום ובין העבודה הטיפולית מיטשטש, והמטפלים עצמם חשופים לאיומים שחווים מטופליהם. בהקשר זה הולך ומתבהר כי אירועי 7 באוקטובר 2023 הם חלק ממציאות מתמשכת בעלת השלכות מהותיות על אנשי ונשות מקצוע בתחומי הסיוע בישראל (Erel- Brodsky et al., 2026). בספרות על מטפלים במצבי טראומה מתמשכת הודגשו בדרך כלל תוצאות פסיכולוגיות כגון עייפות חמלה, שחיקה

¹ד"ר סיון ג'ורג' לוי היא פסיכולוגית שיקומית-מומחית, חברת סגל בכירה במכללה האקדמית אחוה ועמיתת מחקר במכון ק.מ.ה (קהילה, משמעות והחלמה) למחקר ופיתוח. דוא"ל: Sivan.george@gmail.com

²ד"ר ענת בן-גל דהן היא ראש יחידת המחקר במרכז חוסן שדרות וחוקרת בכירה במרכז להתמכרויות ובריאות הנפש במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית. דוא"ל: anatbg5@gmail.com

³אנחנו מבקשות להודות לקואליציה הישראלית לטראומה על סיועה בביצוע המחקר וכן למטפלות ולמטפלים אשר הקדישו מזמנם למילוי השאלון.

או טראומה משנית. עם זאת בשנים האחרונות גוברת ההבנה כי למצוקה הזאת עשוי להיות גם ביטוי גופני כגון כאבים, עייפות, קשיי נשימה, תסמינים במערכת העיכול - תסמינים שמבטאים את ההטמעה הגופנית של לחץ מצטבר. התסמינים הללו אינם שוליים; הם עלולים לפגוע בתפקוד היום-יומי, לצמצם משאבי התמודדות ולעיתים אף לשמש אות אזהרה לעומס מתמשך שאינו מקבל מענה (Afari et al., 2014).

גופם של המטפלים עלול להפוך לזירה שבה נקלט העומס הטראומטי כחלק מהאופן שבו חומרים טראומטיים שאינם מעובדים במלואם "נרשמים" בגוף המטפלים במפגש הטיפולי. במצבי טראומה גדולה מאוד עלול המטופל להגיע לטיפול כש"העור הנפשי" שלו פגוע, והוא נצמד למטפל כמכל שיחזיק אותו. המטפל עלול לחוות חדירה של החומר הטראומטי אל תוך עולמו הפנימי והגופני ולחוות טשטוש גבולות, תחושת התמזגות עם המטופל, הצפה רגשית, פגיעה ביכולת ההכלה ואף חוויה של התפרקות פנימית (בכור ושלף, 2026). במובן זה תסמינים גופניים אינם רק תוצר נלווה של מצוקה אלא אף עשויים לשקף את האופן שבו החוויה הטראומטית של האחר נקלטת ומעובדת, או אינה מעובדת, בגוף־נפש של המטפלים.

טראומה משנית ודאגה עצמית כשני מסלולים מרכזיים

טראומה משנית היא אחד המסלולים המרכזיים שאפשר להסביר בעזרתו תסמינים גופניים בקרב מטפלים. טראומה כזאת באה לידי ביטוי בתגובות דמויות הפרעת דחק פוסט־טראומטית שמתפתחות בעקבות עיסוק עקיף בטראומה של אחרים, דרך חשיפה חוזרת לנרטיבים טראומטיים ומעורבות אמפתית מתמשכת (Ludick & Figley, 2017). עם תגובות כאלה אפשר למנות עוררות יתר, סיוטים ומחשבות חודרניות על התכנים של המטופלים, והתהליכים האלה מפעילים מערכות סטרס בגוף ועלולים להיקשר גם לתסמינים גופניים. לטראומה משנית יש השלכות מובהקות על רווחתם ועל תפקודם של מטפלים. למשל, במחקר קודם שערכנו בקרב מטפלים במרכז חוסן שדרות, שנה בקירוב לאחר אירועי 7 באוקטובר, נמצא כי תסמיני טראומה משנית היו קשורים באופן הדוק לרמות הסטרס של המטפלים וצמצמו את התרומה של משמעות בעבודה כגורם מגן (George-Levi et al., 2025).

מסלול נוסף בהתמודדות של מטפלים עם חשיפה מתמשכת לטראומה קשור ליכולתם לקיים התנהגויות של דאגה עצמית (self-care) שנחשבת לאחת המיומנויות המרכזיות התומכות בהתמודדות, בהתאוששות ובהחלמה. עם דאגה עצמית

נמנות פעולות מכוונות ומודעות לשמירה על רווחה גופנית ורגשית כגון מנוחה, ויסות עומסים, טיפוח קשרים חברתיים, עיסוק ברוחניות, פעילות גופנית ופנייה לעזרה מקצועית בעת הצורך. מחקרים מעידים שמעורבות בדאגה עצמית קשורה לרמות נמוכות יותר של מצוקה ולרווחה גבוהה יותר בקרב אנשי טיפול. עם זאת בתנאי עומס מתמשך ולחץ מקצועי עלול יישום ההתנהגויות האלה להיות מאתגר, בין היתר בשל נורמות מקצועיות שמקדשות זמינות גבוהה למטופלים ולעיתים מציבות את צורכי המטפלים במקום משני (Posluns & Gall, 2020).

זכאות לדאגה עצמית: מדוע שני המסלולים הללו מתפתחים באופן שונה בין מטפלים?

מטפלות ומטפלים מחזיקים באמונות שונות בקשר למידת הלגיטימיות של דאגה לעצמם ולמתן מקום לצורכיהם האישיים, והאמונות האלה עשויות להשפיע על נכונותם לעסוק בטיפול עצמי (Andrews et al., 2020). זכאות לדאגה עצמית (self-care entitlement) היא האמונה שלמטפלים מותר להשקיע זמן, משאבים וגבולות למען רווחתם, ואף ראוי שיעשו כן. מושג זה משתלב עם ספרות על תחושת זכאות כמאפיין רב־ממדי שאינו עוסק בזכאות דורשנית בלבד אלא גם בממדים מסתגלים של סוכנות, הכרה בצרכים ולגיטימציה לקבל טיפול ותמיכה (George-Levi, 2026).

במסגרת ההמשגה הנוכחית נכללים בזכאות לדאגה עצמית שני ממדים משלימים:

זכאות פעילה (Active self-care entitlement) - תפיסה פרואקטיבית של לגיטימציה להציב גבולות, לבקש משאבים ולהקצות זמן לדאגה עצמית.

זכאות מגבילה (Restricted self-care entitlement) - אמונות פנימיות שמעכבות או מערערות את הלגיטימיות לדאוג לעצמי כגון אשמה, תחושה ש"לא מגיע לי" או נטייה עקבית להעדיף את צורכי האחר.

אנו מניחות כי זכאות מגבילה עשויה לפעול כגורם פגיעות (Tolmacz et al., 2021). היא עלולה להעצים מעורבות יתר רגשית, לצמצם התאוששות ולהגדיל טראומה משנית. זכאות פעילה לעומתה עשויה לתמוך בתהליכי התאוששות דרך התנהגויות דאגה עצמית, ובעקבות זאת להפחית תסמינים גופניים (Owens-King, 2019).

מרכזי חוסן

בשנת 2006 החליטה ממשלת ישראל להקים את מרכזי החוסן הראשונים בישראל - אחד בשדרות וארבעה במועצות האזוריות בעוטף עזה (החלטה מס' 746 של הממשלה מ־27

על ניסיון מקצועי של עשר שנים ויותר (65.8%). לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה המוסדית גויסו המשתתפים במדגם נוחות באמצעות פנייה שהופצה בקבוצות מקצועיות של אנשי טיפול שעובדים במרכזי החוסן שנכללו במחקר. ההשתתפות הייתה בהתנדבות ובאנונימיות לשמירה על פרטיות המשתתפים ועל סודיות המידע.

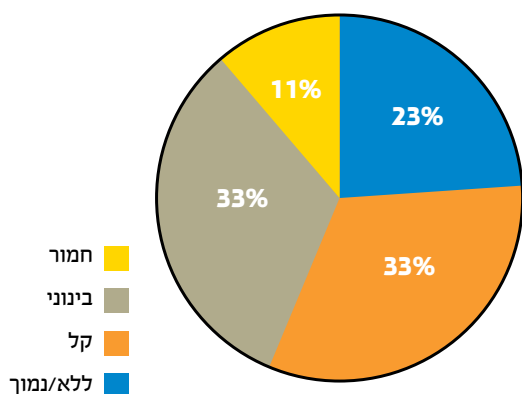
כלי מדידה

תסמיני טראומה משנית - תת־סולם הטראומה המשנית מתוך Compassion Fatigue Scale-Revised (Adams et al., 2006) - $\alpha = .89$; תסמינים גופניים - PHQ-15 (Kroenke et al., 2002) - $\alpha = .83$; התנהגויות דאגה עצמית - SCBI (Santana & Fouad, 2017) - $\alpha = .87$; זכאות לדאגה עצמית - SCES (George-Levi, 2026) ובו שני תת־סולמות: זכאות פעילה ($\alpha = .86$) וזכאות מגבילה ($\alpha = .80$).

ממצאים ודיון

מה היקף התסמינים הגופניים בקרב המטפלות והמטפלים?
הציון הכולל בשאלון PHQ-15 נע בין 0 ל־30. ציונים גבוהים מעידים על חומרה גבוהה של תסמינים גופניים. ספי חיתוך מקובלים מחלקים את חומרת התסמינים לארבע רמות: ללא או נמוך (0-4), קל (5-9), בינוני (10-14), וחמור (15 ומעלה). נמצא במדגם עומס גופני רב: שיעור המשתתפים שדיווחו על תסמינים גופניים ברמה בינונית-חמורה עמד על 43.5%. בתרשים 1 אפשר לראות כי התפלגות רמות החומרה של העומס הגופני הייתה כזאת: ללא או נמוך: 23.7%; קל: 32.8%; בינוני: 32.8%; וחמור: 10.7%.

תרשים 1: שכיחות חומרת התסמינים הגופניים בקרב המטפלות והמטפלים



בנובמבר 2006). המרכזים החלו לפעול בשנת 2007 בהובלה מקצועית של הקואליציה הישראלית לטראומה בשיתוף משרד הבריאות. מרכזי חוסן עובדים במודל הוליסטי: קליני, קהילתי ורשותי. במרכזים בדרום ניתן טיפול פסיכולוגי לכלל תושבי שדרות ויישובי עוטף עזה שמתמודדים עם מצוקה ועם תסמינים שקשורים לטראומה על רקע ביטחוני. השירותים ניתנים ללא עלות, ונכללים בהם טיפול פרטני ומשפחתי, סדנאות קבוצתיות ופעילויות קהילתיות שמקדמות חוסן בקרב קבוצות אוכלוסייה מגוונות כגון הורים, מתבגרים ואזרחים ותיקים. מלבד זאת מוצעות במרכזים תוכניות מותאמות תרבותית ובכלל זה סדנאות שמועברות באמהרית וברוסית כדי להבטיח נגישות לקהילות של עולים חדשים (Ben-Gal Dahan et al., 2026).

מטרות המחקר

במחקר זה בחנו מטפלות ומטפלים שעובדים במרכזי חוסן סמוך לגבול עזה שנתיים בקירוב לאחר 7 באוקטובר⁴ ואלה היו מטרות המחקר:

1. לתאר את היקף התסמינים הגופניים בקרב המטפלים;
2. לבחון את היקף הטראומה המשנית, את הקשר בינה ובין תסמינים גופניים ואת הגורמים המנבאים תסמיני טראומה משנית;
3. לבחון את שכיחותן של התנהגויות דאגה עצמית, את סוגיהן, את הקשר שלהן לתסמינים גופניים ואת הגורמים המנבאים אותן;
4. לבחון את הקשרים העקיפים בין שני ממדי הזכאות לדאגה עצמית ובין תסמינים גופניים באמצעות טראומה משנית והתנהגויות דאגה עצמית.

השיטה

משתתפים

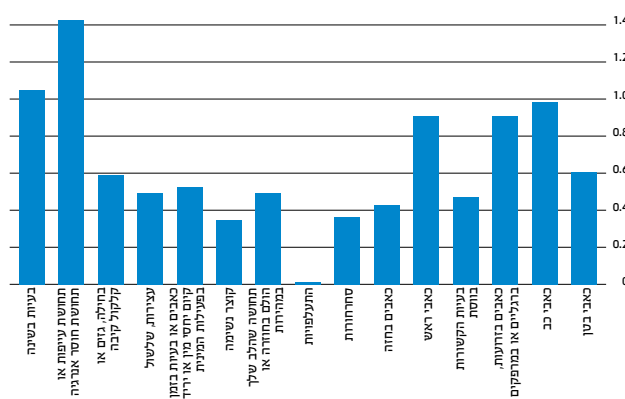
במחקר השתתפו 131 מטפלות ומטפלים שעבדו בשמונה מרכזי חוסן באזור עוטף עזה וביישובים סמוכים בדרום הארץ: שדרות, שער הנגב, אמ"ן, אופקים, שדות הנגב, אשכול, אשקלון וחוף אשקלון. רוב המשתתפים היו נשים (89.1%). גיל המשתתפים נע בין 31 ל־72 שנים ($M = 49.78$, $SD = 9.99$). בקרב המשתתפים היו פסיכולוגים ופסיכולוגיות, עובדים ועובדות סוציאליים, מטפלים ומטפלות באמצעות אומנויות ופסיכותרפיסטים ופסיכותרפיסטיות. רוב המשתתפים דיווחו

⁴המאמר מבוסס על נתונים ממחקר רחב מזה אשר חלק ממצאיו נמצאים בתהליך פרסום בכתבי עת בין־לאומיים.

בעת הממצאים מבליטים גם את אופיו הדו־כיווני של הקשר בין הגוף והנפש: מצוקה רגשית עשויה לבוא לידי ביטוי בתסמינים גופניים, ותסמינים גופניים מתמשכים עשויים בתורם להעמיק עייפות, לפגוע במשאבים ולחדד רגישות רגשית ועל כן להחמיר את חווית המצוקה.

בתרשים 2 מוצגת שכיחות סוגי התסמינים הגופניים. עולה ממנו כי המטפלות והמטפלים דיווחו בעיקר על תחושת עייפות או חוסר אנרגיה, על בעיות שינה, על כאבי ראש, על כאבי גב ועל כאבים בזרועות או ברגליים.

מהם הגורמים המנבאים טראומה משנית בקרב המטפלים?



רמות הטראומה המשנית בקרב המטפלים היו נמוכות- בינוניות ($M=12.38$, $SD=6.45$, בטווח אפשרי של 5-35) בממוצע. מרבית המטפלים נמצאו בטווח ציונים של 7 עד 16 בקירוב. עם זאת נצפתה שונות בין המטפלים, ואחדים מהם דיווחו על רמות גבוהות יותר של טראומה משנית, עם ציונים שהגיעו עד 34. ניכר כי לצד רוב המטפלים המתמודדים עם עומס נמוך- בינוני קיימת קבוצה שחוה עומס גדול יותר. ממצא זה משתלב עם שכיחות התסמינים הגופניים שנמצאה במחקר ומחזק את ההבנה כי חשיפה מתמשכת לטראומה במסגרת העבודה הטיפולית עשויה לבוא לידי ביטוי הן במצוקה רגשית הן בעומס גופני.

מתאמי פירסון העידו על קשר חיובי חזק בין תסמיני טראומה משנית ובין תסמינים גופניים ($r = .51, p > .001$). קשר זה תואם תפיסות של התגלמות (embodiment) של לחץ מתמשך שלפיהן עוררות ודריכות לאורך זמן עשויות להתרגם למגוון רחב של תסמינים גופניים. הפעלה כרונית של מערכות הסטרס בגוף כגון מערכת העצבים הסימפטטית וציר ה-HPA עשויה לגרום עייפות, כאבים, הפרעות שינה ותסמינים גופניים נוספים. במובן זה הגוף משמש זירה מרכזית שבה חווית הטראומה באה לידי ביטוי (שם). בה

הטראומטי. לעומת זאת, זכאות פעילה לא ניבאה טראומה משנית כאשר הובאו בחשבון גורמים אחרים. ממצא זה מרמז כי הפגיעות לטראומה משנית קשורה לנוכחותן של אמונות מגבילות יותר משהיא קשורה להיעדר אמונות חיוביות.

אילו התנהגויות דאגה עצמית שכיחות בקרב המטפלים? ומהו הקשר בין התנהגויות דאגה עצמית ובין התסמינים הגופניים?

מניתוח סוגי הדאגה העצמית עלה כי המטפלות והמטפלים דיווחו על רמות גבוהות למדי של התנהגויות דאגה עצמית קוגניטיביות רגשיות בין-אישיות ($M=3.44$, $SD=0.72$) כגון שיחות תמיכה, עיבוד רגשי וקשרים בין-אישיים. רמות בינוניות נמצאו בהתנהגויות דאגה עצמית רוחניות ($M=3.02$, $SD=0.93$), והתנהגויות דאגה עצמית גופניות כגון פעילות גופנית, מנוחה ושמירה על הגוף היו הנמוכות ביותר מבין שלושת הסוגים ($M=2.75$, $SD=0.78$). ייתכן שממצא זה משקף את העובדה כי כאשר העומס המקצועי הוא רגשי וקוגניטיבי בעיקר נוטים מטפלים להישען על משאבים בין-אישיים או רגשיים להתמודדות, והטיפול בגוף עצמו נדחק לשוליים. דווקא בהקשר זה עשוי הגוף להפוך לזירה שבה העומס המצטבר בא לידי ביטוי.

עוד נמצא כי תסמינים גופניים נקשרו בקשר שלילי מובהק לשני סוגים של התנהגויות דאגה עצמית: התנהגויות קוגניטיביות רגשיות בין-אישיות ($r=-.33$, $p>.001$) והתנהגויות דאגה עצמית גופניות ($r=-.26$, $p=.003$). כלומר ככל שדיווחו המטפלים על עיסוק רב בדאגה עצמית בתחומים האלה כך הם דיווחו על תסמינים גופניים פחותים. לעומת זאת, הקשר בין תסמינים גופניים ובין התנהגויות דאגה עצמית רוחניות לא נמצא מובהק ($r=-.09$, $p=.33$). ממצא זה מרמז כי התנהגויות דאגה עצמית שקשורות לעיבוד רגשי, לקשרים בין-אישיים ולטיפול בגוף עשויות להיות קשורות להפחתת עומס גופני.

מהם הגורמים המנבאים שימוש בהתנהגויות של דאגה עצמית בקרב המטפלים?

