

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



חורף, 2008

8

**בטרייה אינטגרטיבית לאבחון קליני**

פרופ' גולן שחר וליאת יצחקי

14

**פסיכותרפיה התנהגותית-קוגניטיבית (CBT) להפרעות חדה ודיכאון**

ד"ר צופי מרז

40

**פסיכולוגים יוצרים**

צילה טנא מראינת את עפר גרוזברד

# תוכן עניינים

25	<b>"ואהבת לרעך כמוך..." גם בטיפול</b> יששכר עשת	3	<b>דבר המערכת</b> ד"ר יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאלי, אבי שרף ועפרה בן-דוד
30	<b>זכרונות מוקדמים - יישומים בייעוץ אינדיבידואלי, זוגי וקבוצתי</b> ד"ר מיכל מור	3	<b>מן המזכירות</b> ד"ר נועה ברק
34	<b>מה בין הערכת מסוכנות להערכת סיכון וצרכים</b> ד"ר טליה אתגר	4	<b>דבר היו"ר</b> פרופ' דן זכאי
40	<b>פסיכולוגים יוצרים</b> צילה טנא מראינת את עפר גרוזברד	4	<b>חדשות החטיבות</b> התפתחותיות, חינוכית, רפואית, חברתית-תעסוקתית-ארגונית, קלינית
44	<b>ספרים, רבותי, ספרים</b> חדשים על המדף, ספרים שחשוב / כדאי / אפשר לקרוא / ד"ר יוכי בן-נון	6	<b>דבר הפסיכולוגית הארצית</b> גב' ימימה גולדברג
47	<b>משולחנה של ועדת האתיקה</b>	7	<b>פינת המתמחה</b> אורן להק ויהודה נינו
47	<b>פינת ייעוץ מס</b> רו"ח אריה דן, רואה-החשבון של הפ"י, משרד רואי-חשבון סנדק, דן ושות'	8	<b>בטרייה אינטגרטיבית לאבחון קליני</b> פרופ' גולן שחר וליאת יצחקי
50	<b>פינת הייעוץ המשפטי</b> ד"ר אבי רימר – עו"ד, משרד עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י	14	<b>פסיכותרפיה התנהגותית-קוגניטיבית (CBT) להפרעות חרדה ודיכאון</b> ד"ר צופי מרום
51	<b>מודעות קליניקות להשכרה</b>	20	<b>הברית הטיפולית ומקומה של גמישות ויצירתיות, בעבודה עם מתבגרים ומבוגרים נפגעי תקיפה מינית</b> נעמה בר-שדה



**התנצלות**  
 בגיליון הקודם של "פסיכואקטואליה" (אוקטובר, 2007) פורסמה תגובתה של דורית נוי שרב במדור "תגובות" (עמ' 10) לכתבה של ד"ר יגאל בן-חיים מ"פסיכואקטואליה", יולי 2007. לצערנו הרב, נשמט בהדפסה שמה של המגיבה, דורית נוי-שרב. אנו מתנצלים על הטעות המביכה.

## דבר המערכת

### שלום חברים,

בחוברת הפעם מגוון רחב של מאמרים, ללא נושא מרכזי. חומרים אלו, אנו מקווים מייצגים את מפת העיסוק שלנו לאורכה ולרוחבה ויתקבלו בעניין. בנוסף, מופיעות הפינות הקבועות, ובהן מידע רלבנטי לכולנו. שימו לב! נוספה לעיתוננו פינה חדשה – "פינת המתמחה". היא תשמש במה למתמחים אשר מעוניינים להביע את מחשבותיהם, רצונותיהם ומצוקותיהם במשך תהליך ההתמחות. מתמחים יקרים, הנכם מוזמנים להאיר ולהעיר, והעיקר לשאת אתנו בעשייתכם.

### קריאה מהנה!

#### המערכת

יוכי בן-נון ♦ צילה טנא ♦ נחמה רפאלי  
אבי שרוף ♦ עפרה בן-דוד

## פסיכו-אקטואליה

### רבעון הסתדחת הפסיכולוגים בישראל

טל: 03-5239393

פקס: 03-5230763

ת"ד: 11497 תל-אביב 61114

דוא"ל: psycho@zahav.net.il

#### חברי המערכת:

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

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

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

אבי שרוף: טלפקס' בית: 03-9664235  
דוא"ל: saroff@hotmail.com

עפרה בן-דוד: טלפון נייד: 052-3555148  
דוא"ל: ofrabd@netvision.net.il

## ד"ר נועה ברק

### מן המזכירות

### לחברי הפ"י שלום רב,

שלושה חודשים חלפו מאז שקיבלתם את הגיליון האחרון של "פסיכואקטואליה". בחודשים אלו גיבשנו תכנית עבודה להפ"י לשנת 2008. להלן מספר עדכונים:

1. אנו נמצאים בשלבים אחרונים של מיון וקבלת מנהל/ת פרויקטים להפ"י.
2. אנו מציעים שאותו אדם יעזור במציאת בית להפ"י – מקום שבו ניתן יהיה לתת שירותי משרד, כנסים, ישיבות, מפגשים ועוד.
3. אנו מקווים להגדיל השנה את מספרם של חברי הפ"י.
4. לצאת לדרך עם מרכז השתלמויות: כפי שדווח בעבר, מדובר במרכז שיקיים השתלמויות לחברי כל החטיבות, לימודי המשך, התמחויות וכו'.
5. לפתח ולהעשיר את אתר האינטרנט שלנו.
6. לבנות ערוצי תקשורת עם הקהל הרחב, למשל הרצאות בתחומי פסיכותרפיה, בחירת מקצוע, התמודדות עם מצבי לחץ וכו'.
7. לערוך כנס מדעי.

ב- 23/1/08 נערכה האסיפה הכללית השנתית של הפ"י ולוותה ביום העיון "מגמות עדכניות בתיאוריה וטיפול פסיכולוגי". דיווח מפורט יופיע בעיתון הבא.

אושר התקציב לשנה הנוכחית.

#### הרפורמה בבריאות הנפש

הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והתיקונים המוצעים בה, כלומר, הרפורמה, עברו כבר בקריאה ראשונה בכנסת. כעת היא עומדת לדיונים בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות, לפני שתועבר לקריאה שנייה ושלישית. משרד האוצר ומשרד הבריאות לוחצים על העברתה. עולות טענות רבות לגבי העוולות שהרפורמה עלולה לגרום. נערך כנס של הוועד למען רפורמה מיטיבה שבו השתתפו שני חברי כנסת התומכים בתביעות: נדיה חילו ודב חנין (שלי יחימוץ תומכת אף היא, אך לא הצליחה להגיע), נציגי עמותת נפגעי תקיפה מינית, יו"ר איגוד העוס"ם, יו"ר הפ"י – פרופ' דן זכאי ומשתתפים נוספים. לדעתנו, יש להיאבק על תיקון הרפורמה כך שתהיה מיטיבה יותר. זאת מפני שאי אפשר לעצור את הרפורמה, אך יש סיכוי לשנות דברים מהותיים. יש לשנות אסטרטגיה ולחשוב מה אפשר לשנות בתוך התכנית. ד"ר קרל רובינרויט, ד"ר חנה קמינר וד"ר רועי אולדור מונו לנציגי הפ"י בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. בישיבת הוועדה שהתקיימה בכנסת ב-11/12/07 הוחלט להקים ועדת משנה לבדיקת הנושא.

כנס החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית יתקיים בתאריכים 15/2/08-12/2/08 במלון "ניר עציון" ליד עין הוד, והנושא שנבחר הוא "ייעוץ ארגוני".

כנס החטיבה התפתחותית יתקיים בתאריכים 28/2/08-26/2/08 במלון "אסינדה ביער" ליד מעלות, ויעסוק בנושא "הטיפול ההתפתחותי: היבטים בטיפול בילד ובמשפחה".

בברכת שנה אזרחית  
טובה ופורייה  
ד"ר נועה ברק

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



## חדשות החטיבות

התפתחותית | חינוכית | רפואית  
חברתית-תעסוקתית-ארגונית | קלינית

### דבר החטיבה ההתפתחותית

#### שלום חברים,

**יום העיון על אבחנה מובדלת לאוטיזם:** יום העיון שנערך בחודש נובמבר הצליח מעל למשוער וזכה לתגובות חיוביות ולהדים רבים. חלק מן ההרצאות כבר הועלו לאתר הפסיכולוגים ההתפתחותיים. אנו מודים מקרב לב למרצות הנפלאות – פרופ' קורי שולמן, ד"ר מירי קרן וד"ר מיכל שטיימן.

עכשיו אפשר לחשוב על הצעות ובקשות לימי העיון הבאים!

**ועדת דורנר:** חברתנו עופרה דיאמונד יזמה, כתבה ולאחר התייעצות עם חברים נוספים גם שלחה נייר עמדה של נציגי הפסיכולוגים ההתפתחותיים לוועדה לבחינת מערכת החינוך המיוחד בישראל. הוועדה הוקמה על-ידי שרת החינוך ועומדת בראשה השופטת בדימוס דליה דורנר. אנו מצפים לזימון להופיע לפני הוועדה, וזאת הזדמנות פז עבורנו להשמיע את עמדותינו, בכל הקשור להערכת ילדים עם צרכים מיוחדים והמלצה על דרכים לקידום תוך תיאום בין מערכת הבריאות ומערכת החינוך. **יישר כוח!**

**הכנס השנתי:** לאור המשובים בכנס הקודם הוחלט לערוך את הכנס בצפון, והוא יערך בתאריכים 26-28 לפברואר במלון "אסינדה ביער" הנמצא ביערות הגליל בבניין משופץ עם נוף מקסים. יגיעו מרצים מן השורה הראשונה, ביניהם: ארנולד דמרף, סוזן מקדנאו וטסה ברוך. ניתן לארגן הסעה מתחנת הרכבת בנהרייה למלון.

#### להתראות בכנס!

ועד החטיבה ההתפתחותית

### דבר החטיבה החינוכית

#### לחברינו הפסיכולוגים החינוכיים שלומות,

הסמינר הארצי שקיימנו בחודש נובמבר בטבריה זכה למשובים חיוביים ביותר מצד המשתתפים והמנחים כאחד. למרות החששות שליוו אותנו, המארגנים, בגלל השינוי במיקום, ברמת המלון וחוסר ניסיון של צוות המלון בארגון סמינר כה גדול וכה מורכב כמו שלנו, הופתענו לטובה מהתוצאה. על-פי התגובות שהגיעו אלינו כבר במהלך הסמינר ועל-פי המשובים, נראה שהסדנאות זכו לדירוג גבוה של הערכה, רמת השירות ויחס הצוות צוינו לטובה ואף פעילות הפנאי והפעילות החברתית זכו לשביעות רצון. אנו מודעים לכך שהתשתית הייתה נקודת החולשה. אנו, המארגנים, שמחים שהצלחנו לארגן סמינר מוצלח עבור החברים, ומבטיחים להשתדל לשמור על הרמה הגבוהה גם בשנה הבאה.

פסיכולוגים חינוכיים רבים ממשיכים לעבוד ביישובי הצפון ועוטף עזה עם נפגעי חרדה ותגובות מלחמה. הם נמצאים בקו הראשון ומשרתים את אוכלוסיית התלמידים ומשפחותיהם גם ביישובי הדרום הסובלים מהתקפות קסמים, וגם ביישובי הצפון ביישובים שנפגעו במלחמת לבנון השנייה. הפסיכולוגים ברובם מגיעים מאזור המרכז ועושים זאת שלא במסגרת עבודתם השוטפת. **יישר כוח!**

אני שמחה לבשר לכם כי קבוצה של חברים ממקומות שונים בארץ התנדבה לטפל בנושא גמול ההשתלמות. בימים אלו אנו מתארגנים, החברים לומדים את הנושא, והם יחלו לטפל בתיקים הממתינים, ואני מקווה שנצליח להתגבר על העומס בהקדם.

## פרופ' דן זכאי

### על חופש הביטוי בעניין התיקון לסעיף 9ב'

#### לחברים שלום,

נושא התיקון המוצע לסעיף 9 ב' בחוק הפסיכולוגים ממשיך להוות נושא המעסיק רבים מבין החברים. כזכור, הדעות בעניין התיקון המוצע חלוקות וחוצות את ציבור החברים בהפ"י. מסיבה זו, החליט הוועד המרכזי שלא לנקוט עמדה מפורשת כזו או אחרת ולהשאיר בנושא זה חופש פעולה לחטיבות השונות עצמן. עם זאת, חופש הביטוי הינו עקרון בסיסי אשר כל ארגון דמוקרטי חייב לפעול לפיו ובוודאי ארגון של פסיכולוגים. אין ספק כי חופש הביטוי בנושא חשוב כמו התיקון המוצע לסעיף 9 ב' חייב להישמר. אין גם ספק, כי "פסיכואקטואליה", כביטאון הרשמי של הפ"י הוא במה מתאימה לפרסום דעות שונות בנושא. כדי לאפשר ביטוי דעות שונות מחד והגבה נאותה עליהן מאידך, נקצה בגיליון הבא של "פסיכואקטואליה" מקום שיהווה במה להבעת דעות שונות. עם זאת, כל דעה שתוצג, תועבר לראשי החטיבות הרלבנטיות כדי לאפשר תגובה. אני תקווה כי על ידי כך תהינה העמדות השונות גלויות וברורות לכל. כדי לאפשר מיצוי המהלך, על כל המעוניין להביע עמדתו לכתוב למערכת "פסיכואקטואליה" עד ליום **1 למרץ 2008**. אני פונה לכל החברים לשמור על רמת הדיון ולהביע את דעתם בצורה עניינית תוך הימנעות מפגיעה בבעלי דעה שונה. בסופו של דבר, יהיה על כולנו להמשיך ולפעול יחדיו למען קידום מעמדה והשגת יעדיה של הפסיכולוגיה בישראל על תחומיה השונים.

#### בברכה,

#### פרופסור דן זכאי

יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

### מבוקשים פסיכולוגים המוכנים לייצג את הפ"י בוועדות ובגופים שונים

כדי שהפ"י תצליח להשפיע ולהביא את דברה בתחומים שונים הרלוונטיים לעיסוקם של הפסיכולוגים בישראל, זקוקה הפ"י לחברים/ות אשר ייצגו אותה בגופים אלו בהתנדבות. כרגע מדובר בשני תחומים:

**המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה** – זהו גוף חשוב שניתן להבין על-פי שמו במה הוא עוסק. המתעניינים בנושא יכולים לפנות לד"ר משה לנזמן בדוא"ל: [moshel99@gmail.com](mailto:moshel99@gmail.com).

**המועצה הציבורית להורות** – זהו גוף הנמצא בשלבי הקמה ומטרתו להשפיע על חינוך הורים והכשרתם להורות נכונה וטובה. אנו זקוקים למספר משקיפים אשר ייצגו אותנו בכנס יסוד המועצה, שאמור להתקיים בחודש אפריל. נודה לכל המתנדבים המתעניינים אם ישלחו את פרטיהם למשרד הפ"י בדוא"ל: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il) או לפקס: 03-5230763

#### פחפ' דן זכאי

יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

## דבר החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

### לחברי החטיבה שלום,

מועד הכנס החטיבתי הולך ומתקרב! הוא יתקיים בין התאריכים 12 ל-15 בפברואר, במלון ניר עציון שליד עין הוד.

השנה בחרנו לשלב מספר סדנאות ותיקות ואהובות (רבקה הראל, צביקה תורן ועוד הנדל), ביחד עם סדנאות חדשות – רובן בתחום הייעוץ הארגוני ומקומו של הפסיכולוג כיועץ בארגון.

קיבלנו תגובות רבות לכנס. רובן מפרגנות – נושאים חדשים ורוח חדשה, אך יחד עם זאת, חלק מן החברים התלוננו על כך, שאין מספיק סדנאות "תעסוקתיות".

היינו רוצים לדעת, מהם הנושאים התעסוקתיים אותם הייתם רוצים ללמוד בסדנא? נשמח להרים את הכפפה. מיד לאחר שנעבור את הכנס נארגן סדרה של סדנאות ומי עיון במתכונת קצרה יותר. אנא העבירו אלינו נושאים המועדפים עליכם.

נשמח להיפגש עמכם במהלך הכנס. מי שעדיין לא נרשם, מוזמן להיכנס לאחת הסדנאות הפנויות.

### להתראות

### אורית בן-שאל

יו"ר החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

orit@ory.co.il

## דבר החטיבה הקלינית

### לכלל חברי החטיבה הקלינית שנה אזרחית טובה,

ב-15/11/07 התקיימה אסיפה לתמיכה וחזיון השורות במאבק למען רפורמה מיטיבה. קיבלנו תמיכה מנוכחותם ומדבריהם של ח"כ גדיה חילו ממפלגת עבודה וח"כ דב חנין ממפלגת חד"ש. עבודתם של נציגינו במאבק ובראשם חנה שטרומ-כהן ראווה לכל שבח. האסיפה הובילה לדיון בישיבת ועדת העבודה-הרווחה-והבריאות, בתאריך 11/12/07. בפני נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר הועלו שאלות נוקבות והם התבקשו לתת תשובות מעבר למצגת של תוספת תקציב לבריאות הנפש. בנוסף, התברר שחסרים כ-120 מיליון ₪, ושהאוצר מנסה לגלגל סכום זה על הקופות. ח"כ רן כהן הדגיש בישיבה זו, שהרפורמה מנערת את המדינה מאחריותה בביטוח בריאות הנפש ומעבירה אותה לקופות החולים.

כמו כן הוא ציין, שהרפורמה רעה, משום שהיא קובעת מכסות על פי ממוצעים ולא ע"פ צרכים לקבלת טיפול, ושהאבחונים נפגעים. עוד אמר, שהוועדה חייבת להכניס לחוק את אי-סגירת המרפאות. גם ח"כ דב חנין, הבהיר לחברי הוועדה שהרפורמה תוביל למדיקליזציה של בריאות הנפש ושישנם אבחנות רבות ורשימת מצבים (כגון נפגעות מין) שלא יטופלו. לבסוף הוא הוסיף, שהוועדה עדיין אינה יודעת, כיצד קופות-החולים מתכוננות לרפורמה. דברים אלו הובילו את חברי ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, לכונן ועדת משנה בראשותו של ח"כ רן כהן, שתבדוק לפרטי פרטים את הצעת החוק. נושא נוסף המעסיק אותנו בהקשר של הרפורמה הוא עתיד ההתמחות. אומנם האוצר התחייב שהמלגות תישארה במתכונתן, אך כל מערך ההדרכה אינו מתוקצב. כמו כן, החוזים עם המתמחים אינם מוכרים בהסכמי השכר הקיבוציים. פניות למשרד הבריאות להסדיר את תקצוב והמשכיות מערך ההכשרה בתהליך החקיקה נענות עד כה בשלילה. זה מצב אבסורדי, במיוחד לאור העובדה שהרשימו לעסוק במקצוענו מחייב התמחות

במהלך הסמינר הכרזנו על תחרות לעיצוב לוגו החטיבה. הוגשו מספר הצעות, וחברים נוספים מוזמנים להציע הצעות ולשלוח אליי. כאשר נאסוף מספיק הצעות – נפרסם אותן לחוות דעת החברים.

### בברכת חג שמח ושנה טובה ולחברינו הנוצרים והמוסלמים.

### מאיתנו ועד החטיבה,

### ציפי חייקין

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה חינוכית

## דבר החטיבה הרפואית

### לחברי החטיבה הרפואית שלום,

ברכות לשנה האזרחית החדשה. בשם ועד החטיבה אני מאחל לכולנו שתהיה זו שנה מלאת פעילות ועניין. בהזדמנות זאת אני קורא לחברי החטיבה לגלות יותר מעורבות ולתרום לתועלתם של כולנו.

לא מכבר התקיים במכללה האקדמית תל-אביב-יפו ערב עיון מאד מוצלח בנושא התמודדות, פרי שיתוף פעולה בין המכללה לבין הפ"י. פרופ' רבקה יעקובי דברה על נושא "התמודדותם של חולים במחלות כרוניות". דינה טל, במאית **תיאטרון** – **נא לגעת** שמורכב משחקנים חרשים עיוורים, הציגה את עבודתו המרגשת של התיאטרון. התיאטרון ממוקם במרכז **נא לגעת** בנמל יפו, ויצא לאחרונה במופע חדש "לא על הלחם לבדו". במרכז ממוקמים גם קפה קפיש בית קפה המופעל ע"י מלצרים חרשים, ומסעדת **Blackout**, המקנה חוויה של סעודה בחושך בלווי מלצרים עיוורים. במרכז ערב העיון הועלתה הצגת יחיד מרתקת של אייל מסד – **"מי הזיז את השרפרף שלי"**, שמתארת את התמודדותו של אייל עם מחלת הטרשת הנפוצה.

אנחנו מתכננים ימי עיון לחברי החטיבה ומבקשים מכם לשלוח אלי הצעות לנושאים לימי העיון ושמות של הרצאות ספציפיות או סדנאות שתוכלנה להשתלב בימי עיון אלה (כתובת הדוא"ל שלי [smelamed@post.tau.ac.il](mailto:smelamed@post.tau.ac.il)).

אנא שילחו להפ"י ([psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)) את כתובות הדוא"ל שלכם כדי שנוכל להתכתב בצורה נוחה באמצעות הדוא"ל.

קבוצת המחקר בפסיכולוגיה רפואית ממשיכה בפגישותיה התלת-חודשיות. בפגישה הקרובה פרופ' שושנה שילה תקיים שיחה ודיון בנושא דילמות ביעוץ גנטי.

אני מזכיר לכולם שבמכללה האקדמית תל-אביב-יפו, קיים אתר המאפשר גישה לכלי מחקר והערכה בפסיכולוגיה רפואית. אנו קוראים לכולם להשתמש בשאלונים וכלי ההערכה המופיעים באתר, על-מנת ליצור אחידות בפעולות אבחון והערכה שמתבצעות על-ידי פסיכולוגים הרפואיים. ניתן להיכנס למאגרי המידע שבספריית המכללה דרך הכתובת [www.mta.ac.il](http://www.mta.ac.il) ושם מופיע האתר. משתמשים חדשים ימלאו טופס ויקבלו קוד משתמש.

לסיום, לאחרונה התחלפו חברי ועד החטיבה. ועד החטיבה החדש מונה כיום 3 חברים: גב' עירית חרותי, ד"ר נטלי רפפורט ואנוכי. אנו קוראים לחברים נוספים להצטרף לוועד ע"מ שנוכל להגדיל את היקף פעילותנו.

### בברכה,

### פרופ' שמואל מלמד,

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה רפואית



## חדשות החטיבות

## משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות גב' ימימה גולדברג

לצבור הפסיכולוגים שלום רב,

עם כניסתה של שנה חדשה אני מאחלת לכולנו שנת עבודה פוריה, מספקת ובעיקר משמעותית. אני מאחלת לנו שנת פיוס וקירוב לבבות בין כולנו.

אני יודעת עד כמה קשה להיות היום פסיכולוג במערכת צבורית. עד כמה אנחנו נתונים ללחצים, לדרישות ולעבודה בתנאים קשים ביותר. לא תמיד אנו זוכים להערכה המגיעה לנו, אבל אין לי ספק שהמקצועיות שלנו, המחוייבות לתפקיד, למטופל ולמשמעות שלנו נותנים את אותותיהם בסופו של דבר.

אנו אמונים על תהליכים, על עבודה מתמשכת שרק בסופה רואים את תוצאותיה ולפיכך, רק האמונה ביכולותינו לעזור, לסייע ולתרום שומרת עלינו.

אני תקוה כי בפתחה של השנה החדשה נשכיל לשלב ידיים ולאחד כוחות.

בברכה

ימימה גולדברג

פסיכולוגית ארצית



על פי חוק. לסיום, אני פונה אליכם להירתם ולתרום בתרומה בסך 100 ש"ח, בצ'ק לפקודת "רפורמה מיטיבה בבריאות הנפש" (ת.ד. 2520 רחובות 76124).

לגבי נושא 9 ב' וחוק הפסיכולוגים. ברור שהחוק שנחקק בשנת 1977 הוא מיושן ויש לשנותו ובכלל את סעיף 9 ב'. לצערי, הדרך שבה זה נעשה עד היום מבזה אותנו כפרופסיה ומלווה ביותר מדי טעינות רגשית, אגו, פוליטיקה ופחות התייחסות עניינית ומקצועית – לה אנו זקוקים יותר. המחלוקת בין הצדדים ידועה מראש. כל אחד מחזיק בהחלטת מועצת הפסיכולוגים מתקופות שונות. הפסיכולוגים הקליניים תומכים בהחלטת מועצת הפסיכולוגים לשינוי 9 ב' בהתאם לוועדה שהמועצה הקימה בראשותה של ד"ר יהודית אכמון, הדרשת תהליך הכשרה ופיקוח של הפסיכולוגים הקליניים על תהליך ההכשרה. התמחוייבות אחרות תומכות בשינוי 9 ב' ע"פ מה שהתקבל במועצה ברשותו של ד"ר שלמה לקס - שכל פסיכולוג יעסוק בפסיכותרפיה בתחומי. לדעתי שתי נקודות המוצא ידועות ועל כל צד לדעת שאי אפשר להגיע להכרעה בנוקאות. חשוב שההחלטה שתתקבל לא תוביל אותנו למעגל חדש של ויכוחים. הכוונה שמעבר לשאלת ההכשרה הנדרשת לעסוק בפסיכותרפיה, היא השאלה מה פירוש "בתחומי", בהצעה שלפיה כל פסיכולוג ייתן פסיכותרפיה בתחומי. הגדרה זו מזמינה ויכוחים בין הוועדות המקצועיות: "מה פתאום אתם קובעים לנו את הגבולות". יש חשש שנמצא עצמנו מתכתשים שוב לאורך שנים, רק שהפעם נוכל גם למצוא עצמנו על פי הצעת החוק מתווכחים בתוך כותלי בית המשפט. חשוב לא רק לומר - אני בעד דיאלוג, אלא גם לעשות פעולות בנידון. כוונתי היא שיש לפתור זאת בין ובתוך הגופים המקצועיים, ולא במהלכים פוליטיים. אני חוזר וקורא לקבל את הצעתו של פרופ' דן זכאי, יו"ר הפ"י, להקים ועדה לקבלת החלטות מוגבלת בזמן; 4 חודשים לדיונים בנושא סעיף 9 ב' ושנה ל חוק הפסיכולוגים בכללו בתהליך מוצע של גישת דאלפי לפתרון בעיות.

הוועדה המקצועית לקחה על עצמה בחודש נובמבר 2004 לבדוק את כל נושא ההכשרה בפסיכולוגיה קלינית, החל מהלימודים באקדמיה, דרך ההתמחות בשטח ועד סיומה בבחינה ההתמחות. לצורך זה הוקמו שתי תת-ועדות, אחת בתחום ההכשרה, השנייה בתחום פסיכודיאגנוסטיקה. בראש תת הוועדה לפסיכודיאגנוסטיקה עמד אבי שרוף, שהמליץ בין היתר להרחיב את הבטריה הקיימת ולהמשיך באופן קבוע את הפעילות של תת-הוועדה המייעצת לוועדה המקצועית. בעקבות המלצות אלו וכהמשך לפעולת תת-הוועדה, הוקמה בחודש נובמבר תת-ועדה בתחום הפסיכודיאגנוסטיקה, שהיו"ר שלה הוא ד"ר גיורא זקין. חברי הוועדה כולם פסיכולוגים קליניים בכירים ו/או ראשי מגמות בפסיכולוגיה קלינית או מייצגים מגוון גישות ותחומים שבהם עוסקת הפסיכולוגיה הקלינית, וכן נציג ועד המתמחים: ד"ר משה אלמגור, ד"ר אתי ברנט, ד"ר אילן דיאמנט, ד"ר רובי דר, ד"ר נטע חורש, ד"ר יופ מאירס ומר אבי שרוף.

לסיום, החטיבה הקלינית מתוך תפיסה של פלורליזם ודיאלוג בין גישות השונות בפסיכולוגיה קלינית, שמחה להזמינכם **ליום עיון בדיאגנוסטיקה: הפרעות אישיות במבחנים השונים – דיאלוג בין גישות**, במרכז הבינתחומי הרצליה, בתאריך **28/3/08**, יום ו'. המרצים שייטלו חלק ביום העיון (ע"פ סדר א"ב): **שירלי אילת גרינברג, ד"ר משה אלמגור, ד"ר אודי בונשטיין, ד"ר יונתן הנדלזלץ, ד"ר יופ מאירס, ד"ר דני קורן, פרופ' גולן שחר ומר אבי שרוף**

אבי סוויסה

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה קלינית

# פינת המתמחה

## מספר מילות פתיחה להצגת 'פינת המתמחה' מאת אורן להק / מתמחה בפסיכולוגיה רפואית

לפני מספר שבועות התקבלה בהפ"י בשמחה ופה אחד הסכמה לאפשר לנו, המתמחים בפסיכולוגיה לבטא בכתב את חווית ההתמחות שלנו וכך, לשתף אחרים – מתמחים, מומחים ומדריכים ותיקים. יש בכך מתן אפשרות ביטוי לאוכלוסיית המתמחים אשר מן הראוי שקולם יישמע.

פינה זו שמה לה למטרה להביא בכל גיליון את חוויית ההתמחות של מתמחה אחר (מכל תחומי ההתמחויות בפסיכולוגיה). זאת על מנת לאפשר הצצה חטופה בקשיים, ההתחבטויות, האתגרים, הדילמות האתיות וסוגיות אחרות, עימם מתמודדים מתמחים בעבודתם בקו החזית של השדה הפסיכולוגי. מטרה נוספת של פינה זו היא לעורר שיח בין מתמחים לבין עצמם ובינם לשאר הפסיכולוגים. תקוותינו שדיאלוג זה יעזור להעלות שינויים, הצעות או תובנות אותן לעיתים קרובות אנו משאירים לעצמנו. פינה צנועה זו באה על מנת לאפשר לקולות מגוונים להישמע ולהפיח רוח חיים והתחדשות הדרושים בשדה הפסיכולוגיה הדינמי, המשתנה והמתפתח כל הזמן. על אף העבודה מול אוכלוסיות מטופלים שונות ובסביבות עבודה (סטינג) שונות, רב הדמיון על השוני בכל הקשור לחוויה של התהוותנו ותהליך ההתגבשות המקצועית אותו אנו עוברים. אני סבור כי כולנו נסכים שמקצוע הפסיכולוגיה הינו מרתק ומאתגר הן מבחינה אינטלקטואלית והן מבחינת ההזדמנות שמקצוע זה מזמן, בכל הקשור להתפתחות ולצמיחה האישית/רגשית שלנו כמטפלים וכבני אדם.

לתגובות ולמתמחים המעוניינים לכתוב על חוויית ההתמחות שלהם בגיליונות הבאים נא לכתוב ל- [olahak@012.net.il](mailto:olahak@012.net.il)

## חוויית ההתמחות שלי / מאת יהודה ניניו, מתמחה בפסיכולוגיה רפואית במרכז הרפואי בילינסון

אני מאוד מתלבט מה לכתוב. חוויית ההתמחות שלי היא עולם ומלואו, זהו עולם של קשיים, כאב, תקוות, עליות ונפילות. עולם בו אי הוודאות, חוסר השליטה, המבוכה והספק עצמי דרים לצידו של האתגר, התנועה אל ולתוך המטופל ובחזרה ממנו, החמלה, השותפות והכרת התודה.

אני עובד, ואולי בעצם לא עובד אלא חי במחיצת חולי הסרטן הבאים לקבל טיפול בבילינסון-מרכז דוידוף. זאת חוויה מהממת וחזקה להגיע כמעט כל בוקר לבניין שבתוכו רובם ככולם נאבקים להבריא או יותר נכון למגר את הסרטן. אני מרגיש את זה כשאני נכנס לבניין, מעין עירוב של כובד, חרדה, פתיחת הלב ומיקוד. זהו בניין גדול וכל הטיפולים ניתנים בתוכו. יש לי שתי קליניקות שלא היו מביישות את טובי הקלינאים. בכל קליניקה יש מחשב שמחובר לרשתות מידע רפואי, ספה סמי פרוידיאנית של אמריקן קומפורט (אפשר להרים רגליים), ריהוט חדיש, אפילו שירותים ומקלחת צמודים. אני עובד קשה, רואה למעלה מעשרים מטופלים בשבוע, בני משפחות והמון צוות. אני מחלק את העבודה שלי בין המחלקה ההמטו-אונקולוגית, שעומדת בראשה אחת הרופאות המקסימות והמדהימות שפגשתי, שהיא *minded* לגמרי לחשיבה פסיכולוגית ומאפשרת מרחב נדיר של תמרון וגדילה. כובע אחר שלי הוא ביחידה לרפואה אינטגרטיבית, בראשה עומד רופא בכיר עם ידע גדול בפסיכולוגיה. זו יחידה מדהימה עם צוות מטפלים שגורמים להרבה השראה בעבודה. ובכן, הכל מושלם? זהו שזה לא כך. המפגש עם המוות ועם פנטזיות המוות הוא כה אינטנסיבי עד שלעיתים אני יוצא משם ומרגיש שהעולם ממנו באתי ממנו כבר לא לגמרי מוכר, משהו בו קצת השתנה. לקח לי זמן להבין ולהרגיש שאני השתניתי ושכל מסע של יום בדוידוף מקלף ממני שכבה אחת ומעניק לי שכבה אחרת. אני לא יודע אם זה טוב או רע, אני מרגיש שאני מאבד משהו ורוכש אחר. הכי קשה לי זה עם זה שאני יותר עצוב משמח, שקשה לי לשים את הגבול בין העבודה לחיים הפרטיים. האמת היא שאני גם לא הכי טוב עם חוסר אונים ואי-וודאות, כך שכל חווית ה-*being* בטיפולים חושפת את זה לפעמים בלי רחמים. עם זאת אני מרגיש שהשתניתי המון, בעיקר התחברתי יותר לעצמי ולמי שאני. יש משהו בעבודה כל כך קרוב למוות שמסיר שומן מיותר מהמיינד. זה טוב או רע? לא בטוח.

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

אתר האינטרנט של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

# בטרייה אינטגרטיבית לאבחון קליני: המשגה והצעה לקובעי מדיניות

■ גב' ליאת יצחקי ופחפ' גולן שחר

## תקציר

ציר מרכזי בפולמוס המתנהל כיום באשר לזהות הפסיכולוגיה הקלינית בארץ הוא הויכוח על האבחון הפסיכולוגי-הקליני האופטימאלי (להלן, "פסיכודיאגנוסטיקה"). במאמר זה מוצגת הצעה ראשונית לבטרייה אבחון אינטגרטיבית ומונחית ראיות (Evidence Based), הכוללת שימוש משולב בפרוצדורות אבחון פסיכודינאמיות, קוגניטיביות-התנהגותיות, ומשפחתיות-מערכתיות. להלן מוצג הרציונל לבטרייה האינטגרטיבית, העקרונות המנחים שלה, יתרונותיה, ומגבלותיה.

הפסיכולוגיה הקלינית בארץ מצויה כיום במשבר חריף. מחד, הרפורמה המשמשת ובאה בבריאות הנפש עלולה להוביל לסגירה של תחנות בריאות נפש קהילתיות ולצמצום ניכר של בכוח האדם הפרא-רפואי, ובכללם פסיכולוגים קליניים (על ביקורת מהותית על הרפורמה בבריאות הנפש, אנא ראו 1, 2). מאבקים בין החטיבה הקלינית במועצת הפסיכולוגים לבין חטיבות טיפוליות אחרות (החטיבה השקומית, הרפואית, החינוכית, וההתפתחותית), אשר מתמקדים בעיקר בהגדרת הפסיכותרפיה והזכאות לעסוק בה, מציגים את הפסיכולוגיה הקלינית הישראלית כמי שמנסה להדיר פסיכולוגים אחרים מתוך אינטרסים של ממון וכוח. ואולם, האיום הגדול ביותר לפסיכולוגיה הקלינית הישראלית, ובאותה מידה האתגר וההזדמנות הגדולים הניצבים לפתחה, נוגע לשילוב של גישות אינטגרטיביות ומונחות ראיות (Evidence Based) בזרם המרכזי בפסיכולוגיה קלינית.

במה הדברים אמורים? בעשור האחרון הולכת ומתגבשת תנועה אינטלקטואלית ומאורגנת למחצה של אנשי אקדמיה ושטח המצדדים בחזון של פסיכולוגיה קלינית מונחית ראיות. חזון זה הינו נגזרת פשוטה יחסית של הגישה הרפואית מונחית הראיות (Evidence Based Medicine, EBM) (3, 4).

החזון כולל את ההנחות הבאות:

1. פסיכולוגיה קלינית הינה, במהותה, מקצוע פרא-רפואי. מהותה של הפסיכולוגיה הקלינית היא יישום של תובנות והתערבויות פסיכולוגיות של הקלה על סבל הנובע מהפרעות נפשיות ומחלות נפש.
  2. כמו מקצועות פרא-רפואיים אחרים, הפסיכולוגיה הקלינית הינה מקצוע אקדמי. בהתאם לכך, חייבת להיות זיקה הדוקה בין הידע המדעי המצטבר על הסיבות, המופעים, והמהלך של הפרעות ומחלות נפשיות, הידע המדעי על האבחון והטיפול בהם, לבין תהליך ההכשרה והפרקטיקה הקלינית הנהוגים "בשטח".
  3. **בניגוד** למיתוס המופץ על ידי מתנגדי הגישה המונחית-ראיות, **היא אינה תומכת בעריצות מדעית**. במילים אחרות, תומכיה של הגישה מונחית-ראיות אינם סבורים כי המדע יכול, או צריך, לקבוע כל שיקול דעת או התערבות קליניים (4, 5).
- תומכי הגישה מכירים בייחודיות של האדם הפרטי, המביא עימו לחדר הטיפולים מערך של תכונות ומאפיינים שאינם מתאימים למקרים כלליים (לשם הדגמה של הכרה זו בקרב הוגים מהגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, אנא ראו 6).

4. תומכי הגישה מונחית-ראיות מכירים בלגיטימיות של ידע קליני מצטבר, שעדיין לא נבחן באורח אמפירי, בתור בסיס יעיל להתערבויות קליניות. במילים אחרות, תומכי הגישה מכירים בכך שהעדר ראיות אינו מהווה לראיה להעדר תמיכה.

5. תומכי הגישה מונחית-ראיות מכירים בלגיטימיות, ומשתמשים בכלים המסופקים על ידי, זרמים מדעיים מגוונים וגישות מתודולוגיות רבות. כך למשל, תומכי הגישה שואבים ממדע בסיסי בפסיכולוגיה, ביולוגיה, סוציולוגיה, ומדעי המוח, העוסק במהותם של הפרעות ומחלות נפשיות (7). הם שואבים ממחקרים ניסויים מבוקרים המשווים גישות אבחון וטיפול שונות (8), וממחקרים איכותניים-הרמנויטיים המאפשרים הצעה רעננה ומגששת לעבר תופעות נפשיות (9). הצעה זו מאפשרת לעיתים זיהוי של ניואנסים חדשים של התופעה, המשגה מחודשת שלה, והעלאת השערות אותן ניתן לבדוק במערכים דדוקטיביים.

6. במצב בו זרמים מדעיים מגוונים, גישות מתודולוגיות רבות, ומחקר מצטבר, מניבים ממצאים חוזרים ונשנים באשר לעילות התערבויות קליניות מסוימות להפרעה מסוימת, או באשר להעדר תוקף אמפירי בהתערבויות קליניות אחרות. תומכי הגישה המונחית ראיות מצדדים ביישום ממצאים אלה לתהליך ההכשרה ולפרקטיקה הקלינית. כך למשל, מספר עשורים של מחקר פעיל, מצביעים על יעילות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בהפרעות חרדה כגון הפרעת פאניקה, הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית, הפרעת דחק בתר-טראומטית, ופוביות שונות. בהתאם לממצאים אלה, רואים תומכי הגישה המונחית-ראיות לנחוץ לעודד את ההכשרה והפרקטיקה בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בהפרעות חרדה אלה.

כיום נתקלים תומכי הגישה מונחית-ראיות בקשיים רבים, בבואם לנסות ולשכנע את מקבלי ההחלטות בפסיכולוגיה קלינית בארץ, בנחיצות הגישה. אחד מסלעי המחלוקת המרכזיים בפולמוס המתנהל לגבי נחיצותה של הגישה, הינה סוגית הפסיכודיאגנוסטיקה. בארץ נהוג להכשיר סטודנטים ומתמחים בפסיכודיאגנוסטיקה על בסיס "הבטרייה הקלאסית". בטרייה זו כוללת חמישה מבחנים פסיכולוגיים: מבחן האינטליגנציה של ווקסלר, מבחן הבנדר-גשטאלט לבדיקת מנת משכל ויזו-מוטורית, מבחן ציורי האיש והמשפחה, מבחן כתמי הדיו של רורשאך, ומבחני המתפסים התמתיים (Thematic Apperception Test, TAT) (10). תומכי הגישה מונחית-ראיות סבורים שהבטרייה הקלאסית היא בעייתית, מהסיבות הבאות:

1. היא מערבת שימוש במבחנים שתוקפו לשם בדיקת אינטליגנציה (הווקסלר והבנדר), לשם הערכת אישיות. השימוש במבחנים אלה להערכת אישיות חסר תוקף אמפירי (ראו 11).
2. היא מערבת שימוש במבחנים להערכת אישיות שהודגמו כבעלי תוקף נמוך ביותר, למשל – השימוש

גב' ליאת יצחקי  
סטודנטית לדוקטוראט  
בפסיכולוגיה קלינית,  
מעבדת פגיעות/  
חוסן, המחלקה  
לפסיכולוגיה,  
אוניברסיטת בן-גוריון  
בנגב.

