

אולטורה
6002

www.psychology.org.il

פסיכואלקטואליה

הסימפטום – סימן לבריאות או חולץ בנסיבות
בلتיא אפשרית: ההגנה האוטיסטית – סיפור
מקרה 6
צחי נתן

דמיון כמרפא לטראומה נפשית: מודל SEE FAR
CBT כניסוי למצוא הסבר חליפי לאפקטיביות
של טיפול בפוסט-טראומה באמצעות קלפים
טיפולים בנסיבות הפנטסטית 12
מוליה להדר, מיקי דוחן, עפרה אילן, נירה קפלנסקי,
דימיטרי לייקין

אני משתדלת להיות אמיצה בגל הילדים אבל
בתוכי אני גמורה: חווית ההורות בצל איום
הטילים בשדרות 21
מיכל אחיטוב

הכנס הבינלאומי על "טראומה בילחות
המודרנת" 25
רות פט הורנץ'יק ורויטל גיל

ראיון עם רוני ברגר – מנהל השירותים הקהילתיים
של נט"ל 30
מראיינט: שרית ארנון-לרנר

שלושה מקרים של פוסט-טראומה קולקטיבית
32
משה למן

פסיכו-טראומה

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ■ חברת איגוד הבינלאומי למדע הפסיכולוגיה



תיק ענשנים

		דבר המערכת
30	ראיון עם רוני ברגר – מנהל השירותים הקהילתיים של נט"ל מראינת: שירות ארנון-לרנר	3 ycopi بن-נון, צילה טנא, נחמה רפאל, איריס ברנט, שירות ארנון לרנר
32	שלושה מקרים של פוסט-טראומה קולקטיבית משה לנזמן	4 חדשנות הפ"י והחטיבות הזמן ליום עיון: פסיכולוגיה עצשוית של ההוות: פדריגומות משתנות מתיאוריות דינמיות עד לתיאורות פוסט-מודרניות
37	עלים בסיכון לנוכח סטרוסור ההגירה: תופעת התאבדות בקרב עלים מברית המועצות לשעבר ומאתופיה משה זכי ולריסה דרז'ינן	5 הסימפטום – סימן לבリアות או חולץ במציאות בלתי אפשרית: ההגנה האוטיסטית – סיפור מקורה 6 צחי נטר
40	בין קארמה לפסיקותרפיה: תרבות ותקשות בטיפול בעורם בヅורת הרוחן ירון פלדמן ואבי שורף	11 פרופיל אישי: ניצה אריה, לרגל קבלת פרס החינוך על מפעלים חיים מטעם אורט מראינת: צילא טנא
50	ספרים, רباتי, ספררים ycopi בן-נון	12 דמיון כמרפא לטראומה נפשית: מודל SEE FAR CBT כניסיון למצוא הסבר חלפי לאפקטיביות של טיפול בפוסט-טראומה באמצעות קלפים טיפולים במציאות הפנטסטית מולי להד, מיקי דורון, עפרה אילון, נירה קפלנסקי, דימיטרי ליין
53	מושלחנה של ועדת האתיקה	21 אני משתמש להיות אמיצה בגל הילדים אבל בתוכי אני גמורה:חוויות ההוות בצל איום הטילים בשחרות מיכל אחיטוב
55	פינת הייעוץ המשפטי עו"ד ראבן בבד'נוב, משרד עו"ד אברהמי, ייעוץ משפטי להפ"י	25 הכנס הבינלאומי על "טראומה בילדים המוקדמת" רות פט הורנץ'יק וריטל גול
57	תגובה / מכתבים למערכת	
58	מן האקדמיה אליס שחר דדון, גי שולקון ומיכה לשם	
59	לוח המודעות	

פסיכו-אקטואליה

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים

טל': 03-5239393 03 פקס: 03-5230763

ת"ד: 11497 תל-אביב 61114

דו"ל: psycho@zahav.net.il

חברי המערכת:

ycop بن-נון:

טלפון העבודה: 09-7718307, בית: 09-7472745

jbenunn@netvision.net.il

דוא"ל:

צילה טנא:

טלפון נייד: 054-7933195, טלפקס: 09-95667111

tene_a@macam.ac.il

דו"ל:

נחמה רפאל:

טלפון נייד: 054-3976394

nechamaraph@gmail.com

דו"ל:

איiris ברנט:

טלפון נייד: 054-6876801

berenti@012.net.il

דו"ל:

שירות ארנון-לרנר:

טלפון נייד: 050-7446484

sarit.arnon@gmail.com

דו"ל:

דבר המערכת

דבר המערכת נכתב בעיצום של החגים. לכשתגיאע החברה אליכם יהיו החגים מאחרינו ואנו נעמוד בתחילת השנה חדשה, שנת חיים ושנת עבודה. מותוק הריגוש המלווה כל פתיחה והתחלה, נאחל לכם ולכלנו שתהא זו שנה של בריאות, עבודה פוריה, שלום בתוכנו וסבירנו.

החברת מתרצת הפעם בנושא קשה שמעסיק אותנו רבות – פסיכוטרואה.

במשך חודשים הקיץ, הוקשו בארץ שני כנסים גדולים בנושא זה: האחד, אורגן ע"ז המרכז לפסיכוטרואה בי"ח הרցוג בירשלים, ועסק בטיפול בפוסט-טראומה אצל ילדים. השני, עסק באירוע טרור והשלכותיו הפסיכוכברתיות, והוא התקיים במרכז הבינתחומי בהרצליה.

כינסנו כאן מספר מאמרים שנכתבו ע"ז מומחים ומישוי מרצים בכנסים אלה.

במסגרת נסיעותינו "לשדרג" את כתוב העת פסיכואקטואליה, לרענן ולהעשרה, הוספנו פינות חדשות, אשר חלקן כבר מוצגות בחוברת, ביניהן: פינת הפרופיל האישית, אשר מיועדת לחשוף פסיכולוגים בעלי תפקידים מעוניינים במרחב הציבורי.

בשנה הקרוב נקיים מספר מפגשים בין אנשי אקדמיה וארגוני שטח, על מנת לבחון את הקשר הדדי בין שני העולםות. המפגש הראשון כבר התקיים, ב谢谢ות המרכז הבינתחומי, בנושא "פסיכולוגיה חיובית – תיאוריה ויישום". תעתקיך השיחה שהתקיימה יתפרעם בחוברת הבאה.

אתם מוזמנים להציג נושאים הנאים לכם ואותם, כמו גם דברים בנושאים אלה. הארגון עליון.

החברת הבאה, אשר תצא לאור בינואר 2010, תוקדש לנושא "פסיכולוגיה, דת ואמונה". החברה שלאהרה, אשר תגיע לבטים באפריל 2010, תוקדש לנושא "גישות טיפוליות מיוחדות".

אם מצפوت לתרומותכם.

המערכת

ycop בן-נון ♦ צילה טנא ♦ נחמה רפאל ♦ שירות ארנון-לרנר ♦ איiris ברנט

הערה: בגיליון יולי 2009, פורסם מאמרה של ד"ר דבורה שני בנושא: "إيمان אישי והכנה פסיכולוגית של לימודי-למידה לקראת גitos לצה"ל. מאמר זה פורסם לראשונה בדצמבר 2008 ב"פסיכולוגיה עברית":
<http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1824>



חדשנות הפ"י והחטיבות

בחירות בהפ"י: בימים אלה נשלחו לבתיכם חוברת הצגת מועמדים ליו"ר הפ"י, לוועד המרכז ולוועדת האתיקה, פתקי הצבעה ומעטפות הצבעה. כאמור, אנו מדרשים בימים אלה להתייחס לסוגיות מקדימות וחוקיות כגון: הסדרת מקצועות בריאות הנפש, חוקים שונים בנושא לקויות למידה ואבחן OCD. הצביעו והשפיעו על המשך דרכה של הפ"י. את מעטפות הצבעה יש להחזיר למשרדי הפ"י עד 09/11/20.

יומן: לקרהת שנת תש"ע נשלח לבתיכם יומן עבודה שנתי בהפקת הפ"י. תודה על התגובה החביבות ועל ההערות.

אישור תקנון ע"י רשם העמותות: רשם העמותות אישר את החלטה שהתקבלה באסיפה הכללית השנתית, לשנות את הסעיף בתקנון העוסק במשרף תקופת הכהונה של בעלי התפקידים הנבחרים ולהאריכו משלוש שנים לארבע שנים.

פגש עם נציגי הפ"י האוסטרלי: בסוף חודש אוקטובר התקיים מפגש מצומצם בין נציגי האיגוד האוסטרלי לפסיכולוגיה לנציגי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. מטרת המפגש הייתה היכרות ויצירת קשרים בין שני האיגודים, ועלו בו גם נושאים מקצועיים שיש בהם עניין מסווג כגון: הגירה, טראומה וטיפול בטרואמה.

החטיבה החינוכית: הסמינר הארצי השנתי לפסיכולוגים חינוכיים יתקיים בטבריה ב- 09/12/1 - 09/12/4. קדם סמינר יתקיים ב- 30/11/09 - 30/12/09.

אנו מתנצלים בפני הפסיכולוגים המוסלמים כי תאריך קדם-הסמינר נפל בטעות ובתום לב על חג הקורבן. אנו נעשה מאמץ כי הדבר לא ישנה בעתיד. על מנת להשלים במספר השעות הנדרש למילוי השתלמויות, הצעתנו היא:

- ✿ הרשמה לפסיכולוגים המוסלמים הוארכה בשבועו.
- ✿ הגיעו לסמינר ביום שני 09/11/30 בצהרים – לתחילת הסדנאות.
- ✿ סיום הסמינר – ביום חמישי 09/12/3 בערב במקום בצהרים.
- ✿ לפסיכולוגים העربים תיווסף סדנא נוספת שתתקיים ביום ה' בערב בעלות של 100₪, ותאפשר צבירת השעות הנדרשות למילוי השתלמויות.
- ✿ מי שיגיע ביום ג' בבוקר – יקבל אישור חלקו על השעות.

החטיבה הרפואית: ברכות לוועד החטיבה החדש: ד"ר נועה ברק, עירית חרוטי, אורן להק וחן חיימוביץ – בוגר

יום עיון מושותף של הפ"י, המועצה הציבורית להורות והחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטה תל-אביב בנושא: "פסיכולוגיה עכשווית של הורות: פרדיגמות משתנות מתיאוריות דינמיות עד לתיאוריות פוסט-מודרניות" ותקיים בתאריך ה- 24/3/2010 משעה 8.30 ועד לשעות הצהרים המאוחרות. פרטים על מקום, שעות והרשמה ימסרו בהמשך.

חברים יקרים,

הסטודנטים הפסיכולוגים חברות מזה כמנה במועדצה הציבורית להורות בישראל. המועצה הציבורית להורות בישראל שמה לה כמטרה להעלות את נושא ההורים למודעות ציבורית רחבה ככל שניתן, על זכויותיהם, חובותיהם וצרכיהם. אנו הפסיכולוגים שעוסקים בנושא זה בעבודתנו היומיומית כמטפלים, מייעצים להורים ולילדים ולמערכות החינוך והוראה רבות מעורבות של מקצוע הפסיכולוגיה ושל הפסיכולוגים ותרומותם למרחב זה.

אנו שמחים להזכיר על יום עיון של הסטודיות הפסיכולוגים בשיתוף עם המועצה הציבורית להורות בישראל בנושא:

"פסיכולוגיה עצשוית של ההורות – פרדיוגמות משתנות מתיאות דינמיות עד לתיאוריות פוסט-מודרניות"

ביום העיון ידונו הנושאים הבאים:

- * תינתן הרצאת סקירה על ההיסטוריה של הפסיכולוגיה של ההורות בראשי פרדיוגמות משתנות
- * יתקיים דיאלוג בין הורים ופסיכולוגים – השמעת קולם של הורים וכיום פסיכולוגים יכולים לפגוש את צרכיהם של הורים
- * ההוראה כסובייקט – התבוננות בגישה האינטרא-סובייקטיבית
- * הגישה הנרטיבית להורות – הורים ופסיכולוגים מתמודדים יחדיו אל מול קשיים בגידול ילדים
- * הגישה הפסיכו-חינוכית להורות
- * הגישה של הנחיתת הורים – האם ניתן לתת כלים להורים? ומהו ידע הורי?

יום העיון התקיים בתאריך ה- 10.3.24 משעה 08:30 ועד לשעות הצהרים המאוחרות.

מציגות הפ"י במועדצת ההורות:

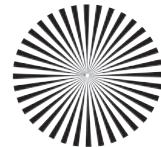
oiris ברנט – מארגנת ראשית

ד"ר תמר ארץ

אורנה נימן

ד"ר מيري נהרי

פרטים על מקום, שעות והרשמה ימסרו בהמשך.



זיכרון על לטינו-טראומה

הסימפטום – סימן לבראיות או חולית במציאות בלבד אפשרית ההגנה האוטיסטית – סיפור מקרה

מציג: צחי נטר, פסיכולוג בית פעמוניים. בהדריכתה של ד"ר מירי קרן.

בית פעמוניים הוא בית מழב לתינוקות ופעוטות בני 0-4 שנים, שהופרדו מהוריהם על ידי שירות הרווחה עקב אי- POSSIBILITY הרווחת, או חוסר רצון לגדים הנובע מסיבות שונות. הילדים מגעים מרתק מורכב, הוריהם סובלים מקשישים נפשיים, מהתמכורות לסתמים ואלכוהול, או שאינם יכולים/agree להגדיל את התינוקות בשל אילוצים משפחתיים, פסיכולוגים וסביבתיים. ישנים תינוקות שלאחר פרק זמן בו שבו בבית הפסיכונים יחויבו להוויהם הביווגים, לאחר שאלה עברו תהליך שיקום וגלו יכולת לגדים. חלקם הגדל של הילדים נמסר לאימוץ לאחר תהליך משפטו.

את הטיפול באוראל לאמנה. היא נשלהה על ידי שירות הרווחה להסתכלות בשלוותה, שם עלתה תמונה של "בחורה ולא פסיכופתולוגית בולטת, מגבלה אינטלקטואלית, וחוסר תגובה למצבה וקשיה" – כנראה כתגובה לכך למשבר הגירושין". האם החלה בתהליך של פניה לבקשה להוציא את אוראל לאימוץ, ולאחר זמן מה חתמה על ויתור. הסביטה, בתחשות מורכבות ומובלבלות, החליטה לקחת את האחירות לגדiloן, היא גישה את בני המשפחה – הדוד והדודה, שייקחו חלק בתהליך, בתקווה שעוזרו בגידול אוראל בשעות Ach"z. הם אכן הסכימו, אולם לאחר מספר ימים תפסו המערבים כי אין ביכולתם להתחייב לטיפול בשזה ופנו שוב לרווחה. לאחר הבינה כי בני המשפחה האחרים לא יהיו לה לעזר, ביקשה העבודה, יחד עם האם, למוסורו הסביטה, יחד עם האם, למושרו לאימוץ. עבדת הרווחה דיברה עם האב, שאישר את העניין. הראתה הציבה לה מטרה כי אוראל יעבור לשירות מבית סבתו לבית הרווי המאכזם. אך כאשר הבינו שהילד מאחר מבחינה התפתחותית ולכן זקוק לבדיקות נוספת, החליטו כי הוא חייב להיכנס לבית המழב, וזאת בגלל שבית סבתו אינו מסוגל להכילו יותר.



חר תינוק, מול עמידה בלבתי נתפס...

האותן: Robb Scott
לפרטים נוספים: <http://www.robbscottdrawings.com>

תפקיד ביום הכנסה לבית המழב

בצהרי يوم רביעי התקשרה אליו פקירת הסעד. כבר דיברנו על אוראל לפני כמה ימים. היא הסבירה לי כמה המצביעים עליו.

הሩע התפתחותי ואוראל, בן שנתיים וחמשה חדשים, נולד לאחר 36 שבועות של הרוון, בניתוח קיסרי, במשקל 2.5 ק"ג. לא תואר קשיים בהתפתחותו מצד בני המשפחה. בדיוח מגן, חדש לפני המழב, מתואר ילד בעלஇIORAL התפתחותי, קשיים בחבנה, ביכולת הביטוי, ובמוסטוריקה הגסה והעדינה. בעת כניסה לבית המழב, תואר על פי הדוחות הרפואיים כילד בעלஇIORAL התפתחותי ביןנו. ישנו רושם של דיספרקסיה כלילית-שנה הליכה מסורבלת, קשיים בהתארגנות לעובדה מוטורית ובויזזו-מוסטוריקה, ישנו אוצר מילימ'ם אקטיבי הכולל בערך 30 מילימ'ם, אך אין צירופי-AMILIM, ונראה כי השימוש בשפה ספונטנית מצומצם ביותר. ההבנה טובה יותר.

הሩע משפחתי

הרווי של אוראל חוזרים בתשובה. האב בעל רሩע של שימוש בסמים, האם מתוארת כנעירה מרכיבת, איטית, עם היפתקליות רבה והחלפת מערכות חינוכיות, אך לא עבר פילוי. לפי דיווחי הרווחה, לאחר הלידה עברה האם משביר אישיותי קשה, וההורם נפרה. האם חזרה לבית הרויה, האב חזר לשימוש בסמים. האם המשיכה והידירה מבחן פסיכולוגית והעברית

בחלוף השעות, למשך בובוקר, ובימים אח"כ, נראתה תמונה ברורה יותר, בולט היה כי לא מדובר בהפרעה תקשורתית כלשהיא, אלא אדפטציה למצב לא הגוני. היציאה מהקונכיה הייתה איטית ומודוגמת. אוראל שיתף פעולה באופן חלק, בחוץ את הבית באטיות, נצמד לצבעוני מהבית, והתקשה לקבל את העבודה כי הילדים האחרים מעוניינים גם הם לגנות את המשחקים החדשניים. השמירה הקנאית על עברו לא הצליחה לו, הצבעוניים התפזרו, כשהלך למשחק אחד,ILD אחר ההלך אל האופנים שלו, אוראל בכח וקיבל את אופני, אך בינתייםILD אחר עלה על הקורקינט שלו, מוטר ובוכה. אוראל החל בוכה. מתקשה להילחם על שלו, מוטר ובוכה. מרגשים כי הבכי שלו בניגוד ל"חידעלר" של הילדים שגדלו בבית המעבר, יודעים איך לקבל את אהבת המטפלות, גרים לתהות דחיה. ההרגל שלו, מול הסבטה המבוגרת, כי הבכי משיג מטרות יצר תגובה הפוכה בבית המעבר. שם הבכי מתריע, ILD בוכה מבהיל, "סתכלו עלי שעשית משה רע" יחשבו המטפלות.

אוראל החליף בימים הראשונים את הקילפה האוטומת בכח רגשה ביוטר, שבירית, כזו שאינה אדפטיבית. أول המשאים הרגשיים באטימה הרגשית של השעות הראשונות השאירו אותו חסר כוחות. אוראל נראה אומלל, מתקשה לתפרק בחברת הילדים, בוכה הרבה, מתקשה להיזעג, נזקק למצץ שעותר רבתות.

בתהומים אחרים נראתה אדפטציה מהירה יחסית – השינה דוחה כתקינה, האכילה הייתה תואמת, נראה היה כי החלקים האבולוציוניים-ההשדרותיים, עברו מהר מאד למצב תפוקדי, ואפשרו לו להמשיך. אוראל המשיך לבכות, הוא בוכה הרבה, מכל גגעה, מכל נפילה, מכל אי-הבנה. הימים היו קשים עליו, עברו המטפלות.

שבועיים לאחר שנכנס אמרו היה לפגוש את דוחו וסבירו, לאחר שהרהורה, בהתייעצות איתי, החליטה לאפשר שלושה מפגשים. זאת מחרן הנחה כי הדבר יהווה מנוף לחוויה טיפולית מתקנת ומארגון בעבו, ואפשר למשפחה תהילך פרידה יותר הדרגתי, שיכלול רפלקציות ובהירות. לבסוף, רק היום הגיעו, והוא לא הבין בכמה מדויק, הוא ההליך אותו לאכול המבורגר, וסביר לעוד מפגשים בטענה כי "כשישו יתקשרו שוב, והעקר שנעשה לו קצת כיף". לאחר המפגש הבהירתי להרהור כי מבחינה מקצועית אני מסכים למפגשים נוספים, ואם יהיה ככלה אני מבקש שיירשם כי הם בניגוד לדעתם. עובדות הרהור שקהלו את דעתם, ולאחר שהבינו כי אין שותפים לתהילך, קיבלו את עמדתו זו חד-משמעות.

כשבוע לאחר מכן אושפז אוראל עקב קוור נשימה. זאת לאחר שבכח - 12 שעות ללא הפסקה. ניתן לשער כי זו הייתה תגובה אבל מאוחרת. אוראל שחווה טראומה ממשמעוותית כל-כך, ניתק עצמו וגישת מעוצמת החוויה הפוגעת. המפגש עם דוח, הירוח Reminder לחוויה טראומטית של כוחותיו הנפשיים עבדו בכדי לפצל, לנתק, והניכחו אותהשוב. יחד עם זאת, יתכן ואירוע זה דזוקא העיר אותו מאותה הגנה

"הסבטה מעידה כי היא אינה יכולה יותר לגדל אותו, ו מבחינתה קצו כל הקיצים" סיפרה לי. בשיחה בצהרים הודיעה לי פקidot הסעד כי אוראל יוכל מחר בובוקר, ולא ביום שני, כפי שתוכנן, לאחר שעבר סדרה של בדיקות שרווא הילדים המליץ לאור האיחור התפתחותי שלו. שלוש שעות אחר קר התהשרות אליו שוב פקidot הסעד. "הסבטה אינה מסכימה יותר להחזיק אותו, אפילו לא עד מחר! הם הזמינים את כל בני המשפחה להגיד לנו שלום.... עוד שעתים, מקרים שלוש, הוא אצלכם".

שעת ערב מאוחרת, מונית עצרת בכניסה לבית פעמוני. כשמציגים פנימה, אפשר לראות את נג המונית, את פקidot הסעד והמוני שקיות. מתוכן מבצח וILD. פקidot הסעד מוציאה את אוראל, מחד עיניו פעורות לרווחה, מנגד הוא נראה מותש לחלוון. הוא יורד צמוד לקורקינט שלו. נג המונית מתפנה לפנונו את השקיות הרבות. "אוראל בא עם כל מה שיש לו... הוא עבר דירה" אומרת העוסית' בגון חנק.

אוראל יוד בזיהירות ואני מסביר לו כי הוא הגיע למעון שלנו, "יהה לך יום מaad קשה היום, נפרד מסבטה, מהധודים שלן, שמאד אוהבים אותך אבל לא יכולים לגדל אותך... ועכשו הגעת למעון שלנו, יש כאן עוד הרבה ילדים, כולל אנחנו מחפשים בית, עם הורים שאינם אוטם ושיכלו לגדל אותם, וכלILD נמצא הורים שוויו שלהם, תמיד. עד שנמצא הם גרים פה. עכשו גם אתה פה. ועכשו נתחיל לחפש גם לך אבא ואמא ובית". אוראל נותן לי את ידו. אני שואל אותו אם הוא רוצה לראות את החדר שלו ואת המיטה שלו. אוראל לא עונה, אך הולך איתי. כשהאנחנו עושים את דרכנו, אוראל מתקל במקל גשם מפלסטיק שאחד הילדים השאיר על הרצפה. הוא עוזב את ידי וטופס את המקל בשתי ידיים ומתהיל לסייעו אותו, הנהנה מהמראה המרגש של עיגולי הפלסטיック הצבעוניים שנופלים ברעש נעים של טיפות גשם. שוב ושוב. הילדים רצים לראות מי הגיע, מי השותף החדש לחדר השינה, לצבעוניים, לתשומת הלב. הם ניגשים אליו, אך אוראל אינו רואה אותם, הוא עסוק בשלו. הופך את מקל הגוף שלו ושוב. הוא ניגש לאחת מפינות החדר וושב שם, הופך את מקל הגוף שלו ושוב. אני ניגש אליו, מכיר לו את המטפלת של החדר שלו, הוא אינו מגיב. אני והמטפלת יושבים לצדדים, אני מספר לילדים עלי. המטפלת פונה אליו, ומ לטפת אותו בעיניות, מציגה עצמה ברכות. אחרי 20 דקות לערך, הוא מתישב על רגליה ומمسיר עם מקל הגוף, בלי להפסיק, שוב ושוב. אחרי חצי שעה הוא נרדם.

אני מתבונן בהאגנה האוטיסטית, בדיסוציאציה, ב-Freeze. חושב שציפיתי שיצרה שיכנס לכאנ, שיבכה, שיזורך עצמו. השקט זהה מזער... אבל בתוך הרעם הנוראי הזה, השקט היה המפלט היחיד.

מצבע בירור גנטו לבחון האם ישנה תסমונת שיכולה להסביר את האיחור. זו פרודוריה וגילה לפני אימוץ, אצלILD שומרה איחור התפתחותי שכזה.



חיפוי במאגרים של הורים פוטנציאליים, פעמים אףלו נדרש פרטום בעיתון. ההורים המאמצים מקבלים מידע מכך על הילד, עד אחרון הפרטים, לפני שמתחיל האימוץ: מבחינה

רפואית, פסיכולוגית, חינוכית, סדר ים וכו'....

אצל אוראל שערר סדרת בדיקות מוקפה, לא נמצא הסבר אטיאולוגי לאחור הניכר, וזה הייתה הסיבה המרכזית לעיכוב במסירתו. כשהנודעו התוצאות התקינות של הבדיקות הגנטיות, החלו חיפושים אחר הורים פוטנציאליים. לאחר כמה ימים, התקשרה אליו עובדת השירות למען הילד, נרגשת היא מספרת לי "מצאנו משפחה לאוראל". המשפחה עברה הערכה, ותוכננת להכנה לאימוץ בשירות למען הילד, ולאחר שסיבתה לילדיים עם קשיים חמוריים יותר בעבר, הסכימה לקבל את אוראל לחיקה.

הפגש הראשון תוכנן ליום א.

אוראל יצא הביתה

היצאה מבית המUPER לGitHub שמנוה ימים.

כשאני כותב תוכנית יציאה לאימוץ הילד, ברור לי כי זהו בסיס ראשוני בלבד, ורק להזמין את תגבות הילד והוריהם, החיבור ביןיהם והקצב המדרש. אוראל שהה בבית הפעמוני ארבעה-חודשים, והערכתי באופן גס כי די יהיה לאוראל בשמונה-תשעה ימים בכך לעשות "Fade in-fade out" מהמעון לבתו החדש.

חלק מהתוכנית הטיפולית שדר' מيري קרן ואני מנסים להפעיל בבית המUPER, הועברה העברת הילדים ממנהל הבית, הפסיכולוג, והעובדים הסוציאליים, לדמות שטפלה הילד בפועל. מי שגדילה אותו, שמכירה את צרכיו ויכולותיו, את שעונות השינה, את צורת האכליה, את האהבות והשנות שלו, את החולשות ונקיות החזק שלו, את אורך שהוא קם, את איך שהוא הולך לשון, במקום דמות צופה או אקדמיוסטראטורית. הדמות המטפלת היא זו שנוכחת בפגישות עם ההורים לעתיד, ממנהרה להם את הצרכים והיכולות, ומביאה את הילד מחדר לחיק ההורים ובחרה עד לעזבה הביתה. המטפלות שהוחבאו מאחוריו דלותות סגורות חלק ממדיות השירות למען הילד, נחשפו פעם ראשונה לאור פניהם של הורים.

לאחר שהודיעו לי ביום רביעי, כי אכן ההורים הגיעו ביום ראשון, התחלנו בהכנות. בnight תוכנית יצאה לאימוץ והדרכתי את המטפלות, במהלך זמן פתוח בחדר, כאשר אוראל וילדים נוספים ישבו לעבוד בעבודות יצירה, ישבנו לציחו, ויחד סיירנו לאוראל שמצאו עבורי משפחה מתאים. הסברנו לו כי סבתא-רחל ואמא-דנה מעד אהבו אותו, אך הן לא יכולות לגדל אותו, ולכן בקשו מאייתנו לחפש לו משפחה שתוכל לגדל אותו, וכך צאנו צאת. ההורים האלו מעד רצים את אוראל, סיירנו להם עליון, הראננו תמונות, והם שיר התאהבו, הם ישמרו עליון, והוא יהיה הילד שלהם לתמיד. סיירנו כי אמא-שרה ואבא-גבי, מעד רצים לפגוש אותן, ועוד כמה ימים נעלם למעלה – טניה רוני ואוראל ואט אט עד שהוא ירגע בנוח, אנחנו נהייה לציחו. סיירנו לאוראל כי הוא יפגש איתם,

אוטיסטית, ובכך יוכל להסתגלותו העתידית? אולי יש בכח תחילה של עיבוד אבל מאוחר, איך חשוב? המטפלות לא הצליחו להרגיעו. לא נראה סימנים של קשיים נשימתיים או פיזיים לפני התקף הבכי הארוך. למחמת חזר לבית עמוק.

אוראל חזר לבית המUPER, וימים קשים עברו עליון, הוא היה חולה, בכה הרבה, התקשה לתפקיד וכל הזמן רצה לשון. אך הימים חלפו, אוראל הבהיר, המטפלות סבבו סבבו, דאגו לו, ונראה היה כי לא רק הבריאות הפיזית חזקה אליו, נראה היה כי הנגען הרגשי, הטלולה הגדולה עברה במעט. הרגשנו שאוראל לומד להבין את חוקי המקום, מתחילה לנסות ולמוצאו חן, ומבחן כי בכדי לשרד עליון להיות נums יותר. אוראל התחל להרגיש יותר במקום, והמקום הרגש יותרthon וnoch איתינו. נראה היה כי אוראל עשה אדפטציה לעולם הזמן של בית המUPER, וSEMBחנה פסיכולוגית, התחל בעיבוד האבל על עולמו הקודם. הוא הבין כי המקום בו הוא שווה הוא תחנת בינוי ששומרת עליון, כמשמעותו לא יכולה להחזיקו, ושאנו מחפשים בעבורו משפחה. האבל על עולמו הקודם החל בטיפות קטנות של כאב שחדרו את השירון התפקודי שיטה, עד שנשבר הסכבר. לאחריו אוראל בסיעוד העבודה טיפולית המאסיבית, החל בעיבוד אבל מאוגן יותר. אוראל הראה שיפור ניכר בהתנהלותו והוא התמודד עם המיצאות המורכבות בצוורה גמישה יותר. אוראל פיתח קשרים עם ילדי הבית ועם המטפלות, הפגין יכולת מתפתחת לשתק פעולה, למשחק, למשחק משותף עם מבוגר, והנהה ממשחק עצמוני. כל אותו זמן ברור היה כי אוראל זוקק לסדר יום קבוע וברור. הוא הראה וגישה יתר לממה שקרה מסביבו, לכל תנועה ושינוי וכל עזיבה קטנה לחדר של מטפלת, נתפסה בעינוי כפרידה סופית, ولكن חשוב להטרימה.

במקביל בכל התקופה, ומכניסתו של אוראל לבית המUPER, היתי נפגש עימו פעמיים בכל שבוע, לתרפיה במשחק המכילה רפלקציות רבות והסבירים על מצבו ותמלול הנרטיב שלו חיו. במשחקים סימבוליים מראה אוראל הינה ברורה לנצח, הוא בוחר דמיות ומפנה אותן בשמות – סבתא, אמא, אוראל, האב נעד. בסיפורים שלו, אוראל אינו שומר, ישן בחדר מחוץ לבית, באורווה ושורדים אותו בעת שמכינים ארוחה משותפת. באחת הפעמים העלה אוראל את דמיות האם והסבטה על הבית וזרק אותן למטה. הגבתי בבהלה, "מה קרה להם? הם נפלו, זה כאב להם מאד". אוראל צחק בצחוק גדול, והזיר על קר שוב ושוב, נהנה לראות את תגובתי ואת השיקוף על הкусם שלו, שעצבו אותו.

אוראל מוכן לאימוץ.

מפהת גילו והאייחור ההפתוחותי שלו מוגדר אוראל כילד בעל צרכים מיוחדים, על-פי השירות למען הילד. מכיוון שכר, תוך האימוץ שלו שונה באופן מושמעות מאמוץ של ילד בן יומו. אם ילד בן-יומו תוך האימוץ בארץ הוא שבע שנים לעיר, עברו ילד בעל צרכים מיוחדים פעמיים רבות דרוש

באוטו זמן, מנהלת הבית ואני ישבנו לפגש את ההורים. שמעתי אותם, את הפחדים, את הכהנה, את המחשבות, את התקויות ואת הפנטזיות. תיארתי להם את אוראל, את יופיו, את כישורי, את המורכבות של המקרה שלו, את הרקע התפתחותי, את הרקע הפסיכולוגי, את החששות והתקויות. ביקשתי מהמטפלות לעלות ולספר על אוראל, הן נתנו את החוברת המתארת אותו, קראו, סיפרו, בכו, נישקו, לחצו ידיים.

לאחר שעיה קלה, ההורים המתרגשים היו מוכנים לראות את אוראל, ביקשתי את המטפלות להוציאו החוצה לחצר. אוראל, שהסביר לו מראש כי עוד מעט יפגש את אמא-שרה ואבא-גב, ניגש למתקן המשחקים בהתחבות, נהנה מתשומת הלב של המטפלות. ההורים הסתכלו מלמעלה, מסתכלים על הילד שהולך להיות הילד שלהם, בוכים, מתרגשים, מתחבקים. לאחר כמה דקות, ירדתי למיטה, והסבירתי שוב לאוראל את המצב ואמרתי לו שאני הולך לךו לאחורי. אוראל הסתכל, בחן זהירות, לכיוון המדרגות. הביט בהוריו שווודים במדרגות לעברו. אוראל המתין בסבלנות, מתחה להבין, הם ניגשים בזירות. אוראל נצמד לטניה ואומר "לא רוצה". אני חזר ומרגע, מסביר שהוא לא הולך היום, שההורים שלו רוצים להכיר אותו. לאט-לאט. הביטוי הזה לאט-לאט ועוד להרגע את כלם, את אוראל, את טניה, את ההורים ואוטו.

לאט-לאט, ההורים מתקרבים, מראים לו מכונת צעצוע שרכשו בעבורו, צוזו שהמלצת עלייה מראש, שעושה הרבה רעש, דומה לו שি�נסה בחדר הטיפולים שלו ואוראל מאד אהוב. אוראל מתקרב, נוגע, מתענין, ההורים מתקרבים בזירות.

כמה דקות אחר כך, בתוך המתקנים בחצר, ההורים רצים ומשחקים אוטו, אוראל מתהבר במרירות לאב, משחק איטו ב"קו-קו", נהנה, צוחק, שמחה. לאחר כשעה ההורים נפרדים, מבטחים לחזור מחר, אוראל נפרד בקהלות. וחזור לחדר.

באוטו ערב, כמה שעות אחר כך, אני רואהשוב את אוראל על ארבע, אני ניגש אליו, יושב, מרגע, עושה קצת מסאג', משחף את הפחד, אנחנו מספרים זה להה בתנועות ידיים את חמישה בלוניים. אוראל נרגע, וחזור לפעילויות הקבוצה. בלילה לא נראים קשיים בולטים, גם לא בשינה. נראה כי המילים המסבירות, המציגות הנעימה, מאפשרת את הרגעה.

ימים אחריו, מפגש נסוף. המטפלות מדוחחות כי אוראל מגיב מצין. לא נראים קשיים מיוחדים, ומiams ליום הוא מתמלא בכוח, גאה מול חבריו, בטוח יותר במשחק, אוכל טוב, נהנה במפגשים, משתף פעולה בטיפולים, בוכה פחות. ואחר כך עוד يوم עבר, כל יום הזמן מטארכים, השהות עם ההורים הופכת אינטנסיבית יותר, טניה נשארת מאחור, צופה כמעט.

ביום הרביעי, אני ממילץ לנסوت לצאת לקנות גליה, יחד עם טניה. אני מכין את אוראל, ומסביר כי הוא ייחזר ל"מעון" אחר כך, שהוא הולך לנסוע באותו של אמא ואבא, הם ייסעו לאכול גליה וייחזו לבאן, הסבירתי לאוראל כי רק עוד כמה ימים יצא לבית שלו, רק כשהוא יהיה מוכן וירצה. אך ברגע האמת,

כשהמטפלות איתו, עד שירגיש נוח שהוא יכול לעبور מ- "המעון", לבית שלו, למיטה החדשה שלו, לחדר שלו, לבית שלו. נהיה איתו כל הזמן, גם כSibling בביתה, נחשוב עליו ונאהב אותו. אמרנו לאוראל שאחרי כמה ימים, שירגיש בನוח, ליר לבקר בבית שלו, ובסוף בסוף יגיד שלום לכל הילדים ב"מעון" ויצא לבית שלו ל תמיד.

אוראל פתח את עיניו, גמע בשקיקה את המיללים, מי שהיה במקום המယוד והמורכב הזה שנתקרא בית הפעמונים, מכיר את העיניים האלו, עיניים גומעות, נפערות. בעיניים האלו יש תקוות גדולה, יש רצון בקשר, בתשומת לב, במקום איש, בבהלה למה צופן מחר. בעיניים האלו מבוטאות הרגשות של הילדים המדברים והלא מדברים. קלישאת העיניים המדוברות נשמת ובועטת אצלנו.

אוראל פתח עיניים גדולות, חיר בבהלה, בביישנות, בחן את המטפלות ואוטו ניסה להבין מה צופנות המיללים הללו. אני מנסה לפשט, להרגיע, חזר. אוראל מחיר, קם מהכסא, ואומר "כדור", הוא מבקש לשבת לשחק עם שאר הילדים. כאלו הולך לעכל את המיללים, להראות לנו שהוא עוד לא מוכן, שהוא מרגיש נוח עם קבוצת החברים, האחים המתחדפים שלו, במקום המזר הזה. ביקשתי מהמטפלות לחזור ולהסביר לו שוב ושוב, לצד הילדים, להסביר גם להם.

שתי המטפלות המרכזיות של אוראל, טניה ורוני, התרגשו מאד, יחד ישבו לכתוב להורים את יומנו של אוראל – בו תיארו בפרט פרטיהם את צרכיו של אוראל, מהחלקים הקונקרטיים ועד לחלקים הרגשיים. אני הכתני את הדוח הפסיכולוגי, צורפתי את הדוחות של המרפאה בעיסוק וקלינאיות התקשרות, והתקוננתי נרגש למפגש ביום ראשון. הרגעים הראשונים האלו, שההורים מגיעים, שהילד רואה אותם בפעם הראשונה, הרגעים הללו הם בעלי עצמות חזקות, הידועה כי הן נזכרות בזיכרון האנשים, צורבת את הזיכרון שלג גם כן.

ביום ראשון, הגעתי כמה שניות לפני המפגש הראשון עם ההורים. מצאתי את אוראל על ארבע במרכז החדר, מתגעגע, דקוק ארכות, שקוע בעולמו לא מוגיב לקורא מסביבו. אותו האחורה, שחלפו שבועות ארוכים מאז ראייתו אותו בפעם האחרון, מזע שיפרנו לו כי הוא הולך בביתה. אוראל חרד לעתיהו, מוצף, העולם נעל והוא נעל אחריו, מנסה להבן.

