



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

פסיכואקטואליה

כשהגוף מדבר מבט שיקומי על הכאב



כשהכאב ללא מילים: עבודה עם דימויים חזותיים בטיפול פסיכוסומטי
[עמ' 34](#)

"החזקה סימולטנית": מודל אינטגרטיבי לטיפול בקונברסיה מנקודת מבט ויניקוטיאנית
[עמ' 43](#)

פיברומיאלגיה: בין כאב גופני לכאב נפשי
[עמ' 51](#)

וקטורים של תקווה: מודל לניווט יישומי בשדה השיקומי
[עמ' 12](#)

הגוף מדבר, הנפש מקשיבה: טיפול דינמי-חוויתי ממוקד בפסיכוסומטיקה בילדים במתבגרים
[עמ' 20](#)

תהודה של פציעה: כיצד הכאב העצבי משמר את הטראומה בחדר הטיפול
[עמ' 28](#)

כל המלווה הרי זה מסובך
חוץ מאצלנו בבנק יהב



פסיכולוגים.ות

הצטרפו ותוכלו לקבל חשבון ללא עמלות עו"ש
וגם הלוואה עד 120,000 ₪ בריבית פריים + 0.8%
עד 18 שנה וללא דמי טיפול

בנק יהב
הכי משתלם. הכי בשבילך.

אפתוחת שבוון

*2617



ההצעה לשכירים בלבד. ההצעה לפסיכולוגים השייכים להסתדרות הפסיכולוגים בישראל. עמלות עו"ש: עמלת ערוץ ישיר ועמלת פקיד כמפורט בתעריפון הבנק. ריבית מתואמת שנתית 6.22%. ריבית הפריים=5.25% נכון ל-25.6.26. כפוף לתנאי הבנק. למצטרפים חדשים מעבירי משכורת/קצבה בסך מצטבר של 5,000 ₪ ומעלה. אפשרות לדחיית תשלום קרן הלוואה 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 חיווי אשראי ולהוראות הדין. ההטבות אינן תקפות לחשבונות עסקיים. אי עמידה בפירעון הלוואה עלול לגרום חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל.

4	משולחנה של יו"ר הפ"י יונת בורנשטיין
5	דבר המערכת שרונה מיטל
6	פתח דבר מאת העורכת האורחת - יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלוך
7	חדשות החטיבות
10	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך מיכל אנגלרט
12	וקטורים של תקווה: מודל לניווט יישומי בשדה השיקומי לימור שרוני
20	הגוף מדבר, הנפש מקשיבה - טיפול דינמי-חוויתי ממוקד בפסיכוסומטיקה בילדים ובמתבגרים הילה בר יפעת
28	תהודה של פציעה: כיצד הכאב העצבי משמר את הטרומה בחדר הטיפול - מאמר עיון קליני ותיאור מקרה שחף לשם
34	כשהכאב ללא מילים: עבודה עם דימויים חזותיים בטיפול פסיכוסומטי עידית שלו
43	"החזקה סימולטנית": מודל אינטגרטיבי לטיפול בקונברסיה מנקודת מבט ויניקוטיאנית שירה בן ארויה
51	פיכרומיאולגיה: בין כאב גופני לכאב נפשי אודליה אלקנה
59	אקטואליה מטריצת החלום החברתי כהתערבות שמאפשרת חזרה מערכתית לשגרה לאחר המלחמה אודי בונשטיין ואור בונשטיין
65	משולחנה של ועדת האתיקה עקרונות וכללי אתיקה לשימוש בכלי בינה מלאכותית בעבודת הפסיכולוג - קווים מנחים ועדת האתיקה, תת-הוועדה לקביעת כללי אתיקה לשימוש בכלי בינה מלאכותית, הפ"י
69	עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים זהבה אסיאג
71	הפינה המשפטית מבט משפטי-פסיכולוגי על כאב, תפקוד ושיקום: מכאב גופני לכאב נפשי ולהפך צ'רלי בוזגלו
73	מקבלי תארים
74	תקצירים



לאתר הפ"י
> סרקו את הברקוד

תמונת שער - נוצרה באמצעות ג'מיני ai.

*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: nenoa Elias80@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

ייעוץ לשוני: נתלי שטיבלמן - nataliedit.me

עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244

פרסום והפצה: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
newyork.nava@gmail.com, תל אביב

הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל





יונת בורנשטיין, יו"ר הפ"י

שלום לחברות וחברי הפ"י,

בצד אלה אפעל להרחבת השירותים שהפ"י נותנת לחבריה, בין במגזר הציבורי ובין בפרטי, כך שהחברות בהפ"י תהיינה עוד יותר משמעותיות ומתגמלות, גם מבחינה אישית, ולרווחת חברי וחברות הפ"י. מלבד זאת אשקוד על חיזוק החיבורים והשותפויות בין החטיבות השונות במישור המקצועי והאישי כמו גם קידום המטרות המקצועיות והפעילויות הייחודיות של כל אחת מהן לחוד.

עם שותפינו בפורום הארגונים לפסיכולוגיה ציבורית נפעל לחיזוק ולהרחבת הפסיכולוגיה הציבורית, לשיפור תנאי הפסיכולוגים בשירות הציבורי ולהרחבת התקנים כדי שכל אזרח במדינה שזקוק לכך יוכל לקבל מענים פסיכולוגיים זמינים ומידיים בשירות הציבורי.

לפני ימים אחדים הכריזה ההסתדרות הכללית על החלטתה להקים איגוד עצמאי לפסיכולוגים בתוך ההסתדרות הכללית ומחוץ לחטיבת המח"ר. ההכרזה באה לאחר מאבק שנמשך שנים ובו דרישה לאפשר לפסיכולוגים לייצג את עצמם בעצמם במישור התעסוקתי בשירות הציבורי ולחזק את הפסיכולוגיה הציבורית לטובת הציבור בישראל. אני שמחה על ההחלטה החשובה להקים את האיגוד העצמאי שלנו וגאה בה. נמשיך לפעול עם האיגוד החדש ועם התנועה לפסיכולוגיה ציבורית במסגרת פורום הארגונים לפסיכולוגיה ציבורית לקידום כל המטרות המשותפות. בה בעת תמשיך הפ"י להוביל את קידומם של נושאים מקצועיים וחברתיים ותפעל לקידום הרווחה והזכויות של הפסיכולוגים והפסיכולוגיות חברי הפ"י. הוועד המרכזי החדש החל את פעולתו, וגם הוועדות השונות של הפ"י החלו לפעול. מתוך כלל הנושאים שאנו עוסקים בהם בימים אלו אזכיר את הנושאים שלהלן:

- הפ"י משתתפת במאבק המשותף של פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית ושל קואליציית ארגוני בריאות הנפש, "הצלת נפשות", כדי להביא לשינויים בטיוטת חוזר מנכ"ל משרד הבריאות - "ניהול הטיפול בבריאות הנפש" - העוסק בתוכנית לריבוד מענים נפשיים ומיניו תומכי ברה"ן. במסגרת הקואליציה אנו מארגנים ערב עיון בנושא, והוא ייערך בזום בתאריך 15.7.26 בערב. פרטי ההרשמה יישלחו בקרוב.
- הפ"י משתתפת במאבק של פורום הארגונים ליישום מלא של הסכמי השכר החדשים בכלל מגזרי השירות הציבורי, תוספת תקנים וקביעת מפתחות תקינה ראויים.

לפני כחודש נכנסתי לתפקיד יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, ואני מודה לכולכם על האמון שנתתם בי בבחירתי לתפקיד. בד בבד נפרדתי מתפקיד יו"ר ועדת האתיקה של הפ"י, תפקיד שכינהתי בו למעלה מעשור, ואני גאה על פעילותה של הוועדה ועל הישגיה בתקופה זו לקידום הפסיכולוגיה בישראל במישור המקצועי והאתי.

איתי יחד נכנסים לתפקידיהם כל הנבחרים החדשים לתפקידים השונים ומצטרפים לחברים הממשיכים בתפקיד לקדנציה נוספת: חברי וחברות הוועד המרכזי, ועדי החטיבות, ועדת האתיקה וכל שאר הוועדות - כולם נכנסים לתפקידיהם מתוך תחושת שליחות ומתוך נכונות לתרום בהתנדבות לקידום הפסיכולוגיה בישראל ולקהילת הפסיכולוגים והפסיכולוגיות. אני מבקשת להודות מקרב לב לכל ממלאי וממלאות התפקידים בקדנציה הקודמת, לחברים החדשים, לממשיכים לקדנציה נוספת ולמסיימים את תפקידיהם על תרומתם הרבה לכולנו.

אני שולחת ברכות ותודות מקרב לב ליו"ר הפ"י היוצא יורם שליאר שכיהן בתפקיד היו"ר במשך שתי קדנציות. יורם עמד בראש הארגון בשנים הקשות שעוברות על המדינה והחברה החל בתקופת הקורונה, דרך 7 באוקטובר, מלחמת חרבות ברזל, התמורות בחברה הישראלית וכלה בקיטוב הגדל בתוכה שהשתקף לעיתים גם בדעות שונות ובקיטוב בקרב חברי הפ"י. יורם השכיל לנתב את הפ"י בתבונה ובנחישות במציאות לא פשוטה וקונפליקטואלית ולשמור על הפ"י כך שתמשיך להיות בית לכל חבריה. אני מאחלת ליורם הצלחה רבה גם במשימות הבאות שיקבל עליו.

הגעתי לתפקיד היו"ר עם שאיפות ותוכניות לקדם את הפ"י כארגון היציג של הפסיכולוגים בישראל, להרחיב את שורות חבריה ולהתאים את מטרותיה ופעילותה לרוח התקופה והחברה. זאת תוך התמקדות בהשפעתה כארגון שמנגיש לציבור את הידע המקצועי של מקצוע הפסיכולוגיה בנושאים שעל סדר היום הציבורי והמקצועי וכדי לתרום לרווחת הציבור ולקדם את בריאותו הנפשית.

כן אפעל לקדם את מעמד מקצוע הפסיכולוגיה בעיני הציבור כמקצוע המוביל במתן מענים נפשיים במציאות של מענים לא מקצועיים ולא ראויים שצצים כפטריות אחר הגשם בתקופה שבה המצוקות והצרכים הנפשיים של אזרחי המדינה עצומים.

- הוועדה שהוקמה בהפ"י בקדנציה הקודמת, "מאבק במטפלים לא מורשים", ממשיכה בעבודתה ומתכננת להשיק קמפיין להגברת מודעות הציבור לצריכת מענים נפשיים רק ממטפלים מומחים ומוסמכים.
 - תת-הוועדה לעדכון קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגיה בישראל ממשיכה לקבל מציבור הפסיכולוגים הצעות לשינויים במסגרת משימת עדכון הקוד בהתאם לשינויים שחלו במקצוע וברוח התקופה מאז פרסום הקוד הקודם ב-2017.
 - הפ"י פועלת עם משרד מבקר המדינה שהחל באיסוף נתונים לדוח המבקר בנושא בריאות הנפש בישראל.
 - אנו לוקחים חלק בדיוני הצוותים המקצועיים בשדה ובאקדמיה העוסקים בתוכנית לשינוי ולקיצור מסלול הלימודים וההתמחות של הפסיכולוגים בהתמחויות היישומיות.
 - אנו משתתפים בקבוצה רחבה של ארגוני בריאות נפש וחינוך בהובלת הג'וינט לקביעת "מדד חוסן לאומי".
- אני קוראת לכולכם להיות שותפים בפעילויות המגוונות של הפ"י ולהעביר הצעות לפעילויות נוספות ומאחלת לכולנו ימים טובים שבהם תשקוט הארץ למען כל אזרחיה. שלכם,ן,

יונת

דבר המערכת

שלום רב לכל קוראינו,

עמדה יונת בראש ועדת האתיקה שמפרסמת בגיליון זה את נייר העמדה העדכני בנושא. עם הוצאתו של גיליון זה לאור אנו מתחילים בהכנת גיליון הקיץ. מאחר שבזמן האחרון הוגשו מאמרים רבים וטובים בנושאים שונים החלטנו להופכו לגיליון כללי. המועד האחרון לקבלת המאמרים הוא **15 ביולי 2026**. בשנת 2027 מתוכננים גיליונות בנושאים שונים: גיליון שיעסוק בפסיכולוגיה של הגיל המבוגר, גיליון שיעסוק בהורות לילדים ונוער וגיליון בנושא אבל ושכול. כמובן, תמיד אפשר להגיש מאמרים בנושאים כלליים. כל המאמרים נשלחים להערכה עיוורת לפני קבלתם לפרסום. חשוב להתעדכן בכל הפרטים וכן בקריטריונים להערכת המאמרים. אלו מופיעים בקול הקורא המתפרסם במידעון החודשי של הפ"י ובאתר הפ"י. בשאלות שקשורות לכתיבה ולהגשת מאמרים **לפסיכואקטואליה** אתם מוזמנים ומוזמנות לפנות אלינו בכל עת לכתובת: psychoactuallya@gmail.com או למשרד הפ"י בכתובת: office@psych.org.il

אנו מודים לכל הכתובות והכותבים ולכל חברי ועד העורכים וצוות המשרד בהפ"י התורמים להוצאת הגיליונות לאור. בברכה ובתקווה לימים שקטים,

ד"ר שרונה מייטל, יו"ר המערכת

אני שמחה מאוד לפתוח עוד גיליון מיוחד, והפעם בנושא **בין גוף לנפש: מבט שיקומי על הכאב**. בעזרת העורכת האורחת ד"ר אילה בלוך, יו"ר מועצת הפסיכולוגים ופסיכולוגית שיקומית בכירה, וקבוצת פסיכולוגים שיקומיים שסייעו לה, מיקדנו את הזרקור ביחסי הגומלין בין הכאב הגופני והנפשי, יחסים שנמצאים בלב הטיפול בכאב בפסיכולוגיה השיקומית. אני מודה לאילה ולצוות על העזרה בגיוס מספר שיא של מאמרים. לאחר הערכה קפדנית בחרנו מתוכם את המאמרים המובאים בגיליון זה.

מלבד המאמרים בנושא כאב ויחסי גומלין בין גוף לנפש מופיעים בגיליון גם המדורים הקבועים ובהם מדור אקטואליה ובו המאמר **מטריצת החלום החברתי כמאפשרת חזרה מערכתית לשגרה לאחר המלחמה**. לצערנו, המאמר עדיין מבטא צורך וכמיהה של כל המערכות, קל וחומר בצפון, לחזור לשגרה. במדורים האחרים, למשל בדברי החטיבות והפסיכולוגים הראשיים, אכן מנסים להמשיך בשגרה ולעשות זאת בכוחות מחודשים.

גיליון זה יוצא לאור אחרי בחירות הפ"י לוועד חדש ולוועדי החטיבות השונות. אנו רוצים לברך את כל הנבחרים ובייחוד את היו"ר החדשה יונת בורנשטיין. אנו מאחלים שעם הנציגים החדשים היא תוביל אותנו בכבוד כארגון המקצועי המייצג את כלל הפסיכולוגים בישראל. עד כה

ד"ר אילה בלון, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

והכאב הנפשי מעצים את הכאב הגופני. במאמר מדעי משובח מתארת ד"ר עידית שלו עבודה חושית-תפיסתית באמצעות דימויים לטיפול בכאב פסיכוסומטי שמטרתו, בין השאר, לתת משמעות רגשית לחוויה הגופנית. במידה מסוימת, ואם הבנתי נכון, היא רותמת את הגוף להבניית החוויה הרגשית (הנפש) באופן שנועד לשוב ולהשפיע על הגוף. שירה בן ארויה כתבה על טיפול אינטגרטיבי שמבוסס על התאוריה של ויניקוט בהפרעת המרה - תסמינים נוירולוגיים שלא נמצאו להם מקורות גופניים. לדבריה יעסוק הטיפול בהרחבת נכונות המטופל ויכולתו לשאת כאב נפשי. לא בכדי מופיעות בכותרת המאמר שלה המילים "סימולטנית" ו"אינטגרטיבי" - זכרו את רעיון ה"גם וגם" שצינתי בתחילת דבריי. ואחרונה חביבה פרופסור אודליה אלקנה - בשפה בהירה ובכתיבה מבוססת מחקר (שחלק גדול ממנו נעשה במעבדתה) היא מסבירה את יחסי הגומלין בין כאב גופני ובין כאב נפשי במחלת פיברומיאלגיה, מחלה ששיעור אבחנתה הולך וגדל.

לפני זמן לא רב שוחחתי עם סטודנטים שלומדים לתואר ראשון בפסיכולוגיה על עבודת הפסיכולוגים בשיקום. שוב ושוב הדגשתי את המפגש הקשה שלנו עם הכאב הפיזי והנפשי של מטופלינו, כאב שלעיתים אין לו סוף. גם במרחבים אחרים של הפסיכולוגיה מתקיימים יחסי גומלין בין הכאב הגופני ובין הכאב הנפשי, ובכלל בין הגוף ובין הנפש של המטופל וסביבתו, ולעיתים רבות גם של המטפלים. אני מקווה שגיליון זה יסייע בהרחבת הנכונות והיכולת שלנו, הפסיכולוגים, לשאת את כאבי הגוף והנפש ויפתח את ליבנו להכיל אותם באהבה.

היה לי הכבוד והעונג להיות שותפה במסע הזה עם צוות העורכים במערכת **פסיכואקטואליה** ועם צוות העורכים אורחים המסור. יבוא על הברכה צוות הפסיכולוגים השיקומיים שהיו שותפי לדרך: ד"ר רועי אלוני, שירה חזקיהו, ד"ר הילה כהן, ד"ר טל שניאור והקוראים החיצוניים שעזרו בהערכת המאמרים. תודה רבה גם לד"ר שרונה מיטל על שחשפה בפניי את התהליכים הגלויים והסמויים שכרוכה בהם עריכתו של כתב עת. ותודה לאכסניה של הפ"י. זו גם הזדמנות לברך את יונת ברנשטיין על היבחרה לתפקיד יו"ר הפ"י. יונת, אני בטוחה שתמלאי את התפקיד במסירות, ביסודיות ובהצלחה כפי שאת נוהגת בכל אורחות חיךך.

שלכם,

אילה

זו אינה טעות; בגיליון זה אני ממלאת שני תפקידים - גם כותבת לכם את דבר יו"ר מועצת הפסיכולוגים וגם עורכת אורחת של הגיליון העוסק בגוף-נפש ובמבט שיקומי על הכאב. מאמרים מצוינים רבים הוגשו לגיליון, והיה קשה לבחור אילו מהם יודפסו. אני מקווה שאחדים מהמאמרים שלא פורסמו הפעם יראו אור באחד הגיליונות הבאים. ככה זה כשפסיכולוגים רבים כל כך עוסקים גם בגוף וגם בנפש - בשיקום בכלל ובכאב הגופני ובדואליות שלו, נושא כה מאתגר, בפרט. העיסוק בפסיכולוגיה שיקומית הוא במהותו שילוב של תחומים, והם אינם זרים לי כלל וכלל. הם באים לידי ביטוי בזהות המקצועית שלי כפסיכולוגית וכאשת שיקום, בעיסוקי המתמיד בגישות מגוונות ובהחזקתי מטרות ואינטרסים שונים, לעיתים אפילו מנוגדים.

במאמר הראשון בגיליון, וקטורים של תקווה, לימור שרוני מדגימה את הרעיון באמצעות כתיבה מרתקת ומודל יישומי שדורש בדיוק החזקה זו, כחלק בלתי נפרד מעבודת הטיפול, לאורך זמן ובכל הכוח. הפסיכולוגים השיקומיים מתמחים בטיפול בטראומה או באובדן עצמם וגם מגייסים את המשאבים הקוגניטיביים והנפשיים של האדם וסביבתו כדי לגשר על הפער בין המגבלות הפיזיות והנפשיות ובין שיפור הרווחה הנפשית שלו. הפסיכולוגים השיקומיים מסייעים לאדם לממש את הפוטנציאל התפקודי-חברתי שלו ולהתקדם בחירתו ההומניסטית ליצירת חיים עם משמעות. אם כן, לצד פרקטיקת אבחון וטיפול פסיכולוגיים שמשותפת לכלל התחומים נראה שהעיסוק ביחסים ההדדיים בין גוף ובין נפש הוא מרכזי מאוד כמעט תמיד. והטיפול בכאב הפיזי ובכאב הנפשי המתלווים אליו הוא גולת הכותרת של הדואליות המאפיינת את הפסיכולוגיה השיקומית והרפואית - מי קודם למי בהפרעות הכאב? מי משפיע על מי? במי מהם נטפל? איך נמדוד את ההצלחה שלנו ואת ההטבה במצבם של המטופלים שלנו?

המאמרים הבאים בגיליון עוסקים בין השאר בשאלות אלו. הילה בריפעת מבקשת ליישם שיטת טיפול ממוקדת בהפרעות פסיכוסומטיות בילדים ובמתבגרים. במקרה זה הנפש היא המקור לתסמינים הגופניים וגם הניתב לטיפול בהם. שחף לשם מזמינה אותנו למרחב הטיפול בנכי המלחמה ומציגה התייחסות מעניינת להשפעה ההדדית של הכאב הגופני והכאב הנפשי. לשם מציעה המשגה תאורטית לאופן שבו הכאב הגופני גורם להתפרצות מחודשת של הכאב הנפשי,

דבר החטיבה הרפואית

לחברי וחברות החטיבה היקרים,

בימים אלו אנו מציינים תקופה משמעותית לחטיבה לפסיכולוגיה רפואית עם הקמתו של ועד חדש וההיערכות לכנס השנתי הקרב ובא. אנו שמחים לכתוב דברי פתיחה לגיליון שבמרכזו הקשר החשוב בין הגוף והנפש, שכן הפסיכולוגיה הרפואית עומדת בחזית החשיבה והעשייה, הקלינית והמחקרית, בתחום ונשענת על ההבנה ולפיה גוף ונפש נמצאים ביחסי גומלין מתמשכים ומורכבים. עבודתנו הקלינית מבקשת להחזיק באדם מכלול של מגוון מצבים רפואיים ונפשיים מתוך הבנה עמוקה כי כאב גופני אינו תופעה פיזיולוגית בלבד, כשם שגם החוויה הנפשית מכילה בתוכה מופעים גופניים ורגשיים מגוונים.

בשנים האחרונות אנו עדים להתרחבותם של מחקרים וגישות טיפול שמחברים בין הגוף לנפש ומציעים התערבויות מתוך עמדה אינטגרטיבית זו. למשל, אפשר לראות התפתחויות בתחומים כגון פסיכותרפיות ממוקדות גוף, תרגולי קשיבות

(מיינדפולנס) ופיתוח חמלה עצמית להתמודדות עם טראומה וכאב ושימוש הולך וגובר בהיפנוזה להתמודדות עם מצבים רפואיים שונים. התפתחויות אלו משקפות את ההבנה העכשווית של כאב כחוויה נורופסיכולוגית מורכבת שמושפעת גם מקשב, ממשמעות ומוויסות רגשי וממחישות את תרומתה של הפסיכולוגיה הרפואית לטיפול במצבי חולי וכאב. מחקרים וגישות טיפול אלו מקבלים משנה תוקף גם בתקופה הנוכחית שבה המציאות בישראל ממשיכה להציב אתגרים מורכבים בתחום האישי, הרפואי והחברתי. מציאות זו מבליטה את חשיבותה של חשיבה אינטגרטיבית שרואה באדם שלם הגדול מסך תסמיניו.

אנו מקווים כי גיליון זה יפתח מרחב לחשיבה, לסקרנות מקצועית ולדיאלוג פורה.

בברכה,

חברי ועד החטיבה הרפואית:

אסיף הירש, צוף הופנברג, אלכס כץ,

גיני אושרי וגלי כהן ביצור

דבר החטיבה ההתפתחותית

גופי היה חכם ממני

כוח הסבל שלו היה פחות משלי

הוא אמר "די" כשאני אמרתי "עוד"

גופי, גופי הפסיק

כשאני עוד המשכתי, ואני עוד המשכתי

גופי לא יכל, כשל

ואני קמתי ונאלצתי ללכת

וגופי אחרי... (וולך, 1983)

הגיליון הזה מוקדש למחוזות של כאב נפשי וגופני במקומות של חיבור ושל נפרדות ביניהם. התקופה האחרונה היא כזאת - יש בה שילוב של מכאובים שכרוכים בהמשך הלחימה בחזית הצפונית לצד מכאובים שכרוכים בשיקום ובהתאוששות ממלחמת "שאגת הארי" ומהמלחמות הקודמות לה. וכן זאת תקופה של מכאובים שמזמן בקביעות המועד הזה בלוח השנה, לקראת סוף שנת לימודים, זמן של מעברים, של פרדות ושל שינויים.

לצד המכאובים נמשכת בטבעיות גם צמיחה והתחדשות. התחדשות כזאת התרחשה גם בוועד החטיבה ההתפתחותית בהפ"י. זאת הזדמנות לברך את יו"רית ועד החטיבה היוצאת צליל גרינברג ואת חברת הוועד יעל אוסטררייכר ולהודות להן

על עשייה ענפה ומבורכת לקידום הפסיכולוגיה ההתפתחותית. צליל תוסיף לייצג את החטיבה ההתפתחותית במועצת הפסיכולוגים/ות, ואנו מאחלות לה הצלחה רבה. עם חברי ועד החטיבה החדש נמנים נועה פורת חיים, שמייצגת את החטיבה גם בוועד המרכזי של הפ"י, איריס פינק קרוונברג וגלי נאור זידמן שתחליף את צליל בתפקיד היו"רית.

חברות הוועד ימשיכו לעשות כל שביכולתן כדי לקדם את הפרופסיה ולהשתתף בקידום מדיניות ציבורית לטובת הרווחה הנפשית של הורים וילדים/ות ברצף ההתפתחותי מהלידה ובייחוד בגיל הרך. המהלך הראשון של הוועד הוא השתלמות מקצועית שתצא לפועל בספטמבר 2026. בהשתלמות יהיו כמה מפגשים שיעסקו בסוגיות אבחון בנושא ביטול מגבלת הגיל בפסיכולוגיה ההתפתחותית. פרטים נוספים יפורסמו בקרוב.

בתקווה לימים טובים,

חברות הוועד ההתפתחותי

מקורות

וולך, י' (1983). **אור פרא**. הוצאת איכות.

דבר החטיבה השיקומית

שלום לקהילת הפסיכולוגיות והפסיכולוגים השיקומיים,

גיליון זה עוסק בנושא מרכזי במפגשי טיפול רבים כל כך: הקשר בין כאב גופני לכאב נפשי. מטופלים רבים מגיעים אלינו בגלל פגיעה, מחלה או אובדן תפקוד, כלומר כשהגוף הוא נקודת הכניסה, אך במהרה מתברר שהכאב הגופני אינו מתקיים בחלל ריק; הוא משפיע על הזהות, מערער יחסים, מעורר שאלות קיומיות ולעיתים חושף כאבים שקדמו לו ומעמיק אותם. ולהפך: מה שמתחיל כמצוקה נפשית מוצא את דרכו אל הגוף ומשאיר שם עקבות. הממשק הזה - המורכב, האנושי, הרב-ממדי - הוא שדה פסיכולוגים רבים מכירים היטב, ואנו שמחים על המקום שהוענק לו בגיליון זה.

בהיותנו ועד חדש אנו מגיעים לעשייה באוזניים קשובות וברצון אמיתי לשמוע על בעיות ועל קשיים שעולים מהשטח: הצרכים

שטרם קיבלו מענה, הפערים המורגשים ביום-יום והנושאים שחשוב לכם לקדם. העשייה הטיפולית של כולנו מתחילה בהכרה בכאב כשלב הכרחי בדרך לשינוי, וכך גם אנו רוצים להתחיל את דרכנו - לשמוע, למפות ולפעול יחד.

אם יש לכם תובנות מהשטח או ידע שתמצאו לשתף עם הקהילה - דלתנו פתוחה. וכמובן, אם יש נושא שאתם נלהבים לקדם או פרויקט שתמצאו שניתן לו במה - נרצה לשמוע גם עליהם. תמיד אפשר לפנות אלינו למייל החטיבה: ipa.rehab@gmail.com. נשמח לשמוע אתכם ולשתף פעולה איתכם.

למענכם,

ועד החטיבה השיקומית

דבר החטיבה הקלינית

חברות וחברי החטיבה הקלינית,

עם כניסתנו לקדנציה חדשה בהסתדרות הפסיכולוגים אנו מבקשים לנצל את ההזדמנות להביט קדימה, להכיר באתגרים הניצבים לפנינו ולחזק את המחויבות המשותפת שלנו למקצוע ולציבור שאנו משרתים. בעת כתיבת מילים אלו שוב מתערער הביטחון בארץ ומתחדדת ההבנה שאנו פועלים במציאות רוויית טלטלות ואיודאות גדולה כל כך בשנים האחרונות. מצב זה משפיע על מטופלינו, על המערכות שאנו עובדים בהן וגם עלינו, כאנשי מקצוע וכבני אדם. בתוך כך מוסיפה הפסיכולוגיה הקלינית לשמש עוגן של יציבות, של חשיבה מעמיקה ושל תקווה. עבודתנו יום-יום בקליניקות, במרפאות, בבתי החולים, במערכות הציבוריות ובקהילה היא בעלת ערך עצום. נדרשת לה מקצועיות גבוהה לצד רגישות אנושית, התמדה לצד גמישות ויכולת להישאר נוכחים גם במצבים מורכבים וכואבים.

בפתח הקדנציה החדשה של הוועד אנו מבקשים לברך אתכם על עשייתכם ולהודות לכם על מחויבותכם המתמשכת למקצוע.

אנו מאחלים לכולנו להוסיף ולחזק את הקהילה המקצועית שלנו, לקדם את מעמדה של הפסיכולוגיה הקלינית, להרחיב את הנגישות למענים נפשיים איכותיים בשירות הציבורי ולפעול יחד מתוך אחריות, סולידריות וראיית טובת הציבור.

בקדנציה הנוכחית אנו מעוניינים להמשיך ולפעול לקידום נגישות לשירותים איכותיים ולחזוק המענים הניתנים לאוכלוסיות מגוונות. ברצוננו להמשיך ולפעול למען שמירה על הסטנדרטים המקצועיים במערכת הציבורית ולהענקת טיפול פסיכולוגי לכלל האוכלוסייה למרות מגמות שמכרסמות במחויבות משרד הבריאות לנושא זה. בריאות הנפש היא נדבך מרכזי בחוסנה של החברה, ובתקופה זו, כשהצרכים הולכים ומתרבים, יש חשיבות מיוחדת להמשך מעורבות מקצועית, ציבורית וחברתית מתוך אחריות משותפת לעתיד המקצוע ולרווחת הציבור.

בברכת הצלחה ועשייה פורייה,

חברי ועד החטיבה הקלינית

מיוחד לחברי הפ"י
22% הנחה
על מגוון אתר פלפוט וחזרה לבית ספר
בין התאריכים: 1.6-31.8.2026
כולל כפל מבצעים
קוד קופון: **psyc22**

פלפוט
PALPHOT

דבר החטיבה החינוכית

פסיכולוגים ויקרים ות,

אלה ימים מורכבים של מתיחות ביטחונית ושל אלימות ברחבי הארץ, וכולנו חשופים. למתח נפשי, לאובדן ולצער. נוסף על כך, בהיותנו פסיכולוגים וחינוכיים. אנחנו נדרשים. לתת מענה מקצועי על הצרכים הגדלים של הקהילות שלנו, ובייחוד לקראת סיום שנת הלימודים. הנוכחות המקצועית התומכת שלכם ב"חזית הבית" ניצבת בליבה של הפסיכולוגיה החינוכית ותורמת תרומה של ממש לחברה ולקהילה. נשלח מכאן חיזוק לכל העושים. במלאכה ואיחולים לימים שקטים ולבשורות טובות. ולכל הנבחנים. במועד הקיץ של בחינות ההתמחות נאחל הצלחה ותהליך למידה והתפתחות משמעותיים.

ועד החטיבה החינוכית החדש יצא לדרך, וחבריות הוועד נמצאים. כאן בעבורכם. לעשייה ציבורית שיש ערך בצידה. נרצה להודות מעומק הלב לוועד החטיבה היוצא על שליחות ציבורית חשובה, על קידום המקצוע ועל אי-ספור שעות עבודה שהושקעו למען כולנו. כן נברך בגאווה את גב' יונת בורנשטיין, יו"ר הפ"י החדשה, ונאחל לה הצלחה בתפקידה החדש. ברכות גם ל"תנועה לפסיכולוגיה ציבורית" ולכל מי שתרום להצלחה במאבק להקמת איגוד חדש לפסיכולוגים. בהסתדרות.

חודש יוני הוא גם חודש הגאווה. בשנים האחרונות הוקמו מרכזים מקצועיים של תחום הלהט"ב והוקם "פורום פסיכולוגיה חינוכית לתחום הלהט"ב" שמאגד את הרכזים. בשפ"חים וברשויות השונות. אנחנו עובדים. במסגרות חינוך במגוון גילים ואוכלוסיות, וחשוב שנזכור כי לכל תלמידה הזכות להרגיש בטוחה. במסגרת החינוך שהם. לומדים. בה ומשתייכים. אליה. לצערנו הרב, אנחנו עדימים. למעשי אלימות ולהט"ב בפוביה גם בשנת 2026. תפקידנו, כסוכני שינוי וכאנשי ונשות מקצוע שעובדים. במערכות

הללו, עשוי להיות חשוב במיוחד אם נסייע למערכות בעבודה פרו-אקטיבית מניעתית של קבלת האחר וכמובן, בהתמודדות המערכות עם ביטויי שנאה ולהט"ב בפוביה. יש לקוות שפעולותינו יסייעו לנו בין היתר גם בהפחתת אלימות ובהרחבת פתרונות מכילים ומכלילים גם בהקשרים אחרים. העבודה על הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית 2026 כבר החלה. סיימנו לאסוף הצעות חדשות וישנות של סדנאות לכנס, וכעת אנחנו שוקדים. על יצירת תוכנית כנס משובחת במיוחד. אתם. מוזמנים. להצטרף לקבוצת הווטסאפ של ועד החטיבה (קישור נשלח במידעון הקודם).

ועד החטיבה החינוכית



דבר החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית

כשהגוף מדבר - מבט שיקומי על כאב

אנחנו "חיה" חכמה; חיה שתהיה תמיד מחוּוטת להגן על עצמה ועל משאביה כדי להישמר מפני סכנות ולשמור על השלמות הגופנית והנפשית שלנו. פעמים רבות מסמן לנו הכאב שיש לפנינו סכנה. ובאופן אוטומטי נרצה להימנע ממנה ולתפוס מרחק ומחסה.

ומה קורה כאשר משהו משתבש במערכת הגופנית? אז נדלקת אזעקה, אבל הגוף מסמן סכנה במקום שהיא איננה עוד. לפעמים הדרך היחידה שנוכל לשוב ולחווט את הגוף היא בהסכמה לפגוש את הכאב ולא להירתע ממנו. במקום שנוצר בו קיפאון עלינו לשוב וליצור חיים ותנועה.

כשאנחנו מסכימות לזוז ולפגוש את הכאב עשויים לקרות דברים נפלאים - הכאב עשוי להשתנות, לדעוך, לקבל גוונים חדשים. גם אנחנו עשויים להשתנות, להתחזק וללמוד שיש בכוחנו לשאת כאב ולעבוד איתו יחד.

התנועה בעולמות התעסוקתיים היא אחת מהתנועות החשובות והמחיות שיש בכוחן להעניק לפרט מזור ומרפא. זוהי אקטיביזם התנהגותי שמחוברת למשמעות, לכוחות פנימיים ולתרומה לקהילה. זוהי פעולה שנושאת בתוכה את הזהות של העצמי. דפוס בארי שב לעבוד ב-15 באוקטובר 2023 והוא נושא בליבו וברעש מכוונתיו כאב עצום; כאב ותקווה.

חברי ועד החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית

מיכל אנגלרט, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

סיפור אישי על המפגש בין כאב פיזי ובין כאב נפשי והרהורים על תפקיד הפסיכולוג החינוכי

למידה, עבודה, פנאי, משחק וקשרים חברתיים. תגובות רגשיות כגון חרדה, דיכאון, תסכול ואבל על אובדן תפקוד קודם עשויות להשפיע על חוויית הכאב ואף להגביר את הכאב. כלומר קיים מנגנון דו־כיווני: כאב פיזי משפיע על מצב רגשי, ומצוקה נפשית עשויה להשפיע על הכאב. זוהי מערכת משולבת שפועלת כיחידה אחת. המורכבות של חוויית הכאב באה לידי ביטוי גם במצבים שאין בהם הלימה ברורה בין הממצאים הרפואיים ובין עוצמת החוויה. במצבים כאלה עשויים המטופלים להתמודד לא רק עם הכאב עצמו אלא גם עם ההרגשה שהסביבה אינה מכירה בכאבם או מטילה ספק בסבלם.

כאשר הפגיעה מתרחשת בגיל צעיר היא עלולה לקטוע רצף התפתחות תקין. הילד נדרש להתמודד לא רק עם כאב פיזי אלא גם עם שאלות זהות: "מי אני עכשיו?", "האם אני כמו כולם?" "מה יקרה בעתיד?", "איך החברים שלי יקבלו אותי?" הרגשות של שונות, בושה, תלות או סטיגמה חברתית עשויות להעמיק את הכאב הנפשי. במקרי פגיעה פתאומית עלולה להתווסף גם חוויה טראומטית, וזיכרון האירוע עשוי להשתלב בחוויית הכאב הכוללת.

ההורים, האחים והמעטפת של המשפחה הרחבה חיוניים לתהליכי ההחלמה והשיקום. גם מסגרת החינוך משמשת רכיב חשוב שכן היא זירה נוספת להתמודדות מבחינת הילד והוריו. לעיתים קרובות עלולים ילדים שסובלים מכאב פיזי מתמשך, מחולי או מפגיעה, להיעדר ממסגרת החינוך, להתקשות בריכוז או להימנע מפעילויות חברתיות וממפגש עם בני גילם. מאחורי קשיי התפקוד מסתתרת לפעמים מצוקה רגשית שלא תמיד זוכה להכרה מספקת, ועל כן חשובה ההתערבות המערכתית והעבודה עם צוותי החינוך.

תחום הטיפול בחולים והשיקום הוא ליבת העבודה של הפסיכולוגיה השיקומית והרפואית. עם זאת לפסיכולוגיה החינוכית יש תפקיד חשוב, שכן התערבות במצבים האלה צריכה לשלב התערבות טיפולית עם הילד, עם משפחתו ועם מערכת החינוך ולראות בילד מכלול של גוף, נפש והקשר. במשך השנים טיפולתי במספר רב של הורים וילדים שסבלו מכאב פיזי מנסיבות שונות. מתוך הניסיון הטיפולי האישי והמשפחתי אני מצרפת כמה

יצאתי מחדר הניתוח אל חדר ההתאוששות. סביבי נשמעו קולות של אנשים ונשים שנאנקו מכאב. ניסיתי לזוז, אך לא הצלחתי. חשתי כאילו גוף זר וכבד מחובר לגבי, כמו לוח מתכת מקובע. הכאב היה עוצמתי מאוד, קשה לתיאור במילים. הצלחתי להזיז מעט את אצבעות רגליי וזכיתי להקלה רגעית, אך עוצמת הכאב לא פחתה וגם הקושי להירגע נותר בעינו. ניסיתי לקרוא לאחות, אך קולי לא נשמע כמעט. צוות הרופאים והאחיות נע סביבי במהירות, והרגשתי שאיש אינו עוצר. עלתה בי כמיהה לדמות מוכרת ומרגיעה, מישהו קרוב שיביא עימו הרגשת ביטחון בתוך אי־הוודאות והכאב. נאמר לי כי אי אפשר להכניס מלווים בשלב זה וכי רק אחר כך, כשאעבור לחדר אחר, יוכלו להיות עימדי. הרגשת הזמן היטשטשה, הרגעים נחוו כנצח, ולצד הכאב הפיזי עלו הרגשת פחד וחוסר אונים. בתוך כך עלו בי גם זיכרונות מוקדמים, מהתקופה שליוונו בה את בננו הפעוט להליכים רפואיים מורכבים. נזכרתי עד כמה משמעותית נוכחותו של הורה ברגעים כאלה ועד כמה עלול להיות שלב ההתאוששות מלווה בחוויה של בדידות וחרדה. ניסיתי להפעיל טכניקות הרגעה שמוכרות לי היטב, אך באותם רגעים הן לא סייעו לי. התחושות הגופניות התעצמו, כל חושיי התחדדו, והכאב היה בלתי נסבל. ביקשתי משככי כאבים, והאחות הציעה לי להגדיל את עוצמת המורפיום בלחיצה על הכפתור. לרגע הרגשתי שליטה. רציתי לברוח מהכאב, להירדם, להיעלם, להתעורר בעוד שנה. לאחר שעות מספר התעוררתי בטיפול נמרץ מחוברת להרבה מכשירים מצפצפים. לא האמנתי שעברו רק כמה שעות. מאז חלפו שנים רבות, עשור ויותר, אך החוויה נותרה חקוקה בזיכרוני - בגוף ובנפש כאחד.

בעשורים האחרונים הולכת ומתחדדת ההבנה כי כאב אינו תופעה פיזיולוגית בלבד אלא חוויה מורכבת ורב־ממדית ששוזרת יחד גוף ונפש. במצבי נכות, מחלה כרונית, השפעות של ניתוח או תאונה אין הכאב הפיזי עומד לבדו. יתרה מכך, הכאב משנה את האופן שבו האדם, ועל אחת כמה וכמה ילד, חווה את גופו, את עצמו ואת סביבתו. הכאב עלול לפגוע בהרגשת השליטה, בחוויית הביטחון, ביכולת לבצע פעולות יום־יום פשוטות ושגרתיות (להתקלח, להתלבש, לאכול וכדומה) ולהשתתף בפעולות שונות כמו

המלצות שעשויות לסייע לפסיכולוג החינוכי בליווי הילד ומשפחתו במצבים הללו:

- מתן מקום לעיבוד חוויית אובדן התפקוד הקודם, חוויית הפחד והטראומה - חשוב שהמטפל "יהיה שם" למען הילד ולא ייבהל מאמירות קשות של רצון להיעלם ולחדול, שכן עוצמות כאב חזקות מפגישות עם הרגשות קשות של רצון עז לעשות הכול כדי להימנע מהכאב. אמירה כמו "כשאתה משתף בתחושה הקשה שלך אני מבין את עוצמת הכאב, אני מבין שהוא בלתי נסבל" יכולה לסייע לילד לקבל הכרה על כאבו ולעבוד על מציאת דרכים להתמודד עימו.
- הכרה ותיקוף של הכאב הפיזי והנפשי כאחד וחיזוק הרגשת המסוגלות והשליטה - התייחסות לעוצמת הכאב מסייעת להחזיר שליטה, להבין מה קורה בגוף ולהיות מובן יותר גם לאחרים. אפשר לעשות זאת בעזרת טכניקת סימון רמת הכאב על רצף מהנמוך לגבוה באמצעות מספרים, צבעים או פרצופים. הטכניקה הזאת מאפשרת לילד לזהות שינוי ותנועה בעוצמת הכאב במשך יום, שבוע או יותר. חוויית התנועה מאפשרת תקווה. שיח כזה על עוצמת הכאב יכולים לנהל גם ההורים וצוות החינוך. כמוכן, אפשר לשלב טכניקות של דמיון מודרך כגון שינוי גודל, מיקום וצבע כדי ליצור מניפולציות שעוזרות לשליטה ולוויסות וכן טכניקות של הסחות דעת. אחד התרגילים המדגימים זאת הוא "כתם על דף לבן" שלמדתי מפרופ' דני חמיאל. התרגיל הזה מדגים כי הדף הלבן מלא אפשרויות לבחירה לצד הכאב הנוכח.
- בניית נרטיב מחזק עם תקווה גם כשיש איודאות בקשר לעתיד - ישנה חשיבות לבנייה משותפת של הסיפור הייחודי של הילד מתוך חיבור לכוחותיו וליכולותיו להתמודד עם מצבו ולהשפיע על סביבתו מתוך שזירת ההתמודדות עם הפחד והכאב.
- הדרכת הורים ואחאים ובני משפחה נוספים שמסייעים למשפחה - יש לתת את הדעת על הדרכת המשפחה הגרעינית או המורחבת ביצירת איזון בין אמפתיה, תמיכה והחזקת התקווה ובין מתן מקום לפחדים ולדאגה. בשל המיקוד הטבעי של המשפחה בילד המתמודד עם הקושי חשוב לתת את הדעת על תפקיד האחים ועל מקומם במערך המשפחתי הכולל ולבחון אם אפשר להרחיב את רשת התמיכה. פעמים רבות יש גם לסבים ולסבות תפקיד חשוב, ויש לבדוק

איך אפשר לשלבם בתהליכי העיבוד והתמיכה.

- הדרכת צוותי החינוך וחיזוק שיתוף הפעולה בין גורמי הטיפול, המשפחה ומערכת החינוך - הקושי לשאת כאב של ילדים מעורר לעיתים חוסר אונים, חרדה וצורך ל"תקן" מהר. לפעמים עשויה מערכת החינוך לנוע בין שני קצוות: הצפה רגשית שגורמת להתנהגות חרדה וזהירה מדי מצד אחד או להימנעות מצד אחר. האתגר העומד לפנינו הוא החזקת עמדה של נוכחות, הכרה ויכולת פעולה. כאב זקוק להכרה ולא דווקא לפתרון מיידי.

לסיכום, חשוב להכיר בקשר שבין כאב פיזי ובין כאב נפשי כדי לתמוך בילד ובמשפחתו. בהיותנו פסיכולוגים חינוכיים תפקידנו הוא להחזיק את המורכבות, לתווך אותה להורים, לסביבה ולמוסדות החינוך ולסייע לילד לשוב ולמצוא הרגשת רציפות, משמעות ותקווה.

התחלתי בסיפור אישי ואסיים בסיפור אישי-משפחתי. באוגוסט האחרון נפטר עמוסי ז"ל, הנכדן האהוב שלי, כמעט בן שש בלכתו, אחרי שלוש שנים של התמודדות עם מחלת הסרטן. עמוסי לימד את כולנו על התמודדות ששזרת גוף, נפש והקשר. כמה ימים לפני שנפטר הוא שמע את השיר "קשה בכדור הארץ", של הזמר "טונה" (זבולון, 2025), ואמר להוריו כי אינו מסכים עם האמירה הזאת שכן מבחינתו "כיף בכדור הארץ". נרטיב זה אורז בתוכו כוחות ותקווה משום שלמרות כל מה שחווינו חי עמוסי בהרגשה שכיף בכדור הארץ.

ברמה הארצית נכתב טקסט זה בימים של סיום המערכה "שאגת הארי", אחרי יום הזיכרון, כשעדיין ישנם כטב"מים ורחפני נפץ בגבול הצפון וישנה איודאות בקשר להפסקת האש. מצב החירום המתמשך גובה מחיר בגוף ובנפש. אני שולחת החלמה מהירה לפצועים, בגוף ובנפש, וכוחות ותקווה לכל המתמודדים עם כאב פיזי ונפשי ולמלווים אותם. ולכם, הפסיכולוגים, תודה רבה על המענים הרחבים והאמיצים שאתם מעניקים בכל תחומי החירום.

שלכם,

מיכל

מקורות

זבולון, א' (טונה) (2025). קשה בכדור הארץ [שיר]. בתוך רובים ותלתיים [אלבום]. נענע דיסק.

וקטורים של תקווה: מודל לניווט יישומי בשדה השיקומי

לימור שרוני¹

תקציר

תהליכי ההחלמה בשיקום אינם נעים על ציר ליניארי; הם ספירליים, נסיגתיים ומלאי כוחות סותרים שמאתגרים את המטופל, את סביבתו ואת הצוות המטפל. במאמר מוצג "המודל הווקטורי", מסגרת עבודה יישומית שממשיגה את מרחב הטיפול כשדה של כוחות דינמיים. שדה זה מורכב מארבעה וקטורים מרכזיים: תפקודי, קוגניטיבי, רגשי וסביבתי-מערכתי. כל אחד מהם פועל כווקטור בעל עוצמה (magnitude) וכיוון (direction), והם משתנים ומתעדכנים עם הזמן ובנקודות שונות במרחב החיים של המטופל. המטפל משמש אסטרטג כוחות בשלושה תפקידים מרכזיים: מייצב (stabilizer) בנקודות קריסה רגשית; מנווט (navigator) ליצירת שקול כוחות חיובי; וזרז (catalyst) ברגעי גמישות לשינוי של ממש. בזכות לוח בקרה וקטורי (clinical dashboard) יכול המטפל לבצע תיעודף דינמי של התערבויות. ההתערבויות האלה מכוונות למטרות שיקום קצרות וארוכות טווח שמשתלבות יחד למפת-על שיקומית. במודל הזה מוצעת שפה קוהרנטית למרחב השיקום - שחרור מציפיות ליניאריות, דיוק קליני שממוקד במטופל לצד חוויית אוריינטציה משותפת למטפל ולמטופל וכן למדריך ולמודרך. אלה, בתורם, מאפשרים לשמר תקווה וחוויה הדדית של רציפות בתהליך ההחלמה והשיקום גם במצבים של סטיות לא צפויות וחוויות של חוסר ודאות.

