

זרקור על הפסיכולוגיה ההתפתחותית



- | | | | |
|----|--|----|---|
| 35 | "את לא לבד!" כלים שלובים בהתערבות קבוצתית
התפתחותית במעון שיקומי מרים שנשינסקי וד"ר נורית
פלזנטל-ברגר | 16 | השפעת אמפתיה ומנטליזציה של אימהות
על התפתחות אמפתיה והבנה חברתית אצל
תינוקותיהן ד"ר רונית רוט-חנניה וד"ר דפנה ג'ניא דולבר |
| 41 | המצב הרגשי של האם והתפתחות התינוק בקרב
האוכלוסייה הבדואית בדרום הארץ
שועאע עסל-זריק ופרופ' נעמה עצבה-פוריה | 20 | "מרחב יצירה או שדה קרב?" היבטים התפתחותיים
וטיפוליים של אכילה והפרעות אכילה בינקות ובגיל
הרך מיכל גולדשמידט, ד"ר דנה ארהרד-זויס, עדי שמיע
עצמון, דגנית בן ניסן |
| 42 | תוכנית דואט לפיתוח יכולת רפלקטיבית בקרב
הורים ואנשי חינוך שמטפלים בילדים בגיל הרך
ובמשך הילדות
פרופ' נעמה עצבה-פוריה ועטרה מנשה-גרינברג | 25 | על נפרדות עובדים יחד: הרחבה של מודל הטיפול
הדיאדי לתאומים בגיל הרך ולהורים חן מעוז |
| | | 30 | "פעם, כשהיית ממש קטן..." עיבוד של טראומות
מוקדמות באמצעות הנחיית הורים להכנת סיפור
לילדיהם הקטנים יעל גל |

הרשמה לשנה"ל תשפ"ב 2021-22 בעיצומה

תוכניות הכשרה לאנשי ולנשות טיפול

תוכניות לפסיכותרפיה

- פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית
- פסיכותרפיה בגישת הפסיכולוגיה האנליטית היונגיאנית- התפתחות לאורך החיים
- פסיכותרפיה ממוקדת קצרת מועד
- פסיכותרפיה פסיכודינמית - תוכנית משותפת עם הפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי (מתקיימת בגליל)
- פסיכותרפיה פסיכודינמית לטיפול בטראומה מינית – בשיתוף מרכז הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בתל-אביב

תוכניות התמחויות בטיפול

- טיפול מיני בגישה פסיכודינמית
- טיפול בעברייני מין
- טיפול זוגי ומשפחתי באוריינטציה פסיכודינמית
- טיפול בילדים ובנוער בגישה פסיכודינמית
- טיפול במשחק בגישה פסיכודינמית-התפתחותית
- טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT)

קורסים להתפתחות מקצועית

- בודותרפיה: פיתוח רוחו של הלוחם השליו במרחב הטיפולי
- ביבליותרפיה ככלי התערבות בטיפול
- פסיכותרפיה בפרקטיקה של עבודה סוציאלית: עת מפגש

קורסי הדרכה

- הדרכה בגישה פסיכודינמית
- הדרכה בטיפול מיני (יתקיים בקיץ 2021)

תוכנית להכשרת מתורגמנית משפת סימנים ישראלית לעברית ומעברית לשפת סימנית ישראלית

תוכנית להכשרת מנהלים למערכי דיור לגיל השלישי

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

- הקליניקה לטיפול זוגי ומשפחתי
- הקליניקה לטיפול במשחק בילדים

היחידה ללימודי המשך קשובה לצרכים המשתנים של הקהילה המקצועית בהיבט הלימודי ומציעה מגוון רחב של תוכניות למידה חדשות ומתחדשות עם מיטב המרצים מן האקדמיה ומן השדה.

* חלק מהתוכניות מוכרות לגמול השתלמות - פרטים באתר

מידע ופרטים נוספים והרשמה באתר היחידה ללימודי המשך:

social-work.biu.ac.il/home

טל' 03-5318210 | 03-5317265 | cont.education@biu.ac.il



תוכן העניינים

3	דבר המערכת נחמה רפאלי, מירי נהרי, אלה בן-נן
4	משולחן הוועד המרכזי ויו"ר הפ"י יורם שליאר
5	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבות
11	משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלוק
13	משולחנו של הפסיכולוג הארצי גבי פרץ
14	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך ד"ר חוה פרידמן
16	השפעת אמפתיה ומנטליזציה של אימהות על התפתחות אמפתיה והבנה חברתית אצל תינוקות ד"ר רונית רוט-חנניה וד"ר דפנה ג'ניאולבר
20	"מרחב יצירה או שדה קרב?" היבטים התפתחותיים וטיפוליים של אכילה והפרעות אכילה בינקות ובגיל הרך מיכל גולדשמידט, ד"ר דנה אהרד-וייס, עדי שמיע-עצמון, דגנית בן ניסן
25	על נפרדות עובדים יחד: הרחבה של מודל הטיפול הדיאדי לתאומים בגיל הרך ולהורים חן מעוז
30	"פעם, כשהיית ממש קטן..." עיבוד של טראומות מוקדמות באמצעות הנחיית הורים להכנת סיפור לילדיהם הקטנים יעל גל
35	"את לא לבד!" כלים שלובים בהתערבות קבוצתית התפתחותית במעון שיקומי מרים שניינסקי וד"ר נורית פלזנטל-ברגר
41	המצב הרגשי של האם והתפתחות התינוק בקרב האוכלוסייה הבדואית בדרום הארץ שועאע עסל-זריק ופרופ' נעמה עצבה-פוריה
42	תוכנית דואט לפיתוח יכולת רפלקטיבית בקרב הורים ואנשי חינוך שמטפלים בילדים בגיל הרך ובמשך הילדות פרופ' נעמה עצבה-פוריה ועטרה מנשה-גרינברג
48	פסיכולוגיות כותבות ויוצרות ראינה: מיכל דביר קורן מה קרה לרועי: הולכים לטיפול דיאדי - חיותה קפלן ויהודית הראל
50	פסיכולוגים יוצרים עורכת: צילה טנא ריאיון עם הילה בר יפעת ועם שרון צימרמן ברנר עם צאת ספרן להחזיק ת'טיק
54	פינת ההורות דוד אופנהיים הברית המשפחתית באינטראקציה אם-אב-ילד בגיל הגן: מחקרים בהתפתחות הטיפוסית ובאוטיזם
58	פרופיל אישי עריכה: נחמה רפאלי שלומית קנטופסקי
60	ספרים מומלצים שבתאי מג'ר עמדת קריאה סקירת ספרים חדשים
63	ייעוץ מס אריה דן פרישה ותכנון המס
64	הפינה המשפטית עו"ד אדר גרין, עו"ד צ'רלי בוזגלו לעזור לכם לעזור
66	ברכות למקבלי התארים

חברות המערכת

ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: maitalsharone@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com	
אלה בן-נן טלפון: 052-3236360 דוא"ל: e_ben_nun@hotmail.com	

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל:

יו"ר הפ"י - מר יורם שליאר | מנכ"לית הפ"י - מריאל הוברמן
 טל' 03-5239393, ת"ד 3361 רמת גן, מיקוד 5213601
 פקס: 03-5230763 | דוא"ל: psycho@zahav.net.il
 עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244
 פרסום: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
 יהודה הלוי 92, תל אביב www.newyork-newyork.co.il
 הפקה: הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

דבר המערכת

אני כותבת את "דבר המערכת" הזה לאחר שהודעתי על פרישתי מתפקידי ארוך השנים כיו"ר מערכת פסיכואקטואליה כדי להציג לפניכם את ד"ר שרונה מיטל. היא תמלא תפקיד זה בשנים הבאות עלינו לטובה, ואתם תוכלו ליהנות מיכולותיה הברוכות.

שרונה היא פסיכולוגית חינוכית מומחית ומדריכה. בעבר היא עסקה בהוראה ובמחקר בתחום ההתפתחותי והחינוכי, והיום היא מרכזת יוזמה מקורית של פורום ותיקים וגמלאים.

שרונה ערכה עם ראובנה שלהבת קניאל את שני הכרכים החשובים סוגיות בפסיכולוגיה חינוכית - מהלכה למעשה והשתתפה בצוות עורכים של כתבי עת מקצועיים בחו"ל.

אין ספק שתרומתה לכתב העת שלנו תהיה גדולה, ואני מעבירה לה את שרביט היו"רות בביטחון ובהערכה רבה.

את רוב החוברת הזאת הכינה בעבורנו חטיבת הפסיכולוגיה ההתפתחותית. היא יזמה, ליקטה והציגה לפנינו ממיטב המאמרים בנושאים שבתחומה. מלבד זאת תוכלו ליהנות מן הפינות הקבועות של פסיכואקטואליה.

אני "סוגרת" בסיפוק תקופה של פעילות מרתקת, מודה לכולם על ההזדמנות שניתנה לי ומברכת את שרונה מיטל ואת יתר חברות המערכת בהצלחה רבה ובעריכה מקורית ופורייה בהמשך דרכו של כתב העת.

צילה טנא,
לשעבר יו"ר מערכת פסיכואקטואליה

ד"ר יוכי בן-נן ז"ל ממייסדות פסיכואקטואליה, פסיכולוגית התפתחותית ורפואית, יו"ר הפ"י בשנים 2009-2014.	
--	---



יורם שליאור, יו"ר הפ"י

לחברי וחברות הפ"י היקרים,

הימים ימי שרב יולי-אוגוסט. העולם משתגע בין טמפרטורות שיא ושרפות ענק לשיטפונות ואסונות טבע, יש ממשלה חדשה וגם גל חדש של קורונה, ובתוך כך צריך להצליח לשמור על שגרה ועל אופטימיות לעתיד טוב יותר. ואנחנו כאן בהפ"י מנסים להמשיך ולנהל ולהוביל את הארגון בעניינים השוטפים וגם לנוע אל עבר מחזות חדשים.

הגיליון הזה, המוקדש כולו לעולם הפסיכולוגיה ההתפתחותית, יראה אור בעריכתה של העורכת הראשית החדשה ד"ר שרונה מיטל, אישה מיוחדת ורבת-עשייה שמחברת אל הפ"י בכל נפשה ומוכנה לתת כתף היכן שרק נחוץ. שרונה היא חברת ועד החטיבה החינוכית, נציגת החטיבה בוועד המרכזי של הפ"י ומייסדת ומובילה את פורום הוותיקים והגמלאים של הפ"י והעומדת בראשו. אני מוקיר את עשייתך, שרונה, ומודה לך על כל פועלך בשם כל החברים והחברות בארגון.

לצידה של שרונה מוסיפות להיות חברות במערכת פסיכואקטואליה נחמה רפאלי, אלה בן-זון ומירי נהרי. על הפקת העיתון מנצחת המנכ"לית החדשה שלנו מריאל הוברמן. תודה בשם כל החברים והחברות בהפ"י לחברות המערכת החדשות והממשיכות. בהזדמנות הזאת נודה שוב לצילה טנא שערכה את כתב העת שנים רבות ותמשיך לכתוב בו את הפינה הקבועה שלה "פסיכולוגים יוצרים". תודה גם לשבתאי מגר שימשיך לכתוב את פינתו "ספרים, רבותיי, ספרים" ותודה לאיריס ברנט שהייתה חברת מערכת ושותפה חשובה.

בשעה טובה האינדקס הכללי של הפ"י יוצא לדרך. בימים אלה נחתם חוזה עם מפתח בשם יואב פרנקל, והוא יפתח לנו את האינדקס. אנו תקווה שבועד חודשים אחדים הוא יעלה לאוויר ונוכל לתת את השירות הזה לכל החברים והחברות כשירות נוסף וחדש שהפ"י מספקת לחבריה וחברותיה. נשמח לקבל מכם/ן המלצות והצעות לגיבוש המודל והקונספציה של האינדקס ובהמשך נדקק ללא ספק לעזרתם של מתנדבים לשפר ולקדם אותו. תודה לאיתי ששון, חבר הוועד המרכזי, שלמד וחקר את הנושא והביא את ההצעות השונות לשולחן הוועד להחלטה ואשר ימשיך ללוות את ההקמה של האינדקס. מיותר לציין שההרשמה לאינדקס לחברי וחברות הפ"י תהיה ללא תשלום.

אני מקווה שהיומן השנתי של הפ"י כבר מונח על שולחנכם. השנה ערכנו סקר על מנת לבדוק כמה מהחברים מעוניינים ביומן מודפס מול אלטרנטיבות אחרות. הופתענו שכמעט מחצית מהחברים והחברות בהפ"י שענו על הסקר השיבו שהם/ן מעוניינים/ות ביומן המודפס.

בחודש שעבר נפגשנו נציגי פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה עם שר הבריאות ניצן הורוביץ בלשכתו בירושלים. הפגישה נועדה להביא לידיעתו את המצב הקשה של הפסיכולוגיה הציבורית ולגייס אותו לסייע לנו בשינוי המציאות הזאת. הצגנו את הפסיכולוגיה הציבורית

כפתרון ולא כבעיה והראינו

נתונים על ערכה של הפסיכולוגיה הציבורית למדינה כהתערבות מונעת, במשמעות של חיסכון עתידי בהוצאה הלאומית על הכלכלה, על הפריון ועל הרווחה הנפשית של האזרחים/ות ופרסנו לפנינו את מצוקת הפסיכולוגיה הציבורית ב-3 רמות: שכר, תקינה והנגשה לאזרחים/ות. כן העלינו את נושא המגפה הנפשית של הקורונה שמתפרצת כעת ואת הצורך להיערך נכון לגלים הבאים בהיבט של בריאות הנפש. כמובן, לא שכחנו להעלות את נושא המלגות למתמחים.

השר רשם לפנינו את הדברים ובדבריו תמך מאוד בחשיבותו של הטיפול הפסיכולוגי כהתערבות חשובה בכלל ובימים אלה בפרט. השר הבטיח לעשות כל שביכולתו לסייע לנו. נוסיף לעקוב אחר טיפולו בעניינים אלה ולהשפיע עליו לפעול בתחום.

על רקע הנושאים האלה נפגשנו בחודש יולי גם עם ח"כ אפרת רייטן ממפלגת העבודה, יו"ר ועדת העבודה והכלכלה. גם בפגישה הזאת הייתה כוונתנו להסתייע בה לקדם את הפסיכולוגיה הציבורית ולהזכיר את התחייבותה של מפלגת העבודה, במצע המפלגה, למטרה הזאת. ח"כ רייטן הצהירה על מחויבותה לקדם את הנושא וביקשה שנעביר אליה נתונים שונים וסקרים שיסייעו לה לעשות זאת.

בתחילת חודש יולי קיימנו את הכנס השנתי של המועצה הציבורית למען הפסיכולוגיה הציבורית. אל הכנס הגיעו חברי המועצה ונציגי 3 הארגונים. לפני המשתתפים/ות הוצגו פעולות הפורום והישגיו בשנה האחרונה. בהמשך הוצג סקר כלכלי חדש שערך בעבורנו בועז סופר, לשעבר סגן ראש רשות המיסים בישראל. על פי הסקר, בהערכות שמרניות נאמד הנטל הנובע מבעיות בבריאות הנפש על כלכלת ישראל בין 51 ל-61 מיליארד ש"ח. מעריכים כי במענה פסיכולוגי יעיל ונגיש נוכל לחסוך למשק מיליארדים בכל שנה. אחר כך התקיים דיון פתוח, והמשתתפים/ות הביעו נכונות להוסיף ולסייע לנו במאבקנו ואף נתנו לנו עצות חשובות, כל אחד/ת בתחומו/ה. זאת הזדמנות להודות לחברי המועצה ולרב בני לאו העומד בראשה על מחויבותם/ן ועל תרומתם/ן למאבקנו.

תודה למריאל, המנכ"לית שלנו, ולאורית, המזכירה של הפ"י, על התגייסותן למשימה ועל ארגון הכנס.

הגיליון הזה של **פסיכואקטואליה** יגיע אליכם/ן לקראת החגים, ואני מאחל לנו, ומקווה בכל ליבי, שהשנה נוכל לשוב ולחגוג את חגי תשרי כמו שנהגנו לחגוג בעבר - בחיק המשפחה והחברים, ללא סגרים וללא בידודים. שתהיה שנה טובה ובריאה לכולנו.

שלכם,

יורם



מה חדש בחטיבה?

דבר החטיבה ההתפתחותית

חברי וחברות החטיבה לפסיכולוגיה התפתחותית,

לפני 4 שנים בקירוב, כשיצאתי למסע הזה וקיבלתי עליי את ייצוג החטיבה בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל, הייתי פסיכולוגית בחצי השנה הראשונה להתמחותה. לא ידעתי מה צפוי בהמשך, מה ידרוש ממני המסע ומי יהיו השותפים והשותפות לדרך. בתקופה זו התאהבתי בחטיבה, באנשיה, בעשייה הפסיכולוגית החשובה שנעשית יום־יום ושעה־שעה בשירות הפרטי והציבורי בישראל. זכיתי להכיר פסיכולוגים ופסיכולוגיות בעלי ובעלות אהבה רבה למקצוע הפסיכולוגיה ואמונה שעשייתנו היום־יומית היא שליחות.

זכינו לאגד קבוצה של פסיכולוגים ופסיכולוגיות מדהימים. שעות־שעות בעשייה ציבורית, בהתנדבות מלאה, בהסתדרות הפסיכולוגים, במועצת הפסיכולוגים ובוועדה המקצועית וחברנו לכוחותינו במשרד הבריאות.

יצרנו, ואנחנו ממשיכים ליצור, שיתופי פעולה בעלי ערך וחושבים יחד על קידום הפסיכולוגיה ההתפתחותית.

עם יוזמות שונות שמגיעות מהפסיכולוגים ומהפסיכולוגיות מהשטח יוצרות החטיבה לפסיכולוגיה התפתחותית והוועדה המקצועית הכשרות מקצועיות, השתלמויות שנתיות למתמחים וימי עיון למדריכים.

בכל שנה ב־4 השנים האחרונות מופק כנס שנתי מרגש ועוצמתי ובו חברי וחברות החטיבה זוכים.ות לפגישה ייחודית, מקצועית, מפרה ומעשירה. בכל שנה עולה מספר המשתתפים והמשתתפות, והשנה זכינו להשתלם בחברת כמחצית מהפסיכולוגים.ות ההתפתחותיים.ות בישראל.

מאחורי הקלעים נמשכת העבודה הציבורית. אנחנו מנסים להילחם בהחלטות שגורמות למדיניות שגויה הפוגעת במתן השירותים בהתפתחות הילד ומנסים לקדם פסיכולוגיה התפתחותית ציבורית זמינה ונגישה לילדים ולהוריהם. צוותים שונים, ובהם צוות פעוטות בסיכון וצוות המעונות, עובדים לילות

דבר החטיבה הקלינית

חברים וחברות יקרים,

אנו מאחלים לכם קיץ שקט ונעים.

נמשיך להציע לכם קורסים, ימי עיון וכנסים. קורס נוסף בטיפול מיני יוצא לדרך בירושלים, יום עיון נוסף על מחקר בפסיכותרפיה מתגבש בימים אלו ויפורסם בקרוב, וההכנות לכנס הפסיכולוגים הקליניים באילת בסוף השנה בעיצומן.

כימים עם משרדי הממשלה כדי להשפיע בנקודות ובצמתים של קביעת מדיניות לטובת תינוקות, פעוטות וילדים בגיל הרך והוריהם בישראל.

השנה זכינו לאפשרות ליצור גיליון של כתב העת **פסיכואקטואליה** אשר ייצג את הפסיכולוגיה ההתפתחותית.

לא התלבטתי הרבה ופניתי לאחת והיחידה, שותפתי למסע, מיכל דביר קורן וביקשתי ממנה להיות אמונה על הגיליון. מיכל נוטה לעשות את פועלה הרב בענווה ובצניעות השמורים לה. זה 4 שנים היא פועלת למען קידום הפסיכולוגיה הציבורית ולמען חברי וחברות החטיבה. היא שותפה בוועד החטיבה, בצוות המעונות ובוועדה המארגנת של הכנס השנתי, ומילותיה ניכרות בכל מסמך שיוצא מטעם החטיבה.

למיכל שלנו הצטרפה גם עפרה דיאמונד המקסימה שעשייתה המקצועית בשירות הציבורי מוכרת לכול. עפרה תרמה מניסיונה המקצועי העשיר ובאופייה הנעים יעצה לאורך הדרך ואפשרה לפרויקט הזה לקרום עור וגידים.

הגיליון הזה מרגש את כולנו מאחר שהוא מאפשר לציבור המטפלים והמטפלות בישראל מעין הצצה לפסיכולוגיה ההתפתחותית.

אני מודה בשמי ובשם החטיבה לפסיכולוגיה התפתחותית למיכל דביר קורן ולעפרה דיאמונד על ההתגייסות שאינה מובנת מאליה - בתקופה שבה איומים שונים הכתיבו את סדר היום הן המשיכו בעשייתן והביאו לנו את הגיליון המקצועי והמרגש של פסיכולוגיה התפתחותית בישראל.

ואני מזמינה אתכם ואתכן להמשיך לחשוב, לאתגר את הקיים ולפנות אלינו כדי שיחד נקדם את הפסיכולוגיה ההתפתחותית ואת השירותים הניתנים לילדי הגיל הרך בישראל.

שלכם ושלכן,

אסנת רייכמן אייזקוביץ

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה התפתחותית

חוץ מזה אנו עוסקים גם בעניינים שבתוך הארגון, ואחת הסוגיות שבכוונתנו לקדם בוועד המרכזי קשורה לדמי החבר. עד כה נועדו כל דמי החבר לתקציב השוטף של הפ"י ולא הוקצה ממנו שום סכום שיועד מראש לחטיבה. כמובן, כל חטיבה נהנית ממה שדמי החבר מממנים כגון שירותי מזכירות, ייעוץ משפטי ועזרת המנכ"לית. וכמובן, כל חברי הפ"י נהנים מהטבות שממומנות

להשקיע סכום קטן מדמי החבר ישירות בפעילות החטיבה. ייתכן שיש חטיבות שהשקעה כזאת תעודד אותן ליצור עוד פעילויות לחבריה.

בהזדמנות הזאת אנו רוצים לאחל למנכ"לית החדשה של הפ"י מריאל הוברמן נחיתה רכה בארגון המורכב שלנו והצלחה רבה בתפקיד. מריאל כבר החלה בסבב היכרויות עם חברי הוועד המרכזי ועם יושבי הראש של החטיבות והחלה לשמוע על התוכניות של כל חטיבה.

בהצלחה, מריאל.

ולכם, חברי החטיבה, שוב נאחל קיץ שקט ונעים.

ועד החטיבה הקלינית

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

עודד מאיו, חבר, יחיאל אסולין, חבר, ד"ר רפאל יונתן לאוס, חבר

גל רוזן, פעיל, ודנה אלפסי, פעילה

מדמי החבר כגון שירותי ייעוץ, יומן וגיליונות פסיכואקטואליה. עם זאת נראה לנו תמוה שאי אפשר להקציב 15-20 אחוזים מדמי החבר (100 שקלים בקירוב מדמי החבר) לחטיבה עצמה כדי להביא לידי ביטוי את חלקה בייצור הפעילות של הפ"י לחבריה וכדי לעודד אותה ולעזור לה ליצור פעילויות שונות שמקצתן יכולות אף להינתן חינם. למשל, רוב הפסיכולוגים הקליניים נהנים בעיקר מפעילות שהחטיבה יוצרת בעבורם. בכל 12 השנים שהחטיבה הזאת פעילה מומן תקציבה מהפעילויות שאנו יוצרים בתשלום. אומנם תמיד וידאנו שהתשלום יהיה נמוך בהרבה מהנהוג בשוק החופשי, אך היינו חייבים לוודא שיהיה גם מעט רווח. לדוגמה, את ההשקעה העצומה באינדקס השקענו מכספי החטיבה בלבד, שקל לא נתנם מדמי החבר. כספי החטיבה נצברים לאיטם מרווח קטן שמתקבל מכל יום עיון או קורס שאנו מארגנים. מובן מאליו שברגע שאנו משקיעים בפרויקט מסוים המונה יורד ועלינו לשוב ולצבור כספים לפרויקט הבא. אנו סבורים שאין סיבה שלא



דבר החטיבה השיקומית

חברות וחברי החטיבה הקרים,

שוב הגיע הקיץ. גם השנה נדמה שהוא הגיע מהר מדי. כבר יותר ממחצית שנת 2021 מאחורינו, והקורונה, שקיוונו שגם היא תהיה מאחורינו, עדיין מותירה את סימניה ומטילה צללים, ספקות וחששות בנוגע לעתיד.

על אף החום הכבד ועל אף חוסר הוודאות נמשכת פעילות ועד החטיבה, ואף ביתר שאת. להלן עדכונים מהנעשה בתקופה האחרונה:

1. מורה נבוכים למתמחה - אנו מקווים כי עד שתקראו את השורות הללו החוברת כבר הגיעה לתיבות המייל שלכם. החוברת מרכזת מידע חשוב על המוסדות המוכרים להתמחות בפסיכולוגיה שיקומית, כמו סוג ההעסקה (מלגת משרד הבריאות או תקן), מספר שעות ההדרכה במוסד וגישה טיפולית מרכזית, ומטרתה לאפשר למתמחות ולמתמחים (וכמובן, גם למי שעומדות ועומדים להתחיל התמחות) להחליט החלטה מושכלת ושקולה בנוגע לבחירת מקום ההתמחות. ננצל שוב את ההזדמנות להודות לד"ר אוהד בר דוד ולדניאל לוי על איסוף הנתונים ולצביאל בן דוד על מלאכת העריכה. על העיצוב ממונה

המעצבת הגרפית יעל סגל, שעיצבה גם את הלוגו החדש של החטיבה.

2. "יום עיון אל-חשוי" - ביום עיון חווייתי וראשון מסוגו נפגשו זה לא כבר כ-40 פסיכולוגיות ופסיכולוגים עם עולם הלקויות החושיות. יום העיון נערך במרכז "נא לגעת" ביפו, והיו בו סדנת פיסול בחשכה וסדנת היכרות חווייתית עם תסמונת אשר דרך סיפורה האישי של חן קרוטר. בסוף היום ניתנה הרצאה מטעם עמותת "מגדל אור" בנושא שיקום תעסוקתי ותפקודי לאנשים עם לקויות ראייה ועיוורון. בינתיים עוד אין לנו משובים על היום הזה, ועל פי המשובים שיתקבלו נבחן קיום אירועים נוספים כמוהו.

3. התוכנית הלאומית לפסיכולוגיה ציבורית והעברת מידע בנוגע לצרכים הכלכליים של הפסיכולוגיה השיקומית לקראת העברת תקציב המדינה - התקיימו מספר פגישות בנושאים הללו בהשתתפות טל שני שרמן וסיון אוסטר, נציגינו בהסתדרות המח"ר, יובל הירש, יו"ר חטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר, ויואב בליי שמלווה את החטיבה בכמה תהליכים הקשורים

ניסתה לתת ביטוי להיבטים השונים של נושא הכנס, לאזן בין מרצות ומרצים מוכרים לחדשים, בין למידה תאורטית להתנסות חווייתית ובין זמן למידה לזמן מנוחה. אנו מקווים ומאמינים שהם הצליחו במשימה. בקרוב תפורסם תוכנית הכנס המלאה.

אנו נערכים לפתיחת ההרשמה לקראת סוף חודש אוגוסט ועד אז עמלים על גיוס נותני חסות כדי להוזיל את עלויות הרישום. עם צוות הגיוס של נותני החסות נמנים עידן שריג ודניאל לוי, והם, וכולנו, זקוקים לאיחולי הצלחה במשימה חשובה זו. בינתיים יש לנו חסות אחת שנתנה חברת My-Cliniq לניהול קליניקה. תודה להם על שיתוף הפעולה עד כה.

עוד במסגרת הכנס - הקול קורא להגשת מועמדים ומועמדות לפרס על מפעל חיים ופרס על חדשנות בשדה השיקומי פתוח עד 1 באוגוסט 2021 בשעה 12:00. עקבו אחר הנחיות ההגשה בקבוצות הפייסבוק, בעמוד החטיבה, בפורום גוגל ובערוץ הטלגרם שלנו. אינכם מכירים או מכירות אותם? כתבו לנו ל-ipa.rehab@gmail.com ונשמח לסייע.

ופרויקט חדש ומקסים שיגיע לשיאו בכנס "פירות העונה - אסופת מאמרים פרי עטם ומחקרם של פסיכולוגים ופסיכולוגים שיקומיים". אנו מזמינים את החברות והחברים בחטיבה שפרסמו מאמר בשנים 2019-2021 לשלוח אותו אלינו (במייל שבפסקה הקודמת) וניצור חוברת שתרכז את כל המאמרים הללו לבאים ולבאות לכנס. הנחיות ופרטים נוספים על הפרויקט בהודעות נפרדות.

עד כאן לפעם זו. אנו מתרגשים מכל העשייה עד עכשיו, ומזו שעוד תהיה בעתיד, וכמו תמיד מזמינים אתכם להצטרף אלינו ולהיות שותפים לה.

שלכם ובשבילכם,

חברות וחברי ועד החטיבה השיקומית

בפסיכולוגיה שיקומית ציבורית.

מתוך העבודה שנעשתה עולה כי דרוש תקציב של כ-3 מיליארד ש"ח כדי להתחיל לבסס שירותים פסיכולוגיים שיקומיים בקהילה עוד לפני הדיון בשיפור המצב בבתי החולים. אנו משתדלים להיות ריאליים ומבינים שלא כל הדרישות וכל הצרכים ייענו, ודאי לא בהעברת התקציב הקרובה. לפיכך אנו ממקדים את מאמצינו בכמה נקודות ספציפיות, ועליהן נוכל לדווח בהמשך.

4. "פסיכולוגיה שיקומית בגובה העיניים" - דף הפייסבוק והפודקאסט הנושאים שם זה זוכים להצלחה, ומספר העוקבים, העוקבות, המאזינים והמאזינות עולה משבוע לשבוע. מטרתם להעלות את המודעות לתחום (בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב אנשי ונשות מקצוע מתחומים קרובים), לעורר שיח בנושאים בעלי ערך, לשתף ידע ולשמש מצע להתפתחותה של קהילה וירטואלית העוסקת בממשקים שבין גוף, נפש, תפקוד ומגבלה. תודה לד"ר הילה כהן, לד"ר עדי גרנט ולדניאל לוי על ניהול עמוד הפייסבוק, ותודה לנעמה קיביליס-מאירי על מלאכת ההנחיה והפקת הפודקאסט. אנו מזמינים את כולכם להצטרף ולעקוב.

5. הכנס השנתי - ההכנות לכנס השנתי נמצאות בעיצומן. עם סיום הקול קורא מצאו את עצמם חברי וחברות ועדת הכנס, יעל גלין, לרה זינגר, יאסמין אבו-פול, גלי קלטש ויותם בן-שץ, עם לא פחות מ-15 הצעות להרצאות ומספר דומה של הצעות לסדנאות. זו פעם ראשונה בתולדות כנסי החטיבה שלא היה צורך להאריך את הקול קורא. אנו רואים בזה הבעת אמון בנושא ובפורמט הכנס ומקווים שגם ההרשמה תהיה בהתאם.

ועם זאת גם כנס של 3 ימים אינו יכול להכיל כמות כזו של תוכן (ויש מי שכבר מפנטזת על כנס של 4 ימים...), ומלאכת הבחירה הייתה קשה ומתסכלת. ועדת הכנס



דבר החטיבה הרפואית

קטע זה, מתוך שירה של רמה מסינגר "היום הראשון של חיי", מבטא במלוא עוצה את הרוח החיה של כל מי שמתמודד - נשים וגברים כאחד - עם מסע הטיפולים אל עבר יעד ההחלמה. "היום הראשון" הוא היום של ה"אחרי" - אחרי המסע, אחרי הכאב, אחרי ההתמסרות לטיפולים רוויי החרדה. רמה נפטרה ממחלתה, אבל רוחה עדיין פועמת ונושמת ביצירותיה. וכמוה יש רבים ורבות אחרים המתמודדים בכל יום עם העומס של המחלה והטיפול בה, ואנו מלווים אותם, מקשיבים להם ואיתם אנו מייחלים ליום טוב, ליום הראשון של חייהם.

בשנה וחצי האחרונות חוונו, ללא ספק, אתגרים בלתי פוסקים, ובעקבותיהם הייתה עשייה נמרצת במערכת הבריאות הציבורית ובקליניקות הפרטיות. הפסיכולוגיה הרפואית כיום נדרשת, פועלת ויוזמת. עשרות יוזמות פעילות בכל רגע בבתי החולים בארץ ובאחדות מקופות החולים כדי להנגיש שירותי פסיכולוגיה רפואית איכותית לילדים, לבני נוער ולבוגרים. מצפון ועד דרום אנו עדים ועדות ליוזמות מבורכות של צוותי פסיכולוגים רפואיים ופסיכולוגיות רפואיות בהנגשת קבוצות טיפול ייחודיות ותמיכה בצוותים, במחקרים שהולכים ומתרבים ובייעול שירותים מונגשים לציבור הרחב. אין שבוע שקבוצת הפייסבוק של הפסיכולוגים הרפואיים אינה מתמלאת בבקשות, בהמלצות, בשיתוף ביוזמות ובחלוקת ידע מזה לזה, והפעילות הזאת היא שהופכת אותנו לקהילה מגובשת ופועלת יחד.

בתקווה ליום חדש, ולדעיכתה של הקורונה וליציאתה מחיינו, אנו פועלים שוב להוצאת תוכנית המגירה לכנס הפסיכולוגיה הרפואית. הכנס של השנה שעברה בוטל (פעמיים) כידוע, ועתה אנו מעדכנים ומשדרגים את התוכנית ומקווים ומקווות להוצאה אל הפועל עוד בחורף הקרוב. תקוותנו כי כמו בכנסים הקודמים, גם הפעם נוכל לתת במה לא רק להרצאות מקצועיות ולסדנאות

זהו היום הראשון של חיי
ואני מתכוונת לחגוג בגדול
יבואו היום כל מוזמניי
לחכות למחר ולזכור את אתמול

יפול משמיים ברד כוכבים
עצים אדירים יבקעו את הים
כל מה שפעם איזה נביא חלם

ואין מתנה שלא אקבל
ואין ברכה שלא אאחל
ואין תפילה שלא אתפלל
ואין שמחה שלא תשתולל

זהו היום הראשון של חיי
ואני מתכוונת לחגוג בגדול
יבואו היום כל מוזמניי
לחכות למחר ולזכור את אתמול

יבואו אליי מיליון אוהבים
רוחות חזקות יפצעו את הנוף
התחלות של שירים יקחו גנבים וסוף
ואין מתנה שלא אקבל

אין ברכה שלא אאחל
אין תפילה שלא אתפלל
אין שמחה שלא תשתולל
אין תפילה שלא אתפלל

החטיבה הרפואית
החברות והתאחדות הפסיכולוגים הרפואיים בישראל
Small Psychological Association

הכנס השנתי ה-3 של החטיבה הרפואית

Come fly with me
פסיכולוגיה רפואית בתנופה

SAVE THE DATE

מלון נווה אילן | 19-21.12.2021
שריינו במיומנים, פרטים נוספים בקרוב...

הפסיכולוגיה היושבת בקליניקה הפרטית, עם הפסיכולוג המטפל בבית החולים ועם העובדים והעובדות ברפואה הציבורית הקהילתית. כמו תמיד.

בתקוות לימים רבים וטובים,

ועד החטיבה הרפואית

ייחודיות אלא גם, ובעיקר, לכם ולכן על שלל היוזמות שאתם ואתן דוחפים כל השנה ולהתקדמות הרבה והחשובה של התחום הנוצרת בשטח, וזו אכן הזדמנות לתת לה במה וקול. בד בבד עם פועלינו אנו מתחילים ומתחילות את שנתנו האחרונה כוועד החטיבה. נמשיך, עם נציג בוועד המרכזי, לפעול ולהקדיש את כל מעיינינו למחשבות וליוזמות כיצד אפשר להיטיב עם

דבר החטיבה החינוכית

שלום לכל הפסיכולוגיות והפסיכולוגים החינוכיים,

לאחר שנה וחצי של עומס, טלטלה וקושי, לצד הפגנת חוסן ויצירתיות בשדה הפסיכולוגיה החינוכית, אנו שמחים ומתרגשים. להזמין את לאירוע הדגל של הפסיכולוגיה החינוכית, "הכנס השנתי של הפסיכולוגיה החינוכית" לשנת 2021. מהותו ועיקרו של הכנס הוא שבוע של עצירה והתבוננות, של עיבוד ואיחוד, של למידה וצמיחה וכמובן, גם של ריקודים (מי אמר דיסקו?) וכיף.

כבכל שנה אנו עמלים כבר בימים אלה על כנס מגוון ועשיר הן ברמה המקצועית הן ברמה החברתית והאישית. השנה יערך הכנס בסימן "תן לי דקה להתרגל אליך שוב", פרפרזה על ביטול הכנס בשנה שעברה בשל מגפת הקורונה וביטוי לצורך החברתי, הרגשי והפסיכולוגי של התקרבות מחודשת מתוך עיבוד והבנה של החוויה ושל משמעויותיה.

רגע לפני שאתם רצים. לארוז מזוודה אנו מזמינים אתכם להתרווח ולהעמיק בפרטים האלה: בשנים האחרונות הייתה עלייה מתמדת במספר הנרשמים, ולכן השנה אנו מתכננים לכנס הגדול ביותר שהיה עד כה. לשם כך נזמין את כל החדרים במלון "ספורט" ובמלון "לגונה" של רשת ישראל באילת. גם השנה נמנע משיטת "כל הקודם זוכה" שגרמה לקשיים ולאי-נוחות בעבר. במקום זאת נשתמש במערכת רישום ממחשבת שעמלנו עליה רבות עם החברה המארגנת "קליידוסקופ". מערכת הרישום הזאת תיעל את הרישום לסדנאות ותשפר את חוויית הרישום.

תהליך הרישום יתחלק ל-3 השלבים האלה:

- א. הגשת בקשה להשתתפות בכנס עם חולקת חדר (אם יש);
 - ב. הזמנת לינה והסעות (תשלום);
 - ג. בחירת סדנאות (דירוג 7 עדיפויות שעל בסיסן תשבץ המערכת הממוחשבת את המשתתפים לסדנאות).
- לשמחתנו, תימשך מסורת הצגת עבודות בתחום הפסיכולוגיה החינוכית גם השנה, ואנו קוראים **לכל המעוניינים. להגיש תקצירים ולהשתתף בחיזוק הקשר בין העשייה בשטח למחקר ולתאוריה. קישור מופיע באתר, בלשונית מושב פוסטרים.**

מלבד זאת אנו מציעים. לכם. הזדמנות להשתתף ולהיות פעילים בתוכנית הכנס ומזמינים את המעוניינים. לעמוד בראש פעילות הפנאי (כמו יוגה, ריצה, ג'ם ופלייבק) לכתוב לנו למייל: edupsyhappy@gmail.com.

בימים שבהם דברים רבים אינם מתנהלים כמו שאנו רגילים. ות אנו שמחים. על האפשרות שניתנה לנו להמשיך במסורת הארוכה והאהובה של קיום הכנס הארצי ולאפשר למעוניינים. ות לנצל את הזמן להתאוררות ולהנאה לצד העשרה מקצועית ולמידה משותפת.

אנו מקווים. ותרואתכם. איתנו גם השנה. אתם. מוזמנים. לקרוא פרטים נוספים באתר הכנס: <https://www.hepi-eilat.co.il>

החטיבה החינוכית



דבר פורום הוותיקים והגמלאים



אנו מקדישים את טורנו בחוברת זו לזכרו של עמית שהלך לעולמו, פרופ' יעקב (ג'קי) לומרנץ ז"ל. פרופ' לומרנץ קידם את תחום הפסיכולוגיה של גיל הזקנה, תחום שעומד במרכז העיסוק של פורום הוותיקים והגמלאים בהפ"י. במאמצנו לקדם מתן שירותים פסיכולוגיים לאוכלוסייה המבוגרת ולוודא שתינתן הכשרה ייעודית לפסיכולוגים בנושא, אנו מקווים להמשיך את המורשת של אנשים כמוהו. תודה לפרופ' (אמריטוס) דב שמוטקין מבית הספר למדעי הפסיכולוגיה ומכון הרצג לחקר הזקנה באוניברסיטת תל אביב על שיתוף הדברים לזכרו של פרופ' יעקב (ג'קי) לומרנץ ז"ל. הדברים נכתבו במקור לכתב העת **גרונטולוגיה**, ואנו מביאים אותם כאן באדיבותה של האגודה הישראלית לגרונטולוגיה.

פרופ' יעקב (ג'קי) לומרנץ ז"ל דברים לזכרו

הוא לימד ופיתח ערוצי טיפול לבני גיל הביניים והזקנה, ובד בבד ייסד את היחידה לחקר הפסיכולוגיה של הבגרות והזקנה. פרויקט אחר, ייחודי ונועז, היה הקמתו של מרכז לטיפול פסיכולוגי בבתי אבות. הוא פעל לפי מודל של פסיכולוגיה קלינית-גרונטולוגית שהיה ראשון מסוגו בישראל. ג'קי פעל רבות נגד סטראוטיפים שהרחיקו את בעלי המקצוע מטיפול נפשי בזקנים וטיפח קבוצה איכותית של פסיכולוגים קליניים שראו אתגר מיוחד בטיפול באנשים זקנים. בשנים 2000-2004 הוא עמד בראש האגודה הישראלית לגרונטולוגיה.

בנוף הגרונטולוגיה הישראלית עומדים, גם עתה, שני ארגונים פעילים וחשובים שהקים ג'קי והיה הראשון שעמד בראשם. האחד הוא מכון הרצג לחקר ההזדקנות והזקנה באוניברסיטת תל אביב שמקיים פעילות מחקרית וקהילתית כבר קרוב ל-30 שנה; השני הוא המגמה לפסיכולוגיה קלינית-גרונטולוגית, הראשונה מסוגה בישראל, שנפתחה ב-2015 ופועלת במרכז האקדמי רופין.

ג'קי בלט בחשיבתו המיוחדת, והייתה לו היכולת והנטייה לראות תופעות במורכבות הדיאלקטית שלהן. כך הגה את תאוריית ה"אֶי־אֶי־אֶי־אֶי" המסבירה הרגשות, מחשבות והתנהגויות דרך ההתנסות האנושית בחיים של ניגודים בלתי מתפשרים, סתירות בלתי פתירות ופרדוקסים לא מובנים. העיסוק שלו בטראומה משתלב מאוד בראייה המורכבת הזאת וגם בגישתו ההומניסטית בכללה. לצד זאת הדגיש ג'קי נקודות אור של אופטימיות כמו הזדקנות מוצלחת, סקרנות אינטלקטואלית וחיים של יצירתיות מתמדת. ברמה האישית חוו מכריו ותלמידיו הרבים את אישיותו המלבבת, את רוחב אופקיו, את נועם הליכותיו, את גישתו הלבבית והחמה, את יושרתו, את פתיחותו ואת סובלנותו וזוכרים אותם עד היום.

מאמר מפורט על דמותו ועל פועלו של פרופ' יעקב לומרנץ פורסם בכתב העת **גרונטולוגיה**, 2010 (כרך ל"ז, חוברת 4, עמ' 101-115) במדור "מנהיגים ומפעלות חיים בגרונטולוגיה הישראלית".

יהי זכרו ברוך.

יעקב (ג'קי) לומרנץ, פרופסור אמריטוס בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב, הלך לעולמו ב-13 ביוני 2021. בן 84 היה במוותו. פרופ' לומרנץ, מבכירי הגרונטולוגים בישראל, היה חלוץ ויוזם לפיתוח המחקר, ההוראה והפעילות החברתית בתחומי הזקנה. ביסוד מחקריו ועבודתו עומדים עקרונות הפסיכולוגיה הקלינית, ראיית התפתחות האדם לאורך חייו ובייחוד גישה גרונטולוגית-הומניסטית המחויבת לאדם המתמודד עם מצוקה נפשית או עם מגבלות קיומיות. מחקריו ופועולתו של פרופ' לומרנץ הרחיבו את ההבנה ואת הידע בתחומים מגוונים כמו פרספקטיבת הזמן של טווח החיים, הבריאות הנפשית בזקנה, התמודדותם של ניצולי השואה וכן מצבי לחץ וטראומה במישור האישי, חברתי והלאומי.