ישבתי זמן ארוך עם אוראל, החזקתי אותו ישב בין רגלי, שיקפטה לו את החדרה ואת הפחד. סיירתי לו שוב על הוריו החדשים, על החדר שמצפה לו, הבטחתי לו כי ההורים האלו הם לתמיד, והם ישרמו עלי. אוראל נרגע, קם ובקש מכך בחולקי-מלחים, לחזור אחרי הסיפור שהוא אוהב "חמישה בלוניים", הוא ביעיר אהב את החלק "בלון התפוצץ... הבלון נקרע". אז עשה תנועות עם הידיים, כאלו הוא הופך את הבלון, עשית גם אני את התנועות, אוראל צחק ובקש עוד, ישבנו דקוקת כר ארכות.

בחחת נכנס לישון, בשתיים וחצי קם, אכל צהרים, הולבש בגדיםifs, יצא לפגש את הורי.

אותו, שיגנו עליו. הוא רוצה שיראו לו כמה הוא חשוב להן, הרי הוא הנסיך של היום. הכל מסתובב סביבו, כולם מლטפים אותו, מחביקים אותו, מסתכלים עליו, מנסים לקרואת את תגבותיו. למרות הבכי, אוראל נרגע במהירות, הוא מחויר, מתרחש, מוחזיר מבטאים, בודק את הבוקרים אותו. מאותת שהוא בסדר, שהוא מוכן.

בצהרים, מגיעים ההורים ואחיו מתרגשים ונרגשים. אני יושב איתם שוב למשר שעה, מסביר, מדריך, שואל, עובר שוב על החומר, מבヒר, משקף, מחזק. אני שואל את האח עם הוא רוצה לראות את חדרו של אוראל, את המקום שבו בארכבה החדשים האחוריים. ניר, יוד איתי למטה, אוראל אוכל צהרים, מתכוון לקרהת המפגש, לקרהת היציאה הביתה. אוראל רואה את ניר ורץ אליו, קופץ אל ידו הגדולה. המטפלות מזילות דמעה, שמחות. יחד הן מלויות את אוראל, אוראל אומך שלום לכלום "בי-בי", הוא אומר, ככל נוטנים לו נשיקות, חיבוקים, הוא לא יוד, לא עוזב את אחיו הגדל, אני שולח לו נשיקה, ועושה לו את הסימן שעשינו מחמישה בלונים, הוא מסתכל עלי. מחייב חירות גדול, מאושר. המטפלות מלויות אותו לדלת. אוראל הלך הביתה.

לאחר כמה דקות בחצר, אוראל מסרב "לא רזהה", הוא אומר ונצמד לטינה. אני מבקש מההורים לעצור, להיות עוד בחצר, לאחר חצי שעה נוספת בחצר, האב שואל אותו שוב... אוראל מושיט את ידו על האב, יחד הם הולכים. אוראל מביט לאחור, לכיוון המעוון, וממשיך ללכת.

מפה והלאה הדברים "זרומים", يوم אחר קר מגיע האח, ונפגש גם הוא, כמה שעות אחר קר הם יוצאים לבלוות שוב בחוץ. הפעם בלי טניה. יום לאחר מכן, הם מגיעים בובוקר ויוצאים לבית של אוראל וחוזרים בעבר, יום שבת גם כן. במשר כל התהילה אוראל לא מראה התנהגוויות מדאיות כלשהן, לא נראה תחזקות או חזרה של דפוסי עבר. במצאי שבת עשו אוראל מסיבת פרידה, יחד הילדים עושים עבודות יצירה לאוראל, לשים כדורי שוקולד, כשהמסר שאוראל הולך להורי החדשים נאמר ומובה. מסיבת הפרידה היא לקרהת מהר, בה אוראל יגיד שלום וילך יחד עם המשפחה שלו החדש, 아마 שרה אבא-גביה, והאחים-ניר, לבית שלו החדש.

בימים הראשונים בובוקר אוראל מכין את דבריו, יחד עם המטפלות, דבריו נארחים בשקיות. אני נזכר בשקיות שהגע איתן. אוראל לא רגוע, הוא מאד נרגש, הוא בוכה מכל חטיפה והצתקה של הילדים, הוא רוצה שהמטפלות יראו לו עד כמה הן אהובות



תמונה אילוסטרציה

לודע פליק אדית

ניצה אריה

עם קבלת פרט חינוך על מועל חיים מטעם אורט, ישראל,

יוני 2009

ראיינה: צילה טנא

גישה חדשה בהתייחסות לתלמידים אלה במערכת החינוך. חלק מהשיטות, התהlications והכלים שפותחו במרכז בשיתוף צוות בין-מקצועי, הפקו עם השנים לנחלת הכלל.

ב- 2003 פיתחה במסגרת עובודה במרכז לכישורי למידה את "תוכנית התקווה והמצטבציה" בשיתוף פרופ' מלכה מרגלית. התוכנית מבוססת על הידוגמה של הפסיכולוגיה החיבורית אותה ניצה חוקרת ומיימנת במסגרת הארגונית, טיפול משפחתי ועובדת הפרטנית.

חזון אישי: מאמינה כי בתוך מערכות קיים כוח אנושי רב שבו ניתן מבחן ומואגן. חשוב להוות ולאטר אותו ולתת לו משמעות אישית וארגוני. רואה חשיבות לבניית מודלים חינוכיים וטיפוליים מובנים לפיתוח תקווה ומוטיבציה לצורך לבניית הנעה פנימית אצל האנשים להשגת מטרות ולפיתוח משמעות בעשייה.

בעשור האחרון עוסקת ניצה בלמידה ובישום עקרונות הפסיכולוגיה החיבורית בתחום החינוך ובתחום הטיפול בפרט ובמשפחה.

עיסוקים נוספים: פעילה בארגוני נשים, מתנדבת בפרויקטים הקשורים לשדר לganת הסביבה, אומנית פסיפס. מגדרת כרם זיתים במשק המשפחתי.

מצב משפחתי: בגיל 57, נשואה לנינו – בכיר בתעשיית ההי-טק. יש להם 3 ילדים בוגרים, שניים מבנות ובן. גרה במושב בית יהושע בשרון במשק חקלאי.

עיסוק מקצועי: פסיכולוגית חינוכית, מומחית בכירה, מטפלת זוגית ומשפחתית מוסמכת, מומחית ללקויות למידה, מאמנת אישית בדגש על העצמת נשים מאוכלסיות חלשות. **ניסיון בעבודה:** בשנת 1977. החלה את עובודה בשפ"ח גבעתיים, שם סיימה את מסלול ההתקשרות החינוכית. ממשיכה להדריך עד היום בשפ"חים שונים ברחבי הארץ.

משנת 1980 עבדת בראשת אורט בהדרכה ובהקניית אסטרטגיות התמודדות למנהלים ולסגל ההוראה. רשת אורט מונה 170 מוסדות חינוך בהם לומדים כ- 100,000 תלמידים. כיום עוסקת באורט בהנהלה ובהעצמת ראשי פרויקטים ביום ובהבניה של תהליכי חיובים. הפעילות כוללת בין היתר הדריכה וחינכת ראש פרויקט לפיתוח ולישום מודול התערבות בית ספר עבר נוער בסיכון בבתי הספר המקיים של אורט.

פרויקטים מיוחדים: יזמה, הקימה וניהלה באורט במשך 1994 את "המרכז לכישורי למידה" בו פיתחה מודול מערכתי בית ספר לאיתור, אבחון וטיפול בתלמידים בעלי לקויות למידה. בכר הקנתה ידע להנחות ולצוותי החינוך בתחום זה ואלו קיבלו עליהם את האחריות לטיפול בתלמידים בעלי לקויות-למידה. המודול השפיע על עיצוב

הקרן על שם אדית פליק

Edith Falik Foundation

ברצוננו להביא לידיут ציבור הפסיכולוגים הקליניים והמתמחים בפסיכולוגיה קלינית מידע בנוגע לקרן המלגות על שם אדית פליק, הפעלתה כבר 4 שנים.

הנהלת קרן מעניקה למתמחה בפסיכולוגיה קלינית מלגה למשך שנות התמחות, במידה שיתקבל להתמחות במרכז לבריאות הנפש על שם אדית פליק בפתח תקווה.

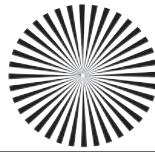
בפרוס שנות תש"ע מלגה זו הוענקה למתמחה שנבחרה לעבוד במרכז על שם אדית פליק. ניתן לפנות אל המרכז בבקשת מלגה בחלוּך תקופת ההתמחות הנוכחית.

المלאות הינה הנצהה לזכר אדית פליק, פסיכולוגית דוגלה, אשר הקימה וניהלה את התחנה ליד, לנוער ולמשפחה ברחוב ארבעה בתל-אביב.

הנהלת קרן:
ד"ר מיכל אלעזר טל': 03-6474578
סילביה זיגלזוקס, רבקה אלוני



ניצה אריה בעמד הענקת הפרס.
תמונת מתוך האתר:
<http://www.ort.org.il/articles/?item=168469017>



דמיון כטיפול לטראומה פשוט:

**מודל SEE FAR כבסיסן לסביר הסבר חליפי לאפקטיביות של טיפול בפוסט-טראומה
באמצעות קלפים טיפולים בנסיבות הפנטסטית**

■ מולי להד, מיקי דורון, עפרה אילון, נירה קפלנסקי, דימיטרי לויין

טראומה نفسית והשפעותיה המאסיביות על הגוף והנפש עתיקה כימי האנושות. כאשר אנחנו קוראים על אשת לוט המסתכלת אחרור ורואה את הרס, הדועה ואת עשן הקיטור העולה מסדום והופכת לניציב מלך – "וַתִּבְשֶׂבֶת אֲשֶׁתֽׁוֹ מֵאָחָרָיו; וְתַהַנְצֵבּ פָּלָחָ". (בראשית יט, כו) – לפניינו דוגמא לשיתוק ולקייאון בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי. עם זאת, עדין רב הנסתור על הנגלה בהבנתנו; כיצד החשיפה החד-פעמית (כמו גם הרוב-פעמית), לאימה שמעבר למילימ, הופכת אנשים למבוקעים שיום ולילם רודפים במראות קשים, כמוון בספר דברים כח, סו – "הִיּוּ תְּנִיעַתְּלָאִים לְכָמְגַדְּ וּפְמַקְתַּף לְלִיהְ וּוּלְמָם וְלֹא תָּמְאִין בְּתִיכְךְ".

רבים מהנחשפים לאיירועים טראומיים סובלים מאוחר יותר מתחסנים שונים בرمות אלו ואחרות. רובם הגדול מחלים באופן ספונטאני, אך יש כאלו אשר סבלם הופך סבל קשה מנשוא ומתאים לקритריונים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) –. מבין ההפרעות הפסיכיאטריות שמתפתחות אחרי חוויה טראומטית, ה- PTSD הנה הנפוצה ביותר. ב- TR-IV-DSM, משתייכת ה- PTSD לקבוצת הפרעות החדרה, ועל פי מחקרים שונים היא מופיעה בקרב כ- 7%-8% מהאוכלוסייה במדינות המערבית (Kessler et al., 2005). כמעט מחצית מהאנשים שלקו ב- PTSD ממשיכים לסבול מהסימפטומים לעיתים גם יותר מעשר שנים אחרי האירוע הטראומטי (Green, 1990).

كيف ניתן לסייע לאנשים אלו?

במשך שנים הייתה תחושה שאין מזר אוין פתרון למי שסובל מטראומה ונפשית חריפה. בעודו האחורי התರחשה פריצת דרך כאשר נמצא שיטות טיפול ייעילות, המאפשרות להקל ואף לגרום לחילך משמעותי מהאנשים להירפא מרוב התסמים (Bisson et al., 2007).

חשוב להציג כי טרם ומצאו מזר לכלי כאב ופתרון לכל הסובלים מתחסנות פוסט-טראומטית. מטרתו של המאמר הנוכחי היא להציג מתודה חדשה ובუיקר ניסיון תיאורטי להסביר ייעולתה. אין כאן התרסה או ניגוד לשיטות הייעולות והמכוראות. יתר על כן, יש, לדעתנו, מקום לשкол שימוש מוקדם בחשיפה ממושכת – PE (Prolonged Exposure) או ב- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Foa, Doron & Yadin, 2006) (Shapiro, 1994). תוך התאמת השיטות הללו למוטופל, לרקע ולתרבותו. חשוב להציג כי מדובר זה אכן מנגד לאף אחת מהגישה המזוכרות לעיל. יחד עם זאת, הפרטוקול המוצע הנה ניסיון לענות על כמה חסרים במודלים אחרים, להציג תובנות חשובות ולארגן את המידע הקיים בתחום בצורה שונה.

ראשית נציג את השיטה והרצינול שלה.

SEE FAR CBT פרוטוקול – (Lahad & Doron, in press) שימוש בקלפים טיפולים לשם השגת החלמה בנסיבות המרחב הפנטסטי.

פרוטוקול SEE FAR CBT מאנגד בתוכו מספר תחומים:

גוף וזכור הגוף: ההתקדמות היא הן בכוחות הטמונה בגוף ובזיכרון הגוף והן ביכולת של החוויה הגופנית הסובייקטיבית להיות מדוחת דרך הגוף בצורה אוטונומית. העוררות הגופנית המאפיינית את הסובלים מפוסט-טראומה והמתורגמת על ידיהם כ"פחד מהפחד" היא עוד סיבה לשימוש במתודות גופניות של שליטה וויסות גופני. החוויה הסומטאית – SE (Somatic-Experiencing)

פרופ' מולי להד, נשיא ומיסיד מרכז משאבים, החוג לפסיכולוגיה המכילה האקדמית תל חי. מיקי דורון MHA MA, מייסד ומנהל מכון מיטן, תל השומר. ד"ר עפרה אילון, מייסדת ומנהלת מכון נוד, טבעון. ד"ר נירה קפלנסקי, לשעבר המנהלת הקלינית של מיקוד, ייחידת הטיפול בפסיכותראומה, מרכז משאבים, קריית שמונה. דימיטרי לויין, מרכז משאבים קריית שמונה.

שהמצוקה שלו עולה לרמות בלתי נסבלות הוא מזמן להפחית עוררות תוך מיקוד בקהלפ, ואך לשוב לתהיליך הטיפול. השלב הבא כולל בדיקה של התנהוגיות ההימנעות של המטופל ובנויות הירארכיה לשם התנסות במציאות.

בשלב הבא מתנסה המטופל בהעתמאות עם זיכרונו בלתי נעים/קשה, בחוויות שליטה בעוררות ואף בהפחתה שלה על ידי תהיליך של דה-סנטיציה, באמצעות בחירה של קלף המציג את אי הנוחות. כתוצאה מתנוועה בין דמיון המוקם הבטוח לקלף שכמייצג מצוקה, מושגת הקהית חרדה. כמו כן, המטופל מזמן לגייס את המציאות הפנטסטית לשם הפחתת העוררות (על ידי הוספה "קלף מגן" לתהיליך).

בשלב האחרון של הטיפול, המטופל מתרגל עם המטופל, סייפור-חדש של האירוע הטראומטי במציאות הפנטסטית, באמצעות השימוש בקלפים טיפוליים. בשחוורים אלה המטופל מתבונן באירוע הטראומטי המוצג על ידי מספר קלפים, ומספר את סייריו שוב ושוב. בהמשך הוא מוציא או משנה את סדר הקלפים ומוסיף קלפים המציגים מושאלת אילו. ככלומר, קלפים המציגים דברים או אנשים אשר אילו היו עמו באירוע, היו מסיעים לו מבלי לשנות את תוצאות האירוע. לאורך כל פגישות הטיפול (כ- 8-12, בדרך כלל) המטופל ממשיך לבצע התנסויות במציאות. סיום הטיפול כולל סיכום והערכתה של התוצאות.

לטענתנו, SEE CBT מציעה מיקוד שונה בתreatment בטראומה, וכך מודל הטיפול שונה, כאשר מושם בו דגש על

שלושה אלמנטים חדשניים:

1) הגירוי הויזואלי שלחשורתנו מעורר אקטיבציה של הקורטקס הויזואלי
2) עדמת התצפית הידועה כ"יריחוק אסתטי"
3) היכולת להציג אלמנטים חיוביים של העצמה וחשיבה

משאלתית (Wishful Thinking) במציאות הפנטסטית

למרות שהעקרונות המונחים בסיס המודל שלנו דומים

לשיטות מהן שאבנו, ישנו הדגים ייחודיים ולדעתנו מהותיים

בשיטת:

התחום הנירופיזיולוגי

1. טראומה היא בעיה של עיבוד זיכרון (McNally, 1997). בעיה זו מתבטאת בדמיון – המטופל מגדין שAIROU עבר מחרדים חוזרים בדרכים שונות ומטידים אותו, תוך שהוא חווה תחושת סכנה ואימה.

2. בדיקת אזרוי המות הפלילי, במהלך היזכרות באירוע טראומי, מצביעה על פעילות מוגברת של הקורטקס הויזואלי (Visual Cortex) ושל האזורים הלימביים (בעיקר אמיגדלה והיפוקמפוס), על פעילות נמוכה באזוריים קדמיים עליונים של הקורטקס ועל פעילות מוגברת באונה הימנית Ledoux, 1996; Hendler et al., 2003; Gilboa et al., 2003). מכאן טראומה היא אכן "אימה שמעבר למיללים" לדברי ואן דר קולק (Van der Kolk et al., 1996), וכছו, הדריך להגעה אליה היא דרך הגוף ובמציאות הדמיון.

mbosset על שיטה ממוקדת ב"זיכרון הגופני" (Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996 ; Rothchild, 2003; Levine, 1997).

השימוש בקלפים: כדי להגיע למגע עם המציאות הפנטסטית, אפשר שימוש בקלפים למוחב ה- 'אילו' לשנות, באמצעות ה- 'אילו', את הבלתי ניתן לשינוי. שחוור במרחב הפנטסטי ומiquid בנסיבות בעולם המציאות, תוך עידוד של המשגות ותובנות במהלך הטיפול, הם מסד חשוב להליך מהשיטות הקוגניטיביות-התנהוגיות. **טור שימוש בטכניות נרטיביות, ויזואליות וסנסוריות**, מותאפשרת גישות למוח הויזואלי – למקום היקבאות החוויה – וכך ניתן לאפשר חוות שליטה ושינוי של מה שנתקפס כבלתי ניתן לשינוי (מודל המציאות הפנטסטית, חד, 2006) – FR – Fantastic Reality; Lahad, 2005) – מודל זה מעוגן בגישה של וויניקוט, גיניגס, לנדי, וונשען גם על עקרונות Winnicott, 1971; Jennings, 1994; Landy, 1996; White & Epston, Cognitive-Behavioral Psychotherapy (CBT), הפרוטוקולים של הטיפול הייחודיים להן ובעיקר אלמנטים של – Prolonged Exposure (PE), (Foa et al., 1998; Ellis & MacLaren, 2009, al.) – התנסות במציאות ו切换 בדמיון.

המודל נבחן בעבודה עם מטופלים הסובלים מהפרעה פוסט-טריאומטית בעקבות אונס, אלימות במשפחה, שוד, טהור, מלחמה ופעילות צבאית. עד כה השתלמו מאות מטופלים מישראל ומהעולם בשיטה. במחקר נטוליסטי, בקרוב נבדקים בוגרים שבסלו – PTSD בעקבות מלחמת לבנון השנייה, נמצאה שיטת הטיפול עליה באotta מידה כמו EMDR, עם עדיפות קלה בהמשך השיפור לטובות SEE CBT בבדיקה המנקב, שנה מאוחר יותר מנוספים מיעדים על תרומות השיטה להפחיתה בסימפטומים של פוסט-טריאומה עד לרמה תת-קלינית בקשר ילדים (Lahad, Farhi, Leykin & Kaplansky, Lahad, Farhi, Leykin & Kaplansky, 2009). מחקרים נוספים נמצאים בשלבי ביצוע שונים.

שלבי הטיפול: הטיפול מורכב ממספר שלבים. בשלב הראשון מתבצע ראיון אינטיקי עמוק בשילוב הערכה ואבחנה של PTSD. השלב הבא כולל פסיכודזקציה – הסבר של תופעת הפסיכודזקציה – מלואה בדין אוזות תגבורות שכיחות וסקירה של הגישות הטיפוליות הנכללות בשיטה (SE, חסיפה במציאות, סיפור מחדש באמצעות קלפים במהלך הפנטסטי ועובד קוגניטיבי). לאחר מכן, נערכת הסכמה הדידית בין המטופל והמטופל לגבי הנסיבות הטיפול ובה מוסכם החוצה הטיפול. בשלב הבא המטופל לומד טכניקות של הפחתת עוררות והירגשות. המטופל יוצר בשלב זה מקום בטוח, על ידי שימוש בקהלפ (בסיסת הקלפים הטיפולים הפרושים לנגד עינו), ומתרgal קישור של הדמיון עם חווית הרפיה או רגעה. גירוי זה יאפשר למטופל עיגון חיצוני בדים מיREG, אשר ישמש אותו לאורך כל הטיפול. בכל פעם

כשהמתופל מtabון בפתרונות הטיפוליים, מאפשר למטופל לחוות את הטרואמה מחוץ לו, להיות "צופה בדrama של חיים" ולחוות אקסטרנלייזציה (externalization) או ריחוק אסתטי המאפשר לו להיות בשליטה.

11. הזאת הקלפים, בשונה מזכרון קפוא ומוחלט, מאפשרת התבוננות אקטיבית באופציות נוספות לטיפור הטרואומי ובחינמת הקונקרטיבית תוך התבוננות בסדר החדש.

12. "צילום" סיפור הטרואמה בתוספת קלפי העצמה וה"אילו", מאפשרים קטלוג זיכרון חלפי באותו מקום במוח בו שמרו התמונות של הטרואמה ובכך להוות גירוי מתחנה לאופציה "האחת והיחידה".

להלן נדון במרכיבים הללו תוך התיחסות תיאורית ומחקרית אליהם.

"מציאות פנטסטית" או כוח המרפא של הדמיון

הדיון על הפוטנציאל האלומ'ם בדמיון וברכיביו להגדירה עצמית, התמודדות עם פתרון בעיות וشبירת מחסומים, אוזכר בספרות המדעית לא מעט פעמים וקיבל התיחסות מעמידה בהקשר ההתקחותי, הפסיכולוגי והחינוכי (כהן, 1996; שורצמן, 2007; Duffy, 1998).

בשעות משבר וכנהן גוזלה עומדת לרשומות המנגנון הזה, המאפשר להינתק (זמןית) מהairoו הנורא שיש בו סכנת חיים. ההינתקה הזה מוכרת לנו מותך דיווחים של קורבנות אונס ושל ניצול אסונות טראומטיים, קורבות עוניים, שבויים ובני-ערובה, המספרים על הניתוק המופלא הזה הדיסוציאציית – בשירות ההישרדות. "אפשר לראות במצב התודעה אלה את אחד מחסדי הקטנים של הטבע, הכוון כלפי כאב קשה מנשוא... מצבי התודעה המנותקתים דומים לטרנס הפנומי. כמהו הם נקרים בויתור על פעולה רצונית, בהשעת היזמה והשיפוט הביקורת, בריחוק סובייקטיבי או שלוויה, בתפיסה מוגברת של דימויים, בשינוי בתחששה הקוללים קלות חושים ואנגליה (אל-כבב) ובעיות המציאות, הכלול נתק מון העצמי, נתוך מן המציאות ושינוי בתחששת הזמן" (הולגדר אצל הרמן, 1992, עמ' 62).

"המציאות הפנטסטית" היא הקשר בין יכולת האינסופית של הדמיון היצירתי לברא תמנות עולם, רציה או נדרשת, לבין הפעולות לפתרון בעיות למציאות בכוחה המשותף של הטיפול. המציאות הפנטסטית היא מרחב ה-'אילו'; אותן מרחב בו הכל יכול והכל אפשר. למציאות זו אין שליטה שלושת חוקי המציאות המציאות: זמן, מקום ותפקוד. למציאות דברים יכולים להתרחש רק בזמן מסוים, במקומות מסוימים, ועדי שהופיע בה יהיה בתפקוד מסוים, אם כי ישנים מצבים בהם מצינו האדם בכפל תפקודים יותר, אך דבר זה נכון בדרך כלל למציאות כעומס או מועקה ומקשה על התפקיד. למציאות הפנטסטית ניתן לכזב את הזמן, להריחבו וארקם התקיימויות בו-זמןית מוחב המציאות (חדר הטיפול) ומקום יכול להיות בו-זמןית מוחב המציאות (חדר הטיפול) ומקום קיטום אחר. מקום זה יכול להיות בפנים (ארמוני, לדוגמא) או

השימוש הלא מובגן, ללא התיחסות תיאורית, שעושות שיטות CBT שונות בדמיון

3. הטיפול הקוגניטיבי ממוקד הסימפטומים, שנמצא יעל Seidler & Wagner, 2005), מסביר את עילותו במטופלים פוט-טראומטיים של זיכרון, אך משתמש לשם כך, למעשה, בדמיון (ambil' להסביר את היעילות של שימוש במנגנון זה). ניתן לראות זאת הן בחשיפה ממושכת בחלק של השחזר בדמיון, והן ב-

4. מודלים קוגניטיביים-התנהגותיים לטיפול בהפרעה הפסיכו-טראומטית מצבעים על חשיבות השחוור הכרונולוגי והחזרה לקיום משימות יומיומיות במצבאות. כמו כן הוכחה חשיבות הדין והיחס של משמעות לארוע על ידי הנפגע, בהתאם להבנתו ודיעותו בעת או אחרי התרחשות הטרואומה (Foa et al., 2009).

5. חשיפה הממושכת ולשחזר יש ערך משלו, בעיקר במעבר מזכרון רגשי לזכרון מולולי או מזכיר אימפליציטי (Implicit) לזכרון דקלרטיבי-אקספליציטי (Explicit) (Foa et al., 2009). יחד עם זאת, טיפול המתמקד ב的日子里 בלבד, מתמקד, למעשה, בתוצר הסופי' השינוי על חשבו ההחיהה של החוויה הראשונית בכלים שבאמצעותם היא מקודדת, היינו בעזרת הגוף והדמיון, מה "שכנועם למילוי".

הדגש הייחודי על הכנסת חיوت משחק לטיפול הנוכחי

6. מטופלים פוט-טראומטיים נמנעים מלשחק מכיוון שהם ניצבים מול משימה מתמשכת של עמידה על המשמר כנגד הסכנה שביברנו הפולש. עובדה זו מזינה אותנו ללמד אותם לרכוש מחדש יכולת משחק.

מיקוד בשיליטה לכאהורה ובהעצמה באמצעות הקלפים הטיפוליים והדמיון

7. מאחר ומטופלים פוט-טראומטיים מרגשים שאין להם בחירה ושביברנו הטרואומי שלוט בהם, מהות השיטה הנווכחית היא לסייע להם למדוד שליטה ובחירה.

8. למטופלים פוט-טראומטיים יש שברי סיפור (& Ehlers, Clark, 2000) ; השימוש בקלפים טיפולים כירוי לטיפור הטרואומה מאפשר אט-אט לפרטים להשתחרר לטיפורם שלם באופן קוהרנטי.

9. מטופלים פוט-טראומטיים תופסים את הטרואומה כסיפור אחד ולא אפשרות נראות לשינוי (Walter & Bala, 2003). השיטה הנוכחית מגישה אותן עם האופציה לספר מחדש (Re-Narration) את סיפורם באופןם שונים ובעיקר בדרכים המאפשרות העצמה (Empowerment).

המהות הטיפולית של צפיה מבוחר

10. כל השיטות המוכרות מחייבות את המטופל לשחזר אתairoו חשיבותית או חזותית תוך שהוא מתבונן פנימה בזיכרון (Foa et al., 2009). השימוש בשחזר חיזוני,

מנבאת סיכון גבוה להתקפות PTSD. (לפי טענתם Acute Stress – Reaction – יפתחו PTSD).

מאוחר יותר, ברוקס ושותפים (Brooks et al., 2009) הציעו שני גורמים לדיסוציאציה פרי-טראומטית: מודעות חלופית ודראליזציה (הפרעות בתפיסה הסובייקטיבית והאובייקטיבית). הם גילו כי גורם הדראלייזציה בלבד ניבא תגובה דחק חמורה, וסימפטומים של חרדה ודיכאון בקרב נפגעים טראומתיים.

קפלנסקי בדק קבוצת נבדקים שעברו "חוויות כמעט מוות" (NDE – Near Death Experience) (Greyson, 1980; Stevenson, 1980, &.). האנשים בקבוצזה זו נחשפו לאירוע מאים-חיים קיצוני ומספרו סיפור אירוע המכיל אלמנטים כגון: ריחוף, מנאהה עם אוור, מגש עם דמיונות רוחניות, תחושת 'מחוץ לגוף', ותחושה ש'הח浯ים חלפו לפני עיני כמו בסרטן'. גרייסון (אצל: 2000, 2002) הציע כי NDE היא סוג של דיסוציאציה לא פתולוגית כתגובה לדחק" (עמ' 465). תופעה זו, המתרחשת בשלב ה-PTSD, עלולה להופיע קבוצת קבוצה זו לקבוצת סיכון להתקפות PTSD. מחקרה של קפלנסקי שחרר את ממצאיו של Greyson מה-PTSD אלא למצא שקבוצת-NDE, אך רק שלא סבלה מ- PTSD אלא גם ציונה בשאלות חרדה ודיסוציאציה היו נמוכים, בהשוואה לאוכלוסייה הכלכלית וביחסו להחולמים המאובחנים כסובלים מ- PTSD (Kaplansky, 2009). הבדל מהותי ומובהק בין מי שנחווים NDE למי שסובלים מ- PTSD וחווו תופעות של NDE נמצא בקטגוריה: "הח浯ים חלפו לפני עיני סרטן". חולץ PTSD הוא זאת פי 10 יותר מאשר ממי שנחוו NDE. לדעתה של קפלנסקי (2009), קטgorיה זו של NDE קרובה ביותר לחוויות מציאותיות וכולות אלמנטים של רגשות אשמה, צער כבד על אובדן החיים ובזואוי לא שמחה של מגש עם אוור או עם דמיונות רוחניות. מחקרה מצא הבדלים מובהקים בין קבוצת ה- NDE, קבוצת הביקורת וקבוצת הסובלים מ- PTSD, מבחינת השימוש שעשו בלחותם בدمין ובתוצרי: גינה, ריקוד, ציור ואכנות ובעיקר סיפורים ומעשיות. המדוחים על NDE על כל השאר בזמן ובאנטנסיביות שהו במציאות הפנטסטית ויחד עם זה שמרו גם על היכולת לנוע, הולך ושוב, למציאות. מחקרה מציע שמדובר גם על היכולת לנוע, הולך ושוב, למציאות. מחקרה מציע אפשרות שלדים, ש"התאמנו" בrixich על הממציאות הפנטסטית ושהוריהם עודדו פעילות שכחו, פיתחו עמידות במצביהם איזום חרף. למעשה, מסקנותיה של קפלנסקי מתקבלים לממצאים של קאונסיל וגריסון (Council & Greyson, 1985), שמצוינו כי מחד הנטיה לפנטזיה ומעורבות בدمין, בילדות ובעירות, בקשר אנשיים שחוו NDE, בגובה ממוחיקת ביחס לאנשים שאף פעם לא היו מעורבים בחוויה שכזו.

לא פעם נתען כי הדיסוציאציה היא בעצם מנגנון הגנה פסיכולוגי המאפשר לאדם לברוח מאיור דחק טראומטי המציג את הסובל ואין מאפשר ברירה פיזית ממנה (מגד, Steinberg, 1995 ; van der Kolk, 1996 ; van ; 2001 Lynn, Pinter & der Kolk et al., 2005 Lynn, Pinter & (Rhue, 1997) מציעים כי אדם הנמצא תחת איום, מתרנתק כאשר הוא משתמש במוגן התנהגוות של שליטה בשליטה ביחס

בחוץ (עיר עבות, לדוגמא), והמטופל יכול להיות הוא עצמו בו בזמן שהוא משחק תפקיד אחר. מגון התפקידים יכול להיות מציאותי, דמות נחשקת, דמות דמיונית וכו' (להד, 2006). כפי שטוען לנדי (Landy, 1993) בהסבירו את הפרודקס בשלב החוויה הדרכנית: "ויתכן והאפסקט המשמעותי ביותר בפרודקס הדרמטי קשור בעובדה שהשחקן והתפקיד הם בו-זמנית נפרדים ומוחדים והקיים המציאוטי של השחקן שרי בדיו-קיום עם הממציאות הבודה של התפקיד" (עמ' 11). מרחיב זה כונה על ידי וייניקוט (1995) "המרחב הפוטנציאלי". את ההבדל בין שני המונחים קצירה היריעה הנוכחית מלהיכל. מכאן נובן שהמציאות הפנטסטית אינה מצב שבו המטופלים מאבדים קשור עם הממציאות "אובייקטיבית" או שלולים אותה. למעשה המציאות הפנטסטית מאפשרת התנסות זמנית-ב- "ויתור" של המיספירה שמאל, המתמחה בחשיבה אנליטית, פתרון בעיות, עיבוד שפטית ושליטה ובקירה (מקור), כדי להריך במרחב ה-'כאילו', מרחב הדמיון והאפשרויות הבלתי מוגבלות. במקרים אחדים נמצא כי ילדים המציאינים בהפקת פנטזיות הם בעלי ריכוז טוב יותר, נהנים יותר ממעשיהם, תוקפנים פחות, מפתחים מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות טובות יותר, ממצאים אינטגרציה אפקטיבית יותר של התנסויותיהם Singer & Singer, 1977; Tower (1990; Gleason et al., 2003) וידבקות לאובייקט מעבר בילדות נמצאו אף הם כקשרים להפגנה עתידית של פחות אימפרטיביות ואגורטיביות, הכללה עצמית גבוהה, יכולת לשכירה מסתעפת ויצירתית Singer, 1990; Taylor, 1999 (&).

המציאות הפנטסטית ודיסוציאציה

המציאות הפנטסטית מאפשרת לנפש לשוב ולשחק, כביכולות המוקדמות, למרחב בו אין לחוקי המציאות שליטה, וניתן לבראה בה בדיה חלק מהensus לחיפוש מעונים ותובנות, למצווי חיים שפותרנות לוגיים אינם מספקים עוד. לעיתים, המשען אל הממציאות הפנטסטית וממנה מביא הקלה גם ללא שימוש מעשי של 'התובנות' או 'ה'למידות' שנחוו בה. הקלה זו יכולה לבוא מעיקרון הריחוק (Distancing) לשם קירוב. לעיתים נחוויות השהייה במציאות הפנטסטית כמצב מודמה טראנס וויתכן כי הקלה הבאה בעקבותיה מרכיבת מהחויה החושית של כל-יכילות ילידית, המאפשרת לבוגר המתנסה בה את החוויה שויניקוט מדבר עליה כשל בראית עולם (להד, 2006).חוויות זו מקבילה לתהליכי העצמה (empowerment), בעקבותיו הפרט מרגיש בעל יכולת וكمי שמסוגל להשפיע על דברים, מעריך את עצמו וחוש שאחרים מעריכים אותו.

הקשר בין היכולת 'להריך' למציאות הפנטסטית ו- PTSD נבדק במחקר הדוקטורט של קפלנסקי (2009), בעקבות ממצאיםיהם של אוזר ועמיתם (Ozer et al., 2003), המצביעים על כך שדיסוציאציה פרי-טראומטית (Peritraumatic Dissociation – PTDIS) הסמוכה לאיורו ונמצאת בשולי,

על ידי עיתונאי או צלם חדשות, אלא הוא מורכב מותכנים אסוציאטיביים, ויזואליים, רגשיים ולא מילוליים. בדומה, ואנו דר קולק ופיסלר (van der Kolk & Fisler, 1995) מצינים כי זיכרונות האירוע הטרומטי של נבדקים עם PTSD מאופיינים תחילת בשברי דפוסים דיסוציאטיביים של חווית ויזואלית, רגשית, שמייעתית, חשישות וקינסטטוט. עם הזמן מודוחים נבדקים על הופעת נרטיב אישי, אותו ניתן להגדיר "זיכרון מפורש" (*explicated memory*). עם זאת, אנחנו משערם כי בהגדרת הנרטיב האישី זיכרון, שעליו ניתן להציגו, הוא לא בהכרח הזיכרון הסובייקטיבי השלם או המדויק, maar אחר ודימויים ומילום לא שייכים בהכרח לאוותה קטגוריה. על כן ניתן לשער כי שברי זיכרונות מסוימים לא קיבלו עיבוד מלא ולא "תרגום" למילום. השחזר באמצעות הקלפים הטיפוליים מאפשר שחזר חוותה ויזואלית, רגשית אסוציאטיבית, ואני שואף / או מתימר להיות שחזר וירטואלי של האירוע "אמתית". זאת, בניגוד למאיצים טכנולוגיים חדשים, כגון "המציאות הוירטואלית" (*Virtual Reality*), המנסה ליצור מחדש סצנות טראומתיות וירטואליות המלאות בדיומיים, קולות וריחות, על מנת לסייע למטופלים המתקשימים להיות מעורבים וגישה בנסיבות השחזר (Rothbaum et al., 2001; Young, 2007).

מחקרדים מראים כי בעת השחזר של הסיפור הטרומטי או בעת דמיון מנטאלי של הטרומאה, אזורים בהmisפירה השמאלית האחראים על עיבוד שפת, מראים פעילות מופחתת בעוד אזורים כמו האמיגדלה או אזורים אסוציאטיביים ימנניים מראים פעילות מוגברת (Hull, 2002; van der Kolk, 2001; Rauch et al., 1996 לנוס ושותפים (Lanius et al., 2004), מציעים, כי הבדלים בדפוסי הקישוריות, עשויים להסביר את האופי הלא מילולי של הזיכרות באירוע טראומטי בקרוב נבדקי PTSD, בהשוואה להזיכרות באירוע טראומטי המאפיינת בדפוסים מילוליים יותר בקרוב נבדקים נורמליים. ראו ושותפים (Rauch et al., 1996) תיעדו את סימפטומים החודרנות של PTSD באמצעות טכנולוגיות דימות מוחי בעת ההיחשפות לנרטיב הטרומטי; אקטיבציה של אזורים ימנניים ולימביים בקרוב נבדקי PTSD, לעומת המבטה את החוויה החוזרת הויזואלי הימני, לעומת הפעלה מוגברת של הקורטקס הויזואלי הימני, עליה דיווחו המטופלים.

הנדLER ושותפים (Hendler et al., 2003) בדקו את הכידה בה קונטקטסט טראומטי משפיע על עיבוד סנסורי במוח. הם מצאו בניסוי כי לוחמים עם PTSD מציגים פעילות מוגברת של האמיגדלה, ללא תלות באופי הדימויים אליה נחשפו (מלחמותיהם לעומת ניטראליים), ובמהירות הצגתם (מהירות תסתיפית או נורמללית). ממצאים אלה תואמים את הסברה לפיה ב-PTSD, חוות וגישה טראומטיות יכולה להשפיע על העיבוד הויזואלי כבר ברמה תשתיתית.

గלבוע ושותפים (Gilboa et al., 2004) מצאו כי דפוסי הקולט בקורטקס הויזואלי, בזמן היחשפות לתסריט טראומטי, שונים בין נבדקים עם PTSD ונבדקים ללא ההפרעה. הם מציעו כי קיים וויסות שונה של הפקט דימויים בין שתי קבוצות הנבדקים.

