

אפריל 2007

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

# פסיכואקטואליה

• על פסיכולוגיה רפואיית ♀ על הרפורמה בבריאות הנפש

# תוקן עניינים

<b>44</b> <b>ישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי</b> פרופ' גבי שפלר	<b>3</b> <b>דבר המערכת</b> ד"ר יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאל, אבי שרכף
<b>50</b> <b>למען הקהילה</b> טופס הצעירות	<b>3</b> <b>מן המזיכרות</b> ד"ר נועה ברק
<b>51</b> <b>מבט רטראנספקטיבי ופרוטראנספקטיבי על יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום וסיכון</b> פרופ' גבי שפלר	<b>4</b> <b>חדשנות החטיבות</b> התפתחותית, חברתיית-תעסוקתית-ארגוני, קלינית, רפואיות, שיקומית
<b>55</b> <b>שיפור מערכת בריאות הנפש בישראל</b> ד"ר דוד חנינץ	<b>7</b> <b>משולchnerה של הפסיכולוגיה הארץית במשרד הבריאות</b> ימימה גולדברג
<b>56</b> <b>רפורהם בבריאות הנפש - פנים וגלגולים</b> חנה שטרום-כהן	<b>8</b> <b>הרשות החביבת</b> ד"ר אייר עמייחי המבורגר, תרגום: ד"ר יוכי בן-נון
<b>58</b> <b>פסיכולוגים יוצרים</b> צילה טנא מראינת את עמירים רביב והיל'י כוכבי עם יצאת ספרם "המדריך הישראלי להורות - שנים ראשונות, מלידה עד גיל שש"	<b>14</b> <b>פסיכולוגיה ורפואית באקדמיה – תמנון מצב</b> פרופ' רבקה יעקובי
<b>61</b> <b>ספרים, רבתות, ספררים</b> חדשים על המדף, ספרים שחשוב / כדאי / אפשר לקרוא ד"ר יוכי בן-נון	<b>17</b> <b>שחיקה נפשית וסיכון לתחלה פיזית</b> פרופ' שמואל מלמד
<b>64</b> <b>פינת הייעוץ המשפטי</b> ד"ר אבי רימר – עו"ד, משרד עו"ד ברוך אברהם, ייעוץ משפטי להפ"י	<b>21</b> <b>ילדים ונוער הסובלים מעודף משקל – הגדרות, מחקר והתערבות פסיכולוגית</b> אוון להק
<b>65</b> <b>פינת ייעוץ המס</b> רוח"ח אריה דן, רואה-החשבון של הפ"י, משרד רואי-חשבון סנדק, דין ושות'	<b>23</b> <b>האשה בחדר הטיפול הפסיכולוגי – טיפול פסיכולוגי בנשים מגביה מחקר ורגיש לאמונה, תרבות ומוסר</b> יששכר עשת בסיווע ד"ר שלומית אסיג
<b>66</b> <b>משלchnerה של ועדת האתיקה</b> הودעה בדבר הקמת חוג על-חותיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה	<b>28</b> <b>הערכת עצמית של בריאות: מה אנשים יודעים על עצםם שנמנבא את בריאותם ואריכות חייהם?</b> ד"ר יעל בנימיני
<b>67</b> <b>מודעות</b> דרישים	<b>32</b> <b>טיפול הנפשי בחולה האונקולוגי – פסיכותרפיה מותאמת לשלביו המחלה</b> שיורי אלון
	<b>38</b> <b>הרפורמה בבריאות הנפש: מאיין ולאן?</b> ד"ר צבי גיל

## דבר המערכת

שלום חברים,  
לגילון הפעם שני וושאים מרכזיים. האחד הוא פסיכולוגיה רפואי, תחום המתפתח בעולם כחלק מחשבות גוף-נפש. בישראל הוא עדין צעיר, והחטיבה והמוחה בנות שנים ספורות בלבד. בחרנו לחשוף את פניו המוגנים של תחום זה, כמו גם את הקשי הנסי בפני לתפס מקום בקרבו.

להעמק שורשים ולקבוע נוכחות.

הנושא השני קשור לראשונה וחשוב לנו לא פחות: הרפואה בHEEL בראיות הנפש, אשר הסרות סיבת אמן שכך כמעט לאחרונה, אך אסור שתישכח. אנו מבאים כאן מספר דעות ועמדות לרוגניות, כדי להמשיך לעודד מחשבה ופעלה בעניין.

בנוסף תמצאו בגילון חומרים אחרים מעולמנו ואת הפינות הקבועות. אנו מקווים שתתמצאו בהם עניין ותמשיכו להזירים אליהם חומרים נוספים מעולםכם-עלולם.

### צוות המערכת

- הבאים:
1. אפשרות לבחירת י/or על-ידי הוועד המרכזי, במקרים שבهم לא נמצא מועד לתפקיד זה בבחירות הכלליות.
  2. במקרה שבו יש רק מועד אחד ל/or בבחירות הכלליות, התנאי לבחרתו הוא קבלת 50 אחוז מחלוקת המצביעים ועוד קול נוסף.
  3. מינוי חבר ועד מטעם החטיבה (לפי המפתח החטיבתי הקיימים) על-ידי הוועד המרכזי במקרים שהם אין מספיק מיעדים מטעם החטיבה בבחירות הכלליות, והगשת מנגנון הוועד – המחייב כו"ם 11 נציגים –vr שאמ לא יהיה מסטר מקסימלי של נציגים בוועד, הוועד יוכל לתפקיד ללא צורך בבחירות משלמות.

חלקה השני של האסיפה עסקה בפסיכולוגיה במצבי משבר וחירום במהלך המלחמה: דורית גروس שיתפה אותנו בחוויתה ובחוויות אישיות כמתנדבת בקו הסיע הטלפוני הראשוני, שיזמה הפ"י במהלך המלחמה. ד"ר אודי בונשטיין ודאי נצר העבירו שתי הרצאות מרתוקות בוגריה דיסוציאציה ופסיכוליטיקה. ולסיום, פרופ' אביה שדה הציג בפניינו מודל מקורי להתרבות ילדים, שיוושם בקרב המפונים מהצפון בזמן המלחמה. פרופ' דן זכאי סగר את האסיפה בהציגת מתווה לתוכנית פעולה עתידית של הפ"י.

מעורבותנו בנושאים חברתיים והשمعת קולנו ברבים היא עניין בעל חשיבות גבוהה. ההזדמנויות שלנו להמשיע את קולנו בקרב קובעי המדיניות היא באמצעות השתתפותנו בישיבות של ועדות הכנסת השונות, הדנות בנושאים הרלוונטיים לעיסוקנו (בעיקר בוואדיות החינוך, זכויות הילד, העשרה, הרוחה והבריאות וקיום מעמד האשה). אנו זקוקים למתרדדים מכל הchetivot, המוכנים להשתתף בישיבות הכנסת בהתראה קצרה ולהציג את עמדת הפסיכולוגיה והפסיכולוגים בנושאים שונים. המعنינים יפנו למזכירות הפ"י בטל': 03-5239393 או בדוא"ל: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

אני רוצה להזכיר מזוכירות המஸורת שלנו נילי והילע על העבודה המאומצת והוטבה לאורך כל השנה ולאחל לכל חברי הפ"י אביב שמחה.

### פסיכו-אקטואליה

#### רבון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

טל: 03-5239393, פקס: 03-5230763

ת"ד: 11497 תל-אביב 61114

[psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

חברי המערכת:

ycopi-בן-נון: טלפון עבודה: 09-7472745, בית: 09-7718307

doa"l\_il@jennun.net.il

צילה טנא: טלפון נייד: 054-7933195, טלפ"ס: 09-9566711

tene\_a@macam.ac.il

נחמה רפאל: טלפון נייד: 054-3976394

doa"l\_nechamaraph@gmail.com

אבי שרפ: טלפון נייד: 03-9664235

saroff@hotmail.com

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



## דבר החטיבה הקלינית

### לפסיכולוגים הקליניים שלום,

זה כ-12 שנים מודבר על כך שהרפורמה בשירות הציבור בבריאות הנפש עומדת לצאת. בתחילת הרפורמה ה"מבנה" ואחריה הרפורמה "הביטחונית". חלק נכבד מהגילון הנוכחי יעסוק בגשתנו ובמאבקנו ברפורה בניסוחה הנוכחי, ובמטרה להוביל לרפורמה שתטיב עם המטופל, עם איקות הטיפול ועם עתיד המקצועות הטיפוליים בבריאות הנפש.

לפני 12 שנה היטיב **פרופ' גבי שפלר** לבטא את מקומו ואת יסודה של הפסיכולוגיה בארץ לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשפעתו על שירותי בריאות הנפש בכלל ועל השירותים הקהילתיים בפרט, במאמר שכותב ופורסם במקור ב"שיחות": **"ישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום וסיכון"**. **קיים הוא מביא בפנינו מבט רטושפקטיבי ופרושפקטיבי על ישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום וסיכון**. לאור השנים מנהיגת גב' חנה טטרם-כהן את המאבק למען רפורמה מיטיבה. במאמרה **רפורמה בבריאות הנפש**

**- פנים וגלגולים** היא מציגה סיכום ביניים על המאבק המתחנה. פרסום הסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר על העברת מלא האחירות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש ל קופות החולים, כמו גם צמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, העלה את חששו לגבי העתיד, כפי שעולה מלימוד ההיסטוריה על מקרים בהם נעשתה רפורמה במתקנות המוצעת על-ידי משרד האוצר והבריאות. **מר צבי גיל** מאיר על כך את עיניו במאמרו **רפורמה בבריאות הנפש: מאיין ולאן?**.

למאבקנו ברפורה המוצעת המרכזי **ד"ר דוד חניץ** מתחום המינהל הציבורי, הטוען שהגישה הייתה שקיימות רק שתי אפשרויות: להשאיר את המצב כמו שהוא או לעבור לרפורמה עם סל קשיים. הוא מציע לפתח אלטרנטיבות נוספות, בהן רפורמה עם סל גמיש. בಗילוון זה מובא מאמרו של ד"ר דוד חניץ בנושא **שיפור מערכת בריאות הנפש בישראל**.

זירה נוספת שאנו הפסיכולוגים נמצאים בה בקונפליקט היא סעיף קטן אך בעל עצומות גדולות – סעיף 9ב'. אנו נמצאים בעימות בין הפסיכולוגים הקליניים ואלה שלא הוכשרו בפסיכולוגיה קלינית לגבי השאלה מי מושעה לעסוק בפסיכותרפיה, ובעצם לגבי השאלה מהי פסיכותרפיה. לצערנו הרבה, לפחות כארבעה וחודשים יצאו בקריאה למשא ומתן כדי להגיע להסכם בזמן קצוב של ארבעה חודשים (כך, ארבעת חודשים חלפו להם, ואנו עדין בתוך הסאגה). לצערנו, זה מאבק שמעורבים בו יותר מידי מרכיבים רגשיים וגוני, המקיימים על פתרון הבעיה. יתרה מזאת: אנו מבאים על עצמנו התערבות של גורמים חיצוניים שאינם פסיכולוגים, אשר יקבעו את עתיד המקצוע שלנו באמצעות בעירתה המאבק לזרה חדשה – הכנסת – על-ידי הצעת חוק ובתהליך העוקף את כל המוסדות המקצועיים בפסיכולוגיה.

ב-07/03/20 נערך על ידי הוועדה המקצועית יום עיון בנושא **"לימוד והכשרה בפסיכולוגיה קלינית"**. יום העיון נפתח בתפישת הוועדה

## דבר החטיבה התפתחותית

### לחברים שלום,

בחודש פברואר נערך ביום המלח כנס החטיבה, שזכה לתוצאות טובות מאוד. האווירה הייתה נעימה מאוד ורוב המשתתפים מצאו עניין ונחנה בחזאות ובסדנאות. בערב הראשון נחננו מהרצאותם המלאפות של יורם שלאייר, "ארחותchg המשפחתיות", שלוותה בהצגת קטעים נבחרים מגוון של סרטים. הרבה תהודות והערכות לכל המרצים והמנחים וכמוון לסמדר שהביאה לכנס את דור המשך הנפלא.

ולכמה עניינים שוטפים:

- הקורס טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לגיל הרך ממשך להתקיים.
- בדיוני הוועד עלתה הצעה להקים ספרית השאלת לסרטי-וידאו. עדין לא ברור כיצד אפשר לממן את רכישת הסרטים – מי שיש לו הצעות מוזמן לפנות אל סמדר.

ברוכה,

## עד החטיבה התפתחותית

## דבר החטיבה החברה-תעסוקתית-ארגוני

### לחברי החטיבה שלום,

בתחלת חודש פברואר השנה נערך, מלון חוף התמרים שבעכו, הכנס הראשון של החטיבה החברה-תעסוקתית-ארגוני. הכנס עסק בהיבטים שונים של נושא **"הפסיכולוגיה החיבורית"** וכל סדנאות בתחוםים לימודיים וחוויתיים.

שבועות הרצון מן הכנס הייתה גבוהה, לмерות נוכחות נמוכה יחסית (כ-50 משתתפים). בסולם של 1-5, שבועות הרצון המוצען את איקות הסדנאות הייתה 4.39. לגבי המלון, הערכו המשתתפים את איקות החדרים בציון 4.6, את איקות האוכל 4.5 ו את איקות חדרי הסדנאות 4.2. תוכניות הפנאי זכו להערכה גבוהה, ובעיקר הרצתה של גליה רבינוביץ בנושא הפסיכולוגיה החיבורית (4.6). רוב המשתתפים ביקשו לבצע את הכנסים הבאים בגליל העליון.

במהלך הכנס מונה ועד חדש, זאת מאחר שרוב חברי הוועד הקודם הודיעו על רצונם לפרש לאחר שנים של עשייה. זה מקום להודות לחברות הוועד הפרוש, גנט ספז, מילך דברת וסיגל הורביץ (ולרשית גבאי שפרשה קודם), על מאמציהם הרבים ועל העשייה המשותפת. תודה מיוחדת לזרות אבמי, י"ר הוועד הפורש, שנשאה בעול לאורך שנים ואף ארגנה את הכנס בחו"ל התמרים.

בישיבה הראשונה של הוועד החדש הובע רצון לפעול גם במישורים נוספים, לשם הרחבת הפעולות המשותפת של חברי החטיבה ולהעמקת הדעת והניסוי. לשם כך אנו פונים ומקשימים לחברת החטיבה להציג רעיונות פעילות משותפת לחברי הוועד החדש:

חנה גורדון:

マイאללה שנייר:

Dani Cefri:

אורית בן-שאול:

ברוכה,

## אורית בן-שאול

## י"ר החטיבה פסימולוגיה חברתית-תעסוקתית-ארגוני

## דבר החטיבה הרפואית

### לפסיכולוגים רפואיים שלום,

בגילון הנוכחי, המוקדש לפסיכולוגיה הרפואית, מופיעים כמה מאמריהם מפרי עטם של חברי החטיבה. אנו מברכים על כך וקוראים לחברים להמשיך לשילוח מאמרים בנושאים רלוונטיים, כדי להעשיר את הידע של כולנו. חשוב מאוד להתגיים ולתרומם בכל דרכך אפרשית להתפתחות התחום החשוב של פסיכולוגיה רפואי.

לכערכנו, על אף חשיבותו הרבה של התחום, התפתחותו מעוכבת עקב הקצאה בלתי מספקת של מלגות התמחות מטעם משרד הבריאות. דבר זה מונע את האצת החדרת התחום של הפסיכולוגיה הרפואיים למערכת הרפואיים, כפי שהדבר מקובל בעולם. היינו רצימם לראות יותר פסיכולוגים רפואיים מיישמים משירותן הן בבתי חולים והן במרפאות ובמכונים בקהילה, ותוורמים מהידע ומהכישורים הטיפוליים שלחם לאוכלוסיית החולים במחלות גופניות.

כלל, נשמה לשמעו מפסיכולוגים העובדים בשטח על יוזמות של פיתוח שירותי רפואיים /או על פיתוח מודלים של עבודה במערכות הרפואיים. נשמה גם לשמעו על פרסום עבודות מדעיות בעיתונות המקצועית ונשתדל לפרסם את ה-Réferences בגילויות הבאים של פסיכיאטראליה.

קובצת המחקר בפסיכולוגיה רפואיים מונה כיום עשרה חברים. היא ממשיכה להיפגש פעם בשלושה חודשים לעיר. חברים נוספים נספחים המעוניינים להצטרף מזמינים לעשות זאת. ניתן לכתוב שירות אל' הדוא"ל [smelamed@post.tau.ac.il](mailto:smelamed@post.tau.ac.il).

לחכירים, קיימים אחר שיל מחקר בפסיכולוגיה רפואיים. החברים מזמינים להשתמש בכל מחקר המופיעים באתר /או להוסיף כל מחקר חדשים (מבחנים, שאלונים וכו') הנמצאים אצלם בשימוש. כתובת האתא:

[www.mta.ac.il/mta/MtaLibrary/databases.asp](http://www.mta.ac.il/mta/MtaLibrary/databases.asp)

ולכמה עדכונים:

באוגוסט יתקיים ב-Maastricht כנס בפסיכולוגיה רפואיים. פרטיים באתר [www.ehps.net](http://www.ehps.net).

בヨיל' יתקיים בובוטון כנס בתחום של Critical Health Psychology, ובו תציגנה עבודות בתחום האיכותי. פרטיים באתר [www.ischp2007.org](http://www.ischp2007.org).

כידוע לכם, מועצת הפסיכולוגים החליטה ברוב קולות להמליץ לשער הבריאות על תיקון סעיף פב' בחוק הפסיכולוגים, כדי לאפשר לכל פסיכולוג מומחה לעסוק על-פי חוק בטיפול פסיכותרפי בתחום התמחותו. לצערם, התהילה מעצב זה זמן רב ונעשה ניסיונות שונים לטרף את החלטת המועצה. כך קרה לנויסון להציג הקਮיה ועדה שתבחן את הנושא בשנית. עמדתנו החד-משמעות היא להשאיר את המשר הטיפול בנושא למועצה הפסיכולוגים שבבה ישבים שמוןנות נציגי הפ". אין שום הצדקה לכך שפה"י תדבר בשני קוווט – האחד דרך נציגיה במועצה והשני דרך הוועד המركזי. אנו קוראים לשער הבריאות לקדם את תהילך החקיקה, להרוחת האוכלוסייה ולכבודו של המקצוע.

ברוכה,

פרופ' שמואל מלמד

יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה רפואי

המקצועית, שיש לבחון את תהילך ההכשרה בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוזטיקה, בתהליך לגיבוש זהותו של הפסיכולוג הקליני. יום זה חשף את הקונפליקטים הפנימיים בתוך הפסיכולוגיה הקלינית, דרך השאלה אם יש ליצור טריה אינטגרטיבית בין הגשות השונות, או שמא יש להציג איחדות בין הגשה הגדנתה בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוזטיקה. לדעתם, עליינו לדאוג לפולריזם בפסיכולוגיה הקלינית ולתת לגישות שונות להיביע את דרכן. עליינו לנצל את המתה הנוצר בקונפליקט הגלי, למען יצירה ובניה חדשה בתוך המוסדות הפומליים, ואל לנו להובילו לפיצול שיפגע במקצוע.

ולמוש אחר: הכנס השנתי של הפסיכולוגים הקליניים בגיןס ות'ק'ים השנה בתאריכים 11–14 ביוני, 2007. הנושא הבוחר השנה הוא "כמו גשר על פני מים טוריים: פסיכותרפיה והדרך בין חלומות למיציאות". הכנס יהיה מגוון, ואני מוקוה שנפגש כלמוני, חברי, עמיתים, הוותיקים והצעירים גם יחד.

ברצוני להודות בשם הפסיכולוגים הקליניים ליוסי זילץ, עם פרישתו מתפקיד יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית. תודה לך, יוסי, על נכונותך ועל השיקערת הרבה בקדום מעמדה של בריאות הנפש הציבורית, ועל תרומתך בחשיבה לגיבוש זהותה המקצועית של הפסיכולוג הקליני בתהילך התמחות וההכשרה המקצועית. אני מאמין שתתמשיך לתרום לציבור הפסיכולוגים בעתיד.

בمعدך זה ברצוני לאחל לך שרה אבן בהצלחה עם כניסה לתפקיד יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית. נcona לך עבודה רבתה ואני סומכים ידינו שתתודיע לה. ועד החטיבה הקלינית יורותם לעזרתך ולעדתך הוועדה המקצועית בכל תחום.

**טיפול מוזל למתחמים** – בغالון הקודם פנינו אליכם בבקשתו להציגו למטרים המוכנים לטפל במתמחים למתחמים תמורת 190. שקלים לשעת טיפול במטרה לסייע לך העתיד של המקצוע שלנו. בהתאם להיערכותם, בינו מאגר של מטיפים למתחמים, והוא יפורסם באתר של הפ"יizi.org. נושא להרחיב את המאג'ר והתקבל מכם פניות נוספות להצטרפות (טופס הצטרפות מופיע גם בגלון זה).

לסימן, ועד החטיבה הקלינית שוקד בימים אלה על פיתוחה התפיסה האסטרטגית עבור החטיבה. התוכניות יועלו ויפורסמו בהמשך. נשמה לך רעיון והצעות דרך מזכירות הפ". אנו זקוקים למתנדבים נספחים המוכנים להצטרף לוועד החטיבה. בנוסף, יש עידין מקום בוועד המרכז'י לנציג מטעם החטיבה.

ברוכה,

אבי סוויטה

יו"ר החטיבה הקלינית



שיקומית. הכנס יארח את פרופ' יהודה בן יש' מהמרכז הרפואי של אוניברסיטת ניו-יורק ואת פרופ' גודון וינקוור ממכון המחבר ביברטס-רוטמן אוניברסיטת טורונטו, קנדה, ומרצה נוספת במחלקה לפסיכולוגיה באונ' העברית. פרופ' בן יש' המתמחה בשיקום הנירופסיכולוגי בעולם ויזירה של טיפול הטיפול הנוירופסיכולוגי הכללי בשלב השיקומי הפסיכו-אקטואלי. פרופ' גודון וינקוור הינו מגדולי חוקר ההיכרונות בכלל והבחנה בין מערכות זיכרון מידעיות ופרונטאליות בפרט. הוא ירצה בנושאי היישומים הקליניים של התיאוריה בתchrom שיקום הזיכרון באוכלוסייה הבוגרת. השתתפות בסמינר ללא תשלום. הסמינר יתקיים באתר המכלה ביפו. פרטים יש לפנות אל דר' דן הופין במיל': [mshoofi@mssc.huji.ac.il](mailto:mshoofi@mssc.huji.ac.il)

כנס INS בספרד – העמותה הבינלאומית לנירופסיכולוגיה מקיימת את הכנס האמצע שנתי שלו ב- Bilbao ספרד בין התאריכים 04-07 ביולי 2007. נשא הכנס הינו "חדשונים בנירופסיכולוגיה בסיסית וקלינית". ניתן לקבל פרטיים אודוט הכנס באתר העמותה: [www.the-ins.org](http://www.the-ins.org)

אתר האיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום מזמין אנשי שיקום ממקצועות השונים להצטרף לשנתה. הרשמה לאתר ההרשמה לאטר הינה חופשית. הנתונים (שם, כתובות ודוא"ל) ישמרו באתר האיגוד ולא יועברו לכל גורם שלישי. הרשמה לאתר מאפשרת קבלת של דוא"ל בנסיבות מקרים שונים, הודעות על פעילותות אקדמיות מתוכננות, תמייה כספית בהשתתפות בכנסים, מילוגות ועוד. חברי האיגוד אשר נרשמו לאתר ושלימו את מס' האיגוד יוכל להיכנס לספריות מתוכן ניתן יהיה לגשת למארמים ולמצגות אשר לא יהיו נגישים לקהל הרחב. בנוסף לכך, אנשי שיקום אשר ירשמו לאתר יוכל להציג תכניות בנושאים שונים בשיקום, התכנים אשר מצויים בתחוםם ייעלו לאטר.

[www.medrehab.org.il/index.asp?categoryID=21](http://www.medrehab.org.il/index.asp?categoryID=21)

או דרך קישור מעמוד הבית זו [www.medrehab.org.il](http://www.medrehab.org.il) אגב, פסיכולוגים שיקומיים מזומנים להצטרף כחברים באיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום. להבלת הסבר על אופן ההרשמה לאיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום ניתן לפנות לחני אף, מזכירת האיגוד, טלפון 09 7709937.

לבסוף, הועדה המקצועית מבקשת להזכיר למדריכים ולמתמחים כי ניתן לקבל ממשדי מועצת הפסיכולוגים דפי הסבר מעודכנים ומשמעותיים על תהליכי הנטה-הטנה והאישורים והדרישות המעודכנים לבחינת התמחות. מומלץ לבקש דפי הסבר אלו ולפעול על-פי הנקודות שביהם.

אני אשמח להמשיך ולקיים עם דודנים אודוט אירוחים הרלוונטיים להקלילה השיקומית בארץ. הקשר השוטף איתכם חשוב. כתובות המיל של לי היא: [obar@mta.ac.il](mailto:obar@mta.ac.il)

#### בברכה

דר' אור ברק,

נציג החטיבה השיקומית

#### דבר החטיבה השיקומית

#### לחברי וחברות החטיבה השיקומית שלום,

שניהם כנסים מוצלחים מאחרוני.

במרכז הרפואי "רעות" נערכ ב-28/2/2007 כנס המתמחים הראשון בפסיכולוגיה שיקומית, בשיתוף עם הסקציה הרפואי. הכנס כלל הרצאות להעשרה מקצועית והערת מידע מהותי לתהילך ההתמחות. בכנס הרצוי בין השאר: דר' דן הופין אודוט תהילך ההכשרה של המתמחים בפסיכולוגיה רפואי; פרופ' רבקה יעקובי אודוט מוגמות בפסיכולוגיה רפואי ושלכתייה על הכשרת מתמחים; דר' ניצה ניצח בנושא טיפול בפסיכו-טראומה על ידי חטיפה ממושכת; פרופ' אביה עורי בנושא מקומו של הפסיכולוגיה השיקומית בצוות הרב-מקצוע. זהוי התארגנות חשובה שיש לבקר עליה. אחד התוצרים העיקריים הראשונים הינו התארגנות חדשה וחשובה של המתמחים השיקומיים למועד פעולה. אין ספק כי אחד הנושאים הראשונים אליו ירתם הוועד הטרי הינו פעילות להגדלת מספר המלגות להתמחות שיקומית מטעם משרד הבריאות, ובכך – קיצור משך זמן ההמתנה הבלתי-סביר כוון למלגה שיקומית (מעל לשנה!). ברכות למאגרנים, עומר פרות ועינת שריג, ותקווה כי כנס זה יהפוך לאיורו שנתי קבוע.

באוניברסיטת בר-אילן התקיים בתאריך 19/2/2007 כנס החברה הישראלית לנירופסיכולוגיה. בכנס השתתפו מספר גודל של אנשי מחקר, טיפול, מתמחים וסטודנטים, בסה"כ מעל 200 איש (המודד האופראציונלי היה מספר הסנדוויצ'ים שנצרכו). הציגו עבודות מגוונות, כולל מחקרים בני אדם ובבעלי חיים, מחקרים ותיאורי-מקורה נירופסיכולוגיים-קליניים. כן הוקצה כושב לפגישות נירופסיכולוגיות בילדות. בין המציגים היו: פרופ' צאב גחסוסר, פרופ' אסתר שוהמי, דר' דני לוי, דר' אסף גלבוע, דר' פאני אמדלמן, דר' לנדזה דאננה, ועוד. הכנס אורגן ע"י פרופ' איל קול ועל-ידי. הכנס הבא ותקיים באוניברסיטה חיפה, בארגונה של דר' רחל תומר.

ומה לפנינו?

בתאריך 22/4/2007 יערך במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן כנס מודיע תחת הכותרת "המחלקה והנפש: על טיפול, סיפור ומחילה" לכבודו של פרופסור שלמה קרביץ, אשר יצא השנה לגמלאות. הכנס מתמקד בנושא השיקום הפסיכיאטרי. בשבועו הכנס יערכו גם שתי סדנאות בהנחיית פרופ' קים ת. מיוזר מהמחלקה לפסיכיאטריה, בית הספר לרפואה של אוניברסיטת דרום-בינוי-המפשיר. הסדנה הראשונה (24/4) תעסוק בטיפול פsysico-חינוי לבני-משפחה של אנשים עם מחלות נפשיות קשות. הסדנה השנייה (25/4) תעסוק בטיפול קוגניטיב-התנהגותי בהפרעה פוט-טריאומטית בקרב אנשים עם מחלות נפש קשות. הכנס וכל אחת מהסדנאות כוחים בתשלום. פרטים נוספים והרשמה יש לפנות ל: דר' נעה וילצ'ינסקי במיל': [noav@zahav.net.il](mailto:noav@zahav.net.il), או לדר' אילנית חסון-אוחזין במיל': [hasoni@mail.biu.ac.il](mailto:hasoni@mail.biu.ac.il).

בתאריך 24/5/2007 יערך בחסות המכלה האקדמית ת"א-יפו והמכון הלאומי לשיקום נגעי ראש סמינר ערבי בנירופסיכולוגיה

# משלוחנה של הפסיכולוגיה הארץית במשרד הבריאות

גב' ימימה גולדברג

W W W . P S Y C H O L O G Y . O R G . I L

כמה פסיכולוגים נדרשים במערכות אחרות, כגון משרד החינוך? ובמשרד משלשה אחרים?

ברגע שהיו בידי נתונים, אשמה לידע אתכם בהם. אודה גם למי שיכל לסייע בידך בנושא זהה.

לצערו הרבה, נשא הגדרת מי יהיה מוסמך לאבחן לקויות למידה טרם התקדם. בנקודה זו אנחנו מתפקידים כגוף אחד, ללא אבחנה בין מומחיות אחת לשניה, ופעלים מול סקטורים או גופים אחרים שעוסקים בתחום ודורשים לקבל עליון את הבכורה. שיטוף הפעולה בין כולנו, במיוחד עם עמיתינו משרד החינוך, רק פועל לטובות הנושא.

בנוסף, גם תיקון חוק הפסיכולוגים בנושא "יחוד הפעולה של הפסיכולוגים לגבי מבחנים פסיכולוגיים" עדין לא הסתיים. ועדעה מטעם המועצה שקרה על הכנסת החוקור (כבר לפני זמן רב). העיטה הובאה לאישור המועצה וממנה להרצת התקיקון לחוק מטעם המשרד, אך גם בתחום זה אנחנו מתחמודדים מול סקטורים אחרים.

שנתיים שחלפו מאז הועלה הנושא ועד היום אפשרו לבני מקצוע אחרים להיכנס לתחום ולתפוס עליון מעין זהקה. כאמור, אנחנו דורשים שתחום זה ייחד רק לפסיכולוגים. נעשתה עבודה טובה ויפה מול הסקטורים האחרים, ואני מקווה כי הנהלת המשרד תאשר את הנושא ונוכל להציג את התקיקון כניסה ולאשרו כחלק מחוק הפסיכולוגים.

מניתי בפניכם רק מקצתם של התחומיים שבהם אני פועלת לקיים מעמדנו. אני רוצה לנצל הזדמנות זו כדי להזכיר ולהודות לכל מי שנתרם לשיער בידיו במלאתה. אנשים מהשיטה ומהאקדמיה, בכל התחומיים, תורמים ממוצם, מזמנם ומהידע שלהם לטובות כולנו, ועל כך תודותיהם להם ולכל האחים המשמשים חברים בועדות השונות, במושבעה ובעוד תפקיים חשובים. החזינו מעמד לטובות כולנו.

ימימה גולדברג,  
פסיכולוגית ארצית

## לפסיכולוגים שלום רב,

"שנואה ובה, שנאה ובה, אביב הגיע, פסח בא", שרים הילם. וגם אנחנו, "הגදלים", חשים תחושות של התחדשות, פריחה ורצו לילכת הלהה, קדימה.

אני מנצלת בהמה זו כדי לעדכן אתכם בכמה נושאים בעלי חשיבות ונגעה לחיבנו המקצועים. הרפורמה שהיתה אמורה להיכנס לתוקפה ב-1.1.07.07, לא יצא לפועל. הנטנת טרם דנה בהצעת החוק של הרפורמה, אם כי בinternים ממשיכים הדינים והניסיונות "לשפר" את ההוראות שהתקבלו עד כה.

מה שחשוב לנו לדרוש, בין השאר, הוא כי תחילת ההכרה של המתמחים במסגרת ההכרה הקיימות לא יפגע, וכי לא יהיה פיחות או כרsuma בעקבות המדרכם. בכל המגזרים שאנו מקיימת סביר ונשי הREFORMA והעסקת פסיכולוגים בשירות הציבור, אני שומעת את הטענה כי במערכת הציבורית ישנים בעיקר מתמחים ומדריכים, וכי דור הבנים – הוא דור המומחים – עוזב את המערכת במנאי מומחים.

אני תוהה: האם דור הבנים שלנו, שאמור להוות את עמוד השדרה של המקצוע במערכת הציבורית, אכן נוטש? האם זה אפילו רק את תחום המומחיות הקלינית או שמדובר בחומרי מושירה מומחים תהילר דומה? והאם ישאמת בטענות, שהמדינה מכשירה מומחים רק עבר המגזר הפרט? אודה על התיחסותכם לנושא זה.

בימים אלה אני נדרשת לבחינת כוח אדם של מקצוע הפסיכולוגיה במדינה בכלל ובמערכת הבריאות בפרט. בין היתר, נשאלות השאלות הבאות: האם שיעור הפסיכולוגים בארץ דומה או שונה משיעור הפסיכולוגים בעולם? האם שיעור המומחים בתחום זה או אחר דומה או שונה לשיעורם בעולם? כמה פסיכולוגים מדרשים במערכת הבריאות, על כל חלקייה (משרד הבריאות, קופות חולים, מוסגרות ציבוריות אחרות) ואחרות העוסקות בבריאות כמו צה"ל, עלית הנוער וכו')?

לחברתנו יוכי בן-נון,

הוועד המركזי, החברים במערכת "פסיכואקטואליה"  
וחברי בהפ"י שמעו בתדרמה ובצער על מותו של  
בעל היקר

ד"ר יצחק בן-נון

מי יתן שלא תדען עוד צער



# הרשות החזיבית

אישית התמקדו בתקשות פנים-אל-פנים (ארג'יל, 2001), אולם על אף שתקשורת אלקטרונית שונה במספר קריטירוניים, אין סיבה להאמינו כי קשר פטוח ותסוכן בין אנשים דרך האינטרנט אינם מביא להווים פסיכולוגיים ממשיים. מנגד, קיימת השאלה האם צורה זו של תקשורת תחפור לתחילה לתקשות פנים-אל-פנים. בrama ספציפית יותר ניתן לטעון, כי אנשים אסוציאטיבים פחות ויונומיים חברתיות פחות יעדיפו דרך זו של תקשורת, כאשר לאורך זמן עלול הדבר להפוך למחרך ומגביל. לעומת זאת, עלולה להיות בך מוגבלות תקשורת שלילית. לעומת זאת, ניתן שתקשורת אלקטרונית עוזרת ברכישה, בישום וביפוי של מיזוגיות חברותיות שיושמו אף מוחז לאינטרנט.

מיומניות חברותיות כוללות את התפיסה הנקונה והרגישה של הפרט את עצמו ואת האנשים שעם הוא מתקשר. בך נכללים המצב הרגשי, כוונות ומטרות. חן הלבה בתהיל התפיסה של גם הצגה מודיקת של הפרט לאחרים, המתבצעת בדרך כלל על-ידי טכניקות דמיות ייעוץ כמו שאלות פתוחות, הקשה המשמשת במושא מיידי ולא פרטלי. ושיקוף הדברים לאחר כדי להשיג הבנה טוביה יותר (ארג'יל, 1992). בעוד שטכניקות אלה מיושמות בדרך כלל באינטראקטיות פנים-אל-פנים, אפשר ללמוד, לתרגול ולספר אותן גם במידה האלקטרונית, המכעדים את הגולש: אונומניות, שליטה באנטראקטציה והקלות לפגושים אחרים דומים.

1. **אונומניות.** באינטרנט, אנשים עשויים לבחור עד כמה יחשפו את זהותם. אנשים רכבים מתחברים עם אחרים תוך שימוש בכינוי או בשם זה. התנהוגות זו מסייעת לאנשים לצאתם מן הנורמות החברתיות והעכבות אל תוך עולם חדש. רעיון זה מתואר בקריקטורה, המראה כלב יושב ליד מסך מחשב ואומר לכלב אחר היושב לצדתו: "באינטרנט, אף אחד לא ידע שאתה כלב!". חלק מהאונומניות טמון ביכולת הפרט להסתיר אפסיינים פיזיים ופסיכולוגיים לא רצויים.

2. **שליטה באינטראקטיה.** תקשורת בהנטרנט מעניקה למשתמשים תחזקה כי הם יכולים להיות בשליטה הרבה על האינטרנט יdagish את הסביבה העשירה והמגוונת של האינטרנט, לצאת מן הנסיבות החברתיות והעכבות אל תוך עולם חדש. הם יכולים להתמהמה בתשובה לשאלות, לשקל ולשנות את תשובה ככמה פעמים לפני שיישגרו אותה, ללא אישיך ידע זאת. יתר-על-כן, הם יכולים לחיינע ממתן תשובה ולסייע את האינטראקטיה בכל עת, פעולות אשר בגיןם הם עלולים לשלם מחיר חברתי יקר ב"עולם האקדמי".

3. **מציאות אחרים דומים.** במרחב הווירטואלי, מציאות אנשים אחרים בעלי תחומי עניין זהים היא תופעה קלה יחסית. על-ידי הקלחת התchapib או עיסוק, המשתמש באינטרנט יכול לקבל תגובה מידית מ"חברים מיידיים" מכל העולם. בנוסף, במקרים רבים אנשים אלה יוצרים קבוצת אינטרנטן, כך שהמשתמש לא רק שמצאה אחרים דומים, אלא גם שהוא הופך מיידית לחבר במועדון תומך.

סבירה מגוננת זו עשויה להשפיע באופן משמעותי על בניית יחסים ברשת, זאת משתי סיבות: ראשית, האונומניות באינטרנט

■ **ד"ר יאיר עמיחי-המבורגר ואדריאן פרנהאם**

**מבוא**  
הגדיל המהיר וההשפעה הגוברת של האינטרנט על חי' בני אדם בעולם הביאו להתקפות מחקר ענף העוסק בהיבטים פסיכולוגיים של אינטראקטיה בין משתמשים לבני הרשות. רוב המדחקר המוקדם התקמקד בהשפעה השילית של הרשות, וכך, למשל, כי תקשורת מותאמת מחשב מובילת לעוינות ולעליה בתגובהות תוקפניות בתהליכים קבוצתיים (סיגל ושותפי, 1986). בסקר שימושי באינטרנט נמצא, כי רוב משתמשי האינטרנט מודחים שה인터넷 מפריע לפועלויות אחרות בחיהם, ואחד מսיסים אף מודיע על בעיות המותארות אצל מתקרים (ברג'ר, 1997). בסופו, מדחקר ארוך טווח הצבע על כך ששימוש רב באינטרנט קשור לפגיעה במugal החברתי, תקשורת מופחתת בין בני המשפחה ולעליה בבדיות ובדיכאון (קרואט ושותפי, 1998). יתר-על-כן, נמצא כי קשה יותר לפתח יחסי משמעותיים עם אחרים ברשות, בהשוואה לבעלי מפגש פנים-אל-פנים (הילץ וטורוף, 1993).

**אדריאן פרנהאם,**  
**יוניברסיטי קולג'**  
**אוף לונדון, לונדון.**

**\* המאמר פורסם**  
**באנגלית ב-**  
**Computers**  
**in Human**  
**"Behaviour**  
**in March**  
**2007**  
**תרגומו: ד"ר יוכי**  
**בן-נון.**

ניתוח עמוק של מחקרים של קרואט ושותפי (1988) מגלת שחלק מהמצאים אינם עומדים בקריטריונים מחקרים מוקפים. כך, למשל, מסקנות מסוימות נמצאו רחבות מדי וסטריאוטיפיות, גם מבחנת הפופולרים של המשתמשים וגם מבחנת שיורי של האינטרנט שנבדקו. המבורגר ובן-ארצקי (2000) טוענו שכדי לבצע מחקר בתחום השימוש באינטרנט והשפעתו, יש צורך לחקת בחשבון את האישיות של המשתמשים, כמו גם צורכיהם, מניעיהם והתנהוגותם הממוקדת בעת הגלישה ברשות.

מטרת מאמר זה היא להראות כיצד היבטים החזיביים של האינטרנט מושפרים את יכולת החיים של משתמשי האינטרנט. המאמר יdagish את הסביבה העשירה והמגוונת של האינטרנט, השונות הקיימות בין המשתמשים, ויציע כיצד ניתן לתרום את האינטרנט לשימוש יעל יותר מאשר זה העונה כוים. לצד האמירה הכללית של המאמר, העוסקת ברוחה פסיכולוגית, המאמר יתמקד גם בצריכים של אוכלוסיות מיוחדות – בעלי עכבות חברותיות ואלה אשר שייכים לקבוצות עם תיוג שלילי. המאמר י Mishik ויראה כיצד האינטרנט יכול לסייע לאנשים הצדוקים לעזירה או לתמיכה. לאחר מכן, יועל הצעות לגבי הדור שבה יוכל האינטרנט לשחק תפקיד חשוב בפתרון קונפליקטים בין-קבוצתיים. לבסוף, יעסוק המאמר בדיון כיצד אפשר להשתמש באינטרנט כדי לעזור בפתרון אחד מן הקונפליקטים האונשיים הבסיסיים: הצורך לשמור על האינטראקטיות מחד גיסא ועל הצורך להשתיר לקבוצה מסוימת גיסא.

## כיצד אפשר להשתמש באינטרנט כדי לעזור לאנשים מנועים-חברתיים

מחקרים בפסיכולוגיה חברתית על בראות ואשר הדגישו תמיד את תפקיד היחסים החברתיים הטוביים בבית ובעובדה (ארג'יל, 1989, 1996, 1999, 2001). תמייה חברתיות מאחרים, הכוללת תמייה רגשית, כספית, מדעית ופסיכולוגית, מדורגת באופן עיקרי כחשובה לבראות ולאושר. יכולות תקשורת עם אחרים נראות חשיבות ביותר לאושר ולשביעות רצון בטוחן קצר ובתווך ארוך. באופן טבעי, רוב המדחקרים על טבעה וערכה של התקשרות הבו-

**מטרת מאמר זה היא להראות כיצד היבטים החובבים של האינטרנט משפרים את איכות החיים של משתמשי האינטרנט. המאמר ידגיש את הסביבה העשירה והמגוונת של האינטרנט, השונות הקיימת בין המשתמשים, ויציע כיצד ניתן לתרום את האינטרנט לשימוש עילית יותר מאשר זה הנעשה כיוון**

מסויימים יכולת אישית זו, הנרכשת דרך הרשות, עלולה להיאשר מוגבלת לרשות, והם יחושו בלתי מוסוגלים להכליה מחוץ לגבולות המרחב הווירטואלי, למורת שירצטו בכך. דבר זה עלול לקרוות במיוחד בקרב אנשים הסובלים ממצב קיצוני של חרדה חברתיות, אשר עברו מהקשר האינטרנט שליחסם אמיטיות עלול להיות חם מוד.

ואולם, אף מאמנים כי שם שהאינטרנט מספק מודים שבאים בעלי עכבות חברתיות יכולים לרכוש מיעוטות חברתיות ואת הבטיחו העצמי המלווה להן, האינטרנט גם מאפשר סבבת למידה מובנית, המכירה לאנשים למדוד כיצד להعبر את מיעוטות התקשרות החדשנות שלהם מן הרשות לאינטראקטיב פנים-אל-פנים.

המודל שאנו מציעים תומך בתהיליך הדרגתי במיוחד, כדי לעזור לפורט להתחילה להרשות את השליטה המוחלטת שהוא יש באינטרנט ולהריגל את עצמו להתמודד עם אובדן השליטה היחסית ביחסים בעולם "אמיתי".

להלן שלבים העיקריים בהיליך מודgor זה:  
**תקשורות בעזרת מסר כתוב בלבד.** האינטרנט קבוצה של מסר כתוב בלבד היא הצורה השכיחה ביותר של תקשורת ברשת. שלב זה ימשוך עד אשר המשתתף חש בתוך דיו ורמות החדרה שלו זינוחות.

**1. מסר כתוב + תמורה –** המשתתפים ימשיכו להשתמש בשיטת המסר הכתוב, שבה הם חשים בטוחים, אך בד-בבד יצפו בתמונות וי到账חיה של האדם שעימם הם מותקשרים. כאשר התבessa ומה נמנעה של חרדה חברתיות, המשתתפים יעברו לשלב הבא.

**2. תקשורת בעזרת יידאו + אודיו –** בשלב זה, אנשים עדין יתנסו מעמדתם הבוטה, עדין ללא קיומה פיזית לשוטף השיח שלהם, אולם השימוש בתקשורת של מסרים כתובים יחולף בתקשרות של דיבור. בנוסף, יתמנת יידאו היה של האדם תועבר לשוטפו לאינטראקטיב.שוב, כאשר מידה מספקת של נוחות התבessa, המשתתפים יוכלו לעبور לשלב הבא.

**3. אינטרנט אקטואליה פנים-אל-פנים –** זה שלב היעד.

ניתן לנבأ, כי תהליך זה יגשר בהצלחה בין מצב של תקשורת אינטרנטית כתובה בלבד לבין מצב של חשיפה מוחלטת במפגש פנים-אל-פנים, ועשה זאת בדרך אשר תמשיך לשמר רמות גמוכות של חרדה בין המשתתפים. חשוב להזכיר, שלפעמי שהדבר מתרחש אנשים יטו להגעה למידה רבה של חשיפה עצמית ולגלווי נקודות דמיון רבות בינם. בעיקורו, אנשים צריכים למדוד את הכללים והמיומנויות לתינוקו ייחסים.

אנשים שהם בעלי חרדה חברתיות קיצונית יכולים להיעזר בתהיליך מודgor זה, בו הם נעים באירועים, דרך כמה שלבים, מסביבה שהיא מוגנת לחולטיון לסביבה שהיא מוגנת פחות באופן ממשועורי. במשמעות מסוימת, זה מודול מודgor להגברת אינטימיות תקשורתית.

טהיליך זה מוכיח את עצמתו של האינטרנט לא רק כמספק סביבה בטוחה, אלא גם כמסוגל את הכלים לייצור תהיליך שנייני מהרודה חברתיות ליחסים חברתיים בטוחים.

מחיתתה באופן משמעותי את הסיכון של חשיפה עצמית. שנית, קיימות הסתירות גבוהה שהיחסים יפהו יוצרים בטוחה האור, ויכולו להפוך ליחסים מוצלחים ב"עולם האמיתי", אם וחליטו שני הצדדים להיפגש.

הסבירה המוגנת שיוצר האינטרנט היא משמעותית במיוחד לאנשים עםعقبות חברתיות. אושווים של אנשים מאופיינת במופנויות מוקצת (על ציר הרץ של מופנמות-מוחצנות), ובニアירויות מוקצת (על ציר הרץ של נירוטיות לעומת א-ニアירויות). המופנים מוגדרים כ adamant שקט, מהורהר, המעדיף את חברתו-עצמם ואינו נהנה מאירועים חברתיים רבי- משתתפים, בעודם מוגדרים כ adamant הדדיות המفضח חברה באופן פעיל. האדם הנירוטי הוא חרד, רגש באלימות ומגב בעצמה רבה מדי למגנון גירויים. מופנמים וניאירוטים חווים קשיים ביצירת קשרים חברתיים בעולם האמיתי. המבורגר ובן-ארצקי (2000) מצאו כי אצל נשים מופנמות וניאירויות נמצאה קשר חיובי לשימוש בשימושים החברתיים של האינטרנט. עמי-המברגר (2005 א') הציע, שככל שגדלה המודעות לשימושים החברתיים באינטרנט, כך סביר יותר שגברים מופנמים וניאירוטים יגיעו להבנה שהשירותים החברתיים של האינטרנט עשויים לתת מענה לצורכייהם. ממצאים דומים דוחו במחקר שעסוק בניתוח תכנים של מסר דוא"ל על-ידי מלונדו, מורה, גרשיה ואדיפו (2001). הם מצאו כי אנשים מופנמים שולחים מסרים בעלי גoon מוחצן. המסרים מכילים יותר מידע שער ומספרות, המאפיין בדרך כלל אנשים מוחצנים.

מק'קינה ושות' (2002) טענו כי האינטרנט מאפשר לאנשים לשוחח זה עם זה ואף עשוי להוות מקום מועד לביטוי עצמי, לאחר שביבים מופנמים וניאירוטים יוציאו לבטא את השערתם חלקיים מוצנעים מזוהותם. מק'קינה ושות' מבססים את השערתם על עבודתו של קרל הוגרטס (1980, 1961), שטען כי אדם יש צורך בביטוי של גרעין אישיותו האמיתי. מק'קינה ושות' מבודים בין אנשים הממקמים את האני הממשי על האינטרנט, לעומת מגלים את האני הממשי שלהם בראשת, לבין אנשים הממקמים את האני הממשי שלהם בעולם "אמיתי". הם מציעים כי מיקום ה"אני הממשי" יגדר היכן אנשים יחושו יחסים משמעותיים יותר: בראשת או בעולם האמיתי. בנוסף, הם מציעים כי אנשים המפתחים יחסים משמעותיים יותר במרחב הרשות ישאפו למתחוי יחסים אלה גם אל מחוץ לרשות.

בסדרה של שלושה ניסויים הראו מק'קינה ושות', כי אנשים שהייה להם קל יותר לבטא את האני האמתי שלהם בראשת דיווחו על יצירה מהירה של יחסים במרחב הווירטואלי, יחסים אשר נמשכו לאורך זמן. כמו כן, הם מצאו כי אנשים אשר הם בודדים וחסים חרדה חברתיות יכולים לבטא עצם טוב יותר באינטרנט מאשר בעולם "אמיתי", וכי אנשים שואפים להרחב את יחסיהם המשמעותיים באינטרנט גם לחיים החברתיים בעולם "אמיתי" ולהפכם למשמעות חברתיות.

### הכללה מיחסים בראשת ליחסים בעולם האמיתי

כפי שהראה הנition לעיל, האינטרנט יש יכולת לסייע לאנשים בעלי קשרים חברתיים, כמו בעלי חרדה חברתיות, מופנמים או ניאירוטים. במקרים רבים, כפי שמק'קינה ושות' (2002) הציעו, מתקיים מעבר טבעי מיחסים בראשת ליחסים בעולם "אמיתי". ואולם, עבור אנשים

להתנהל באמצעות שילוב של פעולות פשוטות לשימוש באתר ושל נורמות חברתיות. מסר המתפרקם, המכיל שלאלה או בקשת עדשה, יוצר תוצאות שרשרת של אנשים העוניים למפר באמצעות תשובה, הערות או הצעות. התוכנה מאפשרת לאנשים לצין כי המסר שלהם הוא תגובה למסר קודם, ומאפשרת להם להציג מקרים כ"רשושום". אשכול תוצאות הקשורו למסר הגערני (הפנאי המקורית). שירותי מארגנים מסרים על-פי נושא, כך שכל אחד יכול לראות את כל המסרים הקשורים, באופן המאפשר על משתמשים פוטנציאליים לראות מה שכבר נאמר והיכן יש הזרמוויות לאמירות נוספות.

ונושא שכיח ברוב הקבוצות האלקטרוניות הוא "שאלות שכיחות". אלה הם לעיתים קרובות מסרים הנוגעים למטרות ולנורמות של הקבוצה. על-פי ספריאל ושות' (2005), הצלחת ההתנהגות הפה-חברתית באינטראקטן יכולה להיות מושבתת על-ידי תיאוריות הלמידה החברתית. לפיה תיאוריה זו (במודורה, 1977), הצפיה בבודדים שהם אהובם וmourלים מלמדת את הצופים כיצד עליהם להנוג במצבים חדשים. קבוצות דיוון פומביות וקבוצות עברודה מעודדות לעיתים משתתפים חדשניים לקרוא מסרים של הקבוצה לפני שפרסמו את המסרים שלהם. הנראות הגבוהה של ההתנהגות בשיטת מבטיחה שככל מי שקורא מסרים של קבוצה, גם יראה שהALKן ממסרים אלה נטפסים בברור חברתיות. בוגר, גם יראה שהALKן ממסרים אלה נטפסים בברור ממשיעים על-ידי המקבל או על-ידי קורא אחר. למשל, תשובה שמשמעות לשאלת ותקבל תגובה של תודה מהאדם שבקש עזרה, או מסר עם המלצה ואדם אחר. מסרים-מכירים כאלה גלויים לעין כל אחד וקר משפיעים על יצור דינמיקה חיובית.

למעשה, הכרה לחברתיות בהתנהגות מסוימת עשויה להתרכז מעבר למסרים פומביים פכיציים. דיביסון, דנבייר ודיירסון (2000) מצאו כי בשל האנומניות היחסית של הקהילה הוירטואלית, אנשים משתמשים בקבוצות תמייה אינטראקטיבית כדי לקבל עזרה במצבים מבכים ומתייגים, כגון אידים, סרטיון הערמוניים ואלכוהולים. חולמים על-ידי שיתוף עם אנשים ממשמעויהם בחיהם. עבדה זו תואמת את תוצאות המחקר של מק'קינה ובארג (1998), שם דיווחו רבים ממשתמשי המחברה ישירה מהשתתפותם בקבוצה אינטראקטיבית, הם חשבו בפעם הראשונה בכך משפחתם וחבריהם את היבט המתואג של זהותם. חברותם בקבוצה הוירטואלית חזקה בהם את הקבלה העצמית, והם חשו מבודדים חברתיות פחות וחויגים פחות. תוצאות קשישים. השימוש בשרות לחשיש נמצאה מקשרת לתפיסט דחק חיים נמוך יותר.

לאחר שהראינו עד כמה יעיל האינטרנט בגיבוש אנשים לקבוצות, נעבר עתה לבחון את הפוטנציאלי הטמון בשרות להתמודדות עם טריאוטיפים בין-קבוצתיים בין-קבוצתיים.

**כיצד לשפר יחסי בין-קבוצתיים על-ידי שימוש בשרות אחת התיאוריות המובילות, המצדדת בהפחתת קונפליקטים בין-קבוצתיים, היא "תיאורית המגע".** על-פי תיאוריה זו, מגע בתנאים חיוביים, כמו סטטוס גבוה, שיופיע לקרה מתרת-על משותפת ותמייה מוסדרת, ייצור מפגש בין-קבוצתי חיובי, אשר בתווך יביא לשיפור ביחסים הבין-קבוצתיים. למרות ההבטחה הטמונה בה, "תיאורית המגע הבין-קבוצתי" לועקה בשלוש חולשות מרכזיות:

1. **ישימות** – יצירת מצב מגע בדרך המתוארת בתיאוריה עלולה להיות קשה מול המכשולים הלוגיסטיות, כולל שיקולים כלכליים.