פרופ' לומרנץ, או ג'קי כמו שכינהו רבים, נולד ב-1937 בעיר לייפציג בגרמניה. ב-1939, זמן קצר לפני פרוץ מלחמת העולם השנייה, הצליחו הוריו לצאת איתו מגבולות השלטון הנאצי ולהגיע לעיר שנחאי בסין כפליטים. הוא גדל בשנחאי בין אלפי יהודים שנמלטו מאירופה וחיו בעיר בנסיבות של מלחמה, צפיפות ומחסור. ב-1948, לאחר הקמת המדינה, עלה ג'קי עם הוריו לישראל. גם כאן חייתה משפחתו בתנאים קשים, וכעבור 4 שנים נפטר אביו מהתקף לב. בשל הצורך לעבוד ולהתפרנס נמנעו מג'קי לימודים מסודרים בבית ספר תיכון, אך הוא השלים אותם בלימודי ערב ואחר כך נכלל במחזור התלמידים הראשון של החוג לפסיכולוגיה, שהוקם באוניברסיטת תל אביב בשנת 1961, בקמפוס ששכן בשכונת אביר-כביר. בזכות הצטיינותו נשלח ג'קי ללימודים בחו"ל וכתב את עבודת הדוקטורט שלו באוניברסיטת דיוק בארצות הברית. עם שובו ארצה, ב-1970, הצטרף לסגל האקדמי של החוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב. בשנת 2004 פרש ממנה לגמלאות כפרופסור אמריטוס.

ג'קי יזם ופרץ דרך בשורה של פעילויות. הוא הקים בחוג לפסיכולוגיה את היחידה לטיפול בנפגעי ראש והוביל בה עבודה חדשנית וחלוצית לאותם הימים. הוא עיצב את תוכנית ההוראה במגמה לפסיכולוגיה קלינית ושימש בה ראש המגמה. בהיותו מרצה ומדריך קליני מעולה

אילה בלור, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

אל תכלאוני בשום כלוב
אל תסכמו אותי בוויקיפדיה
אני הכול, אני לא-כולם
אור אינסוף לבוש בגוף
אז אל תכלאוני בשום כלוב

(קרן פלס וחנן בן ארי, מתוך השיר "ויקיפדיה")

חברים יקרים ואהובים,

הפעם על שולחני - שיעור בסמנטיקה.

כשאתם אומרים "בריאות הנפש" למה אתם מתכוונים? מהן האסוציאציות העולות אצל אנשים מן השורה כשהם שומעים את צירוף המילים הזה?

מכיוון שפסיכואקטואליה עדיין אינו מגזין אינטראקטיבי אני יכולה לקבל את תשובותיכם, ולכן, לצורך התרגיל, פניתי למקור חוכמת ההמונים, והרי לפניכם הערך "בריאות הנפש" מתוך ויקיפדיה:

בריאות הנפש הוא תחום העוסק בתחושה הפסיכולוגית של רווחה נפשית של האדם, ובקיומן או היעדרן של הפרעות נפשיות; באיכות המצב הנפשי, הרגשי או באיכות יכולת התפיסה.

המונח "בריאות נפש" אינו זהה למונח "רפואת נפש" (פסיכיאטריה). העוסק רק בהיבטים הקליניים של בעיות נפשיות, והוא עשוי להיות קשור לאיכות חיים. בפסיכולוגיה חיובית או בהולזם, למשל, המונח משקף גם את יכולתו של הפרט ליהנות מחייו; ובאזון הנדרש בין פעילויות שונות של הפרט להשגת חוסן נפשי. ארגון הבריאות העולמי קובע כי אין הגדרה מקובלת של בריאות הנפש, והדבר שונה מתרבות לתרבות; ולעיתים גם בין יחידים וגישות שונות בפסיכולוגיה.

עורכי הערך בוויקיפדיה, וכנראה עוד רבים וטובים בינינו, מזהים את המונח "בריאות הנפש" עם פסיכולוגיה. אני קוראת ועורכת מסמכים שכותבים פסיכולוגים בבואם לקדם את הפסיכולוגיה בישראל. כולכם מרבים להשתמש במונח בריאות הנפש בהטיות שונות כשאתם מתכוונים לפסיכולוגיה, אך בישראל הרשמית לא כך הדבר. "האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות אמן על הגדרת מדיניות בתחום בריאות הנפש; ביצוע בקרה ופיקוח במסגרות הטיפול, השיקום

וההתמכרויות; מתן מענה לצרכי מטופלים ברמות שונות של בריאות הנפש ובתחומים השונים לרבות אשפוז, אמבולטורי, שיקום, התמכרות, טיפול בריאות מקדם לילדים אוטיסטים; פיתוח תכניות הכשרה בבריאות הנפש" (מתוך אתר האינטרנט של משרד הבריאות). זהו ללא ספק אגף בעל חשיבות רבה מאוד שעיסוקו המרכזי הוא פסיכיאטריה. בהיותי יו"ר מועצת הפסיכולוגים אני עוסקת בהגדרות של תחומי עיסוק אחרים, אך אפשר להתבונן בהגדרה של הפסיכיאטריה המקובלת בעולם. התאחדות הפסיכיאטרים העולמית (WPA) מגדירה אותה כך:

פסיכיאטריה היא דיסציפלינה רפואית שעניינה במתן טיפול רפואי טוב ביותר בהפרעות נפשיות, בשיקום בני אדם הסובלים ממחלת נפש ובקידום בריאות הנפש. פסיכיאטרים משרתים חולים על ידי מתן הריפוי הטוב ביותר האפשרי התואם לידיעה המדעית המקובלת ולעקרונות אתיים. על הפסיכיאטרים לנקוט פעולות ריפוי שמגבילות ככל הפחות את חירותו של החולה (הצהרת מדריד, 1996).

כמו בתחומים רפואיים אחרים, כדי לתת מענה בתחום הפסיכיאטריה משלבים כוחות אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות: פסיכיאטריה, סיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק וכן פסיכותרפיסטים בעלי הכשרה מגוונת ובהם גם פסיכולוגים. עוד בחודשים הראשונים שלי במשרד הבריאות למדתי כי כל המקצועות האלה מוגדרים בו "מקצועות בריאות הנפש", ללא הבחנה ביניהם. למיטב הבנתי, באגף בריאות הנפש לא עוסקים במונח בריאות הנפש במובן של פסיכולוגיה אלא במובן של פסיכיאטריה. יש לציין כי הבלבול בין המונחים קיים בכל שדרות ההיררכיה במשרד, מהשר ועד אחרון העובדים ב"בריאות הנפש". וכמובן, גם במשרדים חשויים אחרים יש בלבול דומה. בתקופת הקורונה, כאשר פנינו אנחנו והארגונים הפסיכולוגיים למשרד הבריאות ולמשרד האוצר וביקשנו להגדיל את המענה הפסיכולוגי במערכת הבריאות והתרינו שיש צורך במענה כזה, מייד תורגמה בקשתנו לצורך לתגבר את מערך בריאות הנפש. מובן שהתגבור הזה חשוב והכרחי, אך הוא אינו נותן מענה לצורך לתגבר את הפסיכולוגיה בכל מקום שהיא נמצאת ונדרשת בו: בקהילה וברפואת הקהילה, בבתי החולים הכלליים והשיקומיים, בבתי החולים לילדים,

במונח "פסיכולוגיה" על הטייתו השונות והבחינו בין העיסוק בבריאות הנפש מטעם פסיכולוגים ובין הקישור של המונח לפרקטיקה החשובה של בריאות הנפש בישראל, כלומר לפסיכיאטריה.

פסיכולוגים מכל ששת תחומי ההתמחות נמצאים ונדרשים בבתי חולים פסיכיאטריים, בבתי חולים כלליים, בבתי חולים שיקומיים, בקופות החולים, ביחידות להתפתחות הילד, במגוון מכונים ומרפאות בקהילה, במוסדות חינוך, בשירות הביטחון, בבתי הכלא, בפנימיות לנוער בסיכוי, במרכזי יום, במעונות ובהוסטלים לאנשים עם מוגבלות, במקומות עבודה ובמקומות רבים אחרים. חשוב שכולנו, ובייחוד כל מי שפועל למען הפסיכולוגיה הציבורית, נפיץ את הבשורה ונהיה ערים לסמנטיקה של מי שמדבר איתנו. אנחנו עוסקים ברווחה נפשית של בני אדם, גם במסגרות הקשורות לאגף בריאות הנפש במשרד הבריאות, אבל בהחלט לא רק שם.

שלכם,

ד"ר אילה בלוך

במערכות החינוך, הביטחון והרווחה ובארגונים רבים אחרים. בכל מקום שנמצאים בו בני אדם, שם נדרשת הפסיכולוגיה. אל תטעו, שילוב הכוחות מבורך בעיניי, ואני סבורה שהתרומה של הפסיכולוגיה במסגרות הפסיכיאטריות הוותיקות והחדשניות חשובה מאוד כיום ותהיה חשובה ובעלת ערך עוד יותר בעתיד. עם זאת עומד לפנינו האתגר לשפר את ההלימה בין המונחים שמשתמשים בהם בציבור, ופעמים רבות גם אנחנו הפסיכולוגים מקשרים אותם למקצוע שלנו, ובין האופן שבו הממשל בישראל משתמש בהם.

אמרו מעתה: יש פסיכולוגים מצוינים במערך בריאות הנפש בישראל ונדרשים עוד רבים, אך אף על פי שפסיכולוגיה עוסקת גם בבריאותם הנפשית של בני אדם, היא תחום נפרד הפועל במערכות רבות אחרות ונדרש בעוד מרחבים ציבוריים ואישיים בישראל.

כשאתם משוחחים עם עמיתים ועם אנשים מהשורה, כשאתם מתאיינים או מנסים לקדם את התחום שלנו, כשאתם כותבים מסמכים המתארים את הפעילות המבורכת שלכם ואת הצרכים בתחום הפסיכולוגיה בישראל, הקפידו להשתמש

דבר החטיבות - המשך מעמוד 10

דבר החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

חברים יקרים,

בימים אלה של פוסט קורונה שבהם אנו חוזרים לשגרה חדשה, שגרה שמושפעת מהשינויים שחלו בכל תחומי החיים בעקבות המגפה, אנו ממשיכים בפעילות כדי לשוב ולהנכיח את הפסיכולוגיה התעסוקתית כשירות שניתן במסגרת הפסיכולוגיה הציבורית.

מלבד זאת אנו פועלים להיפגש שוב פנים מול פנים בכנס השנתי של החטיבה. השנה ייערך הכנס בחודש ינואר וימשך יומיים וחצי. חצי היום הראשון יוקדש לפגישה ולהרצאות לכל משתתפי הכנס, והיומיים הנותרים לסדנאות. מקום הכנס והמועד המדויק יפורסמו בקרוב.

הכנס יתמקד בהתבוננות בפרט בהקשר הארגוני, בתנועה בין שני קטבים - בין החשיבה הפסיכואנליטית מחד גיסא ובין נקודת

המבט הקוגניטיבית מאידך גיסא. במרחב זה נרצה לעסוק בניתוח תפקיד, בתהליכים ארגוניים לא מודעים והשפעתם על הפרט בתוך הארגון, בניהול ומנהיגות, בחשיבה דיאגנוסטית ובתהליכי התערבות מתוך שתי הפרדיגמות הללו. אנו מזמינות אתכם לשלוח הצעות להרצאות, לסדנאות ולפעילות פנאי בפייסבוק ובמייל: vaadpsy@gmail.com או לכל אחת מחברות הוועד. כן נשמח מאוד לקבל רעיונות, הצעות ומחשבות ולצרף שותפים נוספים לעשייה החשובה לחיזוק וקידום הפסיכולוגיה בישראל והחטיבה שלנו בפרט.

בברכה,

ועד החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית



גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי והממונה על רישוי פסיכולוגים

לציבור הפסיכולוגים שלום רב,

שהקמנו, חומות בינינו ובין מקצועות אחרים וחומות בינינו לבין עצמנו.

במקום לנסות ולהראות כמה דעתנו נכונה ועמדתנו ראויה ועל פיה צריך לנהוג, ננסה להקשיב לעמדת האחר כדי להבין וללמוד ממנה. במקום לנסות להרוס יצירה של מי שאינו מסכים עם דעתי, אנסה ליצור יצירה שנובעת מעמדת. במקום להיאבק ולהתקיף, נשוחח. טוב שלא נסכים על הכול, שהרי רק כך נלמד, אבל חשוב מאוד שיהיה לנו אכפת גם ממי שאינו חושב כמונו. גם בטיפול הצמיחה מתרחשת לא רק בגלל הדמיון וההזדהות אלא גם, ובעיקר, בזכות השונות והגיוון.

"יש לי חלום" שתקום מרפאה פסיכולוגית שיעבדו בה פסיכולוגים מכל תחומי המומחיות המוכרים; מרפאה שתציע שירותי טיפול ואבחון מכל הסוגים ומכל הגוונים; שפסיכולוגים מתחומי מומחיות שונים יעבדו בשיתוף פעולה כקו־מטפלים, כמנחים בקבוצה וכמדיינים על תיאור מקרה בתהליך אבחוני מורכב, בישיבות צוות וכיוצא ב.

המטופלים ירוויחו משיתוף הפעולה הזה, הפסיכולוגים השותפים למרפאה כזאת ירוויחו ממנה וגם עולם הפסיכולוגיה ומערכת הבריאות ירוויחו ממנה. וכשנפיק מעצמנו את המיטב באופן הזה אולי גם נצליח לקדם בתוכנו נושאים לא פתורים, ואולי גם נצליח להשפיע על מערכת הבריאות הציבורית ולשנותה.

בימים אלה אנחנו נכנסים לתקופה הקרויה במסורת היהודית "בין המצרים"; תחילתה בצום י"ז בתמוז וסיומה ב-9 באב והיא תקופת אבל על חורבן בית המקדש והרס היישוב היהודי בארץ. הסיבה המרכזית שנתנו חכמי המשנה והתלמוד לחורבן בית שני הייתה שנאת חינוס. מהסיפורים הרבים שהובאו כדי להדגים את האופן שבו גרמה שנאת חינוס חורבן אפשר ללמוד עד כמה הביאו הניסיון לכפות עמדה והיעדר ההקשבה לעמדת האחר לידי מאבק פנימי, והוא שהחליש את היישוב בארץ. זו אינה הפעם היחידה שמאבק פנימי גרם הרס וחורבן. רצוי וכדאי ללמוד מההיסטוריה שרק אם נצליח לקבל את החושבים אחרת מאיתנו ונעבוד איתם יחד במקום להגביל את פעילותם נצליח להתקדם.

בברכה,

גבי

גם הפעם אני רוצה להמשיך ולעסוק בשאלה היסודית הנוגעת ליכולת שלנו ליצור ולעבוד יחד על אף דעותינו השונות ועמדותינו המגוונות, עבודה ויצירה המתקיימות מתוך הכבוד לשוני ומתוך האמונה שדווקא בזכות ההבדלים נוכל ליצור יחד.

במסגרת שירות המילואים שלי אני משתתף במסע עיבוד שירות והכנה לשחרור לוחמים העומדים להשתחרר מצה"ל. המסע מתנהל במסלולי הטיול היפים שמזמינה לנו הארץ בתקופות השנה השונות ושותפים לו זוג מנחים, בדרך כלל ממקצועות שונים, וצוות לוחמים שרוב שירותו עבר עליו יחד. בסיכום המסע האחרון שהשתתפתי בו, באמצע חודש יוני השנה, אמר אחד החיילים שעד גיוסו היו סביבו רק אנשים שדומים לו והוא גם לא הכיר אפשרויות אחרות. בצבא הוא נאלץ להיפגש עם אנשים שונים שלא היה בוחר לפגוש מיזמתו. ובהתבוננותו על 3 השנים האחרונות הוא למד שדווקא שונות זו היא שגרמה לצוות להיות מגובש ומצוין בתפקודו, ואת עיקר השיפור וההתקדמות שלו בשנים האלה הוא עשה בזכות אותם אנשים שונים ומתוך אותם פערים שהם השלימו אצלו. ועל פי תגובות חברי הצוות אליו, גם הוא, בייחודיותו, תרם לצוות, והיכולות הייחודיות שלו סייעו לצוות לא פעם בזמן השירות.

דברי הסיכום של הלוחם מייצגים את שתי התרומות של קבלת האחר: התרומה החברתית - המאפשרת את היצירה המשותפת ואת היכולת לאיחוד בזכות הייחוד; והתרומה האישית - האדם המצליח לקבל את האחר זוכה לקדם בתוכו תהליכים שהופכים אותו לאדם טוב משהיה. חשיבותם של דברים אלה עולה במיוחד בתקופה שבה הקיטוב רב והשיח המתלהם הוא השכיח במרחב הציבורי.

למה אני חוזר לנושא הזה שוב ושוב? למה אני חושב שזה השינוי הגדול שצריך להתרחש בקרבנו? למה אני חושב שאם נדע להתבונן באופן מקבל בעמדות ובדעות שונות משלנו ולקבלן ונצליח לראות בהן את החלק החיובי והטוב, נהפוך לפסיכולוגים טובים יותר?

התשובה פשוטה. המסלול המורכב והארץ של עיצוב הפסיכולוג יוצר יצירה ייחודית של מקצוענות שאין בשום מסלול מקצועי אחר. ייחודיות זו עדיין אינה מצליחה לממש את הפוטנציאל המיטבי שלה בשירות הציבורי בגלל חומות רבות

ד"ר חוה פרידמן, הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך

למה דרוש מתווה חדש לשירות הפסיכולוגי-חינוכי?

הארצי של משרד הבריאות. בצד שינויים אלה, הקשורים ישירות למקצוע, חלו שינויים גם במערכת החינוך. משרד החינוך פיתח וגיבש את מדיניות הניהול העצמי של בתי ספר מתוך כוונה להרחיב את האוטונומיה שלהם. ביטוי בולט ורלוונטי לשינוי זה אפשר לראות בתקציב השקלי הניתן לבתי ספר לשם רכישת שירותים מקדמי הכלה והשתלבות.

בגיל הרך - אחד השינויים הרלוונטיים הוא מודל אשכולות הגנים שמזמין את השפ"חים לבחון מחדש את אופן הקצאת השירות בציר השירות הפרטני-מערכתי.

ראוי לעסוק גם בשינויים ברמה האקו-סיסטמית. שינויים טכנולוגיים המעצבים את פני החברה ומשפיעים על מערכות יחסים פותחים גם אפשרויות חדשות לאופנויות של מתן שירות פסיכולוגי מרחוק.

דור Y ודור Z מתאפיינים בהחלפה תכופה של מקומות עבודה ובמודעות גבוהה לשכר ולתנאי העסקה. הפסיכולוגים הצעירים נמנים עם הדורות האלה.

אי אפשר לדון בשינויים האלה בלי לעסוק במגפת הקורונה. לאחר התמודדות מורכבת עם מציאות של משבר - שבה הפסיכולוגים עצמם הם מושא לפגיעות בבריאות, בכלכלה ובתעסוקה והם שבים ומתארגנים לתת מענה - אפשר לומר שמלבד התחלואה הביאה עימה מגפת הקורונה גם ערך מוסף. הרווחנו מהמגפה למידה ארגונית-חברתית בנוגע לחשיבות החיסון הנפשי של הורים וצוותי החינוך באמצעות reaching out אקטיבי בקנה מידה גדול.

מכלול השינויים הללו, ושינויים אחרים, התרחשו במציאות של פער מתמשך בין הרחבת אופק המשימות של השפ"ח, של עלייה בביקוש לשירותים פסיכולוגיים בכלל ובקבוצות אוכלוסייה מסורתיות בפרט ושל חסר בפסיכולוגים. שיווי המשקל הופר! מכאן הצורך במתווה חדש.

בסוף חודש יוני קיימנו פגישת צמרת בהנהגתו ובהנחייתו של מטה אגף פסיכולוגיה. השתתפו בו בערך 90 פסיכולוגים, מנהלי שירותים פסיכולוגיים, רכזי אגף פסיכולוגיה, נציגי גופים יציגים של הפסיכולוגיה בכלל והפסיכולוגיה החינוכית בפרט. צמרת 2021 היא בבחינת חוליה בעלת ערך ברצף חשיבה ודין בשיתוף שדה שאנו מנהלים בשנה האחרונה לבחינת השינויים שחלו בעבודת השפ"חים ולגיבוש תמונת עתיד.

המדיניות של עבודת השירותים הפסיכולוגיים-חינוכיים הוגדרה בחוזר מנכ"ל בספטמבר 2010: **מתווה השירות הפסיכולוגי-חינוכי**. מאז ישבנו על המדוכה כדי לכתוב את אותו מתווה חלפו 12 שנים בקירוב. שינויים רבים התרחשו בעבודת השירותים הפסיכולוגיים-חינוכיים, בזירת החינוך, באקלים החברתי, בחקיקה רלוונטית למקצוע, באופן ההקצאה של שירות ציבורי מטעם המדינה, בעולם התעסוקה ובזירת הטכנולוגיה.

אדגים מקצת השינויים הטומנים בחובם השפעות עומק על העיסוק המקצועי בפסיכולוגיה החינוכית ועל ניהול השפ"ח:

אופן הקצאת השירות הפסיכולוגי-חינוכי הציבורי: לפני עשור נסמך השירות הפסיכולוגי-חינוכי בעיקר על תקנים שהוקצו לרשויות המקומיות. כיום פועלים מרבית השירותים הפסיכולוגיים באמצעות תקנים בצד תוכניות לאומיות (התוכנית לילדים ונוער בסיכון 360, התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות, תוכנית הדרך החדשה) ותוכניות משרדיות (כגון מלקויות ללמידה, התקשרות ומטיב"ה). שינוי זה הרחיב והעמיק את איכויות מתן השירות, גיוון את עבודתו של הפסיכולוג והשפיע ישירות על שולחן העבודה של מנהל השפ"ח. לדוגמה, אם שפ"ח מקצה דלת פתוחה להורים במסגרת 360, הרי הוא פותח לפני הורים אפשרות פנייה ישירה להיוועצות. פסיכולוגים עובדים במסגרות חינוך וגם ברמת הקהילה, ומנהל השפ"ח מנהל משאבים וכוח אדם מלבד הקצאת פסיכולוגים למסגרות חינוך.

שינויים בתוקף חוק - תיקון סעיף 9ב בנוגע לעיסוק בפסיכותרפיה (2010): לפי התיקון יעסוק כל פסיכולוג בפסיכותרפיה על פי התמחותו והכשרתו. תיקון 11 לחוק החינוך המיוחד (2018) שב והגדיר את זכאותם של תלמידים עם צרכים מיוחדים לשירותי החינוך המיוחד.

תוכנית אסטרטגית של אגף פסיכולוגיה שבמרכז מתן שירות לילדים מתוך תשומת לב מיוחדת לעבודה עם המבוגר המשמעותי: הורים וצוותי חינוך.

שינויים בשדה **הפסיכו-דיאגנוסטיקה**: ניתוח דיאגנוסטי ופרשנות לאור תאוריית CHC ולאחר מכן התאמתו של מבחן Woodcock Johnson לתלמידי ישראל בכל הגילים.

שינוי דרישות ההתמחות בשיתוף הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה חינוכית במשרד הבריאות וגופים יציגים. הקמת אגד שפ"חים ראשון להתמחות בשיתוף הוועדה והפסיכולוג

מן השדה. כל מי שמעוניין להצביע על מורכבות שגורש לה מענה במדיניות, או לחלופין להציע רעיון יצירתי, מוזמן לכתוב אלינו.

נראה כי דווקא משבר הבריאות העולמי שתקף את אוכלוסיית העולם הבלתי מאד את מקומה של הנפש ואת תשומת הלב הנדרשת לצרכים של ילדים ושל מבוגרים כאחד בתחום הנפשי. ניצב לפנינו אתגר - להפגיש את היעדים הקשורים בחוסן האוכלוסייה ובחיסונה לצד חיזוק הפסיכולוגיה. שני התהליכים כרוכים זה בזה.

בברכת קיץ טוב לכולם,

חיה

בפגישת צמרת קיימנו 2 סבבי דיון:

סבב 1 התרכז בעבודתו של הפסיכולוג ונסב על השאלה מה הדבר החשוב ביותר ביותר שהיית רוצה שייכתב במתווה בנוגע לעבודת הפסיכולוג.

סבב 2 התרכז בעבודת השפ"ח. מטה אגף פסיכולוגיה בחר 3 מוקדים לדיון לשם גיבוש מדיניות:

1. משמעותה של התפיסה המערכתית בפסיכולוגיה החינוכית והביטויים המעשיים שלה;

2. מודלים לעבודת השירות הפסיכולוגי-חינוכי;

3. ניהול שפ"ח.

בימים האלה אנו מרכזים את התובנות שעלו מהדיונים הללו ואת השאלות שיש להכריע בהן לקראת גיבושו של מתווה חדש. יש ערך רב לקולותיהם של מנהלים ושל פסיכולוגים



ביטוח אחריות מקצועית

אזכור כראש סק

אנו שמחים להודיעכם כי תוכנית ביטוח אחריות מקצועית קבוצתית לשנת 2021 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל חודשה בחברת "מנורה מבטחים". בביטוח נכללים שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים, והוא מוצע במחיר מוזל לחברי הפ"ח בלבד.

הצטרפותכם מאפשרת שימור יכולת התחרות ושיפור התנאים!

ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2021 - עיקרי התנאים:

לסכום ביטוח כולל של 4 מיליון ₪. השתתפות עצמית למקרה תביעת צד ג' היא בסך 500 ₪ בלבד. חדש! ביטוח סייבר! ללא תוספת תשלום! הגנה מפני תביעות ונזקים העלולים להתרחש עקב תקיפות סייבר. הביטוח הוא על תביעה מצד שלישי לנזק שנגרם למטופל עקב חדירה למערכות המחשוב של המטופל.	של משרד הבריאות וועדת המשמעת של משרד הבריאות. במקרים אלו תחול השתתפות עצמית של 500 ₪. • התייעצות משפטית: ייעוץ משפטי ראשוני או ייצוג משפטי לתביעה. • חדש! ביטוח צד ג' בכל קליניקה: (בבית או בקליניקה מחוץ לבית) בגבול אחריות של 1 מיליון ₪ - ללא תוספת מחיר! אפשר להגדיל את הכיסוי לצד ג' עד	• ביטוח בסיסי: עלות ביטוח אחריות מקצועית בגבול אחריות של 4.5 מיליון ₪ - 455 ₪ לשנה! אפשר להרחיב את גבולות האחריות כפוף לתוספת תשלום. • הביטוח הוא על בסיס מועד הגשת התביעה וללא השתתפות עצמית. מלבד תביעות הכרוכות בהליכים משמעתיים המתנהלים בפני ועדת האתיקה של הפ"ח, ועדת התלונות
--	--	--

תהליך הרשמה או חידוש ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2021:

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

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

השפעת אמפתיה ומנטליזציה של אימהות על התפתחות אמפתיה והבנה חברתית אצל תינוקותיהן

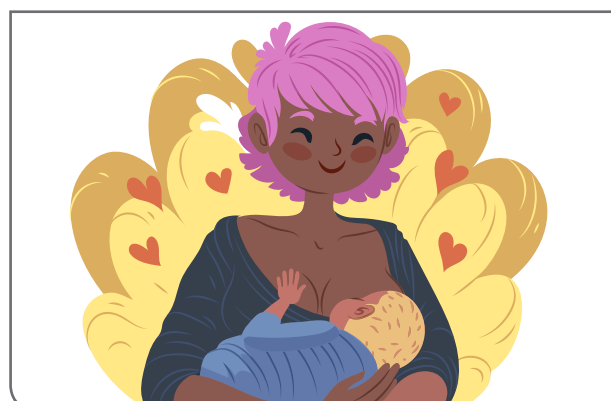
ד"ר רונית רוט-חנניה וד"ר דפנה ג'ניאו דולבר

ומאפשר הורות אמפתית מיטיבה ועל כן מקדם התפתחות רגשית-חברתית וקוגניטיבית-חברתית תקינה אצל התינוק. לסיכום נעסוק במשמעויות של ממצאים אלו ובתרומתם האפשרית לאבחון ולהערכה מוקדמים של קשיי התפתחות ולפיתוח תוכניות התערבות מוקדמות.

התשתית הפסיכולוגית של תפקוד חברתי אדפטיבי: אמפתיה והבנה חברתית בילדות

דאגה לאחר במצוקה (אמפתיה) היא רגש חברתי, בסיסי וחשוב המעורר התנהגות פרו-חברתית (התנהגות עזרה) ומשמש אבן דרך מרכזית בהתפתחות מוסרית ובהתנהלות חברתית אדפטיבית (Malti et al., 2009). התגובה האמפתית של הפרט מתבססת על היכולת לזהות, באופן מרומז (Implicit) או מלא, את מצבו הרגשי של האחר ולחוש דאגה, חמלה ואכפתיות המכוונים לאחר. תגובה אמפתית אמיתית, שהיא תגובה הממוקדת באחר (לעומת מיקוד בעצמי), דורשת מידה מתונה של עוררות פיזיולוגית או רגשית, יכולת ויסות וכן יכולת, ולו גולמית, להבחין בין העצמי לאחר. התאוריה הרווחת והבסיס למחקרים רבים בנושא התפתחות האמפתיה גרסה שהיכולת להגיב באמפתיה אמיתית לאחר במצוקה (כלומר מיקוד באחר) מתפתחת לראשונה בשנה השנייה לחיי הפעוט ונסמכת על יכולתו לזהות בעצמו ישות נפרדת ומובחנת בעולם (Hoffman, 1975). הופמן טען שהיכולת להביע אמפתיה אמיתית המכוונת לאחר אינה אפשרית בשנה הראשונה לחיי התינוק, משום שהתינוק אינו חווה את עצמו כנפרד מאחרים בעולמו וכאשר הוא נחשף למצוקתו של אחר (למשל בכי של תינוק אחר) הוא "נדבק" בה בשל הקושי בנפרדות ומתחיל לבכות בעצמו (מצב של "מצוקה עצמית" שתיאר הופמן כשלב מקדים לאמפתיה אמיתית). מחקרים שהסתמכו על התאוריה של הופמן מצאו שאכן, תינוקות בני 14 חודשים ומעלה שחווים אחר במצוקה (אימא, נסיינית, תינוק אחר) מביעים עניין ברור באחר, מנסים להבין את מצבו (המרכיב הקוגניטיבי של אמפתיה) ומפגינים כלפיו דאגה

היכולת להביע דאגה לאחר (אמפתיה) ולהבין את מצבו המנטלי (קוגניציה חברתית) היא אחד הכישורים המרכזיים המתפתחים בשנים הראשונות של חיי האדם, ויש לה השפעה מהותית על יכולתם של ילדים להשתתף ביחסים חברתיים. על פי התפיסה שרווחה עד לא מכבר מתפתחות אמפתיה וקוגניציה חברתית מהשנה השנייה לחיי התינוקות והלאה, אבל ממצאים חדשים מעידים שאפשר להבחין בסימנים מוקדמים ומבוססים לאמפתיה כבר במשך השנה הראשונה לחיים ואפשר לזהות יכולות בסיסיות ומוקדמות של הבנת אמונות וכוונות האחר אצל תינוקות צעירים.



מרכיב מרכזי המעורב בביטויי האמפתיה והקוגניציה החברתית של התינוק ושל האם הוא עוררות פיזיולוגית. על פי המחקר, נדרשת מידה אופטימלית של עוררות כדי שתינוק יוכל להביע דאגה לאחר במצוקה וכדי שאימא תוכל לזהות את צרכיו הרגשיים של תינוקה ולהגיב אליהם באמפתיה. מצבי עוררות יתר הם תוצר של גורמים אינטר-פסיכיים וחיצוניים ועלולים לחבל ביכולת להגיב לאחר באמפתיה.

במאמר זה נסקור בקצרה את גוף הידע העכשווי העוסק בהתפתחות מוקדמת של אמפתיה והבנה חברתית ונעסוק בתרומה האפשרית של אמפתיה ומנטליזציה אימהית להתפתחות יכולות אלו אצל תינוקות. כן נסקור את תפקידה של המנטליזציה האימהית כגורם הממתן מצבי עוררות יתר

ד"ר רונית רוט-חנניה וד"ר דפנה ג'ניאו דולבר - המכללה האקדמית תל-אביב-יפו.

אנו רוצות להביע את תודתנו ואת הערכתנו לד"ר דנה מקדוויט שי ולד"ר ג'סיקה בורלי על תרומתן הרבה לפיתוח המודל התאורטי והאמפירי העומד בבסיס מאמר זה.



קוגניטיביות-חברתיות כגון מודעות לקיומה של תודעת האחר (mind) ולהסיק על כוונותיו, על מטרותיו ועל הידע הזמין לו (Theory of Mind; ToM). גם המחקר בתחום הקוגניציה החברתית הניח שמיומנויות אלו של זיהוי והכרה במצבים המנטליים של אחרים מתחילות להתבסס אצל ילדים רק בגיל הגן, עקב הבשלה מאוחרת למדי של האזורים האחראיים למיומנויות אלו במוח.

ממצאי מחקרים שניסו לבדוק את יכולת ה-ToM בגילים צעירים מאלו שהוזכרו הראו מידה של הבנה ראשונית מרומזת של תינוקות למצבים אפשריים ובלתי אפשריים (True & False Belief) עוד לפני גיל שנה (Scott & Baillargeon, 2017) והבנה של כוונות האחר כבר בראשית השנה השנייה (Choi & Lou, 2015). בסדרה של מחקרים שונים שבדקו התפתחות קוגניציה חברתית אצל תינוקות באמצעות שימוש בפרדיגמות מחקר מותאמות אפיינו החוקרים שלבים בהפצעתן של מיומנויות ToM ראשונות. בעזרת מדידות המבוססות על התנהגויות העדפה וזמן התבוננות משתנה במצבים חברתיים פשוטים אפשר לראות כי בהיותם בני 13 חודשים תינוקות מביאים בחשבון את פרספקטיבת האחר ומסיקים בנוגע לכוונותיו כאשר הם מפרשים את התנהגותו. בהיותם בני 14 חודשים תינוקות יכולים להבין כוונה חברתית כמו שהיא באה לידי ביטוי בהתנהגות חברתית צפויה ובלתי צפויה. על בסיס ממצאים חדשים אלו אפשר להניח שכבר בראשית השנה השנייה לחייהם תינוקות יכולים להחזיק בעמדה מנטליסטית בסיסית מרומזת (implicit), והיא מאפשרת להם לזהות כוונות, ידע ואמונות של אחרים ולהסיק מהם מסקנות (Yott & Poulin, 2016), בייחוד כאשר המסקנות מתקיימות בהקשר חברתי.

מאחר שמבחינה תאורטית אמפתיה וקוגניציה חברתית קשורות זו לזו, לא מפתיע כי הן נמצאו בהלימה זו עם זו אצל מבוגרים ואצל ילדים. עם זאת, הקשר בין שתי מיומנויות חברתיות אלו לא נבדק בשיטתיות בתקופת הינקות. כמו כן, המחקר עדיין בחיתוליו בכל הקשור להשפעות האפשריות של הסביבה (בנפרד או בשילוב גורמי הבשלה) על התפתחות אמפתיה וקוגניציה חברתית בתקופת הינקות, ועדיין לא נבדקה השפעת ההתנהלות האימהית (למשל, ביטויי אמפתיה וקוגניציה חברתית [מנטליזציה] מצד האם) על התפתחות יכולות אלו אצל התינוק.

מנטליזציה ואמפתיה אימהית והשפעותיה על התפתחות הילד

מנטליזציה הורית עוסקת בנטייתו של ההורה לראות בתינוק אינדיבידואל המונע על ידי מצבים מנטליים, קרי מוטיבציות פנימיות, רגשות ומאווים, שהם נפרדים משל ההורה ואפשר

ואכפתיות (המרכיב הרגשי של אמפתיה) מובהקות דרך הבעות פנים, קול ומחוות שונות. מלבד זאת נמצא כי בגילים אלו כבר אפשר לראות ניצנים ראשונים של התנהגות פרו-חברתית הבאה לידי ביטוי בניסיונות של הפעטות לעזור לאחר במצוקה, למשל הגשת מוצץ או ליטוף כדי לנחם את האחר הסובל (Zahn-Waxler et al., 1992).

מרכיב מרכזי המעורב בביטויי האמפתיה והקוגניציה החברתית של התינוק ושל האם הוא עוררות פיזיולוגית. על פי המחקר, נדרשת מידה אופטימלית של עוררות כדי שתינוק יוכל להביע דאגה לאחר במצוקה וכדי שאימא תוכל לזהות את צרכיו הרגשיים של תינוקה ולהגיב אליהם באמפתיה. מצבי עוררות יתר הם תוצר של גורמים אינטרה-פסיכיים וחיצוניים ועלולים לחבל ביכולת להגיב לאחר באמפתיה

מחקרים עדכניים אתגרו את התאוריה של הופמן בהראותם ביטויים מוקדמים של אמפתיה כבר בשנה הראשונה לחיי התינוק, בהתבסס על ההנחה שכבר בחודשים הראשונים לחייו מתפתחת אצלו מודעות עקיפה להיותו ישות נפרדת בעולם. כן נטען כי יש לבחון תגובות אמפתיות במצבים של עוררות רגשית מתונה (לעומת מצב של עוררות יתר רגשית בעקבות חשיפה מתמשכת לבכי תינוק כמו שנעשה במחקרים המוקדמים). ואכן, ממצאים ממחקר אורך שעקב אחרי תגובותיהם האמפתיות של תינוקות בני 3 עד 18 חודשים מעידים על כך שכבר בהיות התינוק בן 3 חודשים אפשר לזהות אצלו סימנים מוקדמים לאמפתיה (רגשית וקוגניטיבית) המכוונת לאחר, וסימנים אלו מתבססים במובהק בגיל 6 חודשים. עוד נמצא כי גילויי אמפתיה בשנה הראשונה לחיי התינוק מנבאים התנהגות פרו-חברתית בשנה השנייה לחייו (Davidov et al., 2020).

כאמור, היכולת להביע דאגה לאחר חשובה ומרכזית בהתפתחות רגשית-חברתית מוקדמת, אך כדי להשתלב באינטראקציה חברתית של ממש וכדי לפעול באופן פרו-חברתי על ילדים להשתמש לא רק ביכולתם האמפתית אלא גם במיומנויות

המעיד על אזורי הפעלה מוחיים שונים (Borelli et al., 2020). לפיכך, הורה עשוי לזהות ולהבין את המוטיבציות הפנימיות של ילדו (מנטליזציה הורית גבוהה) ללא אמפתיה ואכפתיות כלפיו. דוגמה לכך אפשר לראות במצבים של ניצול הורי. לעומת זאת, הורה עשוי לחוות אמפתיה גבוהה כלפי ילדו (זיהוי המצוקה הרגשית של הילד וחבירה רגשית אליו) ללא יכולת להבין את מקור הרגשות ואת הסיבות להם או להפריד בין רגשותיו וצרכיו שלו ובין רגשות הילד. גוננות יתר הורית היא דוגמה לשילוב כזה. עוד מרכיב חשוב שלו השפעה על איכות התגובה האמפתית ועל היכולת למנטליזציה, הן בקרב הורים הן בקרב תינוקות, הוא עוררות רגשית ופיזיולוגית. נמצא שעוררות יתר רגשית ופיזיולוגית היא גורם המשפיע באופן שלילי על יכולתו של האינדיבידואל להגיב באמפתיה למצבו הרגשי של אחר ולהחזיק בעמדה מנטליסטית בזמן נתון. עלייה ברמת העוררות הרגשית אופיינית להורים כאשר הם חווים את מצוקת ילדם. עוררות זו עשויה לעודד אצלם תגובה אמפתית כלפי הילד, אך אם העוררות גבוהה מדי, היא עלולה לקדם תגובה שאינה אמפתית. נמצא כי מנטליזציה הורית עשויה לווסת תגובות הורית והתנהגות הורית לא רגישה הנובעת מעוררות יתר (Borelli et al., 2020). אימהות הריוניות בעלות יכולות מנטליזציה גבוהות אשר נחשפו לסימולציה של בכי תינוק במעבדה הצליחו לווסת את העוררות שחוו ולשאת את בכי התינוק למשך זמן ארוך יותר בהשוואה לאימהות הריוניות בעלות יכולות מנטליזציה נמוכות יותר (Rutherford et al., 2015).

עם זאת, חסרים מחקרים הבוחנים את ההשפעות המווסתות של מנטליזציה הורית לאורך זמן ואת תרומתה להתפתחות הרגשית-חברתית והקוגניטיבית-חברתית של תינוקות. כמו כן לא נבדקה לעומק ההשפעה האפשרית של עוררות פיזיולוגית של התינוקות עצמם על יכולתם להגיב באמפתיה על מעשי אחרים ועל מיומנויות ההבנה החברתית שלהם.

מחקר אורך הבדק את השפעת האמפתיה והמנטליזציה של אימהות על התפתחות אמפתיה והבנה חברתית אצל תינוקותיהן

לאור המידע החדש המצטבר והמעיד על תרומתן של מנטליזציה ואמפתיה אימהיות להתפתחות רגשית-חברתית של תינוקות, וכן לאור המידע על הנצח יכולות אמפתיה ומנטליזציה בקרב תינוקות כבר בתקופת הניקוט, נועד מחקר האורך בהובלת שתי הכותבות להרחיב, להעמיק ולתעד קשרים בין יכולות אימהיות אלו ובין התפתחות אמפתיה והבנה חברתית בקרב תינוקות בתקופת הניקוט המוקדמת. מחקר אורך זה משתמש במערך של מדידות חוזרות ב-3 נקודות זמן כדי לעסוק ב-3 מטרות

לזהותם מתוך התבוננות בהתנהגות הנצפית (Slade, 2005). מנטליזציה הורית באה לידי ביטוי, בין השאר, ביכולתו של ההורה להיות רפלקטיבי בנוגע למצבו המנטלי שלו עצמו ולמצבו המנטלי של ילדו (הפונקצייה הרפלקטיבית ההורית). את המנטליזציה האימהית אפשר לאפיין ולמדוד כבר בזמן ההיריון, והיא מנבאת מרכזית של ההתפתחות הרגשית-חברתית של התינוק בשנות חייו הראשונות.

התגובה האמפתית של הפרט מתבססת על היכולת לזהות, באופן מרומז (Implicit) או מלא, את מצבו הרגשי של האחר ולחוש דאגה, חמלה ואכפתיות המכוונים לאחר. תגובה אמפתית אמיתית, שהיא תגובה הממוקדת באחר (לעומת מיקוד בעצמי), דורשת מידה מתונה של עוררות פיזיולוגית או רגשית, יכולת ויסות וכן יכולת, ולו גולמית, להבחין בין העצמי לאחר

מנטליזציה הורית מאפשרת להורה לזהות באופן מדויק, פחות או יותר, את צרכיו הרגשיים של התינוק ולספק לתינוק טיפול הורי רגיש ומותאם, ולפיכך תומכת באופן מיטבי בהתפתחות הרגשית-חברתית של הילדים ובאופן ספציפי בהתפתחות הקוגניציה החברתית שלהם (Meins, 2013). עם זאת, בהיעדר כלי מחקר להערכת קוגניציה חברתית בגיל הניקות נבדק הקשר בין מנטליזציה הורית ובין התפתחות רגשית-חברתית וקוגניטיבית-חברתית רק בקרב ילדים בני 3-4 ואילך, ולא נבדק אם הקשר מתקיים, ובאיזו מידה, בתקופת הניקות.

יתרה מכך, ממצאי המחקרים העוסקים בקשר החיובי בין אמפתיה בקרב הורים ובין התנהגות חברתית אדפטיבית אצל ילדיהם מבוססים ברובם על דיווחים עצמיים של ההורים, ולא על הערכות התנהגותיות של תגובות אמפתיות אצל הילדים, ועל כן נתונים להטיה הורית.

להורות מיטיבה ומטפחת נדרשת הן יכולת מטה-קוגניטיבית מצד ההורה לזהות מצבים מנטליים בעצמו ובילד (מנטליזציה הורית) הן יכולת רגשית לתפוס ולהדהד את רגשות התינוק ולהרגיש אכפתיות כלפיו (אמפתיה הורית). מדובר במושגים קרובים אך מובחנים, כמו שעולה מהמחקר הנירור-קוגניטיבי



האמפתיות של האם בהיריון נקשרו ליכולת מנטליסטית-אימהית במדידה 2. אלו באו לידי ביטוי הן בייצוגים מנטליסטיים של האם את התינוק הן בהתנהגות מנטליסטית בעת משחק חופשי עם התינוק. לבסוף, עוררות פיזיולוגית אצל האם במצבי אתגור הורי (למשל בסימולציה של תינוק בוכה) נקשרה ליכולת מנטליסטית אימהית פחותה בהיריון ובגיל 6 חודשים וכן להתנהגות אימהית מנטליסטית פחותה במשחק חופשי עם התינוק.