רקע

מעבר לליניאריות בתהליך השיקום

הפסיכולוגיה השיקומית פוגשת את האדם בנקודה אנושית מאתגרת: המקום שבו חווים גופו ומוחו - על התהליכים הפיזיולוגיים, המנטליים והרגשיים שבו - שבר פתאומי אקוטי או מתמשך. באופן מסורתי נטו מודלים לראות בתהליך ההחלמה ממשבר גרף ליניארי של "שיפור בתפקוד" או רצף של שלבי הסתגלות לאובדנים לצד התאמות והסתגלויות מתוך חיזוק ותיווך. המודלים האלה ייצגו שלבים הייררכיים בתהליך השיקום, שלבים שהניחו תנועה פרוגרסיבית על ציר הזמן החל בשלבי המשבר, השבר וההלם וכלה בשלב

הקבלה וההסתגלות (כגון מודל ההסתגלות של ליבנה Kübler-) או שלבי האבל של קובלר-רוס (Livneh, 1986) הביקורת על תפיסות השלבים ועל התפיסות הליניאריות הובילה לפיתוחם של מודלים אינטגרטיביים ורב-ממדיים שמכירים בהיותה של ההסתגלות למגבלה פיזית תוצר של מערכת יחסי גומלין בין משאביו של הפרט ובין דרישות הסביבה (Kats & Florian, 1987). עם זה עבודת השדה השיקומית חושפת שוב ושוב את מגבלות הליניאריות, או לחלופין את התפיסה הסטטית של מערכת יחסי הגומלין, ומרמזת שלא תמיד מתקדמת המציאות בקו ישר, ואפילו לא בדרך כלל. היא מסתערת, נסיגתית, רב-ממדית ומלאה כוחות סותרים. לעיתים היא ספירלית, לעיתים ליניארית הלך ושוב, לעיתים עוצרת ולעיתים מתירה קפיצות לא צפויות. המטופל הנתון בתהליך השיקום אינו עובר בתחנות קבועות ומחייבות מראש דווקא אלא נתון בשדה כוחות דינמי שבו "נסיגה" אינה בהכרח כישלון כי אם עדות לשינוי פסיכולוגי מסוים. לצד זה סך הכוחות במשך הזמן הוא המסמן את מטרות השיקום.

שדה השיקום כמרחב של כוחות: הצגת המודל הווקטורי

במאמר זה אני מבקשת להציע מודל תאורטי יישומי מקורי - **המודל הווקטורי** - שבעזרתו יוכל הפסיכולוג השיקומי למפות את מרחב הטיפול לא כסדרת שלבים אלא כ**מערכת כוחות דינמית** הנעה בזמן ובמקום ומייצגת היבטי שיקום שונים. בלב המודל עומדת ההבנה שכל היבט בחיי המטופל - החל ברמת התפקוד, דרך היכולות הקוגניטיביות וכלה בהיבטים הרגשיים והסביבתיים - פועל כווקטור בעל עוצמה (magnitude) וכיוון (direction), והם משתנים ומתעדכנים על צירי הזמן והמקום. התבוננות כזאת מציבה במרכז את האדם המתמודד עם מציאות חדשה ובכללה תהליך השיקום הייחודי שהוא חווה.

כאן נכנס תפקידו של הפסיכולוג השיקומי כמתכלל (integrator). עליו לסייע בתיעודף הכוחות הפועלים בשדה, כוחות שמתאפיינים בדינמיקה אישית וסביבתית משתנה. הפעולה הזאת נעשית מתוך התאמה מתמדת למטרות השיקום הן לפרק הזמן הקצר הן לארוך. מערכת מטרות

¹לימור שרוני היא פסיכולוגית שיקומית מומחית ומדריכה ונירופסיכולוגית. היא עוסקת בשיקום ניורופסיכולוגי, בפיתוח מודלים ובהכשרת צוותים והיא סמנכ"לית פיתוח מקצועי ומנהלת מרחב צפון במכון הלאומי לשיקום ניורופסיכולוגי ע"ר. טלפון: 052-8876070.

מובנית אשר נבנית במשותף עם המטופל נבחנת ומתעדכנת בטיפול השיקומי, מסייעת בכימות ההישגים ובדיוק בהגדרת הצרכים גם במצבים סוערים ונסיגתיים. היא מאפשרת התבוננות מעבר לתמונה הקלינית המיידית ומשמשת מפת על שיקומית. אף שהמאמר נשען בעיקר על דוגמאות מהשדה הניורופסיכולוגי-שיקומי מבקש המודל המוצע בו להציע מסגרת מושגית רחבה שרלוונטית לשדה השיקום בכללותו, על מגוון אוכלוסיותיו והקשריו הקליניים.

תשתית תאורטית

המודל הווקטורי אינו פועל בחלל ריק אלא שואב מתוך מסורות תאורטיות מרכזיות בתחום הטיפול והשיקום בכלל והשיקום הניורופסיכולוגי בפרט. התאוריות הללו משתרעות על המרחב שבין גישות פסיכולוגיות קלאסיות ועד מודלים קליניים עכשוויים. המודל מציע מסגרת מארגנת שמשלבת בין תורת השדה הדינמית, ארגון המערכת המוחית, ויסות עצמי ונרטיבים חברתיים. בזכות שילוב זה ייתכן ניתוח מקיף של יחסי הגומלין המרכיבים את תהליך השיקום. הניתוח נע מהפגיעה הראשונית והתגובות הרגשיות, דרך האינטראקציות המערכתיות ועד ההסתגלות התפקודית והחברתית המלאה. לוי (Lewin, 1951) תיאר את גישת "מרחב החיים" (life space). זהו מושג מהפכני, ודרכו ראה לוי בנפש האנושית שדה דינמי של כוחות פסיכולוגיים בין האדם ובין סביבתו, כוחות משיכה לכיוון מטרות רצויות וכוחות דחייה שמתנגדים לשינוי. הוא טען שההתנהגות היא תוצר ישיר של שקול הכוחות (valence) במרחב זה בכל זמן, וכל שינוי מהותי יוצר משבר שדה אקוטי שמערער לחלוטין את האיזון הקיים. המודל הווקטורי בשדה השיקום מהדהד ישירות את התשתית הזאת ומרחיב אותה בשיטתיות לתהליך השיקום על כלל ממדיו: התפקודי, הקוגניטיבי, הרגשי-התנהגותי והסביבתי. השבר השיקומי נעשה אפוא שדה שבו המטפל פועל כמנווט דינמי שמסייע לשנות את מערך הכוחות לכיוון הסתגלות. התפיסה הזאת משתלבת בטבעיות עם גישתו של לוריא (Luria, 1973). הוא תיאר את המוח כמערכת פונקציונלית דינמית כוללת - לא רק קוגניטיבית אלא גם התנהגותית, רגשית וחברתית. פגיעה באזור מקומי במערכת משפיעה על המערכת כולה, דרך "השפעה במעלה הזרם" (upstream effect), ומחייבת ארגון פונקציונלי מחודש ברמת רשתות ניורונליות. לוריא הדגיש את התנועה הדינמית "מהפנים אל החוץ" (intrapsychic to behavioral) ואת הצורך במנגנוני פיצוי הייררכיים החל בוויסות פנימי, דרך עיבוד וכלה בשינוי ההתנהגות. המנגנונים הללו מיוצגים במודל

הווקטורי כדינמיקה מתמדת שנעוצה על הרצף הטמפורלי של תהליך השיקום ורבדיו השונים - התפקודי, הקוגניטיבי, האישיותי והרגשי ולבסוף ההתנהגותי. והרבדים פועלים יחדיו על ציר הזמן השיקומי המורכב משלבים ספונטניים ומכוונים. בתיאורו המכונן את ל' זאסקי, פצוע המלחמה אשר התמודד עם השפעות פגיעה מוחית עקב כדור שנורה אל מוחו, הציג לוריא (Luria, 1979) שדה שהכוחות התפקודיים והקוגניטיביים בו היו מרוסקים וחסרי כיוון, אך לעומתם פעל וקטור רגשי של כוח רצון ותקווה לעתיד בעוצמה יוצאת דופן.

"המודל הווקטורי" מציע שפה חדשה גם לתהליך ההדרכה של פסיכולוגים בהתמחות. לעיתים קרובות חווים מתמחים הצפה בגלל ריבוי הממדים בשיקום (התפקודי, הקוגניטיבי, הרגשי והמערכתי-סביבתי) והתנועה שלהם במרחב הטמפורלי. באמצעות השימוש במושגי המודל יוכלו המדריך והמודרך למפות את המקרה במונחים של שקול כוחות שממוקם על ציר זמן ומקום

הופיין (2018) הוסיף שכבה קלינית מפורטת ומבוססת ניסיון עם מודל ניורופסיכולוגי-קליני שמבחין בין ליקויים ראשוניים ישירים מפגיעה מוחית (קוגניטיביים כגון קשב, זיכרון, תפיסה והפשטה; התנהגותיים כגון דיסאינהיביציה, אפתיה, אנוסוגנוסיה ופסאודו-דיכאון; ומוטוריים כגון המיפלגיה ואפרקסיה) ובין ליקויים משניים הסתגלותיים (תעסוקתיים כגון היעדר כישורים והרגלי עבודה לקויים; עצמאות יום-יומית כגון ניהול כספים לקוי; וקשיים בתפקודים החברתיים כגון בדידות וניכור). במרכז ניצבים משתנים מתווכים רגשיים (אבל, דיכאון או הכחשה, פגיעה נרקיסיסטית ותגובה בת-חבלתית (PTSD)) שנתונים בתנועה דינמית ורב-ממדית ומושפעים מאישיות פרה-מורבידית מצד אחד ומהשלכות הפגיעה מצד אחר ומגבירים או ממתנים את הקשר הסיבתי בין ראשוני ובין משני.

לצד זאת הניחו קארבר ושייר (Carver & Scheier, 1998) בסיס אמפירי-תאורטי מוצק לוויסות עצמי כמערכת משוב סגורה (feedback loop) שבנויה בהייררכייה ופועלת להפחתת פערים (discrepancy) בין מצב נוכחי ובין יעד רצוי מתוך התאמה דינמית של אסטרטגיות. במודל הווקטורי הפערים האלה הם הבדלי כיוון ועוצמה בין וקטורים סותרים, וההתערבות השיקומית משלבת חיזוק יכולות קיימות (boosting) עם עדכון ריאלי של יעדים (goal recalibration) ובתוך כך מונעת תשישות.

הגישה המשולבת הזאת מעמיקה ומתרחבת אצל וילסון (Wilson, 2002). היא הבליטה את הדינמיקה בין החלקים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים והציעה גישה הוליסטית לשיקום ניירופסיכולוגי מבוסס מטרות בהסכמת המטופל ובני משפחתו והמטפל. בגישה הזאת מודגש ההקשר התאורטי הנרחב הנדרש לתהליכי שיקום מסוג זה ומחוזק הצורך בהישגים תפקודיים בני קיימה בחיי היום-יום. פריגטנו (Prigatano, 1999) הבליט גם את הפגיעה בתחושת הזהות ואת חוויית העצמי של המטופל, חוויה שכינה "הנשמה הפצועה" (wounded soul) הזקוקה למשמעות קיומית ולקבלה סובייקטיבית של המגבלה. במונחי המודל הן מרמזות על הצורך במשמעות ובתקווה ככוח מניע מרכזי ומכוון ששומר על מומנטום חיובי בשדה הכוחות כולו, גם במצבי תקיעות ודחייה.

מבחינת הזהות והסיפור האישי הציעו גרייסי ועמיתיו (Gracey et al., 2009) במודל ה-Y (Y-model) תיאור פנומנולוגי מדויק ומבוסס מחקר של קונפליקט דו-כיווני בין זהות העבר ("מי הייתי") ובין הזהות הנוכחית הפגועה ("מי אני עכשיו"), קונפליקט שיוצר חוויית פער, תקיעות דינמית ומחזורית. במונחי וקטורים מדובר בכוחות מנוגדים חזקים אשר דורשים התערבות מדויקת של המטפל כמווט אינטגרציה - יצירת זהות היברידיית חדשה בעלת תחושת רציפות שמשלבת עבר והווה דרך שיקוף, הכלה ונרטיב משותף.

לבסוף תרמו וייט ואפסטון (White & Epston, 1990) את ממד ההמשכיות והסוכנות דרך גישת הטיפול הנרטיבי המבוססת על החצנת הבעיה (externalization), זיהוי "תוצאות ייחודיות" (unique outcomes) ובניית סיפור חלופי. נרטיבים של תרבות, משפחה וחברה פועלים ככוחות חיזוניים חזקים שמשפיעים על שדה הכוחות הפנימי, והמטפל משמש "עורך משותף" (co-editor) בבניית תחושת סוכנות חדשה ומעצימה אשר משנה את שקול הכוחות לטובת פעולה עצמאית וסיפור מיטיב.

המודל הווקטורי: המשגה ויישום

המרחב הפסיכולוגי וקטורי: הגדרת הכוחות בארבעה מרחבי שיקום מרכזיים

בפזיקה מוגדר וקטור באמצעות גודלו וכיוונו. במתמטיקה פורמלית וקטור הוא איבר במרחב וקטורי שמצוי בו אוסף של אובייקטים שניתנים למניפולציות. לפיכך בפסיכולוגיה השיקומית אני מציעה להגדיר ארבעה וקטורים מרכזיים שמרכיבים את המרחב של תהליכי ההסתגלות וההבניה של

המטופל:

1. **הווקטור התפקודי:** להלן כלל תפקודי ADL בסיסיים ומורחבים מייצגים את "כוח המציאות" הפיזיולוגי וההסתגלותי של האדם. הן לאדם הן לסביבתו זהו כוח בעל רמת נראות גבוהה משלבי ההתמודדות הראשונים שלהם. מתוך כך המרחב מנכיח את האובדנים והמובגלות מצד אחד, וחשוף לעבודה רב-מקצועית מגוונת של אנשי השיקום ועמיד למדי לקשיי מודעות בהיותו מוחשי (Prigatano, 1999) מצד אחר. לדוגמה, המשתקם וסביבתו - משפחתו וצוות השיקום - מבחינים בחולשה מוטורית, מכירים בה, מקבלים אותה ונוטים להפנות אליה משאבי שיקום. ועל כן בעזרת עבודת שיקום נכונה יוכל המשתקם לשנות כיוון לעבר הסתגלות ופיצוי כבר בתקופת השיקום הראשונית.

2. **הווקטור הקוגניטיבי:** הווקטור הזה מייצג את השינויים בתפקודים הקוגניטיביים השונים אשר חווה האדם כתולדה של פגיעה מוחית אורגנית או השלכות של פגיעות אחרות. וקטור זה בעל רמת נראות חלקית, רמת איום גבוהה יותר על תפיסת העצמי ועל כן חשוף יותר לקשיי מודעות וקבלה בהיותו מופשט חלקית (שם). לדוגמה, אנשים ונשים מתקשים להכיר בקשיים שקשורים לתפקודי הניהול שלהם, לדייק בהגדרתם ולדווח עליהם מאחר שיש לכך השלכות נרחבות על תפיסת העצמי ועל עתידם האישי והתעסוקתי. ולא תמיד צוותים ובני משפחה מבחינים במספר הקשיים בחומרתם ובהשלכותיהם. היכולת לקבל תמונה בהירה לצד עבודת שיקום אשר תאפשר אימון ופיצוי תלויה ברמת שיתוף הפעולה, ונדרשים לה השקעה וזמן. היא נעשית בשכבות אשר נבנות זאת על זאת באבחון ובטיפול כמבנה הפירמידה הקוגניטיבית ובטמפורליות המאפיינת "מהפנים אל החוץ" (Luria, 1973)

3. **הווקטור הרגשי-פסיכולוגי:** זהו הכוח המניע, ולעיתים הבולם המרכזי, בהיותו איום ממשי על תפיסת העצמי. בגלל היותו המופשט ביותר יתווספו עליו לעיתים רבדים מובהקים של הכחשה (Prigatano, 1999). כאשר וקטור זה פונה כלפי מטה (ייאוש, דיכאון, קשיי מודעות והכחשה, תגובות על טראומה, רכיבים אישיותיים קודמים ושינויים אישיותיים על בסיס אורגני כמותסמנות אורביטורונטאלית) הוא עלול "לבטל" את מרבית העוצמה של כל שאר הכוחות הנעים בכיוון השיקום. לדוגמה, אדם בעל קווים אישיותיים נרקיסטיים פרה-מורבידיים משקיע כוחות אגו רבים בהתנגדות לקבלת השלכות הפגיעה ועל כן מעכב את תהליכי השיקום על

ממדיהם השונים. ואולם כאשר מתווספים לו ממדים נרטיביים או אקזיסטנציאליסטיים שואב המטופל כוח מתוך המשמעות הנוכחית ומתוך תוכניות ממשיות לעתיד כך שנטמעת היכולת לבנות "סיפור חיים חדש" מתוך השברים. הווקטור הרגשי מתבסס הן על אישיותו הפרה-מורבידית של האדם ומאפייניו הרגשיים הן על השינויים האישיותיים אשר חלו בו לאחר הפגיעה, והוא חלק בלתי נפרד מתהליך השיקום המלווה את המטופל לאורך חייו. לעיתים הווקטור סוער יותר ולעיתים פחות, דגשים שונים בהיבטים הרגשיים מקבלים מקום משמעותי יותר בנקודות זמן שונות על הרצף הטמפורלי, והם עשויים לשוב בהמשך הדרך, בזמן ובצורך שונים, לשם עיבוד והתייחסות.

4. **הווקטור הסביבתי-מערכתי:** וקטור זה מייצג את הכוחות הפועלים עם המטופל ועליו מצד המשפחה, מעגלי התרבות והחברה, מסגרת התעסוקה או הלימודים והמערכת המוסדית. הכוחות האלה מלווים אותו בתהליך השיקום ועשויים להיות גורם מקדם או מעכב לפרקים, למשל בן משפחה אשר רואה בחזרה למסלול התעסוקה הקודם את מטרת-העל ומעכב התערבויות מתווכות על בסיס הפרוגנוזה העדכנית. ההתערבויות בשדה הזה הן חלק נכבד מעבודת הפסיכולוג השיקומי והן מאפשרות לו לממש את השפעותיו החיוביות ולמתן השפעות מעכבות.

במקום תפיסה ליניארית של התקדמות או מערכת יחסי גומלין סטטית מבליט המודל את האינטראקציה הדינמית בין היבטים קוגניטיביים, רגשיים, אישיותיים וסביבתיים הפועלים יחד ולעיתים במתח. ההמשגה הזאת מאפשרת לראות תופעות כגון נסיגה, תקיעות או תנודתיות כביטוי לשינויים בשקול הכוחות ולא ככשל בתהליך. לפיכך תפקידו של הפסיכולוג השיקומי אינו ליווי התקדמות המטופל אלא פעולה אקטיבית כממפה, מתעדף ומכוון של הכוחות האלה

מקומו של המטפל: אסטרטג של כוחות

לאחר שהמשגנו את שדה הכוחות נשאל כעת מה הוא תפקיד המטפל. בהבנה המבנית הזאת המטפל אינו עומד מחוץ למערכת אלא משמש **אסטרטג של כוחות** מתכלל (integrator) שנאמן למטרות השיקום לפרק זמן קצר וארוך,

מטרות אשר המטופל נתן את הסכמתו להן והן מעודכנות מפעם לפעם בהתאם להתפתחויות. המטפל השיקומי פועל בשלושה מישורים עיקריים:

- **כמייצב (stabilizer):** בנקודות זמן שבהן הכוחות הרגשיים של המטופל פועלים בכיוון של קריסה או קיפאון משמש המטפל כוח נגדי שמחזיק את התקווה ואת רצף התפקוד. לדוגמה, כאשר גוברים אצל המטופל התקפי חרדה בעקבות זיכרונות בתרחבלתיים יעניקו כלים עצמיים להרגעה ולהתמודדות תחושת שליטה ותפקוד.
- **כמנווט (navigator):** המטפל עוזר למטופל לזהות שקול כוחות (resultant vector) חיובי. למשל, גם כשהתפקוד הפיזי נחלש יסייע המטפל להגדיל את עוצמת התנועה הנרטיבית כדי ליצור תנועה קדימה. לדוגמה, כאשר נעצר השיפור בחולשת צד אצל המטופל אפשר לבחון חלופות תעסוקה אשר אינן מושפעות מהמוגבלות הזאת.
- **כזרז (catalyst):** זיהוי רגעים של "גמישות בתהליך השיקום" - נקודות זמן שבהן שינוי קטן בהתערבות הפסיכולוגית יכול להוביל לשינוי של ממש בכיוון התנועה הכללי של המטופל; לדוגמה, כאשר התמקדות באימון קוגניטיבי בתפקודי ניהול וקבלת החלטות פותח מנעד אפשרויות בתפקוד האישי והמשפחתי ומכאן תקווה לעתיד.

התערבות ויישום - המטפל כ"מתכלל וקטורי": ניהול לוח עבודה דינמי

ביישום הקליני של המודל מנהל הפסיכולוג השיקומי "לוח בקרה" (clinical dashboard) שבו המטופל הוא המרכז והכוחות הפועלים בהיבטי התפקוד השונים מיוצגים בו, ואינו פועל לפי פרוטוקול שלבי קשיח. לוח זה משמש כלי עבודה דינמי שבזכותו יכול המטפל להחזיק בו בזמן את המטרות לטווח הקצר ואת חזון השיקום לטווח הארוך כך שהלוח הוא הכלי לניהול שוטף, והמפה היא החזון לטווח הארוך.

העבודה הזאת דורשת מהמטפל מיומנות של **תיעודף וכיול מחודש** בתקופת הטיפול:

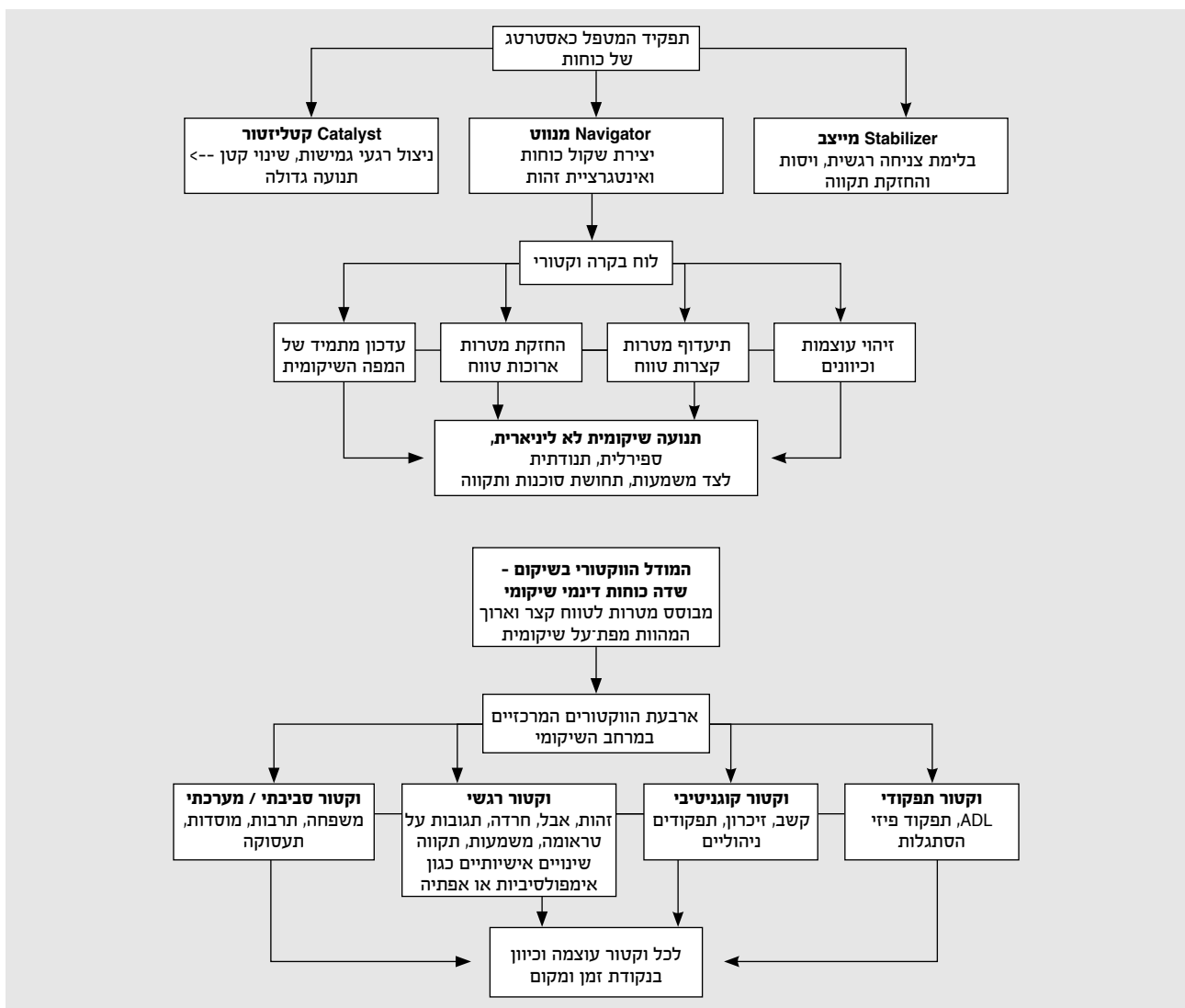
1. **זיהוי עוצמות וכיוונים:** בזמן הטיפול בוחן המטפל איזה וקטור דומיננטי כעת. האם זהו הכוח התפקודי שדוחף קדימה, למשל שאיפה לחזור לעצמאות בתחום הניידות, או שמא כוח רגשי של אָבֵל על האובדן המבקש נסיגה ספירלית הכרחית?
2. **ניהול מטרות כווקטורים משלימים:** המטרות לפרקי זמן

השפעות על הפרופסיה והדרכת מתמחים

"המודל הווקטורי" מציע שפה חדשה גם לתהליך ההדרכה של פסיכולוגים בהתמחות. לעיתים קרובות חווים מתמחים הצפה בגלל ריבוי הממדים בשיקום (התפקודי, הקוגניטיבי, הרגשי והמערכתי-סביבתי) והתנועה שלהם במרחב הטמפורלי. באמצעות השימוש במושגי המודל יוכלו המדריך והמודרך למפות את המקרה במונחים של שקול כוחות שממוקם על ציר זמן ומקום. שקול זה מצוי על מפת-על של תהליך השיקום ובה מטרות לטווח הקצר ולטווח הארוך, מטרות אשר נבנו עם המטופל בהתאם למקרה ולצפי ההתקדמות בתהליכי השיקום. השאלות "איזה וקטור אנחנו מחזקים כעת?" או "האם המטרה לטווח קצר שקבענו מסונכרנת עם הכיוון של התפקוד הרגשי?" או "מה נדרש בתחום הקוגניטיבי כדי להשלים את המטרות לטווח הארוך?" ממקדות את ההדרכה, מייעלות ומארגנות אותה ומאפשרות לה להחזיק תקווה.

קצרים מוגדרות "תיקוני כיוון" נקודתיים. אם המטפל מזהה "כוח חיכוך" גבוה מצד הסביבה (למשל משפחה שכולמת התקדמות על רקע שאיפות קודמות), תתעדף המטרה לפרק הזמן הקצר את כוח הסביבה (התערבות משפחתית) מתוך הבנה שללא הסרת החיכוך לא תתאפשר תנועה במרחבי שיקום נוספים.

3. **החזקת הרצף (continuity):** לעיתים חווה המטופל את התהליך ככאוטי או נסיגתי, אבל המטפל מחזיק בלוח העבודה את ההתבוננות לפרק הזמן הארוך - את מטרות השיקום לזמן ארוך לצד התקווה והמשמעות ומסוגל לארגן ולייצג אותם למטופל ולמשפחתו. בעשותו כן הוא מוודא שהסטיות הזמניות בזמן ובמקום אינן מאבדות את הכיוון הכללי של השיקום. למשל, בטיפול באדם שמתמודד עם מחלה התקפית יסייע המטפל לשמר מטרות ותקווה גם בתקופות של נסיגה בתפקוד. באמצעות לוח העבודה הזה נהפך המטפל מ"צופה" בשיפור בשיקום ל"מארגן" פעיל של הכוחות והמציאות.



תיאורי מקרה להמחשה: המודל הווקטורי בפעולה

שלושת תיאורי המקרה שלהלן ידגימו כיצד ניהול המטרות והכוחות בא לידי ביטוי במפגשים הקליניים המורכבים:

המטפל כמייצב (stabilizer): המקרה של א'

רקע: א', בן 35, נפגע מפגיעת הדף בעת לחימה ומתמודד עם השלכות פגיעה מוחית קלה. הפגיעה באה לידי ביטוי בקשיי ויסות, קשיים בתפקודי קשב מורכבים ובתפקודי ניהול. לצידם עולים תסמינים מובהקים של הפרעה בתר־חבלתית.

הדינמיקה הווקטורית

- **הווקטור הקוגניטיבי:** וקטור זה מציג הנמכה בתפקודי קשב ופונקציות ניהוליות. זהו וקטור שזקוק להשקעה ולאומון, אך כרגע הוא "חסום" ואינו פנוי ללמידה.
- **הווקטור הרגשי־נרטיבי:** זהו הכוח הדומיננטי כרגע, והוא פונה "כלפי מטה" בעוצמה גבוהה. התקפי החרדה, הזיכרונות החודרניים, היעדר התקווה ותחושת חוסר השליטה יוצרים "צניחה" רגשית שמסכנת את יציבות המערכת כולה.
- **הווקטור הסביבתי־מערכתי:** המערכת הזוגית והמשפחתית חווה טלטלה בתפקוד, ונוצר חוסר הבנה של השילוב בין הפגיעה המוחית וההפרעה בתר־חבלתית כך שנוצר מתח פנימי שמעצים את המצב הרגשי הסוער.

סטטוס השיקום

א' חווה נסיגה זמנית. עוצמת הווקטור הרגשי כה גבוהה עד שהיא "מבטלת" (cancel out) את היכולת של המטופל לגייס את הכוחות לשיקום הקוגניטיבי או התפקודי. ללא התערבות חיצונית יגרם שקול הכוחות לנסיגה בתפקוד ולדיכאון.

ההתערבות

המטפל השיקומי פועל כמייצב. הוא מעריך כי ההתמקדות בשיקום הקוגניטיבי היא דרישה גבוהה במערך הכוחות הנוכחי, ולכן עשוי להעצים את החרדה ואת התסכול.

בלימת הצניחה: המטפל מתמקד בוויסות רגשי, בפסיכואדיקציה אישית וזוגית (הסבר על השילוב בין פגיעה בתר־חבלתית ופגיעה מוחית קלה) ובמתן כלים לשליטה בחרדה. פעולתו משמשת "כוח נגדי" שעוצר את הנפילה הרגשית.

1. **יצירת מרחב מוגן:** האימון הקוגניטיבי מוכנס הדרגתית מאוד, ולא כמטרה מרכזית אלא ככלי לבניית חוויות הצלחה קטנות כדי לאפשר "אוורור" של שדה הכוחות.

2. **שינוי שקול הכוחות:** ייצוב התפקוד הרגשי מאפשר לשקול הכוחות הכללי להפסיק את הצניחה ולהתחיל תנועה אופקית של רצף תפקודי. התנועה הזאת יוצרת בהדרגה פניות להשקעה בשיקום הקוגניטיבי, התפקודי והמשפחתי ומשם להשגת מטרות מערכתיות־סביבתיות רחבות עוד יותר.

המטפל כמנווט: המקרה של ש'

הרקע: ש', עורכת דין בת 28, נשואה ואם לתינוק. ש' השלימה סדרת טיפולים אינטנסיביים (ניתוח, כימותרפיה והקרנות) בעקבות סרטן השד. היא נמצאת ב"הפוגה" (remission) ומגיעה לשיקום כדי "לחזור לחיים".

הדינמיקה הווקטורית

- **הווקטור התפקודי־פיזי:** ש' סובלת מתשישות פיזית קיצונית (fatigue) וממגבלת תנועה ביד ימין, אך הצפי הרפואי טוב. חל שיפור איטי בפיזיותרפיה.
- **הווקטור הקוגניטיבי:** ש' מרגישה שמוחה "מעורפל", ובאבחון ממוקד עולה הנמכה קלה, בייחוד בתחום הניהול, עקב המחלה והטיפולים.
- **הווקטור הרגשי־נרטיבי:** ש' מושקעת רגשית בעוצמה גבוהה בניסיון נואש "לחזור להיות מי שהייתה" לפני המחלה. היא מושכת חזק לכיוון העבר.
- **הווקטור הסביבתי־מערכתי:** המשפחה והסביבה לוחצים עליה "לשמוח שהחלימה" ו"לחזור לעבודה ולתפקוד מלא כאימא", והלחץ הזה מגדיל עוד יותר את הלחץ והאשמה שלה.

ש' חווה תקיעות עמוקה. היא מנסה לפעול כאילו המחלה לא פקדה אותה, אך היא מרגישה שגופה ומוחה בוגדים בה ואינם מאפשרים זאת. יתרה מכך, היא מקבלת מסביבתה מסר אחיד שעליה להתעלם מהקשיים שהיא חווה ו"להמשיך בחייה". היא מתייחסת לגופה החדש בבוז ובדחייה, מטשטשת את הקשיים הפיזיולוגיים והקוגניטיביים ומנסה "למשוך" את תפיסת הזהות לאחור בלי להטמיע את השינויים אשר חלו בה.

ההתערבות: המטפל השיקומי פועל כמנווט. הוא רואה בניסיון "לחזור לאחור" את המקור לתקיעות ולסבל.

1. **מיפוי השדה:** המטפל והמטופלת ממפים יחד את הכוחות: "את שואפת לחזור לכיוון 'אימא או עו"ד־של־פעם', והגוף 'מושך' לכיוון 'עייפות'. אלה שני כוחות שמבטלים זה את זה ומשאירים אותך תקועה".

2. **ניווט לזהות חדשה:** המטפל עוזר לש' לבצע אינטגרציה במקום להילחם בקשיים הפיזיים המגבילים לצד השינויים הקוגניטיביים הוא עוזר לה לקבל אותם

הכוחות כולו, וד' מגייס כוחות להשתלבות בתעסוקה תואמת.

ד' הדגים את הדינמיות של תפקיד המטפל על ציר הזמן. בשלב הראשוני נדרש המטפל להיות מייצב במצב של ההלם הראשוני, ובשלב השיקום התעסוקתי שב התהליך ונכנס לעיתים לקיפאון. המטפל זיהה "רגע של גמישות וקטורית" - הצלחה קטנה של ד' בניהול משימה מורכבת ולצידה התערבות המטפל בהתנהלות עם המעסיק - והשתמש בה כזרז. בזכות הדהוד ההצלחה הזאת השיב המטפל את חוויית הפוטנטיות ותחושת הסוכנות ועקב זאת שינה את שקול הכוחות כולו ואפשר לד' לגייס את הכוחות הנדרשים ליציאה לעבודה למרות מחסומי הסביבה.

סיכום: שיקום כתהליך של כיוול כוחות

במודל הווקטורי המוצע כאן הצעתי שפה מושגית להבנת תהליך השיקום כשדה כוחות דינמי ורב־ממדי. במקום תפיסה ליניארית של התקדמות או מערכת יחסי גומלין סטטית מבליט המודל את האינטראקציה הדינמית בין היבטים קוגניטיביים, רגשיים, אישיותיים וסביבתיים הפועלים יחד ולעיתים במתח. ההמשגה הזאת מאפשרת לראות תופעות כגון נסיגה, תקיעות או תנודתיות כביטוי לשינויים בשקול הכוחות ולא ככשל בתהליך. לפיכך תפקידו של הפסיכולוג השיקומי אינו ליווי התקדמות המטופל אלא פעולה אקטיבית כממפה, מתעדף ומכוון של הכוחות האלה.

השלכה מרכזית של המודל היא על אופן קבלת ההחלטות הקליניות. ההתערבות אינה נגזרת רק מהערכת חסרים תפקודיים אלא גם מהבנה של כיוון הכוחות הפועלים בזמן נתון ועוצמתם. למשל, במצבים מסוימים תידרש התערבות מייצבת של הווקטור הרגשי, ובמצבים אחרים יובלט שינוי בהגדרת מטרות או התערבות בסביבה המערכתית. מלבד זאת מודגשת במודל חשיבות האינטגרציה בין שיפור התפקוד ובין שינוי בממד המשמעות והזהות. התקדמות בת־קיימה בשיקום מתרחשת כאשר מתאפשר גם ארגון מחדש של סיפור החיים - רציפות בין עבר, הווה ועתיד - ושל תחושת הסוכנות של המטופל, ולא רק כאשר חל שיפור ביכולתו.

ולבסוף, תרומתו של המודל אינה רק תיאורית כי אם גם יישומית: הוא מציע כלי חשיבה שמאפשר למטפל ולמדריך לנהל את המורכבות השיקומית בזמן אמת - לזהות אילו כוחות פועלים, באיזה כיוון ובאיזו עוצמה ולכוון את ההתערבות בהתאם. בעשותו כן הוא מבקש לאפשר תהליך שיקומי אשר שומר על כיוון כללי של תנועה לעבר משמעות, מסוגלות וצמיחה גם בתנודתיות ואי־ודאות.

(acceptance) ולבחון דרכים להתמודד עימם. ש' מנווטת אפוא אל עבר תפיסת עצמי וזהות חדשות. היא מתחילה לבנות סיפור חיים חדש שבו היא אימא ועו"ד מחלימה אך פועלת. במקום "לחזור לעבוד במשרה מלאה" היא והמטפל מנווטים אל חזרה מדורגת ומותאמת לצד אימון קוגניטיבי מפצה ושינוי בתפיסת המסוגלות, וש' מתחילה לנוע בתהליך השיקום מתוך תקווה ומשמעות מחודשת.

הדינמיקה הווקטורית לאורך ציר הזמן: המקרה של ד'

ד' מתמודד עם השפעותיה של פגיעה מוחית קשה, והמקרה שלו מדגים כיצד תפקיד המטפל משתנה כפונקציה של הכוחות הדומיננטיים בכל שלב:

שלב א': השיקום המוסדי (התמקדות בייצוב)

- מצב הווקטורים: הווקטור התפקודי והקוגניטיבי נמצאים בשפל (magnitude). הווקטור הרגשי מאופיין בהלם ובהכחשה (הגנות פרה־מורבידיות לדברי הופיין).
- תפקיד המטפל כמייצב: המטפל מתמקד בבניית הברית הטיפולית (Ben-Yishay, 1996) ובתיווך המציאות החדשה למשפחה (וקטור סביבתי). מטרתו למנוע "קריסה שיקומית" ולאפשר למערכת להתחיל לנוע.

שלב ב': היציאה לקהילה (התמקדות בניווט)

- מצב הווקטורים: חלה התקדמות ביכולת התפקוד, אך המפגש עם הקהילה מעצים את תחושת האובדן. נוצר קונפליקט חריף (מודל ה־Y של גרייס) בין מי שהיה ד' ובין מי שהוא עכשיו.
- תפקיד המטפל כמנווט: כאן המטפל עוזר לד' לנווט בתוך ה"סיפור הבעייתי" (נרטיבי). הוא מסייע לו לתעדף מטרות שיקום חדשות - לא רק "לחזור לעצמי" אלא גם ליצור וקטור זהות חדש שמשלב את המגבלות ביכולות הקיימות.

שלב ג': שיקום תעסוקתי ארוך טווח (התמקדות בקטליזציה)

- מצב הווקטורים: ד' נמצא בקיפאון מסוים. הווקטור הסביבתי (מעסיק פוטנציאלי) משמש מחסום בגלל הבנה חלקית של השלכות הפגיעה ואופן ההתמודדות עימה.
- תפקיד המטפל כזרז: המטפל מזהה נקודת גמישות - הצלחה קטנה של ד' בביצוע משימה קוגניטיבית מורכבת. המטפל משתמש ברגע זה כדי לחזק את תחושת הפוטנטיות והסוכנות. לצד זה הדרכת המעסיק יוצרת הבנה טובה יותר והתאמה של סביבת העבודה ואופי המשימות. השינוי הקטן הזה משנה את שקול

הופיין, ד' (2018). מודל נירופסיכולוגי קליני לשיקום נפגעי ראש: ליקויים ראשוניים, ליקויים משניים ומשתנים מתווכים [חומרי הוראה / פרסום פנימי]. האוניברסיטה העברית בירושלים.

לוריא, א"ר (1979). עולמו המנופץ. ספריית פועלים.

Ben-Yishay, Y. (1996). Reflections on the evolution of the holistic approach to neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6(4), 327–343. <https://doi.org/10.1080/713755510>

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press.

Gracey, F., Evans, J. J., & Malley, D. (2009). Capturing process and outcome in complex rehabilitation interventions: A “Y-shaped” model. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(6), 867–890. <https://doi.org/10.1080/09602010903027763>

Katz, S., & Florian, V. (1987). A comprehensive theoretical model of psychosocial adaptation to physical disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 30(3), 141–150.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Harper & Brothers.

Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: I. A theoretical adaptation framework. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17(1), 5–16. <https://doi.org/10.1891/0047-2220.17.2.6>

Luria, A. R. (1973). *The working brain: An introduction to neuropsychology*. Basic Books.

Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton & Company.

Wilson, B. A. (2002). Towards a holistic approach to neuropsychological rehabilitation. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 525–528. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.525>

הגוף מדבר, הנפש מקשיבה - טיפול דינמי-חוייתי ממוקד בפסיכוסומטיקה בילדים ובמתבגרים

הילה בר יפעת^{1,2}

תקציר

במאמר זה מוצג יישום של טיפול דינמי-חוייתי ממוקד (EDT) בהפרעות פסיכוסומטיות בקרב ילדים ומתבגרים. ההפרעות האלה באות לידי ביטוי בתסמינים גופניים מתמשכים ללא הסבר רפואי מספק, תסמינים שקשורים למצוקה נפשית ולפגיעה בתפקוד. בסקירת הרקע התאורטי מובאות כמה נקודות מבט פסיכואנליטיות להבנת הקשר גוף-נפש ומקומם של רגשות לא מעובדים או חסומים בהופעת תסמינים גופניים. אחר כך מודגמים עקרונות העבודה של הטיפול הדינמי-חוייתי הממוקד ובהם יצירת ברית טיפולית מהירה, עמדה פעילה של המטפל, הגדרת מוקד טיפול ברור ומודעות לגבולות הזמן של הטיפול. באמצעות תיאורי מקרה של ילדים ומתבגרים בעלי תסמינים פסיכוסומטיים שונים מודגם האופן שבו תסמינים גופניים עשויים לשמש מגן מפני רגשות מסתגלים חסומים. עבודת הטיפול מתמקדת בזיהוי ההגנות, החרדה והרגשות המרכזיים ובסיוע למטופלים לבוא עימם במגע ולבטאם באופן מותאם. בזכות תהליך זה ייתכנו הפחתה בתסמינים הגופניים ושיפור בתפקוד הרגשי והבין אישי.

פסיכוסומטיקה

המושג "פסיכוסומטיקה" עוסק בקשר בין הנפש (פסיכה) ובין הגוף (סומה) בהתפתחותן של מחלות או תופעות גופניות ומניח קשר דו-כיווני ביניהם. קשר זה מאפשר התבוננות אינטגרטיבית במטופל (מזרחי, 2020). במשך השנים הוצעו במדריך האבחון הפסיכיאטרי (DSM) קטגוריות שונות לתיאור התופעות הללו, למשל סומטיזציה והפרעות סומטופורמיות. ב-DSM-5 הן מוגדרות הפרעות תסמינים סומטיים (somatic symptom and related disorders - SSRDs) (להק ומעוז ישראל, 2020). בהגדרה הזאת נכללות הפרעת תסמינים גופניים (somatic symptoms disorder), חרדת חולי (hypochondriac), הפרעת המרה (somatic conversion)

(disorder), הפרעה מלאכותית (factitious disorder), גורמים פסיכולוגיים שמשפיעים על המצב הרפואי (psychological factors affecting) ותסמינים סומטיים לא ספציפיים (unspecified somatic symptom and related disorder). מטופלים שסובלים מההפרעות האלה מדווחים על תסמינים פיזיים מתמשכים שמלווים במתח ובפגיעה בתפקוד היום-יומי. לעיתים קרובות הם מתקשים לקבל הכרה במצבם במערכות רפואיות או מקבלים אבחנות שגויות, ומצב זה עלול לגרום למעגל של דאגה גוברת, להעצים את החרדה ולפגוע עוד יותר בתפקודם. בקרב ילדים ונוער מקדימים לעיתים אירועי בריונות וקורבנות הופעת תסמינים פסיכוסומטיים. מלבד זאת קיימת קומורבידיות גבוהה בקרבם בין SSRDs ובין הפרעות חרדה ודיכאון (Cozzi et al., 2021).

ירום (2010) תיארה שלוש נקודות מבט פסיכואנליטיות על הגוף ומסריו. הגישה הפסיכואנליטית הקלאסית רואה בתסמיני הגוף תופעות המרה סנסוריות ומוטוריות שמובעים בהן תסריטים נירוטיים לא מודעים. הגישה השנייה, ברוח יחסי האובייקט ובעיקר במשנתה של ג'ויס מקדוגל, מתמקדת ב"עצמי סומטי" שבא לידי ביטוי ב"רסיטל של איברים" - תחלואים קבועים או מתחלפים שמופיעים בתהליך האנליטי כתיאטרון של גוף ונפש. לפי הגישה הזאת, תופעות גופניות הן ראי של יחסי אובייקט מוקדמים והכשלים שבהם. הגישה השלישית, הגישה ההתייחסותית, רואה בגוף כלי תקשורת ונרטיבי, היינו סיפור שאנחנו בונים במשך הטיפול דרך תחושות ומטפורות.

קוניצ'זקי (2020) תיאר מניסיונו הקליני ארבע פרדיגמות של הפסיכוסומטיקה. הראשונה היא פרדיגמת הגוף הסומטורי-סימבולי, פרדיגמה פרוידיאנית שרואה בגוף אנטומיה סמלית. לפי התפיסה הזאת מתגלה הגוף דרך אובייקטים חלקיים שקשורים לדחף ולחיפוש אחר סיפוקו. הגוף מופיע בפני המטפל כאוסף תחושות ואיברים שמתארגנים ליחידות נרטיביות בעלות משמעות. ההמרה נתפסת כביטוי גופני של קונפליקט לא מודע שבאמצעותו נעשה הגוף איבר של השפה.

¹הילה בר יפעת היא פסיכולוגית שיקומית מומחית, פסיכותרפסטית ומדריכה לפסיכותרפיה ממוקדת באוניברסיטת בר-אילן.
²תודה מיוחדת למר מיקי דורון ולמר אנדרס קוניצ'זקי על הערותיהם המועילות לטייטה המוקדמת של המאמר.

התגבשות יכולת סמלית ומילולית מלאה. אחדים מעקרונות העבודה בגישה הזאת בקרב ילדים ומתבגרים תוארו בעבר (בן־שטרית ואחרים, 2020; דרדיקמן־עירון, 2020; Pascual-Leone et al., 2015), ובמאמר הזה ביקשתי להרחיב את הדיון ביישומם ביחוד בתחום הפסיכוסומטיקה.

רקע טיפול דינמי־חוייתי ממוקד³

ברמן (2002) ציטט את פרויד שטען כי הניסיון לימד אותנו ששחרורו של אדם מתסמיני הניורטיים ומהעכבות האבנורמליות שבאופיו הוא משימה ארוכת טווח, ובטענה הזאת הוא פקפק באפשרות לקצר את תהליך הפסיכותרפיה. עם זאת משנות השבעים והשמונים של המאה העשרים נעשו טיפולים דינמיים קצרי מועד רווחים יותר ויותר ככלי יעיל ולגיטימי בארגז הכלים של מטפלים (אציל, 2005), והגותם של באלנט (Balint, 1972), מאן (Mann, 1973), מאלן (Malan, 1976), דבנלו (Davanloo, 1996) ואחרים תרמו להתבססות המונח "טיפול דינמי קצר מועד" (לאור, 2002).