ובದמיון, היוצרות תחושות אמיתיות של ריחוק או הפרדה בין האירועים הללו נעימים אשר מחוץ לשילוטו ו/או יוצרים תחושות של אשמה, כעס או חרדה. הם מוסיפים וטוענים כי השימוש בדמיון ובפנטזיה, בעת ההיחשפות לאוים ו/או אי-יכולת בריחה פיזית, הוא טבעי ואדם זה יעסוק בתרגילים נפשיים על מנת לצמצם אי-נוחות או להגברת תחושת שליטה ורגשות. הם מציעים כי סימפטומים דיסוציאטיביים עשויים להתרחש כתוצאה מאיום קיצוני לתחושת ההישרדות, הביטחון והזהות של האדם.

בDMA, טענת קפלנסקי (2009) שהDISOCIAZIONE היא ניסיון של המוח האנושי להגן על האדם מאיימת החשפה למגוון ולטרואומה, אולם לא כולם מצלחים להשתמש במנגנון במלואו. המחקר מציע לבחון בין DISOCIAZIONE לדיסוציאזיה חלקית. הראשונה "מצילה" את הנחשף מאיימת המגוון, השנייה ממשיכה לאורך זמן בניסיון נואש של המוח לסייע את תהליך הריחוף למציאות הפנטסטית אך ללא הצלחה. הסובל מ- PTSD נשאר לכוד בחלקי DISOCIAZIONE הממררים את חייו בצורה של פלאשבקים (Kaplansky, 2009).

מספרסקטיבבה של תיאorias על זיכרון, נוכל לראות שהשילוב של אלמנטים פנטסטיים בטיפול בנפגעי טראומה מבוסס על המרכיבות היסודות של הזיכרון האנושי, המודגשת באופן מיוחד בזכרון של אירועים טראומתיים. תיאorias הייצוג ההפוך (Dual Representation Theory) של ברוין ושותפים (Brewin et al., 1996) מציעה כי המידע הטרומטי מעובד באחת משתי מערכות זיכרון ויוצר שני סוגי של יצוגים נפרדים. המערכת הראשונה היא מערכת הזיכרון Verbally Accessible (Memory) מעובדת זו מעדיע מילולי VAM (V, Situational Memory) ותוארכות אוטוביוגרפיים של האירוע ומתחשרת לתיאור המילולי המאוחר של הטרומאה. מידע שלא זכה לקשב מספק בכך להישמר ב- VAM, מקיים מערכת הזיכרונות הסיטואציוניים – SAM (Accessible Memory). מערכת זו שומרת זיכרונות אוטוביוגרפיים של האירוע ומתחשרת לתיאור המילולי המאוחר של הטרומאה. SAM ו-SAM מתקשרים בקשרם אחד להישמר ב- VAM, מחד במערכות הזיכרונות הסיטואציוניים – SAM (Accessible Memory) ובאחד ויזואלי-מרחבי, בצוורה של דימויים. כדי להגיע אל זיכרון ה- SAM ו כדי להפכו נגיש יש צורך בכל שפתו היא שפת ה- SAM. לטענתנו, השימוש בקלפים טיפוליים (אסוציאטיביים/אודיוסינקראטיים) מאפשרת הנגשה של זיכרון זה ועובדת עמו ועליו. רק בשלב השני מתבצע התהליך הקוגניטיבי נרטיבי (VAM) שמאפשר ארגון טוב יותר של החוויה, ומוספע מתהליכיים של אינטיביציות דחפים (תפקידן של האונות הקדומות).

טולינג וקריק (Tulving & Craik, 2000) מציעים כי הפגיעה ברכז שמוועה ברכף הזיכרון. כיוון בו מקודד הזיכרון, דבר היוצר פערים ברכף הזיכרון. כיוון שהזיכרון הסמנטי המדויק הופך מڪוטע עקב הטרומאה, הזיכרון הרגשי משלים את התוכונה. הזיכרון הרגשי כולל דימויים, תחושות ומידע שאינו לעיבוד סמנטי. ככלומר, לדעתנו, הזיכרון הטרומטי אינו זיכרון סיפור כפי שנרשם

מהצד בסיפור הטרואומטי האישי שמתגלה באמצעות קלפים החלכתיים/טיפוליים, היכולת להשמשו או להוציא חלקים לא נעימים ובמקרים מסוימים למקם אלמנטים משאלתיים, עשויים ליצור אפקט של העצמה ולשנות את עמדת חוסר האונים של הסובל. אנו מציעים כי היכולת המשחיקת, אותה רוכש המטופל בהדרגתיות במהלך הטיפול, תוך כדי השימוש בקלפים והמעורבות במציאות הפנטסטית, מפחיתה את תכיפות הזיכרונות החודרניים. רעיון המציגות הפנטסטית כמרחב ('אילו' if as) מאפשר מקום דמיוני בו הכל אפשרי, יחד עם הרוחוק האסתטי, נוצר מקום בטוח ומוגן עבור הסובל לחווות את כאבו מחדש מצד אחד גם מצד שני בשלוטו בו דרך סבבה מטפורית.

בראיינט ושותפים (Bryant et al., 2001) בדקו את הקשר בין תשובות דיסוציאטיביות אקוטיות לטראומה, לבין יכולת להפנות (hypnotizability). החוקרים גילו כי ביחס לנבדקים ללא סימפטומים דיסוציאטיביים ולבדקים בריאים, נבדקים אשר אובחנו עם הפרעת חרדה אקוטית (שבון יותר מאופיינית בתסמים דיסוציאטיביים) הראו מודים גבוהים יותר של יכולת להפנות. מוקדם יותר, שpiegel (1988) מצא כי הסובלים מ- PTSD הציגו יכולות הפנות גבוהות ביותר בויחס לנבדקים עם הפרעות נפשיות אחרות ונבדקים נורמליים. ב螽וף, עדויות מחקריות קיימו את היכולת להפנות לנטייה לפנטזיה (Wilson & Barber, 1983; Lynn & Rhue, 1988), על כן ניתן לשער כי מטופלי PTSD עשויים להיות "מושכים" לפנטזיה ובධנו, וכי אף על פי שהשימוש בדמיון בא לידי בטוי באופן שלילי ("בלאشبוקס"), ניתן לאננס להשתמש בפנטזיות על מנת ליצור פתרונות אלטרנטיביים לשיפור הטרואומטי שלהם. השימוש בדימויים חיצוניים לקונקרטיים (הקלפים הטרופיים) על מנת לגורות את הזיכרון הויזואלי הטרואומטי, והציג דימויים משאלתיים (wishes) במהלך הייצוג החזותי של האירוע הטרואומטי, יתרה אן יתעורר בתהילך ההצפנה של הזיכרון הטרואומטי כאשר המטופל מספר את סיפורו מחדש פעמיים. תפקוד הצופה מהצד הינו "יחודי" עבור טיפול זה.

ההסבר המוצע על ידו ל佗עת הפלאשטים הדיסוציאטיביים האופייניים להפרעת PTSD נשען על מציאות של קלפלנסקי (2009). לטענתנו, תשובות אלו הן ניסיונותיו של המוח לבצע מעבר מלא למציאות הפנטסטית, אותו מוחרב בטוח המגן על הפרט מפני הסביבה החיצונית, ניסיונות שבעת האירוע עצמו לא צלחו בשל המודעות למגוות הקרב ובא (חחים חולפים כסרטן). ניסיונות מעבר אלה מעוררים חרדה ופחד וכן אינם מאפשרים את השלמת התהילך של ריחוף למורחוב הפנטסטי. למעשה, לטענתנו, כל הטיפולים הממוקדים בשחוור האירוע מאפשרים את המטופלים לחוות דיסוציאציה מוחדרת (pedunculated dissociation), כיוון שהאירוע אותו נאלץ המטופל לספר אינו מתרחש ב"אמת" בעת, אף הפרטיהם בהם נזכר אינם בהכרח "אמתיים". זהו לטענה "יויחוץ" למורחוב הפנטסטי לשם סיום תהליך שלא הושלם באירוע. לטענתנו, זה האפקט ה"מחלים" בשחוור. אולם בהיותו מפחיד ומאיים ויציר תחושה של חוסר

במהלך הניסוי, קבוצת ה- PTSD הציגה דפוס קישוריות שלילית בין הקורטקס הפרה-פרונטלי לקורטקס הויזואלי, בזמן שנבדקן קבוצת הביקורת הציגו דפוס קישוריות הפוך. לאחר והחוקרים גילו כי בקבוצת ה- PTSD הקורטקס הויזואלי קיבל קלט רב יותר מהאמיגדלה ביחס לקבוצת הביקורת, הם הסיקו כי ב- PTSD הקורטקס הויזואלי מושפע בצורה שונה מהאמיגדלה ומהקורטקס הפרה-פרונטלי. החוקרים מצאו כי מסלול הקישוריות החיוובי, בין האמיגדלה לבין הקורטקס הויזואלי, הנמדד בזמן חשיפה חוזרת להציג דימויים הקשורים לטראומה, עשוי להיות קשור לדימויים הויזואליים החודרניים. (Gilboa et al., 2004).

אנו מציעים כי בחירה מודעת בקלפים עם דימויים המציגים את האירוע הטרואומי (בחירה סובי-קטיבית של תമונות, צבעים וצורות), סיידרים על גבי רצף סיפורו, היזכרות באירוע והסיפור מחדש עשויים לעורר את הקורטקס הויזואלי וליצור קשר עם הקורטקס הפרה-פרונטלי.

השימוש בהחצנה (externalization) בטיפול הנרטיבי ומושג הרוחוק האסתטי בטיפול באמניות
הגישה הנרטיבית נגזרת מוהנתה היסוד הפסיכו-מודרניסטי, המציגה כי אנשים מארגנים את חוויותיהם דרך סיפורים אותם הם מספרים לעצם. סיפורים אלה מעצבים את תפיסותיהם, רגשותיהם והתנהגותם. בסופו, הגישה הנרטיבית רואה את בני האדם כמומחים בחיהם ורואה בעיות כישיות נפרדות מהפרט או ממשפחותם (in, Klingman & Cohen, 2004) מושג מפתח בטיפול זה הוא ההחצנה (externalization). המטרה המרכזית של ההחצנה בטיפול נרטיבי היא לבדוק את האדם מהבעיה, וכך לאפשר להתבונן בבעיה מכיוון הקשרים ופרשפתות. למעשה, שורץ (Shwartz, 2002) מציע כי החצנת הבעיה היא שימוש טיפול של דיסוציאציה. כך הפרט מתנקח עצמו מן הזהות של להיות הבעיה, ומודהה עם אישיות המתנגדת להשפעות של הבעיה.

תקפוד הצופה מהצד "יחודי" לשיטה זו בטיפול בפסיכו-טרואומה. באחד מהפרוטוקולים היעילים לטיפול בפסיכו-טרואומה, אין המטופל צופה מהצד בסיפור הטראומה שלו, הסיפור עקרון הרוחוק טבוע בכל צורת אמנויות ומאפשר הכללה של חוות האמנויות ובאותו זמן התבוננות בציורה מנוקודות מבטשות. כמשמעות מכך במצב של "ריחוק אסתטי", ככלומר, לא רחוק מדי ולא קרוב מדי לחוויה, מצב ביןין זה, מאפשר למטופל לחוות הדוחות עם הדמות ובו-זמןית את חוות הרוחוק (distancing) ; ככלומר, את חוותה האני ולא אני-זמןית (Tsalkas-Portman, 1999).

על פי לנדி (Landy, 1993) ריחוק אסתטי הוא נקודת אמצע, המהווה איזון בין הרגש למתחשה: מצב אידיאלי בו ניתן לחשב ולהרגש ללא הפחד מליהוות מוצפים בלט (k. 48). ההשפעה החזותית של להיות "צופה בדrama של עצמו" תוארה ע"י גרינברגר (Grinberger, 2005) כ"פניה במחקרים על ניצולי שואה. האפקט של ריחוק אסתטי, צפיה

Brooks, R., Bryant, R.A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A.C., Marmar, C.R. (2009). The latent structure of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 153-157.

Greyson, B. & Stevenson, I. (1980). The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1193-1196.
Bryant, R.A., Guthrie, R.M & Moulds, M.L. (2001). Hypnotizability in Acute Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 600-604.

Council, J.R. & Greyson, B. (1985). **Near-Death Experiences and the "Fantasy-Prone" Personality: Preliminary Findings.** Paper presented at the Annual Convention of the 93rd American Psychological Association, Los Angeles, CA, August 23-27.

Duffy, B. (1998). **Supporting creativity and imagination in the early years.** Buckingham, UK: Open University Press.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 319-345.

Ellis, A. & MacLaren, C. (1998). **Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide.** California: Impact Publishers.

Foa, E.B., Doron, M. & Yadin, E. (2006). Prolonged Exposure: **Treatment Manual for Post-Traumatic Stress Disorder** (2nd ed.). Kiryat Shmona: CSPC. (Hebrew).

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Effective treatments for PTSD. **Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.** New York: The Guilford Press.

Gilboa, A., Shalev, A.Y., Laor, L., Lester, H., Louzoun, Y., Chisin, R., & Bonne, O. (2004). Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 55(3): 263-272.

Gleason, T., Jarudi, R., & Cheek, J. (2003). Imagination Personality and Imaginary Companions. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 31(7), 721-737

שליטה, לא על התכנים ולא על התיחסות, שנם מטופלים שזה קשה מדי עבורם ויש שוכנסים לדיסוציאציה (בהיה, אלם, בכיו ללא מעצור ועוד). השיטה הנווכחית בותנת מענה ייחודי בכך שהוא מאפשר שילטה (מעצם בחירות הקלפים, הצבתם, הוצאותם וכו') ובכך ומתרחשת דיסוציאציה, בכלל שהקלפים מונחים על השולחן, יש למטופל אינטלקצייה היקן ברכף האירוטים הטרואומטי היה השיבוש בעיבוד המידע. נתנו זהאפשר את המטופל לחזור לסייע דרך השתלשלות הדברים ולכוון את המטופל לשוב לנקודה החיצונית (הקלף) המייצגת את נקודת ההתנתקות ולהמשיך משם. קונקרטיות זו מאפשרת דיאלוג עם שפה ראשונית (צבע/צורה/טקסטורה) ועם תמונות ולכך, מניסיונו, מшибים את המטופל ל"כאן ועכשיו". השילטה והכוח לשנות מתאפיינים בשיטה זו דרך תוספת דימויים מעצימים וחיבורים, אותן מتابקש המטופל להוסף – קונקרטיות – לסייעו ולשלבם ברכף הסיפור. דימויים אלה מוגדרים ככאלה שיכלו לסייע לו בזמן האירוע, מבלי לשנות את תוכאותיו. הרצף הוועזאל החידש יוצר גרווי ויזואלי חובי יותר, לטענתנו, מעבר לתחשות השילטה, משפיע ושרות על מרכז הראייה במוח והופך להיות "זיכרון" חולפי ליזכרון הטרואומטי או לפחות לסדר התרחשויות גמיש יותר. לפיקר אנו מציעים כי שיטת SEE FAR CBT אינה עוד שיטה קוגניטיבית או גוף-נפש לטיפול בפסיכו-טראומה אלא גישה משלבת, המכילה מקום לדמיון כמקור להחלמה במצב אי-מצוא כפי שהוזגם הן במחקר מות, והן במחקר (הmomentary) יחסית) על דמיון ועל דיסוציאציה שאינה פתולוגית. נשמה לשימוש השגות והארות כדי לקדם את חקר הגישה לטובות הסובלים מ-PTSD.

ביבליוגרפיה

הרמן, ג. ד.(1992). **טראומה והחלמה.** הוצאת עם עובד: תל אביב.

יניקוט, ד.ו. (1995). **משחק ומציאות.** הוצאת עם עובד: תל אביב.

לחד, מ. (2006). **מציאות פנטסטית.** נוה: טבעון.

מגד, א. (2001). **פיות ומכשפות טיפול סיפורים מטפוריים בטיפול בילדים בסיכון,** מודח: טבעון.

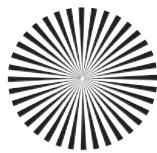
שורצמן, א. (2007). **רופא לבן אלים שחורים.** הוצאת אריה נוי: תל אביב.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 190, 97-104.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.

- Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D. & Kaplansky, N. (2009). **Preliminary study of a new integrative effective approach in treating Post Traumatic Stress Disorder: SEE FAR CBT**. Manuscript submitted for publication.
- Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D. & Kaplansky, N. (2009). **Treatment of Children with PTSD using SEE FAR CBT**. Unpublished raw data.
- Lahad, M. & Leykin, D. (2009). **Fantastic Reality Questionnaire: A measure for exploring involvement in imaginative activities**. Unpublished raw material.
- Landy, R. (1996). Drama therapy and distancing: Reflections on theory and clinical application. **The arts in Psychotherapy**, 23(5), 367-373.
- Landy, R. (1993). **Persona and Performance**. London: Jessica Kingsly.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R.W.J., Gati, J.S., & Menon, R.S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. **Biological Psychiatry**, 52(4), 305-311.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R.W., Gati, J.S., Menon, R.S. (2004). The Nature of Traumatic Memories: A 4-T fMRI Functional Connectivity Analysis. **American Journal Psychiatry**, 161, 36-44.
- LeDoux, J. (1996). **The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life**. New York: Simon and Schuster.
- Levine, P.A. (1997). **Waking the tiger**. Berkeley, CA: North Atlantic.
- Lynn, S. J., Rhue, J. W. (1988). Fantasy-proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. **American Psychologist**, 43, 35-44.
- Lynn, S.J., Pintar, J., & Rhue, J.W. (1997). Fantasy-proneness, dissociation, and narrative construction. In S. Powers & S. Krippner (Eds.), **Broken Selves: Dissociative narratives and phenomena**. New York: Bruner/Mazel.
- McNally, R.J. (1997). Implicit and Explicit Memory for Trauma-Related Information in PTSD.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C., et al. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress syndromes. **American Journal of Orthopsychiatry**, 60, 43-54.
- Grinberger, I. (2005) **The Therapeutic Qualities of The Process of Re-Narrating Life Stories with Holocaust Survivors**. Thesis submitted in partial fulfillment for the degree of PhD School of Human and Life Sciences, University of Surrey.
- Handler, T., Rotshtein, P., Yeshurun, Y., Weizmann, T., Kahn, I., Ben-Bashat, D., Malach, R. & Bleich, A. (2003). Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. **NeuroImage**, 19(3), 587-600.
- Hull, A.M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress Disorder. **British Journal of Psychiatry**, 181, 102-110.
- Jennings, S. (1994). **The handbook of dramatherapy**. London & New York: Routledge.
- Kaplansky, N. (2009). **Dissociating From Death: An Investigation into the Resilience Potential of Transcendence into Fantastic Reality during Near-Death Experiences**. Unpublished dissertation, Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 62, 592-602.
- Klingman, A. & Cohen, E. (2004). **School-based multisystemic interventions for mass trauma**. Springer.
- Lahad, M. (2005). Transcending into Fantastic Reality: Story Making with Adolescents in Crisis. in C. Schaefer, J. McCormick, and A. Ohnogi (eds.) **International Handbook of Play Therapy: Advances in assessment, theory, research and practice**. Lanham: Jason Aronson Publication.
- Lahad, M. and Doron, M. (in press). **Beyond CBT, See Far CBT Post Traumatic Stress Disorder Treatment Protocol**. Kiryat Shmona: CSPC. (Hebrew)

- Taylor, M. (1999). **Imaginary companions and the children who create them**. New York: Oxford University Press.
- Tower, R. B., & Singer, J. L. (1980). Imagination, interest and joy in early childhood: Some theoretical considerations and empirical findings. In A. J. Chapman & P. McGhee (Eds.) *Children's humor*. London: Wiley.
- Tselikas-Portman, E. (1999). **Supervision and Dramatherapy**, JKP, London.
- Van der Kolk, B.A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.
- Van der Kolk, B., Van der Hart, O. & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In Van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.), **Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society** (pp. 303-327). New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Walter, J. & Bala, J. (2003). Where Meanings, Sorrow, and Hope Have a Resident Permit: Treatment of Families and Children. In J.P. Willson, B. Droždek. **Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and Torture Victims**. Routledge.
- White, M., Epston, D. (1990). **Narrative Means to Therapeutic Ends**. New York, NY: W.W. Norton.
- Wilson, S. C. and Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. A. Sheikh (Ed.), **Imagery: Current theory, research, and application** (pp. 340-390). New York: John Wiley.
- Winnicott, D.W. (1971). **Playing and reality**. London: Tavistock.
- Young, R. (2007). New virtual PTSD treatment. Today in the Military. Accessed on April 1, 2007, <http://www.military.com/features/0,15240,129993,00.html>
- Annals of the New York Academy of Sciences**, 821, 219-224.
- Nathan, P. & Gorman, J.M (editors) (2002). **A Guide To Treatments that Work**. USA: Oxford University Press.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A., Fisler, R.E., Alpert, N.M., Orr, S.P., Savage, C.R., Fischman, A.J., Jenike, M.A., Pitman, R.K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387.
- Rothschild, B. (2000). **The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment**. New York: W.W.Norton & Company.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Ready, D., et al. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.
- Seidler, G. H., Wagner F E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223.
- Schwarz, A. (2002). **Tools for transforming trauma**. London: Routledge.
- Singer, D.G., Singer, J.L. (1990). **The House of Make-Believe: Children's Play and the Developing Imagination**, Massachusetts: Harvard University Press.
- Singer, J. L., & Singer, D. G. (1977). **Creativity and Imaginative play in the pre-school child. A series of four filmstrips**. New York: Parents Magazine Films.
- Spiegel, D., Hunt, T. & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.



"אין משתדלה לחיות אמיצה בغالיל הילדים אבע בתוכיו אין גמורה" חוויות ההורות בצל איזום הטילים בשדרות

"על מנת ללמד ולהבין את ההורות בשדרות באופן עמוק יותר נערך 30 ראיונות عمוק עם הורים בשדרות. הכל בו ונעשה שימוש הוא ראיון ההורות שפותח ע"י ד"ר מיר שרפּ מאוניברסיטת חיפה. מטרתו של הראיון היא לבחון "צוגי הורות, צוגי ילדים, וצוגים בעין הוריהם, וצוגים של היחסים ביניהם"

מיכל אחיטוב A.W. המרכז הישראלי לטיפול בפסיכו-טראומה, ביה"ח הרצוג, ירושלים

"האמת היא שהוא בוכה וצועק וכועס כל הזמן. הוא רזהה הכל, וכל הזמן אומר "לא", וזה אפילו לא התקופה של ה-"לא, לא". אנחנו מבדים את היכיון וצועקים עליו כל הזמן, ואני צריכים להבין שהוא בסך הכל בן שנה ומשמונה חדשים. אני חושבת שהכל קשור לעניין של הקאסטים, החלץ בבית, צעקות כל היום. הכל-כל כך מתוח: "אל תצא החוצה!" "אל תביא אותו לפה!", "צבע אדום! בוא הנה!". כל היום שלנו מסתובב סביב זה. וזה משנה את הילד. זה ממש עוזה שנייה. כי הוא היה ילד בריא לפני כן, מכל הבדיקות, של לגודל, של כיף ושל משחק. הכל השתנה."

אם לחמשה ילדים שהתקשה לתאר את בנה בן ה- 20 חודשים.

רקע

בין השנים 2004-2008 ערך המרכז הישראלי לטיפול בפסיכו-טראומה, של ביה"ח הרצוג, פרויקט לבניית חסן וטיפול בטראומה בקרב הורים וילדים צעירים. במסגרת הפROYKT נערכ איתור של פעוטות והורים הסובלים מסימפטומים של תסמונת דחק פוסט-טראומטי בעקבות החשיפה לטרוור הטילים, באוצר שדרות ועוטף עזה ובצפונ הארץ לאחר מלחמת לבנון השנייה. בעקבות איתור ראשוןיה זה הופנו המשפחות שבהן הילד או ההורה בלבד ממצוקה פוסט-טראומטית לטיפול דיאדי במרכז לטיפול פסיכולוגי "שער הנגב". במסגרת הממחקר 400 משפחות מסדרות, עברו ראיונות מקיפים אשר בחנו את מצוקת ההורה ולידיו, ובעקבות זאת, כ- 120 משפחות טופלו בטיפול דיאדי שהתמקד בנסיבות ההורות והקשר בין הורה הילד במצבי טראומה וטרור (Pat-Horenczyk et al., 2009).

על מנת ללמד ולהבין את ההורות בשדרות באופן עמוק יותר נערך 30 ראיונות عمוק עם הורים בשדרות. הכל בו ונעשה שימוש הוא ראיון ההורות שפותח ע"י ד"ר מיר שרפּ מאוניברסיטת חיפה. מטרתו של הראיון היא לבחון "צוגי הורות, צוגי ילדים, וצוגים בעין הוריהם, וצוגים של היחסים ביניהם (Scharf & Mayseless, 2000). בנוסף לשיטת הניתוח הקמותי שפותח ע"י ד"ר מיר שרפּ, ניסינו ללמדם בעזרת הראיונות, על חוות הורות בשדרות תחת האיים המתמשר ולהבין מה הם הנושאים העיקריים את ההורם. במאמר זה ניתן לקלות הורים הללו להגדיל ולהשמע את הגוונים השונים של חוותם שליהם בגידול ילדים בתנאי חיים אלו. כמו כן נהנה את התמונות המרוכזות העולות מתוך הראיונות בנושא חוות הורות תחת איזום וחשפה על התפתחותם של הילדים הצעירים.

אשנב להורות תחת איזום

הציגות בו שפתח מאמר זה מהוות דוגמא אופיינית לממצאי הממחקר. נמצא קשר משמעותי בין הסימפטומים של תסמונת דחק פוסט-טראומטי (PSTD) של האם, ובמיוחד אשובל הסימפטומים של עוררות-יתר (כמו: רוגנותות, קשיי שינה וקשיי ריכוך) והבעיות הרגשיות וההתנהגויות של ילדיה הצעירים (Chemtob et al., 2009). תוצאות הממחקר מדגישות את חשיבותו של הסיעוד לאימהות המגדלות את ילדיםם תחת איזום מתמיד, בויסות רמת העוררות שלهن ובדרך זו לסייע ליסות העוררות אצל הפעוטות.

כידוע, לעוררות-יתר תפקיד קריטי בהתמודדות עם מצבים סכנה (Bracha et al., 2004). היה והעיר שדרות מצויה תחת איזום מתמשך מזמן שנים, לתגובה השונות של עוררות-יתר יש תפקיד חיוני, הישרדותי ואדפטיבי להתמודדות. מרכיבות המצב בשדרות באיה לידי ביטוי בכך שמתעוררות שאלות רבות לגבי מהות ההתערבות שניתן לספק במצב חירום מתמשך, אשר בכוחן לסייע

תודות לכל המעורבים
באיסוף וניתוח הראיונות:
ד"ר חות פט-הורנצ'יק,
אסנת פلد, ליאור גלעד, אלון
ולטמן, אריאל קגן ואיה ריס.

שהוא יראה את הקטועים האלה, אז הם לקוו אותו ונאצטו להגיעו למין Bali הילד איז הרגשטי מן קטע של כאילו מישחו לוקח אותו, מוציא אותו ממנה. פשות הרגשטי שלוקחים ל' את הילד. הרגשטי מין קטע כאילו מישחו תולש ל' אותו מהידים! פשות כר. כאילו הרגשטי מין פרידה כז, מן קטע מה שכאילו, מה אני לא בסדר בשבי לטפל בילד? כשלהקחו לידי. איך הוא יסתדר, אם הוא ירצה את אמא, מה יגידו לו? אם הוא יבכה, אם הוא רعب והם לא מבינים שהוא רعب? זה החששות, זה הפחד שלו, כי אני כאמור מכירה אותו, יודעת אם הוא בוכה בגל אוכל, אם הוא נזניך בגל משחו מסומים..."

במספר זה, חוסר האונים משתקף בספק עצמי המתגלגל בשאליה: "אני לא בסדר בשבי לטפל בילד?!?", וזאת בעודה פגועה ולכודה למשעה במצב שבו אין היא יכולה להגן באמת על בנה. חוסר-אונים זה הוא בלתי נסבל עבוř אותה אם, וכך היא מפקפקת בעצמה וב יכולותיה ההוריות בזמן הנtan. ככלומר, היא תופסת את המצב שבו אין לה שליטה – כמעט שבו היא לא הצליחה להתמודד. כאילו שיש שליטה, אי-שם, שאינה בידיה. הפקפק העצמי והאשמה העצמית נוטנים אשליה של שליטה במצב בו אין שליטה, אך המחיר של אשליה זו היא תחשות כישלון או אשמה וחוסר אמון ב יכולות ההורות שלה.

דאגה היא אחת התחשות הראשונות שהורים חשים כלפי ילדיהם. רגש טبعי זה מופיע ממש עם הלידה. אך מתי דאגה הופכת להיות חרדה? וכייד ניסיונות הגנה הופכים להיות מגננתית יתר? במהלך הראיונות ההורים מתבקשים לציין חמיש מילימ המתראות את הקשר בין לבני הילד.

אם לבת 3.5 בחירה בין השאר במילה "דאגה". כאשר התבקשה למתת דוגמא היא ענהה: "כל הזמן אני מתקשרת לגן לראות שהיא בסדר, אם אני רואה שהיא כהה מתחילה את יודעת לפתח משזה, ישרא אני עומדת על שתים ואם היא חוללה, זה לוקח בלילה לבדוק מה איתה למדוד לה חום כמה פעמים ולהעביר אותה למיטה שלי... את יודעת מה שבריא מתחקשת אותה שתאכל, אם זה בריא וחווב אז אני ממש את עוקש אותה שהיא תאכל. והיא תשתחה דזוקא את הкус שתיה הזאת כי אני יודעת שהיא לא שותה מספיק בגן, שהיא לא תבכה, שהיא לא תחוללה, שהיא לא תרייה עצובה, שלא יפגעו בה, אפילו הגדול לפעים מעלייב אותה, ישר היא נפגעת אז אני ישר רצה אחרת, שהיא לא תהיה מסכונה, שהיא לא תריה עצובה".

הganת-יתר היא מגננון נוסף המשמש הורים רבים להשגת תחשות שליטה, במצב של חוסר-אונים (Pat-Horenczyk, 2008). ניתן לומר כי ganת-יתר הוא דרך של ההורים לפצות על תחשות חוסר היכולת להגן. משמעות הדבר היא שכתחילה לאമונה שלא ניתן לעשות דבר לגבי המצב, ההורה לוקח אחריות מופחת וcker הופך להיות כפייתי בכל הנוגע להגן על הילד. לעיל תואר כי עוררות היתר של האם מנבאת את מצוקת הילד (Chemtob et al., 2009), ונשאלה השאלה

להתמודדות של הורים וילדים, על אף, ומבלתי פגוע ביכולת ההישרדות הטבעית והנוכחאה כל-כך. ההבנה כי אותה עורורת-יתר היא זו שמנגנה על אנשים במצבים איום, ושיחד עם זאת, היא גם זו שמנבאת העברה של מצוקה מן ההורה לילד, הנה חלק אינטגרלי מתוכנן ההתערבות. בתהליך הפיתוח והຕכנון של התערבותות בונות חסן ותוכניות טיפוליות המתאימות למצב מורכב זה, חשוב להעמיק את הבנתנו לגבי התהליכים המתווכים כיצד עוררות היתר משפיע על היבטים שונים של הורות אשר בתורם משפיעים על התפתחות הילדים.

תנאי המחייב בשדרות האחרונות מלאוים במצב כרוני של חוסר שליטה, בשל חוסר היכולת לצפות את נפילת הטילים. לא ניתן לדעת מתי ייפול טיל קסאם, היכן הוא ייפול ומה יהיו תוצאות הנפילה. הדרך היחידה לשłów באים זה, היא הימנעות מוחלטת ע"י עדיבות האוז. גידול ילדים בסביבה בלתי צפופה זו מעוררת רגשות אשמה נרכחים. "תחשות האשמה מלאוה אותן יוספ'ים על זה שאינו מגדلت את בני עיר שדרות. שהוא צריך לחות את הרגעי פחד האלה, שהוא צריך לשחות ימים שלמים בגין בתוך ממ"ד ולא בחוץ כמו שילדים צריכים לגודל עם שימוש וחול וסילום בחצר וגופאות בחצר,ఆה, אשמה כבדה מאוד כאמור, וכך, איך את מתחממת עם האשמה הזאת?

אמנם (גאנחת) בגל חוסר הברירה שאנו נמצאים בה כרגע אני ובעל, המצב הכללי שלנו הוא לא טוב, אה ואנחנו נמצאים פה, הגענו לפחות מלכתחילה בגל הסיבה הזאת, נפלה בידינו אפשרות לגור בבית סבי וסבתاي, שבסא נפטר וסבtab באביה אבות, כשבurno שיש קאסמים אבל לא היה קשה פה, זאת אומרת ידענו שיש קאסמים אבל לא היה כקה. יש רק הסלמה מאה. אנחנו עובדים על לעבור מהה, ברגע שהוא יוכל לא נהייה פה. בינתאים כשהמצב מחריף אנחנו אורחים תיק קטן והולכים לאמא שלו".

מלבד עדיבות שדרות, אין להורים שליטה על המצב האובייקטיבי ותחושה נפוצה של ההורים המתבטהת בראיוונות היא תחשוה עמוקה של חוסר-אונים. התפקיד של הורים בהגנה על ילדיםם קשור לאינטינקט בסיסי, ועל מנת להצליח בתפקיד מרכזי זה יש צורך בשיטחה. רצונה של האם לעזוב את שדרות משחק את המשאלת להשגת שליטה על המצב בדרך אפשרית אחת, דרך ההימנעות. המתה הנבע מהצורך הנואש כמעט בהשגת שליטה, לבין תחשות חוסר האונים, הוא גורם חשוב בהתמודדות הפסיכולוגיות עם המצב ומהויה מקורו לקשיים רבים הרים הרים מתמודדים, כפי שבוטאו בראיונות. הימנעות היא דוגמא למנגנון אחד כזה האופייני להתמודדות עם טראומה ותוצאותיה. לעיתים קרובות, כמו במקרה המתוואר לעיל, הימנעות זו הינה בלתי אפשרית. ומאחר שאין אפשרות של ההורים להשיג שליטה אובייקטיבית, מתחפה לעויתים שימושיים במנגנונים פסיכולוגיים שונים על מנת ליצור תחשוה סובייקטיבית של שליטה.

"בום שני כשנפל הקסאם, בגל שהיית צריכה לעלות לאמבולנס, הייתה נסערת ובוהה וכנראה אחי או גיסתי לא יצא

כִּי שְׁנֵי הַבְּנוֹת יִשְׁנוּ אֶתְּהָ פָּה, הַן לֹא יִשְׁנוּ בְּחֶדרִים שְׁלֹהָן, **הַן יִשְׁנֹתָ פָּה.** וְזַה מָה אֲתָּה עֹשָׂה כְּשָׂהָא כְּכָה? **מָה אַנְּיָ עֹשָׂה?** אַנְּיָ **הַולְכָּת לְיִשְׁוֹן אֶתְּהָ בְּחֶדר, עַד שְׁהָא נְרֻדָּתָ**". האם מתתקשה לשאת את מצוקת הילדה, לא רק בגלל הבכי של הילדה, אלא משומש שהיא ממשימה את עצמה במצוקה זו, וכך היא הולכת לישון עם בתה בחדר לא רק כדי לשכך את מצוקת הילדה אלא גם את מצוקתה שלה. בכך היא מעשנה מונעת מבתה ללמידה להתמודד ולהתגבר על הפחדים שלו. המסר הסמלי המועבר לילדה הוא שהוא אינה מסוגלת להתמודד בכוחות עצמה אלא רק בעורת וכוחות אמה. כך, מתוך האשמה העצמית של ההורה, לומד הילד, באופן עקיף, כי הוא אינו יכול לסתור על עצמו להתמודד, וכך נפגעת תחושת הקומפטנטיות שלו (Pat-Horenczyk, 2008).

בדוגמא אחרת באוטה משפחה: "**הִיא מְעִיזָה לְהַדִּיח כְּלִים מְזֻכְּרִים וְאַנְּיָ לֹא רַצָּה, אַנְּיָ תּוֹפֵסָה אֶתְּהָ לְפָעִים, אַנְּיָ אָמָרָתָה לְהָאָל תְּעַשֵּׂי כִּי זֶה מְסֻכָּן הִיא אָמָרָת לְיַלְּדָגָי,** אָמָרָת לה אל תעשי כי זה מסוכן היא אומרת לי אל תdagai, אני גודלה, אני גודלה. אל תdagai, אַנְּיָ לְקַחְתָּה הַיָּא רַוָּה אַנְּיָ לְאָמְשַׁתְּכָלֵת אַז הַיָּא מְנִיחָה כּוֹסֹת זְכוּכִית, אַנְּיָ מְפַחַדָּת, **הַיָּא מְשַׁתְּדָלֵת הַרְבָּה דְּבָרִים לְעָשׂוֹת, הַיָּא דַי עַצְמָאִת, בְּקִיצּוֹר, הַיָּא דַי עַצְמָאִת.**" פחדיה של האם משתקפים בעיניו הילדה חוסר אמונה ביכולות שלה, וכך אותה ילדה יכולה להפוך מילדה עצמאית, לדברי האם, לילדה שנייה מאינה עצמה המאנדת את העצמאות שלה.

כפי שתואר לעיל, הניסיון להציג שליטה המתבטאת ברגשות אשמה או מגננת-יתר, הוא להבנתנו תוצאה של ניסיונות התכוודות עם תחושות חוסר-אונים. אולם לעיתים הצורך להציג שליטה הוא רב ואני מקבל מענה. הצעיטות הבא הוא מאמא המספרת על בנה שהצליח לבצע משימה כלשהי לפני כל חבריו בגין: "**זֶה אָמָר לִי שִׁשׁ בָּוּ מְשָׁהָן, רַק חֶבֶל שְׁהַקְּסָאמִים הַוּרְסִים, הַוּרְסִים לְנוּ אֶת הַלִּדְמִים, הַוּרְסִים מְכַנְּסִים לְהָם פְּחָדִים לְזָאַשׁ, מְכַנְּסִים לְהָם, הַוָּה הַיָּה בְּסֶדֶר גָּמוֹ, הַוָּה הִיא מְצַיּוֹן, רַק עַכְשֵׁיו יִשְׁלֹׁו סִיטִּים, יִשְׁלֹׁו פְּחָדִים לְצַאת לְשָׁקָק, הַמְּכֹלֵךְ כָּל הַזָּמֵן בְּבֵית זֹה מְקַשָּׁה. זֶה קָצָת מְרוּדֵם לְהָם מְהֻמוּטִבְצִיה לְעָשׂוֹת דְּבָרִים, וְחֶבֶל.**"

זהו דוגמא בה רגשות-اشמה אינם מרכזים. את האשמה על "הרס הילדים" ניתן ליחס לקסאים. כאשר ההורה חש שאין לו שום שליטה ואני מצלי ליצור עבור עצמו מענה כלשהו לצורך זהה, הוא חש שהקסאים "הורסים את הילדים". המשקנה המתבקשת היא ש: "אין שום דבר שאני יכול לעשות כדי להתמודד עם המצב". למעשה, במקרים להתמודד עם חוסר האונים ביצירת תחושה של שליטה מסוימת, תחושת חוסר האונים מתחילה באובדן תקוותה. **"הַיָּא לֹא תִּשְׁן לְבָד, הַמְּכֹלֵךְ כָּל הַזָּמֵן שְׁנֵי אַיִתָּנוּ.** אני כבר פורשת, אין לי מקום, למשה אהורה, אין, הם שמו איקס פה על שדרות ועל הבית". התחושה העולה היא כי הבית, שאמור להיות המקום הבתו עbor המשפחה הופך למטרה לוי. תחושות הרדייפה על ידי הקסאים והאומנים כי אין لأن להימלט יכולות ליצור חוויה של חוסר-אונים נלמד בין שני הבנות, זה הורג אותה. כמו היא בוכה בטלפון וכמה היא בוכה באותו געג, אל תיסעי, היא מתחננת שישנו אותה.