פחפ' גולן שחר  
פסיכולוג קליני  
מומחה, פחפסור-חבר  
לפסיכולוגיה, ראש  
המנחה לפסיכולוגיה  
קלינית (יצא),  
אוניברסיטת בן-גוריון  
בנגב.  
ראש מעבדת פגיעות/  
חוסן, אוניברסיטת  
בן-גוריון בנגב.  
פחפסור-חבר אורח  
לפסיכיאטריה, בית  
הספר לרפואה של  
אוניברסיטת "ייל",  
ניו-היבן, ארה"ב.

לתגובות על המאמר,  
אנא כתבו לפחפ'  
גולן שחר, המחלקה  
לפסיכולוגיה,  
אוניברסיטת בן-גוריון  
בנגב, ב"ש 84105,  
פקס:  
08-6472038,  
חא"ל:  
shaharg@bgu.ac.il  
Golán.Shahar@yale.edu

התנהגותיים" או כ"מטפלים משפחתיים". האבסורד שבדבר מתבטא בעובדה שחלק מאנשים אלה מלמדים במגמות לפסיכולוגיה קלינית ואף משמשים כראשי המגמות הללו. מהצד השני, מתמחים שהוכשרו בארץ, בוחרים לעזוב את הארץ לטובת עבודה כפסיכולוגים קליניים בחו"ל. בכל המקרים, מפסידה הפסיכולוגיה הקלינית הישראלית מאגר אנשי מדהים שעשו היה לעמוד לרשותה לטובת התמודדות עם אתגרים לא פשוטים הניצבים בפניה.

### מה עושים?

פתרון הבעיה אינו קל. כפי שציין בפני איש מקצוע בכיר, בארץ התפתח באופן וולונטרי אתוס מקצועי יציב ומושרש המבוסס על האסכולה הפסיכואנליטית. מקורו של אתוס זה בתהליכים היסטוריים-סוציולוגיים ששיקפו השפעה של אנשי מקצוע בעלי אוריינטציה פסיכואנליטית מהשורה הראשונה בעולם, על הפסיכולוגיה הישראלית. במשך עשורים רבים התקיימה הגמוניה זו לא באופן מדכא, אלא פשוט מכורח העובדה שהגישה הפסיכואנליטית שימשה כמסגרת התיאורטית היחידה כמעט בפסיכולוגיה קלינית. כאמור לעיל, בעשורים האחרונים השתנה מצב עניינים זה. כיום קיימת נוכחות הולכת וגוברת של אנשי מקצוע שמושפעים מהגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית. זאת ועוד, לצד מוסדות פסיכואנליטיים, הכוללים לפחות שני מכונים פסיכואנליטיים ושורה של בתי ספר לפסיכותרפיה פסיכודינאמית, פועלים שני מוסדות ישראליים מרכזיים: האגודה הישראלית לטיפול התנהגותי (איט"ה) והאגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובנישואין. לבסוף, האקדמיה הישראלית משנה פניה ללא היכר, ועימה גם הפסיכולוגיה הקלינית. דומה שחמשת האוניברסיטאות הישראליות שיש בהן מחלקות לפסיכולוגיה (האוניברסיטה העברית, אוניברסיטת תל-אביב, אוניברסיטת בר-אילן, אוניברסיטת חיפה, ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב) זיהו את הפוטנציאל המחקרי העצום הגלום בפסיכולוגיה הקלינית, ומעוניינות לגייס חברי סגל קליני בעלי רקע מחקרי ברור, ללא קשר לגישה התיאורטית ממנה הם יוצאים. כתוצאה מכך, המגמות הקליניות מאוכלסות כיום בשורה של קלינאים-חוקרים הפועלים מפרספקטיבה קוגניטיבית-התנהגותית ומשפחתית-מערכתית, ואילו קלינאים-חוקרים הפועלים מפרספקטיבה פסיכואנליטית (כגון הכותב השני במאמר זה) רואים את עצמם מחויבים בראש ובראשונה לפרקטיקה קלינית מונחית-ראיות, ולא לגישתם התיאורטית. אולם שינויים אלה אינם יכולים למחוק את האתוס המקצועי המאפיין את הפסיכולוגיה הקלינית הישראלית בתחילת דרכה. כל שינוי בתהליך ההכשרה והפרקטיקה הקלינית ובכלל זה בבחינת ההתמחות, ייאלץ לקחת בחשבון עשורים רבים בהם שחקה הגישה הפסיכואנליטית תפקיד מרכזי בהגדרת זהותו המקצועית של הפסיכולוג הקליני הישראלי. יתרה מכך, עמדתנו היא שכל שינוי בתהליך ההכשרה והפרקטיקה הקלינית צריך להכיר גם בתהליך מרתק שעוברת הפסיכואנליזה עצמה בעשור האחרון. תהליך זה כולל התקרבות מפתיעה ופורייה למדעי הבסיס האמפיריים. כך למשל,

במבחן ציורי האיש והמשפחה, או השימוש במערכת המקפת של אקסנר לניתוח מבחן הרורשאך (12). יש לציין, כי המצדדים בגישה מונחית הראיות אינם פוסלים את השימוש במבחנים להערכת אישיות. לגבי חלק מהמבחנים הללו, כולל מבחנים השלכתיים, קיימים נתונים באשר לתוקף מכובד. כך למשל, מדדים ספציפיים המופקים ממבחן הרורשאך וה-TAT, המאפשרים הערכה של איכות יחסי האובייקט, נמצאו כתקפים וכיעילים בפרקטיקה הקלינית (ראו למשל 13, 14, 15).

3. הבטרייה הקלאסית אינה מערבת פרוצדורות מתוקפות ויעילות להערכה קלינית, כגון ראיונות מובנים, שאלוני דוח עצמי, ניטור עצמי ותצפית משתתפת.
4. הבטרייה הקלאסית בעצם חוטאת ליעודה של הפסיכולוגיה הקלינית כמקצוע פרא-רפואי, מכיוון שהיא כוללת פרוצדורות שאינן תקפות, ומדירה פרוצדורות תקפות.
5. תחושתם של רבים מתומכי הגישה מונחית הראיות היא שהבטרייה הקלאסית משמשת כמכניזם יעיל להדרת אנשי מקצוע שהוכשרו, או מעוניינים להיות מוכשרים, בגישות אלטרנטיביות לזו הפסיכודינאמית. באופן ספציפי, בכדי לקבל רישיון לעיסוק בפסיכולוגיה קלינית בארץ, על מתמחים לעבור בחינה בעל-פה בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוסטיקה. בעוד שכיום ניתן להיבחן בפסיכותרפיה על מקרה טיפולי שנערך בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, או המשפחתית-מערכתית, לא ניתן להיבחן כיום בפסיכודיאגנוסטיקה על פרוצדורות אבחון קוגניטיביות-התנהגותיות או משפחתיות-מערכתיות. למעשה לא ניתן לעבור את הבחינה בפסיכודיאגנוסטיקה, ולקבל רישיון לעסוק בפסיכולוגיה קלינית, ללא שליטה נכבדת ב"בטרייה הקלאסית". מצב זה יוצר "עוות דין" ניכר מכמה סיבות:
  - א. נבחנים המציגים מומחיות בגישה קוגניטיבית-התנהגותית או משפחתית-מערכתית אינם יכולים להביא לידי ביטוי בבחינה את כישוריהם באבחון על פי גישות אלה.
  - ב. אותם נבחנים נאלצים להבחן בפרוצדורות אבחון המנותקות מעיסוקם המרכזי, ואשר השליטה בהן אינה חיונית ליעילותם כפסיכולוגים קלינים.
  - ג. נבחנים שקיבלו את הכשרתם במיטב מוסדות ההכשרה בחו"ל (למשל, אוניברסיטת הארווארד בארה"ב) ואשר הכשרה זו הייתה בעיקרה קוגניטיבית-התנהגותית או משפחתית-מערכתית, נאלצים להבחן בפרוצדורות בהן מעולם לא הוכשרו, או גרוע מכך – לחזור למעמד של מתמחים, חרף העובדה שלחלקם יש שם עולמי בגישה בה הוכשרו ומעמד בין לאומי של מדריכים. כתוצאה מכך, אנשי מקצוע ישראלים מהשורה הראשונה, אשר הוכשרו בחו"ל, בוחרים שלא לחזור לארץ. אלה שחוזרים, בוחרים שלא לגשת לבחינת התמחות אלא פשוט לעסוק במקצועם כ"פסיכולוגים קוגניטיביים-

אנו מציעים פרוצדורת אבחון הבנויה על ארבעה שלבים:

### **שלב א: ראיון קליני מובנה לצד הראיון הפתוח, ואיסוף מידע משפחתי-מערכתי.**

כיום נהוג לערוך, כחלק מהפרוצדורה האבחונית, אינטייק הכולל בין 2-4 פגישות, המוקדשות ליצירת קשר טיפולי, איסוף מידע באשר לבעיה המוצגת, ואיסוף מידע אנמנטי. אנו מציעים כי חלק מהאינטייק יהיה מובנה ויתנהל בהתאם להנחיות ה-KSADS או ה-SCID\* או ה-KSADS. מדובר בפרוטוקולים של ראיונות מובנים בעלי מהימנות ותוקף יוצאים מן הכלל ביחס לביסוס אבחנה פסיכיאטרית פורמאלית. זאת ועוד, ההכשרה בפרוצדורות אלה היא קצרה, וניתן לספק במסגרת הקורס "ראיון קליני", הניתן במגמות לפסיכולוגיה קלינית בארץ. לאחר הכשרה מתאימה, הזמן הנדרש להעברת ראיון כזה הוא פגישה אחת, אולי מעט יותר מכך, ולכן אימוץ החלק המובנה לא אמור להאריך את האינטייק. בנוסף על כך, כדאי לעודד סטודנטים ומתמחים להקדיש לפחות פגישת אינטייק אחת להערכת ההקשר המערכתי של הפונה. בפסיכולוגיה קלינית של הילד הדבר נעשה ממילא, שכן סטודנטים ומתמחים מראיינים גם את ההורים ולא רק את הילד והמתבגר. באשר למבוגרים, קיימות הפרעות נפשיות רבות אשר לגביהן איסוף מידע על יחסים זוגיים ומשפחתיים הוא חיוני (25).

### **שלב ב: שאלוני דוח עצמי.**

על בסיס המידע שהצטבר באינטייק, כולל המידע שעלה בראיונות המובנים, ניתן לבקש מהפונה למלא סדרה של שאלוני דוח עצמי המוודדים סינדרומים והתנהגויות ספציפיות. ניתן בנקל לבנות מצאי של כ-20-30 שאלונים המכסים את כל טווח ההפרעות (למשל, דיכאון, חרדה, פסיכזה, דיסוציאציה, הפרעות אישיות), כמו גם מידע על זוגיות ומשפחה, ואשר יעמדו לרשות המאבחנים.

### **שלב ג: הבטרייה הקלאסית.**

שלב זה יכלול את חבה של הבטרייה הקלאסית, ובאופן ספציפי: מבחן הווקסלר והבנדר-גשטאלט לבחינת IQ, ומבחני הרורשאך וה-TAT להערכת תהליכים אישיותיים. כמו (11 Norcross et al), אנו סבורים כי יש להפסיק את השימוש בווקסלר ובנדר-גשטאלט בהערכת תהליכים אישיותיים. כמו כן, לאור העדויות החוזרות ונשנות לגבי העדר התוקף של מבחני הציורים למיניהם, כשרה השעה להשמיטם מהבטרייה. בנוסף, יש לוודא שסטודנטים ומתמחים מכירים את הביקורת המדעית על המערכת המקפת של אקסנר, וכי הם מכירים גם גישות אחרות לניתוח הרורשאך וה-TAT (ראו למשל 13).

### **שלב ד: BEHAVIORAL ASSESSMENT.**

הכוונה כאן לשורה של פרקטיקות ניטור, המתבצעות במשותף ע"י המטפל והמטופל, לבדיקת התכיפות והדפוס של התנהגויות לא אדפטיביות בעטיין פנה המטופל לעזרה. בכל טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קיימת ציפייה לפרקטיקה כזאת. למשל, בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בדיכאון, המטופלים מתבקשים להעריך, על גבי שאלוני דוח עצמי, שכחות של מחשבות שליליות, עמדות דיספונקציונליות, ואירועי חיים מהנים. בדומה לכך, בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית, מתבקשים מטופלים להעריך שכחות של

האגודה הפסיכואנליטית הבינלאומית והאגודה הפסיכואנליטית האמריקנית מממנים מזה מספר שנים מחקרים אמפיריים, ומקיימים קורסי הכשרה לפסיכולוגים המעוניינים במחקר אמפירי היוצא מגישה פסיכואנליטית. בכתבי עת פסיכואנליטיים בולטים מובעות ביקורות על הנתק ההיסטורי בין הפסיכואנליזה לבין הפסיכולוגיה האקדמית (16), כמו גם על השילוב של התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות בטיפול פסיכואנליטי (17), שורה של פסיכולוגים המזוהים עם הגישה הפסיכואנליטית תופסים מקום של כבוד בזירה של האקדמיה הפסיכולוגית העולמית (למשל, בלאט ב-"ייל", האוזר ב-"הארוארד", לובורסקי באוניברסיטת פנסילבניה, ג'ונס ז"ל ב-"ברקלי", ווסטן ב-"אמורי", פונאגי באוניברסיטת קולג' לונדון, ואחרים). פוסטולטים פסיכואנליטיים בסיסיים מקבלים תמיכה אמפירית הולכת וגוברת, המתפרסמת בטובי כתבי העת המדעיים, כולל Nature ו-Science (19, 20). נוצרים שיתופי פעולה יצירתיים בין דמויות מובילות בפסיכואנליזה העולמית לבין חוקרי מוח, כמו למשל שיתוף הפעולה המדהים בין אוטו קרנברג וקובצנו לבין הקבוצה של מייקל פוזנר, שנועד לחקור את הבסיס הניורו-קוגניטיבי והפסיכודינאמי של הפרעת האישיות הגבולית (21). לבסוף, הולכת ומתבססת תמיכה אמפירית לטיפול פסיכואנליטיים בשורה של הפרעות נפשיות (22, 23, 24). במילים אחרות, הממצאים המדעיים מצביעים על כך שגישה מונחית-ראיות צריכה לכלול גם תובנות פסיכואנליטיות, ולפיכך האתוס המקצועי הישראלי המושתת על תובנות אלה עשוי להוות משאב חשוב, ואין לנטשו.

לאור האמור לעיל, נראה כי הפתרון הרצוי להכשרה בפסיכודיאגנוסטיקה צריך להיות אינטגרטיבי, כלומר, כזה שיוזקק ויסנתז את התרומה של הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות והמשפחתי-מערכתיות עם התרומה המצטברת של הגישה הפסיכואנליטית. הזיקוק מתייחס לשאיבה מאותם אספקטים בשלושת הגישות הנתמכות ע"י מחקר מדעי. הסינתזה מתייחסת ליכולת לשלב את האספקטים השונים לקראת גוף ידע דיאלוגי וקוהרנטי. על רקע זה אנו מציעים את בטריית האבחון האינטגרטיבי, אשר תתואר לעיל.

### **הבטרייה האינטגרטיבית**

לבטרייה האינטגרטיבית עקרונות מנחים כדלקמן:

1. פרוצדורות האבחון המוצעות צריכות להיות מבוססות על הנתונים המדעיים הטובים ביותר הקיימים (Best Available Evidence).
2. הבטרייה בכללותה צריכה לשקף מעמד שווה לשלושת הגישות המקצועיות הנהוגות בארצנו, דהיינו – הקוגניטיבית-התנהגותית, הפסיכודינאמית, והמערכתית-משפחתי.
3. הבטרייה צריכה לכלול מרכיב של קבלת החלטות מושכלת, בכדי שתשקף את מיומנות הנבחן בהתאמת הכלי האבחוני לשאלה האבחונית.
4. אין סיכוי לבטרייה כזו להיות מיושמת ללא שינוי מהותי בתהליך ההכשרה וההדרכה במקומות ההתמחות השונים, ואימוץ שינויים בפרקטיקות בחינת המומחיות.

מחשבות אובססיביות ושל טקסים קומפולסיביים המזומנים בכדי להפחית מחשבות אלה. קיימות שפע של דוגמאות המתייחסות להפרעות אחרות (ראו 26). פרקטיקות ניטור אלה מתרחשות בדרך כלל בשבועות הראשונים לטיפול, הן אינן גוזלות זמן רב, ובד"כ מולידות אפקט טיפולי כשלעצמו.

גם כאשר הדגש באבחון ובטיפול הוא פסיכודינאמי או משפחתי/ מערכתי, ניתן ליישם פרקטיקה כזו. למשל, הכותב השני טיפל בעבר בנערה בת 12 שסבלה מדיסטימיה אבדנית. במהלך האבחון שכלל מבחנים השלכתיים כגון רורשאך, ו-TAT, ואינבנטור יחסי האובייקט (27) (Object Relations Inventory, ORI), הציגה הנערה דמות אם רדודה, בלתי מורכבת, ובלתי נגישה. באבחון ההתנהגותי דווחה הנערה על מיעוט אירועי חיים חיוביים. כשבדקנו זאת יותר, מסתבר שהיא עורגת בעיקר לאירועי הנאה עם אמה. לא אכפת לה לריב עם האם, אבל כואב לה מאוד שהיא לא עושה עימה כסף. ראיות אלו תרמו מאוד הן לאקספלורציה של הקשר בינה ובין אמה ובניית הזהות שלה בהקשר של יחסים אלה, וגם לתכנון התערבויות ממוקדות שהגבירו "אירועי כסף" ביחסים בת-אם.

### הבטרייה האינטגרטיבית ובחינת ההתמחות

אנו מציעים כי המשגת המקרה על בסיס המבחנים תשקף את גישתו העיקרית של הנבחן, אולם היא תכלול מרכיבים מכל הגישות, ועל הנבחן לצפות כי יישאל על כל המרכיבים הללו. כך למשל, אם נבחן מעוניין להדגיש את מומחיותו בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, יציג מן הסתם בבחינת ההתמחות מקרה אבחוני בו החלק הקוגניטיבי-התנהגותי של הבטרייה (למשל, הראיונות המובנים, השאלונים, והאבחון ההתנהגותי) מהווה את מרכז תהליך האבחון. על הנבחן לצפות כי הוא ישאל גם על חלקים אחרים בבטרייה האבחונית, כמו למשל המבחנים ההשלכתיים. על הנבחן לגלות ידע בסיסי במבחנים אלה, אולם לא שליטה וירטואוזית. אין להכשיל נבחן המדגיש בעבודתו את הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, או המשפחתית-מערכתית, רק משום שלא גילה ידע מרשים במבחנים ההשלכתיים. גם ההפך הוא הנכון: אין להכשיל נבחן המדגיש בעבודתו את הגישה הפסיכודינאמית, רק משום שלא גילה ידע מרשים בבטרייה האבחונית, או אבחון התנהגותי. ידע בסיסי, כבוד לגישה האלטרנטיבית, ויכולת בסיסית לאינטגרציה-כן! שליטה וירטואוזית! לא!

בכדי להבטיח כי נבחנים לא יכשלו מכיוון שלא הפגינו בקיאות בחלק האבחוני של הגישה האלטרנטיבית שלהם, יש לדאוג שפרופיל הבוחנים בבחינה ישקף את הגישה הדומיננטית של הנבחן. בצורה זו, נבחן המדגיש את הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית יבחן על ידי שלושה בוחנים, ששניים מהם שולטים בגישה זו, ואילו השלישי שולט בגישה אחרת.

אפשרות זו היא מעניינת כשלעצמה מכיוון שיישומה יתרום לשילוב גדול יותר של אנשי הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית בזרם המרכזי של הפסיכולוגיה הקלינית בארץ. שהרי, קיים שפע של בוחנים בגישה הפסיכודינאמית, וקיים חוסר בולט של בוחנים בגישות הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית. מצב זה נובע מכך, שכדי לשמש כבחון בבחינת ההתמחות נדרש סטאטוס של מדרוך בעל ניסיון. מהסיבות שפורטו לעיל, רבים מאנשי המקצוע בגישה

הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית – גם כאלה בעלי השם העולמי, לא זו בלבד שהם אינם מדריכים, הם אף אינם מומחים! לדעתנו, יש למצוא דרכים לאתר אנשי מקצוע אלה, ליצור איתם קשר, ולאפשר להם להיות מומחים ומדריכים בכדי שיוכלו לבחון בבחינה.

הצעה נוספת הקשורה הן בבחינה והן לפרקטיקה ראויה המונחית-ראיות היא לעודד סטודנטים ומתמחים להעביר כלי אבחון שונים גם במהלך הטיפול, על מנת לבדוק שיפור לאורך זמן. הדבר אמור הן לגבי שאלוני סימפטומים, שיאפשרו הערכה של הקלה סימפטומאטית, והן לגבי מבחנים השלכתיים, שיאפשרו הבנה של שינויים פסיכודינאמיים (למשל, של ייצוגי אובייקט ושל מנגנוני הגנה). היתרונות של פרקטיקה זו להערכה מתמדת של יעילות הטיפול ברורים והיא תסייע לנבחנים לשכנע את הבוחנים כי האבחון היה רלוונטי, יעיל, ומוכח.

### חסרונות ומגבלות

ההצעה המובאת כאן היא ראשונית ביותר והיא מהווה קריאה למקבלי ההחלטות בארץ לדון בה. יחד עם זאת, אין להתעלם מחסרונותיה ומגבלותיה. כך למשל, בעוד שאנחנו סבורים כי זמן העברת הבטרייה האינטגרטיבית דומה מאוד לזמן ההעברה של הבטרייה הקלאסית הנהוגה כיום, יש להעמיד סברה זו למבחן אמפירי. בנוסף, אנו סבורים שתיאור הבטרייה האינטגרטיבית כאן לוקה בחסר מבחינת השימוש בפרוצדורות אבחון השואבות מהגישה המשפחתית-מערכתית. הסיבה היא פשוטה: אנחנו עצמנו יודעים מעט מאוד על פרוצדורות אלה. מן הסתם, יש לערב אנשי מקצוע מהגישה הזאת בכדי לתקן מגבלה זו. זאת ועוד, הבטרייה האינטגרטיבית נהגתה מתוך דגש על עבודה עם מתבגרים ומבוגרים, ויש לתת את הדעת על התאמתה לילדים קטנים יותר. קיימות, ללא ספק, בעיות נוספות בהצעה הנוכחית אשר חמקו מעינינו.

### סיכום

המשבר בו מצויה הפסיכולוגיה הקלינית בארץ הוא חריף ביותר. מרכיב בסיסי ביכולתנו להתמודד עם משבר זה הוא נחישותנו לאפשר לאנשי מקצוע מהגישות הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית למצוא את עצמם בזרם המרכזי של המקצוע, להשפיע על צביונו, ולבטא את קולם. זאת, מבלי לאבד את הנכסים שצברנו בעקבות השאיפה מהגישה הפסיכודינאמית. אבן נגף מרכזית ביכולתנו לעשות כן היא בחינת ההתמחות בפסיכודיאגנוסטיקה, שמייצרת העדפה למתמחים המדגישים גישה פסיכודינאמית ומדירה במקביל מתמחים המדגישים את הגישות הקוגניטיבית-התנהגותית והמשפחתית-מערכתית. במאמר זה הצענו בטריות אבחון אינטגרטיבית, המשלבת פרוצדורות דיאגנוסטיות פסיכודינאמיות, קוגניטיביות-התנהגותיות, ומשפחתיות-מערכתיות. הבטרייה נהגתה ותוכננה משלוש סיבות: (א) למנוע הדרה של שתי הגישות האחרונות מהזרם המרכזי בפסיכולוגיה קלינית, (ב) ליצור תשתית לדיאלוג פורה, אם כי ללא ספק מלא מתח, בין שלושת הגישות, (ג) ולכבד את המטופלים שלנו, שלא שמעו על כך שנפשם, או הסבל שלהם, צריך להתאים רק לגישה כזו או אחרת.

11. Norcross, J. C., Koocher, G. P., Garofalo, A. (2006). Discredited Psychological Treatments and Tests: A Delphi Poll. **Professional Psychology: Research and Practice**, *37*, 515-522.
12. Lilinfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. **Psychological Science in the Public Interest**, *1*, 27-66.
13. Kelly, F. D. (1997). **The assessment of object relations phenomena in adolescents TAT and Rorschach measures**. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
14. Porcerelli, J. H., Shahar, G., Blatt, S. J., Ford, R. Q., Mezza, J. A., & Greenlee, L. M. (2006). Examination of the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) in a sample of treatment resistant young adults. **Personality and Individual Differences**, *41*, 407-417.
15. Shahar, G., & Blatt, S. J. (2005). Benevolent interpersonal schemas facilitate therapeutic change: Further Analysis of the Menninger Psychotherapy Research Project. **Psychotherapy Research**, *15*, 345-349.
16. Bornstein, R. F. (2001). The impending death of psychoanalysis. **Psychoanalytic Psychology**, *18*, 3-20.
17. Connors, M. E. (2001). Integrative treatment of symptomatic disorders. **Psychoanalytic Psychology**, *18*, 74-91.
18. Frank, K. (1990). Action techniques in psychoanalysis. **Contemporary Psychoanalysis**, *26*, 732-756.
19. Anderson, M. C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. **Nature**, *410*, 366-369.
20. Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically oriented psychological science. **Psychological Bulletin**, *124*, 333-371.
21. Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M., Levy, K. N., Fossella, J., Silbersweig, D., Stern, E., Clarkin, J., & Kernberg, O. (2003). An approach to the
22. קורן, ד. שחר, ג. רפורמה חסרת אחריות. "הארץ", באוקטובר, 2006.
2. Soffer, N. & Shahar, G. (in press). Evidence based mental health practice? Long live the (individual) difference. **Israeli Journal of Psychiatry**.
3. Davidson, K. W., & Spring, B. (2006). Developing an evidence base in clinical psychology. **Journal of Clinical Psychology**, *62*, 259-271.
4. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. **British Medical Journal**, *312(7023)*, 71-72.
5. American Psychological Association, (2005). **Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice**. Washington, DC: American Psychological Association.
6. Haynes, S. N., & Williams, A. E. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs: Matching treatment mechanisms to causal variables for behavioral problems. **European Journal of Personality Assessment**, *19*, 164-174.
7. Cappas, N. M., Andres-Hyman, R., & Davidson, L. (2005). What Psychotherapists Can Begin to Learn from Neuroscience: Seven Principles of a Brain-Based Psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, *42*, 374-383.
8. Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting From treatment of children with conduct problems. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, *39*, 414-420.
9. Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. **British Journal of Medical Psychology**, *65*, 131-145.
10. Murray, H. (1943). **Thematic Apperception Test Manual**. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

25. Anderson, P., Beach, S. R. H., & Kaslow, N. J. (1999). Marital discord and depression: The potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.) *The interactional nature of depression* (pp. 271-297). Washington, DC: **American Psychological Association Press**.
26. Mash, E. J., & Foster, S. L. (2001). Exporting analogue behavioral observation from research to clinical practice: Useful or cost-defective? **Psychological Assessment**, 13, 86-98.
27. Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. **Review of General Psychology**, 4, 351-374.
28. psychobiology of personality disorders. **Development and Psychopathology**, 15, 1093-1106.
22. Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis: With whom? For what? And Why? Comparison with psychotherapy. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 52, 393-447.
23. Shefler, G., Dasberg, H., & Ben-Shakhar, G. (1995). A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time-limited psychotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, 585-593.
24. Anderson, E. M., Lambert, M. J. (1995). Short-term psychodynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, 15, 503-514.

## אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה למדעי החברה ע"ש גרשון גורדון • החוג לפסיכולוגיה

# תכנית ההשלמה לפסיכולוגיה קלינית

## נפתחת ההרשמה למחזור ו'

התכנית הקלינית כוללת הכשרה בתחומי הפסיכופתולוגיה, הפסיכותרפיה, הפסיכודיאגנוסטיקה והראיון הקליני, בהתאם להנחיות הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית במשרד הבריאות.

### משך התכנית: שנתיים אקדמיות

בשנה הראשונה: יום לימודים אחד בשבוע

בשנה השנייה: יום אחד באוניברסיטה

ועוד שני ימי פרקטיקום במסגרות קליניות חיצוניות

### המסיימים רשאים להתחיל בתהליך התמחות קלינית

### תנאי הקבלה והליך המיון:

יתקבלו רק פסיכולוגים בעלי תואר שני הרשומים בפנקס הפסיכולוגים

המיון ייעשה על פי הקריטריונים המקובלים במגמות הקליניות

התשלום עבור תהליך הקבלה והמיון הינו 500 ₪

### לתשומת לבכם: ההרשמה לתכנית תסתיים ב-13 למרץ, 2008

פרטים וטפסי הרשמה בכתובת: <http://freud.tau.ac.il/hashlama>

לברורים נוספים ניתן לפנות לשמריית קדם, הרכות האדמיניסטרטיבית, טלפון: 03-6407353,

פקס: 03-6409547, דואר אלקטרוני: [shim@post.tau.ac.il](mailto:shim@post.tau.ac.il)

לפי



[events.tau.ac.il](http://events.tau.ac.il)

# פסיכותרפיה התנהגותית-קוגניטיבית (CBT) להפרעות חרדה ודכאון

תרופתי (Bandelow et al, 2007). למרות שפרוטוקולים של CBT למגוון הפרעות החרדה מדגישים רכיבים שונים, הן התנהגותיים והן קוגניטיביים. המבנה ומהלך הטיפול יחסית משותף, ומרבית הטיפולים מתייחסים להימנעות מגירויים מעוררי חרדה ולקוגניציות דיספונקציונליות (Deacon et al. 2004). חלק הארי של הטיפולים הינו התנהגותי קוגניטיבי, אולם ישנם גם טיפולים שהם קוגניטיביים בעיקרם. Butler et al (2006) סקרו את הספרות המטה-אנליטית העכשווית בין השנים 1967 ל-2003 על תוצאות CBT למגוון של הפרעות נפשיות. הסקירה כללה 16 מחקרים מטה-אנליטיים. (ES effect size) גדולים (ממוצע 0.90). נמצאו לדיכאון אוניפולרי, הפרעת חרדה כללית, הפרעת פאניקה עם וללא אגורפוביה, חרדה חברתית, הפרעה בת-חבלתית והפרעות דיכאון וחרדה בקרב ילדים. CBT נמצא יעיל מעט יותר בהשוואה לתרופות נגד דיכאון בקרב מבוגרים. CBT הביא לאותן תוצאות כמו טיפול התנהגותי בלבד בדיכאון ובתסמונת כפייתית. עבודה נוספת של Norton & Price (2007) סקרה 108 עבודות מבוקרות שחננו השפעה של CBT על הפרעות חרדה ומצאה יעילות גבוהה של טיפול זה. תוצאות אלה תומכות ביעילות CBT במגוון הפרעות חרדה ודיכאון.

להלן מספר דוגמאות על יעילות CBT בהפרעות שונות.

☼ CBT בווריאציות שונות הוכיח יעילות בדיכאון, כולל השפעות פרופילקטיות (למשל: Hollon et al. 2007; Kuyken et al. 1986). כיום יש התרחבות של הידע המצטבר לגבי דיכאון ואובדנות. במספר מרכזים מפתחים כיום תוכניות CBT ליישום בקרב אוכלוסיות עם סיכון גבוה לאובדנות.

☼ בשורה של מחקרים מבוקרים נמצא, ש- CBT הינו טיפול הבחירה לחרדה חברתית. למשל, במאמרם של Ponniah & Hollon (2007), בו סקרו 30 מחקרים על חרדה חברתית. ☼ יעילות CBT בהפרעת פאניקה ואגורפוביה הוכחה בשורה של מחקרים (למשל: Arntz, 2002). נעשו מספר עבודות שמשוות תוצאות טיפולים תרופתיים ו- CBT להפרעה זו. מספר עבודות מצאו יעילות גבוהה יותר של CBT בהשוואה לטיפול תרופתי בשמירת הישגי הטיפול (למשל: Nadiga et al. 2003).

☼ תחום שהתפתח יחסית לאחרונה הינו טיפול ב- CBT בהפרעת חרדה כללית. מספר עבודות הוכיחו יעילות בהפרעה זו (למשל: Dugas et al. 2005).

☼ מספר עבודות הצביעו על יעילות CBT בתסמונת בתר-חבלתית (למשל: Ehlers et al. 2005; Foa, 2006). כיום מתחילות להופיע עבודות שמצביעות על יעילות CBT בווריאציות שונות לטיפול בילדים עם תסמונת בתר-חבלתית (למשל: Cohen, 2005).

כיוון ש CBT הינו אמפירי, מדיד ומתאים להשוואות מחקריות, מחקרים רבים השוו יעילות טיפול תרופתי מול טיפול ב- CBT בהפרעות חרדה ודיכאון. מספר רב של מחקרים השוו CBT לטיפול תרופתי נגד דיכאון. שבעה עשר מחקרים מצאו של- CT (טיפול קוגניטיבי) יתרון מינימאלי על פני תרופות (Gloaguen et al. 1998). במחקר עדכני (DeRubeis et al. 2005), נמצא שטיפול תרופתי נוגד דיכאון ו- CT דומים בהשפעותיהם,

■ ד"ר צופי מרום ראש תחום טיפול התנהגותי-קוגניטיבי מרכז בריאות הנפש גהה, פ"ת.

התיאוריה ההתנהגותית-קוגניטיבית בפסיכופתולוגיה ו-CBT (פסיכותרפיה התנהגותית-קוגניטיבית) להפרעות נפשיות התפתחה לפני יותר מ-40 שנה. מאז ועד היום חלה התקדמות ניכרת הן בתיאוריה והן בפסיכותרפיה ובבסיס האמפירי של שתיהן. ממצאים מחקריים רבים מבססים את התיאוריה והטיפול במגוון הפרעות נפשיות. CBT הוכח כיעיל בטיפול במגוון רחב של הפרעות נפשיות, תוך שמירה על הישגי הטיפול ומניעת הישנות ההפרעה (Relapse). בשנים האחרונות גובר הדגש על טיפולים שמבוססים על ראיות (EBT). מקצוע הרפואה מתבסס בעיקר על גישה זו. מבין הפסיכותרפיות, CBT הינה העיקרית שמתבססת על ראיות וצוברת תאוצה בעשורים האחרונים. מדובר בפסיכותרפיה מבוססת לבעיות נפשיות ומהרווחות ביותר, שמוכרת כיום כטיפול הבחירה למגוון רב של הפרעות.

הערכות שנעשו בשנים האחרונות מאפיינות את ה- CBT כפסיכותרפיה שהתפתחותה המהירה ביותר והנחקרת ביותר בתחום הטיפול הנפשי העכשווי (Prochaska et al. 2003). ארבעים שנה חלפו מאז פרסמו ב Archives of General Psychiatry מאמריו של אהרון בק על תפקיד הקוגניציות בדיכאון ובטיפול (Beck, 1963, 1964). מאז התחום התפתח, כפי שמתבטא במחקר, פרסומים ויישום. ההמשגה ההתנהגותית-קוגניטיבית (Beck, 2007) התאפיינה מאז ראשיתה ב:

1. בניית תיאוריה מקיפה של פסיכופתולוגיה שמתואמת ישירות עם פסיכותרפיה
2. מחקר שבודק את הבסיס האמפירי של התיאוריה
3. מחקרים אמפיריים לבדיקת יעילות הפסיכותרפיה

סט זה של כללים תיאורטיים ותרופטיים יושם באופן שיטתי על מגוון רחב של הפרעות נפשיות החל בדיכאון, הפרעות חרדה, הפרעות אישיות ועוד. סקירה זו תתמקד בעדכון הידע הנוכחי ב- CBT בהפרעת חרדה ודיכאון. הפרעות חרדה ודיכאון שכיחות מאד באוכלוסייה הכללית והן עלולות לגרום למצוקה רבה ולפגיעה תפקודית נרחבת. הפרעות חרדה הן על פי רוב כרוניות ומעלות את הסיכון ללקות בתחלואה נלווית ובעיקר בדיכאון. בחלק מהמקרים מתלווה גם סיכון אובדני בשל המצוקה הקשה. חשוב לזכור שהפרעות חרדה הן ההפרעות הפסיכיאטריות השכיחות ביותר גם בקרב ילדים ומתבגרים, כך שטיפול יעיל נדרש כבר בגילאים אלה, על-מנת למנוע החמרה של ההפרעה.

ל- CBT ביסוס מדעי-מחקרי מוצק על יעילותו בהפרעות נפוצות כגון, דיכאון והפרעות החרדה השונות: פוביות ממוקדות, התקפי אימה ואגורפוביה (Panic Dis. with Agoraphobia), כפייתיות (OCD), חרדה חברתית (Social Phobia), תסמונת בתר חבלתית (PTSD) והפרעת חרדה כללית (GAD), וכן בהפרעות סומטופורמיות. הביסוס המדעי של CBT רב ביותר במגוון הפרעות החרדה, ושורה של מטה-אנליזות מצביעה על כך ש CBT הינו הטיפול הפסיכולוגי המירבי שתוקף עבור הפרעות אלה (Norton & Price, 2007) וזהה ביעילותו לטיפול

למרות יעילות הגבוהה של CBT להפרעות חרדה ודיכאון השימוש בו אינו נפוץ במידה הראויה בארץ. ממצא זה בולט בהשוואה למדינות מערביות. במדינות רבות באירופה, ארה"ב, אוסטרליה, ומרבית מדינות המערב כיום CBT מיניסטרם והטיפול העיקרי והטיפול העיקרי המוצע מבין פסיכותרפיות

אולם ל-CT יתרון במניעת הישנות דיכאון. נמצא, למשל, שטיפול קוגניטיבי יעיל יותר לחדרה חברתית בהשוואה לטיפול בפלואוקסטין (Clark et al. 2003). מספר מחקרים השוו יעילות של CBT בשילוב עם טיפולים תרופתיים. לכאורה, השילוב בין הטיפולים עשוי לגרום לסינרגיה, אולם ממצאים עדכניים לגבי שילוב של CBT וטיפולים תרופתיים להפרעות חרדה מצביעים על כך, שלקומבינציה אין עדיפות על כל אחד מהטיפולים באופן בלעדי (Pull, 2007). כיום המחקר שוקד על פיתוח דרכים יעילות לשלב בין טיפולים תרופתיים ו-CBT להגברת יעילות הטיפול. מספר עבודות השוו יעילות של CBT מול טיפול תרופתי במניעת הישנות ההפרעה. שמונה עבודות מדווחות, ששיעורי הישנות ההפרעה לאחר תקופה של שנה מסיום CBT היו 29.5% מול 60% לאחר סיום טיפול תרופתי (Gloaguen et al. 1998). עבודות נוספות מצאו, שטיפול קוגניטיבי בנוסף לטיפול תרופתי עם תגובה חלקית לתרופות הביא בטווח של חצי שנה לשיעור של 29% בהישנות ההפרעה. זאת למול 47% עם טיפול תרופתי בלבד (Paykel et al. 1999). עבודה של Hollon et al (2005) מצאה הבדלים משמעותיים בשיעורי הישנות ההפרעה אצל מגיבים לטיפול, שנכנסו לשלב של המשך טיפול קוגניטיבי (31%) מול קבוצה שטופלה בפלצבו (76%).

Hollon וחבריו (2005) מצאו, כי לטיפול קוגניטיבי יש השפעה מעבר לסיום הטיפול ונראה שהוא יעיל בשמירה על התוצאות, בדומה לטיפול אקטיבי בתרופות. ישנן ראיות, כי לאורך זמן CBT הינו טיפול יעיל יותר מאשר הטיפולים התרופתיים (בעיקר בהפרעות חרדה), שעם הפסקתם נשנות הבעיות הנפשיות יותר. היות וחלק ניכר מההפרעות הנפשיות שהוזכרו הינן כרוניות, יש בכך יתרון ברור.

CBT הוכיח יעילות במגוון גילאים. בקרב ילדים ונוער, בדומה למבוגרים, הפרעות חרדה הן ההפרעות הנפשיות השכיחות ביותר. הערכות מקובלות לגבי שכיחותן מצביעות על 10% מהאוכלוסייה בגיל הצעיר כלוקה בהפרעות חרדה המלוות בפגיעה תפקודית משמעותית (James et al. 2005). בעשור האחרון התפרסמו מספר מחקרים מבוקרים על CBT בקרב ילדים ומתבגרים. למשל על יעילות מוכחת בכפייטיות בקרב ילדים (O'Kearney, 2007). ב-2004 התפרסם המחקר המבוקר המקיף ביותר עד כה לטיפול ב-OCD, שכלל השוואה בין טיפול תרופתי ל-CBT בקרב ילדים ומתבגרים\*. ניתן להסיק ממנו, כי דרך הטיפול המועדפת לילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעה זו היא CBT או שילוב עם SSRIs. ב-2005 נערכה סקירה שיטתית של מחקרי CBT בילדים ונוער (James et al. 2005). בסקירה זו נכללו 13 מחקרים מבוקרים ובהם 498 ילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעות חרדה שקיבלו CBT, לעומת 311 ילדים ומתבגרים שהיוו את קבוצת הביקורת. נמצא כי 56% מהילדים בקבוצת הטיפול השיגו רמיסה לעומת 28% בלבד מקבוצת הביקורת. נראה כי תוצאות הטיפול מאריכות ימים. עשרה מבין המחקרים דיווחו על מעקב ארוך טווח (13 חודשים בממוצע) עבור 82% ממסוימי המחקרים התחיליים. נמצא כי 69% מקרבם נותרו ברמיסה בסוף תקופת המעקב.