כמה גורמים השפיעו על קיצור ועל מיקוד הטיפולים האנליטיים המסורתיים ובהם ריבוי נפגעי טראומה לאחר מלחמת העולם השנייה; עליית הגישות ההתנהגותיות ממוקדות המטרה; פיתוח תרופות פסיכותרופיות שקצרו את זמני האשפוז של מטופלים; התרחבות הגישה השיקומית שדגלה בהחזרת בני אדם לקהילה ונרמלה את תופעת הטיפול; ולחצי מערכות הביטוח לצמצום משך הטיפול (אציל, 2005; דסברג, 1989). ולצד התבססותן של תאוריות התפתחותיות מרכזיות באמצע המאה העשרים, למשל התאוריה של אריקסון (Erikson), של ויניקוט (Winnicott), של בולבי (Bowlby) ושל מאהלר (Mahler), התעורר צורך בפיתוח דרכי טיפול חדשות ומגוונות מבעבר. הטיפול הדינמי־חוייתי אשר מבליט את החוויה הרגשית בהווה ואת ההתנסות הישירה של המטופל בהקשר הטיפולי סימן מעבר מהתמקדות בלעדית בעבר ובפרשנות אל עבודה טיפולית חוייית ומיידית. עם זאת מאחר שטיפול דינמי ממוקד משלב את כל הטכניקות הקלאסיות (חלומות, פירוש והעברה) של טיפולים דינמיים ארוכי טווח עולה השאלה במה ייחודו של הטיפול הממוקד (לאור, 2002). מאפיינים ייחודיים אחדים הוצעו במשך השנים, והמאמר הזה בא להדגים ארבעה מהם באמצעות הצגת מקרים של טיפול דינמי־חוייתי בהפרעות פסיכוסומטיקה בקרב ילדים ומתבגרים: ברית טיפולית מהירה, אקטיביות המטפל, יצירת מוקד ברור ומודעות לגבולות הזמן.

הפרדיגמה השנייה משקפת את רעיונותיה של מלאני קליין ולפיהם מתקיים בעומק הלא־מודע תהליך סומטורי פסיכי שיוצר מנגנונים נפשיים לשמירה על לכידות הנפש. כדי להתמודד עם עודפות הדחף מתפתחים מנגנוני פיצול והשלכה שמאפשרים הבחנה בין "אני" ובין "לא אני". הגוף נתפס כעדות זיכרון לחוויות פיזיות מן העבר שמשמשות בסיס להתפתחות הפסיכולוגית בהווה.

מאן הציע לנסח עוד בתחילת הטיפול "סוגיה מרכזית" שמביעה באופן תמציתי את חויית המטופל. בסוגיה הזאת נכללים מרכיב זמן (תחושות של המטופל שמתרחשות כעת ולכל אורך חייו), רגש מרכזי (הרגש המתעורר תמיד) ויחסו של האדם לעצמו (דימוי עצמי) לצד היגד תמיכתי שקשור לכוחותיו

הפרדיגמה השלישית, בהשראת גיימס, רואה בנפש זרם תודעה מתמשך שאפשר לגשת אליו באמצעות קשב ומודעות, והאדם נתפס כאוסף מצבי מודעות בוזמניים. התפיסה הזאת עומדת בבסיס רעיון הדיסוציאציה שלפיו תסמין פסיכוסומטי משקף השתלטות של מצב מודעות מסוים. לפיכך אפשר להניח כי הנפש מורכבת ממצבי עצמי שנבדלים במידת קרבתם למודעות בשעה שהגוף משמש זירה לביטוי מצבים דיסוציאטיביים.

הפרדיגמה הרביעית מתמקדת בהתמרה רגשית: רגשות שלא עברו עיבוד קוגניטיבי־סימבולי עשויים להישאר רגש גולמי שמתמקם בגוף ומובע כתסמין פסיכוסומטי. המטופלים הללו מתקשים בוויסות רגשי בשל היעדר מנגנוני סימבוליזציה ומנטליזציה מפותחים.

אם כן, האטיולוגיה של ההפרעות הפסיכוסומטיות מגוונת, ולמטפל יש כלי טיפול שונים לבחירת ההתערבות המתאימה למטופל. במאמר זה יודגמו עקרונות הטיפול הדינמי־חוייתי הממוקד (experiential dynamic therapy - EDT) בהפרעות האלה. אומנם השימוש בגישות דינמיות־חויייתיות במבוגרים הולך ומתרחב, אבל יישומן בילדים ובמתבגרים תואר בצמצום מסוים בספרות. תרומתה הייחודית של גישת ה־EDT בהקשר זה נעוצה בהתמקדותה בזיהוי ובוויסות של רגשות מסתגלים חסומים, בהבנת תפקידן של הגנות גופניות ובשימוש בקשר הטיפולי כחוויה רגשית מתקנת. המאפיינים הללו עשויים להיות רלוונטיים במיוחד בעבודה עם ילדים ומתבגרים אשר מצוקתם מובעת פעמים רבות דרך הגוף טרם

³ פרטי המטופלים בפרק הוסוו לשם שמירה על חיסיון רפואי.

תיאורי מקרים

תיאור מקרה - דנה

דנה, בת 12, הופנתה לטיפול עקב מתקפות שיעול צורמני זה שלושה חודשים בקירוב, בעיקר בשעות בית הספר, ללא ממצא רפואי לאחר בדיקות מקיפות. דנה נכנסת לחדר הטיפול, למפגש הראשון, ושיעולה צורמני. היא מתיישבת על הספה מולי, ואני ממתניה שתי דקות נוספות בערך (זמן נצח) עד שתיפסק מתקפת השיעול. לכל אורך שתי הדקות אני מקפידה ליצור קשר עין עם דנה ולחייך חיוך אמפתי. כשדנה מסיימת להשתעל אני אומרת: "היי, דנה, נעים להכיר. וואו, לא קל להיכנס ככה למקום חדש. התכווצתי כששמעתי אותך והרגשתי חוסר נוחות. אני יכולה רק לתאר לעצמי כמה זה יכול להיות מורכב ולא נעים לך לפעמים". ההתערבות הזאת, כבר ברגע הראשון של הטיפול, נועדה לענות על אחד מיסודות הטיפול הממוקד - יצירה מהירה של ברית טיפולית. באמצעות חשיפה עצמית של ההעברה הנגדית הזמנת את דנה לשתף אותי במשהו מחווייתה המורכבת, גם אם לא מייד.

אסימו (Osimo, 2013), מאבות הטיפול הדינמי-חוויתי הממוקד, הדגיש שההיבטים האמיתיים של היחסים עם המטפל יכולים להפוך למנוף ראשי לשינוי של ממש. שימת הלב המדוקדקת ליחסים עם המטופל והדאגה החיובית ליצירתם יוצרת קשר רגשי עמוק עם המטפל (בן שטרית ומאירס, 2013). לדברי אסימו (Osimo, 2013), יש לקשר הזה היבטים ממשיים והעברתיים. אם כן, ההתערבות הזאת, שחשפה את רגשותי כאדם מול דנה, אפשרה לי ליצור "יחסים אמיתיים" עימה כבר מהרגע הראשון בטיפול.

תיאור מקרה - תומר

תומר, בן 15, פנה לטיפול בגלל כאבי בטן חזקים שנמשכו חצי שנה בקירוב ופגעו בתפקודו היומיומי. הכאבים גרמו להתנהגויות הימנעות ובהן היעדרות מבית הספר והימנעות ממפגשים חברתיים לצד הרגשה כי עליו להימצא בקרבה לשירותים בביתו. בירור רפואי מקיף שנערך בשלושה בתי חולים בארץ לא העלה ממצא אורגני שהסביר את תלונותיו. מן האנמנזה עולה כי מאז לידתו עברה משפחתו דירה שש פעמים בעקבות עבודת האב.

בעבודתי עם תומר השתמשתי בקביעת מוקד טיפול ברור. קביעת מוקד טיפול ברור, שבזכותה אפשר להגיע במהירות האפשרית לגרעין הבעיה או לבעיות המרכזיות שהמטופל מתמודד עימן, היא אחד המאפיינים העיקרים של הטיפול הממוקד. קביעת מוקד או מוקדי טיפול מתאפשרת, בין היתר, באמצעות שימוש בכלי שכינה מאן (Mann, 1991)

"הסוגיה המרכזית" (central issue). כלי זה מנוסח כבר בתחילת הטיפול ומבהיר דבר שהמטופל ידע תמיד אך לא הצליח להגדיר. מאן הציע לנסח עוד בתחילת הטיפול "סוגיה מרכזית" שמביעה באופן תמציתי את חוויית המטופל. בסוגיה הזאת נכללים מרכיב זמן (תחושות של המטופל שמתרחשות כעת ולכל אורך חייו), רגש מרכזי (הרגש המתעורר תמיד) ויחסו של האדם לעצמו (דימוי עצמי) לצד היגד תמיכתי שקשור לכוחותיו.

בטיפול של תומר ניסחתי את הסוגיה המרכזית כבר במפגשנו השלישי:

תומר, אני מתרשמת ממך כנער מוכשר שמצליח בהרבה תחומים כמו הלימודים והנגינה (מרכיב תמיכתי). עם זאת נראה לי שלאורך חיך ובמעברי הדירה הרבים שחווית אתה מרגיש הרבה פעמים (מרכיב הזמן) מבוכה ובדידות (הרגש המרכזי) שמונעים ממך ליצור קשרים עם בני גילך ומשאירים אותך עם ערך עצמי נמוך ותחושה של דחייה כמו 'אני לא שווה' (יחסו של האדם כלפי עצמו). בגלל ההרגשה הקשה הזאת כאבי הבטן בטח ממש עוזרים לך לפעמים, כי הם משאירים אותך לבד על האסלה ואז אתה לא חייב להתמודד עם הרגשות הלא נעימים האלה. אתה יכול להתחבר במשהו למה שאמרתי?

ניסוח סוגיה מרכזית מדויקת שמזמינה את המטופל להיות חלק בעיצובה הוא כלי נוסף ליצירת ברית טיפולית מהירה שחיונית בפרט בטיפול בילדים ובמתבגרים שסבלנותם לתהליך הטיפולי עלולה להיות מוגבלת לפעמים.

כלי נוסף שהציע מאן (שם) לסיוע במיקוד הטיפול הוא ניסוח הקונפליקט המרכזי שהמטופל מתמודד עימו: קונפליקט שקשור לתלות-עצמאות, קונפליקט סביב פסיביות-אקטיביות, קונפליקט סביב הערכה עצמית תקינה או נמוכה-לקויה וקונפליקט שקשור באבל או בצער מושהים או לא פתורים. השוני בין בני האדם קשור למידת הבולטות של קונפליקט אחד לעומת האחר ולעמדה הרגשית שהאדם נוקט בזמן היותו נתון בקונפליקט. במקרים רבים מתעוררים כמה קונפליקטים אצל המטופל במשך אותו טיפול. במקרים רבים נמצאת המטופלת, זמנית או בפרק זמן ממושך, קרוב יותר לציודו האחד של הקונפליקט מלציודו האחר. זיהוי הקונפליקט המרכזי ואיתור מיקומו של המטופל על פני הרצף מסייע למטפל להבין ביתר בהירות את המצוקות ואת התגובות האופייניות של המטופלים, ובמקרים רבים אף משפיע על דרכי עבודתם של המטפלים (שם; שפיר, 1993). אצל תומר היה הקונפליקט המרכזי אָבל וצער לא פתורים בגלל פרדתו מחבריו במעברי הדירה המרובים שלו ואחר כך גם הערכה עצמית נמוכה. עיבוד הקונפליקטים התאפשר

הדפוסים במשולש הקונפליקט (P) וכיצד הדפוסים האלה מופיעים בהווה (C) ובטיפול (T). המטפל ישאף לעזור למטופל להפוך את משולש הקונפליקט מלא מודע למודע; את החרדה למודעת, מורגשת בגוף ומוסתת ואת ההגנות למודעות, ובהדרגה לוותר עליהן; ואת הרגש למודע ונחוה במלואו (דרורי ומאירס, 2021). בגישה הזאת נעוץ אפוא מקור המצוקה הנפשית של מטופלים ברגשות מסתגלים חסומים. אלה רגשות בריאים ומותאמים למצב שמסייעים לאדם להבין צורך, להגן על עצמו, להתקרב לאחרים או להסתגל למציאות. המגע עימם, או היכולת להביעם באופן מסתגל, נחסמו במשך השנים הראשונות לחיים במסגרת ההתקשרות הראשונית. הרגשות עלולים להיחסם כאשר התנהגות הילד מתקבלת בגיננו או בהענשה מצד ההורה המתנגד להתנהגות בשל אמונותיו או הלכות חייו או כאשר התנהגות הילד מעלה קונפליקט מעברו של ההורה ועל כן הוא אינו זמין לסייע לילד לווסת את רגשותיו. רגשות עשויים להיחסם כאשר דמויות ההתקשרות מתקשות להכילם או מגיבות בגיננו, בענישה או בהימנעות, ועקב זאת לומד הילד לעכב את ביטויים כדי לשמר את הקשר (דרדיקמן עירון, 2020).

אם כן, בטיפול נשאף לזהות את מערך ההגנות של המטופל, כלומר הדרכים (כגון רציונליזציה וניתוק) שפיתחה נפשו לאורך ציר ההתפתחות שלו כדי להגן עליו מפני רגשות מכאיבים, מציפים או מאיימים מדי (כמו עלבון ודאגה) ולהצביע על מערך זה בפני המטופל. לעומת גישות דינמיות קלאסיות, בגישה הזאת נעניק תשומת לב פחותה ל"פירוש" ההגנה בלבד ונבליט את האופן שבו היא מתרחשת "כאן ועכשיו" בתוך החוויה בטיפול. בסופו של דבר תהיה מטרתנו לסייע למטופל להיות במגע רגשי עם הרגשות המסתגלים ולוותר בהדרגה על "רגשות חוסמים" (כמו כעס ואשמה), כלומר רגשות שמרחיקים אותו מהחוויה הרגשית וגורמים תקיעות, הצפה והימנעות מרגשות חשובים ובסיסיים מהם. זיהוי רגשות (למשל צער או עצב לעומת כעס) בקרב ילדים ומתבגרים ותיג מדויק שלהם מאתגר יותר מזיהויים ותיגם בקרב מבוגרים. הקושי לזהות את הרגשות האלה, לצד השימוש בגוף כאמצעי לביטוי מצוקה רגשית בהקשרים פסיכוסומטיים, מחייב את המטפל להתאים את ההתערבות באופן רגיש ומכוון, להתמקד בפיתוח מודעות רגשית ובתוך כך לתת חלופה ביטויית מילולית שמסוגלת לתמוך בעיבוד רגשי מיטבי.

בטיפול החלה שרון לשתף אותי בהדרגה בהשפעות הגירושין עליה: אני למדה שאביה נפגש עם חברתו, אבל אינו מציג אותה לילדיו; שקיים סכסוך מזונות בין ההורים, ושרון מודעת

בעזרת שימוש בטכניקת הולדת הרגשות של אוסימו (בן שטרית ומאירס, 2013), למשל באמצעות חזרה לזיכרונות של תומר מהחברים שנאלץ להיפרד מהם והעידוד שקיבל מהמטפלת לחוות את הרגשות האסורים שנכרכו בזיכרונות הללו ו"נקברו". עם רגשות כאלה נמנו כעס כלפיו הוריו שבחרו לעבור דירה, תסכול כלפי חבריו שלא שמרו איתו על קשר ועצב וגעגוע לחברות שדעכה.

לדברי אוסימו (אצל בן שטרית ומאירס, 2013) מתפקדת המטפלת כמיילדת שמסייעת ללדת רגשות. תפקידה לסייע למטופל "להיות במגע" עם רגשותיו האמיתיים עד כמה שהוא יכול לשאתם (מלאן, 1979). כן עליה לעשות כל שביכולתה כדי שיוכל תומר לחוות רגשות עמוקים מרגע שהתעוררו ולבטאם מנטלית, מילולית ובהתנהגותו. למשל, התקיים מפגש משותף עם הוריו של תומר ובו הסכים תומר לשתף את אותם בהרגשות הכעס והאשמה הרבות שהחזיק כלפיהם בנושא מעברי הדירה, ולהורים ניתנה הזדמנות לתקף את רגשותיו של תומר. מהרגע שניתנה לרגשות הכמוסים הרשות לבוא לידי ביטוי נראה כי התייתר בהדרגה תפקידו של הגוף לשדר את מצוקותיו של תומר, וכאבי הבטן פחתו במידה ניכרת.

תיאור מקרה - שרון

שרון, בת 16, הופנתה לטיפול עקב פריחות וגרד חוזרים ללא מענה רפואי (ובכלל זה משחות ודיקור), לאחר שרופאת הילדים חשדה בבסיס פסיכוסומטי. הפריחות הופיעו שנה בערך לאחר גירושי הוריה בעקבות בגידת האב באם. מרכיב חשוב נוסף בטיפול הממוקד הוא העמדה האקטיבית של המטפל. העמדה הזאת מסייעת ליצירת ברית טיפולית מהירה ומחייבת את המטפל לתכנן את ההתערבות הטיפולית. הקשר האקטיבי בין המטפל ובין המטופל יתאפשר באמצעות האזנה, הזנחה ופירוש סלקטיביים של המוקד, והם יאפשרו למטופל לחשוף רגשות אסורים "קבורים". במונחים של אלכסנדר ופרנץ' (כמו שהם מובאים אצל שפלה, 1993), מאבות הטיפול הדינמי הממוקד, יכול המטופל לחוות "חוויה רגשית מתקנת" אשר באמצעותה יוכל להתגבר על אירועים טראומטיים מהעבר.

בטיפול הדינמי-חיווייתי הממוקד יש שני כלים חשובים שיאפשרו למטפל לתכנן את ההתערבות הטיפולית וליצור התערבויות אקטיביות. האחד הוא משולש הקונפליקט והשני הוא משולש האדם של מלאן (Malan, 1979). בעזרת המשולשים יכול המטפל לזהות את הרגשות האסורים שנמנע מהם (F), את מערך מנגנוני ההגנה (D) שהתפתחו כדי להגן מפני הצפת החרדה (A), את נסיבות העבר של

המטופלת להביט בהגנותיה בחמלה ובהשלמה עם הצורך שהיה בהן ומתוך הזמנה לפתח חלופה שתאפשר לה חיים מספקים וחוויה מלאה של רגשותיה (דרורי ומאירס, 2021). כמוכן, בטיפול בשרון, ובילדים ובמתבגרים בכלל, מוגבלת היכולת שלנו לעסוק במשולש האדם, שכן ציר העבר וציר ההווה אינם מובחנים דיים לעומת המבוגרים. אם כן, היכולת שלנו לעשות אינטגרציה בין התנהלות המטופל בהווה, בעבר ובטיפול מוגבלת יותר, ופעמים רבות תינתן בטיפול תשומת לב רבה יותר ל"כאן ועכשיו" (בן שטרית ואחרים, 2020). במשך הטיפול שכללה שרון בהתמדה את יכולתה לבטא את מנעד רגשותיה בקשר לגירושי הוריה בטיפול (T) ובפני הוריה וחבריה (C) ועל כן יכלה בהדרגה לוותר על ההגנה (פריחה).

בטיפול הדינמי-חוויתי הממוקד יש שני כלים חשובים שיאפשרו למטפל לתכנן את ההתערבות הטיפולית וליצור התערבויות אקטיביות. האחד הוא משולש הקונפליקט והשני הוא משולש האדם של מלאן. בעזרת המשולשים יכול המטפל לזהות את הרגשות האסורים שנמנע מהם (F), את מערך מנגנוני ההגנה (D) שהתפתחו כדי להגן מפני הצפת החרדה (A), את נסיבות העבר של הדפוסים במשולש הקונפליקט (P) וכיצד הדפוסים האלה מופיעים בהווה (C) ובטיפול (T).

תיאור מקרה - אלון

אלון, בן שמונה, הופנה לטיפול בשל היעדרויות ממושכות מבית הספר על רקע כאבי ראש עזים. בירור רפואי מקיף לא העלה ממצא אורגני שמסביר את התסמינים. באינטייק תיארו הוריו התפתחות תקינה ומעבר תקין ממסגרת הגן לבית הספר. כבר במפגש הראשון שאל אלון: "כל כיתה ג' אני אהיה כאן?"

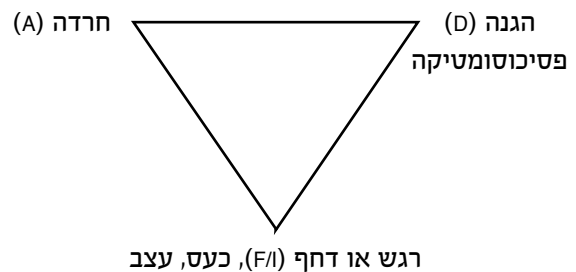
מרכיב נוסף בטיפול הממוקד הוא מודעות לגבולות הזמן. קיצור הטיפול האנליטי כמטרה בפני עצמה, מתוך התמקדות ביעילות ובקיצור זמן, מרמז על הנחה ששימת הטיפול המלאה אינה ניתנת למימוש, שכן ההגבלה ל"גזרה צרה" עלולה לגרום לויתור על היקפו המלא של התהליך האנליטי. בטיפול הדינמי הממוקד לעומת זאת המיקוד עצמו הוא הנושא לטיפול ואינו אילוץ של חוסר בזמן (זלוטניק, 2007). מאן (Mann, 1991) הדגיש את קיומו של קשר בלתי נמנע בין "זמן" ובין "מציאות"; כלומר התפיסה של מציאות מחייבת תפיסה של הזמן ולהפך. לדברי מאן, כל הפסיכותרפיות

היטב לפרטיו ופעמים רבות אף משמשת מתווכת שמעבירה מסרים בין ההורים כי תקשורתם חלקית בלבד. המצב הזה יצר אצלה רגשות כעס, אכזבה ועצב תהומיים. בהתחלה אני מסרטטת לעצמי את המשולשים הראשונית ובהדרגה אני חושפת אותם כהשערה בטיפול וברמה שרון יכולה לשאת זאת, למשל:

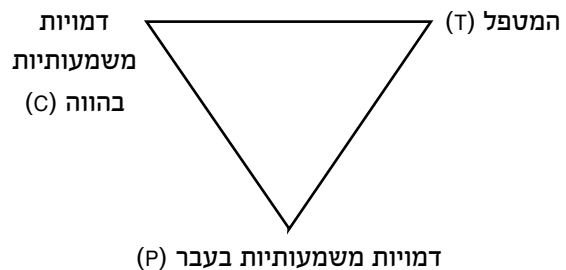
שמת לב שעלה כאן כעס (F) עכשיו כשדיברת על פרדת הורייך? נראה שהתקשית לבטא את הכעס הזה מולי באופן ברור, ובמקום זאת הגוף שלך הסכים לעשות זאת והתחלת להתגרד (D)? זה בלט כאן כבר בכמה שיחות בינינו, ואני מניחה שאם כאן כל כך קשה, מולי, בטח קשה לך עוד יותר לבטא רגשות כאלה מול אימא או אבא... ובמפגש נוסף, שבו הרשיתי לעצמי ללחוץ על ההגנות של שרון אף יותר, הוספתי ואמרתי:

האם יכול להיות, שרון, שהפריחות הן הדרך של הגוף שלך לשאת את הכאב הזה, אבל בלי להציף אותך בחרדה (A)? אולי אם תסכימי לאט-לאט לבטא משהו מכל זה יותר מולי (T), מול הורייך (C), נוכל יחד להחזיק בכאב הזה ולוותר לאט-לאט על הגירוד?

משולש הקונפליקט



משולש האדם



העמדה האקטיבית של המטפלת המצביעה על ההגנות בפגישה, צעד אחר צעד, נעשית מתוך הבנה כי להגנות הלא מסתגלות יש תפקיד ישיר בסבלה של המטופלת. לצד זאת חשוב לשמור על עמדה מכבדת כלפי ההגנות שנוצרו מסיבות טובות ומפשרה שהתאימה לזמנה. העמדה נועדה לעודד את

הקצרות בזמן מביאות לידי החייאתו של קונפליקט שקיים בכל אדם - בין חוויית הזמן הילדית המאופיינת באינסופיות אל מוות ופנטזיות אומניפוטנטיות ובין חוויית הזמן הבוגרת, האימפוטנטית, המאופיינת בסופיות, במוות ובמגבלות אנושיות. סטאדטר (Stadter, 1996) ציין שמודעות למגבלת הזמן יכולה לשמש גורם מאיץ לשינוי או לחלופין לפגום בטיב הליך הטיפול. הטיפול הממוקד נוטה להיות אינטנסיבי וחווייתי ועקב זאת לתרום ליצירת שינויים ולשמירתם לאורך זמן. יתרה מזאת, שמירה על מוקד טיפול ומודעות לסופיות הטיפול יכולות למנוע רגרסיה פתולוגית ומצבים אינפנטיליים. עם זאת יש סכנה בטיפול מוגבל בזמן והיא עיסוק יתר בבעיות מיידיות שימנעו עבודה מעמיקה על בעיותיו של המטופל.

מקאלו (McCullough, 2001), מחלוצות הטיפול הדינמי הממוקד, טענה כי אחת הדרכים לקצר טיפול היא בהתייחסות לקונפליקטים פסיכואנליטיים כאל "פוביה מרגשות". היא הניחה שבהיותנו ילדים אנחנו לומדים להתעלם מרגשות, מחרדה ומבעיות אשר מעוררים חרדה בקרב דמויות ההתקשרות שלנו כדי שנוכל לשמר את הקשר עימם. לדברי מקאלו, כשם שמטופלים מתמודדים עם פוביות חיצוניות כגון נחשים וגבהים כך הם מתמודדים עם פוביות תוך-נפשיות ביחס לרגשות שהם מתקשים לבוא עימם במגע כגון צער, כעס וקרבה. כן הטיפול יתמקד בניסיון לסייע למטופלים לשאת את רגשותיהם ולפעול בקשר אליהם באופן מסתגל.

דבנלו (Davanloo, 1996), אבי שיטת הטיפול הדינמי-אינטנסיבי קצר המועד (intensive short term dynamic psychotherapy - ISTDP) שממנה צמחו כל הגישות הנכללות תחת מטריית הטיפול הדינמי-חווייתי, נוקט אוריינטציה טיפול אסרטיבית אף יותר לקידום רווחת הנפשית של המטופל. דבנלו פיתח מערך טיפול שבמסגרתו פועלים המטפל והמטופל עוד בשלב האבחון וההערכה לזיהוי מערך ההגנות של המטופל, להבהרת תפקיד ההגנות ולבחינת השלכותיהן המזיקות. בגישתו של דבנלו לומד המטפל לזהות הגנות שונות ולהפעיל התערבויות טיפול בהתאם לכל הגנה. פעמים רבות מסייעות האסטרטגיות הישירות האלה להאיץ את הטיפול.

בחרתי להעביר את שאלתו של אלון אליו, "האם היית רוצה להיות כאן כל כיתה ג'?" אלון משך בכתפיו כאומר, "לא באמת משנה לי". כששאלתי אותו אם הוא חושב שנזדקק לכל הזמן הזה (כל כיתה ג') כדי להבין מה גורם לכאבי הראש שלו יכולתי לזהות את ההימנעות שלו. הוא בחר להחביא את ראשו בקפוצ'ון שלבש ולא לומר מילה נוספת דקות ארוכות. בסופו של דבר סיכמתי עם אלון שנקדיש את המחצית

הראשונה של כיתה ג' לטיפול בכאבי הראש ואז נחליט מה נעשה אחר כך. בהדרגה יכולתי להצביע בטיפול על מערך ההימנעות הרחב שלו ולאפשר לו להגמיש את ההגנות האלה ברוחו של דבנלו:

אני לא חושבת שללכת הביתה כשאתה נעלב באמת עוזר לך, ולכן לא אוכל להגיד להורים שזה בסדר. נדמה לי שזה אפילו מחמיר את התחושה שאתה נשאר לבד עם העלבון. בוא נחשוב יחד על דרך אחרת שתכבד את מה שאתה מרגיש וגם תאפשר לך להישאר בבית הספר. מה אתה אומר?

הימנעותיו של אלון היו רחבות וניכרו בטיפול (T), בבית ובבית הספר (C) ולא התירו ייצוג הולם לרגשותיו. למשל, כשילד הכעיס אותו בכיתה הוא סירב לצאת לטיול מטעם בית הספר וכשהתאכזב ממני בטיפול, מפני שסירבתי לשחק במשחק מסוים, הוא לא אפשר לי לשחק איתו במפגש כלל. במשך הטיפול יכולנו לזהות את תפקיד כאבי הראש בבסיס ההימנעות, לעבוד על זיהוי ועל שיום הרגשות השונים, להבין איך הכעס או העלבון באים לידי ביטוי בגוף ואף ליצור מנגנונים מסתגלים מבעבר כגון פנייה למורה לסיוע או תרגול דיבור פנימי מרגיע כדי להתמודד עם רגשות עזים. לאלון יש כוחות אגו יפים, והוא התגייס לטיפול. במהרה, ועם ההתקרבות למחצית השנה, יכולנו לראות שכאבי הראש פוחתים בהדרגה ולנטרם. באחד המפגשים הפנה אלון את תשומת ליבי להסכמתנו להיפגש עד אמצע כיתה ג', והינה הוא כבר הצליח לצמצם את כאבי הראש ולהיות נוכח בבית הספר הרבה יותר. נראה כי המודעות לזמן הייתה לו זרז לשינוי.

על טיפול בהורות

קצרה היריעה מלהרחיב כאן על הטיפול בהורות שהתנהל בד בבד עם הטיפול בילדים ובמתבגרים. עם זאת אציין שכלי מרכזי למיקוד הטיפול היה המשולש ההורי המרחיב את המשולשים המקוריים של מלאן (אצל בן שטרית ואחרים, 2020). מושג זה מתאר את הרגשות המסתגלים, את ההגנות ואת הרגשות החוסמים המתעוררים בהורים בייחוד במסגרת יחסיהם עם ילדיהם. הברור הזה נעשה משום שהילד עשוי לעורר בהורה, או לבטא בעצמו, רגשות שההורים מתקשים לחוות. למשל, בטיפול באלון העלתה בחינת המשולש ההורי של אימו כי היא עצמה מתקשה לבטא רגשות שליליים (F) ובייחוד כעס ויחס חיובי לעצמה במצבים קונפליקטואליים עם אלון. בלט כי במצבים הללו היא נטתה להשתמש בהגנות (D) דומות להגנות שהשתמש בהן אלון, למשל הימנעות

במאמר הזה הצעתי הרחבה של יישום הטיפול הדינמי-חוויתי הממוקד לתחום הפסיכוסומטיקה בילדים ובמתבגרים מתוך התאמת עקרונות הגישה לעבודה עם ביטויים גופניים של מצוקה רגשית בשלבי התפתחות מוקדמים. חדשנות היישום נעוצה בניסיון לחבר בין המשגות פסיכוסומטיות ובין עבודה חוויתית רגשית ממוקדת שמבליטה את תפקידם של רגשות מסתגלים חסומים, של הגנות גופניות ושל קשר הטיפול בתהליך השינוי. מחקר עתידי יוכל לבדוק בשיטתיות את יעילות הגישה במגוון ביטויים פסיכוסומטיים, ברמות תפקוד שונות ובמצבי קומורבידיות כגון דיכאון וחרדה. מנקודת המבט הזאת מציעה הגישה הדינמית-חוויתית הממוקדת תרומה ייחודית להבנת יחסי גוף-נפש ולהרחבת אפשרויות ההתערבות הטיפולית בילדים ובמתבגרים.

וניתוק. עבודה על הגמשת ההגנות הללו עימה ומציאת דרך יעילה יותר לווסת את החרדה (A) שהתעוררה בה במצבים האלה (תרגילי קשיבות [מיינדפולנס] במקרה הזה) שימשה מודלינג לאלון. אז הוא היה יכול לראות ניהול מסתגל יותר של הרגשות המסתגלים האלה.

סיכום

במאמר זה הוצגו עקרונות עבודה מרכזיים בטיפול דינמי-חוויתי ממוקד עם ילדים ומתבגרים שאובחן אצלם SSRDs. העקרונות האלה משלימים את הגישות המסורתיות לטיפול בפסיכוסומטיקה ומאפשרים להעמיק את העבודה הקלינית עם ביטויים גופניים של מצוקה נפשית.

מקורות

- אציל, ד' (2005). **עיבוד תהליכי פרידה ואובדן, בטיפול דינמי קצר מועד**. עבודת סמינר, הפקולטה למדעי החברה, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב.
- בן שטרית, א' ומאירס, י' (2013). **גישה ה-EDT – Experiential Dynamic Therapy בטיפולנט, פורטל לשירותים פסיכולוגיים בישראל**. <https://did.li/0vLof>
- בן שטרית, א', לוי, ג', רחמים, ט' ובר יפעת, ה' (2020). **את לא מחליטה על השוקולד שלי: טיפול דינמי חוויתי (EDT) בילדים ובהורות**. בטיפולנט, פורטל לשירותים פסיכולוגיים בישראל. https://www.betipulnet.co.il/particles/EDT_parents_and_kids
- דסברג, ח' (1989). **פסיכותרפיה דינמית קצרת מועד: סקירה היסטורית**. בתוך ח' דסברג, י' איציקסון וג' שפיר (עורכים), פסיכותרפיה קצרת מועד (עמ' 20-34). מאגנס; האוניברסיטה העברית.
- דרדיקמן עירון, ר' (2020). **טיפול במשחק בילדים בהשראת שיטת הטיפול הדינמי החוויתי הממוקד (EDT)**. פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3970>
- דרורי, י' ומאירס, י' (2021). **טיפול דינמי חוויתי – EDT – Experiential Dynamic Therapy**. הצגה כללית של המודל הטיפולי. פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=4117>
- מאפייני היסוד של טיפול דינמי "קצר מועד"**. [אין מחבר]. האגודה הישראלית לפסיכותרפיה ממוקדת. <https://www.fps.org.il/about/dstterapy>
- זלוטניק, ש' (2007). **על יתרונותיו של הטיפול הדינמי הממוקד**. פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1443>
- ירום, נ' (2010). **שפות הגוף: להאיר תופעות נפשיות המבוטאות בגוף**. מודן.
- לאור, א' (2002). **פסיכותרפיה פסיכואנליטית ממוקדת ותחומה בזמן כמיכל ייחודי**. שיחות: כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה, י"ז(1), 72-65.

להק, א' ומעוז ישראל ד' (2020). פסיכוסומטיקה ברפואה ראשונית: מאפיינים ואתגרים ייחודיים. פסיכואקטואליה, 77, 42-46. <https://did.li/XNjba>

מזרחי, מ' (2020). "הקול בראש" ניתוח לקיצור קיבה באמצעות היפנוזה להתמודדות עם השמנה חוזרת לאחר ניתוח בריאטרי. פסיכואקטואליה, 77, 33-41. https://www.psychology.org.il/StaticContent/jan_2020/index.html

פרויד, ז' (2002). הטיפול הפסיכואנליטי. עם עובד.

קוניצ'קי, א' (2020). ארבע הפרדיגמות של הפסיכוסומטיקה. פסיכואקטואליה, 77, 13-19. https://www.psychology.org.il/StaticContent/jan_2020/index

שפלה, ג' (עורך) (1993). פסיכותרפיה מוגבלת בזמן: תיאוריה, טיפול, מחקר. מאגנס; האוניברסיטה העברית.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). Psychoanalytic therapy: Principles and application. Ronald Press

Cozzi, G., Lucarelli, A., Borrometi, F., Corsini, L., Passone, E., Pusceddu, S., Morabito, G., Barbi, E., & Benini, F. (2021). How to recognize and manage psychosomatic pain in the pediatric emergency department. Journal of Clinical Medicine, 10(6), 1335. <https://doi.org/10.3390/jcm10061335>

Davanloo, H. (1996). Management of tactical defense in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. International Journal of Short-Term Psychotherapy, 11(3), 129-152.

Malan, D. H. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics (2nd Ed.). Hodder Arnold.

Mann, J. (1991). Handbook of short-term dynamic psychotherapy. Basic Books.

McCullough, L. (2001). Desensitization of affect phobias in short-term dynamic psychotherapy. In M. F. Solomon, R. J. Neborsky, L. McCullough, M. Alpert, F. Shapiro, & D. Malan (Eds.), Short-term therapy for long-term change (pp. 54-82). W. W. Norton. <https://did.li/4w9lw>

Osimo, F. (2013). Real relationship. In J. Bowlby (Ed.), Milan seminar: Clinical application of attachment theory (pp. 100-106).

Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2015). Emotion-focused therapy for children: Theory and practice. In L. S. Greenberg (Ed.), Clinical handbook of emotion-focused therapy (pp. 147-170). American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrr6j?utm_source=chatgpt.com

Stadter, M. (1996). Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work. Jason Aronson. https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.155.2.298?utm_source=chatgpt.com

תהודה של פציעה: כיצד הכאב העצבי משמר את הטראומה בחדר הטיפול - מאמר עיון קליני ותיאור מקרה שחף לשם¹

תקציר

מלחמת חרבות ברזל הציבה לפני מערך השיקום בישראל אתגרים קליניים חסרי תקדים שמאופיינים בשיעור גבוה של תחלואה כפולה: כאב נוירופטי כרוני שנובע מפגיעות עצב פריפריות והפרעת דחק פוסט־טראומטית. מנתוני משרד הביטחון עולה שקרוב למחצית מפצועי הלחימה מתמודדים עם תגובות נפשיות שפעמים רבות מופיעות לצד פציעות גפיים מורכבות ובהן נזק עצבי ממושט. במאמר זה מוצעת בחינה תאורטית של מנגנונים נוירוביולוגיים ופסיכולוגיים שקושרים בין שני המצבים דרך מודל התחזוקה ההדדית. במישור הפיזיולוגי מפורט תפקידה של המערכת הסימפתטית והציר הנוראדרגרי בתרגום אותות כאב פריפריים (כגון אותות שנובעים מניורומות טראומטיות) לטריגרים סומטיים ששבים ומציתים את הטראומה הנפשית. בד בבד נבחנת ההשפעה היורדת (top-down) של הפרעת דחק פוסט־טראומטית (PTSD) על שיבוש מערכת עיכוב הכאב המרכזית שגורמת רגישות מוגברת לכאב ומעצימה את הסבל הפיזי. במאמר מוצג תיאור מקרה קליני של לוחם מילואים שסבל מפציעה רב־מערכתית. המקרה מדגים כיצד החמרה בכאב העצבי בעקבות הליך כירורגי גרם להתפרצות מחודשת של תסמיני הפרעת הדחק הפוסט־טראומטית. דרך תיאור מקרה זה מוצגת אסטרטגיית טיפול אינטגרטיבית שמשלבת עיבוד טראומה ממוקד עם טכניקות לוויסות המערכת הפרא־סימפתטית. ממקרה זה עולה שהעלאת המודעות לקשר גוף־נפש ומציאת משמעות מחודשת הן קריטיות לשבירת התחזוקה ההדדית והחרדה. לסיכום, במאמר זה אני קוראת לשינוי פרדיגמה במערך השיקום: מעבר מטיפול דיכוטומי למודל אינטגרטיבי, מודע־טראומה ומותאם־כאב שרואה במערכת העצבים המרכזית והפריפריית יחידת תפקוד אחת. החיבור בין פציעה גופנית, כאב נוירופטי והפרעת דחק פוסט־טראומטית אינו מקרי אלא מייצג יחידה אחת שבה כל מרכיב מזין ומקבע את האחר. בשעה שהפציעה הגופנית היא העוגן

הסומטי לטראומה משמש הכאב הנוירופטי טריגר פיזיולוגי שמעורר זיכרונות חודרניים שאופייניים להפרעת דחק פוסט־טראומטית. המצב הפוסט־טראומטי לעומת זאת משבש את מנגנוני הוויסות המרכזיים ועל כן מנציח את חוויית הסבל הפיזי. מאמר זה מתמקד בהבנת הממשק המשולש הזה כדי להעמיק את ההבנה והיישום בשדה השיקום הרב־צוותי. במאמר נבחנות הראיות מהספרות המקצועית, מוצעת חשיבה קלינית־שיקומית ומוצג מקרה שמשלב טיפול בהפרעת דחק פוסט־טראומטית, טיפול בתסמונות כאב והפחתת מצוקה נפשית ופיזיולוגית בקרב מטופלים שחוו פציעה פיזית.

רקע אפידמיולוגי וקליני

מלחמת חרבות ברזל החלה ב־7 באוקטובר 2023 והציבה לפני מערכת הבריאות ומערך השיקום בישראל אתגרים קליניים ורפואיים בהיקפים שטרם נצפו כמותם. על פי נתוני משרד הביטחון (אוקטובר 2024), עד תום שנתה הראשונה של המלחמה נקלטו באגף השיקום 12 אלף פצועים בקירוב, ושיעור המתמודדים עם פציעה פיזית בקרבם עומד על 66% בערך. הפציעה הפיזית השכיחה ביותר היא פציעת גפיים (42% בקירוב מכלל הפציעות הפיזיות). שיעור ניכר מהפציעות האלה נובע מטראומת הדף, מרסיסים ומקליעים. פעמים רבות מתלווה לפציעות נזק עצבי פריפרי שגורם כאב נוירופטי. בד בבד עמד שיעורם של הפצועים שפיתחו תגובות נפשיות למלחמה, ובייחוד הפרעת דחק פוסט־טראומטית (להלן: PTSD), על 43% בקירוב (משרד הביטחון, 2024). במחקר עדכני שבחן את היקף הפציעות בקרב 187 פצועים שנבדקו נמצא כי שיעור הפצועים שעברו חשיפה כירורגית של העצב (אקספלורציה) בזמן חציוני של שמונה ימים מהפציעה היה 74%. ב־72% מהמקרים האלה אובחן נזק עצבי ממשי שנדרשה בגינו התערבות כירורגית מוקדמת כדי למזער נכות ארוכת טווח (Lachnisch et al., 2025). אף שההתערבות המוקדמת מסייעת בהפחתת ההסתברות

¹שחף לשם היא פסיכולוגית שיקומית מומחית בבית החולים שיבא תל השומר ובקליניקה פרטית. טלפון: 054-5455509; דוא"ל: shahafleshem@icloud.com

לפתח תסמונת כאב, במקרים רבים מתפתחים נזקים עצביים כרוניים חודשים ואף שנים לאחר הפציעה.

מחקרים מראים כי לוחמים שספגו פציעה גופנית, על אחת כמה וכמה פציעה שמלווה באשפוז ממושך, מציגים שיעורי PTSD גבוהים במידה ניכרת בהשוואה ללוחמים שנחשפו לאותם אירועי לחימה אך לא נפצעו פיזית

יש המציעים לקשור את התהליכים האלה לרגרציה עצבית לקויה ולניוון וולריאני (Wallerian degeneration): טראומה קינטית גבוהה גורמת לא רק לחתך פיזי בעצב אלא גם לנזק ממושט לאורך הסיב עקב גל ההדף העובר ברקמה. התוצאה היא עצבוב מחדש שגוי שעלול לגרום הפרעות תחושתיות כרוניות וחולשה מוטורית קבועה (Costigan et al., 2009). גורם נוסף שעלול לגרום כאב כרוני הוא התפתחותן של נזירות טראומתיות - מהתסמינים הכואבים ביותר בקרב פצועי מלחמה, ובייחוד בקרב קטועי גפיים או בפציעות ריסוק קשות. הנירומה נוצרת כאשר אקסונים ששבים וצומחים נתקלים ברקמת צלקת חוסמת, מסתבכים זה בזה ויוצרים פקעת עצבית חסרת סדר. הפקעת הזאת נעשית מוקד כאב פעיל שיוצר התקפי כאב חדים שמתוארים בדרך כלל כזרמי חשמל (Dib-Hajj et al., 2010). יתרה מכך, נזק פריפרי חמור וקטיעות עשויים לגרום ניתוק ארוך טווח של קלט תחושתי מהפריפריה אל המוח. היעדר הקלט הזה מאלץ את הקורטקס (קליפת המוח) לעבור ארגון מחדש כך שאזורים שמייצגים איברים סמוכים בגוף "פולשים" לייצוג הקורטיקלי של האיבר הפגוע או הקטוע, תופעה שמכונה "כאב פנטום". ככל שההארגון הקורטיקלי נרחב יותר כך נוטה כאב הפנטום להיות עוצמתי ועמיד יותר לטיפול (Flor et al., 2006).

PTSD היא תגובה פסיכולוגית שמתעוררת בעקבות חשיפה לאירוע מסכן חיים ומאופיינת בחוויה מחודשת של הטראומה (חודרנות), הימנעויות מגירויים שמזכירים את האירוע, שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח ועוררות יתר. על פי נתוני משרד הביטחון שפורסמו בנובמבר 2024 עמד שיעור המאובחנים עם תגובות נפשיות, ו־PTSD הייתה האבחנה המרכזית בהן, על 43% בקירוב מכל הפצועים שנקלטו באגף השיקום במלחמת חרבות ברזל. בספרות המחקר העוסקת בטראומה צבאית נמצא קשר הדוק בין עצם קיומה של פציעה פיזית ובין עלייה בסיכון לפתח PTSD. הפציעה הפיזית אינה רק תוצאה של הלחימה אלא היא אירוע טראומתי בפני

עצמו שמגלם בתוכו איום מיידי על החיים, על אובדן תחושת השלמות הגופנית ועל תחושת חוסר האונים ברגע הפגיעה ובשלב הפיזי. מחקרים מראים כי לוחמים שספגו פציעה גופנית, על אחת כמה וכמה פציעה שמלווה באשפוז ממושך, מציגים שיעורי PTSD גבוהים במידה ניכרת בהשוואה ללוחמים שנחשפו לאותם אירועי לחימה אך לא נפצעו פיזית (Koren et al., 2005).

מודל התחזוקה ההדדית: הקשר בין כאב ובין טראומה

את המעבר מכאב נירופתי מקומי לתסמונת מורכבת אפשר להסביר באמצעות מודל התחזוקה ההדדית (mutual maintenance) של שארפ והרווי (Sharp & Harvey, 2001). המודל מתאר את הכאב ואת הטראומה כשני מרכיבים שפועלים בלולאת משוב שלילית שמעכבת החלמה משניהם. הכאב משמש תזכורת סומטית מתמדת לטראומה שמעצימה את הפלשבקים ואת החוויה המחודשת של אירועי הלחימה והפציעה. כאשר פצוע סובל מכאב התקפי עקב נזירות טראומתית או ירי אקטופי פועל הכאב הפתאומי כטריגר פנימי. שלא כמו טריגרים חיצוניים (למשל רעש חזק או ריח אבק שרפה) שמהם אפשר לנסות ולהימנע, מהכאב הפנימי אי אפשר לברוח. גלי הכאב מעוררים את הזיכרון החושי מרגע הפציעה, והוא מעורר את מערכת העצבים הסימפתטית ואת תגובת הדחק. הדינמיקה הזאת ניכרת היטב במסגרת השיקום שבה הפצועים נדרשים לבצע פעולות רבות שעלולות לעורר כאב. למשל, אם תנועה מסוימת בטיפול הפיזיותרפיה גורמת כאב שמעורר חרדה או פלשבק, עשוי הפצוע להימנע מתנועה. הימנעות כזאת עלולה לגרום ניוון שרירי, קיצור גידים ונוקשות מפרקית, והם בתורם עלולים להחמיר את הכאב ולקבע את התחזוקה ההדדית.

כדי להבין לעומק מעגל זה - קרי, כיצד הכאב הפיזי מצית את התגובה הפוסט-טראומתית - יש לבחון את תפקידה המרכזי של מערכת העצבים הסימפתטית. במצבי טראומה וסכנה מופעלת המערכת הזאת בעוצמה ויוצרת תגובת "הילחם או ברח" שמכוונת את האורגניזם להישרדות ולתפקוד תחת דחק. כשהסכנה חולפת נכנסת מערכת העצבים הפרא-סימפתטית (האחראית למצבי שגרה) לפעולה. אצל מטופלים שסובלים מ־PTSD נותרת המערכת הסימפתטית במצב של עוררות יתר כרונית, וסף ההפעלה שלה יורד במידה רבה. במודלים נירוביולוגיים עדכניים מוצע כי אותות כאב נירופתי עשויים לשמש זרז להפעלה של הלוקוס קורלאוס (locus coeruleus) בגזע המוח, והוא בתורו משחרר נוראדרנלין.