אימהות שהראו יכולות מנטליסטיות גבוהות בהיריון הראו יכולות מנטליסטיות גבוהות גם במדידה 2

דיון

סקירת הספרות וממצאי המחקר הראשוניים המוצגים כאן נועדו להרחיב את ההבנה התאורטית והאמפירית שלנו בנוגע למסלול ההתפתחות של אמפתיה וקוגניציה חברתית אצל תינוקות ולבחון את מנגנוני הסביבה (אמפתיה ומנטליזציה אימהית) שמעצבים התפתחות מוקדמת של מיומנויות חשובות אלו ומשפיעים עליהן לאורך זמן. כמו כן המחקר בוחן את הקשרים בין עוררות פיזיולוגית, יכולות אמפתיה ועמדה מנטליסטית אצל אימהות ואצל תינוקות. במחקר השתמשו בכלים מגוונים ומבוססים אמפירית כגון מדידות פיזיולוגיות, תצפיות, ראיונות ושאלוני דיווח עצמי למדידת אמפתיה, מנטליזציה וקוגניציה חברתית אצל אימהות ואצל תינוקות.

ממצאים ראשוניים מראים כי, כמובא, יכולות מנטליסטיות ואמפתיות של אימהות בזמן ההיריון קשורות לעמדה ולהתנהגות מנטליסטית של האימהות כלפי תינוקותיהן בני 6 החודשים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם התפיסה התאורטית-טיפולית וכן עם ממצאי מחקר המעידים על שהאם מביאה להורות יכולת מנטליסטית מוקדמת, וזו מכוננת את התנהגותה עם תינוקה, לכל הפחות בתקופת הינקות.

יתרה מזו, ממצאינו הראשוניים מראים כי, כמצופה, עוררות פיזיולוגית גבוהה אצל האימהות, למשל כאשר הן נדרשות להתמודד עם סימולציית מצוקה מתמשכת של תינוק, נקשרת להתנהגות אימהית פחות אמפתית ופחות מנטליסטית. ממצאים אלו עולה כי אימהות המאופיינות בתגובות רגשיות גבוהה, למשל אימהות חרדתיות, עלולות להגיב באופן שהוא פחות אמפתי ופחות מנטליסטי למצוקת תינוקן.

לממצאי המחקר הנוכחי ולמצאים המדווחים בספרות עשויים המשך בעמוד 53

מרכזיות ואלו הן:

1. אפיון דפוסיים של עקביות ושינוי לאורך זמן בהתפתחות אמפתיה ומנטליזציה אצל אימהות ואצל תינוקות;
2. בדיקת קשרים ב־זמניים ותוך־אישיים בין יכולות אמפתיות ובין יכולות מנטליזציה של האם; קשרים בין יכולות אמפתיה מתפתחות ובין התפתחות קוגניציה חברתית אצל התינוק; וקשרים בין־אישיים וב־זמניים בין יכולות אלו של האם ובין התבססות היכולות הללו אצל התינוק. בתוך כך בחינת הקשרים בין רמות העוררות הפיזיולוגית של האם ושל התינוק ב־3 נקודות הזמן השונות והשפעותיהן על יכולות האמפתיה והקוגניציה החברתית של האם ושל התינוק;
3. חקירת קשרים ארוכי טווח ומנבאים בין יכולות אימהיות בזמן ההיריון ולאחריו ובין התפתחות אמפתיה ויכולת ההבנה החברתית של התינוק מתוך שליטה במשתנים מתערבים פוטנציאליים כגון פסיכופתולוגיה הורית, מזג התינוק ותגובתיות פיזיולוגית.

מערך המחקר וממצאים ראשוניים

המחקר נערך בימים אלו במעבדה ההתפתחותית במכללה האקדמית תל־אביב-יפו. למחקר מגויסות נשים בשליש השלישי להריון, בריאות ודוברות עברית. למחקר 3 נקודות זמן: מדידה 1 נעשית בעת ההיריון (שבוע היריון 25-34) ונכללות בה הערכה של יכולות האמפתיה והמנטליזציה האימהית ומדידת עוררות פיזיולוגית במצבי לחץ אצל האימהות. לשם כך משתמשים במגוון שיטות כגון מדידות פיזיולוגיות, תצפית, דיווח עצמי וריאיון.

מדידה 2 נעשית כשהגיעו התינוקות לגיל 6 חודשים ונכללת בה חזרה על המדידות האימהיות מנקודת זמן 1. מלבד זאת נכללת במדידה 2 תצפית במשחק חופשי בין האם ובין תינוקה להערכת המנטליזציה האימהית בעת אינטראקציה משותפת. להערכת יכולות האמפתיה של התינוק נמדדות התגובות הפיזיולוגיות וההתנהגותיות שלו כאשר הוא צופה במצוקה של תינוק אחר ובמצוקה של מבוגר.

מדידה 3 נעשית כשהגיעו התינוקות לגיל 15 חודשים ונכללת בה חזרה על כל המדידות שבוצעו לאם ולתינוק בנקודת זמן 2. מלבד זאת מוצגים לתינוק סרטוני אנימציה המציגים מצבים חברתיים המאפשרים להעריך את ההבנה החברתית של התינוק.

ממצאים ראשוניים המבוססים על נתונין של 42 נשים ותינוקות אשר השלימו את מדידה 1 ו־2 (מדידה 2 נערכה בתקופת הקורונה ועל כן נעשתה באופן מקוון) מראים עקביות ביכולות המנטליזציה האימהית בזמן ההיריון ובמדידה 2, כשהגיע התינוק לגיל 6 חודשים, כך שאימהות שהראו יכולות מנטליסטיות גבוהות בהיריון הראו יכולות מנטליסטיות גבוהות גם במדידה 2. היכולות

"מרחב יצירה או שדה קרב?" היבטים התפתחותיים וטיפוליים של אכילה והפרעות אכילה בינקות ובגיל הרך

מיכל גולדשמידט, ד"ר דנה ארהרד-וייס, עדי שמיע-עצמון, דגנית בן ניסן

טבע את הביטוי "ההאכלה הראשונה התאורטית", והוא מיוצג בחיים הממשיים בהצטרבות החוויות המוקדמות של האכלות. ושאטור (2000) טבעה את המונח "יחסי האכלה" באופן המדגיש את האופי הדיאדי והאינטראקטיבי של חוויה בסיסית זו.

למרבית התינוקות הנולדים יש מנגנון טבעי פנימי לוויסות רעב ושובע ויכולות מוטוריות הנדרשות ליניקה, למציצה ולבליעה (Faith et al., 2004). אם כך, ההתפתחות בתחום האכילה היא תוצאה של בשלות נוירולוגית ורכישת מיומנויות בזמן האינטראקציה עם הדמויות בסביבה המאכילה, ויחסי ההאכלה מגלמים תפקיד מפתח בהתפתחות הרגשית, הקוגניטיבית, המוטורית והחברתית (Bryant-Waugh, 2019). אכילה מיטבית בבסיסה היא אכילת מזון מזין בעת רעב פיזי והפסקת אכילה עם הרגשת השובע. יחסי האכלה תקינים מאפשרים ליצור הקשרים בריאים בין התחושות הפנימיות של התינוק והיכולת שלו להביען ובין היכולת של הדמות המטפלת בו לזהותן ולהגיב עליהן כנדרש. מחקרים מראים כי האכלה קשובה קשורה לעלייה טובה ומאוזנת במשקל ולצריכת מזון בריא במשך החיים (Anzman et al., 2010; Hughes, 2005; Patrick et al., 2005). הדדיות הורה-ילד, קשיבות לרצונות התינוק ומיעוט מאבקי שליטה זוהו כמרכיבים אינטראקטיביים מרכזיים המסייעים להתפתחות יחסי האכלה יעילים (Brown & Arnott, 2014).

דניאל סטרן טען כי "אחד הדברים המפחידים ביותר את רוב האימהות החדשות הוא ההכרה בכך שהן פתאום נושאות באחריות עצומה על חייו של מישהו". הוא תיאר את הלך הרוח האימהי וסבר שתפקידה של האם לשמור על תינוקה בחיים והיא שאחראית לעזור לו לצמוח ולשגשג (סטרן, 2000, עמ' 16). כשהאכלה ואכילה נחוות כמוצלחות הן תורמות להרגשת רגיעה אצל ההורה, גורמות לו הנאה וסיפוק ומעוררות בו את ההרגשה שהוא הורה טוב ומיטיב. ורגשות חיוביים ותחושת מסוגלות הורית משפיעים לטובה על אינטראקציות האכילה הבאות. כאשר התינוק זוכה להאכלה רגישה, מותאמת ומכילה הוא ירגיש אהוב ומטופל, ילמד להביע אמון וייהנה מהרגשת העצמאות הגוברת

"יותר מכל תחום אחר בהתפתחות, האכלה היא התחום שבו ההורים והתינוק מעבדים את המאבק המתמיד בין תלות - להיות מואכל, לבין עצמאות - להאכיל את עצמו ועל העצמאות לנצח" (ברזלטון, 1993)

תקציר: מאמר זה מתמקד באינטראקציות האכלה בגיל הינקות ובגיל הרך כתשתית רב-מערכתית שעליה נרקמים ומתפתחים תפיסתו של התינוק את גופו ואת יחסיו עם הסביבה ועם העולם הבין-אישי. נתאר את המורכבות הטמונה במערכת היחסים של האכלה בגיל הרך, נסקור את גורמי הסיכון להתפתחותן של הפרעות אכילה ואת התערבויות הטיפול שבבסיסן עבודת צוות רב-מקצועי. מאמר זה מתבסס על עבודת הטיפול שנעשת במרפאת הפרעות אכילה בגיל הרך במרכז שניידר לרפואת ילדים בשיתוף המכון להתפתחות הילד והמערך הפסיכולוגי.

בספרות הפסיכולוגית התבססה זה כבר הידיעה כי לחוויות האכילה של התינוק יש משמעות פסיכולוגית עמוקה. החלב הנכנס לפיו של התינוק ומשביע את כאב רעבונו בהדרגה הוא מבחינתו חוויה רב-חושית וטוטלית המעצבת את תחושותיו כלפי גופו וכלפי העולם. תלותו המוחלטת של התינוק בדמויות המטפלות בו לשם סיפוק המזון להישרדותו ולגדילתו הופכת אינטראקציה זו למרכזית בקשר של התינוק עם הוריו, ומתוך כך מקבלת משמעויות רבות ומתמשכות בקשר הורה-ילד.

ויניקוט ראה בתהליך האכילה גורם מכריע בהתפתחות התינוק ובביסוס אשליית השליטה שלו וטען כי הרעב צריך להיענות בתגובת האם על צורכי התינוק במידה ובעיתוי טובים דיים. לדבריו, "אפשר שאין עוד פרט שפסיכולוגים יכולים ללמוד, אשר יהיה בעל השפעה מכרעת יותר על הבריאות הנפשית של היחיד מאשר הצורך שהתינוק יהיה היוצר של הפטמה של שד האם" (ויניקוט, 2016, עמ' 147). פעולתו של התינוק אינה משביעה רק את הרעב הפיזי שלו אלא מעניקה לו גם חוויות אשליה ולפיה הוא שיצר את האובייקט (המזון), הרגשה אומניפוטנטית המאפשרת לתינוק לפתח את תחושת העצמי. וויניקוט אף

המזון הרצויות ופנטזיות לא מודעות שלהם בנוגע לאכילה עלולים לערער את יחסי ההאכלה ולקלקלם. פסיכופתולוגיות הוריות כגון דיכאון לאחר לידה או הפרעת אכילה של ההורה עשויות אף הן ליצור קושי או להעצים אותו. לעיתים קרובות שיבושים אלו זמניים וחולפים מעצמם, אך במקרים לא מעטים מתעצמות החוויות השליליות עד כדי הפרעות אכילה. חוויות האכלה הנחוצות כקשות עשויות לעורר רגשות של חוסר אונים ותסכול, להעצים תפיסות שליליות של ההורים בנוגע לעצמם ובנוגע לילד ועוללות לפגוע במרקם היחסים ההדדי. הפרעות האכילה בגיל הרך עשויות לחשוף את התינוק או הפעוט לתזונה לקויה, לבעיות בגדילה, להפרעה בהתפתחות הקוגניטיבית וביחסי הורה-ילד. הפרעת האכילה עלולה לגרום חסרים בתזונה, הפרעות בשגשוג (FTT-FAILURE TO THRIVE) ודרגות שונות של איחור בהתפתחות הפסיכומטרית ובגדילה.

מחקרים רבים הראו כי בזמן אינטראקציות האכלה של ילדים בעלי קשיי אכילה מתקשים הן האימהות הן האבות לעודד חקירה של האוכל ונוטים להיות חודרניים ועסוקים במאבקי שליטה (Aviram et al., 2014; Patrick et al., 2004; Ammaniti et al., 2004). נמצא ששליטה הורית בעת האכלה ולחץ הורי שקשור לכמויות האוכל, למגוון ולדרכי ההאכלה קשורים ליכולת ויסות עצמי נמוכה אצל הפעוטות (Farrow & Blissett, 2006), ועקב זאת נפגעים סיכויי של הילד לאכול על פי דרישות גופו. ילדים אלו אף מגיבים בסרבנות רבה למגעה של אימם וברתיעה רבה ממנו לעומת ילדים אחרים (Feldman et al., 2004) וכן נמצא שתזונתם לקויה הן מבחינת הכמויות הן מבחינת הערך התזונתי (Galloway et al., 2006).

מעריכים כי עד 25 אחוזים מהפעוטות ומהילדים הצעירים מפגינים קשיים מסוימים באכילה. סירוב אכילה, אי-שקט, הירדמות בזמן אכילה, סירוב לעבור מהנקה לבקבוק, סירוב לעבור לאכילת מוצקים ולאכילה עצמאית ואכילה בררנית הם התלונות הנפוצות אשר בגין הורים פונים לטיפול (Chattoor, 2002; קרן ואחרים, 2013). בעיות אכילה קשות הקשורות לקושי בעלייה במשקל או לסירוב לאכול מדווחות בספרות בשכיחות של 1-2 אחוזים, ושכיחות התופעה בילדים בעלי צרכים מיוחדים היא מעל 80 אחוזים. רובם המכריע של ילדים אלו יוסיפו להפגין קשיי אכילה גם בגילי הילדות המאוחרים.

סיווג הפרעות האכילה בגיל הרך

אף שבעיות אכילה שכיחות בגיל הרך, הן הוגדרו לראשונה כאבחנה פסיכיאטרית ב-DSM-IV רק ב-1994. בקריטריונים לאבחנה נכללו חוסר יכולתו של הפעוט לאכול מספיק, עיכוב בעלייה במשקל או ירידה ניכרת במשקל. בעבר היה נהוג להבחין

ומהרגשת שליטה על הנכנס לפיו ולגופו.

ארוחות מיטיבות מאפשרות לתינוק ולפעוט להתנסות בדברים שונים וללמוד מושגים חושיים ותפיסתיים רבים ומגוונים כגון צבעים, מרקמים, גדלים ומושגים מילוליים. כן נוצרים הקשרים בין המושגים השונים, למשל בין מראה למגע ולריח. מגע האוכל בידיים ובפנים מאפשר לתינוק להתנסות בחוויות חושיות מגוונות ולתרגל אותן, ובזכות זה לקדם ויסות חושי ולשכלל מיומנויות של מוטוריקה עדינה וקואורדינציה עין-יד. אינטראקציות אלו מאגדות כאמור גם שפע של מרכיבים בהקשר הבין-אישי ומשמשות מרחב לימוד ותרגול של נושאים כגון הדדיות, תקשורת, הכלה וחקיקו.



בתצפית על אינטראקציה של ההאכלה בין ליאל (שם בדוי), בת 10 חודשים, ואימה, כחלק מתהליך ההערכה, ראינו כי בראותה את האוכל על השולחן נע גופה של ליאל בהתרגשות ואותה שהיא רוצה להתחיל לאכול. ליאל השמיעה קולות של קוצר רוח ועקבה במבטה אחר אימה השולחת את ידיה להגיש לה אוכל. ליאל לקחה לידה את ה"קשה של הלחם" הטבול בטחינה שהונח על מגשה והגישה לפיה. פניה נראו קורנות מהנאה, ואימה נראתה נינוחה ומחייכת. לאחר דקות אחדות הגישה לה האם שמנת בכפית, וליאל התבוננה באימה ופתחה את פיה ברצון. מפעם לפעם היא הגישה את הלחם שהחזיקה בידה לפיה ונגסה בו. אימה המתינה מעט לפני שהגישה לפיה כפית נוספת.

הפרעות אכילה בגיל הרך

כמו שאפשר להתרשם מהתצפית, הצליחו ליאל ואימה לבסס דפוסי אכילה והאכלה בריאים. ואולם פעמים רבות משתבשים יחסי ההאכלה. מאפיינים כמו מזג קשה או בעיות בריאות שונות של הילד עשויים להוסיף קשיים בתחום זה. בתוך כך, גם מגוון מאפיינים של ההורה כגון חרדה גבוהה בנוגע לבריאות ולחיי הילד, חוסר ביטחון של ההורה, תפיסות מוטעות בנוגע לכמויות

של העלאת גירה. הפרעת אכילה אשר קשורה להפרעה מהותית ביחסים בין ההורה ובין הילד או מובנת על רקע המצב הזה תקבל, על פי סיווג זה, גם אבחנה של הפרעה ביחסים מלבד האבחנה של הפרעת אכילה.

מרפאת הפרעות אכילה בגיל הרך (מרפאת כשל בשגשוג) במרכז שניידר

מרפאת האכילה שמיועדת לגיל הרך שוכנת במחלקת אשפוז יום במרכז שניידר לרפואת ילדים ופועלת בשיתוף המכון להתפתחות הילד, מכון של בית החולים. במרפאה נערכים תהליכי אבחון וטיפול בתינוקות ובפעוטות הסובלים ממגוון הפרעות, מחלות ותסמונות הגורמות חוסר שגשוג או פגיעה בגדילה ובהתפתחות התקינה של הילד. הצוות המטפל הוא רב-מקצועי ובו רופא ילדים, אחות, דיאטנית, מרפאה בעיסוק, פסיכולוגיות התפתחותיות וקליניות, עובדת סוציאלית ופסיכיאטרית. ייחודיות הטיפול במרפאה נובעת מהתערבויות "כאן ועכשיו" בזמן אינטראקציות האכילה במקום. בטיפול נכללות פגישת הערכה ראשונית נרחבת ופגישות מעקב וטיפול מותאמות לכל מקרה.

תהליך הערכה

כדי לזהות את הגורמים השונים התורמים להתפתחות הפרעות אכילה בגיל הרך ולבנות תוכנית טיפול מתאימה נדרש תהליך הערכה ואבחון מקיף. יש חשיבות רבה להערכה בצוות רב-מקצועי ובעיסוק בהיבטים השונים של הפרעות האכילה: מחלות רקע, תסמונות ואבחנות רפואיות, מיומנויות אכילה, קשיים בבליעה, פרופיל הוויסות החושי, הערכת התזונה, הערכה פסיכו-סוציאלית והערכה פסיכיאטרית לפי הצורך.

הערכה ראשונית נערכת במרפאה ב"פיקניק בוקר" שבו אוכלים יחד אנשי הצוות, הילד והוריו סביב שולחן אוכל. התצפית על האכילה של הילד והוריו מתמקדת בהיבטי התפתחות ובדפוס הקשר הורה-ילד. תשומת לב רבה מיוחדת להבנת הנרטיב, לאופן שבו ההורים תופסים את ילדם ומבינים את התפתחות ההפרעה וכן לרגשות המתעוררים אצלם. חשוב להעריך את תפקוד ההורים ואת יכולת ההורים לתמוך בתינוק.

תצפית על האינטראקציה בין ההורה ובין התינוק, כמו שהם באים לידי ביטוי ב"פיקניק", שעה שההורים מזינים את ילדם, מאפשרת להעריך את מידת הזמינות, הרגישות וההתאמה ההורית ברמה הלא מילולית והמילולית. פעמים רבות הערכה מקיפה מחייבת גם הפניה להערכה התפתחותית במכון להתפתחות הילד, בתשומת לב להתפתחות הרגשית והמנטלית של הפעוט.

בין כשל בשגשוג שמקורו גופני ובין כשל בשגשוג שמקורו פסיכולוגי, אבל ההבחנה ננטשה עקב ההבנה הגוברת בדבר ההשפעות ההדדיות של גורמים פיזיולוגיים ופסיכולוגיים (קרן ואחרים, 2013).

שאטור (1997, 2002) הציעה לסווג את הפרעות האכילה על פי הזמן ושלב ההתפתחות שהן מופיעות בו, המשגה המתבססת על היבטים רגשיים כוויסות, הדדיות ואוטונומיה. בחלוקה זו סווגו הפרעות האכילה בגיל הרך בדרך זו: 1. הפרעת אכילה כביטוי להפרעה בוויסות הפיזיולוגי (מהלידה עד גיל 3 חודשים); 2. הפרעה הנובעת מהפרעה מהותית בקשר הראשוני בין ההורה ובין התינוק ובאה לידי ביטוי בקושי באיתותי התינוק ובתגובת ההורה (2-6 חודשים); 3. אנורקסיה של הילדות (Infantile anorexia) המופיעה בדרך כלל בין גיל חצי שנה לשנתיים וחצי, עם המעבר לאכילה בכפית ולאכילה עצמאית ומגוונת; 4. הפרעה המופיעה על רקע סלידה חושית מאוכל. בדרך כלל הפרעה זו מתחילה כאשר מציעים מגוון מאכלים; 5. הפרעת אכילה הקשורה בבעיה רפואית של ממש; 6. הפרעת אכילה פוסט-טראומטית המתפתחת על רקע חוויות טראומטיות בעת האכילה או הקשורות להליכים רפואיים חודרניים שהתינוק לומד לפחד מהם. סיווג זה שהציעה שאטור נכלל בעבר בספר האבחנות DC-0-3, אבל עם הזמן שונה. עם זאת, לדעתנו, יש חשיבות לראייה ההתפתחותית המצויה בבסיס הבנה זו של בעיות האכילה.



בגרסה העדכנית של ספר האבחנות הפסיכיאטריות לגיל הילדות DC-0-5, משנת 2016, הורחבו ושונו ההגדרות של הפרעות אכילה בגיל הרך. הפרעות האכילה מופיעות לצד הפרעות בוויסות השינה והבכי והורחבו ל-3 קטגוריות. הקשיים שבהן נחלקים לאכילת יתר, לתת-אכילה ולאכילה לא טיפוסית. תת-האכילה באה לידי ביטוי באכילה המלווה בפחד, בהימנעות, בחוסר עניין, בקושי במעבר לאכילת מוצקים, באכילה מול הטלוויזיה ובבררנות קיצונית. באכילה לא טיפוסית נכללות אגירת מזון בפה, אכילת חומרים שאינם מזון (פיקה) והתנהגויות



הילד וההורה (קפלן ואחרים, 2011) ומשמש דגם להתנהגויות שונות באינטראקציה הדיאדית בהאכלה ובאכילה. המטפל בונה ביטחון ואמון בין המשתתפים ופועל ליצירת אווירה נינוחה ונעימה כדי שהארוחה לא תהיה זירה של מאבקי כוח ושלטיה אלא מרחב לחוויה מיטיבה. המטפל עוזר להורה לזהות סימני רעב אצל הילד ולאפשר לילד לשלוט במגוון האוכל ובכמות שיאכל, בחקירה, בנגיעה, במריחה ובמשחק באוכל, ובתוך כך מתרחבת ההתכוונות הרגשית של ההורה לילדו. בדרך זו ההורה מצליח בהדרגה להיענות באופן טוב דיו לצרכיו של הילד ולאפשר לו ליצור את האשליה שתלווה את רגעי הבריאה והיצירה בחייו (וינקוט, 1988, 2016). בה בעת המטפל מאפשר להורה להיות "מוזן" בעצמו ומסייע להורים לזהות את רגשי החרדה, הכישלון, התסכול והאשמה שעשויים להתעורר ביחסי ההאכלה.

מרפאת האכילה שמיועדת לגיל הרך שוכנת במחלקת אשפוז יום במרכז שניידר לרפואת ילדים ופועלת בשיתוף המכון להתפתחות הילד, מכון של בית החולים. במרפאה נערכים תהליכי אבחון וטיפול בתינוקות ובפעוטות הסובלים ממגוון הפרעות, מחלות ותסמונות הגורמות לחוסר שגשוג או לפגיעה בגדילה ובהתפתחות התקינה של הילד. הצוות המטפל הוא רב־מקצועי ובו רופא ילדים, אחות, דיאטנית, מרפאה בעיסוק, פסיכולוגיות התפתחותיות וקליניות, עובדת סוציאלית ופסיכיאטרית. ייחודיות הטיפול במרפאה נובעת מהתערבויות "כאן ועכשיו" בזמן אינטראקציות האכילה במקום. בטיפול נכללות פגישת הערכה ראשונית נרחבת ופגישות מעקב וטיפול מותאמות לכל מקרה

תום (שם בדוי) בן השנתיים הגיע למרפאתנו עקב סירוב אכילה. מינקות עבר הליכים רפואיים, אושפז פעמים אחדות עקב מחלת מעי דלקתית חריפה וניזון באמצעות זונדה בלבד. אומנם בתחילת הטיפול הסכים תום לשבת בכיסא האוכל, אך לא הראה כל עניין במה שהוגש לו, לא הביט בו, לא נגע בו ולא קירבו לפיו. ביושבו בכיסא האוכל הסיט את מבטו מאימו בהפגנתיות, אף שקודם לכן, בשעת משחקו, הביט בה בשמחה. הוריו של תום היו מודאגים, מתוחים ודורכים והביעו אכזבה רבה מאי־הכנסתו אוכל לפיו בפגישות ה"פיקניק" הראשונות. הם חזרו ואמרו כי "הוא לא מכניס כלום לפה! בחיים לא ילמד לאכול". בהמשך לתהליך האינטייך (intake) שערכנו עם ההורים הבנו כי הוריו של תום נעו בין רגשי אשמה כבדים על "דברים שהם היו צריכים לעשות אחרת" ובין האשמת הטיפול הרפואי אשר לו חלק בתלות של תום בזונדה. הם חוו דאגה כבדה ורגעי יאוש. הערכנו שהרגשות אלו של ההורים, בד בבד עם קשייו הרפואיים של תום מלידתו, הקשו עליהם ליצור יחסי האכלה תקינים.

תהליך הטיפול

בסיום תהליך ההערכה נבנית תוכנית טיפול בצוות הרב־מקצועי ונוצרת מעטפת טיפול מקיפה ורחבה הנוגעת לכל ההיבטים הנדרשים מבחינה רפואית, תזונתית, חושית, מוטורית ורגשית. בתחום הפסיכולוגי אנו משלבים בין גישות שונות ובהן התערבויות פסיכו־חינוכיות, טיפולי התנהגות המושתתים על אלמנטים של חשיפה וגישות המתבססות על התערבויות דינמיות. ההדרכה הפסיכו־חינוכית עוסקת בנושאים של התפתחות אכילה מותאמת גיל, התפתחות מנגנון רעב־שובע, זיהוי סימני רעב, בררנות, דגם האכילה ההורי וחשיבות הארוחות המשפחתיות, מרווחים וסדר בארוחות, אכילה שלא בשכנוע, הסחה, בכוח או בשינה והשפעת הלחץ ההורי על תהליך האכילה.

במסגרת "פיקניק צוהריים" נערכת אכילה משותפת של הילדים, של ההורים ושל אנשי הצוות. בכל ארוחה משתתפות 1-3 משפחות ונוצרות פגישה ותבנית פעולה של הילדים וההורים עם אחרים. בתוך כך נעשות התערבויות טיפוליות דיאדיות, טריאדיות וקבוצתיות בתחומי האכילה השונים. אנו מעודדים את נוכחות שני ההורים ב"פיקניק", ולעיתים מוזמנים גם אנשי טיפול חשובים אחרים בחיי הילד (סבתא, גננת) מתוך הכרה ברלוונטיות שלהם לתהליך השינוי הטיפולי. ההתערבויות מושתתות על התפיסה כי האינטראקציות בין הילד ובין הוריו הן מקום המפגש בין ייצוגי ההורה וייצוגי הילד (סטרן, 1985), ומטרותן לעודד שינויים בהתנסויות של הדיאדה ובדפוסי האינטראקציה הטיפוסיים שלה המבוססים על הייצוגים הקיימים (סטרן, 1995, 1998). בהיות המטפל צופה־משתתף הוא מתרגם ומפרש את התנהגויות

מוקד אחר בטיפול הוא פיתוח יכולת רפלקטיבית של ההורה ושל הילד אשר מתפתחת באמצעות התנהגויות יום־יומיות בין הילד

לעיסה ובלעיה עד אכילה עצמאית ומותאמת לגילו. עם ההורים עבדנו על תיאום הציפיות בנוגע לקצב התקדמותו של תום. בשלב הראשון הייתה עצם הנגיעה בקצה אצבעו באוכל המוגש בגדר התקדמות. עזרנו להם ללמוד להשהות את תגובתם, להתבונן בתום, להתכוון להתנהגותו ולתגובותיו וללמוד דרכי התערבות מותאמות לו. בתוך כך העמיקו ההתערבויות הפסיכולוגיות את היכולות הרפלקטיות של ההורים בנוגע לקשיי האכילה של תום וחיזקו את הדיאדה הורה-ילד ואת ההורה כמאפשר שליטה וחווית יצירה וסיפוק. תהליך הטיפול נמשך שנה בקירוב, ובסיומו קיבלו הילד ומשפחתו תעודת "בוגר פיקניקים".

סיכום

בשל מרכזיותן של האכילה וההאכלה בחייו של התינוק יש להפרעות בתחום זה בגיל הינקות ובגיל הרך פוטנציאל גבוה לסיכון התפתחותי מהותי. לפיכך נדרשת התערבות מוקדמת ככל האפשר שמערבת חשיבה ועבודה רב-מקצועית. עבודת הטיפול עם הפעוט ועם הוריו נועדה לעצור את כרוניקת המעגל השלילי הבאה לידי ביטוי בפגיעה בתזונה, בגדילה, ברגשותיהם ובתפיסותיהם של הילד והוריו כלפי עצמם וכלפי הזולת והקשר ביניהם ולהשיב את הילד למסלול התפתחות תקין ככל האפשר.

המרפאה להפרעות אכילה בגיל הרך במרכז שניידר, בשיתוף המכון להתפתחות הילד והמערך הפסיכולוגי של בית החולים, מעניקה מעטפת כוללת להורים וילדים בנושא היבטי האכילה וההאכלה השונים. דגם הטיפול מיושם ב"פיקניק" בהשתתפות צוות רב-מקצועי. הטיפול הפסיכולוגי מתמקד במידע פסיכו-חינוכי ובשיטות התנהגות ומתבסס על עקרונות הטיפול הדיאדי, על פיתוח יכולות רפלקטיות של ההורה ועל עיבוד רגשי.

ובין הוריו (פונגי וטרג'ה, 2003). הארוחה המשותפת היא מסגרת המאפשרת לפתח את היכולת של ההורים להבין את עצמם ואת האחרים, ובייחוד את התינוק, במונחים של תהליכים מנטליים פנימיים בעלי משמעות. התערבויות כגון "אבא, מה אתה מבין שגרם לילד לבכות?" "אימא, איך את מבינה את זה שהילד הסיט את ראשו וסגר את פיו" מסייעות להורה לחשוב על הילד שלו במונחים של החוויה הפנימית בהקשר של האכילה ובכלל. בעבודה עם ההורים נבקש להרחיב את הבנתם את קשייו של הילד ואת מגוון הפרשנויות של התנהגויות האכילה שלו. פעמים רבות נבקש "לנרמל" תגובות הורים שכיחות למצבי אכילה שהסתבכו ולפתח דרכי תגובה והתנהגויות המותאמות לילדיהם. לעיתים די בפגישות אחדות בלבד, ולעיתים תהליך הטיפול ארוך ונדרשים אורך רוח והתמדה מצד ההורה. סיום הטיפול ייקבע כאשר ייכנס הילד לעקומות המשקל והגובה המתאימות, ירכוש מיומנויות אכילה מותאמות לגילו וירחיב את מגוון האוכל ואת כמותו.

בעבודת הטיפול עם תום נכללו פגישות עם ההורים וטיפול במסגרת ה"פיקניק". בטיפול ההורי נבנה עם ההורים נרטיב הסירוב לאכילה כתגובת חרדה פוסט-טראומתית על ההליכים הרפואיים הרבים שחווה תום, שלא כמו הנרטיב של כישלון הורי שלווה בפחד מפגיעה בילדם וכעס עליו כעל "עושה דווקא" שזיהינו אצלם. כמו כן עובדו עם ההורים רגשותיהם בנוגע למצב אכילתו של תום. במסגרת ה"פיקניק" נחשף תום בהדרגה למאכלים ולמרקמים שונים בשילוב טיפול המרפאה בעיסוק, ובד בבד החלה הפחתה הדרגתית בכמות ההזנה שניתנה לו דרך הזונדה בהנחיית הרופא והדיאטנית. בתהליך ההדרגתי נכללו שלבים ראשוניים של נגיעה ומשחק באוכל, אחר כך הרחה, ליקוק, שתייה בלבד ואחר כך

מקורות

- ויניקוט, ד"ר (2016). **טבע האדם**. תרגום: שרה קולקר ועמרי גילן. תולעת ספרים.
- סטרן, ד"ר (2000). **הולדתה של אם**. תרגום: ימימה עברון. מודן.
- סטרן, ד"ר (2005). **עולמם הבין-אישי של תינוקות**. תרגום: יעל זיסקינד-קלר. מודן.
- קפלן, ח', הרצל, י' ואבימאיר-פת, ר' (2011). **הטיפול הדיאדי: מפגש בין המעשה הטיפולי והתיאוריה**. אוניברסיטת חיפה.
- קרן, מ', הופ, ד' וטיאנו, ס' (2013). **זה לא יעבור עם הזמן? בריאות הנפש בשלוש השנים הראשונות לחיים**. מודן.
- Ammaniti, M., Ambrozzi, A. M., Lucarelli, L., Cimino, S., & D'Olimpio, S. (2004). Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *Journal of the American College of Nutrition*, 23(3).
- Anzman, S., Rollins, B., & Birch, L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity*, 34, 1116-1124.
- Aviram, I., Atzaba-Poria, N., Pike, A., Meiri, G., & Yerushalmi, B. (2015). Mealtime dynamics in child feeding disorder: the role of child temperament, parental sense of competence, and paternal involvement. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(1), 45-54.
- Brown, A. & Arnott, B. (2014). Breastfeeding duration and early parenting behaviour: the importance of an infant-led, responsive style. *PLoS ONE* 9(2).

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר הפ"י.

על נפרדות עובדים יחד: הרחבה של מודל הטיפול הדיאדי לתאומים בגיל הרך ולהוריהם

חן מעוז

ולבנות מודל טיפולי מותאם בעבורם, מודל שנשען על המודל הדיאדי החיפאי המוכר והמבוסס (קפלן ואחרים, 2010), אך נותן מענה על האתגרים הייחודיים של משפחות אלו. האתגר המהותי הראשוני הוא בעצם השאלה "במי לטפל". הורים רבים מתלבטים בשאלה את מי להביא לטיפול, שכן הם מרגישים צורך להגיב על "אפקט הנדנדה" האופייני לתאומים. על כן העיקרון המרכזי של המודל המוצע הוא ששני הילדים צריכים לבוא לטיפול יחד. כמו בתפיסה העקרונית בנוגע לטיפול הדיאדי, גם כאן על הנפרדות כדאי לעבוד קודם כול יחד.

שלב ראשון - האינטייק (intake) ההתפתחותי

ההורים הם הסוכנים שיכולים ליצור שינויים במציאות הפנימית והחיצונית של עצמם ושל ילדיהם. הורים רבים באים לטיפול בהרגשת דחיפות גדולה ומתוך רצון להביא את הילד לחדר, ועל המטפל לתת מקום לביטוי המצוקה אך לנסות ולדחות מעט את הפגישה עם הילדים כדי ליצור חוזה טיפול עם ההורים ולקבל מהם את תמונת היחסים המופנמים עם הילדים ועם התאומות דרך עיני ההורים. מבנה האינטייק מאפשר היכרות עם כל אחד מההורים, עם היחידה הזוגית שלהם וגם עם כל אחד מהילדים ועם היחידה הזוגית שלהם. שיח רב-ממדי כזה הוא מסר בפני עצמו בנוגע ליכולתם של ההורים לראות את עצמם ואת ילדיהם בצורה גמישה ורחבה. להלן נקודות ייחודיות שחשוב לתת עליהן את הדעת בפגישה כזאת: מי הוא הפציינט המזוהה שמביא את ההורים לטיפול? (תאום זה או אחר או אולי שניהם?); מהלך ההיריון (תאומים נפוצים יותר במצבים של טיפולי פוריות ושל הורות יחידנית או חד-מינית, והסיכונים להיריון רבים יותר); מהלך הלידה (יותר לידות מוקדמות, אשפוזים בפגייה וסיבוכים רפואיים); תיאור שלבי התפתחות בהקשר של התאומות (כיצד ההורים מתארים את הישגי התפתחות של הילדים זה לעומת זה וכיצד החליטו על הטיפול היום-יומי?); ייחוסים ותפקידים (כיצד ההורים מתייחסים לכל אחד מהילדים, האם מזיהם ייחודיות?); ותפקוד במסגרת חינוך (האם הנטיות דומות בין הבית ובין המסגרת? כיצד מתארים מבוגרים אחרים את התאומות?).

ההורות לתאומים היא מצב ייחודי ומורכב. שלא כמו בלידת ילד אחד, בלידת תאומים נוצרים יחסי התקשרות בין ההורים ובין שני הילדים בו-בזמן, וגם עם הדיאדה שהיא התאומים נדרש כל אחד מהם לעבור תהליך מורכב של נפרדות - ביחסים עם כל הורה וביחסים עם האח או עם האחיות. הנפרדות הפסיכולוגית שבין תאומים מוגדרת יעד חשוב מאוד בתהליך ההתפתחות של כל אחד ואחת מהם, תהליך אשר עשוי להשפיע במידה רבה על התפתחותן של מחלות נפש (Klein, 2012). ההורים הם שמחזיקים בידם את המפתח לתהליך הנפרדות בגלל האופן שבו הם תופסים את כל אחד מהתאומים ואת שניהם יחד - מרגע גילוי ההיריון ובניית הפנטזיות, דרך הפגישה איתם במציאות לאחר הלידה ובכל שלבי ההתפתחות - ואת האופן שבו הם מתייחסים אליהם. הורים לתאומים מתמודדים עם אתגרים ייחודיים בטיפול היום-יומי, ומה שעשוי להיות "הורות טובה" בגידול ילד אחד (Winnicott, 1960) מקבל כאן ממד חדש, פרשנות שונה ופרקטיקה אחרת.



אף שממצאי המחקר מעידים על צורכיהם המיוחדים של הורים לתאומים בתמיכה מותאמת, בהדרכה וביעוץ מקצועי (Andrade et al., 2014), מעטות מאוד תוכניות ההתערבות המתמקדות באוכלוסייה מיוחדת זו. סוגיות שונות שנתקלתי בהן בעבודתי עם תאומים והוריהם, במסגרת היחידה להתפתחות הילד ובמסגרת השירות הפסיכולוגי-חינוכי, גרמו לי לנסות

חן מעוז - פסיכולוג התפתחותי מומחה, היחידה להתפתחות הילד קריית שמונה / שפ"ח גליל עליון.
מוקדש באהבה לכל התאומים שפגשתי לאורך הדרך ולהוריהם, ובייחוד לנעמה ולית, התאומים הפרטיים שלי.

שלב שני - פגישות הורה אחד עם שני הילדים

בפגישות הללו נצברת כמות אדירה של מידע, והדינמיקה שהמטפל נחשף אליה בפגישה מהסוג הזה ייחודית. הוא אינו מכיר את הילד עצמו וגם אינו פוגש את הדיאדה הורה-ילד אלא רואה לפניו מערכת מורכבת שבה כל ילד בהקשר של ההורה והתאום שלו, וכל הורה בהקשר של שני הילדים יחד. דגשים שאנו מכירים מהתצפית הדיאדית הם בסיס טוב להתחיל ממנו בשלב הזה (הראל בתוך קפלן, 2019, עמ' 21-82), אך לא מספק. ההתבוננות שונה, מחייבת תנועה בין ריבוי מגעים וקשרים והקשבה מיוחדת לסימנים ולרמזים שיעזרו לנו להבין את האופן שבו ההורה תופס את מערך היחסים עם הילדים וביניהם ואת האופן שבו הוא מתמקם מולם.

הנפרדות הפסיכולוגית שבין תאומים מוגדרת יעד חשוב מאוד בתהליך ההתפתחות של כל אחד ואחת מהם, תהליך אשר עשוי להשפיע במידה רבה על התפתחותן של מחלות נפש

להלן דגשים שכדאי לתת עליהם את הדעת בפגישה של הורה עם שני ילדים: התארגנות ההורה לחלוקת הקשב וההתייחסות לכל אחד מהילדים ול"יחד" שלהם: המעבר בין הצרכים השונים של הנוכחים בחדר ותגובתו של ההורה על דבריו או על מעשיו של כל אחד מהם; התמקמות הילדים במרחב: האם הם משחקים לבד או יחד? במה הם עסוקים? כיצד מתנהלים הקונפליקטים בין הילדים ומה עמדת ההורה?

התערבויות הטיפול בפגישות הללו צריכות להביא בחשבון את הכיוונים שתוארו לעיל ולשקף את ההתעניינות שלנו ברגעים שחושפים את מערך היחסים האמיתי ואת מערך הייחוסים המוקדמים שתוארו. מטפלים שונים יפעלו בדרך שונה. ייתכן שכבר בעצם ההתמקמות שלהם הם ייצרו שינוי, והוא יפעיל רצף של תגובות. למשל, הורה שמתקשה לתמרן בין שני ילדיו עשוי להציע חלוקה שבה אחד הילדים יתקשר איתו והילד האחר עם המטפל. זו אינה דרישה בלתי גיונית במצב המיוחד של שני ילדים בחדר, והמטפל עשוי לחוות אותה כמאתגרת כמובן. הסכמתו או אי-הסכמתו של המטפל, כמו האופן שישקף בו את המתרחש במצב שנוצר, יהיו בעלי חשיבות רבה.

פגישות הטיפול עם ההורים לבדם

התערבות המטפל בפגישות ההורים צריכה לאפשר להם לבחון בביקורתיות את העמדות הפנימיות שלהם בנוגע לילדים ולתאומות ואת האופן שבו הם מעודדים תלות לעומת נפרדות. בפגישות אלו אפשר לנוע על הציר שבין ההווה לעבר ולבחון לא רק את הייצוגים המתבקשים של הקשר בין ההורה להוריו, אלא גם את הייצוגים של ההורה לעומת יחסי האחים במשפחת המקור ולייצוגים של יחס ההורים כלפי הילדים כאחים. על ייצוגים אלו לבוא לידי ביטוי בשיח, שכן ההתייחסות של ההורים לתאומות של ילדיהם אינה יצירה של יש מאין; הם נסמכים על ייצוגים ומביאים לידי ביטוי ערכים ואמונות שלמדו על בשרם כילדים וכאחים. גם השיח בין ההורים על השותפות ההורית (Co-Parenting), כמו שניסח (McHale, 2011), שונה בהירות לתאומים וחשוב לקיימו.

מלבד ההתערבויות הללו יש מקום חשוב לא פחות להדרכה פסיכו-חינוכית (Psycho-Education) בנוגע לנעשה בבית ובמסגרות החינוך. דרך השיח על סדר היום האופייני אפשר לחשוב יחד על הסטינג (setting), ללמוד ממנו על התפיסות ועל הפרקטיקות - אם הן מתאימות ואיפה כדאי לערוך שינויים. אפשר להיעזר בספרות מקצועית מותאמת (למשל פלוטניק, 2003). הסוגיות רבות, ואפשר למנות את הבולטות ביותר: בזיהוי ובהבחנה בין הילדים (לתאומים זהים); בענייני ארוחות; בהרגלי שינה; בניהול חפצים ומרחבים; בניהול שיח משותף; בצורך לקבל תנאים שווים תמיד, גם בפן החומרי וגם בהקשר של חיזוקים; ביציאה לחברים ובאירוח חברים; בימי הולדת.