ההישענות של CBT על מחקר מביאה אותה להיות מעורבת ותורמת למחקר המדעי. מחקרים על שינויים פיזיולוגיים

אשר מתרחשים בזמן פסיכותרפיה יכולים לספק את הבסיס הניוירי-ביולוגי לטיפול הנפשי ולעזור למדע להבין טוב יותר את השפעות הטיפול ולקדם מחקר פסיכולוגי ופסיכיאטרי. המחקרים בתחום זה שנערכו בשנים האחרונות מסתייעים בטכניקות של Neuroimaging. למשל המטבוליזם של גלוקוזה במוח, כפי שנמדד ב-positron emission tomography (PET), ניתן היה לנרמול בחולים כפייטיים ע"י טיפול תרופתי או ע"י טיפול התנהגותי (Baxter et al. 1992). במחקר שבדק דיכאון (Kennedy et al. 2007) נמצא, שהן בטיפול תרופתי והן ב-CBT קיימת הפחתה של המטבוליזם במספר איזורים פרה-פרונטאליים, עם השפעה דיפרנציאלית של סוג טיפול. מחקרים כגון אלה מאשרים את ההנחה ש-CBT יכולה לגרום לשינויים ניוירי-כימיים במוח, שקודם לכן יוחסו לטיפולים תרופתיים באופן בלעדי. נדרש המשך מחקר בתחום זה, והוא צריך לכלול מדגמים גדולים יותר, כדי להתאים בעתיד טיפולים באופן אופטימלי למטופלים שונים.

תחום ה-CBT הוא דינאמי, הן מבחינת חידוש פרוטוקולים טיפולים והן יעדים מחקריים בטיפול. למשל תחום ה-Mindfulness ותוספות של טיפול אינטרפרסונלי מהווים כיום חלק מטיפול CBT בתחומים מסוימים (למשל: Borkovec et al. 2002). תחום נוסף בהתהוות עם ממצאים אמפיריים שתומכים בו, הוא חקר ה-Meta-מחשבות, היינו התיזה שבטיפולים קוגניטיביים יש חשיבות למחשבות המטופל והערכתו את מחשבותיו (למשל בהפרעת חרדה כללית האמונה ש"הדאגה מסייעת למנע אסונות") (Wells & King, 2006). נושא נוסף שמתפתח בשנים האחרונות ובעקבות ההתקדמות הטכנולוגית הינו CBT ממוחשב, היינו טיפול מול תוכנת מחשב ללא מטפל. מספר מחקרים מצאו יעילות שיטה זו בהפרעות חרדה, למשל בכפייטיות (Tumur et al. 2007). שיטות אלה גורמות לנגישות רבה יותר ל-CBT לקהל רחב יתר. חידושים נוספים נוגעים לשילוב שבין CBT לבין טיפול תרופתי. בעקבות התקדמות בחקר המוח נבדקו לאחרונה D-cycloserine – תכשיר שמחזק למידה ונמצא יעיל לחיזוק הזיכרון, בעת חשיפה לגירוי מפחיד. טיפול בחשיפה מתבסס בחלקו על תהליך של הכחדה. מחקרים בבעלי חיים הראו שהתכשיר מקל על למידת ההכחדה. גם מחקרים בקרב בני אדם הצביעו על יעילות תכשיר זה בזמן חשיפה להפרעות חרדה. מדובר על תוספת פרמקולוגית ל-CBT (Hoffman, 2007).

### תחומי מחקר עכשוויים ב: CBT

CBT הינו תחום ששוקד על מחקר ועל פיתוח, חקר ושפור יעילות טיפולים.

#### המחקרים מתרכזים בתחומים הבאים:

- ✿ שיפור פרוטוקולים טיפולים שהוכחו כיעילים בעבור מיגון אבחנות (לטווח הקצר, לטווח הארוך, מניעה או מזעור הישנות ההפרעה).
- ✿ זיהוי המרכיבים הפעילים ב CBT בעבור אבחנות שונות כדי למקסם יעילות טיפולים.
- ✿ בדיקת שילובים שונות של CBT עם מיגון טיפולים תרופתיים

\* The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial

(נוגדי חרדה, מחזקי למידה).

- ☛ ניסיון לקצר משך טיפולים ללא פגיעה ביעילות טיפולית.
- ☛ בניית פרוטוקולים לטיפולים קבוצתיים בכדי ליעול אפשרויות טיפול.
- ☛ פיתוח הלוגריתמים לבחירת טיפול מתאים לאבחנה וסיטואציה טיפולית
- ☛ ניסיון לשיפור הענות ושיתוף פעולה בטיפול
- ☛ בניית תוכניות למניעה באוכלוסיות עם סיכון גבוה (למשל לאובדנות) וכן למניעת החמרה בהתהוות הפרעה.
- ☛ הרחבת תוכניות טיפוליות לאוכלוסיות מיוחדות ולאבחנות נוספות
- ☛ מחקר בשיתוף פעולה עם התפתחויות במחקר בסיסי, בעיקר Neuroscience, ולהקיש מהם על תיאוריה ו- CBT (כולל שימוש באמצעי הדמיה מוחיים)
- ☛ פיתוח אמצעי טיפול חדשניים וחסכוניים בכוח אדם (מציאות מדומה, תוכניות לטיפול עצמי באמצעות מחשב).
- ☛ קידום ההפצה והטמעה של CBT

האוניברסיטאות מכשירות סטודנטים בטיפול ומחקר בתחום ה-CBT. כהשוואה, בארץ למשל בשלושת העשורים האחרונים קיים שימוש רחב בטיפולים פסיכו-פרמקולוגיים עדכניים להפרעות חרדה ולדיכאון, אולם בעוד ששיטות טיפול פרמקולוגי השתנו באופן גורף, אופן הטיפול הפסיכותרפויטי בהפרעות אלה לא עודכן והשימוש ב-CBT מצומצם למדי. אנשים שסובלים מהפרעות חרדה למשל, על פי רוב אינם זוכים לקבל טיפולים פסיכולוגיים שרלוונטיים להפרעתם. יש מעט מרפאות ל-CBT בסקטור הציבורי ובפרטי. בארץ, השימוש ב-CBT ובפסיכותרפיות שהינן מושתתות על ראיות עדיין מינורי מול הקורה בעולם המערבי. יחד עם זאת בשנים האחרונות ניכרת התעניינות גוברת ב-CBT בכלל וגם מצד מתמחים שהציעו להתמחות ב פסיכותרפיה זו. יש לציין שהשנה הוכנס לראשונה לבחינות המומחיות בפסיכיאטריה פרק חובה ב-CBT. לאור מיעוט המומחים בתחום זה בארץ, נראה חשוב להנחיל שיטה זו ולחנך דור עתידי שיהיה מיומן בה ושיהיה זמין לזרשים. כך אמור להיווצר בסיס להמשך גדילה וגם להקמת גרעין של מערכת הכשרה במערכת הבריאות. לצורך זה יש צורך להטמיע CBT בתוכניות התמחות. צריך לזכור ש CBT הינה במיוחד Cost Effective (למשל: Otto & Deveney, 2005). זאת בשל הטיפול הממוקד, יחסית קצר מועד, ויעילות גבוהה במניעת הישנות סימפטומים. בנוסף ואולי בכיוון עתידי, חלה התקדמות רבה בתחום שכוללת טיפול בסיוע מערכות ממוחשבות ובכך יש אפשרות לספק טיפולים רבים יותר תוך כדי חסכון בכוח אדם (למשל: Kenwright et al, 2001). צורה זו מספקת מודל חדשני למתן שירותים פסיכולוגים ויש להמשיך לחקור אותה בהתייחס לשורה של הפרעות. בנוסף, חשוב שקהל הצרכנים יקבל מידע על כך שקיימים טיפולים בעלי יעילות גבוהה, תפקוד רשויות הבריאות לספק מידע זה על טיפולים רלוונטיים לקהל הצרכנים. אני מקווה שנאמץ את הכיוון הטיפולי שמקובל בארצות המערב גם בישראל ונרחיב את ההדרכה והדגש בכיוון זה בארצנו.

### ביבליוגרפיה:

- Arntz, A. 2002. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as a treatment of panic disorder without agoraphobia. **Behav Res**; 40:325-341.
- Bandelow, B; Seidler-Brandler, U. et al. 2007. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. **World J Biol Psychiatry**; 8:175-187.
- Baxter, L.R. 1992. Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder. **Psychiatr Clin North Am**; 15:871-884.
- Beck, A.T. 1963. Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Arch Gen Psychiatry**; 9:324-333.
- Beck, A.T. 1964. Thinking and depression: theory and therapy. **Arch Gen Psychiatry**; 10:561-571.

שינויים ניכרים התרחשו במערכת הבריאות בעשור האחרון ובבריאות הנפש כחלק מכך. אלה קשורים להתקדמות המדעית שחלה בתחום מחד ולתכתיבים הפוליטיים-סוציאליים-כלכליים מאידך. כיום מערכת הבריאות מכתובה שטיפולים יינתנו בדרך היעילה ביותר מחד וחסכונית מאידך (Cost-effective). במדינות מערביות רבות CBT הינו כיום טפול הבחירה שניתן כברירה ראשונה להפרעות חרדה ולדיכאון. למשל בהנחיות של ה-NICE (National Institute for Clinical Excellence) – במערכת הבריאות באנגליה, הומלץ על CBT כטיפול הבחירה בדיכאון קל, כאופציה לדיכאון בחומרה בינונית ובשילוב עם תרופות לדיכאון חמור (NICE guideline 23). מתוך הפרעות החרדה למיניהן, הנחיות ה-NICE ממליצות על CBT להפרעת חרדה כללית כבחירה טיפולית ראשונה, בעיקר בגלל השפעתו ארוכת הטווח (NICE guideline 22), וכן להפרעת אימה (NICE guideline 22) ולתסמונת בת-חבלתית (NICE guideline 23). הבסיס האמפירי והטיפול התכליתי של CBT מתאימים לדרישות אלה. הזמן הקצר יחסית של CBT שמשכו הטיפוסי הוא בד"כ חודשים ספורים (כ- 8-20 מפגשים), מגדיל את הסיכוי של כל מטופל להשלים בהצלחה את הטיפול מחד גיסא, ומאפשר לטפל ביותר מטופלים מקקים באותה יחידת זמן מאידך גיסא. בהתחשב בשכיחות הגבוהה של הפרעות חרדה ודיכאון באוכלוסייה ובכך שהמערכות הציבוריות מטפלות כיום בפחות מ-10% מהמקקים בקרב הקהל הרחב, יש בכך יתרון חשוב. למרות יעילותו הגבוהה של CBT להפרעות חרדה ודיכאון השימוש בו אינו נפוץ במידה הראויה בארץ. ממצא זה בולט בהשוואה למדינות מערביות. במדינות רבות באירופה, ארה"ב, אוסטרליה, ומרבית מדינות המערב כיום, CBT הוא מיניסטרם והטיפול העיקרי המוצע מבין הפסיכותרפיות. באנגליה ובהולנד למשל, משרדי הבריאות מחייבים מטפלים לטפל ב CBT כבחירה ראשונה בהפרעות חרדה ודיכאון לגביהן קיימת הוכחה מדעית על יעילות השיטה. מטפלים אשר לא מציעים טיפול זה כבחירה ראשונה מסתכנים בתביעות משפטיות על תשלנות. במקביל, מרבית

**Behav Res Ther**; 45:1987-2001.

Hollon, S.D.; Kendall, P.C. et al. 1986. Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. **J Abnorm. Psychol**; 95:52-59.

Hollon, S.D.; DeRubeis, R.J. et al. 2005. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. **Arch Gen Psychiatry** ; 62:417-422

James A, Soler A, Weatherall R. 2005. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* ;4:CD004690.

Kennedy, S.H., Konarsky, J.Z. 2007. Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial. **Am J Psychiatry**; 164:778-788.

Kenright, M; Liness, T. et al. 2001. Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia / panic. Feasibility study. **Br J Psychiatry**;179:456-459.

Kuyken, K; Dalgleish, T, et al.2007. Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. **Can J Psychiatry**.20; 52:5-13.

National Institute for Clinical Excellence.2004. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. London, England: **National Institute for Clinical Excellence; Clinical Guideline 23**.

National Institute for Clinical Excellence. 2004. Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without agoraphobia, and Generalized Anxiety disorder) in Adults in Primary, Secondary, and Community Care. London, England: **National Institute for Clinical Excellence; Clinical Guideline 26**.

National Institute for Clinical Excellence.2004. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary, Secondary Care. London, England: **National Institute for Clinical Excellence; Clinical Guideline 22**.

Nadiga D.N., Henseley, P.L. et al. 2003. Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in **panic disorder**. **Depress Anxiety**;17:58-64.

Borkovec, T.D., Newman, M.G. et al. 2002. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. **J Consult Clin Psychol**.;70::288-298.

Butler A.C.; Chapman, J.E. et al.2006. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clin Psychol Rev**;26:17-31.

Cohen, J.A. 2005. Treating traumatized children: current status and future directions. **J Trauma Dissociation**; 6:109-121.

Clark, D.M.; Ehlers, A.; et al. 2003. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-control trial. **J Consult Clin Psychol**; 71:1058-1067.

Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial.2004. **JAMA** ; 292: 1969-1976.

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D. et al.2005. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. **Arch Gen Psychiatry**; 62: 417-422.

Deacon, B.J. & Abramowitz, J.S. 2004. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. **J Clin Psychol**; 69: 429-441.

Dugas M.J.;Marchand, A et al. 2005. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. **J Anxiety Disord**;19:329-343.

Foa, E.B.2006. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. **J Clin Psychiatry**; 67 Suppl.

Gloaguen, V., Cotraux, J. et al.1998. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **J Affect Disord**; 49:59-72.

Ehlers, A Clark, D.M., et al.2005. Cognitive therapy for PTSD: development and evaluation. **Behav Res Ther**;43:413-431.

Hoffman, S.G.2007. Enhancing exposure-based therapy from a translational research perspective.

phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*; 20:1-12

Prochaska J, Norcross J. 2003. **Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis**. 5<sup>th</sup> ed. Pacific Grove, Calif: Brooks. Cole.

Pull C.B. 2007. Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*; 20:30-35.

Tumur, I. Kaltenthaler, E. et al. 2007. Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Psychother Psychosom*; 76:196-202.

Wells, A & King, P. 2006. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*; 37:206-212.

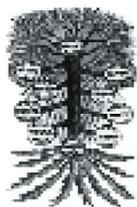
Norton, P.J. & Price, E.C. 2007. Meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*; 195:521-531.

O'Kearney, R. 2007. Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *Aust NZ Psychiatry*; 41:199-212.

Otto, M.W. & Deveney, C. 2005. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*; 66, Suppl. 4:28-32.

Paykel, E.S.; Scott, J. et al. 1999. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy": a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 829-835.

Ponniah, K. & Hollon, S.D. 2007. Empirically supported psychological interventions for social



## תכנית התלת-שנתית לפסיכותרפיה אנליטית-יונגיאנית



נפתחה הרשמה למחזור החמישי שיפתח באוקטובר 2008  
מיועד לפסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים באמנות  
בעלי תואר M.A ובעלי נסיון בבריאות הנפש  
התכנית משלבת לימוד תאורטי, סדנאות, סמינר קליני והדרכה אישית  
התכנית מוכרת ע"י האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה  
התכנית מוכרת לגמול השתלמות  
פרטים והרשמה במכללת סמינר הקיבוצים טל' 03-6901200  
ובאתר האינטרנט:  
[WWW.ISRAJUNG.CO.IL/SCHOOL\\_H.HTM](http://WWW.ISRAJUNG.CO.IL/SCHOOL_H.HTM)

# מענקי קרן גולדמן לשנת 2007

הקרן ע"ש חנה גולדמן לסיוע בשירותים הקהילתיים לפסיכולוגיה קלינית של הילד והנוער בישראל העניקה גם השנה סיוע למספר פרויקטים בתחום הפסיכולוגיה הקלינית של הילד והנוער במגזר הקהילתי. הקרן הוקמה בשנת 1993 על ידי פרופ' אסתר זיידן, אחותה של חנה גולדמן (חנק'ה), מחלוצות הטיפול בילדים בארץ. השנה הוגשו לוועדת הקרן 9 בקשות למענקי סיוע. מתוך 9 הבקשות שהוגשו אישרנו 3 בקשות במלואן ועוד בקשה אחת חלקית ודחינו 5 בקשות. סכום המענקים השנה הנו גבוה במיוחד ועומד על כ- 30,000 ש"ח.

רוב הפרוייקטים שהוצעו היו מעניינים ורלוונטים, חלקם אף מרתקים במיוחד. הפרוייקטים שזכו השנה במענקים כללו את התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי, שזכתה במענק לרכישת ציוד וחומרים למרכז לגיל הרך בקריית מוצקין; התחנה לטיפול בילד ובמשפחה שברח' הארבעה אשר זכתה במימון פרויקט לטיפול קבוצתי בשילוב ביופידבק לילדים הסובלים מחרדות; התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש א.אילן שקיבלה מענק לרכישת ציוד לתכנית "סל בריאות מקדם לילדים בגני תקשורת בירושלים"; ותחנת העמקים, אשר הציעו מספר פרויקטים ומתוכם תממן הקרן סיוע לילדים שנפלו קורבן להתעללות מינית ע"י רכישת 7 סטים שלמים של בית מגורים.

אנו מברכים את הזוכים במענקים, מתנצלים בפני מי שלא יכולנו להעטר לבקשתו, ומקווים לדווח על התקדמות הפרוייקטים. אנו שבים ומזמינים את ציבור המטפלים ליזום ולהפעיל מיזמים חדשים בתחום הפסיכולוגיה הקלינית של הילד והנוער במגזר הקהילתי, ובכלל.

בברכת עבודה פורייה,  
חברי ועדת הקרן:  
ד"ר אודי בונשטיין – יו"ר  
אביבה קפלונסקי  
עמוס ספיבק

## שינוי מאגרי המידע האלקטרוניים לקראת שנת 2009

חברים יקרים,

שירותי מאגרי המידע המסופקים כיום מורכבים משני מקורות: (1) PROQEUST (2) PSYCINFO. אנו שוקלים להמיר את מאגר המידע PSYCINFO, שהינו מאגר של תקצירים במאגר PSYCARTICLES, שהינו מאגר הכולל טקסט מלא מתוך כ- 60 כתבי העת של APA. רשימה מפורטת של כתבי העת הכלולים במאגר אפשר למצוא ב- <http://www.apa.org/psycarticles/covlist.html>.

נשמח לקבל את תגובותיכם לדוא"ל: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il) ובעיקר לברר האם יש התנגדות לשינוי.

בברכה,  
הוועד המרכזי

# הברית הטיפולית ומקומה של הגמישות והיצירתיות בעבודה עם מתבגרים ומבוגרים נפגעי תקיפה מינית

■ נעמה בר שדה, פסיכולוגית קלינית בכירה

(מאייר, 1993) ואילו גאבארד (1992) מוסיף את האם הנעדרת כדמות רביעית.

המטופל חווה עצמו באמצעות כל הדמויות, והמטפל אמור להיות קשוב לכך. המטפל והמטופל יפתו האחד את השני כחלק מן התהליך של הקשר האינטימי. שניהם ימצאו עסוקים במידה זו או אחרת של מודעות, בטבע ההתעללות ובהבדלים בין פיתוי ממאיר למיטיב.

האינטראקציה שנוצרת בין הדמויות היא ייחודית, ובעלת גוונים שונים ומשתנים. כאשר השימוש בהגנות הניתוקיות (הדיסוציאטיביות) שכיח, המטפל והמטופל מיטלטלים מדמות מופנמת אחת לשנייה, כשהמגע ביניהן רופף עד לא קיים. ידוע, כי רבים משורדי הפגיעה המינית בונים בשקדנות הגנתית חזות של עצמי מתפקד, מסתגל, ומשתייך, אשר נבנה סביב גרעין של ילד חובל ונטוש.

ניתן לכנות את הפיצול בשמות שונים: "עצמי כוזב" (false self) ו"עצמי אמיתי" (true self) (ויניקוט), "עצמי סכיזואידי" (schizoid self) (פרברן 1940), או כפי שדיוויס ופרולי (1992) קוראות לו "עצמי בוגר" (adult-self), ו"עצמי ילדי" (child-self).

תפקידו של "העצמי הבוגר" לאפשר לשורד להתמודד עם העולם בהצלחה יחסית, ובו זמנית להגן ולשמר את הילד הפגוע (הוא ה"עצמי הילדי"), אשר מחפש עדיין הכרה, תיקוף ופיצוי.

בחלוקה סימבולית זו, דיוויס ופרולי מבקשות להמחיש, שטיפול בנפגעי תקיפה מינית הינו במהותו טיפול לשניים. טיפול עבור "המבוגר שנאבק להצליח, להשתייך, לקבל הכרה, ולבסוף לשכוח וטיפול עבור הילד, אשר ככל שהתהליך הטיפולי מתקדם, הוא מתאמץ להיזכר ולמצוא בתוכו קול אשר עמו ישמיע את הזעם שלו על העולם".

"העצמי-הילדי" המנותק הוא בעל מבנה אגו שונה, מערכת הגנות פרימיטיבית ורגישה יותר וסדרת זיכרונות מלאה וטעונה יותר, אשר הופכים למאגר עבור רגשות האשם, הבושה, והזעם המציף. כשמדובר בטיפול במתבגרים, אשר האני המבוגר שלהם טרם התפתח דיו, ניתן להתייחס לחלקים המתפקדים והבוגרים של המתבגר, כמייצגים את ה"עצמי המבוגר".

בקרב השורדים קיים לעיתים מאבק איתנים בין שני החלקים, כיוון שה"עצמי הילדי" חש שהמבוגר "מוכר" עצמו על ידי כך שהוא ממשיך חיינו כמבוגר.

ריבה ניסחה הרגשה זאת בצורה מדויקת "אני מרגישה זונה כשאני הולכת לעבודה ונאלצת לעשות דברים שאני לא מאמינה בהם או לא אוהבת אותם".

להימנות על המבוגרים אשר בגדו בה, זו עבודה הבגייה האולטימטיבית ב"עצמי הילדי" המיוסר שלה. בבריחה שלה מכל עיסוק שזיהה אותה עם עולם המבוגרים הבוגדני, היא שומרת על זיקה מתמדת עם ה"עצמי הילדי" והטראומה שחווה.

כשהיא מגיחה מידי פעם לעולם המבוגרים-דרך ניסיון למצוא עבודה או מפגש עם בן הזוג, ה"עצמי הילדי" הקנאי, לוחם את מלחמת הקיום שלו. בשיטות שהפנים מן ההורה המתעלל, הוא לא ייתן ל"עצמי המבוגר", או בשפה שלנו בחדר "לחלקים המחוברים לחיים" לחיות. וכך היא עוצרת את הפעילות הבוגרת,

"אם תראו לי תינוק, תראו לי בוודאי גם מישהי מטפלת בתינוק, או לפחות עגלת תינוק שעניים של מישהו נעוצות בה ואוזניים קשובות אליה. מה שאנו רואים הוא זוג טיפולי" (עמ' 88). באמירה מפורסמת זו ובתיאור משחק ה-spatula, ויניקוט מדגיש את ההדדיות שבזוג אם-תינוק. האם אינה נותנת אוכל לתינוק אלא מקבלת מן התינוק הזדמנות להאכיל אותו. אם כך, השימוש ב"אובייקט מתאפשר באמצעות החוויה של "ידיעה משותפת".

אינטראקציה דומה מתרחשת בטיפול. כאשר מדובר במתבגרים, קיים קושי ביצירת הזוג הטיפולי. ההיתכנות של הטיפול נתונה לחסדי רצונו המשתנה של המתבגר, או נכון יותר לחסדי היציבות הנפשית שלו. ככל שיהיה מבולבל וכאוטי יותר, כך יתקשה לקבל את ההתחייבות שלו להיות בטיפול.

המצב הופך למורכב עוד יותר, כאשר מדובר במתבגרים שהם גם נפגעי תקיפה מינית. המטופל מגיע אל היחסים הטיפוליים, בלב מלא חשדות וספקות, ועם הרגשה שאין ביטחון בעולם. הוא מתחיל את הטיפול עם יותר פחד ומתח מאשר מטופלים אחרים. חוויות החיים הטראומטיות העלו את המודעות שלו למצבי סכנה, והפכו אותו רגיש למצבים של קשר אינטימי.

בעבודה עם מתבגרים אלה, מועצמת האמביוולנציה סביב תלות-עצמאות, ומשליכה על הקושי ביצירת הברית הטיפולית. הקשר מאופיין בהתנדדות בין ביטוי של צרכי תלות עמוקים לפחד מהם, ולהתנהגות עצמאית עד כדי בוטות וניתוק. הדילמה של המטפל כמו גם של המטופל, היא עד כמה להתקרב או להתרחק, ועד כמה לשמור על גבולות ולתת אמון.

האינטראקציה בין המטלות ההתפתחותיות האופייניות לגיל, לבין ההשלכות הנובעות מן הטראומה, באה לידי ביטוי באופנים מגוונים. מתפתח לעיתים משבר נאמנויות, אשר מסכן את קיומו של הטיפול. יש והמטופל חש אשמה, וצורך בנקמה אשר מהול בקנאה. הוא חסר-סובלנות לתסכול וזקוק לסיפוק מידי של צרכיו. הוא גם פגיע נרציסטית נוכח אפשרות של נטישת הפוגע, או כל דמות שמסמלת אותו.

כשמדובר בגילוי עריות, או בחוויות-העדר הורים אחרות, אימת הנטישה גוברת. כל חוויה של התעללות הינה גם אות לכך שאחד ההורים נכשל בתפקידו כמגן.

ההזדקקות הנואשת לקשר, עלולה להקשות על הברית הטיפולית, להפוך את הציפיות לדרשניות ולחונקות, ולהשאיר את המטפל בתחושה שהוא לעולם "לא יהיה מספיק": לא מספיק מבין, לא מספיק אמפתי, לא מספיק קולע, ולא מספיק יודע. פשוט לא מספיק. וכאילו המצב אינו מסובך דיו, תיאורטיקנים שונים מסבים את תשומת הלב לכך, שברית טיפולית יש לכרות לא רק עם המטופל הנרצה, אלא עם "דמויות" נוספות שהן חלק בלתי נפרד ממנו. אפשר לדמות, אם כן, שבחדר הטיפול יושבות יותר משתי דמויות, ביניהן נרקמת ברית טיפולית.

יש האומרים כי מדובר בשלוש דמויות: המטופל, הדמות המופנמת שלו והמטפל (דיוויס ופרולי, 1994). אחרים מזהים את שלושת הדמויות בקורבן, המתעלל, והמציל האומניפוטנטי האידיאלי

<sup>1</sup> מתוך הרצאה שניתנה במכון סאמיט בספטמבר 2006.

ופוגעת בעצמה בכל אחת מן הדרכים ההרסניות המוכרות לה. יש לתת את הדעת לכך, ש"העצמי המבוגר" הוא זה שפנה לטיפול, בחר במטפל, ובמטרות הטיפוליות. זו אינה בחירתו של "העצמי הילדי", וגם לא מטרותיו. הוא עוין לחלק המבוגר שנחוה כבודגני, ונשמר מאוד מלתת אמון במטפל. כדי שיעז לתת לעצמו ביטוי, הוא נזקק להוכחות חוזרות ונשנות, שהפעם הוא ניצב מול מבוגר "אחר", כזה שניתן להסתכן ולתת בו אמון. גמיש ויצירתי דיו, כדי שיוכל להתאים עצמו לחלקים הילדיים והבוגרים כאחת. זה המקום להאיר אודות תפקידו של המבוגר בחיי הנפגע מינית. על אף שלא תמיד המבוגר הוא הפוגע הישיר, לעיתים קרובות הוא גם הפוגע. ככל שיהיה מנוכר, מכחיש, ומשתף פעולה פאסיבי, כך הקורבן יחווה טראומה כפולה ופגיעתו תגדל.

כאשר מדובר בפגיעות של גילוי עריות, גם אם הן פגיעות בין אחאים (57% מכלל הפגיעות המיניות (בר-שדה, 2006), תגובת המבוגרים היא קריטית. ישנם אלה שלא רואים, ויש אחרים שרואים אך לא מגנים – דוגמת אמה של גל, אשר אפשרה לבן זוגה לגעת מינית בבתה בנוכחותה, פעם אחר פעם. כשהפגיעות הן מחוץ למשפחה, הפוגעים לעיתים מוכרים, וההורים מנסים להשקיט את הסיפור, כיוון ש"לא נעים" לפגוע במשפחות הפוגעים או בפוגע עצמו.

גם כשמדובר בפגיעות של זרים מזדמנים, הנפגע לא חווה את הוריו כמגוננים בהכרח. יש והם מאשימים אותו "אמרתי לך לא ללכת לשם!" או מסרבים להגיש תלונה במטרה מחמת הבושה. כשהם כן פונים לעזרת החוק, אבל מחמיצים את הרגישויות של הילד הייחודי שלהם, עדיין יתכן שהקורבן יחווה סביבה שאינה מחזיקה (holding environment) (ויניקוט, 1960) או מכילה ביון, (1962), או יחווה "לקוי יסודי" (basic fault) מעצם הפגיעה בגיבוש העצמי (באלינט, 1968).

בשלב של בניית הברית הטיפולית, כאשר עדיין לא נרקמה היסטוריה משותפת לזוג הטיפול, המטופל שנפגע מינית תופס לעיתים את השקט של המטפל כהוכחה לאדישותו, לחוסר נגישותו ולדחייתו. הוא חווה למעשה תחושה של אי-קיום (nonbeing), המתבטאת בקרינות מלנכולית או בתחושת-מוות, שבאה בעקבות ההיזכרות בחוויה של היעדרות האם. אם זו לא עצרה את גילוי העריות, ולא עזרה באינטגרציה של הרגשות המציפים לכדי בניית תחושה של עצמי קוהיסיבי.

לעיתים, התקווה הלא-מודעת של נפגעות גילוי עריות היא לחוות את האיחוד עם האם הטובה שהחמיצו בילדותן, כך שתוכלנה לעמוד מול ההשפעה המכאיבה של התעללות האב, תוכלנה לעשות אינטגרציה שלה ולהמשיך בחייהן.

גבארד (1989) מקצין וטוען, כי אובייקט פוגע עדיף על פני אובייקט נעדר.

רונה מחזקת את דבריו. למרות פגיעתו הקשה ביותר של אביו, היעדרותה של אמה נחוות אצלה כטראומטית יותר, והיא נושאת עיניה לזיכרון או לידיעה מרפאים, המורים על כך שאמה לא ידעה ולא זנחה, "אני רק רוצה לראות את מבט עיניה, לדעת אם ידעה" (בר-שדה, 2006).

בדרך כלל המטפל אינו נשאר אדיש להתחבטויות, לכאב, למצוקה ולמשאלות אשר באים לידי ביטוי במהלך השלב של כינון הברית הטיפולית. ברגעים אלו יש והוא נזקק ליצירתיות שבתוכו, אשר בתנאים מסוימים עלולה להוביל לחציית גבולות המסגרת הטיפולית (setting), כפי שארע לפרנצי.

לאחר שפריד נטש את תיאורית הפיתוי ועבר לתיאורית המשאלות והפנטזיות האדיפאליות, פרנצי, שהיה בטוח כי הדגש על תפקיד הפנטזיה אינו נכון, הטיח לקלחת הפסיכואנליטית את האמירה החד משמעית, כי מדובר בפגיעה מינית ממשית. כתוצאה מכך, טען, המטפל צריך לספק לנפגעים את האהבה שההורים נכשלו לתת (פרנצי, 1933). הוא תירגם צורך זה בצורה קונקרטי, והברית הטיפולית שנבנתה עם מטופלותיו, כללה כידוע סימולציה מלאה לקשר ההורי. הוא נהג לחבק ולנשק את המטופלות, כאילו היה "אם אהבת שמוותרת על נוחותה שלה, וממלאת את משאלות המטופל והאימפולסים שלו בכל דרך אפשרית" (Grubrich-Simitis, 1986, p. 272, 1986, p. 272).

פרנצי תפס את המטופל כקורבן וכילד, אשר חסרה לו אהבה הורית, ולכן חשב שהמטפל צריך לאהוב אותו כהורה. אולם נראה, כי גישתו גם צמחה מתוך הצורך הנואש שלו עצמו באהבה. הוא גדל למשפחה מרובת ילדים, לאם קשה ועסוקה ולאב לא נגיש. ההזדהות שלו עם המטופלים אשר חוו טראומה על ידי הוריהם, הביאה לבלבול בין הצרכים שלו לאלו של המטופל. הוא קיווה כנראה לווסת את ההערכה העצמית שלו באמצעותם, עד כדי הקצנה שהתבטאה בכך שאפשר לארבע מטופלות לתת לו אנליזה הדדית.

אין ספק, שתרומתו של פרנצי לתחום של הטיפול בטראומה המינית, היא בעלת ערך שלא יסולא ומגולמת במאמרו היפהפה "בלבול השפות בין המבוגרים לילד: שפת הרוח ושפת התשוקה" (פרנצי, 1933). אולם המטופלות שילמו מחיר יקר בגין אפיונה של ברית טיפולית זו.

במצבים כאלה אמורה להישאל השאלה האם משמעות הברית הטיפולית היא נתינת תשומת לב ומסירות, שהיו חסרים למטופל במקור, או שמא כאשר המטפל הופך למטרה קבועה לפגיעה ולדרשנות הרסנית ויכול למצוא עצמו בעמדה של כניעה מזוכיסטית מול המטופל, הם לא נמצאים עוד בשדה של הברית הטיפולית אלא במקום של הגילום מחדש (reenactment)<sup>2</sup>.

כבר בתחילת הטיפול ניתן לפגוש לעיתים קרובות את החלק המתעלל בתוך הפרסונה של הילד, כיוון שההזדהות עם החלק המתעלל של ההורה, הינה הישרדותית. הוא הופך בכך את הטראומה הפאסיבית לאקטיבית, ונותן לעולם סיבה טובה לכעוס עליו. עתה הוא רואה עצמו אחראי להתעללות שלו (דייויס ופרולי, 1992). אולם לצד ההזדהות הוא נאבק עם הכוחות הסאדיסטיים, מעבד את חוויות הזעם הרצחני וחלומות הנקמה, ומתמודד עם חוסר האונים הממית והפחד מיחסי הזיקה (attachment).

ברגעים אלו יכולתו של המטפל לגייס גמישות ויצירתיות מבוקרות הינה קריטית. התנהלות ספונטאנית של הטיפול, תאפשר זרימה בנתיבים בלתי צפויים, גורס יאלום (2002). המטפל אמור לשאוף

<sup>2</sup> גילום (enacting)-ביטוי המאחד בתוכו שני מובנים: acting-out מטופל אשר מציג את יחסו למטפל מבלי לדבר על כך, למשל אחר לפגישה. acting-in מטופל אשר מבטא ביחסו למטפל את יחסו כלפי מי או מה שעליו הוא מדבר: כועס על המטפל, כי כועס על אשתו עליה מדבר (הדר, 2001, עמ' 55).

ליצור "טיפול חדש לכל מטופל ומטופל", ולהימנע לארוז את הטיפול ב"חבילה אחידה" (עמ' 52).

כיוון שהחשיבה של הנפגעים (וגם הפוגעים) היא חשיבה אידיאליסטית, לא-רציונאלית ולפעמים כמעט פסיכוטית, היא מחייבת מהמטפל התייחסות ייחודית והקשבה ביוניברסלית: "השלך את זיכרוןך, היפטר מזמן עתיד של תשוקתך; שכח את שני הדברים, גם את מה שידעת וגם את מה שאתה חפץ בו, כדי לפנות מקום לרעיון חדש. מחשבה, רעיון לא הגוי, מרחפים להם בחלל החדר ומחפשים בית. אולי מצוי בין הללו רעיון משלך שנראה עולה מתוכך, או רעיון שבא מבחוץ לך, היינו- מן המטופל" (ביון, 1980, עמ' 206).

אולם בעבודה הייחודית עם נפגעי טראומה מינית, המטפל אשר מגלה בעצמו רצון וצורך להיות "אחר" עבור המטופל, לא תמיד יודע אם פרץ הגמישות והיצירתיות שלו, אינו אלא שיחזור של סיטואציית הניצול והקצקוק המוחלט של הגבולות.

מנגד לגמישות וליצירתיות החיוניות, עלולה לעמוד עבודה סכמאטית אשר טמונה בה סכנה לשחזור ההתעללות (abuse), שהתרחשה גם בגין חוסר ההקשבה וההיעדרות. הכוונה לחוסר ההקשבה שאפשרה לאב, באמצעות תהליכים דיסוציאטיביים, לא לראות ולא להקשיב למצוקתה של בתו. להתעלמות, אשר אפשרה לפדופיל או לאנס ה"נורמטיבי", המנהל אורח חיים כללי מוסרי ותורם לחברה, לפגוע בילדים או בבוגרים. חוסר הקשבה כזה יכול לבוא לידי ביטוי בטיפול באמצעות התמסרות לחשיבה שבלונית, דוגמת: 'כל הקורבנות חוו ברגע מסוים הנאה מינית – הם פשוט מכחישים את זה', או, 'כל הקורבנות תרמו במשהו להיווצרות הטראומה, רק צריך לאפשר להם לראות את החלק שלהם', 'כל הקורבנות חשים אשמה'.

ידוע, כי יש נטייה להיצמד לסכמאטי ולבטוח כאשר נתקלים בֶּאֱוֹס, ובוודאי בזה המתעורר בעקבות הפגיעה המינית. הוא מבחיל, ויש מגמה לנסות להזדרז ולעשות בו סדר. אחת הדרכים לכך היא להשתמש בֶּיֶדַע ברור וחד משמעי. אולם ידע זה עלול לגרום להשלטת סדר שרירותית, אשר תביא לדחייה או לטראומה נוספת. כיוון שבשרירותיות יש משום כפייה על המטופל, והליך שאינו מותאם לצרכיו ולמבנה הנפשי שלו, היא עלולה להחוות כטראומה נשנית.

אני מזכרת בחוסר נוחות ואף למעלה מכך, בחלחול ממאיר של חוויות ההתנסות ממקרים טיפוליים אחרים אשר הייתה משולבת ברושם מן המפגש עם חומר עיוני חד-משמעי. המאמרים שהכרתי, הצביעו על חשיפה ועימות עם מגלה העריות או עם בני המשפחה, כתנאי להחלמה מן הטראומה. הניסיון הטיפולי בליווי של תהליך החשיפה, הצביעו לאותו כיוון.

בעקבות כך, כשיעל השתעשעה בֶּפִּנְטִיזָה לחשוף את סודה ולהתעמת עם הפוגעים בה, הצעתי לה את עזרתי בֶּתְהַלִּיךְ, אם וכאשר תבחר בו (מעורבות שמאוד מקובלת במקרי חשיפה). בדיעבד קלטתי את ההיבט ההשאתי (סוגסטיבילי) שהיה טמון במסר שלי.

הקדשנו פגישות רבות לנושא. היא הביאה את רצונותיה, הפנטזיות שלה, הפחדים וכיו"ב. היא בחרה לעבור את התהליך באופן מורכב במיוחד מבחינה טכנית וארגונית. בדיעבד הבנתי, כי היה בכך ביטוי נוסף לאמביוולנציה שלה. כשעה לפני מועד המפגש היא הודיעה לי על ביטולו, עקב מחלת אמה.

לכאורה מדובר במהתלת-גורל אכזרית. אולם אפשר להניח, שיעל שידרה לאמה באופן לא מודע את מטרת הפגישה. האם הגיבה כהרגלה באקט היסטרי, והמשיכה לשלוט בכך על מהלך חייה של יעל.

יעל נמנעה בכך מעימות, שהיה עלול להיות טראומטי במיוחד לאור הדינאמיקה המשפחתית הפתולוגית. שוב שוחזרה הדינאמיקה שבה יעל חסרת אונים, והאם רבת כוח ומתעללת.

אינני יכולה שלא להרהר בתסריטים חלופיים אפשריים אלמלא הצעתי את השתתפותי.

האם המשאלה שלי להקל על מצוקתה גרמה לי להיתלות לשם כך בֶּיֶדַע מוצק? וזרזה אצל יעל תהליכים שעדיין לא הייתה בשלה אליהם?

מרגע שהחץ נשלח, רעל השרירותיות המוכר לנפגעי תקיפה מינית חלחל, והתחבר למטען קודם של חוויות דומות. הוא נהיה מוכר ושייך, עד כדי קושי לוותר עליו או להתנגד לו. הונעתי, אם כך, מכוח התיאוריה והניסיון הקליני, שהתברר כמנותקים מן הצרכים הייחודיים של יעל, והפעלתי בכך דינאמיקה של כפייה פולשנית.