משמעו הבנה שהליך כואב עשוי להיות טריגר להצפה נפשית, ולכן מודל זה מציג את החשיבות שבהכנת המטופל והמטפלים הפרא-רפואיים להליכים האלה באמצעות תרופות ובכלים של ויסות ועיבוד מוקדם (Vranceanu et al., 2014). המבחן האמיתי למודל זה מתקיים בשטח, בשגרת היום-יום של מחלקות השיקום. בסביבה הזאת נוטות התערבויות שמתמקדות בניתוק מלאכותי של הכאב מהטראומה להיתקל במבוי סתום. פיזיותרפיה אגרסיבית מדי עלולה לעורר פלשבקים, וטיפול פסיכולוגי שאינו מביא בחשבון את המגבלה הסומטית עלול להיחוות כמנותק מהסבל הפיזי המידי. כדי להמחיש כיצד המודלים התאורטיים שתוארו לעיל באים לידי ביטוי במטופל היחיד וכיצד התערבות פסיכולוגית מודעת-טראומה וכאב יכולה לסייע בפריצת מעגל זה יוצג להלן תיאור מקרה קליני מתוך עבודת השיקום.



תיאור מקרה:

הדינמיקה של כאב וטראומה במחלקת שיקום

רקע קליני ופציעה

מ', בן 24, לוחם מילואים, נפצע קשה בהיתקלות באזור לחימה. הוא ספג פגיעות ירי בזרוע ובכתף ימין וכן פגיעת רסיסים בבית החזה. הרסיסים חדרו לריאותיו וגרמו לתחושת חנק אקוטית שנמשכה 30 דקות, עד פינויו לבית חולים. מבחינה אורתופדית ונירולוגית נכללו בפציעה שבר פתוח וקטיעה מלאה של עצב פריפרי (nerve transection) ביד ימין, קטיעה שגרמה לאובדן יכולת תנועה אקטיבית של האצבעות. מ' הציג תמונת כאב מורכבת: כאב נוסטיפיבי (שרירי) באזור הכתף, כאב נירופתי בזרוע שבא לידי ביטוי ב"זרמי חשמל" עזים ותחושת בערה בכף היד. התחושה הזאת חייבה שימוש בחבישת לחץ ייעודית לשם הקלה סומטית.

שחרור זה גורם להצפה נוראדרגית שמתורגמת לעלייה בעוררות הפיזיולוגית - דופק מואץ, הזעה ונשימה שטחית מלאה. בשלב זה הקורטקס יכול לפרש את הסערה הגופנית כמצב פיזיולוגי שזהה לזה שהתרחש בשדה הקרב. על כן הכאב הפיזי יכול "לעקוף" את מנגנוני הבקרה המעכבים של הקורטקס הפרונטלי ולהצית פלשבק, התקף חרדה ותגובה פוסט-טראומתית (O'Donnel et al., 2004).

התחזוקה ההדדית פועלת גם בכיוון ההפוך (top-down), כך שהתגובה הפוסט-טראומתית עצמה עלולה ליצור את הכאב ולהעצימו. מחקרים מצאו כי אצל מטופל שסובל מ-PTSD חלים שינויים במסלולים היורדים מהמוח אל הפריפריה, והם עלולים להפוך גירויים מינוריים לכאב חמור ועמיד לטיפול. התופעה הזאת נובעת משיבוש במערכת ויסות הכאב היורדת. במערכת עצבים תקינה שולחים אזורים מוחיים שאחראים לוויסות הכאב אותות מעכבים (אינהיבטוריים) לחוט השדרה כדי לדכא את הולכת הכאב, תהליך שמתווך בעזרת סרטונין ואנדרופינים. עם זאת במצב העוררות המאפיין PTSD משתבש המסלול הזה. במקום לעכב כאב שולח המוח אותות שמעצימים את רגישות קולטני הכאב בחוט השדרה. עקב זאת אפילו מגע קל של בגד או תנועה שגרתית מתורגמים בחוט השדרה כאותות כאב עוצמתיים. אפשר להסביר זאת גם מההיבט הביומכני - דריכות היתר המאפיינת PTSD מתבטאת במתח שריר גבוה, וכיווץ שרירים הגנתי זה סביב אזור הפציעה (למשל גדם לאחר קטיעה) מפעיל לחץ פיזי מתמיד על הנירומות ועל כלי הדם המזינים את העצב. הלחץ גורם לאיסקמיה מקומית, והיא בתורה מעוררת את העצב ליצור גלי כאב חדשים, וכך נסגר המעגל (Tesarz et al., 2012). התהליך הזה עלול לגרום התנהגות הימנעותית שבה המטופל נמנע מפעילות פיזית שעלולה לעורר כאב. ההימנעות מחמירה את הליקוי התפקודי ואת הבידוד החברתי, ועל כן עשויה להעצים את תסמיני הדיכאון והטראומה ואת רגישות מערכת העצבים לכאב כרוני (Asmundson et al., 2002).

הבנת התחזוקה ההדדית הנירוביולוגית והפסיכולוגית, שבה הכאב והטראומה הנפשית מזינים ומשמרים זה את זה, היא תנאי הכרחי לגיבוש אסטרטגיית טיפול במקרים שיש בהם תחלואה כפולה בין כאב פיזיולוגי ובין PTSD. אם כן, במקום לראות בכאב "הפרעה" לטיפול הפסיכולוגי יכול המטפל להשתמש בתנודות בעוצמת הכאב בזמן אמת כבאינדיקטור לרמת העוררות הרגשית של המטופל. זיהוי הכאב כ"סימן מקדים" מאפשר למטופל להתחיל להפעיל טכניקות ויסות וקרקוע עוד לפני שההצפה הטראומתית נעשית בלתי נשלטת. לעומת זאת, טיפול רפואי ושיקומי מודע-טראומה

מהלך השיקום הראשוני וההפוגה הנפשית

לאחר סדרת התערבויות כירורגיות הועבר מ' למחלקת השיקום בבית החולים. כחלק מהמעטפת הרב-מקצועית במחלקה הוא שולב בטיפול פסיכולוגי שיקומי פעם בשבוע. בשבועות הראשונים שלאחר הפציעה ניכרו אצל תסמינים פוסט-טראומטיים מובהקים שעלו בקנה אחד עם חוויות הלחימה: פלשבקים, ירידה במצב הרוח, קשיי שינה חמורים וירידה בתפקוד. עם זאת נצפתה מגמה קלינית ברורה - ככל שהתקדם תהליך השיקום ופחתה עוצמת הכאב הפיזי כך חלה נסיגה הדרגתית גם בתסמיני הטראומה של מ'. בהערכה פסיכולוגית רשמית שנערכה עם קליטתו בשיקום נמצא כי רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים ירדה מתחת לסף הקליני לאבחנת PTSD. הטיפול הפסיכולוגי באותה העת התמקד בעיבוד ראשוני של האירוע, בעיבוד אובדן התפקוד והנכות ובפגיעה בדימוי העצמי בגלל הקושי למלא את התפקידים שמילא בעבר הן בהיבט התעסוקתי הן בהיבט המשפחתי. עיקר תלונותיו של מ' נסבו על קשיי שינה שנבעו מחוסר הנוחות ומהכאב ביד ובכתף.

התפנית הקלינית: החמרת הכאב והצפה טראומטית

כדי לשפר את התפקוד המוטורי ולשקם את העצב הפגוע נותח מ' בניתוח להעברת עצבים. ההליך אכן שיפר במידה ניכרת את יכולתו להניע את ידו, אבל תהליך החלמה והרגרציה העצבית לווה בעלייה חדה בעוצמת הכאב העצבי. העלייה ברמת הכאב הייתה זרז קליני והדגימה הלכה למעשה את מודל התחזוקה ההדדית: החמרה בכאב הסומטי שימשה טריגר פנימי שהצית מחדש את הטראומה הנפשית. מ' החל לדווח על הופעתם של תסמינים חדשים ועוצמתיים ובהם התקפי זעם, תגובת בהלה מוגזמת על רעשים, דריכות יתר כרונית וירידה במצב הרוח.

בהדרגה שבו ועוררו זרמי הכאב את הזיכרון החושי, ומ' החל לחוות פלשבקים שנסבו בעיקר על חוויית החנק הממושכת שחוה בשטח עד פינויו. הופעת הפלשבקים וההצפה הפיזיולוגית גרמו להתפתחותה של הימנעות פעילה מגירויים ומפעילויות שהזכירו לו את הפציעה. העלייה הניכרת בכאב הניורופתי שאבה את מ' בחזרה למערבולת הטראומה. בהערכה פסיכולוגית חוזרת שנערכה לאחר כמה חודשים ניכר כי תסמיני ה-PTSD החמירו מאוד ושוב וחצו במובהק את הסף הקליני המאבחן.

ההתערבות הקלינית: שבירת התחזוקה ההדדית

בעקבות החמרה הקלינית הותאמה למ' תוכנית התערבות אינטגרטיבית ששילבה פרוטוקול טיפול ממוקד-טראומה

מסוג חשיפה ממושכת (PE-prolonged exposure) עם התערבויות מוכוונות-כאב שנועדו לווסת ולהרגיע את מערכת העצבים המרכזית. בטיפול נכללו טכניקות קרקוע, תרגילי נשימה סרעפתית ופיתוח מודעות קוגניטיבית-סומטית לאופן שבו אקטיבציה יזומה של המערכת הפרא-סימפתטית עשויה לשכך את עוצמת הכאב הניורופתי. במסגרת הטיפול ממוקד-טראומה נערכה פסיכואדיוקציה מקיפה על המנגנונים הפיזיולוגיים של תסמיני ה-PTSD ובייחוד על הקשר ההדוק שבינם ובין הפתולוגיה הפריפריית. במרחב המוגן של חדר הטיפול נעשתה הפסיכואדיוקציה בד בבד עם תהליך חשיפה הדרגתית בדמיון לאירוע הפציעה בכלל ולחוויית החנק בפרט.

המורכבות הייחודית במקרה של מ' נבעה מהאתגר שבסנכרון בין הוויסות הגופני-סומטי ובין הוויסות הנפשי. בתוך כך גם הייתה התמודדות עם לולאת המשוב השלילית (התחזוקה ההדדית) בזמן אמת. ניכר כי התנודות במצבו פעלו במובהק בשני הצירים: כאשר רמת העוררות הסימפתטית של מ' עלתה בעקבות הצפת תכנים טראומטיים בפגישת הטיפול התרחשה בה בעת החמרה מיידית ועוצמתית בכאב העצבי בזרועו. דינמיקה זהה לחלוטין התרחשה גם בכיוון ההפוך - התקפי כאב עצבי שלחו את מ' חזרה לאירוע הפציעה, יצרו עוררות פיזיולוגית, והיא בתורה הפכה לפלשבק. מצב זה המחיש את האופן שבו הסערה הנפשית מחמירה ישירות את עוצמת הכאב וכיצד הכאב בתורו מוסיף לשמש טריגר שמקבע את הטראומה.

הבנת התחזוקה ההדדית הניורוביולוגית והפסיכולוגית, שבה הכאב והטראומה הנפשית מזינים ומשמרים זה את זה, היא תנאי הכרחי לגיבוש אסטרטגיית טיפול במקרים שיש בהם תחלואה כפולה בין כאב פיזיולוגי ובין PTSD

תוצאות הטיפול: מודעות, עיבוד מחדש ומציאת משמעות

התוצאות הקליניות של ההתערבות המשולבת המחישו את כוחה של גישת גוף-נפש בשיקום בכלל ובטיפול בהפרעות כאב בפרט. בראש ובראשונה שימשה המודעות שרכש מ' לחיבור ההדוק בין הכאב הפיזי ובין העוררות הסימפתטית גורם מפתח בשיפור ניכר ביכולות הוויסות הגופני והנפשי שלו. הכאב שהתעורר בעקבות פלשבקים והתקפי פניקה אפשר לנו להבין יחד מתי העוררות שלו גבוהה מדי, ועקב זאת הצליח מ' להפחית את הפלשבקים דרך תרגילי ויסות לכאב, לעיתים עוד לפני שהתחיל הפלשבק. קרי, הכאב

(Koren et al., 2005), ועם זה המקרה של מ' מאפשר לנו להציע פרשנות קלינית על הקשר הזה: הכאב אינו רק תסמין נלווה אלא גם רכיב פעיל בתחזוקת הטראומה. הדינמיקה שנצפתה אצל מ' מאששת את מודל התחזוקה ההדדית (Sharp & Harvey, 2001) ומציעה כי במצבי נזק עצבי פריפרי מתפקד הכאב כטריגר פנימי שאי אפשר להימנע ממנו. טריגרים חיצוניים אפשר לנהל סביבתית באמצעות הימנעות, חשיפה או שינוי התנהגות, אבל הכאב הניורופתי כופה על המטופל חשיפה חוזרת ולא רצונית לזיכרון הפציעה. התרומה היישומית של מאמר זה טמונה בפרשנות הקלינית שהופכת את המכשול לכלי טיפולי: זיהוי הכאב כסימן מקדים ואפשרות לנקוט טכניקות ויסות עוד לפני הופעת הפלשבק.

עם זאת חשוב לעסוק במגבלות המסקנות הנובעות מהתבוננות במקרה קליני יחיד שנצפה בקליניקה לצד אינטגרציה תאורטית שטרם נבחנה במחקר התערבותי מבוקר. הנתונים שמאמר זה מתבסס עליהם הם מתאמיים בעיקרם, ולכן עד שיערך מחקר אורך שיבדוק כמה טכניקות התערבות לא יהיה אפשר לדעת בוודאות שהמודל מתאים למקרים רבים ומורכבים של תחלואה כפולה. וכן, המקרה הקליני שהובא כאן הוא מקרה פרטני ואינו עוסק בגורמים מתערבים כגון טיפול תרופתי ומשתני אישיות שמשפיעים אף הם על תוצאות השיקום של מ'.

לסיכום, המציאות הקלינית המורכבת של פצועי מלחמת חרבות ברזל ממחישה כי אי אפשר להפריד בין הגוף ובין הנפש בשיקום טראומות לחימה. כמו שהדגמתי במאמר, פגיעות עצביות פריפריות ו-PTSD יכולות להיות ישות פתולוגית משולבת; מעין מעגל שבו כאב ניורופתי אינו רק תסמין פיזי אלא גם טריגר סומטי פעיל שמצית את הטראומה בשעה שהעוררות הפוסט-טראומתית משבשת את מסלולי ויסות הכאב במוח, משנה את הפיזיולוגיה של הפריפריה ומעמיקה את הכאב. בגלל מספר הפצועים הרב והפגיעות הרב-מערכתיות יש מקום לצמצם את הדיכוסומיות המסורתית בין הרפואה האורתופדית והניורולוגית ובין המערך הנפשי. יש מקום להתערבויות כירורגיות, פרמקולוגיות ופיזיולוגיות מודעות-טראומה מתוך הבנה שכל מגע או תנועה עשויים לעורר סערה סימפטטית והחמרת תסמיני ה-PTSD. בד בבד חשוב לעסוק בטיפולים הפסיכולוגיים לעיבוד טראומה בהיבטים הקשורים למערכות הכאב בגוף ולתת מקום מרכזי גם לוויסות מערכת העצבים המרכזית והפריפרית כיחידת תפקוד אחת.

העצבי היה מעין סימן מקדים להופעתו של הפלשבק או התקף החרדה. הצלחנו להשתמש בכאב שהתחיל כרמז מקדים לצורך להאט את הקצב, להרגיע את הגוף או להזכיר למ' שהוא במקום בטוח. באופן פרדוקסלי יצרה ההחמרה בכאב בעקבות הניתוח חלון הזדמנויות טיפולי ייחודי: היא אפשרה לשוב ולפתוח את הזיכרון הטראומטי - שקודם לכן קודד באופן סומטי ובלתי מעובד - ולגשת אליו ברמת בשלות קלינית גבוהה מבעבר.



תהליך החשיפה והוויסות אפשר סגירה מחודשת ואינטגרטיבית של האירוע. במרחב הטיפול המוגן התאפשרה לראשונה נגיעה בטוחה בהרגשות מורכבות וכואבות ובראשן אשמת ניצולים כלפי חבריו שנהרגו באותה היתקלות. בתהליך העיבוד המורכב של האובדן והכאב הפיזי גם יחד הצליח מ' לשוב ולנסח את משמעות חייו מתוך הישענות על העוגן של בניית בית ומשפחה כמקור כוח מרכזי. חיבור מחודש זה למשמעות החזיר לו את תחושת המסוגלות ושימש מנוע עיקרי בתהליך החלמתו. לצד זאת חשוב להדגיש כי תהליך השיקום של מ' עודנו בעיצומו. ההתמודדות עם פציעה רב-מערכתית ועם טראומה היא תהליך דינמי שאינו מתקדם בקו ישר, ונדרשת לו תמיכה ותחזוקה מתמדת. המקרה הקליני פתוח, ורק מעקב לפרק זמן ארוך יוכל להעיד כיצד יעצבו הכלים והתובנות שרכש את תפקודו ואת איכות חייו בעתיד.

הכאב אינו רק תסמין נלווה אלא גם רכיב פעיל בתחזוקת הטראומה

דיון וסיכום

ממצאי מאמר זה, כמו שהודגמו דרך המקרה הקליני של מ', מלמדים על פרדיגמה אפשרית לטיפול בפצועי מלחמה שסובלים מתחלואה כפולה של כאב ניורופתי ומ-PTSD. ספרות המחקר מבססת היטב את קיומו של קשר מתאמי בין פציעה פיזית ובין חומרת הטראומה

משרד הביטחון (2024, 29 באוקטובר). אגף השיקום מעדכן את מס' פצועי מלחמת "חרבות ברזל". <https://did.li/1xLOf>.

Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 47(10), 930–937. <https://doi.org/10.1177/070674370204701004>

Costigan, M., Scholz, J., & Woolf, C. J. (2009). Neuropathic pain: A maladaptive response of the nervous system to damage. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 1–32. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.051508.135531>

Dib-Hajj, S. D., Cummins, T. R., Black, J. A., & Waxman, S. G. (2010). Sodium channels in normal and pathological pain. *Annual Review of Neuroscience*, 33, 325–347. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-060909-153234>

Flor, H., Nikolajsen, L., & Staehelin Jensen, T. (2006). Phantom limb pain: A case of maladaptive CNS plasticity? *Nature Reviews Neuroscience*, 7(11), 873–881. <https://doi.org/10.1038/nrn1991>

Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 276–282. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.276>

Lachnish, J., Seltser, A., Steinberger, Z., Palti, R., Sherf, M., Tilbor, I., Lahham, F., Biran, M., Khadija, A., & Arami, A. (2025). Early surgical intervention in combat-related peripheral nerve injuries: Lessons from a consecutive cohort from the 2023-2024 Israel-Hamas war. *Injury*, 56(8), 112573. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2025.112573>

O'Donnell, T., Hegadoren, K. M., & Coupland, N. C. (2004). Noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of post-traumatic stress disorder. *Neuropsychobiology*, 50(4), 273–283. <https://doi.org/10.1159/000080952>

Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857–877. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00071-4)

Tesarz, J., Schuster, A. K., Hartmann, M., Gerhardt, A., & Eich, W. (2012). Pain perception in athletes compared to normally active controls: A systematic review with meta-analysis. *Pain*, 153(6), 1253–1262. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.03.005>

Vranceanu, A. M., Bachoura, A., Weening, A., Vrahas, M., Smith, R. M., & Ring, D. (2014). Psychological factors predict disability and pain intensity after skeletal trauma. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 96(3), e20. <https://doi.org/10.2106/JBJS.L.00479>

כשהכאב ללא מילים: עבודה עם דימויים חזותיים בטיפול פסיכוסומטי

עידית שלו¹

תקציר

מאמר זה עוסק בקשר בין כאב גופני ובין כאב נפשי במצבים פסיכוסומטיים ובפרט בכאב כרוני ללא הסבר רפואי מלא. מוצעת בו מסגרת תאורטית שמבוססת על תאוריית אינטגרציה רמזים מוטיבציונית (MCI) הרואה בחוויה תהליך דינמי שנוצר מתוך אינטגרציה בין רמזים תחושתיים, מוטיבציוניים ואפיסטמיים. לפיכך נטען במאמר כי הקושי המרכזי במצבים האלה אינו בהיעדר רגש אלא בכשל בארגון החוויה ליחידה מובחנת, מקושרת ובעלת תוקף. התסמין הגופני נתפס בהקשר זה לא רק כביטוי של מצוקה אלא גם כביטוי לכך שהחוויה טרם קיבלה מבנה שמאפשר עיבוד, תקשורת וייסוד. על בסיס זה מוצע מודל קליני לעבודה עם דימויים חזותיים כהתערבות שמכוונת ליצירת תנאים להיווצרות חוויה, ולא רק לפרשנותה. הדימוי החזותי נתפס כמבנה פנומנולוגי שמאפשר החזקה, הבחנה והדרגה של חוויה טרום-מילולית, ועל כן תומך במעבר מתחושה גופנית לא מובחנת אל משמעות רגשית. באמצעות ויזואליזציות קליניות מודגם כיצד עבודה עם דימויים מאפשרת זיהוי איכויות חווייתיות, ארגון קונפליקטים ומתן תוקף לחוויה. במאמר נידונות ההשלכות הקליניות של המודל בתחום הפסיכולוגיה של הכאב והשיקום, ומוצע בו כי הגישה הזאת עשויה לתרום לא רק להפחתת מצוקה אלא גם לשיפור הסתגלות, לתחושת שליטה ולהבניית חוויה במצבים של כאב כרוני.

מבוא

בשנים האחרונות עומד הקשר בין כאב גופני ובין כאב נפשי במוקד עניין הולך וגדל בפסיכולוגיה הקלינית, הרפואית והשיקומית. ההבחנה הדיכטומית המסורתית בין גוף ובין נפש מתערערת הודות לעדויות מחקריות וקליניות שמעידות שכאב כרוני אינו רק חוויה סנסורית אלא גם תופעה מורכבת ובה רכיבים רגשיים, קוגניטיביים וחברתיים. בה בעת מצוקה נפשית עשויה לבוא לידי ביטוי בתסמינים גופניים

ממש, לעיתים ללא ממצא רפואי מספק, תופעה שמתוארת בהקשרים של סומטיזציה או כאב פסיכוגני (Ezra et al., 2019).

במצבים כאלה האתגר הקליני אינו מסתכם בזיהוי מקור הכאב אלא נוספת לו הבנת האופן שבו החוויה עצמה מתארגנת, או אינה מתארגנת, לישות שאפשר לזהות, לחוות ולתקשר. מטופלים רבים מתארים כאב גופני עז אך מתקשים לייחס לו משמעות רגשית או להמשיגו במילים. אחרים חווים מצוקה נפשית אינטנסיבית שאינה מקבלת ביטוי סמלי ונחווית בעיקר דרך הגוף. במקרים האלה נותרת לעיתים קרובות החוויה הרגשית חלקית, מקוטעת או נטולת תחושת בעלות (Smith et al., 2018).

קושי זה בהמשגה רגשית תואר בהרחבה בספרות על אלכסיתימיה, שהיא תכונה על ספקטרום ובו ליקויים בזיהוי ושיום רגשות, ביטוי רגשות ומיקוד חשיבה חיזוני. אפיון נוסף הוא הפחתת היכולת לפנטזיה (Taylor et al., 1997); האלכסיתימיה לליקויים בייצוג המנטלי של רגשות (Smith et al., 2018) אשר נחווים בעיקר כתחושות סומטיות או כדחפים לפעולה ולא כחוויה סובייקטיבית שאפשר לשיים ולתקשר ועקב זאת גם לווסת. כמו שתיארה בוצ'י (Bucci, 1997), הפגיעה בקישור בין מערכות תת-סימבוליות ובין מערכות סימבוליות מותירה את המטופל ללא ייצוגים פנימיים לחוויות גופניות.

מודלים של מנטליזציה מבליטים את תפקיד הקשר הבין-אישי בהפיכת חוויה גופנית לנגישה לעיבוד (Fonagy & Allison, 2014), ואילו גישות חווייתיות כגון התמקדות (focusing) (Gendlin, 1996) מבוססות על העמקת הקשב לחוויה עמומה (felt sense) ובהדרגה מאפשרות את המשגתה. עם זאת הגישות האלה מניחות במידה מסוימת את קיומה של חוויה ראשונית נגישה, ולו חלקית, להתבוננות פנימית. המאמר הזה מתמקד במצבים שבהם החוויה טרם התארגנה ליחידה בעלת משמעות. אפשר לזהות מצבים שבהם חוויה אינה מתארגנת דרך

¹ד"ר עידית שלו היא פסיכולוגית שיקומית מומחית, מרצה בכירה במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת אריאל, ראש המעבדה לויסות עצמי וקוגניטיית גוף, יו"ר משותפת של האגודה הישראלית לפסיכוסומטיקה, מטפלת אינטגרטיבית ובעלת קליניקה בתל אביב. היא מחברת הספר פוטולוג - מפת תודעה בצילומים.

התאוריה מתארת אינטגרציה בין שלושה סוגי רמזים: רמזים תחושתיים-אינטרוספטיביים ורמזים סביבתיים הקשורים שפועלים מ"למטה למעלה" (Khalsa et al., 2018; Shalev, 2024); רמזים מוטיבציוניים שקשורים למטרות, לערכים ולזהות שפועלים מ"למעלה למטה" (Ryan & Deci, 2000) ומארגנים את הפרשנות לתחושות (Shalev, 2015); ורמזים אפיסטמיים שקשורים לאמון בחוויה הן כתחושה פנימית הן כידע שאפשר להכיר בו ולשתפו. הרמזים האפיסטמיים מבוססים על התפתחות אמון וקשר עם סמכות אפיסטמית אנושית או לא אנושית שמאששת חוויה במצבי איזודאות ונותנת לה תוקף (Fonagy & Allison, 2014; Fotopoulou & Tsakiris, 2017; Shalev, 2021).

נקודת המוצא אינה חיפוש מידי אחר פירוש אלא יצירת תנאים של עצירה, הפניית קשב, החזקה והבחנה. לשם כך נדרש תחילה רגע של האטה. המטופל מוזמן להתמקם ביחס למה שמטריד אותו כעת: כאב, מועקה, לחץ, כיווץ, קהות או תחושת עומס. עדיין אין צורך להגדיר את הדבר אלא רק להסכים להיות לידו. העמדה הזאת חשובה במיוחד בפסיכוסומטיקה, משום שלעיתים החוויה מופיעה כמשהו כוללני וסוחף מדי או לחלופין כמשהו עמום וחמקמק מדי

על בסיס זה אפשר להניח כי ליקויים פסיכוסומטיים אינם תופעה אחידה אלא מביאים לידי ביטוי תצורות שונות של כשל באינטגרציה החווייתית. אפשר לזהות תצורת ליקוי שמתמקדת בציר התחושת, למשל כאשר תחושות הגוף מופיעות בבירור ובאות לידי ביטוי בתסמינים כגון לחץ, כאב או מתח, אך אינן מקבלות תיוג רגשי. עקב זאת החוויה נותרת ברמה הפיזיולוגית, והאדם עשוי לפרש את מצבו כבעיה גופנית בלבד.

ליקוי בציר המוטיבציוני בא לידי ביטוי כאשר קיימים אי-בהירות או קונפליקט בין צרכים, ערכים ומטרות. במצבים כאלה התחושה אינה מקבלת משמעות גם כאשר היא מזהה. החוויה הרגשית נעשית עמומה, ולעיתים היא אינה מצליחה להתארגן לכיוונית או לפעולה. חוסר קוהרנטיות זה עשוי לבוא לידי ביטוי במתח גופני מתמשך או בכאב. תצורה אחרת קשורה לליקוי בציר האפיסטמי שנפגע בו האמון בחוויה הפנימית. כאשר אדם אינו נותן תוקף לרגשותיו או לתחושותיו עלולה החוויה להידחות או להיות

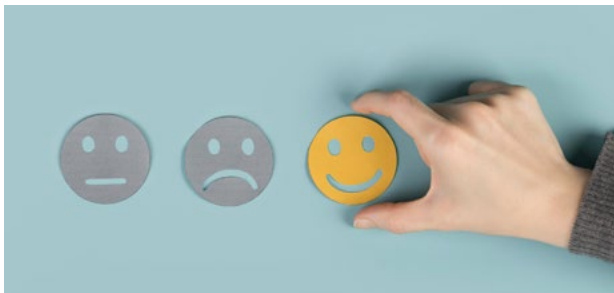
כמה מאפיינים: קושי מתמשך בשיום רגשות, תיאור החוויה במונחים גופניים בלבד, תחושת עומס או כאב שאינם מובחנים, תנודות חדות ללא הבנה של קשרים פנימיים וכן אמירות שמביאות לידי ביטוי חוסר תוקף לחוויה (כגון "זה סתם בראש שלי"). במצבים כאלה החוויה אינה נגישה כמושא להתבוננות אלא היא מופיעה כאות גופני או כמצב כוללני, והוא מכוון להתערבות שאינה מבוססת על המשגה מיידית. בהקשר זה מוצעת מסגרת תאורטית שמבוססת על תאוריית אינטגרציה רמזים מוטיבציוני, (motivated cue integration, MCI) (Shalev, 2021). על פי התאוריה הזאת, חוויה היא תהליך דינמי שנוצר מתוך אינטגרציה בין רמזים תחושתיים, מוטיבציוניים ואפיסטמיים. נקודת המבט התאורטית הזאת מאפשרת להבין את התסמין לא רק כביטוי של מצוקה אלא גם כסימן שהחוויה טרם התגבשה למבנה שמאפשר עיבוד, תקשורת וויסות. מתוך כך עולה הצורך בהתערבויות טיפוליות שמכוונות לא רק למשמעות החוויה כי אם גם לתהליך התהוותה וארגונה.

במאמר זה אני מציעה מודל קליני שמבוסס על תאוריית אינטגרציה הרמזים המוטיבציונית. על פי מודל זה, עבודה עם דימויים חזותיים עשויה לאפשר תהליך של גיבוש וארגון חווייתי. בתוך כך אני נעזרת בהמשגתו של ויניקוט (Winnicott, 1991) את מרחב הביניים כדי לחשוב על הדימוי החזותי כמרחב שבו החוויה אינה מיוצגת בלבד אלא גם מתהווה ומתארגנת. בראשית המאמר תוצג המסגרת התאורטית של MCI, אחר כך יובא פיתוח המודל הקליני של עבודה עם דימויים חזותיים, ולאחר מכן יודגם יישומו באמצעות ויניטות קליניות.

ויסות עצמי ותאוריית אינטגרציה רמזים מוטיבציונית

מרבית הגישות לוויסות עצמי מתמקדות בוויסות התנהגות שבה לידי ביטוי בשליטה בתגובה, בעיכוב דחפים או בשינוי הערכה קוגניטיבית (Carver & Scheier, 1987; Gollwitzer & Bargh, 1996; Gross, 1998, 2024; Inzlicht et al., 2016; Papies & Aarts, 2021). MCI לעומת זאת מדגישה את מרכיב החוויה הסובייקטיבית הפנומנולוגית (Shalev, 2015, 2020, 2021). במקום לראות בוויסות העצמי תגובה על חוויה שכבר נוצרה היא ממשיגה אותו כתהליך שקובע אילו חוויות יוכלו להיווצר מלכתחילה וכיצד הן יתארגנו בתודעה. במובן זה הוויסות מתחיל עוד בשלב שבו רמזים פנימיים-תחושתיים, מוטיבציוניים, ורמזי ולידציה עשויים להתחבר זה לזה, ולא לאחר הופעת התגובה.

בקשב עשויה העבודה עם דימויים להיות יעילה פחות ואף לשמש הגנה. לכן נדרשים התאמה קלינית ושיקול דעת בקשר לבחירת המטופלים.



המודל הטיפולי: מתחושה לא מאורגנת אל דימוי, הבחנה ומשמעות

נקודת המוצא אינה חיפוש מידי אחר פירוש אלא יצירת תנאים של עצירה, הפניית קשב, החזקה והבחנה. לשם כך נדרש תחילה רגע של האטה. המטופל מוזמן להתמקם ביחס למה שמטריד אותו כעת: כאב, מועקה, לחץ, כיווץ, קהות או תחושת עומס. עדיין אין צורך להגדיר את הדבר אלא רק להסכים להיות לידו. העמדה הזאת חשובה במיוחד בפסיכוסומטיקה, משום שלעיתים החוויה מופיעה כמשהו כוללני וסוחף מדי או לחלופין כמשהו עמום וחמקמק מדי. עצם האפשרות לומר, במובלע או במפורש, "יש כאן משהו" לפני שיודעים מהו היא כבר תחילתה של התארגנות. ההסבר למטופל ניתן בשפה פשוטה: אפשר להציג את העבודה כהזמנה להתבונן בתחושות דרך תמונות כדי להבין אותן בעדינות ולא ישירות. מדגישים שאין צורך "להסביר נכון" אלא לבדוק מה מתאים מבחינת ההרגשה.

העבודה עם דימויים חזותיים מבוססת על עיקרון של דימויים פתוחים שנבחרים או נוצרים בהתאם לחוויה מתהווה. הדימויים יכולים להילקח ממקורות מגוונים כגון מאגרי תמונות, צילומים מחיי היום-יום או דימויים שעולים ספונטנית. אפשר למצוא מאגרי דימויים פתוחים כאלה בעבודות שמשלבות צילום והתבוננות תודעתית (ראו למשל: שלו, 2026). אפשר להיעזר במאגרי דימויים בעלי מאפיינים מסוימים: פתיחות פרשנית, היעדר משמעות חד-משמעית ועושר חושי שמאפשר תגובות מגוונות. מאגרים כאלה מאפשרים למטופל לבחון את מידת ההתאמה בין הדימוי ובין החוויה. אחידות הטיפול אינה נובעת מזהות הדימויים עצמם אלא מהעמדה הקלינית ומעקרונות העבודה: אופן הבחירה, בדיקת ההתאמה והמעבר ההדרגתי מתחושה לדימוי, לאיכות ולמשמעות.

מנותקת ממשמעותה. במצבים כאלה הרגש והתחושה אינם משתלבים לחוויה מודעת ולגיטימית גם כאשר הם קיימים. הגוף, לעומת זאת, ממשיך לשאת את האות, ולכן הכאב עשוי להפוך לביטוי המרכזי של החוויה. לדוגמה, מטופל עשוי לומר, "אני מרגיש שמהו לא בסדר, אבל אני בטוח שאני סתם מדמיינ". מלבד זאת אפשר לזהות גם תצורות ליקוי מורכבות מאלה, תצורות שמתקיימת בהן דיסאינטגרציה מערכתית, כלומר חוסר סנכרון בין כמה צירים. במצבים האלה עשויה החוויה להופיע כחרדה כללית, ככאב כרוני או כתחושת ניתוק, ללא יכולת ברורה לאתר מקור רגשי או משמעות.

עבודה טיפולית עם דימויים חזותיים: מליקוי באינטגרציה אל התארגנות חווייתית מחודשת

בפיתוחים קליניים קודמים הוצעה עבודה קלינית אינטגרטיבית במגוון הפרעות ובשימוש בפסיכותרפיה אינטגרטיבית בהתאם לסוג הליקוי בחוויה (Shalev & Yaakobi, 2026). במצבים פסיכוסומטיים הקושי נעוץ גם בכך שהחוויה אינה זמינה דייה לעבודה מילולית. לפיכך נדרש מעבר להתערבות שפועלת ברמה מוקדמת יותר של הארגון החווייתי.

אפשר לראות אפוא יחס משלים בין שתי צורות העבודה: כאשר החוויה נגישה אפשר לפעול באמצעות כלים מילוליים במגוון גישות טיפול; כאשר היא מקוטעת, עמומה או לא מובחנת מאפשרת העבודה הלא מילולית את עצם התארגנותה, ואחר כך גם את המעבר לעיבוד מילולי. מכאן שההבחנה בין עבודה מילולית ובין עבודה לא מילולית אינה הבחנה טכנית בין שיטות אלא הבחנה קלינית פנומנולוגית בין שלבים שונים של התהוות החוויה.

המודל הטיפולי משלב עקרונות של עבודה חווייתית ממוקדת-תחושה (Gendlin, 1996) עם המשגת החוויה כתוצר של אינטגרציה בין מערכות רמזים שונות. לפיכך הדימוי החזותי משמש מעין מבנה תומך (scaffolding) שמאפשר לחוויה עצמה להתחיל להתארגן ולהיעשות נגישה. מודל העבודה משתמש בבחירה, בהתבוננות ובסידור צילומים לרצפים ולמבנים חזותיים כדרך שתאפשר לאיכויות חווייתיות להתגבש לפני המשגה מילולית. הגישה המוצעת מתאימה במיוחד למטופלים שסובלים מכאב כרוני ללא הסבר רפואי מלא, אלכסיתמיה, קושי בזיהוי רגשות או עומס חווייתי שאינו מובחן. היא עשויה להיות רלוונטית גם במצבי שחיקה, טראומה מורכבת או דיסרגולציה רגשית. ועם זאת במצבי דיסוציאציה חמורה או פגיעה מהותית

המטופל מוזמן לבחור תמונה, סצנה, מרחב או צורה שנותנת לו הרגשת קרבה למה שהוא מרגיש בקשר למצוקה. הבחירה אינה שרירותית: היא משקפת את האופן שבו החוויה מבקשת להופיע במרחק נסבל. לעיתים ימשך המטופל לדימוי פתוח אך מרוחק, לעיתים למרחב סגור, קפוא או דחוס, ולעיתים דווקא לדימוי גבולי ולא חד־משמעי. הבחירה עצמה נעשית אפוא חלק מן ההקשבה משום שהיא מגלה לא רק את תוכן החוויה אלא גם את תנאי המגע האפשריים עימה. אפשר אף לבחור דימוי שמציין "מקום בטוח" לשם עיגון וחיזוק משאבים ולהציע להשתקע בתוכו מפעם לפעם לפי הצורך. משנבחר הדימוי מתמקד הטיפול בבדיקת ההתאמה בינו ובין התחושה ולא בפרשנות. השאלה אינה "מה התמונה מסמלת" אלא "מהו הדבר שבה שנותן הרגשה 'נכונה'". המטופל מתבקש להישאר עם הדימוי ולבדוק כיצד הגוף מגיב עליו. האם יש הקלה, התכווצות, זרות, תחושת דיוק, התנגדות, משיכה? האם משהו בתמונה "מחזיק" את מה שעדיין לא היה אפשר לומר? הבדיקה הזאת מאפשרת לתחושה הגופנית הגולמית לקבל קווי מתאר ראשוניים. במקום כאב לא מובחן עשויה להופיע איכות מורגשת יותר: חנוק, תקוע, דומם, תלוי, רחוק, חשוף, סגור, ריק. זהו מעבר חשוב מאוד משום שהוא מסמן תזוזה מן התסמין כעובדה גופנית בלבד אל חוויה שמתחילה לקבל איכות פנומנולוגית. מכאן אפשר להעמיק בתיאור החושי של הדימוי: מה במרחב הזה פתוח או תחום, חי או קפוא, חד או רך, מואר או קודר, נושם או אטום. אפשר לשאול היכן יש תנועה והיכן קיפאון, מה קרוב ומה רחוק, אם יש אפשרות כניסה או יציאה, אם משהו מוחזק או נופל. תיאור כזה אינו אסתטי בלבד; הוא משמש אמצעי חילוץ של ידע חווייתי שטרם התנסח במילים פסיכולוגיות. אפשר לשהות בתוך מה שנחווה כקיפאון, דחיסות, חוסר אוויר, סף, תהום, סדק או ערפל. רק לאחר שאיכות כזאת מתייצבת אפשר לגשש ולבדוק אם היא נושאת עימה גם כיוון רגשי או קיומי.

אחר כך יכולה העבודה לנוע מדימוי יחיד אל יחסים בין דימויים. לעיתים משמעות אינה נוצרת מתוך תמונה אחת אלא מתוך ההבדל בין שתי אפשרויות חווייתיות. כאשר המטופל משווה בין מרחב סגור ובין מרחב פתוח, בין מים עומדים ובין מים זורמים, בין שביל חסום ובין מעבר שנפתח, מתאפשרת הבחנה שלא הייתה זמינה כשהיה שקוע רק בתחושה עצמה. ההשוואה מעשירה את השפה וגם יוצרת מבנה. פתאום מופיעים גבול, ניגוד, רצף, אפשרות למעבר. החוויה כבר אינה רק "כאב" או "עומס" אלא גם מצב מסוים בשדה רחב יותר של איכויות ומיקומים.

בתנועה הזאת יש חשיבות מיוחדת לדימוי מעבר: סף, חלון,

גשר, קו אופק, מסדרון, דמדומים, פתח צר, קו תפר בין פנים לחוץ. דימויים כאלה מאפשרים למטופל להרגיש את מצבו ולהתחיל לזהות את עמדתו בקשר אליו. זהו מעבר עדין אך מרכזי: מ"מה קורה לי" אל "איך אני מתמקם במה שקורה לי". ברגע שנוצרת אפשרות כזאת מופיע מרכיב נקודת המבט. המטופל כבר אינו נתון בחוויה בלבד אלא גם מתחיל לעמוד מולה, להרגיש את המרחק ממנה, את המשיכה אליה, את הפחד ממנה או את האפשרות לנוע בתוכה. מבחינה קלינית זהו רגע של התהוות סובייקטיבית: לא רק תסמין שמופיע בגוף אלא גם אני שמתמקם ביחס אליו.

רק לאחר שנוצרה מידה מספקת של התאמה בין תחושה, דימוי ואיכות אפשר להתחיל להזמין מילים. גם כאן המילה אינה באה להחליף את הדימוי אלא להיבדק ביחס אליו. אפשר לבקש ניסוח, כותרת או מילה אחת ולשאול אם היא עולה בקנה אחד עם מה שנחווה. אם לא, חוזרים לדימוי. אם כן, המילה משמשת עוגן ראשוני של סימבוליזציה. כך עשוי להיווצר מעבר הדרגתי מ"כאב בחזה" ל"אין אוויר", מ"אין אוויר" ל"חנק" ומ"חנק" ל"אין לי מקום". רק בשלב הזה אפשר להתחיל לבדוק אם האיכות הזאת קשורה למערכת יחסים, למצב חיים, לקונפליקט, לאובדן, לעמדה פנימית או לצורך שלא קיבל הכרה.

עבודה עם דימויים חזותיים מתאימה במיוחד למצבים שבהם החוויה אינה מובחנת או אינה נגישה לעיבוד מילולי, שכן היא מאפשרת שהייה בחוויה במרחק נסבל, מפחיתה הצפה ותומכת בוויסות רגשי. המעבר מדימוי למילים מאפשר התפתחות הדרגתית של משמעות מתוך החוויה, במקום פרשנות מיידית, ושילוב הדימויים בין המפגשים עשוי לתמוך בהמשכיות הטיפול ובהעברת הלמידה לחיי היום־יום

מכאן נפתחת האפשרות לעבודה על משמעות במובנה הרחב יותר. המשמעות אינה נשלפת מהדימוי באמצעות פרשנות אלא צומחת מתוך ההתאמה המצטברת בין הגוף, האיכות, התמונה והמילה. לכן אין מדובר במעבר חד מן הלא מילולי אל המילולי אלא בתנועה מדורגת: מתחושה גופנית עמומה אל מופע חזותי שאפשר לשאת; ממופע אל איכות מורגשת; מאיכות אל הבחנה; מהבחנה אל עמדה; ורק אז אל קישור רגשי, ביוגרפי או קיומי. בזכות תהליך זה לא יישאר התסמין אות גופני סתום, אך גם לא ייעשה מייד אובייקט של פרשנות חיצונית. מנקודת המבט הזאת העבודה עם

דימויים חזותיים מציעה למטופל דרך להיות בקשר עם מה שטרם נוסח, להחזיק אותו, לבדוק אותו, להבחין בו ולתת לו בהדרגה תוקף. זאת אינה טכניקה אחת שמיושמת באופן זהה אלא מסגרת עבודה שמותאמת לצורת הליקוי באינטגרציה החווייתית. הדוגמאות הבאות מציגות צוהר לעבודה עם דימויים חזותיים לפי שלושת הצירים של MCI.²

ליקוי בציר התחושת:

קושי הבחנה ובארגון של חוויה גופנית

מטופל שסובל מכאבי גב מתאר תנודות חדות בין תפקוד מלא ובין קריסה, "יום אחד אני בסדר, יום אחר אני לא יכול לזוז". החוויה אינה רציפה אלא מתאפיינת במעברים קוטביים ללא יכולת לזהות קשר ביניהם. הכאב נחוה כמצב כוללני ולא מובחן, כאב שאינו מאפשר הבחנה באיכויות שונות או בתנאים שהוא מופיע בהם. כאשר המטופל נשאל למה הכאב דומה מופיעים כמה דימויים מקבילים: מבנה יציב, אלמנט מתפרק ומבנה נוסף שמחזיק בקושי. המטופל מתבקש להתבונן ביחסים ביניהם ולא דווקא לבחור דימוי אחד בלבד. בהדרגה הוא מתחיל לארגן את הדימויים למפת קשרים שכל דימוי בה מקבל מיקום ותפקיד. דרך מיפוי זה מתבהרת הבחנה שלא הייתה זמינה קודם: היציבות אינה מצב נתון אלא תוצאה של מאמץ מתמשך של החזקה. הקריסה אינה מקרית; היא קשורה לרגע שבו מאמץ זה אינו יכול להימשך. כאשר המטופל נותן שמות לאיכויות העולות - "מאמץ", "החזקה" ו"סף" - מתאפשרת הבחנה בתוך מה שנחוה קודם כמצב אחיד.

ליקוי בציר המוטיבציוני:

קונפליקט בין צורך לרגיעה ובין חוויית איום

מטופלת שסובלת מכאבי ראש כרוניים מתארת החמרה דווקא ברגעי שקט, בסוף היום או לאחר ירידה בעומס. היא אומרת, "דווקא כשנרגע מתחיל לכאוב". שלא כמו במצבים של היעדר חוויה, כאן קיימת חוויה ברורה, אך היא מאורגנת סביב סתירה פנימית: מה שאמור להיתפס כמרגיע נחוה כאיום. בהקשר זה אפשר להבין את המצוקה כפגיעה בציר המוטיבציוני שמתקיימת בו אי-הלימה בין הצורך ברגיעה ובין האופן שבו היא נחוית בפועל. בעבודה עם דימויים חזותיים נמשכת המטופלת שוב ושוב לדימויים של שקט - ים רגוע, מרחב פתוח, אופק רחב. עם זאת תגובתה הגופנית על הדימויים האלה אינה של הקלה אלא של מתח. במקום להחליף את הדימויים מתמקדת העבודה בהשהייתם

ובהרחבתם: יצירת רצף של דימויים דומים אך לא זהים. אחר כך המטופלת מתחילה להבחין בין איכויות שונות של שקט ולתת להן שמות משלה. דרך ההשוואה בין הדימויים מתאפשרת הבחנה שלא הייתה זמינה קודם - לא כל שקט נחוה באותו האופן. מתגלה כי לצד הצורך ברגיעה מתקיימת גם חוויה של חשיפה ואובדן הגנה. האמירה "זה שקט, אבל חשוף מדי" מסמנת הופעה של מורכבות בחוויה שנחוותה כאחידה בעבר. הדימוי אינו מפחית את התסמין ישירות אלא מאפשר לזהות את המבנה הפנימי של הקונפליקט: רגיעה אינה נחוית כמקום בטוח אלא כמצב שבו ההגנות נחלשות. מקרה זה מדגים כיצד עבודה עם דימויים מכוונת ליצירת הבחנה בתוכה ולא לפתרון הסתירה. באמצעות הדימוי עוברת החוויה מארגון חדי-ממדי למבנה מורכב שבו אפשר להחזיק בו-זמנית צורך ואיום. הדימוי תומך בהתארגנות חווייתית שאינה מבטלת את הקונפליקט אלא מאפשרת לשאת אותו.

במאמר הזה הצעתי לראות בדימוי החזותי לא רק כלי ביטוי או פרשנות אלא גם מרחב שבו חוויה יכולה להתחיל לקבל צורה. כן הצעתי הרחבה להבנת פסיכוסומטיקה: לא רק הפרעה במשמעות של חוויה אלא גם הפרעה בתנאים שמאפשרים את עצם הופעתה. במובן זה העבודה עם דימויים חזותיים היא דרך לאפשר לחוויה להתהוות ולא רק דרך להבינה

ליקוי בציר האפיסטמי:

קושי בהכרה בחוויה כבעלת תוקף

מטופלת שסובלת מפיברומיאלגיה מתארת כאב עז ומפושט, אך בו-זמנית מבטלת את שייכותו, "זה כואב, אבל זה לא שלי". הפער אינו בא לידי ביטוי בהבדל בין תחושה ובין מחשבה אלא משקף קושי עמוק, היעדר יכולת להכיר בחוויה הגופנית כחלק מן העצמי. במובן זה אפשר להבין את המצוקה כפגיעה בציר האפיסטמי שנפגע בו עצם התוקף של החוויה. במפגש עם דימויים חזותיים נמשכת המטופלת שוב ושוב לדימוי של מבנה סדוק. היא חוזרת אליו לאורך זמן אך מתקשה להתמקם ביחס אליו: לעיתים היא אומרת, "זה אני", ולעיתים "זה לא אני". הדימוי מתפקד אפוא כמרחב ביניים שאפשר לשהות בו בפער שבין תחושתיות ובין דחייתה.