### משמעות הרשות לאנשים עם תיוג חברתי שלילי

לאנשים בעלי תיגת חברתיות שלילית, ההשתתפות בקבוצה אלקטונית של אחרים הדומים להם עשוי להיות מיניבה במיוחד. בחיים הא"מייטים" קשה להם בדרך כלל למצוא אחרים דומים, מחשש שהפרט יחשש לגלות את זהותו המלאה בשל הסתיגות מזהות זו. באמצעות האינטרנט אפשר למצוא אחרים דומים ללא קושי. גז. באמצעות האינטרנט אפשר לפגוש אנשים אחרים לחלוק הגלימה המוגנת של האנומניות ברשות מאפשרת לאנשים להציג היבטים של העצמי ברשות בסיכון וב"מהירות" נמוך ביותר. חברות והשתתפות בקבוצה ורטואלית של שווים יכולה להפוך לחלק חשוב מחייו החברתיים של החבר בקבוצה, וכן להוות גורם בעל עצמה בהשפעתו על תחשית העצמי והזהות (מק'קינה ויזידמן, 2005).

מק'קינה ובארג (1998) טוענו, כי אנשים בעלי תיגת שלילית זהויות חברתיות מוסתרות, כגון בעלי אידיאולוגיות שלויות, יעדנו יותר למשוב שהם מקבילים מחברים אחרים בקבוצה מאנשים המשתתפים בקבוצות נורמטיביות. במקרים אחרים: הנורמות בקבוצות אלה ישפיעו יותר מהרגיל על התנהגות החברים. הם טוענו כי החברים בקבוצות אלה יהיו בעלי הנעה להשתגח באופנים אשר יובילו לקבלתם בקבוצה, ישאפו להשתג הערכה חיובית ויושפעו מאוד מהאינטראקטיה באתר. נבי זה הוכח במחקר תצפיתי וארכיני על השיכחות שבה חברות השתתפו באופן פעיל באמצעות פרסום מסרים לקבוצה בהשווה לקבוצות אינטנסיבית. חברות והשתתפות של חברים בקבוצות בעלות זהות המתויגת גבוהה באופן משמעותי כאשר היה מדובר מחברים אחרים, ולהפוך – במקרה כאשר היה מדובר שלילי.

יתר-על-כן, על-פי מודל הזהות חברתי של דיקוקס (1993), השתתפות פעולה בקבוצות בעלות זהות מותוגנת צריכה להוביל את המשותף, בשל חשיבותה של זהות זו, לשילוב חברותם בקבוצה הוירטואלית לתוכה תפיסת העצמי שלהם. אנשים נתונים להיות מונעים לחבר היבט חשוב חדש זה של העצמי לתוכה המצוינות החברתית על-ידי שיתוף עם אנשים ממשמעויהם בחיהם. עבדה זו תואמת את תוצאות המחקר של מק'קינה ובארג (1998), שם דיווחו רבים ממשתמשי המחברה ישירה מהשתתפותם בקבוצה אינטראקטיבית, הם חשבו בפעם הראשונה בכך משפחתם וחבריהם את היבט המתואג של זהותם. חברותם בקבוצה הוירטואלית חזקה בהם את הקבלה העצמית, והם חשו מבודדים חברתיות פחות וחויגים פחות. תוצאות אלה תומכות בטענה כי חברות והשתתפות בקבוצות אינטראקטיביות בעלות השפעה חזקה על העצמי ועל הזהות של הפרט.

### תמיכה חברתית בשרות

על-פי ספריאל, קונלי, וכון (2005), לסייע בשרות יש כמה מאפיינים: **נראות** – מנעי חיפוש ותשומות מכונות מסיעים לגולשים למצואם הקשרים חברתיים שביהם ניתן לקבל או לחתם סייע. קבוצות אינטראקטיביות פניות ובותות לעזרה. בדרך דומה, קבוצות מתנדבים מציגות הסברים בולטים על איך ומדוע חשוב הדבר.

**מספר רב של הזרמוויות** – קל יחסית לתרום לקבוצת-דיוון פומבית או לקבוצת עברודה בהתקנות. אנשים יכולים לעשות זאת בכל שעה של היום והלילה, מכל מקום שיש בו טכנולוגיה ו נגישות לרשות. אנשים יכולים לקרוא או לשלוח מסרים בהתאם לוחותיהם, ויכולים לשלב את תרומותם בלוח הזמנים הצפוף שלהם.

**הזרמוויות מאורגנות** – ההתנהגות בשרות לקבוצות גבוהה

הסביבה
המגנט
שיטור
האינטרנט
היא
משמעותית
במיוחד
לאנשיים
עם עכבות
חברתיות.
אישיותם של
אנשים אלה
מאופיינית
במוחוניות
מוקצתת,
ובងיחניות
מוקצתת.
המוחון
מודגדר אדם
שקט,
מהורהה,
המידיף את
חברתו-עצמם
ואין נהנה
מأיחיעים
חברתיים רבי-
משתתפים,
בעוד
שהמוחץ הוא
אדם ידידותי
המחפש
חברה באופן
פעיל

ובארג (2000), שצביעו כי אינטראקציה באינטרנט יוצרת הקשר המיציר פחות חרדה חברתית מאשר מפגש פנים-אל-פנים.

**3. הכללה:** מוקדם יותר צינו כי פעולה התקשרות באינטרנט יכולה לשמש לבניית תכנית מדורגת, אשר מאפשר לאנשים הולוקם בחרדה חברתית להגיע לשלב שבו הם יחושו נינוחים כדי להשתתף באינטראקציה פנים-אל-פנים. גם פה אנו מציעים מודל הדרגתי, שיסיע להויר את החדרה בין קבוצות וירבות וליצור הכללה למצוות החביבות של המפגש אל מחוץ לאינטרנט.

הצעדים המרכזים ברגע הבין-קבוצתי המדורג הם:  
1. תקשורת מוגבלת למסר כתוב. הקבוצות יתקשרו זו עם זו רק באמצעות שפה כתובה.

2. מסר כתוב + תמונה. הקבוצות ימשכו להשתמש בשיטת המסר כתוב שבהם חשים בטוחים, אך בד-בד יראו תמונה וידעו bahwa של חברי הקבוצה האחרים, איתם הם מתקשרים.

3. תקשורת באמצעות וידאו+AUDIO. הקבוצות ישארו בסביבתן הבוטוכה, ללא קירבה פיזית לקבוצה השניה. לעומת זאת, הדש על תקשורת כתובה "יחלש", וחברי הקבוצה יתחלו לתקשר בדיור עם חברי הקבוצה האחרים. בנוספ', תמונה חייה של חברי הקבוצה האחרת תועבר לכל קבוצה.

4. אינטראקציה פנים-אל-פנים. מגע בין-קבוצתי קבוע פנים-אל-פנים.

המעבר משלב אחד לבא אחריו יתרחש רק כאשר הווגה מידה מספקת של נוחות. הבקירה והণיטו של רמות החדרה מעלים את יכולת לבודק, שמייד ברגע יונחת באופן חולם ושאנשיס יטו פחות היישען על סטריאוטיפים. באופן זה, אם נלקח בצד אחד על-פי המודל הדרמטי, נגע מפגש אינטרנטני בטוח ללא חרדה ועד למפגש פנים אל פנים תחת חרדה מופחתת.

### פתרונות הקונפליקט בין אינדיבידואליות לבין השתיכות לקבוצה

על-פי ברואר (1991), אנשים מונעים על-ידי שמי צרכים מנוגדים: הצורך לבטא יהדות והצורך להשתתיר לקבוצה משמעויות גזלה. ברואר טענה שיש שתי זווית נפרדות: הזוחה הקולקטיבית של ההשתיכות לקבוצה גוזלה; והזוחה הבין-אישית, המתייחסת אל היחיד ביחס לאנשים אחרים. בשתייהן, הפרט מגדיר עצמו כזהות ביחס לאחרים – או חלק מכבוצה גדולה או כפרט. ואולם, צרכים אלה סותרים זה את זה: ההספיק של צורך אחד יעורר את הכרה לספק גם את הצורך השני. אנשים שואפים להשתתיר לקבוצה, אשר מספקת את שני הצריכים במידה אופטימלית (ראו גם ברואר וגדרנר, 1996).

בטנקרט וולדון (2001) ניסו לפתור את הדיבוטומה של ברואר בעניין ייגוד המונעים על-ידי שילוב התפקיד החברתי. בהගדרתם, תפקידים חברתיים מערבים אינטראקציה עם חברי קבוצה. ככל שנושאי תפקידים תורמים למטרות הקבוצה באמצעות מילוי תפקידיהם, הם הופכים קשורים יותר לקבוצה. עובדה זו נcona

**2. חרדה** – החדרה שהחשים המשתתפים עלולה למנוע את מימוש הפטנציאל במגע או אף להכשילו לחולון. אינטראקציות בין-קבוצתיות עלולות לשורר חרדה יותר מאשר אינטראקציות הרמוניים. איסלאם וויסטן (1993), סטפן וויסטן (1985) מצאו כי חרדה בין-קבוצתיות מתעוררת על-ידי ציפיה לתగובות השליליות של הצד השני בעת המפגש. משתתפים החווים חרדה בעת מגע יטו להשתמש בסטריאוטיפים המקובלים שלהם לגבי הצד השני במקומם להיפתח לרשומים חדשים (בודנהווזן, 1990).

**3. הכללה** – תוצאות המגע, מוצלחות כל שייהו, נוטות להציגו להצטמצם להקשר של אותו מפגש ולמשמעותו, וכל תוצאה של המפגש אינה מוכלת לנצח אחר. כך, הסטריאוטיפ השלילי יישאר בתוקפו (ויסטן ובראון, 1986).

עמיichi-המברגר (2005 א') מציע, כי האינטרנט עשוי להיות ערוץ לעיל מגע בין-קבוצתי, לאחר שניתן להתיאמו למצבי המודדים על-ידי "תיאוריית המגע", וכך להתגבר על שלוש הבעיות המתוירות לעיל.

**1. יישומות:** באינטרנט, בו המגע מתבצע על-ידי מסר כתוב, קל יותר ליצור שוויון, לאחר שסימני מעמוד מקובלים אינם חילקו מהאינטראקטיה: "...באינטרנט, אף אחד לא יודע שיש לי שעון חולקס". במלים אחרות: סימני מעמד רבים מן החיים "האומיתים" אינם רלוונטיים במרחב הווירטואלי. קאסין (2000) הדגים כיצד חברי קבוצת עבודה וירטואלית משתפים ביניהם פעולה באמצעות האינטרנט באופן יעיל ביותר. דבר זה מוכיח כי אנשים מסווגים יכולים ליצור קבוצות עבורם לכיחות ויעילות בראשת. על כן, נראה ששיטוף פעולה עבר מרתקת-על משותפת בראשת הוא אפשרות בלבד דבר. המחויר החברתי עברו השתתפות ברגע בראשת הוא שלו, לאחר שמדובר בסביבה מוגנת. יתרון כי מוסדות יכולו יותר קלות לתמוך במקרה מזוג זה, כיוון שהשלכותו (בעיני המוסדות הפורמליים) לתפסות מצומצמות יותר מאשר ברגע "אומית", פנים-אל-פנים. מלקנה ובארג (2000) מציעים, כי האנומניות הננתונה למשתמשים בראשת גורמת להם להסתנן יותר בחשיפה זה לה. במקרים רבים, גילוי לב זהה לא יהיה קובל עבורם באינטראקטיה פנים-אל-פנים. מוגעים דרך האינטרנט הם באופן משמעותי זלים יותר, לאחר שאנו צריך לשלם עבור תחבורה, שהות או מhone.

**2. חרדה:** נטען, כי בין הגורמים הייחודיים לתקשות אינטרנטית החשובים ביותר הם אנומניות ומידה רבה של שליטה. אונומיות באינטרנט מתייחסת לא רק לעובדה של גלגולש אין שם, אלא גם לעובדה שיחסים נוצרים ללא התנאים המגבילים של נוכחות וקירבה פיזיים. הדרגה הגבוהה של שליטה נובעת מן העובדה שהמשתתפים מוחלטים מתי יתחלו ומתי יסיימו את האינטראקטיה, ועשויים לשכתב את מה שהם רוצים לומר מספר רב של פעמים. דרגה גבוהה זו של שליטה פסיקולומית ומעשית בתקשות יוצרת תחושה חזקה של ביטחון ועוצמה, אשר גודרות לעיתים רבות בפגש רגלי פנים-אל-פנים. דינמייה זו תואמת לטענותם של מלקנה

האינטרנטיות אחד לאחד היא הנורמטיבית ביותר עד כי דואר רגיל נקרא בימינו "דוֹאָר חִילּוֹן" – גם תיאוריות קלאסיות כמו "תיאוריית המכגע", הנוגעת למפגשים בין קבוצות ויותם צריכה להתעדכן לכיוון האינטרנטי. גם הkonflikט הכל-כך פנימי בין הצורך שלנו להיות שיכים לבין הצורך להיות אינטראקטיביים עצמי עשו למצאות שיכים בין הצורך להיות אינטראקטיביים. כאשר נסייע את פתרונות באמצעות התפקיד החברתי האינטרנטי. כאשר נסייע לאדם לבנות את האסטרטיביות שלו באינטרנט המוגן, נכל גם לأتגר אותו להביע את היכולת הזאת אל מחוץ לאינטרנט.

כדי שהאטרג' יופיע למציאות, אנו צריכים ליצור מטריה של ארגונים ומוסדות שיתמכו בחיזוק המגמות החביבות הקימות באינטרנט. הפתרון היחסי צריך להתחילה באמצעות מערכת החינוך, שתלמד שימוש נבון באינטרנט. יש ליצור שיטות פועלות החינוך, שתאפשר שיטות פועלות נבון באינטרנט. אין ספק, בשיטתם המשלבים את הרשות. התעלומות מהשפעתו האדירה של האינטרנט על חייהם תהיינה למשה הפקרת הזירה לטכנולוגים של האינטרנט ולגומרים העסקיים, שייצרתם האינטרנטיות איננה תמיד מיטיבה עם הגלוש ברמה הפסיכולוגית. אין ספק, בשיטתם פועלות נתן להפוך את האדם ואת רוחותנו הפסיכולוגיות לモתקד המרכז' בפיתוחה של הרשות העתידית.

#### ביבליוגרפיה:

- Amichai-Hamburger, Y. (2005a). **The contact hypothesis reconsidered: Interacting via the Internet**, Israel: Bar-Ilan University, Manuscript submitted for publication.
- Amichai-Hamburger, Y. (2005b). Personality and Internet. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), **The social net: Understanding human behavior in cyberspace** (pp. 27-55). New York: Oxford University Press.

Argyle, M. (1989). **The psychology of work**. London: Penguin.

Argyle, M. (1992). **The social psychology of everyday life**. London: Methuen.

Argyle, M. (1996). **The psychology of leisure**. London: Routledge.

Argyle, M. (2001). **The psychology of happiness**. London: Routledge.

Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. Oxford, England: Prentice-Hall.

Bettencourt, B. A., & Sheldon, K. (2001). Social roles as mechanism for psychological need satisfaction within social groups. **Journal of Personality and Social Psychology**, 81, 1131-1143.

Bodenhausen, G. V. (1990). Stereotypes as judgmental heuristics: evidence of circadian variations in discrimination. **Psychological Science**, 1, 319-322.

Brenner, V. (1997). **Psychology of computer use**:

במיוחד כאשר הם מתאימים יותר לתפקיד. כאשר תפקיד חברתי תואם באופן עקבי את תפיסת העצמי של הפרט או את מינומיניותו הבסיסיות, סביר שיחוש אוטונומיה וביטוי עצמי. פירושו של דבר, שהניגוד הנראה לא כאהורה בין מניעים של אוטונומיה והשתיקות יכול להיות, כאשר הפרט ממלא תפקידים חברתיים אשר תואימים את יכולותיו ותוכנותיו. טיעון זה הוכח בסדרה של מחקרים.

עמיחי-המבורג (2005 ב') הצבע על כך, שעל-אף הגישה האופטימית של בטנקורט ושלדן, יש להציג שבמקרים ובמים הקובצת דורות מון הפרט לקחת על עצמו תפקיד שאנו מכחורת-הוא. אלה האחראים להטלת התפקידים אינם לוקחים תמיד בחשבון את מינומיניטי, יכולותיו ומנייעו של הפרט שלו לסייע מיטלים את התפקיד, אלא רואים את צורכי הקובצת. בנוסף, לעיתים הפרט עשוי להוביל לבצע תפקיד מסוים בהתאם לתפיסה הכללית הקיימת לגביו. תפיסה זו עשויה להיות לא מדויקת או מישנת, ולכן התוצאות בין האישיות לתפקיד החברתי תהוו במקרים רבים גורעה. כך עלול לקרה אפילו כאשר הקובצת מנסה לגייס את האדם הטוב ביותר לתפקיד.

בירות האינטרנט, על שלל אפשרויות, כל יותר למצוא תפקידים חברתיים המאפשרים לפרט לבטא עצמו ולאחר מכן עצבו, לאחר שברשת יש לפרט יותר חופש לבחור את הקבצות ואת התפקידים החברתיים המתאים לו. הפעולה של כפיה על מישחו לקחת תפקיד אינה קיימת באינטרנט, מאחר של ניסיון זה יוביל את הגלוש: (א) לסרב או (ב) לבטא אלטרנטיבות, ואם אלה אינן יעילות, הוא עשוי (ג) ליעזוב. נראה כי האינטרנט יוצר סביבה שבה הניגוד בין הצורך להשתיר לבין הצורך לאוטונומיה הוא מוגבל מאוד. למעשה, האינטרנט יכול ליצור מצבים שבהם שני הצדדים יכולים להתملא בד-בד. סיפוק זה של שני הצדדים הוא בעל השלוות חיובית על שביעות הרצון של הפרט (עמיחי-המבורג, 2005 ב').

#### מסקנות

האינטרנטיות איננו כוב או רע, האינטרנט הוא ערוץ תקשורת שביכולתנו לעצב כך שישפייע חיובית על איות חיננו. המאמר תיאר היבטים חיוביים מרכזים של הרשות; חשוב, שנשים יהו מודעות להיבטים אלה, מאחר שרבים מן האנשים העשויים להנוט מהאינטרנטי אינם מודעים לאפשרויות הגלומות בו וכך אין הם יכולים להפיק ממנה את המרב. האינטרנט הוא ככל ראשון במעלה לאנשים בעלי עכבות חברתיות. הוא יכול להוות עבורם כל מפץיה לביטוי חברתי. האינטרנט גם מאפשר לקבצות מיעוט שלoitות ליצור קהילה משמעותית, שחשיבותה לבניה הערכה העצמית לאosalא בפז. האינטרנט גם יכולות יכולות הטכנולוגיות, שאם נצרכו אותן לחיי פסיכולוגי, הן

אפשרו מעבר מיכולת שנרכשה באינטרנט גם לעולם שמחוץ לו. רבים האנשים שעדיין לא השכלו להבין את האפשרות לקבל עדשה משמעותית ביותר, כמעט בכל נושא, באמצעות קבוצות תמייכה. התמייקה מחזקת ומעניקה כיוונים לפתרון בעיה המדונה. גם נתינת העזרה באינטרנט היא גמישה יותר וכולה להתאים לכל אדם על-פי לוח הזמן שלו. בכל אלה טמון יכולות, שאמנם נכון אליון אנשים הן ישבו בצויה אדירה על רוחותם הפסיכולוגיות והפיזיות של הגלושים.

תחושים הביטחון האינטרנט של הגלוש ונגישותו של האינטרנט מאפשרות גם ייצור מגשר משמעותי לשיפור מערכות יחסים בין קבוצות. יש "להויר את האסימון" ולהבין, שבudenן שבו התקשרות

- McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (1998). Coming out in the age of the Internet: identity demarginalization through virtual group participation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 681-694.
- McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (2000). Plan 9 from Cyberspace: the implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 57-75.
- McKenna, K. Y. A., & Seidman, G. (2005). You, me, and we: interpersonal processes in electronic groups. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *The social net: Understanding human behavior in cyberspace* (pp. 191-217). New York: Oxford University Press.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sproull, L., Conley, C. A., & Moon, J. Y. (2005). Prosocial behavior on the net. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *The social net: Understanding human behavior in cyberspace* (pp. 139-161). New York: Oxford University Press.
- Siegel, J., Dubrovsky, V., Kiesler, S., & McGuire, T. W. (1986). Group processes in computer-mediated communication. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37, 157-187.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41, 157-175.
- Wright, K. (2000). Computer-mediated social support, older adults, and coping. *Journal of Communication*, 50, 100-118.
- XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. The first 90 days of the internet usage survey. *Psychological Reports*, 80, 879-882.
- Brewer, M. B. (1991). The social self: on being the same and different at the same time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 475-482.
- Brewer, M. B., & Gardner, W. L. (1996). Who is this "we"? Levels of collective identity and self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 83-93.
- Cascio, W. F. (2000). *Managing a virtual workforce*. The Academy of Management Executive, 81-90.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205-217.
- Deaux, K. (1993). Reconstructing social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 4-12.
- Hamburger, Y. A., & Ben-Artzi, E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 16, 441-449.
- Hewstone, M., & Brown, R. (1986). Contact is not enough: an intergroup perspective. In M. Hewstone & R. Brown (Eds.), *Contact and conflict in intergroup encounters* (pp. 3-44). Oxford: Blackwell.
- Hiltz, S. R., & Turoff, M. (1993). *The network nation* (Revised ed.). Cambridge, MA: MIT Press.
- Islam, M. R., & Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of inter-group anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: an integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 700-710.
- Kraut, P., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being?. *American Psychologist*, 53, 65-77.
- Maldonado, G. J., Mora, M., Garcia, S., & Edipo, P. (2001). Personality, sex and computer communication mediated through the Internet. *Anuario-de-Psicología*, 32, 51-62.



# פסיכולוגיה רפואית אקדמית



## תכנית הלימודים

תכנית הלימודים מורכבת משלוש יחידות עיקריות: קורסים המהנים יסודות קליניים, כגון ריאון, פסיכופתולוגיה, אבחון והערכה ופסיכותרפיה; קורסים המקנים יסודות בפסיכולוגיה, אנטומיה, נירואנטומיה ופסיכופרמקולוגיה; וקורסים המתמקדים במקצועות הפסיכולוגיה הרפואית, כגון סוגיות מרכזיות בפסיכולוגיה רפואי, הפסיכולוגיה בריאות ומחללה, פסיכותרפיה רפואי, סוציאולוגיה של התנהגות בריאות ומחלה, פסיכולוגיה רפואי, סוציאולוגיה של הרפואה, הפסיכולוגיה במערכות הרפואית.

במהלך לימודיהם, הסטודנטים משתתפים בפרקטיום יומיום שבוע. הפרקטיום נערך בבתי חולים כליליים, במלחמות אשפוז, במרפאות ובמכונים. עם סיום לימודיו, על כל סטודנט לבצע פרויקט גמר שעיקרו מחקר, כתותי או איקוטני. אנו מעדדים לבצע את המחבר במקומות הפרקטיום, בתמונת שבו התמחה הסטודנטים בעבודתם הטיפולית. מהלך זה מאפשר אינטגרציה של התכנים שנרכשו במהלך הלימודים וההתנסות הטיפולית (ראוי הערטתי בפסקה הקודמת).

מספר עבודות מחקר של מסיימי התכנית התקבלו להציג בכנסים בינלאומיים, וסטודנטים שהצטינו בלימודיהם התקבלו ללימודי תואר שלישי באוניברסיטאות.

## קורסים ייחודיים

עבדה רבה הושקעה ומושקעת על-ידי סגל ההוראה בפיתוח קורסים התואימים את ההבנה שלנו את התחום. כך, למשל, התפתחו ושוכלו קורסים בריאון בפסיכולוגיה רפואי, פסיכותרפיה רפואי, סוגיות אתיות בפסיכולוגיה בשילוב סוגיות ביוז-אתייה, הפסיכולוגיה במערכות הרפואית, וכן גם סמינר בשם "פסיכותרפיה – לאן נעלם הגוף?".

בכל התחומים מישמות גישות טיפול מסוורתיות כמו גם גישות נרטיביות, אקזיסטנציאלייסטיות, קוגניביות והתנהגותיות, כל מיטפל בהתאם לאכוננות, להבנתו ולהקשרתו. אלומ' בעוד הגישות המסורתית בפסיכותרפיה התעלמו במשך שנים רבות מנוכחותו של הגוף המשמי בחדר הטיפולים, ואם היתה התייחסות אל הגוף היא iotaה ברמה הסמלותית בלבד. הפסיכותרפיה הרפואית אינה יכולה להתעלם מנוכחותו של הגוף בחדר הטיפולים. לפיכך, ככל מפגש טיפול, ולמעשה החל משלב הריאון, קיימות התייחסות לגוף המשמי הכאב, הסובל, הפגוע. גישה זו מכתיבה את העבודה הטיפולית ואת מידת היישום של הגישות התיאורטיות הקיימות <sup>3</sup>. הנחות היסוד, העוסקות ביחסו הגומלי בין תהליכי נפשיים ווגניים, מושפעות ממודלים עדכנים בתחום הפסיכו-נוירוא-אימונולוגיה (Ader & Cohen, 1975; Ader, Cohen & Felten, 1994), המתמקדים במערכות המתווכות בין השניים.

בנוסף, הפסיכולוג הרפואי נדרש להתאים את הגישה הטיפולית למצבי הגוף של המטופל ולתנאי האשפוז שלו. לפיכך, במקרים מסוימים התערבות הטיפול תהיה קצרה ומכוקדת, ובמקרים אחרים התהילה הטיפולית ימשך יותר זמן והוא עשוי לכלול טיפול אינדיבידואלי, משפחתי וקובוצתי. הדגש בעובדה הטיפולית הוא על התמודדות, גiros משאבים ושיפור איכות החיים, וזאת ברוח הפסיכולוגיה הפסיכוביולוגית.

## ■ פרף' רבקה יעקבי, המכללה האקדמית תל-אביב יפו

במרכז 2007 מלאו עשר שנים למועד שבו הוגשה למועצה הפסיכולוגים בקשה להכיר בפסיכולוגיה רפואי כתחום מומחה. דרך לא קצרה עשינו מיזג, אלומ' דרך ארכוה עדין לפניו. זו ההזמנות להזחות כליל כי שישו ומסיע בפיתוח התחום באקדמיה, בשדה, בוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואי ובחטיבתה לפסיכולוגיה רפואי של הסתדרות הפסיכולוגים.

התבקשתי לסקור את ההתפתחויות שהחלו בתחום בהיבט האקדמי. הפסיכולוגיה הרפואיה הוכרה על-ידי משרד הבריאות כמחלקה נפרדת בשנת 2001. מהלך זה אפשר פיתוח תכנית לימודיות

لتואר שני בפסיכולוגיה רפואי ומסלול התמחות.

הפסיכולוגיה הנדרשים לפסיכולוג רפואי במאה ה-21, זאת בדומה לטיפול, חייבו הקמת תכנית לימודיות ייחודית, אשר תקנה את היסודות הנדרשים לפסיכולוגיה רפואי. בשנת הלימודים תשס"ד נפתחה במכללה לתוכניות קיימות בעולם. בתואר שני לימודיים לתואר שני בפסיכולוגיה האקדמית תל-אביב יפו תוכנית לימודיות מהוחר למד. לימודיים נמצאים שנתיים וهم כוללים 60 שעות לימודיות שנתיות ופרקטיום.

פרטים על תכנית הלימודים ניתן למצוא באתר המכללה: [www.mta.ac.il](http://www.mta.ac.il)

תוך כדי הרצת תכנית הלימודים, עסוקנו – ואנחנו עדין עוסקים – בגיבוש ופיתוח התחום, תוך ניסיון להגיע לתוכנית האופטימלית במוגבלות שעות ההוראה הקיימות. אין זו משימה קלה.

## קונספט

**פסיכולוגיה רפואית הינה תחום מחקרי וטיפול, המתמקד בהבנת הקשרים בין המשתנים הפיזיולוגיים, הפסיכולוגיים והחוברתיים המעורבים בהתפתחות תופעות ומחלות גופניות, דרכי התמודדות איתן ומניעתן** (הגדירה של – ר!).

בעולם יש המכחים בין experimental health psychologist, clinical psychologist וpatient researcher עיסוקו מחקר בתחום, לבון health psychologist – פסיכולוג רפואי קליני, שעסוק עסוקו מתן טיפול פסיכולוגי לאוכלוסייה עם הפרעות או מחלות גופניות. שניהם חיכים יסודות מסוימים, הכוללים את המודלים המורכבים בתחום, כל אבחון והערכה, גישות טיפול ודרך התערבות. הדבר מאפשר יהודות לעובדה שתכניות רבות בתחום הן תכניות לתואר שלישי.<sup>1</sup>

לאור העובדה שקיימים יחס גומלין בין החלק המחקרי והחלק הרפואי, נראה לי שפסיכולוג רפואי במאה ה-21, העוסק במערכות הביריאות, נדרש לעמודו הטיפולית להיות מעוררת בתחום מילויות עיליות בתערובת פסיכותרפיות המבוססת על מודלים תיאורתיים שמנחים אותן. תפיסה זו תואמת את הדרישה הולכת וגוברת ל-Evidence-based psychotherapy<sup>2</sup>.

תכנית הלימודים נקראת **פסיכולוגיה רפואית**, כשם המומחה.

**Conservation of Resources** (Hobfoll, 1989)

**Learned Optimism** (Seligman, 1990)

**Hope** (Snyder, 1991)

**Bereavement Models** (Kubler-Ross, 1969;

Rubin, 1981; Stroebe & Schut, 1999)

**Post-traumatic Growth** (Tedeschi & Calhoun, 1996).

#### תקשות רפואי – חולה:

**Disease-centered vs. Patient-centered Medicine**

**How to break bad news** (Buckman, 1992)

על בסיס אחדים מהמודלים הנ"ל פותחו כל' מחקר. כל' המחקר הם לרוב של藻ני דיווח עצמי, המשמשים גם להערכת מצבו הרגשי, הקוגניטיבי והחברתי של הנבדק (כגון דיכאון, חרדה, אופטימיות, תפיסת מחלת, התמודדות, איקות חיים ועוד). בנותח העברי קובצו כל' המחקר לאזור **כל' מחקר והערכה בפסיכולוגיה רפואי** (ראו דבורי של יו"ר החטיבה הרפואיה).

בשנים האחרונות התפתחה מאוד גם המחקר האיקוני בפסיכולוגיה רפואי, והדבר בא לידי ביטוי בפרסומים וכנסים בנושא<sup>5</sup>.

הפסיכולוגיה הרפואיה התפתחה בעולם החל משנות ה-80 של המאה ה-20 ויעידו על כך מספר כתבי העת (ואנו נספח), ספרים בתחום, האיגודים המקצועיים והכנסים הרבים. ישראל מייצגת באיגוד הרפואי לפסיכולוגיה רפואי (EHPS), ואני מזקוה שבאחד הימים יוכל לאחר את הכנס השנתי של האיגוד בארצנו<sup>6</sup>. אנו נמשיך לפעול לפיתוח וקידום התחום, בתקווה שתיפתחנה תכניות לימוד נוספות לפסיכולוגיה רפואי, אשר תאפשר דיאלוג פורה ועשיה משותפת.

#### הערות:

1. זו ההזמנות להביע את משאלתי, שגם בארץ תשודגנה כל' תכניות הלימוד בפסיכולוגיה לתכניות לתואר שלישי (D.Ph.D. או D.Psy.D) ותכלולנה בתוכן את תהליכי ההתמחות. שינוי זה אפשר העמקה בתכניות הלימוד מחד גיסא ואת העלאת יוקרתו של המקצוע מайдך גיסא.

2. לעניין זה ראו גם מאמרם של:

Shahar, G. & Porcerelli, J.H. ( 2006). The Action Formulation: A Proposed Heuristic for Clinical Case Formulation. Journal of Clinical Psychology. 62(9): 1115-1127.

3. יש לציין שבשנים האחרונות חלה התעוררות גם בקרב פסיכואנליטיקאים המבקשים "להחזיר" את הגוף הממשי לחדר הטיפולים.

4. אחדים מן המודלים פורסמו בಗראות מתקדמות יותר אשר אין מצוינות במסמך. אנו מתכוונים להזכיר אתו אשר יכול את המודלים המעודכנים. פרטיהם בהמשך.

5. בחודש יולי 2007 התקיים בברסטון כנס בינלאומי העוסק

#### מודלים ותיאוריות

הפסיכולוגיה הרפואיה, בהיותה תחום מדעי המנסה להסביר את יחסינו בין תהליכי פיזיולוגיים לפסיכולוגיים, מותבסת על תיאorias ומודלים שפותחו בתחום. היכרות עם המודלים מהוווה תנאי בסיסי להשתאות בתחום ולהבנת מערכם וספרם, ומשמשת תשתיית לתכנון התערבותיות טיפוליות. כאמור, בניית תכניות טיפוליות המושתתות על מודלים מẩnדרות גם להעיר את עולותן.

אצינו אחדים מהמודלים, מהתיאorias וממושגי היסוד בתחום<sup>4</sup>.

הפסיכולוגיה הרפואיה מותבסת על **המודל הביי-פסיכו-סוציאלי** (Engel, 1977), המנסה להסביר את התפתחותן של מחלות וההתמודדות איתן, תוך התיחסות לכל אחד ממרכיביו המודל, זאת בשונה מהמודל הביי- רפואי. המודלים המרכזים בתחום מתמקדים **בהתנהגות בריאותית** (כגון הייענות להוראות הרופא), התמודדות עם מצביך דחק רפואיים (כגון מחלות אקוטיות, מחלות כרוניות, אובדנים, נזותרים ופרוצדורות רפואיות, כאב), **משאבים פנימיים** (כגון אופטימיות, חוסן, תחושת לכידות, תקווה), **משאבים חיצוניים** (כגון תמייה חברתית), ו**תקשורות רפואי-חולות**.

#### התנהגות בריאותית:

**The Health Belief Model** (Rosenstock, 1974; Becker et al. 1975, 1977, 1978; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)

**Protection Motivation Theory** (Rogers, 1975; 1983; Maddux and Rogers, 1983; Tanner et. Al, 1991)

**Theory of Reasoned Action:** TRA (Fishbein and Ajzen, 1975; Ajzen and Fishbein, 1980).

**Theory of planned behavior:** TPB (Ajzen, 1985, 1988, 1991)

**Stages of Change Model** (Prochaska & Diclemente, 1982)

#### דחק:

**Transactional Model of Stress** (Lazarus & Folkman, 1984)

#### מחלה גופנית:

**Physical illness as a crisis** (Moos and Schaefer, 1984)

**Illness cognition** (Leventhal, 1980)

#### התמודדות ומשאבים:

**Coping** (Lazarua & Folkman, 1984; Folkman, 1997)

**Cognitive Adaptation** (Taylor, 1983)

**Emotional Disclosure** (Pennebaker, 1997)

**Sense of Coherence** (Antonovsky, 1979)

**Hardiness** (Kobasa, 1982)

**Sense of Self-Efficacy** (Bandura, 1982)

**Learned Resourcefulness and openness to experience** (Rosenbaum, 1982, 1993)

**Dispositional Optimism** (Scheier & Carver, 1985)

במחקר איקונוני בפסיכולוגיה רפואית (ראו דבריו של י"ר החטיבה הרפואית).

<sup>6</sup>. לצערי, בקשתנו לאחח כנס זה בארץ נדחתה בעבר, בשל חשש המאגרנים ממייעוט משתתפים עקב המצב הביטחוני ששרר כאן.

#### נספח:

כתב עת (רשימה חלקית):

1. Health Psychology (APA)
2. Psychology and Health (EHPS)
3. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings
4. Patient Education and Counseling
5. Psycho-Oncology
6. Journal of Health Psychology
7. British Journal of Health Psychology
8. Social Science and Medicine
9. Stress and Health
10. Psychotherapy and Psychosomatics
11. Psychology, Health and Medicine
12. Journal of Psychosocial Oncology
13. Psychosomatics
14. Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine.



## המרכז לביריאות הנפש

ביה"ח זיו צפת



מודיעים על

פתחת ההרשמה למחרוז הריבעי של:

### תוכנית תלת שנתית ללימודים תעודה בפסיכותרפיה בגישה פסיכודינמית

הלימודים מיועדים לפסיכולוגים, עובדים סוציאליים,  
רפואי משפחתי, אחות, פסיכיאטרים ומטפלים  
באמנויות, בעלי תואר ואשן לפחות קLINI מודרן

התכנית משלבת: קורסים תיאורתיים בנושאים מגוונים הכלולים:  
היבטים התפתחותיים בפסיכותרפיה, פסיכופתולוגיה  
և פסיכותרפיה לילדים, טיפול פסיכודינמי בסכיזופרניה, החלום  
בטיפול בגישה יונגיאנית, טיפול דינמי קצר מועד,  
אינטראטיבית ויחסיות בטיפול ועוד; למעוניינים בכר -  
עובדת קלינית במוסדות המרכז לביריאות הנפש צפת, בהדרcht  
המדריכים הבכירים במרכז.

מועד תחילת הלימודים: אוקטובר 2007  
מרכז התוכנית: ד"ר אודי בונשטיין והגב' חנה מון

לפרטים נוספים ורשותה:  
chna.m@zefat.ac.il  
טל': 052-2483653, נייד: 04-6828081  
ד"ר אוד בונשטיין, נייד: 054-4776718

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



**EMDR** היא שיטת טיפול אינטגרטיבית שהוכיחה את יעילותה בטיפול ב-PTSD ובמגוון של תלונות נפשיות. הקורס הבסיסי ללימוד השיטה מיועד להעניק ידע וכליים מעשיים, שיאפשרו למשתתפים להתחלף לשלב את שיטת ה-EMDR בעורמתם הקלינית.

הקורסים להכשרה מתנהלים בעברית ופותחים רק לאנשי מקצוע מוסמכים בתחום בריאות הנפש.

#### \* קורס ההכשרה הבסיסי הבא

יתקיים ב- 20-28 במאי ו- 22 ביולי 2007 בתניתה

#### \* קיימת אפשרות לארגן קורסים פנים-ארגוניים ב-EMDR

פרטים נוספים וטפסי הרשותה ניתן למצוא באתר האינטרנט, או בטל' - 09-7454291

עמותה רשומה מס' 9-563-030-58 דוד אלעזר 43, רעננה 43204 טל': 09-745-4291



# שחיקה נפשית וסיכון לתחלואה פיזית

פרופ' שמואל מלמד, החוג לאפידמיולוגיה, רפואה מונעת, הפקולטה לרפואה על שם סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, המכללה האקדמית תל אביב-יפו.

אליהו שאמננס בדרכּ-כלל השחיקה מתפתחת באופן איטי, אך כאשר תסמיini השחיקה מופיעים, הם נשררים עמידים לארון זמן. באחד המחקרים שלו נוכחו כי תסמיini השחיקה נשארים כרוניים גם אצל עובדים ששינו את סוג עבודתם, פרשו מהעבודה, או פוטרו (Melamed et al., 2006b). חשוב לציין, כי בנסיבות הסיכון-בירות כמו דנמרק, ושבידה שהחיקה נפשית מוכרת כמחלה מקצוע (שחיקה קלינית) המזקה את העובד בפסיכים. להערכתם של העובדים בהולדם סגולים מוחקה חמורה. אחוזים דומים, אף מעט גבוהים יותר, דווחו גם במדינות אחרות.

## שחיקה נפשית ופגיעה בבריאות הפיזית

אחד הממצאים העיקריים ביוטריבורנשא מתייחס לסיכון להתפתחות מחלות לב וכלי דם / או אירועים הקשורים למערכת הדם-сосකולרית, כמו שבח מוחי, טרשת עורקים, סתימת עורקים ודם לב. על-פי האומדן, לבני שחיקה כרונית יש סיכון של פי 2-3 לחלות במחילות לב וכלי דם, גם לאחר בקרה לכמה ערפלנים אפשריים. למעשה, סיכון מגובר זה שווה בעוצמתו ולפעמים אפילו עולה על הסיכון הנובע מכך גורמי סיכון קליסיים, כמו גיל, המשנה, עשוי, לחץ דם גבוה ורמת שומנים גבוהה בדם (Melamed et al., 2006a).

דשלול החינויות – VE (Vital exhaustion) הוא מושג שפותח על-ידי Appels ושות'. מדובר במצב הדומה לשחיקה שנמצא במתחם גבואה עם שחיקה, המתאפיין בעייפות רבה, חוסר אנרגיה, נתיחה להתרגז בקלות, הפרעותamina ותחושת דמורייזציה (Appels & Mulder, 1988).

撂וטן ושות' היי הראשונים שהראו בסדרה של מחקרים מעקב שמצב דמי שחיקה כזה מהווים נבאי של היראות אוטם שרוי הלב הן בקשר גברים והן בקשר נשים. מגמה דומה נמצאה גם לגבי שבח מוחי ודם לב, כל זאת גם לאחר תיקון לגורמי הסיכון הקליסיים המזוכרים לעיל. דשלול החינויות נמצא גם כקשר לפרגונזה לא טוביה בקשר חולמים, כמו התפתחות אירועים קרדיאליים עתידיים בקשר גברים ונשים שעבורו אוטם חריף של שריר הלב (ראוי סקירה אצל Melamed et al., 2006a).

מחקרים נוספים הצביעו על פגיעה במערכות גופ אחרות. כך, למשל, מחקר מעקב שערכני הראה שהחיקה נפשית קשורה לסיכון כפול של התפתחות סוכרת מסוג 2, גם לאחר תיקון לערפלנים אפשריים (Melamed et al., 2006b). מחקרים אחרים הראו שחיקה נפשית קשורה גם להפרעות במערכת השירים-שלד, או פגעה באירועים חזע בקשר גברים (Melamed et al., 2006a). אפשר לשער, כי מחקרים עתידיים עלולים לגלוות שהיקף הפגיעה בבריאות רוח ותור ממה שהתגלתה עד כה.

## מנגנונים אפשריים הבסיסי לקשר בין

### שחיקה לבין פגיעה בבריאות הפיזית

להלן תיאור תמציתי של כמה מנגנונים אפשריים (הרחבת Melamed et al., 2006a):

**1. Maslach, ; Maslach Burnout Measure (1982)**

**2 Shirom-Melamed Burnout Measure, Melamed et al.,(2006a)**

## ■ פרופ' שמואל מלמד

הענין המרכזי של אנשי מדעי החברה בתופעת השחיקה הנפשית והשלכותיה הופס תאוצה. מאז שנת 2000 ועד היום פורסמו 4,168 מאמרים בנושאים הנכללים במאגר של PsychInfo. עבודות רבות שבוצעו בתחום זה תיעדו את הפגיעה באיכות העבודה והנזק לארגון כתוצאה מתופעות המ תלויות לשחיקה: אובדן עניין בעבודה, זלזול, התפתחות מהעובדות התמקדו בהשלכות האישיות של השחיקה, גישה צינית כלפי העבודה והלקחות מוקדמות. חלק באיכות הביצוע, היעדריות מהעבודה ופרישה מוקדמת. וכך מהעובדות התמקדו בהשלכות האישיות של השחיקה, כגון פגיעה בהרגשת הרווחה הנפשית, בדמיות העצמי, בהערכתה העצמית ובאיכות החיים של הפרט. עבודות אחרות תיעדו את הנזק שנגרם לח'י החברה, המשפחה, ההורות והניסיונות של העובדות התמקדו והוחו על פגיעה אפשרית בבריאות הנפשית (Pines; Schaufeli & Buunk, 2003, 1987). במקביל לעובדות הנ'ל, החלו להופיע עדויות המראות כי שחיקה נפשית מושגנת עלולה לפגוע בבריאות העובדים. מרבית העבודות התמקדו והוחו על פגיעה אפשרית בבריאות הנפשית (ראו למשל Leiter & Maslach, 2001). בשני העשורים האחרונים רוחים ומחקרים נוספים ציינו השחיקה נפשית רוחים יותר ממה שהחלו להציג הוכחות כי נקי השחיקה נפשית רוחים יותר ממה שהוכיחו עד כה וכי הם מתבטים גם בפגיעה בבריאות הפיזית Kushnir & Melamed, 1992; Learman et al., 1999; Melamed et al., 1999, 2006a,b; Shirom et al., 2005; Shirom & Melamed 2005; Toker et al., 2005). הסקירה הנוכחית מתחילה לגביה הסיכון להתפתחות הבעיות גופניות שונות אצל החולים השחיקה כרונית ובמנגנונים השונים העומדים בבסיס קשר זה, ומציאה דרך התוצאות אפשריות.

מהו שחיקה נפשית? שחיקה נפשית מהוות תגובה רגשית יהודית ללחץ ומואפיינית בתסמינים של תשישות רגשית ("נשבר לי", "נגמוץ לי המצברים"), עיפופת כרונית ("אני עייף/ה", "אני סחוט/ה פיזית"), ואלות קוגניטיבית ("קשה לי להתרוך", "אני מסוגל/ת לחשב בצוואח צולחה"). היא מהוות תולדה של התכונות משאביו ההתקמודודות כתוצאה מחשיפה ממושכת למכלול של לחצים בעבודה ולחיצים חיצים. המודד של תשישות נפשית הוא המאפיין המרכזי של שחיקה נפשית, ונמצא בכל שאלוני השחיקה, כשהഫופולי ביןיהם הוא ה-SMBM – Shirom-Melamed<sup>1</sup>. מצד אחר, כל התסמים הנ'ל נמודדים בשאלון השחיקה של שחיקה גוף – DCQ<sup>2</sup>. חשוב לציין שאין חיפפה בין שחיקה נפשית לבין לחץ, דיכאון, חרדה, או מודדים שונים של תהליך ההתקמודוד. שחיקה גם נבדلت מיעילות מביצית, הנעמלת לאחר תקופת מנוחה (Melamed et al., 2006a). למעשה, ממצאים רבים לגבי הקשר בין שחיקה לפרקטיות פיזית נמצאו משמעותיים גם לאחר בקרה סטטיסטית לחדרה ודיכאון.

ממצא מפתיע ומודאג אחד, שהתגלה במספר גדול של מחקרים מעקב, הוא הכרוניות של מצב השחיקה. מחקרים אלה הראו שהתשסמים של השחיקה נשארים יציבים לתקופה ארוכה, עד כדי שבועה שניים (!). אחת התובנות המרכזיות ממתקני מעקב

עם תוחשת עיפות ושינה בלתי מרעננת. נודי שינה ועיפות מתממשת ביום נגרים בין היתר משיבוש פעילות ציר ה-HPA ובמחזור של הציוטוקין 6-II. הקשר בין שחיקה ו-VE לבין נודי שינה (כולל שינה בלתי מרעננת) מתווד במספר רב של מחקרים, שבחלקם נעשה שימוש בדיקה אובייקטיבית בmundat השינה (בדיקה פולטומוגרפית). רובם נערכו בשבייה, תוך שימוש בתרגום לשבדית של ה-SMBM.

**5. שחיקה ופגיעה במערכת החיסון.** עבותות רבות (הן בעקבות דלקת ו/או בכחורי שדה) עשויות קיום קשר בין שחיפה לחץ פגעה במערכת החיסונית ורגשות למחלות מיידיות. אצל אנשים החשופים לחץ נמצאה נטייה מוגברת להיבוקות במחלות זהותיות, דבר שהיעצמו מטריד ולא נעים. מעבר לэтא, קיימות עדויות קליניות המצביעות על קר שחיפה חזורת או שחיפה בו-זמןית לכמה מחלות מהוות גורם ממשמעותי בفاتוגמה של טרשת העורקים. דוגמאות למחלות מחלת העירקים שנמצאו Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori, and cytomegalovirus

בתוךם השחיקה נעשו פחות בעקבות, אך המכונה מצאה דומה. כמה מחקרים הראו שקיים קשר בין שחיקה נפשית לבין יתרה במערכת החיסון, המתבטאת בירידה במספר התאים הקוטלים הטבעיים. (Kushnir & Melamed, 1992) במחקר שערכנו במהלך המלחמת המצרית נמצא קשר בין שחיקה קשורה לירידה במספר תאי הנשימה העליונות. חוקרים מצאו ששחיקה קשורה לירידה במספר תאי הנשימה העליונות. ואחרים שחויז והרחבו ממצא זה לירידומים מסוימים כמו נחלת, שפעת ודרת קביה ומי. בעקבות נסיפות נמצאו עדויות לשחיקות גבואה ודלקת קביה ומי. יתכן שזה נושא נוספת לבוטרחתם הסובלים משחיקה נפשית.

**6. שחיקה והתנהgioות מסכנות בריאות. על-פי ההשערה, אחד מהנתונים האפשרים לקשר בין גורמי לחץ פסiko-חברתיים לבין שחיקה בבריאות הפיזית הוא קיומו התנהgioות מסכנות בריאות, כגון תזונה לא נכונה, צריכת אלכוהול והיעדר פעילות גופנית. ישנו כיום מחקרים שמראים כי שחיקה נפשית גבואה עם התנהgioות מסכנות בריאות. יש להזכיר, שהתנהgioות יכולה להיות עצמאית לפגיעה בבריאות ו/או באמצעות אינטראקציה עם אופן עצמאי לפגיעה בבריאות ו/או באמצעות אינטראקציה עם פקטורים נוספים המוזכרים לעיל. בנוסף, מצוי מחקר שערכנו תומכים באפשרות של קיומו אפקט סינרגיסטי בין שחיקה או VE לבין התנהgioות מסכנות בריאות בהשפעה על טיפול לתוכה של קבדי-יסකולריות. במחקר מעקב עדכני אחריו חבורה גדולה של אנשים בריאים לכאורה נתקלה בשן VE והן夷ישו היינו גורמי טיפול עצמאים להיארעות של שבץ מוח. השימוש של שני הגורמים ביחד העלה את הסיכון ב-50 אחוז והוא הגיע לסייע לגובה כמעט פי שלושה לעומת זאת הקים בקרב מי שאינו סובל מגורמים אלה.**

### כיווני מחקר והתערבות אפשריים

בחינה מחקרית, חקר ההשלכות הבריאותיות של שחיקה נפשית יכול להוות מודל מיוחד לבדיקת ההשפעה המצתברת של שחיפה לחצים ממוקורות שונים. על-פי-רוב, חקר ההשפעה של שחיפה לחץ נעשה בצוואר פרוגנטלית, כאשר במקרים שונים מתמקדים במקורות לחץ שונים. אלה יכולים להיות לחצים בעבודה (רבים ומוגנים) או לחצים בחיי היום יום ו/או

**1. קשר בין שחיקה נפשית לדלקת החינויות לבין הסינדרום המטבולי.** לسانדרום המטבולי חמישה מאפיינים: השמנת יתר (ובייחו השמנה בסנית); דיסליפידמיה (רמת גבואה של טריגלצרים ורמות נמוכות של הcolesterol הטוב – (HDL); רמות גבואה של גליקוז (עקב תנודות או אי סבלות לאינסולין) ושל לחץ דם. הסינדרום המטבולי נחשב גורם סיכון ממשמעותי למחלות לב וכלי דם, כולל איורו מוחי. יתרה מזה, אצל רבים מהסובלים מסינדרום זה מופיעת תנודות לאינסולין, מה שמעמיד אותם בסיכון מוגבר להתקפות סוכרת מסוג 2. קיימות עדויות אחרות לקשר בין שחיקה נפשית או לדלקת החינויות לבין מרבית המרכיבים של הסינדרום המטבולי, להוציא יתר לחץ דם.

**2. שחיקה נפשית וטיפול פעילות ציר ה-HPA (Hypothalamic- adrenal axis).** ציר זה קשור להסדרת הפעולות של מערכות רבות בגוף, והוא מהוות חלק ממכלול התגובה להחצים שכוללת גם עליה בהרמוני הדחק – הקטקלואמינים אדרנלין ונוראדרנלין, (Tsigos & Chrousos, 2002). טיפול בסידורות פעילות ציר ה-HPA גורם לעלייה או לירידה בהרמוני הקורטיזול ו/או טיפול של המחזיר היום שלו. טיפול מותמך בפעולות הרמוני הקורטיזול גורם, בין היתר, לירוז שחיקת התרבות הסינדרום המטבולי, להתקפות דלקתיות מתמכשת בגוף, להתקפות תנודות לאינסולין וסכרת, לעייפות והרמוני הקורטיזול, בעיקר לירידה ברמת הורמון זה ולעליה ברמת ההורמוני הדחק אדרנלין ונוראדרנלין. יש לציין, כי מערכ ההורמוני זה (ורמת קורטיזול נמוכה ורמה גבוהה של קטקלואמינים) מופיע גם בתסמונת פוסט טראומטית (PTSD); הדמיין בכרוניות של שני המצביעים הללו מהוות חומר למחשבה.

**3. שחיקה נפשית ותגובה דלקתית חרונית.** כיום קיימות הוכחות משבכניות כי טרשת העורקים (ועמה סיכון מוגבר לתחולאה מגונות כמו אוטם שריר הלב ואיורו מוחי) היא למעשה תחיליך דלקתי המתרחש בדפנות העורקים. יש עדויות רבות לכך קרוני גורם לתגובה דלקתית בגוף בדיק מכיו זן הנרגמת בעקבות פצעה או זום. עדות לכך הטענה הדלקתית אפשר למצוא כרוני גורם לתגובה דלקתית בגוף בדיק מכיו זן הנרגמת בעקבות על-ידי עליה ברמת חלבוני הלב החריף מכיו CRP (C-reactive protein) ופירוביגונ. יסודות התגובה הדלקתית הוא תחולאה מוגברת, שבחלקו מתבצע על-ידי ההורמוני הדחק ועל-ידי ציטוקינים שונים (הцитוקינים מתפקידים כשליחים של המערכת החיסונית). הם מופרשים על-ידי תא המערכת החיסונית בתגובה לגירוי). הבולטים שבהם הם ציטוקינים פרודילקטיים כמו IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , interferon- $\alpha$ , IL-6 ו-IL-2. מחקרים עדכניים מראים כי קיימים קשר בין שחיקה נפשית ו-VE לבין חלק מסימני הדלקת Melamed et al., 2006). ממצאים ראשונים רמזים על קר, שקשר זה כנראה חזק במיוחד בקרב נשים (Toker et al. 2005).

