



רבעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

פסיכואקטואליה

אתיקה ומקצועיות בפסיכולוגיה

ועדה אחת ודילמות רבות
25 שנות פעילותה של ועדת
האתיקה במרכז לבריאות הנפש

עמוד 32

סיכון וחוסן אצל הורים וילדים
בזמן מלחמת חרבות ברזל

עמוד 40

בחינה באתיקה ואתיקה
בבחינת המומחיות בפסיכולוגיה

עמוד 15

כמה ידידותי זה Friendly?
סוגיות אתיות בשימוש
במושג "פרנדלי"

עמוד 24





הסתדרות הפסיכולוגים בישראל
Israel Psychological Association

ההרשמה נפתחה!!

6-7/2/25

כנס על חטיבתי בנושא
הפסיכולוגיה של הקיטוב

“גשר מעל תהום”

מלון ג'ייקוב ריזורט

חדרה



להרשמה
סרקו את הקוד



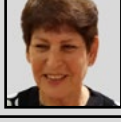


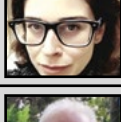


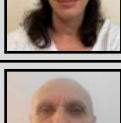
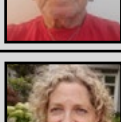

<https://hepi-kenes25.forms-wizard.co/users/new>

תוכן העניינים

4	משולחן יו"ר הפ"י יורם שליאר
5	דבר המערכת שרונה מיטל, יונת בורנשטיין
7	מה חדש בחטיבה? חדשות החטיבה
11	משולחנה של יו"ר מועצת הפסיכולוגים אילה בלור
13	משולחנו של הפסיכולוג הארצי גבי פרץ
14	משולחנה של הפסיכולוגית הראשית במשרד החינוך מיכל אנגרט
15	בחניה באתיקה ואתיקה בבחינת המומחיות בפסיכולוגיה יונת בורנשטיין
24	כמה ידידותי זה Friendly? סוגיות אתיות בשימוש במושג "פרנדלי" טל פישר
32	ועדה אחת ודילמות רבות: 25 שנות פעילותה של ועדת האתיקה במרכז לבריאות הנפש מיכל פרנץ-קדרי, אבירה רייזר, מני קוזלובסקי, אורה נקש ושי קונט
40	מדור אקטואליה עורכת נועה אליאס סיכון וחוסן אצל הורים וילדים בזמן מלחמת חרבות ברזל אפרת שרצנזור, רינת פניגר-שאל, דוד אופנהיים, נינה קורן קריא, מייסאן ריא ואולגה קלרטג
49	צו שמונה - גיוס דרך חיים שמשלבת חשיבה מערכתית, ACT, CBT וחוכמה יהודית להגמשת ערכים ואמונות שיתרמו למאמץ המלחמתי יששכר עשת
53	פרופיל אישי פרופ' גבי שפלר נחמה רפאלי
59	מהפסיכולוגיה בעולם ליאת הלפמן
62	ספרים מומלצים עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים שבתאי מג'ר
64	הפינה המשפטית אתיקה ומקצועיות צ'רלי בוזגלו
66	ייעוץ מס רפורמת "עוסק זעיר" אריה דן
67	תקצירים
69	מקבלי התארים

*המערכת אינה אחראית לתוכן מודעות הפרסום המופיעות בגיליון.

חברי וחברות המערכת

ד"ר שרונה מיטל - יו"ר טלפון: 054-4251567 דוא"ל: psychoactually@gmail.com	
נחמה רפאלי טלפון: 054-3976394 דוא"ל: nechamaraph@gmail.com	
ד"ר מירי נהרי טלפון: 054-6298888 דוא"ל: miri.nehari@gmail.com	
ד"ר נועה אליאס טלפון: 052-2971130 דוא"ל: nenoaalias80@gmail.com	
טלי סמני טלפון: 050-8785995 דוא"ל: semani.tali@gmail.com	
ד"ר ליאת הלפמן טלפון: 054-4913329 דוא"ל: liat.helpman@gmail.com	
שבתאי מג'ר טלפון: 054-4505470 דוא"ל: majarsabi@gmail.com	
ד"ר סמי חמדאן טלפון: 052-8863468 דוא"ל: samihamd@mta.ac.il	
ד"ר עדי מרום-הררי טלפון: 054-5732002 דוא"ל: adimarom1@gmail.com	
ד"ר שרגא שדה טלפון: 054-5605089 דוא"ל: tuts@zahav.net.il	
פרופ' חדוה בראונשטיין-ברקוביץ טלפון: 052-2808371 דוא"ל: hedvab@mta.ac.il	
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל: יו"ר הפ"י - מר יורם שליאר מנכ"לית הפ"י - גב' מריאל הוברמן טל' 03-5239393, ת.ד. 10211 רמת גן 5200201 פקס: 03-5230763 דוא"ל: office@psych.org.il ייעוץ לשוני: נתלי שטיבלמן - nataliedit.me עיצוב ועריכה גרפית: יעלצ'יק - עיצוב גרפי 050-8537244 פרסום והפצה: ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ הודוה הנשיא 37, תל אביב newyork.nava@gmail.com הפקה: ההסתדרות הפסיכולוגים בישראל	

ט.ל.ח.





יורם שליאר, יו"ר הפ"י

חברות וחברי הפ"י שלום רב,

ערכית שמעוגנת בקוד האתי של הפ"י. כדי לממש את הצו הזה ניפגש בתחילת פברואר לכנס על-חטיבתי, בשם "גשר מעל תהום", שיעסוק בנושא "הפסיכולוגיה של הקיטוב ותפקידם של הפסיכולוגים לסייע למנוע אותו". צוות היגוי של עשרה חברים וחברות מחטיבות שונות בהנחיית המנכ"לית שלנו מריאל הוברמן עמלו שעות רבות במשך שלושה חודשים כדי לבנות כנס מקצועי, משמעותי, מגוון ומרתק. אני מאמין שכשתקראו את השורות האלה כבר תוכלו לראות בתוכנית שהצלחנו במשימתנו.

ובנושא אחר - מתברר שגל האנטישמיות בעולם לא פסח גם על הפרופסיה המדעית שלנו. בזכות תשומת הלב של פסיכולוגים בארץ ובעולם הובאה לידיעתנו הרצאה בכנס DBT בארצות הברית שבה חיברה המרצה באופן פסאודו-מדעי בין ציונות ובין גזענות. בהתארגנות מהירה של הוועד המרכזי בראשותה של ד"ר שרונה מיטל שלחנו מכתב זועם להנהלת הכנס, לאוניברסיטה שהוא התקיים בה ול-APA, ארגון הפסיכולוגים האמריקנים. אנחנו מודים לחברים ולחברות שהסבו את ליבנו לדברים וקוראים לכולם להמשיך ולעדכן אותנו כדי שלא נשקוט ונוכל להגיב נחרצות כשיידרש הדבר.

עונת הכנסים החלה. הכנס השנתי של החטיבה החינוכית והכנס של החטיבה הקלינית כבר מאחורינו. בפברואר מתוכנן הכנס של החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית, ובמרץ הכנס של החטיבה הרפואית ושל החטיבה השיקומית.

בעניין מאבק השכר - השיחות עם האוצר נמשכות לסגירה סופית של ההסכם, ונציגינו בחטיבה לשעבר יפעת שדה וד"ר יובל הירש עסוקים בנושא ללא לאות. אנחנו מקווים שבקרוב נלבן את הסוגיות האחרונות ונעדכן אתכם מייד לאחר חתימת ההסכם.

תודה לד"ר שרונה מיטל ולצוות המערכת על עוד גיליון מקצועי ומכבד את קוראיו ואת הפ"י כארגון מקצועי. בתקווה שייגיעו ימים טובים וכיכר החטופים שאני שב ממנה כעת תתייתר ותתייתם. שלכם,

יורם

חלף עוד רבעון, ובזמן הזה התרחשו דברים רבים בארץ ובארגון שלנו. בשעת כתיבת הדברים הללו כבר חלפו כמה ימים מאז עצירת הלחימה בצפון ותחילת הסדרת היחסים עם לבנון. אני מקווה שההסדרה תיצור תנאים שיאפשרו לתושבי הצפון לחזור לבתיהם ולשקם את היישובים שלהם. מי ייתן שגם המלחמה בדרום תסתיים במהרה עם שובם של כל החטופים והחטופות הביתה.

כמו שכתבתי בגיליון הקודם, בחודשים האחרונים עסקנו רבות במימוש החלטת האספה המיוחדת מספטמבר 2023 שקבעה שעל הפ"י לצאת נגד החקיקה המשפטית באשר היא פוגעת בבריאות הנפש. כשיגיע הגיליון הנוכחי לידכם כבר תכירו את נייר העמדה שנוסח בצוות משותף של ועד הפעולה שהוקם כחלק מהחלטת האספה והוועד המרכזי. התהליך לא היה פשוט, ורבים השקיעו בו את מיטב זמנם ומחשבתם. הוועד המרכזי, כמו הציבור שלנו, היה חצוי בקשר לשאלה אם הפ"י צריכה לפרסם את נייר העמדה. בסופו של דבר אישר הוועד ברוב קולות את תוכן הנייר ואת פרסומו ואיתו את ביצוע החלטת האספה. בזמן הדיונים על נייר העמדה פנתה אלינו קבוצת פסיכולוגים שנקראת "חברי הפ"י למען פסיכולוגיה נקייה מפוליטיקה" וביקשה לפרסם את עמדתה המתנגדת להחלטת האספה. מתוך רצון לתת מקום גם לעמדת המיעוט ולהקשיב לו, בדיוק כמו שאנחנו דורשים מהממשלה בנייר העמדה, ומתוך מחויבות לתהליך דמוקרטי שמשקף ארגון חי ששואף לאפשר לכלל הפסיכולוגים להביע את דעתם, הסכמנו לאפשר לחברי הקבוצה לפרסם את עמדתם. אני מדגיש שרק נייר העמדה המבטא התנגדות למהלך החקיקה מייצג את עמדתה הרשמית של הפ"י. אני רוצה לקוות שתהיה זו התחלה של הקשבה הדדית ושיח גם בתוך הארגון פנימה.

אני מאמין שעל נושא אחד יש בתוכנו הסכמה על כך שכארגון וכפרטים אנחנו צריכים להשתמש בהשפעתנו ובכלים המקצועיים שלנו כדי לתרום לצמצום הקיטוב בחברה הישראלית. עלינו לעשות זאת גם משום שהקיטוב פוגע בבריאות הנפש של הציבור וגם משום שזאת חובה



שלום לקוראות ולקוראים של פסיכואקטואליה,

הגיליון הזה של פסיכואקטואליה עוסק באתיקה ומקצועיות בפסיכולוגיה.

חשיבה מקצועית-אתית ראויה של פסיכולוגים מחייבת לא רק ידע של כללי האתיקה והחוק, אלא מודעות לקיומן של סוגיות ודילמות אתיות, ותהליך חשיבה מקצועי ושיטתי לשם קבלת החלטות מיטביות בדילמות מקצועיות-אתיות. חשיבה כזאת נדרשת בכל מהלך עבודת הפסיכולוג, החל משלב התכנון ובחירת דרכי ההתערבויות המקצועיות וכלה בביצוע ההתערבויות בפועל ובכל מקרה לגופו. החשיבה המקצועית והאתית השזורות זו בזו הן חלק בלתי נפרד מדמות המקצוע והן חיוניות למילוי המיטבי של ייעוד הפסיכולוג, הקבוע בקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017): **"לפעול לקידום רווחתו הנפשית של הלקוח ולמזעור סבלו"**. תכלית קוד האתיקה היא לתת בידי הפסיכולוגים כלי שימש אותם בקבלת החלטות מקצועיות ראויות, בהתאם לערכי המקצוע. אמות המידה המקצועיות הללו יכולות להשתנות בהתאם לשינויים בתקופה, בחברה ובתרבות, וועדת האתיקה שוקדת על התאמת החשיבה המקצועית-אתית וכללי ההתנהלות המקצועית לשינויים אלה ולצרכים העולים מהשטח.

אירועי ה-7 באוקטובר והמלחמה שפרצה בעקבותיהם חשפו את הציבור הישראלי להתמודדות עם קשיים וטראומות מורכבים ומעגלי פגיעות שעדיין הולכים ומתרחבים. ציבור הפסיכולוגים התגייס לתת מענים פסיכולוגיים נרחבים, שנדרש היה להתאימם בגמישות וביצירתיות למציאות הטראומטית ולעלייה הדרמטית בצרכים הנפשיים. בתוך כך עלתה גם המודעות לחיוניות השמירה על סטנדרטים ראויים של חשיבה מקצועית-אתית כדי להבטיח שיוענק סיוע נפשי מקצועי מיטבי גם במציאות כאוטית וכדי להימנע מגרימת נזק בהתערבויות לא די מקצועיות (פסיכואקטואליה, גיליון 92 ו-93).

המודעות לחשיבות השמירה על הערכים והכללים האתיים וניהול החשיבה המקצועית-אתית עלתה ביתר שאת בשנים האחרונות גם בקשר לנושאים נוספים בעבודת הפסיכולוגים. זאת עקב השינויים המהירים ברוח התקופה, בתרבות ובחברה. ועדת האתיקה התייחסה לנושאים אלה במאמרים וניירות עמדה שפרסמה לאורך השנים. בנושא עבודת הפסיכולוג בתקופת מגפת

הקורונה למשל עלו סוגיות של עבודה מרחוק והשפעתה על ההתנהלות המקצועית (פסיכואקטואליה, גיליון 79), דילמות בקשר למעורבות פוליטית של פסיכולוגים (פסיכואקטואליה, גיליון 81), השתתפות פסיכולוגים בתוכניות ריאליטי (פסיכואקטואליה, גיליון 84), מתן חוות דעת לבתי משפט, הפרת חיסיון פסיכולוגי ומסירת חומרים לבתי משפט (פסיכואקטואליה, גיליון 76).

גיליון זה מוקדש לנושא אתיקה ומקצועיות בפסיכולוגיה. החשיבות של פיתוח בשלות בחשיבה המקצועית-אתית כחלק מתהליך ההתמקצעות של פסיכולוגים מתמחים לקראת קבלת מעמד מומחה והאתיקה של הבוחנים בבחינות המומחיות עלתה לאחרונה על סדר היום המקצועי, והמאמר המרכזי בגיליון יעסוק בשאלה כיצד ניתן לבחון את הבשלות בחשיבה המקצועית-אתית בבחינות המומחיות בענפי הפסיכולוגיה השונים וכיצד ניתן לשמור על התנהלות אתית מצד הבוחנים. מאמר נוסף עוסק בסוגיות אתיות שקשורות לשימוש במונח "ידידותי" (friendly) בקשר להתאמת הטיפול לאוכלוסיות מרקעים תרבותיים שונים. המאמר השלישי בנושא מציג מחקר על השינויים באופי הסוגיות האתיות שעלו בעבודה של ועדות אתיקה לאורך השנים.

ועדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל - הפ"י שוקדת, במסגרת תפקידיה, על חינוך ציבור הפסיכולוגים לחשיבה מקצועית-אתית ברמה גבוהה ומייעצת לפסיכולוגים בסוגיות ודילמות מקצועיות-אתיות. כתמיד ועדת האתיקה עומדת לרשות ציבור הפסיכולוגים חברי הפ"י לפניית להתייעצויות בסוגיות ודילמות מקצועיות-אתיות. הוועדה תשמח לקלוט לשורותיה פסיכולוגים הבקאים בנושאי האתיקה המקצועית והמוכנים לתרום בהתנדבות בתחום זה לקהילת הפסיכולוגים בישראל.

בברכה,

יונת בורנשטיין, עורכת אורחת של הגיליון, פסיכולוגית חינוכית מומחית-מדריכה, יו"ר ועדת האתיקה - הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, חברה בפורום אתיקה של שפ"י, עד לאחרונה יו"ר איגוד מנהלי השפח"ם ומנהלת שפ"ח עיריית נשר, בעבר יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה חינוכית במשרד הבריאות.

דברי המערכת: עדכונים והודעות לקראת הגיליונות הבאים

בגיליון הזה ומזמינים את כולם להמשיך לכתוב ולהגיש מאמרים לפסיכואקטואליה גם בנושא הגיליונות הספציפיים וגם בנושאים אקטואליים וכלליים. אנחנו מקבלים מאמרים שעוסקים במחקר, בתאוריה ובעבודה יישומית ובכללם תיאורי מקרה שנתמכים בראיות. יש להקפיד על כללי APA בכתובה ובהבאת הציטוטים כמפורט בהנחיות באתר הפ"י.

להלן הנושאים המתוכננים לגיליונות של 2025. גיליון החורף יעסוק בפסיכולוגיה של משמעות ותקווה. המועד האחרון להגשת המאמרים הוא **31 בדצמבר 2024**. גיליון האביב יעסוק בפסיכולוגיה בעידן הבינה המלאכותית; בקיץ מתוכנן גיליון שיעסוק בתמיכה במטפל ובמטפלת, ובכלל זה חמלה עצמית והדרכה וכל התייחסות רלוונטית לתמיכה בפסיכולוגים עצמם; בסתיו יהיה גיליון שיעסוק בהיבטים תעסוקתיים ושיקומיים של חזרה לשגרה; ובחורף גיליון פתוח למגוון מאמרים בנושאים שונים. בשאלות שקשורות לכתובה ולהגשת מאמרים לפסיכואקטואליה אתם מוזמנים ומוזמנות לפנות אלינו בכל עת לכתובת: psychoactuallya@gmail.com או למשרד הפ"י בכתובת: office@psych.org.il. את התאריכים המעודכנים להגשת המאמרים לכל גיליון אפשר למצא בקול קורא המתפרסם במידעון הפ"י בכל חודש.

בברכה ובתקווה לימים שקטים מאלה,

שרונה מיטל, יו"ר המערכת

תודתנו לגב' יונת בורנשטיין על עריכת הגיליון הזה בנושא אתיקה ומקצועיות ועל עבודתה הנאמנה כיו"ר ועדת האתיקה של הפ"י. הנושא החשוב הזה בא לידי ביטוי לא רק במאמרי הגיליון אלא גם בפינות ובמדורים השונים שלו, בדברי הפסיכולוג הראשי של משרד הבריאות, בדברי יו"ר מועצת הפסיכולוגים הנוגעים להכשרה מקצועית וכן בדברי פורום הוותיקים והגמלאים, שמעלים סוגיה רלוונטית במיוחד לגיל השלישי אך בעצם לכולם, ובסיכומי המאמרים העדכניים המובאים במדור מהפסיכולוגיה בעולם.

בגיליון הזה אנחנו שמחים להרחיב את המדור "פינת האקטואליה", והפעם הצגנו בו שני מאמרים שעוסקים במצב בימים האלה. במאמר הראשון, שכתבו פרופ' אפרת שרצנזור ושותפיה מהמרכז לחקר התפתחות הילד באוניברסיטת חיפה, מוצג מחקר עדכני על סיכון וחוסן אצל הורים וילדים בעקבות אירועי 7 באוקטובר. במאמר השני, שכתב מר יששכר עשת למדור, מובאת התייחסות תאורטית ומעשית-אישית לסוגיית ההתמודדות של המטפל עם איימי מלחמה מתמשכת. בצער אנחנו נפרדים משבתאי מג'ר, עורך המדור "עמדת קריאה". שבתאי ערך אותם שנים רבות, ואנחנו מודים לו מאוד על תרומתו הגדולה למדור בפרט ולפסיכואקטואליה בכלל. שבתאי, תחסר לנו כאיש מערכת שידע תמיד להציע רעיונות ולחבר את הסקירות במיומנות גדולה. בכוונתנו להמשיך בפרסום המדור שהוא ייסד ככל שנוכל.

אנחנו מודים גם לכל הכותבים והכותבות של המאמרים



דבר החטיבה החינוכית

את נעמי (יפה) עיני בהרצאתה על לוגותרפיה וטיפול באמצעות מציאת משמעות; ולבסוף את מיכל אנגלרט, ראש אגף פסיכולוגיה בשפ"י, בהרצאה על משמעות וזהות הפסיכולוגית החינוכית. בתוכנית החברתית הקשבנו לעדינה בר שלום, בערב הפתיחה הופיע חנוך דאום, ובסיום התוכנית זכינו להופעה של **טיפקס!** נשמח לשמוע מכם על החוויה הזאת דרך המשובים.

שלכם,

ועד החטיבה החינוכית בהפ"י

פסיכולוגים יקרים, הכנס השנתי, שנהיה למסורת ולמותג לפני זמן רב, כבר מאחורינו. שנה שלמה עמלנו עליו - על הפרטים הקטנים והגדולים כאחד - ואנחנו מקווים שהצלחתם להתפנות ולהשקיע בעצמכם בלמידה ובריגוע. קדם הכנס עסק בנושא המשמעות "בין שבר לפשר: פסיכולוגיה חינוכית ומשמעות בימי מלחמה". פגשנו בו את ד"ר שמעון אזולאי בהרצאה על מהפכת המשמעות; את ד"ר מני מלכה, והוא עזר לנו להשתמש במתודת photo voice כדי להבין את הסיפור של כל אחד. מאיתנו ושל כולנו יחד כפרופסיה;

דבר החטיבה התעסוקתית-ארגונית-חברתית

גם ב-2025 נמשיך בפעילות המקצועית ונקיים יום עיון נוסף וכמובן, כנס שנתי שייערך בניר עציון ב' 23-25 בפברואר 2025.

השנה נערך הכנס תחת הכותרת "המצפן הפנימי", מתוך הבנה שדווקא בעשייה, בקהילתיות ובתחושת ה"ביחד" טמונים הכלים המאפשרים לנו לנווט בים הסוער. כמי שעיסוקם בעולם העבודה המגוון הבנו שהשגרה והמקצוע שבחרנו הם גם אמצעי לעזור לאחרים וגם מקור לשמירה על אי של שפיות.

הפגישה המחודשת הזאת תמלא את הלב ותביא מעט מזור לפנשנו.

בברכת שנה לועזית טובה ובטוחה,

ועד החטיבה

הן זה אותו העמק, הן זה אותו הבית
אבל אתם הן לא תוכלו לשוב
ואיך קרה, ואיך קרה ואיך קורה עדיין?
שהחיטה צומחת שוב (דורית צמרת, 1974).

אין יום שאיננו שואלים את עצמנו
איך קורה עדיין?

ואיך זה שהחיטה צומחת שוב?

בשנה שעברה ניסינו, במנדט הקטן שלנו בוועד החטיבה, לצמוח לצד המשבר. ערכנו יום עיון בשיתוף המכללה האקדמית תל אביב-יפו וקיימנו שני מחזורי הכשרה ייעודית לעידוד חוסן נפשי והתמודדות עם טראומה בשיתוף אוניברסיטת רייכמן ובית החולים שיבא. ההכשרה נועדה להעשיר את סל הידע המקצועי ואת היכולת של פסיכולוגים ופסיכולוגיות מהחטיבה כדי שיוכלו לסייע לאנשים ולנשים שפונים אליהם.

דבר החטיבה הרפואית

קהילה יקרה,

בשגרה המורכבת שאנחנו חיים בה משמש פועלם של חברי החטיבה הרפואית מקור לגאווה ולנחמה. בבתי החולים, בקופות החולים, בקהילה ובקליניקות הפרטיות אנחנו רואים שמומחיותם של הפסיכולוגים הרפואיים היא חלק בלתי נפרד מהטיפול הרפואי המודרני ומגורמי החוסן של החברה שלנו. ההתמודדות עם מצבים רפואיים מורכבים, עם מחלות כרוניות ועם ליווי תהליכי החלמה לצד מתן מענה רגשי למשפחות ולצוותי הרפואה מבליטים את תפקידנו הייחודי והחשוב כל כך.

בתוך כך אנחנו נרגשים במיוחד לקראת הכנס החמישי של

החטיבה שיתקיים במרץ 2025, ונושאו "תקווה והחלמה". התקווה וההחלמה עומדות בלב העשייה שלנו, ואנחנו נרגשים להקדיש להן את הבמה המרכזית באירוע החשוב הזה. בכנס תהיה לנו הזדמנות להעמיק את הידע שלנו, להעשיר את ארגז הכלים המקצועי ולחלוק רעיונות חדשניים עם עמיתים מכל רחבי הארץ. אנחנו מזמינים אתכם להוסיף ולהיות פעילים בעשייה המקצועית והקהילתית ולחזק יחד את תרומתה של הפסיכולוגיה הרפואית לשדה הרפואה ולחברה כולה.

בברכה,

ועד החטיבה לפסיכולוגיה רפואית



דבר החטיבה השיקומית

חברות וחברי החטיבה היקרים,

אנחנו מוצאים שהאתיקה מעולם לא הייתה אקטואלית יותר במימינו, ימים של שינויים תכופים שבהם המדינה, הפוליטי והחברתי מתחברים עם האישי והמקצועי. על כן חשוב לתת

ולהתכנס יחדיו, לחשוב יחד ולהתחבר למקורות חוסן ששמרו ועוד שומרים עלינו. בברכה ובתקווה לימים שקטים מאלה,

ועד החטיבה השיקומית



עתה מקום לשאלות האתיות שאנחנו נתקלים בהן בחדרי הטיפול וגם בחדרי חדרים עם עצמנו, למשל תפקוד בימי מילואים ממושכים, שינויים בממשלה ועמדות פוליטיות של מטופלים ומטפלים, בני משפחה שמגיעים לשיקום ושאלות על העתיד המקצועי והאישי שלנו לצד מפגש עם טראומות מורכבות.

נרצה להזמין אתכם לכנס החטיבה השיקומית - **מרחב מוגן לנפש: תנועה ממשבר לחוסן** - שיתקיים במלון נווה אילן בין 4-5 במרץ 2025. בשנתיים האחרונות לא הצלחנו להיפגש כקהילה בגלל עומס האירועים שהתמודדנו עימם. אנחנו מקווים שנצליח לשוב

דבר החטיבה הקלינית

חברי חטיבה יקרים,

בזמן שתקראו את השורות האלה נהיה כנראה בשיאו של כנס החטיבה או כבר אחריו. אנחנו שמחים ומתרגשים לחזור ולקיימו, בייחוד משום שבשנה שעברה נאלצנו לבטלו בגלל המצב במדינה. אנחנו מודים לצוות המארגן של הכנס - עודד, ירדן, יחיאל, שי וענת - על כל ההשקעה בארגונו. בימים האלה אנחנו ממשיכים לברר מה אפשר לעשות נגד פעולות משרד הבריאות שמכניס תומכי ברה"ן למערכת הציבורית. בהקשר הזה, ובאופן רחב יותר, אנחנו מנסים לקדם

דבר החטיבה ההתפתחותית

ורק אני והתשובות שבפי
יודעות את הסוד הגדול
שגם כשגדלים לא מבינים
רק פשוט יום אחד
מפסיקים לשאול (תרצה אתר).

הפעם רבות מהמילים שנכתוב כאן הן שאלות, רסיסים של מחשבות בתקופה סוערת, מבפנים ומבחוץ. באתיקה המקצועית של הפסיכולוגים, שלה מוקדש הגיליון הזה, נכללים ארבעה עקרונות בסיסיים:

1. ייעוד ומחויבות המקצוע והעוסקים בו לקידום הרווחה הנפשית של האוכלוסייה.
2. הפסיכולוג כאדם.
3. עבודה מקצועית אתית.
4. מחויבות חברתית.

ארבעת העקרונות האלה ניצבים איתנים ומהווים תשתית, מובנת מאליה כמעט, אשר אמורה להיות נר לרגלי כל פסיכולוג ופסיכולוגית בעבודה בשגרה ובחירום. עם זאת דווקא התקופה המטלטלת שבה אנחנו נתונים כעת כעם וכמדינה - מטשטשת את סימני הקריאה שניצבים בסוף העקרונות האלה ומחליפה אותם בסימני שאלה בוהקים - בעבורנו כפסיכולוגים. ובעבור הדיסציפלינה שלנו. אנחנו נמצאים בתקופה הזאת בעמדה קריטית שמחייבת רפלקטיביות, יושרה מקצועית ואחריות רבה. יותר מתמיד. העמדה הזאת מאופיינת במחויבות לטיפול בפרטים ברגישות ובמקצועיות, בשמירה על סטנדרטים גבוהים ועל צניעות מצד אחד; והתייחסות לתפקידנו החברתי, תפקיד שהוא מעבר לקביעת עקרונות וכללים יבשים של אתיקה, מצד אחר.

בדרכים שונות רגולציה בתחום הפסיכותרפיה באמצעות קריאה לאכיפת חוק הפסיכולוגים.

בהמשך לכך תפרסם החטיבה בקרוב קול קורא למתנדבים שיהיו מעוניינים להשתתף בצוות פיתוח ההשתלמויות של החטיבה. חברי הצוות יארגנו וינהלו את ההשתלמויות, יהיו שותפים בבחירת נושאים מקצועיים רלוונטיים, ינהלו את תקציב ההשתלמות וייצרו קשר עם המרצים. המעוניינים מוזמנים לפנות למשרד הפ"י.

בתקווה לימים טובים יותר,

ועד החטיבה הקלינית

בהיותנו פסיכולוגים.ות התפתחותיים.ות אנחנו מכירים היטב בחשיבות אבן הדרך ההתפתחותית של שאילת שאלות. הסקרנות וההתפתחות השפתית והקוגניטיבית מביאות ילדים וילדות לא פעם לשאול את השאלות הקשות ביותר; שאלות שלעיתים מותירות את המבוגר. ת. שמולם בפה פעור ובעמדת איידיעה, אבל שולחות אותו לפשפש ולבדוק ולגשש. כמוהם חשוב שגם אנחנו, הפסיכולוגים.ות, לא נפסיק לשאול את עצמנו שאלות קשות - מה תפקידנו כפסיכולוגים.ות בעת הזאת? האם עבודתנו תחומה לגבולות הקליניקה בלבד - דוחקים את המציאות הכאוטית אל מחוץ לחדר הטיפוליים? איך נקדם רווחה נפשית ונצמצם סבל, כמו שאנחנו מחויבים לעשות, בזמן מלחמה, שמטבעה גורמת סבל ופגיעות מוסריות בילדים.ות ומבוגרים.ות תמימים.ות רבים כל כך? איך נצליח להעניק טיפול לקבוצות שונות באוכלוסייה ובה בעת לשמור על כבוד, שוויון ואמפתיה כשהרגשות עולים על גדותיהם מול מעשים ועולות שאינם נתפסים? האם יש לנו מחויבות חברתית לנקוט עמדה בשיח הפוליטי והחברתי? האם עלינו לנרמל מצבים כמו מלחמה? האם עלינו להשתתף בדיונים שמעצבים מסרים ודעת קהל כמו עידוד הרגשת סולידריות ועמידה איתנה מול אויבנו? האם עלינו לשתוק או לדבר? ואם לדבר - מתי, ואיך ועם מי?

בתקווה לתקופה טובה ובהירה שתבוא ולשובם של כל החטופים.ות הביתה,

ועד החטיבה ההתפתחותית



פורום ותיקים וגמלאים

חברי וחברות חטיבה יקרים,

פורום הוותיקים והגמלאים של הפ"י, פורום על-חטיבתי, יזם כמה פעילויות בזמן האחרון ומתכנן את פעילויותיו לשנה הקרובה. בחודש האחרון הסתיימה השתלמות בנושא בינה מלאכותית לחברי הפ"י ותיקים. ההשתלמות התקיימה בזום בהנחיית אפרת חורב, מורה מנוסה ומקצועית. המשתתפים נתנו לה משוב חיובי וציינו את מקצועיותה. בזכותה זכו רבים להכיר את התחום לראשונה, ורוב המשתתפים הביעו ענין בהמשך למידה בקורס מתקדם.

לשנה הקרובה אנחנו מתכננים כמה פעילויות ובהן מפגש זום שיעסוק ב"זקנה בעיני הקולנוע" ומפגש בשיתוף מכון וינגייט בנושא גוף נפש ובו פעילות גופנית לגיל השלישי. כמו כן, כחלק ממטרת הפורום לבדוק את צורכי הגיל השלישי ולתת מענים, יש התקדמות בעבודת הפורום בסוגיית סגירת קליניקה. אנחנו שמחים להביא להלן סיכום ביניים של הפעילות שעשה הצוות שעוסק בנושא עד כה:

סגירת קליניקה פרטית - "היום שלפני"

בשנים האחרונות החל הפורום לעסוק בסוגיה החשובה של סגירת קליניקה באופן מתוכנן (פרישה, שינוי מקום מגורים, שינוי עיסוק וכדומה) ובייחוד באופן בלתי מתוכנן (מחלה, תאונה או מוות). קטיעה לא צפויה של הטיפול עקב מותו של המטפל או אי-כשירותו מעוררת שאלות מעשיות מיידיות. קוד האתיקה של הפ"י (2017) עוסק בנושא באופן כללי ובקצרה, וחסרה בו אמירה מספיק מפורטת. משיחות שניהלנו עם גורמי מקצוע שונים כגון עובדים סוציאליים, עורכי דין ורופאים למדנו שכולם מודעים לחשיבות הנושא, אך חסרים כללים והנחיות ברורות, בעיקר בקשר לשמירת סודיות ושמירת הרצף הטיפולי. עקב זאת פנינו לספרות העולמית וחיפשנו

מאמרים מהארץ ומהעולם בתחום. מצאנו כמה מאמרים שעוסקים בנושא ובכללם הצעה מפורטת של ארגון הגג של הפסיכולוגים בארצות הברית ובקנדה מ-2020. הוועד המרכזי של הפ"י ומנכ"לית הפ"י נתנו לנו את ברכתם להמשיך ולעסוק בנושא. פנינו גם ליועץ המשפטי של הפ"י בקשר להיבט המשפטי, וגם הוא הביע הסכמה להמשיך וללוות את התהליך.

במידעון הפ"י מאוגוסט 2024 פורסם קול קורא לפסיכולוגים שמוכנים להשתתף בקבוצת עבודה שתעסוק בנושא. הוקמה קבוצת משימה של 11 פסיכולוגים ותיקים בעלי התמחויות שונות, והיא החלה את עבודתה כבר בספטמבר. ההתייחסות נעשית הן מההיבט המעשי הן מההיבט התאורטי. ככל שמתעמקים בסוגיה מתבררת לנו מורכבותה מבחינה חברתית, אתית ומשפטית. בין השאר עולות שאלות על שמירת רשומות, שמירת סודיות, הסכמה מדעת ושמירת כלי אבחון. מטרת קבוצת המשימה היא לסייע לציבור הפסיכולוגים להיערך באופן מיטבי לסגירת קליניקה הן במצבים מתוכננים הן במצבים לא מתוכננים. נעסוק בהמלצות שניתנו בארצות שונות בנושאים כגון צוואה מקצועית (professional will) ובדיקת התאמתה למציאות הישראלית. נבדוק מה עשויה להיות תרומתה הייחודית של הפ"י בתחומים האלה. כמובן, נשמח לשיתוף פעולה עם כל הגורמים: ועדת האתיקה של הפ"י, מועצת הפסיכולוגים ומשרד הבריאות.

בקרב יישלח לחברי הפ"י סקר על שאלות והצעות שנוגעות לתחום. נודה על היענותכם.

אנחנו מזמינים כל מי שמעוניין להצטרף לשורותינו כדי לקדם את פעילות הפ"י בגיל השלישי לכתוב לנו ל- movileformvatikim@googlegroups.com

בברכה ובתקווה לימים טובים,

הצוות המוביל של פורום הוותיקים והגמלאים

ד"ר אילה בלון, יו"ר מועצת הפסיכולוגים

רקפות בין הסלעים

בין הצפירות בכביש לרחובות המלוכלכים
בין משפחות הפשע לטלוויזיה השטחית
כמו רקפות בין הסלעים
הפנים היפים של הארץ מתחבאים

בין הישנים ברחוב לדקירות במועדון
בין מה שבדרך כלל קוראים בעיתון
כמו רקפות בין הסלעים
הפנים היפים של הארץ מתחבאים

בין הדגלים הכתומים לחולצה הכחולה
בין שוק הפשפשים לקריית הממשלה
כמו רקפות בין הסלעים
הפנים היפים של הארץ מתחבאים

בין מגדלי הפאר למרכז הקליטה
בין פועלים זרים לשדות החיטה
כמו רקפות בין הסלעים
הפנים היפים של הארץ מתחבאים

וכשהיא לפתע צריכה

שמישהו ישכב בנוץ בתוך שוחה

לא תאמין איך הם מופיעים

כמו רקפות בין הסלעים (הורוביץ, 2010).

בדרך כלל עוברות תשע שנים בין הכניסה בשערי האוניברסיטה ובין קבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה. שלוש שנים של תואר ראשון, שנתיים של תואר שני וארבע שנות התמחות. לי נדרש זמן רב מזה - שלוש שנים של המגמה שלמדתי בה בתואר השני ולאחר מכן, בתום הלימודים, התקשיתי מאוד למצוא מקום התמחות. ובמעבר בין מסגרות התמחות, באמצע ההתמחות, קרתה תקלה במנגנון המלגות ועיכבה אותי עוד שנה. אימי ז"ל ואבי יבדל"א תמכו בי לכל אורך הדרך בחומר וברוח. יכולתי להרשות לעצמי. גם יכולתי להרשות לעצמי להקים משפחה ובד בבד ללמוד לתואר דוקטור. אני אסירת תודה על הזכות שנפלה בחלקי. מצד אחד,

תוכנית הלימודים וההכשרה של הפסיכולוגים משובחת, מקצועית ומעמיקה. המקצוע פסיכולוג (לצערי לא דווקא מומחה) עדיין מזכה את העוסקים בו במעמד חברתי גבוה שמקושר בקרב רבים לידע ולמיומנות גבוהה. מצד אחר, המסלול ארוך ואינו מתגמל, וכיום מקצועות "מתחרים" מאפשרים לעסוק באחדים מתחומי העיסוק של הפסיכולוגים לאחר הכשרה במסלולים קצרים הרבה יותר וללא התמחות ומבחן התמחות.

