



פסיכואקטואליה

אוקטובר
2010

דב עזון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



זרקור על

פסיכולוגיה פדיאטרית

פסיכולוגיה פדיאטרית בישראל
- תמונת מצב עדכנית

מדברים מהבטן

המרפאה הפסיכו-סומאטית בבית
החולים שניידר

לשבור את המעגל - טיפול קוגניטיבי
התנהגותי וביופידבק במקרה של
תסמונת הקאות חזרתיות (CVS)

גישה אינטגרטיבית בפסיכולוגיה
רפואית של הילד: מחקר איכותני על
טיפול באנקופרזיס

תוכן עניינים

- דבר המערכת**
יוכי בן-נון, צילה טנא, נחמה רפאלי, איריס ברנט, שרית ארנון-לרנר
- 3** ילדים בשדרות, שנה לאחר הקסאמים והמלחמה
מירי נהרי
- 4** חדשות הפ"י והחטיבות
- 40** הקומי: פסיכותרפיה מבוססת קשב (mindfulness) וממוקדת גוף
עידו סימיון
- 43** משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות
7 ימימה גולדברג
- 48** אימון אישי ועסקי: מקצוע או מדע מתהווה בחיפוש אחר זהותו?
ארנון לוי
- 52** על מלחמה והתאבדות בישראל 1948-2006
ישראל אורון (אוסטרלי)
- 58** ספרים, רבותי, ספרים
יוכי בן-נון
- 60** פינת היעוץ המשפטי
העיסוק בפסיכולוגיה תחת מכשח החקיקה
עו"ד ברוך אברהמי, משרד עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י
- 61** פינת ייעוץ מס
הכרה בהוצאות לצרכי מס – חלק א'
רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י
- 62** משולחנה של ועדת האתיקה
- 63** מדור תגובות
- 65** פינת הפרופיל האישי
ד"ר בני פלדמן, יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית ופסיכולוג ראשי בבית החולים קפלן
שרית ארנון-לרנר
- 66** מן האקדמיה
"תפקיד חישתי באנורקסיה נרבוזה אינו נפגע"
מאת: גלית גולדז'ק-קוניק ומיכה לשם
עורכת: איריס ברנט
- 7** מועצת הפסיכולוגים
יואל אליצור
- 8** משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך
חוה פרידמן
- 11** קול קורא מטעם נציגות הפ"י במועצה הציבורית להורות
11
- 12** זרקור על פסיכולוגיה פדיאטרית
פסיכולוגיה פדיאטרית בישראל – תמונת מצב עדכנית
אורן להק
- 16** מדברים מהבטן
פטריסיה מן-בוטבול
- 18** המרפאה הפסיכו-סומאטית בבית החולים שניידר
ברק סלוצקר
- 20** לשבור את המעגל – טיפול קוגניטיבי התנהגותי וביופידבק במקרה של תסמונת הקאות חזרתיות (CVS)
אנדרס קוניצ'זקי, ברק סלוצקר, דורון גוטהלף
- 24** גישה אינטגרטיבית בפסיכולוגיה רפואית של הילד:
מחקר איכותני על טיפול באנקופריזיס
אנדראה רפאלה מלול-לוי
- 29** עזר בגיליון זה
לזכרם של חברים: אודיל קסטוריאנו ז"ל
- 30** קידוד מחדש: הצעה לתפיסה טיפולית קצת שונה
יעקב ברמץ

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

דבר המערכת

שלום חברים,

עונת החגים כבר כחודש מאחורינו, הסתיו כבר כאן ושנת העבודה כבר פרושה לפנינו, על שלל התכניות, והמטרות, והציפיות.

כמו כולם, גם הפ"י כארגון אורג את תכניותיו: יום-עיון ראשון כבר התקיים, וכן האספה הכללית השנתית הצמודה לו, כדרישת חוק העמותות לפיו אנו מתנהלים. עוד הרבה אירועים בדרך, ואנו תקווה שכולם יתמשו ויצליחו, לשביעות רצונם של החברים.

על חלק מהדברים אתם מוזמנים לקרוא בפינת החדשות. והעיקר, כמובן – כרגיל, המאמרים והפינות הקבועות המחכות לכם.

קריאה מהנה! נשמח לתגובותיכם.

המערכת

יוכי בן-נון ♦ צילה טנא ♦ נחמה רפאלי ♦ שרית ארנון-לרנר ♦
איריס ברנט

פסיכואקטואליה

רבעון הסתדרות הפסיכולוגים

טל: 03-5239393 פקס: 03-5230763

ת"ד: 11497 תל-אביב 61114

דוא"ל: psycho@zahav.net.il

חברי המערכת:

יוכי בן-נון:

טלפון עבודה: 09-7472745

דוא"ל: jbennun@netvision.net.il

צילה טנא:

טלפון ניד: 054-7933195, טלפקס: 09-9566711

דוא"ל: tene_a@macam.ac.il

נחמה רפאלי:

טלפון ניד: 054-3976394

דוא"ל: nechamaraph@gmail.com

איריס ברנט:

טלפון ניד: 054-6876801

דוא"ל: berenti@012.net.il

שרית ארנון-לרנר:

טלפון ניד: 050-7446484

דוא"ל: sarit.arnon@gmail.com

WWW.PSYCHOLOGY.ORG.IL



חדשות הפ"י והחטיבות



מפגש של הנהלת הפ"י עם נציגי ועדי החטיבות

בחודש ספטמבר התקיימה ישיבה של נציגי הוועד המרכזי עם נציגי ועדי החטיבות כתהליך שמטרתו לקדם ולחזק את הקשר בין הוועד המרכזי לוועדי החטיבות השונות, ועל מנת ליזום לקדם פעילויות נוספות של הפ"י לטובת כלל חברי הפ"י. מתוך מפגש זה עלו מספר החלטות:

1. תוקם וועדת השתלמויות, שבה יהיה נציג מכל חטיבה, בריכוזו של צבי גיל. שמות הנציגים יועברו למשרד הפ"י עד ה-5 באוקטובר. הוועדה תכנס עוד באוקטובר. הוועדה אמורה לתכנן 10-12 ימי-עיון או כנסים, בנושאים ספציפיים או על-חטיבתיים. הוועדה תעסוק גם בארגון קבוצות הדרכה למתמחים. כמו-כן תשקול הוועדה פעילויות נוספות, כגון קבוצות לימוד.
2. יוקם פורום, מנציגות כל ועד חטיבה, בריכוזו של עמוס ספיבק, אשר ידון בשינויים החלים בעולם הפסיכולוגיה ובהשלכותיהם לעתיד, מבחינת כלל הפ"י, וכל מומחיות בנפרד. כל ועד חטיבה ימסור את שם נציגו לפורום זה למשרד הפ"י עד ה-5 באוקטובר. הפורום יוציא מסמך מסכם בתוך 6-7 חודשים, אשר יגדיר את המסקנות וההמלצות, וישמש גם מול גורמים נוספים, כגון מועצת הפסיכולוגים. יוכי תשתתף במפגשי הפורום.
3. על מנת לחזק את הקשר של ועדי החטיבות השונות עם הוועד המרכזי ולהגביר את המעורבות של ועדי החטיבות בפעילויות של כלל הארגון, התבקשו והתחייבו ועדי החטיבות להשתתף באופן קבוע בישיבות הוועד המרכזי.
4. על מנת להקפיד על התנהלות

כספית תקינה ברוח חוק העמותות שהפ"י מחויבת לו, תוגבר ההקפדה על ההתנהלות הכספית של כל חטיבה וחטיבה. מדובר בעיקר בנושא ארגון וניהול כנסים וימי עיון, לשם יישום ההפקדה ופיקוח הוצאו מחדש הנחיות לוועדי החטיבות. כמו כן הוועד המרכזי ירכז מקבץ של חברות כנסים בדוקות איתן תוכלנה החטיבות להתקשר לשם ביצוע פעילויות ההשתלמות השונות.

הוועדים התבקשו לערוך דיון לגבי רעיונות אפשריים נוספים לפעילות, הנדרשים או אטרקטיביים לחברים, בנוסף לארגון השתלמויות. כגון, ימי כיף וטיולים.

בברכה, ד"ר יוכי בן-נון, יו"ר הפ"י



החטיבה ההתפתחותית

בכנס הפסיכולוגים ההתפתחותיים האחרון, התחלף הוועד, ועל הוועד החדש נמנים: ד"ר סמדר גרטנר כיו"ר, שרית ארביב ימיני, תלמה אשי, ענת הרף-כשדאי, יעל מולכו ורוית שליסר. הוחלט על הקמת ועד נפרד, והוא ועד המתמחים. לתפקיד יו"ר ועד המתמחים נבחר עידן וייסמן (יו"ר הוועד, שייצג את המתמחים גם בוועד החטיבה), דנה וייס ועמית דהרי. מטרת ועד המתמחים היא להיות אוזן קשבת וגוף מייצג שידאג לכלל המתמחים ההתפתחותיים, צורכיהם וזכויותיהם. החזון המוביל הוא של שמירת קשר ישיר ורציף עם המתמחים וקיום תקשורת

דו-כיוונית בין הוועד למתמחים. תקשורת זו תאפשר להכיר ולהתייחס לסוגיות, קושיות ובעיות הדורשות התייחסות ברמת ועד החטיבה. בתור צעד ראשון לקיום תקשורת זו, נפתחה תיבת דואר-אלקטרוני דרכה יכול כל מתמחה ליצור קשר עם הוועד ולקבל מענה. מעבר לכך, דרך מייל זה, יעודכנו התפתחויות חדשות, הצעות למקומות התמחות וחדשות הקשורות ישירות למתמחים ההתפתחותיים. כל מתמחה התפתחותי, סטודנט לתואר שני בפסיכולוגיה התפתחותית, או בוגר המגמה, המעוניין להיכנס לרשימת התפוצה, מוזמן לשלוח מייל ל: vaad.hit@gmail.com

ועד החטיבה וועד המתמחים שוקדים בימים אלו על כמה תוכניות: ברצוננו לייסד מפגשי "טסט קפה" במטרה להכיר ולהרחיב ידע בנוגע למגוון מבחנים חדשים. המועד והמקום יפורסמו בהמשך. אנו מתכננים גם להמשיך במסורת החטיבה ולקיים השתלמות שנתית, הנושא המסתמן הוא "טיפול בילדים", תוך כוונה לשזור תיאוריה לצד הדרכה קבוצתית דרך הצגות מקרה. לבסוף, הכנס ההתפתחותי יתקיים השנה ב-10-9-8 בפברואר 2011. הנושא הוא "פרידה ונפרדות" ויכלול אירועי פרידה רבים ושונים בחייו של ילד, אשר להם השפעה על חיי הנפש. התוכנית הנרקמת מסתמנת כמרתקת. אנא שריינו תאריכים אלו.

בברכה, ועד החטיבה לפסיכולוגיה התפתחותית וועד המתמחים





www.hebpsy.net/forum.
asp?id=309

בברכה
אורית בן שאול
יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה
חברתית-תעסוקתית-ארגונית



החטיבה הקלינית

לפסיכולוגים הקליניים שלום. בגיליון הקודם התייחסתי לניסיון של החטיבה הקלינית לייזום דיאלוג בין החטיבות על סעיף 9ב לחוק הפסיכולוגים. לשמחתי בפגישה של מזכירות הוועד המרכזי עם נציגי החטיבות השונות הוחלט לקיים דיאלוג בין החטיבות על עתיד הפסיכולוגיה בארץ ועל המשותף והשונה בהכשרה של כל תחום. אני מקווה שדיאלוג זה יניב מסמך מקצועי ומעמיק ובעיקר מסמך שישקף הסכמה ואינטגרציה על פני פיצול ומאבקי כוחות. קיומו של דיאלוג בין החטיבות השונות על התמחותה של כל חטיבה, מתקיים בשעה שבתוך התחום הקליני קיים ויכוח על צביונו של הפסיכולוג הקליני לעתיד. ועדה מכובדת מטעם המל"ג שבחנה את תוכניות הלימודים בפסיכולוגיה בארץ בשנים 2006-2007, הדוח התייחסה בהרחבה לתחום הקליני. הדוח מבקר את המשקל הגבוה של הגישה הדינאמית בתוך תוכניות הלימודים לתואר שני ושלישי ומציע גם לשנות את דרישות הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, הקובעת את התנאים לקבלת רשיון לאחר שלב ההתמחות. המלצת הוועדה שבתחום הקליני רוב המשקל יינתן לפסיכולוגיה נתמכת ראיות כשהגישה הדינאמית (במיוחד בתחום

החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית

ועד החטיבה החל לקבל הצעות מחיר, מספקים שונים לארגון הכנס השנתי של החטיבה שיתקיים בתאריכים 8-11 לפברואר 2011. כמוכן שלא נחזור לקיים את הכנס בערד (הפקת לקחים) ואנו בוחנים מספר הצעות באזור ירושלים, ים המלח, שפיים ואזור הצפון במגוון אתרים. המטרה היא לא להתפשר על רמת המלון (ארבעה כוכבים) אך לשמור על מחיר סביר. נושא הכנס יהיה משברים; נשמח מאד לקבל הצעות ובקשות בדבר מנחים וסדנאות שהייתם רוצים לראות בכנס. פעילות נוספת שברצוננו לקדם היא נושא ההשתלמויות – הן הדרכות מסודרות למתמחים והן השתלמויות העשרה למומחים. בימים אלה הוקמה ועדה בנושא זה בוועד המרכזי של הפי שאנו שותפים בה, ובכוונתנו לנסות וליצור פעילות מרכזית שתתמוך בכך. גם בנושא זה בקשות תתקבלנה ברצון. בנושאים אלה ואחרים ניתן לפנות אלי בכתובת: benshaul.orit@gmail.com באתר "פסיכולוגיה עברית" נפתח פורום מקצועי עבור הפסיכולוגים התעסוקתיים ארגוניים, בניהולה של הפסיכולוגית התעסוקתית שרית ארנון לרנר. הפורום נועד לשמש מקום מפגש לפסיכולוגים העוסקים בתחום, מקשת עיסוקי החטיבה, בשלבים שונים של התפתחות מקצועית, לשיתוף בדילמות וסוגיות מקצועיות, מידע על מאמרים וכנסים וחיזוק הנטווינג המקצועי. להלן הקישור לפורום:

החטיבה הרפואית

לחברי החטיבה הרפואית שלום רב, בימים אלו אנו נערכים לקראת הכנס הראשון בפסיכולוגיה רפואית, שיתקיים בנצרת בתאריכים 12-13 לדצמבר 2010. החטיבה הרפואית הינה חטיבה צעירה, תוססת, חדשה וחדשנית מבחינות רבות, בשדה הפסיכולוגיה בכלל ובארץ בפרט. כולנו מכירים בחשיבות עבודתנו עבור המטופלים ועבור הצוות הרפואי המטפל בחולה ובמשפחתו. לכן חשוב שנתכנס אחת לשנה (לפחות...) ונחלוק אחד עם השנייה את פועלנו. שאר החטיבות בהפ"י מקיימות כנסים דומים, אחת לשנה וכן ימי-עיון נוספים לאורך השנה. לנו כאמור, זהו הכנס הראשון, אשר קיומו והצלחתו צפויים להוביל למסורת של כינוסים וימי-עיון נוספים של החטיבה הרפואית. לכן, אנו מעודדים את חברי החטיבה להירשם במהרה לכנס. קיומו והצלחתו תלויים בכל אחד ואחת מאיתנו שירשמו לכנס. מחכים לראותכם בנצרת בקרוב. בנוסף, רצינו לעדכן שניציגים מהוועד לוקחים חלק בוועדות שונות של הפ"י ומייצגים את החטיבה ואת חבריה לאורך השנה. אנו קוראים לחברי החטיבה שמוכנים לתרום אף מעט מזמנם ולהשתתף בוועדות שונות ליצור קשר עם הוועד ולהציע את עזרתם.

חזרה נעימה לשגרת עבודה,

הוועד לפסיכולוגיה רפואית בהפ"י
ד"ר נועה ברק, עירית חרותי ואורן להק

ליצירת קשר ניתן לפנות ליו"ר הוועד
באימייל: n_barak@bezeqint.net





חדשות הפ"י והחטיבות



של הסטודנט אלא ממש על זהותו המקצועית. נדמה לי שזהות מקצועית אינה חייבת להירכש ולהסתיים בשלב ההכשרה ויכולה להיות תהליך מתמשך ומשתנה גם לאחר קבלת הרשיון. אולם עדיין אין זה פוטר את המוסדות שקובעים את מסלול הלימודים וההכשרה של פסיכולוג קליני בארץ, לקבוע מהם הדברים הבסיסיים שפסיכולוג צריך לדעת ולהתנסות בהם על מנת לצאת לדרכו ולקבל הכרה מהמדינה על מומחיותו. אני מקווה שבסופו של דבר יהיו שינויים בתחום הפסיכולוגיה בארץ והתקדמות לכיוון הכשרה יותר רחבה. אני מקווה שהשינויים לא יהיו כאלה שנצטער על מה שהלך כיוון שכוחות רבים פועלים לכיוון של שינויי רחב ולא ברור כמה תהיה סבלנות או רצון לשמור על מה שטוב מה"ישן".

בגיליון הבא אעדכן אתכם על התקדמות הדיאלוג וכן אתייחס לנושא אחר שקשור להשתלמויות שהסתדרות הפסיכולוגים רוצה לארגן ולהציע לציבור הפסיכולוגים.

עמוס ספיבק יו"ר החטיבה לפסיכולוגיה קלינית

אני, מרגישים שללא הכשרה דינאמית עמוקה, ההבנה של טיפול בכלל ואף של הכלים הקוגניטיביים עצמם היא חלקית ולא מספיק רחבה. אולי זה יומרני לומר עמדה כזאת לאחר שבעולם הרחב יש אוניברסיטאות מתקדמות שמסתדרות היטב ללא הכשרה דינאמית. חלק מהפסיכולוגים שחזרו מחו"ל אינם מבינים מדוע פסיכולוג שמזדהה עם הגישה הקוגניטיבית בלבד חייב להתנסות בכלים דינאמיים של דיאגנוסטיקה או טיפול והיו רוצים לאפשר תהליך הכשרה, שבו אין בכלל חובה לעבור דרך הגישה הדינאמית. לעומתם המצדדים בגישה הדינאמית ובתוכם האיגוד של הפסיכולוגים הקליניים מעולם לא דחו את הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית ומחפשים דרך לשילוב.

מכאן נשאלת השאלה: האם אפשר בתהליך ההכשרה לשלב בין כל הגישות והאם ניסיון זה לא ייצור עומס על הסטודנט והמתמחה שצריך ללמוד ולהתנסות בהיצע הרבה יותר רחב, לעומת התעמקות בגישה אחת בלבד? כמו כן נשאלת השאלה: מי קובע? האוניברסיטה שלה יש העדפה ברורה לפסיכולוגיה נתמכת ראיות? הוועדה המקצועית שבכוחה להכתיב את התנאים לקבלת רשיון ונכון להיום שומרת על מקומה של הגישה הדינאמית? או שמא הסטודנט עצמו צריך לבחור? אין לי תשובה חד-משמעית. אני מודע לכך שההכשרה הדינאמית היא תובענית וארוכה ובמונחים של יעילות תמיד מעוררת וויכוח על היחס בין "השקעה" לבין ה"תוצר". להציע שילוב אינו דבר פשוט כיוון שהזמן והמשאבים מוגבלים בהכשרה שגם ככה הינה ארוכה ותובענית. נראה שכל גישה תובעת לעצמה את הזמן והמקום כדי להיות משמעותית ונאבקת לא רק על הידע

הדיאגנוסטי) נתפסת כגישה ללא מספיק תוקף ולכן בעלת זכות קיום שולי יחסית לגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והגישה המערכתית. קריאת הדוח מלמדת שלדעת כותבי הדוח המילה "מקצועי" או המילה "מתקדם" והמילים "נתמך ראיות" הן כמעט זהות. משתמע מהדוח שהישענות על אוריינטציה דינאמית איננה מספיק מקצועית ולימודי פסיכולוגיה התואמים סטנדרטים בין-לאומיים בעולם המערבי המודרני חייבים להתעדכן לכיוון מחקרי קרי שהתשתית של הטיפול תהיה כתוצאה מהיכולת לחקור אותה ולבסס את יעילותה במחקר.

בגיליון הקודם התייחסתי להתרחבות של המגמות הקוגניטיביות-התנהגותיות בארץ והחזרה של מסה של פסיכולוגים צעירים שלמדו בחו"ל פסיכולוגיה קוגניטיבית-התנהגותית. השתלבותם באוניברסיטאות אפשרה לאוניברסיטאות להרחיב את היצע הקורסים שניתנים כיום לתלמידים לעומת שנים עברו. אולם נראה שלאחרונה יש מאבקי כוחות בין האוניברסיטאות שמזדהות יותר ויותר עם אוריינטציה של פסיכולוגיה נתמכת ראיות, לוועדה המקצועית שאינה מוכנה לוותר על דרישות בסיסיות של הכשרה דינאמית. מאבקי כוח על מי מכתוב למי את תוכנית הלימודים ומי יקבע את אופי ההתמחות גורמים למתח רב.

העמדה האישית שלי היא, שפסיכולוגיה קלינית בארץ צריכה להגדיל את ההיצע שניתן כיום למטופלים, על-ידי הכשרה רחבה יותר של פסיכולוגים לעתיד. הכלים שמציעה הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והמערכתית הם משמעותיים והיו חסרים בהכשרה שאני עברתי בהיותי סטודנט. לכן השלמתי את חלקם לאחר שכבר קיבלתי את הרישיון מהמדינה לטפל. אולם, מצד שני, מרבית הפסיכולוגים הקליניים בארץ, ובתוכם





משולחנו של יו"ר מועצת הפסיכולוגים

פחפ' יואל אליצור

שלום חברים,

הפגישה השנייה של מועצת הפסיכולוגים החדשה שהתקיימה ב-3 באוקטובר הוקדשה ברובה לדיון בדו"ח הוועדה לבחינת נהלים לבחירת חברים לוועדות המקצועיות. הדו"ח שפורסם במלואו באינטרנט עשרה ימים בלבד לפני הדיון, זכה ליותר מ-450 כניסות תוך תקופת זמן קצרה זו ועורר דיון ער בין הפסיכולוגים, לבין הוועדה שעזר לליבון הנושאים השונים שעל הפרק. חברים המעוניינים לעיין בדו"ח ואולי אף להגיב מוזמנים לעשות זאת באתר פסיכולוגיה עברית (ראה קישורית) בו אני מדווח באופן שוטף על פעילות הקשורה למועצת הפסיכולוגים, זאת עד שיוקם האתר של המועצה במשרד הבריאות.

http://www.hebpsy.net/blog_post.asp?id=112

חברי המועצה הביעו תמיכה ביישום העקרונות של הגינות, שיקוף, פתיחות ושקיפות במטרה לאפשר ולעודד בחירתם של המועמדים המתאימים ביותר לתפקיד. נשמעה תמיכה רבה גם בהצעה של הוועדה לקיים תהליך של פרסום מוקדם שמטרתו לעודד פסיכולוגים מהשטח להגיש מועמדות לתפקיד. יחד עם זאת הובע רצון לשמור על המעמד של הוועדות המקצועיות ביישום עקרונות אלו, ולעשות זאת מבלי לפגוע בזכותה של המועצה לבחון את רשימת המועמדים המומלצים שמגישה הוועדה ולקיים הצבעה מתוך שיקול דעת ולא כחותמת גומי. כלומר, עלינו למצוא את שביל הזהב. בשלב זה של הדיון הציע יו"ר המועצה לנסח הצעה מתוקנת של נהלים לבחירת חברים לוועדות המקצועיות וזאת בהתייחס לרוח הדברים שעלו בישיבה. ההצעה המתוקנת תישלח בתקופה הקרובה לחברי המועצה שיקיימו הצבעה עליה דרך המייל. הכוונה היא להגיע בהקדם לנוסח שיקבל רוב בהצבעת החברים ושניתן יהיה להפעילו לקראת הפגישה הבאה של המועצה בינואר 2011. היישום של הנהלים החדשים ימשך שנה אחת כפיילוט ולאחר שנה זו המועצה תחזור ותדון בנושא ולאור הניסיון שיצטבר.

נושא נוסף שהועלה במועצה הוא דיווח של קבוצת המשימה שהקימה המועצה בנושא: "השותפות בין האקדמיה לבין השדה: תוכניות לימוד וההתמחות". קבוצת משימה זו מגבשת בשלב זה רעיונות הנוגעים לתוכנית לימודי ליבה של מגמה טיפולית בפסיכולוגיה. בשלב הבא קבוצת העבודה תיפגש עם ועדה שהקימה המועצה להשכלה גבוהה (מל"ג), כאשר היעד שהצבנו לפנינו הוא לשאוף להגיע להסכמה בין המועצה, המל"ג, משרד הבריאות והסתדרות הפסיכולוגים. לנושא זה יכולה להיות השלכה חשובה לדיון על סעיף 15 בחוק הפסיכולוגים, סעיף המגדיר מי יכול להיות רשום בפנקס הפסיכולוגים. המועצה החליטה באופן עקרוני לתמוך בשינוי סעיף 15, אך מבקשת לקיים דיון בשיתוף משרד הבריאות כדי לגבש את פרטי ההצעה לשינוי החוק.

פרופסור יואל אליצור

משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות

ימימה גולדברג

לפסיכולוגים שלום רב,

שנה חדשה החלה ואני תקווה שתהא זו שנת עבודה פוריה, שנת שתופי פעולה וקידום נושאים אשר לא נפתרו או קודמו בשנים הקודמות, כמו למשל **קידום שינוי בחוק הפסיכולוגים המייחד את העיסוק באבחון ובעריכת מבחנים פסיכולוגים אך ורק לפסיכולוגים**. חוק הפסיכולוגים לא ייחד, לצערי, את העיסוק באבחון ובעריכת מבחנים פסיכולוגיים רק לפסיכולוגים. בעבר נשמרו גבולות המקצוע והייתה הסכמה ג'נטלמית שמי שאינו פסיכולוג לא יעסוק באבחונים פסיכולוגים. בשנים האחרונות נפרצו הגבולות. התרבו בעלי מקצוע אחרים (חלקם משיקים יותר וחלקם פחות לתחומנו) והחלו לעסוק באבחונים פסיכולוגים.

ועדה שהוקמה מטעם מועצת הפסיכולוגים ישבה על המדוכה וקבעה את ליבת המבחנים הפסיכולוגים בכל 6 התחומים, אך מאז למרות שהנושא הועלה, נדון ואף אושר במועצה לא קרה דבר! כל יום שעובר ואינו משמר את מעמדנו מבחינה חוקית גורם ליותר בעלי מקצוע לפלוש לתחומנו ולכנס לעצמם מבחנים פסיכולוגים.

יתר-על-כן! גם מבין חברינו ישנם אנשים המלמדים ומכשירים בעלי מקצוע בליבת המבחנים שלנו. כל מי שעשה זאת גורם לזילותו של כלי עבודה בסיסי. חמורה ביותר בעיני התופעה של מכונים בבעלות פסיכולוגים או המעסיקים פסיכולוגים (בשלב זה לא אמנה את שמותיהם), אשר מפרסמים כרטיסיות מה T.A.T או כרטיסי רורשאך ומדריכים את הציבור הרחב כיצד להגיב או להשיב עליהן.

מעבר לעובדה שיש פה חריגה מנורמות אתיות מקובלות יש פה גם עבירה על כללי האתיקה. כנגד המכונים הללו הוגשה תלונה לוועדת התלונות, אך אינני מדברת רק ברמה נקודתית. יש, כאמור, להגביל את העיסוק באבחון פסיכולוגי אך ורק לפסיכולוגים, אך יש גם להוקיע את כל מי שמוכר את המקצוע שלנו תמורת אתנן כזה או אחר. אני מבקשת את הרתמותכם לנושא ומבקשת לעורר הד מקצועי בתוכנו על-מנת שהתנהגות כזו תהיה מוקצית לחלוטין.

בברכה,

ימימה גולדברג

פסיכולוגית ארצית

מנהלת פנקס הפסיכולוגים

ומנהלת תקנות אישור תואר מומחה





משולחנה של הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

חווה פרידמן

שירות פסיכולוגי חינוכי ותוכניות לאומיות "הילכו שניים יחדיו בלתי עם נועדו?" (עמוס, ג' 3)

האם המילים הבאות מוכרות לך? "אחראי מענה", "רכז מוגנות", "מנחה מנחים", "רכז חוסן חינוך"... מילים אלה הן רק סוג אחד של ביטוי לנוכחותה של מדיניות חדשה המציבה במרכז תשומת הלב והמאמץ הממשלתי את צרכיהם של ילדים בסיכון, אם בשל סיבות סביבתיות ואם בשל מאפיינים התפתחותיים, או שתי האטיולוגיות גם יחד. התוכניות הלאומיות הפכו בשנים האחרונות לחלק בלתי נפרד מהנוף העירוני של רבות מהרשויות המקומיות בישראל. המילים החדשות מייצגות פונקציות חדשות ברמת המערכת החינוכית וברמה העירונית גם יחד. מהי הזיקה בין תוכניות לאומיות לשירות הפסיכולוגי חינוכי? טרם נפנה לשאלה זו, אציג תחילה מקרא תמציתי של התוכניות*:

1. התוכנית הלאומית לילדים ובני נוער בסיכון (תוכנית שמיד)

בהתבסס על אתר התוכנית:

<http://www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/HomePageMenu/ProjectShmid>

התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון נועדה לחולל שינויי מקיף בהתמודדות של החברה הישראלית עם ילדים ונוער בסיכון ומשפחותיהם.

מטרת התוכנית: צמצום היקף הסיכון בקרב ילדים ובני נוער

השותפים: שישה משרדי ממשלה חברו יחד על מנת ליישם את החלטת ליישום המלצות הוועדה הציבורית לבדיקת מצבם של ילדים ונוער בסיכון ובמצוקה – ועדת שמיד.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים מוביל ומתכלל את התוכנית בשותפות עם: משרד החינוך, משרד הבריאות, קליטת העלייה בטחון הפנים ותמ"ת. בנוסף שותפים בתוכנית מרכז השלטון המקומי וג'וינט ישראל, המשתתפת ביישום המרכיב לגיל הרך – "התחלה טובה".

ההגדרה של ילדים ובני נוער בסיכון ובמצוקה על פי התוכנית: "ילדים בגילאי לידה עד 18 שנים החיים במצבים המסכנים אותם במשפחתם ובסביבתם, וכתוצאה ממצבים אלו נפגעה יכולתם לממש את זכויותיהם עפ"י האמנה לזכויות הילד בתחומים הבאים:

- ✿ קיום פיזי, בריאות והתפתחות
- ✿ השתייכות למשפחה
- ✿ למידה ורכישת מיומנויות

✿ רווחה ובריאות רגשית
✿ השתייכות והשתתפות חברתית
✿ הגנה מפני אחרים מפני התנהגויות מסכנות שלהם עצמם

מרחב היישום: התוכנית מיושמת ב- 67 יישובים (כולל אגדי יישובים), שנבחרו על פי קריטריונים סוציו-אקונומיים ומתוך שאיפה לסייע במיוחד לקבוצות אוכלוסיה מוחלשות ייחודיות. בהתאם להגדרה זו נבנה "סרגל סיכון" על פיו ניתן יהיה לערוך מיפוי של הילדים הנמצאים בסיכון בכל ישוב. זו הפעם הראשונה בה נערך מיפוי משותף לכלל אנשי המקצוע העוסקים בילדים ונוער בסיכון על בסיס הגדרה משותפת ואחידה ובעזרת כלים אחידים ומוחשבים (בסיוע מכון ברוקדייל ותהיל"ה). במסגרת המיפוי אותרו ביישובי התוכנית 151,000 ילדים במצבי סיכון שונים, המהווים 16% מכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער ביישובים אלה.

מתוך נתוני המיפוי: בחלוקה על פי גיל: 31% בגילאים בין לידה לגיל 5, 38% בגילאי 6-11,

31% גילאי 12-17; בחלוקה על פי קבוצות באוכלוסייה: 29% יהודים ותיקים, 46% מגזר ערבי, 10% עולים, 15% חרדים.

תקציב רב-שנתי בין משרדי המבטא שינויי בסדרי עדיפויות: היקף התקציב לכלל התוכנית בהבשלה מלאה 155 מיליון שקלים לשנה. התקציב משותף לכלל המשרדים. כל המשאבים מיועדים לפיתוח מענים בקהילה.

ספר פרויקטים: פר פרויקטים – משרדי הממשלה השותפים הציעו "סל תכניות ופעולות" הרלוונטיים לתחומי החיים ולקבוצות הגיל והאוכלוסייה בהם מבקשת התכנית לטפל. כל רשות מקומית בחרה מסל זה את התכניות המותאמות לילדים בסיכון שאותרו ביישוב.

2. עיר ללא אלימות

מתוך אתר התוכנית:

<http://www.cwv.gov.il/Pages/default.aspx>

"התכנית הלאומית 'עיר ללא אלימות', נבחרה לשמש תכנית דגל של מדינת ישראל ושל המשרד לביטחון הפנים בתחום ההתמודדות עם התנהגות אנטי-חברתית, אלימות, עבריינות ופשיעה.

כלל התכניות, הפרויקטים, הפעולות והמאמצים שנעשים ברמת הרשות המקומית בנושא יפעלו תחת המסגרת והמטריה של התכנית. התכנית ברשות מופעלת בהובלת ראש הרשות ובשותפות בין כל הארגונים והמנגנונים הפועלים בעיר בתחום (אכיפה, רווחה, חינוך, קליטה ועוד).

מטרת התכנית: להגביר את תחושת הביטחון האישי של התושבים, באמצעות הקמת מערך מתואם ואפקטיבי (בהובלתו של ראש הרשות) אשר מחבר את כלל המאמצים האזרחיים עם כלל המאמצים המשטורתיים בנושא.

* תיאורי התוכניות לקוחים מתוך מידע הניתן לציבור באתרים הרשמיים של התוכניות.





הבריאות. שותפים: משרד החינוך, משרד הרווחה, משרד הקליטה, משרתת ישראל, צה"ל, אשלים – ג'וינט.

מרחב היישום: התוכנית כוללת שבע אסטרטגיות להתמודדות עם סיכון לאובדנות, המתבססות על ידע מהארץ ומן העולם בתחום זה. מהלך החלוץ של התוכנית יוצא השנה לדרך בשלושה יישובים: רחובות, רמלה וכפר כנא. במסגרת הפיילוט הנוגע לתלמידים, תתבצענה ארבע פעולות מרכזיות: הסברה, הכשרת שומרי סף, תגבור מערך בריאות הנפש וקיום רצף טיפולי בין שירות פסיכולוגי חינוכי לבין מערך בריאות הנפש.

ארבע התוכניות הלאומיות הללו מייצגות מדיניות שבמרכזה ההתמודדות עם הסיכון בחייהם של ילדים ובני-נוער בישראל שמקורותיו: סיכון התפתחותי-סביבתי, אלימות, מצבי טראומה וסיכון לאובדנות. העובדה שמדובר בתוכניות לאומיות מייצגת את האחריות שנוקטת ממשלת ישראל לנושאים חברתיים אלה וההחלטה להקדיש להם תוכניות פעולה ובצידם משאבים. אפשר היה לנתח מגמה זו מנקודות מבט שונות. שתי הבולטות שבהן:

א. "לבנת היסוד" היא הרשות המוניציפאלית: האחריות בכל התוכניות מועברת מהרובד הממשלתי אל הרובד העירוני. מוטת הכוח וההשפעה עוברת למעשה לרשויות המוניציפאליות ועומדת בפניהן ההזדמנות להתוות את הטיפול בתחומי הסיכון של ילדים ובני-נוער בהלימה לצרכי אוכלוסייה מקומיים.

ב. שותפות בין ארגונית: הטיפול בסיכון באשר הוא מצריך שילוב כוחות. בכל אחת מהתוכניות מצוי אתגר, פעמים מורכב ליישום, לשותפות בין-ארגונית ובין-מקצועית.

קריאת מתווי התוכניות מבליטה את חשיבות הכלתם של שיקולי בריאות-נפש במדיניות הטיפול בילדים בסיכון בישראל. השירות הפסיכולוגי חינוכי מהווה סוכנות של בריאות-נפש לילדים, הנוכחת באופן טבעי, זמין ואינהרנטי בכל רשות מקומית. מיצובו הארגוני של השירות הפסיכולוגי חינוכי מקנה לו שני יתרונות בסיסיים בכל אחת מהתוכניות: הראשון, היותו חלק מתשתית המיפוי של צרכים ושל מענים ברשות המקומית, והשני, הפוטנציאל לשיתופי-פעולה בין-מקצועיים עם גורמי חינוך ברשות הייעוץ החינוכי וקב"צים, עם גורמי הרווחה, ועם גורמי בריאות הנפש בקהילה.

בשלב זה אמקד את המבט בשתי סוגיות הרלבנטיות לעבודתם של שירותים פסיכולוגיים חינוכיים ולדילמות בפניהן הם עומדים:

בין מניעה להתערבות: מהלכי ההפעלה של כל אחת מהתוכניות הלאומיות כוללים מרכיבים מניעתיים ומרכיבים התערבותיים. בכל אחת מהתוכניות ישנה הכרה בכך שיש להפעיל אסטרטגיות מניעתיים על-מנת להשפיע על התופעה

התכנית מובלת ברמה הלאומית על-ידי ועדת השרים למאבק באלימות בראשות השר לביטחון הפנים ומנוהלת על-ידי ועדת היגוי לאומית, שבה משתתפים נציגי כלל משרדי הממשלה העוסקים בתחום (ובכללם: משרד ראש הממשלה, משרד החינוך, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הקליטה, המשרד לענייני גמלאים, משרד המשפטים) ונציגי הקרן לידידות.

ייחודה של תכנית 'עיר ללא אלימות', הוא במורכבותה הרבה וביכולתה ליצור אורגנים לשילוב כלל הגורמים ברשות, לטובת עבודה משותפת. בבסיס התכנית נמצאת הנחת היסוד לפיה, על-מנת להתמודד עם אלימות בצורה אפקטיבית, נדרש מענה כולל והוליסטי – ולא התמקדות בתחום אחד, או בסוג אוכלוסייה מסוים. על כן, יחידת השינוי היא העיר (ולא שכונה או בית-ספר, למשל)...

מרחב היישום: בשנת 2010 הורחבה התכנית מופעלת ב-80 רשויות מקומיות ברחבי הארץ במטרה להרחיב את התכנית לכל הרשויות המקומיות בארץ.

3. חוסן עיר

מתוך האתר של מרכז השלטון המקומי:

<http://www.masham.org.il/Pages/Projects.aspx>

במהלך מלחמת לבנון השנייה פעל מרכז השלטון המקומי בשיתוף מרכז חוסן עיר על-שם האריס, להקמת תשתיות למרכזי חוסן בצפון הארץ. לאחר המלחמה הוקמו מרכזי חוסן בצפון להובלת "מרכז חוסן", כאשר הסיוע לאוכלוסייה החווה מצוקה וחרדה בשעת חירום, נמשך גם במבצע "עופרת יצוקה" ביישובים בדרום הארץ.

מטרת התוכנית: מודל "חוסן העיר" עוסק בהערכות, התערבות ושיקום אדם, קהילה ומוסדות בשעת חירום, ומפתח לכך בשגרה תכניות בתחומי חינוך, בריאות ורווחה.

מרחב היישום: בשלב ראשון החל פיילוט ב-13 רשויות מקומיות ולאחר מכן יורחב לכל הארץ. הפיילוט יבוצע על-ידי מרכז "חוסן" להתערבות בטראומה ואסון המוני בשיתוף רשות החירום הלאומית, פיקוד העורף ומרכז השלטון המקומי. כאמור, המענה להתמודדות עם מצבי חירום, מחייב ריכוז לאומי, תוך שילוב ותיאום מיטבי בין כלל המערכות האזרחיות בעורף וחלוקת תחומי האחריות בין מערכות השלטון המרכזיות ברמה הארצית והרשות המקומית, כאשר האחרונה מהווה ללא ספק את "לבנת היסוד" להערכות בחירום.

4. התוכנית הלאומית למניעת אובדנות

התוכנית הלאומית למניעת אובדנות גובשה על-ידי הוועדה הבין-משרדית לנושא מניעת אובדנות בראשות משרד הבריאות. היא מתייחסת לשלושה מוקדי אוכלוסייה: ילדים ובני-נוער, עולים וקשישים.

המטרה: לצמצם את תופעת ההתאבדויות בישראל. **ניהול התוכנית והשותפים בה:** אחריות ניהולית: משרד





WWW.PSYCHOLOGICAL.ORG.IL

ולא רק על יחידים הסובלים ממנה. לדוגמא: שלישי ממשאבי התוכנית הלאומית לילדים ובני-נוער בסיכון מוקדשים לגיל הרך, תוכנית עיר ללא אלימות עוסקת בשיתופי הפעולה המערכתיים-עירוניים, בבחינת גיוס האחריות העירונית לאלימות בעיר ומפעילה רכזי מוגנות בתוך בתי הספר, תוכנית חוסן מקדישה מאמצים נכבדים להכשרת מורים לעבודה עם תלמידים על תהליכי חיסון נפשי, כהטרמה להתמודדות אפשרית עם משברי חיים ו/או מצבי טראומה, ובתוכנית הלאומית למניעת אובדנות מתבצעת הכשרת שומרי-סף בתוך מערכת החינוך, שיוכלו להתריע על פי צורך על סיכון כדי להבטיח עזרה נפשית.

השירותים הפסיכולוגיים עוסקים בשגרת עבודתם ברצף שבין מניעה להתערבות. ההחלטה בדבר הקצאת פסיכולוגים לעבודה עם אוכלוסיית הגיל הרך: ילדים, הורים וגננות בחינוך הרגיל ובחינוך המיוחד, היא חלק בלתי-נפרד מסוגיה זו. האתגר להכשיר צוותי חינוך בתחום הטראומה והחוסן בשיתוף עם יועצים חינוכיים, גם היא מוכרת כהשקעה הנושאת פירות יקרים. מנגד הפסיכולוגים החינוכיים הוכשרו לפסיכותרפיה של ילדים ומערכת החינוך מתייחסת למשאב זה כשירות היקר והחסר לה מכל. כיצד אם כן מקצים את עבודתם של הפסיכולוגים למערכת החינוך במציאות זו? מהו מינון נכון?

בין השוטף לפרויקטלי: ציר זה מדגיש עוד יותר את הלבטים הארגוניים הכרוכים בעבודתו של שירות פסיכולוגי חינוכי עם תוכניות לאומיות. השירות הפסיכולוגי חינוכי עמוס במשימות שגרה בעבודתו עם מסגרות החינוך בעיר (גנים ובתי-ספר), על-פי-רוב בתנאים של מחסור בפסיכולוגים. כניסתן של תוכניות לאומיות לרשות המקומית, מביאה עמה משאבים של התוכנית, אך אינה "יולדת" אנשי מקצוע. השירות הפסיכולוגי חינוכי הוא שותף ליבה בטיפול בילדים בסיכון בכל תוכנית. כיצד אם כן, ירחיב את פעילותו, כך שהפסיכולוגים העומדים לרשותו, ייקחו חלק פעיל בתוכנית? ראוי לציין, שישנן רשויות אליהן נכנסו מספר תוכניות לאומיות במקביל. סוגיה זו מזמנת דילמה נוספת, בה השיקולים הציבוריים אינם היחידים הנמצאים על השולחן. פסיכולוגים עשויים להעדיף מקצועית פעילות זו או אחרת ובהתאם לחלק את אופן העסקתם בין התקן הציבורי להעסקה הפרויקטלית בתוכנית. עשויה להיווצר דינאמיקה של תחרות על זמן פסיכולוג בין השוטף לפרויקטלי.

לסיכום, התוכניות הלאומיות מביאות עימן ללא ספק בשורה. הן מזמינות את הרשויות המוניציפאליות לקחת אחריות על ילדים ובני נוער בסיכון, ומספקות להן תנאים להתמודדות עם תופעות קשות אלה. לשאלת החבירה, אין ספק שהשירותים הפסיכולוגיים חינוכיים חייבים לצעוד יחד עם התוכניות ועם הרשויות את הדרך, משום ערכם המוסף כסוכני בריאות-נפש אינהרנטיים ברשות המוניציפאלית ובהינתן שקידום עניינם של ילדים ובני-נוער בסיכון מצוי בנפשו האידיאולוגית והמקצועית של השירות הפסיכולוגי חינוכי.

חנה פרידמן





קול קורא

מטעם נציגות הפ"י במועצה הציבורית להורות

אנו פונים אליכם הפסיכולוגים לקבלת מידע: תקצירי מחקרים, מחקרים מלאים, מאמרים, נתונים סטטיסטיים, שדנים בנושא "הורים כמשאב מגן ובונה חוסן". מידע זה יעזור למועצה להורות בבניית רציונאל מבוסס ידע על עבודה עם הורים, על מנת להציגו בפורומים רלוונטיים.

את החומרים יש לשלוח למייל של איריס ברנט

berenti@012.net.il

בתודה,

צוות הפ"י לנושא הורים



בתמונה :
גרפיטי מאת אומנית החיוב PIAN התגוררת בקרקס - ונצואלה. על קירות העיר היא מעלה משאים
הקרים לליבה. במקרה זה ציור של ילדה על מדגה - מראה שלטענת האומנית ניתן לראות אותו
בקרקס רק על הקירות.





פסיכולוגיה פדיאטרית בישראל

תמונת מצב עדכנית

מאת אורן להק

רקע:

פסיכולוגיה פדיאטרית (Pediatric Psychology) הינה שדה טיפולי ומחקרי, שעוסק בקידום בריאות ומניעת חולי באוכלוסיית הילדים והנוער. הוא פונה לילדים ומשפחותיהם, המתמודדים עם מחלות, פציעות וקשיים התפתחותיים אחרים. בתחילת שנות ה-20, פסיכולוגים ורופאי ילדים בארה"ב החלו להבין את החשיבות של ההכרה בקשר שבין פסיכולוגיה ורפואה. בשנת 1967, נעשה לראשונה שימוש במושג פסיכולוגיה פדיאטרית, על ידי לוגאן רייט (Wright) במאמרו הקלאסי שנקרא: "The Pediatric Psychologist: A Role Model". שם, הגדיר רייט את עבודת הפסיכולוג הפדיאטרי כ"פסיכולוג העובד עם ילדים בסטיגם רפואי שאינו פסיכיאטרי בטבעו" (1967, p. 323) ("Nonpsychiatric in nature").

לפסיכולוגיה רפואית חטיבה נפרדת (Division 54) בארגון הפסיכולוגים האמריקאי (APA). חטיבה זו הוקמה בשנת 1968, בתחילה כקבוצת עניין בקרב פסיכולוגים קליניים של הילד, ובשנת 1980 החל לפעול כחטיבה עצמאית. כמו-כן, קיים כתב-עת מקצועי (Journal of Pediatric Psychology) של ה-APA, המפרסם תיאוריה, מחקר ותיאורי מקרה של התערבויות טיפוליות הייחודיים לתחום. בתחום הפסיכולוגיה הפדיאטרית, קיים דגש רב, על התערבות מגובה מחקר (Evidence-Based Practice) בהתאם להמלצות ה-APA משנת 2005. נערכו מחקרים רבים בקרב ילדים ונוער הסובלים ממחלות כרוניות (כגון: אסטמה, סרטן, מחלות לב, מחלות כאב, עודף משקל) ואלו הראו, שבכל הקשור לשיפור ולשכלול מיומנויות ההתמודדות עם המחלה, שיפור איכות חייו של החולה ובני משפחתו והיענות לטיפול רפואי – התערבות של פסיכולוג פדיאטרי, עשויה להיות מועילה ביותר (ראה למשל: Robb, S. L., 2000, Obzarzanedk et al, 2001).

הפסיכולוגיה הפדיאטרית, בהיותה שדה הפונה לילדים, נוער והוריהם, עושה שימוש בתיאוריות ובכלי התערבות טיפוליים הלקוחים מתחום הפסיכולוגיה החברתית, קלינית, התפתחותית, קוגניטיבית, התנהגותית והחינוכית. בנוסף, תחום מרכזי בעבודתו של הפסיכולוג הפדיאטרי, הינו עבודה עם צוותים רפואיים (רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים ועיסוק ועוד) המטפלים בילד החולה במסגרת אשפוז או במרפאה אמבולטורית.