לקח מכאבי וצורב לא פחות למדתי בהקשר זה גם מדורית הצנזמה והחיוורת, אשר נראתה לי באחד הימים כ"סמל הבריאות". לחייה סמוקות וחיוך שפוף על פניה. זה היה מחזה נדיר בחדר, אפילו שזו הייתה תקופה בה הייתה עסוקה פחות בדיאטה, פחות דיכאונית ואובדנית, ויותר מחוברת לחיים.

מתוך המאבק שלי להיצמד עבורה בכל הכוח לחיים ולתקווה, התפעלתי בתוכי מן המראה שלה, ובררתי איך היא מרגישה. היא ענתה לי "בסדר". לא התאפקתי ואמרתי במאור פנים מאופק "הלוואי שתרגישי כמו שאת נראית. מלאת חיות".

דורית ענתה בחיוך – ספק נבוך, ספק רוצה להביך: "אני לא רוצה לקלקל לך את המצב רוח, אבל **הוא** [הפוגע] נורא אהב שאני נראית ככה. הוא היה אומר לי שאני נראית כמו אחרי אורגזמה".

היא השאירה אותי כשנשימתי נעתקת. איך זה שהפוגע לא השאיר אצלה שום מקום בתולי, זך ונקי...

הרגשתי שהוכנסתי למקום של המתעלל, וחשתי כאב על כך שהטראומה נמצאת בכל נים מנימי חייה. הבנתי פעם נוספת, כי כאשר מדובר בנפגעי תקיפה מינית – לא ניתן להתייחס לדבר, טריוויאלי ככל שיראה, כאל טבעי ומובן מאליו.

ניתן לשאול מה המיוחד בכך? הרי כל מטופל זקוק למטפל שיהיה רגיש, גמיש ויצירתי. ואכן כך. אולם בתוך הסיטואציה הטראומטית עצמה מובנית בעייתיות שנוגעת בגבולות ובשימוש לרעה של הגמישות. אקט התקיפה המינית נע מהעדר מוחלט של גמישות, לגמישות-יתר, שמתבטאת בהפרה בוטה של הגבולות. כשהקורבן מתחנן אל הפוגע, הוא בדרך כלל לא נענה. התוקף כמו מוכה אמוק, מכוון על "טייס אוטומטי", פר זועם בזירת שוורים, שועט לעבר מטרתו ובנוקשות קיצונית לא רואה ולא שועה לכל רמז או סימן של מצוקת הקורבן. הוא לא מאפשר לעצמו לקלוט מידע כלשהו שעלול לפגוע במשאלתו לסיפוק. הפוגע מתאים את המציאות לצרכיו, ומגמיש אותה עד שהוא מאמין, למשל, כי אונס בתו משרת את צרכיה.

בהקשר זה זכור לי משה, אשר אמר בְּמפגש הקבוצתי: "כך היא תקבל ניסיון ותדע איך לנהוג בבו זוגה".

תגובות חברי הקבוצה, כולם עברייני-מין, הייתה מדהימה לא פחות מתגובתו שלו. אף אחד מהם לא יכול היה לעכל את אמירתו וכולם גינו אותה, כולל יוסף שפגע בבתו הקטנה. מאידך, לכל אחד מהם הייתה רציונאליזציה משלו, מדוע מעשיו שלו לא באמת פגעו בקורבנותיו.

יוסף, למשל, אמר: אבל "רק החדרתי לה בעדינות אצבעות ובחיים לא הייתי פוגע בה ושוכב איתה!".

רון ניסה לשכנע את עצמו ואת הקבוצה ש"הילדה הייתה רטובה והעיניים שלה ברקו, וכל אלו סימנים לכך שניעים לה. חוץ מזה, היא בכלל לא פחדה! עובדה, היא לא צעקה".

ואילו דוד האקצהביציוניסט ממשיך שנים בניסיונותיו לשכנע אותי: "אני אומר לך שהן מחפשות אותי! אני נעמד עם הגב אליהן, והן מיוזמותן מתקרבות אלי ומצחקקות. הן סקרניות ורוצות לראות, ובכלל, אני לא מבין איזה נזק יכול להיגרם להן!".

כשהקורבן נתקל בְּנוקשות של המתעלל, ובנחישות הבלתי מתפשרת שלו לפגוע, אין לו ברירה אלא לגייס לעזרתו הגנות נוקשות כמו ניתוק (דיסוציאציה), הכחשה והדחקה בעזרתן הוא שורד את הטראומה.

אל מול דרכי הפעולה וההתמודדות של הפוגעים, אשר מותחות את מושג הגמישות עד לעיוותו המוחלט, ניתנת ההזדמנות למטופל לחוות ביצירת הברית הטיפולית ובְּתהליך הטיפול מהי "גמישות מרפאת".

כשיש באפשרות המטפל, להפעיל גמישות באופן יצירתי ומאוזן, תוך הקפדה על הנמקה מקצועית ושמירה על גבולות הולמים, היא הופכת להיות לְנכס חיוני בְּטיפול בנפגעי תקיפה מינית.

לוטם, שמרה כל השנים על טראומת גילוי העריות בְּניתוק (דיסוציאציה) חלקי, בְּמידה אשר אפשרה לה לתפקד בחיי היום יום באופן יוצא דופן. סמוך לשלב בו התחילה לגעת בטיפול בְּחוויית הטראומטיות, התלוננה שאיננה מעיזה לפתוח את הדברים מתוך חשש שלא תוכל לעמוד בְּסיומ השרירותי של השעה, כשהיא פצועה רגשית וכואבת. שינינו את החוזה הטיפול, ולאורך תקופה ארוכה המפגשים שלה התפרשו ללא מגבלת זמן.

העייפות וההתשה של שתינו, תחמו את הזמן בפועל, ללא יותר משעתיים ורבע. לוטם הייתה זו שקבעה מתי הפגישה תסתיים. הרגשתי שבתוך החוויה של חוסר השליטה שְבִשחזור הטראומה, היא זקוקה לתחושה של שליטה. בנוסף היה ברור גם לה וגם לי, שהזמן הקונקרטי, אינו אלא ביטוי לצורך שלה להרגיש לראשונה בחייה שמתייחסים אליה באופן מועדף וייחודי ושיש מי שמכוון עצמו לצרכים המדויקים שלה הכוללים, בין השאר, זמן חימום ארוך וצורך בהכלה באופן כמעט בלתי מוגבל. כיוון שפגיעתה הייתה ככל הנראה טרום התפתחות השפה, לא ניתן היה להישאר במילים בלבד, והחוויה הקונקרטית הייתה חיונית.

בהדרגה, ככל שגברו ביטחונה בי ויכולתה להכיל את עצמה ואת כאבה, הפגישות הפכו למתוחמות יותר, עד שהגיעו לְנוסחא השגרתית של 50 דקות, שסיומן מוכתב על ידי המטפל. קצב השינוי במסגרת הטיפולית (setting) הוכתב על ידה. בכל פעם שהייתה מוכנה לצעד נוסף, שנגס בחליפה המיוחדת שנתפרה לפי מידותיה, תפרנו יחד חליפה חדשה מוסכמת על שתינו, אשר

מתקרבת יותר לְחליפה שתואמת אדם מבוגר ומתפקד. לפני המעבר למסגרת טיפולית רגילה, החזרתי את ה'מושכות' לידי, והצעתי-אמרתי שהגיע הזמן לעבור לפגישות של 50 דקות. היא מחתה על כך בעדינות, אולם היה ברור שכבר אינה מאוימת שמא אנצל לרעה את שליטתי במצב. בשלב זה כבר יכולתי לפרש את התהליך שעברנו. בהמשך אף העזתי להעביר את אחת הפגישות ליום אחר. עדיין, למרות שחלפו מעל לארבע שנים אני מקפידה, שהפגישות איתה תתקיימנה בסופו של יום עבודה כדי לאפשר במקרה של גרסיה, או של צורך נקודתי, להרחיב את מסגרת זמן הפגישה.

למרות שחלק מן המטופלים שעמם אני עובדת, מגיעים עם סיפור חיים דומה, החוזה הטיפולי עם לוטם היה ייחודי, גם עבורי. דווקא הערות לְהבדלים בין הסיפורים, מאפשרת להפעיל גמישות אינטואיטיבית, אשר מגובה בחשיבה תיאורטית ובדיקה של ההעברה הנגדית. ערנות זו מאפשרת "התאמה אקטיבית טוטאלית" (total active adaptation), אשר נמשכת כל זמן שיש בה צורך, עד למעבר אל "דה-התאמה" (de-adaptation) הדרגתית (ויניקוט, 1952), כמו זה המומחש בסיפורה של לוטם באמצעות תהליך הנגיסה בחליפה המיוחדת. אכן מבחינתה של לוטם, ההתערבות שתוארה אפשרה לה התמודדות עם החרדה, וחוויה של קומפנסטיות שהובילה לצמיחה.

יאלום (2002), מתאר שורה של אנקדוטות טיפוליות, שיעיקן העזה שלו להאזין לצרכי המטופל ולחרוג לשם כך מן המסגרת הטיפולית האנליטית. באחד המקרים נהג לקבוע פגישה נוספת בכל פעם שהמטופלת התפרצה עליו בזעם, התעניין טלפונית כשמטופל אחר נמצא במצוקה, או נוכח באחת מן ההופעות של מטופלת אומנית.

פרלמן (1993), פסיכואנליטיקאי אמריקאי אשר עובד עם נפגעות תקיפה מינית, מתאר את המסגרת הטיפולית המיוחדת, שבנה עבור אן, כדי שתוכל להפנים את המסוגלות שלו להיות בעבורה זולת עצמי. בשלב הראשון של הטיפול, כאשר אן חוותה את פרידת סוף השבוע ממנו כארוכה מדי ובלתי נסבלת, היה נוהג לקיים עמה פגישות טלפוניות ומגיעים טלפונים קצרים. אם חוותה את חופשותיו כארוכות מדי, הוא השתמש בפגישות טלפוניות, בשיחות טלפוניות קצרות ובגלויות. כששאלה לאן הוא נוסע לחופשה, בקש ממנה תחילה אסוציאציות, ואח"כ נתן לה את המידע, כדי לאפשר לה לפנטז שהיא נמצאת איתו בטיול. במהלך פגישות מכאיבות, היה נותן לה חפץ קטן שתחזיק בו, ואשר שימש בעבורה כאובייקט מעבר.

המתמחה בטיפול בנפגעי תקיפה מינית נמצא במקום שבין המודעות לצורך בגמישות ויצירתיות ביצירת הברית הטיפולית ובעבודה הטיפולית, לבין עמידה על המשמר שלא להיכנס לנוקשות, הצמצמות, סטריאוטיפיות, או דוגמאיות. ראיית המטופל רק כפוסט-טראומטי, עלולה להביא להתקבעות על הטראומה, מבלי שתניתן ההזדמנות לעבוד על היבטים אחרים של אישיות המטופל, ולאפשר לו לצאת מן המצב הפוסט-טראומטי. הספיראליות שבעבודה על הטראומה מאפשרת בו זמנית נגיעה בטראומה בכל פעם ממקום אחר, אך גם נגיעה בְּקונפליקטים ובתכנים אחרים, אשר יאפשרו לזוג הטיפולי להתחבר לְגוונים הייחודיים של המטופל.

Gabbard, G. O. (1989a), **Sexual Exploitation in Professional Relationships**. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G.O. (1992). Commentary on "Dissociative Processes and Transference-Countertransf... **Psychoanal. Dial.**, 2:37-47.

Grubrich-Simitis, I. (1986), Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. **Int. R. Psycho-Anal.**, 12: 259-277.

Mayer, A. (1993). **Incest. Avoiding The Rescuer's Trap" With Teenage Victims**. Learning Publications Inc. Florida.

Perlman, S. D. (1993). Unlocking Incest Memories. Preoedipal Transference, Countertransference, and the Body. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis**, 21:363-386

Winnicott, D.W. (1947). Hate in the countertransference. In: **The Maturation Processes and the Facilitating Environment**. Hogarth Press, 1965.

Winnicott, D.W. (1952). Anxiety associated with insecurity. In: **Through pediatrics to psychoanalysis**, pp. 97-100. London: Hogarth Institute of Psycho-Analysis, 1975.

Winnicott, D. W. (1960), The theory of the parent-infant relationship. The Maturation Processes and the Facilitating Environment. New York: International Universities Press, 1965, pp. 37-55. In: James S. Grotstein. (1992). **Commentary on "Dissociative Processes and Transference-Countertransference Paradigms ..."** by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. **Psychoanalytic Dialogues**, 2:61-76.

© כל הזכויות שמורות

ברית טיפולית ייחודית זו מתבטאת בהכלה של המטפל, במסירות ובאמפתיה, משולבים בנוכחות ובתמיכה כשעולים זיכרונות קשים, ובגמישות בתקופות של רגרסיה ודיסאורגניזציה. לצד כל אלה, מתחייבת גם נחישות המטפל להבין יחד עם המטופל את אשר הוא עובר, לשים לו גבולות ולסרב לדרישות בלתי הגיוניות. המטופל אשר חווה לראשונה מאז הטראומה הגנה אשר תואמת את צרכיו הייחודיים, יכול לחוות את התחושה הנכספת של הביטחון הקיומי אשר נגזל ממנו עקב הטראומה.

## ביבליוגרפיה:

בר-שדה נ., (2006). גילוי עריות בקרב אחאים-הטראומה ההורית. **פסיכו-אקטואליה**, רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, תל-אביב.

הדר, א., (2001). **השיח הטיפולי: פסיכותרפיה אנליטית כתהליך תקשורתי**. דביר, גני-אביב.

יאלום, א., (2002). **מתנת התרפיה**, כנרת.

פרנצי, ש., (1933). **בלבול השפות בין המבוגרים לילד**. עם עובד, ת"א (2003).  
קייסמנט, פ. (1985) ללמוד מן המטופל. דביר, ת"א, 1988.

Balint, M. (1968), *The Basic Fault*. London: Tavistock.  
IN: James S. Grotstein. (1992). Commentary on "Dissociative Processes and Transference-Countertransference Paradigms" ... by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. **Psychoanalytic Dialogues**, 2:61-76.

Bion, W.R. (1980). *Bion in new york and Sao Paulo*. Ed. F. Bion. Perthshire: Clunie Press. In:.

Davies, M.J., & Frawley, M.G., (1992). Dissociative Processes and Transference-Countertransference Paradigms in the Psychoanalytically Oriented Treatment of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. **Psychoanalytic Dialogues**, 2:5-3.

Davies, J. M. & Frawley, M. G. (1994), **Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse**. New York: Basic Books.

Fairbairn, W.R.D. (1940), **Schizoid factors in the personality**. In: **Psychoanalytic Studies of the Personality**. London: Routledge & Kegan Paul, 1952, pp. 3-27

# "...ואהבת לרעך כמוך..." גם בטיפול

■ יששכר עשת M.A., בסיוע מרב אושר M.A.<sup>2</sup>

## א. מבוא

מאמר זה דן בשאלת האפשרות להשלים ולחזק את התהליך הטיפולי בתגובות פרו-חברתיות בעלות ערך מוסרי. על פי ברון ובירון (1) התנהגות פרו-חברתית היא כל פעולה רצונית לטובת הזולת שאינה נעשית בציפייה לגמול מיידית ומוחשי. בתרבות היהודית מדובר בפעולה של "גמילות חסד" שבה אדם עושה למען האחר, לפעמים אפילו ללא ידיעת האחר כ"מתן בסתר". במסגרת הטיפול הפסיכו-סוציאלי מדובר בתגובות שאינן על פי המרכיב העסקי של החוזה הטיפולי. על פי מרגלית ועשת (2) המרכיב העסקי בחוזה הטיפולי מגדיר את מסגרת השירות שנותן המטפל למטופל. מסגרת השירות כוללת את מחיר הטיפול, משך ותדירות הטיפול ושירותים נלווים מעבר לשעה הטיפולית. חלק מסעיפי ההסכם נובעים ישירות מכללי האתיקה המקצועית. מה יעשה מטפל ברגעים שבהם הוא אינו מחויב על פי סעיפי "החוזה"? מה תעשה מטפלת כאשר מטופל נקלע למצוקה כלכלית ממשית, בריאותית או חברתית ומבקש הנחה בתשלום, מפסיק טיפול כי אין לו אפשרות לממן את הטיפול, או מבקש לשוחח עם המטפלת בטלפון מעבר לשעת הטיפול? איך יגיב מטפל ברגע שיווד גשם ולמטופלת אין מטריה, או כשמטופלת מגיעה לטיפול מזיעה ביום חם? איך ינהג מטפל כשקרוב ממשפחת המטופל ניפטר, או כאשר אסון פוקד את אחד מבני משפחתו של מטופל? ברגע זה המטופל מביע צורך, או נזקקות אמיתית באמצעות בקשה גלויה או מרומזת. בקשה זו אינה כלולה במרכיב העסקי של חוזה הטיפול.

כאשר מטופל מבקש או רומז על קושי מעשי ומטפל מסרב להיענות לבקשה, או כאשר מטפלת מתעלמת מצורך מעשי של המטופל, המטופל עלול להביע אי שביעות רצון באופן מילולי או התנהגותי, ישיר או מרומז. מטופלת עלולה להביע אי נחת מהתנהגות המטפל שאולי נובעת לדעתה מנוקשות, חוסר רגישות, חוסר צדק ואי התחשבות מצידו. יש מטופלים המגיבים בביטול פגישות, איחורים ויש כאלה שאף נוטשים את הטיפול. מאמרים שפורסמו בנושא זה מציעים, כי ברגעים אלו, שוררת תחושה של חוסר נחת בקרב מטופלים ומטופלים כאחד. לדוגמה, בנושא גובה תעריף הטיפול מעלה ברמן (3) בסיום מאמרו שאלה מוסרית, איך ראוי למטפל העצמאי לנהוג בעניין גביית תשלום עבור פגישות שבוטלו? "בתחומים רבים יכול איש המקצוע לבחור בין הכנסות קבועות אך צנועות כשכיר, לבין הכנסות גבוהות אך בלתי עקביות כעצמאי. מדוע חייב האנליטיקאי או הפסיכותרפיסט ליהנות משני העולמות?" במאמר אחר שואל ברמן (4) שאלה מוסרית אחרת, מה ראוי לעשות בעניין העלאת תעריף הטיפול? הוא מתאר במאמרו רגשות אפשריים של המטפל והמטופל בנושא שינוי תעריף הטיפול: "מצד אחד של המטפל שחש שהתעריף הקיים נמוך מדי וגורם לו עוול ומצד שני, של המטופל שחוה העלאה כנצלנית ופוגעת." במאמר אחר, שפיר (5) מתייחס

לשאלה מוסרית שיש לה השפעה כלכלית הן על המטפל והן על המטופל: מה ראוי לעשות כאשר המטפל מרגיש שהטיפול הסתיים? "סיום טיפול היה אפשרי גם קודם, אילו היה המטפל מתמודד עם שאלה לא נוחה זו בצורה מקצועית ואתית. לצערי, המצב בו המנגנון הטיפולי נרתם לשירות הצרכים של המטפל, באופן שמתעלם מחלקים במציאות הוא שכיח למדי." במחקרים רבים כמו אצל פרמלי (6) וניוסם אדמס וחברים (7), נמצא כי ברגעי נזקקות אנשים חווים מבוכה וירידה בערך עצמי ויתקשו לבקש סיוע. ברגעי נזקקות מעשית, יש שירגישו ש"מגיע להם" ויצפו להתחשבות במצבם המיוחד. מולם יתכן ותתייצב מטפלת שתראה בכך הזדמנות להיות נדיבה, או להיפך היא עלולה להרגיש מנוצלת. ערכי מוסר מתנגשים כאן. ערך העצמאות של להתמודד ולהיאבק לבד, עומד מול ערך החשיבות של בקשת עזרה בעת הצורך ושל גמילות חסד. המטפל נקרא כאן גם להתייחסות ערכית מוסרית.

ברגע הנזקקות המעשית נפתחת אפשרות להתייחסות אינטר-סובייקטיבית. סטולרו וחברים (8) מציעים לנו לראות את היחסים הטיפוליים, כיחסים שאינם בהם ניטרליות מלאה. המטפל חושף עצמו באופן לא רצוני כלפי המטופל והשאלה החשובה היא שאלת הערך הטיפולי שיש לחשיפה זו במהלך הקשר הטיפולי. רגע הנזקקות המעשית של המטופל, הוא אחת הזדמנויות לחשיפה רגשית וחשיפה של אמונות המטפל בהקשר של התמודדות, עצמאות, תלות, קבלת עזרה, חולשה ועוד.

במאמר זה תוצג דרך התייחסות לרגעי נזקקות מעשית של מטופל. דרך זו משלבת בין התערבויות טיפוליות לבין התנהגות מוסרית פרו-חברתית. המאמר גם עוקב אחרי שלבי התהליך הבין אישי המומלץ בספר ויקרא פרק י"ט שמוליך למערך נפשי של "... ואהבת לרעך כמוך": (יז) לא תשנא את אחיך בלבבך, הוכח תוכיח את עמיתך ולא תשא עליו חטא. (יח) לא תיקום ולא תיטור את בני עמך ואהבת לרעך כמוך אני ה'.

אחרי המבוא, בחלק השני של המאמר יוצגו מתוך הספרות הטיפולית שיקולים טיפוליים המתאימים לרגעי נזקקות מעשית של המטופל ושמתמשים את הציווי "לא תשנא את אחיך בלבבך..." בהמשך החלק השני, יוצגו שיקולים מוסריים להתנהגות פרו-חברתית שהיא בעצם "גמילות חסד", תוך כדי מודעות למינון הנכון של "...הוכח תוכיח את עמיתך..." בחלק השלישי יוצג טיפול באישה שנזקקה לניחום אבלים מפסיכולוג שנאבק בערכיו כדי ש"לא תשא עליו חטא". הדיון בחלק הרביעי ידגיש את השילוב בין שיקולים טיפוליים ושיקולים מוסריים שסייעו למטפל להגיע למערך נפשי המומלץ המצווה עלינו ש"לא תיקום ולא תיטור..." בסיום המאמר יובאו עקרונות למצע רגשי, מוסרי, חברתי, המבוסס על הקוד האתי של הפסיכולוג בדבר אחריות חברתית (9). עקרונות אלו עשויים אולי להביא את המטפל לחוש יותר "...ואהבת לרעך כמוך..." ובכך לתרום בלשון הקוד האתי "לצמצום הסבל האנושי".

\*לתגובות [isheset@bezeqint.net](mailto:isheset@bezeqint.net)

<sup>1</sup> יששכר עשת, פסיכולוג קליני, מדריך בטיפול משפחתי, מנחה בתוכנית של דר' יאיר כספי, פסיכולוגיה ביהדות. מדריך ומורה במחלקה לרפואת משפחה בטכניון חיפה. מחפש לחבר בין פסיכולוגיה כמדע מגובה מחקר רפואי ואמונות, תרבות וערכי מוסר.  
<sup>2</sup> מרב אושר עו"ס פסיכותרפיסטית ומדריכה, מכון ה.ל.כ.ה חיפה וקליניקה פרטית.

## ב. ברגעי הבקשה המעשית.

### ב1 שיקולים טיפוליים, "לא תשנא את אחיך בלבבך..."

**Wishes and Needs:** ברגע נזקקות מעשי של מטופל, עולה שאלת האבחנה הטיפולית בין wish – משאלה ל- need – צורך ממשי, כלומר האם מדובר באמת בצורך ממשי או במשאלת לב לא ריאלית הנובעת מחסכים רגשיים? יש מחברים המציעים לאפשר ולתת מענה חיובי לשניהם. מיטשל למשל, כפי שמצטט גהנט (10), טוען כי לא ניתן לעשות אבחנה בין משאלות וצרכים. לטענתו, ההחלטה אם להגיב לבקשה ודרישה של המטופל מתרחשת כתוצאה מתהליך אינטואיטיבי ברמת ההעברה הנגדית. לדבריו, מתן אפשרות להבעת משאלות מצד המטופל, יוצרת אווירה בונה ופתוחה בטיפול. גהנט בעקבות בלינט טוען, כי ברגע שמזהים צורך ממשי ונענים לו תהליכי הריפוי נמשכים ולא נעצרים.

**Acting-out:** ברגעי הנזקקות יכולה המטפלת לשקול אם אין כאן ביטוי של Acting-out הקשורה למהלכים הטיפוליים. אשל (11) טוענת שהתנהגות Acting-out מבטאת מהלך המתרחש בין המטפל למטופל וכולל גם אינטראקציות עדינות ולא רק חריגות ותוקפניות. גורל ביטויי ה Acting-out מקבע במידה רבה על ידי יכולת המטפל לעמוד בו, למרות הקושי ולגלות את משמעותו. תגובות המטפל עשויות להעביר התנהגות זו, בעיקר אם היא מציפה לתחום התקשורת. בעקבות מחשבות אלו מציעים אושר ועשת (12), לראות בהתנהגות של Acting-out בין השאר גם זעקת המעמקים הנשכחים, המחפשת את דרכה אל ליבו של האחר הקרוב.

**אמפטיה:** ברגעי הנזקקות יכול המטפל לשקול להגיב באופן אמפטי. אמפטיה מוגדרת לפי רוזנהיים (13) שסקר ספרות בנושא, "כהתנסות חווייתית שבה אדם פתוח ורגיש למתחולל בעולמו הרגשי-הנעתי של האחר. בקצרה, להרגיש אותו ולהרגיש איתו." קוהוט (14), רואה באמפטיה כאמצעי המרכזי להבנת הזולת ולחויית "חוויה הקרובה להתנסות" – Near Experience. גריף והוגאן (15) מביאים מחקרים המצביעים על קשרים חברתיים שמתהדקים באמצעות אמפטיה. לטענתם, בין השאר משום שיש באמפטיה ראית האחר בממד המוסרי.

**העברה והעברה נגדית:** רגע הנזקקות יכול להיות מפורש גם ברמת תהליכי העברה והעברה נגדית. תהליכים אלו עברו שינויים תפיסתיים מרחיקי לכת מאז פרויד. יאנג (16) למשל טוען, כי ההיסטוריה של רעיון ההעברה הנגדית, מצביעה על צמצום הפער המרחבי בין המטפל למטופל. ההעברה הנגדית היא בסיס לעבודה הטיפולית ובסיס לכל מערכות יחסים בין בני אדם. זאת מכיוון שכל תקשורת משמעותית בין אנשים, מבוססת על תגובות מעומק רגשותינו והמרחב בין האנשים במפגש מתמלא בהתאם לתגובות שאנו מעוררים בזולת. קוטלר (17) מסיק מתוך רעיונות אלו, שעל מנת לזהות תהליכי ההעברה אצל המטופל, על המטפל לחקור את תהליכי העברה נגדית של עצמו. זאת על מנת ללמוד כיצד הוא מעוות בתפיסתו את רגשות המטופל. במילים אחרות, תחילת תהליך זהו קושי רגשי אצל המטופל ברגעי נזקקות – מתחיל מן המטפל.

**תסכול מיטיב ותגובה מיטיבה:** אדם נזקק חייב שתהיה לו את היכולת לבקש עזרה ובמקביל גם את היכולת להתמודד עם קשייו האישיים ללא תמיכת אחר. על פי קוהוט (18), על מנת לפתח שתי יכולות אלו, המטפל יכול ליצור במצב הנזקקות "תסכול

מיטיב" – Optimal Frustration. המטפל יגיב כלפי המטופל באופן המשלב אמפטיה, ביחד עם צמצום תגובה תומכת. כך לדבריו, מטופל אמור להרגיש שהוא מובן באופן העמוק ביותר. באופן דומה בקל (19, 20) מציע לשים דגש על "תגובה מיטיבה" – optimal responsiveness שיש בה את המינון הנכון של תמיכה ועידוד להתמודדות באמצעות שלוב בין אמפטיה ואי הענות מלאה לצורך הממשי שעולה בטיפול. בקל מציע לא לשכוח כי בטיפול יש לא רק תובנות ופרשנות, אלא גם יחסים בין אישיים שאינם טיפוליים. לטענתו, המטפל אמור ליצור תהליך של מעבר הדרגתי מאמפטיה, לעימות עם אי היענות מלאה לצרכי המטופל. "מעשה החסד" על פי היהדות, מובא אצל רוזנהיים (13) כ"תגובה מיטיבה", המתחשבת בצורך ממשי ובסיוע שמאפשר המשך התמודדות אישית עם קשיים מבלי להיות לנטל על החברה.

### ב2 התנהגות פרו-חברתית, שיקול מוסרי בטיפול, "... הכוח תוכיח את עמיתך..."

חוקרים רבים מעלים את הערך הרב שיש למרכיב הבין אישי בטיפול. דונקן וחברים (19) מצביעים על העובדה שלפחות 30% מן השיפור כתוצאה מטיפול פסיכולוגי, הוא תוצאה של מאפייני היחסים הבין-אישיים בין המטפל למטופל, אשר באים לידי ביטוי בהבעה של חום מצד המטפל, אהבה, אכפתיות, אמפטיה, קבלה, אישור ועידוד ליטול סיכונים. על סמך נתונים אלו, הם מציעים בין השאר להשקיע ביחסים הבין אישיים בין מטפל למטופל ולא רק בין מטופל למטופל מאובחן. בספרם ה"אדם שברופא והרופא שבאדם", מציעים מרגלית ועשת (2) סקירת ספרות נרחבת מתחום רפואת המשפחה המעלה את החשיבות הרבה שיש לשילוב יחסים הבין אישיים ויחסים המקצועיים.

אחת הדרכים להשקיע ביחסי מטפל מטופל היא לפעול ברגע נתון על פי עקרונ מוסרי פרו-חברתי. כפי שהוצג במבוא, התנהגות פרו-חברתית הוגדרה על ידי ברון ובירון (1) כפעולה רצונית לטובת הזולת, שאינה נעשית בצפייה לגמול מיידי ומוחשי. על פי כשר (21), ההחלטה להגיב בהתנהגות פרו-חברתית מעוררת מלכתחילה בעיה מוסרית. כשר בעקבות הוגי דעות בני זמננו בתחום המוסר, מגדירה בעיה מוסרית כבעיה של התנהגות אנושית. השאלה שאדם שואל עצמו ברגע זה היא מה הדרך שראוי לבחור בה?

**יחסי "אני אתה":** הרגע שבו המטופל נמצא במצב של נזקקות מעשית החורגת מהמרכיב העסקי של החוזה הטיפולי, נוצרת הזדמנות גם לתגובה מוסרית פרו-חברתית. גם בובר (22) מבחין בין היחסים העסקיים והיחסים הבין אישיים בין המטפל למטופל: "בלי הלז (האדם כאמצעי) אין האדם יכול להתקיים, אולם מי שחי עמו בלבד אינו אדם." על פי בובר שני פנים ליחסים בין אישיים: **א.** יחסי "אני – לז" שיש בהם שימוש הדדי עסקי בין שני האנשים **ב.** יחסי "אני – אתה" שבהם האדם האחר הוא מטרת היחסים. יחסי "אני – לז" בין מטפל מטופל הם היחסים על פי החוזה הטיפולי והמרכיב העסקי בחוזה הטיפולי. יחסי "אני – אתה" הם היחסים הבין אישיים הנרקמים בין המטפל למטופל מעבר לחוזה הטיפולי. בובר (22) מביע זאת בשפתו: "אם רופא זה (רופא נפש) מסתפק בכך לנתח את החולה... יכול שיצליח לתקן בו כמה תיקונים... אבל הדבר שהוא עיקר ונכבד

שבעניין, זה חידוש לבו של איש, של לב שדלל, (התדלדל) ... דבר זה אי אתה קונוה לא בהתבוננות ולא בחקירה... אלא בעמידה של חברים לדבר, בעמידה של פנים אל פנים בלבד. בריל (23) מרחיק לכת וטוען כי "...אם נבין את הטיפול לא במסגרת של העברה, אלא כפגישה בין שני אנשים ביניהם נרקמים יחסי אנוש הדדיים אמיתיים במסגרת דאגת הרופא לחולה שלו ואחריותו לשלמו, כי אז אין חשיבות רבה לתהליך של עיבוד ההעברה הנגדית..." כלומר, הוא מציע לצמצם את היחסים הטיפולים הכוללים עיבוד תהליכי ההעברה ולהתרכז ביחסים הבין אישיים. גם פרופסור הוק (24) מנהל לימודי האתיקה בבית ספר לרפואה במינסוטה, מצטט את קסל ומדגיש: "... הרפואה היא בראש ובראשונה עיסוק מוסרי, שכן היא מקדישה את עצמה לספק למטופליה רווחה..." כך על פי מחברים אלו, רגע הנזקקות הוא אחד הרגעים שבהם ניתן להגיב ברמת "יחסי אנוש" בשפתו של בריל (23)

**אשמה:** דיונים מוסריים ערכיים מעוררים אינחוחת רגשית. הם מעוררים בין השאר תחושות אשמה והרגשת היות מואשם. בובר (25) במאמרו על אשמה ורגשות אשם, מציע לנו לפסוע בעקבות רגשות האשם ולראות בהם סמן דרך למחוזות רגשיים חדשים. במאמרו מציע בובר למטפלים לא לוותר על העלאה ונגיעה באשמה קיומית. באמצעות תהליך בירור אשמה אמיתית מול אדם אחר, ניתן להגיע לדבריו לביהור מעמיק של הקשר בין האדם לבין המציאות החברתית שבתוכה הוא פועל, שממנה הוא ינק ועליה הוא משפיע את ערכיו המוסריים. מכאן יגיע האדם לקשר עמוק גם עם דרכו בעולם: "כשהתרפויט מבחין באשמה ישותית של הפאצינט שלו, אין הוא יכול... להראות לו את הדרך אל העולם, שהרי הלה חייב לחפשה ולמצאה בדרכו האישית שלו. הרופא רשאי להנחותו רק עד לאותו המקום שממנו מסוגלת עינו להבחין בדרך האישית שלו..." ברגע הנזקקות עלולות לעלות רגשות אשמה אצל המטפל והמטופל. אצל המטופל אשמה על מצב הנזקקות ואצל המטפל אשמה על שלא ברור לו אם נענה כראוי. אם ישקול המטפל להגיב לנזקקות, יפתח בפניו שער אל הגן שבו יוכל ליהנות מפירותיה של אשמה זו. זהו "כוחה הנורא של אשמה קטנה" בשפתו של א.ב. יהושע (26) המדגיש בשנים האחרונות את הערך המוסרי לטוב ולרע ביחסי אנוש.

### ג. ניחום אבלים. "...ולא תשא עליו חטא."

נכנסת לחדר הטיפול אישה קשישה, אצילית, אפורה מאד, עטופה בהילה של צער, שפתיה מכווצות. איך בכלל את שפתיה תפתח? "מה קרה?" אני שואל מבלי להכיר אותה. כשאנשים קשישים באים לטיפול אני חושב במונחים של בדידות, מוות, אבדנים, חשבון נפש.

"תיכף תשמע", היא אומרת בנחישות רבה ואינה מורידה את מעילה ביום חורף סגרירי זה. מתיישבת באנחה כבדה באופן לא נינוח ופותחת כמעט מיד: "אני בת שבעים וחמש. יש לי חיים טובים... עבודה קשה ואהבה. יש לי משפחה טובה, אפילו עבודה מעניינית בגילי, אני בריאה ואני מאד באבל."

אני דוחה לרגע את חידת פשר האבל, שואל לשמה ומברר עוד פרטים חשובים על חייה.

היא ממשיכה ישר ללב העניין: "ברוריה... במשך שנים רבות, אתה יודע מה זה אישה, עבודה קשה, ילדים, דאגות... היה לי גם חבר. הייתי נאהבת על ידו והוא על ידי."

אני לא מתפלא כבר. בשנים האחרונות נחשפתי למספר סיפורים וכן לחומר מחקרי ותיעודי בנושא מעודד זה, יש אהבה עזה גם בגילאי הזקנה!

"נפגשנו בסתר פעם בשנה ועוד חג שמח ועוד בית קפה אחד וזה." ברוריה מדגישה: "היינו שתי נשמות במקומות שונים שיודעות זו על קיומה של זו. אני עוד מרגישה את היד העדינה שלו ברוב המקומות שבעלי נגע שם. אנחנו לא שני חלקי נשמה. בעלי הוא המשלים שלי... אבל אנחנו לא פוגעים באף אחד."

יצר הרע מאוכזב מעט, האם יש כאן חטא ניאוף? הוא מציץ באהבה. אהבה מתריסה מיד, "מה אתה מסתכל עלי...? אני בעד הנשים..." אלוהים מהסה אותם "ששש... תנו לשמוע." ברוריה מפסיקה את מהלך הסיפור ושואלת אותי: "אתה מחויב לסודיות נכון?"

אני חושב על המחויבות שלי לסודיות, לקבלה ללא קשר לערכי בהקשר לבגידות. אני גם מחויב לתת מענה לאישה זו שמבקשת ממני עזרה שעדיין אינני יודע את טיבה ואני מחויב גם למשפחתה, לבעלה, לילדיה ונכדיה...

ברוריה לא מחכה לתשובתי וממשיכה: "לפני חודשיים באתי לפגישה קצת מוקדם, ישבתי ליד שולחן וחיכיתי לו. מסביב צחקו זוגות, משפחות עם ילדים. חלפה שעה, נגמר לי התיאבון. הבנתי שזהו, שהרגע הכי מפחיד קורה עכשיו... הוא לא יופיע היום... לא רציתי שהמלצרית תראה את הדמעות... ידעתי שהוא לא יופיע עוד... לא הוא לא עזב אותי... הוא פשוט מת!" ברוריה בוכה ואני רכון מעט לעברה.

פיית האהבה מתלבטת אם הסיפור מתאים לאחד הכרכים של סיפורי אהבה אמיתיים. ברוריה מודיעה בהחלטיות: "אני מתפקעת, אין לי איפה להתאבל. אפילו אסור שיראו שאני עצובה. זה סוד... אז חשבתי שפסיכולוג יכול לעזור לי להתאבל, כי אתה זר ומחויב לסוד."

יצר הרע משתעמם. אלוהים עובר הלאה מתוך שאין כאן עניין לציבור. איזה מין אבל זה? אני מתלבט ומחליט שמדובר לא באבל אלא בעצב מתוק. ברוריה רוצה לקבע את הזיכרונות בעולמה הפנימי, רוצה לשתף, רוצה עד אהד. אין מדובר בטיפול אלא בסיוע מעשי ברגע נזקקות של ברוריה. אני מושקע עמוק בחשיבות המשפחה ויש לי אמונות נגד בגידות, אבל משהו בסיפורה נגע בערכי המוסר שלי וריווח בהם משהו.

בפגישות הבאות אני מציע לה להוריד את המעיל, דואג שהחדר יהיה מוסק כראוי, מציע תה. אני משתתף בניחום אבלים שמתמשך שבעה ימים במשך חודשיים...

"תודה רבה לך שניחמת אותי." אומרת ברוריה והולכת. אני אוסף את הניירות, התיק בדרך לארכיון. הסיפור העדין הנעלם כמעט, מחכה להירשם באחד מכרכי סיפורי אהבות אמיתיות.

כעבור עשר שנים שמעתי שנפטרה. בהלוויה אני מסתכן ועומד בצד, רחוק מאד, חושש להסגיר את הסוד ולהרוס הכל... אני מתפלל אל האל המלא רחמים, שימציא מנוחה נכונה במעלות קדושים וטהורים, "רק אתה מסוגל להסדיר את התסבוכת שתתעורר לנוכח זוהר הרקיע במפגש בין נשמות ברוריה, בעלה, חברה ואשת... רק אתה תוכל להרגיע את עוקץ מגע ידו הרכה של המאהב במקומות החשובים והמדויקים שלה." אני מאחל שתהיה לה מנוחה נכונה בגן עדן, בזכות כנפי השכינה שהצליחה לתמרן כראוי בחייה, "אנא

## ה. "...ואהבת לרעך כמוך."

ביקשתי להרחיב במאמר זה על יכולת מטפל ומטפלת להגיב תוך שלוב בין מקצועיות והתנהגות פרו-חברתית למטופל שניזקק לסיוע מעשי. ברגעים שתוארו, המטפלת מאפשרת לא רק את הבמה והמקום למטופל ולעצמה כבני אדם, אלא גם את המזבח עליה היא תקריב את קורבן התודה לאפשרות לעזור לזולת, כפי שמבטא הפסוק מספר עמוס פרק ג' "הילכו שנים יחדיו בלתי עם נועדו?" במצב זה אני מבקש להזמין מטפל לפתוח בשיח פנימי בין גישתו הטיפולית לערכיו המוסריים. שיח פנימי זה בא לידי ביטוי בהתנהגות המטפל מול המטופל הנזקק לסיוע מעשי. שיח זה עשוי להשפיע בתהליך מקביל גם על חופש הבחירה של המטופל לבחור את דרך השילוב בין צרכיו הרגשיים לבין ערכיו המוסריים.

כאשר מטפלת מחפשת לשלב בין ערכיה המוסריים ושיקוליה המקצועיים, מתנהלת שיחה פנימית בה תבקש המטפלת אות, סימן חיצוני או פנימי, כי היא בדרך הנכונה המשלבת בין הבנה טיפולית וערכי המוסר המניעים אותה. תהליך זה עשוי להביא את המטפלת להבנה עמוקה יותר של המערכת האמונתית שלה. לפעמים היא תגיע להטיל ספק בחלקים ממנה והיא תצא לביורו אמונתי, לפרושים חדשים ולהגדרות מעודכנות אותן תרשום מחדש על לוח ליבה.