בנוגע לנעשה במסגרת החינוך, חשוב שההורים יקבלו מידע מהצוות החינוכי בנוגע לדינמיקה, בייחוד כשהילדים לומדים באותו הגן. הנקודות החשובות שיש לבחון בהקשר זה הן אלו: מה האווירה הכללית השוררת בקשר? מה מידת הבילוי יחד? האם לכל ילד יש מעגל חברים בלתי תלוי? האם יש דריכות או קשב מיוחד של אחד הילדים למה שחוהה האחר? מה קורה כאשר אחד הילדים אינו מגיע לגן? כיצד מגיבים המבוגרים?

לקראת ההפרדה בין הילדים במסגרות (עוד בתקופת הגן או במעבר לכיתה א') ואחריה חשוב להגיב בצורה מוגדרת על האתגרים הרלבנטיים שההורים מציגים ולהציע הדרכה מתאימה. זהו חומר טיפול בעל ערך רב, והוא קשור גם למבנה הטכני של הטיפול וגם לעקרונות התאורטיים המנחים. הורים שמפרידים את הילדים למסגרות שונות יחוו טלטלה רגשית ויפתח לפניהם עולם חדש. עולם זה עשוי להיות מרגש ומשמח, אך גם עלול להציף אותם באשמה ובחרדה.



המעבר לפגישות נפרדות

לאחר תקופה שבה התמקד הטיפול בהתבוננות ובחשיבה על המערכת המורכבת של שני ילדים והורה, והם דיברו והתכוננו להפרדת כוחות, מגיע שלב הטיפול הדיאדי הרגיל לכאורה, הורה אחד עם ילד אחד בחדר. הילדים מגיעים לחדר לסירוגין, כך שבכל שבוע יש תחרות, קנאה, אכזבה, שמחה לאיד, ציפיות והתמודדות איתן. הילדים באים לטיפול במרווחי זמן גדולים למדי, ולעיתים נדרש זמן ממושך כדי לבסס את השינוי.

איך יודעים מתי הגיע זמן ההפרדה? ההקשבה לתהליך חושפת את המגמות ואת השינויים, ותשומת הלב לקולות השונים תסייע בתהליך. ייתכן שקולו של המטפל - שחוזה את הדינמיקה המשותפת כקשה, כמשעממת וכתקועה או לחלופין זורמת ומאוזנת הרבה יותר משהייתה קודם לכן - הוא שישמע במיוחד. ייתכן שההורים הם שיסמנו שהפגישות המשותפות כבר די ברורות להם, ההתנהלות שלהם בטוחה ומאורגנת משהייתה, והם זיהו את המקומות שבהם היו צריכים לחולל שינוי בתגובה וכך עשו. וייתכן שהילדים הם שיוודעו על כך, בהתנהגותם או בהצהרות ישירות, שהגיעה העת להפרדה.

מרגע שהועלה הנושא ישירות יכולים הילדים לעסוק בו בעצמם, וגם תגובת המבוגרים להתנהגות הילדים יכולה להיעשות דרך הפרספקטיבה הזאת. זהו מעין אימון לקראת הפרדות עתידיות. לא רק אצל הילדים מתעוררים קולות אלא גם אצל ההורים. ההפרדה במציאות מחדדת את הנפרדות הפסיכולוגית, מסעירה הורים רבים וגורמת להם לחזור ולעסוק במהות ובמשמעות של התאומות - רווחים גדולים ומחירים בצידם. זהו השלב שבו נדרשת גם עבודת אָבֵל עם ההורים ועם הילדים.

הפגישות הדיאדיות לסירוגין

בואו של כל ילד עם הורה לחדר, ללא הליווי והנוכחות של האחר, היא דרמטית מאוד וככל הנראה מעידה לא מעט על הדינמיקה במצבים מקבילים בחיי היום־יום. דרושה תקופת הסתגלות למצב החדש, והאפשרות שהטיפול ישקף את הדברים וייתן להם ביטוי מגדילה את הסיכוי לבנות יכולת רפלקטיבית בנוגע למצב גם אצל ההורים וגם אצל הילדים. שינוי הסטינג מאפשר היכרות עם ילד ועם הורה בהקשר חדש. הדגשים הרלבנטיים לשלב הזה הם כמו בכל טיפול דיאדי לכאורה, אבל לא כך הדבר. למעשה, אפילו אין שני טיפולים דיאדיים שווים. זהו טיפול אחר שההקשר מוביל בו, ואי אפשר להגיב להתנהגויות ולדינמיקות שבין הילד ובין ההורה שבחדר בלי לעסוק בשאלת התאומות, בחיבור ובנפרדות. מה מרגיש וחושב הילד כשהוא בא בלי התאום או התאומה? מה מרגיש וחושב ההורה במצב הזה? כיצד

הם מגיבים לשינוי? כמה זמן נדרש להם להסתגל למציאות החדשה? איזה דמיון אפשר לאתר בין המאפיינים של כל ילד והורה ואילו הבדלים מופיעים? כיצד נרקם הקשר הבלעדי בחדר הטיפול? וכיצד הוא ישפיע על מערך היחסים כעת? מה ילמדו הילד הזה וההורה הזה בחדר לגבי עצמם, בנוגע לקשר שלהם ובנוגע לקשר עם האח או עם האחיות?

פגישת הטיפול עם ההורים בשלב הזה של הטיפול אינה שונה מהותית מהפגישה בשלב הקודם, אך התכנים משתנים - כל הורה מגלה צדדים חדשים בקשר שלו עם כל אחד מהילדים ומעדכן את התפיסות שלו בנוגע לתאומות. חשיבה משותפת בנוגע לשינויים שחלו תסייע להם להחליט על סיום הטיפול ועל ההפרדה.

סוגיות שונות שנתקלתי בהן בעבודתי עם תאומים והוריהם, במסגרת היחידה להתפתחות הילד ובמסגרת השירות הפסיכולוגי-חינוכי, גרמו לי לנסות ולבנות מודל טיפולי מותאם בעבורם, מודל שנשען על המודל הדיאדי החיפאי המוכר והמבוסס, אך נותן מענה על האתגרים הייחודיים של משפחות אלו

הטיפול של אורי ושל דקלה

אורי ודקלה (שמות בדויים) הגיעו לטיפול בהיותם בני 3.5. אורי היה במוקד הפנייה המקורית ביוזמת הגננת. היא תיארה קושי חברתי, עיסוק בתכנים של לחימה וכוח, תלות בה והרגשה של חוסר בשלות של הילד. פסיכולוגית הגן היא שהעלתה את הצורך לחשוב גם על דקלה. כשהתבקשו ההורים להעלות השערות בנוגע למצבו של אורי הם ציינו את נטיות האישיות של האב, שכן אורי די דומה לו בגישה הכללית, ואת רגישותה המוגברת של האם לאורי. דקלה צעקנית, בעלת נוכחות ו"מעצבנת למדי" לדבריהם, ואילו הוא "קטן וחלש וזקוק להגנה".

ההיריון לאורי ולדקלה הושג בטיפולים. האם שהתה בשמירת היריון ונלוו לה בדידות וחרדה. "הילדים היקרים" נולדו בניתוח אלקטיבי בשבוע 38+2. כשנולדו השניים היה משקלו של אורי 2.500 ק"ג ומשקלה של דקלה 1.900 ק"ג. אורי קיבל תמיכת חמצן והועבר לאינקובטור סגור, ודקלה עברה ניקוז ריאה ונזקקה לאינקובטור פתוח. בדיעבד אמרו הרופאים לאימם שאלו

היו שעות קריטיות. אחרי שבוע חזרו ההורים לביתם בלי ילדיהם. אורי שוחרר ראשון מבית החולים, אחרי 10 ימים, ודקלה שוחררה אחרי, אחרי 14 ימים בסך הכול.

ההפרדה במציאות מחדדת את הנפרדות הפסיכולוגית, מסעירה הורים רבים וגורמת להם לחזור ולעסוק במהות ובמשמעות של התאומות - רווחים גדולים ומחירים בצידם. זהו השלב שבו נדרשת גם עבודת אָבֵל עם ההורים ועם הילדים

עוד בתיאור גישתם של ההורים בתקופת הינקות הופיעו ייחוסים ברורים. "דקלה נולדה קטנה יותר, אבל אורי עבר ברית מילה", "אורי בילה יותר במנשא ודקלה בעגלה", "הוא סבל מטורטיקוליס", ו"היא לא מתאים לה בכלל התאומות הזאת, היא מחוספסת ורוצה לקבוע הכול, הוא בא להתרכבל, פוצי מוצי כזה". הם התפתחו יפה, הסתגלו למעון כשהיו בני שנה, ומעברים אלו עברו עליהם בנקל. לטיפול הם באו בעצת הגננת כאמור.

בפגישות הראשונות הייתה דקלה דומיננטית מאוד, קיבלה עליה את האחריות, מיהרה והציגה אותה ואורי בנשימה אחת, ענתה בלשון רבים על שאלות שהוצגו והיא שהציעה לאורי להצטרף אליה למשחקים שבחירה אחרי שבחנה את הבחירות שלו. כאשר יזמו ההורים משחק הם הקפידו להזמין את שני הילדים. בדרך כלל אורי נעתר ודקלה סירבה, ואם בכל זאת הצטרפה, נהגה לפרוש כעבור זמן קצר וניסתה למשוך את אורי אליה. הדינמיקה הייחודית של אורי ושל דקלה הופיעה בחדר במהירות, כמו זו שהתרחשה בביתם: דקלה הייתה מובילה, חזקה, ואורי היה מוותר ונסוג. ההורים ביקשו לשמור על "שקט תעשייתי" בביתם ולכן חיזקו את הכיוון הזה בתגובותיהם. אחד המקרים שייצג את הדינמיקה הזאת התרחש כבר בפגישה השנייה. אורי בחר לוח "סולמות וחבלים" והביאו לאימו, והיא הזמינה את דקלה, אבל היא התעכבה. אורי בחר חייל כחול, ואז התקרבה דקלה ובחירה גם היא חייל כחול. האם הסבירה להם שבחירה כזאת עשויה לגרום קשיים במשחק, ודקלה אמרה, "הכחול רוצה להיות דקלה", ואורי הכריז שייקח את החייל הירוק. האם אמרה שזה רעיון מצוין. בפגישה הבאה קרה דבר דומה: הפעם דקלה רצתה את הצבע שבחר אביה, והוא ויתר לה.

ההתייחסות לתאומות בלטה גם דרך תמת המשחק, ביוזמתה ובהובלתה של דקלה. היא הכריזה על תאומים שנולדו לה

ולאורי (בעלי אותו שם) ואמרה שכעת צריך לטפל בהם. כמעט תמיד דיברה בלשון רבים ובצורה זזה. בשלב מסוים הכריז אורי שהתינוק שלו סיים להתקלח והוא רעב והאכיל אותו מבקבוק. גם דקלה רצתה להאכיל את התינוקת שלה. "התינוקת שלי לא סיימה להתקלח אבל היא רעבה", אמרה וביקשה מאורי לתת לה את הבקבוק. אורי לא נתן אותו מייד. האם ניסתה למצוא פתרון חיצוני כדי לעקוף את הקונפליקט המתהווה. בהזדמנויות אחרות הראה אורי יוזמות אישיות שהעידו על הדחף הקיים בו לנוע לעבר נפרדות ועצמיות, ודקלה הגיבה עליהן בעוצמה קולנית ופיזית, ואורי נאלץ לסגת. הוא לא העז לחטוף ולהחזיר אליו דבר מה שחטפה ממנו. ההורים התקשו להתמודד איתם במצבים אלו. הם התעלמו או כעסו על דקלה או הציעו פתרון עקיף כלשהו.

בפגישות עם ההורים הם סיפרו שהחלו להרגיש אחרת בנוגע להתמקמות של אורי לעומת דקלה ושמו לב שהוא התחיל לעמוד על שלו יותר מבעבר ואצלה הופיעו ניצני ויתור. לראשונה הם החלו לחשוב עליה כעל חלשה מאורי ועל כן צוקקה לו, תלויה בו, שואבת את כוחה מעצם חולשתו לידה. לאחת הפגישות הללו הצטרפה הגננת וסיפרה על מערך כוחות אחר בגן: אורי צועד קדימה, נוכח, בטוח, ודקלה שומרת על מרחק. ניסיון לחשוב יחד מה בסביבת הגן מאפשר את הדינמיקה הזאת לעומת המתרחש בביתם. התהליך הלך והתחדד גם בהתנהגות הממשית של הילדים ושל ההורים וגם בתפיסותיהם. תהליך הנפרדות של אורי ודקלה זה מזה חלחל לתוך הקשרים של כל אחד מהם עם הוריהם ועורר אותם מאוד מבחינה רגשית. העוררות הזאת בלטה במיוחד בציר שבין האם ובין דקלה. האם הגדירה את המתרחש משבר שדקלה חווה; על דקלה להכיר את עצמה מחדש ליד אורי, שכן קולו חזק ותקיף משלה ולכן היא נאלמת פתאום. האם התקשתה במצב הזה כי הכירה את החלקים הדומיננטיים של דקלה כמו את שלה עצמה, חלקים המלווים בחרדה מאובדן שליטה, אך עצם החשיפה של התהליך הזה, במרחב הבטוח של הטיפול, אפשר לנפרדות להפציע בכיוונים שונים.

לאחר זמן מה בפורמט הראשוני החלו אורי ודקלה להתחרות ביניהם בכניסה לחדר הטיפולים: מי שהגיע ראשון נהג לסגור את הדלת מאחוריו (אורי אפילו נעל אותה פעם), לבחור מייד משחק ולהתמסר אליו. נראה שהם ביקשו את החדר לעצמם לכל זמן הטיפול, אבל נאלצו להסתפק ברגעים אחדים בלבד. במשחקים תחרותיים נעשתה תגובתם של ההורים קשה במיוחד כי הם פתחו במאבק ישיר ולא היו מוכנים להתפשר. לא אחת הייתה הרגשה של מבוי סתום.

אִי-ההתמדה של דקלה במשחקים הייתה עניין אחר שהתקשינו להתמודד איתו. רצינו לטפל בנושא, אבל שום אסטרטגיה לא הועילה בחדר ועלתה אפשרות שההסחה שאורי גורם לה גדולה מדי. אלו היו סימנים שהגיע הזמן להפרדה. שוחחנו על



סיכום

בהינתן המתח המתמיד של תאומים, זהים או לא זהים, מתח שנע בין מימוש זהות ייחודית ובין הצורך להתמזג ולהרגיש בטוח, מהווה בגרות רגשית תקינה איזון בין שני הכוחות הללו (סמילנסקי ואחרים, 1994). הגעה לאיזון הזה היא הישג התפתחותי נפשי חשוב מאוד לכל ילד, ועל אחת כמה וכמה לתאומים. עבודת הטיפול בילדים בגיל הרך ובהוריהם מאפשרת התערבות בזמן שבו מתרחשת העבודה הנפשית על הקונפליקט האדיפלי אצל כל אחד מהתאומים ומאפשרת להגיע לרזולוציה טובה יותר של הקונפליקט (בריסון, 1989). כשמדובר בילד אחד, משמעותה של רזולוציה טובה יותר היא היכולת להיות בעמדת השלישי לעומת זוגיות ההורים; כשמדובר בתאומים, עשויה עמדת השלישי להיות גם היא לעומת שני ההורים, אך בראש ובראשונה היא לעומת הזוגיות של התאום האחר עם הדמות המטפלת, יחסים נפרדים משל עצמם שנוצרים מרגע הלידה. השיח הטיפולי השוטף עם ההורים והעבודה על היחסים "כאן ועכשיו" מגדילים את הסיכוי להתמודד עם האתגר המרכזי, כמו שניסחה פלוטניק (2003). הם מסייעים בבניית התקשרות נפרדת לכל אחד מהתאומים עם הדמויות המטפלות, מתוך בניית קשרי נפרדות וזיקה תאומית אצל הילדים, וכן מצמצמים את הסכנה שביצירת פיצולים ודיכוטומיה במאפייני התאומים כדרכם של ההורים ליצור ייחודיות ושנוי בתגובת נגד על הרגשת האיום של ההתמזגות.

כך והעברנו את המסר לילדים. אורי הכריז מייד שיהיה לו כף, ודקלה אמרה שיהיה משעמם. השינוי היה דרמטי, כולם הגיבו עליו ונוצרה טקסיות של ממש בנוגע לבואו של אחד מהם לטיפול והישארות האחר בגן.

בזמן הפגישות הונכח האחר - בהתחלה ישירות ובגלוי ואחר כך בעקיפין ובאופן סמוי. כצפוי, לדקלה היה קשה יותר להסתגל. נדמה שהיא זקוקה לזמן רב יותר מאורי כדי למצוא את נקודת הייחוס החדשה שלה דרך הקשר עם ההורה שבא איתה ולא דרך אורי. הדרמה שלה ושל אימה נמשכה בפגישות הדיאדיות במאבקי שליטה במשחקים. גם אורי לא היה אדיש לשינוי. הוא הגיב להיעדרה של דקלה ובחר במשחקים שהדהדו את התאומות. באחת הפגישות הוא לקח בסקוויט, שבר אותו והדביקו על בית שבנה מקרשים קטנים עם אביו. הרמיזה לביתם של עמי ותמי לא יכלה להיות ברורה מזו.

הטיפול בדקלה ואורי ובהוריהם הסתיים לאחר שילדה האם והמשפחה נכנסה לשלב התפתחות חדש. אורי ודקלה יכלו להמשיך בתהליך הנפרדות שלהם בזמן שההורים מודעים מבעבר לניואנסים בהתנהגותם הם ובהתנהגות ילדיהם ובתרמילים כלים נוספים להתמודדות עם מצבים מאתגרים בהתפתחות של עצמם, של כל אחד מהילדים בנפרד ושל התאומות שלהם. קונסטלציה תאומית זו, של בת ובן הנפרדים כבר בעצם הווייתם המינית והמגדרית, היא לכאורה הפשוטה ביותר מהאפשרויות, אך דווקא במסגרתה היה אפשר להציץ בדינמיקה של יחסי תלות על בסיס נפשי עמוק ולבחון את האופן שהיא משתנה בו.

מקורות

- בריסון, ר' (מחבר). ברמן, ע' (עורך). (1989). **אמונה ודמיון**. עם עובד. עמ' 67-86.
- הראל, י' (2019). הערכה דיאדית רב-ממדית - ה.ד.ר. בתוך חיותה קפלן (עורכת), **הטיפול הדיאדי: מחשבות מחדר הטיפול** (עמ' 21-82). פרדס הוצאה לאור.
- סמילנסקי, ש', זהר, ד' ושניר, ר'. (1994). **תאומים**, פסיכולוגיה וחינוך. כתר.
- פלוטניק, ר' (2003). **שינוי ביחד וכל אחד לחוד: ספר הדרכה להורי תאומים בגיל הרך**. יסוד.
- קפלן, ח', הראל, י' ואבימאיר-פת, ר' (2010). טיפול אם-ילד ואב-ילד: גישה דינמית התייחסותית לטיפול בהפרעות ביחסים: מבט עכשווי. בתוך ח' קפלן, י' הראל ור' אבימאיר-פת (עורכות), **הטיפול הדיאדי: מפגש בין המעשה הטיפולי והתיאוריה** (עמ' 15-55). אוניברסיטת חיפה.
- Andrade, L., Martins, M. M., Angelo, M., & Martinho, J. (2014). Text Context Nursing, 23(3), 758-766.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002950013>
- Klein, B. (2012). *Alone in the mirror: Twins in therapy*. Routledge.
- Mahler, M. S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.
- McHale, J. P. (Ed.). (2011). Coparenting in diverse family systems. In J. P. McHale & K. M. Lindahl (Eds.), *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (p.15-37). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12328-001>
- Winnicott, D. (1960). The theory of parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.

“פעם, כשהיית ממש קטן...” עיבוד של טראומות מוקדמות באמצעות הנחיית הורים להכנת סיפור לילדיהם הקטנים

יעל גל

זמן ומקום, ללא יכולת לקשרה להמשכיות תחושת עצמיות. כדי לשרוד ולבנות לעצמו את תחושת העצמי הגרעיני שלו יאלץ התינוק להפריד את החוויה הזאת משאר זהותו הנבנית ו"לאחסנה" אי שם בנבכי הזיכרון החזותי והסומטי, ללא פשר. באחדים מהמקרים תהיה החוויה כה מבודדת משאר העצמי עד כי ניתן יהיה להניח כי אכן נשכחה, אך במצבים אחרים, כאמור, היא תופיע, לעיתים בדמות סימפטומים, ואלה יקראו את ההורים לנסות לטפל בקושי. קשה יותר לשאת סימפטומים של טראומה כשנספג עליהם החרדה הנובעת מאי-הידיעה מדוע אנו חווים אותם (Levine & Frederick, 1997): פחד משתק של ילד מחלוק רופא יהיה משתק פחות אם ידע הילד מה הדבר שגרם לו לחוות את הפחד הזה לראשונה.

בטיפול הדיאדיים או הפרטניים נימצא מעבדים דרך המשחק והעבודה ההורית את זיכרונות העבר, המודעים ואלו שאינם מודעים (קפלן, 2019). אין עוררין על חשיבותם ועל ערכם העצומים של תהליכי טיפול אלה. ואולם במאמר זה ברצוני להציע תהליך ממוקד, בדרך כלל קצר מועד וחסכוני מאוד בשעות הטיפול הנדרשות לו, המצליח לעיתים קרובות ליצור שינוי של ממש בעולמם של הילד ושל הוריו בנוגע לטראומה המוקדמת. אפשר לבצע את ההתערבות המוצעת כחלק מתהליך טיפולי, או גם בפני עצמה, בהדרכת הורים ממוקדת, לעיתים ללא צורך בתהליך טיפול עמוק וארוך יותר. הניסיון לימדי שבחלק מהמקרים אפשר להביא לידי שינוי רב-משמעות בדרך פשוטה וקצרה למדי, גם אם הטיפול נעשה שנים מספר לאחר האירוע הטראומטי. כהגדרת אחת האימהות במשפחה שעברה תהליך ממוקד כזה - "זה היה תהליך משנה חיים".

אז איך עושים את זה?

במצבים שבהם מתברר לנו, בזמן טיפול, הדרכת הורים או בעקבות אבחון, שהסימפטומים שמראה ילד צעיר (בן שנתיים

טראומות בראשית החיים הנין מצב שכיח הרבה יותר מכפי שהיינו רוצים להאמין. פגות, התערבויות רפואיות מוקדמות, אובדן, גירושי ההורים ועוד אירועי חיים של המשפחה והילד מלווים ילדים רבים בשנות חייהם הראשונות. רבות מהטראומות הללו, בעיקר אלה שאירעו בתקופה הטרומ-מילולית, עוברות "מתחת לרדאר" של תשומת לב ההורים או אנשי המקצוע, אך במצבים רבים נמצא שפניות מאוחרות של הורים לייעוץ או טיפול עבור ילדים בגיל הרך יכולות להיות מיוחסות, בדיעבד, לתגובת הילד לאירועים אלה שנחוו על ידו כטראומה מוקדמת (קפלן, 2019). ייתכן שההורים יזכירו את הנושא באנמנזה, או יעלו אותו בהמשך כזיכרון שגם הם עצמם נטו להדחיק. כאשר שואלים אותם אם האירוע הוסבר לילד בדרך כלשהי הם עונים בדרך כלל בשלילה: "לא, הוא היה ממש קטן", ולעיתים קרובות הם יניחו שהאירוע כולו נמחק מזיכרונם של הילד. מבחינתם, העובדה שהילד מעולם לא העלה את הנושא באופן מילולי מהווה הוכחה לכך.

בתהליכים טיפוליים ארוכים יגלה לעיתים איש המקצוע, דרך המשחק או היצירה, את הדרמה שנחרטה בנפשו של הילד וננעלה בקפסולה מבודדת (incapsulated) כחוויה ויזואלית או גופנית נטולת מילים, לכאורה מחוץ להישג ידה של הנפש (Levine & Frederick, 1997). במקום השגת המשכיות חוויית העצמי נמצא במקרים אלה קיטוע בהווה הילדית. מנגנון הדחיקה הטראומה נובע כמובן גם מהיעדר היכולת המילולית של התינוק לקשור את החוויה במילים מארגנות, מווסתות ומסבירות בעת האירוע. מעבר לכך, ההדחקה נובעת גם מהעובדה שבה בעת שהתינוק, או הפעוט, מנסה לשמר את המשכיות החוויה ("going on being") על מנת לבנות בתוך עצמו את תחושת הקיום לאורך זמן, את ההיסטוריה של העצמי ואת תחושת הקוהרנטיות של העצמי הבנוי כולו מיחידה אחת של שלמות פיזית - כל זאת כדי ליצור תחושת עצמי מאורגנת, "עצמי גרעיני" (Stern, 1985) - בו בזמן הוא עלול להיות מותקף על ידי חוויה מפרקת (אפילו מפרקת פיזית במקרים רפואיים), נטולת

יעל גל - פסיכולוגית התפתחותית בכירה ביחידה להתפתחות הילד ובשפ"ח במועצה האזורית גולן; פסיכולוגית, רכזת ומדריכה בעמותה לילדים בסיכון; מדריכה באגודה הישראלית לטיפול הורה-ילד; חברת ועד וגזברית העמותה הישראלית לבריאות הנפש של התינוק; מטפלת ומדריכה בקליניקה פרטית. כל השמות בדויים.

לכם על טלי שלנו. זוהי טלי". ההורים יכולים לספר על מקומו של הילד במשפחה, על משחקיו האהובים וכדומה. בהמשך הסיפור תוצג הבעיה. היא תוצג לילד במילים פשוטות וברורות, מותאמות לרמתו ההתפתחותית אך ישירות. "בחדר התינוקות האחות ניקתה ורחצה אותה וכולם היו שמחים על בוא התינוקת החדשה. הרופא הגיע, בדק את טלי ופתאום הוא גילה שאין לה חור בטוסיק, ואין לה מאיפה לעשות קקי / למחרת בבוקר בא רופא מאד מאד חכם וסיפר לאבא ואמא שצריך לעשות לטלי את החור בטוסיק כדי שהקקי יצא."**

בעמודים הבאים יתואר המסע שעבר הילד - מה נעשה בטיפולים הרפואיים, מי טיפל בו אם הטראומה קשורה להיעדרות הורה וכדומה - תוך הדגשת יכולות ההתמודדות שלו ושל הסביבה, הכוחות ואופן ביטויים בתהליך שעבר הילד בתקופה המוקדמת. "בהתחלה זה היה קשה ומפחיד, גם לזיו וגם לנו. אבל זיו האלופה התגברה על הכל ואנחנו תמיד היינו איתה." נאמר להורים כי על הסיפור להסתיים בעמוד או שניים של סיכום מחזק עבור הילד והמשפחה. "עכשיו אנחנו יודעים שהמשפחה שלנו יכולה לעבור יחד גם דברים קשים ולהצליח ולהתגבר על הכל!"

לאחר שהוסבר להורים מבנה הספר אנו נפרדים, לא לפני שהם מקבלים את כתובת המייל שלי. מרגע זה ההתערבות נמשכת במייל בלבד. כאמור, לעיתים עוברים חודשים מספר עד שאני מקבלת את המייל הראשון מהם "יעל שלום, עברה כמעט שנה מאז נפגשנו. סוף סוף הצלחתי לכתוב לעצמי את הסיפור שלי על האשפוז של אדווה". במקרים אחרים המייל מגיע במהירות, כעבור ימים אחדים. ההורים שולחים אליי את סיפור החוויה שכתבו לעצמם, סיפור שאני משנה ואני מתקנת בו דבר לעולם. ותגובתי בדרך כלל הן יותר בכון של "תודה על הכבוד שחלקתם לי כששיתפתם בדברים הקשים והמרגשים שכתבתם" או אף "כשסיימתי לקרוא את מה שכתבת שם יכולתי רק ללכת למקלחת לשטוף את הפנים מכל הדמעות...". אם טרם עשו זאת, בשלב הזה אני מציעה להורים לכתוב את המסמך המיועד לילד ולשלוח אליי את התמליל.

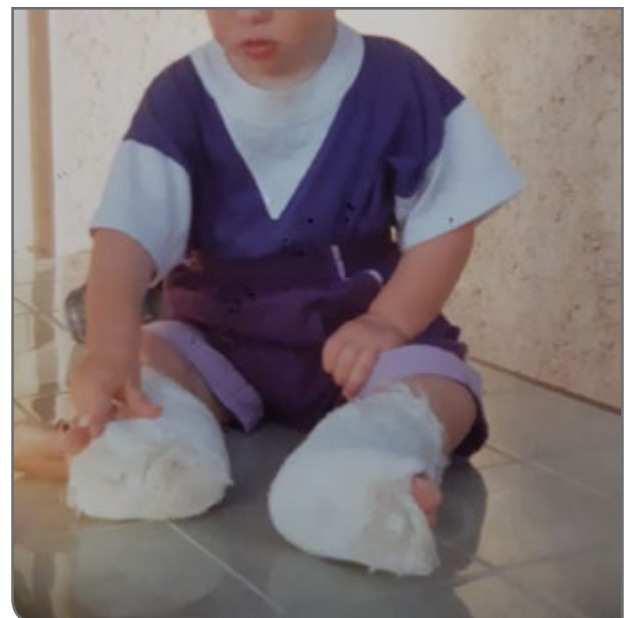
הניסיון לימד אותי שבמקרים רבים ההורים, גם קלי העט שבהם, זקוקים לעזרה בשלב הזה. בעמוד הטעון ביותר של הסיפור, עמוד העוסק בשיאי



הסטומה של טלי, תמונה מתוך הסיפור

עד 7 שנים) עשויים להיות תוצאתה של טראומה מוקדמת שלא טופלה, אני מציגה להורים את האפשרות לכתוב עבור בנם סיפור אישי שיאפשר לו (ולהם) לעבד את האירועים ולהבינם. הצעה כזו יכולה להיות חלק מטיפול, או בהדרכת הורים - אפילו בפגישת הדרכה חד-פעמית. אני מציעה להם להתחיל בכתיבת סיפור הטראומה עבור עצמם, ולאחר מכן "לתרגם אותו" לנוסח המתאים לילד בגיל של ילדם. לעיתים מגיבים ההורים ברתיעה ראשונית: הם חוששים "להוציא את השד מהבקבוק", אינם בטוחים שנכון לחשוף את ילדם לצילומים של עצמו מאותה תקופה וכדומה. מקצת ההורים מבינים שלמעשה להם עצמם קשה מאוד לגעת בחומרים המודחקים של התקופה שחוו בה חרדה וטלטלה סביב, למשל, טיפול רפואי קשה, פגות, מוות במשפחה וכיוצא באלה. העבודה עם ההורים על יכולתם להכיל את האירועים ולספרם היא חלק קריטי בהתערבות, ולעיתים נדרש להורים זמן רב עד שהם מתחילים לכתוב את הסיפור הראשון, הנוסח המופנה אל עצמם. ברוב המקרים עובר זמן קצר בלבד מהרגע שהסיפור ההורי כתוב ועד שהם כותבים את הסיפור המיועד לילדם.

בפגישת ההדרכה הראשונה (שלעיתים היא גם הפגישה האחרונה בתהליך) אני מסבירה להורים שהסיפור צריך להתחיל בהיכרות כלשהי עם הילד ועם המשפחה. [מתוך אחד הספרים: "שלום, אנחנו ההורים של טלי" אנחנו רוצים לספר



בגיל שנה ו-4 חודשים, אחרי ניתוח ברגלים

* כל הציטוטים - מסומנים ב [...] - לקוחים כלשונם מהתערבויות אמיתיות שבוצעו (מלבד השמות או נתונים מזהים אחרים). סימני / בתוך ציטוט מסמנים מעבר לעמוד חדש בספר.

** התמונות טושטשו כאן מפאת סודיות טיפולית.

אני מוצאת לעיתים אפשרות ל-reframing עדין של הסיפור כולו גם עבור הוריו.

השלב האחרון, הקל יותר לרוב ההורים, הוא שילוב התמונות - אם כי ישנם הורים שדווקא החשיפה לזיכרונות המצולמים קשה להם יותר מכול. הסיפור מלווה תמיד בתמונות, רצוי תמונות אישיות של הילד ושל המשפחה בתקופה הנדונה, ואם תמונות כאלה אינן בנמצא, בתמונות קרובות לנושא ככל האפשר, למשל צילומים מבית החולים שאושפז בו הילד. התמונות המופיעות בספרון נועדו בעיקר לקשר בין הזיכרון הסומטי והחזותי הקיים בילד מהעבר ובין יכולת העיבוד המילולית שיש לו בהווה (זהו הרגע שבו לעיתים קרובות יפרוץ האב בקריאת הניצחון, "אמרתי לך שזה חשוב שאני מצלם אותה ככה!"). בשלב זה לעיתים מתאים לשתף את הילד בתהליך: ההורים מסבירים לו את מטרת הספר (אחרי כתיבת התמליל) ומתייעצים איתו באיזה מבין התמונות כדאי לבחור.



הספר המוכן עובר להדפסה: מכיוון שאנו עוסקים בילדים צעירים, לתוצר הגשמי של התהליך יש משמעות רבה. אחדים מההורים ידפיסו את הסיפור במחשב הביתי שלהם (ואז אמליץ על למינציה וכדומה כדי להעניק לתוצר אורך חיים). כיום רוב ההורים מעדיפים להשתמש באחת מתוכנות האלבומים הרבות שבשוק. שלב ההקראה הראשונה, החשיפה הראשונה של הילד לסיפורו המוכן, הוא לעיתים קרובות אירוע חגיגי במשפחה והוא מלווה בהתרגשות של גילוי ויצירה משותפת ("ישבנו כולנו על הספה מחובקים, עם הספר והשוק..."). הספר, כמובן, הופך להיות רכושו של הילד, ולכן אם בתאומים עסקין (כמו שקורה פעמים רבות בסיפורי פגות), יודפסו תמיד שני עותקים (זהים או לא - על פי אופי הסיפור והחלטת ההורים). ברבים מהמקרים נוסף שלב "הציאה מהארון" לתהליך - זהו השלב שבו יוכל הילד לקחת את הספר ולספר את סיפורו לחבריו, למשפחה המורחבת או במפגש בגן. במקרה האחרון מומלץ לשוחח על כך מראש עם הגננת (הנבהלת לעיתים קרובות מעצם הרעיון) ולהסביר לה את

הכאב או החרדה, מופיעות לפתע טעויות כתיב או הקלדה, הורים שוכחים לכתוב את המילה החשובה והקשה ביותר בסיפור (למשל אב שכתב ספר שלם על ניתוח טראומטי בלי להזכיר את המילה "ניתוח") ומקצתם אף נוטים לדלג מעל הקטע הטעון, מותירים בעינו את קשר השתיקה המכבידה למרות המאמץ להיפתח. עיבוד "הנקודות העיוורות" של ההורים בזיכרון החוויה המשפחתית הטראומטית מהווה, לעניות דעתי, גורם קריטי בהצלחת התהליך. לעיתים אני מציעה להוסיף משפטים הנוגעים להבנה הפסיכולוגית של המצב ["נדמה לי שכדאי להוסיף פה משפט על הפחד"]. במקרים אחרים דווקא אני היא זו המציעה לוותר על חלק מהסיפור, כדי לעזור להורים להפריד בין החוויה שלהם לזו של הילד ["... אני לא בטוחה שנכון לספר לו שהוא היה שם לילה אחד לבד. אני מניחה שאין לו שום זכרון מזה, שכן הוא ישן בשעות האלה, ואני חושבת שזה יכול להחיות כמפחיד ולא יעזור לנו בתהליך. הרי בעקרון הייתם אתו כל הזמן... ברור שהרגע שנאלצתם לעזוב הוא טראומה שלכם, ובצדק, אבל אולי לא נשתף אותו גם בזה"].

מחקרים במבוגרים מראים כי אירועים שנחוו כטראומטיים נוטים להירשם בזיכרון בדרך מקוטעת (fragmented) וסומטית [...]. התערבויות במבוגרים, שכללו הבניית זיכרון האירוע הטראומטי בצורה כרונולוגית מסודרת, ובכלל זה מיקומו ברצף אירועי השגרה לפניו ואחריו, נמצאו יעילות בהפחתת סימפטומים של בלבול ומצוקה

ההתכתבות במייל, המקנה לשלב הזה ארומה מסוימת של "עבודה" (או אף של "שיעורי בית") ולא של "טיפול" אך מאפשרת זמינות גבוהה מצד המטפל כמו גם אווירה ברורה של אחזקה (holding), עשויה לעיתים קרובות להקל על המלאכה הנפשית של ההורים, גם אם זו כוללת ירידה מחודשת אל השאול שקיוו שלא לשוב אליה עוד. ההורים, אם כבר הגיעו עד הלום, יקבלו כמעט תמיד בחיוב את הצעותי לתיקון, לשינוי או לתוספת. לפעמים אני מוצאת צורך להוסיף משפטים דווקא בעמודי האחרונים של הספר, עמודי העידוד והחיזוק ["זהו, עכשיו זהר כבר לגמרי בריא!!!"], ועל ידי הצעת המשפט המסכם למען הילד



שיש לאדם המשאבים הדרושים לניהול האירוע; ומשמעות (Meaningfulness), התחושה שיש היגיון כלשהו בדברים הקורים בעולם. האירועים היוצרים טראומה אצל תינוקות או אצל פעוטות מתאפיינים בהיעדר כל 3 הרכיבים החיוניים לדברי אנטונובסקי, וההתערבות המתוארת מיועדת לתרגם את אירועי העבר לשפה בהווה שבה יוכלו הרכיבים הללו להתקיים. הדרך להשגת היעד עוברת דרך מנטליזציה של הזיכרון הגופני המודחק, מעין התמרה במונחי ביון של יסודות הבטא שבו: ההורה עוזר לילדו לפתח קול פנימי ונרטיב שאפשר לחיות עימו, שיכניס אל החוויה הכאוטית את המובנות, את המשמעות ואולי גם את חוויית יכולת השליטה. במקרה הטוב, כתוצאה מההתערבות יתאפשר בעתיד גם שיח מתמשך על הנושא בין הילד להורה.

אנטונובסקי מסביר כי אירוע יהיה ניתן להכלה אם יתקיימו בו 3 תנאים: מובנות (Comprehensibility) - התחושה שהאירועים קורים באופן ניתן להבנה ולחיזוי; אפשרות שליטה וניהול (Manageability) - התחושה שיש לאדם המשאבים הדרושים לניהול האירוע; ומשמעות (Meaningfulness), התחושה שיש היגיון כלשהו בדברים הקורים בעולם

כמו בכל מצב אחר בגיל הרך, לא סביר וכמעט לא ניתן יהיה לטפל בקושי של הילד ללא מעורבותם העמוקה של הוריו. מכיוון שברוב המוחלט של המקרים טראומה של ילד סוחפת עימה גם את הוריו אל מחוזות הכאוס והחרדה, על ההורים לעבור עיבוד בעצמם קודם שיוכלו להציג את האירוע לילדם בדרך הנכונה. לעיתים קרובות מדובר באירועים שההורים עשו ככל יכולתם לשכוח, ולכן לעיתים מדובר בתהליך שנמשך חודשים - אך שעשוי, גם ללא התערבות פסיכולוגית נוספת, להתקיים בנפש ההורה עד למיצויו ועד שההורה מצליח לכתוב את הדברים בעבור הילד. הכוח של רצון ההורה להיטיב עם ילדו הוא מנוע רב-עוצמה שיגויס כאן לצורך עיבוד הטראומה המשותפת - בהינתן, כמובן, קשר טיפולי של אמון מצד ההורה כלפי המטפל

הצורך לאפשר לילד לרכוש בעלות על סיפורו ושליטה בו, כמו גם להציגו כגיבור בפני עצמו ולפני קבוצת השווים לו. הורים רבים ניגשים לתהליך המתואר בחשש. בדרך כלל בסיומו הם נרגשים, מאושרים ומרגישים הקלה גדולה ושחרור לאחר שהסוד המאיים מהעבר נפרט לאירוע משפחתי מחזק ולעיתים אף מכונן. והילדים? הם "מצביעים ברגלים": יש הדורשים לישון עם הסיפור שלהם מתחת לכרית, יש המתעקשים לספרו לחבריהם גם אם ההורה חושש או נבוך מכך, והייתה אפילו ילדה שרצה לכווננת להביא את הסיפור לאחותה הקטנה, שנים אחרי שהוכן עבורה וסופר לה - הוריה לא העלו על דעתם כלל שהיא יודעת היכן מונח הספר - כשהתברר שהאחות תיאלץ לעבוד ניתוח דומה לשלה.

דיון

את מודל ההתערבות שתיארתי פיתחתי בהדרגה במשך השנים, בהתחלה באופן אינטואיטיבי. הוא יושם לגבי מצבי חיים מגוונים כגון פגות, מצבי אימוץ ואומנה, טראומות רפואיות או התערבויות רפואיות קשות (נקודתיות או מתמשכות) ואובדנים. הוא מיועד לטפל ברכיביה של חוויה קשה שקפאו בזמן, ומגיחים אל ההווה בדמות סימפטומים, ולהביאם למצב שבו יאוחדו חזרה לנפש - "יפשיורו", יאפשרו לנפש להפשייר (Levine & Frederick, 1997), וישחררו את הילד לשוב למהלך ההתפתחותי התקין. מחקרים במבוגרים מראים כי אירועים שנחוו כטראומטיים נוטים להירשם בזיכרון בדרך מקוטעת (fragmented) וסומטית (Pitman et al., 2002). התערבויות במבוגרים, שכללו הבניית זיכרון האירוע הטראומטי בצורה כרונולוגית מסודרת, ובכלל זה מיקומו ברצף אירועי השגרה לפניו ואחריו, נמצאו יעילות בהפחתת סימפטומים של בלבול ומצוקה. נראה כי ניתן לייחס זאת למעבר מעיבוד אימפליסיטי, בלתי מאורגן, סומטי ולימבי-רגשי של האירוע - לעיבוד מבוקר, מילולי ופרונטלי של הטראומה (Brewin et al., 2003; Gidron et al., 2007). בשיטת ההתערבות שתוארה משמש הסיפור כלי עזר לסידור הכרונולוגי של האירועים, והעובדה שהוא מתחיל בהיכרות כללית עם הילד ומסתיים בחזרה לכוחות של הילד והמשפחה מהווה הקבלה לעקרון יצירת הנרטיב המתחיל בשגרה שלפני הטראומה ומסתיים בשגרה שאחריה, עיקרון מרכזי במודלים עכשוויים של התערבויות נקודתיות למניעת פוסט טראומה (Farhi et al., 2018).

אנטונובסקי (Antonovsky, 1979) מסביר כי אירוע יהיה ניתן להכלה אם יתקיימו בו 3 תנאים: מובנות (Comprehensibility) - התחושה שהאירועים קורים באופן ניתן להבנה ולחיזוי; אפשרות שליטה וניהול (Manageability) - התחושה

לעיל: במקרים כגון נכות קשה שנגרמה לילד, אובדן הורה או הסתבכות של הזיכרון הטראומטי באופן שעורר קונפליקט מתמשך בין הילד להוריו, לא נוכל להסתפק בהתערבות זמנית וקצרה יחסית כזו שתוארה. כפי שצינתי לעיל, במקרים כאלה אפשר לשקול גם הכנת ספר כמתואר במקביל לתהליך של טיפול דיאדי (או בתהליך של הדרכת הורים מתמשכת). עם זאת, הניסיון לימדני שבמקרים המתאימים לשיטה שהוצעה די לעיתים קרובות בהדרכה קצרה ובליווי בתהליך כתיבת הספר. במצבים אלה הרווחנו התערבות יעילה, שבסופה נגלה משפחה מחוזקת שמשא כבד נפרק מעל כתפיה, ושהאמון שלה במעורבות הפסיכולוגית נרכש ובוסס. פרט זה יהיה בעל משמעות גם אם בשלב מאוחר יותר יידרש, מסיבות אלה או אחרות, טיפול נוסף באחד מבני המשפחה.

והמטפל? אומנם הוא יצא נשכר עבור פגישה אחת בלבד ותרגם גם דקות אחדות של קריאת מיילים נוסף על הפגישה הזאת. אך הוא הרוויח גם קיצור משמעותי של רשימת ההמתנה (וקיצור כזה הוא קריטי בשירות הציבורי כידוע), ולספרייה הפרטית שלו נוסף עוד סיפור על מסע שאין ערוך לחשיבותו - והפעם הסיפור מלווה גם בתמונות ומסתיים בצילום של ילד מחייך ומאושר שהוקל לו.

המנחה אותו. אם התהליך מצליח להתקיים, נרוויח "על הדרך" גם קידום מסוים של הפונקצייה הרפלקטיבית ההורית, ואולי בדיוק בנקודה שבה הפונקצייה הזאת שותקה (זמנית) עקב הטראומה והחרדה.