הפסיכולוג הפדיאטרי עשוי להשתלב במספר מסגרות טיפוליות: מחלקות בבתי-חולים כלליים (למשל: טיפול-נמרץ ילדים, מחלקת-ילדים, מחלקת-פגים), מרפאות-ילדים (בבתי-חולים או מרפאות פרטיות), מרפאות לרפואה ראשונית, מחנות או פעילויות קיץ מאורגנות (למשל קייטנת קיץ לילדים חולי סוכרת נעורים).

ההתערבויות הטיפוליות של הפסיכולוג הפדיאטרי עשויות לעסוק במגוון נושאים, בהתאם לסטיגם בו הוא עובד, למשל: השלמה עם חיים בצל מחלה כרונית ושיפור דרכי ניהול המחלה, ניהול כאב (Pain management), שיפור ההיענות לטיפול הרפואי (Adherence), הכנה לפרוצדורות רפואיות (ניתוחים, זריקות למפרקים וכיו"ב), טיפול בסימפטומים פסיכו-פתולוגיים (בעיקר חרדה ודיכאון), שהם תוצאה של אשפוז ממושך או התמודדות עם מחלה כרונית, טיפול בבעיות רפואיות כמו אנקופרזיס, או טרכאוטומיה, עיבוד אבל ואובדן על איבר שנפגע, או על יכולות שאבדו כתוצאה ממחלה, חזרה לשגרת יום-יום (לימודים, חברים).

הפסיכולוג הפדיאטרי עושה שימוש בכלי אבחון המתאימים לסטיגם הרפואי בו הוא עובד. למשל, במחלקת ילדים, בה אשפוז ממוצע נמשך כ-3 ימים, ייעשה שימוש בשאלונים מתוקפים למילוי עצמי, ראיון עם הילד והוריו וכמו-כן, במידת האפשר, יצור קשר עם מסגרות חינוכיות בהן נמצא הילד, על-מנת לאסוף מידע שיעזור באבחון ובהתאמת התערבות בהתאם.

הכותב:

פסיכולוג רפואי, מתמחה במח' ילדים ומרפאות ילדים, מרכז רפואי "מאיר", כפר-סבא

"פסיכולוגיה פדיאטרית (Pediatric Psychology) הינה שדה טיפולי ומחקרי, שעוסק בקידום בריאות ומניעת חולי באוכלוסיית הילדים והנוער. כמו-כן פונה לילדים ומשפחותיהם המתמודדים עם מחלות, פציעות וקשיים התפתחותיים נוספים"



"הפסיכולוגיה הפדיאטרית, בהיותה שדה הפונה לילדים, נוער והוריהם, עושה שימוש בתיאוריות והתערבויות טיפוליות הלקוחות מתחום הפסיכולוגיה החברתית, הקלינית, ההתפתחותית, הקוגניטיבית, ההתנהגותית והחינוכית"





**” ההתערבויות
הטיפוליות של
הפסיכולוג הפדיאטרי
עשויות לעסוק
במגוון נושאים
בהתאם לסטיג בו
הוא עובד, למשל:
השלמה עם חיים
בצל מחלה כרונית
ושיפור דרכי ניהול
המחלה, ניהול כאב,
שיפור היענות
לטיפול הרפואי,
הכנה לפרוצדורות
רפואיות, טיפול
בסימפטומים פסיכו-
פתולוגיים כתוצאה
מאשפוז ממושך,
או מהתמודדות עם
מחלה כרונית”**



**” הפסיכולוג הפדיאטרי
עובד עם אוכלוסייה
אשר ברובה אינה סובלת
מפסיכופתולוגיה כרונית.
מרבית הילדים מפתחים
סימפטומים של חרדה
ו/או דיכאון, כתוצאה
מקשיי התמודדות
והסתגלות למצב חדש
של מחלה או פגיעה.
חלקם מתקשים לקבל
את חייהם עם מחלה
כרונית שתלווה אותם
שנים רבות ועלולה
למנוע מהם פעילויות
מסוימות. חלקם הגדול
של הילדים מתמודדים
עם ההשלכות
המשפחתיות,
החברתיות והתרבותיות
של המחלה ממנה הם
סובלים”**

בהתאם לסטיג בו עובד הפסיכולוג הפדיאטרי, נעשה שימוש בטכניקות טיפוליות שונות, למשל בבית-חולים ההתערבויות תהינה ברובן קוגניטיביות-התנהגותיות וכן קצרות-מועד, על-מנת לתת מענה אפקטיבי לילד המאושפז ולמשפחתו במסגרת הזמן הקצוב. עיקר ההתערבויות מתמקדות בהפחתת חרדה, ודיכאון על-מנת להגביר היענות לטיפול ולזרז החלמה ממחלה או פגיעה. שיטות ההתערבות הן מגוונות וכוללות בין השאר טכניקות כגון: דמיון מודרך, היפנוזה, ביופידבק, פוקוסינג (focusing), הרפיית שרירים של ג'ייקובסון (Progressive Muscle Relaxation), מיינדפולנס (Mindfulness Based Stress Reduction). בסטיג של מרפאות ילדים, אליהן מגיעים הילד והוריו למשך תקופות ממושכות (חודשים או שנים), הטיפול הפסיכולוגי יהיה ארוך-טווח, עשוי לעשות שימוש בטכניקות של טיפול דינאמי, טכניקות של play therapy (בהתאם לגיל הילד) וילווה לעיתים קרובות בהדרכת הורים והדרכת הצוות החינוכי של המסגרת בה לומד הילד.

הפסיכולוג הפדיאטרי עובד עם אוכלוסייה אשר ברובה אינה סובלת מפסיכופתולוגיה כרונית. מרבית הילדים מפתחים סימפטומים של חרדה ו/או דיכאון, כתוצאה מקשיי התמודדות והסתגלות למצב חדש של מחלה או פגיעה. חלקם מתקשים לקבל את חייהם עם מחלה כרונית שתלווה אותם שנים רבות ועלולה למנוע מהם פעילויות מסוימות. חלקם הגדול של הילדים מתמודדים עם ההשלכות המשפחתיות, החברתיות והתרבותיות של המחלה ממנה הם סובלים (למשל ילדים הנמצאים בעודף משקל וילדים נשאי HIV), חלקם של הילדים בחרים להסתיר את דבר מחלתם מחבריהם במידה וניתן להסתיר את המחלה (למשל בדלקת מפרקים או בסוכרת נעורים) בשל הבושה שהם חשים לעיתים מהיותם חולים.

בסקר שערכו טומה וגרברט (Tuma & Grabert, 1983) בקרב פסיכולוגים קליניים של הילד ופסיכולוגים פדיאטריים, נמצא שפסיכולוגים פדיאטריים נבדלים מעמיתיהם, לא רק בכך שעיקר עבודתם היא עם אוכלוסיית ילדים ונוער המתמודדים עם מחלות גופניות, אלא בכך שעבודתם מאופיינת ביותר שיתופי פעולה עם מקצועות בריאות נוספים (רופאים, פיזיותרפיסטים וכיו"ב) ופעלו יותר על-פי מודל רפואי, נתנו מענה ליותר מטופלים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך וכאלו הסובלים מיותר איחורים התפתחותיים. סקר נוסף (Stabler & Mesibov, 1984) מצא מאפיין ייחודי נוסף של הפסיכולוגיה הפדיאטרית ביחס לפסיכולוגיה הקלינית של הילד: הנטייה לעבוד יותר במרפאות ראשוניות ולכן עיקר עבודתם כלל מתן מענה טיפולי ישיר, יעוץ ואבחון, שוב, בסטיג שאינו פסיכיאטרי מטבעו.

לפסיכולוגיה פדיאטרית מספר מאפיינים ייחודיים נוספים. עבודתם של פסיכולוגים פדיאטריים עם הילד החולה במחלה כרונית, מחייבת התערבות מעבר לרמה הפרטנית, גם ברמה המשפחתית (אחים, הורים), החינוכית (חבריו לגן או לבית הספר וכן הצוות החינוכי – גננת, צוות מורים) והרפואית (הצוות הרפואי המטפל בילד). כל המערכות לעיל משפיעות על חייו של הילד ואחריות במידה רבה ל-well-being שלו ולאופן התמודדותו עם המחלה. למחלה כרונית עשויות להיות השפעות רבות על הילד, הן בשל הסימפטומים של המחלה והן בשל השפעות לוואי של הטיפול. המחלה והטיפול עלולים להוביל לירידה בהישגים הלימודיים, להידרדרות חברתית ולפגיעה במאזן המשפחתי (בין האחים למשל, כאשר תשומת-לב רבה של ההורים מופנית לילד החולה). מחלה כרונית עלולה גם להשפיע על מצבה הכלכלי של משפחה, בשל החסרת ימי-עבודה מצ ההורים, שמלווים את הטיפולים הרפואיים והפרא-רפואיים (אשר חלקם הגדול אינו מסובסד). בעבר, נטתה המערכת הרפואית לראות בהוריו של הילד החולה מטורד, שפוגע בעבודה השוטפת של הצוות הרפואי. כיום התפיסה הרווחת הינה שלא ניתן לעשות הפרדה מלאכותית בין הילד החולה, לבין משפחתו. מחקרים בפסיכולוגיה פדיאטרית (למשל: Seagull, 2000), ביססו את התפיסה לפיה לא ניתן להפריד בין המטופל – קרי, הילד ובין משפחתו, ויש להתייחס למכלול התנאים והדינאמיקה המשפחתית והחברתית בה חי הילד, על מנת להגביר שיתוף פעולה עם הצוות הרפואי והיענות לטיפול רפואי.

התערבות על-פי גיל הילד: מעצם העבודה הטיפולית עם ילדים ונוער, הפסיכולוג הפדיאטרי מתאים את טכניקות ההתערבות שלו בהתאם לגיל הילד ורמתו ההתפתחותית. כמו-כן, מתאים הפסיכולוג את ההתערבות בהתאם לסוג ולחומרת המחלה, ממנה סובל הילד.

הסטיג: לעיתים קרובות תיערכנה הפגישות הטיפוליות ליד מיטת הילד החולה, שכן אין באפשרות הילד לרדת מהמיטה. מאפיין זה ייחודי לפסיכולוגיה פדיאטרית. סטיג מורכב זה,





אינו טריוויאלי לטיפול פסיכולוגי קלאסי/שמרני, שבו גבולות החלל והזמן נשמרים בקפידה ובכך מאפשרים למטופל ולמטפל לעסוק בתהליכים אינטרא-פסיכיים. הסטינג הרפואי מאופיין בכך שלעיתים קרובות, במהלך פגישה טיפולית עם הילד החולה, עשויים להיכנס אנשי צוות רפואי (רופא, אחות, פיזיותרפיסט) לצורך בדיקת דם, החלפת אינפוזיה, או התערבות רפואית אחרת, מה שקוטע לעיתים קרובות את הפגישה ומאלץ את המטופל, ולא פחות מכך, את המטפל להסתגל למציאות זו. במערכת הרפואית ניתנת לרוב קדימות להתערבות רפואית, בעיקר במחלקות של טיפול נמרץ או במחלות מסכנות חיים. יוצא מכך, שהמפגש לעיתים קרובות מהווה *reaching out* של המטפל, לעבר המציאות היום-יומית של הילד החולה. עם זאת, פסיכולוג פדיאטרי מיומן יצליח לייצר עם הילד מרחב-ביניים (*transitional space*), שעשוי להוות עבור הילד הפוגה מהמציאות הרפואית/הפולשנית המאפיינת לעיתים קרובות אשפוז בבית-חולים.

פסיכולוגיה פדיאטרית בישראל

בישראל, הפסיכולוגיה הפדיאטרית הינה תת-תחום בפסיכולוגיה רפואית (*Health Psychology*) אך בארה"ב ישנה חטיבה נפרדת (*Division 54*) בארגון הפסיכולוגים האמריקאי (*APA*). בארץ, בעקבות התעוררות של תחום הפסיכולוגיה הרפואית באקדמיה, רוכשים הפסיכולוגים השכלה מתאימה (*M.A*) בפסיכולוגיה רפואית במסגרת המכללה האקדמית ת"א-יפו, כאשר ישנו מסלול מיקוד ילדים) ומשתלבים כמתמחים, מומחים ומדריכים בפסיכולוגיה רפואית בבתי החולים הכלליים השונים – במחלקות ובמרפאות רפואיות הנותנות מענה לילדים ונוער. למשל, בבית החולים שניידר פועלים פסיכולוגים פדיאטריים במחלקות טיפול נמרץ, אורולוגית, אונקולוגית, מחלקת ניתוחי חזה ולב וגסטרו. בבית החולים 'קפלן' ברחובות פועלת פסיכולוגית במרפאת גסטרו ילדים, בבית החולים 'מאיר' פועל פסיכולוג במח' ילדים ובמרפאות ילדים. בבית חולים 'מאיר' מתקיימת גם קבוצת תמיכה למתמחים ברפואת ילדים אותה מנחה פסיכולוג פדיאטרי, ומטרתה לשפר את איכות עבודתם של המתמחים, על ידי הפחתת דחק (*stress*) בקרב קבוצה זו. בבית-חולים 'רמב"ם' פועלת פסיכולוגית רפואית במרפאת גסטרו ילדים. במרכזים רפואיים נוספים פועלים פסיכולוגים פדיאטריים בעלי הכשרה מתאימה.

סיכום ומחשבות לגבי עתיד התחום

תחום הפסיכולוגיה הפדיאטרית בישראל הינו תחום צעיר וחדש. כיום, כאשר פסיכולוגים רבים מאיישים משרות בבתי חולים כלליים, מתברר ומתחזק הצורך שהיה קיים שנים רבות בקרב מטופלים וצוותים רפואיים, שעובדים עם ילדים המתמודדים עם מחלה גופנית כרונית. הפסיכולוג הפדיאטרי עוזר בזיהוי מקור הקשיים בהתמודדות עם המחלה ומאפשר לכוחות רפוי טבעיים של הילד (דמיון, משחק) לחזור ולהוות עבורו מקור איתן להתמודדות עם המציאות הפולשנית/כואבת, שכה מאפיינת את הסטינג הרפואי ואת ההתמודדות עם מחלה גופנית. הפסיכולוג הפדיאטרי ינסה למנף את המחלה שפקדה את הילד ומשפחתו, לכדי התארגנות חדשה במשפחה, דבר שמתחייב מהמציאות החדשה. התארגנות זו עשויה להוות גורם מלכד ומצמיח עבור כלל בני המשפחה, על-אף הקושי הרב והכאב הכרוכים במחלה. איכות חייו של הילד החולה ומשפחתו עומדת לנגד עיניו של הפסיכולוג הפדיאטרי, הוא ינסה לעמוד במשימה הלא פשוטה בשל היותו מצד אחד חלק מהצוות הרפואי המטפל בילד, אך מצד שני, מהווה גורם מגשר ומפשר בין צרכי הילד ומשפחתו, למשטר והטיפול הרפואי הנדרש על מנת לרפא את הילד וכרוך לעיתים קרובות בכאב רב. יש עדיין מקום רב להרחבת תפקידו של הפסיכולוג הפדיאטרי להשתלב במסגרות של קידום בריאות. פסיכולוג פדיאטרי עשוי להוות גורם משמעותי בתכנון ויישום תוכניות ממשלתיות למניעה של מחלות ופציעות בקרב ילדים ונוער (למשל תוכנית מניעה של עודף משקל בילדים ונוער, מחלה שניתן למנוע ואשר אחראית למחלות רבות נוספות בילדות ובהמשך החיים). כמו-כן, מומלץ שפסיכולוגים פדיאטריים ישתלבו בקרב מקבלי ההחלטות במערכות הבריאות ובמרכזים הרפואיים. לפסיכולוג הפדיאטרי ידע רב וייחודי אודות שלבי התפתחות של ילדים ונוער והתמודדות של ילדים ומשפחתם עם מחלה כרונית. ידע זה עשוי לתרום לילד החולה, למשפחתו ולצוות הרפואי הבא במגע יומיומי עם דילמות וקשיים הכרוכים בגרימת כאב לילד (כמוכן על מנת להבריאו) ובתחושות שעולות אצלם כתוצאה מכך.

"למחלה כרונית עשויות להיות השפעות רבות על הילד, הן בשל הסימפטומים של המחלה והן בשל השפעות לוואי של הטיפול. המחלה והטיפול עלולים להוביל לירידה בהישגים הלימודיים, להידרדרות חברתית ולפגיעה במאזן ביחסי המשפחה ועל מצבה הכלכלי, בשל החסרת ימי עבודה של ההורים, לצורך הימצאות בטיפולים רפואיים ופרא-רפואיים"



"בארץ, בעקבות התעוררות של תחום הפסיכולוגיה הרפואית באקדמיה, רוכשים הפסיכולוגים השכלה מתאימה ומשתלבים כמתמחים ומדריכים בפסיכולוגיה רפואית בבתי החולים הכלליים השונים במחלקות ובמרפאות רפואיות הנותנות מענה לילדים ונוער. למשל, בבית החולים שניידר פועלים פסיכולוגים פדיאטריים במחלקות טיפול נמרץ, אורולוגית, אונקולוגית, מחלקת ניתוחי חזה ולב וגסטרו. בבית החולים 'קפלן' ברחובות פועלת פסיכולוגית במרפאת גסטרו ילדים, בבית חולים 'מאיר' פועל פסיכולוג במח' ילדים ובמרפאות ילדים"





ביבליוגרפיה:



הודעה על הקמת הוצאת ספרים להסתדרות הפסיכולוגים בישראל

הודעה מספר 1_ 31102010

חברים יקרים
לאחר בחשבה כרוכה וכפושכת, החלטנו להקים בהפ"י הוצאת ספרים. המודל של הוצאת ספרים מטעמו של גוף מקצועי מקובלת בכל העולם ומופעלת בהצלחה רבה. בבחינתנו, כגוף מקצועי אנו ייעדים את הוצאת הספרים להשיג שלוש מטרות עיקריות, אשר יחד יחזקו את השדה הפסיכולוגי בישראל:

1. הנגשה של ספרות מקצועית, בפחיר שווה לכל נפש.
2. עידוד של כתיבה ויצירה בקרב פסיכולוגים מקוביים
3. הדגשת תחומי עשייה שהפ"י מוצאת אותן ככאלו העומדות בליבו של השדה הפסיכולוגי בישראל.



נמשיך לעדכן אתכם בצורה שוטפת בכל שלבי העשייה. בינתיים אנו פעודדים את כל פי מבינכם, אשר חשב לפרסם ספר בתחום הפסיכולוגיה, או בתחומים הקרובים אליה, לפנות אלינו אם זה בשאלה, בבקשה לסיוע או, בהצעה לשיתוף פעולה.

Obzarzanedk, E., Kimm, S., Barton, B., Van Horn, L., Kwiterovich, P., Simons-Morton, D., et al. (2001). Long-term safety and efficacy of a cholesterol-lowering diet in children with elevated low-density lipoprotein cholesterol: **Seven-year results of the Dietary Intervention Study in Children. Pediatrics**, 107, 256-264.

Robb, S.L. (2000). The effect of therapeutic music interventions on the behavior of hospitalized children in isolation: Developing a contextual support model of music therapy. **Journal of Music Therapy**, 37, 118-146.

Roberts, M. C. (Ed). (2003). **Handbook of Pediatric Psychology**, 3rd edition.

Seagull, E. (2000). Beyond mothers and children: Finding the family in pediatric psychology. **Journal of pediatric psychology**, 25, 161-169.

Wright L. (1967). The Pediatric Psychologist: A Role Model. **American Psychologist** 22, 4. 323-325.





"מדברים מהבטן"

מאת: פטריסיה מן-בוטבול

הכותבת:

מתמחה בפסיכולוגיה רפואית
המרכז הרפואי קפלן



"שיתוף הפעולה בין השירות הפסיכולוגי והיחידה הגסטרו-אנטרולוגית ילדים ונוער, נובע מתוך ההבנה כי התייחסות ודאגה לצרכים הרגשיים של הילדים ובני-משפחותיהם בהקשר מערכתי ועל-פי המודל הביו-פסיכו- (Engel, 1977), יביאו לשיפור בהתמודדות שלהם עם מצבים גסטרו-אנטרולוגיים שונים. הגישה המערכתית רואה את הילד בהקשר חברתי מערכתי רחב, הכולל את המשפחה וסביבתו החברתית, כמו בית הספר וגורמים נוספים בקהילה וכן את סביבתו הטיפולית בבית החולים. היחידה הגסטרו-אנטרולוגית ילדים ונוער כוללת מרפאה ואשפוז יום. אני, כפסיכולוגית רפואית, נמצאת בקשר רציף עם מנהלת היחידה ד"ר מיכל קורי ושאר אנשי הצוות ובתוכם אחיות, עובדת סוציאלית, דיאטנית וצוות המרכז החינוכי.

המקרים המופנים להתערבות פסיכולוגית מגוונים ונחלקים לשלוש קבוצות עיקריות: הפרעות פונקציונאליות הכוללות – הפרעות אכילה, בעיות הזנה, או הפרעות הפרשה, כמו עצירות או אנקופרזיס. אחרים מופנים עקב **כאבי בטן בלתי מוסברים**, אשר לאחר תהליך ההערכה וההתערבות נמצא, כי יכולים לנבוע ממצבים רגשיים שונים כמו: חרדת נטישה, חרדה חברתית, school phobia, או חרדת מבחנים. קבוצה משמעותית נוספת המופנית אלינו, היא חולי **מחלות מעי דלקתיות** (Inflammatory Bowel Disease=IBD) ובני משפחותיהם וכן הסובלים ממחלות כרוניות נוספות כגון: **צליאק**. בקבוצה אחרונה זו התערבות נדרשת בעיקר כאשר עולים קשיים בקבלת המחלה והתמודדות עמה, קשיים בהיענות לטיפול או קשיים סביב הקשר עם הצוות המטפל.

ההתערבות הפסיכולוגית באה לידי ביטוי באופן שונה בשלב האבחון, הטיפול והמעקב, בהתאם למצבים הרפואיים השונים. למשל, סביב אבחון IBD, הטיפול הפסיכולוגי נועד בעיקרו לסייע לילד ולמשפחתו להתמודד עם המצב הבריאותי-פיזי החדש, לסייע בגיוס משאבים פנימיים וחיצוניים ולעודד במידת האפשר התפתחות וצמיחה אישית. ואילו באנקופרזיס או בכאבי-בטן ללא ממצא רפואי, עבודתי בשלב הראשוני תהיה בעיקר סביב לקיחת אנמנזה מקיפה וניסיון לאתר את הגורמים הרגשיים שתורמים למצב, בכדי לבנות תוכנית טיפולית מתאימה. הסטינג של ההתערבות משתנה בהתאם לנסיבות המקרה וסיבת ההפניה כאשר המפגש הטיפולי יכול להיערך במיטת הילד במחלקת האשפוז, באחד מחדרי המרפאה הגסטרו-אנטרולוגית או בחדר הטיפולים בשירות הפסיכולוגי הנמצא בסמוך למרפאה.

הטיפול המוצע משלב התערבויות המקובלות בפסיכולוגיה הרפואית והוא כולל גישות דינאמיות, אקזיסטנציאליסטיות, אינטר-פרסונאליות, נרטיביות וקוגניטיביות-התנהגותיות. בנוסף, מתבצעת גם התערבות מניעתית ופסיכו-חינוכית כגון, שינוי התנהגות בריאותית (למשל, בעת שינוי תזונתי במחלות IBD וצליאק), התערבות במשבר סביב אבחנה או מצבים רפואיים אקוטיים (הכוללת תכניות לניהול דחק, וטכניקות פסיכו-פיזיולוגיות כמו הרפיה ודמיון מודרך), הכנה לניתוחים ופרוצדורות רפואיות (לפני בדיקות חודרניות ותהליך ניתוחי), התערבויות בזמן אשפוז (הערכה ותמיכה של חולי קרוהן וקוליטיס). במסגרת עבודתי נערכת Consultation-liaison (פגישת ייעוץ משותפת לפסיכולוג הרפואי, הרופא והמטופל) וכן ישיבות צוות משותפות קבועות ומפגשים עם אנשי הצוות הרפואי (על רקע קשיים אישיים או מערכתיים העולים בעבודה המשותפת).

קבוצת חולים גדולה עימה אני באה במגע בעבודתי ואשר דורשת פעמים רבות גם התערבות מתמשכת וסביב מצבים רפואיים מורכבים יותר היא חולי IBD. מחלות מעי דלקתיות (IBD) נגרמות כתוצאה מדלקת כרונית באזורים שונים של המעי. הן כוללות שתי מחלות עיקריות: מחלת קרוהן (Crohn's disease) ודלקת כיבית של המעי הגס (Ulcerative Colitis), אשר נבדלות בעיקר במיקום המחלה במערכת העיכול. הסיבה לפריצת IBD אינה ידועה, אך ידוע כי המחלה היא רב-גורמית, כלומר שגורמים רבים תורמים לפריצתה, כולל גורמים גנטיים, מזהמים, אימונולוגיים, תזונתיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. ל-IBD מהלך בלתי צפוי ותדירות התפרצויותיה שונה מחולה לחולה. המחלה מתאפיינת בדרך כלל באירועים חוזרים של שלשולים, כאבי בטן, חוסר תיאבון, עייפות, חולשה, חום וירידה משקל.



"ההתערבות הפסיכולוגית באה לידי ביטוי באופן שונה בשלב האבחון, הטיפול והמעקב, בהתאם למצבים הרפואיים השונים. למשל, סביב אבחון IBD, הטיפול הפסיכולוגי נועד בעיקרו לסייע לילד ולמשפחתו להתמודד עם המצב הבריאותי-פיזי החדש, לסייע בגיוס משאבים פנימיים וחיצוניים ולעודד במידת האפשר התפתחות וצמיחה אישית. ואילו באנקופרזיס או בכאבי-בטן ללא ממצא רפואי, עבודתי בשלב הראשוני תהיה בעיקר סביב לקיחת אנמנזה מקיפה וניסיון לאתר את הגורמים הרגשיים שתורמים למצב, בכדי לבנות תוכנית טיפולית מתאימה





ילדים ובני-נוער החולים ב-IBD, נדרשים להתמודד עם ההשלכות הבריאותיות, ההתנהגותיות והרגשיות של המחלה. הטיפול הרפואי דורש ביקורים תכופים במרפאות ובבתי-חולים, בדיקות גופניות תקופתיות, בדיקות דם, נטילת תרופות ושינויים באורחות חיים. כל זאת, תוך כדי שהם ממשיכים להתמודד עם מסלול החיים הנורמטיבי התואם את גילם, כמו: לימודים, קשרים חברתיים, פעילות פנאי, התבגרות ועוד.

מחלת IBD טומנת בחובה השפעות התנהגותיות, חברתיות ורגשיות נרחבות שעלולות לפגוע ברווחה הפסיכולוגית של החולים. במקרים רבים מכתובה המחלה מידה מסוימת של תלות במבוגרים. הורים מוצאים עצמם מעורבים בתפקוד הבסיסי ביותר של ילדם, בתקופה בה הוא מכוון לפתח עצמאות, השתחררות מתכתיבי המבוגרים ובנייה של תחושה של יכולת עצמית. פיתוח העצמאות עלול להתעכב עקב מאמצי ההסתגלות למחלה, אובדן הביטחון בתפקוד האישי והגופני, וההישענות על ההורים בחיפוש אחר תמיכה וביטחון. הגבלה על חופש הפעולה בתקופה זו עקב המחלה, אף היא עלולה לגרום למצוקה רבה ותלות בטיפול הרפואי ומתנגשת ברצון לאוטונומיה, ובשאיפה להיות כמו כולם. אצל ילדים ומתבגרים שינוי בתפקוד הגופני עלול להוביל לתחושת חריגות, בושה, דאגה להופעתם החיצונית ולעיסוק במגוון שאלות, כגון: "האם אני נורמאלי?", "כיצד אתפקד בקשר אינטימי?" "האם אוכל להתגייס לצבא?" ועוד.

מחקרים עדכניים מראים כי ישנה השפעה הדדית בין רווחתם הפסיכולוגית של חולי IBD, לבין מהלך המחלה ודרכי ההתמודדות עמה וכי שיתוף ותמיכה של קבוצת חולים נותנת תחושה של שותפות גורל ומגבירה את יכולת ההתמודדות עם המחלה.

בהמשך להבנה זו ומעבר להתערבויות הפסיכולוגיות הפרטניות עם חולי IBD קיימו השנה, לראשונה במרכז הרפואי קפלן, סדנא חווייתית למתבגרים עם מחלות מעי דלקתיות ולהוריהם שכותרתה: **כל מה שרצית לשאול על מחלות מעי דלקתיות ולא העזת לשאול**. הסדנא הייתה יוזמה משותפת של

השירות הפסיכולוגי והמרפאה הגסטרו-אנטרולוגית ילדים ונוער. מטרתה הייתה הכרות בין קהיליית המתבגרים והוריהם ופעילות קבוצתית חווייתית אשר אפשרה ביטוי רגשי סביב ההתמודדות עם המחלה. את הסדנא פתחנו בהרצאה של ד"ר מיכל קורי, מנהלת היחידה הגסטרו-אנטרולוגית ילדים ונוער, שכללה מידע מקיף לגבי המחלה, ההבדל בין קרוהון לקוליטיס, הגורמים למחלה, תסמינים, דרכי טיפול וכן התייחסות להיבטים רגשיים הקשורים להתלקחות המחלה והשלכותיה. בחלק השני של הסדנא התחלקו המשתתפים לעבודה בקבוצות, הורים לחוד ומתבגרים לחוד. ההורים התכנסו לקבוצת דיון בה נידונו דרכי התמודדות שונות עם ההשלכות של מחלת ילדיהם והועלו תכנים הקשורים לשינוי שחל ביחסי הורה ילד עקב המחלה, המשמעות של להיות הורה למתבגר חולה, תוך שיתוף בדאגות, חששות והחוויה הרגשית של כל אחד מן ההורים עם ילדו שלו. במקביל, קבוצת המתבגרים עברה פעילות בה הקו המנחה היה יצירת תחושת ביטחון ושיתוף הדדי, ככול הנוגע להתמודדות הרגשית עם המחלה והשלכותיה. המתבגרים קיימו דו-שיח זה עם זה, תוך שיתוף בתכנים הקשורים לשינוי שחל בחייהם בעקבות המחלה, התמודדות עם הטיפול הרפואי, האשפוזים החוזרים והניסיון להמשיך להתמודד עם מסלול החיים הנורמטיבי, התואם את גילם כמו: לימודים, קשרים חברתיים, פעילות פנאי ועיסוק עם שאלות עתידיות כדוגמת הגיוס לצבא. השיתוף אפשר העלאה של סוגיות שונות הקשורות להתמודדות עם המחלה והשלכותיה, תחושת שייכות לצד אוטונומיה ונפרדות. את המפגש סיימו בהדלקת נרות חגיגת ובברכות המשתתפים על שיתוף הפעולה בין השרות הפסיכולוגי למרפאה הגסטרו-אנטרולוגית.

עקב הדרישה לקיום סדנא במתכונת דומה ובמטרה לקדם את הרווחה האישית והגופנית של החולים ובני משפחותיהם אני שותפה בימים אלו בצוות המארגן את הסדנא הבאה אשר תתקיים בחופשת הסוכות הקרובה ותורחב למתן מענה גם לילדים חולי IBD ומשפחותיהם, בנוסף למתבגרים, ותהיה בסימן תמיכה חברתית.

ביבליוגרפיה:

lessons in providing support. **Gastroenterology Nursing**; 10(3):119-124.

Joachim G. (2002). An assessment of social support in people with inflammatory bowel disease. **Gastroenterology Nursing**; 25(6):246-252

Takacs, L.K., and Kollman,C.E.(1994). An inflammatory bowel disease support group for teens and their parents. **Gastroenterology Nursing**, 17(1), 11-13.

Sewitch, M. J., Abrhamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E., Cohen, A., Katz, S., Szego, P. L. & Dobkin, P. L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patiebtbs with inflammatory disease. **The American Journal of Gastroenterology**, 96(5), 1470-1479.

Brydolf M, Segesten K. (1996). Living with ulcerative colitis: experiences of adolescents and young adults. **Journal of Advanced Nursing**; 23:39-47.

Casati, J. & Toner, B. B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. **Biomedicine & pharmacotherapy**, 54, 388-393.

Decker JW. (1999). The effects of inflammatory bowel disease on adolescents. **Gastroenterology Nursing**; 23 (2):63-66.

Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**. 196:129 136.

Joachim G. (1998). The birth and dissolution of an inflammatory bowel disease support group:





המרפאה הפסיכו-סומאטית בבית החולים שניידר

ברק סלוצקר

הכותב:

פסיכולוג רפואי. מתמחה בבית החולים שניידר וחבר בצוות המרפאה הפסיכו-סומאטית.



המרפאה הפסיכו-סומאטית בבית החולים שניידר לילדים בפתח תקווה, בראשות הפסיכולוג אנדרס קוניצ'זקי, מורכבת מצוות של פסיכולוגים רפואיים, שיקומיים וקליניים ופועלת במסגרת המחלקה לרפואה פסיכולוגית שבבית החולים (בראשות פרופסור אלן אפטר). הפסיכו-סומאטיקה היא תחום קליני, העוסק בקשר שבין הגוף והנפש והשפעתו על התפתחות של מחלות, או תופעות גופניות. המונח "הפרעה פסיכו-סומאטית" נתבע לפני שנים רבות, כאשר חשבו שגורמים רגשיים/נפשיים הם הסיבה הבלעדית למחלות גופניות מסוימות כמו: אסטמה, כיב-קיבה, יתר לחץ דם ראשוני ועוד. הנחת היסוד הרווחת כיום היא, שלמחלות אלה קיימת תשתית פיזיולוגית ברורה ומצבים פסיכולוגיים משפיעים על התפרצות המחלה ומהלכה. ההפרעה הסומאטית השכיחה ביותר בקרב ילדים ונוער הינה הפרעת כאב (Pain Disorder). במרכז עומדת תלונה חוזרת ומתמשכת של כאב מסוים, שמגביל את הפעילויות הרגילות של הילד. כאבי-בטן, ראש וגפיים, שכיחים מאוד בתקופת הילדות וההתבגרות. כ- 15% מילדי בית הספר מתלוננים על כאבי-בטן, מספרים דומים מדווחים לגבי כאבי-ראש וגפיים, כאשר כאבים שונים יכולים להופיע בו-זמנית. ברוב המקרים (כ- 90%) לא נמצא הסבר גופני לתלונות ולכאבים.

המרפאה מספקת מענה למגוון רחב של בעיות פסיכו-סומאטיות כגון: הפרעה כפייתית של תלישת שיער ממקומות שונים בגוף, גירודים אובססיביים, התקפי הקאות, חרדות ופוביות, כאבים שונים ללא ממצא רפואי מסביר ומחלות נוספות המושפעות ממתח וחרדה. הטיפול המוצע משלב שיטות כמו: היפנוזה וביופידבק, ביחד עם שיטות טיפול פסיכולוגיות ממוקדות וקצרות טווח ומהווה מודל טיפולי ייחודי לבעיות פסיכו-סומאטיות אצל ילדים ובני-נוער.

אני יכול להעיד באופן אישי, שהעבודה בצוות המרפאה היא חוויה מרתקת ולא שגרתית. יצירת הקשר עם הילד/ה או הנער/ה, הבנת התמונה הסימפטומטית לעומק, הרכבת תכנית טיפולית שתהווה מענה מתאים לקשיים שלו ועד התאמת השיטות והטכניקות הטיפוליות באופן ספציפי והאימון לשימוש עצמי נכון בחיי היום-יום – כל אלו מעמיקים את ההבנה בעולם הרחב של תופעות גוף-נפש ודורשים שכלול מתמיד של השימוש ב"ארגז הכלים הטיפולי" ושילוב בצורה נכונה בתהליך הטיפול עצמו. המשימה אינה פשוטה והיא משולבת באתגרים הרבים שקיימים בעבודה טיפולית עם ילדים ובני-נוער בגילאים שונים. כמתמחה בפסיכולוגיה רפואית, המתנסה בחוויות טיפוליות שונות ובמסגרות שונות, המרפאה הפסיכו-סומאטית היא ללא ספק אחד המוקדים המרכזיים להעשרת הידע והכלים הטיפוליים.

תיאור מקרה טיפולי במרפאה "לבד בלילה"

חיים הגיע למרפאה מלווה בהוריו, לאחר חודשיים בהם סבל מסימפטומים של חרדה. חיים בן 11, לומד בכיתה ה' בבית-ספר רגיל במרכז. משפחתו מונה שש נפשות: חיים, הוריו ושלושת אחיו הבוגרים בגילאים 16-22. המשפחה חילונית ונורמטיבית, מתגוררת במרכז הארץ. בין האחים מתוארים קשרים טובים. התרשמתי מהדינאמיקה המשפחתית החיובית, מפתחות ההורים ונכונותם להיעזר בטיפול. סיבת הפנייה למרפאה הייתה תגובת חרדה חזקה, כאשר חיים צריך להישאר לבד בבית. תגובה זו כוללת התקפת בכי קשה, המלווה בהתפרצות של סימפטומים גופניים ובעיקר כאבי-בטן וכאבי-ראש חזקים. במילים של הוריו "התנהגות שממש לא מאפיינת את הילד". באינטייק התברר, שעד ההגעה למרפאה החמירו הסימפטומים והוכללו עד למצב בו פרצו בכל פעם שהיה צריך להישאר לבד בחדרו. מעבר לפגיעה התפקודית הקשה וההשפעה על השגרה המשפחתית (דואגים שתמיד יהיה איתו מישהו בבית), חוסר יכולתו להיות לבד הביא לשינוי סדרי השינה בבית. חיים למעשה ישן במשך תקופה עם כל אחד משלושת אחיו הבוגרים, נודד מחדר לחדר, כשהוא מפחד להיות ער לבדו בלילה ומחפש את קרבתם של הבוגרים המספקת תחושת ביטחון מרגיעה. בזמן ההגעה לטיפול ישן כמעט שבועיים בחדר של הוריו לאחר שבמילותיו: "לאחים שלי נמאס מהפחדים שלי בלילה". יכולתי להרגיש את תחושת התסכול וחוסר האונים בקולו.

"ההפרעה הסומאטית השכיחה ביותר בקרב ילדים ונוער הינה הפרעת כאב (Pain Disorder). במרכז עומדת תלונה חוזרת ומתמשכת של כאב מסוים, שמגביל את הפעילויות הרגילות של הילד. כאבי-בטן, ראש וגפיים, שכיחים מאוד בתקופת הילדות וההתבגרות. כ- 15% מילדי בית הספר מתלוננים על כאבי-בטן, מספרים דומים מדווחים לגבי כאבי ראש וגפיים, כאשר כאבים שונים יכולים להופיע בו-זמנית. ברוב המקרים (כ- 90%) לא נמצא הסבר גופני לתלונות ולכאבים"





נמשך 17 פגישות. בסיומו התקיימה פרידה מרגשת מחיים ומשפחתו. שלושה חודשים לאחר סיום הטיפול, עודכנתי כי חיים כבר אינו סובל מחרדות ומתפקד באופן מלא. במילים של הוריו "חיים חזר לעצמו וכבר לא מפחד להיות לבד".

הסבר על הטיפול.

הטיפול מהווה דוגמא לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד וקצר-מועד המשולב בהדרכות הורים. הטיפול כולל הסבר פסיכו-חינוכי נרחב, על תהליך החרדה והמערכות השונות המעורבות, נורמליזציה של התופעה וריפויימניג של אמונות שגויות ולא אדפטיביות. במקביל לתכנית חשיפה לחיזוק ההתמודדות וכנגד ההימנעות, נלמדות טכניקות ושיטות להגברת יכולת השליטה, ותרגול עצמי יומי שלהם בסביבה הביתית. בהדרכות ההורים ניתן הסבר מקיף על התהליך ונגזרותיו, הכולל דגשים להתנהלות הורית ומשפחתית נכונה.

חרדה

פחדים וחרדות מהווים חלק מילדות רגילה והמצבים המעוררים פחדים משתנים עם הגיל והבשלות הקוגניטיבית. תגובות חרדה הן למעשה ההפרעות הפסיכיאטריות השכיחות ביותר בילדות והן מופיעות בקרב 8%-10 מהילדים והמתבגרים. מתוך תיאוריות של למידה, או התנהגות, צמחו חלק מהטיפולים היעילים ביותר להפרעות חרדה. על-פי תיאוריות אלו, חרדה היא תגובה מותנית לגירוי סביבתי מסוים ולכן הטיפול כולל חשיפה חוזרת לגירוי המפחיד. יחד עם זאת, בשנים האחרונות גובר עניינם של התיאורטיקנים בהמשגת הפרעות חרדה בגישות קוגניטיביות, שלפיהן חשיבה מוטעית או מזיקה, עלולה ללוות הפרעות חרדה. ילדים הלוקים בהפרעת חרדה נוטים להפריז בהערכת מידת הסכנה והנזק האפשרי בסיטואציה נתונה וכן להמעיט ביכולתם להתמודד עם הסכנה לרווחת הפיזית או הנפשית. לכן, לתחושת הפאניקה יתלוו מחשבות הקשורות באיבוד שליטה ובפחד ממוות, שבאות בנוסף לתגובות פיזיולוגיות נלוות כגון רעידות, דפיקות לב, וכאבים שונים.

הטיפול הקוגניטיבי-תנהגותי בפוביות ייחודיות, הוא כפי הנראה הדגם המתקדם והמפורט ביותר של הגישה הטיפולית בהפרעות חרדה בגילאים הצעירים. מרכיביו העיקריים הם: תהליך של דה-סנסיטיזציה לגירוי/המצב המאיים באמצעות חשיפות חוזרות ומודלינג התנהגותי. בנוסף, המטופל לומד להשתמש בעצמו בשיטות שונות (Self management techniques) לחיזוק יכולת ההתמודדות והשליטה הגופנית, ביניהן נכללות טכניקות שונות להרפיה והרגעות. לבסוף, ניתנים חיזוקים ומשובים תואמים לצעדים חיוביים, במקרים רבים בשיתוף ובהדרכת המשפחה.

בפגישות הראשונות נחשף עולמו הפנימי של ילד גישי וסקרן, שיוצר קשר ללא קושי ומשתף פעולה. היות וזו חווייתו הטיפולית הראשונה, שוחחנו תחילה על משמעות הטיפול ומטרתו. חיים ציין את רצונו ללמוד כיצד להתמודד נכונה עם הסימפטומים המתוארים. לאחר שנוצר קשר טיפולי טוב ולמדנו להכיר אחד את השני, התחלנו לשוחח בצורה ישירה יותר על החרדה והסימפטומים. ההסבר על תהליך החרדה והתגובות המעורבות והנורמליזציה של מצבו (לא הילד היחיד בעולם שחווה תופעה כזאת...) הביאו להגיעה, שחיים היטיב לבטא למחות גילו הצעיר. הוא החל לשתף ולחשוף תכנים עמוקים יותר והתברר שלפני כמעט שנה חיים היה עד לפריצה לבית השכנים (המשטרה הגיעה ורדפה אחרי הגנבים שניסו להסתתר בבניין של חיים). הפריצה והחלום המפחיד שחיים חלם באותו הלילה התגלו כטריגר העיקרי לפרוץ תגובת החרדה. לאחר הבנת התהליך והתגובות הנלוות, התחלנו להרכיב תכנית חשיפה מפורטת להתמודדות עם תחושת החרדה העולה בסיטואציות שונות. במקביל הנחייתי שיחה משפחתית שמטרתה לחזק את תחושת הביטחון של חיים בביתו, תוך התייחסות לאירוע הקשה שפגע בתחושה זו. האב אף הגדיל לעשות ועבר עם חיים על כל המנעולים החזקים בבית ועל מספרי החיחום, שחיים הקפיד מאותו הרגע לשמור בחדרו. התגובה החיובית של חיים לשיחה, אפשרה המעבר לשלב הבא. התחלנו לעבור בצורה איטית על תכנית החשיפה שהורכבה, תוך דיון מתמיד בתגובות הגופניות והקוגניטיביות המעורבות ודגש על גרף החרדה ועל ההקלה הנובעת מתרגול והתמודדות (בניגוד לתגובת הימנעות המחזקת את החרדה). ביצענו תרגולי ביו-פידבק והיפנוזה שהלכו והעמיקו וחיים קיבל שיעורי בית לתרגול עצמי יומי של השיטות שנלמדו. בשיחות הדרכת ההורים שליוו את הטיפול, שולבו ההורים בתכנית החשיפה באופן פעיל והנחו ללוות את חיים ולפקח על התהליך וביצוע המשימות. בנוסף, ניתנו דגשים נוספים הקשורים לדרכים המתאימות להתמודדות עם ביטויי החרדה של חיים: מתי לגלות אמפטיה, מתי דרשים גבולות ברורים, שימוש מתאים בעונשים וחיזוקים ודגשים נוספים הקשורים גם להתנהלות ולדינאמיקה המשפחתית.

לאחר 10 פגישות תוארה הקלה בחומרת הסימפטומים ושיפור משמעותי ביכולת ההתמודדות של חיים. באחת הפגישות האחרונות הוא תאר חלום, שבו גנב ניסה לפרוץ אליהם הביתה, אך נבלם על-ידי המנעול החזק. בחלום חיים התקשר למשטרה שהגיעה, תפסה את הגנב ושיבחה אותו על תגובתו המהירה. בפגישות האחרונות דווח על סיום מוצלח של תכנית החשיפה הביתית. לפני סיומו של הטיפול, סיפר חיים בגאווה, כיצד הוא מצליח ללכת לישון בחדרו ובמיטתו כבעבר ואף על מקרים בהם הסכים להיות לבד בבית. המלצתי לחיים להמשיך ולתרגל את השיטות והטכניקות שנלמדו. הטיפול

ביבליוגרפיה:

זקהיים פ. (2004): כשהגוף מדבר – הפרעות פסיכוגניות בילדים ונוער. מרכז רפואי רמב"ם, מגזין "אדם", גיליון מספר 2.

Klein r. 1994: **Anxiety disorders in child and adolescent psychiatry: Modern approaches** 3rd ed. Blackwell Scientific. Boston.

אליצור א. טיאנו ש. מוניץ ח. נוימן מ. (1998): **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה**, אוניברסיטת תל אביב, פפירוס.

אפטר א', הטב י', ויצמן א', טיאנו ש' (2006): **פסיכיאטריה של הילד והמתבגר**, אוניברסיטת תל אביב, דיונון.





לשבור את המעגל

טיפול קוגניטיבי התנהגותי וביופידבק במקרה של תסמונת הקאות חזרתיות (CVS)

אנדרס קוניצ'זקי, ברק סלוצקר, דורון גוטהלף

תקציר

מאמר זה מציג מקרה של טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), בשילוב ביופידבק, אשר פועל על השתנות קצב הלב (HRV), בנער בן 13 הסובל מתסמונת הקאות חזרתיות (CVS) ושלא הגיב לטיפול תרופתי. התסמונת מאופיינת על-ידי הקאות חוזרות ונשנות עם תקופות ללא סימפטומים לסירוגין. הטריגרים להקאות כוללים חרדה מקדימה, הקשורה לבחינות בבית הספר, לקונפליקטים משפחתיים ולמסיבות יום-הולדת, כמו-גם למחלות מדבקות ולמאכלים ספציפיים. תוכנית הטיפול הנוכחית התמקדה בשני גורמים אטיולוגיים מרכזיים: חוסר איזון במערכת האוטונומית וחרדה מקדימה. תוצאות הטיפול מצביעות על כך, שניתן למנוע הקאות בהצלחה באמצעות סיוע למטופל לזהות גורמי דחק פסיכולוגיים ולנהלם, לווסת דפוסים הקשורים לקצב הלב (HRV) ולזכות בתחושה מחודשת של שליטה בגוף ושל מסוגלות עצמית.