**4. שחיקה נפשית והפרעות שינה.** הספורות המחקנית מצביעה על קר שהפרעות שינה – מעבר לפגיעתן בתפקוד ובאיכות החיים של הפרט מהוות סיכון מוגבר לתחולאה קבדי-יסකולרית. מדובר בעיקר בתופעות של נודי שינה ויקיצה בזקוק

**שחיקה  
נפשית  
מאופיינית  
בתסמים  
של תשישות  
רגשית,  
עיפויות  
כוונת ולאות  
מחשבתית,  
מהוואה תולדה  
של התכלות  
משאי  
התמודדות  
כຕזאה  
מחשיפה  
מושכת  
בו-זמןית  
למגון לחצים  
בעובודה  
ומחווצה לה**

בספרות ממליצים על טכניקות שונות להתחומות עם שחיקה או לминעת שחיקה. בעיירון, אלה הן אוטן טכניקות להתחומות עם לחץ, כמו טכניקות הנוהגות אצל העובדים בפיתוח ארגוני: הפחחת עומס יתר בעובודה, שיפור תקשורת בין-אישית ובין-מחלקות, הגדלת תחושת השיליטה בעובודה (על-ידי שיתוף עובדים בקבלה החלטות או יצירת קבוצות עבודה אוטונומיות) ושימוש שיטות ניהול זמן. אחרים ממליצים על טכניקות התחומות אישיות: פעילות גופנית, תזונה נכונה, הרפיה, משוב ביולוגי, אימון אישי: פנאי המאפשרים פסק זמן מנטלי, לקיחת חופשות קצרות לעיתים מזמננות, רכישת מיומנויות של התנהוגות אסטרטיבית ולימוד טכניקות נוספת להתחומות עם לחץ. ראוי שאם הפרט וגם הארגון ישלו ויישמו במקביל את הטכניקות האלה מסיבות רבות ומגוונות (לטבות הפרט והארגון), אבל גם כדי למנוע התפתחות שחיקה נפשית ואולי גם להיפיכה לכוונת. כאמור לעיל, כאשר שחיקה מתפתחת, ברוב המקרים היא הופכת כוונות וטיפול בה לא קל. קיימות עדויות לכך שההערכויות רבות, כולל טיפול קוגניטיבי-התנהוגות, אין יעילות כשהשחיקה כוונת.

כפתורן פוטנציאלי לטיפול בשחיקה כוונת, אפשר לנצל את הידע המצביע מחקרות הקורולטים הפסיכולוגיים של השחיקה הנפשית ע"מ לפתח טכניקות מושלבות ולבדק את יעילותם במחקר רוחב ואורך מבקרים. אלה ארכיות להיות טכניקות המשלבות אלמנטים שונים מלאה המוזכרים לעליה עם טיפול בו זמני ובביטויים הפסיכולוגיים של השחיקה. כך למשל, כדי לטפל בו-זמןית בהפרעות השינה הקיימות אצל חלק מהשחוקים. הבעיות המשיעים גם למצוא שיטות תרופהיות הפעולות על חלבוני השלב החריף של הדלקת או אפילו ברמת מגנו היפיקות על התגובה הדלקתית דרך ההשפעה למשל על ציטוקינים פרודולקטיסים או הביטוי שלהם. כיוון חלק מהה נשמע מכדי אבל קיימים יסויים שונים בכך זה (Raison et al., 2006).

כמו לעיל, כוון שחיקה נפשית מוכרת בכמה מדיניות כמחלת מיקצוע בת פיזו. פיזו יכול אמנם לעזרן מבחינה כלכלית לאנשים שתפקידם בעובודה נגעים (עליהם לבצע شيئا' בעובודה, או שהם נמצאים בסיכון לאבד את מקום עבודתם), אך הוא אינו יכול לבטל את הנתק הפוטנציאלי לביראותם הפיזיות והנפשית. הכרה בקיום שחיקה לאחר התפתחותה מהוואה התערבות מיותרת מדי כאשר הנתק כבר קיים. אם כן, מה שראוי לעשות הוא ליקוט בפעולות מונעת בטרם מתפתחת שחיקה נפשית / או היא הופכת כוונת. יש צורך לשכנע את מחייבי החלטות לבצע ניטור של תסמיין השחיקה הנפשית לצורכי זיהואה המוקדם. המקים הבריאותיים החמורים הקשורים לשחיקה נפשית והמטועדים בסקירה זאת עשויים לעזר במלאת שכונע זאת. פטור מה יכולת הטעינה מרווחת של הרפואה התעסוקתיות חלק מהבדיקות הבריאותיות התקופתיות המבוצעות לעובדים. בנוסף, אפשר לשלב את האבחון של שחיקה נפשית כחלק מהאבחן הכללי המישום במסקר ביריאות, כמו סקרי מנהלים המבוצעים במקריםות שונות בארץ. במקביל, יש לפתח ולהציג חבילות טיפול שונות. מערכת כזה כבר מושם בשבדה.

בממשק עובודה-משפחה (כמו קונפליקט עובודה-בית). במציאות, אדם יכול להיות חשוף בו-זמןית למספר רב של מקורות לחץ שונים, וshawka נפשית יכולה להיות תוצאה של התחומות בלתי עיליה עם חשיפה מרובה זאת. אם כן, במקרה לפחות את קיום החשיפה למספר רב של גורמי לחץ (בנסיבות סוללה רחבה של שלונות), אפשר לפחות קיום שחיקה נפשית כתולדה של חשיפה זאת. שאלון טיפוסי לאבחן שחיקה הוא קוצר יחסית (בסביבות 14 פריטים) ועל כן ניתן לאבחן קיום שחיקה בקלות יחסית.

קיים של הבעיות פיזיולוגיות שונות המלצות שחיקה, והידע המצביע לגבי ההשלכות של הבעיות אלה, מצביעים על האפשרות שהנדקים של השחיקה יכולים להיות חמורים יותר מאשר אלה שהתגלו עד כה. כך, למשל, רמות נמוכות כוונת קורטיזול נמצאו במוגן הבעיות גופניות כמו הבעיות אוטואימוניות, כאב כרוני, אסתמה וALERGIES שונות. יתרון שחיקה נפשית תימצא במקרים עתידיים וALERGIES שונות. יתרון שחיקה נפשית תימצא במקרה דומה, ולאחר סיסטמיות קשורה לחלק מהבעיות אלה. באופן דומה, ולאחר סיסטמיות קשורה נמוכה כוונת למחלות נוספות מעבר לאלה שהזוכה עד כה – טרשת נפוצה ודלקת פרחים שగורנית. יתרון שאנשים הסובלים משחיקה כוונת והוא בסיכון גם למחלות אלה. לבסוף, על בסיס הדמיון הפסיכולוגי בין התופעות, יתרון שבעתיד ימצא שחיקה נפשית מהוואה זה להתפתחות תסמונת העיפות הכוונית.

הכווניות של תסמיין השחיקה מהוואה עניין מטריד למד'. לחופשה קצרה מהעובדיה ישנה השפעה קצרה מועדת. גם לשנת שבתון ישנה השפעה קצרה טווית יחסית: מורים החזירים משבתון מודוחים על חוזרתם של התסמים בעבר שלושה חודשים ממועד חוזרתם לעובודה. נראה כי כאשר שחיקה מתפתחת כתצאה של שחיקה לחץ זה או אחר, היא הופכת בעבר מן מה לאוטונומית ויכולת להתנתק ממקורו הלחץ המוקורי. יתרון מאוד שקיים כמו אפקטים מעגליים הגרומים לתחזוקה הכווניות של אפקט השחיקה.

אפשרות אחת של אפקט מעגלי זה היא שלחץ גורם לשחיקה. אצל האדם הוביל משחיקה שיש התכלות של משאי התחומות עם לחץ. כתצאה, הוא יתפס את גורם הלחץ כעצמי ומאיים, ישחק עוד יותר, וחזר חילתה. תופעה זאת התגלתה במלחתת המפרץ, שעובדים שבסבלי תפסו את המלחמה כמאימת יותר מהאחרים, Melamed והמלחמה גרמה אצלם להחזר השחיקה (& Kushnir, 1992). יש להניע שהקניות מימיוניות התחומות עם לחצים עשויה למתן את האפקט המועלג' הזה.

אפשרות אחרת לאפקט מעגלי היא שהשנים הפסיכולוגיים, המתרכשים אצל הסובלים משחיקה, מתמידים לאורק זמן, פוגמים ביכולת להתחום עם לחצים ומעցים את תסמיין השחיקה. כך, למשל, אצל הסובלים משחיקה מופיעות הבעיות שניתנה (למשל חזהה משיבוש פעילות ציר-HPA). העדר שינוי מספקת חזהה משיבוש פעילות ציר-HPA). העדר שינוי מספקת גורמת לעיפות כוונת הפגמת בתפקיד וביכולת להתחום בצוותה עיליה עם לחצים. יתרון גם שהקשר בין בכיוון ההפוך: עליה בرمת תת-קליניים שלחה) לשחיקה הוא בכיוון ההפוך: עליה בرمת הציטוקינים הפרודולקטיסים במחלות שונות, כמו מחלת לב, משפיעה על המוח וגורמת להתחוגות מחלת (Dantzer, 2004). התהוגות מחלת (sickness behavior) מאופיינית בתסמים רבים הדומים לתסמיין השחיקה, כגון עיפות, חסר מוץ והפרעות קוגניטיביות.

**סיכום**

שחיקה נפשית מאופיינית בתסמיינים של תשישות רגשית, עייפות כרונית וליאות מחשבתיות, ומהווה תולדה של התקלות משאבי תעבודה ומוחזקה לה. עדויות מחקר מעקב מראות, כי השחיקה הופכת כרונית והتسمאים נמשכים לפחות שנים, גם לאחר שהאדם התנתק ממקורו הלחץ (או הלחצים) שתורם להתרפות השחיקה. עדויות המצביעות בשנים האחרונות מראות שהשחיקה כרונית קשורה לטיפול מוגבר לחלואה פיזית. בספרות מוצעים מכינזים שונים העומדים מאחורי הקשר שבין השחיקה הנפשית לבין הפגיעה בבריאות. בהסתמך על אופי מכינזים אלה והשלכותיהם, אפשר להניח שהפגיעה הבריאותית רחבה יותר ממה שהתגללה עד כה. גם מה שנמצא עד כה חמור מසפייך ומצביע על הצורך לאבחן מוקדם את התסמיינים של השחיקה, כדי לנקט בפעולות מונעת להחפתת תסמיינים אלה או מניעתם ובכך אולי לצמצם את הנזק הבריאותי. במקביל, יש לפתח ולבחון את הייעילות של שיטות התערבות מתוחכמתות לטיפול בשחיקה כרונית. שיטות כאלה תשלבנה טיפול ברמה הפיזיולוגית, כגון טיפול מוקבל בהפרעות השינה המתלוות לשחיקה. אנו מקווים שכך יהיה אפשר למנוע מחלת מוקצע חדשה ושמה שחיקה קלינית.

**ביבליוגרפיה:**

- Dantzer, R. (2004). Cytokine-induced sickness behaviour: A neuroimmune response to activation of innate immunity. *European Journal of Pharmacology*, 500, 399-411 1999.
- Kushnir, T., Melamed, S. (1992). The Gulf War and burnout. *Psychological Medicine*, 22, 987-995.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). Burnout and Health. In A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 415-426). Mahwah, NJ: Erlbaum & Associates.
- Lerman, Y., Melamed, S., Shragin, Y., Kushnir, T., Rotgoltz, Y., Shirom, A., & Aronson, M. (1999). Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 828-834.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18, 53-60.
- Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. ( 1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(6), 591-598.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira I. (2006 a ). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and
- promising directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327 -353.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006b). Burnout and risk of Type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*, 68, 863-869.
- Pines, A. (1987). Marriage burnout: A new conceptual framework for working with couples. *Psychotherapy in Private Practice*, 5, 31-43.
- Raison, C.L., Capuron, L., & Miller, A.H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27, 24-31.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. C. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (2nd ed., pp. 383-429). West Sussex, United Kingdom: Wiley.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira I. (2005). Burnout and Health Review: Current Knowledge and Future Research Directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269-308.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2005). Does burnout affect physical health? A review of the evidence. In: ASG. Anthoniou, C. Cooper (Eds.). *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar, Cheltenham, UK , pp 599-622.
- Tsigos, C., & Chrousos, G. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865-871.
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C- reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 344-62.



# ילדים ונוער הסובלים מעודף משקל: הగדרות, מחקר והתרבות פסיכולוגית

תודה לד"ר יוכי  
בן נון ולפרופ' רבקה יעקובי  
על קריינטן,  
והערכותיה.  
אשר תרמו  
לכתיבת מאמר זה.

**עדיף משקל  
הוא תופעה  
מורכבת עם  
השלכות  
פסיכולוגיות  
וחברתיות,  
משמעותיות,  
אשר פוגעת  
באנשים  
בגילאים  
שוניים, ממצב  
סוציאקונומי  
רחב  
וממדיניות  
מתועשות  
מתפתחות  
אחד**

עדיף משקל מוגדר כאשר משקלו של אדם עולה ב-15 אחוז ויותר על המשקל התקני המותאם לגובהו, מבנה גופו וגלו (זילבר-רוזנברג, 1996, אצל צראף, 2004). סולם מסת הגוף (BMI) הוא הכליל הנפוץ ביותר כיוםים להגדירה של עדיף משקל והוא מחושב על-ידי המשוואה הבאה: משקל חלקי הגובה בריבוע ( $h^2/w$ ). התוצאה היא מספר שיכול להיחס כמשקל נורמלי (29.9-25), עדיף משקל מוגדר מוגדרה בראשונה (25-29.9), עדיף משקל קליני מוגדרה שנייה (9.9-30) ושווה ל-25, מדובר בעודיף משקל (Overweight); כאשר ה-BMI גדול או גובה מ-30, מדובר בעודיף משקל חמור (Obesity).

באرض אין נתונים עדכניים לגבי שכיחות השמנת יתר בקרב ילדים ומתבגרים, אולם מהמחקרדים הבודדים שביצעו במדגמים גדולים (אליקים, נמט וולר, 1999, אצל צראף, 2004), עולה כי הנתונים דומים לאפידמיולוגיה בארה"ב, ככלומר, כ-25 אחוז מבני הנוער סובלים מעודיף משקל ברמה זו או אחרת. החלוקה היא כדלהלן: 14 אחוז נמצאים בין אחוזון 85 לאחיזון 95 (Overweight) ו-11 אחוז Obese (Troiano et al., 1998). במהלך שבי העשורים האחרונים חלה עלייה חדה של כ-50 אחוז בשכיחות הילדים והנוער הסובלים מעודיף משקל. לפי היררכות ארגון הבריאות העולמי (WHO), נכון לשנת 2005 סובל יותר מ-20 מיליון ילדים מתחלת גליל חמש מהשמנת יתר.

הטיבה העיקרית לעודיף משקל היא חוסר איזון בין הכנסת אנרגיה מצד אחד לבין הוצאה של אנרגיה מצד שני. חוסר איזון זה נגרם עקב אכילה של מאכלים רזויים בשטן ו eccentric ארך נמוכים ביוטיפיים ובמינימלים. כמו כן, תורמות לכך הנטייה להפחיתה בפעולות גופנית בשל שינויים בסוגי העבודות, התהבהרה והחישפה המתמקדת למאפיינים האורוביים.

מחקרים מעטים בלבד נערךו על אודוט המאפיינים הפסיכולוגיים וההתנהגותיים של ילדים ונוער בעלי משקל עדיף, הנדרשים לעמוד משטר דיאטטי ובפעולות גופנית סדרה כדי לחזור למשקל תקין ביחס לגילם ואביהם.

מהמחקרדים הבודדים שנערכו (ראו: להק, א., גולדצוויג, ג., 2006) עולה כי קיים קשר בין עדיף משקל לטיכון לטבול מבעיות בהסתגלות חברתיות, התנהגותית ופסיכולוגיות. יתרה מכך, ילדים ונוער הסובלים מעודיף משקל נמצאים בסיכון לפתח סימפטומים פסיכולוגיים של חרדה, דיכאון ופגיעה בדמיון העצמי ובדמיון הגוף (Curtis et al., 2004).

הניסיוני הקליני בעבודה עם אוכלוסייה זו מرمץ כי ההשלכות החברתיות של עדיף משקל הן המשמעותיות ביותר עבור אותם ילדים. הם נתפסים כמסובלים ובולטם אטרקטיביים והופכים לעיתים קרובות מקור לעאג. לכן, במקרים רבים הם אינם משתתפים בפעילויות חברתיות וספורטיביות, דבר שאינו מוסף לדמיון העצמי שלהם, הנמור ממליא (צראף, 2004).

מחקר אחר (Rogge et al., 2004) הראה כי אוכלוסיית הסובלים מעודיף משקל חוזה לעתם קחוות וחס טוגומי ואפליה על הרקע עדיף המשקל. עוד עליה מהמחקר, כי במפגשים יומיומיים של אנשים הסובלים מעודיף משקל עם קרובים משפחתיים, חברים, אמנים מקצועות הבריאות ואף עם זרים, דגון האחواتם להזכיר להם כי הם חזוקים מטעמו חברותיהם וכי הם חוויתם מבני אדם ממשקלם תקין. אוטם נמקים תיאור יחס זה כגפני פולשני, אשר נחווה על-ידייהם חיכי חברתי.

**■ ארון להק /** המרכז לבリアות וספרט לילדיים ונוער, בית החולים "מאיר", כפר סבא

"במצבים פסיכומוטיים, הגוף מתנהג כאיו לאה"  
במחשבות שוא, לעיתים קרובות בדרך של פעילות יתר  
קיינית, שמהינה פיזיולוגית נראית חסרת היגיון. קל להתפתות ולומר שהגוף השtagע" (מקהגל, 1998).

הפסיכולוגיה הרפואית מותבססת על המודל הביו-פסיכו-סוציאלי, אשר מתייחס לבリアות וחולן כتوزר של שלוב של גורמים, שבחלקם הם מאפיינים ביולוגיים (למשל, פרה-דיספוזיציה גנטית), מאפיינים התנהגותיים (סגן חים, דחק) ומשתנים חברתיים (השפעות תרבותיות, יחסי משפחתיים, תמיכה חברתיות).

עדיף משקל הוא דוגמה לתופעה המערבת את הגוף (יבו), הנפש (פסיכה) והחברה (סוציאל). אין ספק, שהIMPACTם העיקרי בעודיף משקל בא לידי בטוי בגוף, בסומה – מסת גוף גבוהה ביחס לגובה ולגיל, כאשר מדובר בילדים ונוער. חלק מהסתיבות למצוב של עדיף משקל, ואשר מעורבות בהתמודדות איתו, קשורות באופן ישיר לתהליכים פסיכולוגיים-רגשיים כמו יכולת לויסות ורגש, סגנונות התמודדות עם דחק ועוד. בנוסף, לא ניתן על דבר על עדיף משקל בלי להתייחס לאופן שבו החברה המערבית מטפחת את אידיאל הגוף הרה והחטוב, בעיקר אל מול הרתעה והסלידה מיי שאנו עודם באוטם קרייטוריונים. אצין רק את המיטרים הסמיים והгалויים שאליהם נחשפים ילדים מגיל צעיר ביותר, באמצעות המדיה, שלטי החוצות וכו', שבחורים להציג איזון דמיות נערצות, אשר גוף מייצג את הגוף האידיאלי שלו ימי נער שואפים להגיא. כאשר אוטם ילדים ובני נוער אינם מצלחים לעמוד בדיומי הסטריאוטיפי של הרה והחטוב, הדבר עלול להוביל לאשמה, להערכה עצמית ולידיומי גוף ירודים (Brownell & Schwartz, 2004).

當然, עדיף משקל הוא תופעה מורכבת עם השלכות אסוציאטיביות וחברתיות מוגבלות. כאמור, עדיף משקל הוא תופעה מורכבת עם השלכות פסיכולוגיות וחברתיות משמעותיות, אשר פוגעת באנשים בגילאים שונים, ממצב סוציאקונומי רחב וממדיניות מתועשות ומתפתחות יחד.

על אף הבולטות בילדים של עדיף המשקל, תופעה זו הזנחה במשך שנים רבות. במהלך שבי העשורים האחרונים עלה בעולם (בעיקר בעולם המערבי) באופן משמעותי שיעור הילדים והנוער הסובלים מעודיף משקל, עד כי כוים התופעה מכונה Globesity. בשל התפשטות תופעת עדיף המשקל לחילוק נרחבים של כדור הארץ, כולל-Calala שבמעבר התופעה לא הייתה מוכרת בהם. כוון, ההתמודדות והניסיונות לצמצם תופעה זו הם בראש סדר העדיפויות של מרבית המדינות המתועשות, מתוך מניע סבל ממחלות ומהפרעות בריאותיות הנגרמות כתוצאה של עדיף משקל.

עדיף משקל נמצא קשור עם מחלות קרדיו-סකולריות, סוכרת, כאביגב, סרטן, לחץ דם גבוה, שbez מוחי ותמותה (Ogden, 2000, Bray, 1986, Chan et al., 1994). נמצא, כי רוב הביעות הגופניות נמצאות במתאים גובה עם עדיף משקל חשוב. במחקר שבו נערכ בעקב אחר ילדים ומתבגרים שמנים בשוויה במהלך 40 שנה, הוזגמו תחלואה ותמותה מוגברת ומקודמת במוגברים שהיו מוגברים שמנים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Mosseberg, 1989, אצל צראף, 2004).

# לידים נורו הפסיכולוגיה מודרנית: הרהרת, מהדרת והתרמות פסיכולוגית אונר ללה

## הטיפול הפסיכולוגי

הפסיכולוג הרפואי המטפל בעווית של עדף משקל משלב בצוות וב-מקצועי הכלל מkeitוותם בראות נוספים (רופא, תזונאית, אחות ועוד) ותורםழיע הייחודי ומוכלים הטיפולים שלהם. חלק ניכר בעבודת הפסיכולוג הרפואי עם אוכלוסייה זו מתמקד במינעה ובהפחתת הסיכון לחולי באמצעות עוזה קלינית, שילוב של מרכיבים פסיכו-חינוכיים (psycho-education) ומהירות.

מחבר טוען זה עובד במרכז לבリアות וספרט לילדים ונעור בבית החולים "מאייר" בכפר סבא. מרכז זה מטפל בילדים ובילדות אשר ה-*BMI* שלהם גבוה מהאחוזון 85%. לפיך, הדגש בעבודתנו הוא על שניינו החיים הקויים אצל משפחות הילדים הפוקדים את המרכז, והטמעה של שניינו חיים חדש אשר תומך בתנהגות פעילות גופנית) ובהרגלים (הרגלי אילה) בריאות. בעבודתי הקלינית נשפטתי לחוויות סובייקטיביות דומות למטופים בספרות, של ילדים שחשו חוויהם ומופלים לרעה על-ידי מבוגרים (למשל מורים) וחברים לכיתה בשל עודף המשקל שלהם, גם כאשר עודף המשקל לא הפרע או גרע מביצוע המשימה שדרשה.

## דוגמה להתרבות פסיכולוגית-בגישה התנהוגית לשינוי הרגלי חיים אצלם ליד הסובל מעודף משקל:

ר', אשה בשנות הארבעים לחייה, נשואה ואם לשניים, הגיעה לטיפול במרכז ספרט ובריאות לילדים ונעור עם עודף משקל בעקבות קושי של בנה בן 10 איתי (שם בודו) לדת במשקל. בנסוף על עודף המשקל, גילתה איתי גם קשיים בהתארגנות בובוקן לקראת בית הספר, ולפי דיווח מחנכת היכיתה שלו, הוא נהג להפריע בעמנים השיעורים. מבחינת ציונים היה איתי תלמיד ממוצע. אמו נהגה לשבת אותו כשלוש שעות מדי יום על הכנסת שיעורי הבית.

לאחר שבשני המפגשים הראשוניים בנינו יחד רשותה של נושאיהם שדורשים עבודה משותפת, החלטנו על טיפול שיטתי-ANDARD בנסיבות ההווית של ר' כדי לשינוי הרגלי החיים של איתי, הקולים הסמכות ההווית של ר' כי ככל לשינוי הרגלי החיים של איתי, הקולים את נושא החובות של איתי כתלמיד ואת נושא התזהונה וההיענות לטיפול (Adherence) במרקם הספרט. ר' נעה במולר המפגשים בין צורק להציג את איתי כילד בוגר, מנaging ועצמאי אשר יודע להחליט בנסיבות עצמו מה טוב לו (לאכול, לצפות בטלוויזיה, עם מי לשחק וכו'), לבן תואר של אותו יכול שהנתנווותו הבלתי צפיה המלווה אצלה בתהווית חוסר אונים בכל הקשור להתמודדות עם קשייו של בנה. בהדרוגה הchallenge ר' קיבל את העבודה שהוא, כאמור, נמצאת במרכז העשייה הטיפולית שלנו בחדר, ולא בנה, של איתי, נמצאת במרכז העשייה הטיפולית שלו בחדר, ולא בנה, על אף שהשינה נסובה סביבה מרכיב היחסים שבין ר' לבנה. הגדרתו יחד במפגש השלישי יעד לטיפול שיימשר על פניו 12 מפגשים בני 50 דקות. סיכמנו שאיתי יתוגמל על כל התנהוגות רצואה ולא יתרוגמל כאשר אינו מ מלא את המוצפה ממנו. לאחר שנענשתי עם ר' לגבי יכולותיו הכלליות, סוכם על תגמול של שני שקלים על כל יום שבנו איתי מ מלא את חובותיו – מכין שעוי בית, מסדר תיק לבית הספר ואוכל את האוכל שאמו הינה עבורה מבעוד מועד. במפגש הרביעי דיווחה ר' כי לא עמדה במשימה והביעה את הקשי שלה לחזיב גבולות בורותים לאיתי ו"להיות כמו שוטרת ורס"ית", לדבריה. לפיך, מפגש זה הוקדש כולו להתייחסות לקשה של ר' להוות אסטרטיבית כהוועה כפי שהיא מתחזקת בעבודה. במפגש עלי תכנים שלה כללה, אשר

ביצה דמיון מעוררת התפעלות את כל מה שהוירה דרשו ממנה. התכנים החינוכיים שעלו מצדך כמטרה התיחסו לחשיבות הגבולות הבורים בכלל גם לנו כמבוגרים במקום העבודה, בקשר וכו') ועל אחת כמה וכמה לילדיים אשר העולם אין מוכר להם. הסברתי את החשיבות בהבנית סדר פנימי והויגן בעולם עבור איתי, אשר לשם כך עלי להבין באופן ברור ומודגר עד כמה שיטות כהה מצופה ממנו, מה התגמול שייגן לו על התנהוגות רצואה, ומה לא יזכה להשג בעקבות התנהוגות לא רצואה או לא בריאה (כמו סוג אוכל שימושים, כמיות אוכל מוגמות,angan חיים שלא כולל פעילות גופנית ועוד).

החל מהפגישה החימישית החלה ר' לבוא לפגישות שלנו לאחר שישיימה את תוכנית התגמולים ביתר קלות. היא דיווחה כי איתי מצליח לרכוש הרגלים של זורקת הכיסוי המולוכת לסל, הוא מסדר את תיק בית הספר לזרקת היום המחרת והחל לאכול על-פי תפריט שוטכם עמו מראש. כמו כן, ר' דיווחה שהוא אינה מקדישה יותר משעה ביום לעבודה משותפת עם איתי על שיעורי הבית. מה שהייתה בולט לא פחות הוא תחשות השיטה שזרזה לר', והעובדת שיכלה כתעת לצפות ביתר קלות את התנהוגות של בנה, אשר הגיב בצורה יפה לדרישות הבורות של אמו ממנו ולכך שהתגמול עברון לאஇחר לבוא. התנהוגות של אמי מונע מכך שהתגמול עבורן לאஇחר לבוא. סיימנו את 12 המפגשים בבקשה של ר' להמשיך להיפגש בתדירות נמוכה יותר, כדי לשמר את התוצאות משיבות הרצון וכי לבסס את בUCHונה להוות עבור בנה גורם, אשר מצד אחד מצב דרישות ברורות וחד-משמעות בהתאם לCOLות, ומצד אחר מתגמל בהתאם למאכרים ולתוצאות שהוא משיג.

### ביבליוגרפיה

1. להק, א., גולדצוויג, ג. (2006). **מאפיינים פסיכולוגיים והתנהוגותים של ילדים ונעור עם עודף משקל והשווה לילדיים עם סוגרת 1 type.** עבודת גמר לתואר מוסמך בפסיכולוגיה. המכללה האקדמית תל-אביב-יפו.
2. מקודגול, ג. (1998). **תיאתוני הגוף.** הוצאה לאור.
3. צראף, ק. (2004). **הערכת עצמיה ובדידות חברתיות ורגשית בקרב מטופלים עם השמנה.** עבודת תזה. הפקולטה לרפואה. אוניברסיטת תל-אביב.
4. Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1 year follow up. *Psychology, health and medicine.* 9 (4). 456-475.
5. Ogden, J. (2000). **Health Psychology.** Open University Press.
6. Rogge, M. M., Greenwald, M., Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *Advanced in nursing science.* 27 (4). 301-315.
7. Troiano, R. P., Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics.* 497-504



# האישה בחדר הטיפול הפסיכולוגי

## טיפול פסיכולוגי בנשים, מגובה מחקר ורגע לאמונה, תרבות ומוסר

**יששכר עשת:**  
**פסיכולוג קליני,**  
**מדרך בטיפול**  
**משפחתי, מנהחה**  
**בתוכניות של**  
**ד"ר יאיר כספי**  
**"פסיכולוגיה**  
**ביהדות". מדרכ**  
**ומורה במחלקה**  
**לרפואת משפחה**  
**בטכניון חיפה.**  
**חוקר, לומד,**  
**מלמד ומטפל,**  
**בין השאר,**  
**גם באטען**  
**החיבור בין**  
**פסיכולוגיהCMD**  
**מגובה מחקר**  
**רפואית – בעיקר**  
**מעולם רפואי**  
**המשפחה –**  
**אמונות, תרבות**  
**וערכי מוסר**  
**בעיקר בתחום**  
**ההגות וההלכה**  
**היהודית.**

**ד"ר שלומית סייג:**  
**מדרכיה ומומחיות**  
**ברפואת משפחה,**  
**מנהלת רפואית**  
**שירותי בריאות**  
**כללית בMSGV.**  
**מומחית בתחום**  
**בריאות האשה.**

2. נשים מעל גיל 55 סובלות מיתר לחץ דם יותר מגברים. יתר לחץ דם הוא גורם סיכון להתקפי לב ואירועים מוחיים, קר שהוא מסוכן יותר לנשים, שמתנות משbez' כוחו יותר מגברים. יתר לחץ דם אינו נוצר כתוצאה ממתחים נפשיים, אך הוא מושפע מהם. כדי לשמר על לחץ דם תקין, יש לשמור על משקל תקין, להפחית צריכתמלח בדייטה, לדחת צריכה אלכוהול, לבצע פעילות גופנית וטכניות הרפיה ולהימנע מעישון. במילים אחרות: להקפיד על אורח חיים (8).

3. נשים סובלות יותר מטסמונת המעי הרגזי, שהיא של כאבי בטן לסירוגין, שלשול ו/או עצירות ללא מחלת מזוהה. התסמונת קשורה בדרך כלל למצב לחץ וחרדה. 4. נשים סובלות יותר מטסמונת העיפיות הכרונית. גורמי המחללה לא ידועים וש' אף חילוקי דעתות לגבי אבחונתה. בכל מקרה,>ZHYO סימנים מוקדמים מסיע לאבחן את המחללה ולהציג סיעום מתאים.

5. מחlöות אוטו-איומוניות תוקפות נשים פי שלושה יותר מאשר גברים. אלה הן מחlöות שבן הגוף מייצר נוגדים נגד התאים של עצמוני. מחlöות אלה כוללות, בין השאר, אנמיות שונות, הפרעות בתפקוד בלוטות התריס, דלקות מפרקים ועוד. לכל התופעות הללו השלכות ישירות על מצב הרוח ועיפות הגוף.

6. נשים סובלות יותר מאי שליטה במתן שתן. תופעה מביכה זאת פוגעת לא אחת בנשים וביחסן העצמי של האשה וכן גם ביכולת יהנות מיחסים מין.

7. לנשים סוףocab נמוך יותר, והן נוטלות יותר טיפולות לשיקורocab. נשים עד גיל 65 סובלות יותר ממינגרנה מגברים. חיים עםocab גורמים לחולשה, עייפות, ירידה ומהתמכרות לטורפות נוגדותocab, שאחדות מהן גורמות לירידה בחינויות.

8. נשים מתאשחות בשל אסתמה יותר מגברים, על אף שהן ידועות לטפל בעצמן. לאור הנtanון שההעישון פוגע יותר בתפקוד הנשייה של נשים, יש לעודד נשים להימנע מעישון ולחות גורמים מעוררי התקפים.

9. נשים נמצאות בסיכון ללקות במחלות לב איסכמיות עשר שנים מאוחר יותר מאשר אצל הגברים, אולם מחלות לב היא גורם התמותה מספר אחד בקרב נשים, בדיקות כמו בקשר גברים. לאור נתונים אלה, יש לעודד פעולות מניעה כמו תזונה נכונה ופעולות גופנית, הפסקת עישון ושמירת משקל בשני המינים אחד. פעילות רפואיות זו חשובה במיוחד נוכח הנתונים המצביעים על כך שגברים עוסרים יותר צנורות וניתוח מעקפים מאשר נשים, והנתונים שמראים שה坦מותה שנה לאחר התקף לב גבואה יותר בקשר נשים מאשר אצל גברים. ולמרות זאת, נשים מקבלות פחות הנחיות לשיקום לב.

10. מספר הנשים שהן נשאות של נגיף HIV וחולות באירועים גבוהים מעט مثل הגברים. המחללה גם עוררת לעובר ועם ההנקה. במילים אחרות: האשה נמצאת בסיכון גבוהה יותר לעצמה ולתינוקה. לכן נשים שאין להן בן קבוע

**■ יששכר עשת בסיעוד רשות ד"ר שלומית סייג, רופאת משפחה בכירה**

### מבוא

במהמשך למאמר "מבוא לרטריה פמיניסטית" (1), מובאים להלן חומר ונnotations הלקיים מוגף ידע רפואי חדש מתחום רפואי שמפתחת בעשרות השנים האחרונות: בריאות האשה. מאמר זה הוא גם דוגמה נוספת לטיפול פסיכולוגי מגובה מחקר ורגע וגישה לאמונה תרבות ומוסר (2, 3).

תחום "בריאות האשה" מוגדר על-פי האקדמיה הלאומית לחינוך רפואי לרבריאות האשה (4, 5) כ"שיעור הבהירות ומונעת מחלות בנשים באמצעות סיקיקה, אבחון וטיפול במצבים המייחדים לנשים, שכחיהם יותר בנשים, רציניהם יותר בנשים, שבהם ההסתמנות, גורמי הסיכון או ההתערבותות שונים בנשים". מאחר שלכל מחלת פיזית שיש להשלכות פסיכו-סוציאליות על תפקוד הפרט במשפחה, בעובדה ובחברה, המטפל שעבוד עם נשים, זוגות והורים אמרו לתת דעתו גם למצב הבריאותי של האשה.

בחלקו הראשון של המאמר טובא סקירת ספרות, שمدגימה את ההיבטים המייחדים של בריאות האשה ואת ההיבטים המייחדים של בריאות הנפש של האשה. בחלקו השני טובא דוגמה טיפולית ניתוח המקראה יוקדש לחישפת סדרת המלצות כליליות לטיפול בנשים, כפי שגאנבו במחלקה לרפואת משפחה בקורס בריאות האשה. המלצות מבוססות על מחקרים בתחום.

### 1. בריאות האשה: הבדלים בי-פסיכו-סוציאליים בין גברים לנשים

#### א. להבדלים פיזיים בין נשים לגברים יש השלכות פסיכו-סוציאליות על חי האשה

עד לשנים האחרונות לא ערכו החוקרים הרפואיים אבחנה ברורה בין נשים לגברים. כתוצאה לכך, הדעת לגבי מחלות שונות והשפעתן על חי האשה היא לא מדויקת. רק בשנת 1993 פרסם משרד הבריאות האמריקאי הנחיות קליניות, המכילות שיטות

נשים בכל החוקרים וניתוח תוצאות מחקרים לפי מין ומגדר. אחר המשרד לרבריאות האשה של משרד הבריאות האמריקאי (6) מציג חוקרים וסקרים עדכניים על נושאים ייחודיים לנשים בענייני בריאות פיזיות ונפשית של האשה בהשוואה לגבר. הדגימות הבאות ממחישות את חשיבות הבנת ההשלכות הפסיכו-סוציאליות של מחלות ששייכות יותר אצל נשים מאשר אצל גברים.

1. סוכרת סוג 2 שכיחה יותר בקשר נשים. סוכרת מגבלת את איקות החיים של החולה בגאל הצור לשמר על תפריט מאוזן ולפעמים גם בשל טיפול תרופתי קבוע. חולות סוכרת מדווחות על פחדים וחששות מסיבוכו הסוכרת, כגון עיורון, סיכון מגבר להתקף לב, כיבים ברגליים עד לסכנת קטיעה, בעיות במערכת העיכול והשתן, הצורך בדיאליה, אובדן תחששה, שחחוות, אירוע מוחי ועוד. חוקרים גם מראים שיתכן כי יש קשר בין אירועים טראומטיים לבין התפרצת סוכרת (7), מה שמחיב אותנו להיות ערנים לאפשרות להתרצות מחללה זו אחרי טראומה שאשה עוברת.

נשים במאה
ה-21 מנשות
שלב בין הגשמה עצמית בעובדה לבין חי משפחה נשים שעבודות מחוץ לבית סובלות מרגשי אשמה אם אין משקיעות מספיק בשני העולמות הללו האיזון בין המצבים הללו מרכיב ומוותנה, בין השאר, גם בתמיכת הבעל, וגם בתמיכת הבעל

**1. תסמונת קדם וסתית:** תופעה הקיימת אצל 70 אחוז מהנשים. מותבטאת בתנדותיות ואי שקט נפשיים ובתחשות גודש, נפירות וכאבי ראש.

**2. הירון ולידה:** מלווים בחששות מושנים בגין האשה אחרי הירון, חששות ממומים בעורב, חשש מעומס אחריות אחיה הלידה, חששות לכליים וחשש מפגיעה בתפתחות האישית. שלבי הירון השנים האחרונות נושאים בחובם קשיים רגשיים, הנובעים מתופעות פיזיות שונות שמתעוררות בשלוש הראשונות של הירון, ותחשות מלאות וכבדות בשליש האחרון של הירון. תחילה הלידה הוא גם גע הביראה, גע חיקוי מעשה הטבע ואלהיים, גע של התעלות גששית עצמה.

**3. דיכאון לאחר לידה:** גע הלידה מעביר את האשה לעולם חדש שלחוויות. למימוש מרכיב משמעוות – האמונות. אבל יותר ממחצית מהנשים מדווחות על דיכור שנמשך כשבועים, וכעשרה אחוזים מהайлדות סובלות מדיכאון אחיה לידה, כולל קוונטילקט בין גששות אשם בגין או הטיפול בתינוק וחששות גדולים מפגיעה בתפתחות האישית המקצועית. במקרים נדירים מתלווה לדיכאון פסיכון לאחר הלידה, המחייבת שמיורה הדקה ולא אחת אשפוז, כי יש בה יש סכנת חיים לתינוק ולילדה.

**4. אבל בעקבות הפליה טبيعית ומלוכתית:** הפלות מעילות תגבות אבל ברמות שונות עם תכנים של גששות אשמה וחששות מהירון נוספת. יש נשים שנכנסות לUMB של אבל פתולוג. אובדן החיים שהתרחש בגין האשה הוא מפגש מזען של כוחות ההרס והחורבן.

**5. בעיות בפוריות:** האפשרות שאשה לא תשתמש את ייעודה האימוני היא משבר מתמשך המלווה בחששות Mai הבאות ילדים לעולם, אי היכולת להקים משפחה, בידוד חברתי, נטישת הבעל ואובדן הערך העצמי כאשה. טיפול הפוריות מלווים באין נוחות רבה, תסקולים, קשיים בתפקוד מייניג ופגיעה ביחסים בין בני הזוג. כאשר סופסוף יש הרון, יש בדרך כלל מספר עוברים ובני הזוג עומדים לפני דילמה קשה של לודית יותר מילך אחד.

**6. כריתת שד וכריתת רחם:** קיימן קושי רגשי ורפואי רב להיפרד מהרchrom והשדים, שני איברים המנסלים יותר מכל את הזחות הנשיות והאימונית. מעקבים שנעשו בקרב נשים אחרים כריתת רחם ושדים מראים, בין השאר, שאלל נשים רבים יש תגבות אבל דיאוניות בשלבים הראשונים לאחרי הניתוח. נשים גם מתלוננות על שלא שיטפו אותן בהחלטה על התהילה. בהמשך, חלק מהנשים מדווחות על פגיעה בדמיון הנשי בעקבות כריתת שד, ומצד שני על תחשות בריאות והנהר רבה יותר מיחסים מין בעקבות הזצת הרחם.

**7. גיל המעבר:** גיל המעבר מלאה בתופעות פיזיות שగורמות לא אחת לאי נוחות רבה, אבל גיל המעבר הוא יותר מאירע ביולוגי פשוט. גורמים חברתיים ותרבותיים תורמים ורבות ל"איך" האשה תגיב לגיל המעבר. החברות המערביות מייחסת ערך גבוה להארכת הנעורים. בחברות

מודאגות יותר וחוששות יותר בזמן קיום יחס מיין. חשוב לעומת זאת נשים לא ליחס יחס מיין ללא קומודום.

באופן כללי, הסקרים מראים כי נשים מתלוננות יותר על מצב בריאות לקו, אך דוגמאות אלה מוכחות כי הן צודקות. מכאן שהמכפוף אמרו:

1. ליהיות מעודכן במידע הבסיסי הקשור לבריאות האשה.

2. לעודד אותה לבצע בדיקות מוקדמות ומעקבים בתחוםים רפואיים שונים ולטפל בעצמה כראוי.

3. אם האשה חוללה,علוי ל懂得ה להתייחס בהתאם להשלכות הפסיכו-סוציאלית הקשורות למחלתה שמננה היא סבלת.

חסר ידע בסיסי זה עלול להביא את המטפל ליחס קושי אצל האשה לבניה נפשית, כאשר מדובר בעצם בנסיבות פסיכו-sociale של מחלת פיזיות. במקרה אחדות: לטענות באבחנה ובטיפול.

**ב. היבטים ייחודיים של בריאות נפש בנשים**  
הבדלים בין גברים לנשים קיימים גם בתחום בריאות הנפש (6). לפי אברמוביץ (9), נשים מדווחות על תחשות פחד כתוצאה של מודאגות למשפחה, איזומים כלכליים, עוני, אונס, אלימות והתעללות מיניות, נפשית ופיזית כלפיהן וככלפי הילדיים. לדעת אברמוביץ, בריאות הנפש של האישה תלויה מאוד ביכולת לשמר על איזון גיליגן (11), טעונת נשים במאה-21 מנסה לשלב בין הגשמה עצמית בעובדה לבין חי משפחה. נשים שעובדות מחוץ לבית סובלות מרגשי אשמה אם אין משקיעות מספיק בשני העולמות הללו. האיזון בין המצבים הללו מרכיב ומוותנה, בין השאר, גם בתמיכת הבעל. גיליגן (11) מצבעה על העובדה שהחברה הגברית עדין אינהאפשרת לאשה לבטא את עצמה.

על-פי אברמוביץ (9), ממצאים מראים כי נשים משתמשות בשירותי בריאות הנפש יותר מגברים. הממצאים גם מראים שקורבן למחלות הנשים סובלות מdicekan אבל מתאשפות פחות מגברים. לדעתה, יתכן שהנשים מוסיפות לתפקיד למורות תחשות הדיכאון והחרדה, ואילו גברים מתאשפים בעקבות משבר נפשי.

מחקריהם סוציאולוגיים קושרים הבדלים אלה לתפקידה החברתית של האשה, למצוות סוציאו-אקונומי נחות ולסכנות היית שהיא נתונה בה להתעללות מינית ולאלימות. גם הבדלים ביולוגיים יכולות להסביר את הבדלים בין המינים ב מידת ההפרעות הנפשיות, במיוחד הבדלים בתפקוד הורמוני (12).

כל שלב בمعالג חי האשה השלכות ותנועות פסיכו-סוציאליות המשמעותיות שחשוב להכיר, להגות ולסייע (12). הגשה הבינו-פסיכו-סוציאלית (13) מדגישה את היבט המשפחתי בהקשר של חולן, וכן גם יש חשיבות רבה להדרכת הבעל בנושאים הללו. הדרכה מתאימה תאפשר לו לפרש מצלבים וגשימים מסוימים כנובעים לא רק מהיחסים בין בני הזוג, וכן להוות לאשתו דמות תומכת ומשמעות באופן רגש ועליל.

זוהר קדוש (12) סוקרת במאמרה גיגים ממשמעותיים בחו"ל האשה הקשורות לפוריותה, ואת התופעות הפסיכו-סוציאליות העיקריות שלולות להויזר ברמות שונות של סבל:

הילה גם כואבת את בעיות הפוריות שלה, אבל מור בתה תלמידה מצטינית ועולה על כלנה.

...השורט כבר לא היה שם, כשהילה עברה את הצומת באור אדום. הצומת הוא פרשת דרכים, אך השכינה איננה שם. מור מבוהלת ושותקת. יש בה שירדים של אשמה עטומה על שהעבידה את אמה. אבל מכאן ועד לחשוב שהיא עשוה דבר, שהסיכון שבו היא נתונה גבוהה... המרוחק לא גדול, אבל היא אינה חוצה אותן. הילה יוצאת בחיים פרשת הדרכים. שוכבת פצעה בビתה שבועות רבים. מור מתלבטת כיצד לחלק את הזמן בין אמא, הלימודים והילדים. עכשו מור נוהגת את רכב האש בכבישים בכיוון הפוך ובעצם באותו הכיוון.

מור, שכבר נמצאת אצל בטיפול כמה שבועות, מסיימת את סיפורה ומשתתקחת. ברור לנו שהחובושים הקוריבים לא תוכל להגיא לשיחות הטיפוליות. עכשו היא ובעל יושבים מולו. זו הפגישה האחרונה ביןתיים. במה אחר כמסר אחד אחרון?

"אין זדק בעולם", בוכה מור. אני מփש תגובה משולבת בין חמללה לאמת. אם היא תמצא את השילוב הנכון עבורה, הסיכון שתיפגע יקטן. "אמא שלך ואת לא שמתן לך שהיה לא יכול", אני מנסה בעדנות. "אם כעסת עליה מאד... היא הגזימה לגמר", מודהה מור עם דברי. "אצלה הkn לא התורן". גיל המUber של התמלא בטיפול באמא ובהתגויות לטבות הנכדות. אלה חיים עשרים, אבל היא הגזימה במאמה שלקחה על עצמה. ואיך זה אצלר?!, אני מסיים ופונה אל הדור הנשי הבא, מור.

"יש לי ברירה?"

"היה לך מי למדוד", אני עונה ברשעות. מור משפילה מבט. CAB האשמה איננו מאפשר לה לזהות את אחירותה. השקט ברור מאד. אני פונה לבעלה: "הדרך אל לב האשה וגופה עוברת דרך חילקה בנטל הדאגות. תdag יותר לילדים, תיתן לאשתך הוראות ברורות של מנוחה והורדת עופם. אבל אם לא תיקח חלק מהdagות המשפחתיות, היא לא תעוצר אפילו באדום".

"אין זדק בעולם", בוכה מור. "כל קרה קשה לך", הפעם אני מתחשב ואמפטן.

"אני מתמכמת", בוכה מור. כמו אמא, אני מצין בחמללה ורכות. הדמעות אינןאפשרות לה לראות לא החוצה ולא פנימה. קול דממה נשמע לדקה.

"שים לב, זה אמיתי. היא חייבת לעצמה את ההתקפות המקצועית ואת האימחות גם יחד. ללא עזרה ממשית ומעשית שלך, זה לא יLR", אני מאיים על בעלה.

"אין זדק בעולם", בוכה מור. "חייבים לדבר על זדק?", אני שואל אותה בעניין. "זה העניין", היא מגיבת. "אתה מבין... אחרת אין טעם בחיים. ככל כל קר דאגים לעצם. איזה מין עולם זה? לאף אחד כבר לא אכפת מכם. ועכשו התאונה הזאת... אני כל קר כעסת".

"על אלהים?", אני מנסה בעניין. היא מביטה אל תוך עיני בשנהה... לרגע אני נבהל, אבל לא!

משמעותם רבות בעולם, האשה מצפה לגיל המUber משום שבגיל זה מגעים כבד ומנוחה מליחות. בגיל זה מתרבים החששות הביריאוטים של האשה בעקבות דיונים על מחלות לב, אוסטיאופורוזיס וسرطان השד, והוא לא אחת מטיפולים גם בהורים קשישים ובנכדים. אחרי תקופת הסתגלות ראשונית, גיל המUber יכול להיות לא "גיל הבולות" אלא "גיל התתגלות". פרשת דרכים שבה יתכן מעבר אפשרי מפוריות פיזיות לפוריות וחונית, קהילתית, חברתיות. דרך פעילות רוחנית, קהילתית וחברתית ניתן לשוב ולהיפاش עם התהווות הגוף הנעלות לקרה. המגע הגוף המחויש עם בן הזוג האחוב והאהוב.

## 2. נתקבל הבל פיך לפני כרייח ניכוח

הילה היא בת 60. מנהלת חשבונות, אם טוביה, בת נאמנה, מטפלת באמה החולה שבועות רבים. יומם יום היא מתמכמתת מעיפות. עובדת ביום, נהגת עייפה בצהרים לבקר את אמה החולה ולסיעו אותה כמה שעות, נהגתليل – כשהיא במצב של עייפות מסוכנת – חוזרת לביתה כדי ליקום מוקדם לעובה, ורק הלאה.

mdi פעם, כשהיא יוצאת בצהרים מעבודתה, יוצאת בת קול ומלטפת את דמותה: "לי אכל' בשמחה לחמר, נתקבל הבל פיך לפני כרייח ניכוח". האם הייתה זה קולה של אמה הטובה, או בת קול משימים? הילה אינה שומעת את קול אמה ולא את הקול משימים. נאמנתה העזה של הילה לכל פעילות צורchat מאימה. יצר הרע חוגג עד הגג. עוד מעט תתמכמת ותפסיק לנחל חשבונות. מי יכול בכלל לשמעו ממשו ברגע זהה?

...בדרך לאמה, השטור שעוצר את הילה מתלבט ורגע אם לרשום דוח. מתרשם לרגע מסיפורה הכן על העומס שהוא נושא בו. "להיות טוב או להיות רע?", הוא שואל בינו לבינו. קולה של בת הקול מתגבר לרגע. גם השטור שומע אותה. "אם אני רע אליה, אני עשו לה טובה גודלה".

"תכתוב. תכתוב לי דוח", מתחנן הילה בכל לבבה ובכל נשמה ובכל מואדה, אבל במילים שנשמעות היא אומרת: "תסלח לי.... רק הפעם....".

בת קול עונת חלושה שבו עוטפת את הילה: "לי אכל' בשמחה לחמר, נתקבל הבל פיך לפני כרייח ניכוח". או בשפתה של אמה, שהחולה מחילשה אותה: "את ילדה טוביה, תונמי. שיישאר לך לעובודה ולמשפחה שלך". השטור מmort. הילה מתညעה את רכב האש וממהרת לאמה. היא הרי כבר מאחרת.

אמה של הילה נפטרת. קולה חנק באלבומים ישנים. בת קול כל אין שומעים בימיינו. הילה החרוצה בת-60 ממשיכה להיות עייפה. היום היא מטפלת גם בשתי נכדות. אמן של שתי הנכדות, בתה היחידה מורה, בת 35 ועסוקה מאוד: היא מסיימת את לימודיה ועכשו תקופת בחינות. לעת ערבית, כשהילה יוצאת עייפה וממוטטת מבית בתה מורה, מור שותקת. היא אינה חסה על אמה שלה. כפי שנאמר, אין בת קול ואון קול אם. אמה של הילה והילה לימודה את מורה לא לנוכח.

### 3. ד"

הנתונים שהובאו במאמר זה עליה, כי תרפיה מרכזית בבריאות האשא איננה השקה, כפי שטוענות המחברות במאמרן "מבוא לתרפיה פמיניסטית" (1). תרפיה מרכזית באשה היא ברובה נזון עובדתי מוגבה מחקר. لكن גם אין צורך להשתמש בביטוי תרפיה פמיניסטית, אלא מותאים יותר לומר: "תרפיה מוכנות לבריאות האשא". لكن הוא מחייב אותנו על-פי האתיקה המקצועית, למשל על-פי הניסוח בקוד האתני של הסדרות הפסיכולוגים בישראל (2). עיהון א': "...עליהם להדקיף על התעדכנות בידע מדעי או מקצועיע רלוונטי הקשור לשירות שאותו הם מעוניינים". במקורה שתואר, הילה בת ה-60 לקחה על עצמה בגין המUber משימות מעלה בעקבותיה. הן לא הצליחו הגיעו לאיזון הנכון בין נאמנות למשפחה לבין הפתחות האושיות שלהן, וכן סבלו מחשש קשה. כשרילה פגשה את השוטר, היא התחננה לו"ח התנעעה. היא יייחה שמשהו שומר עליה עצמה. אבל לא היה לה למי לפונת. כתכתב. כתכתב לד"ח", התחננה הילה לבלה לשוטר, שהיא כמו שליח של הוקש ברוך הוא. אבל מיפוי ציאו מילים הפקות: "תשל ל, רק הפעם...". השער נסגר, ההזדמנות להינצל הוחמצה.

הנתונים המחקרים בתחום בריאות האשא מאפשרים לנו לבחנה ברורה יותר בין מחלכים טיפולוגיים מובוסטי מחקר לבני מחלכים טיפולוגיים שהם פרי אמונה וערבים שלם, שביהם אנו אמורים לשולש על כדי לא להטות את הקף לכיוונים לארצוים למיטופלות. בתחום בריאות האשא, ובין הם הערכים שהוכתו על-ידי עולם גברי ואנום מותאמים לעולמה של האשא.