עם הצורך הגדל באבחון פסיכולוגי, בקבלת טיפול פסיכולוגי ובשירותים פסיכולוגיים נוספים מתרחשים בעולם ובישראל שינויים שקשורים למאפייני עולם העבודה ובכלל זה לכלים שעומדים לרשותם של הפסיכולוגים. מסיבות שונות עלה במשך השנים קושי ניכר לעדכן את תוכניות ההכשרה, ועוד יותר מכך לעדכן את חוק הפסיכולוגים ואת התקנות, כדי שיתאימו לצורכי השעה. הקושי הזה קשור לגורמים רבים ובעיקר לעובדה שהשינוי לא נתון בידי מועצת הפסיכולוגים לבדה. מנקודת המבט שלי, כיו"ר המועצה, צריך לשנות בייחוד את תוכנית ההכשרה בפסיכולוגיה בישראל כדי לקצר את התהליך ולצמצם את הפער בהכשרה על רקע סוציאקונומי, להרחיב את התכנים הנלמדים במסגרת ההכשרה באקדמיה, לשלב מחקר ויישומים קליניים לכל אורך ההכשרה, לחבר בין השדה ובין האקדמיה ולהרחיב את ההכשרה המעשית ולהקדימה בתהליך ההכשרה הן בשלבי הלמידה הראשוניים הן בהתמחות.

כיום הרמה האקדמית בתואר הראשון גבוהה ומאפשרת התפתחות בתחום המחקר והקניית הידע גם למי שממשיך לתואר שני יישומי וגם למי שבוחר להמשיך במסלול מחקר. עם זאת הלימודים המעשיים מתחילים רק בתואר השני, כלומר שנות התואר הראשון "מבוזבזות" לכאורה, ורצוי להקדים ולהרחיב את החלק היישומי בהכשרה האקדמית. מלבד זאת, כיום הכשרת פסיכולוגים בתחום המחקר היא חלק בלתי נפרד מהכשרתם האקדמית והיא תורמת למקצועיותם ומקדמת את יכולתם להמשיך ולהתעדכן כל העת. בד בבד חשוב לשמר ולשפר את הרמה האקדמית ואת היקף המחקר הקליני בתחום הפסיכולוגיה וליישמו בשדה. תהליך ההתמחות ורישיון המומחה ייחודיים למקצוע



בהיקף חצי משרה תהיה בתחילת התואר השני, ותהיה אפשרות לאפיקי מעבר מתארים ומתוכניות אחרות בשלבים שונים של התהליך. זאת הצעה ראשונית כאמור, ונדרשת עוד עבודה רבה שתימשך שנים עד עיצובה הסופי ומימושה. חשוב להבין שכדי להוביל שינוי כזה נדרשים אין-ספור שיתופי פעולה. שר הבריאות, הנהלת משרד הבריאות, הפסיכולוג הארצי, מועצת הפסיכולוגים, המועצה להשכלה גבוהה, האוניברסיטאות, הוועדות המקצועיות בתחומי ההתמחות השונים, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך, גורמים משפטיים במשרדי הממשלה השונים וחברי כנסת הם אחדים מהשותפים הללו. ודאי השמטתי שותפים חשובים נוספים, אך את החשובים ביותר אני מציינת כאן - אתם, הפסיכולוגים בתחומי ההתמחות השונים בישראל. כיום אנחנו עדים למעשי גבורה עילאיים בקרב אנשים ונשים רבים כל כך. קשה לעסוק בשגרת המקצוע כשהתותחים רועמים והדמעות זולגות. ועם זאת תהליכי שינוי מהסוג הזה נמשכים שנים, ונדרשות להם נחישות, גמישות, יצירתיות ועבודה קשה. הלואי שנצליח לקדם יחד תוכנית שתהיה טובה דייה לציבור, לפסיכולוגים ולפסיכולוגיה.

אילה

מקורות

הורוביץ, א' (2010). רקפת בין הסלעים [שיר]. **אלבום 5**. לב גרופ מדיה.

הפסיכולוגיה לעומת כלל מקצועות הבריאות (מלבד רופאים). התהליך הזה יוצר את עומק ההבנה ומרחיב מיומנויות אבחון וטיפול. גם תהליך ההסמכה להדרכה בפסיכולוגיה הוא ייחודי. בתהליך הזה מוכשרים מדריכים בעלי ידע וניסיון מקצועיים שהם נדבך מרכזי בהכשרת הפסיכולוגים בשדה.

על רקע האמור לעיל אפשר להגדיר ארבע מטרות שתוכנית חדשה צריכה לעמוד בהן, והשגתן היא הבסיס לעבודה הרבה הנדרשת לבניית תוכנית כזאת וליישומה:

- קיצור התהליך וצמצום הפער בהכשרה על רקע סוציאקונומי.
- הרחבת התכנים הישומיים הנלמדים במסגרת ההכשרה באקדמיה.
- הרחבת ההכשרה המעשית והקדמתה בתהליך ההכשרה הן בשלבי הלמידה הראשוניים הן בהתמחות.
- שילוב מחקר ויישומים קליניים במשך כל ההכשרה וחיבור בין השדה ובין האקדמיה.
- ביצוע תהליכי המיון בכניסה לתהליך באופן מיטבי, מהימן ותקף.
- עשיית כל השלבים האלה מתוך שימור ושיפור הרמה המקצועית הגבוהה והמעמד המקצועי.

לפני זמן לא רב הצגתי למועצת הפסיכולוגים הצעה ראשונית בתחום, והיא נבחנת בשותפות עם מר גבי פרוץ, הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות, ועם נציגות המחלקות לפסיכולוגיה באקדמיה. עיקרי ההצעה הם הפיכת הלימודים האקדמיים לרציפים - קבלת הסטודנטים למסלול ההכשרה תיעשה לקראת התואר הראשון ולא בין התואר הראשון לשני, הלימודים המעשיים וההתנסות בשדה יתחילו בזמן התואר הראשון, התחלת ההתמחות



גבי פרץ, הפסיכולוג הארצי והממונה על רישוי פסיכולוגים

שלום לכולם,

הגיליון הזה עוסק באתיקה, ובחזרתי לכתוב על סוגיה אתית שהועלתה בפניי והמענה עליה טרם ניתן בשלמותו. עקב היותה עקרונית חשוב לי להביאה כאן כדי להשאירה במודעות. מפעם לפעם מובאות אליי לדיון סוגיות אתיות שמעסיקות פסיכולוגים. השאלות או הסוגיות הנוגעות בהיבטים רבים בעבודת הפסיכולוג רבות ומגוונות. מלבד זאת הבנתי שלסוגיה אתית מורכבת יש צורך לא רק במענה מקומי אלא גם בחשיבה על מענה רחב שנותן פתרון לבעיה העקרונית שנוצרה בעקבות הדילמה האתית. במובן של "אין לך כל סדק וסדק מלמעלה שאין לו כמה סדקים מלמטה" (מסכת פסחים דף מח ע"ב).

השאלה האתית שנשאלתי עסקה בדרך שבה יש לוודא שימור רשומות רפואיות של פסיכולוג שנפטר בטרם עת ולמנוע פגיעה במטופליו. האפשרות להתרחשות אירוע שבעטיו לא יוכל הפסיכולוג להמשיך בעבודתו כלל או כמטפל בפרט אינה נדירה. לצערנו, מקרים כגון מוות פתאומי, פגיעה או פגיעה קשה שגורמת לאובדן כושר עבודה הם אירועים בעלי שכיחות לא קטנה, ובשנה האחרונה, לצערנו הרב, השכיחות גדלה עוד יותר. המענה הנדרש בסוגיה הזאת היה רחב הרבה יותר מתשובה למקרה הפרטי היות שעולה בעקבותיה שאלה עקרונית מאוד בקשר לגבולות אחריותו של הפסיכולוג.

אחד מארבעת עקרונות היסוד של הקוד האתי של הפסיכולוגים הוא עבודה מקצועית אתית (עיקרון ג'), וכתוב בו "פסיכולוגים יכירו בגבולות יכולותיהם האישיות, וכן בגבולות של התמחותם, הכשרתם ומיומנותם. הם יבינו את משמעות פעולותיהם ויטלו אחריות לפעולות שבהן נקטו" (עמ' 9). הציטוט הזה ממחיש את הדילמה במהותה - האם דאגה למטופל נמשכת גם לאחר מות המטפל? האם אידיאגה כזאת משמעותה היעדר מימוש חובת האחריות הנדרשת בציטוט הזה? לכאורה, על פי העיקרון הזה, התשובה חיובית: "יטלו אחריות לפעולות שבהן נקטו".

נוסף על כך, בתקנה מ' 1991 הנקראת כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית) כתוב בסעיף 2, ששמו "שמירת טובתו של המטופל", ש"בעבודתו המקצועית יפעל הפסיכולוג לטובת הלקוח בנאמנות ובמסירות תוך שמירה על הגינות, על כבוד הלקוח ועל רמה מקצועית נאותה". ובהקשר שלנו נשאל אם הנאמנות והמסירות מחייבות גם לאחר המוות. השאלה נותרת בעינה גם כשמעיינים בחוזר משרד הבריאות (2019) הנוגע לרשומה רפואית ובו מודגשת אחריות המשך הטיפול של המטפל גם לאחר שהפסיק את פעילותו מכל סיבה שהיא.

כשמעיינים בחוקי הירושה הקובעים שהיורשים הם הבעלים של כל מה שהיה שייך לאדם שירשו מתעוררות שאלות נוספות: האם יורשי הפסיכולוג הם גם הבעלים של הרשומה שהוא ניהל? ואם הם אינם אנשי מקצוע? האם אידיאגתי היום למה שיקרה אחרי מותי היא חוסר אחריות שהוא כישלון אתי? בחיפוש אחר

מענה הגענו למאמרים שפורסמו ב'APA ועסקו במושג שקראנו לו בעברית "צוואה מקצועית". מכיוון שהנושא רלוונטי לא רק לפסיכולוגים הוחלט לפרסם חוזר משרד הבריאות בנושא. פרסום החוזר מתעכב מסיבות רבות. שתיים מהעיקריות הן ההתמודדות עם מחלת קורונה ועם מלחמת חרבות ברזל. לכן חשוב לי לציין בקצרה בטור הזה את ההמלצה לעקרונות ההתמודדות עם מצב כזה, כמו שהציעה מועצת הפסיכולוגים לאחר דיון בנושא וכמו שהם מופיעים בטיטת החוזר של משרד הבריאות:

ההמלצה המרכזית היא לחתום על מסמך ייפוי כוח שבו יפרט המטפל כיצד הוא מעוניין שיטפלו בעבודתו אם תיפסק פעילותו כמטפל מכל סיבה שהיא. על המסמך להיות מותאם לצרכים ולטעמים של כל מטפל בפני עצמו. עם זאת מוצע לכלול בו את המרכיבים האלה:

1. **מינוי אחראי מקצועי** - מומלץ לבחור עמית למקצוע שיסכים לטפל בכל הנדרש ואף מומלץ לקשור עימו הסכם הדדי.
 2. **כתיבה וחתומה על מסמך ייפוי כוח** - על המסמך להכיל את הפרטים האלה:
 - א. הצהרה ברורה שיצוין בה כי בעת הפסקת פעילותו של המטפל מסיבה כלשהי הוא מייפה את כוחו של האחראי לפעול בשמו ולקבל עליו את האחריות להמשך הטיפול.
 - ב. פירוט מידע נדרש:
 - א. תיאור מדויק של הרשומות, ספרי הפגישות, מסמכים רלוונטיים וכיוצא באלה וכן אופן הגישה אליהם.
 - ב. הנחיות הקשורות לגישה לדואר האלקטרוני ולמסמכים במחשב.
 - ג. המלצות לאופן יצירת קשר עם מטופלים - מומלץ לפרט את הדרך שבה ביקש המטפל מהאחראי להודיע למטופלים על הסיבה שבעטיה הופסקה פעילותו של אותו מטפל.
 3. **הנחיות לטיפול ברשומות** - חשוב ליצור תוכנית ברורה לשמירת הסודיות של רשומות המטופלים ולוודא שהן יועברו למטפלים החדשים.
 4. **עדכון שוטף** - חשוב לקרוא את המסמך בכל שנה ולעדכן אותו על פי הצורך.
- ואסיים בציטוט קצר מספרו של הרב זקס **לרפא עולם שבור**: "אנו נעשים אתיים לא רק על ידי מה שאנחנו יודעים, אלא גם על ידי מה שאנחנו עושים" (עמ' 207).

בתפילה תמידית להחזרת החטופים ולסיום המלחמה,

גבי

רשימת המקורות בעמוד 48

מיכל אנגלרט, הפסיכולוגית הארצית במשרד החינוך

לקראת ולקוראי פסיכואקטואליה,

- **מה אנחנו משחררים?** על מה אפשר לוותר בידיעה שכל שחרור כרוך בויתור כואב?
 - **מה אנחנו מחדשים?** מה הערך המוסף או החידוש שביכולתנו לתת בעת הזאת, כאשר ישנו קשר בין התחדשות היווצרות (רגנרציה) ובין משמעות וצמיחה מטראומה?
- כדי לענות על השאלות הללו נדרש שיח מתמשך ברמה ארצית וברמת הרשות לשם מיפוי כל השותפים והמשאבים בכל מוסד חינוך ובכל רשות. כן נדרש השיח כדי לבחור בחירה מושכלת במעני טיפול ובכללם בחירת מענים פסיכולוגיים ייחודיים שניתנים מטעם השפ"ח, ברצף שבין מניעה ובין טיפול, בין סיכון ובין סיכוי. המענים הפסיכולוגיים הללו יינתנו בד בבד עם שמירה על אתיקה מקצועית ובה איזון בין צורכי הפרט ובין מגבלות המערכות ומניעת הרחבת פערים חברתיים. מלבד זאת חשוב להמשיך ולקיים שיח פנים שפ"חי על השאלות האלה כדי לאפשר החזקה משותפת של אתגרי המציאות ובתוך כך לשמור גם על הרווחה הנפשית של צוות השפ"ח.
- אני רוצה להודות לכל אחד ואחת מכם, קהילת הפסיכולוגיה החינוכית בישראל, על היותכם קו ראשון לתמיכה רגשית, על היכולת לתמוך בקהילות שלמות, להחזיק בעבורן את התקווה ובו בזמן את הכאב ואת היכולת לצמוח מתוכו.
- בתקווה לימים של שקט, לסיום המלחמה, להחלמת הפצועים, לחזרת כל התושבים לביתם ולשובם של החטופים והחטופות במהרה.

שלכם,

מיכל אנגלרט

מקורות

- הראל, י' ווולש, ס' (2024). סקר "יד על הדופק".
https://meyda.education.gov.il/files/shefi/samim/Hodesh_Mudaut_2024/Zvatim/Seker_Yad_Ai_Adofek.pdf
- חפץ, ר"א ולינסקי, מ' (2007). **מנהיגות במבחן**. ידיעות ספרים.
- משרד החינוך (פברואר 2024). **מענים לתלמידים שהוריהם נעדרים מהבית בשל המלחמה מפאת מילואים או שירות קבע** (חוזר מנכ"ל). משרד החינוך.
<https://apps.education.gov.il/mankal/Horaa.aspx?siduri=519>
- משרד החינוך (אפריל 2024). **ליווי מתמשך של תלמידים שחו משבר: שכן משפחתם נפטר, נהרג, נרצח, נחטף, שב מהשבי, נפצע או חולה במחלה קשה** (חוזר מנכ"ל). משרד החינוך.
<https://apps.education.gov.il/mankal/Horaa.aspx?siduri=514>

גיליון הסתיו מתפרסם בצילה של מלחמה מתמשכת על כל השפעותיה: אובדן ושכול, דאגה לחיילים ולפצועים, לתושבים המפונים מבתיהם ולמאת החטופים שעדיין נמצאים בעזה ואנחנו מחכים ומצפים לשובם. בריאות הנפש עומדת במוקד השיח הציבורי. מחקרם של הראל ווולש (2024) "יד על הדופק", שנערך בשיתוף משרד החינוך בפברואר, חשף מציאות מדאיגה: שיעור התלמידים המדווחים על תסמיני מצוקה נפשית עומד על 50 אחוזים. ב־2024 פרסם משרד החינוך שני חוזרי מנכ"ל שעוסקים במענים לתלמידים בצל המלחמה וחשוב להכירם: "מענים לתלמידים שהוריהם נעדרים מהבית בשל המלחמה מפאת מילואים או שירות קבע" (פברואר 2024) ו"ליווי מתמשך של תלמידים שחו משבר: שכן משפחתם נפטר, נהרג, נרצח, נחטף, שב מהשבי, נפצע או חולה במחלה קשה" (אפריל 2024).

מנהלי ומנהלות שפ"חים, פסיכולוגים ופסיכולוגיות מכל רחבי הארץ, מדווחים גם הם על עלייה ברמת המצוקה ובהיקף תופעותיה בקרב ילדים, הורים ואנשי צוות וכן על צורך במתן מענים נרחבים ומגוונים. בשל מצב החירום והשפעותיו, על השפ"חים לתת מענים פסיכולוגיים מתמשכים ונרחבים - מערכתיים, קבוצתיים ופרטניים. למשימה המרכזית הזאת הם נרתמו כבר ב־7 באוקטובר במחויבות עמוקה ובמקצועיות, ולמענה יצרו ופיתחו, בזמן עבודתם בשטח, מגוון מודלים ייחודיים של טיפול והתערבות פסיכולוגית שמותאמים לצרכים הרבים.

בראייה מקצועית ואתית ניצב לפני הפסיכולוגים החינוכיים אתגר מורכב: כיצד אפשר להעניק מענה רגשי מיטבי בתקופה שמאופיינת בדרישות מרובות, במשאבים מוגבלים ובאיודאות מתמשכת? המטפורה "**משמיכת טלאים לשמיכת פלאים**" שהצגתי בפגישותי עם הפסיכולוגיות והפסיכולוגים החינוכיים ברחבי הארץ מאז כניסתי לתפקיד, עשויה לסייע לפסיכולוגים בשפ"חים הנדרשים לפעול במצב של "שמיכה קצרה". כלומר במצבים של פער הולך וגדל בין צרכים ובין מענים יש לבחון את סדרי העדיפויות ולבדוק תדיר את המענים הפסיכולוגיים שבכוחם ליצור השפעה רחבה ככל האפשר כדי לרקום "שמיכת פלאים".

חפץ ולינסקי (2007) הציגו בספרם שלוש שאלות שבכוחן לסייע למנהלות ולמנהלי השפ"חים ולצוותיהם ביצירת הזדמנויות להשפעה רחבה ובבחירת מוקדי העבודה:

- **מה אנחנו משמרים?** מהו החלק הבלתי נפרד מה-DNA שלנו שלא נוותר עליו?



בחינה באתיקה ואתיקה בבחינת המומחיות בפסיכולוגיה

יונת בורנשטיין, יו"ר ועדת האתיקה

בחינות המומחיות בישראל נערכות בעל פה כאמור, בהתבסס על החומרים הכתובים שהגיש הנבחן. הבוחנים קוראים את המקרים לפני מעמד הבחינה, שואלים את הנבחן שאלות על המקרים, וניתן משקל רב להערכת הנבחן פנים אל פנים. אף שהבוחנים בפסיכולוגיה הם אנשי מקצוע בכירים ומנוסים, מודעים לעצמם, ובכלל זאת לתהליכי העברה והעברה נגדית בעבודתם, ואף שתהליך הבחינה שואף להיות אובייקטיבי ואחיד ככל האפשר, בכל זאת ייתכנו הטיות בשיפוטם את הנבחן, השפעת תהליכים של העברה והעברה נגדית על השיפוט וסיכונים לכשלים אתיים העלולים להעיב על ההוגנות והאובייקטיביות של תהליך הבחינה. במחקר של גליל ואחרים (2024) למשל נמצאו בוועדות הקליניות הטיות מובהקות של הבוחנים: הטיות אתניות, מגדריות, הטיות בהקשר לסדר הנבחנים, השעה שבה נערכה הבחינה והשפעה של הגישה הטיפולית שבחר הנבחן. לעומת זאת לא נמצאו הטיות מובהקות בבחינות בתחום החינוך.

גם שייפר (במאמרה של נוי-שנרב, 2001) עסק בשאלת ההטיות האפשריות ותהליכי ההעברה הנגדית שיכולים להתרחש אצל הבוחנים בבחינות המומחיות. לדבריו, אף שרוב הבוחנים הם אנשים מקצועיים מאוד, הנוהגים בבחינות באובייקטיביות ובגישה מקצועית ואתית ומודעים להטיות אפשריות שלהם, בכל זאת יכולים להתעורר בהם רגשות ותגובות שעלולים ליצור בבחינה דינמיקה שבה הם ממלאים "תפקיד" (כגון הבוחן העוזר והמושיע, הבוחן הכפייטי, הבוחן הסמכותי, הבוחן שמזדהה יתר על המידה עם הנבחן, הבוחן הקר והמרוחק), מה שעלול אף להביא לידי כשלים אתיים בהתנהלותם. זאת הן באינטראקציה בוחן-נבחן הן באינטראקציה בין הבוחנים לבין עצמם במהלך הבחינה ובעת קבלת החלטות. בד בבד עלולים להתרחש תהליכי העברה גם אצל הנבחן, והם עלולים להשפיע על האופן שבו יתנהל בבחינה ויביא את מקצועיותו לידי ביטוי.

הנוכחות של הטיות כאלה ואחרות, ואפילו חשש העולה מפעם לפעם להתנהלות החורגת מכללי האתיקה של בוחנים, באים לפעמים לביטוי גם בעררים שמגישים נבחנים לוועדות המקצועיות ולעיתים אף בהגשת תלונות

עם סיומו של תהליך ההתמחות הממושך והתובעני בכל שטחי הפסיכולוגיה היישומית בישראל והשלמת כל דרישות ההתמחות מגישים המתמחים בפסיכולוגיה לוועדות המקצועיות במשרד הבריאות בקשה להיבחן בבחינת המומחיות. הבקשה מפרטת את היקף עבודתם כמתמחים וכוללת הגשת מקרים מפורטים כתובים של התערבויות פסיכולוגיות שערכו בהתאם לדרישת הוועדות המקצועיות בתחומי ההתמחות השונים. בחינת המומחיות בישראל היא פרונטלית - נערכת בעל פה, פנים אל פנים מול ועדת הבחינה שבה שלושה חברים (תקנות הפסיכולוגים, אישור תואר מומחה, התשל"ט-1977).

המשמעות של קבלת מעמד מומחה בפסיכולוגיה היא הפיכתו של הפסיכולוג המתמחה, שאפשר לראות בו מעין "שוליה" שתלוי במדריכיו, לפסיכולוג העומד בזכות עצמו, מקבל החלטות מקצועיות ועורך התערבויות פסיכולוגיות בעצמו וללא פיקוח (נוי-שנרב, 2001). במעמד הבחינה אפשר לראות אבן דרך התפתחותית או "טקס חניכה". בבוחנים אפשר לראות את מי שעומדים בתווך, בין שתי עמדות מקצועיות: מחד גיסא עמדה המעודדת התפתחות ומסייעת למתמחה לאושש ולהציג את הישגים המקצועיים והידע שלו ומדגישה יחס מכבד ואמפתי שיסייע לנבחן להנכיח בבחינה את הישגיו ובשלותו המקצועית; ומאידך גיסא, עמדת ה"צופה", שתפקידו לבחון ולהעריך את הידע והכישורים המקצועיים של הנבחן ולשמש בתפקיד החיוני של "שומר סף ואיש ביטחון" כדי למנוע מאנשים לא ראויים לקבל הסמכה כפסיכולוגים עצמאיים העלולים לגרום בעתיד נזק ללקוחות שלהם.

דרישות ההתמחות בשטחי ההתערבות הפסיכולוגית השונים - אבחון והערכה, פסיכותרפיה, עבודה מערכתית וכו' - ברורות, ואילו הנחיות הוועדות המקצועיות - כיצד לבחון את הידע והבשלות בתחום האתיקה המקצועית - אינן מוגדרות, וקיימת שונות רבה בין ועדות שונות בשאלה כיצד לבדוק את רמת האתיקה המקצועית של המתמחה

- הבחינה באתיקה.

נושא האתיקה המקצועית בהקשר של בחינות המומחיות עולה בהיבט נוסף ונוגע לאתיקה המקצועית של הבוחנים - התנהלות מקצועית אתית ראויה של הבוחנים בבחינה.

לוועדות האתיקה והתלונות. על אלה מתווספים גם מצבים שבהם ועדת הבחינה מתקשה לקבל החלטה חד־משמעית ומעבירה את ההחלטה על הצלחה או כישלון בבחינה לוועדות המקצועיות, וכן מצבים שבהם בוחן מתלבט בשאלה אם הנבחן ראוי לקבל מעמד מומחה, אך מתקשה רגשית לנקוט עמדה הנתפסת כלא אמפתית - של הבוחן ה"מכשיל". חשובה מאוד מודעות הבוחנים להיבטים האלה של התנהלותם בבחינה, וחשובה המודעות כיצד אפשר להימנע מהטיות וכשלים אתיים ככל האפשר.

המאמר הנוכחי יעסוק בשני הנושאים הללו: בחינה באתיקה - הקווים והעקרונות המוצעים לבחינת הידע והבשלות של הנבחן בחשיבה המקצועית־אתית הנדרשת לקבלת מעמד מומחה, ואתיקה בבחינה - התנהלות הבוחנים בהתאם לסטנדרטים אתיים ראויים (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017).

הבחינה באתיקה

בעבודה ראוייה של פסיכולוגים כרוכות תמיד זו בזו החשיבה המקצועית והאתית. חשיבה מקצועית־אתית נדרשת תמיד כדי לעמוד בסטנדרטים ראויים של התנהלות מקצועית, ודילמות וסוגיות מקצועיות־אתיות הן חלק בלתי נפרד מההתערבויות המקצועיות יום־יום. כדי לשמור על רמה מקצועית־אתית ראויה לא מספיק להחזיק בידע על כללי האתיקה והחוקים המקצועיים. נדרשת ערנות של הפסיכולוג לקיומן של סוגיות ודילמות אתיות בכל מקרה לגופו, זיהוי שלהן ויכולת לנתח אותן, לבחון את האפשרויות השונות להתערבות המקצועית ולבחור מתוכן את החלופה הנכונה ביותר להתערבות: זו אשר צפויה להביא את התועלת הרבה ביותר למטופל ולמלא את ייעודו של הפסיכולוג - קידום רווחתו הנפשית של הלקוח ומזעור סבלו (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017). העקרונות והכללים הקבועים בקוד האתיקה משמשים את הפסיכולוגים כמורה דרך לקבלת החלטות מקצועיות־אתיות כאלה בהתאם לערכי המקצוע הנחלת ידע ובשלות בחשיבה המקצועית־אתית היא חלק חיוני מתהליך הלמידה, ההכשרה וההתמחות בפסיכולוגיה, ובבדיקת בשלות זו על הבוחנים באתיקה להתמקד. בתהליך החינוך וההכשרה של הפסיכולוגים לבשלות בחשיבה המקצועית־אתית נכללים שלושה שלבים (צדיק, 2009):

1. **הקניית ידע בתחום האתיקה** - היכרות עם כללי החוק והתקנות המקצועיות של הפסיכולוגים ועם כללי

האתיקה המקצועית הקבועים בקוד האתיקה. הקניית החוקים והכללים רצוי שתיעשה בקורס מובנה, כחלק מהלימודים האקדמיים, כפי שנהוג כיום במרבית התוכניות לתואר שני בפסיכולוגיה.

2. **פיתוח רגישות ומודעות לזיהוי והמשגת סוגיות ודילמות אתיות** - בעיקר במצבים מקצועיים מורכבים.

3. **הקניית דרכי דיון וקבלת החלטות בדילמות מקצועיות המערבות שאלות אתיות** - רצוי עוד בטרם תחילת ההתערבות המקצועית, כדי שיתאפשר תהליך חשיבה נכון שיוביל לבחירת החלופה המתאימה ביותר להתערבות המקצועית במקרה הספציפי.

שלבים אלו משקפים את העקרונות המרכזיים בחינוך לבשלות בחשיבה המקצועית־אתית:

- ידיעת הטוב והנכון היא הבסיס (שלב 1), עשיית הטוב והנכון היא המטרה (שלב 3) (שפיר, תשס"ד).

- כללי האתיקה מדריכים את איש המקצוע להתנהגות מקצועית ראויה, והמטרה היא לעצור ולחשוב לפני תחילת ההתערבות המקצועית ולא אחרי שהתגלתה בעייתיות (כשר, תשס"ד).

- האתיקה אינה נלווית למקצוע, היא קשורה בו בצורה הכרחית. חשיבה מקצועית ראויה חייבת להיות שזורה בחשיבה אתית.

- במקום שבו אין שטחים אפורים ובו ההחלטה על ההתערבות היא החלטה של שחור־לבן (למשל התערבות העומדת או לא עומדת בדרישות החוק), אין דילמה אתית

מה ההבדל בין סוגיות ובין דילמות אתיות?

דילמה אתית מתאפיינת ב:

- התנגשות בין ערכים, בין מחויבויות ובין שיקולים.
- קיים קושי להכריע בין החלופות האפשריות לעריכת ההתערבות.

סוגיה אתית - כל התערבות פסיכולוגית מערבת סוגיות מקצועיות־אתיות גם אם אין דילמה של ממש. למשל, סוגיות הקשורות לקבלת הסכמה מדעת, הגדרת כללי החוזה הטיפולי, קביעת מטרות הטיפול, סוגיות של שמירת הפרט סודיות וסוגיות של ריבוי לקוחות.

קיימים מספר מודלים לזיהוי, ניתוח וקבלת החלטות בדילמות אתיות של הפסיכולוגים (אכמון ואחרים, 2012).

המודל השכיח והמקובל ביותר בשדה הפסיכולוגיה בישראל לניתוח דילמות מקצועיות־אתיות הוא "**מודל שבעת הצעדים לפתרון דילמות אתיות**" (שם). המודל מפרט מצבים המועדים לבעייתיות מבחינה אתית - למשל

שאלות הקשורות בשמירת והפרת סודיות, יחסים מקבילים, ריבוי נאמנויות, מתן טיפול מעבר לטווח הידע והמיומנות המקצועית, דרישות חוק המנוגדות לכללי האתיקה, שינוי או סטייה מאורחות הפעילות המקצועית השגרתית של הפסיכולוג, סטייה מהתנאים המוגדרים בחוזה ההתערבות, הסתרה של התערבות שעשה המטפל, רגש עוצמתי במיוחד כלפי המטופל, פעולה תחת לחץ דרישות המטופל וניצול כוח המטפל.

המודל מפרט את שבעת הצעדים של תהליך האיסוף, בחינת הנתונים וקבלת החלטות בדילמות מקצועיות אתיות:

צעד 1 - הערכה ראשונית של הסיטואציה המקצועית אתית וזיהוי סמני אזהרה לאפשרות קיומה של בעיה.
צעד 2 - הערכה ראשונית של הסיטואציה האתית - ובכלל זה הגדרת התחום האתי והחוקי המעורבים.
צעד 3 - א. איסוף מידע על כל הנפשות המעורבות כבסיס להגדרת אפשרויות הפעולה.

ב. ניסוח כל דרכי ההתערבות המקצועית האפשריות.

צעד 4 - הערכת כל אחת מדרכי ההתערבות.
צעד 5 - בדיקה עצמית.

צעד 6 - בחירת הפתרון המקצועי-אתי - החלופה הנכונה ביותר להתערבות.

צעד 7 - ביצוע הפעולה המקצועית (או החלטה על אי-ביצועה).

מודל זה של איסוף הדרגתי של מידע ובחינתו, עד לבחירת החלופה להתערבות וביצועה, מקל על הפסיכולוגים לחשוב ולהחליט בתהליך מסודר של בחינת דילמות אתיות. מומלץ כי במהלך שנות ההתמחות מדריכים יסייעו למתמחים להתאמן בתהליך חשיבה מסודר כזה להתמודדות עם דילמות אתיות בעבודתם.

"קווים אדומים" בבחינה באתיקה - כל ועדה מקצועית מגדירה לעצמה ולוועדות הבחינה קווים אדומים בתחומי הבחינה, כאלה שמתחת להם לא יכול הנבחן לעבור את הבחינה בהצלחה. אחדות מהוועדות המקצועיות אף מפרסמות לבוחנים מודלים שונים להגדרת שלוש האפשרויות - עובר, נכשל או לא חד-משמעי (למשל, "מודל הרמזור" של הוועדה המקצועית החינוכית שבו מוגדרים התחום הירוק - הצלחה בבחינה, התחום האדום - נכשל בבחינה, והתחום הצהוב - הבוחנים מתלבטים אם ראוי לעבור או לא). אשר להצלחה בבחינה בנושא האתיקה, גם אם הידע המקצועי שהוצג במקרים שהוגשו טוב דיו, יש לשקול במקרים קיצוניים החלטה על מתן מומחיות אם הנבחן מגלה בורות, הטיות קיצוניות לא מודעות וחוסר

בשלות בתהליכי חשיבה מקצועיים-אתיים שעלולים להוביל אותו לקבלת החלטות מקצועיות שאינן ראויות ולסיכון לכשלים אתיים וחוקיים ולגרימת נזק ללקוחות.

מכל האמור לעיל נגזרות ההמלצות לבחינה בנושא האתיקה בתוך בחינת המומחיות:

מטרת הבחינה באתיקה היא לבדוק את הבשלות בתהליך החשיבה המקצועית-אתית. מכאן ברור שבחינה באתיקה אינה יכולה להתמקד רק בהצגת ידע של כללי האתיקה והחוק או דיון תאורטי.

על כן **ועדת האתיקה ממליצה כי שאלות הבוחנים בנושא האתיקה יהיו קשורות לאחד מהמקרים שהנבחן הגיש לבחינה ולא לסוגיה תאורטית המוצגת לנבחן או שהוא מציג.** נוסף על כך מומלץ כי ועדות הבחינה ישקלו להוסיף לפורמט כתיבת המקרים, באחד המקרים לפחות, גם פסקה בנושא סוגיות או דילמות אתיות שעלו בהקשר לאותו מקרה וכיצד ניהל אותן.

בהקשר לכך יש להדגיש כי גם אם אין במקרה שהנבחן מביא דילמה אתית מורכבת, בכל התערבות מקצועית כרוכות תמיד סוגיות אתיות (ראו דוגמאות בהגדרה של "סוגיה אתית" לעיל). לכן טענה של נבחן שאין במקרה שהביא דילמות או סוגיות אתיות עלולה להצביע על נקודת תורפה בתחום זה. נוסף על כך, שאלות בהקשר למקרה שהנבחן הביא מעודדות פיתוח חשיבה מקצועית-אתית עוד לפני ההתערבות המקצועית ובמהלכה ודיון בכך בפגישות ההדרכה, ולכן תורמות להתפתחות הבשלות בחשיבה המקצועית-אתית.

הקישור בין המקרה שהנבחן מציג ובין שאלות אפשריות הבודקות את הבשלות בחשיבה המקצועית-אתית יודגם להלן:

שאלות אפשריות בהקשר להסכמה מדעת להתערבות פסיכולוגית - (בהתאם להגדה של "הסכמה מדעת להתערבות פסיכולוגית" בקוד האתיקה וכן סעיף 5.1 לקוד האתיקה - הסכמה מדעת להתערבות מקצועית):

- איך ניהלת את נושא קבלת ההסכמה מדעת מהמטופל (או מהוריו)?
- מה נכלל במידע שמסרת למטופל כתנאי לקבלת ההסכמה מדעת ממנו?
- איזה מידע על תנאי ההתערבות מסרת כתנאי לקבלת ההסכמה מדעת?
- איזה מידע הצגת למטופל על אופייה של ההתערבות המקצועית ועל חלופות אפשריות?
- האם ביקשת וקיבלת גם את ההסכמה של קטין לעריכת ההתערבות, בהתאם לגילו, או רק של הוריו?

אתיקה בבחינת המומחיות

בחינת המומחיות הן אירוע מכוון למתמחים הניגשים אליהן בתום תהליך ארוך ומורכב של לימודים והתמחות. על חברי ועדות הבחינה מוטל תפקיד רב-חשיבות ומורכב: מחד גיסא ליצור בבחינה אווירה מכבדת ואוהדת שבה יוכל הנבחן להביא את עצמו ואת עבודתו המקצועית בצורה מיטבית, ומאידך גיסא למלא את תפקידם בבחינה ולהחליט אם הנבחן ראוי ובשל לקבלת מעמד מומחה, מעמד שיאפשר לו לעבוד בצורה עצמאית בתחום מומחיותו, ללא ליווי ופיקוח של הדרכה.

בהקשר זה חשוב, בראש ובראשונה, שהבוחנים יהיו מודעים להגדרת מעמד הבחינה והגדרת תפקידם כבוחנים בקוד האתיקה המקצועית ולכללי האתיקה הקשורים לתפקידם כבוחנים.

מהן **ההגדרות** בקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017) הרלוונטיות למעמד בחינת המומחיות ולתפקיד הבוחן בה?