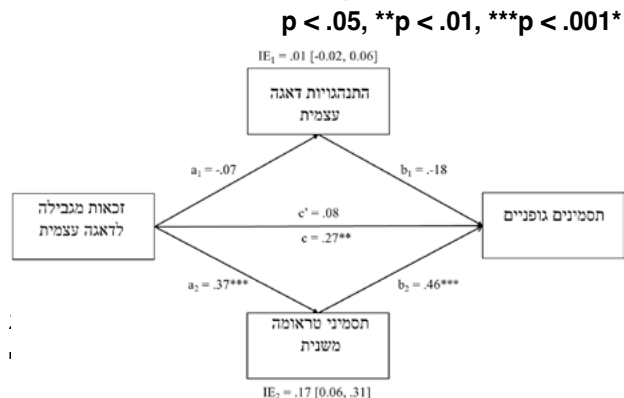
כדי לזהות מנבאים של התנהגויות דאגה עצמית בוצעה רגרסיה הייררכית נוספת. השלב הראשון - משתני הרקע הדמוגרפיים (מגדר, גיל ומספר ילדים) לא היו מובהקים והסבירו 2.1% מהשונות. השלב השני - תוספת מאפיינים מקצועיים וקשורים למלחמה כגון ניסיון מקצועי, עומס מטופלים וחשיפה אישית לא הפכה את המודל למובהק והסבירה 3.8% מהשונות. השלב השלישי - הוספת תסמיני טראומה משנית שיפרה מעט את המודל והראתה שתסמיני טראומה קשורים באופן שלילי לדאגה עצמית. השלב

הרביעי - הוספת זכאות פעילה וזכאות מגבילה שיפרה את המודל במידה ניכרת: זכאות פעילה הייתה מנבא חיובי חזק, וזכאות מגבילה לא נמצאה מובהקת. שלב הסיום - המודל הסביר 42.2% מהשונות בהתנהגויות דאגה עצמית, ותסמיני טראומה משנית שוב לא היו מובהקים. מהממצאים הללו עולה שעיסוק בדאגה עצמית אינו נגזר רק מעומס העבודה או מזמינות משאבים אלא הוא קשור במידה רבה לתחושת הלגיטימציה הפסיכולוגית של המטפל להקדיש זמן ומשאבים לרווחתו האישית ולנקוט עמדה אקטיבית של דאגה עצמית.

המנגנונים התורמים לתסמינים הגופניים: שני מסלולים שונים לשני ממדי הזכאות

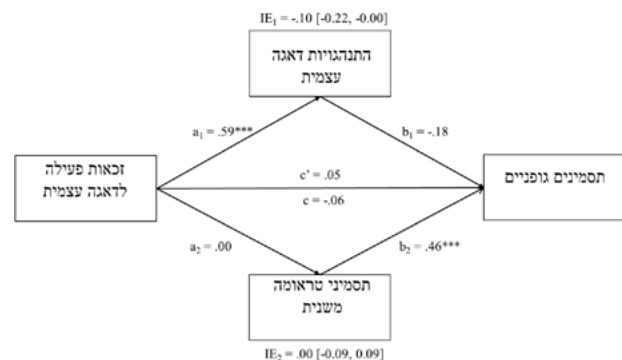
כדי להבין כיצד זכאות לדאגה עצמית קשורה לתסמינים הגופניים נבחנו שני מודלים של תיווך מקביל באמצעות PROCESS. בכל פעם הוחזק קבוע אחד מממדי הזכאות. זכאות מגבילה נמצאה קשורה בעקיפין לתסמינים גופניים רבים יותר באמצעות רמות גבוהות יותר של טראומה משנית. כלומר רמות גבוהות של זכאות מגבילה נקשרו לרמות גבוהות יותר של טראומה משנית, והן בתורן נקשרו לתסמינים גופניים רבים יותר. ממצא זה מעיד על מסלול עקיף אפשרי שמקשר בין אמונות שמערערות את הלגיטימיות של דאגה עצמית ובין עומס גופני. המסלול דרך התנהגויות דאגה עצמית לא נמצא מובהק, דבר שמרמז כי זכאות מגבילה פועלת בעיקר דרך מסלול של פגיעות רגשיות קוגניטיביות (Tolmacz et al., 2021). אמונות שמערערות את הלגיטימיות לדאוג לעצמי עשויות להעצים מעורבות רגשית וספיגה של החומר הטראומטי ועקב זאת להעלות את הסיכון לטראומה משנית ולעומס גופני. ייתכן שבאחדים מן המקרים מטפלים מבצעים פעולות של דאגה עצמית באופן טכני, אך בכל זאת מחזיקים באמונות מגבילות שמגדילות את העומס הרגשי הנובע מהעבודה הטיפולית. תוצאות מודל התיווך מוצגות בתרשים 3.

תרשים 3. תרומת הזכאות המגבילה לדאגה עצמית, טראומה משנית והתנהגויות דאגה עצמית לתסמינים גופניים.



תסמינים גופניים. הקשר בין זכאות פעילה ובין טראומה משנית לא נמצא מובהק, דבר שמרמז כי תרומת הזכאות אינה במניעת מצוקה דווקא כי אם בתמיכה בתהליכי התאוששות וויסות באמצעות התנהגויות דאגה עצמית. במילים אחרות, ייתכן שזכאות פעילה פועלת בעיקר דרך מסלול התאוששות התנהגותית: היא קשורה לפעולות שמקדמות רווחה כגון מנוחה, קשרים חברתיים ועיבוד רגשי, פעולות שנקשרות לעומס גופני מופחת. תוצאות מודל התיווך מוצגות בתרשים 4.

תרשים 4. תרומת הזכאות הפעילה לדאגה עצמית, טראומה משנית והתנהגויות דאגה לתסמינים גופניים.
 $p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$



לסיכום, שני ממדי הזכאות לדאגה עצמית נקשרו לתסמינים הגופניים באמצעות שני מסלולים עקיפים מובחנים: זכאות מגבילה נקשרה לתסמינים גופניים רבים יותר באמצעות טראומה משנית, וזכאות פעילה נקשרה לתסמינים גופניים פחותים באמצעות התנהגויות דאגה עצמית.

השלכות קליניות וארגוניות

הצורך לשלב את הבריאות הגופנית של מטפלים בשיח המקצועי הוא אחת ההשלכות היישומיות המרכזיות של הממצאים. שאלות על שינה, כאבים, עייפות ותסמינים גופניים אינן פרטים משניים בלבד אלא עשויות לשקף את המחיר המצטבר של עבודה מתמשכת עם טראומה. בתוכניות רבות לתמיכה באנשי טיפול מובלטות מיומנויות של דאגה עצמית כגון מנוחה, הצבת גבולות או תרגול נשימה. עם זאת ממצאי המחקר הנוכחי מציעים להוסיף רובד נוסף: עבודה על אמונות בקשר לגיטימיות של דאגה עצמית. במסגרת הדרכות מקצועיות והכשרות אפשר לזהות אמונות מגבילות - למשל תחושה שדאגה לעצמי היא אנוכית, לא מוצדקת או לא הולמת - ולפתח שיח מקצועי שמכיר בכך שדאגה עצמית אינה מותרות אלא תנאי לשמירה על תפקוד טיפולי לאורך זמן.

ועם זאת חשוב שלא למסגר את הדאגה העצמית כמשימה פרטית בלבד של המטפלים. לצד העבודה על אמונות אישיות נדרשת גם תרבות ארגונית שמעניקה לגיטימציה לדאגה עצמית. כאשר מסגרות טיפול מעבירות מסר עקבי שלפיו רווחת המטפלים היא חלק מהאחריות המקצועית של הארגון קל יותר למטפלים להציב גבולות, לנוח ולהיעזר במשאבים. במסגרות טיפול שפועלות בעומס טראומטי נמצא שתנאים כגון עומס טיפולים סביר, זמינות משאבים, הנהגה תומכת וסגרות התאוששות מובנות - למשל זמן לעיבוד מקצועי, הפחתת עומסים וקבוצות עמיתים - הם גורמים מרכזיים שמאפשרים לדאגה עצמית להיות רצויה ואף אפשרית בפועל (Zhang et al., 2024).

מהממצאים עולה גם חשיבות שילוב ההתייחסות לגוף בהדרכה מקצועית ובתהליכי תמיכה במטפלים. מלבד השיח על עומס רגשי או שחיקה חשוב לעודד גם מודעות לסימנים גופניים של עומס כגון שינויים בשינה, עייפות מתמשכת, כאבים, תחושת כובד או תגובות גופניות חריגות. תסמינים כאלה עשויים לשמש אות מוקדם לצורך בהתערבות ובהפחתת עומסים. בספרות הקלינית העוסקת בעבודה עם נפגעי טראומה מצוין שתגובות גופניות אצל מטפלים עשויות לשמש סימן מוקדם להצפה, להזדהות יתר או לטראומטיזציה משנית (בכור ושלף, 2026). לפיכך במסגרת הדרכה, הכשרה ותמיכה ארגונית חשוב לעודד מטפלים לראות באיתותים האלה מידע בעל ערך מקצועי ולא רק קושי אישי.

חשוב שלא למסגר את הדאגה העצמית כמשימה פרטית בלבד של המטפלים. לצד העבודה על אמונות אישיות נדרשת גם תרבות ארגונית שמעניקה לגיטימציה לדאגה עצמית. כאשר מסגרות טיפול מעבירות מסר עקבי שלפיו רווחת המטפלים היא חלק מהאחריות המקצועית של הארגון קל יותר למטפלים להציב גבולות, לנוח ולהיעזר במשאבים

מגבלות המחקר

המחקר הנוכחי הוא מחקר חתך, ולכן אינו מאפשר להסיק מסקנות סיבתיות. נדרש מחקר אורך שיבחן את השינוי המתרחש במשתנים בתקופה של מלחמה מתמשכת. מלבד זאת, ההסתמכות על דיווח עצמי עשויה ליצור הטיה. שילוב מדדים פיזיולוגיים, ראיונות איכותניים או נתוני תפקוד עשוי להעמיק את ההבנה על אודות הקשרים בין המשתנים.

סיכום

או עומס עבודה. שני ממדי הזכאות לדאגה עצמית פעלו דרך שני מסלולים מובחנים: זכאות מגבילה נקשרה לעומס גופני בעיקר דרך עלייה בטרואמה משנית, וזכאות פעילה קשורה למעורבות גבוהה יותר בהתנהגויות של דאגה עצמית.



עד כה התמקד רוב המחקר בתחום בעומס החשיפה, במאפייני הארגון או באסטרטגיות התמודדות. ממצאי המחקר הזה עולה האפשרות להשתמש באמונות בסיסיות בקשר לשאלה "האם מותר לי לדאוג לעצמי?" כבנקודת מוצא חשובה להבנת תהליכי הסתגלות של מטפלים. השאלה הזאת מקבלת משנה תוקף במציאות של מלחמה מתמשכת ובהקשר המקצועי שבו נורמות של מסירות למטופלים עלולות להשתלב עם תחושות אשמה, ציפיות פנימיות וגבולות מטושטשים. מטפלים רבים מחזיקים בסכמות ובנורמות אתיות שמציבות את צורכי הזולת בקדמת הבמה, ותפיסות כאלה עשויות להגביל את תחושת הזכאות שלהם לדאגה עצמית (Ludick & Figley, 2017).

במערכות טיפול שפועלות במציאות של טראומה מתמשכת, ועל אחת כמה וכמה ביישובי העוטף שבהם המטפלים עצמם חשופים לטרואמה שחווים מטופליהם, מתחדד הצורך בדאגה עצמית, אך גם נעשה מורכב יותר למימוש. במצבים כאלה זכותם של המטפלות והמטפלים לדאוג לעצמם אינה מותרות כי אם תנאי לשימור היכולת להמשיך ולדאוג לאחרים. ממצאי המחקר עולה כי בהקשרים האלה מיטשטש הגבול בין מצוקה נפשית ובין מצוקה גופנית: העומס הרגשי של העבודה הטיפולית אינו נשאר רק במישור הנפשי אלא עשוי לבוא לידי ביטוי גם בגוף, שנעשה מדד חשוב למצבם של המטפלים. לפיכך הבנת הקשר בין טראומה משנית, דאגה עצמית ואמונות בקשר לגליטימיות לדאוג לעצמי מחייבת לראות בבריאות הגופנית של מטפלים חלק בלתי נפרד מן התפקוד המקצועי והחוסן הטיפולי.

הממצאים מציירים תמונה מורכבת של עומס והסתגלות בקרב מטפלים. נמצא עומס גופני רב ושכיחות גבוהה של תסמינים ברמה בינונית-חמורה. הממצאים הללו עשויים להתפרש גם בזכות הכתיבה הקלינית על העברה נגדית סומטית שלפיה תכנים טראומטיים שאינם עוברים עיבוד סימבולי מלא עשויים למצוא ביטוי בגוף המטפלים (שם). במצבים כאלה תוארו תחושות של לחץ בחזה, קושי בנשימה, בחילה, רעד, עייפות קיצונית ותחושת כבדות כאופן שבו החוויה הטראומטית "עוברת" למרחב הגופני של המטפל. אף שהמחקר הנוכחי אינו בוחן ישירות תהליכים לא־מודעים כאלה, הוא משתלב עם האפשרות שהעומס הטראומטי בעבודה טיפולית ממושכת בא לידי ביטוי גם דרך הגוף.

ממצאי המחקר הזה עולה האפשרות להשתמש באמונות בסיסיות בקשר לשאלה "האם מותר לי לדאוג לעצמי?" כבנקודת מוצא חשובה להבנת תהליכי הסתגלות של מטפלים. השאלה הזאת מקבלת משנה תוקף במציאות של מלחמה מתמשכת ובהקשר המקצועי שבו נורמות של מסירות למטופלים עלולות להשתלב עם תחושות אשמה, ציפיות פנימיות וגבולות מטושטשים

העובדה שהתנהגויות דאגה עצמית גופניות היו הנמוכות ביותר יכולה להעיד שכאשר העומס המקצועי הוא רגשי וקוגניטיבי בעיקרו נוטים מטפלים להסתמך יותר על משאבים בין־אישיים או רגשיים להתמודדות, והגוף עצמו נדחק לשוליים אף שהוא הזירה שבה בא לידי ביטוי חלק ניכר מן העומס המצטבר. מלבד זאת, בממצאים שלפיהם טראומה אישית ועומס מטופלים מנבאים עלייה בתסמיני טראומה משנית מודגשת מורכבותה של עבודה טיפולית בהקשר של טראומה משותפת שבה המטפלים הם חלק מאותה מציאות טראומתית ולא רק עדים למצוקת המטופל. כמו במחקרים קודמים שנערכו בעקבות אירועי 7 באוקטובר כך גם בממצאי המחקר הנוכחי מובלט תפקידה המרכזי של דאגה עצמית בהתמודדות של אנשי טיפול עם עומס טראומטי (Erel-Brodsky et al., 2026). במחקר זה הצענו את הממצאים ולפיהם גם אמונות בקשר לגליטימיות של דאגה עצמית עשויות לעצב את האופן שבו מטפלים מתמודדים עם עומס מקצועי, ולא רק משאבים אובייקטיביים כגון זמן

- בכור, ע' ושלף, ל' (2026, 12 בינואר). חשיפת מטפלים לחוויות טראומטיות "חודרות עור" בטיפול בנפגעי טראומה עקב אירועי טרור ומלחמה. *טיפולנט*. https://www.betipulnet.co.il/particles/therapists_exposure_to_traumatic_experiences_in_the_treatment_of_trauma_survivors
- מטפלים בנפש (2025). דוח - תמונת מצב: בריאות הנפש בישראל מאז אוקטובר 2023. <https://www.support-the-soul.co.il>
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 76(1), 2-11. <https://doi.org/10.1097/PSY.00000000000001010>
- Andrews, H., Tierney, S., & Seers, K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103436. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103436>
- Baum, N. (2012). "Emergency routine": The experience of professionals in a shared traumatic reality of war. *British Journal of Social Work*, 42(3), 424-442. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr032>
- Ben-Gal Dahan, A., Gonen, H., Segal, I., & Grotto, I. (2026). Community resilience in crisis: The Sderot resilience center as a scalable model for recovery and growth. *Psychiatry Research*, 117029. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2026.117029>
- Erel-Brodsky, H., ben Kimhy, R., & Taubman-Ben-Ari, O. (2026). Good enough care of Israeli therapists following the October 7 Attack. *Journal of Loss and Trauma*, 31(5), 810-832. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2424917>
- George-Levi, S., Faverman, L., Galin-Lonchich, Y., Ben-Gal Dahan, A., & Frei-Landau, R. (2025). Beyond meaning: Hope and secondary trauma in Israeli therapists after the October 7th massacre. *Frontiers in Psychology*, 16, 1594885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1594885>
- George-Levi, S. (2026). Self-care entitlement: Conceptualization and psychometric evaluation of a new scale. PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/7yfna_v1
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266. 10.1097/00006842-200203000-00008
- Latzer, Y., Shklarski, L., Spivak-Lavi, Z., & Hinich, S. (2025). Psychotherapists in traumatological environments: Coping through collective mission, shared trauma, and intergenerational wounds. *Clinical Social Work Journal*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10615-025-01015-7>
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>
- Owens-King, A. P. (2019). Secondary traumatic stress and self-care inextricably linked. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 37-47. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1472703>
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a self-care behavior inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140-145. <https://doi.org/10.1037/tep0000142>
- Tolmacz, R., Lev-Ari, L., & Bachner-Melman, R. (2021). Refining the assessment of entitlement in romantic relationships: The sense of relational entitlement scale-revised (SRE-R). *Frontiers in Psychology*, 12, 744618. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744618>
- Zhang, D., Ma, W., Tang, J., Wu, W., Al-Matary, M., Peng, Z., Yang, H., Hong, J., Zhou, Y., & Zhao, G. (2024). A pilot study of self-care education for psychotherapists. *Journal of Central South University (Medical Sciences)*, 49(8), 1301-1308. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2024.240185>

התפתחות היסטורית תאורטית של הפסיכוסומטיקה

אנדרס קוניצקי¹

תקציר

במאמר זה מוצעת בחינה מעמיקה של התשתית הפילוסופית שהתחום הפסיכוסומטי נשען עליה. הבחינה נעשית מתוך התמקדות בבעיה הפסיכופיזית כציר מרכזי בהבנת הקליניקה. הדיון נפתח בניתוח הדואליזם הקרטזיאני המפריד בין התופעות המנטליות ובין התופעות החומריות, ונבחנים בו האתגרים הלוגיים שהציב ישעיהו ליבוביץ בקשר לאינטראקציה המורכבת בין המערכות. במאמר נסקר מגוון פרדיגמות תאורטיות - החל בדואליזם, דרך אידיאליזם וכלה בפזיקליזם ומוניזם ניטרלי - בהתעמקות בשלושה קשיים מרכזיים: בעיית ההגחה של התודעה, בעיית התודעות האחרות וסוגיית הסיבתיות הנפשית. מטרת המאמר היא להאיר את הפער ההסברי המלווה את המפגש הטיפולי ואת המשגת התלונות הפסיכוסומטיות בקליניקה ולסלול את הדרך להבנה פסיכואנליטית של התסמין הפסיכוסומטי כביטוי למגבלות הלוגיקה והשפה בהקשר של הסבל הגופני הנפשי.

מבוא: האונטולוגיה של התודעה והקליניקה של הגוף

הדיון בקשר שבין הגוף ובין הנפש, הידוע בפילוסופיה בתור "הבעיה הפסיכופיזית", אינו סוגיה מטפיזית מופשטת בלבד אלא ניצב בליבת העשייה המדעית והקלינית המודרנית. התחום העוסק בקשר שבין הגוף ובין הנפש בפילוסופיה נקרא הפילוסופיה של התודעה (philosophy of mind) והוא מבקש לחקור את מהותה של התודעה, את החומר שהיא עשויה ממנו ואת יחסיה המורכבים עם המציאות הפיזית-חומרית. מבחינת הפסיכולוג הקליני המורכבות הזאת אינה תאורטית בלבד; היא מגולמת בקושי המושגי ליישב את החוויה הסובייקטיבית הגולמית - מחשבות, רגשות ותחושות גופניות - עם המציאות האובייקטיבית של המוח והמנגנונים הפיזיולוגיים.

