

# פסיכאלטואליה

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

## זרקור פסיכולוגית שיקומית:



**শিকোম לشيخوم:** تפקיד האבחן הניניאפסיכיאולוגי בהתחוית תוכנית  
الטיפול الشيكومي  
دیر دني الهوفي

**عيون:** היבט פסיכולוגי שיקומי  
دیر שלמה לקס

**פסיכולוגיה לבבית (פסיכודיאלוגיה) בשיקום  
לב בישראל**  
دیر نعه ولצ'נסקי

**شيخوم פסיכיאטרי והפסיכיאלוג: מתקווה להחלמה 25**  
פרופ' דיוויד חעה, פרופ' שלמה קרביץ, דיר אולנטה חסן-அஷீன்

**شيخوم מיני**  
פרופ' שלמה צץ

**נפש פצועה:** היבטים פסיכולוגיים של האשפוז במחלקה  
لشيخوم אורתופדי  
دир דניאללה מרגלית

**משולhana של ועדת האתיקה: דוח פעילות ועדת האתיקה לשנת  
2006**  
פרופ' גבי שפלר

# תיקון עניינים

		<b>דבר המערכות</b>
40	<b>השפטת המשפחה על הערכה עצמית אצל ילדים בעלי צרכים מיוחדים במרחב הבדואי</b> ד"ר אלקנשאעללה בדיע	3 ד"ר יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאל, אבי שרכט
44	<b>ביקורת בין אמפתיה לריצוי כתגובה לדפוסי העברה בטיפול הדסה לכמן</b>	3 ד"ר נועה ברק
49	<b>פוטו-רפיה: הצילום והתצלום ככליים טיפוליים</b> צביקה תורן	4 חדשנות החטיבות התפתחותית, חינוכית, רפואי, חברתית-תעסוקתית-ארגוני, קלינית
52	<b>פסיכולוגים יוצרים</b> צילה טנא מראינת את אסתור כהן	6 תגובה
56	<b>ספרים, רباتי, ספרים</b> חדשים על המדף, ספרים חשובים / כדי / אפשר לקרוא ד"ר יוכי בן-נון	12 ממייקום לשיקום: תפקיד האבחון הנוירופסיכולוגי בהתוויות תוכניות הטיפול השיקומי ד"ר דני הופין
60	<b>פינת הייעוץ המשפטי</b> ד"ר אבי רימר – עו"ד, משרד עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י	15 עיווח: היבט פסיכולוגי שיקומי ד"ר שלמה לקס
61	<b>פינת ייעוץ מס</b> רו"ח אריה דן, רואה-החשבון של הפ"י, משרד רואי-חשבון סנדק, דן ושות'	20 פסיכולוגיה לבבית (פסיכורדיולוגיה) בשיקום לב בישראל ד"ר נעה וילצ'נסקי
62	<b>דו"ח לסייעם פעילותה של ועדת האתיקה בשנים 2005-2006</b> פרופ' גבי שפלר	25 שיקום פסיכיאטרי והפסיכולוגיה: מתקווה להחלמה פרופ' דודו רועה, פרופ' שלמה קרביז, ד"ר אילנית חסונ-אוחזין
67	<b>מודעות</b> דרושים / קליניקות להשכלה	30 שיקום מיני פרופ' אמריטוס שלמה כץ
		<b>נפש פצעה: היבטים פסיכולוגיים של האשפוז</b>
		<b>במחלקה לשיקום אורטופדי</b> ד"ר דניאלה מרגלית

קוראים מעוניינים, מוזמנים לכתוב אלינו. מאמרים, תשובות, התרשומות ומחשבות יתקבלו בברכה.

## דבר המערכת

ההגים מאחורינו, שנת העבודה מתחילה, ועימה חוברת נוספת של "פסיכואקטואליה". הנושא המרכזי של החוברת הוא הפסיכולוגיה השיקומית, על מגוון התחומיים שבהם היא עוסקת. נוסף על כך – לפניכם הפניות הרגילות שלנו, תשובות וכן מידע שוטף על פעילות הארגון. החוברת הבאה תוקדש לפסיכולוגיה הקלינית, ואתם מוזמנים לשЛОח חומר, בתיאום עם אבי סוויטה, יוצר החטיבה. נשמה אם תארו פניות מעניינות ופחות ידועות ותשתפו בהן את כלנו. נקווה כי השנה החדשה תביא לנו בריאות ושלוחת נפש, עבודה פוריה ושלום בקרבנו וסבב לנו.

### המערכת

יוכי בן-נון ♦ צילה טנא ♦ נחמה רפאל  
אבי שרוף

## פסיכו-אקטואליה

### רביעון הסטודרות הפסיכולוגים בישראל

טל: 03-5239393

fax: 03-5230763

ת"ד: 11497 תל-אביב 61114

דוא"ל: psycho@zahav.net.il

### חברי המערכת:

יוכי בן-נון: טלפון העבודה: 09-7472745, בית: 09-7718307  
דוא"ל: jbenun@netvision.net.il

צילה טנא: טלפון נייד: 054-7933195, טלפקס: 09-9566711  
דוא"ל: tene\_a@macam.ac.il

נחמה רפאל: טלפון נייד: 054-3976394  
דוא"ל: nechamaraph@gmail.com

אבי שרוף: טלפון נייד: 03-9664235  
דוא"ל: saroff@hotmail.com



המודעות המתפרסמות בעיתון "פסיכו-אקטואליה" הן באחריות המפרסמים בלבד. מערכת העיתון אינה אחראית בכל צורה שהיא לתכנים המפרסמים.

## **דבר החטיבה הפתוחות**

**לחברי החטיבה הפתוחות שלום וברכה,**

החויפות והגנים מאחרינו. זה הזמן לתקן תכניות חדשות לשנה הקורבה. אנו חוצות להפנות את תשומתיכם ליום **יעיון** שנערך בתל השומר, **ביום שני, 26 בנובמבר 2007**. יום העיון יעסוק בעלייה בשכונות הגדרת אוטיזם בשנים האחרונות. ישתתפו מרצים מן המובילים בתחום, כמו ד"ר קורי שלומון, ד"ר מيري קרן וגב' מיכל שטיינמן. ייחד, ננסה להבין את הגורמים התורמים לעלייה בשכונות זו, ולהתייחס בצורה מעמיקה לאבחנה מבדלת של אוטיזם מסינדרומים אחרים כגון: דיכאון, ינקות, הפרעת התקשרות, הפרעות שפה, MCDD ועוד. הziונות עם פרטיהם מדוקים ישלחו לחברי החטיבה הפתוחות ב��זם. בינוינו מושכל בຄום לשדרו את המתאריך ביוםינו!

התפתחות נספת בזעף הנה הקמו שול ועד המתמחים, ביוזמתה ובניהולה של שרית ארביב,umiycigat את המתמחים בזעף החטיבה. ועד המתמחים יפעל מקביל לעזעף החטיבה בעניינים הקשורים לעמדות המתמחים, yiuzag בזעף החטיבה ע"י שרית.

הכנס השנתי מתוכן לסוף פברואר, ונושאו: "ילך, המשפחה והקהילה".  
כרגע התאריכים הסופיים עדין אינם ברורים. אנו ממליצים להתעדכן גם דרך  
פורום הפסיכולוגים החתפוחות, המתעדכן באופן מיידי.

**להתראות ביום העיון!  
עד החטיבה הפתוחונית**

דבר החטיבה החינוכית

**לפסיכולוגים החינוכיים שלום ו שנה טובה,**

- ISPA החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית חברה ב-

אם הארץ מארחת את המפגש בין אסלאם ומערבן, מטרת המפגש היא לחשוף לאנשי מדיניות, תקשורת, אקדמיה ותרבות מוסלמיות וערביות, מושגים ותרבות שלם, ולבנות אמון ואמון בינם לבין עצמם. מטרת המפגש היא לחשוף לאנשי מדיניות, תקשורת, אקדמיה ותרבות מוסלמיות וערביות, מושגים ותרבות שלם, ולבנות אמון ואמון בינם לבין עצמם.

הכרה הבינלאומית, מוקרים אוטר וגאים בר. הכנס ה- 29 של ISPA שהתקיים השנה בפנלד. אנו מברכים אותך, רני, על החינוך החינוכית בעולם לאורך שנים, קיבל ד"ר ברני שטיין תעודת הוקרה במהלך International Handbook פtek על הפסיכולוגיה החינוכית בישראל - International Handbook of School Psychology. לאות הוקרה על פועלו ותרומתו לפסיכולוגיה החינוכית בעולם לאורך שנים, קיבל ד"ר ברני שטיין תעודת הוקרה במהלך הכנס ה- 29 של ISPA שהתקיים השנה בפנלד. אנו מברכים אותך, רני, על

אם חזרת ופונה לחברת ליהירם לטייפול בבקשתו לגמול השתלמויות. כפי שכבר דיווחתי, מרי מרגלית, שטיפלה בנושא במסירות רבה, עומדת לדחת ולכון אינה יכולה להמשיך במשימה. כרגע יש כ- 40 בקשות שונות מטופלות

ומעקבות קבלה של כספים. אם נחלק את המשימה, לכמה חברים באזורי שום בארץ, יוכל להציג על העומס.anca התנדב, חברים שלנו נגאים.

ברכות  
אני רוצה לברך חבר בכיר שלנו, מנהל שפ"ח ומenchah סדנאות בэмיגראציינו שלנו, ד"ר צביקה תורן, על סיום הדוקטורט בהצטיינות באוניברסיטת חיפה.

ברכות

**איחולי** שנת עבודה וגועה אך מأتגרת ולהתראות בסמינר  
מכל חברי הוועד  
**ציפי חייקין – יי"ד**

דבר החטיבה הרפואית

לחברי החטיבה הרפואית שלום

ההגים הסתיעו וככלנו חזרנו לעבודה סדירה. נקווה שתהיה לנו שנה טובה, מאושרת ובריאה, שנת שלום ושגשוג.

להלן מספר עדכונים:

**1.1** קבוצת המחבר בפסיכולוגיה רפואי ממשיכה בபיעולתה ונפגשת את לשליטה חודשים. הקבוצה גילה ומונה עתה 14 חברים. בפגישה האחרונה שהתקיימה ב-17.9 הגיע ד"ר נטלי רפפורט מב"ח בילינסון את הנושא של התפתחות דין מעוני. חברים נוספים מהממעוניים interviewing Motivational להattefot וצמחים לפנות אליו בז'ל [email protected]

**2. ההתקשרות בפסיכולוגיה רפואיות. כיום משובצים במערכת הרפואית -** 20 מתחמיים, זאת עקב המוטיבציה של מספר מוסדות רפואיות לפתח את התקום ולהקנות לכר גם משאבים. רשותה הקיימת הולכת וגדלה ואנו מOPSISו ונשאבת ברכאות ובאה כללות בפתרונות נומינון.

**3.3.** הווועדה המקצועית לפסיכולוגיה ופואית במכוןת הפסיכולוגים בשיתוף עם האחראים על הפרויקטיקום בפסיכולוגיה רפואיות ואנשי הסגל במוגמה לפסיכולוגיה רפואיות באקדמיה תל-אביב יפו פועלם במשותף לפיתוח סטנדרטים בפסיכולוגיה רפואיות.

**4.** בחודש אוגוסט התקיים במסטריכט שבהולנד הכנס השנתי של האגודה האירופאי לפסיכולוגיה רפואיית. בכנס השתתפו 10 נציגים מהארץ ואף הוצגו מספר עבודות כולל עבודה של בוגר המוחזר השוי במוגמה לפסיכולוגיה רפואיית, במכיללה האקדמית תל-אביב יפו.

**5.** בציגתנו באיגוד פועלות במטרה לשכנע את חברי האיגוד לקיים כנס בארץ. בחודש נובמבר מתוכין ים עיון בנושא "התרומות עם מחלות כרוניות".

פרטים בהמשך.

**6. אנה לאכnu איזוי ליגבי פועלות לדווניות בתchrom של פסיקולוגיה רפואית שיש בה עניין לפחות כל חברו החטיבה: מאמרים מעוניינים, קיום השתלמויות/ ימי עיון, הכנסת שירותים חדשים/ התערבותיות חדשות וכו'ב. אשמה**

**7. להלן רשומים ממכנס החנתי של האיגוד האירופאי לפסיכולוגיה רפואיית (EHPS), מאות אונן להן, מתחמча בפסיכולוגיה רפואיית.**

הכנס התקיים בעיר מאסטריכט בדרום הולנד ונמשך סארכבה ימים, בין ה- 15 ל- 18 אוגוסט השנה. מאסטריכט הינה אחת הערים העתיקות בהולנד ונמצאו בה שרידים מתקופה מיי הבניין והרנסנס. לכנס הגיעו כ- 500 משתתפים מכל אירופה וכן ממדינות נוספות מחוץ לאירופה.

לצורך ביסוס הקשר בין הוועד וחברי החטיבה אנו פותחים בימים אלה פורום לפסיכולוגים חברתיים-תעסוקתיים-ארגוניים שיתנהל באתר של הפ"ז: [www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il). הינכם מוזמנים להיכנס, ולהביע את עמדותיכם בנושאים הרלוונטיים והמעשתיים את חברי החטיבה.

ההרצאות בכנס עוסקו בנושאים מגוונים. כגון: כל הערכה והתערבות בתחומי של ויסות עצמי, סקרינינג, תפיסות ואמונה על מחלות ועל הטיפול, התנהלות בריאות, מתודולוגיה, ניהול דחק, התערבות לשינוי התנהלות, מחקר רב-תרבותי,ror ותנהגות בריאותית בילדים ועוד ועוד. למדו רשות מהרצאות ה-keynote. לדוגמה, היה מortho לשמע את פרופ' יין וליסר (Wayne Velicer), מאוניברסיטת רוד איילנד, בנושא מחקרי case study, אשר ניתן לקבל מהם לעיתים מידע רב ומהימן יותר מנתונים הנאספים מחקרים מסוימים. הוא הציג את השימושי התיאורטי לערכות מחקרים מעון אלה, הסביר את המתודולוגיה בה ניתן להשתמש והביא מגוון רחב של דוגמאות מחקריות. השראה רבה קיבלי גם מדבריה של סוזן פיק (Susan Pick) אשר סיכמה באופן מטפוליים עם נוכת מספר הרצאות שעסוקו ב"אכונות והגבלת פעילות בקרב מטופלים עם מלחות חרונית". היא התייחסה לכלי המתקדרים ולתוכניות התערבות המותפתחות לאחורה מותוך רצון להattaים לאוכלוסיות של חולמים המתוודהים עם מלחות רבות ומגוונות. לדבריה, כדי לחזור ולבחוון מחדש דוחק את המשותף לכל העשייה והמחקר בפסיכולוגיה רפואי. קרי, ככלג, חוקרים וכקלניצים שהינם פסיכולוגים, עוסקים בבני אדם המתוודהים עם מחלת גופנית (או פצעה) ועם ההשלכות וההשפעות ההידירות שבין התקדמות/התפשטות המחללה ומופיעינה לבין המצב הקוגניטיבי של החולים (תפיסתו את המחללה ואת מצבו ולמשך הזמן או חזרה למשול) וההתנהגותיו (היענות לטיפול רפואי למשל) ומצבי הרגש (דיכאון וחדרה למשל) והתקדמותו (היענות לטיפול רפואי כדוגמא). בדבריה, הדגישה פיק את הדומה והמשותף לכל העשייה בתחום, דוחק בעידן בו המתקדר מתקדם אל עבר ספציפיזציה, הן בשישיה הטיפולית והן במחקר. בזכות הרצאות השראה שכלה היה שווה להגיע לכנס. הנציגים הישראלים שהגיעו לכנס היו פרופ' רבקה יעקובי, ד"ר נעה ולצינסקי, עירית חרוטי, ד"ר קרני לימברג וד"ר יעל בנימיני, מזכירת האיגוד.

הכנס השני הבא (ה- 22) של האיגוד האירופאי לפסיכולוגיה רפואי צפוי להתקיים בעיר Bath שבאנגליה בין ה- 9-12 בספטמבר 2008.

**ברכת שנה טוביה ופוריה**  
**אורית בן שאול**  
**ו"ר ועד החטיבה לפסיכולוגיה חברתיות-תעסוקתיות-ארגוניות**

### דבר החטיבה הקלינית

**פסיכולוגים הקליניים שנה טובה,**  
למרות מאבקנו בפרופומה, הצעת החוק הממשלתית עברה בקריאה ראשונה בכנסת במושב הקודם, והועברה להמשך דיון בוועדת העבודה, הרוחה והבריאות. עם זאת, המאבק ממשיך להתקיים במסדרונות הכנסת. הצעה נוספת מוסיפה לתיקציב בראיות הנפש 1.2 מיליאד שקלים, אך על השויות המוצע מצומצם וכן מוגבל את הזכאות לטיפול בעבר מטופלים רבים (אבחנות Z וחקל מאבחנות קווד F). מותוך הצעת החוק הנ"ל עולה איום של סגירת מרפאות ומחלקות פסיכיאטריות ומוסדות שיקום, וכן איום על מעורר ההדראה והכשרתה המתמחים. מנגד חברי הכנסת ייחמובי וטל הציעו הצעת חוק אלטרנטטיבית. המאבק כrho בועלויות כספיות (תשומות ללביבות, אשת תקשורת ועוד) ומטה המאבק זקוק לכיספים על מנת להמשיך אותו. אני פונה אליכם להירטים ולתרום תרומה בסך 100 ש"ח. בץ' לפוקודת "רפומת מיטה בבריאות הנפש" (ת.ד. 2520 רוחות 76124).

המחלוקות בנוסח 9 ב' עברו לajaran לפוליטי: חבר הכנסת לשעבר ברהנץ, הגיש הצעת חוק לשינוי סעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים, וזה אומצה ע"י השר. אמי קרווא לועוד המאבק לשינוי 9 ב' לבוא לידיורות בין החטיבות, במהלך

מועדר בזמן, ובכך לסייע את המחלוקות בצוותה מקצועית.

עם תחילת שנת הלימודים האקדמיים הצענו במסגרת החטיבה הקלינית סדנאות והשתלמותיות. ההזמנות הופכו לבתים ולתנהנות בראיות חברתיות, וכן פורסמו ב"פסיכולוגיה עברית": **השתלמות למדריכים בטיפול קצר מועד דינמי**, בהנחייתו של פרופ' גבי שפלר; **השתלמות למומחים בטיפול זוגי**, ביריכוזו של משה מוקן. השתלמות הפתוחות גם למומחים: **היפנוזה**, בהנחייתו של נחוי אלון; **טיפול קוגניטיבי התנהגותי**, בהריכוזה של ד"ר צופי מרום; **טכנית ה"התמקחות"**, בהנחייתה של ד"ר עצמאית פרלשטיין; **ביופידבק**, בהנחיית ד"ר ארנון רולני; **פסיכודיאגנוטיקה – גישה אינטגרטיבית** ו**מושנית ראיות**, בהנחיית פרופ' גולן שחר. למתחמים, הנמצאים בשלבי סיום ההתמחות, נבנה מערך ארצי של **קבוצות למידה בפסיכודיאגנוטיקה ובפסיכותרפיה**. כולכם מוזמנים להירשם ולהשתתף בהן.

**לחברי החטיבה שלום ובר,**  
ראשית, אנו רוצים לברר על מהלכי התכונן של הכנס השני של החטיבה.

הכנס יערך השנה, **כלל הנראה**, בין התאריכים 29/1/08 עד 1/2/08 – תאריך סופי ומוחיק יפורסם בשבועות הקרובים בדו"ר ישיר, בתפקודת **לmai** של חברי החטיבה, באתר של הפ"ז ו"פסיכולוגיה עברית". מקום הכנס עדין לא נקבע סופית, אך התכנית היא לקיומו, על פי הבקשות שעלו במשובים, בצפון הארץ.

הנושא שבחרכמו להתקיים בו השנה הוא **היעוץ הארגוני – כלים, שיטות וחישומים בתחום**. בחרנו להתקיים השנה בנושא מקצועי וענימי – לנסוט ולחתובן בתפקודו של הפסיכולוג כיעץ ארגוני ולהבין מהם הכללים העומדים לרשותנו, מהם העריכים שהוא פועל על פיהם, מהם הדילמות והאתגרים הניצבים בפניינו כיעצים. נשתדל להביא מגוון רב של סדנאות בתחום, חילוק תיאוריות וחלוקן מעשיות והתנסותיות.

**נסmach מאד** לקבל מכלכם המלצות ובקשות לסדראות ולמנוחים.

**אבי סוויסה**  
**ו"ר החטיבה לפסיכולוגיה קלינית**





במהלכי התנדבות אלו נעשו ניסיונות חוזרים לעכב שוב ושוב את מימוש החלטת המועצה תוך הבאת ציטוטים חלקיים רק בדברי המכונגנים להצעה בטענה, ובנוסף – הצעה להקים ועדות נוספת שיתחלו לדון שוב, מתחילה, בסוגיה כולה, כאילו המועצה, על החלטותיה, לא הייתה קיימת כלל ועיקר וכайлו הפשרה מצהיה על מפקן הדלת ורק צריך לנוטלה.

אני מבקש להזכיר, בעיקר לצעירים שביננו: הייחות והקונפליקט הקשה בנושא 9 ב' החל לפני כ- 30 שנה. רבים מהם מהתהווים והטומחים הצערם טרם נולח, שהויכוח והקרע כבר התרחש. במשך כל הזמן הארוך הזה דנו ודשו בו חכמים וגדלים – ללא מוצא, ללא מענה ולא פשרה המקובלת על כולם. לצערינו גם הי"ר הנכחו של הפ"י התפתחה להאימין בכוחם של דונים נוספים בדרך לפתרון הבעיה. לא כך הוא. מועצת הפסיכולוגים בדונה בנושא ובחלותה ראתה לך נגד עיניה את סותת כל הפסיכולוגים, את טותת הציבור וביעור את טותת המקצוע.

לאחר שנים ארוכות של דונים חסרי מוצא ונתקבב לכך תחומי המקצוע, תפקידה של המועצה כתעת, בעניין זה, הוא לאagg למימוש החלטתה הנקונה והמוסדרת, שאחרת היא מייתרת את עצמה ואיתה – את מעמדם של כל הפסיכולוגים כגוף אחד בפני הרשות המבצעת ובפני הרשות המחוקקת.

בздמנות זו ברצוני להוסיף ולציין שר הבריאות בבאו לתמוך בתיקון החוק הציע שהתיקון לחוק יתבסס על העקרונות הבאים:

1. המרת הרישה של סעיף 9 (ב) באמירה פוזיטיבית על חובתו של פסיכולוג לתת שירות בהתאם להכשרתו ומיניותו.
2. "העלאת" הכלל הקבוע בכלל הפסיכולוגים (אטיקה מקצועית) התשנ"ב – 1991 של הפסיכולוגים לדרגת חיקקה ראשית שלושנו – מהותו היא: לא יציע פסיכולוג ולא יבצע שירות הדורש מומחיות, מיניות או כשרה מיוחדת, אלא אם כן יש לו מומחיות, מיניות או כשרה מוכרת כאמור לממן אותו שירות.

תמונה עליי שכאשר שר הבריאות תומך בכך האתיקה של הפ"י, אשר אומץ על ידי מועצת הפסיכולוגים, וمبוקש להעלותו לדרגת חיקקה, קמים לה מתנגדים מבין שורותינו, במקומות לדוגמה זו אשר תעלה את יקרתו של המקצוע

#### ברכה

**ד"ר שלמה לקס, יי"ר  
מועצה הפסיכולוגים**

#### תגובה לדברי ד"ר שלמה לקס – יי"ר מועצת הפסיכולוגים, בנושא סעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים

**לשכמה שלום,**

**בהתיחס לדבריך ברצוני להגיב.**

כאן הוא שקבלתי עליך, שנושאים הנוגעים ללבית המקצוע נדונים בפורומים פוליטיים ולא מקצועיים. אני עדין סבורה כי זה מעשה שהוא אסור שייעשה.

#### תגובה לדברי הפסיכולוגית הארץית בנושא סעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים אשר הטרסמו בפסיכיאטריה, גלון יולי 2007.

בחוברת פסיכיאטריה מוחודש יולי 2007 קיבלה גב' ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארץית במשרד הבריאות על דרך הטיפול בתיקון סעיף 9 ב' לחוק הפסיכולוגים, אשר הוגש במושב האחרון של הכנסתה הצעת חוק פרטית של ח"כ פרופסור שלמה ברהנץ וכן לתמיכת משרד הבריאות.

ככזה, החלטת המועצה התקבלה עוד בחודש יוני 2003. כיו"ר מועצת הפסיכולוגים וכיום אחראי על מימוש החלטות המועצה הייתה מעורב בתהליכי השינויים בעניין זה. בתקוף תפקידי זה אני מבקש להגיד לך של הפסיכולוגית הארץית במשרד הבריאות ולבהרו את מהלך הדברים מנקודת מבטי כיו"ר המועצה.

ההחלטה מועצת הפסיכולוגים אשר התקבלה באופן דמוקרטי, נתקלה מיד עם קבלתה בתנגדות עזה, של נציגי הפסיכולוגים הקליניים במועדון, של הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית ושל הפסיכולוגית הארץית במשרד הבריאות. לעומת זאת, החלטה לטענה לטענה מוחלטת מצד נציגי הפסיכולוגים החינוכיים, השיקומיים, הרפואיים וההפטחומיים, אשר Taboo ובדחק, מימוש החלטת המועצה כלשונה.

ההחלטה כהמליצה על שלוחנו של שר הבריאות דאה, מרים נווה. לאחר מספר ישיבות בירור ודינום ב策מות משרד הבריאות השר קיבל את המלצת המועצה והורה לנסה הצעת חוק ממשלטיב התואמת את המלצת המועצה. תזכר של הצעת החוק נוסח, הופץ בכל משרד הממשלה, זכה לתמיכתם של הפסיכולוגים השר אך החקיקה לא יצאה אל הפועל עקב חילופי תפקידיים בקרב שריה הממשלה.

גם מחליפו בתפקיד, השר יעקב אדרי, פעל לבורר הסוגיה. בפגישת שהתקיימה ביןנו יחד עם נציגי משרד הבריאות נמסרה לו בموافצת המלצת צמות המשרד (מנכ"ל וסמכ"ל) לבצע את החלטת המועצה. גם המלצה זו לא בוצעה מחמת חילופי השלטון בבחירות האחרונות.

שר הבריאות הנוכחי מר יעקב בן זי'ר המשיך במהלך ברכיניות ובאחריות וקיים לאחרונה מס' פגישות עם כל הגורמים המעורבים ובעלי העניין בנושא, כולל נציגי הפסיכולוגים הקליניים, יי"ר הוועדות המקצועית וצמות המשרד. בכל הפגישות הללו צagnet את עמדת המועצה ודרשתי את קיום המלצתה. מנגד הוצאה עמדת הפסיכולוגית הארץית, אשר בעניין זה ראתה לנוכח לייצג את האינטרסים של מגזר אחד מתוך כלל הפסיכולוגים – הפסיכולוגים הקליניים, תוך התעלמות מעמדותם של פסיכולוגים אחרים שגם הם עובדים במשרד הבריאות ולכודא של הפסיכולוגים יי"ה (шибומיים, רפואיים וההפטחומיים) ובודאי של הפסיכולוגים שבשרות המדינה והציגו מחוץ למשרד הבריאות.

בינהם: טיפול פסיכולוגי וטיפול פסיכותרפי. אין ביניהם הבדל, לא מהותי ולא סמנטי. פסיכותרפיה לסוגיה הרבים והשונים היא בתגומה העברי טיפול פסיכולוגי וטיפול פסיכולוגי לשוגיו השונים הוא פסיכותרפיה. בחלקן האחד, העוסק בתקנות ההתמכחות הקלינית, החוק מחייב את הפסיכולוגים הקליניים ללמידה פסיכותרפית ובסעיף 9 ב' מזכה להם בלעדות על עיסוק זה. בחלקן אחר, בתקנות ההתמכחות של הפסיכולוגים החינוכיים, השיקומיים, הרפואיים וההתפתחותיים הוא מחייב אותם ללמידה ולהיבחן בטיפול פסיכולוגי אך בסעיף 9 ב' אוסר עליהם לעסוק בפסיכותרפיה. אם אי אפשר להבדיל בין המושגים, לא מהותית ולא סמנטית, אז כיצד ניתן ביד אחת לחיב ללמידה וביד השנייה לאסור לעסוק بماה שנמלמד?

**יצא שסעיף זה בחוק מאפשר רק לפסיכולוג קליני לתת טיפול פסיכותרפי, בכל תחום ולא הגבלה –** זאת בגיןו לצורכי המחזקוע ולדרישות המזיאיות, לפיו פסיכולוג שהינו מומחה באחד מהתחומים הבאים: פסיכולוגיה חינוכית, פסיכולוגיה שיקומית, פסיכולוגיה רפואי ויכול לתת במסגרת הטיפול למטופל, פסיכותרפיה בתחום מומחיותנו. הלכה למעשה, עקב לשון החוק הפסיכולוגים כיוום, קיימת פגיעה כפולה, חמורה ומתרמשת, הן ב הציבור הפסיכולוגים המומחים והן הציבור המטופלים:

**ראשית,** קיימת פגעה מהותית, דה-יורה ודה-פקטו, הציבור הפסיכולוגים המומחים שאינם קליניים, כאשר פסיכולוגים אלה, אשר הוכשרו מ专科ות ומהותית, כנדרש על פי דין, לתת טיפול פסיכותרפי כחלק מהתיפול הייחודי שלהם מעניקים למטופלים,

אין מושגים בחוק להעניק טיפול זה לציבור. אפשר כמובן לטעון בפלבול עניינים שאין כל בעיה ממשום שמותר להם לתת טיפול פסיכולוגי אך לא **לכונתו** פסיכותרפיה. אך זו כמובן אינה תשובה רצינית לבעה. פסיכותרפיה הוא מושג אוניברסלי למגוון רחב מאוד של התערבותיות פסיכולוגיות למטרות שונות. הוא מוכר כזהה הציבור הרחב ואני נחלתם של הפסיכולוגים בכלל, והקליניים בפרט.

**שנית,** קיימת הטעיה ופגיעה קרייטית הציבור המטופלים, הזקוקים לטיפול מפסיכולוג מומחה באחד מהתחומים הללו קליניים, אשר מופנים לקבלת טיפול פסיכותרפי, רק לפסיכולוגים קליניים או עובדים סוציאליים קליניים, שאינם מתחמים במתן הטיפול הייחודי הנדרש לבעה המוצגת. בכר מתקיימת פגעה מהותית הציבור הזרים המוביל להאמין שפסיכותרפיה ניתנת **רק בתחום בריאות הנפש** ולא בתחום הפסיכולוגיה האחרים שנמננו למעלה. הציבור הזרים בכל אחד מהתחומים זכאי לקבל את השירות הפסיכותרפי ממי שהתחמבה באותו תחום ולא רק מפסיכולוגים קליניים או עובדים סוציאליים קליניים שבודאי אינם יכולים, ועודם ככלים גם אינם מתימים, להתמכות בכל תחומי המומחיות.

יצא מכך שסעיף 9 ב' בניסוחו הנוכחי מנצל לרעה כדי למנוע מפסיכולוגים חינוכיים, שיקומיים רפואיים והפתחותיים לעסוק בטיפול **בתחומים**. מרבית הדלותות המקצועית הרלוונטיות סגורות בפניהם (למשל תוכניות למדוד מתקדמות לפסיכותרפיה, מתן שירות טיפול פסיכולוגי ופסיכותרפיה בקופות החולים, אישוש תפקידיים במשרד הבריאות ועוד).

כמובן תקנות אשר תואר מומחה אני פועלת מעמדה ממלכתית הרואה את החשיבות של ההכשרה של כל מומחיות תוך לקיחתה בחשבון של ההכשרה הייחודית של כל תחומי עיסוק. לפיך, צר לי על שאתה מייחס לעמדתך, כazzo המייצגת מגזר אחד תוך התעלמות מעמדתם של פסיכולוגים אחרים. ניתן לומר שהתקבלה שאתה מייצג רק צבורי מסוים מכל הפסיכולוגים. קצתה בהאשמות על חוסר הממלכתיות שלך, כמובן, שחוורות ונשנות על ידך ואין תרומות במאומה.

חוק הפסיכולוגים שנולד ב- 1977 חוגג בשנה זו את שנותו ה- 30. להזכיר, שבמועד חקיקת החוק היו רק 3 מומחיות. לפיך, המאבקים לא החלו לפני 30 שנה, כמובן, למרות שם עתיק יומין. סברתי ואני עדין סוברת שגם העת לעור בתרור שניים מפליגים כולל בחינה של סעיף 9ב' ולהתאים את החוק לימינו אנו.

כמובן פנקס הפסיכולוגים, אני רואה וסבירה שיש בחוק עוד הרבה ליקויים ופגמים בסיסיים שיש לתקןם, יש עוד הרבה מקום לשינויים ועדכונים שכדי להציגם, אך משום מה כל הארגונות מתמקדות אך ורק בסעיף אחד. סעיף זה, חשוב כל שהוא, אסור שעלי תקום או טיפול בחלוקת הכללו.

אני סובירה כי דזקא זהוי עמדה ממלכתית הרואה את טובת כלל הפסיכולוגים, את טובת הציבור ובעיקר את טובת המקצוע. לשמחתי לעמלה זו שותפים גם י"ר ה.פ. לשעבר ובהווה.

**בברכה  
ימימה גולדברג  
פסיכולוגית ארצית  
מנהל פנקס הפסיכולוגים  
ומנהלת תקנות אשר תואר מומחה**

**מכתב גלי לחברינו הפסיכולוגים הקליניים**

לאחרונה נתקלנו במספר פרסומים ב"פסיכואקטואליה" ובמכתבים אישיים המופצים בין חברי איגוד הפסיכולוגים הקליניים, הדנים בנושא תיקון סעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים האחראונת למיושמו, כמו שתומכים בתיקון ופועלים בשלוש השנים האחראונת למיושמו, וזאת בהתאם להחלטת מועצת הפסיכולוגים, אנו מבקשים לפנות אליכם מעל במה זו, להבהיר עמדתנו בגלוי ובשקיפות, הן על המהות והן על ההליך אותו נקטם, ובכך להגביל לפרשימים אלה. בראשית דברנו ברכזנו להבהיר שכן בכוונת התקיקון לפגוע הציבור הפסיכולוגים הקליניים בארץ אלא לפעול למען תיקון עיות בחוק הפגוע בכלל הציבור ובכלל רחבי של פסיכולוגים.

למהות, ובקיצור. בסעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים בניסוחו המקורי (**"לא יתן פסיכולוג טיפול פסיכותרפי אלא אם הוא פסיכולוג קליני..."**) קיימת בעיה. חוק הפסיכולוגים משתמש במקביל, בסעיפים שונים, בשני מונחים שאי אפשר להבדיל



חוקיקה, מדיפה הפסיכולוגית הארץית במשרד הבריאות לצאת בפומבי נגד היליך החוקי אותו נקט משרד הבריאות. רשות הפאניקה בקרב ציבור הפסיכולוגים מפני מי שאמוריה ליציג את מקצוע הפסיכולוגיה באופן מלכתי, וטענתה הגורפת (והמוירה, יש לציין) לפיה פניה לצורך תיקון החוק לערכאות החוקיות והគונקריטיות המופקדות על כך היא מעשה לא ראוי – כן הרואו שצדיג את כלנו.

**בתקווה שתיהה לנו שינה טוביה יותר,  
יונת ברונשטיין – פסיכולוגית חינוכית,  
ד"ר דני הופין – פסיכולוג שיקומי ורופא,  
חփ' רבקה יעקובי – פסיכולוגית רפואי וקלינית,  
חברם בוועד הפעולה לשינוי סעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים.**

### לפסיכולוגים באשר הם

צר היה לנו לקרוא את מכתבם של חברי ועד הפעולה לשינוי סעיף 9ב' לחוק הפסיכולוגים. נראה שהדחיפף ליצור מראות עזן של כבשת הרש חזק מכל. لكن רצינו, בתגובה לאותו מכתב, להבהיר מספר דברים.

מטרתה האמיתית של הצעעה לתיקון סעיף 9ב' לחוק הפסיכולוגים הינה קבלת רישיון חוקי לעיסוק בטיפול פסיכותרפי לפסיכולוגים לא קליניים, שלא למדו ולא הוכשרו בתחום. כל נסיעון להציגה באור אחר, אגב שימוש מניפולטיבי במכבשת מילים כזו או אחרת, חוטא למציאות.

טרם נעבור לפרטים ברצוננו להבהיר כי הפסיכולוגים הקליניים אינם מתנדדים לפיתוח שער העיסוק בפסיכותרפיה לפסיכולוגים מהתחומיות אחרות המעניינים בכר, בתנאי שישילמו את הנסיבות ולו רק באופן מינימאל. ואכן פסיכולוגים לא קליניים רבים שהבינו כי על מנת לעסוק בפסיכותרפיה ברצינות הרואה עליהם להשלים את ה�建ם, עשוי כן. הצעת תיקון נועדה לשרת בעצם את אלו המבקשים להימנע מהשלמת ההכשרה המתבקשת, כמו גם לעקוף את ההכרח לדון בנושא זה מהותי ברצינות וולעומק תחילה.

באים אנשי ועד הפעולה לשינוי סעיף 9ב' ומגלאים עיניהם השמיימה בצדקה: לדבריהם מטרתם הייחודה היא להמשיך ולעסוק בטיפול בתחום התחומיות בלבד. ואנחנו שואלים: עד לאן תוליכו את הציונות?

תזכורת קצרה: הדירנסצייאציה בין תחומי הטיפול בפסיכולוגיה המשותפת על תכניות הלימודים והתחומיות השונות, יוצרת הבחנה ברורה בין תחומי העיסוק של כל אחת מהתחומיות. פסיכולוג חינוכי רשאי לעסוק בטיפול פסיכולוגי חינוכי. הפסיכולוג השיקומי – בטיפול פסיכולוגי שיקומי, וכך הלאה. לפסיכולוג הקליני יוחד הטיפול הפסיכותרפי. במילים אחרות: טיפול פסיכותרפי הוא אחד מסוגי הטיפולים הפסיכולוגיים, אותן לומדים ובו מתחממים, מבין הפסיכולוגים, בעלי התחומיות הקלינית

תיקון החוקיקה בא לשנות את המצב הנוכחי, ובכך לתת מענה לחוק – **למצב העובדתי**, בו כמשמעותו של יוםיום נדרש פסיכולוג מוכחה להתמודד עם מציאות, לפחות מחד, תוכנית הטיפול במוטפל מצריכה שימוש בפסיכותרפיה בתחום התחומיות שלו, ומайдך – לשון החוק מונעת ממנו אפשרות חוקית לפעול לטובת המטופל ולהעניק טיפול כאמור, וזה **למצב המשפטי** – בו למעשה, **כל מי שאינו פסיכולוג, יכול לתת בפועל טיפול פסיכותרפי**, הגם שאינו פסיכולוג כלל, וזאת עקב העובדה כי איסור מעת טיפול פסיכותרפי חל רק על **פסיכולוג שאינו קליני, אך אינו חל על מי שאינו פסיכולוג**. (ראו רבוי התוכניות לפסיכותרפיה הפתוחות בפני בעלי המקצועות השונים שלחلكם אין אפילו השכלה ברמה של תואר ראשון). בתתייחסויות השונות ב"פסיכואקטואליה", בمقالات האישים ובדיוני המועצה נעשית דמוןיציה מכוונת של השינוי המוצע בחוק.

אנו מבקשים להבהיר את עמדתנו גם בנקודה זו. השינוי המוצע בחוק יתר לפסיכולוגים לעסוק בטיפול פסיכולוגי (משמעות פסיכותרפיה) רק בתחום התחומיות (קליני, חינוכי, שיקומי, רפואי, התפתחותי), רק בתנאי שלמדו **טיפול פסיכולוגי ללימודיהם ובהכשרתם**. פסיכולוגים שלא למדו טיפול פסיכולוגי על פי הנדרש להכשרתם /או עסוקו בו מחוץ לתחומי התחומיות היוי עבריינים על פי החוק ואפשר יהיה להעמידם לדין פלילי. יותר שהוא מכך, השינוי אפילו מחמיר ממשום שאינו אפשר יותר את התחמיות הקיימת כיוון עקב הבלבול וחוסר הבירות שבין הגדרת פסיכותרפיה לבין הגדרת הטיפול הפסיכולוגי. הדמוןיציה של השינוי המוצע, **כאיו נובעת ממנה אנרכיה מקצועית שבה כל אחד עשו כראות עין** – היא אי הבנת הנקרא והיפוך העבודות במקרה הטוב, ורצון מכוון להטיעות במקרה הגורע.

אשר להיליך – בעולם אידיאלי שבו כל הכוונות טובות ורק הבנה, אמפתיה והקשבה הדודית שוררים בו עמידות למקרה – הייתה בעית סעיף 9 ב' נפתרת מלאה מזמנן. אך לא כן הוא. אין לנו עניין להיכנס כאן לפרטי המאבק, אלא להסביר ולנסות לשכנע שבתום למללה משלווה עשרים של מאבק רצוף ודיונים אין סופיים בכל הפורומים (הפי' והמויצה), ללא כל פתרון נראה לעין מקרוב הפסיכולוגים עצם, ללא שום סימן של פשרה אפשרית או רצון טוב, ולאחר שגם החלטת המועצה לא מומשה במשך קרוב לארבע שנים – המוצא האחרון שנוצר בידי מי שתמכו בהחלטת מועצת הפסיכולוגים (ואלה רבים מאוד) היה לנסוטה להחזיר את הטיעות למקום שהוא ממנו – למוחזק, ולבחשו לתקנה. וכך נעשה.

כאמור, הצעת החוק של ח"כ ברהנץ (עוד 14 חברי כנסת) זכתה לתמיכה שר הבריאות ואנשי משרד, למעט הפסיכולוגיות הארץית במשרד הבריאות. צר לנו במיוחד על דבריה בעניין זה (ראה "פסיכואקטואליה" יולי 2007). במקום לבך על המלצה שר הבריאות לאמץ את קוד האתיקה של הפי' ולהעלתו לדרגת

(כלומר בפסיכותרפיה)? ייקומו נא ויאמרו זאת בבהירות ולא ישתתרו מאחוריו ניסוחים חמ唧קניים ומתעתעים. כי הרי בעצם, בפועל, יוצרת הצעת התקון מצב אבסורדי: כל תחומי הפעולה הייחודיים של הפסיכולוגים הללו קלינים יישארו כמו שהם בדוק, בעוד תחום הפעולה הייחודי הקליני יוטול. האם את מסקציות המקצועות האחרות בפסיכולוגיה הייתה משלימה עם פגעה שchez? אם מישחו בכלל יכול להסכים לסדר חדש שכזה?

זה הזמן לכמה מילימ' על דרך הפעולה. במקומם לעסוק במתחום זה, שהינה מקצועית גיריד, בערכאות מקצועיות, בחרו אנשי ועד הפעולה באפקט הפוליטי, המתנהל, כדי לOLONו, בשיטת "הצבע לי ואצבע לך". כל פניותינו אליהם בשנים האחרונות, לשבת ולודן בנושא, לא רק בסעיף 9ב', אלא בחוק כלו, הזוקן גם לדעתנו לעדכו, כמו גם בתכניות הלימודים לתואר שם, עלו בתהוו. לכל שניינו כמו זה המוצע, יש משמעויות מוחיקתlect כת על הדיפרנציאציה לתחומי התמחות ועל ההבדלים בין ההקשרות השונות. אי אפשר לעשות شيئا' כה דרמטיים בACHI יד, מל'י לבדוק קודם את הדברים ברצינות בהקשרו הרוחב. חזרו איבה, הם היו נחוצים להעביר את התקון בנוסחו הגורף והבלתי אפשרי מבחיננתנו.

עד מה מוצע הפסיכולוגים כבר בדקה את הנושא בעבר (ועדת אכמון) והמליצה על השלמת הקשורה דיפרנציאלית, לפסיכולוגים לא קלינים המבקשים לעסוק בפסיכותרפיה בחוק. למרות שכבר הי המלצות של ועדה בעבר, מהן התعلמו אנשי ועד הפעולה, הצענו שתוקם ועדת מומחים חדשה לבדיקת הנושא – ועדת שתהיה מוגבלת בזמן ושתורכב ממשאי מקצוע בלתי תלויים, אשר יקבלו מנדט להחילט על שניינו מהותי במצב. את אנשי ועד הפעולה זה לא ענין. גם החלטה שהתקבלה ב-8/12/06 בחשות הפ", בפגישה בה נכחו אנשי הוועד המרכזי של הפ", נציגי מועצת הפסיכולוגים ונציגי הפסיכולוגים הקלינים, ובמה סוכם לבדוק את 9ב', כמו גם את החוק כלו בוועדה משותפת, מוגבלת בזמן, לא עניינה את אנשי ועד הפעולה. הם דהרו לעידם.

בஹשח שbow גם ב策מרת משדר הביראות שציר להקים ניסיוני של המשנה למנכ"ל משרד הביראות, ד"ר בועז לב, להקים ועדת שתדון בנושא ותקבל החלטות, ושאותה יובילו הפסיכולוגיות הארצית, ימימה גולדברג, י"ר הפ", פרופ' דן זכאי, יי"ר מועצת הפסיכולוגים, ד"ר שלמה לקס – הוכשל בגשות ע"י האחרון. ד"ר לקס, פסיכולוג שיקומי המזוהה עם המאבק לתקן סעיף 9ב', טען שאין כל צורך בבדיקה של הנושא ובכך סתם את הגולל על האפשרות לדייבורות קונסטרוקטיבית. בתפקודו כיו"ר המועצה הוא מושך להכחיל בשיטות כל אופציה להיזבורות בנושא.

**אנו סבורים שהניסיוני להכתב שינויים בתחום מקצוע הפסיכולוגיה באמצעות לחיצים בכנסת הינו מסוכן. אין סיבה לאפשר לגורמים פוליטיים לקבוע את סדר היום המקבעי שלהם. על אחת כמה וכמה כשםדובר בשינוי חוקית כה תמורה, שבודאי יפגע בזכותו המטופלים, אשר יטעו לחשב (באם תעבור הצעת התקון), שהם פונים לטיפול לאיש מקצוע שעבר הכשרה בפסיכותרפיה.**

(לצד ע"סים קלינים ופסיכיאטרים, במערכות בריאות הנפש). כל ניסיוני ליחס כפל ממשמעות לניטוץ הדיפרנציאציה בחוק, מגמותי בעליל. החוק מנוסח בבהירות ואין כל סיבה לטעות בו.

באים אנשי ועד הפעולה לשינוי סעיף 9ב' וטוענים שסעיף 9ב' הופך אותם ל"ערביים" כאשר הם עושים את מלאכתם נאמנה בתחום התמחותם, ولكن יש לשנות את החוק. **הנה מה שכתבה על כך הייעצת המשפטית של משרד הבריאות, עוז'ד שרון עבר הדני: "הפסיכולוגים המומחים, חרף רצונם הלא ברור להיות מוכרים בעבריים, אינם מפרים את הוראות סעיף 9ב' כאשר הם נתונים טיפול בתחום מומחיותם והקשרתם".**

גם הטענה על סיגרת הדלקות המקצועית בפני פסיכולוגים לא קלינים לא ברורה. מוסדות ציבוריים הרלוונטיים בתחום המומחיות של פסיכולוגים לא קלינים פותחים בפניהם לרווחה מוסדות שיקום לפסיכולוגים שיקומיים, שפ"חם לפסיכולוגים חיניכים). הדלקות המקצועית הסגורות כו"ם בפני פסיכולוגים לא קלינים הן אקר ורך אלו שדכי להיכנס בעדן שצור בಹכרה בפסיכותרפיה הכשרה שאין לפסיכולוגים הללו קלינים.

עוד סFIN, מתחכם למד' הפעם, של אנשי ועד הפעולה, מציג את התקון לטעיף 9ב' כזה שיאפשר לפסיכולוג הללו קליני לעסוק בפסיכותרפיה בתחום התמחותו" ותו לא. שהרי כל טיפול פסיכולוגי, הם אמורים, הוא פסיכותרפיה. לפחות ההדים זה נשמע מה מתוך, הגון וצנوع. אבל די בהבנה בסיסית של תמנונת עולם הפסיכולוגיה בארץ, ובמעט הגוף בריא, כדי להבין את מטרתו האמיתית של הניסות. יש כאן ניסיון ציני, מתחכם, של אנשי ועד הפעולה, לחזור לתחום לא להם. מה זה בדיק פסיכותרפיה בתחום?" ומה זו פסיכותרפיה ארגונית? האם באמת כל טיפול והתערבות פסיכולוגים הם פסיכותרפיה? מובן שלא!

**משמעות העמדה זו ברורה: מדובר בביטול ייחוד העיסוק של הפסיכולוגים הקלינים (ועימה ביטול ממשמעות החלוקה למוגמות וירקון מתוכן של חוק הפסיכולוגים כלו).** כל ההתמימות של אנשי ועד הפעולה, המנסים להציג את המאבק לתקן החוק כזה שכל מטרתו לשמור את הסדר הקיים כו"ם, ולהמשיך לעסוק בתחום בלבד, אינם אלא אחיזת עיניים מניפולטיבית. שהרי פסיכולוגים שיקומיים כבר מטפלים בתחוםם עתך, ואנרגיות עצומות, נועד כל כלו להוספת מילה אחת קתנה (שgam הייעצת המשפטית של משרד הבריאות מודה שאין בה כל צורך ענייני) להגדירות המקבע? האם באמת בשביל זה כל הבלגן? מובן שלא. **המטרה היא ליצור פתח שבעודו יוכל להיכנס פסיכולוגים שאינם קלינים, המועוניים לעסוק בפסיכותרפיה, ללא שהוכשרו לכך ובליל לטrhoch להשלים את ההקשרתם.**

קשה להפריז במידת הזולן באינטלקציית הקורא, שניסוחים כאלה יוצרים. רצים אנשי ועד הפעולה לעסוק בטיפול בתחוםו



## **תגובה לכתבה של ד"ר יגאל בן חיים, פסיכואקטואליה, يول' 2007**

באיחור מה (עוד ביטוי של הרצון לשוכח?) קראתי את הכתבה האישית כל כרך ונוגעת כל כרך של חברנו ד"ר יגאל בן חיים "היה או לא היה, הרהורים בהקץ על מלחמת לבנון השנייה כאן בחיפה". אין ספק שהרצון לשוכח ולהשיכח קיים, וכדאי להתעמת אליו ולמצוא דרכים לחקור ולהתבטה במנשא.

יגאל מונה כמה ניסיונות שנכשלו לארגן כנסים ודיונים בנושא. אני מוצאת לנכון להזכיר שהאיגוד הישראלי לפסיכותרפיה, אשר בזמן המלחמה התגיים ועוד בגין מטפלים מתנדבים (בעיקר מירושלים) למשימות שונות, קיים ב 18 לסתמבר 2006, סמוך מאד לסיום המלחמה, יום עיון ושםו "כשהעורך והופץ חזית – פסיכותרפיה במהלך המלחמה". בנוסף להרצאות של ד"ר שמעון קורניצר ומיר דניאל בן סיימון, היה דיווח של מר שי חן-גל, פסיכולוג קליני אשר ריכז את העבודה הטיפולית עם מפונים מהנצח במחנה ניצנים, וכן היו מספר סדרניות בהיבטים שונים של טיפול במצביו לחץ וחרדה.

סדרנה חיה ורלוונטי ביותר לנושאים שהעלתה יגאל בן חיים "היתה המלחמה של המטפל – יצאת מהគושא ולפעול בשעת חרום". מנהת הסדרנה, שגם אני סייעתי בארגונה, הייתה ד"ר דניאללה כהן, פסיכולוגית קלינית וחינוכית מירושלים. בסדנה הועלתה ההתחמדות של מטפלים מתנדבים עם מפונים מהצפון – יהודים, דרוזים וערבים – שנשלחו להתרענותות בבתים מולון בירושלים. סדרנה זו עוררה דיון ממשמעותי על חיויות המטפלים, מטפלים וככני אדם, בתקופה סוערת זו.

באשר למצב המשפטי האבסורדי שבו מי שאינו פסיכולוג יכול לתת בפועל כל טיפול שיחפות – כאן אין לנו ויכול עם עמיתינו הפסיכולוגים הללו קליניים. גם אנחנו חשבים שצריך להסדיר בחוק את הסוגיה. אבל העובדה שמצוות בתחום הפסיכולוגיה משותלת זילות אין בה כדי להצדיק זילות בתוכו. אם לא נקבע על אינטגרטי מקצועית בתוך עולם הפסיכולוגיה, כיצד נדרש סדר בכואס המתחולל מחוץ לו?

צר לנו על מערכ הסילופים המוגמת וحصر הבשחה של עמיתינו ברשימתם. אנו בטוחים כי מרבית הפסיכולוגים הללו קליניים בארץ גאים במומחיותם ואינם שותפים לעמדותיהם. אף שהאיiba העולה מהכתב, כמו גם מפעילותו של וען הפועלה לשינוי סעיף 9ב' קיזונית וקשה, אנו שבים ומוסיפים את ידנו לעמיתינו, אוטם אנו מעריכים ומכבדים, וקוראים להם לשבת עימנו אל שלוח הדינום ולישב את אי ההסכמה בஸרטת ועדה מוגבלת בזמן. אם מטרתם הייחוד של מבקשי התקיקון היא אכן להמשיך ולעסוק בפועל בתחום בלבד, אין ספק שהפתרון יהיה קל ופשוט מאיון מוטו.