מבוא

תסמונת הקאות חזרתיות (להלן, CVS) מאופיינת על-ידי מקרים מובחנים חוזרים ונשנים של בחילה אינטנסיבית והקאות. מקרים אלו נמשכים בין שעה לעשרה ימים, לפחות ארבע פעמים בשעה, כשביניהם מרווח זמן שאינו עולה על שבוע. בכל פרק זמן כזה, צריכים להתרחש לפחות חמישה התקפים, או מינימום של שלושה התקפים במשך תקופה של שישה חודשים, שביניהם תקופות רגיעה ללא סימפטומים של הקיבה והמעיים (Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders, 2006). לעתים קרובות ישנו שלב של סימנים מקדימים, אשר כוללים בין היתר בחילה וחיוורון (Hyman et al., 2006). חשוב לציין, שאין בנמצא סימנים מדעיים לפיהם ניתן לאבחן CVS; כגון בדיקות מעבדה או שיטות הדמיה. האבחנה הינה קלינית ומבוססת על עמידה בקריטריונים הנ"ל, בהעדר הסבר חלופי (Li, 2000). האבחנות המבדלות כוללות CVS אידיופטי, הפרעות של הקיבה והמעיים כגון פתלת המעי (intestinal malrotation), מיימת כלייתית (hydronephrosis) והפרעות שאינן קשורות למעיים, לרבות גידול בגזע המוח, לחץ תוך-גולגולתי מוגבר, אפילפסיה בטנית והפרעות מטבוליות (Sunku, 2009). התסמונת מתחילה בדרך כלל לפני גיל חמש ומשתפרת מעצמה עם ההתבגרות. למרות שאחוז קטן מקרב הילדים עוברים את כל שלושת השלבים המחזוריים של המחלה (מעבר מ-CVS למיגרנה בטנית ולבסוף למיגרנה המתבטאת בכאבי ראש), רוב הילדים מחלימים עד הגיעם לגיל 10 (Li et al, 2008). שכיחותה של ההפרעה אינה ידועה במדויק; מידע אפידמיולוגי מצביע על כך שהתסמונת מאובחנת כיום יותר מאשר בעבר, בקרב כמעט 2% מכלל ילדי הגן (Forbes & Fairbrother, 2008).

הגורמים הפיזיולוגיים שבסיס ההפרעה

על-אף שהתסמונת כרוכה בהקאות אינטנסיביות, היעדרם של גורמים אטיולוגיים ידועים להתהוות המחלה, הוביל לסיווגה כהפרעה תפקודית. מספר גורמים זהו כתורמים להתפתחות ההפרעה, בתוכם גם ראיות לתרומתו של גורם גנטי, בדמות ליקויים ב-5HT_{2A} המיטוכונדרי, שעוברים בתורשה מהאם (Boles, Adams, Ito & Li, 2003). בנוסף לכך, נמצאו ראיות לקיומו של גורם אנטומי של לקות-מוחית, לצד סיכון גבוה פי שמונה, להימצאותם של מאפיינים דיס-אוטונומיים ושל הפרעות של תעלות יונים ולקות בתפקוד האנדוקריני (Boles, Powers & Adams, 2006). עוד נמצא, שילדים הלוקים ב-CVS לוקים גם בחוסר איזון במערכת האוטונומית, מה שמהווה גורם מרכזי להיווצרות הסימפטומים של הקיבה והמעיים. הדבר ניכר בתגובות קרדיו-וסקולריות מופרזות לשינויים בתנוחה ובויסות הסימפטטי של קצב הסינוס, המגולם על-ידי יחס תדירות השתנות קצב הלב של 1.45, לעומת 0.89 בקרב ילדים בריאים (To, Issenman & Kamath, 1999).

הכותבים:

המרפאה להפרעות פסיכוסומטיות, המחלקה לפסיכיאטריה של הילד, מרכז פיינברג לחקר הילד, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, פתח תקווה; המגמה לפסיכולוגיה רפואית, המכללה האקדמית תל-אביב-יפו והפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב.

ניתן ליצור קשר עם אנדרס

קוניצ'זקי באימייל:

andres_k_il@yahoo.com



"תסמונת הקאות חזרתיות מאופיינת על-ידי מקרים מובחנים חוזרים ונשנים של בחילה אינטנסיבית והקאות. מקרים אלו נמשכים בין שעה לעשרה ימים, לפחות ארבע פעמים בשעה, כשביניהם מרווח זמן שאינו עולה על שבוע. בכל פרק זמן כזה, צריכים להתרחש לפחות חמישה התקפים, או מינימום של שלושה התקפים במשך תקופה של שישה חודשים, שביניהם תקופות רגיעה ללא סימפטומים של הקיבה והמעיים"





טיפולים פסיכולוגיים ספציפיים ב-CVS. לאור זאת המאמר הנוכחי מציג תיאור מקרה של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (להלן, CBT) בשילוב בטיפול ב-DBT אשר פועל על השתנות קצב הלב בנער הסובל מ-CVS. התערבויות טיפוליות אלו בוצעו משום הטיפול התרופתי התגלה כבלתי יעיל.

תאור המקרה

ד', נער בן 13 המאובחן כלוקה ב-CVS, הצעיר מבין שלושה אחים ממשפחה ממעמד סוציו-אקונומי גבוה, התקבל למרפאה הפסיכו-סומאטית שלנו לאחר התקף הקאה שנמשך חמישה ימים. הוריו של ד' תארו אותו כתינוק רגוע עם תת-רגישות סנסורית. כבר בשלבים מוקדמים, ד' הפגין סימפטומים של חרדת פרידה והתקשה לישון בחדרו ולהסתגל לגן הילדים ולכיתה א'. לאחר שטופל בפסיכותרפיה תמיכתית מצבו השתפר במידת מה. כשהגיע למרפאה, הפגין מאפיינים של הפרעת חרדה מוכללת, שהתבטאו ברמות גבוהות של חרדה ודאגנות מופרזת בנוגע להישגיו בבית הספר ולמאורעות חיים, כגון מצבם הכלכלי של הוריו ודאגה לבריאותם. התקף ה-CVS הראשון התרחש בגיל 5, ללא טריגר ברור. מאז ועד לגיל 7, סבל ד' ממחזורים חודשיים, שנמשכו חמישה ימים כל אחד, עם הפסקות של בין רבע שעה לשעה בין ההקאות. הסימפטומים נעלמו למשך תקופה של שנה, עד שיום אחד, לאחר שמלאו לו שמונה שנים, הוא התעורר בבוקר עם התקף הקאה. מאז אותו יום החלו להופיע שוב מחזורים של הקאות. הטריגרים עליהם דיווחו ההורים כללו מסיבות יום-הולדת, שינויים בחיים דוגמת התחלת שנת לימודים חדשה ודלקות אוזניים. שלב הפרודום אופיין על ידי ריור יתר וכאבי גרון, שמנעו מד' מדבר ולאכול כרגיל. בגיל 11 הוא טופל בטבוליות של 20 mg propranolol מ"ג ליום ועוצמת ותדירות ההתקפים פחתה משך תקופה של חודשיים וחצי, שלאחריה המצב שב לקדמותו וכתוצאה מכך הופסק הטיפול התרופתי. בשל הניסיון הלא מוצלח עם הטיפול התרופתי, עם הגעתו למרפאה הפסיכו-סומאטית הוחלט לטפל בו באמצעות טיפול CBT בשילוב בטיפול ב-DBT.

הטיפול במרפאה נמשך ארבעה חודשים וכלל 16 מפגשים. בזמן הטיפול הוא לא נטל אף תרופה. מטרת הטיפול הייתה להתמודד עם החרדה המקדימה ועם אמונות הליבה של CVS, על-מנת להעצים את מסוגלותו העצמית של ד' בניהול התקפי הקאה. הביופידבק יושם כדי לווסת את מאפייני חוסר האיזון במערכת האוטונומית של התסמונת. ניתן לחלק את הטיפול לארבעה שלבים:

שלב 1 חינוך פסיכולוגי. בשלב זה ניתן הסבר, לד' להוריו, באשר למידה שבה מתח וחרדה, מגבירים את ההסתברות להתרחשותו של התקף הקאה. הוצע גם הסבר לקשר בין חרדה וסימפטומים בקיבה ובמעיים. הסברים אלה הגבירו את תחושתו של ד' שהוא מבין את מצבו ויכול לשלוט בסימפטומים שלו ומכאן גם את המסוגלות העצמית שלו.

שלב 2 מיווי CVS. השלב השני של הטיפול כלל זיהוי של הטריגרים השונים, שקדמו להתקפי ההקאה ושל כאבי הגרון ושהיוו חלק משלב הפרודום. הטריגרים העלו את רמת החרדה המקדימה של ד' וכתוצאה מכך הביאו להתקפי הקאה. מניעת

הגורמים הפסיכולוגיים שבסיס הפרעה

הפרופיל הפסיכולוגי של ילדים עם CVS מתאפיין בנטייה להפנמה של רגשות ולקושי בביטוי מילולי של תחושותיהם, דבר המאפיין ילדים הסובלים מהפרעות סומאטו-פורמיות ומהפרעות חרדה (Trabell & Li, 2008). בקרב 76% מהילדים עם CVS זוהו באופן עקבי טריגרים הקודמים למקרי ההקאה, ביניהם: חרדה מקדימה הקשורה לבחינות בבית הספר, קונפליקטים משפחתיים ובאופן ייחודי להפרעה גם אירועי חיים חיוביים כגון מסיבות יום-הולדת (Trabell & Li, 2008). טריגרים אלו עשויים לפעול כגורמי התניה קלאסית המובילים בעצמם לבחילה ולהקאה (McRonal & Fleisher, 2005).

הן המנגנונים הפיזיים והן הפסיכולוגיים מאפשרים לנסח מודל השערתי בנוגע לבחילה והקאות חזרתיות שלפיו – טווח רחב של טריגרים המפעילים התניה קלאסית, מזרזים הפרשה של הורמון החרדה – corticotrophin releasing factor (CRF), שבתורו מעורר רצפטורים ואגליים בגזע המוח, אשר משפיעים על הפעילות של המעיים והקיבה. בניגוד למצב נורמאלי, בו קיים מנגנון של משוב שלילי, שמפסיק את הקשר בין המוח לקיבה, אצל ילדים הסובלים מההפרעה ניתן לראות היעדרה של תגובת משוב שלילית יעילה. היעדר מנגנון מסוג זה, נמצא בעיקר אצל ילדים עם מאפיינים דיס-אוטונומיים אשר מראים פגמים בחילוף החומרים באזורים שונים במוח.

גישות טיפוליות

נדמה שלאור קווי הטיפול המנחים שפורסמו ב-2008 על ידי ה-North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) בדרך כלל מופיעה מבחינה התפתחותית, לפני שמתפתחות מיגרנות, וחולקת עימה מאפיינים קליניים כגון אופייה החזרתי, קיומו של שלב מבשר מחלה (פרודום) וגורמים מזרזים דומים (Stickler, 2005). יתרה לכך נמצאה שכיחות גבוהה של מיגרנות בקרב משפחות של ילדים עם CVS.

ניתן לחלק את הגישות הטיפוליות להפרעה לטיפול מונע – הכולל תרופות נגד מיגרנה דוגמת propranolol ו-cyproheptadine (Sudel & Li, 2005), שמטרתן למנוע התקפים (Li et al, 2008), לצד נוגדי דיכאון טריציקליים דוגמת amitriptyline – ולטיפול מונע החמרה. הטיפול מונע החמרה ניתן במהלך התקפים והוא כולל benzodiazepine (דוגמת lorazepam) (Fennig and Fenning, 1999) וגם נוגדי פרוכוסים דוגמת phenobarbitone, carbamazepine, valproate ו-topiramate (Fleisher & Matar, 1993). ומטרתו למנוע מהסימפטומים להחמיר בשלב ההקאה. אסטרטגיות לניהול CVS בתקופה שבין ההתקפים כוללות: הימנעות מהטריגרים שזוהו, הימנעות משינויים באורח החיים. זאת תוך הסתייעות בהתערבויות פסיכולוגיות, דוגמת אסטרטגיות לניהול דחק, שמטרתן לצמצם את ההשפעות האקסיטטוריות או את גורמי הדחק השליליים, כמו-גם להפחית את הפחד מפני התקפים עתידיים ואת הציפייה להם (Forbes, Withers, Silburn, & McKelvey, 1999). עם זאת, למרות אופייה הכרוני של הפרעה ומרכיב החרדה הניכר בה, למיטב ידיעתנו, אין בנמצא ספרות העוסקת ביישום





לבחירה בטיפול פסיכולוגי ולא בטיפול תרופתי הייתה העובדה שהסימפטומים של ד' חזרו בזמן שטופל ב- **propranolol**. בנוגע לאספקטים הפסיכולוגיים של הטיפול, אנו מאמינים שעל היעדים הטיפולים להיות ספציפיים לשלב ולהתמקד במניעה של התקפים סימפטומטיים. עדיף ליישם סוג זה של טיפול בין התקפי הקאה ולא בשלב האקוטי של המחלה, בו יתקשה הילד לשתף פעולה וההורים יהיו במצוקה ודעתם מוסחת. אנו מאמינים שטיפול CBT עם ביופידבק, הוכיח עצמו כיעיל במקרה הנ"ל בזכות אופיו המובנה והעובדה שהוא מורכב משלבים אשר מאפשרים למטפל להתמודד עם המרכיבים השונים של הפרעה (מרכיבים קוגניטיביים רגשיים והתנהגותיים) וכולל רכיבים של רכיבת מיומנות.

השלב הראשון בטיפול התמקד בחינוך פסיכולוגי, שהסביר למטופל ולהוריו על המנגנונים המעורבים ב- CVS ואפשר לו לזכות בשליטה מחודשת גופו. הדגשת תפקידו של הדחק בזירוז ההתקפים סייעה בעידוד אפשרות השליטה בדחק. השלב השני התמקד בזיהוי גורמי דחק אינדיבידואליים, המובילים להידרדרות פסיכולוגית, החל מאירועים מעוררי חרדה וכלה בתופעות פרודרומליות, שבסופו של דבר מובילות להתחלה של התקף הקאה. כדי להתמודד עם חוסר האיזון במערכת האוטונומית, התמקד השלב השלישי בביופידבק. מדידות השתנות קצב הלב מספקות מידע אמין ובר-שחזור על ויסות אוטונומי של קצב הלב והערכה בנוגע לאיזון שבין מערכת העצבים הסימפתטית והפארא-סימפתטית. דפוס ה- HRV רגישים לשינויים במצבי רוח – במדידת רגשות חיוביים הדפוסים קוהרנטיים והדבר מצביע על סנכרון גדול יותר בפעילות ההדדית בין הענפים הסימפתטיים והפארא-סימפתטיים של מערכת העצבים האוטונומית. הדבר בא לידי ביטוי בדפוס סינוס חלק דמוי-גל במקצבי קצב הלב (קוהרנטיות קצב הלב) ונקודת שיא בתדר צר ובמשרעת גבוהה בטווח התדירות הנמוך של ספקטרום ה-HRV, בתדירות של כ-0.1 הרץ. השימוש בביופידבק אשר פועל על השתנות קצב הלב, אפשר למטופל ללמוד לווסת את חוסר האיזון במערכת האוטונומית ואת התגובות הקרדיו-וסקולריות המופרזות, שנחשבות לחלק מההסברים האטיוולוגיים להפרעה (Chelimsky T, Chelimsky G, 2007). כתוצאה מכך, התאפשרה מניעת הידרדרות האירועים הקשורים לדחק פיזי או פסיכולוגי, המובילים להפרעה של הורמון החרדה, CRF, המעורר רצפטורים ואגליים בגזע המוח וגורמם להקאה (Li, & Misiewicz, 2003; Fleisher, 1999). בדרך כלל, מייד כשמסתים ההתקף יש להחזיר את הילד לבית הספר ולחיי שיגרה כדי לעודד התנהגות בריאותית.

לסיכום, לידיעתנו זהו המקרה הראשון של טיפול מוצלח ב-CVS באמצעות CBT וביופידבק. אנו מאמינים ש-CVS תסמונת שכחה, הזוכה לתת-אבחון, והשפעותיה מחלישות את הילד ופוגמות בחייו ובחיי משפחתו. אנו מוצאים את יכולתו של הטיפול הפסיכולוגי לפתור את בעיית ההקאה של ד' מעודדת, לאור המקרים הרבים בהם הטיפול התרופתי אינו נושא פירות ואינו נותן מענה להפרעה זו. על מנת לבחון לעומק את יעילות הפרוטוקול הטיפולי שהצגנו יש צורך במחקר נוסף בתחום זה עם מדגם מייצג, שישווה בין פרוטוקול CBT וביופידבק ובין טיפול תרופתי ולפלצבו.

התקפים עשויה להיות אפשרית אצל חולים שיכולים לזהות גורמי דחק פסיכולוגיים, שמהם ניתן ולפתח טכניקות קוגניטיביות ופיזיולוגיות להתמודדות עם חרדה מקדימה. טכניקות אלה יושמו בהמשך באמצעות הבנייה קוגניטיבית מחודשת של האמונות הכרוכות ב-CVS ובאמצעות ביופידבק.

שלב 3 הבנייה קוגניטיבית מחודשת. בשלב זה, המטפל דן עם ד' על מחשבותיו בנוגע להקאות. ד' חשף את העובדה, שמהרגע בו חש כאב בגרונו, רמת החרדה המקדימה שלו עולה באופן דרסטי, משום שהוא חושש מהתקף ההקאה הקרב. לכן הוא משוכנע שאין דבר שביכולתו לעשות כדי למנוע אותו. אמונה זו תוגה כאמונת הליבה של CVS והוצגה בפניו אמונת-נגד ("יש לי שליטה על הבטן שלי") על מנת לסייע לד' לזכות באמונה מחודשת ביכולתו לשלוט בהתרחשות כמה מההתקפים. כך שההתניה בין תופעות הפרודרום וההקאה הוחלפה על ידי אמונות של מסוגלות עצמית וטכניקות רגיעה.

שלב 4 ביופידבק. מכיוון שילדים עם CVS נוטים לסבול מחוסר איזון במערכת האוטונומית עם תגובות קרדיו-וסקולריות מופרזות דבר המתבטא ביחס תדירות השתנות קצב הלב של 1.45, לעומת 0.89 בקרב ילדים בריאים (To, Issenman & Kamath, 1999), נעשה שימוש בביופידבק אשר פועל על השתנות קצב הלב (Quantum Intech, Inc. emWave) (HeartMath Institute. McCarty & Tomasino, 2005), למדידת האיזון של מערכת העצבים האוטונומית ולאפשר ויסות באמצעות הפחתה של הפעילות הסימפתטית. הביופידבק, או כפי שכינה אותו ד', "המכשירים נגד ההקאות", סייע לו בהפסקת ההידרדרות של כל התקף באמצעות לימוד טכניקות ויסות עצמי. במשך התרגול, למד ד' טכניקות ניהול לחצים דוגמת נשימה סרעפתית מחזורית ואימון אוטוגני (Shultz & Luthe, 1959), אותן הוא הצליח ליישם בשלב הפרודרום, כל אימת שחש שגרוננו מתחיל לכאוב.

הדרכת הורים. ההורים הודרכו לסייע לד' ביישום טכניקות הרגיעה במהלך שלבים אלה. הם למדו כיצד לזהות את השלב פרודורמלי וכיצד לעזור לד' לבצע אימון אוטוגני והרפיה הדרגתית על מנת שיוכלו לעזור לו לווסת ולמנוע את ההתקף הקרב.

בסיום הטיפול, הסימפטומים של ד' חלפו ויחס תדירות השתנות קצב הלב שלו שהיה 1.43 עם הגיעו לטיפול השתנה ל 0.94. הוא שב לבית הספר והשתתף בפעילויות אחר הצהריים בבית הספר עם חבריו לכיתה. בפגישת מעקב, ארבעה חודשים לאחר סיום הטיפול ושישה לאחר ההתקף האחרון, לא דווח על שום הקאה. יכולתו של ד' לשבור את ההקאה החזרתית היוותה נקודת מפנה בחוויית המסוגלות העצמית שלו. המסוגלות העצמית שזכה בה העניקה לו ולהוריו את הראייה שנדרשה לכך שיש להם שליטה טובה יותר על מצבו.

דין

למיטב ידיעתנו, אין בנמצא דיווחים קודמים על שימוש ב-CBT וביופידבק לצורך טיפול ב-CVS. מרבית הטיפולים ב-CVS מתמקדים בטיפול תרופתי שנמצא כבעל יעילות חלקית על סימפטומים של CVS (Fleisher & Matar, 1993). כיוון שאנו רואים ב-CVS הפרעה פסיכוסומטית הקשורה לחרדה, מצאנו לנכון לנסות ראשית טיפול ב-CBT וביופידבק. מניע נוסף



- Li BUK, Lefevre F, Chelminsky GG, Boles RG, Nelson SP, et al. (2008) North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Cyclic Vomiting Syndrome. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.** 47:379-393.
- Li BU, Misiewicz L. (2003). Cyclic vomiting syndrome: a brain gut disorder. **Gastroenterol Clin North Am** .32:997 1019.
- McCarty R, & Tomasino D.(2005). Heart Rhythm Coherence Feedback: A New Tool for Stress Reduction, Rehabilitation, and Performance Enhancement. Published in: **Proceedings of the first Baltic Forum on Neuronal Regulation and Biofeedback, Riga, Latvia, November** 2-5.
- McRonald FE, Fleisher DR. (2005). Anticipatory nausea in cyclical vomiting. **BMC Pediatr.**5:3.
- Rome Foundation.Guidelines. (2006) Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. **J Gastrointestin Liver Dis.** 15(3):307-312.
- Shultz JH, Luthe W. (1959). **Autogenic training: a psycho-physiological approach in psychotherapy.** New York Grune and Statton.
- Stickler GB. (2005).Relationship between cyclic vomiting syndrome and migraine. **Clin Pediatr (Phila)** . 44:505 8.
- Sudel B & Li BU. (2005). Treatment options for cyclic vomiting syndrome. **Curr Treat Options Gastroenterol** .8:387 95.
- Sunku B. (2009). Cyclic Vomiting Syndrome: A Disorder of All Ages. **Gastroenterology & Hepatology.** Volume 5, Issue 7.
- To J, Issenman RM & Kamath MV, (1999). Evaluation of neurocardiac signals in pediatric patients with cyclic vomiting syndrome through power spectral analysis of heart rate variability. **Jof Pediatr** 1999; 135: 363-6
- Trabell S & Li BUK (2008). Psychiatric Symptoms in Children and Adolescents With Cyclic Vomiting Syndrome and their Parents. **Headache** 2008;48:259-266
- Boles RG, Adams K, & Ito M, Li BU. (2003). Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome with neuromuscular disease. **Am J Med Genet A.**120:474 82.
- Boles RG, Powers AL, Adams K.(2006). Cyclic vomiting syndrome plus. **J Child Neurol.**21:182 8.
- Chelimsky TC,& Chelimsky GG. (2007). Autonomic abnormalities in cyclic vomiting syndrome. **J Pediatr Gastroenterol Nutr** 2007;44:326 30.
- Farquhar HG. Abdominal migraine in children. **Br Med J** 5-12-56; 1082-5.
- Fennig, S & S Fenning.(1999). Diagnostic delays and dilemmas. Management of affected patients in the psychiatric inpatient unit of a general childrens hospital. **General Hospital Psychiatry.** 21 (2): 122-127.
- Fiona E McRonald FE & Fleisher DR (2005) Anticipatory nausea in cyclical vomiting. **BMC Pediatrics** 2005, 5:3
- Fleisher DR, & Matar M. (1993).The Cyclic Vomiting Syndrome: A Report of 71 Cases and Literature Review. **J Pediatr Gastroenterol Nutr . Vol**, 17, No 4.
- Forbes D & Fairbrother S. (2008).Cyclic nausea and vomiting in childhood. **Australian Family Physician.** 37: 1/2, January/February: 33-36.
- Forbes D, Withers G, Silburn S, & McKelvey R. (1999). Psychological and social characteristics and precipitants of vomiting in children with cyclic vomiting syndrome. **Dig Dis Sci.** 44:19S-22S.
- Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, & Taminau J. (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. **Gastroenterology.** 130:1519 26.
- Li BUK.(2000). Cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine. **Int Semin Pediatr Gastroenterol.**;9:1-9.
- Li BU & Fleisher DR. (1999). Cyclic vomiting syndrome: features to be explained by a pathophysiologic model. **Dig Dis Sci** .44 (8 Suppl):13S 8.

גישה אינטגרטיבית בפסיכולוגיה רפואית של הילד מחקר איכותני על טיפול באנקופרזיס

אנדרה רפאלה מלול-לוי

הכותבת:

בוגרת מסלול M.A.
בפסיכולוגיה רפואית המכללה
האקדמית ת"א-יפו.

רקע

אל הטיפול בבעיות הפרשה של ילדים הגעתי תוך התנסותי כמתמחה לפסיכולוגיה רפואית, במסגרת היחידה הגסטרו-אנטרולוגית לילדים במרכז הרפואי קפלן ברחובות. במהלך הפרקטיקום במחלקה זו, הופתעתי להתוודע לריבוי המקרים של ילדים המתקשים להיגמל, או כאלו שנגמלו ופיתחו בעיית הפרשה מאוחר יותר בחייהם. ילדים אלו עברו בדיקות רפואיות מקיפות, שנועדו לשלול גורמים פיזיולוגיים שעשויים להסביר את התופעה. בהיעדר תשובות חד-משמעיות או תשובות המגדירות את הילד כ"בריא", החלו להתעורר תחושות של בלבול וחוסר-אונים בקרב ההורים והצוות המטפל. כאשר הבעיה נמשכה, הקושי של הילד והמשפחה להתמודד והקושי של הצוות הרפואי לסייע גברו בד-בבד. המפגש עם הילדים והמשפחות העלו סוגיות של התמודדות מתמשכת עם סימפטום עיקש, שלעתים נעלם וחזר, ולעתים נשאר ללא שינוי לאורך שנים. להפרעות הפרשה השלכות רבות על דימויו העצמי של ילד, יכולתו להשתלב במסגרת חינוכית וחברתית וכן על יחסיו עם בני-משפחתו. התרשמתי מתחושות של מצוקה וחוסר-אונים בקרב הילדים, משפחותיהם והצוות הרפואי. אכזבה מטיפולים קודמים והישנות הבעיה רק החמירו תחושות אלו.

אנקופרזיס מוגדר לפי ה- DSM IV כאירוע של הפרשת צואה (הצטאות) באופן לא רצוני במקומות לא הולמים, מגיל 4 ומעלה, בתדירות של אירוע לחודש במשך 6 חודשים לפחות, כאשר האירוע אינו מוסבר על ידי אפקט תרופתי, או מצב רפואי כללי אחר. שכיחותה של ההפרעה בגיל 5 הינה 1%-3% כאשר ההפרעה שכיחה יותר בקרב בנים בשיעור של 1:6 (Gatto-Smith, 2005). אנורזיס מוגדר לפי DSM IV כהרטבה חוזרת ונשנית מגיל 5 ומעלה, בתדירות של לפחות 3 פעמים בשבוע למשך חודשיים ברצף לפחות, כאשר האפיזודות אינן מוסברות על-ידי אפקט תרופתי, או מצב רפואי כללי אחר. שכיחותה של ההפרעה בגיל 5 הינה 7% בקרב בנים ו-3% בקרב בנות (Drake, 2005). ידוע שלעתים אנורזיס ואנקופרזיס מתקיימים בו-זמנית, בייחוד בילדים הסובלים מהרטבת יום. כמו-כן, להפרעות הפרשה קומורבידיות גבוהה, עם הפרעות אחרות: ADHD, CD ו- ODD (Aruffo, Ibarra & Strupp, 2000).

מסקירת מאמרים התרשמתי שאנקופרזיס לא נחקר בצורה שיטתית, כמו הפרעות ילדות אחרות. האטיולוגיה של ההפרעה שויכה לגורמים גנטיים, פיזיולוגיים (Nowici & Bishop, 1999), משפחתיים ופסיכולוגיים (Protinsky & Dillard, 1983), וכן לדיאטה, לנורמות חברתיות ולהתייחסות תרבותית. הטיפול לאנקופרזיס נגזר בדרך כלל מטיב ההבנה האטיולוגית והתמקד בהיבט מסוים (בסימפטום הפיזי, בהתנהגות, בקוגניציה, בדפוסים משפחתיים ובאישיות) תוך מיסוכם של היבטים אחרים.

בחיפוש אחר פרוטוקולים טיפוליים, או גישות תיאורטיות שונות העשויות לסייע לי בהבנת הסימפטומים והטיפול בהם גיליתי מעט מאוד חומר מחקרי על סיווג, אבחון וטיפול מותאם פצינט במקרים של אנקופרזיס. במרבית המאמרים האקדמיים על אנקופרזיס, קיימת תפיסה המדגישה צורך בהתערבות התנהגותית ו/או רפואית, כאשר המשגה פסיכו-דינאמית או טיפול באוריינטציה זו מופיעה בצורה מצומצמת (למשל: אריקסון, 1950; קליין בתוך ברונשטיין 2008 וגם (Aruffo, Sugeran, 1999; Clark, Tayler & Bhate, 1990; Hayman, 1974; Ibbara & Strupp, 2000; Drake, 2005). התייחסות לגישה הדינאמית כמקור להבנה תיאורטית הייתה לרוב מהוססת. טיפול דינאמי הוגדר כארוך, יקר ושקשה לנבא באמצעות שיפור במצב המטופל.

במחקר שנערך על ידי Reid & Bahar (2006), ציינו החוקרים כי לרב אנקופרזיס לא נענה לטיפול המכוון להיבטים הפיזיים שלו, בעוד שעבוד רגשות מודחקים וטיפול בקונפליקטים זוגיים ומשפחתיים, הוכחו כיעילים יותר בטווח הארוך. חוקרים אלו ואחרים הציגו מגמה גוברת במהלך השנים לראות את השילוב בין גוף ונפש, בין רפואי ופסיכולוגי וכן לטפל בשילוב פרקטיקות המתייחסות לתחומים נרחבים בחייו של המטופל מתוך ראייה מערכתית (Roberts & Ottinger, 1979; Fundingsrud, 1988; Chaney, 1995; Cox, Moriss, Borowitz & Stuphen, 2000; Reid & Bahar, 2006).

* המאמר מתבסס על עבודת הגמר שהוגשה לצורך קבלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה. העבודה נעשתה בהנחייתו של ד"ר בני פלדמן, מרצה במכללה ומנהל השירות הפסיכולוגי במרכז הרפואי קפלן.



”אנקופרזיס מוגדר לפי ה- DSM IV כאירוע של הפרשת צואה (הצטאות) באופן לא רצוני במקומות לא הולמים, מגיל 4 ומעלה, בתדירות של אירוע לחודש במשך 6 חודשים לפחות, כאשר האירוע אינו מוסבר על ידי אפקט תרופתי, או מצב רפואי כללי אחר”



”בחיפוש אחר פרוטוקולים טיפוליים, או גישות תיאורטיות שונות העשויות לסייע לי בהבנת הסימפטומים והטיפול בהם גיליתי מעט מאוד חומר מחקרי על סיווג, אבחון וטיפול מותאם פצינט במקרים של אנקופרזיס. במרבית המאמרים האקדמיים על אנקופרזיס, קיימת תפיסה המדגישה צורך בהתערבות התנהגותית ו/או רפואית, כאשר המשגה פסיכו-דינאמית או טיפול באוריינטציה זו מופיעה בצורה מצומצמת”



שיחות, שימוש במרחב (למשל – שינוי מקומות ישיבה), מידול ומטלות בית. העבודה עם הילדים כללה squiggles (לפי וויניקוט), ציור, עבודה עם פלסטלינה וצבעי ידיים, משחק טיפולי/משחק תפקידים ועבודה עם קלפים טיפוליים (Animal) בהוצאת נורד.

תיאטרוני הגוף ותסריטי הנפש

במהלך ההתערבות הטיפולית שמתאיב לב לכך שבמרבית המשפחות ישנם קרובי משפחה נוספים, שמתמודדים עם קשיים נפשיים או פיזיים (הרטבה, ורטיגו, מיגרנות, כאבי בטן, דיכאון חרדה וכדומה) וכן גם שמערכות היחסים בין הילדים להוריהם ובין ההורים לבין עצמם טעונות במיוחד.

הצורך להעמיק את הידע התיאטרוני בתחום והצורך בגישה אינטגרטיבית לאבחון ולטיפול בבעיה באופן שמתאים להתערבות ממוקדת וקצרה עם ילד והורים ב- setting הרפואי, הביאה להחלטה לחקור את הנושא באמצעות הבנייה פסיכו-דינאמית שיטתית. הבנייה זו התבססה על מערכות היחסים בין ילדים אנקופרטיים להוריהם בדגש על ההשלכות הנרציסיסטיות של ההורים, על הילדים לפי גישתם של מנזנו, אספסה וזילקה (2005).

לשם כך, ערכתי ניתוח מקרים רטרוספקטיבי, הנשען על הרשומה הטיפולית (רשומה אישית, סיכומי פגישות וסיכום טיפול) של עשרה ילדים והוריהם (ילדים בגילאי 4-16, שמתוכם 8 בנים ו-2 בנות). מערכת היחסים בין הילדים והוריהם נצפתה במהלך הפגישות הטיפוליות והוצגה באמצעות טבלא מארגנת של כל מקרה. הפרקטיקה של ההתייעצות הטיפולית המוכרת בשמה כ"תסריטים נרציסיסטים של הורות" (מנזנו, אספסה וזילקה, 2005), הציעה המשגה דינאמית שהנחתה את ההתערבות, אך לא גזרה בהכרח טיפול דינאמי ארוך טווח, אלא דרכי התערבות ממוקדות וקצרים יחסית. בנוסף, הפרקטיקה סייעה בבניית פרופיל לילדים אנקופרטיים ומשפחותיהם, באמצעות השוואה בין המקרים ובנייתן של טבלאות המציגות את הדומה והשונה בתמונות הסימפטומטיות והמיפוי הדינאמי של המשפחות השונות. הפרקטיקה שולבה עם עקרונות מתוך ספרה של ג'ויס מק'דוגל (תיאטרוני הגוף, 1989) בדבר הקשר הקרוב בין גוף לנפש המתבטא בין השאר במחלות והפרעות גופניות בעיקר במצבים בהם נסיבות פנימיות או חיצוניות מכתיבות את דרכי ההתמודדות הנפשית. באמצעות שילוב התיאוריות הומשגו תיאטרוני הגוף ותסריטי הנפש של הילדים וההורים שהופנו לטיפול.

ממצאים

עולמנו הפנימי מתעצב מתוך מגע ויחסים עם אובייקטים חיצוניים ואובייקטים שהופנמו והפכו לייצוגים פנימיים. הגורמים האינטרא-פסיכיים והאינטר-סובייקטיביים מהווים את הבסיס לפגיעות הפסיכולוגית של הילד ושל הוריו לפתח סימפטומים פתולוגיים.

ההתבוננות בגורמים האינטרא-פסיכיים חשפה שימוש במנגנוני הגנה (גרסיה, הכחשה, הדחקה והרחקה) ואת קיומם של דחפים ופנטזיות (בעלות גוון אדיפאלי, תוקפני, תחרותי או בנושא איברי גוף והפרשות). הפנטזיות והתפקידים הלא-מודעים של ההורים והילדים קובעים את

על מקומו של פסיכולוג רפואי במערכת ואופי התערבותו

העבודה ביחידה הגסטרו-אנטרולוגית – ילדים נעשתה תוך דגש על יחסי רופאה-פסיכולוגית הדוקים בכמה צמתים במסלול הטיפול של הילד-משפחה ביחידה: בשלב ההפניה, לקראת פגישות המעקב של הרופאה ובסיום הטיפול. לעתים ההתערבות אפשרה בדיקות רפואיות שקודם לכן הייתה התנגדות לבצען. מאידך, אבחון משותף של האספקטים ההתנהגותיים-משפחתיים של הבעיה, מנע "מדיקליזציה יתר" בדמות בדיקות מיותרות, או מתן תרופות שלא לצורך. המעבר מהתמקדות בהיבטים פיזיים שאפיינו את שלב הבדיקות הרפואיות לשימוש במושגים רגשיים היה לא פעם – מורכב. תכופות ילדים הגיעו עם סימפטומים אחרים לא פחות מטרידים (התנהגות מסתכנת, בעיות אכילה), שהקשו על ראייה ממוקדת של הבעיה.

להשגת שיתוף פעולה במשולש משפחה-רופא-פסיכולוג בהבנת הסימפטום ובתכנון התערבות בהתאם למשאבי הזמן, נעשה שימוש במודל ה- PLISSIT ההדרגתי של Annon (1976) (מודל שנבנה במקור כהצעה להתערבות הדרגתית של מטפלים בבעיות מיניות המועלות על-ידי אוכלוסיית פונים לא ממוינת). מודל זה הותאם לטיפול בבעיות הפרשה בילדים ומציע 4 שלבים להתערבות שכל אחד מהם כשלעצמו מסייע לחלק מהמטופלים לפתור את בעייתם:

שלב ראשון הנעשה על ידי הרופאה עוד לפני הבדיקה הרפואית הראשונית – העלאת הנושא לדיון פתוח תוך מתן אישור וחיזוק לעצם הפנייה וההתמודדות.

שלב שני נעשה גם כן על ידי הרופאה, במקביל לבדיקה רפואית ראשונית – מתן מידע רלוונטי בנושא ההפרשה וביעור תפיסות מוטעות.

שלב שלישי נעשה בשילוב של הרופאה והפסיכולוגית לאחר סיכום ממצאי הבדיקה הרפואית ועל סמך ארגון ההתרשמות הראשונית של הרופאה בעת הפניה לפסיכולוגית איסוף מידע רחב לגבי אספקטים התנהגותיים, רגשיים ומערכתיים המקיימים את ההצטאות, והצעת תכנית טיפולית ממוקדת בסילוק ההתנהגות הסימפטומטית. שלב זה כלל טכניקות התנהגותיות ותוכניות חיזוקים.

שלב רביעי התערבות המתמקדת בדפוסים המרכזיים של אינטראקציות הורים-ילד וממשיגה אותם תוך התייחסות לתסריטים הנרציסיסטים המאפיינים את היחסים. המשגה זו נעשתה לפי הפרקטיקה של מנזנו, אספסה וזילקה (2005), באמצעותה ניתן בזמן קצר יחסית (פגישה או שתיים) לזהות תמונת מצב הכוללת התייחסות לגורמים אינטרא-פסיכיים, אינטר-סובייקטיביים ומשפחתיים וכן הבנה של התמונה הסימפטומטית, תוך הגדרת מוקד הקושי והאפשרות להתאים את הטיפול לפי הממצאים.

ההתערבות בארבעת השלבים נעשתה על-פי **גישה משולבת**: התנהגותית, דינאמית ומערכתית והתבססה על מצע תיאטרוני נרחב, הכולל את הגישות הקלאסיות, אסכולת יחסי האובייקט ואסכולת הטיפול המשפחתי-מערכתית. עקרונות טיפוליים נלקחו מן התיאוריות והוגמשו לפי הדרישות והאילוצים שעלו מן הטיפולים. הטכניקות כללו





מאפייני הייצוגים העצמיים ואת ההתנהגות. ניתן להתרשם כיצד במקרים שנותחו לצורך העבודה, התסריטים הנרציסיסטים של הורות, המהווים חלק מהתפתחות נורמטיבית של יחסי הורים וילדים, הופכים להיות פתולוגיים, בשל התנגשות צרכיהם של ההורים, עם צרכיו של הילד המתפתח שאינם תואמים את ההשלכה שהוטלה עליו. **הגורמים האינטר-סובייקטיביים הומשגו באמצעות "תסריטים נרציסיסטים של הורות" (מנזנו אספסה וזילקה, 2005) וכוללים את המרכיבים הבאים:**

א. השלכה של ההורים על הילד: ייצוג העצמי של ההורה מושלך על הילד. ייצוג זה מושלך באופן ישיר (כמו שהוא) או באמצעות דימוי פנימי של אובייקט. במרבית המקרים, מטרת ההשלכה היא לענות על צורך בעל טבע נרציסיסטי. קיימות גם מטרות בעלות טבע הגנתי כגון הכחשה של אובדן. מצאתי כי **השלכות ההורים** על הילדים היו ברובן של **אובייקט (עצמי או הורי) נטוש או חסר**, המעיד על קיומם של חסכים אנקליטיים, או נושאים של ספרציה ואובדן, שמקורם בילדות המוקדמת של ההורים ושימושם על הילד (קליין בתוך ברונשטיין, 2008 וכן וויניקוט, 1998).

ב. תגובת הילדים להשלכות הייתה משני סוגים: מחציתם נטו להיענות **"מוחצנת"** ומחציתם להיענות **"מופנמת"**. בשני המקרים הילדים ערכו ניסיון לתעל תוקפנות ותכנים שליליים שהתעוררו בהם כתוצאה מההשלכות ההוריות. ההבדל בין התגובות היה באופן בו בחרו הילדים לתעל את התכנים שהתעוררו בהם, כאשר המוחצנים נטו יותר **acting-out** – תוקפנות גלויה וקשיי התנהגות בולטים בעוד המופנמים נטו יותר **acting-in** – הסתגרות, קושי להביע רגשות והימנעות חברתית. נראה כי מבין הילדים שהגיעו לטיפול, אלו שתגובתם להשלכה הייתה מוחצנת, הראו שיפור רב יותר לעומת ילדים שתגובתם להשלכה הייתה מופנמת.

ג. הזדהות נגדית/הזדהות משלימה של ההורים לתגובת הילד והיווצרות דינאמיקת יחסים שהיא התוצאה של ההשלכות והתגובה אליהן. עשוי להתרחש קיבוע של דינאמיקה מסוימת (למשל-אב ובנו הנשארים תמיד אידיאלים אחד בעיני השני) או ניסיון להביא לשיפוץ העבר (למשל: הורה שחש כננטש בילדותו, מזדהה עם דמות הורה "לא נטוש" / מגונן יתר על המידה על ילדו ודרכו הופך להיות הילד שלא חווה פרידות מעולם).

ד. טרום העברה של ההורים: מדובר על השלכה של אובייקטים פנימיים והיבטים של העצמי של ההורים על המטפל: במרבית המקרים הדימוי שההורים משליכים על הילד זהה לדימוי שמושלך על המטפל, ולכן היחסים האמוציונאליים שיכוננו עמו: חיוביים, שליליים או אמביוולנטיים – יהיו בעלי טבע זהה. בדיקה של **דפוסי "טרום העברה"** הוריים וילדיהם, הראתה כי מרבית האמהות הראו **טרום העברה חיובית** וכל האבות **טרום העברה אמביוולנטית או שלילית:** ייתכן שזה אומר משהו על יחסם של אבות אלו לטיפול, אך במחקר זה נמצא כי טרום ההעברה של האבות כלפי המטפלת, היווה אינדיקציה לקשר של האבות עם ילדיהם. בשל כך, האבות היוו "מפתח" בהמשגת הבעיה, תכנון ההתערבויות והתרת הסימפטום.

ה. טרום העברה של הילד: מרבית הילדים שהגיעו לטיפול הראו **טרום העברה חיובית**. ילדים אלו חוו שיפור **משמעותי יותר** במהלך הטיפול, בהשוואה לילדים שהגיעו עם טרום העברה שלילית. ההסבר לנתון זה עשוי להיות טמון בקיומה של מוטיבציה לקשר עם אחר משמעותי נוסף, לעומת דבקות באובייקט הראשוני והתנגדות לספרציה. ניתן לומר כי ילדים עם טרום העברה חיובית היו מוכנים יותר "לשאת ולתת" עמי בצורה מטפורית על התנהגותם, עולמם הפנימי ואופי הקשר עם הוריהם, לעומת ילדים שהתקשו לייצר נפרדות ואשר התייחסו לסיטואציה הטיפולית בחשדנות תוך הדיפת ניסיונות לייצר שינוי.

גורמים אינטר-פסיכיים ואינטר-סובייקטיביים אלו יצרו **פגיעות פסיכולוגיות. אירועים משבריים בחיי המשפחה** היוו טריגרים **ליצירת הסימפטום האנקופרטי ולשימורו.** הפגיעות הפסיכולוגיות יצרה הפרעה בשלושה מנגנונים משפחתיים – מערכתיים:

א. דפוסי תקשורת – ברוב המקרים ניתן היה להתרשם מהיעדרה של תקשורת פתוחה, קושי בתקשורת רגשית (בעיקר סביב קשיים וכישלונות), וקיומה של תקשורת מילולית ולא מילולית מבלבלת. מק'דוגל (1989) טענה כי כאשר אדם נרתע מהיפרדות ושונות וחש כי הן מאיימות על תחושת ה"עצמי" שלו (מה שקיים אצל ילדים המתקשים בתהליך ספרציה), מתרחש פיצול בין הגוף לנפש העשוי להתבטא בפתולוגיה, שבה הגוף מתנתק מן המסרים הרגשיים של הנפש, כשהוא מותיר למסרים ולתחושות רבי עוצמה לחפש להם ביטוי **לא מילולי**. מתוך תיאורי המקרים, עלה כי בכל המשפחות מתקיימות בעיות תקשורת בדגש על **קושי בהבעה רגשית**. במקרים רבים דיווחו ההורים על חרדה גבוהה, שהייתה קיימת גם במשפחות המקור. שילוב של קושי בביטוי

"ניתוח התנהגות הילדים והורים שטופלו על-ידי הראה, שהסימפטום האנקופרטי משמש בו-זמנית כהפנמה של תוכן קונפליקטואלי של ההורה (in-actment) על-ידי הילד וכ- enactment של קונפליקט מערכתי בהתנהלות המשפחה. בהיבט דינאמי בלטה בכל המקרים חודרנות הורית בהתנהלות עם הילד שהודגמה בטיפולים ונתמכה על ידי דיווח ההורים. על הילדים הושלכו אובייקטים נטושים או חסרים של הוריהם, שהיו טעונים בתחושות של חסכים אנקליטיים ואובדן"



"העבודה עם הילדים ומשפחותיהם בתוך setting של מרפאה גסטרו-אנטרולוגית חשפה בעיות רב-ממדיות במשפחות אלו ובניסיון לעבוד איתן בגישות השונות. עלה צורך בגישה אינטגרטיבית שתנחה את הדרך להבין משפחות אלו ותסייע בדרכי העבודה איתן על הסימפטום בגינו פנו לטיפול. החשיבה האנליטית שואפת לראייה כוללנית שכזו"





האובייקט. השילוב בין הרצון להחזיק באובייקט, לבין הוצאת הכעס עליו, התגשם באופניות ההחזקה והשחרור המאפיינות אנקופוריס (קליין, מתוך ברונשטיין, 2008).

בהיבט המערכתי המשפחות שהגיעו התאפיינו בקשיים משמעותיים בתקשורת בין חברי המשפחה. קשיים בביטוי רגשי ונטייה לתקשורת מבלבלת (מסרים סותרים). המשפחות התאפיינו בדיפרנציאציה נמוכה, נטייה לקיים בריתות וקושי לשמור על היררכיה וגבולות. הקשרים שנוצרו בתוך המשפחות היו סביבים, (enmeshed) ולכן פגיעים להשפעות תכנים קונפליקטואלים לא מעובדים מילדותם של ההורים. במרבית המקרים מערכת היחסים הזוגית בין ההורים, הייתה זירה מרכזית למאבקי כוח ומתח, הנובעים מציפיות וצרכים שונים של בני הזוג. חוסר ההסכמה והקושי לייצר עמדה קוהרנטית בהתמודדות עם קשיים בכלל ושל הילד בפרט הקשו על ההורים להתמודד עם הסימפטום, להירתם לטיפול ולשתף פעולה עם התוכנית הטיפולית. מידת שיתוף הפעולה של ההורים הוכתבה במידה רבה על-ידי טרום ההעברה של ההורים למטפלת, כאשר במקרים בהם חל שינוי מוצלח בעמדת האב כלפי הטיפול, הדבר השפיע באופן משמעותי על יכולתם של ההורים להשתמש בטיפול, ליישם תובנות ולסייע למשפחתם להתמודד עם בעיות.

מתוך עשרה ילדים, שמונה חוו שיפור משמעותי, כאשר לחלק מהם הייתה נסיגה שניתן להסבירה בחלקה על ידי התמודדות המורכבת שהכתיבה המציאות עם פרוץ מבצע "עופרת יצוקה".

העבודה עם הילדים ומשפחותיהם בתוך setting של מרפאה גסטרו-אנטרולוגית חשפה בעיות רב-ממדיות במשפחות אלו ובניסיון לעבוד איתן בגישות השונות. עלה צורך בגישה אינטגרטיבית שתנחה את הדרך להבין משפחות אלו ותסייע בדרכי העבודה איתן על הסימפטום בגינו פנו לטיפול. החשיבה האנליטית שואפת לראייה כוללת שכזו.