מאליו יובן כי נדרש שיקול דעת מקצועי מעמיק בנוגע לשאלת התאמת המודל המוצע לאירוע ולמשפחה הניצבים לפנינו ופונים לעזרה. המעורבות הנמוכה יחסית של המטפל באחזקה עלולה, במקרים הלא מתאימים, להביא להפסקת התהליך על ידי ההורה, או במקרים נדירים אף לגרום להחייאת הטראומה באופן שרק יגביר את הסימפטומים שבעטיים פנתה המשפחה למטפל מלכתחילה. באחדים מהמצבים יהיה הכרח לעבד את הקושי במסגרת טיפול דיאדי, או לפחות בטיפול בהורות. איש המקצוע יצטרך להעריך את יכולתם של ההורים להבין ולהוציא אל הפועל את התהליך בליווי המינורי שתואר כאן: הורים הסובלים מדיכאון, מהפרעות אישיות, מיכולת אינטלקטואלית מוגבלת או מפוסט טראומה לא יצליחו להחזיק את התהליך ללא מעורבות מקצועית עמוקה.

מצד הילד, במצבים בהם נתרשם כי הילד זקוק לתמיכה טיפולית מסיבית כדי להכיל את מה שאירע לו, לא תתאים השיטה שהוצעה

מקורות

סטרן, ד"ר (2005). עולמם הבין-אישי של תינוקות. מודן.

קפלן, ח' (2018). הטיפול הדיאדי: מחשבות מחדר הטיפול. פרדס.

Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2003). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 748-766.

Farchi, M., Bergman Levy, T., Ben Hirsch-Gornemann, M., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid: From Helplessness to Active Efficient Coping. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 20, 1-12.

Gidron, Y., Gal, R., Givati, G., Lauden, A., Snir, Y., & Binjamin, J. (2007). Interactive effects of memory structuring and gender in preventing posttraumatic stress symptoms. Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 179-182.

Levine, P. A. & Frederick, A. (1997). Waking the tiger - Healing trauma. Berkeley, North Atlantic books.

Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., & Cheema, F. (2002). Pilot study of secondary prevention for posttraumatic stress disorder with propranolol. Biological Psychiatry Journal, 51, 189-192.

"את לא לבד!" כלים שלובים בהתערבות קבוצתית

התפתחותית במעון שיקומי

מרים שנשינסקי וד"ר נורית פלזנטל-ברגר

הראשונה ובפגישה האחרונה השתתפו האימהות בלבד. הטיפול התרחש בחדר הרבי-חשי של המעון, סנוזלן (Snoezelen), שהוא מרחב מווסת ומאפשר גרייה סנסומוטורית ואינטימיות בתוך מכל מרגיע המדמה רחם. שתי הקבוצות יצרו דינמיקה משותפת, ונוצרו בהן תהליכים בעלי השפעה הדדית. תהליכים אלו הביאו לידי התוצאות המשמעותיות שיתוארו בהמשך המאמר.

רקע תאורטי

סטרן (1995) הגדיר קונסטלציה אימהית כ"ארגון מחדש של המצב המנטלי של האישה, תהליך מתמשך של גיבוש הזהות האמהית בזמן ההריון ולאחר הלידה", שינוי תודעתי הנדרש כדי שתהיה האם מסוגלת לטפל בתינוקה. סטרן ציין 4 משימות עיקריות שמעסיקות את האימהות באופן מודע ולא מודע בנוגע לבניית הקונסטלציה האימהית: השארת התינוק בחיים, הרגשת אהבה כלפיו, הכנסת רשת תמיכה וארגון פסיכולוגי חדש סביב הזהות האימהית. משימות אלו, שהן אתגר התפתחותי-רגשי לכל אם, מאתגרות במיוחד לאימהות לפעוטות בעלי התפתחות מעוכבת, ולא פעם נותרות האימהות מקובעות במשימתן הראשונה.

בספרו הולדתה של אם (1998) תיאר סטרן את החוויות של הורים לתינוקות מיוחדים כתקיעות ב"הווה מתמשך". לדבריו, ההורים שפנטזו על התינוק מאז נודע להם על ההריון מפסיקים לדמיין את עתידו של התינוק אחרי "קבלת הבשורה" כי העתיד אינו צפוי וכואב מדי. ההורים מתמקדים בהווה ומתעסקים בטיפול יום-יומי בתינוק, ללא פנטזיות עתיד. לכן אחת המטרות המרכזיות של פרויקט זה הייתה לאפשר עיבוד אָבֵל וליצור חיבור בין התינוק הפנטזמתי לתינוק האמיתי. קבוצת האימהות נועדה לאפשר דיבור על ה"לא מדובר", על חווית הטראומה ועל הסוד ובזמן להתחבר לדמויות "מלאכים" ולזיכרונות מיטיבים מהעבר (ליברמן וואן הורן, 2005). בקבוצת האימהות ניתנה תשומת לב מיוחדת לחמלה עצמית, ליכולת להיות טוב ונדיב

המאמר יעסוק בפרויקט ייחודי שפעל במעון שיקומי בחברה החרדית בירושלים כדי להעניק תמיכה רגשית לאימהות ולפעוטות בעלי קשיי התפתחות מורכבים. אומנם התפיסה הרווחת היא שהחברה החרדית היא חברה מחבבת ותומכת בנשים אחרי לידה, אבל בפועל, כאשר לתינוק הנולד יש לקות התפתחותית קיימות לעיתים תופעות של בושה והסתרה, והן מחזקות את תחושת הבדידות של האימהות. בפרויקט שיתואר להלן שולבו שתי שלוחות: קבוצה דיאדית של אימהות-פעוטות וקבוצת תמיכה לאימהות. הפרויקט הופעל בשיתוף עו"סית המעון והשתתפו בו 8 דיאדות. הילדים היו בני 10-30 חודשים והתמודדו עם קשיי התפתחות ועם קשיים רפואיים. מרבית האימהות היו מרקע חרדי, מקצתן אימהות מנוסות ומקצתן בהורות ראשונה. המשותף לכולן: פעוט הנמצא במעון שיקומי. זו הייתה הפעם הראשונה שאימהות אלו השתתפו בקבוצה טיפולית-רגשית וכולן רצו לחזק את הקשר שלהן עם ילדן.

מבנה ורציונל טיפולי

פרויקט זה משלב בין שני צרכים הנשזרים זה בזה: חיזוק הקשר הדיאדי אם-פעוט ועיבוד תהליך אָבֵל המאפשר קבלה של הפעוט בעל המוגבלות. מתוך הרציונל הזה נבנתה ההתערבות הטיפולית מפגישות מחולקות לשני חלקים: פגישה דיאדית אימהות-פעוטות שנערכה על פי עקרונות המודל הטיפולי הדיאדי אם-ילד, בשילוב מודל ה-*DIR* בדגש על משחקיות, ויסות ואינטימיות. חלק זה אפשר עיבוד של הקשר, פיתוח משחקיות, מנטליזציה והתכווננות מותאמת בתהליך הבין-אישי בין האם ובין הפעוט. לאחר מכן החזירו האימהות את ילדיהן לכיתות וחזרו לחלקה השני של הפגישה. חלק זה הוקדש ליצירת קבוצת תמיכה ושיח חצי מובנה בין האימהות ולעיבוד אתגרי ההורות "המיוחדת". האימהות שיתפו זו את זו בחוויותיהן ויצרו רשת חברתית תומכת כנגד תחושת בדידות מתוך תמיכה בתהליכי עיבוד האבל. בפרויקט היו 12 פגישות. האימהות הגיעו למעון פעם בשבוע לפגישה של שעה וחצי ובה שני החלקים. בפגישה

מאמר זה נכתב בעקבות פרויקט של מרים שנשינסקי, מומחית בפסיכולוגיה התפתחותית ומדריכה בפסיכולוגיה חינוכית. בהדרכת ד"ר נורית פלזנטל-ברגר, מומחית ומדריכה בפסיכולוגיה התפתחותית וחינוכית, מנהלת שותפה ביחידה ההתפתחותית שפ"ח ירושלים.

באו לידי ביטוי בפגישות הדיאדות. הדוגמאות מהטיפול התמקדו בעיקר בסיפורה של דיאדה אחת (משה ואלה, שמות בדויים) כדוגמה לתהליך שהתרחש בחדר. בתחילת הטיפול היה משה פעוט בן שנה ו־8 חודשים בעל עיכוב התפתחותי נרחב: הוא עדיין לא דיבר, לא זחל והיה שקט ופסיבי בהתנהגותו (חשש לאבחון בשיתוק מוחין שטרם דיברו עליו עם ההורים). משה היה ילד בכור ולו אח צעיר בעל התפתחות תקינה. הוריו היו עולים חדשים, ללא משפחה מורחבת בארץ.

הקבוצה הדיאדית אפשרה נוכחות שקטה אך פעילה בזיהוי הפוטנציאל לשיפור הקשר ולהתערבויות שהביאו לידי דיוק באינטראקציה, בהנאה ובהתכווננות בדיאדות. בה בעת נחשפו הדיאדות זו לזו, חשיפה שלא הזדמנה בשגרת הפעוטות במעון. בהיותי מטפלת הרגשתי את החששות ואת הבושה של האימהות בחשיפה, ובד בבד את הכוחות ואת החיבור עם הפעוטות

תמות

1. **"אני רואה אותך - את לא לבד" - בדידות ורשת תמיכה**
המוטיבציה הראשונית של האימהות נבעה מהצורך בשייכות, ומהפגישה הראשונה הן שיתפו את חברות הקבוצה בנרטיב שלהן של לידת הפעוט המיוחד, וסיפוריהן השתלבו זה בזה והשיקו זה לזה. אם אחת סיפרה על חווית ההיריון, על חששותיה ועל תחזיות הרופאים, ודבריה הדהדו אצל אימהות אחרות ששיתפו בחוויות דומות. תהליך דומה התרחש כשהן דיברו על חווית הלידה, על "מעמד הבשורה" ועל ההתמודדות הראשונית עם האכזבה ועם הכאב. אם אחת סיפרה על חוויה שחווה כ"נס" שאירע לבתה, ואימהות אחרות הזדהו מייד עם דבריה וסיפרו גם הן על "ניסים" שחוו. הרגשת ה"יחד", ההדהוד וההזדהות שנצרכו ליוו את התהליך כולו.

באותה פגישה הייתה אלה שקטה ומאופקת. היא דיברה מעט וחששתי שתלך לאיבוד ותיבלע בקבוצה. הקפדתי

כלפי עצמי, לשמירה על מערכות תמיכה ולשימוש בשירותי סיוע, גורמי החוסן שציננה גינסור (2017) במאמרה על טיפול בהורות של ילדים מיוחדים.

בספרו על טיפול קבוצתי תיאר יאלום (2007) את חווית "האוניברסליות" - שותפות גורל כגורם מחולל שינוי בקבוצה. האימהות הגיעו לקבוצה הטיפולית בהרגשת ייאוש. התמודדותן עם פעוטות בעלי התפתחות מעוכבת הייתה הגורם המחבר ביניהן ויצרה חיבור עמוק של קבוצה אחת, של "יחד באותה סירה". הן ראו איך האימהות האחרות מתמודדות עם הקשיים וחלקן ביניהן תקווה וכוח. כאן נכנס גורם אחר של יאלום, "זולתנות", שהיא היכולת להעניק במקום לקבל. הקבוצה אפשרה לכל אחת מהאימהות להיות בצד הנותן והמפיה תקווה.

ויניקוט (2004) דיבר על משחק כדרך חיבור ראשוני ועמוק בבסיס החלק הדיאדי וראה בטרומה ובסטרס גורמים המדכאים את יכולת המשחק של ההורה. ואכן, יש תוכניות טיפול שמשתמשות בעיקרון זה בקרב אוכלוסיות באזורים החשופים לטרומה (כהן, 2013). בפרויקט זה היה המשחק לב ליבה של האינטראקציה הדיאדית מתוך תפיסה ששיפור המשחקיות יחזק את ההתקשרות עם הפעוט הממשי. במחקר נמצא שחיזוק הקשר והמשחקיות משחרר את הקיפאון של הטרומה, ואכן, ככל שהרחיבו הדיאדות את המשחקיות שלהם כך התחזקה ההנאה המשותפת שלהם וההתקשרות ביניהם.

עיקרון שני היה פיתוח הפונקציה הרפלקטיבית ויכולת המנטליזציה אצל ההורה כ"בונה האני" של הפעוט (פונגי, מתוך הראל, 2011). פונגי ציין שהורים לפעוטות בעלי נכות או מחלה חמורה מתקשים לעיתים להבין את עולמם הפנימי של תינוקם עקב השוני בחוויות בינם ובין התינוק. מלבד זאת, טרומה אצל ההורה עלולה לעכב יכולת מנטליזציה. במחקר נמצא כי ככל שההורה משלים עם מצבו של הילד "השונה" ומצליח להיות רפלקטיבי כלפיו כך הוא מעלה את הסיכוי לפיתוח התקשרות בטוחה (אופנהיים, 2007).

לאור זאת, המטרות הטיפוליות היו:

פיתוח רפלקטיביות ומנטליזציה של האם כלפי הפעוט ומתוך כך ביסוס תהליכי התכווננות והתקשרות;
חיזוק דפוסי התקשרות אם־תינוק באמצעות משחקיות תוך שימוש במכל טיפול קבוצתי;
מתן מרחב קבוצתי לאימהות לעיבוד תהליכי אבל, בייחוד בנושא קבלת האבחנה ובשחזור נרטיב הטרומה על רצף הזמן.
כעת נתאר את הקבוצה מתוך דגש על חשיבות ההתערבות הטיפולית בשלב הראשוני של התפתחות הקשר אם־ילד. נעסוק ב־5 תמות מרכזיות שעלו בתהליך התפתחותי טיפולי לאורך הפגישות. התמות הופיעו בשיח של קבוצת האימהות ובד בבד

אוראל-ברודסקי (2012) תיארה בדידות והסתרה כהגנות נגד הפגישה עם הרגשות הקשים שעלולים להורים לחוות כלפי הילד החולה או המוגבל, אך אלו התפוגגו בהדרגה במהלך הטיפול כשהחלו האימהות לשמש רשת תמיכה זו לזו, דבר שלא היה להן לפני כן.

אלה אינה מוכנה לחשוב על משה בצורה אחרת אלא כעל "פעוט מושלם". היא חוזרת על האמירה שהוא ילמד ב"חידר רגיל" ויצמצם פערים במהרה. הקול הקבוצתי חוזר ומאתגר אותה עם המציאות, והיא שבה ועונה ש"היא תתמוטט" אם הוא לא יהיה כמו כולם. (פחד מהתמוטטות - ויניקוט, 1963). נראה שהיא שרויה בפגיעותה ודרכה נוכחת הפגיעה הנרקיסטית שמשותפת לכל האימהות בקבוצה. הן עובדות קשה כדי להסתיר את פגיעותן. האימהות ממשיכות לשאול את אלה שאלות. ברור שמהדהדת אצלן התמונה של משה האמיתי שהן מכירות מהקבוצה הדיאדית, שאינו פעוט בעל התפתחות רגילה. האימהות מנסות להביא את אלה לראות את מה שהן רואות, ואני תומכת בדיאלוג וגם שומרת עליה כדי שהיא לא תעבור את סף הכאב הנסבל מבחינתה.



עם הזמן האימהות מתחילות "לדבר את הלא מדובר" (ליברמן וואן הורן, 2005). הטיפול מאפשר ל"רוחות הרפאים" (פרייברג, 1980) של האימהות להופיע בחדר, ואני, בהיותי מטפלת, מחזיקה את הכאב המוצף בלי להיבהל. עם זאת חזקתי הזמנת "מלאכים" (ליברמן) לחדר (כגון השיחה על הניסים, על האמונה ועל הזיכרונות המיטיבים). בהדרגה הפכו האימהות עצמן ל"מלאכים" זו לזו - דמויות תומכות, מכילות ומחזקות את הטוב באמצעות התפעלות וחמלה. כעבור זמן מה החלו האימהות לשתף את סיפוריהן ולספר את הדברים שהושתרו בעומק נשמתן. כמו כן נרקם חיבור ביניהן בנושא רגשי הכעס כלפי הצוות הרפואי. אם אחת בחרה לשתף את הקבוצה בסוד, שלא העזה להביע במילים קודם לכן, על אודות אמירה בנוגע לתוחלת החיים

לראותה, לקרוא את שפת גופה ולפנות אליה מפעם פעם במהלך השיח הקבוצתי כדי להנכיח את קולה.

הקבוצה הדיאדית אפשרה נוכחות שקטה אך פעילה בזיהוי הפוטנציאל לשיפור הקשר ולהתערבויות שהביאו לידי דיוק באינטראקציה, בהנאה ובהתכוונות בדיאדות. בה בעת נחשפו הדיאדות זו לזו, חשיפה שלא הזדמנה בשגרת הפעוטות במעון. בהיותי מטפלת הרגשתי את החששות ואת הבושה של האימהות בחשיפה, ובד בבד את הכוחות ואת החיבור עם הפעוטות.

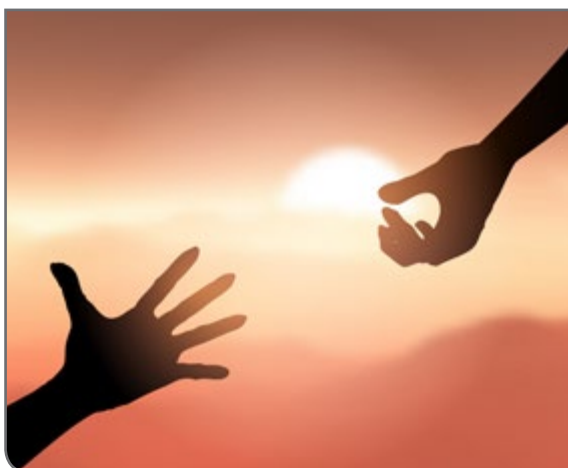
בפגישה הדיאדית הראשונה נראתה אלה קפואה באי-נוחות והביטה ללא הפסק בדיאדות האחרות בזמן שמשה ישב מולה בשקט. הצעתי לכל אם להתכסות עם הפעוט בשמיכה ולעודד קשר עין. עם כניסתה עם משה מתחת לשמיכה פרצה אלה בבכי שקט, בכי שבוכים במיטה בשקט אך מקוים חזק בליבנו שמישהו יגלה אותנו. התקרבותי אליה והפגנתי נוכחות שקטה. אלה הרגישה בנוכחותי. נגיעה קטנה בכתפה, "אני רואה אותך. את לא לבד". הבכי נרגע בהדרגה. משהו במגע העדין שנוצר בינינו בפגישה אפשר לה לצאת מתוך בועת הבדידות והמצוקה.

הקבוצה אף הרחיבה את רשת התמיכה של האימהות. בדרך כלל רוב הפעוטות באים וחוזרים בהסעה, ולהורים אין קשר ישיר ושוטף עם הצוות. בגלל נוכחות האימהות במעון פעם בשבוע נוצרה תקשורת ישירה ורצופה עם הצוות והיה להן מקום להתייעץ בו, מקום לנהל שיח ולהחליף עדכונים שוטפים, ובזכות זה נוצר שיתוף פעולה פורה ולא ניתנה תשומת לב לשיקום פיזי בלבד.

2. "לא מוכנה לחלוק את המשפט הזה אפילו עם בעלי" - בושה והסתרה

בחברה החרדית ההסתרה היא חלק מנורמה תרבותית. בפגישות התברר שאחדות מהאימהות לא דיברו על הפעוט ה"חריג" שלהן ואפילו לא שיתפו את המשפחה הגרעינית באבחנה. הן היו עסוקות בהסתרה ובשמירת הסוד.

מעצם ההצטרפות לקבוצה הדיאדית נוצר רובד חדש של חשיפה ושותפות: האימהות נחשפו לעיניי האחרות וחשפו את פעוטותיהן זו לזו. ההשוואה נכחה בחדר בפגישות הראשונות כשבמקביל למשחק עם פעוטה התבוננה כל אם גם באחרים. הנוכחות המשותפת, וההתמודדויות השונות של כל אם, יצרו הצפה רגשית והרגשת שותפות. הפגישה עם "הפעוט האמיתי" לא הניחה להן להישאר בפנטזיות והציבה מעין מראה אישית לכל אם ויצרה חדר מראות קבוצתי ששיקף את הפריזמות השונות של המציאות.



במקביל בקבוצה הדיאדית נראתה התכוונות ופתיחות רבה מצד האימהות לילדיהן. הפעוטות חייכו יותר, ולי, כצופה, נראה שיש יותר קרבה בדיאדות. נראה שאחרי שדיברו האימהות על הקשיים בפתיחות עברו מקצת החששות הלא מודעים, המובלעים או הלא מדוברים למודע ואף עובדו בעזרת הקבוצה. השינוי הזה השפיע על איכות הקשר ועל הקרבה הדיאדית.

אלה ומשה השוכבים מתחת לשמיכה הפסיקו לבכות. אלה כבר מצליחה לראות את משה ולגרום לו לחייך. אני מעודדת אותה להישאר איתו יחד בפעילויות בשלבי יצירת הוויסות והאינטימיות של ה-DIR (גרינשפן, 1995), והיא מעסה את רגליו בקרם, מערסלת אותו בערסל ונכנסת איתו לבריכת כדורים, כל זאת מתוך הנאה ממנו במגע ובמשחק. אני עדיין חווה את הדאגה האימהית כלפיה ומרגישה צורך לעזור לה בבניית הקונסטלציה האימהית. בולט תפקיד ה-doing בחיי היום-יום שלה והצורך שלה לטפל במשה. ההישארות במרחב המשחקי היא העבודה הקשה בחדר הטיפול (ויניקוט, 1971). במרחב זה הם נפגשים ב-being, במקום ביניים, בלי חציצות ומשימות. אני שומרת עליהם ועל המרחב שלהם מפלישות של אחרים ומשתדלת לתת להם אווירת רוגע וביטחון כדי להכיר זה את זה. בקבוצת האימהות באותה תקופה אלה מתחילה לגעת בכאב. היא מקשיבה לדברי האימהות האחרות ומתחברת אליהן בנושאים מסוימים. היא אף מוכנה להודות בהדרגה בחוסר שלמותו של משה. נראה שהפגישה עם האימהות האחרות חיצקה אותה דרך ההשוואה והיא מתחילה לראות בעצמה אם טובה דייה (ויניקוט). אלה גם מפנימה את החמלה שחווה בקבוצה ומראה סימנים של חמלת עצמית (גינסור, 2017). בהעברה נגדית באותו הזמן אני מתחילה להרגיש שהיא שברירית פחות ואני משחררת אותה לתפוס את קולה בקבוצה בכוחות עצמה, והיא אכן עושה זאת.

הקצרה של בתה. אחרת סיפרה על המחשבה שבעתיד היא אולי תצטרך להכניס את בתה למוסד סיעודי, ואם אחרת אמרה שבחברה החסידית אין מקום להכרה בפעוט עם קשיים וכי הונחתה במפורש שלא לדבר עם איש על הקשיים של בתה. נראה שהחווייה המשותפת הקלה עליהן ואפשרה להן להביע במילים סודות ומחשבות שנאסרו עליהן לבטא. תפקידי כמטפלת היה להיות מכל. החזקתי את ידיהן במעבר הכואב במעמקי הנפש, במקומות שאפילו הן לא העזו לגלות לעצמן עד אז. בהמשגת טיפול בטרומה הושטתי להן יד וסייעתי להן לחצות את המנהרה החשוכה עד הגיען לאור בצד האחר.

בעקבות השיתוף בקבוצה והתגמשות ההגנות הנוקשות סיפרו האימהות שבמשך השבוע הן אף דיברו יותר מהרגיל עם האבות על קשיי הפעוטות ועל הרגשות והמחשבות שלהן כלפיהם. נראה שהשיח בקבוצה אפשר גם לפתוח שיח גלוי מבעבר עם בני זוגן. אף שהקבוצה נועדה לאימהות בלבד, משום שנפגשה במעון חרדי, התברר בדיעבד שקולם של האבות הונכח דרך הדיאלוגים של האימהות, והקבוצה נתנה קול למסרים מהם. כך קיבלו האבות מקום אף שלא נכחו פיזית בחדר.

3. "האם לנער הזה התפללתי?" - קונפליקט אמוני

האם מותר לי לכעוס על ה"מתנה שקיבלתי משמיים"? אחד משלבי עיבוד האבל על פי מודל קובלר-רוס הוא הכעס, אך בחברה החרדית חוששים כי הכעס עשוי להתפרש כחוסר אמונה ועל כן מעודדים הדחקה ואימתן הכשר לכעס. באמצע התהליך הקבוצתי הוזמנה תמת הכעס לחדר. אחת האימהות הגיבה ב"אמירות אמוניות" כגון "השם בחר אותנו כמשפחה לפעוטה כי יש לנו את הכוח להתמודד" והשתיקה בדבריה את הדיאלוג. אראל-ברודסקי (2012) טענה שלעיתים קרובות הרגש הדתי הוא אשמה לא מודעת של ההורה הסבור שלידת הילד המוגבל היא עונש המגיע לו על מעשה רע, אך תפיסה זו באה על חשבון הילד הסובל.

אחת האימהות בחדר הגיעה מחוץ לתרבות החרדית וטענה שגם הכעס והייאוש הם חלקים מהבריאה של "אלוקים". בטיעון מתוך מערכת האמונות של האימהות האחרות היא הראתה יכולת מנטליזציה גבוהה שאפשרה מגע וביטוי של תחושות הכעס. בהמשך הפגישה היו אימהות שהכניסו את נושא האשמה לשיחה בגלוי. אם לפעוט שעקב מחלה גנטית מצד האבצריך להיזהר מכל מגע (פניישרו עצמותיו) שיתפה כי לראשונה העזה לכעוס על שהילד חולה בגלל בעלה. נראה שאחרי בניית ברית טיפולית והסרת ההגנות החלו האימהות לגעת במה שהסתתר שנים מתחת לפני השטח.



בקבוצת האימהות הייתה גם התייחסות למנטליזציה. בתחילת הטיפול היו האימהות עסוקות בהסתרה, בחוויות הבדידות והפגיעות, והרגשות הללו השתקפו וקיבלו תוקף. בתהליך הקבוצתי הן חוו תהליך של החזקת המינד שלהן במינד הקבוצתי (פונגי, מתוך הראל, 2011). באמצעות ההתכוונות שלי לתהליך המנטלי שהן חוו התאפשר להן לפתח תהליכי מנטליזציה כלפי ילדיהן.

5. "זה הפעוט שלי" עיבוד טראומה וחיבור דרך משחק

כאמור, פעמים רבות נחוות קבלת האבחנה כטראומה, כתסמין. אימהות רבות חוו קיפאון ולא יכלו לפתח יכולת לשחק עם התינוק באופן מותאם וליהנות מהמשחק המשותף. חלק מהטיפול התרכז בהתכוונות בין האם ובין הפעוט, למיומנויות ויסות הדדי ולפיתוח יכולת המשחק ביניהם. מכאן הבחירה להפעיל את הקבוצה בחדר סנוזלן המפעיל את החושים ומסייע לוויסות המותאם לפרופיל של כל דיאדה. נראה שחיבור ראשוני זה בחדר מוגן ומותאם הוא סטינג (setting) אידיאלי לעיבוד חוויות הטראומה.

בקבוצה הדיאדית משה רואה את השתקפותו המשתנה בעיני אימו, והיא מוכנה להישאר איתו בקשר ישיר במשחק יותר מבעבר. עיניה עסוקות פחות בנראות ובהשוואות עם דיאדות אחרות. יש צורך מופחת לשמור על המרחב שלהם, והם מתמודדים ביעילות עם ההפרעות מסביב. הם משחקים, ואפשר לשמוע צחוק משותף. משה חווה את אימו חיונית ונוכחת, והחוויה הזאת מעניקה לו ביטחון. בחלוף הזמן משה הופך לפעוט חיוני, חייכני ופתוח לקשר עם הסביבה, ולשינוי הזה עד גם צוות המעון. נראה שככל שהצליחה אלה להתאים את הייצוג הפנימי של משה למציאות כך הרגיש משה קבלה וחיבור עם העולם והתחזקו תהליכי ההתקשרות ביניהם וכלפי הסביבה (אופנהיים, 2007).

בקבוצת האימהות נפתח שיח הטראומה לראשונה בפגישת ההיכרות ונלווה לכל התהליך. האימהות עסקו בטראומה, בחוסר הוודאות וב"תקיעות בהווה מתמשך" (סטרן, 1998) ולא יכלו לחלום על עתידו של הפעוט. כדי לשחרר תקיעות זו הייתה משימתה המרכזית של הקבוצה להתניע תהליך השלמה עם התינוק האמיתי ועם תכונותיו הייחודיות. בה בעת עבדנו על אינטגרציה בין הזהות האישית לפני הלידה ובין הזהות האימהית בהווה ובעתיד. האימהות הוזמנו לדבר על עצמן לפני הלידה ואחריה ולתאר את העתיד שהן רוצות לחיות בו בעוד שנים מספר, כלומר במשימה זו הן הוזמנו לדמיון את העתיד. לאחדות מהן זו הייתה משימה קשה,

באותה העת דיווח צוות המעון על התפתחות אצל הפעוטות - פעוט שהיה מאופק ופסיבי מאוד התחיל ליצור קשרים עם פעוטות אחרים ואפילו להרביץ לפעמים. פעוטה אחרת התחילה לחייך לאימה ולהגיב בכל גופה כאשר ראתה את האם נכנסת לכיתה, התנהגות שלא התרחשה קודם לכן. משה היה חייכן וערני מבעבר.

4. "את מבינה אותי" - התקשרות ומנטליזציה

הורים לפעוטות בעלי התפתחות לא טיפוסית חווים בלבול גדול בנוגע לעולמם הפנימי של ילדיהם. לשם פיתוח היכולת הרפלקטיבית בזמן הפגישות עם הפעוטות בחדר עודדנו את האימהות להתייחס לכוונות ולרגשות של ילדיהן, פעוטות שלא פעם לא היו מסוגלים לנוע או להביע את עצמם במילים. האימהות ניסו להתכוון, לזהות את הסימנים הקטנים ביותר וללמוד לתרגם אותם לכוונות, לרגשות ולמחשבות ולהגיב בהתאם.

בהדרגה הפכו האימהות עצמן ל"מלאכים" זו לזו - דמויות תומכות, מכילות ומחזקות את הטוב באמצעות התפעלות וחמלה. כעבור זמן מה החלו האימהות לשתף את סיפוריהן ולספר את הדברים שהושתרו בעומק נשמתן. כמו כן נרקם חיבור ביניהן בנושא רגשי הכעס כלפי הצוות הרפואי

בקבוצה הדיאדית מתחילים לראות הנאה בקשר שבין אלה ובין משה. היא מתחילה לראות ולהכיר את ה"אני הפנימי" שלו ולפתח מנטליזציה כלפיו: אני עומדת לידם ומעודדת אותה להתבונן במשה ולנסות להבין מה משקפות הבעות פניו, מה היא חושבת שהוא מרגיש וחושב, למה הוא מזיז את הידיים לצדדים ומה הוא מנסה להשיג למרות חוסר ניידותו. עם התיווך בזמן אמת היא מתחילה לקרוא את סימניו, ואני מעודדת אותה לספר לו, במילים שלה, מה היא רואה. ברגע ששמע אותה משה הוא חייך ועיניו ברקו. למרות חוסר במילים משלו היה ברור שהוא הרגיש מובן, שהיא ראתה אותו באמת.

הוודאות חזרה "רכבת הפנטזיות" (סטרן) לנסוע.

בסוף התהליך דיווחו האימהות על הרגשת התחזקות ואף הציעו להמשיך להיפגש, ראייה לחשיבות בנייתה של רשת חברתית תומכת לאימהות כחלק ממשימות הקונסטלציה האימהית.

סיכום

בפרויקט זה נוצר חיבור בעל ערך בין כוחה של קבוצה בתהליכי עיבוד טראומה ובין עקרונות של טיפול דיאדי א-ילד במסגרת מערכתית שיקומית. התהליך האינטגרטיבי בין קבוצת האימהות לטיפול הדיאדי חיצק מנגנוני התקשרות, מנטליזציה, בניית קונסטלציה אימהית והרגשת "עצמי" אצל הפעוטות. פרויקט זה מדגים את תרומת הפסיכולוגיה ההתפתחותית למסגרות שיקומיות בגיל הרך. תקוותנו שמאמר זה ייתן לפסיכולוגים התפתחותיים השראה להפעיל פרויקטים דומים, מתוך תקווה לקידום בריאות הנפש של ילדים ושל הוריהם במצבי סיכון התפתחותי.

אבל הן הסכימו לנסות ולדמיין את העתיד. אומנם לעיתים הן הציגו עתיד לא ברור, אבל הן העזו לנסות ולדמיין אותו.

בסוף התהליך דיברה אלה על משה בדרך מציאותית מבעבר ומתוך הבנת היכולות האמיתיות שלו. היא עדיין קיוותה שהוא ילמד בבית ספר רגיל בעתיד, אך כבר הייתה יכולה לחשוב, בלי להתפרק, על האפשרות שאולי יידרש זמן לתהליך השיקום והתחילה לחגוג כל הצלחה קטנה. הקשר ביניהם התחזק מאוד והיא נהנתה ממנו.

בפגישה האחרונה יצרו האימהות קולאז' ובו תמונות שצולמו בחדר באישורן. כל אם קיבלה תמונות אחדות שלה עם הפעוט ומסגרת, והן בחרו וקישטו כרצונן. מקצת האימהות אמרו שעד כה הן לא הציגו תמונות של הפעוט הזה בסלון, ובעקבות הפעילות בקבוצה הן הביעו רצון ונכונות להציג את תמונותיו. הסמליות באמירה זו הייתה מרגשת והעידה על המקום החדש שיש לפעוטות בקשר עם האימהות ועם המשפחה בסוף התהליך. בפגישה זו הסכימו האימהות לדבר על הפעוטות בלשון עתיד, ונראה שלמרות הקושי ואי-

מקורות

אבימאיר-פז, ר' (2011). טיפול א-ילד ואב-ילד: אבני דרך בהתפתחות המודל. בתוך ח' קפלן, י' הראל ור' אבימאיר-פז (עורכות), **הטיפול הדיאדי: מפגש בין המעשה הטיפולי והתיאוריה** (עמ' 60-90). אוניברסיטת חיפה.

אופנהיים, ד', סלומון, ש', ירמיה, נ' וקורן-קריא, נ' (2007). הורות ואוטיזם: התקשרות, תובנה הורית והשלמה עם קבלת האבחנה. בתוך א' כהן (עורכת), **חווית ההורות - יחסים, התמודדויות והתפתחות** (עמ' 253-276). הוצאת אח.

אראל-ברודסקי, ה' (2012). סודות שלא סיפרתי (אפילו) לעצמי. **שיחות כ"ז** (1) (עמ' 49-55) המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.

גינסר, נ' (2017). כמו לולין על חוט - טיפול בהורות לילדים עם אוטיזם והתמודדות עם תמות פרדוקסליות. בתוך **טיפול בהורות - גישה אינטגרטיבית לטיפול בבעיות ילדים באמצעות הוריהם** (עמ' 407-470). הוצאת אח; שטיין; תולעת ספרים.

גרינספן, ס"י, ווידר, ש' (1995). **ילדים עם צרכים מיוחדים**. קוראים הוצאות ספרים.

ויניקוט, ד"ר (2004). **משחק ומציאות**. עם עובד.

יאלום, א' (2007). **טיפול קבוצתי - תיאוריה ומעשה** (עמ' 11-38). הוצאת כנרת.

סטרן, ד' (1998). **הולדתה של אם** (עמ' 165-182, 10-32). מודן.

קפלן, ח' (2019). **הטיפול הדיאדי - מחשבות מחדר הטיפול**. פרדס הוצאה לאור.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In *Clinical studies in infant mental health*. England: Tavistock.

Lieberman, A., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. (2005). Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-524.

Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.



המצב הרגשי של האם והתפתחות התינוק בקרב האוכלוסייה הבדואית בדרום הארץ

שועאע עסל־זריק ופרופ' נעמה עצבה־פוריה

ידענתנו, טרם נעשה מחקר שבחן את התפתחות התינוקות הבדואים בכלל בשנת חייהם הראשונה ובפרט את התפתחות התינוקות הבדואים שנולדו טרם זמנם.

ממצאי המחקר

ראשית, ממצאי המחקר מעידים שאימהות בדואיות שילדו פגים הראו רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית לאחר הלידה לעומת אימהות שילדו במועד. נוסף לכך, שני המשתנים - רמת האקולטורציה של האם וסדר הלידה של התינוק (בכור/ה לעומת ילד לא ראשון) - נמצאו כממתנים את הקשר בין פגות למצוקה הרגשית של האם לאחר הלידה. דהיינו, נמצא כי בקרב קבוצת הפגים סגנון אקולטורציה פחות מודרני/מערבי ולידת פג שהוא ילד שני ומעלה במשפחה נמצאו קשורים לרמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית אצל האם לאחר הלידה.

שנית, מצאנו כי שיפור ברמת המצוקה הרגשית של אימהות ב־6 החודשים הראשונים לאחר הלידה וכן שיפור בהתנהגות האימהות באינטראקציה שלהן עם התינוקות בהיותם בני 6 חודשים (רגישות אימהית, היעדר עוינות והיעדר חודרנות), כמו שנמדדה בזמן 2, ניבאו רמות נמוכות של נסיגה חברתית אצל התינוקות בזמן 3. מלבד זאת, היעדר עוינות אצל האם נמצא כמשתנה מרכזי שמתווך את הקשר בין פגות לנסיגה חברתית אצל התינוק. כלומר, משתנה פגות נמצא קשור לרמות גבוהות של היעדר עוינות אצל האם ולפיכך היה קשור לרמות נמוכות של נסיגה חברתית אצל התינוק.

לבסוף נמצא כי בקרב קבוצת הפגים, תינוקות אשר אימהותיהן דיווחו על רמות גבוהות של תמיכה חברתית, רמות נמוכות של מצוקה רגשית אימהית ורמות נמוכות של מצוקה אימהית ניבאו רמות גבוהות יותר של תפקוד חברתי אצל התינוקות.

מילות מפתח: מצוקה רגשית לאחר לידה; פגות; חברה ערבית־בדואית; אקולטורציה; סדר לידה; אינטראקציה אם-תינוק; נסיגה רגשית בינקות; תמיכה חברתית; תפקוד חברתי.

אימהות שילדו פגים נתונות בסיכון גבוה להתפתחות מצוקה רגשית לאחר הלידה. סיכון זה גובר יותר בקרב נשים מקבוצות מיעוט אתניות בעקבות גורמי דחק כגון מצב סוציאקונומי נמוך, גישה מוגבלת לספקי בריאות, קשיי שפה ורמת השכלה נמוכה. הנושא מעורר דאגה לאור העובדה שמחקרים רבים מעידים על השפעה חזקה של המצוקה הרגשית האימהית על התפתחות התינוקות.

במחקר הנוכחי חקרנו את המצוקה הרגשית לאחר לידה בקרב אימהות מהאוכלוסייה הבדואית, מתוך ניסיון להבין גורמי סיכון וחוסן בקרב קבוצת מיעוט אתנית ייחודית זו במדינת ישראל. באופן ספציפי רצינו להבין כיצד משפיעה המצוקה הרגשית של האימהות על התינוקות לאורך שנת חייהם הראשונה. מטרת המחקר היו: (1) לבחון כיצד לידה טרם זמנה (לידת פג), מיקום התינוק במשפחה (בכור/ה או שני ומעלה) ורמת האקולטורציה של האם תרמו יחד להתפתחות מצוקה רגשית אצל נשים בדואיות לאחר הלידה; (2) לבחון כיצד משפיעה מצוקה רגשית של אימהות בדואיות, לאחר לידה, על איכות האינטראקציה בין האם לתינוק בהיותו בן 6 חודשים; (3) לבחון כיצד משפיעות המצוקה הרגשית של אימהות בדואיות לאחר לידה ואיכות האינטראקציה בין האם לתינוק כשהוא בן 6 חודשים על התפתחות הילד בהיותו בן שנה.

במחקר השתתפו 255 אימהות בדואיות ותינוקותיהן אשר נולדו במועד, ו־66 אימהות בדואיות ותינוקותיהן אשר נולדו פגים. גיוס המשתתפים נעשה זמן קצר לאחר הלידה ולווה במעקב במשך שנת חייו הראשונה של התינוק. גיוס האימהות מקבוצת הפגים נעשה בפגייה, וגיוס האימהות לתינוקות שנולדו במועד נעשה במחלקת יולדות במרכז הרפואי סורוקה בנגב.

איסוף הנתונים נעשה ב־3 נקודות זמן: בזמן האשפוז לאחר הלידה (T1), 6 חודשים לאחר הלידה (T2) ושנה לאחר הלידה (T3). ב־3 זמני המדידה ראינו האימהות והתבקשו למלא שאלונים. בזמן T2 ובזמן T3 נצפו וקודדו אינטראקציות בין האימהות לתינוקותיהן. כמו כן נעשתה בזמן T3 הערכה התפתחותית רגשית וחברתית להתפתחות התינוקות. למיטב

תוכנית דואט לפיתוח יכולת רפלקטיבית בקרב הורים ואנשי חינוך שמטפלים בילדים בגיל הרך ובמשך הילדות

פרופ' נעמה עצבה-פוריה ועטרה מנשה-גרינברג

"אין דבר כזה תינוק. אם אתה צריך לתאר תינוק, תמיד תמצא עצמך מתאר תינוק ומישהו"

(Winnicott, 2016)

החשיבות של פיתוח יכולת זו עוד בראשית הקשר, בגיל הרך. במאמר זה נציג את חשיבות היכולת הרפלקטיבית בהתפתחות ילדים וביצירת יחסים משמעותיים בין הילדים לדמויות המטפלות בהם. נציג את הבסיס התאורטי של התוכנית וממצאים המעידים על יתרונות הטיפול הקבוצתי בחיזוק היכולת הרפלקטיבית.

חשיבות היכולת הרפלקטיבית בגיל הרך

בעשורים האחרונים היינו עדים למחקרים רבים שהעידו על קשר בין דפוסי ההתקשרות של ההורה לדפוסי ההתקשרות של ילדיו (Slade et al., 2005). כלומר יכולתו של ההורה לווסת ולארגן את מחשבותיו ואת רגשותיו בהתקשרות עם הוריו קשורה באופן הדוק ליכולתו לארגן ולווסת אותם ולהגיב ברגישות על צורכי ילדיו לנחמה, לקרבה ולביטחון. קשר זה נחשב **להעברה בין דורית של התקשרות**. בהתחלה שיערו כי החוליה המקשרת בין התקשרות ההורה להתקשרות הילד היא התנהגות ההורה כלפי ילדיו. לדוגמה, במקרים שבהם יש לילד התקשרות בטוחה נראה התנהגות רגישה מצד ההורה הרואה את צורכי הילד ופועל על פיהם באופן עקבי, ואילו במקרים שבהם יש לילד התקשרות לא בטוחה נראה כי התנהגות ההורה מאופיינת בדחייה או בחוסר עקביות ואף בהפחדה. ואולם המחקר העלה כי אין די **בהתנהגות ההורה** להסביר את ההעברה הבין-דורית של ההתקשרות. פונגי ועמיתיו הראו כי **רפלקטיביות הורית** היא המנגנון שבאמצעותו עובר דפוס ההתקשרות בין הורה לילדיו (Fonagy)

תוכנית "דואט לחיזוק יכולות רפלקטיביות של הורים ואנשי חינוך" אשר תוצג במאמר זה היא תוכנית טיפול קבוצתי המדגיש את חשיבות העבודה עם ההורים ועם דמויות הטיפול האחרות (מטפלות, סייעות, גננות ומורים) כחלק מהותי ומרכזי בטיפול בילדים ובשיפור מצב התפתחותם ובריאותם הנפשית. תוכנית זו היא תוכנית התערבות אשר מטרתה לפתח סביבת טיפול רפלקטיבית בקרב דמויות הטיפול בכל המעגלים סביב הילד או הילדה. המשתתפים בקבוצה לומדים לעצור, להתבונן ולשקף לילדים את מחשבותיהם ואת רגשותיהם, ובזמן הם מתבוננים גם בעולמם הפנימי שלהם ומתווכים לילדים את אשר הם מרגישים. מחקרים מראים שהיכולת הרפלקטיבית טמונה בבסיס ההתקשרות הבטוחה; היא מסייעת בוויסות העצמי של ההורים והילדים כאחד ועל כן מפחיתה אלימות ויוצרת חיבורים עמוקים בין ההורים לילדיהם (Luyten et al., 2017). מכאן



פרופ' נעמה עצבה-פוריה היא פסיכולוגית התפתחותית מומחית, ראש המגמה לפסיכולוגיה התפתחותית וראש מרכז דואט באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מטפלת ביחידה הפסיכיאטרית לגיל הרך בסורוקה, חוקרת את תחום ההורות בדגש על מצבי לחץ הוריים, יחסי הורה-ילד והתפתחות חברתית-רגשית של ילדים. מטפלת בילדים ובהוריהם, מעבירה הכשרות בתוכנית דואט לאנשי מקצוע המטפלים בילדים ובהורים, מנחה ומדריכה מוסמכת בתוכנית דואט. nap@bgu.ac.il
לפרסומים נוספים: <https://duetinstitute.co.il/%d7%9e%d7%90%d7%9e%d7%a8%d7%99%d7%9d>

עטרה מנשה-גרינברג, דוקטורנטית במרכז דואט באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מתעניינת בתחום הרפלקטיביות ההורית, התערבות טיפולית רפלקטיבית, יחסי הורה-ילד ומשחקיות הורית וחוקרת את הנושאים הללו, פסיכולוגית בהתמחות קלינית בעלת ניסיון בעבודה עם ילדים, עם נוער ועם מבוגרים. ataramenashe@gmail.com

למידע נוסף על מרכז דואט: <https://duetinstitute.co.il>

כל השמות המובאים בדוגמאות במאמר בדויים.