<b>אבי אפרתי</b>	<b>ד"ר רבקה</b>	<b>אבי סוויטה</b>
<b>י"ר איגוד</b>	<b>דוידובי-אפשטיין</b>	<b>י"ר החטיבה</b>
<b>הפסיכולוגים</b>	<b>י"ר פורת</b>	<b>הקלינית בהפ"</b>
<b>הקלינים בישראל</b>	<b>אסטרטגיה של</b>	
	<b>הפסיכולוגים</b>	
<b>הקלינים בישראל</b>		

## **סקר שביעות רצון מיצובי הרביעון "פסיכו-אקטואליה"**

על מנת לשפר את איכותו היוזאית של כתב העת – פסיכו-אקטואליה, אנו פונים אליכם הקוראים להביע את התרשםותכם לגבי מה נקודות הקשריות בעיצוב העיתון. נרצה להשתמש בהערותיכם על מנת לשפר את העיתון בעתיד, כך שיחפור קרייא יותר,نعمים יותר ובאופן כללי – ידידותי יותר.

### **הנושאים אליהם רוצים שתתיחסו הן כלהלן:**

1. עד כמה אפשר גוף הטקסט עצמו, קריאה נינוחה (אם הוא דחוס מדי? אוויריר מדי?)
2. עד כמה ההבניה של פרקים ותתי פרקים היא ברורה (אם יש צורך בהדגשה נוספת?)
3. האם גודלו של הגוף (פונט) הוא לשביעות רצונכם? (עד כמה הוא קרייא, האם הוא קטן מדי? גדול מדי?)
4. עד כמה אתם מושכים מהעיצוב של הגוף? (אם היותם מחליפים אותו בגוף אחר?)
5. עד כמה אתם מושכים את העיצוב בשני צבעים נוספים לחזות העיתון?

על בסיס התרשםותכם, נshall לבעצם שינויים כגון גודלה / החלפה של גוף / הדפסה בצבע אחד (פנימ העיתון) ולא בשניים, כמו גם אפשרות של לימוד אחר של גופ טקסט.

חברים. אנו רואים בעיתון "פסיכו-אקטואליה" – כתוב עת של כל החברים בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל. נשמה להצליח לייצר החלטה קולקטיבית לגבי חזות העיתון.

את התרשםויכם אתם מוזמנים לשЛОח בדוא"ל למשרד הפ"י: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

**תודה**

**מערכת "פסיכו-אקטואליה"**



אנו שמחים להציג לך, חבר/ת הסטודיות הפסיכולוגים בישראל, מכלול ביטוחים בתנאים ייחודיים

### **ביטוח אחראיות מקצועית**

הגנה משפטית מקיפה בתביעות רשלנות מקצועית \* שירותים משפטיים בהליך ממשמעתיים ובהליכים פליליים בקשר עם העיסוק המקצועי \* יעוץ במצבי משבר תקשורתי

### **ביטוח דירה**

פוליסת ביטוח למבנה ותכליות דירה היכולת הרחבות והגדלת סכומי ביטוח סטנדרטיים בפוליסה. ניתן להרחיב ולכלול כיסוי למרפאה פרטית בדירה לרבות קבלת קהל וכיסוי צד ג'

### **ביטוח רכב**

הביטוח המוצע לך כולל הטבות רבות בנסיבות תחרותיים ועם תנאים מיוחדים

### **ביטוח רפואי**

פוליסה מותאמת לפסיכולוגים/יות \* הרחבנה לכל הסיכוןים \* הטבות נוספות בנסיבות ובתנאים

### **ביטוח אובדן כושר עבודה**

"מדנס כושר" התוכנית המקיפה לאובדן כושר עבודה מותאמת לפסיכולוגים/יות  
ניתן לרכוש כיסוי ביטוחי גם למקהה אובדן רישאין

### **ביטוח חיים**

ביטוח חיים ונכות כולל הרחבה לאירוע טרור

### **ביטוח סיועדי**

הטבות ותנאים מיוחדים למבוטחי מדנס הרוכשים בביטוח סיועדי, הנחה מיוחדת בביטוח שני בני הזוג

### **ביטוח בריאות**

כולל ניתוחים בארץ וב בחו"ל \* כיסוי מרווח להשתלות \* שירות רפואי רפואי מתקדמת

### **מדנס פיננסים**

שיעור פתרונות ומוצרים פיננסיים

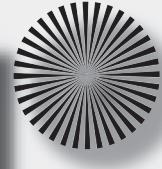
בשותף פעולה עם בתי ההשיקעות המוביילים, כולל הטבות ללקוחות מדנס

**לשירותכם בכל עת 03-6380404**

בכפוף לתאוי הפוליסה



תחיה את החיים. אנחנו איתך. **מדנס**  
קבוצת מדנס, השלשה 2 ת"א 03-6380000 [WWW.MADANES.COM](http://WWW.MADANES.COM)



# מミוקם לשיקום: תפקיד האבחן הנוירופסיקולוגי בהתווית תוכנית הטיפול השיקומי

חויבי והן על הדרכן להשגת שינוי זהה. מבחינה תוכניתית, האבחנה הנוירופסיקולוגית הינה סינתזה של ארבעה היבטים: אגמזה אישית, חברותיות ורפואיית, הערכת התנהגות, הערקה נירוגנטיבית (כולל מנת משכל) והערכת אישיות. מרכיבים אלה נבדקים בשתי פרוזדורות עיקריות: שיטת המכעצת הקבועה ושיטת תרישים הזורמה (הבראה גמישה), בה מנוסחות הנחות דיאגנוטיות תוקן כדי האבחן ומכתבות את הרכבו בהמשך. המטרה בשתי השיטות זהה ואמצאי הערקה דוחים. ההבדלים ביןין מושפעים במידה רבה מניסויים ומימוננותם של הבוחנים ומכਮות המשאים והזמן העומדים לרשותם.

התווית תוכניתית הטיפול השיקומי מושפעת מכמה שיקולים, הנבדקים במהלך האבחן: המכשולות העיקריות העומדות כיוון בפניו שיקומו של המאבחן, מידת הסבירות וסדר העדיפות המומלץ לטיפול בהן, הכוונות (כולל כישורים) העשויים לשמש כוים כמשabi התמודדות בהליך השיקומי ולבסוף המטרות שאפשר יהיה לעמוד בהן בסבירות מתקבלת על הדעת.

המכשולות לטיפול ולשיתם מוצלח מוקדם בשלושה גורמים עיקריים: **א.** ליקויים נירוגנטיביים/תקפודים **ב.** ליקויים ברישון ובבקורת התנהגות **ג.** תగובות או הפרעות רגשיות נוכחות.

**א.** ליקויים נירוגנטיביים/תקפודים: מובן מלאיו שיש להתייחס לליקוי קוגניטיבי או תפוקדי, מתון או חמוץ, בתחומי החשיבה, האקסקוטיביה, השפה או המוטוריקה כמגבלה המציבה תקרת ציפיות ברורה לתוכנית הטיפולית. אולם האבחן הנוירופסיקולוגי נתקל גישה פרוגностית ישירה יותר בהדגישו בהקשר זה שתי קטגוריות אבחן חשובות: הזיכרון האנתרופורדי והפרוספקטיבי ולמידה הסמנטיבית והפרוזדוראלית. שבוחנים את תחומי היכישורים והתפקידים במילוי אבחן הנוירופסיקולוגית, מתקבלת לרוב הערקה של כישורי המאבחן בעת הבדיקה (או בשפה המשפטית "בתנאי האבחן הנוכחי"). האפשרות להסיק מן התוצאות לגבי יכולתו להפתח מעבר לרומה שנתקבלה באבחן הינה עקיפה ונשענת על רמת איצות ביצועו במטילות חדשות, בהן סביר שלא נתקל קודם לכך. באבחן הנוירופסיקולוגי, בקטגוריות הזיכרון האנתרופורדי והלמידה, מתקבל הנבדק מטילות הבודקות ישרות את התנאי המרכזי לשיקום – יכולתו של המטפל להשתנות **בעתיד**. עיקר העניין בשיקום אינו במא שידע המטפל בעבר או במה שהוא יודע בהווה, אלא עד כמה יוכל להשתנות בעתיד. העבר וההווה מהווים נקודת מוצא. יכולת הלמידה תקבע את תחום המטרות העתידיות ואת גובהן. ליקוי יכולת הלמידה מהוות מכשלה שיקומית ממשמעותית, אך בדרך כלל הבודקות ישרות את התנאי המרכזי לשיקום – יכולתו של המטפל להשתנות **בעתיד**.

**ב** ד"ר דני הופיין: המכן הלאומי לשיקום נגעי ראש והמחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית

מטרת סקירה זו היא לתאר את תפקידיו והתאמתו של האבחן הנוירופסיקולוגי להליך החשוב של קביעת תוכנית טיפול שיקומית למטופלים עם פגעות מוויות כולדות או נכסות. בהמהה שמרבית הקוראים אינם מכירים היטב פרצדהה אבחנתית זו ובשל קוצר הירעה, התמקדות בסקירה זו בכללים ובעקרונות עליהם מבוססת אבחנה זו והתייחסות פחות לפטרטי המבחנים ולשיטות אבחן ספציפיות. בהתאם גם חסכתו בציגותם ממוקמות אחרים. בסוף המאמר מצוינים שלושה מקורות כבדי משלל (תרתי כמשמעותו) לקיראה נוספת.

פסיכולוגים העוסקים בהערכת משלל יכולות חשיבותיות, תהא התמחותם אשר בהא, ובוואדי פסיכולוגים שרכשו את השכלתם בשנים האחרונות, אין יכולים להטעם ממקומו של מודע הנירופסיקולוגיה בתחום האבחן וההערכה. מושגים המושרים כיום היטב בזרגן הדיאגנוסטי, כמו זיכרון עובד, מהירות עיבוד וכד', היו עד לפני שנים-שלושה שעשורים בגדר תיאוריות נירופסיקולוגיות בלתי מוכחות ובלתי מוכחות. בפיתוח המהדרה החדש של מבחן וכסלר למבוגרים ולילדים תפסו מקום מרכזי וחוקרים קלינאים מתחומי הנירוקוגניציה וההתפתחות הנוירופסיקולוגיות. אינדקסים חדשים ששולבו ב מבחנים אלה משקפים מעבר מהיר וחסית של מושגים נירוגנטיביים מהתייאוריה והמחקר אל הפרקטייה והקליניקה.

בဆואה לענפי אבחן אחרים, קצב ההתפתחות של האבחן הנוירופסיקולוגי, מבחינת ניסוח גישות אבחנתיות וכלים חדשניים, עומד בחזית המדעית הראשונה של מודיע הפסיכולוגיה. קר, כמוות שהוא כיוון, לאבחן הנוירופסיקולוגי שלוש מטרות עיקריות: **א.** אבחנה מבדלת בין ליקות פונקציונליות (ממקור פסיכוגני) לבין לקות ארגנטית, כולל אי-תור המערכת העציבית הפגועה ומיקומה. תפקיך זה הינו את כור מחבטו של האבחן הנוירופסיקולוגי, אך עם התאחדות הטכנולוגיות בamu הגדמיה המוחית חשיבותו בתחום זה הולכת ומצטמצמת.

**ב.** הערקה של ליקות נירוגנטיביות יחסית למצב נורטובי או לסתטוס קודם. **ג.** הערקה פרוגностית, הכוללת לרוב גם התווית תוכנית טיפול שיקומי.

בעוד שתתי המטרות הראשונות מתמקדות בתיאור המצב בהווה ובמידת מה בעבר, המטרה השילשית, החשובה והמורכבת ביותר, לטעמי, ווסקת בעתיד. חלק זה בהערכה נותן מקום לאופטימיות ולתקווה, אך גם פועל למניעת טעויות, אשליות, התפתחות של תקויות שואו והכחשות.

הרכב ההערכה הנוירופסיקולוגית בשלוש המטרות דומה, החdagשים והפרשניות שונים. האבחן הנוירופסיקולוגי ה"טוב דיו" בוחן את הנבדק בשני היבטים: רמת הביצוע ותהליכי הביצוע. אם רמת הביצוע, המתואמת אל מול ביצוע נורטובי, מועידה על חומרת הליקוי ומהותו, אז ניתן התהילה מאפשר איתור הבעיות החשובות הספציפיים, הליקויים והתקנים, בתוך התחינה הנבדקת. שניהם ייחדי מלמדים הן על הפגונזה לשינוי

סקירה כתובה בלשון זכר, הכוונה לשני המינים.

## תאור מקרה

אברהם, תושב באר שבע, בן 35, נשוי ואב לתאומות בניות 12, טכני מגנום במקצועו. לפני שנתיים התגלה גידול שפיר במוחו, אשר הוסר בניתוח. הסרת הגידול עברה בהצלחה, אך במהלך הניתוח חל סיבוך כירוגאי, אשר יצר נקב בעצמות בסיס הגולגולת ובעקבותיו הופיעה דיליפה כרונית של נזול השדרה דרך מעורות האף. דיליפה זו גירה בעקבותיה אירועים חזרים וחריפים של דלקת במוח ובקרום המוח, שהצריכו אשפוזים. לאחר הניתוח חזר אברהם לעובdotו בחברת המזגנים, אולם עד מהרה התקשה לעמוד במעמסה הפיזית והחישובית שתפקידו דרש. בשלב זה הופנה לאבחן על ידי המוסד לביטוח לאומי לשם התוויות תוכנית טיפול. באבחן נמצאה קומורבידיות של לקות נירוקוגניטיבית בדרגת חמורה מתונה יחד עם תגובה נפשית דיאונית בדרגת חמורה קשה. השימוש בין שני היבטים אלה גרם לאיוות תגובתית הן במישור ההתנהגותי והן בחשיבה, לצד תכנים אובדן מוצזרים. התפקידים הגבויים: שפה, זיכרון ושיפוט השתמרו, אך כמעט שלא בא לידי ביטוי בחזי היומיום, עקב האטה הכללית בתפקיד. לאור ממצאים אלה, המליצה הטיפולית המיידית הייתה של שילוב של טיפול נפשי ותרופתי בדיאנון, אשר במקורה היה לטיפול השיקומי. הערקה חזורת שבוצעה באותה עת סימנה באופן ברור יותר לקות קשבית בכיוון של האטה על תחומי התפקיד השונים. בתחילתה אברהם לא הגיע היטב לטיפול התרופתי ולא התמיד בו כנדרש, אך עם התקדמות הטיפול הנפשי חלה ההקללה הצפואה בדיאנון ונפתח פתח לקביעת מטרות תפקידיות לטיפול השיקומי. הערקה חזורת שבוצעה באותה עת סימנה באופן ברור יותר לקות קשבית בכיוון של האטה משמעותית במחיות העיבוד ותגובות רגשית אפטית, נטולת הנעה ויזמה עצמוני. אברהם שולב במערכת טיפולית תעסוקתית, העושה שימוש בכלים של המרצה, הברה חיובית אינטנסיבית, חיזוק ותמייח חברתי ומדגישה היבטי תפקיד התנהגותי אקטיבי. במהלך הזמן האפקט שלו נותר מלנcoli/אפטטי כשהיה, אך בהדרגה חל שיפור ברמת הערכות והחויניות, תוך תלות מטפורית, בשיקום פגעה מוחית, מולדת או נרכשת, חשוב הרראש, אך חשובות לא פחות הכתפיים שעלייה הוא יושב.

באסטרטגיות פיצוי ממנוגיות ואמצעי עזר, ככלו בשיקום התפקיד האקסקוטיבי.

**ב.** ליקויים ברישון ובקרת התנהגות: ליקויים מבנים, נרכשים או מולדים, במערכות העצבים המרכזית גורמים במרקם רבים לסימפטומטולוגיה התנהגותית פתולוגית, הנעה על פני רצף הדינמי. הסתגלות תקינה לח'י חברה, לתעסוקה ולעצמות יומיומיות מותנות בהתאם (אדקוויטיות) של התנהגות על פני רצף זה לבין התנאים החברתיים והסבירתיים. שללים שיקומיים משמעותיים בתחום החברה והתעסוקה נובעים במרקם רבים לאו דווקא מחסרים קוגניטיבים או סנסו-מוסוריים ואילו לא מאפיינו תגובה רגשית פתולוגים, אלא מחוسر סובלנותה כמעט מוחלט של החברה لأنורמטיביות התנהגותית כזו, בעיקר בביטחון הדיסאניהיבוטו. לאור זאת, הערצת התנהגות החברתית מהוות נזכר מרכז בהזיהות תוכנית הטיפול. היא נעשית בעיקר בדרך של צפיפות שירה על התנהגותו של המטופל באבחן ובסביבתו ובאמצעות דיווחי בני משפחה וחברים. הסכמה בהערכתה כזו היא בהזיהות התרשומאות בעיקורה, עובדה המדגישה הדגשת יתר את חשיבותה של המינונות המקצועית של המבחן מרוגע שמאחור ליקיי התנהגותי ממשמעותי, התוכנית הטיפולית כלכל בקשר ליכולת יכולת קוגניטיבית של האנטזיה ומערכות טיפול תרופתי. לרוב ההפרעה התנהגותית לא תחולף רק על ידי חסיפה ועימות בנסיבות. נחזור הו: ובאים ביכולת רISON התנהגות. הפרוגנזה השיקומית של אנשים עם פגעות מוחית, גם חמורות, אשר אינם סובלים מהפרעות התנהגות, הנה טובה לאין Uhr. במקרים אלה, שבמרובים אין מערבות של מבנים עצביים של האונה הפרונטאלית בפגיעה המוחית, התוכנית הטיפול-שייקומית אינה עוסקת בשאלות של מוטיבציה, שיתוף פעולה והתמדה ומתחית עד מהרה בעיקר – חרזה לטפקוד תקין בקהל.

**ג.** סימפטומים נפשיים ותגובה רגשית: מגוון התגובה וההפרעות הרגשיות המופיעים במצבים של פגעה מוחית זהה למגוון הקויים ללא לקות כזו. עיקר ההבדלים נוגע בשכיחות. התפיסה המסתורית על אוזות קיומה של הפרעת אישיות ארגאנית, האופיינית לאנשים עם פגעה מוחית, כמו "אישיות אפילפטואידית", אינה שරירה. עם זאת לאבחן מנגנון האישיות השפעה מכרעת על התוכנית השיקומית והפרוגנזה להצלחתה. מטפורית, בשיקום פגעה מוחית, מולדת או נרכשת, חשוב המספר מצומצם יחסית של כלים ייעודיים ספציפית לתחום פגיעות הראש, בעיקר בתחום ליקיי המודיעות, האבחנה הנפשית/אישיותית נעשית באוון שיטות המקבילות באבחנות פסיכולוגיים אחרים. הסימפטום הפסיכופתולוגי השכיח ביותר בקרב אנשים עם לקות מוחית הוא הדיכאון וחוברת אליו התקשחה. עצומות הדיכאון / או ההכחשה קובעות במרקם רבים מאזור את אופי התוכנית השיקומית. דיכאון תגובתי عمוק או החלופין התקשחה מסיבית יהו אינדיקציה פרוגностית שלילית לכל מהלך שיקומי ויחסבו במרקם המקרים התייחסות טיפולית, פסיכותרופית ו/או קוגניטיבית.

**שללים שיקומיים**  
**משמעותיים**  
**בתחומי חברה**  
**וחתנסוקה נובעים**  
**במרקם רבים לאו דווקא מחסרים**  
**קוגניטיביים או סנסו-מוסוריים**  
**ואילו לא מאפיוני**  
**תגובה וגישה**  
**פתולוגיים, אלא מוחש**  
**תוכנונת מוחלט**  
**של חברה**  
**לאנורטטיביות**  
**התנהגותית כזו**  
**בעיקר בביטחון**  
**הדיסאניהיבוטו**

**אנקודוטה נירופסיקולוגית:  
עימותים עם אנה  
טומפסון<sup>(\*)</sup>, מה אנשים עם  
אמנויות זוכרים מאבחן  
זכרון?**

הליקויים הפסיכיאטריים ולצדם המשאבים החיוניים שנתקשו עד כה קובעים במידה רבה את תכניתה, הרכבה וסדרי העדיפויות של תוכנית הטיפול הנוירופסיקולוגי-שיקומי. הם לכשעצמם אינם קובעים את מטרותיה. המטרות מושפעות במידה רבה, בעיקר כמשמעותם בפגיעה נרכשות, מהסקירה האנמנטיית ומהערכת שמהזבב בפגיעה עצמה. למקרה הצער, מרבית הפגיעה יכולות יכולות של הפרט טרם הפגיעה. לעומת זאת, במרבית המחוויות גורמות לשינוי תפקודי בכוון הפחתת. לפיכך, בתחום המקדים המטרה **המקסימלית** האפשרית, בעיקר בתחום הקיומית של המטופל, בלי להפחית הפגיעה מיכולתו להתמודד בהצלחה עם השתוקה וההשכלה, תהיה רמת התפקידו קודם לפגיעה. גם כך, כאשר מדובר בפגיעה מתונות וקשות, אפילו מטרה זו עלולה להיות בלתי ריאלית.

הנוירופסיקולוגיה האבחnitית מתחבetta בבודה בשאלת כיצד מעריכים את הרמה התפקודית הטרום פגיעתית בתחוםם שונים, ובהתאם – כיצד קובעים פרוגностית את רמת המטרות הנוכחיות. לשאלה זו השלכות משפטיות חשובות בדיון נזקון, אך היא חשובה מאוד גם במשא ומתן הפסיכיאטרי שהמטופל מוגבלת לתחשוה סובייקטיבית ואינה פוגמת מהותית בתפקידו, אין היא מהויה לכשעצמה אינדיקטיבית לתוכונית הפסיכיאטרית. אך כשהיא מקצועה לכך ביטוי עכשווי של התפתחות מוקדמת יותר של הפרעת אישיות, ברמות ארגון ביןיות וنمוכות, היא תהווה מכשלה ממשמעותית ביותר לשיקום ובמקרים רבים מכשלה בלתי עבריה. עם עיינות, גרדיזיות מגולמונית, קנאה, טובענות והרס עצמיים כעמידים יחסית (Hold) בפני השפעותיה של ליקויים נירוקוגנטיבית. שימוש מושכל בשיטות הערכה אלה, בשילוב עם הערכת הליקויים והכוחות כפי שנתקקרה לעיל, מאפשרות התוויה מדויקת למדי של התוכנית הטיפולית על כל מרכיביה: המטרה, התכנים, האמצעים ושלבי הטיפול על פי עדיפותם.

**מקורות לקריאה נוספת:**

- Lezak, M. Howieson, D.B. and Hannay, H.J. (2004) **Neuropsychological Assessment**. Oxford U. Press.
- Mitrushina, M. Boone, K.B. Razani, J. and D'Elia, L.F. (2005) **Handbook of Normative Data for Neuropsychological Assessment**. Oxford U. Press
- Strauss, E. Sherman, E.M.S and Spreen, O. (2006) **A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary**. Oxford U. Press.

פסיכיאטרית, קודם שנינן יהיה להתחל במלחי שיקום תפקודי ולהעיר את הפרוגנזה השיקומית. לעומת זאת, ביטאים, מתחומים יותר של אבל מתמשך ומוות חלק (Partial death) שכחיהם גם אינם לאחר הפגיעה מוחות. במקרים רבים הם חלק בלתי נפרד מההוויה הקיומית של המטופל, בלי להפחית הפגיעה מיכולתו להתמודד בהצלחה עם השלכות הפגיעה.

בהדר גונציה נאורונאלית, ליקות נירוקוגנטיבית הנה בכידה רבה קביעה וככזו, גם הפגיעה הנרציסטיבית הנלוות אליה נשאת אופי פרמננטי. כל זמן שהיא נותרת כתגובה הראשית לפגיעה נרציסטיבית, מוגבלת לתחשוה סובייקטיבית ואינה פוגמת מהותית בתפקידו, אין היא מהויה לכשעצמה אינדיקטיבית לתוכונית הפסיכיאטרית. אך כשהיא מקצועה לכך ביטוי עכשווי של התפתחות מוקדמת יותר של הפרעת אישיות, ברמות ארגון ביןיות וنمוכות, היא תהווה מכשלה ממשמעותית ביותר לשיקום ובמקרים רבים מכשלה בלתי עבריה. עם עיינות, גרדיזיות מגולמונית, קנאה, טובענות והרס עצמיים כעמידים יחסית (Hold) בפני השפעותיה של ליקויים נירוקוגנטיבית. שימוש מושכל בשיטות הערכה אלה, בשילוב עם הערכת הליקויים והכוחות כפי שנתקקרה לעיל, מאפשרות התוויה מדויקת למדי של התוכנית הטיפולית על כל מרכיביה: המטרה,

האבחון אלא בשלבי הטיפול הראשונים. עירנותו של המטפל למקדים כאלה חיונית על מנת להימנע מהצבת מטרות לא מציאותיות לטיפול השיקומי, אשר מלכתחילה, בטוחה הזמן והמשאבים המוקצבים לו, אינם מתאימים לטיפול בהפרעות אלו. לבסוף, אנשים שנפגעים קשות באים חשבו עם גורלם. תגובתיות פסוט טראומטית מוקצתן, אם בכיוון הקורבן המוותר ואם בכיוון הניצול שדבר לא יעמוד בפנוי, מחיה את היא התיחסות טיפולית פסיכותרופית, טרם או במקביל להליכי השיקום המעשיים. אנשים חיבים *To come to terms* עם גורלם, שאחרת קיימם סיוכן שלא יעדכו שוב במשמעותו.

לצד החיבור, בדרך כלל על רקע אישיותם טרום פגיעתי תקין ומשפחה תומכת ו邏邏, אנשים רבים מגלים, גם אחרי פגיעה מוחית קשה, משאבי נשישים, כוחות ויכולת התמודדות, שלא הכוו בעצמם קודם לכך. הצורך בטיפול נפשי אינו הכרחי בעקבות פגעה מוחית ורבים מן הנפגעים מתמודדים היטב עם הפגיעה והשלכותיה, גם ללא סיוע טיפול. עירנותו ומוכנותו של המטפל לאפשר לאדם עם פגיעה ראש לבחור בין האפשרות לפנות לטיפול נפשי לבין האפשרות להמשיך ולהתמודד בלבדיו, היא דבר חשוב נוסף באיכות האבחון והתאמתו לשונות העוצמה בין הנבחנים.

במחקר שבדק עדות נבחנים באבחן נירופסיקולוגי כלפי הליך האבחון נמצא נמצאה שהשלב החשוב ביותר בעניין למעלה מ-70% מהנבדקים היה הנקנתם לאבחן בשיחה מקדימה עם המבחנים ושיטופם במטרותיו. המכשנים לשיטה מסקנה זו אל מול לכשבדקה מסקנה זו דיווחי המבחנים, התברר שרק כשליש מהם קיימו שיחה מקדימה כהן, הכנינו את נבדיקיהם והסבירו להם את מטרות האבחון. שאלה: האם אמורים זוכרים דברים שלא התרחשו או שמא מבחנים אינם זוכרים מה עשו?

"Anna Tompson הנה טבחית העובדת במפעל והוא גיבורת הטיפור הראשון מבון שניים בתת מבחן זכריה לוגית במבחן הזיכרון וכסלר למבוגרים.



## עיוורון – היבט פסיכולוגי שיקומי משמעות העיוורון וההשלכות התפקודיות והטיפוליות

### ■ ד"ר שלמה לוס

אפשר ללמוד על הקשיים האובייקטיביים שאדם עיור מתמודד עימם מוחדגרמה הבאה: מפרק לשעבר של קץין שנגף קרא לו בשמו. הקצין העיוור זיהה את קולו, אך נשאר קפוא במקומו והמתין להמ舍ך דבריו של מפרקדו, אשר התקרב אליו. משהתקרב המפרק לkcין העיוור הוא שאל אותו "מה קרה לך?", אתה לא יכול לעלות אליו להגיד שלום?" העיוור ענה לו במבוכה: "אני לא יודע איפה אתה נמצא, אני לא רואה אותך, אני עיוור". העיוור מזכיר בתיאור מצבים רבים: "אני פוגש אנשים שהחרתי בעבר והם לא יודעים על הפצעה, אני מזזה אותם לפי קולם, אבל לא יודעת אם עמדים. אני לא רואה את ידייהם מושיטים לעבר. במשך שנה שלמה חייתי בהכחשה ובתקווה שבשלב מסוים איחזר לראות. ההכחשה הייתה ארכחה מדי לדעתני. לאחר חודשים רבים הגיעתי לשלב ההפנמה ואיתו בא המשבר. רק כשהנה אחרי הפצעה מהודרים הבסיסיים: הקצין העיוור אני מבין שאני עיוור, הבנתי שהחורים שלי נפרקו".

במשך הראיון הקצין העיוור מתראר מצבים של התגשויות פיזיות בקשרים אלו בביתו. הוא מודיע כי אדם רואה לא יכול להבין מה זה לרכיב על אופניים מטור עיוורון: "זו תחושה של חוסר התמצאות מוחלט, אין נוף, זה כמו לנוטע ברכבת הרום כשהעינים מכוונים ברטיה. זה עוד אחד מהמצבים שבהם אני מבין עד כמה אובדן הראייה הוא פצעה נוראית. הייתה מיותר על יד, רגלי או על כל דבר אחר, כדי לחזור לראות את אפיו רק בעין אחת".

ק"י מודלים שונים של התמודדות עם אובדן, Kubler-Ross, 1969; Carz, Pollio, 1972, 1972; Tuttle, 2004; Tuttle, 2004) ארכודול של המודול של אשר מתבסס על הנחות יסוד דומות של המודלים האחרים, מצביע על אלמנטים ייחודיים של ההשלכות לאובדן ראייה.

על מנת להבין הנטיגלות וההתמודדות הוא ארוך טוויה ותלויה בהיבטים תחילה ההסתגלות וההתמודדות הוא ארכוך טוויה ותלויה בהיבטים רגשיים, פונקציונליים וחברתיים. המודול מורכב משבעה שלבים, כאשר ארבעת השלבים הראשונים מתייחסים לאפקט של אובדן ושלושת השלבים האחרונים מתייחסים לשלב של בנייה מחדש וכינסה לתהילה ההסתגלות. חשוב להציג כי אין מדובר בשלבים הירארכיים: אדם יכול לעבור שלבים מסוימים אבל נסיבות שונות עלולות להציג אותו לשלבים מוקדמים. קיימים הבדלים בסוג העיוורון – עיוורון מלאה, עיוורון כתוצאה מכחלה או תאונה, עיוורון בדרגות שונות – וכן מודול זה מציג עקרונות שיש להתייחס אליהם בהתאם לסוג העיוורון.

### שלב 1 – טראומה הפיזית / חברתית (Physical or Social

אובדן הראייה הוא טראומה אשר יוצרתஇiom קוימי על "אני". האובדן יוצר חוסר איזון ומסכן את תחושות השלמות. יתרה מכך, הטראומה היא לא רק ביחס לפרט, אלא הופכת להיות טראומה ברמה המשפחה; אישה, הורה, ילד המתמודדים טרואמה במשפחה המשפחתיות; אישה, הורה, ילד המתמודדים במחות התעסוקה, חלה פגעה במצב הכללי והעיוור הופך להיות תפקודם נטול על משפחתם, מאבדים את עצמאותם ואת הופכים להיות נטול על ברמות הבסיסיות. בנוסף, התחושה הראשונית כשר תפקדם בرمות הבסיסיות. בנוסף, התחושה הראשונית היא של חוסר אונים, כשהרים בסביבת המתווער מנהלים ומנוונים את חייו.

משמעות המאמר היא לפתח צוהר לעולמו של העיוור כדי להבין את המשמעות וההשלכות של נוכת יהודית זו.

בספרו "עיוורון" מה זה? וכךذ חיים עם "עיוורון" טוען Carroll (1961) כי ראוי להשופ שאובדן ראייה הוא רק בעיה של העיניים. מחבר בפגיעה הרסנית לדימי העצמי ואף לקיום הבסיסי. יתרה מכך, האובדן מהוות גם פגעה משמעותית בתבניות האישיות. שנות האובדן מחדדים את ראייתם ומגיבים באופן קיצוני: "עדיף למסור מאשר להיות עיוור", הם טוענים. מנקודות מבטו של Carroll, כדי שהעיוור יוכל להשתתק ולהנחות את חייו מחדש עלילו "לחחות" את "מותה" של האדם הרואה ו"לחחות" את "חולתה" של האדם העיוור. ההתייחסות היא להתמודדות עם תהליך כאב של פרידה מהאדם הרואה.

האדם המתווער סובל ממperf אובדן ניכר, שיחד מיעדים את האנטגרציה האישיות שבנייה במהלך שנות החיים ואשר היוויתו את הבסיס ליכולת התמודדות עם הקשיים השונים, שעוזרו בפניו אadam. האובדן מקיים תחומי חיים פונקציונליים ורגשיים כאחד. Carroll מונה כעשרים אובדים מרכזים שונים שתות חלקם נפטרו.

אובדן ראייה מהוות פגעה בשלמות הגוף, במיוחד בולטת עבודה זו כאשר מדובר בנשים (Silverstone, 2000). פגעה בDimmi הגוף מלאה בחזרות – העיוור עובר מהפרק ממשום היוותו שונה מאחרים בסביבתו הקרויה, שבעבר היו "חכמים" לו. מלאה אותו התחושה שהוא "נדחק החוצה" מחוץ למסגרת החברתית הרגילה ושאין לו דרך חזרה. הוא מادر את ביטחונו העצמי, סובל מרגסיטה חברתית, הוא מסתגר בתוך עצמו ובולטים אצלו מאפיינים דיכאוניים.

האדם העיוור מادر את ביטחונו העצמי גם ביחס לכשירות לעשויות שימוש בחזרוי האחרים. הוא לא הספיק עוד לפתח את חוש השמיעיה או את החוש הטקטטי. לעיתים חוש זה נשאר פגוע בגין מחלת הסכרת, מה שגורם לו בשלב מסוים בתהילה לאבד את יכולת להשתלב בסביבתו. לעומת זאת שומר אמן משתמש בחוש הראייה כ"SENSOR" ביחס למידע שאזורים החושים האחרים. נוסף על כך קיים חוסר מגע ריאלי עם המציאות. במצב גוף אדם קולג גירויים מהסביבה – תנעוה, צבעים, אדים, צפחים – גירויים אשר מסיעים לו לקבל החלטות מיידיות. לא כך אצל העיוור. קושי נוסף בא ידי ביתוי באובדן כישורי חיים בסיסיים: חוסר יכולת לנידות בסביבה הקרויה או הרוחקה, קושי בהתרגנות, קושי בהכנות אוכל (כולל קושי באכילה עצמה), קושי בשתייה, קושי בבחירה בגדים ובהתאמת צבעים, קושי בסידור הבית וב טיפול במסמכים חשובים, קושי בנטלת תרופות, קושי בעריכת קניית, חוסר יכולת לקרוא ולכתוב, קושי בקומוניקציה לא ורבלית – בנסיבות "רגילים", העיניים ותנוונות הגוף מזדמנות, ולפתע אלמנטים קומוניקטיביים אלה חסרים.

נוסף על כך אנו מוצאים אובדן של הפקת הנהנה מראית הסובב – מוצר, תמונה, נוף, אסתטיקה, סרט, הצגה. כמו כן קיים אובדן בתחום התעסוקה, חלה פגעה במצב הכללי והעיוור הופך להיות נטול על סביבתו. ברמה הרגשית קיים אובדן של ההערכת העצמית, נוצרת פגעה בביטחון העצמי ובזהות האישית, ופגיעה באינטימיות עם בן/בת הזוג.



עד בשלב האבל. בנוסף על כך, העיור ממוקד בעצמו, מנסה להבין מה עבר עליו ודוחה כל יד המושחתת לעזרה. לדבריו של Dobson (1975), הדיכאון מושפע מהתכונות הבאות: אוש (Despair), חוסר תקווה (Despair), חוסר עניין (Disinterest), מצוקה גששית (Distress), חוסר יודה (Despondency) וחוסר אשליות ביחס למצב התחששה יודה (Disenchantment).

משלב זה של המשבר החלבים הננספים לפי המודל של Tuttle (2004) מתייחסים לתהיליך של בנייה והתרוגנות במצב החדש שנוצר.

### שלב 5 – הערכה ואישור מחדש (Reaffirmation)

**התגובה המאפיינית שלב זה:** "זהו נקודת מפנה בח'".  
**חcisם הם בעלי ערך וכדי לנצל אותם.**

כל שהזמן חולף התגובה הדיאונית פוחתת ומתחילה בשלב ההסתגלות המתאפיין בהערכתה מחדש וכירה בנסיבות החיים. העיור קובע לעצמו סדר עדיפויות ורכוי התמודדות. התהיליך כרוך בבדיקה מעמיקה וזהירה של היכלותו. ההכרה בעובדה שהعيור הוא עובדה קיימת ולא עתיד להתרחש שום שינוי פיזיולוגי היא נקודת מפנה בשלב של טרם תחילן ההסתגלות. אולי הכרה בעובדה זו מהוות מחסום אשר מחולל משברים רציפים ועלול גם לטרוף יכולות התמודדות. עם זאת, במקביל לתהיליך החיבוי, השאלת הזיהות החדשת תופסת מקום מרכזי וקיים מאבק פנימי הקשור בהפנמה של מאפיינים חדשים של תפיסת העצמי כיעור.

### שלב 6 – התמודדות ומובייליות (Coping and Mobility)

**התגובה המאפיינית שלב זה:** "אני יכול. חלק מהדברים עשו באופן שונה".

התמודדות מתיחסת לתהיליך של למידה, ניתוט עצמי ליפוי דרישות המיציאות בסביבתו. מתחילה תהיליך למידת מיומנויות חדשות וניצול משאבים פנימיים וחיצוניים כאחד. בתהיליך ההסתגלות יש ניסיון של העיור להתאים את עצמו למצב הלחץ ולשלוט במצב החדש שנוצר. בשלב זה הדגש הוא על האלמנטים הבאים:

1. מה אני כיעור יכול לעשות.
2. זיהוי תחומי חיים המאפשרים התמודדות עצמאית.
3. זיהוי של פעולות יזומה וקונסטרוקטיבית בתפקוד החיים.
4. קבלת תמיכה והערכתה על הפעילות החיוותית, אף שייתכן כי אין לי יהו באותה רמה גבוהה.
5. יכולת התמודדות עם קשיים והגעה לסייעם למורות המגבילות.

השימוש במשאבים פנימיים וחיצוניים מהוות את הכוח המניע להתמודדות עם המוגבלות. עם זאת, המשאבים הפנימיים הם פונקציה של אישיות פרה-מורבידית ובסביבה תומכת טרום הטרואומה על הביטיה השונות. במצבים של חוסר התמודדות נציגים תהליכי הרסנים ברבדים שונים. להלן כמה דוגמאות.

### שלב 2 – הלם והכחשה (Shock and Denial)

**התגובה המאפיינית שלב זה:** "אני המומך, אני לא מאמין שהוא קורה לי".

לדבריו של Cholden (1958), שלב זה קצר ונמשך בין כמה ימים לכמה שבועות. האדם אינו מסוגל להרגש, שלא תחושה של "קייפאן" רגש. זהו שלב ההגנה על ה"אני" מפני קריסה והוא מאופיין בתגובה חריפה למצב הסטרוס. בשלב זה אין מסוגלת או רצון להתמודד עם המציאות החדשת. מגננוו הגנה כמו הכחשה, רציניליזציה והדקה מסיעם לתהיליך הפתולוג. שימוש ארוך טוויה במוגננוו הגנה אלה מהוות פוטנציאל להתקפות מצב חרוף.

לדברי Tuttle & Tuttle (2004) ההלם מהוות אמצעי הגנה על הפרט מההשלכות הקשות של הטרואומה. למרות שההלם הולך ודווקע העיור בכל זאת אינו מסוגל ואולי אינו רוצה להעתמת עם המציאות. העיור מאמץ אסטרטגיות שונות להגן על ה"אני" כדי לשמר על איזון נפשי, משומש שקחה לו להטמע את העובדות החדשות ולעשות את האינטגרציה המתבקשת.

### שלב 3 – אבלות ונטסה (Mourning and Withdrawal)

**התגובה המאפיינית שלב זה:** "אני מסכן, אף אחד לא מבין אותי".

עם חלוף האפקט הראשון של ההלם מתחילה שלב האבלות. המודעותuai שאפשר להימלט מהמציאות הולכת וגוברת. יש תהיליך של רחמים עצימים. התחושה המלאה היא כי הכל אבד והעולם מתמוטט. האבלות מביאה לידי ביטוי את אובדן השלמות וחוסר ביטחון עצמו. האבלות מחייבת גם על חוסר שוויון לעומת אחרים, על חוסר שייכות ועל חוסר יכולת לשולט בחים (Hicks, 1979).

התגובה האופיינית לשלב זה אפאתיות, מרמור, פחדים, חוסר אונים, עיינות לסביבה ותסכול.

לדברי Tuttle (1996), התגובה הנכפות של העיור מוקצתה בהשוואה לאובדים בקשר הסובלמים מנוכיות אחרות. העיור הופך להיות אגוצנטרי, והתעניינוו בסביבה פוחתת.

### שלב 4 – כניעה וDICANON (Succumbing and Depression)

**התגובה המאפיינית שלב זה:** "אני לא יכול, אני במצבה"

שלב זה מתאפיין בנגטיביות, בפסיון ובמחשבות אובדים. העיור מתמקד במידדים השליליים של האובדן ובאהדרת המצב הקשה. הוא אינו מסוגל לנצל את יכולותיו ומאפייניותו: המוחשבות וההנתנוויות הבאות:

1. מה הוא לא יכול לעשות.
2. התעלמות מהאפשרויות העומדות לפניו.
3. פאטיות, קושי לבצע אפילו דברים פשוטים.

4. הוא מלא רחמים עצימים.

לדברי Emerson (1989) בשלב זה אינם ידי ביטוי המאפיינים הבאים: אובדן ביטחון עצמי, חוסר עניין וחוסר תפקוד נורטובי. – – – Activities of Daily Living – – – קשחה באחרים ורמת פעילות יוזהה. לדביה, שיש מנטישה ופגעה במערכות החברתיות. העיור מוצף חרודת. מלואות אותו וגישה בשפה, הוא אינו מסוגל לחשב באופן קונסטרוקטיבי, הוא סובל מDICANON שרטמוו היא פונקציה של עצמת הרגסיה וההסתగות שהותפתחה

5. אסטרטגיית במידה הראיה ופיתוח יכולת לפתרון בעיות.
  6. מקבל את האחר בצורה ישירה ובו זמינות נפטר מהפן החדשני.
  7. מקבל את עצמו, יש לו הערכה עצמית טובה והוא מקרין ביטחון עצמי בדרכיו התמודדותו עם מצבים שונים בחיים.
- התמודדות עם האובדן מותנית במספר אלמנטים מרכזים. מקצתם מובאים להלן:

#### **1. מאפיינים אישיותיים פרה-מורבידיים**

במחקר שערךogh Greenough (1978) ואחרים, נמצא כי עיורים שהtagובה הדיכאונית שלהם לשמע המידע הרפואי על אובדן הראייה, הייתה "רכה", התגלו כאנשים אסטרטגיים, עצמאיים, בעלי נכונות לאתגרים, בעלי דבקות במשימה, יצירתיים, בעלי חשבה גמישה ומעורבים חברתיות. לעומת זאת, אלה שהגבינו ברמת דיכאון קשה יותר התגלו כאנשים ביישנים, קונפורמיים, מאופקים ושמרניים.

#### **2. גיל העיורן**

عيורן מולד משפיע על התהליכי התפתחות של אמון בסיסי, יחס אובייקט, התפתחות גששת, התפתחות מוטורית, התפתחות קוגניטיבית וזהות עצמית. לעומת זאת רמת הסתגלותו של אדם שהtauoor במהלך חייו נובעת ממצבו הרגשי וההשפעות המשפחתיות, החברתיות והתעסוקתיות Tuttle and Tuttle (2004).

#### **3. רמת הפגיעה בראייה**

לדברי Bauman (1964) קיימת הסתגלות טוביה יותר אצל אנשים שאיבדו את הראייה באופן מוחלט או כמעט רמת הראייה שלהם פונקציונלית. לעומת זאת, אלה שרואים ל淮南 רמות שונות (טוח הביניים) תחול הסתגלות קשה יותר והאת מושם הקשיים להפניהם התנהגות או לפתח מיומנות שמקטלגות אותם כעווורים. מצב מעופף זה מקשה עליהם למקם את עצםם בסביבה.

#### **4. יציבות בראייה**

יציבות בראייה יכולה להימשך זמן מועט או לחוףין להימשך שנים רבות. ככל שהמצב סטטי רמת ההסתגלות טוביה יותר. אם החל תהליך של היידרודה בראייה, מצב הסטרס הנפשי וקשיי ההסתגלות יופיעו בפעם שأت, במיוחד כאשר האדם מודע לכך שהוא הולך ומabd את ראייתו.

#### **5. סוג הפגיעה**

אובדן ראייה יכול להיגרם כתוצאה ממחלות עיניים שונות. לכל מחלת עיניים יש המאפיינים שלה והיא דורשת התמודדות שונה. לדוגמה מחלת Retinitis Pigmentosa מותבטאת כראייה "צינורית" וחיל בה אובדן של שדה הראייה עד פחות מ-20 מעלות. מדובר במחלת פרוגרסיבית שהיא מצטמצם בהדרגה שדה הראייה עד כדי עיורן מוחלט. בכל שלב של המחלת ההתייחסות ציוכה להיות בהתאם להשפעותיה על חיי היום יום של האדם המtauoor, השפעות שימושנות כל שהמוחלה מתקדמת. יש מספר רב של

#### **א. חוסר הסתגלות אקטיבי**

1. עדין קיימת התחושה של העיורן.
2. הסתרת העיורן (לדוגמה: מפסיק לנוהג, מסתיר את בעיותו מחבריו).
3. אמונה יומינית בכך שלא קיים כל קושי להשיג כל מטרה שהיא, בעוד שבפועל המצב שונה.

#### **ב. חוסר הסתגלות פאסיבי**

1. תלות מוחלטת באחרים.
2. העברת האחריות על גורלו לגורמים מטפלים.
3. תחושת ריקנות, חוסר אונים וחוסר משמעות בחיים.
4. מבין מה עלי לעשות, אך טען שאין יכול לעשות זאת.

#### **ג. חוסר הסתגלות אסטרטגי**

1. מסרב לקבל עזרה.
2. מנסה להיראות שווה לאדם הרואה, חושב שהוא Super Blind.
3. מתנהga בארגוניות מלאה בתחשות עליונות תוך ניסיון להוכיח שהצדק תמיד עימנו.
4. מציג עדים לא ריאליים ובלתי ניתנים להשגה.

#### **חוסר הסתגלות-תגובהות שונות**

1. שען על מערך דמיוני של "ายלו היה קורה כף וכף, הייתה מצלחת לעשות כף וכף".
2. משליך את תחשותו השילוחית על הסביבה.

#### **שלב 7 – קבלת והערכת עצמית (Self Acceptance and Self Esteem**

**תגובהות המאפיינות שלב זה: "אני אוהב את עצמי. אני משווה-משהו"**

בשלב זה האדם מקבל את עובדת היותו עיור, מאמץ התנהגוויות תואמות ובונה מערכת יחסים חדשה. הוא נפטר מהתנהגוויות בלתי מסתגלות ומצילח להשתחרר ממצב רגשי הרסני. עם זאת, למורות שקיימות תובנה אינטלקטואלית ורגשית של המצב החדש, לא בהכרח תתרחש קבלת עצמית: לדוגמה:

".....I love this new life, I have fashioned for myself and whatever success I have achieved. It has helped me tremendously, but it has not helped me to accept my blindness. I don't think that I ever will accept it ...." (Tuttle 1994 p. 223).

מצד שני, כאשר קיימת קבלת עצמית, האדם מקבל את עצמו על מעולתו ועל מגראותו. הוא אינו מסוגל לו מגלוותיו לפחות בערכת העצמיות שלו כמו שאינו מסוגל לתחשות של עוד ביטחון עצמי לפוץ ללא שליטה ובקרה (Dodds 1993).

#### **סמןנים להסתגלות טוביה**

1. יציבות פסיכולוגית, הعلامات של סמן מצוקה نفسית.
2. התנהגות ריאלית – קבלת העיורן כעובדת מוגמרת ולמידת מיוםניות חדשות לצורך ניהול חיים צעירות.
3. עצמאות.
4. מיזוגיות בינהיות טובות והשתלבות במשפחה ובסביבה החברתית.

מן האלמנטים המאפשרים לקבל מידע חשוב אך הם חסומים בפני העיוור. ההסתמוכות על שמיעה, קשב וזיכרון מאלצת את העיוור לעשות אינטגרציה של עבודות שונות ברמה המכידית, כדי לקבל תמונה מיקפה. קשה במיוחד לעשות זאת כאשר הדברים נאמרים בזורה מעורפלת.

פגעה ביכולת הקשב והזיכרון וחומר יכולת לעשוט אינטגרציה של המידע הקיים ל"תמונה כוללית" מගברים את הקונפליקטים ואת התלות באחרים ומכבידים על קבלת החלטות ועל היכולת להציג מידית כשבדרש.

ישנם מודלים להסתמודות עם הקונפליקטים. המודל הקלאסי של Horney (1945) מתייחס לשלווה מאפיינים: 1. התקרבות לאנשים. 2. התרחיקות מאנשים. 3. התמודדות עם אנשים.

Arkoff (1968) מציג מודל אחר המתיחס למאפיינים הבאים: 1. בנייה מחדש של המצב הקונפליקטואלי. 2. מציאת דרכי פשרה. 3. הכלת הקונפליקט. 4. תיווך. 5. הסתלקות מהמצב הקונפליקטואלי.

היכולת להסתמוד טיפולית ולפתור בעיות קונפליקטואליות היא המפתח לאיזון גשי פסיכולוגי ולהערכת עצמית חיובית אשר יאפשרו תהליכי הסתגלות לעיוורון.

לדברי Tuttle and Tuttle (2004) הערכה עצמית חיובית מתאפית בפרמטרים הבאים:

#### **א. הערכה עצמית חיובית:**

1. היכולת לכבד, להאמינו, לקבל ולה אהוב את עצמו.
2. שיר בתגובה, שאיפה למשם ציפיות של אחרים בסטנדרט ובמערכות הערכיהם שלו.
3. ה琨נת ביחסו עצמי לגבי התפיסה העצמית ותהליכי ההסתגלות, ציפייה להצלחה בדרכו החדשנית. רצון "להתקבל" על ידי אחרים באופן חיובי.
4. חסר עניונות וס rhezom לסייע לו.
5. מסוגל לעשות שימושיים, פתוח לרעיונות חדשים והתפתחות אישית מהוועה עבורו אתגר משמעוני.
6. מגלה גישות לצרכים של אחרים.
7. התמודדות חיובית עם ביקורת כמו גם עם קבלת שבחים.
8. מסוגל לפתח חברות, אין לו כל קושי בחשיפה אישית, יודע לתת ולקל.

הערכת עצמית שלילית מטאפיקית בפרמטרים הבאים:

#### **ב. הערכה עצמית שלילית:**

1. תלותי, מחפש שיכלו אותו, מנסה לרצות אחרים, קונפורמייטי, ציון ופאטי.
2. מוצף בחרdot, תסכולים, חש מצוקה נפשית, חסר שלמות פנימית בגין אי יכולת להסתמוד עם דרישות מצופות.
3. מוצף בתחשות של נחשלות, זרות וחסר קבלה עצמית.
4. מגיב בעינויות כלפי הסביבה והחאים בכללותם.
5. טרוד ומעסיק עצמו ללא הרף בעקבות ובקשיים אישיים ואינם פנו וגישה לעיסוק בהיבטים פרודוקטיבים.
6. מרגיש חסר ערך, לא אהוב, בודד ועצב.
7. התנטקחות מקשרים חברתיים, חש פחד מכישלון.

מחלות – לכל אחת מהן השכלות אחרות על תפקוד הראייה וכתוכאה מכר על המצב הנפשי.

#### **6. השכלות משפחתיות וחברתיות**

תלויות באחרים עלולה ליצור תగובות של אגרסיביות ועינויים מצד אחד וצייננות וצון להסתיע באחרים מצד אחר. לעומת זאת ה"אני" יש השפעה על מידת התלות באחרים (מצומצם התלות בעומת הפיכה לנשל). העוצמה הפנימית היא הבסיס לאופי התיחסות של העיוור למשפחה והתייחסות המשפחה אליו, וכן לאופי התיחסות אל הסביבה והתייחסות הסביבה אליו. Tuttle (1996).