כיצד עוררות היתר של אמא משפיעה על ההורות באופן הפוגע ברוחות הילד. אפשרות אחת בה טמון המענה לשאלת זו היא בשילוב בין עוררות היתר הנובעת מ对照检查 הסכנה, לבין הצורך הדומיננטי בהשגת שליטה. שילוב זה יכול ליצור התנגדויות של הגנת-יתר, לעיתים אף באופן כפיתי. להלן דוגמא המשקפת את הנושא.

תופעה נרחבת למדי בשדרות היא לינה של ילדים בגיל הרך בחדר ההורם. במצב בו נפילת טיל בשעות הלילה או הבקיר המוקדמות היא סכנה נפוצה, יש הגון בהלנת הילד בחדר ההורם. כך קל יותר לשאותו אל הממ"ד. במקרים רבים אחרים, ילדים הסובלים מקשישינה שינה מתקעים לשון בחדר ההורם. אך ניתן לראות זאת גם מנוקדות מבט אחרות: **"יְוָם אָחָד הוּא הִיא חֹולָה, וּרְצִיתִי לְהָרִים אַוְתָּה לְמִתְהָרָה,** הוא לא הסכים, בשום אופן, הוא ד"י מנסה כקה להשתחרר, אבל אני מאוד מחוברת אליו". לעיתים קשה לדעת האם הקשיים בפרידה בין ההורה לידם תוצאה של תלותם של הولد, או שהם תוצאה של השפעת החדרות ההורות. נראה, יותר משحالד חש ביטחון בlinedna לצד אימו, האם לעיתים חשה ביטחון רב יותר כאשר הילד ישן לידיה, שכן אז היא חשה שהוא בשילטה. המצב שנוצר עלול ליצר קשיים התפתחותיים נוספים ולעמוד בדרכם של מילומניות חדשות Pat-Horenczyk, (2008).

פגיעה בשלב התפתחותי אחר יכולה להיגרם גם ע"י רגשות אשמה המלווים הורים בשדרות באופן שוטף. כפי שתואר, תחושת האשמה נפוצה מאוד בראיניות בשדרות, שכן תחושה זו של אשמה, עשוייה ליצור אשליה של שליטה. תחושת האשמה מתעוררת פעמים רבות סיבי המזקה של הילדים. הקטע הבא מתרחאר את רגשותיה של אם במשפחה שננסעה לאחר המרכז לתקופה קצרה שהסתיממה באשפוז של מספר ימים של ביתה בת ה- 4 בעקבות מחלה. **"אַנְּיָ נְקֻעָת בֵּין כְּלָם, אַנְּיָ צָרִיכָה לְרַצְוֹת אֶת כְּלָם, לְהִשְׁאָר שֵׁם כִּי הַמְּרָצִים וְטוּב לְהָם. אַבְלָא לְקַרְאָת הַסּוֹף כָּבֵר הִיא מְגֻזָּם וְמְלָא אַנְשִׁים זֶה הַבִּיא אֶת זֶה, זֶה הַכִּנִּיס אֶת זֶה, וְהַחֲבָר, כָּל אֶחָד הַבִּיא אֶת המשפחה שָׁלוּ בְּתוֹךְ אַוְתָּה זֶה, זֶה הַיְהָ יָוָתָר מִדִּי אַנְשִׁים בְּמִקְּמוֹ קָטָן, זֶה מְלָא וּרְסִים וְחוּדִקִּים".** האם הייתה נתונה במלוך של רגשות אשמה. היא רצתה לזכות את כלם, ولكن המשפחה לא חוזה לשדרות כמתוכנן, אך כפי שהיא זאת, בטה חלהה בשל הציפיות בחדר. תחושת האשמה המተוערת עקל מצוקת הילדים אינה מותאמת תמיד, אך מעוררת צורך לרצות ולפצוץ על מנת להקל על המצוקה של הילד, ואולי לא פחות, כדי להקל על רגשות האשמה של ההורה. אולם האופן בו ההורה מפיצה את הילד, לעיתים פוגע בהתפתחותו: **"יש יְמִים שָׁחָקִית שְׁלָה בָּאָוֹת וְהַנְּשָׁרָת זֶה קָשָׂה לְהָהָרָה שְׁבָת אֶזְרָחִיל בְּבָכָה. יְמִים שָׁשִׁים לְהָבִיא בְּבָכָה בְּבָכָה בְּבָכָה. יְמִים שָׁשִׁים לְהָבִיא בְּבָכָה בְּבָכָה בְּבָכָה."**

ביבליוגרפיה:

Bracha, H.S., Ralston, T.C., Matsukawa, J.M., Williams, A.E. & Bracha, A.S. (2004). Does "fight or flight" need updating? *Psychosomatics. Journal of Consultation Liaison Psychiatry*. Vol 45(5), pp. 448-449.

Chemtob, C.M. (2004, May). Child Trauma Intervention in a New Key: **From Survival Mode to Resilience and System Competence**. Paper presented at the 2nd Binational conference on treating traumatized children and adolescents, Ma'ale Hachamisha, Israel.

Chemtob, C.M., Rajendran, K., Nomura, Y., Brom, D., Pat-Horenczyk, R. (2009). **Effects of maternal PTSD symptoms on the behavioral problems of Israeli preschool children exposed to recurrent terrorism attacks**. Manuscript submitted for publication.

Pat-Horenczyk, R. (2006, November). **Building resilience in toddlers and parents under the threat of missile attacks**. Paper presented at the 22nd annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, CA.

Pat-Horenczyk, R. (2008). Entry on: Child Development. In: Reyes, G., Elhai, J.D. & Ford, J.D. (Eds.) **Encyclopedia of Psychological Trauma**. John Wiley & Sons.

Pat-Horenczyk R., Rabinowitz, R., Rice, A. & Tucker-Levin, A. (2009). The search for risk and protective factors in childhood PTSD: From variables to processes. In: D. Brom, R. Pat-Horenczyk and J. Ford (Eds.) **Treating Traumatized Children: Risk, Resilience and Recovery**. East Sussex: Routledge, pp. 51-71.

Pat-Horenczyk, R., Ford, J. & Brom, D. (2009). Toward a developing science and practice of childhood traumatic stress: In: Brom, D., Pat-Horenczyk, R. and Ford, J. (Eds.). **Treating Traumatized Children: Risk, Resilience and Recovery**. East Sussex: Routledge. pp. 269-276.

Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Brom, D., Rozenblatt, O., Faiermann, Z., Kaplansky, N., Yossef, D., Lahad, M. & Chemtob, C.M. (2009). **Building resilience for young children and parents exposed to continual threats of missile attacks in Sderot**. Manuscript submitted for publication.

לו ולהרגיעו אותו בחדר, לא עשית את זה, לא עשית את זה כי, כי אני יודעת שהה לא יעצור, אני יודעת שהה לא יעצור... אין לי כוח להתמודד מולו".

במצב של עוררות-יתר נמצאת הגוף במצב של כוננות לפעולות פיזיות בעלת עצמה גבוהה של התגובה ברירה, לחימה או קפאה במקומם. לאחר תקופה מתמשכת של עוררות-יתר יש תהליך של התשתתת המערכת וירידה במאגרי האנרגיה של הגוף (Bracha et al., 2004). במצב מתרחש זה של התగיות המדרשים בעקבותיה, מתקשים ההורם לגייס את הכוחות הנדרשים להתמודדות עם אתגרים רבים ונוספים הכהוכים בגידול ילדים. "כשהיו ניסיונות לא לתת לה לעבר אלינו אז היה מאוד-מואוד קשה. אני החלטתי שמתוך שינוי אין לי כוחות לזרות, אני שומר כוחות לזרות שמתרחשות ביום, בלילה אני צורכה לשון כדי, אה, לא יודעת, זה לא פטור".

במצב זה של פגיעה במשק האנרגיה הפיסית והרגשית, ההורה מנסה לשמור את האנרגיה החיונית למצבים בהם הוא זקוק לה להישרדות, ברם היכולת שלו לעמוד מול הילד ולהציג לו גבולות עלולה להיפגע. כאשר ההורה מתקשה להציג גבולות לילדים, הילד מתקשה לפתח יכולת לדחית סיפוקים, עם פגעה זו נפגע גם הפיתוח של כישוריים חברתיים (Horenczyk, 2008).

عقب המצב המתמשך של أيام הטילים בשדרות האתגר המשמעותי העומד בפניו אנשי המקצוע חיים הוא לספק להורים דרכי התמודדות מותאמות לתנאי החיים בשדרות. עוררות יותר קיימת והינה חיונית בחלק מן הזמן. אולם בזמן הרגעה שבין נפילות הטילים בולטות השפעתה המזיקה של עוררות יותר אשר מוגברת בשל הצורך העז של ההורם לחוש בשליטה. בשל כך התערבות מתאימה היא התערבות אשר מספקת להורים תחושת שליטה ובכך מפחיתה את עוררות יותר בזמן הרגעה. מטרתה של ההתערבות צריכה להיות סיוע להורים להפנים את האמונה כי על אף שלא ניתן לשנות בזמן או מקום נפילת הטילים ולא בתוצאות נפילה, ניתן לשנות בדרך בה מתמודדים בזמן נפילת טילים, ונitin עוד יותר לשנות בהתנהלות בזמן הרגעה שבין נפילות הטילים. התערבות אשר אפשר להורים לרכש תחושת שליטה תגביר את תחושות הקומפטנטיות העצמית וכן תפחת את החדרה ועוררות יותר. בראין שנערך לאחר השתתפות בטיפול דיאדי אמרה אחת האימאות: "הטיפול היה מדהים ומאוד יעיל מבחינתי, הוא (המטפל) אמר שהיכולות שלה מאוד גבוהות ושגם השפה שלה עשרה וגם יכולת משחק שלה מאוד גבוהה יחסית ליליה. זה נתן לי הרגשה טובה, גם של ביטחון, שנייה בטוחה שיש גם איזה מטען גנטי ושיש גם משהו מולד בעוני, אבל אין ספק שניי עוזרתי להה להפתחת... זהו, זה עשה לי טוב, תחושה של ביטחון, שעשית את הדבר הנכון". במקרה זה, מעבר לתוכנים הספציפיים של הטיפול, הטיפול הצליח להעביר לאמא את התחושה שהיא עשתה משהו נכון ובכך העביר לה תחושה של ביטחון ושליטה במצב של חיים תחת איזם אותו הורה שיכל למצוא בתוך עצמו ביטחון, יוכל בעת הצורך גם להעביר תחושת ביטחון זו לידי.

הכנס הבינלאומי על

"טראומה בילדים המוקדמת"

האווערטטה העברית בירושלים

28-29 ביען 2009

ד"ר רות פט הורנץ'יק ורוניט גיל
המרכז הישראלי לטיפול בפסיכוטראומה, בית"ח הרצוג, ירושלים



רקע

הכנס על טראומה בילדים הינו הכנס הרביעי בשורת הכנסים הבינלאומיים על טיפול בטראומה בילדים. סדרה זו נולדה בתקופתשיא הטror במהלך האינתיפאדה השנייה. הרעיון לעורר כנס על טראומה והשפעת טror על ילדים נהגה בחודש מרץ 2002 שאופיין באירוע טror כמעט יומיומיים ולאחריו ארע הפגוע ההמוני במילון פארק. התחששה אז הייתה שיש למפות, לתכנן ולפתח שירותים טראומה לטיפול בילדים בהקשר של טror מתמשך. צורך השעה היה ללמידה באופן דחוף על הגישות הקיימות והמיושמות בעולם, ולפתח מענים חדשים הכוללים בנייה רצף של שירותים והתרוגנות ל佗ו אחרו, בהתאם לתחזית של התמישות הטror והחרפתו.

הכנס הבינלאומי הרביעי על טיפול בטראומה אצל ילדים ומתבגרים התקיים בנושא של "טראומה בילדים המוקדמת". הוא אורגן בשיתוף פעולה על ידי ד"ר רות פט הורנץ'יק ורוניט גיל מהמרכז לטיפול בפסיכו-טראומה, ד"ר אליסיה לבroman מאוניברסיטת סאן-פרנסיסקו,امي וייס מהמרכז להורים בסאן-פרנסיסקו, ולסלי סטרניין מתכנית ההכשרה לטיפול בטראומה בגיל הרך בסאן-פרנסיסקו, ופרופ' גיל אסלנדר, דיקנית בית הספר לעובדה סוציאלית של האוניברסיטה העברית. הכנס זכה לתמיכה מהמרכז היהודי לטיפול בילד ובמשפחה בסאן-פרנסיסקו ולמענק נדייב מקון טאובר.

Pat-Horenczyk, R., Achituv, M., Kagan-Rubenstein, A., Peled, O., Weltman, A., Khodabakhsh, A., Brom, D. & Chemtob, C.M. (2009). *Growing Up Under Fire: Building Resilience in Young Children and Parents Exposed to Ongoing Missile Attacks*. Manuscript submitted for publication.

Scharf, M. & Mayseless, O. (2000). *Parenting representation interview – adolescents (PRI-A)*. Haifa University. Unpublished manuscript.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.

Wang, Y., Nomura, Y., Pat-Horenczyk, R., Doppelt, O., Abramovitz, R., Brom, D., Chemtob, C.M. (2006). Association of direct exposure to terrorism, media exposure, to terrorism, and other trauma with emotional and behavioral problems in young children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 094 pp. 363-368.

לסלוי סטרנין האחראית על תוכנית התקשורת לטיפול בטרואמה בגין הרק בסאן פרנסיסיקו.

מושא מושב המלאה ראשון עסוק ב"משמעות הקשרים מוקדמים בין אמהות לילדיהן". במושב זה הציגה ד"ר אליסיה ליברמן מאוניברסיטת סאן פרנסיסקו מודל התפתחותי, המדגים את החשיבות של טיפול והערכה העברית. במפגש זהה חבורו 35 מרצים מהארץ ו- 350 מארה"ב, וכ- 45 משתתפים (ביניהם 45 מחו"ל). הכנס התנהל לאורך יומיים באוניברסיטה העברית וכלל: שלושה מושבי מלאה, שבם נשמר המבנה והסגנון של קיום דיאלוג ישראלי-אמריקאי, סביב תחומי מרכזים של טיפול ומחקר לילדים שחו טראומה. בנוסף, התקיימו עשרה מושבים מוקבלים להציגות ודינונים משותפים בין אנשי-מקצוע משני צידי האוקיינוס. לבסוף נערכ דין מסכם ("שולחן עגול") שהתמקד בשאלות המרכזיות על היכוונים עתידיים של התהום. הכנס הסתיים ב- 4 סדנאות קליניות חוותיות מקבילות.

פרופ' רות פלדמן מאוניברסיטת בר-אילן הדגישה את חשיבות הדיבור המשותף בין הורה לילד כגורם המגן המרכזי על ילדים שנחשפו לטרור ומלחמה. היא הציגה ממצאים ראשוניים ממוחקר רחב הייקף שנערך בקרב פעוטות ישראלים ופליטים המצביע על השפעות אירעות טראומטיים על דפוסי ההתקשרות, עצירה התפתחותית, וביעות התנהגות שוננות. בmäßigודה בבר-אילן נעשה מחקר רחב הכלול לצפויות (וזיאו) של אינטואקטיזות הורה-ילד, המנותחת ברמה של מיקרו-אנאלזה. פרופ' פלדמן תיארה כיצד בעקבות אירועים טראומטיים ניתן לראות שינוי בהתנהגות של הפעוטות; הם מדברים פחות, מגלים פחות יוזמה, וכוראים נסיגת חברתיות, כמו כן, דפוסי המשחק שלהם מאופיינים בפחות יכולת סימבולית ובפחות דמיון.

בסימпозיון שעסוק ב"טיפול בטרואמה אצל ילדים תחת מלחמה וטרור", תיארה ד"ר אסטרה כהן, מהמחלקה לפסיכולוגיה של הילד באוניברסיטה העברית, את דפוסי המשחק הטרואומטי

המרכז להכשרה בטרואמה בילדים, של המרכז היהודי לטיפול הילד ובmeshpacha בסאן-פרנסיסקו ועם "מרכז להורים" Jewish family and Children's Services of San Francisco. יחד איתם החלנו בארגון כנס משותף על טראומה בגין עם בית הספר המקדמת, בשיתוף עם האוניברסיטה לעובדה סוציאלית של האוניברסיטה העברית. במפגש זהה חבורו 35 מרצים משתתפים (ביניהם 45 מחו"ל). הכנס התנהל לאורך יומיים באוניברסיטה העברית וכלל: שלושה מושבי מלאה, שבם נשמר המבנה והסגנון של קיום דיאלוג ישראלי-אמריקאי, סביב תחומי מרכזים של טיפול ומחקר לילדים שחו טראומה. בנוסף, התקיימו עשרה מושבים מוקבלים להציגות ודינונים משותפים בין אנשי-מקצוע משני צידי האוקיינוס. לבסוף נערכ דין מסכם ("שולחן עגול") שהתמקד בשאלות המרכזיות על היכוונים עתידיים של התהום. הכנס הסתיים ב- 4 סדנאות קליניות חוותיות מקבילות.

מבנה הכנס

את הכנס פתחו בדברי ברכה"ר דני ברום מנחל המרכז היהודי לטיפול בפסיכו-טרואמה, ד"ר אנטה פרידמן מנהלת Jewish Family and Children's Services of San Francisco, וגב'

בחודש יוני 2002 התקנסו לראשונה כ- 400 מומחים לטיפול ילדים כדי ללמידה על היבטים הייחודיים של טיפול בטרואמה אצל ילדים ומתבגרים. הכנס אורגן תוך מספר שבועות והתקיים בבי"ח שניידר בהשתתפות כ- 350 אנשי מקצוע שהתגייסו להציגת the art of the. הכנס אופיין ברוח התנדבות, שיתוף במידע ובבנייה הקליני, ויצר קבוצת מטפלים מגובשת ומגוista למטרת שיפור שירות הטראומה לילדים ונوع בישראל, תחום שלא זכה להעתינות מספקות קודם לכך.

ఈ שנתיים לאחר מכן התקנסו שוב במעלה החמישית לכנס הדו-לאומי השני על טיפול בטרואמה בילדים ומתבגרים, שככל כ- 20 אנשי מקצוע מארה"ב וכ- 400 משתתפים ישראלים. הכנס זה כלל הצגות של תיאוריה, מחקר וטיפול בטרואמה של טרור ומלחמה ושיקף את הניסיון הרב והמהיר שנוצר בשנות האינטיפאדה השנייה. (ראו: מאמר סקירה בפסיכיאטראיה ב- 2004). בעקבות הכנס הוקמה קבוצה עניין של קלינאים העוסקים בטיפול בטרואמה בילדים ונوعה, שנפגשה אחת למספר שבועות לצורך לימדה משותפת, הרצאות אורחות, שיכול כל-איתור ואבחן ולהציגות מקצועיים קליניים. קבוצת עניין זו פעלה לאורך מספר שנים וגיבשה קשרי עבודה, החלפת מידע, יצירה יחסית חברות בין עמיתים.

הכנס השלישי תוכנן להיערך באביב 2007, במכילת ספרו בשער הנגב. נושא נבחר להיות "השפעת הטרו המתרחש על ילדים והורים". הוא אורגן בשיתוף עם מכללת ספרו ובית הספר לעובדה סוציאלית שם. הכנס בוטל יומיים לפני המועד, על פי החלטת פיקוד העורף, מחשש לפגיעה טילום באולם הלא מכוגן של המכילה. אנו כוללים את הכנס הזה, בגין הכנסים שלנו, והחלטנו לשמר ולהריחב את הנושא המעניין בטרואמה בגין הרק לכנס המתוכנן הבא, תוך תקווה לחזור ולקיים כנס דומה באזורי שדרות בעתיד בבטחה.

מאז 2008 יצרנו שיתוף-פעולה עם



ד"ר אליסיה סילברמן
הדגישה את חשיבות הדיבור המשותף על האיעוע הטרואומטי, ככח מניע בטיפול של הורה-ילד ובחזקת הקשר, הביטחון ויעוד הטרואמה

צבי פירמן, מנהל השירותים הפסיכולוגיים בשער הנגב,Tier, בוגמא נסافت, את התגובה של אמהות וילדים צעירים החיים בשל האיום המתמיד של התקפות טילים באזור שדרות. ארועי המלחמה הומשגו על ידו ככאלו שפוגעים וטודקים את המעלפה המנטאלית של תחוות העצמי. הפעוטות חווים את הסכנה החיצונית באמצעות תגובותיהן של האמהות, כאשר האם משתמשת כmirror, המשקפת שירות לתינוק אתחוות המציאות.

"אין מקום כמו בית" הייתה כוורתה הרצתה של **לילי סטרניין** בסימפוזיון שעסוק בנושא **"מודל ביתו לטיפול דיידי בילדים והורים"**. הרצתה דנה בתרונות הטיפול הביתי בילדים צעירים, ועל הכניסה לעולם הטבעי ולמקום המבטחים שלהם – כביסיס לטיפול. הרצתה הדגימה באמצעות מקרים קליניים, את היתרונות והאגודים של בינויו בית לצורך מתן טיפול בטרואהמה. כיצד ננכדים למשפחה וביניהם את עולמה, כיצד עושים את הערכת המסתכנות בתוך משפחה, מעריכים את מזカリ הטראומה בבית, שומרם על גבולות הטיפול, ומתחודדים עם העברת הגדיות.

אחת מגולות הכותרות של הכנסת הייתה הרצתו של פרופ' קלוד שם-טוב, מבית הספר לרפואה הר סיני בניו-יורק שעסקה **במצאים מחקרים על השפעת החשיפה לטror על ילדים צעירים ובקשר בין מצוקת ההורה והפעוט**. פרופ' שם טוב יזם וניהל פרויקט לטיפול דיידי באמהות ופעוטות במנהטן לאחר התקפות 11 בספטמבר. הוא עקב אחרי המשפחות והפעוטות שנחחשפו לשירות להתקפות על בניין התאומים, ועקב אחריהם לאורך שלוש שנים. ממצאים מראים שהפגיעות של ילדים צעירים שנחשפו להתקפות הטror בניו יורק, וגם לאירועים טראומטיים אחרים, גבוהה פי שמונה מאשר של ילדים לא היסטורייה טראומטית אחרת. עוד נמצאה שלרמת המצוקה הפסיכ-טראומטי של האם, יש השפעה חזקה יותר על

שכח. **פרופ' אבי שגיא-שוורץ**, גם הוא מאוניברסיטת חיפה, הציג מחקר שערך בקרב ילדים שאיבדו את שני הוריהם בשואה, וניסה לבחון את השאלות האם ילדים ניצלים עדין נשאים(Clakot) נפשיות לאחר ששים שנה, והאם הטרואומה "הועברה לדור הבא".

בסימפוזיון שנבס סכיב **"אובדן בגין הרר"**, דיברה **ד"ר צ'ינדרה גוש-איין**, מאוניברסיטת קליפורניה, על התאמת הטיפול לילדים צעירים שחוו אבל טראומטי. הטיפול מתמקד בהיבטים של התקשרות, באופן הטראומטי של האובדן, ומותאם לשלב התפתחותי, והקשר המשפחתית והתרבותית. המודל מגשר בין הפרופסקטיביות של המטפל והילד הצער – במטרה לחזק את הקשר ולאפשר את התקשרות המתאימה סביב

חוות האובדן והטרואומה. היא התמקדה בדיון בחשיבות צורת תחוות ביחסון, כתנאי הכרחי לעיבוד הרגשי הכאב של חוות האובדן, הבנת נסיבות המוות, ושמירה על קשר ועל הזיכרונות עם האובייקט המשמעותי שמת. בהקשר זה, הציגה הרצתם של **ד"ר נעמי באום**, מהמרכז הישראלי לטיפול בפסיכ-טראומה, **מרים שפירא** וחוה **ויס** ממרכז מהו"ת, את סיפורי של האובדן הטראומטי שחוו כ- 4,500 ילדים ממפוני גוש קטיף. הן הציגו את העבודה הטיפולית, שנעשתה בתמיכת הקואלייזיה הישראלית לטראומה, בContext תמייה ובנית חוסן בגין הילדים. **ليل רחמים**, מבית חולים שנידר, הציגה והדגימה את המודל המשולב לטיפול באבל טראומטי בילדים צעירים ובdemotivites המשמעותיות להם, שפותח על ידי ד"ר ג'ודי כהן. המודל מורכב מחמשה מרכיבים: מידע פסיכו-חינוכי על משמעויות המוות ותהליך האבל, חשיפה בנסיבות ובדמותם למצבים וזכונות הקשורים לאירוע האובדן הטראומטי, עיבוד קוגניטיבי של רגשות התנהגוויות ומחשובות, עבודה עם תמנות וספר זיכרונות, ולבסוף שימוש בטקסי פרידה וכבוד למת. העבודה נעשית במקביל עם הילד ועם הדמויות המשמעויות המטפלת בו, ומתקדים גם מפגשים משותפים.

לעומת משחק המשקף חוסן. היא הציגה מחקר שבוחן דפוסי משחק בקשר ילדים צעירים שנחשפו באופן ישיר לטror והדגישה את הכרה בחשיבות תפקוד ההורה, בעידוד משחק המאפשר התמודדות עם אירועים טראומטיים. **גב' אורנית רזנבלט**, מהשרות הפסיכולוגיי בשער הנגב, הציגה מקרים קליניים של טיפול דיידי בילדים והורים נפגעים טror באזור שדרות. גם הרצתה של **רעיה אבימאיר-fft**, מאוניברסיטת חיפה, תיארה מקרים של טיפול דיידי בילדים פוסט-טראומטיים, באזור חיפה והאזור לאחר מלמת לבנון השנה. דגש מיוחד בהרצאתה הושם על השבת הפרוטוקטיבה של האינטראסובי-קטיביות למערכת היחסים בין ההורה לילד.

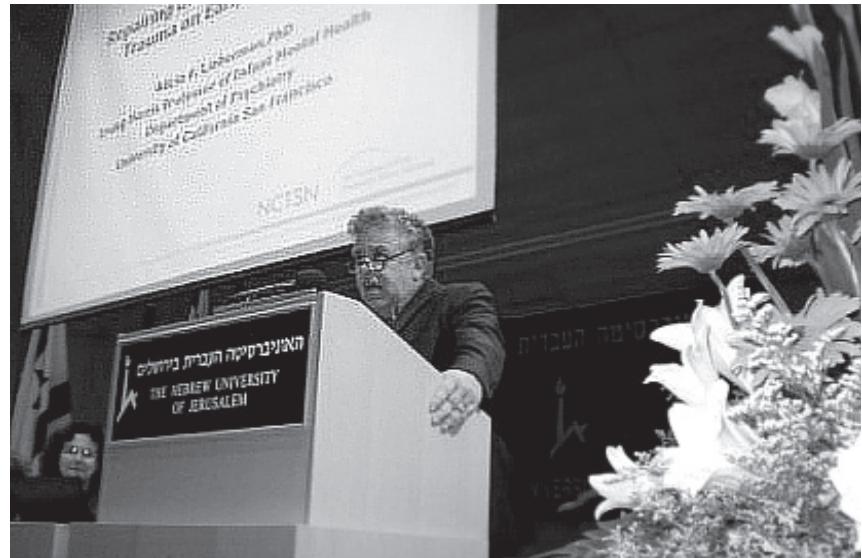
סימפוזיון אחר, עסק **בצדדים הסומטיים והרפואיים של הטראומה**, התמקד בהשפעות של PTSD על ההתקשרות הביולוגית-חברתית-רגשית של תינוקות. התוצאות בקשר זה אין חד-משמעות: עפ"י אחד המכקרים, מלבד הפגעות הפיזיות, החשיפה לאילומות יכולה להמשיך ולהמשיע על בריאותו הנפשית של הילד הרר, גם שישים שנה מאוחר יותר (כפי שקרה לניצולי שואה). לעומת זאת, ילדים גם מגלים חוסן רב יותר מבוגרים ומתואששים מהר יותר מפגעות פיזיות.

סימפוזיון נוסף שהתקיים במסגרת הכנס עסק ב"**היבטים שונים של התקשרות**". **פרופ' אליסיה ליברמן**, מאוניברסיטת סאן פרנסיסקו, דיברה על השפעת החשיפה לטראומה, על הפרעות בהתקשנות ועל החשיבות של בירור מידת חשיפתו של הילד לאירוע הטראומטי כדי להבין טוב יותר את דפוסי ההפרעה בתהליכי ההתקשרות. **פרופ' דוד אופנהיים**, מאוניברסיטת חיפה, העלה את השאלה, האם הבסיס של ביחסון פסיכולוגי בהתקשנות בין הורים-ילדים יכול לשמש בולם זעזועים נגד השפעות של טראומה? בהתבסס על מחקר הבוחן את המאפיינים של הדיאלוג בין הורה-ילד המספקים ביחסון

ודיכאון – נבאו את רמת המצוקה אצל הפעוטות, יותר מכל המשתנים האחרים. המסר למקבלי החלטות הוא הצורך לבנות רצף שירותים קהילתיים הכוללים איתור, טיפול, ובנית חסן, עברו משפחות וילדים תחת אש, תוך העצמת יכולת המקומית לטפל ולהטמייע את הדע.

מחקר שנערך לאחר ההתקנות על ידי ד"ר דורית רואר-סטריאר ועמייה מהאוניברסיטה העברית, בקרוב 1700 משפחות שפנו מגוש-קטייף תייר את החוויה של אותן משפחות תוך שימוש בשיטות נרטיביות והתמקד בדריכי התמודדות של ילדים צעירים מגיל 9-3. נמצא שכמעט לכל הילדים היו זיכרונות חיים של אירועי ההתקנות, והתיורים שלהם תאמו את אלה של הוורם. בין הרגשות הבולטים היו: כאב, עצבות, פחדים (מחילים), וגעוגעים לבית שהה. לפי דיווחי ההורם, מוחזות מיהדים סבלו מהתפתחות של סימפטומים התנהוגיים הכלולים בעיותamina, אבלן משקל, דיכאון, חרדה, תלות מוגברת, ושינויים חדים ממוחצנות למופנות. מנגנוני ההתמודדות של הילדים אופיינו בניסונות להימנע מהזיכרונות, חיזוק האמונה, ובנית התנהוגיות של שיגרה.

בסימפוזיון שנבס סביב "**מאמצים בין-**
לאומיים לטיפול בטראומה בילדים
בעולם", דיברה ד"ר נעמי באום על עבודתה עם ילדים בבלוקס, מיסיסיפי, לאחר הוריקאן קטרינה. פרויקט בניית החסן, שפותח בישראל, מתמקד בהעצמתם של המורים להתמודדות עם הלחצים של עצם ואלו של תלמידיהם



בתמונה: הרצאתו של פהוף' קלוד שם-טוב מבית הספר לרופאה הר סיני, ני-יירוק

זהה כ- 7 שנים קיימים שיתוף פעולה הדוק בין ד"ר קלוד שם-טוב מבית הספר לרופאה בניו יורק וד"ר חות פת-הורנצ'יק מהמרכז הרפואי לטיפול בפסיכו-טרואמה, בתחום המחבר והטיפול בילדים שדורות

בעיות התפתחות והתנהוגות של ילדים, מעבר להשפעה של דיכאון הורי, או מידת החשיפה הישירה לטror של האם או הילד. ניתוח הנתונים (באמצעות מודלים סטטיסטיים של SEM) הראה שמקבץ הסימפטומים של עוררות-ת-בראש כל האם, נמצא כמנגנון חזק במיוחד של מצוקה סימפטומאטית במיוחד בקרב הפעוטות, מעלה ומעבר לניבוי של מוגברת-ת-בראש. גם מוגברת בשירותים אחרים, כמו סימפטומים הפסיכו-טראומטיים, הדיכאון, או רמת החשיפה של האם.

זהה כ- 7 שנים קיימים שיתוף פעולה הדוק בין ד"ר קלוד שם-טוב מבית הספר לרופאה בניו יורק וד"ר חות פת-הורנצ'יק מהמרכז הרפואי לטיפול בפסיכו-טרואמה, בתחום המחבר והטיפול בילדים שדורות. חות התמקדה בהרצאתה בהמשגה ובמידה של גורמי-סיכון וגורמים מגנים מפני השפעות החשיפה לטror מתחשך, על ילדים צעירים ועל הוריהם. כמו כן דיברה על גורמי-חסן אצל הורים וילדים בשירותים, לטיפול דיאטי בקרוב הרים וילדים בשירותים, חיפה וקריית-שمونה. הממצאים מצביעים על מצוקה חריפה יותר בשירותים, על רקע החשיפה המתמשכת, הן אצל הורים והן אצל הילדים, בהשוואה לחיפה וקריית-שمونה (שהוו את מלחמות לבנון השנייה).

את חברות התקצירים המלאה ניתן לקבל על פי בקשה מהמרכז הרפואי לטיפול בפסיכו-טרואמה
טל: 02-6449666
דו"ל: traumacenter@herzoghospital.org

התקצירים, חלק מהמצגות, תוכנית הכנס המפורטת, ותוכניות של קורסים בינלאומיים להכשרה בתחום הטיפול בטראומה ובנית חסן (המתקינים בכל קץ וחורף בשפה האנגלית), מפורטים באתר האינטרנט של המרכז: www.traumaweb.org

בתחום הטיפול בטרואומה ואבל בגיל הרך בלטה השפעת הטיפול הדיאדי, כגישה טיפולית עיליה במיוחד בעבור ילדים צעירים, וחשיבות ההקשר הבינו-תרבותותי והרגישות החברתית במבנה התוכנית הטיפולית. לצד עקרונות הטיפול הודגשו הגישות הקהילתית לבניית חסן ובנויות יכולת מקומית לחיזוק הקהילה במצב אiom מתרחש. הדיאלוג הישראלי-אמריקאי הניב השוואות בין ההקשרים התרבותתיים-חברתיים-פוליטיים השונים אשר התמקד גם בדמיוון ובאניברסאליות של דימויות קליניות הקשורות לטיפולiesel ויעיל בילדים והורים לאחר טראומה. עם זאת, הכנס עסק פחות בשאלות הקשרות לטרואומה מרכיבת ובדימויות אבחנתיות הקשורות לקטגוריה דיאגנוסטיבית עתידית המכונה DTD (*developmental trauma*) שתהיה כוללה בהדורה חדשה של V-DSM העתידה לצאת בשנת 2011. אבחנה זו מתיחסת לעובדה של ילדים, לעיתים קרובות, חווים טראומה בהקשר של יחסים קרובים. נשאים אלו ידנו בכנס הבא, בתקופה שעוד אז נזכה כולם לשalom.

המערבית שביטוי ושחרור רגשות הוא חלק מהחלמה מטרואומה. העבודה הייתה מעבר למיללים והתמקדה במידה רבה בטכניקות מתחום "הגוף-נפש" כולל תנועה, הרפיה, קשר עין, מגע יד, דמיון מודרך, ותרפיה באמניות. טכניקות אלה אפשרו למשתתפים לבטא כאב, לתרגל נשימה משחררת, לנוע, לשחרר קולות, ולבטא עצם בצורה סימבולית, בצבע, צורה ואמנויות, תוך שימוש בסמלים של מדaliasות ויצירות סיפורים ומשמעות באמצאות מטפורות וקלפים.

לסיכום:

הכנס המוגון פרש את המידע הרוב המצתבר בתחום הטיפול בטרואומה בגין הרך ומוגבש לגוף-ידע המתבסס על תיאoria התפתחותית וגישות טיפוליות חדשות. לאורו הכנס בולט גושם מרכזיות תפוך ההורים כגורם סיכון וגורם חסן עבור ילדים צעירים, והקשר החזוק בין תగיות מצוקה של ילדים והורים בהקשר של חסיפה לטראומה. כמו כן, הוצגו עדויות מחקריות התומכות בחשיבות גורמי החסן היודיעים כמו: התקשרות בטוחה, תיווך הורי ויכולת רפלקטיבית, ותמייה הקשי לבטא מצוקה או הנטייה להעמידה פנים שהcool כשרה, מנוגד להנחה

לאחר אירוע טראומי. במסגרת זו, ישמה ד"ר נעמי באום תוכנית ההכרה למורים, מנהלים ומנהיגים קהילתיים, שכלה 245 אנשי מקצוע מקומיים. מודל ההכרה היה מבוסס על ארבע עקרונות של בניית חוסן ועל הדרכה נרחבת ומתמשכת שניתנה לאנשי המקצוע בבלוקס. **פרופ' מולי להד** סייר על התהערבותם הקהילתית שער בirlanka, לאחר אסון הצונאמי, ועל המרכז להכרה שהקים וקים שם לאורך זמן ובו הוכשרו עשרות עובדים בתחום בריאות הנפש הרפואה והחינוך, במגון של שיטות העבודה עם טראומה ובנויות חסן. **ד"ר עופרה אילון** שיתפה את המשתתפים בניסיונה בהכרה אנשי מקצוע "בעזרה של מורות". היא עבדה עם מאות מורים ואנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בתיאלד, סינגפור, מלזיה וaidomיה, - 6 חודשים לאחר הצונאמי. מודל ההכרה כלל מודל הוליסטי של התמודדות וслиב תיאוריה והtentasiות חוויתית. האתגר בפניו עמדו אנשי המקצוע הישראלים היה להתאים את הטכניקות המוכרות להם לתרבות ולמסורת המקומית (לבודדים, לאיסלאם ולנצחנות). למשל, הקשי לבטא מצוקה או הנטייה להעמידה פנים שהcool כשרה, מנוגד להנחה





ראיון עם ד"ר רוני ברגר מנהל השירותים הקהילתיים של נט"ל

מדאיינית שריית ארנון לדרן

ד"ר רוני ברגר הוא מנהל השירותים הקהילתיים של נט"ל, פסיכולוג קליני בכיר, וمتפל חוגי ומשפחתי. הוא משתמש גם כמרצה בתוכנית לרופאה חירומית שבאוניברסיטת בן-גוריון ובמרכז הבב-תחומי לימודי טראומה בשיתוף נט"ל ואוניברסיטת תל-אביב. ד"ר ברגר מרצה בארץ באיחפה ובארה"ב, כותב מאמרים וחוקר את הנושא של תגבורת ילדים, מבוגרים וקהילות במצב לחץ ומשבר ומשמש כיעץ בארגונים בנושא זה. הוא עומד בראש משלוחות שונות לרוחבי העולם בטיפול בנפגעים טראומטיים והיה גם אחד ממקימיו של הארגון "אנשי בריאות הנפש ללא גבולות".