- הגדרת **"לקוח"** בקוד האתיקה: לפי הגדרה זו, גם נבחן בבחינת מומחיות (כמו מודרך) הוא לקוח של הפסיכולוג הבוחן, וככזה כל כללי האתיקה המקצועית חלים על הקשר בין הבוחן ובין הנבחן.
- הגדרת "התערבות פסיכולוגית" בקוד האתיקה: "טיפול, אבחון והערכה, ייעוץ, הדרכה, מחקר, או כל פעולה מקצועית אחרת בתחום העיסוק בפסיכולוגיה הנעשית על ידי פסיכולוגים". מכאן שבחינת המומחיות בפסיכולוגיה ותפקיד הבוחן בה מוגדרים כהתערבות פסיכולוגית, וגם ככזו חלים עליה כל כללי האתיקה המקצועית.
- הגדרת "הסכמה מדעת להתערבות פסיכולוגית": מעמד הבחינה מוגדר כהתערבות פסיכולוגית, ומכאן שנדרשת קבלת הסכמה מדעת (ולא רק הסכמה רגילה) מהמתמחה הנבחן. כדי שתתקבל הסכמה מדעת חשוב למשל שהוא ידע לפני תחילת הבחינה מיהם חברי צוות הבחינה (ויוכל לבקש מראש החלפה של בוחן במקרה המצדיק זאת לדעתו), שהוא ידע מהם הנהלים למשלוח המקרים הכתובים, כיצד תתנהל הבחינה וכמה זמן תיארך, מה המידע, מתוך החומרים שהגיש לוועדה המקצועית, שיובא בפני הבוחנים טרם עריכת הבחינה, כיצד תתקבל ההחלטה על תוצאות הבחינה וכיצד יקבל משוב מהבוחנים בעל פה ובכתב. על כן חשוב כי יו"ר ועדת הבחינה הוא שיזמן את הנבחן בשיחה בעל פה, יסביר לו מראש על

(אף שקיבלת, הסכמה כזו אינה נדרשת בחוק). מה הסבר לקטין כחלק מהחווה הטיפולי איתו?
• מה הסבר למטופל בנושא קיומה של רשומה פסיכולוגית וזכותו לקבל את העתקה?

שאלות אפשריות בהקשר לשמירת והפרת הסודיות המקצועית - (פרק 4 לקוד האתיקה - סודיות מקצועית):

- מה נכלל בהסבר למטופל או להוריו בנושא שמירת הסודיות והתנאים להפרת הסודיות, אם תיירש?
- אילו דילמות אתיות בנושא שמירה והפרה של הסודיות היו לך במקרה הספציפי?
- איך התנהלת עם הדילמה אם קיימת חובת דיווח במקרה זה?
- במקרה של מטופל קטין: איך ניהלת את נושא השמירה וההפרה של הסודיות בקשר עם המטופל? עם הוריו? עם מערכת החינוך, אם זו הפנתה אותו?
- איך ניהלת את הקונפליקט בין זכות ההורים לקבלת הרשומה ובין שמירת הסודיות על תוכני הפגישות עם הקטין?

שאלות אפשריות בהקשר לריבוי לקוחות ונאמנויות כפולות - (סעיף 5.2 לקוד האתיקה - ריבוי לקוחות, פרק 6 - יחסים מקצועיים בין פסיכולוגים ולקוחותיהם, ובתוכו סעיף 6.2 - נאמנויות כפולות של הפסיכולוג, עוסקים בנושא):

- מי היו הלקוחות שלך במקרה הספציפי, ובמקרה של ריבוי לקוחות - מי היה הלקוח הראשי?
- איך ניהלת את הקשר המקצועי עם כל אחד מהלקוחות?
- מה היו הקונפליקטים בין הנאמנויות לכל אחד מהלקוחות במקרה זה?
- מה היו החלופות השונות להתערבות במצב של ריבוי לקוחות?
• האם במצב של ריבוי לקוחות וצרכים מנוגדים הצלחת לקבל החלטות אוטונומיות, ואיך ניהלת את הקונפליקט בין צורכי הלקוחות השונים? איך ניהלת לחצים ודרישות שעלו מלקוח אחד או יותר?
- במקרה של התערבות פסיכודיאגנוסטית - כיצד ניהלת את הנושא של מסירת פידבק ללקוחות השונים (המערכת שהזמינה את האבחון, ההורים, מערכת החינוך)?

מעמד הבחינה ויאפשר לו לשאול שאלות הבהרה עוד טרם מועד הבחינה.

בבסיס קוד האתיקה ניצבים **ארבעה ערכים ועקרונות מנחים**, ומהם נגזרים הכללים להתנהלות מקצועית: אתית. מהם הערכים והעקרונות בקוד הרלוונטיים ביותר להתנהלות המקצועית של הבוחנים בבחינת המומחיות?

עיקרון ג' לקוד - עבודה מקצועית אתית קובע:

- "פסיכולוגים נדרשים להתנהלות על פי אמות מידה ראויות של אתיקה, ידע ומיומנות מקצועית".
- "פסיכולוגים יהיו בעלי יכולת לנמק את פעולותיהם המקצועיות לעצמם, לעמיתיהם וללקוחותיהם".

עיקרון ד' לקוד - מחויבות חברתית קובע:

- "פסיכולוגים יכבדו בני אדם באשר הם, ויהיו מודעים להבדלים אישיים, חברתיים ותרבותיים בין בני אדם. בעבודתם עם לקוחות מרקע שונה יתאימו את שיטות עבודתם לאפיונים ולצרכים מיוחדים של האוכלוסייה שאיתה הם עובדים".

ולבסוף, מהם **כללי האתיקה** הרלוונטיים ביותר להתנהלות המקצועית של הבוחנים?

יחסים מקצועיים בין פסיכולוגים ולקוחותיהם (פרק 6 בקוד האתיקה) -

הימנעות מפיגעה (סעיף 6.1) -

"פסיכולוגים לא ינצלו לרעה את כוחם ואת השפעתם המקצועיים. וזאת בכל התערבות מקצועית וביחס לכל הלקוחות שעמם הם עובדים ושעליהם הם מופקדים, במסגרת טיפול, ייעוץ, פיקוח, הדרכה, הערכה, או כל סמכות אחרת".

"פסיכולוגים יעשו ככל יכולתם כדי להימנע מפיגעה בלקוחותיהם. כאשר אי אפשר למנוע פגיעה כי היא חלק הכרחי בהתערבות המקצועית, יפעל הפסיכולוג לצמצמה ככל האפשר".

"פסיכולוגים יכבדו את זכויות לקוחותיהם להחזיק בגישות ובדעות שונות משלהם. פסיכולוגים יפעלו ללא אפליה על רקע הבדלים אישיים או תרבותיים-חברתיים".

ההימנעות מפיגעה היא כלל מרכזי גם בסיטואציית המבחן, כמו בכל התערבות פסיכולוגית. חשוב שהבוחנים יהיו מודעים לאפשרות של הטיה מצידם על רקע מאפייניו האישיים או המגדריים או התרבותיים של המתמחה הנבחן, להטיה אפשרית על רקע דעות אישיות ומקצועיות העולות מתוך החומרים הכתובים או מתוך השיח במהלך הבחינה או על רקע הגישה התאורטית או הכלים שבהם השתמש הנבחן במקרים שהביא (בהקשר לכך חשוב להזכיר שוב את ממצאי המחקר שהובא בראשית המאמר (גליל

ואחרים, 2024) וכן חשוב להעמיק את המחקר בנושא.

יחסים בין עמיתים (פרק 7 בקוד האתיקה):

סולידריות בין פסיכולוגים (סעיף 7.1) -

"יחסים בין פסיכולוגים מבוססים על סולידריות מקצועית ושותפות בדאגה למתן השירות המיטבי ללקוחות, פסיכולוגים דואגים לקידומה של הפסיכולוגיה בישראל תוך שמירה על איכות המקצוע, רמתו הגבוהה וטיפוח צביונו האתי".

חוות דעת של פסיכולוגים על עמיתים, מודרכים וסטודנטים (סעיף 7.2):

"כל חוות דעת של פסיכולוג על עמית, מודרך או סטודנט תובא לידיעת נשואי חוות הדעת עוד בטרם הועברה לאחור. עם מסירת חוות הדעת למזמינה, יימסר לנשוא חוות הדעת עותק ממנה".

נושא הסולידריות בין פסיכולוגים נוגע לא רק לקשר בין הבוחן לנבחן, ששניהם פסיכולוגים, במהלך הבחינה, אלא גם לדינמיקה בין הבוחנים לבין עצמם וחלוקת התפקידים הגלויה והסמויה ביניהם. גם כאן טמון פוטנציאל להטיות ולתהליכי העברה והעברה נגדית (נוי-שנרב, 2001) כגון הצורך של הבוחנים להרשים זה את זה, לכסות על חוסר ידע שלהם בנוגע למקרים שהובאו, להסוות את העובדה שלא קראו את החומרים בעיון טרם הבחינה וכו'.

איפה כל זה פוגש אותנו כבוחנים, ואיך נהיה מודעים להטיות אפשריות שלנו ונקפיד על התנהלות מקצועית אתית ראויה במעמד הבחינה?

מטרתו של המאמר אינה להציב כללים נוקשים להתנהלות הבוחנים, שכן יש מקום שהבוחנים יתנהלו בהתאמה לכל מקרה לגופו, וחשוב שתישמר יכולתם לפעול בגמישות ולהתאים את עצמם לנסיבות הספציפיות של אותו נבחן. המטרה היא להביא דגשים בקשר להטיות אפשריות שחשוב שהבוחנים יהיו מודעים אליהן כדי שימלאו את תפקידם באופן מיטבי.

הטיות אפשריות של הבוחן בקשר עם הנבחן:

- **התנאים הפיזיים והרגשיים בבחינה:** חשוב שהבוחנים, ובייחוד יו"ר ועדת הבחינה, יוודאו שתנאי חדר הבחינה יאפשרו לנבחן להרגיש בנוח ולהביא את עצמו בצורה מיטבית מבחינת התנאים הפיזיים של החדר, יאפשרו הצגה עצמית של הבוחנים, אפשרות לשאלות מקדימות על מהלך הבחינה ובעיקר ייצרו אווירה רגועה ומכבדת, כזו שתרגיע את הנבחן ותבהיר לו שמטרת הבוחנים לסייע לו להביא עצמו בצורה מיטבית ולהצליח בבחינה, ולא להכשיל אותו. הדבר חשוב במיוחד כאשר התרשמות הבוחנים היא

שהנבחן הגיע חרד מאוד. במצב כזה חשוב להשתדל לסייע לו להירגע ולהבין שכוונות הבוחנים טובות, רצוי עוד בטרם תחילת השאלות על המקרים.

- **הטיות אישיות של הבוחן:** חשוב שהבוחנים יהיו מודעים להטיות אישיות אפשריות שלהם והסיכון להשפעתן על תהליך הבחינה וקבלת ההחלטות. במידת האפשר חשוב שישתפו בכך את הבוחנים האחרים, ובמקרה הצורך גם ייעזרו בהם כדי להימנע מהטיות לא ראויות בבחינה.

- **הבדלים בגישה המקצועית בין הנבחן לבוחן או בין הבוחנים לבין עצמם** - חשוב להקפיד שהבדלים בגישה המקצועית או בשימוש בכלים מקצועיים בין הבוחן ובין הנבחן לא ישפיעו על שיקול הדעת וההחלטה על ההצלחה בבחינה. מרגע שהוועדות המקצועיות במשרד הבריאות קיבלו גישה זו או אחרת כלגיטימית להצגת מקרה בבחינה יש לקבל את בחירת הנבחן עם מדריכיו ולבחון את הבשלות המקצועית שלו ביחס להסתכלותו ותפקודו במקרה שהביא, ולא ביחס לגישתו המקצועית של הבוחן מחוץ לחדר הבחינה. הטיות בהקשר זה נמצאו גם במחקרם של גליל ואחרים (2024) שבו נמצאו בבחינות הקליניות הטיות לרעת נבחנים שהביאו מקרה טיפולי בגישת CBT, לעומת מקרים בגישה הדינמית. המלצה זו היא גם בהלימה לסעיף 6.1 לקוד האתיקה המדגיש את זכות הלקוחות של הפסיכולוגים להחזיק בגישות ובדעות שונות משלהם.

- **היכרות מוקדמת עם חומרי הבחינה** - על הבוחנים מוטלת חובה מקצועית לקרוא בעיון, טרם מעמד הבחינה, את המקרים שהנבחן בחר להביא לבחינה ולהכין שאלות על המקרים שיישאל בבחינה בעל פה. חובה זו חלה על כל המקרים לא רק על יו"ר ועדת הבחינה המוביל את התנהלותה, אלא על כל הבוחנים, וגם במקרים שבהם הוחלט בין הבוחנים שבוחן אחר יקבל עליו את הובלת השיח בבחינה על אותו מקרה.

- **הטיות בגלל מידע מוקדם על הנבחן** - כדי למנוע ככל האפשר הטיות כאלה, למשל ידע על המקום שבו הנבחן התמחה או על מדריכיו, הוועדות המקצועיות אינן מעבירות לבוחנים פרטים מעבר לשמו של הנבחן ופרטי ההתקשרות איתו. עם זאת לא אחת ייוודעו לבוחנים פרטים נוספים כבר בשיחה שבה הנבחן מזומן לבחינה וגם בראשית המבחן, כשהנבחן יתבקש להציג את עצמו. חשובה המודעות העצמית של הבוחנים לכך והקפדה על הימנעות מהטיות בעד או

נגד נבחנים שבאו מיישוב או תחנה מסוימת, הודרכו על ידי מדריך מסוים וכו'. יתרה מכך, אם בוחן שמקבל את פרטי הנבחן יודע על קשר ישיר או עקיף שלו עם נבחן או כל קשר או הטיה צפויים שלו מראש, חשוב שישקול אם רצוי שישעה את עצמו מראש מאותה בחינה, ובמידת הצורך יתייעץ בנושא עם הוועדה המקצועית כדי להחליט.

- **הטיות עקב רב־תרבותיות והשפעתן** - חשוב שהבוחנים ישאלו את עצמם אם עלולות להתקיים אצלם הטיות הנובעות מרקע תרבותי, דתי, מגדרי, חברתי, ערכי או כל נתון אישי אחר של הנבחן.

- **הטיות עקב מצבו הרגשי או הרפואי של הנבחן** - גם כאן חשובה המודעות העצמית של הבוחן וערנות לאפשרות ההטיה בעד או נגד נבחנים: למשל, נבחנות בשלבים האחרונים של הריונו, נבחנים עם מוגבלות פיזית כזו או אחרת, נבחנים לאחר שירות מילואים ארוך ונבחנים חרדים מאוד. חשוב ליצור בחדר הבחינה את התנאים הפיזיים והרגשיים הטובים ביותר הדרושים לנבחנים אלה מחד גיסא, להיזהר מהטיות בעד או נגד הנבחן בגלל מצבו מאידך גיסא, ולשים במרכז אך ורק את היכולות והבשלות המקצועיות שהציג.
- **הטיות אפשריות של הבוחן עם עצמו ובקשר עם הבוחנים האחרים בוועדת הבחינה:**

- **גבולות הידע של הבוחן** - בבחינות עלול להיווצר מצב שהנבחן הביא נושא או מקרה שאחד הבוחנים אינו בקיא בו די הצורך, למשל גישה טיפולית מסוימת, מבחן פסיכודיאגנוסטי חדש ושיטה או גישה מערכתית. נשאלת השאלה אם אפשר לבחון על מקרה או נושא שהבוחן לא די בקיא בו, אם חשוב שאותו בוחן יידע בשקיפות את הבוחנים האחרים על כך טרם הבחינה, וכיצד יתנהל בבחינה בעקבות זאת. יש להדגיש כי חלה אחריות מקצועית על הבוחנים (וגם על מדריכים ותיקים) להתעדכנות מתמדת של הידע. חשוב להימנע מביקורת על הבחירה של הנבחן או משכנוע שהיה עליו לבצע בחירות אחרות, כל עוד בחירתו עומדת בכללי הוועדה המקצועית. במקרה שהוא מודע לכך חשוב שישתף את הבוחנים האחרים, וחשוב כי גם הם יפנו את תשומת ליבו אם הם מרגישים בכך וידונו ביניהם בפתיחות באפשרות שחלו הטיות אצלם או אצל עמיתיהם.
- **הדינמיקה בין הבוחנים** - נושא רב־חשיבות בהקשר לעבודת ועדת הבחינה הוא הדינמיקה

בין הבוחנים וכיצד מתנהלים כאשר ישנם חילוקי דעות או הבדלי סגנונות בין הבוחנים לבין עצמם בהערכת הנבחן ובקבלת החלטה. למשל, הצורך של בוחן להבליט את עצמו לעומת הבוחנים האחרים, קושי לתת מקום להובלה של היו"ר, שמירה על דעה עצמאית בקשר לנבחן מחד גיסא ודיון עמיתים בין הבוחנים על המקרה מאידך גיסא. נוישנרב (2001) ציינה מצבים שבהם יכולה להיווצר בין הבוחנים דינמיקה של "השוטר הטוב" ו"השוטר הרע" - במקרה כזה בוחן אחד תומך ומעודד, והשני לוחץ, חודרני ומאיים - או כל דינמיקה אחרת של פיצולים לא מודעים בתפקידים שהבוחנים ממלאים.

שאלת הדינמיקה בין הבוחנים והתפקידים הלא מודעים שהם יכולים למלא קריטית במיוחד כאשר הנבחן נמצא "בתחום האפור" - קיימים חילוקי דעות בקשר לשאלה אם הנבחן "טוב דיו" לקבל מעמד מומחה. בהקשר לכך חשוב להזכיר את הסעיף בקוד האתיקה העוסק בקולגיאליזם בין עמיתים ולהקפיד על כך הן ביחס לנבחן הן בין הבוחנים לבין עצמם.

• "קווים אדומים" הקובעים את ההצלחה או הכישלון

בבחינה - כל ועדה מקצועית מגדירה לעצמה ולוועדות הבחינה קווים אדומים, כאלה שמתחת להם לא יכול הנבחן לעבור את הבחינה בהצלחה. אחדות מהוועדות המקצועיות אף מפרסמות לבוחנים מודלים שונים להגדרת שלושת התחומים - עובר, נכשל או לא חד-משמעי (למשל "מודל הרמזור" של הוועדה המקצועית החינוכית שבו מוגדרים התחום הירוק - הצלחה בבחינה, התחום האדום - נכשל בבחינה, והתחום הצהוב - התלבטות על הצלחה בבחינה או כישלון בתחום מסוים בבחינה). חשוב שבוחנים ישאלו את עצמם אם הקווים האדומים האישיים שלהם בקשר לשאלה של הצלחה או כישלון בבחינה תואמים את הנחיות הוועדות המקצועיות. חשובה המודעות שלהם כי יש להבחין בין ידע תאורטי ספציפי שאולי חסר לנבחן ואינו מהותי, או גישה שבחר, ובין שאלת בשלותו המקצועית. חשוב שוועדת הבחינה תערוך דיון פנימי מקצועי שקול לאחר שכל בוחן סיכם לעצמו את דעתו ובטרם קבלת החלטתה, בייחוד כשיש חילוקי דעות בין הבוחנים. במקרה כזה חשוב במיוחד לבחון בפתיחות אם מעורבות בהחלטות הבוחנים הטיות אישיות שלהם.

כמו כן קיימת חשיבות לשמירת הבוחנים על האיזון העדין שבין רצונם הטבעי להיטיב עם הנבחן ולסייע להצלחתו ובין אחריותם שלא להעניק מעמד מומחה למי שבבירור אינו בשל או אף אינו ראוי לכך. לאחריות זו מתייחס סעיף 7.1 בקוד האתיקה המדגיש את חובתם של הפסיכולוגים לדאוג לקידומה של הפסיכולוגיה בישראל "תוך שמירה על איכות המקצוע, רמתו הגבוהה וטיפוח צביונו האתי".

• מתן פידבק לנבחן בצורה מקצועית, אתית ואמפתית

- התפקיד של מתן הפידבק על התרשמות הבוחנים והחלטתם מוטל על כתפי היו"ר ועדת הבחינה, אך גם הבוחנים האחרים שותפים לשיח עם הנבחן בסיום הבחינה. לבוחנים מוכרת תחושת הסיפוק המלווה מתן פידבק חיובי והודעה לנבחן שעמד בהצלחה בבחינה מחד גיסא ותחושת הקושי, ואפילו המצוקה הרגשית המלווה לא אחת את הבוחנים גם אחרי הבחינה, כשהם נדרשים לתת פידבק על כישלון בבחינה, מאידך גיסא. תפקיד הבוחן מורכב ורגיש גם בהקשר למתן הפידבק. גם כאן עליו לשמור על איזון עדין בין עמדתו כבוחן המעריך ובוחן את כישורי הנבחן ובשלותו המקצועית ובין גישה מכבדת ואמפתית כלפי הנבחן תמיד, ובעיקר במקרים שבהם יש לתת פידבק שהנבחן לא עמד בדרישות הסף לקבלת מעמד מומחה. חוויית הכישלון בבחינה, לאחר תהליך ההתמחות הארוך והמורכב, היא חוויה קשה מאוד לכל נבחן. על כן על חברי הוועדה להקפיד במיוחד שהפידבק על כישלון בבחינה יינתן בצורה מכבדת ואמפתית, לא מקטינה ומייאשת אלא פרודוקטיבית, בדגש על המלצות החשיבות שבמתן הדעת על מה שעליו לשפר ולעבוד לפני שייגש לבחינה חוזרת. זאת בהלימה גם לסעיף 6.1 בקוד האתיקה, שחשיבותו רבה במיוחד במקרים של כישלון בבחינה: "כאשר אי אפשר למנוע פגיעה כי היא חלק הכרחי בהתערבות המקצועית, יפעל הפסיכולוג לצמצמה ככל האפשר".

לעיתים חברי ועדת הבחינה מתלבטים מאוד בקשר להחלטה על הצלחה או כישלון בתחום מסוים, ואף ייתכן שדעותיהם חלוקות. אחת הדרכים לבחון בשלות מקצועית היא לבדוק את המודעות העצמית המקצועית של הנבחן בקשר לשטחי החוזק ונקודות התורפה בהתפתחותו המקצועית. אפשר לעשות זאת למשל כאשר שואלים את הנבחן כשאלה אחרונה בבחינה מהם התחומים שהוא מודע לכך שבהם עליו להמשיך להשקיע ולהתמקצע גם לאחר קבלת מעמד המומחה. כאשר הנבחן מציין בתשובתו את אותו תחום שגם חברי ועדת הבחינה הרגישו שהוא

התערבות פסיכולוגית חלה גם על סיטואציית הבחינה חובת הבוחנים לשמור על החיסיון והסודיות על תוכני הבחינה ומהלכה, על התרשמותם והחלטתם. בתוך הקהילה הקטנה של הפסיכולוגים בישראל, שבה היכרויות רבות ומגוונות, חשוב שהבוחנים לא ישתפו אחרים, גם לא מדריכים ומנהלים של הנבחן, בהחלטות ובהתרשמות, אלא אם הנבחן נתן את הסכמתו לכך. יש להשאיר זאת כזכות הנבחן עצמו להחליט את מי ובמה לשתף, למשל כשביקש או התיר ליו"ר ועדת הבחינה לשתף מדריך או מדריכה שלו בנקודות התורפה שעליהן חשוב שיעבוד בהמשך, בין שהצליח בבחינה ובין שנכשל בה.

- **קולגיאליות כלפי עמיתים, מדריכים ומנהלים** - מפעם לפעם נתקלים בוחנים בשאלה אם בחירת המקרים, אופן ההתנהלות המקצועית, הידע והמודעות העצמית של הנבחן קשורים לא רק לו עצמו אלא עלולים להיות תוצאה של רמת הדרכה לא מספקת, הטיות של מדריכים או מדיניות ספציפית של התחנה שבה הנבחן מתמחה. במקרים כאלו חשוב להימנע מהערות שיפוטיות או לא מכבדות שיושמעו בבחינה בהקשר למדריך שלו או התחנה שבה התמחה, רמת ההדרכה או המדיניות המקצועית של התחנה. הערות כאלו אינן עומדות בכלל האתי של סולידריות ושותפות בין פסיכולוגים עמיתים (פרק 7 לקוד האתיקה). אם חברי הוועדה מתרשמים במקרים יוצאי דופן שיש חשש להתנהלות מקצועית לא ראויה ברמה קיצונית של מדריך או תחנה, הם ישקלו להעביר את התרשמותם לוועדה המקצועית בלבד. כאשר הם מתרשמים כי אופקיו של הנבחן צרים או נוקשים מקצועית, או כי הוא חסר תחום ידע ניכר, אפשר להציע בזהירות בעת מתן הפידבק, בעיקר במקרים של כישלון, לשקול את היתרונות בגיוון והרחבת מקורות ההדרכה שהמתמחה מקבל, בלי למתוח ביקורת על ההדרכה הנוכחית.

סיכום

המאמר הנוכחי עסק בשני תחומים הקשורים זה לזה בהקשר לבחינות המומחיות בפסיכולוגיה: כיצד לבחון על בשלות בנושא האתיקה המקצועית וכיצד יתנהלו הבוחנים מתוך שמירה על רמה ראויה של אתיקה מקצועית. בנושא של הבחינה באתיקה הדגיש המאמר כי אין להסתפק בהצגת ידע תאורטי בתחום האתיקה, שכן בחשיבה מקצועית אתית ראויה לא נכלל רק ידע תאורטי.

נמצא בו בתווך שבין כישלון להצלחה, המודעות העצמית של הנבחן לאחריותו להמשיך ולהתפתח באותו תחום יכולה לסייע בקבלת החלטה על הצלחה. חוסר מודעות לנקודות תורפה מקצועיות לעומת זאת עלול להיות סמן לחוסר בשלות לקבל מעמד מומחה, כי מתעוררת שאלה בקשר ליכולת הרפלקציה המקצועית והאחריות האישית שלו לעבוד על נקודות תורפה מקצועיות. חשוב שהפידבק לנבחן יהיה שקוף וכן, וייכלל בו, במקרה שהוחלט על הצלחה, מסר שחברי הוועדה התלבטו ולבסוף החליטו על ציון עובר היות שהם סומכים על הנבחן שימשיך ויתמקצע בתחום הנדרש. מסר כזה חשוב שייכלל גם בסיכום הכתוב המועבר לוועדה המקצועית שהעתקו נשלח לנבחן.

- **למה יש להתייחס במתן הפידבק לנבחן ולמה לא** - יש לזכור כי הצלחה בבחינת המומחיות אינה דורשת הצטיינות מלאה בבחינה (ציון 100), אלא על הנבדק להציג ידע, בשלות, גישה ואישיות שהם בעיני הבוחנים "טובים דיים" לקבלת מעמד מומחה. הקווים המנחים של הוועדות המקצועיות מסייעים בקבלת ההחלטות, ועם זאת ניתן משקל רב להתרשמות האישית של הבוחנים על הרמה והבשלות המקצועית של הנבחן, הביטחון המקצועי, היכולת האמפתית והבשלות האישיותית למלא את תפקידו כמומחה באופן עצמאי. כדי שהפידבק יינתן בצורה עניינית ואתית חשוב להתייחס לתחומי החוזק ונקודות התורפה המקצועיים של הנבחן ולנושאים שבהם חשוב שימשיך להעמיק. במתן הפידבק חשוב להימנע מהדגשת נקודות אישיותיות או אחרות שאין ביכולת הנבחן לשנות, אך עם זאת יש להביאן בחשבון, אם הן רלוונטיות לתפקוד המקצועי, במכלול השיקולים שיביאו לקבלת החלטה.
- **שקיפות והלימה בין הפידבק הניתן לנבחן בעל פה ובין החלטת הוועדה והערכת הנבחן הכתובה הנשלחת לוועדה המקצועית** - בהקשר לכך יוזכר שוב פרק 7 בקוד האתיקה - יחסים בין עמיתים, המדגיש כי כשפסיכולוג נותן חוות דעת על עמית (כאן פסיכולוגים עמיתים בהקשר של בוחן ונבחן) יש להציגה לנשוא חוות הדעת בטרם העברתה, במקרה זה העברתה לוועדה המקצועית. חשוב שהבוחנים יהיו מודעים לכך ויקפידו על ההלימה בין חוות הדעת הנמסרת לנבחן בעל פה ובין זאת הנשלחת בכתב לוועדה המקצועית ותועבר אליו. זאת גם בהלימה להגדרת הנבחן כלקוח וזכותו הנגזרת מכך לקבל את "רשומת הבחינה".
- **שמירת החיסיון והסודיות בהקשר לבחינה** - כבכל

ידע זה הוא הבסיס לתהליכי קבלת החלטות מקצועיות: אתיות מושכלות, רצוי בשימוש בתהליך מובנה ובשילוב חשיבה מסודרים שיביאו לבחירת החלופה הנכונה ביותר להתערבות, ישימו את המטופל במרכז ויהיו בהלימה עם ייעודו של הפסיכולוג - לדאוג לרווחתו של הלקוח ולמזעור סבלו. כאשר הנבחן אינו עונה על קריטריונים בסיסיים של בשלות בנושא החשיבה המקצועית-אתית יש לשקול אם הוא בשל לקבל מעמד מומחה ולעבודה עצמאית וללא הדרכה. בהקשר לבחינה באתיקה הביא המאמר דוגמאות לשאלות בבחינה שיכולות לעמוד על בשלות זו בחשיבה. כמובן, יש להתאים את השאלות להתמחות הספציפית ולנושא שעליו נבחנים, ומומלץ כי השאלות בתחום האתיקה יהיו בהקשר למקרים שהנבחן בחר להביא לבחינה ולא שאלות תאורטיות.

בנושא של ההתנהלות של הבוחנים בהתאם לסטנדרטים ראויים של אתיקה מקצועית הביא המאמר את ההגדרות, העקרונות וכללי האתיקה המקצועית (מתוך קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017) הרלוונטיים לבחינת המומחיות, ובעיקר את ההגדרה הברורה שגם מתמחה הנבחן בבחינת מומחיות מוגדר כלקוח של הפסיכולוג הבוחן. נוסף על כך נאמר כי יש לראות במעמד הבחינה התערבות פסיכולוגית, ומכאן שבבחינת המומחיות חלים כל כללי האתיקה המקצועית החלים על כל התערבות פסיכולוגית.

בשני התחומים שבהם דן המאמר נדרשת התמקצעות והעמקה נוספת של הבוחנים. מומלץ כי הוועדות המקצועיות יקיימו עם קהילות הבוחנים ימי הכשרה וחשיבה בנושא ויוציאו הנחיות מתאימות בקשר לבחינה באתיקה ולא אתיקה בבחינה. כמו כן מומלץ כי הבחינה בנושא האתיקה תהיה בהקשר למקרים הכתובים שהנבחן הציג לוועדה. כמו כן

מקורות

אכמון, י', שפיר, ג' ווייל, ג' (2012). **מקצועיות אתית בפסיכותרפיה**. מאגנס.

כשר, א' (תשס"ד). אתיקה מקצועית. בתוך ג' שפיר, י' אכמון וג' וייל (עורכים), **סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי** (עמ' 15-29). מאגנס.

נוי-שנרב, ד' (2001). בחינת סיום ההתמחות - מאורע טראומטי או חוויה התפתחותית? השפעת תהליכי העברה והעברה נגדית על מהלך הבחינות ועל תוצאותיהן. **שיחות**, ט"ז(1), 74-82.

צדיק, י' (2009). החינוך לאתיקה בתהליך התפתחות המטפל בבריאות הנפש. **רפואה ומשפט**, 40, 129-136.

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2017). קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל.

<https://www.psychology.org.il/StaticContent/athics/index.html#2>

Galil, A., Abargil, A., Cohen, Z., & Reizer, A. (2024). Encountering bias: Examining biases and stereotypes in the evaluation process among expert psychologists during specialization exams. *Psychological reports*, 332941241269485. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/00332941241269485>

Shafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. Grune & Stratton.

מומלץ לכלול בפורמט כתיבת המקרים פסקה על סוגיות אתיות העולות מהמקרה. היא תסייע להטמיע חשיבה מקצועית-אתית כחלק אינטגרלי מכל מהלך ההתערבות המקצועית במהלך ההתמחות, ולא כנושא נפרד ומנותק. נוסף על כך מומלץ וחשוב כי ייערכו השתלמויות והדרכות בנושאים אלו גם למדריכים, ובעיקר לאחרים להתמחות בתחנות, כדי שגם הם יתמקצעו בנושא ההדרכה על אתיקה, בדגש על חשיבה באמצעות המקרים שנבחרו להגשה לבחינה.

המאמר הנוכחי נועד לסייע לכל הפסיכולוגים העוסקים בהדרכה ובבחינה של מתמחים בענפי הפסיכולוגיה היישומיים השונים, לחברי הוועדות המקצועיות וועדות הבחינה, וגם למתמחים, בהעמקת ההבנה בהתמקצעות בשאלה כיצד לבחון בנושא האתיקה וכיצד להתנהל בצורה אתית בבחינות המומחיות. בהקשר לכך אזכיר לסיום, מתוך המבוא לקוד האתיקה, את הסעיף העוסק בהנחלת כללי האתיקה בקוד:

פסיכולוגים חייבים להיות בקיאים בכללי קוד האתיקה, החוקים והתקנות הקשורים לעבודתם המקצועית, ולפעול לפיהם. עליהם לשקוד ולפתח גות מקצועית-אתית לכל אורך עבודתם. הנחלת קוד האתיקה היא חלק בלתי נפרד מתוכניות הלימוד, ההכשרה וההתמחות במקצוע הפסיכולוגיה. על פסיכולוגים, במשך כל פעילותם המקצועית, חלה האחריות לעקוב אחר העדכונים בכללי האתיקה ולשקוד על הטמעתם.

כתמיד, ועדת האתיקה עומדת לרשות הפסיכולוגים חברי הפ" בכל שלבי ההתפתחות המקצועית למענה על פניות בשאלות ובקשות להתייעצות בנושאים אלו בפרט ובכלל סוגיה מקצועית-אתית בכלל.

כמה ידידותי זה Friendly? סוגיות אתיות בשימוש במושג "פרנדלי"

טל פישר¹

תקציר

המאמר עוסק בתפיסת "טיפול-פרנדלי" (friendly) שמתמקדת בהתאמת הטיפול לצורכי אוכלוסיות מגוונות, קהילות קטנות וגדולות, בעלות שונות תרבותית. המושג פרנדלי לא התפתח במסגרת עולם הטיפול אלא חדר אליו בעקבות התפתחויות חברתיות ותרבותיות רחבות. בשל כך הוא נותר מעורפל וללא הגדרה מקצועית אחת שמוסכמת על הכלל. במאמר הזה אדון במשמעויות האתיות העולות מהשימוש במושג פרנדלי ובפער שבין הצהרות כלליות שמגדירות את הטיפול-פרנדלי ובין פרקטיקת הטיפול בפועל. כמו כן אבחן את דילמות הטיפול שנוצרות בגלל הפער הזה בעזרת שימוש במושגים מעולם הטיפול - טיפול מודע-תרבותית, טיפול רגיש-תרבותית, כשירות תרבותית וענווה תרבותית - שקרובים למושג פרנדלי. השימוש במושגים הללו מבליט את הצורך בהבנה פעילה של הרקע התרבותי והחברתי של המטופלים, את הצורך ללמוד אותם, להתעניין בהותם, להתאים את הטיפול אליהם ולהכיר בנטייה להעדפת תרבות המטפל על תרבות המטופל. אסכם את המאמר בהמלצות יישומיות לפסיכולוגים כדי לשפר את יכולותיהם ליצור מרחב טיפולי-פרנדלי ולהעניק טיפול מותאם ויעיל לקבוצות שונות באוכלוסייה.

הקדמה

זה זמן רב שהמושג פרנדלי (friendly) מופיע בשיח המקצועי בצמודים ובדיונים שונים. המילה פרנדלי נכנסה לזרזון הטיפול כמילה שמנכיחה אופי מכיל ומקבל, ותחילה השתמשו בה בעיקר ביחס כלפי הקהילה הגאה. עם הזמן הורחב השימוש במילה כדי לבטא מתן תשומת לב ליצירת מרחב רגיש ובטוח שמתאים לקהל המיועד, השונה (לכאורה) מהמיינסטרים, בעיקר מיעוטים וקהילות קטנות כמו אליהוריים וטבעונים. ועם זאת המילה מאפשרת גם סימון לטיפול מותאם לקהילות אחרות שאינן נחשבות במרכז החברתי והתרבותי כמו הקהל הדתי או החרדי. אומנם נראה שהמילה הוטמעה ונעשתה שגורה בבקשות למטופלים, אבל נשמעת גם ביקורת נגד הצורך במושג,

ובייחוד הטענה שכל המטופלים הם פרנדלי במהותם, כלפי כולם, ויש בביטוי אף כדי לצמצם את מרחב הטיפול. יתרה מכך, ניכר כי המושג פרנדלי מתפרש באופן שונה בקרב המטופלים (ואף המטופלים), בעיקר בשל אופיו המעורפל ובשל היעדר הגדרה מקצועית. אם כן, עולה הצורך לבחון לעומק מהו טיפול-פרנדלי, מהם האתגרים האתיים העומדים לפני המטופלים הפרנדלים, איך נדע שמרחב הטיפול שאנחנו מציעים הוא פרנדלי, אם ייתכן שימוש לא מתאים במילה, אם יש ממש בביקורת על המושג ואם אומנם השימוש בו עלול להטעות.

קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים - מחויבויות ומיומנויות

בקוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים (2017) מפורטים כמה סעיפים שקשורים לכבוד האדם, לזהותו ולערכיו, ומודגשת בו חשיבותם כבסיס אתי לעבודת הטיפול. כבר בעיקרון א' של הקוד, שמגדיר את "ייעוד ומחויבות המקצוע... לקידום הרווחה הנפשית", נקבע כי "בעבודתם המקצועית יפעלו הפסיכולוגים לקידום רווחתו הנפשית של הלקוח ולמזעור סבלו. זאת על פי שיקולים מקצועיים ומתוך הכבוד הראוי לאדם, לערכיו, לזכויותיו, להגדרתו העצמית ולאוטונומיה שלו, כל עוד אלה אינם פוגעים באלו של האחר" (עמ' 9) (ההדגשות בסעיפי הקוד האתי שלי). בעיקרון ד', הדהן במחויבות החברתית, כתוב ש"פסיכולוגים... יהיו מודעים להבדלים אישיים, חברתיים ותרבותיים בין בני אדם. בעבודתם עם לקוחות מרקע שונה, יתאימו ככל האפשר את שיטות עבודתם לאפיונים ולצרכים המיוחדים של האוכלוסייה שעמה הם עובדים" (עמ' 10). בסעיף "מקצועיות בפסיכולוגיה" בקוד האתי עוסקים ישירות בנושא, ובתת-הסעיף 2.3, שכותרתו "מיומנויות מקצועיות מותאמות", אף מצוין כי

מאפיינים ייחודיים של אוכלוסיות שיש להתחשב בהם בעת ההתערבות הפסיכולוגית מחייבים את הפסיכולוגים להכיר את אותם מאפיינים. מאפיינים אלו כוללים: שפה, גיל, מגדר, מוצא אתני או לאומי, שונות תרבותית, אמונה

¹טל פישר הוא פסיכולוג קליני מומחה, בעל קליניקה פרטית בתל אביב. טלפון: 052-3528626; דוא"ל: talik.fisher@gmail.com

דתית או אידיאולוגית, נכות, בעיות התפתחותיות, מחלה, פגיעה גופנית ועוד. כדי לעבוד עם אוכלוסיות שונות על פסיכולוגים החסרים מיומנות והכשרה מתאימות לרכוש אותן או להפנות את הלקוח לפסיכולוג אחר הבקיא בתחום (עמ' 11).

בהדגשות האלה הטיל הקוד האתי על המטפל חובה פעילה להכיר לעומק את הרקע הייחודי של המטופל הספציפי ולרכוש כלים שיאפשרו לו להעניק למטופל את הטיפול המותאם לו או להפנותו למומחה מתאים. החובה והאחריות האלה הן בסיסו של הטיפול באשר הוא. ההדגשה החוזרת מבליטה לדעתי את הצורך בתזכורת נוספת לנושא, שכן אומנם הוא בסיסי וברור, אבל במערכת היחסים הטיפולית קל להחמיץ אי-הבנות ופערים בין-תרבותיים שמופעלים במערכת ההעברה וההעברה הנגדית שמתעוררת במפגש הטיפולי ולטעות בהבנתם. למשל, אנחנו עלולים לפרש התנהגויות של המטופל באופן שגוי, לחשוב שאנחנו מדברים בעדינות בשעה שהמטופל חווה חוויה הפוכה. החשיבות בהענקת תשומת לב לחובה הזאת גדולה במיוחד בסוגיית יחסי הכוח הפועלים בטיפול, שכן האחריות לשמירה על המטופל מוטלת על המטפל במסגרת הכוח המוענק לה בשעת הטיפול. זאת ועוד, אחדים מהכשלים (האמפתיים יותר ופחות) בזמן הטיפול מתרחשים מחוץ לאזור המודע שלנו, בהטיות השקופות שלנו, כשאיננו יודעים שאנחנו מחמיצים דבר מה או פוגעים במטופל.

התפתחות המושג "פרנדלי"

המושג פרנדלי אינו לקוח מעולם הטיפול אלא התגלגל אליו מתחומים אחרים. הוא אף אינו אקדמי, ועל כן אין בנמצא דיונים אקדמיים בשימוש בו בהקשר הטיפולי. ייתכן שהשימוש בו התרחב בהדרגה בעשורים האחרונים של המאה העשרים משימוש המקורי שמטרתו הייתה סימון מוצרים ושירותים שמתאימים לקבוצות מסוימות כגון שוחרי איכות הסביבה, ומכאן "ידידותי לסביבה" (eco-friendly), או להורים, ומכאן "ידידותי לילדים" (child-friendly). השימוש במושג נועד אפוא ליצור הרגשת בטחון והתאמה לצרכים הייחודיים של קהל מסוים ולתיאור מרחבים משותפים "ידידותיים" כסביבת עבודה או מרחבים ציבוריים. בשלהי המאה העשרים הוא נכנס לשימוש גם בהקשר הטיפולי, ושם הוא סימן מרפאות ומטפלות שמתחייבות ליצור סביבה בטוחה ומכילה לקהילות מסוימות מתוך שמירה על רגישות תרבותית. עם העלייה במודעות ובחשיבות ליצירת מרחבים

בטוחים ומכילים לחברי הקהילה הגאה, למשל במקומות עבודה ובמתן שירותים רפואיים ופסיכולוגיים, נפוץ המושג פרנדלי והובלט בעיקר בהקשר למפגש עם חברות וחברי הקהילה. העלייה במודעות לשונות באוכלוסייה וקלות התנועה בין מדינות העלתה את תדירות המפגשים עם מטופלים בעלי רקעים שונים, צרכים מגוונים ובעלי אמונות וערכים תרבותיים שונים משל המטפלים (Benish et al., 2011). בעקבות זאת ראו אנשי מקצוע ערך בהנחת עמדתם הלא שיפוטית והמקבלת בקשר לזהות, למוצא, לתרבות, לנטייה ולאורח החיים של חברי וחברות הקהילות שטיפלו בהם ולכן סימנו את עצמם ואת המרחב שהציעו כפרנדלי, משמע בטוח, ללא שיפוטיות והפליה. כאמור, עם הזמן התרחב השימוש במושג והחל לסמן גם ידידותיות לאוכלוסיות אחרות כגון טבעונים, פוליאמוריים ואל-הוריים. פרנדלי הוא אפוא תולדה של התפתחויות חברתיות רחבות ואינו מושג טיפולי אקדמי, ועל כן הוא אינו נושא ישיר למחקר ופיתוח אקדמי בפני עצמו. עקב זאת קשה למצוא הגדרה ברורה אחת של טיפול-פרנדלי. היעדר הגדרה מוסכמת כזאת תרם לערפול המושג יותר מלמיקודו או להבהרתו, והעניין הזה עצמו הוא מוקד דילמה אתית בשימוש בו, שכן המשתמשות במושג אינן מתכוונות לאותו הדבר דווקא. עם זאת בעולם הטיפול קיימים דיונים על השפעות החברה והתרבות על הפרט ועל התפתחותו ובריאותו הנפשית ועל הצורך לתת על כך את הדעת ללא התייחסות למושג פרנדלי. עיסוק בנושא הזה נמצא עוד בכתיבה הפסיכואנליטית, בימי פרויד וממשיכיו, וגם בזרמי טיפול אחרים כפסיכותרפיה פמיניסטית (לסקירה בהבלטת פסיכולוגיה פוליטית ראו אבישר, 2014). הגישות השונות האלה מתחו ביקורת על הפסיכותרפיה בכלל ועל הפסיכואנליזה בפרט וטענו שהיא מתעלמת מהמציאות ובייחוד מההקשר החברתי והתרבותי של המטופל.

טיפול מודע תרבותית וטיפול רגיש תרבותית

מאחר שהמושג פרנדלי אינו אקדמי, כדאי למצוא לו מקבילה בעולם הזה. נראה שהמושגים הקרובים לו ביותר יהיו טיפול מודע תרבותית (culturally aware therapy) וטיפול רגיש תרבותית (culturally sensitive therapy). אלה מעלים על הדעת, בהתאמה, את הכשירות התרבותית (cultural competence) ואת הענווה התרבותית (cultural humility) הטיפולים האלה התפתחו בשנות השבעים והשמונים של המאה העשרים במחקרים שנעשו בנושא כמו עבודתם של סו ואחרים (Sue et al., 1982). אף שמדובר במושגים קרובים,

וקבלה בלבד תיתכן החמצה מהותית של היות המטפל ידידותי לקהילה המסוימת, ואפשר למנוע אותה בהיכרות, בלמידה ובהתאמה. המטפלים על פי התפיסה הזאת מכירים בעובדה שכשלים בטיפול עשויים לנבוע מהבדלי התרבות, ותפקידו של המטפל, כחלק מהותי ממחויבות אתית ומכבוד למטופל, לחפש את הפערים והכשלים שעלולים להופיע ולהבין את הרקע, את המוצא ואת מערכת האמונות והערכים של המטופל. המטפל יעשה זאת בהכרה בקיומם של יחסי כוחות ושל הטיות ובעיוורון פריווילגי או חוץ-תרבותי שאינם בהכרח מודעים ומתוך רגישות אליהם.

מחקרים איששו את חשיבותה של הרגישות התרבותית בטיפול. נמצא כי האופן שבו אנשים ונשים פונים לאנשי מקצועות הבריאות ומדברים איתם מושפע מהתרבות ומהרגישות התרבותית של אנשי המקצוע (Jeawon & Mahon, 2023). אנשים ונשים מקהילות אתניות שונות ובעלי זהויות שאינן מרכזיות, ובכללם חברי הקהילה הגאה, נוטים לפנות לטיפול פחות מאחרים, ותוצאות הטיפול יעילות פחות לעומת אנשי התרבות הדומיננטית (לסקירת מאמרים בנושא ראו Mahon, 2024). בעולם הטיפול הגאה התפתח הטיפול המאשש (affirmative therapy) בדיוק לשם כך - לאשר, לחזק ולהעצים את הזהות הספציפית של המטופל, ובייחוד אם הזהות נמצאת בשוליים החברתיים. הגישה הזאת הותאמה גם לקהילות אחרות, למשל טיפול מאשר מגוון נירולוגי (neurodivergent-affirming therapy). בהקשר הזה חשוב להזכיר את הראייה הפסיכואנליטית ההתייחסותית המכירה במאבקי הכוח הפמיניסטי והתרבותי בחדר הטיפולים, ובייחוד את כתיבתה של בנג'מין (Benjamin) בנושא רעיון ההכרה ההדדית בטיפול. ברעיון הזה מובלט הצורך בהכרת המטפל במעורבותו ובהשפעתו ביחסי הכוח הדינמיים מתוך הבנה שהוא נושא באחריות להימנע מהכפפת המטופל אליו ומתוך חתירה לאיזון (ככל האפשר) ביחסי הכוח במסגרת הטיפול (למשל, Benjamin, 2004).

לסיכום אפשר לומר שהמושג פרנדלי מסמן לרבים שמרחב הטיפול המוצע הוא אזור בטוח (safe), ללא סכנה, אזור שיוכלו להיכנס אליו בבטחה. המטפלת מתחייבת לקבל אותם במרחב הזה בלי לשנותם. לכאורה צודקים האומרים כי כל המטפלים והמטפלות הם פרנדלי, שכן טיפול אמור להיות מקום בטוח ומוגן לחשיפת המטופל או המטפלת. ועם זאת בהיותנו פסיכולוגים אנחנו מודעים להשפעת התרבות, הסטריאוטיפים והדעות הקדומות על המטפלים ועלינו ועל הערנות הנדרשת להבדלים רגישים שעלולים לחמוק מעינינו כמטפלים. על כן היות המרחב הטיפולי אזור בטוח ומוגן הוא תנאי הכרחי, אך לא דווקא מספק. ולכן

יש הרואים הבדלים מהותיים ביניהם. טיפול מודע תרבותית משמעו הכרה בהשפעת ההבדלים התרבותיים על האמונות, על הערכים ועל ההתנהגות של המטופל, ועקב זאת בהשפעה על התנהלות הטיפול, על ההבנה ההדדית ועל יצירת הקשר עם המטפל. בזכות המודעות הזאת יכול המטפל להבחין בהבדלים ו"לגעת" בהם. ועם זאת לא תמיד מלווה המודעות בידע עמוק או בפרקטיקה מסוימת בהקשר הטיפול. ההכרה הזאת חשובה מאוד, ונכללים בה הכלה, תמיכה, כבוד, היעדר שיפוטיות וקבלה, ובבסיסה למידה מסוימת של ידע תרבותי

היבט חשוב בטיפול-פרנדלי הוא החקירה העצמית, ההעברה וההעברה הנגדית. האם אני מזדהה עם הרגשות ואמונות המטופלת? האם אני מרגיש "בחוץ"? האם אני מבולבלת מהבחירה או נגעלת מהמטופל בגלל בחירתו? האם כעס המטופל על ההגמוניה מאיים עליי? כדי להיות מטפל-פרנדלי עלינו להעמיק בעבודה העצמית שלנו כמטפלים, להכיר במרחב העצום הלא מודע והלא ידוע לנו ולהאמין ביכולתנו להחזיקו ולהתמודד איתו מתוך היותנו בעמדה מקבלת ופתוחה דייה

ההתפתחות בנושא טיפול מודע תרבותית משקפת את הרחבת המודעות לצרכים הייחודיים של קבוצות שונות בחברה ואת השאיפה להעניק טיפול שמותאם לפרט בהקשר התרבותי והחברתי שהוא חי בו. כשירות תרבותית כזאת אומצה בבסיס התפיסה האתית של הנחיות טיפול בין-תרבותיות רבות של ה-APA (למשל, 2003, 2007, 2014, 2015). ממחקרים שתמכו בתפיסה הזאת עלה כי יש הנמנעים לפנות לסיוע מחשש ליחס סטיגמטי או חסר מודעות, וכי למידה תרבותית היא דרך יעילה להתמודד עם הנושא (למשל, Sevelius et al., 2014).

במשך השנים התרחבה תפיסת התאמת הטיפול והתווספו לה טיפול רגיש תרבותית וענווה תרבותית (Fisher-Borne et al., 2015; Mosher et al., 2017). גם בטיפול הזה רואים חשיבות רבה בהכלה ובקבלה, אך ההבדל בין כשירות תרבותית ובין ענווה תרבותית נעוץ בהיות המטפלת בגישה הענווה והרגישות התרבותית פעילה יותר בהתאמת הטיפול לצרכים הספציפיים של המטופל על פי הקשר התרבותי שלו. על פי התפיסה הזאת, למידת תרבות עשויה להיות סטריאוטיפית ומכלילה אם אין בה רגישות כלפי הצטלבויות אפשריות (intersectionality, הצטלבות בין מערכות כוח בחברה) (Mahon, 2024). בפרפרזה על אמירתה של מהון אפשר לומר שמודעות תרבותית היא דרך פעולה (way of doing), ואילו רגישות או ענווה תרבותית הן דרך הווייה (Way of being) (שם). על פי התפיסה הזאת, בהבלטת הכלה

עלינו ללמוד את המטופל ואת תרבותו עד כמה שאפשר, אף שמוכן שידע על קהילה או על מיעוט שהמטפל אינו חלק מהם ילקה בחסר תמיד, ואין באפשרותנו לדעת הכול (עלינו להיות טובים דיינו ולא מעולים, בפרפרזה על דברי ויניקוט). על המטפלת לרכוש מידע וניסיון באופן פעיל ולא לקבל את חברי הקהילה באופן פסיבי בלבד כדי למנוע אי־הבנות, כשלים אמפתיים (ושאינם אמפתיים) ואף טעויות בהבחנה.



יתרה מכך, שיח ובו פערי תפיסה עשוי במהותו לגרום הרגשת ריחוק ומיקרו־אגרסיות. לכן יש צורך בהכרה ביחסי הכוחות ובפתיחות להחמצות שמתרחשות בלי כוונה, למשל להניח שלא רלוונטי לדבר על מיניות עם מטופל שמגיע מחברה שמרנית או להציע פרשנות על הבלבול שמטופלת בייסקסואלית מרגישה בלי שעסקה בחויית הבלבול בעצמה. הנושאים שעל המטפל להיות מודע להם ולחקור אותם מגוונים. למשל, עליו לבחון את עמדתו בסוגיית מין וזוגיות בקהילה הגאה, בנושא בחירת מטופלת שלא להביא ילדים מחוסר רצון ועניין, לבחון עד כמה הוא מכיר תפיסות תרבותיות שקשורות לקרבה בין המינים על פי מיעוטים שונים ולתפיסות דתיות ותפיסת האינדיווידואליות לעומת תפיסת החברה בקהילות שונות. על המטפל לחקור כל זאת ברגישות ובאמפתיה בטיפול, שאם לא כן, תיתפס חקירתו כחודרנית או לא רגישה דייה ועשויה לפגוע בטיפול ובהישגיו הפוטנציאליים. לשם כך עליו לפתח אוזן, עין ולב רגישים לניואנסים, להבדלי שפה, לפערים אפשריים בהבנה ובפרשנות ולהגיב עליהם.

בטיפול־פרנדלי כזה לא תשמש ההסכמה על הגדרות המטופל ועל מתן הכשר לבחירותיו כנתונות להחלטתו ללא עוררין נקודת מוצא שמצמצמת את השיח, אלא תחילת הדרך המשותפת שלנו זה לצד זה מתוך זיהוי הזדמנויות תרבותיות (cultural opportunities) (Mahon, 2024). כדי להתחיל בדרך המשותפת הזאת עלינו לצעוד על השביל של המטופלת וללכת לצידה. אם לא נעשה זאת נסתכן בהתקדמות מהירה מדי או בפיגור. ועם זאת מותר וצריך להסתקרן ולהעלות

שאלות, ואין צורך "לזרוק מהחלון" את הידע הקודם שלנו ולאמץ את תפיסתו של המטופל במלואה. בהשאלה, כמו שלימד אותנו סימינגטון (Symington, 1983) על פעולת החופש של המטפל (act of freedom), תחילה על המטפל לחבור למטופל ולמקומו המנטלי, ובהמשך הטיפול על המטפל להתנתק מנקודת המבט האבסולוטית של המטופל, להצליח לחשוב בחופשיות ולהכניס תאוריות חדשות לחדר הטיפול. אחד ההיבטים החשובים הוא ההפריה בין תפיסת המטופלת ובין תפיסת המטפלת המאפשרת יצירת תפיסה חדשה. המטפלת נוהגת בכבוד כלפי המטופל ופועלת מתוך הכרה בזכות האדם להחליט בכל הקשור לחייו, בהכרתו את עצמו, את רגשותיו ואת רצונותיו, ולשם כך המטפלת משליכה (זמנית) הטיות חברתיות שלה עצמה כדי לחזור אליהן לאחר מכן לשם האינטגרציה והעיבוד.

היבט חשוב בטיפול־פרנדלי הוא החקירה העצמית, ההעברה וההעברה הנגדית. האם אני מזדהה עם הרגשות ואמונות המטופלת? האם אני מרגיש "בחוץ"? האם אני מבולבלת מהבחירה או נגעלת מהמטופל בגלל בחירתו? האם כעס המטופל על ההגמוניה מאיים עליי? כדי להיות מטפל־פרנדלי עלינו להעמיק בעבודה העצמית שלנו כמטפלים, להכיר במרחב העצום הלא מודע והלא ידוע לנו ולהאמין ביכולתנו להחזיקו ולהתמודד איתו מתוך היותנו בעמדה מקבלת ופתוחה דייה. ולצד זה נוכל, בזכות הידע המוקדם על הקהילה שאנחנו מטפלים בה כמטפלים־פרנדלים, להבין טוב יותר לאיזה סוג שחזור אנחנו צפויים להיות מוכנסים ומה יומחז באופן שמותאם למטופל עצמו ולא מתוך תפיסה סטריאוטיפית. מצד המטופלת יש להבין מה משאלתה בבקשה למטפלת־פרנדלי. ייתכן שביקשה מטפלת שכבר נחשפה לאורח החיים, לתרבות ולחשיבה של הקהילה המסוימת הזאת או מזדהה עימה. מטפלת כזאת לא תזדקק להסברים רבים על היבטים בחייה של המטופלת ולא יהיה חשש שמא תפגוש המטופלת הטיות לא מודעות שאינן מעובדות מצד המטפלת. בבקשה כזאת עשויה להיות בין השאר משאלתה של המטופלת להכרתה "מבפנים ולא מבחוץ", כלומר שהמטפלת תראה בה סובייקט ותמנע חיכוכים. הבקשה עשויה להיות גם מצמצמת, אם היא טומנת בחובה דרישה קשוחה לתיקון העולם ה"שופט" בחנק כל דעה שאינה מתיישרת עם תפיסת המטופלת כדי ליצור התמזגות ביניהן. יש לחקור את ההיבטים האלה ברגישות ובזהירות בטיפול, אך בלא התעלמות מהם ובלא השטחתם. כמו כן אל לנו לשכוח שטיפול משתנה ומתפתח עם הזמן. בהוספת ממד הזמן והממד ההתפתחותי מתאפשר שחרור תנועתי: ייתכן שבהתחלה חשוב לאפשר למטופלת מקום

שמקבל אותה במלואה, על כלל גווניה, כדי להניח לה להירגע וליצור חיבור ואף סימביוזה עם המטפלת לגידול יכולת להיתמך ולהרגיש ביטחון. ברגע הזה ייתכן שייחווה הטיפול כמצומצם ואף מפוצל, אך זהו רגע חשוב של בדיקת היכולת להסתמך, וממנו יהיה אפשר לחוות נפרדות ומורכבות בהמשך הדרך. חשוב לתת לאנשים ולנשים שלא חוו עולם שמכיר בשונותם במלואה מקום כזה ואת הזמן הנחוץ להם מתוך החזקת המטפל את הראייה המקצועית ואת העולם שבחוץ.

למידה מאנשי מפתח בתרבות הרלוונטית, אנשים ונשים שמיומנים בתיווך בין חברי הקהילה ובין מי שמחוצה לה ומסוגלים להצביע על מוקשים אפשריים בתקשורת, היא מקור ידע אפשרי חשוב לכל תרבות וזהות

סוגיות אתיות ומקצועיות בטיפול פרנדלי

לטיפול טוב נדרשת עבודה תמידית באיזון בין הרצון להעניק טיפול רגיש ומכיל ובין חובת המטפל לשמור על מקצועיות, על גבולות אתיים ועל הבנה עמוקה של תפקידו בתהליך הטיפול. התהליך הזה טומן בחובו הזדמנויות ומתחים עדינים, דילמות והכרעות, ואלה הם:

- **אובדן חופש וגמישות - פרנדלי מדי:** הרצון להעניק למטופל מקום בטוח, פרנדלי, עשוי ללכוד את המטפל ואת המטופל באזור אינטראקציה מצומצם. הוא עלול לבוא על חשבון האחריות המקצועית של המטפל לאתגר ולקדם את היחסים הטיפוליים לעבר שינוי ולצמצם את יכולת המטופל לחשוב את עצמו ולברר את עצמו. היחס לפרנדלי כקבלה רדיקלית עלול להביא לידי היעדר רשות (permission) לשאול ו"לגעת" בסוגיות מאתגרות כמו שהוצג במודל של אנון (Annon, 1976). השיח צריך להיות מכבד ורגיש תמיד. ואולם החשש מפני אתגור או פגיעה ואף מלהיחוות כ"פחות פרנדלי" וכמרוחק ולא יודע עשוי לחסום את היכולת להגיע לאזורים נפשיים שנדרשת להם עבודה, להשטיח נושאים נפשיים ולהכחיש תחושות ומחשבות ולהשאירן מתחת לפני השטח. גם התפיסה "אהבה היא אהבה" (love is love) במערכות יחסים שאינן הטרונורמטיביות חשובה. מצד אחד היא מכשירה אותן בעצם השוואתן למערכות יחסים הטרוסקסואליות "מקובלות", ומצד אחר היא משטיחה את האפשרות לעסוק בייחודי ובשונה במערכות האלה. יש להיזהר מהרצון לאמץ גישה מקבלת ומכילה שנמנעת מתיווך מה שמחוץ

למיינסטרים כפתולוגי, שכן הוא עלול לפגוע ביכולתה של המטפלת לחקור את הנושאים האלה במסגרת חקירה טיפולית מיטיבה. בהיעדר היכולת "לגעת" בחומרים עמוקים ורגישים ולהכניס ראייה מקצועית וביקורתית שמתבוננת מרחוק ייפגעו גם יצירת הקשר ויעילות הטיפול. את החשש והקיפאון יכולים להביע גם המטופל - האם זה בסדר להעלות את זה? - וגם המטפל - האם אפגע במטופל אם אעלה את זה?

- **אובדן זהות המטפלת ויצירת קנוניה (collusion) עם המטופל:** המטפל עשוי ללכת לאיבוד ולהיבלע בהזדהות עם המטופלת ולאבד את הראייה המקצועית שלו. על פי מושג קשירת הקשר (collusion) (למשל אצל קליינרפז ונסים, 2022), המטפלת והמטופלת חוברות יחד בהתעלמות מנושא קשה ומשאירות אותו מחוץ לשיח. בתוך כך הן משאירות מחוץ לשיח עקרונות טיפול כמו החופש והסקרנות לחקור ועימות או הצבעה על דפוסים מזיקים כגון סמים, מין לא מוגן ואליומות מחשש לפגוע או רצון להיות חביב. בהזדהות גבוהה מדי עלול לעלות קושי להכיר בסובייקטיביות של האחרים בחיי המטופלת, אנשים ונשים שמתקשים לקבל את אורח חייה.

- **פערים בציפיות בקשר להצגת הטיפול כפרנדלי:** בהיעדר חשיבה עמוקה על המושג, מתוך אמונה פנימית שהמטפלת מקבלת את כולם או מתוך שיווק ותדמית, ייתכן שתפגוש המטפלת מטופלים שבאים אליה בציפייה ובתקווה להבנתה את קהילתם והיכרותה עימה וברצון להרגיש מוגנים בטיפול. מטופלים כאלה עשויים להרגיש שנחשפו יתר על המידה ונפגעו.

- **מתן תשומת לב רבה לקהילת המטופל עד כדי איבוד ייחודיותו:** המטפל החושש לחקור אזורים מסוימים עלול לגרום הסתמכות יתר על הנחות סטריאוטיפיות ועל תיוגים תרבותיים, ועקב זאת להחמיץ את ייחודיות המטופל בקהילה. המטפלת עשויה לחשוב שהיא מכירה היטב את הצרכים ואת החוויות של קבוצה מסוימת, אך למעשה היא משטיחה את הקהילה שהמטופלת משתייכת אליה לתפיסות כלליות ולראייה סטטית והומוגנית שלה. חשיבה כזאת עשויה לגרום בתורה כשלים אמפתיים. חשוב לזכור שהמטופל הוא אינדיווידואל ואינו נציג הקהילה שלו; תרבות אינה משתנה יחיד, וגם בה יש שוני וגיוון בין חברי קהילה מסוימת על פי מקום מגוריהם, גילם ומשתנים אחרים. מעניין לדמיין איך יתארו מי שאינם ישראלים את

הישראלי הממוצע וכיצד נראה זאת אנחנו - האם נרגיש בנוח למשמע תיאור כזה או נרגיש אינוחות בגלל חוויית צמצום של חלקים מזהותנו? והרי לנו ברור שיש בינינו הבדל בכל הקשור למצב כלכלי, מוצא, דתיות, גיל, הסביבה וכדומה.

• **השש לפטרנליזם:** המטפל עשוי לחשוב שהוא מבין את צורכי המטופל טוב ממנו, למשל בקשר להתלבטות בעניין הבחירה לצאת מהארון או שיתוף המשפחה בקשר לבחירות אישיות בחברה מסוימת שעשויה להגיב על כך באופן שלילי. יש למצוא דרך לאזן בין הנחיה טיפולית ובין מתן מקום אוטונומי למטופל להוביל את התהליך. המחשבה שאפשר לצמצם את המענה המותאם למטופלת על פי מוצאה לכישור טכני שאפשר להתאמן בו עלולה אף היא להביא לידי פשטנות ולרשימת "עשה ואל תעשה" בטיפול במטופל מרקע מסוים וליצור סטריאוטיפיזציה כגון "כל הערבים מאמינים ב..." או "כל הקשרים שלהטב"קים יוצרים הם..." וגם "כל היהודים אוכלים כשר".

מטופלים ומטפלים החולקים זהות או תרבות

חשוב לאפשר מקום לשיח על מטפלות ועל מטופלות שחולקות רקע דומה. מהאמור לעיל אפשר להסיק כי העדפה למטפלת שחולקת זהות או תרבות עם המטופלת יש בה יתרונות מסוימים, בייחוד בכל הקשור ליצירת הרגשת ביטחון מהירה בטיפול. למשל, במאמרו של אבו ואסל (2021) מטפל ערבי מטפל באישה ערבייה. השפה ומקורות התרבות ידועים לשני המשתתפים, ועל כן אפשר לתת מענה מדויק בשימוש במילים המדויקות ביותר ולהעניק הרגשת הכרה והבנה בין המילים. אפשר לחשוב על הקושי שעלול לצוץ במפגש עם מהגרים (או כמהגרים וגם כמטפלים) לעומת ההבנה המשותפת שלנו את המטופלים שלנו בישראל (בזהירות הנדרשת כי חוויותינו כישראלים עשויות להיות שונות לחלוטין), וגם חוויית מטפלת ומטופל ששניהם להטב"קים לעומת מצב שבו אחד מהם אינו להטב"ק. ייתכן שהמטופל יניח שיפגוש שיפוטיות פחותה או סטיגמות מועטות במקרה כזה, וחשיבתו עשויה לשפר את איכות הקשר הטיפולי. מלבד זאת, בעיות הקהילה ידועות לשניהם, למשל כוחות שמרניים ונוקשות בתפקידים המגדריים בחברות מסורתיות או נפוצות השימוש בסמים במסיבות בקהילה הגאה.

עם זאת גם במצבים שבהם המטפלת והמטופל חולקים זהות נדרשת תשומת לב וזהירות. ראשית, כבר בעצם השתייכות

המטפלת והמטופל לאותה קהילה יש חשיפה מסוימת של המטפלת, והיא משפיעה על האופן שבו המטופל תופס אותה ועל מרחב ההשלכות המצמצם בשל כך (כמו התהייה אם המטפלת מהקהילה הגאה או לא, אם היא דתייה או לא וכדומה). במצב כזה ייתכן שהמטופלת תתייג את המטפל ותפעל מתוך הנחות סטריאוטיפיות והנחות מוטות אחרות. המטופלת עשויה לדמיין זהות מלאה בינה ובין המטפל, אשליה אשר עלולה לגרום משבר אמון ואכזבה גדולה אם יתברר שלמטפלת ערכים שונים בנושאים אחרים. מבחינת המטפל - מטפל חבר קהילה עשוי להביא לידי אישוריות מוגזמת (echo chamber) שתצמצם את מרחב הטיפול ואינה קיימת בעולם שמחוץ לטיפול.

שנית, מטפלים שהם חברי קהילת המטופל ומזדהים עימה עלולים לשטח בעיות פנימיות בקבוצה או להתעלם מהן מתוך הזדהות יתרה ובניסיון להגן על הזהות או על הקהילה. גם החשש להעלות אזורי שוני שמתנגדים לעקרונות הקהילה או הזהות או חולקים עליהם, ללא יכולת להרהר בדפוסים או בתפיסות מגבילים (או לערער עליהם) מצד המטופלת או המטפל, עלול לגרום החמצה של הזדמנויות לצמיחה ולשינוי, ובכלל זה ביטויים בפעולה שיכולים לקרות בטיפול עם מטפלים שאינם מתרבות המטופל. במצב כזה ייתכן שמטפל חיצוני יוכל לזהות נורמות או דפוסים שאולי אינם בריאים או אינם משרתים את טובת המטופל. מאחר שחדר הטיפולים אינו מקום סטרילי לחלוטין ואין בו "נכון או לא נכון" מהותי בקשר לדמיון או לשוני בין זהויות וקהילות המטופלים והמטפלים, נראה כי הדבר החשוב בטיפול הוא המודעות לדמיון, לשוני ולהשפעתם האפשרית, אף שיש יתרון מסוים למטפלים שמכירים את הקהילה מניסיון אישי.

כיצד להיות מטפל פרנדלי

כדי "לעשות סדר" במושג כה ברור במהותו אך גם כה מעורפל אציע כמה היבטים שכדאי להתמקד בהם כדי להתמודד עם השאלות האתיות שעלו ולבדוק את תפיסתנו בקשר לעצמנו - האם אני רואה בעצמי מטפל פרנדלי? מהו (Mahon, 2024) הציגה תימוכין מחקריים לענווה תרבותית כמשפיעה לחיוב על תוצאות הטיפול בקשר לאוריינטציה רבת-תרבותית (MCO: multicultural orientation). כן היא ציינה במיוחד את חשיבות השילוב של הענווה התרבותית, ההזדמנויות התרבותיות והנחות התרבותית שהמטופל מרגיש. בשיח על רצוננו לאפשר מרחב בטוח למטופלים רצוי להקפיד וללמוד תדיר את הקהילות ואת הזהויות שאנחנו מטפלים בהן.

מתמודד איתן. מטפל שאינו חושש להציב גבולות ולעורר שיח נוקב ולאתגר את עצמו, ובתוך כך לפתח חוסן נפשי, יכול לעזור למטופל להגיע לתובנות עמוקות ולבצע שינוי מובהק. אבישר (שם) הציע מודלים חלופיים למודל הטיפול הרווח המנחה את התפיסה המקצועית בלימודי הפסיכותרפיה. למשל, את מקומו של מטפל "מדען-פרקטיקנט" שעיקר הכשרתו בקבלת ידע וכלים שיש ליישם באופן אוניברסלי אפשר להחליף במודלים אחרים של מטפל בעל "ביקורת חברתית", מודל אקולוגי שממשיג השפעות גומלין על רווחת הפרט (Bronfenbrenner, 1979, אצל אבישר, 2014). אין הכרח להעדיף גישה מסוימת אחת בלבד אלא אפשר לנהוג בפתיחות ובגמישות במצבים שבהם אנחנו עשויים להיות מצומצמים או חסומים בגלל תפיסתנו. מטפל-פרנדלי מחויב אפוא ללמידה מתמשכת ולהכשרה פעילה בטיפול ומחוצה לו מתוך שקיפות והכרה בשונות בטיפול ושמירה פעילה על הגבולות המקצועיים בו. כישלון בנושא הזה עשוי להשפיע על מערכת היחסים מטפל-מטופל ולהגביל את יכולתה לשאת מתחים ולשמש מרחב מספק דיו ומכל טוב דיו לטיפול יעיל.

סיכום

השימוש במושג פרנדלי בקשר לקהילות ולזהויות הוא בעל משמעות למטפלות ולמטופלות כאחת, שכן בזכות המושג תיתכן התחלה של הרגשת ביטחון וכבוד והעברת מסר של הכלה והיעדר שיפוטיות. סביבה מכילה היא תנאי התחלתי הכרחי לבניית מרחב מבין ותומך דיו, אבל לאו דווקא תנאי מספק. כדי ליצור את הסביבה המכילה במלואה על המטפלת להשקיע בלמידה - עליה ללמוד את זהות המטופלת ואת הרקע שבאה ממנו, להיות סקרנית ולאתגר את תפיסותיה ואת השקפותיה כדי לבחון את "הנקודות העיוורות" שלה. רצוי לראות בגישה הפרנדלית גישה רגישה תרבותית וענווה תרבותית, ובעצם הראייה הזאת להפוך אותה לחלק בלתי נפרד מהאתיקה המקצועית הטיפולית המחייבת את המטפלת לנהוג בכבוד, בהוגנות ובאמפתיה באופן שמתאים למקבלי הטיפול. מצד אחד, בעולם שהקשרים בו נרחבים ופשוטים מבעבר יש הרגשת דומות וקרבה בסיסית בין כלל בני האדם, מעבר לתרבויות ולזהויות; מצד אחר, בעולם כזה מובלטים ייחודיות הזהות והתרבות והמתחים והכשלים שעלולים להופיע במרווחים בין קהילה אחת לאחרת. על כן עלינו המטפלות להיות ערות לרקע של המטופלות שלנו, לבחון את "הנקודות העיוורות" שלנו ולהגדיל את הידע שלנו כלפי כל מטופלת ומטופל שפונים אלינו לטיפול.

מובן שלא נכיר את כל התרבויות ולא נכיר לעומק גם את התרבויות שנלמד, אך בזכות הנכונות והסקרנות מצד אחד וההבנה שגם עלינו, ולא רק על המטופלת, להביא לנו את המידע בטיפול מצד אחר נוכל להכניס מרחב מאפשר ונרחב מבעבר לחדר הטיפול. כדי ללמוד מן המטופל באופן שעשוי להיחווה מכבד אפשר להשתמש בראייה האנתרופולוגית של אתנוגרפיה (Britannica, n. d) שמשמעה תיאור החיים "בעולם המקומי", ובהשאלה - בעיני הקהילה שמתבוננים בה, קהילה ששונה מעולמו של האנתרופולוג. בדרך כלל משתקע האנתרופולוג במקום מחקרו, לומד את השפה, את המנהגים וכיוצא באלה ללא ביקורת ומתוך כבוד לנחקרו. ובטיפול אפשר לשאול את המטופלים כיצד הם רואים את המצב, למה הם מצפים בשיח הטיפולי ומה נקודת המבט שלהם על פתיחת נושא מסוים או סגירתו.