#### **דין:**

לדברי Tuttle and Tuttle (2004) הקושי של ההערכת עצמית אינו ספציפי לאדם מסוים מעיוורון. הרכבים הבסיסיים הם אוניברסליים, אלא כל קשר לנכונות. הפקטורום אשר תורמים להתרפות הערכה עצמית אצל כל אדם תקפים באוטה מידה גם אצל העיוור. הדרך שבה אנשים מרגשים כלפי עצם משפיעה על יכולתם התקודית, ותפקידם משפיע על התיחסות שלהם על הדאגה כיצד אחרים תופסים אותם. הדרך שבה תופסים אותם אחרים משפיעה על התיחסה שלהם כלפי עצם ועל דרכי המשמעות שלהם. מדובר בمعالג סגור עם השפעות חדשות. את המשמעות של העיוורון יש לבחון מההיבט של הצורך בהסתגלות לסוגים חיים ייחודיים. כמו כן יש לבחון את המשמעות של העיוורון בקונטקט החברתי – כיצד החברה תופסת את העיוורון. הערכה עצמית והתרפות ה"אני" הן פונקציה של אינטראקציה בין האלמנטים הפיזיולוגיים לבין האלמנטים החברתיים.

ואולם, הערכת עצמית של האדם העיוור מושפעת גם מהחברה שהוא אינו עצמאי לחלוטין אלא תלוי באנשים רואים, אף שבשלב מסוים הוא יכול לבצע מטלות שונות בכוחות עצמו. החברה רואה את התלות יכולת תפקודית נמוכה יותר וכן ההערכת עצמית של העיוור נפגעת.

בגל חוסר הראייה נוצרים קשיים בפיתוח זהות אישית ועצמאית, קשיים שימושיים על תפקודים והתנהגויות שונות. במחזור של חסרים שימושיים על תפקודים והתנהגויות שונות. במחזור של Tuttle and Ferrell (1995), נמצא כי צעירים עיוורים מגלים חוסר בగירות, התנהלותם אגוצנטרית יותר ולהשוויה לילדים רואים, וזאת מושם חוסר היכולת וההזדמנות של "מודולגן".

האדם העיוור סובל מחוסר איזון פסיכולוגי – קיים פער בין הדרישות של החברה ממנו והדרישות שלו מעצמו לבין היכולת שלו לעמוד בדרישות אלה. מצב מותמך זה של חוסר איזון מיצף אותו בחזרות וגורם לחוסר הסתגלות והתנהגויות לא אקדמיות. העיוור מתמודד תדיר עם שאלות מהותיות שלא מאפשרות לו להיות בשילוח פנימי ולקלל את עצמו כפי שהוא. לדוגמה, כיצד אני מציג את עצמי ואיך אחרים תופסים אותי, האם אני צריך לשנות את התנהגותי, האם אני מזכיר באמת את מה שאינו חשב שאמני, כיצד אני צריך להיעזר כדי לעשות שינויים.

הكونפליקטים המתmeshכים לא מיטיבים עם האדם העיוור. הם יוצרים מתחים פנימיים בשל חוסר הערכת עצם נכמה. המתחים באים לידי ביטוי בחרdot, בניסיון תפקודיות ובהתבודדות. חוסר היכולת להסתמוד עם קומוניקציה לא ורבילית מביא את העיוור לידי חוסר ודאות. הבעות פנים, רמייזות וสภาพ גוף הן חלק

Emerson, D.: Facing loss of vision: The response of adults to visual impairment and blindness. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 75 (2): 41-45, 1989.

Greenough, T. J., Keagan, D.L., and Ash, D.G.: Psychological and Social Adjustment of blind subjects on the 16 PF. **J. of clinical psychology**, 34 (1): 84-87, 1978.

Horney, K.: **Our Inner Conflicts**. N.Y. Norton, 1945.

Katz, S., Florian, V.: Comprehensive Theoretical Model of Psychological Reaction to Loss. **Journal of Psychiatry in Medicine**. Vol. 16, 99 325-344.

Kubler-Ross, E.: **On Death and Dying**. Macmillan N.Y. 1969.

Tuttle D.W: **Self Esteem and Adjusting with Blindness** (2<sup>nd</sup> Ed.) Springfield, IL. Charles, C. Thomas Publisher, 1996.

Tuttle D.W & N.R : Tuttle D.W: **Self Esteem and Adjusting with Blindness** (3<sup>rd</sup> Ed.) Springfield, IL. Charles, C. Thomas Publisher, 2004.

8. מפגן אגוצנטריות, חסר וגישה כלפי אחרים, מפגן ביקורת קיצונית כדי להפסיק את המוקד ממנו ולהלא ואינו מסוגל להתפער במצבים קונפליקטואליים.

היכרות עם המצב הרגשי בשלבים השונים של האדם המתעורר או האדם העיוור מאפשרת למטרל התייחסות טיפולית תואמת, כדי להביא לשיפור רגשי ותפקודי, לשיקום בתחום החיים השונים ולהסתגלות טוביה יותר לעיוורון.

#### **ביבליוגרפיה:**

Arkoff, K.: **Adjustment and Mental Health** N.Y. Mc Graw-Hill, 1968.

Baumman, M.K.: Group differences disclosed by inventory items. **International Journal for Ed. Of the Blind**. 13: 101-106, 1964.

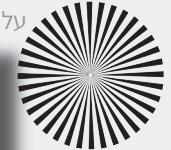
Carroll, J.J. **Blindness: What It Is, What It Does, and How to Live with It**. Boston, Little, Brown 1961.

Cholden, L. S.: **A Psychiatrist Work With Blindness**. N.Y. American Foundation for the Blind, 1958.

Dobson, J.: **What Wives Wish Their Husbands Knew About Women**. Wheaton, Tyndali, 1975.

Dodds, A.: **Rehabilitation Blind and Visually Impaired People, A Psychological Approach**. London, Chapman and Hall, 1993.





**דר' נעה  
וילצ'ינסקי  
המגמה  
לפסיכולוגיה  
שיקומית,  
מחלקה  
לפסיכולוגיה,  
אוניברסיטת  
בר אילן.  
והמכון למניעת  
ושיקום חולין  
לב, המחלקה  
הקרדיולוגית,  
בית חולים מאיר,  
כפר סבא.**

**בתכנית  
המאמר סייעו  
הסטודנטיות  
- ליאת זהה-  
פילדroman ולילר  
סיגאוני**

# פסיכולוגיה לבבית (פסיכורדיולוגיה) בשיקום לב בישראל תמונה מצב

עצמם, ליטול חלק בח' הקהילה, ככל שהדבר מותאפשר (WHO, 1993).

ארגון הבריאות העולמי מצבע על שלוש מטרות שיש לשיקום הקדאי:

**1)** מטרות רפואיות (מניעת תמותה קרדיאלית, הפחתת הסיכון להישנות מחלות לב)

**2)** מטרות פסיכולוגיות (تحقוקת הביטחון האישית של החולה, הפחתת חרדה ודיכאון, שיפור התמודדות עם דחק, שיפור בשביות הרצון הזוגית).

**3)** מטרות סוציאלי-אקונומיות (חזרה לעבודה, עצמאות בתפקידו היומיומי, צמצום הטיפול הרפואי, דוחים, שחזור מוגדם יותר מבית החולים, פחתת תרופות ופחות אשפוזים) (WHO, 1993).

תוכנית שיקום לחולי לב כוללת את המרכיבים הבאים: תרגולי התעמלות, ייעוץ תזונתי, העברת ידע, פיקוח רפואי, תמייחת סוציאלית ויעוץ פסיכולוגי (Kubzansky, Kawachi, Weiss & Sparrow, 1998). לתוכנית השיקום תרומה חשובה בתחוםים שונים, וכך (1998). שmidot ההענות לתוכנות עליה, כך תרומה חשובה בתחוםים המשמעותיים יותר. התוכנים המשופעים מתוכנית שיקום לחולי לב הם: תמותה מחלת לב, פיתוח סובלות לתרגול הפסיכולוגי, יכולות תפוקתיות, רמות שומננים בדם, לחץ דם, סימפטומים של כאבי חזח והפרעות שינה, ירידה במשקל, עישון, ירידה ברמות דחק, דיכאון, שיפור תפוקה חדה Eaker, Pinsky & Castelli, 1992; Sesso, (1996; Allan & Scheidt, 1996; Rozanski, 1996; Blumenthal & Kaplan, 1999; Van Jaarsveld et al, 2006).

בישראל פועלים מספר מרכזים לשיקום חול לב בהם פועלים פסיכולוגים שיקומיים ו רפואיים, כחלק אינטגרלי מהছאות הרוב מתקני היעד במקומות. כך למשל, בבית החולים תל השומר קיימות פעילות הענפה של סטודנטים ומתחמים שיקומיים רפואיים, תחת אחריותה של הפסיכולוגית השיקומית רבקה ויס. בבית החולים אלילוב פועל המטופלים נעימים לטיפול לאורך זמן. מרבה הצער, חוסר הענות כלפי הניה בעיה מרכזית במונעת וטיפול במקרים רבים של מנתה לחפקית גורמי סיכון הניטנים לשילטה, תהיה אפקטיבית רק אם המטופלים נעימים לטיפול לאורך זמן. מרבה הצער, חוסר הענות לטיפול הנה בעיה מרכזית במונעת וטיפול במקרים רבים של מנתה כאשר מצופה מהאדם לשנות את סגנון חייו באופן מושמעותי (Van Jaarsveld et al, 2006 ; Graves & Miller 2003).

בhocן שיקום קדאי קיים מאז שנות ה-50. בישראל, גוטניר (1955) הציג שיטת אימון לחולי לב, ואסף ממצאים מחקרים אודחות השיטה אל ה טיפול המבוסס בעיקר על גישות קוגניטיבית-התנהגותית דרכי חיים חדשנות, באמצעות שני הטענה ווכישת הרגלי חיים בראים יותר. ההשתתפות בתוכניות השיקום תורמת לידה משמעותית בתחלואה ובתמותה ממלחות לב וכן משפרת את הרוחה הנפשית בתגובה ההחלמה לאחר אירוע הלב (Denollet & Brutsaert, 2001).

המחללה לב רפואיים מחלתה לב תרומתה לתחלואה ותמותה בעולם המערבי, בייחוד במדינות המתוועשות. הערכה היא שבארצות הברית בלבד כ-14 מיליון בני אדם מחללה זו ומחלות לב מהוות במדינה זו גורם מות מספר אחד (Graves & Miller, 2003). ישראל מדורגת במקום התשיעי בעולם בדירוג מחלות הלב, עם מעלה משמעות במקומם התהוו עולה עם הגיל, כך שאצל גברים בני 40 עד 49 השכיחות היא כ-7% ובגילאים 50-59 עולה השכיחות עד ל-22%. בשני העשורים האחרונים הלהירה בתחלואה ובתמותה ממלחות לב איסכמיות, קרוב לוודאי עקב טיפול טוב יותר בגין סיכון וטיפול (לוטן ואלקלאן, 2006).

בעוד שקיים גורמי סיכון שונים נתנים לשילטה כגון גיל, מין והיסטוריה משפחתית, ישנו גורמי סיכון הניטנים לשילטה, כגון גורמי סיכון התנהגותיים (עשון, השמנת יתר, חוסר בפעילות גופנית), משתנים התנהגותיים ופסיכולוגיים עם הופעתן של מלחות לב כמו גם עם הישנות הסימפטומים בקרב אנשים שכבר חולמים במלחות לב. בין המסתנים הפסיכולוגיים ניתן למנות דחק, דיכאון, חרדה (Allan & Scheidt, 1996; Rozanski, 1996; Blumenthal & Kaplan, 1999; Van Jaarsveld et al, 2006).

כל שלאדם גורמי סיכון ובין יותר קר הסבירות שיחלה במחלה לב עולה באופן ממשמעותי. על כן, מידעות, ויסות, הערכתה ושינוי התנהגותי תואם, יכולים להפחית באופן משמעותי מלחות לב. יחד עם זאת, התערבות רפואיים והתנהגותית, המדרשת על מנת להפחית גורמי סיכון הניטנים לשילטה, תהיה אפקטיבית רק אם המטופלים נעימים לטיפול לאורך זמן. מרבה הצער, חוסר הענות לטיפול הנה בעיה מרכזית במונעת וטיפול במקרים רבים של מנתה כאשר מצופה מהאדם לשנות את סגנון חייו באופן מושמעותי (Van Jaarsveld et al, 2006 ; Graves & Miller 2003).

לצורך טיפול ומניעת מלחות לב נבנו תוכניות שיקום לב שמטרתן ללוות את המחלים מאיוע לבבי בהדרגה וכונה ובהתווית דרכי חיים חדשנות, באמצעות שני הטענה ווכישת הרגלי חיים בראים יותר. ההשתתפות בתוכניות השיקום תורמת לידה משמעותית בתחלואה ובתמותה ממלחות לב וכן משפרת את הרוחה הנפשית בתגובה

חולמים ששוחחו מבית החולים לאחר טיפול אקטואטי.

במהלך השנים המושג הורחב, בעקבות היבטים של מניעה שנויית, לגישה הוליסטית לשיקום קדאי: "שיקום קדאי", הינו סך כל הפעולות המדרשות בכדי להשפיע באופן הרצוי על הגורמים העומדים בסיסיסה של המחלה (השלכות תפוקתיות, נפשיות וחברתיות) בפרק

לפגישות ליצור קשר במייל: [noav@zahav.net.il](mailto:noav@zahav.net.il)  
שנה טובה ואל תיקחו יותר מידי ללב...

## **ביבליוגרפיה:**

לוטון, ח„, ואלקליי, ר. (2006). מחלת לב איסכמית. בתוך:  
בןחוריין, ר. ג'אהר, ח, לוטן ו. קרון (עורכים), **פרקם בקבידתילוגיה** (עמ' 139-131). ירושלים, בית הספר לרפואה.

לוי, מ., ודברי, א. (1998). **רפואה הלב – מניעת מחלות לב, ריאפי ונינוחים**. אור עם.

Allan, R., & Scheidt, S. (1996). Heart and Mind: The practice of cardiac psychology. Washington: American Psychological Association.

Denollet, J., & Brutsaert, D. L. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in: **Coronary heart disease: Nine-year mortality in a clinical trial of rehabilitation**. *Circulation*, 104, 2018-2023.

Dorian B. & Taylor, C. B. (1984) Stress factor in the development of coronary artery disease. **Journal of Occupational Medicine**, 26, 747-756.

Eaker, E. D., Pinsky, J., & Castelli W. P. (1992). Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20-years follow-up of women in The Framingham Study. **American Journal of Epidemiology**, 135, 854-864.

Graves, K. D. & Miller, P.M. (2003). Behavioral medicine in prevention and treatment of cardiovascular disease. **Behavior modification**, 27, 3-26.

Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Weiss, S. T., & Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 47-58.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.

Van Jaarsveld, C. H. M., Ranchor, A. V., Kempen, G. I. J. M., Coyne, J. C., Van Veldhuisen, D. J. & Sanderman, R. (2006). Epidemiology of heart failure in a community-based study of subjects aged  $\geq 57$  years: Incidence and long-term survival. *The European Journal of Heart Failure*, 8, 23-30.

על מנת לשלוט במחלה, צריך חוליה הלב לשנות את אופחות חייו. שינויים אלו כוללים הפסכות עישון, שינוי הרגלי אכילה ומעבר מרוביצה פסיבית לפעילות ספורטיבית. שינויים אלו, בריאם וחשובים ככל שיופיעו, אינם פשוטים לישום עבור מרבית החולים. חלק מהטיפול הפסיכולוגי הרלוונטי בשיקום הלב מכון להתמודדות עם הקשי שבסינוי הריגלים אלו. גם בתחום זה הטיפולים מחיברים גמישות שכן חולמים מסוימים נתרמים לטיפול התנהגו כגן ניהול יומני מעקב אחריהם, בעוד שאחרים מדרשים להתמודד עם קוגניטיבים מודחקים, אכילה, ועוד שאלות אחרות מדרישות לא בריאה כגון עישון או אכילת יתר. שמתבטים באמון בהתנהגות לא בריאה כגון גן יתירה. חולמים אלו נתרמים יותר לטיפול באוריינטציה דואלית.

לפסיכולוגים השיקומיים תפקיד משמעותי בשיקום הלב. בוא בא לידי בטוי בתיווך בין החולה למערכת על ידי יציאג החולה וצריכו בשיבות צוות, וגישור בין הוצאות הרפואה לחולה בעת הצורך. כמו כן, הפסיכולוגים מהווים אוזן קשחתה עבור הוצאות הרפואית המתוכננת יומ-ים עם החולה והקושי המתלוים לעובדה עם אנשים החולים במחלה.

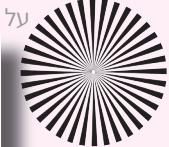
עוד מבחןינו מערכתי, מוסכ דגש רב על טיפול בבני משפה ופרט בבן או בת הזוג. לחוב, בני הזוג מבטאים מצוקה משמעויות, וokinokim לעזרה פסיכולוגית דחופה, אף יותר מהחולם עצםם. בני הזוג מוחווים גם הם, סוכן משמעויות בתהיליך של שינוי (מושלמים או לתי מושלמים) ברגלי חית' ממשתקה.

הטיפול הפסיכולוגי הענף מתבסס על המחקר הרוב בתחום הפסיכולוגיה החקידלית באירופה והארה"ב, כאשר גם חוקרים ישראלים תורמים תרומה משמעותית לגוף הדעת בתחום. כך למשל פרופ' שמואל מלמד מאוניברסיטת תל אביב פרסם בשנת Psychological Bulletin שעבירה אמר בכתבה העת היוקרתית: **הפסיכולוגיה של חווית חוויה בקשרו לחוויה וסבירו למחלתה לב'**.

מהמכללה האקדמית תל אביב-יפו פרסמה מאמרים בתחום, כך גם דר' יעל בינימני – אף היא מהמכללה האקדמית תל אביב-יפו, שקרה תופסות של מחלת הלב אצל חולמים ובני זוגם. דר' קרייט גינבווג מאוניברסיטת תל אביב הראתה, (בין השאר), כי ניצולי אוטם שריר הלב מושאים שכיחות של הפרעה פוטט טראומטית בדומה לכך לאחורי ההפרעה בקרב ניצולי טראומות מסוימות. נמצא שמצוק את ההנחה שמודול הטריאומה מתאים לתיאור והסתגלות לאוטם שריר הלב. במחלקה החקידולוגית בבית חולים מאיר, פועלת מעבדת מחקר פסico – קרייטלי בה נחקרה מידת ההשפעה של תמיcit בת הזוג על שיקומו הפיזי והנפשי של חוליה הלב. המעבדה תתמקד בשנים הבאות במחקר של אוכלוסיות פגעות במיוחד למחלות הלב, שטרם נחקרו דיין בארץ: ערבי' ישראל ובניהם של חולוי הלב. בגיןו זה, מוצגות סקירות של שתי עבודות המתוכננות להתחילה בקרוב שנכתבו על ידי הפסיכולוגיות במכון.

פריחת הפסיכולוגיה הלכנית בארץ הובילה השנה להקמתו של פורום הפסיכולוגים הלכניים' בו חברים כולם : רבקה ויס, אמריך צץ, דינה רבי, גלי הלינגר, קרן נודלמן, אפרת שלוי, מרק שרמן, מרק אלכסנדר, עדנה טוקטלי ודרכ' נהעה וילצ'ינסקי. מטרות הפורום הנחוכיות כוללות למידה והעשרה הדידית, לשם פיתוח תוכניות התערבות תלונוניות למתחם. מטרה נוספת היא תמקצעות ושימירה על איצות טיפול גבואה ובסיסת ראיות. הפורום פונה בחריאה לפסיכולוגים העוסקים בתחום ומעוניינים להציג

<sup>1</sup> Melamed, S., et al. (2006). Burnout and risk of Cardiovascular Disease. *Psychological Bulletin*, 68, 683-689.



## מחלת לב בקרב ערבי ישראלי האם הפסיכולוגיה תסביר את המצב?

### ■ גלי הלינגר

מחקרדים רבים נעשו בתחום, מצבעים על ההשלכות השונות של כל רגש, בעיקר בכל הנוגע למוטיבציה והסתגלות. נמצא כי בשעה גורמת להסתיר, להכחיא ולהקטין את מעורבותנו ואחריותנו, במצבים בהם אנו נЄשלים, או גורמים מתקן. לעומת זאת, אשמה תיזור תחושת אחריות, ותוביל לניסיונות אקטיביים לתוךן, לפצצות ולחקות אחריות לגבי העתיד, לקבל את חוקי השכר והעונש ולשקם את הרוס שנגרם. בשל השלכות אלה, רגש האשמה מסתמן כרגש עיל יוּתָר לרווחת האדם. מעבר לכך, נמצא כי לחוב האנשים יש יכולת לחות גם בשעה גם אשמה בנסיבות שונות בחיהם. נראה כי בסיטואציות שליליות דומות, יש אנשים בעלי נטייה לחות אשמה (בנוגע להתנהגות ספציפית) בעודם שאחרים הם בעלי נטייה לחות בשעה (בנוגע לעצמים כלוי). ولكن ישנים הבדלים אינדייבידואליים יציבים בדרגה שבה אנשים נוטים לבושה או לאשמה.

שאלון ה-TOSCA (the Test of Self-Conscious Affect) פותח על-מנת למדוד נטייה אישיותית לבושה או לאשמה (Tangney 1989). מחקרים שונים הצבעו על כך שנטיה לבושה קשורה יותר לככלת לקויה באופטיקה, עזינות וכעס, אסטרטגיות ניהול כעס לקוות וקושי לעמוד בזמנים מסוימים. לעומת זאת, הנוטים לאשמה, היו קשורים יותר לנטייה לחשוך על הבעה, עם האדם שרגש של בשעה מונע סוג זהה של תיקון. כתוצאה מהבדלים הללו, נוצרו שני ממשמעויות בתורות הרגשות גם לרוחות האדם החוווה אותן ולהשלכותיהן על מצבו הנפשי.

מטרת המחקר הנוכחי להבהיר את הפער בין יהודים לערבים, בהתנהגות שיקומית לאחרר מחלת לב. זאת בהסתמך על המודל התיאורטי של רגשות הבושה והאשמה. המחקר הנוכחי יתמקד בקשר בין בשעה ואשמה בקרב אוכלוסייה של ערבים ויהודים בין העונות התנהגותיות לשינוי באורח החיים לאחר אירוע הלב (ירידה במשקל, הפסיקת עישון, פניה לתוכנית שיקום, פעילות ספורטיבית, חזרה לעבודה), ומודדים של מצוקה נפשית.

הבדלים אלו יושבו במערכות משתנה הבושה-אשמה.

למרות התרונות הרבים של תוכניות לשיקום הלב, שייעורי השתתפות בתוכניות אלו נמצאים יחסית בישראל. מוגמה זו מסתממת בעיקר בקרב האוכלוסייה הערבית, שייעורי התחלואה והתמודה ממחלות לב בקרב גבירה, גבוה במעטם שלוש משיעורי התמודה והחלואה בקרב הגברים היהודים בישראל. ההסבר הראשון שניתן לפערים אלה בעז בא-ימן הודות לחשיבותם של חוקת החוק שווה, בכל תחומי החיים בישראל. אולם, גם לאחר חוקת החוק לבירות ממלכתיות, שנעד לצמצם פערים בהזדמנויות לקבלת שירותים רפואיים, נשמרו פערים דומים (וזאת על-אף שפערים בתמודה ובחלואה ממחלות אחרות הצטמצמו). מעבר לכך, נמצא שלא קיימים פערים בין שני המגזרים בזען ובמודעות לגורמי סיכון למחלות לב וכלי-דם, אך בכל הנוגע להיענות לטיפול ולשינוי באורח החיים, לפניו ואחריו ארוע לב מכל סוג שהוא (בעיקר השמנה, שעון ותיר לחץ דם) קיימים עדין פערים גדולים. שייעורי התחלואה והתמודה הגבוהים כל קר מגזר הערבי, למרות השיפור בתנאי מערכת הבריאות והמודעות הדומה לגורמי הסיכון, מעלים שאליה לגבי מעורבותם של משתנים תרבותיים ופסיכולוגיים, שייתכן ומשפיעים על התמודדותם עם מחלות הלב.

אחד המאפיינים התרבותיים הבולטים בחברה הערבית המוסלמית הוא העדפת שימור הקשרים המשפחתיים וההתנהגות הקולקטיביטית על פני אוריינטציות והתנהגויות אינדייבידואלייטיות. הסבר תיאורטי שניתן ליכולת לשמור את הקוקלטיביזם, הוא בכך שהחברה הערבית מאופיינת במוטיב מרכזי של בשעה. הפחד מבושה בקרב ערבים גדול כל-כך בגין ההזדהות הגדולה בין האינדייבידואל לקובוצה, דבר שקיים פחות בחברות מערביות. על פי השקפה זו, סביר כי כל אפשרות לכישלון בכל תחום שהוא, תעורר בקרב האדם היהודי אימה שתובול בעקבותיה לתחשות בשעה. באופן טبعי, אימה זו עלולה להרטיע אותו מלחת על עצמו את האחריות למחלה, על מנת לא לעורר את תחושות הבושה. פגיעות למחלה כלשהי, הנחוות כישלון, עלולה לעורר את רגש הבושה, שכן היא מזכירה לאדם את מגבלותיו ואת חוסר שליטה בסיטואציה. ההנחה אם כן, היא כי אדם عربي שנוטה לבושה, יחוות רגש זה בגין שעת בעקבות טיפול הרצוי. יתרון לכך הוא יחוות הבושה תשפי על אופן התמודדותו. סביר כי אדם זה יעדיף להסתתר בביטו, ימנע מגע עם גופאים ומטפלים אחרים, ויסמוך על סביבתו הקרויה שתעניק לו את הטיפול הרצוי. יתרון כי כתוצאה לכך הוא יחוות את חומרת המצב, ימנע מלחת אחריות ולא ינסה לשנות את אורח חייו. לעומת זאת, רגש שלם תאפשרו לאוּתָר לחשוך את העונות התנהגותיות של השינוי באורח החיים, ושמודדי ההחלמה על מנת החבורה הערבית מתאפשרת יותר ברגש האשמה, רגש המפתח בחברות יהודיות מודפסת יותר את התפתחות ה"סופר-אגו" בתהליכי החיבור שלן.

בושים ואשמה מתוארות בספרות כ"רגשות מסוימים" המרטינים התנהגות חברתית לא רציה ומעודדים התנהגות מסוימת.

**גלי הלינגר,  
MASTERNITY  
בפסיכולוגיה,  
שיקומית,  
המחלקה  
לפסיכולוגיה,  
אוניברסיטת בר  
אילן. ומתחמה  
בפסיכולוגיה,  
שיקומית,  
המכון ל민עה  
ושיקום חולין  
לב, המחלקה  
הקדROLוגית,  
בית חולים  
מאיר, כפר  
סבא.**

**הסביר תיאורטי  
שניתן ליכולה  
לשמר את  
הkokkultivizm,  
הוא בכאן  
שהחברה  
הערבית  
מאופיינת  
במוחטב מרכדי  
של בשעה.  
הפחד מבושה  
בקרב ערבים  
גודול כל-כך  
בגלל ההבדלות  
הגדולה בין  
האינדייבידואל  
לקבוצה,  
דבר שקיים  
פחות בחברות  
מערבית**

\* מאמר זה מתאר את הרצונאל המחקרי של עבודת התיזה של הכותבת, אשר נמצאת בשלב איסוף הנתונים. העבודה מונחת על ידי ד"ר נעה וילצ'נסקי, מהמחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן.

**קָרְנוֹ נַדְלָמָן,**  
**דוֹקְטוּרֶנְטִית**  
**לְפִסְיּוֹלוֹגִיהּ**  
**שִׁיקּוּמִית,**  
**הַמְּחַלְקָה**  
**לְפִסְיּוֹלוֹגִיהּ**  
**אוֹנוֹבְּרִיסְטִיטַת**  
**בָּרְ אַילְן.**  
**וּמִכְּנָן**  
**לְמִנְיָהּ**  
**וּשְׁיקּוּם חֻולִי**  
**לְבָבּ הַמְּחַלְקָה**  
**הַקְּרִידְיוֹלּוֹגִיהּ,**  
**בֵּיתּ חֻולִים**  
**מַאֲירָ, כָּפָר**  
**סָבָא.**

הLINK להלכה בה. בעקבות הממצאים הסותרים במחקריהם שנסקרו, באשר למצוקה נפשית של ילדים להורים החולים במחלה כרונית, נרצה לבדוק האם מחלת לב של ההורה תועור בהכרת מצוקה אצל הילד. בנוסף, נרצה לבחון האם משתנים אישיותיים של הילך, כמו ביטחון בהתקשרות, ימתנו את הקשר בין מחלת ההורה למצוקתו. על פי (Rolland 1999), מחלת כרונית מושכת את המשפחה לעבר ליפוי ועזרה הדידית. כמו כן, במחקר של (Packenham et al 2006) נמצא דווחים על רמות גבוהות יותר של דאגה ואחריות בקרב ילדים להורים עם מחלות, בהשוואה לילדים להורים בריאים. בהבמס על ספורט זו, במחקר הנכuchi נושא כי למחלת לב של ההורה תהיה השפעה גם על הנוכחות של ילדו לתמוך בהורה ובמשפחה. נרצה לבחון באיזה אופן תמכה זו תבוא לידי ביטוי, והאם גם כאן משתנים אישיותיים של הילד ימתנו את הקשה. לבסוף, עקב היותם של ילדים לחולי לב בקבוצות סיכון למחלות לב, ولو רק בגלל גורם הסיכון התורשתי של מחלות לב (Agarwal, 2001), נרצה לבחון האם עצם ההיחשפות למחלת לב יוצרת שינויים באורח החיים בכיוון של מניעת מחלת לב.

### **ביבליוגרפיה:**

- Agarwal, D. P. (2001). Genetic predisposition to cardiovascular diseases. *Indian Journal of Human Genetics*, 1(4), 233-241.
- Aldridge, J. and Becker, S. (1999). Children as carers: the impact of parental illness and disability on children's caring roles. *Journal of Family Therapy*, 21, 303-320.
- Korneluk, Y.G. and Lee, C.M.(1998). Children's adjustment to parental physical illness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 179-191.
- Langer, N.R., Rowe, P.C. and Davies, R. (1994) The next generation: Poor compliance with risk factor guidelines in the children of parents with premature coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 84, 68-71.
- Meyerovitch, J., Shpilberg, O., Karkm J.D., Huerta, M., Grotto, I. (2003) Relation of parental history of coronary heart disease to obesity in young adults. *International Journal of Obesity*, 27, 362-368.
- O'Neil, J.N., Emery, C.F. (2002). Psychosocial vulnerability, hostility, and family history of coronary heart disease among male and female college students. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 17-36.
- Packenham, K.I., Bursnall, S., Chiu, J., Cannon, T. and Okochi, M. (2006) The psychosocial impact of caregiving on young people who have a parent with an illness or disability: comparisons between young caregivers and noncaregivers. *Rehabilitation Psychology*, 51, 113-126.

### **מביעה טרומן ראשונית**

#### **התמקדות טיפולית בילדים הבוגרים של חולן הלב**

#### **מחקר ראשון בישראל\***

##### **■ קָרְנוֹ נַדְלָמָן**

קיים מעט מאוד חומר מחקרי, עוסק ילדים להורים החולים במחלות לב. המחקר הנוכחי מותמקד בעיקר בגורם הסיכון למחלה. כך למשל, מחקר על ילדים מעל גיל 16 להורים עם מחלת לב מצא כי ל-75% מהם יש לפחות עוד גורם סיכון למחלה (Langner, Rowe and Davies, 1994). באותו זמן נמצא כי ילדים להורים עם מחלת לב יעדו על גורמי סיכון למחלה כמו עישון ותזונה, אך מעתים הראו ייעוד גורמי סיכון למחלה כמו עישון ותזונה, אך מעתים הראו מודעות לגופם התוושה כגורם סיכון. מחקר שבchan תלמידים בקולג' באירה"ב לא מצא קשר בין היסטורייה משפחתיות של תלמידות לב ליענות או סובביה משפחתית. עם זאת המחקר מצא כי תלמידים עם היסטורייה משפחתיות של מחלת לב דווחו על פחות שביעות רצון מתמייה חברתיות (O'Neil and Emery, 2002).

בארץ, מחקר של Meyerovitch, Shpilberg, Kark, Huerta & Grotto (2003) מצא קשר בין השמנה לבני קיומה של מחלת לב אצל ההורה, בקרוב מדגם של חילילם בצה"ל.

במחקר הנוכחי נרצה להתמקד בבחינת מחלת לב של הורה והשפעותיה האפשריות על הילד הבוגר. מעבר להשפעות של מחלת לב משפחה וביחד על ילדו של החולה כפי שנשקרו לעיל, ככליה עלי המשפחה וביחד על ילדו של החולה כפי שנשקרו לעיל, במחלות לב נמצא מרכיב משפחתי. פירוש הדבר הוא כי הופעת מחלת לב אצל הורה משמעותה בהכרח כי ילדו נמצא בקבוצת סיכון למחלות לב בעתיד – אם בכלל גנטיקה ואם בגלל הסביבה והתנאיות הריאות מסוימות (Agarwal, 2001). דורך חולים במחלות לב ניתן להגעה בעצם לאוכלוסייה בסיכון למחלות לב – ילדים של החולים יתכן, שעיל ידי בדיקת מאפיין הילדים הבוגרים והשפעות מחלת ההורה על הילד הבוגר, ניתן יהיה לתכנן התערבותות מתאימות למניעת אוכלוסייה זו.

חשיבות האדם הלוכה בה, מחלות הלב גבות גם מחור כלכלי וקר. מבחינת האדם הלוכה בה, מחלות הלב גבות גם מחור כלכלי וקר. כמו עישון והשמנה, ניתנים לשינוי. בנוסף למוחור של המחלה ע"פ AHA (2007) הערכת העולות של מחלות לב היא מעל 140 מיליון דולר בשנת 2006: 75 מיליון דולר על הוצאות שירותי כהן רפואי ותרופות, ו 67 מיליון דולר על הוצאות עקיפות כמו טיפול בכוח העבודה. לצורך השוואה, הערכות AHA מ-2004 הן שההוצאות על כל סוג מחלת הסרטן יחד הגיעו ל-190 מיליון דולר, הוצאות שירותי עקיפות.

סיכום גורמי הסיכון למחלות לב באוכלוסייה היא גבואה. במחקר שנערך בישראל בקשר כ-25,000 חילילם נמצא כי כבר בגילאים צעירים (25-34) מעל 50% מהמשתתפים הראו לפחות שני גורמי סיכון למחלות לב, הניטנים לשינוי (Tekes-Manova, et al, 2006).

### **השיעורת באשר להשפעת המחלה על הילד הבוגר:**

כאמור, מחלת לב של הורה, כמחלה כרונית המשפיעה על תפוקוד המשפחה והילד, עשויה להשפיע בדריכים שונים על ילדו של האדם

\* מאמר זה מתאר חלק מהמחקרון המקורי של פרופ' מיריו מיקולינסקי מבית הספר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי בהרצליה ודי' געה וילצ'נסקי, מהמחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר אילן.



Patterson, J.M. and Garwick, A.W. (1994). The impact of chronic illness on families: A family systems perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 131-142.

Pedersen, S. and Revenson, T.A. (2005). Parental illness, family functioning, and adolescent well-being: A family ecology framework to guide research. *Journal of Family Psychology*, 19, 404-409.

Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21, 242-266.

Tekes-Manova, D. Israeli, E., Shochat, T., Swartzon, M., Gordon, S., Heruti, R., Ashkenazi, I. and Justo, D. (2006) The prevalence of reversible cardiovascular risk factors in Israelis aged 25-55 years. *IMAJ*, 8, 527-531.

חדש!

## קטלוג כל' טיפול

### לקליניקה הפרטית ולמוסדות

קטלוג חדש של סיקטק המרחיב ומשלים את היצע כל' האבחון שלנו. מכיל מגוון כלים כגון קלפי טיפול, משחקי שפה, כלים לדיבוב רגשי, משחקי התפתחות ועזרים שונים.

מיועד לפסיכולוגים, פסיכותרפיסטים, קלינאי תקשורת, רפואיים בעיסוק ומטפלים שונים.

כל' אבחון  
וטיפול  
למקצועות  
בריאות הנפש

**סיקטק**  
בע"מ

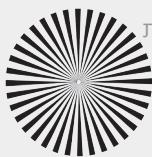


טלפון: 02-6435360 פקס: 02-

הנרייטה סאלד 204 ירושלים 91262

[www.psychtech.co.il](http://www.psychtech.co.il)

צרו איתנו קשר - ואנו נשלח אותו אליכם!



# шиיקום פסיכיאטרי והפסיכולוגיה: מתקווה להחלמה

**פרופ' דוד דיעת**  
הrough בבריאות  
נפש קהילתית,  
הrough הרוחה  
למדייניות  
והבריאות, אונ'  
הrough חיפה

**פרופ' שלמה קרביץ**  
הrough קהילתית  
לפסיכולוגיה,  
מגמה שיקומית,  
אונ' בר-אילן

**ד"ר אילנית חסונ-அஒஹியன்**  
הrough קהילתית  
לפסיכולוגיה,  
מגמה שיקומית,  
אונ' בר-אילן

(בעיקר מחלת הסכיזופרניה), וכי בין 25% ל-65% מקרב משתתפי המלחים הרואו החלמה חלקית או מלאה מהסימפטומים של Harding, Zubin & Strauss, 1992; Hopper, Harrison, Jamca & Sartorius, 2007 נקודת מפנה חשובה בתפיסה ובמבנה של מחלות פסיכיאטריות, אשר נתפסו עד אז כמחלות אשר מתאפיינות במחלת פרגוטיסטי, ובפסיכי החלמה נמוכים מאוד.

במקביל למצאים המחקרים, שהתבססו על שיטות מחקר המקובלות, צמחה ספרות המבוססת על עדויות וסיפורים אישיים של מתמודדים, אשר לעתים השפיעה אף יותר מהמחקר האמפיריו על ההבנה של תהליכי החלמה ממחלות פסיכיאטריות. העדריון על הטענה של תהליכי החלמה ממחלות פסיכיאטריות.

בדוחות ובסיפורים אלה תיארו המתמודדים את המשע שלהם

לחיים מספקים ומלאים - המשע להחלמה.

בנוסף להתרפות הספורות המבוססת על עדויות וסיפורים אישיים, בשנות ה-80 של המאה הקודמת החלוআকাশি سنגורו ורשותם בתחום בריאות הנפש על ידי אנשים שכינו עצמם מאוחר יותר כפסיכיניטים (Psychiatric Ex-patients), ניצולים פסיכיאטריים לשעבר(Ex-patients) (Zipple, 2004; Carling, 1992; Wong & Solomon, 2002). העדריון המנחה שהוביל את ההתרפות של שירות בריאות הנפש התבבס על גישת החלמה והחלה החברתי של מתמודדים, תוך קידום זכויות האדם שלהם, העצמתם, ושיתופם בקבלת החלטות הנוגעות לטיפול ולקביעת מטרות חייהם (et al., 2005). עיקרון נוסף שהשור לערכיהם אלה של החלמה, הוא שימוש של מודל של התערבויות המבוסס על ראיות כחלק אינטגרלי מהшибורות הניתנות למתחודים. התערבויות מובוססות על ראיות הן התערבויות שעילוון הוכחה במחקרים (Roe, Hasson-Ohayon, Lachman & Kravetz, 2007).

במאמר זה נסקור בקצרה מספר התרומות מרכזיות בתחום

השייקום הפסיכיאטרי וכן בדיון בתקפז הפוטנציאלי של הפסיכיאטראות ית בתחום חשוב זה.

**פרופ' דוד דיעת, פרופ' שלמה קרביץ וד"ר אילנית חסונ-அஒஹியன்**

במהלך העשור האחרון חלה התרפות מושמעות בשירותי הטיפול והשיקום הניתנים לאנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות (להלן: מתמודדים). התרפות זו הינה תוצאה של שינויים קונספטואליים בהגדרת מוחון של מחלות פסיכיאטריות ופסיכי החלמה מהן, מצאי מחקרים המצביעים על יכולות פסיכיאטריות מתמודדים להשתלב בתחום החיים, שני מדריכות המדגימים נורמטיבות וחימם בקהילה, ופעילות ענפה של תנועת הצרכנים ושל בעלי עין נספים כגון בני משפחה, בתחום בריאות הנפש.

השירותים שהתרפתחו בעשור האחרון הם מכון החלמה (למן ורעה, 2003) ושימים דגש על שילוב קהילתי של מתמודדים, בגין לגישה שרוחה עד כה, ואשר דגלה ב"שמור ותחזקה של Bond, Salyers, Rollins, Rapp, & (2004; Carling, 1992; Wong & Solomon, 2002). העדריון המנחה שהוביל את ההתרפות של שירות בריאות הנפש התבבס על גישת החלמה והחלה החברתי של מתמודדים, תוך קידום זכויות האדם שלהם, העצמתם, ושיתופם בקבלת החלטות הנוגעות לטיפול ולקביעת מטרות חייהם (et al., 2005). עיקרון נוסף שהשור לערכיהם אלה של החלמה, הוא שימוש של מודל של התערבויות המבוסס על ראיות כחלק אינטגרלי מהшибורות הניתנות למתחודים. התערבויות מובוססות על ראיות הן התערבויות שעילוון הוכחה במחקרים (Hasson-Ohayon, Lachman & Kravetz, 2007).

במאמר זה נסקור בקצרה מספר התרומות מרכזיות בתחום

## התרומות מרכזיות בתחום השיקום

### הפסיכיאטראות

תחום השיקום הפסיכיאטרי התרפה בשנים האחרונות בקצב מהיר. (Farkas, 1999) ישן הגדרות רבות למונח שיקום פסיכיאטראות, אך הוא מתייחס בעיקר להטאה וליחסם של עקרונות ושיטות התערבות שיקומית, שפותחו במשך שנים לשיער לאנשים עם נכויות פיזיות ולאלה המתמודדים עם נכויות פסיכיאטריות (Bond & Resnick, 2000). יעד מרכחי של השיקום הפסיכיאטרי הינו יצירת תנאים שיאפשרו למתחודים לקבל הזדמנויות לעבוד ולהיות בקהילה, להנות מחוי חברה אובייה מכבדת ותומכת, ולרכוש מיומנויות, כישורים ותמייה, אשר יאפשרו להם להשיג את מטרות חייהם תוך קידום תהליך החלמתם. יעד זה של השיקום הפסיכיאטרי משקף את השינוי שחל במטרות הטיפול בתחום בריאות הנפש בעשורים האחרונים, מהഫחת סימפטומים ומינית אשפוזים חזרים להגברת איכות החיים, שילוב בקהילה וקיים החלמה של מתמודדים.

שילוב של מספר גורמים ממשמעותם השפיע על השינוי הדramatic שתואר לעיל. אחד מקורות ההשפעה החשובים ביותר הגיע מתחום המחקר בבריאות הנפש, במיוחד בזאת שבה שנגע לטיסכוי השירותי השיקום קהילתיים, אשר מסווגים למתחודים המוכרים על ידי הביטוח הלאומי כבעלי נוכחות לפחות 40%. השירותי השיקום נבנעם על ידי צוות מקצועי בהתאם לצרכים הפרטניים של המתמודדים רובהם אישור של ועדות שיקום אזרחיות, קיימת הטרוגניות רבה במהלך המחלות הפסיכיאטריות הקשות

(פרקטיקום) בתחום של שיקום פסיכיאטרי, לאחר סיום לימודיהם האקדמיים והמקצועיים, אחדים מהם מעסיקים نفسיכולוגים במיעוטם לשיקום פסיכיאטרי. למרות זאת, מספר הפסיכולוגים השיקומיים המתמחים בשיקום פסיכיאטרי קטן יחסית למספר הפסיכולוגים השיקומיים המתמחים במחלקות העוסקות בשיקום של אנשים המתמודדים עם נוכחות פיזיות. בדומה למצוב בישראל, גם בארה"ב בולטת היידה באחוז האחוזים המעורבים במתן שירותים לאנשים עם הפרעות נפשיות קשות כמו גם יציגם הקטן בתחום לעומת דיספיליניות אחרות *et al* Duffy (2002). למרות זאת, שנה הקרה בפסיכיאטרי של הפסיכולוג למלא תפקיד מרכז בפיתוח, קידום וטיפול שירותי שיקום פסיכיאטרי (Roe, Yanos & Lysaker, 2006) ואופטימיות האmericאי (Levant, 2005), אשר טען כי לפסיכולוגים כישורים זו באה לאחרונה לידי ביטוי בדבריו של נשיא ארגון הפסיכולוגים ייחודיים המאפשרים להם להוביל פרויקטים לאומניים המתקדמים החالמה וחלוקת קהילתית של המתמודדים, כפי שהשתקף באמנה New Freedom Commission (DHHS, 1999; DHHS, 2003; report, 2005 report) ומתקנות אחרים (DHHS, 2005). בשורות הבאות נציג מספר כישורים ומიומניות המבוחנים בעינינו את הפסיכולוגים משר נוטני השירותים בתחום, אשר עשויים לתורם לשירותי השיקום למתחדים, ובturn כך לתהילר השיקום והחלהמה שלהם.

**1.** גישו בין המחקר לפרקטייה. עדויות מחקריות רבות מהעת האחרונה מצביעות על כך שקיימות התערבותיות עילית בתחום השיקום הפסיכיאטרי, אך עדין ישנו פער בין השירותים האלה, המומליצים על ידי הספרות המקראית, לבין השירותים הנוכחיים בפועל למתחדים ולכבי משפחותיהם (Corrigan *et al.*, 2001; Drake *et al.*, 2001; Torrey *et al.*, 2001). בניסיון להתחקות אחר פער זה, ולהבין מדוע התערבותיות שנמצאה ייעילות במחקריהם השונים אין מישימות בשיטת, קorigan וחברי (Corrigan *et al.*, 2001) הדגישו את תפקידם של מכתשים בדרך לישום התערבותיות המבוססת על ראיות, אשר כוללים, בין השאר, התנגדות בקשר לצוותים המaceutיים ומנהלי המוסדות המספקים את השירותים לשינוי, התנגדות הנובעת בעיקר מחוسر הבנה של המחקר ומשמעותו. בהמשך לכך, יאנוס ויזוניס (Yanos & Ziedonis, 2006) ובReLU אורינטציה של שיקום וה עצמה של צרכני בריאות הנפש, עשויים לסייע בקשר בין עולם הפרקטייה. למשל, מגזרים אלה, אשר נמצאים בקשר רציף עם עמיתיהם בפרקטייה, יכולים להעביר את חשיבות הפיתוח והישום של התערבותיות המבוססת על ראיות במסגרות הטיפול והשיקום השונות. בכרם הם עשויים לזרור הדדניות לשינוי בתפיסה של חלק מאנשי הצוות והמנהלים לגבי החשיבות שבמיעקב ובבחינה מתמודדת של תוכנות ההתערבות, תוך הדגשת החשיבות בשיטתיות שההעברת התערבות ובאנטוגנזה (Fidelity) למודול ההתערבות שהם מעבירים. משימות הקשותות לתקן הגישור יכולות לכלול אימוץ של מודלים של התערבות מובנית, הקשר והדרכה של הצוות המסייע את מודול ההתערבות (יצאג בתר פירוט בהמשך), פיקוח על איסוף הנתונים, וניתוח מודיע התוצאה של ההתערבותות.

הdoneות בתוכניות השיקום הפרטניות ובהתאמתם לצרכי המתמודדים ובמי משפחתו. בנוסף, מוגדרים מנגנוןים לקביעת התאמתם של המתמודדים לשירותים שונים ולশמירה על יישום החקיקה. סל השירותי השיקום כולל שירותים בתחום הטעסוקה, הדיוו, החינוך, פנאי וחברה, התחום המשפחתי, תחום רפואי השנים ותחום טיפול הסטט. המכורה השיקומיות של המנגנון, שנוצר בעקבות יזום חוק השיקום היא שבאמצעות השירותי השיקום המתמודדים קיבלו סיוע, וביחד עם צוותי השיקום יכולו להתגבר על המכתשים החסכניים את דרכם למשאבים הפיזיים והחברתיים הדורשים להם בהשגת מטרות חיים ובקיים אינטח חיים. בנוסף, זהה הפעם הראושונה שבה למתמודדים יש אפשרות ולגיומיצה להגדר ולבנות בחד עם הצוות השיקומי את תוכנית השיקום הפרטנית המותאמת להם – תוכנית שיקומית המבatta את המטרות הספציפיות שהם מציבים לעצם בתחום החיים השונים. לבסוף, העשור האחרון התאפיין בתריריה לחיות ויישום של התערבותיות אשר הוכחו כיעילות באמצעות מחקרים קפדיים (Roe *et al.*, 2007). חלק מהתערבותיות אלה נכללו בסל השירותים הנוכחיים מכוח חוק השיקום, חלקם יישמו באופן חלק וחלקם באופן מלא (רואה, חסן-אוחיון, לכנן וקרבאי, 2006). לאחרונה נספרו התערבותיות אשר לא יישמו בעבר במערכת השיקום בישראל, דוגמת התערבות פסיכו-חינוכית למשפחות של מתחדים, והתערבות של נהלו מחלקה (IMR- Illness Management and Recovery) Roe *et al.*, 2007b; Hasson-Ohayon, Roe & Kravetz, in press).

## תקידי השיקום הפסיכיאטרי בתחום השיקום הפסיכיאטרי

אחד העידם של הפסיכולוגיה מאז יסודה כמקצוע בישראל היה עבודה טיפולית למען רווחתם של המתמודדים עם מחלות פסיכיאריות קשות וממושכות כגון סכיזופרניה, דיכאון-חר-קוטבי ודיכאון-חר-קוטבי. עבודה זו התקיימה בעיקר במסגרת של בתי חולים (פסיכיאטרים וככלים) או במסגרת אמבולטורית (מרפאות אזרחות לביראות נפש). אף על פי שהליך ניכר מהפסיכולוגים, אשר סיימו את התמחותם כפסיכולוגים קליניים, הועסקו על ידי משרד הבריאות במסגרת אליה, תפקודם התמקד בעיקר בהיבט הדיאגנוסטי ופחוות במסגרות אלה, תפקודם התמקד בעיקר מפרקם בלבד של בית הטיפול-שיקומי. כתוצאה לכך, מספר מצומצם בלבד של פסיכולוגים קליניים השתתפו ותרמו בתחום השיקום הפסיכיאטרי הקהילתי (דוגמיה בולטת ויצואת דופן הוא מר יחיאל שרשבסקי, ממונה השיקום במשרד הבריאות, פסיכולוג קליני, אשר חתום על התפתחות שירותי השיקום הקהילתיים למתמודדים בישראל במהלך 15 השנים האחרונות). גם כיום אחוז הפסיכולוגים הקליניים הבוחרים להתמחות ולבוד בתחום השיקום הפסיכיאטרי עדי נמוך. התורמה של הפסיכולוג המaceutי-טיפול לשיקום פסיכיאטרי, גדרה עם הייסוד של התמחותם בפסיכולוגיה שיקומית בישראל. כתוצאה מכך זה, קיימות מגמות לפסיכולוגיה שיקומית באוניברסיטת בר-אילן, באוניברסיטה העברית, במכלאת תל-אביב, ובמכללת יהודה ושומרון. תלמידי המגמות האלה לומדים על נוכחות פיזיות ועל נוכחות נפשיות, ומכאן שהם חסופים להתפתחויות החדשנות בתחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל ובעולם. חלק מתלמידי המגמות האלה משתמשים בקורסי "התנסות בשדה"

בשתח (Drake et al., 2001). לנוכח העובדה כי רמת ההשכלה, הכהשרה והניסיון של המטפלים בתחום השיקום הפסיכיאטרי מגוון מאוד, כולל אף אנשי שירותים בעלי השכלה תיכונית או בעלי תואר ראשון בלבד, לפסיקולוגים תפקוד פוטנציאלי חשוב בהבוללה, בהכשרה וביעוץ לאנשי השירות השיקומי, תוך מתן כלים וযְיָמִינּוֹת ליבת ההדרושים על מנת לספק שירותי המבוססים על ראיות ומכוון החלמה. פסיקולוגים עם ידע מוצק וכישוריםomi מזיהוי טיפוליות גבוהות, עשויים לסייע וברות לצוות השירות השיקומי ברכישת ובשימוש של כלים ויומנויות טיפוליות אלה, ובכך לפחות את יכולות השירותים הנינתנים למתחזדים ולבני משפחתם.