גם המטופלת עשויה לעבור תהליך דומה ואז יתרחש מפגש בין אמונות שלרגע מתמזגות ומתאמות. נראה שיש כאן משהו מתמצית הדרך בה מציע דוארי (27) לבצע טיפול "חוצה תרבות", שבו המטפל מתוך עולמו מצטרף לעולם המטופל. מחשבות אלו באות לידי ביטוי גם במאמרו של סטנטון (28) הטוען כי מטפלים העובדים עם מטופלים בעלי ערכים אחרים, אמורים להיות מודעים לערכיהם ולפעור שקיים ולהביא פער זה לידי ביטוי גלוי. יש כאן על פי דוהרטי (29) אחריות של המטפל לשמור על שיווי משקל ואיזון בין הצרכים לבין האחריות כלפי האחר, כלומר לא רק "אני רוצה", אלא גם "אני חייב לו". ברמת חווית העצמי טוען חמיאל (30), על בסיס תורות פסיכולוגיות האני ומרטין בובר, כי יחס אמפטי כלפי האחר הופך אותו מאובייקט לסובייקט ובכך מתאפשרת אהבה של נתינה ולא רק ניצול נרקסיסטי. הנתינה היא פעולה פרו-חברתית מוסרית ולכן לדעת חמיאל, לזיקה הבין אישית יש חשיבות גם בהתהוות אני וגם בהעמקת הקשרים עם האחר. זהו תהליך שגרוזברג (31) מגדיר כ"פיצוח הצופן התרבותי". הצופן התרבותי מכיל בין השאר ערכי מוסר מושרשים שמכתיבים את תרבות האחר. התהליך שתואר במאמר זה תורם לחיזוק יכולת המטפל והטופל למפגש מבין ואפשרי עם האחר ובכך לתרום לשלום בין אחרים בעולם.

האם המערכת האמונות של המטפל, המוגבה במקור סמכות מקצועית ופועלת גם על פי שיקולים מקצועיים, תיתן את ברכתה לריפוי זה? בכל מקרה הטיפול יסתיים, המטפל והמטופל יפרדו, כל אחד ישוב לעולמו. אני מתפלל שישאר משהו מן החיבור האנושי שנוצר לרגע ביניהם. זו תהיה תרומת כל מטפל ומטפלת לאחדות הלבבות בין נפרדים ויתקיים בנו הפסוק: "...ואהבת לרעך כמוך."

שכינה, שמרי את הסוד בסתר כנפיק לעולמים. רק אם הסוד יהיה מוסתר כראוי, יזכרו את נשמתה הטהורה לטובה בצורר החיים..." אז ורק אז ימצא לסיפור ברוריה מקום בכרכי סיפורי אהבה אמיתיים והיא ונשים רבות אחרות תוכלנה לנוח על משכבן בשלום ואנו נאמר בשקט אמן. המעט שאני יכול לעשות ברגע זה הוא לספר סיפור זה. את כל שאר העבודה למען הנשים בעולמנו עלי לעשות ביום יום, בכל טיפול, בכל כנס, בכל שעור... וגם בבית.

## ד. דיון בשילוב בין מהלכי הטיפול וההתנהגות הפרו-חברתית, "לא תיקום ולא טיטור..."

ברוריה נכנסת לחדר ונראית אפורה. המטפל מחליט לשאול "מה קרה?". הוא מגיב כאדם הדואג לאדם אחר, גם אם האישה שמולו היא עדיין זרה. אחרי שהיא מדווחת על היותה באבל ולפני שנודעים לו פרטי הפניה, המטפל חוזר לתפקידו ומברר פרטים ראשוניים על אודותיה.

ברוריה מספרת לו על חיים טובים אבל קשים של אישה חרוצה ועל מאהב שהיה לה. היא גם טורחת להודיע לו מה מצב רגשי האשמה שלה, כך שמיד ברור שלא יתקיים דיון בעניין הבגידה ומשמעותה לחייה. לפני שהמטפל מחליט באיזה כיוון טיפולי לבחור, היא מספרת לי על מותו של מאהבה. וכך נודע למטפל שברוריה מייצגת לו תפקיד של מנחם אבלים על מות מאהבה: "אין לי איפה להתאבל. אפילו אסור שיראו שאני עצובה. זה סוד..." אז חשבתי שפסיכולוג יכול לעזור לי להתאבל, כי אתה זר ומחויב לסוד."

אין מדובר בטיפול, אלא בסיוע מעשי ברגע נזקקות של ברוריה. למטפל ערך המשפחה חשוב מאד והוא נגד בגידות. אבל כפי שציין, משהו בסיפורה נגע בערכי המוסר שלו. מול ברוריה, בגידה זו נראית לו אפשרית והוא יכול להפגין אמפטיה.

המטפל מסכם לעצמו שמדובר בצורך אמיתי ולא במשאלת לב. הוא מחליט שהפתרון העדין שמצאה למצוקות נפשה בצורת בגידה מינימאלית, אינו מחייב בירור Acting-out זה. הוא בוחר בתגובה פרו-חברתית של ניחום אבלים. עדיין מדובר במסגרת טיפולית וברוריה משלמת לו עבור שירותו, אבל הוא נענה במסגרת הטיפול להגיב רק באופן מנחם ולא מפענח ומכוון. בפגישות הבאות המטפל מציע לה נוחיות בחדר הטפול באמצעות הסקת החדר כראוי וכוס תה שמאפשרים לה להוריד את מעילה. הוא המשתתף היחיד בניחום אבלים שמתמשך שבועה ימים במשך חודשיים. העברה הנגדית שלו פועלת שעות נוספות והוא מקבל אותה בברכה. בסוף הטיפול מרמז המטפל שעליו לעשות גם לביתו בעניין הנשים. יתכן ואשמתו בכל הקשור לנושא הבגידות בחייו, מקבלת כאן מענה מקל.

בסוף התהליך תומכת ברוריה בדרכו של המטפל: "תודה רבה לך שניחמת אותי." המטפל הרגיש במונחי בובר שהם היו לזמן מה ביחסי "אני-אתה". ברגע חשוב זה של ברוריה, הצליח המטפל לעזוב את ערכיו, אולי דווקא כי לא נבהל מתהליכי ההעברה הנגדית. כך זכה לפגוש את נשמתה המעונה, כך גם זכה להתחייב לסייע עוד יותר לטיפול מעמד האישה במשפחה וגם לטיפול יחסיו עם אשתו.

16. Young R.M., **Analytic Space: Countertransference in mental Space**, Process press, 53-72, 1994.
17. Kottler, J.A., **On Being a Therapist**, San Francisco, California: Jossey-Bass, 1993.
18. Bacal H A Optimal responsiveness and the thraputic process In a Goldberg Ed **Progress in self Psychology** vol 1 new york Guilford 202-227, 1985
19. Bacal H A, The element of a corrective selfobject experience *Psychoanalytic Inquiry* 10 347-372. 1990.
20. Duncan B. L., Hubbel M. A., Miller S. D., **Stepping Off the Throne, Family therapy Networker**, Jul/Aug , 22-31, 1997.
21. כשר נ. **מבוא לתורת המוסר**, אוניברסיטה משודרת גלי צה"ל, תל אביב, משרד ביטחון הוצאה לאור, 1989.
22. בובר מ. מ., **בסוד שיח**, ירושלים, מוסד ביאליק, 1973.
23. בריל פ., **בדרך לפסיכותרפיה הומניסטית**, תל אביב לוין אפשטיין מודן, 1974.
24. הוק ק., היסודות המוסריים של הקשר בין הרופא למטופל, ערך שוורצמן פ., **כתב העת הישראלי לרפואת המשפחה**, 36 (7), 43-51, 1997.
25. בובר מ. מ., **אשמה ורגשות אשמה, פני אדם, בחינות באנתרופולוגיה פילוסופית**. ירושלים, מוסד ביאליק, 1962.
26. יהושע א. ב., **כוחה הנורא של אשמה קטנה**, ידיעות אחרונות, תל אביב, 1998.
27. Duairy M. A., **Cross Cultural Counseling, The Arab Palestinian Case**, N.Y., Haworth Press, 1998.
28. Stanton J., A constructive Relationship For Religion With Science and Professiion of Psychology, **American Psychologist**, 184-199, 1994.
29. Doherty W., **Soul Searching: Why Psychotherapy Must Promot Moral Responsibility**, N.Y., Basic Books, 1995.
30. חמיאל א, נרקיסזם ואהבה אצל בובר פרויד ובתיאוריות יחסי האובייקט. **שיחות** ז' (1) 31-38, 1992.
31. גרוזברג ע., **פיתוח הצופן התרבותי**. מוסד ביאליק, אוניברסיטת בן גוריון, 2007.
1. Baron, R. A., and Byrne, D., **Social psychology Understanding human interaction** (9th ed.). Toronto: Allyn and Bacon, Inc. 2000.
2. מרגלית א., עשת י., **"האדם שברופא הרופא שבאדם". שפת עם: שילוב פסיכותרפיה עם מרפא**. היילגר 1997.
3. ברמן ע., על התשלום עבור שעות שבוטלו. **שיחות** ט' (1), 1994, 75-76
4. ברמן ע., על תעריפי טיפול בתקופה בה אין אינפלציה. **שיחות** ט"ו (2), 151-152, 2001.
5. שפול ג., העיסוק בבריאות הנפש כמקצוע היבטים מקצועיים ואתיים. **שיחות** ט"ז (3), 300-307, 2002.
6. Parmelee, P. A. Spouse versus other family caregivers: Psychological impact on impaired aged. **American Journal of Community Psychology**, 11, 337-349, 1983.
7. Newsom, J. T., Adams, N., L., Rahim, A., Mowry, H., & Rogers, J. Approaches to measuring care recipient's negative reactions to assistance. **Poster presented at the 51 st Annual Meeting of the Gerontological Society of America**. Philadelphia, PA., November, 1998.
8. Stolorow R.D., Brandchaft G. E., Atwood G. E., **Psychoanalytic treatment: An Intersubjective Approach**. Hillsdale NJ Analytic press. 1987.
9. **קוד האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל** הפ"ו (1998), סעיף ו' אחריות חברתית.
10. Ghent, E. Wish, need, and neediness. **Psychoanalytic Dialogues**, 3, 495-507, 1993.
11. אשל ע., acting out והינכחות המטפל, אז: אל עין הסערה, **שיחות** י"ג (1), 4-16, 1998.
12. אושר מ. עשת י., הילכו שניהם יחדיו, אחר שזעקת הכאב של Acting Out מן העבר עלתה? **נפש**, 11, יוני, 58-66, 2002.
13. רוזנהיים א., אמפטיה בספרות חז"ל, **שיחות**, ו' (2), 176-182, 1992.
14. Kohut H., **How Dose Psychoanalysis Cure?** A. goldberg ed. Chicago, University of Chicago, 1984.
15. Grief T.B., Hogan R., The Theory and Measurment of Empathy. **J. Of Counseling Psychology** 20 (3), 280-284, 1973.

# ”זיכרונות מוקדמים” יישומים בייעוץ אינדיבידואלי, זוגי וקבוצתי

■ ד”ר מיכל מור – פסיכולוגית

והיחודי בעבודה עם זיכרונות, היא ההבנה שההסתכלות שלנו על אירועי העבר, צבועה בסגנון האישי של חיינו בהווה. סיפורי העבר אותם אנו מספרים לעצמנו הינם שיקוף לדרך בה אנו מתבוננים היום על חיינו. כלומר, ”זיכרון הינו הבנת העבר וכאשר משתנה הבנתנו – משתנה גם זיכרוננו וכך גם עברנו” (6).

זיכרונות ילדות מוקדמים (9) הינם כלי אבחוני השלכתי, אשר דרכו מתקבלת תמונה מקיפה ורחבה לגבי אפיונים אישיותיים, דילמות בהווה, והיכולת להסתגל ולתפקד בסיטואציות עכשוויות שונות ומורכבות.

יתרונה הרב של שיטת אבחון זו, שהיא מהירה להעברה (האדם מתבקש לספר 4 – 5 זיכרונות) ואינה נחוות כאבחון, אלא כחלק אינטגרלי מתוך רצף השיחה הטיפולית. האדם מספר ומתחבר לאירועים המשמעותיים בעברו (11).

דרך הבנת הזיכרונות אנו מתוודעים לדרכה הנפשית הפנימית כפי שהיא מתקיימת כיום ושייצוגה במועד משתקף דרך הזיכרון. היות וסיפור הזיכרונות משקף את המתרחש בתוכנו, בעקבות שינוי בתפיסת העצמי, האחר והעולם (כמו לדוג’ בתהליך טיפולי). האדם יכול להיזכר בזיכרונות ילדות חדשים בעלי תימה שונה, או שאותם זיכרונות יעלו, אך הטון האמוצינאלי וההדגשים האישיים יהיו שונים.

למעשה, לאורך כל חיינו אנו מארגנים את הזיכרונות ביחס לעברנו. אנו משמרים פחות או יותר את אותם חומרים, אולם בתהליך מתמשך חוזרים ומעצבים אותם, באופן שמשנה את המשמעות שלהם ויותר מכל את הפרספקטיבות שלנו כלפיהם (10).

אציג כדוגמה, זיכרון של אורי (שם בדוי), גבר בן 35 שפנה לייעוץ עקב תחושת חוסר ביטחון, דימוי עצמי נמוך וקשיים בהתמודדות, בעיקר מול דמויות סמכות אסרטיביות. בתחילת המפגשים שלנו סיפר על זיכרון מגיל 6: ”ישבנו סביב שולחן השבת כל המשפחה, פתאום אבא התרומם בכעס מהכסא באופן בלתי צפוי, סטר לי על הפנים והעיף אותי מהשולחן”. הסטירה של אבא הותירה אותו בתחושת השפלה, כעס וחוסר-אונים רב. זיכרון זה משקף את תמונת ה”עצמי” של אורי בפנייתו לייעוץ, את הזדהותו עם תפקיד הקורבן, את כעסו המופנם ואת תחושת חוסר האונים מול דמות סמכות.

בסיום התהליך, כאשר אורי רכש הבנה ומוודעות רבה יותר לעצמו ולהתנהגותיו, הוא תיאר שוב את אותו זיכרון ילדות: ”שבנו סביב שולחן השבת כל המשפחה, אמא, אבא ושלושה האחים. אחי ואני ישבנו אחד ליד השני, רבנו כל הארוחה. אבא העיר לי מספר פעמים ולמרות זאת המשכתי להפריע. אחרי זמן מסוים, אבא קם מהשולחן בכעס, סטר לי ואמר לי לעוף לחדרי”. אורי מספר הפעם את הזיכרון תוך הדגשת התנהגותו שלו בזמן האירוע ומספק הבנה מלאה יותר של אותה הסיטואציה.

בזיכרון זה אורי זכר ב”חלקו” בפרשה. העולם כבר אינו נתפס כמקום בו מתרחשים דברים לא-צפויים, ו”האחר” אינו מגיב באימפולסיביות חסרת-פשר. דרך סיפור הזיכרון האחרון משתקפת הבנתו לחוקים הקיימים במשפחה וכן לכך שהפרתם גוררת תגובת עונש. כלומר, השינוי בזיכרון משקף שינוי פנימי בתפיסת העצמי, בתפיסת ה”אחר” ובתפיסת העולם.

אורי, שחש בתחילה חשש רב וחוסר-אונים, מבין כיום טוב יותר, את מורכבות הסיטואציה הבינאישית ולכן, גם יכולת השליטה וההתמודדות שלו טובים יותר.

זיכרונות מוקדמים (Early Recollection – ER) מהווים כלי אבחוני-השלכתי הניתן ליישום בייעוץ וטיפול אינדיבידואלי, זוגי וקבוצתי. זיכרונות מוקדמים – הינם זיכרונות אפיזודיים שיש לנו על האירועים והחוויית שעברנו בילדותנו. מחקרים אחרונים מראים שהזיכרונות בעבר אינה קבועה ומדויקת, אלא דינאמית ונתונה לשינויים במהלך החיים (10). אלפרד אדלר טען בכתביו (8) שמתוך כל החוויית וההתנסויות הרבות של הילדות, היחיד משמר ברמה מודעת, רק את אותן התנסויות בודדות המתאימות ל”סגנון חיוני” (Life Style) כבוגר. כלומר, אין לנו זיכרונות ”מקריים”. מתוך כל אירועי הילדות, אנו שומרים בזיכרון את אותם אירועים המשקפים את הדרך בה אנו תופסים כבוגרים, את עצמנו ואת סביבתנו (1).

הזיכרונות הינם ביטוי למיתוס-אישי או לנרטיב איתו אנו מזדהים והם מבטאים ”עקביות-סגנונית” המשקפת את עמדותיו, ערכיו הבסיסיים, רגשותיו והתנהגותו של היחיד בהווה.

Ogden (2) מבחין בין עברו של היחיד – שהינו רצף של אירועים, לבין סיפור ההיסטוריה האישי שלו, שהוא בעצם יצירה, המשקפת את דרך הפרשנות האישית (המודעת והלא-מודעת) המעצבת את זיכרונותיו. לדעתו, תחושת הסובייקטיביות היא זו המאפשרת יצירה של רצף היסטורי בחוויית היחיד. הבנתו של היחיד, שהוא זה אשר ”מחבר” את זיכרונותיו ומודעותו לגבי פרשנותו את אירועי ילדותו, היא זו המאפשרת ליחיד לחזק את חווייתו כסובייקט בעל קיום נפרד ועצמאי.

לדעת אדלר (4) ליחיד יש אופני פירוש אישיים למציאות הסובבת אותו. אופני הפרשנות משקפים את סגנון חיוני ואת הדרך האופיינית בה הוא מארגן את תפיסותיו, חווייתו, רגשותיו וערכיו. כלומר, אנו מתבוננים דרך משקפים מסוימות על עצמנו, על ה”אחר”, ועל העולם, דרך סיפור הזיכרונות אנו מתוודעים לנקודת המבט האישית המייחדת את הפרט.

גם לקבוצה ולעמים יש את זיכרונות העבר שלהם, אלה באים לידי ביטוי בצורה של מיתוסים (7). מיתוס אינו צילום אובייקטיבי של המציאות, אך הוא נחרט בזיכרון הקולקטיבי באופן שמשחזר ותואם אמונות ועמדות מרכזיות, שאופייניות לאותה קבוצה ומכוון לקראת התנהגות עתידית. (לדוג’ מיתוס ”מצדה” – שכיום יש ספק לגבי התייעוד ההיסטורי שלו, הדגיש את ערך ההקרבה והאומץ וכיוון לקראת התנהגויות המשקפות ערך זה. מיתוס זה נשמר וסופר היות ותאם לערכים של אותה תקופה).

כמו המיתוסים, גם הזיכרונות המוקדמים של היחיד אינם בנויים על עובדות ביוגרפיות מדויקות, אלא עוברים מעין עריכה, המשקפת מוטיבים ותמות מרכזיות המאפיינים את חיינו העכשוויים. כל זיכרון מכיל גם עיוותים, הדגשים סובייקטיביים והשמטות והינו מעין ”נקודת-ציון” המתארת את נטייתנו להבין, לפרש ולבחור בדרך מסוימת (7).

הזיכרונות משקפים את אופן הליכתנו בדרך זו (לדוג’ בביטחון או בהיסוס), לאן אנו שואפים להגיע (מה המטרות שהצבנו), במה הצטיידנו (הכוחות והמשאבים הנפשיים) וממה עלינו להיזהר ולהימנע.

”זיכרונות ילדות מוקדמים” מייצגים קשר דיאלקטי בין עבר – הווה – עתיד. העבר השפעתו רבה על ההווה והעתיד שלנו, אך המעניין

ד”ר מיכל מור

מכון ”מעגלים”

– ת”א

למדה והדרכה:

היח’ ללימודי המשך

אונ’ ת”א

ביה”ס המרכזי

לעו”ס ת”א

”האגודה לטיפול

משפחתי”

גם בעבודה קבוצתית מאפשר ניתוח של "זיכרונות מוקדמים" לגלות מודעות לדפוסים קבועים של התנהגות, עמדות, ורגשות של המשתתפים בקבוצה. היחיד מבין את התנהגותו העכשווית בקבוצה והדינאמיקה הנוצרת סביבו, כצורה של ביטוי לדפוסים ההתקשרות הבסיסיים המשתקפים בזיכרונות ומתבטאים ביכולתו לאמפטיה, ביכולתו לנוע על ציר התקרבות – הימנעות וביחסיו לדמות סמכות ולקבוצת השווים וכד'.

ניתוח הזיכרונות של היחיד בקבוצה נעשה תוך דיאלוג עם המנחה ושאר חברי הקבוצה. התרומה של האחרים להבנת הזיכרונות, תוך הבאת האסוציאציות האישיות שלהם, מעשירה מאוד את המרקם הקבוצתי (6).

### דוגמא:

אלי (שם בדוי), בן 37, רופא במקצועו, פנה לייעוץ עקב קושי ביצירת קשר זוגי (מובאים כדוגמא 2 מזיכרונותיו).

### זיכרון I – גיל 3

"גרנו בצריף, אני זוכר את אבא שלי, עומד על כסא ומתקן את התקרה. אני עוזר ומגיש לו כלים".

**המוקד:** הרגליים של אבא על השרפרף.

**הרגשה:** גאווה.

### זיכרון II – גיל 6

"אחי ואני התפלשנו בבוץ מכף רגל ועד ראש ואז חזרנו הביתה. אמא פתחה לנו את הדלת ושאלה בקול: מי אתם? אני לא מכירה אתכם? היא שיחקה כאילו אינה מכירה אותנו. רק לאחר כמה דקות של מצוקה קשה היא נתנה לנו להיכנס. זה היה כל כך טראומטי שעד היום אני זוכר את זה".

**מוקד:** אני רואה את עצמי עם בוץ על הפנים.

**הרגשה:** פחד, אמא לא מכירה אותי.

מתוך הזיכרון הראשון ניתן להסיק שבסיטואציות מובנות בהם הגבולות ההיררכיים ברורים, אלי חש ביטחון ויציבות, יכולתו לשתף פעולה במטלות אינסטרומנטאליות היא טובה והוא פועל מתוך הזדהות עם דמות הסמכות הגברית. הוא חש גאווה כאשר הוא מרגיש יעיל ואפקטיבי ואינו זקוק לאישור מהאחר על תפקודו.

בזיכרון השני, אלי מעלה תחושת איום נוכח "משחקה" של אמו. נראה שזיכרון זה מבטא לא רק את הניכור הפוטנציאלי של אלי מאמו ואת חרדתו להישאר מחוץ לביתו באופן פיזי, אלא גם את תחושת הניכור שלו מביתו הנפשי-הפנימי. בסיטואציות בינאישיות שאינן מובנות ושיש בהן אלמנטים של משחק ואי-וודאות, ה"קודים" ההתנהגותיים הבינאישיים אינם ברורים לו והוא חש מאיים ואינו מכיר בערך עצמו.

בנוסף, ניתן להסיק מהזיכרון השני שאלי גיבש "סגנון חיים", המאופיין בהימנעות ממצבים בהם הוא עלול להרגיש "מתפלש בבוץ". כלומר, שקיימים דפוסים התנהגותיים המאופיינים בצורך בשליטה ואינם מאפשרים ביטוי יצרי, ספונטאני ומשוחרר.

כיום אלי מכיר בערך עצמו כאיש מקצוע וזהותו המקצועית כרופא נוסכת בו בטחון. הוא מתפקד היטב בסיטואציות מובנות ומכוונות מטרה.

זיכרונות מוקדמים משקפים את "סגנון החיים" של הפרט (4), הכולל אשכול של תפיסות, אמונות, רגשות והתנהגויות המאפיינות את היחיד. ניתוח הזיכרונות מאפשר לנו לקבל תמונה רחבה לגבי 3 פרמטרים מרכזיים:

### 1. תפיסת העצמי – הדרך הסובייקטיבית, בה היחיד תופס את עצמו בהיבטים השונים. תפיסה הכוללת: דימוי-גוף, ערך עצמי, האמונה ביכולת האישית, רמת האקטיביות, היכולת ליצירתיות וגמישות חשיבתית, כוחות אגו, מוקדי חרדה בסיסיים ו"רמת האינטליגנציה הרגשית".

2. **תפיסת "האחר"** – תפיסה המשקפת את ייצוגי האובייקט המשמעותיים המופנמים. גם לדעת Bolland (9) ניתן להתייחס לכל זיכרון עבר כאל תוצר של הדמיון המשקף את קשרי האובייקט המופנמים המתקיימים כיום בנפשו של היחיד. ה"אחר" יכול להיות כידודי, תומך, תחרותי, משפיל, אכפתי, לא צפוי, עוין וכד'.

תפיסת האחר משקפת את "סגנון ההתקשרות" וביטוייו באינטראקציות בינאישיות בכלל ואת היכולת שלנו לקשר אינטימי וקרוב בפרט.

### 3. תפיסת העולם – כוללת את מערך האמונות לגבי מהו ה"חוץ" עימו אנו מתמודדים. אמירות פנימיות לגבי טבע החיים בעולם, לדוג' "החיים הם בלתי צפויים וטמונים בהם סכנות", או האם "חוקי המשחק" ברורים ולכן העולם הוא מקום בו אני יכול לפעול ולהשפיע.

המטפל מבקש מהמטופל לספר 4-5 זיכרונות ילדות (16) ליד כל זיכרון הוא מתבקש לציין (1) את הגיל בו התרחש הזיכרון (2) מוקד הזיכרון – התמונה בזיכרון שעבורו היא המשמעותית ביותר (3) ההרגשה – מהי ההרגשה שליוותה את האירוע. המיקוד והרגש (16) מרחיבים את הבנת הזיכרון ומהווים מעין גשר בין התוכן הסיפורי להתייחסות הסובייקטיבית (14).

אופן העבודה עם "זיכרונות-מוקדמים" משלב התייחסות לאספקטים קוגניטיביים ורגשיים (3). נרכשת הבנה ומודעות ל"סגנון החיים" (השתקפות של עמדות מוכללות דרך אירועי חיים ספציפיים), יחד עם ביטוי ושחזור אמוציונאלי של החוויה בזיכרון (12).

המפגש של חוויות העבר עם דפוסים ההווה דרך זיכרונות, הינו מפגש רב עצמה עם העצמי-הסובייקטיבי (2). היחיד נפגש עם חוויות העבר, עם ייצוגי האובייקט המופנמים ועם הדרך האינדיבידואלית שלו לפרש ולקדד את חוויותיו (13). עבודה על "זיכרונות ילדות" נעשית תוך דיאלוג עם המטופל בהנחה שהזיכרון מבטא את התמות המרכזיות העכשוויות בחייו של היחיד (15).

ניתוח "זיכרונות מוקדמים" הינו כלי אפקטיבי גם ביעוץ זוגי. דרך התמקדות בזיכרונות הילדות של שני בני-הזוג אנחנו "עוקפים" את קשיי ההווה ואת ההשלכות ההדדיות הקיימות בין בני הזוג. עצם סיפור ושמיעת הזיכרונות אחד של השני יוצר מפגש אינטימי וקרוב. הזיכרונות מפגישים את האדם עם סיפור חייו האישי ומאפשרים הבנה בנוגע ל"פעעיו הראשוניים", ליכולתו הבסיסית ליצירה של קשר, לבנייה של אמון, לפתיחות ואמפטיה. כמו-כן, הם מאפשרים הבנה בנוגע לציפיותיו המופנמות מזוגיות, סדר העדיפויות שלו וצרכיו הרגשיים. כלומר, עיבוד "זיכרונות מוקדמים" בטיפול זוגי מאפשר הבנה של הדינאמיקה התוך-אישית והשתקפותה במערכת הבינאישית שנוקמה בין בני-הזוג.

10. Dermuth, P & Bruhn, A. The Use of Early Memories Procedure in a Psychotherapy Group of Substance Abuser **Intentional Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology** 4(1), 1997 24-35.
11. Ferguson, ED. The Use Of Early Recollection For Assessing Life Lyle. **Journal of Projective Techniques and Personality Assessment**, 1964, 28, 403-412.
12. Gruber M. & Vongwche E. **The Essential Piaget an Interceptive Reference & Guide** N.Y. basic book, 1997.
13. Manaster & Corsini (1982), **Individual Psychology**. Itasca: Peacock.
14. Mckelvie, W. & Freidland, B. **Career Goal Counseling** (1978) P. M. S.
15. Mozak, HH, Early Recollections as a Projective Technique. **Journal of Projective Techniques**, 1985, 22, 302-311.
16. Shulman, B. (1973), **Contributions to Individual Psychology**. Chicago, Alfred Adler Institute.

במצבים-בינאיישיים חברתיים ואינטימיים הוא מרגיש לעיתים קרובות חשוף ומאויים, כאילו אין לו מעטפת-הגנה מספיקה. נראה שאלי דורש מעצמו רמת תפקוד גבוהה, אך קיימת היצמדות לדפוס תגובה נוקשים ורציונאליים, שנובעת מחוסר יכולתו לייצר תגובה רגשית ספונטאנית וגמישה. ביחסיו עם נשים אלי אינו נותן ביטוי לרחשי-ליבו, חושש מתגובות רגשיות לא-צפויות ונמנע מלחשוף את עצמו ואת חולשותיו.

#### סיכום:

נראה ש"זיכרונות מוקדמים" משלבים בין גישות פסיכולוגיות הרואות את האדם כמונע על ידי אירועי העבר (תיאוריות דטרמיניסטיות במהותן), לבין גישות הרואות את האדם כפועל מתוך פוטנציאל להתפתחות וכבעל יכולת בחירה ויצירת שינוי. עבודה עם "זיכרונות מוקדמים" מבטאת באופן קונקרטי את התפיסה שמדובר בדיאלקטיקה מעגלית שבה העבר, ההווה ותפיסת העתיד שזורים, מושפעים ויוצרים זה את זה. מה שיכולנו להיות, או מה שאנו רוצים להיות מושפע על ידי מה ואיך שהיה ("האדם תבנית נוף מולדתו"). אך גם מה שהיה, נזכר ומשוחזר על פי תפיסות ההווה והשאיפות לעתיד. עבודה עם זיכרונות מאפשרת לאדם להכיל ולשלב בין מיקוד שליטה פנימי, למיקוד שליטה חיצוני. כמו כן, בין מודעות, השלמה והכרה לבין יכולת שינוי והתמרה.

#### ביבליוגרפיה:

1. אדלר, אלפרד (1984), **אתה וחייר**, מכון אדלר.
2. אוגדן תומס. **הקצה הפרימיטיבי של החוויה**. הוצאת עם-עובד, 2001, 50-43.
3. ברנרד, ח. על זכרון (ועל מה שחלף) פרויד ו/או פיאה. **שיחות**, כרך ו' 12 (1) 1991, 24-13.
4. דרייקורס, ר. (1994), **יסודות הפסיכולוגיה האדלריאנית**, מכון אדלר.
5. דרייקורס – פרגוסון, אווה (1995), **מבוא לתיאוריה האדלריאנית**, מכון אדלר.
6. המנחם א. "זיכרונות ילדות מוקדמים – נרטיב סובייקטיבי בתהליך קבוצתי" **שיחות**, כרך י"ח, מרס 2004, 181-174.
7. מור, בני, שימוש ב"זיכרונות מוקדמים" ככלי אבחוני וייעוצי. **משאבי אנוש**, מאי '98.
8. Adler, Akpred (1938), **What Life Should Mean To You**. Adler institute.
9. Bollas, C. **Forces of Destiny**. free Association. Books 1 London 91, ch 11 p 193-210

In a corner of a morning in the past  
I would sit and blame the master first and last  
All the roads were straight and narrow  
And all the prayers were small and yellow  
And the rumor spread that I was ageing fast  
Then I run into a Monster who was sleeping by a tree  
And I looked and frowned and the monster was me

Well I said Hallo and I said HallO  
And I asked "why not?" and I replied "I don't know"  
So we asked a simple black bird, who was happy as can be  
And he laughed insane and quipped "KAHLIL GIBRAN"  
So I cried for all the others till the day was nearly through  
For I realize that God's a young man too.

THE WIDTH OF THE CIRCLE / David Bowie, 1972

## החטיבה לפסיכולוגיה קלינית הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

שמחה להודיע על

### הקמת קבוצה טיפולית דינמית לסטודנטים ולמתמחים בתחומים טיפוליים

הקבוצה תיפתח בקרוב ותשלב עבודה על התהליך הקבוצתי עם עיבוד החוויות האישיות, בעבר ובהווה, של כל משתתף.

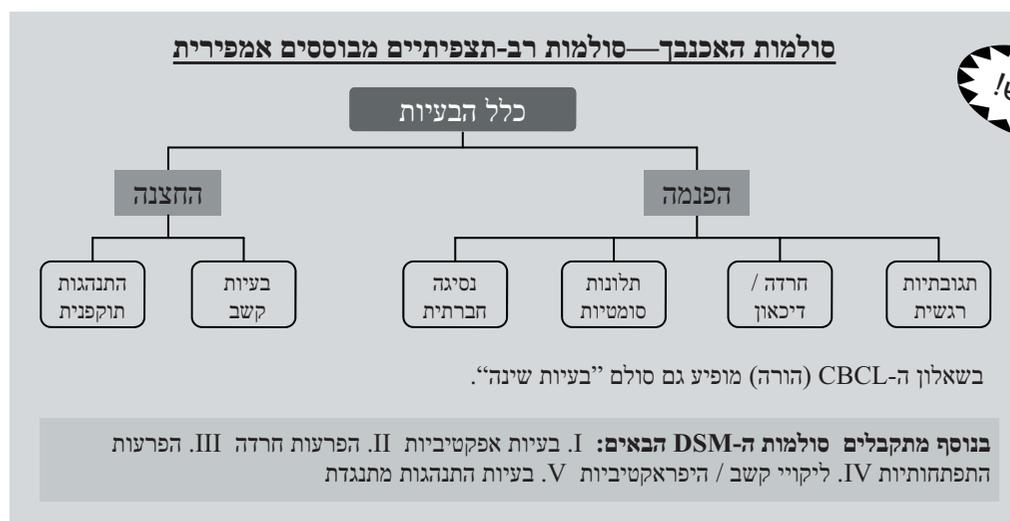
המנחים: פרופ' עמנואל ברמן – פסיכואנליטיקאי, מלמד בחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה.  
איריס רונן, מ.א. – עובדת סוציאלית במרפאה לבריאות הנפש רמת-חן.

הקבוצה תיפגש בימי שישי, בשעות 14:00-15:30, במרכז ת"א (אזור הבימה).

המעוניינים יוזמנו לשיחת היכרות. לפרטים ולתאום שיחת היכרות אפשר לפנות אל: עמנואל 052-8466984  
איריס 054-4541255

## אבחון האכנבך לגיל הרך

שאלוני אכנבך לילדים בגילאי 5 - 1½—גרסה עברית מלאה כולל מדריך מפורט סייקטק שמחה להודיע על השלמת ההתאמה לעברית של אבחון האכנבך לגיל הרך מבית ASEBA. האבחון החדש מרחיב את טווח הגילאים של הגרסה הקיימת בעברית לילדי בית ספר (6-18). האבחון הותאם לעברית בשיתוף מלא של פרופ' אכנבך ומהווה התקדמות נוספת בסטנדרטיזציה של האבחון בעברית. גם בגרסה זו תמצאו את סולמות האכנבך המוכרים (ראו תרשים) אך בנוסף מספר סולמות DSM. הערכה כוללת: 25 שאלונים להורה, 25 שאלונים למטפלת/גננת, 25 פרופילים-מטפלת/גננת, 4 שקפי ציינון, מדריך מפורט בעברית, המדריך המקורי באנגלית ותיק נשיאה מהודר. עכשיו במחיר היכרות: 650₪ כולל מע"מ (במקום 728₪) עד ה-31.03.08



**ASEBA**  
Achenbach System of Empirically Based Assessment



טלפון: 02-6435360  
custserv@psychtech.co.il

www.psychtech.co.il

סייקטק  
כלי אבחון וטיפול  
למקצועות בריאות הנפש

# מה בין הערכת מסוכנות להערכת סיכון וצרכים

מתחום העיסוק בתקיפות מיניות: "לקיחת אחריות", "בחירת הקורבן" ועוד (ר' נעמה בר-שדה, 2005). לעניות דעתנו אין מדובר בסמנטיקה בלבד. זו סוגיה חשובה וכבדת משקל שדורשת התייחסות נפרדת. בחרנו שלא להתייחס לסוגיה זו במאמר זה. נושא נוסף הקשור לתחום, וגם אליו בחרנו שלא להתייחס, הוא ההבדל בין התנהגות מינית חריגה להתנהגות מינית פוגעת. חשוב לציין שיש הבדל עצום בין שני מושגים אלה. לשם הבהרה נדגיש כי המאמר הנוכחי מתייחס בפירוש לקטינים שפגעו מינית.

## מהי הערכת מסוכנות ומה מטרתה

ההערכה מתייחסת לקטין ולמשפחתו ומטרתה להעריך את התוכן, ההיקף, האופי והחומרה של ההתנהגות המינית הפוגעת (סיבות, נסיבות ופרטי הפגיעות). הכוונה היא להעריך את הצרכים הטיפוליים של הקטין **בתחומי חייו השונים** (בעיות אישיות, תפקוד קוגניטיבי, התנהגותי, ידע, גישות כלפי מין ומיניות, נכונות ויכולות להפיק תועלת מטיפול), תוך כדי בדיקה של המשפחה, תכונותיה והדינמיקה שלה, וכן בדיקה של המסגרות החינוכיות שבהן שווה הקטין (פנימייה, ביי"ס), תוך התייחסות להשפעה שיש למציאות החיים על הקטין. מתבצעת הערכה של מידת הסיכון של הקטין כלפי עצמו וכלפי הקהילה, וניתנות המלצות לגבי מסגרת הטיפול וסוג הטיפול (אתגר, 1997).

אלימות מינית, בדיוק כמו אלימות פיזית, עלולה להיות דרך של הקטין לפתור את בעיותיו. הבעיות יכולות להיות קשורות לרגש של השפלה, לכעס, לסטטוס חברתי, לדחף מיני, לדחף תוקפני, ליצר נקמה, לרצון למשוך תשומת לב ועוד.

לתפיסתנו, היות שאותם סימפטומים יכולים לנבוע ממקורות שונים – מורכבות האישיות, הרכב המשפחה וכו' – הרי שהצרכים של כל ילד וילד שונים. מכאן שיש לאתר צרכים אלה במהלך ההערכה, כדי להתאים לילד מענה טיפולי הולם.

אותה גישה תקפה גם לגבי ההמלצה על המסגרת הטיפולית. השאלות שצריכות להישאל הן למשל: האם להוציא את הקטין מהבית? לאיזה סוג של מסגרת חוץ ביתית? האם להעבירו לבית ספר אחר? וכדומה.

גם כאן ההמלצה צריכה להביא בחשבון את כל האלמנטים שמרכיבים את רמת הסיכון.

## לדוגמה:

במקרה של ילד שרמת המסוכנות שלו לא גבוהה, אבל הוא גר בבית שעלול להעלות אותה, יש להביא בחשבון את כל הגורמים ולשקול אם בכל זאת כדאי להוציאו מהבית. לעומת זאת, במקרה של מי שאובחן כבעל רמת סיכון גבוהה, אבל ביתו יכול להוות עבורו מסגרת תומכת, הוריו מבינים את חומרת המצב ומוכנים להתגייס ולהפעיל תוכנית שמירה ומוגנות וגם בית הספר מצליח לבנות תוכנית מוגנות בזמן שהילד נמצא בו – במקרה כזה בהחלט ייתכן שיהיה אפשר להשאיר את הילד בביתו.

## מה קרה להגדרה ולמה?

הדבר שמטריד ביותר את אנשי המקצוע ובמיוחד את האחראים על המסגרות החינוכיות שהקטין שווה בהן, הוא – אם הקטין יחזור על מעשיו ומה הסיכון לכך. כמה אנחנו כחברה, צריכים להיות מודאגים, ועד כמה להגביל ולשמור את צעדיו? מדובר

## ד"ר טליה אתגר

### רקע

העיסוק באבחון ובטיפול בקטינים תוקפים מינית הולך ומתרחב. יותר ויותר אנשי מקצוע עוסקים בנושא, קיימת ספרות מקצועית רבה יותר (מאשר הייתה בתחילת שנות השמונים) וגם השאלות והסוגיות הנוגעות לתחום הולכות ומתרבות.

הנסיגות להגיע לאיטיולוגיה ולטיפולוגיה של התוקפים הם מאמץ הולך ונמשך (Hunter, 2005; Ward & Beech, 2004). כמו כן מושם דגש על הצורך בכלים אמפיריים מתוקפים. באופן כללי הספרות הקיימת המתייחסת לנושא מונעת משני היבטים מרכזיים: קליני ו/או אמפירי (Longstorm & Grann, 2000), כשדגש רב מושם על ניבוי רצדיביזם (Kahan & Chambers, 1991; 2000; Epperson & al, 2004; Longstorm, & Grann, Vandiver Ross & AL, 2003; Seabloom & AL, 2006; זיהוי גורמי סיכון (Loss, 1988; Miner, 2002; Perry and Orchard, 1992

ככל שמתרבים המחקרים ומצטבר ניסיון, מתרבות גם השאלות וההתלבטויות. היטיבו לתאר זאת Johnson & Doonan (2006) כשקראו לפרק שלהן "מה אנחנו יודעים ב-2005 שלא ידענו ב-1985", או פרסקוט (Prescott, 2006) שקרא לפרק שכתב בשם הפרובוקטיבי "12 סיבות להימנע מהערכת מסוכנות".