² בככל תיאורי המקרים שונו פרטים מזהים לשמירה על חסיון המטופלים.

בין המפגשים מתחילה המטופלת לכתוב מילים שעולות מתוך המפגש עם הדימוי, "סדוק" ו"נשבר", ואחר כך מופיעה גם המילה "מוחזק". בשלב הבא היא מצלמת מבנה דומה בסביבתה ומוסיפה אליו אלמנט תמיכה. הפעולות הללו אינן מבקשות לפרש את החוויה אלא להאריך את המגע עימה. מתוך רצף זה - התבוננות, חזרה, כתיבה וצילום - מתאפשרת תנועה עדינה בעמדה "זה שלי... אבל אני לא רוצה שזה יהיה שלי". באמירה הזאת אין אינטגרציה מלאה, אבל היא ראשיתה של הכרה.

מקרה זה מדגים כיצד הדימוי החזותי פועל כמרחב שאפשר לשאת בו את המתח בין שייכות ובין דחייה ולא כייצוג של חוויה קיימת. במרחב זה מתאפשרת הופעה הדרגתית של תוקף כתנועה ולא כהכרעה. הדימוי תומך בהתארגנות ראשונית של החוויה ומאפשר לה להפוך, ולו חלקית, לחלק מן העצמי. האופן שבו העבודה עם דימויים משתנה על פי סוג הליקוי החווייתי מובהר בטבלה שלהלן (הטבלה מסכמת תצורות שונות של ליקוי באינטגרציה חווייתית ואת תפקיד הדימוי החזותי בתהליך התארגנות החוויה במודל המוצע):

טבלה 1

סיכום תצורות ליקוי ותפקיד הדימוי החזותי

ציר	ביטוי קליני	הקושי המרכזי	תפקיד הדימוי
תחושתיות	כאב גולמי	חוסר הבחנה/הצפה	יצירת איכות חווייתית
מוטיבציוני	מתח/קונפליקט	חוסר משמעות	רגולציה, כיווניות
אפיסטמי	ניכור/דחייה	חוסר תיקוף	ולידציה

תהליך זה מתרחש גם במרחב שבין המפגשים. הדוגמה הבאה מציגה תהליך מתמשך שבו הדימוי מתהווה מתוך חיי היומיום של המטופל באמצעות צילום. אפשר לראות כיצד הדימוי החזותי פועל כהרחבה של שדה החוויה ולא רק כאמצעי לייצוגה.

א', גבר בן 43, פנה לטיפול עקב כאבי צוואר וכתפיים חוזרים שהופיעו בעיקר בשעות הערב. מהבירור הרפואי עלה שהכול תקין. א' תיאר את הכאב כ"נוקשות שמטפסת למעלה" ולעיתים כתחושה של "משקל על העורף". א' תפקד היטב בתפקידו כמנהל אך תיאר שחיקה מתמשכת. כאשר נשאל על עולמו הרגשי נטה לענות בכלליות ולעבור במהירות להסברים מעשיים. במפגשים הראשונים בלט קושי לשהות בחוויה פנימית לצד נטייה לנרמל או להסביר אותה.

א' הוזמן להתעכב על התחושה עצמה. כאשר נשאל כיצד נחוה הכאב מבפנים אמר, "זה כאילו משהו מחזיק אותי מאחור". ניסיון להישאר עם התחושה עורר אי-נוחות, והוא ציין כי אינו אוהב "להתעסק בזה יותר מדי". כבר בשלב זה

ניכר פער בין נוכחות תחושתית ובין קושי לתת לה תוקף או לשהות עימה. בשלב זה הוזמן א' להרחיב את הקשב אל מעבר למפגש: בשבוע הזה הוא התבקש לשים לב למצבים או לאובייקטים שנראים לו "קרובים למה שקורה בצוואר" ולצלם אותם בלי הסבר. במפגש הבא הוא הביא שלושה צילומים: חבל מתוח בין שני עמודים, מדף עמוס שנטה מעט קדימה וכבל חשמל מתוח לאורך קיר. כאשר התבקש לבחור את הדימוי הקרוב ביותר לחוויה בחר א' בחבל. העבודה עם הדימוי לא כוונה לפרשנות אלא לבדיקת התאמה. כאשר נשאל מה בתמונה נראה לו נכון אמר, "זה מתוח מדי... כאילו זה חייב להישאר ככה". אשר לקשר עם הגוף הוסיף, "אם זה ישתחרר, משהו יקרה". הדימוי שימש אפוא מרחב ביניים שמאפשר החזקה של החוויה בלי להיבלע בה.

בהמשך הטיפול אפשרה ההתבוננות בדימויים הנוספים הבחנה מדויקת יותר. בקשר למדף הוא תיאר עומס, אך לא את האיכות המרכזית; ובקשר לכבל ציין כי אומנם הוא מתוח אך "מסוכן" פחות. מתוך ההשוואה התגבשה איכות חווייתית מובחנת: לא "סתם" מתח אלא מתח שמוחזק באיום של קריעה ותחושה ש"אסור לשחרר". רק לאחר התבססות האיכות הזאת הופיעה זיקה לעולם החיים. א' אמר, "זה קצת כמו בעבודה... אם אני מרפה - דברים נופלים". הקישור לא הוצע מבחץ כי אם צמח מתוך המגע עם הדימוי. אחר כך הוסיף א' ואמר, "אני מחזיק יותר ממה שאני צריך... אבל אין לי איפה לשים את זה". אם כן, התאפשר פה מעבר מתחושה גופנית לאיכות חווייתית וממנה לעמדה ביחס למציאות.

בשלב הבא הוזמן א' להמשיך ולצלם במשך השבוע ובתוך כך להיות פתוח לאפשרות של שונות או תזוזה. במפגש הבא הביא צילום של גשר בעל קשתות תומכות. כאשר נשאל מה שונה כאן אמר, "זה לא תלוי בנקודה אחת... יש חלוקה". בדיקה של הדימוי ביחס לגוף העלתה תחושת הפחתת עומס. לדבריו, "זה פחות לוחץ למעלה... זה מתפזר". במפגשים הבאים החל א' לזהות מוקדם יותר מצבים של "הימתחות", להשתמש בדימויים כדרך לעצור ולהתבונן ולדווח על ירידה בעוצמת הכאב. אומנם התסמין לא נעלם לחלוטין, אך הוא עבר ממצב אוטומטי וחסר הבחנה למצב שאפשר להתמקם ביחס אליו.

מנקודת המבט של MCI נכללה בתהליך תנועה בשלושת הצירים: בציר התחושתית - מעבר מכאב לא מובחן לאיכות של מתח קפוא; בציר המוטיבציוני - זיהוי עמדה של החזקה יתרה והיעדר חלוקה; ובציר האפיסטמי - מעבר מהימנעות למתן תוקף לחוויה דרך המפגש החוזר עם דימויים מצולמים. הצילום במשך השבוע שימש הן אמצעי ביטוי הן הרחבה של שדה החוויה באופן שאפשר לחוויה להמשיך ולהתהוות בהקשר החיים עצמם.



בעלי הכשרה לטיפול. אפשר לשלב הכשרה ייעודית ובה התנסות בעבודה עם דימויים, הבנת שלושת צירי המודל (תחושת, מוטיבציוני ואפיסטמי) ולמידת עקרונות ויסות והחזקה.

כדי להתמודד עם הסיכונים הכרוכים בעבודה עם דימויים חזותיים נדרשת עמדת טיפול ייחודית שאינה מכוונת לפרשנות, הכוונה או חשיפה ישירה אלא להחזקה זהירה של תהליך התהוות החוויה. העמדה הזאת מבוססת על כמה עקרונות מרכזיים: ראשית, השהיה של פרשנות והימנעות מהכתבת משמעות חיצונית לדימוי ומתן עדיפות לבדיקת ההתאמה הסובייקטיבית של המטופל. שנית, כיבוד הקצב הפנימי של הופעת החוויה, ללא ניסיון להאיץ תהליכי המשגה או להגיע לתובנות טרם זמן. שלישית, עבודה מתוך קשב לתגובות הגוף והחוויה המיידית כבסיס להכוונת התהליך, ולא מתוך הנחות תאורטיות מוקדמות. רביעית, שמירה על מרחק מיטיב מהחוויה, מרחק שמאפשר מגע מווסת ולא מציף, בין היתר באמצעות שימוש בדימויים כמתווכים ולא כחשיפה ישירה. ולבסוף, אימוץ עמדה בוחנת ולא יודעת מראש שבה המטפל אינו מפרש את הדימוי אלא מלווה את המטופל בבדיקת משמעותו המתהווה. עמדת הטיפול הזאת מאפשרת להפחית סיכונים של הצפה או פרשנות יתר ותומכת ביצירת תנאים שבהם החוויה יכולה להתארגן בהדרגה ובבטחה.

מבחינת המחקר פותח המודל כמה כיוונים להמשך. אפשר לבחון את תרומתה של עבודה מבוססת דימוי לשינויים באלכסיתימיה, בזיהוי רגשות, באינטרוספציה ובתחושת בעלות על חוויה. כמו כן ראוי לבדוק אם דימוי יחיד, רצף דימויים או צילום מתוך חיי היום-יום תורמים בדרכים שונות להתארגנות החוויה ואם השפעתם משתנה על פי סוג הליקוי התחושת, המוטיבציוני או האפיסטמי. מחקר כזה עשוי לסייע לבסס את ההבחנות הקליניות שהוצעו כאן ולהבהיר את מנגנוני הפעולה של ההתערבות. יש צורך בביסוס אמפירי של יעילות הגישה. פיתוח פרוטוקול מובנה למחצה יכול לאפשר בחינה שיטתית של ההתערבות והטמעתה במסגרות קליניות. לסיכום, במאמר הזה הצעתי לראות בדימוי החזותי לא רק כלי ביטוי או פרשנות אלא גם מרחב שבו חוויה יכולה להתחיל לקבל צורה. כן הצעתי הרחבה להבנת פסיכוסומטיקה: לא רק הפרעה במשמעות של חוויה אלא גם הפרעה בתנאים שמאפשרים את עצם הופעתה. במובן זה העבודה עם דימויים חזותיים היא דרך לאפשר לחוויה להתהוות ולא רק דרך להבינה.

בדיון הזה אני מבקשת לחדד את התרומה העיקרית של המאמר להבנת פסיכוסומטיקה: לא רק ככשל בעיבוד, בייצוג או בהמשגה של חוויה קיימת אלא גם כפגיעה בתנאים שמאפשרים לחוויה להתארגן מלכתחילה. אפשר למקם את המודל המוצע ביחס לגישות מרכזיות בפסיכולוגיה של הכאב. גישות קוגניטיביות-התנהגותיות (CBT) מתמקדות בזיהוי ושינוי דפוסי חשיבה והתנהגות הקשורים לכאב, ואילו גישות מבוססות קבלה (ACT) וקשיבות (מיינדפולנס) מדגישות שינוי ביחס לחוויה ובהפחתת הימנעות. המודל הנוכחי אינו מחליף את הגישות האלה אלא משלים אותן כי הוא פועל ברמה מוקדמת מהן, ברמת התנאים שבהם החוויה עצמה מתהווה. בהקשר זה MCI מאפשרת להבין תסמינים פסיכוסומטיים כתוצר של כשל באינטגרציה בין רמזים תחושתיים, מוטיבציוניים ואפיסטמיים. לכן הכאב נתפס גם כאות שהחוויה טרם קיבלה צורה מובחנת, כיוון משמעות ותוקף סובייקטיבי, ולא רק כביטוי סמלי של מצוקה.

עבודה עם דימויים חזותיים מתאימה במיוחד למצבים שבהם החוויה אינה מובחנת או אינה נגישה לעיבוד מילולי, שכן היא מאפשרת שהייה בחוויה במרחק נסבל, מפחיתה הצפה ותומכת בוויסות רגשי. המעבר מדימוי למילים מאפשר התפתחות הדרגתית של משמעות מתוך החוויה, במקום פרשנות מיידית, ושילוב הדימויים בין המפגשים עשוי לתמוך בהמשכיות הטיפול ובהעברת הלמידה לחיי היום-יום. בהקשר של השיקום תורמת הגישה הזאת להפחתת תסמינים ולשיפור הסתגלות, לתחושת שליטה ולמשמעות ביחס לכאב.

לצד התרומות הללו חשוב להצביע גם על מגבלות ועל שיקולים קליניים. עבודה עם דימויים חזותיים אינה מועילה מעצמה, וללא תנאים מספקים של ויסות, ברית טיפולית ויכולת לשאת עמימות עלול הדימוי להישאר ברמה אסתטית בלבד או לעורר הצפה שאינה ניתנת לעיבוד. נוסף על כך קיימת סכנה של פרשנות יתר מצד המטפל, והיא עלולה לעקוף את תהליך ההתהוות של המטופל ולפגוע דווקא בממד האפיסטמי שהמודל מבקש לחזק. לשימוש בדימויים חזותיים נדרשות מיומנות קלינית בסיסית בעבודה חווייתית ויכולת להחזיק עמימות ולהימנע מפרשנות יתר. לפיכך הגישה מתאימה לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (כגון פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים באומנויות)

שלו, ע' (2026). פוטולוגי-מפת תודעה בצילומים. ניב.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. Guilford Press.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1999). Control theory: A useful conceptual framework for personality, social, clinical, and health psychology. In R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 299–316). Psychology Press.

Ezra, Y., Hammerman, O., & Shahar, G. (2019). The four-cluster spectrum of mind-body interrelationships: An integrative model. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 39. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00039>

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>

Fotopoulou, A., & Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychoanalysis*, 19(1), 3–28. <https://doi.org/10.1080/15294145.2017.1294031>

Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.

Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (Eds.). (1996). *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. Guilford Press.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2024). Conceptual foundations of emotion regulation. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (3rd ed., pp. 3–12). Guilford Press.

Inzlicht, M., Werner, K. M., Briskin, J. L., & Roberts, B. W. (2021). Integrating models of self-regulation. *Annual Review of Psychology*, 72, 319–345. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-061020-105721>

Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., ..., & Zucker, N. (2018). Interoception and mental health: A roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>

Papies, E. K., & Aarts, H. (2016). Automatic self-regulation: From habit to goal pursuit. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 203–222). Guilford Press.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Shalev, I. (2018). Using motivated cue integration theory to understand a moment-by-moment transformative change: A new look at the focusing technique. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, Article 307. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00307>
- Shalev, I. (2019). Motivated cue integration in alexithymia: Improving interoception and emotion information processing by awareness-of-sensation techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00329>
- Shalev, I. (2020). Motivated cue-integration and emotion regulation: Awareness of the association between interoceptive and exteroceptive embodied cues and personal need creates an emotion goal. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1630. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01630>
- Shalev, I. (2021). Theory of motivated cue-integration and COVID-19: Between interoception, somatization, and radicalization. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 631758. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.631758>
- Shalev, I., & Yaakobi, E. (2024). Exploring psychosomatic congruence: The effect of focusing on body parts as a body-oriented mentalization process. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24, Article 100488. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100488>
- Shalev, I., & Yaakobi, E. (2026). Association between self-regulatory modes and alexithymia mediated by mindfulness and cognitive reappraisal. *Scientific Reports*, 16, 5725. <https://doi.org/10.1038/s41598-026-35882-y>
- Smith, R., Killgore, W. D., & Lane, R. D. (2018). The structure of emotional experience and its relation to trait emotional awareness: A theoretical review. *Emotion*, 18(5), 670–692. <https://doi.org/10.1037/emo0000376>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77. <https://doi.org/10.1159/000075537>
- Winnicott, D.W. (1991). *Playing and reality*. Psychology Press.

"החזקה סימולטנית": מודל אינטגרטיבי לטיפול בקונברסיה מנקודת מבט ויניקוטיאנית

שירה בן ארויה¹

תקציר

קונברסיה, המוכרת גם כהפרעה נוירולוגית תפקודית (FND), מציבה לפני מערכת הבריאות הציבורית אתגר קליני, שכן לעיתים קרובות סובל הטיפול במצבים הללו מפיצול מוסדי בין הגוף ובין הנפש וממגבלות זמן ומשאבים. במאמר זה הצעתי גשר תאורטי וקליני בין התפיסה המודרנית של הקונברסיה ובין החשיבה הפסיכואנליטית ברוחו של ויניקוט דרך הצגת מודל "החזקה סימולטנית". במודל מוצעים ארבעה קווים מנחים להתערבות טיפולית אינטגרטיבית: (1) איחוי הפיצול המערכתית; (2) עידוד תחושת סוכנות במרחב הטיפולי; (3) התמרה תוך־נפשית בתפיסת התסמין מעובדה רפואית לעבודת אָבֵל; (4) נקודת מבט הוליסטית שמכבדת את התסמין כ"שומר סף". יישום המודל מודגם באמצעות תיאור מקרה של מטופלת שטופלה במרפאה נוירופסיכיאטרית בבית חולים ציבורי בעקבות הפרעת הליכה פונקציונלית ורקע טראומטי. בבסיס המודל המוצע נטען כי המפתח לשיקום הסובלים מקונברסיה אינו טמון במחיקה דחופה של התסמין אלא בהרחבת הנכונות והיכולת של המטופל לשאת כאב נפשי.

מבוא

The treatment of psycho-somatic states is like the complicated juggling act of a man riding two horses, with a foot on each saddle and both sets of reins in his hands (Winnicott, 1966, p. 510).

קונברסיה (conversion disorder) ידועה היום כהפרעה נוירולוגית תפקודית (functional neurological disorder), ובעגה המקצועית "הפרעה פונקציונלית" או פסיכוגנית. קונברסיה היא מצב רפואי שמאופיין בתסמינים נוירולוגיים ממשיים שאינם מוסברים באמצעות מחלה אורגנית או נוירולוגית ידועה. שכיחותה גבוהה ומורגשת

היטב בשדה הקליני והשיקומי: שיעור הפונים למרפאות נוירולוגיות ומציגים פגיעות כגון הפרעות הליכה, דיבור או התקפים שאינם אפילפטיים, ללא ממצא מבני שמסביר אותם, עומד על 15-20 אחוזים (Stone et al., 2010). כיום הפרוטוקול הבין־לאומי המקובל לאבחון קונברסיה אינו עוד מודל שלילה של הסבר חלופי על סמך בדיקות MRI תקינות אלא מודל שלפיו נוירולוג מחויב לתת אבחנה שמבוססת על קריטריון חיובי של סימנים קליניים. הטיפול המקובל במסגרות ייעודיות בעולם הוא רב־מערכתי ומבוסס על צוות רב־מקצועי, רפואי, פרה־רפואי ורגשי.

גם בארץ קיים צורך לגשת לטיפול בקונברסיה באופן אינטגרטיבי, בדומה למודל הביורפסיכוסוציאלי המציע גישה רחבה והוליסטית להבנת בריאות וחולי. בהקשר גוף נפש מודגש כי מחלה היא תוצאה של שילוב גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים (Engel, 1977). בזכות הגישה הזאת תיתכן שפה משותפת לאנשי מקצוע ברפואה, בסייעוד, בעבודה סוציאלית ובפסיכולוגיה לטיפול במטופל כ"שלם" ולא רק כתסמין. קונברסיה מעוררת אתגר רב במערכת ציבורית ודורשת יחס ייחודי ומותאם. ראשית, לעיתים קרובות יש קומורבידיות וסמיכות עם הפרעות רפואיות נוספות, ועל כן הטיפול מתקיים ביחידות או במרפאות שאינן ייעודיות. שנית, קונברסיה היא נקודת מפגש מורכבת בין גוף ונפש בהיותה נטולת סממנים מבניים וממצאים רפואיים, ולכן בהגעת המטופל לטיפול ממוקם הפסיכולוג בעמדה שמעוררת ציפיות רבות. וכן, מטופלים מגיעים ליחידות שונות לאחר מסע ארוך של חיפוש אחר פשר לשבר הגופני שהם סובלים ממנו, לעיתים מתוך התנגדות לנחת הרגשי הנכבד הנלווה לתסמינים. מכאן עולה האתגר השלישי והוא שימוש בהגנה דרסטית של ניתוק המטופל מחלקים מתוכו, הגנה שבתורה מאתגרת גם את החיבור ואת הנגישות בין הצוות ובין המטופל. לבסוף, במערכת ציבורית הטיפול מוגבל בזמן באופן מובהק, ועל כן יש חשיבות לתיעודף מושכל של מטרות הטיפול כדי ליצור התערבות יעילה.

¹ שירה בן ארויה היא נוירופסיכולוגית שיקומית מומחית במרפאה הנוירופסיכיאטרית בבית החולים איכילוב ומתמחה בפסיכותרפיה פסיכואנליטית ויניקוטיאנית.

אם כן, התסמין הפונקציונלי מסמן את הניתוק בין השניים בעצם העובדה שהגוף סובל את שהנפש אינה יכולה לשאת מצד אחד, ומצד אחר, באמצעות מיקום הכאב בגוף שומרת המערכת הנפשית על שארית חיבור פסיכוסומטי (Winnicott, 1966). במובן זה התסמין הוא פשרת הישרדות משום שהוא מגן על הסובייקט מפני ניתוק מוחלט מהגוף או לחלופין מפני כאב בלתי נסבל במגע עם חומרים נפשיים, בין הרצון המודע להירפא ובין החרדה הלא מודעת שלפיה אובדן התסמין יגרום להתמוטטות (בר נס, 2024; Winnicott, 1974). על כן יש לתת כבוד לתסמין הגופני כאלמנט מעורר תקווה שעשוי לשמור על הנפש מסבל גדול יותר. מכאן נובע אתגר טיפול נוסף - מטופלים שסובלים מקונברסיה עשויים להביע התנגדות לריפוי (תגובה תרפויטית שלילית), משום שאובדן התסמין מחולל סכנה חמורה יותר מהחולי עצמו. לכן אין לראות בעבודת הטיפול עבודה שמכוונת למחיקה מהירה של התסמין, כי אז עלול המטופל להיוותר ללא הגנה ולסבול מכאב שהוא מתקשה לשאת בטרם עת.

פרדוקס הטיפול במודל ההחזקה הסימולטנית נובע מהעובדה שדווקא ההכרה במגבלה והוויתור על העמדה האומניפוטנטית הם היוצרים אפשרות לתנועה נפשית; רק כאשר המטופל מקבל מהמטפל וממערכת התמיכה לגיטימציה ש"לא לתפקד" - קרי, להזדקק - נסללת הדרך לוותר על ההחזקה העצמית הכוזבת. בלי הלגיטימציה הזאת תימשך ההחזקה הכוזבת

גישתו של ויניקוט מזוהה עם תנועה חשובה שמסיטה את תשומת הלב מפסיכואנליזה אפיסטמולוגית, שממוקדת בצבירת ידע ובתרגום התכנים הלא מודעים להבנה ולפרשנות של משמעות סמויה, אל עבר פסיכואנליזה אונטולוגית, שעוסקת בהוויה ובהרחבת היכולת לחוש יותר חיות ולהתקיים באופן מלא (Ogden, 2009). הטיפול בקונברסיה לא יסתכם אפוא בפיענוח התסמין ובפרשנות פסיכולוגית אלא במתן מרחב שבו ירגיש המטופל בטוח לגעת בחלקים אמיתיים מהעצמי, חלקים שאינו בא במגע איתם, ולהפוך לאדם מלא ונוכח מבעבר. במקרים כאלה אני סבורה כי גם במסגרת טיפול שיש בה קושי להמתין זמן לא מוגבל ולעבור תהליך אנליטי המעשה הטיפולי אינו פעולה של גילוי עובדות נפשיות כי אם ביסוס תהליך של בריאה מחודשת של העצמי. המפגש עם התסמין, כמו הרגרסיה לתלות, אינו נסיגה פתולוגית; בזכותו

התסמין הפונקציונלי נושא איתו סבל קונקרטי ונכות אמיתית, ולעיתים קרובות עשויה מטרת הטיפול להיות הישג תפקודי במערכת ציבורית. במקומות רבים הפיצול המרכזי הוא בין רפואה שרואה במחיקת התסמין את הצלחת הטיפול ובין הפסיכולוג שתפקידו לראות תמונה נפשית מעמיקה מזאת. בגלל מתח זה והאתגרים שציינתי אני מזהה צורך במודל טיפול אינטגרטיבי. מודל זה יאפשר התייחסות ורגישות גבוהה לעולמו הרגשי והאינטרה-פסיכי של המטופל מצד אחד, והתחשבות בסביבה ציבורית או שיקומית שדורשת מהמטפל גמישות ופרקטיות בהפחתת הפתולוגיה מצד אחר. בחלק הבא אציע נקודת מבט פסיכואנליטית שמחזקת את הצורך בהחזקה רבי-ממדית כאשר אנו ניגשים לטיפול הראשוני בקונברסיה, קרי, החזקת ממשק המטופל עם המערכת, עם הכשל הסביבתי שחוה המטופל עד הגעתו לטיפול ואת הייחודיות שבה התסמין הגופני פוגש את עולם הנפש. כדי להציע מענה על האתגרים המערכתיים והתוך-נפשיים האלה יפנה המאמר למשנתו של ויניקוט שמוצעת בה שפה ייחודית להבנת השבר הפסיכוסומטי.

במאמר זה מוצע מודל עבודה ייחודי שמחדד את הצורך בפרקטיקה קלינית באמצעות החזקה סימולטנית של היבטים שונים בטיפול. הוא מוסיף להתבוננות האינטגרטיבית והרבי-ממדית על מנגנונים בבסיס הפרעה, במופעיה הקליניים ובהשלכותיה על אבחון וטיפול (אנדר ובן ארויה, 2026).²

ויניקוט וקונברסיה

אומנם התסמין הקונברסיבי תחום בגוף, אך הוא עשוי לפתוח שער אל אזורים נפשיים תת-קרקעיים. לכן גם כשנקרית הפרעה "פונקציונלית" שנועדה לתאר הפרעה בפונקציה תפקודית אין לראות בקונברסיה תסמין שלילי דווקא אלא הזדמנות לתקשורת של חלק מנותק ולא נגיש שנפגש עם הסביבה דרך הגוף. הפרעה הזאת היא אפוא "פונקציונלית לנפש" ובעלת פונקציה שומרת ומחברת. לדברי ויניקוט (Winnicott, 1949, 1960), בהתפתחות בריאה הגוף (הסומה) והנפש (הפסיכה) הם יחידה אחת בלתי ניתנת להפרדה, וכך באינטגרציה ביניהם "משתכנת" הנפש בתוך הגוף. במקרים של טראומה עלולה להיות דיסוציאציה בין הגוף ובין הנפש, ולגוף נותר כאב ש"מתאכסן" בו מכיוון שהנפש אינה יכולה לשאתו (ויניקוט, 2009). הכשל באינטגרציה מתרחש כאשר הסביבה אינה מחזיקה, או אינה טובה דייה, והנפש חווה שבר ועלולה שלא לעכל את החוויה ולהגיב דרך הגוף (ויניקוט, 1995). בין היתר דרך קונברסיה.

² ההתבוננות הזאת מבוססת בין היתר על סקירת התופעה במאמר "סקירה על הפרעה נירולוגית תפקודית" (אנדר ובן ארויה, 2026).



ייתכן תיקון, והוא ניסיון חיוני של המטופל למצוא סביבה מחזיקה שתאפשר התהוות מחודשת.

ההתמודדות בשדה השיקומי והקליני מאלצת את המטופל להחזיק בה בעת את צורך המערכת בהפחתת התסמין לצד עומק התסמין ואת ההגנה הנפשית שהוא משרת. לצד זאת עלינו לזכור כי "המחלה" אינה הלכות הגופנית כשלעצמה כי אם הפיצול הפנימי וחוסר האינטגרציה המונעים מהאדם לשאת את כאבו הנפשי. דרך הגוף מסתמן חלק פגוע מהעצמי האמיתי המעז להופיע, ולו בדרך עקיפה ומכאיבה, בסביבה וגם במרחב הטיפול. בחלק הבא אתאר טיפול שימחיש תפיסת עולם אינטגרטיבית שמביאה בחשבון את רמת התפקוד הגופנית, את המפגש הפצוע עם סביבה רפואית ומטפלת ואת המערכת התוך-נפשית הייחודית של התסמין. אדגים כיצד התמקמותי כסביבה מחזיקה חוללה את ראשיתו של שינוי בעמדת המטופלת כלפי גופה וכלפי התסמין והיא התקרבה לנכונות לשאת כאב אחר, נפשי. בעקבות הדוגמה הקלינית אנסה לזקק בדיון כמה קווים מנחים שישמשו מעין "מצפן" למודל עבודה ראשוני לטיפול בקונברסיה.

תיאור מקרה

אנה

אנה, בת 55, הבכורה מתוך שתיים, גרושה ואם לחמישה ילדים. היא מטופלת בטיפול פסיכולוגי ובמעקב פסיכיאטרי במרפאה נירור-פסיכיאטרית עקב הפרעת הליכה פונקציונלית. שש שנים בקירוב לפני הגעתה לטיפול נפלה אנה על גבה בזמן עבודתה. שבוע לאחר מכן החלו שיבושים מובהקים בהליכתה. אל המרפאה לבריאות הנפש היא הגיעה מבלבלת וחוששת לאחר שנדדה שנים בין המחלקה האורתופדית ובין הנורולוגית ובכל זאת לא קיבלה ממצאים רפואיים. אנה לא הבינה מה קורה בגופה וחוותה את הפנייתה לטיפול כנטישה והאשמה והרגישה בדידות וניתוק מגופה ומהמערכת המטפלת. ברקע תוארה פגיעה בתפקוד אימה של אנה עד כדי כך שאנה תפקדה כעקרת הבית עוד כשהייתה ילדה וביצעה את עבודות הניקיון והבישול בעל כורחה. לולא תפקדה היה הבית מתמלא לכלוך, ואביה היה מגיב בזעם כלפי אימה. בגיל ההתבגרות חוותה אנה פגיעה מינית מתמשכת, וזאת נחשפה לראשונה בטיפול. כשהייתה צעירה התחנתה אנה עם גבר שהשרה עליה ביטחון, אך עם הזמן התפוגגה תחושת המוגנות, ואנה חוותה יחס משפיל מצידו. במשך שנות הנישואים עבדה אנה בחריצות כדי להמשיך ולפרנס את משפחתה והקדישה את חייה להגנה על ילדיה מפני "נשיאה בנטל" כמו שהיא חוותה בהיותה ילדה. לאחר שנה מהנפילה היא אזרה כוחות

והתגרשה מתוך הרגשה שאינה יכולה לשאת עוד את המצב בד בבד עם מגבלותיה הפיזיות. בעת הטיפול סעדה אנה את אביה עד מותו ולאחר מכן טיפלה באם הסובלת מדיכאון ומתפקוד חלקי.

צעדיה הנמרצים של אנה נשמעים מקצה המסדרון של המרפאה. נדרש לה זמן ממושך להגיע אל הדלת. בדרך כלל היא נכנסת באיחור ניכר לאחר מסע באוטובוס, במטרונית, ברכבת ובאוטובוס נוסף ומתנצלת. הליכתה נראית כמאבק פנימי בתוך גופה - היא מתקשה להתקדם באמצעות צעדיה הקטנים הצמודים זה לזה כמו "מתמגנטים" לרצפה.

תחילת הטיפול לווה בתסכול עמוק מהמערכת, בחוסר אמון, בתובנה חלקית ובניתוק: "אני לא יודעת מה יש לי, אף אחד לא יודע", "כל הבדיקות לא מראות כלום וחושבים שאני משוגעת, מה יעזור לי פה שיחות", "יש לי 5 אחוזי נכות, ואני מרגישה כולי נכה, אני בדיחה". אנה מרגישה שקופה למוסד לביטוח לאומי ולבית החולים משום שלא נתנו לה מענה מספק. במרפאה שליד ביתה היא טופלה בפיזיותרפיה אחת לשבוע והרגישה כי הטיפול רק מזיק כי המטפל דרש ממנה לתרגל מעבר לגבול יכולתה. מתוך רצוני ליצור ברית טיפולית ראשונית טובה ניסיתי להכיר במסעה המפותל במערכת הרפואית, ובייחוד בתפיסת התסמין כאמת ובממשות הפגיעה בחייה ובכוחותיה. השתמשתי בהסברים פסיכוכימיקים בסיסיים על מנגנונים נירור-פיזיולוגיים של הקונברסיה (למשל, "אומנם אין לך בעיה שרואים בהדמיה, אך היא לגמרי קיימת ברשתות עצביות") לצד התערבויות שמכירות בהשלכות התפקוד על חייה (למשל, "כל כך קשה להגיע הנה בזמן"; "נלקחו ממך כוחות שאפשרו לך לנהל את החיים שלך כבעבר", "עד כה כל כך חיפשת תשובה רפואית עד כי לא התפנית לטפל בעצמך כמו שצריך").

בהמשך הטיפול התבהרה תמונה קלינית מסועפת של חוויות טראומטיות לא מעובדות שאנה נושאת לבדה. לראשונה היא זכתה למבט שמכיר בכובד המשא שעל כתפיה (ועל רגליה) - קושי שמשתקף גם בהגעה פיזית ועצמאית לשעת הטיפול שלנו. המכל הטיפולי מצמצם עם איחוריה, והיא נמנעת מהעמקה בדיבור רגשי מכיוון שהיא "שונאת להתלונן", "ומה שהיה היה"; יכולתי להגיע למגע רגשי נחממת ונוצרה דינמיקה מתסכלת ומגבלת בגלל האיחורים. אני מחליטה שאיני מאריכה את הפגישות מעבר לזמן הקצוב, מעבר למגבלות הזמן הקונקרטיות במרפאה. הרגשתי שגבולות השעה והמציאות מאפשרים לה מפגש עם תפיסתה את היעדר היכולת לטפל בה. אנו מדברות על מסגרת הזמנים ומנסות להבין את האתגרים הפיזיים בהגעה לכאן. היא מרגישה שהדבר אינו בשליטתה, ואילו אני תוהה אם באיחוריה היא

מאותתת את שהיא אינה יכולה לומר או להרגיש.

אומנם לעיתים מסגרת הטיפול חלקית מבחינת הזמן, אך היא יציבה ועל כן מאפשרת לאנה להרגיש כיצד "קיצוץ" הזמן שלה פוגע בצרכיה. באחת הפגישות אמרתי, "את בוחרת להגיע ומרגישה את רגלייך הכאובות כל הדרך, וגם כשאת מאחרת אני מרגישה שהטיפול מתחיל מהרגע שבו את מחליטה ששווה לנסוע רחוק בשביל לפנות מקום רק לעצמך". מאחר שבתפקיד ה"סביבה" לא קרסתי בגלל האיחורים שלה ולא "פיציתי" אותה בזמן יכלה אנה, לראשונה, לפגוש את המגבלה הקונקרטי של המציאות בלי לחוות אותה כהפקרה. היכולת הזאת עודדה אותה להרגיש בעלות על חייה ועל גופה. ואכן, הרגשתי תפנית ביחסה לעצמה - היא הצליחה להתחבר למוטיבציה לטיפול על אף הקושי הרב והחלה לקבל בעלות על גופה ועל זכויותיה גם בשגרת היום-יום. למשל, גם כאשר נותרה הליכתה משובשת עלה בה צורך לצאת להליכה קצרצרה ליד הים בכל יום; היא הפסיקה לעשן כדי להקל את נשימתה וקבעה תור לתזונאית ולהידרותרפיה. בפיזיותרפיה הייתה אנה פתוחה מבעבר לתחושות הכאב, והדיאלוג עם המטפל השתפר. היא סיפרה שבתחום תחזוקת הבית היא מבשלת לילדיה רק אחת לשבוע כדי שלא להיות ערה בשעות מאוחרות.

לשבר הנפשי הייחודי של אנה, כמו להגנתיה בפגישות שלנו, הייתה הרגשה של ראשוניות. אומנם כל חייה, עד פציעתה, הייתה הליכתה תקינה, אך הרגשתי שבעקבות הנפילה התעוררה בה תגובה על מבנה נפשי שהיה שם לפני הפציעה. הפרעת ההליכה ביטאה שפה נפשית של ילדה שלא ראו את פגיעותה והיא נדרשה לגדול בטרם עת בלי שראו בה ילדה נזקקת. עם התבגרותה למדה אנה לסגל לעצמה קצב חיים נמרץ במשפחה כדי שהיא לא תתפרק. בשפתו של ויניקוט (2009) בחרה אנה בדפוסי החזקה עצמית כדי ש"הכול ילך כמו שצריך", אך ההליכה הזאת הייתה מנותקת מהנזקקות שהרגישה בהיותה ילדה. הנפילה בעבודתה היא קריאת התיגר של הגוף - הזמנה לסביבתה לעצור ולטפל בה; אך גם במצב שבו היא נזקקת לאחר היה עליה "להסתדר" עם התסמין במערך ההישרדות המוכר שלה. הנפילה והתסמין הם מעין רגרסיה כפויה, ובטיפול עשויה הסביבה הטיפולית לאפשרה בלי לדחוף לשיפור תפקוד מיד.

במשך הטיפול נקטתי עמדה שמחברת את הליכתה לעצמה וניסיתי לשקף לאנה כי שנים היא מתמודדת עם כאב עמוק שהיא נושאת לבדה. באמצעות התערבויות רכות ופשוטות יכלה אנה להבין כי הטיפול בה הוא בראש ובראשונה נוכחות רואה שמזמינה עיסוק גם בתפקוד ובהתארגנות וגם בהרגשת הבדידות שלה. מרחב הטיפול הזמין מפגש ראשוני

עם רגשות מורכבים כגון סלידה וכעס כלפי אימה ותחושות מלכוד מאייכולתה לסגת צעד אחורה מהחזקת המשפחה. בד בבד לא פעם התעוררה החמרה בהליכתה ובאה לידי ביטוי בתסמינים כגון ניתוקים דיסוציאטיביים, כאב רב ותשישות. ההחמרה בתפקודה העמיקה את הפער בין ההכרה המינורית של ביטוח לאומי בחמישה אחוזי נכות ובין סבלה. פער זה משקף שחזור של כשל סביבתי לראות את הסבל מתחת למאמצי התפקוד. מתוך שיח על הקושי של הסביבה לראות את נכותה, לעיתים מתוך דבקותה בתפקוד בכל מחיר, העליתי את האפשרות לפנות לביטוח לאומי לקבלת סל שיקום, פעולה שהיה בה משום הכרה חיצונית בנכותה הנפשית.

בראייה ההוליסטית שבמאמר זה מוצע כי השבר בין הפסיכה ובין הסומה מתאחה גם במעשים שמראים למטופל שהוא נראה על כל חלקיו - הכואבים, המתפקדים, והנזקקים

אם כן, לא ראיתי בטיפול ניסיון להשיב לאנה את יכולת ההליכה אלא ניסיון להשיב לה את הזכות שלא ללכת; את הזכות שמישהו יראה את פציעה בלי שהיא תצטרך "להסתדר לבד". המשאלה ללכת "נכון" נותרת דומיננטית, אך ברמה הסמלית - ההליכה מסמלת את תפקודה הנפשי ואת החלקים האמיתיים שלה, ויש בה גם משאלה ללכת "לא נכון", בדרך שתואמת את הקצב, את ההתפתחות ואת הצרכים שלה. בהקשר זה הובע ממד הקבלה והאמון כלפי התסמין גם בהתייחסותי לממד הזמן. בהעברה הנגדית התעוררה בי פנטזיה לתת לה זמן נוסף בעוד ידיי כבולות בגלל צמצום מרחב הטיפול שנבע מהאיחורים. לצד זאת הרגישה אנה את הרצון הכן שלי לטפל בה, רצון שנפגש עם המציאות הכואבת של הקושי שלה להגיע. גבולות השעה נחוו כמציאות ולא כ"הפקרה" של המערכת.

בזכות החזקת גבולות הטיפול יכלה אנה לבחור את קצב הכניסה לטיפול ולהקשיב לקונפליקט של הזמן בתוכה - בין הקושי להישאר ילדה זקוקה ובין הצורך להיות בוגרת ומחזיקה כהגנה נפשית. מאבק זה גלום גם בזירת הגוף - מצד אחד קושי לשהות ומצד אחר התנגדות הגוף להאצה מכיוון שכדי להתקדם באמת יש להקשיב לקיים ולהיעדר, חלקיות שמפגישה עם כאב. המשמעות של החזקת המסגרת, ובתוך כך העיסוק בקושי לעמוד בה, מאפשרת לי לשמש אובייקט שאינו תלוי בזמן - אובייקט שמסמן זמן ונוכח בזמן אך אינו משנה את גבולותיו. ייתכן שאיחוריה של אנה הם הדרך היחידה לבדוק אם אחכה לה למרות הכול.

כיום, לאחר שנה, אנו מתכנסות לקראת פרדה; ולהרגשתנו היא נעשית בטרם עת. אנו משוחחות על החשיבות של המפגשים מבחינתה ושל טיפול פסיכולוגי בקהילה בהמשך הדרך. אנה יודעת לומר, "כנראה אהיה חייבת שיחות, לדבר עושה לי אוויר". היא מתארת כיצד ההתמודדות עם הקושי בהליכה והטיפול בה הולכים יד ביד ומאחים משהו בתוכה. במרחב הטיפול נוצרה לאנה חוויה אחרת מזאת שחווה עם מערכת הרפואה ועם אירועי חייה שלא סופרו. במרחב הזה היא יכלה לספר, דרך המקום שנתנה לראשונה לחווייתה, עד כמה לא רואים את המתחולל בתוכה. המפגש עם פונקציה מטפלת וההכרה בסבלה חוללו תזוזה ביחסה לתסמין - היא ראתה בגופה חלק ממנה, והמחשבה שהפרעת ההליכה עשויה להיות חלק מהקושי הכללי לנוע בעולם היא הישג טיפולי ובסיס להמשך המפגש האמיץ עם חסכיה. בזכות טיפול המשך שיראה בה מכלול היא תוכל להאט את מרוץ ההישרדות, לשהות במשמעות התסמין ולהתאבל על אירועי חייה.

ההבנה כי התסמין הגופני הוא כתב יד של חוויה נפשית כמוסה מניח את אבן הראשה של הטיפול הפסיכולוגי השיקומי. ברוח משנתו של ויניקוט, המזהה בתסמין פעולה תקשורתית הנושאת בחובה את גרעין התקווה לריפוי, תובע מודל "ההחזקה הסימולטנית" מאנשי המקצוע עמדה של הקשבה רב־ממדית

דיון

הטיפול בקונברסיה הוא מלאכה של אינטגרציה. הניסיון הקליני המצטבר מעיד שרבים מהמטופלים שסובלים מקונברסיה זקוקים למענה טיפולי רב־מקצועי ואינטגרטיבי. לצד פסיכותרפיה וליווי פסיכיאטרי יש חשיבות מכרעת גם לשילוב יחס ישיר לגוף ולתפקוד היום־יומי דרך פיזיותרפיה שיקומית וריפוי בעיסוק בהתאמה. בהיותנו פסיכולוגים מזמינה אותנו העבודה הקלינית לנוע בין הקוטב התפקודי והגופני ובין הקוטב האינטרה־פסיכי. מלבד הפחתת התסמינים היא גם מבקשת להשיב את האמון של האדם בגופו ובמערכת הקשרים שלו מתוך הבנה שהתסמין, על הכאב הכרוך בו, הוא בראש ובראשונה כמיהה למפגש ולריפוי. אני סבורה שכדי להתחיל את מסע הטיפול בהפרעה פונקציונלית כדאי להישען על מודל עבודה שמתבסס על כמה צירים מרכזיים שישמשו מצפן בכלל ובמסגרת ציבורית בפרט.

1. הרמה המערכתית: איחוי הפיצול המוסדי

מטופלים שסובלים מקונברסיה נושאים בדרך כלל פיצול עמוק בין גוף ובין נפש, והפיצול הזה משחזר את עצמו בפיצול המוסדי בין רופאים (המטפלים ב"חומר") ובין פסיכולוגים (המטפלים ב"רוח"). לעיתים קרובות המערכת הרפואית הופכת לזירה של העברה שלילית ושחזור של כשל סביבתי וממסדי (מלצר, 2011). במודל ההחזקה הסימולטנית על המטפל לקדם עבודת אינטגרציה באמצעות שימוש בשפה לא מפוצלת. האינטגרציה מושגת במתן תוקף פעיל לכאב הגופני, בשימוש בהסברים פסיכו־חינוכיים נורו־ביולוגיים ובגילוי מעורבות פעילה בהיבטי השיקום הקונקרטיים (כמו עבודה עם ביטוח לאומי או תיאום עם גורמי טיפול פרה־רפואיים). המטפל נדרש לשמש בתפקיד פעיל כפונקציה מאחה שמאפשרת למטופל לשקם את האמון בגופו ובסביבה המטפלת שלעיתים הוא חווה כסביבה שכשלה. בזכות השיקום יצליח המטופל לבסס עמדה שלפיה הבעיה היא חלק מסובייקט שלם בהקשר חיים מורכב. במקרה של אנה מעודדים הקשר שלה עם גופה בחדר הטיפול וטיפוליה הפיזיים אינטגרציה גם כאשר אין עבודה בצוות רב־מקצועי ואין קשר ישיר עם גורמי מקצוע רפואיים או פרה־רפואיים. הסברים ברורים על הקונברסיה ופשרה הרפואי מאפשרים לאנה להפחית את מידת החרדה ולבטוח בטיפול, ועל כן הטיפול משמש כלי אונטולוגי בשירות האינטגרציה. אנה מעולם לא חוותה דמות מטפלת ש"חושבת אותה" דייה לעומת המציאות. ההכרה בזכאותה לסל שיקום היא שנתנה תוקף לנכותה ועל כן חיזקה את התובנה כי הטיפול בגוף יאפשר טיפול בנפש ולהפך. במקרים אחרים על המטפל לאתר היבטים שונים שמחזקים את התפיסה המפוצלת אצל המטופל ולשאוף לאחותם.

2. הרמה הבין־אישית: מרחב טיפול שמעודד תחושת סוכנות

לעיתים קרובות עובר מסעם הרפואי של מטופלים שסובלים מקונברסיה בתחנות רבות, והמטופלים מגיעים לטיפול בהרגשת בלבול וכעס (Stone, 2014). הם מרגישים כי גופם פועל ללא שליטתם, ולכן חווים חוסר אונים מובהק (שם). כדי להשיב להם את תחושת הסוכנות נדרשת חוויה של בעלות מחודשת על הגוף ועל גבולות המציאות הטיפול. המעבר מ"אובייקט רפואי" שתלוי במערכת ועבד לכאב אל עבר חדר הטיפול, מקום שקיים בו מרחב להתבוננות ברגשות ובמערכות יחסים, הוא בעל פוטנציאל לחבר את המטופל לסיפורו ולחוויותו הסובייקטיביות. כדי שיתווה פוטנציאל זה על הטיפול להתבסס כסביבה מחזיקה, כזאת שמחויבת בהחזקה של גבולות השעה, המטפל והמציאות.

המאפיינים באים לידי ביטוי בקושי מובנה לזהות ולעבד רגשות (Sifneos, 1973). מאחר שחומרי הגלם הנפשיים נותרים חסומים ויכולת העיבוד הרגשי ראשונית ובסיסית נדרש המטפל להתמקמות ייחודית: עליו לעשות את מרבית עבודת העיבוד בתודעה שלו ולפעול באמצעות נוכחות יציבה וקרובה ובתוך כך להפחית פרשנויות אפיסטמולוגיות מורכבות. ובמקרה של אנה, הכרת המערכת בנכותה (הפניה לסל שיקום) נתנה לה לגיטימציה מלאה ולא מותנית ש"לא לתפקד" ולהיות נזקקת ולוותר על הלחץ התפקודי, קרי, על ההחזקה העצמית הכוזבת. הדיאלוג הפנימי שלה השתנה: במקום לראות ברגליה ה"ממוגנטות" לרצפה תקלה שיש למחוק היא החלה להקשיב לקצב הפנימי שלה, לשהות במשמעות של החסך והבדידות ולהתאבל על אירועי חייה.