למידה מאנשי מפתח בתרבות הרלוונטית, אנשים ונשים שמיזמנים בתיווך בין חברי הקהילה ובין מי שמחוצה לה ומסוגלים להצביע על מוקשים אפשריים בתקשורת, היא מקור ידע אפשרי חשוב לכל תרבות וזהות. באותה רמת חשיבות נמצאת הבדיקה והחקירה העצמית של המטפל את עצמו. בדיקה כזאת היא דבר מובן מאליו למטפלים, ובכל זאת חשוב תמיד לדייק בשאלות שאנחנו שואלים את עצמנו ולהוסיף את שכבת הבדלי הקהילות והתרבויות כדי להזכיר לעצמנו שיתכנו פערים מעבר לפערים בין אנשים ונשים שחולקים את אותה תרבות. הדימוי המטפורי של קושמן (Cushman) שהציג אבישר (2014) נראה רלוונטי גם כאן, דימוי "קרחת היער התרבותית" (cultural clearing), מרחב המחיה המסומן בתרבות מסוימת כאפשרי ביער התרבות הכללי. המרחב הזה מופנם בנו ומכוון את הכרתנו ויוצר העדפות בין בחירות שונות. לפני המטפלות עומד אתגר - לבחון את חופש התפיסה והפעולה שלהן, להעלות אותם אל פני השטח, להיחלץ מקנוניות ולצאת מאזורים סימביוטיים עם התרבות השלטת ועם המטופלת. ועם זאת עליהן להתחבר וליצור חיבורים אמיצים וחשובים במקומות שאולי אחדים מהמטופלים לא חוו עם מטפלות עד כה. הנושא חייב לעלות בתהליך ההכשרה, הלמידה וההדרכה מצד המטפל המודרך ומצד המטפל המדריך מתוך חקירה ובדיקה של האזורים הסמויים מהעין.

הגמישות היא ערך מהותי בהקשר הזה של טיפול מקצועי יעיל: יש צורך באיזון גמיש בין מרחב נוח ובטוח של רגישות תרבותית ובין חשיבות המפגש עם דעות, פרספקטיבות או גישות שאינן זהות דווקא לתפיסות המטופל. על מטפל טוב למצוא את האיזון בין הבנה ואמפתיה למטופל ובין אתגורו בקשר לתפיסות ולדפוסים שאולי תורמים לבעיות שהוא

- אבו ואסל, מ' (2021). טיפול דינמי רגיש-תרבות: תיאור מקרה. פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=4178>.
- אבישר, נ' (2014). טיפול פוליטי: פסיכותרפיה בין האישי לפוליטי. רסלינג.
- הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2017). קוד האתיקה המקצועי של הפסיכולוגים בישראל. <https://www.psychology.org.il>.
- קליינר-פז, ע' ונסים, ר' (2022). קנוניה דיסוציאטיבית: חיבור מחדש בזוגיות של מטופלים עם היסטוריה של טראומה. פסיכולוגיה עברית. https://www.betipulnet.co.il/particles/dissociative_collusion_history_of_trauma_in_couples_therapy
- American Psychological Association (APA) (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377–402. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.377>
- American Psychological Association (APA) (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 62, 949–979. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.9.949>
- American Psychological Association (APA) (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69, 34–65. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035063>
- American Psychological Association (APA) (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832–864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association (APA) (2020). LGBTQ + Affirmative therapy. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/affirmative-therapy>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, LXXIII 73(1), 5–46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Ethnology (n.d.). In Encyclopedia Britannica online. <https://www.britannica.com/science/ethnography>
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165–181. <https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244>
- Jeawon, R., & Mahon, D. (2023). Evidence based responsiveness 2: Multicultural considerations. In D. Mahon, *Evidence based counselling & psychotherapy for the 21st century practitioner* (pp. 99–114). Emerald Publishing. <https://doi.org/10.1108/978-1-80455-732-720231009>
- Mahon, D. (2024). Beyond multicultural competency: A scoping review of multicultural orientation in psychotherapy and clinical supervision. *Mental Health and Social Inclusion* [Ahead-of-print]. <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2024-0012>
- Mosher, D., Hook, J., Captari, L., Davis, D., Deblaere, C., & Owen, J. (2017). Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2, 221–233. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000055>
- Sevelius, J. M., Patouhas, E., Keatley, J. G., & Johnson, M. O. (2014). Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Annals of Behavioral Medicine: A publication of the Society of Behavioral Medicine*, 47(1), 5–16. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9565-8>
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *International Review of Psycho-Analysis*, 10(3), 283–291.

(Gaudine et al., 2010). ההתבוננות הזאת יכולה לפתח דיאלוג בין ועדות שונות במוסדות שונים ולתרום לשיפור יעילותן (Bruce et al., 2011). כמו כן המחקר הנוכחי מיוחד בכך שבשעה שרוב המחקרים על ועדות אתיקה מתבססים על מידע לא שיטתי כמו ראיונות והערכות רטרוספקטיביות ועצמיות של חברי הוועדה, המחקר הזה מתבסס על פרוטוקולים - תיעוד שנחשב מדויק ומהימן יותר (Pearlman et al., 2016). שיטת המחקר הזאת נערכה במספר מצומצם של מחקרים בעולם (Godkin et al., 2005), ולכן כדאי לבחון אותה גם במחקרים בישראל.

שיטת המחקר

ועדת האתיקה במרכז לבריאות הנפש בישראל

ועדת האתיקה הוקמה במרכז לבריאות הנפש במרכז הארץ בתחילת שנת 1990. בשנים הראשונות פעלה הוועדה על בסיס התנדבותי (Rasoal et al., 2017), אבל עם כניסתו של חוק זכויות החולה (חוק זכויות החולה, 1996) לתוקף ב-1996 התבססה פעילותה מכוח החוק. בוועדת האתיקה יש שבעה חברים, בדומה למודל שתיארו פוקס ואחרים (Fox et al., 2007). בוועדה מכהנים שופט, פסיכיאטר למבוגרים, פסיכיאטר לילדים, עובד סיעוד פסיכיאטרי, פסיכולוג קליני, עובד סוציאלי קליני ורב המייצג את הציבור בוועדה. הוועדה המתוארת מאופיינת ביציבות גבוהה, ושישה מתוך שבעת החברים שירתו בה ברצף 25 שנים ויותר. המחקר הנוכחי קיבל את אישורה של ועדת הלסינקי של בית החולים שבו פועלת הוועדה. בדוגמאות שיובאו להלן שונו פרטים מזהים לשמירת הסודיות.

אופן ביצוע הניתוח התמתי

הוועדה התכנסה חמש עד שש פעמים בשנה, ובסך הכול התכנסו 112 ישיבות מ-1991 ועד 2016. בישיבות נערכו פרוטוקולים שתיעדו את כל הנאמר בה. במחקר הזה מתייחס המונח "דילמה" לדיונים בכל הנושאים האתיים הקשורים למטופל ספציפי בסיפור מקרה אחד. דילמה עשויה לכלול כמה נושאים אתיים. לדוגמה, בדילמה אחת יכולים להיות נושאים שקשורים גם לחיסיון וגם לאוטונומיה. הניתוח שלנו סקר 112 פרוטוקולים שנכללו בהם 241 דילמות. באחדות מן הישיבות נדונה יותר מדילמה אחת.

הפרוטוקולים עובדו בניתוח תמטי שבו סומנו ומוינו קטגוריות של נושאים שעלו בדיונים (Braun & Clarke, 2006) בניתוח התמטי נכללו כמה שלבים (שם). תחילה זוהו דפוסים של נושאים אתיים ונוסחו קודים ראשוניים. לאחר מכן

אחר פעילותה של ועדת האתיקה בבית חולים אחד בארצות הברית מ-1993 עד 2012 נמצאה הטרוגניות מובהקת במספר חברי הוועדה ובכללים שהיא נוהגת על פיהם (Courtwright et al., 2014; Courtwright & Jurchak, 2016). מחקר נוסף בחן את פעילותה של ועדת אתיקה בבית חולים כללי גדול בארצות הברית במשך כמה שנים. במחקר הזה השוו את מספר הפניות לוועדה, ונמצא כי ב-1990 הובאו בפני הוועדה 19 פניות, וב-2013 עלה המספר ל-551 (Gorka et al., 2017). במחקר אורך נוסף על ועדת אתיקה בבית חולים לילדים נמצא שנערכו בו 95 פגישות של ועדת האתיקה במשך חמש שנים, ודנו בהן ב-80 מטופלים (Streuli et al., 2014).

סוגיה נוספת שנחקרה בספרות עוסקת בסוגי הדילמות שמועלים לדיונים בוועדות האתיקה. במחקר שנערך על ועדת אתיקה בבית חולים גדול בארצות הברית מ-2011 עד 2015 נמצא שהדילמות שנדונו לא היו דילמות אתיות אלא מחלוקות בין רופאים ובין מטופלים בקשר לטיפול (Hauschildt & De Vries, 2020). במחקר אחר נמצא שדילמה אתית שנדונה לעיתים קרובות במסגרות בריאות הנפש היא הקונפליקט בין האינטרס של המטופל לעומת השמירה על אינטרס הארגון והאחריות חברתית (Bringedal et al., 2018). דילמות אתיות נוספות שנמצאו עסקו במתח בין משאבים מצומצמים ובין צורכי טיפול גבוהים וכן בין מטופלים אשר מתקשים לשלם תמורת הטיפול (Jansky et al., 2013). מכמה מחקרים מארצות הברית (Swetz et al., 2007; Tapper et al., 2010) ומקנדה (DuVal et al., 2004) עלה כי הדילמות השכיחות ביותר הן כשירות נפשית של המטופל, מחלוקות בין הצוות ובין המטופל בקשר לטיפול ודילמות שקשורות לסיום החיים (Swetz et al., 2007). במחקרים נוספים נמצא שהדילמות השכיחות ביותר הן דילמות של סוף החיים (Tapper et al., 2010) ואוטונומיה של המטופל (DuVal et al., 2004; Tapper et al., 2010). במחקר נוסף הושוו דילמות שמובאות לוועדות אתיקה בבריאות הנפש לדילמות שמובאות לוועדות בבתי חולים כלליים. במחקר נמצא כי הדילמות השכיחות בתחום בריאות הנפש היו אוטונומיה, לעומת דילמות בבתי חולים כלליים שעסקו בדילמות שקשורות למצבי סוף החיים (Reiter-Theil, 2016). ממצא דומה עלה ממחקר שנערך בנורווגיה ולפיו היו הדילמות השכיחות בתחום בריאות הנפש אוטונומיה וסודיות (Syse et al., 2016).

המחקר הנוכחי מתמקד בעבודה של ועדת אתיקה אחת בישראל ומבקש לבחון את הדילמות והנושאים הנדונים בשיח האתי. משך הזמן, 25 שנות פעילות של הוועדה, עשוי לאפשר נקודת מבט על תהליכים לאורך שנים וללמד על אתגרים אתיים שאנשי המקצוע בשדה מתמודדים עימם

דיון וסיכום

מניתוח הדילמות האתיות שנדונו בוועדת האתיקה במשך 25 שנים נמצא כי דילמות אתיות שקשורות לסודיות ולאוטונומיה של המטופל היו השכיחות ביותר (ראו טבלה 1). הממצאים האלה עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים על אודות הדילמות האתיות שנדונו בוועדת האתיקה בבית חולים לבריאות הנפש בנורווגיה (Syse et al., 2016). גם במחקר שערכה רייטר-תיל (Reiter-Theil, 2016), שמבוסס על 50 דוחות מוועדות אתיקה בשווייץ, נמצא שהדילמות הרווחות ביותר (34%) קשורות להפעלת כוח שמוגדר כ"שימוש בלחץ, בכוח או בפעולה סמויה כדי לשלוט בתנועה, בטיפול או בהתנהגות של מטופל בניגוד לרצונו" (שם, עמ' 62) - סוגיה שדומה לנושא האוטונומיה שזוהה במחקר הזה. לעומת הדמיון בשכיחותן של דילמות בנושא אוטונומיה וכפייה בשני המחקרים הייתה דילמת הסודיות במחקר הזה שכיחה ביותר (30%), ואילו אצל רייטר-תיל (שם) הייתה נדירה (2%). ההבדלים האלה עשויים להצביע על כך שדילמות אתיות תלויות בהקשר ומושפעות ממערכת הערכים של החברה שבה פועלת הוועדה ומהכוחות המבניים הפועלים במערכות הבריאות במדינות השונות.

עד כה התייחסנו לשכיחות הדילמות השונות. כעת מעניין להתרשם מהשינויים בתוכן הדילמות לאורך השנים ובאופן פתרון, כמו שנפרט להלן.

סודיות

דילמת הסודיות נמצאה כדילמה הנפוצה ביותר, אולי בשל ההשפעה של חוק זכויות החולה מ-1996 שהתמקדה בסודיות כתנאי יסוד בכל התערבות רפואית. שאלות שקשורות לסודיות הופיעו בצורות שונות: מתי ואיך לדרוש לרשויות אם המטופל מסכן את עצמו או אחרים; כיצד להתייעץ על מטופל בתוך קבוצת הדרכה; מה ראוי לחשוף עליו וכיצד; ואיזה מידע מותר לחשוף להורים של ילד שנמצא בטיפול.

השינויים בהתנהגות של המטפלים בדילמה הזאת היו דרמטיים לאורך השנים שבהן פעלה הוועדה. בשנת 1990, בתחילת הפעילות של הוועדה, ציינו בראש כל עמוד בכל תיק רפואי בישראל אזהרה ולפיה כל מה שכתוב בתיק הרפואי הוא סודי ביותר ויש לשמור על הסודיות מול המטופל או בא כוחו. עיקרון זה התהפך לאחר החקיקה שנקבע בה כי הרשומה הרפואית שייכת למטופל, והוא רשאי לבקש לראותה או לקבל עותק שלה בכל עת, מלבד במקרים מסוימים שמפורטים בחוק ובקוד האתי (חוק זכויות

הוחלו הקודים השונים על הדילמות האתיות. נעשה שימוש בסיווג דילמות שמוכרות מהספרות המחקרית כדי לתקף את הדילמות שבחרנו (לדוגמה, Syse et al., 2016). כאשר הדילמות האלה מופו לפי נושאים נערך ניתוח שכיחות של כל נושא במשך התקופה הנחקרת (25 שנים). שלושה מדרגים עצמאיים, סטודנטים לתואר ראשון בפסיכולוגיה שלא הכירו את מטרות המחקר והשערותיו, קיבלו הכשרה מעמיקה וייעודית לביצוע הניתוח התמטי. כדי לבסס מהימנות בין המקודדים הם בחנו בנפרד מדגם אקראי של 28 פרוטוקולים. בוצע ציון קאפה בין כל זוג מעריכים שנע בין 0.73 ל-1.00. האמינות הכוללת בין ציוני המעריכים נקבעה על ידי ממוצע של הסכם $Kappa=0.82$. הניתוח העלה 466 נושאים אתיים.

תוצאות המחקר

במחקר נותחו 241 דילמות ובהן התייחסות ל-466 נושאים אתיים. מתוכן 220 דילמות (89.8%) נדונו ונפתרו במשך ישיבה אחת, ו-21 דילמות (9.8%) נדונו בשתי ישיבות ועדה או יותר. את רוב הדילמות (N=203, 82.9%) הביא קלינאי לבריאות הנפש, ואת השאר משפטנים ורבנים. מתוך 466 הנושאים שנדונו זהו שבע קטגוריות מרכזיות (טבלה 1): סודיות, אוטונומיה של המטופל, רשומה רפואית, יחסים כפולים, דילמות שנוגעות לכסף, התנהלות מקצועית ואישית בלתי הולמת של המטפל וסוגיות בין-תרבותיות. כמו שאפשר לראות בטבלה 1, הדילמה הנפוצה ביותר בדיוני הוועדה הייתה סודיות, עם 139 דילמות (30%), ואחריה אוטונומיה, עם 107 דילמות (22.9%).

טבלה 1: הנושאים העיקריים (N=466) שהופקו מתוך 241 דילמות שנדונו בוועדת האתיקה

נושאים	מספר הדילמות	אחוז
סודיות	139	30%
אוטונומיה של המטופל	107	23%
רשומה רפואית	67	14%
יחסים כפולים	57	12%
כסף	50	11%
התנהגות מקצועית או אישית לא ראוייה של המטפל	41	9%
סוגיות בין-תרבותיות	4	1%

החולה, 1996, פרק ה', סעיף 18; קוד האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים, 2017, פרק 3, סעיף 3.8).
אחת הדילמות שנדונה בוועדה בענין הסודיות הייתה בקשה של מטופל לאפשר לו לצלם סרטון בתוך שטח בית החולים. הוועדה דחתה את הבקשה מחשש שהצילום עלול לחשוף מטופלים אחרים. בגלל ההתפתחות הטכנולוגית, כאשר כמעט לכל אדם יש גישה למצלמה בטלפון הסלולרי שלו, השתנתה המלצת הוועדה עם השנים. במקרה מאוחר יותר הועלתה סוגיה דומה בפני הוועדה, והפעם היא התירה לצלם בתנאים מסוימים, בין היתר טשטוש הפנים של המטופלים כדי לשמור על פרטיותם.

דילמת הסודיות נמצאה כדילמה הנפוצה ביותר, אולי בשל ההשפעה של חוק זכויות החולה מ-1996 שהתמקדה בסודיות כתנאי יסוד בכל התערבות רפואית. שאלות שקשורות לסודיות הופיעו בצורות שונות: מתי ואיך לדווח לרשויות אם המטופל מסכן את עצמו או אחרים; כיצד להתייעץ על מטופל בתוך קבוצת הדרכה; מה ראוי לחשוף עליו וכיצד; ואיזה מידע מותר לחשוף להורים של ילד שנמצא בטיפול

אוטונומיה של המטופל

הנחת היסוד של מערכת הבריאות היא שהמטופל אמור לתת הסכמה מדעת לכל התערבות טיפולית (חוק זכויות החולה, 1996, פרק ד', סעי' 13-16; קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל 2017, פרק 5, סעי' 5.1, 5.3, 5.4).
תנאי זה הופך למרכיב חיוני משמעותי יותר בהחלטות לגבי הטיפול שייבחר, מאחר שגם מערכת בריאות הנפש מאמצת את התפיסה שהמטופל במרכז (Bary & Edgman-Levitan, 2012; Fernandez et al., 2018; Saha et al., 2008).
עד שנת 1996, שבה נכנס חוק זכויות החולה לתוקף, הייתה למטופלים סמכות רחבה על הטיפול בחולים שלהם. החוק שם את המטופלים ואת זכויותיהם במרכז והביא לשינויים בעמדתו הפטרנליסטית המסורתית של המטפל. השינויים המשפטיים האלה השפיעו גם על התנהלות המערכת מול המטופלים וגם על תוכן הדילמות האתיות שנדונו בישיבות הוועדה בשנים שלאחר כניסת החוק לתוקף וכן על המלצות הוועדה לדילמות האלה. השינויים בהתייחסות לדילמה הזאת משקפים את מערכת היחסים המשולבת בין המערכת המשפטית ובין המערכת האתית. המגמה המדגישה את האוטונומיה של המטופל מתרחשת בכל העולם המערבי ומתרחבת לכלל השירותים הרפואיים ולפיה המטופל נתפס יותר כצרכן שחייב להיות מרוצה (Robinson et al., 2008; Stewart et al., 2000).

אחת הדילמות שנדונו בוועדה בעבר בסוגיית האוטונומיה עסקה במטופל במצב פסיכופטי שביקש להשתחרר מבית החולים בניגוד להמלצת רופאיו. הרופא פנה לוועדת האתיקה בשאלה אם יוכל לכפות על המטופל אשפוז בניגוד לרצונו. אם לצטט מהדיון בוועדה בעניין הזה: "מניחים שהרופאים יודעים מה שטוב למטופל, וחובתם להביע את דעתם". בשנים האחרונות נדונו שוב דילמות דומות, אבל במשך הזמן אפשר לראות שבהמלצות של הוועדה ניתן משקל גדול יותר גם לרצון של המטופל ולבחירותיו.

רשומה רפואית

אחת הדילמות שנדונו בוועדה בעבר בעניין הרשומה נגעה למטופל שביקש עותק של הרשומות הרפואיות שלו לאחר כל פגישה עם הפסיכולוג. הבקשה גרמה אי-נוחות וטרדה לפסיכולוג שהיה אמור לדאוג לכך, והוא פנה לוועדה ושאל אם הוא רשאי לסרב לבקשת המטופל. הוועדה המליצה להיענות חלקית: המטופל יקבל עותק של הרשומה אבל רק אחת לכמה חודשים. בהשוואה להחלטה כזאת שניתנה בעבר, כיום מטופלים רשאים לראות את התיעוד שלהם בכל זמן שיחפצו. גם ההחלטה הזאת מושפעת מחוק זכויות החולה שלפיו המטופל הוא הבעלים של המידע הרפואי שלו (חוק זכויות החולה, 1996, פרק ה', סעי' 18; קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל 2017, פרק 3, סעי' 3.7, 3.8).

יחסים מקבילים

מצב של יחסים מקבילים מתרחש כאשר קיים קשר מקצועי ובד בבד גם קשר אחר כגון קשר חברי, רומנטי ועסקי. הסכנה ביחסים מקבילים כאלה היא שהקשר הנוסף עלול לחבל בשיקול הדעת המקצועי, והאינטרס המקצועי יעמוד בסתירה לאינטרס האישי (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל 2017, פרק 6, סעי' 6.2, 6.3). נושאים אשר מתייחסים לדילמה הזאת עוסקים בשאלות כגון האם רופא יכול להיות מתוגמל בכסף או במתנות מטעם חברת תרופות? בשנת 2004 פרסמה ההסתדרות הרפואית בישראל דף עמדה שמפריד בין הפעילות המקצועית של הרופא ובין פרסום התרופות. מצב שבו עלולים להיות יחסים מקבילים של הרופא מול המטופל עלול לגרום לשיקולים מוטעים ולא לפי טובת המטופל במרכז (Rechtes, 2014).

באחד מדיוני הוועדה התייעץ אחד הרופאים עם הוועדה בשאלה אם יוכל לסרב לטפל במטופל לאחר שמשפחתו של זה הייתה אלימה כלפי הצוות הרפואי כמה פעמים. הוועדה דנה בשמירה על הרופא כאדם וכאזרח למול המחויבות המקצועית שלו לטפל באדם שנזקק לשירותיו (קוד האתיקה

Jimenez et al., 2013; Nakash et al., 2014; Thompson et al.) יש לציין ששכיחותן של דילמות מהסוג הזה עלתה במשך השנים: אם בין 1991 עד 1998 לא נדונו כלל דילמות בהקשר בין־תרבותי, הרי בין 2008 עד 2016 נדון הנושא ארבע פעמים.

נושא הרב־תרבותיות מתפתח בשנים האחרונות, ואם בעבר מטופלים שהשתייכו לקבוצות חברתיות מוחלשות או לרקע תרבותי שונה מזה של המטפל טופלו לעיתים ללא רגישות מספקת לערכי תרבותם, הרי בשנים האחרונות, עם התפתחות הפסיכולוגיה הרב־תרבותית והעלייה במודעות לפערים בבריאות הנפש בעשורים האחרונים, מטופלים מודעים יותר לצורך לספק טיפול שמתחשב בערכיו של המטופל, בצרכיו ובהעדפותיו השונות.

יש הסבורים כי במקומות שונים בעולם ובתרבויות שונות יימצאו גם דילמות שונות. אולם בפועל נמצא כי במקומות שונים בעולם כגון בספרד, בישראל ובארצות הברית הדילמות שבהן עוסקות ועדות האתיקה דומות יחסית. לדוגמה, בארצות הברית (Pope & Vetter, 1992), בספרד (Herreros et al., 2014) ובישראל (Ferencz Kaddari et al., 2016) נמצא שהדילמות השכיחות עסקו בנושאים דומים: אוטונומיה וסודיות. המחקרים האלה עלולים להוביל את החוקרים למסקנה השגויה כי אין צורך בראיה רב־תרבותית של תחום האתיקה. לטענתנו, גם אם הדילמות דומות, הרי הפתרונות שלהם יצטרכו להיות מותאמים לתרבות הספציפית. לאור זאת נדרשים מחקרים שיזהו ויבדקו את השיקולים החברתיים, הכלכליים והפוליטיים שעשויים להשפיע על המלצות הוועדות.

בוועדה הנוכחית אחת הדילמות בנושא הרב־תרבותיות עסקה בשאלה שהפנה מטפל יהודי חילוני ששאל אם יוכל להמליץ למטופלת בעלת רקע חרדי, בתחילת הריונה, לבצע הפלה. המטופלת קיבלה טיפול תרופתי שהיה עלול לסכן את העובר, ולמטפל היה ברור שהפלה הייתה ההמלצה המקצועית הנכונה. עם זאת, מכיון שהיה רגיש לערכים האישיים והתרבותיים של המטופלת, הוא פנה להיוועץ בוועדה. הוועדה המליצה למטפל למסור למטופלת את חוות דעתו המקצועית ולהמליץ לה להתייעץ גם עם הסמכות הערכית הדתית שלה.

סיכום

ועדות האתיקה ממלאות תפקיד חשוב בקידום בריאות הנפש, ויש לראות בפעילותן מטרה מרכזית להבנה ולהנחלה של ערכי האתיקה כליבה של כל מקצוע, אם כי המחקר בתחום מצומצם יחסית. אף על פי שבספרות

המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017, פרק 6, סע' 6.2). לבסוף אישרה ועדת האתיקה להעביר את המטופל למוסד אחר ובתנאי שההעברה תהיה מסודרת והמטופל יזכה לרצף טיפולי.

כסף

הדילמות האלה התמקדו במצבים שבהם המשאבים הכלכליים מוגבלים (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל 2017, פרק 5, סע' 5.5). אחת הדילמות בנושא זה נגעה לרצון של המחלקה לסיים טיפול עם מטופל שמשלם תעריף מופחת ולהעדיף על פניו מטופל שישלם תעריף גבוה ויכניס כספים רבים יותר למחלקה. המלצת הוועדה הייתה שהחלטה טיפולית תתבסס על שיקול מקצועי בלבד, בלי לערב שיקול כספי.



התנהגות אישית ומקצועית לא הולמת של המטפל

דילמות מסוג זה (קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל 2017, פרק 2, סע' 2.5) היו שכיחות פחות, וכמעט לא הובאו לדיון בוועדה שבה עוסק המחקר הנוכחי. ייתכן שמטופלים נרתעים מהגשת תלונות על מטופלים מחשש שהוועדה תפעל מתוך הטיה לטובת המטופלים. יש לקחת בחשבון שיתכן שהתלונות הללו הובאו לוועדת האתיקה של הפ"י או הר"י או לוועדת התלונות. עם זאת, בשנים האחרונות, בעקבות מתן דגש לאוטונומיה של המטופלים, וכשיחסי מטפל־מטופל הופכים מיחסים פטרנליסטיים ליחסים הדדיים יותר, הייתה עלייה בתלונות של מטופלים על המטופלים (Messano et al., 2014). לפיכך ייתכן שבעתיד יובאו יותר תלונות של מטופלים כלפי המטופלים, ומומלץ להמשיך לעקוב אחר המגמות בסוגיה.

סוגיות רב־תרבותיות

במחקר הזה הוצגו מעט מאוד דילמות בנושא הזה בוועדה. הממצא הזה מפתיע במיוחד לאור העובדה שפער תרבותי בין מטופל ובין מטפל עלול להיות קשור לתוצאות טיפוליות נמוכות

מהתפתחויות חברתיות, רפואיות ומשפטיות דוגמת תפיסת המטופל במרכז, שינויים ביחסי מטופל-מטפל, התפתחויות טכנולוגיות, שינויים בשקיפותן של רשומות רפואיות והתייחסויות לסוגיות הרב-תרבותיות בטיפול. לאור המגבלה המרכזית של המחקר הנובעת מהתמקדות בפעילותה של ועדת אתיקה אחת במסגרת מרכז פסיכיאטרי במרכז ישראל יש צורך להמשיך ולהעמיק את ההבנה המחקרית בתחום. ניתן להמליץ לחוקרים נוספים לבחון ועדות אתיקה נוספות ופורומים נוספים בישראל. בנוסף, מחקרים עתידיים עשויים להתמקד בבחינת שיטות העבודה המומלצות לוועדות האתיקה. כן נראה שמתוך המחקר רבי-היריעה הזה אפשר לראות מה הדילמות העיקריות וכמו כן אפשר לעקוב אחר התמורות בפתרונות לדילמות האלה. המלצה יישומית תהיה להיערך להתעדכנות מתמדת של ציבור המטפלים ולהנגיש את המידע הזה מתוך ועדות האתיקה כמו גם מתוך פורומים נוספים שעוסקים בדילמות אתיות כדי שאלה יוכלו לשפר את ההתמודדות שלהם עם דילמות אתיות שאיתן הם עשויים להתמודד.

המחקרית נעשו ניסיונות לסקור דילמות אתיות (Bringedal et al., 2018; Fox et al., 2007), מחקרים בנושא לא התבססו על ניתוח תמתי של פרוטוקולים מעבודת הוועדות. גם מתוך המחקרים שהתייחסו לרשומות מוועדות אתיות, הרי שהמחקרים האלה התייחסו למידע מוגבל בלבד ולא סקרו מכלול של דיונים (Syse et al., 2016) או סקרו רק מספר מועט של רשומות כגון 40 דוחות מתועדים (Herreros et al., 2014). חלקם בחנו ותיעודו את פעילות הוועדה במשך שנה אחת בלבד (Herreros et al., 2014; Streuli et al., 2014). במחקר הנוכחי הניתוחים התבססו על תיעוד מדויק ורב-שנים שממנו הופקו תובנות בקשר לדילמות האתיות שנדונו בוועדה במשך תקופה ארוכה. המחקר הזה התבסס על 112 ישיבות של הוועדה במשך 25 שנים רצופות שבהן נדונו 241 דילמות ב-466 נושאים אתיים. המידע הזה מאפשר הזדמנות ייחודית לחקור שינויי עומק בדילמות האתיות ובנושאים בשיח האתי. הממצאים מלמדים שהשיח האתי המשתקף בדילמות שהובאו לוועדה ובהמלצותיה מושפע, בין היתר,

מקורות

חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, ס"ח 1591.

קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, 2017. חברה באיגוד הבין-לאומי למדע הפסיכולוגיה (2017).

Akabayashi, A., Kodama, S., & Slingsby, B. T. (2008). Is Asian bioethics really the solution? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(3), 270–272. <https://doi.org/10.1017/S0963180108080328>

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making –The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Bringedal, B., Isaksson, R. K., Magelssen, M., Førde, R., & Aasland, O. G. (2018). Between professional values, social regulations and patient preferences: Medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *Journal of Medical Ethics*, 44(4), 23943. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104408>

Bruce, C., Smith, M., Hizlan, S., & Sharp, R. (2011). A systematic review of activities at a high-volume ethics consultation service. *Journal of Clinical Ethics*, 22(2), 151164. PMID: 21837887

Courtwright, A., & Jurchak, M. (2016). The evolution of American hospital ethics committees: A systematic review. *Journal of Clinical Ethics*, 27(4), 322340. PMID: 28001139

DuVal, G., Clarridge, B., Gensler, G., & Danis, M. (2004). A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 251258. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21238.x>

- Ferencz Kaddari, M., Shifman, A., & Koslowsky, M. (2016). Modeling psychologists' ethical intention: Application of an expanded theory of planned behavior. *Psychological Reports, 118*(3), 691709. <https://doi.org/10.1177/0033294116647691>
- Fernandez, H., Joffe, S., & Feldman, E. A. (2018). Informed consent and the role of the treating physician. *New England Journal of Medicine, 378*(25), 24332438. <https://doi.org/10.1056/NEJMhle1800071>
- Fox, E. (2016). Strategies to improve health care ethics consultation: Bridging the knowledge gap. *AMA Journal of Ethics, 18*(5), 528533. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.5.pfor1-1605>
- Fox, E., Myers, S., & Pearlman, R. A. (2007). Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. *The American Journal of Bioethics, 7*(2), 1325. <https://doi.org/10.1080/15265160601109085>
- Gaudine, A., Thorne, L., LeFort, S., & Lamb, M. (2010). Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada. *Journal of Medical Ethics, 36*(3), 132137. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.032607>
- Godkin, M. D., Faith, K., Upshur, R. E. G., MacRae, S. K., & Tracy, C. S. (2005). Project examining effectiveness in clinical ethics (PEECE): Phase 1—Descriptive analysis of nine clinical ethics services. *Journal of Medical Ethics, 31*(9), 505–512. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.010595>
- Gorka, C., Craig, J. M., & Spielman, B. J. (2017). Growing an ethics consultation service: A longitudinal study examining two decades of practice. *AJOB Empirical Bioethics, 8*(2), 116127. <https://doi.org/10.1080/23294515.2017.1292327>
- Hajibabae, F., Joolaee, S., Cheraghi, M. A., Salari, P., & Rodney, P. (2016). Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 9*, 17. PMID: 28523118; PMCID: PMC5432947
- Hauschildt, K., & De Vries, R. (2020). Reinforcing medical authority: Clinical ethics consultation and the resolution of conflicts in treatment decisions. *Sociology of Health & Illness, 42*(2), 307326. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13003>
- Herreros, B., Ramnath, V. R., & Bishop, L. (2014). Clinical ethics protocols in the clinical ethics committees of Madrid. *Journal of Medical Ethics, 40*(3), 205208. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100791>
- Jansky, M., Marx, G., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2013). Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nursing Ethics, 20*(7), 771–783. <https://doi.org/10.1177/0969733013478308>
- Jimenez, D. E., Cook, B., Bartels, S. J., & Alegría, M. (2013). Disparities in mental health service use of racial and ethnic minority elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(1), 1825. <https://doi.org/10.1111/jgs.12063>
- Leeds, I. L., Efron, D. T., & Lehmann, L. S. (2018). Surgical gatekeeping - Modifiable risk factors and ethical decision making. *New England Journal of Medicine, 379*(4), 389–394. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms1802079>
- McGee, G., Spanogle, J. P., Caplan, A. L., & Asch, D. A. (2001). A national study of ethics committees. *The American Journal of Bioethics, 1*(4), 60–64. <https://doi.org/10.1162/152651601317139531>
- Messano, G. A., De Bono, V., Di Folco, F., & Marsella, L. T. (2014). Past and present of risk management in healthcare. *Igiene e Sanità Pubblica, 70*(4), 421–430. PMID: 25353272
- Nakash, O., & Saguy, T. (2015). Social identities of clients and therapists during the mental health intake predict diagnostic accuracy. *Social Psychological and Personality Science, 6*(6), 710–717. <https://doi.org/10.1177/1948550615576003>
- Pearlman, R. A., Foglia, M. B., Fox, E., Cohen, J. H., Chanko, B. L., & Berkowitz, K. A. (2016). Ethics consultation quality assessment tool: A novel method for assessing the quality of ethics case consultations based on written records. *The American Journal of Bioethics, 16*(3), 3–14. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1134704>
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist, 47*(3), 397411. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.3.397>

- Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M., & Kihlgren, A. (2017). Clinical ethics support for healthcare personnel: An integrative literature review. *HEC Forum*, 29(4), 313346. <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>
- Reches, A. (2014). The joint ethics treaty, position papers. *Israel Medicine Association*. <https://www.ima.org.il/eng/ViewContent.aspxCategoryId=4496>
- Reiter-Theil, S. (2016). Initiating and maintaining clinical ethics support in psychiatry. Ten tasks and challenges – And how to meet them. *Clinical Ethics*, 11(23), 4553. <https://doi.org/10.1177/1477750916649119>
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 12751285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804. PMID:11032203
- Streuli, J., Staubli, G., Pfändler-Poletti, M., Baumann-Hölzle, R., & Ersch, J. (2014). Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital. *European Journal of Pediatrics*, 173(5), 629–636. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2221-2>
- Swetz, K. M., Crowley, M. E., Hook, C., & Mueller, P. S. (2007). Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(6), 686–691. PMID:17550748
- Syse, I., Førde, R., & Pedersen, R. (2016). Clinical ethics committees-also for mental health care? The Norwegian experience. *Clinical Ethics*, 11(2–3), 81–86. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1477750916657656>
- Tapper, E. B., Vercler, C. J., Cruze, D., & Sexson, W. (2010). Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(5), 433–438. PMID:20435836; PMCID:PMC2861972
- Tarzian, A. J., & ASBH Core Competencies Update Task Force (2013). Health care ethics consultation: An update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force. *The American Journal of Bioethics*, 13(2), 313. <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750388>
- Thompson, M. N., Goldberg, S. B., & Nielsen, S. L. (2018). Patient financial distress and treatment outcomes in naturalistic psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 523530. <https://doi.org/10.1037/cou0000264>
- Waltho, S. (2011). Rethinking paternalism: An exploration of responses to the Israel Patient's Rights Act 1996. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 540543. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.042101>

מדור אקטואליה

ערכה: נועה אליאס

סיכון וחוסן אצל הורים וילדים בזמן מלחמת חרבות ברזל

אפרת שר־צנזור,¹ רינת פניגר־שאל,² דוד אופנהיים,³ נינה קורן קריא,⁴
מייסאן ריא⁵ ואולגה קלרטג^{6*}

תקציר

במחקר הזה בחנו את השפעותיהם של אירועי 7 באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל על הורים וילדים לאחר שבעה עד תשעה חודשים מפרוץ המלחמה. במחקר השתתפו 1,689 הורים לילדים שאך נולדו ועד בני 18 מהחברה היהודית והערבית. מהמחקר עולה כי אף שמרבית המשפחות שהשתתפו במחקר אינן גרות באזורי לחימה, הורים רבים חוששים לחייהם ולחיי משפחתם ודיווחו על תסמינים פסיכולוגיים שלהם ושל ילדיהם ברמה שמעל הטווח הנורמלי וכן על שחיקה הורית וקשיים בתקשורת עם הילדים על המלחמה. הקבוצות הספציפיות שנמצאו בסיכון גבוה במיוחד היו משפחות שבהן ההורים נחשפו למספר רב של אירועים שקשורים למלחמה, משפחות עקרות ומשפחות שבהן ההורים נחשפו לאזעקות תכופות או לפיגועי טרור בילדותם, ולא דווקא לאירועים קשים כעת. תמיכה חברתית ומקצועית ומסוגלות עצמית יצירתית נמצאו קשורות למצוקה מופחתת, אך לא הצליחו להפחית את השפעותיה השליליות הכוללות של המלחמה. מהמחקר עולה המסקנה ולפיה יש צורך במתן תמיכה מקצועית מותאמת לשלוש הקבוצות שזוהו כנתונות בסיכון גבוה וכן למשפחות ערביות, בייחוד בכל הקשור לתקשורת הורה־ילד בנושא המלחמה.