אחד הנושאים השנויים במחלוקת הוא "הערכת המסוכנות". הכוונה היא לתהליך אבחון הנוער בקהילה. עמותת עלם מפעילה, בשיתוף עם המיון הראשוני של קטינים שתקפו מינית, מרכז, המאפשר קבלת מידע רב לגבי מצבו של הקטין מחד גיסא, והערכת רמת המסוכנות שלו לפגוע שוב מאידך גיסא. בסופו של התהליך ניתנות המלצות לגבי דרך ומסגרת הטיפול הנכונות ביותר עבורו.

מטרת מאמר זה היא לנסות ולמקד את הבעיות הקיימות, להצביע על תפיסות שונות ולנסות להציע כיווני מחשבה אחרים. החומר המובא במאמר מתבסס על הספרות המקצועית ועל ניסיון בשטח שנצבר במשך קרוב לשני עשורים. כל הדוגמאות\* הן מההערכות שנעשו במרכז למניעה וטיפול באלימות מינית בקרב ילדים.

את המרכז הקימה עמותת עלם בשיתוף עם משרדי החינוך והרווחה, כדי לתת מענה לילדים מתחת לגיל האחריות הפלילית (גיל 12) התוקפים מינית. ואולם, המרכז מטפל גם בנערים ונערות מעל גיל האחריות הפלילית, בתנאי שלא הוגשה ולא תוגש נגדם תלונה במשטרה. חשוב גם לציין כי עמותת עלם זכתה במכרז של משרד הרווחה להפעלת הקבוצות הטיפוליות לעברייני מין מתבגרים, והיא מפעילה כיום (נכון לרגע כתיבת הדברים) שמונה קבוצות: שלוש מהן פועלות במעונות סגורים של רשות חסות שירות בתי הסוהר, במסגרת פרויקט טיפולי למתבגרים שתקפו מינית בכלא "אופק". מאמר זה מתייחס רק לקטינים (מתחת לגיל 18).

## סמנטיקה

הערה לגבי השימוש במושגים – חלק מהביקורת בכל הקשור לקטינים תוקפים מינית ובמיוחד לילדים, קשור לעיסוק במושגים, בסמנטיקה. לדוגמה, אוכלוסייה זו מכונה גם "תוקפים מינית", "ילדים עם התנהגות מינית חריגה", "קטינים פוגעים מינית", "עברייני מין" ועוד. הביקורת מתייחסת גם למושגים הלקוחים

## ד"ר טליה

### אתגר,

### מנהלת המרכז

### למניעה ולטיפול

### באלימות מינית

### בקרב ילדים

### עמותת עלם,

### רח' קהילת

### סלוניקי 7, נאות

### אפקה תל-

### אביב.

טלפון: 03-6477898

נייד: 054-9773747

## \* כל השמות

### בדויים וחלק

### מהתאורים

### שונים כדי

### למנוע זיהוי.

למעשה בניסיון ניבוי שמפעיל לחץ על המאבחים (Prescott, 2006).

קיים לחץ חברתי להוציא קטינים שתקפו מינית מהמסגרות (פנימיות, בתי ספר) שהם שוהים בהן. מנהלי המסגרות חוששים, ובצדק מבחינתם, להשאיר קטינים אלה במסגרתם. הערכת המסוכנות הפכה ל"אורים ותומים" בקביעת המסגרת שבה ישהה הקטין. למצב זה יש שתי השלכות לא ראויות:

**האחת:** הערכת המסוכנות מתמקדת בניבוי הסיכון לתקיפה נוספת, ולא בחלקים האחרים של ההערכה העוסקים בצרכים של הילד ובדרכי הטיפול ההולמות עבורו.

**השנייה:** חוסר דיפרנציאציה לגבי עצם עריכת האבחון. לא כל ילד צריך לעבור את כל תהליך הערכת המסוכנות, ולא כל התנהגות מינית חריגה מחייבת הערכת מסוכנות. אבל יותר ויותר קטינים נשלחים להערכה גם אם אין צורך בכך. היחס ל"הערכת המסוכנות" הפך למיסטי כמעט, וזו טעות – ההערכה איננה מחוללת נסים, והיא גם אינה מהווה תחליף לאחריות של מנהלי המסגרות לשלמו של הקטין ולשלום שאר הקטינים השוהים עמו באותה מסגרת.

### גורמי סיכון (Risk Factors)

בעבר התייחסה הספרות רק לגורמי הסיכון הקשורים לעבירת המין כגון: רמת האלימות בביצוע העבירה, מידת החזרה (התנהגות חד-פעמית או שרשרת של עבירות), מידת ההסלמה ועוד (Loss & Ross, 1988). הנטייה הקיימת היא לתת משקל רב מאוד למידת החומרה של המעשה ולא כך הוא. ייתכן מעשה אונס עם חדירה שבו הקטין "מסוכן" פחות, או יש סיכוי רב יותר שלא יחזור על המעשה, מאשר מקרה שבו מישוה "רק" נגע אבל מכלול ההערכה הנפשית שלו מעיד שהוא מסוכן יותר.

במרכז למניעה ולטיפול ההתייחסות לרמת הסיכון כוללת גם את הנקודות הקשורות ישירות לעבירה אבל גם גורמים נוספים הקשורים למצבו של הקטין (Prescott, 2006) כמו: יכולותיו הקוגניטיביות, יכולות הלמידה שלו, מצבו הנפשי, מצבו החברתי, מצב משפחתו והתייחסותה אליו ואל התקיפה שביצע. נשאלות שאלות כגון: האם בני משפחתו בכלל מכירים בצורך שלו להשתנות ורוצים בכך? ועוד.

חשוב להדגיש כי לא תמיד יש הלימה בין הרצון של הקטין לבין רצון המשפחה. באחד המקרים שאלה ילדה במסגרת הערכת מסוכנות במרכז את השאלות הבאות: "את יודעת איך לעזור לילדים להפסיק את זה?", "כמה ילדים הצליחו להפסיק אחרי שהיו פה?". לעומתה טענו הורים שלא היו דברים מעולם ושהילדה לא פגעה באף אחד, ולכן לא צריך הערכת מסוכנות והילדה לא צריכה טיפול.

אחת המטרות של הערכת המסוכנות היא, לדעתי, לאתר את הגורמים שיכולים לסייע בטיפול (יכולת מוכחת מהעבר להפיק מקשר טיפולי, מוטיבציה להשתנות, הורים תומכים ועוד) וכן לבחור בסוג הטיפול תוך בחינת הגורמים שעלולים להפריע לו.

**לדוגמה:** במקרים של פגיעה נרציסטית חמורה, ברור שלא יומלץ טיפול קוגניטיבי או דידיקטי. חשוב לראות אם הגורמים המכשילים טיפול הם עצמם בני טיפול (הורים מתנגדים שאפשר לעבוד איתם) או שמא הם מצב נתון (יכולת קוגניטיבית נמוכה ביותר, הורים במצב של התמכרות קשה ועוד).

### התייחסות אינדוידואלית למכלול

כותרת זו, שכביכול מכילה סתירה פנימית, מכוונת להסתכלות על כל קטין באופן ייחודי (לא רק כחלק מ"אוכלוסייה"), תוך התייחסות למכלול חייו.

**הטרונגויות:** קטינים שפגעו מינית הם קבוצת קליינטים הטרונגית מאוד. הם שונים זה מזה בנקודות חשובות כמו: אפיונים של קורבנות ותוקפים, סגנונות ההתנהגויות הפוגעות, היסטוריה שונה של טיפול לא הולם, יכולות ורמות שונות של מיומנויות תקשורת ויכולות חברתיות, ידע וניסיון מיני, יכולת קוגניטיבית שונה (Longo, 2003 ; Righthan & Welch, 2002). גורמי הסיכון שלהם לחזור על העבירה שונים והאפיונים שלהם לעתים אינם שונים באופן מהותי מאלה של בני נוער שמבצעים עבירות אחרות (Hunter & al, 2000).

בעולם, בעיקר בארצות הברית, מעלים לאחריהם שאלות לגבי טכניקות (שגם הן השתנו במשך השנים) בקשר למשך הטיפול, לשוני במודלים טיפוליים שונים או באופנויות (MODALITIES) טיפול שונות ועוד. שוני הקשור גם לאופי האוכלוסייה הספציפית במחקר המסוים. התפתחות התנהגות מינית פוגעת נובעת מסיבות רבות ושונות, לכן התהליך הטיפולי צריך להיות על בסיס רחב והוליסטי (Ryan, & Lane, 1991). לדעתנו, כל זה רלבנטי להערכת המסוכנות – יש לנסות ולהבין מדוע הילד פגע מינית, לאחר שנבדקים אספקטים רבים ושונים של מציאות חייו.

**רצף:** הנושא של קטינים תוקפים מינית ושל הטיפול בהם מבוסס על תפיסה של רצף. קיים רצף בין התנהגות מינית נורמלית ונורמטיבית לתקיפה מינית. רוב ההתנהגויות המיניות של קטינים בריאות וטבעיות, אך ישנם ילדים עם בעיות התנהגות מינית. את הילדים האלה אפשר לחלק לשלוש קבוצות על פי רצף (Johnson & Feldmeth, 1993): ילדים תגובתיים, ילדים המשתתפים בהתנהגויות מיניות נרחבות, ילדים המתעללים בילדים אחרים.

גם בתפיסה המערכתית של מסגרות הטיפול של קטינים קיים רצף (קטינים המטופלים בקהילה, קטינים השוהים במעונות סגורים וקטינים השוהים בכלא). לפיכך, הגיוני לראות גם את ההערכה והאבחון של אוכלוסייה זו על רצף, ולהתאים את אופי ההערכה בכל מקרה לגופו. במילים אחרות: יש מקרים שבהם לא צריך לקיים את כל התהליך של הערכת המסוכנות. לעתים דרושה שיחה עם הילד ו/או עם ההורים ולעתים החומר הקיים יכול להצביע על דרכי ההתערבות הדרושות. **לדוגמה:** יותם הגיע למרכז אחרי שנגע באברי המין של חבריו לכיתה בשעות פעילות בית הספר, וכן נגע בילדים במגרש המשחקים בשעות אחר הצהריים, למרות התנגדותם של הילדים ותוך שימוש במניפולציות ובפיתוי. במקרה מסוים זה בדקו המאבחים (באמצעות דוחות ושיחות עם הילד והוריו) את התנהגותו במסגרות שונות. התברר כי התנהגותו בכיתה בזמן שהמורה היא המחנכת שאלה היה קשור, מחנכת שנהגה להתייחס אליו ולהציב לו גבולות ברורים, הייתה שונה לעומת התנהגותו אצל יתר המורים שבשיעוריהם לא היו גבולות ברורים, והייתה שונה גם לעומת התנהגותו בזמן ההפסקות שבהן הגבולות באופן טבעי היו נוקשים פחות. נבדקה התנהגותו של יותם בבית בנוכחות האם, האב והאחים. מתוך כל החומר שנאסף הגיעו המאבחים למסקנה ברורה שיותם מתפקד היטב כשהוא נמצא במסגרת מוגדרת עם גבולות ברורים.

ההמלצה הייתה לבדוק את כל המסגרות שבהן הוא נמצא, ולהדריך את האחראים (בעיקר את האם וחלק מהמורים המקצועיים), כיצד לבנות את המסגרת ולהציב גבולות, תוך התייחסות ליומם. כמו כן הומלץ לקיים מספר שיחות עם יותם כדי להסביר לו "מה מותר ומה אסור". לאחר שההמלצות יושמו, ההתנהגויות המיניות החריגות והפוגעות פסקו.

הקטין הוא קטין, ילד, נער, אדם, הוא לא רק "תוקף מינית". לכן דרשה התייחסות המביאה בחשבון את מציאות חייו, את מצבו הקוגניטיבי, הרגשי, החברתי, את חוויות העבר שלו וכו'. מעריכים המתמקדים בסקאלות או בטבלאות "מפספסים" ומחטיאים את הנבדק העומד מולם, שכן כל אחד מהקטירונים המקובלים בעולם להערכת הסיכון הוא גם מורכב מאוד וגם משפיע, מושפע ונמצא באינטראקציה מתמדת ודינמית עם קטירונים אחרים. כל קטירון הוא תולדה של מציאות חייו והדינמיקה הרגשית משפחתית קוגניטיבית חברתית של כל נער ונער באופן אישי, על כל מורכבותה.

ננסה להדגים זאת תוך התייחסות לשני מושגים מהותיים בתחום הידע של תוקפים מינית: אמפתיה והכחשה.

ככלל, חשוב להתייחס למושגים אלה בתהליך ההערכה, אבל אסור להסיק שקטין מסוכן רק כי הוא מכחיש את המעשה או כי אין לו אמפתיה. הדבר מורכב יותר וחשוב לנסות ולראות על איזה בסיס יש הכחשה או חוסר אמפתיה.

יכולת האדם (או הילד) **לאמפתיה** מושפעת מגורמים רבים. ייתכן מצב שבו קווי אישיות שונים מביאים לאגוצנטריות ולניסיון נואש למלא את הצרכים הראשוניים הבלתי מסופקים, ואז אנרגיה נפשית מועטה מופנית לראיית האחר וצרכיו. היכולת לאמפתיה מותנית גם ביכולת לחשיבה מופשטת. יש לציין שלעתים ילדים מביעים חוסר אמפתיה לקורבנותיהם אך גם לאחרים הסובבים אותם מפני שלא השיגו עדיין את שלבי ההתפתחות של החשיבה באמצעות מושגים מופשטים וכפועל יוצא מכך שלב גבוה יותר של שיפוט מוסרי.

ייתכן שהקושי ביכולת האמפתיה נובע מקווים סכיזואידים באישיות. לדוגמה: ילד שנמצא שבאופן בסיסי הוא חסר במיומנויות חברתיות ויכולת ליצירת קשרים בינאישיים. מעבר לבדידות ולדחיייה שהוא חש, קיים גם חוסר בסיסי ביכולות האינטראקטיביות (ר' פירוט של דוגמאות אצל אתגר נדר, 2007).

גם כשמדובר ב**הכחשה**, חשוב לבדוק את מקורותיה. צריך למשל לשאול אם מדובר בחוסר ראיית המציאות – אולי הפגיעה בבחון המציאות היא על רקע מצב דחק שהקטין שריו בו? האם הוא באמת לא חושב שעשה משהו רע? האם קיימת הכחשה גם בשטחים אחרים של החיים, או שהיא קיימת רק בתחום של התקיפה המינית? האם הילד חושב שהוריו יעזבו אותו אם יודה במעשיו, האם הוא חושב שהם לא יאהבו אותו? האם הוא חושב שהם יכו אותו? או כפי שאמרה אחת האמהות: "אם זה נכון, אני אחתוך את הגרון שלי". לפעמים, ההכחשה היא דווקא ראייה נכונה של המציאות והיא משמשת את הקטין כהגנה.

נתייחס כאן לכמה נקודות שהועלו בקשר לנושא וננסה להסביר את עמדתנו:

**העתקה ממבוגרים למתבגרים וילדים** – אחת הביקורות כבדות המשקל, והצודקות לדעתנו, היא ההעתקה של התייחסות ממבוגרים למתבגרים וילדים. המחקר האחרון (McGrath et al., 2003) שפורסם בארה"ב על ידי ה-afer Society Foundation,

הוא המחקר המקיף ביותר שפורסם עד כה. אחד הלקחים החשובים, ואולי החשוב ביותר, גם ממחקר זה וגם ממקורות אחרים (Longo & Prescott, 2006; בנג'ט 2006; Prescott, 2006), הוא כי לא נמצא שום מחקר שיכול לתמוך ברעיון, שהתנהגות מינית חריגה אצל מתבגרים דומה לזו של מבוגרים. קל וחומר אצל ילדים (Johnson & Doonan 2006). לא רק שהמיניות אצל ילדים שונה מזו של מתבגרים ומבוגרים, ההתייחסות הרגשית, החברתית, המודעות הקוגניטיבית והיחס לעולם – כל אלה שונים. המסקנה המתבקשת היא שאין דרך אבחון וטיפול אחת המתאימה לכולם.

הערכה שלא מביאה בחשבון את הפן ההתפתחותי של הקטין, את גילו ואת **משמעות** הגיל המסוים בתהליך ההתפתחות היא הערכה לא נכונה ולא מקצועית. כיצד אפשר שלא להתייחס לגיל ההתבגרות על כל השינויים הדינמיים והפיזיולוגיים שחלים בו? כיצד אפשר שלא להביא בחשבון את התנאים שמשפיעים על ילד בן שש, למשל, שעובר תקופה משמעותית בכניסה לבית הספר? ומה לגבי ההתייחסות השונה למין בגילאים השונים? לדוגמה: ילד בן שמונה הופנה למרכז לשם הערכת מסוכנות לאחר שורה ארוכה של פגיעות מיניות שונות באופיין. ברור היה שהילד מגורה ומוצף מאוד מבחינה מינית והוא מבטא "משהו" בדרך של התעסקות בלתי פוסקת במין ובפגיעות מיניות שונות. נדרשו מספר פגישות כדי להבין את אותו "משהו". התברר שהילד מנסה לעבד את הפגיעות המיניות שביצעה בו אחותו הבכורה. הוא היה חשוף, בלי תיווך ובלי הסבר, לקטעים של מיניות שלא הלמו את גילו וזה הבהיל, הציף וגירה אותו (אמירות של חברים, צפייה בקטעים בעלי אופי מיני בטלוויזיה). הפגיעות המיניות היו אצלו דרך לעבד את החומר המבהיל ואת התחושות הקשות מהפגיעה של אחותו.

כיצד אפשר להתעלם מהחיבור שילדים עושים בין מין ואלימות, חיבור שמביא אותם לתקוף אחר כך? ומה לגבי ילדים שבעצמם היו קורבנות, והם משחזרים את הקורבנות שלהם? אולי הדרך היחידה שהילד מכיר בחיפושו אחרי חום, אהבה וקשר היא תקיפה מינית? כמובן שיש לבדוק אם ההתנהגות האנטי-סוציאלית מופיעה רק בתחום המין או שמא היא מופיעה גם בשטחי חיים אחרים. יש להבהיר: הנאמר לעיל לא בא להצדיק את התקיפות המיניות, אלא לסייע בהבנת הסיטואציה המסוימת שבה נמצא כל ילד כדי להמליץ על דרך הטיפול ההולמת ביותר.

יתרה מזאת, הערכת מסוכנות תקפה ונכונה לזמן שבו נעשתה. במיוחד אמור הדבר לגבי קטינים (Caldwell, 2002). חשוב להבין שכשקובעים שמישהו נמצא בסיכון גבוה לפגוע שוב – אין הכוונה לכל החיים. הדגש הוא על הצורך במוגנות עכשווית ועל דחיפות בהתחלת טיפול. הכוונה היא שעם התקדמות הטיפול תרד גם רמת המסוכנות (או אמורה לרדת). לכן חשוב לערוך בדיקות גם באמצע התהליך ובסופו, תוך התייחסות לשוני בגורמי הסיכון עם העלייה בגיל. אנו ממליצים, וכך גם נוהגים במרכז, שאת הערכות האמצע והסוף לא יעשה המטפל של הקטין, אלא איש מקצוע אחר.

**כמות המידע הנאסף** – ג'ונסון (1993) מתארת רשימה ארוכה מאוד של נקודות ומידע שחשוב לאסוף. לעומתה טוען פרסקוט (2006) כי מידע רב מדי יכול לפגוע בדיוק האבחון. לדעתנו הנקודה החשובה היא לא **כמות** המידע אלא **השימוש**

בו ודרך ההתייחסות אליו. לדוגמה: האם מתייחסים להכחשה ו/או ללקיחת אחריות רק כגורמים לסיכון גבוה או מביאים בחשבון את המקורות לגורמים אלה אצל הקטין ואיזו השפעה יש לכך לגבי הטיפול, ועל איזה טיפול נכון להמליץ בנסיבות הקיימות.

**מבחנים שלא תוקפו** – זו טענה נכונה, המבחנים שמשתמשים בהם היום לא תוקפו.

#### מעלות וחסרונות – היבט מערכתי

תהליך הערכת המסוכנות ארוך, מורכב, יקר ובעיקר, בדרך שבה נעשה, מניח מראש שהייתה פגיעה ושמדובר בילד תוקף.

\* היות שהנושא מקבל תאוצה ויותר ויותר ילדים מאותרים כפוגעים מינית, לא נראה שביצוע הערכת מסוכנות הוא ריאלי לגבי חלק גדול מהם.

\* חלק מהקטינים לא מגיעים להערכת המסוכנות (ולעתים לא מגיעים לטיפול אחרי ההערכה) בשל מחסור במשאבים כספיים.

\* חלק לא מגיעים מפני שהתהליך נראה מסורבל ומפחיד. כמו כן מוטל עומס רב על פקידי הסעד לחוק הנוער (המרכז לא מקבל קטינים שאינם מלווים בפקיד סעד), ולפעמים נתקלים בחוסר ידע של אנשי המקצוע המעורבים. במרכז הצטבר ידע רב שמקורו בשנים של ביצוע הערכות מסוכנות. לעתים גם הצוות מרגיש שבמקרים מסוימים אפשר ל"נבא" את תוצאות ההערכה. במילים אחרות – הידע הקיים מאפשר ניתוח, הבנת המקרה ומתן המלצות ללא צורך בכל התהליך הארוך של הערכת המסוכנות כפי שהוא מתבצע היום. חשוב להדגיש שהמרכז מתייחס לאותם קריטריונים, אבל הוא עושה זאת בדרך של בחינה הוליסטית, הכוללת את בחינת הקריטריונים, מקורותיהם ויחסי הגומלין שלהם עם קריטריונים אחרים.

לדעתנו, לא כל קטין חייב לעבור הערכת מסוכנות. בהרבה מקרים דרושה התערבות אבל לא בהכרח הערכת מסוכנות (ר' להלן). מכל האמור לעיל נראה שיש מקום לבנות הליך נוסף, מקוצר ושונה, שיפשט את התהליך. להליך כזה יתרונות וחסרונות.

#### יתרונות:

\* נגישות לקטינים רבים יותר.

\* הקלה בעומס של הערכות המסוכנות, ומכאן קיצור התורים. \* מתן מענה לצרכים של השדה באופן מקצועי, מכוון והולם יותר (ולא רק כי "היה אירוע").

\* הקטנת העלויות.

\* הפניה מהירה יותר לטיפול.

**הערה:** יש לתת את הדעת לגבי פנימיות שבהן יש מידע רב מאוד לגבי כל ילד ונגישות לאנשי מקצוע הנמצאים בקשר טיפולי רצוף וקבוע איתו, ובמקרים רבים גם יש קשר קבוע עם המשפחה. מומלץ לבדוק מה אפשר לעשות לגבי הערכת סיכון וצרכים בתוך הפנימיות. יש הסוענים שדווקא ההכרות הקרובה של המטפל עם הילד עלולה ליצור קושי. בכל מקרה, לדעתנו זהו נושא נוסף המחייב בדיקה.

#### חסרונות:

הסכנה המרכזית היא ירידה במקצועיות:

\* חיסרון מהותי הוא העובדה שבהרבה מאוד מקרים מידע מהותי וחשוב (שלעתים משנה את כל התמונה), **מושג רק בהערכת המסוכנות**. דוגמאות: ילדים שהגיעו כביכול בגלל "נגיעות", אבל במהלך הערכת המסוכנות התברר שהייתה חדירה מלאה, לעתים תוך שימוש בכח. ילדים שהגיעו בשל "כמה מקרים בחודשים האחרונים" אך התברר שמדובר ב**שנים** של פגיעות.

\* **פערים מהותיים בין הדיווח של ההורים לדיווח של הילד** – על פערים אלה אפשר ללמוד **רק** כשנפגשים ומשוחחים פנים אל פנים עם הילד מצד אחד ועם הוריו מצד שני, והמראיינים נפגשים ומשוים את הגרסאות. דוגמאות: הורים שמדווחים על "משפחה מושלמת", שבה העונש הוא כביכול איסור על רכיבה על אופניים אך הילד מדווח על מכות במקל. או הורים שאין להם מושג שהילד צופה באתרים פורנוגרפיים וטוענים ש"אין לנו בבית הכל חסום", אבל הילד בחיך מדווח על הקלות שבביטול החסימה ועוד.

\* עצם ההגעה, עצם ההתייחסות האישית – בחלק גדול מהמקרים יש חשיבות לעובדה שהילד והמשפחה מגיעים למרכז, המוגדר בפירוש כמקום טיפולי לילדים שפגעו מינית (אתגר נדר, 2007). הם חווים את ההתייחסות של אנשי הצוות, הם "רואים בעין" את המקום הפיזי המיוחד לנושא. יש הורים שחשוב להם שישמעו אותם (חוות דעת ללא מפגש נראית לחלק מהם "לא רצינית").

מעבר לחשיבות בדיקת כל מקרה לגופו, אפשר להצביע על מקרים שבהם בדרך כלל לא חייבים לקיים את המפגשים הפרטניים (או חלק מהם), לדוגמה: כשברור שלא מדובר במיקוד בפגיעה המינית (ילד תוקפן בהרבה מובנים וגם בפן המיני); לפעמים ילדים מאוד קטנים שהיו קורבנות.

#### אבני דרך, קווים מנחים לבניית הרצף האבחוני והטיפול

בנייה אמיתית מחייבת מפגשי עבודה של משרדי החינוך והרווחה ואנשי מקצוע בכירים בתחום. להלן רק קווים מנחים.

##### 1. מניעה ראשונית

ישנם מקומות רבים בארץ שבהם כבר פועלות תוכניות מניעה. מבצעים אותן בעיקר צוותי ההוראה והטיפול (פסיכולוגים, יועצים, גננות). במערכת החינוך אנשי המקצוע מקבלים הדרכה וייעוץ משפ"י (המחלקה למניעת התעללות מינית) בנושא. הם מעבירים תוכניות בתחום, ומהווים כתובת להתייעצות.

##### 2. התערבות חינוכית-טיפולית

במקרים "קלים" (נגיעות ללא אלימות, ללא חדירה) ובפעם הראשונה – צריכות להינקט הפעולות הבאות:

\* שיחה עם הילד על גבולות, על מה מותר/ מה אסור וכו'. \* יידוע ההורים – שיחה איתם על גבולות, מוגנות וכו'. \* מעקב אחרי הילד והמשפחה. בעיקר לגבי התנהגויות הקשורות במין, אבל גם בהתנהגות כללית. בדיקת נושאים ושאלות כמו: הקשר עם בני גילו (לא רק במין), אלימות, האם הוא דחוי, מופנם, בודד, שינויים במצב רוח וכו'. האם ידוע על משברים ו/או על שינויים במשפחה (מעבר, גירושים, הולדת תינוק).

### ביבליוגרפיה:

אתגר, ט. (1997) **אבחון עברייני מין מתבגרים**, הוצאת המועצה הלאומית לשלום הילד: המרכז למחקר ועיצוב מדיניות, והפורום לנושאי ילדים ונוער: עמותת עלם וביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב

אתגר, ט. נדר נ. "תפירה מאותו הבד על פי מידות המטופל", **התייחסות פרטנית לעקרונות הטיפול בעברייני מין קטינים**. (בדפוס)

בנג'י ס. (2006) הרצאה שניתנה בכנס "עברייני מין ענישה או שיקום?" במכללה האקדמית אשקלון. (חוברת תפורסם).

בר שדה נעמה (2005), ילדים שפוגעים מינית באחרים (בעקבות מאמרה של רנית ים), **פורום פסיכולוגיה עברית**.

Caldwell, M. F. (2002) What we do know about Juvenile sexual reoffense risk. **Child Maltreatment** Vol. 7 (4) pp. 291- 303, Thousand Oaks.

Cumming, G.F. and Burchard, B.L. (2003), Current Practices and trends in sexual abuser management: **The Safer Society 2022 nationwide survey**. Safer Society Press Brandon, VT.

Epperson, D.L., Ralston, C.A., Fowers, D. and Dewitt, J. (2004) Juvenile sexual recidivism: A large scale study of Utah juveniles adjudicated for sexual offenses. **Paper presented at the annual meeting of the National Adolescent Perpetration Network**, Portland, Oregon.

Hunter, J. (2005) Understanding Diversity in Juvenile Sexual Offenders: Implications for assessment, treatment and legal management. in: Longo & Prescott, Current Perspectives: **Working With Sexually Aggressive Youth & Youth With Sexual Behavior Problems**. Holyoke, Ma Neari Press

Hunter, J.A. Hazelwood, R.R. and Slesinger, D. (2000) "Juvenile – perpetrated sex crimes: patterns of offending and predictors of violence." **Journal of family Violence**. Vol.15, no 1. pp 81-93

Johnson, T.C. (1993). Childhood Sexuality. In: E. Gil & T.C. Johnson (Eds.), **Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest**. U.S.A: Launch Press.

Johnson, T.C. & Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behavior: A continuum. In: E. Gil & T.C. Johnson (Eds.), **Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest** (pp. 41-51).

חשוב לציין כי מערכת החינוך פועלת כבר היום על פי חוזר מנכ"ל משרד החינוך, שעל פיו מערבים פקיד סעד לחוק הנוער ומכונסת ועדה שמתפקידה להחליט על המשך הטיפול במקרה.

3. **במצבים של חזרה על אותה התנהגות או הסלמה לאותו כיוון התנהגותי** – הפנייה למומחה לקבלת סיוע בהערכת סיכון וצרכים.

כדאי לשים לב כי ההצעה הנ"ל מעצימה את העובדים בשטח, מה שיחייב מתן הכשרה והדרכה מחד גיסא, והשמת גבולות אחריות ברורים מאידך גיסא.

בנוסף לבניית רצף טיפולי ואבחוני חשוב מאוד גם להגדיר באופן ברור מהי הערכת צרכים וסיכון, ומי רשאי לבצעה. לאחרונה אנו עדים לגופים רבים שעושים הערכות מסוכנות, חלקם באופן לא מקצועי. לדעתנו חשוב לעודד חקיקה בנושא שתסדיר את המצב, והצעד הראשון חייב להיות הגדרה ברורה של מהות ההערכה.

### לסיכום

ההצעה לכנות את ההערכה בדיקת סיכון וצרכים מתייחסת לשני הגורמים החשובים הן לגבי הילד והן לגבי הסובבים אותו: דגש על הצרכים של הילד, ורמת הסיכון שלו.

לדעתנו, הדגש חייב להיות בראייה והבנה כוללת של הילד כילד. ולא רק בשל העובדה שאין כיום למעשה כלים כמותיים, סטטיסטיים היכולים לנבא את רמת המסוכנות, אלא כתפיסה מקצועית. תפיסה המדגישה את העובדה שהילד התוקף מינית הוא לא רק "תוקף מינית". הוא ילד על כל המשתמע מזה. מכאן שההערכה וההמלצות חייבות להתייחס לכל שטחי החיים שלו. חשוב להבין את הדינמיקה הנפשית שהביאה אותו לבחור בפגיעה המינית, ומתוך הבנה זו לחשוב מהם הצרכים הטיפוליים שלו, כדי שלא ייפגע בעתיד.

בהתייחס לרמת הסיכון חשוב להתייחס לגורמים שקובעים את רמת הסיכון בהירות רבה מחד ובראייה הרבה יותר כוללת מאידך. (דוגמה לעיל של הכחשה). ולזכור שיש להמשיך ולבדוק את המצב מדי פעם, ולהתאים את תוכנית המוגנות והשמירה לפי המצב המשתנה.

אחת המכשולות של מי שעוסק בתחום, היא ראיית התוקף בעיקר כקורבן. הערכה כוללת כפי שהובאה לעיל עלולה לגרום להעצמת הראייה של הילד כקורבן, בעיקר בשל המידע הרחב על עברו של הילד ונסיבות חייו. ואמנם חלק גדול מאוד מהילדים התוקפים הם קורבנות, לאו דווקא של פגיעה מינית, אלא של הזנחה, נסיבות חיים קשות וכיוצא בזה.

בדרך כלל ילד לא מבצע תקיפה מינית כי טוב לו עם עצמו ועם הסובב אותו. אבל בהערכת הסיכון והצרכים התייחסות חייבת להיות למה שבאמת עשה, ולטובתו, לא להסיר ממנו אחריות (כמובן בהתאם לגילו).

דגש נוסף וחשוב לדעתנו, הוא העיתוי של ביצוע ההערכה. חשוב לבצע את ההערכה סמוך ככל האפשר לזמן הפגיעה. ראשית מפני שאז קל יותר להבין את הדינמיקה הרגשית והדינמיקה של הפגיעה מבחינת טריגר (או טריגר נמשך), ולהבין את מציאות חייו של הילד טוב יותר. שנית, ברמה החינוכית, הילד חייב לראות שיש תגובה למה שעשה. אותו דבר נכון גם לגבי הקורבן. מעבר לטיפול בו, הוא נוכח לדעת שיש התייחסות גם למי שפגע בו. כמובן שהדבר חשוב גם לילדים האחרים, בין אם היו נוכחים, או שמעו על התקיפה.

Ryan, G. & Lane, S. (1991) **juvenile Sexual offending**. Massachusetts, Lexington Press

Seabloom, W. Seabloom, M.E., Seabloom, E. Barron, R. Hendrickson, S. (2003) A 14- to 24 – year longitudinal study of a comprehensive sexual health model treatment program for adolescent sex offenders: Predictors of successful Completion and Subsequent Criminal Recidivism, **Journal of offender Therapy and Comparative Criminology** Vol.47 (4) pp.468 London

Ward & Beech (2004 ) in: Prescott, D. (2006) Ed. **Risk Assessment of Youth Who have Sexually Abused. Theory, Controversy, and Emerging Strategies**. Wood & Barnes Publishing, Oklahoma.

Vandiver, D.M. (2006) A prospective Analysis of Juvenile Male sex offenders: Characteristics & recidivism rates as Adults. **Journal of Interpersonal Violence**, Vo. 21 (5) pp. 673 Beverly Hills.

Johnson, T. C. & Doonan, R. (2006 ) Children Twelve and younger With Sexual Behavior Problems: What we know in 2005 That We Didn't Know in 1985. in: Longo & Prescott, (ed) **Current Perspectives: Working With Sexually Aggressive Youth & Youth With Sexual Behavior Problems**. Neari Press, Holyoke, Ma

Kahan, T.J. and Chambers, H.J. (1991) Assessing reoffense risk with juvenile sex offenders. **Child Welfare**, Vol.70 pp. 333-345

Longo, R.E. and Longo, D.P. (2003) **new hopes Exercises for youth: Experiential Exercises for children & Adolescents**. Holyoke, Ma Neari Press.

Longstorm, W. & Grann, M. (2000) Risk for Criminal Recidivism among young sex offenders. **Journal of Interpersonal Violence**, Vol. 15 (8) pp. 855-872, Beverly Hills

Loss, P. and Ross J. E. (1988) **Risk Assessment/ Interviewing Protocol for Adolescent Sex Offenders** Private Edition by the authors.

McGrath, R.J., Cumming, G.F. and Burchard, B.L. (2003), Current Practices and trends in sexual abuser management: **The Safer Society 2022 nationwide survey**. Safer Society Press Brandon, VT.

Miner, M.H. (2002) Factors associated with recidivism in Juveniles: An analysis of serious juvenile sex offenders **The journal of Research in Crime and delinquency**. Vol.39 (4) pp.421 Beverly Hills

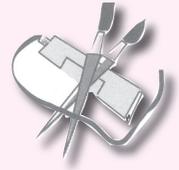
Perry, G.P., Orchard, J., 1989.) Assessment and treatment of adolescent sex offenders. In: P.A. Keller and, S.R. Heyman (eds.). **Innovations in clinical practice: a source book**, Vol. 8, pp 187-211. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Prescott, D.S & Longo, R.E (2006) Current Perspectives: working with Young People who Sexually Abuse. In: Longo, R.E. & Prescott, D.S. (EDITORS) (2006) **Current Perspectives: Working With Sexually Aggressive Youth and Youth With Sexual Behavior Problems**. Neari Press Holyoke, Ma

Prescott, D. (2006) Ed. **Risk Assessment of Youth Who have Sexually Abused. Theory, Controversy, and Emerging Strategies**. Wood & Barnes Publishing, Oklahoma.

Righthand, S. and Welch, C. (2002) **Juveniles who have sexually offended: An introduction**. The prevention researcher, 9 (4) pp.1-3

אני מאמין שישנה עוד  
תקוה  
ולכן לא כדאי לוותר  
אני מאמין שעם קצת  
אהבה  
יהיה העתיד טוב יותר.  
(אילן גולדהירש)



## פסיכולוגים יוצרים

### ריאיון עם ד"ר עפר גרוזברד עם צאת ספריו "פיצוח הצופן התרבותי" ו"דיאלוג"

#### ■ ראייה וערכה: צילה טנא

של מנהיג, ביוגרפיה" זכה בפרס המחקר של המרכז למורשת מנחם בגין ויצא לאור בעברית (בהוצאת "רסלינג") עת שבנו לישראל.

מיד עם שובנו יצרתי קשר עם "המכללה האקדמית הערבית לחינוך" שבחיפה, והחילותי ללמד בה. זוהי מכללה גדולה להכשרת מורים שכל תלמידיה הם ערבים בני עדות שונות (נוצרים, מוסלמים, דרוזים, בדווים, צירקסים ועוד). לא היה זה מקרה שהמכללה שכנה ליד ביתי ולא ידעתי על קיומה. זהו דפוס התנתקות שאופייני לרובנו. כך החלו ארבע שנים מרתקות הנמשכות עד היום,

בהן למדתי יותר מאשר לימדתי. במכללה זו צמחו שני ספרי הראשונים בסדרת "הצופן התרבותי". במקביל הדרכתי קבוצות של יועצות חינוכיות יהודיות ולימדתי באוניברסיטת חיפה ובמכללת אורנים. שם גם נחשפתי לחברה היהודית המסורתית-קולקטיבית (עולי אתיופיה, עולי קווקז, רוסים, קבוצות מזרחיות, קבוצות דתיות שונות ועוד), ולמדתי שהחלוקה הנכונה אינה בין יהודים ובין ערבים, אלא בין תרבות מודרנית-אינדיבידואלית ובין תרבות מסורתית-קולקטיבית.

#### שני הספרים: "דיאלוג" ו"פיצוח הצופן

התרבותי", הם הראשונים בסדרה בנושא זה. עפר גרוזברד מתעתד להשלים את כתיבת הסדרה עם השלמתו של מחקר ארוך שנים, שבו הוא לוקח חלק. מטרת הספרים היא להציג בפנינו את רזי החשיבה הרב תרבותית ולגרום לנו לשאול את עצמנו שאלות חשובות בבואנו במגע

עם אוכלוסיות שונות כגון: מה עלינו לדעת על אופן החשיבה השונה של תרבויות כדי לעודד קשרים בין תרבותיים? האם תרבויות שונות יכולות בכלל לחבור זו לזו באמצעות דיאלוג ובאמצעות השלמה הדדית ולהציע לאדם פתרונות שונים למצוקותיו? ואפילו, כיצד יכולים מנהיגים לקדם את השלום באמצעות הבנת דרכי החשיבה של האחר? התעניינתי בשותפיו של עפר למחקר ובמהות הקשרים שביניהם.

לטוב ולרע אין לי שותפים למחקר זה מלבד תלמידיי. לטוב, משום שאני חש כמטפל בקליניקה המקשיב לאופן החשיבה של בני התרבות המסורתית-קולקטיבית, ויש לי את כל החופש שבעולם לשאול, להתבונן ובעיקר לנסות להבין יחד אתם. לעיתים קרובות אני חש שבני החברה המסורתית-קולקטיבית מבינים את דברי טוב יותר מבני החברה האינדיבידואלית. אלה האחרונים משולים לדג הרואה סביבו רק מים ויש להסביר לו שקיימות עוד אפשרויות, ואילו בני החברה המסורתית החיים בתוך חברה מודרנית ומערבית, ערים הרבה יותר לפערים שבין התרבויות. אני חושב שמבין אנשי המערב, המטפלים ואנשי בריאות הנפש הם אלה שיכולים להבין ביתר קלות את עבודתי, אבל לשם כך נדרשת פתיחות מסוימת שאינה מובנת מאליה: ראשית, הרצון האמיתי להשקיע אנרגיה רבה בהקשבה למי שעשוי לחשוב כל כך שונה ממך. בנוסף לכך, תהליך ההכשרה של מטפלים מערביים מבוסס, בין היתר, על טיפול אישי המעצים את החשיבה העצמאית ואת הנפרדות הרגשית של המטפל. בבואו לטפל בבן חברה מסורתית-קולקטיבית נדרש המטפל לחזור למקומות ראשונים ביותר בהתפתחותו ובהתפתחות ההיסטורית של המערב, לנסות

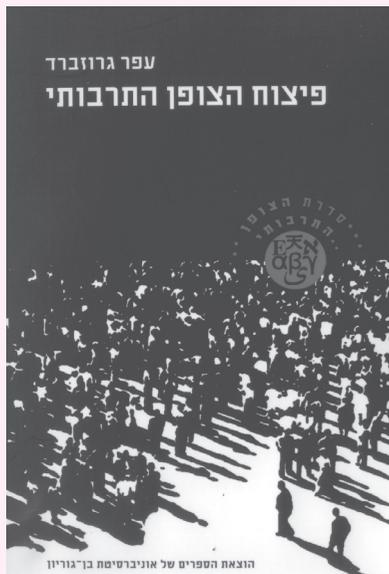
ד"ר עפר גרוזברד הוא פסיכולוג מזן מיוחד, אשר משלב את הידע הקליני שרכש בפסיכולוגיית הפרט, עם חקר הפסיכולוגיה הרב תרבותית, כדי לקדם דיאלוג בין אוכלוסיות מגוונות שיאפשר יישוב קונפליקטים בין תרבותיים וסכסוכים.