4. רמת המטא של המטפל:

ראייה הוליסטית כצומת אינטגרטיבי

שלושת הצירים הללו מתכנסים לעמדת מטא-הוליסטית שחיונית במיוחד במסגרות ציבוריות שמוגבלות בזמן. המטפל אינו יכול להסתפק בהקשבה אנליטית כשהמטופלת נאבקת על זכויותיה עם ממסד, עם הסביבה או נתקלת בהתנגדות המטופל לאבחנה. עליו להחזיק בויזמן את הזירה המערכתית, את המאבק התפקודי-קונקרטי ואת הדינמיקה התוך-נפשית כבסיס לעבודת אינטגרציה. בראייה ההוליסטית שבמאמר זה מוצע כי השבר בין הפסיכה ובין הסומה מתאחה גם במעשים שמראים למטופל שהוא נראה על כל חלקיו - הכואבים, המתפקדים, והנזקקים. חשוב לזכור כי מטופל עשוי להחזיק בידע אינטלקטואלי מדויק לגבי עצמו, אך בה בעת להיות מנותק לחלוטין מהחוויה הרגשית שלו. לכן אף שהשאיפה לחקירה ולהבנה קוגניטיבית היא בעלת ערך, היא כשלעצמה אינה ערובה או מתכון לחיבור

בסביבה שמזמינה מגע רגשי בתוך "גוף הטיפול", הלוא הוא מכל הזמן והמקום, עשויה להתאפשר אינטגרציה בין גבולות ובין חוויה. במקרה של אנה, בתוך המעבדה הזאת של תלות ועצמאות, אפשר לה המסגור המחודש של המגבלה כזכות למנוחה להזדקק לעזרה ולפגוש את גבולות העצמי שלה ביחס לסביבה והניע תחושת בעלות על גופה. בעשותה כן הונע תהליך השיקום. וכן, בחדר הטיפולים מקבלים חומרים נפשיים גולמיים ייצוג במרחב הטיפול דרך מימוש בפעולה (enactment) (Ogden, 1994). באמצעות האיחורים התגלם קונפליקט שאפשר להבינו ככמיהה למגע נפשי ובד בבד חרדה מהתלות בו מחשש למפגש נוסף עם אובייקט מפקר או פולשני. המרחק הגאוגרפי והזמן המצטמצם בחדר משחזרים את המרחב המצומצם שניתן לה בילדותה ושהיא נותנת לעצמה בהווה. במרחב מחזיק ומוגדר יכלה אנה לחקור את המשמעות של "הגעה" ואת המשמעות של "בקשת עזרה" כשהיא מתנדנדת בין ריצת ההישרדות ובין הבדידות שהרגישה במנוחה.

3. הרמה התוך-נפשית: תפיסת התסמין ועבודת אָבל

במבט הוליסטי אי אפשר להבין את הופעת הקונברסיה במנותק מהקרקע הנפשית שצמח עליה התסמין. לעיתים קרובות התסמין מופיע בעקבות אירוע "טריגר" ספציפי שערער מבנה נפשי שהיה דרוך ומוחזק עד קצה הגבול, ובמקרים רבים הוא משמש עדות חיה לזיכרון גופני טראומטי שטרם עובד (Van der Kolk, 2014). עבודת השיקום הפסיכולוגית הנדרשת במצבים הללו היא טרנספורמציה פנימית עמוקה - מעבר מתפיסת אובדן התפקוד כ"תקלה טכנית" או רפואית לעבודת אָבל נפשית, ולא "חזרה לעצמי הקודם" (Charmaz, 1983).

ובשפה הוויניקוטיאנית אפשר לומר שלא פעם פיתחו המטופלים האלה דפוסים נוקשים של "החזקה עצמית כוזבת" (Winnicott, 1960) לשם הגנה מפני כשל סביבתי קדום. במצב זה הגוף נדרש להיות חסין, מתפקד ומנותק מסבל בשעה שהנפש אינה מסוגלת לשאת את הכאב (ויניקוט, 2009). פרדוקס הטיפול במודל ההחזקה הסימולטנית נובע מהעובדה שדווקא ההכרה במגבלה והוויתור על העמדה האומניפוטנטית הם היוצרים אפשרות לתנועה נפשית; רק כאשר המטופל מקבל מהמטפל וממערכת התמיכה לגיטימציה ש"לא לתפקד" - קרי, להזדקק - נסללת הדרך לוותר על ההחזקה העצמית הכוזבת. בלי הלגיטימציה הזאת תימשך ההחזקה הכוזבת.

אחד הקשיים בציר זה נעוץ במאפיינים אלכסייתימיים (Alexithymia) ששכיחים בקרב המטופלים האלה.

להתמקם כסביבה מחזיקה למען הסובייקט השלם. בשדה הפסיכולוגיה השיקומית מתרחש לעיתים המעשה הטיפולי המהותי ביותר דווקא "מאחורי הקלעים" של התפקוד הגלוי. זוהי עבודה ששואפת לאיחוי פסיכוסומטי שמטרתו אינה ריפוי מכני במובנו הצר אלא טרנספורמציה עמוקה בעמדתו הסובייקטיבית של האדם כלפי סבלו והרחבת יכולתו לשאת כאב נפשי. התסמין התפקודי הוא לעיתים הדרך היחידה שנותרת לסובייקט לשרוד בעולם של קטסטרופה נפשית; מתוך הנוכחות הרחבה, הגמישה והיציבה של המטפל יכולה הנפש להתחיל, לאט-לאט, לדבר את מה שהגוף נאלץ עד כה "לאחסן". סיפורה של אנה מזכיר לנו כי דווקא התיקוף שהוענק לזכותה הפרדוקסלית ש"לא ללכת", ודווקא ההכרה בפציעה הגלויים והסמויים, בלי לתבוע ממנה "להסתדר לבד", הם שפתחו את השער לראשיתה של התנועה הנפשית ולהפיכת הגוף משדה קרב למרחב שבו הנפש יכולה, לראשונה, למצוא לה משכן.

לסיום, מילותיו של סער רוסו (2020) מתוך ספר הביכורים שלו מזקקות את המנגינה הטיפולית. התסמין הגופני הוא ה"כיסוי" העדין שדרכו מבקשת בריאות הנפש להיגלות, ועלינו לפגוש אותו בעיניים שאינן מחפשות תקלה רפואית אלא רואות את הנפש הצמאה יותר מכול לקשר אנושי חי:

שֶׁלֹּא פֶסֶי הַיְתָה נִרְאִית הַהֲלִיכָה בְּמִלּוֹאָה
שֶׁיֵשׁ לְהִשְׁקוֹת אֶת הַגּוּף שֶׁנִּכְלָא הָאָדָם בְּתוֹכוֹ
שֶׁכֶּלְנוּ בְּנֵי תַעֲרֵבֶת

רגשי אמיתי. ובשפה הוויניקוטיאנית, הטיפול המוצע אינו אפיסטמולוגי (שואף לדעת ולפרש) כי אם אונטולוגי - טיפול שמציע נוכחות מחזיקה שמאפשרת מפגש עם חלקי עצמי אמיתיים וכאובים.

סיכום

ההבנה כי התסמין הגופני הוא כתב יד של חוויה נפשית כמוסה מניח את אבן הראשה של הטיפול הפסיכולוגי השיקומי. ברוח משנתו של ויניקוט, המזהה בתסמין פעולה תקשורתית הנושאת בחובה את גרעין התקווה לריפוי, תובע מודל "החזקה הסימולטנית" מאנשי המקצוע עמדה של הקשבה רב-ממדית. שאיפה קצרת רואי למחיקה דחופה של התסמין הרפואי אינה קלה לביצוע ועלולה להותיר את המטופל מנושל מהגנותיו בטרם נבנה המכל הנפשי שיכול לשאת את השבר, ועקב זאת לגרום התמוטטות חמורה עוד יותר. לעומת זאת, הטיפול במודל המוצע מבקש להתחיל את התמרתו העדינה של הקיפאון הנפשי למרחב פוטנציאלי של משמעות.

אין משמעות הדבר ויתור על המשאלה לשיפור תפקודי או הרמת ידיים בגלל הסבל הקונקרטי. אדרבה, זוהי עמדה שמציעה היפוך בסדר העדיפויות הקליני: רק מתן תוקף עמוק ובלתי מותנה לתסמין מבטיח שהתנועה הגופנית שתיוולד בהמשך הדרך תהיה תנועה אותנטית ששייכת לעצמי האמיתי ולא עוד תגובה מתוך ניתוק וצורך בהחזקה עצמית כוזבת. לכל מטופל הדרך החד-פעמית והפתלתלה שלו לדבר את כאבו הלא מודע, ותפקיד המטפל הוא

מקורות

אנדר, ע' וכן ארויה, ש' (2026, 18 ביוני). הפרעה נירולוגית תפקודית (קונברסיה): מבט אינטגרטיבי על תיאוריה, מחקר וקליניקה. פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=5067>

בר נס, א' (2024). חידת הגוף-נפש: בין יחס סזוריאלי לפסיכוסומה הקרועה'. שיחות: כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה, ל"ט(1) 38-30. <https://www.sihot.org/Magazine/Article/1263>

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

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

מלצר, ד' (2011). התהליך הפסיכואנליטי. תולעת ספרים.

סער רוסו, ג' (2020). כשהעולם פתאומי. פרדס הוצאה לאור.

- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ogden, T. H. (1994). The concept of interpretive action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(1), 3–11.
- Ogden, T. H. (2009). *Rediscovering psychoanalysis: Thinking and dreaming, holding and containing*. Routledge.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., Murray, G., Cull, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Smyth, R., Walker, J., & Sharpe, M. (2010). Symptoms unexplained by organic disease in 1144 new neurology out-patients: How many, how disabling and how bothersome? *Journal of Neurology*, 257(9), 1487–1493. <https://doi.org/10.1093/brain/awp220>
- Stone, J. (2014). Functional neurological disorders: The neurological assessment as treatment. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44(4), 363-373. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2015-001241>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Winnicott, D. W. (1949). Mind and its relation to the psyche-soma. *British Journal of Medical Psychology*, 22(4), 243–254.
- Winnicott, D. W. (1960). *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 510–516.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103–107.

פיברומיאלגיה: בין כאב גופני לכאב נפשי

אודליה אלקנה¹

תקציר

פיברומיאלגיה היא תסמונת כאב כרוני שממחישה היטב את מגבלות ההבחנה הפשוטה בין כאב גופני ובין מצוקה נפשית. אף שהיא מזוהה בראש ובראשונה עם כאב ממושט, האבחנה שלה אינה נשענת על כאב בלבד. עם חומרת התסמינים נמנים גם עייפות, שינה לא משקמת וקושי קוגניטיבי שמכונה לפעמים "פיברו־פוג", ולעיתים קרובות התסמונת כרוכה גם במצוקה רגשית ובפגיעה בתפקוד. במאמר זה מוצע לראות בפיברומיאלגיה מקרה מבחן אינטגרטיבי למפגש בין גוף ובין נפש. תחילה נידונה ההבחנה בין כאב גופני ובין סבל נפשי ונטען כי אף שיש לה ערך קליני, לעיתים היא צרה מדי להבנת חוויית הכאב הכרוני. אחר כך נסקרים ממצאים ממחקריו על פיברומיאלגיה בתקופות משבר קולקטיבי, על הקשיים הקוגניטיביים האופייניים לתסמונת ועל אתגרי ההערכה שלהם וכן על תרומתם האפשרית של תסמינים פוסט־טראומטיים, קטסטרופיזציה ותחושת אי־צדק שמעמיקים את הסבל. לבסוף מוצגים ממצאים עדכניים שמעידים על קשר בין חומרת הפיברומיאלגיה, תסמינים פוסט־טראומטיים ותלונות קוגניטיביות סובייקטיביות. במאמר נטען כי ערכו של מבט אינטגרטיבי אינו בטשטוש הגבולות בין גוף ובין נפש אלא ביכולת להבין כיצד כאב, מצוקה, קוגניציה ותפקוד נארגים יחד לתמונה קלינית אחת של סבל, ולפעמים גם של אפשרות להקלתו.

פתיחה

מאחר שפיברומיאלגיה שכיחה יותר בקרב נשים, וחלק ניכר מן המחקרים הנידונים כאן התבססו על מדגמי נשים, ינוסח המאמר בלשון נקבה ברובו, אף שהדיון רלוונטי גם לגברים שיש להם התסמונת.

פיברומיאלגיה היא מן המצבים הקליניים המערערים על החלוקה הנוחה בין גוף ובין נפש. לכאורה מדובר בתסמונת כאב גופני: כאב ממושט, עייפות, שינה לא משקמת ותסמינים סומטיים נוספים. ואולם אצל מטופלות רבות הכאב אינו מופיע לבדו; הוא נשזר במצוקה רגשית, בדריכות מתמשכת,

בפגיעה בתפקוד ולעיתים גם בקשיים קוגניטיביים בולטים המכונים "פיברו־פוג" (fibro-fog). בשל כך פיברומיאלגיה אינה רק דוגמה לעומס גופני מתמשך אלא היא גם מקרה מבחן להבנת האופן שבו כאב, משמעות, טראומה ותפקוד נארגים יחד לחוויית סבל מורכבת (Clauw, 2024; Häuser et al., 2015).

הפיתוי להחזיק בהבחנה ברורה בין "מה שקורה בגוף" ובין "מה שמתרחש בנפש" מובן: הוא מאפשר סדר מושגי, אבחנתי ולעיתים גם טיפולי. ואולם בתחום הכאב הכרוני בכלל, ובפיברומיאלגיה בפרט, ההבחנה הזאת עלולה להפוך להשטחה. אומנם הכאב נחוה בגוף, אך עוצמתו, התמדתו והפגיעה התפקודית הכרוכה בו מושפעים גם מקשב, מפרשנות, מציפייה, מחרדה, מהימנעות ומהקשר חברתי. ועם זה גם מצוקה נפשית אינה מתקיימת "רק בראש": היא עשויה לבוא לידי ביטוי בעוררות גופנית, בעייפות, בהפרעות שינה, בדריכות לכאב, בהימנעות מפעילות ובהרגשת קריסה תפקודית. במובן זה הפיברומיאלגיה מאתגרת לא רק את ההפרדה בין רפואה ובין פסיכולוגיה אלא גם את הנטייה לחשוב על כאב ועל סבל כשתי ישויות נפרדות. ההגדרה המעודכנת של האגודה הבין־לאומית לחקר הכאב (IASP) מדגישה את העניין הזה בדיוק בהגדרתה כאב כחווייה תחושתית ורגשית גם יחד (Raja et al., 2020).

במאמר זה אציע לראות בפיברומיאלגיה מקרה מבחן למפגש בין כאב גופני ובין כאב נפשי. אטען כי ההבחנה ביניהם עשויה להיות שימושית באחדים מן המצבים, אך לעיתים קרובות היא צרה מדי ואינה תופסת את התמונה הקלינית המלאה. בהמשך המאמר אבחן כיצד פיברומיאלגיה מדגימה את השזירה בין כאב, עקה, טראומה, מצוקה רגשית ותלונות קוגניטיביות ואשלב ממצאים אמפיריים שמעידים על קשר בין חומרת פיברומיאלגיה, תסמינים פוסט־טראומטיים ותלונות קוגניטיביות סובייקטיביות. המאמר לא נועד לבטל את חשיבות ההבחנה בין גוף ובין נפש כי אם לטעון שבמצבים מסוימים, ובעיקר בפיברומיאלגיה, יש צורך במסגרת קלינית רחבה שאינה שואלת רק "מה מקור הכאב" אלא גם "כיצד הכאב נחוה, מה משמר אותו ומה מאפשר לאדם לחיות עימו במידה פחותה של סבל".

¹פרופ' אודליה אלקנה היא פסיכולוגית שיקומית מומחית מדריכה, ראשת המגמה לנוירופסיכולוגיה שיקומית באקדמיה תל־אביב-יפו. דוא"ל: elkana@mta.ac.il



כאב גופני, סבל נפשי ולמה לעיתים ההבחנה ביניהם מועילה אך לא מספיקה

יש ערך ממשי להבחנה בין כאב גופני ובין מצוקה נפשית. מבחינה רפואית חשוב לברר אם קיימים נזק רקמתי, דלקת, פגיעה נוירולוגית או מחלה מערכתית. מבחינה פסיכולוגית חשוב להעריך אם קיימים דיכאון, חרדה, טראומה, קטסטרופיזציה, הימנעות או פגיעה בוויסות הרגשי. ההבחנה הזאת מגינה מפני בלבול מושגי ומזכירה שלא כל כאב כרוני הוא "נפשי", כמו שלא כל מצוקה נפשית באה לידי ביטוי דרך כאב. הזהירות מפני פסיכולוגיזציה פשטנית של כאב היא זהירות מוצדקת, בעיקר עם מטופלים שכבר חוו זלזול ואי-הכרה ולעיתים גם קיבלו מסר סמוי שלפיו "לא מצאו כלום, אז כנראה זה בראש" (Clauw, 2014).

ועם זה ההבחנה הזאת צרה מדי. ההגדרה העדכנית של כאב מדגישה שמלכתחילה הוא חוויה תחושתית ורגשית גם יחד, ולא רק תגובה סנסורית על נזק רקמתי. אין פירוש הדבר שהכאב אינו אמיתי אלא שהאמיתיות שלו אינה תלויה רק במה שאפשר לראות בהדמיה או בבדיקה גופנית. כאב נחוה תמיד בתוך הקשר של קשב, פרשנות, זיכרון, ציפייה ומשמעות (Clauw, 2014; Raja et al., 2020). מכאן שגם **הסבל אינו רק "תוספת רגשית" על הכאב. שני אנשים יכולים לדווח על עוצמת כאב דומה, אך לחוות רמות שונות מאוד של איום, חוסר אונים, פגיעה בזכות או ירידה בתפקוד. הסבל קשור אפוא לא רק לעוצמת הכאב אלא גם למה שהוא מסמן, עד כמה הוא נתפס כבלתי נשלט ועד כמה הוא מתורגם להימנעות, לבדידות או לאובדן אמון בגוף. במובן זה הסבל אינו "רק פסיכולוגי"; הוא גם חלק בלתי נפרד מהמפגש בין הגוף החווה ובין עולמו הרגשי, הקוגניטיבי והחברתי של האדם.**

הדבר נכון במיוחד בכאב כרוני. שלא כמו כאב אקוטי, כאב כרוני נוטה להישזר בהדרגה במרקם החיים עצמם: בשינה, בקשב, באנרגיה, ביחסים ובתחושת העתיד. ככל שהוא מתמשך כך גוברת הסבירות שייקשר גם לפחד מתנועה, לדריכות, לקטסטרופיזציה ולתחושת חוסר שליטה. לכן כשאנחנו שואלים אם מקור הכאב "גופני" או "נפשי" אנחנו עלולים להחמיץ לעיתים את השאלה החשובה עוד יותר: אילו תהליכים ביולוגיים, רגשיים, קוגניטיביים וחברתיים שותפים כעת לשימורו ולהחמרתו (Clauw, 2014).

במקרים האלה חשובות גישות טיפול מבוססות קשיבות וקבלה. חשיבותן אינה נובעת מהיותן "מבטלות" הכאב אלא בעצם העובדה שהן עשויות לשנות את היחס אליו: להפחית התמזגות עם תחושת האיום, לצמצם תגובתיות אוטומטית

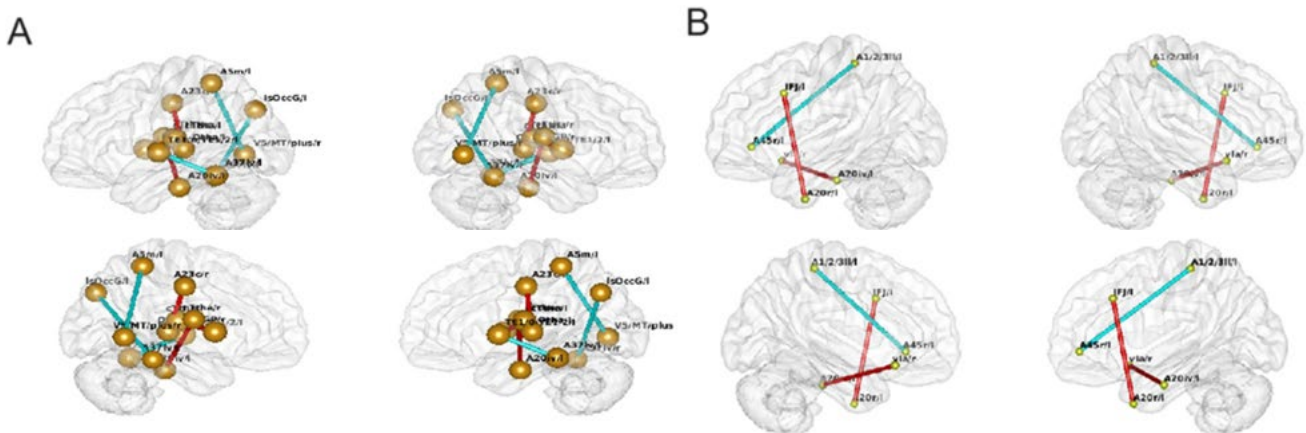
ולהתיר מרחב גדול מעט יותר בין התחושה הגופנית ובין הפרשנות הקטסטרופלית שלה. אין מדובר בהחלפת הגוף בנפש אלא בניסיון להשפיע על האופן שבו כאב מתורגם לסבל (Brooks et al., 2018). פיברומיאלגיה ממחישה את השזירה הזאת בבהירות משום שהיא חושפת עד כמה מוגבלת ההבחנה בין הכאב ה"גופני" ובין הכאב ה"נפשי". הכאב אמיתי, כמו העייפות, השינה הלקויה, תחושת הערפל הקוגניטיבי והפגיעה בתפקוד, אך האופן שבו הללו נחווים, מחריפים או מוקלים אינו שייך לגוף בלבד ואינו שייך לנפש בלבד (Clauw, 2024; Häuser et al., 2015). נכון לחשוב על הכאב כעל מה שמתהווה במרחב ביניים, מרחב שהתחושה הגופנית בו נעשית חוויה, משמעות, סבל ותפקוד. במרחב זה הגוף אינו מקור התחושה בלבד, והנפש אינה פרשנות מאוחרת שלה בלבד; אותות גופניים, עוררות, קשב, זיכרון, יחסים ומשמעות משתתפים יחד בעיצוב חוויית הכאב, בהפיכתה לסבל מתמשך ולעיתים גם באפשרות להקלתו.

פיברומיאלגיה כמקרה מבחן: כשהכאב, המצוקה והתפקוד נשזרים זה בזה

כאב כרוני מזמין חשיבה רחבה מן הפרדה הפשוטה בין גוף ובין נפש, ופיברומיאלגיה עושה זאת אף ביתר שאת. עייפות למשל אינה רק תחושה גופנית; היא פוגעת בקשב, ביוזמה, ביכולת לשאת עומס ובסבילות הרגשית. שינה לא משקמת אינה מסתכמת ב"לילה רע" בלבד אלא עשויה להעצים כאב, להפחית ויסות רגשי ולהכביד על התפקוד הקוגניטיבי למחרת. וכן מצוקה רגשית אינה תגובה בלבד על מחלה אלא לעיתים גם חלק פעיל מהאופן שבו הכאב נחוה ומחריף. מחקרים שנערכו בתקופות של משבר קולקטיבי ממחישים היטב את אי-הפרדה הזאת. חלק ניכר מן הממצאים שיוצגו בהמשך המאמר מבוססים על מחקרים שנערכו בשנים האחרונות במסגרת המכללה האקדמית תל-אביב-יפו בשיתוף סטודנטיות לתואר ראשון ושני חוקרים ממוסדות רפואיים ואקדמיים נוספים. במחקר שערכנו בזמן מגפת קורונה נמצא כי התפרצות המגפה לוותה בפגיעה הן במצבם הנפשי הן במצבם הגופני של חולי פיברומיאלגיה. כן נמצא כי גורמי חוסן כגון תמיכה חברתית, תפיסת עולם אופטימית ודרכי התמודדות מסתגלות היו קשורים להקלה בתסמינים, ואילו בדידות, מצוקה ודפוסי התמודדות יעילים פחות נקשרו להחמרה בסבלם של החולים (Aloush et al., 2021a). תמונה דומה עלתה במחקר שערכנו לאחר מתקפת 7 באוקטובר והמלחמה שבאה בעקבותיה: מטופלות דיווחו על החמרה בכאב, בחרדה, בדיכאון ובתחושת ההידרדרות

שאינן ממצא חד־משמעי; בבריאות הנפש יתהו אם המצוקה "מסבירה" את התסמינים; ובחיי היומיום תישאר המטופלת בהרגשה שאינה מחזיקה את התמונה השלמה. דווקא בפיברומיאלגיה נדרש מבט אחר, מבט שמבין כי כאב, מצוקה ופגיעה בתפקוד אינם תופעות נפרדות אלא ביטויים שונים של אותה מציאות קלינית מורכבת (Aloush et al., 2021a; Aloush et al., 2025; Aloush et al., 2021b). בעבודה נוספת שבוצעה בשיתוף פעולה עם ד"ר אימן בהשתי (Elkana & Beheshti, 2025) בחנו נתוני MRI של 33 נשים שסובלות מפיברומיאלגיה לעומת 33 נשים בריאות מותאמות ששימשו קבוצת ביקורת. במחקר נכללו מדדי מוח מבניים כגון נפח חומר אפור ולבן ועובי קורטיקלי לצד מדדי תפקוד שנמדדו באמצעות fMRI במנוחה. אחד המדדים המרכזיים היה קישוריות תפקודית, כלומר מידת התיאום בפעילות בין אזורי מוח שונים. לא הודגמו הבדלים מובהקים במדדים המבניים בין הקבוצות, אך נמצאו הבדלים בקישוריות התפקודית, בעיקר ברשתות הקשורות לעיבוד כאב, קשב ותפקוד קוגניטיבי ובהן רשת ברירת המחדל, הרשת הסנסו־מוטורית, רשת הראייה ורשת הקשב הדורסלית. נוסף על כך נמצא שמדדי הקישוריות התפקודית קשורים לחומרת התסמינים של פיברומיאלגיה. הממצאים האלה מחזקים את ההבנה כי מורכבותה של פיברומיאלגיה אינה מתמצה ברמת התלונה הסובייקטיבית בלבד אלא עשויה להשתקף גם בארגון התפקוד של רשתות במוח שמעורבות בעיבוד כאב, קשב וקוגניציה (שם).

קישוריות במוח בפיברומיאלגיה²



²האיור מבוסס על מחקר שהושג בו 33 נשים שסובלות מפיברומיאלגיה ל-33 נשים בריאות מותאמות ששימשו קבוצת ביקורת. קישוריות תפקודית קשורה למידת התיאום בפעילות בין אזורי מוח שונים כמו שנמדדה באמצעות fMRI במנוחה. בכל אחד מחלקי האיור מוצגות כמה נקודות מבט של אותם מוח שונים; אין מדובר במוחות נפרדים שמייצגים את קבוצת הפיברומיאלגיה או את קבוצת הביקורת. בחלק A מוצגים ההבדלים בקישוריות התפקודית בין קבוצת הפיברומיאלגיה ובין קבוצת הביקורת, לאחר בקרה לגיל: קווים בגוני אדום־כתום מציינים קישוריות גבוהה יותר בקרב נשים שסובלות מפיברומיאלגיה לעומת קבוצת הביקורת, ואילו קווים בגוני כחול־טורקיז מציינים קישוריות גבוהה יותר בקבוצת הביקורת. בחלק B מוצגים קשרים בין קישוריות תפקודית ובין חומרת תסמיני פיברומיאלגיה בקבוצת הפיברומיאלגיה בלבד, לאחר בקרה לגיל: קווים בגוני אדום־כתום מציינים קשר חיובי בין הקישוריות ובין חומרת התסמינים, ואילו קווים בגוני כחול־טורקיז מציינים קשר שלילי (Elkana & Beheshti, 2025).

הכללית לצד צמצום בפעילות גופנית, בטיפולים משלימים ואף בפסיכותרפיה. תמיכה חברתית, קבלה ונטייה חיובית לחיים נקשרו להקלת המצוקה ולהחמרה פחותה, ואילו התמודדות הימנעותית נקשרה להחמרת התסמינים (Aloush et al., 2025).

הממצאים האלה עולים בקנה אחד עם ספרות בין־לאומית שמעידה שמטופלות שסובלות מפיברומיאלגיה עשויות להיות פגיעות במיוחד למצבי דחק קולקטיביים ולאירועי אסון. למשל, במחקר אורך שנערך ביפן לאחר רעידת האדמה והצונאמי בשנת 2011 נמצא כי מטופלות שסבלו מפיברומיאלגיה הפגינו פגיעות מתמשכת יותר לתסמיני פוסט־טראומה בהשוואה לקבוצות ביקורת קליניות ובריאות, וכי נבחנה גם השתנות בחומרתה לפני האסון ואחריו (Usui et al., 2013). הממצאים הללו משתלבים גם בסקירות רחבות מזאת שמעידות על קשר בין אירועים טראומטיים פיזיים ופסיכולוגיים ובין פיברומיאלגיה בלי לצמצם את התסמונת להסבר טראומטי יחיד או לינארי (Yavne et al., 2018).

המשמעות הקלינית של הממצאים האלה ברורה: תנאי החיים וההקשר הרגשי בפיברומיאלגיה אינם רק רקע למחלה; הם חלק מן האופן שבו היא נחווית, מתארגנת ומחמירה. ולכן לא פעם עלולה מטופלת שסובלת מפיברומיאלגיה להרגיש שהיא "נופלת בין הכיסאות": לראומטולוג היא מגיעה בגלל כאב, לפסיכולוג בגלל חרדה, לפיזיותרפיה בגלל ירידה בתפקוד ולנוירולוג בגלל קשיי זיכרון מאיימים ומציפים. אם כל אחד מן התחומים ייתפס כיחידה נפרדת, יתקבל טיפול מקוטע וחוויה של אי־הכרה. ברפואה ייאמר

פיברוֹפוג: לא תופעת לוואי שולית אלא נקודת מפגש בין גוף, נפש ותפקוד

אחד הממדים הבולטים אך גם החמקמקים ביותר בפיברומיאלגיה הוא הקושי הקוגניטיבי המכונה פיברוֹפוג. בקרב רבות מן המטופלות אין מדובר בתלונה שולית אלא בחלק מרכזי מן החוויה היומיומית של התסמונת: קושי להתרכז, האטה מנטלית, תחושת "ערפל", שכחה וקושי בשליפה או במעקב אחר משימה מורכבת. מבחינת התפקוד עלולים הקשיים האלה להכביד כמעט כמו הכאב עצמו - הם פוגעים בעבודה, בהתנהלות בבית, בתחושת המסוגלות ולעיתים גם בזהות העצמית (Clauw, 2014; Häuser et al., 2015). הפיברוֹפוג ממחיש היטב את המגבלה שבהפרדה נוקשה בין גוף ובין נפש. הקושי הקוגניטיבי אינו מתמקד רק באחת מן הזירות הללו - הוא עשוי להיות מושפע מכאב מתמשך, מעייפות, משינה לא משקמת, מדריכות רגשית, מדיכאון, מחרדה ומעומס נפשי מצטבר. זהו מרחב שבו חוויית המחלה מתארגנת לא רק כסבל גופני ולא רק כמצוקה רגשית אלא גם כפגיעה ביכולת לחשוב, להתרכז, להתארגן ולתפקד.

מאחר שזה מצב מורכב, גם המדידה מורכבת. במשך שנים הוערך הממד הקוגניטיבי בפיברומיאלגיה בעיקר דרך פריטי דיווח עצמי קצרים ובראשם רכיב הקוגניציה ב־symptom severity scale. זאת דרך הערכה חשובה, משום שהיא משקפת את חוויית המטופלת עצמה, אך היא מוגבלת: תלונה סובייקטיבית על קושי קוגניטיבי אינה שקולה בהכרח לפגיעה אובייקטיבית בביצוע. ואכן, מחקר קודם שערכנו הראה כי הפריט הסובייקטיבי המקורי של SSS-Cog לא נמצא במתאם עם מדדים אובייקטיביים מקיפים יותר של תפקוד קוגניטיבי. ממצא זה אינו מבטל את התלונה הסובייקטיבית כי אם מדגיש את מורכבותה (Elkana et al., 2019).

על כן בסדרת מחקרים שהובלתי עם פרופ' יעקב אבלין וד"ר ואלרי אלוש מהמרכז הרפואי תל־אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב) ובשיתוף סטודנטיות מן המכללה האקדמית תל־אביב-יפו פעלנו לחדד את מדידת הקשיים הקוגניטיביים בפיברומיאלגיה באמצעות הרחבת סולם ההערכה הסובייקטיבי של הקוגניציה, פיתוח שאלון ממוקד יותר (SCD-6) (Elkana et al., 2021) ובחינת ה־MoCA ככלי סקר קצר שיכול לסייע לאפיין את הירידה הקוגניטיבית בפיברומיאלגיה (Elkana et al., 2022). המהלכים האלה לא נבעו משיקול טכני אלא מהכרה מושגית וקלינית בכך שפיברוֹפוג אינו תוספת שולית לפיברומיאלגיה אלא אחד המוקדים שבהם מתכנסים כאב, עייפות, דריכות ופגיעה

בתפקוד, ולכן הוא אחד הממדים שנדרשת לו הערכה מדויקת מבעבר (Elkana et al., 2019; Elkana et al., 2022). עם זה גם כאן קיימת דואליות. העובדה שלא תמיד תלונה סובייקטיבית תואמת תוצאה במבחן אובייקטיבי אינה גורעת מחשיבותה. לעיתים דווקא התלונה הסובייקטיבית היא המנבאת את הפגיעה בחיי היום־יום, את תחושת אובדן השליטה ואת העומס בתפקוד. ייתכן שאישה שסובלת מפיברומיאלגיה תצליח לבצע מטלה קוגניטיבית קצרה בתנאי בדיקה מובנים, אך בכל זאת תחוה קושי של ממש בהתנהלות יום־יומית שדורשת ממנה ריכוז ממושך, מעבר בין משימות, סבילות לעומס ועמידה בתנאי עייפות וכאב. לכן הקשיים הקוגניטיביים בפיברומיאלגיה אינם תוצאה אפשרית של התסמונת בלבד אלא גם מפתח להבנתה.

בין כאב, טראומה ועיבוד רגשי: מה עשוי להעמיק את הסבל בפיברומיאלגיה?

מאחר שהקשיים הקוגניטיביים בפיברומיאלגיה ממחישים כיצד כאב כרוני מתרחב מעבר לממד התחושתי הצר צריך להעמיק בהבנת הגורמים העשויים להחמיר את הסבל. כאן חשוב לדייק: לא כל מטופלת שיש לה פיברומיאלגיה סובלת מטרואומה פעילה, ולא כל החמרה בכאב מחייבת הסבר במונחים של תהליך נפשי. עם זה מגוף המחקר המצטבר, ובכלל זה מחקר עדכני שערכתי בשיתוף ד"ר ואלרי אלוש, סטודנטיות מהאקדמית תל־אביב-יפו וחוקרים מהאוניברסיטה העברית, עולה שעומס רגשי נכבד שנכללים בו בין היתר תסמינים פוסט־טראומטיים, חרדה, דיכאון, קטסטרופיזציה ותחושת אי־צדק או כעס אינו נלווה בלבד לכאב אצל אחדות מן המטופלות אלא אף עשוי לעצב את עוצמתו, את משמעותו ואת הפגיעה התפקודית שהוא יוצר (Gilam et al., 2024; Raev et al., 2025).

פיברומיאלגיה היא תסמונת שמלכתחילה מאופיינת ברגישות יתר, בעומס סומטי מתמשך ובפגיעות להחמרה בגלל שיבוש בשינה, מצוקה, בדידות או אובדן תחושת שליטה. לכן לא מפתיע שאירועי חיים מסכנים עלולים להיקשר להחמרה בתמונה הקלינית. ואולם תרומתה של הטרואומה להבנת פיברומיאלגיה אינה מסתכמת בשאלה אם אירוע טראומטי אכן קרה. חשובה לא פחות הדרך שהחוויה נרשמת בה וממשיכה לפעול: עוררות מתמשכת, דריכות, חוויית איום, קושי להירגע, הימנעות ותחושת גוף שאינו עוד מקום בטוח.

מלבד הטרואומה יש מקום חשוב גם לעיבוד רגשי קוגניטיבי של הכאב עצמו. מחקרים על כאב כרוני הראו

כי קטסטרופיזציה של כאב קשורה לדיכאון, לחרדה ולהחמרת הסבל. ממצא זה חשוב לא משום שהוא מציע הסבר פסיכולוגי חלופי לכאב אלא משום שהוא מדגים עיקרון רחב מזה: בין תחושת הכאב ובין המצוקה הנפשית אין מרחב ריק. ישנו עיבוד פעיל של איום, משמעות וציפייה, ועיבוד זה עשוי להעצים את הסבל או, לעיתים, לרכך אותו (Brooks et al., 2018; Conti et al., 2020).

שכבה נוספת היא תחושת האי־צדק. במחקר עדכני עלה כי תחושת אי־צדק וכעס בולטת במיוחד בקרב מטופלות בעלות פיברומיאלגיה וקומורבידיות של חרדה ודיכאון, וכי המשתנים האלה קשורים לחומרת הכאב. ממצא זה מאיר נקודת מבט שלא תמיד מקבלת מקום מספיק בשיח על כאב כרוני: הסבל נבנה מן האופן שבו האדם מבין את מה שאירע לו, את מה שנלקח ממנו ואת האופן שבו סביבתו ומערכת הבריאות מגיבות אליו ולא רק מהתחושה הגופנית (Gilam et al., 2024; Raev et al., 2025). וגם כאן קיימת מורכבות: המונחים "קטסטרופיזציה", "כעס" או "תחושת אי־צדק" עלולים להישמע כאילו הבעיה האמיתית נובעת מהאופן שבו המטופלת חושבת או מרגישה, אך זאת אינה הטענה. כאב כרוני ממושך אכן משנה את היחס של האדם לגופו, לעתידו, ליכולתו לעבוד ולתפקד. הפחד, הזעם או תחושת הקיפוח אינם עיוותים דווקא; לעיתים הם תגובות אנושיות מובנות על מצב מתמשך של סבל ואי־ודאות. ואולם גם כאשר הם מובנים הם בכל זאת עשויים להפוך לחלק מן המנגנון שמשמר את הסבל.

ממצאים עדכניים על הקשר בין פיברומיאלגיה, עומס פוסט־טראומטי ותלונות קוגניטיביות

במסגרת התאורטית שהוצגה עד כה מוצע כי כאב, מצוקה רגשית, תסמינים פוסט־טראומטיים ותלונות קוגניטיביות בפיברומיאלגיה אינם מתקיימים זה לצד זה בלבד אלא עשויים להיות כרוכים זה בזה כחלק ממערך קליני אחד. על רקע זה ביקשתי לבחון אם תסמינים פוסט־טראומטיים קשורים גם לתלונות קוגניטיביות סובייקטיביות בקרב נשים שסובלות מפיברומיאלגיה ואם התסמינים הללו מסבירים ולו חלק מן הקשר בין חומרת התסמינים הפיזיים ובין חוויית הפיברופוג.

במחקר חתך שערכנו (Garrosi et al., in preparation) בקרב 189 נשים שיש להן פיברומיאלגיה נמצא קשר מובהק בין חומרת הפיברומיאלגיה ובין תלונות קוגניטיביות סובייקטיביות: ככל שהיו התסמינים הפיזיים חמורים יותר כך התרחב גם הדיווח על קושי קוגניטיבי. בד בבד נמצא שחומרת הפיברומיאלגיה קשורה גם לרמה גבוהה של

תסמינים פוסט־טראומטיים, ואלה, בתורם, היו קשורים לתלונות הקוגניטיביות. כאשר נבחן המודל בד בבד עם הגיל, החרדה והדיכאון התברר כי לתסמינים הפוסט־טראומטיים יש תרומה ייחודית להבנת הקשר בין חומרת הפיברומיאלגיה ובין החוויה הסובייקטיבית של ירידה קוגניטיבית. לממצא זה יש חשיבות בכמה היבטים: הוא מחזק את ההבנה כי פיברופוג אינו רכיב שולי של התסמונת ומעיד שהקשיים הקוגניטיביים בפיברומיאלגיה אינם קשורים רק לעומס הסומטי הישיר של הכאב, העייפות או ההפרעה בשינה אלא גם לממד רחב מזה של דריכות ואיום פוסט־טראומטיים. העובדה שהקשר נשמר גם כאשר מביאים בחשבון חרדה ודיכאון מרמזת כי אין מדובר רק בביטוי נוסף של מצוקה נפשית כללית כי אם ברכיב מובחן יותר של חוויה פוסט־טראומטית.

דיון קליני־אינטגרטיבי: מה המשמעות לפסיכולוגים ולאנשי טיפול

מן הספרות ומן הממצאים שהוצגו כאן עולה התובנה המרכזית הזאת - פיברומיאלגיה מחייבת אותנו לחשוב אחרת לא רק על כאב אלא גם על ההבחנות המקצועיות שבאמצעותן אנחנו מנסים להבין אותו. החלוקה בין גוף ובין נפש עשויה להיות שימושית לצורכי אבחנה ומיון, אך כאשר היא נעשית נוקשה מדי היא עלולה להחמיץ את לב החוויה הקלינית. הכאב, העייפות, השינה הלקויה, המצוקה הרגשית, העומס הפוסט־טראומטי והתלונות הקוגניטיביות שהם מנת חלקן של הסובלות מפיברומיאלגיה אינם רשימת תסמינים מקבילה בלבד; לעיתים קרובות הם פועלים כמערכת אחת שכל רכיב בה מעצב ומחזק את האחר.

על כן אחד הקשיים הגדולים של מטופלות שסובלות מפיברומיאלגיה הוא הנטייה "ליפול בין הכיסאות" של מערכות הטיפול. בהיעדר ממצא חדי־משמעי בבדיקות רפואיות עלול לעיתים הכאב להיתפס כלא מוסבר דיו. בבריאות הנפש לעומת זאת קיים לעיתים חשש מפני פסיכולוגיזציה של כאב ממשי, ולכן גם היסוס לגעת במשמעויות רגשיות, טראומטיות או תפקודיות של הפיברומיאלגיה. התוצאה עלולה להיות כפולה: מחד גיסא, המטופלת אינה מרגישה שמכירים בעוצמת הסבל הגופני שלה; מאידך גיסא, איש אינו מחזיק במלואו את ממדי האיום, האובדן, הדריכות, הבדידות או הקריסה התפקודית שהתלוו אליו (Aloush et al., 2021b).

מבחינת הפסיכולוגים המשמעות היא שינוי מסוים בעמדה הטיפולית. במקום להסתפק בשאלה אם התלונות הגופניות



תחושת הבחירה והשליטה בתוך הגוף. ההתערבות אינה מפרידה אפוא בין הכאב ובין תגובת האיום אלא עוסקת באופן שבו שניהם עשויים להזין זה את זה ולשמר פגיעה בתפקוד.

באופן הזה עמדה אינטגרטיבית אינה זהה לעמדה כוללנית או עמומה. אין בה משום קביעה ולפיה הכול קשור לכול במידה שווה, והיא אינה מוחקת הבדלים בין מטופלות שונות. יש נשים שהממד הטראומטי יהיה מרכזי אצלן יותר מאצל אחרות; יש נשים שיבלטו אצלן דווקא שינה לקויה, בדידות, אובדן תפקודי או דיכאון; ואצל אחרות יהיה הקושי הקוגניטיבי הסיבה המרכזית לחוויית הקריסה. לכן על השיח האינטגרטיבי הנחוץ בפיברומיאלגיה להיות גם דיפרנציאלי.

ויש כאן גם ממד אתיקליני. לא פעם נדרשות מטופלות שסובלות מפיברומיאלגיה להיאבק על עצם ההכרה בסבלן. מקצתן נתקלות בחשדנות, בצמצום או בניסיון למיין את מצוקתן במהירות לקטגוריה "גופנית" או "נפשית". עמדה קלינית אינטגרטיבית מציעה חלופה מכבדת מזאת. היא מאפשרת להכיר בממשותו של הכאב גם כאשר הוא אינו מוסבר במלואו באמצעות ממצא אורגני חד; בממשותה של המצוקה הרגשית גם כאשר היא אינה "הגורם היחיד"; ובממשותן של התלונות הקוגניטיביות גם כשלא תמיד הן חופפות לפגיעה האובייקטיבית במבחינים.

אף שהדיון במאמר התמקד בפיברומיאלגיה, המסגרת המוצעת אינה ייחודית לה בלבד. היא עשויה להיות רלוונטית גם למצבי כאב כרוני אחרים שבהם כאב, דריכות, שינה, מצב רוח ותפקוד נשזרים זה בזה. עם זה הפיברומיאלגיה משמשת מקרה מבחן בהיר במיוחד למסגרת הזאת בשל השילוב הבולט בין כאב מופשט, עייפות, שינה לא משקמת, תלונות קוגניטיביות ופגיעות ובין החמרה בגלל מצוקה רגשית ופוסט־טראומטית. בסופו של דבר הפיברומיאלגיה מזמינה את הפסיכולוגיה לחזור לשאלה בסיסית: לא רק מה מקור התסמין אלא מהי צורת החיים שהוא יוצר. כאב כרוני שאינו מאפשר שינה, מציף את הגוף, מערפל את החשיבה, מגביר דריכות, מצמצם תנועה ומערער אמון עצמי הוא יותר מתחושה גופנית מקומית. הוא נעשה מבנה של סבל. דווקא שם, במרחב הביניים שבו כאב, טראומה, קוגניציה ותפקוד נשזרים יחד, יש לפסיכולוגיה תרומה ייחודית: להציע שפה שאינה מבטלת, אינה מפצלת ואינה מסתפקת בהכרעה בשאלה אם מדובר ב"גוף" או ב"נפש" אלא מנסה להבין כיצד אפשר לעזור לאדם לחיות בתוך המורכבות הזאת במידה פחותה של סבל וייאוש ובמידה גדלה של חופש ותקווה.

מוסברות באמצעות חרדה, דיכאון או טראומה יש טעם לשאול שאלות רחבות כגון כיצד הכאב משתלב בשינה, בעייפות, בתחושת האיום, בזוהר, בתפקוד, בזיכרון ובקשב; מהי מידת ההימנעות, ומהי משמעותה; כיצד המטופלת מבינה את גופה כעת - כמסוכן, כבוגד, כבלתי צפוי, כעייף ללא תקנה; באיזו מידה הקושי הקוגניטיבי נחוה כחלק מן הכאב ובאיזו מידה הוא נתפס כפגיעה עצמאית במסוגלות. גם ההערכה הרפואית בפיברומיאלגיה אינה יכולה להסתפק בשאלת עוצמת הכאב בלבד. חשוב לברר אף את דפוסי השינה, את מקומה של העייפות, את התלונות הקוגניטיביות, את רמת הדריכות, את נוכחותם של תסמינים פוסט־טראומטיים, את תחושת חוסר האונים, את היקף ההימנעות, את התמיכה החברתית ואת המשמעות שהמטופלת מייחסת למחלתה. ממצאינו, שהעידו על קשר בין חומרת פיברומיאלגיה, תסמינים פוסט־טראומטיים ותלונות קוגניטיביות סובייקטיביות, מחזקים במיוחד את הצורך שלא לראות בפיברופוג רכיב שולי או בלתי חשוב.

מכאן נגזרת גם עמדה טיפולית זהירה אך ברורה. טיפול פסיכולוגי בפיברומיאלגיה אינו צריך "להוכיח" שהכאב נפשי כשם שאינו צריך להתעלם מהעובדה שעומס רגשי, טראומה, קטסטרופיזציה, תחושת אי־צדק או הימנעות עלולים להחריף את הסבל. תפקידו אינו להחליף את רפואת הכאב כי אם להרחיב את המרחב הקליני שאפשר לחשוב בו על התסמונת. בהרחבה כזאת ייתכנו תיקוף ברור של ממשות הכאב, זיהוי של דפוסי איום והימנעות, עבודה זהירה עם תחושת אובדן שליטה והתבוננות במשמעות של עייפות, האטה וערפל קוגניטיבי.