להערכת אברמוביץ' (9), נראה שמטפליים לא הוכיחו להעניק טיפול ייחודי לנשים. לדוגמה, נשים פונות קודם לרופאי המשפחה בעבודות הקשורות בשן בעלות ביטוי פיזי (עיפות, כאבים, חולשה). היא טוענת כי יש לבנות תוכנית שתכשיר את רופאי המשפחה להזות מצחים ייחודיים לנשים ובמקרים ובטים גם לטפל בהם. דוגמה לקורס "בריאות האשא" לרופאים מתקיימת בשלוש השנים האחרונות במחלקה לרופאות משפחתיות (14). בדומה לקורס זה, יש חשיבות להכשרת מטפליים מתחום מדעי ההתנהגות לקבالت ועכ"צ לטפל טיפול מיוחד מכוון לבריאות האשא. מאמר זה הוא חלק מתהליך חשוב זה.

משרד הבריאות האמריקאי (6) הוציא קול קורא לרופאים. לנשים יש תפקיד מרכזי בשימירה על "בריאות האומה", היוט שהן אלה שמקבלות את רוב החלטות הבריאותיות במשפחה, הן מחפשות עזרה רפואיות יותר מהגברים, הן עוסקות במוניה ומתעניינות במידע רפואי עדכני. נשים משוחחות יותר מגברים עם נוטני שירות רפואי. "שרות הבריאות של המשפחה", כך מכנה סייג (14) את האשא. לפיקר מומלץ:

1. להעיצים את המטופלת במידע אכן וחשוב.
2. לשמר על שולחן העבודה מידע רפואי על בריאות האשא ועל בריאות בכלל, כדי שניתן יהיה למסור אותו למיטופלית.

השנה אינה מכונת אל"י אלא אל"ו. "אי אפשר לסבול את העולם הזה", הוא זעקה מכב מחל בкус גדול. "אני מכמי שבירוד תצליחו", אני שוב פונה אל בעלה. הבעל מהנהן בראשו, מתקרב אל מור ומחזק את ידה. זהו! הם מוכנים לצאת בדרך המסובכת. בעצם יש סיכוי גבוה שידאג לה שידאג גם לעצמה. "תנויחי יותר", אני מתרחק מאד. "תדאג שהיא תנוח יותר", אני פונה אליו. בrho. אני צריכה הרבה כוחות לעולם המוטוף הזה. אני חייבת לדאוג לעצמי יותר".

הם הלכו... בחדרי דממה. שעת שקיעה. מזמן מגיעה לאוֹתָה פרשת דרכים שאליה הגיעו אמה, הילה. היא מבוהלת עד אימה. מלאך המוות, שמחילף את יצר הרע בתפקיד, ממoutine לצדי הדרך לאסוף את שללו. הכוונות אורב לה. ממתינים לה עדין כל חדש מהזוויה אחד מציק, עוד הרין אחד, אובדן הפירות, הסתברות גבואה יותר מלבעלה ללקות בשbez מוחי, מחלת לב, סוכרת, דיליפות שתי, אסתטיקה, כאבים שונים. אם מתכויד במאכזרים הבלוויתי אפשריים לעשות הכל ביחד, העיפות תיצור חסור ריכוז בניהיגה, או חולשה בעלייה במדרגות עם סלים מלאים, והוא טיפול. אם תדאג יותר מדי לעצמה, היא עלולה להיכנס לדיכאון בעקבות סטייה מדרך החסד שקיבלה מאמה ומשושלת הנשים הארכיה. כי אולי לא יהיה טעם לקיום שללה. אין מי שינהה אותה. אם נמצא את השביל שלא, אם יתגלה לה אלוהים, היא תהיה מתקנת עולם. אני שם אותה,

מחפש לשמעו את אותה בת קול, לה זכתה הילה. ...שבשבועות הבאים מזור עסוקה מאוד. אני מתענין לשולמה בטלפון, שואל איך היא מסתדרת. "כשאמא תחלים, צטרכו לננה שיחות קשות על דרך חיכון. אוכל לסייע לך לננות את השיחה. יש לאמא כמה דברים חדשים למסור לך, אני מניה".

בהזדמנויות אחרות אני מציע לה לברר איך משפיעות על אמה התறפות נוגדות הכאב שהוא לוקחת. "אולי היא חלה יותר גם בגלל הכאבם? תשאל את הרופאים. אם זה באמת כך, אחרי שהיא תפיסק לחתת את הכאב יסתדר, אני מוקווה. אם זה לא מהכבדים, תגיד לי ונראה מה עושים. אולי זה קצת דיכאון". המלצה זו אני נותן, בגלל שנשים סובלות מטופעות לוואי של תרופות נוגדות כאב.

בוקר אחד מצצלת מורה מהעובדות. מספרת שהיא ואמה שוחחו שיחה ארכיה, עמוקה וכואבת. "אחרי השיחה החלה תלי לא לנוטע בלילה הביתה ונשארת לישון לידה. לי יקרה מה שקרה לאמא של". איחרתי לעבודה ולא הרגשתי אשמה. נו טוב, רק קצת..."

בחויכה ניכרה הקלה מסימית.

"אמן!", עניתי אחריו שסיממה את דיווחה.

בפרשת דרכים זו נבחנת תורת החיים של אם ובתה. נבחנים כליות ולב, מוסר וצדונות, והנה בת הקול: "לך אוכל בשמחה לחמר, נתקבל הבל פיר לפני כריך ניחוח". ריח סלמון בתנור עםسلط ירק וכוס יין מוסקטו מותקתק מזמין אותי. אורקה אשתי מנמנמת את שנת הצהרים שלה. ואני מביא אותה ואת מטעמה אל קרבי.

# האישה בחרור הפסיכולוגי / שכר נערת ושליחות סיג

## ביבליוגרפיה:

1. באומגולד לנד ג'. „AMILGARD M.“, יושגורוד ד„, מבוא לתרפיה פסיכיאטרית. **פסיכיאקטואליה**, ינואר 2007 עמ' 48-53.
  2. **קוד האתיקה המקצועית של הסטודרות הפסיכולוגים בישראל**, הפ"י, 1998
  3. עשת י„, טיפול פסיכולוגי מגובה מחקר ורגיש לאכמנת תרבותית ומוסר. לשוב למודל הרפואה, הגישה הביופסיכוציאלית, "מטפל למשפחה". **פסיכיאקטואליה**, ינואר 2007 עמ' 44-47.
  4. National Academy on Women's Health Medical Education sep 1994
  5. אתר משרד הבריאות האמריקאי, המשדר לביריאות האישה. <http://www.4women.gov>
  6. אינפורמצד אטור הרפואה הישראלית. <http://www.infomed.co.il/hyperTension.htm>
  7. אברמוביץ נ„, בריאות הנפש בקרב נשים בישראל, אתר לה בריאות, אתר האגודה לקידום בריאות נשים בישראל: <http://www.la-briut.org.il>
  8. גילגאן ק„, **בקול שונה**, התיאוריה הפסיכולוגית והתפתחות האשה, ספריית פועלם, 1995.
  9. זוהר קידוש ר„, סוגיות נפשיות בمعالג החיים של האישה, האתר האגודה לקידום הבריאות הנשים בישראל. רופאה פסיכיאטרית <http://www.la-briut.org.il>
  10. מרגלית א„, עשת י„, **"האדם שהחיפה הרחפה שבאדם"**. שפט עם: **שילוב פסיכותרפיה עם רפואי**. הוצאה הילגר 1997.
  11. סייג ש„, עשת י„, קורס בריאות האישה, המחלקה לרפואת משפחה טכניון חיפה, 2007.
  12. Wallis A.I., Ed. **Textbook Of Women's Health**. Lippincott-Raven 1997
  13. Chase HP, Cooper S, Osberg I, Stene LC, Barriga K, Norris J, Eisenbarth GS, Rewers M.: Elevated C-reactive protein levels in the development of type 1 diabetes. **Diabetes**. 2004 Oct;53(10):2569-73
3. להתעדכן בנושאים של בריאות האשה.  
4. להעמיק את המודעות להשלכות הפסיכו-סוציאליות המזיהדות של בריאות האשה.  
5. להעמיק בהכרת אוכלוסיות מיוחדות מיוחדות להן תרבויות, מנחים ואמונה משלן.
- 4. מסרים בעין "בריאות האשה" לשולחן המתפל ולבעליהם.**  
לסיום, להן מסרים מתוך קורס "בריאות האשה" (14), לשולחן הרופא והמתפל, כפי שגובשו מתוך הספרת המקצועית ומתוך ניהול הקורס.
- עקרונות לבעל ולשולחן הרופא.**
1. יש להיות מודעים להבדלי מין ומגדר בכל מפגש עם מתופלים ומטופלות.
  2. רוב המדענים הרפאים נעשו על גברים. לכן הידע לגבי הרופאי לגבי נשים אינו תמיד מדויק.
  3. נשים נזקקות לשירותי הבריאות יותר מגברים.
  4. נשים רبات מתפקידות כ"שירות הבריאות" של המשפחה, ולהן כוח והשפעה על בריאות המשפחה.
  5. תוחלת חיים האשה בישראל גבוהה משל הגבר, אך היא חוללה יותר.
  6. נשים נמצאות בסיכון מוגבר ללקות בחזה ובძיכאון, לטבול משחיתה בעובדה, מאבטלה, מאלימות פיזית ורגשית.
  7. בדומה לגברים, מחלת לב איסכמית היא הגורם מספר אחד לתמותה בקרב נשים, אולם ישנן תטא-אבחון ותת-טיפול בנשים.
  8. נשים סובלות יותר מגברים מכאב וממלחמות כרוניות הכרוכות בכабב.
  9. חינוך גברים בנושא בריאות הגוף והנפש של נשים שפר את בריאות האשה ואת הזוגיות.
  10. על אף השינויים החשובים, מעמד האשה עדין נחות ממעמד הגבר בתחוםים רבים: קידום מקצועי, שכר, זכויות סוציאליות, תפיסת הגבר את תפקידיה במשפחה.
  11. חרדה ודאגה סביב חי' הילדים הם מרכיב קבוע בחיה האשה.
  12. דת ותרבות משפיעים על מעמד האשה ועל בריאותה.
  13. קונפליקט בסיסי בחיה האשה הנשואה: התפתחות אישית מול אמהות. הקונפליקט יכול על-ידי אמונה הבעל.

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

מולחים	מידע כללי הנושא בריאות האשה ניתן למצוא באתר: <a href="http://www.women-health.org.il">http://www.women-health.org.il</a>
--------	---



## הערכת עצמיה של הריאות: מה אנשים יודעים על עצם שמנבא את בריאותם ואריכות ימיהם?

ארגון הבריאות של האו"ם: "בריאות היא מצב של רוחה פיזית, נפשית וחברתית שלמה, ולא רק העדר חוליות או מכабב". ממצאי ה מחקרים והגדרה זו תוארים את תפיסת הבריאות ששירה למעשה במהלך כל ההיסטוריה. המילה בריאות באנגלית, מילולית, מילולית, health, מקורה מאותו שורש כמו המילים "whole" ו- "holy". כולם, ראייה הוליסטית, רב-מדידות. ראייה זו של הבריאות אינה חדשה לאנושות וגם הקשר עם היבטים רוחניים ונפשיים הוא עתיק יומין. הרוי בתרבותות ובבות, זקני הכלף היו גם המנהיגים הרוחניים-דתיים וגם המרפאים.

העקרונות המנחהים חיים ראייה הוליסטית של הבריאות נמצאים כבר בכתביו של הרופא היווני היפוקרטס, שחיו כ-400 שנה לפני הספירה. הוא הדגיש את חשיבות האיזון בין גורמים גופניים, נפשיים וסביבתיים (כולל איכות המים, האוויר, המזון) ובסביבת המגורים – נושאים הנמצאים בכותרות של ימינו. שיטות הריפוי שלו התבכשו על איזור הפיקוחות לחסוך איזון אצל החולים ומתן חיזוק לגורמים החסרים, במטרה להחזיר את האיזון. היפוקרטס טען גם כי המחללה אינה בעלת קיום ממש עצמה אלא היא הסימפטומטולוגיה שמראה ומຕאר החולה. ככלומר, הוא נתן מקום ובר להערכת האדם את מצבו ולאפונ שבו הוא מדוח עליון. אם כל זה היה קיים כבר לפני הספירה, מדוע מדובר מדברים בעולם המערבי על **חויה** לראייה הוליסטית של הבריאות? לאן נעלמה הראייה ההוליסטית והאנידוויאוליסטית של היפוקרטס? עם השנים, הדת נחלשה ואילו המכdu התחזק. במאורות ה-17 וה-18, החללה הרפואה במערב אירופה להפוך למדעת ובמקביל התנטזה מהדמת המודל שהלך והתחזק **המודל הביי- רפואי**, המייחס מחלות לגורם גופניים וסביבתיים בלבד. תגליות מדעיות הביאו לכמה מהפכות מושגיות בבריאות אוכלוסיית העולם, מהפכות ששינו לחילוטין את מפת התחלואה והתמותה בעולם המודרני: ההכרה בחשיבות ההיגיינה, החיסונים מפני מחלות זיהומיות שנונות והמצאת האנטיביוטיקה. תגליות אלה ומהפכות שהחולו תרמו ובות לחיזוק המודל הביי- רפואי ולראיה צרה של בריאות כהיעדר חוליה, ושל חוליה כתוצאה של גורם ייחידי ומובהן, שברגע שתימצא לו התורפה האדם יחילם. במסגרת חיסיבה כזו, אין מקום להערכתם של בני אדם את מצבם, שהרי אין לה השפעה על גורם המחללה ואין בה כדי לספק רמזים לגבי התורפה לגרום זה.

באופן פרדוקסלי, עם הזמן התפתחות אלה הן גם הביאו להיחישותו של המודל הביי- רפואי. הסיבה לכך היא שאחרי שנמצאו תרופות למורبات המחלות שהו אחראיות לתמותה, חחשטו מגבלות המודל הביי- רפואי. גורמי התמותה העיקריים כולם הם מחלות כרוניות, כמו מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת, שבਮורבויות המקרים אין תוצאה של גורם ייחידי ואין ניתנות לפתרון מהיר ופשוט על-ידי תרופה יחידה. המדע המשיך לפתח אמצעים מתקדמים לאבחן וטיפול במחלות אלה. במאה ה-21, העולם המודרני הינו עתיר טכנולוגיה לאבחן וטיפול במחלות כרוניות, וmdi יום יוצאות לשוק תרופות חדשות ומתקדמות יותר. השאלה היא, האם בעולם זה יש חשיבות למה שאנשים אמרים על בריאותם? התשובה היא, שדווקא כו"ם, כאשר המחלות כרוניות, מורכבות ומקורה בגורמים רבים, נדרש שיטות פועלה רב של החולה כדי לאבחן ולטיפול בכך. יתרה מכך, מחלות כרוניות ובותות דורשות דבקות בהמלצות רפואיות והתנהגותיות לאורך זמן. דבקות בטיפול

פסיכולוגית, בעלי **ד"ר יעל בנימיני**

תואר שלישי

בפסיכולוגיה

רפואה וחברתיות,

מרצה בכירה

בכיה"ס לעבודה

סוציאלית

באוניברסיטת תל-

אביב. תוך הסתמכות על הדע שנוצר בדיסציפלינות שונות ונתוחה מתוך פרספקטיבתה פסיכולוגית.

### מהי בריאות בעיניהם של בני אדם?

לאורורה, שאלת פשיטה שלכל אחד מאיתנו יש תשובה עליה. אכן, כאשר חוקרים שאלו אנשים שלאה זו, איש לא התקשה להסביר עליה. התשובות היו רבות ומגוונות והראו שבריאות וחוליה מושג דיקוטומי: אנשים לא מגדירים את עצם בפשטות כבריאים או חולים. יתרה מזאת, בתפיסתם הסובייקטיבית את הבריאות, אנשים מתיחסים למלוא הממד ש"היעדר חוליה" ועד "בריאות שלמה". זאת בנגדו לאנשי מקצוע, שנוטים להגדיר בריאות וחוליה על פני חילוקו של ממד זה, החלק המשתרע מ"חוליה" ועד "היעדר חוליה". ניתן לקבץ את התשובות הרבות שניתנות על-ידי הדיוות לשאלת "מהי בריאות?" למספר קטן יחסית של קטגוריות, שיחד מייצגות את הדימוי החברתי של הבריאות. לדוגמה, החוקרת קלודין הרצליר, שראינה שמנונים אנשים בפרנס ובסייעתה, סיכמה שתשובותיהם מעידות על שלוש תפיסות של בריאות, להן היא קראה בקצרה "be", "to do", ו- "to have". מתייחס לבריאות, הרצליר (Herzlich, 1973) מציין הרעיון הראשון, "be to", נסוב סביר מה שהאדם יכול או לא יכול לעשות, בריאות כמצב של שיוי משקל שמאפשר ל��פקד. הרצליר השלישי, "have to", הוא בריאות כמשמעות, כמוagar שמננו ניתן והוא לדלות כאשר יהיה צורך. רציב זה לא תמיד מרגש בחזי היומיום, אך גם אנשים בראים דיברו על התחושה שיש להם חוסן שיסיע להם בעת הצורך, או לחיופין על החשש שמאגר זה הולך ופוחת אצלם.

סקר לאומי של אלף מושגים שנערך בבריטניה ב-1990 סייק אף הוא עדויות לכך שבני אדם תפיסים בריאות כמושג מורכב. תשובותיהם התחלקו לשש קטגוריות עיקריות: (1) בריאות כלל-חוליה – היעדר סימפטומים, מכאות ובקירויים אצל הרופא; (2) בריאות כמאגר של חוסן – אנשים שמחלים מהר, שיש להם כוחן פנימי; (3) בריאות כהתנהגות – אנשים שמטפלים בעצם וונקטים בהתנהגות שמשמעותם בריאות ומונעות חוליה; (4) בריאות ככוח גופני וחווני – כושר הזוכר בעיקר על-ידי צעירים שעודות לבריאות טוביה; (5) בריאות כרוחה נשנית; (6) בריאות כתפקוד – בריאות יכולה לבצע את הדברים שאחת/ה צריכה או חזча לעשות (Blaxter, 1990).

### מהי בריאות – מהעולם העתיק ועד ימינו

מחקרדים אלה ואחרים מצבעים על כך שבריאות היא מושג מורכב ורב-מדדי. דבר זה משתקף גם בהגדת הבריאות לפי



## עדויות מחקריות

Lekander, Elofsson, Neve, Hansson, Unden, 2004) וכן לתגובה פיזיולוגית חזקה ללחץ (Kristenson, Olsson, & Kucinskiene, 2005). ממצאים אלה תומכים בהסבר הربיעי, לפיו הערכה העצמית של הבריאות קשורה עם תהליכיים פיזיולוגיים שונים, אם כי מרבית המחקרים אינם מאפשרים לקבוע מה כיוון הקשר, אלא רק מראים על שינוי בו-זמן בהערכת העצמית ובמדדים השונים.

### מהי מחות החלק התקף בהערכת העצמית של הבריאות?

על אף כל הממצאים המורשימים, ברור כי בהערכתם את מצבם הפיזי, אנשים לוקחים בחשבון גם גורמים שמחניה ופואית אינם חמורים, אך בתפיסה העצמית יש להם משמעות רבה (כמו מצב הפה והשיניים; Benyaminini, Leventhal, & Leventhal, 2004). כדי לבדוק את החלק התקף בהערכת הבריאות העצמית מגורמים שימושיים להערכת זו ("רעש" אינם תקף נבנוי בראיות עתידית, סיוגו בנימני ועמידה) (Benyaminini, Leventhal, & Leventhal, 1999) מודדי בריאות שונים לפי שני מדדים: האם המודד קשור עם הערכת הבריאות העצמית (כן/לא)? האם המודד מבאה תמורה (כן/לא)?

הצלבת מודדים אלה יוצרת ארבע קבוצות, שהרכבת אחת מהן מעניק במיוחד: מודדים שעיליהם מותבססת הערכת הבריאות העצמית והם גם מבאי תמורה. במחקר נמצאו כי קבוצה זו כוללת את יכולת התפקיד הפיזי, רמת האנרגיה והחוינות, רמת התשתיות, סטטוס פיזי של דיכאון (כמו קושי "להתחל את היום"), ורמת הפעולות הפיזיות הפורמליות והלא-פורמלית. באותו מחקר, מי שזרג את בריאותו בשתי הדרגות העליונות של הסולם בין חמיש הדרגות, סיכוייו לשירוד בחמש השנים שלאחר מכן היו פי 3.2 מאשר מי שדרג את בריאותו בשתי הדרגות התחתונות, לאחר בקרה על גיל ומין. הוספה מודדים, כגון מספר המחלות, דיכאון וחודה ועישן בעבר, לא שינתה בהרבה את כוח הניבוי של הערכת העצמית של הבריאות. לעומת זאת, הוספה רכיבי הקבוצה ה"תקפה" של מודדים, כפי שפורטו לעיל, נטלה מהערכת הבריאות באופן הדוק לרמת הפעולות והחוינות, הם האחראים על יכולת הניבוי של ההערכות העצמיות של הבריאות.

האם ממצאים אלה עונים על השאלה הראשונית שנשאלת: האם הערכות עצמיות של הבריאות מנבאות בריאות עתידית כי הן משלפות בריאות נוכחית בזרוע מדדיות יותר, או כי הן משפיעות על כיוון וקצב השינויים בבריאות? לצערנו, לא.

מצד אחד, ניתן שהערכת העצמית של הבריאות, המותבססת על רמות פעילות וחווונות, היא מדיקטת יותר מאשר הערכה רפואית, שכן אלה מודדים שקשה למדוד אותם בדרך אובייקטיבית ומהירות. אפללו לגבי פעילות פיזית, שניתן למדוד לפי מספר שעות הפעולות בשבוע ואינטנסיביות הפעולות, נמצא שהערכת הסובייקטיביות של האדם את ניתוחו פעיל פיזית בחו' הימים משמעותית יותר מאשר ספירה של הפעולות הגופניות הפורמליות שבוחן עסך. מצד אחר, ניתן למסמך נוכחות של הבריאות וחווונות בכך עזבן תרומות להמשך היידידות במצב הגוף. הן תרומות גם להערכת האדם את עצמו ללא בריא ולהתנהגות המלוות לכך: היעדר עסקוק בבריאות מונעת

אסקור בקצרה ממצאים התומכים בהסבירים שלילי. לדוגמה, לגבי ההסבר הראשון, הטוען כי העריכת הבריאות כוללנית ומדיקטת יותר ממדדי בריאות אחרים, נמצא באחד המקרים כי העריכות עצמיות של הבריאות ניבאו העריכות עתידיות של הרופא את מצב הבריאות, לאחר בקרה על ההערכת הראשונית של הרופא, אך לא להפוך: העריכות הרופא בתחלת המחקר לא ניבאו את ההערכות העצמיות בעtid (Maddox & Douglass, 1973). ממצא זה תומך באפשרות שהערכת עצמית כוללת גם תחששות שנובעות ממצבים פרה-קליניים, שעדין לא ניתן לאבחן בהם. יחד עם זאת, מחקר אחר מצא כי העריכות העצמיות היו "מדיקטות" יותר דווקא בקרב אנשים שכבר אבחנו עם מחלת לב, מאשר שהם היו מודעים לאבחן ואי לכך לסייעים גופניים, שיכולים להעיד על מצבם (Idler, Leventhal, McLaughlin, & Leventhal, 2004).

לבדיקת ההסבר השני, לפיו העריכות הבריאות יונחו הערכת דינמית לאורך זמן, פררו וקל-מור הוסיף למשוואת נבי התמורה גם את הערכת העצמית של הבריאות וגם את השינוי בין ההחלטה Ferraro & Kelley (Moore, 2001). הם מצאו כי הערכת הבריאות העצמית אכן הגיעה לשינויים בבריאות הפיזית, בייחוד לאלה הקשורים עם ירידת טרומינלית, וכן כי היודדרות בהערכת הבריאות ניבאה בריאות עתידית טוב יותר מאשר הערכת הבריאות בזמן נתון. מסקנתם הייתה, כי הערכת בריאות עצמית היא ככל הנראה מוגבued יותר חזק של בריאות עתידית ממה שחשבו קוזם, אם משתמשים עליה לאורך זמן ולא רק בנקודה יחידה בזמן.

כתמימה בהסביר השלישי, לפיו הערכת הבריאות משפיעה על התנגדויות המשפיעות על הבריאות, מוקר הראה כי עשו, תזונה דלה ביחסות וביעות של עודף משקל קשורים עם הערכת בריאות נמוכה, גם לאחר בקרה על מחלות שונות ועל השלבות התפקודיות (Manderbacka, Lundberg, & Martikainen). מחקר אחר מצא קשרים בין הערכת עצמיות של הבריאות (אך לא בין מודדים אובייקטיביים של הבריאות) לבין תחששות שליטה על התנגדויות בריאות (Perrig-Chielo, Perrig, & Stahelin, 1999).

ההסבר הרביעי טוען כי הערכת הבריאות משקפת משאבים, שיכולים להאט היודדרות בבריאות ולהשפיע על מערכות גופניות. לגבי משאבים חיצוניים התורמים לבראיותנו, ניתן להזכיר מחקר ישראלי: בעת שביתת הרופאים הגדולה בארץ בשנת 1983, הוקמו מרכזים חלופיים למתן שירות רפואיים. עקב כך לא נמצאו הבדלים במדדים סטנדרטיים, אובייקטיביים, של בריאות האוכלוסייה, ובכל זאת התפיסה הסובייקטיבית של אדרחי ישראל, במיוחד מטעם Barnoon, Carmel, Zalman, 1987. מחקר שהתרשם באחרונה בשודיה הראה כי חסר אמון במערכות הבריאות קשור עם שימוש נמוך יותר בשירותיה ועם העריכות עצמיות נמוכות יותר של הבריאות (Mohseni & Lindstrom, 2007).

לגביו הקשר עם מערכות גופניות, בשנים האחרונות התפרסמו מחקרים המצביעים על קשר בין ההערכת העצמית של הבריאות ושינויים בהערכתה זו לבין מודדים פיזיולוגיים (Jylha, Volpato, & Guralnik, 2006) פיזיולוגיים (Halford, Anderzen, & Arnetz, 2003)

- Herzlich, C. (1973). **Health and illness**. New York: Academic Press.
- Idler, E., & Benyamin, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, 38, 21-37.
- Idler, E.L., Leventhal, H., McLaughlin, J., & Leventhal, E.A. (2004). In Sickness but not in Health: Self-ratings, Identity, and Mortality. **Journal of Health and Social Behavior**, 45(3), 336-356.
- Jylha, M., Volpato, S. & Guralnik, J.M. (2006). Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. **Journal of Clinical Epidemiology**, 59, 465-471.
- Kristenson, M., Olsson, A.G., & Kucinskiene, Z. (2005). Good self-rated health is related to psychosocial resources and a strong cortisol response to acute stress: The LiVicordia Study of middle-aged men. International **Journal of Behavioral Medicine**, 12, 153-160.
- Lekander, M., Elofsson, S., Neve, I.-M., Hansson, L.-O., & Uden, A.-L. (2004). Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. **Psychosomatic Medicine**, 66, 559-563.
- Maddox, G.L., & Douglas, E.B. (1973). Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects. **Journal of Health and Social Behavior**, 14, 87-93.
- Manderbacka, K., Lundberg, O., & Martikainen, P. (1999). Do risk factors and health behaviors contribute to self-ratings of health? **Social Science and Medicine**, 48, 1713-1720.
- Mohseni, M., & Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. **Social Science and Medicine**, 64, 1373-1383.
- Mossey, J.M. and Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **American Journal of Public Health**, 72(8), 800-808.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., & Stahelin, H.B. (1999). Health control beliefs in old age – relationship with subjective and objective health, and health behavior. **Psychology, Health & Medicine**, 4(1), 83-94.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, 16(3), 414-426.

אי הגעה לביקורים רפואיים למטרות מניעה וסירה. מה משמעות ממצאים אלה? האם מי שמתתקשה לתפקיד פיזיון, שכיחותיו פחותות מאשר בער, אכן יכול לעשות דבר בದין? ממצאי המחקרים מצביעים על כך שבכל רמת יכולת, מי שיוהה פעיל יותר, מי שираה את עצמו כבריא יותר ונוהג בהתאם, סיכוייו להישאר בריאותו גבוהים יותר. אנשים מוקזע, עליון לחיות קשורים להערכת העצמית של האדם את בריאותו ולעומת בני אדם מוקזעים רפואיים אחרים. יחד עם זאת, יש לזכור שמשמעות המוחקרים נבדקו על מוגדים גולים ונכונים באופן כללי אך לא בהכרח לאדם מסוים. הערכות עצימות של הבריאות נמצאו כבעלות עצמת ניבוי רבה יותר לגבי תוצאות אצל גברים מאשר אצל נשים, אצל קשיים עד גיל 84 מאשר אצל קשישים בני 85 ומעלה, אצל גברים לאם דיכאון או עם דיכאון קל לעומת אנשים עם דיכאון כבד. תכונות אישיות כגון היפוכומדריה אף הן מורידות מדויק העריכות הללו. לכן, הערכת בריאות נמוכה כחויה בבדיקה סודית של הטבות לה – הן בדיקות רפואיות והן בירור עם האדם מדוע הוא חש קר – אך היא אינה בפני עצמה עדות למחלה לא תקין או ניבו רפואיים לעתיד.

בנוסף לכך, עקב התזקוף המכובד של העריכות אלה במחקרים גדולים, מבחינה אתנית יש להיזהר מניסוי להשפיע באופן רוד על הערכתה זו, כמו למשל לשכנע את האדם שהוא בעצם בריא. אולם אם אין מניעה רפואית, ניתן בהחלט לעודד את האדם להיות פעיל בכל תחומי החיים, להמשיך לראות עצמו כאדם בריא ולטפל בעצמו בהתאם, ולא רק להתרוכם בתחומי החוליה מרהם הוא סובל. חשוב גם לטפל במצבי דיכאון, בividוד בזיננה, שכן טיפול בדיכאון נמצאת תורם לעלייה בהערכת העצמית של הבריאות (Han & Jylha, 2006).

#### **ביבליוגרפיה:**

- Barnoon, S., Carmel, S., & Zalcman, T. (1987). Perceived health damages during a physicians' strike in Israel. **Health Services Research**, 22(2), 141-155.
- Benyamin, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995-1998. **Research on Aging**, 21, 392-401.
- Benyamin, Y., Leventhal, E.A., & Leventhal, H. (1999). Self-assessments of health: What do people know that predicts their mortality? **Research on Aging**, 21, 477-500.
- Blaxter, M. (1990). **Health and lifestyles**. London: Tavistock.
- Ferraro, K.F., & Kelley-Moore, J.A. (2001). Self-rated health and mortality among black and white adults: Examining the dynamic evaluation thesis. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, 56B (4), S195-S205.
- Halford, C., Anderzén, I., & Armetz, B. (2003). Endocrine measures of stress and self-rated health: A longitudinal study. **Journal of Psychosomatic Research**, 55, 317-320.
- Han, B., & Jylha, M. (2006). Improvement in depressive symptoms and changes in self-rated health among community-dwelling disabled older adults. **Aging and Mental Health**, 10(6), 599-605.

# טיפול הנפשי בחולה האונקולוגי:

## פסיכותרפיה מותאמת לשלי המחלה



■ שירלי אלון

**מטרת מאמר זה לסקור את שלבי המחלה השכיחים, אשר לפחות עם חלוף הזמן חולן הסרטן נאלצים להתמודד. בכל שלב זהה יתוארו צרכיהם הפסיכיפיים, קשיי התמודדות והביסויים הקליניים האופייניים לאוטו שלב, ולצדם, וההתערבות הנדראות מצד אנשי הטיפול כדי לאפשר הסתגלות והתמודדות טוביה יותר עבור החולה**

לנוע מסתמי חרדה ועוורות יתר ועד סימפטומים דיסוציאטיביים קשים. אולם למרות מהלכה הסוער, מדובר בהפרעה בעלת משך קצר, כשבסופה מצילה הפרט ברוב המקרים לצור אדפטציה ולשוג בהדרגה למילר חיים תקין ולהתחושת שלמות פסיכולוגית. במצבים שהתרנסים לא חולפים, קיימת סכנה להתרפתחות הפרעת דחק כרונית כגון PTSD.

**התערבות:** מילת המפתח בתחום ההתערבות הפסיכולוגית היא הסתגלות. מטרת המטפל לסייע לחולה לצור אדפטציה עילאה ומורה במודת היינט, הן בשל האולץ להיכנס באופן יידי להתנהלות חיים שונה בסוגונה (בעקבות הבדיקות המרובות, הטיפולים ותפעות הלואאי הפסיכיות) והן כדי למנוע החמרה והתחווות

פסיכופתולוגיה עמוקה מעוקה יותר, כגון PTSD או דיכאון תגובתי. ההתערבות מכוננת ההסתגלות מתבצע בהתאם לרופאי המזקקה שבסטא החולה: במישור הרגשי היה דגש על עיבוד האבל והאובדן הקשה; במישור ההתנהגות ניתן לסייע לימודי הדגנתן של המשמעות והאתגרים העומדים בפני החולה בשלב זה; במישור הקוגניטיבי ישיע המטפל לחולה לצור סדר, ארגון ומשמעות חדשה לחיו לצד מחלת הסרטן. כמו כן, חשוב לא פחות לבחון ואך לעדן את מערכת הפירושים וההמשגות אשר מעניק החולה למחלתו, כאשר המטרה היא תפיסת מחלתו במושגים של רצף בין בריאות לחולי במקום התיחסות קוטבית או דיקוטומית. לבסוף, יוביל הדגנתן מחדש של תחושות שליטה אפשר לחולה להסביר את המושכותות לדיו ולא לחוות את מצבו כחומר אונס וחסר ויע מוחלט.

אחר שעבודה על המכוד המנטלי חיונית מאוד לשלב האבחנה, טכניקות פסיכו-חינוכיות עשוות להיות יעילות בשילוב עם טיפול הנפשי להשתתפות מלאה בתיפולית. מותן מידע לחולה מאפשר להשיב תחושות העבודה התיפולית. מותן מידע לחולה מאפשר להשיב תחושות מסימנת של סדר ושליטה לצד אישוש יכולת הקבלת ההחולות והחשיבה הרציונלית והמפוכחת, תחת זו המאגית או הקטסטרופלית, האופיינית לכל שלב זה ונולווות לא אחת לחווית אובדן השליטה והשרב. מסיבה זו, חשוב ביותר לשלב, תוך כדי העברת מידע, סיוע משלים מצד הצוות הסיעודי או הרופאי באשר לאספקטים הנוגעים להם (כגון, באשר לתפעות הלואאי הפסיכיות בעקבות הטיפול, התנהגוויות מנעה או טיפול ספציפיים ועוד).

במסופו של דבר, מצילה רובם הגadol של החולים הסובלים מתגובה דחק חריפה להתאושש ולהסתגל בחלוף פרק זמן סביר, באופן שבו פעמים רבות אינם נזקקים להמשך סיוע נפשי / או תרופתי מעבר לכך.

### תקופת הטיפול

בתקופה זו נשאב החולה לטור שגורת חיים אינטנסיבית ותובענית מכיוון בלתי מוכר. לכן אין זה מפתיע, שלא מעט החולים אינם פנוים לעסוק בתתקופה זו בשלומם הרגשי, ניתוחו או בעיוד הפסיכולוגי של חווית הטיפול, על הקשיים וההתמודדות הקיימים הכרוכים בה. רבים מהם מגדרים עצם בדיעד, כאלו באוטה תקופת היו נתונים בתגובה של מעין "טייס אוטומטי" בהתיחס לפונקציות הפסיכולוגיות שלהם, ורק בהמשך יכולו לקרב אליהם מחדש את רגשותיהם המודחקים, להתodium עליהם ולעבדם.

**תגובה והפרעות:** גם תחת קיומם של מנגנוני הדחקה אלה, עדין החולה חווה מידת לא מבוטלת של מצוקה, שנעה עזיר סביר הקושי לקבל את השינויים הגופניים שנלווים לניתוחים,

במקביל לבעיות ולחתקומות העצומה שעבר הטיפול האונקולוגי הרפואי והסיעודי המודרני, כך חלו גם שינויים בתפיסה ובטיפול הנפשי של החולה ומשפחו. רק לפני כמה שנים, כאשר תיארה אליזבת קובלרים (1969) את משנהה לטיפול בחולים אלה, נ考虑ה מחלת הסרטן כמעט תמיד לחשוכת רפואי וקטלני, וכן פירושה של התמודדות רגשית טוביה עם המחלה היה השלמה עם המות הכספי, סגירת מעגלים וביצוע תהליכי פרידה. שני העשורים האחרונים, לעומת זאת, לצד התואזה במחקר וברופאות הסרטן, הילכו ועלו שיעורי החולים אשר שודדים את המחלה, חיים לצהה ואף מחלימים ממנה. כך גם השתנו צרכיהם הנפשיים של החולים: במקום לעסוק בתהליכי פרידה מן החיים, עליהם למלוד לחוות עם הסרטן והשלכותיו לצדדים (Weisman, 1980, תרגום).

יחד עם זאת, מאחר שמדובר במחלת הטרוגנית מאוד במאפייניה,

במחלקה ובשילובות שהיא מטילה על החולים, מוטל על הפסיכולוג

במערך האונקולוגי אתגר מקרים עזום של התאותה מערך סייע

וטיפול נפשי לכל חולה וחולה, אשר יתאים לא רק לאישיותו ולמצבו

הנפשי, אלא גם לשלב ולמהלך מחלתן.

מטרת מאמר זה לסקור את שלבי המחלה השכיחים, אשר לפחות עם חלוף הזמן חולן הסרטן נאלצים להתמודד. בכל שלב זהה יתוארו צרכיהם הפסיכיפיים, קשיי התמודדות והביסויים הקליניים האופייניים לאוטו שלב ולצדם, וההתערבות הנדראות מצד אנשי הטיפול כדי לאפשר הסתגלות והתמודדות טוביה יותר עבור החולה.

### שלב האבחנה

את האבחנה הראשונית של מחלת הסרטן מקבלים החולים בדרך כלל במסגרות רפואיות מחוץ למקום האונקולוגי, במכון האונקולוגי. ביחס בקשר אליו אשר נזקחו זה מכבר, הגידול הוציא מגופם והם מרגשיים ברירים ("נקרים"). הקביעה כי ידקה נזקק בונוסר גם לטיפול כימי / קרוני משלים מכיה בהם, ומכאן תשובות ההחלם והאימה, המקובלות לתגובה הנצעות לאחר מותן האבחנה הראשונית. יחד עם זאת, שכן למצוא תגובה של הפתעה ו恐惧 תדמה מהצד חולמים רבים, אשר מגעים לביקורת הראשונה אצל האונקולוג. בייחוד בקשר אליו אשר נזקחו זה מכבר, הגידול הוציא מגופם והם מרגשיים ברירים ("נקרים"). הקביעה כי ידקה נזקק בונוסר גם לטיפול כימי / קרוני משלים מכיה בהם, ומכאן תשובות ההחלם והאימה, המקובלות לתגובה הנצעות לאחר מותן האבחנה הראשונית של הסרטן. על אחת כמה וכמה כאשר מדובר בחולים אשר בגופם מוגדרות גוררות בבדיקות המשך, דבר המשנה לחולין את פרוגנוזת המחלה ואת הרוח האופטימית אשר הגיעו עליו בתחילת הדרכ.

**תגובה והפרעות:** התגובה השכיחות לשלאב האבחנה הינה הלם, קשי או סירוב לקבל את האבחנה, הצפה בחרדה, בלבול ואף תחושות שבר ואובדן עצום (המתבטאת לעיתים באמיות בסגנון: "העולם עמד מלכת", "השמי נפלו" ועוד). התסמונת הקלינית השכיחה ביותר בשלב זה היא תגובה דחק חריפה ASR\*. מוגדרת כתגובה נפשית אקוטית למאירוע טראומטי, בו האדם חווה אותו כאים על שלמותו ומגיב בתגובה עזה של פחד וחוסר אונים. קשת הביסויים הנפשיים הנלוויים רחבה ועשווה

סומטי או רוחני. במקורה של הפרעת הסתגלות על רקע התנהגות-תפקוד, גם הפעם תינן חשיבות רבה למטען מידע, ללמידה מיומנית בהתמודדות יומיומית, לפחות בעיות ולעתים אף לקבלת החלטות.

**מודל ה-“SOC”\*\* והסתגלות לאובדן:** יש כלים ומודלים רבים, בהם ניתן לשאנס כדי לסייע לחולה להסתגל למצבו החדש, על האובדנים הנלוויים, באם זמינים או פרמננטיים. אחד מהם, פשוט אם כי עלי ביתור, שabox משדה הגורנוטלוגיה, העוסק בתהליכי הזרקנות מוצלחת. בשל ההקללה לירידה המתמשכת בתפקוד והצמצום שהליכים לאורך ההזרקנות, ניתן לשאוב השראה ממודול זה ולישמו בחוי החולה, המגלה כי כוחותינו אינם עומדים לרשותנו בעבר, אך מעוניין בכל זאת לשמור על רמת תפקוד משכנית רצון נוכח הנسبות.

מודול זה, המכונה “SOC” (פouth על-ידי 1990, Baltes & Baltes,) מונע מענה לתהיל – הדרגתית או דרסטית – של ירידת בתפקוד מאפשר לאדם המזדקן או החולה להמשיך להפיק עניין וספק בחיו, תוך שמירה על עיקר מאפייני הזהות הגערנית ולא צורך בויתור על “האדם שהוא”. בעדרת המודול, המטפל מלמד את האדם להתאים ולהתמעץ דפוסי התנהגות חדשים אשר יסייעו בידו לשמור אספקטים חשובים ורצויים בחיו ובתקופתו. הללו יתכו באמצאות: **(א) סלקציה** – הפרדה בין העיקר לטפל ויצירת סדרי עדיפויות, אשר ינוחו הקצתה משאים וכוחות מגבלים לתחומי עניין בעלי עדיפות עליונה; **(ב) אופטימיזציה** – לימוד ורגול פעולות מנע או תחזקה, אשר תובלנה להשגת תוצאות אופטימליות במידת האפשר; **(ג) פעילותות מפצוף** – ההכרה שכך שתפקודו לא יפגע ממשמעותית, על האדם ללמוד להסתיע בעדרים ובמנגנוני תמייה שונים כאולטראנטיביה ליכולות שהתכלו או נחלשו.

#### תיאור מקרה:

דב, בן 65, אובדן כחולה בסרטן הלבלב חדש בלבד לאחר פרישתו לגמלאות. הוא חיכה בכילוין עניים לפרישה והתוכנן לנצח את הפנסיה הנאה שניתנה לו לטיול סביב העולם עם אשתו. המחלה אובדנה לאחר שבד התalon על בחילות וירידה לא מכוננת במשקל. בדיקת אולטרסאונד הראתה גוש גדול ובלתי נתיח לבלב. כתוצאה של מחץ הגוש, נוצר בקע באוזו, אשר באוטו שלב היה אף הוא בלתי נתיח. דב החל מיד בתכנית טיפול כימותרפיה אגרסיבית, במסגרת מחקר שמנתנה בבית החולים. בזכות השתתפותו במחקר, זכה דב לילינוי צמוד מצד אחות מתאמת מחקר והוא זו אשר הפנתה אותו לקבלת סיוע נפשי, לאחר שימושה ממשתו שמאז גילוי המחלה (כ-3 חודשים) הוא מצו בא-שקט תמידי: עצבני, נוטה להתרכזיות עצם ואינו ישן בלילה.

בשיחה הראשונה עם דב נראה כי הוא סובל מ恐惧 עזם להשלים עם המצב, וכי התנהגותו התוקפנית עשויה להצביע על קשיי הסתגלות בעלי גונים דיאכטוניים ו/או חרדיים. כשהתיחס לעתיד, הוא השתדל לשדר אופטימיות באופןן ומשמעותם, עד כדי הכחשה מוחלטת שמחלתו מתקדמת וחשוכת רפואי. ככלומר, ה”מצב” עמו התקשה דב

לטיפולים ה臨motorפיים או להקרנות. הקושי המרכזי קשור כמעט תמיד בירידה בתפקוד הפיזי ובdimio הגוף, בעיקר לחולים אשר לפניו המחלה נהלה אורח חיים פעיל מאוד, או שהוא מודד ומתמיד בעלי צורך רב בשליטה על חייהם וסבירתם. באותו הקשור של ירידת בתפקוד, חולמים רבים (בעיקר בגילאים צעירים וילאי הבניים) מתלוננים על פגיעה במיניות ובעליים חשש עצום מפני האפשרות שמדובר במצב בלתי הפיך. אחרים מתלוננים על אנhedonia – מצטטם בעולם התוכן ובמגע עם העולם וירידה בתחומי העניין. במקרים מסוימים, דווקא בני המשפחה מודאגים יותר מן התופעה ודוחפים את החולה לקבלת סיוע נפשי, ללא קשר הכרחי לצורכי האיש שלו עצמו בקבלה עצמה. לפיכך, חשוב להבהיר ואך להציג את החולה או את משפחתו, שלאחר תקופת מה, אם במהלך הטיפולים ואם לאחריהם, אמורים לחול הסתגלות והתאנזנות, אשר תאפרנסה בהדרגה חוזרת מוחודשת להתפקידים ולהתעניינות בחים שמסביב.

פתרונות שכיחה אשר עשויה להתלוות לתקופה זו היא הפרעות בסתגלות Adjustment Disorder (בניגוד לצמצום ולהתנתקות המתקנשת disengagement) של החולה, בהם ניתן לראות כתגובה טבעית הפניה זמנית של המשאים הנפשיים להתרמודדות יומיומית על חשבון אינטראקציה עם הסביבה, הרינו שבקרי הפרעת הסתגלות אין יכולת לחזור לתפקוד, לתחומי העניין וקשרים החברתיים, והחולה נותר מוכנס, מצומצם ומסוגר בעצמו. פועל יוצא של מצב זה הינו בדיחות איזומה שחוש החולה, והרישה שהוא מצוי במאבקו וכי אין אדם בעולם שיכל להבין את העובר עליו.

הפרעה בהסתגלות מוגדרת כקשת מצבים של מצוקה סובייקטיבית והפרעה רגשית, שבדרך-כלל מפריעים לתפקוד במישורים שונים ומופיעים בתקופת ההסתגלות לשינויים משמעותיים בחים. נסיה מוקדמת או פגיעות אישית ממלאות תפקוד חשוב יותר בהופעת הפרעות הסתגלות ובאופן הביטוי שלהם. יחד עם זאת, הנחתasisoid הוא המצב לא היה מתחפה כלל לא גורם הדחק. הביטויים הקליניים עשויים לכלול: מצב רוח דכאוני, חרדה, דאגה (או תערובת של כל אלה), תחושה של חוסר יכולת להתחמוד, לתכנן מראש או להמשיך במצב הקיים, והרגה כלשהי של חוסר יכולת לתפקד בשגרת היום.

**התערבות:** ישנים חולמים, המתקים ונעדרים בלויי ובתמכה מڪוציאים לאורק תקופת הטיפולים, באם רק בתחילת ובאם לכל אורכה. צורך שזכה נפוץ בעיקר בקרב חולמים בודדים, חולמים הסובלים מהיעדר תמייה חברתיות-סביבתית מספקת, או אנשים המרגשים כי משאביהם הפנימיים אינם מספיקים להתרמודדות עם דרישותיה התובעניות של תקופה מסוימת זו. מטרת התמייה והלויי בשלב זה היא בעיקר מותן אפשרות לנונטילציה והענקת תחושה של “רשות ביטחון” העומדת לשירותו של החולה, אם ירישי כי כוחותיו הנפשיים אינם לרשותו.

בדומה לשלב האבחנה, גם הפעם נשוא ההסתגלות נמצא בראש סדר העדיפות הטיפול. המטפל ינסה לברר ולבחון את הגורמים אשר אינם אפשריים לחולה אדפטציה יעליה ותקינה, ותחזק זאת גרכו לתהילך לך, חלקו או “תקוע”. בהמשך יתמקד המטפל במעט הסובל או הלקוי, באם הוא מנטלי, אומצינלי,

\*Acute Stress Reaction)

\*\*(Selection, Optimization, Compensation)

ענין והנהה גם כאשר אין מתקף כתמול שלשות ומצא נחמה לאבדנים הבלתי נמנעים בצורת הפנית משקל רב יותר לעיסוקים בתחוםים אפשריים אחרים.

## הפוגה או החלמה

תקופה זו, אשר עשויה במקרים מוטיבים להימשך אפילו כל החיים, מתאפיינת בניצול הפוגה שבמלחמות היחסות לטובת תהליכי נפשיים רטוסופקטיים אינטראנספקטיביים, מתוך מטרה לעבד ולהבין את משמעות המחלה במלול החיים כלו.

**תגובה והפרעות:** בעוד סוקר את עברו ואת חווית המחלה בתוכו, עשוי המחלים לשאול עצמו שאלות כגון: "מה בעצם עבר עלי?" או "מה המשמעות הסימבולית של המחלה בחיי?". יש מחלים פוגעים לפצע כי המכמוד הרגשי, שהוא אמור ללוותם לאחר תקופה ההתחומות הסוערת עם המחלה והטיפולים, חסר למען לחותן, דבר שעלול לרמז על הנפשית של החולים, אולם יש בכוחם של הללו לסייע להגנתו הנפשית של החולים, אך בדיעבד עלול המחלים לגלות כי מנגנוןם אלה באו על חשבו יצירתי נזוק ופער בין המכמוד הפיזי לפיסיולוגי, וכי כדי ליצור חוויה שלמה אין מנוס אלא לגשר על פער זה באמצעות עיבוד מאוחר של החוויה. חולמים אחרים עסוקים וטרודים בניסיון להבין את סיבת המחלה בחיהם, אם כדי למנוע השונתה, ואם או כדי להפיק

לקחים ממנה לklärat צמיחה אישית (ראו פירוט בהמשך). לא פחות חשובה היא התפקידו של המחלים עם העידן שלפניו ועם סימני השאלה שישראל המחלה לבוי ולגביוثير. קשיים בהתחומות עם חומר הוודאות העתידי (המתבאים בתיאורים כגון "חרב דמויקלס") הם תופעה שכיחה, כמו גם חרדה ופחד מפני הישנות המחלה. במקרים שבהם תיתכן התפקידו יתר בתכנים מסוגים אלה, יכול המחלים למצאו מענה בחקיקן של הגישות האקסיסטנציאליות השונות (כולל פילוסופיות מזרחיות, כמו זו-בודהיזם וධומי), שכך הווה הוא מקור הנחמה הייחודי שבו יכול המחלים או בעידן, שכן הווה הוא מקור הנחמה הייחודי שבו יכול המחלים להיעדר ולהיתלות בשלב זה.

אחרונה החלו להופיע מחקרים רבים העוסקים בהיבט הטריאומטוגני של הסרטן. במחקר שנעשה על נשים שחלו סרטן השד נמצא, שבקרב שיעורים גבויים במיוחד מהן התקנים סימנים פוסט-טריאומטיים אפיו חמש שנים לאחר פרוץ המחלה (אמיר ורמאטי, 2002). ממצאים מחקרים אלה, לצד ריבוי התופעות הממשויות בשדה, הגיבו את מודעותם של אנשים המKENLIOTUTHT התייפולים לגבי איתור, טיפול ומונעה של הפרעות פוסט-טריאומטיות בהקשר של מחלת הסרטן.

כאמור, הפרעת דחק פוסט-טריאומטית (PTSD) היא תוצאה של ניפוי הנחותasis היסוד של האדם וערעור בתחוות הביטחון והאמון על אמות ה"עצמי" והעולם. ואכן, בקרב חול הסרטן רבים ניתן לשמעו ביטויים כגון "חרב עלי' עולם", "נחתה עלי' משקלות של טון" ועוד. קבוצות הנמצאות בסיכון לפתח דחק פוסט-טריאומטית הן חולמים אשר בשלב מוקדם יותר סבלו מהתגובה דחק חריפה ללא התאוששות ממשוערת, או חולמים בעלי'Dposi' חשיבה של שקר ועונש ("הודיעו הגע לחולות?") שאצלם הפגיעה באמן ובבטיחו בעולם אונשה במוחו. תסמיini ההפרעה פוגעים קשות בחו' חולה ומוגעים לעיתים קרובות כדי התכוונות והשתבלות הולכת וגוברת, לצד פגיעה

להשלים היה שלב המחלה שבו היה מצוי באותה עת, ללא כל התיחסות למשמעותו ארכוות הטוחה של מחלתו. הוא ביטה כעס עצום על שתוכנויות נקטעו, ועוד לאחר שהתכוון זמן מה רב לביצוען. במקומות להינות מפרישתו, הוא מוצא עצמו תחת טיפולים אשר מצמצמים למיניהם את יכולותיו ההפקרניות. תרעומת רבה הביע גם על התלות ההלכת וגברת שלו בסובבי, בעיקר באשתו. מdad פועל ומכוון מעצמות ושילטה כדי תלות וחוסר אונים, התאבל דב על מנהל מחלקה בחברה ציבורית גדולה – הוא מרגיש "חולה עלוב", בדבריו. מלבד תכניות הפרישה שנקטו ומעבר החוד שיבנו סנפiling, סיולי ג'יפים ורכבה על אופניים.

התרשםותי באותה עת הייתה, כי בעודתנו המשותפת לא יכול היהו באותו שלב לעבור את גבולות ה"כאן והחוץ", שכן בראש ובראשונה היה על דב להסתגל – ולו באופן טכני – למצוות החדש (ורוב הסיכים, הבלתי הפיר) בטוט יכול לעסוק במשמעות המעמיקות יותר של מחלתו. לכן, בשיחותינו בתקופה זו נסינו למצוא פתרונות שמעוזו את נזקי האובדן ושיספקו לו תעסוקה, עניין והנאה למרות הగבלות הרבות בתפקידו. לטובתנו עמדו אישיותו התוטסית ותאותו החיים של דב, שהתבטאו בהומור שנון, בשיתוף פעולה ובנוחות להיעזר בכל מה שאפשר, ולו כדי להסביר חלק מהחיכים שהיה לו קודם לכך. בעודתנו המשותפת הסתיענו במודול ה-SOC, לשם מציאת حلופות להתנגדות, לפעלויותיו ואפללו להוות העצמי, אשר עניינו לו תחושת רצף וקוורנטו איסית, למרות השבר העמוק אשר נפער בחייו בעקבות מחלתו הקשה. הוודאות לסלקציה, הצלחה ליצור דב מודרג היררכי של מגוון הפעולות החשובות עבורו. לאחר שניפה מתוכן את המשימות הבלתי אפשרויות לשלב זה, גילה להפתעתו הרבה כי דווקא מרבית הפעולות החשובות בחיו עדין אפשרות מבחינתו (כגון בילוי עם הנכים, קפה שבoui עם חבריו ה gamblers, גאנדיים טכנולוגיים וגילשה באינטרנט), ואילו רק ממעט פעילות נאלץ להיפד (בעיקר הספורט האטגרי). בתום תרגיל זה דיווח דב כי CUT הוא תופס בפרופורציות שונות לגמרי את השינוי שבחיו: על אף מעט ויתורים, עדין יש ביכולתו להתמסר ולעסוק בתחוםי העין החשובים.