לעבד זאת בעבורו ולהחזיר לו את החוויה באופן שבו יוכל הילד לעכל אותה. תהליך זה יכול להיעשות אך ורק אם ההורה מכיר בעולמם הפנימי של ילדיו ומווסת בעבורם רגשות בלתי נסבלים אלו בצורה מותאמת. היכולת של ההורה להתבונן בתחושות, ברגשות וברצונות של ילדיו, המתקיימים ומתחלפים מרגע לרגע, להכיר בהם ולשקף להם אותם באמצעות מילים, מחוות, הבעות פנים ומשחק, ברגישות ובאופן מותאם לילדים, היא מהות הרפלקטיביות ההורית והיא אחת מאבני הבסיס של ההתקשרות ושל היכולת הרפלקטיביות שיפתחו הילדים בעתיד (Slade et al., 2005).

כיצד מתפתחת היכולת הרפלקטיבית ההורית? הרפלקטיביות ההורית המיטבית מתפתחת בתנאים שבהם ההורה עצמו חווה הורות מיטיבה ורפלקטיבית בילדותו המוקדמת, הפנים יכולת זו ובזכותה הוא מסוגל לחשוב את עצמו טוב יותר, לווסת את עצמו ולהעביר את החשיבה הרפלקטיבית שהופנמה בו ביחסיו עם ילדיו גם בעיתות לחץ המאפיינות את ההורות. כמו כן, במחקרים שנעשו במרכז דואט עלה כי היכולת לעכב את התגובה האוטומטית של ההורה וכן היכולת לחשוב בגמישות את הילדים, על פי המתרחש "כאן ועכשיו" (פונקציית המכונה עדכון זיכרון), מנבאות אף הן את טיב היכולת הרפלקטיבית של ההורה (Yatziv et al., 2018).

תוכנית דואט

את תוכנית דואט פיתחו פרופ' נעמה עצבה-פוריה וצוות דואט למען האוכלוסייה בישראל והיא מבוססת על התוכנית הרפלקטיבית להורים (Grienberger et al., 2004). התוכנית מורכבת מ-12 פגישות שבועיות, ומעבירים אותה 2 מנחות או מנחים בהתאם לתוכנית מובנית הכתובה במדריך מפורט. מטרת התוכנית היא לקדם יכולת רפלקטיבית באמצעות התנסות המאפשרת חוויה מחודשת של מצבים שונים בחיי היום-יום במרחב הקבוצתי, בשימוש בטכניקות מקדמות רפלקטיביות. בכל פגישה יש התמקדות בנושא הקשור בהתמודדות של הורים או דמויות הטיפול האחרות עם סוגיות התפתחותיות של הילדים ועם האינטראקציות היום-יומיות עימם (למשל, גבולות וביטחון, פחדות, מעורבות הורים במשחק, מצבי כעס, מצבי חירום). בכל פגישה המנחות מציגות ידע התפתחותי בנושא הפגישה, והוא משמש מעין שער כניסה (port of entry) לעבודה הרפלקטיבית. עיקר הפגישה עוסק בחשיבה משותפת, בשיח ובדין בנושאים שמעלים משתתפי הקבוצה ובתרגילים המקדמים חשיבה ושיח רפלקטיביים. הפגישות מתמקדות בעידוד סקרנות ובפתיחת מרחב חשיבה ובו אפשרויות שונות למניעים, לכוונות ולרגשות שבבסיס ההתנהגות של הילדים ושל ההורים. עבודה זאת

(et al., 1991). היכולת לרפלקטיביות (המוכרת גם כמנטליזציה) מוגדרת כתהליך פסיכולוגי המצוי בבסיס היכולת להבין התנהגות של העצמי ושל האחר וכמונעת מתוך מצבים מנטליים.

מלבד העבודה עם ההורים יש חשיבות רבה גם לעבודה עם הדמויות המבוגרות האחרות המטפלות בילדים במשך היום. תוכנית דואט פועלת מתוך חשיבה על התערבות ברמה הקהילתית, מתוך התייחסות לילדים בסביבתם. כדי להיטיב עם ילדים יש ליצור שינוי מובהק בכל המעגלים הסובבים אותם. חשיבה זו היא הבסיס בחשיבה של הפסיכולוגיה ההתפתחותית

זהו תהליך מתמשך ודינמי של התבוננות, שיקוף ופרשנות, נתינת משמעות להתנהגות באמצעות מצבים מנטליים של העצמי ושל האחר (Fonagy et al., 1991). הכוונה בעולם הפנימי היא לרגשות מחד גיסא ולקוגניציות (מחשבות, רצונות, כוונות) המצויות בבסיס ההתנהגות מאידך גיסא. בתהליך הרפלקטיבי האדם נדרש "לראות את העצמי מבחוץ, ואת הזולת מבפנים" (Slade et al., 2005). אומנם היכולת הרפלקטיבית היא יכולת בסיסית ורצויה שמקדמת תקשורת מיטיבה ומסייעת בפתרון קונפליקטים בכל קשר, אבל כאשר מדובר בקשר הורה-ילד יכולת זו הכרחית. היכולת הרפלקטיבית היא הגרעין העיקרי, ועליו מתפתחים יחסים בין-אישיים. כאשר נעסוק ברפלקטיביות הורית נדון ביכולתו של ההורה להבין את טבע המצבים המנטליים שלו עצמו ושל ילדיו ובעקבותיה לספק את צורכי הילדים ולהעניק להם רגשת אמון וביטחון. ההבנה המנטלית של ההורה, היכולת של ההורה ל-"mirroring" ("ההורה כמראה") מאפשרת לילדים לחשוב את תחושותיהם, להרגיש את מחשבותיהם, להבין את עצמם ואת האחרים סביבם, ועם הזמן מתפתחת ההכרה העצמית מחד גיסא והכרת הזולת משונה ממני מאידך גיסא. אלו עומדים בבסיס היכולת לצפות את ההתנהגות ולייחס משמעות להתנהגות של העצמי ושל האחר. תהליך זה מסייע בחיזוק הביטחון והאמון של הילד בסביבתו, ובזכותו העולם נעשה מאיים פחות.

ביון דן במכל האימהי (Bion, 1994), דהיינו ביכולת של ההורה להכיל את המצב הנפשי שנחוה כבלתי נסבל מבחינת התינוק,

ולא רעיונות תאורטיים, מעוררים בהורים רגשות עוצמתיים ואמיתיים. חווית הרגשות העוצמתיים הכרחית להתעוררות יכולות רפלקטיביות. יאלום ראה בעיקרון של עוררות רגשות "קתרזיס" (Yalom, 1995). בקבוצה יש הזדמנות לחוות רגשות רבים כמו שהם ולהתחבר אליהם ולהבינם טוב יותר. **העוררות הרגשית היא מרכיב מרכזי בשינוי.** שינויים בעלי ערך מתרחשים ברגע שההורה חווה בפגישה רגשות חדשים שלא היה מודע אליהם בזמן שהקבוצה מעמיקה את החשיבה המשותפת על המקרה שהציג. לדוגמה, גלי, אימו של אבאל, סיפרה שהשבוע הרביץ אבאל לילד בגן השעשועים. היא כעסה עליו מאוד ולא הרשתה לו ללכת לגן השעשועים במשך כמה ימים. בזמן שתיארה את המקרה בקבוצה היא סיפרה שראתה שאבאל הרביץ משום שאותו הילד לא הרשה לו לעלות על המגלשה, אך הוסיפה וטענה שחשוב לה שאבאל יבין ש"אסור להרביץ!" באמצעות משחק תפקידים והמכל הקבוצתי הצליחה גלי להתחבר לרגשות פחד שלא הייתה מודעת אליהם ועלו בה כאשר ראתה את בנה מרביץ. פחדה נבע מעלייתו הקרובה של אבאל לכיתה א' ומחששה שיתקשה להשתלב שם בשל נטייתו לכעוס ולהרביץ כאשר אינו מקבל את מבוקשו. בעזרת המכל הקבוצתי הצליחה גלי אף לחשוב כי מלבד הכעס הרגיש אבאל דחוי ונעלב משום שהילד ההוא לא הרשה לו להצטרף למשחק במגלשה. החוויות החדשות הללו סייעו לגלי להבין את שניהם טוב יותר, ובחשיבה משותפת היא סברה שבמצב דומה בעתיד תוכל להגיב ביתר דיוק על הרגשותיהם ולשקפם לאבאל, למשל לומר לו, "אני יודעת שזה מעליב ולא נעים שהילד לא הרשה לך לעלות למגלשה ולכן כעסת והרבצת לו" ונוסף על כך לייצג את "חוקי המציאות" ואת הדאגה שלה, "זה באמת לא בסדר, וגם לי עצוב לראות שזה מה שקרה, אבל לא מרביצים! אני גם דואגת שבקרוב בכיתה א' זה יכול לקרות. חשוב לי לעזור לך למצוא דרכים אחרות להרגיע את עצמך כשאתה כועס" (ראה עקרון יד עוטפת יד מכוונת, תרשים מס' 1). בעזרת דברים אלו יבין אבאל שאימו מבינה אותו, דואגת לו וממצב של "קרע" שבו אימו כועסת

נעשית מתוך שימוש והעמקה בדוגמאות השונות שמציגים ההורים ומנחי הקבוצה. בתום כל פגישה מקבלים ההורים סיכום של התכנים העיקריים שהתמקדו בהם בפגישה הזאת וניתנת משימת התבוננות להמשך שבוע, ובזכותה נשמרים תוכני הקבוצה פעילים בחיי היום-יום. אף שחשיבות הצורך בחיזוק היכולת הרפלקטיבית ההורית אינה חדשה ומצויה בבסיס טיפולים פרטניים ודיאדיים, למבנה הקבוצתי יתרון מהותי בקידום יכולת זו.

חשיבות הטיפול הקבוצתי בחיזוק יכולת רפלקטיבית

למבנה הקבוצתי כוח רב בקידום תהליכי טיפול. יש עקרונות אחדים שמסייעים לפיתוח יכולת רפלקטיבית ומקדמים אותה באופן מובהק. לעקרונות אלו ניתנת תשומת לב מיוחדת בטיפול הקבוצתי:

1. **מודלינג (הדגמה) של רפלקטיביות:** ייצוג הילד או הילדה להורה במונחים של מצבים מנטליים, בתשומת לב לעולמם הפנימי (מחשבותיהם ורגשותיהם) (Slade, 2006). הטיפול הקבוצתי יוצר הזדמנויות רבות למודלינג של רפלקטיביות. יאלום כינה זאת "התנהגות חקיינית" (Yalom, 1995), כלומר המשתתפים בקבוצה מתבוננים במשתתפים האחרים ומחקים את התנהגותם ואת ההתנהגות של מנחות הקבוצה. למשל, המנחה אומרת לליאור, אביו של בן, לאחר שסיפר שבן מסרב ללכת לישון במיטתו בלילה, "אני מנסה לחשוב על מה בן חושב ומה הוא מרגיש בערב כשהוא מסרב ללכת לישון..." בפגישה הבאה ליאור מספר שבן התקשה להיפרד ממנו בגן השבוע והוסיף, "ניסיתי לחשוב למה קשה לו להיפרד ועל מה הוא חושב בפרדה".

2. **עידוד סקרנות:** עידוד הסקרנות ההורית בנוגע להתנסויות ולחוויות שלהם ושל ילדיהם. עקרון הסקרנות בא לידי ביטוי בקבוצה בכך שחברי הקבוצה מביאים לכל פגישה מצבים מחיי היום-יום שלהם. במרחב הקבוצתי הם מפתחים סקרנות בנוגע לחוויות שלהם ושל ילדיהם במצבים מחיי היום-יום ששיתפו בהם את חברי הקבוצה. יאלום ראה בעיקרון זה "למידה בין אישית", כלומר התהליך הקבוצתי המתמשך שבו חברי הקבוצה לומדים על עולמם הפנימי שלהם ושל חברי הקבוצה האחרים באינטראקציה ביניהם ובקבלת משוב מהקבוצה ומהמנחים (Yalom, 1995). בתהליך זה משתתפי הקבוצה יכולים להרחיב מחשבות ורגשות נוספים שייתכן שהתעוררו במצב המתואר. ברגעים אלו נוצרים מצבים שבהם חברי הקבוצה תוהים על המחשבות ועל הרגשות שייתכן שהיו בבסיס התנהגותם.

3. **עוררות רגשית כדרך למנטליזציה:** מצבים קונקרטיים,

תרשים 1:

שתי הידיים הנדרשות בגידול ילדים: יד עוטפת ויד מכוונת
בהורות נדרשות שתי הידיים



היד המכוונת
משרטטת את
גבולות המציאות

היד העוטפת
מתבוננת, מתקפת,
משקפת ותומכת



מציעות לשחזר (enactment) את המקרה במשחק תפקידים כדי להעמיק את ההבנה בנוגע למה שקרה לאלונה ולאלה ומזמינות את אחת האימהות לשחק את אלה, בתה של אלונה. המנחות שואלות כל אחת מהן מה הרגישה בתפקיד ולאחר מכן פותחות את הנושא לחשיבה במכל הקבוצתי. אחת האימהות אומרת שייתכן שאלונה **כעסה** כי לא הבינה שאימה תחזור. אימא אחרת הציעה שהיא **נבהלה** כשראתה שאימה אינה חוזרת והוסיפה שלילדים אין הבנה של זמן. אימא שלישית אמרה שאולי אלונה **קינאה** בכך שאימה יצאה מהבית עם אחיה. היא **חשבה** שאולי אלונה "רוצה את אימא לעצמה", אבל אימה יצאה עם אחיה והיא נשארה עם אביה. אלונה מקשיבה לאפשרויות השונות ומדגישה במיוחד את אפשרות הקנאה. היא אומרת, "לא חשבתי על זה, אבל עכשיו כשהציעו 'קנאה' זה ממש מתחבר לי. אלה מאוד מקנאה באחים שלה, ונראה לי שזה מה שבמיוחד הפריע לה. הבטחתי לה שנהיה יחד, ולמרות שידעה שיהיה כף, עדיין קינאה שלקחתי את האחים שלה ולא אותה. למרות שזה לבית ספר, ושלא לקח הרבה זמן מבחינת אלה הייתי בזמן הזה עם האחים שלה ולא איתה..."

הבנה זו סייעה לאלונה לחשוב על תגובתה במצב דומה בעתיד. היא חשבה על כך שתוכל לומר לבתה, "אני רואה שאת עצובה שלקחתי את אחייך, ולא הייתי איתך... אולי קנאת שאני איתם, למרות שרק לקחתי אותם לבית הספר. אבל עכשיו אני איתך ורק שתינו נהיה בבית ונראה סרט". כך הגיבה האם בדבריה על רעיון הקנאה שזיהתה אצל אלה והדגישה את בילוי הזמן המשותף שלהן. הבנה זו סייעה לאלונה לחשוב כיצד לדייק בתגובתה, וממצב של כעס ותסכול המלווה בצעקות וברגשי אשמה לעבור לאמירה מדויקת שתסייע לאלה להבין את רגשותיה ולדעת שאימה מבינה אותה. חשיבה ושיח רפלקטיבי אינם משנים את המציאות אלא מאפשרים לילדים להבין שההורה עומד לימינם במציאות. זאת פונקצייה מחברת שמחזקת את יכולת ההתמודדות של הילד עם מצבים מורכבים במציאות.

מה משתפר לאחר הטיפול? ממצאים מהמחקר

כדי לבחון את יעילותה של תוכנית דואט ואת האופן שבו היא משפיעה על ההורה, על האינטראקציה הורה-ילד או ילדה ועל הילדים עצמם, הקמנו מערך מחקר שבחן את תהליכי השינוי בעקבות הטיפול הקבוצתי (Menashe-Grienerberg et al., 2021). כדי להעריך אם שינויים שהתרחשו נשארו יציבים לאורך זמן השתתפו ההורים והילדים ב-3 הערכות במשך 9 חודשים בקירוב: לפני ההשתתפות בקבוצה, מיד לאחר ההשתתפות בקבוצה וחצי שנה מסיום פעילות הקבוצה. כדי לקבל תמונת מצב מקיפה ומעמיקה נכללו במדדים שנבחרו ראיונות עומק עם

עליו ומענישה אותו הוא יבין שהיא מחוברת אליו וגם ידע מהם עקרונות החינוך החשובים לה.

4. הדהוד: הדהוד הוא אחד המונחים הבסיסיים באנליזה קבוצתית המייצגים את התפיסה הדינמית בטיפול קבוצתי בכלל (Foulkes & Anthony, 1984). זו תקשורת ראשונית לא מודעת וספונטנית בין אנשים שבה תוכן או רגש שמעלה אחד המשתתפים מעורר תכנים ורגשות דומים אצל השאר. נושאים ורגשות שמבטא כל אחד מהמשתתפים מעוררים נושאים ורגשות דומים אצל שאר המשתתפים, וכך נוצרת רוח קבוצתית וחוויה רגשית משותפת. לדוגמה, אימו של מורן סיפרה שהגננת מתקשרת בכל יום לספר שהוא לא התנהג יפה ועליה לדבר איתו בבית. אביו של טל מהנהן בראשו ואומר, "גם אצלנו זה כך...". **5. "היכל של מראות"** (Foulkes & Anthony, 1984): הקבוצה מאפשרת לחבריה להתבונן בעצמם ובילדיהם באמצעות מראות שונות שמייצגות היבטים שונים של העצמי אשר אינם נגישים לפרט. לפיכך הקבוצה היא מסגרת (setting) מתאימה מאוד לקידום היכולת הרפלקטיבית. דרך המראות השונות אשר מביאים חברי הקבוצה ההורים מבינים את עצמם טוב יותר ומצליחים לראות את ילדיהם בזווית נוספות. מצב זה מרחיב את הפרספקטיבה, ולמעשה המצב שבו ההורה מתקשה לראות את המחשבות ואת הרגשות העומדים בבסיס ההתנהגות שלו או של ילדו במצבים מסוימים משתנה. באמצעות התנועה בקבוצה והמראות השונות שמביאים משתתפי הקבוצה והמנחות נפתח מרחב חשיבה שמאפשר להם התבוננות רחבה שיש בה אפשרויות שונות. מצב זה מאפשר תנועה מ"דרך ללא מוצא" למציאת מרחב וכיוונים רבים שבהם אפשר לחשוב ולפעול.

להלן תיאור מקרה שמדגים חלקים מהתהליך:

"אני אשמח לשתף משהו מהשבוע האחרון", משיבה אלונה על הצעת המנחות לשתף את הקבוצה בחוויה שעוררה קושי השבוע. "ביום ראשון אלה (בת 5) אמרה לי בבוקר שהיא לא מרגישה טוב וביקשה להישאר איתי בבית. למרות שנראתה לי בריאה, החלטתי לתת לה להתפנק קצת איתי ואמרת לי שהיא יכולה להישאר בבית. הבטחתי לה שנראה יחד סרט שהיא אוהבת במיטה שלנו. ארגנתי את הגדולים ויצאתי לפזר אותם לבית הספר. בעלי נשאר בינתיים עם אלה. כשחזרתי הביתה שמעתי עוד מעבר לדלת את הבכי שלה, וכשנכנסתי מצאתי אותה בוכה בחדר ואת בעלי מנסה להרגיע אותה. הוא סיפר שהיא ככה מאז שיצאתי ושום דבר לא מרגיע אותה. לא הבנתי מדוע היא בוכה? מה היא רוצה מאיתנו?? הרי רק יצאתי לזמן קצר והיא נשארה עם אבא שלה".

המנחות מציעות לשאר חברי הקבוצה לנסות לחשוב מה חשבה והרגישה אלונה באותם רגעים. חברי הקבוצה מעלים רגשות אפשריים שונים כגון תסכול, כעס וחוסר סבלנות. המנחות

בינקות. אף שהיכולת הרפלקטיבית הבסיסית מתהווה בילדות, עצם ההבנה והמודעות לכך שבבסיס ההתנהגות של העצמי ושל הילד עומדים תמיד מחשבה כלשהי ורגש מסוים, דהיינו התנהגויות לעולם אינן מתרחשות "ללא סיבה", לצד תרגול בעצירה ובהתבוננות, מאפשרות לחזק ולפתח יכולת זו גם בבגרות, ובייחוד במשך ההתפתחות ההורית. יש להדגיש כי עם הלידה, ובזמן התפתחות הילדים, האם והאב נפגשים עם עמדה חדשה - העמדה ההורית - והיא מעוררת תהיות, מחשבות, ומצבים רבים של אי-ידיעה. העבודה בקבוצה מאפשרת למנחים ולמשתתפי הקבוצה לשמש מראה להורה ולפיכך לסייע לו לפתח יכולת רפלקטיבית בבגרותו. העצירה וההתבוננות דרך זוויות שונות משמשות קטליזטור לשינוי רפלקטיבי.

טיפול בילדים בחשיבה התפתחותית - שינוי ברמה הקהילתית

מלבד העבודה עם ההורים יש חשיבות רבה גם לעבודה עם הדמויות המבוגרות האחרות המטפלות בילדים במשך היום. תוכנית דואט פועלת מתוך חשיבה על התערבות ברמה הקהילתית, מתוך התייחסות לילדים בסביבתם. כדי להיטיב עם ילדים יש ליצור שינוי מובהק בכל המעגלים הסובבים אותם. חשיבה זו היא הבסיס בחשיבה של הפסיכולוגיה ההתפתחותית.

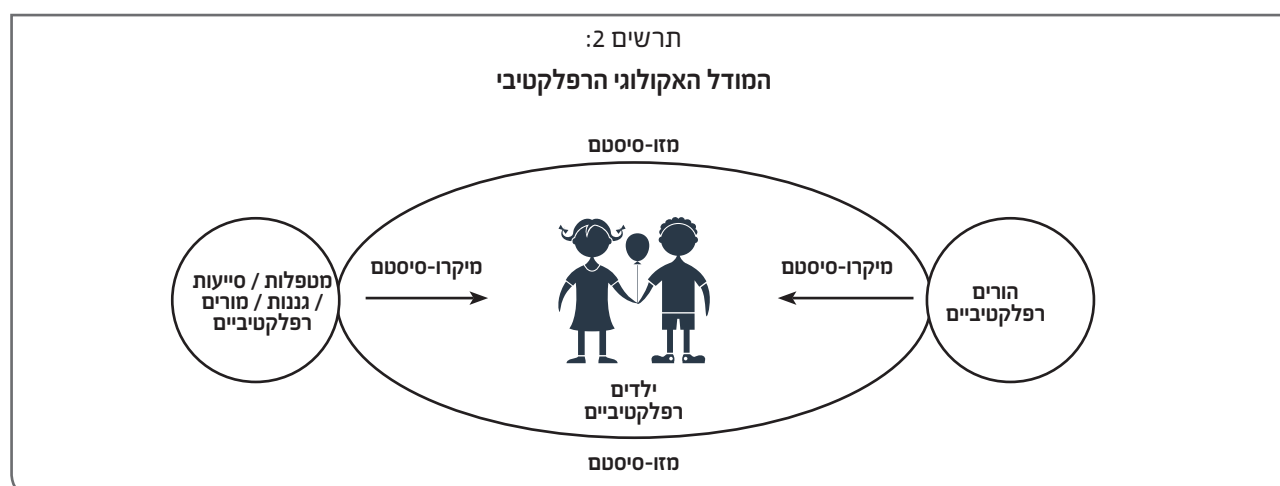
המודל האקולוגי של Bronfenbrenner משמש מסגרת תאורטית חשובה בהבנה של התפתחות ילדים ומתוך כך מסגרת חשיבה בעלת ערך להתערבות (Bronfenbrenner, 1992). המודל מדגיש את העובדה שילדים אינם מתפתחים בוואקום אלא מנהלים יחסי גומלין, מושפעים מסביבתם ומשפיעים עליה - בראש ובראשונה הסביבה הקרובה (מיקרו-סיסטם), למשל, יחסיהם עם הוריהם ואחר כך גם עם המטפלת במעון היום, עם הגננת ועם הסייעת בגן הילדים או עם המורה בבית הספר.

ההורה, שאלוני הורה, תצפית באינטראקציית משחק הורה-ילד או ילדה והערכה של יכולות הוויסות של הילדים. תוצאות המחקר הראו כי בקרב הורים אשר השתתפו בקבוצות דואט השתפרה באופן ניכר היכולת הרפלקטיבית שלהם כמו שנמדדה בריאיון ההתפתחות ההורית (PDI; Slade et al., 2004). שינוי זה נותר יציב גם חצי שנה לאחר סיום פעילות הקבוצה. בבחינת איכות אינטראקציית הורה-ילד במשחק חופשי נמצא שיפור באיכות הקשר, והורים הפגינו רגישות והבניה גבוהות מבעבר ורמות נמוכות של חודרנות ועוינות לאחר ההשתתפות בקבוצה. שיפור זה נשאר יציב גם לאחר חצי שנה.

לבסוף, אף שהילדים לא נכחו בטיפול כלל, נמצא כי חלה ירידה ניכרת בבעיות ההתנהגות של הילדים (מופנמות ומוחצנות), כפי שנמדד בעזרת שאלון האכנבך, וכן חל שיפור של ממש ביכולות הוויסות הרגשי וביכולות החברתיות שלהם, כפי שנמדדו בפרוצדורות מעבדה ובדיווחי ההורים. כל השינויים הללו נותרו יציבים לאורך זמן. שינויים אלו חשובים מאוד, שכן בממצאים המוכרים בספרות הם קשורים גם לתפקודים טובים יותר של הילדים בסביבת הגן כגון יכולות למידה, יכולות חברתיות והתפתחות רגשית טובות החשובות כל כך בהשתלבות בגן ובתהליכי הצמיחה וההתפתחות של הילדים. יתרה מכך, יכולות אלו קשורות גם לדימוי עצמי חיובי של הילדים, והוא מאפשר להם לבטא את עצמם היטב בחברת השווים בגן ובהתמודדויות השונות שבחיי היום-יום.

לסיכום, מן המחקר עולה כי השיפור באינטראקציית הורה-ילד וברפלקטיביות של הילדים נובע בבירור וישירות מהשיפור ברפלקטיביות של ההורה. ממצא זה מחזק את חשיבות העבודה על חיזוק היכולת הרפלקטיבית עם הורים ועם דמויות טיפול אחרות.

נשאלת השאלה כיצד אפשר לשנות את היכולת הרפלקטיבית של האדם הבוגר באמצעות הקבוצה למרות היווצרותה עוד





על פי מסגרת תאורטית התפתחותית זו פועל מרכז דואט להפעלת קבוצות רפלקטיביות גם בעבודה עם מטפלות במעונות יום, עם גננות וסייעות בגני ילדים ועם מורים בבתי ספר. לכל אחת מהקבוצות הללו מטרה זהה - **להרחיב את היכולת הרפלקטיבית של המבוגרים המלווים את הילדים בתהליכי ההתפתחות ומסייעים להם להבין עצמם ואת האחרים סביבם**. כדי שיוכלו הילדים להתפתח היטב עליהם לגדול בחברת מטפלים המחזרים לרגשותיהם ולמחשבותיהם ומסוגלים לחשוב מה עומד בבסיס ההתנהגותם. ככל שיגדלו הילדים בחברת הורים ואנשי חינוך רפלקטיביים יותר, כך גם הם יהפכו לרפלקטיביים יותר. אלו הם ההורים ואנשי החינוך של העתיד.

יתרה מכך, הילדים מושפעים גם מהיחסים בין הדמויות הללו (רמת המזוויסטים), למשל, הילדים מושפעים מהקשרים בין ההורים לגננת. לפיכך הילדים יתפתחו טוב יותר בסביבה שיש בה קשרים מיטיבים שבהם ההורים מעריכים את הגננת והגננת רואה את מאמצי ההורים. לעומת זאת, כאשר ההורים אינם מכבדים את הגננת והיא מותחת עליהם ביקורת, הילדים מצויים בסביבה שאינה אופטימלית, והתפתחותם עלולה להיפגע. לכן, בהיותנו מטפלים חשוב שנסייע להם ונוודא שלילדים יהיו יחסים מיטיבים עם הדמויות המטפלות בהם ובזמן שהדמויות השונות המטפלות בהם תתקשרנה היטב ביניהן בעזרת שימוש בשפה דומה, שפה רפלקטיבית, המתבוננת זה בזה ועוזרת לילדים להבין טוב יותר את עצמם ואת סביבתם (ראו תרשים 2).

מקורות

Bion, W. R. (1994). Learning from experience. Jason Aronson.

Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. Jessica Kingsley Publishers.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)

Foulkes, S. H. & Anthony, E. J. (1984). *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429475375>

Grienberger, J., Popek, P., Stein, S., Solow, J., Morrow, M., Levine, N., Lehman, J. (2004). The Wright Institute reflective parenting program workshop training manual. The Wright Institute; Unpublished manual.

Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: theory, research, and clinical applications. *Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174-199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>

Menashe-Grinberg, A., Shneor, S., Meiri, G., & Atzaba-Poria, N. (2021). Improving the parent-child relationship and child adjustment through parental reflective functioning group intervention. *Attachment & Human Development*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1919159>

Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657. <https://doi.org/10.1080/07351690701310698>

Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). The parent development interview-revised. Unpublished protocol. The City University of New York.

Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>

Winnicott, D. W. (2016). Anxiety Associated with Insecurity. In *The Collected Works of D.W. Winnicott*. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271367.003.0011>

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books (AZ).

Yatziv, T., Kessler, Y., & Atzaba-Poria, N. (2018). What's going on in my baby's mind? Mothers' executive functions contribute to individual differences in maternal mentalization during mother-infant interactions. *PLoS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207869>

מה קרה לרועי: הולכים לטיפול דיאדי - חיותה קפלן ויהודית הראל (הוצאת גוונים, 2017)

ראיינה: מיכל דביר קורן

בנסיעת לילה ארוכה לרומא.

הניסיון שהלך והצטבר מטיפולים דיאדיים חידד את חשיבותה של הכנה מוקדמת לילד, ובמידה שווה גם להורה השותף, בנוגע למהלך טיפולי ייחודי כזה.

איך בחרתן את הפורמט של הספר? ספרו למשל על בחירת המאיר
חיותה: הטיטה הראשונית של הספר הייתה הסבר והבהרה בלשון פשוטה וידידותית על הטיפול הדיאדי. די מהר הבנו שללא סיפור הנוגע במישרין בחיי הנפש יאבד הילד עניין בתוכן היבשושי והספר לא ישיג את מטרתו. חיפשנו סיפור פשוט המוכר משגרת חינוך, סיפור שיש בו מצוקה רגשית שאינה טראומטית אבל כן טעונה דיה לעורר נכונות מצד ההורים לפנות לעזרה. ברור לנו שהתמונה המשפחתית שהצטיירה בספר מלמדת על יחסים טובים, על רגישות הורית ועל משאבים להיעזר בטיפול. חשבנו שתמונה נורמטיבית כזאת עשויה למתן להורים תחושות קשות של בושא ואשמה מעצם הפנייה לטיפול.

יהודית: מחשבה רבה וחיפוש קפדניים הושקעו בבחירת המאיר. בחנו מספר רב של ספרי ילדים עד שאיתרנו את טלי עמית. לנו ברור שלאירוס מקום מרכזי וחשוב בספר, וטלי היטיבה לבטא את תוכנו בסגנונה הרך והרגיש.

מיהו הילד רועי? מה מאפיין אותו? מיהם אותם ילדים שראיתן לנגד עיניכן כשתיארטן אותו?

חיותה: רועי - ובעצם כל ילד - מבטא בסיפור תגובה רגשית לאירוע בתוך המשפחה שאת משמעותו הטעונה מבחינתו לא זיהו הוריו. לידת אח - כמו כל שינוי חד בחיי הבית - גם אם היא מביאה לידי ביטוי מהלך חיים שגרת, עלולה להוביל למשבר הגובה מחיר רגשי. גילוי נאות - מילותיו הכואבות של רועי המופנות להוריו בנוגע ללידת האחים הושאלה כלשונה מעידו (הנכד...).

מי קהל היעד של הספר - האם הורים וילדים עמדו לנגד עיניכן או גם פסיכולוגים בקליניקה?

יהודית: כמו שצוין לעיל, הספר מיועד להורה ולילד. שניהם נחשפים למצב רגשי ובין-אישי שאינו מוכר להם. הניסיון מלמד שעל אף ההסברים שניתנים להורים לאחר פגישת ההיכרות הראשונית וההזמנה לספר לילדם לקראת מה הם הולכים, הורים

ספרו קצת על עצמכן ועל האופן שבו התפתח מודל הטיפול הדיאדי יהודית: המודל הדיאדי החל להתפתח לפני 30 שנה בערך על ידי קבוצת פסיכולוגיות ועו"סיות שעבדו עם מרים בן אהרן ז"ל הן ב"תחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי" של משרד הבריאות, תחנה שהקימה מרים, הן ב"תחנת העמקים".



כעבור שנים אחדות התגבשה, ביזמתה של מרים, קבוצת חשיבה ולמידה ונפגשה בביתה כל שבוע. במסגרתה קראנו מאמרים ודנו בטיפולים דיאדיים "חלוציים" שעשינו.

החשיבה על טיפול המשלב את ההורה בחדר התבססה על התנסות מוקדמת של מרים בתקופה שבה היא עבדה עם מרגרט מאהלר בארצות הברית. מדובר בטיפול בילדה וילט ובאימה שמתואר בספרות כאחד הטיפולים פורצי הדרך בפסיכואנליזה (Schoenewolf, 1990). וילט אובחנה כילדה פסיכוטית, ונוכחות האם בטיפול נועדה בעיקרה לסייע למטפלת להבין את הילדה ולשקם את הקשר הממשי בין הילדה ובין אימה.

חיותה: הטיפול בוויולט והניסיון שנרכש בתצפיות אם-ילד במכון של מאהלר, בד בבד עם קריאה מתמדת של ספרות מקצועית, הובילו את מרים לגבש את רעיון הטיפול הדיאדי: אם-ילד ואב-ילד. בשנים אלה יזמה מרים את כתיבת ה"מדריך" בקבוצה והטילה (כדרכה) על כל אחת מאיתנו לכתוב פרק. מרים ערכה את כל הפרקים, ופרופ' פטר פונגי, שהיה תומך נלהב של רעיון המודל ודרבן מאוד את כתיבת המדריך, כתב דברי פתיחה. המדריך יצא לאור בשנת 1997 והיה יריית הפתיחה בכתיבת המודל.

מתי עלה אצלכן הרעיון לכתוב ספר ילדים?

יהודית: הרעיון לכתוב ספר ילדים, שהוא בפועל ספר להורים שמסבירים לילד מה הוא טיפול דיאדי, הנץ בכנס מקצועי שהתקיים בברטינוור באיטליה בשנת 2008. השעות המשותפת של חברותה מקצועית הולידה את הרעיון לספר, והסקיצה הראשונה שלו נוצרה

מיכל דביר קורן, פסיכולוגית התפתחותית מומחית ומדריכה, ועד החשיבה ההתפתחותית.

מניחות שהעמדה המקצועית מצאה ביטוי בלשון סיפורית.

האם יש פסקה או עמוד שאהוב עליך במיוחד? נשמח לשמוע כמה

ציטוטים

יהודית: אהבתי את תמונת הפרדה שבה המאירת ציירה את המטפלת ללא צבעים, כאילו מבטאת בכך את נסיגתה של המטפלת לרקע, והדיאדה הורה ילד היא הממשיכה מכאן והלאה. עמדה "לא צבעונית" ולא נרקיססטית של מטפלת חיונית בכל הטיפול הדיאדי שבו הדיאדה היא המקבלת את מרכז הבמה.

האם אתן חושבות לכתוב עוד ספרי ילדים ברוח המודל, ספרים

שיעסקו בנושאי הורות אחרים?

חיותה: לא חשבנו על ספר ילדים נוסף (אולי זה רעיון!), אבל כן נמשיך לעסוק בדיון בסוגיות קליניות של טיפול דיאדי והן ייראו אור בספר בקרוב.

בכל זאת מתקשים ונמנעים מכך הן בשל העמימות בנוגע לטיפול והתנהלותו והן בשל חרדה הנלווית לתחילתו של כל טיפול. בדרך כלל משימת ההסבר מוטלת על המטפל בפגישה הדיאדית הראשונה. שיערנו שהספר ישמש אמצעי לפנות להורה ולילד ולהגיש להם, בעזרת הסיפור, מעין הסבר בהיר על הטיפול, על התנהלותו ועל משמעותו. הורה וילד, כל אחד בדרכו, יבינו את דברי המטפל או הספר על פי עולמם הפנימי.

חיותה: בתוך כך חשבנו שגם המטפלים יוכלו להיעזר בספר כדי לסייע להורים בהכנת ילדם לטיפול. הטיפול הדיאדי המיועד לילדים טרום חבוניים מבחינת התפתחותם הרגשית הוא מודל ייחודי שגיבשנו, ולכן אין בנמצא ספר דומה. עם זאת מוכרים לנו ספרים המכנים ילדים לטיפול פרטני; אומנם אין בהם סיפור, אבל יש בהם הסבר והכנה. הספר נכתב בלשון פשוטה ובהירה כדי לתת למהלך המורכב והרגשי הזה ניחוח של מפגש אנושי. אנחנו



BE HAPPY

ביטוח הבריאות הקבוצתי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

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

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

פוליסה BE HAPPY היא הרחבה לביטוח המשלים בקופת חולים (אין כפל ביטוח!) ומוצעת לחברי הפ"י במחירים ובתנאים אטרקטיביים במיוחד, ונכללים בה בין השאר:

- כיסוי להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל (גם הצלת שמיעה וראייה).
- כיסוי מורחב לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות עד 4,000,000 ש"ח.

- הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה או אירוע רפואי קשה.
- ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

- שירותים אמבולטוריים כגון התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחון, טיפולי שיקום, כיסוי לנשים בהריון, כיסוי מיוחד לילדים.



חשוב שיהיה כבי שלא נצטק...



פוליסה BE HAPPY גובשה ומלווה ע"י חברת הייעוץ ש. לוטינגר ושות' - המובילה בתחום ביטוחי הבריאות בישראל

לפרטים והצטרפות בטלפון 072-2227357, או במייל: lior-a@ayalon-ins.co.il

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

פסיכואקטואליה

ריאיון עם הילה בר יפעת ועם שרון צימרמן ברנר עם צאת ספרן **"להחזיק ת'טיק"**, "אוריון" - הוצאת ספרים, 2020

עורכת: צילה טנא

אני שמחה לארח בפניתי "פסיכולוגים יוצרים" את הילה בר יפעת ואת שרון צימרמן ברנר

הילה בר יפעת - פסיכולוגית שיקומית מומחית ופסיכותרפסטית ממוקדת. עבדה כמתמחה וכאחראית על הצוות הפסיכולוגי במרפאת טיקים וטורט בבית החולים שניידר. כיום היא מרצה ומדריכה בתוכנית לפסיכותרפיה ממוקדת, אוניברסיטת בר-אילן.

ד"ר שרון צימרמן ברנר - פסיכולוגית שיקומית מומחית ומדריכה בטיפול קוגניטיבי התנהגותי מטעם איט"ה, מרצה לפסיכולוגיה במרכז הבינתחומי הרצליה. שרון היא המנהלת הקלינית של "ועד הפעולה לקידום הטיפול בטיקים ובתסמונת טורט ישראל" וייסדה וניהלה את מרפאת טורט וטיקים בבית החולים שניידר. כיום היא אחת מכותבי קווי ההנחיה האירופיים לטיפול התנהגותי בתסמונת טורט.

מטפלים רבים ונתקלות שוב ושוב, למרבה הצער, במיתוסים רבים הנקשרים לטיקים כגון טיקים תמיד מבטאים קונפליקט רגשי או עבודה התנהגותית על טיקים נוטה להחמירם.

בספרן **"להחזיק ת'טיק"** שילבתן באופן ייחודי סיפור מאיר עיניים, קליל ובהיר בכתיבה עיונית-מקצועית על הפרעות הטיקים.

בסיפור בחרו ציג בפנינו הנער גיא בגוף ראשון את ההתמודדות שלו עם טיקים שבאים והולכים ומתארכך איך הוא לומד לשלוט בהם בהדרגה, כך שלא יפריעו

לו יותר מדי, ולנהל אותם במקום שיהלו אותו. בחלק העיוני אתן מביאות דברי רקע והסבר חשובים על הפרעת הטיקים והדרכה מקצועית פסיכו-חינוכית בנושא האבחנה והטיפול. רעיון השילוב הוא מקורי בעיני ופותח את ספרן לקהילות יעד מגוונות - לילדים ולבני משפחותיהם, לחבריהם ולמכריהם וגם לקהילה המקצועית (חינוכית וטיפולית) הפוגשת ילדים אלה ופעמים רבות אינה יודעת כיצד להגיב על התופעות שהם מפגינים ואיך לסייע להם בהתמודדות עימן.

הפורמט שבחרנו היה מאתגר מבחינתנו, שכן רצינו לפנות לקהל רחב ועם זאת לא להתפשר על עומק המידע המונגש לקורא. היה חשוב לנו מאוד "להוציא את הטיקים מהארון" ולהרגיע את הקוראים, שכן טיקים הם תופעה נורמלית שכיחה למדי (10 אחוזים מכלל הילדים יסבלו מטיק אחד או יותר בילדותם), ואילו תסמונת טורט נדירה יותר (רק אחוז בקירוב מכלל הילדים). פעמים רבות עולה



כיצד עלה והתגבש אצלן הרעיון לכתוב את הספר? תארו כיצד התנהלה העבודה המשותפת ביניכן, כיצד נראה שולחן הכתיבה שלכן ועל אילו צרכים בשדה היה חשוב לכן לענות.

הילה בר יפעת: הרעיון לכתוב ספר ילדים מסוג זה עלה בראשי בזמן ההתמחות, כאשר פגשתי הורים וילדים רבים מבוועתים ואובדי עצות בגלל הטיקים. התורים במסגרות הציבוריות עד לקבלת אינטייק ראשוני ממושכים מאוד, וחשבת שיש להם חשיבות מידע

בסיסי ואמין על הטיקים, היו מקילים מאוד עליהן. להפתעתי, לא מצאתי ספר כזה בעברית או באנגלית. שרון הייתה מנהלת המרפאה והמדריכה שלי ויחד חברנו ליצור חזון משותף: מעין ערכת עזרה ראשונה לטיפול בטיקים שיש בה מידע על הפרעות הטיקים השונות, טיפולים מומלצים, הפניה למרכזי טיפול מתאימים וטיפים בסיסיים להקלה יום-יומית. את הספר כתבנו יחד במחשב משותף ובסיעור מוחות שנמשך שעות ארוכות. שקלנו כל מילה כדי להעביר את החוויה המורכבת של ילד המתמודד עם טיקים מצד אחד וכדי שלא להציף יתר על המידה מצד אחר. חשוב להגיד שבסיעור מוחות זה השתתפה גם ראש "ועד הפעולה לקידום הטיפול בטיקים ובתסמונת טורט ישראל" הגברת ענת אימבר. היא הרחיבה למענו את נקודת המבט של המשפחות המתמודדות עם טיקים ותרמה רבות לקידום הספר. המטרה השנייה שלנו הייתה להנגיש מידע למטפלים בנושא הטיקים היות שאנו מדריכות



התנהגותי זה והגרסה המודרנית והרחבה יותר שלו - CBIT (Comprehensive Behavioral Intervention for Tics), קיבלו את הביסוס הרחב ביותר ונמצאו יעילים במחקרים שונים בהפחתת חומרת טיקים ב-30-100 אחוזים בילדים ובמבוגרים. גם נמצא שהטיפול ההתנהגותי יעיל לפחות כמו טיפול תרופתי בהפחתת חומרת טיקים. הדבר מעודד מאוד, שכן הוא מציב את הטיפול ההתנהגותי בקו טיפולי ראשון, באופן שעשוי להחליף את הטיפול התרופתי לטיקים.