אולם, מה מקומה של חשיבה אנליטית בפרקטיקה הדרשת התערבויות קצרות ממוקדות ומניבות תוצאות כמצופה במערכת הבריאות ובטיפולים הנעשים במסגרתה? בראיון שהעניק Fonagy (2010, Jurist), ציין, כי רוח התקופה מובילה לשינויים בגישה לתיאוריה הפסיכואנליטית. לפי Fonagy (2010), ערכו של טיפול באוריינטציה פסיכו-אנליטית בתופעות סימפטומטיות (כגון אנקופוריס), עשוי להיות משמעותי ויעיל **בתנאי שהטיפול ממוקד ומקושר לדפוסים הקשורים לסימפטום שהביא לפנייה לטיפול** וכן **מוגבל בפרק הזמן שלו**. הפרקטיקה של ההתייעצות הטיפולית (ממנו, אספסה וזילקה, 2005) אשר שימשה לצורך המשגת עשרת המקרים והבניית הטיפול, אכן עונה על דרישות אלו – היא קצרה, ממוקדת ומקושרת לסימפטום וכן לדפוסים האינטרא-פסיכיים והאינטר-סובייקטיביים הקשורים אליו. יחד עם ידע המתקבל מהכרת התיאוריות הקלאסיות ומתוך מסגרות תיאורטיות לטיפול משפחתי-מערכתי ניתן ליצור מסגרת גמישה ויעילה להמשגה ולטיפול בבעיות הפרשה. שילוב של טכניקות התערבות התנהגותיות-קוגניטיביות ומערכתיות ברוח מודל ההתערבות ההדרגתי של Annon (1976) סייע להגיע לשיפור סימפטומטי משמעותי בבעיות הפרשה בד-בבד עם שחרור מערכת היחסים המשפחתי-מערכתי מהטיותיה המרכזיות.

רגשי עם רמת חדה גבוהה מצביע על צורך בקיומם של אפיקים לפורקן המתחים הנפשיים. לפי מק'דוגל (1989) אופני הפורקן המדוברים יהיו **לא מילוליים**, מה שעשוי להסביר את הסימפטומים אצל הילדים המטופלים ואצל רבים מקרוביהם הסובלים מסימפטומים פיזיולוגיים או נפשיים.

ב. סוגיות של ארגון והיררכיה במשפחות:

הייתה רמת דיפרנציאציה נמוכה, קושי בהצבת גבולות, התקיימו בריתות סמויות בין בני משפחה, וחלוקת התפקידים בין זוג ההורים התגלתה כבעייתית. בשמונה מקרים האם הייתה הדמות הדומיננטית, והאבות התחלקו לאבות "פסיביים וילדותיים" או "מרחקים ונוקשים". מק'דוגל (1989) ציינה כי יחסי האם עם אבי הילד ומידת המשמעות והחובה שהיא רוחשת לו ומביעה כלפיו הינם גורם רב עוצמה בהתפתחותו התקינה של הילד, לא פחות מהקשר שלה אליו. במקרה של האבות "הפאסיביים והילדותיים" הייתה דחייה של האם כלפי האב, שמקטלגת את האב **בעיני הבן כלא ראוי להזדהות**. במקרה השני האבות ה"נוקשים והמרחקים" נתפסו כאובייקטים "לא מושגים" (נערים או רודפניים) **וההזדהות עמם לא התאפשרה משום היעדרם**. למעשה בשני המקרים קיים קושי של הילד להזדהות עם האב, מה שמעכב את התרת התסביך האדיפאלי ומשאיר את הילד כרוך אחר האובייקט הראשוני – האם.

סוגיות של ספרציה ואינדיבידואציה עלו בכל עשרת המקרים. כדי להדגיש את האחריות האישית והמסוגלות של הילד להתמודד הוטבע המוטו: "כל אחד מבני המשפחה אחראי לטוסיק שלו". החזרת האחריות לילד חשפה את זירת הקשיים האישיים והזוגיים של ההורים ואילצה אותם לבחור, באם להמשיך לגלגל ולמסך את קשייהם בסימפטומים של הילד, או לקחת אחריות על "ישבנם".

ג. סוגיות של זהות ומשמעות: אריקסון (1960) דיבר על

הקושי של ילדים בחברה המודרנית לפתח זהות ולחוש משמעותיים. במשפחות שהגיעו לטיפול תפקידם העיקרי והמצומצם של הילדים הפך להיות שמירה על ניקיון לבניהם. כישלונם נתפס ככישלון "בדבר היחיד" שחשוב להוריהם. פיתוח זהות אישית בתוך מסגרת המשפחה והקנייה של תחושת מסוגלת עצמית, העסיקו את הילדים והיוו מוקדים מרכזיים בטיפול. מציאת משמעות וערך עצמי חיזקו את יכולתם של הילדים "לקחת אחריות על ישבנם", ולמעשה לקחת חלק פעיל בהתרת הסימפטום.

סיכום ודין

ניתוח התנהגות הילדים והוריהם שטופלו על-ידי הראה, שהסימפטום האנקופרטי משמש בו-זמנית כהפנמה של תוכן קונפליקטואלי של ההורה (in-actment) על-ידי הילד וכ- enactment של קונפליקט מערכתי בהתנהלות המשפחה. בהיבט הדינאמי בלטה בכל המקרים **חודרנות הורית** בהתנהלות עם הילד שהודגמה בטיפולים ונתמכה על ידי דיווח ההורים. על הילדים הושלכו **אובייקטים נטושים** או **חסרים** של הוריהם, שהיו טעונים בתחושות של חסכים אנקליטיים ואובדן. **הסימפטום האנקופרטי** ביטא רצון של הילד ושל ההורים לשמור אובייקט נכסף קרוב, מתוך חשש לאבד אותו ובד-בבד גם כעס ותוקפנות על הנטישה מצד



Hayman, A. (1974). Some unusual anal fantasies in a young child. **Psychoanalytic Study of the Child**, 0079-7308, 29, 265-276.

Jurist, E.L. (2010). Elliot Jurist Interviews Peter Fonagy. **Psychoanalytic Psychology**, 27 (1), 2-7.

Nowicki, M.J., Bishop, P. R. (1999). Organic causes of constipation in infants and children. **Journal of Pediatric Annals**, 28(5), 293-311.

Protinsky, H., Dillard, C. (1983). Enuresis: A Family Therapy Model. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 20(1), 81-89.

Reid, H. & Bahar, R.J. (2006). Treatment of Encopresis and chronic constipation in young children: clinical results from interactive parent-child guidance. **Clinical Pediatrics: Philadelphia**, 45, 157-164. Retrieved November 25, 2009 from <http://cpj.sagepub.com> at Ruppin Institute.

Roberts, M.R., Ottinger, D.R. (1979). A Case Study: Encopretic Adolescent with Multiple Problems. **Journal of clinical child psychology**, 8(1), 15-17.

Sugerman, A. (1999). The boy in the iron mask: superego issues in the analysis of a two year old Encopretic. **Psychoanalytic Quarterly**, LXVIII, 497-519.

אריקסון, א. (1960). **ילדת וחברה**. תל-אביב: ספרית הפועלים.

וויניקוט, ד. ו, (1998) **תינוקות ואמותיהם**, תל אביב: הוצאת דביר

מזנו, ג., אספסה, פ., זילקה, נ. (2005) **תסריטים נרציסטיים של הורות, הקליניקה של ההתייעצות הטיפולית**. תל-אביב: תולעת ספרים.

מק'דוגל, ג'. (1989). **תיאטרון הגוף**. תל-אביב: הוצאת דביר.

ברונשטיין, ק. (2008). (עורכת). **התיאוריה הקליניאנית – נקודת מבט בת זמננו**, תל אביב: תולעת ספרים.

American Psychiatric Association (1994) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington (DC).

Annon, J. (1976), The PLISSIT Model: A conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. **Journal of sexual education therapy**, 2(1), 1-15.

Aruffo, R.N.; Ibbara, S. ; Strupp, K.R. (2000). Encopresis and Anal Masturbation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1327-1354. Retrieved November 24, 2009 from <http://apa.sagepub.com> at TEL HAI.

Chaney, C. A. (1995). A collaborative protocol for encopresis management in school-aged children. **Journal of School Health**, 65(9), 360-365. Retrieved February 24, 2009, from "Academic OneFile. Gale. Open University – Israel.

Clark, A.F., Tayelr, P.J., Bhate, S.R. (1990). Nocturnal faecal soiling and anal masturbation. **Archives of Disease in Childhood**, 65, 1367-1368. Retrieved November 15, 2009 from adc.bmj.com.

Cox, D.J., Morris, J.B., Borowitz, S.M., Sutphen, J.L. (2002). Psychological Differences between Children with and Without Chronic Encopresis. **Journal of Pediatric Psychology**, 27(7), 585-591.

Drake, D. (2005). Understanding Play in the Treatment of an Encopretic Boy. **Child and Adolescent Social Work Journal**, 22(2), 229-242.

Fundingsrud H.F. (1988). A Consultation Model in a Pediatric Outpatient Clinic: Conversations with Psychosomatic Children and Their Parents. **Family Systems Medicine**, 6 (2), 188-201.

Gatto-Smith, A.G. (2005). Constipation and toileting issues in: **children Medical Journal of Australia**, 182(5), 242-247.

לזכרם של חברים אודיל קסטוריאנו ז"ל

אודיל,

חשבנו מה נאמר לך כמילות פרידה,
ומיד כשחשבנו עלייך עלו לנו כמה תמונות

כשחושבים עלייך אודיל, מיד רואים אור
אור גדול ובהיר שתמיד האיר מפנייך וכאילו הקיף אותך,

כשחושבים עלייך אודיל, מיד עולנו מולנו הניצוץ בעיניים
זיק סקרני ושובבי של ילדה קטנה, שעול החיים לא כיבה אצלך,

כשחושבים עלייך אודיל, מיד שומעים את צחוקך,
שמחת החיים שבך, האופטימיות ואהבת האדם שקרנה ממך ושהדבקת
בה את כל סובבייך.

אודיל, המנהלת שלנו...

נדיבה, תומכת ומטפחת.

כמו אם המעודדת את גוזליה לעוף, ליווית אותנו יד ביד, מכוונת,
דואגת לרווחתנו, מזכירה לנו לא לוותר על עצמנו ועל שאיפותינו,
ודוחפת קדימה.

ראית אותנו! עוודת אותנו לבטא את הייחודי והמתאים לכל אחד
מאיתנו.

השכלת ליצור קרקע פורייה ומדושנת בה נוכל לצמוח ולגדול,
ולהוציא מן הכוח אל הפועל את הגלום בנו.

הייתה בך עדינות יחד עם כוח ועוצמה

ידעת להיות חזקה ולהוביל את דרכך מבלי להפגין כוחנות

ובדרכך העדינה, השלווה, נועם ושלום, פתחת את הדלתות והלבבות.

הייתה לך היכולת לראות ולשקף את הדברים כהוויתם בפשטות את לא
בפשטות.

אודיל, כשהיינו זקוקים לך, דלתך היתה תמיד פתוחה

וכשנכנסנו – נתת תחושה שיש לך זמן, פנאי ומקום לשמוע ולעזור.

תמיד קרובה.

כשחושבים עלייך אודיל, מרגישים אהבה. אהבה

שבאה ממך וחוזרת אלייך.

כשחושבים עלייך אודיל, מרגישים את הלב...את

הלב האוהב שכעת בוכה, כואב ומתגעגע.

נוחי בשלום על משכבך.

אוהבים,

צוות השירות הפסיכולוגי שדות נגב





קידוד מחדש: הצעה לתפיסה טיפולית קצת שונה

יעקב ברמץ

אם נעמוד בחלון בקומה עשירית של בניין רב קומות ונתבונן למטה, האנשים יראו לנו קטנים, המכוניות תיראנה כמכוניות צעצוע. מה המרחק מן הקומה העשירית לכביש? כשלושים מטרים? האם אנשים ומכוניות העומדים מולנו במרחק של שלושים ואף חמישים מטרים יראו לנו כה קטנים? בוודאי שלא. ובכן איך זה שמהקומה העשירית, באותו מרחק כן נראה כך? המוח הקולט את התמונה מהעין מחשב את המרחק של האובייקט מאיתנו ומגדיל את הדימוי הפנימי כדי לקזז את המרחק. אלא שבמבט אנכי המוח לא למד לעשות זאת. בנייה לגובה היא עניין של כמה מאות שנים בלבד, בעוד הראייה האופקית היא בת עשרות אלפי שנים. המוח למד כי מה שרחוק נראה קטן ממה שהוא באמת ויש להגדילו. דוגמא קטנה זו ממחישה את הפער שבין האובייקטים שמחוצה לנו לבין התפיסה הפנימית שלנו ואת הניסיון לתווך ביניהם. במאמר זה נבקש להציע דרך קצת שונה לגשר בין העולם החיצוני והעולם הפנימי בהקשר הפסיכו-תרפויטי. אך טרם שנציגה, נסקור בקצרה את ההתייחסות לפער בין שני העולמות, כפי שהיא באה לידי ביטוי בגישות הטיפוליות השונות. מפאת קוצר היריעה, נסתפק באזכור התיאוריות, שבהן ההפרדה בין העולם הפנימי לחיצוני מהווה, לדעתנו, סוגיה מרכזית.

בראי הפסיכואנליזה

בקשרו את המודל הטופוגרפי למודל הסטרוקטוראלי שלו רואה פרויד (Freud, 1955) את הסתמי (Id), עולם היצרים והדחפים המיניים והתוקפניים כנמצא כולו בלא-מודע (קרי: בעולם הפנימי) ואת האני (ego) כנמצא כמעט כולו (פרט למנגנוני ההגנה) במציאות החיצונית (או, לפחות, בקשר רציף איתה). במאמרו על העברה והעברה נגדית מתאר ברמן (1986) את התהפוכות שעברה הפסיכואנליזה במעבר מהדגש התוך-אישי, שאפיין את תפיסתו של פרויד ושל הפסיכואנליזה האורתודוקסית, אל הדגש הבין-אישי המאפיין תפיסות של פסיכואנליטיקנים מודרניים יותר, המייצגים זרמים חדשים (יחסי אובייקט, תפיסת העצמי ועוד). האנליטיקן התוך-אישי הוא פרשן אובייקטיבי וניטראלי, מסך שעליו משליך המטופל את עולמו הפנימי. באופן מסורתי הוא אף יושב מאחורי המטופל השוכב, כך שהאחרון לא יבחין אפילו בהבעות פניו ויושפע מכך. לעומת זאת, הדגש הבין-אישי מכתוב תפיסה אינטראקטיבית, לפיה המטפל יושב מול המטופל ועולמו הסובייקטיבי של המטפל בא במגע עם זה של המטופל.

סאליבן (Sullivan, 1953) שם דגש עיקרי על יחסים בין-אישיים, באומרו כי "לא ניתן לעולם לבדד אישיות מהמורכבות של היחסים הבין-אישיים שבתוכם אדם חי ובהם הווייתו". קליין מבחינה בין הפוזיציות הסכיזואידית-פרנואידית והדפרסיבית. בראשונה, בראשית חייו, התינוק עדיין לא יכול לתפוס את האם (האובייקט) כדמות שלמה, והוא מתייחס רק לחלקים ממנה – השד: כל עוד האובייקט מספק לילד חלב והרגעה הוא נחשב כ"טוב", אך כאשר השד מתרוקן הוא נחשב כ"רע", מתסכל וגם מסוכן. התינוק לא תופס שזה אותו שד ברגעים שונים והוא מפצל בין שני צדדים של האם. בהמשך לומד הילד לחוות את האם, ודרכה את העולם, בצורה שלמה יותר, כך שהתלות בפיצול יורדת ומתאפשר מעבר לפוזיציה הדפרסיבית: התינוק תופס שגם החוויות הטובות וגם הרעות מקורן באותה אם (סגל, 1999). ויניקוט (1995) מצביע גם הוא על הפונקציה של האם, כמי שמגשרת בין העולם הפנימי והחיצוני ומבחין בין "אם טובה דיה", השמה את צרכי התינוק לפני צרכיה שלה לבין "אם שאינה טובה דיה" שאינה עושה כן.

בפסיכולוגיית העצמי, עיקר עניינו של קוהוט (Kohut, 1971) היה בהפרעת אישיות נרקיסטית, המבטאה אף היא, קושי ניכר בוויסות שבין העולם הפנימי והעולם החיצוני. בחודשים הראשונים לחייו, מצפה התינוק מהזולת לספק את המרכיבים הנחוצים להתפתחות העצמי. בתנאי התפתחות אופטימאליים, ילמד האדם להפנים אל תוך עצמו את האובייקטים שהוא זקוק להם, מספקי המרכיבים הנחוצים. בסופו של דבר, יהיה ביכולתו לספק לעצמו הערכה עצמית, מצפן והבנה פנימיים, אם כי תמיד תיוותר מידה של הזדקקות לזולת. לתהליך זה קרא קוהוט "הפנמה ממירה", והדרך להשיגה היא על ידי חשיפה הדרגתית למציאות ולא דרך עימות עימה.

**"חלק הארי של
ההבדלים בין הסובלים
מהפרעות נפשיות
שונות נובע, לדעתנו,
מהבדלים בפעולת
הממיר המקדד את תכני
העולם הפנימי, בבואו
במגע עם העולם החיצוני.
בהפרעות נפשיות
מסוימות, כמו למשל
בהפרעת אישיות גבולית
פעולתו של הממיר
משובשת יותר מאשר
אצל אחרים והסובלים
ממנה מתקשים להבהיר
את תכני עולמם הפנימי
לסביבה. בקצה השני
של הרצף נוכל למצוא
אנשים בעלי מבנה
אישיות אובססיבי, אצלם
עובד הממיר שעות
נוספות והם מייגעים את
הסביבה"**





הזרם ההתנהגותי-קוגניטיבי

ווטסון (Watson, 1930), אבי הביהביורזם, יישם את כיווני המחשבה של פבלוב על תחום הפסיכולוגיה. ככל שהדבר נוגע לקשר בין הפנים והחוץ, נחשב ווטסון כמי שמתייחס אל נפש האדם כאל "קופסא שחורה", שמצידה האחד גירוי ומצידה האחר תגובה, ללא שהקדיש התעניינות יתרה למתרחש בקופסא זו. סקינר ראה את האדם כאורגניזם, שאת התנהגותו קובעות בעיקר השפעות סביבתיות, בעוד שהוא עצמו נחשב לקופסא שחורה, שלא ניתן לחדור לתוכה ויש לבדוק רק את הקלט והפלט שלה. כל התנהגות מוכתבת, לדעת סקינר, על ידי התניה אופרנטית, המאפשרת פיקוח מלא על ההתנהגות.

מי שהתעניין יותר מכול במתרחש בתוך "הקופסא השחורה" היה אלברט בנדורה (Bandura, 1969), שפיתח את תיאוריית הלמידה החברתית-קוגניטיבית. זו כוללת למידה ממודל (למידה אגב צפייה בהתנהגות הזולת, ללא קבלת חיזוק ישיר או תגובה ובה מעורבים תשומת לב, זכירה, שחזור מוטורי והנעה בעקבות חיזוק סמוי); ויסות עצמי, המאפשר לאדם להשפיע על התנהגותו שלו ולווסתה בכוחות עצמו; ויעילות עצמית, המשפיעה באופן מכריע על בחירת תחומי פעילות ועל השקעת מאמץ בתחומים אלו.

הזרם השלישי בפסיכולוגיה

א. הגישה האקזיסטנציאליסטית

מהגישה האקזיסטנציאליסטית מזכיר שני נציגים בולטים שעסקו בצורה אינטנסיבית בזיקה שבין העולם הפנימי לעולם החיצוני. לאינג (1978) פיתח באופן ספציפי את ההתייחסות האקזיסטנציאליסטית לפסיכוזות. לטענתו, פסיכוזה אינה מחלה, אלא דרך התמודדות של האדם. התנהגות הנתפסת כמשוגעת, הופכת להיות מובנת כאשר מנסים לראות אותה דרך עולם החוויות של המטופל. אצל המטופל הפסיכוטי קיימת הפרדה מוחלטת בין האני האמיתי והאני המזויף. האני המזויף מתאים עצמו לציפיות הסביבה, אך מכיוון שזוהי רק הצגה, זיוף, האני האמיתי יכול לשמור בצורה כזו על תחושת הזהות הייחודית שלו. ואולם, במשך השנים משתלט האני המזויף על האישיות כולה ואילו האני האמיתי מידלדל והופך לריק מכל תוכן. כך נוצר איום חדש ומסוכן יותר על תחושת הזהות. הפסיכוזה היא פריצה נואשת אחרונה של האני האמיתי דרך המסכה של האני המזויף.

דמות נוספת, מהפכנית למדי בהתייחסותה לזיקה בין העולם הפנימי לעולם החיצוני, הטא ויקטור פרנקל (1970), אבי הלוגותרפיה. פרנקל עודד את האדם ליטול אחריות לחיפוש משמעות בחייו. המטפל יכול לעזור לאדם בחיפוש המשמעות ואחת הדרכים העיקריות לכך היא הפניית תשומת הלב של האדם מעצמו כלפי חוץ. היכולת להפנות את תשומת הלב החוצה, להתעלות מעל הבעיות האישיות ואף לצחוק עליהן, היא המפתח לפתרון של בעיות אלה.

ב. הגישה ההומאניסטית

תפיסה קרובה, השייכת גם היא ל"זרם השלישי בפסיכולוגיה", היא הגישה ההומאניסטית, שנציגיה הבולטים הם קארל רוג'רס ואברהם מסלאו. לפי רוג'רס (Rogers, 1951),

הוא אורגניזם השואף להגשמת הפוטנציאלים המולדים שלו, שהם חיוביים מעיקרם. הוא מכנה את מכלול התפיסות, התחושות, המחשבות והרגשות של האדם בשם "החוויה האורגניזמית", שחלק ממנה היא ההערכה האורגניזמית, באמצעותה מבחין האדם בין חוויות מקדמות ובין חוויות המעכבות את צמיחתו. חלק חשוב אחר בחוויה האורגניזמית הוא מושג העצמי, הכולל את כל התפיסות, התחושות, המחשבות והרגשות של האדם לגבי עצמו ולגבי יחסיו עם הסביבה. הצורך של האדם בקבלת הערכה חיובית מסביבתו וגם מעצמו, הוא הגורם לכך שאין התאמה מלאה בין מושג העצמי ובין החוויה האורגניזמית. כתינוק וכילד קטן, חי האדם בדרך כלל בסביבה שבה מתן הערכה חיובית מותנית בהתנהגות שתספק את רצון הסביבה. אדם המפנים את "תנאי הערך" הללו, יראה את עצמו באור חיובי רק כאשר יצליח לעמוד באותם תנאים. כדי לקבל הערכה חיובית מוכן האדם להתעלם מהנטייה להגשמה, לעוות את רגשותיו ועקב כך, גם את מושג העצמי שלו. התכחשות זו לעצמי במחיר הצורך להשתייך לסביבה ולהיות מוערך על ידיה כמעט בכל מחיר. לפי מסלאו (Maslow, 1968), הצורך בהערכה והצורך בשייכות קודמים לצורך בהגשמה עצמית, שרק יחידי סגולה מגיעים אליו ורובם המכריע עסוק בניסיון לרצות את העולם החיצון על חשבון העולם הפנימי.

קידוד-מחדש: תפיסה שונה

בעולמנו הפנימי קיימת מידה רבה מאוד של כאוטיות. כדי לתקשר עם העולם החיצוני אנו זקוקים ל"ממיר", שיקדד את התכנים האידיויסינקראטיים של העולם הפנימי באופן שיהיה מובן על-ידי הסביבה. חלק הארי של ההבדלים בין הסובלים מהפרעות נפשיות שונות נובע, לדעתנו, מהבדלים בפעולת הממיר המקדד את תכני העולם הפנימי, בבואו במגע עם העולם החיצון. בהפרעות נפשיות מסוימות, כמו למשל בהפרעת אישיות גבולית פעולתו של הממיר משובשת יותר מאשר אצל אחרים והסובלים ממנה מתקשים להבהיר את תכני עולמם הפנימי לסביבה. בקצה השני של הרצף נוכל למצוא אנשים בעלי מבנה אישיות אובססיבי, אצלם עובד הממיר שעות נוספות והם מייגעים את הסביבה.

הממיר המקדד פועל בשני כיוונים: המרה של גירויים מן העולם החיצוני, כדי להופכם לתצורות בעולם התוכן הפנימי והמרה של תכנים ותצורות מעולם התוכן הפנימי למסרים ברורים. תקשורת זו מאפשרת שפה משותפת. ללא הממיר ייווצר מחדש "מגדל בבל", כאשר אנשים מדברים זה אל זה בשפה שמובנת רק להם. הממיר גם מסייע לאדם למצוא מענה לצרכיו בדרכים שאינן פוגעות בזולת.

הממיר מתעל התנהגויות המכוונות לסיפוק הצרכים לקודים מוסכמים ומקובלים. הוא זה המכוון את האדם לבחור בדרכים לגיטימיות להשגת אובייקט, למשל: 'קנייה', 'בקשה', ו/או 'החלפה'. הממיר הוא כלי שמשתכלל עם השנים והניסיון. פעוטות חסרי ריסון, המנכסים את הזולת לעצמם גדלים ומפנימים יותר את תגובות האחר ואת הקודים התרבותיים מתקשרים עם הזולת בצורה מקובלת חברתית.

הממיר אף מאפשר לנו לזהות אובייקטים כמוכרים ויצבים בתכונותיהם למרות שהם עשויים להיראות לנו שונים בכל





תיאור מקרה א': התקף פסיכטי פרנואידי

תום (שם בדוי), בן 26, סטודנט לאדריכלות. גר בדירה משלו, הצמודה לבית אמו ולבן זוגה. הוריו נפרדו כשהיה בן שלוש. האב, חסר מקצוע והשכלה ובלתי יציב. הוא לא היה אף פעם בקשר כלשהו עם תום, או עם אימו. האם, לעומת זאת, בעלת מפקל, יציבה ומרשימה. ביחסיה עם תום נוטה להגנתיות-יתר וזאת הן לפי עדותה והן להרגשתו של תום. לתום אח גדול ממנו בשש שנים, נשוי וגר בחו"ל.

התפתחותו הייתה תקינה. בגיל 15 התגלתה מחלת קרון בעת ניתוח מורסה. מאז טופל בסטרואידים לסירוגין. כעת ללא טיפול. הסימפטום העיקרי הוא כאב אנאלי חזק. בשל כאב זה אושר לו להשתמש בקנאביס באופן חוקי, אך בהשפעתו הופיעו מצבים פרנואידיים וחשש שרוצים להרגו. בעצת הפסיכולוג הפסיק ומצבים אלו כמעט ונעלמו. לא ידוע על תורשה פסיכיאטרית. תום היה מקובל חברתית, בבית הספר היסודי, וקצת פחות בתיכון, והגיע להישגים לימודיים מרשימים (מומצע 100 בבגרות), בנוסף לכישורים אומנותיים בולטים. בגיל התיכון התפתחה אצלו מורסה בפי הטבעת. תום התגייס לצבא והתנדב לצנחנים, תוך הסתרת מצבו הרפואי, שנתגלה בבדיקה שגריתית וכתוצאה מכך, שוחר מהצבא. למרות זאת התנדב ושירת ביחידה מובחרת בתפקיד לא קרבי. מתקלח 6-7 פעמים ביום בשל דליפת נוזלים מוגלתיים מאזור פי הטבעת.

תום הגיע לטיפול בעקבות סימפטומים בעלי אופי פרנואידי. בשרתו ביחידה המובחרת הושבע לשמירת סודיות וגם חמש שנים אחרי שעזב את היחידה חש נטל כבד שרובץ עליו כתוצאה מכך.

הופיעו אינסומניה והיפר-סומניה לחילופין, התנתקות חברתית, ירידה בלימודים, בקשב ובריכוז ומחשבות יחס רודפניות דיפוזיות (חושש שאנשים שונים רוצים להרוג אותו). דיבורו לא תמיד קוהרנטי. במהלך מפגש, נחרד לראות שלא ניתק את הסוללה ממכשיר הטלפון הנייד שלו ולכן ניתן לעקוב אחריו. שולל מחשבות אובדניות.

בתחילה סירב לטיפול תרופתי, אולם משגברו החרדות הסכים לבקר אצל פסיכיאטר, שאיבחן הפרעה פסיכוטית פרנואידי, שקל לאשפזו, אך ניסה לטפל בו בעזרת נוגד דיכאון (SNRI) ובנזודיאפין. למחרת הפגישה התקשרה אמו ודיווחה שחלה נסיגה גדולה והוא אינו מוכן להיפגש עם הפסיכולוג, מכיוון שהוא והפסיכיאטר רוצים להרגו. בשכנוע

פעם שאנו קולטים אותם בחושינו. כך למשל, נדע לזהות קולו של אדם מוכר, בין אם על רקע צליליה של מוסיקה, או בתוך רחוב סואן. הדלת המלבנית הלבנה עשויה להיראות כמקבילית צהובה בתנאים מסוימים, כטרפז אפור בתנאים אחרים וכמרובע שחור בחשיכה, אף-על-פי-כן, אנו מצליחים לזהותה כאותה דלת. לולא הייתה בידי הממיר היכולת לתרגם את המציאות המשתנה ללא הרף לכדי אובייקטים בעלי זהות ומשמעות קבועות, אזי העולם היה נתפס על-ידי היחיד ככאוטי.

חשיבות הפונקציה של הממיר גדולה במיוחד, כאשר עוברים מן העיסוק בקונקרטי לעיסוק במופשט. הממיר משמר עבורנו את יציבותן של סכמות מושגיות ומאפשר לנו לזהות אותן במציאות דינאמית ומשתנה תמידית. כך למשל, דמויות אנושיות שומרות על זהותן, מושגים ורבליים נותרים יציבים יחסית במשמעויותיהם, ועימם היכולת שלנו להתמצא בסביבתנו החברתית. אלא שקיים הבדל מהותי במידת הדינאמיות של אובייקטים בעלי תכונות מוחשיות לבין אובייקטים מופשטים כגון מילים. אובייקטים בעלי תכונות מוחשיות נתפסים על-ידי הממיר כיציבים יחסית, בעוד אובייקטים מופשטים נתפסים כיציבים פחות ונתונים לשינוי משמעויות.

הממיר משמש גם כמסנן של הגירויים הרבים המציפים אותנו. פונקציה זו של הממיר היא בעלת חשיבות גדולה ומרכזית שכן היא קשורה במידת ההתאמה המתקיימת בין הפנים לבין החוץ. תכונתו זו של הממיר היא בעלת אופי דינאמי ומתפתח לאורך מעגל החיים. פעולתו של הממיר בינקות היא מאוד פשטנית ודיכוטומית באופייה: תשומת הלב ממוקדת רק בגירויים שעונים על כללים בסיסיים כדוגמת ניגוד הצבע ותנועה ולא בשום גירוי חיצוני אחר. ככל שהילוד מתבגר, כך הופכים כללי האצבע הפשטניים הללו להיות מתוחכמים ועשירים בדקויותיהם. כך שומר הממיר על יכולתנו להתמקד בעיקר ולא בטפל, לסנן מידע רלבנטי לנסיבות ולצמצם כניסתו של מידע מטה ומטעה. במובן זה הממיר אינו מפסיק ללמוד ולהתפתח כדי לשמר את יכולתו של היחיד לפעולה בסביבתו הדינאמית באורח מותאם, מושכל וגמיש.

יישומים קליניים

התפיסה המוצעת במאמר זה מתמקדת בערכו המקודד של הממיר, תהא אשר תהא האבחנה הפסיכיאטרית. נדגים זאת בקטעים הבאים, הלקוחים משיחות טיפוליות, האחד מטיפול במצב פסיכטי אקוטי והאחר מטיפול זוגי שבו אחד מבני הזוג סובל מהפרעת אישיות גבולית.

"הממיר מתעל

התנהגויות המכוונות לסיפוק הצרכים לקודים מוסכמים ומקובלים. הוא זה המכוון את האדם לבחור בדרכים לגיטימיות להשגת אובייקט, למשל: 'קנייה', 'בקשה', ו/או 'החלפה'. הממיר הוא כלי שמשתכלל עם השנים והניסיון"



"חשיבות הפונקציה של הממיר גדולה במיוחד, כאשר עוברים מן העיסוק בקונקרטי לעיסוק במופשט. הממיר משמר עבורנו את יציבותן של סכמות מושגיות ומאפשר לנו לזהות אותן במציאות דינאמית ומשתנה תמידית. כך למשל, דמויות אנושיות שומרות על זהותן, מושגים ורבליים נותרים יציבים יחסית במשמעויותיהם, ועימם היכולת שלנו להתמצא בסביבתנו החברתית. אלא שקיים הבדל מהותי במידת הדינאמיות של אובייקטים בעלי תכונות מוחשיות לבין אובייקטים מופשטים כגון מילים. אובייקטים בעלי תכונות מוחשיות נתפסים על-ידי הממיר כיציבים יחסית, בעוד אובייקטים מופשטים נתפסים כיציבים פחות ונתונים לשינוי משמעויות"





ולאחר מפגשים עם מגשר והגשת תביעה בבית דין רבני. כן התקיימו דיונים רבים עם עורכי דין ונחתם הסכם חלוקת ממון וגירושין. רצונה של אסתר להתגרש נבע מבגידות חוזרות ונשנות של משה. המשבר האחרון אירע לאחר שאסתר פנתה לחוקר פרטי, שהביא ממצאים מרשיעים. ההחלטה לפנות לטיפול באה בעקבות בקשת הבעל והצהרות אהבה הדדיות. לאורך השנים יחד ובמהלך הטיפול, טענה אסתר כי אינה אוהבת את סגנון דיבורו והתנהגותו של משה, אשר לא הבין את הטענות. מהדוגמאות שמביאה אסתר, מתקבל רושם כי מדובר בנטייה פולשנית של משה, שיש בה משום פגיעה בזולת, בעצמאותו ובשיקול דעתו, החל מביתם וכלה בחברים או קרובי משפחה. לא אחת הזכירה האישה, על רקע נטייה זו, את העובדה שחמותה הייתה חולת-נפש ואושפזה בערוב ימיה. זאת לאחר שמיררה את חיי ילדיה. שניים מהם התנתקו ממנה לחלוטין כדי לשמור על פרטיותם.

אסתר כינתה את התנהגותו הבעייתית של משה "סגנון" ובנקודה זו בתקשורת ביניהם החל הטיפול הזוגי. לאחר מכן, היה צורך לבדוק עם משה כיצד הוא יכול לזהות את המכשולים הללו, המכונים "סגנון" בפי אסתר, בחיי היום-יום.

משה פרסם תמונות עירום שלו ותמונות בעת משגל באינטרנט; נכנס לחובות גדולים, שסיכנו את מעמדו במקום העבודה, ודיבר בשפה בוטה ווולגארית גם בסיטואציות פורמאליות. ברמה הפרטנית ניתן היה לאבחן את משה כסובל מהפרעת אישיות גבולית עם קווים נרקסיסטיים ולטפל בו בהתאם. על-פי תפיסת הקידוד מחדש נערכה ההתערבות ב"ממירים" של שני בני הזוג:

אסתר: הסענו את טל (הבת, שם בדוי) לביתה. היא הייתה צריכה לרכוש תרופה בבית המרקחת. משה אמר לה, שהוא יסיע אותה לבית המרקחת. הבת סירבה בנימוס ומשה התעלם מסירובה והודיע שהוא ייקח אותה. הבת ביקשה בשנית שיעצור לה ליד ביתה ומשה התעלם שוב מהבקשה. עד שלא צעקתי שיעצור מייד, הוא לא הקשיב לדבריה. משה: ידעתי שבית המרקחת ליד ביתה סגור והערכת שטל לא רצתה להטריד אותי.

אסתר: אולי חשבת שהיא לא רצתה להטריד אותך, אבל היא ביקשה כמה וכמה פעמים שתעצור.

הפסיכולוג: ברור לך, אסתר, וברור לי, שמשה רצה בטובתה של טל.

אסתר: ...אבל שוב חוזר הסגנון הזה, שבו הוא לא מקשיב למה שמבקשים ממנו.

משה: לעיתים קרובות טל רוצה להיות מנומסת ולא רוצה שישלמו עליה במסעדה, למשל, אבל אני יודע שאין לה כסף לשלם.

הפסיכולוג: משה, האם אתה מבין על מה כועסת אסתר כשהיא מדברת על ה"סגנון" שלך?

משה: האמת, שאני ממש לא מבין ולמדתי שהכי טוב לשתוק ולא להסתכן ו"לטעות".

הפסיכולוג: כשלא עושים, לא טועים... כמו שאמרת פעם: אמצעי המניעה הכי טוב הוא אי-קיום יחסי מין. בהשאלה, כדי להימנע מריבים הכי טוב זה לשתוק. אולם, כשאין קשר מילולי כלשהו בין בני-הזוג, אין זוגיות, כך שאולי לשתוק זה נוח באותו רגע, אבל

אימו, הסכים בכל זאת להגיע לפגישה נוספת עם הפסיכולוג למחרת היום:

תום נכנס לחדר יחד עם אימו, משפיל מבט וכעוס. הוא פנה לאימו ואמר: "תדעי לך שהוא (מצביע על הפסיכולוג) רוצה להרוג אותי" והמשיך באופן מבלבל, "או שאני אהרוג את עצמי".

תום: מה אתה יודע על קתי?
הפסיכולוג: לא הזכרת את השם הזה.

תום: אתה משקר!
הפסיכולוג: מי זו קתי?

אימו של תום (מתערבת): הוא הכיר בחורה במפגש מקרי ברחוב. היא לא תושבת הארץ ונמצאת פה לרגל לימודים. הוא ראה אותה מסדרת את המיטה. תנועותיה נראו לו מקצועיות מדי וזה עורר את חשדו שהיא חדרנית מקצועית ואולי מישהי שנשלחה לרגל אחריו.

לאחר חילופי דברים נוספים הפסיכולוג:

תשמע לי. אני יודע שיש בך חלק שחושד והחלק הזה תופס את רוב המקום. ואני יודע שיש חלק אחר, המשקיף על הכול ומבין גם דברים אחרים. אני פונה עכשיו לחלק הזה. לא אגיד לך שאתה טועה בחשדותיך, אבל אבקש מהחלק הזה שרק יטיל ספק. לא ישלול בוודאות, אלא רק ישאל אם אפשר, אולי, להסביר את העובדות אחרת. אתה יודע היטב שהדבר האחרון שאני רוצה זה להזיק לך.

תום (בקול מעט בוגר יותר): אני מוכן להטיל ספק באמיתות הזו.

אחרי הפגישה דיווחה לי אמו, כי חלה רגיעה גדולה. הוא פנה לפסיכיאטר אחר. בהדרגה מחליפים לו את התרופות והיו עליות וירידות נוספות.

תפיסת הקידוד-מחדש מניחה שבתום היו **תכנים הקיימים בכולנו**, אלא שהממיר (מהפנים אל החוץ) התקלקל, לא חסם חומר אינטרא-פסיכי ולא תיעל אותו כהלכה מהעולם הפנימי אל העולם החיצוני. הפסיכולוג פנה אל הממיר של תום בבקשה להגביר את הסינון.

תיאור מקרה ב': זוגיות בצל הפרעת אישיות גבולית

אסתר (שם בדוי), בת 49, אשת חינוך בכירה, ומשה (שם בדוי), בן 50, מנהל חשבונות, נשואים מזה 29 שנה. הכירו בצבא. לזוג בת אחת בגיל 26. בתחילת נישואיהם, לפני הולדת הבת, אירעה הפלה טבעית. לאסתר טענות כלפי התנהלותו של משה סביב אירוע זה ומאשימה אותו בהתנהגות חסרת אחריות. הזוג פנה ליעוץ עקב משבר בנישואין, רגע אחרון לפני הפרידה





המתבטאת, בין היתר, בקושי ביחסים בין-אישיים ובשיפוט לקוי. בהתערבות המתוארת הומשג השיפוט הלקוי כקושי בקידוד הדחפים והמאווים הפנימיים של משה באינטראקציה עם העולם החיצוני. אסתר חיה בקונפליקט בין משיכה ורצון לקשר עמוק עם משה ובין תחושתה שמשה פולש לחייה. במקום להישאר רק עם תובנה לגבי הקונפליקט, הועבר המוקד הטיפולי לקידוד-מחדש, פונקציונאלי יותר, ליחסים קרובים, אך לא קרובים מדי, ביניהם.

דין

במאמר זה הוצעה תפיסה טיפולית חדשה, המבוססת על ההנחה שאנו חיים בעולם כאוטי. ההפרעות הנפשיות השונות הומשגו כתקלות בממיר, המקודד את הנתונים שנקלטים מהסביבה ומפיק תגובות מהעולם הפנימי לעולם החיצוני. הקשר בין שני העולמות נידון בתיאוריות טיפוליות שונות, אך בתפיסה הנוכחית מוצע לטפל בממיר המגשר ביניהם על-מנת לספק את צרכי הפרט בדרכים לגיטימיות חברתית ולהפוך את פעולת הסינון של הממיר לעדינה ורגישה יותר לצרכי הזולת. הניסיון הודגם על-ידי טיפול פרטני בגבר פסיכואטי ובטיפול זוגי, שבו אחד מבני הזוג אובחן כסובל מהפרעה גבולית. ניתן בהחלט ליישם את הגישה המוצעת במאמר זה לטיפול בהפרעות נוספות, כגון שימוש ב"ממיר" כדי לסדר ולארגן תפיסת מציאות כאוטית במיוחד, תיקון פעולת ה"ממיר" במקרים של שיבוש כתוצאה משימוש בסמים פסיכו-אקטיביים, הגדרה מחדש של תופעות פסיכוסומטיות שונות כאיתות של הנפש לעזרה, פתיחת דרגות נעילה שונות באוטיזם, סמס ותסמונת אספרגר וכן להתייחס אל טיפולים באומנויות כווריאציות שונות של ה"ממיר" שהוצע במאמר זה.

השתיקה לא מאפשרת זוגיות לאורך זמן.
משה: אבל מה אני אעשה כשכל פעם שאני מדבר או עושה משהו אני חוסף מקלחת?

הפסיכולוג: נראה לי שאסתר כוללת בתוך המושג "סגנון" את הנטייה שלך, משה, לפלוש לטריטוריה של הזולת ולא תמיד לכבד את פרטיותו. הפיתרון שלך לטענה שסגנון אינו מוצא חן בעיני אסתר זה לשתוק. בוא ננסח את התגובה שלך במונחי הפלישה, המכונה בפי אסתר "סגנון". הכוונה, בעצם, לשמור על מרחק גדול מהרגיל. אסתר כן רוצה קשר איתך, אבל לא קשר פולשני. לכן היא טומנת לך מלכודות – כמו, למשל, כאשר היא משאירה את הטלפון שלה על שולחן העבודה שלך ואתה "נאלץ" לראות מי מתקשר אליה ואיזו הודעה קיבלה.

המלכודות הללו, אסתר, הן בעצם קריאה למשה שלא יתרחק מדי, ומצד שני כשהוא מתקרב מדי, את כועסת עליו. כשנסעתם לשלושה שבועות לאירופה והסתובבתם שם במכונית שכורה והייתם ביחד 24 שעות ביממה ביחד, לא רבתם בכלל וה"סגנון" של משה לא הופיע. מסתבר שלא היה לך, אסתר, צורך לקרב את משה כי הייתם קרובים ולא למשה צורך לפלוש, כי הייתם קרובים מאד וכך לא רבתם במשך כל שלוש השבועות הללו.

התקשורת בין בני הזוג הלכה והשתפרה, הכעסים של אסתר על משה פחתו ומשה מבין מה אסתר רוצה ממנו. ניתן היה להתייחס אל משה כסובל מהפרעת אישיות גבולית,

ביבליוגרפיה:

Freud, S. (1955). **Beyond the pleasure principle**. In *The Standard Edition* (Vol. XVIII). London: Hogarth Press. (Original work published 1920).

Maslow, A. (1968). **Toward a psychology of being** (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Rogers, C. R. (1951). **Client centered therapy**. Boston: Houghton Mifflin.

Sullivan, H. S. (1953). **The interpersonal theory of Psychiatry**. New York: Norton.

Watson, J. B. (1930). **Behaviorism**. New York: Norton.

ברמן, ע' (1996). העברה – העברה נגדית כתהליך בין-אישי כולל. **שיחות**, א', 6-16.

ויניקוט, ד' ו' (1995). **משחק ומציאות**. תל-אביב: עם עובד.

לאינג, ר', ד' (1978). **האני החצוי** (מאנגלית: רבקה יהושע). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

סגל, ח' (1999). **מלאני קליין**. תל-אביב: עם עובד.

פרנקל, ו' (1970). **האדם מחפש משמעות**. תל-אביב: דביר.

Bandura, A. (1969). **Principles of behavior modifications**. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kohut, T. A. (1971). **The analysis of the self**. Chicago, IL.: University of Chicago Press.





ילדים בשדרות

שנה אחרי הקסאמים והמלחמה*

ד"ר מירי נהרי

הקדמה

שמונה שנים של קסאמים כמעט יום-יומיים, לפעמים כ- 60 ביום, הסתיימו בחורף 2009 עם מבצע "עופרת יצוקה". בשדרות הייתה זו תקופה ארוכה של חיים תחת איום מתמיד של פגיעה פיזית, של נפילות קסאמים והתראות "צבע אדום". הייתה זאת תקופה של חרדות, פחדים, חוסר-אונים, חוסר-שליטה ומצוקה. מצב זה התקיים במקביל להתנהלות חיים רגילים, "כאילו" נורמאליים: הולכים לבית הספר, מבקרים חברים, משחקים ברחוב. הילדים בבתי הספר היסודיים גדלו בתקופה של טראומה מתמשכת וחלקם אף נולדו לתוכה. בעקבות שנה רגועה יחסית חשבנו שנכון לקיים בבית הספר התערבות פסיכולוגית שנתנו לה את הכותרת "שנה אחרי הקסאמים והמלחמה".

חוויות טראומטיות זקוקות לאפשרות ביטוי (הרמן, 2007; Holen, 1990), לעדות (Cienfuegos and Monelli, 1983; Agger and Jensen, 1990), לקבלת אישור לקיומן (הרמן, 2007; Wilson 1990), להקשבה במקום בטוח ומכיל על-ידי שומע אכפתי וסבלני (Yalom, 1995; נוי 2000). הריפוי של חוויית הטראומה דורש מתן לגיטימציה לתגובות ולרגשות (להד ואיילון 2000, מור ואחרים 2008). הריפוי דורש גם יצירה וחיזוק של תחושות רצף בתפישות הזמן, הזהות והמסוגלות העצמית (עומר ולייבוץ 2007). ההתמודדות טובה עם מצבי טראומה וטראומה מתמשכת מחזירה תחושה של שליטה על אירועי החיים (נוי 2000), העצמה, חיזוק ותחושת אמון בעצמי ובעולם הסובב (מור ואחרים 2008, הרמן 2007). האפשרות לספר את סיפור הטראומה למקשיב מכיל ותומך, תורם להפעלת תהליכי החלמה וההזמנה לבדיקת משאבי ההתמודדות ומסייעת לבניית חוסן. לילדים בבית הספר היועץ/צת, המחנך/כת וילדי הכיתה יכולים ליצור קבוצה מקשיבה ותומכת המאפשרת שיתוף בדרכי התמודדות (קלינגמן ואחרים 2000). לספר מחדש את הטראומה עוזר ביצירת נרטיב אישי ויכול לתרום למתן משמעות לאירועים ולפיתוח נרטיב של התמודדות וכוח. לספר את הטראומה לשומעים (Janof-Bulman 1992) מהווה מעין תיעוד של האירועים שהוא כשלעצמו תהליך משחרר ומחזק. מטרת ההתערבות הייתה לאפשר לילדים להסתכל אחורה "בגבורה", ממרחק הזמן, לתמלל את חווית הטראומה ולהמשיג את תחושת החוסן וכישורי ההתמודדות שפותחו. כלומר המטרות היו לעזור לילדים בתהליך של עיבוד החוויות מתקופת הטראומה המתמשכת ולמזער מצד אחד, השפעות שליליות שלה ומצד שני, לחזק את תחושת החוסן והעוצמה האישית. כמו-כן רצינו לעזור לילדים ליצור רצף נרטיבי משמעותי ומעצים מבחינה פסיכולוגית של "אז" ושל "עכשו".

העקרונות המנחים בפיתוח ההתערבות היו:

1. יצירת רצף בין תקופות הטראומה לבין השנה הרגועה יחסית שלאחריה, בניגוד למצב נפוץ של פיצול (split) בין שתי התקופות. זאת, באמצעות הסתכלות אחורה ללא בהלה וללא הכחשה במקום בטוח ומכיל ובאוזני מאזינים קשובים ותומכים.
2. מתן לגיטימציה לתגובות התנהגותיות ורגשיות לאירועים הטראומטיים. הנוכחות של עדים, הילדים בכיתה, הפסיכולוגית, היועץ/ת והמחנך/ת, סייעה להעביר את המסר שכעסים, חרדות והתנהגויות שונות, הם תגובות נורמאליות, טבעיות ומשותפות להרבה ילדים.
3. חיזוק תהליכים טבעיים של החלמה, חוסן והתמודדות, על-ידי זיהוי כלי ההתמודדות של הילדים והוספת כלים לרפרטואר מתוך האזנה לסיפורים של חברים לכיתה.
4. חיזוק תפישת המסוגלות העצמית: תפישת ה"אני" כבעל כוחות התמודדות ושליטה במצב.
5. עידוד להסתכלות על תקופת הילדות בצל הקסאמים, כתקופה מעצבת בחייהם, כזו אשר תחזק אותם לקראת העתיד, תוך מתן משמעות חיובית לאופן ההתמודדות שלהם בעת האירועים והחוויות שעברו.