עסקה היחידה גם בתחזוק ותגובה צוותים אלו בתקופת הפיגועים, ירי הקסמים המתממש על שדרות ומערב הנגב, מלחמת לבנון השנייה, ולאחרונה מבצע "עופרת-יצוקה". אחד המיזמים הייחודיים של היחידה הקהילתית הוא, נידת הטיפולים לנפגעים חרדה ובני משפחותיהם, בשדרות ובעוות עזה, שהוחב לאחרונה גם לנtíבות ולأופקים. הנידת מבוססת על מודל שפיתח ד"ר ברגר לטיפול מערכתי במשפחות שנחשפו לאירועים טראומטיים. המודל משלב עבודה סיסטמית עם טיפול פרטני ממוקד-טראומה, ומגיסס גם אלמנטים סביבתיים כמו סיוע של המשפחה המורחבת ועובדת קבוצתית-סקונתית. הנידת מאושתת באנשי מקצוע מהצד הפרסה מקצועים, מ\widgetsה היחידה הקהילתית את צוותי החירום הרוב מקצועיים; אנשי בריאות הנפש, החינוך, והצוותים תא", ויחידה לשירותים קהילתיים, הפתה הקים ד"ר ברגר ואותה הוא מנהל בעשר השנים האחרונות. במסגרת תפקידו בנט"ל מפעיל ד"ר ברגר צוות אסון, מלכחה, טרור וכי"ב. במקביל



נט"ל הינה עמותה שטיפלה בנפגעים טראומtic על רקע לאומי. השקפת העולם העומדת בסיס יסודה היא שטרואומה על רקע לאומי, היא חלק בלתי נפרד ממציאות החיים בישראל וכולנו חשופים לטראומה. לעומת זאת, היחידה קילנית טיפולית, 'קו חם' טלפוני, מעודן חברותי שיקומי לנפגעי הטראומה, בית ספר להכשרת אנשי-מקצועים בשיתוף אוניברסיטת ת"א, ויחידה לשירותים קהילתיים, אותן הקים ד"ר ברגר ואותה הוא מנהל בעשר השנים האחרונות. במסגרת תפקידו בנט"ל מפעיל ד"ר ברגר צוות

חלקו לקירוב בין העמים. לדבריו "לא טיפול בمشקעים הפסיכו-טראומטיים, בתcheinות ההשפלה וברגשות הזעם והנקם, לא יתאפשר תהילך אמיתי של שלום בין העמים".

יחד עם זאת, בשל המורכבות ורגשות הנושא ברמה האתית מתקצעית, התמקד ד"ר ברגר במחקר והוואה, ולא טיפול בפועל בפגיעה הטרואומה הפלסטינית. בסמוך לפרוץ האינתיפאדה המצב הפך מתח יותר ויותר, ולא ניתן היה עוד להבטיח את שלוונו. لكن, הפסיכיק ד"ר ברגר את פועלתו, אם כי, נשאר עד היום בקשרים חמימים עם חלק מהסגל והסטודנטים.

למרות פעילותו הענפה ותרומתו לארגונים שונים, מגדר עצמו ד"ר ברגר כאוטיסידר, כיוון שנרתעת מחשיבה קבוצתית החוסמת את היצירתיות בה מתאפיין, שכה תומכת לו בפתרונות תוכניות ומודלים שונים בהסתמודות עם טראומה.

הוא נשוי לאלינה, ד"ר לעבודה סוציאלית, מומחית בתחום של מיניות ומגדר ולהם תאומים בני 17. בשעות הפנאי אוחב ד"ר ברגר לראות תיאטרון, לשמעו ג'ז, עוסק גם בספרות (בעיקר ריצה), ומתעניין מאד בקולנוע. החיבור לקולנוע התחיל עוד בלימודי התיכונים בחו"ג לקולנוע ובהתנסותו האישית כבמאי של סרטים קצרים. תשוקתו לקולנוע כה חזקה, עד כי לדבוריו אם היה חשוב לבחר מuetype חדש, היה בוחר בתחום זה. כסטודנט התענין ד"ר ברגר גם באנתרופולוגיה, ומצא ביטוי לכך בהמשך גם בהשתתפותו במשלחות ברחבי העולם, לטיפול בפגיעה טראומtot.

לשאלתי כיצד הוא מספיק לעסוק בכל כך הרבה פעילות, חשב את 'הסוד' של מי שמסוגל לעובד 16 שעות ביוםמה – "מי שמקטרים עליו כל הפסיכואקטיבי הופך למבוגר פרודוקטיבי".

קשה. בעקבות הממצאים האמפיריים של המחקר והעבודה המשותפת שעשו ייחדי, יפתחו פרופ' זימברדו וד"ר ברגר תוכניות קהילתיות, שייעודו ילדים ובני נוער לאמץ גישה פה-חברתית סובלנות כלפי الآخر. כמו כן, ינסו החוקרים לפענחו את "הקוד הפסיכולוגי" של אנשים "הרואים" שמוכנים לחתת סיון עצמו ולפעול למען הקהילה. בימים אלו גם מופק סרט תעודה על המחקר.

ד"ר ברגר סיים לימודי בפסיכולוגיה קלינית באוניברסיטה העברית בירושלים בשנת 1978. כשלים את התמחות, המשיך ללימודי דוקטורט בפסיכולוגיה קלינית בפלורידה. הוא נשאר בארה"ב 17 שנה, שם עבד במרפאות, בתיכון ובקליניקה פרטיט, תוך התמחות בטיפול משפחתי וזוגי, היפנוזה ארכסונינית, פסיכוןרמה, טיפול באנאליזה ביו-אנרגטית, טיפול בנפגעים אלימים וניצול מין. הוא הוכשר על ידי ד"ר סלבדור מנוחין וד"ר פג' פאב, על ידי ד"ר בוב סיוקה, ד"ר אלכסנדר ליאן, וד"ר הרוויל הנדריקס, איתו יסד את הז'ורנל של תרפיה אימאגו. ערכות החוסן אותן פיתח וחקר, תורגמו לשמונה שפות וושמו במקומות כמו ארה"ב, אירופה, המזרח הרחוק והמרכז התיכון.

cashahil תחיליר אוסלו, החליט ד"ר ברגר לחזור ארץ, ולתרום מהידע המתקצעי שלו לטיפול בפגיעה טראומה ולדיאלוג בין העמים. הוא פנה למספר אוניברסיטאות בשטחים כדי להקים מרכז לחקר וטיפול בנפגעים טראומאה, זוכה לאוזן קשבת אוניברסיטאית אל קוזס ברמאללה, שם מি�יש את חזונו. כמו כן, במקביל הוא לימד רפואי התנהגותית בבית הספר לרפואה באבו דיס.

לשאלתי מה הביא אותו כישראל לעסוק באופן ישיר, בנושא זה וגיש בטראומות של הפליטנים מהישראלים, ציין "אני שלם עם זה ברמה האישית". לטעמו התגבורות על המשקעים מונעת הקצנת העמדות. בהתאם לכך, הרצון לתרום לפליטנים מעבר לעובדה של מחסור באנשי-מڪצע בהיבט ההומאני, נבע מכוונה לסייע לטיפול בمشاكلם הפסיכו-טרואומטיים שלהם, ועוד" כרך לתרום את

היתרונות שבטיפול בסביבה הביתית-המודרנית, מעבר לביטחון ולאינטימיות שהוא אפשר למטופלים, הם מניעת סטיגמאטיביה ויצירת תחושת שוויונית, ובמיוחד היכולת לטפל במשפחה באופן מערכתי, תוך התרומות ישירה של המטפל מהדינאמיקה המשפחית ומהאווריה בבית.

מחקר אמפירי (עם קבוצת ביקורת) של נת"ל שמשתים בימים אלו, גילה כי חלה ירידת סימפטומאטית דרמטית, כמו גם שיפור ממשמעותו בתקופת של מרבית בני המשפחה שזכה לטיפול הנידית, שינויים שנשמרו גם חוזדים ארוכים לאחר סיום הטיפול.

המצאים הללו לטענת ד"ר ברגר, הפתיעו לא רק אותו, אלא גם את שאר חברי הצוות שהיו מורגלים בטיפול קוגניציונלי. לטענותו, דואק שבירת הנורמות הטיפוליות (חסור הגבולות המקובל) והעבודה בסביבה הטבעית של המטופלים, תוך לקיחת סיכונים של המטופלים (שהיו חשופים פעמים רבות ליר קאסמים), הם חלק מהסיבה לתוצאותיו כל-כך מוצלחות.

בתחילת שיחתנו, ספר ד"ר ברגר שבדיק סימן לשוחח עם פרופ' פיליפ זימברדו מאוניברסיטת סטנפורד, אותו הוא חוקר ובונה יחד בימים אלו, ערכה לטיפול קהילתי, המשלבת חיזוק חסן נפשי, עם פיתוח התנהגות פרו-חברתית וקבלת الآخر. הפרויקט אותו יזמו ייחדי, נולד מהאהנה של ד"ר ברגר שקהילות הנמצאות תחת איום מתמשך, נוטות להסתגר ולהדרור את אלו שאינם משתייכים לקבוצה הדומיננטית בקהילה, כמו מיעוטים או בני לאום אחר. לטענת ד"ר ברגר, דואק העבודה שקיים מיעוט ייחודי, שמסוגל להתעדות מעל הנטיה הטבעית הזאת ולאMESS גישה לא אלימה לפרטן קונפליקטים עם סובלנות וקיבלה של الآخر, היא התופעה המאפיינה ואולי גם החשובה יותר. מטרת המחקה עליו עובדים רפואי' זימברדו וד"ר ברגר היא, לבדוק את התהילכים שמביאים מיעוט זה לאMESS عمודה הומאנית וPsiסנית, וזאת ליעדים קרובות במחיר של ביקורת חברתית

שלשה מרקיז של פוט-טראומה קולקטיבית



בתמונה: אישה לפודה בטור אחור קרבנות בקוסובו בזמן מלחמת האזרחים 1999. התמונה צולמה על ידי אלמוני

ד"ר משה לנגן

Oh, moon of Alabama we now must say
good-bye
We've lost our good old mama
And must have dollars, oh you know why
Berthold Brecht¹

השפילה בלומה את עיניה ואחזה את מטלליה
כמי שנאחז בשלו במקום שאין לו אחיה אחרה
שי"י עגנון

ההגדרה הנוכחית של הפרעה פוסט-טריאומטיות (PT-TR DSM) מדגישה קיום של מקור לחץ ברמת הפרט. יחד עם זאת, ההגדרה כוללת לא רק חוויה ישירה, אלא גם עקיפה, דרך חוות הצפיה בטריאומה אצל הזולת. ה- DSM איננו מתייחס לטריאומה-קולקטיבית והלולות להופיע בשל כך, אולם מאז תחילת שנות ה- 90, החלו להופיע מחקרים פסיכולוגיים וסוציאולוגיים, החוקרים תופעות של טראומה-קולקטיבית (רא, Parson, 1990 ; Erikson, 1994 Green ; Lindy, Grace and 1994 Glessner, 1990).

Erikson (1994), הגידר טראומה-קולקטיבית כפיגמה במוקם היסודי של החיים החברתיים. צוז הפוגעת בתפקידים בין בני החברה ושיצירת פגמים בחוויה התרבותית. בשל האופי הקהילתי והתרבותי של הטריאומה הקולקטיבית, ההתרומות קשה יותר ושחש שהטריאומה תוחזר לאושיות התרבותיות של החברה המדוברת, ותתבטא בתופעות חברתיות חריגות. דוגמא לתופעות כאלה יכולה להיות שחיתות והתפוררות כלכלית.

בדפים אלה אתאר שלושה מקרים של טראומה-קולקטיבית. תיעוד זה מתבסס על חוות האישיות והמקצועות ואני מתימר באישוש ותיקוף מדעי. מטרתי היא להבאים לידיות חברי למקרה,

בعالם. משנות ה- 80 ועד האינטיפאדה השנייה היו התושבים נתונים לחסדיין של ממשלה ישראל (דרך צה"ל) ופעילים פוליטיים פלסטינים, אשר חלק מהם עסכו בתנוגדות חמוצה לשטיטה הישראלית. מצב זה התאפיין בפגיעה פיזיות, הריסות מבנים, ומקרי מוות רבים. בשנת 1990 הוקמה תוכנית בריאות הנפש ה楗לאטיב ע"י הפסיכיאטר האגדי איאד אל-סרגא'. מאוחר, פרט להערכיות פסיכו-חברתית מסביבית, המרכז אוסף נתונים על המצב הרוגשי של תושבי עזה ומפרנס אותם בעקבות. מצד שהופעלה התוכנית פורסמו عشرות מאמרים שהתייחסו למצבם הנפשי של תושבי הרצועה, לתוכניות התרבותיות של המרכז, ועל הטריאומה הקולקטיבית הוהלת ובניהל בעקבות עזה². סקר אחרון, שפורסם בעקבות מבצע "עופרת יצוקה", גילה את הממצאים הבאים:

- ❖ 67% היו בעלי סימפטומים שהגינו לאבחנה PTSD לפי ה- DSM
- ❖ 98% דיווחו על חוסר בטחון בכם, שיוכלו להגן על ילדיהם
- ❖ ממוצע האירועים הטריאומטיים שעשו התושבים היה 14
- ❖ 72% דיווח שעזבו את ביתם במטרה למצוא מקום בטוח
- ❖ 71% רואו ירי טנקים על בית השכנים פליטים מכפרים פלסטינים שנכבשו במהלך מלחמה וחלק מן הבוגרים שחיו בשטח שהפר להיות מדינת ישראל.

מקרה ראשון: עזה

בשנת 1948 נכבה רצעת עזה ע"י הצבא המצרי. בזמן זה קלטה הרצעה פליטים מכפרים פלסטינים שנכבשו במהלך מלחמה וחלק מן הבוגרים שחיו בשטח שהפר להיות מדינת ישראל. בשנת 1967 נכבה רצעת עזה ע"י ישראל ואחרי שאזור סיני הוחזר למצרים בסוף שנות ה- 80, נחסמה חלקיית הכנסה למצרים לתושבי עזה. המעבר מעזה לעולם החיצון נמצא מאז בשילוט ישראלי כמעט מוחלט, ולמעטה קלות הכנסה והיציאה מאופיינת בעליות וירידות. מאז האינטיפאדה השנייה, רבים מתושבי הרצעה מכנים את המצב "מצור", ומוסיפים, שרצתות עזה היא בית הסוהר הגדול ביותר. אכבע על חלק מהן³:

ואם יהיה מי שמעוניינים לערוך מחקר מקיף יותר, יקבלו את מלאה הסיווע. לפני שאתחל במלאה אודה שלפחות שניים מתחור שלושת המקדים הינם בעלי רגשות פוליטית, ועלולים לגורור ביקורת קשה שמקורה פוליטי. אני מקדם בברכה את הביקורת הזה ואולי יפתח דושיח מפה מעלה דפי "פסיכואקטואליה", זהה שיקדם את השיח המקצוע. דושיח זה עשוי להעשיר את הצד של "אקטואליה", כתוב-עת, ואשכח על כך מאוד. אני מניח שהביקורת נגדי תהיה: מדוע אני מתייחס לסבול של עמים אחרים במקומם להתייחס לסובל העם היהודי? איך יש לי שלוש תשיבות – שלושת ברמה המuczיעות:
1. קשה מדוע להתייחס באופן מקצועי לסלב של עצם והקרוביים אליו.
2. מאחר וחלק מן התוצאה של טראומה-קולקטיבית היא הפרעה קולקטיבית, אין לי בטחון שאוכל להתייחס לכך בზירות הראויה כלפי קולקטיב שעני חלק ממנו.

3. אם תתפסו אותו כמייצג של תרבויות, מה שאכתוב בגוף ראשון על חוות"י עם טראומות אלו, יכול להיות מוכל לטרואה של העם היהודי.

מקרה שני: סיבתי

בשנת 1948 נכבה רצעת סיבתי ע"י הצבא המצרי. בזמן זה קלטה הרצעה פליטים מכפרים פלסטינים שנכבשו במהלך מלחמה וחלק מן הבוגרים שחיו בשטח שהפר להיות מדינת ישראל. בשנת 1967 נכבה רצעת סיבתי ע"י ישראל ואחרי שאזור סיני הוחזר למצרים בסוף שנות ה- 80, נחסמה חלקיית הכנסה למצרים לתושבי סיבתי. המעבר מעזה לעולם החיצון נמצא מאז בשילוט ישראלי כמעט מוחלט, ולמעטה קלות הכנסה והיציאה מאופיינת בעליות וירידות. מאז האינטיפאדה השנייה, רבים מתושבי הרצעה מכנים את המצב "מצור", ומוסיפים, שרצתות סיבתי היא בית הסוהר הגדול

האחזקה הדתית
شمוקורה בטרואמה
קבוצתית מתחמשת,
שונה מהותית מזו
האחזקה הדתית
שאון מוקורה
ברואומה. באחיזה
הדחת שמקורה
ברואומה יש
פחות גמישות,
פחות דבקות
בהלכות הדת
כפי שמחזרות
אצל ברו-סמכא
מקובלים, יותר
התנהגות מיואשת

- 1. ריפוי ידים:** טראומה מתמשכת גורמת לחסור אונים נלמד. הקהילה לומדת, כי הקשר בין השתדלותם לבין התוצאה המיוחלת מתקרבת למקירות. לכן, מבינה הקבוצה, כי אין טעם להתאמץ להגיע למטרה, או לעובד בשיטות טובות מטריה כל-שהיא.
- 2. הקenza דתית:** כאשר האלטרנטיבות בחיים מצטמצמות, הדת הופכת מפלט אחרון. קשה מאי לדכך את הקenza הדתית, משום שהמצדים בה, נוטים להיות מיאשים, ולא איזה במקורות אחרים מעניקים כבוד בסיסי. האחזקה הדתית שמקורה בטרואמה קבוצתית מתמשכת, שונה מהותית מן האחזקה הדתית שאין מקורה בטרואמה. באחזקה הדתית שמקורה בטרואמה יש פחות גמישות, פחות דבקות בהלכות הדת כפי שמתפרשות אצל בר-סמכא מקובלים, יותר התנהגות מיואשת (זיהול בח' אדם ומtan דגש בקורבנות).
- 3. דיכי ונשים, ילדים:** ערךן חדש בפסיכולוגיה חברתית, שכשר יש סבל ותסכול, הם נוטים להיות מועברים אל מי שהם מילא חלשים יותר. ברוב התרבותות פירוש הדבר דיכי האישה והזנחה הילד. זה מתבטא באלימות פיזית (לרבות אלימות מינית) כלפי נשים ורביו ולדי רחוב, המתרכזים ללא השגת הרים, או ילדים מוכים או מנצלים בעובדה קשה, בחיטוט בפחוי אשפה, בבלדיות סמים, וכו'.
- 4. קrise כלכלית:** קהילה שעוברת טראומות חוזרות ונשנות, מאבדת יכולת לעבוד באופן סדרי. לעיתים חלק מן הטרואמה נבע בתווים מחוסר במקומות עובודה או מ恐惧 קר שהעבותות המוצעות איין הולמת את תרבות הקהילה. בכל מקרה, נוצרת אבטלה גבואה מאי. בעולם המערבי מקובל, כי אבטלה מעל 15% מסמנת פשיטת רגל כלכלית. בעזה האבטלה מתקרבת ל- 50%. האבטלה מובילת לסתאנציה כלכלית. כמו כן, חוסר השליטה של תושבי עזה בכלכלה שלהם תורמת אף הוא לкриזה הכלכלית.
- 5. קrise שירותים בסיסיים:** שירותי רווחה, חינוך ובריאות קיימים ברמה של הרבה מתחת למיניהם. יש הפרעות בהספקת החשמל והמים. ד"ר אל-סראג פעם סיפר לי' שאם אדם מתאשפז בבי' ח' "שיפא" (משמעות המילה שיפא = בריאות), סביר להניח שהוא כבר מת, אלא אם הוכח אחרת.
- 6. שחיתות:** חלק מהקrise הכלכלית בא לידי ביתוי בהרחבות פער כוח בין עסקים לעניים. מאחר והכסף הוא גדר יונת, בעלי כוח מוכנים להתאמץ יותר להשיג אותו על חשבון העם, ואין מנגנוני שליטה חזקים. לכן השחיתות יכולה להשtolל.

הMARKA: החברה הבדואית בנגב

מאז 1948 עברה החברה הבדואית בנגב מספר טלטלות. מרביתה של האוכלוסייה ברוח בזמן המלחמה אל מחוץ לאגלוות ישראל. הקבוצות שנותרו, רוחזו באזורי סייג שבהם שטח צבאי סגור עד 1966. בנוסף למגבלות שהוטלו עליהם עליימן עלי-ידי הצבא, נותרו הבדואים אקדמיותיהם המסורתיות, שהיו הבסיס הכלכלי והתרבותי המשמעותי ביותר עבורהם. אחרי ביטול הממשל הצבאי, סיובה המדינה להכיר בבעליהם על האדמות ואף ישביהם לא זכו להכרה. בשנות ה-70 החלו להיבנות כפרים חדשים מטעם הממשלה אשר כינוו לתוכם שבטים וירבים באותה עיריה. אופי תכנון העיירות היה מנוגד לתרבות הבדואית בכך שאין עתרות קרקע ואינם קרובות לאזורי מרעה או חקלאות. יש לציין, כי שיטה זו נוסתה בשנות ה-50 וה- 60 בעיירות היפות ונהלו, להזיכוכם – כישלון קשה. השיקום בעיירות היפות החל בשנות ה- 70 בזכות תקציבי עתק שהגיעו אליהם והbatis הפוליטי הרחב שנבנה בהן. שני גורמים אלה אינם קיימים באותו המידה בחברה הבדואית.

על רקע הטרואומות המתמשכות אשר חזרתי, הטרואמה החמורה של היום, היא מהירסת בתים. בחברה הבדואית יש כ- 12000 בתים-אב, מחציתם בכפרים מוכרים. בשש השנים האחרונות נחרסו למעלה מ- 3000 בתים, כולל – כשליש מבתי האב הבדואים שאינם גרים בכפרים מוכרים איבדו את ביתם.⁴

התוצאה של הטרואומה הקולקטיבית בחברה הבדואית בנגב דומה לו זו בעזה, אך במידה פחותה בפגיעה, בຄמות ובACITYות. בנוסף לתופעות שמנתי לעיל, יש עוד שלוש תופעות מדאיות בקרב החברה הבדואית בנגב:

⁴ החשבון כאן אינו מדויק, שכן משפחות שבitem נהרס יותר מפעם אחת. בנוסף, חלק מן המבנים שנחרסו היו ריקים

האו"ם במינהלה מטעם האיחוד האירופי בשם יולקס. למחרות שמוסדות אלה הצליחו להגן על קוסובו בפני פלישה סרבית, התוצאה של הנוכחות האירופית (אחרי נוכחות האו"ם) היא לרבות את ידיהם של המנהיגות המקומית. בפועל, הנוכחות של האו"ם/יולקס ממשמעותה גורם גדול של בעלי אמצעים המזרימים כמות גוזלה של כסף לכלכלה המקומם ללא פיתוח כלכלי מזקומי. אחרי 10 שנים, התוצאות עדין אין מפותחות, עדין יש הפסכות ארכוכות של מים וחשמל. נסעה מפרישטינה הבירה לשדה התעופה, מורהק 20 ק"מ, נמשכת 35 דקות. כמעט כל מוסדות החינוך עובדים דקוט. כמעט מטפלים רבים כדי לטפל באוכלוסייה בשתי משמרות, וכ- 50 בת-ספר עובדים בשלוש או ארבע משמרות. המשכורת הממוצעת היא כ- 1000 ש"ח בחודש (250aira).

אולי העדות החותכת לדיכוי המנהיגות המקומית היא, כי לאחרונה נחתם פרוטוקול לגבי מצב הקבע של קוסובו. המומ"מ מכעס כלו, והחטיפה הסופית, נערכו ללא נוכחות נציגי קוסובו. למעשה זו היא מדיניות הקהיליה האירופית בבלקן מאז התפרקות האימפריה העות'מאנית בשנת 1918, כאשר נוצרה יוגוסלביה בהגמונייה סרבית.

התוצאה של התרבות הקהילתית בקוסובו דומה לו ששל שני המקרים אשר הזכרתי. מספר דוגמאות:

1. בסקר שערכתי שם עבור UNICEF (Landsman and Maloku-Byrdina, in press) מצאתי, כי מתוך 20 כנעני מחלקות חינוך עירוניות, 29 היו חדשים. הם התחלפו כולם אחרי הבחירות המוניציפליות.

2. 45% מן הקוסוברים מובטלים.

3. לפי נתוני הבנק העולמי, 15% מאנשי קוסובו מרווחים פחות מאשר ליום.

4. בסקר שערך ארגון SOS, התברר, כי קבצן רחוב ממוצע מרוויח 7 אירו ליום. מורה ממוצע מרוויח 8 אירו ליום. קבצן מצליח מרוויח 10 אירו ליום.

5. שכיחות התאבדויות בעיליה מתמדת והיום היא כמעט כפולה ממה שהיה לפני המלחמה.

המקרה השלישי: קוסובו:

אחרי מותו של מאראשל טיטו ועלייתו של מילוסוביץ לשולטן, יוגוסלביה עברה תהליך כאב של התפרקות. בקוסובו, האזרה הנידח ביותר ביוגוסלביה, מעשי הפחדה היה מלאה בגירוש המוני, מעשי הפשade והרס ורכוש, וזכה עם. ב- 1999 כוחות נאט"ז הפיציצו את סרביה ואת העמדות הסרביות בקוסובו, ותוך מספר חדשניים הסТИם הקונפליקט הצבאי. הוקמו מחולקות אזרחיות וצבאיות של האו"ם וזרמה כמות גוזלה מאד של משאבים ו)argonovi סיוע בינלאומי. ארגונים אלה, פרט לכיספים גדולים שהושקעו במקום, גיסו מטפלים רבים כדי לטפל באוכלוסייה אשר סבלה מטרואמה של רצח, עקירה, הרס בתים ומעשי הפשade יומ-יום. בתום המלחמה הוא בקוסובו רק 10 פסיכולוגים, 19 פסיכיאטרים, ו- 5 עובדות סוציאליות. لكن סייע בינלאומי היה נחוץ. עם זאת, הכנסה של מלعلاה מ- 507 ארגוני סיוע, רבים מהם עם זרועות טיפול פסיכ-חברתיות, עם מעט תיאום ביניהם, גרמה לאנדראולומוסה בכל הקשור לטיפול Shahini and Landsman (2009). בשנת 2001 הוקמה המחלקה לטיפול פסיכולוגיה באוניברסיטת פרישטינה, בטראומה (2009). גנטיא פסיכולוגים הראשונים מתחילה ורק לאחרונה קיבל תואר שני ולפעול בשיטה.

מאז שנת 1999 הייתה מעט מאד אלימות בקוסובו על הקרקע. עם זאת, סקר אשר ערך האיגוד הקוסובי לטיפול בטראומה, הראה, כי בעלי סימפטומים רבים של תסמונת פוט-טרואומטית עדין הטיפולים הרבים אשר הציפו את קוסובו בשנים הראשונות. בעשר שנות עבודתו בקוסובו, כמעט כל מטופלים שפגשתי בקיימה, הרוויה עם/ה סימפטומים של PTSD, למרות שלעתים קרובות לא חוו טראומה אישית. רבים וטובי שיערו השערות בקשר לכך, ואף אני כתעת אציג השערה: כאמור, מאז סיום המלחמה לך האו"ם תפקודים אזרחיים וצבאיים רבים, בעצם כמעט כל הכוח הפליטי והצבאי היה בידי האו"ם. אחרי שש שנים הוחלפה מינהלת

1. ריבוי נשים: כמחצית מהגברים הנשואים בחברה הבדואית, נשואים ליותר מאישה אחת. כתוצאה לכך הרבה מאוד משפחות בדו-אלה, בעוד מנוונות עלי-די אישת, הגבר שהתרבות הבדואית מחנכת אותה לכניינות ולצייתנות. לפחות, הגבר מנסה לנוהל את האישה בשלט רוחוק ולפעמים אחיה או בן גדולណן לה פקודות. כך מתפורר המרכיב המשפחתית בחברה הבדואית.

עוד נוצר ביולוגי-סטטיסטי מתופעה זו היא קושי למצוא נשים, שכן הן מהוות כ- 50% בלבד מן האוכלוסייה הבדואית, כמו בכל אוכלוסייה אחרת. لكن, גיל הנישואים של הבנות יורד, וגם נשים רبات "מיובאות" מירדן, מצפון הארץ, או מעזה.

2. נישואי קרוביים: בשנים האחרונות החברה הבדואית החלה להעדיף לחتن בת עם בן הדוד שלה בדרגה ראשונה. בין יתר התופעות הקשות הוא ריבוי מומים ופיגור שכלי בחברה. כמוות הילדים עם פיגור שכלי מגיעה לפישתיים מיותר הקבוצות האתניות בישראל. לאחרונה יזמה הקהיליה לטיפול הפסיכיאטרים בנגב לחץ על בדואים העומדים לפני החתונה לעשרות י"ע. גנטי לפני הנישואים וישם תוכאות חיוביות, אך לא בהיקף מספיק.

3. ריבוי טבעי: נישואים לנשים רבות, יחד עם שירות הרפואה המשופרים של מדינת ישראל, חברו ייחודי כדי להגיע לשיעור גידול אוכלוסין מן הגבאים בעולם. שירות האנוש, שמחלתילה לא היו בתקן מספיק כדי להתמודד עם קשיי האוכלוסייה, אינם עומדים בקצב הגידלה, ולכן רמת השירותים דורך במקומות ולעתים אף נסווה. אם מצרפים תופעה זו לתופעות אשר הזכרנו לעיל, הרי מוצאים, כי המשפחות גדולות, אך מספר המבוגרים המטפלים בילדים יורד, שכן גודל המשפחות שהן למעשה חד-הוריות.

⁶ בדואים רבים עימם שוחתי, משוכנעים שככל ביולוגי זה, אינם טובים עבורי. בנוסך הם טוענים שיש עודף של נשים בחברה

לטיכום, הטרואומה הקולקטיבית משaira צלקת בולטת ועומקה בקולקטיב הנפגע. בשל האופי הקבוצתי, אין בהכרח מצב שבו הפרט חוויה טראומה ישירות, אלא, הטרואומה חזורה אליו דרך כלל התרבות המשותפים. אין מחקר על התאוששות ספונטנית מטרואומה-קולקטיבית כמו בטרואומה אישית, ואין לנו יודעים אם אכן זה המצב. האופי הקולקטיבי גורם להשפעה הדדית וחוזרת, ולכן נרה שקשה מאוד לטפל בסוג זהה של טראומה. יש לנו נטייה לכך שההתוצאות של טראומה-קולקטיבית להיות הרסניות ולפגוע באושיות החבורה. כמעט תמיד יש גם פן פוליטי בטרואומה-קולקטיבית, וכך זה מסביר את יחס אנשי מקצוע ומחקר לתופעה. בעבודה זו ניסיתי להציג מספר רעיונות להתחומות עם התופעה, השאלות מתחום הפסיכולוגיה הקהילתית והפסיכולוגיה של השחרור.

ביבליוגרפיה:

- Green, B.L., Lindy, J., Grace, M., & Glessner, G.C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: Stability of stress symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 43-54.
- Erikson, K. (1994). *A new species of trouble: The human experience of modern disasters*. New York: Norton.
- Landsman, M. and Maloku-Byrdina, E. (in press). *Justice denied: The state of children with special needs in Kosova*. Geneva: UNICEF.
- Parson, E. (1990). Post-traumatic psychocultural therapy (PTpsyCT): Integration of trauma and shattering social labels of the self. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 20, 237-258.
- Shahini, M. and Landsman, M.S. (2009). Adolescent mental health and social context in post-war Kosova. In M.D. Ulusoy (ed). *Political violence, organized crimes, terrorism and youth*. Amsterdam: IOS press.
- Thabet, A.A., Rynearson, E.K., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., and Vostanis, P. (2009). *Death anxiety, PTSD, Trauma, grief, and mental health of Palestinians victims of War on Gaza*. Retrieved September 5 from www.gcmhp.net
6. השיחיות הולכת וגוברת. דודה של סטודנטית שלי, שהיא שופטת, הוכתה ברוחב עד שנזקקה לאשפוז ממושך.
- מחשבות על התערבות**
- התופה של הפרעה פוסט-טרואומטית קולקטיבית, נחקרה מעט מאד, ולכן אין זה עדין ברור לගמרי כיצד מתמודדים עימיה. מתוך היחסות לתופה זו בהקשרים שונים, ברצוני, להציג, באופן מהוסס מאד, מספר הצעות להתרבעות, במטרה לקדם חשיבה על הנושא. במאמר אחר (Shahini and Landsman, 2009) הצעתו מספר הנחיות, המבוססות על עקרונות הפסיכולוגיה הקהילתית להתרבעות בחברה בשਬיר עם סיום הלחימה, לטווח המידי, הבינווי והארוך. הקוראים המ███ורנים מופנים לשם:
- החשיבה שלי בנושא כוון מובילו אותי בכיוונים הבאים:
1. לאבל הקולקטיבי יש מספר תפקודים, ביניהם להיפרד מן הנפשות האבודות, מן הרכוש שאבד, מדרך החיים שנעלמה – וגם מן הטרואומה. קביעות ימי אבל ומנגאי אבל – לצד המשך החיים – הוא חלק מתהיליך חיוני ויש לעודד זאת.
 2. חשוב להתחבר לעבר כדי לבנות עתיד. הקולקטיב צריך לצרף קידמה על בסיס אותו של ההיסטוריה שלו.
 3. ההעכמתה עומדת במרכז ההבראה. חשובה נטילת השליטה – אפילו שליטה סימבולית. לכן, להשתתפות בהפגנות ואסיפות מהאה עשוי להיות ערך רפואי רב. יש גם ערך בתיעול מעסים לאפיקים של עצמה קבוצתית. אחת מאגדות העכמתה בקוסובו הייתה תנעת אנטונ צ'טה. צ'טה, מרצה להוסטורייה באוניברסיטת פרשטיינה, פעל נגד תופעה מחרידה בחברה הקוסוברית – נקומות דם. נקומות הדם דיללו מאד את אוכלוסיית הגברים ואיימו על הכלוקם היסודי של החברה. צ'טה אסף צוות גדול של אינטלקטואלים, סטודנטים ובני-דת, וuber מכפר לכפר, על מנת לעודד את המעוינים לקיים סולחות. כדי להבטיח את קיום הסולחה הוא נתן לכל סולחה שם של אלבני שנרצח בידי הסרבים, כך שאם צד אחד מחלל את הסולחה הוא גם מחלל את שם הנרצח למען החירות. שיטה זו תפסה ותרמה גם להעכמתה וגם לטיפול בחוליות פנימי שהיה תוצאה של הטרואומה הקולקטיבית.
 4. עוד אסטרטגיה העומדת במרכז ההתחומות עם טראומה-קולקטיבית היא האומץ. מבחינה פנומנולוגית, אומץ הוא מושג התודעה; ככלומר, היכולת (המוחדרת כנראה) לתפוש מהוזע מוחוץ לסובייקט. מכך נובעת המשמעות שהוא קיים מוחוץ לסובייקט. מכך נובעת המשמעות האונטולוגית של האומץ, שהוא לעשרות מעשה נעלם, "מחוץ" לתפישה העצמית של האדם. כדי להשתחרר מן הבלתי האפשרי אם נחשוב שהטרואומה הקולקטיבית מגבילה את החברה.

עלים בסיכון לנוכחות סטרסור ההגירה:

תופעת התאבדות בקרב עלים מברית המועצות לשעבר ומටוייפה

פרופ' משה זכי*

ד"ר ליריס דרויזין**

תקציר

בתאריך 13.7.09 פורסם דוח משדר הבריאות בנושא התאבדויות בישראל, והצביע על עלייה של 30 אחוז בשיעור התאבדות בקרב עלים מבריה"מ לשעבר ומටוייפה. קיימות שתי גישות המתייחסות לכך בין אובדן להגירה: גישה המתייחסת לתהליכי תוך-נפשיים של הפרעות הסתגלות מותמצכות; וגישה המדגישה את הגורמים האקסטרא-פסיכיים המהווים זאת וטריגר להפרעות נפשיות קיימות.

המאמר ממחפש את הקשר שבין התיאוריות של הפסיכולוגיה של ההגירה לבין המאפיינים של שתי קבוצות בסיכון: עלים מברית המועצות לשעבר ועלים מටוייפה. כמו כן, המאמר מציע תערובת מקצועית בשלוש רמות: מנעה ראשונית, שניונית ושלישונית.

מבוא

תופעת התאבדותם של עלים חדשים, הנוגנה במגמות עלייה, מעלה סוגיות מקצועיות ואתניות המצריכות הבקרה פסיכולוגית של התסמנות והצעות לדרכי התמודדות עימها. המחקר הבינלאומי עוסק בנושא זה בערך דרך היבטים כלליים של התאבדות בני-אדם ואינו מתמקד בסוג הפסיכיפי של התאבדות בעקבות הגירה.^{1,2,3}

קיימות שתי גישות המתייחסות קשר בין אובדן להגירה. גישה אחת מדגישה את הקשר שבין דחק נפשי להפרעת הסתגלות מותמצכת – גורם אינטרא-פסיכי (Intra-Psychic). הגישה שנייה מדגישה את המרחק התרבותי בין ארץ המוצא של העולים לבין התרבות בארץ הקולקטיב – גורם אקסטרא-פסיכי (Extra-Psychic) המתבטא בביטוי חרבות. למעשה שתי הגישות מדגישות את הסיכון לאובדן בקרב אלה עם "הגיגות הדקה".

אפידמיולוגיה

בתאריך 13.7.09 פורסם דוח משדר הבריאות בנושא התאבדויות בישראל. דוח זה הצבע על עלייה של 30 אחוזים בשיעור התאבדות בקרב עלים מבריה"מ לשעבר ומටוייפה.⁴ בשנת 2006 שכנו קצ' לחיהם 365 בני אדם בישראל, 85 מהם נשים. בשנים האחרונות נרשמו כ- 400 התאבדויות בשנה והנתון מ- 2006 הוא המספר הנכון ביותר מאז 1999. בשנת 2006 עמד שיעור המתאבדים על 7.2 מקרים ל- 100 אלף נפש. מדובר בשיעור הנכון ביותר מאז 1981.

בשנים 2004–2006 כשליש ממקרי התאבדות היו של עלים, בהשוואה לארבעה בשנים 1996–2003. בשנת 2006 שכנו קצ' לחיהם 1111 עלים חדשים: 73 אחוזים מהם עלים מזרזיה, 23 אחוזים עלים מටוייפה והיתר עלים ממידנות אחרות. מקרי האובדן של עלים מוהוים 30 אחוזים מכלל התאבדויות. בעוד שבקרב העולים מזרזיה נרשמה בשנים האחרונות מגמת ירידת בשיעור מקרים התאבדות, בקרב עלים אטיאופיים קיימת עלייה בשנים 2000 עד 2006.