מבוא

בספרות המחקר ובספרות הקלינית מוצע שלחץ מתמשך פוגע בבריאותו הפיזית והנפשית של האדם (Chiang et al., 2022). אומנם יחידים והחברה כולה מסתגלים לנסיבות חיים קשות, אך לעיתים הסתגלותם גובה מחיר גבוה ותלויה במאזן בין גורמי סיכון ובין גורמי מגן שמאפיינים את היחיד ואת משפחתו (Masten, 2001). אף שנעשו מחקרים בנושא לחץ, חסרים מחקרים על הסתגלותם של הורים וילדים שחוו טראומה ולחץ קולקטיביים ממושכים.

ממחקר שנערך באוקראינה חודשים מספר לאחר הפלישה הרוסית עלה כי חשיפה של ההורים להצטברות אירועים שקשורים למלחמה הייתה קשורה לתסמיני פוסט־טראומה (PTSD) אצל ההורים וילדיהם בני השלוש עד 18 ולדיווח ההורים על שינויים לרעה בתסמיני הדיכאון, החרדה והבידוד שלהם ובבעיות ההתנהגות של ילדיהם (Hyland et al., 2023; Karatzias et al., 2022). שירות ההורים בצבא או עבודתם בתפקידי חירום נמצאו כגורמי סיכון לפוסט־טראומה אצל ילדיהם (McElroy, 2024). במחקר אחר של קבוצת המחקר האוקראינית, שנערך שישה שבועות לאחר הפלישה הרוסית לאוקראינה, נמצא כי עקירה מהבית הייתה קשורה לתסמיני פוסט־טראומה אצל מבוגרים (Ben-Ezra et al., 2023).

¹ פרופ' אפרת שר־צנזור היא פסיכולוגית, פרופ' חבר בתוכנית הבין־תחומית לתואר שני ושלישי בהתפתחות הילד בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: esher@psy.haifa.ac.il

² רינת פניגר־שאל היא פסיכולוגית ודרמה־תראפוטית מדרכה, מרצה בכירה וראש התוכנית לטיפול בדרמה־פסיכודרמה בבית הספר לטיפול באומנויות באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: rfernigers@univ.haifa.ac.il

³ פרופ' דוד אופנהיים הוא פסיכולוג, פרופסור מן המניין וסגן ראש בית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: oppenhei@psy.haifa.ac.il

⁴ פרופ' נינה קורן קריא היא עובדת סוציאלית קלינית ופרופ' חבר בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: nkoren@psy.haifa.ac.il

⁵ מייסאן ריא היא מרפאה בעיסוק, תלמידת תואר שני בתוכנית הבין־תחומית לתואר שני בהתפתחות הילד בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: maysan.raya24@gmail.com

⁶ אולגה קלרטג היא קלינאית תקשורת, תלמידת תואר שני בתוכנית הבין־תחומית לתואר שני בהתפתחות הילד בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה באוניברסיטת חיפה. דוא"ל: ollagn@gmail.com

* המחקר נערך במרכז לחקר התפתחות הילד באוניברסיטת חיפה במימון רשות המחקר של אוניברסיטת חיפה. אנחנו מבקשים להודות מקרב לב להורים אשר הקדישו מזמנם ושיתפו אותנו בהתמודדותם ובהתמודדות משפחתם בימי המלחמה המתמשכת. מספר הטלפון של המרכז: 04-8240534



לטיבם, היא המנבאת מצוקה נפשית (Felitti et al., 1998; Sher- Censor et al., 2024) או שמא לאירועי לחץ מסוימים יש השפעה חמורה יותר מלאירועי לחץ אחרים (Sayyah et al., 2022). עקב זאת בדקנו אם ככל שההורים נחשפו למספר רב יותר של אירועים שקשורים למלחמה כך הם דיווחו על רמות גבוהות יותר של מצוקה. כמו כן בחנו את החשיפה לאירועים ספציפיים של מוות, של פציעה או חטיפה של קרוב משפחה, חבר או מכר, של עקירה מהבית ושל שירות מילואים ממושך כדי לבדוק אם לאירועים האלה יש השפעות שליליות במיוחד.

הרעיון השלישי מבוסס אף הוא על מודלים של טראומה ועל פיו, מי שנחשף לאירועי חיים שליליים בילדותו נמצא בסיכון להתקשות בהתמודדות עם אירועי לחץ בבגרותו (Sheffler et al., 2019). לפיכך בחנו את חשיפת ההורים לאירועי לחץ כגון מלחמה ומתקפות טרור בילדותם כדי לבדוק אם היא גרמה להם ולילדיהם להיות פגיעים יותר מאחרים להשפעות אירועי 7 באוקטובר והמלחמה.

על פי הרעיון הרביעי, גורמי מגן אישיים וסביבתיים עשויים להפחית את ההשפעה המזיקה של חשיפה ללחץ מתמשך. בגוף הידע המחקרי מוצע כי למרות חשיפה לאירועי חיים שליליים, אנשים ונשים רבים שומרים על רמת תפקוד טובה (Bonnano, 2004). חוסן, לפי הגישה הזאת, הוא פונקציה של היחס בין גורמי הסיכון ובין גורמי המגן העומדים לרשות האדם. ככל שלרשות האדם עומדים גורמי מגן אישיים וסביבתיים רבים יותר כך הוא מתמודד טוב יותר עם לחץ ומתאושש במהירות רבה יותר מאירועים טראומטיים (Belsky, 1984; Masten, 2001). עקב זאת בחנו אילו גורמי מגן זמינים להורים, ואם הם מפחיתים את ההשפעות השליליות של אירועי 7 באוקטובר והמלחמה על ההורים וילדיהם.

הרעיון החמישי גורס כי אף שההשפעות של אירועי לחץ הן אוניברסליות, ייתכנו גם השפעות תלויות תרבות. עם זאת כמעט אין מחקר על הנושא בקרב משפחות שאינן מתרבות "מערבית" (Cooke et al., 2021). על כן כללנו במחקרנו משפחות מהחברה היהודית ומהחברה הערבית בישראל.

השיטה

משתתפים

במחקר השתתפו 1,689 הורים - הורה אחד מכל משפחה - אשר דיווחו על אחד מילדיהם. המדגם אופייני "בסיכון נמוך" מבחינת רקע המשפחות טרום המלחמה: שיעור בעלי ההשכלה העל-תיכונית היה 89% (ממוצע שנות השכלה=16.7); רובם היו בזוגיות (94.9%); ללא אבחנה רפואית כרונית או פסיכיאטרית (88.8%); ורק מיעוט (5%) דיווח על טראומה של התעללות, הזנחה או

גם במחקרי סקר שנערכו בישראל בתחילת מלחמת חרבות ברזל ובחודשי הלחימה הראשונים נמצאו רמות גבוהות של תסמינים פסיכולוגיים אצל מבוגרים וילדים (לדוגמה, הורים לתינוקות וילדים עד גיל שש: בלנק ואחרים, 2024; מבוגרים: קמחי ואחרים, 2024). ועם זאת הסקר שערכו קמחי ואחרים (שם) לאחר שבוע, שישה שבועות ושלושה חודשים מתחילת המלחמה העיד על שינויים במשך הזמן. אומנם נמצא שינוי לטובה במידת תסמיני הלחץ, אבל המבוגרים דיווחו על ירידה בהרגשת החוסן שלהם ובמידת התמיכה שקיבלו מהקהילה ומסביבתם הקרובה.

מחקרנו נועד להרחיב את הידע על השפעות המלחמה על הורים ועל ילדיהם בהיבטים האלה: (1) בחינת השפעות המלחמה לאחר פרק זמן ארוך מזה שנבדק עד כה; (2) בדיקת השפעותיה של המלחמה על הורים וילדיהם ועל הקשר בין הורים ובין ילדים בכלל ובייחוד על התקשורת ביניהם בנושא המלחמה; (3) בחינת תפקידם של גורמי סיכון מילדותם של ההורים; (4) למידה על תפקידם של גורמי מגן שעומדים לרשות ההורים; (5) התמקדות במדגם רב-תרבותי ובו משפחות מהחברה היהודית והחברה הערבית. המחקר נערך כדי לסייע לאנשי המקצוע ולקובעי המדיניות לזהות את המשפחות שנמצאות בסיכון גבוה במיוחד ולהעניק להן את המענה המיטבי.

שאלות המחקר נגזרו מחמישה רעיונות תאורטיים. על פי הרעיון הראשון, יחסי הורים-ילדים משמשים מקור הגנה וביטחון לילדים. מגוף ידע מחקרי נרחב עולה שהביטחון הרגשי שילדים מקבלים מיחסיהם עם הוריהם ממלא תפקיד מרכזי בהתמודדותם עם לחץ ועם טראומה (Houbrechts et al., 2023). בין היתר הורים יכולים לשמש מגן לילדיהם בתיווך האירועים בעת שיחות משותפות (Oppenheim & Koren-Karie, 2021). מחקרים על שיח הורה-ילד בקשר לאירועים רגשיים אוטוביוגרפיים בימי שגרה מדגימים את התרומה של תקשורת פתוחה, של התאמת השיח לילד ושל מתן תומכות ליכולתם של ילדים להכיל אירועים רגשיים ולהגיע לרזולוציה שלהם (Koren-Karie et al., 2008). בהתבסס על המחקרים האלה עולה השאלה עד כמה הורים מצליחים לשמש מגן לילדיהם כאשר הם עצמם חווים לחץ מתמשך. בייחוד חסר מחקר על תקשורת הורים-ילדים בנושא המלחמה (Carpenter et al., 2017). לפיכך התמקדנו במחקרנו בהורים ובקשר הורה-ילד ובחנו כיצד המלחמה משפיעה על מצוקתם הפסיכולוגית של ההורים והילדים, על שחיקה הורית ועל השיח בין הורים ובין ילדים בקשר לאירועי 7 באוקטובר והמלחמה וכן מהו הקשר בין מאפייני השיח ובין מצוקתם הפסיכולוגית של הילדים.

הרעיון השני מבוסס על גוף הידע המחקרי על טראומה. חוקרים חלוקים בדעתם בשאלה אם הצטברות אירועי לחץ, ללא קשר

(השאלות הותאמו לגילם) ושאלות על תקשורת שקשורה למלחמה (שאלות שלא הועברו לאימהות לתינוקות). הסקרים הועברו בעזרת תוכנת קוולטריקס (Qualtrics) בעברית ובערבית והופצו בקבוצות ווטסאפ. נעשתה דגימת יתר של הורים שפונו מיישובי עוטף עזה ומגבול הצפון. להורים הוצע שובר שי לקפה ומאפה ששוויו 20 ש"ח. ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה אישרה את המחקר (אישור מס' 157/25). ראו פירוט כלי המחקר בטבלה 1.

ממצאים ודיון

ההבדלים בין הקבוצות והקשרים בין המשתנים נבדקו בעזרת ניתוחי שונות רב־משתניים וניתוחי רגרסיה ונמצאו מובהקים ברמה של $p < .05$.

שאלת מחקר 1: כיצד השפיעו אירועי 7 באוקטובר והמלחמה על מצוקתם הפסיכולוגית של הורים וילדים ועל הקשר הורה ילד?

כדי לענות על השאלה הזאת פעלנו בשלושה שלבים. בשלב הראשון כימתנו את האירועים הקשורים למלחמה שההורים נחשפו אליהם. שיעור הנחשפים לאירוע אחד לפחות היה 77.7% (ממוצע=2.03, טווח=0-10, סטיית תקן=1.74). שכיחות כל אירוע מוצגת בתרשים 1.

חוסר תפקוד של התא המשפחתי בילדות. למרבית הילדים (87.1%) לא הייתה אבחנת בריאות כרונית או התפתחותית. רוב המשתתפים במחקר היו אימהות (93.5%); גילן נע מ־21-64 (חציון=38.0). שיעור היהודים היה 82.8%, שיעור המוסלמים 12.7%, שיעור הנוצרים 2.3% ושיעור הדרוזים היה 1.8%. שיעור החילונים היה 59.0%, המסורתיים 10.9%, הדתיים 26.9% והדתיים־חרדים 3.1%. מחצית ההורים בקירוב - 50.9% - דיווחו על בנותיהם. שיעור התינוקות (לידה עד שנה) בדיווחים היה 20.1%, הפעוטות (שנה עד שנתיים) 6.9%, טרום בית ספר (שלוש עד חמש) 20.6%, טרום התבגרות (שש עד עשר) 31.2% ושיעור המתבגרים (11-18) היה 21.2%. עד 7 באוקטובר שיעור המשפחות שהתגוררו בצפון הארץ היה 35.3%, בחיפה וסביבתה 20.5%, בגוש דן והשרון 23.6%, בירושלים וסביבתה 7.0% ובדרום הארץ 13.6%. שיעור המדווחים על פיגוי מבינם מאז פרוץ המלחמה עמד על 14.2%.

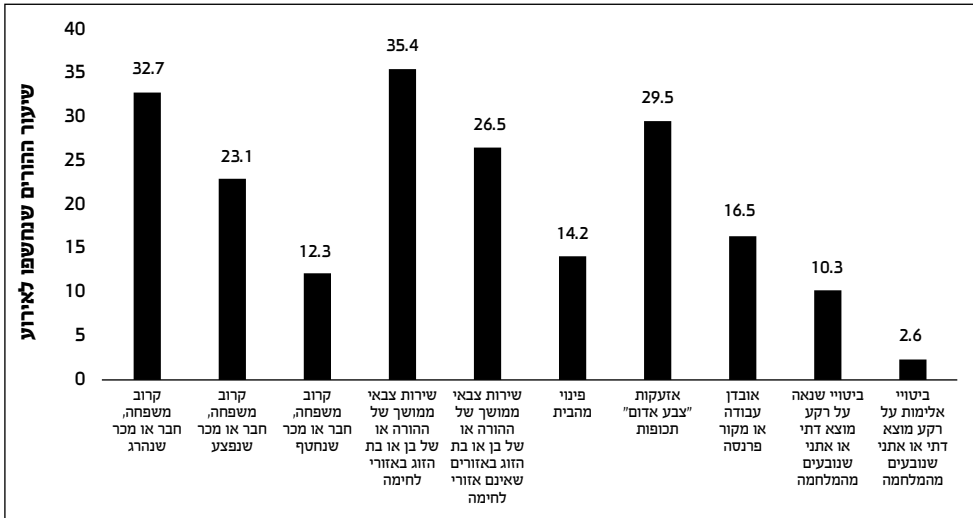
הליך וכלים

מחקר הסקר נערך ממאי עד יולי 2024. נכלל בו סקר לאימהות ולאבות לילדים, מפעוטות בני שנה ועד ילדים בני 18, וסקר לאימהות לתינוקות שאך נולדו ועד 12 חודשים. הסקרים היו זהים מלבד שאלות שנגעו למצוקה הנפשית של הילדים

טבלה 1 - כלי המחקר

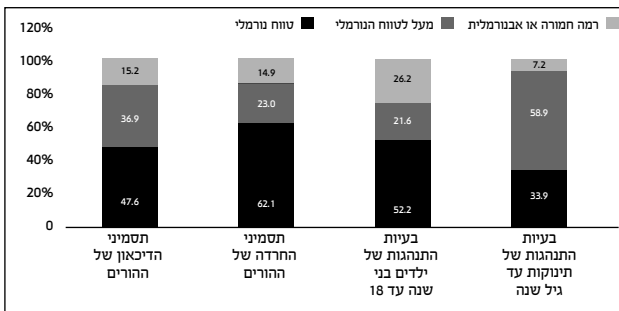
שם משתנה	שם הכלי
מצוקה נפשית של ההורים	
הרגשת סכנה בגלל המלחמה	Sense of Danger (Solomon & Prager, 1992).
תסמיני דיכאון וחרדה	Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (Lovibond & Lovibond, 1995).
מצוקה נפשית של הילדים	
בעיות התנהגות של הילדים	The Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). לשאלון הזה הוספנו תסמינים של קשיי שינה, אכילה, הרטבה, לכלוך והיעדרות מבית הספר, שכן במחקרים קודמים נמצא שהם שכיחים במלחמה.
בעיות התנהגות של התינוקות	The Baby Pediatric Symptoms Checklist (Sheldrick et al., 2013).
קשר הורה ילד	
שחיקה הורית	Brief Parental Burnout Scale (Aunola et al., 2021).
תקשורת הורים ילדים על אירועי 7 באוקטובר והמלחמה (הועבר להורים לילדים בני שלוש עד 18)	הותאם מתוך Event-Related Household Discussions (Carpenter et al., 2017; Malloy et al., 2024).
גורמי סיכון	
חשיפה של ההורים לאירועי 7 באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל	שאלון חשיפה למלחמה (שי ושר־צנזור, 2023).
חשיפה של ההורים לאירועים שליליים לפני גיל 18	Adverse Childhood Experiences Checklist 18 (Center for Disease Control, 2016; Felitti et al., 1998). לשאלון הזה הוספנו שאלה על חשיפה לאזעקות מרובות או לפיגוע טרור בילדות.
חשיפה של ההורים לאלימות קשה בבגרותם לפני המלחמה	שאלון חשיפה לאלימות (ריא ושר־צנזור, 2024).
גורמי מגן	
תמיכת בן או בת הזוג	Co-parenting Support Scale (Bronte-Tinkew et al., 2007).
תמיכה של גורמים רשמיים ולא רשמיים	שאלון גורמי תמיכה (שחר־להב ואחרים, 2024).
מסוגלות עצמית יצירתית	Creative Self-Efficacy (Tierney & Farmer 2002).
שאלון דמוגרפי	פותח לצורכי המחקר, ונכלל בו מידע כגון מין ההורה ושנות השכלתו.

תרשים 1: שכיחות האירועים הקשורים למלחמה שההורים נחשפו אליהם



בשלב השני בחנו את המצוקה הנפשית של ההורים ושל הילדים מבחינת הרגשת הסכנה של ההורים במלחמה והתסמינים הפסיכולוגיים של ההורים וילדיהם. הרגשת סכנה בשל המלחמה: שיעור ההורים שדיווחו על הרגשת סכנה במידה מועטה לפחות היה 85.0%. הורים רבים מקרב

תרשים 2: תסמינים פסיכולוגיים של ההורים ושל הילדים והתינוקות



על תסמינים בטווח הנורמלי. הממצאים האלה מקבלים יתר משמעות משום שמדדי התסמינים שהשתמשנו בהם ובעזרתם נקבעה ההבחנה בין טווח "נורמלי", "מעל לטווח הנורמלי", ו"רמה חמורה או אבנורמלית" הם כלים מקובלים ומתוקפים. לצד זאת, ועל אף החשש מהבאות, ראוי לציין ששיעור ההורים שלא דיווחו על תסמיני חרדה מעבר לטווח הנורמלי היה 62%. בשלב השלישי כימתנו את איכות הקשר הורה-ילד מבחינת השחיקה ההורית ומאפייני התקשורת בין הורים ובין ילדים בני שלוש ומעלה. שחיקה הורית: שיעור ההורים שדיווחו על הרגשת שחיקה פעם בשבוע לפחות היה 48.9%. הרגשת העייפות של ההורים האלה מתפקידם כהורים הייתה חזקה עד כדי כך שלא היה די בשינה בלבד כדי להקל אותה, והם חוו אותה פעם בשבוע עד כל יום. הם הרגישו שחוקים כהורים, הרגישו כי הם מטפלים בילדיהם "על טייס אוטומטי" וכי הם אינם מסוגלים עוד להביע את אהבתם לילדיהם או אינם יכולים להכילם כהורים. השחיקה נמצאה מועטה למדי בקרב הורים לתינוקות ובקרב הורים למתבגרים והגבוהה ביותר בקרב הורים לילדים בני שלוש עד עשר.

כלל משתתפי המחקר דיווחו על מידה רבה או רבה מאוד של חשש לחייהם (20.9%), לחיי משפחתם והיקרים להם (28.5%), על חשש לפגיעה בהם או במשפחתם בגלל ביטויי גזענות רבים יותר בעקבות המלחמה (26.0%), לפגיעה במצבם הכלכלי (30.2%) ולהישנות השואה (41.2%). כלומר אף שמרבית ההורים לא גרו באזור שהייתה בו סכנה מיידית בעת עריכת המחקר, רבים חששו לחייהם ולחיי משפחתם. מלבד זאת בלט כי שיעור החוששים מהיתכנות לאירוע קיצוני כמו השואה היה גדול משיעור החוששים מאירועים קיצוניים פחות. הממצאים הללו מעידים על רמת לחץ גבוהה אצל רבים מההורים.

אף שמרבית ההורים לא גרו באזור שהייתה בו סכנה מיידית בעת עריכת המחקר, רבים חששו לחייהם ולחיי משפחתם. שיעור החוששים מהיתכנות לאירוע קיצוני כמו השואה היה גדול משיעור החוששים מאירועים קיצוניים פחות. הממצאים הללו מעידים על רמת לחץ גבוהה אצל רבים מההורים

תסמינים פסיכולוגיים של ההורים ושל הילדים: כמו שאפשר לראות בתרשים מספר 2, שיעור ניכר מההורים ומילדיהם, ובכללם תינוקות מתחת לגיל שנה, הציגו תסמינים מעל לטווח הנורמלי. בבחינת התסמינים הספציפיים נמצא כי שיעור הילדים בני שנה ומעלה שהתקשו לישון היה 60.8%, שיעור הילדים שסבלו מקשיי אכילה היה 48.8%, שיעור הגמולים לפני 7 באוקטובר ששבו להרטיב או ללכלך היה 9.6% ושיעור הילדים בגיל בית ספר שנעדרו מהלימודים עמד על 19.8%. אומנם איננו יודעים מה הייתה רמת התסמינים של ההורים והילדים לפני המלחמה, אבל ידוע לנו שלמרבית המשפחות לא היו גורמי סיכון ניכרים לפניו. לכן לולא המלחמה היינו מצפים שמרביתן ידווחו

הנורמה, על שחיקה הורית ניכרת ועל אידיעה כיצד לשוחח עם ילדיהם על המלחמה. ההורים דיווחו על אסטרטגיות שיח מגוונות עם ילדיהם, אך אף אחת מהן לא נמצאה כמיטיבה. על פי ספרות מחקרית, חשיפה מתמשכת של ילדים להורים במצוקה ששחוקים מהטיפול בילדיהם ומשוחחים עימם באופן שאינו מיטיב עלולה לפגוע בהרגשת הביטחון של הילדים. ואכן, לפי דיווח ההורים, רבים מהילדים הפגינו מצוקה פסיכולוגית מחוץ לטווח הנורמה.

ממצאינו מעידים על הצורך בהסברה ברמה ארצית להורים ולאנשי מקצוע שנמצאים בקשר עם הורים וילדים. חשוב שההסברה תתקף את מצוקתם של ההורים ותציע דרכים להקל אותה. מלבד זאת חשוב להקדיש משאבים לחשיבה של אנשי מקצוע על תקשורת הורה-ילד בזמן מלחמה ועל תמיכה בהורים כדי שיוכלו ליצור תקשורת מיטיבה עם ילדיהם, בייחוד משום שההורים נדרשים לתווך לילדיהם מצבי סכנה לא שגרתיים וקשים במיוחד. חשוב להקדיש זמן ומשאבים גם להורים לתינוקות. אומנם אימהות לתינוקות דיווחו על רמה נמוכה למדי של שחיקה הורית, אבל רבות מהן ורבים מילדיהן התינוקות הפגינו תסמינים מעל הרמה הנורמלית. אם כן, חשוב להעלות את המודעות של הורים לתינוקות ושל פסיכולוגים ואנשי מקצוע אחרים שמלווים את ההורים האלה להשפעות האפשריות של המלחמה, משום שיתכן שמקצתם סבורים שתינוקות צעירים אינם מושפעים מאירועים מלחיצים.

שאלת מחקר 2: האם לחשיפה לאירועים שקשורים למלחמה יש השפעה מצטברת? והאם לחשיפה לאירועים ספציפיים יש השפעה קשה במיוחד?

לחשיפה לאירועים שקשורים למלחמה יש השפעה מצטברת. ככל שההורים נחשפו לאירועים רבים יותר שקשורים למלחמה כך הם דיווחו על הרגשת סכנה גדולה יותר ועל תסמיני דיכאון וחרדה רבים יותר, ולתינוקות וילדים שלהם היו בעיות התנהגות רבות יותר. כמו כן, ככל שההורים נחשפו לאירועים רבים יותר שקשורים למלחמה כך הם הפגינו שחיקה הורית רבה יותר, וכאמור, נטו יותר להעביר לילדיהם את המסר כי הם אינם בטוחים ב-100%. ההשפעה המצטברת ניכרה גם לאחר התחשבות במאפיינים הדמוגרפיים של כל משפחה, בחשיפת ההורים לאירועי לחץ בילדותם ולאלימות בבגרותם לפני המלחמה.

לצד זאת נמצא שלחשיפה לאירועי מוות, לפציעה, לחטיפה של בן משפחה, חבר או מכר הייתה השפעה קשה במיוחד. הורים שנחשפו לאירועים כאלה סבלו, באחדים מהמדדים, ממצוקה נפשית רבה לעומת אחרים. הם דיווחו על הרגשת סכנה חזקה יותר, על תסמיני חרדה ושחיקה הורית רבים יותר ועל בעיות התנהגות רבות יותר של ילדיהם בהשוואה להורים שלא נחשפו

שיח הורה-ילד (בני שלוש ומעלה) על המלחמה: מחצית מההורים (50%) דיווחו כי לפעמים, או לעיתים קרובות, הם אינם יודעים כיצד לדבר עם ילדיהם על המלחמה. דאגתם הייתה שכיחה יותר ככל שהילדים היו צעירים יותר. לצד זאת, ואולי עקב זאת, שיעור המדווחים על הימנעות משיח עם ילדיהם על המלחמה היה 20.2%. כלומר לעיתים קרובות או קרובות מאוד הם הסתירו מידע מילדיהם או ניסו להימנע מלדבר איתם על המלחמה. הורים שנעקרו מבתיהם ביישובי העוטף נטו לדווח פחות על הימנעות משיחה. כמו כן, ככל שההורים דיווחו על ילדים בוגרים יותר או חוו יותר אירועים שקשורים למלחמה כך הם נטו לדווח על פחות הימנעות. הימנעות משיח עם ילדים על טראומה נחשבת בספרות המחקר ובספרות הקלינית לאסטרטגיה לא רצויה, שכן הילדים אינם מקבלים סיוע מהוריהם בעיבוד החוויה והכלתה ועלולים לפרש את אירועי המלחמה באופן לא מדויק ומועצם. שיעור ההורים ששיתפו את ילדיהם לפעמים או לעיתים קרובות בחשש לביטחונם, כלומר ציינו בפני הילדים שהם אינם בטוחים ב-100% בגלל המלחמה, היה 16.5%. שיתוף מעין זה יכול להיות מותאם למציאות הקשה במקרים מסוימים, ובמקרים אחרים עלול להעצים את הרגשת חוסר הביטחון אצל הילדים. הורים מהחברה הערבית נטו יותר לדווח על שיתוף הילדים בחשש לביטחונם. כמו כן, ככל שההורים דיווחו על ילדים בוגרים יותר או נחשפו לאירועים רבים יותר שקשורים למלחמה כך הם נטו לדווח יותר על שיתוף הילדים בחשש הזה. שיעור ההורים שיזמו לעיתים קרובות או קרובות מאוד שיח ישיר עם ילדיהם על המלחמה וניסו לברר מה הילדים יודעים על המלחמה, מה עוד הילדים היו רוצים לדעת ומה הם מרגישים עמד על 12.4%. ככל שההורים דיווחו על ילדים בוגרים יותר או על חוויית אירועים רבים יותר שקשורים למלחמה כך הם נטו להשתמש יותר באסטרטגיה הזאת.

לאחר שהבאנו בחשבון מאפיינים דמוגרפיים של המשפחות ומאפייני סיכון של מידת החשיפה של ההורים לטראומה בילדותם, לאלימות בבגרותם ולאירועים שקשורים למלחמה גילינו שכל אחד ממאפייני השיח האלה (אידיעה כיצד לדבר עם הילד, הימנעות משיח איתו, שיתוף הילד בחשש לביטחונם ושיח ישיר) קשור לבעיות התנהגות רבות יותר בקרב הילדים. כלומר לא נמצאה במחקרנו אסטרטגיית שיח מיטיבה. ייתכן שהממצאים האלה משקפים את המגבלה של הדיווח העצמי, שכן מחקרים תצפיתיים על שיח הורים-ילדים בקשר לחוויות רגשיות בימי שגרה מעידים על סגנונות שיח שמסייעים לילדים להעצים את הרגשת הביטחון שלהם. על כן יש צורך במחקר נוסף בנושא.

לסיכום שאלת מחקר 1: שבעה עד תשעה חודשים לאחר תחילת המלחמה הורים רבים דיווחו על מצוקה פסיכולוגית מעל לטווח

בילדותם או כעת לאירועים שליליים קשים שקשורים למלחמה נתונות, כצפוי, בסיכון הנמוך ביותר. משפחות של הורים שנחשפו בילדותם וגם כעת לאירועים שליליים קשים שקשורים למלחמה נתונות בסיכון הגבוה ביותר, ואף זאת כצפוי. משפחות של הורים שנחשפו ישירות למלחמה או לטרור בילדותם נתונות בסיכון גבוה גם אם ההורים לא חוו אירועים שליליים קשים במלחמה הנוכחית. נראה כי ההורים האלה זקוקים לתמיכה מקצועית כדי להפחית את השפעות החשיפה לאירועים בילדותם עליהם ועל ילדיהם לפרק זמן ארוך.

שאלת מחקר 4: מהם גורמי המגן שזמינים להורים, והאם הם מפחיתים את ההשפעות השליליות של אירועי 7 באוקטובר והמלחמה?

כמו שאפשר לראות בתרשים 3, נקודת אור שמסתמנת מדיווחי ההורים היא קבלת תמיכה בעיקר מבן או מבת הזוג, גם אם שירתו במילואים תקופה ממושכת, וכן מהמשפחה המורחבת ומחברים. תמיכה נוספת, אם כי תכופה הרבה פחות, התקבלה ממסגרות חינוך ומאנשי מקצוע. הדיווחים האלה עולים בקנה אחד עם התפיסה הרווחת בחברה הישראלית שמדגישה ערבות הדדית. כמו כן דיווחו ההורים על הרגשת מסוגלות עצמית גבוהה למדי בהתמודדות עם בעיות ביצירתיות.

לאחר שהבאנו בחשבון את מאפייני המשפחה הדמוגרפיים מצאנו שהורים שנחשפו במידה רבה לאירועים שקשורים למלחמה, ובייחוד הורים שנעקרו מביתם, דיווחו על קבלת תמיכה רבה מאחרים. הורים מפונים מהצפון דיווחו על התמיכה הרבה ביותר מהמשפחה המורחבת בהשוואה לשאר ההורים; הורים שפוננו מיישובי העוטף קיבלו תמיכה רבה יותר מהקהילה, מהרשות המקומית ומאנשי מקצוע לעומת שאר ההורים; והורים שפוננו מהצפון ומיישובי העוטף דיווחו על תמיכה רבה יותר ממסגרת טיפול היום או ממסגרת החינוך של ילדיהם לעומת מי שלא פונה מביתו. כלומר נראה כי מי שזקוק לתמיכה רבה יותר אכן זוכה לה. עם זאת הורים עקורים מהצפון דיווחו על הרמה הנמוכה ביותר של תמיכה מבן או מבת הזוג ולא דיווחו על רמה גבוהה יותר של תמיכה מאנשי מקצוע בהשוואה למי שלא נעקר מביתו. הממצאים האלה מעידים על הצורך בהרחבת התמיכה המקצועית לעקורים מהצפון או בהתאמתה באופן טוב יותר. ייתכן שיש להתמקד בה בייחוד בחיזוק התמיכה מבני הזוג. לאחר שליטה במאפיינים הדמוגרפיים של המשפחה וחשיפה מצטברת לאירועים שקשורים למלחמה מצאנו שהתמיכה והרגשת המסוגלות העצמית קשורים לדיווח על תסמינים מופחתים של ההורים ושל הילדים. עם זאת יש להדגיש כי גורמי המגן הללו לא הצליחו להפחית את ההשפעה השלילית של חשיפה מצטברת לאירועים שקשורים למלחמה. כלומר משפחות שבהן ההורים חוו יותר אירועים שקשורים למלחמה

לאירועים כאלה. עם זאת הם לא היו שונים ממי שלא נחשף לאירועים כאלה מבחינת תסמיני הדיכאון, בעיות התנהגות של ילדיהם התינוקות ומאפייני השיח עם ילדיהם על המלחמה. כאמור, שיעור גבוה מכלל העונים על הסקר דיווחו על רמות גבוהות של מצוקה וקושי בקשר הורה-ילד. ייתכן שמשום כך נמצאו הבדלים רק באחדים מהמדדים, ויש צורך לבחון זאת במחקר נוסף.

הורים וילדים עקורים (שיעורם מכלל המדגם היה 14.2%, מחציתם נעקרו מהצפון ומחציתם מיישובי העוטף) הפגינו מצוקה נפשית רבה יותר לעומת הורים וילדים שלא נעקרו מביתם. ההשפעה השלילית של העקירה מהבית ניכרת גם לאחר שמביאים בחשבון לא רק את המאפיינים הדמוגרפיים של המשפחה אלא גם את המידה שבה נחשפו ההורים ישירות למוות, לפגיעה או לחטיפת בן משפחה או חבר. בפרט עקורים מהצפון ומיישובי העוטף דיווחו על הרגשת סכנה רבה יותר, על בעיות התנהגות רבות יותר של ילדיהם בני השנה עד 18 ועל שחיקה הורית רבה יותר בהשוואה להורים שלא נעקרו מביתם. כמו כן הורים עקורים מיישובי העוטף דיווחו על הרמות הגבוהות ביותר של תסמיני דיכאון וחרדה. המחיר הנפשי שמשלמות משפחות עקורות מוכר מספרות המחקר על מבקשי מקלט שהיגרו למדינות אחרות. ממצאי המחקר הזה מתחברים לגוף הידע המחקרי הקיים ומציעים כי לעקירה מהבית, גם אם אינה מעורבת בהגירה, יש השפעות שליליות במיוחד. לעומת זאת לא מצאנו עדות להשפעות ספציפיות של שירות מילואים ממושך של ההורה או של בן או בת הזוג. ייתכן שהסיבה להיעדר העדות נעוצה בעובדה שההורים השיבו על הסקר חודשיים עד ארבעה חודשים לאחר שחיילי מילואים רבים שוחררו לביתם.

לסיכום שאלת מחקר 2, נראה כי בדומה לגוף הידע המחקרי על אירועי לחץ אישיים, גם בהקשר של מלחמה יש השפעה שלילית לחשיפה מצטברת לאירועים שליליים. כמו כן לעקירה מהבית, ובהיבטים מסוימים גם לחשיפה למוות, לפגיעה או לחטיפה של בן משפחה, חבר או מכר יש השפעה שלילית במיוחד.

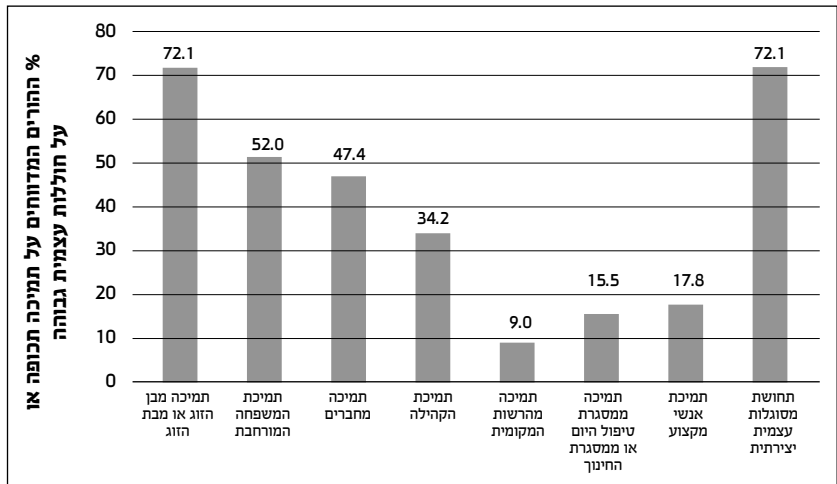
שאלת מחקר 3: האם חשיפת ההורים בילדותם לאירועי לחץ שקשורים למלחמה מעצבת את האופן שבו הם וילדיהם מושפעים מאירועי לחץ שקשורים למלחמה כעת?