### **יעידוד פסיכולוגים למעורבות בתחום השיקום הפסיכיאטרי**

בעוד התפקידים הפוטנציאליים הייחודיים של הפסיכולוגים במוגרת השיקום הפסיכיאטרי עשויים לעורר עניין בקרב חלק מהדור הבא, ואולי אף הנוכחי, של הפסיכולוגים, אין ערבות כי הם יחלטו לעשות כן. לשון אחר, חווית הלימוד לפסיקולוגיה לסוגיה צטרכו לעשות מאצם מכoon על מנת לעניין וליצור מוטיבציה בקרב הסטודנטים, תוך הדגשת החשיבות והאפרוריות הרבות שבשבועה עם המתחזדים עם מחלות פסיכיאטריות קשות. מספר דרכים עשויות לסייע בידי אלה שבונים ומפתחים את תוכניות ההכשרה להוביל לכך שסטודנטים שלא תכננו להתמקצע בתחום השיקום הפסיכיאטרי, או לא ידעו על אפשרויות ההשתתפות בתחום זה, יפנו לכיוון זה. ראשית, הממציאות מראה כי המתחזדים סובלים מהסימפטומים המוגבלים והקשטים ביותר של המחלות הפסיכיאטריות, ולכן הם בדרך כלל זוקקים לשירותים האיךוטיים ביותר (Levant, 2006). החוויה המוסרי לפיו יש לסייע לאלה הסובלים ביותר מעורר יראה מחוד והתלבות לסייע מאייך, וכן עשו להשפיע על הסטודנטים בבואם להחליט בוגע לעתידם המזקיעי. שנית, ניתן ליצור התלהבות בקרב הסטודנטים על ידי הדגשת התפקיד הפעיל שלהם יכולים לקחת בשני פניה של מערכת הבריאות. חלק זה נוגע בעיקר לתפקידם כמגשרים בין המחבר לפרקטייה כפי שהוזכר לעיל. בסופ, המפגש הראשוני של הסטודנטים עם המתחזדים עלול לעורר מגוון רגשות וחששות בגין חוסר מסוגלות לסייע ולהתמודד עם הסיטואציה הטיפולית / שיקומית. لكن, להדרכה של צוות מומחה בתהילה ההכשרה תפקוד מכךיע במבנה הביטחון של הסטודנטים בעבודתם עם המתחזדים. זאת ועוד, הדרוכה תסייע לסטודנטים לעبور את שלב החששות הראשוני ותאפשר להם לראות את פוטנציאלית הצמיחה והשינוי אשר עשוי לצאת ממהköת אל הפעול, באמצעות ההתערבות השיקומית. הבנת הפוטנציאלי, תוך היכרות והتنסות ביישום התערבותות מול המתחזדים, עשויו ליצור מוטיבציה רבה בקרב הסטודנטים בגין אפשרות הקיימות בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

### **מסקנות**

יש סיבה לתקווה ואף אופטימיות בגין מימוש הפוטנציאלי של פסיקולוגים להשתתמש בשילוב היהודי של כישוריهم וຍְיָמּוֹתיהם, ולתרום בצורה משמעותית לעובדה עם המתחזדים עם מחלות פסיכיאטריות קשות בעtid. המעורבות של פסיקולוגים בעשייה השיקומית והטיפולית עשויה לתרום למהפר בתפיסה הקיימת בוגע

. 2. אבחון והערכת נטול סטיגמה. עמדות שליליות, סטריאוטיפים, אפליה, וקיופח ביחס אל וכלי אנשים, המתוודהים עם מחלות Link, Phelan, Bresnahan, (Link, Phelan, Bresnahan, 1999; Stueve, & Pescosolido, 1999; Angermeyer & Matschinger, 2005) התופעות החברתיות השליליות האלה חסכנות את גישתם של המתוחזדים לטיפול ולמקורות של רוחה אישית וחברתית (Deegan, 1997; Wahl, 1999). למרות תרומותם לתקשות בין אנשי מקצוע בבריאות הנפש ולחחלות בחום לטיפול ושיקום, אבחון והערכת פסיכיאטריות ופסיכיאלוגיות עלולים גם להעצים את התיאוג השלילי של המתוחזדים (Corrigan, 2007). האבחנה הפסיכיאטרית עלולה לפעול כרמז לכל הסטריאוטיפים אשר נקשרו לאנשים המתוודהים עם מחלות نفس קשות. האבחנה, גם כשהיא אינה מלאה בתיאור התסמונת, מקלה על החברה לתפוז את האדם עם האבחנה שישיר לקבוצה המוגנת, יציבה ונחותה, בעלת גבולות ברורים ועד-משמעותים (Link et al., 1999). שיר זה עלול להוביל ליחס של עליונות ולגישה פטרג'יסטית מצד החברה בכלל ומצד אישי מקצוע בבריאות הנפש בפרט. מצד של האדם הסובל מן המחלת, שיר לקבוצה הסטריאוטיפית עלול להוביל להפנה של התיאוג ולאובדן של תקווה להחלמה (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007).

כפי שציין קודם לכט, העיסוק באבחון והערכת הוא אחד התפקידים המרכזיים אשר הוענק לפסיקולוגים, בעבודתם עם אנשים המתוודהים עם מחלות نفس קשות. לימודיים אקדמיים ומתקזעים בתחום השיקום נתונים דגש על הצורך לסייע לאנשים עם נכויות פיזיות ונפשיות להתמודד עם עמדות שליליות, סטריאוטיפים, אפליה, וקיופח ביחס אליהם, ועל הצורך לעזרה לחברה להשתחרר מההתופעות החברתיות השליליות האלה. בזמן האחרון ישנה התייחסות בספרות השיקומית (Corrigan, 2007) ובספרות הפסיכולוגית (Kinderman & Cooke, 2000) לדרכם שונות לביצוע אבחון והערכתך כך שיובילו למתחזדים עם מחלות نفس קשות מבעלי להעתיקם מחייבים הפגעים בהם. דוגמאות לדרכים אלה: שימוש דגש על הרץ בין נורמליות לבין המחלת הנפשית, תוך כדי שימוש במנדי מוחלת הנפש במקום קטגוריות של מחלות (Murray, 1999; Bentall, Clarge, & Slade, 1989), ובספרות התייחסות בטיפול ובשילוב במיפוי מוחלת השיך במקומות קטגוריות של מחלות (Roe & Kravetz, 2003). פסיקולוגים יכולים לשמש ברקע האקדמי והמקצועי הקשרים בעקבות השיקום במסגרת האבחון והערכתה, כדי לצלם את העמדות השליליות, הסטריאוטיפים, האפליה, והקיופח.

3. הדרכה (Supervision). פסיקולוגים גם עשויים לתפקיד באfon ייחודי ייעצים ומפקחים בתחום השיקום הפסיכיאטרי או מבקשים להרחיב תפיסת זו, ולטען כי פסיקולוגים יכולים לשמש בתפקיד הייעצים והמפקחים בשלבים המכרים של שימוש התערבות המבוססת על ראיות, וכן בבחינת הנאמנות למודל התערבות (Bond, Evans, Salyers, Williams, & Kim, 2000). כמו כן, מעורבותם של הפסיכולוגים ביעוץ ובפיקוח על תוכניות ההתערבות עשויה להוביל לכך שההתערבות השיקומית המבוססת על ראיות יהוו חלק ממשמעותו יותר מהתרבות הטיפולית הקיימת בוגע

Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. **Community Mental Health Journal**, 40(6), 569-588.

Carling, P. J. (1992). Housing, community support, and homelessness: emerging policy in mental health system. **New England Journal of Public Policy**, 8, 281-295.

Conning, A. M. (1991). The role of the psychologist in psychiatric rehabilitation. **International Review of Psychiatry**, 3, 83-93.

Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. **Social Work**, 52, 31-39.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. **Schizophrenia Bulletin**, 27(2), 187-195.

Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, 8(3), 177-201.

Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 11(4), 11-19.

Deegan, P. E. (1997). Spirit breaking: When helping professional hurt. In L. Spaniol, C. Gagne, and M. Koehler (Eds.), **Psychological and social aspects of psychiatric disability** (pp. 348-357). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Department of Health and Human Services. (1999). **Mental Health: A Report of the Surgeon General**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Department of Health and Human Services. (2003). **Achieving the promise: Transforming mental health care in America**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Department of Health and Human Services. (2005). **Federal action agenda: Transforming mental health care in America**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Drake R. E., Essock S. M., Shaner A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola L., Lynde D., Osher F. C., Clark R. E & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients

לטיפול השגרתי במתמודדים, ולאחר תפיסה אשר דוגלת ומקדמת תהליכי שיקום, החלמה ושילוב קהילתי של המתמודדים. כל זאת תוך יישום התערבותית עליות המבוססת על ראיות, הנאמנות למועד ההתערבות וሞוקחות באמצעות מעקב על מודדי התוצאה. בכך, אכן יסוד לכל ההתערבויות בתחום בריאות הנפש, חשוב לעידוד הטמעת וישום ערכיהם המקדמים בחירה חופשית, קבלת החלטות משותפות וקיום מתמיד של הזדמנויות החיים של המתמודדים. עם זאת, על מנת להגבר את מעורבותם של הפסיכולוגים ולהפוך אותה מHALCA למעשה, מנהלי תוכניות הסברה יצטרכו לעורר מאמצים מוחשבים על מנת לשנות את הדרך שבה הם מכשירים את הדור הבא של הפסיכולוגים. במצב הנוכחי, המסר המועבר לסטודנטים, בקרה ישיה או עקיפה, הוא שעבודה עם מתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות קשה אינה מותגמלת ואינה נושא פירות, לא בrama הכלכלית ולא בrama המתקעות – דבר המרפא את ידיהם של אלה שחושו על קריירה מתקעות בתחום, ומוכיח את עדותיהם של אלה שלא חשבו לעסוק בטיפול ובשיקום של המתמודדים. لكن, מנהלי תוכניות ההכשרה יצטרכו גם לאמץ תפיסות חדשות אשר י教导ו את סטודנטים לראות את החזמןיות שבתחום חשוב ומתפתח זה.

#### ביבליוגרפיה:

- כנסת ישראל (2000). **חוק שיקום נכי ונפש בקהילה**, התש"ס-2000. הוצא ב- 20 בספטמבר, 2006 מתוך: [www.knesset.gov.il](http://www.knesset.gov.il)  
לכמן, מ. ורעה, ד. (2003). התפתחות היידע על החלמה מפסיכופרניה ומחלות ממושכות. **שיחות**, 17(2), 38-46.  
רעה, ד., חסן-אוחזין, א., לכמן, מ. קרביץ, ש. (2006). שיטות ההתערבות שיקומית המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי כ厰ורה מבחן. **חברה ורוחה**, 1(4), 433-444.

Angermeyer M. & Matschinger H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany. **British Journal of Psychiatry**, 186, 331-334.

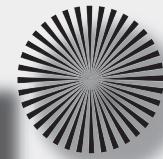
Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 16(4), 11-24.

Bentall, R. P., Claridge, G. S., & Slade, P. D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. **British Journal of Clinical Psychology**, 28(4), 363-375.

Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J. & Kim, H. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. **Mental Health Services Research**, 2(2), 75-87.

Bond, G. R. & Resnick, S. G. (2000). Psychiatric rehabilitation. In R. G. Frank & T. R. Elliot (Eds.), **The handbook of rehabilitation psychology** (pp. 235-258). Washington, DC: American Psychological Association.

- Mental Health Care in America. Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832.** Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Roe, D. & Kravetz, S. (2003). Different Ways of Being Aware of and Acknowledging a Psychiatric Disability. A Multifunctional Narrative Approach to Insight into Mental Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 417-424.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Destinations and detours of the users' movement. *Journal of Mental Health*, 14(5), 429-433.
- Roe, D., Yanos, P. & Lysaker, P. (2006). Overcoming Barriers to Increase the Unique Contribution of Clinical Psychologists to Work with Persons with Severe Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 276-383.
- Roe, D. Hasson-Ohayon, I., Lachman, M. & Kravetz, S. (2007a) Selecting and Implementing Evidence-Based Practices in Israel: A worthy and feasible challenge. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 44(1), 47-53.
- Roe, D., Penn, D. L., Bortz, L., Hasson-Ohayon, I., Hartwell, K., & Roe, S. (2007b). Illness Management and Recovery: Generic Issues of Group Format Implementation. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(2), 131-147.
- Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush, A. J., Clark, R. E., Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45-50.
- Wahl .O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wong Y.L. & Solomon, P.L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.
- Yanos, P. T., & Ziedonis, D. Z. (2006). The patient-oriented clinician-researcher: Advantages and challenges to being a double-agent. *Psychiatric Services*, 57(2), 249-253.
- with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476.
- Duffy, F. F., West, J. C., Wilk, J., et al. (2002). Mental health practitioners and trainees. In R. W. Manderscheid and M. J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States*, 2002, U.S. Department of Health and Human Services.
- Farkas, M. (1999). *International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in Schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry*, 161(18), 27-37.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D. & Kravetz, S. (in press). The Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program: A Randomized Control Study. *Psychiatric Services*.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. Oxford: University Press
- Kinderman, P. & Cooke, A. (Eds.) (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic illness*. Leicester, UK: The British Psychological Society.
- Levant, R. F., Read, G. M., Ragusea, S. A., DiCowden, M., Murphy, M. J., Sullivan, F., Craig, P. L., & Stout, C. E. (2001). Envisioning and accessing new roles for professional psychology. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32(1), 79-87.
- Levant, R. F. (2005). Serious mental illness, recovery and psychology. *Monitor on Psychology*, 36(9), 5.
- Levant, R. F. (2006). *Psychology and long-term mental illness*. Retrieved March 3, 2006, from www.drronaldlevant.com
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D. & Roe, D. (2007). Psychotherapy and recovery in schizophrenia: A proposal of critical elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychological Services*, 4(1) 28-37.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). Achieving the Promise: *Transforming*



# שיעור מיני

נחשבו הנכים לבaltı מיניים. Morgan (1994), מတאר התעלומות וחוסר הכרה בפן המיני של אנשים עם מוגבלות מצד אנשי מזקען, בני משפחה ומצד הציבור הרחב. מוגבלות בתפפה ממויות מין.

תפיסות שליליות לגבי המיניות של אנשים עם מוגבלות מוגעות בתחומיים רבים. הן נעות בין יחס מותנה לאתנוקות הימנעות עדינות, או שהן מתקבלות ביוטי בדיחיה מזוחרת ובמקרים מסוימים אף בהתעללות מינית, פיזית ונפשית. על אף שעיקרו אינו מקובל יותר לטיפול בסובלים מפיגור שכלי, הגישה השילית שימת פתרון זה מלכתחילה, עדין קיימת אצל הורים ומטפלים, גם מבטאים אותה בדרכים עדינות יותר. אם לא מדברים על מין הוא אינן קיימת. דוגמה נוספת של גישה שלילית המסתתרת תחת אצלה של כוונות טובות היא התפיסה שיש לאשפז אנשים עם בעיות בהתפתחות כדי להגן עליהם. בעבר, שימש הצורך להגן על נכים מפני התעללות וניצול בהצהקה העיקרית לאשפוז במוסדות סגורים. האשפוז שמש תירוץ לחסור וכולתם של אנשי מזקען והורים להתמודע עם הביעות הסובכות הכלולות בשילוב הנכים בחברה תוך התיחסות למיניותם. גישות שליליות כלפי מיניות של נכים חלו על כל הרבדים של המיניות, כולל מערכות יחסם והצריך לאחוב. גם כאשר הייתה הכרה בצריכיהם המINIים של הנכים, הפתחרנות שהוצעו התיחסו אך ורק לאות המINI עצמו, ולא נירה הפתחרנות שהוצעו התיחסו אך ורק לאות המINI עצמו. ובספרות הנכים לנטושים פיזיים וקליניים.

חברתיים וסביבתיים בנוסף לנושאים פיזיים וקליניים. מיניות משפרת את איות החמים, מעודדת פיתוח עצמי ותורמת לתוחשת טיפול. תפיסה הוליסטית של המונח מיניות מתייחסת למכלול ההוויה. המיניות כוללת בתחום תכונות אbowיות, אך רק אובי רגשות, חברתיות, תרבותיות וחוניות – ההופכות אנשים להוות מיינם. לאנשים יש יכולת לבטא את מיניותם בדריכם שאותן מערבות בהכרה את אובי המINI. דוגמה לכך נתן חרוטי (2006) שתיאר מטופל ש Abed חילך ניכר מאיבר מינו כתמצאה מגעתה מזקען. האיש למד יחד עם בת זוג לפצצת על החסר, בעזרת התפיסה שככל גוףנו הוא למשעה איבר מין גודל. כפי שמתואר (1988) Poorman (1988), מיניות ארוגה בכל רובד של החוויה האנושית, וחלק מהפנים שלא משתנים

בימים אלה במחורות רבה מאי פעם.

ונאנס נסף הקשור למיניות ומוגבלות הוא חוסר ההבנה של ההבדל בין אנשים שנוכחות משפיעה באופן ממשי על צרכיהם המINIים, בין אלה שנוכחות משפיעה על יכולתם להביע את הצרכים האלה. הנכים נתפסים כקובזה הומוגנית ללא כל גישות להבדלים וצריכם אידיויזואליים. בנוסף להבדלים בסוגי הנוכחות, הנכים שונים זה מזה מבחינת המגדר שלהם, העדפות המINI, גלים, מעמדם החברתי, חינוכם, געם, מוצאים האתני, דתם, הרקע החברתי שלהם, אמות המושך שלהם ומשתנים אחרים. בהמשך אביא דיוון קצר על תפיקדים של פסיכולוגים שיקומיים בעבודתם עם קבוצות מוגבלות שונות.

## ■ פרופ' אמריטוס שלמה צץ, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן

בשנים האחרונות התרחב מגוון השירותים הכלולים בתחום השיקום הפיזי והפסיכולוגי. התרחבות זו התאפשרה בזכות ההכרה הגוברת מצד מטפלים שלכנים מוגבלים מוגבלות למטרותם של אנשים שאינם נכים. גם לאנשים הסובלים מוגבלות מטרות הכלולות את הרצון ללמידה, לעבוד, לחיות חיים עצמאיים, לקשר קשיים חברתיים, לנצל מערכות יחסים אובייניות ולעסוק בהתנהגות מינית. למורות התפיסה הרווחת, הגורסת שה坦הגות וניסיון מינני הם מרכיב חיוני בחיים מלאים, לרבים מהמעסיקים בשיקום יש עדין יחס אובייניטי ולעתים אף שלילי כלפי מיניות של נכים. רוחם כלפי צרכיהם הרגשיים והמינאים של נכים זוכה כנראה להתיחסות המועטה ביותר מובן מכיוון הביעות שהם נתקלים בהן, תוך כדי פעילותיהם הבין-אישיות (Heslinga, 1994). מטרת מינאי זה היא להציג לקרים בקצרה את הטיפול המINI בנקים. צר המוקם מלהכיל התיחסות לכל הנכויות וכלל ההשפעות שלן על המיניות של הסובלים מהו, ולכן ידוע עקרונות מנחים וכמה נושאים מרכזיים. קוואים המעניינים במידע נוסף ומספר יותר יונטו יפנו לביבליוגרפיה בסוף המאמר.

ספרות השיקום שמה דש על עידוד נכים לחיות חיים נורמליים ככל האפשר, בתחום התעסוקה, הדירות ופעולות הפנאי. למורות זאת, נוטה הספרות להתחמק מן העוסוק בנושא צרכיהם המINIים של הנכים. רבים מהתלבטים מוגבלים סובלים גם מחדרה מיזוגת בוגעים לנושאים מינאים, בשל גישה לא מתאימה או חסור ידע מצד המטפלים בהם ומצד החברה. מכיוון של נכים גישות וצריכים נורמליים, יש לתוך את נשא ההזנה היחסית של המיניות שלהם, כדי לאפשר להם לחיות חיים מלאים יותר. בשל כך נופלת על הפסיכולוג השיקומי זכאות השיקום האחריות החשובה, אך הקשה לעתים, של ספקן שירותים מתאימים בתחום המINIות.

## נכחות ובעיות בתפקיד מיני

אנשים בעלי נכויות שונות כגון כריזות, שיתוק, התוננות שרירים, פגעה בחוט השדרה, הזדקנות, סכרת, מחלת לב, אחוז שומן גבוה בדם, בעיות בהתפתחות, פגעה מוחית, בעיות מנטליות ופסיכיאטריות – סובלים מבעיות בתפקיד מINI בשל מאפיינים פיזיים, מניטליים, רגשיים וקוגניטיביים של הנוכחות. בחלוקת מהמקרים האמורים עלול חסור התפקיד המINI להיות תופעת לוואי של טיפול רפואי כגון תרופות נגד כאב, דיכאון, חרדה, תרופות פסיכו-

טרופיות, תרופות נגד לחץ דם גבוה, תרופות הורמונליות ועוד. כדי לנរמל את חייהם ולעוזד את שילובם בחברה של הנכים ונסו שתי גישות. האחת כוללת ניהול, יע津 או שינוי הסביבה החברתית במטרה להגבר את הקבלה של אנשים עם מוגבלות כמו פגעה מוחית, מחלות פסיכיאטריות, ובעיות בהתפתחות. השנייה דוגלת במתן סיוע לאדם עם מוגבלות לחוויה בתוך החקילה, זאת באמצעות לימוד והקניית המINIות הדורשות לכך. סיכוי הצלחה גורם כאשר שתי הגישות משלבות זו זו (Wehman, 1992).

גישה חיובית של המטפלים חיונית למימוש שתי הגישות הנ"ל. לדוגמה, בעשור האחרון השנתנה הגישה כלפי המINIות של הנכים לחויב באופן ממשוערי. קודם לכן, ובמקרים רבים גם כיים,

**למרות**  
**התפיסה**  
**הרווחת**,  
**הגורסת**  
**שה坦הגות**  
**וניסיון מיני**  
**הם מרכיב**  
**חוינו בחים**  
**מלאים, לרבים**  
**מהמעסיקים**  
**בשיקום יש**  
**עדין יחס**  
**אמביולנטי**  
**ולעתים אף**  
**שלילי כלפי**  
**מיןיות של**  
**נקם**

תאונת עבודה או תאונת דרכים, תקיפה, או ניון. לא קשור לגורם לנכות, תחולתה יכולה לשמש את המזון ה-*Dyadic* ואת חלוקת התפקידים במערכות היחסים, ולהפוך את האיזון במערכות יחסים שעד אזו רגע היה הרמוני. האבדן הנובע מהנכונות וחוסר יכולת להתמודד איתו עלולים להשפיע לתגובהות דיכאוןיות או אלומות, להתמכותות רגשית ולחוסר תפקוד מיני. אנשים וזוגות אלה זוקקים לטיפול מיינן שבו יכולים המטפל המיני או הפסיכולוג השיקומי לעזרם להתגבר על הביעות האלה ולהגע לפתרון מותאם.

### **טיפול מיני אצל אנשים עם מחלות נפשיות**

אנשים החולים במחלות פסיכיאטריות מודוחים לעיתים קרובות על ר依יה בדחף ובתקוף המיני. בעיות בתפקוד המיני יכולות להופיע כתגובה לוויא של תרופות פסикו-טרופיות. קיים קושי להבדיל בין חוסר תפקוד מיינן הנובע ממחלה בין זה הנובע מטיפול רפואי לחדר או דחף מיני העיקרי לביעות המיניות הסובלים ממחלות נשפטוניות נשענים שהגורם העיקרי לביעות המיניות שלהם הוא המשטר הרפואי. משום כך, על הצוות השיקומי להיות מעודכן בתגובהות הלואית הבלתי רצויות, כאשר הוא קובלע משטר רפואי לטווה אחר. אנשים מסוימים כה גיגלים לחוסר תפקוד או דחף מיני עד שאינם טורחים להזכיר זאת. על המטפלים להתייחס בעיות אלה, ולבחוק אפשרות להפחית את המינון, להחליפם תרופה או לבנות אסטרטגיות לעזרה עצמית, כאשר תרופה או לבנות אסטרטגיות לעזרה עצמית, כאשר הם קובעים טיפול רפואי אחר. המטפלים צריכים לדאוג לאיכות חייהם הכלולת של מטופלים. קיימות דוגמאות רבות של מקרים שבהם טיפול ושיקום ביו-פסיכולוגיים המושלים זה בהז, הביאו להבראה סימפטומאטית וחברתית מסכיזופרניה ומחלות נששות אחרות (Koplowicz & Liberman, 1994).

נששות אחרות (Koplowicz & Liberman, 1994). דוגמה לשימוש בתוכנית שיקומית שנעודה לעזור לאנשים הסובלים ממחלות נשפטוניות שיצור מערכת יחסים מיניות בטוחות וmpsוקות, נתן המרכז לשיקום פסיכיאטרי באוניברסיטת קליפורניה בלוס אנג'לס (UCLA) (Liberman, 1992).

בתוכנית קיימת יחידה הנקראת "חברות, דיטינג ומין", והיא כוללת שבעה תחומים תפקודיים: ידע בסיסי על מיניות, קבלת החלטות בנושאי מין, תקשורת עם בן זוג מיני, מיזוגיות מילוליות ולא מילוליות לפני קשר מיני, למידת התנהגות מינית הולמת, מיזוגיות קשר אחר מין ובעיות מיניות הקשורות בתשוקה, התערורות מינית ואורגזמה. היחידה משתמשת בעלייה העקבבת אחרי זוג לאורך התפתחות מערכת היחסים שלהם – לחברות ודיטינג למערכת יחסים מינית. בהקשר של מערכת יחסים מותפתחת, מודגמות מיזוגיות חברתיות מתאימות של הזוג, זה כלפי זה, וכלפי חברות ואנשי מקצוע שיקומיים. מיזוגיות אלה הן בעצם שיטות שעוזרות לאנשים הסובלים ממחלות נשפטוניות ליצירתם של מערכות יחסים אוחבות ובעלת כבוד הדדי. פסיכולוגים שיקומיים כמו גם אנשי מקצוע אחרים צרכים לזכור, שטטרה זו תואמת את המטרות הבסיסיות של השיקום הפסיכולוגי: תפקוד פסикו-חברתי אופטימלי, השתלבות חדש בחברה ושיפור איכות החיים. בהמשך אביה דוגמאות של טכניקות שאפשר להשתמש בהן בתהליכי השיקום המיני של אדם עם מוגבלות.

### **טיפול במתבגרים ואנשים צעירים עם בעיות בהתפתחות**

בשנים האחרונות נכתב הרבה על הצורך בשירותים שייחזו את המעבר של אנשים צעירים עם בעיות בהתפתחות (DD) מבית הספר לבגרות (Wehman, 1992). אף על פי כן, במדינות רבות ניתן התייחסות מועטה להתפתחות הפסיכו-סוציאלית של מתבגרים עם DD, ולשאלה של הכתמת לתפקודם כבוגרים מינימום אחדאים. התפישות המוטעת והחרdot הקיימות אצל אנשים צעירים רבים עם DD, בנוגע לנושאים כמו אוננות והעלוסות המטפלים בהם. ביטויים של מיניות מצד אנשים הסובלים מבעיות ההתפתחות נتفسים לעיתים קרובות תוצאה של גישות שליליות מצד המטפלים בהם. אין שוכן קרובות על ידי צוות המטפלים מבגדחים. אין פלא שכטזאה מלעג זה, לנכים רבים יש רעונות מזוחים ומעוותים בנוגע למיניותם. לחיכון מיני נזדעת חשיבות רבה, וכך ריך למד צעירים נכים לפתח את המודעות שלהם לא רק לאחריות כלפי התנהגותם, אלא גם לעובדה שהចורך שלהם במערכות יחסים הוא נורמלי. בראש ובראשונה, אנשים אלה זהים לכל אדם אחר מבחינת צרכייהם המיניים והרגשיים.

הנטישה כיום אצל אנשי מקצוע וחוקרים היא להתמקד בנסיבות ההתפתחות העומדים בפני ילדים ומתבגרים הסובלים מנקות, ובעיקר להתמקד בשאלת כיצד יוכל לפתח זהות מינית ולבטא את צרכיהם באופן הולם תוך הגבולות של צרכיהם וシアיפותם האישיות.

### **טיפול מיני אצל נכים פיזית**

Morgan (1994) טוען שיש לבחון את המיניות של הנכים בשני מוגבים: בעיות פיזיות ובעיות במערכות יחסים בין-אישיות. בעיות פיזיות הקשורות לקשיים מכניים ביצוע האקט המיני, כתוצאה, למשל, מניעון שרירים, ליקויים במערכות העצבית-שרירית, פגיעות הורמונליות או פגיעות במערכות זרימת הדם המשפיעות על חום השדרה ומרפיעות לתנועה חופשית, עזיות, שיתוק וליקויים פיזיים הקשורים במחלות כרוניות (Monga, 1995).

בעיות במערכות יחסים בין-אישיות הקשורות להזדמנות וליכולת ליצור ולשמור מערכת יחסים וגישה ומשמעות עם אדם אחר. קשיים אלה הם פסיכולוגיים וחברתיים העיקריים. במקרים מסוימים הם יכולים לא להיות קשיים לעקבות רגשות של הנכה, או לחסור במידתנו מיניות החברתיות החדשות לפיתוח יחסים בין-אישיים משמעותיים, או לדמיין עצמי מני נמוך ורגשות שליליים כלפי עצמו. הערך עצמאי והאמונה שאפשר לאחוב אותו הן הבסיס לכל מערכת יחסים מינית. ללא אמון בסיסיות אלה, קיים קושי ביצירת מערכת יחסים מינית עם אדם אחר ובפיתוחה. אפשר להגיד את הדר האמון והאמונה שאפשר לאחוב אותו הן הבסיס לכל מערכת יחסים מינית. מוגבלות רגשות או מחוסום המונע יצירת קשרים בין-אישיים ופיתוח מערכות יחסים מספקות. Ferguson (1994), סיכם את כל אלה, כשהצביע על קשר בין מיניותם של אדם ובריאותו הנפשית, ועל העובדה שהפרעה באחד עלולה להשפיע עמוקות על השני.

כשsockרים את נושא המיניות והנקות, יש לזכור שקיימים מצבים שבהם אדם הופך להיות נכה בשלב מאוחר יותר בחוויי, לאחר שכבר מנהל מערכות יחסים במשך תקופה מסוימת. אדם זהה השיג סטטוס מסוים בחייו כבוגר, התחתן, ובחינת מצבו המיני נחשב נורמלי. הוא יכול להיות נשוי, הורה לילדים וככזה להיות תוצאה של

בבעיותיו המיניות, והפסיכולוג השיקומי משוכנע שמציאות בן זוג שאיתו יכול המטופל להביע את מיניותו היא ממשימה קשה או בלתי אפשרית, אפשר לעבד עם מלא מקום לבן הזוג (*Aloni & Katz, 2003*). הצדקה לגישה זו אפשר *למצוא אצל Masters* (Johnson, 1970) שהסבירו כתוצאה מהחקרים שאי אפשר ללמוד על מיניות באופן מעשי בלבד לחווות התנהלות אינטימיות עם בן זוג. הגדרת *the International Professional Surrogates Associations* לsurrogate היא, "חבר בצוות טיפול בן שלושה חברים (מטפל אחראי, מטופל, מלא מקום), המתפרק כבן זוג עבור מטופל הסובל מבעיות תפקודיות. תוכנית השיקום כוללת תרגילים ניסיוניים הכוללים נגעה חושנית בנוסף לאימון בתנהלות חברתיות ומיניות".

מטרות הטיפול מפותחות על בסיס של מידע מקורות רבים ובשתיוף עם המטופל. תהליך הצבת המטרות כולל קבלת החלטות בנוגע לשיטות ולטכnikות שימושו להשגת מטרות אלה. בדרך כלל ישלו המטרות למידה של CISROIM חברתיים ואינטימיים, בעודם לרכיבת מיניות וחושניות. פרק זהן המוקדש בunos פורסם על רכישת מיניות וחושניות. מטרת הטיפול נושא האינטימיות כל מיננות נקבע לפיה צרכו של המטופל. נושא האינטימיות מעלה שאלות רבות בנוגע לתפקיד המיני של גברים ונשים, בנוסח מיניותם על מיניותם בכלל. על הפגישות עם הסורגים להתייחס לשאלות בנוגע למיחזור, אוננות, פנטזיות מיניות ופעולות מיניות שונות. המטופל זוכר בההירות ובבה יותר תשובות הקשורות למערכת יחסים אינטימית קיימת. ההקשר הרגשי של השאלות והתשובות מגביר את תהליכי הלמידה והיזכרון.

שאלת חשובה בתחום השימוש במלא מקום היא אם השיפור (במיוחד של שיפורו) במצבו המיני של המטופל בעקבות הטיפול יכול לבוא לידי ביטוי גם ביחסיו עם בני זוג אחרים. האם יכולות להשתמש בהמשך במיניות שנרכשו היא הקритריון העיקרי למדידת הצלחת הטיפול בעזרת מלא מקום? ההנחה היא שטיפול עם מלא מקום מספק למטופל חוות רגשית חיובית, המשפיעה על ההערכת העצמית והמצוות שלו עצמו. ככל יסכיםו שימושים כגון שיפור ההערכת העצמית והיבתו העצמי, הורדת חרדה במערכות יחסים, שיפור CISROIM חברתיים והעלאת הציפיות העצמיות הם גורמים חשובים בתחום השיקומי. כמובן שווייה זה אופטימלי אם תתרחש הכללה לאחר טיפול עם מלא מקום, אך זו אינה העדרה היחידה. מטרת נוספת וחשובה לא פחות היא הנחתת המטרה היחידה. מטרת נוספת וחשובה לא פחות היא אינטימיות CISROIM חברתיים ואינטימיים, שיוכלו לשפר את אינטימיות של המטופל. שינוי תפיסתו העצמית של המטופל כלפי עצמו, ועזרה בתחום הקבלה של השינוי של חיל עליו כתוצאה מוגבלים, יכולם להיות תוצרו לוואו חשובים של הטיפול במלא מקום.

## **סיכום**

שייקום מיני הפרק להוות חלק אינטגרלי מבחילת השירותים לנכים, והוא חשוב לשילובם בחברה. לצערנו, הידע על תפקודם המיני של CISROIM נועשה שימוש לכלי אוורט הטיפול, עד להשגת אינטימיות בתחום תפיסת שיקומיים ואנשי מקצוע אחרים מוגבלים, וכך להציגו כגורם אהבה, אינטימיות להיות מודעים לרבדים אחרים של הנושא כגון אהבה, אינטימיות וביטוי עצמי מיני אצל הנכים.

להלן מספר שיטות שאפשר להשתמש בהן בשיקום מיני של CISROIM:

## **Plissit model**

מודל Plissit מבוסס על ספורות בנושא טיפול בעיות תפקוד מיני ונועד לעזור לטיפול בנכים להתמודד עם בעיותם המיניות (Annon, 1975). בrama הראשונה, ניתנת רשות למטופלים לדון בנושאים אלה באופן בלתי מסווג. המטופל מרגיע אותו ומסביר להם שהשאלות הקשורות במיניות שלהם מוגנות וכונאות, וכן שיש ביכולתם לשוב לחיים מיניים מלאים. מטרת הרמה השנייה היא להפיג חרדות ולסליך מיתושים בנושא מיניות, זאת באמצעות מידע עובדתי על נכות ומיניות. בrama השלישי, מועלות העונות פרטניות כגון תרגילי Focus או טיפול מיידי קצר. הצעות אלה מותאמות למצבו ובעיותו האישיות של המטופל. רוב המטופלים ידקקו להתרבות רק בرمות 1-3. במקרים של בעיות קשות ועמוקות הקשורות לתפקיד מיני, יש להמשיך גם טיפול ברמה ארבע (אינטרנסיבי).

## **SAR (Sexual Awareness Reassessment Attitude)**

מטרת סדראות אלה לשפר את החינוך המיני של הנכים. הסדראות נמשכות יומיים וועוסקות בנושאים הנוגעים בהתחננות המינית של אוכלוסייה מגוונת וכוננת להפחית את רגשיהם של משתמשים, ולפתחו דיאלוג ביןם ובין האנשים שאים הם מקימים פעולות גומליין, על ידי דיסציפלינרית המתרחשת תוך כדי צפיה בסרטים מפורשים וודיען כנה בעמדות, תחושים ורגשות כלפייהם. בשימוש במשחק תפקידים, אישי מקצוע יכולים גם להתאכן במקירים גם בדרך שבה המטופל מתמודד עם מקירים אלה, ומציע דרכים אפשריות להתמודד עם מצבים דומים, תוך חידוד CISROIM של אישי מקצוע בנושאים רגשיים אלה.

## **Sensate Focus**

טיפול זה מתייחס לתפקיד של מערכת החושים ביצירת התגובה המינית. כפי שמספרים Masters & Johnson (1970), "קשר שטראתו לנחים או להקל סבל, להביע חיזוק או מסירות, או לתאר אהבה או צורך פיזי, מובע בראש ובראשונה על ידי מגע" (עמ' 21). הטיפול כולל סדרה של תרגילים שմבוססים על ליטופים בכל הגוף באופן הדרמטי, לפי התו, תוך ריכוז, וככלים תקשורת מפורשת ומפורטת בסוף כל התנסות. המטרה של תרגול זה אינה התרגשות מינית אלא השגת הנאה מ מגע בלבד להרגיש לצרכים לספק את בן או את בת הזוג באורגזמה. המטופלים מתבקשים לא לעבור מהתרגיל למגע מיני יותר או לחדרה. סוג זה של תרגילים יוצר את הבסיס לתחביבים של הטיפול מין. מטרתם היא ללמידה אך להתקשר לבן או לבת הזוג, מהו סוג המגע המהנה ביותר. בתרגילים נעשה שימוש לכלי אוורט הטיפול, עד להשגת אינטימיות סבירה ומערכות יחסים מיניות מלאה.

## **טיפול סורגייט (Surrogate Therapy) בשיקום מיני**

כאשר אדם עם מוגבלות אך לא בן זוג מבקש עזרה לטיפול

Liberman, R.P., (1998). International utilization of the UCLA Social and Independent Living Skill modules. **International Review of Psychiatry**, 10, 1-14

Masters, H.W., & Johnson, E.V., (1970) Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown. Monga, T.N. (1995). **Physical Medicine and Rehabilitation. Sexuality and Disability**. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc

Morgan, M. (1994). Sexuality and Disability. In C Webb (ed) **Living sexuality issues of nursing and health** London : Scutari Press.

Poorman, SG. (1988). **Human Sexuality and the nursing process**. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Wehman, P. (1992). **Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities**. Baltimore: Brookes.

חרותי, ר. (2007). על הצורך בטיפול מיני במקירים של מנויות עם מום. **אתר נגישות ישראל**.

#### **ביבליוגרפיה:**

Aloni, R., & Katz, S. (2003). **Sexual difficulties after Traumatic Brain Injury and ways to Deal With it**. Springfield: Charles C Thomas.

Annon, J.S. (1975). **The Behavioral treatment of Sexual Problems: Intensive Brief Therapy**. New York: Harper & Row.

Buckley, P.F. (1999). **Sexuality and serious Mental Illness**. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Furgerson, K. (1994). Mental health and sexuality. In C. Webb (eds). **Living sexuality and the nursing process** London: Scutari Press.

Heslinga, K (1994). **Not made of stone: The sexual problems of handicapped people**. Leiden: Noordhof International Publishing.

Kopelowicz, A. & Liberman R.P.. (1994). Self management approaches for seriously mentally ill persons. Directions in **Psychiatry**, 14, 1-8.



אילן ביטוי  
אומנות ועיצוב  
Art & Design

## "אכגדת כירוי, פאיינז וטאינט"

### לימוד ארת תרافي העשרה, כלים וגישות

קורס יסודות תריפוי באומנות – כלים גישות ותהליכיים.

הקורס מיועד לפסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים המעוניינים להעמק את הידע בתהליכי יצירתיים ומשמעותם תוך שימוש באומנות כאמצעי טיפול.

הקורס יכלול סדנאות חזותיות ולימודים תיאורתיים. בהנחהית אמנים ומטופלים באמנויות מהשורה הראשונה.

#### השלמת שעות אומנות לארת תרافي

לבוגרי תואר ראשון (שלא מתחום האמנות) מוטלת החובה להשלים שעות בציור ובאמנות פלסטית בכלל, בכך שיעוכלו להתקבל למוסדות גבוהים לארת תרافي לתואר שני או לתעודה.

במסגרת מכללת ביתו ניתן להשלים בין 120 עד 600 שעות השלמה בכל הנושאים הללו, וזאת בהנחהית אמנים ומטופלים באמנויות. "מכללת ביתו", בשל רמתה הגבוהה בכל תחומי האומנות ובקישורת הטיפולית מאושרת על ידי כל המוסדות לצורך השלמת השעות.

"אכגדת כירוי" היא נף נף האין-ברטראם הפתוחה  
מכללת "ביתו" – בן גוריון 22 "שער העיר", הרצליה  
טלפון: 09-9576291-1-700-700892 פקס: [www.bituy.org](http://www.bituy.org)



## נפש פצועה היבטים פסיכולוגיים של האשפוז במחלקה לשיקום אורתופדי<sup>1</sup>

(קונפלנטיות), כך שחלק ניכר ממה שהרכיב את העצמי בעבר נפגע (Nemiah, 1961; Nemiah, 1994 אצל Langer). בנוסח, הפגיעה מעוררת את הביטחון הכללי של הפרט ומשפחתו, עלולה לגרום בעמدة החברתית של המשפחה כולה. כדי להתמודד עם כל הקשיים הללו נזקק האדם בעל הפגיעה לסייע רב.

### **המחלקה לשיקום אורתופדי במרכז השיקום**

מרכז השיקום בבית-החולמים הממשלתי על שם שבא תלאשומר, מהוועה חילק מרכז מכך עירע בית החולם, שהוא גדול והמתקדמי ביוטר במזרחה התיכון. מרכז השיקום כולל מחלקות רבות ומגוונות: המחלקה לשיקום אורתופדי, המחלקה לשיקום נוירולוגי, המחלקה לשיקום נוירולוגי תחתיר (פיגועות בראש), המחלקה לשיקום נשימתי, המחלקה לשיקום המבוגר, המרכז לטיפול בטרשת נפוצה והמרכז לאשפוז יום שיקומי. כמו כן כולל בית החולים מחלקות, מרפאות ומכוונים נוספים בהם המכוון האונקלוגי, המכוון להמופilia, מכון הביי-פידבק, המרפאה לשיקום מיני והמחלקות לפלסטיקה והמטנו-אונקלוגיה.

במרכז השיקום פועל צוות רב-מקצועי: צוות רפואי סייעודי רפואי ואחיות, צוות פה- רפואי פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, יועצי תעסוקה, מרפאים באמנויות, יהודית-תרפיסטים, דיאטנים, קליני-תקשורת ומדריכי כשר. המרכז עבד בשיתוף פעולה עם בעלי מקצועות שונים החינוניים לשיקום וביניהם פרוטטיסטים (טכניית תותבות) ומתקני ציוד רפואי (כטאות גללים, אביזרים אורתופדיים מיוחדים) ואנשי רפואיים משלימה (שייצוא, דיקור סיני, רפואי האומאופטי). צוות רפואי מציגים בקהילה (שייצוא, דיקור סיני, רפואי האומאופטי). המרכז מלווה את האדם הפצוע במהלך המחלקה ועזר ביצירת קשר עם הגורמים בקהילה לשם השתלבות האדם הפצוע במצבו החדש. הדבר מציריך הכרה ויצירת שינוי בסביבה, לפחות יש צורך עם הגורמים בקהילה. צוות המרכז עומד בקשר רציף עם קופות החולים, לשכות השיקום של משרד הביטחון והשירותים הסוציאליים בקהילה (bijuto לחומי, עיריות ובתי ספר).

מחלקה לשיקום אורתופדי, כמו יתר מחלקות השיקום, שונה ממספר הנסיבות בחדר אינו עולה על שתיים, יש טחחים ציבוריים רבים, משך האשפוז קפיטרי, בריכת-שחיה ומערכת קולונע במעגל סגור. משך האשפוז קשור בין האנשים המכופלים מגונות וכוללת מוגלים לבני הגזות המטפל, אוכלוסיית המכופלים מגנות וכוללת מוגלים בגילאים שונים, ביניהם חילוי צה"ל שנפצעו בעת שירותם הצבאי, נפגעים פועלות איבר, נפגעי תאונות דרכים, תאונות עבודה ותאונות אחרות שארעו בארץ ובעולם. במחלקה מאושפזים גם נפגעים מחלות שונות ובן בכך סוכרת, מחלות כל-דם, סרטן ומחלות נוירולוגיות ואוטו-אימוניות הגורמות לפגיעה תפוקודית נכרת.

הפגיעה במחלקה מורכבות בעיקרן מפצעות של מולטי טראומה, פגיעות אורתופדיות מורכבות וקטיעות של גפה או יותר. לעיתים קיימת גם נכות נלוות כמו כוויות, עיוורון או חירשות. מרבית המאושפזים במחלקה לא סבל, מטבח הדברים, מפסיכופתולוגיה מוגרת טרם אשפוזם.

### ■ ד"ר דניאלה מרגלית

**"הלווא צויתין חזק ואמצז, אל-תערץ ואל-תחת"**  
**(יוהושע, א', ט')**

בהיפגע גופו האדם, ניצבת נפשו אל מול אתגרים רכים וקשים. הפסיכולוגיה השיקומית מנסה להתמודד עם אתגרים אלה כבר שנים רבות. המיציאות המודרנית, וביחד השוואלית, מספקת, לצערנו, אין סיפור הדמניות להיפגע. מלחמות משופעות בכל משחיתת המשתכלים והולכים, פיגועים מותוחכמים, מכוניות ומטוסים שנעשים מהורים וקטלים יותר. מנגד, השיפור הרוב ביפוי הרפואית, מביא בעקבותיו הישרדות והצלת חיים של אנשים עם פיגועות מורכבות, כמו גם עליה בתחולת החיים של אנשים עם מחלות קשות. אך, קיימת עליה מותמדת במספר האנשים הזקנים לאשפוז במחלקות השיקומיות השונות.

רבי המאושפזים הביא לכך ששבעת התפתחות הפסיכולוגיה השיקומית באופן ממשוני וஹוטען לאחסנתו של פסיכולוג שיקומי או רפואי במחלקות האשפוז והשיקום עלתה. לפגעה הפיסית שלחלות רבות על נפשו של האדם ועל שיקומו. ניתן לדון בהבטחים הפסיכולוגיים של השיקום האורתופדי מכיוונים רכים ושונים, אך תקצר היריעה. כאמור זה תinentן סקירה על כמה גישאים בלבד. בתחילת תיאור המחלקה לשיקום הרפואית על שם שבא תלאשומר. בהמשך תיאור הפגיעה הנפשית בעקבות פגעה גופנית, פגעה המאפיינת הרבה ממהאושפזים במחלקה לשיקום אורתופדי. לבסוף, ידונו מספר מצומצם של גישות טיפוליות מרכזיות בשיקום, תוך מתן דוגמאות קצרות מהמשתקמים במחלקה.

### **מהו שיקום?**

שיקום הוא תהליך רב ממדים, שתכליתו להחזיר את האדם הפגוע<sup>1</sup> למירב התפקוד האפשר במצוותו הנוכחי. במרכז התהליך נמצא האדם. המטריה היא לגולות ולהעיצים את כוחותיו ואת החוץ האישיש שלו. זאת בהתאם לעקרונות הפסיכולוגיה החיבורית והמודול הבינו-פסיכוסוציאלי (Bruun & Disorbo, 2005; Mithen, 2006). לצורך הגשמה מטריה זו אין די בשיקום המחב הפיזי עד לאופטימום האפשר. יש צורך בהתייחסות גם לתפקוד בתחום הפסיכולוגים, הכלכליים, התעסוקתיים, הכלכליים, הכלכליים וככל תחום אחר שנראה ממשוני לאדם הפגוע, כל זאת כדי להשיבו לקהילה כאדם שטורם לחברה ולא כדי שנתפרק על ידה.

המבנה זו של התהליך השיקומי מעלה על נס את חשיבות המים הנפשיים.

פגיעה שתוצאותיה משאיות אורתופדיות או רגליים בעורו של האדם, גורמת ליזעוז במרביה תחומי החיים שהזוכרו. הזרות האישית נפגעת, כאשר נהרסת תחשות האחדות, השלמות וההמשכיות (תחושים הקווורנטיות) של ה"אני". הפגיעה מעמידה את העבר באור אידיאלי ומכך, פוגעת בתחשות ההווה ומחייבת עתיד שהיה שנהפס אפשרי קודם להתרחשותה.חוויות ותחששות של חסור אונים וחולשה ממירות תחששות קודמות של כוח יכולת

**תודה לגברת  
דליה נאמן,  
לבגרת גלי<sup>2</sup>  
בר ולגברת  
אליה בלוך על  
הסיוע בכתיבת  
המאמר.**

<sup>1</sup> המונח "פגיעה" משמש במאמר כדי לציין מצבו ליקי' כתוצאה של תאונה או מחלת

## תאור התגובה הנפשית לאחר פגיעה

שי בחורום צעירים, אשר כל אחד מהם עבר קטישה של גלו המונית מעל לבך, אושפזו במחלקה לשיקום אורטופדי בבית החולים. נג. בן 23 נפצע בדרך לעובדה שאופנהו החליק על הכביש הרטוב ונפגע מכל רכב שחלף בנתיב הנגד. ר.ל. בן 21, נפצע מזקק בעקבות פעלות מצטיית לבננו. נג. משתף פעולה ברצון עם התהילה השיקומי, לוקח חלק פעיל בטיפול הפיזיוטרפי והפסיכולוגי ומצב וחוז תואם את מצבו הגוף.אמין הוא מביע צער על מה שקרה ומשתף את הסובבים בחששתי מופיע העתיד, אך למרות זאת, הוא מתחילה לתכנן. קשייו החברתיים והמשפחתיים מלפני התאונה נשמרו, הוא מסתובב במחלקה, יוצר קשר עם החולים ועם הצוות, חברב עליהם ויום פעילות חברותית. ר.ל. נראה סובל, כאוס ומסוכסס עם הוצאות הרפואית והסיעוד. הוא מרבה לישן, בעיקר בשעות הבוקר המאוחרות, מסרב להגיא לטיפולים השונים והmarsrb לחתת תרופות לשיכור כאבי. בתקופת השוואת במחלקה יד במשקל, אין מגולח וניכר כי אינו משקיע במראהו החוץ. הוא מעדיף כי חבריו ומשפחות ימנעו מביברים. הוא מסתגר בחדרו ומכעט לצאת ממנו, אף אם יצא לפרטיה בה מבליט רבים מהאשפזים. הוא אין מוקן להיפגש עם פסיכולוגית המחלקה, והגב בהתפרצויות קשה כלפי פסיכיאטר שנסה ליצור עימו קשר.

תיאור דירנסציאלי זה של תגובות כה שונות לפגיעה שנראית לפני חוץ זהה ממחיש את הצורך להתייחס לתגובה הנפשית לפגיעה גופנית כל מושג רב-מיידי, הכלל בתוכו התנהגויות ורגשות שונים.

השפעת הפגיעה הגוף על נפש האדם מתוארת בהרחבה בספרות המקצועית. הייסון (1997, *Hewison*), מתאר מערכת של שינויים הקורים הן במרחב האורגי והן במרחב הנפשי. בין השינויים הללו נמצאות תגובות גופניות, כמו: עלייה בלחץ-דם, כאבי ראש ועייפות; תגובות קוגניטיביות, כמו: הכאב והבלבול; תגובות רגשיות, כמו: דיכאון, עצם ואשמה; ותגובות התנהגותיות, כמו: נסיגת חברתיות, אי תפוקה, הפרעות שינה, חוסר מנוחה ובכ. นอกจาก הפגיעה הגוף תיפוי עצמאי שלليلות ועמה ביכולת לענות לציפיות, מופיעה תפיסה עצמאית שלילית ועמה חשש מותיפה שלילית מצד הסביבה. מתערער היחס שהוא קיים לפני הפגיעה בין שלושה מרכיבים: הגוף, העצמי הפנימי והעולם (Erikson, 1950, *Toombs*, 1992). בתיאוריה של אריקסון (Erikson, 1950), על בניית הזהות העצמית (Self-Identity) הוא הדגיש "תגובה של אחדות ושל המשכיות" כמרכזיות וחווונית. בעקבות פגעה יכול להיווצר שבר בתגובה זו. יכול להופיע תחושת אשמה קשה, או רצינאלית לרוב, העשויה להתבטא באופנים שונים כמו: אשמת הקורבן "למה זה קרה זו קרא לי?", "בטח עשייתי מהهو רע" או אשמת הניצול "מדוע הירק לי נהרג ואני נשארתי?". תחושות אלה מותבטאות בשימוש במונחים כמו "גורל" ו"כח עליון". עשויה להופיע גם האשמה עצמאית על היכשלה מנوع את האבן "אולי לא נחרתתי מספיק" (Kubler-Ross, 1969). תחושות האשמה מלאות בכעס עצמי ובכעס על אחרים והnisian הקליני מעלה

שליעitous קיימת גם אשמה על תחשות הкусם עצמה (מרגלית ואחרים אצל בליר וסולומון, 2002).

פגיעה גופנית מעמידה בבחון כמה הנחות בסיסיות אושיות של האדם אוזות החיים. תחשות הזמן והמרחב עלולות להשנות ולהיחשב עתה לזכור צורב של אבן. מתרות וערכים שהיו ברורים אוזות החיים מוטלים בספק ומופרמים בחזרות. אחד האבדנים שנוצר בעקבות הפגיעה הוא אבדן אשליות חומר הפגיעות "לי זה לא יקרה". אבדן אחר הוא אבדן ההנחה הנוגעת לתנהלות הדברים בעולם, כמו הפנטזיה של צדק, וסדר של: "מי שהוא טוב – קורום לו דברים טובים". עכשו, כשקרו דברים רעים, יש ניסיון להבין מהי הסיבה לעונש". לעיתים הנפגע נטפס למחשבה כלשהו של האשמה עצמאית, ולעתים הוא מנגע למסקנה הפסיכומת השעהם כאובי וחרס זתקן (Langer, 1994; Kubler-Ross, 1969). תחשות הקביעות, אכן המשמעות והעקביות בחים נקבעות על בסיס ההנחה שסדר וצדק הם דברים תקפים. כשמתגלה ספק בנוכחות הטעות הללו אוחזת העולם, אפילו חוות החיים עצם עשויה להיות מפחידה, גורמת סבל, וcohca בחומר ידעה ובhiveדר שליטה (Ellis, 1979).