הודות לאופטימיזציה, הבין דב כי מעתה ואילך יזדקק לזמן ולהשקעה מרחיבים יותר כדי ליצור "הישגים" דומים לאלה שהו קודם לכך. לדוגמה, אם בעבר היה בולע ספר קריאה בשלושה ימים במקצת, הרי שאין סיבה שייתור לחולו על אהבתנו, גם אם יעשה זאת בעת בשבועיים. כמו כן, דב מוד שכך שיוכל לשמר על כוחותיו, הוא יאלץ להפחית מורתה האינטנסיביות של פעולות התגובה ממנה מאמין. למשל, אם בעבר היה יכול לטפל בנכים הפעוטים במשך ארבע שעות, עתה ישtask רק בשעותיהם.

הודות לקומונפנסציה, דב הבין, שהוא עלי' להסתיע באמצעות עזר שימושו על כוחותיו וימקסמו את תפוקודו, כגון מנוחת צהרים לשם אגירת כוחות לשאר היום, תרופות לנזקי השינה הליליים וכו').

מודול ה-SOC סייע בידי דב להבין, שהמחלתו אינה גוזרת עלי' בהכרח אובדן מוחלט של כל יכולותיו והאנאותיו. הוא למד להפיק



**אסקלפיוס:**  
אל הרפואה  
היווני שאומץ  
גם על-ידי  
הרומים.  
סימלו – נחש  
המטפס על  
מושט (ראו גם  
סיפור משה  
(ונס הנחש)  
– הינו סמל  
הרפואה  
בכל העולם  
המערבי

**בסיס מטרה וסדרי עדיפות בחיים וכן הכרה באפשרויות חדשות.** לדוגמה, אנשים שמהליכים לפתח את עצמם, להתנסר יותר למשפחה ולתפקידיהם על חשבון הפחתת עומס העבודה, להתחבר לחילוקים יצירתיים ורוחניים על חשבון החומריים ועוד. יתרה מכך, לא אחת ניתן לפגוש מחלים המכירהם בדבר אפשרויות של יצורتين מיניות אחרות בחיהם, כגון במישור המקצועי-תעסוקתי.

הניסיון למתת מענה לשאלות אלה ואחרות מזמין לא אחת עבודה פסיכודיאגנומית עמוקה, אשר המחלים מבצע לעיתים במסגרת הקונטקטס הפסיכו-אונקוּלגי, או דווקא מחוץ לו. תחילה (כיבויים אצליים קיימים או קשיים להיכנס לתוךם) המכוון האונקוּלגי, בשל הצפה והשיט אסוציאטיבית, בחילות מותנות או מצבים אורותיביים אחרים).

### הישנות או החמורה המחלת

שלב זה עשוי להידמות במעט לשלב האבחנה, בעירך אם ההישנות מתרחשת כעבור פרק זמן ממושך של רמייה ובמהלכה שב המחלים לחיה שגרה. אולם בניגוד לשלב האבחנה הראשוני, בו נוטה החולה להינות מאופטימיות ואר מתחמיות מסימנת, הרי שבעת ההישנות המחלת, החולה כבר מפוכח ומודע לציפוי לו, והיכולת להאמין ולקווות לטוב פחות מציאותית. **תగובות והפרעות:** חוליים רבים, בעיקר אלה שהישנות המחלת מתגלות גוררות בגופם, מתראים תחושת הונאה ובגידה קשה, שהרי "הובטח" להם בסביב הטיפול הקודם שהחלימו זה מכבר. כתעת מתברר, שלא זו בלבד, אלא שהפעם מדובר במצב אחר, רחוני, והחלימה מוחלטת אינה מושג ריאלי יותר. לעיתים עלול החולה לחוות פרץ של ייאוש, שכן את כל כוחותיו הקדיש "למלחמה" הראשונה וכעת הוא חשש שהוא לא יוכל לנצח נסף, קשה יותר ובעל פרוגנזה טובה פחות. תగובות שכיחות נוספת זה תהינה אכזבה (מהרפואה, מעצם) וחודה מפני עצם המחשבה כי יתכן שזמןם שאול.

שלב זה שיעור מצב הדיאנון שכיח במיוחד, גם בקרב חולים אשר התמודדו ב"טיפול" הקודם בהצלחה ובה, אולי כחוותיהם הפנימיים לא עומדים עוד לשותם. אחרים מצליחים לגייס כוחות בעבר ווחאים בהתחזות הנפשית שלפניהם עוד אתגר מיינר רבם.

**התערבות:** במקרה של משבר אמון בעקבות ההישנות (או ההחמרה), חשוב לסייע לחולה בתגובה קדומות יותר, גם הפעם עלינו להתמודד עם, אלא שהפעם יתכו גם אובדים קשים יותר להשלמה או ככל שאים הפיקם. מודל ה-SOC<sup>1</sup> עדין עשוי לעמוד לעזרתabella משותפת של המטפל והחולה, אם כי אפשרויות הסלקציה, דיאוגניות, גם אם אלה מובנים ומוגדרים למציאות, יש לדאוג להידוק הקשר הטיפולי ולנסות לתור עמו אחר מקורות חדשים ויצבים של תקווה.

בדומה לאובדים שחוווה החולה בתגובה קדומות יותר, גם הפעם עלינו להתמודד עם, אלא שהפעם יתכו גם אובדים קשים יותר להשלמה או ככל שאים הפיקם. מודל ה-SOC<sup>1</sup> עדין עשוי לעמוד לעזרתabella משותפת של המטפל והחולה, אם כי אפשרויות הסלקציה, האופטימיזציה והפיקצי הולכות ומצטמצמות. לפיכך, מטרה טיפולית רבת חשבונות בשלב זה תהיה עיבוד האבל והאובדים, תוך ניסיון להציג לפחותה, עד כמה אפשר. עזרה לחולה בבניית חיים בעלי טעם

ולוויית גם בمعالג החברתי שסבירו. יש לציין, כי ברגע למצביו ה-PTSD הקלסטיים, נדר לפגוש בקונטקטס הפסיכו-אונקוּלגי תסבונת פוטו-ויאומטיות מלאה. לרוב יתקיימו מצבים חלקיים, בהם ביוטיים סימפטומטיים ספציפיים כמו עוררות יתר או הימנעות בלבד. על אף התמונה החלקית, על אנשי הטיפול לראות בה התראה חמורה לסבל ולמצאה עצומים מצד החולים, אשר לא טיפול עלולים להחריך ולהחמיר עד כדי דפוסי הימנעות ופגיעה פרמננטית בבריאותו הנפשית וביכולותיו התפקודיות.

**התערבות:** מטרה טיפולית חשובה ביותר היא לסייע לחולה לבסס מחדש את עולם ההנחות המורסק שלו, כאשר חוותית המחלת היא חלק בלתי נפרד מזה גיסא, אך אינה משתלטת על כל כלו מאייך גיסא. במקרים של שחזור חוותית של הטראומה, התערבות תמיינית בצוורה של חיזוק משאבי התמודדות יכולה לסייע הרבה (למשל, באמצעות שימוש בטכניקות כמו הבניה קוגניטיבית מחודשת, Resourcing ועוד). השתתפות בקבוצת תמיינה עשויה אף היא לסייע הרבה לחולה, בשל האפשרות לתפוס מחדש את חוותה הקשה בפרופורציות אחרות, וכן הודות להבנה שלא זו בלבד שמדובר בתופעה נרחבת, אלא שאפשר גם להתמודד עמה בעילות ואין הכרה לאוותה בשואה. **צמיחה אישית מתוך חוותית המחלת:** למרות היוותה מארע טראומטי, פעמים רבות מנסה החולה / המחלים להעניק לחוויות המחלת משמעות של שינוי לטובה בהשוואה לרמת התפקוד הקודמת, לסדר העדיפויות בחים, ליחסים הבינאישיים או להתקפות ולצמיחה האישית-רווחנית. זום הפסיכולוגיה החזיבית מאמין, כי דווקא המציאות שבתהליך עיבוד הטראומה היא זו אשר חיונית ומאפשרת בנייה מחדש יסוד אישיות, ביחסים אישיים ולחותם. ככל הkowskiות יכולות ליכלות, לפוטנציאל, למשאים ולחתומות. כשהחנות היסוד עוסקות בנרטיב החותר עבר חיפוש ממשמעות, סיכויי החולה להתעורר על החוויות הטרואומטיות ולבנות תחושות צמיחה והפתחות אישית הולכים וגוברם.

תחומי הפעולה העצמית והשינוי נוטים להתמקד בעיקר סביבת הנושאים הבאים:

**שינוי ב"עצמם" ובהוות העצמית.** למשל חולים, שמחליכים נעת, בעקבות המחלת, להעמיד את צורכיים והגשותם העצמיים במרכז לראשונה בחיהם. דוגמה אחרת תהיה שינוי דפוסי התהשרות עם הסביבה, על-ידי מעבר מהפנמה לכיוון ביתוי אסטטיב.

**יחסים עם האחרים בכיוון של הערכה והעמקה וכן שינוי בתיחסות לדמיות המשמעויות בחים.** למשל, מטופל אשר לומד להזות את חברי ה"אמיתים" דרך התיחסותם והתנהוגותם לאורק תקופת התמודדותו עם המחלת (להבדיל מידיים שדווקא התרחקו או ברחו בשל קשייהם האישיים להתחזות).

**הערכה לעצם החיים.** מחלים רבים מודיעים על עלייה בתיחסות הסיפוק מן החיים עצםם, על יכולת טובה יותר להפיק עניין והנאה מהדברים הקטנים בחיים (כגון, תחביבים, בילוי עם המשפחה), נטיה חזקה יותר להתמקד בהפקת ממשמעות מ过后 ההווה במקום לדוש בעבר או לחתוור בשאפטנות אין קץ לעבר עתיד כלשהו וכו'.

עם אובדן אחד לא סיעה לו להשלים עם האובדן الآخر. העדרה הגיעה בסופו של דבר דזוקא מצד אשתו של דב, שהצטרכפה אליו לאחת הפגישות. כשהתבונתה לחותה דעתה בנדון, היא השילמה את התמונה באומרה שעבורה יחסן מין כשלעצמם אינם מהווים עניין רב ערך ולכן היא אינה סובלת מוטסכל או אכבה מהקשה שנוצר בתהום. תחת זאת, היא הציעה, ניתן אולי לננות לשפר את האנטיימות הזוגית בדריכים אחרים, שאין רק יחסן מין. דב, שהיא מופתעת לטובה מנוכנותה להתניות למען המניות המשותפת (במהרש טען כי היה לו הרושם שהוא הרימה ידים מזמן) חיר מבוכחה ואמר שעליו להרהר בנושא. בפגישה שלאחר מכך התווודה: "הוא צדקה. וודקה בתקופת האחרונה, למרות העדר יחסן המין", הרגשתו שהאנטיימות ביןינו השתפרה. מתברר שלמין יש בכל זאת אי אלו מחותומים, שלא אפשרו לראותה עד כה". הקומפנסציה שמצויה דב להיעדר המין התבטה בערך שלמוד להעניק למגע, לחיבור ולמלות חיבה ואהבה.

### **השלב הסופוני**

שלב זה מטאפיין בקשיש רחבה מאוד של תgebות והתנוגיות, אשר מושפעות בחולן ממושך התקופה (עששויה לנوع מכמה ימים ועד חודשים ארוכים), אך בעיקר מאישיותו של החולה ומדפסי ההתחומות הקזדיינות שלו בהקשר למחלתו. תיאור הולם ביתר של שלב זה, אשר ניתן על-ידי חולה סופני, היה "תהליך ארוך ומיסר של פרידה מהחיים, תחילתה דרך ירידה ביכולות הגוףוניות ובמהרש גם ביכולות הנפשיות".

**תgebות והפרעות:** פעמים רבות אין החולה פניו ורגשית לעסוק בהתחומות ישותה עם סוגיות סוף חייו ומותו הקרב, חיות שהוא עלול לסייע בתקופת זו מאיכות חיים יהודה, מפטרת כאב וסבל גופני, ערפל החושים והדעתה בשל השפעת הנורוקוטיקה נגד כאבים או תהליכי מחלה מתקדמים (דוגמת גרוות במוח או אי ספיקת מערכות), או בשל מצבים נפשיים ממשתקים, כגון אי שקט או חרדה קיצוניים (מן המות, מסבל, מאובדן שליטה או מגעיה בכבוד העצמי).

במקרים אחרים, השכיחים למדי בקרב אלה הננים מאייזון סימפטומים ומצילותות, מנסה החולה לנצל את הזמן שנורו לו לשם תהליכי "סגירת מעגלים". הללו, עשוים להתבטא בשחוור קונפליקטיבים ובעיות בלתי פתרות מחייו, אשר כרוכים לא אחת בהצפות וסערות רגשות.

תgebות אחרות בקשר חולים הנוטים למוות תהינה ניסין נאש להיאחז בכל שביב תקווה אפשרי (טיפול ניסיוני שאמור להגיע בקרוב, התקשרות לאמונה ולדת וכדומה), מורות וכעס על החיים שmagים לתוםם בטרם עת, דיכאון ויאוש, וכמוון גם התקשחה מוחלטת של המצב הסופוני.

לא קשור לסגנון ההתחומות עצמוני, בשלב זה נתה החולה פעמים רבות להתכנס בעצמו ולמעט באנטראקציה עם סביבתו. התכנסות זו ניכרת במיוחד כאשר קיים פער בין תחשותו ולבנותו הפנימית כי זמנו אוזל, לעומת המסתורים מלאי האופטימיות והתקווה שסבירתו ממשיכה לשדר, לכארה כדי לעודדו, או לחילופין בעקבות תשישות ושחיקה מצידם לאחר תקופת אורה של טיפול אינטנסיבי ומוסור בו. לא נותר לחולה, אם כן, אלא להתמודד בינו לבין עצמו עם מחשבותיו

וערך חשוב אף הוא במיוחד בשלב זה, כיוון שטעםם וערכם של החיים הולך ורוכש צבעון רוחני, פילוסופי או היסטורי (התפקיד על השיג עבר ווושת הכוורת לחמות הבאים). ולבסוף, יכול המכפל לטיש לחולות באמצעות השינויים של לווי ותמייה, שכן חוג החברים והמכרים על להצטמצם בחולף הזמן ולאורך התקדמות המחלה, באופן שמותר אותו פעמים רבות בבדיחות.

### **בחזרה למקורה של דב:**

לאחר תקופה בת חצי שנה, בה הצליח הטיפול הימי לבלם את התקדמות המחלה ואף להקטין כמעט לגמרי את הגידול, חזרה המחלה בבת אחת להכות באלים בגוףו של דב. היא אף החלה מטופשת ומכליה יותר ויותר את גוףו, תוך גירמת כאבים הולכים וגוברים. דב, אשר שמר על אופטימיות לכל אורך התקופה הראשונה, בה קיווה בכל מואוד שברובו יוכל לשוב לאיתנו, חדל לפטע להשתמש במושגים של החלמה. הוא לא הזכיר יותר סנפילג או רכיבה על אופניים. תחת זאת, הביע מושאלות כמו להספיק לראות עוד ועוד או שניים במשפחה. נראה היה כי גם מביי לזכור זאת מפושאות, הוא החל להפניהם כי מחלתו מתפשטת, וכי את התקווה עליו להמיר מהחלמה להארכת חיים. הוא החל לשבול מכאים, אך עתה עתה התעקש שלא להיעזר במשככי כאבים פשוטים. שיאבד את צילותו, והסתפק במשככי כאבים פשוטים. התפרצויותיו התקפניות מוקדם לא נראה עוד. את מקומו החליפו עצבות רבה, חסר מוטיבציה והסתהות. הציניות ובידוחות הדעת שלו דעכו, חיווכו היו מאולצים ועצובים, והוא המעיט מאוד בדברו והוא פסיבי בשיחותינו, בניגוד גמור למקודם. לא ניתן היה להתעלם ממצוקתו, שנארתה ממשר דכאוני בעקבות ההידירות במצובו. בניגוד לשלב הקודם, בו ניתן היה לגייס את משאבייו וכוחותיו הפנימיים (בעיקר התשוקה לחיה) כדי למצאו טעם ומשמעות לחיה, כתה הינה קשה מאוד לשכנעו שחיוו עדין ראויים לחיות. בשלב זה הוצע לדב טיפול אנטี้ דכאוני, אשר התקבל בתחליה בהתנגדות ובזלזול. עם זאת, בפגישתנו בעבר שבועה הביע דב עמדה מרככת יותר ותוכים לננות.

שבועיים מאוחר יותר כבר נראתה הטבתה מוצבו של דב. הוא עדין היה שקט ונראה כבוי, אך חיר קצת יותר והוא קואופרטיבי יותר בשיחותינו. מש Hastings לחלק מוצבו הנוכחי, הוא סיפור כי השלים במידת מה עם העבודה, שלא יכול לחזור לתמחביו האתגריים, אך עם אובדן התפקיד המני לא הצליח להשלים וחווה הפגיעה היחסית באמצעות יחסן מין חלקים והתקווה שישיפור עתידי במצבו יאפשר לו לשוב לכושר המני. עם חלוף הזמן הבוי, שהאובדן הזמן הולך ומתקבל משמעות קבועה ובלתי הפיכה. לאט ובהדרגה זנחו הוא ואשתו גם את יחסן המין החלקיים, מותן הרגשה חדתית של חוסר טעם בחוויה המוטסכלת. בניגוד לתמחביו האתגריים, אותן ראה דב בהחלטת "ולקוטס", את התפקיד המני תפס כענין בסיסי ורב-ערך בחחותו הגברית, ועם אובדן זה היה לו קשה עד יותר להשלים. וכך, בעת תרגול מרכיבי ה-"SOC" בזמנו, הצלחת דב באופן עצמי ליצור מדרגה חשיבותית בחיה. בהשווואה ליחסן מין, הספורט האתגרי הפך לזנחת. אך ההשלמה

## לסיכום

הטיפול הנפשי המותאם לשלב המחללה אינו ייחודי למטופלים החוליםים בלבד. מדובר במודל, ממנו ניתן להקיש בצהורה זו או אחרת באשר לחולים הסובלים ממחלוות כרוניות רבות אחרות, המתאפיינות אף הן בשלבים שונים, כגון התלקחות, רמשיות, השינויות או החומרות במצב. לדוגמה: חולות נירולוגיות נזיניות, מחלות מעיים דלקתיות, מחלות אוטואימוניות או מחלות של אי ספיקה.

קצירה הוריאה מלהכיל את עולם התוך העשייה המתקיים בחדר הטיפולים אשר במרחב האונקלוגי. הסקירה שלילית מהוות רק מודגם חלקי מתוך הנושאים הרבים, הקשיים וסוגי המענה שאפשר לתת לחולים אלה. מאותה סיבה לא אוזרו בעווותיהם הבלתי של המטופלים העיקריים ובוי המשפחה הקרובים (בעיקר בני / בנות זוג) במהלך ההתמודדות עם המחללה והטיפול בקרוחם, על אף החשבות הרבה של העיסוק וודידן בנושא זה.

## ביבליוגרפיה:

Baltes P.B. & Baltes M.M. (1990): Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.): **Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences**. Cambridge, UK: Cambridge University Press. pp: 1-34.

Kubler-Ross E. (1969): **On Death and Dying**. MacMillan, NY.

Weisman A.D. (1980): **Coping with Cancer**. McGraw Hill Inc.

על המוות והחששות הנלוים.

**התערבות:** העבודה מול החולים הנוטה למוות מורכבת ומצריכה מצד המטופל גישות עצומה וערנות באשר לדפוסי ההתמודדות בהם נוקט המטופל. בכך בידותו של החולים, המטופל יתמקדס הפעם בהקשבה, באמצעותה ובמתן כבוד לצורכי החולה להתבטא בהתאם לרגנון האיש, ללא צורך (ברוב המקרים) בהכוונה דירקטיבית לעבר דפוסי התמודדות אחרים. למשל, חולה הממשיך לתoro אחר מקורות לתקווה יזכה לשיטוף פעולה מצד המטופל, ולא לקונפונטציה מסווג "עליך להשלים עם המצב". יוצאים מן הכלל הם מקרים שבהם המטופל שרי בדיאנוון עמוק או ביואש.

از מכובן תתבקש עבודה התערבותית מסווג אחרת. אוטם חולים, אשר מבקשים לבצע חשבון נפש חשבון נפש סיכום חיים (כתהיל איש או בעיות עם קרובים), עלולים לעיתים לヒתקל בקשישים לארור הדרכ, כמו הגיעו מטאצלים מצד הסביבה. התערבות טיפולית תהיה חיונית ביותר במקרה זו, שכן ביכולתה לאפשר לחולה הנוטה למוות תמייה והכוונה לקידום גיבורת האגו וסיקום מוצלח של החיים במושגים של משמעות ותקווה, תחת ייאוש, חרדה וחוסר אונים. כמו כן, ביכולתו של המטופל להכיל לארור הדרכ, כמו הצורך בפעולות רבות אינה מסוגלת להכיל, כגון הצורך להקשיב לסקירת חייו, הצורך בקונפונטציה ועוד.

בנוסף, המטופל יכול לכון את החולים לקראות תקשורת פרידה פתוחה ואינטימית עם קרוביו, או במקרים אחרים להכין צואות רוחניות כדוגמת מכתב פרידה, הקלותות וכדומה.

## דב בשלבים הסופניים

בסוף דבר הכניעו יסורי של דב והוא החל בטיפול נרקוטי נגד כאבים. הואאמין לא הפך "זומבי" כפי שחשש, אך אכן היה שרי שנות רבות ביום בנמנום והריגש כבדות ולאות. משקל גופו החל יוד בהתמדה והגיע למצב חתקתי. הוא היה חלש מכדי לעמוד ולהתהלך ולא הייתה ברירה, למורת רוח, אלא להיעדר בכיסא גלגים כדי לנידיו מחוץ לבית. הוא חוד מלקלבל את הטיפול הניסיוני, כי גופו כבר לא היה יכול לעמוד עוד במעטה. את שיחתנו الأخيرة קיימנו במכון תוך כדי הטיפול האחרון שלו, לפני המעבר למסגרת ה"הוספיס בית", שנונתנת שירותו טיפול תומך בבית החולים.

دب ידע שהוא עומד למוות, אך לא דבר על כך מעולם. למעשה, הוא דיבר מעט מאוד. דאגתו העיקרית היה חוכה באיזו הכאב סביר השעון. בנוסף, ביקש והתacen מאטשו שלא תשאירו לבד לו לרגע, ואם עלייה יצאת לשעה קלה מהבית, שתעשה זאת ורק כאשר אחד מילדיהם נמצא איתנו. נראה היה כי דב חשש שהימצא ברגעיו האחרונים לבדו. למehrת הצער, דב ואנוכי לא נפרדו זה מזה, שכן הוא סימן את שיחתנו الأخيرة בהבטחה: "נתראה כאן, כשאגע לביקורת".

دب לא הגיע יותר לביקורת. את חמישת השבועות שלאחר מכן עבר בדיעכה איטית בביתו. בשיחות הטלפון שהתקיימו עם אשתו באוטם שבועות, היא סיפרה על כמה שיחות קצרות בהמשכים שקיים דב בזאתו איתה ועם כל אחד מבני. הוא לא אמר זאת בפרט, אך ככל הבינו שהוא מנסה להיפוך מהם, בדרךו שלו.

**תחת כיפת שמיים רחבה ומכווצבת,  
קרה נא לי קבר.  
מאושר בו אנווט לאחר המות,  
כמו מאושר היותי עלי אדמות.  
ושיר תחקוק עלי מציבה,  
זה המקום לו היוה.  
לו השתווק ופה הוא נקבר,  
ופה הונח ופה הוא נקבר.  
חוֹר הספן, חזר מן הים.  
חוֹר הצד מִן הַהָר.**  
  
**רוברט לואיס סטיבנסון**





# הרפורמה בבריאות הנפש: מאיין ולאן?

הניסיונו המוצטבר מראה שגישה זו אינה פותרת בעיות של כלכלת בריאות, אלא רק מחליפה אותן זו בזה, כאשר היא קובעת קידמיות על בסיס של אידיאולוגיה מסוימת על חשבו אידיאולוגיה אחרת. גם ארצאות הברית נתקלת בעיות שנוסחו בתחילהה של סקירה זו, דהיינו הוצאה הולכת וגדלה על בריאות. העברתן היחסית של הוצאות אלה לכיסו של המבוקש מצד שני, ובנויות שוק תחרותי של גורמים מבטחים פרטיים מצד שני, אין פותרות את הבעיה. השוק אינו בהכרח וגולתו יUIL Ridgely., Giard (1999) מושערות באופן דיפרנציאלי לאלה שכילים לשלם, וכן האזרחים העניים ביוטר הננים מפיקות בריאות (בל' שהස הכללאומי של הוצאות הבריאות יוד בשיל קר). התחרותיות בין חברות הביטוח הרפואים מתבטאת באמצעות ליקויים ללקוח מבורחים עם כמה שפחות הוצאות עליהם, שמקבלים פחות מבורחים "חולשים" יותר ומודעים פחות לזכויותיהם, שמקבלים פחות הטבות בריאות ממוגעתים צעירים, משכילים ומבוססים כלכלית.

גלאז (Glaser, 1993) טוען כי השיטה של managed care, ביגוד לטענה האידיאולוגית שמטרתה לפוך על הוצאות הבריאות במטריה לעשותן רציונליות יותר (הוצאות ללא פיקוח הן זבזזניות), הפכה בעיירה לשיטה שנועדה לחסוך הוצאות לחברות הביטוח הרפואים. במידה רבה זה קורה באמצעות העברתן לכיסו של המבוקש, וזאת במגוון שיטות, כגון אי-הכרה בזכאותו לטיפול הרפואי (מהו שמאלי אותו למן עצמו בעצמו), מימון של טיפול קצר וחלקי (אשר את המשכו על המבוקש בלבד מכיסו), גיבית "השתתפות עצמית" ועוד כהנה וכנהן שיטות.

במדינות אירופה קיימים מגוון מודלים לביטוח בריאות, ברובם הם אינם זרים למודל האמריקאי של הפרטה מוחלטת, אך גם אינם מעניקים מטריה מוחלטת מטעם המדינה. בישראל, ההתפתחות של בריאות הנפש, כמו הבריאות בכלל, היא בעל היסטוריה יחידית.

עוד מ לפני קום המדינה, וגם אחרת, הבריאות בישראל נשענה על שני מקורות עיקריים: פיתוח בריאות על-ידי הממשלה באמצעות בתי חולים ומרפאות בבעלות המדינה המופעלות על-ידי עובדי מדינה; וקופת חולים של ההסתדרות, אשר פיתחה מערך רפואיים, ומרפאות בבעלות המדינה הנקראות קופת החולים לאירועים. קופת חולים של דורך-כלל, שיקוליה של קופת החולים לא היו כלכליים אלא בהתאם לצורכי הבריאות, כפי שהיא שפטה אותם. כאשר חסר לה כסף, היא הכנסה ידה לקופת המדינה ושאהבה ממנה לפחות צרכיה. המטרות, בסופו של דבר, היו בריאות הציבור. קופות החולים האחירות היו קטנות במידה ממשמעותית, ובדרך-כלל קנו שירותים מכערכי הבריאות של קופת החולים של ההסתדרות.

בשנות ה-50 נערך הסכם בין ראש שירותי בריאות הנפש דאז, ד"ר טרמר, לבין קופת החולים של ההסתדרות. לפי הסכם זה, כל זאתה במדינה יקבל טיפול רפואי לרשותו של רפואי לא בריאות הנפש הסמכה למקום מגורי. פירוש הדבר היה שחברי קופת החולים של ההסתדרות קיבלו טיפול בחינוך גם במרפאות של המדינה, ואילו אזרח המדינה שאינו חבר קופת החולים של ההסתדרות ימשבר נפשי, ידרש ולקבל טיפול רפואי היא נומכה יותר. קיבלו טיפול גם במרפאות של קופת החולים הכללית. מבחינות רבות, הסכם זה נמצא בתוקף עד עצם היום הזה, וישנה רק אם

מאלחמת העולם השנייה מתחומות כמעט כל המדינות בעולם עם הוצאה הולכת וגדרה על בריאות. במצב זה יש שתי סיבות עיקריות. הראשונה: העליה בתוחלת החיים, אשר מצריכה הוצאות רבות בכל כוחות של גל היינקה; השנייה: התפתחות של טכנולוגיות רפואיות חדשות, שעולות יותר כסף מהטכנולוגיות הישנות.

אף כי באופן כללי התפתחויות אלה תקיפות גם בתחום בריאות הנפש, הרי השפעתן עליה נמוכה יותר, וגם זאת משתי סיבות עיקריות. ראשית, רוב הבעיות הפסיכיאטריות הייעדות לנו מופעות בגיל צעיר או במהלך חייו של האדם, ושיעורם אינו עולה באופן מיוחד בגיל הזיקנה. שנית, בפסיכיאטריה לא היה פיתוח של טכנולוגיות חדשות בתחום שיעור כמו ברפואה הכללית. התוצאה העיקרית של מצב עניינים זה הותה ששיעור הוצאה על בריאות הנפש מתווך כל הוצאה על בריאות הלך ופתח. במאמר מערכת של הביטאון הרשמי של הסתדרות הפסיכיאטרית האמריקאית טוען איסט (EIST, 1998), כי שגגה ברורה של ירידת התקציבים המייעדים לטיפול נפשי. בישראל, למשל, חלקו של התקציב בבריאות הנפש בתקציב הבריאות הכללי יד במשר עשר שנים מ-16.8 אחוזים ל-7.5 אחוזים (משרד הבריאות, 1998).

נראה כי דבר דומה קרה כמעט בכל מקום בעולם (Frank and McGuire, 2000). בכל מקום שהוא התקציב מוגבל להוצאה על בריאות – וכמעט תמיד התקציב אינם אינטנסיבי – הנטייה היתה להפחית בהוצאות על בריאות הנפש (1995, Palipal) שלא נחשבה ל"פיקוח נפש", וזאת לא כאשר משווים אותה להוצאה על טיפול בסרטן וב跻ים או דיאליזה. בנסוף, התחלואה בתחום הנפש היא בדרך כלל "רכה" יותר וחד-משמעות פחות, ואין קונצנזוס ברור לגבי הטיפול הנחוץ. תמיד קיימים היפותזים להציג תרופות זולות במקום פסיכותרפיה יקרה, או טיפול קצר במקום טיפול ארוך.

מדינות שונות פתרו את הבעיה הללו בנסיבות שונות, אך כמעט ברור שאין פתרון אחד נכון. פתרונות אלה הושבעו בדרך-כלל לא רק מייליצים אובייקטיבים (מגבילות כלכליות וכדומה), אלא גם מאיידיאולוגיות פוליטיות.

המודל האמריקאי כולל בריאות מופרטת. כל אדם מבטח עצמו בחברת ביטוח בריאות, והיקף הטיפול שהוא מקבל מותנה בגודל הפרמיה ובתנאייה, אך בדומה לאמר לעיל, חברות הביטוח משתמשות לפחות בהוצאות על בריאות הנפש ככל האפשר. תחום בריאות הנפש הינו בעל כוח משיכה נמוך. רוב האנשים שעושים ביטוח בריאות חושבים על מה שקיבלו בכך של מחלת ממשמעותית, כמו סרטן, או צורך ניתוח רציני, כמו בלב, המודל האמריקאי כולל בריאות מופרטת. כל אדם מבטח עצמו בחברת ביטוח בריאות, והיקף הטיפול שהוא מקבל מותנה בגודל הפרמיה ובתנאייה, אך בדומה לאמר לעיל, חברות הביטוח משתמשות לפחות בהוצאות על בריאות הנפש ככל האפשר. הם אינם מבקריםizia טיפול יכול במקורה של משבר נפשי. מצד שני, אנשים הזקוקים לטיפול נפשי מונים בדרך-כלל על הקבוצה החלשה מתווך כל המבוקחים. אין צורך לומר שהחולן נפש הום לרוב קופות מודיעים לזכויותיהם ויש להם פחות כוחות להילחם עליהם; אך גם יכוליםם של אנשים "רגילים", הנוטנים לדיכאון, בטרואמה, או במסבר נפשי, לדרש ולקיים טיפול רפואי היא נומכה יותר.

ארצאות הבריאות הינה ועודנה שבייה במידה ורבה על-ידי תיאורטיקנים של השוק החופשי. בעוד גישה זו עדין שולטת בה בכיפה, הרי

## ■ צבי גיל

- הכותב הינו
- פסיכון
- клиין העבודה
- במרפאות
- לבリアות
- נפש של
- משרד
- הבריאות בעכו,
- ברמייאל
- ובמרכז עמידה
- בחיפה. הדעות
- והעמדות
- המובעות
- לעל הימן שלו
- ובאחריותו
- ואין מיצגתו
- את משרד
- הבריאות.

**ארצות הברית  
היתה ועודנה  
שכוביה במדינה  
רבה על-ידי  
תיאורטיקנים  
של השוק  
החופשי.  
בעוד גישה זו  
עדין שולטת  
בها בכיפה,  
הרי הניסיון  
המצטבר  
מראאה שגישה  
זו אינה  
פותרת בעיות  
של כלכלת  
בריאות, אלא  
שוק חופשי  
אותן זו  
בוז, כאשר  
היא קובעת  
קדימות על  
בסיס של  
אידיאולוגיה  
מוסממת  
על חשבון  
אידיאולוגיה  
 אחרת**

טיפול זה למיניהם, למשל באמצעות הగבלות על פניה למומחים, בחירה מוגנתית של ספקי הטיפול, בחירה של מטפלים פחות מומחים, ופיקוח קרוב וצמוד על התהליך הטיפולי, כאשר שיקולים כלכליים הם חמיננטיים יותר מאשר טיפוליים (Eist, 1998; Rost, Zhang, 1998; Miller & Luft, 1994; US Institute, 1989). (Fortney et al, 1998; Metzel, 1998) סיכם את סקירתו בקביעה ש:

*"Managed care companies across the country have treated mental health coverage as if it were a treatment to be avoided at all costs"*

ואילו חבר הקונגרס האמריקני צ'רלס נורוד אמר כי "לעתים קרובות מדי השורה התחתונה ברפואה היא הרוח של החברה (הכוונה לחברת הביטוח הרפואי – צ.ג.) ולא הבריאות של הפציגנט". הסטור אלפונס ד'אמטו, אשר הגיש יחד עם נורוד העזה ל"חוק הגישה של מטפלים לטיפול אחראי" טען כי לטענה "קיים אין שוק חופשי בתחום הבריאות" (Ratnesdar, 1997).

סקירה זו של המצב בארצות הברית מעידה כי קיים יסוד לחששות שהuberת האחירות על הטיפול הנפשי לקופות החולים עלולה לגרום לירידה בסיטופול שהמטופחים יקבלו. המסקנה המתבקשת היא, שכאשר הטיפול הציבורי יצטמצם, האוכלוסייה תתחלק באופן חד יותר לשני חלקים: בעלי האמצעים שימושיו ליקבל טיפול רפואי בתשלום, וחסרי האמצעים שלא ייקבלו טיפול כלל (או יקבלו טיפול מינימלי). יש לציין, כי בדרך כלל קופות החולים הן גופים ללא מטרות רווח, אולם בתנאים של תקציבים מוגבלים הן מתנהגות כמו גופים למטרות רווח. המיללים האחרות: הן צרכות לשמרו שלא יפסידו כסף, זאת באמצעות חיסכון מרבי של הוצאותיהם (Pipal, 1995).

באחת מדיניותן ארציות הברית שUberה לביטוח לפי שיטת הקפיטציה, הראה מעקב קפדי שבמקרה המוצחרת של אספקת שירותים של בריאות הנפש על בסיס תקציב מוגדר, ניתן שירותים מינימליים: מה שהיא אמור להיות "מינימום" (רצפה) של טיפול נפשי הפרק למקסימום (התקרה). מלויו הכתובות של החזזה הביטוחי בין המבתח למבתוכה (ובן המבתוכה למדינה או להיליה) נשמרות פרטיות או יותר, אך לא רוחו שנمعدה לשפר את בריאות הנפש ולעשותה זמינה יותר ושווונית יותר. מחקר זה (Heflinger and Northrup, 2000) הראה שמספר הזכאים לטיפול נפשי יד מNUMBER לשיטת הקפיטציה לאחר שנקבעו זכויות בשיטה מחמירה לפי אבחנות; שהשימוש באשפוזים – כולל אשפוזי ים – יד בצוות דרמטית (מאוחר שטיפול באשפוז הינו היקר ביותר); וההידוגים של עילויות ושל שביעות רצון היו נמכרים. המחברים מסכימים כי שיטת הקפיטציה משמעה שהсистемה הכספי מועבר לגורם המבתוכה, ועל כן התכריז הבורו והחד-משמעותו של הווא לספק כמה שפחות שירותים. אין צורך לומר כמעט שלו הוא לטפל נפשי יד מNUMBER לשירותים של מניעה והתערוביות מוקדמות נעלמו לגמור. למעשה, השירותים של מנעה והתערוביות מוקדמות נעלמו לגמור.

המחברים (Heflinger and Northrup, 2000) טוענים שקיימת נחיצות גובהה לכך שקובעי הזכאות לטיפול ותכנית הטיפול לא יהיו עובדייה של חברת הביטוח.

ובארצן? שפלר (1998) טוען ש"הפיתח המערכת הטיפולית

וכאשר תיכנס לתוךף הרפורמה המוצעת בבריאות הנפש. בשנת 1996 נכנס לתוךף חוק ביטוח בריאות ממלכתית. לפי חוק זה, כל תושב במדינה חייב להיות מבוטה בקופת חולם כלשהי, וזכה לקבל ממנו כל שירותים אחד כפי שייקבע עבורי כל הקופות על-ידי ועדת ציבורית, ובהתאם לאפשרות הכלכלית של המדינה. ככל מוכאים את מחול השירותים המתרחש כל שנה סכיב "סל השירותים" והתרופות שאמורות להיכללו בו. בעיתות זו נקבע מהמור לו לעיל: ההוצאות על הבריאות הולכות וועלות, והמשק הכספי מתקשה לממן אותן.

עם כניסה לתוךף של חוק ביטוח בריאות הממלכתית, הוחלט לדוחות את תחולתה של בריאות הנפש בתוכו, מתוך הכרה כי יחד של התחומים וביסבוקים המיחדים שכורכים בו. אגב, יש לציין כי גם תחומים אחרים – כמו בריאות הציבור, טיפול בילדים בתי הספר ובリアות השן – לא נכללו בחוק הבריאות. מאזור הרפואה שקדו לתכנן את הכנסתה של בריאות הנפש לטור חוק ביטוח בריאות ממלכתית, אך יוזמה זו עדין מתעכבת, אלא אם תיכנס לתוךף הרפורמה אשר עליה החליטה הממשלה.

עיוון בנעשה בתחום ה"טיפול המנווה" בארצות הברית מלבד כי הגורמים המבוחכים משתמשים לחסוך ולצמצם כמה שאפשר במתן טיפול נפשי למボוטחים, זאת באמצעות מגנונים שונים המגבילים את הגישה והזקאות לטיפול נפשי ואת התזריות והמוחיכות המשקעות בו. בבדיקה של שעבודתם של פסיכיאטרים פרטניים בארה"ב נמצא (Olfsen, Marcus and Pincus, 1999) כי בשאר שבע שנות 1985-1995 הפקו הביקורים במורפאות הפרטיות של הפסיכיאטרים קצרים יותר וככלו פחות פסיכיאטריה ו יותר תרופות. בעיקר עליה מספר הביקורים שנמשכו פחות מעשר דקות! המחברים מסיקים שהמגמה בפסיכיאטריה היא פחות פסיכיאטריה ו יותר תרופות. הם מיחסים מגמה זו (בנוסף לכינסתן של תרופות חדשות) בעיקר למגבלות כספיות שדרשו על-ידי גורמים מובהקים: הפסיכיאטרים מנסים להגדיל את הכנסתם המכטמת באמצעות קיצור מסך הפגישות, ופעולו יותר מכך עשויים עבדותם עם הפסיכיאטרים, אשר פעילותם מצריכה יותר זמן ועליה יותר כסף Schreter, 1997). ברוב המקרים חברות הביטוח לא תמנעו טיפול מההובטח אלא תיתן לו טיפול חלקי, תוך שהוא "מודיע" לו שהוא מקבל טיפול אופטימלי. כך, למשל, טיפול קצר מוגדר כטיפול Metzel, (1998) כ-

*"It is unfair and potentially fraudulent to provide limited service, either through explicit or implicit organizational policies, and then to present it to the public as comprehensive care"*

ובתרגום חופשי: אין זה הוגן להציג טיפול מוגבל מסיבות תקציביות ולהציג אותו כטיפול הרצוי יותר. נראה כי חברות הביטוח הרפואי משקיעות הרבה בראים להגביל את הנגישות והזקאות של מבוטחה לטיפול נפשי, או לפחות

במשך השנים הועלו טענות רבות כי המצב בבריאות הנפש הציבורי בארץ הוא גורע, כי הטיפולים ארוכים והמתנות ממושכות, ולכן דרושה פעולה מקיפה. למעשה, מה שנחוץ הוא כוח אדם שמתאים לצרכים.

המעוצה הלאומית לבリアות הנפש קבעה לפי תחישבים שערכה, כי במערכות הציבוריות לבリアות הנפש בישראל חשות 232 משרות (לינסן, 1998). תחשיב של ועדת אחרת העלה חסר של 41 משרות (לינסן, פופר ולרנו, 1996), ועודנה נספח דרש להכפיל את הייקף כוח האדם במועד בריאות הנפש הציבורי בישראל (מסמך הוועדה, 1990).

תחת זאת, ההצעה הנוכחית של הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש דורשת סגירה מוחלטת של כל המערך הממשלתי לבリアות הנפש (המרפאות הקהילתיות ששhicot למשרד הבריאות), מתוך תקווה ש קופות החולים תפתחנה ממשאביהן שלහן מערכ מקובל, שיוגבר על כל המזCALLות של התווים והמתנות ויספק את כל הביקוש לבリアות הנפש. ההערכתה המקובלת היא, שאחרי שתתבצע ברפורמה בבריאות הנפש והוא תהיה נגישה כל האזרחים, הביקוש אליה לפחות יוכפל. לא זו עת, אפשר היה לצפות להגדלה משמעותית של תקציבי בRIAOT הנפש היא כך הוא: מטרתה הלה מא מזCALLות של הרפורמה בבריאות הנפש היא לעשות אותה ככלית יותר ולהעביר אותה תחת מגנון בקרה של ארגונים כלכליים במקום הצריכה "לא מבוקרת" הקיימת.

הניסיוון הבינלאומי מלמד שטמרה זו אינה ריאלית. הוא מלמד שהגברת התחרויות בתחום ביטוח הבריאות אינה בהכרח חוסכת נזCALLות אלא עשויה להעלות אותן (Glaser, 1993), בעקבות כי חברות הביטוח נאבקות ביניהן על הגדלת מסטר המבוחחים, למשל באמצעות פרטום, טכניקות שיווק ושיפור השירות (כמו בניית מרפאות חדשות ויפות). בין אלה יש רק מעט הפעולות עם הוצאה עילית של תקציב מוגבל לטובות הבריאות בתחום קליפורניה, למשל, נחשבת למدينة התחרותית ביותר בתוכם קליפורניה, או אף מטרת חברות הביטוח "המגדל" של טיפול מנוהל ושל ביטוח הבריאות בארצות הברית (Sharfstein, 2004).

המעבר לטיפול מנוהל, דהיינו טיפול שבו חברה מממנת מתקבעת את הטיפול תוך פיקוח על זכאות ועל הטיפול שנייתן, הניב בעיות קשות, אשר רובן לא קיבלן עד היום פתרון שישבע את רצון כל הגורמים המעורבים. הניסיוון המctrבר מראה שיפורמותן כללה יש לבצע לאט ובזהירות, בצוותה ניסויית, תוך איסוף מתמיד של נתונים לגבי תוצאותיהם (Ridgely, Giard and Shern, 1999; Gold, Sparer and Chu, 1996). זאת משומם לרפורמה בRIAOT הנפש טומנת בחובה סיכונים לא פחות מאשר סיכונים: שלילת זכאות מטופלים, מתן

לכלכליות גרידא כתכיב למבטח אינטראס מוצחר לא לךנות מזור של הבריאות מה שלא נראה לו חיון מספיק. אנו צפויים לחזור למצב שבו לא ברור שכ פונה יקבל את הטיפול המגיע לו, מטור שיקול כלכלי".

האם יש הצדקה למיון צבורי של טיפול נפשי? מחקרים שנעשו בארץות הברית הראו של טיפול נפשי יש ערך רב בהعلاה של איכות החיים, במניעה של תחלואה (נפשית וופנית), ובעליה בפרק העובדה. ספר חברות גודלות השתקנו לעשות לעובדים ביטוח בRIAOT הכלול פסיכותרפיה, זאת כאשר הוציאו בפניהם נתונים המראים שעובדים שיכולים לקבל טיפול נפשי בעדרים פחות מהעובד, ושל דולר המשש�� בטיפול נפשי חוסר כמה Dolars הודות למונעת פרוצדורות רפואיות אחרות (Reiner, 1996). קיימות ראיות לכך שפסיכותרפיה אמבולטוריית הפחתה אשפוז (הן נפשי Mumford, Schlesinger, Glass et al., 1984; וכן גפן) (Caudill, Anders, 1999) ושימוש בשירותים רפואיים (1991).

כמו כן, יש ראיות רבות לכך שלມלצת נפשי ולטיפול נפשי יש השפעות על בריאות גופנית ונפשית ועל זריקה של שירותים רפואיים ואשפוזים. מחקרים מצבעים על קר, שכ-60 אחוזים מההיעדרויות של עובדים מעובדים ו-90-80 אחוזים מתאונות העבודה נבעו מבעיות אשפוז ומקשי לעמוד בלחץ. רמות גבוהות של מצקה נפשית לא מטופלת מתחברות לממה גבואה של זריקה של שירותים רפואיים, ולהפך: כאשר לאנשים יש גישה לטיפולים נפשיים אמבולטוריים, השימוש שלהם בשירותים רפואיים אחרים יורד דרמטית. אנשים עם אבחנות נפשיות מכל הסוגים מופיעים אצל רופא המשפחה שלהם פי שתיים מאשר אנשים ללא אבחנות נפשיות (מסוכם אצל Reiner, 1996).

מצאים אלה חוזרים ומתאשרים במחקר ובMETA-אנליזה של מחקרים העוסקים בקשר שבין פסיכותרפיה לשימוש בשירותים רפואיים (al et al., 1984, Mumford, Schlesinger, Glass et al., 1983). גם חולים עם מחלות פיזיות כהניות צריכים פחות טיפול רפואיים כאשר הם בטיפול פסיכותרפי (Mumford, Glass, 1983). גם מטרת מצהה אמריקאית שהציגה פסיכותרפיה לעובדים מצאה במחקר נלווה כי על כל دولار שהוצע לפסיכותרפיה היא חסכה 5.78 Dolars בשירותים רפואיים אחרים! (Docherty, 1993).

לדעת מצל (Metzel, 1998), לפסיכותרפיה ערך רב הרבה יותר מכפי שחברות ביטוח רפואיות, וمدنיות ההגבלה שלhn על צרכיה היא מוטעית ואולי אף מזיקה. טיפול נפשי אמבולטורי רב-מקצועי אינו רק עניין של מותרת – הוא כדי. רינר (1996) מסכם כי:

"Comprehensive mental health care is an affordable and cost efficient, in terms of dollar, workplace, physical wellness, and quality of life benefits". ובהמשך: "Mental health care, that is, psychotherapy and adjunctive therapies, yields high returns in terms of pragmatic indices".

לחחות תביעות לטיפול נפשי. קיימות ראיות רבות לכך שהאוכלוסיות החולשות ביותר (חולי נפש, אקנסים, חסרי השכלה, מהגרים, זרים, וילדיים וכו') ממצדים הici פחותות את זכאותיהם, או במלילם אחרית - מוגבלים הici פחות טיפול(Gibelman and Mason, 2002) (לגביו ילדים, ראו peele, Lave and Xu, 1999; Cook et al, 2004 למשל גוף; Corrino, 2001) והם אוו למשל (Alegria et al, 2001). החוללים בוותר (חולים כוררינו) הם בעלי הסיכון הגבוה ביותר להפגע מתקדצוב חסכו של משאבי הטיפול (Mechanic and McAlpine, 1999). לעומת זאת, התקדצוב המוגבל של בריאות הנפש מוגבל כך שחלקם קטן מהמשתמשים בו מתקבל את חלקו הגדול של התקדצוב (Peele, Lave and Xu, 1999).

ההשפעה הבורюה ואולי החומרה ביותר של גישת הטיפול המונוהל" היא שהטיפול נעשה לפי שיקולים של חיסכון כלכלי Gibelman and Mason (1998) יותר מאשר של ויעילות הטיפול. לדוגמה: טיפולים ארוכים ונחוצים מוחלטים בטיפולים קצריים, לרוב התנagogותים, שנועדו לפחות משבירים יותר מאשר לטפל בגורמים להם או באישיות המטופל (Mitchell, 1998). במקומם שהטיפול ינתן לפי תכנית טיפולית איניבידואלית המותאמת למטופל ולצריכיו, נדרשת תכנית טיפולית סטנדרטית המבוססת על אבחנה (Kadushin, 1998). בנוסף, החופש של המטופל מוגבל על-ידי הדרשאה לשימוש בטיפול לפי מדריך" MANUALIZED TREATMENT (Mithchell, 1998).

מנקודת ראות של מボטים ושל מטופלים, יש חששות מובוססים כי מעבר לשיטת " הטיפול המונוהל" (managed care) יהיו השלכות מרוחיקות לכת על הערכות מקרים ועל מתן אבחנות, Gibelman and Mason (2002). במקרים לווטס צריכה של שירתיו בריאות הנפש על-ידי יצירת איזון נכון בין הוצאות ציבוריות (למשל באמצעות הגורם המביטה או הממשלתי) להוצאות פרטיותות (למשל באמצעות השתפות עצמאית), החברות הממונות מתערבות בתהליכי של קבלת החלטות, אבחון ושיטות טיפול (Frank and Goldman, 2001). ביזיגון המכובל מדבר על "פקידים שמכתבים למטפליים". בסקרים שנעשים נמצא באופן עקבי כי רוב המטפליים מכל המקצועות הרפואיים סבורים כי הטיפול המונוהל משפיע לרעה על עבודתם המקצועיים או האתיקה של האתיקה שלהם (Danzinger and Weifel, 2001). מתרור כי מטפליים רבים, גם כאשר אינם מסכימים עם הגישה ועם התכתיים של הגורמים המביטה או הממנינים, מתחאים את עצם אליהם על-ידי ניסוח אבחנות ותכניות טיפול אשר נועד להתאים לדרישות המביטה והמטופל בפועל (Gibelman and Mason, 2000). במקרה אחדות, נוצרת סתירה בין הפרקטיקה המקובלת (et al, 2004).

של בריאות הנפש לבני דרישותיהם של גורמים מבטחים. למצב עניינים זה יש השלכות מרוחיקות לכת על האתיקה של המקדצוב (Mechanic, 1997, Duska, 2000) – על עיולתו (Austad et al, 1998), עד כדי כך שנטען כי יתכן טיפול מנוהל וטיפול לעיל אין יכולם להתקיים בנסיבות Epstein, 1997).

סקור שנערך לפי נתוני ארגון הבריאות העולמי (Shekhar, Sharan & Saraceno, 2003

טיפולים גורעים או לא מספקים, חיסכון יתר בהוצאות המביא לצמצום החוצאות על בריאות הנפש, החלפת צוות מקצועני בצוות מקצועי פחות, שילית וצף טיפול, ירידה במערכות הדרילית Ridgely, Giard and Shern, 1999; Gold, Sparer and (Chu, 1996).

לאחר שפרק רפורמות שנעשו במערכות בריאות הנפש במדינות אוחיו, כותב הוגן (Hogan, 1998) כי:

We are painfully aware that systems reform does not automatically lead to clinical improvements and better outcomes".

במאמר סקירה הגיעו כיסಹולם וסטיארט (and Stewart, 1998) למסקנה כי "ברמת המדינה והחברה, הרו שמחינה כלכלית נעשים באמצעות רפורמות בהוצאות על בריאות הנפש באמצעות הגבלת הגישה לשירותים אלה. הנכונות של החברה להגדיל הוצאות אלה לשם העלתה שוויוניות ברמת הטיפול תלויות בפרדיוגמת הערכים של החברה". ובהמשך: "הכנסת רפורמות אלה ברמת הממנים והספקים עוזרת במילוק תשומת הלב בתהליכי הערקה וקביעת קידימות, אך גם מכינסה מעותים נוספים להיסט של השקעות ולסורה של מה שנראה כשותען מיותר, מה שעלול להביא להגבלת הגישה לטיפול או לרציפות של טיפול נפשי הולם להזקנים לו".

בניסוח למדיקליזציה של התחום, כוללן התייחסות אליו מבחינה כלכלית כמו אל תחומי הרפואה האחרים, אבדו כמה מתקנותיהם הייחודיים ומיתרונו הכספיים, כגון שירותי תעסוקתי, חברותי ודורי. ביטוח רפואי נתה לממן בעיקר מה שהכרחי באופן אקטואלי ולצמצם עד כמה שאפשר השקעה במצבים כחוניים. יש ראיות רבות לכך שהאוכלוסייה הכלכלית מעדיפה לקבל טיפול מיינשטיין (et al, 2004).

שינויים במערכות הבריאות, הכוללים דיווח על זכאות ועל תשומות, הכרוכים בבעיות של סודיות רפואי, בעיות אשר קשה מאד לפוטר גם תחת חוקים מחמירים והשлага קפדיות של הרשיות (Lorence, 2004). בעיות שהן מהותיות הכרוכות בהחלפות של צוות מטפל, למשל כי המרפא המטפל מתחלפת במכרה, או משומם שלulosים אין קביעות. תופעה זו "הינה בעיה המופיעה בסקטורו הפטרי בבריאות הנפש המונוהלת" (Albizu-Garcia et al, 2004). לעומת זאת, ראש שירותי בריאות הנפש בישראל סבור כי "אין חובה ביציבות של מטפליים ואין בעיה עם תחלופה של אנשי צוות" (זוהר, 2006).