שיעורם של מי שחוו התראות תכופות של "צבע אדום" או היו עדים להתקפת טרור לפני שמלאו להם 18 היה 20.9%. ההורים האלה דיווחו על רמה גבוהה של מצוקה: הרגשת סכנה חזקה יותר, תסמיני דיכאון וחרדה רבים יותר, שחיקה הורית רבה יותר ובעיות התנהגות רבות יותר של הילדים ושל התינוקות לעומת הורים שלא חוו אירועים כאלה בילדותם, ובכלל זה הורים שנחשפו לאירועי מוות, פגיעה או חטיפה של בן משפחה, חבר או מכר כעת. במילים אחרות, משפחות של הורים שלא נחשפו

לסיכום שאלת מחקר 5, נראה שהורים מהחברה הערבית נחשפו לאירועים שקשורים למלחמה במידה פחותה מהורים מהחברה היהודית, אבל יש דמיון במצוקתם של ההורים משתי החברות. ייתכן שיש צורך להרחיב את ההסברה בחברה הערבית ולעודד פנייה לעזרה, ובד בבד לקדם ולהרחיב את ההדרכות בנושא לחץ שנובע מהמלחמה הניתנות לאנשי חינוך ואנשי מקצוע שמלווים

הפגינו מצוקה רבה יותר לעומת משפחות שבהן ההורים חוו פחות אירועים כאלה, גם כשזכו לתמיכה מרובה או הרגישו מסוגלות עצמית. ייתכן שנדרש זמן רב יותר כדי לזהות התאוששות, וייתכן כי תמיכת בני הזוג, המשפחה המורחבת, חברים ומסגרות חינוך אינה מספקת ליצירת התאוששות כזאת.

תרשים 3: גורמי מגן של ההורים



הורים וילדים.

מגבלות ומסקנות מעשיות

בבואנו לפרש את הממצאים מהמחקר עלינו להביא בחשבון שלוש מגבלות: ראשית, המחקר מבוסס על מדגם לא מייצג אשר אופיין בסיכון נמוך לפני המלחמה. אי אפשר להסיק ממנו על משפחות שעמדו לרשותן משאבים פסיכוסוציאליים מצומצמים לפני המלחמה. יש לשער כי המשפחות האלה חוות קשיים גדולים עוד יותר. נוסף על כך התבססו

על דיווחים עצמיים. המחקר משקף את תפיסות ההורים בקשר לעצמם ולילדיהם. התפיסות האלה חשובות ומציגות את חוויית ההורים, אך יש צורך במחקר שיערב איסוף מידע באמצעות ראיונות ותצפיות ישירות על אינטראקציית הורה-ילד ועל ילדים בסביבות יום-יומיות נוספות כמו מסגרות חינוך. לבסוף, הנתונים נאספו בנקודת זמן אחת, ולכן יש להיזהר מלייחס לממצאים קשרי סיבה ותוצאה. לדוגמה, ייתכן שבעיות ההתנהגות של הילדים משפיעות על האופן שבו ההורים בוחרים לשוחח עימם, על השחיקה ההורית ועל רווחתם הנפשית של ההורים.

למרות המגבלות האלה הצגנו במחקר שלוש קבוצות שנתונות בסיכון מוגבר, ולפיכך עליהן לקבל עדיפות במאמצי איתור וסינון להפניה לסיוע מקצועי: משפחות שבהן ההורים נחשפו למספר רב של אירועים שקשורים למלחמה, משפחות של עקורים ומשפחות של הורים שנחשפו לאזעקות תכופות או לפיגועי טרור בילדותם (גם אם ההורים העקורים או ההורים שנחשפו לטרור בילדותם לא נחשפו לאירועים קשים שקשורים למלחמה הנוכחית). לצד זאת עולה כי משפחות עקורים מהצפון ומשפחות מהחברה הערבית זקוקות לתמיכה טיפולית מקצועית רבה יותר ומותאמת יותר. כמו כן יש צורך בהסברה ייעודית להורים בנושא התקשורת עם ילדיהם על המלחמה. אחת הדרכים לעשות זאת היא שימוש בהדרכות וידאו קצרות בכלי התקשורת וברשתות החברתיות (למשל, פרנקל ושמואל, 2024; קנייפז, 2023). לסיים, בכוננתנו לחזור להורים ולאסוף מהם מידע בעוד כמה חודשים כדי לבחון שינויים לאורך זמן. אנחנו מקווים שבקרוב יחזרו אתגרי ההורים להיות אתגרים שבשגרה, והשינויים במדדים השונים יהיו לטובה.

שאלת מחקר 5: האם יש הבדלים בין משפחות מהחברה היהודית ובין משפחות מהחברה הערבית?

אחת מחוזקותיו של מחקרנו נעוצה ביחס למשפחות מרקעי תרבות מגוונים בישראל, ובפרט משפחות מהחברה הערבית. ממצאי מחקרנו מלמדים כי המלחמה משפיעה על החברה היהודית והערבית הן בדרכים דומות הן בדרכים ייחודיות לכל חברה. הורים יהודים נחשפו לאירועים רבים יותר שקשורים למלחמה בהשוואה להורים ערבים. שכיחות החשיפה לכל אירוע הייתה גבוהה יותר בקרב הורים יהודים לעומת הורים ערבים, מלבד ביטויי שנאה ואלימות על רקע דתי או אתני בגלל המלחמה, אירועים שהורים ערבים דיווחו עליהם יותר מהורים יהודים.

מלבד דיווחם של הורים יהודים על בעיות התנהגות רבות יותר של ילדיהם ועל מסוגלות עצמית יצירתית נמוכה לעומת הורים ערבים לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בתסמיני הדיכאון והחרדה של ההורים, בשחיקה ההורית, במאפייני השיח עם הילדים ובתסמיני התינוקות. אולם הורים ערבים דיווחו על הרגשת סכנה רבה יותר, בייחוד לחייהם, למצבם הכלכלי ולפגיעה בהם ובמשפחתם בגלל עלייה בגזענות בעקבות המלחמה. כמו כן הם דיווחו על קבלת תמיכה פחותה בהשוואה להורים יהודים. אף שהחברה הערבית נחשבת לקולקטיבית ומלוכדת מהחברה היהודית, ייתכן שהמלחמה והשפעותיה נדונות בה פחות. ייתכן שישנה לגיטימציה או מתן תוקף פחותים להכרה בהשפעות המלחמה, ועקב זאת הורים מהחברה הערבית מבקשים או מקבלים תמיכה במידה מועטה לעומת הורים יהודים.

מקורות

בלנק, כ', שי, ד', נבון, י', סילברמן, ש' ושבית, י' (2024). קשיים רגשיים והתנהגותיים בקרב ילדים בגיל הרך והוריהם: תמונת מצב עדכנית בעקבות המלחמה. מכון טאוב.

פרנקל, ט' ושמואל, א' (2024). איך לדבר עם ילדים במלחמה: כלים מעשיים לשיח בונה חוסן.

<https://www.runi.ac.il/whats-up-lobby/news/how-to-talk-to-children-in-war>

קמחי, ש', אשל, י', מרציאנו, ה', קאים, א' ועדיני, ב' (2024). חוסן האוכלוסייה ומדדי התמודדות לאורך שלוש מדידות חוזרות במהלך המלחמה הנוכחית: דו"ח מחקר. משרד המדע והטכנולוגיה.

קניפז, ס' (2023). ילדים חטופים בעזה – השפעות של טראומה על גילאים צעירים. אוניברסיטת תל אביב. <https://bit.ly/3TilASK>

ריא, מ' ושר-צנזור, א' (2024). שאלון חשיפה לאלמות בשכונה. אוניברסיטת חיפה.

שי, א' ושר-צנזור, א' (2023). שאלון חשיפה לאירועים טראומטיים ב-7 באוקטובר ובמלחמה. בית החולים רמב"ם.

Aunola, K., Sorkkila, M., Tolvanen, A., Tassoul, A., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2021). Development and validation of the brief parental burnout scale (BPBS). *Psychological Assessment, 33*(11), 1125–1137. <https://doi.org/10.1037/pas0001064>

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55*, 83–96.

<https://www.jstor.org/stable/1129836>

Ben-Ezra, M., Goodwin, R., Leshem, E., & Hamama-Raz, Y. (2023). PTSD symptoms among civilians being displaced inside and outside the Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research, 320*, 115011.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115011>

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 2028. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>

Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C., Chou, T., Greif Green, J., & Comer, J. S. (2017). Event-related household discussions following the Boston Marathon bombing and associated posttraumatic stress among area youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(3), 331342. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063432>

Centers for Disease Control and Prevention (2016). The ACE Study Survey Data [Unpublished data]. *US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention*.

Chiang, J. J., Lam, P. H., Chen, E., & Miller, G. E. (2022). Psychological stress during childhood and adolescence and its association with inflammation across the lifespan: A critical review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 148*(12), 2766. <https://doi.org/10.1037/bul0000351>

Cooke, J. E., Racine, N., Pador, P., & Madigan, S. (2021). Maternal adverse childhood experiences and child behavior problems: A systematic review. *Pediatrics, 148*(3), e2020044131. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-044131>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, P. M., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245–248.

[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Houbrechts, M., Bijttebier, P., Calders, F., Goossens, L., Van Leeuwen, K., Van Den Noortgate, W., & Bosmans, G. (2023). Cumulative family stress and externalizing problems: Secure base script knowledge as a protective factor. *Child Development, 94*(4), 941955. <https://doi.org/10.1111/cdev.13911>

Hyland, P., Vallières, F., Shevlin, M., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Vang, M. L., Lorberg, B., & Martenskovskyi, D. (2023). Psychological consequences of war in Ukraine: Assessing changes in mental health among Ukrainian parents. *Psychological Medicine, 53*(15), 7466–7468. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000818>

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(5), 581586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

- Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martsenkovskiy, D., & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., & Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: The importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development*, 10, 465–483. <https://doi.org/10.1080/14616730802461482>.
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation.
- Malloy, L. C., Dykstra, V. W., Steen, L. A. R., Filoso, D., Salem, H., Comer, J. S., Peris, T. S., Pincus, D. B., Ehrenreich-May, J., & Evans, A. D. (2024). Avoidant parent-child communication about COVID-19: A longitudinal investigation of associations with youth adjustment across the first 6 months of the pandemic. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(2), 253–266. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01133-1>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McElroy, E., Hyland, P., Shevlin, M., Karatzias, T., Vallières, F., Ben-Ezra, M., Vang, M. L., Lorberg, B., & Martsenkovskiy, D. (2024). Change in child mental health during the Ukraine war: Evidence from a large sample of parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1495–1502. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02255-z>
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2021). Parental insightfulness and parent-child emotion dialogues. In R. A. Thompson, J. A. Simpson, & L. J. Berlin (Eds.), *Attachment: The fundamental questions* (pp. 120–127). Guilford Publications.
- Sayyah, M. D., Merrick, J. S., Larson, M. D., & Narayan, A. J. (2022). Childhood adversity subtypes and young adulthood mental health problems: Unpacking effects of maltreatment, family dysfunction, and peer victimization. *Children and Youth Services Review*, 137, 106455. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106455>
- Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Sheldrick, R. C., Henson, B. S., Neger, E. N., Merchant, S., Murphy, J. M., & Perrin, E. C. (2013). The baby pediatric symptom checklist: Development and initial validation of a new social/emotional screening instrument for very young children. *Academic Pediatrics*, 13(1), 7280. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.08.003>
- Sher-Censor, E., Fengier-Schaal, R., Slonim, M., & Koren-Karie, N. (2024). Effects of adverse childhood experiences on observed parenting and children's behavior problems among Jewish and Arab Muslim families in Israel. *Development & Psychopathology*, 111. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001111>
- Solomon, Z., & Prager, E. (1992). Elderly Israeli holocaust survivors during the Persian Gulf War: A study of psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1707–1710. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1707>
- Tierney, P., & Farmer, S. M. (2002). Creative self-efficacy: Its potential antecedents and relationship to creative performance. *Academy of Management Journal*, 45(6), 1137–1148. <https://doi.org/10.5465/3069429>

המשך מעמוד 13

מקורות

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2017). **קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל**. <https://www.psychology.org.il/StaticContent/athics/index.html#22>

זקס, י' (2010). **לרפא עולם שבור: החיים כקריאה לאחריות**. מגיד.

משרד הבריאות (התשנ"ב 1991). **כללי הפסיכולוגים, אתיקה מקצועית**.

משרד הבריאות (2019). **אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות. חוזר המנהל הכללי מס' 9/2019**. <https://www.gov.il/he/pages/mk09-2019>

צו שמונה - גיוס דרך חיים שמשלבת חשיבה מערכתית, CBT, ACT וחוכמה יהודית להגמשת ערכים ואמונות שיתרמו למאמץ המלחמתי

יששכר עשת

הקדמה

מאמר זה הוא מעין יומן מלחמה שאני מתעד בו חלק מההתמודדות שלי עם איימי המלחמה. אני עושה זאת באמצעות עשיית שלום בעולמנו הפנימי, שלום בין הזהות היהודית ובין הזהות הישראלית; זהו שילוב של חוכמה יהודית, חשיבה מערכתית, CBT ו-ACT. את דברי החוכמה היהודית אני עוטר במדיטציה שהיא תפילה ופרשנות שמבוססת על הידע המקצועי העומד לרשותי. החלק הראשון במאמר הוא מבוא תאורטי על שילובים אלו. החלק השני הוא חלק מיומן מלחמה זה.

מבוא

במאמר זה אביא קטעי הגות שונים, מדיטציות ותפילות שמשלבים חוכמה יהודית, חשיבה מערכתית, CBT ו-ACT שגייסתי למלחמת אוקטובר 2023. פרשנותי ורעיונותי משולבים במקורות (המנוקדים) כדי להביע גמישות של ערכים, אמונות ועקרונות חיים בתחומי חיים מגוונים. מחקרים מעידים שעקרונות גמישים מאפשרים לאדם להסתגל למצבים קשים ולהעניק משמעות לחייו (אלמוג וגולדברט, 2013; בק, 2014). את הדברים הללו אני מפרסם ברחבי הרשת למען כל מי שחיבורים אלו עשויים לעזור לנפשו המעונה שנקרעה באירועי השבת, 7 באוקטובר; הם אמורים לתרום לשלום בעולמנו הפנימי, שלום בין הזהות היהודית ובין זהות הישראלית. לדברים הללו אין זכויות יוצרים כי המדינה הפקיעה אותם למלחמה זו, בדיוק כמו שעושים למכונית המגויסת.

החיבור בין עולמות תוכן אלו החל אצלי בשנים הרבות שבהן עבדתי עם ד"ר יאיר כספי במיזם רחב היקף שזיהה את הפסיכולוגיה ביהדות. המיזם כונה "לדרוש אלוהים" והציע לכל אדם לחיות את חייו בנוכחות אלוהים (כספי, 2017). אחר כך העמקתי בידע פסיכולוגי חדשני בתחומי חשיבה

מערכתית, CBT ו-ACT, ולימוד יום-יומי של גמרא עם חברות יהודים שחיים על פי ההלכה. בכל בוקר, בשעה בחמש, אנו מתייצבים בבית הכנסת מתן נחליאל בכרמיאל וצוללים אל תוך דפי הגמרא בהנחיית הרב ישעיהו קניאל. חברי הדתיים מבקשים להבין את שורשי ההלכה, ואני מבקש לדלות מהגמרא דקויות מופלאות על יחסיו של האדם עם עצמו, עם חבריו, עם הטבע ועם אלוהים. לימודים אלו לא גרמו לי להרגיש צורך לחיות על פי ההלכה, אבל פתחו לפניי זוויות ראייה נוספות באותם נושאים שהפסיכולוגיה עוסקת בהם.

ההיסטוריה מלמדת שנפש האדם הייתה, והיא עדיין, שדה קרב בין הפסיכולוגיה ובין הדת. בספרם של קאמינגס ואחרים (Camming et al., 2009) מובאים מאמרים שכתבו חוקרים מכמה תרבויות ובהם מתוארים מאבקים בין פסיכולוגיה ובין דת בדתות שונות. במאמר שזכיתי לכתוב (עשת, 2010) ובו סקרתי מאבקים אלו בהקשר של הדת היהודית ציינתי שיש גם לא מעט מהלכי פיוס בין שני התחומים הללו, והם מובילים בהדרגה לשיתופי פעולה. עבודתי זו היא חלק ממהלכי פיוס אלו.

בין השאר מצאתי שתי הוגות שהפליאו לשזור את אלוהים בעולמן באופן שמעורר תקווה לאפשרותו של חיבור כזה. נטליה גינזבורג (2021) אומרת לנו שאלוהים חשוב יותר מהאמונה או מחוסר האמונה שלנו בו כי הוא מביא לנו **רגעי פליאה**. אתי הילסום (2002) חושבת שהמאמץ להגן על שלום הגוף והרכוש מלווה בפחדים ובטינות. לעומתם מי שחוה את אלוהים כסוכך עליו, איש לא יוכל לגזול אותו ממנו.

בסוף המאה התשע-עשרה הציע ג'יימס (2007) את האמונה הדתית כמשאב שנותן משמעות לחיים. הוא דימה את המתלבט בקשר לבחירה להאמין באלוהים כעומד במעבר הרים באמצע סופת שלגים וערפל. השבילים נראים בקושי, אבל עליו לנוע. אם יעמוד, יקפא למוות. אם ילך בשביל לא נכון, ייפול ויתרסק. מה יעשה אפוא? "חזק ואמץ", הציע ג'יימס. לדבריו, יש לפעול כמיטב היכולת (לגלות את אלוהים), לקוות לטוב ביותר, לקבל את מה שיבוא. אם יבוא



מדמיין את ההרגל החדש, נותן לגופי לחוש את בערת חודש. אב שמציתה את אלול. ימי הסליחות מחרידים כל מסלול. סליחות מלטפות אשמות ובושות, ולא להתנצל כדי לנצל. אם אני חווה ימים אלו כימי רצון, אני מבקש: כוונני לבחון את לבבי בין סליחות של העליון, להיכון לגשמי ברכות. וכבר אני שומע שמשמיים מקישים במקלותיהם על דלתות וקוראים קומו עורו ישנים, סליחות!

עשיית שלום בעולמנו הפנימי, שלום בין הזהות היהודית ובין הזהות הישראלית תתרום לאיחוי השסע בחברה הישראלית

ספטמבר 2023, לקראת חגי תשרי, המדינה במהפכה: במדיטציה ובתפילתי אני רואה בעיני רוחי שיירות של נמלים בשדות אוספות זרעים אל קיניהן. כמוהן אני טורח לאסוף אל קיני אלבומי "שנות טובות", את מעשיי הטובים, את הברכות שבירכוני ואת התודות שהודיתי. אלו הם זרעי הטוב לעתיד לבוא.

ספטמבר 2023, פרשת וילך: ברגעיו האחרונים מעביר משה רבנו בשירה את עיקרי התורה השומרת על העם. האומנות מגמישה ערכים ולכן מאפשרת הסתגלות למצבים משתנים. וְהָיָה כִּי תִמְצָאנָה אֶת עַם יִשְׂרָאֵל כְּעוֹת רִבּוֹת וְצָרוֹת, וְעָנְתָהּ, עֲזָרָה הַשִּׁיבָהּ הַזֹּאת לְפָנָיו לְעֵד. המשוררת פניה ברגשטיין מכוונת את **המדיטציה ואת תפילתי**, ואני לוחש לאלו שהלכתי בדרכם: שתלתם בי ניגונים. הניגונים הם ערכי המעצבים את דרכי ויעמדו לי לעת צרה, כי גמישים ומסתגלים הם כמו שירה. ואני מעלה אותם ושר אותם בליבי להתחזק.

2023, צום גדליהו בן אחיקם משולב עם רצח רבין: צריך להחזיר את השלום לשיח הציבורי. בלי שלום יש מלחמה. במדיטציה ובתפילתי אומר לי הילל הזקן: הַיּוֹי מִתְלַמְּדִיּוֹ שֶׁל אֶהְרֹן, אוֹהֵב שְׁלוֹם וְרוֹדֵף שְׁלוֹם. אִם אֶשְׁכַּח שְׁלוֹם, תִּישַׁבֵּר יְמֵינִי. תִּדְבַּק לְשׁוֹנֵי לֶחְכִּי אִם לֹא אֲזַכְּרֶךָ. אִם לֹא אֶעֱלֶה אֶת הַשְּׁלוֹם עַל רֹאשׁ שְׂמֹחָתִי

ספטמבר 2023, ראש השנה: בראש השנה ממליכים את אלוהים באמצעות מאה תקיעות שופר. איני רוצה דיקטטור ולא ליברל קיצוני שאין בו צדק חברתי, כי זה וגם זה דואגים לעצמם. אני רוצה את אלוהים שהעניק לנו צדק חברתי. חוכמתו טמונה במציאות, כי מלוא כל הארץ כבודו. **במדיטציה ובתפילתי** אני משתחוה ושר: אדם ממליך עליו תורה אלוהית, דְרָכֶיךָ דְרָכֵי נְעִים וְכָל נְתִיבוֹתֶיךָ שְׁלוֹם. וכבר יש לו ממי לפחד, למי לציית, ממי לקבל רב חסד. כבר יש לו מי שישלח אם יתקן את דרכיו. ומפרקו אשר למד יצמח.

ספטמבר 2023, תשליך: המדיטציה ותפילתי לנוכח הים

המוות, כך צריך למות. בשפה דומה קרא יוסף חיים ברנר (1906) ליהודי הנלחם על חייו להרים ראש מעל לצער, לפתוח שער לעולם, ללא פחד מהתוצאות, להעז לראות את ההווה המכובדת והקדושה. בעקבות הגות זו עשיתי אני ניסיון לשילוב כזה בספרי **פתח לנו שער, סיפורים קצרים על פסיכותרפיה בזמני חורבן גלות נחמה וגאולה** (עשת, 2009). כשהתחילו להשתמש בערכים ובאמונות יסוד בטיפול CBT ו־ACT (אלמוג וגולדברט, 2013; בק, 2014) שמחתי שכבר יש לי בסיס מחקרי לשילוב אמונה בטיפול.

יומן מלחמה 2023. תקווה בעמק הבכא, לקראת שלום בין זהות יהודית וישראלית בעולמנו הפנימי

אסופת ההרהורים, השירים, המדיטציות, התפילות והפרשנות על פרשת השבוע פורסמו ברחבי הרשת, ללא זכויות יוצרים, ואפשר להפיצם הלאה. דברים אלו ליוו אותי ואחרים עוד בתקופת מחלת קורונה ובתקופת המאבק על הדמוקרטיה בישראל. מקצתם התאמתו למלחמה; מקצתם נוצרו בזמן המלחמה. 2024 כבר כמעט הסתיימה, ועדיין איננו רואים את סוף המלחמה.

מתחילת 2023 השסע במדינה מתרחב. מעמיק גם השסע בין הזהות היהודית ובין הזהות הישראלית בעולמנו הפנימי. מתרחש הרס שיטתי של כל מי ומה שהוקם, פותח ונשמר במדינה שלנו. רבים אינם מכירים במציאות המסוכנת בתחומי הביטחון, הכלכלה, הצדק החברתי, הרוח והאמונה היהודית. כך חלפו עברו יום השואה, יום הזיכרון ויום העצמאות, ל"ג בעומר וחג השבועות. מכאן התחיל המסע שלי מבלי שידעתי שאני כבר במהלכו.

יולי 2023, 9 באב: בכל שנה בחודש אלול ותשרי אני מציע חשבון נפש לאומי בלבד עם חשבון נפש אישי. 9 באב אמור להיות יום שמחה כי זכינו לגאולת הארץ אחרי חורבן הריבונות היהודית ואלפיים שנות גלות. המתפללים קוראים את מגילת איכה כאילו החורבן נמשך. **במדיטציה ובתפילתי** אני יושב על הרצפה בבית הכנסת ובעודי שומע את מילות היהודי מספר איכה: יִשְׁכָּה בְּדָד הָעִיר רִבְתִּי, נַעֲלַמָּה הַמְגִילָה וְהַתְּגִלוֹת דְרָכֶיךָ צִיּוֹן עֲמוּסוֹת, בְּתִים בְּנוּיִים מֵהַרְיִסוֹת. המוני שבים, הרבה משאבים. חלום נרקם, בית שלישי מוקם. בחלוצים ניפחת נשמת אפשרות פעולה לגאולת יהודים ישראלים.

אלול: בחודש אלול מנהל היהודי חשבון נפש לתיקון עצמי. אני מציע חשבון נפש שבוחרים בו הרגל אחד שעליו נעמול במשך השנה כדי לרוכשו או לשנותו. המחקר מלמד ששינוי הרגל מורכב עשוי להימשך גם שנה. **במדיטציה ובתפילתי** אני

שחיי יתגלגלו וישפיעו על העולם אחרי מותי באמצעות רוחי המונצחת בחומר שנוצר. חייכת, ביקשת סליחה ואמרת תודה כי בזכות יהודי ישראלי העולם יכול להיות טוב יותר. שמעת ישראל? לכל הפחות יש אלוהים אחד, ועל טוב ליבנו הוא סומך. את האפשרות לקשר המפרה לנפטר ואת האפשרות לחיים משמעותיים לצד המוות נטע טוב ליבו של האל בחוקרים רובין ואחרים (2016) וארווין יאלום (2011).

עקרונות גמישים מאפשרים לאדם להסתגל למצבים קשים ולהעניק משמעות לחייו

אוקטובר 2023, פרשת בראשית: במדיטציה ובתפילתי
אני קורא לשותפות האדם עם בורא העולם: אנא אלוהים, מלא ברוחך בְּחֻמָּה, בְּתְבוּנָה וְדַעַת, לְעֲשׂוֹת בְּכָל מְלָאכָהּ בהצלחה מלאה את החיילים והחיילות, החטופים והחטופות, המשחררים והמשחררות, המפונים והמפונות, המעודדים והמעודדות, המשפחות הפגועות, הרופאים והרופאות, המורים והמורות, התורמים והתורמות, המתנדבים והמתנדבות. ואתה אלוהים, שמע בקולה של ברוריה: עשה בלב הרשעים שייאור במ ניצוץ טוב הלב שנטעת בכל היצורים שבראת.

אוקטובר 2023, פרשת נח: האמונה בטוב שיש באדם
מתערערת, ואצלי היא מתחזקת מתוך **המדיטציה והתפילה** המבוססות על דברי התורה והמחקר: אל תקרא בתורה יֵצֵר לֵב הָאָדָם רַע מִנְעֻרָיו. יצר לב האדם רע מנעוריו. מִנְעֻרָיו הם תרבות ומנהיגים שעטים עלינו כמו עיט להרוס את הגרעין הטוב שבנו. אחוז חזק בגרעין הטוב הזה. דע, כמו שמסופר במסכת נידה, כי הוולד במעי אימו, נר דלוק לו על ראשו וְצוּפָה וּמְבִיט מְסוּף הָעוֹלָם וְעַד סוּפּוֹ, וסופג אל תוכו את טוב העולם. ויוצא בשפת משורר תהילים נְקִי כַפַּיִם וְבַר לֵבָב אֲשֶׁר לֹא נִשְׂא לְשׂוֹא נִפְשִׁי וְלֹא נִשְׁבַּע לְמַרְמָה.

24 באוקטובר 2023: העולם הדתי קורא תהילים ונושא תפילות לשלומנו. שבילי הקדושה הם מחוץ לספר ומחוץ לבית הכנסת. זוהי **המדיטציה ותפילתי** לקדושת כל יום, מתוך מילות הפיוט ונתנה תוקף. כבר העליתי את זה ביום מלחמת יום הכיפורים, אבל עכשיו המילים נותנות תוקף לקדושת יום זה: הִנֵּה יוֹם הַדִּין. קדושת יום הדין שֶׁהוּא נוֹרָא וְאִיּוֹם, נִתֵּן לוֹ תוֹקֵף. כי חוֹתֵם יָד כָּל אָדָם בּוֹ. שׁוֹפֵר גְּדוֹל יִתְקַע, וְקוֹל דְּמָמָה דְּקָה יִשְׁמַע. אנשים טובים, מְלָאכִים, יִחַפְּזוּן לְמַעֲשֵׂי חֶסֶד. הם הַמְעַבְּרִים אֶת רַע הַגְּזֵרָה. אָדָם יִסְדּוּ מַעֲפָר וְסוּפּוֹ לְעַפָּר. בְּנִפְשׁוֹ יָבִיא לְחַמוֹ. אך חוֹתֵם יָד כָּל אָדָם לְעוֹלָם יִישָׂא. לא חלום הוא, מציאות היא.

הגדול: בתנועה מעגלית של הזרע אני מפזר בים את כל החסדים שזכיתי לקבל ומכריז: אני משליך אל הים את כל הטובות שזכיתי להן. חוכמה אלוהית שיצרה את מחזור המים מעלה את הטובות לעננים. כך יורדים גְּשָׁמֵי בְּרָכּוֹת.

ספטמבר 2023, יום הכיפורים ויום מלחמת יום הכיפורים: אני טורח להזכיר את חטא הגאווה של מלחמת יום הכיפורים. לא די לחזור בתשובה, לצום ולבקש מאלוהים שיסלח לנו. יש ללמוד מהניסיון. **במדיטציה ובתפילתי** עולות מילות הפיוט ונתנה תוקף המיוחסת לרבי אמנון ממגנצא: וְקוֹל דְּמָמָה דְּקָה יִשְׁמַע. וּמְלָאכִים יִחַפְּזוּן. וְיִאמְרוּ הִנֵּה יוֹם הַדִּין, מִי בְּקִצּוֹ וּמִי לֹא בְּקִצּוֹ. אָדָם, בְּנִפְשׁוֹ יָבִיא לְחַמוֹ. מלחמת יום הכיפורים היא הדין, חורבן הבית השלישי, אז והיום. אם לא נכחיש זאת, נוכל לתקן.

אוקטובר 2023, סוכות: השבר בחברה והשנאה בינינו עמוקים ומייגעים. **המדיטציה ותפילתי** בסוכה, מעליי כוכבים ועל ברכיי ארבעת המינים כסמל לאחדות בין שונים כמו שהכריז רבי שניאור נחמן מלדי: הִרִינִי מְקַבֵּל עַל עַצְמִי מִצְּוֹת וְאֶהְבֶּתָּ לְרַעְךָ כְּמוֹךָ, כדי שתהיה זו סוכת שלום. בואו אורחים, אושפיזין. בואי, שלומית של נעמי שמר, הבונה סוכת שלום. אני מבקש שכולנו נתחבק וננוע ימינה ושמאלה ונשיר: הִנֵּה מֶה טוֹב וְיִמָּה נְעִים שְׁבֶת אַחִים גַּם יָחַד.

אוקטובר 2023, שמחת תורה, לפני מלחמת חרבות ברזל:
במדיטציה ובתפילתי קריאה לילדים כמו בכל שנה: קנו ילד וילדה, דגל לשמחת תורה. שירו בקול תורה אורה, צאו לרחובות במוצאי החג. ריקדו עם ספר הספרים. היו שמחים עד הגג דָּוִד מְלֶךְ יִשְׂרָאֵל, שִׁיר הַשִּׁירִים, הִבֵּה נְגִילָה, וְהִבֵּה נְרַנְּנָה לְאֵל. ולמי שלא זכר, גם את השיר לכבוד חג האסיף ליוגב ולאיכר.

7 באוקטובר 2023: לא הספקנו לציין את שמחת תורה כי באו חורבן, רצח וחטיפות חסרי רחמים של איש ואישה, ילד וילדה, זקן וזקנה, רבים בכל יישובי עוטף עזה. יומיים אחר כך הייתה **המדיטציה ותפילתי** על מעגל גורל העם היהודי: חורבן, גלות, נחמה, וגם תהיה גאולה. גופי חש את הימים הלוקחים אותנו הלאה אל היום הבא. ואני שואל: מה ניקח איתנו ליום הבא? מה נרצה לומר בסוף הדרך על הדרך שפעלנו בה? וידעתי! את הדברים שנעשה היום נאמר בסוף הדרך.

10 באוקטובר 2023: זוהי **המדיטציה ותפילתי** המתריסה למראה זוועת המוות: לנוכח המת קוראים בבגד קרע; ליבי נקרע ויוצאת ממנו קריאה: רְבוּנוּ שְׁל עוֹלָם! רחם עליי ותן עצה לחיים עם האין. אמרת לי שזיכרונות מתוקים מביאים עימם צער גדול, אך הם שייתנו לי כוח להמשיך. הודעת לי שבנפש יישאר הקשר עם הנפטר. הרעמת בקולך שהמוות בלתי נמנע, אך אפשר לחיות חיים משמעותיים. גילית לי

אפילוג

הכול נמשך. נולדתי ב־1945 וחוויתי כה הרבה מלחמות, כאב, תקוות ואכזבות. רק רציתי ליידע אתכם באפשרויות הנחמה מתוך ניסיוני ומלמידה מעמיקה של מאות שעות בדפי הגמרא. יש בעולם החוכמה היהודית ערכים וידע אנושי מעמיק שאין במקורות המחקר שאני מכיר. תובנות אלו מעשירות את עולם המחקר ואת עולמי ונותנות תוספת כוח להמשיך, להתיימשך ולקוות.

בכל שבוע בשנת המלחמה הוספתי לכתוב משהו מפרשת השבוע ברוח זו. הפרשות פורסמו בכמה אתרי פייסבוק ובקבוצת דוא"ל למעוניינים. כל הפרשות נמצאות ב"בלוג המציאות של יששכר עשת" תחת הלשונית "פרשות שבועיות במלחמת חרבות ברזל".

בפרשת וַיֵּצֵא אֱדָם וַיִּלְךָ לְהַפְסִיק אֶשׁ בְּלַבְנוֹן. זו הזדמנות למדיטציה ולתפילה לחיזוק ההרגל לראות קדושה בהוויה: באמצעות מילותיו של הנביא ישעיהו, כל אחד על פי אמונתו, נצא אל ליל כוכבים לבקש כוח עליון בְּהַמְצָאוֹ, בְּהִיוּתוֹ קָרוֹב וְהוּא מְרַבֵּה לְסִלּוֹחַ. גְּבַהּוּ שְׁמַיִם מְאֹרָךְ, כִּן גְּבַהּוּ דְרַכֵּי כּוֹחַ עֲלִיּוֹן. נזכור כִּי פֶּאֶשֶׁר יֵרֵד הַגֶּשֶׁם וְהַשֶּׁלֶג מִן הַשָּׁמַיִם וְשִׁמְהָ לֹא יִשׁוּבוּ, אֲלֵא אִם הָרוּ אֶת הָאָרֶץ וְהִצְמִיחָהּ לֶחֶם לְאֹכֵל. כִּן יִהְיֶה דְבַר כּוֹחַ עֲלִיּוֹן אֲשֶׁר יֵצֵא. קוֹלוֹנוּ לֹא יָשׁוּב לְשִׁמְיָם רִיקָם, אֲלֵא אִם כִּן עֲשִׂינוּ שְׁלוֹם, צַדִּיק חֲבֵרְתִּי וְחִמְלָה לְכָל נַפְגְּעֵי אֶרֶץ, הוּא שֶׁחַפֵּץ כּוֹחַ עֲלִיּוֹן. וְאֵז בְּשִׁמְחָה יֵצֵא וּבְשִׁלּוֹם נֹבֵל. הַהֲרִים וְהַגְּבְעוֹת יִפְצְחוּ לְפָנֵינוּ רִנָּה וְכָל עֵצֵי-הַשָּׁדָה יִמְחָאוּ כָף, וּבְשִׁמְיָם נַחְמָה.

רשימת המקורות באתר הפ"י.

אוקטובר 2023, פרשת לך לך: יש תקווה בברית האיומה בין הבתרים, כמו שמסופר בספר בראשית. אני מתרכז כמיטב יכולתי הדלה **במדיטציה ובתפילה** באירועים שקרו: אנשים באו בדהרה ויבתרו בתרים באנשים. וַיֵּרֵד הָעֵיט עַל הַפְּגָרִים. ותהדמה וַאֲיִמָּה חֲשֶׁכָה גְדֹלָה נִפְלְתָה עַל הָעוֹלָם וְתַנּוּר עֶשֶׂן וְלִפְיָד אֶשׁ עֲבָרוּ בֵּין הַבְּתָרִים. כך שבה ונכרתה הברית בין אלוהים ובין האדם. וַיֵּרָא אֱלֹהִים כִּי טוֹב עוֹלָם הַטֶּבַע, אֲךָ רַק בִּידֵינוּ לְהַתְכוּוֹן אֵל טוֹב זֶה בְּעִשְׂיִית תְּשׁוּבָה שֶׁהִיא הַתִּיקוֹן הָעֲצָמִי - בַּתְּפִילָה שֶׁהִיא הַתְּקוּוּהָ וּבְצַדִּיקָה שֶׁהִיא הַמַּעֲשִׂים הַטוֹבִים. הֵם מַעֲבִירִים אֶת רֵעַ הַגְּזֵרָה.