**ביקשתי את עפר לשתף אותנו בדרך המעניינת שעשה, כשעבר מענף אחד של הפסיכולוגיה למשנהו, ולהציג את הספרים שכתב לאורך דרכו זאת.**

גדלתי בבית שבו המדע ובעיקר תחום ההנדסה היו המקצועות החשובים, ואילו מדעי הרוח והחברה היו בעיקר עסקי רוח ובשפת הורי – "חֶרְטִילוגִי". על כן אין זה מפתיע שסיימתי את לימודי בפקולטה להנדסת מחשבים בטכניון. בימי גיל ההתבגרות המאוחר עדיין חיפשתי את עצמי. מאחר שרציתי מקצוע הכרוך בקשר אנושי, נטשתי את המחשבים ופניתי לפסיכולוגיה. הורי, מטבע הדברים, מחו על כך שהילד זורק את מקצוע העתיד (כבר אז, בראשית שנות השמונים, היה ברור להם שהעתיד הוא במחשבים). סיימתי את מסלול ההכשרה הארוך בפסיכולוגיה קלינית ואת הקורס בפסיכותרפיה

של המכון הפסיכואנליטי בירושלים. עבדתי כמדריך במחלקת מתבגרים בבית החולים "איתנים" בתקופה שבה יורם חזן ניהל את המחלקה יוצאת הדופן הזאת בסגנון הפסיכואנליטי. הייתה זו חוויה במלוא מובן המילה ושם צמח הרומן הראשון שלי "היתר לשיגעון" (בהוצאת ירון גולן). מאחר שגדלתי בבית פוליטי מאוד (אבי היה בעל תפקיד בכיר באצ"ל, ואמי הייתה רופאת המשפחה של משפחת בגין) היה לי צורך עמוק לחבר בין הכשרתי הפסיכולוגית לשרשי הפוליטיים. ממקום זה צמח הרומן "הערבי שלבלב", שנבחר בשנת 2000 לספר השנה של אגודת הסופרים העבריים. באותו זמן ראה אור הספר "ישראל על הספה", שהיה ניסיון נוסף לחיבור שכזה באמצעות ספר עיון.

אנו גרים בחיפה, ואני אב לשתי בנות מתבגרות. עם תום ההתמחות, התנהלה מרבית עבודתי בקליניקה הפרטית. כתבתי ספר נוסף לילדים – "ארץ הילדים", שאותו נהגתי להקריא בכיתות של בנותיי. לעניות דעתי, זהו ספרי הטוב ביותר, אבל הוא לא יצא לאור, משום שכל הוצאות הספרים דחו אותו, בין היתר משום שהיה עב כרס. באותם ימים ניסיתי את מזלי, והתקבלתי למכון ליישוב סכסוכים של אוניברסיטת יורג' מייסון, שבצפון וירג'יניה, ללימודים לתואר Ph.D. נסענו כל המשפחה לארצות הברית, ושהינו שם שלוש שנים. זו הייתה חוויה משמעותית מאוד לכולנו. עוד טרם הנסיעה היה ברור לי שיש משהו בחשיבה הערבית, שאליה נחשפתי בעיקר דרך האזנה לחדשות, שדורש הבנה עמוקה ורצינית. כמי שעבר פסיכואנליזה ארוכת שנים, הבחנתי כי "המוזיקה של החשיבה" דורשת הבהרה. עם זאת סקרנות זו נשמרה בהקפאה בשלוש השנים שבהן שקדתי על לימודי ועל עבודת הדוקטור שלי, שהתמקדה באישיותו של מנחם בגין, והייתה סגירת מעגל נוספת עבורי. ספרי "מנחם בגין – דיוקנו



לבנות לעצמו עולם שבמרכזו עומד ה"אנחנו" ולא ה"אני" ולהניח לרגע לעמדות מוסריות שאותן אימץ במשך שנים, כמו יחסו לשקרים ולמניפולציות. עליו להיות מסוגל לחיות בעולם שבו "הזדהות עם התוקפן" היא אבן יסוד בחיי כל פרט ולנסות ללמוד את כללי ה"דקדוק" הקיימים בעולם זה. לחלופין, בנימה חיובית יותר, עליו ללמוד על מהות רגש הרחמים המפותח כל כך בחברה קולקטיבית ועל מטרת תהליך ההתפתחות בחברות מסורתיות, שבו הקשר עם האחר, ולא החשיבה העצמאית, הוא זה שבמרכז.

על אף חשיבותו של התחום הרב תרבותי בחינוך ובטיפול בעולם של הגירה והצורך לשפר את המיומנות הבין תרבותית במפגשים עסקיים ופוליטיים, לעניות דעתי, עיקר הספרות בתחום זה היא כללית. כלומר, ישנה הכרה בשוני הרב תרבותי ובתיאור מאפיינים שונים המבטאים שוני זה, אבל אין ירידה של אפילו מדרגה אחת לעומק, לשם שימוש בהבנות ובכלים פסיכולוגיים וכדי להציג תאוריה ובעקבותיה פרקטיקה, שתסבירה במדויק במה שונה חשיבה מסורתית מחשיבה מודרנית, וכיצד אפשר ללמוד את "השפות" השונות. כולם מדברים על רב תרבותיות (על הצורך לקבל את האחר...), אבל התוצאה היא שטחית למדי. למשל, המכון האמריקאי לשלום (USIP) פרסם סדרת ספרים, שכתבו אנשי מדעי המדינה, אודות משא ומתן בין תרבותי. יש שם תיאורים מרתקים של מפגשים בין תרבותיים שעיקר הקושי שעלה מהם היה נעוץ במפגש הבין תרבותי, אך התיאורים בספר נשארים ברמה פנומנולוגית. קבוצות רבות של יהודים וערבים ושל חילונים ודתיים נפגשות עם כוונות טובות, אולם הן אינן יורדות לשרוש מבני החשיבה השונים והשפעתם המכרעת על הציפיות ההדדיות שנגמרות באכזבות. מדובר כאן בצורת חשיבה שהתפתחה במערב בעידן המודרני שבו נפרד האדם מן הקבוצה והפך להיות המרכז, והיא הבסיס להתפתחות היצירתיות, המדע והדמוקרטיה במערב. הרי כל מורה בכיתה (וכל כיתה היום היא רב תרבותית) חייב להכיר את הכלים האלה, שיכולים לקדם את תלמידיו. במובן זה המערב והתהליך שעבר בעת החדשה, כשהתפתח מחברה מסורתית בימי הביניים לחברה מודרנית, הם יוצאי הדופן. לתהליך התפתחות זה לא היה מרבית העולם שנשאר מסורתי-קולקטיבי שותף. קיימים מחקרים רבים על הבדלים בין תרבותיים (למשל, בין יפנים לבין אמריקאים), אבל הם אינם חוברים לכלל שלמות המתארת חשיבה ושפה. לשם כך צריך כלים קליניים. גם אנתרופולוגים ייטיבו לתאר תרבויות שונות, אולם רק הפסיכולוגיה, ובעיקר זו הטיפולית, תעזור לנו להתמודד באופן פרקטי עם הפער הזה. למשל, זכור לי שיעור אחד במכללה הערבית שבו ניסיתי להסביר מהי אמפתיה ולהבדילה מהזהדות, עד שלבסוף אמרה לי אחת הסטודנטיות שמה שאני מתאר פשוט לא קיים אצלם.

המחיר שאני משלם על העדר שותפים זולת תלמידי למחקרי הוא, בין היתר, ההכרה בעבודתי. לאוניברסיטה, כידוע, יש בעיה עם עבודה קלינית. לדידה היא לא ממש מחקר. על אחת כמה וכמה מי שכותב ספרים בעברית ולא מאמרים. עם זאת, מאחר שאני מרבה בתיאורי מקרים, הפורמט המתאים עבורי הוא הספר. בעיה נוספת של האוניברסיטה להכיר בעבודתי היא מיעוט ההתייחסות הביבליוגרפית. כפי שנאמר קודם לכן, עבודתי מבוססת על תיאורי מקרים רבים שמהם נגזרות התאוריה והפרקטיקה. מפאת הכיוון החדש שאימצתי, ומאחר שהחומר הבין תרבותי הקיים מבוסס בעיקרו על אמירות כלליות וידועות, אינני חש צורך להרבות בהסתמכות על מקורות. גם זו מכשלה אקדמית עבורי. לא נותר לי אלא לקוות שהעבודה תימדד על פי תוכנה ולא על פי הגדרות חיצוניות כאלה או אחרות.

**כמנהלת תחנה בשירות הפסיכולוגי-חינוכי של העיר תל-אביב-יפו, אני וצוות הפסיכולוגים שלי פוגשים בדילמות אותן מציג בפנינו עִפְרָו בספריו ובקושי לענות עליהן. יותר מזה, אנו חווים עד כמה קשים המפגשים הבין תרבותיים כשלעצמם, גם כאשר קיימת נכונות מצד כל הגורמים להגיע לדיאלוג אמיתי. משקעים ארוכי שנים**

**של דעות קדומות, חרדות מהזר ומהשונה, כעסים על קיפוח ועל הדרה ועצמות רגשיות גדולות, מחזקים את הקושי במפגש. ביקשתי מעִפְרָו להרחיב מעט על הקשיים המאפיינים את המפגשים הללו ועל הדרכים שאותן הוא מציע ליצירת קירוב לבבות ראשוני, שיאפשר את עצם המפגש הבין-תרבותי ויוכל להפוך אותו, עם התקדמות התהליך, לדיאלוג פורה ומקרב.**

נדמה לי שהתנאי ההכרחי הראשון להצלחתו של המפגש הבין תרבותי הוא שהמטפל יבין שאכן מדובר באופני חשיבה שונים שאותם עליו ללמוד לאט ובסבלנות. בן התרבות המסורתית שאינו מורגל בחשיבה עצמאית ובנפרדות רגשית, מצפה לתחושה של קשר ושל ביחד. הוא לא מצפה למטפל אמפתי, אלא למטפל שיזדהה איתו; הוא מצפה למטפל מעורב רגשית. עמדה זו היא בעייתית למטפלים רבים החושבים במונחי "העברה" ו"העברה נגדית", המבוססים על נפרדות מערבית. הבנת הצורך של המטופל לא תמיד יכולה לגבור על החינוך המערבי ארוך השנים לפיו נתפסת מעורבות רגשית באופן שלילי. על המטפל בן החברה המודרנית-אינדיבידואלית ללמוד כיצד ליצור קשרים רגשיים קרובים עם המטופל בן החברה המסורתית-קולקטיבית, ובו בזמן לשמור על עצמו בתוך קרבה זו. בן החברה המודרנית מעודד לעצמאות מלידה ואילו בן החברה המסורתית מעודד לתלות מלידה. כדי להמחיש את הנאמר אני מוצא את עצמי נזקק לשתי דוגמאות מהשדה הפוליטי: קרטרי יצר קשר קרוב מאוד עם סאדאת שאפשר את תהליך השלום; הוא נהג לקרוא לו "אחי" וסאדאת היה משיב לו "עמי לעולם לא ישכח אותך ואת מה שעשית עבורנו". בגין זכה באמונם של בני עדות המזרח בזכות שתי מלים שבהן היה פותח את נאומיו – "אחי ואחיותי". אנו מדברים על חברה שבה רגש הרחמים המבוסס על הזדהות הוא הרגש החיובי והמקדם. לעומת זאת, בני המערב בזים לרגש הרחמים ולא רוצים שירחמו עליהם; הם רוצים נפרדות ועל כן מסתפקים באמפתיה. לעיתים קרובות, בן החברה המסורתית מצפה לקשר קרוב ולמטפל שייקח עליו אחריות, לכן כל דרישה של המטפל ממנו ללקיחת אחריות ולעצמאות צריכה להיות מוסברת אם על ידי חוסר יכולתו של המטפל למלא תפקיד זה עבור המטופל ואם על ידי התועלת שתצמח למטופל מהתנהגות זאת.

מובן שצריך להיות סבלני וסובלני לשקרים ולמניפולציות. יש להבין שאי אמירת האמת, התנהגות הנתפסת בדרך כלל באופן חמור בחברה מודרנית, נתפסת בצורה אחרת לגמרי בחברה מסורתית-קולקטיבית. אנשים לא אומרים את האמת, משום שהרצון להימנע ממריבה, ולו גם למראית עין, הוא מעל הכל. "לא אמרתי לאבא שלי את האמת כי לא רציתי לפגוע בו" הוא משפט שכיח בחברות מסורתיות. בחברה מסורתית מקובל "לשקר" גם כשהאחר יודע שאתה משקר לו, מה שלא יעלה על הדעת בחברה מודרנית. זאת בעצם בקשה: בו נסכים שהדברים הם כך כדי לא לריב. למשל, קבלן בן החברה המסורתית היה מבטיח שוב ושוב שיגיע למחרת ולא היה מגיע. כשבעל הבית לא יכול היה להתאפק יותר הוא שאל אותו "תגיד לי למה אתה כל הזמן אומר לי שתבוא מחר ולבסוף אתה בא לאחר שבוע. תגיד שתבוא בעוד שבוע ודי?!". הקבלן השיב לו: "מה? יותר טוב לריב?!". במקרה אחר מייעץ אב ממוצא עיראקי לבתו העומדת להינשא ולעבור לגור בסמוך לבית חמותה כך: "אם חמונתך תגיד לך ששפל לבן הוא שחור, הגידי כן". כך גם יש להבין את הכחשת השואה, הערצת דיקטטור וכדומה. לאמת בחברה מסורתית-קולקטיבית אין ערך פנימי כפי שיש לה בחברה מערבית, אלא ערך הישרדותי שבו האמת משרתת את הקשר המחיר משולם כמובן בעיכוב התפתחות היצירתיות, המדע והדמוקרטיה, אבל העצה העיקרית היא שוב להיות פתוחים ללמוד חשיבה אחרת וצרכים רגשיים אחרים.

## **בספרו "פיצוח הצופן התרבותי" מציע עֶפְרָ שמונה מושגים דו-קוטביים המבחינים בין החשיבה המסורתית לבין החשיבה המודרנית. ביקשתי ממנו לסכמם עבורנו בקצרה, כדי לחבר אותנו לבסיס התיאורטי שהוא נשען עליו בחקר הבין תרבותיות.**

ראשית אפתח בחמש העמדות הרגשיות הדו-קוטביות המאפיינות את החברה המסורתית-קולקטיבית והמודרנית-אינדיבידואלית. אלה עמודי התווך של תיאורית "הצופן התרבותי"; עמדות אלה משרטטות את מבני החשיבה השונים.

**1. שם יחס מול שם פרטי:** בחברה מסורתית עשוי אב לקרוא לבנו "אבאל" (למשל, בחברה מרוקאית או בחברה איראנית) או "בְּנִי" ו"בְּתִי" (אברהם קורא ליצחק "בני"), ואילו בחברה מודרנית משתמשים בדרך כלל בשם הפרטי של הילד. אב ערבי קורא לבנו ולבתו "יאבא" (אבא בערבית), ואם ערבייה עשויה לקרוא לבנה או לבתה "יאמה" (אמא בערבית). השימוש בכינוי ההורה או בשם יחס מעידים על הזדהות ושייכות, לעומת השימוש בשם הפרטי שמעודד זהות נפרדת.

**2. ציווי מול נימוס:** בחברה מסורתית הורה פונה לילדו בדרך כלל בלשון ציווי ("בתי, הביאי לי את העיתון") ואינו משתמש במילות נימוס כמו: "בבקשה" ו"תודה". כך גם הילד בחברה המסורתית ייפנה בדרך כלל אל ההורה בצורה מכבדת ומנומסת מאוד. זאת בניגוד לחברה המודרנית שבה הורה ישתמש במילות הנימוס. המשמעות ההתפתחותית הגלומה במילת הנימוס "בבקשה" או "תודה" היא עצומה. בזו הראשונה אומר ההורה לילד שיש לו את זכות הבחירה, ובשנייה שלא היה חייב לעשות את מה שעשה, ועל כן יש לו גם את זכות הסירוב. באופן זה מתפתח שיקול דעתו של הילד והוא אינו חש את עצמו כהרחבה של ההורה. מובן שילד כזה ירשה לעצמו למרוד, מה שהרבה יותר נדיר למצוא בחברה מסורתית.

**3. השתלבות מול התפעלות:** ההורה בחברה המסורתית עשוי לכנות את ילדו שהצליח יפה בבחינה, "ילד חכם וטוב". לעומתו ההורה המודרני ייטה לומר "כל הכבוד", "כשאתה רוצה אתה יכול" וכיוצא באלו. מכך משתמע כי הילד בחברה המסורתית הוא חכם, משום שחוכמת חיים היא כישור חברתי, והוא טוב להורים, משום שהוא הביא להם נחת וכבוד. בחברה מסורתית לא ייטו להתפעל מהילד כדי לא להוציאו מהקבוצה וכדי לא לעורר כלפיו קנאה. ההתפעלות מפתחת את החלקים הנרציסטיים של הילד, ובהמשך היא עשויה לאפשר חשיבה עצמאית ולגרום לכך שהילד יתפעל מעצמו. בחברה מסורתית יכולות אלה שמורות רק לאלוהים, היוצר הגדול. גם המורה בחברה המסורתית עשוי לעודד תלמיד להיות חלק מהכיתה יותר מאשר יעודדו להצטיין בלימודים, ובנות עלולות לחשוב פעמיים לפני שתעזנה להתבלט.

**4. הזדהות – אמפתיה – דחיה:** אמפתיה היא פוזיציה ביניים בין הזדהות לדחיה. עמדת ביניים זו הדורשת נפרדות רגשית, בדרך כלל לא מוכרת בחברה מסורתית, והיא עלולה להתפרש כהזדהות והסכמה עם האחר או כדחיה של עמדתו. אמפתיה מאפשרת את הקיום של עמדות שונות בו זמנית, והיא חלק מתהליך התפתחותי שאינו מובן מאליו גם בחברה מערבית, ושנמצא בבסיס הדמוקרטיה (אני מבין אותך, אך לא מסכים אתך). למשל, ההצבעה בכפרים ערביים רבים בישראל היא על פי שייכות החמולה ולא על פי דעה אישית. היצירתיות גם היא דורשת עמדת נפרדות זו, משום שהיפוכה הוא החיקוי – מעשה שבבסיסו עומדת ההזדהות.

**5. תוקפנות – אסרטיביות – כניעה:** אסרטיביות גם היא עמדת ביניים בין כניעה לתוקפנות, שדורשת נפרדות. גם האסרטיביות היא תנאי התפתחותי רגשי והיא הכרחית לקיום דמוקרטיה: היכולת לעמוד בתקיפות על שלי ללא

כניעה לזולת, אך גם ללא תוקפנות. לדוגמה, כשילד פותר תרגיל בחשבון הוא נזקק ליכולת זאת כדי לעמוד על שלו ולאחר מכן להציג את פתרונו לאחר. סיפור אמיתי – קבוצת כושים הגיעה לטכניון. המרצה כתב משפט במתמטיקה על הלוח ורצה להוכיח אותו. אחד הסטודנטים הצביע ואמר "המרצה לא צריך. אנו מאמינים לך". המסע ההתפתחותי ההיסטורי מן הדת הממוקדת "אחר" למדע הממוקד "עצמי" ידוע. העמדה הרגשית האסרטיבית בדרך כלל לא מוכרת בחברות מסורתיות והיא עלולה להתפרש בהן כתוקפנות. מכאן גם מיעוט השימוש במילה "לא" בחברות מסורתיות; מילה זו היא סמל הנפרדות של הילד הגדל בעולם מערבי. מובן שהאם האמפתית מאפשרת לילד להיות אסרטיבי, כך שאלה עמדות רגשיות תואמות.

שמונת המושגים הדו קוטביים המבדילים בין חשיבה המסורתית לחשיבה מודרנית לא משקפים עמדות רגשיות, אלא מושגים תיאוריים שאת חלקם ניתן למצוא בספרות. **1.** "אנחנו" מול "אני" – למשל בערבית קיים פתגם שמזהיר משימוש יתר במילה "אני", משום שהיא מבטאת התנשאות **2.** הורה במרכז מול ילד במרכז – בחברה המערבית מכונה המאה העשרים "המאה של הילד" **3.** מעשים מול דיבורים – בחברות מסורתיות חופש הדיבור בדרך כלל מוגבל, הן במסגרת חיי המשפחה והן בפוליטיקה. התוצאות הן: הימנעות מעשייה או עשייה מיידית, תוצאות המדלגות על שלב הביניים של הדיבור. **4.** רגשות ממוקדים ב"אחר" מול רגשות הממוקדים ב"עצמי" – טווח הרגשות בחברה המסורתית שונה מטווח הרגשות בחברה המודרנית: בחברה מסורתית קיימת נטייה לחוות את העולם במושגים של כבוד, בושה, רחמים, חנופה, התחננות, נקמה, פחד, כוח וכו'. בחברה מודרנית קיימת נטייה להתבוננות פנימית (אמביוולנטיות, אינטרוספקציה) יותר מאשר להתבוננות חיצונית, על כן שכיחים יותר רגשות של ריקנות, דכור, בדידות, אשמה, שעמום ועוד. **5.** חשש מכישלון מול שאיפה להצלחה – בחברות קולקטיביות רבות הקיום אינו מובטח ויש לדאוג לו. אלו חברות המנציחות את העבר במסע אל העתיד. בחברה מערבית השמיים הם הגבול, והמשיכה לשינוי והתקדמות היא אבן יסוד. **6.** ניצחון והפסד מול פשרה – הפשרה המערבית מבוססת על משא ומתן ועל סיעור מוחות שבהם הציפייה היא ל win-win solution. פשרה זו אינה מקובלת בחברות מסורתיות, משום שהיא דורשת חשיבה עצמאית הכוללת מתן פתרונות לוגיים ויצירתיות. משא ומתן בסגנון מסורתי מבוסס, במקרה הטוב, על מערכת גישושים ארוכה, שבה הקשר הוא במרכז כדי להכיר את האחר. במשפחה, סמכות ההורה לא תאפשר בדרך כלל העלאת הצעות ורעיונות לפתרון הבעיה. **7.** עונש לפני המעשה מול תגובה לאחר המעשה – בחברות מסורתיות מקובלת בדרך כלל ההנחה התנ"כית שיצר לב האדם רע מנעוריו, לכן קיימת נטייה להשפיל את הילד בתהליך הגדילה כדי שידע את מקומו. על הילד לכבד את ההורה מתוך יראה. לדוגמה, בחברה הדתית היהודית ובחברה הדתית המוסלמית על האישה לכסות את ראשה ו/או את פניה, כדי שלא תפתה את הגברים. ניתן לראות בכך צעד שמטרתו למנוע את מעשה הבגידה, אך גם עונש לפני מעשה הבגידה. גם את ברית המילה לנשים ניתן לראות באופן דומה. **8.** חוכמה מול היגיון – חוכמת החיים עתיקת היומין כוללת יכולת לתמרן את האחר ומחייבת היכרות מעמיקה אתו. אלו כישורים חברתיים שנשכחו בחברה המודרנית, שפנתה להיגיון, ללוגיקה ולמדע. כך נפרד האדם מסביבתו כשחש פחות מאוים ושקע בעצמו.

**בספרו "דיאלוג" בחר עֶפְרָ להציג בפנינו 123 סיפורים טיפוליים מן החברה המסורתית ודרכי פתרון לקונפליקטים ולחוכמים. הבחירה להציג את הסיפורים האישיים, כדי להעביר לקורא רעיונות מנחים בפסיכולוגיה הבין תרבותית, עניינה אותי, ועֶפְרָ הסביר את שיקוליו כך:**

תהליך כתיבת ספר זה היה מעניין במיוחד עבורי. הבנתי שכדי לחשוף את עצמי לכל עושר החשיבה ולדרכי ההתמודדות הקיימים בחברות המסורתיות לסוגיהן,

לא תספיק הקליניקה. בעיקר לא סמכתי על עצמי שבמפגש הטיפול אוכל לתת לבן החברה המסורתית את המיטב מתוך עושר הפתרונות הקיים בעולמו שלו, שאינו מוכר לי. מניסיוני בעבר נותרו לי מהעבודה עם בני החברה המסורתית לא מעט זיכרונות המלווים בטעם של כישלון. כפסיכולוג מתחיל, עודדתי אישה שגרה עם חמותה, להיפרד ממנה נפשית ופיזית, משום שזו מיררה את חייה, כן נפתי באמו של בחור בן 25 שהתקשרה כל שבוע לברר איך מתקדם הטיפול, ועוד. את הפתרון מצאתי בכיתת הלימוד, ואני מצטט מגב הספר: "הדיון התנהל כך: סטודנט מציג בעיה שמקורה בחברה המסורתית הישראלית על שלל גווניה. הבעיה שהוא מעלה מקורה במשפחתו, בעבודתו כמורה או כיועץ חינוכי עם תלמידיו או בכל מקום אחר. מתפתח דיאלוג בין תרבותי העוסק בבעיה הנידונה ובו מציעים המשתתפים את הפתרונות המוכרים להם מתרבותם הם, והמחבר מוסיף את ההיבט המערבי שהוא אמון עליו בהיותו פסיכולוג קליני. כך חוברות יחדיו תרבויות שונות בדיאלוג פורה לתכלית אחת – לעזור לאדם במצוקתו." עכשיו הייתי מוגן. לא עוד דומיננטיות מערבית כופה אלא תלמידים רבים המציעים פתרונות מגוונים, ולעיתים הצעותיהם משקפות את אופן חשיבתם יותר מן המקרה עצמו. כזה היה הדיאלוג.

**הספר אינו נסגר במסקנות כלליות, אלא מותיר את הקוראים בתוך הסיפורים הקטנים עם המסקנות המתבקשות בכל אחד ואחד מהם. אני תוהה לגבי החיבור שיכול לעשות קורא שנושא הרב תרבותיות חדש עבוה, בין הפתיחה התאורטית הכללית לבין 123 הסיפורים המלווים אותה.**

לא רציתי לחזור על עצמי בספר השני, מכיוון שחשתי כי בתחילת הספר הראשון בסדרה "פיצוח הצופן התרבותי" נתתי סקירה תאורטית והדגמתי במהלכה את ההנחות בעזרת דוגמאות רבות. נוסף לכך ב"דיאלוג" התקשיתי לסכם את 123 הסיפורים הטיפולים המבטאים עולם שלם של אפנות חשיבה שונות, והחלטתי להציג את הסיפורים ואת הדיאלוג שהתרחש, כדי לעודד את הקורא לעבור בעצמו את החוויה ולגבש לעצמו את ההבנות מתוך המקרים. על סמך מספר תגובות שקיבלתי ייתכן שטעמתי. כל ספר עומד בפני עצמו וייתכן שלאנשים יש צורך גם בהבניה ולא רק בחוויה שאותה יבנו בעצמם. בספרי הסדרה הבאים אנסה לתקן עניין זה.

**ההליכה של עֵפֶר אל הדמויות הגדולות בפוליטיקה הישראלית ופנייתו לסוגיות מדיניות מסקרנת אותי. על כן אני שואלת אותו לגבי הקשר בין המגמה הזאת לבין עיסוקו ברב תרבותיות, ומבקשת גם מעט אינפורמציה שתאיר לנו את ספריו האחרים.**

פוליטיקה, כפי שסיפרתי, תמיד עניינה אותי. בספרי הפוליטיים ניסיתי לחבר בין הפסיכולוגיה לפוליטיקה, אולם כבר כשכתבתי את ספרי על מנחם בגין ידעתי קצת יותר על אפנות החשיבה המסורתית והמודרנית. בגין, למשל, ראה עצמו קודם כל כיהודי ובעיקר כהתגלמות העם היהודי. הוא מעולם לא חשב על עצמו במונחי "אני" אלא תמיד במונחי "אנחנו", והיו לו מאפיינים קולקטיביים חזקים, על אף שגדל בפולין. הוא מעולם לא עבר תהליכי נפרדות מבני משפחתו (לאורך כל חייו הוריו היו כליל השלמות), והייתה בו כמיהה עזה לחבר את כל חלקי העם היהודי לכדי זהות אחת מגובשת וברורה. אני מאמין באיזה שהוא מקום עמוק, שיחסינו עם הערבים היו יכולים להיות שונים למדי, לו הכרנו את שפתם – לא רק את הערבית (שאותה אני לומד היום אצל מורה), אלא גם את שפת החשיבה המסורתית-קולקטיבית. אנו נרתעים מביטויים רגשיים ואצלם הם לחם חוקם. לעניות דעתי, מה שהם מצפים מאתנו הוא יותר במישור הרגשי פסיכולוגי מאשר בכל מישור אחר. זה ישמע כפרדוקס, אבל הם מצפים מאתנו לחוויה של קשר ושל ביחד. לדידם להצהרות יש ערך מרכזי לא פחות מאשר למעשים. ואנו, ככל בני המערב, לא מבינים את הצרכים הרגשיים האלו שעיקרם יכול להיות

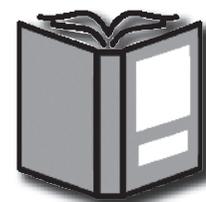
מסופק במילים בעלות כסוי רגשי אמיתי כמובן (ראו המלצותי בעניין המפגש הטיפולי הבין תרבותי). הבנת אופי החשיבה המסורתית-קולקטיבי היא בעלת חשיבות רבה לחינוך, לטיפול ולתהליך השלום.

**לסיום, ביקשתי מעֵפֶר לספר על הספרים הבאים העומדים לצאת בסדרת "פיצוח הצופן התרבותי" ואיחלתי לו הצלחה בהמשך הדרך המעניינת בה בחר כפסיכולוג – דרך שהיא בהחלט ייחודית לכלל הפסיכולוגים, ואינה מאפיינת את המגמות השולטות בפסיכולוגיה בישראל.**

הספר העומד לצאת בסדרת "הצופן התרבותי" בחודש הבא הוא: "הקוראן לחינוך הילד, בליווי דוגמאות והסברים פסיכולוגיים". ספר זה נולד בשיעור פסיכולוגיה של גיל ההתבגרות שהעברתי במכללת אורנים לקבוצה של סטודנטים בדוים הלומדים לתואר שני ביועץ חינוכי. בהפסקה ניגשה אלי סטודנטית אחת ואמרה לי "רוצה שאומר לך את האמת, כל מה שאתה מלמד אותנו לא יעזור לנו". "למה?" שאלתי. היא ענתה שכיוצאת חינוכית עשוי להגיע אליה הורה שיאמר שנכנס בו השד. "אז מה?", שאלה, "אומר לו את כל מה שאתה מלמד אותי? זה לא יעזור". מה את מציעה? שאלתי. והיא השיבה במילה אחת "הקוראן". שאלתי "מה זאת אומרת?", והיא הסבירה לי שמשפט אחד מן הקוראן עשוי ל"סדר את העניינים". לשיעור הבא הופעתי כשבדי ספר קוראן (יצא תרגום עברי חדש וטוב של פרופ' רובין). חילקנו את פרקי הקוראן בין הסטודנטים כשכל אחד התבקש להוציא את הפסוקים החינוכיים והטיפולים (למשל, פסוקים המדברים על חשיבות לקיחת האחריות האישית או הכבוד לאחר). הסטודנטים התבקשו לכתוב על פסוקים אלה סיפורים קצרים שממחישים כיצד יכול הורה או מורה להשתמש בהם, כדי להעביר את המסר לילד. קיבלתי כ 300 סיפורים מרתקים, שלעניות דעתי רק בדוים יודעים לספר. לסיפורים אלה הוספתי אני הסבר פסיכולוגי קצר. התוצאה היא ספר שבו יכול ההורה או המורה לחפש בתוכן את הבעיה (למשל, הילד לא מכין שיעורים, הרביץ לחבר וכו'), והוא יופנה לעמוד המתאים שם ימצא את פסוק הקוראן המתאים לבעיה הנידונה. מתחתיו הוא ימצא סיפור קצר הממחיש את השימוש בפסוק, ועוד הסבר פסיכולוגי קצר באשר לתהליך שהתרחש.

בהמשך אני מקווה לכתוב את "התנ"ך – השפה שנשכחה". נדמה לי שספרי התנ"ך הם אחת מדרכי המלך של בני המערב להבנת החשיבה המסורתית-קולקטיבית. אני מקווה גם לכתוב ספר על יסודות המפגש הבין תרבותי – תיאוריה ופרקטיקה. בשנה שעברה וגם השנה חילקתי בכיתות שונות במכללת אורנים את הסטודנטיות לזוגות של ערביה ויהודיה, שנפגשו אחת לשבוע מחוץ למסגרת השיעור למשך שעה וניהלו יומן מסע בין תרבותי. כל שבוע קיבלתי שני דו"חות מכל אחת מבנות הזוג שבהם הן תיארו את חוויות המפגש. הן גילו עולם חדש ואילו אני למדתי רבות על הקשיים הטמונים במפגש הבין תרבותי. ללא למידה נידון מפגש זה לכישלון, משום שציפיותיו של כל צד הן שונות מאוד. מה קורה כשצד אחד שקוע בעצמו והצד השני שקוע בצד שקוע בעצמו? העדר סימטריה זו היא מתכון לכישלון. הסטודנטים נהגו להביא לשיעור את הקשיים שעלו במפגש, ואנו ניסינו לבנות גשרים של הבנה. עם סיום התהליך צריך להיכתב ספר הדן לא רק במבנה החשיבה השונה אלא גם בדינמיקה שלה. למשל, בן החברה המסורתית לא ישתמש בדרך כלל במילה "לדעתי" והמשפט שלו יהיה מכוון החוצה ולא פנימה (הוא יטה להתבונן יותר באחר ופחות בעצמו); כשבן החברה המודרנית יאמר "לא מסכים", יאמר בן החברה המסורתית "לא מקובל"; כשהראשון יאמר "בוא, אסביר לך", יאמר השני "בוא, אשכנע אותך"; וכשהראשון יאמר "כן" האחרון יאמר "בסדר". כך ממוקד הראשון בעצמו והשני בחברה. זוהי "המוזיקה של החשיבה" שאותה יש ללמוד. מובן שמורה בכיתה יכול לעשות שימוש בחומרים אלה כדי לקדם את החשיבה היצירתית, המדעית והדמוקרטית של התלמידים, משום שהכול מקופל בתוך המשפט הפשוט.

לסיום, ניתן להשתמש בחומרים אלה כדי להקים רשת חברתית באינטרנט שתישא את הכותרת "בית הספר הגלובלי להורים". בית ספר זה יוכל להציע להורים פתרונות רגשיים מבחינה תרבותית לחינוך ילדיהם.



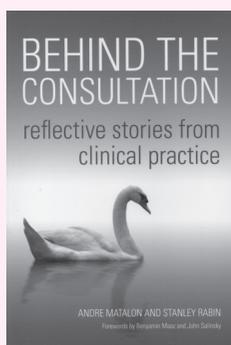
# ספרים רבותי ספרים

המצוקה, החרדה או האבל בעקבות אובדן. הסיפורים עוסקים באנשים בגילאים שונים: מילדים ועד זקנים, תוך נסיון להראות את הייחוד או המאפיין בסיפור לקבוצה רחבה יותר. בסוף כל סיפור, מוסיפים המחברים קופסת מסקנות, שהיא מעין "מסר לימודי/טיפולי" למטפלים הנתקלים בסיפור דומה. כמו-כן ניתנת ביבליוגרפיה קצרה.

הסיפורים נוגעים ללב, ודרך בחירתם וסיכומם שימושית ויעילה. ספר קטן, שתכולתו מרוכזת ועשירה. כדאי!

## Behind The Consultation, Andre Matalon & Stanley Rabin, Radcliffe, 2007

ספר דומה מאד במתכונתו לספר הקודם שנסקר כאן, אף הוא תוצר של שיתוף פעולה בין רופא משפחה ופסיכולוג, והוא נועד לספר לנו על ויניטות מחדר הטיפולים שלהם.



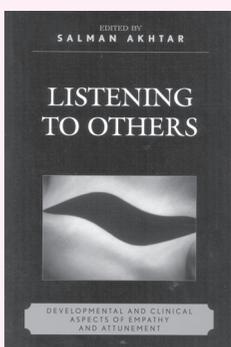
מנעד הסיפורים בספר זה, מבחינת תכניו, הוא גדול, אף שגם פה, מטבע הדברים, רבים מן הסיפורים עוסקים במצוקה ואובדן.

שני המחברים הם גם מחברי הספר "רופא, חולה ומה שביניהם" – ספר שעסק בעיקר בנושא התקשורת בין רופא לחולה.

גם בספר זה, למרות היותו סיפורי במהותו, עולה בין השורות מוטיב חשיבותו של הקשר מטפל-מטופל, בכל מערכת יחסים טיפולית.

## Listening To Others, Salman Akhtar (Ed.), Jason Aronson, 2007

הספר הוא מקבץ של מאמרים, שנכתבו על ידי מטפלים, על מושג ההקשבה בפסיכותרפיה. מדובר במושג בסיסי, המוצג כאן מתוך נקודות מבט שונות, כמושג מורכב: ההקשבה כמושג אקטיבי, כתהליך של סינון (למשל: האזנה לקולו



של הילד העולה מגרוננו של המטופל, פרקה של ג'סיקה בנג'מין ודינו של תיאודור פאלון על פרק זה), מיקוד/התמקדות ובעיקר – הקשבה אמפתית ומבינה. דנוה נטייתו של המטפל להקשיב מתוך נתוניו הוא: רקעו התרבותי, הנושאים המעסיקים אותו, וכד'.

מעניין.

כמו תמיד, הרבעון החולף בין חוברת לחוברת מזמן לי מגוון רחב של ספרים בתחומי הפסיכולוגיה השונים. חלקם נכתבו בארץ, חלקם – ברחבי העולם.

עדיין, כמו תמיד, אני מתייסרת, בשל כל הספרים אותם לא הספקתי לקרוא, ועליהם לא אוכל לספר...

ובכל זאת, מה יש לנו הפעם?

אפתח במשהו שקרוב ללבי:

## משבר וצמיחה, חנוך ירושלמי, הוצ' הקיבוץ המאוחד, 2007

בהקדמה לספרו, מציין פרופ' ירושלמי כי הוא מקדיש ספר זה לדיון במשברי חיים של האדם המוגדר בריא בנפשו. מטרתו להבין ולהראות, כיצד אנשים צולחים משברי-חיים אלה תוך התמודדות טובה, ואף "מנצלים" אותם לצמיחה אישית. הספר בוחן את משברי-החיים הנפוצים, שהם בהגדרתו "התפתחותיים-אוניברסליים",



הכרוכים בעיקר בתקופות של מעברים.

לא כל מעבר הוא משבר, ולכן מוגדר הארוע עפ"י עוצמתו והשלכותיו על תפקוד האדם הנפגע. מודגש, כי משבר אינו צץ "פתאום": ראשית, יש לו נסיבות תורמות. שנית, יש לו סימנים מבשרים, והם נסקרים, כדי לאפשר התערבות מוקדמת. שלישית, מצויינים הכלים העומדים לרשות הפרט כמשאבים להתמודדות: אינטליגנציה שכלית ורגשית, תמיכה משפחתית וחברתית, חוסן, מאגר זכרונות של ארועי עבר והתנסויות קודמות. הרקע התיאורטי נשען על גישות דינמיות מקובלות ומגוונות כמו: מהלר, וויניקוט, קוהוט, דרך ההתייחסותיים כמו מיטשל וארון, הגישה הנאראטיבית (ווייט), ועוד.

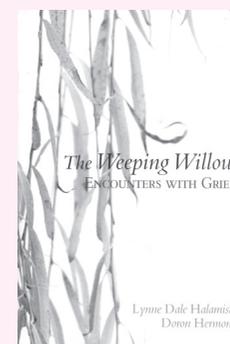
פרקי הספר מתארים משברים מסוגים שונים, בליווי תיאורי מקרים קליניים רבים, המשקפים את ההתערבויות הטיפוליות ומהלכן.

הספר כתוב בהירות ובהגיון, קריא. בסופו סיכום ורשימה ביבליוגרפית טובה.

כדאי!

## The Weeping Willow: Encounters With Grief, L.D. Halamish & D. Hermony, Oxford University Press, 2007.

מחברי הספר הם פסיכותרפיסטית (לין חלמיש) ורופא משפחה (דורון חרמוני), תושבי חיפה, אשר חברו כדי להביא לקוראים מקבץ סיפורים – ויניטות קליניות, הלעוסקות במוות ואבל, מתוך התנסותם.

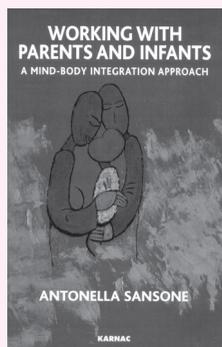


כל כל אפיזודה, משקפת פן מוגדר של תהליך ההתמודדות עם

האחת, האחדות אם-תינוק, וההשפעה ההדדית הקיימת בין שני השותפים למשוואה. סאנסון מתארת השפעה הדדית זו למן תחילת ההריון, דרך הלידה והקשר אם-תינוק בשנות החיים הראשונות (HANDLING).