מקרב בעלי ברית המועצות לשעבר עמד שיעור המתאבדים על 12 מקרים ל- 100 איש ואילו בקרב אטיאופיה היה השיעור 46 מקרים ל- 100 איש. בקרב בעלי רוסיה שיעור התאבדות בקרב הגברים היה פי שניים ובקרב הנשים גדול פי-30 אחוזים בהשוואה לאוכלוסייה הווותיקה. בקרב יצאי אטיאופיה הפעורים גדולים עוד יותר: שיעור התאבדות בקרב גברים גבוה פי שבעה ובקרב נשים פי חמישה מאשר בשאר האוכלוסייה.

¹ Marcus, E. (1996). *Why Suicide?* New York: Harper Collins Publishers

² Schneidman, E.S. (1996). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press

³ Hawton, K. (1985). *Suicide and Attempted Suicide among Children and Adolescents*. California: Sage Publications.

⁴ynet חדשות, "עלים במצוקה", ידיעות אחרונות 09.14.7.2009

* פרופסור משה זכי (D.Ph.)
משמש כפרופסור וראש המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ותאיקה – המרכז הבינלאומי לבראיות, משפט ואתיקה – הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה; מנהל התחנה הפסיכולוגית, טירת-כרמל.

** דוקטור דרויזין (D.Ph.)
משמשת כמנהלת המועהנית הטיפולית, טירת-כרמל; למדו תעודת בפסיכותרפיה, בית הספר לפסיכותרפיה – המחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

הגירה כגורם תיאוריות

ה- 70 לצרפת כעובד זר, מתרבויות האסלאם של אלג'יריה, לתרבויות הצרפתית המערבית הקולטת. הוא חש ניכור, חרדה קיומית וסומטיציה ומאשפז את עצמו בבית-חולים. שם, בתוך סביבה בטוחה ותומכת, אשר בה הוא רואה מסגרת "המקילה" אותו – הוא מרגיש יותר בטוח ומוגן. כאשר הוא נדרש להשתחרר מבית החולים, הוא מסרב ונצמד לצווות הרפואי במכון – מותך חשש יצאת לעולם חיצוני זר ומאיים. לעומת זאת, העמברה מושקפת התנגדותו לעבר את מעשיה התנהגותו של מוחמד משקפת התנגדותו לעבר את שלב "המעבר" (transitionalite) המלווה בתגובה נפשיות של קשיי הסתגלות.

לדעת Kaes, תהליכי הסתגלות מתמשך עלול אף לגרום לפסיכופתולוגיה: מסקנה המכובילה אותן למודל הבא.

2. הגירה והמודול של הפרעות הסתגלות

עלולים להשפיעו לגורם דחק (Stressors) שונים במשך תהליכי קליטהם וגם לאחורי, הן ברמה האישית והן ברמה המשפחתיות. אין מדובר כאן בחוויה טראומטית חד-פעמית, אלא במצב של דחק פסיכו-סוציאלי מתמשך. קשיי הסתגלות יכולים להתבטא בכל תחומי החיים: ביכולת התפקיד היומיומיות, בתחום התעסוקה ובתחום החברתי. סימפטומים נספיריים שמוסיפים הם מתח וחרדה, מצב רוח דיכאוני, הפרעות ביכולת הקוגניטיבית (הריכוז, הזיכרון והלמידה), הפרעות רגשיות ובתנהגות. ההגדירה האטיאולוגית של גורם הדחק אינה בהכרח ברורה – מכל מקום התגובה אופיינית ל"גיגלול דקה", בגורםאיםஇயியும் בטорм החשיפה לטרוריסטים של הארץ הקולטת. התסמיינים של התסמנות מתפתחים כחודש מתחילה השינוי, והם יכולים להציגם ולהעלם בתוך 6 חודשים. אם הפרעה נשכחת תקופה ארוכה יותר, יש חשש מכורוניזציה של הפתולוגיה.

הפרעת הסתגלות מסווגת ב- DSM⁵, עם אבחנות שונות: הפרעת הסתגלות עם מצב רוח דיכאוני (309.0), עם חרדה (309.24), עם חרדה ומצב רוח דיכאוני (309.28), עם הפרעות התנהגות (309.3), עם הפרעות רגשיות והפרעות התנהגות (309.4) ולא מוגדר (309.9).

הגירה שגורמת לשינויים משמעותיים באורח החיים של היחיד והמשפחה עלולה לגרום להפרעות הסתגלות ברמות חמורות שונות: רמה קלה, מתונה, חריפה כאשר דחק מתמשך בשלבי קרונייזציה וברמת חרומה חריפה עלול להסתיים באבדנות.

היבטים פסיכו-סוציאליים של קבוצות הסיכון

נתמך עת בקבוצות שהן חלק מה- 30 אחוז בשיעור ההתאבדות בחו"ל משרד הבריאות מtarif 13.7.09: העולים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה.

1. העולאים מברית המועצות לשעבר

בשנות ה- 70 החלו גלי עלייה קטנים מברית המועצות דרך וינה באוסטריה. בתחילת שנות ה- 90, בעקבות מהפכה הפוליטית

אף על פי שאין לנו נתונים במאמר זה בעליה של יהודים הבאים להשתקע בישראל – עדין, מבחינה פסיכולוגית תהליכי נפשיים בין הגירה לעליה עשויים להיות זרים: היחיד מפתח ציפיות גבוהות מודיע בחוץ לאץ הקולטת, הופיע בין ציפיות אלה למצאות, דיסוננס תרבותי בין המוצא של היחיד לבין התרבויות של הארץ כל אלה מהווים מצב חשוב לתהליכי הסתגלותם של המהגר, ולאחר מכן יש להוסיף את חסמו הנפשי של העולה ואת מערכת התמיכה המשפחתית והקהלית.

1. הגירה הפסיכו-סוציאלית בפסיכואנליה

על פי גישתו של Kaes⁵, המבנה הנפשי של האדם בני מערכת:

מבנה האישיות מורכב משלוש שכבות:

- המודע – תכנים של מחשבות ורגשות המודיעים לאדם.
- ה深深的 למודע – תכנים שהאדם אינו מודיע להם בשלב מסוים, אך שי לו היכולת להעלות למודע במקרה.
- התת מודע – התכנים שהאדם אינו מודיע להם כיוון שהוא ידע על ידו.

כמו כן, האישיות מורכבת מ- 3 מבנים:

- האני – מציג באדם את התבוננה ואת המתינות.
- האני העליון – מבטא את המ暢.
- האני התחתוני – כולל את הדחפים והצריכים המינימים הפועלים על פי עיקרונו העונגן כדי להגע לסייעם.

על כן, הדינאמיקה הנפשית של האדם מצורכה את שייכותו לקובוצה חברתיות ש- Kaes מכונה "מיכל" (container) – בה יכול להשג איזון נפשי. במצבי משבר, הנition של היחיד מקבוצת השישיות שלו גורם לשישוקה של הדינאמיקה הנפשית (תהליכי הזיהות, הפנה, הגנות...): בהגירה, הנition מתבטאת בחוסר רצף (קוגניטיבי, חברתי ותרבותי) בין היחיד וסביבתו. השבר בין המהגר לטבותו בארץ המוצא, חוסם את הדינאמיקה הנפשית – והוא ייחוץ מגב במתה וחודה – למעשה מותערע הביטחון הבסיסי, והיחוד נתון לתחשות סיכון: המהגר שבוי "בmeshar" ומרגיש בידוד חברתי בסביבתו.

הצורך הבסיסי של היחוד להשתkir ל"מיכל" (transmitionalite) – מוביל את האדם לתהליכי "מעבר" (transmitionalite) – בין קבוצת המוצא לבין קבוצה הילטת הקולטת. תהליכי "מעבר" בין קבוצת המוצא לקבוצה הקולטת יכול לכלול תנוזות ומשברים מותעים עלול המהגר לחוש בשולדים. תהליכי "מעבר" שלא מוביל להטמעה בתוך החברה הקולטת, עלול לגרום לשישוקה המערכות הנפשית ולחוור עיליות של האגנות פסיכולוגיות – להוביל לפסיכופתולוגיה ואובדן.

בגישהו הפסיכו-סוציאלית בפסיכואנליה, Kaes מביא את סיפורו של מוחמד⁶ – מהגר מאלג'יר אשר מגע בראשית שנות

⁵ Kaes, R. (1976). *L'Appareil psychique groupal: Constructions du groupe*. Paris: Dunod

⁶ Mohamed (1973). *Journal de Mohamed*. Paris: Stock.

⁷ Diagnostic Criteria for DSMIV (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.

ושל שירותי בריאות של קופות החוליםינו העומדים לרשויות האוכלוסייה שבמצוקה ובsein בעקבות העלייה לישראל. יתרה מכך, שירותי הפסיכולוגים הניטנים על ידי משדר החינוך לבתי-הספר בהם מושלים תלמידים ייחודיים בעלי צרכים מיוחדים. ובכן, מה ניתן עוד לעשות לנוכח מגמות העלייה של שיעור המתאבדים בקשר לעול' ברית המועצות לשעבר ואתיאופיה?

ניתן לאמץ את המודל של קפלן הפועל בשלוש רמות של מנעה:¹¹

1. מנעה ראשונית: מאחר ומצב הלחץ של הגירה ניתנים לצפיה מראש, ניתן להזכיר את האוכלוסייה הרחבה לך. מיקבאים מציע את המונח "חיסון" Stress inoculation¹² כהכנה מקדימה למצב לחץ ומציג שלושה שלבים מבצעיים לאימון:
 - * השלב החינוכי-הסבירתי, שבו נלמדים מושגיו-סוד בתחום הלחץ והתמודדות איתו;
 - * שלב התרגום, שבו מפותחים קשרים אחד. במסגרת זו משנן הלומד נוסח חדש, חיובי, של הגדרת המצב לעצמו.

2. מנעה שניונית ושלישונית: מכוננת להפחחת אובדן בקשר וחווים בסיכון גבוהה. התערבות זו היא האמצעי הייעיל למניעת התמודדות בקשר המציגים בסיכון גבוה (הסובלים לרוב מהפרעה نفسית).

לטיכום: אף שהפרעות מסווגות בתכניות טיפול למתבגרים ולמבוגרים המציגים ניסיונות אובדן – לא נערך מחקרים מספקים בנוגע להערכת שיטתיות של שיטות טיפול אלה.

פטריארכלי והסמכות התרצהה בידי הזכנים. מקצת הילדים ביקרו בבתי ספר בכפרים, והמעבר מילודות לבגרות היה חד (סמכור לגל 11).

ביטויים רגשיים בכלל ושליליים בפרט לא היו מקובלים. תחילך קליטתם של יהודית האתיאופיה בישראל היה מלאה בקשישים רבים: ראשית, השוני בצעע העור, קשיים בשפה, באורך החיים הכספי והביתי. עולים רבים חוו בין השאר קשיי הסתגלות על רקי פירידה ממשפחותיהם שנותרו באתיאופיה.

חלק ניכר ממתבגרים מקרוב עולי אתיאופיה הופנה לפניות עליית הנוער. מסגרות אלה שימושו מצד אחד כ"חמקה" שסייע להלם תרבוטי. באשר לילדים – הם היו חשופים להשפעה של שני עולמות דיסוננטיים: אקלים המשפחה עם סמכות הורים אוטוריטרית לעומת אקלים בית-

לתהיל הסתגלות החברתית, ומайдך יצרו סוציאלי-齊齊ה שפעלה לצמצום הפערים בנים בין יהודיה הארץ. ¹³

חשיבותם של גיבוש התערער והתבגרים עברו תהילך של גיבוש

זהות חייה, בין תרבות הבית לבין התרבות

בחברה הישראלית – מצב שהגביר את

קשה הסתגלותם. הקשיים ניכרים במישור

החברתי, הרגשי והלימודי ומלווים את בני

חוול מיכאל גורביץ', על ישראל יותר מחצי מיליון איש מדיניות חבר העמים.

העולם מברית המועצות הגיעו ממשר קומוניסטי טוטליטרי למשטר דמוקרטי הנהוג בישראל; יתרה מכך, השלטון הקומוניסטי בברית המועצות דאג לצרכי האזרחים בדור, השכלת ותעסוקה והאזוריה היה פטור מלדאוג לצרכי. העולים מברית המועצות הגיעו למציאות של חופש ואחריות עצמאית פרטית לא נתפסים: למעשה, בראשית הדרך המבוירים נחשפו להלם תרבוטי. באשר לילדים – הם היו חשופים להשפעה של שני עולמות דיסוננטיים: אקלים המשפחה עם סמכות הורים אוטוריטרית לעומת אקלים בית-הספר והחוץ-משפחה שהוא חופשי ודמוקרטי. כתוצאה לכך, מעמד ההורים התערער והתבגרים עברו תהילך של גיבוש זהות חייה, בין תרבות הבית לבין התרבות בחברה הישראלית – מצב שהגביר את קשיי הסתגלותם. הקשיים ניכרים במישור החברי, הרגשי והלימודי ומלווים את בני הנוער שנים רבות.⁸

מתוך מגע עם אוכלוסיות קליניות של מתבגרים עולים מברית המועצות לשעבר בולטים שני כיוונים פסיכו-פთולוגיים: האחד הקשור בהתנחות מוחצנת וככל עבריותן, שתית אלכוהול וצריכת סמים, התנחות שתית בתי מגורים וצורות שונות של מוניות: היכן אחר קשור בהתנחות מוצקן דיכאון וניסיונות אובדים האופייניים לאוכלוסיית הגירה.⁹

2. העולים מאתיאופיה לישראל

בשנת 1985 עלו 10,000 עולים מיהודה אתיאופיה במסגרת "מבצע משה"; ובשנת 1991, הגיעו רוב בני הקהילה האתיאופית להxia שם במהלך "מבצע משה". רוב העולים מאתיאופיה התגוררו בכפרים לאוכלוסייה המבוגרת של העולים: שירותים ועסקים בחקלאות, במרעה ובמלאת יד. מבנה המשפחה והקהילה באתיאופיה הוא

⁸ Mirski Y. (1991). Adolescence, Immigration and Cultural Processes. Abstract of the National Conference on Soviet Refuge and Mental Health in Chicago (Dec., 1991).

⁹ רצוני, ג' (1998). ילד עלייה. בתוך: שמואל טיאנו (עורק), פסיכיאטריה של הילד והמתבגר. תל-אביב, דיזנגוף, 540.

¹⁰ Ratzoni G., Apter A., Blumensohn R. & Tyano S. (1988). Psychopathology and Management of Hospitalized Ethiopian Immigrant Adolescents in Israel. Journal of Adolescence, 11: 231-236.

¹¹ Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books.

¹² Meichenbaum, D. (1977). Cognitive - Behavior Modification. New York: Plenum Press.



בין קארמה לפסיקותרפיה תרבותות ותקשות בטיפול בנער במערב המזרח הרחוק

ירון פלדמן ואבי שורף

בתחילת שנת 2007 יצאתי למסע במזרח הרחוק במטרה לטפל בנער מאחת מדינות מזרח אסיה. ב כדי לשמר על סודיות אמנה מלנוקוב בשמות ובפרטים מסוימים. עם זאת, אנסה לתאר את הרקע התרבותי והאישי של הנער. ההיכרות עימם תאפשר לנו להציג אספקטים ייחודיים בתהיליך ובהבנה הרחבה יותר של הטיפול, תוך עמידה על הייחוד של מפגש של נער ומטפל מתרבויות שונות.

ירון פלדמן:

מ.א. קלינית של הילד, אוניברסיטת תל אביב. מומחה בתחום לטיפול בילד באחד העם חיפה.

אבי שורף:

פסיכולוג קליני בכיר - מדריך. מרצה בחוג לפסיכולוגיה אוניברסיטת תל אביב. התוכנית לפסיקותרפיה אוניברסיטת חיפה.

ומיומניות חברתיות. האבחנה נמצאת תחת המטריה הכללית של ה- PDD (Pervasive Developmental Disorder), בוך שהוא פוגעת בתווים רחבי של יכולות, אך כאמור נבדלת מהאוטיזם 'הקלאס'.

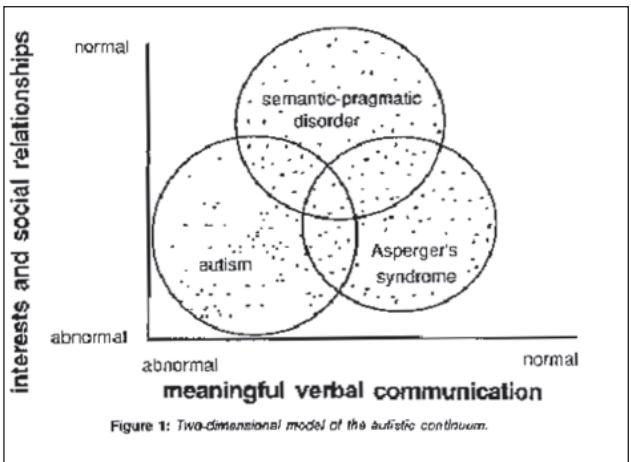
יחד עם זאת, כפי שעהלה מן הרקע של טמן, הימנעות חברתיות וקשיים ביצירת חברויות עשויו להופיע על רקע של ליקויי-שפה. אולם, להפרעה שפתית סמנטי-פרגמטית (SPLD) יש קווים המצביעים את תסמונת אספוגר. הפרעה זו מאופיינת בעיכוב בהתפתחות השפה, שימוש באמריות שלא בקשר מסט המתאים (וביחוד ככל המצוות מתוכניות טלויזיה), בלבד בין 'אני' ל'אתה', קשיים בהבנה של שאלות וקושי לנחל שיחה. למრבית הילדים המאובחנים באבחנה זו יש מאפיינים אוטיסטיים כמו קושי בהבנה של סיטואציות חברתיות, הצמודות האנגלית, שהיתה חזקה יותר אצלם, ולהימנע מלנסות ולהטמע את השפה המקומית.

לראטואליים מוכרים והיעדר משחק סימבולי. הדרך בה מותבצע עיבוד המידע אצל ילדים אלו היא נקודה מרכזית בהפרעה. חוסר היכולת להפריד בין עיר ווטף והצמודות לפרטיהם שאינם רלוונטיים להבנה של הטענה של מטא-אושיותם מרכזים בה. לכן יש כמון השלכות על דיבור, הבנת שפה, הבנה חברתית ובין-אישית.

Bishop (1989) מנסה לשרטט את קווי המתאר של מצבים אלו ואת החפיפה בין PDD, אספוגר ו-SPLD, מה שעשוilo להויל בתיאור התמונה של טמן (תרשים מס' 1). בתיאור זה של תקשורת מילולית וווחסם בין-אושיותם כשי צרים מרכזים (המתארים מצבים אלו של נסיגת חברתית ולקיות תקשורת), ניתן להבחין בחיפוי הקוים בין מצבים אלו.

תרשים מס' 1

תקשורת מילולית וווחסם בין-אושיותם על הריצף האוטיסטי



זאת ועוד, קווי המתאר של SPLD דומים לתופעה נוספת הנקרואת NLD (Nonverbal Learning Disorder). תופעה זו מאופיינת ביכולות ורביליות תקינות וארגבות, כשהיכולות הללו ורביליות לקויות ובונסף, יכולות מניפולציה מרחבית, תפיסה טקטילית וכ יכולות מוטוריות לקויות. ילדים כאלה עשויים להשתמש במגוון צורות לשוניות, בעלי יכולת גבוהה זיכרון רחב של אינפורמציה ורבilit, ובעלי יכולת גבוהה מה ממוצע באיות וקריאה של מילים בודדות.

רжу
טמן (שם בדי) הוא הבן האמצאי למשפחה מכובדת במדינה בודהיסטית מזרחה אסיה. כאשר הכרתי אותו לראשונה היה בן 14, אחותו בת 16 ואחיו הצעיר בן 6. הורי – בעלי תפוקדים מרכזים בשלטון המקומי ואנשי מערכם בסביבתם. טמן ואחותו לומדים בפנימיה בבית-ספר בין-לאומי מחוץ למדינתה ומגיעים לחופשה בדירות מעת לעת. התפתחותו של טמן בשנותיו הראשונות הייתה גורמטיבית כמעט تماما בתחום השפה. לטמן היהஇוחר בהתפתחות השפה והוא תיימר באמצעות מילים בודדות עד הגיעו ליל ארבע. בעקבות התערבות מומקדת בכישורי שפה, החל לדבר בשנתיו החמישית, כשהנהנחו למשפחתו הייתה להתמקדש בשפה האנגלית, שהיתה חזקה יותר אצלם, ולהימנע מלנסות ולהטמע את השפה המקומית. חוסר היכולת לתקשר באופן ורבלי הקשה על טמן לרכוש כישורים חברתיים מותאמים והביאה לדפוס של נסיגת והתבודדות מאינטראקציות חברתיות. יתרה מכך, היווilo במשפחה מיחסת הובילה את הסביבה המיידית והרחבה יותר להתיחסות שלחנית כלפיו, עובדה שאיפר הגבירה וחיזקה את הדפוס המתואווה. עם השנים דפוס זה הילך והתבסס כשלאורך הזמן גנע טמן מmag עם בני-גילו והעדיף לתקשר עם מבוגרים ממנו ובהמשך עם ילדים צעירים ממנו, אם כי גם זאת במידה מוגבלת. הקשר של טמן עם אימו לאורך כל השנים היה קרוב, והוא היה הדמות המרכזית בחייו. הקשר עם אביו חם ואוהב, אולם הוא נעדר תכופות מהביה בשל נסיעותיו הרבות לחו"ל.

האבחנה

הकשיים ההתקפתחותיים שליוו את טמן מיניקותו כוללים קשיים לימודיים, קשיים חברתיים וחלימה בההquiz. אלו היו המאפיינים העיקריים שההורו ביקשו לתת עליהם את הדעת. באותו ימים טמן למד בבית-ספר בין-לאומי והתגBOR בפנימיה. הוא התקשה בתchromים האקדמיים והתלונן על הטירות מצד חבריו לפנימיה, שהיו לועגים לו על התנהגותו ועל עוזר המשקל שאפיין אותו באותו ימים. לאחר סדרת הערכות פסיכו-דייגנומטיות (שנערכו בארץ על ידי ד"ר אבישי שורף אשר ליווה בהדריכה על המקרה) התקבלה תמונה המצביעת על לקיות תקשורת ושפה, קשיים בהבנה חברתית ולקיות-למידה.

בחינה תיאורית ישן אבחנות אחדות אשר מתחארות תמונה של לקיות שפה, בעיות תקשורת וקשיים בין-אושיותם. Semantic Pragmatic Language) SPLD, תסמונת אספוגר, (Non-Verbal Learning Disorder) NLD ו-(Disorder המרכזיות שבkan. תסמונת אספוגר מתאפיינת בדפוס של חוסר אמפטיה, יכולת מוגטה לייצרת חברויות, שייחות חד-צדדיות, התעמלות בנושא אחד לפחות פרטימי ותנועות מסורבלות. תסמונת זו שלעיתים מזכירה קוויים הדומים לאוטיזם, נבדלת מהאבחנה של ליאו קאנר שתיאר לראשונה תיאורי את התופעה האוטיסטיות (Kanner, 1943 ; 1965). בתסמונת אספוגר משתקפות יכולות קוגניטיביות גבוהות יותר והתקפתחות של דבר שוטף, כשהקשיים המרכזים הם בתקשות בין-אושיות

לצד היכולת הורבלית הגבוהה שנראית אצל ילדים ומתבגרים עם SLA, מופיעות גם לקיום תקשורת ושפה. הנזודה המרכזית בהפרעה היא כי בוא העת לשימוש יותר מורכב ועמוק בשפה, מתגללה הלקוט. שימוש ברמזים קונטקטואליים, מקרים בהם נדרשת הבנה עמוקה-יותר של סיטואציה ויכולות חברתיות, הם תחומיים לקויים שמתארת אבחנה זו. השימוש באוצר-מילים רחב של ילדים אלו אינו בהכרח מעיד על יכולת להבינה. הבנה של הומו, פתגמים ומטאפורות דרושות לאפשרות ליכנות מניפולציה על משמעותיות שונות של מילה וחיבור ביניהן. הבנה שיטחית של המשמעות השונות של מילים עשויה להוביל ילדים עם SLA להתנהג בצורה קונקרטית, ללא הבנה של המשמעות היוצרת מופשטת של המסר. כך למשל, הילד שאימן

ביקשה ממנו לשים לב לאחיו הקטן, ציר לב על זרועו של אחיו.

החינוך בתוכניות המזרח הרחוק מתמקד בעידוד של חיקוי התנהגות ועמידה על התפקידים השונים, בשלבי חיים ומצבים חברתיים שהילד עדין לפגוש בהם. כמו Role Play והתנהגות מותאמת לנסיבות, חשובים יותר מבניית גרעין אישיות שלם ועקביו שמננו תבעת התנהגות אינדיבידואלית שלאו דווקא תאים חברתיים (Hoch, 1990). המודלים לחיקוי הם הסביבה המשפחתית, אך גם דמויות מהמיתולוגיה ההינדית והבודהיסטית. התנהגות כלל ויחסים בין-אישיים, במיוחד בمعالג המשפחה, נקבעים על פי נורמות וכליים. כך גם דרכי חשיבה. דעות

אישיות, חשיבה רחבה וצירתיות ופנטזיה אין נטפסות כתוכנות 'אבותות' (Hoch, 1990). הבנה של רקע זה עשויה לשפוך אור על התפיסה של טנן כשותה ומזר, אף יותר מעמוד דיאגנוטית דומה בתרבות אחרת. אחד שמתבקש להתנהג בהתאם לנורמות חברתיות ברורות ומקובלות. זאת ועוד, מעניין לבחובו של טנן כמבודד חברתי וمتבקש בקשרים בין-אישיים, בקונטקטו הרחב של תרבויות שעיקרן היעדר ההיקשרות, ה-*Detachment*, והוא מן המרכזים שבה. על כך יפורט CUT.

התרבויות

היכרות עם המשפחה ואורחות חייה מוגלה כי טנן אמן גדול בחברה שונה מהחברה המערבית, אלומ חסוף לתרבות המערבית במידה ניכרת (כלי תקשורת, אינטרנט, חופשות וכו'), לומוד בבית-ספר בינלאומי בו השפה המדוברת היא אנגלית ואף שהוא במהלך ילדותו תקופה של כhana בארצות הברית בה למד בבית-ספר מיוחד. אלומ, השוני התרבותי והשלכתי על המרחב הטיפולי היו חלק בפגש עימו ועם הוריו של טנן ונדרשה למידה והכרה של תרבויות ואורחות חיים. נוכחותה של התרבות והבדלים התרבותיים במהלך הקשר עם טנן ומשפחותיו היו מרכזים לאורך העבודה הטיפולית, התבטאו בצורות שונות ועוררו שאלות ודילמות רבות.

הוריו של טנן החליטו לעזירה מחוץ לאזור מגוריים היהoot ומטפלים בתחום בריאות הנפש קיימים בו במשורה, אם בכלל. המלצותutes הטיפוליים באזוריים אלו של דרום מזרח אסיה סובלים מהיעדר תקציבים, היעדר אנשי-מקצוע ותשתיות מוסדית לרוחות כלל האוכלוסייה הערכה של ארגון הבריאות העולמי ב-2006 הצבעה על כך כי על כל 100,000 איש בהודו ישנים 0.02 פסיכיאטרים, 0.03 פסיכולוגים ו-0.03 עובדים-סוציאליים, מחסור בתרומות, נשירה

וחסר מודעות בקרב אנשי-מקצוע אחרים וב齊יבור הרחוב (Sethi, Gupta & Lal, 1977). זאת ועוד, כאשר צוות בעיות בתחום הנפש וההתנהגות, הנורמה הרווחת הייתה ועובדנה פניה, לגישות שונות היכולות יוגה, מוסיקה, טקסיים דתיים הколоילים גירוש שדים, כישופים, קמעות, תפילות ומנחות ועליה לרגל למתקדים. מקובל כי הפניה הראשונית במקרים כאלו היא לא-דת או מרפא במסורת המקומית (Chandrashekhar, Isaac, 1999 ; Chandrashekhar, Isaac, 1999 ; Kapur & Parthasarathy, 1981 ; Wig, Murthy & Harzing, 1981), הנסיבות לביעות הנפשיות נתפסות כחטאים/התנהגות פסולה בחו"ם קודמים או בחו"ם הנוכחים, תזונה לא נcona, שינויים פיזיולוגיים במצב הגוף (חום, קור, יובש וכו'), קללה/כישוף של אל/ישות רוחנית, גורמים חברתיים ופסיכולוגיים (Pandey, Srinivas, & Muralidhar, 1980). פתולוגיות פסיכולוגיות ואחרות מטופלות בדרכים פסיכולוגיות האופייניות למזרח כגון שינוי מנטרות, שימוש באבני יקרות, השתתפות בטקסים דתיים, צום, קבלת ברכה, מדיטציה. הפרעות פסיכו-סומאטיות מטופלות בדרכים של ניקוי הגוף, תרופה, ואסטרטגיות פסיכולוגיות נלוות (Balodhi, 1999). לצד المسؤولות המקומית הופיעה הפסיכולוגיה והפסיכותרפיה המערבית בהודו בסמוך למועד הופעתה במערב. כבר ב-1905 החלו חוקרים פסיכולוגים להשתמש בכלים מדעיים וב-1915

הוריו של טמן שותפים לרעיון הקארמה, נקודה העשויה לשיפור או על התפיסה והבנה של טמן ומצבו ועל האמביולנטיות שייתכן והייתה לטיפול. עד כמה טיפול יכול להועיל לטמן ולקארמה שלו אם למשה ייש להינתך מהשפעות הגלגולים הקדומים, איך מסר זה עובר לטמן ומשמעותו על שיטוף הפעלה בטיפול, והאם יש להתאים את עמדת המטפל למקום יותר מותאם תרבותית,

היו ורק חלק מהשאלות שהתעוררו במהלך הזמן.

בקשר זהה מתעוררת השאלה האם פסיכותרפיה נוגעת ומתייחסת לבניינים אוניברסליים משותפים לכל בני האדם או שמא מדובר בסוגיה המשנה מתרבות וنبيלת בשיטות הערכה, המטרות והטיפול (Wachtel, 2008). Hall (1982) טען כי מלבד הסטטוטים הנראים לעין (מנהגים, לבושים, קווים תרבותיים), לכל תרבויות יש את האל-מודיע הייחודי לה. תרבויות היא חלק מרכזי בחימם הלא מודיעים, כיוון שישChi 'זולתעצמי' מופנים ותרבות ממוגנים ייחודי ולא ניתנים להפרדה (Grey, 2001). לקו מחלוקת זה השלכות משמעותיות על התהילה הטיפול. תרבויות עשויה לגעת ברגשות לא-מודיעים עמוקים ועשוייה להיות יעד להשכלה הן על ידי המטפל והן על ידי המטפל בתהלים של העברה והעברה נגידת המשמשים כזר לטהלים טיפולים מרכזיים (Comaz-Diaz & Jacobsen, 1991).

גישה טיפול רבת-תרבות מציבעות על שימוש בטכניקות טיפול וחליוו של טמן ומשפחתו עלתה השאלה באיזו גישה טיפולית יש לפועל והובילה לבחינת דרכי פעולה שונות. ספציפית ייש לפועל פסיכולוג פסיכו-דינامي הובילה לשימוש בכלים יותר קונקרטיים, כלים דידקטיים וניטוח סיטואציות, ובഗדרה והדרך על הטיפול הפסיכולוגי.

Czitik (2004) מצין כי בעבודה עם הורים אחד הנושאים המרכזיים הוא קבלת מידע על המציאות בה הילד והמשפחה חיים. חלק זה בעבודה עם הורים היה ממשמעוני ומלמד מאוד.

Fung & So (2003) מצינים כי דינאמיקה משפחתית היא אחד האלמנטים עליהם יש לעמוד עליהם ברגע בין תרבויות ומעלה לכלול כמה היבטים, כמו פגישה נפרדת עם אב המשפחה שתסייע לו להימנע מהחשיפה של חולשתו או מעמדו אל מול משפחתו. לנוכח זו משקל מרכזית בתרבותיות שונות. הבנה של הקונטקסט הרחב יותר – הבנת החברה והדת יכולה להאיר למטפל על נקודות חשובות בחו' המטפל (Lo et al, 2003).

משפחה בודהיסטית נוהגים בני המשפחה להיוועץ עם אנשי-דת מוקומיים ומהרים שמספקים תחזיות אסטרטוגיות על פיהם למשל, איזה יום מועדף לקבלת החלטה חשובה או שլפועל. בחד המכlaşים עם אימו של טמן היא ביצוע משימה חשובה. באחד המכlaşים עם אימו של טמן היא עדכונה אותה כי אימה (שבתו של טמן) פנתה למירם מוקומיים לטקס עצה, ואלו על פי סימנים אסטרטולוגים ציינו כי לטמן נשמה נעלית והויה לה כי עלי' לעבר תהילך של התנקות, של טיהור על-airועים בחו' הקודמים. ההתנקות כוללת אכילה ושתייה מכלים

הוקמה המחלקה הראשונה לפסיכולוגיה בכלכלות. האגודה הפסיכואנאליטית היהודית הוקמה ב- 1921. אולם, באוכלוסיות גדולות כל כך אשר חבן כפריות, חדרה הפסיכולוגיה המערבית ושיטות הטיפול שלה רק לשכבה עילית קטנה, כך שהמושגים של טיפול פסיכולוגי, מטפל – פסיכולוג והగורמים הנלוויים, מוכרים אך מעט ואף זרים לרובות האוכלוסייה במקומות אלו. בעקבות התמונה שהתקבלה בהערכה הדיאגנוזטיבית (שפונטה לעיל), הוחלט כי מטפל יתלווה לטמן ויעבד עמו על נושאים של מיומניות תקשורת ומיומניות חברתיות. כאן עולה שאלה הנקשרת למקומו של מטפל בתרבות שנייה מכירה פסיכותרפיה מערבית ואת תפקידו של המטפל כמו כן, מתעוררת השאלה הנוגעת למשך הזמן הטיפול בתרבות זו. האם קשור עם מטפל, יהיה אשר יהיה, מוכך כפגש חד-פעמי של פגישות אחדות או שמא של קשר ארוך-טוויך. זאת ועוד, מה היא מידת האינטנסיביות של קשר טיפולי המקובלת בתרבותים אלו. בין יתר התהיות שעלו, התעוררה השאלה עד כמה המטפל הוא חלק מהחברה, חלק מחי' המטפל ומשפחותו ביום-יום ומה מקומה של הדת ותפיסות פילוסופיות בתחום טיפול שזכה.

פסיכותרפיה ותרבות – תפיסת הקארמה

מהמאפיינים הבולטים של התרבות והחברה באזורי אלה רעיון הקארמה – גלגולים של אדם או נשמהו מחיים על פי תפיסה זו מעשים טובים ורעים מצטברים לכל נשמה ומגנים עימם לחיים החדשים אליה היא נכנסת. לכל נשמה יש את המסלול שלה בדרך להארה, לאחדות עם האל, ואת היעד הזה ניתן להשיג במספר גלגול חיים. תסכול וכעס על נסיבות חיים (שהן למעשה תוצאה של הקארמה) נתפסים כחסרי תועלת. הדרך האדפטטיבית להתחזקות היא באמצעות הידר ההיקשרות – Detachment מכביי הקארמה על מנת להופיע בגלגולים הבאים בצוורה טוביה יותר ועל ידי כך לפחות את הדרך למטרה הסופית של החיים (Hoch, 1990).

لتפיסת הקארמה ישן השלכות המתבטאות בתפיסת הפסיכולוגיה של האדם. משכה לכוכ, פעולות מטפחים אגו, החשיבות של ידעה ושמות משקל על חיים אשימים כוצחים (מה שמכונה בפסיכולוגיה המערבית כחוות אגו והזהויות שונות מהשקרה ליבידנאלית), אין מעודדות ונתפסות ככאל שעשויות לחבל באדם ולהוות מכשול בהתקדמות הרוחנית. מכך משתמע, כי לא ניתן באממת 'עלזר' לאחר במונחים לעין 'הآخر' נתפס במסגרת הקארמה של האדם העוזר ועשוי לשפר אותה (באם הפולה התבכעה בצוורה כנה ולא כוננה תועלתנית), אולם פולה זו לא יכולה באממת לגעת ולהשפע על 'הآخر'. לעומת, ישנו גרעין פנימי שאינו ניתן להשפעה שירה באמצעות יחסים בין-אישיים (הקשר המסורתי בין הגו והتلמיד מכון למטרות שונות מזו של הפסיכותרפיה המערבית) ונותן את החשיבות של הצלחה וספק מ urzחה בחיים האישיים, כוה שמצויר מעט מקום לעובדה בכלים של פסיכותרפיה מערבית וביחד בגישה הפסיכואנאליטית (Hoch, 1990).



שונים, הימנעות מאכילת עוף, דגים וביצים ועוד כהנה וכנהה הגבלות. באוטם ימים נעשה ניסיון להפריד בין הכלים של בני המשפחה לאילו של טמן, ואולם עד מהרה טמן התבעם ומבהה על קר שעלי להיות שונה מאשר בני המשפחה. לא איכפת לי מה היתי בחיים הקודמים, אני רוצה לחיות בחיים אלו', הביע בתסכול. אימו בתגובה צינה בפניו כי הוא מיוחד ובעל נשמה מיוחדת ולכן עליו לנוהג כך. הניסיון לא צלח וההתנהלות חזרה לשגרה. תיאור זה מקבל היבט מסויף כאשר מתחזדת ההבנה שנענრ בטמן הזכוק לחזרתיות ושוגרה קבועה וצפיה נאלץ לשנות את חלק מההתנהלות היומיומית שלו ולפגוע בתחשות-ה-*Sameness* שלו אל מול הסביבה. צ'טייק (2004) מוסיף שיש לסייע להורים להבין את התפתחותם וחוויי הפנים שלהם של הילד. במקורה זהה נראה היה כי פעולות אלו יגרכו לטמן תחשות של ביזוד ושונות בנוסף לקשיי האחרים. בהסתכלות מתוך התרבות הבוגה-יסתית הדבר מתקבל ואולי אפילו נחוץ. כאן היה צורך להבהיר את הנקודה בפניו ולהזכיר על ההשלכות של הפעולה מעבר להיבט התרבותי-דתי.

לו et al (2003) מצינים כי על המטפל בטיפול בין תרבויות לספק פידבק בסמור להתחלה הטיפול בו הוא מבahir את הסטיניג כפי שמתארח בכל התרבות טיפול, ואולם עם דגשיהם תרבותיים כמו הנושא של מתנות למטפל. בחלק מהתרבותות הענקת מתנות כחלק מקשר בין-אישי נפוצה אף מהוות מרכיב בסיסי ביחסים. כמו כן, בתרבותות בהן פסיכותרפיה אינה מוכרת, על המטפל לספק מידע בסיסי והדרכה בנושא תוך שהוא מדריך את המטפל בעקרונות בסיסיים בפסיכותרפיה. מרבית השהייה שלו הייתה בקרבת הפנים מהייתה בה טמן למד, ואולם למשר תקופות קוצרות התארחתי אצל משפחתו של טמן - חוות שהעלתה שאלות ודילמות טיפוליות. מחד, המכשבה והניסיון לשמר על גבולות ברורים כמטפל, ומצדך הרצון לכבד את התרבות והמנהגים המקומיים ולהשענות להכנסת האורחים שהוצאה לי.