הקשר בין הגוף ובין הנפש מתורגם בפילוסופיה לבעיה הפסיכופיזית, והיא נחשבת לאחת הבעיות הוותיקות והמתמשכות ביותר בהיסטוריה של המחשבה המערבית. שורשיה המודרניים נעוצים בהגותו של רנה דקארט במאה השבע-עשרה. דקארט (Descartes, 1641) הציג דואליזם רדיקלי שמבחין בין שתי ישויות ששונות במהותן האונטולוגית:

- **העצם המתפשט (res extensa)**, כלומר המציאות הפיזית, החומרית והמרחבית, הכפופה באופן בלעדי לחוקי הפיזיקה והמכניקה. בפרדיגמה הזאת נתפס גוף האדם כמעין אוטומט מורכב - מכונה ביו-מכנית שפועלת ללא צורך בגורם מטפיזי חיצוני.
 - **העצם החושב (res cogitans)**, כלומר הנפש או ה"סובייקט" המוגדרים כישות לא חומרית, נטולת ממדים פיזיים ולא כפופה לחוקי הטבע. תפקידה המהותי הוא חוויית התודעה, הרצון, החשיבה והרגש.
- מבחינה היסטורית העניקה ההבחנה הזאת לגיטימציה לעלייתם של מדעי הטבע כגוף נפרד במדע, גוף אשר תפקידו לחקור את הפיזיולוגיה ללא תלות בדת. הדת שלטה אז והמשיגה את הגוף והנפש כרכושו של האל, ולמרות זאת אפשרה את התפתחות המדע המודרני החוקר את החומר באובייקטיביות. בד בבד יצרה ההבחנה הזאת תהום אפיסטמולוגית-רעיונית: אם הגוף והנפש שונים במהותם, כיצד ייתכן ביניהם קשר כלשהו, כל שכן קשר סיבתי; או במילים אחרות, כיצד יכולים כוונה או רצון נפשי, נטולי משה או אנרגיה, להניע חומר פיזי.

הפרדוקס של ליבוביץ: בין "רשות היחיד" ובין "רשות הרבים"

ישעיהו ליבוביץ, ממשיכו של דקארט במובן מסוים, עסק רבות בקשר בין הגוף ובין הנפש והעמיד את הבעיה על דיוקה הלוגי המחמיר. ליבוביץ (2005) קבע כי הגוף והנפש הם שתי ישויות בעלות שוני מהותי ששייכות לעולמות שונים בתכלית

¹ד"ר אנדרס קוניצקי הוא פסיכולוג קליני ורפואי מדריך וראש המגמה לפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית אשקלון. דוא"ל: Andresk2k@gmail.com

זה מזה. הוא השתמש במטפורה המרחבית "רשות הרבים" (העולם הפיזי האובייקטיבי והמדיד) לעומת "רשות היחיד" (התודעה הסובייקטיבית והלא נגישה לצופה חיצוני). כן הוא הציע לחלק את הקיום האנושי לארבעה ממדים שממחישים את עומק הפרדוקס:

- **עולם פיזי מדיד:** "רשות הרבים". עולם זה מעיד על קיומה של מערכת נזירופיזיולוגית (המוח) שכל צופה יכול למדוד באובייקטיבית (למשל דרך הדמיה מוחית או צילום רנטגן).
 - **עולם נפשי פרטי:** קיומם של אירועים מנטליים (מחשבות, רגשות, זיכרונות) שמהווים את "רשות היחיד" של הסובייקט, ללא דרך אובייקטיבית לאמוד את עוצמתם או את טיבם.
 - **הפרדה לוגית:** היעדר הכרח לוגי לקשר בין השניים; שהרי תאורטית אפשר לדמיון עולם פיזי ללא מודעות ולהפך.
 - **השפעה הדדית נצפית:** קיומה של אינטראקציה אמפירית יום-יומית - רצון שמניע איבר או פגיעה גופנית שמעוררת סבל נפשי.
- לדעת ליבוביץ (שם), הסתירה בין ההיגדים אינה ניתנת ליישוב היות שהבעיה אינה נובעת מבורות זמנית שיפתור המדע, אלא ממגבלה מבנית של ההכרה האנושית. ליבוביץ סבר שאין לאדם מערכת רעיונית (לוגיקה, מתמטיקה, מדע) שתצליח לגשר על פער זה משום שיש בו משהו שנמצא מחוץ ליכולת ההכרה (אנחנו מנסים להבין את הקשר בין הגוף והנפש באמצעות המוח-גוף והחשיבה-נפש). עם זאת עצם העובדה שהאדם קיים ומתנהל בעולם מעידה שאכן קיים קשר בין הגופני והנפשי, קשר שאי אפשר לבטלו.

מפות דרכים פילוסופיות: ניסיונות גישור על הפער

לאחר שהגדרנו והצבנו את הבעיה עצמה ננסה לבחון מהם אחדים מהפתרונות המרכזיים שניסתה הפילוסופיה להציע במשך השנים. בתחילת דרכה של הפילוסופיה המודרנית נחלקו הגישות לתפיסת הגוף והנפש, בחלוקה גסה, לשניים: האסכולה הדואליסטית המניחה קיום של שתי ישויות נפרדות (גוף ונפש), ולעומתה האסכולה המוניסטית המניחה שישנה ישות אחת בלבד (הכול חומר או הכול רוח), וההבדל נעוץ רק במה שממוקם בקצוות של אותו רצף.

פתרונות דואליסטיים:

- **דואליזם אינטראקציוניסטי:** זאת הגישה האינטואיטיבית

ביותר המניחה השפעה הדדית ישירה. ההנחה היא שישנן שתי ישויות נפרדות שיש ביניהן אינטראקציה מתמדת והן משפיעות זו על זו. למשל, הרפואה המודרנית אוחזת בגישה הזאת ולפיה מתח משפיע על מערכת החיסון וגורם למחלה. עם זאת אין כאן הסבר ממשי של הקשר בין שתי מהויות שונות בתכלית ואין הבנה של האופן שבו השפה והמשמעות משפיעות על הגוף. דקארט (Descartes, 1641) עצמו הציע את בלוטת האצטרובל כנקודת המפגש, אך כשל בניסוח מנגנון שמסביר כיצד ישות אפיזית משפיעה על חומר מבלי להפר את חוק שימור האנרגיה. היות שניסיונו של דקארט למצוא נקודת מפגש בין הגוף והנפש לא היה משכנע מספיק הוצעו תאוריות נוספות, והן מיקמו את החיבור מחוץ לגוף ולנפש עצמם. תאוריה מסוג זה היא התאוריה הפרלליסטית של לייבניץ.

- **דואליזם פרלליסטי:** לייבניץ (Garber, 2009) הציע את המושג "'הרמונית הקדם-מוצב". הגוף והנפש פועלים כשתי מערכות נפרדות ומקבילות שאינן משפיעות זו על זו; תבונה אלוהית אין-סופית היא שתיאמה ביניהן מראש. הגישה הזאת מאלצת אותנו לקבל גורם חיצוני כל יכול שמסנכרן את המערכות או לכל הפחות בנה אותן כך מלכתחילה.

גם אני וגם הכוס שאני שותה ממנה מורכבים מאותו חומר, אלא שלי כאדם יש תודעה, ולכוס אין. שאלת ההגחה שואלת כיצד ומתי מופיעה (מגיחה) תודעה בחומר - האם ההבדל ביני ובין הכוס טמון במספר הקוורקים המרכיבים אותנו, שהרי הם זהים באיכותם, או שמא ההבדל טמון באופן שבו הם מסודרים? הניסוח המועדף עליי לבעיה הזאת הוא השאלה "מה כמות השיער להגדרת קרחת ומתי נדע שהגענו לשלב הקרחת"

פתרונות מוניסטיים:

הואיל והפתרונות הדואליסטיים לא הניחו את דעתם של הפילוסופים - הם לא הצליחו להגדיר את הקשר בין הגוף ובין הנפש ומיקמו אותו במקומות שונים (בלוטת האצטרובל או האל) ולא דנו בו באמת - החלו להגיח גישות מוניסטיות שלפיהן אין שתי ישויות נפרדות. הגישה הדומיננטית במדעים המודרניים היא גישה מוניסטית דווקא שידועה בשם פיזיקליזם. על פי הגישה הזאת, כל הקיים הוא חומר.

הגישה הזאת רווחת בעולם הרפואה למשל, שבו רואים בגוף מכונה, וברגשות תוצר של המוח ופעולותיו. בגישות הפיזיקליות הללו ישנן כמה תאוריות, וכל אחת רואה בנפש תוצר לוואי של הגוף:

- **תאוריית הזהות (identity theory):** מצבים מנטליים הם מצבים פיזיקליים של המוח. לדוגמה, כאב הוא ירי של סיבי C (Place, 1956). הבעיה המרכזית בגישה הזאת נובעת מהתעלמותה מהקוואליה (Qualia) - האיכות הסובייקטיבית של החוויה (למה מרגישים כאב כשכואב לנו). הגישה הזאת לא הצליחה להסביר את הממד הסובייקטיבי והרגשי של החוויה האנושית. בעקבות הביקורת עליה בחרו גישות מוניסטיות אחרות להקצין את עמדתן ולהתעלם לחלוטין מהמדד הפסיכולוגי של החוויה (הקוואליה). אחת הגישות האלה היא הגישה הפונקציונליסטית.
 - **פונקציונליזם:** הגישה הזאת מגדירה מצבים מנטליים לפי תפקידם הפונקציונלי במערכת ולא לפי המצע החומרי שלהם. כלומר לתודעה יש תפקיד במערך הגופני (למשל חיפוש אוכל וקשר), אך היא אינה עומדת בפני עצמה ולכן אי אפשר להבין איך הסובייקטיבי והאובייקטיבי מתחברים.
 - **מוניזם ניטרלי:** זאת הגישה שהוצעה במסגרת הפילוסופיה של שפינוזה. שפינוזה (Spinoza, 1677) טען כי הגוף והנפש הם שתי פנים או שני תארים שונים של עצם אחד יחיד - האל או הטבע. במבנה זה אין בעיית אינטראקציה, שכן מדובר בישות אחת שנגלית בשתי דרכים מקבילות. הדבר דומה למשל על הפיל והעיוורים - כל עיוור מתאר את הפיל על פי החלק שהוא ממשש. גם הגישה הזאת לא הצליחה להסביר איך מחשבה יכולה להיות קשורה לתנועה גופנית או להפרשה של חומרים כימיים במוח, שהרי מדובר בשני ממדים שונים בתכלית (חומר ורוח).
- כמו שאפשר לראות, שלל הפתרונות שהציעה הפילוסופיה במשך השנים אינם מצליחים להציע ניסוח שמניח את הדעת לבעיה וקל וחומר אינם מקרבים אותנו לפתרון. עם התקדמות החשיבה הפילוסופית ושילוב החשיבה המדעית בה נוצר תחום שקרוי הפילוסופיה של התודעה (philosophy of mind). בתחום זה מנסים לבחון את הקשיים שהבעיה הפסיכופיזית מעוררת ולהציע דרכי חשיבה וגישה בשלל תחומים במדע, בפסיכולוגיה ובפילוסופיה. במקום לחפש פתרונות חד-ערכיים בוחנת הגישה הזאת את השפעות הבעיה הפסיכופיזית על תחומים שונים בחיינו ומנסה לגבש מסקנות אופרטיביות להבנת החוויה האנושית. ומאחר שכבר

קיבלנו את העובדה שהקיום האנושי מורכב מגוף ומנפש ומהפער הבלתי ניתן לגישור ביניהם, ננסה לעמוד על שלוש הבעיות המרכזיות המתעוררות מהגדרתנו את האדם ככזה.

שלוש בעיות היסוד של הקיום הפסיכופיזי

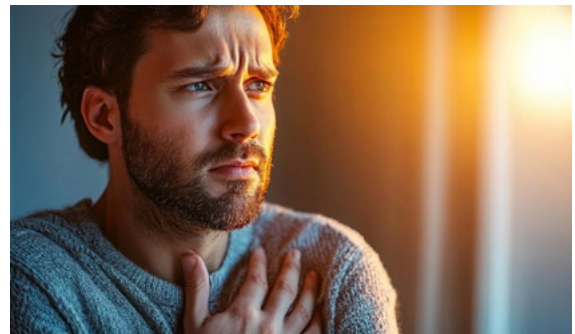
1. בעיית ההגחה (emergence)

הסוגיה הזאת עוסקת בשאלה כיצד מתוך המוח, חומר חסר מודעות כשלעצמו, מגיחה חוויה תודעתית עשירה. המדע מתקשה להסביר את הפער ההסברי שבין הירי הניורוני ובין ה"איך מרגישים" כשרואים אדום או חווים פגיעה רגשית. במילים אחרות, אפשר לחשוב על העולם כעל דבר שמורכב מחומר בסיסי (קוורקים בפיזיקה הקוונטית) אשר מרכיב את כלל הדברים בעולם. במובן זה גם אני וגם הכוס שאני שותה ממנה מורכבים מאותו חומר, אלא שלי כאדם יש תודעה, ולכוס אין. שאלת ההגחה שואלת כיצד ומתי מופיעה (מגיחה) תודעה בחומר - האם ההבדל ביני ובין הכוס טמון במספר הקוורקים המרכיבים אותנו, שהרי הם זהים באיכותם, או שמא ההבדל טמון באופן שבו הם מסודרים? הניסוח המועדף עליי לבעיה הזאת הוא השאלה "מה כמות השיער להגדרת קרחת ומתי נדע שהגענו לשלב הקרחת". להלן ניסיונות אחדים שנעשו בתחום הפילוסופיה כדי ליישב את בעיית ההגחה:

- **אלימיניסטיזם:** הגישה הרדיקלית הזאת שוללת את קיום התודעה כישות נפרדת ורואה בה אשליה לשונית או פולקלור פסיכולוגי (Churchland, 1981). הגישה מנכה את הבעיה באמצעות הכחשת החלק הסובייקטיבי. ואכן, לעיתים נראה שפילוסופים אוהבים להשתמש בשפה כבפתרון קסם לבעיות מורכבות. על פי הגישה הזאת, קיומה של התודעה הוא טעות שנוצרת מפני שלשפה יש יכולת להגדיר דברים גם אם הם אינם קיימים. כלומר כשם שאפשר לנסח את קיומה של תודעה אפשר לנסח גם את קיומו של חד-קרן, אבל ניסוחו אינו מעיד על קיומו.
- **ויטגנשטיין (Wittgenstein, 1953)** טען כי בעיית ההגחה והמסתורין הקשורים לתודעה הם תוצאה של בלבול לשוני. לדבריו, תודעה אינה אובייקט שאפשר להתבונן בו או לחקור אותו; היא אינה פעולה (כמו חשיבה או הרגשה) שאפשר לבחון. התודעה היא תנאי מוקדם לכל התנסות. אנחנו יכולים לדבר על מחשבות, על רגשות ועל תחושות, אך לא על תודעה כשלעצמה. הניסיון להסתכל "פנימה" ולמצוא את התודעה דומה לניסיון לראות את הראייה עצמה במקום את הדברים הנראים.

לדברי ויטגנשטיין נובעת הבעיה מהצורך האנושי ליצור קטגוריה כוללנית מלאכותית של תודעה, וכאשר הקטגוריה הזאת נעלמת גם הבעיה נעלמת איתה.

• **פאן־פסיכизם:** הגישה הזאת רווחת מאוד כיום בעיקר בעקבות המהפכה שחוללה תורת הקוונטים בתפיסה של התופעות בעולם באמצעות הניסוי המפורסם של שני החרכים. הפיזיקה הקוונטית שינתה את האופן שבו אנחנו תופסים את התודעה - לא עוד התבוננות בעולם ובתופעותיו אלא השתתפות יצירתית פעילה בעולם. הצופה הוא חלק מהתוצאה של הניסוי ולא רק מודד את תוצאותיו. על פי הגישה הזאת, התודעה היא מאפיין יסודי של היקום, ועל כן היא קיימת ברמה בסיסית בכל חלקיק חומרי. באופן הזה גם לכוס ישנה תודעה, אלא שהיא אינה תודעה עצמית כמו שיש לי. הגישה הזאת היא מוניסטית מיסודה, ואין בה צורך להוכיח את קיומה של התודעה כשם שאין צורך להוכיח את קיומו של הקיום (הקיום קיים). ולכן החומר הוא סוג של תודעה ממין אחר; החומר והרוח מצויים בשני קצותיו של רצף. אם כן, הגוף הוא הנפש בביטוי הקונקרטי־מעשי. הגישה הזאת מהדהדת גישות פסיכואנליטיות אשר רואות את התסמין הפסיכוסומטי כרווי משמעות. כעת נעבור לבעיה נוספת אשר עולה בגלל הפער ההסברי בין הגוף ובין הנפש, פער שאי אפשר לגשר עליו.



2. בעיית התודעות האחרות (other minds)

בהיותי כבן ארבע ישב עימי אבי, אירוע נדיר למדי, והציב בפניי את השאלה הזאת: "איך אתה יודע שהעולם קיים באמת ואתה לא לבדך ומדמיון הכול?" לימים הבנתי שהוא דיבר על תאוריית הסוליפסיזם, תאוריה שגורסת שאין כלום מלבד הדמיון של האדם המדמיון. בזמנו לא ייחסתי חשיבות רבה לשאלתו של אבי, אך בהופכי למטפל התחלתי לשאול את עצמי אם אני יכול לדעת באמת מה חווים מטופליי. ויתרה מכך, אם אכן קיימת תודעה "שם בחוץ" (אם ישנו "חוץ" כזה). וזה אכן קושי אפיסטמולוגי שקשור ליכולתנו להכיר את העולם הפנימי של האחר. חווייתי היא בלתי אמצעית,

"רשות היחיד", אבל חוויית הזולת נותרת תמיד שלו ואינה נגישה לי ישירות. במילים אחרות, כאשר המטופל אומר לי "כואב לי" אין שום דרך הגיונית שבאמצעותה אוכל להניח שאני מבין את מה שהוא אומר. ואם אכן הבנתי, הרי זה סימן שאני משליך את עולמי הפנימי על אמירתו. כדי להמחיש את הקושי שבבעיה הזאת המציאה הפילוסופיה את המושג "זומבי פילוסופי" - ישות שמתנהגת כבן אדם אך נטולת תודעה פנימית. היות שאפשר לדמיין יצור מסוג זה, אי אפשר להניח באופן גורף שהאדם שמולי אינו כזה.

להלן כמה ניסיונות ליישב את בעיית התודעה האחרת:

• **טיעון האנלוגיה (argument from analogy):** זהו הפתרון הנפוץ ביותר, ובין היתר הציג אותו ג'ון סטיוארט מיל (Hyslop, 2019). על פי הטיעון הזה אני יודע שאני חווה כאב כשאני דוקר את אצבעי. אני רואה שאדם אחר דוקר את אצבעו ומתנהג כמוני (מתפתל, צועק). על כן סביר להניח שגם הוא חש כאב. זהו טיעון הסתברותי שמבוסס על הכללה של תצפית, אך אין בו משום הוכחה לוגית חותכת, שהרי אין לי שום ערובה שאותה התנהגות מעידה על אותה חוויה.

• **תאוריית התודעה (theory of mind - ToM):** זאת אינה תאוריה פילוסופית מובהקת אלא מושג מתחום הפסיכולוגיה הקוגניטיבית והניורו־מדע. דייוויד פרמאק וגאי וודרוף (Premack & Woodruff, 1978), בין היתר, פיתחו אותו בהקשר של פרימטים, ולאחר מכן הוא יושם על בני אדם. התאוריה עוסקת ביכולתם של בני אדם (ובעלי חיים מסוימים) לייחס מצבים מנטליים (אמונות, רצונות, כוונות, ידע) לעצמם ולאחרים ולהבין שהם עשויים להיות שונים משלהם. במובן זה איננו "יודעים" מה אחרים חושבים אלא אנחנו מפתחים מודל פנימי של תודעתם, והוא מאפשר לנו לחזות את התנהגותם ולהגיב בהתאם. בעצם זהו פיתוח מודל אמפתי של הזולת. מכאן הדרך לניסוח מודל שבו האמפתיה משחקת תפקיד מרכזי הייתה קצרה.