ההתערבות הטיפולית המומלצת היא רב־רכיבית בדרך כלל, בהתאם להמלצות הקליניות ולספרות מחקרי ההתערבות בפיברומיאלגיה, ומשלבת פסיכו־חינוך והדרכה, עידוד לפעילות גופנית מדורגת ומותאמת, בחינת דפוסי השינה והתפקוד ועבודה קוגניטיבית־התנהגותית על קטסטרופיזציה, הימנעות, ויסות עומס וחזרה הדרגתית לפעילויות בעלות ערך (Bernardy et al., 2013; Macfarlane et al., 2017). כאשר בולטים מתח שרירי, עוררות אוטונומית או קושי בהרפיה אפשר לשלב גם ביופידבק ככלי ממוקד לוויסות פסיכופיזיולוגי, בעיקר כחלק ממערך טיפולי רחב ולא כהתערבות יחידה (Glombiewski et al., 2013). במקרים שניכרים בהם תסמינים פוסט־טראומטיים חשוב לוודא שהטיפול יהיה גם מותאם טראומה: שיתבסס על תחושת ביטחון, עבודה הדרגתית וזהירה עם עוררות ותחושות גוף, זיהוי טריגרים, הפחתת הימנעות וחיוזוק

- Aloush, V., Gurfinkel, A., Shachar, N., Ablin, J. N., & Elkana, O. (2021a). Physical and mental impact of COVID-19 outbreak on fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 39(Suppl. 130), S108–S114. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/rxk6s4>
- Aloush, V., Gurfinkel, A., Ablin, J. N., & Elkana, O. (2025). Physical and mental health of fibromyalgia patients following October 7th attack and the ensuing military conflict: A cross-sectional analysis. *European Journal of Pain*, 29, e70075. <https://doi.org/10.1002/ejp.70075>
- Aloush, V., Niv, D., Ablin, J. N., Yaish, I., Elkayam, O., & Elkana, O. (2021b). Good pain, bad pain: Illness perception and physician attitudes towards rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 39(Suppl. 130), 54–60. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/u1nbxz>
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H. S., & Häuser, W. (2013, September 10). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD009796. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
- Brooks, M., Gilam, G., Alkalay, Y., Xu, J., Gross, J. J., Smith, R., & Shiota, M. N. (2018). The role of mindfulness and pain catastrophizing in depression and anxiety symptoms: Intensity and unpleasantness matter in pain. *European Journal of Pain*, 22(10), 1814–1824. <https://doi.org/10.1002/ejp.1264>
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA*, 311(15), 1547–1555. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Clauw, D. J. (2024). From fibrositis to fibromyalgia to nociplastic pain: How rheumatology helped get us here and where do we go from here? *Annals of the Rheumatic Diseases*. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-225327>
- Conti, Y., Vatine, J. J., Levy, S., Levin Meltz, Y., Hamdan, S., & Elkana, O. (2020). Pain catastrophizing mediates the association between mindfulness and psychological distress in chronic pain syndrome. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 20(7), 714–723. <https://doi.org/10.1111/papr.12899>
- Elkana, O., & Beheshti, I. (2025). Functional brain changes in Mexican women with fibromyalgia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, 1871(1), 167564. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2024.167564>
- Elkana, O., Falcofsky, A. K., Shorer, R., Bar-On Kalfon, T., & Ablin, J. N. (2019). Does the cognitive index of the symptom severity scale evaluate cognition? Data from subjective and objective cognitive measures in fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(Suppl. 116), 51–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30299249/>
- Elkana, O., Yaalon, C., Raev, S., Sobol, N., Ablin, J. N., Shorer, R., & Aloush, V. (2021). A modified version of the 2016 ACR fibromyalgia criteria cognitive items results in stronger correlations between subjective and objective measures of cognitive impairment. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 39(Suppl. 130), S66–S71. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/403mpp>

- Elkana, O., Nimni, Y., Ablin, J. N., Shorer, R., & Aloush, V. (2022). The Montreal cognitive assessment test (MoCA) as a screening tool for cognitive dysfunction in fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 40(6), 1136–1142. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/3yxu6p>
- Garrosi, S., Aloush, V., & Elkana, O. [in preparation]. Post-traumatic stress symptoms partially link fibromyalgia severity to subjective cognitive complaints [Manuscript in preparation].
- Gilam, G., Silvert, J., Raev, S., Malka, D., Gluzman, I., Rush, M., Elkana, O., & Aloush, V. (2024). Perceived injustice and anger in fibromyalgia with and without comorbid mental health conditions: A Hebrew validation of the injustice experience questionnaire. *Clinical Journal of Pain*, 40(6), 356–366. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001204>
- Glombiewski, J. A., Bernardy, K., & Häuser, W. (2013). Efficacy of EMG- and EEG-biofeedback in fibromyalgia syndrome: A meta-analysis and a systematic review of randomized controlled trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 962741. <https://doi.org/10.1155/2013/962741>
- Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M.-A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., & Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fließ, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Raev, S., Aloush, V., Gilam, G., & Elkana, O. (2025). The mediating role of depression in the relationship between perceived injustice and pain intensity among fibromyalgia patients. *Journal of Pain Research*, 18, 3077–3085. <https://doi.org/10.2147/JPR.S518357>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised international association for the study of pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Usui, C., Hatta, K., Aratani, S., Yagishita, N., Nishioka, K., Okamura, S., Itoh, K., Yamano, Y., Nakamura, H., Asukai, N., Nakajima, T., & Nishioka, K. (2013). Vulnerability to traumatic stress in fibromyalgia patients: 19 month follow-up after the great East Japan disaster. *Arthritis Research & Therapy*, 15, R130. <https://doi.org/10.1186/ar4310>
- Yavne, Y., Amital, D., Watad, A., Tiosano, S., & Amital, H. (2018). A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 48(1), 121–133. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.011>

מטריצת החלום החברתי כהתערבות שמאפשרת חזרה מערכתית לשגרה לאחר המלחמה

אודי בונשטיין¹ ואור בונשטיין²

תקציר

מלחמת חרבות ברזל - המלחמה הממושכת ובעלת מספר החזיתות הרב ביותר בתולדות מדינת ישראל - מעמידה לפנינו קשיים ואתגרים רבים. אחד האתגרים שהיינו צריכים להתמודד עימם היה הקושי של צוותי הרפואה לחזור לשגרה בבית החולים לאחר חלקיה העצימים של המלחמה. כדי לתת מענה על קושי זה יישמנו טכניקת התערבות קבוצתית קצרה וממוקדת של מטריצת חלום חברתי. הבחירה בטכניקה הזאת נבעה מתוצאותיו של מחקר רחב היקף שערכנו, מחקר אשר העיד על שינוי בדפוסי החלומות והחלימה במלחמת חרבות ברזל. חלום מוגדר כפעילות מנטלית שמתרחשת בשינה ויוצרת חוויה סובייקטיבית של מראות, תחושות וסיפורים, בדרך כלל ללא שליטה מודעת של החולם. אף שהתפיסה הפסיכודינמית לחלומות רואה בחלום סיפוק משאלה לא מודעת (בדרך כלל מינית או תוקפנית), יש עדויות מחקריות להיותו של החלום מנגנון הסתגלות לעיבוד המשכי של אירועי היום. במאמר זה נציג ונדגים את הרציונל ואת דרך העבודה הניתנת ליישום בצוותים גם בהקשרים אחרים, רחבים מזה.

מבוא

השפעת מלחמת חרבות ברזל על חלומות

לפני זמן לא רב ערכנו מחקר רחב היקף שנועד לבחון את דפוסי החלום והחלימה בישראל. במחקר זה נכללו תגובותיהם של 900 נבדקים על שאלון אינטנסיביות החלום של יו (Yu, 2010) ועל עוד סדרת שאלונים. את תוצאות המחקר עצמו נציג בקרוב במאמר נפרד. במאמר הזה נציין שני ממצאים מובהקים שרלוונטיים לנושא: (1) הכנסנו את משתנה הזמן לניתוח התוצאות והשווינו את תגובותיהם של 209 משתתפים שמילאו את שאלון אינטנסיביות החלום

בזמן מלחמת חרבות ברזל לתגובותיהם של 691 משתתפים שהשיבו על השאלון לפני המלחמה. מצאנו, כצפוי, שבזמן המלחמה חלמו הנבדקים חלומות סיוט רבים יותר (שהוגדרו חלומות מפחידים בעוצמה גדולה כל כך עד שהם מעירים אותם משנתם) לעומת התקופה שקדמה למלחמה. (2) נמצא כי בזמן המלחמה דיווחו הנבדקים על פחות עיבוי בחלומות (שהוגדר כהתמזגות של כמה דמויות מהעולם האמיתי לדמות אחת בחלום) לעומת נבדקי טרום-המלחמה ובה בעת על חוויית חיות רבה יותר בחלומות בזמן המלחמה לעומת חלומות טרום-המלחמה. מהממצאים האלה עולה שהמלחמה גורמת לחלומות להיות קונקרטיים יותר ו"חלומיים" פחות, כלומר ייתכן שנפגעת יעילותו של החלום במנגנון עיבוד נפשי שממשיך לעבד את אירועי היום בלילה (בונשטיין, 2020).

ההקשר שממנו נבע הצורך בהתערבות

המרכז הרפואי לגליל הוא בית החולים הקרוב ביותר לגבול (במרחק של עשרה ק"מ אוויריים בקירוב ממנו). הוא משמש בית חולים קדמי, ופועל בו בית חולים תת-קרקעי ממוגן שמותאם ללחימה. ב־8 באוקטובר 2023 נערך בית החולים בתרגולת המוכרת של צמצום מהיר ונרחב של מיטות האשפוז וירידה מסודרת למרחב התת-קרקעי הממוגן. שלא כבאירועים קודמים, שהיו קצרים למדי, נמשך מצב זה שנה וחצי בערך, ובתוך כך היו התקפות טילים בלתי פוסקות (שאף התרבו מאוד בזמן הכניסה הקרקעית ללבנון במסגרת מבצע חצי צפון), נערך פינוי נרחב של יישובים וקהילות שהתגוררו בהם אנשי צוות, "פורקו" מחלקות ועובדיהן צורפו למחלקות אחרות, גויסו אנשי צוות לשירות מילואים וכמובן, היו גם מורכבויות רבות נוספות. כמו שקורה פעמים רבות גם הפעם ניתנה עיקר תשומת הלב לחלק התפקודי. יתרה מכך, כל עוד נמשכה המלחמה הייתה לגיטימציה לקושי, וצוות הפסיכולוגים היה זמין לסייע לצוותי הרפואה

¹ד"ר אודי בונשטיין הוא פסיכולוג קליני ורפואי מדרין, פסיכולוג ראשי ומנהל השירות הפסיכולוגי במרכז הרפואי לגליל. דוא"ל: udib@gmc.gov.il

²אור בונשטיין היא סטודנטית לפסיכולוגיה באוניברסיטה הפתוחה ומדריכת שיקום בקידום פרויקטים שיקומיים.

לדמות זאת (בונשטיין, 2007).

פעולת החלום מיוחסת לשלב הרע"מ, ריצוד עיניים מהיר (rapid eye movements או בקצרה REM) בשינה, והיא מתרחשת בשלבי הסופיים של מעגל השינה, אם כי החלום אינו ייחודי רק לשלב זה. חלומות עשויים להופיע גם בשלבי שינה אחרים, אך שכיחותם גבוהה הרבה יותר בשלב הרע"מ (ב־85% מהפעמים שמעירים אדם בשלב זה של השינה הוא ידווח כי חלם חלום), ובדרך כלל הם חלומות "חיים", דרמטיים ועשירים מחלומות בשלבי השינה האחרים. שיעור ההיזכרות יורד ככל שעובר זמן רב יותר מסיום שלב הרע"מ ועד היקיצה, והפעילות המוחית הנמדדת בו דומה לפעילות בזמן ערות.

נוי (1997) מנה שלושה זרמים תאורטיים שמשלימים זה את זה על אודות תפקידו של החלום. על פי התאוריה המקורית של פרויד, תפקידו העיקרי של החלום הוא להגן על השינה באמצעות פורקן חלקי או עקיף של היצר ושל נגזרותיו (החלום כביטוי למשאלה), שאם לא כן היו אלה מסכלים את השינה. לפי פסיכולוגיית ה"אני", התפקיד העיקרי של החלום הוא לשרת את האני כדי לפתור בעיות, להפגין שליטה ולהסתגל. לפי תאוריית ה"עצמי", תפקידו העיקרי של החלום הוא לסייע לתחזוקת עצמי מלוכד. לאן והאריס (Lane & Harris, 2002) סקרו, במאמר מקיף, את מקומו המשתנה של החלום לאורך ההיסטוריה של הפסיכואנליזה מאז פרויד, דרך פסיכולוגיית האני ועד האסכולה הבין־אישית. ההבדל העיקרי ניכר לדעתם בין הגישה הבין־אישית ובין גישתו הקלאסית של פרויד. עיקר תשומת הלב הוסטה מחשיפתו של חומר לא מודע לחקירת המציאות הסובייקטיבית הנוצרת בשדה הבין־אישית האנליטי. כך נעים מעיסוק בחומר לטנטי־גנטי לעבר עיסוק בחומר מניפסטי שנוצר ברגע זה בשדה הדיאדי שבין המטופל ובין המטפל (שם). בונשטיין (2020) סקר את התאוריות על חלומות וחלימה וציון כי מנקודת ראות רחבה רואות רוב התאוריות בחלום כלי שמאפשר אינטגרציה בין חלקים מנותקים או מפוצלים באישיות (לכל גישה תאורטית יש מושגים משלה). הוא ארגן את התאוריות השונות לחקר החלומות על פני שני צירים: ציר העומק (הנע בין הרמה המטא־קוגניטיבית, עובר דרך הרמה המודעת ומגיע לרמות העומק של הלא מודע האישית, הקולקטיבי והחברתי) וציר מרחב ההתרחשות (אם זהו תהליך תוך־אישית, בין־אישית או קבוצתי וחברתי). בונשטיין סיכם בהשערה שככל שחולף הזמן מקיפות התאוריות השונות שטח גדל והולך של המרחב שיוצרים שני הצירים הללו. לא נפרט בנושא במסגרת המאמר הזה אלא נציין כי סקירתו של בונשטיין מעידה על תנועה מעיסוק

בזמן המלחמה. דווקא החזרה לשגרה העלתה אל פני השטח קשיים שלא ראינו קודם ובהם מורכבויות שנבעו מהציפייה (הן האישית הן המערכתית) "להמשיך הלאה".

חלומות מסייעים להתגבר על טראומות באופן שדומה מאוד לטיפול פסיכולוגי. החלומות מאפשרים קשירת קשרים (בין מקורות שונים של זיכרונות - מהעבר הרחוק, מהעבר הקרוב ומההווה, מהלא מודע ומן המודע - קישור שקשה מאוד ליצור במצב ערות) במקום בטוח (המחסה שמעניקים השינה והמיטה)

מספר הפניות של צוותים לשיירות הפסיכולוגי בבקשות להתערבויות קצרות עלתה, והחלטנו ליישם את מטריצת החלום החברתי (שעימה היה לנו ניסיון קודם ומוצלח בזמן מגפת קורונה), בעיקר בגלל תוצאות מחקר החלומות שערכנו בקרב עובדי המרכז הרפואי. התוצאות תאמו את הממצאים שזיהינו בקרב האוכלוסייה הכללית (ותיארונו קודם לכן) מצד אחד והעידו על קשר של מאפייני החלימה לצמיחה פוסט־טראומטית מצד אחר. מטריצת החלום החברתי התאימה לצורך זה בהיותה כלי התערבות יעיל ומהיר (גם בהתערבות חד־פעמית) שנעזר ב"לא מודע הקבוצתי" כדי להחזיר פונקציות של "עבודת חלום" למרחב הצוותי המשותף בשעת עבודה קבוצתית שמחזקת את תחושת הקרבה ואת האמון של חברי הצוות ומגדילה את השיתוף שלהם. בטרם נדגים את אופן העבודה נרחיב מעט על הרקע התאורטי על החלום, על היותו אמצעי קוגניטיבי שממשיך לעבד את אירועי היום ועל עבודה קבוצתית עם חלומות.

רקע תאורטי

הגדרת החלום

חלום הוא דרמה פרטית, ויזואלית ברובה, שמתרחשת בזמן השינה ונכלל בה תוכן גלוי (מניפסטי) ותוכן סמוי (לטנטי). את רוב החלומות איננו זוכרים למחרת היום, אך את מיעוטם אנחנו זוכרים במלואם או בחלקים ובמידה כלשהי של שינוי, השמטות, הרחבות והעברה למילים. כך נעשית הדרמה הוויזואלית הפרטית לתקשורת לשונית ומשותפת בין המטופל ובין המטפל או בין מספר ובין מאזין. דיווח זה, "החלום הגלוי", הוא חלק מתהליך תרגום (מוויזואלי למילולי), תקשורת (מפרטי לגלוי), הבניה והבניה־מחדש שעושה החולם המדווח על חלומו ועושה המטפל המנסה

(בונישטיין, 2011). כלומר עמדה שמצדדת בבחינת העולם הפנימי שלנו (ובכלל זה חלומות), יש בה כדי לשפר את יכולת ההתמודדות שלנו עם אתגרי המציאות.

עבודה עם חלומות במסגרת קבוצתית

רוב הגישות התאורטיות עוסקות בחלום בהקשר של האדם היחיד, אבל לחלום יש גם פונקציות תקשורתיות (כמו שאפשר לראות בגישות ההתייחסותיות) וגם פונקציות קבוצתיות וקהילתיות. גישה בין-אישית לחלומות מעשירה לעין ערוך את דרך העבודה התוך-אישית המסורתית (ראו בונישטיין, 2020). וריאציה מעניינת של התפיסה הזאת, שממשיכה אותה עד הקצה, היא גישה קבוצתית לחלומות. אפשר להבחין בין קבוצה מסורתית-הליכית ובין קבוצת חלומות. הקבוצה החווייתית המסורתית מתמקדת ביחסים שבין חברי הקבוצה (התמקדות בתהליך), וקבוצת החלומות מתמקדת בהבנה ובפתרון חלומות (התמקדות בתוכן).

בספרו המקיף על טיפול קבוצתי ציין יאלום (יאלום ולשץ', 2006) כי המספר והסוג של החלומות שמביאים חברי הקבוצה לטיפול הקבוצתי תלויים בתשומת הלב שהמטפל מקדיש לחלומות. אופן התגובה של המטפל על החלומות הראשונים שיביאו המטופלים לקבוצה ישפיע על בחירת החלומות שיוצגו בהמשך הטיפול. חקירה מפורטת ומרוכזת שיש בה פירוש אישי של חלומות (כמו בגישה אנליטית) אינה אפשרית בטיפול קבוצתי. לחקירה כזאת יש להקדיש זמן לא סביר למטופל אחד, והחברים האחרים בקבוצה - שנעשים צופים מהצד - מפיקים מכך תועלת מועטה.

כמו בטיפול הפרטני, שבו מעלה המטופל חלומות או קטעי חלומות רבים שהמטפל אינו מתיימר לנתחם במלואם (פרויד סבר שניתוח מלא של חלומות צריך להיות עיסוק מחקרי ולא טיפולי), גם בטיפול הקבוצתי בוחר המטפל לעבוד עם חלומות שיש להם, למיטב הבנתו, נגיעה לשלב הטיפולי של הקבוצה. לעיתים המטפל מתעלם מחלומות מסוימים, מתעכב על אחרים ומבקש אסוציאציות להם. תהליך זה עשוי להתרחש גם בלי שהמטפל יכוון לו במודע. כאשר המטופל נעשה מעורב יותר בטיפול הוא חולם (או זוכר) חלומות שמתאימים לטיפול ותומכים בכיוון התאורטי של המטפל. פרויד כינה חלומות כאלה "חלומות עוקבים" (שם). עבודה עם חלומות מסוימים יכולה להאיץ את העבודה הקבוצתית. חלומות קבוצתיים שנוגעים לקבוצה בכללותה וגם חלומות שמשקפים את רגשותיו של החולם כלפי חבר אחד או כמה חברים בקבוצה הם המועילים ביותר. חלומות כאלה מבהירים הן את קשיי החולם הן את הקשיים של חברים אחרים שייתכן כי לא היו מודעים להם לגמרי עד

בלטנטי ובלא מודע לעבר עיסוק במניפסטי ובמודע, והעניין מתרחב גם למרחב הבין-אישי, הקבוצתי והחברתי.

מטריצת חלום חברתי היא אמצעי קצר ויעיל להתערבות קבוצתית במגוון רחב של הקשרים החל בסיוע לארגון לאפיין חזון, מטרה ודרך, עבור בעבודה במצבי משבר וכלה בסיוע לגעת באזורי נפש לא מודעים שמשותפים לחברי הקבוצה. חברי הקבוצה שמעלים חלומות, חלומות כאסוציאציה ואסוציאציות במרחב בטוח יוצרים - דרך החוויה הכאוטית - מרחב לא מודע קבוצתי. חשוב לאפשר מרחב שאינו שיפוטי, לסייע לקבוצה להימנע מאינטלקטואליזציות יתר ומפרשנויות ולעודד כמה שיותר אסוציאציות ושיתוף מחברי קבוצה רבים ככל האפשר

החלום כהמשך עיבוד של אירועי היום

קיימות עדויות שתומכות בעמדה ולפיה חלימה היא אמצעי קוגניטיבי שמוסיף לעבד את אירועי היום. מחקרה של בארט (Barrett, 1993) בחן את יכולתם של חלומות להגיב על בעיות (ואף לפתור אותן). הנבדקים התבקשו "לדגור" על בעיות (שהגדירו מראש) באמצעות חלומות על פי הנחיות שקיבלו לתהליך ה"דגירה" (אינקובציה). מחצית מהנבדקים בקירוב סברו שאחד, לכל הפחות, מהחלומות שחלמו במשך השבוע (ודיווחו עליהם) היה קשור לבעיה שהגדירו בתחילת המחקר. רובם ראו בחלום גם את הפתרון המוצע לבעיה, ושופטים אשר בחנו את דיווחי החלום אישרו זאת באופן בלתי תלוי. מאחר שבמקרים רבים שבהם ראה הנבדק פתרון לבעיה בחלום היה הפתרון ידוע לו כבר בתחילת החלום, שיערה בארט שלא מדובר כאן בתהליך "דגירה" שבו "מגבש" החלום פתרון לבעיה אלא "רק" במסירת הפתרון לאני הישן שמעבירו לאני הער (בתנאי שהער זוכר אותו כמובן).

הרטמן (Hartmann, 1996) סבר שחלומות מסייעים להתגבר על טראומות באופן שדומה מאוד לטיפול פסיכולוגי. החלומות מאפשרים קשירת קשרים (בין מקורות שונים של זיכרונות - מהעבר הרחוק, מהעבר הקרוב ומהווה, מהלא מודע ומן המודע - קישור שקשה מאוד ליצור במצב ערות) במקום בטוח (המחסה שמעניקים השינה והמיטה).

כיוון נוסף של עדויות שתומכות ברעיון ולפיו עיסוק בחלימה יכול להיות היבט הסתגלותי אפשר למצוא במחקר על אודות כישורי מנטליזציה וחוסן (resilience). למשל, נמצא כי היכולת להסביר את ההתנהגות במונחים מסוג מצבים נפשיים הפחיתה את מידת הדיכאון בקרב ילדי בית ספר

בזמן השינה. החלומות עוררו אסוציאציות, מחשבות וזיכרון של חלומות אחרים. המרכיבים הכאוטיים של פריטי החלומות התארגנו למשמעות. כך נוצרה מטריצה של חלומות וסיפרה משהו שלא היה ידוע על הארגון, על הקהילה או על החברה כולה. ביסוד העבודה מונחת ההנחה בדבר קיומו של לא מודע קבוצתי (או ארגוני או חברתי) שבזכות חקירתו יכולות להיווצר מחשבות חדשות, משמעות חדשה ויצירתיות מתוך הכאוס של החלומות.



תפקיד המנחים אינו לפרש את החלומות אלא לפתוח עוד יותר את השאלות העולות מהם. החלומות המסופרים ברצף והאסוציאציות בתגובה עליהם מטשטשים בהדרגה את גבולות החלומות האישיים, ומתחיל להירקם סיפור משותף של חלום קולקטיבי. ככל שמעלים המשתתפים אסוציאציות לחלום כך נוצרים חיבורים וקשרים, והמטריצה נהפכת למאגר יצירתי של ידע חדש. נוצר מרחב מעברי ייחודי שמתחשב בהקשר החברתי ומאפשר להפוך חוויות חלום סובייקטיביות למציאות אובייקטיבית. חלימה חברתית מתחוללת במטריצה. למשתתפים מוצע לקשר את החלומות שלהם ושל אחרים למטריצה כדי ליצור קישורים ולמצוא הקשרים (לורנס וברין, 2006).

יישום השיטה הזאת בארגון או בקבוצה יכול לשמש מרכיב בתהליך בנייה של חזון ואסטרטגיה וכן אמצעי שמאפשר ומקדם שינוי ויצירת כיוון חדש. לחלום יש גם היכולת להעלות אל פני השטח נושאים שנקברו בארגון או בקבוצה. אומנם אלה הם נושאים ידועים, אך לעיתים רחוקות מייחסים להם חשיבות. המקבילה לנושאים הקבורים האלה בטיפול הפרטני היא "הידוע שלא נחשב" (בולס, 2000). כאשר הנושאים הללו עולים אל פני השטח וזוכים לביטוי הם עשויים להיחפף לחלק מהניסיון ה"רגיל" שאינו בר הכחשה עוד. גם תהליך זה מקדם שינוי ארגוני.

המטריצה נפגשת פנים אל פנים, אבל אפשר להיפגש גם אונליין. כלומר בכל זמן יש חלומות מרחפים ברחבי הסייבר,

אז - חלומות מסוימים מעלים אצל החולם בהסוואה תכנים שאומנם הוא מודע להם, אך נרתע מלדון בהם בקבוצה. על בסיס ההבנה הזאת יש תועלת בעידוד חברים אחרים להעלות אסוציאציות שקשורות לחלום. גם מומלץ לבדוק את ההקשר שבחר החולם כדי לספר את חלומו ומדוע בחר לספרו דווקא בעיתוי הזה. חלום שסופר בקבוצה מחזק את האמפטיה ואת ההרמוניה בין חבריה ומאפשר להם להתמודד יחד עם סוגיות של יחסים, לחדש צמיחה אישית אוטונומית שהייתה חסומה קודם לכן ולהעשיר את אוירת הקבוצה (פרידמן ואחרים, 2006).

חלומות המשתתפים בקבוצה "מגיבים" זה על זה כאילו היו אסוציאציות. רשת האסוציאציות המגיבות זאת על זאת נקראת "מטריצה" (matrix). את המושג הזה הציג זיגמונד הנרי פוקס (Foulkes), פסיכיאטר גרמני-בריטי, ממייסדי גישת האנליזה הקבוצתית. המטריצה, המגלמת את עקרון החיבור, היא רשת תהליכים נפשיים של חשיבה פרוטו-מנטלית (מערך ראשוני שאין בו הבחנה בין תוצרים גופניים ובין נפשיים) שמתקיימת בכל תצורה חברתית. המטריצה מאפשרת להציג תמונות ראשיות מהלא מודע האנושי ובתוך כך משקפת גם תהליכים שמייצרים חלימה וחלומות (Foulkes, 1984).

מטריצת החלום החברתי

לורנס (Lawrence, 2003) התבסס על מושג המטריצה של פוקס והגדיר אופן מעניין ומקורי של עבודה קבוצתית עם חלומות. הוא כינה אותה "מטריצת החלום החברתי". לורנס הושפע עמוקות מספרה של ברדט (Beradt, 1968) **הריין השלישי של החלומות**. ברדט, עיתונאית שחייתה בגרמניה לפני מלחמת העולם השנייה, הזמינה חברים מתמחים ברפואה לאסוף חלומות ממטופליהם בזמן הבדיקות שערכו להם. 300 החלומות שנאספו הביעו את תגובות החולמים על האווירה הפוליטית שהייתה בגרמניה באותה התקופה. את החלומות היא פרסמה לאחר תום המלחמה. סורטטה בהם התשתית הלא מודעת שרבעה מתחת לחיי היום-יום הנוחים למדי בגרמניה - כל החלומות תיארו תמונה של רדיפה והשמדה. נראה שהם לא נוצרו בעקבות קונפליקטים פרטיים או טראומות של החולמים אלא נבעו מהמרחב הציבורי ומיחסי האנוש המעורערים שיצרה המציאות הפסיכו-חברתית בגרמניה הנאצית.

כדי לחקור את הממד החברתי של החלימה החל לורנס להעביר סדנאות בנושא "מטריצת חלימה חברתית" בארצות שונות. בסדנאות האלה נפגשה קבוצה של אנשים וכמה מנחים (המכונים "מארחים") ושיתפו את החלומות שחלמו

דור: מה קשור עכשיו? (צוחק).

הילה: קשור, קשור. פתקי הצבעה. הכול בסוף פוליטי.

גלי: אי אפשר לסמוך על אף אחד.

(שקט.)

ורד (עובדת המשק, פונתה מביתה במלחמה): אני חלמתי

שאני בלובי של מלון, והקירות מזכוכית, שקופים. כולם

רואים אותי מתלבשת...

זוהר (אחות): הייתי באמת במלון כזה שהשירותים

בחדר היו שקופים ומול החלון (צוחקים).

ורד (ממשיכה): הזכוכית בקיר נסדקת, אני פוחדת

שתישבר לרסיסים...

חני (רופאה): העבודה בתת־קרקע, אין פרטיות, רואים

הכול.

דור: מזכיר לי את בקרות האיכות עכשיו. בודקים כל

פעולה שלך.

השיתוף האסוציאטיבי נמשך, אך כבר בוויניטה הקצרה

הזאת אפשר לזהות תמות מרכזיות: חוסר אונים, כעס,

התמוססות הגבולות. כאמור, אין המטרה לפרש תוכן

ספציפי אלא להניח ללא מודע משותף להתהוות ולהתייצב.

בשלב כלשהו נעשות תמות מסוימות בולטות מאחרות,

ואותן יכול המנחה לשקף לקבוצה.

החלק האחרון של המפגש הוקדש לסיכום מה ש"עלה אל פני

השטח" ועל דרכים מומלצות להתמודד עם חומר זה. מלבד

ההשפעה המיטיבה שהיה לתהליך הקבוצתי וליצירת חוויה

משותפת ניתנה בהתערבות הזאת לגיטימציה לתחושות

הרודפניות ש"רואים לנו". כן נידונו הדרכים שאפשר להחזיר

בעזרתן הרגשת אוטונומיה לצוות לצד ההכרה בחשיבותם

של תהליכי בקרה ארגוניים (נושא מורכב שנדרשת לו

בחינה נפרדת). לקראת פרדה ציינו המשתתפים את החוויה

הרגשית החזקה שחוו. בשיחת משב שנוכחה עם מזמיני

ההתערבות לאחר כמה ימים הם חיזקו את החוויות האלה

וציינו תחושות שותפות, קרבה ואינטימיות שראו בקרב

חברי הצוות בימים שלאחר ההתערבות.

דוגמה שנייה

קבוצה גדולה של אנשי ונשות צוות של מרפאה רב־

מקצועית התמודדה עם פטירתה של חברת צוות ותיקה

ואהובה. בגלל התחושה הזאת, בזמן ההתמודדות עם

אתגרי החזרה לשגרה, הם פנו לשירות הפסיכולוגי וביקשו

התערבות לצוות. מטריצת חלום חברתית נשמעת מתאימה,

ונקבעו זמן ומקום שבו ייפגש הצוות עם פסיכולוג שמנחה

את המטריצה.

לאחר סבב היכרות קצר, הגדרת המסגרת ובקשה לשמור

ואנשים ונשים יכולים להגיב עליהם, להוסיף עליהם ולהעלות

אסוציאציות חופשיות. בדרך כלל לאחר מפגש פנים אל

פנים, או לאחר אירוע, מסכמים לעבוד אוניליין וממשיכים

בכך חודשים ואפילו שנים. יש מטריצות שמעולם לא נפגשו

פיזית ומתנהלות באינטרנט בלבד.

יישום מטריצת החלום החברתי

עם צוותי רפואה לאחר המלחמה

דוגמה ראשונה

הקבוצה הזאת ובה עשרה אנשי צוות מאותה מחלקה

(שבעה אנשי סיעוד, שני רופאים ועובדת משק) הוזמנה

לחדר הישיבות במרפאה. הכיסאות סודרו במעגל, והיה

כיבוד קל כגון קפה ומיני מאפים (חלק מהכיבוד הזמנו

מראש ממטבח המרכז הרפואי, וחלק הביאו משתתפי

הסדנה ביוזמתם). מסגרת ההתערבות הוגדרה כמפגש חד־

פעמי של שעה וחצי.

לאחר ההתאספות וטעימות מהכיבוד תפסו המשתתפים את

מקומותיהם. המנחה־מארח (host) הציג את עצמו, ולאחר

סבב היכרות קצר הגדיר את מסגרת הזמן ואת הצורך לשמור

על סודיות. לאחר מכן הזמין המנחה את המשתתפים לשתף

בחלומות שחלמו בזמן השינה. מרגע ההזמנה הנחיה היא

מינימלית ומטרתה לעודד ולעורר אסוציאציות, מחשבות

וזיכרונות של חלומות של משתתפים נוספים בלי לנסות

לפרשם.

אבי (השמות והפרטים של המשתתפים שונו כדי לשמור

על חיסיון), אח במחלקה שחזר מסבב המילואים השלישי

שלו, פתח:

חלמתי שאני במילואים, אבל אני שם לב שאני לא

לובש מדים אלא בגדים של הילד שלי. אנחנו מתקדמים

בשטח בנוי וצפוף, והתחושה מפחידה מאוד. אני מנסה

לירות, אבל מהקנה יוצא כדור נייר שנופל ממש לידי. אני

מתבונן בו ורואה מלא פתקי הצבעה, כמו של בחירות.

(נשמעים מלמולים מהקבוצה הנבוכה מעט.)

מנחה: מוזמנים לשתף במה שעולה אצלכם בעקבות

החלום של אבי. לא פירושים או הסברים. מחשבות,

תחושות, אסוציאציות...

בטי (אחות): זה מזכיר לי חלומות שיש מבחן בבית

הספר ואני מגיעה לא מוכנה.

גלי (רופאה): או באה בלי שיעורי בית.

דור (אח): אי אפשר לסמוך על אף אחד (צוחק). כדורי

נייר. שולחים אותך בלי ציוד.

הילה (אחות): אז למה לי פוליטיקה עכשיו (שרה

למנגינה של "משינה").

סיכום

מטריצת חלום חברתי היא אמצעי קצר ויעיל להתערבות קבוצתית במגוון רחב של הקשרים החל בסיוע לארגון לאפיין חזון, מטרה ודרך, עבור בעבודה במצבי משבר וכלה בסיוע לגעת באזורי נפש לא מודעים שמשותפים לחברי הקבוצה. חברי הקבוצה שמעלים חלומות, חלומות כאסוציאציה ואסוציאציות במרחב בטוח יוצרים - דרך החוויה הכאוטית - מרחב לא מודע קבוצתי. חשוב לאפשר מרחב שאינו שיפוטי, לסייע לקבוצה להימנע מאינטלקטואליזציה יתר ומפרשנויות ולעודד כמה שיותר אסוציאציות ושיתוף מחברי קבוצה רבים ככל האפשר. על פי הנחת המוצא שלנו, החלימה היא תהליך נפשי וקוגניטיבי שממשיך בעיבוד תהליכי ערות. כן התבססנו על תוצאות מחקרנו שהעידו שחוויות המלחמה משתקפות בחלומות הנבדקים, ובחלומות האלה יש עיבוי מופחת (שהוא מרכיב מרכזי בדיווח העצמי של הנבדקים על עבודת החלום). לפיכך אנחנו סבורים כי התערבות שמאפשרת "שיקום" פונקציית החלימה - יש בה משום תועלת. שיקום כזה ייתכן באמצעות עבודה קבוצתית ש"מרווחת" את תוכני החלום ומאפשרת עומק אסוציאטיבי שנשען על הרובד הלא מודע הקבוצתי מצד אחד ותהליכים מטא-קוגניטיביים (קרי, תהליכי מנטליזציה) מצד אחר. יש פעמים שבהן סיפור חלום בקבוצה אינו משימה קלה כלל ועיקר. נרי ועמיתיו (נרי ואחרים, 2006) ציינו כי חלומות, שבדרך כלל הם מסרים על נושאים אינטימיים, עשויים להתקל תחילה בקלה לא פתוח ולא דיסקרטי כאשר הם מסופרים בקבוצה. החלומות עלולים להידחות, ואף שמלכתחילה הם בקשה להכלה, לגרום פגיעה נרקיסיסטית פוטנציאלית במספרי החלומות. עוד ציינו נרי ועמיתיו שמטפלים בטיפול פרטני מקבלים ברצון - ואף מעודדים - את הכללתם של הייצוגים מעוררי האימה ביותר של העולם הפנימי בחלומות (כמו שראינו בדוגמה השנייה שהצגנו), אבל אין כל ערובה לקבלה בטוחה של ייצוגים כאלה בקבוצה, וייתכן שהם יעוררו התנגדות עזה. אפשר להתמודד עם הקשיים האפשריים האלה בעזרת הגדרת מערך ההתערבות (מבחינת setting, סודיות וציפיות מהמשתתפים), בעזרת ניהול עדין ומדויק של המנחה ובהגדלת יכולת ההכלה של הקבוצה נושאים מעוררי אימה. מניסיוננו, בזכות הכרה בחוויה ופירושה כמעוררת אימה תיתכן, ברוב המקרים, יצירתו של מכל כזה. אומנם המאמר הזה התמקד בעיבוד חוויותיהם של צוותי רפואה לאחר המלחמה, אך את הטכניקה הזאת אפשר ליישם גם בהקשרים אחרים, רחבים מאלה, ויתרונה הגדול הוא בהיותה יעילה גם במסגרת התערבות חד-פעמית. רשימת המקורות באתר הפ"י.

על סודיות הנאמר ביקש המנחה מחברי הקבוצה לשתף את חלומות הלילה:

מנחה: מוזמנים לספר על חלום שחלמתם ולהגיב לחלום בחלומות משלכם, במחשבות או תחושות שעולות בעקבות הנאמר.
חני: יש לי חלום, אבל לא מעכשיו. אפשר?
מנחה: בהחלט.

חני: זה חלום שחלמתי כמה פעמים. חלום מאוד חזק. יש לי תינוק, ויש מבחני הורות לא ברורים. אני לא עומדת במבחן ולוקחים את הילד למקום כלשהו. אין הסבר מה הם הקריטריונים. רק תחושה של חוסר אונים ומצוקה גדולה.

דנה: זה מזכיר לי חלום שחלמתי שבו יש אנשים בלי פנים.

מלמולי הסכמה מהקבוצה ותיאור יצירות אומנות וסרטים שבהם יש מופעים מסויטים של אנשים חסרי פנים.

חברי קבוצה נוספים מעלים חלומות ואסוציאציות של נפילה, של בורות, של נסיעה בשלוליות עמוקות.

סדרה נוספת של אסוציאציות נוגעת בתחושות רדיפה (עיניים יוקדות, כפתורים במקום עיניים, חיות שנואות שנמצאות בחיקו של החולם...)

שלומי: בחינה... להיכשל בבחינה. היו לי מלא חלומות ש...

(מלמולי הסכמה ודוגמאות רבות מחברי הקבוצה.)

הדס: אני מאוד אוהבת תחרויות ותוכניות ריאליטי עם פרסים (צחוק מהקבוצה). אם אתה לא עומד בבחינה - אתה נעלם. לא קיים.

חברי הקבוצה מעלים דוגמאות מתוכניות טלוויזיה (משחקי הרעב, משחקי הכס וכו').

חברי קבוצה נוספים מזכירים שמות של עובדים שפוטרו, בלי שהם (חברי הקבוצה) יודעים מדוע.

אסוציאציות רבות של "חורים", חוסר החזקה, חוסר ביטחון, ארעיות ותחושות יתמות.

בסיום התהליך ביקש המנחה מחברי הקבוצה להתבונן על כל מה שעלה ולהגיד מה אפשר לזהות. המפגש קשה, ולאורכו שזורות חוויות אלביות רבות (פריד, 2012). מוקדש זמן לאיסוף החוויה, ואחת מחברות הקבוצה הדגישה היבטים של התחדשות וצמיחה, דווקא בעת הזאת. למרבה הפלא הרגישו המשתתפים, על פי דיווחם בסיום המפגש, שנעשתה עבודה עמוקה ומחברת, ואף שלא הייתה פשוטה יש לה אופק אופטימי, למרות הגוון הרגשי המעיק של המפגש.

עקרונות וכללי אתיקה לשימוש בכלי בינה מלאכותית בעבודת הפסיכולוג - קווים מנחים ועדת האתיקה, תת הוועדה לקביעת כללי אתיקה לשימוש בכלי בינה מלאכותית, הפ"י | מרץ 2026

תוך הימנעות מגרימת נזק ללקוחות והגנה על הפסיכולוגים מפני כשלים חוקיים ואתיים ואפילו תלונות מצד לקוחות.

גם בעבודת הפסיכולוג המערבת שימוש בכלי בינה מלאכותית, כמו בכל התערבות פסיכולוגית, כל העקרונות והכללים המפורטים בקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017) מחייבים את הפסיכולוגים, ובראשם העקרון המרכזי המנחה תמיד את עבודת הפסיכולוג, עקרון א' לקוד - ייעוד ומחויבות המקצוע והעוסקים בו לקידום הרווחה הנפשית של הלקוח ולמזעור סבלו והימנעות מגרימת נזק. עקרון זה נכון לעבודת הפסיכולוג עם כלל לקוחותיו המוגדרים בקוד. היבטים ושיקולים אחרים של הפסיכולוג כגון נוחות, חיסכון בזמן ועמידה בלחץ של דרישות ארגוניות יובאו בחשבון רק לאחר מכן. במקרה של ניגוד או דילמה בין השניים יגבר תמיד העקרון של טובת הלקוח ומניעת נזק.

ההתייחסות בנייר עמדה זה תתמקד בעקרונות ובכללים האתיים-מקצועיים שהינם בליבת עבודת הפסיכולוג ככלל, ובעבודה המערבת שימוש בכלי ב"מ בפרט: אחריות מקצועית, מקצועיות, סודיות מקצועית, הסכמה מדעת, ערנות לשימוש המטופל בכלי ב"מ, ניהול הרשומה הפסיכולוגית, מחקר ופרסום מדעי, שימוש בכלי ב"מ בפסיכולוגיה משפטית, ופיתוח והפעלת כלים מבוססי ב"מ.

א. אחריות מקצועית -

בינה מלאכותית היא תמיד בחזקת כלי בידי הפסיכולוג, ולא התערבות פסיכולוגית בפני עצמה. לפיכך, כבכל התערבות פסיכולוגית, גם כאשר ההתערבות כוללת שימוש בכלי ב"מ, האחריות הכוללת והסופית היא תמיד של הפסיכולוג. לא ניתן להטיל חלק מאחריות זו על כלי הב"מ, ובמקרה של כשלים או נזקים לא ניתן יהיה לטעון שהבינה המלאכותית היא הנושאת באחריות.

ב. מקצועיות בשימוש בכלי בינה מלאכותית -

עקרון ג' של קוד האתיקה המקצועית, עבודה מקצועית-אתית, קובע כי "פסיכולוגים, במשך כל עבודתם, יקפידו ללמוד, להתעדכן ולהשתכלל מקצועית ומדעית דרך קבע. בתחומים שבהם טרם גובשו אמות מידה מקצועיות מוכרות, יפעילו פסיכולוגים שיקול דעת המבוסס על ידע מקצועי ומדעי." עקרון זה רלוונטי במיוחד לשימוש בכלי בינה מלאכותית,

בשנים האחרונות הולך ומתרחב בקצב מהיר השימוש בכלי בינה מלאכותית (AI, להלן ב"מ) בקרב פסיכולוגים בהתערבויות מקצועיות מגוונות כגון טיפול, אבחון, הדרכה והערכה, מחקר ופרסום מדעי ופיתוח כלים טיפוליים. השימוש בבינה מלאכותית טומן בחובו הבטחה גדולה להתפתחות המקצוע, הרחבת וייעול עבודת הפסיכולוג, והעשרת החשיבה המקצועית. בד בבד בשימוש זה כרוכים גם אתגרים וסיכונים ובראשם שימוש יתר לא זהיר ולא מקצועי בכלים וסיכון לשמיטת האחריות המקצועית של הפסיכולוג, לפגיעה בזכויות הלקוח, להפרת חובת הסודיות והחיסיון ולחריגה מכללי החוק והאתיקה המחייבים את הפסיכולוגים.

רמת הסיכון קשורה לסוג השימוש בכלי הבינה המלאכותית, ונעה בין רמת סיכון פחותה יותר כאשר השימוש נעשה ללא עירוב מידע אודות לקוח ספציפי, למשל לתמיכה בתהליכי הכשרה ולמידה, עריכת סימולציות לסיוע בהטמעת הלמידה, סקירת ספרות וסיכום מאמרים, ועד רמת סיכון גבוהה יותר כאשר השימוש נעשה בהקשר ללקוח ספציפי, למשל לצורך סיכום פגישות וכתובת דוחות, עיבוד תכנים טיפוליים ואבחוניים וגזירת אבחנות והמלצות, ועד לרמת הסיכון הגבוהה ביותר - בשימוש בכלי הבינה המלאכותית בתוך ההתערבות הפסיכולוגית עצמה, בתוך ובין הפגישות. לאור זאת חיוני לפתח כללים לשילוב מושכל ואחראי של טכנולוגיות הב"מ בתוך החשיבה והעשייה המקצועית-אתית, תוך שמירה על כללי החוק ועקרונות וכללי קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017).

מטרת הקווים המנחים היא לנסח לציבור הפסיכולוגים עקרונות וכללים שיקדמו שימוש מקצועי-אתי אחראי ובקורתי בכלי הב"מ, וזאת עד לפרסומו של קוד אתיקה מעודכן בעתיד והכללת הנושא בקוד זה. מסמך זה מפורסם גם בעקבות פניות רבות אל ועדת האתיקה של פסיכולוגים, המבקשים להשתמש בכלי ה-ב"מ בצורה מקצועית ואחראית, בבקשה לקבוע עקרונות וכללים מקצועיים בנושא. יש להדגיש כי המטרה אינה לשלול או להקשות על השימוש בכלים אלה אלא להיפך - לאפשר ולעודד את השימוש בהם באופן אחראי ומושכל, כזה הנהנה מיתרונות ההתפתחות הטכנולוגית לקידום רווחת הלקוחות ורמת המקצוע, אך זאת

ג. סודיות מקצועית -

סעיף 4.1 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "פסיכולוגים חייבים בשמירת סודיות בנוגע לכל מידע מקצועי שברשותם. פסיכולוגים ישמרו על כבודם ועל פרטיותם של לקוחותיהם. לשם כך יקפידו על סודיות המידע שהגיע אליהם תוך כדי עיסוקם המקצועי, וזאת גם לאחר שהסתיים הקשר המקצועי עם הלקוח, ואף לאחר מותו." עקרון זה חל במלואו גם על שימוש בכלי ב"מ.

בטרם העלאת מידע הקשור ללקוח לכלי ב"מ על הפסיכולוג לוודא האם הכלי מאובטח ברמה המוודאת הגנה מלאה על הסודיות המקצועית. העלאת מידע השייך לרשומה הפסיכולוגית או כל מידע קליני אחר הנוגע למטופל אל כלי ב"מ שאינו מאובטח כנדרש, למשל לצורך כתיבת דוחות וסיכומים, בניית תוכניות טיפול, תמלול ותיעוד תכנים טיפוליים, הזנת רשומות אבחון וגזירת אבחנות והמלצות, עיבוד חומרי גלם ועוד, מהווה הפרת חובת הסודיות וחסיון המידע, העלולה להגיע לכדי עבירה על כללי החוק והאתיקה המקצועית. הפרה זו מתקיימת גם ללא אזכור פרטים מזהים מפורשים של המטופל, קל וחומר תוך חשיפתם, שכן כלי ב"מ עלולים להצליב מידע עם נתונים נוספים שנאספו לתוכם ולחשוף את זהות הלקוח, לעיתים אף ללא ידיעת הפסיכולוג והלקוח. חובה זו חלה על הפסיכולוג במיוחד בהיעדר רגולציה ברורה בנושא בישראל נכון לעת הזאת. בכל מקרה בו יש ספק האם הכלי עומד ברמת הסודיות המקצועית הנדרשת, יש להימנע משימוש בו ומהעלאת מידע קליני של לקוחות או כל מידע אחר שהינו חלק מהרשומה הפסיכולוגית אל הכלי. למען הסר ספק יש להבהיר כי שימוש בכלי בינה מלאכותית מסחריים הפתוחים לציבור הרחב (כגון ChatGPT, Claude, Gemini ודומיהם) אינו מבטיח שמירה על סודיות מקצועית או הגנה מלאה על פרטיות המידע הנוגע ללקוחות. לפיכך, פסיכולוגים אינם רשאים להזין למערכות אלו מידע הנוגע למטופלים – לרבות פרטים מזהים ישירים, וכן מידע קליני, תיאורי מקרה או כל מידע אחר אשר עשוי, במישרין או בעקיפין, לאפשר את זיהוי המטופל, גם לא בשינוי פרטים מזהים. שימוש במערכות אלו מותר רק לצרכי למידה, התפתחות מקצועית של הפסיכולוג והתייעצות כללית שאינה כוללת מידע על לקוח ספציפי.