מאמר זה יתאר את תוכנית ההתערבות. יציג ניתוח איכותני של תגובות התלמידים ויציע על בסיס הממצאים, הצעות מעשיות לגבי עבודה עם ילדים לאחר טראומה מתמשכת.

* ההתערבות נעשתה במסגרת פרויקט של משרד החינוך "טיפול במצבי חרדה מורכבים בשדרות ועוטף עזה".

תודות:

לנטלי אזולאי שהגתה את רעיון ההתערבות והייתה שותפה לתכנון שלו.

לליאורה פימה ולרב יעקב שיטרי, מנהלי בתי הספר.

לרחמה איגרא ולד"ר ואדים לקאב היועצים בבתי הספר.

למתנדבים שרשמו את מהלך ההתערבות בכיתות.

לד"ר עמיר נהרי שהרחיב והאחריות היו לי לעזר רב.



"המטאפורה של ספר החיים" שימשה להצגת הנושא בכיתה והיותה בסיס להבניה של הנרטיב האישי. לילדים נאמר כי לכל אחד יש "ספר חיים" ובו פרקים המתארים תקופות בחייהם. אמרנו לילדים כי ב"ספרים" שלהם ישנם פרקים חשובים ומשמעותיים של תקופת הקסאמים והמלחמה, כמו-גם פרק של השנה האחרונה, הרגועה יחסית. בפגישה נדפדף ב"ספרים" שלהם לראות מה נשמע שנה אחרי המלחמה, מה נשאר בזיכרון ומה הם לוקחים איתם מהתקופה של אז להמשך החיים"





תוכנית ההתערבות

משך ההתערבות תוכנן לשיעור כפול (שעה וחצי) לכיתות הגבוהות ושיעור יחיד (45 דקות) לכיתות הנמוכות, בהתאם ליכולת הריכוז בכל גיל. המפגשים הונחו על ידי פסיכולוגית, בנוכחות המחנכת/ והיועצ/ת, אשר גם התערבו מפעם לפעם. על-מנת להקל את התוכן הרציני והכבד, החלטנו לבצע את הפעילות כשידור טלביזיוני שכותרתו: "שנה אחרי הקסאמים והמלחמה". הוכן דגם משעשע מקרטון של מיקרופון של ערוץ טלביזיה, שמטרתו הייתה להכניס אווירה של הומור ושובבות לתכנים הרציניים של הפעילות וגם להדגיש את המימד של תיעוד התהליך.

תיאור המפגשים בכיתות וניתוח התכנים.

המטאפורה של "ספר החיים" שימשה להצגת הנושא בכיתה והיוותה בסיס להבניה של הנרטיב האישי. לילדים נאמר כי לכל אחד יש "ספר חיים" ובו פרקים המתארים תקופות בחייהם. אמרנו לילדים כי ב"ספרים" שלהם ישנם פרקים חשובים ומשמעותיים של תקופת הקסאמים והמלחמה, כמו- גם פרק של השנה האחרונה, הרגועה יחסית. בפגישה נדפדף ב"ספרים" שלהם לראות מה נשמע שנה אחרי המלחמה, מה נשאר בזיכרון ומה הם לוקחים איתם מהתקופה של אז להמשך החיים. המפגשים בכיתות תועדו בהתנדבות על-ידי בנות שירות, יועצת מתמחה ומדריך משבט הצופים ביישוב.

פעילות 1: "דפדוף" אחורה ב"ספר החיים" אל תקופת הקסאמים והמלחמה

כמשחק הפתיחה של המפגש נערך סבב בו כל ילד/ה שהמנחה נגעה בכתפו/ה, הוזמנה/ה לומר מילה אחת הקשורה לתקופת הקסאמים והמלחמה. ניתן היה לבחור במילה בה השתמש כבר ילד אחר. מטרת הפעילות הייתה להעלות את התקופה לזיכרון ולהציף את התחושות והזיכרונות הקשורים בה. בטבלה מספר 1 מוצגות האסוציאציות של הילדים מחולקות ל 4 קבוצות תוכן. מספר הילדים שאמרו את האסוציאציות מצוין בסוגריים:

מילים טובות		מילים רעות	
הצבא המגן וכליו	התמודדות	גורמים מפחידים	רגשות שליליים
טילים (7)	ממד (17)	"צבע אדום" (26)	פחד (31)
חיילים (7)	שלום (3)	קסאמים (24)	עצב (7)
רובה (6)	חברים (3)	פיצוץ (9)	דאגות (6)
טנק (5)	תורה (3)	שבויים (6)	בהלה (6)
יריות (4)	אלוהים (3)	רעש (5)	לחץ (5)
צבא (4)	תהילים (2)	סכנה (4)	כעס (5)
פגז (3)	בתי מלון (1)	ערבים (4)	מעצבן (4)
תותח (2)	להתגבר (1)	לבחוח / גראד (3)	חרדות (4)
מטוסים (2)	אמא (1)	קטישה / רסיסים (3)	חוסר-אונים (3)
מישטרה (2)	התרגלות(1)	ריצות לממ"ד (3) / פצמ"ר (3)	אימה (3)
רימון (1)	אומץ (1)	מחבל (3) / הריגה (3)	בלבול (3)
סכינים (1)	תקווה (1)	מלחמה (2) / אש-שרפה (2)	קשה (3)
מזלטים (1)	ניצחון (2)	התרעה (1) / רוע (1)	מצמרר (3)
בזוקה (1)		מהומה (1) / פצוע (1)	בכי (2)
אקדח (1)		בית חולים (1) / סגור (1)	טראומה (1)
		קללות (1) / חמאס (1)	כאב (1) / מתח (1)
		חטיפות (1) / אסונות (1)	חשש (1) / באסה (1)
		פלשתים (1)	הפסד (1) / דכאון (1)
סה"כ 15 מילים	סה"כ 13 מילים	סה"כ 29 מילים	סה"כ 21 מילים
47 ילדים	41 ילדים	118 ילדים	92 ילדים

טבלה מספר 1: האסוציאציות מתקופת הקסאמים והמלחמה

א. סיפורים על פגיעה בבית.

חוויות חזקות קשורות לפגיעה בבית, במקום בו הילדים גרים, המקום בו הם אמורים להרגיש בטוחים ומוגנים.

ילד בכיתה ה': "פעם בלילה התקלחתי ובאתי לעלות לישון והיה "צבע אדום" וכולם נכנסו לממ"ד ונפל קסאם אצל השכנים. חשבנו שנפל אצלנו, כי היה הרבה עשן ורעש וזכוכית ואז בכיתי ופחדתי שקרה משהו לבית (שלנו) ואז הלכתי לחבר שנפל אצלו (הקסאם) והוא לא היה בבית כי פינו אותו למיזן ואז אמרו שהוא פגוע חרדה ובעצם אף אחד לא נפגע"

ילדה בכיתה ה': "נפל קסאם מאחורי הבית שלי ונכנסו (הרסיסים) לחדר שלי. הייתי בבית הספר ואימא באה לקחת אותי. החדר שלי מול המדרגות שבכניסה. החדר שלי היה מבולגן, הבובות קרועות הכול מבולגן. ואז כאילו לא ידעתי מה קרה (בטח שידעתי) ואימא אמרה לי שנפל קסאם. ולקחתי את הבובה שאני ממש אוהבת וחבקתי אותה ומצאתי רסיס בתוך הבטן שלה"

הסיפורים מלאי פרטים, ארוכים, עשירים והילדים ספרו בשטף על רגשות ומחשבות. יש הרבה התייחסות למרחב – איפה בדיוק נמצא מי או מה. הילדים סיפרו מה **הרגישו**: דאגה, בהלה, בלבול ומה **עשו**: בכו, רעדו, נפלו, רצו ומה **חשבו**: שהבית נפגע, שמישהו נפצע או מת. היו סיפורים על בובות שנפגעו וכן סיפורים על בובות, או חיות מחמד, שהיוו מקור לנחמה ולכוח להתמודד עם הפחד.

מהחומר של פעילות זו עולה כי יותר ילדים (210) העלו אסוציאציות הקשורות לגורמים מפחידים או לרגשות מצוקה, לעומת (88) שהעלו אסוציאציות הקשורות להגנה ולהתמודדות. כמו-כן בולט כי הילדים מחוברים לרגשותיהם ויודעים לציין אותם. העלו 21 מילים המבטאות רגשות שונים, גם אם שליליים.

פעילות 2: סיפורים מתקופת המלחמה והקסאמים

הילדים הוזמנו לשתף את הכיתה באירוע שחוו בתקופת הקסאמים: מה קרה, מה הרגישו, מה חשבו "אז".

בזמן שהילדים סיפרו את סיפוריהם האווירה בכיתה הייתה מאוד אינטנסיבית. הרצון והצורך לספר מחד וההקשבה של הילדים לסיפורים של חבריהם (גם כשנדמה היה שהם מכירים את הסיפור) מאידך, היו מרשימים מאוד. היו מעט מאוד ילדים שלא רצו לספר סיפור והוב הילדים ממש התחננו לתורם לספר ובקשו אף להוסיף סיפור נוסף. היו מספר ילדים שבכו בשלב זה של הפעילות והכיתה קיבלה זאת בכבוד, בהבנה ובקבלה.

קריאה חוזרת ונשנית של הסיפורים העלתה שניתן לצרפם ל 6 קטגוריות תוכן. הקטגוריות מאפשרות הבנה ברורה יותר של התכנים מ"אז" שנשתמרו בזיכרון של הילדים. נתאר את הקטגוריות על-ידי הבאת ציטטות מדברי הילדים. המלים בסוגריים הן השלמות שלנו להבנת המשפט.



ב. סיפורים על פגיעה בגוף.

סיפורים על פגיעה בגוף לוו תמיד בעצמה רגשית גבוהה. ילדים ספרו על פגיעה ישירה, למשל מרסיס או עקיפה, למשל רגל שנשברה בעת ריצה למיגונית.

ילד בכיתה ו': "הייתי במקלחת וחפתי את הראש והיה 'צבע אדום' ומרב בהלה נכנס לי סבון לעין ואז ניסיתי לרוץ והתחלקתי על הגב ואבא הרים אותי ואני מכיר אישה מבוגרת שנשברה לה היד כשהיא רצה מהמקלחת"

ילדים סיפרו סיפורים על אמבולנסים ואלונקה ומשטרה שבאה מהר ועל מישהו שכנה, בן דוד, אישה ברחוב שנפגעו מהקסאמים. בשביל הילדים בשדרות פגיעה בגוף ופגיעה הינה מציאות ממשית מאוד. למרות שמספר הנפגעים בפועל, לאורך השנים, לא היה כה גדול, הפחד של הילדים הוא חזק. בשבילם "צבע אדום" מתורגם לפגיעה פיזית.

ג. סיפורים על "כמעט פגיעה"

ילדים רבים סיפרו על אירועים של "כמעט פגיעה" בהם היו מעורבים והביעו את תחושת ההקלה של ה"כמעט" לגבי האסון שנמנע. מתוך הסיפורים עולה בברור המשמעות שלגבי הילדים הייתה פה הצלה מפגיעה ממשית בגוף, פגיעה או מוות.

ילד בכיתה ד': "נסענו באופנים והיינו בשדה והיה 'צבע אדום' וזרקנו את האופנים ורצנו לקיר מגן שראינו ונשכנו (על האדמה) ונפל קסאם בדיוק ליד איפה שהיינו. [ומה הרגשת?] ממש טוב, שלא קרה לנו כלום, שיכולנו למות"

ד. סיפורים על תדירות גבוהה של אזעקה או קסאמים.

נושא שעולה הרבה בסיפורים, כבדרך אגב, מתייחס לצפיפות ההתרחשות של אירועים מאיימים. חיי היום-יום מתנהלים תחת רצף של איומים שפוגעים בזרימה הנורמאלית שלהם. לא רק ההתנהלות של החיים נקטעת שוב ושוב, גם ההתנהלות הנפשית נפגעת שוב ושוב.

ילד בכיתה ו': "בבית הישן היה 'צבע אדום' כמה פעמים בלילה וב-6 בבוקר קראו לי לקום. ומעייפות (כש)היה עוד בום התגלגלתי 10 מדרגות וכעסתי והיה לי כואב"

ילד בכיתה ה': "מצחיק, חלמתי שיש 'צבע אדום' והערתי את כולם (המשפחה) ואז ראיתי שאין כלום. אני חולם ואז זה כאילו קורה כי זה קורה שוב ושוב ושוב"

ילדה בכיתה ג': "היינו ישנים על מזרונים כי הממ"ד קטן והיינו מתעוררים מ'צבע אדום' וזה היה מעצבן כי שוב היה 'צבע אדום' ושוב והיה קשה לישון"

בולטים הפגיעה באיכות החיים, המתח המתמשך, העייפות, הפחד שלא נגמר, הכעס והקושי להירגע.

ה. סיפורים של דאגה לאחרים

ביטויים של אחריות לאחרים ודאגה להם עולים בצורה מרשימה בסיפורי הילדים. היכולת של הילדים להתפנות רגשית לאחרים ולדאוג להם, עוזרת להירגע, להתמודד עם הפחד ולחוש חזקים.

ילדה בכיתה ד': "פעם אימא הלכה מהבית ואבא היה בישיבה ואני שמרתי על האחים והאחיות שלי ואחותי רצתה ללכת לשירותים והיה 'צבע אדום' ואז כולם התחילו לבכות ואז לקחתי אותם לממ"ד והרגעתי אותם ורק אחר-כך לקחתי את אחותי לשירותים ואז נזכרתי שהשירותים גם כן ממוגנים והיא יכלה ללכת אליהם קודם"

ילד בכיתה ג': "פעם כשהייתי אצל סבתא אז היה 'צבע אדום' וסבתא פחדה אז לימדתי אותה נשימות כמו שלמדנו בכיתה"

ילדה בכיתה ה': "פעם כשהיה קסאם הסתכלנו טלביזיה וראיתי שהקסאם נפל על הבית של__ (שם ילדה מהכיתה) אז נכנסתי ל'קמפוס' (אתר אינטרנט של בית הספר) ואמרתי לכל הילדים בכיתה להתקשר ל__ (אותה ילדה) כי הבית שלה נפגע ושהיא לא תפחד וכולם התקשרו. הילדה אליה התקשרו ספרה בכיתה, שבאמת התפלאה איך כולם ידעו מיד שהבית שלה נפגע וההתקשרות אליה דרך אתר בית הספר עזרה לה והיא הרגישה שהיא לא לבד"

ו. סיפורים על הורים שמגנים ותומכים.

הנושא של הורים כשומרים, מגנים ומרגיעים הוא אחד הנושאים שעולים באופן ברור וחזק גם בפרק זה של "אז" וגם בפרק הבא של "עכשיו". בשני הסיפורים המובאים, כמו באחרים, הילדים חווים את ההורים כמתגייסים בעת האיום להגן עליהם, להרגיע אותם.

ילד מכיתה ג': "כשחזרתי עם אבא ושמענו 'צבע אדום' והיינו בשטח פתוח ולא ידענו לאן לברוח אז אבא שכב עלי להגן עליי"

פעילות 3: מתן לגיטימציה לרגשות ולהתנהגויות

מטרת פעילות זו הייתה לתת לילדים לגיטימציה לרגשות, מחשבות והתנהגויות שהם עלולים להתבייש בהם, מאחר שיש בהן, לכאורה, ביטוי של חולשה או אשמה. רצינו לעזור לילדים לבנות לעצמם דימוי עצמי של ילד מתמודד, חזק, בעל חוסן. זאת גם לתקופת הקסאמים וגם לתקופת הרגיעה. פעילות זו שולבה במהלך פעילות 2 ונעשתה גם על-ידי הסברים של הפסיכולוגית וגם על-ידי כך שילדי הכיתה הוזמנו להצביע, אם גם הם חוו חוויה דומה לזו שהילד סיפר עליה. בכך הפכנו את החוויה למשהו המשותף לבני הקבוצה. למשל, ילד בכיתה ה' בנים (ממלכתי דתי) סיפר שבכה בעת נפילת הקסאם. לקחתי את ה"מיקרופון" ושאלתי את הבנים האם יש עוד מישהו בכיתה שבכה בעת אירוע קסאמים, או אירוע מפחיד אחר. בקשתי הצבעה. בתחילה עלתה יד אחת מהססת ואחריה עוד יד ועוד אחת. יותר ממחצית ילדי הכיתה הצביעו. יכולתי אז לומר שבכי זו תגובה נורמאלית, טבעית ושהרבה ילדים, לא רק בכיתה זו, הגיבו בצורה דומה. חלק מהתגובות שקבלו לגיטימציה עלו בסיפורי הילדים בכיתה וחלק אנחנו הכנסנו לתוך השיחה.





משמעות:

ילדים בכיתה ד': "אנחנו גאים להיות ילדי שדרות"
 ילד מכיתה ג': "היום אני חזק יותר וגם אמיץ"
 ילד מכיתה ג': "תפילה עוזרת לי"

2. מה לקחתם מהתקופה של הקסאמים ואיך אתם היום?

ילדים היה קשה לענות על שאלות אלו, אך כשאנו הצענו את המלים למשל "האם יש ילדים שיוצאים יותר החוצה לשחק" התשובה הייתה "בטח". ניתן לומר בהכללה, שחלק גדול של הילדים הצליחו לקחת מהתקופה מחשבות על עצמם שקשורות לכוח, לחוסן, לעצמאות, לידע ויכולת התמודדות טובה יותר עם חרדות.

ילד מכיתה א': "למדתי לדאוג לסבא ולסבתא ולהרגיע אותם"
 ילד מכיתה ד': "אני עצמאי יותר"
 ילד מכיתה ה': "אני יותר אמיץ, אני חושב, יותר מילדים בתל-אביב"

עם זאת ילדים ידעו גם לספר כי דברים שהפריעו להם אז עדיין נמצאים עמם היום. הם מתארים רמת דריכות גבוהה ורמת פחד גבוהה, עדיין רגישים מאוד לרעש, חלקם לא מרגישים נוח לצאת החוצה ופחדים בחושך.

ילדה בכיתה ג': "אני שומעת "צבע אדום" גם כשאין"
 ילד בכיתה א': "לא לקחתי כוח, לקחתי פחד"
 ילדה בכיתה ה': "רק כשאמא בבית אני רגועה"

פעילות 5: רצף והמשכיות של "אז ועכשיו" ציורי ילדים בכיתות א', ב'

בקשנו מהילדים לצייר על דף אחד, מחולק ע"י קיפול לשניים, ציור על "אז" – הקסאמים והמלחמה ו"עכשיו" – תקופת הרוע. חשוב לומר שכמעט כל הילדים נהנו מהציורים, השקיעו, השתדלו ורצו להראותם ולהסבירם. הציורים מרשימים, נוגעים ללב ויש בהם עושר וגוון. ברצוני לציין מספר תופעות בולטות כשבוחנים את הציורים.

1. אצל הרבה מאוד ילדים, הציור בצד של "אז" מצויר באופן עוצמתי, מושקע ועשיר, המרחב עמוס, מלא צבע, דינאמיקה ופעילות, בהשוואה לצד של "עכשיו". יש מספר ילדים שהשאיר את הצד של "עכשיו" ריק ולא ציירו בו כלל, אם מפני שלא הספיקו ואם מפני שלא הצליחו למצוא דימוי ויזואלי שיתאר אותו.

2. אצל הרבה ילדים "העכשיו" מצויר כ"לא אז". ילד בכיתה א' צייר קסאם ענקי שממלא את כל מרחב הדף של "אז" ואותו קסאם ובאותו גודל ועליו X גדול מצויר במרחב של "עכשיו". מספר ילדים ציירו "אז" עם הרבה קסאמים ו"עכשיו" עם מעט קסאמים. כלומר הקסאם עדיין מגדיר את המציאות.

פעילות 6: סיכום המפגש

המחנכים, היועצים ובחלק מהכיתות הגבוהות גם המנהלים שנכנסו לכיתות, אמרו מספר מלות סיכום לגבי המפגש. ההתייחסות כללה הכרה בקושי של התקופה ההיא וביטוי הערכה ליכולתם של הילדים להתמודד עם הקושי. הסיכום התייחס למשמעות של להיות ילד בשדרות.

הנושאים העיקריים שעלו למתן לגיטימציה היו:

פחדים: הליכה לשירותים, רחצה לבד בדלת סגורה, יציאה לשחק בחוץ, ביקורי חברים.

קשיי שינה: לישון לבד בלילה, קושי להירדם, התעוררות באמצע הלילה, ביקורים במיטת ההורים.

דריכות: חיפוש מיוגויות כשנמצאים ברחוב, או בגן השעשועים, הקשבה דרוכה לרעשים, תגובה חזקה לרעש. כל הנושאים הללו עולים כקושי אצל חלק מהילדים גם כיום, שנה אחרי הקסאמים והמלחמה.

פעילות 4: תקופת השקט הנוכחית תובנות, למידה, חוסן

בפעילות זו רצינו לעזור לילדים לבטא, לעגן ולברר את הלמידות מתקופת הטראומה המתמשכת ולאפשר להם להמשיג ולתמלל תובנות על עצמם, על התמודדות ועל העולם הסובב אותם. רצינו לאפשר להם לבנות נרטיב אישי, שכולל דרכים ויכולות להתמודדות וחוסן שרכשו בתקופת המתח והלחץ. רצינו גם לאפשר להם לבדוק מה נשאר מהתקופה המתוחה שעדיין קשה להם ומפחיד. השאלות ששאלנו במהלך השיחה היו, אם כן:

מה עוזר לכם כשיש מצב לחץ וכשאתם פוחדים?
 מה לקחתם מהתקופה הקשה ואיך אתם מרגישים היום?

בשלב זה רמת ההתרגשות, הצורך לדבר והמעורבות ירדו מאוד בכל הכיתות. בעוד שבשלב הסיפורים החווייתיים על התקופה הטראומטית היה צריך לעצור ילדים שרצו לספר עוד ועוד. בשלב הניתוח הקוגניטיבי והעיבוד של החוויות היה צריך לעורר את הילדים ולדרבנם לדבר. את התגובות לשאלות ששאלנו חלקנו לקטגוריות תוכן:

1. מה עוזר במצבי לחץ או הרגשת חרדה?

מקום בטוח

ילדה בכיתה ה': "כשפחדים עוזר לרדת מתחת לשולחן ולתפוס מקום מוגן"

ילדה בכיתה ג': "כשפחדים עוזר להישאר בבית, לא לצאת החוצה"

אנשים – בעיקר משפחה אך גם חברים ואף חיות מחמד

ילד בכיתה ג': "ללכת לאבא ואימא"

ילד בכיתה ד': "לבקש חיבוקים ולתת חיבוקים"

ילד הכיתה ו': "אם יש לידי אנשים רגועים אני לא נלחץ"

טכניקות הרגעה עצמית

עבודה עם דמיון:

ילדה בכיתה ד': "אני עוצמת עיניים ונכנסת בדמיון לגוף ונרגעת"

פעולה פיזית:

ילד בכיתה ו': "אני מנגן בדרבוקה שלי כשאני כועס או פוחד"

ילד בכיתה ג': "עוזר לאכול דברים מתוקים"

ידע

ילד מכיתה ה': "אני יודע מה לעשות גם כשאני לבד"

ילדה מכיתה ג': "התרגלנו היום אנחנו יודעים"





מסקנות

מהתכנים שעלו ומאופן בו התנהלה ההתערבות בכיתות, עולה הצורך העצום של הילדים לספר את סיפורם האישי המתייחס לתקופת המלחמה וירי הקסאמים. הם עוד לא גמרו לדבר וזקוקים שישמעו אותם. לדעתי אנחנו המבוגרים, צוותי בתי הספר וההורים הלכנו מהר מדי קדימה. אנחנו מתייחסים לתקופת הטראומה המתמשכת כעניין של העבר, עכשיו רגוע, ואפשר להמשיך הלאה – "עסקים כרגיל". אכן, נכון שרגוע, אך בעולם הפנימי של הילדים עניינים אינם כרגיל ולכן ההתערבות חשובה. ראוי לשקול לבצע התערבויות נוספות הקשורות לעיבוד הטראומה המתמשכת. מדובר בפעילות פסיכולוגית מערכתית התורמת להחלמה ולבניית חוסן, גם לילדים שלא אובחנו כנפגעי טראומה ממש, אך שחיו תקופה ארוכה בתנאים של טראומה מתמשכת.

הילדים מסוגלים להסתכל אחורה, אל תקופת הטראומה בלי פחד, בלי הכחשה וניתוק. הם מסוגלים לשמור על תחושה של רצף והמשכיות, לזכור פרטים ולגעת ברגש. בכך משתקפת לדעתי העבודה הפסיכולוגית, החינוכית שנעשתה במהלך התקופה של הקסאמים והמלחמה על-ידי צוותי בתי הספר, פסיכולוגים וגורמים מטפלים נוספים. אני רואה בכך פירות של ההשקעה בעזרה לילדים ולצוותי בתי הספר, בתקופה הקסאמים הארוכה. הנתונים מחזקים את התפיסה כי במצבים של טראומה וטראומה מתמשכת השקעה בעבודה חינוכית ופסיכולוגית במסגרת בתי הספר חיונית וחשובה. רוב הילדים מחוברים לרגשותיהם ומסוגלים לבטאם. הם מחוברים לגוף ויודעים לספר "איפה הגוף מרגיש פחד". יש להם עוצמה נפשית להיזכר בחוויות הקשות, מבלי להיות מוצפים. עולה מגוון רחב ומרשים של דרכי התמודדות שהילדים יכולים לתאר ולספר על שימוש בהן. ילדים רבים הצליחו ליצור מחוויות הקסאמים וה"צבע האדום" נרטיב אישי חיובי של התמודדות ושל חוסן.

יחד עם זאת, אצל חלק מהילדים נצפו באופן ברור תסמינים פוסט-טראומטיים שאינם זוכים לטיפול. יש ילדים הסובלים מחרדה מוגברת המשליכה על תפקודם היום-יומי. דרכי

התמודדות שלהם לא יעילות וישנם דריכות גבוהה, צמצום בהתנהלות היום-יומית, פחדים. על-כן מומלץ לעבוד עם הילדים, לא רק על עיבוד התקופה של "אז" אלא גם על ה"עכשיו". לעזור להם לפתח, להעמיק ולהעשיר את יכולת ההמשגה והמלל של הצדדים החיוביים בנרטיב. כלומר להעמיק ולהרחיב את התפיסה העצמית שלהם כבעלי חוסן נפשי ולאפיין באופן ברור יותר את משמעות תקופת הרגיעה עבורם.

לסיום אני מבקשת להביא שיר שכתב ילד בכיתה ו' במסגרת הפעילות.

מבצע עופרת יצוקה, מחשיבה להצלחה, מפעילות להתמודדות

בשנה שעברה החל לו מבצע עופרת יצוקה בכל יום הייתה מתקפה עלי ועל כל העיירה. נורא פחדתי כי אני בכל יום הותקפתי.

לכן כל היום פחדתי וצעקתי בכל פעם שהייתה המתקפה קפצתי מהמיטה ירדתי למקום הגנה מקומה שלי שית לקומה ראשונה רץ כל הזמן בלי הפסקה פזמון

כדי להדגבר [כך במקור] על הפחד שהיה בי כל היום רק שחקתי וצחקתי דברתי עם חברים שיחקתי עם האחים וגם השתוללתי עם בעלי החיים

למרות הקסאמים המשכנו בחיים גם במשחקים וגם בלימודים המשכנו בקשר עם החברים ובקשר עם המורים למדנו המון דברים

פזמון

כדי להדגבר על הפחד שהיה בי.

ביבליוגרפיה:

and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress* 3, 115-130.

Cienfuegos, A.G. and Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 53, 43-51.

Holen, A.(1990). **A long term outcome study of survivors from a disaster**. University of Oslo press, Oslo.

Janof-Bulman, R. (1992). **Shattered assumptions: Towards a new psychology of Trauma**. The Free Press, A division of Macmillan, Inc., New York.

Wilson, J.P, (1990). **Trauma transformation and healing: An Integrative approach to theory, research and post-traumatic therapy**. Brunner/Mazel, New York.

הרמן, ג.ל. (2007) **טראומה והחלמה**. עם עובד תל אביב

להד, מ. ואילון, ע. (1995) **על החיים ועל המוות**. הוצאת נוד, חיפה.

מור פ., לוריא א., חן-גל ש. וסימן טוב י. (2008) **מסע הטראומה**. אשלים ומשרד החינוך, ירושלים.

נוי, ש. (2000) מודלים להבנת התגובה לטראומה כסיוע לגיבוש העקרונות לטיפול בטראומה ובפוסט-טראומה. בקלינגמן, א., רביב, ע. ושטיין, ב. (עורכים) **ילדים במצבי חירום ולחץ**. משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי-ייעוצי.

עומר, ח. ולייבוויץ, א. (2007) **פחדים של ילדים**. ספרים הוצאה לאור.

קלינגמן, א., רביב, ע. ושטיין, ב. (2000). **ילדים במצבי חירום ולחץ**. משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי-ייעוצי.

Agger, I. and Jensen, F. B. (1990). Testimony as ritual





הקומי

פסיכותרפיה מבוססת קשב (Mindfulness) וממוקדת גוף

עידו סימיון

מבוא

מחציתה השנייה של המאה ה-20 היוותה במובנים רבים, כר פורה למפגש בין הפסיכולוגיה המערבית, שהבליחה בעוצמה רבה לתודעתנו לפני מעט יותר ממאה שנה, לבין חוכמת הרוח המזרחית כפי שהתפתחה ב-2500 השנים האחרונות. מפגש זה עדיין בעיצומו ואט-אט אנו מתוודעים לשיח השוואתי השואף להבין, כמו גם ליישב את תפיסות העולם השונות הללו (פלד, 2007; Wellwood, 2000). בפועל, אנו עדים להתפתחות של גישות אינטגרטיביות, המשלבות גם ברמה הפרקטית, בין התבונה הרבה שהינה פרי של הפסיכולוגיה המערבית לבין החוכמה העתיקה שגלומה בתורה ובתרגולים המזרחיים, וביניהם הבודהיזם והדאואיזם. גישת הקומי לפסיכותרפיה מבוססת קשב (mindfulness) וממוקדת גוף היא גישה אינטגרטיבית, שמציעה שילוב תיאורטי כמו גם פרקטיקה יעילה ליצירת שינוי בחייהם של אנשים.

גישת הקומי פותחה במקור על ידי רון קורץ בשלהי שנות ה-70 ושואבת ממקורות ידע נרחבים, החל מבודהיזם והדאואיזם, דרך גישות פסיכולוגיות ממוקדות גוף כגון: תרפיה רייכיאנית, ביו-אנרגטיקס, גשטאלט, פוקוסינג, NLP, פלדנקרייז, היפנוזה אריקסוניאנית וכלה בפיזיקה ותורת המערכות המורכבות. מתוך סינטזה זו, פיתח קורץ ובהמשך גם תלמידיו, גישה עדינה המשתמשת ברגע ההווה ובתבונה הגוף כנתיב מהיר לחשיפת חומרים לא מודעים המארגנים את האישיות, כמו-גם לחיבור מחודש לאנרגיית החיים המתגלה בביטויה ההרמוני.

קשב (mindfulness) בהקומי

הקומי משלבת את התרגול הבודהיסטי של מיינדפולנס (mindfulness), או קשב בעברית, בתוך הפסיכותרפיה, ככלי מרכזי לחקירה והבנת הפגיעה הפסיכולוגית וההזדהויות הנלוות אליה, כמו-גם כשער לאותנטיות ולזרימה ההרמונית עם החיים, שהיא טבענו העמוק ביותר. mindfulness משמעותו מודעות פתוחה, סקרנית, ללא ביקורת או שפיטה לרגע הווה. הכוונה היא שהמיינד (mind) שלנו מלא (full), הוא מלא בתחושות, רגשות מחשבות, דימויים, וכו'. זאת אומרת, אנו מטפחים עדות ברגע ההווה לכל ממדי החיים במלאותם. עוצמת השימוש בקשב הוא בכך, שהוא מאפשר לנו לרגע להניח את דעותינו על החיים בצד וכך ולהתחיל ולהיווכח במה שבעצם קורה מרגע לרגע בחוויית חיינו. שיטת הקומי מתייחסת לתוכן הורבלי-נרטיבי כבערך עשרים אחוז מהחומר שרלוונטי בהקשר הטיפולי. כך היא שמה דגש על הפניית הקשב של המטפל, כמו גם של המטופל למימדי חויה כגון: תחושות, רגשות, מחוות גוף, קצב וטון דיבור, דימויים ואנרגיית חיים כללית.

תשומת-לב מקיפה ועמוקה זו מאפשרת לנו ללמוד כיצד האדם שמולנו מארגן את חוויית חייו בהווה. הייחוד שבגישה הוא שהתרפיה הופכת להיות משהו שקורה בשידור חי. כך היא משחררת אותנו מספקולציות תיאורטיות שאמנם עלולות להיות נכונות, אך לא בהכרח מביאות לשינוי או הקלה בסבל. בכך נשמעת הקומי לעצתה של פרידה פרום רייכמן ש"המטופל צריך חויה, לא הסבר". לדוגמא, מטופלת בשם ענת נכנסה לחדרי והחלה מדברת בקצב מהיר. מאחר ותשומת ליבי כמטפל מופנית לא רק לתוכן, שמתי לב שקצב זה מרגיש מהיר יותר מטבעי. היא דיברה כך בעבר ולכן שערתי שקצב מהיר זה אינו מקרי אלא משקף הבטים משמעותיים באישיותה. לאחר שסיימה לדבר, הפניתי את תשומת ליבי לקצבה המהיר ובמקום לעלות ספקולציות באשר לפשרו, הצעתי לה לעשות ניסוי. כשהסכימה, הנחיתי אותה לתוך קשב ובמצב זה ביקשתי ממנה לשים לב לדבר הראשון שמתעורר בתוכה כשאני אומר: "יש זמן בשבילך".

בהקומי, משפט שאנו אומרים באופן זה נקרא "אמירה חוקרת" ומטרתו לא לשכנע את המטופל בכוונותנו הכנה או בנכונות המשפט, כי-אם לחקור ולגלות כיצד האדם מולנו מארגן פסיכולוגית, סביב נושא מסוים. במקרה הזה לבדוק כיצד ענת מאורגנת סביב הרעיון שיש זמן בשבילה. העובדה שאנו אומרים אותו בקשב מאפשרת למטופל ללמוד את תגובותיו, שבמצב תודעה של שיח רגיל לא היו עוברות את סף המודעות ובכך פותחים צוהר לחשיפת התת-מודע.

הכותב הוא

מטפל מוסמך בשיטת הקומי ומורה מטעם מכון הקומי הבינלאומי. הוא מטפל זוגי ומשפחתי מורשה בישראל ובמדינת קליפורניה שבארצות הברית ובעל MA בפסיכולוגיה גוף-נפש מטעם מכון קליפורניה ללימודים אינטגרליים (California Institute of Integral Studies). כעת הוא משלים את עבודת הדוקטורט בפסיכולוגיה מזרח-מערב באותו מכון. מחקרו מתמקד בשילוב תפיסות העצמי של הפסיכולוגיה היונגיאנית והבודהיסטית, וכן בוחן את המשמעותיות הפרקטיות לטיפול הפסיכולוגי שהן פועל יוצא של שילוב זה.

ניתן להכיר וללמוד את שיטת הקומי במכון הקומי ישראל www.hakomiisrael.com



"הקומי משלבת את התרגול הבודהיסטי של מיינדפולנס (mindfulness), או קשב בעברית, בתוך הפסיכותרפיה, ככלי מרכזי לחקירה והבנת הפגיעה הפסיכולוגית וההזדהויות הנלוות אליה, כמו-גם כשער לאותנטיות ולזרימה ההרמונית עם החיים, שהיא טבענו העמוק ביותר. mindfulness משמעותו מודעות פתוחה, סקרנית, ללא ביקורת או שפיטה לרגע הווה. הכוונה היא שהמיינד (mind) שלנו מלא (full), הוא מלא בתחושות, רגשות מחשבות ודימויים"





גישה ניסויית:

ככלל, בהקומי אנו משתמשים באופן יצירתי במגוון ניסויים במצב של קשב, על-מנת להזמין ולחשוף חומרים לא-מודעים שמארגנים את האישיות. לדוגמה, כשמטופל מהסס לקחת צעד לעבר משהו חדש בחייו, אנו יכולים לערוך ניסוי במצב של קשב בו אבקש ממנו במודעות ובאיטיות לצעוד פיזית לעבר אובייקט המסמל את הדבר החדש. הטיפול בשלב זה עובר מלהיות תיאורטי ומאפשר למידה חווייתית וגישה מהירה להיבטים שמונעים ממנו להתקדם.

במקרה של ענת, כששמעה את המילים "יש זמן בשבילך", היה ניכר בה שמשהו נרגע, ומיד אחר כך עלה מתוכה גל של עצב, הקשור בהכרה שהיא פעמים רבות מרגישה את עצמה כשקופה וכאחת שאינה חשובה. הנחתי אותה להישאר מודעת לחווייתה הרגשית-גופנית ומתוך כך לשים לב, אם באופן טבעי התחושה נקשרת בזכרונות מסוימים. תמונה של אמה עלתה בתודעתה ואיתה זיכרון של אמה הדוחקת בה, כמו גם תחושה של חוסר ההתכוונות לצרכיה ועולמה שאפיין חלקים מרכזיים בקשר שלהן מראשיתו. בשלב זה, הנחתי את ענת לחקור מתוך עולמה החווייתי של הילדה את המשמעות שנתנה לחוויות אלו ומתוך כך נתוודעה ענת להנחת יסוד ש"אני לא חשובה ולא מעניינת", הנחה שענת העידה שגם ארגנה היבטים נרחבים מהקשר העכשווי שלה עם אחרים. כפועל יוצא של השימוש בקשב, בניסוי, וההבנות שאיפשרו, קצב דיבורה וכן תחושות הגוף שלה, ששיקפו את קצבה המהיר האטו ונרגעו.

במצב זה של מודעות הפניתי את תשומת ליבה בכדי לבדוק ולחקור ברגע ההווה אם היא מקבלת רמז ממני, שמה שיש לה להגיד לא חשוב בעיני. הנחתי, כי לאחר שההזדהות הישנה והדפוס המארגן עלו למודע והמטען הנלווה השתחרר על רמה תחושתית-רגשית תהיה תודעתה של ענת פנויה להכיר במציאות העכשווית. כשאמרה שלא כך הדבר ושהיא חווה אותי כמתעניין בה, ביקשתי מענת להפנות את תשומת ליבה פנימה, למרחב הגוף, ולהרגיש כיצד עובדה זו משפיעה עליה. ענת הרגישה הקלה, חום באזור החזה ושלווה נעימה. שוב ביקשתי ממנה לבדוק אם לשלווה וחום אלו יש מה להגיד, והיא אמרה "את בסדר כמו שאת".

הגוף והעצמי

בכדי להבין את גישה של הקומי לפסיכותרפיה חשוב להבין את הדרך בה היא מתייחסת לאופיה וביטוייה של הפגיעה הפסיכולוגית, כמו-גם לבריאות נפשית. מספיק לראות ילד בין שנתיים בוכה כי לרגע איבד את אימו בגינה הציבורית, או כועס ומרביץ, מכיוון שלא קיבל את הבייגלה שרצה, על-מנת לראות ולהבין את השתתפותו המלאה של הגוף בחוויות החיים, הן ברמה התנהגותית, הן ברמה תחושתית והן ברמה הרגשית. תיאורטיקנים פסיכולוגים שונים הכירו בכך וביניהם מרגרט מהלר, שבעבודתה הקלאסית אודות הלידה הפסיכולוגית של האדם (1975) התייחסה לדימויי הגוף המוקדמים, המרכיבים את הגוף-אגו כהיבט מרכזי ובסיסי בהוצחתו של האגו הבוגר. דרך הזדהות עם דימויי גוף אלו, טענה מהלר, תופס האדם מאוחר יותר את זהותו העצמית ובמידה רבה דרכן הוא חווה ותופס את העולם. בגישה הקומי אנו כמובן מתייחסים להזדהויות גופניות אלו כמו גם להנחות היסוד אודות העצמי והעולם שהן ההיבט הקוגניטיבי של אותו גוף-אגו.

אך הגוף אינו קשור רק בהזדהויות היסטוריות שכבר אינו רלוונטיות למציאות העכשווית, אלא גם בחוויות חיים אוטנטיות וזורמת. וויניקוט לדוגמה, התייחס לגוף כהיבט מרכזי בבריאות נפשית ואף קישר אותו ישירות לעצמי האמיתי. הוא כותב: "העצמי האמיתי מקורו בחיות של רקמות הגוף ועבודתן של פונקציות הגוף כולל הנשימה ופעולת הלב" (1960). בכך מקשר וויניקוט את העצמי האמיתי עם מודעותנו לחוויות הגוף שלנו ברגע ההווה, וזאת בהקשר של השינויים הרציפים וההתרחשויות כפי שמופיעים מרגע לרגע. כשהעצמי האמיתי מתבטא באופן הרמוני חווה האדם מה שוויניקוט הגדיר כ-"going on being" (1956), זאת אומרת הוא מחובר לרציפות הווייתו, וכמובן הווייה קשורה בהווה, ברגע הזה.

אורגניות ונוכחות אהבת:

הפגישה עם ענת הסתיימה כשהמיינד שלה רגוע וגופה שליו ומקרין חמימות אנושית פשוטה. מנקודת מבטו של וויניקוט נכחה ענת ברגעים אלו בעצמי האמיתי שלה. בשפה של הקומי אנו מתייחסים לכך כ"עצמי האורגני". את המושג ה"עצמי האורגני" וה"אורגניות" בכלל שאבה הקומי, מתוך הפילוסופיה והחכמה הטאואיסטית שהתהוותה בסין של האלף הראשון לפני הספירה. חכמה זו אוגדה בספר הידוע של לאו טסו, הטאו טה-צ'ינג, ספר שמבטא את חוכמת הטאו, חוכמת הדרך. דרך זו היא דרכו של היקום. חכמי הטאו, בגישתם לחיים, כיוונו לדרך של הרמוניה בין האדם לטבע מבחינתם, ההתמסרות לזרימת החיים ולטבע מובילה להרמוניה פנימית וחיצונית. כאשר אנו מאפשרים את ביטוייה של זרימה זו בתוכנו, במרחב הגוף-נפש שלנו, היא מטבעה מרפאת אותנו, כמו גם מובילה לגדילה, מימוש ותחושת חיים מלאה ומספקת. בקונטקסט של הקומי משמעה שאין אנו צריכים להיות חכמים ולתת תשובות למטופל, אלא פשוט לאפשר תנאים לזרימה זו לבטא את עצמה. ההנחה היא שכפי שהגוף יודע להניע תהליכי ריפוי כאשר אנו נשרטים, כך גם מערכת הגוף-נפש במרחב בו נוכחות אהבת ותשומת לב קיימות תרפא את עצמה ותניע תהליכי התפתחות רצויים.

בעבודתי עם ענת גישה זו השתקפה בנכונות פשוט להיות עם ולאפשר לתהליך שלה להיפרס מרגע לרגע. כמטפל, אין צורך ולרוב גם אין אפשרות לדעת לאן האנרגיה האורגנית תוביל את המטופל, אך יחד עם זאת, אנו סומכים על התהליך האורגני שמטבעו יחשוף את החומרים הרלוונטים שמארגנים את האישיות, כמו-גם יוביל לבסוף לחוויה הרמונית וזורמת. כמטפלים, מאחר ואנו יוצרים מרחב של קשב וסומכים על התהליך האורגני אין אנו צריכים להיות חכמים מדי ולהציע אינטרפרטציות מורכבות. כך אנו מתפנים להיות פשוט אהבים ונוכחים עם מה שישנו. נוכחות אהבת זו משמעותה גישה של איכפתיות, חמימות וקבלה של האדם כפי שהוא על כל מורכבותו וחלקיו. אין זה אומר שאנו מסכימים עם כל מה שהוא עושה או אומר, אלא אנו פשוט נוכחים עם הווייתו ועושים כמיטב יכולתנו לקבל אותה ולשקף אותה ברגע המתאים. בתנאים אלו אנרגיית החיים של המטופל באופן טבעי מתפנה לתהליך של ריפוי פגיעות נפשיות כמו גם להתפתחות ומימוש עצמי.





סיכום

על-ידי שילוב של קשב (mindfulness) ונוכחות אוהבת, ובהסתמך על אורגניות ואוריאנטציה גופנית, יוצרת גישה הקומי מרחב נוכחות עוצמתי, שמאפשר גישה מהירה וטרנספורמטיבית לדפוסים עמוקים המארגנים את האישיות, כמו-גם חיבור לתבונה והרמוניה שהן טבענו העמוק ביותר. כוחו של השימוש בקשב הוא בכך שהוא מעביר את הפסיכותרפיה למשהו המתרחש בשידור חי, כך אנו לא רק מדברים על נושאים המהותיים לחיינו, אלא ממש חווים אותם ופתוחים ללמוד כיצד הם חיים בתוכנו. מרחב הנוכחות האוהבת מאפשר למטופל תחושה בטוחה ומוכלת בגישתו לחומרים עמוקים ולא מודעים שחשיפתם הן לב העבודה הטיפולית. בנוסף, האוריאנטציה האורגנית מאפשרת נוכחות פשוטה המבוססת על אמון בתבונה הפנימית שמניעה את תהליך הריפוי והגדילה של האדם.

ביבליוגרפיה:

פלד, א. (2007), **להרבות טוב בעולם**. רסלינג.

Kurtz, R. (1990). **Body-centered psychotherapy: the Hakomi method**. Mendocino, Life Rhythm.

Mahler, M. S.; Pine, F and Bergman, A. (1975). **The psychological birth of the human infant**. New York, Basic Books.

Mair, M. (1990). **Tao Te Ching**. New York: Bantam Books.

Welwood, J. (2000). **Toward a psychology of awakening: Buddhism, psychotherapy, and the path of personal and spiritual transformation**. Boston: Shambhala.

Winnicott, D. (1956) **Primary Maternal Preoccupation, in Through Paediatricsto Psychoanalysis**. London: Hogarth.

Winnicott, (1965). **Ego distortion in terms of true and false self. In his Maturation processes and the facilitating environment** (pp. 140-152). London: Hogarth and the Institute of Psycho-Analysis. (Original work published 1962).

תמונה ועיבוד תמונה: מטרוני- עיבוד עומק

www.Metatron. Deep Depth processing. uk



היפנוזה רוחנית

ד"ר צחי ארנון

תקציר:

את תחום הטיפול הרוחני / טרנס פרסונאלי, כמו גם ההיפנו-תרפיה, ניתן לחלק לשלוש קטגוריות עיקריות: מחקר העוסק בחוויות סף מוות וחוויות חוץ גופיות; חוויות מגלגולים קודמים; ומתן פרשנות רוחנית בהתאמה למערכת האמונות של המטופל. המאמר הנוכחי מבקש להציג קטגוריה רביעית: מתן פרשנות רוחנית שאינה על פי מערכת האמונות של המטופל. המאמר מתאר שלושה מקרים ודן בכוח המרפא הנגזר ממקרים אלה.

מבוא:

בניסיון להבין האם שילוב רוחני בטיפול הפסיכולוגי מועיל למטופל, ואם כן כיצד? עולה תחילה הצורך להגדיר את התחום הרוחני. הניסיונות הרבים להגיע להגדרה אחידה הניבו כישלון, אולם כמה נושאים חוזרים ונשנים בהגדרות השונות:

- ✦ רוחניות היא משהו מעבר לאגו ולסלף וכוללת מצבי תודעה מיוחדים, הנחווים כמשהו נשגב ונעלה (Lajoie & Shapiro 1992).
- ✦ התחום הטרנס-פרסונאלי עוסק באינטגרציה של החוויה הפסיכולוגית והרוחנית (ספיריטואלית), ובמה שמעבר לסלף, ועיסוק בתחומים אלה מוביל למודעות מלאה יותר של האדם (Journal of Transpersonal Psychology 2009).
- ✦ רוחניות היא חיפוש אחרי משמעות תוך אמונה שיש יכולות שמעבר והן רלוונטיות להתפתחותו וצמיחתו של הפרט (לוי-דפנא 2009).