• **פנומנולוגיה ואמפתיה:** בגישות הללו מובלטת חשיבות ההתנסות הבין־סובייקטיבית והאמפתיה. הוגים כמו אדמונד הוסרל (Husserl, 1931) ומוריס מרלור־פונטי (Merleau-Ponty, 1945) הדגישו את חשיבות הגוף החי ואת האינטראקציה הגופנית בהבנת האחר. דרך המפגש הישיר עם האחר, ובהתכוונות אליו, אנחנו יכולים לחוות מעין הבנה בלתי אמצעית של מצבו, הבנה שאינה נשענת רק על הסקה לוגית. כעת נעבור אל הבעיה השלישית אשר נוצרת מהקשר הלא מוסבר בין הגוף והנפש.

3. בעיית הסיבתיות הנפשית (mental causation)

השאלה כיצד כוונה או רצון מניעים פעולה פיזית היא הבעיה המאתגרת ביותר הניצבת לפני הפסיכולוג. על פי עקרון הסגירות הסיבתית בפיזיקה, כל אירוע פיזי מחייב סיבה פיזית קודמת. אם כך, היכן משתלב הרצון החופשי? ניסויי ליבט (Libet et al., 1983) הראו כי המוח מתחיל בפעולה קודם שהסובייקט מודע לרצונו, ועקב זאת עולות תהיות בקשר למעמדו של הרצון כגורם סיבתי. ליבט טען שפוטנציאל המוכנות (readiness potential) במוח, המעיד על תחילת פעילות מוחית שקשורה לתנועה, מופיע לפני שהאדם מודע לרצונו לבצע את התנועה. הממצאים האלה יכולים לרמז כי הרצון המודע אינו הסיבה הראשונית לפעולה אלא תוצר לוואי של תהליכים מוחיים לא מודעים או "צופה" בהם, והם מאתגרים ישירות את תפיסת הרצון החופשי. יתרה מכך, ניסויים רבים הראו שאפשר לגרום לאדם להזיז את ידו באמצעות גירוי חשמלי ישיר של אזור במוח שאחראי לתנועה בלי שהאדם יחוש כל רצון לבצע את התנועה. ניסויים כאלה מלמדים שפעולה גופנית יכולה להתבצע ללא כוונה נפשית מודעת.

להלן כמה ניסיונות ליישב את בעיית הסיבתיות:

- **דטרמיניזם ופיזיקליזם רדוקציוניסטי:** על פי הגישות הללו, אין סיבתיות נפשית של ממש במובן העצמאי. את כל האירועים ביקום, ובכללם מחשבות ורצונות, קובעות מראש סיבות פיזיקליות קודמות. הרצון שלנו אינו גורם לדבר אלא הוא בעצמו תוצאה של תהליכים מוחיים פיזיקליים. תחושת הרצון החופשי היא אשליה. הוגים כמו לה־פלאס (Pierre-Simon Laplace) הם נציגים היסטוריים של עמדה דטרמיניסטית רדיקלית.
- **מוניזם של אירועים (event monism):** הגרסה הזאת של הפיזיקליזם מנסה להתמודד עם בעיית הסיבתיות הנפשית באמצעות טענה ולפיה אירועים נפשיים הם אירועים פיזיים במוח, אך מתוארים באופן שונה. כאשר אני חווה כאב זהו אירוע עצבי ספציפי במוחי, והכאב הזה (שהוא האירוע העצבי) גורם לי להתרחק מהגירוי. אין כאן שתי ישויות שונות כי אם אירוע יחיד שיש לו גם תכונות פיזיות וגם תכונות מנטליות. דונלד דייווידסון (Davidson, 1970) הוא הוגה מרכזי שפיתח את המוניזם האנומלי (anomalous monism), גישה שקרובה למוניזם של אירועים.
- **אמרגנטיזם ותכונות סיבתיות:** בגישות אמרגנטיות מתונות יותר נטען שתודעה, כשהיא מגיחה במערכות

מורכבות, רוכשת תכונות חדשות ובכללן כוח סיבתי משלה (downward causation). המערכת המורכבת של המוח־נפש יכולה להפעיל כוח סיבתי על רכיביה הפיזיים באופן שאי אפשר להסבירו באינטראקציות של חלקים יחידים בלבד. ואולם בכל זאת נדרש הסבר כיצד כוח סיבתי לא פיזי (או חדש) מתאים לחוקי הפיזיקה הקיימים.

חוויתי היא בלתי אמצעית, "רשות היחיד", אבל חוויתי הזולת נותרת תמיד שלו ואינה נגישה לי ישירות. במילים אחרות, כאשר המטופל אומר לי "כואב לי" אין שום דרך הגיונית שבאמצעותה אוכל להניח שאני מבין את מה שהוא אומר. ואם אכן הבנתי, הרי זה סימן שאני משליך את עולמי הפנימי על אמירתו

ומהפילוסופיה לקליניקה

ג'² בן 52, הגיע אליי לטיפול בעקבות כאבים חזקים באזור בית החזה והתקשות העור, בצורת אקזמה, סביב אזור הכאב. התסמינים הללו נמשכו כמה שנים ללא טריגר ברור לפני הופעתם. ג' פנה לרופאים רבים מאוד ונשלח לבדיקות רבות, אבל הן לא הניבו שום הסבר לתופעה. ג' - גבר גבוה, מבט מהורהר על פניו, מבנה גופו אתלטי והליכתו בטוחה ונוכחת - נכנס לקליניקה. זאת הפעם הראשונה שהגיע לטיפול פסיכולוגי, ולדבריו עשה זאת מחוסר ברירה היות שהרופאים "התייאשו ממנו". הוא לא היה דברן גדול, אך בגלל הרצון העז שלו למצוא פתרון לתסמינים הוא עשה מאמץ לדבר ולפתוח את ליבו ואת הלא מודע שלו בפניי. ג' הציב לי אתגר פילוסופי מעניין. התסמינים שלו התריסו דרך חוסר ההיגיון שבהם שלא "נכנע" לשום סיבתיות מדעית גופנית או נפשית. אין ספק שבמקרה הזה נדרשה חשיבה מסוג אחר, חשיבה שאינה נשענת על הסיבתיות הליניארית של הרפואה או של המשמעות הפסיכולוגית הפשוטה. נזכרתי שלדברי ויטגנשטיין הפתרון טמון תמיד בהגדרת הבעיה ובשחרור מהתעותעים שמתעתעת בנו השפה. עלתה בי התמונה של הזכוב בבקבוק שמנסה להיחלץ ממנו באמצעות התנגשות בדופנות הבקבוק, אך לו הרים את ראשו למעלה היה רואה

²השמות וכל פרטי המקרה והתסמינים שונו כדי לשמור על פרטיות וחסינון המטופל.

ולעומתו **הגוף כסובייקט** אשר טומן בחובו את חווייתו של ג' כהוויה שטבולה בעולם כנוכחות בלתי אמצעית; זהו אותו גוף שאני עצמי מכיר בזמן נגינה כאשר העולם ואני נעלמים והופכים לזרימה של צלילים ותחושות ללא עצמי או אגו. בגוף כסובייקט, כאותו גל שניצב מול החלקיק בניסוי שני החרכים, התאפשרה התמקמות אחרת בעולם כתנועה בלתי פוסקת של קיום.



סיכום

הבעיה הפסיכופיזית היא פרשת דרכים מובהקת בפילוסופיה ובפסיכולוגיה. היא מאלצת אותנו לבחון את גבולות הידע האנושי ואת הגדרתנו כיצורים מודעים. ליבוביץ (2005) הציע לראות בזיקה גוף־נפש "קשר קונטינגנטי" - עובדה מחויבת המציאות מבחינה חווייתית, גם אם היא נעדרת הצדקה לוגית רשמית. זוהי מעין "מיסטיקה רציונלית" שמכירה במגבלות התבונה. בזכות נקודת המבט הזאת נפתח פתח לשיח הפסיכואנליטי אשר מוליך אותנו במסלול קליני שונה מזה של הניתוח הפילוסופי הטהור. הפסיכואנליזה מתמודדת עם האתגר שבפיענוח התסמינים הפסיכוסומטיים - אותם מצבים שבהם הגוף והנפש קשורים זה בזה בסבל בקשר שאי אפשר להתיר - ומעניקה נקודת מבט ייחודית שיתרונה היחסי הוא בפרגמטיות שהיא מעניקה לקליניקה ולאתיקה הטיפולית. מתוך הפער הפילוסופי בין הגופני ובין הנפשי עולה הרעיון ולפיו על מצע התודעה כמרכיב פונדמנטלי נוצר הגוף כאובייקט אשר מגיב על הגדרות, על מילים, על ביולוגיה ועל מערכת העצבים, ולעומתו הגוף כסובייקט אשר טבול בעולם כתנועה של חוויה בלתי אמצעית שאי אפשר לעצור או לתפוס כחלקיק יחיד שמנותק מהחוויה (קוניצ'זקי, 2020).

שאין בבקבוק פקק ואפשר לצאת ממנו בנקל. ואולם מהן הדפנות ששב ונתקל בהן ג' התפיסה ולפיה ישנן שתי ישויות נפרדות, גוף ונפש, אשר נמצאות במעין אינטראקציה (דואליזם אינטראקציוני) או שהסיבתיות של התסמינים קשורה לפעולתו של המוח (פיזיקליזם רדיקלי) לא אפשרו להתיר את התסמין שכאילו בז לתאוריות האלה. ניסוי שני החרכים הציע מבחינתי מצע רעיוני להבנת התסמינים של ג' ואף להתקרבות לפתרונם. האם עליי לחפש חלקיק? האם סיבה גופנית ביולוגית לבעייתו של ג'? או שמא עליי להתמקד בגל או בתודעה כגורם הסיבתי המרכזי? מתוך החשיבה הזאת גזרתי אתיקה טיפולית ובעקבותיה השתמשתי בשני כלים מרכזיים: היפנוזה ככלי לתפעול חווייתי של התסמין וטכניקה של אסוציאציות חופשיות שאפשרה ליצור הגדרה בהירה של המצב. באמצעות טרנס היפנוטי עזרתי לג' ליצור מצב דיסוציאטיבי אשר במהלכו הוא למד לצאת מגופו ולחוות חוויה נטולת כאב. הוא למד לתרגל את החוויה הזאת וחזר על התרגול במשך השבוע. בהדרגה היה מסוגל להפנים חוויה גופנית שהייתה שונה מהחוויה היום־יומית ש"תרגל" במשך השנים, חוויה מלאה כאב ונוקשות פיזית. עם הזמן הוא הצליח להחליף את החוויה הישנה בחדשה. לצד תרגול החוויה התבקש ג' לשחרר את התודעה האסוציאטיבית שלו ולדבר בחופשיות. באחת הפגישות שבהן העלה זיכרון ילדות שהיה קשור לתקופת היותו תלמיד בבית הספר היסודי נזכר פתאום במשפט שנהגה אימו לומר לו כאשר הייתה נתקפת במצב רוח קודר ועצוב לדבריו, "החיים מסוכנים וכואבים... אתה צריך ללמוד לפתח עור של פיל". שבועיים בקירוב לאחר ההיזכרות נעלמה האקזמה לחלוטין. "משחקי השפה" של ויטגנשטיין קרמו כאן עור וגידים. הגוף הפך את עצמו למטפורה גופנית בצורה של התקשות העור סביב הכאב. מה אפוא עבד כאן? החלקיק? הגל? שניהם? אני רוצה להציע המשגה ראשונית שתאפשר להשתמש בניסיונות ובכישלונות הפילוסופיים כדי לגשר על הפער המושגי־רעיוני בין הגופני ובין הנפשי. התודעה אחת היא, והיא תופעה פונדמנטלית (פאן־פסיכזם). החלוקה היא בתוך המצע התודעתי - חלוקה לשני מרכיבים אשר מקיימים דיאלקטיקה ביניהם. המרכיב האחד הוא **הגוף כאובייקט**. כאן הגוף מוגדר כמערכת איברים (פיזיקליזם) אשר פועלת כמכונה שהסיבתיות בה היא ליניארית. זה הגוף שאיתו הגיע ג' ועליו ניסו הרופאים "לעבוד"; זהו אותו גוף שהגיח כאובייקט נפרד מהנפש, מנוכר מג' ומניסיונותיו למצוא הסבר ופתרון; זהו אותו גוף שמוגדר במילים ובמושגים ומגיב עליהם ועל האמירות הרוות הגורל של אם דיכאונית שהציעה מטפורה אשר יצרה גוף בעל עור קשה כשריון ששמר שהכאב שמתחתיו לא יתפרץ לכל עבר.

ויטגנשטיין, ל' (2012). **חקירות פילוסופיות**. מאגנס.

ליבוביץ, י' (2005). **יסודות הבעיה הפסיכו־פיסית**. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

קוניצ'זקי, א' (2020). ארבע הפרדיגמות של הפסיכוסומטיקה. **פסיכואקטואליה**, 77, 13-19. <https://did.li/UI7gT>

Churchland, P. M. (1981). Eliminative materialism and the propositional attitudes. *The Journal of Philosophy*, 78(2), 67-90. <http://dx.doi.org/10.5840/jphil198178268>

Davidson, D. (1970). Mental events. In L. Foster & J. W. Swanson (Eds.), *Experience and theory* (pp. 79-101). University of Massachusetts Press.

Descartes, R. (1984). Meditations on first philosophy. In J. Cottingham, R. Stoothoff, & D. Murdoch (Eds. & Trans.), *The philosophical writings of Descartes* (Vol. 2, pp. 1-62). Cambridge University Press.

Garber, D. (2009). *Leibniz: Body, substance, monad*. Oxford University Press.

Husserl, E. (1960). *Cartesian meditations: An introduction to phenomenology*. Martinus Nijhoff.

Hyslop, A. (2019). Other minds. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Fall 2019 ed.). <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/other-minds/>

Libet, B., Gleason, C. A., Wright, E. W., & Pearl, D. K. (1983). Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential): The unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain*, 106(3), 623-642. <https://doi.org/10.1093/brain/106.3.623>

Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. Routledge.

Place, U. T. (1956). Is consciousness a brain process? *British Journal of Psychology*, 47(1), 44-50. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1956.tb00560.x>Digital Object Identifier

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>

Spinoza, B. (1955). *Ethics*. Dover Publications.

טיפול פסיכודינמי קצר מועד תמיכתי-פרשני רגיש לטראומה

ליאת ליבוביץ¹ ואביב נוף^{2,3}

תקציר

מאמר זה עוסק בצורך בטיפולים קצרי מועד בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי, צורך שעלה לאחר 7 באוקטובר. מטפלים רבים בארץ מעדיפים להמשיך לעבוד בגישה הפסיכודינמית וזקוקים למודל מותאם. במאמר מוצגים עקרונות הטיפול התמיכתי-פרשני (supportive-expressive therapy), טיפול פסיכודינמי מגובה מחקר שמיועד לטיפול במגוון קשיים, לרבות דיכאון, חרדות, הפרעות אישיות והתמכרויות. המאמר מציג קווים מנחים לטיפול רגיש לטראומה בהבלטת שלושה מוקדים: (א) עבודה עם הקונפליקט המרכזי ביחסים (CCRT) כדרך ליצירת פורמולציה והתערבות; (ב) חיזוק כוחות ההתמודדות באמצעות גישה תמיכתית; (ג) יצירה משותפת של נרטיב מארגן לחוויית המשבר.

מבוא

אירועי 7 באוקטובר והמלחמה המתמשכת זיעזעו את החברה בישראל ופגעו במצבם הנפשי של רבים, והצורך בטיפול נפשי מותאם גדול מאוד. מטפלים רבים בישראל עובדים בגישה פסיכודינמית, שמראשיתה שאפה להבין טראומה ולטפל בה. הגישה הפסיכודינמית נשענת על מסורת מקצועית ותאורטית ארוכת שנים ורחבה וכוללת אלפי מאמרים ותיאורי מקרה. עם זה בשל מיעוט יחסי של מחקרים מבוקרים בתחום יעילותו של טיפול פסיכודינמי בטרומה בסיס הראיות המחקרי הקיים עדיין מוגבל, ובשלב זה המחקר לא מספק על מנת להמליץ על טיפול

פסיכודינמי כטיפול ראשוני בהפרעה פוסט-טראומטית (Keefe et al., 2024; McCarthy et al., 2025).

מאז 7 באוקטובר נערכו בארץ השתלמויות והכשרות במודלים טיפוליים מגובי מחקר בטרומה, שרובם שייכים לאוריינטציה קוגניטיבית התנהגותית (cognitive behavioral therapy, להלן: CBT). עם זאת, נראה שמטפלים רבים מעדיפים להמשיך בטיפול באוריינטציה פסיכודינמית (לסקירת הגישות האלה ראו Rothbaum & Watkins, 2025). בעוד שחלק מהמטפלים הפסיכודינמיים שעברו בשנים האחרונות הכשרות מתאימות משלבים בעבודתם טכניקות CBT שלמדו, אחרים חשים כי אינם מיומנים דיים ביישומן, או לא בטוחים ביעילותן עבור מטופליהם. במקביל לכך, גם מטופלים רבים מבקשים לעצמם טיפול שיוכלו לפתח בו מרחב שיח ולדבר על חוויותיהם בפתיחות, לבחון את עולמם הפנימי ולחפש פשר מחדש, כמו שטיפול פסיכודינמי עשוי להציע. במאמר זה ביקשנו לגשר על הפער בין הצורך ההולך וגדל בטיפולים קצרים ומבוססי מחקר לאחר חשיפה לטראומה ובין השאיפה להוסיף ולהתבסס על עקרונות הגישה הפסיכודינמית. בחלק א' של המאמר יוצג מודל הטיפול התמיכתי-פרשני (Luborsky et al., 1995), טיפול דינמי קצר מועד מגובה במחקר. בחלק ב' יוצג מודל מפורט עדכני לטיפול רגיש לטראומה וקווים מנחים לטיפול זה.

כאמור, המודל הטיפולי המתואר במאמר זה טרם נבחן אמפירית בהקשר של טיפול בטרומה. לפיכך אין לראות בו טיפול ראשוני מתאים למטופלים שנחשפו לאירוע טראומטי אקוטי בזמן האחרון, המציגים תסמינים חריפים ונתונים בסיכון לפתח הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD).

¹ד"ר ליאת ליבוביץ היא פסיכולוגית קלינית מדריכה, חברת סגל באוניברסיטת חיפה ופסיכולוגית אחראית בפנימיית "אהבה" בקריית ביאליק. דוא"ל: Liat_leibovich@yahoo.com

²ד"ר אביב נוף הוא פסיכולוג קליני מומחה, מנהל מכון נוף לאבחון ולטיפול, חבר סגל הוראה במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה הפתוחה, מכשיר צוותים לגבי שיטת הטיפול התמיכתי פרשני. דוא"ל: Avivnof@gmail.com

³ליבוביץ' ונוף הם פסיכולוגים קליניים שחוקרים את הגישה הפסיכודינמית התמיכתית-פרשנית בעשור האחרון (Luborsky et al., 1995), מטפלים במגוון רחב של מטופלים בגישה הזאת ומדריכים צוותים ומטפלים הן במסגרת המעבדה לפסיכותרפיה בראשות פרופ' סיגל זלכה-מנו באוניברסיטת חיפה הן במסגרות ציבוריות שונות ובקליניקה פרטית. כן הם הפיקו והגישו את הפודקאסט "קצר ולעניין" בנושא טיפול תמיכתי-פרשני שנועד להנגיש את הגישה לקהל המטפלים (נוף וליבוביץ', 2024).