יש ראיות מוצקות לכך שהגורמים מממנים /או מボוטים נוטים לדוחות בקהלות הרבה תביעות של מטפליים לטיפולים נפשיים יותר Murray and Henriques, 2004). כדי לציין שמחקר זה נעשה תחת "חוק השווון" האמריקאי בתחום הבריאות, אשר נחקק בשנת 1996 במידה רבה מתחום תחשוה שוגזרים שונים באוכלוסייה אינם זוכים למיצוי זכויותיהם בתחום הטיפול הרפואי. מתרור, גם עם חוק זה קל יותר לחברות ביטוח

- Caudill M., **Decreased clinic use by chronic pain patients: response to behavioral medicine intervention.** Clin J Pain, 1991; 7: 305-310.
- Cook J. A, Helfinger C. A., Hoven Ch. W. et al – A multi-site study of Medicaid-funded managed care versus fee-for-service plans effects on mental health service utilization of children with severe emotional disturbance. **Journal of Behavioral Health Services and Research** 31(4), 2004.
- Danziger P. R. and Weifel E. R. The impact of managed care on mental health counselors: a survey of perceptions, practices, and compliance with ethical standards. **Journal of mental health Counseling** 23: 137-151, 2001.
- Docherty JD, "Pay for mental health care - and save". **New York Times**, Sunday, May 23, 1993.
- Duska R. G. Managed care and insurance: some ethical considerations. **Journal of Financial service Professionals** 54: 68-77, 2000.
- Eist H I, Treatment for major depression in managed care and fee-for-service systems. Editorial in **Am J Psychiat**, 1998; 155: 859-860.
- Epstein A. M. Medicaid managed care and high quality: can we have both? **Journal of the American Medical Association** 278:1617-1621, 1997.
- Frank R. G. and McGuire Th. Economics and mental health. In A. J. Culyer and J. P. Newhouse (eds.), **Handbook of Health Economics**. Amsterdam, Elsevier, 2000.
- Frank R. G., Goldman H. H. and McGuire Th. Will parity in coverage result in better mental health care? **New England Journal of Medicine** 345: 1701-1705, 2001.
- Gibelman M and Mason S. E. Treatment choices in a managed care environment: a multi-disciplinary exploration. **Clinical Social Work Journal** 30: 199-216, 2002.
- Glaser W. A. The competition vogue and its outcome. **The Lancet** 341: 805-812, 1993.
- Heflinger C. A. and Northrup D. What happens when capitated behavioral health comes to town? The transition from the Fort Bragg demonstration to a capitated behavioral health contract. **The journal of Behavioral health services and research** 27: 390-406, 2000.
- Kadushin G. Adaptations of the traditional interview בין שיעור ההקצאה לביריאות הנפש לבין רמת התפתחות של המדיניות. המדינות שאין בהן הקצאה ציבורית לביריאות הנפש הן מדיניות העולם השלישי באפריקה ובאסיה. ניתן למצאו מתאם ישיר בין מידת העשור והmphותחות של מדינה לבין הוצאה תיונה המוצחרות על ביריאות הנפש. כלומר: ככל שמדינה מפותחת יותר ועשרה יותר, כך היא מוציאה יותר על ביריאות הנפש. יתר על כן, בעוד שבמדינות מפותחות, כ-60 אחוזים מכלל ההוצאה הלאומית על ביריאות הנפש הם ציבוריים וממומנים ממשיים, הרי שבמדינות לא מפותחות רוב הוצאות על ביריאות הנפש באות מיסיהם הפרטיים של האזרחים (כלומר, של השכבות העשירות יותר באוכלוסייה).
- בסקר זה (hekhar, Sharan & Saraceno, 2003) נמצא, שביריאות נפש, הנשענת במידה יתרה על מימון עצמי של המטופלים, גורמת לירידה בדמיונות של הטיפול הנפשי ולפחות שוויונות ברכמת השירותים בין אלה שיש להם (לשלהם) לבין אלה שאין להם (ואשר נשענים על המעת שהשירות הציבורי או הביטוחי נתן).
- ביבליוגרפיה:**
- זהר, א. למה להחמיר הזדמנויות לעוד כישלון מפואר? **"הארץ"**, 24.11.2006.
- ליונסון, ד. **סקיר כוח אדם במרפאות לביריאות הנפש בישראל**, משרד הבריאות, 1998.
- ליונסון, ד. פופר, מ. לרנה, ו' חוב. **שימוש בשירותים רפואיים לביריאות הנפש בישראל שיעורים ודפוסי צריכה: ניתוח נתונים מסקר ארצי, Mai 1986, וממשך, 1994**. משרד הבריאות, 1996.
- מסמך הוועדה לתכנון השירות הקהילתי, משרד הבריאות, 1990. **משרד הבריאות, בריאות בישראל – שירות רפואי מודע ומחשוב, 1998**.
- שפלה, ג. רב-שיח על הרפורמה בשירותי בריאות הנפש. **חברה ורוחה**, י"ח (1): 213-22, 1998.
- Alegria M., McGuire Th., Vera M. et al Changes in access to mental health care among the poor and nonpoor: results from the health care reform in Puerto ric. **American Journal of Public Health** 91: 1431-1435, 2001.
- Anders G, **Health against Wealth; HMO and the breakdown of medical trust**. New-York, Houghton Mifflin, 1996.
- Albizu-Garcia C., Rios R., Juarbe D., and Alegria M Provider turnover in public sector mental health care. **Journal of Behavioral Health services and Research** 31, 2004.
- Austad C. S., Ariel-Hunter R. D. and Morgan T. C. – Managed health care, ethics, and psychotherapy. **Clinical psychology: Science and Practice** 5: 67-76, 1998

- cost effectiveness and cost-offset in the emerging health care environment. ***Psychotherapy*** 1996; 33: 216-224.
- Ridgely M. S., Giard J. and Shern D. Florida's Medicaid mental health carve-out: lessons from the first years of implementation. ***Journal of Behavioral Health Services and Research*** 26: 400-416, 1999.
- Rost K, Zhang M, Fortney J et al, Expenditures for the treatment of major depression. ***Am J Psychiat***, 1998; 155: 883-888.
- Schlesinger HJ, Mumford E, Glass GV et al, Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system: outpatient mental health treatment following the onset of chronic disease. ***Am J Pub Health***, 1983; 73: 42-429.
- Schrer RK, Essential skills for managed behavioral health care. ***Psychiatr Serv*** 1997; 48: 653-658.
- Sharfstein S. S. Managed behavioral health services: perspectives and practice. Book review, ***American Journal of Psychiatry*** 161: 1726, 2004.
- Shekhar S., Sharan P. and Saraceno B Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. International ***Journal of Mental Health Policy and economics*** 6: 135-143, 2003.
- Socolar D., Sager A., and Hiam P. Competing in death: California's high-risk system. ***Journal of American Health Policy*** 2: 45-50, 1992.
- Stricker G, Abrahamson DJ, Bologna NC et al, Treatment guidelines: the good, the bad, and the ugly. ***Psychotherapy*** 1999; 36: 69-79.
- Taylor S. L., Burman M. A., Sebourne C., Anderson R., and Cunningham W. E. The relationship between type of mental health provider and met and unmet mental health needs in a nationally representative sample of HIV positive patients. ***Journal of Behavioural Health Services and Research*** 31: 149-163, 2004.
- U.S.Institute of Medicine Committee on Utilization Management by Third Party: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management.** Washington D. C., National Academy press, 1989.
- to the brief-treatment context. ***Families in Society*** 79: 346-357, 1998.
- Lorenz D. P. Confidentiality measures in mental health delivery settings: report of U.S. health information managers. ***Journal of Behavioural Health Services and Research*** 31: 199-207, 2004.
- Mechanic D. Managed care as a target of mistrust. ***Journal of the American Medical association*** 277:1810-1811, 1997.
- Mechanic D. and McAlpine D. D. Mission unfulfilled: potholes on the road to mental health parity. ***Health Affairs*** 18: 7-21, 1999.
- Metzl JM, Psychotherapy, managed care, and the economy of interaction. ***Am J Psychother***, 1998; 52: 332-352.
- Miller RH, Luft HS, Managed care plan performance since 1980. ***J Am Med Assoc***, 1994; 271: 1512-1519.
- Mitchell C. G. Perceptions of empathy and client satisfaction with managed behavioral health care. ***Social Work*** 45: 4-4-411, 1998.
- Mumford E, Schlesinger H, Glass HG et al., A new look about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. ***Am J Psychiat***, 1984; 141: 1145-1158.
- Murray M. E. and Henriques J. B. A test of mental health parity: comparison of outcomes of hospital concurrent utilization review. ***Journal of Behavioural Health Services and Research*** 31(3), 2004.
- Olfson M, Marcus SC, Pincus HA, Trends in office-based psychiatric practice. ***Am J Psychiat*** 1999; 156: 451-457.
- Peele P. B., Lave J. R. and Xu Y. Benefit limits in managed behavioral health care: do they matter? ***The Journal of Behavioral health Services and Research*** 26: 430-42, 1999.
- Pipal EJ, Managed care: is it the corpse in the living room? an exposé. ***Psychotherapy*** 1995; 32: 323-332.
- Ratneswaran R, **Bad medicine: health care reform.** New Republic, 1997, July 7, p. 10.
- Reiner JP, The pragmatic relevance and methodological concerns of psychotherapy outcome research related to

כתובת להתקשרות: ת.ד. 3626 חיפה 31036 | tsvigil@bezeqint.net



# יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכום, איום, סיכון \*

ושיפוטי בסביבות גבואה במצבים, לאובדן של דברים חינוניים קרייטיים בעקבות תהליכי השינוי).

## סיכום בתחום וברמת השירות שיקבל האזרח

### 1. נסיגת מעקרונות השירות

שירותי בריאות הנפש בקהילה הגיעו לרמה גבוהה של אוטונומיה מקצועית ותקודית. בשנים האחרונות אנו מקימים וশומרם על כמה עקרונות קהילתיים חשובים ביותר כדוגמת:

- \* זמינות השירות
- \* מיידות השירות
- \* היעדר מכשול בירוקרטיא או אדמיניסטרטיבי בקבלת השירות
- \* ביטול מעגלי הפניה, יכולת לפניה ישירה ומידית
- \* שמירה סבירה על סודות הפניה וההתערבות כאשר זה רצון הפונה

כל אלה הם עקרונות שעבדנו על הנחלתם במשך זמן ממושך, ונראה כי בשנים האחרונות הם נקלטים היטב, הן מבחינת המרבה יותר וויתר לצורך את שירותינו, והן על-ידי עובדי קהילה מתחומים אחרים: בריאות, חינוך, רווחה, משטרת.

עם החלת חוק בריאות ממלכתי, אנו צפויים **לטגובה** למצב שבו תתחדש תלות של המערכת הקהילתית מחדר גיסא, וציבור הפונים הפטונצייאלי, מאייך גיסא, ברופא המשפחה. הרפורמה מחזירה למערכת 'פילטר', מתווך או וסת, שמנע זרימה ישירה ובלתי אמצעית של מטופלים למערכת המטפלת. גם וסת או פילטר, חינונים ככל شيء, יעדילו בrama אופטימאלית, מעכבים את חרומה, גורמים למשקעים, יוצרים בסיס לסתימות.

### 2. שלילת יכולתו האוטונומית של הפונה לפנות לשירות

העובדה כי כל המערכת הטיפולית הופכת להיות כלכלית גראד, תכתיב למבטח את קיומו של אינטראס מוצחר לא לקנות מטעם הסל את מה שלא נראה חינו מספיק. מי יקבע מה חיון ומה לא? המבטח? כנראה שכן. זה המקומם להזיכר כי בריאות הנפש הייתה תמיד בעדיפות נמוכה מאוד בסולם העדיפויות הרפואיות מחדר גיסא, וחברתיות מאייך גיסא. ככל משלימים מוס שפטים נרחב בתחום וליחסובתו, אך בפועל, ההשקעה במשאבים היא מצומצמת. אנו נימצא במצב שבו בריאות הנפש מתוקצת מרأس עליידי המדינה, ובאותו שיעור שהוא עד כה, אך בהבדל אחד: המבטח קיבל את מלאו תקצוב הסל, והוא יהיה שומר הסל. ייוון שיש קושי בתחום בו בריאות הנפש להסביר חינניות, להצדיק מיידות, נחזר למסב שבו לא בדור לו שכל פונה אכן קיבל את הטיפול המגע לו, ולא רק מתווך שיקול עניין, אלא גם מתווך שיקול כלכלי. והשיקול הכלכלי מכתיב וכתיב שלມבטחים יהיה כדי לא להפנות אף חוליה לשום טיפול. בטיפול נפשי לסוגיו הדבר אפשרי יותר מאשר בתחום אחרים, והקשות יודעות את זה, וירוויחו מזה.

בשנים האחרונות קיובנו לשירותים הקהילתיים הציבוריים חלקן

### ■ ד"ר גבי שפלר – ב"ח הרצוג עזרת-נשים, ירושלים.

המאמר מתייחס לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולהשפעתו על שירותי בריאות הנפש בכלל, והשירותים הקהילתיים בפרט, ומחולק לשישה חלקים עיקריים:

(א) סיכונים הנובעים מישום החוק, ובهم נושאים כמו: נסיגת מעקרונות השירות, שלילת יכולתו האוטונומית של הפונה לפנות לשירות, בעיתיות הטיפול במטופלים שאינם מטופלים פועלם, הרס מערכות של עבודה מניעתית, סיכול הזכות לחוטין ולסודיות רפואי, סיכון יכולתו החילונית הכלכלית של המوظים, היעדר מנהלים מיומנים, שיווק, הרס מערכות הה캐לה המקצועית, והחולשות מערכות ההקרה המקצועיות הרפואיות. (ב) איוםים: מכיוון של מנהלי בת-החולום, עובדי בת-החולום, אמינים בהפניה, מושוא פנים בהפניית חולים והפאי המשפחה כמוסתי הפניות, מושוא פנים בהפניית חולים לטיפול, וכן פרישת עובדים בכיריהם, בעיות בויסי עבד ועובד לאזור הרפורמה ופיצול איקיות השירות. (ג) סיכון: החלת עקרונות של בקרה, שניי אפשרי במוטיבציה של המטופלים, הגברת המודעות לעילות טיפולים פשוטים, לפיתוח מערכי מחקר ובקרה, לשיטוף פעולה בין עובדים ולתחרות בונה.

לא חדש הרבה בטענה שהחוק ביטוח בריאות ממלכתי מעורר תגובות חרוקות בצביעו, הן בקרב מקבלי השירות (כלל הציבור) והן בקרב נתני השירות. המחלוקת באה ידי ביתו גם ב"שיחות", בו פורסמו לאחרונה שני מאמרם בהקשר זה – של פרופ' מ. נוימן (1) ושל ד"ר י. אליצור (2).

בתחומי בריאות הנפש היה בארץ במשך שנים רבות ביטוח בריאות נפש ממלכתי, הלכה למעשה. לעומת כל הקשה של טיפול נפשי, ניתן לומר לא תשלום או עבור תשלום מזער בשנתיים וחצי האחרונות. המימון יכול לעשנה מתקצב המדינה, אשר פיתחה שירותי אשפוז וקהילה בכל איזורי הארץ. כל תושב היה זכאי לטיפול נפשי במסגרת שיקותו האזרחית.

מבחינת אספקת שירותי בריאות נפשית, החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא בבחינת מגבלת והרעת תנאים. ומהוע? כי על פי המצב החדש ככל זכאים לטיפול (ובכך כאמור אין חידוש) אך כיוון שכר, כל אחד יקבל מעט, כדי שייהי די לכלום (זהו פחות מכך שהוא, ולכלום). וזאת בפיקוח המבטча. יש להדגש כי מבחינת ציבור המטופלים, לא היה אדם בארץ, ובוודאי מאוכלסית חוליה הנפש, שהיה זכאי לטיפול, ולא קיבל טיפול נפשי. לא הייתה כל זיקה בין טיפול נפשי ובין ביטוח רפואי כלשהו.

אתיחס לאירועים הצפויים לנו כל תהליך של שינוי, המעורר בדרך כלל תஹשות של תקווה, אך גם תஹשות של התנגדות, סיכון ואיום כתוצאה מהשינוי. אנו מוצאים עצמן נקלעים לשינוי שלא יוזם על ידנו, וככזה הוא בודאי מעורר הרבה יותר התנגדויות מאשר תקווות אופטימיות.

בעבור בעתת זאת הסיכונים העיקריים שבמצב החדש (במושג סיכון) אינן מתקיון לאפשרות מנומקט, הקיימת לפחות דעתינו

**גבי שפלר**  
הוא פסיכולוג  
קליני, מדריך  
ופסיכואנליטיקאי  
מנחה, פסיכולוג  
ראשי בבית  
החולמים, פסיכולוג  
מנהל מרכזי  
פרויד לחקר  
פסיכואנליטי  
באוניברסיטה  
העברית  
בירושלים, ומנהל  
אקדמי של  
תחומי אתיקה  
בפסיכולוגיה  
במרכז לאתיקה  
בஸוכנות  
שאננים  
בירושלים.

\* המאמר מבוסס על דבריהם ביום עיון לעובדים של מרכזים קהילתיים בבריאות הנפש, ירושלים.

המאמר מפורסם ברשות ובאדיבות מערכת "שיחות", כתוב עת ישראל לפסיכותרפיה.

5.1.1995.

הזכרתי קודם את העובדה כי הפניה צריכה להיעשות תמיד באמצעות רופא המשפחה. בהרבה מקרים, אנו יודעים היום, רופא המשפחה, ולא מותק כוננה רעה חיללה, מודיע נזונים כאלה בתום לב. הדבר מביא, גם היום, למצב שבו חולמים לא מסכימים שמדובר או שנתייעץ עם רופא המשפחה. הרפורמה מבירה מאוד נזונה זו, באשר לא תיתכן כל התקשורת של החולה עם המרפא הקהילתית במימון על הביריאות ללא הפניה לרופא המשפחה.

אר זו רק חוליה ראשונה בשרשראת. מערכת גביה בירוקרטית תחשוף אותו של כל משתמש בחלקו של הביריאות שלו עצמו. אחרת כיצד יגבה התשלומים עבור השירות? אין ספק כי מרגע שאדם פנה לטיפול במרפאה, יתרחש בדיעד אובדן שליטה על מגאר הנתונים הממוחשב של משרד הבריאות. ברגע שפרק אחד של מוסד יבקש תשלומים או התביעות מפקוד שני של מוסד אחר, אין משמעות לחיסין רפואו ובוואו לא של עצם הפניה. במקרים של ערעור על משך הטיפול, אורכו, האינטנסיביות שלו וההצדקות לכך, יחשפו גם פרטים אבחנתיים ואישיים. מצב מסוון מאוד לדעתינו, אשר ימנע מלה מעט פונים לקבל שירות במרפאות קהילתיות. זה רע? לחולים – כן, מאוד. לצוותי המרפאות – כן. לקיפות החולים – להיפר, זה מעולה. והן אפילו לא אשומות במצב. משרד הבריאות החלטיט...זה החוק.

### **סיכון בתחום הכללי-ארגוני**

#### **6. סיכון עצם הקיום של מרכדים עקב אי יכולתם לשורוד כלכלית**

עדISON הפורטות בת החולים והמורדים הקהילתיים לביריאות הנפש, שהוא השלב המתרם של חוק כניסה ביריאות ממלכתי, מלמד אותנו כי כל ייחודה טיפולית (קרי: בית-חולים, מכון, מרפאה) ת策טר להתקיים באופן עצמאי מבחינה כלכלית. במילים אחרות, כל מרפאה או שירות קהילתי, וכן כל-חולמים יctraco באחד הימים הלא רוחקים להיות מסוגלים למן את שכר העובדים והקשריהם ואת אחזקה מבנים מהכספים שיגבו על הטיפולים השעודיים מביציעים. גם לא תנאי תחרות ועל אף רמות השכר הנמוכות יחסית בסקטורים שלנו, יש סימני שאלה גדולים מאוד האם חזון זה אפשרי בכלל.

יש לזכור כי כוונת משרד הבריאות היום היא **לא לבדוק** את יעילות קיומן של מערכות עצמאיות. הכוונה היא לנקוט מערכות ציבorias, שצלער, יועלות היא לא תמיד הצד חזק שלהם, ובאופן שרירותי ושרירני להעמיד אונתו, את מנהליה ועובדיה בפני מצב או דרישת חדשים: עכשו תהיו בעליים. זו פניה עניינית וחיננית, אולם השיטה, ובעיקר אינטילת האחוריות על תהליך זה של התיעילות, היא הביעיתית. באותה מידה שהממשלה רוצה לקדם את הייעילות ביחסותינו, בה במידה הוא חייב ליטול את האחוריות על אי-היעילות הקיים לטענות עד כה, ולפעול ליעול במסגרת היוטן ייחודת של המשרד. ככלומר, המשרד צריך להיות אחראי על תהליכי ההתייעלות. לשנות את כללי המשחק באופן שרירותי, אינה שיטה נכונה לדעתנו. ועובדיה היא כי משרד הבריאות כהכנה לתהליך זה של ההפרטה, ובבקבוקו החלת חוק ביטוח ביריאות ממלכתי, לא טרכ לעיל ולאן את מערכותינו טרם שי'וויצן לחופשי', ולאבחן כיצד יכולות ייחודת אלו להיות נשאות את עצמן בהיותן עדין כפופות למשרד. יש לי

אוכלוסיה שאינם בסיכון, אינם חולי נפש ואינם סובלים מהפרעות אישיות חמורות. מדובר באנשים ששובלים בשקט מבעיות נירוטיות, אישיותיות וסתגלויות. הם שינו במידה ניכרת את האווירה במרכזים הקהילתיים לביריאות הנפש. והטיפול בהם מאפשר לימוד ואמון בסוגים שכחחים של פסיכותרפיה. הימצאים של אנשים אלה בקטגוריה של 'לא רפואיים' או 'לא מטופלים' תגרום לצמצום ניכר במספר ההפניות שלהם לשירותים הציבוריים. יש לזכור גם כי הם לא יכולים יותר לפנות לטיפול בעצמם.

### **3. בעיות בטיפול במטופלים שאינם משתפים פעולה**

עם כל הרצון לאות בבריאות הנפש חלק גיגל של הרופאה הכללית, הוא שונה בהרבה מובנים. בתחום לנו מוחבר לא פעם על תופעות אמשיות שלחנן לא-רצינאלות, אחרות ומזרחות. לא אכנס בעת לתחום המורתק הזה של הדמיון והשוני בין יצוגים של ביריאות וחולי כללים ונפשיים. חשוב לציין כי אין תמיינות דעים כזו שמצועת במקרה הפסיכיאטריה הוא חלק מהבריאות הכללית. שולח גם כי ביריאות נפש היא לא רק פסיכיאטריה. בחלקם של המציגים הנפשיים (והם לא הרבה מאד, אך גם לא מקרים ביחיד) הטיפול ניתן בעל כורחו של החולה (אשפוז ובדיקה כפויים, טיפול כפוי, התיחסות לתלונות של בני משפחה, שכנים או נציגי קהילה הקשורים לחולים שאינם משתפים פעולה). לעיתים מדובר בתלונות סרק, ולעתים מוחבר בפתיחה של תהליכי התערבות מרכיבים למכה. מי ייקח את האחריות על פעילותות אלה? מותקiziaה של ביריאות תיגבה האגירה במקרים אלה? הסל של החולה? הוא לא יידע שפנו בקשר אליו. השם? בן המשפחה? מדוע יטכימו להשתמש בנסיבות שלם לטיפול במשהו אחר? מה היה התMRIץ למרפאה הקהילית ליהיכנס לפועלות זו הצוות זמן רב, אינה נעימה כלל ועקר, ואני נוחה? לעומת זאת הזנתת תחום זה נראית לכנסoga מסוכנת מורה. סבירה מאוד של הוגינה פסיכיאטרית-צייבורית, שאליה הגענו בארץ.

### **4. הרס מערכות של עבודה מניעתית**

חלק מתקנות העבודה הקהילית בבריאות הנפש קשורין בעבודה מניעתית, לעיתים ישירות עם האיכות ולעתים באמצעות סוכני משנה (אחיזות טיפול הלב, עובדי חברות-רחוב, עובדי בת-הרים, עובדי לשכות רוחה, עובדי מפעלים לתעסוקה מוגנת וכו'). לא תמיד ברור של מי האינטראס ושל מי היוזמה בסוג זה של פעילות. עם השנים נעשה יותר וייתר שגור ווגיל כי היוזמה לפעולות אלה הן של מרכדים קהילתיים לביריאות הנפש, ומתוך משאביהם. זאת תוך הבנתנו את הערך הרבה, אף כי הלא מודיד של הפעולות הללו. הייתה של מערכת מבוססת על משא ומתן כספי על כל פעולה, יוצמת במידה ניכרת את הפעולות הללו, שאנו יודעים את חשיבותן.

במאמר מוגש, אני חושב שהזהו אחד התוצאות שבדיעבד נרגש לגבי צער, על שלא נורטמנו מספיק לבדוק ולהראות את התוצאות האפשריות של במחקר ובתכניות הערכה. העבודה שאיננו יכולים לטעון בוודאות כי 'זה עובד', 'זה עוזר', 'זה חשוב', אלא אנו כי אנו מאמינים שיש להזשה השפעה על דברים מסוימים, גורמת לנו לעתים להיתפס ולהיראות כבלתי י扎רניים.

### **5. סיכון הזכות לחיסין רפואי**

## **סיכוןים בתחום הרמה המקצועית של שירותי בריאות הנפש**

### **9. הום מערכות ההכשרה המקצועית**

זהו בעניין אחד הסיכוןים הקשים והבלתי-הpicsים. אם אכן יתאפשר, כי איז נראתה ליש שמאਮץ השיקום שידרשו לאחר מכן, לכשנתעוזר, יהיו עצומים.

מאז ומולם היו המערכות הציבוריות בבריאות הנפש בעלות רמת נמוכה של תיגמול כספי לעובדיהן (לדעתי), שוב אחד הביטויים למקומה של ביראות הנפש והעסקים בה בסולם העדיפויות של לוטגוי הוא עיסוק יוקרתי, מושך ונדרש מאוד בקרב ביראות הנפש בראשית דרכם. איך אפשר להבין פודוכס זה? לדעתי, עצורים בראשית דרכם. נוצרו עם השנים אופניות תיגמול אחריות, בדרך כלל של ההכשרה מקצועית: הדרכה מרובה, למידה, הוראה ומחקר. אלה,)testably, מהווים מערכות תיגמול לא פחות ממראות משכרים כספי עבו חלק מאייתנו.

בפסיכולוגיה קלינית חוקק ב-1979 חוק, שתקנות ההתמכחות שלו נשענות על מצב של קבלת 6-8 שעות הדראה בשבוע בעבודה בחצי שעה. זאת בנוסף להשתלמות, כינוסים ימי עיון, שהשתתפות בהם מעוגנת בהסכם העבודה, בנדיבות הרבה. בפסיכיאטריה יש בהסתמם העבודה הקצאות זמן נדירות ביותר להכשרה: יומם למדו בשבוע למתחמה, חדש הינה לבינה לפניו כל שלב בבחינות. כל זה יעמוד בסתריה או בקונפליקט עד עם ההיבט הרנטבלי של חוק ביטוח ביראות ממלכתי, ושל עקרון הקיום הכללי הרוחני של המרפאות ובתי-החולמים. לדעתי, יהיה קשה יותר לשמר על רמת ההכשרה המקצועית כפי שהיא קיימת עד כה ושהוחילה את עצמה ככעכמת ההכשרה מעלה במתוכנהה, אף אם יקרה, אולי אף מעט בזבנית בעליותיה. נזכיר כי כל הצמות וההנאה המקצועית שלנו הן פרי מערכת הscratches, אף, כמעט ללא יוצאים מן הכלל, וכן גם דורות רבים ההכשרה זו, כמעט ללא יוצאים מן הכלל, וכן גם דורות רבים בדרכם לצמירות. מה יהיה גורלה של הרמה המקצועית שלנו? היכן יצמחו הדורות הפוטוסינואלים הבאים? בצדק יטען מי שייטען כי חוק ביראות הממלכתי הוא לא חוק להכשרה מקצועית, וגם לא הסכם עבודה. אך הא בא תלייא, ולא נגייע לפחות שבעוד 5-7 שנים נאמר "איך לא חשבנו על זה?" בעקביוין זה כן נוגע לאספקת השירות הרפואיים הללו.

אומרים שחוק אחד אינו מבטל חוק אחר, קודם לו. אך חוק ביטוח ביראות ממלכתי, אינו מבטל מן הסתם את חוק הפסיכולוגים. השאלה היא לא בטול החוק, אלא צמצום או ביטול האפשרות המחייבת של מנהלי יחידות לענות לדרישות החוק. יתכן כי יהיה לא משללם או אף בלתי אפשרי להעסיק מתמחים כולם מילגאים של מגמותיהם משולמות וימשיכו להיות משולמות על-ידי המשרד, אך המuszיק לא יוכל לתרום לתהילך התמכחותם את ים שנות הדרכה הנדרש. זה פשוט יהיה לא רנטבלי.

ובקשר זה צריך להתיחס לסביבויו אPsiורי נוסף. במוגרת המשא והמתן עם קופות-החולמים על הזכות לטפל במבוגריהם, עלולות ה Kapoorות לדרש טיפול ברמת מומחה ומעלה. מדוע? כי חלק מה Kapoorות בונות לעצמן מערכת טיפול של מומחים, והתחרות היא בין הקופות ולא בין המרפאות. במצב זה, שהוא לדעתי אפשרי מאוד, לא רק שייהי קשה לעמוד בחוק הפסיכולוגים, פשוט לא

חשש כבד מכך שנרצה לפגוש כישלונות יתומים. שירות בריאות نفس קהילתיים ואשפוזים שיהיו להומלסים'.

### **7. היעדר מנהלים עם הכשרה וראייה כלכלית**

אם בעבר הקритריונים לניהול בית-חולמים או מרפאה היו רמה ונוהגות מקצועית נאותות, היום הקритריון העיקרי לבחירת מנהל צריך להיות יכולתו העסקית, והנטיה הניהולית המובהקת שלו. שני תחומיים אלה לא רק שלא מאפיינים את מרבית העובדים הבכירים בשירותי בריאות הנפש, אלא כמעט הפטורים מהם. כמה מבין המנהלים היום הם באמות אדמיניסטרטיביים טובים? כמה מהם יש נטיות ניהוליות עסקיות? שלא לדבר על הscratches ספציפית לתפקיד זה. רק למעטים. עד היום זה היה בסדר. אולם מהיomed זו מגבלה. מדוע? כי בעת ידרשו הכוחות ברורות להצלחות אופרטיביות, והצלחה בשפה העכשווית היא לא רק יכולת הנהגה קלינית, יכולת ריכוך צוות, יכולת טיפולית, אלא גם יכולת ניהול פיננסית טובה.

המערכות הציבוריות והנהלותיהן הznichot תחום זה במשך שנים, והיום הם מצפים כי כיוון שהם החילטו, אז פשוט שמאן לניהל. איך? אנו יודעים לעסוק בדברים מסוימים יותר מאשר ניהול באמצעות למידה. אך לomidah שיטות בתחום הנהיגו כמעט שלא נחשפנו. זה לא נראה רלוונטי לאף אחד בעבר, וכעת זה לחץ. לחץ מאוד.

### **8. שיווק**

ניהול זה דבר אחד, ובנויות והפעלת מערכי שיווק זה מומחיות אחרת, שפתחה מואוד בשנים האחרונות. כל תעשיין, יצור או חקלאי יודע היום שלא מערך שיווק מפותח, גם המוצר הטוב ביותר לא יימכר. אצלונו, לא רק שאסור לשוק, אלא אפילו פרסום הוא עבריה אתית. עד כה פעלנו ללא תחרות. השיטה האזרחיות הבתיחה לכל מרך את פלח האוכלוסייה של מחייבי השירות. האחריות על טיב השירות הייתה מוטלת על אנשי המקצוע הבכירים שבראש הנפש במשרד הבריאות. על גג מקצועיע אחד: שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות. על פי רוב היה קונצנזוס של רמה מקצועית ממוצעת סבירה עד טוביה, עם חריגות של הצטיניות מחד גיסא ושל תקלות מאידך גיסא. אלו לא שימושו על פי רוב לשם תחרות בין מרכזים או לשם שיווק של מרכז מסויים. עבדתנו אינה כוללת תוכניות שיווק. כמעט ההיפך הוא הנכון. יתרון שיצר היה או ציר היה לחנוך אחרית בתהילך הגידילה הפרוPsiונאלית. כרגע זה לא המצב.

ויתן לפתח מערכ שיווק לשירותים כמו שלנו, אך מי יהיה הצרך? האוכלוסייה? לא!! המבוחחים? (קופות החולמים) – כן. וכך שב אנו עוסקים בתכניות שיווק למוסדות גולים. פה העניין הוא מס שפתים גדול לאיכות, לרמת שירות, לאיכות שתירות וכו'. אך העניין האמתי הוא מחיר וועלות נזוכים. ועדין הזול ביותר הוא לא לקוחות אם לא חייבים. ובמקרים של טיפולים נפשיים בסדרי העדיפויות בבריאות, עסוקנו כבר. יש לנו כאן בעיה קשה לדעתי.

היה צורך להפעיל את סמכויות מנכ"ל משרד הבריאות ומנהל השירותים בריאות הנפש, כדי לגרום לכך שלישיות האגדים המתכוונים את אספקת השירות לאחר הרפורמה, יזמננו מנהלי מרכזים קהילתיים לבリアות הנפש. הם הזמינים בסופו של דבר, אבל העובדה החורטה על הקיור ובגדיו היא שמנהלי בית-החולמים, ברובם לפחות, אינם רואים את תומנת העתוד בזרחה שהרפורמה קוראת ומכוננת אליה, אולי בכך החיובי היחיד שלא בתחום שלנו. כי מה שלא יהיה, עדין השיטה של תקציב מיטה היא השפה שכלל השתמש בה. וכךון שבעל המאה הוא בעל הדעה, והם עדין בעלי 95% של המאה, הם בinternים קבועים גם 95% מן הדעה.

## **2. בתיה החולמים הפסיכיאטריים המצתמאים כמויר כוח אדם לא מiomן בעבודה קהילתית**

בתי-החולמים ומנהלייהם עומדים בפניו בעיות קיומיות קשות. אם מוכרים קהילתיים לבリアות הנפש הם לא עילום, בתיה החולמים הפסיכיאטריים ועילום עוד הרבה פחות. חשוב לי לציין כי לא אני וכמעט לא אף אחד אחר חושב כי הרפורמה בבריאות הנפש פירושה הייעלמות הצורר בשימוש בתיה-חולמים פסיכיאטריים. כמו בהרבה התפתחויות, כך גם בתחוםינו, היה בעבר צורך ניכר יותר לשימוש באמצעים טוטאליסטיים לטיפול בחולמים نفس. אני בטוח כי בנסיבות הנראה לעין תמיד והוא חולמים ומצבים אשר הפטון הטיפולי האופטימאלי, ולעתים היחיד והטוב עבורם, יהיה בית-החולמים הפסיכיאטרי. השאלה היא כמה חולמים אלה יהיו? ואם זה מצדיק את קיומם של מרכזים אשפוז בנפח העצום שלהם?

הרפורמה, שתగרים, ובצדק, לצמצום בתיה-החולמים מתוך מגמה להפסיק את המعالיגות של אשפוזים מיותרים בחלקם (שעיקר תכליתם לקיים את המוסד המאשפז, השמן והמדופן), תהפרך חלק מהעובדים בהם למיותרים. המڪוצועים שבהם (פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, אחותים, פסיקולוגים, מרפאים בעיסוק) מיעדים מושגים מוגבלים, והרשות היחידה להוביל בעבודה קהילתית, על-ידי מנהלי בית-החולמים להיות מופנים לשלוב בעבודה קהילתית, וסימנים בשטח למגמה זו ניכרים כבר כתעט. כאלו זו לא מינונות מיוחדת, כאלו זו לא כשרה מיוחדת לעבוד עם אנשים באשפוז או בקהילה. אין הבדל? אוטם כישורים, אותה ה�建, אותה עמדה רגשית, אותה אישיות נדרשים מאותה במחלה כמו מתחות בבייה? מטופא במחלה או מטופא במרכז קהילתי לטיפול בבייה? מטופא בבית-חולמים או מטופא פסיכולוג? ומה באשר לפסיקולוגים? אין פשי, או במופאת קזופת-חולמים? ומה באשר למרפאים? אין הבדל בתפקידו ובסוג התערביותיו של הפסיכולוג הקליני בבית-החולמים לאלה של עמיות שברmatrix הקהילתי לבRIAות הנפש? שלא להזכיר את מעמדו הביעתי לעתים של הפסיכולוג בבית-החולמים, לעומת חברו במרכז הקהילתי לבRIAות הנפש וקשת התפקידים המורכבים על פיו רובה, שהוא מלא שם. הרמה המڪוצועה של עובדי הקהילה עומדת באים הצפה של עובדי בית-חולמים שיכנסו לאותה עבודה מתוך שיקולים כלכליים ולא מתוך ראייה מڪוצעת.

## **המבטים כאים על כלל מערכת נוטני השירות 3. אמינותם של זופאי המשפחה כמוסתים את פניות**

הציגו למרכזים הקהילתיים לבRIAות הנפש איזום זה הוא ספציפי, לדעתם, למרכזים ממשלתיים ואלה השיכים לאגודות ציבוריות.

תהייה אפשרות לשימוש תקנות ההתקומות שלו. החוק דורש לעבו התתקומות. משרד הבריאות העמיד לרשות המתחמים מלואות לשם סייע בעמידה בדרישות תקנות ההתקומות. מוגות אלה בשענו על תשתיית רחבה של תהליכי הכשרה שהיתה למשוד במוסדות ה忙וברים שלו לבRIAות הנפש. לכישופקען אלה מידיו של המשרד וופקו לתאגידים רוחיים, תשנה התמונה. החוק אינו מחייב אף מעסיק לקלוט מתחמים. זה היה האינטנס שלנו עד היום. מה יקרה בעtid? לא ברור. ולדעתי, יש כאן סכנה גדולה מאוד.

## **10. היחסות מערכות הבקרה המڪוצועית המידית**

גם עד כניסה החוק החדש, אין שירותים בריאות הנפש מובוקרים דיים מבחינה איכות וטיב השירותים הניטן לאזרה. עם זאת, השירות לבRIAות הנפש ממשרד הבריאות היה בעל המאה, וככה – לא פעם גם בעל הדעה. הפקעת המאה מידיו מותירה אותו במידיה הרבה ללא דעתה, שתבעור לבבעל המאה החדש – המבetta. לו יש כל מני אינטרסים: איכות הוא אחד מהם אבל יש אחרים, חזקים יותר.

עד כאן מוניטי את המצביעים המוסכנים וההרסניים שאני רואה אותם כבעלי הסתבות גבואה להתרחש. עבורם עת לאוים: אני מתוכנן לתחשוה מאד לא נוחה, אשר מצמצמת ומתקינה את תחשות הכוח ואת תחשות היכולת להתמודד בזרחה יעליה וטובה עם משימה.

## **המערכת האשפוזית כאים על היחידות הקהילתית**

**1. מנהלי בית-חולמים כמחזיקי הכוח**  
ההיסטורי, ביחידות הקהילתיות וגילים להרגיש מואים על-ידי בת-החולמים ומנהליים. בעוד שב עבר היהנו רוגלים לבית-חולמים פסיכיאטרים גדולים, חזק ומוביל מڪוצועית, שבচচ্ছו האחורי מוצאה מרפאה שליט ונסרכת, הרו כוים המכובשתנה. ליד לא מעט רפואיות עתירות ידע, רפואיים, היקף פרטוני מכובד ועובד צינית, מצויים בית-חולמים מותנוני, מצטמצם טכנית, פיזית ובוקר רעונית.

గרמו לכך לא כמעט התפתחויות הן בפסיכיאטריה תרופתית ובפסיכיאולוגיה קהילתית, שהביאו לשנות את אטרוי הטיפול בחולם-נפש מזור העדפה מڪוצועית-אנושית-הומאנית ואפיילו עסקית. הנטיה הרוותה כוים היא להעביר את הטיפול בחולה הכרוני מבית-חולמים על מbrates, חוממותיו וצווותי הענק שכו לקהילה, באמצעות המרכז הקהילתי לבRIAות הנפש, בצויר אמצעים ושירותים נוספים כגון הוסטלים, תכניות שיקום וטיפולה וכו'.

והנה מיפוי הרפורמה, אשר הפרקם המתיחסים בה לאשפוזים בתחום בריאות הנפש הם אפקטיביטים עוד הרבה יותר מכפי שתיארתי לגבי תחום העבודה הקהילתית. וכי מועמד להוביל ולהנחות את הרה-ארגון של שירותי בריאות הנפש מנהלי בית-החולמים. בראש כל אגד לבRIAות הנפש עומד מנהל בית-חולמים. והוא קשור וambil יותר בעבודה קהילתית מאשר מנהל מרכז קהילתי לבRIAות הנפש? לא ברור, אבל עובדה. ועם עבודות צרי להתווכת. ומוצע להתווכת? כי חלק מהתפקיד הקודר שאפין ומופיע עיון חלקים של שירותי בריאות הנפש ה忙וברים הוא פועל יוצא של התפיסה המוטעית לחלוון, שמרכז כוכב והכבד במערכת הטיפול הנפשי הוא בית-החולמים הפסיכיאטרי.

באופן ישיר במעט מטופלים, אך יוצרים עקיף (בחדרכה, פיקוח והוראה) את האווירה המקצועית החיובית בדרך כלל, ונוטלים על עצם בעקבותיהם את האחוריות הקליניות לגבי מטופלים של מתמחים שאזותם הם מודריכים. עד היום היה מקובל להרגיש שביעות רצון רבה מנוחות מספר רב ככל שניתן של עובדים בכיריים ויוניינים במערכת, כשברור לכל כי תזרוםם היא בהרמזה היכולת המקצועית של העובדים החוטרים המטופלים ישירות בפונם. היום, עם התפתחות הצמוד לכל פעולה טיפולית (וכאמור ייידרשו עובדים בכיריים אלה להזכיר את שעות הדרכיה שהם נתונים בשעות טיפול,עדיף לנראה חלק נicer מהם לטפל באנשיים בתמורה כספית שתואמת יותר את הנסיבות וניסיונם. לשם ביצוע טיפולים בלבד, או בעיקר לשם מטרה זו, ניתן מטפס אוסף הנקודות שיישארו במערכת ה指挥ות ברמת השכר הנוכחית. בטוח שבשלב זה של הפרטה אין מה לדבר על תוספות שכיר או שיפור תנאים. בפרק ייימשך ההرس של מערכות ההכשרה, שמהנותן באופן ישיר את מערכות הטיפול.

#### **6. בעיות של יחסי עובד-עובד לאור הרפורמה**

אנו יכולים מוקברים את הרפורמה מציאות עשה, בבחינת 'אין כל ברירה אחרת'. אני חשב שיש לכל הנושא גם היבט של יחסי עובד-עובד. כמובן, לא יצא מן הכלל, מדרש לשוניים באורחות חי-העסקה שלם. יהיו בנימן אלה שיעמדו בשני, אולי אף יפרחו כתוצאה מכך, ואחרים שיתתקשו לעמוד בדרישות, בשינוי האווירה, בתנאים, בעקרונות ובסטנדרטים החדשניים. לא שמעתי עדין מכך שעובד המשמר הבכירים שיישארו במערכת ה指挥ות ברמת השכר שמאוד תעשייתי יעברו ממשית ניהול אחת לאחרת ללא התיעשות עם מנהלי המחלקות שבו? עם העובדים בו? או לחלופין ללא נטילת אחריות כלשהו למצוותם בו? לא זה המצב עבורי, ולא כך נהגים עימנו. רק לאחרונה הזומנה מנהלי יחידות קהילתיות של בת-יחולים לראשונה לשיבות תקציביות על המרכיבים שאזותם הם מנהלים. הרעד כה איש מהם לא נחשף לכל הסוגיה של תקציב.Robbins לא יודע כיצד לסתוב תקציב, ועוד יותר יתיר מזה, אפילו כיצד לקרוא תקציב. ובכן השנה מוזמנים לראשונה לישבות כאלו, ובשנה הבאה יהיו אחראים לתקציב, קרוב לוודאי לגורען. מי הקשר אותם לקל Achivut כהן אחראות כזו ובצורה כפואה? מי מחייב אותם לחתת על עצם אחריות זו?

#### **7. פיצול איקיוט השירות יצירת פסיקו-בלופים חדש**

כבר בתכניות הראשונות להתמודדות עם חוק הבריאות הממלכתי, ניכר כי ישן פעילות הצורכות זמן רב (קר' משאבים) כגון פסיקות רפואי, התערבות בשעת משבר וכו', ושן כללו הצורכות פחות זמן (למשל: מעקב תרופתי לחולים כחוניים, ניהול טיפול וכו'). משתמש מכאן גם כי יש חולים אטרקטיביים יותר וכלה שהם פחות אטרקטיביים למערכת, אולם הפעם לא רק על פי יכולתם להשתנות, אלא בעיקר על פי יכולתם להביא סל בריאות כבד ומלא. מלאה הטנא תקציב. סכנה היא שכולנו ננסה לראות איך אפשר להרוויח מקומבינציות

למבטים (קר' קופות החולים) יש שירות בריאות نفس ברמות שונות. לחץ מהמבצעים ישנה מערכת בריאות نفس Zahava לזו הממשלתית, וללחץ רק מערכת קהילתיות, או אפילו ורק מערכת ציבור והפעלת קבלני משנה. אחריות מקומות היום בחופזה 'שירותי בריאות نفس קהילתיים'.

אנו נמצא עצמנו מאויים על-ידי רופא המשפחה של קופות החולים, שהופך להיות הגורם המפנה לטיפול כלשהו. יש אמם בסיס לתקווה כי בכך נחזור למודל האחוב והישן של רופא המשפחה המתאים ומכובד את כל מערכות הטיפול בחולה וודע עליו הכל (במבחן החובי של הייעודה). לשאלת מה יהיה? הirlbeniyut לעניין זה, אני חשב על מה יהיה תפקודו, ומה יהיה המסר שיזונה והוא המרפא להעבו למボוטו קופת החולים של? הוא יכול להיות סוכן מתווך, ואז הנזק האפשר שיגרום יהיה מועט יחסית וצטמצם בעיקר לטרבול, לפתיחת נוהל, מיותר עקרונית וכו'. אבל הוא יכול להיות מונחה למנוע מצב, שאינו רוחני מבחינת החברה המבנתה (קופת חולים כלשהי), ולהוציא לפונה האפשר את החשך לפנות. בכך נחזור למצב של שלושה - ארבעה עשרים לאחוב.

#### **4. משוא פנים של קופת חולים בהפניית מטופלים לטיפול נפשי**

יש לי חשש כבד מיכולתה, ולא מכוונתה, של קופת חולים להיות שופטת אובייקטיבית באשר למידת האטרקטיביות של שירות אחד על פני שירות אחר. מדובר ש קופת חולים תפנה מישהו למרדף קהילתי שאין שיר אליו? הרי היא גם מבטה אבל גם למרכז קהילתי שאין שיר אליו? והרעד כהן השירות נתן שירות. האינטראס שלה יהיה לדאג שאמצעי מתן השירות שללה ימוצאו עד תום. כמנהל, אני יכול לומר כי זהה החלטה נכונה, ولكن היא מדגישה אותי, לא בכוונתה אלא בא-האפשרות להחליט אחרת, מה שיגרום לפגעה רצינית ביותר ביכולת התחרות של כל יתר המרכזים הקהילתיים של בריאות הנפש שלא שייכים לקופות החולמים.

ההחלטה והקביעה על שירות טוב לחולה ניתנת לרופא הראשון. אני מטיל ספק אמיית ביכולתו לבחור באמות מה טוב לחולה שפונה אליו. הוא לא יוכל להשתחרר מהמחשבה: מה טוב לקופה שלו? (תורתו מושמע: קופת הכסף ו קופת חולים שמחזיקה בקופת הכסף). אני לא חשב ששיתוקים של איקות יסייעו להשתלב בהחלטות אלה.

להלכה ולמעשה, קופת חולים יכולות לחזק כל מרכז קהילתי

לבבריאות הנפש, עם גם בליך קשר ליכולתו של המרכז לספק

שירותים ברמה גבוהה ובעלנות נמוכה. אם לא לחזק, לכופף

לחיות כהן שתהיה מאוד לא נוחה לנשימה.

#### **8. איום תוך-מערכת**

##### **5. פרישת עובדים בכיריים**

גם היום יש קושי לשמור על עובדים בכיריים, ותיקים ובעלי רמה מקצועית גבוהה בשירות הציבור. רק נכבד מהעובדים, המגיע למספר בכיר, פורש מטעמים של שכר נמוך, ואחרים מוצאים עצמם לא מעוניינים בעבודה ציבורית בשל ההיבטים המיוחדים שיש לה. אלה הנוראים, מעתים בדרך כלל, מוצאים סיפוק בחינוך, ה�建, הדריכה, ניסיונות ניהול, מחקר, התדיניות בישיבות צוות, התווויות מדיניות וכו'. רובם לא לומר כל העובדים הללו מטופלים

הקשרה מספקת ומתאימה, ובזווית לא תנאים הולמים. ותහיה שאלת מה ערכו של מחקר כזה שנסה לענות על שאלות ישימות מתחדשה, בזווית לא ברורה של אמונה, מהימנות ותקיפות.

#### 4. פיתוח מערכי מחקר של תוצאה, תהליכי והשווה על-

##### ידי המתביחסים

כפי שתיארתי כבר, תחום זה של מחקר בפסיכותרפיה לסוגיו מאוד לא מפותח כוון. יש לכך סיבות נכחות ולא אפרטן. נראה לי כי בצד הסיכון והאומץ האפשרים, אחד הסיכויים החשובים ביותר עבורנו, חברה מדעית, הוא ביוזמות של מחקרים בתחום הערכת תוצאות של טיפולים, השוואת יעילותם וניסויו להבין כיצד טיפולים גורמים לשינוי. ההיסטוריה הקצרה יחסית של המחקר בפסיכותרפיה, תחום שקיים כשלושים שנה, רשמה פרקים חשובים מאוד מטעם חברות הביטוח הרפואי בארה"ב בשנים השישים. זה לדעתו אחד הסיכויים החשובים של הרפורמה. היא מיועדת אمنם לשיפור הגשת שירות רפואי לחולים, אך אם נדרש אינטגרציה גבוהה, ת策ר לחום. בארץ נושא זה הוא ממש בחיתולו, אך מرتך, חשוב ומבטיח רבות.

5. שיתוף פעולה בין עובדים ושירותים שונים בקהילה  
נראה לי כי עקב המזקה המשותפת של עובדי קהילה בבריאות הנפש, ניתן לצפות, ואנו רואים זאת כבר כעת, לשיתוף פעולה בתוכניות, ולשיתוף פעולה מażען רב יותר בין עובדים מוסכטורים שונים בקהילה. מצוקת רבים - חצי נחמה. בהרבה נושאים ניתן להציג ליעילות טוביה יותר באמצעות שיתוף ותיאום. אזכיר רק שני תחומים מתחר רבים שישם:

- (1) **שיתוף בבניית רשותות בקרה וגיביה** – בעיקר עבור שירותי לא גדולים בנפחים, יכול לחסוך משאבים רבים.
- (2) **תיאום בין שירותים ותוכניות שונות** – במקרים של מרכז יפתח את כל טווח הטיפולים הקיימים, יתמקד כל מרכז במספר תחומיים מצומצם, יתמחה בהכרתת אנשים סגול, ואולי אף יקשר אנשי סגל עבור מרכזים אחרים, בתחילת. ברגע שהשיטת והטיפולים יונטו במקביל בכל מיחיד לכך שככל השירותים והטיפולים יונטו במקביל בכל השירות, כי אז המטרה צריכה להיות יצירת טווח פעילויות טיפוליות רחב ככל האפשר. הפיצול בין מרכזים, שיתמכו כל אחד בתחוםים "חוויים", הוא לא ספק יעל יותר.

#### 6. תחרות בונה

כנראה, ואני מדגש, כנראה, אחת האופציות המובטחות יותר להישרדות במצב החדש היא של תחרות על בסיס של מומחיות ספציפיות: מרפאת חרדה, מרפאת השמנה, מרפאת הרטבה, מרפאת פח, מרפאת פוביה, מרפאת אימפוטנציה, תוכניות שיקום, תוכניות המשך, טיפולים קבוצתיים, טיפולים משפחתיים וכו'. מרפאת מומחים היא מטבח לשון שגורה בפני המבטים, ונראה כי אמצעי זה יהיה קלח אטרקטיבי חזוב במשא ומתן בין שירות למבטה. אם הדבר יביא להפתחות של מרכזים בעלי מומחיות ספציפית בה יפתחו ידע ומימוננות, זה יהיה נפלא: יועל

שכלו. ובאותה מידה שצמחו בעבר אגדות יידים במקומות שלא היה מותר בהם לבות כסף, או רשותות תלמידים במקומות שם חולקו כספים, כך צפויות להוות רשותות של חולים כחוניים, שחלקם, אם חושש, יזכה למינימום ההכרחי של מגע, הצורך זמן מינימלי, וזאת על מנת לאן או לאפשר טיפולים יקרים יותר, הכספי, סמינרים משולבים טרייקים, היא רפורמה לקויה. עד כאן באשר לפסק האיים והסכנים, ובכך מסוימים למעשה החלק האפקטיבי של חזון. בעת עברו לאפקטיבים החזיבם של הרפורמה, לסיכויים שיש בה.

#### סיכום

##### 1. החלטת עקרונות של בקרה

צריך לומר כי יתכן שהיו מעמידות במערכות אחדות, שהערכות תפקודן הייתה בעיתית בתחוםים של הספק, תפוקות, ומה מקצועית וברית איות. ציריך לזכור ולהבין כי הערכת תוצאות היא בעיתית מאוד. כל מי שמכיר את הספרות על ביצוע מחקר בעבודה טיפולית, יודע עד כמה התחום כולל סיכון ובעיתו. אין זה סוד שאוטונומיה מוגברת מבאה לירידה או להעדר מנגנון בקרה. אין ספק כי חוק זה יביא, ובצורה מסוימת, בקרה לטוב ולרע על עבודות המרכזים הקהילתיים לבリアות הנפש. מעיטם בקרה נוכחzie ביזור, ולעתים הידרדה הוא קרייטי. לדעתו, מעיטם המאמצים שהושקעו בעבר בתחום זה, מtower התנוגדות לבקרה, התנגדות לביסוס של קואורדינטות מוסכמתות לתפקידו של רפואיים הקהילתיים לבリアות הנפש, כל אלה מביאים עצת למחרך קיצוני באיות ורמת הבקרה הצפוייה.