מעבר לדמיון או לשוני שבהגדרות השונות, עדיין מתייחסות הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה אל התחום הרוחני כמייצג פתולוגיה. זאת אף-על-פי ששורשי העיסוק ברוח נעוצים היטב בדתות המערביות והמזרחיות גם יחד (Moran 2000) ולמרות דמיון משמעותי בין חוויות רוחניות להיפנוזה (Matheson 1986). ניסיון להתגבר על יחס חשדי זה הוביל את גרוף וגרוף (2009) לנסות ולדייק את ההבדל בין פסיכופתולוגיה לבין מצבי חירום רוחניים. הם מגדירים מצב של "חירום רוחני" באופן השונה משמעותית מאפיזודה פסיכוטית. חוקרים אחרים (Leskowitz 1996, Scotton et.al 1999) גורסים כי הפחד מפני התופעות הנפשיות החרירות מהווה למעשה מכשול בהתפתחות הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה הטרנס-פרסונאלית בכלל, והטיפול הטרנס-פרסונאלי בפרט.

עם זאת, רוחות חדשות מנשבות בעשור האחרון, סביב פריחתו של "הגל החדש" (New Age). ניכרת יותר פתיחות ונכונות לעסוק בתחומי הרוח, כולל בפסיכותרפיה ובהיפנו-תרפיה רוחנית. ולראייה שני כנסים שנערכו באוניברסיטת חיפה בנושא חקר הרוחניות העכשווית (2009-2010).

סקירת הספרות העוסקת בתחום ההיפנו-תרפיה הרוחנית מניבה שלושה תחומי עיסוק עיקריים:

1. עיסוק במחקר של חוויות סף מוות (מוות קליני, near death experiences) או חוויות חוץ גופיות (out-of-body experiences). המחקר בתחום נעשה דרך הפקת טרנס היפנוטי ויצירת חוויה של יציאה מהגוף או סף מוות (Tart 1998, Van Quekelberghe, Gobel & Hertweck 1995).

2. עיסוק בגלגולים קודמים (past life experiences). המחקר בתחום נעשה דרך הפקת טרנס היפנוטי, מצב של מודעות אחרת, והזמנה למפגש עם חיים קודמים. הטענה היא שהדבר מקדם בריאות שכן מכניס תכנים רוחניים (ספיריטואליים) מותאמים לכל מטופל, או מהופנט (Marquez 1999, Chamberlain 1999). התהליך ההיפנוטי האמור מוסבר על-ידי Bunning (2008) כדמיון שנועד לגרום להטבה בבריאותו הנפשית של הפרט, תוך שימוש בתכנים ופרשנויות רוחניים בהתאמה לעולם האמונות שלו. Haven (2007), מפרט בספרו טכניקות היפנוטיות, במטרה ליצור חוויות רוחניות, דתיות ומיסטיות, מתוך אמונה שהדבר מרפא מצוקות נפשיות. המחקר בתחום זה עוסק גם בתקופת הזמן שבין הגלגולים, לאחר המוות ולפני ההתגשמות הבאה, בניסיון להבין מה עוברת הרוח/הנשמה בתקופה זו ולשם מה (Smith 2007).

הכותב:

הוא פסיכולוג קליני ורפואי, מהפנט מוסמך. קליניקה פרטית, המכללה האקדמית עמק יזרעאל zahia@yvc.ac.il

המאמר מבוסס על מאמר שפורסם באנגלית:

Arnon Z. (2009). Spiritual-Transpersonal Hypnosis. *Contemporary Hypnosis*. 26(4). 263-268

הוצג כהרצאה בכנס רוחניות השני באוניברסיטת חיפה, מרץ 2010.



"אדם יכול להתנגד לפרשנות גם כשהוא במצב היפנוטי. הוא לא באמת מאבד את השליטה על מה שקורה לו. מניסיוני כמהפנט למדתי שגם תחת מצבים היפנוטיים אנשים מקיימים תהליך בקרה על התוכן הנאמר, ויוזמים יציאה מטרנס היפנוטי כאשר התוכן לא מתאים או מעורר התנגדות"



3. פרשנות רוחנית לתופעות נפשיות המוצעת בהתאמה לעולם המושגים של המטופל במהלך טרנס היפנוטי. מדובר במתן משמעות רוחנית, המותאמת לאמונות של המטופל, במטרה לעזור לו לקבל את התופעות ולאפשר את השינוי שהן מזמינות ליצור. Freedman (1977), אכן מראה כי מטופלים המאמינים בקיומה של רוח ובקיומם של גלגולים קודמים, מציגים הפחתה משמעותית יותר בסימפטומים (בעלת מובהקות סטטיסטית) בהשוואה למטופלים שלא מאמינים בכך מלכתחילה (שינוי ללא מובהקות סטטיסטית). רק במצב זה יכולה הפרשנות הרוחנית ליצור את השינוי מהתייחסות שלילית לתופעות נפשיות והגדרתם כסימפטומים המייצגים פתולוגיה, להתייחסות חיובית והגדרתם כתופעה רוחנית. הכוח המרפא דרך שינוי המשמעות מתאפשר, משום שהוא מתאים לתפיסותיו הקודמות של המטופל, ונתפס בעיניו כאפשרי וכמתאים. אם המטופל דוחה את התפיסה ההוליסטית הגורסת שהאדם אינו רק גוף ונפש אלא גם רוח, סביר שידחה פרשנות המציעה תוכן רוחני (Lesmana et al. 2009).

המאמר הנוכחי מבקש להציע תחום רביעי: פרשנות רוחנית לתופעות נפשיות המוצעת במהלך טרנס היפנוטי, שאינה בהתאמה לעולם התוכן של המטופל.

האם ייתכן שפרשנות זו, למרות היעדר ההתאמה, יכולה ליצור שינוי, שיפור וריפוי?
מקובל לחשוב שפרשנות, גם אם ניתנת במצב של טרנס היפנוטי, צריכה להיות מותאמת לעולם התוכן, לעולם המושגים ולאמונות של הפרט, שכן אחרת הפרשנות תעורר התנגדות ולא תניב שיפור. כלומר בטיפול היפנוטי רוחני, בו לא מפיקים חוויה טרנס-פרסונאלית כמוזכר מעלה בסעיפים 1 ו-2, הפרשנות חייבת להיות בהתאמה לתפיסותיו הנוכחיות של המטופל. הגורם המרפא של האינטרפרטציה הרוחנית הוא שינוי משמעות הסימפטום משלילית לחיובית, בתוך מסגרת האמונות והמושגים של הפרט. אם הפרט דוחה את התוכן מאחר ואינו מתאים לעולם המושגים שלו, אם המטופל לא מאמץ את התפיסה ההוליסטית והרוחנית, אם הוא מתקשה לקבל את רעיון הרוח מעבר לגוף ולנפש, הוא ידחה את הפרשנות ולא יפיק ממנה תועלת.

היפנוזה רוחנית אינה נפוצה, ומעט מאד פורסם בספרות המקצועית לגביה. להלן דוגמאות קליניות של טיפול היפנוטי בשלושה מתוך ארבעת התחומים. בתחום הראשון של סף מוות אינני עוסק, ומכאן שהמקרים המתוארים יתמקדו בתחום השני – גלגולים קודמים, בתחום השלישי – פרשנות רוחנית בהתאמה לעולם המושגים של המטופל, ובתחום הרביעי המוצע – פרשנות רוחנית שלא בהתאמה לעולם המושגים של המטופל. לאור מקרים אלה אדון בכוחות המרפאים המאפשרים זאת.

מקרה 1: טיפול בגלגולים קודמים

אישה בשנות ה-50 ביקשה טיפול היפנוטי סביב הרגשת חרדה כללית, קשיים בזיכרון, וכאבים גופניים לא מוסברים.

ההיפנוזה החלה בטיול אל המקום הבטוח, שדה טבע ירוק ובנוכחות בעלה, המקנה לה הרגשת ביטחון. עוד היא שוהה במקום הנעים והבטוח הזה, עולה באופן ספונטאני תמונה של עצמה כילדה בת שנה, כאשר דמות אביה נמצאת ברקע, והרגשה שמהו לא טוב מתרחש, משהו לא בסדר. היא קוראת לאמה ורואה אותה מהגב, לא מגיבה, לא נענית לקריאתה. היא מרגישה כעס גדול על שני ההורים ומבינה לפתע שמדובר בתהליך שחזר על עצמו. גם היא כאם, לא הצליחה להגן על הבת שלה מפני בעלה (הקודם) ממנו התגרשה בסופו של דבר. עכשיו הכעס והשנאה מופנים גם כלפי עצמה, ומתעוררת אשמה כבדה – היא נכשלה בהצלת הבת שלה.

הפגישה הבאה התמקדה בקשיי הזיכרון. אחרי ההגעה למקום הבטוח הצעתי להגיע למקום שיסביר את קשיי הזיכרון האמורים. היא מצאה עצמה במצרים, כאשר היא בו-זמנית גם תינוקת שהורגים כדי לקבור עם פרעה כחלק מקורבן, וגם אמה של התינוקת, שלא מצליחה להציל אותה ממוות זה. שוב עולה האשמה הקשורה לכישלון להציל את הבת, אלא שהפעם אחרי שהתינוקת מתה, החלה להרגיש שקט ושלווה מפתיעים. הדבר הניב הבנה שלמרות שהתינוקת סבלה בחיים הנוכחיים ובמותה, המוות היה דבר נכון עבור הרוח שלה. המוות קיבל משמעות חיובית והניב הקלה רגשית גדולה מאד.

”במהלך טיפול פסיכו-תרפויטי רגיל, המטפל מציע פרשנויות, והמטופל מקבל את אלה שנראות לו רלבנטיות. הוא מפיק מכך תובנות פסיכולוגיות, ואלו מובילות אל ההקלה בסימפטומים ואל הריפוי. הנחת היסוד של תהליך זה היא שקיים כוח מרפא המבקש לפעול וכאשר החלק המודע פוגש את האמת הנמצאת בלא-מודע, כלומר את הפרשנות שמציע המטפל, נוצרת התאמה, נוצר חיבור ומתאפשר הריפוי”



”הכוח המרפא דרך שינוי המשמעות מתאפשר, משום שהוא מתאים לתפיסותיו הקודמות של המטופל, ונתפס בעיניו כאפשרי וכמתאים. אם המטופל דוחה את התפיסה ההוליסטית הגורסת שהאדם אינו רק גוף ונפש אלא גם רוח, סביר שידחה פרשנות המציעה תוכן רוחני”





טראומטיים, כאשר את התחושה שאין לו רגליים היא מגדירה כניתוק ודה-פרסונאליזציה. הפסיכולוגיה הרוחנית מגדירה את המצב הזה כיציאת הנשמה מן הגוף, והניתוק בין הנשמה והגוף גורם לחוויה של "אין רגליים". הסבר זה עולה בקנה אחד עם התפיסה הדתית היהודית לפיה בלילה יוצאת הנשמה מן הגוף וחוזרת אליה בבוקר. הדבר משתקף גם בתפילת "קריאת שמע שעל המיטה" בה מבקש המתפלל מאלוהיו שיחזיר לו את הנשמה לקראת ההתעוררות.

הסבר זה הוצע למטופל אשר, בהיותו אדם מסורתי, קיבל אותו, וחש הקלה מיידית. ההסבר הדגיש שהבהלה של הבוקר נובעת מכך שהתעוררות התרחשה שניות ספורות לפני שהנשמה חזרה, ומכאן תחושת הבהלה והמצוקה הגדולה. לכן הוצע להתפלל בדבקות יתרה, ולבקש מאלוהים להחזיר את הנשמה לפני ההתעוררות בבוקר, או לדחות את ההתעוררות לאחר חזרתה של הנשמה.

בפגישה הרביעית נערכה היפנוזה שנועדה לשתי מטרות: לעזור לו להרגיש "מנותק מעצמו" ועדיין בשליטה ובכך להקטין את הבהלה והחרדה, ולחזק את הפנמת ההסבר הרוחני לגבי החוויה שלו. שבועיים אחרי ההיפנוזה נעלמו התעוררויות הלילה, ותחושת אובדן הרגליים דעכה לרמה שכבר לא הציקה ולא הפריעה לתפקוד השוטף. במשך עשרת המפגשים הבאים נעשה שימוש חוזר בהיפנוזה כדי לייצב את השינויים, ואכן הוא דיווח על ירידה עד לרמה של 30-40% מתדירות ועצמת הסימפטומים הראשוניים.

חודש מאוחר יותר דיווח על החרפה חוזרת בסימפטומים, לאור אבחון של בנו כחולה בסרטן. ניסיון לדבר על משמעות מחלת הסרטן אצל בנו הניבה דיסוציאציה חריפה, שבעקבותיה העדיף שלא לדבר על נושא זה, והטיפול הופסק. במפגש מעקב וביקורת 5 חודשים מאוחר יותר הוא דיווח על כך שתופעת הרגליים עדיין מופיעה אם כי בעצמה נמוכה שלא מפריעה להליכה, או לעמידה והתעוררויות הלילה מתרחשות לעתים רחוקות.

מה ההסבר האפשרי לשיפור זה?

מחקרו של Clark (1995) אסף מידע באמצעות שאלונים שהועברו למטפלים שעוסקים בטיפול בגלגולים קודמים. הנתונים שנאספו, הצביעו על כך שיש צורך בהתאמה גדולה בין מערכת האמונות של המטופל, לבין מערכת האמונות של המטפל והפרשנות שהוא מציע, על-מנת ליצור ריפוי ושיפור. אפשר שזה ההסבר למקרה זה.

מקרה 3: פרשנות רוחנית שלא בהתאמה לעולם המושגים אל המטופל

גבר בן 36 הופנה לטיפול לאחר כמה התקפי פאניקה שהחלו בעקבות קידום משמעותי של אשתו בעבודתה, בעוד הוא עצמו משרת במשך שנים כנגד בצבא הקבע וללא קידום משמעותי. לאחר פגישת האינטייך ביקש טיפול היפנוטי. הטיפול בוצע בפגישה השנייה, במטרה להוריד את רמת החרדה ולהשיג הרפיה ורגיעה. בפגישה השלישית דווח על ירידה משמעותית בחרדה, והעלה בעיה חדשה, קושי להירדם. הוא הסביר שמה שמפריע לו להירדם, היא הרגשה שמהשה קורה לו במצח, וזה מציק לו, מפריע לו לחשוב, ומקשה עליו

שבוע לאחר מכן דווחה שלמרות החוויה המשמעותית, לא חל שינוי ביכולת הזיכרון. שוב הגענו אל המקום הבטוח תוך הנחייה להגיע למקום ולזמן שיסביר את הבעיה. היא מצאה עצמה כאישה בתקופת השואה, נורית למוות על-ידי הגרמנים, אלא שהפעם התינוק שלה ניצל. היא מאד הופתעה שכן לא זכרה שאי-פעם הצליחה להציל מישהו ממוות. זיכרון זה הווה סמל לכך שהמחסום הוסר. בחזרה מתקופת השואה אל השדה הירוק, היא הופתעה לגלות באופן ספונטאני בקיומה של צמיחה ירוקה חדשה בשדה. היא הגיעה להבנה שהזיכרון של הצלת הילד בשואה מהווה סגירת פערים של הזיכרון, ובפגישות הבאות לא עלתה בעיית הזיכרון כלל.

מה ההסבר האפשרי לשיפור זה?

Freedman (2007), אומר שאנחנו לא באמת יכולים לדעת, אם אירועים מגלגולים קודמים אכן התרחשו, או שהם פנטזיות של המטופלים, אולם אנחנו יודעים בוודאות שיש להם השפעה מרפאת דרמטית למגוון רחב של אנשים ומצבים. אפשר שזה ההסבר המתאים למקרה זה.

מקרה 2: פרשנות רוחנית המתאימה לאמונות המטופל

גבר בשנות ה-30 לחייו, כבאי במקצועו, הופנה לטיפול עקב הפרעה פוסט-טראומטית שאובחנה לאחר מלחמת לבנון השנייה בשנת 2006. ביום השני למלחמה הוא נשלח לכבות שריפה בגליל העליון, שנגרמה כתוצאה מפגיעת טילים. במהלך הנהיגה ברכב הכיבוי הכבד, שמע קולות מוזרים, אם כי חשב, שמדובר בחלק שאינו מהודק היטב ברכב. רק כאשר שם לב שכל כלי הרכב האחרים בכביש עצרו את נסיעתם והנוסעים ירדו להתחבא בתעלה שבשולי הדרך, הבין שמהשה אחר מתרחש. הוא עצר את הרכב, שמע את רעשי הנפילות, והבין לראשונה שנמצא תחת הפגזת טילים, בשטח פתוח, ללא קסדה או אפוד-מגן. הסגן שלו ברח, התחבא מאחורי סלע והפסיק לתפקד. הוא עצמו הצליח לתפקד מצוי: להרגיע ולהפעיל את הסגן, לכבות את השריפה, ולחזור לתחנת הכיבוי בשלום. במהלך הימים הבאים הוזנק שוב מספר פעמים לכיבוי שריפות תחת התקפת טילים. לאחר כשבוע החל להתעורר בלילה בצעקות, ללא הבנה מה קרה ומה גרם להתעוררות. הוא לא היה מודע לצעקות אלה, ואשתו היא שדווחה לו על כך.

כשפנה לטיפול, כ-10 חודשים מאוחר יותר, הסימפטומים עדיין היו במלוא עצמתם. הוא תיאר מצבים של חוסר יציבות כה קיצוניים, עד כי מתקשה לעמוד וחייב לשבת או להחזיק מישהו, הרגשה כאילו אין לו רגליים. הוא נבדק על-ידי מספר רופאים ולא נמצא הסבר רפואי לתופעות אלה.

בפגישה הראשונה התגלתה טראומה קודמת: כ-7 שנים מוקדם יותר עבר תאונת דרכים. רכב שנסע לאחור לא הבחין בו, הפיל אותו לקרקע, והוא מצא עצמו שוכב על האדמה כשרכב עובר מעליו. הוא לא נפגע, אך רק משום שהרכב היה גבוה. לאחר אירוע זה לא הצליח לעמוד או ללכת במשך 3 ימים, אלא שהתופעה חלפה מעצמה, כלומר חלה החלמה ספונטאנית. הפסיכיאטריה מגדירה תופעות אלה כסימפטומים פוסט-





להירדם. במהלך טרנס היפנוטי הוצע ההסבר הבא: "מה שקורה לך במצב הוא פעילות של העין השלישית, הצ'אקרה. זו מהווה נקודת מגע בין פנים וחוץ, בין הגוף והרוח. הפעילות שאתה מרגיש בלילה מהווה עדות לכך, שיש מי ששומר עליך בשעה שאתה הולך לישון (הרוח שלך), ולכן אתה יכול לישון בבטחה". הפגישה הרביעית בוטלה טלפונית. הוא הסביר שהוא ישן מצוין כבר שני לילות. במהלך 4 החודשים הבאים התקיימו 3 פגישות נוספות במהלכן לא דווח על הפרעות שינה או הפרעות חרדה.

איך ניתן להסביר את השיפור במקרה זה? כיצד ניתן להסביר שינויים דרמטיים אלה? האם ייתכן שפרשנות פועלת משום שהיא ניתנת תחת מצב היפנוטי, בו האדם לא יכול להתנגד לפרשנות?

כנראה שלא. האדם יכול להתנגד לפרשנות גם כשהוא במצב היפנוטי. הוא לא באמת מאבד את השליטה על מה שקורה לו. מניסיוני כמהפנט למדתי שגם תחת מצבים היפנוטיים אנשים מקיימים תהליך בקרה על התוכן הנאמר, ויוזמים יציאה מטרנס היפנוטי כאשר התוכן לא מתאים או מעורר התנגדות.

אני מבקש להציע הסבר אפשרי אחר:

מצב היפנוטי מוגדר כמצב של מודעות אחרת. במצב היפנוטי, החשיבה הרציונאלית הביקורתית מוסחת הצידה, ומתאפשרת חשיבה דמיונית יותר, אינטואיטיבית יותר. החלק המודע מוסט הצידה, ומתאפשרת גישה ועבודה עם החלק הלא-מודע. אז מתאפשרת "לוגיקה של טרנס" (trance logic) כפי שמגדירים זאת Maldonado & Spiegel (1988). החשיבה לא מחויבת ללוגיקה של העירות המודעת.

במהלך טיפול פסיכו-תרפויטי רגיל, המטפל מציע פרשנויות, והמטופל מקבל את אלה שנראות לו רלבנטיות. הוא מפיק מכך תובנות פסיכולוגיות, ואלו מובילות אל ההקלה בסימפטומים ואל הריפוי. הנחת היסוד של תהליך זה היא שקיים כוח מרפא המבקש לפעול וכאשר החלק המודע פוגש את האמת הנמצאת בלא-מודע, כלומר את הפרשנות שמציע המטפל, נוצרת התאמה, נוצר חיבור ומתאפשר הריפוי.

במצב ההיפנוטי, מצב בו החלק הלוגי הרציונאלי המתנגד נרגע ומתאפשרת בחינה של פרשנויות שאינן מקובלות בדרך-כלל, מצב המודעות האחר מקטין את פעולת מנגנוני ההגנה, ומאפשר להקשיב לפרשנויות חדשות אלה. אבל גם במצב זה, הלא-מודע יגלה התנגדות אם הפרשנות תהא שגויה ולא תואמת. הלא-מודע יסרב לאמץ פרשנות שאינה אמיתית ונכונה. מכאן המסקנה שאם הפרשנות הרוחנית מתקבלת גם כשהיא מוצעת לאדם שעולם המושגים שלו לא כולל רוח ונשמה, הרי שבעומק הלא-מודע יש הסכמה שזו פרשנות נכונה. שיש בפרשנות זו אמת. כלומר העובדה שחל שיפור גם בקבוצה הרביעית, המקבלת פרשנות רוחנית שאינה בהתאמה לאמונות המודעות של הפרט, מרמזת כי הפרשנות הרוחנית נכונה ברמה הלא-מודעת של הפרט, ולכן במצב ההיפנוטי כאשר ההגנות מוחלשות, יכול הלא-מודע לבדוק את התוכן ללא התנגדות אוטומטית, ולקבל אותה משום שזה מרגיש נכון, מרגיש אמיתי.

"מחקרו של Clark (1995) אסק מידע באמצעות שאלונים שהועברו למטפלים שעוסקים בטיפול בגלגולים קודמים. הנתונים שנאספו, הצביעו על כך שיש צורך בהתאמה גדולה בין מערכת האמונות של המטופל, לבין מערכת האמונות של המטפל והפרשנות שהוא מציע, על-מנת ליצור ריפוי ושיפור. אפשר שזה ההסבר למקרה זה



ביבליוגרפיה:

Hypnotherapy and Hypnoanalysis. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. New Jersey, London.

Bunning W. (2008). Cancer: How one client overcame all the odds and got to see the elephants. **Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis.** 29, 1. P. 28

Chamberlain D.B (1999). Transpersonal adventures in prenatal and perinatal

אוניברסיטת חיפה, החוג לחינוך. הכנס לחקר רוחניות עכשווית <http://spiritual.haifa.ac.il/index.html>

גרוף כריסטינה וגרוף סטניסלב (2009). **החיפוש הסוער אחרי העצמי: מדריך לצמיחה אישית דרך משבר נפשי.** הוצאת מרקם.

ליון דפנא (2009). **להתהלך בין העולמות. האלכימיה של הנפש.** הוצאת נוצה וקסת. תל אביב.

Brown D.P & Feomm E (Eds.) (1986).





Lesmana C.B.J., Suryani L.K., Jensen G.D. & Tiliopoulos N. (2009). A spiritual-Hypnosis Assisted Treatment of Children with PTSD after the 2002 Bali Terrorist Attack. **American Journal of Clinical Hypnosis**. 52, 1, 23-34.

Maldonado J.R & Spiegel D. (1998). Trauma, Dissociation, and Hypnotisability. In: **Trauma Memory and Dissociation**. Bremner J.D. & Marmar C.R. (Eds.). American Psychiatric Press.

Matheson G. (1986). Hypnotic Aspects of Spiritual Experiences. *Pastoral Psychology*, 35, 2, 104-119.

Marquez N. (1999). Healing through the remembrance of the pre- and perinatal: A phenomenological investigation. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**. 60(5-B), 2352.

Moran A. L. (2000). Transpersonal Psychiatry at a VA Medical Center. **Psychiatry Services**. 51, 4, 530-531.

Scotton B.W., Chinene A.B. & Battista J.R ed. (1996). **Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology**. Basic books.

Smith P. (2007). Life Between Lives Hypnotherapy. Awakening and Understanding of your Immortal Identity. **Australian Journal of Clinical hypnotherapy and Hypnosis**. 28, 2, 51-58.

Tart C.T. (1988). Six Studies of out of body experiences. **Journal of Near-Death Studies**. 17(2), 73-99.

Van Quekelberghe R., Renaud G.P. & Hertweck E. (1995). Simulation of near-death and out-of-body experiences under hypnosis. **Imagination, Cognition and Personality**. 14(2), 151-164.

hypnotherapy. **Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health**. 14(1-2), 85-95.

Clark R.L. (1995). Past life Therapy: The state of the art. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**. 56(4-B), 2318.

Freedman T.B. (1997). Past Life and Interlife reports of Phobic People: Patterns and Outcome. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**. 58(3-B), 1528.

Freedman T.B. (2007). Once upon a time: The Healing Stories of Past Life Therapy. In: Krippner S., Bova M., Gray L., Kay A.(Eds). **Healing tales: The narrative arts in spiritual traditions**. (pp. 53-66). San Juan, Puerto Rico.

Havens R.A. (2007). **Self hypnosis for cosmic consciousness: Achieving altered states, mystical experiences, and spiritual enlightenment**. Norwalk, CT, US: Crown House Publishing Limited.

Grof C. & Grof S. (1991). **The Stormy Search for the Self: A Guide to Personal Growth through Transformational Crisis**. Los Angeles. J.P.Tarcher.

Journal of Transpersonal Psychology website (2009). www.atpweb.org/journal.asp (11 August 2009)

Lajoie, D. H. & Shapiro, S. I. (1992). Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years. **Journal of Transpersonal Psychology**, 24.

Levin D. (2009). **Walking Betwixt the Worlds. The Alchemy of the Soul**. Tel Aviv. Printed in Hebrew.

Leskowitz E. D. ed. (1999). **Transpersonal Hypnosis. Gateway to Body, Mind and Spirit**. CRC Press U.S.A





אימון אישי ועסקי

מקצוע או מדע מתהווה בחיפוש אחר זהותו?

ד"ר ארנון לוי

מקצוע האימון הוא המקצוע השני בעולם בקצב התפתחותו לאחר מקצועות טכנולוגיות המידע, כך מפרסם ב 17.2.10 ד"ר ריי ויליאמס ב"פסיכולוגיה היום". הקלקה בגוגל של המונח – Life Coaching, מעלה תוצאה של 41900000 פגיעות. בדיקה שבצעתי לפני מספר חודשים העלתה 17330000 פגיעות על אותו המושג. אין ספק שהתחום בהתרחבות מדהימה. יחד עם זאת, ולמרות שהוא מושך אליו הון-אנושי מהמדרגה הראשונה, זוכה תחום האימון ליחס מעורב מצד הציבור הרחב ויחס עויין מצד האקדמיה.

רבים מאתנו עברו או אפילו למדו אימון ולרובנו מכרים שעברו אימון. לרבים מאתנו דעות ותחושות מעורבות ביחס לתחום האימון האישי. הדעות יכולות להיות החל מהתלהבות קיצונית עם אמירות מסוג:

"3 חודשים של אימון יצרו אצלי פריצת דרך ושינוי בחיי שלא הגעתי אליהן ב-5 השנים שאני הולכת לטיפול פסיכולוגי. הפסיכולוג אומנם בנה עוד חדר בקליניקה שלו על חשבוננו אך אצלי העניינים דשדשו במקום מספר שנים"
ועד הסתייגות קשה עם אמירות מסוג:

"זהו תחום שבו השרלטנות חוגגת. חברה שלי הלכה למאמן שהסתבר שהיה בחור די מופרע שלא סיים תיכון אך בעל כריזמה ויכולת שכנוע של איש מכירות שאי אפשר לעמוד בפניו. בעקבות ה"טיפול" שהיא קיבלה ממנו היא נכנסה לדיכאון ועד היום היא עדיין לא יצאה ממנו".

באקדמיה, היחס המעורב לתחום האימון, נובע מסיבות מורכבות יותר. אנשי אקדמיה אינם יודעים כיצד להתייחס לתחום זה והמחקר בו עדיין אינו מפותח דיו. בסקירה שביצע ד"ר אנתוני גרנט מאוניברסיטת סידני הוא מצא שבין השנים 1937-1999 רק 93 מאמרים הקשורים לקואצ'ינג הופיעו בבסיס הנתונים של Psychinfo, ששם מצוטטים על-ידי APA כל המאמרים במדעי ההתנהגות. משנת 2000 עד 2008 צוטטו 400 מאמרים. לעומת זאת, עד לשנת 2008 הופיעו רק 42 מחקרים אמפיריים בתחום האימון. מספר מדהים בדלותו ביחס לשפע של מחקרים במדעי ההתנהגות.

מה סוד הקסם והרתיעה מתחום מרתק זה?

אימון אישי הוא מקצוע ש"תפור" למאה ה-21 ומבטא את רוח הזמן. האימון היא פעולה ממוקדת-תוצאות ותכליתית שמטרתה לקדם הגשמה העצמית ומימוש פוטנציאל אישי של מתאמנים. האימון עונה על צרכי התקופה של מיקסום הפוטנציאל האינדיבידואלי בצורה תכליתית ומהירה. הרתיעה נובעת לעיתים קרובות מחוסר הכשרה מתאימה ומספקת של מאמנים וגם מחוסר הגבולות של עיסוק זה כיוון שהוא אינו דיסציפלינה מדעית מוגדרת כפי שנתאר בהמשך.

בפתח דיוננו נבחן תחילה מספר מיתוסים נפוצים בתחום האימון:

1. "טיפול פסיכולוגי נמשך שנים בעוד אימון אישי הוא קצר – לא יותר מ-3 חודשים". טעות – הטיפול הפסיכולוגי הנפוץ בארץ הוא אומנם טיפול שנקרא פסיכו-דינאמי ויכול להמשך מספר שנים, אך קיימים מודלים רבים של טיפול. האימון האישי מבוסס על תפיסת הטיפול הממוקד וקצר המועד של 12-15 פגישות, שפותחה בשלהי שנות ה-60 של המאה הקודמת על-ידי קבוצה של מטפלים/תיאורטיקנים שהבולטים שביניהם היו סיפנאוס, מאלאן, וולברג דוונלו ובעיקר ג'ימס מאן. מייסדי תחום האימון האישי והעסקי אימצו את המודל של טיפול קצר-מועד באימון.

2. מאמנים עוסקים בכאן ועכשיו ופסיכולוגים מחטטים בעבר". טעות – גם הפסיכולוג מתעניין בהווה והעיסוק בעבר הוא רק אחת הדרכים ליצור שינוי בהווה על-די בירור דפוסי התנהגות אוטומטיים ובלתי רצויים שנוצרו בעבר. בנוסף התפיסות של טיפול "כאן ועכשיו" התפתחו בתירפית הגשטאלט ששלטה בשנות ה-60 ואומצה על-ידי גישה ה-

הכותב הוא:

פסיכולוג קליני פסיכו-אנתרופולוג ומאמן אישי, לשעבר יו"ר האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה, מייסד התוכנית לאימון באוניברסיטת ת"א, מייסד IACP, NECP-I.



"אימון אישי לחיים עוסק במיכלול

ההתנהגות האנושית ובעולמו הנפשי של האדם בסביבתו החברתית-תרבותית. עלייתו המהירה של תחום מרתק זה מציינת תחילת יצירתו של תחום ידע חדש ומתחדש רב-מימדי ורב-תחומי שמאתגר את כולנו להמשיך ולפתח"





אפשר לפתח אימון יוגי-רוחני, אימון למצוינות בסקס, אימון
בבישול מודרני, או אימון להתמודד עם פוביות (נסו בגוגל
ותמצאו את כל אלה). בעצם מדוע לא נאמן כל אדם לממש
את משאלת-לבו תהיה אשר תהיה?

גישה מסוג זה פוגעת קשה במקצועיות של תחום האימון
האישי. מאמן אישי אין לו כישורים להיות מטפל מיני, או
מטפל בפוביות ולימוד בישול מודרני אינו אימון אישי.
חוסר הגבולות וחוסר המחויבות לכללים הנהוגים במדעי
החברה (למשל של ציטוט מקורות, של מחקר אובייקטיבי,
ושל שימוש בטכניקות מושתתות ראיות) הוא שגרם בין היתר
לעלייה המטאורית של האימון האישי, אך עלול גם לגרום
לקריסה פתאומית של התחום וכבר הזכרנו את הסימנים
הראשונים בירידת הערך והספקנות ביחס אליו.

בכדי לסבר את אוזנינו נתייחס לאבחנה מקובלת בפילוסופיה
של המדע בין מדע תיקני, פרוטו-מדע, ופסבדו-מדע. ממדע
תיקני אנו מצפים שיהיה עיקבי, ניתן לתצפית ולמחקר
אובייקטיביים, שיהיה בעל כושר ניבוי והכללה ופתוח לשינויים
ולבקורת עצמית. פרוטו-מדע הוא בדרך-כלל מצב של מדע
בהתהוות. פרוטו-מדע מציע הסבר סביר לגוף הידע שבו
הוא עוסק, הוא פתוח לביקורת עצמית ואינו מנוגד לתפיסה
המדעית הדומיננטית אך אינו ניתן לתצפית ולמחקר
אובייקטיביים לניבוי ולהכללה מספקים ומתודולוגיות המחקר
שלו לא קיבלו תקפות ומהימנות מספקים.

פסבדו-מדע, הוא אוסף של רעיונות, אמונות, פרקטיקות
ומתודולוגיות שמוצגים כמדע. פסבדו-מדע חסר מתודולוגיה
מחקרית אמינה, או שאינו ניתן לבדיקה ניסויית. הוא חסר
גבולות ביחס לדיסציפלינות קרובות, והוא אינו עונה לתביעות
מתודולוגיות מדעיות כמו ציטוט מקורות, שיחזור ניסויים,
פירסום בכתבי עת מדעיים וביקורת עמיתים. תומכי פסבדו-
מדע משתמשים לעיתים קרובות בכלי שיכנוע כמו חצאי
אמיתות, ז'רגון טכני חסר בסיס, או אמצעים דמגוגיים כדי
לשכנע בנכונות גישתם.

בצורה מטאפורית הייתי מכליל את המדע, כמצב שבו הידע
המצוי בידינו על העולם הוא הנכון והמדויק ביותר מבחינה
מתודולוגית בזמן נתון, פרוטו-מדע הוא תחום השואף להיות
מדעי, ופסבדו-מדע הוא תחום המתחפש למדע.
כיוון שמקצוע האימון הוא מקצוע שנבנה על גוף ידע אקלקטי
וחסר עקביות, הוא נראה כתחום שבו מעורבים כל המאפיינים
שציינתי לעיל.

מאמנים רבים שואפים להפוך את תחום העיסוק שלהם
לדיסציפלינה אקדמית אך גם הטובים שבהם עדיין מתקשים
להגדיר אותו ולתחום את גבולותיו.

למרות זיקתו ושורשיו העמוקים של תחום האימון
בפסיכולוגיה, לא נראה שהכללתו כתחום התמחות ספציפי
של פסיכולוגיה, או של Coaching Psychology, או כפי
שרואים אותו חלק מהתיאורטיקנים כפסיכולוגיה חיובית
יישומית יאפיינו אותו בצורה הנכונה ביותר.

תחומי העיסוק של האימון האישי כגון חיפוש משמעות החיים,
חקר מערכות הערכים האוניברסאלית והאישית ופיתוח
הטכניקות לזיהויים, חקר הזהות האוטנטית, והמתודולוגיות

NLP (Neurolinguistic Programing) וממנה עברה
לאימון אישי.

3. "הפתרונות מצויים אצל המתאמן או במילים "אימוניות"
"האג'נדה היא אצל המתאמן".

זה נכון, אך גם פסיכותרפיה איכותית ומודרנית עברה מאה
שנות גילגולים מאז פרויד, שראה את חשיפת האמת בידי
המטפל כמטרה מרכזית בטיפול. גם כאן חלה מהפיכה
בשנות ה-60 בתפיסת המטופל. עקרונות הפסיכולוגיה
ההומניסטית שתומצתו ע"י ג'יימס בוגנטל, מהחשובים
בתיאורטיקנים ההומניסטים-אקסיסטנציאליסטים מהווים
אבן-יסוד של כל אימון אישי איכותי ואלה הם:

- * לא ניתן לצמצם אנשים ל"מרכיבים"
- * אנשים הם ייחודיים מעצם טבעם.
- * לאדם יש בחירה חופשית ואחריות לחייו ולמעשיו.
- * האדם פועל באופן מודע ומחפש בחייו משמעות, ערכים
ויצירתיות.

בוגנטל, שמעט מאד מאמנים, אם בכלל, שמעו את שמו,
מתאר תפיסה הוליסטית שבמרכזה אדם אחראי לחייו
ולהחלטותיו, שהפתרונות למצבו נובעים מתוך עצמו ולא מיידע
חיצוני. גישתו מהווה את אבן הפינה לתפיסה האימונית.
יתרה מזו, גם הרעיון המרכזי של אימון אישי שהוא מימוש
החזון האישי מקורו ברעיון ההגשמה העצמית שהיה מרכזי
בפסיכולוגיה ההומניסטית בשנות ה-60 ומצוי בראש
פירמידת הצרכים של מסלו.

לא רק הנחות היסוד, גם הרוב הגדול של הטכניקות האימוניות
מבוסס על טכניקות שונות של פסיכותרפיה ובעיקר על
טכניקות של טיפול משפחתי.

מה שעולה מהדברים האלה אינו הפחתה בערך של אימון
אישי או טענת פלגיאט, כלומר טענת שימוש ברעיונות
הפסיכולוגיה לסוגיה בלי לציין את מקורם.

טענת הפלגיאט אינה תקפה כיוון שחלק ממייסדי התחומים
של אימון אישי – אנשים חכמים ויצירתיים ושפיתחו ועיבדו
רעיונות מתחום הפסיכותרפיה ויישמו אותם באימון אישי
(לדוגמה: טכניקה מוכרת של החצנת הבעיה בטיפול
משפחתי שפותחה ע"י וייט ואפסטון שנקראת טכניקת
הגרמלינים, השדונים). אנחנו חיים בעידן של התפוצצות
הידע. אלפי ספרי פסיכולוגיה ופסיכותרפיה שנכתבו על-ידי
טובי המטפלים והתיאורטיקנים, זמינים לקהל הרחב בדפוס
ובאינטרנט ואנשים בעלי אינטליגנציה גבוהה יכולים להפיק
מהם את אשר הם מחפשים (למרות שהיעדר הניסיון הקליני
מביא לעיתים קרובות למסקנות שגויות).

בנוסף לכך גם זרמים מסוימים בפסיכולוגיה (כמו פסיכולוגיה
טרנספרסונלית למשל) וגם גישות של אימון אישי הושפעו
ממקורות משותפים של תפיסות של העידן החדש.

אז מה הנקודה המרכזית שברצוננו לומר כאן: החסרון העיקרי
של אימון אישי הוא שהוא אינו דיסציפלינה מדעית ושהוא
אינו מושתת ראיות, לכן הכל אפשרי בו. מצד אחד יש הרבה
פיתוי בכך שאינו מוגבלים במסגרת של כללים אקדמיים
נוקשים והשמיים הם הגבול. מצד שני אם הכל אפשרי אז גם





שבהם משתמש האימון ליישם תחומים אלה אינם מצויים בזרם המרכזי של הפסיכולוגיה, מלבד לתחום הפסיכולוגיה החיובית. עם זאת תיאורטיקנים מרכזיים של הפסיכולוגיה החיובית ובעיקר זליגמן, מתארים את התחום כרביזיה של הפסיכולוגיה הקלינית ולכן תחום זה אינו מתאים להיות המודל המדעי של אימון. בנוסף לכך, פסיכולוגיה חיובית משתמשת אומנם במתודולוגיה מדעית, אך יש לא מעט חוקרים, הטוענים שהיא מושפעת באופן סמוי מהאידיאולוגיה של העידן החדש ואינה מבוססת על תצפית אובייקטיבית כפי שמצופה מחשיבה מדעית. בנוסף לכך נראה שההתייחסות לאימון כפסיכולוגיה חיובית יישומית, עלול לפגוע באימפקט המהפכני של תחום האימון. ראיית האימון האישי ובעיקר האימון הפסיכולוגי כהתמחות של פסיכולוגיה, תפגע בזיקתו לתחומי הפילוסופיה, הניהול, הספורט, והסוציולוגיה.

דיסציפלינה חדשה של אימון חייבת להיות רב-מימדית ורב-תחומית. אימון אישי עוסק בשאיפות הגבוהות ביותר של האדם כמו מימוש עצמי, הגשמת החזון האישי, הטבעת חותם, זיהוי מערכת הערכים הקיימת וחיים על-פי מערכת הערכים האידיאלית. אלה הם נושאים שנילמדו בהרחבה על-ידי הפילוסופיה האקסיסטנציאלית והפסיכולוגיה ההומניסטית. עם זאת הבסיס הביולוגי והתרבותי של מערכת הערכים קשורים למחקר אתולוגי וללימודי התרבות, למדע אבולוציוני ולפסיכולוגיה התפתחותית. הלימוד של העצמי כמערכת מורכבת לא ליניארית המארגנת את עצמה הוא תחום הלימוד של תורת המערכות ומדעי המוח.

נושאים אלה אינם תמיד קשורים לפרקטיקה המקצועית היום-יומית (למרות שכל מאמן יכול להבחין בהשלכותיהם בפרקטיקה למשל פעולת העצמי כמערכת מורכבת ולא תמיד צפויה), אך דיסציפלינה מדעית חייבת להתייחס גם למחקר הבסיסי ולא רק לפרקטיקה היום-יומית. תחום שנראה לי שיכול לקרב אותנו בכיוון זה הוא תחום הרביזיה של אימון פסיכולוגי אקסיסטנציאלי כפי שאתאר להלן:

לפני 5 שנים הקמתי באוניברסיטת ת"א את התוכנית להכשרת מאמנים אישיים, במגמת מדעי ההתנהגות. בעקבות הניסיון שרכשתי באימון ובמחקר אישי של הנושא אציג חלק ממסקנותיי: מעבר לשוני בין אסכולות האימון השונות קיים קונסנסוס ביניהן לגבי העקרונות הבאים:

עקרונות הפעולה של המאמן

1. המאמן רואה במתאמן אדם אחראי ומחויב לשאיפותיו.
2. המאמן יניע את המתאמן להפיק מעצמו פתרונות ואסטרטגיות להגשמת חזונו.
3. המאמן יניע את המתאמן לגילוי עצמי.
4. המאמן יבהיר ויהיה שותף למה שהמתאמן רוצה להשיג.

מה יכול האימון הפסיכולוגי אקסיסטנציאלי לתרום לעקרונות אלה של האימון?

- * כל הגישות האקסיסטנציאליות חותרות להביא את הקליינט להתנהגות אוטנטית יותר, ולקבלת החלטות על-פי מערכת ערכיו אמונותיו ושאיפותיו האוטנטיות.
- * הגישות האקסיסטנציאליות מדגישות את ההתנסות הישירה "כאן ועכשיו"
- * הקליינטים מקבלים עידוד לפעול מתוך בחירה חופשית ואחריות אישית.
- * הקליינטים מקבלים עידוד לפעול מתוך המצב האנושי-כלומר לא פסיכולוגיה חיובית או תורת "הסוד", לא אמירות כמו: "היה חיובי ומאושר" אלא התייחסות לכל מינעד הרגשות האנושיים, סבל, חרדה, אשמה וגם אושר, שמחה, והתרוממות הנפש.
- * הקליינטים מקבלים עידוד להתבונן על כל מרחב החיים שלהם בציר הזמן.
- * הקליינטים מקבלים עידוד לבדוק את הקשרים במרחב החיים שלהם: רגשות, התנהגויות, תגובות פסיכולוגיות וכו'
- * הקשר עם הקליינטים הוא אישי, כן, ועם גבולות גמישים ושקיפות יחסית של המטפל.

אנו רואים אם כן, שהאימון האישי לקח 9 קבין של פסיכולוגיה אקסיסטנציאלית, אך הגישה האקסיסטנציאלית מעמיקה ומרחיבה את התמונה.

הגישות האקסיסטנציאליות השונות הן רבות פנים ולעיתים חסרות עיקביות. יש ביניהן גישות פנומנולוגיות שרואות את הקיום כתופעה (ספילי) לעומת גישות אקסיסטנציאליות שטוענות שהאדם צריך לקבל על עצמו אחריות אקטיבית (פרנקל), גישות סמכותיות כמו הלוגותרפיה לעומת גישות לא סמכותיות כשל רוג'רס. גישות תיאוריות שנהוגות באסכולה הבריטית

"אימון אישי הוא מקצוע ש"תפור" למאה ה-21 ומבטא את רוח הזמן. האימון היא פעולה ממוקדת-תוצאות ותכליתית שמטרתה לקדם הגשמה העצמית ומימוש פוטנציאל אישי של מתאמנים. האימון עונה על צרכי התקופה של מיקסום הפוטנציאל האינדיבידואלי בצורה תכליתית ומהירה"



"דיסציפלינה חדשה של אימון חייבת להיות רב-מימדית ורב-תחומית. אימון אישי עוסק בשאיפות הגבוהות ביותר של האדם כמו מימוש עצמי, הגשמת החזון האישי, הטבעת חותם, זיהוי מערכת הערכים הקיימת וחיים על-פי מערכת הערכים האידיאלית. אלה הם נושאים שנילמדו בהרחבה על-ידי הפילוסופיה האקסיסטנציאלית והפסיכולוגיה ההומניסטית"





בשלה בו ההחלטה לפעולה (לשלב זה 3 תת שלבים).
 ג. שלב ההחלטה שמורכב מ 2 תת שלבים: א. התגבשות ההחלטה, ב. ויצירת תוכנית אסטרטגית לשינוי.
 ד. שלב הפעולה: זהו השלב שבו אנו מלווים בצורה אקטיבית את ביצוע המטרות והחזון.
 ה. שלב האינטגרציה שבו אנו מבצעים מבט-על לגבי התהליך שעבר המתאמן. אנו מבצעים מעקב על הביצוע והתוצאות, מתחזקים את השינוי ובודקים את האקולוגיה שלו כלומר השפעתו על הסביבה ומרחב החיים של המתאמן.

באימון על בסיס פסיכולוגיה אקסיסטנציאלית החזון האישי שעל המתאמן לקדם אינו מטרה כלשהי שמציג המתאמן כגון פתיחת עסק עצמאי, או מימוש סיסמאות ברוח העידן החדש כגון: "מה שתרצה תשיג, הציבו עצמכם בראש הרשימה, כבדו את רווחתכם הרוחנית, זירמו עם מצבי הרוח שלכם, חיפרו עמוק לחפש את חוכמתכם" (אלה הם ציטוטים מספרי קואצ'ינג שונים). עצות אלה יש בהן לעיתים חוכמה רבה אך אין הן מייצרות שינוי בדפוסי ההתנהגות. התנהגות כל אחד מאתנו נובעת מדפוסי פעילות במוח שמייצרים פעולות של טייס אוטומטי. האימון האישי הוא תהליך של שינוי הפרדיגמות של המשמעות שיוצר המתאמן לפרדיגמות שמבטאות בצורה מיטבית את המימוש העצמי שלו ואת הצורך שלו להטביע חותם מעבר לקיומו הפיזי.

הגישה של הרביזיה של המודל האקסיסטנציאלי-הומניסטי יוצרת קוהרנטיות וגיבוש של היבטים סותרים, שאנו מוצאים בגישות השונות של הפסיכולוגיה האקסיסטנציאלית. אנו מקווים שגישה זו יכולה ליצור בסיס ראשוני לפיתוח גישה של דיסציפלינה אימונית חדשה שנשענת על מחקר מדעי וטכניקות יישומיות מתורות הניהול והשיווק, מסוציולוגיה ולימודי התרבות, מחינוך ודידקטיקה, וגם ממדעי המוח, מתורת הכאוס והמערכות המורכבות, מפסיכולוגיה הומניסטית, אבולוציונית, והתפתחותית. אימון אישי לחיים עוסק במיכלול ההתנהגות האנושית ובעולמו הנפשי של האדם בסביבתו החברתית-תרבותית. עלייתו המהירה של תחום מרתק זה מציינת תחילת יצירתו של תחום ידע חדש ומתחדש רב-מימדי ורב-תחומי שמאתגר את כולנו להמשיך ולפתח.