המחברים מבקשים להודות לרינת נוף, לד"ר נטע דביר ולד"ר לירית יפה-הרבסט על הייעוץ והמשוב שסייעו בכתיבת מאמר זה.

ה־CCRT מתאר מצב שבו האדם זקוק לקבל מענה למשאלה שלו, או לצורך בסיסי שלו בקשר בין־אישי. הקונפליקט בין חלקי ה־CCRT לא מאפשר מענה כזה ומשאיר את האדם מאוכזב, חסוך או פגוע. כך ניתן להבין מצוקה או סימפטומים שמהווים את סיבת הפנייה הגלויה לטיפול, כתוצאה של משאלה בין־אישית שלא קיבלה מענה. ה־CCRT שהמטפל מציע למטופל כמוקד הטיפול, מבוסס קודם כול על תיאורים או סיפורים שהמטופל חלק עימו בקשר לאינטראקציות בין־אישיות מאכזבות. מקור מידע נוסף ל־CCRT הוא מה שמתרחש בקשר הטיפולי עצמו ויכול להרמז על מרכיבי הקונפליקט אשר משתחררים ב"כאן ועכשיו" בחדר הטיפול.

בטיפול התמיכתי־פרשני שאנחנו מציעים כאן, טיפול שמתאים להתערבות בעקבות אירוע חיים עכשווי מטלטל, חל שינוי במוקד תשומת הלב הטיפולית. המיקוד עובר מיצירת תובנה על היחסים המוקדמים או על ההיבטים הלא מודעים של היחסים ליצירת תובנה על הקונפליקט העכשווי

במהלך הטיפול, שהוא מוגבל בזמן לסדר גודל של כ־16 פגישות מראש, המטפלת תנסה בשלב הראשון ליצור ברית טיפולית עם המטופלת, כלומר לקשר חיובי של שיתוף פעולה והסכמה על מטרות הטיפול ועל דרך העבודה המשותפת ומסגרת הטיפול. הסכמה זו תתבסס בין היתר גם על הפורמולציה של ה־CCRT כמוקד העבודה הפסיכודינמית בטיפול. בשלב המרכזי של הטיפול המטפלת והמטופלת ינסו להבין את המקור ל־CCRT ולאכזבה שהוא יוצר, וכיצד ה־CCRT בא לידי ביטוי בסיטואציות שונות בחיי המטופלת וגם בקשר הטיפולי עצמו. עיבוד ה־CCRT יאפשר חוויה חדשה של קשר וכן אפשרות חדשה לקבל מענה למשאלה הבין־אישית בחדר הטיפולים ובעקבותיו בחיי המטופלת מחוץ לחדר.

טיפול דינמי קצר מועד זה מבוסס מחקר ונחשב טיפול יעיל להפרעות שונות של דיכאון, לשימוש בחומרים ממכרים ולהפרעות חרדה שונות (Leichsenring & Leibling, 2007; Leichsenring & Schauenburg, 2014; McCarthy et al., 2025). עקב כך, התאמתו לטיפול במצבי משבר בעקבות טראומה, מצבים שנכללים בהם לעיתים קרובות אפיזודות דיכאוניות, שימוש מוגבר בחומרים ממכרים והפרעות חרדה, יכולה להיות ישימה ומתאימה על פי שיקול הדעת הקליני, ובהתחשב בכך שגישה זו טרם קיבלה ביסוס

ועם זאת המודל עשוי להתאים למטופלים שכבר קיבלו התערבות ראשונית אחרת מבוססת־ראיות לטראומה ומבקשים להעמיק את ההבנה והעיבוד של השלכות האירוע, או למטופלים שנחשפו לאירועים קשים אך אינם מצויים בסיכון מיידי להתפתחות PTSD. מלבד זאת הערכת התאמה לטיפול דינמי קצר מועד מחייבת בחינה של קריטריונים מקובלים להתאמה ולאי־התאמה לטיפול זה (לדיון בנושא ראו למשל Sheffler et al., 1995).

חלק א': עקרונותיו הבסיסיים של טיפול תמיכתי־פרשני

המוקד בטיפול התמיכתי־פרשני הוא המשגה של הקונפליקט המרכזי ביחסים (core conflictual relationship theme - CCRT). קונפליקט זה מונע מהאדם לקיים מפגש בין־אישי מספק, משמעותי, הדדי וכזה התורם לחיים מלאים. ה־CCRT מורכב משלושה מרכיבים אשר מתנגשים זה בזה (ראו איור 1):

א. המשאלה הבין־אישית (wish) היא צורך מרכזי ובסיסי של המטופל או של המטופלת. כאשר המשאלה אינה זוכה למענה הולם יחווה האדם מצוקה ויתפתחו תסמינים נפשיים ובייחוד דיכאון.

ב. תגובת האחרים למשאלה (response of other) היא ציפייה של המטופל לתגובה של אחרים למשאלה או לצורך שלו. ציפייה זו לתגובה מבוססת על ניסיון העבר של המטופל, ועל חוויות דומות שהופנמו.

ג. תגובת העצמי (response of self) היא האופן שבו המטופל או המטופלת מגיבים למצב שבו המשאלה אינה מקבלת מענה מאחרים. בתגובה הזאת נכללות תגובות רגשיות (למשל עצב, חרדה, כעס) וגם תגובות התנהגות (למשל תסמינים שונים או דרכי התמודדות לא יעילות).

איור 1: שלושת מרכיבי הקונפליקט המרכזי (CCRT)



מענה רחב יותר למשאלתו. הפעולות הללו ייעשו באווירת טיפול תומכת שתחזק את התמודדות המטופלים עם מצבם, תעניק פשר למתרחש ותיטע בהם תקווה לחיבור מחודש לאנשים ולנשים היקרים להם.

קו מנחה 2: חשיפה לאירוע עלולה להפר את האיזון הפנימי, להעצים את הקונפליקט שביחסים ולפגוע באפשרות לקבל מענה על הצרכים והמשאלות המרכזיים.

בטיפול תמיכתי־פרשני קלאסי (Luborsky et al., 1995) מתמקדים ביצירת תובנה לגבי ה־CCRT מתוך בחינת הדפוסים שנוצרו ביחסים המוקדמים והלא מודעים. לעומת זאת, בטיפול התמיכתי־פרשני שאנחנו מציעים כאן, טיפול שמתאים להתערבות בעקבות אירוע חיים עכשווי מטלטל, חל שינוי במוקד תשומת הלב הטיפולית. המיקוד עובר מיצירת תובנה על היחסים המוקדמים או על ההיבטים הלא מודעים של היחסים ליצירת תובנה על הקונפליקט העכשווי. הקונפליקט העכשווי אשר נוצר או החמיר בעקבות האירוע הטראומטי מפריע כעת למימוש המשאלה הבין־אישית, ועליו ננסה לעבוד בטיפול.

קו מנחה 3: העבודה הטיפולית תתמקד בעיקר בהשפעת האירוע העכשווי על ה־CCRT ובדגש מופחת על השפעתם של יחסים מוקדמים ושל תכנים לא מודעים.

עבודה על מרכיבי ה־CCRT בטיפול קצר מועד בעקבות אירוע טראומטי

משאלה (wish). החתירה להגשמת המשאלה הבין־אישית היא עקרון ליבה בטיפול זה. השיח הטיפולי שיווצר יתמקד בשאלות האלה: מהם הצרכים המרכזיים שאינם נענים? מדוע נוצר מצב זה? כיצד אפשר להתחיל לשנותו?

קו מנחה 4: מיקוד בהגשמת המשאלה הבין־אישית: מה מבקשת הנפש כעת? מה מונע את המענה על הבקשה? כיצד נוכל לקדם את המענה?

ישנן משאלות אשר חוזרות להערכתנו באופנים שונים אצל מטופלים שחווים משבר ונחשפו לאירועים טראומטיים. משאלה נפוצה היא רצון להיות מובנים בתוך קשר מיטיב. לא פעם מופיעות אצל אנשים ונשים שהתמודדו עם אירוע

מחקרי כטיפול ראשוני. המודל שפיתחנו הוא יישום קליני למצבי משבר וטראומה של המודל הבסיסי של הטיפול התמיכתי־פרשני.

חלק ב': יישום הטיפול התמיכתי־פרשני בטיפול בעקבות טראומה

הטיפול המוצע מתאים לעבודה ממוקדת קצרת מועד של 16 פגישות בקירוב. אוכלוסיית היעד היא אנשים ונשים בוגרים (מגיל 18 ומעלה) שנחשפו לאירועים טראומטיים. אנחנו מציעים לעסוק באירועים מציאותיים טראומטיים כאירועים שמשפיעים פעמיים, הן כאירוע מציאותי מטלטל והן כמצב שמותיר חותם על העולם הנפשי ומשבש את שיווי המשקל הפנימי והבין־אישית. האירוע הטראומטי שמתרחש הוא קודם כול מציאותי. על כן קו מנחה חשוב הוא הכרה בסכנה החמורה שחווה המטופל ולתיקוף הרגשות שלו באירוע ואחריו. עם התיקוף יכולים להימנות הסבר פסיכו־חינוכי שמקדם עמדת תקווה בקשר לאפשרות להיתרם מטיפול פסיכולוגי, וליכולת שיש לאנשים ולנשים לצאת ממצבי משבר.

קו מנחה 1: הכרה באירוע הממשי ותיקופו באמצעות מתן הסבר על התגובה הרגשית האופיינית וקידום עמדה של תקווה.

מלבד תיקוף האירוע הממשי יש לזכור שאירועים קשים משבשים את שיווי המשקל הפנימי, ושיבוש זה יכול לבוא לידי ביטוי בהחרפת קונפליקטים פנימיים קיימים (למשל קושי לבקש עזרה) או חדשים (למשל אשמת הניצול). לדוגמה, אדם עם סגנון הימנעותי, שנוטה להימנע מלבקש עזרה ולחשוף את הקושי שלו בפני אחרים, שנחשף לאירוע טראומטי ומציף. בעקבות האירוע הטראומטי הקונפליקט הבסיסי שביחסים (CCRT) עשוי להחריף. וכך ייווצר קונפליקט קשה עוד יותר בין הצורך של אדם להגן על עצמו, להישמר מפגיעה נוספת ולמנוע הצפה רגשית ובין הצורך הבסיסי בקשר מיטיב והדדי. הקונפליקט מקשה לממש את המשאלה לקרבה בין־אישית ולכן מקבע ומחמיר את המצוקה הנפשית.

אחת המטרות המרכזיות בטיפול התמיכתי־פרשני המיועד למצבים האלה היא קידום התובנה בקשר לקונפליקט הבין־אישית שנוצר או התחזק ותמיכה בשינוי האיזונים הפנימיים והבין־אישיים כדי לקדם את הגשמת המשאלה. דרך הרחבת המודעות לקונפליקט יוכל האדם לזהות את המשאלה שאינה מקבלת מענה ואז לשאוף ולפעול לקבלת

למשל, במקום המשאלה של מטופלת ש"אחרים יעזבו וישאירו אותי לנפשי" עשויה לעלות משאלה ש"אחרים יהיו רגישים לצורך שלי במרחב פרטי ובמרחק מותאם כך שלא יהיו חודרניים כלפי".

קו מנחה 6: חיפוש אחר המשאלה האדפטיבית, ובמידת הצורך הבנת המשאלה הרגרסיבית כמנגנון הגנתי של העצמי.

תגובת האחר ביחס למשאלה (RO - response of other). לאירועים טראומטיים, ובייחוד אירועים שמקורם בפעולה אנושית פוגעת כמו מעשה טרור, אלימות או מלחמה, יש השפעה על העמדות ועל התפיסות הפנימיות של הנפגעים בקשר לזולת. במצבים כאלה עלול להיסדק האמון הבסיסי בטוב האנושי, ולעיתים אף מתערערת האמונה ביכולתו של האחר להיות מיטיב. פעמים רבות נוצרת הפרה של האיזון הפנימי שבין הייצוגים המיטיבים של האחר ובין הייצוגים הפוגעניים בגלל חווית האחר הפוגעני. כלומר, נוצרת הדגשת יתר של האובייקטים הפנימיים הפוגעניים, אובייקטים אשר בהיותם דומיננטיים מאפילים על השפעת האובייקטים המיטיבים. נראה שבעקבות חוויה של אירועים טראומטיים משתנה תפיסת האחרים (RO) ובאה לידי ביטוי בהקצנה ובחשש להיפגע: האכזבה מהמין האנושי מוקצנת כך שהעולם הפנימי נמלא בתקופות האלה בחוויה של יחסים מסוכנים ובלתי נסבלים ובחשש לרה-טראומטיזציה במפגש.

כדי לעבוד על שינוי הקונפליקט והחלשתו דרך ה-RO נעסוק תחילה בזיהוי של "נמעני המשאלה" שיהיה אפשר לפנות אליהם, כדברי השיר, "אדם זקוק לדלת פְּדִי שְׂיוֹכֵל לְנֶקֶשׁ עָלֶיהָ בְּיָד כֶּפֶה לְשִׁמְעַ מִיִּשְׁהוּ בְּצֶדָה הַשְּׂנִי עוֹנָה לוֹ: יְבֹא" (ברק, 2018). נבקש לעזור למטופלים להבין כלפי מי מופנית המשאלה וכלפי מי יעיל להפנותה. פעמים רבות יתברר שהמשאלה אינה מופנית לבני אדם מציאותיים וזמינים שאפשר לקיים עימם תקשורת וקשר ממשיים והדדיים אלא לנמענים סמליים ומופשטים, בדרך כלל נמענים כגון הגורל, האויב או הבירוקרטיה שאינם נגישים לדיאלוג יעיל. נמענים אבסטרקטיים כאלה, שלעיתים מסמלים את השרירותיות, את חוסר המחויבות או אף את הרוע הצרוף, מעוררים הרגשת חוסר שליטה ומקבעים את הקונפליקט שבו המשאלה נותרת ללא מענה. בטיפול נבקש להאיר ייצוגים מיטיבים וליצור חיבור ל-RO נגישים יותר למילוי המשאלה.

בעבודה על ה-RO חשוב בראש ובראשונה לתקף את

קשה תגובות בלבול וערעור הרגשת המשמעות אשר הייתה מבוססת יותר בעבר. לפיכך הצורך להיות מתוקף ונראה מבחוץ יכול ליצור "החזקה" שתסייע לתחושת לכידות העצמי ותאפשר לאדם להמשיך בהתמודדותו עם מצבו.

משאלה נוספת הנפוצה בקרב מטופלים שהתנסו באירועים טראומטיים, היא קבלת תגובה מותאמת רגשית, תגובה שיש בה כוונן רגשי. כלומר המשאלה היא קבלת מענה שתואם להבעה הרגשית המקורית מבחינת עוצמת התגובה, צורתה ותזמונה (Stern, 1985). כאשר מתקיים כוונן רגשי יכול להיווצר חיבור בין-אישי מווסת ומתקף. מענה מווסת מהזולת, מענה שאינו אדיש מדי וגם אינו מציף מדי, יכול לאפשר שיתוף רגשי בלי לשנות את החוויה המקורית, להפחית ממנה או ליצור דרמטיזציה שלה.

משאלה נפוצה שלישית היא הרצון להרגיש בטוח ומוגן לאחר חשיפה לאירוע מערער. זהו הצורך לשמור על גבולות העצמי והגוף, על הרצון שלא להיות פגיע או מושפל ולהרגיש ביטחון בקיום הפיזי והנפשי.

קו מנחה 5: זהו את המשאלה הייחודית לכל אדם באמצעות הכרת משאלות בין-אישיות נפוצות במצבים טראומטיים:

- להיות מובן.
- לקבל תגובה מותאמת רגשית (לא אדישה ולא מציפה מדי).
- להיות בקשר מגן ובטוח.

לעיתים קרובות אנחנו שומעים משאלות שמנוסחות בשלילה ומביעות את הדבר שהמטופלים אינם רוצים בקשרים שלהם כגון הרצון להתרחק מבני אדם ("שיעזבו אותי לנפשי"), הרצון להסתגר כדי שלא להיפגע שוב או משאלת נקם בכל מי שפגע בו. בעקבות בוק (Book, 1998) אנחנו מציעים לעסוק במשאלות כאלה כמו ב"משאלות רגרסיביות" שאינן מקדמות את צמצום קונפליקט ה-CCRT, ולכן אינן מאפשרות שיפור במצב הנפשי. משאלות רגרסיביות כאלה עשויות להראות כמשאלה, כמיהה או צורך, אך בעצם הן תגובת הגנה כואבת של העצמי על התסכול המתמשך ועל המצב שבו המשאלה האמיתית והחבויה אינה מקבלת מענה בסיסי. לכן נבקש להמשיך בדיאלוג כדי לחפש יחד משאלה אדפטיבית, כלומר משאלה שמקדמת לעבר תפקוד נפשי, התפתחותי ובין-אישי גבוה יותר. משאלה כזו מתאימה לעבודה בטיפול הקצר בלי לשלול את הכאב ואת התסכול הקיימים בתגובת העצמי שיצרה את המשאלה הרגרסיבית, הגלויה יותר.

הרגשת חוסר האונים במגע עם האובייקטים המאכזבים האלה ולא לשלול את הרגש העולה. לאחר מכן יהיה אפשר לקדם הבנה נוספת ולבחון את המידה שבה תהיה, בשלב זה, תועלת לנסות ולחלץ מהנמענים הללו (למשל המדינה, הגורל, האויב) הכרה או מענה כלשהו ומהו המענה הריאלי שאפשר לקבל מהם. בד בבד ננסה לסייע למטופלים לזהות מיהם בני האדם או המוסדות שיכולה להתקיים עימם תקשורת או דיאלוג הדדי ויעיל בפרק זמן קצר ובאופן שיאפשר מענה, גם אם חלקי, למשאלה.

קו מנחה 7: זיהוי נמעני משאלה (RO) נגישים ובעלי פוטנציאל לתקשורת יעילה שתעניק, ולו חלקית, מענה על המשאלה.

אחר כך ננסה להחזיר את המטופלים שלנו לעמדה אינטגרטיבית יותר ביחס לזולת, כלומר ליצור איזון בין הייצוגים הפנימיים הטובים ובין הייצוגים הרעים. קונפליקט ה־CCRT מבטא פעמים רבות קיטוב ואף עמדה מפוצלת כלפי האחרים. כך נכיר בחוויה וניתן לה פשר על בסיס החוויה הטראומטית ("זה ממש טבעי שגם כאשר השכן מציע לך עזרה, אחרי מה שעברת, תחשוב שאולי יש לו אינטרס. אבל בוא נבחן איך היית מתייחס אליו לפני האירוע... אתה מסכים?"). לאחר מכן נעזור למטופלים לבחון את האינטראקציות שלהם ואת הקיטוב וההקצנה בתפיסותיהם הפנימיות.