##### 2. שינוי אפשרי במוטיבציה של מטופלים לטיפול

העובדת טיפול נושא ללא תשולם, ואני מתוכנן CUT לטיפולים שיקומיים ולפסיכותרפיה למיניה, ולא לאשפוזים כפיים ובעיתיים, היא שלילית. טיפול דרשו השקעת משאבים, ורע שהוא ניתן חינם-אין-כסף. על כך דיברנו הרבה שנים, והנקודות של עבודה זו נמננו לא אחת. הרפורמה לא יוצרת אمنם מצב שבו המטופל משלם שירות עבור הטיפול שלו, אך העבודה שהמטפל או המרפא יתוגמל על כל טיפול וכל ביקור, תנסה את הדינמיקה של המערכת, ויתכן, לדעתו, בזרה חיובית. יותר מזה: המטופל יהיה מודע לכך (וחשוב בטיפולים, לדעתו, לעשותות עבודה בכיוון זה), שהטיפול שהוא מקבל, עולה כסף, אمنם מtower של השירותים הממלכתי שלו, אך יש לזכור ולהזכיר כי כל זה אינו בלתי מוגבל, ובסתומו של דבר, המטופל מנצח את משאבי, בתנאי שייעמודו לרשותו על ידי המבטח (כפי שהראיתי קודם).

##### 3. הגברת המודעות ליעילות הטיפול

אוטומטיות, פועל יוצא של השיטה הוא ניסיונות טובים יותר ופחות של בקורת איות ומדידת יעילות. לא תהיה מערכת שלא עוסקת בשאלות אלו. לדעתו, חלק מההתשובות ערכו יהוה מוגבל מאוד, כי האמצעים שלמו לא מפותחים דים. לא יהיה גם הזמן המתאים לפתח כלים ואמצעים להערכה כזו. תהיה זו מעין כלכלת עניים. עצם התערורות של שאלות אלו, בצד הדרישת המחייבת מן מטפלים מצד המבטחים להסביר, להצדיק, להראות ייחובי את המודעות של כולן בתחום מזונת. כל מי שלא אהב לעסוק במחקר, יצטרך לעסוק בו, אולם לא

השירותים הקהילתיים, חששות כבדים מhuaומד להתרחש בתחום זה שיקר ללבינו.

החוק התקבל בכנסת. התקנות שלו עדין בעבודה ובליבורן. אנו חושב שיש לבחון מחדש את הכלתו של תחום בריאות הנפש לתוך חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. נראה לי כי רישימת הסיכון שהבאתי מחייבת בחינה מחדש של הכוונה זו.

#### ביבליוגרפיה:

(1) נימן מ., המפרק הכספי בשירותי בריאות הנפש והשלכותיו הציבוריות והאתיות. *שיחות*, ח(1): 58-63, 1993.

(2) אלצ'ר י., חוק ביטוח ממלכתי: הגדמות לתמורה בשירותי בריאות הנפש. *שיחות*, ט(1): 55-62, 1994.

לחולמים יהיה טוב למרפאים. הבעיה בארץ היא שכאשר רואים את הצלחת האחד, מחקים אותה בהמון, ואז כל מושג המומחיות המובייקת מתבטל מעצמו, כי הרי אם כוכב מחליט שהוא יפתח מומחיות בכל תחום משגשג, זה פשוט לא יatk. זה אולי יראה כמו מומחיות, אך זאת לא תהיה מומחיות. יש לאפשר ולכבד מומחיות של מרכז, גם אם תביאו לו שgasog. הקנהה – מהשיטן. האחריות הציבורית צריכה להביא אותנו לשאוף להגיאע לכך שmirav המומחיות יפותחו וישוומו. יתרkan כי יהיה צורך או אפילו הכרה בתיאום-על בין התמחומים והוגומים השונים.

#### סיכום

מניתי 17 סעיפים מתוך סיכון וחאים, וששה בתחום הסיני והתקווה. זה יחס של 3 ל-1, ולדעתי זהו יחס פתיחה בעיתוי לתהיליך שני. יש לי, ולהלך נבדק נחברי בצוותים הבכירים של

## Ψ החותינה לפסיכולוגיה קלינית

### בואו להתנדב למען הקהילה

הפערים החברתיים בחברה הישראלית הולכים וגדלים, ומהדינה כדיוע מנסה להתנער מאחריותה כלפי בריאות הנפש של אזרחיה במALLECI הפרטת שירותים בריאות הנפש ובבעלי שהקימה מערכת חלופי לזה הקיים והמצטמצם באופן מגמתו. וכך בתחומי חיים אחרים, למשל בתחום בריאות הגוף ובתחום הרוחה, אנו Unidos למצו שבו השולטים החלשים של החברה הולכים ומתרחבים. מופרטקティיה רוחה ומתחן אחריות לעתיד החברה הישראלית, אנו חשים כארגון המאגד בתוכו ציבור של אנשי מקצוע מיומנים, שנדרשת מצדנו פעולה ומעורבות חברתית תוך תרומה לקהילה בתחום Usiknu, כאנשי מקצוע שיש בידם ההכשרה והיכולת לתרום למען השכבות החלשות בחברה ולפעול לחיזוקן.

אנו מבקשים מתנדבים מכל תחומי המומחיות, שייהוו מוכנים להעניק טיפול / ייעוץ / התערבות פרו-בוננו לפי הרצון והיכולת של כל אחד מהם, ולפי הנכונות לתרום מזמן וממשאבין, כשירות לקהילה וכתמיכה בפרטם החלשים בחברה שאין להם אמצעים לשלם בעבר טיפול פרטי.

הפעולות תבוצע במסגרת שיתוף פעולה של הפ"י עם ארגונים חברתיים וקהילתיים.

המעוניינים להתנדב יملאו את הפרטים הבאים:

**שם ושם משפחה:** \_\_\_\_\_

**אזור מגורים:** \_\_\_\_\_

**מספר טלפון:** \_\_\_\_\_

**דוא"ל:** \_\_\_\_\_

**מעוניין לעבוד עם:** ילדים / נער / מבוגרים (סמן את המועדף)

**מומחיות, שיטות טיפול ובעיות שבהן את/ה מתמחה:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

יעבורי אלינו בfax: 03-5230763, או יכתבו לאי-מייל: .il.net.zahav@psycho

בברכה,  
אבי סוויטה  
יו"ר החותינה לפסיכולוגיה קלינית



## מבט רטראנספקטיבי ופרוספקטיבי

### על יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום וסיכון

**אני מודה**  
לחברתי, העובדת  
הטוטאלית ורדה  
עמי, על העורחות  
המושיעות בקריאת  
כתב היד

**אני מציע**  
להפסיק  
לקראא לחברות  
הביטחוניות הרפואית,  
שהוקמו על  
יסודות ארבע  
קופות החולמים,  
שהיו בעבר,  
בשם "קופות"  
הכינוי "קופות"  
מטעה את  
הציבור ומחכה  
את החברות  
בחסיד שלא  
מגיע להן.  
אחרוי השם  
האלטרואיסטי  
"קופת חולמים"  
מסתורו ארגון  
שנועד למטרות  
רווח

ארגון שנועד למטרות רווח. יתרון זהה מה שצורך, אבל אז רצוי, למען השקיפות והבהירות, לקרוא ליד לשם ולחברות הביטוח הרפואי בשמן. דומה לי, שאם נolumn היה ברור מעתה מה שמדובר בעסקה עם חברות ביוטה, היה פשוט יותר להבין מדוע הרפורמה לא מתמשחת: היא לא מביאה את רוחותיהם של החברות. כפי שציינתי, ללא תנאי זה – אין לנו עניין לבטה.

במהלך 12 שנים החלפו מאות נחקק חוק ביתוח מלכתי, ראיין את אופן התנהלותן של חברות הביטוח הרפואי בתחומי הבריאות האפוגנית. כל קוריאי מאמר זה משלימים היום הרבה יותר כסף עבור ביתוח בריאות ומקבלים פחות שירותים. אנו עדים כל הזמן לצמצום בסל השירותים והשירותים בתחומים מציל חיים. היש למשיחו ספק מה יהיה גולם של שירותים שאינם מצליל חיים במישרין אך תומכים באיכות חיים? לא נראה שה מעוניין של חברות ביוטה. מרגע שהן תקבלנה את סכומי הקזאה לטיפול בבריאות הנפש, המענק העיקרי שלחן יהיה בכיוון של אי יכול תקציב זה למטרות שלושןניתן.

בשנים החלפו הרפורמה המبنית אכן עברה, ומספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות הצטמצם. האם הדבר גורם להפניה ממשאים למוראות הקהילתיות? כן, אך בשיעורים קטנים ולא כל יחס לשניים המוצזרים שנדרכו בעקבות הרפורמה המبنית.

ראינו השנה את פגעי ההפרטה של שירותי בריאות נפש גם בתחום החוטלים השיקומיים, כשהנה לאחר הפעלתם של החוטלים כחלופת שיקום לאשפוז פסיכיאטרי המופעלים בידי זרים פרטיטים. ב-50 אחוז מהם התגלו ליקויים חמורים באיכות ובכמות כוח האדם שעבוד בהם, בהוטלים רבים מאוד נמצאו הזנחה פיזית ומקרה, וזה רק נשנה וחזי מיום התחלת הפעלתם. בטור כי הפיכת שירותי בריאות הנפש אל גם למקור לרוחם כספי מובללה לפגיעה ישירה באיכות השירות. קשי רפורמת ההפרטה ומהקה הצעדים מתקיימים לא רק בבריאות הנפש אלא גם בבריאות הכללית, ואפשר להקש הרובה מהמתהרש בתחום הבריאות הכללית לצפי להתרחש בתחום הבריאות הנפשית.

שביתות הרעב וההפגנות של חול סרטן המעויג הגוף ובו משפחותיהם, שכחו בלילה ביריה בהפגנות ובשביתות משפליות, מסכנות חיים ומתישות כדי לנסות ולהציג את חייהם, הן דוגמה לכך: המרפא הרפואי של חסאים נפל בשבי המנגנון העסקי הביטוח. האם אנו יכולים לראות אנשים הסובלים ממחלות וمبرיאות נפשיות מפיגנים ב擢ורה זו? לא נראה שכך יהיה. הם יסבלו ויבלו וישקעו לתקני עיטה. כותרת ראשית בעיתון "הארץ" מיום 18.3.07 קובעת: "חופאים מנהלים בכיריהם: משרד הבריאות הוציא את הרפואה הציבורית. בראשונה: אושר לקופת חולמים לחייב לחים בבית חולמים פרטי. טענות גם נגד הרוחבת הביטוחים המשלימים". כותב המאמר, בן חניך, מציג את עדותיהם של רפואיים בכיריהם, מנהלי בית חולים גדולים. הופ' גבי ברבש, מנהל בית"ח איכילוב בתל אביב, מדבר על מהלך הרה אסון למערכות האשפוז הציבור. הופ' רפי ביאר, מנהל בית"ח רمبם בחיפה, מביע חשש מגיעה בלתי הפיכה ברווחה כבושאה בחברות הציבורית והאקדמית בישראל. וד"ר מאיר אורן, מנהל בית חולים הלל יפה בחדרה, כותב למנכ"ל משרד הבריאות כי הפרטת מערכות האשפוז תגרום להרס הרפואה הציבורית בישראל, ועודף כי זה חיקוי למודל האמריקאי שמנמו צרכים להתרחק ולהיזהר יותר. דברים אלה מותיחסים למערכות האשפוז הציבוריות נתנתן למדידה, ליטור ולחערכה. כל-בר-דעת יבוי, כי בעשרות טיפול כאלה של בריאות הנפש, בהן הניתור וההערכה קשים יותר, המצב יהיה חמור הרבה יותר. באוטו

### ■ פח' גבי שפלר

בדוק לפני 12 שנים התפרסם ב"шибוחת", ובמקביל בפסיכיאקטואליה, כאמור המ/topicsם כאן הימים מחודש. כאמור זה נכתב בעקבות יום עיון שנערך בירושלים ביחס למשמעות הרפורמות המוצעות בבריאות הנפש בישראל.

מה התרחש ומהו למדנו במהלך של 12 שנים?

### מבט רטראנספקטיבי

בשנים החלפו הוצעו **86** טוויות לרפורמה הביטוחית, ונקבעו יותר **מ-20** תאריכייע להחלתה. עד כה, כמובן, לא התקבלה אף טויטה

הרפורמה הנ"ל לא המתמשה באף תאריך.

לעומת זאת, הרפורמה המבנית, לפיו יצומצם מספר המיטות המיועדות לאשפוז פסיכיאטרי מ-5,000 ל-3,150, בוצאה במלואה. המשמעות היא שלפחות עד 2,000 חולמים שהוא מטופלים בבתי

חולמים מטופלים כתע במורים לבריאות הנפש בקהילה.

מי לא גוס לטובת הרפורמה וקיים? אציין: את הרפורמה יימו רב ותווך כדי הקצתה משבבים כספיים רבים שרים, מכ"לים, ראשי שירות, ראשי אגפים, ועד מנהלי בת החולמים הפסיכיאטריים, איגוד הפסיכיאטרים, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, עמותות שונות וארגונים של צרכני שירותי בריאות ובני משפחותיהם. ככל חבר וشكיעו מחשבה, כוח והשפעה פוליטיים, כסף, השפעה מקצועית וסתוטורית, ידע ומנגנונים ממשלטיים. ולמרות כל אלה – הרפורמה לא יצאה לדרך. אנשים רצינליים, אנשי מקצוע, אנשי מדע: האם הרידעת נזינה. מאז נרתמו אליה במרק בלתי דלה, בקשרו לדוח ועדת נתניהו. מכאן ותוקן אליה במרק בלתי דלה, בקשרו לשיקום הפסיכיאטרי, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, עמותות שונות וארגונים של צרכני שירותי בריאות ובני משפחותיהם. ככל חבר וחקיעו מחשבה, כוח והשפעה פוליטיים, כסף, השפעה מקצועית וסתוטורית, ידע ומנגנונים ממשלטיים. ולמרות כל אלה – הרפורמה מתי מעט, והתומכים הם הרוב המכזק של בעלי דבר בבריאות הנפש. הרידעת נזינה: אם הייתה הרפורמה אינה מותבעת כי היא פשוט לא מתאימה, לא טוביה דיה ולא מוצלחת? הרי המתנגדים לה היו אך המצינים הללו היו מצליחים להעביר את הרפורמה חזז מזמן, שכן פחות טבות ממנה עבורי לא קשיים.

### מקופות חולמים לחברות ביטוח רפואי

במשך 12 השנים מאז חוק חוק ביתוח בריאות מלכתי, ראיינו את התמודדותן של החברות לביטוח רפואי, לשער קופות החולמים. שניין השמות של ארבעת קופות החולמים אינם שונים סמנטים גרידא. אלה הם שונים מהותיים בתפיסה של מעבר מקופות מסוותפות והודיעות, שנעשה לשימרה על חברות החברים בהן, לחברות ביטוח שאריכות לספק למabitחיהם בהן את מה שהbettichו לספק ביום צרה. קופות החולמים, לבטח הגודלות שבהן, היו בעבר ארגונים אידיאולוגיים שחרטו על דגלם מטרות נשובות באמצעות מותן שירותי בריאות ושירותים, פיתוח מקצועות הבריאות, מניעה וחינוך לבריאות. חברות ביטוח רפואי, כמו כל חברות הביטוח, נעשו בראש ובראשונה להתקיים חברות וחוויות. חברות ביטוחחוויות היה קטן שעומדת בהתחביבותיה מחד, אך דואגת שסר התחביבותיה יהיה קטן יותר מסך הכנסתותה. אני מציע להפסיק לקרוא לחברות הביטוח הרפואי, שהוקמו על יסודות ארבע קופות החולמים שהו בעבר, בשם "קופות". הכינוי "קופות" מטעה את הציבור ומחכה את החברות בהתאם למשמעותה בחזרה. מכאן ותוקן החברות רשותה להפסיק לקרוא לחברות הביטוח הרפואי, מטעמה להן. מאוחריו השם האלטרואיסטי "קופת חולמים" מסתור מגיע להן. מאוחריו השם האלטרואיסטי "קופת חולמים" מסתור

מה היה קורה אילו ב-12 השנים האחרונות היו ממשיכים השירותים הללו לפעול ללא איזומים לאומיים, עלבונות, היעדר תמיינה ו프로그램, ולא השפעת המאמצים האזרחים הומפעלים כדי למוחק ולמעורר שירותים אלה?

לדעתי, לא ניתן להעיר מה היה קורה, כפי שלא ניתן להעיר מה היה קורה באرض אילו לא היו מלחמות. כוה הימנו עושים עם סכומי העתק שהו מתרפים וכי צד הינו מתקדים ללא המתה הבתווני הקומי?

אם בוטוח, כי בצד העבודות שבדבריי הם מביעים גם שמרנות והתנגדות לשינוי. אין לי אלא לחזור על השאלה שהצבתי בראשית מאמרי זה: אם הרפורמה כל כך מוצלחת – מדוע אין היא מיושמת,

חרף המאמצים האיסופיים המשקעים בהחלתה?

במאמר מ-1995 התיחסתי לאיזומים, לטיconomy ולטיכום. הנה נבחן מה התרמש מهما לאורך תריסר השנים שחלפו.

## סקירה רטוטפקטיבית על הנזודות שהועלו במאמרי 1995

במאמרי מ-1995, שמתפרסם שנתה בגליון זה, ציניתי 17 נזודות שב簟 ריאתי איזום וסיכון לשירותי הנפש, לחוקים לשירותיהם ולعبادים בהם, כתוצאה אפסרת מהחלת הרפורמה המוצעת. באותו אמר מוניטי שיש נזודות, שב簟 ריאתי נזודות או וסיכויים לשיפור במצב כתוצאה מהחלת הרפורמה. עבורו כעת על כלן אחת לאחת, ואבחן בקצרה אילו מן התממשו ובאיזה מידה במהלך 12 השנים שחלפו מפרסומו הראשוני של המאמר ועד היום.

**1. נסיגת מעקרונות השירות:** בזמן שלחלף פירקה קופת החולים לאומית את המנגנון הצנעו שהיה לה בתחום בריאות הנפש. והאחותות? בוגנות רשותות של מטפלים פרטיים במחירים מוזלים. מהו מחיר מוזל? זה מחיר נמוך באופן משמעותית מהמחיר המקבול בשוק הפרטי – 180-150 שקלים – לפגישת טיפול עם האבלה של מספר הפגישות. מעוטי הכנסת לא יכולם לשלם אותן, ובועל הכנסות גבוהות יכולים לפנות למטפלים ללא האבלה באמצעות משאבותם. לשירות, הניתן בחינם וברמה מקצועית גבוהה במורפאות הציבוריות המוכרות בבריאות הנפש, לא נמצא תחליף.

זמןנות ומידות השירותים אין ונראות אופק. הצורך בבראה ובמנגנו פיקוח של חברות הביטוח הבריאותיות (לשעבר קופות החולים) כבר יוצר הבדה. אך התקיחם זו הנקיק במאמר בעיתון "הארץ" מיום 11.3.07, שכותרתו "חולמים בסחבת". הוא מתאר גסות זה של פקידי רופאים מנהליים מול דרישות לגיטימות, של汗ן זכאים מובטחים אך אינם זוכים לקבלן. המוננה לדיקיות ולטיפולים חיווניים במשך שנה וחوت, והפניות לאשפוז במרכזים אשפוז מרחוקים מבית המבטחים.

**2. שלילת יכולתו האוטונומית של האזרח לפניות לשיחת:** אם רואים זאת גם בתחוםים אחרים של הרופאה, שבה התורים לרופאים מוכחים מתחים בצויה מחפיה, לרבות במקרים חריפים וധוכים. אין ספק שלא יהיה מענה חולם בתחום בריאות הנפש, שכן לפחות במשך 12 שנים קיומו של העוסוק ברפורמה, לא נבנתה כל חלופה

עיתון "הארץ" מיום 18.3.07 מדווח זו הנקיק על עדותו של גבי בן-נון, סמנכ"ל לכלכלה משרד הבריאות, בפני ועדת הבריאות של הכנסת: "נכשלנו במדינה ניהול הבריאות". ביןון מתרך כיצד שליש עד מחצית מתושבי ישראל חסרים ביטוחים משלימים. הוא מתייחס להיבטים הכלכליים ומהירות כי בארץ נוצרים כבר עתה שני סלי בריאות – לעניים ולעשירים – ומצביע כי "העשירים יקבלו תרופות שענים לא יכולם להשיג, כולל תרופות מצילות או מארכות חיים". השם מילשא ספק מה יהיה גולם של טיפולים נפשיים שהם "רק" מספר איסות חיים? הם עשויים להיעלם לצמותות מוסכל. כפי שציינו זאת מנהלי בית החולים: המק יהיה בלתי הפך.

## שירותי בריאות הנפש החקלאתיים

שירותי בריאות הנפש החקלאתיים בארץ מצויים כולם בשפל שלא ידענו כמותו מעולם. שתי סיבות לכך: הראונה היא אידאולוגית-תרבותית מתקדמת של התומכים ברופואה, כי השירותים החקלאתיים הקשיים אינם יעילים ואניום ראויים להתקיים. עובדי המרכזים החקלאתיים מוצגים כבטלים, לא יעילים, ומאהווים עניינים, שככל מעיניהם בשמירה מוקומות בעבודתם. נזכיר, כי אלה מוקומות עבדה שמרובות העובדים בהם הם אקדמיים עם תואר שני ושלישי, ובועל מקצועות בכירים המשתמכים פחותה משכר המינימום, שחלק נכבד מהם מנקק לשאלות הנכסה. הוכחו, וכוטחות עד היום, טענות רבות בلتוי מוסמכות, משפטות ומגמות על מהו בلتוי מקצועית ובلتוי מוסמכות, מודעות של העובדים בשירותי בריאות הנפש החקלאתיים. חשובshima ידוע: על-פי כל קריירון בינלאומי, הרמה המקצועית של העובדים בשירותי בריאות הנפש הציבוריים בישראל היא מהגבוהות שישן, והוא אינה נופלת מזו של עובדים במוסגורות דומות בחו"ב. באופן צני, עובדים אלה, שגם מוערכם על-ידי המערכת הממעיטה אותם, מדרשים בו-זמנן על-ידי מעסיקיהם לפתח תכניות חילופיות, תכניות התיעולות כלכליות ותכניות טיפולית אטרקטיביות ובנות-תחרות בשוק החופשי להראת הפרטת השירותים.

הסיבה השנייה למצבם הירוד של שירותי בריאות הנפש החקלאתיים בשנים האחרונות היא תהליכי עקב ומתרחש של חמק השירותים: לא ממלאים מקומות ותקנים שמתקנים עקב פרישה, יצאה לגולמות מחללה של עובדים, ולא מקלים עבורם חדשים. יותר ממחצית העובדים במרכזים החקלאתיים לביראות הנפש הם עובדים של האגודה לביראות הציבור (מעין עובדי קבלן ממשתלים).

ומעל כלל, העדות העיקרית והמרכעת לכוונות משרד הבריאות כלפי השירותים החקלאתיים לביראות הנפש היא הסכם סגירת המרפאות החקלאיות של משרד הבריאות, שנחתם בין האוצר למשרד הבריאות, זאת חרף הנסיבות החוזרות ונשנות של ראש משרד הבריאות, כי אף מרפאה לא תיסגר. המסמן הייחודי שמתייחס לנושא הוא הסכם חתום עם תאריך יעד ברורות: עד 2010 לא תישאר אף מרפאה קהילתית לביראות הנפש של משרד הבריאות.

מנקודת מבט זו, מרשימה הישרדותן של המרפאות החקלאיות. על אף היפיטורים והצמצומים, על אף ההכפות, על אף הדרישות לתכניות ייעול וליזמות, על אף עיבת עובדים בכירים רבים, על אף כל אלה, עדיין מתקיימת בהן פעילות מקצועית ענפה ומרשימה.

האם יש דרך להעיר מה היה קורה אילו התופעת התקציבית בסך 250 מיליון שקלים, שהוצאה לחברות הביטוח הרופאים, הייתה מועברת למרכזים החקלאתיים לביראות הנפש? האם יש דרך להעריך

**במהלך 12 שנים שחלפו**  
**מאז נחקר חזה ביטוח ממלכתי,**  
**ראינו את אופן התנהלותן של חברות הביטוח הרפואית בתחוםיה**  
**הבריאות. כל הגופנית. כל קוראי אמר זה**  
**משלמים היום הרבה יותר כספים.**  
**בעור ביטוחן בריאות ומקבלים**  
**פחות שירותים.**  
**אנו עדין כל הזמן למצוות בסל השירותים והשירותים מצieldים**

10. **היחשות מערכות הבקרה המקצועית המידית:** ככל הנראה, הבקרה השתפורה מוטט. מחשוב מובהט המכופאות והש侃אות ענקיות בתחום זה יצור מצב שבו השירות מבוקר יותר. לא ידוע לו על תגלויות מסעירות כתוצאה מהSHIPOR בקרה ולא על עלייה בניצול כוח האדם המקצועי, כתוצאה מתהליכי הבקרה הללו. ספקם עם עלותם מצדיקה את קיומם.
11. **מנהל בית החולים כמחזקי הכוח:** הרפורמה המבוגרת בכיוון של צמצום מספר המיטות לאשפוז אכן התרחשה, ומספר המיטות הפסיכיאטריות הצטמצם לפחות 1,500 (ווד-ל-3,500 מיטות). הדבר כמעט שאים ניכר בלבד בנסיבות כוח האדם של בית החולים, ועוד פחות מכך ביחס התקציב שהוקדש לשירותים הקהילתיים לביריאות הנפש.
12. **החשש משילוב כוח אדם לא מקצועי של עובדי בית החולים בשירותים הקהילתיים:** חשש זה לא התאמט. אנשי המקצוע הללו נותרו בבית החולים או פרשו, בעוד המערכות הציבוריות נהרסות באטיות אף בעקבות.
13. **אמיןותם של רפואי המשפחה כמוסטים את פניות הציבור למוכדים הקהילתיים לביריאות הנפש:** כבר CUT ברור רפואי המשפחה ממוסטים את השימוש ברופאים מומחים בבדיקות ובשירותים היקפיים, זאת בצהורה שנותה לצמצום בהנחיות של הנהלות חברות הביטוח.
14. **משוא פנים של קופות החולים בהפרניות לטיפול נפשי:** חברות הביטוח הרפואיים מפותחות כבר היום שירותים של טיפולים נפשיים. חלקם הגדל ניתן על-ידי מטפלים ממוקצועות שונות, שלא תמיד רשומים בחוק או מוכרים ממוקצועות טיפולים רפואיים רישומיים.
15. **פרישת עובדים בכירים:** מתרחשת בצוות מסוימת ואינטנסיבית מאוד ופוגעת בתשתיית האניות והמקצועות של השירותים הקהילתיים. זאת מבלי שמתאפשרת החלפה של עובדים פורשים בחודשים.
16. **יחסו לעבוד – מעמיד בעיתיותם:** החשש מסגירות המרופאות נעשה קונקרטי וברור. מצד הדאגה לעתיד המקצועי והשירות שעליו עמלו רבים בהקמתו, מותעוררים באופן טבי גם נושאים הקשורים ביחסים שבין עובד למעמיד. לדוגמה: אחד הריעונות שהוואלו בנסיבות שונות של הדויים רפואי הוא שקיופות החולים ירמשו את המרופאות הקהילתיות הקיימות. לעומתה, מה שהוא הוא שיחה. מצד אחר, יש כאן סוגיות סבוכות של יחסם בין עובדים למטופלים, זכויות עובדים וכו'. במקביל לעיסוק בתכני רפואיים יש עסוק נרחב בסכסוכים בעודה בהקשר זה.
17. **פיקול איות השירות יצירת תחליפים זולים:** **ישור:** הצעה גורפת ולא מבוקרת של טיפולים קצריים וטיפולים קוגניטיביים רק משומש אלה קקרים יותר וכן הסתמם גם זולים יותר./api רואה ביחס למקומות של הטיפולים הקוגניטיביים וההתנהגותיים בקשר קשה למשמעותם של השירותים. נשא מסף שמתברר כבעייתי הוא בטיפול באוטם אנשים שאינם מקבלים אבחונה פסיכיאטרית על-פי- DSM, ככלור אוthem אנשים הסובלים מתגובה דחק למצבי חיים קשיים האופייניים לחים בישראל. זאת בהתעלמות מוחלטת ממכחמי מחקרים, המצביעים על קשרים ברורים בין הימצאות בנסיבות מצבי לבן רמת בריאות כללית.
3. **בעיתיות לטיפול בחולים שאינם משתפים פעולה:** הרפורמה לא מתייחסת כלל לשאלת זו.
4. **הוסט של מערכות עבודה מניעתית:** ה策םומים והחנק של המרופאות לביריאות הנפש, כמו גם העיטוק המתמיד בנסיבות ובנסיבות של בקרות, פגעו כבר בתקופה האחורה מערכות של מנעה אפשרית. אלה הן המערכות הראשונות להיפגע, שכן הן האחירות שיכולות להציג על תועלת מדיה.
5. **סיכום הזכות לחיסין רפואי:** מערכות המחשבות נותרות אוטותיהן בתחום זה, וברור כי יכולת להגן בצוות ממשמעות על הפרטאותiao מוגבלת מאד. הרשותה הממוחשבת תועבר בין גופים וועדי בריאות, לרבות תכני הטיפול הנפשי.
6. **סיכום עצם הקיום של מרכדים עקב אי יכולת לשחד כלכלית:** סכנה זו, כפי שהציגו בפתח המאמר הזה, נעשית מוחשית יותר ווואר ושיאה במוגמה לסגור את המרכדים הקהילתיים לביריאות הנפש. כל התרגילים והתמרונים, שנעשו בשנים האחרונות באינטרנט ובrinternet ורבה מאוד על-ידי משרד הבריאות, הראו כי רוב המרכדים הקהילתיים לביריאות הנפש יכולים לשחד באופן גובלן מאוד, זאת מבלתי שלם קחו בחשבון עלויות של תשתיות, מבנים, עלויות של פנסיונות וכו'. הטיסוי המציגו של שירותי אלה לשוד מוטל בספק ציני.
7. **היעדר מנהלים עם הכשרה וראייה כלכלית:** חלק מהמנהלים אכן עברו הכשרה כלכלית וניהולית מסוימת, אבל רוב המרכדים עדין מנהלים על-ידי אנשי מקצוע בבריאות הנפש, אנשים ששחרו את ההפרעות והמצוקות האדירות שעברו המרכדים הללו. לא נראה כי נעשו השקעות רציניות בשיפור היכולת הכלכלית של הצוותים הבכירים ומנהלים של השירותים הקהילתיים לביריאות הנפש.
8. **שיעור:** גם בתחום זה לא זכה לכל פיתוח ב-12 השנים האחרונות.
9. **הוסט מערכות ההכשרה המקצועית:** עדויות לכך אם רואים כבר היום בבריאות העדید אינם נראה ורוד ואנשי מקצוע מנוסים להיחלץ מהשירותים הציבוריים. הם פורושים לפנסיה מוקדם בתנאים משופרים, ואחריהם אינם מגיימים במקומם. לכך יש שתי סיבות: א. הקפאת כוח אדם חילופי. ב. התנאים הקשים וחסרי הטיסוי אינם מושכים את המתמחים להשתאר במערכת לאחר סיום התמחותם. ההפך הוא הנכון: נשים יותר ווואר קולות שששיטם להשתחרר מהמערכת הציבורית, המתווקנת מעגלי מקצועי ברמה מקצועית גבוהה.

וגם זה בנסיבות נזומות למדי ותוך הפגנת פאטיות  
ונמיות רוח של מרבית האנשים בשדה.

6. **תחרות בונה.** לא ניתן באופן עמוק  
השירותים הבריאותיים הנפש חסרי שמחת חיים וצרה  
בצורה כמעט מוחלטת.

מתוך שש הנקודות במאמרי המקורי, המצביעות על היבטים  
חוויים אפשריים של הרפורמה, רק זו העוסקת בשיפור הבקרה על  
טיפולים התממשה במידה מסוימת. כל חמש האחרות, הקשורות  
בראיית הרפורמה וההתארגנות לkratot'ן כל מהלך מקצועני  
מאתגר ומפתח (כפי שרצו לראות אחרים) לא התממשו.

מה המשמעות של דברים אלה?  
מתוך 17 סיכון – 16 נותרו בעינם. מתוך שישה סיוכים, רק  
אחד התממש. המסקנות הרוטופקטיביות ברורות. הרפורמה  
המושעת היא רעה, וכנראה בשל כך היא אינה מותאמת.

### **mbut�ה רוטופקטיבי**

אם לפני 12 שנים, שכותבת את המאמר (שזוכה אותו אז בהרבה  
קיימות של כעס ולגאג), התעוררו לבבי ספקות על המידה  
הפסיכומית והפסקנית שבה התיחסתי להצעת הרפורמה, הרי  
כיום, במקביל שיטתי אחר ההתקפות שארעו, צר לי לקבוע כי  
צדקה ברוב רובן המכירע של טענות".  
מה יהיה? לא ל' הפתרונות. אני עקי בעמדתי כי לרפורמה  
המושעת אין סיוכי להיות מוצלחת, ואם היא תעבור, היא תגרום  
הרנס השירותים הקהילתיים לביריאות הנפש בישראל.

הטיפולים הנפשיים המוצעут (למשל בדינומים הסוערים  
מאוד המתקווים כיום ברשות האינטנסו ובמסגרות  
אחרות) ביטוי לנזק עקוף של הרפורמה. מכיוון שלא  
השכלנו ללמידה ולמד בצורה מספקת טיפולים אלה  
ולהפכם לכליים בארגן הכללים של הפסיכולוגיה הקלינית,  
אנו מצאיםatism במאבקים בעלי אופי רגשי ופוליטי  
ובניסיונות להציג מטופלים קוגניטיבים כבעלי מקצוע  
רופא רשם, וזה אבסורד ברור בזחות המקצועות.  
אופיים הרגשי הסוער של דיווינס אלה מעלה גם לא  
מעט איזומים וחזרות כתמצאה מכך. התוצאה: הרס  
במקום בנייה, ירידת ברמה ובاقות המקצועית עקב  
פניהם לזמן, ובמקביל פיתוח תכניות הכרה רבות  
لتחומי טיפול משיקים הדורשים הכרה מועטה יותר.  
ראינו גם תופעות מבישות בנושא ההוסטלים ובישום  
חוק השיקום.

לטיכום: מתוך 17 איזומים שתיארתי במאמר מ-1995 נותרו 16  
בעינם.

### **הסיוכים**

1. **החלפת עקרונות של בקרה.** כפי שציינתי כבר קודם,  
אכן הבקרה שוכלה מאוד במהלך שתיים עשרה  
שנתיים שחלפו עם זאת לא התרשם ממייתרונות  
הגדולים ומהחסכנות. זהה בעצם התמורה הגדולה  
bijouter במהלך 12 שנות ההתארגנות לkratot'ן הרפורמה  
והשפעת גורם זה היא שולית לדעת.

2. **שני אפשרי המוטיבציה לטיפול.** לא התרשם  
שהציבור שנעsha בחלוקת הגודל יותר עני ועתיר  
במצוקות כלכליות, טרואומטיות כתמצאה מהחרפותו  
של המצב הביטחוני והחברתי זוקק לתמירים  
לפניהם למראות ציבוריות. כל הטענות ביחס להסתמת  
הסטיגמטייזציה מהפניה לטיפולים נפשיים נאלמות דום  
מול העלייה המתמדת בפניות מרכזים לביריאות הנפש  
במבנה הנוכחי. רשימות ההמתנה הן לא פועל יוצא של  
צמצום בפניהם אלא צמצום באנשי צוות.

3. **הגברת המודעות לעילות הטיפולים.** איש לא נסה  
אי פעם לנצל את תהליכי הבקרה לבדיקת תוכאות  
של טיפולים או התרבות. המגמה הייתה ונותרה  
מנוהלית ולא מקצועית ורק נראים פנ' הדברים.

4. **פיתוח מערכי מחקר של תוכאה, תהליכי והשווה**  
**על-ידי המבטחים.** לモטור לציין, כי הגברת המוטיבציה  
של אנשי מקצוע לקים מחקר על ייעילות טיפולים  
נפשיים לא נעשית בדרך כלל באמצעות שלילת עצם  
חשיבות והזכות לקיים. לא פותח כמעט אף פרויקט  
מחקר בתחום העשייה הקהילתית ובידקה ויעילות של  
טיפולים קצרי מועד לסוגיהם, שהם היעד המקצועי של  
הרפורמה מבחינת יכולת לממן.

5. **שיתוף פעולה בין עבדים משירותים שונים**  
**בקהילה.** לא נעשה למטרות מקצועית. כן התגבר,  
שיתוף הפעולה ואיחוד השירותים למטרת היישרות,



# шиוף מערכת בריאות הנפש בישראל

וביחוד על המורפאות הממשלתיות לבריאות הנפש, כדי לפתח "דרך שלישית": לא להשאיר את המצב הקים בדיקן כמו שהוא עכשווי, אך גם לא להעבור את השירות לקוחות. בכל העולם פותחו דרכים לשלב אלמנטים של שיפור האיכות, התיעולות ותחרותיות גם בקרב גופים ממשלתיים, ולא רק על-ידי הפרטה או העברת לגופים לא ממשתתפים. בימים אלה נשמעת בקבוקת חרפה על ההזדמנות של החברות והעמותות המספקות שירותים סיעוד, שאינן מעבירות את מלאה הזכיות למוטופילים.

תומכי הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש טוענים, כי ארגון הבריאות העולמי מצד ארגון בריאות הגוף והנפש תחת קורת גג אחת, אך טענה זאת אינה מדויקת. בדו"ח של הארגון משנת 2001 על הנושא, מצד הארגון ביתר תיאום בין מטפלי הנפש והגוף ובשילוב התפקיד של רופאים ראשוניים בתחום הנפשי. אך אין שם קביעה, שכדי להשיג מטרות אלה חיברים לכורק את בריאות הנפש בתוך גופים רפואיים כמו קבוצות חולים. הרופאים הראשוניים לא יכולים לבוא במקום המערכת הטובה והמנוסה הקיימת.

אנשי המורפאות הממשלתיות שואפים לשינויים מועילים. צוותי המורפאות רוצים לתקן תורים, לשפר את התיאום עם הרפואה הראשונית, להרחיב את השירות, לשפר את איכות הטיפול, לדאוג לניהול התקיקים של המטופלים ולהמשיך להכשיר את הדור הבא של מטופלים. יש לתת להם את ההזדמנות לעשوت קר. אין מקום לרפורמה הביטוחית, שתוכננה מבלי לבדוק חלופות ואמורה להיות מושמת בזורה לא מתאימה לבריאות הנפש. היא תביא לرسום במערכת הקיימת בתמורה להסתמכות על מודל נחות ופגום שלא הוכיח את עצמו באף מקום בעולם.

כדי לדוחף את המערכת לשקלול חלופות נוספים במוגמה לאמץ ולשים רפורמה שתsharp בז'אנר משמעו-אי את מערכת בריאות הנפש, החל פורום הפסיכולוגים הקליניים והעובדים הפסיכיאטרים לרפורמה מועילה במערכת בריאות הנפש בעבודה של גיבוש חלופות והערכתן. במשימה זו נשמה מהתשומה של הסתדרות הפסיכולוגים. אנו נמצאים בעיצומו של סקר דפסי הטיפול הניתן במורפאות הממשלתיות כבסיס לגיבוש החלופות, ובמקביל שוקדים על הכתנת הצעת חוק חילופי לעגון הזכות לשירותי בריאות הנפש לאזרחי המדינה, זאת במוגמה להביא לחקיקה רצינית ומוצלחת יותר.

**■ ד"ר דוד חניין/** המחלקה למדיניות ומינהל בריאות, בית הספר לרפואות הציבור, האוניברסיטה העברית, הדסה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נELSEו מ\_kbלי החלטות בישראל במאזיהם להעבר – בהתאם לנקבע בחוק – את האחוריות הביטוחית לתחים בריאות הנפש לקבוצות החולים. במקרים לנחת את הסיוב והמשמעות של CISלון זה ולפתח חלופות מוצלחות יותר, מקבל ההחלטה תלו את CISלון בא נוכנות של האוצר להוסף את התקציבים הדורשים, והמשיכו להיצמד למединיות הנכשלה במקום לחפש אפיקי מדיניות חלופיים.

ההיגיון העומד מאחוריו הרפורמה, המוצעת זה עשוי לפחות אומר שאין אפשר להעלות את בריאות הגוף לרמה שווה לו של בריאות הגוף בלבד, לשלב את שתיהן תחת קורת גג מוסדית אחת, דהיינו בסוגרת קבוצות החולים. אולם בספרות המקצועית לא קיימים ידע תיאורטי והסכמה גורפת, כי גנאי בל'יעבו לשילוב נאות של בריאות הנפש ובリアות הגוף הוא שילוב ארגוני / ביטוחי בין השניים.

הגע הזמן להעיר את תחילת קביעת מדיניות בתחום זה על-ידי שיקול חלופות ל민ון, ארגון וחקיקה למערכת בריאות הנפש. כוים המערכת נכמה לשכלול השיח הציבורי סביב הרפורמה במערכת בריאות הנפש על-ידי בדיקת חלופות שיטתיות, תוך שיתוף מירב בעלי העניין בדיון. מගדים חשובים, כמו הוצאות המקצוע של התchantות לרפואה הנפש, השתתפו בדיון בצוות חלקיות מאוד, ובReLU עניין אחרים, כמו הרופאים הראשוניים האמורים לשחק תפקיד מרכז במערכת העתידית, לא השתתפו כלל ולא עריכם לרפורמה. נותרה הדמנות לבנות את הרפורמה על המרכיבים המוצלחים של המערכת הקיימת, במקום לנשות לבצע רפורמה דיקילית, המשותחת על פירוק התשתיות הקיימות, ולקחת סיכון גדול בהסתמכות על מבנים חסרי נסיכון או על אלה שטרם הוקמו.

מתנגד הרפורמה, כפי שהוא מוצעת על-ידי מינהלת הרפורמה, מואשים השכם והערב כי הם פועלם רק כדי להגן על האינטרסים המקצועיים שלהם. לטענה זו איזון בסיס ואין בה כדי להצדיק התעלומות מורעינות חלופים עם פוטנציאל לשפר וליעל את המערכת. אנשי מינהלת הרפורמה מאיימים שהה "או הרפורמה הזאת או כלום". אין כל סיבה לפעול לפי השקפה זו.

ההחלטה לא להעבר את "טיפולים החלב" לקבוצות החולים, אלא לפתח את תchanות האם והילד ולהציג מינם מרכיבים קהילתיים ליד ולהורים, מורה על התbagרות בגיבוש מדיניות חברתית בישראל. קובעי המדיניות, ובראשם ראש הממשלה, הבינו שאין פתרון אחד לכל בעיה. קבוצות החולים התקדמו מאוד בתחום הרפואה הפיזית, הגיעו לאיזון תקציבי, ושל הרפואות מתרחב לפני תחיליך מרשים בקנה מידה עולמי. אך אין להיטפל לקבוצות כפתורן לכל אתגר בתחום הרפואות.

כמו שהקופות נקבעו ככל מתאימות בתחום בריאות האם והילד, לא נראה שהן מתאימות בתחום בריאות הנפש, תחום שהוא שילוב של אלמנטים חברתיים ורפואים. כמו שMapViewים יצירתיות בגיבוש המודל החדש של טיפולים החלב שייבנה על היתרונות של המערכת הקיימת, כך צריך לבנות על היתרונות של מעורר בריאות הנפש הקיימם,

**כדי לדוחף את  
המערכת לשקלול  
חלופות נוספים  
במוגמה לאמץ  
ולישראל רפורמה  
שתsharp באופן  
משמעותי  
את מערכת  
בריאות הנפש,  
החל פורום  
הפסיכולוגים  
הקליניים  
והעובדים  
הפסיכיאטרים  
לרפורמה מועילה  
במערכת בריאות  
הנפש בעבודה  
של גיבוש  
חלופות והערכתן.  
במשימה זו  
נש mach להיעזר  
מהתשומה  
של הסתדרות  
הפסיכולוגים**



## רפורמה בבריאות הנפש - פנים וגלגולים

הציבור כי אمنם מוחubar בתהיליך מוקדם, הוחלט על מדיניות ברורה של "ייווש" התוצאות מוכchio אדם כדי להגדיל את התורמים, קר שnitן יהיה לבוא אחר קר ו"להציג" את הציבור באטלנטיבית טובה יותר, קרי קיפות החולמים. לתקנית היישוב הייתה מטרת נוספת: להקטין את כוח האדם שאיתו יהיה צורך להתמודד מאוחר יותר, במהלך הסגירה של התוצאות.

בינתיים, עד שאפשר יהיה לסגור עסקה עם קיפות החולמים בעניין המערך הקהילתי בבריאות הנפש, החל צוות הרפורמה בשירות הבריאות בתכנית המקורית והעיקרת של הרפורמה – "הרפורמה המבנית", דהיינו צמצם את מספר המיטות בבתי החולים, תוך שמירה על סדרי הפעולה הפיסייאטריים. תכנית זו הייתה אמורה לחסוך לאוצר סכום כסף גדול לעין שיעור מאשר סגירת המערך הקהילתי. על מנתה בתי החולים הפסיכיאטריים הופעל לחץ כדי שישיכמו לפחות ב민יות, עם הבטחה להוות מהמעבר לקיפות החולמים. כדי למנוע התנגדות ציבורית למליך, הוסבר כי הכספי מקיזז המיטות מיועד להקלילה לפיתוח שירותים אשר יקלטו את החולים המשחזררים מבתי החולים.

התכנית, שעל פיה נשמעה הגונית, החלה לצאת לפועל ללא התנגדות. אולם במקביל, ללא ידיעת גורמי הטיפול בשטח, שכנע משרד הבריאות את האוצר שהכספי המשתחזר ממיטות האשפוז יממן את "חוק שיקום חוליל הנפש בקהילה", עליי שקדן במסדר הבריאות עד אז לא הצליחה, בשל התנגדות משרד האוצר לממן אותו. ואכן, התנגדות האוצר ירדה כל-כך, שבשנת 2002 החלטה ח'כ תמר גזונסקי להעביר בכנסת את החוק המבוור, אשר כלל מהפרק באפשרויות הטיפול בחולי הנפש. מכיון שלא נותר כסף למימון פיתוח תשתיות בתחום לבראות הנפש, כדי לקלוט את אלפי החולים שהשתחררו מਆפו פסיכיאטרי ונדרשו לטיפול בקהילה, העומס שנפל על התוצאות בעקבות הרפורמה המבנית והצפה של אלפי חולים רק סייע בידי משרד הבריאות והאוצר במעט ההסתה נגד התוצאות לבראות הנפש ש"התויר בהן בלתי נסבלים".

עתה, משפטיהם "הרפורמה המבנית", נותרו רק התוצאות סלע מוחלקת להשלמת הרפורמה כולה. הסכמת האוצר להגדיל את סכום הכספי ניתנת לקיפות ב-160 מיליון שקלים אפשרה בתוך זמן קצר ביותר לסגור את ההסכם בין משרד הבריאות והאוצר להעברת האחוויות הביטוחיות של בריאות הנפש לקיפות החולים.

רעין זה של העברת בריאות הנפש הציבורי לחברות ביטוח לא היה מוקורי. הוא נלקח מתוכנית דומה שכבר מומשה בארה"ב לפני כ-30 שנים, ובעקבותיה – בווראיציות שונות – בכמה ארצות בעולם המערבי, כמו גרמניה, אנגליה, איטליה ואוסטרליה. העובדה שלמוללים אלה היו השלכות קשות על האוכלוסייה, כגון עליה ברמות הפשיעה, שימוש בסמים, קליה, יודה בשעות העבודה ושאר מרגעין בישין, לא הפרעה למשרד הבריאות בישראל להתאחד עם תוכנית זו גם אצלו.

במסכם, אשר נחתם ב-17.9.2006 בין משרד הבריאות והאוצר, ניתן פירוט רב לתהיליך ולヅבב הסגירה של התוצאות לבראות הנפש בקהילה, כמו לכמה ואיך יקבלו קיפות החולים את התשלומים עבור השירותים שהם אמורים לספק. מעבר למשמעות

### ■ חנה שטרום כהן, י"ר הרפורם המקצועי בבריאות הנפש למען רפורמה מיטיבה

במשך 12 שנים נמצאת מערכת בריאות הנפש הציבורית תחת כל "רפורמה", שתוכננה וגובשה ללא שיקיפות, עם ערפל מכוון, הרחק מעינו הביקורתית של הציבור. שמועות שלפוף ממשרד הבריאות במהלך השנים סיפורו, חדשות לבקרים, על סיבות הביקורת האחריות לבראות הנפש ממשרד הבריאות לידי קיפות החולים, תכנית שקיבלה בשלב מסוים את המינוי "הרפורמה הביטוחית".

הנגישות למקורות מייד שללא היו לרשותנו בעבר אפשרה לנו לגלות כי מ幕后 היוזמה עמד משרד האוצר, אשר במסגרת החיפוש המתמיד אחר שירותים ציבוריים להפרטה "על פוטנציאל הקיצוץ במיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים, שעלות החזקתן גבוהה מאוד. מכאן קצחה הדרכן לדבר גם על סגירות מערך בריאות הנפש הקהילתית הממשלה. שאלה זו של האוצר יכולה להתממש, כאשר במסגרת המומ"מ התמידים בין האוצר לשירות בריאות, גילה משרד הבריאות מוכנות להקים את שירותי בריאות הנפש בתמורה למימון של גופ אחר. התענה המוצהרת של משרד האוצר בפנינו הייתה כי "משרד הבריאות אינו מסוגל לנוהל את בריאות הנפש, ובמסגרת החיפושים אחר גורם אחר שיקח על עצמו את הנושא מצאנו את קיפות החולים" (עزم העובדה, משרד האוצר מתurban באופן חדורי כל כך בניהול המקצוע הפניי של משרד ממשלתי, לא נראה חrigerה בנסיבות הישראלית שבה זה שנים משיד האוצר מנה את משרד הממשלה ולא רק את אוצר המדינה).

כדי להשלים את העסקה הסביבות, אוצר-בריאות-קיפות בין שלושת הגורמים המעורבים – משרד האוצר, משרד הבריאות וקיפות החולים – החל מומ"מ כאשר כל אחד משלושת הגורמים מנסה להפיק את המרב לעצמו. משרד האוצר רצה להיפטר מבריאות הנפש הציבורית בתשלום מינימלי, משרד הבריאות עשה מאמצים לממש את העסקה כדי לקבל את הכספי שהיא וזקוק לו למשהו אחר, וקיפות החולים לא העז לסרב אך רצוי לקבל הרבה יותר כסף.

במסגרת המומ"מ הקשוח עברה "הרפורמה" גלגולים רבים. כדי לזכות את הקיפות, הפרידו את הטיפול במתמכרים ובחולן, הנפש בבתי החולים ובמסגרת השיקום ממערך בריאות הנפש, שתוכנן לעבור לאחריות הקיפות. בהמשך החל משרד הבריאות לווותר על הדרישות הנוגעות לתוצאות: בהתחלה על קר שהקיפות יקחו את התוצאות, ולאחר מכן על הדרישה שההינה חייבות לפחות שירותים מהתוצאות במשך חמיש שנים ולאחר מכן ארבע שנים, שלוש שנים וכן אלה, עד שהיו מוכנים להעבור אליהן את האחריות הביטוחית ללא שם מחויבות מצידן, למעט פיקוח של המשרד. הדבר היחיד שמנע את השלמת העסקה היה כמה כסף

יעביר אוצר לקיפות עבור בריאות הנפש. במישור הציבורי נבנה סיפור על "רפורמה בבריאות הנפש", מושג בעל קונוטציה חיובית המבשר על שינוי לטובה. כדי לשכנע את

אחד המאמרים של חולין נפש ושל אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות שונות. שיעור ההתאבדות בקרב אוכלוסייה זו גדול, כמו גם עליה במספר חסרי הבית ובמספר המקרים לסמים ולאלכוהול (בעיקר מאוכלוסייה זו). כל הנתונים הללו אינם עוברים את "מחסום החסימה" של נציגי ארגוני החולמים. הם גם טוענים, שלמרות שהרפורמה המוצעת בעיתיות מאוד ושהליה ליקויים רבים, חייבים לתמוך בה שכן אם היא לא תעבור עכשוויל לא תüber עבורה עוד שנים רבות.

העובדת שאוכלוסיות בנות לא יקבלו טיפול לא משפיעה על עמדתם, בטענה שם אין מספיק כסף לריאות הנפש, הכספי צריך לבוא קודם כל אליהם. מנגד, ישנה קבוצה הולכת וגלה של ארגוני סיוע המקבלים שירות מהתחנות לריאות הנפש, אשר מבינים את ההשלכות של המאבק שלנו לא רק על ריאות הנפש ועל הציבור שלנו מייצגים, אלא על כל השירותים החברתיים ועל החברה כולה. הם תומכים במאבק שלנו ומשתפים איתנו פעולה. אותם גופים חברתיים ומڪצועיים מבינים שתכנית הרפורמה לריאות הנפש היא חלק מתכנית רחבה והנסנית ביותר להפרטה של כל השירותים החברתיים הציבוריים, כמו סגירה של "טיפות חלב" והפרטה של ביתו הסוחר ושל מוסדות סיועדים. וכך שינו הפסיכולוגים יודעים, כמו משרד התמ"ת סגר את המרכזים לאבחן תעסוקתי והעביר את הטיפול ליזמים פרטיים, אולי כתען השאייפה היא להפריט את שירותיו הרווחה, ובעתיד גם את בית הספר ואלו. גם את הצבא?

לצערנו, האוצר לא מבחין בין הפרטה של מפעל תעשייתי עסקי, המתיעל כתזאה מתרחות, לבין שירות חברתי שהרווח בו, אם נשמרת הרמה המ מקצועי, אינו מפתח יזמי. הפתורנות, כפי שכלנו מכירים מכתבות המתפרסמות באמצאי התקשות, מבאים לפגעה קשה במקבלי השירות, כאשר הכספיים הגדולים נופלים לידי היוזמים חסרי המczącון. הם לא נותנים את הדעת על כך, שבתהליך ההפרטה מתהרצת גם הכהדה של ידע מקצועי, שכן לו דרישת אצל יזמים פרטיים תאבי בצע.

cutetano עסוקים בהרחבת הגוף אשר יצטרפו למאבקנו לעצירת התשתיות המקצועית בשירות המדינה. אנו מזקאים גם כל חברי הפ"י ותגיסו לתמוך במאבק. כרגע האים מונח בפתחו של מערך לריאות הנפש הציבורי, אך אם חס וחלילה הוא יצילח, תהיה דרכו סלולה לשירותים אחרים בהם אנחנו פועלם.