לעומת גישות הרמוניסטיות-פרשניות כאנליזת Dasein, גישות שמבוססות על ספונטניות של התהליך כמו אצל לאינג והאסכולה הבריטית, לעומת טכניקות מובנות כמו הלוגותרפיה, גישות סובייקטיביות כמו אצל לאינג לעומת בינאישיות כמו באסכולה הבריטית, גישות המתייחסות לאינדיבידואליות כמו אנליזת Dasein, או אוניברסליות כמו באסכולה הבריטית, גישות שמתייחסות לפסיכו-פתולוגיה כמו אנליזת Dasein או לאינג או גישות ללא התייחסות לפתולוגיה כמו באסכולה הבריטית.

הגישה שפותחה ב-NECP (New Existential Coaching Psychology Society) לאחר שנים ארוכות של חקירה מתבססת על מספר עקרונות:

1. האדם התפתח בטבע כיצור פגיע אשר הצליח לשרוד בעזרת כושר הלמידה שלו שאפשר לו ליצור פרדיגמות של משמעות בחייו (למשל פיתוח האמונות במיתולוגיות ובאלים המעורבים בחייו ויצירת טכסים מקודשים נתנו לו ביטחון קיומי וכושר התמודדות ביחס לחרדת המוות והחידלון).
2. אותן פרדיגמות של משמעות מתפתחות בצורה ספירלית במהלך החיים. הן מאפשרות הישרדות בתחילת החיים, סוציאליזציה ואקולטורציה בהמשך החיים, הגשמה עצמית בשיא החיים, והטבעת חותם בחלק האחרון של החיים
3. מטרת האימון והפסיכותרפיה האקסיסטנציאלית היא שיקום כושר הלמידה שניפגע ושגורם ליצירת פרדיגמות שגויות של משמעות.
4. מוח האדם פועל כמערכת מורכבת מסתגלת המארגנת את עצמה.

תהליך האימון הוא תהליך התפתחותי שניתן לסכמו ב 5 שלבים 4 תת-שלבים שמתפתחים בצורה ספירלית. כלומר לכל שלב יש מטרות שונות, משימות שונות, תרגילים ומאגר שאלות שונה המופנות למתאמן, אך כל שלב מכיל גם חלקים משלבים אחרים ומוכל על ידיהם. השלבים העיקריים הם:
 א. שלב ההכנה. מטרת השלב להכין את המתאמן לתהליכי שינוי על ידי יצירת "מקום בטוח" ואיסוף מידע.
 ב. שלב ההכרה שבו מכיר המתאמן בצורך לשינוי אך עדיין שולטות בו הפרדיגמות הקיימות שהוא חושש לשנות ולא

חומר נוסף בנושא, ניתן למצוא:	
באתר הבית שלי	www.dr-arnonlevy.com
באתר IACP האיגוד הישראלי לקואצ'ינג פסיכולוגי	www.coachingpsychology.co.il
ובאתר האיגוד הבינ"ל לאימון פסיכולוגי-אקסיסטנציאלי	www.existentialcoaching.org
באתר של NECP	
New Existential Coaching Psychology Association	
www.studycoaching.org	





על מלחמה והתאבדות בישראל

* 2006-1948

ד"ר ישראל אורון (אוסטריי)

א. מבוא

מחקרים אודות התאבדות, מתמקדים בתחום הנפשי (והביולוגי) על-מנת לאתר את מרכיביו של המניע האובדני, כמו-גם בנסיבות החברתיות השונות שבתוכן מממש אדם את רצונו להתאבד (כלומר: לממש במלואה את כוונתו להמית עצמו, לאחר שמאס בחייו). משבר כלכלי, אכזבה רומנטית, חקירה פלילית וכד', כל אלה יכולים להוות תנאים חברתיים מתוכן יכול אדם לבחור לשים קץ לחייו. מלחמה אף היא אחת מהנסיבות החברתיות אשר לכאורה היו עשויות לעודד התאבדות ונערכו מחקרים רבים שנועדו לבדוק את מידת השינוי שהתחולל בשיעורי ההתאבדות בזמן מלחמה, בהשוואה לתקופות שלום.

חלוץ מחקרים אלה היה אנריקו מורסללי, רופא איטלקי בבית חולים לנפגעי נפש, שבמחצית המאה ה-19 ערך מחקר מקיף בנושא ההתאבדויות באירופה. הוא ניתח נתונים סטטיסטיים ממקורות שונים במדינות אירופה מראשית המאה ועד לימיו, במטרה לבדוק את השפעתם של גורמים פסיכולוגיים וחברתיים על בני אדם השמים קץ לחייהם. בתוך כך ניסה מורסללי להבין את הקשר בין מצב פוליטי לבין מניעים נפשיים, ובדק את הנתונים הסטטיסטיים של התאבדויות בעת הפיכות ומלחמות. הוא מצא, שבתקופות אי-שקט אלו, היקף ההתאבדויות הצטמצם בהשוואה לימי שלום ורגיעה. הוא הסיק, שהסיבה הפסיכולוגית המחוללת נתונים דמוגרפיים אלו, נעוצה בעיסוק-היתר של האדם בגורל מדינתו, בין אם בעת הפיכה אלימה של השלטון הפנימי ובין אם במלחמה. עיסוק זה איננו מותר לו זמן ומשאבים נפשיים למטרות אחרות, וכך עיקר דאגתו ומחשבותיו איננו מתמקד ברצונו להתאבד.

מורסללי פרסם את ממצאיו השונים בספר שיצא לאור בשנת 1879, שתורגם שנתיים אחר כך לשפה האנגלית (Morselli, 1881).

שמונה עשרה שנים לאחר מכן פרסם הסוציולוג הצרפתי אמיל דורקהיים את ספרו שלו בנושא ההתאבדות (Durkheim, 1897/1966). גם דורקהיים התמקד בשכיחות ההתאבדויות בעת הפיכות ומלחמות, כאשר נקודת המוצא שלו היו הממצאים והנתונים הסטטיסטיים שהביא מורסללי במחקריו. דורקהיים אישש ממצאים אלו בנתונים נוספים תוך שהוא מעיר, כי ההפחתה בשכיחות ההתאבדות ניכרת ביותר, ככל שהמשבר חמור יותר וככל שהוא ממושך יותר, ולהיפך. בנוסף מצא דורקהיים, שלאחר שהמשבר חלף עלתה מחדש שכיחות ההתאבדות, אף אם לא בדיוק הגיעה לרמה שלפני המשבר.

דורקהיים הסיק, שחברה שפועלת באחידות ובדרך מתואמת, יש בידה לפקח על התנהגותם של יחידים השוקלים לשים קץ לחייהם. מלחמה, או משבר חברתי עמוק, מאלצים את האנשים לחבור יחדיו כדי להתעמת בסכנה הנשקפת לכלל, אז היחיד מתמקד במטרה המשותפת ולא בו וברצונו האובדני. זהו בתמצית מודל האינטגרציה החברתית.

אכן נמצא, שבמהלך שתי מלחמות העולם פחתו שיעורי ההתאבדות בצרפת (Lunden, 1947), בבריטניה (Lester, 1994a) ובארצות הברית (Marshall, 1981). בממוצע הצטמצם השיעור הלאומי למדינות המערב במלחמה"ע הראשונה ב-15.3%, לשנים 1915-1918, ובשנייה ב-13.5%, לשנים 1940-1945 (Lester, 1994b).

על סמך מחקריו הבדיל דורקהיים בין מלחמה רחבת היקף, המטילה איום על הטריטוריה ועל חיי התושבים ("Great National War") ושמעוררת אותם להטות שכם להצלת המדינה, לבין מלחמה הנעדרת אותו. נבדלות זו משתקפת בממצאיו ובמסקנתו, שצמצום שיעורי ההתאבדות מתרחש רק במלחמה מן הסוג הראשון. כך נמצא, לדוגמה, שבארצות הברית לא פחתו שיעורי ההתאבדות במהלך מלחמות קוריאה (1950-1953) ווייטנאם (1959-1975), שהתנהלו הרחק מאדמתה (Marshall, 1981). חוקרים נוספים הסיקו שמודל האינטגרציה מסביר את ממצאיהם (Malley, 1975; Sainsbury, 1986; Somasundaram et al, 1995; Grubistic-Ilic et al, 2002; Tubergen et al, 2006; al, 2002), ואילו חוקרים ספורים לא סברו כן (Halbwachs, 1978; Rojcewicz, 1971; Wasserman, 1989).

הכותב הוא:

מהמחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה / אוניברסיטת חיפה
התוכנית הלאומית למניעת אובדנות / משרד הבריאות והגיינת

* המאמר מבוסס על סדרת מחקרים שערכתי, ואתם סיכמתי בשני מקורות:

אורון י. (2008), **שלום לחיים! בחרתי במוות (מכתבי פרידה מאת ישראלים שהתאבדו)**, הוצאת "אח". נספח.

Oron I. (2010), **Suicide in Israel, 1948-2006 (Research Reports)**, International Center for Health, Law and Ethics/Department of Psychology, Law and Ethics, Univ. of Haifa



"חלוץ מחקרים אלה היה אנריקו מורסללי, שבמחצית המאה ה-19 ערך מחקר מקיף בנושא ההתאבדויות באירופה. הוא בדק את הנתונים הסטטיסטיים של התאבדויות בעת הפיכות ומלחמות, ומצא, שבתקופות אי-שקט אלו, היקף ההתאבדויות הצטמצם בהשוואה לימי שלום ורגיעה. הוא הסיק, שהסיבה הפסיכולוגית המחוללת נתונים דמוגרפיים אלו, נעוצה בעיסוק-היתר של האדם בגורל מדינתו, בין אם בעת הפיכה אלימה של השלטון הפנימי ובין אם במלחמה"





אמיל דורקהיים:

דוד אמיל דורקהיים
(בצרפתית: David Emile Durkheim; נולד ב-15 באפריל 1858, נפטר ב-15 בנובמבר 1917), היה סוציולוג צרפתי-יהודי, והוא נמנה עם אבות הסוציולוגיה ומדעי החברה. דורקהיים הקים בשנת 1895 את המחלקה האקדמית הראשונה לסוציולוגיה, וב-1896 ייסד את אחד מכתבי העת הראשונים המוקדשים למדעי, "ל'אנה סוסיולו'יק". על מנת לחקור את החברה בתרבות המודרנית, הוא יצר את אחת מהגישות המדעיות הראשונות להבנת תופעות חברתיות והיה ממייסדי הפונקציונליזם.



"דורקהיים הסיק,
שחברה שפועלת
באחידות ובדרך
מתואמת, יש בידה
לפקח על התנהגותם
של יחידים השוקלים
לשים קץ לחייהם.
מלחמה, או משבר
חברתי עמוק, מאלצים
את האנשים לחבור
יחדיו כדי להתעמת
בסכנה הנשקפת לכלל,
אז היחיד מתמקד
במטרה המשותפת ולא
בו וברצונו האובדני.
זהו בתמצית מודל
האינטגרציה החברתית"

ב. מלחמה והתאבדות בישראל

ב-62 שנות קיומה הייתה מדינת ישראל מעורבת באחת-עשרה מלחמות: עצמאות (1948), סיני (1956), ששת-הימים (1967), ההתשה (1969-1970), יום-כיפור (1973), לבנון 1 (1982), "אינתיפאדה" 1 (1988-1990), המפרץ 1 (1990), "אינתיפאדה" 2 (2000-2004), מפרץ 2 (2003), לבנון 2 (2006).

ניתן לקבץ מלחמות אלו לשלוש קבוצות. הראשונה, כוללת מלחמות קיומיות, שהתנהלו מתוך תחושה ברורה כי תבוסה צבאית תערער כליל את קיום המדינה: עצמאות, ששת-הימים ויום-כיפור. שלוש מלחמות אלה תואמות למאפייניה של מלחמה-רחבת-היקף, בלשונו של דורקהיים. הקבוצה השנייה מכנסת ארבע מלחמות שהתנהלו על גבולות המדינה, או מעבר להם: סיני, התשה, לבנון ראשונה ושנייה (אף שהאחרונה חרגה בהמשך הלחימה מהגדרה זו). שתי האינתיפאדות ושתי מלחמות המפרץ, העושות את הקבוצה השלישית, מאופיינות בפגיעה מכוונת באזרחי המדינה ובהיעדר קרבות בין צבאות.

חשוב להעיר, שחוקרים בעולם השוו במדינות השונות את שיעורי ההתאבדות לתקופות שלום במובן המדויק של המושג – היעדר כל מעשי איבה. אולם בישראל מעולם לא היה שקט שכזה. בכל שנות קיומה לא הייתה ולו שנה אחת ללא תקריות, ובכל שנה משנותיה, ללא יוצא מן הכלל, נהרגו ונפצעו חיילים או אזרחים במעשי איבה. בנוסף על כך, לא מלחמה אחת פרצה בישראל בד-בבד עם סיומה של הקודמת, או אף שזורה באחרת.

מטרתו של המאמר שכאן להציב את נתוני ההתאבדויות בהתאמה למועדי המלחמות, ולתאר את העובדות הדמוגרפיות על רקע המצב הפוליטי-החברתי הרלבנטי. אגב כך, וכמטרה משנית, נבדוק, האם מאפייניהם של שיעורי ההתאבדות בישראל תואמים את ממצאיהם של מורסללי, דורקהיים וחוקרים שבאו בעקבותיהם, ואם יש בכוחם של הסבריהם התיאורטיים לבאר את הממצאים בישראל.

ממצאים ודין

את המידע באשר לשיעורי ההתאבדות במדינה (כלומר, שכיחות המתאבדים לכל מאה-אלף תושבים, או על-פי המין) קיבצתי מפרסומי משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שאותם עיבדתי למטרות המחקר.

אציין, כי השיעורים מתייחסים לבני 15 ואילך. כמו-כן, במאמר זה, אתייחס לאוכלוסייה העברית/יהודית בלבד. זאת מאחר שאחוז המתאבדים בתת-האוכלוסייה הערבית מתוך אוכלוסיית המדינה כולה, הוא 5%-7% בלבד. כאשר מצרפים שכיחות כה זעומה לתת-אוכלוסייה המקיפה את השכיחות הכמעט מוחלטת של ההתאבדויות, ומחשבים שיעור אחיד לכל האוכלוסייה, משפרים באופן מלאכותי את המציאות.

במאמר אציג את שיעורי ההתאבדות בעיתות מלחמה בשתי הקבוצות הראשונות, בהתאמה בשני לוחות (הכוללים התאבדויות חיילים). הצד הימני בכל לוח מציג את שיעורי ההתאבדות בשנה שקדמה למלחמה ובשנת (או שנות) מלחמה, ואת ההבדל ביניהם באחוזים. הצד השמאלי מתמקד בהבדלי השיעורים בין עת מלחמה לשנת השלום העוקבת אותה.

קבוצה 1: מלחמות קיום

$$= \text{לוח 1} =$$

מלחמות	משך	לפני מלחמה				אחרי מלחמה		
		שנה	גבר	אישה	שנה	גבר	אישה	
מלחמת העצמאות שינוי 0%	8 חודשים	1946	{ 14.9 }	{ 15.1 }	14.6	1948	14.3	14.0
		1948	14.0	14.3	14	1949	24.0	17.7
			-6.0%	-5.3%	-4.1%		67.8%	26.4%
מלחמת ששת הימים שינוי 0%	6 ימים	1966	9.9	11.9	7.9	1967	12.8	9.9
		1967	9.9	12.8	7.0	1968	15.9	14.1
			0.0%	7.6%	-11.4%		24.2%	42.4%
מלחמת יום כיפור שינוי 0%	37 ימים	1972	13.0	13.9	12.0	1973	10.9	9.4
		1973	9.4	10.9	7.9	1974	14.5	11.5
			-27.7%	-21.6%	-34.2%		33.0%	22.3%



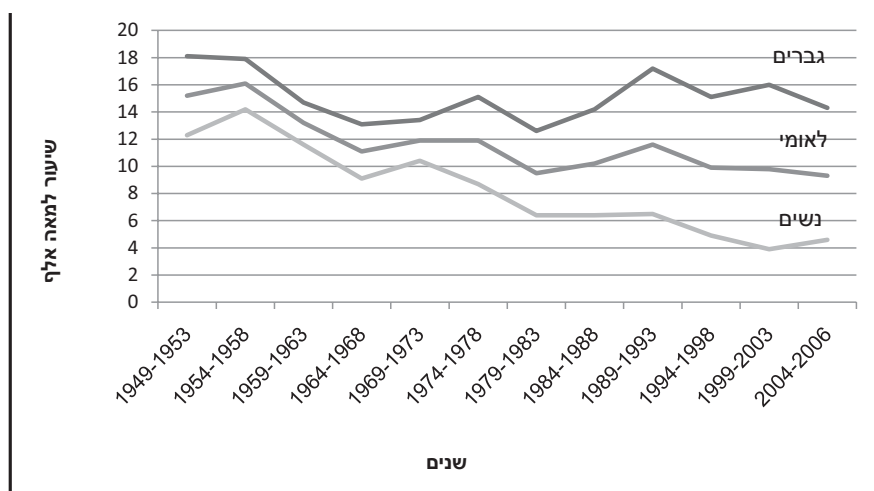
עצמאות: עקב היעדר נתונים לשנת 1947 השתמשתי לאומדן שנה זו בשיעורים לשנת 1946 (על בסיס Gurevich et al, 1947).

הפחתת השיעורים בשני המינים תואמת לממצאיהם של מורסללי ודורקהיים. את העלייה בשיעורי הגברים בשנת 1949 ניתן להסביר באמצעות מסקנתו של דורקהיים, שבתום המשבר חוזרים ועולים שיעורי ההתאבדות. גם את המשך הירידה בשיעורי ההתאבדות בקרב הנשים ניתן להסביר על-פי היגיון זה, לפיו הפחתה בשיעורי ההתאבדות ממשיכה גם בתום מלחמה, אם היא הייתה חמורה במיוחד. עם זאת, כאשר מתחשבים בעולים הרבים שעלו בשנת 1949, שהכפילו את אוכלוסיית המדינה אך לא היו נתונים למוראות המלחמה, מצטמצם ההפרש בשיעורי הגברים בשנה זו לכדי 45%. מסיבה זו ההפרש בשיעורי הנשים כמעט מתאפס.

ששת-הימים: בשנת 1967 עלו שיעורי התאבדות בקרב גברים ב-7.6%, שאותם יש להשוות לשינויים שהתחוללו בשיעוריהם ברצף השנים מאז 1958 (שלאחר השפעתה המיידית של מלחמת סיני) ועד תום 1966. ההשוואה נדרשת על-מנת להסיק באופן חד משמעי שהעלייה בשיעורים מוגבלת וייחודית לשנת המלחמה הנבדקת לבדה, וכי איננה תוצר של מגמה, או של תנודות הנובעות מאירועים שהתרחשו בין שתי המלחמות. תרשים 1 מתאר את שיעורי ההתאבדות בהתאמה למהלך השנים האלו, ומצביע בבירור על כי משנת 1958 ואילך חלה הפחתה רצופה בהתאבדות בקרב גברים. מגמה זו נעצרה רק בשנת המלחמה, שאז עלו השיעורים. (עליית שיעורים חד-פעמית ניכרת בתרשים בין השנים 1962-1963, אך אין היא סותרת את המגמה הכללית, מה עוד שהיא נמוכה ב-2.6% מן העלייה ב-1967). מאז המלחמה אנו עדים להמשך המגמה של עלייה בשיעורי התאבדות בקרב גברים, שהוסיפו 24.2% בשנת 1968 ועוד 3.8% שנה אחר כך.

תרשים 1

שיעורי התאבדות בישראל, 1949-2006



כפי שמלמד תרשים 1, מגמת ההפחתה בשיעורי התאבדות אחרי מערכת סיני התרחשה אף בקרב נשים (אך משנת 1961), שלא נבלמה בשנת המלחמה כי אם לאחריה. (הפחתה בת 11.4% בשיעורים בשנת 1967 איננה ייחודית לשנה זו בהשוואה לשנים הקודמות). מידת עליית השיעורים לכדי 77.1% בשנת 1968 היא הרחבה ביותר לנשים בכל שנות קיומה של המדינה, בעיתות שלום ומלחמה גם יחד.

עליות שיעורי התאבדות בקרב שני המינים לאחר המלחמה, וזו של הגברים גם במהלכה, נובעות מנסיבותיה של שנת 1967. יש בנתונים כדי להעריך, כי המתח הנפשי שנבע מאירועים שגרתיים בחיי היום-יום, שבדרך כלל נמצאו על-ידי חוקרים בעולם כבעלי זיקה להתאבדות, לא הותיר את רישומו באותה מידה כמלחמה ותקופת הכוננות שלפניה.

מנקודת המבט של דורקהיים ברור, שהממצאים בשנת המלחמה עבור שני המינים, סותרים את המצופה מהשפעתו של איום קיומי על שיעורי ההתאבדות. יתכן שהסתירה נובעת מהניצחון הצבאי המהיר, אשר פוגג באחת את האיום הקיומי, וסימן את החזרה לשגרה מחודש יולי ואילך. (השפעתה של לחימה קיצרת ימים על השיעורים לא נדונה על-ידי חוקרים בעולם).

יום-כיפור: בהשוואה לשנים שלאחר מלחמת ההתשה (1971-1972), ניכרת ירידה חדה בשיעורי ההתאבדות בשני המינים בשנת 1973, כפי שמתואר בתרשים 2. הממצא עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של מורסללי ודורקהיים.

**”מטרתו של המאמר
שכאן להציב את נתוני
ההתאבדות בהתאמה
למועדי המלחמות, ולתאר
את העובדות הדמוגרפיות
על רקע המצב הפוליטי-
החברתי הלבנטי. אגב כך,
וכמטרה משנית, נבדוק,
האם מאפייניהם של שיעורי
ההתאבדות בישראל
תואמים את ממצאיהם של
מורסללי, דורקהיים וחוקרים
שבאו בעקבותיהם, ואם
יש בכוחם של הסברים
התיאורטיים לבאר את
הממצאים בישראל”**



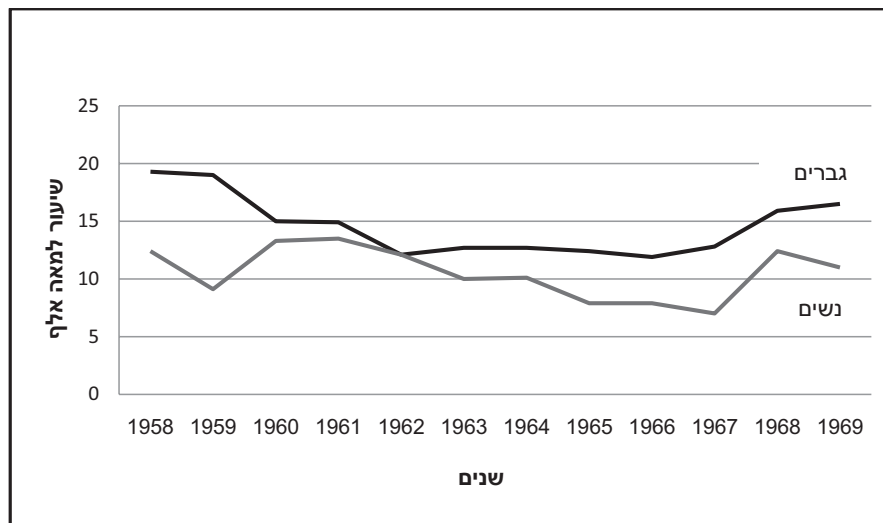
**”את העלייה בשיעורי
הגברים בשנת 1949
ניתן להסביר באמצעות
מסקנתו של דורקהיים,
שבתום המשבר
חוזרים ועולים שיעורי
ההתאבדות. גם את
המשך הירידה בשיעורי
ההתאבדות בקרב הנשים
ניתן להסביר על-פי
היגיון זה, לפיו הפחתה
בשיעורי התאבדות
ממשיכה גם בתום
מלחמה, אם היא הייתה
חמורה במיוחד**





תרשים 2:

שיעורי התאבדות ברצף זמן: מלחמת ששת הימים



“הנתונים מצביעים על עלייה בולטת בשיעורי הגברים בשנת 1974 בהשוואה לשנת המלחמה, ובכך יש הבדל מהותי ממלחמות קיום שנבחנו בעולם. בעוד ששיעורי ההתאבדות לאחר סיומן לא עלו על 15% (כולל המלחמות שבדקו מורסלי ודורקהיים), בישראל שיעורי ההתאבדות בגברים לאחר כל שלוש מלחמות הקיום, ובנשים לאחר מלחמת ששת-הימים, נוסקים הרבה מעבר לרמה זו”

הנתונים מצביעים על עלייה בולטת בשיעורי הגברים בשנת 1974 בהשוואה לשנת המלחמה, ובכך יש הבדל מהותי ממלחמות קיום שנבחנו בעולם. בעוד ששיעורי ההתאבדות לאחר סיומן לא עלו על 15% (כולל המלחמות שבדקו מורסלי ודורקהיים), בישראל שיעורי ההתאבדות בגברים לאחר כל שלוש מלחמות הקיום, ובנשים לאחר מלחמת ששת-הימים, נוסקים הרבה מעבר לרמה זו.

תרשים 2 מתאר את עוצמתה של עליית השיעורים הזו, אשר ממשיכה גם ב-1975 ומוסיפה להם 17% בשני המינים.

קבוצה 2: מלחמות מחוץ לגבול

= לוח 2 =

אחרי מלחמה				לפני מלחמה				משך	מלחמות
אישה	גבר	לאומי	שנה	אישה	גבר	לאומי	שנה		
16.9	23.8	20.4	1956	17.2	13.3	15.3	1955	10 ימים	מערכת סיני שינוי 0%
12.0	16.7	14.4	1957	16.9	23.8	20.4	1956		
-28.9%	-29.8%	-29.4%		-1.7%	78.9%	33.3%			
9.4	12.4	10.9	1970	12.4	15.9	14.1	1968	17 חודשים	מלחמת ההתשה שינוי 0%
11.5	13.4	12.5	1971	11.0	16.5	13.8	1969		
22.3%	8.1%	14.7%		-11.3%	3.8%	-2.1%			
				11.0	16.5	13.8	1969		
				9.4	12.4	10.9	1970		
				-14.6%	-24.8%	-21.0%			
6.2	10.1	8.5	1982	6.4	11.3	8.8	1981	חודשיים	מלחמת לבנון 1 שינוי 0%
6.4	13.8	10.2	1983	6.2	10.1	8.5	1982		
8.1%	36.6%	20.0%		-3.1%	-10.6%	-3.4%			
		אין נתונים	2006	5.5	14.2	9.7	2005	34 ימים	מלחמת לבנון 2 שינוי 0%
			2007	4.0	12.7	8.2	2006		
				-27.3%	-10.6%	-15.5%			



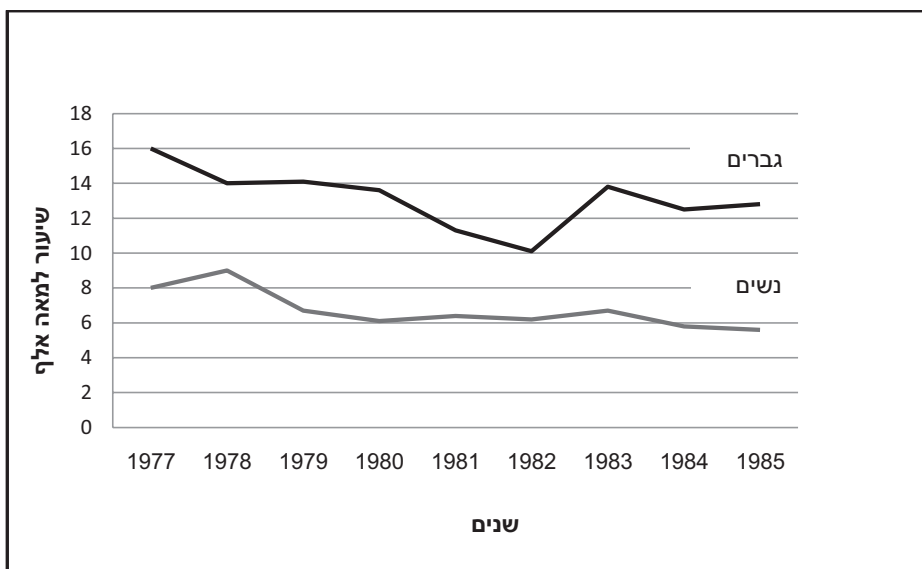


סיני: נמצאה עלייה חדה בשיעור התאבדויות הגברים משנת 1955 לשנת המלחמה, שהיא אף הגבוהה ביותר בהשוואה לאחוזי השינוי שנמצאו בכל שנות המלחמה והשלום. ככלל, היא אף מנוגדת לנטייה הכללית של הפחתה בשיעורי הגברים מאז 1949 (מ-24.0, ל-13.3 בשנת 1955). הירידה בשיעורי הנשים איננה ייחודית לשנת מלחמה זו, מאחר ושלש נוספות התרחשו לאחר שנת 1949. ממצאי שני המינים הולמים את פירושו של דורקהיים לשיעורי התאבדות בעת מלחמה שאיננה קיומית. מנגד יש לתת את הדעת על כך, שמכל 62 שנותיה של המדינה רק בשנת 1955 הייתה שכיחות גבוהה יותר של התאבדויות בקרב נשים בהשוואה לגברים (56% מול 44%), למרות שהתפלגות האוכלוסייה אז נותרה בעינה ביחס לשנים הקודמות (49.2% נשים). ההיפוך החד-פעמי של השכיחות מגביל את בסיס ההשוואה למלחמות האחרות, וכן בין מלחמה זו לשנות שלום הצמודות לה שבמהלכן חזרה השגרה של יתר התאבדויות גברים. ההיפוך והחזרה לשגרה אף עשויים להבהיר את פשר ה"תזזית" שאחזה בשיעורי הנשים עד 1960 (תרשים 1); הפחתה חדה בשנת 1957, עלייה מתונה שנה אחר כך, ושוב ירידה חדה בשנת 1959, שאותה עוקבת עלייה חריפה ב-1960.

התשה: בשנת 1969 שנתה הראשונה של המלחמה, פחתו שיעורי הנשים, ובשנתה השנייה הם פחתו בשני המינים (ראו גם תרשים 2). מנקודת המבט של דורקהיים הפחתת השיעורים, בצירוף עלייתם בשנת 1971, מלמדות כי יש מקום להרחיב את מידת יסומו של מודל-האינטגרציה שניסח. זאת מכיוון שלמרות שלחימה זו התנהלה הרחק מגבולות המדינה ואוכלוסייתה, היא עוררה את הלכידות החברתית. ניתן להסביר זאת בעיקר בכך, שהלחימה הייתה מנוגדת בתכלית לניצחון המהיר שבמלחמת ששת-הימים, ובד-בבד בעובדה, שלראשונה עמדה המדינה בתקופה רצופה של לחימה-בעצימות-נמוכה (low-intensity-hostilities). בנוסף על אלה, האוכלוסייה נדהמה ממאבק שאינו ניתן להכרעה באמצעים צבאיים או מדיניים, כאשר חילופי אש חסרי תכלית נמשכים ללא קץ. בתוך כך, אף שחיי השגרה המשיכו ללא הפרעה המתח הפסיכולוגי הקולקטיבי הלך וגבר, כשהוא ניזון בעיקר מן הדיווחים היום-יומיים בדבר הרוגים ופצועים מבין חיילי הסדיר והמילואים. נסיבות חברתיות-צבאיות-פוליטיות אלה עשויות היו לעורר תחושת סולידאריות, שהביאה להגברת הלכידות החברתית ולהפחתה בשיעורי התאבדות. במלים אחרות, הלכידות נבעה מלחימה ממושכת וחסרת הכרעה, שנתפסה באוכלוסייה בהדרגה כמורטת-עצבים וכמסכנת את רווחתה, הגם שהמדינה לא עמדה בפני סכנה קיומית.

לבנון (ראשונה): שלא כמלחמות קודמות, קיומיות ושאינן כאלו, מלחמה זו פרצה תוך חילוקי דעות קשים בקרב הציבור. כיצד משתקף הדבר בנתונים? תרשים 3 מציג עלייה חד משמעית של שיעורי התאבדות בקרב גברים לאחר סיומה של המלחמה, בהשוואה למגמת הפחתה ברורה בין השנים 1977 ו-1982. לבד משלוש מלחמות הקיום, אף לא אחת מן המלחמות שישראל ניהלה הסתיימה בעלייה כה חדה בשיעורי התאבדות של הגברים.

= תרשים 3 =
שיעורי התאבדות ברצף זמן: מלחמת לבנון הראשונה



"הירידה בשיעורי ההתאבדות במספר מלחמות שאינן קיומיות איננה סותרת, כמובן, את האפשרות שגם בהן התחוללה לכיחת חברתית (לחגמא: מלחמת ההתשה). היא מצביעה על הצורך להרחיב את יסומו של מודל האינטגרציה המקורי ללחימה הצופנת סכנה קיומית שאיננה מאיימת על קיומה של המדינה כישות ריבונית, אלא על כל אחד מאזרחיה כפרטים. ראוי שמחקרים עתידיים יתמקדו בהעלאת חלופות תיאורטיות למודל האינטגרציה, שיסביחו את שיעורי ההתאבדות במהלך מלחמות בעיקר מהיבט פסיכולוגי. על יסודם ניתן יהיה לגבש דרכי התמודדות והתערבות באוכלוסייה אזרחית וצבאית בעיתות לחימה"





הערות סיכום

במאמר נפרסה תמונת ההתאבדות במדינת ישראל במהלך שבע המלחמות, שבהן התמודדו צבאות מדינה. הדיון בנתונים אלו מאיר תופעות המאפיינות את החברה בעיתות מלחמה, אשר בהשוואה למחקרים שעסקו בנושא במאתיים השנים החולפות הן ייחודיות לישראל. מאפיין רב משמעות הוא העלייה הדרמטית בשיעורי ההתאבדות של גברים בתום שלוש מלחמות הקיום ובתום מלחמת יש-ברירה בלבנון (הראשונה), וכן בשיעורי הנשים לאחר מלחמת ששת-הימים.

הירידה בשיעורי ההתאבדות במספר מלחמות שאין קיומיות איננה סותרת, כמובן, את האפשרות שגם בהן התחוללה לכידות חברתית (לדוגמא: מלחמת ההתשה). היא מצביעה על הצורך להרחיב את יישומו של מודל האינטגרציה המקורי ללחימה הצופנת סכנה קיומית שאיננה מאיימת על קיומה של המדינה כישות ריבונית, אלא על כל אחד מאזרחיה כפרטים (לדוגמא, מלחמת לבנון השנייה, וכן ה"אינתיפאדות" שלא דונו כאן). ראוי שמחקרים עתידיים יתמקדו בהעלאת חלופות תיאורטיות למודל האינטגרציה, שיסבירו את שיעורי ההתאבדות במהלך מלחמות בעיקר מהיבט פסיכולוגי. על יסודם ניתן יהיה לגבש דרכי התמודדות והתערבות באוכלוסייה אזרחית וצבאית בעיתות לחימה.

מידת הצמצום של שיעורי ההתאבדות בשני המינים בשנת 1982 איננה ייחודית בהשוואה לתקופה מאז 1977. ממצא זה, על פי מודל האינטגרציה, משקף לוחמה שאיננה קיומית למדינה ושלא עוררה התלהבות פטריוטית.

לבנון (שנייה): שיעורי ההתאבדות פחתו בשני המינים בעת המלחמה, בהשוואה לשנת 2005 (השנה היחידה נטולת לחימה, שאחרי האינתיפאדה השנייה).

את המלחמה יזמה הממשלה מתוך רצון לנהלה אך ורק על אדמת לבנון, בדומה למלחמת לבנון הראשונה, אך עד מהרה נשמטה מידיה השליטה המלאה על מהלך הלוחמה. החיזבאללה בדרום לבנון המטיר טילים על צפון הארץ, והכריז שהוא עשוי להרחיק בכך עד לתל-אביב ויישובי המרכז. חרדה אחזה גם בתושביו של מרכז הארץ, שמא ההרס שנזרע בצפון יהיה גם מנת חלקם. מנקודת המבט של מודל האינטגרציה ניתן להסביר את הפחתה בשיעורים כתולדה מהלכידות החברתית, שעשויה להתרחש כאשר נשקפת סכנה קיומית לכל אזרח ואזרח באותם אזורים, אף שהמדינה איננה בסכנה כזו. (מפאת היעדר נתונים מספיקים בידי משרד הבריאות לשנת 2007, לא ניתן היה לבדוק את השיעורים בתום המלחמה).

ביבליוגרפיה:

Marshall J.R., (1981), "Political integration and the effect of war on suicide: US, 1933-1976", **Social Forces**, 59: 771-785.

Morselli, H. (1881), **Suicide**, Kegan Paul & Co., London.

O'Malley, P. (1975), "Suicide and war: A case study and theoretical appraisal", **British Journal of Criminology**, 15, 348-359.

Rojcewicz, S.J. (1971), "War and suicide", **Suicide and Life-Threatening Behavior**, 1, pp. 46-54.

Sainsbury, P. (1986), "The epidemiology of suicide", In: Roy A. (Ed), **Suicide**, (pp. 17-40). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Somasundaram, S.J. & Rajadurai, S. (1995), "War and suicide in northern Sri Lanka", **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 91(1): 1-4.

Tubergen, F., Ulta, W. (2006), "Political integration and suicide. The Dutch paradox?", **International Sociology**, Vol. 21(2), 221-236.

Wasserman, I.M. (1989), "The effects of war and alcohol consumption patterns on suicide: US 1910-1933", **Social Forces**, 68: 513-530.

Durkheim, E. (1897/1966), **Suicide**, New-York: The Free Press.

Grubistic-Ilic, M., Kojaric-Kovacic, D., Grubistic, F. & Kovacic, Z. (2002), "Epidemiological study of suicide in the Republic of Croatia comparison of war and post-war periods and areas directly and indirectly affected by war", **European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists**, 17: 259-264.

Gurevich, D., Gertz, A., Zankar, A. (1947), **Statistical Handbook of Jewish Palestine**, The Jewish Agency for Palestine, Jerusalem

Halbwachs, M. (1978), **The causes of Suicide**, New-York: Free Press.

Lester, D. (1994a) "Involvement in war and suicide rates in Great Britain, 1901-1965", **Psychological Reports**, 75, 1154.

Lester D., (1994b) "Suicide rates before, during, and after the World Wars", **European Psychiatry**, 9: 262-264.

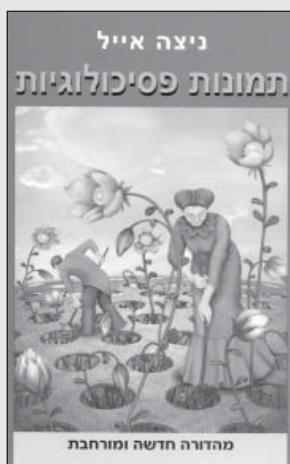
Lunden, W. A. (1947), "Suicides in France, 1910-1943", **American Journal of Sociology**, 52: 321-334.





ספרים רבותיי ספרים

כל תמונה היא גירווי מחשבת, מעורר, מעין פנייה אל הקורא: הי, חשוב! ומה את/אתה עושה במצב זה? איך את/אתה מתמודד/ת? איך משלימים עם קשיים? איך חיים הכי טוב שאפשר, כל עוד אפשר? אמרו לנו שהפסיכולוגיה היא שילוב של מדע, מיומנות ואומנות. כאן, היופי הספרותי הוא השליט. קראתי בהנאה צרופה.



קנאה

מרסיאן בלוויס

מטר (פסיכולוגיה), 2010

קנאה היא רגש שלילי, הפועל כמניע עוצמתי, כפייטי, כואב, מעורר, מתעתע. הספר בוחן את פניה השונים של הקנאה במצבים ובהקשרים שונים: במשפחה – קנאת אם ובת, קנאת אחאים, בזוגיות, בחברות, בעבודה. כל היבט מוצג באמצעות תיאור מקרה קליני, שלאחריו מתואר הטיפול, כולל הסבר, והשוואה למקרים אחרים.



פרק אחרון קצר, אך תמציתי ומרתק, מסכם את אפיוני הקנאה, הן ביחס למטופלים, והן בהשפעתם על הפסיכואנליטיקאים, כמטפלים, וכבני-אדם. במשפט הממצה, בלוויס מסכמת כי "הלהט יוצא הדופן שמעוררת הקנאה, והמלחמה באובייקט הקנאה היא אסטרטגיית הישרדות, תרופה נגד ייאוש ברגעי משבר, כאשר תחושת הזהות שלנו, מול איום האובייקט שבו אנו מקנאים, מתערערת".

בלוויס היא פסיכיאטרית ופסיכואנליטיקאית צרפתית, שרשמה לזכותה פרסומים רבים. זהו ספרה הראשון שתורגם לעברית.

מומלץ, הן בשל ההסתכלות הייחודית על הנושא, הן בשל כתיבה רוטה.

הקיץ והחגים האטו השנה את קצב הקריאה שלי ולכן הרשימה המומלצת קצרה מן הרגיל. מאידך, שניים מן הספרים הם "כבדי משקל" באופן יוצא-דופן והצריכו התעמקות ועיבוד ממושכים במיוחד. הרי לפניכם: אלך מן הקל אל הכבד.

ילדים זה שמחה, המדריך להורות מוצלחת בגיל הרך

ד"ר אלי שגי

כנרת-זמורה-ביתן, 2010

עוד ספר "מתכונים" לגידול ולחינוך ילדים, מן הלידה ועד הכניסה לבית הספר, האמור לסייע להורים בגיבוש דרכי התמודדות אופטימאליות. הדגש בספר הוא על פרקטיות מול אתגרים נורמטיביים ברובם, האופייניים לשלבי ההתפתחות השונים: שינה, גמילה, הצבת גבולות, טיפול בפחדים וכד'. הספר מארגן על-פי נושאים, כל נושא בהתאם לגיל ולשלב ההתפתחותי, כאשר כל נושא מודגם על-ידי מקרה מהקליניקה, שלאחריו מגיעה רשימת עקרונות / הנחיות להתנהגות ההורית הנכונה. הספר כתוב בצורה בהירה ובשפה קולחת, ההנחיות להורים הגיוניות, מוסברות בפירוט. בהחלט ספר שאפשר להמליץ להורה הסביר לילד סביר.



תמונות פסיכולוגיות

ניצה אייל

הוצ' אריה ניר, 2010

זוהי מהדורה חדשה ומורחבת של אחד מספריה הראשונים של ניצה אייל, חוקרת תחומי הזקנה והזיכרון. אל תחפשו בו תיאוריות או תיאור מחקרים, אף לא "ויניטות" קליניות מוכרות. במקום זאת, אנו פוגשים מבחר של תמונות מן החיים, "ציורים מילוליים" של אירועים, מצבים, שלבים, דילמות. החומר שאוב מן האוניברסאלי, שכולנו חווים: שבר רגשי, כמו מוות של בן-זוג, קושי לסלוח למי שפגע/אולי אף לא ממש פגע בנו, הצורך לחזור מידי פעם אל הילד שבתוכנו..... לכל נושא סמל/תמונה: הסליחה היא זר פרחים, השבר הרגשי הוא צונאמי, הסמל לפרידה מזיכרונות מעיקים הוא עליית-הגג המאכסנת בדרך-כלל את ה"ענתיקות" המיותרות שלנו.

הרופא והנפש ויקטור פראנקל הוצ' דביר, 2010



ספרו זה של פראנקל יצא לאור לראשונה כבר ב-1946, עם שחרורו של המחבר ממחנה הריכוז, אך רק עתה הוא תורגם לעברית.

פראנקל פורש בו את משנתו לגבי הפסיכותרפיה: אופייה, ייחודה, הקשר שלה לרפואת הגוף, וכן אולי העיקר הצגת הלוגותרפיה, כפסיכותרפיה המועדפת.

פראנקל מדגיש את חשיבות הצורך להתייחס לשאלות הקיום הבסיסיות, משמעות החיים, ערכי החיים המרכזיים: הסבל, העבודה, האהבה, החופש וההשתייכות, ולבסוף - המוות.

תוצאות הפגיעה בערכים אלה הן מחלות הנפש: הנוירוזות, הסכיזופרניה, המלנכוליה.

מעבר לתיאוריה הפסיכולוגית, פראנקל, כדרכו המוכרת לנו כבר, פורש ראיית-עולם אישית, של פילוסוף, אופטימיסט כמעט חסר תקנה: "אין מצב בחיים שהוא באמת חסר משמעות. אפשר לשייך זאת לעובדה שהשלילי לכאורה בקיום האנושי, ואפילו "המשולש הטרגי" של סבל, חטא ומוות, ניתנים להמרה במשהו חיובי, בהישג כלשהו, בתנאי שמתייחסים אליהם נכון". (עמ' 261).

ספר קשה לקריאה, תובעני, אבל חובה!

לקרוא את פרויד, גילוי כרונולוגי של יצירת פרויד, ז'אן-מישל קינודו, הוצ' תולעת ספרים, 2010

המחבר הוא פסיכואנליטיקאי שוויצרי, ידוע ובעל מוניטין בשל פרסומיו הרבים. את הספר כתב כסיכום ל-15 שנים בהן ניהל סמינר קריאה על כתביו של פרויד.

הספר מחולק ל-3 חלקים, כל אחד מאגד מאמרים וכתבים מתקופה כרונולוגית בחייו של פרויד: גילוי הפסיכואנליזה (-1910), שנות הבשלות (1895), פרספקטיבות חדשות (1920-1939).

החומר מוצג בצורה ייחודית ומיוחדת: פרק המסכם את המאמר/היצירה, הרקע ההיסטורי ליצירה (מתוך מכתבים או כתבים אחרים), ופרק סיכום ודיון: תמצית ה"מסרים" שפרויד מעביר ביצירה: מושג (כגון העברה, היסטוריה), סימפטומים (שפרויד מאפיין במצב נפשי מסוים), גורמים (כגון תפקיד המיניות בגרימת היסטוריה).

פרק הסיכום כולל גם ביקורת על חשיבתו של פרויד, על-פי הזמן וההקשר בו נכתב החומר, ומול הראייה העדכנית של התופעות והפתולוגיות הנדונות.

התמצות בספר רב, אולי רב מדי, ולעתים פוגם, לטעמי, ביכולת לעקוב אחר הנימוקים והדיון במושגים השונים. מאידך, הוא בונה שלד בסיסי להסתכלות על היצירות בדרך ביקורתית מאלפת.

כך, לדוגמא, מסתיים הספר בפרק מסכם שכותרתו: "האם לקרוא את פרויד היום?"

התשובה חיובית, אך מנומקת ומסויגת, ובכך גדולתו של הספר בעיני.

הביבליוגרפיה העשירה בוודאי תאפשר לקוראים המעוניינים להרחיב את דעתם.





ייעוץ משפטי עו"ד ברוך אברהמי, יועץ משפטי להפ"י

העיסוק בפסיכולוגיה תחת מכבש החקיקה

לתת שר החינוך. בתקנות תקבענה הדרישות שמי שמבקש תעודת הכרה יידרש לעמוד בהן.

עלינו בהפ"י יהיה לעמוד על המשמר ולומר את דבר הפסיכולוגיה והפסיכולוגים. נראה לי כי עלינו לחתור לכך, שתחום העיסוק של הפסיכולוגים לא יוגבל ושניתן יהיה להסתפק בכל הקשור לפסיכולוגים במומחיות לפי חוק הפסיכולוגים. בנוסף, עלינו גם לדרוש שינוי בהצעות החוק, כך שבעלי תעודות מוסמכים בחוק לאבחון לקויות-למידה לא יהיו רשאים לעסוק בנושא, במקרים בהם לקות-למידה נובעת מבעיה פסיכולוגית, או שמצריכה טיפול פסיכולוגי. ונוסיף ונדרוש כי במקרים של ספק, תידרש הפניה ואבחנה מبدלת של פסיכולוגי מוסמך.

בכל הקשור לאבחון לקווי-למידה במוסדות העל-תיכוניים, כבר חוקק (כידוע) חוק בשנת 2008. בחוק זה פסיכולוגים מומחים מוכרים כבעלי הכשרה כדרישות החוק. אך גם כאן נדרשת תעודה של מאבחן של משרד החינוך. פסיכולוג שעסק בנושא בעבר, רשאי לבקש תעודה אך זו רק תעודה זמנית. בעניין זה יושבות על המדוכה ועדות של המועצה להשכלה גבוהה ומשרד החינוך. הפ"י מיוצגת בוועדות אלה ותפעל לייצוג עמדתה גם בהמשך הליכי הכנת התקנות והתקנתן.