מטרתנו לנסות ולקדם את המטופלים להכיר בזולת באופן מורכב יותר. העמדה הריאלית רואה בבני האדם את מה שהם: חלקיים, מיטיבים במידה ולעיתים עלולים לפגוע במידות שונות. יש לסייע למטופלים להבין שהיחס אל הזולת כפוגעני מקורו בעבר או בסכנה שחוו. הפגיעה התחוללה בזמן ובמקום מוגדרים, והייתה לה נקודת סיום בדרך כלל. בעקבות ההבנה הזאת יוכלו המטופלים להרגיש מוגנים יותר. כמו כן תיפתח האפשרות ליצור דיפרנציאציה בין ייצוגים פוגעניים ובין ייצוגים אחרים של הזולת ולהחזיר מורכבות למערכת היחסים הפנימית.

קו מנחה 8: יצירת תפיסה מאוזנת של ייצוגי האחרים (RO). הדגשת אובייקטים מיטיבים לצד הפוגעניים והכרה בחלקיות.

קו מנחה 9: יצירת דיפרנציאציה בקשר לזולת (RO): הבחנה בין בני אדם מתאימים למענה על המשאלה ובין מי שאינם בשלב הזה.

תגובת העצמי ההגנתית (response of self - RS) היא החלק השלישי של ה־CCRT הקשור לתגובת העצמי כלפי האכזבה מהאחר. אלה הן תגובות רגשיות, תגובות סימפטומטיות ותגובות של התנהגות הגנתית. בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי שגרם למשבר אפשר לצפות למגוון תגובות RS: תגובת זעם מתוך תסכול על המצב ועל RO מאכזב, תגובת הימנעות והסתגרות, תסמינים פסיכוסומטיים שמבטאים מצוקה שלא מצאה ביטוי סמלי מילולי וכן שימוש בחומרים כדרך לשליטה מדומה ולשיכון כאבים לא יעיל. עם תגובות RS אופייניות נמנות תגובות רגשיות כגון חרדה, דכדוך, חוסר תקווה, אשמה ובושה בקשר למה שאירע.

בטיפול התמיכתי־פרשני נבקש לעזור במציאת תגובות RS מסתגלות יותר, תגובות שיקדמו את הגשמת המשאלה. ראשית חשוב לתקף את תגובות ה־RS כבעלות משמעות, להכיר באירוע הקשה ובעובדה שהתגובות מספרות את סיפור הכאב הנפשי. בהמשך הטיפול יהיה אפשר להרחיב את התובנה על תגובות העצמי, כלומר לנסות לעזור למטופלים למצוא חופש בחירה רחב יותר בתגובותיהם בעזרת תובנה על קונפליקט ה־CCRT. נעזור למטופלים להבין שהתגובה שהייתה הגיונית במצב המסוכן לאו דווקא מקדמת אותם לעבר הגשמת המשאלה, ועל כן הם סובלים. למשל, זעם הוא תגובה בסיסית ומובהקת אצל בני אדם שחוו אירועים טראומטיים, אך הוא מקשה על האדם הזועם להרגיש קרבה בין־אישית, ולכן מתרחקת האפשרות להגשים משאלה לקרבה או להבנה. העבודה הטיפולית יכולה ליצור תובנה בקשר למתרחש מבפנים ומבחוץ ובזכותה ליצור מרווח בין הרגש העולה ובין התגובה בפועל. כאשר מטופלים מבינים את המניעים הפנימיים שלהם ומצליחים להפריד בין ההרגשה הפנימית (RS רגשי של זעם ואכזבה) ובין ההתנהגות שהם רוצים לבצע (RS התנהגותי) יכול להיווצר מרווח שיוכל להוביל לבחירה של התנהגויות מסתגלות יותר. הכעס הפנימי יוכל לבוא לידי ביטוי באופן מעודן ותקשורתי ובעיקר בשליטה רבה יותר.

קו מנחה 10: מתן תוקף לתגובות שעולות ובכללן זעם, התרחקות וניתוק רגשי בד בבד עם עבודה על ביטוי מעודן ותקשורתי של תגובות ה־RS, ביטוי שיתמוך בקבלת מענה למשאלה.

אפשרות נוספת של תגובת העצמי יכולה להתבטא בתסמינים פסיכוסומטיים שמאפשרים לגוף "לדבר" באופן

של הטיפול התמיכתי־פרשני, במסגרת מגוון תגובות העצמי (RS) ישנם מגוון מנגנוני הגנה שחלקם יעילים יותר וחלקם נמוכים מבחינה התפתחותית, ועל כן נושאים בחובם "מחיר" נפשי ותפקודי. באמצעות הכוונת תשומת הלב של המטופל למנגנונים היעילים יותר אפשר לעזור לו להגן על עצמו מפני הצפה רגשית ומפני הכאב הנפשי ובתוך כך לצמצם את "המחיר שמשלמים" בהגנות הנמוכות כגון פיצול והכחשה. למשל, מטופלת מספרת לפסיכולוגית המטפלת בה על עייפות שהיא מרגישה בגלל האפשרות שתריב ללא הרף עם אימה. "התעייפתי", היא אומרת. "אין לי כוח לריב יותר, ואני רוצה כבר להעמיד פנים שהכול בסדר ולייצר מראית עין של בסדר". הדוגמה הזאת ממחישה את הרצון לשימוש בהדחקה ובסובלימציה במקום בביטוי התנהגותי גולמי (acting out) של התסכול והכעס. הפסיכולוגית תוכל לעודד התנהלות מעודנת זאת ולומר שעוד יהיה זמן לעבד את הקשיים בקשר עם אימה. כעת ישנה חשיבות רבה, כמו שהמטופלת מספרת, לשקט, לרגיעה ולחיבור למשפחה כמשאב.

קו מנחה 12: דגש תמיכתי בתשומת לב לתחומים האלה:

- הדגשת יצירת ברית טיפולית טובה (הסכמה על הגדרת המטרות, על הדרכים להשגתן ועל קשר של שיתוף פעולה וקרבה רגשית).
- הדגשת ההתקדמות של המטופל או המטופלת וזיהוי מגמות של שינוי.
- שימת לב לסימנים המעידים על התקרבות למימוש המשאלה או למטרות הטיפול.
- הדגשת התקווה דרך חיפוש רמזים במילים או במעשים המובעים.
- עידוד ההגנות האדפטיביות והתפקוד.

עיבוד וארגון הנרטיב כמרכיב תמיכתי בטיפול

עבודת הטיפול של בניית הנרטיב בטיפול זה מתמקדת בעיקר בשני תחומים: הבנת הסיפור הרחב דרך ה־CCRT כמוקד טיפולי ובניית נרטיב קוהרנטי על האירוע הטראומטי באמצעות חיבור ל־CCRT. העבודה הטיפולית על הגשמת המשאלה הבין־אישית, כרוכה בבניית נרטיב קוהרנטי שמגשר בין מרכיבים שונים: העולם הפנימי, היחסים הבין־אישיים וסיבת הפנייה. כאשר מדובר במטופלים שחוו אירוע טראומטי מתווסף נדבך נרטיבי מהותי: הסיפור של האירוע עצמו. לפיכך הנרטיב הטיפולי שייבנה יעסוק לא רק בעולם הפנימי והבין־איש אלא גם באירוע הקשה שחוה המטופל.

לא־מודע וסמלי חוויות לא מעובדות כגון חוסר אונים, חוסר הגנה של הגוף ו"היעדר מעטפת עורית" מגינה. ניתן להבין מצבים גופניים אלו כביטוי לא־מודע לצורך בהתייחסות למצוקה, באופן שעשוי לקדם קבלת מענה למשאלה להחזקה ראשונית. ההתערבות הטיפולית תנסה ליצור תובנה על משמעות התסמינים הגופניים כחלק מהקונפליקט, והתסמינים יקבלו פשר וחיבור לא שיפוטי ל־CCRT. למשל, "יש לך משאלה שאנשים יטפלו בך עכשיו, אחרי האירוע הקשה שעברת. את דואגת שאנשים יתעייפו ולא יהיו מספיק קשובים וזה מתסכל אותך, כי חלקם באמת לא רגישים. אני מקשיב איתך למה שהגוף מספר לנו - קשה לך לנשום ואת חלשה ועייפה. אולי גם הנפש רוצה להשמיע לנו כמה קשה לך, אבל ככל שאנחנו חלשים יותר ועייפים יותר קשה לנו לפנות ולבקש מענה לצרכים שלנו". באופן זה המילים והמשמעות ממלאות את החלל שנכחו בו קודם התסמינים.

קו מנחה 11: הענקת משמעות סמלית לתסמינים הגופניים וקישורם ל־CCRT דרך ה־RS.

היבטים תמיכתיים בטיפול

החלק התמיכתי הייחודי לטיפול זה הופך אותו למתאים במיוחד למתן עזרה במשבר לאחר אירועים טראומטיים. בחלק התמיכתי ניתנת בין היתר, תשומת לב לביסוס ברית טיפולית מיטיבה, דרך יצירת הסכמה על מטרות הטיפול ועל דרכי העבודה, ולביסוס קשר אמפתי שמבליט שיתוף פעולה ועבודה משותפת כצוות. באופן זה יכולה להיווצר אווירת טיפול בטוחה שתאפשר לחקור את ה־CCRT לעומק, וגם תיצור חוויה רגשית מתקנת. חלק זה של הטיפול מבקש לשים לב ולהדגיש חוויות שליטה ויכולת במקום שהן קיימות או היו קיימות בעת האירוע ובחיים שאחריו. במאמרים קודמים שפרסמנו עם וכתל ואחרים (Leibovich et al., 2020a, 2020b, 2018) הצגנו עקרונות תמיכתיים מגובי מחקר לטיפול דינמי קצר מועד. עם העקרונות שחקרנו נמנים החיבור לתקווה, לעיתים גם ב"רגעים קטנים" וב"הצלחות קטנות" של המטופלים, כאשר הוא או היא מתקדמים בכיוון אדפטיבי יותר (למשל, המטופל תיאר כיצד ירצה לשמור על ילדיו העתידיים. הפסיכולוגית שהבחינה ברמז לתקווה תקפה זאת באמירה, "אני שומעת כיצד אתה חושב גם על העתיד שלך ואין תרצה להיות אבא טוב").

עקרון תמיכתי נוסף ומרכזי הוא עידוד ההגנות האדפטיביות במקום שימוש בהגנות נמוכות. על פי ההנחה

תשומת הלב שלנו בהבניית הנרטיב באה לידי ביטוי בקישור סיפור האירוע ל־CCRT. מלבד המטרה המקורית של הבניית נרטיב קוהרנטי של האירוע אפשר לסייע למטופלים לזהות כיצד השלכותיו של האירוע העמיקו את הקושי במימוש המשאלה או יצרו קושי חדש במימוש המשאלה הבין־אישית. זהו חיבור של מודל מעש"ה (Farchi et al., 2018) לטיפול התמיכתי־פרשני. קישור זה יאפשר למטופלים להבין טוב יותר את עצמם ואת האופן שבו אפשר לצמצם את מצוקתם. למשל, מטופלת סיפרה על אירוע קשה שהרגישה בו שאנשי כוחות ההצלה היו אדישים ולא הבינו את מצוקתה. בעבודת ההבניה הנרטיבית היא הצליחה לשחזר רצף ברור של התרחשויות ולהגיע לנקודת הסיום של האירוע. עיבוד זה היה משמעותי כשלעצמו הן בשל הבהרת סיומו של האירוע והן בשל האפשרות לארגן את החוויה באופן שאינו מציף. אחר כך היה אפשר לקשור בין החוויה הקשה באירוע הטראומטי ובין הרגשת חוסר האונים (RS) שהיא עדיין חווה בקשריה הבין־אישיים, שלושה חודשים בקירוב לאחר האירוע, הרגשה שבאה לידי ביטוי בקושי לפנות לאחרים בבקשה לקרבה. בעיני המטופלת הזאת נתפסות הדמויות המשמעותיות (RO) כלא זמינות או אדישות, ועל כן מתעצמת הרגשת חוסר האונים שלה ומקשה את מימוש המשאלה. קישור זה עשוי לאפשר למטופלת לזכות בתובנה שיוצרת גשר בין חוויותיה הפנימיות והבין־אישיות ובין תגובתה על האירוע הטראומטי והמציאות הסובבת אותה. בזכות התובנה יהיה אפשר לצמצם את השפעות הקונפליקט.

קו מנחה 13: קישור בין רכיבים מהנרטיב על האירוע הקשה וה־CCRT באופן שמסביר את ההחמרה ומכוון לצמצום הקונפליקט.

דיון וסיכום

במאמר זה ניסינו לשלב בין ניסיונו עם הטיפול התמיכתי־פרשני קצר המועד, ובין המפגש עם החיים והעבודה הקלינית בארץ מאז 7 באוקטובר. מתוך אלה ביקשנו לנסח עקרונות מנחים לטיפול דינמי קצר מועד בהתמודדות עם מצבי משבר טראומטיים. הטיפול הדינמי קצר הטווח הוא ייחודי ובעל ערך בעינינו משום שהוא גמיש מטבעו, שואף לתת מענה שונה ומותאם לכל מטופל ומטופלת

ומנסה למצוא משמעות וארגון פנימי דרך הבנת הדפוסים הייחודיים של המטופלים ושל הקשר הטיפולי. בקווים המנחים שהצגנו ביקשנו לעזור למטופלים ולמטפלות "לצאת לדרך" בגישה הזאת. ניתן לסכם את הקווים האלה בשלוש הקטגוריות שלהלן:

1. עבודה עם ה־CCRT ככלי להבנה ולהתערבות לאחר משבר ואירועים טראומטיים:

אירועים טראומטיים נוטים להקצין את ה־CCRT ולעיתים אף ליצור קונפליקטים חדשים. במודל שתארנו הצענו לזהות משאלות אדפטיביות במקום לאפשר נסיגה רגרסיבית, להרחיב את מנעד התגובות הרגשיות וההתנהגותיות כדי למנוע תגובות אופייניות של זעם, ניתוק ונסיגה בין־אישית, ולקדם דיפרנציאציה בתפיסת האחרים שתצמצם את ההכללה של ה־RO כמאכזב ופוגעני. החוויה המתקנת שבקשר הטיפולי מאפשרת גם היא נטיעה של תקווה מחודשת והתנסות בקשרים בטוחים ומותאמים.

2. חיזוק כוחות ההתמודדות באמצעות גישה תמיכתית:

לצד העבודה הפרשנית מובלטים במודל הרכיבים התמיכתיים כבסיס להתמודדות במצבי משבר טראומטיים. חיזוק הברית הטיפולית, עידוד הגנות אדפטיביות, איתור רמזים לתקווה והכרה בהצלחות, קטנות כגדולות, מסייעים בשיקום הרגשת הערך והשליטה של המטופל.

3. יצירה משותפת של נרטיב שיוצק משמעות למשבר ולהתאוששות הפוסט משברית:

בגישה הטיפולית מודגשת חשיבות ההבניה של סיפור המשבר באופן שייצור קוהרנטיות והבנה רחבה של המתרחש. הנרטיב מבקש לעסוק בשיבוש האיזון הפנימי בעקבות האירוע, שיבוש שגרם לקושי לקבל מענה על משאלות בין־אישיות ביחסים הקרובים של האדם.

חשוב לנו לחזור ולהדגיש שכל עוד המודל אינו מבוסס מחקרית הוא אינו מומלץ למטופלים שסובלים מ־PTSD. במקום זה יש להפנותם לטיפול בטראומה עם ביסוס מחקרי. כמו כן, מטופלים שהמשבר הטראומטי הנוכחי קשור אצלם לטראומה מורכבת או סובלים מקושי מהותי ומתמשך בהתמודדות עם פרדה (למשל הפרעה גבולית) אינם מתאימים להפניה לטיפול דינמי קצר מועד, ולכן גם לא לטיפול זה. אנחנו מקווים שהמודל המוצע במאמר זה יסייע לאוכלוסיית המטופלים והמטפלות בארץ בהתמודדות עם האתגרים שלפנינו.

ברק, ע' (2018). **להיאחז בענף הקרוב**. הוצאת פרדס.

נוף, א' וליבוביץ, ל' (2024, מאי 14). **קצר ולעניין: בנושא טיפול תמיכתי-פרשני** [פודקאסט]. יוטיוב.
<https://www.youtube.com/watch?v=G5cTfC9TSy8>

Book, H. E. (1998). *How to practice brief psychodynamic therapy: The core conflictual relationship theme method*. American Psychological Association Press.

Farchi, M., Levy, T. B., Gershon, B. B., Hirsch-Gornemann, M. B., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: From helplessness to active efficient coping. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 20(2), 1-12.

Keefe, J. R., Kimmel, D., & Weitz, E. (2024). A Meta-Analysis of interpersonal and psychodynamic psychotherapies for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 77(3), 119-128.

Leibovich, L., McCarthy, K. S., & Zilcha-Mano, S. (2020a). How do supportive techniques bring about therapeutic change: The role of therapeutic alliance as a potential mediator. *Psychotherapy*, 57(2), 151.

Leibovich, L., Nof, A., Auerbach-Barber, S., & Zilcha-Mano, S. (2018). A practical clinical suggestion for strengthening the alliance based on a supportive-expressive framework. *Psychotherapy*, 55(3), 231.

Leibovich, L., Wachtel, P. L., Nof, A., & Zilcha-Mano, S. (2020b). "Take a sad song and make it better:" What makes an interpretation growth facilitating for the patient? *Psychotherapy*, 57(3), 400.

Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Supportive-expressive (SE) psychotherapy: An update. *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 57-64.

Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression - Towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 128-143.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.007>

Luborsky, L., Mark, D., Hole, A., Popp, C., & Goldsmith, B. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In J. P. Barber & P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders* (pp. 41-83). Basic Books.

McCarthy, K., Capone, C., & Leibovich, L. (2025). *The Evidence for Psychodynamic Psychotherapy: A Contemporary Introduction*. Taylor & Francis.

Rothbaum, B. O., & Watkins, L. E. (2025). An update on psychotherapy for the treatment of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 182(5), 424-437.

Shefler, G., Dasberg, H., & Ben-Shakhar, G. (1995). A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 585.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.

הוצאה מוכרת, ההבדל בין הוצאה והכנסה פירותית ובין הוצאה והכנסה הונית

רו"ח אריה דן¹

ואולם לא תמיד ברורה ההבחנה בין סיווג ההכנסות, ולכן בתי המשפט קבעו בפסיקה כללים להבחנה בין הכנסה הונית ובין הכנסה פירותית. ואלה המבחנים העיקריים:

מבחן טיב הנכס - בדיקת טיבו ואופיו של הנכס ושאלת השאלה אם הנכס משמש השקעה לטווח ארוך או למסחר השוטף.

מבחן התדירות - בחינת מועדי תדירות עשיית העסקה. נכס שתדירות הפעילות בו גבוהה והיקף העסקאות בו רחב מעיד על נכס בעל אופי פירותי.

מבחן המימון - בדיקת האופן שבו ממומנת הפעילות. ממימון בהון עצמי נסיק על אופי הונית, וממימון בהון זר נסיק על אופי פירותי.

מבחן ההשכחה - ככל שמתבצעות פעולות השכחה רבות יותר בנכס לקראת מכירתו כך מתרבה העדות על אופי פעילות מסחרי (כלומר אופי הונית).

מבחן הבקאות - ככל שבקאות הנישום בתחום העסקה רבה יותר כך היא תעיד על אופי פירותי.

מבחן הנסיבות - כאן נבחן את כלל הנסיבות הקשורות לפעילות בנכס ולמכירתו כדי לשקול אם מדובר בהכנסה הונית או פירותית.