לעתים קרובות, מציעים הקוראים לאדם שנפגע לחווות ולמצאות את החיים. הצעה זו כרוכה מצדו בהתחשבות במוגבלות שלו ובמאמץ רב, שתוצאתו סבל. אמירות של חברים, כמו: "בשנה הבאה עד נעשה את הטויל לפטגוניה" מרגיעות, אולי, את המאוחרות של יכולות. זאת כאשר קיימת אפשרות שמצוין גופני, הגורם, לעיתים, להיעדר יכולת לבצע פעולות רצויות (מרגלית ואחרים אצל בליר וסולומון, 2002).

התגובות הנפשיות השכיחות ביותר שנמצאות סמוך לפגיעה הן רמות גבירות של **חרדה**. לעיתים קרובות מותספות להן גם תגובות **פוסט-טריאומטיות ראשוניות** כתוצאה מהחינוך קשים וחוויות שהיו כרוכות במהלך אירוע הפגיעה. תגובות אלה חולפות בדרך כלל לאחר זמן קצר יחסית, בעדרת טיפול ובלעדיו. מכאן אוילר עשוית התגובה הנפשית להתחפה בשני נתיבים. האחד, מוביל להתמודדות מוצלחת, אם כי אינו שולק קיומם של **מצבי רוח דיאוגניים** על כל המטלווה להם. נתיב זה מתאפיין בקשר שמאובטח הרוח אינו מפריע לאדם לבצע את כל מה שמתחייב בתחום שיקומו; כמו למשל קיומה בבודק, אכילה, רחצה, וכוננות בתהילך שיקומו; אוילר עשוית להתחפה בשני נתיבים. האחד, מקבל את הטיפולים הרפואיים המתחייבים מ\_tCב, ולקיחת חלק פחות מוצלחת, שבה הפרעות רגשות הנעות על פני הרוץ שבין אופוריה לדיכאון יכולות להפריע לתהילך השיקום ולהסתגלות האישית, החברתית והתעסוקתית. הפרעות גנטונות שעשוית לפגוע בתהילך השיקום וקיימות, אם כי בשיכחות נמוכה, יכולות לכלול **התמכרות לסמים**, **הפרעות סומטופורמיות**, או היקשרות של ההפרעה הפסיכו-טריאומטית. לעיתים נצפות הפרעות פסיכוטיות אשר במרקם המקרים היוו את הסיבה לפגיעה הגופנית, כמו למשל קפיצה ממוקם גבוה או הצתה עצמית. פגעה גופנית אשר מוחדרת בעקבות פסיכופתולוגיה עלולה להחריף את התהילך השיקום העתידי ולפגוע בתוצאותיו. עליה **תיאוריית קלאסיות של התמודדות נפשית עם**

מנגנון הכחשה (denial) – מנגן הגנה הפועל גם כאשר אדם אינו חש הרגשה של פחד או סכנה. תהליך הכחשה דוחה את התהילך הכרחי של האבל, ולכן חשוב שיעור את תשומת לם של המטפלים. הסכנה שיש בתגובה נפשית צאתה היא שיתפתח דייאון נפשי בשלב מאוחר יותר, דייאון שלא יהיה אלא תגובה אבל נדחתה. גישה זו מומחשת בתיאור המקרה הבא:

ש. ר. בן 43, נשוי ואב לשלוֹשה, אושפץ במחלקה לצורכי קיטוע רגלו השניה בעקבות מחלת כל-ידם. הוא היה מסווג החולים האהובים על הצוות הרפואי. מעולם לא התלונן, לא העזיק אותו להביא לו תרופות דוחפות בעיבוד אבל. גישה זו חיבבה התקדמות משלב לשלב והשתמשה במושגים כמו "נווכאלי" במצבי שהתהליך קבוע (מודל לעומת "פתולוגי", במקרים של סטייה מהתהליך קבוע (מודל המחלקה). רצף השלבים על פי קובלר-רוס כולל: הכאב, מיחות, דייאון וקבלה. המודל של קובלר-רוס הורחב לכלול גם תהליכי אבדן אחרים מלבד אבל ובאופן ספציפי אבדן של תפוקן, או איבר בגוף. שלב הדיכאון כולל צער ויגון ונתקפה כמרכזי וחינוי בתתמודדות תקינה. אדם שנחטא לאבדן ולא חחשות של דייאון נחטא ל"מכחיש".

לפוגש חברים ועמיתיים שורצים לבוא ולברkr אוטו. מקרה זה מדגים את התגובה האבל הנדרית אליה מתיחסים אל-צורך ושותפיו. גישות פסיכולוגיות נוספת בתחום מסגרות ורחבות יותר והויסיפה של השלבים באופן שシリבו אותה בתחום מסגרות ורחבות יותר והויסיפה של "פטרון האבל", הסתגלות וחזרה לתפקוד. במשך כל השלבים נמשך הקשר הפנימי עם "יצוגים של האבדן" הרובין הוא אפוא על הקשר המתממש עם יצוגי האבדן המופנים, תוך שמריה על ה"איי הקודם" (Rubin, 1994, 1999), אשר מינימiza לתיאורית תפיסה זו-ערך (Rubin, 1999, 1999), אשר מינימiza גמיישות במעבר בין השלבים. מדבר בתהליך העובר לאורח חייו של האדם שחווה אבדן, בניסיונו לשמור את משמעות חיו ולקיים את רוחותו הרגשית; הדבר עשה עלי-ידי איזון בין הזיקה לאנשים החיים סביבו לבין מי או מה שאבד לו. מדבר בשני צירום ונפרדים אך מקבילים המצויים כל העת באינטראקטיה זה עם זה, באופן גלי וסמי בחווית האבדן. העוזץ האחד מוקדש לתפקוד הבינו-פסיכוסוציאלי הקשור לתפקידו במצוות, בעוד השני מתמקדש בתחזוקת הקשר הרגשי של הפגוע לחים ולאבדנים שלו.

בצ'פולריין (Katz & Florian, 1987) הציעו מודל תיאורי מכך למתמודדות עם אבדן, על פי הביטוי הרגשי לאבדן הינו מהאדם הפגוע ומיסירה את תווית הפטולוגיה מן האבל; היא מסבירה את ההבדלים בין אדם לחבו בכך שהיא מראה כיצד האחד מתמקדש יותר בעורך התפקודו בעוד השני מתמקדש בערך הרגשי.

מצ'פולריין (Katz & Florian, 1987) הציעו מודל תיאורי מכך למתמודדות עם אבדן, על פי הביטוי הרגשי לאבדן הינו גמיש ומסתגל. הם הדגישו את ההבחנה בין השלבים הכלולים בתהליך התתמודדות עם האבדן, שהם: הלם, אבל והסתגלות, שבן התגובה הנפשיות הנפוצות של: דייאון, אשמה, הכחשה,

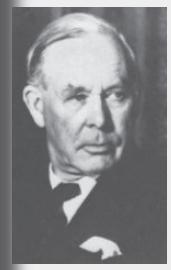
## פגיעה גופנית

קיימות מספר גישות תיאורתיות להתמודדות נפשית עם פגיעה גופנית ועם אבדן כאשר כל אחת כוון מדישה מורכב אחר מרכז. ישן תיאוריות המשותת דגש על הצער והאבל על האבדן (Kubler-Ross, 1969), אחרות שאלות מונחים מהתמודדות עם לחץ (Lazarus, 1966), והאחרונות עוסקות ברכז הווהות שהמשיכו מאיימת על ידי הפגיעה. הטיפול אמור להציג מין הגישה הנבחרת.

**גישת "השלבים"** (Kubler-Ross, 1963, 1980 ; Bowlby, 1960), הייתה הגישה הרווחת. היא הינה, קיומו של תהליך קבוע, בעיבוד אבל. גישה זו חיבבה התקדמות משלב לשלב והשתמשה במושגים כמו "נווכאלי" במצבי שהתהליך קבוע (מודל לעומת "פתולוגי", במקרים של סטייה מהתהליך קבוע (מודל המחלקה). רצף השלבים על פי קובלר-רוס כולל: הכאב, מיחות, דייאון וקבלה. המודל של קובלר-רוס הורחב לכלול גם תהליכי אבדן אחרים מלבד אבל ובאופן ספציפי אבדן של תפוקן, או איבר בגוף. שלב הדיכאון כולל צער ויגון ונתקפה כמרכזי וחינוי בתתמודדות תקינה. אדם שנחטא לאבדן ולא חחשות של דייאון נחטא ל"מכחיש".

תיאוריות רבות של התתמודדות עם אבדן התבפסו על מודל זה, בשינוי מה של מספר השלבים בתהליך והគורות שננטנו להם הון את מרכזיות והכרחות הצער, התפיסה וההפנמה של אי-הרביביליות של האבדן. האם וקוטון (1991, Ham & Cotton, 1991) תיארו רצף האבל כחלק מהתמודדות עם אבדן גפה. הם רואו בהתמודדות זו כמה משימות, שהעיקרית שבהן היא הקבלה של קיומו המוחלט של האבדן, על כל הרגות הקרים בקבלה זו. משימה נוספת אותה מגדירים האם וקוטון (& Ham, 1991) היא ההסתגלות לסייעתה והפנית אנרגיה רגשית לשם השקעה בפעולות וביחסים חברתיים. לדבריהם "...ושדף עיקרי שבו מתנהל תהליך האבל", ובו שלושה שלבים לזיהוי מיקומו של האדם בעל הליקוי על פניו רצף תהליך האבל: **קרות** (Cotton, 1991), המאפיינת בהשתחה רגשיות ובהתמקדות בחושים (sophomony), המאפיינת בהשתחה רגשיות ובהתמקדות במצבי הגוף, **যাওশ** (despair) מכאב, המאפיין ברגשות עצב, כעס, תסכול, אשמה, חרדה, חוסר אונים ומלאה בהפרעות שינה וירידת תיאבון, נסיגה חברתיות, חלומות קשים, בכינן ופעילותם בסביבה; **והחלמה** (recovery), שלב בו האדם עם הפגיעה חסרת מנוחה; מתחילה לארגן בהדרגה את חייו מחדש. המחברים מגדירים קיומם מתחילה לאיבר טיפוסית. ניתן להבחין בין תגובה נורמטיבית לבין תגובה יוצאת דופן על פי משך זמן התגובה. תגובה מאוחרת עקב הכחשה מוגעת מעבר בין שלב לשלב, ומולואה ברגשות אשמה והאשמה של אחרים. תגובה זו עלולה לתרום להתפתחותו של מצב דיכואני.

תמציתה של גישה זו, מונשתת גם אצל אל-צורך, טיאנו, מוניץ ונוימן (1990): "...ההגובה האמו-אנאלית המשותפת לאבדן ממשי או צפוי, מוחשי או סמלי – היא צער וכאב נפשי (grief). הרגשה זו היא שלב הכרחי בתהליך הפסיכולוגי של האבל, שלב המוביל עם הזמן להשלמה ולהסתגלות לעובדה שימושה אבד לבלי שוב. העדר של צער וכאב נוכח אבדן, הוא בדרך כלל תוצאה של



אלטון ג'ון (Elton John) ב-2 בספטמבר 1990

**בעוד שלפי  
מודל המחלה  
נחשבת  
הכחשה  
(אופטימיות)  
לא מציאותית,  
יעיות  
(המציאות)  
לפוטולוגיה,  
לפי מודל  
התמודדות  
עם לחץ,  
נחשבת  
הכחשה  
(בדרכו של  
תקווה),  
על בסיס  
אופטימיות  
לא ריאלית)  
התמודדות**

נתפסות, בהקשר זה, כהתרוגניות הסתגלוויות, המסייעות בהדיפת וgesות מציפים. לפי זאתו, "פסיכופתולוגיה היא מצב שבו אחד המאפיינים, סדר העדיפויות האישית או המיציאות והצורך להסתגל לנסיבות, משתלט על الآخر ופוגם בו". במצב של בריאות מתקיים מאפיינים אלו באיזון הגיוני "狄acion אין שיבוש בקיירת המיציאות. אנשים בדיכאון עשויים להיות יותר ריאלייטים מאשר המתקדים היטב והאופטימיים". מודל התמודדות המבוסס על הערכת החץ (Stress appraisal coping model) של לזרוס (Lazarus and Folkman, 1984) מספק פרטפקטיביה ופולקמן (Folkman, 1984) לא-פרטפקטיביה.

קיימות שתי תוצאות של התמודדות. האחת ממוקדת בבעיה והשנייה ממוקדת בראשות המתוערים בעקבותיה. שתי התוצאות מופעלות, במידה שונה, אצל המתמודדים עם מצבו לחץ. תהליך ההתמודדות נע קידמה ואחוריה, כיעמות שבין נסיגה למאבק, או חולופון כיעמות בין הכחשה לקבלה של המציאות (Lazarus & Folkman, 1984). השלב של נסיגה או הכחשה נתפס כבעל חשיבות לפחות למיניות התפרקות נפשית, בכך שהוא נותן הירח לנסיגה

דמנית אל מצב מוכר של בטחון, בהתאם לצרכים המשתנים. בעוד שלפי מודל המחלה, נחשבת הכחשה (אופטימיות לא מציאותית, יעיות המציאות) לפוטולוגיה, על בסיס אופטימיות לחץ, נחשבת הכחשה (בדרכו של תקווה), על בסיס ממוקד-ברגש לא ריאלית) להתמודדות הסתגלוויות, כניסיון ממוקד-ברגש ליחסות לחץ, **שאין להתעמת עמו**, אלא אם כן, לאורך זמן, הוא

מנוע התאגיגות תפקודית. (מרגלית ואחרים 2002) הטיפול הנפשי מיועד לאפשר לאדם הפגוע לעירך בצורה חיובית את המשאבים העומדים לרשותו ולחזק אותו אם יש צורך בכך זאת מוביל לילחם בהגנות שלו.

ד.א. בן 29, רווק, טכני מחשבים במיקצועו, שבר את עצמותו האגן, בעת אימוני שהתרחשו במסגרת שרירות מילואים. לאחר ונארר עליו לשים משקל על גלilio וביתו לא היה מותאם לכיסא גלגולים, אושפז במחלה. למרות פציעתו הקלה יחסית ולמרות שראה מסביבו במחלה פצעים שניצבים היה קשא בהרבה משלו, הגיע בתגובה נפשית חריפה. הוא התлонן על כאבים מרובים, העירץ כי מעתה ואילך יהיה דחו "אף אישנו נורמלית לא תרצה אחד כמוון" טען, וחזר ואמר "עכשיו אני אפס, לא שווה יותר כלום", כל הצעה שכוננה להכנים מעט או רלים העגומה של האשפוז נתקלה בסירוב. הפגשות הטיפוליות התמקדו באיתור וחיזוק הכוחות הנפשיים שלו, העשתה תזכורת לגביו יכולות הגבהתה בשילטה במוחשב והישגיו בתחוםים שונים. הושם דגש על היותו חיוני ומעורר מכך במקומו העבודה. צוין כי חברים ממקומם העובדה אינם לבקר אותו ומתקפיהם למכור עד כמה הוא בולט בחסרוון. כמו כן, הדוגשה העובדה שידידים ודידותם מתחבקים להמשיך ולבקחו זאת על אף האשפוז הממושך ועל אף העובדה כי בית החולים מרוחק ממקום מגורי. במהלך האשפוז ד.א. למד לעירך שעיל אף הפגיעה הפיסית עדין נותרה ברשותו משאים שיאפשרו לו לחזור לתפקיד בעובdot, כוכבן, אך גם להיות מקובל ואטרקטיבי בקרב משפחתו וקבוצת ההתייחסות שלו, דבר שהיה חשוב לו מאוד.

hogma זו ממחישה שהתגובה של ד.א. לפגיעה שלו הייתה תוצאה

סימפטומים פסיכומאטיים והערכה מחדש של משמעות החיים. לדברים, לא קיים סדר תגובות מסוים ונוקשה ההכרחה לקיוםו של אבל עיל ומוצלת. תשובות נפשיות שונות יכולות להופיע בשלבים שונים של ההתמודדות, ואף ניתן לחזור ולהזוז תשובות אלה יותר מפעם אחת. המודל שהציגו מספק קואורדינאות לשם ביטוס הערכה אפשרית של ההתמודדות הפרט עם מצבו אבדן מividim. ההערכה עשויה לספק למיטלים קוווי-יסוד לשם קבלת החלטות טיפוליות באשר לאופי ההערכות לאחר אבדן איבר או תפוקה. הביטוי הרשמי לאבדן משתנה מ אדם לאור מאפיינו האישים,

מאפיין משפחתו ומאפיין הסביבה החברתית בה הוא חי. ג.ז., חותם סוכרת אושפזה לשם טיפול בפצע סוכרת ברגלה. הפרוגנזה הרפואית הייתה טובה, והוא נזכר לה שהיא תשוחרר מהמחלקה תוך זמן קצר. ג.ז. הగיבה בתגובה נרגמות ודיאונית. היא הרבתה לבכות, סירבה לאכל, הייתה ערה במלוך הלילות ודיזוזה על קר שאינה רואה טעם בחיה. הוצאות המטפל כמו גם בני משפחתה הקרובה של לא הבינו את פשר התגובה הנפשית הסוערת ניסו לשוווא לשפר את מצב רוחה והו מודאגים בזיהה. בשיחה עם פסיכולוג המחלקה הסביר כי זמן קצר לפני אשפוזה נפטר אחיה הצער מטיסוביים של מחלת הסוכרת וגם אביה נפטר בגין צערו מאותה סיבת. הנגע הסוכרתי ברגלה היהו עברוה נוראה אדומה והתראת גורלה הצפוי כפי שהיא תפסה אותו.

hogma זו ממחישה כיצד גורמים שונים, שלעתים הינם סביבתיים, הם בעלי השפעה על התגובה הנפשית לפגיעה, והופכים אותה לאישית מאד.

**מודל ההתמודדות עם לחץ (stress, של לזרוס** (Lazarus, 1966) מספק גישה נוספת להתמודדות עם אבדן. ניתן לראות במצב של פגעה ואבדן מקרה רפואי פרטי של מצב לחץ, ועל כן להתייחס לתגובה התנהגותית והרגשית כלפי ניסיונות לוויסות לחץ. מידת החץ משתנה מאדם ותלויה בהערכה הסובייקטיבית שבה רואה הפרט את הפגיעה במשמעות ובאי-חיי. הערכה זו מושפעת על ידי משתני אישיות וסביבה גורמים נוספים (סביבתיים, אישיים וחברתיים) עשויים להחמיר את החץ או להפיג אותו.

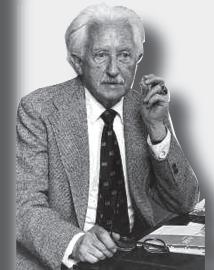
על פי לזרוס האדם הוא ארגניזם חושב ומעיריך אשר מ Chapman בסביבתו רגילים וגורויים לרבענים למצוותו. לחץ (stress) נחווה כאשר אדם מעיריך את משאביו כבלתי מספיקים להתמודדות עם מצב נתון. תהליך ההערכה מתחלק לשני שלבים: הערכה ראשונית, בה מצייר הוא על המיצוקה והערכה שניונית בה המיקוד הוא על משאבי ההתמודדות. הבדלים בין אישים השונים באופן שבו האדם מעיריך את המצב משפיעים על תגובותיו.

הערכה (appraisal) מוגדרת על ידי לזרוס (Lazarus, 1991) כ"אופן שבו הפרט מעיריך את החשיבות האישית של מפגשיו עם הסביבה, וכך היא מהווה את הגורם לתגובהו הרגשית". זהו, לפי לזרוס, בסיס ההסביר של תורת הרגשות.

התגובה הנפשית לאבדן נבחנת כהתרוגניות לשם הסתגלוויות. ההתמודדות זו יכולה להיות ממוקדת בראשות הנחוות בעקבות אבדן או בפרטן בעיות שהמצב החדש יצר. הכחשה ותקווה



Richard S. Lazarus



אריק איריקסון (15 ביוני 1902 - 12 במאי 1994)

לחיזוק כוחות האגו שלו באמצעות שיקום תעסוקתי. במקורה זה נפגע תקויות ושאיופות, עמדת ומבנה חברתי וכח הכנסה והביטחונו כלכלי. כל אלה גורמו למשבר משמעותי ברכז החזהות (אריקטוטן) ולתחווה של "אני לא אמייתי", בדומה למושג האני המחויך של ויניקוט (Winnicott, 1960).

בכל הגישות הטיפוליות של התמודדות נפשית עם פגיעה גופנית, חשוב לחזק את הכוחות והמשאים העומדים לרשות האדם ולסייע לו לבנות נרטיב אופטימי, ההופך את מצבו הקשה לצההumo הוא חש מסוגלות להתמודד. על המטפל לתמוך באדם הפגוע, להכיל את צערו ובעידנות לנtab אוטות לראות גם את הצדדים המצביעים לו הזדמנות. המטפל הוא אקטיבי ועליו לעזרה לאדם הפגוע לשנות את סדרי העדיפויות הקודומות ואת המטרות שאינן בנות השגה ולשים דגש על צדדים שנשארו שמורים ושבהם הוא יכול להתחזרה באופן שוווני עם אנשים ללא פגעה.

משמעות זה עסק בחלק קטן מאוד מההיבטים הפסיכולוגיים של האנושיים המאושפזים בשיקום האורתופדי. יש צורך להמשיך ולהרחיב בסוגיות רבות, כמו בשיקום התפקוד המיני, בתופעות הפסיכוסומטיות הבאות לידי בטוי לעיתים יותר באשפוזים אוורטופדים מאשר באשפוזים פסיכיאטריים, בפסיכו-פרטולוגיות המכחיםירות בשיקום, בכאב ובנגזרותיו, בהשפעת גורמים פסיכוכ-סוציאליים בשיקום, בעבודת החזות הרוב תחומי במחלקות ובעוד נושאים רבים. ואידך זיל גמור.

### ביבליוגרפיה:

- אליצור, א. טיאנו, ש. מוניץ, ח. נימן, מ. (1990) **פרק נבחרים בפסיכיאטריה** (עורק: מוניץ ח). פפירות אוניברסיטת תל-אביב.  
מרגלית ד., רפפורט ש., נאקן ד., פרידמן א., צדוק נ., עזריה מ., עורי א. (אצל בליר א. וסולומון ג.). **נכחות נפשית: היבטים רפואיים, מחקרים, חברותיים, משפטיים וסקיומיים.** [תל אביב]: משרד הבריאות – ההוצאה לאור, תשס"ב 2002, פרק 5.

Bowlby J. (1963), Pathological Mourning and childhood Mourning, **American Psychiatric Association**, 11:500-541.

Bowlby, J. (1980), **Attachment and loss, Loss, Sadness and Depression**, Basic Books.

Bruns D, Disorbio JM. (2006), "Chronic Pain and Biopsychosocial Disorders". **Practical Pain Management**, 6(2): 2-9.

Dixon, G., Thornton, EW & Young, CA, (2007), Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. **Clin Rehabil**, 21(3):230-40.

של הערכה שגואה של השלכות האירוע מחד וכוחות התמודדות הקיימים מאידך. הפרשנות השילית של האירוע, יותר מן האירוע עצמו, היא זאת שיצרה את תגובת החלץ שלו. ד.א. מותך מאפייני אישיותו ויתכן כי מותך גורמים סבבתיים שלא היו בחרום עד תוםם, תפש את השלכות הפגעה כחמורות, וחשב שישփעו על כל תחומי חייו ואילו את משאבי ההתקומות שלו עם הפגעה העיריר כמעט. פרשנות זו שבאה מוחששתו מן העתיד, הובילה להתקומות בלתי ייעילה עם תהליך השיקום. הטיפול הפסיכולוגי התקדם הן בנסיון לשנות את הרכבתו לגבי חומרת הפגעה ומגבלויה הזמןית, והן בסיוו' בלבנה ערך עצמי חיובי, תוך כדי הגברת אמוןתו שלו ביכולתו ובמסגולותו העצמית (*false self*) להתמודד עם הקשיים הנגזרים (Dixie, 2007). הדבר נעשה תוך שימוש בטכניקות קוגניטיביות לבניית אופטימיות ותקווה לעתיד. בנוסף, נעשו פעולות התערבות מוקדמות בתחום התהנות, תוך הדרכה מעשית ליצירת מצבים בהם התמודד בצוותה יעללה גם כשהעריך שאינו מסוגל לכך.

**גישות העוסקota ברגע החזהות** הין הנזכר השלישי בניין טיפול הפסיכולוגי באנשים עם פגעה גופנית. אריקסון (Erikson, 1950), טען כי בחזות העצמית מאוחדים העבר, ההווה והעתיד לכדי אחדות אחת. בעקבות הפגעה נוצר לעיתם שבר בתחום השלים העצמית של הפרט. המרכיבים הנחוצים ליבוש תחזות אופטימאלית של חזות אישית הם בבחון פנימי בקשרו ובסילו של האדם להשתלט על מטלות חדשות, אמון בסיטי בעצמו ובאחרים, אוטונומיה ויזומה שנרכשו בתקופות קודמות. בנוסף, יש צורך בהדמדניות מרווחת להנטסוט בתפקידים חדשים, בדמיון ובמציאות ותמייה במאיץ זה מצד העולם החיצוני. כיוון שיש קושי גדול למשמש את שני האחוריים בעקבות פגעה גופנית, יש צורך לחזק את האדם בשני המישורים, הן הפנימי והן החיצוני כדי להדגיש את רצף החזהות ולקשרו את העבר עם ההווה והעתיד בצורה המתמודדת עם המשבר ולא מתפרקת למולו.

ניתן לתאר מבנה זה גם במונחים "עצמם אמייתי" ו"עצמם מזוייף" (Winnicott, 1960). הליקויים מותן התייחסה של העצמי המחויך (*false self*). כל תקופה בהחبابתו ובганותו של העצמי האמייתי (*true self*) מוצגת את הטבע ההגנתי שלו. מוגילה את הרגשות האמייטיות של האדם, ומגדילה את יכולתו להתמודד עם שברים בהמשיכויות של חייו העצמי האמייטי. השבר הגדול בח' העצמי האמייטי שלו מושאירה אותו לעיתם ללא האני המחויך שלו, כיוון שהפגיעה בו הייתה למעשה מעשה אנושה.

עד., תלמיד ישיבה בן 21, נשוי ואב לתינוקת בת 5 חודשים, תושב הנקודות בשומרון, נפגע ממטען בפיגוע. כתוצאה מהפגיעה נקטעה רגלו השמאלית, מתחת לברך, בunos, ברגל ימין נוצרה פגעה עצבית, והוא סבל משבטים ביד ימין ופגיעה עצבית ביד שמאל וכן נפגע איברים פנימיים. עד. היה עסוק בשאלות כמו "איזה מן אבא אני?", "האם אשתי תמשיך לאחוב אותי?", הוא אמר: "לעולם לא אוכל שוב לסתוק בסיפורים כפי שנכתב", ובעיר חזר על המילים "אני לא אני". טיפולו הושם דגש על בניית רציפות בחזהות על ידי חידוש פונקציות אהיות ועידוד הזוגיות ונעשה ניסיון

- Lazarus R.S. (1991), **Emotion and Adaptation**, Oxford University Press, New-York.
- Lazarus, R.S. (1966), **Psychological Stress and the Coping Process**. New York: McGraw-Hill. New-York.
- Rubin, S. (1999), **The Two-track Model of Bereavement: Overview, Retrospect and Prospect** *Death Studies*, 23(8), 681-714
- Rubin,S.(1994),**The Two-track Model of Bereavement and its use in psychotherapeutic intervention with chronic grief**. Presentation to the International Conference on Grief and Bereavement; Stockholm, Sweden; June.
- Toombs S.K. (1992), **The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient**, Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic publishers.
- Winnicott, D. W. (1960). "Ego Distortion in Terms of True and False Self," in **The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development**. New York: International UP Inc., 1965, pp. 140-152.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57, 349-357.
- Dunn, D. S., & Dougherty, S. B. (2005), Prospects for a positive psychology of rehabilitation. **Rehabilitation Psychology**, 50, 305-311.
- Ellis, A. (1979), Rational emotive therapy. In: R. Corsini (ed.), **Current Psychotherapies**, second ed. Ithaca, Illinois, Peacock.
- Erikson E.H. (1950), **childhood and society**, New-York: Norton.
- Ham R, Cotton L. (1991), In: **Limb amputation, from aetiology to rehabilitation**. London: Chapman & Hall.
- Hewson, D. (1997), Coping with Loss of Ability: "Good Grief" or Episodic stress Responses?, **Soc-Sci-Med**, 44(8), 1129-1139.
- Katz S, & Florian V. (1987), A comprehensive theoretical Model of Psychological Reaction to Loss, **Int'l Psychiatry in Medicine**, Vol. 16 (4): 325-345.
- Kubler-Ross E, **On Death and Dying**, Tavistock, London. (1969 ).
- Langer, Karen G. (1994), Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. **American Journal of Psychotherapy**, 48 (Spring): 181-194.
- Lazarus R.S, and Folkman S (1984), **Stress Appraisal and Coping**. N.Y: Springer.



# השפעת המשפחה על ההערכת העצמית אצל ילדים בעלי צרכים מיוחדים ב Maggiez הבדואי

■ ד"ר אלקשעלה בדיין, פסיכולוג

## הקדמה

מאז ומתמיד הייתה החברה הבדואית מוקד להתעניינות חוקרים וסופרים. מי שהתוודע לחברת הבדואית, הৎפס ממנה. לא יפלא אפוא, אם גם כים חוקרים וסופרים רואים בחברה הבדואית מעבה אונסית הרואה לתייר ולמחקר (יוסף ומושה 2000). נורמות וערכים עתיקים-icontion ממשיכם להתקיים בחברה הבדואית, אף על פי שהבדואים עברו תהליכי שינוי-לכט בכל תחומי החיים, כשהמודרניזציה על יסודותיה העיקריים, הטכנולוגיה והעיר, מהוות חלק מאורח חייהם העכשווי. למורות כוחם של גורמים אלה, החזות הבדואית אינה מיטשטשת ומתקיימת לצד המודרניזציה, עמה הם זורמים תוך שילוב מורשתם במערכות החיים של ראשית המאה ה-21 (יוסף ומושה 2000).

המשפחה הבדואית בוגב היא משפחה פשוטה וצנעה החיים בתנאים סוציאו-כלכליים קשים. הסביבה בה היא חיה דלה ביותר ואני מספקת חלק ניכר מהצרכים הבסיסיים והיוניים להם Zukunft האדם. המשפחה מורכבת, בדרך כלל, מבן, סבא, סבתא, מספר רב של ילדים, ובהרבה מקרים אישה שנייה, שלישית ורביעית.

בחברה הבדואית יש אמונה השפיעה במצבו החומרי של האדם, אך הסטטוס החברתי נקבע על-ידי הייחוס של הפרט, שמרכיביו הם הכבוד והגאווה. אישיות הבדואי צנעה ומתקבלת את الآخر. הכבוד ממד חשוב – הבדואי מאמין תמיד בכוח ובשליטה – הכוח מביא כבוד. הדבר משתקף בתקופת הגבר הבדואי במשפחה – הוא ראש המשפחה והאחריו הבלתי עלייה.

גורמים המשפיעים על תהליכי הסוציאלייזציה של הילד הבדואי הם למשל מספר הילדים הגדל במשפחה, העומ, הקושי בשילוב המשפחה הבדואית במערכות החיים של ראשית המאה ה-21, הפער המשמעותי בין אורח החיים בין המודרניזציה, המכדר ומגזר האוויר היבש והחם, המושBOR במים וחשמל במקומות מסוימים, מרבות בטอร המשפחתיות ובין החמולות, אכונות המשפחתיות בדורותיהם וככוב, נקמת הדם.

תחום הפסיכולוגיה במערכת החינוך ב Maggiez הבדואי הינו מהמופקרים ומהמחזנים ב Maggiez. לפיקר אמר מבחן זה לעודד את הלמידה בתחום הפסיכולוגיה ב Maggiez הבדואי.

## מטרת המחקר

מטרת המחקר הינה השוואתית; השפעת סגנונות ההורות ושיטות החינוך המשפחתית על ההערכת העצמית אצל ילדים רגילים וילדים בעלי צרכים מיוחדים בשתי קבוצות מותרניות שונות.

## אוכלוסיית המחקר

במחקר השתתפו 135 תלמידים בגיל 8-11 המתפקדים ברמת פיגור קל (להלן נשותמש במונח "בעלי צרכים מיוחדים") הלומדים במסגרת החינוך המיוחד ב Maggiez הבדואי בעיר רהט בישראל ובעיר סנט פטרבורג ברוסיה, ילדים עם מנת משכל תקינה (להלן נשותמש במונח "רגילים") הלומדים בבית ספר רגילים.

לפי החלוקה: 57 תלמידים מרחת (45 בעלי צרכים מיוחדים, 30 רגילים)

60 תלמידים מרוסיה (30 בעלי צרכים מיוחדים, 30 רגילים)

הורם לילדים בעלי צרכים מיוחדים והורים לילדים רגילים.

## כלי המחקר

A. מבחן דמבו-רובינשטיין (ראו בסוף המאמר) – הבודק את הדימוי העצמי של הילד בעיניו עצמו ובעיניו הוריו (ALKASHAULA 2006).

## טולם דמבו- רובינשטיין:

דימוי עצמי	רמה
דימוי עצמי נמוך	פחות מ- 45
דימוי עצמי בינוני	45-59
דימוי עצמי גבוה	60-74
דימוי עצמי מוגזם ( לא אדוקווט)	יותר מ- 75

B. שאלון אידמיילר – הבודק סיגנונות הורות (ALKASHAULA 2006).

C. ראיונות עם הורים

D. צירום – צירום דמות אדם לבדיקת הדימוי העצמי

תאמר זה הוא תמציתו של מחקר השוואתי בין משפחות מהMargin הבדואי בישראל לבין משפחות פטרבורג ברוסיה. חיבור לשם

קיבלה תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת סנט-פטרבורג 2006.

\* מבחן דמבו – רובינשטיין: מבחן להערכת הדימוי העצמי אצל ילדים. מבחן פשוט שתוצאותיו מעניינות. המבחן בניי מ-6 טולמות בהערכת העצמיות (חיצונית, חברתיות, אושר, אופי, שכל, בראות). הילד צריך להעריך את עצמו לפי הטולמות הנ"ל (ALKASHAULA בדיין 2006).

**המשפחה**  
**הבדואית**  
**בנגב היא**  
**משפחה**  
**פשוטה**  
**אינועה החיים**  
**בתנאים סוציאליים**  
**אקוונומיים**  
**קשהים.**  
**הסבירה בה**  
**היא חיה דלה**  
**bijouter ואינה**  
**מספקת**  
**חלק ניכר**  
**מהצריכים**  
**הבסיסיים**  
**והיומיומיים**  
**לهم זיקן**  
**האדם.**  
**המשפחה**  
**מורכבה**  
**, בדרך כלל,**  
**מאב, אם,**  
**סבא, סבתא,**  
**מספר רב**  
**של ילדים,**  
**ובהרבה**  
**מקרים**  
**אישה שנייה,**  
**שלישית**  
**ורבייעית**

## השערות המחקר

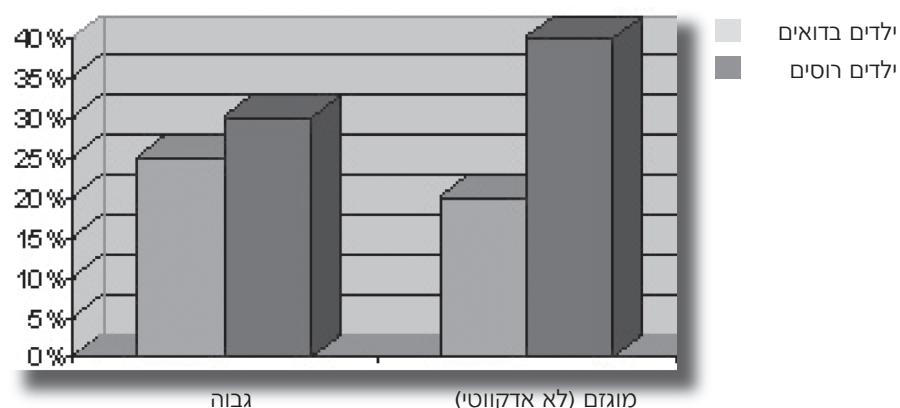
- I. ילדים ברמת פיגור קל יעריצו עצםם באופן בלתי אדוקווטי - הן מבחינת רמה והן מבחינת מבנה (אדוקווטי – דימוי עצמי תומם את המיציאות) עפ"י סולם דמבו-רובינשטיין. לעומת זאת ילדים בעלי מנגנון משלך תקין יעריצו עצםם באופן אדוקווטי בסולם הנ"ל.
- II. ההורים הרושים מעריכים את המאפיינים האנטלקטואלים, הקוגניטיביים והאמוצионаליים של ילדיםם באופן שונה מאשר הורי הילדים הבוחנים.
- III. היחס ההורי וסוגנות החינוך המשפחתית משפיעים משמעותית על בניית ההערכה העצמית אצל ילדים בכל, ואצל ילדים בעלי קריטים מיוחדים בפרט. לגורמים האתונופסיקולוגיים השפעה רבה על תהליכי בניית הדימוי העצמי מבחינת רמה ואיכות.

### מצאים :

1. תוצאות המחקר מראות שלדים רגילים בשתי הקבוצות מעריכים עצםם באופן אדוקווטי, מבחינה קוגנטיבית, רגשית וקוגניטיבית. הילדים הרגילים החיים ברוסיה נוטים להעירך עצםם באופן גובה יותר מאשר ילדים בוגרים בישראל.
2. נמצא ש 40% מהילדים הרושים מעריכים עצםם באופן מוגזם ו 30% באופן גובה. לעומת זאת 25% מהילדים הרגילים הבוחנים מעריכים עצםם באופן מוגזם ו 20% באופן גובה (ראו טבלה 1).

### הערכת עצמית אצל ילדים בעלי מנגנון משלך רגילה :

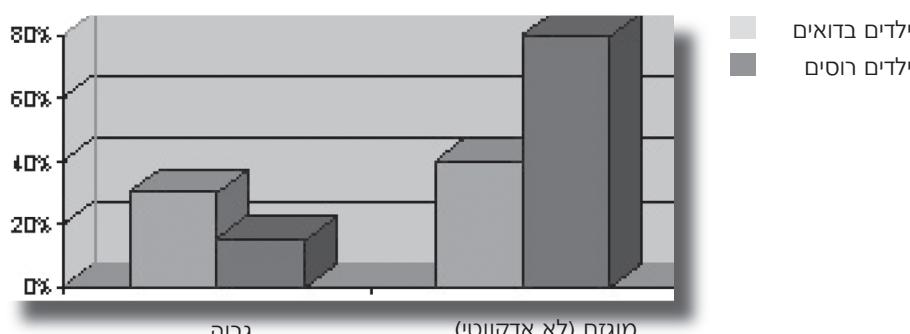
	ילדים רושים	ילדים בדואים	דימוי עצמי
גובה	30%	25%	גובה
מוגזם (לא אדוקווטי)	40%	20%	מוגזם (לא אדוקווטי)



3. נמצא כי 80% מהילדים הרושים הסובלים מפיגור מעריכים עצםם באופן מוגזם ו 15% באופן גובה. 40% מהילדים הבוחנים מעריכים עצםם באופן מוגזם ו 30% באופן גובה.

### הערכת עצמית אצל ילדים בעלי צרכים מיוחדים :

	ילדים רושים	ילדים בדואים	דימוי עצמי
גובה	15%	30%	גובה
מוגזם (לא אדוקווטי)	80%	40%	מוגזם (לא אדוקווטי)



4. ההערכה העצמית של הילדים בעלי הרכבים המיוחדים משתנה ונעשית אדוקווטית יותר עם העלייה בגיל (אלקשאעלה 2006).

5. ההורים הורסים לילדים בעלי צרכים מיוחדים מישיות חשובות רובה ביותר למרכבי התפקיד השכלית והחברתית בסולם ההערכה של ילדיהם. הורי הילדים הבודאים בעלי הרכבים המיוחדים מישיכים את החשיבות הרבה ביותר למרכבי ההופעה החיצונית והאשור ומעריכים פחות את המרכיב הקוגניטיבי והחברתי.

6. באופן כללי, הערכת ההורים לילדים בעלי הרכבים המיוחדים גבוהה יותר אצל ההורים הבודאים בהשוואה להורים הבודאים.

7. תוצאות המחקר מצביעות על כך שהמרכיב השכלי בהערכת העצמית ממשמעותו לילדים וגילם בשתי האוכלוסיות. המרכיב החיצוני וביראיותי ממשמעותו לילדים בעלי צרכים מיוחדים.

8. לפי מבחן "איידמיילר" קיימים הבדלים בסגנוןות הורות בין הורים לילדים לבין הורים בעלי צרכים מיוחדים ב对照检查 הבדאי. במשפחות בדואיות לילדים בעלי צרכים מיוחדים בלטו סגנוןות חינוך כמו: מינימום עונשים ואיסורים, ילד מקומות כוכבי במשפחה, ייחום חשיבות לקשר עם הילד וחוסר ביחסון הורו. לעומת זאת במשפחות לא-בדואיות, ייחום חשיבות יתר מהילד, דרישות רבות מהילד, ענישה וחוסר סיפוק הרכבים.

9. אצל ההורים הבודאים אין הבדלים ממשמעותם בסגנוןות הורות בהשוואה לאוכלוסיה הבדואית. בשתי האוכלוסיות בולטים הסגנוןות הבאות: מרכזיות הילד במשפחה, סיפוק צרכים, מינימום ענישה, פחד מאבדן הילד.

## סיכום

באופן כללי ניתן לראות כי תוצאות המחקר מאשרות את השערות. מצאמנו כי קיימים הבדל בהערכת העצמית בין ילדים עם צרכים מיוחדים לילדים וגילם. אחד גבוה יותר אצל הילדים בעלי הרכבים המיוחדים מערכיהם עצםם באופן לא אדוקווטי (מוגזם) בהשוואה להערכת עצמית של ילדים וגילם. עפ"י ויגוצקי (1935) הדבר מרוכזין ילדים קטנים שאינם בשלים ועשוי להצביע על צורך בפסיכיאטרית אצל הילד המרגשיים כי אינם זוכים להערכת חיובית מהסבירה.

חשוב לציין כי ההערכת העצמית של הילדים נעשית אדוקווטית יותר עם העלייה בגיל. הדבר מצביע על כך שהמודעות העצמית של הילדים עולה עם הגיל (ויגוצקי 1935). הילדים הרים בשתי האוכלוסיות בולטים הסגנוןות הבאות: מרכזיות הילד ב对照检查 הבדאי (בשתי הקבוצות).

מניסיוני האישי כבן למוגזר הבדאי, נראה כי באופן כללי התייחסות הורים לילדיהם בחברה הבדאית היא סמכותית, כוחנית ומולואה בענישה (אם כי פחותה אצל ילדים בעלי צרכים מיוחדים). להורים ציפיות יתר ודוחיה רגשית באופן מיוחד לילדים וגילם. קרוב לוודאי שאליה גורמים נוספים המשפיעים על ההערכת העצמית של הילדים. במחקר נמצאו הבדלים בסגנוןות הורות של הורים לילדים בעלי צרכים מיוחדים בין משפחות רוסיות למשפחות בדואיות.

התוצאות תואמות את השערות המחקר; הורים הרים מערכיהם יותר את המרכיבים השכליים והחברתיים של ילדיםם, ואילו הורים הבודאים מערכיהם יותר את ההופעה החיצונית והאshore. מראיות עם הורים לילדים מיוחדים במוגזר הבדאי נמצא כי חלקם תופס את הילד החורג כמיותר וכגורם לסתיגמה העוללה לפגוע בתדמית המשפחה.

הטיפול המסור ומרכזיות הילד במשפחה ניתן לייחס לאמונהם הדתית ולמוראה מפני האל.

תופעות אלה לא נמצאו בראונות עם הורים מהחברה הרוסית. יתכן שהתייחסות הורים הבודאים מוקהה בהתיחסות הכללית של החברה הבדאית לחורגים והוא אחד הגורמים להערכת העצמית הבלטי אדוקווטית של הילדים (ויגוצקי 1935). הדבר תואם את השערת הממחקר לגבי ההשפעה התרבותית על בניית הדמיון העצמי של הילדים.

הערכת עצמית לא אדוקווטית אצל ילדים יכולה להעיד על סביבה שאינה עונה על צרכיהם. מתוך החומר הנ"ל עולה כי טיפולילדים בכלל ובילדים בעלי צרכים מיוחדים בפרט, יש ליחס חשיבות רבה לగורמים התרבותתיים ולחזק את הדמיון העצמי האדוקווטי.



לב ויגוצקי (1896-1934)

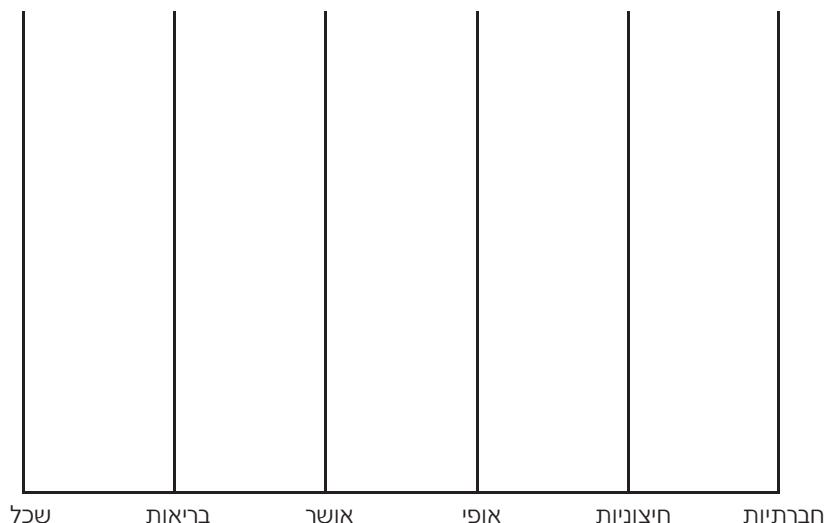
התאוריה של ויגוצקי בונה על מרכזיות התרבות ותchromתה המכרעת להתקפות האדם. הוא טוען כי האדם הינו תוצר התרבות, כלומר התקפות המחשבה, השפה והחשיבה הרציונלית מתפתחים דרך אינטראקציה חברתית, כך שככל היכולת המנטלית, הקוגנטיבית והרגשית של האדם מיצגות את הידע המשותף של התרבות.

התקפות הדיאלקטי שבו לומד הילד ומתפתח דרך חווית משותפת של פתרון בעיות עם אדם אחר (הורה/מורה). הילד לומד את הכללים התרבותיים של פתרון בעיות בתחילת תקופה צפית וחיקוי, ולאחר יותר דרך לקיחת אחריות על מעשי.

תמונה ואינפורמציה מתוך אתר ויקיפדיה:  
<http://he.wikipedia.org>

**ביבליוגרפיה:**

- I. אלקשאעלה בדיע, **השפעת המשפחה על הערכה העצמית אצל ילדים בעלי צרכים מיוחדים**. מחקר לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת סנט-פטרבורג 2006. סנט-פטרבורג, בשפה הרוסית.
- II. ויגצקי ל. **התפתחות שכלית אצל ילדים במהלך הלמידה**. מוסקבה 1935. ברוסית.
- III. יוסף ומושה, **המורשת התורботית של הבוחאים בנגב**. 2000.

**מבחן דמבו-חובינשטיין להערכת העצמית אצל ילדים (אלקשאעלה בדיע 2006)****הנחיות:**

פונים הילד ומקשים ממנו למקם עצמו, למשל, בסולם של בריאות. על הסולם נמצאים כל האנשים. מתחתית הסולם מצב הבריאות לא טוב, באמצע בינוני ומעלתו טוב מאוד. הילד צריך להצביע על מקומו בסולם (כל סולם 100 ס"מ).



**ראשונה בארץ,**  
ע.מ.י, חברה מובילה בייעוץ לעסקים משפחתיים  
পোতחת קורס דו-שנתי להכשרת יועצים לעסקים משפחתיים.

הקורס יונחה ע"י דר' אורנית ינאי (פסיכולוגיה קלינית ותעסוקתית- מדרכה)  
ודר' תמר מלוא (פסיכולוגיה קלינית ויועצת ארגונית בכירה)

ימי ב', אחת לשבועיים בשעות 19:00-22:00

במשרדיינו בנוף ים, הרצליה.

הקורס מיועד ליועצים ומתפללים בכיריהם בתחוםים:  
קליני, משפחתי וארגוני.

לפרטים והרשמה:

אורנית 054-2288426  
תמר 054-4234685



**אבחנה בין אמפתיה לרכיבי כתגובה לדפוסי העברה בטיפול**

ספקו בילדות. לתחום זה שיר המתפל בתפקיד "אם מספיק טובה" של ויניקוט (1965). הכוונה בפונקציה זו לנוכחות שקטה ומאפשרת, מכילה וצפטיבית, הקולות תכנים וgeshützte שמבעי המטופל. בנוסף הוא מונה בקטגוריה זו גם את אפנות האםפתיה של קהוט

הסדר האבאי (Paternal order) – קבוצת פונקציות זו  
שונה מקודמתה. הכוונה לנוכחות אקטיבית, מעמתת,  
מתובננת ומפרשת ולא לנוכחות שקטה וצטפטיבית.  
לתוכם זה שיר המטפל בתפקידו כמפresher, הקוטע  
זרימה אסוציאטיבית ומחבר תכנים למשמעות. בולס  
מנוה את מרבית סוג הפירוש שנוסחו עד היום בזרם  
הפסיכואנליטי: הפירוש במשמעות פרוידיאנית-קלאסית  
(גריניסון, 1967), העוסק בתכנים אדיפילים (מינאים  
ותוקפניים). פירוש בדגש הלאקנאני (1975), העוסק  
בתכנים פרה-אדיפילים ומותיים לכאן ועכשו של הקשר  
עם המטפל. ופירוש סימבול ל"שם האב" של לאקאן  
(1977), המתייחס לשפה כאמור לחשיפת רבדים לא  
מודיעים או לפוטנציאלים.

בבול צין שמטופלים שונים מגיבים באופן שונה לכל אחד מסדרים אלה. מטופלים הסובלים מהפרעה נריציטית ממתתקים לקבל את המטפל בתפקיד הסדר האבה. במקורה זה קוגנרטיבית /או אינטראקטיבית מאיות על האיזון הנריציטי הפגיע. מטופלים אובייסיביים-קומפואטיביים, לעומת זאת, ממתתקים לקבל את המטפל בתפקיד הסדר האימה. הם חיבים שליטה ובקה וציונייה, אך עמיות ושתיות מסוימות עליהם כבמיוחד. בולס סבר כי למרות הרגישויות שפגלים מטופלים לפני כל אחד מהסדרים, חשוב להשתמש בשתי הfonוקציות במהלך הטיפול. תחילת תהיה נוכחת הfonוקציה שאינה מיימת על המטפל, ובהדרגה יתרחש מפגש גם עם הfonוקציה השניה. לדעתי, רק שימוש מושכל בשתי האופניות, יתן מענה לאדם.

אבחנה בי אמפתייה לראיוני

מודעות לצרכים התפתחותיים הפכה את העמדת האםפתית פופולרית בקרב מטפלים. תחיליר זה הושפע בעיקר משני גורמים: שכוחות גברת של קווים נציגתיים בקרב מטפלים, וצרכים שלנו כמטפלים. מענה אמפתי, יש להזות, יוצר לרוב תחושות הקלה והכרת תודה אצל המטופל. עמדה מפרשת, לעומת זאת, מלווה לא פעם בכעס ולוקח זמן עד שניכרת השפעתה החזקה. חשיבות האםפתיה אומנם אינה מוטלת בספק, אך אין להשתמש בה באופן גורף. מדובר באסטרטגייה קלינית צעירה יחסית ומטפלים לא תמיד צריכים להבחנה בינה לבין עמדת ריצוי. מצבים אלה שונים במקרים, ועלולים להיכנס בנסיבות תחת הcotריה "אמפתיה". הראשון מקדמי את הטיפול, השני מוביל את התהילה. שני המקרים מדובר בניסיון המטופל להתקיים את עצמו במקום שבו נמצא המטופל, אך המוטיבציה לכך באה ממקור שונה. בlint (1968) ניסח אבחנה בין דפוס מיטיב לפטולוגי, לגבי וגרסיה.