ומעניין לעניין אחר. הכנסת חוקקה את חוק מקצועות הבריאות מתוך מגמה לשמור על זכויות המטופלים ולהגן עליהם מפני מטפלים המסמיכים את עצמם ושאינן להם לא ידע, ניסיון, או השכלה והכשרה לעסוק בטיפול. החוק הוא חוק מסגרת, שאינו קובע מהם מקצועות הבריאות באופן ממצה ומכוחו ניתן להסדיר כזה אחרי זה מקצועות שונים. הכרה על מקצוע כעל "מקצוע בריאות" מקנה סמכות להכניס למשטר ולפיקוח, לדרוש עמידה בהשכלה ובהכשרה, בקיום כללי אתיקה וכיוצא בזה. טוב הדבר שיש מנגנון חוקי שבו "מטפלים" שונים ומשונים מטפלים בבני אדם. נראה לי כי אנו בהפ"י הדואגים לפסיכולוגים ולפסיכולוגיה יכולים להשתמש במקור הסמכות החוקי כדי לעצור את הסחף שלעיתים גם גובל בהסגת גבול המקצוע. המתחזים למטפלים למיניהם מעניקים למעשה גם "טיפול" פסיכולוגי. המטופלים והציבור עלולים לחשוב שהם כשירים לכך. נראה לי כי עלינו להציב גבולות לערוב תחומים ולטשטש תחומים בתחום זה.

נוסיף ונעדכנכם.

זהו פרק ראשון בסקירה. יש עוד נושאים במכבש החקיקה אך קצרה היריעה כאן לדווח עליהם. על כך ועוד ברשמה הבאה בגיליון הבא עלינו לטובה.

פסיכולוגיה ופסיכולוגים עומדים על סדר יומו של המחוקק. בעת האחרונה הוגשו הצעות חוק שיש להן השלכות של ממש על העיסוק בפסיכולוגיה, כאלו שמחייבות את הפ"י להתמודד עם המשמעויות ועם ההשלכות. בהתמודדות זו יש אתגרים יש סיכונים אך יש גם סיכויים.

על שולחן הכנסת הצעות חוק בעניין אבחון לקווי-למידה. הצעת חוק אחת יוצאת מתוך גישה, הבאה לטפל בזכויות התלמידים הזקוקים לאבחון לקווי-למידה, מתוך כוונה שיזכו לאבחון מקצועי. והצעת חוק שנייה מונחית על-ידי תפיסה לפיה, אבחון לקווי-למידה הוא עיסוק הטעון הסדרה על ידי המחוקק ומשרד החינוך. דומה כי ניתן לברך על כך שאבחון לקווי-למידה לא יהיה תחום מופקר לעיסוקם של שרלטנים חסרי כל הכשרה מקצועית, שאין עליהם כל פיקוח ואין הם נתונים לנורמות של מקצוע ואתיקה מקצועית. מצב בו כלאחד יכול להכתיר עצמו כמאבחן לקווי-למידה ופותר את עצמו מצורך כלשהו בהשכלה ומלימוד התחומים הרלבנטיים, הוא אכן בלתי נסבל. מבחינה זו אין להתפלא על כך שיו"ר ועדת החינוך של הכנסת חבר הכנסת זבולון אורלב לא השלים עם כך, יזם את החקיקה ועומד מאחוריה.

כיום, תלמידים בעלי צרכים מיוחדים שהוחלט להעבירם לחינוך מיוחד מטופלים על פי חוק החינוך המיוחד משנת 1988. ואולם, אין חוק או תקנה, או כללים מחייבים, לתלמידים שיש להם לקויות-למידה ושלומדים במסגרת החינוך הרגיל. נמסר, שעשרה או חמישה-עשר אחוזים מהתלמידים שבחינוך הרגיל, הם בעלי לקויות-למידה. גם הם ראויים לטיפול מקצועי מערכתי ושיטתי, על-מנת שיוכלו ללמוד ולהביא לידי ביטוי את יכולתם וכישוריהם בכל מוסדות החינוך הרגיל. השלכות הטיפול בליקויי-למידה יבואו לידי ביטוי בהמשך דרכם בחיים, בצבא ובמעגל העבודה. תמיכה והתאמות נדרשות במבחנים, יביאו גם להתאמה במסגרות הלימוד ובמבחנים, כך שגם התלמידים הללו יזכו להזדמנות שווה להשתלב כאזרחים מועילים.

שתי הצעות חוק באות לקבוע מי יהיה רשאי לעסוק באבחון לקווי-למידה. ההצעות אינן זהות. האחת דורשת תואר מיוחד של מוסמך בהתמחות בלקויות-למידה של מוסד אקדמי מוכר בישראל. כאן נדרשת הכשרה ספציפית בתחום האבחון. השנייה מורכבת יותר ומבחינה בין סוגים שונים של לקויות-למידה. תנאי מוקדם לפיה הוא, שהמאבחן יהיה בעל הכשרה ושהפסיכולוג המומחה, נמנה עם אחד המקצועות המוכרים כבעלי הכשרה מספקת. אך לא יהיה די בכך. תידרש בנוסף לכך תעודת הכרה של מאבחן לקווי-למידה, שיהיה מוסמך





הכרה בהוצאות לצרכי מס – חלק א'

- 1. העולה על 2,200 ₪ - לפי הנמוך.
- 2. כאשר סכום ההוצאות עלו על 22,000 ₪ לשנה יותר בניכוי חלק ההוצאות העולה על 4,400 ₪.
- 3. לגבי טלפון נייד המשמש בייצור הכנסה נקבע שלא יותרו בניכוי הוצאות בסכום של 1,140 ₪, או מחצית מההוצאות, לפי הנמוך שבהם.

רכב

- 1. ניתן לדרוש הוצאות החזקת רכב כגון: בטוח, פחת, אגרת רישוי, דלק ותיקונים, רק כאשר הרכב משמש כהוצאה "לייצור" הכנסה.
- 2. יוכרו סכום הוצאות האחזקה בניכוי שווי השימוש ברכב כפי שנקבע בתקנות מס הכנסה, או סכום בגובה 45% מסך הוצאות החזקת הרכב, לפי הגובה שבהם.

ביגוד

- 1. יוכרו 80% מההוצאות לרכישת ביגוד שהוציא הנישום בעבורו או בעבור עובדיו אם ניתן להשתמש בביגוד גם שלא לצרכי עבודה.
- 2. יוכרו מלוא ההוצאות אם לא ניתן להשתמש בביגוד שלא לצרכי עבודה (לדוגמא: משקפי ונעלי מגן במפעלים, קסדה, חלוק אחיות, גלימת עו"ד) הגדרת ביגוד – בגדים, לרבות נעלים, שנועדו לשמש לצרכי עבודה ומתקיים בהם אחד מאלה:
 - א. ניתן לזהות בהם באופן בולט, השתייכות לעסקו של הנישום.
 - ב. קיימת חובה על פי דין ללבוש את הביגוד.

הוצאות נסיעה לחו"ל

ההוצאות יותרו אם הנסיעה הכרחית בייצור הכנסה ועל פי התנאים והסכומים שפורסמו בתקנות מס הכנסה. להוכחת ההוצאות נדרשים מסמכים שיפרטו את שם הנוסע, תפקידו, יעד הנסיעה, מטרת הנסיעה וקבלות לאימות סכומי ההוצאות בכל סעיף (כרטיסי טיסה, לינה, אשל וכד').

לקראת סיום שנת המס 2010 להלן תמצית רכוז נתוני הוצאות שונות והסכומים המוכרים:

כיבודים ואירוח

יותרו 80% מההוצאות שהוצאו לכיבוד קל (שתיה קרה או חמה, עוגיות וכיוצא באלה) במקום העיסוק של הנישום. לא יוכרו ארוחות לאורח בארץ (ארוחות עיסוקיות) ומשקה או אוכל לעובדים. אירוח אורחים מחו"ל יוכרו במידה שהן סבירות ונוהל לגביהם הרישום הנדרש.

השתלמות מקצועית

ההוצאה תוכר בתנאי שהיא נועדה לשמור על הרמה המקצועית הנחוצה לצורך ייצור ההכנסה – לפיכך הוצאות עדכונים והשתלמויות בתחום המקצועי יוכרו ואילו רכישת תואר/מקצוע חדש אינה בבחינת לשמור על הקיים ולכן לא יוכרו.

מתנות

בשל קשרים עסקיים או לעובד לרגל ארוע אישי (חתונה, לידה, בר-מצוה) יוכרו עד 200 ₪ לשנה. לתושב חוץ – עד 15 דולר של ארה"ב לאדם לשנה בתנאי שנרשמו פרטי המקבל והוצגו קבלות לאימות ההוצאה.

טלפון (שאינו נייד) ממקום המגורים

כאשר הוכח להנחת דעתו של פקיד השומה כי ההוצאות בשל אחזקת טלפון ממקום המגורים משמשים בעסקו או במשלח ידו של הנישום, יותרו ההוצאות כלהלן:

- 1. כאשר ההוצאות לא עלו על 22,000 ₪ לשנה - יותר בניכוי 80% מההוצאות, או סכום ההוצאות





שעולות מדו"ח האבחון. עמדת הוועדה הייתה כי תמיד דו"ח האבחון כמו רשומות של פעולות מקצועיות אחרות הן חלק בלתי נפרד מהרשומה (= "תיק המטופל"), וזאת ללא קשר אם יש ביניהן פערים או אין, וללא קשר למי הן נמסרות. למעשה עמדה זו הובעה בניסוחים שונים על-יד כל המתדיינים וסוכמה בהוראתה של הפסיכולוגית הארצית אשר הופצה לכל המוסדות המוכרים להתמחות ב- 12 יולי 2010. וזו ההנחיה:

נוהל בנושא מתן תוצאות אבחון פסיכו-דיאגנוסטי לנבדקים

אבחון פסיכו-דיאגנוסטי הינו חלק בלתי נפרד מהרשומה הרפואית ואין להתייחס אליה בנפרד או במנותק. האחריות הכוללת על המטופל או הנבדק חלה על מנהל המחלקה או המרפאה.

לפיכך, אם וכאשר ממצאי הדו"ח הפסיכו דיאגנוסטי אינם תואמים או אינם בהלימה עם הערכות וממצאי הבדיקה הפסיכיאטרית או בדיקה קלינית אחרת – יש להביא לידיעת הממונה ע"מ שתוצאות האבחון יימסרו כחלק מהערכה כוללת שיש אודות המטופל/הנבדק.

בכל מקרה יש לרשום על תוצאות האבחון שמסמך זה הינו חלק מהרשומה הרפואית ואין להתייחס אליו בנפרד או במנותק.

חתומה על הנחיה זו ימימה גולדברג, פסיכולוגית ארצית.

כאמור ועדת האתיקה תומכת בהנחיה זו ובמסגרת השקידה על התנהלות מקצועית-אתית מבקשת מהפסיכולוגים לנהוג על-פי הנחיה זו בהקפדה.

ועדת האתיקה

ד"ר רבקה רייכר-עתי – יו"ר

גב' יונת בורנשטיין בר-יוסף

גב' נאוה גרינפילד

גב' חנה האושנר-פורת

גב' נגה קופלביץ

הגדרת החוק רק מי שנרשם בפנקס הפסיכולוגים יכול להתחיל התמחות. יחד עם זאת במהלך תקופה שלא תעלה על שנה מיום **סיום** תקופת ההתמחות ובתנאי שירשם וייגש לבחינה במהלך אותה שנה – ניתן להחיל עליו עדיין את "הזכויות" שיש למתמחים, כולל הנהלים שהוצאו לגביהם. בתום שנה ואם לא נרשם לבחינה – הסטאטוס שלו הוא סטאטוס של פסיכולוג.

זה אמור גם לגבי מי שסיים תקופת התמחות מלאה ונכשל פעמיים בבחינה. מתמחה כזה לא יכול בשום מקרה להמשיך ולהיחשב מתמחה, אלא אם התחיל תכנית התמחות חדשה ונוספת בהתאם לקביעת עדה מקצועית."

התייחסותה של גב' ימימה גולדברג מובאת כאן כלשונה ועיקרה הוא שעבודה עצמאית של הפסיכולוג המתמחה הממתין לבחינת התמחות אפשרית אך זאת בהגבלת זמן של שנה בלבד.

מעבר לכך בהתייחסותה של גב' גולדברג עולה סוגיית הפסיכולוגים ללא התמחות. ועדת האתיקה מצאה שביחס לעבודתם של פסיכולוגים אלו כפסיכולוגים עצמאיים עולות שאלות כבדות משקל בתחום האתי הנוגעות להצגתם העצמית וזיהוי תחומי העיסוק שלהם בתוך הפסיכולוגיה.

דו"ח אבחון כחלק בלתי נפרד מהרשומה הרפואית

בעבודה במערכת ציבורית התעוררה שאלה ביחס למקומו של דו"ח האבחון הפסיכולוגי במסגרת הרשומה הרפואית ונוהל מסירתו. שאלה זו העלה ד"ר גבי וייל, פסיכולוג ראשי במרכז לבריאות הנפש באר-שבע, והוא הפנה אותה לגב' ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית. ועדת האתיקה הייתה שותפה להתדיינות ונידונה השאלה האם הדו"ח הוא מסמך העומד בפני עצמו במנותק מהתיק הרפואי, או שאמור להוות חלק בלתי נפרד ממנו. שאלה זו עולה ביתר שאת כשיש פערים בין ההתרשמויות הקליניות המצוינות ברשומה לבין אלו

בנוסף למכתב התשובה של הוועדה לצבי גיל הנוגע להסכמת שני הורים להתערבות פסיכולוגית בקטין, אנו מביאות שתי סוגיות שנידונו בוועדה. האחת נוגעת לעבודה עצמאית של פסיכולוגים שטרם השלימו את חובות התמחותם והשנייה נוגעת לשאלות סביב מעמדה של רשומת האבחון ביחס לתיק הרפואי.

עבודה עצמאית של פסיכולוגים שסיימו התמחות ונמצאים בהמתנה לבחינת ההתמחות

פנתה אלינו פסיכולוגית שסיימה את התמחותה והמתניתה לבחינת ההתמחות בשאלה, האם פסיכולוגים במצבה יכולים לעבוד כפסיכולוגים עצמאיים? בשאלתה נמצא טעם רב מאחר וההנחיה לעבודה עצמאית על-ידי מתמחים מכילה ארבעה תנאים, ופסיכולוג במצבה עשוי שלא לענות על התנאי השלישי. הנהלים כפי שעודכנו על-ידי ימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית, מנהלת פנקס הפסיכולוגים ומנהלת תקנות אישור תאר מומחה כוללים את אותם התנאים:

1. רישום בפנקס הפסיכולוגים.
2. השלמה של לפחות ממחצית תקופת ההתמחות.
3. המשך עבודה במוסד מוכר.
4. קבלת הדרכה שוטפת ועקבית על העבודה הפרטית ממדריך בהתאם לתחום העיסוק.

ועדת האתיקה סברה כי יש לראות פסיכולוגים מתמחים שסיימו את תהליך ההכשרה אך ממתנים לבחינת ההתמחות כפסיכולוגים ב"מעמד-ביניים" היכולים לעבוד כמתמחים באופן עצמאי אך זאת בהגבלת זמן. הוועדה אף סברה שאין זה בסמכותה להחליט בתחום זה והפנתה את הסוגיה לגב' ימימה גולדברג וזאת מתוקף תפקידה. להלן המלצתה המובאת כלשונה עליה הוועדה סומכת ידה:

"מבחינה משפטית ברגע שמתמחה סיים את תקופת ההתמחות שלו הוא כבר לא מתמחה בין אם הוא נגש לבחינה ובין אם לאו. הוא נותר **פסיכולוג**. מאחר שעפ"י

תגובתו של צבי גיל למדור משולחנה של ועדת האתיקה, פסיכואקטואליה, יולי 2010



בגיליון האחרון (יולי 2010) כתבה ועדת האתיקה על הסכמת שני הורים להתערבות פסיכולוגית בקטין.

הוועדה העלתה כמה בעיות שעלולות לעלות מטיפול בקטין שלא בהסכמת שני הורים: "חלק מהפניות האלו משמשות ככלי בסכסוך בין ההורים, ולמותר לציין שכאשר ההתערבויות נעשות בלי שיתוף של ההורה האחר, יש סכנה שחוסר ההתאמה בין דרכי

ההתייחסות של שני ההורים אל הילד רק יגבר ומצב זה כמובן אינו תורם לרווחתו של הילד **ופעמים רבות** אף גורע ממנה. בנוסף, ההורה האחר רשאי לבקש את הפסקת ההתערבות מאחר ונעשתה ללא הסכמתו. כשההתערבות מופסקת הרי שגם אז, אם הושגה רווחה כלשהי והתבסס קשר טיפולי מספק, הרי הפסקת אותו קשר **אף**

עלולה לפגוע בילד יותר מאשר אם לא היה נוצר הקשר עם איש מקצוע... הורים שמסוכסכים מטבע הדברים

עלולים לגלגל את הסכסוך גם לפתחו של המקצוע... כל ההדגשות לעיל הן שלי ומצביעות על אפשרויות הטמונות במצב זה. אך במסקנותיה הוועדה גולשת ממחוזות השמא אל תחומי הברי: "הסכמת שני ההורים להתערבות פסיכולוגית בקטין, אינה סוגיה לבחירת הפסיכולוג!!!" (הפעם שלושת סימני הקריאה הם במקור). "אין זה בסמכות הפסיכולוג לעשות זאת על דעת עצמו",

וכן הלאה. איך קרה שסיבוכים וסיכונים שונים הטמונים בטיפול קטין הופכים באופן גורף לאיסור מוחלט?

דומה הדבר לרופא שקורא כי בניתוח מסוים עשויים להיות דימומים, זיהומים, דלקות, בצקות, וכן הלאה – כל אלה חשובים ומצריכים את תשומת ליבו וזהירותו – האם תנבע מהם המסקנה כי אל לו לעשות ניתוח כזה בשום אופן? או רק לאחר שהובטח לו באופן ודאי שלא יקרה שום דבר שלילי? מבחינה משפטית אולי כדאי להזכיר כי הסכמת הורה אחד נחשבת כמספיקה, כאשר ההורה השני אינו מתנגד במפורש: לפי סעיף 18 בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות "בכל עניין הנתון לאפוטרופסות חייבים

שני ההורים לפעול תוך הסכמה. הסכמתו של אחד מהם לפעולתו של רעהו יכולה להינתן מראש או למפרע, בפירוש או מכללא... וחזקה על הורה שהסכים לפעולת רעהו כל עוד לא הוכח היפוכו של דבר". נראה איפה שבעניין זה ועדת האתיקה של הפ"י מחמירה עוד יותר ממה שנדרש בחוק.

הוועדה ממליצה כי במקרה שהפסיכולוג אינו מצליח להשיג את הסכמת שני ההורים, חובה עליו לקבל את אישור בית המשפט לענייני משפחה. בפועל, אינני מכיר ומעולם לא פגשתי פסיכולוג שפנה בסוגיה זו לבית המשפט.

פסיכולוגים אינם עובדים בדרך-כלל עם עורך דין צמוד, ואני מקווה שגם לא נגיע לכך. מבחינה מעשית, מי שעשוי לפנות לבית המשפט הינו ההורה, או פקיד הסעד. לאור זאת, להמלצה האסרטיבית של ועדת האתיקה אין משמעות מעשית עבורנו: פסיכולוגים לא יפנו לבית המשפט, אלא לכל היותר יקבלו גיבוי לפעולתם אם בית המשפט יפסוק כאשר פונה אליו הורה או פקיד סעד.

הדיווח לפקיד הסעד אכן מתבקש כאשר מדובר במקרה של התעללות, הזנחה וכדומה, אבל חלק גדול מהפניות לטיפול פסיכולוגי אינן כרוכות במצבים קיצוניים כאלה. האם יפנה הפסיכולוג לפקיד סעד משום שהילד הפסיק לשחק בבובותיו בגלל שהוריו התגרשו? אביא לדוגמא שני מקרים המדגימים את המורכבות בסוגיה זו.

במקרה הראשון הייתי מעורב רק בעקיפין, כמי שטיפל באם. האם הגרושה הביאה את בנה הקטין למרפאה לבריאות הנפש, שם ראיין על-ידי פסיכולוגית ונבדק על-ידי פסיכיאטר, אשר המליצו על טיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי. אך אביו התנגד לטיפולים אלה בתואנות שונות, והפסיכיאטר אמר לאם – ככל הנראה ברוח מצוותיה של ועדת האתיקה שלנו – שהילד לא יוכל לקבל טיפול במרפאה ללא הסכמת שני הורים. לפי עצתי פנתה האם לפקידת הסעד. זו זימנה את האב ובניסיון להגיע לפשרה הוסכם שהאב ייקח את הילד

לטיפול פרטי. לאחר מספר פגישות אצל פסיכולוגית פרטית האב הפסיק את הטיפול בתואנה שאין לו כסף להמשיך לממנו. הילד נשאר ללא טיפול. אם המרפאה לא הייתה מקפידה על קוצו של יוד הילד היה ממשיך לקבל טיפול טוב. האם יתכנו סיבוכים? כן, כפי שוועדת האתיקה כתבה. אבל בפועל לא היו סיבוכים – אלא לא היה טיפול.

במקרה השני הובא אלי קטין על-ידי אימו. ההורים היו בתהליכי גירושים, ולמרות שעדיין לא היה ביניהם הסכם סופי הרי בפועל הקטין היה במשמורת אימו ופגש את אביו לפי הסדרי ראייה שקוימו. לאחר מספר קטן של פגישות (תהליך הערכה) ביקשתי לדבר עם האב, וקיבלתי את מספר הטלפון שלו מהאם. בשיחה טלפונית עם האב היה ברור שהאב יודע מי אני ושבוני מגיע אלי. הוא הסכים לדבר אתי, אך כאשר אמרתי לו שיצטרך לשלם עבור הפגישה (כי נראה לי לא ראוי שהאם תשלם עבור פגישה שלו אתי) סירב, וסיים את השיחה הטלפונית באומרו שלדעתו אין לכן שלו שום בעיה – הבעיה היחידה שלו היא אמו, ואם יורחק ממנה הכל יהיה איתו בסדר! למרות זאת אני ראיית בחוסר התנגדותו הסכמה מכללא, והמשכתי את הטיפול בילד. האם לדעת הוועדה הייתי צריך להפסיק את הטיפול, או לא להתחילו?

כדי להוסיף חטא על פשע, אזכיר שבשלב מסוים האם ביקשה ממני אישור לכך שאני ממליץ על המשך טיפול לילד. אני נתתי לה אישור זה, ולמרות שלא הזכרתי בו את האב אותו כאמור לא פגשתי – אפשר להניח שהאם אולי השתמשה בו כדי לנגח את האב באחד מדימוניהם המשפטיים, אולי כדי לדרוש ממנו השתתפות במימון הטיפול. האם לדעת הוועדה לא הייתי צריך לתת אישור כזה?

בברכה, צבי גיל, פסיכולוג קליני ורפואי, חיפה
tsvigil@bezeqint.net

תשובתה של ועדת האתיקה, לפנייתו של צבי גיל



לצבי גיל שלום רב,

מערכת "פסיכואקטואליה" העבירה אלינו את תגובתך לרשימתנו ואנו שמחות לענות לך ישירות ומודות למערכת על ההזדמנות לתת במה לחילופי דברים אלו. ככלל התייחסותך מעידה על היעדר ידע הרווח בקרב חלק מעמיתנו ביחס להכרח לקבל הסכמה משני ההורים לכל התערבות מקצועית הנערכת בילדם. כמו-כן על אי-הבנה ביחס להתנהלות האפשרית כשהסכמה זו לא ניתנת על-ידי אחד ההורים. מעבר לאי-ידיעה ניכר שחלק מאנשי המקצוע אוחזים בתפיסות עמוקות וכנות על רווחת המטופלים וטובתם. אך זאת מתוך פרשנות מוטעית שתפיסה זו נותנת לאיש המקצוע חופש פעולה ביחס למעמד הטיפול בקטין או חסר הישע למול אפוסטרופוסיהם. חופש פעולה שכזה מועד לעלות על שרטון ולחבל בטיפול כי מדובר בטיפול פסיכולוגי בו מטבע הדברים עלולות לעלות השגות מתחרות בין הפסיכולוג, והאפוסטרופוסים ולעיתים אף בין האפוסטרופוסים - ההורים לבין עצמם. מעיון במכתבך ובדוגמאות שהבאת כך נראים פני הדברים. כדי למנוע סיבוכים אלו ולמזער נזקים הנגרמים בשל אותן השגות מתחרות, ובשל שמירה קפדנית על טובת הילד, לשון החוק ולשון כללי האתיקה נוסחו בצורה שאינה משתמעת לשתי פנים. הוועדה ברשימתה עליה אתה מגיב ובמענה זה מעבירה שוב מסר לפיו ניסיונות של פסיכולוגים לקחת את החוק לידיהם, אם מתוך אי-ידיעה ו/או מתוך יוזמה, אינה מקדמת את המטרה שהם עצמם חותרים אליה והיא קידום רווחתם של הלקוחות. יתרה מזו פסיכולוגים הפועלים כך פוגעים במהות העבודה הפסיכולוגית האתית ומזיקים למטופלים כמו-גם לדמותו של המקצוע.

ולטעונים ממכתבך:

טענתך כי ועדת האתיקה מחמירה יותר מאשר החוק מתעלמת מכמה הדגשים בחוק הכשרות המשפטית

והאפוסטרופוסות, וכן בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות "מיסוד הקשר בין ההורים לבין מערכת הבריאות ביחס ילידהם" (3.6.2009).

ב"חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות" (התשכ"ב, 1962 פרק שני) מצוין במפורש ש"ההורים הם האפוסטרופוסים הטבעיים של ילידהם הקטינים". ומכאן משתמע המובן מאליו: האפוסטרופוסות על הילדים היא של הוריהם ולא של הפסיכולוגים אשר ניקרו בדרכם. פסיכולוג אשר חושב, שהילד שהופנה אליו הינו בסיכון גבוה וזקוק לטיפול, יכול להיעזר בפקידת סעד, ובבית המשפט ולדאוג לכך שהילד יקבל את הטיפול הנכון. בנוסף אם הילד נמצא בטיפול במערכת ציבורית רפואית הוא יכול לפנות לוועדת האתיקה המוסדית. בניגוד לחששות אותם אתה מעלה, פסיכולוגים אינם צריכים לעבוד בצמוד לעורכי דין. זאת מאחר וכנאמר ניתן לפנות לבית המשפט באמצעות פקידי הסעד, ו/או לוועדת אתיקה מוסדית ולשם כך וודאי שאין צורך להסתייע בעורך-דין. טענתך שמעולם לא ראית פסיכולוגים שפנו לבית המשפט על-מנת להסדיר טיפול בילד שאחד ההורים מסרב לטיפול מתמיהה. ראשית אי-ראייה בעיניים אינה אי-ראייה קבילה. שנית משתמע מדברייך כי מדובר בגזרה שרוב הציבור אינו יכול לעמוד בה. אנו סוברות שהחסם להיענות לחוק נמצא רק באי-ידיעתו, וכידוע החוק איננו מתכופף בפני הטענה של חוסר ידיעה. באשר לרתיעה שיש מעירוב גורם נוסף, בהכרעות הקשורות בטיפול ובעיקר עירובו של בית המשפט, הרי שפנייה לפקידי הסעד יכולה לתת מענה הולם ולו רק בשל פעילותם מתוקף "חוק הנוער טיפול והשגחה" (תש"ך, 1960) לפיו הם יכולים בעזרת מערכת המשפט להחליט על טיפול בילד גם ללא הסכמת הוריו. ובאשר לציטוט שהבאת "וחזקה על הורה שהסכים לפעולת רעהו כל עוד לא הוכח היפוכו של דבר", הרי ששימוש לרעה במשפט זה והתעלמות ממשמעות הציטוט

היא זו הגורמת לנזקים בטיפולים הפסיכולוגים הניתנים ללא הסכמת שני ההורים. הדוגמאות שהבאת מוכיחות זאת. מדובר בהורים פרודים או מסוכסכים, בעלי מחלוקות ביחס לטיפול הפסיכולוגי בילדיהם. במקרים אלו לא-כל שכן ועדת האתיקה מציעה ללכת על הצד הבטוח וברוח הציטוט שהבאת אנו מציינות שכל עוד לא הוכחה הסכמת שני ההורים הרי שאין להתחיל בהתערבות ואף לעיתים למצער יש להפסיקה. ניתן יהיה להתחיל בה או להמשיכה עם תתקבל הוראה לכך מתוך מסגרת הקביעה של המחוקק, אותה מסגרת האמונה לפסוק על-פי צרכי הילד (פקידת סעד, בית משפט או ועדת אתיקה). מהדוגמאות שהבאת ניכר שאם הייתה פנייה למערכת אלו קרוב לוודאי שהטיפול שהיה ראוי שיימשך לא היה מופסק.

לסיכום הדרישה להקפדה על שמירת הכלל לפיו יש לקבל הסכמה של שני ההורים היא גורפת ואינה נתונה לשיקול הפסיכולוג. היא מופיעה בחוזרים שונים ובמערכות נוספות לשלנו, כמו מערכות הבריאות והחינוך (ראה רשימתנו ב"פסיכואקטואליה" אוקטובר 2009). לפיכך ועדת האתיקה מזכירה שוב כי יש להקפיד על כלל זה כעל קוצו של יוד ואין ליטול יוזמות ופרשנויות הסוטות מההיענות להתוויה שהסכמת שני ההורים להתערבות פסיכולוגית בקטין אינה סוגיה לבחירת הפסיכולוג.

בברכה,

ועדת האתיקה

ד"ר רבקה רייכר-עתיור – יו"ר

גב' יונת בורנשטיין בר-יוסף

גב' נאוה גרינפילד

גב' חנה האשנר-פורת

גב' נגה קופלביץ



פרופיל אישי...

בעריכת שרית ארנון לרנר

ד"ר בני פלדמן

יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית ומנהל השירות הפסיכולוגי במרכז הרפואי קפלן

רקע

ד"ר בני פלדמן, נשוי+4, מתגורר בירושלים. בעל תואר ראשון בפסיכולוגיה וקרימינולוגיה וכן תואר שני ושלישי בפסיכולוגיה קלינית מאוניברסיטת בר אילן. מדריך בפסיכולוגיה קלינית ורפואית ובטיפול משפחתי ובעל רישיון להיפנוזה. הוא משמש כמנהל השרות הפסיכולוגי במרכז הרפואי "קפלן", יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית, בעל קליניקה פרטית, מרצה ומדריך במסגרות אקדמיות שונות.

תחביבים

לסייר בירושלים ולחשוף בה רבדים מרתקים שונים, אותם אני מנסה לצרוב בתודעה בסירים שאני מעביר לחברים ולמכרים; לשמור על כשירות הגוף בשחיה ובהליכה, ועל בריאות הנפש בקשר עם ארבעת ילדיי ושני נכדי, שכל אחד מהם מגלה לי עולמות מרתקים בהם הם מנווטים אותי אל תחומים חדשים וחוויות מרתקות.

סדר יום

מתחיל בד"כ עם שחר, במטרה לעשות את הדרך מירושלים לבית החולים קפלן, בגווי הבוקר המקדימים את הפקקים והחום; עבודה בבית החולים ובמסגרות האקדמיות; אחה"צ – ערב בקליניקה. את כל זה חשוב לעכל ולשטוף בסיום היום בשחיה או בהליכה. סוף שבוע לקריאה, להעשרה ולפעמים גם להנאה מחזנות קלאסית.

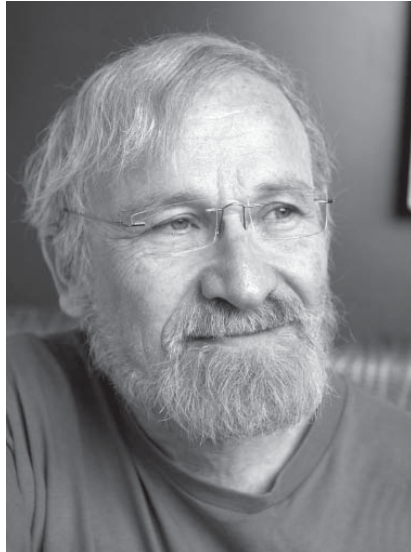
חיות מעצבות בעשייה המקצועית

בלימודי ה-BA זכורה לי עבודה סמינריונית שכתבתי ואני חוזר אליה מפעם לפעם. היא עסקה ב"פסיכופסיקום" של ויקטור פראנקל, המדבר על היקום הפסיכולוגי ככולל שלושה מימדים: מימד פיסי-גופני, מימד פסיכולוגי-נפשי, ומימד נואטי-רוחני, שהוסר מייחס לו את התודעה, האמונה, הרצון והאהבה. כך לפחות הבנתי את פראנקל אז. הניסיון המשולש הזה להבין את האדם והתנהגותו מנחה/רודף אותי מאז ועד היום. הוא כנראה זה שמביא אותי לפצל את עיסוקי המקצועי לשלושה כיוונים משיקים ומשולבים. הראשון הוא הפסיכולוגיה הקלינית

והעיסוק בנפש האדם. בו אני מחפש את המפגש והאינטראקציה בין שלושת הזרמים המרכזיים שבפסיכולוגיה: הגישה הדינאמית לגוניה, שמהווה בעיניי מפתח להבנת נפש האדם, הגישה המערכתית-משפחתית שמחפשת לראותו בקונטקסט בין-אישי וסביבתי, וההתערבויות הסטרטגיות-התנהגותיות-קוגניטיביות שיכולות לתרגם הבנות אלו להתערבות מעשית ואפקטיבית. השילוש הזה קדוש בעיני ומנחה את גישתי הטיפולית כפי שאני מנסה ללמוד, ללמד וליישם בעבודתי עם מטופלים ומודרכים.

חוויה מעצבת בהכשרתי הייתה שנת שבתון, שבה שהיתי במכון מנינגר בארה"ב. נחשפתי לדפוס עבודה והשתלמות, שמשלבות גישות שונות בתוך מלייה פסיכואנליטי מפליא בתפקודו. משהו מדפוס העבודה והלמידה שראיתי שם אני מנסה להנחיל בעבודת השרות הפסיכולוגי בקפלן. הכיוון השני, המיצג את המימד הפיסי, הוא העיסוק בפסיכולוגיה רפואית, תחום שהתגבש בעשור האחרון בארץ. תועלתי אליו עוד לפני כשלושים וחמש שנה בהשפעתו של פרופ' מרסל עשהאל – רופא, פסיכיאטר ואיש תרבות רחב אופקים מזן שנכחד. הוא קיבל אותי בתחילת דרכי המקצועית כפסיכולוג מתמחה במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים קפלן והפקיד בידי הצעירות את תפקיד היועץ למרפאה הגסטרו-אנטרולוגית שבבית החולים. ראיית הגוף-נפש-רוח כישות רבת פנים שמשה בישיבות המחלקה – שנמשכו לפעמים ארבע-חמש שעות מרתקות – כחומר שלשים אותו כל הזמן כדי לשמר את גמישותו בעת שאנו מכיירים את דמות המטופל שפגשנו.

המרכיב הרוחני-נואטי בתפיסה המקצועית התפתח אצלי בשנים האחרונות עם הצטרפותי לקבוצת פסיכולוגים שעוסקת בפסיכולוגיה יהודית בהשראת גישתו של פרופ' מרדכי רוטנברג, שמשנתו זיכתה אותו בפרס ישראל לפני כשנתיים. גישה זו מבססת את הבנת האדם והעולם על יסודות הלוקוחים מהקבלה ומהחסידות, ברוח תפיסתו הדיאלוגית



צילום: צביקה תורן

של בובר, וגוזרת מהם הבנות טיפוליות המשתלבות היטב בגישה הטיפולית הכללית ומעשירות אותה.

בשלושת הכיוונים הללו אני נהנה ללמוד ולעסוק באופן יישומי טיפולי. זירת פעולה מרכזית שלי היא בשרות הפסיכולוגי בבית חולים קפלן, בו עובד צוות מעולה של פסיכולוגים קליניים ורפואיים שעוסקים במשותף בעבודה טיפולית יצירתית, מגוונת ומעשירה. בד-בבד עם העבודה הטיפולית בתחום בריאות הנפש, אנו פעילים ביחידות השונות של בית החולים בעבודה יעוצית-טיפולית עם המטופלים ועם הצוות הרפואי. בנוסף לעבודה השוטפת כלנו מתגייסים תכופות למבצעים מיוחדים שמהווים כר פעולה יצירתי לעשייה נלהבת שתורמת רבות לקבוצות מטופלים שונות ובו זמנית מפרה ומגבשת את כל צוות השרות הפסיכולוגי. כך למשל בחג הסוכות האחרון ערכנו יום סדנא לילדים ונוער "מתוקים" המתמודדים עם סכרת נעורים ולהוריהם. ביום זה נטלו חלק כמאה וחמישים משתתפים שעברו דרך סדרת סדנאות שכללו טיפול באמצעות בעלי חיים (חלקם סוכרתיים גם הם), גיוון טיפולי, ספורט אתגרי, קבוצות עיבוד רגשי ותמיכה חברתית. שבועיים לאחר מכן ערכנו סדנא דומה למתבגרים המתמודדים עם מחלות מעיים דלקתיות (IBD) והוריהם, שעסקה בתמיכה חברתית, בסוגיית ההתנדבות לצה"ל וכיו"ב. פעילויות אלו נערכות מספר פעמים בשנה במגוון תחומים (ילדים מטופלים בהורמון גדילה, אנשים עם פסוריאזיס וכיו"ב) ויוצרות

מן האלקדמיה

פרופיל אישי <<<<<



תפקוד חישתי באנורקסיה נרבוזה אינו פגוע

הקדמה

תיאוריות פסיכו-ביולוגיות של אנורקסיה נרבוזה (AN) מסתמכות בחלקן על ליקויים בחישה, כמו ירידה ברגישות ובהנאה לטעמים וריחות של מזונות (flavor), עליה בסף הכאב, ושיבוש אומדן גודל וצורה. ליקויים אלה נקשרו לאטיולוגיה של המחלה כמסבירים את חוסר העניין במזון ובייחוד למזונות מתוקים או שומניים, את היכולת לשאת את סבל הרעב, ואת העיוות בתפיסת גודל הגוף, המתבטא על-ידי החולות בחוסר יכולת להעריך את הרזון הקיצוני שלהן (1,2,3,4).

ב-AN מדווחות הפרעות גם בחושים אחרים: קיימת ירידה בתפקוד המיני, המוכרת גם באנשים מורעבים (5) והפרעות באינטגרציה של אינפורמציה חזותית ושמיעתית (6,7). סוגיה נוספת היא מידת הספציפיות של הפרעות החישה ל-AN מכיוון שהן מוכרות גם בדיכאון, בהפרעה טורדנית-כפייתית (obsessive-compulsive disorder - OCD) ובסכיזופרניה, שהינן לעיתים הפרעות קומורבדיות עם AN, ושם הנטייה היא לראותן כחלק מהפתולוגיה הכללית (8).

מטרת המחקר לבחון האם ב-AN קיימת הפרעה חישתית כללית, ומהי מידת מרכזיותן של הפרעות בחושי טעם וריח, בדימוי הגוף ובכאב כבסיס אתילוגי ל-AN.

שיטות המחקר

15 חולות AN באפיזודה ראשונה של המחלה כולן מאושפזות, ו-15 בנות בריאות מותאמות, בגילאי 12-17. הבדיקות הועברו בשני מפגשים בהפרש של שבוע ושל כשעה כל אחד.

תפקוד סנסורי נבדק לגבי טעם וריח של מזון ולא-מזון וחמשת הטעמים הבסיסיים. מבחן כאב, מבדקי שמיעה, מבחן דימוי הגוף, הערכת גודל וצורה במישוש ידני ובחלל הפה, שיפוט צורה חזותית וקינסטזיה (מיקום אברים במרחב).

ממצאים מסקנות ודין

במחקר הנוכחי לא נמצאו ליקויים עקביים בטעם וריח, ובזיהוי ריחות, בנות אנורקטיות אף נמצאו טובות יותר. לא נמצאו הבדלים בתפיסת גודל וצורה במישוש ובתפיסת צורה ויזואלית כולל מידות הגוף, בחישה התנועתיות המרחבית של גופן (קינסטסיה) ובעיבוד שמיעתי בסיסי. עם זאת, נמצא ליקוי בחישה אוראלית של צורה וגודל, אי-נוחות מוגברת מכאב, וקושי במשימת שמיעה מורכבת. יתכן וחריגות

גלית גולדז'ק-קוניק

הרשות ללימודים מתקדמים – אוניברסיטת חיפה והיחידה לתזונה ודיאטה, מרפאת מתבגרים, מחוז חיפה וגליל מערבי שירותי בריאות כללית.

גלית גולדז'ק-קוניק היא דיאטנית קלינית ומטפלת במרפאת מתבגרים כחלק מטיפול רב-מקצועי בהפרעות אכילה. מאמר זה הינו חלק מעבודת הדוקטורט שלה בהנחייתו של פרופ' מיכה לשם מהחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה.

מיכה לשם

החוג לפסיכולוגיה אוניברסיטת חיפה.

מיכה לשם עשה את הדוקטורט בלידס אצל ג'ון בלנדל (Blundell) ובו חקר את פעולת המוחית של תרופות הרחיה. כיום הוא חוקר התנהגות אכילה (ingestive behavior) ומתמחה בהתפתחות העדפה וצריכת מלח בחולדות מעבדה ובבני אדם, בכדי לפענח את הגורמים לצריכה שעל פניה איננה נחוצה. במודל בחולדות מעבדה הוא חוקר התפתחות התנהגות רגשית וחברתית, ולאחרונה מתמקד בהעברה בין דורת של השפעות טראומה.

קהילות טיפוליות של מטופלים בתחומים השונים. ההתגייסות של כלל הפסיכולוגים שעובדים בשרות, יחד עם "מילואימניקים" שסיימו את עבודתם בבית החולים אך מתייצבים כל פעם מחדש, כדי להשתתף בהנחה ובארגון של פעילויות אלו, ועם מתנדבים מהקהילה, יוצרת אתגר מגבש ומעשיר לכול הנטלים בו חלק.

העיסוק הלימודי הוראתי נעשה הן במסגרת השרות הפסיכולוגי בקפלן בו יש לנו מסגרות השתלמות והדרכה מגוונות, והן במספר מסגרות אקדמיות. בתוכנית ה-MA של המכללה האקדמית ת"א-יפו אני מלמד טיפול משפחתי מערכתי לתלמידי כל המגמות הטיפוליות. עם תלמידי המגמה הרפואית אנו עוסקים בלמידת דרכי ההתערבות הפסיכולוגית במערכת הרפואית ובהדרכה על עבודה עם ילדים ומשפחות. פיתוח החשיבה על הפסיכולוגיה היהודית נעשה במסגרת ההוראה באוניברסיטה העברית בביה"ס לעבודה סוציאלית ובמכללת בית מורשה.

הצורך לקדם תחומים אלו בקהילייה המקצועית הרחבה מגייס אותי לפעול ברמה הארצית כיו"ר הועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית ובמועצת הפסיכולוגים. שם אני רואה כיעד מרכזי את ביסוס מעמדה של הפסיכולוגיה הרפואית וקידום שלובה ברפואה הראשונית והקהילתית.

ככלל אני רואה את האתגר החשוב לכולנו בחיזוק המאחד על פני המפריד: אינטגרציה בהבנת האדם כישות מאוחדת, אינטגרציה בהבנת הגישות הטיפוליות השונות כמשלימות ולא כמתנגשות, ובניסיון להביא את החטיבות המקצועיות השונות של הפסיכולוגים לעבוד בשיתוף פעולה מכבד תחת ההתקוטטות השורה ביניהן היום. האתגר הגדול של כולנו הוא מציאת הדרך לבנות את המחבר בין אנשים מעבר לשסעים הפוטנציאליים של דת, לאום ומין.

המלצות על פסיכולוגים מעניינים/ואו בעלי תפקיד מעניין ניתן להעביר במייל לשרית ארנון לרנר sarit.arnon@gmail.com



ביבליוגרפיה:

1. Sunday SR, Halmi KA, Taste perceptions and hedonics in eating disorders. **Physiol Behav**, 1990;48(5):587-594.
2. Bar KJ, Boettger S, Wilsdorf C, Gerhard UJ & al, Changes of pain perception, autonomic function, and endocrine parameters during treatment of anorectic adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 2006;45(9):1068-76.
3. Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H, Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 2001;10:215-221.
4. Berry EM, Fried S, Edelstein EL, Abnormal oral sensory perception in patients with a history of anorexia nervosa and the relationship between physiological and psychological improvement in this disease. **Psychother. Psychosom**, 1995;63(1):32-7.
5. Sodersten P, Nergardh R, Bergh C & al, Behavioral neuroendocrinology and treatment of anorexia nervosa. **Front Neuroendocrinol**, 2008; 29:445-462.
6. Pallanti S, Quercioli L, Zaccara G & al, Eye movement abnormalities in anorexia nervosa. **Psychiatry Res**, 1998;78:59-70.
7. Miyamoto H, Sakuma K, Kumagai K & al, Auditory brain stem response (ABR) in anorexia nervosa. **Jpn J Psychiatry Neurol**, 1992;46(3):673-9.
8. Gouze KR, Hopkins J, LeBailly SA, Lavigne JL, Re-examining the Epidemiology of Sensory Regulation Dysfunction and Comorbid Psychopathology. **J Abnorm Child Psychol**, 2009;37(8):1077-87.
9. Smeets A, Roefs E, Van Furth A, Jansen A, Attentional bias for body and food in eating disorders. **Appetite**, 2008; 50:555-567.
10. Yager J, Andersen AE, Anorexia Nervosa. **N Engl J Med**, 2005;353,(14):1481-8.

אלה נובעות מקומורבידיות עם דיכאון או OCD הידועות ב-AN. אנו מאשרים את חוסר שביעות הרצון של הבנות האנורקטיות ביחס למראה גופן, אך מכיוון שלא נמצא ליקוי חישתי בהערכת גודל הגוף ובהערכת גודל וצורה כללית, אנו משייכים זאת לפסיכו-פתולוגיה. ממצאים אלו מנוגדים לטענות בדבר חישה לקויה בהקשר של אכילה, באומדן גודל הגוף ובתפיסת כאב, שהם החושים המרכזיים שנחקרו לפני עבודה זו (1,2,3,4). יתכן כי הבדלים מתודולוגיים הם שגרמו לניגודים, שכן במצב דחק רגשי, ישנה פגיעה בתפיסה הקוגניטיבית והתייחסות סובייקטיבית. במחקרנו, כדי להימנע מהטיה זו, הקפדנו על בדיקות ללא נוכחות מזון וללא מעורבות הצוות המטפל, אשר גורמים לסטרס אצל אנורקטיות (9,10). הבדל נוסף נובע מכך שמרבית מהממצאים בספרות מתבססים על מבדקי סיפי תגובה, אך ייתכן ואלה אינם משפיעים על אכילה בפועל, ומשקפים נירופתיה בעקבות ההרעבה או תת-תזונה (5).

סיכום:

מחקרנו מהווה את הבחינה המקיפה והסיסטמטית ביותר עד היום של תפקוד סנסורי ב-AN. ממצאינו מלמדים שאנורקסיה נרבוזה אינה מוסברת על ידי הפרעה חישתית, כללית או ספציפית לאכילה. הנערה האנורקטית "המתחילה" אינה לוקה בהתייחסותה לטעמים וריחות וחושה כאב כנערות אחרות בנות-גילה. במובן זה ממצאינו מגבים גישות מחקריות וקליניות המדגישות סיבתיות בהקשר הקוגניטיבי, האפקטיבי, המשפחתי והחברתי תלוי התרבות. מחקרנו תורם למיקוד סוגיית דימוי הגוף לשינוי דפוס חשיבה אצל אנורקטיות בעיקר בנוגע לאידיאל הגוף היפה. לפיכך, יתכן ועיוות בתפיסה האסטטית של הגוף יכול לשמש מדד אבחוני ופרוגנוסטי לקלינאים.



הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

רח' פרישמן 74 א' תל-אביב 64375 טל: 03-5239884, 03-5239393, פקס: 03-5230763
מען למכתבים: ת.ד. 11497 ת"א 61114
E-mail: psycho@zahav.net.il
*עמותה רשומה