המיסוי

נטל המס בישראל שונה במידה ניכרת בין הכנסה פירותית ובין הכנסה הונית. ההבדל בשיעורי המס נובע מתפיסה כלכלית שמבקשת לעודד השקעות לטווח ארוך. לכן שיעורי המס על הכנסה הונית נמוכים וקבועים, ושיעורי המס על פעילות שוטפת ועל פעילות מיגיעה אישית (מיסוי פירותי) גבוהים ומשתנים. הכנסה פירותית והכנסה מיגיעה אישית ממוסה לפי מנגנון פרוגרסיבי, כלומר ככל שההכנסה השנתית גבוהה יותר כך עולה אחוז המס על השקל הבא. המס על הכנסה הונית לעומת זאת קבוע בדרך כלל ואינו תלוי בגובה ההכנסה האחרת שלכם. מלבד זאת, הוא חל רק על הרווח הריאלי לאחר ניכוי השפעת האינפלציה (הצמדה למדד).

לפי חוקי המס, נישום אינו משלם מס הכנסה על הכנסתו ברוטו אלא על הכנסתו החייבת נטו, כלומר על הרווח שנותר לאחר שהובאו בחשבון כל ההוצאות, הניכויים, הקיזוזים והפטורים המותרים.

הוצאות

כדי שתותר ההוצאה בניכוי היא צריכה לעמוד בכלל הבסיסי להכרה בהוצאה ולפיו עליה להיות הוצאה שבפירות ולא הוצאה שבהון. פירוש הדבר הוא שיש להבחין בין הוצאות שתפקידן לשמור על הקיים או לשרת ולתחזק את הונו של הנישום, הוצאות שיוגדרו הוצאות פירותיות, ובין הוצאות שתפקידן ליצור או לשפר נכס חדש או קיים שמעניק לנו "יתרון מתמיד", הוצאות שיוגדרו הוניות (השקעות) והן אסורות בניכוי. ההבחנה הזאת בין הוצאה פירותית ובין הוצאה הונית היא עקרון יסוד בחוקי המס.

מבחן נוסף לקביעת ההכרה בהוצאה כפירותית או כהונית הוא השאלה אם ההוצאה כרוכה בייצור ההכנסה ונדרשת לה. מבחן זה נקרא מבחן האינצידנטליות - הוצאה תיחשב להוצאת פירותית שמותרת בניכוי רק אם היא משתלבת ישירות ובמלואה בתהליך הייצור או ההפקה של מקור ההכנסה. הוצאות פירותיות מותרות בניכוי הן הוצאות שוטפות שמוציא עסק במשך הפעילות הרגילה שלו והן שימשו אך ורק וישירות לייצור ההכנסה באותה שנת מס.

הכנסות

ישנה חשיבות רבה להבחנה בין הכנסה הונית ובין הכנסה פירותית, שכן סיווג ההכנסה משפיע בין היתר על שיעורי המס שנשלם, על מקדמות המס שנחויב בהן, על אפשרויות קיזוז ההפסדים בין ההכנסות השונות, על ההוצאות המותרות בניכוי מההכנסות ועל חובת ניהול הספרים שחלה עלינו. כדי להסביר בפשטות את ההבדל בין הכנסה הונית ובין הכנסה פירותית מקובל להמשיל אותן לעץ פרי. כאשר נמכור את הפירות שהעץ מניב תסווג ההכנסה כפירותית, וכאשר נמכור את עץ הפרי עצמו תסווג ההכנסה כהונית.

¹רו"ח אריה דן, רואה החשבון של הפ"י - משרד רואי חשבון סנדק, דן בראונשטיין ושות'.

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתבה וערכה: זהבה אסיאג¹

בין וינה לבייג'ינג - יחסי גוף-נפש בפסיכותרפיה בת-זמננו
נעמי אורבך-שבילי, תמר אשל-ביאלר, עינת דרוקר, יורי סלע, אלון רשף
הוצאה: הקומה השישית, 2025

ידיעה מבין שאין לנו הסבר לשורש הכאב ו/או המצוקה, אבל כן יותר הסכמה והכרה משותפת, ופנייה לשאלה אחרת חשובה - מה האפשרויות שעומדות לרשותנו כדי להקל על המצוקה? (עמ' 112).

את הפרק השלישי חיבר הפסיכיאטר ד"ר אלון רשף. הוא כתב על ההיבטים של החזקה (ויניקוט) והכלה (ביון) באשפוז פסיכיאטרי והביא לקדמת הבמה את חשיבות הרפואה המשלימה; בעזרתה אפשר להרחיב את מרחבי ההחזקה וההכלה. הפרק מלווה בתיאורי מקרה שבהם באה לידי ביטוי האינטגרציה בין המטפלים השונים במחלקת אשפוז וחשיבות האינטגרציה. בשני הפרקים האחרונים - את האחד כתבה נעמי אורבך-שבילי, פסיכותרפסטית באוריינטציה דאודיסטית, ואת האחר יורי סלע, פסיכולוגי קליני - משולבים מושגים מעולם הבודהיזם כמו צ'י, התבוננות זן ותרגול מדיטטיבי ושילובם בעולם הטיפול הנפשי. נעמי עוסקת בצ'י כשלישי הקיים בין הגוף ובין הנפש.

הספר מלווה בדוגמאות ובתיאורי מקרה מהקליניקה, ובזכותם הקריאה מעניינת וזורמת ומחברת בין תיאוריה ופרקטיקה. ייחודיותו של ספר זה באה לידי ביטוי בדיאלוגים המופיעים בסיום כל פרק. חמשת המחברים דנים בהם על הפרק, מתלבטים בנושאים שונים שנדונו בו ומעלים שאלות שונות. הדיאלוגים מעוררים את הקורא לחשיבה ומחדדים את הידיעה ואת אי-הידיעה על הגוף והנפש.

"דרך אחת לתאר את הקשרים שבין הגוף לנפש היא לראות אותם כמפגש בין שני זרים הנתונים במרחב אחד אך מתנהלים במקביל ובנפרד" (עמ' 172)

בספר **בין וינה לבייג'ינג** מתואר מסעם של חמישה שותפים מתחומי בריאות הנפש שחברו יחד במשך השנים וכיום הם עוסקים בטיפול, בחקר ובשיח מתמשך על אודות היחסים בין גוף ובין נפש. כל אחד ואחת מהם בא מתחום אחר ומעניק נקודת מבט מעניינת ליחסים אלו ותורם לשיח פורה. הספר בנוי מחמישה פרקים - כל אחד מהמחברים כתב פרק, וכל פרק משמש נדבך; יחד המחברים בונים קומה אחר קומה בחיבור שבין הגוף והנפש.

את הפרק הראשון, "הגוף של אנשי המילים", כתבה עינת דרוקר, פסיכולוגית קלינית. בפרק זה היא עוסקת בטיפול דרך מילים ובזרות שהרגישה כאשר היה עליה להתחבר לשפה שיש בה ייצוג לתחושות בגוף. היא מתמקדת בתהליך שלה כמטפלת שעוברת מתפיסת עולם טיפולית מהמערב, תפיסה שהתחנכה על פיה, להתנסויות וחשיפה לפרקטיקות אחרות. את הפרק השני כתבה תמר אשל-ביאלר, גם היא פסיכולוגית קלינית. היא דנה בו בכאבי גוף ללא הסבר פיזיולוגי, כאבים שהיא מכנה "מצוקה ללא שם". תמר כותבת על תופעה זו מנקודת מבט אנתרופולוגית ומבליטה את החשיבות שבסיוע שמעניק המטפל למטופליו לשם החזקת אי-הידיעה: "שיח שמכיר באי-



¹זהבה אסיאג היא פסיכולוגית חינוכית-מומחית ופסיכותרפסטית. היא בעלת קליניקה פרטית וגם עובדת בשפ"ח שדות נגב ומשמשת רכזת קלינית במרכז חוסן באופקים. כן היא מחברת ספר השירים **בנשמתי** (ספרי ניב, 2025). טלפון: 054-7940257; דוא"ל: zehavin89@gmail.com

בלב ה-7 באוקטובר - עדויות

מישל קישקה, רעות בורץ, שי צ'קה, אילנה זפרן, יונתן וקסמן, מושיק גולסט, אורי פינק, גיא לנמן, קורן שדמי, נעה כץ, טוהר שרמן-פרידמן, נוסקו | הוצאה: פרדס, 2025

מסופרים, באופן נוגע ללב, סיפוריהם של ענר שפירא, עמית מן וחבריהם - האנשים והנשים הגיבורים שלנצח יהיו חלק מפסיפס חיינו ומהמורשת של מדינתנו. אני סבורה שיצירה כזו היא דרך מיוחדת להשריש את סיפורי הגבורה המיוחדים והכואבים שילוו אותנו תמיד.

עדויות הוא רומן גרפי שמשחזר את סיפוריהם של תושבי הקיבוצים והערים הסמוכות לגבול עזה מאותה שבת נוראה. הספר נולד בעקבות רעיון של אורי פינק, קומיקסאי ישראלי ותיק. לביצועו הוא חבר לאחד-עשר קומיקסאים, ויחד הם חיברו את הספר. באמצעות האיורים



אולי כדאי לך לדבר עם מישהו

לורי גוטליב | הוצאה: כנרת זמורה דביר, 2020

פסיכולוגי בעצמה. העלילה נעה בין מה שקורה בינה ובין המטופלים שלה ובין עלילת חייה ומה גרם לה ללכת לטיפול וכמובן, תהליך הטיפול שלה. כל האירועים מתרחשים בה בעת. העלילה משעשעת, סוחפת ומעניינת, ומשולבת בה נגיעות קלות של תאוריות מעולמנו המקצועי.

בהיותי מטפלת בעצמי וכמי שהייתה בטיפול בעבר הזדהיתי עם דמותה של לורי בפרט ועם הצורך לדבר עם מישהו בכלל כי אני מאמינה שכל אחד ואחת מאיתנו זקוק לעיתים למישהו לדבר איתו. הספר מכניס אותנו לעולם הטיפול משני צידי המתרס, ועל כן לאנשי המקצוע המכירים את עולם הטיפול מקרוב יהיה הספר מעניין עוד יותר. אני ממליצה עליו למי שעדיין לא קרא אותו ומעוניין בהפוגה קלילה וסוחפת.

מטפל מציב מראה מול מטופלים, אבל גם מטופלים מציבים מראה מול המטפלים שלהם. טיפול רחוק מלהיות עניין חד-צדדי; הוא מתרחש בתהליך מקביל (עמ' 22).

אנשים שבאים לטיפול מציגים תמונות רגעות של עצמם, ומהתמונות האלה מטפל צריך לאמוד את כל השאר... אנחנו מעלעלים בתמונות הרגעות, וכעבור זמן לא רב מתברר שהתמונות הנבדלות לכאורה האלה סובבות כולן סביב נושא משותף, נושא שאולי לא נמצא בשדה הראייה של המטופל כשהחליט לבוא (עמ' 74-75).

את הספר **אולי כדאי לך לדבר עם מישהו** קיבלתי מתנה מחברה. בימים אחדים גמאתי עוד ועוד עמודים וצללתי לסיפורה של לורי, פסיכותרפסטית שחוה משבר בחייה ומבינה שכדאי לה לדבר עם מישהו ופונה לטיפול



חדש על המדף

הפינה הזאת מוקדשת לספרים חדשים שמוציאים לאור פסיכולוגים חברי הפ"י. אתם מוזמנים להודיע לנו על ספרים שבכוונתכם לפרסם.

מרחבים של צמיחה - הנחיית קבוצות בפיתוח ומנהיגות עורכות: סמדר בן אשר ונלי טל | רסלינג, 2026

מעבר לשבר - טיפול בהורים בתהליכי פרידה וגירושים עורכים: דרור אורן והילה קלעי נובוטני | רסלינג, 2026



לזכרה של החברה האהובה חמדה קורץ ז"ל

עבודתה לוותה תמיד בהדרכה, ברצון להבין יותר, להתמקצע ולהתפתח גם בתחומים שאינם קשורים לפסיכולוגיה. היא יצאה ל"מלכת המדבר", לטיולי נשים וגם לנסיעות עם אחותה. בעקבות המסע של "מלכות המדבר" הצטרפנו ללימוד בודהיזם בהנחיית מדריכת המסלול ויצאנו למדבר למעגלי נשים שלוו בהתבוננות מעמיקה על עצמנו, על משפחותינו, על ההורות ועל העצמי שלנו.

בארבע השנים האחרונות התמודדה חמדה באומץ מעורר התפעלות עם מחלת הסרטן שחזרה. היא לא הניחה למחלה לנהל את חייה או להגדיר אותה. באצילות נפש הסתכלה על שארית חייה מנקודת המבט שהעניקו לה לימודי הבודהיזם ונהגה לומר בקבלה ובפשטות: "זה מה יש". היא המשיכה לטייל, ליהנות מכל רגע, לחגוג עם חבריה ועם משפחתה - חגיגות ימי ההולדת במשפחה וחגיגות יום ההולדת שלי ושלנה היו תמיד דוגמה לחשיבה על הפרטים הקטנים.

את הדברים שלהלן, שכתב יעקב רז, נקרא בעלייה לקברה:

זה טבע הדברים

מה שיקר לך מביא דאגה

כך נגזר

הדאגה כלולה במה שיקר

כמו האדום ברימון

אתה רוצה בשמחת האהבה ולא בצער האהבה

אבל איך אפשר שמאל בלי ימין, גבוה בלי נמוך,

נעורים בלי זקנה, כן בלי לא, יש בלי אין

פגישה בלי פרדה,

מה שיקר לך

הוא משוש חייו

דאגה לחייו

ואבל על מותו

אי אפשר אחרת.

חמדה האהובה, חברת הנפש שלי, היית משמעותית כל כך בחיי ובחייהם של רבים אחרים - משפחה, חברים, צוותים, עמיתים ומטופלים. בזכותך אני אדם טוב יותר. ומטופלים מספרים כמה היית חשובה להם וכמה נתת להם מעצמך בזמנים שהיו זקוקים ליד מושטת, לעומק חשיבה וללב רחב. קשה לחשוב עלייך בלשון עבר. חסרונך עצום, לכתך - אבדה גדולה. אני מתגעגעת אלייך מאוד. יהי זכרך ברוך.

כתבה: **רונית גלר**, חברה ומנהלת השירות הפסיכולוגי

באור יהודה

חמדה קורץ, לשעבר מנהלת השירות הפסיכולוגי בכפר יונה ומקימת בית הספר לפסיכותרפיה מטעם הפסיכולוגיה החינוכית, הייתה פסיכולוגית בכל רמ"ח אבריה וחברה נפלאה, אישה שהעניקה מעצמה ברוחב לב לכל מי שנקרה בדרכה: למשפחתה, לחבריה, לעובדי השפ"ח שניהלה, למטופליה ולמודרכיה. חמדה קורץ הלכה לעולמה ב־18 ביולי 2026 אחרי התמודדות אמיצה עם מחלה ממארת.

חמדה נולדה בנתניה למרים וליעקב זינגר, אחות צעירה לרותי ולניצה. כשבגרה נישאה לישראל וילדה לו את בנותיהם: הילה וזוהר. חמדה, בעלת העיניים הכחולות, הצלולות כים, העיניים הטובות, המלטפות והעוטפות ברכות, הייתה רעיה, אחות, דודה, אימא למופת וסבתא מסורה ואוהבת לחמשת נכדיה: יהונתן, מאור, רום, נועם ונווה. משפחתה הייתה כל עולמה.

חמדה הייתה אשת מקצוע יוצאת דופן - למדה ללא הרף, הביעה עניין בתחומים רבים, חקרה אותם והעמיקה בהם. היא למדה בבית הספר לפסיכותרפיה בחיפה, בהידברות בירושלים ובקורסים של המדרשה וכאמור, הקימה את בית הספר לפסיכותרפיה מטעם הפסיכולוגיה החינוכית ובנתה את מסלול הלימודים ובו קורסים ומערך הדרכות. היא התעקשה על מסלול דינמי ולכן נחשבה למרדנית, אבל בזכותה הוכשרו דורות של פסיכולוגים לעבודה טיפולית דינמית מתוך אמונה עמוקה באדם ובכוחו לצמוח.

חמדה ניהלה את השירות הפסיכולוגי בכפר יונה מ־2010 עד 2022 ועמדה בראש הצוות במקצועיות, בחום ובצניעות. היא טיפחה את הצוות באהבה ובנתינה עצומה. הכול יכלו לפנות אליה - ראש העיר ומנהלת האגף, כל עובד, כל מנהל וכל משפחה. חמדה ניהלה מצבי חירום רבים במקצועיות ובהתבוננות נרחבת על המעגלים השונים והצליחה להצמיח אנשים ונשים הן מקצועית הן אישית ורגשית. כמדריכה וכמטפלת הייתה לה יכולת נדירה להתבונן באחר באמפתיה, ברגישות ובעומק וללא שיפוטיות. היא העניקה משמעות, תקווה ואמונה למטופלים ולמודרכים, ולמרות מחלתה הוסיפה לעבוד עד ימיה האחרונים כמעט.

הכרנו לפני 36 שנים בשפ"ח גבעתיים. עבדנו יחד, התייעצנו זו עם זו, חשבנו ולמדנו יחד ותמכנו זו בזו. גם לאחר שעברה לעמק חפר נשארו שותפות מקצועיות וחברות נפש. בכל שנה יצאנו יחד לכנסים של הפסיכולוגים החינוכיים והיינו שותפות לחדר ולניתוחי הסדנאות. חמדה בחרה תמיד בסדנאות דינמיות שאפשרו לה לצלול למעמקי הנפש.

הנחיית היועץ המשפטי: עריכת מסמכים מקצועיים מטעם פסיכולוגים להליכים משפטיים

עו"ד צ'רלי בוזגלו¹

מטרת המסמך

פסיכולוגים רבים פונים אליי משום שמטופלים, עורכי דין או בתי משפט מבקשים מהם מפעם לפעם לערוך מסמכים מקצועיים שישמשו במסגרת הליכים משפטיים ובהם הליכים אזרחיים, פליליים, הליכי משפחה, ביטוח לאומי, תביעות ביטוח והליכים מנהליים. על כן מצאתי לנכון לפרסם הנחיה זו שמטרתה להתוות עקרונות משפטיים, מקצועיים ואתיים שיסייעו לפסיכולוגים לשמור על תפקידם הטיפולי, להגן על עצמאותם המקצועית ולצמצם חשיפה משפטית. הנחיה זו משמשת מסמך עקרונות כללי, ואין לראות בה ייעוץ משפטי פרטני. בכל מקרה שמתעורר בו קושי משפטי, אתי או מקצועי מומלץ לפנות אליי לקבלת ייעוץ משפטי על פי נסיבות המקרה.

העיקרון המנחה

תפקידו של הפסיכולוג המטפל הוא להעניק טיפול מקצועי. אין זה מתפקידו להכריע במחלוקות עובדתיות או משפטיות, לקבוע אחריות או לשמש "עד מטעם" של אחד הצדדים. לפיכך כל מסמך (ובכלל זה מכתב) מקצועי מהמטפל צריך לשקף את הידע המצוי ברשומות ובתרשומות של הפסיכולוג מכוח הטיפול בלבד. יש להקפיד בו על אובייקטיביות ועל דיוק ולהימנע מקביעות שחורגות מתחום מומחיותו של המטפל.