## הוא הגדיר שני סוגים:

הדסה לכמן / פסיכולוגית קלינית בכירה

#### **התפתחות האמפתיה כסטרטגיה טיפולית**

הפסיכיאנאליזה, בתחילת דרכה, לא הגדרה אמפתיה כ استراتيجية קלינית. פרoid אשר התמקד בנירוזות (ב-1915), הגדר קונפליקטים אידיפילים כמקור הפרעה. תכנים אלה, לדבריו, אינם זמינים למודע ונדרשה טכניקה מותאמת כדי לעבדם. פרoid בחר בפירוש מלאה תפkid זה. מטרתו, גלו מושמעות הנסתרת של חלומות, סימפטומים ותכני העברה. הפירוש ככלי טיפול, אמור לשחרר את המטופל מדפוסים חזותיים ולפיך לשפר את ההסתגלות. במחיצות השניה של המאה העשרים התפתח בפסיכיאנאליזה כיוון תיאורטי נוסף – פסיכולוגיות יחס אובייקט. גישה זו, בשונה מקודמתה, לא הדגישה רק מושאלות ודעות, אלא בעיקר את הצורך ביחס האובייקט. המוקד עבר מהפרעות נוירוטיות, להפרעות פורה-אידיפיליות. מקור הפסיכולוגיה השתנה מוקונפליקטים אידיפילים בלתי פתרים, לצרכים התפתחותיים וליחסים אובייקט לקויים. בעקבות השינוי בדגשים התיאורטיים, נוסף עוד גוונים לטכניקה הקלינית. עם חסידי גישה זו נמנים מספר תיאורטיקנים מרכזים כשלכל אחד תרומה ייחודית משלו. אמנה להן כמה מהם: קלין (1975), הדגישה את יחס האובייקט כאינטוריוקטים פנימיים. ויניקוט (1965) לעומת זאת, הדגיש יחס אובייקט במידה אקטואלי של הקשר אם-ילד בילדות. ויניקוט היה גם הראשון שהגדיר למיטל תפkid נספף לצד הפירוש, יכולתו לשמש כ"סביבה מכילה" (Holding environment). פונקציה זו הושała מתקידי האם בילדות המוקדמת. לדבריו, באנוגיה לקשר אם-ילד, גם הטיפול פותח אפשרות להפנמה חדשה של יחסיות "אם מספיק טובה". חוות זו מאפשר למטופל להפנום תחוות ביתחון והמשכיות ותקדם בהדרגה את יכולתו להתבונן. במקביל לגשת יחס אובייקט, הופיע זרם נוסף בפסיכיאנאליזה, פסיכולוגיות העצמי של קווהוט (1971, 1977). זרם זה נתן דגש נוספים עלושא הצרכים התפתחותיים, כאשר הפעם העצמי במרכז ולא הקשר עם האובייקט. קווהוט טען כי שני תנאים לפחות הכרחים להתחפות עצמי תקינה: מענה לצורך באישור והכרה, ומענה לצורך באידיאלייזה. חסר בתוחומים אלה פוגע בהפנמה של ערך עצמי יציב ומוביל להתחפות הפרעה נריציטטיבית. קווהוט בחין בין סיפוק צורק לסיפוק דחף וסביר שמטופלים, בעיקר נריציטטיבים, זוקקים להשלמת החסר כדי להבריא. הוא ראה באמפתיה מענה לפוטול הולם לחסר התפתחותי זה. מכך קווהוט היפה האמפתיה טיפול תושור בריפוי

ניתן אףוא לסקם, כי על אף השוני בין תיאוריות ייחסי אובייקט לח' של פסיכולוגיות העצמי, שיתיהן הביאו למקוד העשייה החקלנית את הפרענות האישיות, ואת הארכרים ההתפתחותיים. נירוזות וקונפליקטים לא נחשבו עוד מקורו בלבתי לسانבל נפשי. חסכים סביבתיים הפוגעים במבנה האישיות קיבלו מקום מרכז'י לא פחות. הטעניקה הטיפולית עברה אף היא הרחבה, לצד השימוש בפירוש גנספו אemptiva, החזקה והכללה חלק לגיטימי מתחילה הטיפול. בולס (1999) סקר את השינויים שעברה הפסיכואנאליזה לאורך השנים וניסח שתי קבוצות פונקציונות מרכזיות הנדרשות כראם ממperfפ'ל:

א. הסדר האיממי (Maternal order) – פונקציות אלה עוסקות במצוותם מותאמים לצרכים התפתחותיים של א

**אמפתיה**  
**פעולת בשירות**  
**הטיפול. המטפל**  
**מגיב להעברות**  
**חסן, שיעירה**  
**כמייה לאישור**  
**וערך. באפנות**  
**האםפתיה,**  
**המטפל**  
**פתחו למרוחב**  
**האינטרסובייקטיבי**  
**שבינו ובין**  
**המטפל. הוא אינו**  
**נדוש להתנהגות,**  
**אלא להשתתפות**  
**ושגשית.**  
**האםפתיה מייצגת**  
**מענה לצרכים**  
**התפתחותיים**  
**ופועלת מנוף**  
**לשינוי.**

עמדת רצוי, בשונה מאמפתיה, אינה נובעת מחופש פנימי אצל המטפל, אלא מתחושים איום. היא מקטינה את יכולתו להתבונן ולפיקר מוחקקת את הדפוסים הפטולוגיים. כאן אין מדובר בחסר התפתחותי המתעורר בתהיליך העברה. גם לא בדמייה להבנה שהיית חסורה ביכולת. מדובר בתביעה לקללה בעלי תנאי, שתתקנן קונקרטית את כל עולות הולדות. לעומת זאת המטפל אינו נדרש להבנה אמפתית. הנפור הוא, זו לבדה נחשבת מותסכלת. הוא מדרש להסכים לרוצונוטיו וודעתו של המטפל, אחרת יואשם שלא-אמפת. דפוס שטלנות מסוג זה תאר פרננדו (1998) כמשמעות אמפת. לדבריו יש נטייה לבבל בין השתיים, למורת שמדובר באטיאולוגיה לדבורי יש נטייה לאסתטוגיה טיפולית שונה. במקורה של פגעה שונה הזקוקה לאסתטוגיה טיפולית שונה. במקורה של חסכי נרציסטיבית, הוא הסכים עם קוווט הרואה בה תוצר של חסכי ילדות באישור וערך. בהקשר זה, גישה אמפתית מוחקקת את הקוסמיות של העצמי. במקורה של הפערת אישיות נרציסטיבית, מדובר לדבורי באטיאולוגיה שונה. קושי זה אינו נובע מותסכל צרכים התפתחותיים, אלא סטיפוק יתר של רצונות וധዊים. פרננדו סבר כי שטוטפלים אלה סכלי בילדות מחסר בהעמדת גבולות, מכון שהוריהם התקשו להפעיל מולם סמכות. חוסר יכולתם כילדים ליותר על החשיבה האומיניפוטנטית, פגעה בהתפתחות האגו ובאיינטגרציה של הספר-างו. מטופלים אלה יעדיפו בברורם לעקוף מגבלות חיזכיות ופנימיות אחד. במצבות החיזכיות הם יפעלו לחץ על הסביבה להשתנות בהתאם לצוריכיהם. הם יפעלו את דרישות הספר-างו ויראו את מצבאות הפנימית הם יעקפו את דרישות הספר-างו. עליו להקליד לשומר על עמדת רצוי, ולפרשות את הדינמיקה שבבסיס טרנספרנס זה.

בולד (2000), תיאר תמונה קלינית דומה. בשונה מרננדו, הוא לא שיר אותה להפרעת אישיות נרציסטיבית, אלא להפרעת אישיות היסטרית (Malignant hysterical). מטופלים אלה, לדבריו, דוחרים להחזיר להם בפועל את LDLותם האבדה. הם אינם מעוניינים בהבנה ואמפתיה, אלא משתמשים בטרנספרנס באמצעותו של מיטפלם, והוא עוזן לא ויתרו על הדידה עם המטפל. בולד ציין כי התהשרות בכוונתם לוותר על הדידה עם המטפל. מיטפלם צחצחים פטולוגיים זו לא תמיד מודעת למיטפל. הקשי נובע מודפסים היסטריים-מניפולטיבים, המפעלים אצל המטפל רגשות אשם ומשאלת אומיניפוטנטית להצלת את המטפל. בולד סבר מרננדו, שרק העמדת גבולות ופירוש תועלם במקרים אלה. לעיתים, המטפל יgive בנטישת הטיפול ויתחיל אותה דינמיקה עם מיטפל אחר. מגרט שבסלו מחרחות פסיקטיביות. מטופלים אלה פיתחו דפוס גורסיה אותו ניתן לתאר *Delusion of identity*. הם נטו לחוות נפרדות כהתפרקות, וכן התנגדו לכל ביטוי אוטונומי מצד המטפל. ליטל ליטל (1993) תיארה דפוס דומה, לגבי מטופלים פסבדו-נירוטיים שבסלו מחרחות פסיקטיביות. מטופלים אלה פיתחו דפוס גורסיה אותם ניתן לתאר *Delusion of identity*. הם נטו לחוות נפרדות כהתפרקות, וכן התנגדו לכל ביטוי אוטונומי מצד המטפל. ליטל שבסלה שכך להקตน את האים מנפרדות, תוך תחילת הגםיש את הטכנית הקללאסית. יחד עם זאת, כדי להפגש בהדרגה עם נפרדות, חשוב להעמיד גבולות כשנדרש.

עמדת רצוי, אם כן, שונה מאמפתיה. היא אינה מוחקקת את הקוסמיות של העצמי, אלא מחלישה אותו. המטפל נבעל בשליטה האומיניפוטנטית של המטפל ומאביד את יכולתו לטפל. לעומת זאת אינה מופעל מחרחות המטפל, כל טירוב מעורר זעם או דיכאון ומשאיר את המטפל עם גשות אשם.

"רגסיה מיטיביה": מתייחסת לרגסיה הדרגותית המתרחשת בתהיליך העברה. מדובר בחזרות דפוסים שהודחקו ומאפשרת הגעה לתובנות חדשות. הרגסיה זמנית ונובאה בסופה של תהיליך להתפתחות ואוטונומיה. במובן זה, הרגסיה היא בשירות הטיפול.

"רגסיה פטולוגית" (Malignant) לעומת זאת מתררת דפוס שונה. עקרונה גישה מיידית לתהיליך העברה. המטפל חדל להתייחס לטיפול ברובד הסימוביל, והorsch התאמה קונקרטית וקללה ללא תנאי. במקרה זה הרגסיה אינה זמנית. המטפל רואה בה מטרה בפני עצמה, שאמורה לשמש תחליף למציאות. מבחינה זו הרגסיה היא בשירות הפטולוגיה. ברכזנו להיכל אבחנה זו בין דפוס מיטיב לפטולוגי, לגבי שתי העמדות שתוארו לעיל: אמפתיה וריצוי. לשתייה דינמיקה שונה של העברה והעברה נגדית, והשפעה הפוכה על הטיפול.

### עמדת אמפתית

אסטרטגיה טיפולית זו נסחה לראשונה על ידי קווהוט (1971, 1977), מתוך עבודתו עם מטופלים נרציסטיבים. הוא סבר כי מטופלים אלה אינם סובלים מתקונפליקטים בלתי פתורים אלא מחסך בחוויות אישור וערך. קווהוט הניח שצרכים אלה יתעוררו מחדש כלפי המטפל, והוא אמרו לפרשם כחסכי ילדות ולא כחධפים שהודחקו. קווהוט ראה באמפתיה, מענה טיפולי הולם לאוותם צרכים. בכוחה לחתת למיטפל הרגשה שהוא לא לבד, שהוא שווה, מוכן ומוכל. היא מגדמת הנקנות חדשות ומוחקקת את הקוסמיות של העצמי הפגוע. תהיליך זה משפיע לטובה גם על יכולת המטפל להתבונן.

טולפין (1978) מהזום הקוואוטיני הוסיף שטוטפלים נרציסטיבים עלולים לחוות פירוש כחזרה על הטראומה. הם סובלים מעבה באינטגרציה של האישיות, لكن אינטראפרטציה של גשות אמביוולנטיים, מחמירה את תחושת הפירוק. המטפל עלול להריגש בטיפול כמו בילדות כלומר שהסבירה שוב אינה שומרת עליון.

מנקר (1955), השיכת גם היא לזרם הקוואוטיני, ראתה באמפתיה מרכיב מרכדי בטיפול. האמפתיה לזרם מקדמת את תהיליך האינטראיקציה ומאפשרת הנקנות חדשות. לדבריה, תהיליך העברה, בניי מפרקיקציה ואינטראיקציה. הגישה הפרודיאנית שמה את פירושי הפרזיקציה במרכז הטיפול, בעוד מנקר הדגישה את האינטראיקציה כחשובה יותר. לדעתה יש לבחור בפירוש, רק כאשר עיוני הפרזיקציה מפריעים לתהיליך האינטראיקציה.

אמפתיה, אם כן, פועלת בשירות הטיפול. המטפל מגיב להעברת חסן, שיעירה כמייה לאישור וערך. באפנות האמפתיה, המטפלפתח למרוחב האינטרסובייקטיבי (אגודן, 1993) שבינו ובין המטפל. הוא אינו מדרש להתנהגות, אלא להשתתפות רגשית. האמפתיה מייצגת מענה לצרכים התפתחותיים ופועלת מנוף לשינוי.

### עמדת ריצוי

עמדת זו שונה באופן מהותי מקודמתה. במקרה זה אין כמייה להיות מובן, אלא רצון לשЛОט במטפל, במחשבותיו ובהתנהגויותיו. המטפל מופעל להתאים את עצמו לדרישות המטפל. כל טירוב מעורר זעם או דיכאון ומשאיר את המטפל עם גשות אשם.

אמרתני: "כשכוاب כל כך, קשה לפעם לא骸שייב".  
כי אמרה: "כן". ושוב בכתה.  
לאחר זמן אמורתי: "את ו' חברות כבר הרבה שנים".  
כי אמרה: "כן". וחיכאה. (אולי עברה תമונות מכל שנות  
החברות שלהן).  
אחרי שתיקה מסוימת, כי אמרה: "אולי יש בכל זאת את מה ש'  
אומרת. אולי אני נגעת מהבת של' מהר מדי, ומרימה ידים".  
אמרתיה: "אחרי שנרגעים, יותר קל לחשוב".

כי אמרה בעצב: "חבל שי' לא מבינה את זה".  
אמרתני: "עכשו כשנרגעת, אולי תמצאי גם דרך להסביר לה, שהרי  
חברות של שנים זה לא דבר שמתתקל כל כך בנסיבות".  
כי חיכאה, ונזכר משפט הגוף שלא הייתה יותר מאורגנת  
וחיונית מאשר בתחילת הפגישה. האיים מהкусם שהציג אותה  
ירד, והזירה החוויה של הקשר המיטיב עם החברת.  
כי אמרה: "אני רוצה שנדבר, מה אני יכול לעשות עם הגדרה  
של'. אני דוחה את זה כבר הרבה זמן. בכל פעם כשامي מתקשרות  
אליה, זה נגמר בצעקות. אחר כך כל כך עד הלב, שאין  
מעמידה פשוטו לא לחשוב על זה".

מקטע קצר זה ניתן לראות שכ' נעזרה באמפתיה כדי לעורר  
מתחשות נרדפות ואיום לחוויה של ביטחון והתבוננות. בעבר  
הגדית, לצד האינטנסיביות הרגשית, בלטה בדיחתה וכמייתה  
לחוש מובנת. היא עוררה אמפתיה ורצון לעוזר לה. היא לא  
בקישה שאחושם כמהו, אלא שאבין ואירוע אותה. במרקחה זה  
ניתן לראות שמשמעות אמפתיה היטיב עם כ'. הוא וסת את פגועתמה  
הנרציסטית, מיתן את תחושת העלבון, וועור בה סקרנות להבini.

## ב – המטפל בעמדה של ריזוי.

ג', בחורה בסוף שנות העשרים לחייה, רוקה. סיימה תואר ראשון  
במכיליה. הגיעה לטיפול אחרי שנה מתסכלת שבה לא הצליחה  
למצוא עצודה במקצועה. בזמן הפניה עבדה עדין בעבודת  
סטודנטים. ג' גלה בעיר ברום הארץ, שם הורייה מתגוררים עד  
היום. אחיה הבכור עבר בחו"ל ולבדירה תמיד זכה ליחס מיוחד מצד  
אבייה. ג' סיירה כי בגיל עשר חلتה במחלת הנשיקה, ובשל כך  
נדירה חצי שנה מבית הספר. ג' ראתה באירוע זה את הדומיננטי  
bijouterie בחיה, ומספרה כי מאז נתה להולניות. היא דיברה על אותן  
תקופה במעורבות רגשית רבה, אולי זה היה אטמול. לדבירה,  
בתקופת מחלתה ההורם טיפולו ודאגה לה, אבל כשהבריאה הם  
חזו לענייניהם. הם אומנם עזירים לה כלכליות עד היום ואמ' קנו לה

רכב, אך הפגעה והcusם שחשנה כלפים לא השתנו.  
בפגישה הראשונה סיירה ג' שהיא הייתה במספר טיפולים בעבר.  
ההחלו בתקווה ש"משהו ישנה" והסתימו באכבה. בדיעד כבר  
אז בטל מסר סמי' שאם לא אשתדל גורי' יהיה כגורלים. בפגישות  
שבאו לאחר מכן סיירה ג' על תסקול מראיותם בעובדה, שבוסף  
לא התקבלה. ג' הגיבה במצבי רוח ובולמוסי אכילה. בתחילת  
הטיפול נראה היה כי היא נעדרת באמפתיה. בלטה אומנם חוסר  
נכונות להתבונן, אך סברתי שהז' רק עניין של זמן. התקפי החדרה  
נרגע, אך התחלפו בהדרגה בכעס. בתחילת, אפקט זה הופנה  
לפוי המראינים. ג' אמרה שהשאלות היו קטנות וחדירות  
מוגזמות. בהמשך הופיעו כאסים כלפי כל גורם שלא התגשם  
לקראתה. הרמז הראשון שאין מדובר בדמייה להבנה, אלא ברכז

מופעל לצוינותו דרך רגשות אשם. פרננדו (1998) תיאר אשמה זו כשייכת למוטוף וונבעת מהאגסיה ההרסנית שלו כלפי האובייקט. למוטוף קשה להכיר והוא עוברת אקסטרנלייזציה למוטפל, דרך הזדהות השכלתית.  
לאור האמור לעיל ניתן לסכם שאםפתיה אסתטרטגיה קלינית, מתארת פתיחות רגשות ופעלת בשירות הטיפול. הריצוי, לעומת זאת, נובע מדינמיקה הגנטית ומחזק דפוסים פתולוגיים.

## ט – דוגמאות

ברצוני להביא CUT שתי דוגמאות, המתארות דינמיקה אופיינית לכל אחת מן העמדות.

### א – המטפל בעמדה אמפתית

כ', אישת בסוף שנות החמישים לחייה, נשואה ואמ' לארבע בנות. בחתה הרכורה נשואה ואמ' לילד, ומתגוררת בעיר אחרת. בתה השניה נהרגה בתאונת דיכים השנה וחצ'י לפני תחולת הטיפול. שתי הבנות הצעירות עדין חיות בבית. כ' הגיעו לטיפול בשל תנודות חריפות במצב הרוח, כאשר ענה בין דין דין להתרפזויות עצם. תנודות אלה גכוו לקשיים בכל תחומי החיים. כ' גדרה במשפחה מרובת ילדים(Clildren) אמצעית. הושגיה בבית הספר היו נמוכים בשל ליקות למים, יחד עם זאת היא השתדרלה להצלחה. הוריה עבדו קשה למחייתם והוא עזרה בטיפול באחיה הקטנים. הבנים במשפחה זכו ליחס מיוחד. כ' מעולם לא התלוננה על כך, גם לא בטיפול. היא תיארה את עצמה כהשתתפות ביחסים. שולחתה קשה כל כישלון. היא השלימה תואר אקדמי באוניברסיטה הפתוחה, אך עבדה בתפקיד שלא מיצה את יכולותיה. בחרת' להביא קטע מייצג מפגשה בסוף השנה הראשונה. אותה פגישה עסקה בקשר הבעייתי של כ', עם בתה הרכורה. הבת מיעטה לבקרים והם רואו את נסדם לעתים וחוקות. כל ביקור נגמר בריב, מצב שאף החמיר לאחר השכל.

כ' הגיעה נסערת באחור (היא בדרך כלל הגיעה באחור כשהייתה נסערת). נזכר משפט הגוף שלא הייתה חששה מביקורות ואחריה כי רצתה ללחות את הקץ.

כ' אמרה: "היהתי אצל 'חברת ילדות' אטמול, וסיפרתי לה על הוצאות שד' (הבת) שוב עשתה לי. והיא, הטיפהה הזאת, מה היא אמרה לי, שאני אשמה בגלגן הזה. אם זה מה שיש לה להגיד, אין לי יותר עסוק אותה. פשוט קמטתי והלכתי. בדلت היא עוד אמרה לי שאני אף פעם לא מקשיבה. מי היא שתטיף לי מוסר? ! חושבת את עצמה כליל השלמות".

היתה שתיקה. כ' שבסה מכוסת בתוך עצמה ולא השרה לעברי מבט. בעבר נגידית חשתי יותר את הכאב שלו מאשר את הכאב עצמו. הנסיבות שהיא סובלת כל כך. התלבטתי איך להגיב כך אינה פניה להתבונן על הקיים שהביהה.

אמרתיה: "כואב לך המצב עם הבית, ובעיקר עם הנכד".  
כ' אמרה: "כן" והתחילה לבכות "המשפחה שלנו עכשו כל כך קטן...".

בздירה נראה שהמתמחה הגוף יוד, וכי יצרה את לראשה בפגישה קשר עין.

כ' אמרה: "זה מה שי' (החברה) לא מבינה. היא רק תוקפת אותך ומאישימה".

"את לא עוזרת לי היום. השיחה אפילו גורמת לי להרגיעש יותר גורע".

הרגשות ליחס גובר מצדיה, הפעם באמצעות רגשות אשם, שאספוק את "התגובה הנכונה". בעבר תפיסתי אירוע זהה כנובע מכך אל אמפתית זהה ציר אוותי מאוד. הפעם הייתה יותר מודעת להפעלה הגומתית לי לabetic את החופש הפנימי והחרשתו.

ג' המשיכה: "נראה שלא לך היום לפני הזמן".

לא ניסיתי להפיצו בה להישאר כפי שנagara בעבר. רציתי לסמן את גבולות הטיפול, לפני שמרחוב העבודה שלו (מהו שאגדן,

1993, מכנה "המרחב האנליטי"), "עלם לחולוט". אמרתתי: "התאכזבת ממה שאמורתי ואת כועסת. היה טוב אם היינו יכולות לדבר על זה, אבל אני לא יכולה ו גם לא רוצה להזכיר אותו".

ג' נראתה מופעתה מכך שלא ניסיתי לשכנע אותה להישאר, אלא השarterתי את הבירהה בידיה. נכר היה שהוא מתלבטת אם להישאר או ללכט. הפגישה כמעט הסתיימה ואז בכל זאת היא החליטה לילכת (חמש דקות לפני הסוף).

בניגוד לפניות קודומות, ג' אמרה בתוכו מרכז: "האמת היא שהיום אני פשוט לא יכולה להקשיב לשום דבר. אולי בפעם nächste נוכל לעשות יותר". נדמה היה שהシリוב מצד' להפוך חלק מעולמה הפנימי-רוֹדְפֵן, אפשר לה לראות אותה, לראות אוניה, ולبسוף גם את העבודה המשותפת שלנו. בעבר, אחרי סיום פגישה שהיא יצאתה ממנה בкусם, חזרתי שמא פגע בעצמה. הפעם לא חששתי לה. חשתי לראשונה יותר מבעבר, תקווה שנייתן היה לעשות עבודה טיפולית אפקטיבית.

## סיכום

אםפתיה מהוות אם כן כל טיפול רב עצמה. היא מאפשרת הਪנות חדשנות ומקדמת תחושות ביטחון וערך. עם זאת יש לזכור, שבניגוד לפירוש, היא הוגדרה אנטטרטטיג' קלינית מאוחר יחסית. הפירוש לסוגיו,זכה להתייחסות נרחבות בספרות המקצועית. הוגשו תועלות הרבה ומגוונות האפשרויות. הובהר שעצם השימוש בו אינו מספיק כדי ליצור שינוי. יש להשתמש בו בעיתוי הנכון ובניסוח המתאים כדי שיעיל. לגביו אמפתיה, המצב עדין עמו. קיימת פחתות מודעות בקרב מטפלים לגבי ההשלים האופייניים לה. لكن בחרתי להתמקד בשתי דיממות האופייניות לשימוש בטכниקה זו:

א. בתחום האבחנה: קיים לעיתים קושי להבחן בין חסכים התפתחותיים לתובעות פתולוגיות.

ב. בתחום תגובה המטפל: קיים לעיתים קושי להבחן בין אמפתיה לריצוי.

הdimensionות הקליניות שהובאו לעיל תיארו דינמיקה של העברה-העברית נגידית, העשויה לעזור למטפל באבחנות אלה.

במקרה הראשון – כ' הגעה לפגישה פגעה ומוסצת ורגשות באבאה. אמביוולנטיים. היו ביטויי כעס, אך הרגשות כמייה להכרה באבאה. בלטה העברת חסר שעורה בי אמפתיה ופתחות ורגשות. התגובה האמפתית הרגעה, סייעה בויסות העורך, והזורה לכ' את היכולת להתבונן, מבחינה זו, בתהller' הזיכר ורגסיה מיטיביה שלבלנט (1968) דבר עלייה. הייתה אמונה ורגסיה זמנית לחסכים מוקדמים בהכללה וויסות, אך זו נשמרה בגבולות הטיפול. המענה האמפתית אפשר לחזור

לשנות את המציאות, הופיע בתוך הפגימות. בחודשים הראשונים ג', הקפידה על מסגרת הטיפול, אך בהדרגה המגמה השתנתה.

כאשר אחרת היא רזהה שאם אאריך את המפגש תרגיש שאכפת לי. כאשר לא יכולת להגיא בשעה הקבועה, רזהה שאם אשתדל למצוא לה שעה אחרת, סימן שאין מבינה כמה קשה לה. ג' אכן חשה הכרת תודה כאשר התהשבתי בה, אך גם זעם רב ככל עשייתי כן. בנוסף היא הchallenge להתלונן על כאבי גב ובקשה להחליף את הכסא. דאגתי לה לכסא אחר. הייתה צריכה לדאוג להחלפת הכסא לקראת כל פגשה שלנו. אם שכחתי, ג' הגיבה בהסתగות ומייטה לשתף פעולה. תחשות האמפתיה שחשתי כלפייה בתחלת הטיפול השנתנה בהדרגה לחסור אונים וטסקול. כל ניסיון שיזממתי להתבונן איתה על המתרחש בינו מדהה כ"בלבול" מוח פסיקולוגיים שלא עוזרים". מצאת' את עצמי פחות ופחות פניה להכללה אמפתית, יותר מחכה בחשש על מה תקענו היום. הкусם כלפי היה גלוי ולעתים סמי' במסווה של דיוקן. תgebות אלה עוררו בי לא מעט ורגשות אשם וכן ספקות לגבי יכולתי המקצועית לעזרה לה. בחרתי קטע מהשנה השנייה לטיפול המתאר דינמיקה זו. עם זאת, ניתן היה לראות מגכה, אם כי ראשונית, של תפנית מסוימת.

ג' הגעה כועסת, לאחר מריבה עם שותפה לדירה. שותפה זו היא חברתה מהשירות הצבאי. אמרה בкусם: "ר' (החברה) יודעה לי אתמול שאני צריכה לעזוב את הדירה אם לא אשלם לה שכר דירה על החודשים האחוריים".

אמרתתי (בטון משתחתף): "זה קושי נוסף". נדמה היה שונתנית לי להיות איתה בבדיקות והפיעו דמעות. נדמה היה שונתנית לי להיות איתה בבדיקות ובעצם, אך הкусם חזר והשתלט.

ג' אמרה: "בטח! איזה חוצפה יש לה להרוש ממני עכšíו לשלם ועוד תשלום מלא (על הטיפול משלמים הוריה). היא יודעת באיזה מצב אני. היא יודעת שאני לא מקבלת הרבה ממשאות ואני גם לא תמיד בדירה. כשאני לא מרגישה טוב, אני ישנה אצל ההורים".

ההתקפה על החברה שיתקה אותי והחרשתי. חשתי כי מעבר לאיiou עם החברה, יש כאן גם מסר כלפי. בחרתי לא להעלות זאת, שכן מניסיוני עם ג' לדבר על כך לא הועיל.

לאחר זמן מה אמרת: "את מאוכזבת ממנה".

ג' אמרה: "אחר כך היא מתלוננת שניי במצב רווח לא טוב, ומשרה דיוקן בדירה".

ניכרה הנהה מסונית בקהלת, אולי זה סוג של נקמה בחברה. הייתה שתיקה. הרגשתי כי ג' אינה מסתפקת בכך שא宾ן את הרגשותה. ניכרה ציפייה שאחשוב כמוות ושאשים את החברה.

ניסיתי לצעת מהתקף ולבחון יחד איתה את תגובת החברה. יתכן שעמדה זו באה מקום טיפול, ויתכן שהיא נבעה ממוקם הגנתי, דהיינו לשמר על החברה/על מפני הזמן שלה.

אמרת: "אולי ר' לא התכוונה לפגוע. אולי פשוט אין לה כסף לממן את השכירות בלבד ואם תדברו על זה אולי תגעו להסדר".

לפתע כל שפת הגוף של ג' השתנתה. נראה היה שלא פעלתי בהתאם לתקפיך שהוא ייעודה ל'. היא הסתכלה עלי בזעם ואמרה: "מכיו' את חשבת שאקח את הכסף, מההורים שלי', שאין להם זמן בשביי ולא מבנים שככלך קשה לי?!"

חשתי שהגעתי למביי סתום. אחרי שתיקה מסוימת, אמרה ג':

Kernberg, O. (1975). **"Borderline Condition and Pathological Narcissism"**. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. (1984). **"Severe Personality Disorder"**. New Haven: Yale Univ. Press.

Klein, M. (1975). **"The Psycho-Analysis of Children"**. London: Free Press.

Kohut, H. (1971). **"The Analysis of the Self"**. New York: Int. Univ. Press.

Kohut, H. (1977). **"The Restoration of the Self"**. New York: Int. Univ. Press.

Lacan, J. (1977). **"Ecrits"**. London: Tavistock Publication.

Little, M. (1993). **"Transference Neurosis and Transference Psychosis"**. Jason Aronson Inc.

Menaker, E. (1955). **"The Freedom to Inquire"**. Jason Aronson Inc., ch. 15.

Ogden, T. H. (1993). **"The Matrix of the Mind"**. Jason Aronson inc, ch.: 8,9.

Tolpin, M. (1978). "Self Objects and Oedipal Objects". **Psychoanalytic Study of the Child**, Vol: 33.

Winnicott, D. (1965). **"The Maturational Processes and the Facilitating Environment"**. Lodon:Hogarth Press.

להוּהוּ ולהתבונן במה שארע, ולפיכך פעל בשירות הטיפול. במקרה השני – המוקד אצל ג' היה שונה. בליו הعبارة תובניתה וдум שהמציאות לא התאימה את עצמה אליה. הפגישה לוויה ב Acting-in ו-Acting-out (בולס, 2000), תוך דרישת לשנות את גבולות הטיפול. אמפתיה מצד', לא רק שלא הגיעו אלא אף הרגיזה. מדרשתי לחשב כmo, אחרת תכעס ו/או תלך לפני הדעת. מצאת את עצמו בחדרה פחות יכול להתבונן ויתר בעמדות ריצוי. תגובה שלא נבעה מאפתיה, אלא מהגנטיות ורגשות אשם. תהளיך זה הזכיר רגסיה-מיזקה (Malignant) (שבלינט (1968) דבר עליה. הרגסיה חדרה להיות אמצעי והפכה להיות מטרה בפני עצמה. המוטיבציה שהנעה את התהיליך הייתה הרצון לשנות בו כאילן הייתי אינטראקט פנימי. הריצוי במקרה זה לא קדם את הטיפול,

אלא הגבר תובונות וחיזק את הדפוסים הפטולוגיים. חשוב אם כן להשתמש באמפתיה כאשר היא נחוצה, ולא לבלב בינה לבין עמדת ריצוי. כשמדובר בחקר התפתחותי תועל אל אמפתיה השיכת לסדר האימוי (בולס, 1999). היא תקדם ערך עצמי ותרחיב את יכולת המטופל להתבונן. שתלטנות, לעומת זאת, מפעילה את המטופל לעמדת ריצוי. במקרה זה קזונפרונטציה ופירוש השיעים לסדר האבוי (בולס, 1999) עשויים להוביל יותר. הם יחודו נפרדות, חילישו את הדפוס הפטולוגי, ויצרו מרווח לעבודה טיפולית.

#### **ביבליוגרפיה:**

Balint, M. (1968). **"The Basic Fault"**. London:Tavistock

Bollas, C. (1999). **"The Mystery of Things"**. Routledge, ch.: 4.

Bollas, C. (2000). **"Hysteria"**. Routledge, ch.: 11.

Greenson, R .R. (1967). **"The Technique and Practice of Psychoanalysis"**. vol. 1, International Univ. Press.

Freud, S. (1915b). **"Repression"**. In Collected Papers, Lodon:Hogarth, Vol. 4.

Fernando, J. (1998). "The Etiology of Narcissistic Personality Disorder". **Psychoanalytic Study of the Child**, Vol. 53, pp.: 141-158.

# פוטו-טרפיה: הצילום והצלום ככליים טיפולים

מןנו. הדבר מותנה באופן השימוש שנעשה בתצלומים. אדם יכול להביע תצלומים של משפחתו, לספר מה הוא רואה, והטפל בחרם אם לחזור על דברי המטופל, להסוף מההו מהרואה שלו (ברמה פונומנולוגית), או לומר מההו על המשפחה המצולמת ועל נושאים שאפשר להסיק מהתצלום. בקבוצה, אפשר שבעל התצלומים יציג אותם ויתאר כמה הוא בראייתו הסובייקטיבית, ואפשר שה משתתפים יתבקשו לומר מה הם רואים, מצופים נאים שאינם מקרים את הדמיות המצולמות, והטפל יבחר מה לעשות בגיןיהם המבטים. העוסק בתצלום יוצר מרחיב הפתוח ל민ון הקרבה או הריחוק מהחיים הקונקרטיים, התצלומים מזמינים בחירה של עצמתה המגע עם רגשות קשים, וכך רצוי שהיא כל אמצעי וכל עזר בתחום הטיפול. כאשר המטופל קובע את קצב ההתקדמות, אשר הוא אינו נדחף אל מעבר ליכולתו ברגע נתון, סביר להניח שתהיה הפתוחות ללא התנגדות (Bresgold, 1989).

תיאורי המקרים הבאים יצביעו על הגמישות הרבה והאפשריות השונות הגלומות בפוטו-טרפיה.

## טיפול בלבד:

ע' הוא ילד בן עשר, תלמיד כיתה ד'. הורי מותלונים שהוא עקשן, שהוא מתיישב אותם בויכוחים, שアイ אפשר לבקש ממנו לעשות משהו בily שיתלווה לכאן ויכוח קשחה. המחנקת מתלוונת שהילד מרובה להרביץ לילדים אחרים, ותמיד מכחיש זאת. בפעםים המעות ששהודה שהרביץ, טען בעיניהם דמעות ובגרון ניחר שהוא רק הגיב להתקפות הילדים ולעגם לו. אין סיכוי שהוא יסכים לבוא לאבחן או לטיפול, אמרו ההורים. הוא מתנדב לכך בכל תוקף. בשיחה עם ההורים הבהיר שהילד אוהב לחתוך את הטלפון הסלולי שלהם, המכzieיד במצולמה, ולצלם כל דבר בסביבתו. קר גובשה התוכנית להציג הילד קורס צילום שיוביל פסיכולוג שمبין גם בצלום וגם קצת ברגשות של ילדים.

שיקול נוסף בבחירה הצילום באמצעותו טיפול התבפס על פיסיון של Glover-graf & Miller (2006), אשר עבדו קבוצתיות עם מכוונים לסייע בצלומים (Chickerneos, 1993) מצאו כי שימוש באמצעים אמנותיים מקל לעקב הכהחות וציאנו-יצירות, האופניות למכוונים לセルמים. Merrill & Anderson (1993) מצאו כי שימוש באמצעים אמנותיים קלאסיים, שימוש ביצירות שהמטופלים יוצרם במהלך הטיפול (Client-produced artwork), אכן מקל על המטופלים, לאחר שישי להם דמיו עצמי נמו, והמוטב שהם אמורים משבבים רבים של כשלון, יצירתי אמנות עלולה לעורר בהם רתיעה שמאינה "נכונה", "טובה" או "יפה". Graf (2002) מצאה כי שימוש בתצלומים מביא שימוש בדימויים ויזואליים בתחום הטיפול, במקומות מסוימות ורביליזציה בלבד, הן לצורך חיפוש וחקרה והן לצורך להסתמך על ורביליזציה בלבד. יש סיכוי שלילדים בעלי הערכה עצמית גבוהה ורגשות. יש סיכוי שלילדים בעלי הערכה עצמית נמוכה, הנוטים להכחיש את הרגשותם וליצור הסברים כאילו-היגייניים להתנהגותם התוקפני, ירגשו נוח יותר להיעזר בדימויים ויזואליים בעיסוק בנושאים קשים למפגש (Contact).

ע' הגיע למפגש הראשון חשוך וזהיר. בהמשת המפגשים הראשונים נחשף ע' למצולמה מקצתית גדולה בעלת עדשה צינית, חצובה מסיבית ואפשרות צילום רבות. הוא נרתע וסירב להצלם בעצמו: "אני באתי רק לצלם", אמר. בפגישה הששית הסכים לראשונה להציגו להצלם – צילום אחד, מרוחק, בטבע.

## ■ צביקה תוך – פסיכולוג

"המצלמה היא מכשיר שמלמד אנשים איך להתבונן ללא מצלמה".  
"כאשר אתה מתחילה לשים לב לפרטיהם ולודאות דברים, אתה מתחילה באמת להרישם דברים".



הצלומים הראשונים נעשו בשנת 1838, כאשר כל צילום נוצר בהדרגה על ידי חישפה לאור לשעות רבות. בעקבות השיפור הרב בטכנולוגיה של המצולמות, וביחוד עם הופעת המצולמות הדיגיטליות, גבר מאוד השימוש הספרוני בצלום. אנשים מסתובבים עם טלפונים סלולריים שיש בהם מצולמה, ובכל געג עם יכולם לשולף את המצולמה הטלפונית,צלם, ואף להעביר את התמונה מיד לאדם אחר. אנשים מתחלים כשברשותם מצולמה דיגיטלית קטנה ומושכלת, שמתכוונת אוטומטית ומפקחה תכונות באיכות טכנית גבוהה, והם ממערבים להנחיות רגעים חשובים ומשמעותיים עזרים. הזמן ששל המצולמות גורמת לכך שמספר התמונות הולך וגובר, מספר האלבומים קטן (התמונות נשמרו במחשב) ומצבים שונים, שעבורם לא הונצחו, מtauudsם היום וככלים להישמר לשנים ורבות.

ה提יעוד הראשון של שימוש בצלום בתחום טיפול הוא משנת 1856, כשהם שנה לאחר תחילת הצלום. למשך זאת, השימוש בצלום ובתצלום (בפועל ובטצת) כאמצעי להאצת תהליכי טיפולים או להעצמת תהליכי טיפולים נחשים חדש ויחסית, והוא צמח בהדרגה מתוך ההתנהגות הספרונית של אנשים וחיסם לצלומים. Winnicott (1958) מתרטט טיפול באישה שהיא לה חשוב להביע תצלומים שלא למטרת הנחיה שהצלומים שליל קיליניקה. ומעביר מסר בעוצמה רבה יותר ממה מהנচחות המשמשת של בkilinika. Krauss (1980) מתרטט שימוש באלבומי תמונות של משפחה כאמצעי טיפול. היא הינה שהצלומים שליל היו משכנים בצלום. After שבחין בחשיבותם של האלבומים אלה עבור המטופלים. אגב, עיתון "סאן" הבריטי ערך פעם משלאל בקשר האוכלוסייה, ומצא כי רוב האנשים, במקורה של שריפה בבית, יחשפו מיד את אלבום התמונות על מנת להציגו מן האש (ברמן, 1997). Akeret (1973) נהג לבחש ממטופלי לחזור צילומים שחשבים להם, ושאל אותם על השיקול בבחירה התמונות. מהי פוטו-טרפיה? מה ייחודה של טיפול הנערך בצלום? במה איקטו?

ולהשתעשע כדי לזכר את האווירה. האקלים בבית, כפי שכינו זאת, השתנה לטובה וهم ביקשו לסיים את הטיפול.

### טיפול משפחתי:

רובנו אוהבים לארגן את העולם בתבניות מוכרות, קבועות, חוזרות על עצמן, ניתנות לניבוי. גם את ילדינו אנחנו נתונים לתיגר לפי מאפיינים מסוימים ולהתיחס אליום בהתאם. חוקר הטיפול המשפחתי (לודגמה, Epstein et.al., 1993) אומרים כי בכל מערכת משפחתיות יש חלוקת תפקידים ספונטנית, לא מודעת ולא מודברת, וכל חבר במשפחה מקבל על עצמו תפקיד אחד הילדים עלול להיות החינוי להמשך תפקידו של המשפחה. אחד הילדים מחליט "לעשות השער לעזאל" (סටו, 1974), זה שהכל מצפים ממנו "לעשות בעיות". הוא אכן פרווקטיב בהתנהגותו, וכך יש לגיטימציה לכל חברי המשפחה להפנות כלפיו את כל בעיסוקים. קשה להרים לראות את הילד בצורה אחרת: הכל בו מעצב אותו – אוטוינו, האימפלטיביות שלו, תשובותיו המתחככות, שנינותו, הבלגן שהוא משאיר אחריו וודע. כאשר הפסיכולוג החינוכי מנסה ללמד את ההורים לראות את החיבור בהתנהגויות מסוימות של הילד, הוא נתקל בתגובה בסגנון "כן, אבל...".

ההורים התבקשו להזכיר מצלמה אחת ורק לצילומים שיישעו על פי הנחיתת המטפל. בשלב ראשון התבקשו ההורים לצלם את כל ארבעת ילדיהם, יחד או לחוד, במצבים שונים, על פי בחירתם. הם הביאו שלוש תמונות של הבן הבכור ושל הבן השני, הבת זכתה לחימוש צילומים, והילד "מעצבן"זכה לתמונה אחת בלבד. "הוא לא הסכים להציגם", הם אמרו בכעס. "אפילו בה הוא עשה בעיות!"

בשלב השני ההורים התבקשו לצלם אותו בלבד ידיות: כל אחד מן ההורים יצלם את הילד לפוחות פעמיים במצב שבו הוא נחמד, נעים להסתכל עליו, נעים לחשב על מה שהוא עשה. ההנחה הזאת הביאה את ההורים לפתח מיד דין רציני על מה, מתי ואיך ילדם עשו דברים נחמדים. הם העלו רעיונותἌחדים, חשבו איך יצלוו לצלם אותו ויצאו עם אנרגיות חייבות שעד אז לא בא לידי ביטוי. הצלם זה היה משלבם מאוד, קנו מצלמה קטנה נוספת, כך שכל ההורים התרלבבו מgether, קנו מצלמה נוספת קטנה נוספת, וכך שכל אחד מהם היה מצדך בצלמה כל הזמן, והם תיעדו רגעיםifs מפעם בפעם בחיה המשפחה. חוות היכלון ההורי והמשפחתי חלפה, ובמהלך הפגישות הדיפרנציאלית של המשפחה על השתנה הדמיוני העצמי של המשפחה עלה, הילדים ביקשו להשתנה עתה ב"חגגה" ולצלם גם את ההורים במצבים מעוניינים ונעימים, והפרויקט הסטיים ביצירת אלבום משפחתי עטיר תמונות. בסופו של דבר האישה הצלימה בבוקר, מרגע שקמה לצלם את המזון, מטרת הנחיה זו לחת לכל אחד מבני הזוג חוות של שליטה ובכך להפיג את החדרה שמתאפשרת לבושא ועלולה להתלוות לצילומים. ככל שנמשך הצלם היו הצלומים נעדים ושובים יותר, פחות פורמליים ופחות טקסיים. שחייתה מאופרת למשען, אולי הוא בקש ממנה לצלם אותו מבעוד תרגילי כשר שלגופו מכוסים קצרים בלבד. שיהם ספרו שהחויה הייתה מעורבת בהתרגשות, בחזרות יצירה וגם בבושא שהיא צריכה לדוחק הצד. חוות היצירה הביאה אותו להחליט שהצלם יהיה גם הבמאי ויקבע איך יהיה הצלום ומה הוא יכול. ככל מר步, בני הזוג הביעו אמון זה בהז, התמסרו זה לה, היו נכוונים לקבל הראות זה מהה והביאו צילומים שהצבעו על שעות רבות של התנסות משותפת. בשלב מסוים חלמו בני הזוג להביא צילומים וסיפרו שאוונם המשיכו להציגם, אלא שהצנעה יפה לצלמים אלה. זמן קצר אחר כך דווחו בני הזוג על שינוי גודל בתקרנות בינהם: הם מדברים על נושאים שאינם יכולים לא העוזו לדבר עליהם בזקן, גם אם שוניהם חשבו על כך. הם משתמשים בתצלומים כטריגר להתחלה שיחה, ולפעמים כשהחמתה עולה בעקבות ויכוח, הם מוחלטים ללקחת מצלמה ליד

בפוגה השמינית אמר: "היום אני לא רוצה שנצלם. היום מדובר אין לי חברים". דיברנו. ע' אמר שרק אני, המטפל, חבר שלו באמת. אני נותן לו מצלמה כל קר יקרה צלם בה, אני שולח לו בא-מייל צילומים מוצלחים ("האמת, חשבתי שאתה סתום אמר, ושבעטם לא תשלח לי כלום. ככה זה עם כולם"), ואני היחיד שבנכחותו אין הוא מתבישי להיות ע', ולכן כבר "בצד לו" שאין מצלם אותו. הפגישות התפתחה. הצילום לא היה רק אמצעי לתקשרות ביןינו, הוא גם העניק לע' אפשרות להוכיח לכולם שהוא טוב ושווה (תיערכות צילומים שלו תלויה במקומם מכובד ליד חדר המורים). הצילום הפך אמצעי לע' לקבל את עצמו (מוקן להציגם ב"פוזות" שונות), ועוד. הדיווחים מהבית ובבית הספר מציגים תקשורת טובה יותר, ורודה בקונפליקטים, ובאפשרות לשוחח בצורה עניינית.

### טיפול זוגי:

Wheeler (1994) אומר כי אחת המשימות של זוג בדרך לאינטימיות היא הסרת הבושה ההידית, יצירות חיויות של חשיפה עצמית שאין בעקבותיה פגעה או/או ירידה בערך העצמי (Deshaming experience). הבושה היא רגש מאוד לא נעים, יש נטייה לעשות הכל כדי להימנע ממנה (פוטר-עפרון, 1997).بني זוג מתקשים להגיע לחשיפה עצמית גבוהה וכומרחב בינם לבין כבתו ומווגן, יגנו על עצמם באמצעות תקופת האחר, ולול לאחר, צinyot, האשמה الآخر ועוד. התנהגויות שמרות להסתיר פרטיטים מסוימים על עצם ולהסווות את הבושה.

בני זוג שהגיעו לטיפול עקב מריבות ורבות, אך הציגו על עצם שלהם יחד ולבנות משפחה, התבקשו לצלם זה את זה בסביבתם הטבעית ולהביא את התמונות למפגשים חדשים. תחילה החליטו בני הזוג לצאת לטויל ולהציגם בנופים החדשניים, וכך מנגנו את חשיפתם למצלמה/לעין המצלם. בהמשך הסכימו להציגם בדירתם, והביאו תמונות של צילום טקסי: עמידה זקופה, ידיים לצד הגוף, מבט ישיר למצלמה. כאן התעורר המטפל וביקש מבני הזוג לצלם זה כאשר המצלמים נזען הראות צילום. המצלמים שיתנו את התמונה, את הלבוש, את המזון ואת הזמן, מטרת הנחיה זו לחת לכל אחד מבני הזוג חוות של שליטה ובכך להפיג את החדרה שמתאפשרת לבושא ועלולה להתלוות לצילומים. ככל שנמשך הצלם היו הצלומים נעדים ושובים יותר, פחות פורמליים ופחות טקסיים. בסופו של דבר האישה הצלימה בבוקר, מרגע שקמה לצלם את המזון, שחייתה מאופרת למשען, אולי הוא בקש ממנה לצלם אותו מבעוד תרגילי כשר שלגופו מכוסים קצרים בלבד. שיהם ספרו שהחויה הייתה מעורבת בהתרגשות, בחזרות יצירה וגם בבושא שהיא צריכה לדוחק הצד. חוות היצירה הביאה אותו להחליט שהצלם יהיה גם הבמאי ויקבע איך יהיה הצלום ומה הוא יכול. ככל מר步, בני הזוג הביעו אמון זה בהז, התמסרו זה לה, היו נכוונים לקבל הראות זה מהה והביאו צילומים שהצבעו על שעות רבות של התנסות משותפת. בשלב מסוים חלמו בני הזוג להביא צילומים וסיפרו שאוונם המשיכו להציגם, אלא שהצנעה יפה לצלמים אלה. זמן קצר אחר כך דווחו בני הזוג על שינוי גודל בתקרנות בינהם: הם מדברים על נושאים שאינם יכולים לא העוזו לדבר עליהם בזקן, גם אם שוניהם חשבו על כך. הם משתמשים בתצלומים כטריגר להתחלה שיחה, ולפעמים כשהחמתה עולה בעקבות ויכוח, הם מוחלטים ללקחת מצלמה ליד

### **ביבליוגרפיה:**

- ברמן, ל. (1997). **מאתורי החירות: שימוש רפואי בצילומים.** הוצאה אה.
- סටיר, א. (1974). **המשפחה המודרנית.** תל אביב: ספריית פועלים.
- פוטר-עפן ג. (1997). **הכל על גש הבושה.** תל אביב: הוצאה אופוס.
- Akeret, R. V. (1973). **Photoanalysis.** NY: Peter H. Wyden.
- Bresgold E. (1989), Resistance in gestalt therapy. **The Gestalt Journal**, 12 (2).
- Chickerneo, N. B. (1993). Portraits of spirituality in recovery: **The use of art.**
- Springfield, IL: Charles C. Thomas. Demmare, L. (2001). Phototherapy: Traveling beyond experience. **Afterimage**,<sup>29</sup> (3).
- Epstein, N. B. Bishop, D., Ryan, C., Miller, & Keitner, G., (1993). The McMaster Model View of Healthy Family Functioning. In Froma Walsh (Eds.), **Normal Family Processes** (pp. 138-160). The Guilford Press: New York/London.
- Glover-Graf, N. & Miller, E. (2006). The use of phototherapy in group treatment For persons who are chemically dependent. **Rehabilitaion Counseling Bulletin**, 49 (3), 166-181.
- Graf, N. M. (2002). Photography as a therapeutic tool for substance abuse clients Who have a history of sexual abuse. **Counseling and Psychotherapy Research**, 2, 201-207.
- Krauss, D.A. (1980). A summary of characteristics of photographs which make Them useful in counseling and therapy. **Camera Lucida**, 1(2), 7-11.
- Merrill, C. & Anderson, S. (1991). Person-centered expressive therapy: An outcome Study. In D. Brazier (Ed.), **Beyond Carl Rogers.** London: Constable.
- Weiser, J. (2001). Phototherapy Techniques: Using clients' personal snapshots and Family photos as counseling and therapy tools. **Afterimage**, 29 (3).
- Wheeler, G. (1994). The task of Intimacy. In Wheeler, G. and Backman, S. (Eds.), **On Intimate Ground.** San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Winnicott, D.W. (1958). The Manic Defence. In **Collected Papaers: Through Padiatrics to Psychoanalysis.** London: Tavistock Publicationns.

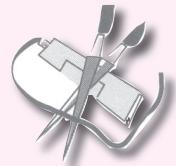
### **חומרים ייחודיים:**

בשלותם המקרים שתוארו לעיל, התצלומים היו חלק מהתהליך הטיפול. התוצר עלייה היה השני הפנימי שהתרחש אצל כל אחד מהמטופלים, ושינוי זה קובל כמעט חיצוני ברור בתצורה הצלום – בתצלומים. לעיתים לא משתמשים בתצלומים הנעים בתוך התהליך הטיפול או במקביל לו, ובמקרים מסוימים בתצלומים קיימים, למשל – זוגות יביאו צילומים מההיסטוריה המשותפת שלהם, אנשים יביאו צילומי יולדות שלהם, מורה תביא תמונות מימה כתלמידתה ועוד. המפגש עם התצלומים היסנים הוא עמודות בין הדימוי והמיוט בין המיציאות כפי שהוא בא להבטוי בתצלומים. בכך אומנם שרוב המשפחות נוטות להתרגון לצילום משפחתי במצבים של שמחה או בטקסים, אך גם במצבים אלה מוצבצות מביון הדמויות וההורחוב שבניהם תפיעות שונות. יש שני יתרונות לשימוש בתצלומים: הראשון – בתהליך בחירות התמונות (בדרך כל המטפל מגביל את מספוקו, וציוו מספר לא זוג או געול) כבר מרגע הנקה למפגש הטיפול עצמו, מעין תחילך של "חימום" (up Warming), ומטופל כבר פוגש את עצמו ומגביר את המודעות לתמונות ולבנה.weitרונו השני, שתרום במפגש עם התמונות הוא בהשפת חומר חדש, מורעם, שונה, מעורר לדילוג פנימי חדש ותובנות חדשות.