בטיפול ההתנהגותי מסוג HRT/CBIT המטופל לומד אסטרטגיות שונות שמטרתן לסייע לו לעכב את ביצוע הטיקים שלו ו"לשרוד" בחוסר הנוחות שקשור לדחפים המקדימים שבבסיסם. למידה זו "לנהל" את הטיקים בחיי היום-יום דורשת מוטיבציה גבוהה בטיפול ועבודה על כל טיק בנפרד בכל פעם.

השלב הראשון בטיפול הוא אימון למודעות לטיקים והדחפים המקדימים. בשלב זה נכלול תיאור מילולי מפורט של אופן ביצוע הטיק והסימנים המוקדמים המתריעים עליו ולאחר מכן אימון על זיהוי הטיק והדחפים המקדימים לו.

בשלב הבא בטיפול מתאמנים על ביצוע תגובה התנהגותית מתחרה לטיק שמטרתה להפריע לביצוע הטיק. למשל, תגובה מתחרה אפשרית לטיק של מצמוץ היא מיקוד מבט או בהייה ועפוף איטי.

טכניקות אחרות שנלמדות בטיפול ההתנהגותי הן הרפיית נשימה והרפיית שרירים. וכן נעשית התערבות טיפולית במתכונת של פתרון בעיות שמטרתה ללמד להתמודד עם מצבים או עם תגובות בסביבה העלולים להחמיר את הטיקים. בדרך זו עובדים על כל הטיקים שמפריעים למטופל.

יש להביא בחשבון שהצלחת הטיפול ההתנהגותי תלויה הן במידת המיומנות של המטפל בטיפול ההתנהגותי בטיקים והן במידת השקעת המאמץ של המטופל באימון על האסטרטגיות לניהול טיקים בזמן הטיפול ואחריו כדי לשמר את הישגי הטיפול ולמנוע נסיגה.

האם תוכלו לשתף את קוראינו בשכיחות תופעת הטיקים ובאטיולוגיה שלה אצל ילדים ומבוגרים? מהו המשקל היחסי של גורמים נירור-פסיכולוגיים ביצירת ההפרעה? מהו המשך והתכיפות שלה והאם קיימים גם מקרים של החלמה ספונטנית, ללא מעורבות של טיפול כלשהו?

מחקרים אפידמיולוגיים מעריכים כי 4-12 אחוזים מהילדים מתמודדים עם טיקים בזמן כלשהו במהלך התפתחותם. ל-3-4 אחוזים מהם בקירוב יש טיקים כרוניים (טיקים שנמשכים שנה ויותר) ולאחוז 1 תהיה תסמונת טורט. ידוע כי שכיחות טיקים בבנים גבוהה פי 3-4 לעומת בנות. לטיקים כרוניים ולתסמונת טורט יש מהלך אופייני של התחלה בגיל 5-6 בערך והחמרה לקראת גיל

חשש שמא יתפתח מופע הטיקים לתסמונת טורט, אבל זה לא קורה ברוב המקרים, והיה חשוב לנו בספר להדגיש ולנרמל את שכיחות התופעה. חוץ מזה, לא פעם אנו נתקלות במצבים שבהם מטפלים נוטים להציע פרשנויות דינמיות שאינן נוגעות מספיק לטיבה הנירולוגי של ההפרעה וזה מקשה לתת מענה מתאים למטופלים. על כן יש בספר גם הדרכה פסיכו-חינוכית מקיפה המסייעת למטפלים העובדים עם מי שסובל מטיקים.

למרות הקלילות בכתיבת הסיפור בחרוים קשה שלא להרגיש את חוסר האונים, את התסכול ואת הסבל המתמשך שהטיקים מעוררים אצל גיא, במידה רבה בשל אי-היכולת להסתיר את התופעות הבלתי רצוניות וחוסר ההבנה (או אפילו הרתיעה והדחיה) של הסביבה כלפיהן. אודה לכן אם תרחיבו בנושא זה ותוסיפו דוגמאות אחדות מן החומר הקליני שעלה בחדר הטיפולים.

הטיקים עשויים להיות בולטים מאוד ולעיתים קרובות מתאפיינים בחווית אובדן שליטה בגוף. על כן הם עלולים לעורר חוויות רגשיות קשות אצל הילדים המתמודדים עימם כגון לחץ, חרדה, תסכול ובושה. משובים שליליים מהסביבה מחמירים מצוקה זו מאוד. משובים יכולים לנוע בין נעיצת מבטים ועד דחייה פעילה של הילד כגון סיווגו כמוזר ואי-רצון לבלות בחברתו. הדוגמאות מגוונות למרובה הצער: ילד שהורחק ממשחק מחננים "כי הוא עושה שטויות ולא משחק" (היה לו טיק מוטורי של קפיצה), ילדה שהמורה העירה לה לפני כל הכיתה שהיא עושה פרצופים מוזרים בכוונה ואחר כך אף הרחיקה אותה מהכיתה (היו לה טיקים של פעירת פה ומצמוץ). לעיתים המשובים השליליים הם גם מנת חלקו של הילד במסגרת המשפחתית: אימא שאינה מסוגלת לבלות במחיצת בנה כשיש לו טיקים, וכשהטיקים מופיעים היא מסתגרת בחדרה בשל מצוקתה שלה, אבא שמתקשה לראות בבנו ילד חכם (בוגר מדעית), חברותי (מוקף חברים) וכל מה שהוא רואה לנגד עיניו הם רק הטיקים שלו. בחוויה שלו הילד הופך להיות הטיקים שלו בלבד. בהקשר זה צריך להגיד שעבודה טיפולית רבה מתמקדת בטיפול בהורות כדי לעבד את החוויה המורכבת של להיות הורה לילד בעל טיקים. אנו עובדות על הבניית הזירה הביתית והחינוכית להכלת הטיקים של הילד או הילדה ובכלל זה - הנחיה להורים ולמורים שלא להעיר על הטיקים, ליצור דיאלוג מותאם בנושא, לנטר לחצים בסביבת הילד שמחמירים את הטיקים ולאפשר פסקי זמן בעת מתקפת טיקים.

שתפו נא במושגים המרכזיים של הטיפול ההתנהגותי בטיקים ועד כמה הוא מצליח לסייע לילדים גם ללא שימוש בתרופות נירולוגיות ופסיכיאטריות.

בספר **להחזיק ת'טיק** מתמודד הילד גיא עם טיקים, ודרך חוויתו האישית מתוארים עקרונות הטיפול ההתנהגותי בטיקים - "אימון בהיפוך הרגל" (Habit Reversal Training-HRT). טיפול

להפחית את חוסר הוודאות ואת חוסר האונים שלהם. לצד הכלים לסיוע יום-יומי שפירטנו בספר להלן היבטים אחדים שכדאי לתת עליהם את הדעת:

- גיל הילד - ילד בן 7 ומטה שמפתח טיקים אינו מודע בדרך כלל לטיקים והם אינם מפריעים לו ואינם גוררים תגובה מהסביבה, גם לא מילדים בני גילו. לפיכך אנו ממליצים להורים להתעלם מהטיקים שלו במצב זה. כשמדובר בילד בן 7 ומעלה, או כשנראה שהטיקים מפריעים לילד, נעודד את ההורים לנהל עם הילד שיח פתוח, בגישה תומכת ומעודדת על החוויה שלו, וכך לסייע לו בהפחתת חוסר הוודאות והחרדה שהוא חווה בשל הטיקים. כשמדובר בילד בן 8 ומעלה נעודד את ההורים להעלות לפניו את אפשרות הטיפול ההתנהגותי ולברר את הצורך שלו בטיפול זה ואת המוטיבציה שלו לכך.
- עידוד תגובה ניטרלית של ההורים על הטיקים של הילד: תגובות לחץ וחרדה של ההורים בגלל הטיקים ומתן תשומת לב מוגזמת להם עלולים להחמיר את הטיקים של הילד ולגרום לו לחזור להתנהגות תלוית שאינה תואמת את גילו. לפיכך נדריך את ההורים להגביר את ערנותם לתגובותיהם על הטיקים של הילד ולהפחית תגובות יתר מצידם שעלולות להחמיר את הטיקים ולהגביר רוחים משניים של הילד מהטיקים שלו.
- תמיכה בילד ועידודו והפחתה של ביקורת שלילית לטיקים: הפחתת תגובות כעס וביקורת שלילית על הילד בגלל הטיקים שלו ועידוד ההורים לתמוך בו ולעודד אותו בהתמודדות שלו עימם, ובכלל זה השקעת מאמץ במסגרת הטיפול ההתנהגותי.

האם טיפול קבוצתי בהרכב כלשהו יעיל בעזרה לילדים המתמודדים עם טיקים?

לטיפול קבוצתי בילדים המתמודדים עם טיקים עשוי להיות ערך רב הן בהרחבת אפשרויות הטיפול בילדים בעלי טיקים והן כמרחב טיפול בטוח שמאפשר שיתוף ושיח פתוח על חוויות משותפות אצל ילדים שמתמודדים עם מצב רפואי דומה. למעשה, עד לפני כמה שנים היה חשש מטיפול קבוצתי לילדים בעלי טיקים, בעיקר מתוך דאגה שילדים עלולים לחקות טיקים של ילדים אחרים והדבר עלול לגרום להחמרה בטיקים שלהם. עם זאת, מחקרים מהשנים האחרונות על טיפול קבוצתי בטיקים בילדים שללו חשש זה ומעידים על יעילות של טיפול קבוצתי התנהגותי - הן בהפחתת חומרת הטיקים והן בשיפור איכות החיים.

מחקר ישראלי שפורסם לאחרונה ב־European Child and Adolescent Psychiatry (צימרמן-ברנר ואחרים, 2021) השווה בין שתי התערבויות טיפוליות קבוצתיות ב־46 ילדים בעלי טיקים כרוניים ותסמונת טורט מהמרפאה להפרעות תנועה בבית החולים

ההתבגרות ובתחילתו. בשני שלישים מהמקרים יתמתנו הטיקים במעבר לבגרות גם ללא טיפול כלשהו, כך ששכיחות הטיקים פחותה פי 10 בהשוואה לילדים. נמצא שמה שמנבא ביטוי חמור של הטיקים בבגרות הוא לא חומרת התופעה בילדות אלא גורמים כגון היסטוריה משפחתית של טיקים, קיומם של טיקים קוליים או מורכבים, נוכחות תסמינים טורדניים כפייתיים נלווים והתנהגות תוקפנית.

טיקים הם מצב רפואי מורכב, וההנחה היא שהם תוצאה של אינטראקציה בין גורמים גנטיים, נוירוביולוגיים ופסיכולוגיים. מבחינה נוירוביולוגית נראה כי מצב של חוסר ויסות במסלולים המערים את גרעיני הבסיס במוח (המעגלים הקורטיקו-סטריאטור-תלמו-קורטיקליים) גורמים להופעתם של טיקים. באזורי גרעיני הבסיס במוח נמצאה פעילות יתר של המערכת הדופמינרגית שגורמת לליקוי בשליטה האוטומטית בתנועה, והוא בא לידי ביטוי קליני בדמות טיקים.

מלבד זאת נמצאה עדות במחקרים לנפחים קטנים יותר של גרעיני הבסיס ושל כפיס המוח (corpus callosum). גורמי סיכון אחרים הם נטייה משפחתית וגורמים לפני הלידה והקשורים ללידה כמו משקל לידה נמוך וצריכת קפאין וניקוטין מוגברת של האם בזמן ההיריון. נמצא שאומנם גורמים פסיכולוגיים כגון מתח ולחצים בתחום החברתי אינם הגורם להתחלת הטיקים בילדות, אך הם עלולים לגרום להחמרה בטיקים ויש להביא זאת בחשבון כשמטפלים בהם התנהגותי.

כפסיכולוגית חינוכית פגשתי הורים רבים שהוטרדו קשות מהופעת טיקים אצל ילדיהם, ניסו לקשר אותם לאירועים טראומטיים ספציפיים והיו חסרי אונים בנוגע לדרך שבה עליהם להתייחס אל ילדיהם (להתעלם? להעיר? לתקן? לתגמל? וכיוצא ב) ובאיזו מידה להגיב על התייחסותה של הסביבה אליהם.

מה הן ההמלצות העיקריות שלכן להורים בנוגע לתגובה היום-יומית לתופעת הטיקים אצל ילדיהם ולמעורבות שלהם בניהול התגובות של האחרים אליה (בני משפחה, שכנים, גורמי חינוך וחברים)?

מופע טיקים עשוי להיות בולט ולהדאיג את ההורים במיוחד במצבים שבהם הטיקים נראים לעין כול כמו מסיבת כיתה או אירוע משפחתי. הורים מביעים דאגה שהטיקים של הילד יחמירו או יגררו תגובה חברתית לא נעימה ואפילו דחייה חברתית. לפעמים זה מבוסס על ניסיון אחד ההורים - מתוך החוויה האישית שלו כילד בעל טיקים - ויש חשש אמיתי שהחוויה הלא נעימה תחזור גם אצל הילד. הורים עלולים להימנע מלהגיב על הטיקים של הילד גם כשהטיקים שלו מטרדים ודורשים התייחסות. לחלופין, הורים עלולים לוותר על דרישות בסיסיות ועל הצבת גבולות מתוך דאגה שהן יחמירו את הטיקים. לפיכך אין ספק שהורים זקוקים להדרכה כיצד להגיב על הטיקים של הילד שלהם ואיך להתמודד איתם כדי

קטנה של אזרחים ותיקים בעיר הארטפורד.

בזמן ההרצאה שמנו לב שאצל אחת הנשים בקהל הופיעה הבעת פנים חוזרת בעלת אופי מתנגד ושולל בכל פעם שהוזכרה המילה "ישראל". בסיום ההרצאה ניגשה אלינו מייד אותה אישה שאחרי הבעות פניה עקבנו בדאגה, ביקשה ללחוץ את ידו של בעלי ושיתפה אותנו ברגשות החמים שלה כלפי ישראל. מובן שגם דבריה אלה לוו באותו טיק, אלא שהפעם הבנו שאין כל קשר בינו ובין התנגדותה לישראל.

אני שואלת בכל זאת - האם יש זיקה כלשהי בין אופיו של ה"טיק" ההתנהגותי ובין ייצוג רגשי פנימי שלו או שהשערה מעין זאת היא מופרכת לחלוטין?

תסמונת טורט ותסמונות טיקים הן הפרעות נוירופסיכיאטריות, כלומר הבסיס שלהן הוא בראש ובראשונה נוירוביולוגי, אף שחומרת הטיקים עשויה להיות מושפעת ממצבו הרגשי של הילד, וברוב המקרים לא תהיה זיקה בין אופי הטיק לייצוג הרגשי שלו. חשוב לזכור כי טיק הוא תסמין לא רצוני על רקע כשל בוויסות תנועתית ברמת המוח, כך שהניסיון לייחס לטיק מסוים הסבר רגשי עלול להיות בעייתי והוא אינו נתמך מחקרית. עם זאת, לעיתים נראה שילדים בעלי נטיה ל-OCD עשויים "להלביש" הסבר כלשהו או אפילו מחשבה חרדתית על הטיק שלהם. אז יקבל הטיק ביטוי מחשבתי ונצטרך לעסוק בו בטיפול. למשל, ילד בעל טיק מורכב של נגיעות חוזרות בחפצים עשוי לתת לזה הסבר שבבסיסו חשיבה מאגית, למשל שהוא חייב לגעת בדברים כדי למנוע משהו רע שעלול לקרות. במקרה כזה קודם כול נאתגר בטיפול את המחשבה החרדתית ורק לאחר מכן נטפל התנהגותית בטיק.

תודה לכן על ספר "קטן", מרגש וחשוב כל כך הנגיש לקורא הצעיר והבוגר כאחד ועם זאת מלמד ועתיר ידע.

דנה במרכז הרפואי איכילוב. ממצאי המחקר הראו כי התערבות טיפולית קבוצתית ממוקדת טיקים (CBIT) יעילה במובהק בשיפור טיקים תנועתיים בילדים בהשוואה להתערבות טיפולית קבוצתית שלא התמקדה בטיקים אלא בהיבטים אחרים כמו ניהול לחצים ושיפור דימוי עצמי. נמצא שהטיפול הקבוצתי לא היה יעיל בשיפור הטיקים הקוליים. שתי ההתערבויות הטיפוליות הביאו לידי שיפור במדדים נלווים כמו חרדה ובעיות התנהגות וכן לשיפור במידת הפגיעה הרגשית הכללית הנלווית לטיקים. המשוב והחווייה הכללית של הילדים בטיפול הקבוצתי היו חיוביים. הילדים יצרו קשרים חברתיים והם נמשכו גם אחרי מפגשי הטיפול.

ספרו נא על ההדים מן השטח שקיבלתן עם פרסום הספר ועד כמה עודדה הפצתו פעילויות אחרות המקנות להורים, למורים ולילדים את המיומנויות הנדרשות לסיוע לילדים בעלי הפרעת הטיקים.

הספר יצא לאור ביוני 2020, בשיא הקורונה. למרות זאת הוא הצליח להגיע לקהל רחב ולעורר תגובות תומכות רבות, מרגשות מאוד. מבחינתנו, תגובות הילדים הן המרגשות ביותר. הן משקפות חוויית תאומות (Twinsip) ותיקוף לרגשות שהספר העניק להם, או כמו שילדה בת 12 היטיבה להמשיג: "עכשיו אני מבינה שאני לא מוזרה ויש עוד הרבה ילדים עם טיקים כמוני שמרגישים ככה". כחלק מהפעילות השוטפת שלנו אנו מקפידות להדריך מטפלים מדיסציפלינות שונות בנוגע לעבודה עם טיקים בעזרת הספר וכן תרמנו את הספר לבתי ספר שונים ולעמותות רפואיות כמו עזר מציון להגברת המודעות של מורים ומטפלים לטיקים.

לקראת סיום אשתף באנקדוטה מן העבר הקשורה לתופעת הטיקים: בשנות ה-80 התלוויתי להרצאה שנשא בעלי, בהיותו שליח ההסתדרות הציונית העולמית בארצות הברית, לפני קהילה

המשך מעמוד 19

זיהוי וביסוס קשרים בין יכולות אמפתיה ומנטליזציה הוריות בזמן ההיריון, התנהגויות אימהיות בתקופת הניקות ותוצרי ההתפתחות של הילד עשויים לסייע בפיתוח התערבויות מניעה לאימהות הרות אשר מראות לקות בכישורי ההורות שלהן עוד טרם לידת ילדן.

לבסוף, הבנת תפקיד המנטליזציה ההורית כגורם מווסת למצבי עוררות רגשית ופיזיולוגית עשויה לשמש בסיס להתערבויות מניעה לאימהות צעירות לקראת הלידה ובזמן שלאחר הלידה כדי לסייע להן להבין, לנרמל ולנתר את מצבן הרגשי בעת המעבר להורות, ובזכות זה להפחית את השפעתם השלילית הפוטנציאלית של מצבי רגש אלה.

להיות השפעות מעשיות ויישומיות רבות על תחום ההערכה וההתערבות. תיעוד דפוסים אופייניים בהתפתחות האמפתיה וההבנה החברתית אצל תינוקות עשוי לסייע בזיהוי מוקדם ובהתערבות מוקדמת בקרב תינוקות המראים עיכוב או חסר בהתפתחות היכולות האמפתיות ויכולות הקוגניציה החברתית שלהם.

מלבד זאת, זיהוי התנהגויות הוריות הקשורות להבדלים בין אישיים בהתפתחות אמפתיה וקוגניציה חברתית אצל ילדים יאפשר לפתח תוכניות התערבות מוקדמת שמטרתן לחזק התנהגויות הוריות המטפחות התפתחות מיומנויות חברתיות אדפטיביות יותר בקרב תינוקות וילדים, בייחוד אצל תינוקות וילדים בסיכון סביבתי ובסיכון התפתחותי.

הברית המשפחתית באינטראקציה אם-ילד בגיל הגן: מחקרים בהתפתחות הטיפוסית ובאוטיזם

דוד אופנהיים

התבוננה הגישה ההתפתחותית מאז ומעולם בילד המתפתח בתוך מארג של מערכות יחסים והקשרים הולכים ומתרחבים עם השפעות ישירות ועקיפות על התפתחות הילד. מכיוון אחר הדגישו תאוריות הטיפול המשפחתי כי "השלם הוא יותר מסכום חלקיו", ושכדי להבין בעיות התנהגות או בעיות רגשיות של ילדים יש לראותן בהקשר של המשפחה כולה. עם זאת נותר בעינו האתגר כיצד לתרגם את הרעיונות הללו לתצפית על אינטראקציות טריאדיות לשימוש בטיפול ובמחקר. כאן מגיעה תרומתה הייחודית של Fivaz בפיתוח ה-LTP.

תצפית זו מתאימה למשפחות בעלות ילדים צעירים בני 3 חודשים ומעלה. המשפחה מתבקשת להתיישב סביב שולחן עגול ולשחק עם הילד במשך 12-15 דקות לפי ההוראות האלה: בחלק הראשון משחק אחד ההורים עם הילד וההורה האחר מתבקש להיות "פשוט נוכח". בחלק השני מתחלפים ההורים בתפקידים - עכשיו ההורה האחר משחק עם הילד והראשון נוכח בלבד. בחלק השלישי משחקים שני ההורים יחדיו עם הילד, ובחלק הרביעי הילד צריך להעסיק את עצמו בשעה שההורים משוחחים ביניהם. את המעבר מחלק לחלק עושה המשפחה ללא הכוונה חיצונית. ב-LTP יש הזדמנות לצפות בכל 3 ההרכבים האפשריים של דיאדות בטריאדה: אם וילד, אם וילד, אם ואב. מלבד זאת, ב-LTP אפשר לצפות באינטראקציה של כל ה-3 יחדיו. על בסיס תצפיות אלה אפשר לאפיין את ה"ברית המשפחתית" (Family Alliance) - תבנית יחסי הגומלין המאפיינת את המשפחה. כמו כן אפשר להעריך עד כמה הברית שיתופית, כלומר עד כמה השותפים יוצרים אינטראקציה מסונכרנת במשחק משותף מתוך שיתוף והנאה.



עיקר המחקר על התפתחות רגשית וחברתית מוקדמת עסק בקשרים בין ילדים צעירים ובין אימהותיהם, אף שכבר בשנות ה-70 של המאה ה-20 הדגישו חוקרים בולטים כמו Lamb (1975) ו-Park (1981) את תפקידו הייחודי של האב בהתפתחות הילד ואת הצורך במחקר על מעורבותו. בעקבות קריאה זו נערכו מחקרים לא מעטים על ההתקשרות שיוצרים תינוקות עם אבותיהם בד בבד עם ההתקשרות הנוצרת עם אימהותיהם, ועל הקשרים בין ההתקשרות המוקדמת לאב והתפתחות הילד בעתיד. הכנסת האב לתמונה קידמה מחקר רב וגם דרבנה את החוקרים ההתפתחותיים להתמודד עם שאלה חדשה: מלבד יצירתו של קשר דיאדי בין הילד לאם ולאב בנפרד מחייבת הכללת האב לבחון את מערכת הקשרים הטריאדית אם-אב-ילד. מה משמעותה של מערכת זו? כיצד נחקר אותה? ועוד קודם לכן - כיצד נמשיג אותה? בסקירה שלהלן אספר בקצרה על גישתה של Elisabeth Fivaz-Depeursinge, פסיכולוגית קלינית והתפתחותית מאוניברסיטת לוזאן שבשווייץ לשאלות אלה (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999), ועל הדרך שבה יישמנו את פרדיגמת התצפית LTP (Lausanne Trilogue Play) שהיא פיתחה במחקרנו באוניברסיטת חיפה.

במדגמים ללא רקע של סיכון מציגות רוב המשפחות ברית שיתופית. למשל, במחקר הדוקטורט שלה צפתה ד"ר ענבל מרקו ב-78 משפחות שלהן פעוטות בני 18 חודשים ומצאה כי 53 אחוזים הציגו ברית שיתופית, 36 אחוזים ברית קונפליקטואלית ו-10 אחוזים ברית לא מאורגנת

ההכרה בחשיבות של בחינת הטריאדה אם-אב-ילד כיחידת ניתוח נפרדת, מעבר לדיאדה אם-ילד או אב-ילד, אינה חדשה. בהתבסס על הגישה האקולוגית של Bronfenbrenner (1992)



באינטראקציה (למשל, חוסר יכולתה של המשפחה להתארגן למשחק לפי 4 החלקים).

במדגמים ללא רקע של סיכון מציגות רוב המשפחות ברית שיתופית. למשל, במחקר הדוקטורט שלה צפתה ד"ר ענבל מרקוביץ 78 משפחות שלהן פעוטות בני 18 חודשים ומצאה כי 53 אחוזים הציגו ברית שיתופית, 36 אחוזים ברית קונפליקטואלית ו-10 אחוזים ברית לא מאורגנת. ראוי לציין כי אף שהמדגם היה בסיכון נמוך, אופיינו משפחות אחדות בברית לא מאורגנת, בעיקר מהסוג הכאוטי. מבחינתה של Fivaz, סביבה משפחתית כזאת היא גורם סיכון להתפתחותו של הילד ולכן מקור לדאגה.

ההשערה הייתה כי ההורות המשותפת, הנבנית בין ההורים במשך השנים, מעניקה תשתית לאינטראקציות טריאדיות מתואמות ושיתופיות. מדדנו את ההורות המשותפת באמצעות שאלון שמילאו ההורים ובשיחה שניהלו ביניהם על הילד. התוצאות תמכו בהשערה והראו שההורות המשותפת באה לידי ביטוי ב-LTP: כאשר היא הייתה גבוהה וחזקה הציגו ההורים יכולות טובות לבסס אינטראקציה שיתופית עם ילדם, כלומר להראות תמיכה מתואמת גבוהה

ד"ר שירה יובל-אדלר ערכה מחקר מעקב אחר המשפחות כאשר הילדים היו בני 4.5. הברית המשפחתית הוערכה בשנית ב-LTP ונמצאה יציבות מתונה: משפחות שהיו בעלי ברית שיתופית כשהילדים היו בני 18 חודשים נטו להציג ברית זו גם כשהילדים היו בני 4.5, ומשפחות שהיו בעלות ברית קונפליקטואלית או לא מאורגנת סווגו באופן דומה כשילדיהן היו בני 4.5, אבל לא דווקא שמרו על סוג הברית הלא שיתופית. למשל, אחדות מהמשפחות שסווגו כבעלות ברית קונפליקטואליות בנקודת הזמן הראשונה היו בעלות ברית לא מאורגנת בשנייה.

אף שלילדים יש תרומה ניכרת לאינטראקציה הטריאדית, ולהבדלים הבין-אישיים בין הילדים בתכונות מזג או יסוּת יש חשיבות, בבסיס ה-LTP עומד הרעיון ולפיו לדיאדה ההורית תפקיד חשוב בעיצוב הברית המשפחתית. בעבודת הדוקטורט

ה-LTP מאפיין את המכלול כולו, וההערכה היא של הטריאדה ולא של כל אחד מבני המשפחה בנפרד. עיקרון חשוב בבסיס ה-LTP הוא שאף שיש הדדיות בהשפעות במשפחה, כלומר כל ה"שחקנים" משפיעים זה על זה ומושפעים זה מזה באופן מעגלי, אין סימטריה בין ההורים ובין הילד. ההורים מצויים במשאבים פסיכולוגיים רבים בהשוואה לילד, ותפקידם ליצור מצע שיאפשר לילד להשתתף ולתרום לאינטראקציה לפי יכולותיו ההתפתחותיות ובהתאם לצרכיו. כמו שאתאר בהמשך הסקירה, הדבר נכון גם בנוגע לילדים המביאים לתוך האינטראקציה קשיים מיוחדים, כמו למשל ילדים בעלי (Autism Spectrum Disorder) ASD.

כדי ליצור ברית משפחתית שיתופית צריכה להתקיים סדרה של תנאים הייררכיים. ראשית אנו שואלים "האם כולם שותפים?" כלומר אם בני המשפחה מסתכלים זה על זה, מפנים את הגוף זה לזה ומתחשבים ביוזמות של כולם, או שמישהו מה"שחקנים" מדיר את עצמו (למשל, בווה בחלל) או מדיר אחרים (למשל, רוכן קדימה בדרך שחוסמת את האינטראקציה לדיאדה השנייה). אחר כך נשאל "האם כולם ממלאים את תפקידם?" למשל, כאשר ההורה נדרש להיות "נוכח" - האם הוא משאיר מרחב לאינטראקציה בין ההורה השני ובין הילד או שהוא מושך תשומת לב אליו או מפריע לדיאדה? ואם הילד פונה אליו כאשר הוא אמור להיות "נוכח" - האם הוא מגיב על מעשי הילד אבל בה בעת מאות לו לחזור להורה האחר כדי לשמר את מבנה ה-LTP? ברמה השלישית של ההייררכיה נשאל אם כולם ממוקדים באותה הפעילות. האם הם מסונכרנים? האם הפעילות נבנית יחדיו? האם הגירויים מתאימים והמשחק יצירתי? וברמה הרביעית נשאל מהי האווירה הרגשית - האם יש חום ושיתוף רגשי או לחלופין ביקורת, תחרות, ניתוק או מתח? האם החוויה הרגשית של הילד מתוקפת? מלבד 4 רמות אלה אנו צופים בטעויות התקשורת (למשל, הורה אחד מציע משחק ובזמן הורה אחר מציע משחק אחר) ובייחוד בדרך שהן מתוקנות.

שותפיה של Fivaz (Fivaz et al., 2010) פיתחו מערכת של סולמות מדידה שאפשרת לכמת את הממדים שתוארו. ברמה כוללנית, מעבר לסולמות המדידה, המערכת מאפשרת לסווג את הברית המשפחתית ל-1 מ-3 בריתות. המיטבית נקראת ברית משפחתית "שיתופית", ומאפיינים אותה עבודת צוות, השתתפות של כולם, כיבוד התפקידים, מיקוד משותף וחום. הברית הבאה בתור היא הברית ה"קונפליקטואלית", ומאפייניה הם תחרות ומתח, היעדר שמירה על התפקידים וקושי בפיתוח פעילות משפחתית משותפת. הברית הטובה במידה הפחותה ביותר היא ה"לא מאורגנת", ומאפיינות אותה הדרה של אחד השותפים מטעם עצמו או מטעם האחר או כאוטיות

מסביבתם הרבה יותר מילדים בהתפתחות הטיפוסית, ולכן לאינטראקציה הנרקמת בינם ובין משפחותיהם משמעות רבה במיוחד.



כדי לחקור השערה זו גייסנו 80 משפחות לילדי גן המאובחנים על רצף האוטיזם וצפינו בהם ב-LTP. כמחצית מהילדים היו בעלי אינטליגנציה בטווח הנורמטיבי וכמחצית בעלי אינטליגנציה נמוכה מהנורמה. חומרת ההפרעה של הילדים נעה על פני כל הרצף האוטיסטי. חשוב לציין כי אף שעשינו התאמות קלות של סולמות ה-LTP כך שיתחשבו בקשיי התקשורת של ילדים בעלי ASD, לא שינינו את עקרונות הקידוד. במילים אחרות, משמעותם של 3 הדפוסים של הברית המשפחתית נותרה זהה.

הממצא הראשון הראה ש-41 אחוזים (!) מהמשפחות הציגו ברית משפחתית שיתופית. אומנם שיעור זה נמוך בהשוואה למשפחות בעלות ילדים בהתפתחות הטיפוסית, אך בכל זאת ראוי לציין ומעיד על יכולותיהם של הורים רבים ליזום אינטראקציות שיתופיות ומסונכרנות ולתמוך בהן. ייתכן כי התנהגות זו של ההורים משקפת את יכולותיהם ה"טבעיות" של ההורים, וייתכן כי היא משקפת את ההתערבויות ואת הדרכות ההורים שהשתתפו בהן. כך או כך, החשיבות טמונה בתוצר: אינטראקציה משפחתית מסונכרנת, מהנה ומותאמת לילד.

כאשר בדקנו את הדרך שבה התפלגות הבריתות קשורה למאפיינים הקוגניטיביים של הילדים גילינו כי כאשר התבוננו רק במשפחות של ילדים בעלי התפתחות קוגניטיבית בטווח הנורמטיבי עלה מספר הבריתות השיתופיות ל-51 אחוזים, מספר שאינו שונה מזה שבהתפתחות הטיפוסית. זהו ממצא חשוב מאוד והוא מעיד הן על יכולות ההורים הן על יכולות הילדים להשתתף באינטראקציות משפחתיות חיוביות, מתגמלות, ומהנות, בייחוד אם האינטליגנציה של הילדים בטווח הנורמה. בהתבסס על ממצאים אלה, הסיוע להורים לבסס אינטראקציות כאלה הוא מטרת טיפול חשובה ומציאותית.

עם זאת, תפקוד קוגניטיבי נמוך של הילדים היה אתגר לשיתופיות המשפחתית (אם כי לא הוציא אותה מכלל חשבון).

שלה תהתה ד"ר מרקו אם התובנה ההורית - היכולת לראות את העולם דרך עיני הילד - תורמת לשיתופיות ברמה הטריאדית כפי שהיא תורמת להתקשרות בטוחה ברמה הדיאדית. ההורים רואיינו בריאיון התובנה ההורית, *Insightfulness Assessment* (Oppenheim & Koren-Karie, 2013), שבו כל אחד מההורים צופה בסרטונים קצרים של ילדו באינטראקציה עם ההורים ונשאל "מה עבר לילד בראש ומה הוא חשב והרגיש" בזמן הסרטונים. הורים מסווגים כבעלי תובנה כאשר הם רואים את מניעיו של הילד כנפרדים משלהם, מחזיקים בתמונה מורכבת של הילד, רואים בילד תכונות רבות ומגוונות שלא כולן עולות בקנה אחד עם ציפיותיהם ומפגינים קבלה כלפי התנהגויות מאתגרות.

במחקרים שערכנו בעבר הראינו את הקשר של תובנת ההורה, בדרך כלל האם, להתקשרות של הילד אל האם. במחקר ה-LTP, המדגיש את המשפחה, היה צורך להביא בחשבון את התובנה של שני ההורים יחדיו. עשינו זאת על ידי הבחנה בין 3 קבוצות: שני ההורים תובנתיים, רק אחד תובנתי (אם או אב), שניהם אינם תובנתיים. נמצאו קשרים ברורים בין דפוסי התובנה של ההורים ובין הבריתות המשפחתיות: כאשר שני ההורים היו תובנתיים נמצא קשר עם הברית השיתופית; כאשר רק אחד ההורים היה תובנתי נמצא קשר עם הברית הקונפליקטואלית; וכאשר שני ההורים היו ללא תובנה נמצא קשר עם הברית הלא מאורגנת. הלימה זו בין התובנה, המוערכת דרך אופן הדיבור של ההורה כאשר הוא מתבקש להגיב לסרטון הווידאו של הילד, ובין המידה שנצפתה שיתופיות במשפחה בתצפית על האינטראקציה בפועל, מדגישה שיש לעסוק בתהליכים הפנימיים אצל ההורים ובדרך שבה הם רואים ומבינים את המניעים של ילדיהם. נוסף על כך הממצאים מראים עד כמה חשוב לבחון את תובנת שני ההורים גם יחד.

בשנים האחרונות הרחבנו את מחקרנו עם ה-LTP לאוכלוסייה של ילדים בעלי אוטיזם במסגרת מחקר שהשתתפו בו ד"ר יעל מכבי, מיכל סלונים, ליאור המבורגר, ומיכל מוטס-פלג וצוות גדול של תלמידות לתואר ראשון ושני. בבסיס ההרחבה הזאת עומדת התפיסה שתהליכים משפחתיים כמו התהליכים הנחקרים ב-LTP רלוונטיים וחשובים גם לילדים בעלי קשיי התפתחות כמו ASD. כלומר, למרות בעיות ההתפתחות המאפיינות ילדים אלה, ההקשר המשפחתי ומערכות היחסים שלהם עם הוריהם אינם חשובים פחות וייתכן שהם אף חשובים יותר בהשוואה לילדים בעלי התפתחות טיפוסית.

אוטיזם הוא הפרעה ניורו-התפתחותית בעלת בסיס גנטי, והיא משפיעה באופן נרחב על התפתחות הילד ובייחוד על התקשורת ועל ההתנהגות החברתית שלו. כדי לממש את הפוטנציאל הגלום בהם זקוקים ילדים בעלי אוטיזם לתיווך ולתמיכה

יכולות טובות לבסס אינטראקציה שיתופית עם ילדם, כלומר להראות תמיכה מתואמת גבוהה.

עקבנו אחר הילדים במשך שנה ומצאנו שילדים להורים שהציגו רמות גבוהות של תמיכה הראו שיפור (צנוע אך מובהק) ברמות הקשב המשותף שלהם וביכולתם השפתית כמו שהן נמדדו באינטראקציה עם נסיינית. גם התנהגות הילדים בזמן ה-LTP התבררה כבעלת ערך: נמצא שהתנהגותיות שלהם באינטראקציה עם ההורים ב-LTP קשורה ליכולות החברתיות שלהם בגן כמו שהעריכו אותן צופות בלתי תלויות וכמו שדיווחו עליהן הגננות של הילדים. מלבד זאת ניבאה מעורבות הילדים ב-LTP את ההתקדמות ביכולותיהם החברתיות בגן שנה לאחר ה-LTP. כצפוי, הרמה הקוגניטיבית של הילדים וחומרת התסמינים שלהם השפיעו על התפקוד החברתי בגן, אך המיומנויות שרכשו הילדים באינטראקציה עם הוריהם השפיעו גם הן ותרמו ליכולותיהם החברתיות בגן. ממצא זה משתלב עם הרעיון שהמשפחה היא הקבוצה הראשונה שהילד משתתף בה, וככזאת היא משמשת תשתית חשובה לרכישת מיומנויות חברתיות שישרתו את הילד בהקשר הקבוצתי של הגן. אין בממצא זה כדי לבטל את חשיבותה של תרומת היחסים הדיאדיים, הורה-ילד, אלא להדגיש שככל הנראה, כמו שטוענות הגישות המשפחתיות, להקשר המשפחתי תרומה נוספת, ייחודית.

בסקירה שלעיל שיתפתי, על קצה המזלג, ממצאים ממחקרנו על התפתחותם של ילדים בעלי ASD בהקשר המשפחתי. בימים אלה אנו שוקדים על בחינה מעמיקה של היבטים נוספים במאגר הנתונים הגדול שאספנו ומקווים להמשיך לפגוש את הילדים ואת הוריהם במשך השנים. ככל שמעמיקים במחקר נסללת הדרך לשאלות נוספות. מקצתן יקבלו מענה מהפרויקט הזה ומקצתן ממחקרים עתידיים. בד בבד נראה כי כבר עתה יש למחקר השלכות חשובות על העבודה עם משפחות של ילדים צעירים על ספקטרום האוטיזם.

רק 30 אחוזים מהמשפחות לילדים אלה סווגו כמציגים ברית שיתופית, ו-42 אחוזים סווגו כבעלי ברית לא מאורגנת (לעומת 18 אחוזים בלבד בקרב משפחות בעלות ילדים בתפקוד קוגניטיבי בטווח הנורמה). כלומר, נראה שהתפקוד הקוגניטיבי הנמוך של הילדים, ואולי עוד קשיים הקשורים לרמתם הקוגניטיבית, מאתגרים את יכולת המשפחה לבסס אינטראקציות שיתופיות. הם אף מקשים לבסס ברית משפחתית מאורגנת מכל סוג (כלומר שיתופית או קונפליקטואלית), כמו שהדבר בא לידי ביטוי בשכיחות הגבוהה למדי של בריתות לא מאורגנות. בכל זאת חשוב לזכור ש-30 אחוזים מהמשפחות בעלות ילדים בתפקוד קוגניטיבי נמוך הצליחו לבסס ברית שיתופית. כלומר, ביסוס אינטראקציה כזאת אינו בלתי אפשרי אף עם ילדים בתפקוד נמוך, וממצא זה יכול לכוון אותנו בעבודה עם הורים ועם ילדים בעלי ASD. בייחוד רלוונטיות שיטות התערבות המציבות במוקד את ההורה כמתווך של ההתערבות, Parent-mediated interventions (Siller & Morgan, 2018), ואת האינטראקציה בין ההורה ובין הילד (Pickles et al., 2016).

מלבד אפיון הבריתות שאלנו אילו יכולות של ההורים מסייעות להם להעניק תמיכה מתואמת בזמן האינטראקציה עם הילד. האם תובנה הורית תסייע גם במקרה זה שבו מאבחים שלילדים יש ASD? על שאלה זו עדיין אין לנו תשובה כי נתוני התובנה עדיין בשלבי ניתוח, אך התבוננו בעוד היבט חשוב בתפקוד ההורים: ההורות המשותפת. מושג זה נוגע לתמיכה של ההורים זה בזה בתפקיד ההורי, בקבלת ההבדלים הבלתי נמנעים בין ההורים ביחסם אל הילד ובהימנעות מתחרות ומביקורת.

ההשערה הייתה כי ההורות המשותפת, הנבנית בין ההורים במשך השנים, מעניקה תשתית לאינטראקציות טריאדיות מתואמות ושיתופיות. מדדנו את ההורות המשותפת באמצעות שאלון שמילאו ההורים ובשיחה שניהלו ביניהם על הילד. התוצאות תמכו בהשערה והראו שההורות המשותפת באה לידי ביטוי ב-LTP: כאשר היא הייתה גבוהה וחזקה הציגו ההורים



ביטוח בריאות לחברי הפ"

תוכנית הביטוח היא מהטובות והמתקדמות בישראל

בעלות נמוכה בהשוואה לתוכניות ביטוח פרטיות!

הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים • כיסוי למגוון רחב של אירועים רפואיים
כיסוי לתרופות שלא בסל הבריאות • ניתוחים בישראל ובחול • כיסוי לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

חידוש או הצטרפות באתר הפ" www.psychology.org.il

שלומית קנוטופסקי, פסיכולוגית התפתחותית מומחית, מטפלת מדריכה ומרצה בתחום התפתחות הילד והגיל הרך, פעילה בצוות תכנון והקמה של מגמת לימוד לתואר שני בפסיכולוגיה התפתחותית במכללת תל-חי, יו"ר לשעבר של העמותה הישראלית לבריאות הנפש של התינוק ויו"ר לשעבר של הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה התפתחותית.

ערכה: נחמה רפאלי

והתמודדתי עם נכות ביד אחת. הבחירה המקצועית בפסיכולוגיה שיקומית הייתה בשבילי אמצעי לפתוח את נושא ההתמודדות עם הנכות ומשמעותה הן בדיאלוג פנימי בתוכי והן במפגש ישיר עם הנושא כלפי חוץ. התחלתי את דרכי המקצועית בשדה הפסיכולוגיה החינוכית, תחום שהיה זמין מאוד אז בצפון הארץ. אחר כך הגעתי לבית המקצועי, הפסיכולוגיה ההתפתחותית, ואני מחוברת אליו מאוד עד היום.

שתפי אותנו בחוויה של לימודים באקדמיה שבה היה אביך מרצה כה נחשב ומוכר.

הבחירה ללמוד לימודים אקדמיים באוניברסיטה שבה גדלתי העידה על הנוחות והביטחון שהרגשתי במקום. חשבתי בתמימותי הרבה שאצליח להישאר אנונימית וכל מה שרציתי היה להיות אחת מכולם. כך עברה עליי שנת הלימודים הראשונה בתואר הראשון. בשנה ב' אבי לימד את הקורס המרכזי הקשה, למידה, והעניין הלך ונעשה יותר פומבי. היה לי מורכב מאוד, התמודדתי עם תגובות קשות, ולעיתים פוגעניות, של סטודנטים, בעיקר בתקופות מבחנים. עם הזמן למדתי להתמודד עם מצבים בצורה נינוחה יותר, ובשנה ג' אף בחרתי ללמוד קורס בחירה שנתן אבי, קורס על שינה וחלום, מתוך רצון ללמוד בצורה מסודרת וכוללת את תחום המחקר העיקרי של אבי.

אילו התפתחויות באבחון וטיפול בגיל הרך חלו בתחום בארץ במשך השנים?