מקוםו של המטפל

תרבותות המזרח הgoro (מוראה) נתפס כבעל כריזמה אושית ואייקונות רוחניות הנלוות לכך. הוא מצוי לדבוק בתורה אותה הוא מלמד, ותלמידיו המלווים אותו לאורך זמן, לומדים להכיר אותו ואת חייו האישיים. מורה אקדמי אינו תואם את הרעיון הזה להיות והוא 'דיק' מעביר ידע.

Neki (1977), מצין כי ישנו 'מרחב טיפול', המכתב על בסיס העקרונות של הפסיכואנליה המערבית, אשר לאוכלוסייה בתרבות זו קשה לקבל. אכן, טשטוש האבולוציה בין תפקיד המטפל, הגדרת התפקיד וגבולותיו היו גורם נוסף במורכבות הטיפול. בין הרעיון הפסיכואנליティ הקלאסי של המטפל שאנו חושף ונחשף לבני סיטואציה שונה בסטיניג "יהודים" ותרבותות שונה בה הטיפול התරחש, היה ניסיון להתמקם בנקודת מסויימת על הרץ.

חוסר הבחרות לגבי תפקיד המטפל הביא למצב של טשטוש גבולות בקשר עם טמן והוריו. אחת המכשימות הראשונות, אשר לוו אותו לאורך כל התהילה, הייתה הגדרת תפקידו וגבולותיו. בתחילת הורי הציגו אותו בסביבתם כ'מורה' של טמן, להיות ולא הייתה קיימת מסגרת אחרת להבנת התפקיד בתרבות זו. במקרים בהם הראה טמן התנדחות לטיפול (במrobיה שלשלבים) הייתה ציפייה מצד הורי להתנהגות יותר סמכותית מולו, התנהגות המתאימה למורה יותר מאשר למטפל. באמצעות הסברה, הדרכת הורים והכוונה לחומר קריאה, הלכה ובננתה ההבנה של מטפל ושל התהילה פסיכותרפיה בכלל ועם ילדים בפרט.

כאמור, הצורך להפריד בין התחום המקצועני והתחום האישי היה הכרחי לטיפול. באחת החופשות מבית הספר ביקש אבי של טמן ללוות את בנו ובתו לשדה התעופה (מרחב שלוש שעות נסעה מהעיריה בה התגוררנו). הבקשה גרמה להתלבבות ובהירה לי כי תפקידו אכן אינו ברור לoriously. עניתי לבקשתו, מתוך מחשבה כי אני נמצא בסיטואציה ייחודית ו殊, ויתכן שגם מتوزע מושאלת להבנות את האמון בינו. זהו אחד השימושים אותם למדתי בראשית דרכי בתפקיד ובהמשך השכלתי' שלא 'להתפתות' להענות לבקשות אלו. כאשר ביקשה אימו של טמן שאברר עבורה את מחוiro של רכב להשכרה, מקומי המקצועני והגבולות שהציבתי לתפקיד היו נהירים לי יותר. את מתגرت את גבולות המקצועית שלי...', עניתי לה בחירות והוא הבינה את המסר שניסיתי להעביר.

בקשר זה יש לתת את הדעת לנושא של מעמד והוררכיה חברתיות. כאמור, משפחתו של טמן בעלת מעמד מכובד מאוד בסביבתם ובكونטקט זהה תפקידו של המטפל נתפס כבן יתר בעלי התפקידים העובדים עם המשפחה. כמובן, ככלו שמדובר במעמד של נוטני שירות

בהתפתחות ה-'Theory of Mind' הכוילים ליקויים חברתיים, תקשורתים וחויבתיים (Baron-Cohen 1993, 1995). ההכרה כי לאנשים שונים תודעה (Minds) שונות, לקויה אצל טנן שנוטה לעיתם התעלם לחלוון מכיון של עולם חיוני ואנושיים אחרים. עובדה זו הובילה להתנהגות לא חברתית ואף פוגעת באחרים. בסיטואציות אלו הושם דגש על האימפקט של ההתנהגות זו על הסביבה ועל כך שזוعشiosa להחחות כפוגעת, זאת מตוך ניסיון לשחק לטנן את ההתנהגותו ולגייס את האמפתיה הקיימת אצל.

הקשר עם טנן – העברה ונגדית

מושאים של הבדלים בין תרבויות והס廷יג הייחודי ניכרים בטיפול ובמיוחד נשא העברה והעברה נגדית בתהליך הטיפולי. בתרבותות אלו העברה מתחفت במרה, אולם מקבלת צורה של 'תפקיד' חברותי ידוע ומוגדר ולא הרבה רובה, שונות. זאת ועוד, הציפייה מהמתפל דומה לציפייה מהగורו, אשר באופן מודע לוקח על עצמו את התפקידים המשפחתיים השונים אשר מושלכים עליו על ידי המתפל, בהדרגה מאשש אותם אל מול התלמיד בתפקיד זהה ובשל ויתברג ויזנץ.

אתם בסופו של דבר (Neki, 1973, 1974). בראשית הקשר בינו היה טנן מתקשה לענות לשאלות שהפניות אליו ביותר ממילאה או שתיים, לרוב פשוט דחה ניסיונות לתקשורות או שלא הגיב כלל. כבר בשלב ראשון ניכר היה כי טנן מתקשה בניהול שיחה וביצירת קשר. נראה היה כי ניסיונות ההתקשרות אליו נחוויים כחדירה לאוֹתָה בעזה הגנטית שיצר לעצמו לאורך השנים. טסטיין (1992) מתארת היחסים, ואובייקטים בחוץ נחוויים כחלק מהתחושים ותנוועות הגופניות שלם. חושי השמיעה, ראייה ואף חוש הריח נחוויים כחוויות טקטיליות. כמו כן, התבוננות או הקשבה מחייבים את האובייקט ובאותו משקל חוסר התבוננות או חוסר הקשבה גורמים לביטול האובייקט, לחסור קיומו. אצל טנן ניתן להבין את תగובות ההתעלמות והביטול שלו ושל אחרים בסביבתו כתגובה למזה שהוא חוווה כחוורנות פיזיות של ממש, זאת כמובן מעבר לכישורי השיחה שלו הלא מפותחים דימ. כאמור הדברים הכרוכים זה בזה.

בתחילת הקשר עם טנן התאפיין בהתיחסות מינימלית וඅח התרבות ממנה, עם התפתחות הקשר תגובותיו התאפיינו בתעלמות ממנה ובקשי לקבל את נוכחותו ואת ממשוותו של קשר המתחווה ביןיהם ואת העניין שלו בעולם. ההתנגדות והרצון שלו לבטל אותו ואת קיומי היו קווים מרכזיים ב\$coreית שלו הטיפול. ההגנה שלו אי תקשורתית היא ניסיון להחל את הקיום של הזולות ובכך להישאר בזעה המוגנת. זהה בחירה לא מודעת להתגונן מרווחם (אלורן 1992). הרzon לאין

ולבטל אותו בולט במיוחד כמיוחד שמתואר במקורה הבא: מדובר בפגיעה הראשונה לאחר חופה של כשבועים בה לא התריאמו. טנן נכנס עם פנים נפולות והתיישב על הכסא שלו. לאחר חילופי דברים קצרים והתענינות בשלוונו פנה אליו טנן.

ובקשר התרבותי זהה יכול הדבר לכלול הן חלקים מתקזעים גרידא, אך גם חלקים שחוגרים מהגבילות המתקזעים. היבט זה כאמור בולט על רקע אי הבחרות באשר להגדרת גבולות תפקידי המתקזע וביחד בחברה שמרנית המשותת על מבנה היררכי ברו, והציב שוב ושוב בדילמה באשר לגבולות המתקזעים בהקשר התרבותי המסויים זהה. בנוסף לעבודה עם טנן ומשפחתו, אחת המשימות הייתה הספרה ותיקון של טנן לגורומים בבית הספר בו למד ובסביבתו היום-יומית. העבודה כי הסביבה והתרבות בה התחנך טנן אינה מכירה טיפול ילדים עם צרכים מיוחדים דרשת הדרכה ותמייה לצורות המתקזע שבא בוגע עם טנן. הצעה להתבוננות מעט שונה וסביר אפשרי להתנהגותו של טנן, היו הכרחיים בעבודה עם צורות המורים ואנשי הצוות האחרים. כך למשל, העבודה כי לעיתום דחה אותו ומנע ממנה התקבלה בתמייה וחשש גדול בקרב אנשי הצוות. הבנה כי טנן מתנהג כך כיון שיתכן והוא אינו מכיר סוג זהה של קשר וחושש מקרבה או אינטימיות סיפה לצורות הסבר להתנהגותו.

הטיפול בטナン

בראשית הקשר עם טנן התלוויתי אליו במשר מספר שעוז במהלך יום הלימודים במחשכה לבצע התרבותיות בסיטואציות יומיומיות תוך עמידה על קודמים ונורמות חברתיות, מהן נתה טנן להתעלם לעיתים. בacr לפישו לו ולבאים עמו בוגע במתן דרכי התמודדות עם התנהגויות לא מותאמות שלו. עד מהרה התברר כי היעדר סטינג מוגדר מתקשה על יצירת קשר או אינטימיות ושיש שבביסיסה מאטגרת נושאים חשובים אלו. לפיכך, בעבר זמן קצר הפגישות עברו לחדר טיפולים בסטינג טיפול מובהק.

הטיפול בטנן נמשך שנה וחצי וכל אורכו התנהל במתווה של פגישה יומיית עימו ופגישה שבועית או לחילופין שיחת טלפון עם אימו או אביו. למעט בחודשים הראשונים, המפגשים נערכו בשעה קבועה ביום של טנן, בחדר שהוסב במיוחד לטיפול והוא מועד רק לפגישות הטיפוליות. הזמן הטיפול התמקד בשני אפיקים מתקבלים, אשר חתמו לאוטו יעד של סיוע בהתפתחותם של כישורי חברתיים, רגשיים ובין-אישיים אצל טנן. האחד, חוויה של קשר בו יוכל להגיע למודעות להתנהגותו ורגשותיו באמצעות השתקפותו על ידי המתפל בהתרבותיות סצ'ז מי' במהלך המפגשים. הבנה והכרה של הרגשות שלו יסייעו לו להבין ולפרש את אלו של אחרים סביבו, ועל ידי כך להקנות לו הבנה חברתיות טוביה יותר. האפיק השני היה למידה יותר מפורשת של קודמים ונורמות התנהגויות וחברתיות. התיחסות לאלמנטים הבסיסיים של תקשורת בין-אישית (קשר עין, שפת גוף, הבעות פנים וכו') ותרגול שלהם בסיטואציות יומיומיות. כך למשל, במהלך המפגשים נערכו ניתוחי סיטואציות מתוכניות אונימציה אהובות עלי', דרכם הטאפשרה גישה לעולמו של טנן תוך אפשרות למידה של קודמים והתנהגות חברתיות ורגשית.

בקרב ימים בספקטרום האוטיסטי קיימים ליקויים

לתרומות:
yayafeldi@gmail.com

- ט – אני בכלל לא מבין למה אתה פה. אני כבר בסדר. אתה בא לפה רק כי אמא שלי משלמת לך...
 י – ולמה אתה חושב שהוא משלם לך?
 ט – כדי לעזור לי, אבל אני כבר לא צריך עזרה. אני בכלל לא אוהב לבוא לפה...
 י – נראה לי שאתה קצת מגזים. אולי היום אתה לא נהנה לבוא לפה, אולי היה לך יותר טוב, אבל אני זוכר ימים שאתה כן נהנה לבוא לפה...
 ט – אני רק מוקווים שתלך מפה... לפעמים... תגיד, את מי הנאצים שנאו?
 י – הם שנאו את הצוענים, אנשיים נכדים, את היהודים...
 ט – אתה יהודי נכון?
 י – כן.
 ט – אם מישחו היה לובש שפם של היטלר, זה היה מעלייך יותר?
 י – אם זה היה נעשה בכוח פוגעת, אני מניח שכן.
 טמן בזמן זהה מרכיב צלב קרים מהלבנים שעל השולחן.
 י – אתה עונה צלב קרים... אולי כי אתה רוצה להשמד' אותו?
 ט – אולי...
 י – האם זה בגלל שאין מתגרא אותך? שואל שאלות? או אולי זה בגלל שהתקבנו? יכול להגיד שאתה שאותה כועס עליי כי לא התרAINO בשבועיים האחרונים?
 ט – לא, שמחתי שלא התרAINO...
 בדוגמא זו ניכרות העצמות שטמן חוויה בעבריה כלפיי עם התפתחות הקשר. מקרה זה ממחיש את הרצון העד שלו 'לחסל' אותו ואת קיומו בעולם שלו, ומעניין לבחון את ה'תפקידים' התרבותיים הנרכזים על פי יולם הפנימי בתיאור הנ"ל (בשיחה עם אימו מיד לאחר הפגישה היא עדכנה אותו כי מלחמת העולם השנייה הוא אחד הנושאים שטמן למד בשיעורי ההיסטוריה באותו זמן).
 עם זאת, לעיתים מדירות גם קירבה או אינטימיות הופיעו בקשר עם טמן כשהוא מגלה רצון לחבר, אכפתיות ורגשות אשם על התנהגותו כלפיי כפי שנראה בתיאור הבא. מדובר בפגישה שנערכה לאחרת פגישה בה טמן הגיע בכעס לבואו ואף נעל את דלת החדר לפני כניסה.
 י – מה זה? מה אתה רוצה להראות לי?
 טמן עסוק בקייפול נייר.
 י – זה מה שרצית להראות לי? איזה יופי. מה זה?
 ט – זה רגליים.
 י – אתה עונה משהו גדול, וואו, אתה ממש טוב בזה.
 ט – היום יש לי יום ספורת אתה בא?
 י – אני אשמח לבוא.
 ט – יהיה לי חלום עלייך אטמול.
 י – מהו היה בחלים?
 ט – עשת עליי דבר שאני לא נחמד אליו.
 י – לפעמים החלומות שלנו קשורים למציאות, אתה יודע.
 ט – אולי.
 י – במציאות אני לא יודע אם עשת עלייך, הייתי יותר מאוכזב, או אולי עצוב שאתה לא רוצה להיפגש איתני.

בספרות מצוין כי באופן כללי העבודה עם ילדים כרוכה בלחיצים יוצאי דופן אשר מעוררים אצל המטפל תגובות וגישות חזקות המיויחסות לרוב להעברה נגדית (Freud, 1965 ; Borenstein, 1969 ; Chethik, 1969 ; 1948). רשות של אבוד עשותות ובלבול מוחלט הם מרכיבים משמעותיים (צ'תיק, 2004). המפגש עם המטפל מעלה שאלות על הבנת התנהגותו של הילד, משמעויה והדריכים לטפל בה. העובדה כי הייתה מטפל צער בראשית דרכיו המקצועית, בתנאים לא קלים מבחינה אישית (התהקה של מקום מגויים, התנהלות בתרבויות זרה וכו') והויתו של טמן המטפל היחיד במשך תקופה ארוכה הובילה לתהושיםות שכאלו והוסיפה 'משקל' למטען שהבאתי עמו למרחב הטיפול.

אל פנים מוחמצת התקשרות הלא מילולית אשר מתקשה על Wetchler, Trepper, McCollum (1993 Nelson &). מנגד, הטענה היא כי בתקשרות מסווג זה ישנה ערךנות גבוהה יותר לתקשרות קולית שיכולה להביא למרחב גודל יותר בהדרכה. יש המקבילים זאת לשימוש של פרויד בספה בטיפול האנליטי על מנת להפחית השפעת התהילכים החברתיים ולהעמיק את הגישה לא-מודע של שני הצדדים (Weisband, Schneider & Connolly 1995). התקשרות בטיפון עשויה להגבר את חופש הביטוי, להפחית עכבות ולהעמיק את הקשר בהדרכה (Manosevitz 2006). התקשרות בטיפון מושגת באמצעות סמיוטים מוקבלים (Manosevitz 2004b). כמו כן, ישנה אפשרות גודלה יותר של מוסחות ושים צורך במוטיבציה גבוהה של שני הצדדים (Capner 2000, Wood, Miller & Hargrove 2005).

Al Manosevitz et. (2006) מצינימ כי היכרות פנים אל פנים בין המדריך למדריך חשובה לפני הדרכה הטלפונית ועשיה להועיל בקשר בין המדריך למדריך. טרם יצאתי ובמהלך ביקורי בארץ נרכשו פגישות פנים-אל-פנים אשר תרמו לקשר החם שהתחפתח עם הזמן, וסייעו בהיכרות הבין-אישית וביעילות ההדרכה הטלפונית שהתנהלה לאורך כל התקופה. בקונטקט של הטיפול הנוכחי, להדרכה היה תפקיד מركزي בתהיל הטיפול ובקשר עם המשפה. עם הזמן, בשיחות ההדרכה התאפשר מרחוק מהחויה ובנייה רחבה יותר של התהיל ושל הקשרים תרבותיים כמו גם בחוויה האישית שלו בתהיל. טיפול במוטיפ אחד במשך תקופה ארוכה 'ושאוב' לחוויה מסוימת ומקרה על ראייה רחבה יותר של תהיל טיפול תוך פרספקטיב על תהילcis טיפולים מוקבלים. מנגד, המרחק והתקשרות הטלפונית לא תמיד אפשרו את הבינה של התרבות והחסים במעטם הטיפול הזה. כך, גם הקשר במהלך ההדרכה הטלפונית עבר תהיל של למידה והיכרות במהיל ההדרכה הטלפונית עבור תהיל של למידה והיכרות בין-אישית, תרבותית ולמידה של מודיעם התקשרות הטלפון, כשבסופו הפרק לאמצעי ייעל פורה כאוד בטיפול בטמן.

סיכום

במשך כשנה וחצי בהם נמשך הקשר הטיפולי עם טנן ומשפחתו, עבר נושא התקשרות כחוט השני ברבדים השונים. היותו של טנן נער הסובל מבעיית תקשורת, הסטיגת הטיפול בתרבויות שונה וזרה לפסיכותרפיה מערבית, והדרכה שהתבצעה בין שני עולמות, נרכמו לכדי תמונה שליווותה ואפיינה את הטיפול.

בתקופה זו הכרתי את עולמו ותרבותו של טנן. ראיתי את בדידותו ואת מצוקתו הרבים המתורחשים בעולמו ואת הקושי שלו לתקשר בעולם שלעויות נראות כזר ולא מבון. בבואי להתייחס לחוויה של טנן אל מול העולם, מתקשה אני שלא להתקבל את חוותתו לחוותיו שלו, בפגש אל מול התרבות השונה והזרה והণסן למצוא מפגש בין שני העולמות. מפגש שב כמו בתהיל

טרם הפניה לעזרה בישראל, פנתה אימו של טנן למינר באזרום וביקשה מהמורים הבכירים ברכה להצלחת המסע. היא סיפרה שכמה נזירים התפללו במשך עשרה ימים על מנת שיימצא מטפל מתאים לטナン. צ'תיק (2004) מצין כי בעובדה עם מטופלים צעירים מופיעה באופן נרחב פנטזיות הצלחה אצל המטפל, בעקבות זיהוי חלוקם של ההורם בפטולוגיה של הילד, עובדה שעשויה להוביל לרצון לגונן על המטופל הקטן והפיגע מפני השפעתו השלילית של "ההורה הרעה". פנטזיות הצלחה זו עלולה לחבל בתהיל הטיפול כשרגשות סמיוטיםعلوم ובהם המטפל משדר להורים את אשמתם במצב ובכך מעורער את הברית עימם. במקורה של טנן קיבלה 'פנטזיות הצלחה' מינדים גדולים מעוצם הנטיות. אותה פנטזה מודעת או לא, הוסיפה מורכבות למערך הטיפול (למשל, בהערכה גנדית שעליה יפורט בהמשך). זאת בנוסף לרעיון הקארמה כפי שתتفس בתרבות זו, המצביע על קר של מפגש עם אדם בחים הנוחחים הוא למעשה מפגש חזיר מגלאן קודם עם אותה הנשמה. וכך, גם המואה נתפס במסגרת חזקי הקארמה, ולפיהם אדם שמשמש כמורה (או מטפל במקרה זה) הוא בעל חוב לאדם אותו הוא מלמד, חוב מחיים קודמים.

אופי הטיפול האנטנסיבי והחדרה של לחיי היום-יומי שלהם, הפכו את טנן ומשפחתו לדמיות מרכזיות עברו בתקופה זו, עובדה שהעשרה את ההערכה הנגדית במרקם הטיפול. מרכיבו החשוב של הטיפול והקשה שהתעוררו הובילו לתוצאות לא קלות אשר הופנו ברמה מודעת, או לא, כלפי טנן והורי. את המרכזיות והמשקל של המשפחה בח' באוטם ימים ניתן לראות בחלומות אשר חלמתי. באחד החלומות אני שב הביתה ימים עבודה ומתכונן לשינה כאשר אני מבחין כי הורי של טנן ישנים במיתטי ותוטפים את המזקם בו אני אמור לישון. בחלים אחר אני נמצא בביתו של טנן. ישם אורחים רבים בבית. אימנו של טנן פוקדת עלי' לזרוק את הזבל. אני נענה לה בכעס וויצא עם הזבל. בחוץ אני מהילר בין גשם. אני חשב לעצמי שהה לא מڪצע. פתעה אני מכך חניות העיר ומחפש לקנות מוסיקה מקומית. פתעה אני מכך כי יש לי פגישה עם טנן ונלחץ שמא אחר לפגשנה. תמות של כעס, מסקל, טשטוש גבולות, הלחץ להצליח ולבמוד בנסיבות ניכרים בעולם הלא-מודע שלי באוטם ימים וכמוון הדרכה טלפונית שיש לה לסייע של תכימים אלו ובעיקר בהנחייל המקירה והדילמות הפסיכו-טרפיסטיות.

הדרך

הדרך שלא פנים אל פנים (טלפון, דוא"ל, שיחת וידאו) מתבצעת בקונטקטים שונים וזכתה להתייחסות בספרות (Hollooake, Hamer & Kenrick, 2002 ; Striefel, 2000) השימוש בטיפון כאמצעי תקשורת להדרכה היה קיים אף קודם ומשמש כאמצעי תקשורת בין מדריך ומדריך ובין מטפל למטפל, הנמצאים במרחב גיאוגרפי שונה שאינו ניתן פגישה פנים מול פנים. לצורך תקשורת זו היבטים שונים עשויים להוות חסרון אך גם להועיל בתהיל ההדרכה. בהיעדר מפגש פנים

- 82). Oxford, England: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (1995). **Mindblindness: An essay on autism and theory of mind**. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bishop, D.V.M. (1989). Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries?. **British Journal of Disorders of Communication** 24, 107-121.
- Bornstein, B. (1948). Emotional barriers in the understanding and treatment of young children. **American Journal of Orthopsychiatry**. 18(4):691-7.
- Capner, M. (2000). Videoconferencing in the provision of psychological services at a distance. **Journal of Telemedicine and Telecare**, 6, 311-319.
- Chamberlain, J. (2000). Point, click and learn: Educators exhibited the cutting-edge technology they're using to enhance their classrooms. **Monitor on Psychology**, 31, 56-57.
- Chandrasekhar, C. R., Isaac, M. K., Kapur, R. L., & Parthasarathy, R. (1981). Management of priority mental disorders in the community. **Indian Journal of Psychiatry**, 23, 174-178.
- Sandler, J. Holder A., Dare, C. (1973). The patient and the analyst. New York: International Universities Press.
- Chandrashekhar, C. R. (1999). Community resources for mental health care. In A. Sahni (Ed.), **Mental health care in India** (pp. 161-173). Bangalore: Indian Society of Health Administrators.
- Chethik, M. (1969). The emotional "War and tear" of child therapy. **Smith College Studies in Social Work** (Feb) : 147-156.
- Comas-Diaz, L. & Jacobsen, F.M. (1991). Ethnocultural transference and Countertransference in the therapeutic dyad. **American Journal of Psychiatry**, 61: 392-402.
- Freud, A. (1965). **Normality and Pathology in Childhood**. New York: International University Press.
- Grey, A. (2001), Uncultured psychoanalysis: On

מקביל לעולמו הפנימי של טナン, חוויתי גם אני בדידות, מוזרת וקשה לתקשר את העולם שסמננו אני בא. עולם שמכיר ומדבר בשפה שונה ובתפישות עולם שונות. יחד עם זאת, נראה היה כי עם הזמן ובתהליך של לימוד הדודית נוצרה התקשרות בין שני העולמות שבתחילת נראו כרחוקים וזרים זה לזה. על אף הקשיים והתנגדות מצדינו של טナン, התפתחה שיגור טיפול בסטינג קבוע אשר הניבה התקדמות בתפקודו. הוריו של טナン הכירו ולמדו את תהליכי הפסיכותרפיה ואת מקומו של המטפל, בהדרכה התאפשר מרחב להבנה הדודית של התהליכים והתרבות, וכן למדתי אני מעט על הקודים התרבותיים והבין-אישיים של התרבות, תוך ניסיון להתאים את עמדתי ואת הטיפול על פיהם. לקרה סיום של התקופה נראה היה כי השלב הטיפולי הזה מוצהר עברו טנן (וכן עבורי) ויש מקום לנוסות טיפול בכלים שונים מפסיכותרפיה (טיפול באמונות, טיפול בעיל חיים וכו'). בתום הטיפול ניכר היה כי טナン התקדם מאוד בתחום החברתי, הוא הצליח להתקדם בצוරו משמעותית ביכולות התקשרות והבטוי הרגשי שלו ולהשתלב בצוורה טובה בבית הספר החדש אליו עבר. נראה כי מעבר לכל המכשולים הפסיכולוגיים והתרבותיים שעמדו בפניו, התפתח מפגש בין-אישי שאפשר צמיחה פסיכולוגית. מפגש הנשומות שלנו במונחי הקארמה בודהיסטית, או רוח התקופה בה אנו חיים שבה העולם מתגבש לכדי 'כפר גלובלי', מזכירים כי החוויה האנושית על גווניה השוניים משופתת לכלנו וורק נצבעת בצבעים תרבותיים שונים.

ביבליוגרפיה:

- אלוחה, א. (1992). **nochot chaya: Psichoterapia psichanalitit um yeladim otisutim, yeladim globilim, yeladim shnafguu mchascim, korevnot shel ha'tulot**. הוצאת תולעת ספרים.
- צ'טייק, מ. (2004). **shiyot b'psichoterapia shel yild - astragiot psichodinimot**. הוצאת ספרים "אח".
- טסיטין, פ. (1992). **mazbitim otisutim azul yeladim - mahdora chada v'matukna**. הוצאת מודן.

Balodhi, J. P. (1999). Traditional Indian system of medicine as applicable to treatment of mental illness. In A. Sahni (Ed.), **Mental health care in India** (pp. 132-138). Bangalore: Indian Society of Health Administrators.

Baron-Cohen, S. (1993). From attention goal psychology to belief desire psychology: The development of Theory of mind and its dysfunction. In S. Baron-Cohen H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), **Understanding other minds: Perspectives from autism** (pp. 59-

chela relationship as a therapeutic paradigm. **Int. ment. Health Rev. Newslett.** 16: 2-7.

Neki, J. S. (1977) Psychotherapy in India. **Indian Journal of Psychiatry**, 19, 1-10.

Pandey, R. S., Srinivas, K. N., & Muralidhar, D. (1980). Sociocultural beliefs and treatment acceptance. **Indian Journal of Psychiatry**, 22, 161-166.

Sethi, B. B., Gupta, S. C. & Lal, N. (1977). The therapy and practice of psychiatry in India. **American Journal of Psychotherapy**, 24, 101-106.

Striefel, S. (2000). Telehealth uses in biofeedback and applied psychophysiology. **Biofeedback**, 28 (2), 21-27.

Wachtel, P. L. (2008). Psychotherapy From an International Perspective. **Journal of Psychotherapy Integration**, Vol. 18, No. 1, 66-69.

Weisband, S., Schneider, S., & Connolly, T. (1995). Computer-mediated communication and social information: Status salience and status differences. **Academy of management Journal**, 38, 1124-1151.

Wetchler, J. L., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Nelson, T. S. (1993). Videotape supervision via long-distance telephone. **American Journal of Family Therapy**, 21, 242-247.

WHO and ministry of Health (2006). WHO-AIMS Report on mental health system in Uttarkhand, India. Retrieved on June 2, 2008 from http://www.searo.who.int/LinkFiles/Mental_health_resources_WHO-AIMS_reports_MHS_Ind.pdf

Wig, N. N., Murthy, R. S., & Hazrding, T. W. (1981). A model for rural psychiatric services: Raipur rani experience. **Indian Journal of Psychiatry**, 23, 275-290.

Wood, J. A. V. & Miller, T. W.; Hargrove, D. S. (2005). Clinical supervision in rural settings: A telehealth model. **Professional psychology, research and practice**. Vol. 36, No. 2, pp. 173-179.

the hazards of ethnotransference. **Contempory Psychoanalysis**, 37: 683-688.

Hall, E. T. (1982). **Beyond Culture**. Garden City, NY: Anchor Books.

Hoch, (1990). Experiences with psychotherapy training in India. **Psychotherapy and psychosomatics**; 53(1-4):14-20.

Jin, C., Ishikawa, A., Sengoku, Y., & Ohyanagi, T. (2000). A telehealth project for supporting and isolated physiotherapist In a rural community of Hokkaido. **Journal of Telemedicine and Telecare**, 6, S35-S37.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2, 217-250. Reprinted in Kanner, L. (1973) **Childhood Psychosis: Initial studies and new insights**. New York: Wiley.

Kanner, L. (1965). Infantile autism and the schizophrenias. **Behavioural Science**, 10, 412-420. Reprinted in Kanner, L. (1973) **Childhood Psychosis: Initial studies and new insights**. New York: Wiley.

Lo, H. T. & Fung, P. (2003). Culturally Competent Psychotherapy. **Candian Journal of Psychiatry**, Vol 48, No 3, April, 161-170.

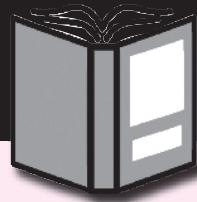
Manosevitz, M. (2004b). Teaching and learning how to do psychotherapy [Review of the book The supervisory alliance: Facilitating the psychotherapist's experience]. **Contemporary Psychology: APA Review of Books**, 49, 105-108.

Manosevitz, M. (2006). Supervision by Telephone-An innovation in Psychoanalytic training-A roundtable discussion. **Psychoanalytic Psychology**, Vol. 23, No. 3, 579-582.

Marrow, C. E., Hollyoake, K., Haner, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video - conferencing technology: A reflective account. **Journal of Nursing Management**, 10, 275-282.

Neki, J. S. (1973). Guru- chela relationship. The possibility of a therapeutic paradigm. **American Journal of Orthopsychiatry**, 43: 755, 766

Neki, J. S. (1974). A re-examination of the guru-



ספרים רبوתיים ספרים

**סטיבן א' מיטשל
התיחסותיות, מהיקשרות לאינטראקטיביות
תולעת ספרים, 2009**

הספר סוקר את התפתחות הגישה התייחסותית, כנגזרת של תיאורית ההיקשרות (ATTACHMENT). מיטשל מנסה לנתח את הגישה התייחסותית למרכיביה השונים (התיחסותיות, היקשרות, תור אינטראקטיביות), תוך שהוא בוחן את המוצא ההיסטורי שלהם, מתוך תרומה של תיאורטיקנים אנלטיים לאורך השנים: בולבי, קלין, פירובירן, אר בעיקר לוואלד.



ספר פרק מבוא מצוין של ד"ר מאיר ברגר, השם את הדברים בהקשר ההיסטורי נרחב, וספר על רקען ואישיותו של מיטשל, בדרך המאפשרת הבנה טוביה יותר של חשבתו.

הספר כתוב בשפה בהירה ובוחן רב. גם התרגום (עמית פכל) טוב.

למרות שאיןי אנליטיקאית כלל, (אר כפսיקולוגית התפתחותית בתחום ההיקשרות קרוב אליו מאוד) גם ספר זה, לקודמו, היה מהנה ולימודי מאד !!! מומלץ בחום !

**دونלד ו' וייניקוט
עצמם אמיתי, עצמי כוזב
עם עובד, סדרת פסיכון אנגליזה, 2009**

הספר הוא פרוסום מחודש של ספרו הקלסי של וייניקוט TRUE SELF, FALSE SELF, מקבץ מאמרים שכתב בין השנים 1935-1963, אשר האיו מושגיא יסוד במשנתנו, והיו בוודאי נר לרגלי רבים מאיתנו.

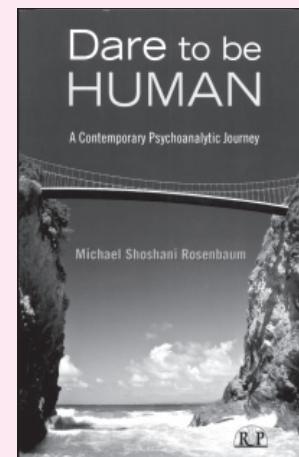
החינוך הוא בכרך של כל מאמר הוצמד מבאר, השופר או על כתיבתו הלא תמיד ברורה של וייניקוט, ומוסיף היבטים מסוימים, כגון: השוואה בין וייניקוט לבין תיאורטיקנים אחרים ביחס למשמעות המושג הספציפי המדון, או התייחסות להתקפותו של המושג ומשמעותו עד היום.

אני מקווה שהקץ ההולך ומתקרב לקיצו, העניק לכם הזדמנויות רבות לקרואו של ספרות מקצועית ויפה, חידוש והתרענותם בידע. אם כן אתם מרגשים... אתם בהחלט מזומנים לשתף אותנו!!! תחומי הידע רחבים ושופעים ומילוי יודעת, עד כמה אדם אחד, אינו יכול למצות את הכל.

להלן ההסקה הצנوع שלו.

**Michael Shoshani Rosenbaum
Dare to Be Human, A contemporary psychoanalytic journey.
Routledge, 2009**

מדובר בתיאור של טיפול אנלטי, בן כמה שנים של המחבר בדניאל, גבר בשנות השלישי של חייו, המתकשה ליצור קשר קבוע וمسפק עם בת-זוג, כדי לבנות עימה משפחה. לכורה, בעיה שכיחה ומוכרת. אך דרכו הייצוג של הטיפול בספר זה הוא ייחודי מאוד. הוא משלב את תיאור הטיפול בשפתינו המקובל: יצירת הקשר, התהlications, הדינאמיקה של התקדמות (ונסיגה לעתים), הסיום. זאת לצד הסתכליות נוספת על הקשר, כגון: אינטראקטיביות של המטופל, ניתוח ההשפעות האינטראקטיביות של שני הגברים בקשר הטיפול, הקשרים שהתקיימו במהלך הטיפול ומהচוץ לו.



הפטופול, מסטר שנים לאחר תום הטיפול, תוך הצגת נקודת המבט שלו על התהlications.

על גבו של הספר מוצגת רשימה נכבדה של ציטוטים- הערכה מפי גדולי הפסיכואנליה כולם : יאלום, אוגדן, בנג'מין. קוטנטי, אך אומר כי כל מילת שבチ צודקת. הקראיה הייתה עבורי חוויה של הנאה צרופה ולמידה מלאפת!

הפרט בחברה, ועוד. לכל מאמר מצורף הסבר של המחבר, המבטא את הפרשנות המקובלת לפסקוק. לאחריה, ניתן ה'פירוש' הפסיכולוגי, המשקף את עמדת הפסיכולוגיה בשפטינו הימים.

מטרת הספר היא להראות את עומקה של תורה ישראל, את התבונה האנושית הרחבה שהייתה לחכמיה, ואת הRELIGIOSITY שלה לח'י הימים המודרניים.

ספר שיש לקרוא בו טיפין-טיפין, במנוגת קטנות. מעניין.

אל שורץ ורנה ש-אופנהיימר נוסע סמו, סיפוריהם של נוסעים ושל מחלות טרופיות נלוות רמות-און, תל-אביב, 2009

פרופ' אל שורץ הוא מנהל המרכז לרפואת מטיילים בחו"ל תל-השומר. ד"ר אורנה ש-אופנהיימר היא פסיכולוגית חונוכית באוכ' העברית. השניים חבורו למחקר שיטתי המנתח, באמצעות ראיון, את סיפוריהם של נוסעים אשר חלו במהלך טיוליהם במחלות אקזוטיות שונות. בשל הייעוץ מחלות דירות בקרוב אזרחי המערב, היה האבחן הרופאי והמהלך מורכב וקשה. לעיתים, תחילתו בארץ זהה, והמשכו בארץ, קר שבכל מקרה, היה מדובר בחוויה לא נעימה ולא פשוטה עבור החולים (וככל הנראה גם עבור המטופלים!).

התוצאה הכתובה היא מכך של ראיונות-סיפורים אישיים, רובם מתרקרים !!! בunosף להם, ניתן לנו הסבר ורקע רפואי על כל אחת מהמחלות וסיבותו.

מצאתי כי שילוב ייחודי זה הוא בהחלט מעניין, לאנשים רגילים ולהיפוכונדרים, לפסיכולוגים ולධידותות. למי שמסוגל לעולם הרפואה מכל סיבה ובכל דרך – יש בספר חומר ייחודי.

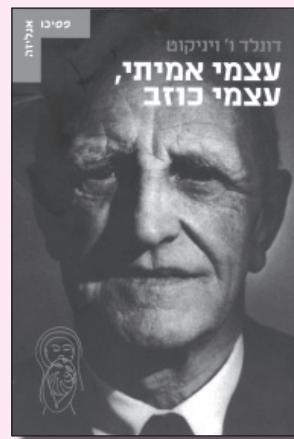
חזקאל טלר (עורר) בדרכם למלוכה, פרקים בבריאות נפש קהילתית ''אחותה'' היחידה להוצאה לאור, 2009

מטרתו של הספר היא לסקור את ההיסטוריה השיקום של חולין-נפש בקשרו לה, מzd סוף המאה ה-19, תוך בחינת השינויים שהלכו מאז ועד היום.

הגישות השיקומיות נבחנות בראייה נרחבת ורב-היבטיבית – הן

בספר שני פרקי מבוא. האחד מתאר אסנת אראל, על סוד קסמו של ויניקוט (למרות כתיבתו ה'קשה'). השני, מأت עמנואל ברמן, על אבני-דרך בחיו.

המכול יצר עבורנו מקראה מצוינת מעבותתו של ויניקוט, עדין לא קללה להקראה, אך מזמןנה הרבה יותר. כדי !



ענת הררי (עורכת) מאה אמהות מאה זיכרונות בבל, 2009

הרבה כבר נאמר על ספר זה, שסיפורים מהם אף עובדו להצגה בימთאות. אין בו חמרים תיאורתיים. יש בו סיפורים אישיים, המשקפים רגעים, ריסים, בחו'י אמהות, הנשקפים אלינו דרך תיאורי הבנות. ללא הסברים, ללא ניתוחים...חוויות והתרחשויות ללא חיל ושרק. ובכן עצמנו המכוד מרגשת....



לכל אם, בת, אישת, באשר הן קריאה שוכלה חוותה !!!