ש' אמר שהיתה לו יולדות טוביה, הורים טובים מאוד, אושר רב, והוא לא מבון איך יצא זהה דפק, נתה למצו רוח, נעלב בקלות ווותקה לאקיים קשר חזgi מהך כמה חודשים. "הרי אמורים שלמי שהייתה לו יולדות טוביה יהיה גם עתיד טוב! איז להמה אם, שהייתה לו קר טוביה, יצאת כזה דפק?". ש' התבונח להביא שבע תכונות מילודות והוא הגיג אותן בගאווה: "תראה איזו יולדות טוביה הייתה לי, עשית כל מה שרציתי!" ואכן, בשש תമונות חאים את ש' בחוץ, בשדה, ליד הקבש, מטפס על עץ – תמוד לבה. הוא וטובי, רק בתמונה אחת ש' מצולם עם אימו, מבטה מופנה הרחק אליו שם והוא מסתכל לפניו אחר. ההתבוננות בילד הקטן הנמצא תמיד בלבד, חוץ מהתמונה אחת שבה הוא מצולם עם אמו, הוא אננה מסתכלת עליו ואון בינהם תקשורת, החלה להעלויות עבר ובכעם, והזדאה שהילודים בעצם לא הייתה יכולה: "אבא ואמא היו עסוקים... בכל לא היה אפשר להם... היה יכול להיות והם לא היו ידיעים כייזה זה הערב... נשח היה יכול להכחיש אותו והם לא היו ידיעים אפילו אףה למצאו אותן...", הוא אמר. בסוף המפגש המעמיד הזה היה ש' מובהל ואמר: "אולי בחורתי תמונות אלה במרקחה? מה זה אומר אם אביה ריקות ואם עצב רב..." אבל למפגש הבא הופיע ש'

### **סיכום:**

מאמיר זה אינו ממזה את כל האפשרויות, למשל, אין התייחסות לשימוש בתצלומים וצלומים בסיטואציה קבוצתית, כגורם מסייע להחלמה מטרואומה, או לביעות הקשרות לדמי גוף, נכות ועוד. יש כאן ניסיון להפנות את תשומת הלב לדריכים שונים ומגוונים להגעה לתוכן אישים ממשמעות. השימוש בתצלומים מעד לעוד היכרות עם העצמי הנוכחי ולהציג תהליכי של שינוי. כל העקרונות הטיפולים נכונים בפסיכותרפיה: שימוש במקצב נכוון, הקשרה למטופל, יצירת סביבה בטוחה, יצירת יחסיים של אמון וודע. בתהליך הטיפול הנקן יהיו צילום עצמה ותרומה רבה בקיצור מושך הטיפול.



## ראיון עם אסטר כהן עם יצאת הספר "חוויות ההורות: יחסים, התמודדות וההתפתחות" בעריכתה הוצאה "אח" – 2007

ספר תהליכי התרחשות בחשיבה שלי מאז הספר הקודם, חלגם בהשפעת אירועים חיוניים וחילם בהשפעת תרומות מחקריות ותיאוריות של כתבים שה השפיעו עלי. תהליכי אלו אף חזקו את הכרתי בחשיבות העבודה הפסיכולוגית עם הורים ככליה מרכזית לטיפול בעיות של ילדים מחד, ואת ההערכה שלי למורכבות המתקצועית של עובודה זו. בעקבות קר העמיק והתרחב החיפוש שלי אחריו מערכת מושגית אינטגרטיבית שתעזור לי ולאנשי מקצוע להבין טוב יותר את חוות ההורות ותהליכי המילויים ההתפתחות ההורות.

היריעום החיצוניים היו בעיקר אירועי הדחק והטראות של תקופת האינטיפאדה השנייה ושל אירוע מגדי התאומים אליו נקלעת בתחילת שנות שבתון בניו-יורק. אירועים אלו חידשו את הת�וניות בהם משתמשים ילדים ומבוגרים לצורך שנייה ושל בתרום הסראומה, ובמנגנונים שלם בתפקידם זמינים כה בלתי גולים והתמודדות בזמניהם על ילדים שנחשפו ומסעירים ורגשית. מהמקהך שערכתי בתקופה זו על ילדים צעירים שנחשפו לאירועי טרור והוריהם\*, ומוטר העבודה הקלנית, הגעתי להבנות על המרכזיות של ספר גומאים בהתמודדות עם מצבם לחץ וטראות הרබנטיים גם ללחצים של חי משפחה יומיומיים. במיוחד התברר

לי הקשר בין מושג היסודות העצמי והויסות הדדי המתරחש בין שניים הנמצאים בקשר משמעוני (בין הורים ולילדים, בין מטופלים ומטופלים). הבנת הקשר בין האס派קטים השונים של ייסות- היסות הרגשי, הקשי, הקוגניטיבי וההתנהגות; והיכרות עם האורותים התורמים להתפתחות היסות העצמי כמו: דפוסי ההתקשרות, יכולת רפלקטיבית, יכולת יצירת נרטיב משמעוני וקוגניטיבי, יכולת דיאלוגית, סגנון תפקוד מוחי-נוירולוגי, הפכו להיות ענייני בסיס להמשגות של כוחות, חולשות וצריכים הורים, ומגרר להסתאמת טכניקות טיפוליות.

מושגים אלה ותרגומם לעובודה טיפולית עם הורים נשענים על גשרים תאורטיים חשובים שנבנו בספרות התאורטית והמחקרית בשנים האחרונות בין תאוריות ההתקשרות, הפסיכוכאנליזה, הגישה המערכנית, הפסיכולוגיה הקוגניטיבית, והנוירולוגיה. Interpersonal זה יכול למשל עבודות בתחום החדש של Neuroscience של דניאל סיגל ושל אלן שור, ובאופן משלהם העבודה של פיטר פונגי ושותפיו על מנטלייזציה, וכן את התפתחותם של הגישה התהייחסותית ובמיוחד יישומיה ליחסים הורים-ילדים.



עורכת: ד"ר אסטר כהן

### ■ ראיינה וערכה: צילה טנא

אסטר כהן היא עבורי חילוץ העבודה עם ההורות. כבר בשנים הראשונות לעבודתי כפסיכולוגית חינוכית הוביל השירות הפסיכולוגי-חינוך של ירושלים, בו עבדה באוטה תקופה, מוגמה המציבה את הור הילד בלקוחות מרכזים של הפסיכולוגיה החינוכית ומשמעות את המשולש הייחודי של ילד > הורה > בית-ספר

כמרקח שבתחומו מתרחשת עבודתה. בשנת 1994 יצא בהוצאה "עמ-עובד" ספרה של צאב ברגמן ואסטר כהן "המשפחה של עמק-השוויה". הספר הניח בסיס תיאורי איתן לכל ההטעויות הראשונות שלנו עם ההורם. בניגוד לספרים פופולריים אחרים אשר הציעו "תפרקטים" להורות מוצלחות ומערכות הנחיות של "עשפה ואל-תשעה" הדגישו ברגמן וכאה את הצורך בהבנת ההורות כתהיל תפתחותי אישי ואת החובה ביחסות דיפרנציאלית עם המשפחה שתאפשר "תפירה" של חילפה אישיות לפי מידת הורים על-פי צוריכיהם, יכולותיהם ומבוקשותיהם. "שביל-החבר" שעליו המליצו לא היה דרך אחת מסומנת אלא מאמץ דינامي מתמשך ויצירתי המלווה בחיפוש מינונים מורכבים המתואימים לבני

המשפחה בכלל ולהורים בפרט.

ברגמן וכאה תיארו קשיים בזיהוי ויישומו של "שביל-החבר" בעובודה עם המשפחות השונות, קשיים אשר נבעו מגורמים אישו-טיפוסיים (של ההורם ושל הילדים אחד), מגורמים אינטראקטיביים (של המפגש בין הורה לבין ילד מסוים) ו咎-מודעות שונות של ההורם, אשר חיבו התייחסות שונה לכל אחד ואחד מהם. של ההורם, אשר חיבו התייחסות שונה לכל אחד ואחד מהם. החיפוש אחר המרכיב המשפטי המיחוד והצריכים הייחודיים של כל הורה נעשה ממוקם מאוד אמפאטי ומכם ומתוך הכרה אמיתית במרקמותם של תפקוד ההורות בשל ריבוי הגורמים המשפיעים עליו.

הספר החדש בעריכתה של אסטר כהן יצא-לאור 13 שנים לאחר הספר הריאשטי, ונראה שבמשך זמן אורך זה עשתה אסטר כברת-דרך משמעותית באקדמיה ובשדה מבלי שזנחה את תחום ההורות כאובייקט לחקר מדעית ולישומים התרבותתיים בשדה.

**בשאלתי הראשונה ביקשתי לדעת האם מזאת יצאת ספרה הראשון חל שינוי בהתייחסותה להבנת ההורות ובתפיסתה את עבודתנו הפסיכולוגית עם הורים.**

\*Cohen, E. (2006). Play and adaptation in traumatized young children and their caregivers in Israel. In: L.Barbanell & R.J. Sternberg (Eds.) *Psychological interventions in times of crisis*. (pp. 151-180). New York: Springer Publishing Company

הרגעה, אלא לפעמים גם על יצירת עוררות. התעלומות, המגנות מהנה שנראתה כאידיות קיצונית של הורים יכולות להיות תוצאה של אי-isosות ורגשוי הנבע מאותה חרדה המביאה אצל הורים אחרים לסתור רגשות לא נשלטת של הורים.

**ספר חדש מורכב ממאמרים וביבים אשר מביאים – נסף לאספקטים פסיכולוגיים של ההורות וכיוונים להתרבות טיפולית עימם – גם אספקטים חברתיים-תרבותיים. האם תוכל להסביר כאן את הרצינו אל לשילוב המיחיד זהה שעשית בספר בין המינד הפסיכולוגי לבין המינד הסוציאולוגי ואת ההשלכות של ראייה משולבת זאת על עבודתנו כפסיכולוגים העובדים עם הורים?**

המחקר המתארים על ההשפעות על ההורות מצביעים באופן ברור על החשיבות של מערכות תמיינה חברתיות על תפוקוד הורי אחד, וגם מאייך על ההשפעה של ערכים תרבותיים על ציפיות, ייחוסים ושיפוטים של הורים, המשפיעים אף הם על התפקוד שלהם. גם הזכרותי כבר קודם שאנו נאנו לבניין פוליטיסטי וחימם בחברות וב-תרבותיות. ללא גישות לאספקטים התרבותיים והחברתיים של הקונספט בו פועלים הורים אנחנו כטפלים עלולים ליפול למכתשות של פטרנליים, חסר כוונון לבנויות, חסר גישות, חסר הכרה ויכורו. הרגשות האישיות שלו לאספקטים חברתיים ותרבותיים והתאחדה בעקבות שנת שבתו שעשתה באוניברסיטה בטיפחה בטיזוֹן. שם נחשפה לאופני חשיבה, ערכים ופרקטיות שונות מאוד של גידול ילדים וחייטי משפחה. תוך כדי היכרותם עם הסטודנטים לפסיכולוגיה קלינית שם קיימו דיאלוג בו למדתי לא פחות מאשר למדתי. אחת הלמידות המרכזיות נגעה ליחסות של "אמיות" מוקובלות בין פסיכולוגים במערב לבני שיטות גידול ילדים והפתחות נפשית. אני רואה את האתגר שלנו כטפלים בהורות ביכולת להכנס גם ל"ראש" של ההורה, כולל מערכת האמונות ודרכי החשיבה שלהן וגם להבין את הסביבה התרבותית המעצבת אותם, כדי לנצל דיאלוג רפלקטיבי מכבד ומאתגר עימם.

**הנושא של התמודדות הורים במצבי לחץ ומשבר מקבל מקומ נכבד בספר, וחשיבותו עוד עולה בוודאי בתקופות קשלאן, שהן רווחת באירועים בעלי פוטנציאל טראומטי. אין ספק כי הדבר מקבל משנה-חשיבות נוכח כל החוקרים המוכחים שההתמודדות של ילדים עם מצבים לחץ תלויה במידה רבה בהתנהגות הורים. כיצד אפשר לציד הורים בידע ובכלים שישוּם להם בהתמודדות עם מצבים לחץ ויאפשרו להם לשמש גורם מרגיע ומכיל עבור ילדיהם, גם מבלי שנעבד על החזרות של הורים עצם ועם קשייהם האישים בהתמודדות עם מצבים כאלה?**

את צוותת מואוד בעניין הקשר החזק בין הסתגלות ההורה והסתגלות הילד בתקופות מתח וגמ' אחרי אירוע טראומטי. אני חושבת שזה בלתי אפשרי לצפות מההורה להיות גורם מרגיע

בספר האחרון **את מרבה להשתמש במושגים כמו יצירת איזונים הולמים בין יגודים או פיתוח מיומניות הוריות של יסודות ורגשוי הנבע דרך לשיפור התפקוד ההורי. האם תוכלי להרחיב מעט בתיאור מושגים אלה ולהסביר את הרטלואנטיות שלהם לעידן העכשווי שבו מגדים בו את יlidnu?**

קיים אבחור קצט את המושג "יסודות רגש". המרכיב הרגשי של יסודות עצימי מתיחס לתהליכי אקטיביים הקשורים ביוזמה, שימור, ומודולציה של עצמה ובוטוי של רגש. הוא נסמך על ניסור והערכת המצב הרגשי, שבבקבוקיהם ננקתת פעולה מתאימה לשם שומר או שינוי (העצמה או דיכוי) של עצמת הרגש, ולהארכת או קיצור

משך האפיוזה הרגשית. יסודות רגש תקין מאפשר לפרט להגביל באופן גמיש, מסתגל וモותאם לחברתית למצבים מלחיצים וחוויות גשויות.

**אני חושבת שזה בלתי אפשרי לצפות מההורה להיות גורם מרגיע ומוביל עבור הילד, מוביל שנותיהם כל להחזרת של ההורה עצמו ולקשישיו. אני מאמין שבשבועה במצב לחץ ומשבר נדרשת עבודה עם מוקד קבוע: מוקד המתיחס אל ההורה מוצב המהוות כפרט, עוזר לו להיות מודע למצוות הרגשי והתפקוד ומסיע במציאות דרכים לוסתוֹן, ומוקד המתיחס לתפקודו כהורה הנדרש לווסת את מצבו הרגשי של הילד**

העירן המודרני (כמו היידה במערכות התמיכה המשפחתיות והקהילתיות של הורים, ריבוי התפקידים המוטלים על הורים ומיעוט הזמן להשעיה בהורות); וכן הביקורת והשפויות הרבה המופנית כלפי הורים על ידי סוכני חירות שונים (כולל מחנכים ופסיכולוגים) בחברה שהפכה להיות מאוד מוקדחת בילד מחד ומאוד תחרותית והשגית מאייך. נראה שבחברה נוצרו ציפיות בלתי מזוכאות של תפוקוד הורי אידיאלי. זה מזמן גם את הבעיות העצומות הרובה של ההורים. וmobilitה לביטויים רגשיים והתנהגותיים קיצוניים או לא עקביים בניהול היחסים עם הילדים.

בעידן פולורליסטי כמו זה הקים היום, שבו אין הסכמה על דרכים "נכונות" לגידול ילדים, נראה לי כי יש לנו את הרעיון של גישה ספציפית אודיאלית לניהול ההורות. המודל הסמכותי ההררכי הקיצוני איננו יכול לעמוד היום, כמו גם מתרבר שמודלים הממקדים באופן קיצוני בילד לא הביאו את התוצאות התפתחותיות צפויות להן. במקום להתמקד ב"תיקון ההורים" علينا אנשים מڪצעו לעוזר לעשות נורמליזציה של המתח, התשכול והקונפליקטים הכרוכים ביחסים הורים וילדים. יתר על כן علينا לעוזר להורים לשפר את יכולת הכללה והתחזקה של מתח דיאלקטי, כיוון שאלה חוויות חשובות להפתחות ילדים והתרבות הורים. יכולת להחזיק בשני ניגודים מבלי שאחד יבטל את השני, (למשל הרוץ של ושלך) הצורך בナンדרות והצורך בתהמזהות) אפשרית אם יש יכולת החוץ בנסיבות ונסיבות (בהתמצגות) אפשרית. אך מטא-אפשרת הקשה והכרה הדידית, ומפתחת גמישות ויצירתיות בפתרון בעיות, וביצירת "תיקונים" לתקירות לא מוצלחות במערכות היחסים. כאשר ההורה מוסת וגישה ניתן לעוזר אתו על התאמה טוביה יותר בין רמת היחסות החיצוני ההורוי והיחסות הפנימי של הילד המציג בעיות הסתגלות. אגב כשאני מדברת על יסודות ורגשוי בהורות לא מדובר רק על



זו סביר בעיניות בהורות בצורה עיליה יותר. למשל לרעיונות המוכרים עוד משנות השבעים של סלמה פריברג על "רווחת רפאים בחדר הילדים" (*Ghosts in the Nursery*) נוספה התורמה של העבודה של אליסיה ליברמן על " מלאכים בחדר הילדים" (*Angels in the Nursery*). היא מראה כיצד שימוש בחיזכונות ילדים חביבים, ולא רק טראומטיים, גם בתוך ספרו רוי סבל תורם ליחסות-רגשית, להגמתה הגנות נוקשות ויצירת גרטיב מאוזן יותר. גם דניאל סיגל בעבודותיו הרבות בשנים האחרונות נוקט במידה אופטימית ומראה כיצד הורים יכולים במסגרת טיפולית, אף בלעדיה, במסגרת של עבודה עצמית להגע להרבה עצמיט טובה יותר ולמנוע העברות בינדריות שליליות. הוא תורם תרומה משמעותית לעילויות עבודה זו בכר שמקoon את ההורה להעיר באיזה אופנות דומיננטי שלعيוד מודיעו הוא משתמש, ומצביע להשלים בהתאם לעבודה של תהליכיים של "מח ימני" או של "מח שמאלי" שתורמים ליחסות. מי שרצואה לקרוא על כך יותר מזמן לקרוא את ספרו היותר פופולרי שתורגם לעברית "הורות- מן השורש אל הלבלוב".

ונקודה אחרת בעניין – יש לציין כי השפעות העבר אכן פועלות במונתק מהתרחשויות ההווה. פול וכטל, פסיכותרapeut אנטוגטיבי, אמר ש "... כדי שנירזה תמשיך להתקיים היא זיקוקה לשוטפים פעלים לפשע, בהווה...". لكن אני מאמינה שהעוסק בהיסטוריה האישית במסגרת העבודה עם ההורים היא לצורך זהוי המקוות הספציפיים המפרים איזון כום, במקביל ליהוי הגורמים הנוטפים המלבים אותם בהווה (גורמי ילד, משפחה, מערכת ותרבות). ניטרלים של גורמים מפריעים אלה מן העבר יכול להתרחש לא רק באמצעות עבודה טיפולית אישית של ההורה, אלא על ידי גirosותות פעילים לתיקון בהווה.

יש לי הערה לגבי הבדיקה שהזכרת בשאלתך בין "הדרכת הורים" ו"טיפול הורי" או כפי שאתה מעדיפה לקרוא להה "טיפול בהורות"- בואו ננסה לחודד אותה כי יש הבהアイ בהורות בתחום. נראה לך שכך אשר לעניהם מדברים על הדרכה מדברים בעיקר על מנת מידע ומתמקדים בתכנים, ככלומר מדובר בערך על התערבות חינוכית בעיקורה. להורה יש שאלה, או בעיה שאננו ידוע כיצד לפתור ואנו מספקים לו מידע או הצעות לפתרון. ברגע שאנו שאנחנו מתחילה להתיחס לההתיחס לרגעות, למשמעות, או בבעיה, ולתרומה של מערכות היחסים השונות המעורבות בה אנחנו כבר בטריטוריה אחרת- טיפולית. דומה לי שהסתטוס הירוד שהיה קיים שנים רבות לעובדה עם ההורים וכשלונות ובטים בעובדה זו נבעו מכך שככלנו כטפלים חלקו השקפה נאיבית משוה שאומרת שם נדריך הורה אווב ואיכפטוי לגבי מה נכון לעשות כדי לעזור לילדים, הוא יכול לסייעם די בקלות דברים אלה. אלא שהמחקר מראה לנו שニונן אמונה לשנות תפקוד הוי אבל אין זה פשוט כל-

עלשות זאת. שvale ליה שסתטוס הירוד היה קיים שנים רבות לעובדה עם ההורים וכשלונות ובטים בעובדה זו נבעו מכך שככלנו כטפלים חלקו השקפה נאיבית משוה שאומרת שם נדריך העברה בין דורות הוראות. מושגים כמו: "השלכות מסווגותם ההורות", "הורות נאריסטית", "הဟбра בין-דוריות פאטולוגית", וכי"ב שימוש בהסביר בנסיבות כבדות-יעילותם בהורות. מהי עדותם בסוגיות כבדות-משקל אלה והאם הניתוב שלנו יכול להמרות "ההדרכה של ההורים" ב"טיפול הורי" עשו לחתונה גם במקרים של הורות בעייתית?

מה שברור לנו היום יותר מאשר בעבר לגבי התופעה של העברה בין דורות הוא כי איזורי העבר הקשים מוחבלים בהורות רק כאשר מגנוני ההגנה שנבנו להתרומות עם הסבל בילדות אינםאפשרים זירה אפקטיבית ומפורשת ויצירת נרטיב משמעותי וקורנתני. זיכרונות העבר הפוכים איזוחם-

ומכל עבור הילד, מבלי שנתיחס כלל לחזרות של ההורה עצמו ולקיים. אני מאמינה שבעובדת במצבו לחץ ומשבר גדרשת עבודה עם מוקד כפול: מוקד המתיחס אל ההורה כפרט, עוזר לו להיות מודע למצבו הרגשי והתקפקי ומוסיע במצבה דרכים לוסטו, ומוקד המתיחס לתפקידו כהורה המדרש לוסת את מצבו הרגשי של הילד. הפרופורציות בין כמות העבודה על כל מוקד תהיה שונה אצל הורים שונים. פעילותות התורמות להורים במגוונים שאין דורשות השקעות רבות כוללות גיסס ומיצאת מקורות תמכה ויזהו כוחות התמודדותם מרכיבים חשובים עבור כל ההורם, כמו גם רכשה של טכניקות להרגעה עצמית. עם זאת הורים מסוימים ידקקו לעובדה אינטנסיבית יותר (למשל אלה הסובלים מהפרעות פוסט-טראומטיות).

לגביו המוקד ההורי אני מאמינה שפעמים רבים הידע המקצוני שעוזר להורים להבין את תגובות הילדים כתגובה נורמלית לאירועים לא-נורמליים, וריעונות להתרומות עם קשיים של הילד הקשורים למצב החוץ תורמים להרגעה מסוימת. גם העלתה המודעת לאחריות שבתקוף ההורי כלפי הילד במצבים כאלה כמספק סביבה מרגעה, מארגנת, מפרשת, מעודדת וקשובה מגייסת כוחות תפקוד אצל הורים רבים. נראה לי כי ניתן גם לתרום לתחושים המסוגלים של ההורה באמצעות ידע וריעונות ספציפיים לתמיכה בילדים במצבו לחץ ובכך לשפר את תיפוקו.

**ההורות מתוארת בפסיכולוגיה כילדת שנייה של האדם ולכן אין פלא שהורים רבים מנסים לחוות את חייהם מחדש בילדיהם – להגשים דרכם משאלות ומואים אישיים שלא מומשו בילדותם- הם או לתקן באמצעות חווית קשה**

שחו בעבר מבי' שהצליחו לעבדן קראו' ולהתמודד עימם. פסיכולוגים רבים ניסו להסביר תופעות איננהרנטיות אלה של ההורות, חלקם באמפתיה גדולה להורים וקשריהם ואחרים בבקורתם רבתה ותונן הפנימית אשמה כבدهה כלפי ההורים עד להטלה ספק במיטוגותם ההורות. מושגים כמו: "השלכות מסווגותם ההורות", "הורות נאריסטית", "הဟбра בין-דוריות פאטולוגית", וכי"ב שימוש בהסביר בנסיבות כבדות-משקל אלה והאם הניתוב שלנו יכול להמרות "ההדרכה של ההורים" ב"טיפול הורי" עשו לחתונה גם במקרים של הורות בעייתית?

מה שברור לנו היום יותר מאשר בעבר לגבי התופעה של העברה בין דורות הוא כי איזורי העבר הקשים מוחבלים בהורות רק כאשר מגנוני ההגנה שנבנו להתרומות עם הסבל בילדות אינם אפשריים זירה אפקטיבית ומפורשת ויצירת נרטיב משמעותי וקורנתני. זיכרונות העבר הפוכים איזוחם-

הלא-מודע לציפיות והתנגדויות מכשילות בהורות. יצירת הבנה של מערכת היחסים היום על רקע חקירה והבנה של של ילדים מאשר לבני אורך הורים מותפתחים ומשתנים ואיך לעוזר להורים אני מעדיפה להתייחס לכל ההתערבות הרציניות עם הורים כ"טיפול בהורות".

האתגר לדעתו הוא הרבה יותר רחב מאשר ההתמודדות עם השאלה מי ישלוט במאבק הכח בין הורים וילדים. הוא מגע לאיך מגדלים ילדים בעלי יכולת דיאלוגית עם אחר, יכולת רפלקטיבית לגבי עצם ולגביו אחרים ויכולת פתרון בעיות וצירותיות. זה דרש הרבה יותר מסמכות הורית.

**הגיא לידי** מאמר שלך ושל ד"ר איתן לבוב שיצא לפירסום בכתב-עת מדעי בחוג' בנושא העובדה עם הורים למתבגרים שהם סרובני-טיפול. אשמה אם תוכל לשfu את הקוראים בעיקרי הרענון המובהים במאמר זה, בהתחשב בראבי המקרים הללו של מתבגרים בעיתאים המסתובבים בכל-תוקף להגיא בעצם לטיפול ומוטירים את ההורים מותשים וחסרי-אונוני.

kan, המאמר שפורסם ב- *Journal of Psychotherapy & Integration* ב-2004 צורף עתה גם בספר שבו אסופה מומלצת של מאמרים על טיפול בחרות Cohen, E. & Lwów, E. (2006). The parent-child "mutual recognition" model for working with distressed families. In: C. Wachs & L. Jacobs (Eds.) *Parent-focused Child Therapy: Attachment, Identification and Reflective Functions*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

אני ודר' לבוב שותפים לאמונה כי ניתן להביא לשינויים משמעותיים אצל ילדים ומתבגרים בעיתאים, המסתובבים לקחת אחריות על הבויות שלהם, על ידי עבודה ישירה עם הורים. להבנתנו מצבים אלה מתרחשים בעקבות נسبות התפתחותיות התומכות לחודה אצל ההורים לגבי הילד או החורות שלהם. בעקבותיה מתפתחת *Indulgence* של הילד, והגנת יתר. המסר הילד הוא שבלי ההוראה הוא אבוד ובבלתי מסוגל או ההיפר, שהוא כל יכול ומורץ הכל. ניתן בטיפול להפוך את הורים לסוכני שניים לגבי הילדים על ידי שינוי חד-צדדי בתנהגותם והתייחסותם לילדים. שינויים אלה מצד הורים אינם רק ברמה הנטרגזות, אלא אמרורים להיות שדר משמעותי לגבי הנפרדות של ההוראה מהילד יחד עם איכפטיות וdagoga כפוי. זה שדר מרכיב המבלבל הורים רבים הנוטים לזהות נפרדות עם חוסר איכפטיות. שינויים באינטראקציות עם ילדים מובילים להעברת אחריות מתאימה למתבגר על תוצאות התנהגותם, מציבו ובעיותו ומגיסות אותו להשתמש במשאבו ולהשתמש או לגיס עזרה בצורה מתאימה. המודול מדריך ומלווה המתבגר לפנות לעזרה מקצועית מתאימה ולשfu פעללה טיפול או מגיס את עצמו לתפקיד תקין יותר.

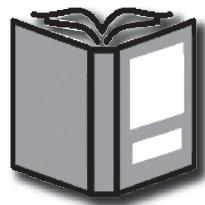
הודית לאסטר על תשובייה המכחכמת ועל תרומהה לנושא "טיפול בהורות" שיש לו חשיבות מרכזית בעבודתנו הפסיכולוגית.

אם בעבר הوطרנו יותר אנשי מקצוע מבעית של הזנחה ילדים ואי-יכולתם של הורים להיענות לצוריהם של ילדים מיוחדים, הרי שיכולים אנו נתקלים יותר-ו-יותר בהוריהם המתקשים להציג גבולות לילדים. הרצון להבטיח לילדים עולם שכוח טוב ולמנוע מהם סבל ותסכול עומד מאחריו קשיים אלה בהצגת גבולות. מה היה חלקנו שלנו, אנשי "הגל החדש" של אנשי מקצוע העוסקים בחיזוק הסמכות ההורית מהו? לדעתי, תשובה מתאימה לטיפול בעיות ההורים היא?

אכן לנו אנשי בריאות-הנפש, ובמיוחד לאלו המתפלים ילדים, יש חלק, ייחד עם תופעות נספות של העידן המודרני, בתופעה של הפיכת ההורים לכלי שרת לידהו ילדים מוצלחים ומאושרים, תוך התיחסות דומיננטית להורה כאובייקט. עם הדע הרוב שהצטבר על התפתחותם של ילדים והשפעת ההורות על הסטגלותם והתפתחותם גדלו גם הציפיות שלנו מן הורים והביבורתיות כלפים. פעמים רבות מדי, נעשה על ידי אנשי מקצוע "יחס אוטומטי של Celsius בהסתגלות הילד להתנהגוויות שליליות של הוריו וציפיה מוגמת ל"תקן" בעיות מבניות וכורניות. בכר תרמן לחזרות הורות או לכעסים הורים שהושלכו על ילדים מזור תשכל ותחוות אי-הצלחה.

יחד עם כל הביקורת הזאת אני רוצה להזכיר שהפרטן לעובית של גישה הממוקדת בילד איננו זה המייצג בתנועת הנגד שאנו עדין לה לאחרונה בין חלק מענשי המקצוע החורות על דוגלה את נושא "סמוכות ההורית", במונון של החזרה להיררכיה הסמכותית של הדור הקוזם.





# ספרים רביוניים

הספר סוקר מחקרים בתחוםים שונים, המשקפים את מגמות המחקר והתהליכיים הצפויים בעקבותיהם: הבנת האהבה, ושיפור הבחירה והזוגיות, הבנת התנהלות כלכלית ושיפור הנבי של התנהלות הבורסנות ועוד. מرتך.

## דניאל גולמן, אינטיגניציה חברתיות: המדע החדש של יחסן אנוש, הוצאת ידיעות ספרים, 2007

מתוך נושא כמעט זהה לנושא הספר הקודם, ספרו של גולמן חוקר גם הוא את הקשר מוח-התנהגות, אבל בוחר להתמקד בקשר הבנייני. התזה המרכזי שמתוויה גולמן היא שכיצורים ביולוגיים, העורבים תהליכי אבולוציוניים-הישרדייטים, מוחנו נבנה ומוארגן כך, שיאפשר לנו לפחות חיבור חברתי מיטבי. פירוש הדבר: יכולת למצאו בין זוג מתאים ולבנות רשת קשרים חברתיים וכלכליות מצלחה ותומכת, שבה ככל תפוקה ברוחה נשפית, אשר היא האוצר.

גולמן מפרט בספר את התכוונות המאפשרות תקשורת חברתיות טובה, בוחון את הגירען הגנטי לנכסים אלה, לעומת תרומה הסביבתית של טיפול וחינוך.

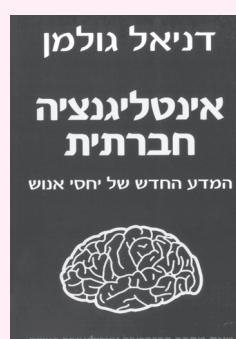
במקביל הוא סוקר את המחקרים מן התקופה האחורה, החשופים את אוזי המוח האחראים על תפקודם לרבענים, כגון הרגשות ותהליכי הבחירה (האמיגדלה וההיפוקמפוס כאזורים תחתיים, לעומת קליפת המוח באונה המצחית והקדם-מצחית, כאזורי עליונים).

גולמן תוקף נלהב לטיפול הפסיכולוגי לצורכי קידום שנייניו בהתנהלוonto של אדם, לקראת מקסום יכולותיו בתחום החברתי, מתוך מטרה להגיע לרוחה/אשר.

הוא אף סוקר את כל אותם מחוקרים ידועים כיום, המשקפים את השינויים ברמת האקטיבציה המוחית של אזוריים שונים לרבענים, בעקבות טיפול מיטיב. בספר, כמו תלמיד אצל גולמן, האופטימיות מנחתה. טוב לפתח שנה חדשה בספר כגן זה. מי ייתן ואך נצליח.

## אנדריאה רוק, הנפש בלילה: המדע החדש החוקר איך ולמה אנו חולמים, עם עובד, סדרת אפקים מדע, 2007

אנדריאה רוק, ייטונאית אשר נושא החילימה עזרה את סקרנותה, יצאה למסע של ראיונות עם החוקרים המובילים בתחום החלום. התוצאה היא ספר המגלם את ההיסטוריה של חוק החלום מואז



מאת מחבר רב-המכר אינטיגניציה רוביוני

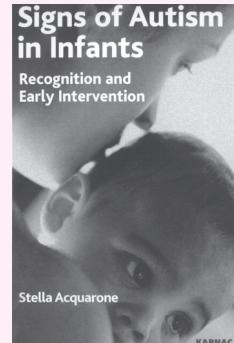
## Stella Acquarone, Signs of Autism in Infants, Recognition and Early Intervention, Karnac

סתלה אקварוון היא מטפלת ווחיקת בריטית ותיקה של הקשר אם-תינוק וועסקת שנים רבות באבחון ובטיפול באוטיזם בגיל הרך. לאור ניסיונה, היא פועלת לאיתור מוקדם ככל האפשר של הבעיה, ואף טבעה את המושג "תינוק פרה-אוטיסטי" (כלומר: תינוק המגלה סימנים מחשידים לאוטיזם). הספר הוא אוסף של מאמרים, כתובים בידי אנשי מקצוע מתחומים שונים, הקיימים בסיטולוגיה והן מחוציה לה (כגון: מרפאות בעיסוק וקליניות תקשורת), המתארים את הסימנים המנבאים אוטיזם, ואת דרכי ההתערבות בשנת החים הראשונה.

האבחן מתבסס על תצפיות התנהלות התינוקות, והאינטראציות עם סביבת התינוק, האנושית והפייזית. דגש רב מושם על "קריאת" סימנים פיזיולוגיים כגון הפרעה בשיעורם הבiologyים, בתחשות וכד', וכן התייחסות לתנהלות המכשפת "מושגנות גשית".

מקבץ הפרקים הדנים באבחון מדגיש את חשיבות ההתערבות המוקדמת: מאריך לזמן מצגה טיפול בקשר אם-תינוק בגל שלושה חודשים וחצי. כתבת אחרת היא חנה אלונים, "משלנו", ממייסדות מרכז "למפנה" בראש פינה, המציגת את גישת המרכז.

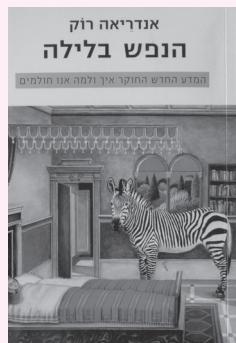
לאור העלייה הנצפית בשיכיות הספקטרום האוטיסטי והירidea בגל האבחון, ספר זה הוא לעזר רב לעוסקים בתחום.



## ריצ'רדRosstaak, המוח העירום, הוצאת אריה ניר, 2007

ד"ר Rosstaak, נירולוג ופסיכיאטר, מוכר לנו מספרו הקודם שתורגם לעברית: "המוח של מוצרט וטיסס הקרב". הוא ידוע בחוקר נלהב של הקשר מוח-התנהגות, וכן ככותב מושך, המਸוגל לארגן את הממצאים לירעה משמעותית, הנקרואת בשקייה.

בספר זה מציג לנו Rosstaak תהה לפיה פריצת הדרך שנשתנה בתחום דימות המוח, המאפשרת לנו לצפות בשינויים החלים בתחום מוחיים בזמן אמתי, תוצרו אצלנו תובנות חדשות לגבי התנהגותנו, ותחולל שינויים מעמיקים בהתייחסות הפרטנית והחברתית לתנהגותינו ורבות בחינוך. כך, לדוגמה, אפשר יהיה לפרק את המושג "משיכה מינית", או "התאהמה לתפקיד", לתת-רכיבים מוגדרים יותר, וליצור פרופילים של תוכנות או יכולות, באופן מדויק יותר. לטענותו של Rosstaak, אפשרות זו של ריידה לדקוח הרבה יותר באפיון יכולות הפרט, תיזכר תהליכיים חברתיים חושפניים יותר, עם פוטנציאל שליטה שיש בו סיכוי וסיכון אחד.



הטיפולים? אכן מעלה מדי פעם שאלת עניינית שמן הרואין היה לדzon בה, ובעצם, הרי גלי וידוע כי אין מענה חד-משמעי ברווח לכל שאלת בפסיכולוגיה. אולי דוקא משום כך, התרשםתי מספר המנסה לתפוס את המרובה, ובסוף שאינו תופס.

### **ברורית לאוב ושניאור הופמן, התערבותות חדשה בפסיכותרפיה, הוצאת קוגיטו, 2007**

זהוי גרסה עברית לספר שיצא באנגלית ונסקר במדור זה לה לפני מספר חדשים. רק כדי להזכיר אמור כי הוא סוקר מספר גישות טיפוליות פחות שיכוחות במוחותינו, המגמישות את מושג הטיפול והמעורר הטיפול, לפחות מבחינת רוב המתפלים של "מיין סטרים". לאוב והופמן, ביחד, וכל אחד לחוד בצויר אחרים, סוקרים בעיות שונות שהגיאו לחדר הטיפול שלהם, ואשר הצרכו התיחסות יצירתיות יותר מן המכובל: טיפול בעוררות כתיבת מכתבים, למשל, טיפול זוגי בקבוצה, שימוש במפלצת "אגו מס'יע" ליד מטופל. אין ספק שצמוד הקותבים מלאי רעינות כרימון, ובמהלט יתכן שחלק מהרעינות אף יעילים וישמשו את כולנו.



### **ד"ר רפאל שפרינגמן-ריבק, על העברה נגדית ועל הדרכה בפסיכותרפיה, הוצאת מחבר, 2007**

ספר קטן, הקורא תיגר על שאלת מרכזית מאוד בתהילך הטיפול: העברה והעברה נגדית, אותה מוחיב המחבר גם לקשר המקביל של מטופל-מדריך. סביר שאלת גדולה ומורכבת זו, מעלה המחבר מספר שאלות נוספת: חשיבות לא פחות, כגון: מותי הופכת ההדרכה לטיפול? שפרינגמן-ריבק מתמקדש בעיקר בהבחנה בין שני סוג העברה נגדית: הסוג הראשון נבע מגורמים אינטרא-פסיכיים במטופל, בעודו מזוהים אינטרא-פסיכיים של המטופל. הוא מפתח הבחינה זו כדי לחוד את נצול המנגנונים השונים טוב יותר בתהילך הטיפול, כמו גם בתהילך ההדרכה.

הספר כולל דוגמאות רבות מן הטיפול וכן הקשר ההדרכתי. ד"ר שפרינגמן-ריבק הוא פסיכיאטור שנשא בתפקידים בכירים ובין חן בתחום הקליני והן בתחום האקדמי.

משמעותי עם טעם של עוד, בתקופה שאכן יש עדין רבות לומר בנושאים שהעלם, וכדי שייאמרו.

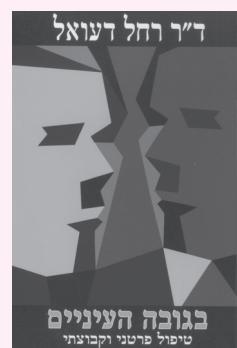


פרק, בשילוב עם תמונה עצנית של הנושאים "חמים" הנבדקים כולם בתחום, הון מבחינת ההיבטים הפיזולוגיים (כגון: האם החולם מתרחש רק בשלב של תנועות עיניים מהירות REM, או, כפי שמסתבר לאחרונה, יש חילמה ממושכת וחיה גם בשלבי שינה ללא REM, במיוחד לאחר שחר) והן מבחינת תוכן החלומות: הקשר בין תוכן החולם לאירועי היום, לזכורן אחר טווח, לנושאים רגשיים בחו"ל החולם וכו'.

המراهנים נוגעים גם בשאלת המאtragת ביotor של מטרת החולם, או הצורך בחילמה (כתהיליך אבולוציוני, או כבעל תפקיד בחו"ל הנפש שלנו), וגם כאן התשובות חולקות ומגוונות. נלוית לו ביביוגרפיה מקצועית עשירה. תענג. מומלץ.

### **ד"ר רחל דעוויל, בגובה העיניים: טיפול פרטני וקבוצתי, הוצאה אור עם, 2007**

זהו ספר לקהל הרחב, המציג את הטיפול הפסיכולוגי כתהיליך המאפשר תיקון אישי. בקדמת המוצא של דעוויל היא כי כל אדם בא לעולם עם חולשות מסוימות. יש כללה, הנטאורים בהדרת חולשתם, ויוצרים דימוי עצמי סולני, המחייב בכל תפקודם בהמשך חייהם. דוגמה לכך היא בתה של ד"ר דעוויל, איריס, אשר, לפי תיאורה, בוללה וידה יפה אך עם כתם גדול, שהוסר והותיר צלקת שפגמה מאוד בתפיסה של

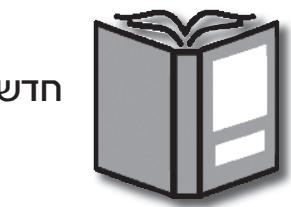


אריס את עצמה ואת יחס הסביבה אליה לאורך שנים רבות. הספר מציג בכל פרק בעיה מסוימת המביאה אנשים לטיפול, ומתאר את השינוי המבוצע במהלך הטיפול, באמצעותו וניתוחו. דעוויל מציגה גישה פרטנית וגישה קבוצתית, לאוון של מספר אסכולות תיאוריות, כגון: פ焦急, יונגן וקוחות. חשבתי על הספר כמייצג את קולו של יחצ'ן הפסיכולוגיה בחברתנו הרצינית: הוא כנה,אמין בנימוקיו, אנושי. לא בטוח שהוא משכנע.

### **ד"ר גryn, פסיכותרפיה מבט אחר, הוצאה קוגיטו, 2007**

לפי פרק המבוא, בספר שלוש מטרות: חלקו הראשון מיועד לדון בכתיבת תיאורי מקרים, שכן לדעת גryn, זהו תחום חשוב מאוד אך מוזנח בmäßig הטיפול. חלקו השני מוקדש לדון בכללי היסוד של הטיפול. החלק השלישי של הספר מעלה שאלות בסיסיות לגבי עצם תקופתת של הגשה הפסיכולוגית והפסיכותרפיזית: האם הגדרתה של הנפש, על פי המודלים הקיימים היא בעלת בסיס סביר? עד כמה בדוקים המודלים





## חדרים על המדף ספרים מומלצים בעריכת ד"ר יוכי בן-נון

בולטים בתחום הכלכלה, מוצא גם בורק, את הפסיכולוגיה כגורם מרכזי בתחום התרבות הכלכלית של הפרט ושל החברה כולה. הספר מנתה, התרבות שוק שונות, (הכווץ אחר עשר ואושר, השקעה כשלט, הימור ועוד) תוך התיחסות לגורמים כמו רצינאליות, אמוציאנאליות ועוד. הוא מרובה (כפוי) לצטט את גולמן, גלברט וכהןמן, אך מעבר לכך, הוא מתבטה בכישון רב. זהו עוד ספר שיוכיח לנו, עד כמה הפסיכולוגיה מרכזית בחים הנורמלאים, ועד כמה אנו שבויים במחשבות עזועים, מיתוסים וכו', גם כאשר אנו משוכנעים בשפויותנו. כדי לקרוא.

### **יצחק גילת, להיות קרוב: עזרה ראשונה למורה בהתמודדות עם מצוקות תלמידים, מכון מופ"ת, 2007**

מטרתו של הספר, כאמור בקורסת, היא לסייע למורה לתמוך בתלמידיו בהתמודדות עם מצוקותיהם. שני פרקי הראשונים של הספר מעלים את השאלות העקרוניות, האם בכלל ש לצפות מהמורה לשמש בתפקיד של מסיע בתחום התמודדות בעלות אופי נפשי? ומה צרכים להיות יחסית הסיע – השתתפות, או הפניה לעזרה ממצוקה?

שלשה פרקים נוספים עוסקים במצוקות אופייניות לגיל בית הספר: משברים אישיים של ילדים, אובדן, ונסיבות התאבדות.



כל סוג של מצוקה מתוארת כל ידי ידע תיאורטי לרבעני, תוך פירוט של גורמים ותగובות, והצעות להתרבות אישית וכיתתית באופן שיקל על הילד ועל סביבתו החברתית.

ספר חשוב, אפשר לראות בו "ערכת עזרה ראשונה" לכל מי שקשרו למערך הבית ספרי.

ומשדה התוכן השגרתי, נבעור לשודות של פסיכולוגיה קצרת אחרת:

### **עופר גוזברד, פיזוח הצופן התרבותי, הוצאה הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון, 2007**

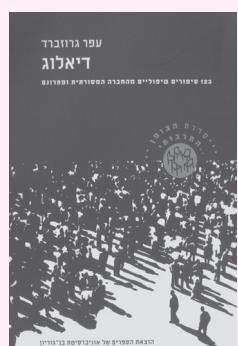
מה ההבדל בין חשיבה של בן התרבות המערבית, לחשיבה של אדם ממוצא עברי? מהם הערכים שמקנהليلו הורה מן התרבות המערבית המודרנית, לעומת הערכים שיקנה לילד, בן התרבות המוגדרת "מוסורת-קולקטיבית"? כיצד אפשר לפענה את הצופן של תרבות וליצור מצב של תקשורת, הבנה, אמפתיה ושאגה?

אלו הנושאים, בהם עוסקת ספרו ד"ר עופר גוזברד, פסיכולוג קליני, וכומרה בניתוחו ישוב קונפליקטים.

גורוזברד אינו מסתפק בהנחה הבסיס התיאורטי, אלא מביא גם את הפן המעשי של ביטוי ההבדלים בחיי היום-יום והדרך המעשית לפיתרון (באמצעות ניתוח לשוני של דו-שיח). למרות העובדה שכחובר בנושא שהוא מוחך מתחום העיסוק של חובם, ראוי קשר וקשר נתן לבנייה, הן בעקבות התיאוטים של החשיבה התרבותית הספציפית, והן בטכניקות היישום, הנינתנות לדעתו לשימוש בטיפולים קונפליקטואלים רבים, כמו טיפול זוגי, טיפול משפחתי בין-זרי ועוד. אכן מובט שונה ומשמעותי. כדי ומרענן.



ספר נוסף משלחנו של אותו מחבר הוא "דיאלוג". ספר זה מכנים ייחודי 123 סיורים טיפול מן החברה המסורתית – היהדות והערבית. סיפורים אלו משקפים דיאלוגים רב-משתפים, המשקפים קונפליקטים ופתרונות, בתוך קונטקסטים חברתיים ספציפיים. קריאה של ספר זה היא למעשה תרגול של המארגנת התיאורית המוצגת בספר הראשון.



### **יעקב בורק, האם שימפנדים חושבים על פרישה? להצלח כנאנך חוקי הטבע: המפגש המרתתק בין פסיכולוגיה, אבולוציה ועסקים, כנרת, זמורה, ביתן, 2007**

בורק הוא איש עסקים מצליח ובעל טור ב"זה-מאחרך". הוא בעל תואר ראשון בהנדסה ולמד גם ניהול עסקים באוניברסיטה הרווארד. בדומה לאנשים



## רנה דקרט, רגשות הנפש

(תרגום מצרפתית עיהו בסוק; עריכה מדעית והקדמה ד"ר רחן-מוריס), הוצאת רסלינג, 2007

לה את השם אהבה ...".

דקרט, אשר כה היטיב להתבונן בטבע האדם, מנסה להתמודד עם הסוגיה שדומה שאנו מורכבות ממנה בפסיכולוגיה: מדוע בני אדם נבדלים זה מזה, והוא שואל (עמ' 47): "כיצד אוטה סיבה עשויה לעורר רגשות שונים אצל אנשים שונים?" הוא אף מرمז על הפתרון האפשרי, שאם מדובר המוח בימיינו תרים אחריו, לאמורו: "שלא כל המוחות ערכם באוטו אוף".

לפיכך, מודעים להיווכח בכךו מידה הבין דקרט שהרגשות, כמו גם המחשבות, "קשהים" במעט.

עדות למרוכיותו של המוח בהקשר זה היא עצם העובדה שבספר זה, אשרذكرו עופק ברגשות, המוח מוזכר ארבעים פעמיים.

דקרט אומר בפירוש ש"יסודות החיים 'ונצרים' במעט" (עמ' 31), ובהרבה מקומות בספר הוא אף מסמיך את "יסודות החיים" לתנועה. עם התהיליכם המוחיים המעורבים בתנועה מנסה להתמודד גם הנירופסיכולוגיה בת זמןנו.

לא עולם כן המעיין בספר המרכיב שדקרט מעניק לתפקודו של ה"בלוטה" שבמוחו – היא בלוטת האצטוברל. כולם אמו יודעים שדבריו בעניין זה אינם נכוןים. אולם גם כוון, חurf הידע המופלג על האנטומיה של הכווץ, אמו עדין מफשים, מותר מובכה ונלבול, "אמור, את 'אנן החכים'" המקשרת בין המבנים המוחיים השונים לתפקודו של האדם, "בעל המוח", ורוחקים עד מאוד מלמצאו אותה, אם בכלל הדבר יהיה אפשרי אפילו.

במקומות אחד בספר (עמ' 65) דקרט טוען ש"התעללת ברגשונות קשורה בקר שהם מחזקים את המחשבות..." טיעון זה נראה כמעין מענה שהוא הcinן מושך אל מול הקובלנה המועלית נגדו בספרו של הנירולוג אנטוניו דמפסי, שכותרתו: "השגיאה של דקרט". שם מועלית הטענה שקייביתו המפורשת של דקרט: "אני חושב ממשע אני קיים" אינה חזות הכל... כי יש גם גשות ...

כותרת המכונה של ספרו ההוא של דמפסי היא: "רגשות, היגון והמוח האנושי". אבל המסר העולה מספרו של דקרט "רגשות הנפש" הוא: "כבר אמרתי את זה (הינו, את הנושא של אותה כותרת משנה) – הרובה לפניך".

הנה כי כן, לדעתו, בספר זה יכולים למצוא עניין גם בימינו, אנשי מדע מתחומי עיסוק רבים ומגוונים, בהם אלה העוסקים בהיסטוריה של הרפואה ובזואוי פילוסופיה, אך גם פסיכולוגים, ואפילו חוקרים מן התחום המכונה Neuroscience. Neuroscince

כלם עשויים להיווכח אל-נכנו, שנואים שהם מתחבטים בהם עוד כוון – כבר דקרט עסוק בהם – בעמקות ובתבונה.

## ד"ר רחן דוד

נירופסיכולוג קליני, וכן מומחה מדריך לפסיכולוגיה שיקומית ולפסיכולוגיה רפואית, אשר מזה שנות דור בקרוב עובד בבי"ח לויינשטיין, ועיקר עיסוקו שם הוא אבחון וטיפול בנפגעים מוח. הוא גם מרצה בנושאי מומחיותו בפקולטה ללימודיו הרוחה והבריאות באוניברסיטת חיפה.

בקוריאי את ספו זה של דקרט חשתי אולי הספר ראה או ריכם, וכותב אותו מי שהוא מאד מעודכן בחידושים המדעיים העכשוויים בתחום הנוירולוגיה וההתקנות האנושית – וכי הספר לא נכתב לפני כשלוש מאות וחמשים שנים.

דקרט זו באורה נזק בסוגיות הייחדות לחקר של האדם ולהיבטים הפסיכולוגיים והנוירופסיכולוגיים שבבסיס התפקידו שלו. הדברים מקרים – אל-נכון גם בגל

מאת: ד"ר רחן דוד



התרגומים המקוריים, הקולחן, המלווה בהערות מחכימות – כאלו נכתבו בימינו אלה. דקרט מעלה נושאים והגיגים שגים כולם אנשי המדע לעסוק בהם, וחורף ההתקדמות האידיאלית של אמצעי החקירה המדעיים שיש בידנו – ובודאי בהשוואה למה שהזכיר דקרט בימיו בתחוםם שביהם הוא עוסק בספריו – בכל זאת אין אמו יודעים על אוזות טבע האדם, ועל אודות מה שדקרט מכנה "יסודות החיים", הרבה יותר مما שהוא ידע.

כבר כתורתו של הספר, "רגשות הנפש", מرتתקת ומסקרנת. דוגמה אחת מי רבות אפשרויות להבנה העמוקה של מגלה דקרט בתחום הרגשות, היא בקר שהוא זהה וזוקא בהשתאות את הראונה והבסיסית שברגשות.

לאחר שהוא מגדיר את ההשתאות כ"הפתעת פתואום הבאה על הנפש" (עמ' 63), הוא מוסיף ומסביר ש"הפתעה זו גורמת לנפש לבחון בתשומת לב את המושאים הנוראים לה מדים ויזואים דפין". הימים אנו מכנים זאת: "ענין קוגניטיבי המערב תהליכי של עיבוד אינפורמציה".