עבודה על תכנים טיפוליים הנוגעים ללקוח ספציפי אפשרית רק במערכות ב"מ ייעודיות המאובטחות לעבודה טיפולית, או במערכות ב"מ הפועלות במסגרות ארגוניות, ציבוריות או פרטיות, המאפשרות באופן מפורש עבודה על מידע רפואי רגיש. שימוש למטרות אלה אפשרי רק אם הובטחה טכנית שמירת הסודיות והחסיון של המטופל, וזאת בהתאם

תחום שבו אמות המידה המקצועיות עדיין מתגבשות. טרם שימוש בכלי ב"מ במסגרת התערבות מקצועית, על הפסיכולוג לרכוש ידע בסיסי על אופן פעולת הכלי ומגבלותיו. עליו להכיר את הסיכון להטיות תרבותיות וחברתיות, להיות מודע לכך שכלים אלה עלולים להציג תכנים שגויים או בדויים כאילו היו עובדות (תופעה המכונה "הזיות"), ולבחון כל תוצר של הכלי בראייה מקצועית וביקורתית מעמיקה. כל זאת טרם השימוש בכלי לצורך ההתערבות המקצועית ובמהלכה. על הפסיכולוג לתעד את תהליכי קבלת ההחלטות באופן שמדגים את שיקול דעתו העצמאי, ולקיים כנוהל קבוע בחינה ביקורתית של תוצרי הכלים, במיוחד בהקשר למתן אבחנות והמלצות.

בהקשר הישראלי, שבו אוכלוסיית המטופלים מגוונת במיוחד, קיימת חשיבות יתרה לערנות להטיות אפשריות ולמידת ההתאמה של כלי ב"מ לאוכלוסיות שונות. בינה מלאכותית עלולה להגביר הטיות תרבותיות, מגדריות וחברתיות, ובשימוש שאינו מודע לכך עלולה לגרום לפרשנויות שגויות, לפגיעה ואף לנזק. לכן ישנה חשיבות למעורבות קהילת הפסיכולוגים, כאשר הדבר אפשרי, בפיתוח ובתיקוף של כלים המבוססים על נתונים מייצגים ורלוונטיים לאוכלוסייה הישראלית על גווניה.

בבחירת כלי ב"מ להתערבות מקצועית, על הפסיכולוג לבחון, במידת יכולתו ובהתאם למידע הזמין, האם הכלי ראוי לאמון מקצועי. בין השאלות שכדאי לבחון: האם החברה שפיתחה את הכלי מפרסמת מידע ברור על אופן פעולתו ועל הבדיקות שנערכו לו? האם קיימים מחקרים או ביקורות מקצועיות על ביצועיו? מה מדיניות אבטחת המידע והפרטיות שלו והאם מתאים לעבודה על מידע רגיש של לקוחות? יש להעדיף כלים שלגביהם קיים מידע פומבי ושקוף. כאשר מידע כזה אינו זמין, על הפסיכולוג לנהוג בזהירות יתרה ולהגביר את הבקרה האישית על תוצרי הכלי.

התמקצעות מתמשכת בשימוש בכלי בינה מלאכותית - לאור קצב ההתפתחות המהיר של כלי הב"מ, על הפסיכולוג להקפיד על השתלמות והתמקצעות מתמשכת ולא חד-פעמית, ולהשתתף בהכשרות ייעודיות העוסקות בשימוש אתי ומקצועי בכלי ב"מ בהקשרים פסיכולוגיים.

ועדת האתיקה קוראת למוסדות ההכשרה ולגופים המקצועיים לפתח תכני הכשרה והשתלמות ייעודיים בנושא. יש להבחין בין הכשרות טכניות בתחום הב"מ, שיכולות להינתן גם על ידי אנשי מקצוע שאינם פסיכולוגים, לבין הכשרות מקצועיות בשימוש בכלי ב"מ בעבודת הפסיכולוג, שבהן ישנה חשיבות מכרעת שיינתנו על ידי פסיכולוגים מומחים המחזיקים בידע המקצועי והאתי הייחודי לתחום.

הלקוח וטובתו, כפי שמחייבים כללי האתיקה המקצועית. כאשר פסיכולוג משתמש בדרך קבע בכלי ב"מ בהתערבויות המקצועיות שלו, ולקוח ספציפי אינו מעוניין בשימוש זה, ישקול הפסיכולוג את יכולתו המקצועית לטפל בלקוח תוך שימוש בחלופות מקצועיות אחרות. אם הוא סבור שהשימוש בחלופה אחרת חורג מניסיונו המקצועי, יפנה את הלקוח לפסיכולוג אחר מתאים יותר למאפייני הלקוח, צרכיו ורצונו.

הסכמה מדעת אינה נדרשת רק במקרים בהם השימוש בכלים הוא ללמידה ואימון של הפסיכולוג ו/או המודרך לשם התמקצעות שאינה כוללת התייחסות למטופל ספציפי.

ה. ערנות לשימוש המטופל בכלי בינה מלאכותית -

על הפסיכולוג להיות ערני לאפשרות שהמטופל עושה שימוש עצמאי בין הפגישות בכלי ב"מ בהקשר לבריאותו הנפשית, כגון שימוש בצ'אטבוטים טיפוליים, אפליקציות לניהול מצב רוח או כלי אבחון עצמי. מומלץ לשלב בשיח הטיפולי שאלות על שימוש בכלים כאלה, להעריך ביקורתית את איכותם ומהימנותם כאשר המטופל מדווח על שימוש בהם, ולסייע לו להבין את תרומת הכלים, מגבלותיהם והסיכון לפגיעה ברווחתו הנפשית. כאשר הפסיכולוג הוא זה הממליץ למטופל על שימוש בכלי ב"מ כחלק מההתליך הטיפולי, חלה עליו אחריות מקצועית לבחון לפני כן את הכלי, להתאימו למאפייני המטופל, ולעקוב אחר שימוש המטופל בכלי והשפעתו על התהליך הטיפולי.

ו. הרשומה הרפואית -

סעיף 3.3 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "על פסיכולוגים חלה חובה לתעד את העבודה הפסיכולוגית ברשומה פסיכולוגית, וזאת על פי כללי החוק, כללי האתיקה ונוהלי המערכת המנהלת את הרשומות. החובה חלה על כלל הפסיכולוגים, וביחס לכל התערבות."

חובה זו חלה גם על שימוש בכלי ב"מ במסגרת ההתערבות המקצועית. יש לתעד ברשומת הלקוח את השימוש בכלי ב"מ בהתערבות המקצועית, בין אם הוא נעשה בתוך או בין הפגישות, וזאת כמו בכל התערבות מקצועית אחרת.

ז. מחקר ופרסום מדעי -

סעיף 12.1 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "פסיכולוגים ישמרו על העקרונות ועל הכללים המנחים של האתיקה המקצועית בביצוע מחקרים הנערכים על ידם או על ידי אחרים הנמצאים בפיקוחם." עקרון זה חל גם על שימוש בכלי ב"מ במסגרת מחקר ופרסום מדעי.

בדומה לעקרונות השימוש בכלי ב"מ בכל התערבות פסיכולוגית, גם השימוש בכלים כחלק ממחקר ופרסום מדעי

להוראות שמסר היצרן של הכלי, או על ידי הארגון בו פועל הפסיכולוג ונמצא בהתקשרות מול יצרן הכלי.

בפרט חשוב לוודא כי המערכת עומדת בדרישות חוק הגנת הפרטיות הישראלי והכללים לניהול רשומות וכי היא מותאמת לעבודה עם תכנים רגישים השייכים לרשומה הפסיכולוגית חובת הבירור והבדיקה לגבי האבטחה של המערכת מוטלת על הפסיכולוג, כמו בכל כלי מקצועי שבו הוא עושה שימוש.

ד. הסכמה מדעת -

סעיף 5.1 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "בכל התערבות מקצועית על הפסיכולוגים ליידע את הלקוחות ואת מיציגיהם, בשפה שתהיה מובנת להם, בכל הנוגע לעניינים הבאים: הפרטים המקצועיים; אופייה של ההתערבות המקצועית; מסגרתה של ההתערבות המקצועית; תנאי הסודיות והחיסיון; קיומה של רשומה פסיכולוגית; ועניין ההסכמה מדעת." עקרון זה חל במלואו גם כאשר ההתערבות המקצועית כוללת שימוש בכלי ב"מ.

כמו בכל התערבות פסיכולוגית, גם בהתערבות מקצועית הכוללת שימוש כלשהוא בכלי ב"מ בהקשר למטופל ספציפי, על הפסיכולוג ליידע מראש את הלקוח לגבי שימוש זה, וזאת כחלק מהחווה המקצועי איתו. יש להסביר ללקוח בשפה מובנת כיצד ישתלב השימוש בכלי בהתערבות המקצועית, מהן המטרות, אופן השימוש והמגבלות בשימוש זה, כיצד תובטח שמירת הסודיות, מה החלופות המקצועיות לשימוש בכלי והאם טמונים בכך סיכונים. יש לוודא שלאחר קבלת ההסבר בשפה המותאמת למטופל הוא יקבל החלטה אוטונומית האם הוא נותן את הסכמתו לשימוש זה. יש להימנע משימוש בהשפעתו של הפסיכולוג על הלקוח, לחץ מצד הפסיכולוג או ניסיון לשכנע אותו, ושההסכמה מדעת תתקבל בכתב.

חובה זו חלה על כלל סוגי ההתערבויות ועל כל הלקוחות של הפסיכולוג כהגדרתם בקוד, לרבות מטופלים בגירים, קטינים וחסרי ישע, מודרכים, נועצים, משתתפים במחקר מדעי, וכל מי שמבקש או מבקשים בעבורו התערבות פסיכולוגית. אל אלה נוספים גם מיציגיהם החוקיים של כל אלה (הורים או אפוטרופסים), שגם הם בחזקת לקוחות. יש להסביר ללקוח בשפה מובנת כיצד ישתלב השימוש בכלי בהתערבות המקצועית. כמו כן, אף שהחוק אינו מחייב זאת, מומלץ לשתף גם לקוח קטין או חסר ישע, בשפה המותאמת לגילו ולהתפתחותו, ולקבל גם את הסכמתו.

בכל מקרה בו קיימת דילמה בין טובת הלקוח ורצונו לבין הרצון של הפסיכולוג להשתמש בכלי ב"מ, השיקול הקובע יהיה טובת הלקוח ורצונו. כמו כן, במקרים של קונפליקט בין רצון וטובת הלקוח לבין הוראות ארגוניות, תמיד יגברו רצון

הפסיכולוג לוודא כי הכלי בטוח לשימוש ולא עלול לגרום לפגיעה פסיכולוגית או אחרת. פרסום הכלי לא ייעשה למטרות קידום אישי או שיווק עצמי בלבד, אלא יישען על תכלית מקצועית ברורה של סיוע, טיפול, הדרכה או קידום ידע פסיכולוגי. הכלי יופעל בסביבה מאובטחת, תוך נקיטת אמצעים סבירים למניעת חשיפת מידע של משתמשים או מטופלים לגורמים בלתי מורשים. הכלי יפותח ויופעל מתוך מטרה לשפר רווחה נפשית, לקדם ידע או להיטיב עם המשתמשים, בהתאם לערכי המקצוע. טרם פרסום או הפצה של הכלי, יש לערוך תהליך בדיקה והבטחת איכות שמטרתם לוודא את תקינותו, את התאמתו המקצועית ואת הפחתת הסיכונים הכרוכים בשימוש בו.

סיכום

לסיכום יודגש שוב כי האחריות המלאה על כל התערבות פסיכולוגית, ובכלל זה התערבויות הכוללות שימוש בכלי ב"מ, הינה על הפסיכולוג וכי עליו לנווט את עבודתו המקצועית לאורם של כללי האתיקה המקצועית. חובת הפסיכולוג להתעדכן ולהכיר את כללי האתיקה ככלל, ואת הכללים הנוגעים להתערבויות הכוללות שימוש בכלי AI בפרט. זאת במיוחד כיום, בהיעדר רגולציה וחקיקה בנושא. כאשר מתקיימים סתירה או קונפליקט בין כללי השימוש בכלי הב"מ שהוכתבו ע"י היצרן, הגוף המסחרי או הארגוני לבין כללי האתיקה וטובת הלקוח - תמיד כללי האתיקה המקצועית גוברים. כמו כן חשוב להבטיח שהשימוש בכלי הב"מ לא יפגע בקשר האנושי של הפסיכולוג עם הלקוח, לא יגרום לריחוק רגשי ובוודאי לא יגרום להחלפת הקשר האנושי בקשר טכנולוגי בלבד.

הועדה מעודדת הטמעה של כלי הבינה המלאכותית בהתערבויות המקצועיות, לטובת הלקוחות, לקידום המקצוע ולהקלה על עבודת הפסיכולוגים, אך זאת תוך נקיטת אמצעי הזהירות הנדרשים והקפדה על שמירת כללי קוד האתיקה וכללי החוק.

חברי תת-הועדה לשימוש בכלי בינה מלאכותית

בעבודת הפסיכולוג:

יונת בורנשטיין - יו"ר

שלומית בן-משה

ד"ר קרני גיגי

יובל הבר

ד"ר מיכה וייס

לימור מאירוביץ'

מחייב שקיפות מתודולוגית מלאה. יש לציין בפרסום האם נעשה שימוש בכלי ב"מ לאיסוף וניתוח הממצאים, תוך בקרה ביקורתית על תוצרי הכלים והימנעות משימוש יתר לא מבוקר בתבונות של הב"מ.

ה. שימוש בכלי בינה מלאכותית בפסיכולוגיה משפטית -

סעיף 9.3 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "פסיכולוג הנותן חוות דעת מקצועית לבית המשפט חייב לשתף את בית המשפט הן בהליכי קליטת העובדות המשמשות בסיס למסקנותיו והן בהליכי עיבודן והדרך שבה שימשו אותו לצורך הסקת מסקנותיו". חובת שקיפות זו מקבלת משנה תוקף כאשר הפסיכולוג עושה שימוש בכלי ב"מ בהכנת חוות דעת לבית המשפט.

מעורבות פסיכולוגים במתן חוות דעת מקצועיות למערכת המשפט כרוכה תמיד במצבים של דילמות מקצועיות-אתיות מורכבות. לכן במתן חוות דעת אלה יש להקפיד הקפדת יתר על בקרה של תוצרי הב"מ לפני שילובם בחוות הדעת שתימסר לבית המשפט, ולציין בחוות הדעת את השימוש שעשה הפסיכולוג בכלים אלה. זאת כדי להימנע מהסיכון של הטעיית בית המשפט עקב תוצרים מוטעים ולא נכונים שכלי הב"מ עלול לספק.

ט. פיתוח, הפעלה ופרסום מקצועי של כלים מבוססי בינה מלאכותית -

סעיף 13.2 של קוד האתיקה המקצועית קובע כי "כשפסיכולוגים מיידעים את הציבור על אודות עצמם, תחומי העניין המקצועיים שלהם ותחומי ההתערבויות המקצועיות שלהם, הם יעשו זאת באופן שאינו בניגוד לחוק, ולא יפרסמו מידע שיש בו כדי להטעות את הציבור או לפגוע בכבוד המקצוע".

עקרון זה חל גם על פסיכולוג המפתח, מפעיל ו/או מפרסם כלים דיגיטליים מבוססי ב"מ.

יש ערך רב במעורבות פסיכולוגים מהקהילה המקצועית הישראלית בפיתוח כלי ב"מ ובהבטחת איכותם המקצועית. דבר זה מבורך, שכן מעורבות כזו תורמת להתאמת הכלים לאוכלוסייה הישראלית, לשמירה על סטנדרטים מקצועיים ולקידום המקצוע.

לצד זאת, יש להבהיר כי פסיכולוג הנושא את שמו המקצועי על כלי ב"מ או הנשען על מומחיותו בפיתוחו, נושא באחריות מקצועית ואתית לאיכות הכלי ולמקצועיות התכנים שהוא מספק, לאופן איסוף המידע על משתמשים, לשמירה על פרטיותם ולשימוש הנעשה בתוניהם הנאספים. בנוסף, עליו לפעול באופן סביר למניעת פרסום או הפצה של תכנים פוגעניים, מטעים או מזיקים במסגרת הכלי.

אחריות זו כוללת, בין היתר, התייחסות לסוגיות הבאות: על

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתבה וערכה: זהבה אסיאג¹

נתיבי הדמיון המודרך - מדריך מעשי לריפוי דרך התודעה

צחי ארנון | פרדס הוצאה לאור, 2025

תחילה ארנון מציג בו את חשיבות השימוש במטפורות ובדימויים בהקשר הטיפולי כאמצעי לארגון ולייצוג האופן שבו האדם מבין וחווה את עולמו הפנימי. לאחר מכן הוא מחדד את האחדות בין הגוף והנפש ומדבר על המונח "גופנפש". פרק שלם מוקדש לראיות מחקריות על כוחו של הדמיון המודרך ועל יכולת הריפוי שלו: "לאור ממצאי המחקר שהוצגו כאן... ניתן להסיק מסקנה מהפכנית: המוח האנושי אינו מבחין באופן מהותי בין פעולה ממשית לבין דמיון מפורט ומעמיק של אותה הפעולה... אימון מנטלי המבוסס על דמיון מודרך מסולל לחולל שיפור ניכר בביצוע הפעולה בעולם המעשה" (עמ' 36). פרק אחר מוקדש לסוגי ההרפיות, וההרפיה מוצגת בו כאבן יסוד של הדמיון המודרך, ומכאן והלאה מובאות בספר פרקטיקות מפורטות שהקוראים יכולים ליישם. הקריאה בספר קלילה, קולחת, והדוגמאות מוסיפות להבנת הנאמר. הספר תרם לי ולימד אותי על הנושא, ואני ממליצה עליו לכל מי שרוצה להרחיב את הידע שלו בתחום הדמיון המודרך.

"אדם מגיע למחוז שאליו הוא נושא את עיניו, לא רק במובן הפיזי אלא גם במובן המטאפורי והרוחני" (עמ' 40)

פרופ' צחי ארנון, מחבר הספר **נתיבי הדמיון המודרך - מדריך מעשי לריפוי דרך התודעה**, הוא מומחה בפסיכולוגיה קלינית ורפואית ומומחה להיפנוזה. בספר הזה הוא משתמש בניסיונו העשיר כדי להנגיש לקוראים את הדמיון המודרך ככלי שעשוי לרפא ולחולל שינוי בגוף ובנפש.

בתחילת הספר ארנון מציג את החוסר בספרים בנושא דמיון מודרך בשוק הספרים הישראלי. לדבריו,

המחסור בספרות מעודכנת בעברית בתחום זה מדגיש את הצורך הדחוף בכתיבת ספר זה והוא אחד ממחוללי המוטיבציה שלי לכתיבתו. ספר מקיף ועדכני על דמיון מודרך בעברית יכול לשמש כמשאב חיובי עבור סטודנטים, מרצים ואנשי מקצוע בתחום הפסיכולוגיה הרפואית ותחומים משיקים (עמ' 15).

נתיבי הדמיון המודרך - מדריך מעשי לריפוי דרך התודעה נבנה בהדרגתיות ובמידה המדויקת.



חדש על המדף

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

דרך הצמצום והדיאלוג - הפסיכולוגיה של רוטנברג והמעשה הטיפולי
ברוך כהנא ומיכל פכלר | אדרא, 2025

¹זהבה אסיאג היא פסיכולוגית חינוכית מומחית וסטודנטית במסלול התלת-שנתי של פסיכותרפיה פסיכואנליטית במדרשה לפסיכולוגיה חינוכית. 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



הטרילוגיה מאת אגוטה קריסטוף:

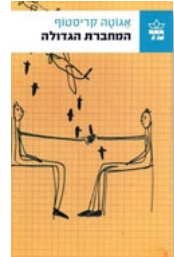
המחברת הגדולה | הוצאת הקיבוץ המאוחד, 1988

ההוכחה | הוצאת שוקן, 1990

השקר השלישי | הוצאת שוקן, 1991

את חייהם של התאומים החל בהיותם ילדים קטנים שהושארו אצל סבתם בעת המלחמה דרך הפרדה הטראגית ביניהם בגיל ההתבגרות ועד בגרותם והפגישה המחודשת ביניהם. קניתי את שלושתם וקראתי אותם בימים אחדים. מלבד היות העלילה מעניינת וסוחפת הרגשתי, במובנים מסוימים, שמה שקרה אז קורה גם היום - אולי בממדים אחרים, אבל הסבל, הכאב והטראומה הם על-זמניים ומתקיימים גם בזמננו אנו. התאומים שרדו על אף החוויות הטראומטיות שחוו ולעיתים אף ניהלו את חייהם. בספר האחרון התמונה מתבהרת - הקורא מבין מה נפש האדם מסוגלת לשאת ומה אין ביכולתה לשאת ומה היא נאלצת להמציא לעיתים, כשהמציאות קשה מנשוא ואי אפשר להתמודד איתה. אני סבורה שהטרילוגיה מציעה הפוגה מחיי היום-יום שלנו ובה בעת פותחת צוהר להתמודדויות הנפש באירועי חיים טראומטיים.

לספר **המחברת הגדולה** נחשפתי באחד הקורסים שאני לומדת בפסיכותרפיה פסיכואנליטית. רות שוודרון, המרצה שלנו, ביקשה שנקרא פרקים נבחרים ממנו. אני וחברתי ללימודים קראנו אותם בשקיקה בזמן הנסיעה ללימודים ונותרנו פעורות פה. מסופר בו על שני תאומים במלחמת העולם השנייה שנאלצו להיפרד מהוריהם ולגדול אצל סבתם. בדרך לא דרך הם שרדו בחיים מורכבים וקשים, נעזרו זה בזה ובנו את החוסן הפיזי והנפשי שלהם הרחק ממשפחתם הגרעינית. קריאת פרקים יחידים מהספר הייתה מאתגרת היות שהיו בהם תיאורים גרפיים קשים, ובכל זאת נותרתי סקרנית וביקשתי ללמוד מה עלה בגורל התאומים. בסיום השיעור חיפשתי באינטרנט היכן לקנות את הספר המלא ובתוך כך גיליתי שהספר הזה הוא הראשון בטרילוגיה ובה עוד שני ספרים - **ההוכחה** ו**השקר השלישי**. שלושת הספרים מגוללים



הכוח לבחור - סיפור על שלושה שדונים ולב אחד

שני אורן | הוצאה עצמית, 2025

אותם. הוא נותן להם מקום, אך אינו מאפשר להם לשלוט. על פי המסר המרכזי המוצג בספר, הרגשות מגיעים, אך את התגובה עליהם ביכולתנו לבחור. מלבד הסיפור עצמו יש בספר גם "ארגז כלים" מעשי שמעניק לילדים דרכים פשוטות לוויסות רגשי, ובעזרתן הם מקבלים כלים יישומיים להתמודדות יום-יומית עם רגשותיהם. עלילת הספר מעניינת, הציורים בו מרהיבים ואפשר לראות בו כלי טיפולי.

ספרה של שני אורן, הכוח לבחור, הוא ספר ילדים מקסים שמתרחש בארץ מיוחדת של יצורי פלא. העלילה מגוללת את סיפורם של שלושה שדונים שנמצאים בלב כל אחד מהיצורים הללו. לכל שדון תכונות שמיוחדות לו ודרך אחרת להתמודד עם רגשות שליליים: השדון הראשון מייצג תגובה של הצפה רגשית, השני מגלם הימנעות, והשלישי מצליח לווסת את רגשותיו כך שהוא מאפשר לרגשות להיכנס, מקשיב להם, אך גם מנהל



מבט משפטי-פסיכולוגי על כאב, תפקוד ושיקום: מכאב גופני לכאב נפשי ולהפך

עו"ד צ'רלי בוזגלו¹

של האמפתיה, של הפסיכולוגיה הרפואית והשיקומית ושל הפעולה המשפטית. תחומים אלו אינם עוסקים רק באבחון תסמינים רגשיים אלא גם בהבנת האופן שבו אדם מתמודד עם פציעה, מחלה, כאב, מגבלה ואובדן תפקוד והקשר הגופני והנפשי ביניהם הלכה למעשה ביום-יום.

מבחינה משפטית עשויים התייעוד וההערכה המקצועיים של מצבו הנפשי והתפקודי של המטופל - הראיות - להיות בעלי משקל ניכר. לעיתים שאלת המפתח היא אם האדם מסוגל לשוב לעבודתו, להתמיד ברצף התפקוד, לקיים חיי משפחה תקינים, לישון, להתרכז, לשאת עומסים או לשמר תחושת מסוגלות בסיסית ולא אם אפשר לזהות ממצא חמור בהדמיה או בבדיקה אובייקטיבית. ובמענה על השאלה הזאת מתחדדת תרומתם של אנשי המקצוע - עורכי הדין, בתי המשפט וכן העוסקים בבריאות הנפש - להבנת "הנזק החי": לא הפגיעה בגוף לבדה אלא גם השפעתה הממשית על מהלך החיים.

הדין הישראלי הכיר זה כבר בעובדה שנזק נפשי עשוי להיות בריפוי ואף התווה את המסגרות העקרוניות לדין בו. אחד מפסקי הדין המכוננים בהקשר זה הוא עניין אלסוחה⁵ הוכרה בו, בתנאים מסוימים, האפשרות לפצות בגין נזק נפשי פגיעה בסובבים את התובע גם בהיעדר פגיעה פיזית ישירה בגופו שלו. אף שניסיונות פסק הדין אלסוחה שונות מהדין בכאב כרוני או בשיקום רפואי, נעוצה חשיבותו העקרונית בעובדה שהוא משקף את נכונות המשפט לעסוק ברצינות בנזק נפשי כנזק ממשי ולא כקטגוריה משנית או ספקולטיבית. מגמה זו משתלבת היטב עם ההבנה הקלינית שלפיה הכאב אינו עניין של רקמה פגועה בלבד אלא גם של פרשנות, חוויה, הסתגלות ומשאבים נפשיים.

נדבך נוסף וחשוב מצוי בדיני זכויות החולה⁵ כאב, ובייחוד כאשר הוא מתמשך או חמור, משפיע על הרווחה הנפשית

ההבחנה המסורתית בין כאב גופני ובין כאב נפשי הולכת ומאבדת מתוקפה בזכות הידע המחקרי, הקליני והמשפטי המצטבר. כיום מקובל לראות בכאב תופעה רב-ממדית שמערבת היבטים פיזיולוגיים, רגשיים, קוגניטיביים, תפקודיים וחברתיים. כאב גופני מתמשך עלול להביא לידי התפתחות דיכאון, חרדה, הימנעות, פגיעה בזהות התפקודית וירידה ניכרת באיכות החיים. ומצוקה נפשית, טראומה או דחק מתמשך עשויים להעצים את חוויית הכאב, להחמיר תסמינים פסיכוסומטיים ולעכב החלמה. בהקשר זה, להבנתי, מציעות הפסיכולוגיה הרפואית והשיקומית נקודת מבט אינטגרטיבית שרואה באדם מכלול אחד ולא צירוף מקרי של "גוף" ו"נפש". **לתפיסה אינטגרטיבית זו יש משמעות משפטית מובהקת.**

המשפט הישראלי, בעיקר דיני הנזיקין,² אינו מצמצם את מושג הנזק לפגיעה אנטומית גרידא אלא מכיר גם בנזק נפשי, בפגיעה בתפקוד ובהשפעות רחבות על מהלך חייו של הנזוק.³ לכן כאשר בית המשפט בוחן נזק הוא אינו שואל רק מה נמצא בצילום, בבדיקה או בהדמיה; הוא בוחן גם כאב, סבל, אובדן כושר השתכרות, ירידה בתפקוד, פגיעה באיכות החיים ולעיתים גם פגיעה באוטונומיה. במובן זה הכאב אינו רק תסמין רפואי; הוא גם קטגוריה משפטית בעלת השפעות ממשיות על זכויות (החולה), על אחריות ועל פיצוי (החולה).

משרדנו מטפל גם בדיני נזיקין, והגיעו אליו לא מעט מקרים מורכבים במיוחד בתביעות בגין תאונות דרכים, תאונות עבודה, רשלנות רפואית ופגיעות טראומטיות אחרות. במקרים כגון אלו נדרש לעיתים בית המשפט העליון⁴ להכריע בשאלת הקשר הסיבתי בין פגיעה גופנית ובין תסמינים נפשיים שהתפתחו בעקבותיה, או לחלופין בשאלה כיצד השפיע מצב נפשי על עוצמת הכאב, על מהלך השיקום ועל התפקוד בפועל ומה הפיצויים שהתקבלו. לכן יש חשיבות מיוחדת לתרומתה

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

² פקודת הנזיקין [נוסח חדש].

³ חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975.

⁴ רע"א 444/87 אלסוחה נ' עיזבון דהאן, פ"ד מד(3) 397.

⁵ חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, סעיפים 13-15.

מתעלמת מן הגורמים המעצבים את חוויית הכאב ואת היכולת להתמודד עימו.


מבחינת השיקום מקבלת התפיסה האינטגרטיבית משנה חשיבות. שיקום אינו מסתכם באיחוי, בהחלמה ביולוגית או בהיעלמות חלקית של תסמינים. עניינו בהשבת התפקוד, בתחושת השליטה, בחזרה למעגלי עבודה, משפחה וקהילה ולעיתים אף בבניית זהות מחדשת בגלל מגבלה מתמשכת. **לפיכך גם ההערכה המשפטית של מצב הניזוק או המטופל צריכה להיות רחבה:** לא רק מהו הנזק אלא כיצד הוא משנה את יחסי האדם עם גופו, עם סביבתו ועם עתידו. מכאן **שהשיח בין משפט, פסיכולוגיה רפואית ופסיכולוגיה שיקומית אינו שיח משני כי אם הכרח מקצועי של ממש.**

ככל שיוסיף המשפט להכיר במורכבות ההדדית שבין כאב גופני ובין כאב נפשי, וככל שייטיבו אנשי המקצוע מתחום הפסיכולוגיה והרפואה לתאר, לתעד ולהסביר מורכבות זו, כך יהיה אפשר לקדם מענה מדויק, אנושי וצודק יותר לסובלים מכאב. במובן זה המעבר מן השאלה "האם הכאב הוא גופני או נפשי?" אל השאלה "כיצד הכאב מעצב את חייו של האדם?" הוא מעבר מושגי, קליני ומשפטי גם יחד.

העיקר - שנהיה בריאים.

של המטופל וגם על יכולתו להבין מידע, לעבד סיכונים וסיכויים ולקבל החלטות מושכלות בקשר לטיפול המוצע לו. חוק זכויות החולה מעגן את חובת מסירת המידע ואת הדרישה לקבלת הסכמה מדעת כחלק מההגנה על אוטונומיית המטופל. **בפסיקת בית המשפט העליון⁶ הודגש כי הפגיעה באוטונומיה של המטופל עשויה, כשלעצמה, להיות ראש נזק בריפוי, ובייחוד כאשר לא נמסר לו מידע מהותי שדרוש לו לקבלת החלטה חופשית ומושכלת בהקשר של כאב ושיקום.** המשמעות היא שהיחס המקצועי למטופל אינו יכול להיות "טכני" בלבד; יש להביא בחשבון גם את מצבו הרגשי, את מידת הפניות הקוגניטיבית שלו ואת האופן שבו כאב, חרדה או ייאוש עלולים לפגוע בכושר הבחירה שלו.

בד בבד מעורר הממשק בין כאב, נפש ומשפט גם סכנות מושגיות ומעשיות. אחת המרכזיות שבהן היא הנטייה לפצל בין "כאב אמיתי" ובין "כאב נפשי" כאילו כאב שמושפע מגורמים רגשיים הוא כאב ממשי פחות או ראוי פחות להכרה. **גישה זו אינה עולה בקנה אחד עם הידע המדעי העדכני ולא עם רוחו של המשפט המודרני.** ייחוס כאב ל"נפש בלבד" עלול לגרום להחמצת ברור רפואי של הכאב, לעיכוב בטיפול, להערכת חסר של הנזק ואף לפגיעה בזכויות. התעלמות מן המרכיב הנפשי לעומת זאת עלולה להביא לידי שיקום חלקי בלבד, משום שהיא


reflect
שיתוף פעולה מיוחד

חברי וחברות הסתדרות הפסיכולוגים נהנים מהנחה מיוחדת

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

קוד הנחה


HEPI26

עד סוף חג הפסח

לרכישה באתר

meetreflect.co.il

בשיתוף הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



25%

הנחה

לרגל המצב

⁶ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל", פ"ד נג(4) 526.

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

אטיאס מוטי
 קסנטיני מיה

החטיבה השיקומית

אביב אור
 גלרט ענבר
 דרשר שחר
 רויטמן שירלי
 רוזיו שירה

החטיבה הרפואית

גלבורד יאן
 לוי מירי-מרים
 כץ לביא מור
 פלמור הספל שושנה
 ורסנו שפרנגל שירי
 טל רוט נוי
 נור גטלי יעל
 נמני יעל

החטיבה החינוכית

שושן ירמיהו נעה
 מרינסקי אהובה אסנת
 לוי דניאל
 רוביו רינה
 כהן סבאן רותם
 גרבאן איית
 פיש שקד
 פודולסקי דבורה
 גורדון פורת ירדן
 גלמן נעמה
 שאער ג'וליית
 ורמוט מירי-מרים
 ריאן עבדאללה
 בוכרובה יוליה
 רוזנפלד גורדון שחר
 בן נון אלה

תואר מומחה-מדריך

החטיבה הקלינית

רביד מילי מלכה
 אלקלעי כהן שיר
 שילר גולן מורן
 עידן בר-נחום ליאור
 קלמנוביץ מיכל
 שמיע עצמון עדי
 שאול אסנת
 שניר וולף אביגל
 דוד שיפר דבורה
 דלפרי בר און לינור
 פנסו חיים
 ליבמן מרין
 ברנהרט מגן אתיה אסתר
 עזריאלי ניר
 זוארץ יעקב
 שלו אופיר

החטיבה החינוכית

בנימין חורש מיכל
 עמית פישביין ענת
 אלבז רות גילה
 דה-מאיו טלי
 חסון ענאן
 בר זיו נועה
 אולינובר מילי
 בן מאיר רונן שחר נטע
 גלבוץ אמיר
 יששכר נדב
 פלק בעז

החטיבה התפתחותית

שמיע עצמון עדי
 נעים דנית
 גרינברג צליל
 רייכמן אייזקוביץ אסנת
 וילצ'יק קרן

החטיבה התעסוקתית

חברתית-ארגונית
 למדן יהונתן
 יוגב עידית

החטיבה הרפואית

נסר סופיה



congratulations

החטיבה השיקומית

בן אור שיר
 ברמן יובל
 דהאן מוריה
 קהאן אדר מרים רחל

Simultaneous Holding: An Integrative Model for the Treatment of FND

Shira Ben Aroya is a senior rehabilitation psychologist and senior lecturer in the Department of Psychology at Ariel University, and head of the Embodiment and Self-Regulation Laboratory. Co-chair of the Israeli Psychosomatic Society.

This article examines the relationship between physical pain and psychological distress in psychosomatic conditions, with a particular focus on chronic pain lacking a clear medical etiology. It introduces a theoretical framework grounded in Motivated Cue Integration (MCI) theory (Shalev, 2021), which conceptualizes experience as a dynamic process emerging from the integration of sensory, motivational, and epistemic cues. Within this framework, the primary difficulty in such conditions is understood not as an absence of emotion, but as a disruption in the organization of experience into a coherent, integrated, and subjectively validated whole. From this perspective, bodily symptoms are conceptualized not only as expressions of distress but also as indicators that experience has not yet acquired a structure that enables processing, communication, and regulation. Building on this premise, the article proposes a clinical model that employs visual images as an intervention aimed at facilitating the emergence and organization of experience, rather than merely its interpretation. Visual images are conceptualized as phenomenological scaffolds that support the holding, differentiation, and gradual structuring of pre-verbal experience, thereby enabling a transition from undifferentiated bodily sensation to articulation of emotional meaning. Clinical vignettes illustrate how engagement with visual images facilitates the identification of experiential qualities, the organization of internal conflicts, and the validation of subjective experience. The discussion outlines the clinical implications of this model for pain psychology and rehabilitation, suggesting that this approach may contribute not only to symptom reduction but also to enhanced adaptation, increased sense of agency, and the construction of meaning in the context of chronic pain.

Fibromyalgia: Between Physical Pain and Psychological Distress

Prof. Odelia Elkana senior rehabilitation psychologist and head of the graduate program in neuro-rehabilitation psychology, Tel Aviv - Yaffo Academic College

Fibromyalgia is a chronic pain syndrome that clearly illustrates the limits of a simple distinction between physical pain and psychological distress. Although it is primarily associated with widespread pain, it is often also accompanied by fatigue, nonrestorative sleep, emotional distress, and cognitive complaints commonly referred to as "fibro-fog." This article proposes fibromyalgia as an integrative test case for examining the encounter between body and mind. It begins by revisiting the distinction between physical pain and psychological suffering, arguing that while this distinction may be clinically useful, it is often too narrow to capture the lived experience of chronic pain. The article then reviews findings from our studies on fibromyalgia during periods of collective stress, on cognitive difficulties and their assessment, and on the possible role of post-traumatic symptoms, catastrophizing, and perceived injustice in amplifying suffering. Finally, recent findings are presented suggesting a link between fibromyalgia severity, post-traumatic symptoms, and subjective cognitive complaints. The article argues that the value of an integrative perspective lies not in blurring the boundaries between body and mind, but in understanding how pain, distress, cognition, and functioning become interwoven into a single complex clinical reality.

The Social Dream Matrix as a Facilitator of a Systemic Return to Routine Following the War

Dr. Udi Bonshtein is a senior clinical and medical psychologist and supervisor, Chief psychologist and head of psychological services, Galilee Medical Center.

Or Bonshtein is completing her BA degree in psychology at the Open University and Coordinator of rehabilitation at Shikum -Projects Services for promoting rehabilitation in the community.

The "Swords of Iron" war—the longest, most intense, and multi-front conflict in the history of the State of Israel—presents numerous difficulties and challenges. Among these is the complex transition back to routine for hospital medical teams following the most intensive periods of combat. To address this challenge, we implemented a short, focused group intervention technique based on the **Social Dreaming Matrix**. The choice of this method followed a large-scale study we conducted, which indicated significant shifts in dream patterns and dreaming processes during the "Swords of Iron" war. A dream is defined as mental activity occurring during sleep that creates a subjective experience of imagery, sensations, and narratives, typically without conscious control. While psychodynamic theory traditionally views dreams as the fulfillment of unconscious (often sexual or aggressive) wishes, growing research evidence suggests that dreaming serves as an adaptive mechanism for the continuous processing of daytime events. This article outlines and demonstrates the rationale and methodology of this intervention, which can be applied to organizational teams in various other broad contexts.

(such as those emanating from traumatic neuromas) into somatic triggers that reignite psychological trauma. Concurrently, it examines the descending (top-down) influence of PTSD on the disruption of the central pain-inhibitory system, leading to hyperalgesia and the amplification of physical suffering.

The article presents a clinical case study of a reservist suffering from multi-system injuries, demonstrating how an exacerbation of neuropathic pain following a surgical procedure led to a clinical recurrence of PTSD symptoms. Through this case, an integrative therapeutic strategy is presented, combining trauma-focused processing (Prolonged Exposure - PE) with techniques for regulating the parasympathetic nervous system. Outcomes suggest that fostering mind-body awareness and finding renewed meaning are critical for breaking the cycle of pain and anxiety. In conclusion, this paper calls for a paradigm shift in the rehabilitation field: a transition from dichotomous treatment to an integrative, trauma-informed, and pain-adapted model that views the central and peripheral nervous systems as a single functional unit.

When Pain Has No Words: Working with Visual Images in Psychosomatic Therapy

Dr. Idit Shalev is a senior rehabilitation psychologist and senior lecturer in the Department of Psychology at Ariel University, and head of the Embodiment and Self-Regulation Laboratory. Co-chair of the Israeli Psychosomatic Society.

This article examines the relationship between physical pain and psychological distress in psychosomatic conditions, with a particular focus on chronic pain lacking a clear medical etiology. It introduces a theoretical framework grounded in Motivated Cue Integration (MCI) theory (Shalev, 2021), which conceptualizes experience as a dynamic process emerging from the integration of sensory, motivational, and epistemic cues. Within this framework, the primary difficulty in such conditions is understood not as an absence of emotion, but as a disruption in the organization of experience into a coherent, integrated, and subjectively validated whole. From this perspective, bodily symptoms are conceptualized not only as expressions of distress but also as indicators that experience has not yet acquired a structure that enables processing, communication, and regulation. Building on this premise, the article proposes a clinical model that employs visual images as an intervention aimed at facilitating the emergence and organization of experience, rather than merely its interpretation. Visual images are conceptualized as phenomenological scaffolds that support the holding, differentiation, and gradual structuring of pre-verbal experience, thereby enabling a transition from undifferentiated bodily sensation to articulation of emotional meaning. Clinical vignettes illustrate how engagement with visual images facilitates the identification of experiential qualities, the organization of internal conflicts, and the validation of subjective experience. The discussion outlines the clinical implications of this model for pain psychology and rehabilitation, suggesting that this approach may contribute not only to symptom reduction but also to enhanced adaptation, increased sense of agency, and the construction of meaning in the context of chronic pain.

Simultaneous Holding: An Integrative Model for the Treatment of FND

Shira Ben Aroya is senior rehabilitation psychologist, the Neuropsychiatric Clinic, Ichilov Hospital, Tel Aviv.

Functional Neurological Disorder (FND), also known as conversion disorder, poses a clinical challenge within the public healthcare system, where the treatment of these conditions often suffers from an institutional splitting between body and mind, as well as time and resource constraints. This article seeks to offer a theoretical and clinical bridge between the modern conception of functional disorders and Winnicottian psychoanalytic thought, through the presentation of the "Simultaneous Holding" model. The model proposes four guidelines for integrative intervention: (1) Healing the systemic splitting; (2) Creating an interpersonal space that fosters a sense of agency; (3) Intrapsychic transformation in the perception of the symptom, shifting it from a medical fact to the work of mourning; (4) Adopting a holistic-ontological view that respects the symptom as a "gatekeeper". The application of this model is demonstrated through a case study of a patient with a functional gait disorder and a traumatic background, who was treated at a neuropsychiatric clinic in a public hospital. At its core, the proposed model argues that the key to rehabilitation in FND lies not in the urgent eradication of the symptom, but rather in expanding the patient's willingness and capacity to tolerate mental pain.

Vectors of Hope: An Applied Navigation Model for Rehabilitation Psychology

Limor Sharoni is a supervisor and senior rehabilitation psychologist and neuropsychologist, Associate director for professional development and Head of the Northern division, National Institute for Neuropsychological Rehabilitation.

Rehabilitation recovery processes do not progress along a linear axis; they are spiral, regressive, and characterized by conflicting forces that challenge the patient, their environment, and the clinical team. This article introduces the "Vector Model," an applied framework that conceptualizes the therapeutic space as a field of dynamic forces. This field comprises four primary vectors: functional, cognitive, emotional, and environmental-systemic. Each operates as a vector with magnitude and direction, evolving and updating over time and across various points in the patient's life space. The therapist acts as a "force strategist," fulfilling three central roles: **Stabilizer** during emotional crises, **Navigator** to establish a positive balance of forces, and **Catalyst** in moments of flexibility for meaningful change. A Clinical Vector Dashboard enables the therapist to dynamically prioritize interventions. These interventions target short- and long-term rehabilitation goals, which converge into a comprehensive rehabilitation roadmap. The model provides a coherent language for the rehabilitation environment—liberating practitioners from linear expectations and allowing for patient-centered clinical precision, while fostering a shared orientation for therapist and patient, as well as supervisor and supervisee. These elements, in turn, sustain hope and a mutual sense of rehabilitation continuity, even through unexpected setbacks and periods of uncertainty.

The Body Speaks the Mind Listens: Experiential Dynamic Psychotherapy Focused on Psychosomatics in Children and Adolescents

Hila Bar Yifat is a senior rehabilitation psychologist and supervisor of focused psychotherapy at Bar Ilan University.

This article presents the application of Focused Experiential Dynamic Therapy (EDT) in the treatment of psychosomatic disorders among children and adolescents. Psychosomatic disorders are characterized by persistent physical symptoms that cannot be fully explained by medical findings and are often associated with psychological distress and functional impairment. The theoretical background reviews several psychoanalytic perspectives on the mind–body relationship and highlights the role of unprocessed or blocked emotions in the development of somatic symptoms. The paper illustrates central principles of focused experiential dynamic therapy, including the rapid establishment of a therapeutic alliance, the therapist's active stance, the formulation of a clear therapeutic focus, and awareness of the time-limited framework of treatment.

Through a series of clinical case descriptions, the article demonstrates how somatic symptoms may function as defences against blocked adaptive emotions. Therapeutic work focuses on identifying defences, anxiety, and underlying emotions, while facilitating patients' capacity to experience and express these emotions in a safe therapeutic relationship. As emotional processing becomes possible, the need for somatic expression of distress gradually diminishes, leading to a reduction in symptoms and improvements in emotional and interpersonal functioning.

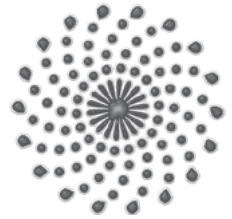
Echoes of Trauma: How Neuropathic Pain Sustains Trauma During Therapy

Shahaf Leshem, Senior Rehabilitation Psychologist, Sheba Medical Center.

The "Swords of Iron" war has presented Israel's rehabilitation system with unprecedented clinical challenges, characterized by a high prevalence of comorbidity: chronic neuropathic pain resulting from peripheral nerve injuries (PNI) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Data from the Ministry of Defense indicates that nearly half of all combat casualties contend with psychological reactions, which frequently co-occur with complex limb injuries involving extensive nerve damage. This article reviews the neurobiological and psychological mechanisms linking these two conditions through the "Vicious Cycle" and the Mutual Maintenance Model. On a physiological level, it details the role of the sympathetic nervous system and the noradrenergic axis in translating peripheral pain signals

התוכנית הישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי בע"מ

טל. 03-5713902 • 03-7314415 • 052-2224959 • מס' חברה 513433681



תוכניות הכשרה דו שנתית ותלת שנתית
בפסיכותרפיה התנהגותית קוגניטיבית CBT
תל השומר מחזור כ"ה החל מאוקטובר 2026
תוכנית ההכשרה הותיקה, המעמיקה והמוכרת ביותר

תוכניות פרונטליות תל-השומר: * מגמת ילדים ונוער
* מגמת מבוגרים טראומה * מגמת טיפול הורי זוגי ומשפחתי
* תוכנית כללית רק בזום

תוכנית תלת שנתית מוכרת לאנשי טיפול
עלידי קופות החולים

התוכנית בחסות הפקולטה לחינוך אוניברסיטת בר אילן,
מוכרת על ידי איט"ה ומוכרת לגמול השתלמות

20% הנחה לנרשמים לשנה א' לפני אמצע יולי 2026

בנוסף 5 קורסים סמסטריאליים מתקדמים:
* DBT תיאוריה ומיומנויות * סכמה תרפיה
* קבלה ומחוייבות ACT * לדבר CBT עם הורים וילדים
* מבוא לטיפול דינמי

ליצירת קשר ולהרשמה יש לפנות למרכז התוכנית - יעקב סיני
טלפון 052-2224959 • פקס. 03-5713902
דואר אלקטרוני: yakov@cbtyakovsinai.com
או באתר התוכנית: <https://www.cbtyakovsinai.com>

איט"ה

האגודה הישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי
The Israel Association for Behaviour
and Cognitive Psychotherapy

התוכנית באישור איט"ה
ובחסות היחידה לפיתוח מקצועי
הפקולטה לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן

היחידה
לפיתוח
מקצועי
הפקולטה לחינוך
אוניברסיטת בר-אילן



היחידה
ללימודי המשך
הפקולטה למדעי
הרווחה והבריאות
**אוניברסיטת
חיפה**



נקודת המבט הטיפולית שלך

היחידה ללימודי המשך באוניברסיטת חיפה

מציעה מגוון תכניות הכשרה
למטפלות ומטפלים מוסמכים

חדש

בבית-הספר "עומקים"
לפסיכותרפיה פסיכואנליטית
המשך העמקה בפסיכותרפיה

תכנית המשך חד-שנתית, לבוגרי בי"ס מוכרים לפסיכותרפיה דינמית



054-3213924 

draize@univ.haifa.ac.il 

04-8240801 

cont-edu.haifa.ac.il 