פרופ' אליהו חזנהיימר קрайות פסיכולוגיות במאמרי חכמים שוקן, 2009

פרופ' חזנהיימר הוא פסיכולוג קליני, גמלאי של אונ' בר-אילן, אשר עוסק זה שנים רבות בהצגת הממשק בין פסיכולוגיה למוקחות היהדות, שנים רבות לפני הפרק הנושא למקור עניין. אופנתי לקהל הרחב. המחבר ליקט עבורנו שורה ארוכה של מאמרי חז"ל, ואולם קיבץ לנושאים 'פסיכולוגיים': מניעי האדם ורגשותיו, קלסתרון פני האדם, האישיות, סובייקטיביות ויחסיות, יצירות,





לא-ספק בעל אישיות יצאת-הופן, בעל כוחות, ובר-מזל בModelError חייו, שאת חידתו לא פתרנו. ספק אם רבים מאיינו יזכו לקלט במסלול דומה לו. עם זאת, ניתן ללמידה ממנה, ומהשתקפות סיפורי על המחברת ופנימיותה, דברים כה רבים ואנושיים הנקונים עבורי כולנו.

ספר שהוא חובה בעיני, לכל מי שהוא בן 50 ומעלה !!!

תיקון טעות

WHAT WE KNOW ABOUT EMOTIONAL INTELLIGENCE, BY MOSHE ZEIDNER ZEIDNER MOSHE ZEIDNER ושות'. בעקבות הסקירה, פנה בוחרת ינואר הקודמת, כלתי סקירה של הספר THE SCIENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE, שפרופ' משה זיידנר והעיר על מספר אי-דיקרים. הנקודת העיקרית שבקש לחודד היא, כי ספר זה אינו זהה בספר שסקרתי בוחרת ינואר 2009, בשם THE SCIENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE, שפרופ' זיידנר הוא אחד מעורכיו. שני הספרים היו מעוניינים וטובים בעיני, ועל שניהם המלצותי לקוראים.

לאור תיאוריות, הן מבחינה חוקית, הן מבחינה כלכלית, הן מבחינת הקיילה, והן מבחינת המשפחחה והפרט. כתבת הספר שותפים גדולים וידועים בתחום, כגון ד"ר מוטי מרק, פרופ' חנן ירושמי, ד"ר דיזיד רעה, אשר תורמים מניסיונם האישי, וipsisori היבטים השונים והדילמות העולות מהם.

הספר קראי, כתוב בצורה מעניינת. ריאתי בו תרומה חשובה לדין הציבור המתמשך סביב נושא הרפורמה בבריאות הנפש, שמעסיק רבים מאיינו כבר תקופה ארוכה, וממן לבוא על סומו. ואסימ בספר נוסף שקראתו הייתה עברית חוות חיבית מפתיעה.



ליואה בר-טור החיים במחשבה שנייה, שיחות עם נפתלי א"ח, 2009

ד"ר ליואה בר-טור, מומחית בפסיכו-גראטריה, מנהלת סדרה מובנת של מגשי-ראיון עם נפתלי בלומנטל, בן ה-85, אדם שהיה 'אושיה כלכלית עצמאית', בארץנו (בבנק הפליטים, בכור, למי שאינו זוכר או מכיר) ועדין פעל במרקז בمعال זה.

השיחות נסבות על חיים, האישים, המשפחתיים, המקצועים, לאורך שנים בוגרות. מטבע הדברים, בר-טור נוגעת בנושאים שבילבב עסקה המקצועית – הגורמים לזכנה "טובה", חשיבות המשפחה, הפעולות המקצועית לאחר הפרישה, הקשר עם הילדים והנכדים, האלמנונות.

ברוח הגישה ההתיחסותית, מעלה מערך המפגשים וחושף גם את עדותה/חוויותיה/רגשותיה של המחברת, הן ביחס לחומר העולה מצד המהויאין, והן ביחס לעצמה ולחייה-שלה. התוצאה היא בעיני ספר מופלא על חייו של אדם אחד ומיחיד,





שולחןה של ועדת האתיקה

(היכולה לפניות לבית המשפט) או (ישירות) לבית המשפט לענייני נוער, על מנת לקבל היתר לקיים את ההתערבות בהסכמה הורה אחד בלבד.

מכ"ל משרד הבריאות הוציא לאחרונה חוזר (מס' **28/09**, 3.6.09) בנושא "יסוד הקשר בין הורים לבין מערכת הבריאות ביחס לילדיים".
החוזה החל אמם רק על מערכת הבריאות, כולל הפסיכולוגים העובדים בכל ארכ האקלרונות המוצגים בו טוביים לכל הפסיכולוגים העובדים בכל המערכות.
ועדת האתיקה מצאה לנכון להפנות את תשומת לב כל הפסיכולוגים לחוזר על מנת לפתח את המודעות החשיבה והרגשות בתחום חשוב זה.

ועדת האתיקה:
ד"ר רבקה רייכר עטייר
גב' חנה בן-צין
ד"ר גבריאל ויל
גב' יהודית להט
גב' נגה קופלביץ'

אחו ניכר מהתלונות העולות לאחרונה על שולחנה של ועדת האתיקה הן תלונות מצד הורים פרודים או גרשימים, על פסיכולוגים שהתקבשו לטפל /או לסתות-דעת הנוגעת לילדים המשותף ע"י אחד מההורים ללא קבלת הסכמה ההורה השני.

לצערנו, פסיכולוגים לא מספיק מודעים לאספקטים החוקיים של הסוגיה ולא לאספקטים האתיים והטיפוליים שלה. לא פעם, מתור אמונה, שתת טובת הילד הוא מבקש, נכנס הפסיכולוג לקובאליציות עם הורה אחד כנגד האחর ואינו שומר על מרחק שווה בין הצדדים. הדברים עלולים להגיע להפסקת טיפול או אבחון, ואף להגשת תלונה כנגד הפסיכולוג ע"י ההורה המרגיש נפגע מכך, שהילד טיפול שלא בהסכמו... וחייב.

אנו חוזרים ומבקשים להזכיר על הכללים המופיעים בקדמת האתי של הפסיכולוגים (2004) ובמיוחד בסעיף **4.2** תת סעיפים ג' וד':
ג. כאשר ההתערבות המקצועית נעשית בילדים שהוריהם מצאים בסכסוך, בתהליכי פירוד או בגרושים, יש לקבל מראש בכתב או בעלפה את הסכמה שני הורים לביצוע ההתערבות המקצועית.
ד. במידה ואין אפשרות ליצור קשר עם אחד הורים, או לקבל את הסכמתו להתערבות, יש לפנות לפקיחת סעד לחוק נוער

מדינת ישראל, משרד הבריאות חוזה המנהל הכללי

תאריך י"א סיון תשס"ט (3.6.09)

מס' 28/09

נושא: ייסוד הקשר בין מערכת הבריאות ביחס לילדיים

הקדמה: תלונות שהתקבלו מגופים ציבוריים ופרטיים קובלות על יחס לא שוויוני לו זוכים הורים גרשימים ושאים נשואים מצד מערכת הבריאות. התלונות המתמקדו במימוש זכות שני הורים לקבלת מידע אודות הטיפול הרפואי בילדים הקטין ולשיתופם בקבלת החלטות ביחס לטיפול הדרש. בוחינת הנושא מעלה כי קיימת אי בהירות בנוגע לזכויות הורים ולחובות הס gal המטפל בנושא הנדון.

מטרת החוזר להביא בפני הסגלים של כל שירותי הבריאות לרבות בתים רפואיים, קופות החולים ומוסדות רפואיים אחרים, את הוראות החוק ולהנחותם כיצד לפעול במצבים בהם נדרש נקיטת צעדים שמעבר להוראות החוק. כל זאת תוך שמירה על טובת הקטין וambilי לפגוע באפוטרופוסות הורים.

לאור בדיקת הנושא על ידי ועדת רב מקצועית אשר מונתה על ידי מכ"ל משרד הבריאות, גובשו הנהניות לצוויים המטפלים.

הנהניות מסווגות לשישה תחומיים עיקריים:

1. מתן מידע לכל הורה, לבקשתו.
2. יזום מתן מידע לכל אחד מההורים.
3. קבלת הסכמה שני הורים לטיפולים מוגדרים.

1. מתן מידע לכל אחד מההורים לבקשתו:

על פי החוק חובה על כל מטפל תחת מידע לכל אחד מההורים על פי פניו, אלא אם כן ידוע למטפל כל קיומו של צו בית משפט המונע זאת או שולל את אפוטרופוסתו של ההורה. קביעת משמרות פיזית או עיקרית אצל אחד ההורים אינה שוללת את הזכות ההורה השני לקבל מידע אודiotך.

על קופות החולים ארגונים המבטאים והמהווים שער הכניסה למערכת הבריאות של רוב הציבור וכן כמפורטות של שירות בריאות (בתים רפואיים ומרפאות), ועל מוסדות רפואיים מטפלים, כוונתי שירותים אחרים - להבטיח קיומם של מנגנוןים סבירים ויעילים למתן אפשרות לשני ההורים לקבל מידע אודiotך ילדם, בכל האמצעים הזמינים. יש לשאוף לכך שמנגנון זה יהיה אוטומטי לגבי שני ההוריו של מבוטה כתינו הרשומים ככאלה במרשם האוכלוסין ו/או ברישומי המוסד לבתו לאומי.

2. ייזום מתן מידע לכל אחד מההורים עפ"י שיקול דעת מקצוע:

ייזום מתן המידע להורה שאינו נכון ומולוה את הטיפול באופן אישי יתקיים על פי שיקול דעתו של איש המקצוע המוגדר כמטפל (רופא, אחות, ע"ש, פסיכולוג וכיו"ב), הכל בהתאם לנחלים ולהנחיות, ובמידת הצורך בשיתוף גורם מוסמך כגון פקיד סעד או עדת אתיקה).

המצבים שהומלכו בוועדה לשיתוף יוזם של ההורה שאינו נכון **במידע רפואי** הינם:

- 1.2.1. מצבים בהם נדרש חילוקט נטל בין שני ההורים (כגון טיפול רפואי בבית רפואי ממושך במחלות כרוניות, אשפוז ארוך, הליך שיקומי ממושך, ההורה המטפל שחוק מאד).
- 1.2.2. מצבים בהם התקשרות בין הורות הרפואים נוכח אינה מספקת (כגון התרשומות הוצאות שההורה המולוה אינו מבין את חומרת המחלה או שאינו מסוגל לספק תמייהה ואף טיפול ליד).
- 1.2.3. מצבים בהם חוסר תקשורת בין ההורים עשוי לסקן את הילד (כגון אי העברת מידע בין ההורים אודiotך שינוי מינוח/טיפול רפואי שנייהן ליד הסובל ממחלת כרונית).
- 1.2.4. הפנית הילד לטיפול נפשי או פניה עצמאית של הילד בלבד או עם הורה מלאה לטיפול מסווג זה.
- 1.2.5. מצבים בהם לפי התרשומות המקצועית של הוצאות, ההורה המולוה משתמש בטיפול הרפואי בלבד כאמצעי למאבק בהורה השני, באופן המשקן את שולמו הילד (במקרה כזה יש לערב את פקיד סעד).
- 1.2.6. במצבים בהם ההורה שאינו נכון פנה באופן ישיר ומפורש וביקש לידע אותו לגבי כל טיפול.

3. קבלת הסכמת שני ההורים לטיפולים מוגדרים:

על פי החוק, על ההורים מוטלת החובה לפעול בהסכם בעניין ילדים, אך ישנה הנחה (חווקה) שהורה אחד הסכים לפעולת ההורה השני, כל עוד לא הוכח ההיפך. כמו כן, החוק מתייר להורה אחד לפעול על דעת עצמו "בעניין שאינו סובל דיחוי".

במקרים בהם ההורם ההורם אינם נשואים, או שהם גrownups או פרודים וכיו"ב - חלה החובה על ההורה שבידו המשמרות על הילד באוותה עת (כמשמעות עיקרית או בזמנן של הסדרי ראייה או מכל סיבה אחרת) לידע את ההורה השני ולשטרף אותו בהחלטות, לגבי הטיפול הרפואי הנינתן לילדים המשותף (אלא אם בית משפט קבע אחרת).

יחד עם זאת, חובת הוצאות הרפואי היא לקבל הסכמה מודעת תקיפה לטיפול הרפואי בכל מטפל, ולשם קיום חובה זו לעיתים אין די בהסתמכות על "חזקת ההסכם" שבחוק.

המלצות הוועדה לשיתוף יוזם של ההורה שאינו נכון **בקבלת ההחלטה על הטיפול הרפואי**:

- 3.1. במקרים דוחפים ("עניין שאינו סובל דיחוי") - ניתן להסתפק בהסכםו של הורה אחד. יש לידע בדיעד את ההורה השני לפי הכללים לייזום מידע כאמור לעיל.
- 3.2. בטיפול שגרתי - מוגדר להסתפק בקבלת הסכמה אחד ההורם אלא אם ידוע לצוות המטפל (כגון מהعبر הרפואי) על התנגדותו של ההורה השני לטיפול או לטנגוטיפ.
- 3.3. בטיפול שאינו שגרתי - (כגון: ניתוח, טיפול נפשי, אשפוז, מתן תרופות נרכוטיות/טוקסיקה וכיו"ב) על מנת להטיב להבין את הטיפול בקטין יש לעשות מאץ לקבל את הסכמה שני ההורם, ובתנאי שעלה פי שיקול דעתו של איש המקצוע, המתנה לקבלת הסכם שני ההורם אינה עלולה לפגוע במטופל.
- 3.4. במקרים בהם ההורה שאינו נכון בעת הטיפול פנה באופן ישיר ומפורש למוסד הרפואי וביקש לקבל הסכםו לגבי כל טיפול - ובלבבד שלא פי שיקול דעתו של איש המקצוע, ההנחה לקבלת הסכם שני ההורם אינה עלולה לפגוע במטופל.

בכבוד רב

פרופ' אבי ישראלי



היחס בין חובת הסודיות לבין חובת הדיווח של מטפלים בתחום הנפשי

בחקוק **כלי היריה נקבע חובת דיווח הפסיכיפית של הפסיכולוג לגביו אדם המחזק נשק ושהפסיכולוג סבור כי הוא יכול פגוע בעצמו או בציבור כאשר חובת הגילוי זו חלה הן על הפסיכולוגים שבערכת הבריאות והן אלו שאינם עובדים בערכת הבריאות**

בית המשפט אומר כי בסעיף 11א לחוק **כלי היריה נקבע כי:**

"... פסיכולוג, קצין בריאות הנפש במערכת הבריאות, המטפל באדם וסבירו כי אם האדם יחזק בכספי היריה יהיה בכך ממשום סכנה לאוטו אדם או לציבור, יודיע על כך למנהל משרד הבריאות, שהוא רשאי להעביר את המידע לצבאות הגנה לישראל.

(ב) ... פסיכולוג, קצין בריאות הנפש במערכת הבריאות, המטפל באדם וסבירו כי האדם מחזק בכספי היריה, ולדעתו יש בכך ממשום סכנה לאוטו אדם או לציבור, יודיע על כך למנהל משרד הבריאות, שהוא רשאי להעביר את המידע לפקיד הרישוי וגם לצבאות הגנה לישראל, וכן ל גופי המניי בסעיף 5ב(א) לגבי מועמד לשירות שగוף כאמור מסר לגבי הוועדה למנהל משרד הבריאות..."

בית המשפט אומר כי על פסיכולוג מוטלת חובת דיווח לפי סעיף 11א לחוק **כלי היריה**, ללא קשר לשאלת אם הטיפול נעשה במסגרת "פרטית" או ציבורית.

הדייסקרטיות והסודיות היא אבן הבסיס של הקשר הטיפולי, מעין אקסימוה בייחסי האמון של המטפל במטפל, יש הגורסים כי האמון שנוצר אצל המטפל בשל הבנתתו כי "הסודיות מובטחת" היא קרייטית כדי כך, שבלעדיה אין תקומה לקשר העדין והמורכב בייחסי מטפל-מטפל.

אומר בית המשפט כי אמון הוא הכרחי כדי שהמטוסל יסכים להיחשף בפני המטפל, והחשיפה בתורה, הכרחית לשם אבחנה וטיפול. המטפל אינו רגיל לחשיפה של עולמו הפנימי, וכוכנותו להחשוף את המעליך עלייו, נושאים עליהם אינם מעוד לדבר אף בינו לבין עצמו, מובסת על ההנחה שהדברים ישארו בין המטפל. המטפל מצהיר, מעודד את המטפל לחשוף מידע פרטי ואייש, לעתים אינטימי ביותר, תוך הבטחה לשמר על סודיות. יש הגורסים כי האמון שנוצר אצל המטפל בשל הבנתתו כי "הסודיות מובטחת" היא קרייטית כדי כך, שבלעדיה אין תקומה לקשר העדין והמורכב בייחסי מטפל-מטפל. מטפל החושש כי המידע שנמסר על ידי עלול להימסר לרשותות ולגרכם לו נזק (כמו אשפוז כפוי, מאסר, שלילת רשותן או פגעה במקום העבודה), עלול להוירטע מלפנות לטיפול או

מקורה שנדון לאורונה בבית המשפט בתביעה שהגישי התובע (להלן: **הנפגע**) שנורה על ידי שומר (להלן: **הפוגע**) בחניון מכוניות וכתוצאה לכך נגרמו לו נזקי גופו. השאלה המרכזית שהעסיקה את בית המשפט היא מהו היחס בין חובת הסודיות לבין חובת הדיווח של המטפלים בתחום הנפשי?

טענותיו של הנפגע טענתו העיקרית של הנפגע הייתה כנגד המדריך הקליני שבו קיבל הפוגע את הטיפול הנפשי, בכך שהמדריך הקליני נמנע מהubevir דיווח נכון ומהימן ל"פקיד הרישוי" במשרד הפנים, אודות מצבו הנפשי של הפוגע בהתאם לחוק **כלי היריה**, המחייבים חובת דיווח בין היתר על הפסיכולוג, קצין בריאות הנפש במערכת הבריאות, להזוויח למשרד הבריאות אם החזקת **כלי היריה ע"י אדם** תהווה סכנה לאוטו אדם או נזק לציבור.

בבית המשפט אמר כי המנגנון הנורומטיבית של חובת הסודיות המוטלת על פסיכולוג קבוע בחוק הפסיכולוגים. אין בהוראות חוק הפסיכולוגים חובת דיווח כללית כל עוצמו או כלפי אדם אחר, ואת חובת הדיווח של **הפסיכולוג עליון ללקט מחוקים ספציפיים:**

בסעיף 6(א) לחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977 (להלן: "חוק הפסיכולוגים") נקבע כי:

"(א) מידע על אדם שהגיע למי שרשאי לעסוק בפסיכולוגיה מעיסוקו המקצועיא או בעקבותיו, חברה עליו לשמור בסוד ואינו רשאי לגלוito אלא באחת מנסיבות אלה:

(1) גילוי המידע נדרש לדעתו לשם טיפול באותו אדם;

(2) **קיימת חברה או רשות בחוק לגלוות את המידע;**

(3) האדם שעליו המידע הסכים בכתב לגלוויו, וכל עוד לא ביטל בכתב את הסכמתו האמורה".

הכל הוא סודיות, אך הפסיכולוג עשוי למצוא עצמו במצב בו הוא נדרש לגלוות מידע על המטפל, אם עקב דרישת המופנית כלפיו ואם מיוזמתו שלו, עקב חובת דיווח המוטלת עליו על פי חוק. אין בהוראות חוק הפסיכולוגים חובת דיווח כללית כל עוצמו או כלפי אדם אחר, ואת חובת הדיווח של הפסיכולוג עליון ללקט מחוקים ספציפיים, כמו חובת הגילוי שנקבע בחוק העונשיין, לגבי הتعلלות בקטינים ובחרדי ישע או לחובת הגילוי שנקבע בחוק **כלי היריה**.



מ ל ח ש ו ר

נשאים לטיפול. על

רקע זה, יש הקוראים לצמצום המקרים

בهم קיימת חובת דיווח על פי חוק.

של אנשי הטיפול, חכמאותם לאחר מעשה. המטפל הוא שמכיר את המטפל בנסיבות שונים בנסיבות כאלו ואחרות של חייו. לעיתים, יכול המטפל ללמידה על מסוכנותו או היעדר מסוכנותו של המטפל, לא רק מתוך דברים שהמטפל חושף בפניו, אלא גם מדרך התנהגותו והתנהלותו של המטפל – החל מהופעתו החיצונית, דרך תגובותיו גשויות, גגומים, הססנות, התפרצויות, סימני חרדה או הפגנת בטחון עצמו, התורמות רווח מופרחת וכו'ב. ככל ששובטים נדרשים ללמידה על אמירות דבריו העד נוכח "סימני האמת" בהתנהגותו (ನೋಶಾ מורכב בפני עצמו שלא יידרש לו), הרי שהיכולת של המטפל המיכון והמקצועית לעשות כן, גודלה בהרבה, נוכח היכרותו האינטימית את המטפל.

המטפל עשוי לטעות, אך לא כל הערכת מסוכנות שגואה של מטפל ממשעה, מיניה ובה, רשלנות של המטפל, ולא כל סכנה אפשרית-טיורית, אמורה להטיל על המטפל חובת דיווח. התערבות בית המשפט בדרך כלל הטלת אחריות בדיעד עקב הפרת חובת דיווח, צריכה להיעשות בזיהירות ובמושורה.

בית המשפט אומר כי בין יתר השיקולים, על בית המשפט ללחוץ בחשבון אם עניינו של המטפל נבחן לא רק על ידי המטפל אלא גם על ידי אחרים, כמו המדריך של המטפל או ישיבת צוות. כפי שבית המשפט לא י מהר להטיל אחריות, מקום בו הכוח כי נעשתה התיעצחות לגבי המטפל והופעל שיקול דעת, גם אם מוטעה, גם כאשר מדובר בתחום הטיפול הנפשי. יש להבחין בין גבולותיה המשפטיים של חובת הדיווח על פי חוק, לבין שיקול הדעת המקצועית של המטפל.

חובה הסודיות מסתויימת במקומות בו מתחילה סכנה לצד שלישי, שאז קמה חובה משפטית-מקצועית-איתית להגן על הצד השלישי. ככל, ראוי כי המטפל בתחום הנפשי יבהיר למטפל במסגרת החוזה הטיפולי, כי יש מצבים שישיבו אותו לדוחות, ועל המטפל להבין כי אין מדובר כאן בהפרת אמון אלא בחובה חוקית.

בית המשפט אומר כי אין למטפל בתחום הנפשי פטור גורף מחובת הדיווח, וחובת הסודיות מסתויימת במקומות שבו מתחילה סכנה לצד שלישי. ככל, ראוי כי המטפל יבהיר למטפל במסגרת החוזה הטיפולי, כי יש מצבים שישיבו אותו לדוחות, ועל המטפל להבין כי אין מדובר כאן בהפרת אמון אלא בחובה חוקית. החשש שהוא דיווח יוכל להפסיקת הטיפול ולפגיעה במשלחת ידו של המטפל, אינו שיקול קוונקלוסיבי וכן פני הסכנה, אך עד שאנו באים להטיל אחריות משפטית בגין אי דיווח על סכנה לצד שלישי, על כל הכרוך בכך מבחינת המטפל והמשר ההליר הרפואי/שיקומי, הסכנה צריכה להיות ברורה ומוחשית.

השאלה של הערכת מסוכנות, היא שאלת מהתחבים אנשי המקצועי בתחום טיפול הנפש, ויש

כל שבית המשפט יכרשם בחובת הסודיות ובחוון העומדים לאנשי המקצועי בתחום בריאות הנפש, יש חשש כי המטפל לא יראה בחדרו של המטפל מרחיב מגן אלא חדר פרוץ, מה שיפגע באיכות הטיפול ואך בעצם הטיפול.

מטרת החווון היא להסיר חשש מליבו של המטפל והמטפל, ובכך לעודד ולקדם את הטיפול שומא על בית המשפט לבחון בקפידה בקשה ל吉利 מידע המסתמך בדברים שנאמרו במהלך הטיפול. בשווה נגד עיננו את המטפל – או המטפלת – המגלה אוזנו של המטפל על רגשותיו, חולשותיו, על יחסיו לסובבים אותו, על תחושיםיו כלפי בית זוגו, על ח' המין שלהם, על מערכותיהם שקיים מחוץ לקשר הנישואין וכי'ב עניינים אינטימיים ורגשיים ביותר ששיפר למטפל.

בית המשפט אומר כי לכרטום בחובת הסודיות ובחוון,عشiosa להיות השלכה גם על אופן תעוזם הטיפול הנפשי, עקב חשש של המטפל כי דברים שרשם יזקפו ביום מן הימים לחובתו (ולא אדרש כאן להבחנה בין רשומה אישית של המטפל לבין רשומה המיעודת לתיקו של המטפל).

העלאת רף חובת הדיווח של אנשי טיפול עשויה לגרות לתוצאה קשה יותר מ"פסיכולוגיה מתוגנת", עד כדי קעוקע של מוסד הטיפול עצמו.

בית המשפט אומר כי בהיעדר בסיס של "סודיות מוגנתה", יש חשש שהמטפל לא יגוע מლכתהילו לטיפול, או שהמטפל יעלים ויסטיר מידע מהמטפל, שמא מידע זה ידוע לגורמים שונים ויגרום לו ל Abed את משלחת ידו/פרנסתו.

אנשי טיפול בתחום הנפשי, מתלבטים מעשה של יום בוימו לגבי חובות הדיווח המוטלות עליהם על פי חוק. שומא על בית המשפט להישמר שלא להיכנס "ברג' גסה" למתחם שיקול הדעת של אנשי הטיפול, חכמאותה של אחר מעשה.

בית המשפט אומר כי אנשי טיפול בתחום הנפשי, מתלבטים מעשה של יום בוימו לגבי חובות הדיווח המוטלות עליהם על פי חוק, והם מפעלים שיקול דעת המבוסס על היכרותם קרוביה וឥינימיות של המטפל. שומא על בית המשפט להישמר שלא להיכנס "ברג' גסה" למתחם שיקול הדעת

תגבות / מכתבים למערכת

תגובה פינה - משלוחה של ועדת האתיקה שפורסמה בג'יון יולי 2009 בנושא מבחן 2-ZMMPI

אנו חשים להזות לועדת האתיקה על הבאת הנושא המקורי של חובת הזרות לדעת ציבור הפסיכולוגים. אנחנו שמחים על כך שהועדה מעריכה את הצעדים שנתקטו לתקן ואך חוזרת על כליל השימוש הרואים ב מבחנים בכלל. הכללים הללו, ובראשם העיקרן לפיו אין לבסס קביעה על מבחן אחד, מקובלים עליינו ובאים את עצמן כמו שפועלים לאוות לקדם ולהשריש אותם.

יחד עם זאת, ראוי בעינינו להעמיד על דוקה טעות חשובה ומהותית בהזדהה של העודה. בוגוד למה שטעוי במכتب של העודה, הטעות שהתגלתה ב-2-ZMMPI אינה נוגעת כלל לנורמות בהם משתמשים לחישוב הציונים, אלא בדרך חישוב הציונים. דרכ' זו נוגעת למסורות פרשניות של ה-2-ZMMPI וגם לטיעות באופן חישוב הציונים אשר עלולה היהיטה להשפיע במידה מסוימת על הציונים במספר קטן של סולמות. הנושא מסוכם בספרו של ד"ר אלמגור (2005) "2-ZMMPI העברי". יחד עם זאת, איתור הטיעות הביא לבדיקה מחודשת מה"שותחים" של התוכנה בכדי לוודא שהתוכנה תקינה לחלוון.

למעשה, המקירה של ה-2-ZMMPI מציג בדיקות מה שצרכן להנחייל לקידום הנושא האבחוני בישראל: **שתוֹפַע פְּעֻולָה מְלָא בֵּין אַكְדָּמִיהּ, אֲנָשִׁי מְקַצְּעָו בְּשֶׂטֶחּ וּהַמּוֹלֵב בְּאוֹרָה שְׁלֵגְלִי נְאֹתָהּ.**

האם המקציע יכול להתקדם ללא דיון פומבי במגבילות (ואף שגיאות) ודעות שונות אודות האבחן שלנו? מבחן, מערכות אבחן או אסכולות של אבחן אינם בלתי ניתנים לשינוי. להפר. ככל שיש יותר משוב, דיון ואך מחלוקת ב nosemos. מקריםים כן יטיב, גם למקציע, גם לאנשי מקציע וחשוב מכל קלילניים שעבורם מיעדים המבחנים.

לבסוף, אנו רוצים להביע מושאלת השסתנדרטים האתיים הגבויים המובעים במכتب כלפי ה-2-ZMMPI יושמו גם כלפי אחרים בהם פסיכולוגים עושים שימוש ואך לגיביהם לא רק שאין גורמות, אלא אין גם כללים ברורים ותקפים לשימוש. החלטה של היציפות ורק כלפי ה-2-ZMMPI עלולה ליצור את הרושם שהגוי לפי זה הכליל היחיד בו יש בעיה, בעוד שבעוד לאיכותו ואופן השימוש בו כפי שמראה אופן הטיפול בקשרי הנוכחות.

בברכה,
דןיס ברנסטיין, ד"ר משה אלמגור

שנתנו בה סימנים כמו: התנהגות אלימה בעבר של המטופל; תוכנית ממוקדת ושאיפה לפגוע באדם אחר; מניע למעשה; תכנון מפורט ודרך פעולה לעומת אמירה בעלמא; מידת המידיות של התכונן; הنجשות לאמצעים קטלניים; מצב נפשי כללי של המטופל כגון מצב פסיכוטי עם הדיזות פרנוואידיות.

בעניינו אומר בית המשפט כי אף אם נניח כי הרף הנדרש לדיווח על סכנה לאדם או לציבור לפי חוק כליל וריה הוא נmor מהרף הנדרש לחובת הדיווח הכללית על סכנה לצד שלישי – לאחר שמדובר בחובה ספציפית ומפורשת הקבועה בחוק ומאחר שכלי וריה נשוא עמו פוטנציאלי סכנה – אין להטיל במקורה דין אחירות על המדור הקליני. אכן, הפוגע העיד על עצמו בראיון הקבלה שנערך לו כי הוא חש פרצ'י תופונות כלפי "כל פחווקציה קטנה". אין זו תכמה מלבדה, בלשון המעטה, למי שנושא נשחק, אך יהו שיטענו כי אנשים רבים עשויים לענות על תיאור זה. מכל מקום, המטופל שטיפול בפוגע, המכודיר של המטופל ואנשי הצוות, לא התרשמו כי הפוגע מהוות סכנה לעצמו או לסייעתו.

עקרונית אחוריותו של מטפל בתחום הנפשי בגין אי-ディוח בזמן הטיפול על מוסכנות של המטופל, עשויה להשתרע גם לאחר תום הטיפול. עם זאת, מטפל אינו ספק של מוצר שנייתן לדריש ממנו "תקופת אחוריות" על טוב הטיפול, ויש ליתן משקל לעובדה שהארוע לא התרחש בתקופת הטיפול.

בית המשפט מצין כי המקירה הרי אישר כחדשיים אחרי שהטיפול הנפשי הסתיים, וגם בכך יש כדי להטוט את הcpf ללחיצת התביעה כנגד המדור הקליני. ודוק: אין בית המשפט בא לטען כי אחוריותו של מטפל מסתיימת עם סיום הטיפול וכי ניתן להטיל אחוריות על מטפל רק אם המקירה ארעה תוך כדי המהלך הטיפולי. עקרונית, אחוריותו של מטפל בגין אי-ディוח בזמן הטיפול על מוסכנות של המטופל, עשויה להשתרע גם לאחר תום הטיפול. עם זאת, מטפל אינו ספק של מוצר שנייתן לדריש ממנו "תקופת אחוריות" על טוב הטיפול, ויש ליתן משקל לעובדה שהארוע לא התרחש בתקופת הטיפול.

מחקר בוחית מגלה שמצבי טרס שהוותה האם לפניה כויסתה להריון, עשויים להשפיע על התנאות يولדה.

נמצאו כפחות חברותיים מאשר צאצאי חוללת הביקורת. צאצאים אלוובילו פחות זמן עם האח ורוי פעילים פחות. בשאר המבחנים, היה הבדל משמעותי בין המינים. הנקבות הראו יותר סימפטומים של התנאות חודתיות לעומת הזכרים שהראו פחות חרדה.

המצאים של המחקר מראים שמצבי טרס מהעבר של האם, טרם כניסה לתנאות הרוגשת (חרדה, דיכאון), את השפעתן החברתית. בבריאותם. הממצאים ראשונים, אך נראה שיתכן גם קיימת עמידות של הצאצאים להשפעת הסטרוס אשר יכולה להיות מחזקת מחוויות האם – כפי שנראה אצל הזכרים.

אנחנו ערכם מחקר אנלוגי לבני אדם ובו אנו בוחנים התנאות يولדים לאם שעברה טרס טרם כניסה לתנאות להריון.

לחולדה לפני כניסה להריון. הקבוצה השנייה – זהה לקבוצה הראשונה מלבד בכך, שלא הייתה נכנסת לפניה הכנסה לחולדה. החולדות נכנסו לחולדה מיד לאחר מצבי החלץ. הקבוצה השלישית – קבוצת ביקורת שלא חוותה אף אחד מממצבי החלץ. כאשר צאצאי החולדות הגיעו לגיל בוגר (60 ימים), החוקרם בוחנו את התנאות הרוגשת (חרדה, דיכאון), ואת השפעתן החברתית.

הכנסה להריון עוקבה כמעט בקב' השני, אך ההריון, משקל הצאצאים, וגוזלם, היו תקינים בכל הקבוצות. בהגעים לבגרות, עברו הצאצאים סדרת מבחני התנאות רגשית וחברתית. הממצא העיקרי הראה כי טרס אשר חוותה הנקבה טרם כניסה להריון השפיע על חרדה, למידה, והtanאות חברתיות. ממצא חשוב נוספת היה שהשפעות אלו שונות בין צאצאי זכרים ונקבות.

מצאי החולדה שחוותה את מצבי החלץ,

אליס שחר-דודן, גי' שלוקין, מיכה לשם. החוג לפסיכולוגיה, אונ' חיפה. ¹ביה"ס לרופאה, אונ' גיורגיאנו.

מצאי המחקר מראים כי מצב של טרס מעבר האם, אשר קדם להריון וכן לא השפיעה באופן ישיר על ההריון, ישפיע על התנאות הרוגשת והחברתית של צאצאיה.*

השפעתם של מצבי טרס אשר נחוים במהלך ההריון על הצאצאים ידועים כבר מחקרים קודמים, אולם עד כה לא נבחנה השפעת טרואהמה לפני ההריון. החחוקים בוחנו חולדות, אשר מאופייניות חיונות חברתיות, ובועלות פעילות מוחית הדומה בדרכים רבות לבני האדם. המחקרבחן 3 קבוצות של חולדות: קבוצה ראשונה – חולדות שחוו סדרה של מצבי-לחץ במשך שבוע, שהסתיים שבועיים לפני כניסה לחולדה, זמן אשר מאפשר התאוששות לחולדה, זמן אשר כפופה לתנאות חברתיות.

¹ Shachar-Dadon, A., Schulkin, J., Leshem, M. (2009) Adversity before conception will affect adult progeny in rats. *Developmental Psychology*, 45, 9-16

* This paper has received wide coverage in newspapers, TV, and internet, eg:
<http://news.softpedia.com/news/Mothers-039-Traumas-Influence-Babies-039-Behavior-111430.shtml>,
<http://www.babychums.com/?p=2633>
<http://www.nrg.co.il/online/29/ART1/890/671.html?hp=o&loc=154&tmp>
<http://new.103.fm/programs/page.aspx?c41t4nzVQ=FH&cntrVQ=EFI>
<http://www.israel21c.org/bin/en.jsp?enDispWho=InThePress&enPage=BlankPage&enDisplay=view&enDispWhat=Zone&enZone=InThePress&Date=05/17/09>
<http://www.miller-mccune.com/mice/what-your-mother-worried-about-1215>



האנדרטקה

בחירות בהפ"י:
בימים אלה נשלחו לבתיכם חוברת הצגת מועמדים ליו"ר הפ"י, לוועד המركדי ולוועדת האתיקה, פתקי ההצבעה ומעטפות המזקיעות. כאמור, אנו נדרשים אלה למסגריות מקטואיות וחוקיות כגון:



הסדרת מקטואיות בריאות הנפש, חוקים שונים בקשר ל��יות במידה ואבחן וככ' הצביעו והשפיעו על המשך דרכה של הפ"י. את מעטפות ההצבעה יש להחזיר למשרדי הפ"י עד 20/11/09.

הכנס הבינלאומי הראשון של הפסיכולוגים החינוכיים בישראל 13-6 למרץ, 2010

באור הסקי מאירהורן-אוסטריה



Institute for Conflict Management and Mythodrama, Zurich

ו- משאה אלון, מ.א. ייור הכנס:

מנגנון השורת הפסיכולוגיים חינוכיים, עירית תל אביב - יפו

פרופ' דרי אלון גונובצ'ייל

מנגנון המ鏗 לזריזן קומפלקסים ומוחת-דרמה, רירר, שיין; רוגרא ואוניברסיטה להונר, צירר, שיין;

יקירסנץ קירגנד זקען ומילר וברנשטיין ואה-גאלת;

פרופ' ד"ר ניצה כץ-ברנשטיין

פרופ' בידיסט בפקולטה למדעי הבריאות, רוגרא ואוניברסיטה לשעבר של התהונה לטיפול וייעוץ בפקולטה;

פרופ' אורה בחתולך ליליאת תאורה לרפאנה, אוניברסיטה תל אביב

צ'באגה אושומסקaja זקען להונר וחינוכי ורעד-

דר' יורג פורסט

מנגנון השותה לפסיכולוגיה חינוכית, צירר
ובמושאי ההוינס של האגדה הבינלאומית לפסיכולוגיה חינוכית; מרצה באוניברסיטת באולשוויץ

יוזף הפקה ווילט האגודה לאספסיון האונקי

השאים גוטמיידן:

איפון זאלגה כ 1: הפקה כ- 97.5% מהיר ועוד כ- 2.5% מהיר יותר
גלאון נטול טוקסינים בגוף אספסיון כ- 97.5% מהיר ועוד כ- 2.5% מהיר יותר

לקרני בנטוד סקי 270.00 ₪

שאנר ווילט האגודה לאספסיון האונקי
וילט ווילט האגודה לאספסיון האונקי

€ 1495 הכספי עבור אדם בלבד

המחיר כולל:

טיסות ללבנון כל שבוע

ל ילו במלון לביטחון

המחיר כולל:

6 ימי סקי פס

הבריםות:

המחיר אינו כולל:

ב欢呼 רופאי מונטן

ביב"ס לטיק - מומכת לבארטס למקי 141 ₪

ל 7 ימים (4 שעות בכל יום)

מחיר הטיסות נכון ל-31/08/2010 וכל להשתנות עקב שינוי נמלה וולדם.

לפרטים והרשמה החברה המארגנת

1-800-22-88-08

ב.ג.גראיבר

סיטונאי תעופה ותיירות

להשכרה – קליניקות לטיפול אינדיבידואלי וקובוצתי במרכז 'אלמה':
מרכז בין תחומי לאישון גוף-נפש בניהולה של ויקי לפמן, מורה בכירה בתחום.
פרטים בטלפון: 02-6781478, อימייל: alma.merkaz@gmail.com
כתובתנו: יד חרוצים 4, ירושלים 93420.

לוח המודעות

Ψ

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

רחוב פרישמן 74 א' תל-אביב 64375 טל': 03-5239884, 03-5239393, פקס: 03-5230763

מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114

E-mail: psycho@zahav.net.il

*עמותה רשומה