השנייה, היא אחדות גוף-נפש וההשפעה ההדדית של שני רכיבים אלה על זה.

דרך תיאור מקרה, המציג קשיים שונים בתהליך ההריון, הלידה והטיפול בתינוק, הן אצל האם והן אצל התינוק, מנתחת סאנסון את הקשיים מבחינת מקורם, אופיים, השלכותיהם, והדרך הטובה והיעילה לטפל בהם, על-מנת ליצור את התנאים המיטביים לקשר אופטימלי. כך לדוגמה, מצבים הנראים בנאליים, כמו קושי של האם להניק עקב דלקות בשד או בפטמות, בשילוב ילד בעל טמפרמנט קשה, או רגישות תחושתית, או קושי ביוסות, עלולים להביא לסבך של תחושות אשם, תחושת כשל בהורות, בכי של התינוק שאין להבין את משמעותו, ומכאן – לבניית קשר שאיננו מספק עבור האם, ואיננו בטוח עבורה תינוקה. כפסיכולוגית התפתחותית, זהו ספר חובה בעיני.



## זיגמונד פרויד, פירוש החלום, הוצ' עם עובד (סדרת פסיכואנליזה), 2007.

תרגום חדש לספרו המיתולוגי של פרויד (במקור: "פשר החלומות"). ערכו המוסף בעבודת התרגום של רות גינזבורג, שהיא קריאה הרבה יותר.

בפתחו של הספר – מאמרה של המתרגמת, רות גינזבורג, על תולדות יצירתו של פרויד, כשהיא מתקדת בתולדותיו של הספר על החלום, בתהליך גיבוש התיאוריה וכתבייתה. הפרק השני הוא מאת ערן רולניק, המתפלמס עם מושגים שונים בתורת החלום הפרוידיאנית. חותם את הספר פרקה של רבקה אייפרמן על מסלולה של תיאורית החלום אחרי פרויד, דרך אוגדן (מושג ה-REVERIE), קוהוט (החלום כ"מצב-עצמי"), סגל ולודן.

קטונתי מול ספר "ענק" זה, תרתי משמע. איננו קל לעיכול, ארוך, אך מרתק.



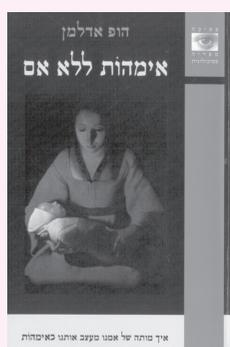
## אימהות ללא אם, הופ אדלמן, הוצ' מודן, פסיכה, 2007.

זהו ספרה השני של הופ אדלמן, לאחר "בנות ללא אמהות". בספר הנוכחי, היא עוסקת בהשלכות של העדר אם, על שלב האמהות המוקדמת של נשים, עם הולדת ילדן הראשון.

אדלמן מזהה שלב זה כשלב רגיש וקשה במיוחד עבור האם הצעירה. מתוך ניתוחיה, היא מנסה להבין מהן ההשפעות הספציפיות של העדר האם בהתפתחות של דפוס האמהות, וכן – כיצד מתמודדות האמהות הצעירות עם חסר זה. היא מדגישה, וזו תיזה מעניינת ואופטימית במיוחד, כי האמהות מאפשרת לנשים ללא אם פיצוי, או "תיקון" לחווית האובדן האישי והאבל. זאת באמצעות מה שהיא מגדירה "הפעלה מחודשת של הקשר אם-ילד", כאשר האשה במקרה זה עוברת מעמדת הילד (=בת) לעמדת האם.

הספר מתבסס על מחקר נרחב של כ-1300 נשים ברחבי ארה"ב, שענו על שאלות שונות. שאלון הסקר מוצג בסופו של הספר. החומר מנותח לנושאים שונים, על הציר הכרונולוגי: ההריון, הלידה, יצירת הקשר אם-תינוק, ובהמשך השלבים השונים של גידול הילדים עד הבאתם לבגרות. זאת, תוך התמודדות עם חיפוש תמיכה, ומודל להורות, והסבר המוות/חסר הסבתא לילד, ועוד.

עוד ספר חובה !



## דברי חלומות, היחיד והחלום, השבט והמיתוס, ד"ר מיכה אנקורי, הוצ' דופן, 2007.

בניגוד לקודמו, מדובר בספר קטן-מימדים, בפורמט זעיר, ומכיל פחות מ-200 עמודים.

אנקורי, כדרכו, עוסק בשני היבטים של החלום: החלום וממשקו עם התרבות (אם זו התרבות היהודית או האינדיאנית) והחלום

"הקולקטיבי" – אותו חלום הנגזר ממקום האדם ברשת החברתית המקיפה אותו, ובתרבויות אחרות – השבט.

הספר מציג בקצרה את משנתו של אנקורי, עמדתו והסבריו לגבי תופעת החלום ותכניו, בשילוב עם דוגמאות פרטניות לטיעונים השונים. פרקים מעניינים במיוחד, לטעמי, היו החלום במקורות היהדות, החלום כסמל, החלום של השבט.

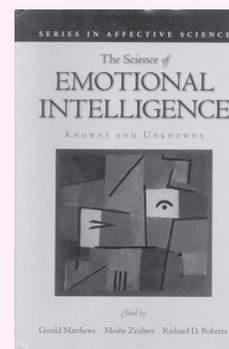
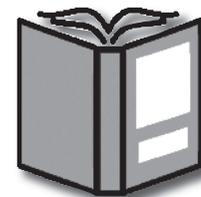
עוד ספר מרתק. חסרון אחד: העדרה של ביבליוגרפיה מרוכזת.



## Working With Parents and Infants, A body-mind integration approach, Antonella Sansone, Karnac, 2007.

סאנסון היא דוקטור לפסיכולוגיה קלינית, פסיכואנליטיקאית ומעסה תינוקות בגישה הודית.

בספרה, היא מדגישה שתי נקודות, המאפיינות כיום זרמים תיאורטיים רבים בטיפול בגיל הרך:

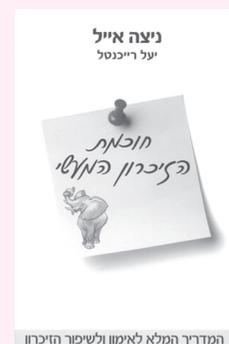


**The Science of Emotional Intelligence, G. Matthews, M. Zeidner, R.D. Roberts, (Eds.), Oxford University Press, 2007.**

נדמה היה לי כי עייפתי מנושא האינטליגנציה הרגשית, ודבר כבר לא ניתן לחדש בו, לפחות בתקופה הקרובה. אך הופתעתי לטובה, מול זווית הדיון המעניינת בנושא המוצגת בספר זה.

מעבר לדיון בחומרים ידועים, הקשורים בהתנהגות חברתית מסתגלת, הספר מעלה שאלות מטה-תיאורטיות מעניינות, כגון: האם המושג "אינטליגנציה רגשית" שייך לעולם היכולות הקוגניטיביות, או שהוא תכונת אישיות? מהן בעיות המדידה של מושג זה, באופן עקרוני, ובכלים הנתונים לנו כיום? מהם היישומים האפשריים, לאחר שנבין כהלכה את המושג ותכניו? נהייתי מאד מן הפרקים השונים, למרות היותם מדעיים וטכניים פעמים רבות, דווקא משום השאלות המאתגרות. הספר מכיל כ-500 עמודים וביבליוגרפיה מפורטת. מומלץ, בוודאי לעוסקים בתחום, אך גם למי שמחוצה לו.

**חוכמת הזכרון המעשי, ניצה אייל ועל רייכנטל, המדריך המלא לאימון ולשיפור הזיכרון, הוצ' אריה ניר, 2007.**



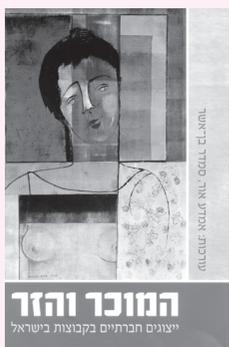
כמו כל ספריה הקודמים של ניצה אייל, יש גם בספר זה שילוב של ידע, חכמת חיים ופרגמטיות. ועל כל זה נסוך חן של כתיבה קולחת, שערכה לא יסולא בפז. זהו ספר המיועד למתקשים בזכרון, ולמטפלים המלווים אותם.

הוא נפתח במספר פרקים קצרים המסבירים את הרקע התיאורטי ליכולת הזכירה ולתהליכי שכחה, וכן – השינויים החלים ביכולת הזכרון לאורך טווח החיים. בהמשך, אנו מוזמנים לחדר-הכושר האישי, ובו מצפות לנו הנחיות שונות ותרגילים שונים לחיזוק היכולת. סביבת חדר-הכושר מגוננת: היא כוללת הנחיות לגבי תזונה, בריאות נפשית, תרופות למחלות שונות. היא מתייחסת למכשירים שונים שנכנסו לחיינו, כמו המחשב והטלפון הנייד, וכיצד אפשר לנצלם לשיפור התפקוד והזכרון. והעיקר – אותם סימנים מנמוטכניים שייסייעו בציון הפעולות היום-יומיות השגרתיות, שאותן הכי קל לשכוח: איך לזכור תאריכי-ארוע שונים? איפה שמנו את המפתחות? איך נזכור ספרים שקראנו? כל ספר מסתיים ב"משפטי מפתח", המסכמים את הפרק וההמלצות החשובות באותו נושא.

למי שעבר את גיל ה-40, ולמי שבני 40+ בסביבתו – כדאי מאד !!!

**ועוד הגיע לשולחני:**

❁ המוכר והזר, ייצוגים חברתיים בקבוצות בישראל, אמדע אור וסמדר בן-אשר, הוצ' אונ' בן-גוריון, 2007.



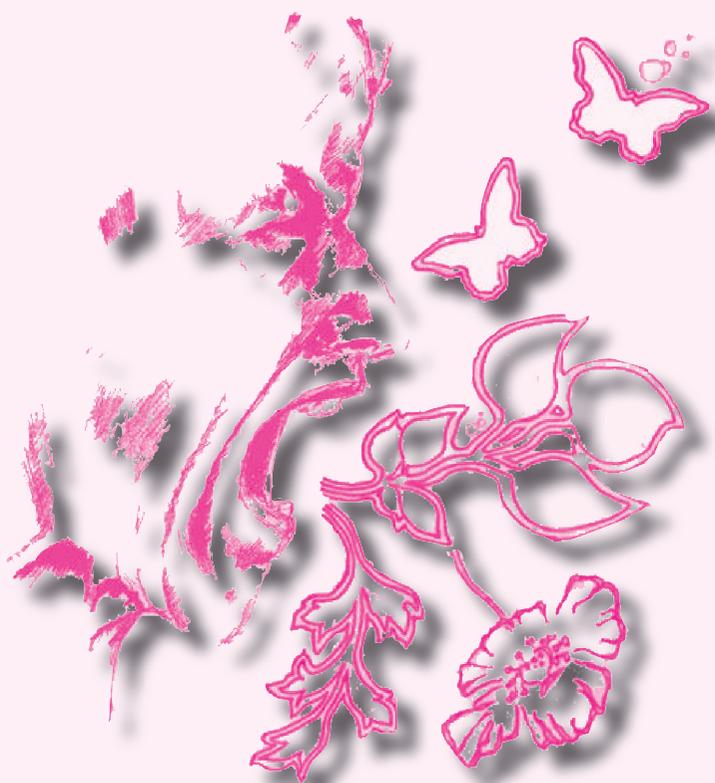
❁ האישי עם הקול היפה (וסיפורים אחרים מן העבר האחר של הספה), ד"ר ליליאן ב. רובין, הוצ' כתר, 2007. 7 סיפורי טיפול על עקרונות הקשר האישי והאנושי בטיפול, מעבר לכל תיאוריה טיפולית.

❁ Musicophilia, Tales of music and the brain, Oliver Sacks, Knopf, 2007.

וספרים שבדרך:

❁ Playing Pygmalion: How People Create One Another, Ruthellen-Josselson. (ניתן להשגה בתולעת ספרים).

❁ Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change, Mikulincer M. and Shaver P.,. גם הוא בתולעת) (ספרים).





## חתימה על דוחות פסיכולוגיים

ועדת האתיקה התבקשה לא פעם להתייחס לשאלה "מי ראשי לחתום על דוח פסיכולוגי".

ועדת האתיקה מצאה לנכון להפנות שאלה זו גם לכל יושבי הראש של הוועדות המקצועיות של מועצת הפסיכולוגים על מנת לבדוק התייחסות כל אחת מההתמחויות לנושא. למרבה שמחתנו, התגלתה אחידות דעים מלאה בין כל ההתמחויות השונות.

אי לכך, החליטה ועדת האתיקה להוציא נוהלים ברורים ואחידים בנושא חתימה על דוחות פסיכולוגיים לכלל הפסיכולוגים.

חוק הפסיכולוגים (1977) מתייחס לכך מפורשות בסעיף 2 (א) ו- (ב), שבו מדובר על ייחוד המקצוע וכן בסעיף 9 (א) המתייחס לייחוד פעולות:

"...לא יעסוק פסיכולוג בפעולה כאמור אלא אם הוא רשום בפנקס כבעל אותה מומחיות; אין בהוראה זו כדי למנוע ממתמחה לעסוק בפעולה כאמור בפיקוח בעל מומחיות מוכרת".

קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2004), סעיף 7.1 (ד) מוסיף:

"המאבחן בפועל חייב בחתימה מזוהה על הדו"ח, גם אם יש צורך בחתימות אחרות מחייבות".

**מומחה או מומחה-מדריך חותם על דו"ח אבחון אותו ביצע בעצמו.** אין לו צורך בחתימות נוספות.

(לפעמים ישנם מוסדות מוכרים להתמחות, שבהם חותם גם מנהל המוסד, או הפסיכולוג הראשי על הדו"ח).

החתימה כוללת: שם מלא של החותם, מעמדו המקצועי (מומחה, מומחה-בכיר), שם התמחותו, ומספר הרישום שלו בפנקס הפסיכולוגים.

דו"ח שנכתב ע"י סטודנט, פרקטיקן או מתמחה שערך את האבחון, חייב להיות חתום בנוסף לחתימת המאבחן, גם בחתימת הפסיכולוג המדריך/המפקח האחראי ישירות על מהלך האבחון, קביעת האבחנות וההמלצות.

רצוי, שהפסיכולוג המפקח יהיה מומחה-מדריך, או לפחות מומחה בתחום ההתמחות.

**הערה:** רק מי שרשום בפנקס הפסיכולוגים (ראה חוק הפסיכולוגים סעיף 15 (1) ו-2)) יכול להשתמש בתואר פסיכולוג. מכאן, מתמחה (העובד במוסד מוכר להתמחות) יכול לרשום ליד שמו תואר של "פסיכולוג" ואת מספר הרישום בפנקס הפסיכולוגים. סטודנט, או פרקטיקן, שלא סיימו את חובותיהם לתואר שני, יכולים לחתום בשמם בלבד, או בציון תוארם האקדמי, או היותם סטודנטים או פרקטיקנים בתחום התמחותם.

### וועדת האתיקה

ד"ר רבקה רייכר-עתי, חנה בן-ציון, ד"ר גבי וויל, יהודית להט, נגה קופלביץ'

## שינויים ועדכונים בחוקי המס והפנסיה

לקראת סיום שנת המס והגשת הדוחות השנתיים מצאתי לנכון לעדכן אתכם בתיקונים שהתקבלו לאחרונה והשפעתם חשובה ומשמעותית בהיבטי תכנון המס.

### א. הפקדות לקופות גמל ופנסיה

בתיקון 153 לפקודת מס הכנסה הוגלה בצורה משמעותית תקרת ההכנסה שלגביה מותר לנו להפקיד בכדי ליהנות מהניכויים והזיכויים ממס, והיא עומדת כיום על 172,800 ₪ ולניצול מקסימלי נוכל להפקיד עד 16% (27,648 ₪) 16% (X 172,800).

ליחידים שנולדו משנת 1961 ואילך ההפקדות לקופות חייבות להיות ראשית לקיצבה כרובד ראשון ורק אח"כ לגמל.

מכיוון שהנושא מורכב ותלוי בגילכם מעמדכם (שכירים / עצמאים) וסוגי הקופות המלצתי אליכם לקבל חו"ד ממומחה פנסיוני לתכנון ההפקדות המיטביות עבורכם.

### ב. ביטוח לאומי – שינויים בחוק

החל משנת 2008 שונה חוק הביטוח לאומי כך שלמעשה נחויב לשלם דמי ביטוח גם על הכנסותינו ה"אחרות" שאינן מעבודה כשכיר או כעצמאי.

הכנסותינו האחרות הינן למעשה ההכנסות הפסיביות אשר בעבר (עד סוף 2007) לא מוסו, במידה שסכום הכנסותינו מעבודה / יגיעה אישית עלו על הכנסותינו הפסיביות.

שיעור דמי הביטוח על ההכנסות הפסיביות יהיו 12% במקום 16% כפי שהיה עד כה בשיעור המלא של דמי הביטוח.

כמו כן נקבע בתיקון ה"ל" שהכנסה פסיבית שאינה עולה על 25% מהשכר הממוצע במשק (כיום – 22,500 ₪) לשנה תהיה פטורה מתשלום דמי הביטוח ה"ל".

### ג. החזרי מס לשכירים בשל השתלמות מקצועית

בפס"ד חדש שפורסם לאחרונה בעניין לימודי עובדי בנק ירב נקבע כי גם עובד שכיר ששילם הוצאות להשתלמות מקצועית בתחום עיסוקו והשכלתו מהוות הוצאות מוכרות למס.

משמעות פס"ד ה"ל" הינה כי גם שכירים יוכלו להפחית את הוצאות ההשתלמות מהכנסותיהם ממשכורת ועקב כך לקבל החזרי מס.

### ד. חובת ביטוח פנסיוני מקיף לכל העובדים במשק

פורסם צו הרחבה המורה למעשה על מתן זכאות לפנסיה מקיפה לכל עובד בישראל החל מיום 1.1.2008.

בחוק נקבע כי כל עובד שאין לו הסדר פנסיוני קיים / מיטיב חייב להיות מבוטח באחת מקופות הפנסיה / גמל לקיצבה ובלבד שיכלול גם כי כיסוי למקרה מוות ונכות.

העובד יוכל לבחור את הקרן בה הוא מעוניין להיות מבוטח בהודעה בכתב למעסיקו. כמו כן נקבעו השיעורים (אחוזים) של ההפרשות החודשיות החלות על העובדים והמעבידים בפריסה ל- 5 שנים (מ- 2.5% בשנת 2008 ועד 15%).

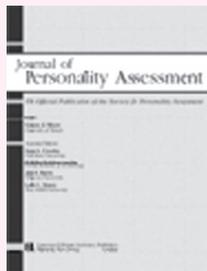
ייעוץ מס רו"ח אריה דן, הוא החשבון של הפ"י – משרד רואי חשבון סנד"ק, דן ושות'ת

בחברת זו של "פסיכואקטואליה" אנו ממשיכים בסקירת ספרות בפסיכודיאגנוסטיקה במטרה להביא בפניכם בקצרה מאמרים, ספרים, מחקרים ודיונים העוסקים בפנים המגוונות של האבחון הפסיכולוגי. כחוג על-חטיבתי ננסה במדור זה לסקור את תחום האבחון השונים מתוך זוויות רבות ולעדכן על המתרחש והמתחדש בתחום. מדי פעם יוזמנו כותבים שונים לערוך את המדור, וכך ייווצר גיוון בנושאים על-פי תחומי התעניינותו של הכותב. הסוקר והכותב הפעם הוא ד"ר יורם בן-יעקב, פסיכולוג קליני, העובד במרכז לבריאות הנפש נס-ציונה, בעל קליניקה פרטית ברחובות, מלמד באוניברסיטת בן גוריון ובמכללת ספיר בנגב.

אבי שרוף-יו"ר החוג לאבחון והערכה

## סקירת ספרות בתחום האבחון הפסיכולוגי – חלק א'

מלשנות את ההעברה הסטנדרטית מחשש ליצור הטיה. המאמר הנוכחי בוחן שיטות לא חודרניות להפקת תגובות מאולצות (שאינן ספונטניות ע"י הנבדק), דרך עידוד לתשובה נוספת במקרה של תגובה אחת לכל כרטיס מצד אחד ודרך הסרת הכרטיס לאחר ארבע תגובות רצופות מצד שני. בקרב נבדקים שהפיקו פרוטוקולים קצרים, המאופיינים בטווח של הפרעות חשיבה, נמצא ששיטת ההעברה האלטרנטיבית השיגה תוקף רב יותר במדידת הפרעות חשיבה וביטלה את הצורך בהעברה חוזרת של הכרטיסים בשל פרוטוקול עם פחות מ-14 תגובות. לממצאי מחקר זה השלכות קליניות לגבי העברת פרוטוקולים לאוכלוסיות עם הפרעות חשיבה, אשר נוטות באופן טיפוסי לתת מספר תגובות מצומצם.



האלקטרומגנטית של המוח האנושי ובעקבות כך את האפשרויות הנפתחות בתחום זה להערכות קליניות. הכותבים קוראים לשיתוף של קלינאים בשדה מחקר זה (Miller, G.A., Elbert, T., Sutton, B. P., & Heller, W Haynes); "יישומים קליניים בהערכה אמבולטורית ביו-סנסורית" (Stephen N.; Yoshioka, Dawn T קלינית של נבדקים בסביבתם הטבעית בעזרת יומנים אלקטרוניים: רציונל, יתרונות, מגבלות ומכשולים" (Piasecki, Thomas M. ; Hufford, Michael R. ; Solhan, Marika; Trull, Timothy J). מאמרם סוקר טכנולוגיות מובילות ויישומן במחקר קליני. החוקרים מציעים כי יומנים אלקטרוניים יכולים לספק אינפורמציה עשירה ביחס לחוויות וההתנסויות היומיומיות של הנבדק, עזרה באבחון, תכנון טיפול, כלים טיפוליים והערכה של טיפול. החוקרים סוקרים את הערך של יומנים אלקטרוניים בנוסף לדיווחים רטרוספקטיביים של נבדקים. כמו כן, הם סוקרים מחקרים שבדקו האם שימוש ביומנים אלקטרוניים הוביל לנתונים איכותיים יותר ביחס לשימוש זול יותר ביומנים של דף-עיפרון.

ד"ר יורם בן-יעקב – המרכז לבריאות הנפש נס-ציונה, קליניקה פרטית ברחובות.

**Psychological Assessment (2007), 19 (1)**

כרך זה של כתב העת "Psychological Assessment" מוקדש לסקירת כלי הערכה פסיכולוגיים חדשים, הקשורים בפיתוחים טכנולוגיים ושיטות מחקר חדשות. הכותבים מציעים כי כלי ההערכה הדומיננטיים כיום, נשענים בעיקר על אמינותו של הנבדק. למשל: ראיונות קליניים, שאלונים לדיווח עצמי, הערכת אינטליגנציה, תצפית התנהגותית, יכולת אינטלקטואלית וכו'. לדידם, שיטות אלו שרתו קלינאים במשך שנים רבות מכיוון שעזרו להם להבין את המטופלים, לנסח תוכנית טיפולית ולהעריך תוצאות טיפוליות. יחד עם זאת, נשאלת השאלה האם קיימים פיתוחים טכנולוגיים ומתודולוגיים היכולים לעזור לקלינאים לשפר את הערכה הפסיכולוגית של נבדקים? כרך זה מוקדש כולו לדיון בשאלה זו ובהצצה למספר חידושים בתחום. כל מאמר בכרך מציג שיטה או טכניקה זמינה לשימוש, אשר יכולה לעזור בתהליך הבדיקה הקלינית. כך למשל תוכלו למצוא בכרך זה מאמר כמו: "ראיונות המועברים על ידי מחשב וסולמות דרוג" (Garb, Howard N) בו הכותב דן בהערכה של מחשב מול הערכה של קלינאים; "טכנולוגיות חדשניות בהערכה קלינית: אתגר ואפשרויות בהדמיה נוירולוגית (Neuroimaging)", בו הכותבים סוקרים את ההתקדמות בתחום ההדמיה



**לב-ויזל רחל (2006). ציור דמות אנוש וציור משפחה. הוצ' אח.**

הספר עוסק בשימוש בציור דמות אנוש וציור משפחה כללי לאבחון והערכה פגיעה מינית ופיזית. מטרת הספר היא הבנה וניתוח ציורים של גורמים המעורבים באלימות פיזית ומינית, ילדים ובוגרים, תוקפים וקורבנות. התוקפים: בעלים אלימים, פדופילים ואנסים. הקורבנות הישירים: נפגעי תקיפה מינית, נשים קורבנות לאלימות בין-סוגיות,



**Meyer, G. J., Kristin L. Dean, K. L., Viglione, D. J., & Perry, W., (2007). A Method to optimize the response range while maintaining Rorschach Comprehensive System validity. Journal of Personality Assessment, 89, pp. 149-161.**

כולנו מכירים את הבעיה הנוצרת מול פרוטוקולי הרושך קצרים או ארוכים מדי. המאמר הנוכחי מנסה להציע שיטה כדי להתגבר על בעיה זו. קלינאים חלוקים ביניהם באשר לפתרון או מניעה של פרוטוקולים ארוכים או קצרים, אך נמנעים

ילדים מוכים. קורבנות שאינן ישירים: ילדים עדים לאלימות בין ההורים, ילדיהם שאביהם רצח את אמם. הספר כולל בתוכו הנחיות כלליות הנוגעות לאבחון ולבחינה של אינדיקטורים ספציפיים המצביעים על הפרעות אישיות כגון הפרעות דיסוציאטיבות, נטייה לשימוש באלימות ועוד. הטקסט מלווה בחמישים ציורים המדגימים את הנושאים השונים. בנוסף, מוצגים תרשימים המציגים את הצורות הייחודיות של כל אחד מן האינדיקטורים המבחינים בין סוגי התנהגות או הטראומה השונים, כך שאלה ישמשו את הקורא להבנה מעמיקה יותר של הציור. רחל לב- ויזל היא פרופסור חבר, ראש המגמה לטיפול באומנות במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. מזה שנים שהיא עוסקת במחקר בתחום הטראומה והאלימות במשפחה. כמטפלת אינדיבידואלית וקבוצתית בקורבנות לאלימות מינית ופיזית, פיתחה טכניקות יצירתיות בטיפול, שכוללת טכניקות מילוליות ולא- מילוליות. היא פרסמה מאמרים רבים בכתבי עת מדעיים, העוסקים באבחון טראומות, מגבלות תפקודיות ונטיות התנהגות באמצעות ציור דמות אנוש וציור משפחה.

**Journal of Personality Assessment (2007), Volume: 89 (3).**



הכרך כולו מוקדש לסקירה מיוחדת של מדגמי רורשך מקשת רחבה של מדינות בעולם ובכך מהווה במה להשוואות בין-תרבותיות בהתייחס למדדי הרורשך השונים. הכרך מכיל בתוכו את ההיסטוריה של הפרוייקט ושורה ארוכה של מחקרים ממקומות שונים בעולם שנעשו על מדגמים מסוגים וגדלים שונים. כך למשל, נמצא בכרך מאמר שבדק 506 משתתפים בגילאי 18-65 מארגנטינה, נתונים ממדגם בן 128 משתתפים מאוסטרליה, מדגמים אחרים מברזיל, פרו, ארה"ב, ספרד, בלגיה, יפן וגם כמובן נציגות של 2 מדגמים מישראל. המדגם הראשון מישראל נאסף על-ידי ד"ר אטי ברנט מאוניברסיטת בר-אילן וכולל נתונים על 150 בוגרי תואר שני בפסיכולוגיה קלינית. המדגם השני נאסף על-ידי ד"ר שירה תיבון ממכללת ת"א-יפו והוא כולל 41 נבדקים

סטודנטים. ממצאי המחקר הזה הראו שמדדי המצוקה ברורשך (D and Adj D scores, S-Constellation, and DEPI) הסטודנטים נמצאו גבוהים ומוצע כי הסיבה לכך נעוצה באיום הטרור המתמשך והמצב הפוליטי בישראל. באופן כללי, המאמרים מעלים הצעות כיצד לערוך מחקרים מסוג זה, מידע על מדגמים של מטופלים באשפוז לעומת מטופלים שאינם באשפוז, קריטריונים להכללה/הוצאה של משתתפים, שימוש בכלים מקבילים, מהימנות ותוקף, בעיות הקשורות לקידוד, והתייחסות למגמות בתוך ובין המדגמים השונים. את הכרך חותם מאמרם של Shaffer, Meyer, Erdberg, והמהווה אסופה של כל המדגמים וסיכום הממצאים מעבר למדגמים השונים. הם משתמשים ב-21 מדגמים מ-17 מדינות שונות ויוצרים למעשה מאגר נתוני רורשך בינלאומי עם ממוצעים וסטיות תקן של כל מדגם. הממצאים המרכזיים העולים הם: (א) מדגמי המבוגרים ממדינות שונות בעולם דומים באופן כללי אחד לשני. מכיוון ש,כך, החוקרים מעודדים קלינאים לשלב ערכים בינלאומיים בפרוש הקליני של פרוטוקול רורשך. (ב) 31 מדגמי ילדים ונער מחמש מדינות הפיקו נתונים לא יציבים ולעתים ערכים קיצוניים בציונים רבים. לדעת החוקרים, עד שהגורמים התורמים לשונות בין המדגמים הללו לא יובנו, לא מומלץ להתייחס לציוני ה- Comprehensive System (CS) כדי להגיע למסקנות נמוטטיות ביחס לפסיכופתולוגיה בקרב ילדים ונער.

**Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two Primary Configurations of Psychopathology and Change in Thought Disorder in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Young Adults. The American Journal of Psychiatry, 164 (10), 1561-1568.**



מדדו שינויים בשלושה סוגים של הפרעות חשיבה כפי שהוערכו בתגובות רורשך (contaminations, confabulations, and fabulized combinations) במהלך ועקבות טיפול באוריינטציה פסיכו-

דינאמית ארוכת טווח. 90 פרוטוקולי רורשך של פציינטים פגועים בצורה קשה, המסרבים לטיפול, אשר 42 מהם היו עסוקים בנושאים של התייחסות בינאישית (interpersonal relatedness) ועשו שימוש בהגנות המנעותיות (סווגו כ"פציינטים אנקליטיים") ו-48 מהם היו עסוקים בנושאים של הגדרה עצמית (self-definition) והערכה עצמית ועשו שימוש בהגנות התנגדותיות (counteractive defenses) (סווגו כ"פציינטים אינטרוייקטיביים"). הם הוערכו בתחילת הטיפול וכעבור 15 חודשי טיפול בממוצע. הממצאים הראו כי שינוי אצל הפציינטים האנקליטיים התרחש בצורות הפתולוגיות יותר של הפרעות החשיבה (קונטמינציות וקונפולוציות), אשר ביטאו הפרעת גבולות (boundary disturbances) הפרעת גבולות; שינוי בקרב פציינטים אינטרוייקטיביים התרחש בעיקר בהפרעות החשיבה הפחות חמורות (fabulized combinations), המבטאת נטייה לחשיבת יחס (referential thinking). המסקנה מהמחקר היא שפציינטים אנקליטיים ואינטרוייקטיביים מציגים התקדמות טיפולית באופן שונה, אך קונסיסטנטית מבחינה תיאורטית. בנספח למאמר מופיעות שתי ויניטות קליניות, המדגימות את ההבדלים בין שתי הקונפוגורציות האישיותיות האלה בהתייחס לשינויים בהפרעות החשיבה בעקבות טיפול דינאמי ארוך. המאמר מדגים את חשיבות האינטראקציה שבין אישיות לבין שינויים בעקבות טיפול ומחדד את החשיבות ההתאמה של אישיות וטיפול.

זו הזדמנות לבשר כי הכרך הקרוב של כתב העת "The Israeli Journal of Psychiatry" יוקדש במלואו לעבודתו החשובה של פרופ' סידני בלאט, פסיכואנליטיקאי וחוקר אישיות נודע. המאמרים יוקדשו לתחומים השונים של התרומה של פרופ' בלאט בתחום התיאוריה והמחקר של ייצוגי אובייקט, פגיעות אישיותיות לדיכאון, שינויים בעקבות טיפול ועוד. במסגרת הכרך יופיעו מאמרים רבים פרי עטם של חוקרים מישראל, הפועלים עם פרופ' בלאט: פרופ' ביאטריס פריאל, פרופ' אבי בסר, פרופ' שחר גולן, פרופ' רחל בלס, ד"ר הדס וייסמן ועוד. לכתב העת הישראלי לפסיכיאטריה אתר באינטרנט והמאמרים ניתנים להורדה חינם מהאתר בלחיצה על שם המאמר. כתובת האתר של כתב העת היא : [www.psychiatry.org.il/journal](http://www.psychiatry.org.il/journal)



## מתן עדות על ידי פסיכולוג בבית המשפט

נהפך לאסיר שאינו יכול לעזוב את מקומו עד אשר הצד שכנגד סיים את החקירה. מקניטים את הרופא, מעיקים עליו, צועקים עליו, הורסים אותו ללא בושה, לוחצים אותו לקר, ולבסוף מאשימים אותו בעדות שקר, בחוסר ידע רפואי ובחוסר התאמה למקצוע בגלל זה, ובדעה קדומה לטובת התובע או חברו הרופא שלעזרתו הוא בא".

על מנת להפחית את הסיכון להיקלע לסיטואציה המתוארת, ולהעיד כהלכה בפני בית המשפט, מומלץ שהפסיכולוג יכין עצמו מראש וייתן דעתו להנחיות הבאות:

1. על הפסיכולוג לחוות דעתו אך ורק בנושאים המוכרים וידועים לו, אין כל מניעה שיצמצם עדותו רק לחלק מהנושאים עליהם הוא נשאל.
2. על הפסיכולוג להכין עצמו לעדות כראוי. במידת הצורך יש לשוחח עם עורך הדין שהזמין אותו להעיד או לתת חוות דעת בבית המשפט. יש לעיין בכל המסמכים הרלוונטיים ולרענן את הזיכרון בספרות המקצועית. אפשר להיעזר בעת מתן העדות בספרות מקצועית ולצטט ממנה או לבקש לעיין בספר שעורך דין מזכיר אותו בחקירה הנגדית.
3. על הפסיכולוג לזכור כי תפקידו הוא לסייע לבית המשפט במציאת האמת. עליו להיות ישר בעדותו, להעיד ללא משוא פנים ולא להיות דו משמעי או ערמומי בתשובותיו. אם בהזדמנות אחרת נתן הפסיכולוג חוות דעת או שנקט בעמדה השונה מדבריו בעדות, עליו להודות בכך ולנמק זאת.
4. מיותר להיגרר לפרובוקציות בחקירה ומוטב להתרכז בעניין. אין להתווכח עם עורך הדין החוקר, אין להעליב אותו ובעיקר אין לאבד את קור הרוח.
5. יש לשמור על הופעה מכובדת, רצינית וצנועה, להקשיב לכל שאלה ולענות רק לאחר שהשאלה הובנה כראוי. אין לענות לשאלה שאינה ברורה או שאינה מובנת. אין למהר ולהשיב. זכותו של המעיד לשקול, לבקש הבהרה לשאלות ולחשוב לפני מתן התשובה ולענות על כל שאלה בדרכו ובמילותיו ולא על פי מילים ששמים בפיו.
6. במידה והתשובה אינה ידועה או שאינה ברורה לפסיכולוג, עליו לענות שאינו יודע את התשובה. בל יחשוב הפסיכולוג שעליו לדעת על אתר את הכל.
7. על הפסיכולוג העד להבחין בעדותו בין ממצאים ונתונים שנמסרו לו לבין ממצאים שאבחן בעצמו.
8. על הפסיכולוג להציג את מלוא החומר שהיה לנגד עיניו בטרם גבש את חוות דעתו. במקרים בהם נמנע העד המומחה להציג לבית המשפט בדיקות ונתונים ונמק זאת בכך שהם לדעתו בלתי רלוונטיים, מיותרים ועלולים לבלבל, נתפס הדבר כמגמתי, מעין ניסיון להסתרה, עד כדי פסילת חוות הדעת כולה כבלתי אמינה.
9. בעדותו, על הפסיכולוג המעיד לפנות אל השופט, לדבר לאט וברור ולהסביר את דבריו בלשון פשוטה ומובנת ללא שימוש בשפה ובמונחים טכניים.

ערנות לקווים מנחים אלה תסייע להפוך את עדותו של הפסיכולוג לעדות מובנת ותתרום לאמינותה. יהיה בכך כדי להפחית את הסיכוי לפגיעה במעמדו וסמכותו של מעיד.

לאחרונה התבקשנו לחוות דעתנו בשאלות שהופנו על ידי פסיכולוגים חברי הסתדרות הפסיכולוגים, אשר התבקשו להעיד בבית המשפט, בין אודות מטופלים שהיו בטיפולם ובין לצורך מתן חוות דעת מומחה בעניינים התלויים ועומדים בפני בית המשפט.

ברשימה זו ננסה לתת מספר כללי אצבע מנחים שיעזרו לפסיכולוג המוזמן לתת עדות מקצועית בבית המשפט, להתמודד כראוי עם משימה זו. לא נדון ברשימה זו אודות כללי החסיון וזכויות המטופל ונתמקד רק על תפקידו והתנהגותו של הפסיכולוג כעד.

אולם בית המשפט והסיטואציה של ההליך המשפטי, אשר אליהם עשוי להיקלע הפסיכולוג במהלך הקריירה המקצועית שלו, מהווים עבורו, בדרך כלל, עולם זר, שונה ואפילו מאיים. הפסיכולוג נתקל בכללי התנהגות והתנהלות שאינם נהירים לו, בהליכי מחשבה וגישה פורמליים, בסדרי דין ובמינוח משפטי. הוא מתקשה להבין את פשר החטטנות והירידה לפרטי פרטים שבחקירה הנגדית, את הגיונם של דיני הראיות ומושגים כמו 'צדק' ו'חקר האמת' מתערבבים עם מושגים מתחום הפסיכולוגיה הטיפולית והמחקרית. לעיתים עשויה להתקיים אצל הפסיכולוג התחושה שהוא נחקר בזוטות – דברים ונקודות שוליות ולא מהותיות וכי הצדק המשפטי תלוש מההגיון והמציאות ולעיתים נשאל הפסיכולוג העד שאלות שמקורן באי הבנה מוחלטת של תחום עיסוקו ומומחיותו.

בית המשפט המופקד על קבלת הראיות והסקת המסקנות, אינו מצויד בידע ובמיומנות שיאפשרו לו להסיק מסקנות עובדתיות מן העובדות המוכחות ולגזור מהן את המסקנות המשפטיות.

דיני הראיות מגבילות בדרך כלל את מתן העדות לעניינים ועובדות שחוזה העד במישרין בחושי ולא מסקנות או דעות או חוות דעת. החריג לכלל זה היא עדותו של מומחה. מומחה רשאי להביא בפני בית המשפט את דעתו ומסקנותיו ואף להסתמך על נתונים ובדיקות שלא בוצעו באופן ישיר על ידיו. לעיתים מצפים ממומחה המעיד בבית המשפט כמי שתפקידו להביא בפני בית המשפט את הידע בתחום מומחיותו.

קיימות מספר נסיבות שבהן נדרשת עדותו של פסיכולוג מומחה בדיון בבית המשפט. תתכן מעורבות ישירה של הפסיכולוג בטיפול, בייעוץ או באבחון הנמצאים במחלוקת ובמקרה זה עלול הפסיכולוג להיות מעורב כעד או כבעל דין. אפשרות נוספת היא כאשר הפסיכולוג עשוי להיקרא על מנת להעיד אודות עובדות שהוא הבחין בהן בשעה שטיפל במטופל, אפשרות אחרת היא מצב בו מתבקש הפסיכולוג לבדוק אדם על מנת לתת אודות ממצאיו עדות מומחה, וכן יכול הפסיכולוג להיקרא להעיד ולתת תשובה לשאלה היפותטית שבתחום מומחיותו.

במאמרו "עמדת הרופא המומחה בבית המשפט", הרפואה (נה) 2,1 מצטט המחבר י. גימן מתוך תלונות של עדים מומחים כלפי עורכי דין: "כאשר הרופא הולך לבית המשפט, הרי מה שקורה לו, לא צריך לקרות לכלב. הוא בא בתור 'עד מומחה', כדי למנוע עיוות הדין, בתור הומניטריאן שאינו מחפש את טובתו, אינו מצפה לשום רווח, בהקריבו את מרצו היקר ואת זמנו בעל הערך הרב. ומיד כשהוא עולה על זוכן העדים, אזי מעיל של אליהו הנביא והשרביט של הסמכות שנרכשו במחיר גדול ושהם רכושו החוקי, נקרעים ממנו ונהפכים ל'מעיל ופגיון' שכוללים ודוקרים אותו. הוא

# לוח המודעות

## קליניקות להשכרה:

- מתפנה קליניקה להשכרה, במרכז הכרמל בחיפה. ללא מדרגות. מקום שקט ונוח. מייד. נא לפנות לד"ר דיאנה ארנברג, פסיכולוגית קלינית, בטלפון נייד: 052-3743996.
- ברעננה, להשכרה קליניקה מסודרת ומרווחת, לפי ימים. לפרטים נא לפנות לדיטה בטל': 09-7449355.



## הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

רח' 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](mailto:psycho@zahav.net.il)

\*עמותה רשומה