על-פי תוכנית קברניטי הרפורמה, אושר ההסכם בהחלטת ממשלה אשר גם החליטה להעיבר את שינוי החקיקה הדרושים במקביל להצעה על חוק ההסדרים בסוף דצמבר 2006. המשמעת הקואליציונית הנוקשה, המלווה את ההצעה בחוק ההסדרים בזמן הקצר שבו היה ההסכם חשוב לציבור, אמרו היה להבטיח, לדעת קברניטי הרפורמה, את הצלחתם. איש לא ציפה כי נכל לארגן התנדבות בזמן כה קצר.

לאחר מאיץ גדול ביותר של עובדי מערכת לריאות הנפש חברי וציבור תומכים גדולים, החלחנו לשכנע את חברי הכנסת כי מדובר בתכנית מורכבת ובעיתית, שכן להעבירה במחטף ביחד עם חוק ההסדרים. תוכנית "הרפורמה" עברה לטיפול של קביקה ממשאלתית וריגלה.

בחודש ינואר 2007 נכננו לשלב השני במאבק נגד התכנית הירסנית לחיסול שירותים לריאות הנפש הציבוריים במדינת ישראל. זה כמו חודשים אנחנו פעילים לאבוש תכנית חלופית לרפורמה אמיתית, אשר תיתן לכל אזרח הנמצא במצווק נפשית כתובת לפנות ולקלע עזרה מקצועית הולמת בכל רחבי הארץ, גם בפריפריה, וזאת בפעם הראשונה על-פי חוקechib.

לפנינו עוד עבודה רבה. בכנסת פועלים מולם גורמים גלויים וסמיים אשר מתוכננים להרוויח מהרפורמה הביטוחית. קופות החולים מעוניינות לקבל את לריאות הנפש בתקציב מוגדל, אך בעלי המקרים הקשים הפונים על רקע של בעיות פסיקו-סוציאליות. גם יזמים פרטיים למיניהם, המ暢ים להרוויח מתחילה ההפרטה שיאפשר להם להציג שירותים לקופות, פועלים נגדנו.

קבוצה נוספת, בעיתית מאוד מנוקדת המבט שלנו, היא קואליציית הארגונים של חולין הנפש, אשר מסיבות שונות פועלת למען הרפורמה הביטוחית. אחת הטענות המסתיגמה נגד חולין הנפש. זהה טענה שהיתה בשיטתם של מוביל הרפורמה שנעשה בהארה"ב ובמקומות שפלו ברוח דומה בעקבותיה. מחקרים מעידים, כי המעבר לחברות הביטוח הרפואיות לא הוריד את הסטיגמה בשום מדינה. בנוסף, ממצאים חזקים מאוד מעידים כי סיגרת בת חולים פסיקאטריים לא פיתוח שירותים מתאימים בקהילה הגדילה בצויה מבהילה את מספר המיטות בבית הסוהר, והעלתה את

**במשך 12 שנים  
נמצאת מערכת  
בריאות הנפש  
הציבורית תחת צל  
"רפורה", שתוכננה  
וגבשה ללא שיקיפות,  
עם רפואי מכוון, רחוח  
معنى הביקורתית  
של הציבור. שמעות  
של דלפו מושך  
הבריאות במהלך  
שנתיים סיפורו, חדשנות  
לבקרים, על סיבות  
לכואורה ועל מטרות  
משתנות, אשר כולן  
כללו את "פתרונות  
הפלא": העברת  
האחריות לריאות  
הנפש ממשך  
הבריאות לידיו קופות  
החולמים, תכנית  
שקיבלה בשלב מסוים  
את המינויו "הרפורמה  
הביטוחית"**



# "המדריך הישראלי להורים – שנים הראשונות מהילד עד גיל שש"

**ראיון עם מחברי הספר, עמירים רביב והילי כוכבי**

החותמות שקיבלנו מציבור ההורים, המחייבו לנו עד כמה יש צורך בספר הדרכה הפונה לקהל הישראלי.

**היל:** ההכרה הראשונית שליל' לגבי הצורך והחדר בספר הדרכה ישראלי להורים נחתה עליו לפני שנים רבות, לפחות ידית בתי הבכורה. ילדי ראשונה לבן כל חזרותי, ולמרות הידע התיאורטי הרב שבו הייתה מוצידת באוטה תקופה, אני זוכרת היטב את חוויות הבדיקות וההזהקות למידע, להדרכה, להרעה. זיכרונות ראשונים אלה היו "מנגע" ממשמעו לכתיבת הספר כמו וכמה שנים מאוחר יותר.

**עמירים:** באשר לתהיליך העבודה המשותף, זה עשי' להישמע מוזר, אבל קשה לומר שהשנו בפער דורותינו. הנושאים שבهم עוסקת הספר הם נשאים שמעבר לאופנה"ם" כמעט או אחרת. בנסוף, עוד בשנים שקדמו לכתיבת הספר נוכחנו בדעת שקיימות ביןינו הסכמה רחבה בנוגע לגישות ולתפיסות כלפי הורות בניו וכלפי נושאים נוספים הקשורים בחינוך ילדים. גם העבודה שהייל' עצמה היא אמא לילדים קטנים תרומה מאוד ליכולת שלנו להיות עדכנים ולהענות לצרכים של ציבור הורים הטריים כולם.

**היל:** נראה לי שהעבודה המשותפת התאפשרה במידה רבה בזכות מערכת יחסים נכונה שיצרנו בינו לבין המהלהר העבודה. מערכת היחסים התבססה על תיאום ציפיות, חלוקת תפקידים ברורה ומוגדרת אך עם זאת גמישה, כבוד הדדי, מחויבות עמוקה של שנינו לתהיליך, ואולי מעל לכל – תקשורת בין-אישית טובה. כמו בהזות: כשכל המרכיבים האלה מתקיימים, העבודה המשותפת הופכת להיות פורה וモצחת והיל' / הספר גדול ומפתחה היטב.

**לשם הספר יש תוספת מיוחדת: לא סתם "מדריך להורים מוביל לידי עד גיל 6", אלא "המדריך הישראלי להורים". מהו?**

**היל:** אחד ממאפיינו הייחודיים של הספר נעוץ בהיותו מדריך ישראלי: ספר הדרכה שנכתב בארץ על-ידי אנשי מקצוע ישראליים, שמודלים כאן ילדים ונכדים, מכירים היטב את הנסיבות הנהוגות בארץ ואת מגוון המחקרים הרחוב המתיחס לישראל, יותר מכל – עובדים אנשי מקצוע עם הורים ישראלים. חייבים לכך, שאי אפשר לנתק את ההוראות מהקשרים התרבותיים שבהם היא מותאמת. "טיפת הלב" יש רק אצלם בארץ, וכך גם שירות של אבות במילואים; אמריקה גומלים

## ■ ראיינה וערכה: צילה טנא

\* הספר יצא בהוצאה נורית זמורה-ביתן, 2007

על הרכיה האחורית של הספר נכתב על-ידי המוציאים לאור: העשיר לבין תיאוריות התפתחות קלסיות וממצאים מחקר עכשוויים, מטרתו לתת מענה להתלבטויות היומיומיות הרבות של הורים, והכול באופן שמתאים היטב למציאות החיים הישראליות".

לצד זה מופיע הרקע האישי של כל אחד מהתוכבים: **היל כוכבי** היא פסיכולוגית חינוכית מומחית, בוגרת המגמה

הקלינית של הילד באוניברסיטת תל-אביב. עוסקת מזה שנים בטיפול ובהדרכת הורים באופן פרטני וביעוץ להורים דרך אמצעי התקשרות: טלזיה, עיתונות ו인터넷. אמא לשניים.

**שיזות התיאורטי במשמעותו אכן הייתה אחד היעדים המרכזיים שהצבנו בפנינו בכתיבה הספר, אבל את התשובה לשאלת אם הצלחנו בכך יהיocrן לקבל מההורים. המתח שבין המعاش לתיאורטי והרצון לחבר ביניהם במידת האפשר ליווה את תהליך הכתיבה כולם**

הדרך להורים וביעוץ לתוכניות הדרכת הורים ברכיון וטלזיה.ABA

אבא לשתיים. סבא לחמישה.

**הדברים האלה עוררו את סקרנותי לגבי החיבור המיוחד שבין השניים, שהצמיח את הרעיון לכתיבת הספר ואפשר את תהליך הוצאה לפועל למורות (או אולי הורות) לפערם שביניהם – בגיל, בניסיון, בסיטוט המשפחתי ובעמדת האקדמיות. הפניטי שאלת זו להיל' ולעמירים ובקשתינו שירჩיבו מעת לגבי הרקע האישי של כל אחד מהם וגם לגבי המפגש המיוחד שנוצר סביב הספר.**

**עמירים:** הכרתי את היל' כוכבי לפני כעשור שנים, בהיותה סטודנטית שלי לימודי התואר השני, בוגמת הפסיכולוגיה הקלינית של הילד. לאחר תום לימודי התחלנו לשתף פעולה. עבדנו יחד בתוכנית הטלויזיה "זיכן הורים", שהופקה על-ידי הטלויזיה החינוכית, ובהמשך כתבו ביחד במשך יותר מחמש שנים מאמרם וחומר הדרכה באתר אינטרנט להורים, ששימשתי ייעץ מקצועי שלו. העבודה המשותפת הזאת היא שועורה את רעיון כתיבת הספר. העניין הרב במאמרם, כמו התגובה

במגבות הקיימות. חשוב להdagש שרוב-החברים של הפרקים נשלו לאחר כתיבתם לאנשי מקצוע מומחים, שקראו והעירו את העותיות המקצועית (כ-30 איש מקצוע בכירם מתחומי הפסיכולוגיה, רפואיים, התפתחות הילד, תזונה ועוד היי מעורבים בכתיבת הספר). זה תהליך שתורם לרמתם המקצועית של הפרקים. עם זאת, כמובן אין דרך להקיף הכל, ולכן בסיום של פרקים רבים העצמו חומרם לקריאה נוספת, וכן הגדרנו מצבים שונים שבהם מומלץ להורים לפנות ליעוץ מקצועי פרטני.

### **ועכשיו ל"שאלת מיליון הדולר": איך הורים לומדים להיות הורים? האם בספר הדרכה יש תרומה לכך?**

**עמים:** הכניסה להורות היא מלאיר מורכב, ואין רגע שבו מפסיקים "למוד להיות הורים". אנחנו יודעים שהורים לומדים "הורות" יותר מכל באמצעות הניסיון ההורי שלהם, מה שנקרה: "Training by The Job" מחוקרים מוכחים שיש מכלול רב של גורמים המסייעים להורים לבסס את הידע ההורי שלהם. הורים לומדים את התפקיד מההורים שלהם – הן במפורש והן באמצעות המודלים המופנים הקיימים אצלם והזיכרון המובלעים מהם נושאים עמים לגבי עצםם ילדים. לעיתים הם מבקשים ללמידה מהוות מה לעשות, ובזמנים אחרים הם משתמשים ללמידה מהוות מהוות. הורים גם לומדים מעיצות של חברות מנוסים יותר, ונמצאים מmag'ני הורות, מתוכניות הורות, מתחומי הורות בטלוויזיה ועוד. בנוסף, קיים כמובן המרכיב של האינטואיציות הורות המכוננות את הורים כיצד לפעול. ספר הדרכה בכלל, וספר הדרכה שלנו בפרט, נועד להשתלב בתוך המכלול הזה מבלי לפגוע במקורות הידע האחרים.

**היל:** אנחנו בהחלט מאכימים שיש חשיבות רבה בספר הדרכה הפונה להורים בגובה העיניים, מרגעוऋיך ומעורר דאגה, כשהן נחו, מציג את הטווח הנורמטיבי של ההתפתחות, ועביר עקרונות תיאורתיים, ממצאים מחקרים, תפיסות וגישות רוחות כלפי הורות ועוד.

הספר כולל נכתב בגיןה מניעתית. מוצגים בו עקרונות רבים שאנו מאמינים שישום על-ידי הורים עשויים לחסוך ולמנוע קשיים ורגשים בעתיד. למשל, אנחנו רואים חשיבות רבה בפיתוח המיטות השגוי האגורס שהעינות "מוגזמת" לבכי התינוק בשנה הראשונה לחיו מהוות חזוק חיובי לבכי ועלולה להפוך את הילד למפונק. במקביל, העברת המסר שבוחדי החיים הראשונים אין כל משמעות למושג "פינוק" היא מטרת אידיאולוגית חשובה של הספר, שתאפשר לנו עשייהקדמתית התקשרות בטוחה של תינוקות להורים ולחסוך מהתינוקות קשיים ורגשים רבים בהמשך חייהם הבוגרים.

לכן, גם אם ספר הדרכה לא יכול להחליף אינטואיציות הורות או חיוך חמ של אמא / סבתא, הוא בפירוש יוכל לתרום את חלקו לביסוס הורות טובות יותר.

ילדים מבקבוק בגיל שנה, ואילו בארץ שותים מבקבוק עד גיל שלוש-ארבע ויתר; בנוסף, באmericה מפגשי הסבים והסבתות עם הנכדים מתחרשים לפחות לא יותר מפעם-три. שלוש בשנה, כאשר אצלנו תדיות המפגשים האלה עשויה להגיע לפחות-שלוש בשבוע; במדינות רבות בארה"ם אימהות וגם אבות נשאים בבית גדול את התינוק שנה-שנתיים יותר, בעודם גני הילדים קולטם ילדים מגיל שלוש ואילך. לעומת זאת, מטבח שונה לגמרי.

עם זאת, למרות כל המאפיינים הייחודיים האלה, עד היום לא היה קיים בשוק ספר הדרכה ישראלי להורים. אנחנו רואים בישראלiot של הספר את ייחודה המשמעותי ביותר, וכך בחורנו להdagש זאת בשמו. אגב, בתהילך כתבת הספר לא היו משוכנעים לגבי הצורך בפרק שלם העוסק בהתמודדות ילדים והורים עם מצבים של מתח ביחסם. ואז, ממש ל夸צת סגירותו הסופית של הספר, פרצה מלחמת לבנון השנייה, והבנו שהיתה זאת אשליה לחשוב שניתן לדגל על פרק זה בספר הדרכה ישראלי. הפרק נכתב אףו "בדקה התשעים", בעיצומה של המלחמה.

**הספר נוגע כמעט בכל נושא אפשרי שיכל להעסיק הורים בגידול ילדיהם בשנים הראשונות: הנהקה, שינה, אכילה, גמילה מחיתולם, בחירת מטפלת, הצבת גבולות, פחדים של ילדים, קליטה בגן, יחסים בין אחיהם, ביסוס סמכות הורות, בשנות לכיתה א', ועוד נושאים רבים אחרים. כיצד התאפשר הרעיון הזה להקייף את הכל, והאם היה לו מחיר בהעמלה ובהתיחסות לשונה ולא רק לדומה ולמשמעות?**

**היל ועמים:** זו אכן הייתה אחת הדימויות הגדולות ביותר בכתיבת הספר. ראשית, היה לנו חשוב לכתוב ספר שיקף טווח גילאים רחב. לא רצינו להסתפק בספר המתיחס לתתקופה קצרה, כמו שנות החינוך הראשונה בלבד. אנחנו מאמינים שלוויו ההורים לאורך זמן הוא שיאפשר להטמייע אצלם לעומק את העקרונות והמסרים החשובים בעינינו. אחרי הכל, עקרונות רבים חזקים על עצםם וווריאציות שונות, בגילאים שונים. אם ניקח כדוגמה את חשיבות ביסוס יחס האמון בין הילדים להורים: בשנה הראשונה לחיים הדבר מرتبط בnochותם הרבה של הורים עם התינוק ובהענות טוביה לצרכיו, ואילו בגיל שלוש-ארבע יחס האמון יבוא לידי ביטוי בסגנון הפריה של הורים מהילד בגן. התכנים משנים-ים, אבל העקרונות הבסיסיים נשאים אותם העקרונות. הילקו הרחב של הספר אפשר לנובטא זאת.

שנית, עלתה השאלה עד כמה להרחיב בכל אחד מפרקיו הספר. בעיקרונו, עשינו מאמץ ניכר להתייחס לכל אחד מהפרקם כאילו הוא עומד בפני עצמו וכailo הוא היה הפרק היחיד בספר. המשמעות היא שהשתדלנו מודד להעמיק בכל אחד מהנושאים המוצגים ולהביא את מרבית המידע שניתן להציג

במסגרות נפרדות, כך שמי שרוצה יכול בקלות לדלג עליהם. במקביל, בנושאים שבهم ניתן לתרת עצות מעשיות, כמו למשל במקרה שוגע להנקה, לביטוס הרגלי שנה או בויחס למעבר למזהן מוצחך, בחרנו לחתה להורים מידע ברור ומפורט מאוד, ולנוחותם אף כללו בסוף הספר פרק שלם של מידע שימושי, הכלול כתובות, אתרי אינטרנט, טלפונים חיוניים ועוד.

**הפורמליות והפרגמטיות בשמו של הספר ("המדריך הישראלי להורים")** עומדות בסטריה לפיתחה האישית של הכותבים, להמורות השזור בין עמודיו של הספר ולפיזיות המאפיינת את כתוריו. האם זה מרמז כי יכולתם ליצור ספר במתכונת ספרותית שונה לחולטן מן המתכונת **הקיימת מבלי להחמיר את מטרותיו הפרטניות?**

**היל ועמירם:** לא יכולים לקבל מחמה גדולה מזאת. אומנם בשום שלב לא הגדרנו את מה שאנו עושים כסוגון ספרותי חדש, אבל בהחלט הצבנו לנו למטרה לכתוב על הנושאים הרציניים ביותר בצורה פשוטה, נעימה וידידותית. אחרי הכל, גם אנשי מקצוע – ועל אחת כמה וככה הורים – אוהבים לקרוא חומרם שכותבים בשפה פשוטה וגבובה העיניים. למעשה, אין סיבה ממשוגם כמו "אמא טוביה דה" של ויניקוט פסיכולוגים ושל אנשי אקדמיה בלבד. בספר אנחנו נותנים פרשנות פשוטה ומעשית ביותר לכל אחד מהמושגים האלה ולמושגים רבים אחרים. ב/API, אנחנו מתייחסים לאופן שבו ההורים יכולים לעזר לילדיהם להתמודד עם פחדים על-ידי אימוץ עקרונות קוגניטיביים-התנהגותיים, ואף מסבירים להורים את תהליכי ההערכה הבינ-זריות בפרק שנושא את הcotרתת "ילודות השנייה".

אנחנו מקוים מאוד שהשפה היידיתית מאפשר לנו רוחם המשמעותיים הללו לחדר לדווחת ציבור הורים וטסיע להם בהתמודדות עם תפקידיהם ההורים המורכבים.

בחלקים שונים של הספר מוקדים מדי פעמי פרקים להגדרת האימהות, לשינויים בתפקיד האב בימין, להשפעת ההורות על הזוגות ועוד נושאים מהותיים. ניכר כי געשה כאן ניסיון לשזר בטור המדרך רקע תיאורטי משמעותי להורות, כמו גם אידיאולוגיה הורות שהמחברים עומדים מאחוריה. כיצד שכלתם את המינן הנכון שבין תיאוריה לבין פרקטיקה? האם הצלחתם לתמוך ביניהם לשביעות וצונם ולהעביר את עיקרי האידיאולוגיה הורות שלכם לקוראים?

**היל ועמירם:** שירית התיאורטי במשמעותו אכן הייתה אחד היעדים המרכזיים שהצבנו בפנינו בכתיבת הספר, אבל את התשובה לשאלת אם הצלחנו בכך יהיה צריך לקבל מהקהלאים. העובדה שבין המשעי לתיאורטי והרצון לחבר ביניהם במידת האפשר ליווה את תהליך הכתיבה כלו.

מצד אחד, אנחנו יוצאים מנקודת הנחה שהווים לተינוקות ולילדים קטעים הם אנשים עסוקים ועיפויים. אי אפשר להלאות אותם בתיאוריות מורכבות מדי, ובמקרים ובאים הם מעוניינים יותר מכל בעצה מעשית. מצד אחר, כפסיולוגים, וכמובן שמאימים מאוד במשמעותם של תפיסות והבנות תיאורטיות בחשיבותן של האינטואיציות ההוריות, בורר היה לנו שאנחנו לא מתכוונים לכתב "ספר מתקונים" ליגוד ילדים, פשטוט כי אין מתקונים כאלה... ובכלל, אנחנו נוטים לאמץ את אמירותנו המפורשת של הפסיכולוג החברתי קורט לוי: "אין לך דבר מעשי יותר מטיפולה טובה".

בכתיבת הספר הילכנו אפו על החבל הדק שבין המשעי לתיאורטי. דוגמה מובהקת לשילוב ביניהם ניתן בפרק שהזכרתי, הנושא את השם הפרטקי "הוראות הפעלה". בפרק זה אנחנו מבאים בסוגנון פשוט, ישיר, תכליתי ו"מעשי" לכאהora את עקרונות ההוראות על-פי התיאוריות של קוזוטוב וביון. במקומות אחרים, בחרנו למקם את ההרחבות המחקירות והתיאוריות



אוניברסיטת תל אביב ביה"ס לימודי המשך רפואי  
התקנית לפסיוכוטרפיה

## החלת הרשמה לשנת הלימודים תשס"ח 2007/2008 בתוכניות תעודה דו-שנתיות

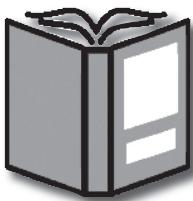
### גישה פסיכודינמיות בהבנת התפתחותם של מבוגרים

קהל היעד: רופאים (MD), עו"ס, עו"ט מטפלים משפחתיים, עו"ט רפואיים, מטפלים באומניות, יועצים ארגוניים, ונציגי מקצועות בריאות נוספים, בעלי תואר ראשון לפחות באחד מהתחומים הנ"ל, העוסקים 3 שנים ומעלה בתחום של טיפול במוגרים. הלימודים מתקיים ביום חמישי בין 15:00-20:30.

### גישה פסיכודינמיות בהבנת התפתחותם של ילדים ונוער

קהל היעד: רופאים (MD), אנשי שירותי רפואיים, פסיכולוגים חינוכיים, מטפלים באומניות, קלינאי תקשורת ונציגי מקצועות בריאות נוספים, בעלי תואר ראשון לפחות באחד מהתחומים הנ"ל, העוסקים 3 שנים ומעלה בתחום של טיפול בילדים ונוער. הלימודים מתקיים ביום חמישי בין 9:00-14:30.

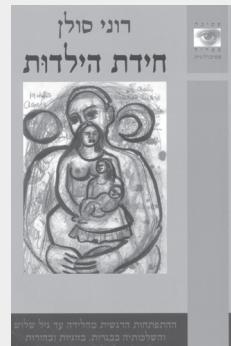
הרשמה לשתי התקניות תיירך עד ה-30 במאי 2007. המועמדים המתאימים יוזמנו לראיון קבלה טפסים להרשמה ופרטיה התקנית לפסיוכוטרפיה, טלפונים: 03-6406853 / 03-6409902



**חדש על המדף ספרים מומלצים בעריכת ד"ר יוכי בן-נון**

## ספרים רבים ספרים

**רוני סולן,**  
חידת הילדות, (ההתפתחות  
הרגשית מהילד עד גיל  
שלוש והשלכותיה בבריאות,  
בზוגיות ובהורות), 2002,  
הוצאת מודן (פסיכה)



על-פי כוורת הספר, מדובר בסקרה של הפסיכולוגיה ההתפתחותית לאורך החיים, בעיקר מבחינת הקשר שבין אפיון הילדות, בניית זוגיות והגעה להורות מסלול המזוהה בשנים האחרונות עם תורת ההיקשרות. מסלול זה משורטט בספר בעיקר מנוקדות המבט של התיאוריה הפסיכואנליטית הקלאליסטית, תוך הצגה של מושגים מוכרים, כגון התפתחות האגו, יחס אובייקטיבי, אינדייבידואציה ונركיסיזם, תוך ציון שלבי ההתפתחות הרגשית במערכות השונות (טבלאות 12-1, בסוף הספר). כפסיכולוגית ההתפתחותית ותיקה, התאכזבת, שכן לא מצאתך כאן את פתרון "חידת הילדות". לטעמי, אולי עדיף היה להשאירו בגדר חודה לא פתרה. לבקשת המחברת, אני מציינת את אתר האינטרנט שלה: [www.roniesolan.com](http://www.roniesolan.com)

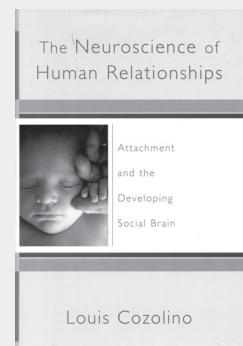
**דוד גוטמן,**  
אםஇந்தி அத் ரக்கெட்?  
(ஸ்மூவு ஹிசிம் பம்சீட்,  
ஸ்கோவின் ஸ்டீபி), 2002,  
הוצאת מודן (פסיכה)



באחרונה אנו עדים לגיל של ספרים על אמצע והמחיצות השנייה של החיים. את חלקו סקוריי כאן בגלגולנות קודמים. כמו ספרים אחרים מסווג, גם ספר זה מנסה להביא לנו את הרוח האופטימיות להסתכלויות על שלב זה של החיים, תוך דגש על המשך היצירה, ההתחדשות וההתפתחות בזמן הנסעה על הרקכט, ללא החמצה או עצירה. גוטמן מבסס את גישתו על תורתו של ויקטור פרנקל הלוגורפיה, תוך הצעת דרכים וכליים קונקרטיים לשיע לאנשים בהתמודדותם עם קשיים בתפקידות ובזקנה.

הפעם מוצגים הספרים בסגנון ביקורת אחר: באופן תמציתי יותר ובמצטצום הערכה האישית. אשמה לקבל משוב איזה סגנון עדיף בעיניכם.

**Louis Cozolino,**  
**The Neuroscience of Human Relations, 2006,**  
**W. W. Norton & Company, N.Y.**

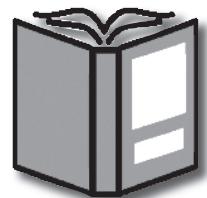


לאיס קווזולינו הוא חוקר ומחבר ספרי וועבד בחוסמתה הנוירופסיכולוגית והנוירופיסיולוגית. ספרו זה חושף פנימי את הקשר הדדי מוח-ההתקנות בתחום החברתי. הוא מתחילה בהיקשרות (ATTACHMENT) ובהשפעתה על ההתקנות המוח, ומשם מרחיב לתיאור תהליכי יצור קשרים חברתיים במכלול החיים, התאהבות ואהבה, תוך הבאת מחקרים ולונטיים העוסקים באופן שבו מתבטאים תהליכי אלה בשינויים במבנים המוחיים (אצל בני אדם ובבעלי חיים). בצד הנוירומטיביות, סוקר קווזולינו גם את הפטולוגיה: תופעות סוציאופטיות, תסמונות אספרור ואוטיזם. הפרק האחרון מוקדש לאפשרויות הטיפול בפסיכיות, תוך הדגשת הפלסטיות של המוח ושימוש בדרכים שונות ליצור סינפסות וקשרים בין-עצביים חדשים לכל אורך החיים. בambilא אחת: מרתק!

**ニtscha Abramovna,**  
**அமா இஶ ரக் ஷதிய்**  
**(க்வோசா திப்ளிடிட் காம்**  
**க்மாய்), 2007,**  
**הוצאת מודן (פסיכה)**



גרען הספר מציג המראה, לפיה שתי אמהות לנו: האם הקמעית, שהיא ראשונית ובלתי נפרדת מהילד, וכחאת היא בעלת השפעה קריטית על מוחלר ההתפתחות. לצדיה נמצאת האם האדיפלית, אותה דמות המוכרת לנו יותר מן התיאוריה הפסיכואנליטית, אשר קשורינה עימה משתנים על-פי היוותם בן או בת, לאור הגלאים השונים. לטענת המחברת, דמות האם הקמעית ותוכנותיה ניתנות לחשיפה בהקשר הטיפול הקבוצתי יותר מאשר בהקשר הפרטני, מאחר שלקבוצה יש הכוח והיכולת להגע לרובדים העמוקים ביותר וליצור את השינוי המוחלט בפרט. הספר משובץ בתיאורי מקורה רבים, המאשימים טיעונים אלה.



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

**ארוין יאלום עם מולי לשץ,  
טיפול קבוצתי, תיאוריה  
ומעשה, 2006,  
הוצאת כנרת-זמורה-ביתן**

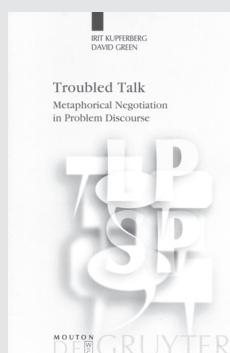
זהוי המהדורה החמישית של הספר, אשר יצא לראשונה בשנתה השמונהים כספר לימוד בסיסי לטיפול קבוצתי. כזהה, הוא עבר-קורס (כ-670 שעמידים) מותoxic מאד, מנתח כמעט כל פן אפשרי של הטיפול הקבוצתי, כולל היבטים טכניים של בחירת המשתתפים, המקום וכו', ומכל סקירה של סוג קבוצות שונות ויחידיותם, עד לקבוצות תמיינכה באינטרנט.

בדרכו, יאלום תמצד בהיר וחד, כתיבתו קולחת. מוכלץ.



**Irit Kupferberg-David Green,  
Troubled Talk  
(Metaphorical  
Negotiation in Problem  
Discourse), 2005,  
Mouton de Gruyter**

לא רבים עוסקו או עוסקים במחקר השיח: ניתוח דגמי שפה ושיח של אוכלוסיות שונות בהקשרים שונים. כך קיים מחקר מצומצם על שיח סכיזופרנים או נירוטים, לדוגמה. ספר זה מציג ניתוח של 21 אנשים, הייחודיים לALKIM בפסיכולוגיה קלשוי, אשר דנים בעוותיהם במסגרת שיח קלשו – בטלפון, באינטרנט או בתקשורת – תוך ניסיון להראות כיצד אפשר, בຄלים מחקרים סדריים ומקובלים, להגע לידי אפיונים ייחודיים של שונות השיח והשפה אצל הפרטימ השונים, על-פי בעוותיהם.



**לייליאן גלס,  
כיצד לקרוא אנשים (על-פי  
הדבר, הקול, שפת הגוף  
והפנים), 2006,  
הוצאת כנרת-זמורה-ביתן**

ספר קצר אך פרקטטי מאוד מפרי עטה של פרופסוריית נקבדת באוניברסיטת דרום קליפורניה, המנסה להזכיר לנו כלים להערכת



**עליזה גולדשטיין,  
עכשוו, באמצע החיים (על  
חופש, אהבה ואובדן), 2007,  
הוצאת מטר (פסיכולוגיה)**

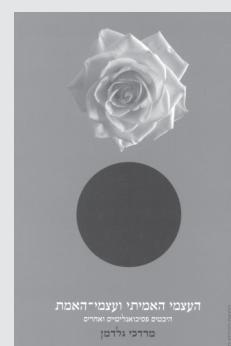
גם ספר זה, כאמור, עוסק בשנות האורבעים באמצע החיים: שנות החינוך, עם המכאובים והמשברים שהן מביאות: החזרות והצורך – או הדחק – להשתנות או



לעשות שינויים. גולדשטיין בוחרת לעסוק בנושאים אלה מנוקדת מבט של חזרה הטיפול, מתוך סיפורים אישיים של מטופלים, המגעים עם בעיות ספציפיות המבקשות פתרון. הכתיבה עיקירה אינה תיאורית אלא תיאורית, רגשית והויזית, ודוקא משומךvr כדי חשתי שהוא "ונוגעת" ומשכנתת יותר. המחברת שמה דגש על הבנת סיפור החיים של כל פרט הפונה לטיפול, כדי שאפשר יהוה לטיעו לו בתקoon הסיפור או בשינויו,vr כדי שיוכל להמשיך עימו ברצף, בקבלת ובהשלמה בהמשך חייו. נהנית.

**מרדי גולדמן,  
העצמי האמייתי ועצמי-  
האמת (היבטים  
פסיכואנליטיים ואחרם),  
2006,  
הוצאת הקיבוץ המאוחד**

הספר מורכב מממרים, אשר לא תמיד מתקדים ביניהם רצף מיידי. בתמצית העניין, הוא מגולל דינום על התפוחות ה"אני" / ה"עצמי" בפרט, במקביל להתבטאות מושגים אלה באמנות ובהליכות צירה.



כמברק אמונות, גולדמן אינו תוחם עצמו לפן אחד של היצירה, אלא מביא חומרם מתחומים שונים ומגוונים: ספרות, ציור וקולנוע. גולדמן מגוון מאוד גם בתחום שבנה הוא עוסק: החל מיפוי הבניים ועד התקופה הפסיכו-מורנית. הספר אינו קל לקרוא, אך מעניין ומאתגר.

ולקינות, שלושה ספרים בשולי המקצוע:

**ערן רולניק, עושי הנפשות: עם פרויד לאرض ישראל 1948-1918, 2007, הוצאת עם עובד (פסיכואנליזה)**

רבות כבר נכתב על ספר זה, המכסה את ההיסטוריה של הפסיכואנליזה בארץ ישראל. מומלץ, מעניין ורחב את הדעת.

**ציפי גון גראט,  
למה ולא, 2007,  
קוראים, הוצאה ספרים**

ספר ילדים על קנאה ו מריבות משפחתיות. חביב.



**אסטר פרויד,  
הבית שעל הים, 2007, הוצאה מטר (סיפורת)**

מספר עיטה של נינטו של זוגmand פרויד ובתו של נedo, הצייר היודע לוסיאן פרויד. רומן פיטוי, יפה ונוגע לב. מעניין להרהור בגלגולו הגנאי של הcessaron הפסיכיאטרי. מומלץ כקונטראפונקט לכל ספרות מקצועית בפסיכולוגיה, לרוגעי הנהה צרופים.

אנשים ולשיפור דרכי הפעטהנו והתנהגותנו, כדי לבנות את ההופה וההשפעה הרצויות לנו. זהו ספר פופולרי, אף שיתן בו בסיס תיאורטי מצומצם, קרי, מפורט ו konkreti. גם אם לא יעדור, הוא משעשע ווואדי לא מזקן.

**אסטר פרל,  
אינטלקנציה ארכיטית, 2007,  
הוצאת נורת-זמורה-ביתן**

אם לא היה די באינטלקנציה הרגשית שנוספה לנו, הרि لكم בסיכון להעלות לנו נדרך נספה: אינטלקנציה ארטוטית או מינית. הספר מציג מאמצן לבתח את המוכחים הכרוכים והנדירים לשם קיום הנהה מתמשכת ממיין,



תוֹר הסבר מדוע הנהה זו נפאמת תכופות בתרבותינו. פרל מנסה להחיות מרכיבים שחווים, כגון רומנטיקה וארכיטוט, דמיון ונאמנות זוגית, כדי לשפר את האופן שבו אנו תופסים את החיים בזוגיות. הספר כתוב בשפה קולחת, בהירה וקלת לקריאה. מי שינסה לישמו ויצילח – מוזמן לדוחה.

**דניאל גיברט,  
להיתקל באושר, 2007,  
מטר (פסיכולוגיה)**

בראה כי האושר כנראה למחקר פסיכולוגי הולך וטופס תאוצה, במידה רבה בעקבות מחקרים של עמיתינו המפורסם, פרופ' דניאל כהנאן.

פרופ' דניאל גיברט, גם הוא דמות דודעה ונכבדת בעולם הפסיכולוגיה ואף מרצה באוניברסיטת הרווארד, לוקח אותנו למסע שבו הוא מוכיח, כי לא זאת בלבד שאנו לא יודעים מהו האושר, אלא (אולי משום כך) אנו מוכחים אותו כמעט בכל הזדמנות שבה הוא נקרה על דרכנו. גיברט מראה כיצד אנו טועים בبنית ציפיותינו לעתיד (כמעט כמו באשליות אופטיות!), וכך איננו עקבים ובוררים בהערכת שביעות הרצון שלנו. תמצית המסר שלו היא, כי לאחר שקיים פער זמן בין הרצון שלנו לדבר כלשהו לבן מימושו של הרצון, הרי שבעת המימוש, דרגת הנהנתנו מכך משתנה, ובדרך כלל היא פוחתת לעומת נקודת הרציה. ספר אירוני על טבע האדם, עצוב אך כתוב בהומור, עטיר מחקרים מתחומים שונים (מנירופסיכולוגיה ועד לפסיכולוגיה חברתית), ומאתגר מאוד.





## זכותו של פסיכולוג לעכב מסירת תוצאות אבחון

זהותו של הגורם המשלט, כמו גם התנאים שבهم קמה לפסיכולוג המטפל או המבחן הזכות לקבל תשלום תמורת עבורה בעבודתו, נקבעים בהסכם זו שבין הצדדים, במפורש או מכללא.

בין אם המבחן הוא המאושר עצמו ובין אם מדובר בגורם מתווך או בצד שלישי שהזמין את האבחון, בעת מתן השירות המקצועני ובמסגרת היחסים שבין המבחן לפסיכולוג, על הפסיכולוג לשמר על סטנדרטים גבוהים של מיזומנים מקצועיים. זאת תוך הכרה בגבולות יכולותיו המקצועיים ועשית שימוש אחר ו록 בכלים ובשיטות שלאilon הוסכם. במסגרת זו לא ישמש הפסיכולוג במבחנים פסיכולוגיים, אם לא למד באופן פורמלי את העקרונות המתודולוגיים שעליו הם מושתתים ולא צבר ניסיון מספק בתחום הפסיכו-דיינטוטיקה.

בחירת המבחנים תיעשה תוך דגש על התאמת למטרת הפסיכיאטר שנקבעה והוגדרה על-ידי המבחן. עם ביצוע האבחון ומיסירתו למחמי, קמה לפסיכולוג הזכות לקבלת התמורה המוסכמת. אם המבחן אינו משלם את התמורה המוסכמת, קמה לפסיכולוג עליה תביעה נגדו במישור החוזי, והוא יכול לפנות לערkeiten למימוש זכויותיו ובגיון חומו של המבחן, לרבות עיכוב חוות-הදעת שהיא קניתו ופיר רוחו, מוחו ומוחיותו.

כאשר המבחן אינו המבחן והוא מבקש לקבל את האבחון ובכפוף להסכמה המחייב, קיימת אפשרות למסור את האבחון לبنון בתנאי שלשות ביצוע האבחון תשלום שירות לפסיכולוג. במקרה זה, אם תמורה האבחוןשולמה על-ידי הנבחן גם למכון אבחון, יהיה על הנבחן לחזור אל המכון ולדרשו את החזר הכספיים ששילם.

### לסייע:

הסכם ההתקשרות שבין הפסיכולוג למכון אבחון הוא בעל חשיבות מכרעת להכרעה בסוגיה שבנדור. זכויותיהם של הצדדים, כמו גם חובותיהם ההדדיות, נגזרות מהסכם זה, ויש לבדוק כל הסכם בפרט בטම נקיטה בעד זה או אחר, זאת כדי לא לחשוף את הפסיכולוג לתביעה.

כאשר מדובר על מסך או על תוצר שניים טיפולים, ובמקום שבו אין חובה לתת שירות, רשאי הפסיכולוג אשר שכרו לא שולם לעכב את פרי عملו עד לקבלת התמורה. יש להזכיר כי מאמור זה הוא בלבד במקרה שבו הפסיכולוג ישייך למכון בלבד. הוא אינו בא להחליף ייעוץ משפטי פרטני לכל מקרה בהתאם לניבוטיו ולהסכם ההעסקה או רכישת השירות. בכל מקרה קה מומלץ לקבל ייעוץ לבדיקת והערכת מערכת הזכויות וה חובות של הצדדים.

מערכת היחסים שבין הפסיכולוג למטפלו מחייבת בתוכה, בנוסף על הרובד המקצועי, גם רובד מסחרי ועסקי. העיסוק בפסיכולוגיה מהוועה מקור פרנסה לעוסקים בו, הנוטנים שירות טיפול ללאה הזקוקים לו.

בחלק מהמקרים, נוצרים יחסי ספק-ליךואן באופן ישיר בין המטפל, מקבל השירות, לבין הפסיכולוג, נתן השירות. במקרים אחרים, המטפל או המבחן מציעין את השירות מוגרים מתווך, אשר מעסיק פסיכולוגים או קשור עמו בהסכם קובלנות משנה לצורך מתן השירות המקצועי ללקוח. נושא התשלום עבור השירות הוא נושא עדין, כאשר קיימים מקרים שבהם הפסיכולוג מבצע את עבודותיו הממקצועית אף לא מקבל תשלום מהגורם האמור לשלם עבורה.

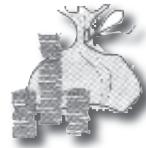
במאמר זה ניגע בחלוקת אגוז בסוגיית זכאות של פסיכולוג, המבצע אבחון עבור גורם מזמן, לעכב בדיון "חוות אבחון עד לקבלת התמורה עבור שירותיו. נקיים ונאמר, כי בנסיבות המאמר לעסוק בהיבט הכללי ואין הוא בא מקום ייעוץ משפטי פרטני לכל מקרה לפי נסיבותיו המיחודות.

הנושא של מסירת תוצאות אבחון פסיכולוגי אינו מוסדר בחוק לגבי כל סוג האבחונים. חוק זכויות החולים, התשנ"א - 1996 מתייחס רק למידע על "מטופל". הגדרת מטופל בחוק היא "חולה וכל המבקש או מקבל טיפול רפואי"; ו"טיפול רפואי" מוגדר "לרובות פעולות רפואיים רפואי, טיפול רפואי מוגן, טיפול רפואי או טיפול סיועי".

על-פי ההגדירות של חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977, יש הבדל בין אבחון פסיכולוגי לבין טיפול פסיכולוג, ולפיכך אין להתייחס אל אדם העובר אבחון פסיכולוגי שלא למטרות טיפול כל "מטופל".

לכן אין לנבחנים שUber אבחון פסיכולוגי **שלא** למטרות טיפול זכות לקבל לידיים את תוצאות המבחנים שעשו. מן הראי אפשר לציין על טופסי המבחנים או בדף הסבר לנבחן, כי המבחנים חסויים ולא ימסרו לאף אדם, כולל הנבדק עצמו.

כפי שכבר נאמר, מסגרת היחסים שבין מטופל למטופל אינה מצטמצמת רק למשור המקצועי. יחד עם מתן השירות קמה למטופל הזכות לקבל שכר ראוי עבור השירות שנתן למטופל. הסכם לקבלת שירות תשלום שכר אינו חייב להיעשות בכתב. הזכות זו מעוגנת בהסכם שבהתנהלות הצדדים ("אני מטופל – אתה מטופל") ובנסיבות המקבילות, הקובלנות כי מי שמקבל שירות, אשר ידוע כי אינו ניתן בחינם, חייב לשלם לנוחן השירות את שכר תרחתה. חובה זו קמה הן מדיני החזים והן מדיני עשיית עושר.



## דו"ח הczhorat haon

כהכנותות חייבות במס שלא דוחו במהלך השנים.

על-פי החוק והדין הק"ם, על הנשים מגיש הczhorat מוטלת החובה להוכיח שהגידול בהן אינו נבע מההכנותות חייבות במס שלא דוחו. לכן המלצתי לכל נישום היא להל תיק מסודר שבו ישמרו באופן קרונולוגי העתקי כל האסמכתאות של התקבולים וההכנותות המייחדות, למשל ממיכרת נכסים, רווחי הון למיניהם, ירושות, מתנות, זכויות בהימורים וכו'.

יום מותר לפקיד השומה לפנות לכל אזור, גם אם אין נישום בעל תיק, ולדרש ממנו דיווח על הנסיבות והונו, ומАЗ הרפורמה בשנת 2003 הורחב מאוד מעגל ציבור המדוחים (מגיש הczhorat ההון) מוד שנה לפחות הנספה. חז' מצטאים ובעל שליטה, נושא לבעל זה גם בעלי הכנותות מחו"ל ושכירים אחרים שבמעבר לא היו חייבם בדיווח. כמו כן, הולכת וمتגבשת הכוונה להטיל חובת דיווח כללית על כל האזרחים.

לטיכום: עקב המשמעות הכבדה של דו"ח הczhorat ההון, מבחינת אימות דיווחי ההכנותות הח"בות במס, המורכבות בתהליך ההכנה והניסיונות של הדוחות והפרשי ההון (שלהכנותם בהחלט בדרשת מומחיות וניסיון), אני ממליץ להיעזר בהגשת הczhorat במומחה רואה חשבון או ביעוץ מס.

הczhorat הון היא דיווח של האזוח לרשות המסים על ההון שבבעלתו ליום מס'ם, בדרך כלל ליום האחרון של שנת מס מס'ם 12/XX, ובהתאם למועד הגשת הדו"ח השנהו על ההכנסה. הczhorat הון מוגשת רק לפי דרישת מפוזחת של פקוד השומה.

ההון שעליו אמן מדווחים הינו פירוט רישימת כל הנכסים העסקיים והפרטים שבידינו, כגון בתים, מכוניות, השקעות וכו', **בנייה** כל התחייבות העסקיות והפרטיות - משכנתאות, הלוואות, חובות לבנקים, לספקים ולאחרם. היתרה נטו מהוועת את סך ההון של הנישום.

להוכחת האמור בהczhorat, יש לצרף מסמכים לאימות הרישום: אישורי בנקים, אישורי קופות גמל וביטוח, השקעות וחסכונות והעתקי חוזים ומסמכים לגבי הנכסים שנרכשו.

hchorat הון משמשת את פקיד השומה כאחד הכללים העיקריים לבחינות סבירות ההכנותות דוחות במהלך השנים ולקביעת לגבי תוכאות עסקיות בלתי סבירות.

פקיד השומה עורך השוואה בין hcchorot ההון ובודק אם הפרש ההון / הגדיל בהון סביר ביחס להכנותות דוחות בדו"חות השנהו. אם, לדוגמה, קיימים גידול בהון של 900,000 שקל בין שתי hcchorot הון, ומ ניתוח נתוני הדו"חות עולה כי מההכנותו הפנوية של הנשים היה אפשרות לחסוך כ-400,000 שקל, הרי מדובר בהפרש הון בלתי מוסבר בסך 500,000 שקל. אם הנשים לא יכול להסביר מניין הגדיל הון (ירושות, מתנות וכו'), יראה פקיד השומה את הגדיל



**מכון תל אביב לפסיכואנליזה בת-זמןנו  
Tel Aviv Institute for Contemporary Psychoanalysis  
הרשמה להכשרה בפסיכואנליזה - 2007**

**חברי מכון תל אביב לפסיכואנליזה בת-זמןנו, פותחים ביוםיהם אלו בהרשמה  
למחזור נוסף של הכשרה בפסיכואנליזה, שייחל לימיון באוקטובר 2007.**

**מועד סיום ההרשמה: 15.5.07**

**פרטים:**

**באתר המכון: [www.taicp.org.il](http://www.taicp.org.il)**

**או אצל ענבל מזכירת המכון, בטלפון: 03 - 5602198**

**ניתן גם לכתוב לנו לדואר האלקטרוני: [info@taicp.org.il](mailto:info@taicp.org.il)**

**או לפקס מס' 1533 – 5602198**



## כיצד לנוהג, באבחן למטרות מيون והשמה, עם גילוי סימני מצוקה קשה?

בנוסף, הוועדה סקרה שהזמנת הנבדק לשיחת משוב, כדי לשטוף במצוקה שביטה או בסימנים לסייע נפשי שהופיעו באמצעות האבחן, וכן גם הפניותיו לגורמי טיפול, עלות בקנה אחד עם עיקרונו א' שבקוד, המתיחס לקידום טובותם ורווחתם הנפשית של הלקוחות.

בהתיעצחותה עם ועדת האתיקה, מთארת רבקה בר, יו"ר הוועדה המציעית לפסיכולוגיה חברתית-תעסוקתית, מצב שבו במסגרת האבחן, למשל בזמן הראיון או כשהבוחן עבר על חומר האבחן, מתגלים אצל הנבחן סימני מצוקה וצורך בעירה. היא מוסיפה בהרהה, כי בעת האבחן הפסיכולוג אינו אמור לחתת משוב על האבחן בכל שלב שהוא.

### לטיכום:

ועדת האתיקה סבורה שהתעלומות מהאפשרות לחתת לבוחן משוב על זיהוי מצוקה אכן בעת האבחן – גם אם האבחן היה למטרות מיון או מחקר – אינה ראוי. הוועדה ממליצה לראות במתן המשוב במקורה של גילוי מצוקה נפשית בולטות חלק מהזזה האבחן שעליו נתן הנבדק את הסכמתו עוד טרם האבחן. השגות, הערות ושאלות יתקבלו בברכה.

שאלתה היא: "מה לדעת ועדת האתיקה צריך הפסיכולוג העוסק במילוי, הערכה ואבחן מועמדים לעשות במקרה זה?"

לדבריה, הוועדה שבה היא מכהנת יו"ר סקרה כי במקרים כגון אלה יש להזמין את הנבחן לשיחת משוב ולהפנותו לגורם טיפול לקבالت עצה נפשית.

ועדת האתיקה הביעה תמייה בעמדה זו, אף ראתה סוגיה זו קרלוונתית לא רק למקרים של אבחן למטרות מיון והשמה, אלא גם למקרים של שימוש בכל אבחון במחקר וכן לכל מקרי האבחן באשר הם.

יש לציין שבפרק 7 בקיים האתיקה, הדן באבחן והערכתה, לא מופיעה הנחיה מפורשת המכינת מסורת מידע לנבחן על אוזות מצבו הנפשי. עם זאת, הדבר משתמע מפסקאות 7.3 ו-7.4, המתיחסות לאחריות הבודק על פירוש האבחן ולהסבירים על תוצאותיו.

**ד"ר רבקה רייכר-עריר, יו"ר הוועדה**  
**ד"ר גבי ויל**  
**גב' חנה בן-צין**  
**גב' יהודית להט**  
**גב' נגה קופלביץ'**

## הודעה בדבר הקמת חוג על-חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה

במהלך ההחלטה הוועד המרכזית של הפי"ו להקמת חוג על-חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה – התכנסו מספר חברים מתחומיות שונות, ודנו בעקרונות הפעולה של החוג.

החברים שהגיעו למפגש המוקדם, והביעו הסכמתם להמשיך בפעולות התנדבותית בעוד של החוג הם:

פרופ' משה זכי – פסיכולוג חינוכי; ד"ר חנה קמינו – פסיכולוגית קלינית וחינוכית; ד"ר חנן דוד – פסיכולוג שיקומי; מר נדב ויינטראוב – פסיכולוג קליני והתפתחותי; גב' כרמיה אורין – פסיכולוגית קלינית; הזמן לישיבה אר נבצර ממנה מהלגיון: מר יורם צדיק – שאף הוא פסיכולוג קליני, והצטרף לפעולות החוג. הישיבה נוהלה ע"י הח"מ, ד"ר דוד יגאל – פסיכולוג קליני, התפתחותי ושיקומי.

בישיבה זו קיבלנו את החלטות הבאות:

**א.** בחוג זה ידומו נושאים מתחום הפסיכולוגיה המשפטית (Forensic Psychology) על כל היבטים, ובכלל זה, סוגיות של מסוגיות הורית, ענייני ממשוררת והסדר-ראיה, אימוץ, כשרות לעמוד דין, הערצת מסוכנות של ערביינים, תהליכי העברה נגדית בבדיקות פסיכולוגיות בהקשר המשפט, אבחון נירופסיכולוגי לצורך חוות-דעת לביהם"ש, תקיפות ומהימנות של כל הערקה ומידה ולבנטים לסוגיות משפטיות, ועוד.

**ב.** החוג מיועד לפסיכולוגים מכל תחומי המומחיות – לשם העשרה הדידית ושיתוף פעולה פוריה וكونסטרוקטיבי בין כולנו.

**ג.** החוג יפעל במתכונת דומה לפעולות החוג העל-חטיבתי לאבחן והערכתה. המרצים ירצה בהתקנות, וה משתפים ישלמו את עלות המיקום והארוחה. ההרצאות תתקיימנה ביום שניอาท"ה לחודש או חודשיים.

**ד.** מקום הכנס/פעילות יהיה באזורי המרכז.  
**ה.** תחילת הפעולות: אוקטובר/נובמבר 2007.

חברים אשר מעוניינים להרצות /או להעלות סוגיות מתחום הפסיכולוגיה המשפטית לדין בפגישות החוג – מוזמנים לפניות אל: ד"ר דוד יגאל – יו"ר ועד החוג העל-חטיבתי לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה.

רחוב הליבנה 2, תימרת. טל. 04-6540880. 04.6442042. [yagilsd@zahav.net.il](mailto:yagilsd@zahav.net.il)

## לוח המודעות

דרושים:

- למרכז לשיקום מקצועי בהרצליה דרישים פסיכולוגים שיקומיים / קליניים / תעסוקתיים לאבחונים על בסיס פרילנסר. מתחמים רצויים (מקום מוכר להתמחות שיקומית). לפרטים נא לפנות לד"ר לקס בטל': 09-9500466

לצורך מחקר לתואר שני בפסיכולוגיה אני מבקשת לראיון אנשי מקצועיים המתמודדים עם מחלות גופניות ואשר הם עצם (המתפלים) חולו במחלה גופנית. ההשתתפות במחקר כוללת ריאון גרטיבי במשך כשעה וחצי-שעתיים לפרטים נא לפנות לשרה בלומנפלד: 054-6674439 sarablu@hotmail.co.il



תוכנית הכשרה בפסיכותרפיה  
באוריינטציה יונגיאנית

מכללת סמינר הקיבוצים  
בית הספר ללימודים متقدמים



יום עיון בנושא:

**האמן והמהאה בפסיכולוגיה, במיתוס, בספרות ובסוסיקה**

יתקיים ביום י' בתאריך 25/5/07

במכללת סמינר הקיבוצים

בחשחתות: עדית אנקורו-פסיכולוגיה יונגיאנית, הסופרים נורית זרחי ודן בניה שרוי  
והמלחינה שרה שחם

ההרצאות ילו בהשפעת מוסיקה ובקטעי סרטים מהמיתולוגיה

לפרטים: Therapy\_Exp@smkb.ac.il; www.israjung.co.il ; 03-6901240

ס' י' ק' ט'ק  
בע"מ

**cli אבחון וטיפול למקרים  
בריאות הנפש**

ת"ד 26250 ירושלים 91260 טל. 02-6435360 פקס. 02-6435060

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

Ψ

## **הסתדרות הפסיכולוגים בישראל**

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

מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114

E-mail: [psycho@zahav.net.il](mailto:psycho@zahav.net.il)

\*עמותה רשומה