דקרט יודע גם להסביר (עמ' 34) שימושאי הראייה, כלשונו, הם, למעשה תוצאה של מה שמתරחש במוחו, ולא רק בעין. בניסומו זה לדון בטיבת של התפיסה החוויתית (הלא היא הפרטציה) הוא הקדים בהרבה את זמנו, ואף הצביע על רעינות אשרណois גם כוון בתחום הנקוי "הנוירופסיכולוגיה הקוגניטיבית".

donega מהותם מן הנושאים שהוא דין בהם, דקרט עסוק בבעיה הבלתי פתוריה גם במנוא אלה, הלא היא סוגיות הגוף והנפש, וחיסוי הגומלין (האינטראקטיביות) ביניהם.

את הביסוס לגישה שאوتה הוא נוקט, כגון הטענה שה"נפש חברה בדב' לכל חלקו הגוף" (עמ' 42) ניתן למצוא, למשל, במחאלכת הרשיוקם, כאשר מתבוננים במה ש"קורה" בפנשו של אדם שנפגע בגופו, כאשר נפגמים גם תಡמית הגוף שלו (הינו, התהוויה הנוגעת למראה הגוף) וכן הימוי העצמי.

donega ממלatta לאישתו הרציונליסטית של דקרט, מחד גיסא, אך גם זו

הנזהה אחר הביטוי הרגשי, מайдך גיסא, ניתן למצאו בפסקה הנושאת את הכותרת: "על הנאה וההרעה" (עמ' 57). נאמר שם: "שני סוגים

אהבה הם... האהבה שאנו רוחשים לדברים הטוביים, לעומת אהבתנו

לדברים היפים, שניתן לתת לה את השם הנאה, כדי לא לבבל בינה

ובין אהבה האחת, וגם לא בינה ובין התשוקה, שתכופות מודבקים



## עדות אתיקה ומשמעות

### עדות התלונות לפי חוק הפסיכולוגים

פעילותם של פסיכולוגים במדינת ישראל מוסדרת בחוקה ראשית במאכזות חוק הפסיכולוגים, תש"ל-ז-1977. פרק ה' לחוק מסדר את כללי השימוש המשמעתי החלים על כל פסיכולוג. עבירות המשמעת הראשונה המופיעה ברשימת עבירות המשמעת שבחוק היא "התנהג בדרך שונה הולמת את המקצוע של פסיכולוג". המשמעות המשמשת של התנהוגות כזו היא, התנהגות שלא לפי אמות המידה הרואיות והמקובלות בתחום ייעוץ זה, או במקרים אחרות התנהוגות שלא לפי הקוד האתי המקובל בתחום הפסיכולוגיה.

כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית), תשל"ב 1991 מפרטות מהי התנהוגות שאינה הולמת את מקצוע הפסיכולוגיה:

1. בעבודתו המקצועית יפעל הפסיכולוג לטובות הלוקה בנאמנות ובמסירות תוך שמירה על הגינות, על כבוד הלוקח ועל רמה מקצועית נאותה.
2. פסיכולוג ישמר על כבוד המקצוע ויימנע מכל מעשה העולל פגיעה בכבוד המקצוע.
3. לא יציע פסיכולוג ולא יצבע שירות הדורש מומחיות, מיומנות או או כשרה מיוחדת, אלא אם כן יש לו מומחיות, מיומנות או הכשרה כאמור למתן אותן שירות.
4. פסיכולוג אשר בין בمزיד ובין ברשותו חתום או נתן, בתוקף עבודתו המקצועית, תעודה שהוא כוזבת, מטעיה או שלא בהתאם למיננות וה캐לה הרואיה, יראהו כדי שנגה בדרך שאינה הולמת פסיכולוג.
5. לא יצצל פסיכולוג והתקשרות מקצועית לשם קבלת כספים, מתנות, או טבות הנאה אחרות מעבר לשכר המוצע לו.
6. הפרת החובה לשמירה על הסודיות המקצועית.
7. עבירה על סעיף 9 לחוק (ייחודה פעולות וטיפול פסיכותרפי).
8. שימוש בתאורה מומחה או הצגת מצג כאמור, שלא על ידי מומחה.

לצורך פיקוח וישום כללים אלו, הוקמו על ידי המחוקק שתי עדות:

1. ועדת התלונות שחבריה הם פסיכולוג נציג מועצת הפסיכולוגים או יושב ראש הבריאות, פסיכולוג שהוא עובד מדינה וכן עורך דין עובד מדינה. תפקידיה של ועדת התלונות לחזור בכל מצב בו קיים חשד סביר שפסיכולוג עבר עבירה ממשמעת ולהחליט אם להביא את העניין בפני ועדת המשמעת.
2. ועדת המשמעת שחבריה הם עורך דין הכספי להיות שופט של שולם והוציא על ידי שר המשפטים, שני פסיכולוגים בעלי ותק של עשר שנים (אחד מהם פסיכולוג בשירות המדינה ואחד מתוק רשיימה שהוצאה על ידי מועצת הפסיכולוגים) שמונעו על ידי שר הבריאות. ועדת המשמעת היא גוף מעין שיפוטי בעל סמכויות שר הריאות. ועדת המשמעת השפיטה עונשים שכן התראה וניפה, ועוד להטייל על מי שמוגב באפני עונשים שכן התראה וניפה, ועוד למחיקת שמו של הפסיכולוג מפנקס הפסיכולוגים.
3. מינוי חברי הוועדות מפורטים בירשומות' שהוא הפרסום הרשמי של מדינת ישראל, והוא יהיה תקף ל-5 שנים ומותר להזור ולמנותם

רhop' אסא כשר מגדיר את המונח "אתיקה" באופן הבא: "תפיסה שדרה של האידיאל המعاش של ההתנהגות, במוגדרת מנקודת מבטו, שהיא מסגרת מוגדרת של פעילות אונסית מיחודת".

במקצועות הטיפולים תקפים ארבע עקרונות יסוד בו-אתיים שמקורים בשבועות היפוקרטים וכוללים את הדברים הבאים:

1. עקרון ההטבה (beneficence), לפיו מוטל על המטופל לעשות את הטוב והמועיל למטופל.
  2. עקרון אי ההיזק (non-maleficence) לפיו אסור על המטופל לגרום לנזק למטופל,
  3. עקרון הצדקה (justice) שאוות על המטופל לבודד בכל עת.
  4. עקרון העצמאות (autonomy) שלפיו על המטופל לבודד את זכותו של המטופל להחלטה עצמית בעניינים הקשורים לביריאותו ולחיוויו.
- בעבודתו, כפוף הפסיכולוג לכללי האתיקה ועליו לפעול בהתאם לכך, אלא שבמדינה ישראלי ניתן להצביע על מספר מערכות אתיות מתקבלות, אשר חולות על עבודות הפסיכולוג בו זמינות ואשר עניינה נדונים בפני ובדעות שונות. בראשונה זו נתור וודאות שאר ששים או אופי פעילותן הוא בתחום האתיקה, הרכבן, תפיקידין והמסגרת הנורמטיבית שמקורה הן פעולות, שונה ויש להבחן ביניהן.

### עדות האתיקה של הסטודיות הפסיכולוגים בישראל

הסטודנטים הפסיכולוגים בישראל היא האגודה הפסיכולוגית המאגד את הפסיכולוגים בישראל והחברות בו היא וולנטורית. על המctrופ כחבר בארגון, יכולים כליל הארגון המפורטים בתפקונן וכן קוד האתיקה של הארגון. חבר בהסטודנטים הפסיכולוגים חייב למלא אחריו הוראות המוסדות המנהלים של הארגון, ולהתנהג בהתאם לקוד האתיקה המקצועי.

5. בעניין ועדת אתיקה, תקנון הארגון קובע: "תיקם ועדת אתיקה שבסמכותה לבדוק ולבירר פניות שעוניין תלונות, סכסוכים וחילוקי דעות בתחום המקצועי/ התנהוגות האתי, בין החברים לבין מוסדות הסטודיות, בין החברים לבין עצמם, בין החברים לבין מטפליהם ובין מוסדות הסטודיות לבין עצמם".
6. ועדת האתיקה של הסטודיות הפסיכולוגים מונה 5 חברים והיא נבחרת בבחירות כללית הנערכת אחת ל-3 שנים.

תפקיד ועדת האתיקה של הסטודיות הפסיכולוגים הם:

1. ייעוץ לפסיכולוגים, ללקוחותיהם (כמפורט בקובץ האתיקה) ואחרים, בנושאי אתיקה מקצועיים של פסיכולוגים.
  2. טיפול בתלונות מבעל עניין על פסיכולוגים אשר במועד הגשת התלונה היו חברי הפ"ו.
  3. עדכון שוטף של קוד האתיקה והגשת המלצות לשינויו לאישור של הוועד המרכזי של הפ"ו.
- אכןם המוסגרת הנורמטיבית שבסוגرتה פועלת ועדת האתיקה של הסטודיות פסיכולוגים היא תקנון הפ"ו ומכוכחה מוגבלת לחבר הפ"ו, אולם בהיות הפ"ו ארגון פרופסיאני, מקובל הקוד האתי שלו ל��וד אתי מנהה החל (במאכזות ועדת התלונות של משרד הבריאות) על כלל העוסקים בפסיכולוגיה.



לעתים למרות שקיים חשבונית מס הנאות לאירועה כתיקינה אסור לנו לדרש את החזר המע"מ הכלול בחשבונית מכיוון והוא בוגדר "חשבונית פיקטיבית".

הפסיקה קובעת כי המבחן לשאלה מתי אסור לנו לtbody את החזר המע"מ בשל חשיבותה שהוצאה שלא כחוק הינו "מבחן אובייקטיבי" הופך את מקבל החשובות לאחרי לחוקיות החשובות שקיביל, למרות שאין יכול תמיד לדעת האם מדובר בנסיבות פגיעה.

הכותרת צריכה להיות "חسبונית מס" וعليיה לכלול את כל הפרטים המזהים כגון: שם העסק, כתובת העסק, ציון המילה מקור, מספר סידורי, תאריך ההוצאה, פירוט מחיר העסקה

בשקלים לא המע"מ, פרוט המע"מ והמחיר הכלול.  
"חשבוניות פיקטיביות" הן חשבונות שהוצאו שלא כדי  
מקרים מסוימים.

1. מוציא החשבונית אינו רשום כדין כ"עוסק מורשה".  
בנסיבות שהובילו לחייבות ובוצאה ע"י מי שאיתו בשאי כל

כלומר החשבוניות הוצאה ע"י עסקן אחר בפועל לא הייתה בגינה  
חשבוניות המס נתקלה מבלתי שגנשתה עסקה כל שהוא.

כל עסקת מכיר או מתן שירות.

ההסכם שנרשם בחשונית אינו משקף את מחיר העסק האמיתי.

לטסיקום זכותנו לquiz מע"מ התשומות מהחשבוניות מס שקיבלונו  
וגם במקורה זהה החוק קובל שהחשבונית הוצאה שלא כדין.

האם מדובר בחשබוניות פיקטיבית המלצה? היא להיות זהירות!

המקירה שעולה חשד לתיקונות החשבוניות נתן לቤץ בדיקה בסיסית מאוד פשוטה ע"י כנסה לאטור רשות המים וע"י החקשת מסטר העוסק נכון לראות האם לעוסק אישור ניהול ספירים בהתאם שבד"כ מצבעה על תיקונות רישומים.

لتיקופות נוספות ובלבד שאחריו שתי תיקופות מינוי רציפות תהיה הפסקה של 5 שנים לפחות.

ניתן לראות בזענות אלו כי "證據ת אתיקה" מטעם המדינה, סמכותן היא על כל מי שmaggeder כ"פסיכולוג" לפי חוק הפסיכולוגים קרי כל מי רשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר לעסוק בפסיכולוגיה לפי סעיף 19 לחוק.

## עדת האתיקה לפי חוק זכויות החולה

עדות האתיקה במוסדות רפואיים מראה כוון חלק בלתי נפרד מערכות הבריאות בישראל. ועדת האתיקה היא קבוצה מולטיו-דיסציפלינרית המורכבת מנציגי מקצועות רפואיים ופארא- רפואיים ומנציגי הקהילה, הפועלת במוסד הרפואי והוקמה במיוחד על מנת לילמות טקטיות ואתניות המתוירות רוחנית ברפואה.

סעיף 24 לחוק זכויות החולה, התשנ"א-1996 קובע:  
”המנהל הכללי ימנה ועדות אתיקה; כל ועדה תהיה בת חמישה  
חברים לפחות”

1. אדם הceptive להתמננות לשופט בית משפט מחוזי מתווך רשיימה שעריך שר המשפטים, והוא יהיה יושב הראש.
  2. שני רפואיים מומחים, כל אחד בתחום התמחות אחרת.
  3. פסיכולוג או עובד סוציאלי.
  4. נציג ציבור או איש דת.

תקנות זכויות החולה (דרכי מינוי, תקופת כהונה, וסדרי עבודה של ועדות אתיקה), תשנ"ז-1996, מסדריות את דרכי מינוי, תקופת כהונתה וסדרי עבודה של הוועדה.

תפקידו הועדה על פי החוק המ:

- .1 החלטה בדבר אי מסירות מידע רפואי למטרות לצורך קבלת הסכמתו מודעת מהסיבה שמסירת המידע עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית.
  - .2 החלטות במקרים של חולים המתנגדים לקבלת טיפול מציל חיים.
  - .3 החלטות שלא למסור לטיפול את הרשותה הרפואית, חלקה או כולה.
  - .4 טיפול בהשגת מטופל הסבור כי ממצאים עובדיתיים שנקבעו על ידי ועדת בקרה ואיכות לא תועדו ברשותה הרפואית.

החוקק מחייב את המטפלים לפנות ולקבל את אישור הוועדה המוסדית בסוגיות שונות והעיקן לעועדה את הסמכות לקבוע קביעות שיפוטיות אשר חלופה להן נעשית בבית המשפט המוחזק. אחד מיתרונותיה הבולטים של ועדת האתיקה המוסדית הוא זמינותה, הוודאות להרכבה של הוועדה, היא יכולה להתכנס בהתראה קצרה, הוועדה מכירה את המוסד הרפואי שבסגנוןו היא פועלת ואת המציגות המכתייבה חלק מן הבעויות המתעוררות בו.

פסיכולוג המבקש להימנע מכך יחוות החלה עליו לפחות זכויות החולה (למשל מסירת רשומה ופואית למטופל המבקש זאת), חייב לקבל את אישור ועדת האתיקה המוסדית ובהיעדרה, את אישור גנוגם בכל הקשור בתreatment גמישות גמישות

# דו"ח לסייעת פעלותה של ועדת האתיקה של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל בשנים 2005-2006

אני מודה לוועדת האתיקה החדשה ולוי"ר שלה, ד"ר רבקה ריכר-עריר, על שגונתה לבקשי ואפשרה לי להיפרד מתקף ומחבריו ועדת האתיקה וחברי הסטודרות הפסיכולוגים בישראל באמצעות כתיבת דו"ח פעילות אחרון זה לשנים 2005-2006. הדוח האחרון שכתב על פעילות ועדת האתיקה של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל התפרסם בגליון "פסיכואקטואליה" ביולי 2005 והתייחס לשנים 2003 ו-2004.

## סקירת פעילות ועדת האתיקה

בשנת 2005 התקיימו שבע ישיבות של ועדת האתיקה. בשנת 2006 התקיימו שמונה ישיבות של הוועדה. כל ישיבה נמשכה ארבע שעות. בשנים אלה לא עסקה הוועדה בפעולות חריגה מעבר לעיסוקיה התייחסות בדיוח זה לעשרות שאלות ש מגעויות בטלפון לחבריו הרחוב ובירור תילונות שהוגשו נגד פסיכולוגים, בין אם חברי הסטודרות הפסיכולוגים בישראל ובין אם לא.

## שנת 2005: סיכום אפויו השאלות שהתקבלו בועדת האתיקה ב-2005

בשנת 2005 נשאלנו בוועדת האתיקה 23 שאלות. הכוונה היא לשאלות שנמסרו בכתב לדואר או בדואר האלקטרוני. אין התייחסות בדיוח זה לעשרות שאלות ש מגעויות בטלפון לחבריו הוועדה מפסיכולוגים, עורך דין ומהציבור הרחוב. התיחסום שבנו נשאלנו שלוש שאלות באוטו בנושא היה קשור לחובת הדיוח על מטופלים מסוימים, או מטופלים שפגועים בקטינים וחסרי יישע. בהקשר זה נשאלנו גם לגבי החובה לדוח על מטופל שמתכונת לעבוד בטיפול ילדים ומספרת על כעסים ואילומות כלפי ילדיה שלה. כמו כן, עלתה שאלה ביחס לחובת הדיוח של פסיכולוגים שעובדים בגין ילדים ויש להם השגות על תפוקודה של הגנטת, תוך התייחסות לשאלת הנאמניות הקפות במצב זה.

המשמעות, תוך התייחסות לשאלת הנאמניות הקפות במצב זה, הייתה שאלת הטענה של מחלקה נפש, אך היו אחראים לעצמם ולא מונה להם אופטופוס. כמו כן, הינה שאלת שעשרה בסוגיות מתן אישור והסכמה להורים לטיפול הילד בגין מסגרת בית הספר. והמשמעות של מחלקה נפש, אשר מתחילה לטיפול פרטני מטיפול מוסדי שני שאלות הופנו בקשר להעברה לטיפול פרטני מטיפול מוסדי למטופלים, ושתי שאלות התייחסו לזכותם של הוורים למטופלים בגין מילוי תפקידם בילדיים. בשני המקרים האלה אליהם הגיעו מודיעין על מהלך הטיפול בילדיהם. מטרת המטופלים סבלו ממחלת נפש, אך היו אחראים לעצמם ולא מונה להם אופטופוס.

בדי אוטו מטפל. מענין היה, שאללה אחת בתחום זה הפונטה אליו על-ידי פסיכולוגית, ואילו השניה הפונטה על-ידי המטופל. אליהם על-ידי פסיכולוגית, ואילו השניה הפונטה על-ידי המטופל. בתחום האבחון הפסיכולוגי נשאלנו שאלות הקשורות למסירת חומר גולמי מ מבחנים של ילדים להורים; שאלות לגבי הרשות לחחותם על דו"ח שמתבצע בידי מי שאינו פסיכולוג מומחה; ומה המשמעות. מידע מודיעין זה למקומות שבו התחיל הסטודנט בתחום זה. מטעם חשות מד"חות אבחוניים, המוגשים לוועדות החלטה. מתחום ההדרכה התעוורו שאלות הקשורות לחובת המדריך למסור את חווות דעתו על המודרך למודרך עצמו; והאם מותר לפסיכולוג, שהדריך סטודנט והעורך שאישיותו לא מתאימה לעובדה טיפולית, למסור מידע זה למקום שבו התחיל הסטודנט בתחום זה. במקרה, התעוורו שאלות ביחס לעובדה באמצעותי התקשרות. כיצד צריך להציג עצמו מתחמה שפוצה אתר של ייעוץ באינטרנט;

## ■ פרופ' גבי שפלר

בספטמבר 2004 אושר **קוד האתיקה של הפסיכולוגים בישראל (2004)** על-ידי הוועד המרכזי של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל, ובשנת 2006 אושר גם על-ידי מועצת הפסיכולוגים בישראל. החל משלוח 2004 התונה עבדות ועדת האתיקה במצב חדש, ועלינו לציין רב כי יכולנו ליהנות מפרי פעולה בכך שמצאנו, בין היתר, כי הקוד אכן עונה על צרכינו בש בתנו לדון, להסביר על שאלות ולבזר תשובות המוגשות לנו. בכל פניה ופניה יכולנו לצטט סעיף ברור מתוך **קוד האתיקה של הפסיכולוגים בישראל 2004**, ונראה לי כי הצלחנו להגע להתקאה רואה בין הכללים לבין המציאותות שבסטה. אין באמיה זו כדי להבטיח כי לא ידרשו תיקונים ועכדים של קוד האתיקה בעתיד; קוד אתיקה הוא ישות דינמית ומפתחת. כו"ם נראה לי כי הקוד שמש כהלה את הפסיכולוגים בישראל לכמה שנים.

## בחירה

בקיץ 2006 נערכו בחירות למופדות הסטודרות הפסיכולוגים ובHAM ועדת האתיקה. אצין כי בעוד שלמספר תפקדים לא נמצא מועמדים או שמספר המועמדים היה נמוך מהמקומות המדרשים, מספר המועמדים לוועדת האתיקה היה גדול בהרבה מאשר הנבחרים. אני רואה בכך סימן נוסף להתחזקות ועדת האתיקה כמוסד של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל, וגם ביטוי של הערכה לפעלותה, שלא תמיד נפתחת כאזהה או מעוניינת.

מתוך חמישה חברי ועדת האתיקה הייצאת חזרו והעמיכו עצם לבירה שלושה: גב' חנה בן ציון, ד"ר רבקה ריכר-עריר וד"ר גבריאל ויל. גב' צילה טנא ואני לא העמננו עצמנו כמועמדים בבחירה אלה.

תוצאות הבחירות שימחו אותנו, שכן שלושת החברים שכיהנו בוועדת האתיקה הייצאת נבחרו פעם נוספת, והבטיחו בקר רציפות עניינית וריעונית של דפוסי העבודה שגבשנו בשנים האחרונים בוועדת האתיקה. אלהם הצרפו שתי חברות חדשות: גב' יהודית לדח, שכבר הייתה בעבר חברה בוועדת האתיקה; וב' גגה קופלביץ', שהיתה בעבר חברת הוועד המרכזי.

אין ספק שגם מילוי המשמרות בוועדת האתיקה הוא מעמדagi ומשמעותי, רגע של סיום ורגע של התחלת הדסה. בעיקר, על כך אני שמח במיוחד, בולטות החלטת הבוחרים בהdagשת המשכיות. לדעתו, היא חשובה מאוד, מאין כמהה בהמערכת החשيبة האתית ובנהנחתת הערכיהם ועקרונות העבודה שעיליהם שקדנו שנים רבות. תוצאות הבחירה מצביעות בצורה ברורה על מנת לנណט לוועדת האתיקה להמשיך בדרך הרווחנית והמקצועית.

זהו הזדמנות רואה להודות לגב' צילה טנא על עבודתה בוועדת האתיקה, כמו גם לאחל לה הצלחה במסימות ובתקפדים נוספים שתיקח על עצמה; לברר את החברות החדשנות שנחברו לוועדה; ולأهل לוועדה החדשה, אשר בחרה בד"ר רבקה ריכר-עריר, לשמש י"ר ועדת האתיקה של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל, הצלחה רבה בפועלותה.

אני מאמין מכלibi, מקווה ובתו כו' ועדת האתיקה תמשיך לפעול ברכיניות, מתוך עניין ובהתלהבות.

טיפול פרטי. שתי שאלות עסקו בכירור הגבולות ביחסים הטיפוליים בהקשרים מיניים. שתי שאלות עסקו בחוזה המקצועני ובחברות הקשורות לשכר, לחובת הדיווח ולשמירה על מועד טיפול קבועים.

נשאלנו על-ידי מתמחה על הכללים להתחלה עבודה פרטית ככטפל בבן שהוא עדין מתמחה. התועורה שאליה ביחסים מחייבים, הקשורה בתפקידים נוספים שנintel על עצמה פסיכולוג בפרשא מרכיבת של טיפול וגישו, למסירת חוות דעת לבית המשפט ללא הסכמת אחד ההורים; ברורו לגבי החתימה על דוחות אבחוניים שנערכו בידי מתמחים והודרכו בדי מי שאינו מדריכים מוכרים או מוסמכים; על מי מוטלת האחוריות על שמירת מכנים שנרכשו למבחן אבחון, לאחר שהפסיכולוג שהועסק שם סיים את עבודתו מבלי שנמצא לו מחליף; ושאלתה ביחס לרמה המקצועית המקובלת של פסיכולוגים בתחום הטיפול והשמירה על הסודיות.

### התלונות שהוגשו לועדת האתיקה בשנת 2006

בשנת 2006 הגיעו לשולחנה של ועדת האתיקה 14 תלונות. מתוכן אחת הייתה נגד רופאה שטיפלה בילדה של הורים גורושים ללא הסכמת אחד ההורים. השניה הייתה נגד פסיכולוגית, שטעה בתגובה לפניה אליה כי אין ממש ואין סבירות שהتلונה נגעה מובסתת. המתלון בתלונה זו לא מסר פרטים נוספים לתמיכת בתקינותו ועל-כן סגרמו את התיק.

מתוך 12 התלונות שדונו בוועדת האתיקה, מצאו כי בחמש מתוכן לא נהגו פסיכולוגים שהינם חברי הסטודיות הפסיכולוגים על-פי כללי האתיקה. אחד נציג (על ערכית אבחן פסיכולוגי בצוරה לא מקצועית) וארכבה הזדהרו (שלושה על ערכית אבחונים ללא מסירת משוב לנבדקים, ואחד על אי שמירה נאותה של כללי הסודיות). תלונה נוספת הייתה נגד פסיכולוגית שאינה חברה בהסתדרות הפסיכולוגים; מצאו כי היא פעלה בניגוד לכללי האתיקה של הפסיכולוגים בישראל, והעבರנו את חוות דעתינו זו למתלוין. הדיונים בארבעה מקרים נוספים העלו, כי על אף שלא מתייחסו רצון של מגישי התלונה, לא מצאו כי הפסיכולוגים פעלו בניגוד לכללי האתיקה. בשתי תלונות חמורות נוספת של האתיקה של הפסיכולוגים שאינם חברי הסטודיות הפסיכולוגים בישראל (התחזות לפסיכולוג וקיים יחס מיין עם מטופל), המלכנו למתלוינים לפנות למשטרת. המטפל, שהתחזה לפסיכולוג וכיום וחיס-מיין עם המטופל, נעצר על-ידי המשטרה.

14 התלונות שהוגשו עסקו בנושא הבאים: חמש תלונות עסקו בעיות לקשורות באבחונים פסיכולוגיים, לרבות מתן המשוב לאחר האבחון; שלוש עסקו בטיפול ילדים של בני זוג מוסוככים, פרודים או גורשים; שתיים עסקו בסוגיות של יחסים כפולים (לרוב יחס מיין עם מטופל); בשתיים הייתה תלונה על התנהגות לא מקצועית; מכך של הפסיכולוג; ואחת עסקה באבי היראות של החוזה המקצועני; ואחת עסקה באי שמירה על סודיות מקצועית.

בבוננו לסכם בראייה-רב-שנתית את פעילות ועדת האתיקה בשנים 2005 ו-2006, אפשר לומר כי אין שינוי דרמטי בהשווואה לשנים קודמות. שנה יידת מה במספר השאלות ביחס לשנים שעברו, ויציבות במספר התלונות עם נתיה קלה של ירידת במספרן.

לדעתי, ראוי להבליט שני תחומיים שאליהם כדאי להסביר את

האם מותר לפסיכולוג להופיע בטלוויזיה במקרים שונים במחלקות משפטיות; ושאלות ביחס ליחסים קולגיאליים בהנהלות פורומים בגיןונטה.

התהום שהיה פופולרי מאוד לשאלות ולתלונות בוועדת האתיקה, קרי הטיפול והאבחן של ילדים ממושכות המציגות ביפור או גירושם ללא הסכמת שני ההורים, הופיע גם בשאלות השנה, הן לגבי טיפול והן לגבי אבחן.

נשאלנו שאלות לגבי החוזה הרפואי, ובעיקר לגבי היבטים הכספיים והיבטים של שמורות הסודיות. שאלת מעניינת נשאה ביחס ליחסים כפולים, שהתגלו באקרה, בין מנהל מחalker טיפולית ומטופל שהגיעו לעבוד במשק ביתו, מוביל שהשרה בין שני הצדדים.

### התלונות שהוגשו לועדת האתיקה בשנת 2005

בשנת 2005 הוגשו לועדת האתיקה 15 תלונות. מתוכן, לא ניתן יותר על סודיות ארבע תלונות וכן לא יכולנו לטפל בהן. לגבי אחת מהتلונות נפתח במקביל הליך משפטי, כך שעצרנו את טיפולינו בה. תלונה נוספת נספת נדחתה על הסף, שכן נראה היה בעיל כי מדובר בסכסוך משפחתי בין פסיכולוג לבן קרוב משפחתי, ונראה היה בבירור כי קרוב המשפחה מנשה פגוע בפסיכולוג באמצעות תלונה לועדת האתיקה.

מתשע התלונות הנוגרות שנדונו בוועדת האתיקה, בארבע תלונות מצאו כי הפסיכולוגים לא חרגו מכלל האתיקה. בחמש מתוכן נמצא, כי הפסיכולוגים שנגדם הוגשו התלונות נגנו שלא על-פי כללי האתיקה. ארבעה נזפו ואחת הוזהרה. אחד הנזפים, שהלכו החלהנו גם לפרסום את פרטי התלונה ובירורו ב"פסיכיאקטואליה", ערער על-פי תקנון הסטודיות הפסיכולוגים על החלטתנו. ערעונו נדחה.

15 התלונות שהוגשו עסקו בקשר רחבה של נושאים. ארבע מהן היו בתחום האבחן, כשאחת מהם כללה בנוסף על ממצאי האבחן גם תלונה חריפה על יחס לא מקצועני ופגוע של המבחן. בשתי תלונות כתבו הפסיכולוגים בחוות דעתם על בני משפחה של שווא חוות הדעת, מוביל שהכירו ומוביל שבדקן את האנשים שלגביהם התבטאו. במקרה נוסף, נאמרו על-ידי מטופל דברים חמורים על בן משפחה של המטופל שהיה, בליך שבדקה בצוורה מקדימות אם יש בסיס לדבירה ובעיקר מוביל לחשוב מה יכולות להיות ההשלכות המשפחתיות של אמירות כגן אלה. שתי תלונות היו של מטופלים שלא היו מודעים מהטיפול.

בכל שנה, היו גם שלושה מקרים של התערבותם בילדים של הורים שהורים בסכסוך פירוד או גירושים לא קבלת היתר ורשות משני ההורים להתערבות. שתי תלונות נוספות התייחסו לפחותות לא מקצועית של הפסיכולוגים, ותלונה אחת הייתה על קיום יחס מיין עם מטופל.

### שנת 2006: סיכום אפיוני השאלות שהתקבלו בועדת האתיקה בשנת 2006

בשנת 2006 נענו על-ידי ועדת האתיקה 21 שאלות. ארבע מהן התייחסו להופעה של פסיכולוגים במאכזי התקשרות: למידת האחוריות המקצועית והאתית המוטלת עליהם בהופעותיהם אלה, ולעומד חובת השמירה על סוד במופעים אלה.

שלוש שאלות הופנו בעניין העברת מטופלים מטיפול מוסדי

## **פעולות של הנהלה וחינוך לאתיקה מקצועית בשנים 2005-2006: הכללת תחום אתיקה מקצועית בבחינת סיום ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית**

שלושה פסיכולוגים קליניים מחברי ועדת האתיקה (ד"ר יהודית אכמון, ד"ר גבריאל ויל' ופרופ' גבי שלפל) השתתפו בוועדה שהוקמה על-ידי הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית לשם בדיקת החינוך וההכרה לאתיקה מקצועית בקרב המתמחים בפסיכולוגיה קלינית. בוועדה, בראשותו של מר יורם צדיק, השתתפו גם ד"ר דניאל גוטלב ומר אוור שוחט וכן נציגת המתמחים. הוועדה ערכה שלוש ישיבות ופורסמה זו"ח מסכם של פעילותה. הוועדה המליצה העיקרית, שאומצה על-ידי הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, הייתה ליחד בבחינת סיום ההתמחות פרק בפסיכולוגיה קלינית, נפרדת לבדיקה של חשיבה והבנה אתנית בפסיכולוגיה קלינית, זאת לאור כל הדור, עבדות הסתמכה על קשר ומגע אונטובי עם אנשים רבים, להם אני רוצה להודות מקרוב לבי. לשולשה ישבי ראי ששל הסתדרות הפסיכולוגים בישראל פרופ' רחל לוי-שיפ, ד"ר יעל שושן ופרופ' דן זקאי. משלשות זכית לישתו פעולה, אישי ומוסדי, מהם ומוהuden המרכזים בראשם עמדו במהלך השנים נעצצתי ולמדתי הרבה ממשני משפטנים שעמדו לרשותי כיעדים טוביים מטעם משרד ש. אברהם, הלא הם חברי המלומדים עוז'ד עופרה גולן ועוד ד"ר אבי רימר.

באוקטובר 2006 נפתח במרכז לאתיקה במשכנות שאננים הסמינר השישי למתקדמים באתיקה מקצועית לפסיכולוגים וליעסוקים בבריאות הנפש. הסמינר, הכלל שבעה מפגשים לאורך השנה, מיועד לבוגרי הסמינר הראשון (שהתקיים בשני מחוזים) וכן להעמיק בסוגיות אחרות. אני חולש, שכן הראי שכל הוועדות המקצועיות תשכנונה קבלת החלטה דומה לגבי חינוך לאתיקה מקצועית במהלך ההתמחות בתוכמייהן.

### **הפעולות במרכז לאתיקה במשכנות שאננים**

באותו אוקטובר 2006 נפתח במרכז לאתיקה במשכנות שאננים הסמינר השישי למתקדמים באתיקה מקצועית לפסיכולוגים וליעסוקים בבריאות הנפש. הסמינר, הכלל שבעה מפגשים לאורך השנה, מיועד לבוגרי הסמינר הראשון (שהתקיים בשני מחוזים) וכן להעמיק בסוגיות אחרות. אני חולש, שכן הראי שכל מתחם במושב אחד יונתנו בו הרצאה מפתח כביסיס לדינום קבוצתיים בין המשתפים והמטרים. בין הנושאים הנדונים השנה: סוגיות אחרות בעידן של קיזוב בבריאות הנפש; אתיקה של הדרכה; מודל למילוי תפקיד בוגרים בטיפול, אתיקה וכוסה; סוגיות אחרות בטיפול בלבדם ובמתבגרים; שאלות של הממשק בין אתיקה לחוק.

אנו מוקווים כי בשנת 2008-2007 יפתח סמינר בסיסי נוסף מוקווים. השילוב בין חומר לימוד, ייפוי של מרכז משכנות לפסיכולוגים. השילוב בין הרצאות הרצאות המפנקות יוצר שילוב אופטימי לדין וליעסוק בנושאים חשובים כל כך וקשה. אנו מציעים לחברים לעקב אחר הפרסומים על פתיחת סמינר נסף ולהצטרף.

בנוסף, מתקיים שיתוף פעולה בכנסים ודיונים בסוגיות אחרות בתוכימים שונים: גנטיקה, חינוך, פרסום, ספורות וקולנוע.

### **פרסומים**

#### **ספרים:**

למDAO רות ושפLER גבי (2005). היבטים אחרים של פסיכולוגיה ברשת. מאגנס.

#### **מאמרים:**

שפLER גבי (2005). מהי אתיקה מקצועית. **שבילי מחקר**, מס' 36-43.

שפLER גבי (2005). מושגים-אתיקה מקצועית. **שבילי מחקר**, מס' 13, 28-35.

ריכר-עתיר, רבקה (2006). הרשמה הפסיכולוגית, **פסיכואקטואליה**, אוקטובר 2006

תשומת לב העוסקים בפסיכולוגיה. האחד הוא תחום האבחן הפסיכולוגי שלגביו מוגשות לא מעט תלונות. הדבר לא מפתיע, שכן האבחונים הפסיכולוגיים עשויים לקבוע ולהוכיח גולות ולקבועם מגיבים בחריפות בתחום זה. התחום השני הוא תחום ההתערבותה הן האבחון והן הטיפול. טיפוליםobilים של משפחות שעוררות חשבי פירוד וגירושים. פסיכולוגים רבים אינם ערומים לכך למתיחות הרבה שמצויה במשפחות אלה, ולא פועלם על-פי מיטב הכללים המכובדים אותם לקבל רשות והסכמה של שני ההורים לביצוע ההתערבותה.

### **שלמי תודה ודברי פרידה**

שירתתי בוועדת האתיקה קרוב ל-10 שנים והייתי חבר בשלוש ועדות אתיקה, כשבשתים מהן שימושתי יותר. שירות זה אפשר לי היכרות, לימוד והעמקה בתחום מורתך זה של אתיקה מקצועית. לאור כל הדור, עבדות הסתמכה על קשר ומגע אונטובי עם אנשים רבים, להם אני רוצה להודות מקרוב לבי. לשולשה ישבי ראי ששל הסתדרות הפסיכולוגים בישראל PROF' רחל לוי-שיפ, ד"ר יעל שושן ופרופ' דן זקאי. משלשות זכית לישתו פעולה, אישי ומוסדי, מהם ומוהuden המרכזים בראשם עמדו במהלך השנים נעצצתי ולמדתי הרבה ממשני משפטנים שעמדו לרשותי כיעדים טוביים מטעם משרד ש. אברהם, הלא הם חברי המלומדים עוז'ד עופרה גולן ועוד ד"ר אבי רימר.

תודה לחבריו שלוש ועדות האתיקה, שכמעט כולן שירתו בשתי קדנציות לפחות: ד"ר יהודית אכמון, גב' חנה בן ציון, ד"ר גבריאל ויל', מר מבר ווינטראוב, גב' צילה טפא, גב' יהודית חד' ד"ר אורלי נבו. בהשתתפותם נעשתה עבורה חשובה, ועם אחידת התurbba העבודה גם לתהומות חינוכיים ואקדמיים. לכלם שחקן עצום בהתקפות ובעניהם, להן זכתה האתיקה המקצועית בפסיכולוגיה בישראל בעשור האחרון.

אין ברשותי די מילים לבטא את הערכתי ואהבתני למורתני, חברתי ושותפה ד"ר יהודית אכמון על שנים של עשייה מושתפת, נתינה, ובעיקר על האפשרות למדוד ממנה אורחות חשיבה והתנהגות אתית בכל מובנה העמוק. על כל אלה ועל עוד נתונה תודעה עמוקה,

ומझוטה לעוד שנים רבות של עבודה משותפת פוריה וממנה. ועדת האתיקה ואני אישית נהנים משירותי מזכירות ייעלים, קולגיאליים, דיסקרטיים ואתיים מהמדרגה הראשונה מצדיה של מזכירת הוועדה, גב' נילי יהן, שבצד יูลותה במציאות הוועדה שפעה ידידות ודאגה אישים וחבריהם. תודה נפרדת להילה הימלפרב ממזכירות הפ"י על נועם הליכותיה.

אני רוצה לנצל הזדמנות זו ולהתנצל בפני מי מהאנשים שהזכירתי, ובאים אחרים שלא הוזכרו ושאיםם באתי במקצת בתקופת שירותו בוועדת האתיקה. הדינום בוועדת האתיקה הם לעתים רויי מתח, ולאחרים השפיע מתח זה על צורת התבטהותי ועל תגובותי בנסיבות שונות בין סרקיום לכעס, בין הומר שלא במקומו לקוצר רוח. אני מבון וידע שדווקא במצבים אלה יש גישות רבה אצלם, ותגובה מסווג זה יכולות לפגוע מואוד. לא רק יכולות פגוע, אלא גם פגעו. אני מותנצל על כך מאוד בפני כל מי שפגעתו במסגרת העבודה בוועדת האתיקה.

אני נפרד מוענדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל בתוחנות סיכון והגשמה של מטרות חשובות. אני בטוח כי יוציאו מתרות מקצועית-אתית נוספת, אליה תמשיך ותנווט הוועדה החדשה.

ודין עם צוות השירות הפסיכולוגי בבר-אילן, ינואר 2005.

**גבי שפלר / אתיקה מקצועית בעשייה הפסיכותרופית.** הרצאה ביום עיון "אתיקה בפסיכותרפיה" במרכז לרפואת הנפש לב השרון, מרץ 2005.

**יהודית אכמן / יום עיון בשאלות אתיות שונות** בתחנה לרפואת הנפש נהריה, אפריל 2005.

**גבי שפלר / שיקולים אתיים בטיפול במטופלים קשים.** הרצאה ביום עיון של החברה הפסיכיאנלית בישראל בנושא "הטיפול הקשה", נווה אילן, מאי 2005.

**יום עיון: סוגיות אתיות בפסיכותרפיה והדרכה,** המרכז לרפואה משפט ואתיקה אוניברסיטת חיפה, מאי 2005. ניהול אקדמי: שימוש רובן וגביה שפלר.

**מושב ראשון: כתיבת תיאורי מקרים וסיפורו טיפול גבי שפלר / היבטים אתיים ומקצועיים של כתיבתoprofitom של טיפולים פסיכולוגיים.**

**ישראל אורברק / הקשר לטיפול לאחר טיפול הטיפול.** יורם יובל/ **של מי הטיפול זהה? תיאור המקרה חלק מijn התיפול.**

**קרלו שטרנגר / הסכמה שבתאיורי טיפולים סטראיליים או איך למנוע ממוצע להפתעה.**

**מושב שני: היבטים אתיים של טיפולים נפשיים וביטויים בקהלנו** שמשון רובין/ **השתקפות אתיות וטיפולים בחיפוש אחריו המטפל הטוב בקהלנו: "החברים של ממפורד" ו"סיפורו של ויל הנטינג"**

**גבי שפלר / עדות המטפל השורי במצוקה אישית: חדרו של הבן**

**מושב שלישי: היבטים אתיים של הדרכה בפסיכותרפיה** תמר קרן/ **דילמות אתיות של הדרכה כתהילן עצוב**

**משה לנדאנו / על הידיעה וההתנסות אפשריות וקשיים**

**גבי שפלר / סוגיות אתיות בפסיכודיאגנוסטיקה.** הרצאה ביום עיון "היבטים מקצועיים ואתיים בהערכות פסיכודיאגנוסטיות". הכנס הבינלאומי של המרכז לרפואה משפט ואתיקה, אוניברסיטה חיפה, מאי 2005.

**גביאל ויל / סוגיות אתיות בפסיכודיאגנוסטיקה.** יום עיון של האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה, בנושא הערכה ואבחון. יהודית אכמן / אתיקה באינטרנט. הרצאה ודין עם צוות "ערן". יוני 2005.

**גבי שפלר / היבטים אתיים בפסיכותרפיה עם שימוש בחיות.** פאנל לדין בכנס הארצי "חיות וחברה: מעמד, עדמות ומודעות". אוניברסיטת תל אביב, יולי 2005.

**גבי שפלר / להיות פסיכואנליטיקאי בישראל: היבטים אתיים וחוקים.** הרצאה ביום עיון "ישראל 2005: מי אחראי על הנפש: ממיינה לביג'ין". כנס על גוף ונפש. אוניברסיטת תל אביב, ספטמבר 2005.

**גבי שפלר / סוגיות אתיות איתן מתמודד העובך הפסיכיאטרי המוסדי.** השתלמות לעובדים סוציאליים תל אביב, אוקטובר 2005.

**שלר גבי (2006). סוגיות אתיות בטיפול במתגברים בתנועה, גוף ומגע בגיל ההתבגרות.** עורק חיים דיטש. עמ' 48-50, הוצאה מכון סמיין, ירושלים.

**שלר גבי (בדפוס). אתיקה בפסיכולוגיה. הריצאות מbove לאתיקה,** בהריכתASA כהן. הוצאה מאגנס, ירושלים.

**שלר גבי (בדפוס). סוגיות אתיות במחקר בפסיכולוגיה. באתיקה במחקר** בהריכת ROT לנדאו וגביה שפלר. הוצאה מאגנס, ירושלים.

**שלר גבי ולנדאו רות (בדפוס). מבוא לאתיקה במחקר. באתיקה במחקר** בהריכת ROT לנדאו וגביה שפלר. הוצאה מאגנס, ירושלים.

**שלר גבי (בדפוס). סוגיות אתיות בשימוש במחנים פסיכולוגיים.**

**בפסיכולוגיה אתיקה וחוק,** בהריכת דוד יגאל.

#### סמינרים וקורסים:

**יהודית אכמן / סמינר אתיקה בבה"ס** היונגיاني לפסיכותרפיה, ינואר 2005.

**סמינר שני לפסיכולוגים בכירים המרכז לאתיקה משכנות שנאנים ירושלים.** מחזור שני. החל מוקטובר 2005. מנהל אקדמי: גבי שפלר. בהשתתפות יהודית אכמן, גבריאל ויל. סמינר שנתי בן 8 ימים ו-56 שעות.

**סמינר שני למתקדמים לפסיכולוגים בכירים המרכז לאתיקה משכנות שנאנים,** החל מנובמבר 2006. מנהל אקדמי: גבי שפלר. מיועד לבוגרי שני המחזוריים של סמינר המחבר.

**גבי שפלר / יסודות הפסיכותרפיה: היבטים מקצועיים ואתיים.** קורס חובה שנתי לתלמידי שנה א' בмагמה לפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטה העברית, ירושלים. 2005, 2006.

**גבי שפלר / סמינר מחקר באתיקה מקצועית.** האוניברסיטה העברית, ירושלים. 2006.

**גביאל ויל / סמינר אתיקה בפסיכואנליה.** סמינר במכון הישראלית לפסיכואנליה. 2005, 2006.

**רבקה רייכר-עתיר / סוגיות אתיות בפסיכולוגיה,** קורס סמסטריאלי באתיקה מקצועית במסגרת לימודי מוסמך בפסיכולוגיה מכללת ת"א-יפו, 2005, 2006.

**גביאל ויל / סוגיות באתיקה בפסיכותרפיה,** קורס לפסיכותרפיה אינטגרטיבית, מכון מגיד, האוניברסיטה העברית, 2005.

**רבקה רייכר-עתיר / סוגיות אתיות בפסיכולוגיה ובעבודה פסיכוטרופית בית-חולמים כללי,** סדרת הריצאות לצוות הפסיכולוגי בבית-חולמים שנידר וביח' בילינסון. 2006.

**ויל גבריאל / קורס באתיקה מקצועית** מגמות לפסיכולוגיה קלינית, שיקומית, התפתחותית, חינוכית ואורוגנית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע, 2005, 2006.

**רבקה רייכר-עתיר / חייה ומותה של הישות האנושית - סוגיות אתיות בפסיכולוגיה רפואי,** קורס סמסטריאלי במסגרת לימודי מדעי ההתנהגות, מכללת ת"א-יפו, 2005, 2006.

**הרצאות ימי עיון:**

**יהודית אכמן / היבטים אתיים בטיפול באובדן.** הרצאה יהודית אכמן / היבטים אתיים בטיפול באובדן. הרצאה

- גבי שפלר / **עקרונות של אתיקה מקצועית בפסיכולוגיה קלינית**. הרצאה בהשתלמויות המתמחים במשפט הרפואות, יפו תל אביב, אוקטובר 2005.
- גבי שפלר / **ניתוח אתי של "על הספה"**, רומן מאת ארין יאלום. הרצאה בבית החולים הרציג'יר ירושלים, אוקטובר 2005.
- יהודית אכמן / **יחסים כפולים וסודיות**. הרצאה בדיון עם צוות "מכון רמת אביב", נובמבר 2005.
- גבי שפלר / **עקרונות אתיים ביוםيات הפסיכואנליטי**, הרצאה במליאת החברה הפסיכואנליטית בישראל, ינואר 2006.
- יהודית אכמן / **יחסים כפולים**. הרצאה בכנס אתיקה בחיל האוויר, ינואר 2006.
- גביאל ויל / **אתיקה בפסיכודיאגנוזティקה**. הרצאה ביום עיון בנושא הערכה בפסיכותרפיה, מטעם האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה. 2006.
- חנה בן ציון וגביאל ויל / **יום עיון באתיקה מקצועית לפסיכולוגים חינוכיים** במגזר הבוגר במחוז דרום: סודיות, חוזה מקצועי ורשומות / רהט. מרץ 2006.
- גבי שפלר / **עקרונות של אתיקה מקצועית במקצועות העזרה הנפשית: מודל לקבלת החלטות אתיות**. הרצאה ביום עיון "אתיקה במקצועות הטיפול באמצעות הבעה ואמנות", אוניברסיטת חיפה, ינואר 2006.
- שביל גבי / **כשלים אתיים בעבודה פסיכוטרופית**. הרצאה בתכנית לפסיכותרפיה בבית הספר לרפואה אוניברסיטת תל אביב, פברואר 2006.
- גביאל ויל / **סוגיות אתיות בעריכת חוות דעת לבית המשפט בנוגע למסוגיות הורית**. הרצאה ביום עיון מטעם המרכז לרפואה אתיקה ומשפט, אוניברסיטת חיפה. 2006.
- יהודית אכמן / **יסודות האתיקה**. הרצאה במכון "טבעון". מרץ 2006.
- גבי שפלר / **מהי אתיקה מקצועית?** הרצאה במליאת כנס "אתיקה במחקר חינוכי: דילמות וכשלים", מכון מופת ומרכז האתיקה במקצועות שאננים, תל אביב, אפריל 2006.
- גבי שפלר /  **מבט אתי ומקצועי על תגבורותיו של פסיכואנליטיקאי במרחב עמוק**. הרצאה בדיון בעקבות הסרט "חדרו של הבן" בימיון של נאנו מורות. עבר בסדרה אתיקה בקולנוע, הטינטוק היישומי והמורכב לאתיקה משכנות שאננים, ירושלים, מאי 2006.
- גבי שפלר / **סוגיות אתיות בפסיכותרפיה**. בית החולים איתנים, מאי 2006.
- גבי שפלר / **מחקר באתיקה בפסיכותרפיה**. דיון בפאנל מומחים בכנס הבינלאומי ה-37 של החברה למחקר בפסיכותרפיה, אדנבורג, יוני 2006.
- חנה בן-ציון / **אתיקה מקצועית לפסיכולוגים חינוכיים**. הרצאה למוסמכי תואר שני בפסיכולוגיה חינוכית, אוניברסיטת בגין-גורון, באר שבע, יוני 2006.
- גבי שפלר / **סוגיות אתיות באבחן פסיכולוגי**, הכנס השנתי של המרכז הארצי לבחינות ירושלים, ספטמבר 2006.
- יהודית אכמן / **יסודות האתיקה**, הרצאה לסטודנטים במכינה הקלאנית בבר אילן, יוני 2006.
- יהודית אכמן / **סודיות**, הרצאה לסטודנטים במגמה הקלינית

# לוח המודעות

## דרושים:

- ל'מכבי שירותי בריאות' מוחז ירושלים והשללה דרשו/ה פסיכולוג/ית קליני/ת לניהול תחום הפסיכותרפיה במוחז. ניסיון קליני וניהולי – חובה. הייקף משרה – חלקי. נא להזכיר קו"ח לד"ר ערד קודש il.kodesh\_a@mac.org או בפקס 03-9541310.

- למכוון "روم" דרשו/ה פסיכולוג/ית דובר/ת צרפתית או ספרדית למשרת חילkit / מלאה. ניסיון מוכחה של 3 שנים לפחות בתחום התעסוקתי. תחילת העבודה – מיידי. מקומ העבודה – אשדוד. לשיחות קו"ח – פקס: 03-5753781 (עboro אריאלה), דוא"ל: ARIELAB@ROM-LEMIDA.CO.IL.



## הסתדרות הפסיכולוגים בישראל החברה לפסיכולוגיה קלינית

### שינויים במועדים ובעלויות של קורס ביופידבק בהנחיית ד"ר ארנון רולנייך

בקורס תילמד טכניקת הביופידבק והיכרות עם מערכת ביופידבק של "מיינדליף". במהלך הקורס כל משתתף יקבל מערכת ביופידבק של "מיינדליף" ל- 3 חודשים או עם סיום שלב א' (המוקדם מהשנים) לשימוש בקורס בלבד.

למשתתפי הקורס תינתנה הטבות ברכישת המערכת:

- הנחה של 100 ש"ח ברכישת המערכת עד לתחלת הקורס (תוספת של 1,500 ש"ח במקום 1,600 ש"ח)
- שלוש שעות הדראה טכנית נוספת, ללא תשלום נוספת.
- הוספה חיישן שינוי טמפרטורת אצבע במהלך של 199 ש"ח במקום 350 ש"ח.

**היקף הלימודים:** 36 ש"א. 6 מפגשים.

**מקום:** המפגשים יתקיימו ברוח' מיכה 8, רמת חן, רמת גן.

**יום הלימודים:** ביום חמישי

**בשעות:** 22:00-17:00

**מפגש ראשון:** 29/11/07

**תאריכי המפגשים:** 07.03.01.08; 27.12.07; 20.12.07; 13.12.07; 6.12.07; 29.11.07.

**עלות:** 2600 ש"ח – למומחה חבר הפ"י, 2750 ש"ח – למומחה שאינו חבר בהפ"י  
2550 ש"ח – למומחה חבר הפ"י, 2650 ש"ח – למומחה שאינו חבר בהפ"י

**פתיחת הקורס מוגנתה במספר הנרשמים.**

התשלומים יכול להיעשות בזמנים דחופים (עד 10 צ'קים) שיישלחו למשדי הפ"י, **לכתובת: ת"ד 11497, תל-אביב 61114.**  
כמו כן אפשר לשלם בתשלומים גם בCredits אשראי בטל': 03-5239884, 03-5239393.

Ψ

## **הסתדרות הפסיכולוגים בישראל**

רחוב פרישמן 74 א' תל-אביב 64375 טל': 03-5239393, 03-5239884, פקס: 03-5230763

מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114

E-mail: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

\*עמותה רשומה