סוגי המסמכים

חשוב להבחין בין כמה סוגי מסמכים: אישור טיפול - מסמך שמאשר כי אדם מטופל או טופל אצל הפסיכולוג ומצוינים בו מועדי הטיפול בלבד. סיכום טיפול - מסמך עובדתי ובו מידע רלוונטי מתוך הרשומה המקצועית, האבחנות, מהלך הטיפול וההתרשמות הקלינית. מכתב מקצועי - מסמך שעוסק בהיבט מקצועי מסוים וניתן לבקשת המטופל או בעקבות צורך מקצועי מוגדר. חוות דעת מומחה - חוות דעת שנערכת בגלל הליך משפטי על פי הכללים החלים על מומחים. ככלל, אין לראות במכתב המטפל חוות דעת של מומחה.

ניסוח המסמך

מומלץ להסתמך על הרשומה המקצועית ועל התרשומות שנערכו בזמן אמת ולהבחין בין עובדות שנצפו ובין מידע שמסר המטופל. לדוגמה, נכון לכתוב: "על פי דברי המטופל..."; "בזמן הפגישות תיארה המטופלת..."; "אצל המטופלת נצפו...". לא נכון לכתוב: "האירוע התרחש..."; "הנתבע ביצע..."; "המטופלת דוברת אמת" כי כתיבה כזו מציגה קביעות עובדתיות בשעה שהמטפל יודע עליהן כשמועה בלבד מפי המטופל. לפיכך רק בית המשפט הוא המוסמך לקבוע ממצאים עובדתיים ומהימנות.

היקף המידע

יש לציין אך ורק את המידע הרלוונטי למטרה שלשמה נמסר המסמך. אין לכתוב במסמך פרטים אישיים שאינם דרושים להליך. יש להקפיד על עקרון צמצום הפגיעה בפרטיות המטופל.

סודיות מקצועית

מסירת מידע מחייבת בסיס משפטי מתאים. ככלל, יש לקבל הסכמה מדעת של המטופל ולוודא כי הוויתור על הסודיות ברור, מפורש וקשור למסירת המידע המבוקשת. כאשר מדובר בצו שיפוטי או בחובה הקבועה בדין יש לפעול על פי הוראות החוק ולבחון את היקף הגילוי הנדרש.

האם אפשר לזמן את הפסיכולוג לעדות בעקבות המסמך שכתב למטופל?

ודאי. כל מסמך שמוגש לבית המשפט יכול להביא לידי זימון הפסיכולוג להעיד. מומלץ אפוא לכתוב כל מסמך מתוך הנחה שלפיה אפשר לדרוש ממחברו להסבירו בחקירה נגדית, לבססו על הרשומה המקצועית, לנסחו בזהירות ולהימנע מלציין בו השערות או קביעות שאינן נתמכות בתיעוד.

ממה מומלץ להימנע?

יש להימנע מקביעת אחריות משפטית. אין להכריע

¹ משרד צ'רלי בוזגלו, עורכי דין ונוטריון, יועמ"ש הפ"י.

מה מטרת המסמך ואף לעיין ברשומה המקצועית. כמובן, יש לקבל מראש הסכמה מתאימה למסירת המידע, קרי: ויתור על סודיות מטעם המטופל. על הפסיכולוג להיצמד לעובדות ולהתרשמות המקצועית, להימנע מקביעות משפטיות כאמור ולשמור עותק מהמסמך בתיק המטופל.

סיכום

המסמך המקצועי של הפסיכולוג נועד לשקף בנאמנות, בדיוק ובאובייקטיביות את המידע המצוי בידיו במסגרת הטיפול. הוא אינו מחליף חוות דעת מומחה ולא נועד להכריע במחלוקות משפטיות. בזכות שמירה על גבולות התפקיד המקצועי, על כללי האתיקה ועל הוראות הדין אפשר להגן הן על המטופל הן על הפסיכולוג ולחזק את אמון הציבור במקצוע הפסיכולוגיה.

בשאלת אמינותו של המטופל. אין להעריך אשמה או חפות. אין לקבוע קשר סיבתי משפטי. אין להעריך נכות לצורכי משפט, אלא אם כן מדובר בחוות דעת מומחה שנערכה על פי הדין.

תפקיד הפסיכולוג לעומת תפקיד המומחה

קיים הבדל מהותי בין פסיכולוג מטפל ובין מומחה שממונה להליך המשפטי. הפסיכולוג המטפל מתאר את הליך הטיפול ואת התרשמותו המקצועית. המומחה המשפטי נדרש לחוות דעת אובייקטיבית בשאלות שהופנו אליו במסגרת ההליך. שמירה על הבחנה זו מגנה הן על המטופל הן על הפסיכולוג.

המלצות מעשיות

לפני עריכת מסמך שנועד להליך משפטי מומלץ לברר



שיתוף פעולה מיוחד

reflect

חברי וחברות הסתדרות הפסיכולוגים נהנים מהנחה מיוחדת

רפלקט הוא כדור ביופידיבק חכם שמשלב בתהליך הטיפולי הקיים - בקליניקה ובבית. הכלי מאפשר למטופלים לתרגל ויסות עצמי בזמן אמת, עם מעקב דיגיטלי בין מפגשים.

25%
הנחה



קוד הנחה

HEPI26



meetreflect.co.il

הנחיות כלליות לכתיבת מאמרים לכתב העת "פסיכואקטואליה"

תאריך עדכון: 13.8.26

לשם עמידה בכללי האתיקה [למשל: קבלת הסכמה מדעת, שמירה על סודיות שטטטוש זהותם של משתתפים או מטופלים בעת הצגת מקרים].

6. מבנה המאמר

א. מבוא - הצגת הרציונל, המבוסס על רקע תיאורטי ועל עדויות אמפיריות רלוונטיות מן הספרות, בדגש על ממצאים עדכניים מן העשור האחרון.

ב. שיטת העבודה וממצאים - פרק זה נדרש הן במאמרים אמפיריים והן במאמרים המדווחים על עבודה מעשית, כגון תיאור מקרה. גם במאמר עיוני יש לתאר את שיטת העבודה, לרבות אופן איסוף החומרים ועיבודם.

ג. דיון וסיכום - הצגת המסקנות העולות מן הממצאים [או מן המקרה], תוך התייחסות לראיות ולרקע התיאורטי.

7. על כותבי המאמר למלא את טופס ההצהרה בדבר שימוש בכלי בינה מלאכותית המצורף בהמשך.

8. המאמרים יישלחו לשיפוט כפול-סמוי ויוערכו על פי הקריטריונים הבאים:

- ארגון ובהירות [מבנה מסודר הכולל רציונל תיאורטי, שיטה ומתודולוגיה, ממצאים, דיון ומסקנות או השלכות];
- סגנון [כתיבה אקדמית ברורה וקוהרנטית בעברית];
- רציונל תיאורטי [עבודה המעוגנת בתשתית תיאורטית ובספרות עדכנית];
- תרומה ייחודית [הצגת תרומה או חידוש לשדה הפסיכולוגיה, ודיון בהשלכות תיאורטיות, מעשיות או שתיהן].

רצוי שמספר המקורות לא יעלה על 20.

כתבות למדורים מיוחדים

כתבות המיועדות למדורים מיוחדים יישפטו על פי מידת הרלוונטיות, הקוהרנטיות, איכות הכתיבה ותרומתן לקוראים. מומלץ להתייחס גם לרציונל התיאורטי ולראיות התומכות בעבודה, בהתאם לעקרונות המפורטים בהנחיות לכתיבת מאמרים.

פסיכואקטואליה הינו כתב העת המקצועי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

כתב העת מיועד לפרסום מאמרים מקוריים של פסיכולוגים מהשדה ומהאקדמיה, העוסקים במחקר, בתיאוריה ובעבודה יישומית, ובכלל זה תיאורי מקרה הנתמכים בראיות.

לכל המעוניינים והמעוניינות לפרסם בפסיכואקטואליה, נודה על תשומת לבכם. ועל הקפדה על כתיבה בהתאם להנחיות שלהלן.

מאמרים המוגשים באופן מוקפד מכבדים את המקצועיות של כולנו.

1. אורכם של המאמרים יהיה 3,000-3,500 מילים [מספר המילים אינו כולל את רשימת המקורות ואת התקצירים].

2. לכל מאמר יש לצרף תקציר בעברית [עד 150 מילים], ובאנגלית [עד 200 מילים]. יש לצרף גם את שם המאמר באנגלית.

3. העמוד הראשון של המאמר יהיה דף נפרד, בו יצינו: כותרת המאמר, שמות המחברים בעברית ובאנגלית, תואריהם, מעמדם המקצועי, השתייכותם המוסדית, תאריך ההגשה ופרטי קשר [דוא"ל וטלפון].

4. בכתיבת המאמרים יש להקפיד על כללי APA 7 הן בציון הציטוטים בגוף הטקסט והן ברישום רשימת המקורות.

<https://apastyle.apa.org/instructional-aids/reference-examples.pdf>

5. אנו מבקשים כי המאמרים יהיו ממוקדים, מאורגנים וכתובים בשפה אקדמית ברורה, תוך שמירה על קוהרנטיות בין חלקי המאמר. במאמרים המתארים עבודה מעשית חשוב להציג את הרציונל התיאורטי ואת הראיות התומכות באפקטיביות של ההתערבות. במאמרים המציגים מחקר אמפירי יש להתייחס גם להשלכות המחקר על העבודה המעשית בפסיכולוגיה. בכל המאמרים נדרשת עמידה בכללי האתיקה של הפרסום. יש לציין את הצעדים שנקטו

care entitlement strongly predicted greater engagement in self-care behaviors. Mediation analyses revealed two distinct pathways: restricted self-care entitlement was indirectly associated with higher somatic symptoms through secondary trauma, whereas active self-care entitlement was indirectly associated with lower somatic symptoms through self-care behaviors. The findings highlight both the blurred boundary between psychological and bodily distress among therapists working under chronic traumatic conditions and the importance of self-care entitlement in understanding vulnerability-related and recovery-related processes.

Historic and theoretical foundations of psychosomatics

Dr. Andres Konichezky is a licensed supervisor in clinical and medical psychology. He is head of the Medical Psychology Graduate Program, Ashkelon Academic College

This article offers an in-depth examination of the philosophical foundations of psychosomatics, focusing on the mind-body problem as a pivotal axis for clinical understanding. The discussion begins with an analysis of Cartesian dualism—separating mental and material phenomena—and explores the logical challenges posed by Yeshayahu Leibowitz regarding the complex interaction between these systems. Diverse theoretical paradigms are reviewed, ranging from dualism and idealism to physicalism and neutral monism. The article delves into three core difficulties: the problem of consciousness emergence, the problem of "other minds," and the issue of mental causation. By highlighting the "explanatory gap" inherent in the therapeutic encounter, the author seeks to pave the way for a psychoanalytic understanding of psychosomatic symptoms. Ultimately, the symptom is framed as a manifestation of the limitations of logic and language when confronted with combined physical and mental suffering.

Brief psychodynamic trauma sensitive interventions

Dr. Liat Liebovich is a licensed supervisor in clinical psychology at the Ahava Boarding School and she teaches at University of Haifa.

Dr. Aviv Nof is a licensed clinical psychologist and Director of the Nof Institute for Psychotherapy and Assessment.

This article addresses the need for brief interventions following exposure to traumatic events, as has become evident after the events of October 7th and the ongoing war. Despite the availability of focused, evidence-based treatments for crisis and trauma, many clinicians in Israel prefer to continue working within a psychodynamic framework. The paper presents the principles of Supportive-Expressive Therapy, an empirically supported psychodynamic treatment aimed at treating depression, anxiety, personality disorders, and addictions. Clinical guidelines for therapists are outlined, emphasizing three central foci: (1) working with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) as a basis for formulation and intervention; (2) strengthening coping capacities through a supportive stance; and (3) collaboratively constructing a narrative that provides renewed meaning to the experience of crisis. This approach is recommended for patients seeking to deepen their processing of difficult experiences by focusing on their inner and interpersonal world. The proposed model may address the growing national need for reducing treatment waiting times, though it requires further empirical validation.

"Alumot" - Brief Psychological Intervention for Symptoms of Anxiety, Depression, and Post-Trauma in Adolescents: A Preliminary Empirical Pilot

Prof. Yori Gidron, Medical psychology research professor, Faculty of Social and Health Sciences, University of Haifa

Merav Tamir, Director, Educational Psychology Services, Petach Tikvah Municipality.

Hodiya Sternberg, Yael Barzilay Shati, and the "Alumot" Team are all licensed supervisors in school psychology from The Educational Psychological Service of Petah Tikva Municipality

Avi Freifeld is an engineer, general director of SOLVER.

Since the outbreak of the "Tekuma War", the need for brief and effective therapeutic interventions has intensified. The current study examines the efficacy of an innovative protocol, "Alumot," based on the "SIX Protocol"—a 6-7 session Cognitive Behavioral Therapy (CBT) intervention aimed at reducing symptoms of anxiety, depression, and PTSD. To adapt the protocol to current emergency needs and the Educational Psychology Service of the Petah Tikva Municipality adapted it specifically for adolescents. Fourteen adolescents participated in the "Alumot" program and were treated using the adapted protocol. Assessment included standardized questionnaires measuring clinical symptoms alongside a physiological measure of heart rate variability (HRV). Significant improvements were observed across all measures, indicating substantial progress in depression, anxiety, psychological well-being, and HRV. These treatment gains were maintained at a 3-month follow-up. Despite being an initial pilot with a limited sample size outside a formal research trial, the findings provide support for the efficacy of "Alumot" as a brief, effective intervention for adolescents coping with mild-to-moderate anxiety and depressive symptoms. Furthermore, improvements were observed in vagal activity and psychological well-being. Thus, "Alumot" demonstrates potential as an economical, measurable, and evidence-based solution within public services.

Listening Until the Body Hurts: Somatic Symptoms, Secondary Trauma and Self-Care Entitlement Among Therapists Working in Resilience Centers in Sderot and the Gaza Border Region

Dr. Sivan George-Levi is a rehabilitation psychologist, a senior faculty member at Achva Academic College, and a research fellow at the Community, Meaning & Healing (C.M.H) Research & Development Institute.

Dr. Anat Ben-Gal Dahan is Head of the Research Unit at the Sderot Resilience Center and a senior researcher at the Israeli Center for Addiction and Mental Health (ICAMH), Department of Psychology, The Hebrew University of Jerusalem.

This study examined the links between secondary trauma, self-care behaviors, self-care entitlement, and somatic symptoms among 131 therapists working in resilience centers near the Gaza border approximately two years after October 7. Findings indicated a substantial somatic burden: 43.5% of therapists reported moderate-to-severe somatic symptoms. While most therapists reported low-to-moderate levels of secondary trauma symptoms, a subgroup experienced a substantial burden. Secondary trauma was strongly and positively associated with somatic symptoms. Cognitive-emotional-relational self-care and physical self-care behaviors were negatively associated with somatic symptoms. Hierarchical regression analyses showed that higher client load, personal trauma exposure during the war, and higher restricted self-care entitlement predicted greater secondary trauma, whereas active self-

Between Holding and Letting Go: Barriers and Challenges in the Vocational Rehabilitation of Women Recovering from Cancer

Hilla Shemesh -Rathaus is a licensed supervisor in rehabilitation psychology, and head of the Recanati National Center for Neuropsychological Rehabilitation, Tel Aviv.

Adi Oz-Shannon is a licensed supervisor in rehabilitation psychology and head of the Recanati Day Center.

This theoretical-clinical article examines the challenges of vocational rehabilitation among female cancer survivors through gender-sensitive and psychodynamic lenses within community rehabilitation psychology. The article highlights the conceptual gap between objective medical cure and recovery as a subjective, holistic process of restoring body, mind, and identity among women. Functional changes such as chronic fatigue, cognitive decline, depression, and fear of recurrence are discussed as factors that hinder vocational reintegration, creating a gap between societal and personal expectations and functional reality. Through narrative and dynamic frameworks, the article analyses the complex transition from the "holding" medical environment to the liminal space following treatment completion, a phase often accompanied by anxiety and a sense of being dropped. Grounded in a gendered context, this analysis illuminates the double burden placed on women, fulfilling expected life roles for their families while simultaneously returning to vocational functioning. Various illness narratives and their impact on rehabilitation are explored. The article presents a dynamic perspective on the importance of validating regressive needs during the transition to the rehabilitation phase and discusses the role of the rehabilitation psychologist in cultivating a "potential space" that enables the integration of vulnerability and vitality through continuous oscillation between loss-orientation and restoration-orientation.

Living with Loss: Treatment for Prolonged Grief Disorder Using a DBT-Informed Approach

Ayala Lustig, is an intern in rehabilitation psychology at the Reut Rehabilitation Hospital, Tel Aviv.

Prolonged Grief Disorder (PGD) was recently recognized as a distinct diagnosis in the ICD-11 and is characterized by persistent and intense yearning for the deceased, functional impairment, and difficulty adapting to the loss. The research literature indicates the effectiveness of grief-focused interventions; however, there are relatively few reports describing the use of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in such cases, particularly among older adults and within rehabilitation settings. This article presents a case study of a woman in her seventies who was admitted to a rehabilitation ward following a stroke and was experiencing prolonged grief following the death of her husband. The paper outlines the theoretical rationale for integrating DBT into the treatment, describes the course of the intervention, and presents its central components, including radical acceptance, chain analysis, emotion regulation, and building a life worth living. The discussion addresses the clinical contribution of this approach. The case illustrates how an integration of acceptance and change strategies may facilitate the processing of grief while promoting functional adaptation during a complex stage of life details the role of the sympathetic nervous system and the noradrenergic axis in translating peripheral pain signals (such as those emanating from traumatic neuromas) into somatic triggers that reignite psychological trauma.

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,
יונת בורנשטיין, יו"ר
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

החטיבה ההתפתחותית

עמית פישבין ענת
קירס שרון
פלס רוני
בראנץ סול
עזריה אוה
אופק שומרוני גלי

החטיבה הרפואית

ארבזניק אלה
מרכוס אמיתי שמואל

החטיבה החינוכית

פיינגולד טטיאנה
מידן גל
גלפרין טל
שטיין ליטל
מרעי אמאני
שחרור אורית
סעדון עמית
חיים ברק בת אל
גור אריה נועה

החטיבה השיקומית

מויאל מלומד נעם
פינחייר שיילה יעל
גרומן רינת רוזה
רובין אדוה
חסון עבוד שרה
גלין ברוך
שוהם מיכל חיה
שפילברג ענת

תואר מומחה-מדריך

החטיבה החינוכית

ד"ר אלקשאעלה בדיעאזמן
שמחי עינת
סיני אוה
לוי ענבר
קלקשטיין דנה
ויסלייב גיזונטרמן סטלה
שחק שיקמה
שועה חיים עדי
פביאן-זקס ליאת רחל
דומינסקי גביש נועה

החטיבה הקלינית

פריזינט שירי
ויצמן נוה טל

החטיבה השיקומית

מרמור ענת אלישבע
בונה נועה

החטיבה ההתפתחותית

מאייר לפידות קרן
דהן קובי

החטיבה הרפואית

ד"ר פלמור-הספל שושי



congratulations

להעמיק ב-CBT בדרך שמתאימה לכם

הכשרה זו שנתית מקיפה או העמקה ממוקדת קצרה.

מגמת CBT נפש

מסלול הכשרה זו שנתי של לימודי CBT
ייעודי למטפלי בריאות הנפש

קורסי טיפול מתקדמים לבעלי רקע ב-CBT

בריאות הנפש:
הפרעות אישיות
ופסיכوزה, הפרעות
פסיכוסומטיות,
הפרעות אכילה.

דור שלישי:
ACT, DBT, סכמה
תרפיה.

טראומה:
FLASH, TF CBT,
זיכרונות חודרניים
טראומטיים.

לפרטים והרשמה - 03-5288171

מכללת מכון פסגות - הבית למצוינות ב-CBT