פסיכולוגים התפתחותיים כיום משולבים במרבית התחומים העוסקים בילדים בשנות התפתחותם, הן בגיל הרך והן מעבר לו. ההתמקצעות וההעמקה שחלה במחקר ובהיקף התחום הביאה לידי כך שיש לפסיכולוגים התפתחותיים ידע עצום ונרחב בכל תחומי התפקוד בשנות הינקות והילדות, החל מהתפתחות תקינה וכלה בקשיים התפתחותיים ספציפיים יחודיים. בשנות עבודתי הראשונות כפסיכולוגית התפתחותית הציפייה הייתה

ספרי לנו קצת על הרקע המשפחתי שלך.

נולדתי בירושלים וגדלתי ברמת גן. אבי ז"ל, פרופ' יצחק לוין, היה פסיכולוג מחקר, ממקימי המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן. הוא היה חלוץ המחקר בתחום שינה וחלום בארץ והקים את המעבדה הראשונה לחקר השינה בבר-אילן. אימי הייתה גננת ומפקחת על גננות.

עקב עבודתו של אבי עזבנו את ירושלים כשהייתי בשנותי הראשונות בבית הספר היסודי ועברנו להתגורר בשיכון המרצים ששכן באוניברסיטת בר-אילן. האוניברסיטה אז הייתה קטנה ובראשית דרכה והפכה להיות חלק מנוף ילדותי. בכל שנות ילדותי, מלבד בשנתיים שבהן התגוררנו בארצות הברית בגלל לימודי הדוקטורט של אבי, ועד נישואי הייתה האוניברסיטה ביתי ויחד עברנו תהליכי גדילה והתפתחות.

בלימודי התואר השני נישאתי ליוסי, עובד סוציאלי במקצועו, ויחד גידלנו את 6 ילדינו. בהתחלה גרנו בירושלים, אחר כך בצפון הארץ, בצפת, ואחר כך ביישוב הקהילתי מצפה נטופה ובו אנו מתגוררים עד היום. ב-10 השנים הראשונות לנישואי הייתי אימא במשרה מלאה, ובשנים אלו התעוררו בי ספקות בנוגע ליכולתי לחזור ולהשתלב במקצוע הפסיכולוגיה. ההשתלבות בחיים המקצועיים הייתה הדרגתית מאוד, בקצב שמותאם לחיים המשפחתיים.

מה היו הכוחות שהשפיעו על בחירתך ללמוד פסיכולוגיה בכלל ופסיכולוגיה שיקומית בפרט ומה היו נסיבות המעבר לפסיכולוגיה חינוכית?

הבחירה בלימודי הפסיכולוגיה הייתה מלווה בהרבה התלבטויות. להוריי היו דעות ברורות, ושניהם השמיעו אותן בצורה ברורה, חוזרת ונשנית. אבי כיוון ללימודי הפסיכולוגיה, אך אימי ניסתה להשפיע עליי ללכת ללימוד בסמינר לגננות. כנראה מתוך רצון לרצות את שניהם בחרתי בהמשך לימודי פסיכולוגיה התפתחותית וכך וידאתי ששניהם יהיו מרוצים.

הבחירה הראשונה שלי בלימודי התואר הראשון הייתה במגמת פסיכולוגיה שיקומית. כשהייתי בת 5 חליתי במחלת הפוליו

דאגה ועלול להעיד על מצוקה נפשית.

עם זאת חשוב לזכור שקצב ההתפתחות בגיל הניקות מתרחש במהירות שאין דומה לה בכל שנותיו של האדם בהמשך חייו. המשמעות היא שגם הסימפטומטולוגיה משתנה בקצב מהיר, ומה שייראה נורמטיבי בגיל 3 חודשים ייחשב זמן קצר אחר כך, אפילו חודשים אחדים אחר כך, מדאיג ומצריך התערבות מקצועית.

נוסף על כך, תינוקות גדלים בהקשר של יחסים, ולכן לתהליך ההערכה של קשיים נפשיים בתחילת החיים נדרשת הבנה של הנפש הניקוטית-הילדית ובד בבד גם של הנפש הבוגרת של המטפל העיקרי של הילד. הצורך להחזיק את ההבנה של שפת התינוק או הילד ושפת המבוגר בו-בזמן גורם להערכה להיות מורכבת עוד יותר.

הטיפול בשנות החיים הראשונות מתגמלים מאוד, שכן אפשר לראות את השפעות הטיפול במהירות רבה יותר לעומת גילים מאוחרים יותר. בטיפולים בינקות יכלול תמיד המטפל או המטפלים העיקריים של התינוק בגישות דיאדיות או טריאדיות. התוצאות מרשימות וארוכות טווח.



את עוסקת גם בילדי אומנה. מה המורכבות

שמאפיינת מצבים אלו ומהן דרכי הטיפול הרצויות?

ילדים באומנה חיים במשפחות שבחרו לגדל אותם, אך המורכבות של היחסים בולטת מאוד. המניעים לאומנה יכולים להיות מגוונים, החל ממניעים כלכליים וכלה במניעים עמוקים של חסד ועשיית טוב. עם זאת הניסיון הקליני מראה כי המניע אינו מנבא את הצלחת הסדר האומנה. כאשר ילדי אומנה מגיעים לטיפול עם הוריהם אין להם היסטוריה משותפת ארוכת טווח - האהבה של ההורה לילדו אינה אהבה ללא תנאי, ונוסף על כך, לילדי האומנה יש בדרך כלל תשתית נפשית רעועה וניסיון קשה עם יחסים. כל אלו מקשים מאוד על השתלבות הילד במשפחה. מלבד זאת, הילד נושא איתו גם באומנה את העולם "האחר", הביולוגי, ונע בין שני העולמות באופן מתמיד, הן קונקרטי והן נפשי, בחוויה מפוצלת של טוב ורע.

הטיפול בילדי אומנה מתפרס היום לשני כיוונים: עבודה דיאדית של הילד וההורה הביולוגי, לעיתים לא כדי להחזיר את הילד למשפחתו הביולוגית אלא כדי לסייע לו לבנות נרטיב קוהרנטי ורציף של סיפור חייו ללא "חורים שחורים"; ועבודה דיאדית של הילד והורי האומנה כדי לסייע בצורה מיטבית להשתלבות הילד במשפחה.

ספרי לנו על שיתוף הפעולה המקצועי עם המגזר הדרוזי והערבי בצפון, צייני בעיות ייחודיות למגזר.

חלק גדול מעבודתי היום נעשה עם המגזר הערבי והדרוזי בצפון, ובכלל זה מרכזים לגיל הרך, אומנת חירום, גני עמותה לילדים בסיכון ושפח"ים. רבים ממודרכי באים ממקומות עבודה

המשך בעמוד 62

לעסוק בעיקר באבחון, בצורה ממוקדת ומצומצמת. כלי האבחון היו מועטים, חלקם ישנים, ללא סטנדרטיזציה התואמת את האוכלוסייה של מדינת ישראל. כיום לעומת זאת עומד לרשות הפסיכולוג ההתפתחותי מגוון רחב הרבה יותר וסטנדרטיזציה מותאמת למגוון גדול של יכולות התפתחותיות. עדיין בתחום האבחון, אחת ההתפתחויות המרשימות שחלה היא ביכולת לאינטגרציה של כל תחומי ההתפתחות והבנה מעמיקה על הילד כישות שלמה. כיום אין מקום להתבוננות המפוצלת

שהייתה כה דומיננטית בעבר, פיצול בין "חלקים התפתחותיים" ובין הנפש הילדית. כקוריוז אספר שכשניגשתי לבחינת התמחות החזירה לי הוועדה המקצועית את המקרה בטענה ש"המקרה אינו התפתחותי מספיק". זה היה מקרה שתיאר תהליך טיפולי בביתה של פעוטה ואימה מאוכלוסייה בסיכון גבוה במיוחד. כיום נדרש הפסיכולוג ההתפתחותי לספק הבנה מעמיקה של כל תחומי ההתפתחות, גם התפתחות נפשית והבנת יחסים.

בתחום הטיפולי חלה התקדמות עצומה שנתמכת על ידי שדה מחקרי רחב. שיטות הטיפול מגוונות ועשירות ברמת החשיבה, טיפולים דיאדיים קצרי

טווח וארוכי טווח מתקיימים מלידה במיומנות טיפולית מרשימה. שיטות הטיפול נשענות על חשיבה דינמית, ביהביויסטית ועוד אסכולות מרכזיות, ונכללת בהן עבודה נרחבת שמשנה את מסלולי ההתפתחות של ילדים רבים. בעבר היו מובילי החשיבה ההתפתחותית מחו"ל, ואילו כיום ישנם בארץ קלינאים התפתחותיים בעלי שם עולמי בתחום ההתקשרות, הטיפול הדיאדי, האוטיזם. ישראל נחשבת היום למרכז מקצועי התפתחותי, והעבודה הנעשית בה זוכה להערכה בין-לאומית רחבה.

בראות הנפש בשנת החיים הראשונה. כיצד אפשר לאתר ולזהות מחלות נפש בגיל הניקות ומהן דרכי הטיפול בהן?

שנות הניקות מאופיינות בהרבה אופטימיות ותקווה לחיים חדשים, ולכן אין מקום לדבר על מחלות נפש בגילים אלו. עם זאת אנו נתקלים היום במצוקות נפשיות בגילים צעירים מאוד ויודעים לזהות אותן. כחלק מעבודתי היום אני פוגשת תינוקות שהוצאו מביתם בחירום ורואה ביטויים ברורים של מצוקה נפשית אצל תינוקות בני שבועות אחדים. לתינוקות חסר הכלי המרכזי שדרכו אנו מתקשרים צרכים, רצונות, ומצוקות. המצוקה הנפשית בגילים אלו תבוא לידי ביטוי בדרך כלל באמצעות הגוף ותפקודים גופניים בסיסיים כגון אכילה, שינה, הפרשות והגדילה הפיזית. שיבושים בכל אחד מהתפקודים הגופניים הללו, בהיעדר גורם רפואי התפתחותי, עשויים להעיד על מצוקה נפשית. מלבד זאת, אבני הדרך ההתפתחותיות הצפויות בכל שלב הן אינדיקציה לקושי, לעיתים קרובות על רקע נפשי. תינוק שאינו מחייך לדמות אנושית, מסיט מבט, מביע חוסר עניין בסביבה או בגירויים מעורר

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מגר

עוצמת הדרך - התמודדות משפחתית עם מחלה ומוגבלות, מודלים טיפוליים

רנה פיגין, מרגלית דרורי, שאול נבון. הוצאת טפר, 2020. 197 עמ'

אישיות במצבי דחק ולחץ, במצבי תשישות וייאוש ובאפשרויות של רוממות הרוח.

הזרקור מופנה אל בני המשפחה הסובבים את החולה. הם מקבלים בולטות כמרכיבים חיוניים במערכת המשפחתית, הגרעינית והמורחבת. מערכות היחסים בין חברי המשפחה ואופי הלכידות המשפחתית נושאים משקל מכריע בהתגייסות למען הטיפול בחולה, ומכאן זה נוגע בעוצמתה של המערכת המשפחתית כולה ומשפיע על כל אחד מחבריה.

מודלים שונים מוצגים בקצרה ומלמדים על המרכיבים ועל הכוחות המשתתפים במערכת הטיפולית הזאת - פסיכולוגיים, פיזיולוגיים, אישיותיים, סביבתיים, מוסדיים, חברתיים. התנהגויות בני משפחה משתקפות באמצעות כוחות נפשיים או מגבלות נפשיות, ודרך מוגדרת תמונה של יכולת עמידות, כושר הסתגלות וחוסן משפחתי.

התיאורים והפרטים מרחיבים את המבט אל כוחות ואפיונים במערכת המשפחתית, ואפשר ללמוד מהם דרכי חשיבה ופעולה גם מעבר להתייחסות ולהתמודדות במצבי חולי ומוגבלות.

הספר מפנה את הקוראים לראשית הטיפול המשפחתי, שהחל במשפחות שמתמודדות עם חולי נפשי, ומשם עוברת הסקירה להתפתחות בעשורים האחרונים גם בתחום ההתמודדות עם חולי גופני. כל פרק בספר מציע רשימת מקורות עשירה.

עם המודלים והתאוריות, כוחו של הספר הוא ברוחו ובגישה הפתוחה והרגישה למורכבות שמצב החולי מזמן וכופה. הכתיבה מציעה התבוננות עדינה בכל מרכיב בתמונה. הפניה אל בני המשפחה המעורבים מעודדת ומספקת תמיכה להתבוננות מפוקחת על התמונה המסובכת ועל מה יידרש מהם בטווח הקצר ובעתיד לבוא.

מחלה היא חלק בלתי נפרד מהחיים. אין אדם שלא חלה בחייו. מחלות בעוצמות חלשות באות וחולפות. מחלות בעוצמות חזקות מחייבות התמודדות איתן ומלוות אותו לאורך זמן. ומחלות קשות ומומשכות הופכות לחלק מן הזהות האישית וחלק משגרת החיים, משפיעות על הסביבה, ובראש ובראשונה רותמות, או מרתקות את בני המשפחה.

המשפחה מוצגת כגוף, כמערכת שיש בה היכולות והכוחות לשמש מקור ועזר להתחזקות ולריפוי; ובני המשפחה, איש-איש בעצמו ובאופיו, הם חלק מהמערכת, נעים בה, מקיימים אותה ובונים את איכותה ואת אופייה.

הספר מציג מודלים ותאוריות ומתאר, בפרקים קצרים, ממצאים ונתונים מחקריים בנושאי מחלה, משפחה, התמודדות ואת הקשרים ביניהם; הוא מוביל לתפקוד מגשר ובונה בין כל המעורבים ומעודד בני משפחה וקרובים לתפקד כתומכים טיפוליים באדם החולה. אליהם מופנה מרכז תשומת הלב, אליהם ואל העול שהם נושאים.

הספר מקרין אכפתיות. מבט חם באדם החולה, מבט חם ואמפתי בבני המשפחה סביבו שנכפית עליהם, לפעמים בבת אחת ולפעמים בהדרגה, מציאות הדורשת את מעורבותם ואת נוכחותם. תיאורים רגישים ומובחנים מציגים רצפים של התפתחות ההתמודדות המשפחתית עם מחלה ומוגבלות של אחד מחבריה ופורשים אפשרויות הירתמות ותפקוד בתנאי לחץ מתמשכים.

הספר מאיר עיניים ומלמד כיצד ובמה משתנה המערך המשפחתי ולאן הוא עשוי להגיע; לומדים אילו משאבי כוח נפשי מתגלים ואילו דרכי תגובה מתהוות ומתגבשות, ובתוך כך הקוראים נחשפים למושגי רגש והתמודדות מתחומי האמפתיה, המשמעות הקיומית, מנגנוני הגנה ותחושות



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

ראייה שמשחררת - מדיטציות על ריקות והתהוות מותנית

רב ברבאה. תרגום מאנגלית: קרן שפי. הוצאת פרדס, 2020. 603 עמ' בתוספת אחרית דבר.

היעדר כל כוונה ורצייה תצמח נוכחות מלאה, יצירתית, מעורבת ויצרנית.

נסו לפגוש את הרעיון שהכול ריק. ריק ממש. נסו לחשוב את הרעיון הזה. נסו לכתוב אותו, נסו לשחרר אותו, כלומר לא לחשוב אותו, להיות בלעדיו, משוחררים ממנו, ריקים ממנו וריקים מכול. את המחשבה, או אי-המחשבה הזאת, מנסה הספר להביא לידיעתנו, או אל אידיעתנו; שנכיר אותה ואת המהות העומדת מאחוריה, ובעצם שנשתחרר מן המהות הזאת ונקיים אותה בלעדיה.

הספר מציע דרך אל תובנה עמוקה של מושג הריקות וחוויה אותו, ומהות הדרך הזאת היא שהייה בה ללא תחושת קיומה וללא תחושת קיומי המתקיים בה. זאת הדרך אל הריק, ואם כך, מיהו העושה את הדרך?

לחשיבה מערבית זהו תרגיל אינטלקטואלי מאתגר. לחשיבה מזרחית ייתכן שזאת מהות קיומית והבנה אינטואיטיבית שהיא תוצר תרבות ואורחות חיים.

הספר מציע ומציע קרבה לרעיונות החשיבה הבודהיסטית ומסע חקר גילוי בלי היצמדות לחיפוש אמת כלשהי. הוא רווי תרגולים, מדיטציות וחקירות. מרכיב מרכזי בו הוא הפניית תשומת הלב. היא שממקדת אנרגיה, ממקדת התבוננות ויוצרת בכך התהוות ופעילות.

הספר מציג את היחס אל מה שאי אפשר ללמוד ולהפנים דרך ההכרה. חוזר ומוצג בו הקושי לקלוט את רעיון הריקות ואת האמירה והמחשבה שהכול ריק והוא מעלה אפשרויות של חוסר הבנה או חוסר אמונה בתפיסת מוחשיות הרעיון שהכול לא מוחשי, ואולי לא קיים, אלא בממד אחר שחשינו אינם מסוגלים לתפוס.

מחשבה אחרת היא האפשרות להבין שבשלב כלשהו אפשר להבחין ביכולת הרפיה מהיכבולות הדוקה לתפיסת עצמי המסוימת שמלווה שנים ולתפוס שהיא לא האמת הקבועה לגבי מי שאני; לראות בכך השתחררות מהגדרות ומגבולות מוכרים, לזכות בחופש חדש להיות ולפעול; ולקלוט שהחופש הזה איננו ניתוק ואיבוד משמעות אלא פותח ומאפשר מעורבות עמוקה יותר ועוצמה מוגברת של אכפתיות ופתיחות לאהבה.

תרגום תמציתי אפשרי של חוכמת הספר ושל הרעיון שהוא מביא לקוראים: מעבר לכל מה שהווה, מתקיים ופועל שוררת ריקות. הריקות הזאת, שאינה תלויה בדבר ואינה קשורה בדבר, ממלאת את ההווה הנראה והמתקיים בפוטנציאל שאינו מגולם במראה המתקיים והנוכח, אלא יתאפשר ויתממש כאשר תרפה האישיות מההבנות ומההגדרות שיש לה על עצמה ועל העולם ותניח לעצמה להתמלא בריקות; ומתוך



פנטזיית האורגזמה - לסיפור חיי המין והקשרים הבין-אישיים

עפר גרוזברד. הוצאה עצמית, 2020. 205 עמ'.

לסיפוק מיני. לטענתו, היא נחתמת בנו בילדות המוקדמת, כנראה בשנה השנייה, ומלווה אותנו כל חיינו. ליחסים הנרקמים בפנטזיה הזאת תהיה השפעה דינמית עצומה על יחסינו עם הסביבה. הפנטזיה חורגת הרבה מעבר להקשר המיני בלבד. המרכיב העיקרי בה הוא המרכיב הרגשי, איכות הקשר הנרקם בין הדמויות, ולאו דווקא הסיפור המיני. המיניות ניצלה את עוצמתו של הקשר הראשוני הזה כדי לממש את עצמה. פנטזיית האורגזמה היא אפוא פנטזיה של יחסים. יש בה הסיפור הגלוי והסיפור הסמוי. בניתוח

מה דעתכם על המושג "פנטזיית האורגזמה"? כיצד אתם מגיבים למשמע המילים וקישורן לפגישת טיפול?

"מהי פנטזיית האורגזמה שלך?" על זה מדבר הספר. על נועזות השאלה שמטפלת מפנה אל מטופלת ועל המבוכה הטבועה והיכולת להתארגן מקצועית ולהשתמש בשאלה להנעת הטיפול.

פנטזיית האורגזמה, המושג המרכזי בספר ובתאוריה של גרוזברד, מנוסחת כ"הפנטזיה המגרה ביותר שיש לאדם, המביאה אותו

וכביסוס התאוריה המוצגת, עומדים תיאורי חלומות וניתוח חלומות; הם שמספקים את מרבית החומר בתיאורי המקרים הסיפוריים. התיאורים ציוריים, מעלים חומר למחשבה ועוזרים לראות לעומק באותם מקומות ואפיזודות שפנטזיה ארוטית של פורקן עשויה להיות חלק מהתרחשות נפשית הקשורה לרגש ולהתנהגות.

תרומתו של הספר עשויה להיות בהזמנה להיפתח לנושא ולהפנות מבט אל מהות היחסים המיניים הארוטיים המתממשים במעשה הגופני והיצרי. ההצעה בספר היא למצוא שם סיבה ותכלית לדחפים, ובעיקר לאתר הימנעויות שנכפות עלינו בשל עכבות ופחדים, ובאמצעות להשתחרר, להבין וליהנות.

מתעניינים בחלק הסמוי - בקשרים הרגשיים בין הדמויות המופיעות בה.

פנטזיית האורגזמה מומחשת בספר כהסבר וכסיבה לכל התנהגות. לא מתוארים רקע ויסודות המובילים להבנה ולהגדרה כיצד ההתנהגות והסימפטומים הם תוצר ומימוש של הפנטזיה אצל כל אחד ואחת. הספר אינו מדעי ואינו מעוגן בשיטות ובסימוכין תאורטיים מבוקרים. הוא סיפורי באופיו, ספרותי, נסמך על ניסיון מקצועי קליני והדרכתי של המחבר ומוגש בניסוח קולח ופתוח.

20 עמודים של מבוא והסבר ראשוני על תאוריית פנטזיית האורגזמה, ו-173 עמודים של תיאורי מקרים - זה מבנה הספר. במרכז פרק המבוא,



פרופיל אישי - המשיך מעמוד 59

ילדים, הרבה פניות לעזרה, אך אפשרויות המענה מצומצמות ואינן מתקרבות לנדרש.

מה לדעתך חשוב להדגיש בפסיכולוגיה ההתפתחותית היום?

חשוב להעמיק את ההבנה האינטגרטיבית בדגש נרחב על התפקוד הנפשי. ישנם ילדים שיש להם קשיי התפתחות קלים ורואים אצלם קושי ניכר בתפקוד היום-יומי. עוצמת קשיי ההתפתחות ורוחבם בתחום המוטוריקה או השפה אינם מנבאים את יכולת התפקוד הכוללת, והגורם הקריטי הוא ההתפתחות הנפשית. לכן חשוב שבהכשרה של הפסיכולוגים ההתפתחותיים ייתנו תשומת לב מיוחדת להשפעה ההדדית של כל התפקודים ההתפתחותיים ולבריאות הנפש של הילדים.

מלבד זאת ראוי לתת תשומת לב רבה למצבי משבר וטראומה בתהליכי התפתחות. חשוב להעמיק את ההבנה הטיפולית בילדים פוסט-טראומטיים בשנות התפתחותם ולסייע לסביבה להתאושש ממצבי המשבר מתוך מתן החזקה נפשית שתסייע לילד להתקדם במסלול התפתחותי אופטימלי למרות נרטיב המשבר.

איך את רואה את הפסיכולוגיה ההתפתחותית בעתיד?

כגורם טיפולי-מקצועי שמכוון ומספק מעטפת מקצועית לכל המסגרות והגורמים העוסקים בגידול ילדים לכל אורך שנות התפתחותם עד גיל הבגרות.

יש לך זמן לתחביבים? ואם כן, מהם?

אני חובבת מאוד טיולים וחברה בקבוצה שמטיילת בקביעות בשביל ישראל. חוץ מזה אני עוסקת באריגה ונהנית מאוד להיות חלק מעולם יצירתי. וההנאה הגדולה ביותר, קשה לי לקרוא לזה תחביב כי זה מהות אמיתית, היא להיות עם המשפחה, להיות חלק מההתפתחות של ילדי ולהעמיק את הקשר עם כל נכדיי.

אלו במגזר הערבי והדרוזי. יש היום שינוי שמתרחש במעמד הפסיכולוגיה באוכלוסיות אלו ובנכונות לפנות לטיפול, אך זה תהליך איטי שנדרש לו עוד זמן. גם העמדה הפטריארכלית הדומיננטית מאוד במגזרים אלו גורמת לרמת מעורבות נמוכה למדי של אבות בטיפול, והיא מאיטה את השפעת הטיפול. למרות הנכונות והפתיחות הרבה יותר לטיפול הפסיכולוגי במגזר הערבי והדרוזי עדיין יש נושאי טאבו שקשה מאוד לפתוח בטיפול, והרגישות הרבה שיש בנוגע אליהם אינה מאפשרת מרחב פתוח לחלוטין.

קושי אחר הוא מחסור גדול בפסיכולוגים התפתחותיים במגזר הן לתפקידי טיפול והן לתפקידי הדרכה. אני מרגישה אי-נוחות רבה כאשר אני נכנסת לקבוצה של פסיכולוגים ערבים שאני מדריכה ו"מאלצת" אותם לעבור לדבר בנוכחותי בשפה שאינה שפת האם שלהם. חשוב להכשיר עוד ועוד פסיכולוגים התפתחותיים מהמגזר שיהיו קרובים לתרבות ויתקשרו ישירות עם כלל האוכלוסייה.

לאילו השפעות של הקורונה נחשפת בעבודתך המקצועית?

עדיין יש בעולמנו תפיסה ש"ילדים קטנים לא באמת מבינים", ולכן אירועי חיים רבים אינם מתווכים לילדים בשפתם ועל פי רמת התפתחותם. הקורונה היא דוגמה לכך. לכן מצוקות נפשיות רבות הפכו להיות כרוניות בעקבות התמשכות התקופה הקשה. חוסר היציבות שליווה ומלווה את המגפה, האינטנסיביות של שעות רבות בבית, מצוקות כלכליות וכיוצ"ב יצרו קשיי התנהגות רבים אצל ילדים צעירים, כי אף אחד בסביבתם לא ראה צורך לתת פשר לאירועים ולתווך להם את השינויים הדרמטיים. קשיים שהיו קודם הלכו והעמיקו. פסיכולוגים התפתחותיים רבים מדווחים על יותר בעיות חרדה, קשיי התנהגות כמו אימפולסיביות והתקפי זעם, בעיות ריכוז, תופעות של הרטבה ורגסיה. יש תופעות קשות אצל

פרישה ותכנון המס

אריה דן

לקבל פטור על קצבה מזכה המשתלמת מאת מעביד או קופת גמל לקצבה. בין היתר התיקון מסדיר את אפשרויות הבחירה שלנו בין פטור ממס על קצבה מזכה, ובכלל זה ביצוע היוון לקצבה, ועל הפיצויים החייבים במס ואת האפשרות להפקיד כספים פנויים (שחסכנו באפיקים אחרים) כדי לקבל קצבה מוכרת (פטורה).

כדי למצות את זכויותינו על פי החוק מומלץ, באופן כללי, לכל גמלאי שהגיע לגיל הזכאות (אישה בת 62 וגבר בן 67) לבצע אצל פקיד השומה הליך חד-פעמי הנקרא קיבוע זכויות. משמעותו הפשוטה של קיבוע זכויות הוא בעצם הודעה לפקיד השומה שהחלטתנו על הדרך שבה ננצל את הפטור שהחוק מתיר לנו (בערך 800 אלף ש"ח היום) על כל הכספים שנקבל בפרישה ובפנסיה.

חישוב הפטור המגיע לנו מורכב למדי ומתבצע באמצעות הצבת הנתונים בנוסחת השילוב (הקיזוז), נוסחה אשר משלבת בין הפטור על מענקי הפרישה (ובכללם הפיצויים) ובין הפטור על הקצבה החודשית שנקבל מקרן הפנסיה או ביטוח המנהלים.

הליך קיבוע הזכויות מבוצע באמצעות הגשת טופס 161 ד' על נספחיו בצירוף האישורים הנדרשים. ואולם כמו שצינתי, איני ממליץ לעשות זאת בעצמנו וללא ליווי מקצועי עקב חוסר הבקיות והמקצועיות הרווח בתחום לצערי גם במשרדי פקידי השומה. לא פעם מתגלים כשלים וטעויות לא מעטים באישורים שהם מוציאים.

לסיכום, כדי להגיע לתכנון ולניצול מס אופטימלי בפרישה אני ממליץ לבצע סימולציה שנכללים בה חישובים מלאים ומפורטים לבחינת השפעות המס הצפויות לפני החלטתנו ולפני הפנייה לקופת הפנסיה והגמל וכמובן, לפני הגשת הטפסים או המסמכים לפקיד השומה.

אחד הצמתים החשובים בחיינו, צומת אשר אנו נערכים וחוסכים לקראתו שנים רבות, הוא מועד הפרישה לפנסיה, תקופה שבה אנו מפסיקים לייצר הכנסה מיגיעה אישית בדרך כלל, ולכן ההכנסות לתא המשפחתי פוחתות במידה ניכרת ובמקרים רבים לא צפויות כלל הכנסות. בתקופה זו תיבחן ותתברר השאלה שהתלבטנו בה שנים רבות - אם התכנון שעשינו בשנות עבודתנו לקראת הפרישה אכן היה נכון ומתאים לצרכינו (על פי תוחלת החיים הצפויה).

המבחן העיקרי לתכנון שלנו נמדד בהצלחתנו לשמור על רמת החיים שהייתה לנו לפני פרישתנו או לכל הפחות לשמור על תקציב מאוזן, כלומר להתאים את ההוצאות השוטפות שלנו להכנסות הצפויות לנו מהפנסיה וממקורות נוספים לאחר הפרישה.

לתכנון נכון ומיטבי של הפרישה נדרשת הכרה של תוכניות הפנסיה והחיסכון לסוגיהן ומומחיות רבה בהן, ולפיכך המלצתי להתייעץ עם יועץ פנסיוני בתחילת שנות עבודתנו ובמהלכן. חשוב במיוחד להתייעץ בו במעבר בין מקומות עבודה או בתקופות שאיננו עובדים כדי לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי ועל הזכויות הפנסיוניות שלנו.

רבים אינם יודעים שמדובר באחד מאירועי המס החשובים בחיינו, ולכן כדי למקסם את הסכומים הנשארים בידינו (בנטו) מהפנסיות, מהפיצויים, מקופות הגמל ומהחיסכון חשוב ומומלץ לעשות תכנון מס אופטימלי עם רו"ח או עם יועץ מס המתמחה בתחום הפנסיוני עוד לפני הפרישה.

אני מדגיש שכדי להחליט מתי למשוך את הכספים ובאיזה אופן (במשיכה חד-פעמית או בקצבה חודשית וכיצד לנצל את ההטבות ואת הפטורים ממס) כדאי להתייעץ עם 2 מומחים שונים - יועץ פנסיוני ומומחה מיסוי בתחום הפנסיה.

תיקון 190 לפקודת מס הכנסה (משנת 2012) מאפשר לנו

לעזור לכם לעזור

עו"ד אדר גרין, עו"ד צ'רלי בוזגלו

מהמטפל לדיוח, והמטפל נותר אזור בין חובת הסודיות ובין הרצון לסייע למטופל. המטפל פונה לייעוץ משפטי כדי למצוא "פרצה" או דרך חוקית אשר תיתן בידיו אפשרות לדיוח למרות חובת הסודיות.

לכאורה נדמה כי אכן, חובת הסודיות כובלת את המטפל במקרה זה, אך ברי כי תוצאה זו בלתי נסבלת. לכן אנו, היועצים המשפטיים, נבחן לעומק את חובת הדיווח השונות ואת הפרשנות והסייגים לחובת הסודיות כדי לתת לפונה מענה אשר עולה בקנה אחד עם החוק ועם טובת המטופל ומגשים את הדחף האנושי של המטפל שלא לשבת בחיבוק ידיים.

תחילה נבחן את חובת הדיווח על פי החוק. חוק העונשין קובע את חובת הדיווח בסעיף 368ד. (ב) החלה על פסיכולוג שנודע לו על עבירה ש"נעברה" ב"קטין או חסר ישע", "בידי האחראי עליו". כלשון החוק:

"רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או חסר ישע בידי אחראי עליו - חובה עליהם לדיוח על כך בהקדם האפשרי לעובד סוציאלי שמונה לפי חוק או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר ששה חדשים."

במקרה שהגיע אלינו ידוע כי המטופל אינה קטינה, אך ייתכן כי המעשים החלו בעת שהייתה קטינה. במקרה כזה כדאי לשים לב ללשון החוק המצוטט לעיל: חובת הדיווח המוטלת על אנשי מקצוע, ובהם פסיכולוגים (להבדיל מאזרח רגיל), אינה מוגבלת בזמן ויכולה לחול גם שנים לאחר שנעברה העבירה בקטין. לשון החוק אינה קובעת מפורשות כי על הקורבן להיות קטין בעת הדיווח.

ומה במקרה שהמעשים החלו רק לאחר שמלאו למטופל 18 שנים? האם אפשר להגדירה "חסרת ישע"? נהוג לפרש את המילים "חסר ישע" כמתייחסות לאנשים חוסים או נתונים

אחד הנדבכים המעניינים והחשובים ביותר בעבודתנו במסגרת הייעוץ המשפטי לחברי הפ"י הוא השאיפה לאפשר למטפלות ולמטפלים לסייע למטופלים למרות הגבלות חוקיות החלות עליהם במצבים מסוימים. בטור הזה ננסה לתאר את האופן שבו אנו בוחנים את המצב המשפטי כדי לתת מענה משפטי במצבים שבהם נדמה שהחוק אינו מאפשר לסייע ואולי אף להציל נפש בזכות זה.

גישה זו של פרשנות תכליתית לחוק כדי לתת מענה במקרים מורכבים נשענת על עקרונות יסוד כמו **טובת המטופל** ועל התכלית העקרונית והבסיסית של הטיפול הפסיכולוגי - הטבת מצבו של המטופל וקידום רווחתו הנפשית ומניעת פגיעה בו. תכלית זו עומדת גם בבסיס החוקים הקשורים לטיפול, במצבים שבהם ההגבלה החוקית מתנגשת עם הידע המקצועי של המטפל או המטפלת ועם הרצון שלא לעצום עיניים, לא לחסות תחת חובת הסודיות, למשל כשברור כי דרושה עזרה דחופה מגורמים נוספים.

בהיותנו היועצים המשפטיים של חברות וחברי הפ"י מטרותנו היא למצוא דרך לאפשר להם לעזור למטופליהם מבלי להפר את החוק, לבנות "קונסטרוקציה משפטית" אשר תועיל לחברי הפ"י להגשים את מטרות העל של טובת המטופלים. דוגמה לקונסטרוקציה כזאת ניתנה בטור הקודם של "הפינה המשפטית" - הוצגה בו האפשרות לראות בהורה נעדר כמי שנתן "הסכמה מכללא" לטיפול בילדו לאור עקרון "טובת הילד".¹ הפעם נביא דוגמה (בשינוי פרטים) לקונסטרוקציה משפטית שבה נסוגה חובת הסודיות אף שלכאורה אין חובת דיווח.

לשולחנו הגיעה שאילתה ובה סופר על מטופלת צעירה שנפלה קורבן למעשי אונס מתמשכים מצד אביה, והוא אף איים עליה ברצח אם תתלונן על מעשיו. המטפל יודע כי היא פוחדת להתלונן שכן היא נתונה למשטר פחד שמשלט האב וכי עליו לכבד את רצונה, שכן בהיותה בגירה לא חלה בחוק חובת דיווח על הפגיעה המינית. כך חובת הסודיות מונעת

משרד צ'רלי בוזגלו עורכי דין ונוטריון מייצג להפ"י.

¹ גיליון פסיכואקטואליה 82. אפריל 2021. הפינה המשפטית, עמ' 65.



מניעת הפשע שבו איים האב? בנוגע לאיום ברצח - התשובה שלילית. "איום" מוגדר בחוק "עוון" ולא פשע, ועל פי פסיקת בית המשפט העליון עוסקת עבירת "אי-מניעת פשע" בפשע קונקרטי שאדם זומם לבצע בעתיד, ולא באיום כללי, ואפילו לא ברצח.²

ואולם האיום ברצח (וניתכן כי אף יש בו ממש) מצטרף לפשע אחר, קונקרטי, המאפשר להיעזר בסעיף 262 לחוק העונשין כדי לפרוץ את חומת הסודיות. על פי הפנייה, המטופלת היא קורבן של מעשי אונס חוזרים; התעללותו של האב בה אינה נחלת העבר אלא חוזרת ומתמשכת. במילים אחרות, כמעט אין ספק כי עוד אונס יבוצע בעתיד הקרוב. ואונס הוא כמובן "פשע".

בפסיקת בית המשפט העליון בנוגע ל"אי-מניעת פשע" נקבע כי חובת אי-מניעת פשע חלה גם על עבירות מתמשכות ולא רק על פשע יחיד העומד להתבצע. כך כתב כבוד השופט י' כהן (נעיר כי הציטוט נוגע לסעיף 33 בחוק אשר מספרו השתנה מאז לסעיף 262)³:

"אין אני רואה ... כל הבדל בין פשע נמשך, היינו פשע שאדם מבצע אותו כל יום מחדש, ובין פשע על-ידי מעשה חד-פעמי, ואינני מוצא סמוכין לא בדין ולא בהגיון להגביל את תחולת סעיף 33, באופן שהוא לא יחול על עבירה נמשכת."

יתרה מכך, הדיווח במקרה זה עונה על התכלית של סעיף 262 שנועד למנוע עבירות חמורות. ראו את דברי בית המשפט באותו פסק דין:

"מניעת עבירות חמורות, שפושעים זוממים לבצע, היא מטרה מבורכת ומכוונת להגן על הציבור. חובה ציבורית של כל אזרח לתת ידו בדרך זו למניעת פשעים."

הינה כי כן, רק בפרשנות תכליתית ובבניית קונסטרוקציה משפטית על פי החוק והפסיקה יכולנו להשיב לפסיכולוג שפנה אלינו כי במקרה שהובא לפנינו מוטלת עליו חובת דיווח אשר נובעת מסעיף 262 לחוק העונשין ("אי-מניעת פשע") וכן, בהתחשב בנסיבות הספציפיות של המקרה, מחובת הדיווח שבסעיף 368ד. (ב) לחוק העונשין. במילים אחרות, הוא יכול, ובעצם חייב, להפר את חובת הסודיות כדי להציל את המטופלת שלו ולדווח על מעשי האב.

לאפוטרופוסות, אך לשון החוק מספקת הגדרה רחבה יותר. "חסר ישע" מוגדר בחוק העונשין בסעיף 368א כך:

"חסר ישע" - מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקוי השכלי או מכל סיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצרכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו;

ומיהו "אחראי"? גם מילה זו מוגדרת בסעיף 368א לחוק העונשין, ובין היתר נכתב שם כך:

"(3). מי שהקטין או חסר הישע מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע, ומלאו לו שמונה עשרה שנים; ובלבד שקיימים ביניהם יחסי תלות או מרות."

הינה, למראה ההגדרות שהוגדרו בחוק אפשר לומר (על פי הנסיבות הקונקרטיות של המקרה, למיטב שיפוטו של המטפל) כי המטופלת אינה מסוגלת לדאוג לשלומה בזמן שהיא מתגוררת עם אביה והוא שולט בה, ולמעשה מתקיימת בה ההגדרה של "חסרת ישע" כמו שהיא הוגדרה בחוק.

וכך, במקרה שבו אישה צעירה נתונה לטרור מבית ולמעשי אונס חוזרים (מצד אביה) ואינה מסוגלת לדאוג לשלומה, יש הצדקה חוקית ל"תחושת הבטן" כי המצב דורש להפר את חובת הסודיות ולפנות לרשויות הרלוונטיות. (ונוסיף כי בכל מקרה אפשר להתייעץ בעובד סוציאלי ברשות המקומית מבלי למסור פרטים מזהים.)

ואולם בכך לא תמה דרכנו בניסיון לפתור את הדילמה הקשה שהמטפל שפנה אלינו נתון בה. דרך אחרת לבחון את המקרה היא באמצעות עבירת "אי-מניעת פשע" שבחוק העונשין - בסעיף 262.

סעיף 262 חוק העונשין, תשל"ז-1977, שכותרתו היא "אי-מניעת פשע", מטיל חובה על כל אדם למנוע פשע שידוע לו כי עומד להתבצע:

"מי שידע כי פלוני זומם לעשות מעשה פשע ולא נקט כל האמצעים הסבירים למנוע את עשייתו או את השלמתו, דינו - מאסר שנתיים."

כמו שעולה מן הפנייה שקיבלנו, איים האב ברצח על בתו המטופלת; אך האם הדבר מצדיק פנייה למשטרה לשם

² ראו לעניין זה את פסק הדין בע"פ 3417/99 הר-שפי נ' מדינת ישראל, פ"ד נח(2) 735.

² ע"פ 496/73 פלוני נ' מדינת ישראל, פ"ד כח(1) 714, 721.

³ שם, שם.

ברכות למקבלי התארים

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

בהערכה רבה,
יורם שליואר, יו"ר
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

חטיבה חינוכית

מילר יצחק
שניידר-סורוקר לילי
קרמרסקי יוסף מנחם
סעד מראם
בן-אור שיר
סולומון צביאל
ורטה-דורליוק אנה
כהן נאוה חיה
גרוס נעמי
ח'ורי-עבוד ויולט
שריזלי-בארי מיה
נוראל צרי
רביב-פלג מיטל
דניאל מרב
זרנקין קרן
פרי אורית
רוה סתיו
גוטליב אדם יהושע
פלג עידו

חטיבה התפתחותית

פורטונה-שרון קרן
רמר נעה
בן-שטרית ליאור
פרש-מפה דורין
ירון אורית
ברקן טל

חברתית-תעסוקתית-ארגונית

כהן אורית
אביחי מרחביה

תואר מומחה-מדריך

חטיבה חינוכית

פליישר-קלנר שמרית
טסלר אפרת
פליישר חיים
גולדנהירש בנימין
רוטבאום הגר
ליפרמן-אטר מרסלה אמליה
ליטבק-ניומן יוהנה
רודד אלונה דנה

חטיבה התפתחותית

וינברג-פרנקל יעל
רזילי-פצוק אורית
כהנא-לבון מירב
מזרחי מיכל

חטיבה רפואית

גנון רומי מיטל

חברתית-תעסוקתית-ארגונית

רייזר אבירה
אולינבר מילי

Congratulations בהצלחה!



ברכות לעו"ד צ'רלי בוזגלו, היועץ המשפטי של הפ"י.



אנו מברכים על כניסתו של

"משרד צ'רלי בוזגלו עורכי דין ונוטריון" לדירוג BDI

רשימת 100 משרדי עורכי הדין המוערכים לדיני עבודה בישראל

סדנאות הכשרה אונליין או פרונטליות



כחלק מהשירות המקצועי סייקטק מספקת סדנאות הכשרה מעשיות בכלי האבחון שלנו.

הסדנאות מועברות ע"י אנשי מקצוע מנוסים ממוקדות ברכישת ידע מעשי המשמש את המאבחנים באופן שוטף ניתן להירשם לוובינרים אונליין או להזמין סדנא פרונטלית אצלכם סדנאות מיוחדות למתמחים בכלים הנדרשים **בחובת ההתמחות** אפשרות ליצירת **יום סדנאות מרוכז** במחיר משתלם השתתפות בסדנא מזכה אתכם בהנחה ברכישת הכלים הנלמדים ניתן לרכוש הרשאת צפייה בוובינרים מוקלטים

סדנאות מוצעות

סדנת MMPI-2 RF
לבעלי רקע ב-MMPI-2

MMPI 2 RF®



סדנת R-PAS
הסטנדרט החדש
באבחון רורשך

סדנאות לסדרת הווקסלר



(כולל
WISC-IV
בערבית)



סדנת פעילויות
ערכה חדשה
למרפאים בעיסוק



חדש: סדנת ASRS
כלי אבחון לאוטיזם

ניתן להכניס לצפייה אבחור ווובינרים לרשימת הפעילויות:
ASRS, MMPI-2 RF, SDS-5, R-PAS ואחר.
לשאל או תענו על הסדנאות והוובינרים בקרובים!

נצלו את המשאבים העומדים לרשותכם והכשירו צוות מקצועי איכותי!
להזמנת סדנאות צרו איתנו קשר 02-6435360
או במייל: kenes@psychtech.co.il

כל מה שתרצו להיות לימודי תעודה בבית הספר ללימודים מתקדמים



לימודי תעודה - ההרשמה בעיצומה

מגוון הכשרות מקצועיות במכללת סמינר הקיבוצים מחכות לך:

- ❖ פסיכותרפיה וייעוץ אקזיסטנציאליסטי
- ❖ אדמה מזינה - גינון טיפולי
- ❖ טיפול דיאדי מבוסס אמנות
- ❖ טיפול באמצעות בישול
- ❖ פסיכותרפיה אנליטית יונגיאנית
- ❖ טיפול במשחק בחול בגישה היונגיאנית
- ❖ טיפול שטח ובריאות קבוצתית בתנאי קיצון
- ❖ הדרכת הורים פרטנית
- ❖ הכשרת מנחי קבוצות הורים

לפרטים נוספים:

03-6901200