לדברי ויליאם גיימס, אמונה דתית היא משאב שנותן משמעות לחיים. היום יש למחשבה זו בסיס מחקרי

4 בנובמבר 2023, פרשת וירא: במדבר ללא מים. הגר מיואשת. וישמעאל ממשיך לקרוא לאלוהים. וַיִּשְׁמַע אֱלֹהִים אֶת קוֹל הַנֶּעֱר. וַיִּקְרָא מִלֶּאֱלֹהִים אֶל הַגֵּר מִן הַשָּׁמַיִם וַיֹּאמֶר לָהּ, אֵל תִּירָאִי. קוֹמִי שָׂאִי אֶת הַנֶּעֱר וְהַחֲזִיקִי אֶת יָדְךָ בּוֹ, כִּי לְגוֹי גְדוֹל אֲשִׁימְנוּ. וַיִּפְקַח אֱלֹהִים אֶת עֵינֶיהָ, וַתֵּרָא בְּאֵר מַיִם. **המדיטציה ותפילתי:** בעיניים עצומות מחברות אותי המדיטציה והתפילה ליום זה, לרגע זה. אעמיק לראות בסיכונים את הסיכויים שקיימים תמיד, כך אמרו לנו במסכת ברכות: אֶפִּילוּ חָרֵב חֲדָה מוֹנַחֶת עַל צְנוּאָרוֹ שֶׁל אָדָם, אֵל יִמְנַע עֲצָמוֹ מִן הַרְחָמִים. ואני אומר לעצמי את תקוותו של דוד גרוסמן שציטט את גליליאו גליליי: התקווה שאף על פי כן נוע תנוע.



להרשמה
סרקו את הקוד



החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית
הכנס השנתי

**המצפן הפנימי בעין הסערה:
מיקוד בכוחות מְבִית**

23-25 פברואר 2025 | מלון ניר עציון



פינת הפרופיל - פרופ' גבי שפולר

בחרנו להציג בפינתנו את פרופ' (אמריטוס) גבי שפולר, פסיכולוג קליני מדריך בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוסטיקה ופסיכואנליטיקאי מנחה. במשך 42 שנים הוא היה הפסיכולוג הראשי בבית החולים הרצוג בירושלים ובמרפאותיו. בד בבד היה חבר סגל במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית ובמשך עשור בקירוב עמד בראש המגמה לפסיכולוגיה קלינית בה. לאחר מכן הוא ניהל את המרכז לחקר הפסיכואנליזה והיה מופקד הקתדרה לפסיכואנליזה על שם זיגמונד פרויד. בתפקיד הזה יזם והקים את **מארג - כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה** ועמד בראש המערכת במשך עשר שנים בקירוב (מלבד היותו כתב העת המקצועי הראשון בעברית בפסיכואנליזה, על היבטיה המגוונים, היה **מארג** ניסיון ראשון ומוצלח מאוד של שיתוף פעולה בין חברות ומכונים פסיכואנליטיים שונים בישראל). מ-1996 ועד 2006 כיהן פרופ' שפולר כיו"ר ועדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. ב-2002

ייסד את תחום "אתיקה בפסיכולוגיה" במרכז לאתיקה במשכנות שאננים ועמד בראשו, היה חבר המועצה האקדמית שם עד 2020 ואף היה מראשוני המורים לאתיקה בפסיכולוגיה בישראל. מתוקף היותו חבר המועצה הוא עמד בראש צוותים לעריכת כמה קודים אתיים חשובים: קוד האתיקה של הפסיכולוגים בישראל 2004, קוד האתיקה של החברה הפסיכואנליטית בישראל 2010 וקוד האתיקה של הקב"נים בצה"ל. כן הוא ייעץ בנושאי כתיבת קודים אתיים לקבוצות מקצועיות שונות. מלבד זאת כתב וערך פרופ' שפולר עשרה ספרים ופרסם מאה ויותר מאמרים ופרקים בפסיכותרפיה דינמית מוגבלת בזמן, בפסיכואנליזה, במחקר בפסיכותרפיה ובאתיקה מקצועית. כמו כן הוא שימש העורך המדעי של תרגומי ספרים מכוננים בתחום הפסיכולוגיה והטיפול לעברית. כיום משמש פרופ' שפולר דקן הפקולטה לפסיכולוגיה ולמדעי החברה והרוח במכללה האקדמית אחוה ויו"ר ועדת הערר העליונה בחברה הפסיכואנליטית בישראל.

למה בחרת בפסיכולוגיה?

מגיל צעיר מאוד רציתי להיות רופא. בגיל ההתבגרות אפילו חשבתי להיות רופא בעל "תבונת כפיים", כלומר כירורג או אורתופד, אבל לא הצלחתי להתקבל לבית הספר לרפואה. ויתרתי עליו ופניתי ללמוד ביולוגיה, גם עקב אהבת הטבע שהייתה בי מאז ומעולם וגם במחשבה שבמשך לימודי הביולוגיה אוכל אולי לעבור ללימודי רפואה. לאחר שנתיים וחצי בערך, לקראת תום התואר הראשון, הגעתי למסקנה כי שליפת כבד של חולדה לשם בידוד אנזים מסוים או מיצוי ויטמין מתפוז אינם תחומי העניין שלי, וודאי שאין הם משתלבים באהבת הטבע. למגינת ליבם של הוריי עזבתי את הלימודים בטרימסטר האחרון לפני גמר התואר כי חששתי להתפתות ולהישאב להמשך לימודי ביולוגיה שענייני האמיתי בהם פחת. חיפשתי עבודה ולגמרי במקרה הגעתי ל"מרכז למען הילד בירושלים" - בית חולים לילדים אוטיסטים. הייתי חונך של ילד אוטיסטי שמצבו הוגדר קשה. אף שהיה לא פשוט לתקשר איתו נוצר בינינו קשר מסוים - אותי הוא ריגש, ונהפך להיות מושא לגעגוע מבחינתו. הקשר הזה עורר עניין רב במרכז, והציעו לי להיות מדריך של קבוצת ילדים. השתלכתי גם בטיפול במוזיקה בילדים

ספר לנו מעט על הרקע שלך.

נולדתי בירושלים ב-1947 למשפחה קטנה מאוד. אני הבן הצעיר במשפחה, ויש לי אחות בוגרת ממני. הייתי ילד חביב, תלמיד טוב אבל לא יותר מזה, חברותי, סקרן ואהבתי מאוד מוזיקה. כשהייתי בן ארבע התחלתי ללמוד נגינה על פסנתר אצל ריקה זראי. ניגנתי על פסנתר הכנף שהיה בבית הוריי ואני מנגן עליו מפעם לפעם גם היום. מילדותי אהבתי לעבוד בעץ ומאז ועד היום אני עוסק בנגרות חובבנית. עד 2022 גרתי בירושלים, העיר שאהבתי מאוד בעבר. לצערי שינתה ירושלים את פניה ללא הכר, ומעיר קטנה בעלת מגוון עצום של תושבים שחיים יחד בהרמוניה בצל היסטוריה מפוארת היא נעשתה עיר מקוטבת ומפולגת. בירושלים גם למדתי במשך כל חיי: בבית הספר היסודי תחמוני, בגימנסיה העברית רחביה, באוניברסיטה העברית - למדתי בה לשלושת התארים בפסיכולוגיה - ובמכון הפסיכואנליטי בירושלים שבו עברתי את הכשרתי כפסיכואנליטיקאי. התחנתני עם מיכל, פסיכולוגית קלינית ופסיכואנליטיקאית, ונולדו לנו שלוש בנות. למשפחה הגדלה הצטרפו חתנים, כלה ושישה נכדים ונכדות אהובים, מבני שנתיים ועד בני 14. כיום אנחנו גרים בתל אביב, קרוב יותר אליהם.

בבריאות הנפש, רפורמה שעל אף הכוונות הטובות שהיו ליוזמיה בתחילה נועדה, על פי הבנתי, לכישלון, ולצער, אנחנו רואים אותו היום במלואו. התפתחויות מקצועיות משמעותיות ומתקדמות כמו כתיבת עבודת דוקטור או הכשרה פסיכואנליטית כבר היו רק שאלה של תכנון והקצאת משאבים כספיים ומשאבי זמן אדירים, שכן הייתי שקוע במלוא המרץ וההתלהבות בעבודה טיפולית, ציבורית ופרטית ובהוראה ובהכשרה של פסיכולוגים בכל הרמות המקצועיות, החל בהוראה והנחיית מחקר באוניברסיטה עבור דרך הדרכה והכשרה בהתמחות הקלינית וכלה בהסמכה להדרכה.

מה היה הנושא בעבודת הדוקטור שלך ומה תרומתו לתחום המחקר בפסיכותרפיה?

בנושא הראשון לעבודת הדוקטור שלי בחרתי בגלל רצוני לשלב שתי דיסציפלינות שהקסימו אותי: מוזיקה ופסיכואנליזה. תכנתי חקירה שנועדה להמשיג ולתעד את האופנויות שבהן הפסיכואנליזה ממשיגה ומסבירה את החוויה בעת האזנה למוזיקה. אומנם זה נושא רחב מאוד, אבל בסוף שנות השבעים ובראשית שנות השמונים של המאה העשרים, כשהתחלתי לעסוק בזה, היה קשה לאתר מנחה מתאים, והתקבלות של רעיון מופשט כזה באוניברסיטה שהייתה בעת ההיא במעין "אטרף מדעי" הייתה מסובכת לא פחות. לאחר שלוש שנים של קריאה ומחשבה ויתרתי בצער על הנושא הזה, ודי מהר לאחר מכן עלה רעיון המחקר המבוקר שעוקב אחרי תוצאותיו של טיפול פסיכודינמי מוגבל בזמן, נושא שעבדתי עליו 11 שנים.

בעת ההיא הייתה פסיכואנליזה הגישה הרווחת, ובד בבד החלו לפתח גישות קוגניטיביות קצרות מועד. החלה תחרות בנוסח מי מועיל יותר ומי "שווה" יותר, ולא מעט זמן חלף עד שהבינו שאלה גם אלה טובים, ראויים ומתאימים, והשאלה היא רק למי, באיזה מצב ובאילו תנאים. מצב העניינים הזה גרם לפסיכואנליזה לחפש דרכים לקיצור התהליך הארוך מאוד, ובמוקדים שונים בעולם הופיעו מודלים לטיפול דינמיים קצרי מועד ואפילו מוגבלים בזמן. הפולמוס על הטיפולים האלה היה עז. הטענה העיקרית שנשמעה נגדם עסקה בשטחיותם של טיפולים כאלה, בהיות תוצאותיהם עמידות לזמן קצר בלבד וכן בעובדה שעצם קיומם שובר את המוסכמה האנליטית הרחבה בדבר התארוכותם של תהליכים נפשיים התפתחותיים גם במשך הטיפול וההחלמה.

בגלל מצוקת כוח אדם במרפאת הרצוג ורשימות ההמתנה לטיפול שהחלו להתארך התחלנו ליישם בה טיפולים מוגבלים בזמן. בה בעת בחרתי לבדוק אמפירית, במחקר

האלה והתרגשתי למראה התגובות שלהם למוזיקה. לכאורה הם היו מנותקים מהמציאות, אבל בד בבד יכלו לחוות את המוזיקה: שמעו, חוו והתנועעו.

באביב יצאנו עם הילדים לטיול שנתי ברכבת מירושלים לנס הרים. חשבנו שחויית נסיעה אחרת ושהייה בטבע ישמחו את הילדים מאוד. כשהתברר שהרכבת אינה עוצרת עוד בנס הרים החלטנו (המדריכה ואני) שיעדנו יהיה לוד, אבל כשהתקרבו אליה שאלנו את עצמנו מה לנו וללוד. מאחר שלא התאפשר לנו לטייל בטבע החלטנו לנסוע לתל אביב ולהתרשם מהעיר הגדולה, מהים ומנמל יפו. הטיול היה מוצלח מאוד והעשיר את הילדים בחוויות רבות. החריגה מהמתוכנן הטרידה את הפסיכולוגית הממונה על הקבוצה עד כדי כך שהיא הציגה למנהל המוסד ד"ר אריה יארוס אולטימטום: או הוא (אני) או היא. המנהל הזמין אותי לשיחה בהולה וכשהציג בפניי את האולטימטום של הפסיכולוגית אמרתי לו שלדעתי הבחירה צריכה להיות בי. המנהל אמר לי (אומנם בצער) שכשאבוא עם דיפלומה הוא ישמח להעדיף אותי. כך עזבתי לצערי את קבוצת הילדים ופניתי, בעצתו של ד"ר יארוס, ללמוד פסיכולוגיה באוניברסיטה העברית בירושלים. לאחר השלמת התואר הראשון התקבלתי ללימודים במגמה הקלינית בתואר השני. מסלול הלימודים נגדע בעקבות מלחמת יום הכיפורים; בהמשכה התמתי לשרת בקבע שנה.

החיבור המובהק לפסיכולוגיה אירע בעת שעשיתי פרקטיקום באיתנים. שם התחלתי לראות את הקשר הברור בין מה שאני לומד ובין מה שאני עושה. ובהדרגה גם הנוכחות של הלא מודע פלשה לתוך החשיבה והעשייה והעמיקה מאוד את החוויות האנושיות והמכוננות. התרומה הגדולה במיוחד לזהות המקצועית האנליטית שלי הייתה שתי אנליזות שעברתי, האחת בראשית דרכי המקצועית והשנייה לקראת תחילת ההכשרה הפסיכואנליטית ולאורכה. התובנות, השינויים, צורת החוויה והשהות המיוחדת הזאת עם מטופלים כבשה אותי ונהפכה למוקד החיים המקצועיים שלי עד היום. חמש שנים בערך לאחר סיום לימודי הצטרפתי לצוות המרפאה לבריאות הנפש של בית החולים "עזרת נשים" בירושלים (כיום בית החולים הרצוג), והוא היה ביתי המקצועי במשך 42 שנים.

זה הפרק המקצועי העיקרי בחיי מבחינת עבודה ציבורית בתחום בריאות הנפש. ליוויתי את מערכת בריאות הנפש, מימיה הגדולים, ביכולתה לטפל ולתמוך בחולים מכל הקשת הדיאגנוסטית מחד גיסא ולגדל ולאמן אנשי מקצוע צעירים ולהפכם לאנשי מקצוע מהשורה הראשונה בסטנדרטים בין-לאומיים מאידך גיסא. משם גם צפיתי ברפורמה

כמה פסיכואנליטיקאיות מהחברה הפסיכואנליטית בישראל. בפרויקט הזה הוצע לחולים ממושכים וקשים מכל קשת האבחנה שמטופלים בבתי חולים ובמרפאות לבריאות הנפש טיפול פסיכואנליטי אינטנסיבי של שעתיים עד שלוש בשבוע במשך שנתיים לפחות. הוזמנתי לבנות מערך מחקר להערכת תוצאות הטיפול. כעבור שמונה שנים בקירוב מצאתי במחקר שיטתי עם ד"ר רפאל יונתן לאוס ועם ד"ר מעין אברג'יל (תלמידי לשעבר) כי מטופלים נהנו מירידה חדה בתסמינים, משיפור איכות החיים שלהם ומירידה של ממש במספר האשפוזים ובמספר ימי האשפוז. מלבד תרומתה לשיפור ניכר באיכות חייהם של המטופלים הירידה הזאת גם חסכונית מאוד מבחינה כספית. במחקר הראינו בבירור כי אומנם עלותו של טיפול פסיכולוגי גבוהה למדי, אבל טיפול כזה זול לאין שיעור מאשפוז. בעקבות תוצאות המחקר התרחב מאוד פרויקט "לכל נפש". בראשית הדרך הוא התנהל במרכז אחד לבריאות הנפש וכיום הוא מתקיים בשישה בתי חולים ומרפאות ברחבי הארץ.

עסקת גם בניהול. מה למדת מתפקידי הניהול שמילאת בהרצוג?

בשנות עבודתי הרבות בתפקיד מנהל השירותים הפסיכולוגיים בבית החולים הרצוג ניתנה לי הזדמנות להכיר את מערכות בריאות הנפש הציבוריות בצורה יסודית ומקיפה. בשנות השמונים והתשעים של המאה העשרים הגיעו המערכות האלה להישגים מעולים הן בעיסוקים המקצועיים הן בהכשרת אנשי מקצוע. עקב אכילס של שירותי בריאות הנפש היה השכר הנמוך, עד כדי עלבון, המשולם לפסיכולוגים תמורת עבודתם הציבורית. ולא זו בלבד שמשלמים מעט אלא שאף נדרשת השקעה עודפת רבה - בהכנה, בכתיבה, בעיבוד של מבחנים פסיכולוגיים, בקריאה ובהכנת תיאורי טיפול וסיכומים - מחוץ לשעות העבודה וללא תגמול. המצב הזה גרם לנטישה הולכת ומתעצמת של פסיכולוגים מומחים את השירות הציבורי.

בד בבד, וללא קשר לתגמול, הגו מנכ"ל משרד הבריאות וראשי האגף לבריאות הנפש במשרד את רפורמת הביטוח בבריאות הנפש, וב-2015 היא הושקה לאחר חבלי לידה ארוכים במיוחד. התנגדתי לרפורמה בכל מאודי, אך ללא הועיל. לא מעט הסכימו איתי, אך מקבלי החלטות התעלמו מהתנגדותנו, השיקו את הרפורמה, והתוצאה מוכרת לכולנו. שירותי בריאות הנפש בישראל הלכו והתנוונו. בזכות השירות הרב-מקצועי, על היבטיו השונים - פסיכיאטריים, פסיכולוגיים, קהילתיים ומשפחתיים - נוצר מערך אפשרויות מגוון ותואם את הגיוון שבהפרעות. צמצום השירותים

מבוקר ומתוך השמה רנדומלית של מטופלים לקבוצות ניסוי וביקורת, את יעילותם של טיפולים קצרי מועד. המחקר במרפאת הרצוג נמשך 11 שנים. מלבד המחקר עצמו והממצאים הברורים, התומכים והחשובים, נחשפנו לתהליך רציני מאוד של התשומות העקיפות של ביצוע מחקר ראוי במרפאה ציבורית. זה היה מחקר חלוצי מסוגו שנערך בארץ, ובעקבותיו ננקטו צעדים ומהלכים רבים מאוד להתפתחות המחקר בפסיכותרפיה בארץ בשיתוף חוקרות וחוקרים משובחים כמו פרופ' הדס ויסמן ופרופ' אוריה תישבי. אחד משיאי ההתפתחות היה הכינוס הבין-לאומי של החברה למחקר בפסיכותרפיה שנערך בימק"א בירושלים ב-2016. בעקבות הכינוס הזה הוקמה קבוצת חוקרי פסיכותרפיה בארץ ונעשתה חלק מהארגון הבין-לאומי בתחום. מספר לא קטן של חוקרות וחוקרים מעולים שזוכים להוקרה בין-לאומית ניכרת הקימו מעבדות מחקר חדשניות ופעילות בפסיכותרפיה בכל האוניברסיטאות בארץ.

העיסוק במחקר בטיפול אינו מתמקד רק בתוצאות ובעמידותן אלא בניסיון המרתק לעמוד על גורמי התהליך: מה בטיפול, במבנה, במהלכים ובהתערבויות גורם לתוצאות או משפיע על קבלת תוצאות. לגורמים האלה יש גם חשיבות קלינית וגם חשיבות רבה בהכשרת מטופלים על בסיס עובדתי מדעי ולא רק על בסיס חוויה סובייקטיבית. אומנם החוויה הזאת חשובה ומרכזית, אבל מעצם היותה תחום אקדמי ראוי שיהיה לה גם בסיס מדעי. לשמחתי, לטיפול פסיכואנליטי וליעילותו, ולאחידים מהגורמים לשינוי במהלכו, יש בסיס מדעי מוצק. לדעתי, המרכיב הבעייתי ביותר בתחום כיום הוא ההסתייגות המרובה ועקב זאת אי-הידיעה הנרחבת בקרב מטופלים על מחקרים וממצאיהם. לצערי, מטופלים משובחים רבים בתחום הטיפול הדינמי מתגוננים נגד אמירות שהתחום הזה אינו מבוסס ראיות, וזאת טעות גדולה שכן ישנם מחקרים רבים וטובים בפסיכותרפיה פסיכודינמית ובפסיכואנליזה. אפשר לדבר הרבה על הסיבות להתנגדותם של מטופלים למחקר. אני שמח לציין שההתנגדות פוחתת בשנים האחרונות, ויותר ויותר מטופלים נחשפים למחקר ונשענים על תוצאותיו. קיומן של כמה מעבדות מחקר בפסיכותרפיה במרבית האוניברסיטאות בישראל מאפשר לסטודנטים בפסיכולוגיה קלינית לבצע, במסגרת לימודיהם לתואר שני ושלישי, תזות ועבודות דוקטור שמבוססות על חקר טיפולים. זה הישג חשוב למקצוע ולעוסקים בו.

אומנם אקורד הפתיחה שלי במחקר בפסיכותרפיה היה טיפול מוגבל בזמן, אבל גולת הכותרת של עבודתי המחקרית בפסיכותרפיה פסיכואנליטית ואקורד הסיום הם במסגרת פרויקט "לכל נפש" שייסד ד"ר אילן אמיר עם עוד

אירועים שנתקלנו בהם בדיוני הוועדה ושאלות שהופנו לוועדה. כל אחד מאיתנו שימש מורה באחת האוניברסיטאות בארץ, והרגשנו בהיעדר מוחלט של חומר תאורטי ומעשי מהתרבות המקצועית בישראל. לשם כך יזמנו את עריכת הספר **סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי**, ספר שהוא המדריך (handbook) היחיד מסוגו בשפה העברית. רבים מ־39 פרקיו כתבנו אנחנו, וחברו אלינו גם מומחים רבים שכתבו כל אחד בתחומו.

בשנת 2000 יזמתי הקמת תחום אתיקה בפסיכולוגיה במרכז לאתיקה משכנות שאננים בירושלים. במרכז היוקרתי הזה, השוכן בפנינה היסטורית בלב ירושלים, נכללו תחומי אתיקה בכמה מקצועות מובילים כגון רפואה, משפטים, כלכלה, חינוך, עסקים ודת. תחילה הוצע לי להשתלב בתחום האתיקה ברפואה, אך התעקשתי על תפיסתי ולפיה הפסיכולוגיה היא תחום שונה מאוד מרפואה ביסודותיו המקצועיים, ועקב זאת גם האתיים, ועל כן להתנהלות האתית שלו נדרש מקום מיוחד ונפרד. ב־2002 התקבלה הצעתי להקים תחום בפסיכולוגיה במשכנות שאננים, והייתי המנהל המקצועי שלו עד 2020. במסגרת הפעילות במרכז נערכו אין־ספור ימי עיון, כינוסים מקצועיים ארציים ובין־לאומיים, סדנאות, הכשרות בסיסיות והכשרות למתקדמים בתחומים שונים באתיקה מקצועית. לצערנו, ב־2020 סגר המרכז לאתיקה משכנות שאננים את שערי עקב היעדר תקציבים.

אסא כשר היה סגן ראש המרכז לאתיקה והשפיע במידה ניכרת על העיסוק בדילמות אתיות מתוך הבלטת ההפרדה בין ההיבטים המוסריים, שהם אכן יסודות האתיקה הכללית בקשר ליחס של בני האדם זה לזה, בשאיפה לרוממות אנושית, ובין האתיקה המקצועית שעיקרה רוממות מקצועית שלא דווקא קשורה למוסריות. עקב זאת התבססה ההבנה שאתיקה מקצועית אינה קשורה בטהרנות ובחסדנות אלא בשמירה מוקפדת ומנומקת על כללי התנהלות מקצועית נעלה בגבולות כל מקצוע כהגדרתו. זאת אחת התובנות החשובות ביותר בעיניי להבנת אנשי מקצוע שכושלים בהתנהלות שאינה תואמת את הקוד האתי. כשאני מלמד אתיקה מקצועית איני מורה או מדריך מוסרי אלא יועץ מקצועי. גם בשנים הרבות של חברתי בוועדת האתיקה ולאחר מכן בניהול הוועדה שמרתי תמיד על ההפרדה הזאת. כאשר הפעולה שביצע איש מקצוע הייתה בלתי חוקית, לעיתים גם פלילית (ובעקבות כך גם בלתי מוסרית על פי הגדרתה), יצא הנושא מגדר הדיון והעיסוק בוועדת האתיקה ועבר לבירור בוועדת התלונות של משרד הבריאות או במשטרה.

עם השנים ראינו ברכה רבה בעמלנו. עקרונות האתיקה

והדגשת המרכיבים התרופתיים בטיפול והעדפתם על פני הטיפול הפסיכולוגי (כמו שקורה היום, ובעיקר מסיבות כלכליות) עיקרו את מערכי הטיפול הקהילתיים מתוכנם וממהותם. וגם העברת האחריות לבריאות הנפש ממשרד הבריאות לחברות הביטוח הרפואי לא הועילה (גם היום נקראות בטעות חברות הביטוח הרפואי קופות חולים, אף שרעיונית ומושגית הן אינן גופים בעלי אחריות חברתית שיעדיהם הטבת איכות החיים בצורות שונות לחברים בהן אלא חברות ביטוח לכל דבר שמהות קיומן היא שמירה קפדנית על רווחיות כלכלית). הניסיונות לתיקונים מהירים שאנחנו מתוודעים אליהם בשנים האחרונות יקרים, תועלתם פחותה ונזקיהם עולים על התועלת שבהם. חבל שכך הם פני הדברים. השירותים הציבוריים לבריאות הנפש גם בקופות החולים שבהן תנאי השכר טובים יותר מתרוקנים מפסיכולוגים. כידוע, ההתמחות בכל ענפי הפסיכולוגיה היישומית חייבת להיעשות על פי חוק הפסיכולוגים במוסדות מוכרים להתמחות - ואלה הם השירותים הציבוריים. בסיום ההתמחות פונים מרבית הפסיכולוגים לעבודה פרטית ואינם נשארים בשירות הציבורי. לשם השוואה אזכיר שלאחר שסיימתי את הכשרתי הקלינית כמומחה (עוד בטרם היות חוק הפסיכולוגים) שאפתי להתקבל לשירות הציבורי כפסיכולוג, וזה לא היה מובן מאליו. מבחינת הציבור - הדבר מייקר את הטיפולים הנפשיים, ובשנה האחרונה, עקב המצב המתוח והמתמשך, גם הקליניקות הפרטיות הרבות מאוד מלאות עד אפס מקום.

היית מראשוני העוסקים באתיקה מקצועית בפסיכולוגיה ואתה נמנה עם אושיות האתיקה בארץ. תוכל להרחיב על כך?

לתחום האתיקה בפסיכולוגיה הגעתי לגמרי במקרה, לאחר שנערתתי לבקשות של חברות וחברים להצטרף לפעילות ארגונית מקצועית בהפ"י. אומנם בעבר הרחוק הייתי פעיל בוועד החטיבה הקלינית, אבל לאחר סיום קדנציה אחת בחרתי להשקיע את הזמן בנושאים מקצועיים גרידא ופחות בפעילות הארגון המקצועי. הסכמתי להיות מועמד לבחירה לוועדת האתיקה ונבחרתי. לא היה לי שמץ של מושג במה מדובר. מייד עם תחילת הפעילות בוועדה נוכחתי עד כמה חסר לנו ידע ועד כמה חסרה לנו תשתית בסיסית שנכללים בה קוד אתי, כללים להפעלת ועדת האתיקה ותאוריות אתיות מקצועיות לשם עיסוק מקצועי בהנחלת אתיקה מקצועית לפסיכולוגים בישראל. התחלנו, חבריי ד"ר יהודית אכמון, ד"ר גבריאל וייל ואני, לעבוד על תיקון ועדכון קוד האתיקה של הפסיכולוגים בישראל, עדכון שנדרש בעקבות

הפסיכולוג הקליני גדול. כיום המצב שונה, אף כי במרכזי בריאות הנפש לילדים יש לאבחון פסיכודיאגנוסטי משקל נכבד גם היום. במשך כל חיי המקצועיים התרשמתי כי רבים מאוד מהפסיכולוגים אינם נוגעים בחומר דיאגנוסטי לאחר שעברו את מבחן סיום ההתמחות (שיעורם עומד על 85-90 אחוזים לפחות). זאת הצבעה ברגלים על מקומו האמיתי של התחום שמושקעים בו משאבים יקרים של זמן, הדרכה וכתובה. בעבר יכלה להיעשות ההסמכה להדרכה בהפרדה בין שני התחומים, אבל כיום הדבר אינו אפשרי כדי שלא להגיע למצב שלא יהיו מדריכים בפסיכודיאגנוסטיקה. חבל שבמשך השנים לא שאלנו את עצמנו מדוע התחום הזה אינו מעורר משיכה להדרכה. אולי מזה אפשר להבין משהו על חשיבותו ועל תרומתו האמיתית.

אתה עוסק בפסיכולוגיה 50 שנים ויותר ותיארת תחומי עניין ועיסוק שונים. יש לדעתך גורם מקשר או מאחד כלשהו בין התחומים?

לא פעם חשבתי לעצמי איך ייתכן שאני עובר ממיקוד ועיסוק אינטנסיבי בתחום אחד לתחום אחר בלי להפסיק ולזנוח את העיסוק הקודם. היום, בפרספקטיבה של שנים רבות לאחור, אני מבין, ובעקבות זאת גם מסביר, את התהליך כולו כמבוסס על סקרנות. הרצון להיות רופא נבע לדעתי מהעובדה שחליתי לא מעט כשהייתי ילד, והיו לי כמה רופאים שאהבתי והקלו עליי מאוד. האהבה שהרגשתי לרופא שהקל עליי ושחרר אותי מכאב ומסבל עוררה בי גם את הרצון להבין מה הוא עושה, איך הוא עוזר. כמו שכבר סיפרתי, במשך הרבה שנים הצטערתי על אי-התגשמות המשאלה שלי להיות רופא, והבחירה בפסיכולוגיה הייתה ללא ספק תחליף הולם. נכון שבה לא באה לידי ביטוי חוכמת הכפיים, אבל הרצון לסייע, לעזור ולהקל היה ונותר מרכיב מרכזי. בשנים הראשונות להכשרתי הקלינית נהניתי לעסוק בטיפול פסיכודינמי בצורה מעמיקה בעבודתי עם אוכלוסיות מגוונות. לאחר כמה שנות עיסוק בזה שקעתי במחקר שבאמצעותו היה אפשר למדוד את תוצאות הטיפול הדינמי הקצר בתוצאות אובייקטיביות ולאתר גורמים לשיפור. הבנת התהליכים ה"קטנים" עמדה בבסיס המחקר הזה. הפניה להכשרה פסיכואנליטית והעיסוק האינטנסיבי בעבודה פסיכולוגית קשורות אף הן להתבוננות לפרטי הפרטים שבמעשה הטיפולי. אף שהעיסוק באתיקה עלה די במקרה, התחוויר לי שבכל פעולה מקצועית שנבחרת, בכל אמירה, טמונה באופן פוטנציאלי דילמה של בחירה באפשרויות אחרות טובות יותר או טובות פחות, רצויות יותר או רצויות פחות.

המקצועית הוטמעו בהשתלמויות במשכנות שאננים, ותחום האתיקה נכנס כקורס חובה בסילבוס בלימודי התואר השני בכל תחומי הפסיכולוגיה היישומית. הכנסת התחום כחלק מנושאי הבחינה לסיום ההתמחות תרמו למיקוד בלמידה ובפיתוח חשיבה אתית בקרב כל הפסיכולוגים. אני חושב שהציבור המקצועי מודע הרבה יותר לקיומן של דילמות אתיות בעבודתנו המקצועית ומוכן מבעבר להתמודדות עימן. מאז 1996, ולדעתי במידה רבה בהשפעת חוק זכויות החולה, נוטה היום הציבור הרחב להגיש תלונות רבות מבעבר נגד פסיכולוגים. בעקבות זאת למדו הפסיכולוגים לשפר את אורחות התנהלותם המקצועית ולהימנע מפעילות לא אתית.

בעקבות המלחמה עולה הצורך במטפלים ובהכשרת מטפלים. מה מצב הפסיכולוגיה הקלינית בארץ כיום לדעתך?

מ' באוקטובר המלחמה מציפה את כולם באירועים טראומטיים מסוגים שונים. התארכותה לא רק שאינה מצמצמת אירועים בעלי פוטנציאל טראומטי קשה אלא גם מוסיפה נדבכים מעיקים - שהייה כרונית במצבי מתח וחרדה, עקירה מתמשכת של מספר עצום של אנשים ונשים וילדים מיישובים, מצבי לחץ ואבל שקשורים בנפילתם של חיילים ואזרחים ב' באוקטובר ובמהלך השוטף של המלחמה, דחק מתמיד שנתונים בו החטופים ובני משפחותיהם ואי-הידיעה ההרסנית שלהם על מצבם והחוויות הקשות מאוד שחוו פדויי השבי שחזרו. כולם משוועים לאנשי טיפול מקצועיים. הניסיונות לקיים הכשרות מהירות לתומכי טיפול מסוגים שונים, שחסרים בעיקר הכשרה בסיסית של מטפלים מכל סוג שהוא, נראים לי, על אף הרצון לעזור והכוונות הטובות, לא ראויים ולא מתאימים. יש בהם סכנה לרמה המקצועית הגבוהה הנדרשת מכל אדם שעוסק בטיפול בהפרעות ובקשיים נפשיים. לצערי, אני חושב שאין אפשרות להאיץ מאוד את תהליכי ההתמחות. לתהליכים כאלה נדרש דיון מעמיק באופיו ובמהותו של מקצוע הפסיכולוג (בכל תחומי היישום).

אשר לפסיכולוגים הקליניים (שעיימם אני נמנה וזאת זהותי המקצועית), אני בטוח שהדבר יכול להיעשות בשינוי תמהיל העיסוק המקצועי בין טיפול ואבחון פסיכולוגי. כמו שהיה עוד טרם חקיקת חוק הפסיכולוגים ב'1977, כך גם היום ה"תוצר" של ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית הוא שליטה מלאה בטיפול ובאבחון. הבקרה על התהליכים האלה נעשית באמצעות מספר שעות ההדרכה שיש לצבור בהתמחות בכל אחד משני התחומים שעליהם גם נבחנים. בעבר הרחוק היה משקלם ומעמדם של מבחנים פסיכולוגיים בעיסוקו של

נודע לנו שאתה אחד מנגני הפעמונים הנדירים בארץ, אולי אף היחיד. ספר על זה קצת.

לקראת חגיגות 25 שנים להכרזת המדינה, ב־1973, החליט ראש עיריית ירושלים טדי קולק, שהיה איש תרבות רחב אופקים, לשלב בחגיגות מחצית היובל את הפעמונייה (carillon) שניצבה במרומי מגדל ימק"א מאז 1933. הוא הזמין פעמונר מומחה מבלגיה, ובמשך ארבעה חודשים לימד המומחה הזה שמונה אנשים בעלי זיקה מוזיקלית והכשרה מוזיקלית בסיסית קורס בנגינת פעמונים. במשך שנים אחדות לאחר סיום ההכשרה פרשו הנגנים מהעיסוק המיוחד הזה, נעלמו מהזירה, וכיום אני הפעמונר היחיד בארץ (וככל הנראה במזרח התיכון כולו). בפעמונייה בימק"א יש 36 פעמונים. הגדול שבהם שוקל טונה וחצי, והקטן שמונה ק"ג בקירוב. לפעמונייה יש שלוש אוקטבות, ואפשר לנגן עליה כל יצירה מוזיקלית, אם כי ברור שיש יצירות שמתאימות יותר למנעד המיוחד של צליל הפעמונים. בעולם זהו כלי נפוץ, בעיקר בארצות השפלה באירופה, בארצות הברית ובזמן האחרון גם במזרח הרחוק. יש גם יצירות שנכתבות במיוחד לנגינה בפעמונים. מודגשת בהן בעיקר הווירטואוזיות של הנגנים המשתמשים בידיהם וברגליהם בזמן הנגינה. אני אוהב לעבד שירים ישראליים לפעמונים וקטעי מוזיקה קלאסית קלה. בימים האלה של קדרות ודאגה, חרדה ואי־ודאות אני מוצא נחמה במוזיקה על צורותיה השונות הן כמנגן הן כמאזין.

כשפרשתי לגמלאות חשבתי שבזאת אסיים את העבודה במערכות ציבוריות ואקדמיות, והינה שוב צצו להן שתי הזדמנויות, ואני שמח שהיה לי, ועדיין יש לי, חלק נכבד בהן. הראשונה היא השתתפות פעילה מאוד בהקמת הקליניקה הקהילתית במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בן־גוריון. ראשית דרכי במרפאת בית החולים הרצוג הייתה בהתחברות לצוות ותיק שהקים מרפאה חדשה. ראיתי ולמדתי שם הרבה כאמור, ואת כל זה הבאתי עימי לבן־גוריון. שם הקמנו, עם פרופ' גארי דיימונד ורבים אחרים, מרפאה קהילתית לתפארת שמאפשרת לתלמידי התואר השלישי בפסיכולוגיה קלינית להתמחות בזמן העבודה על מחקר עבודת הדוקטור. העיסוק הנוכחי שלי במכללה האקדמית אחוה, בתחילה כמורה במגמה קלינית רגישת תרבות וכעת גם כדקן הפקולטה לפסיכולוגיה ולמדעי החברה והרוח, מאפשרת לי להגשים הלכה למעשה את השקפתי ולפיה פסיכולוגיה קלינית אינה מקצוע לאלטיות חברתיות דווקא. חשוב מאוד שיהיו בו אנשים ונשים מכלל המגזרים התרבותיים והחברתיים על הגיוון והשוני שבהם. אומנם התפיסה הזאת חווה קשיים ביישום, אבל נוחלת הצלחה רבה במכללה האקדמית אחוה. ואני שמח שגם בגילי המתקדם, ולאחר שנראה שיצאתי ממעגל העשייה ופרשתי לגמלאות, ניתנה לי הזדמנות מיוחדת להיות חלק מפרויקט חדש שמתאים להשקפותיי החברתיות והמקצועיות ולהגשימו הלכה למעשה.

אינדקס הפסיכולוגים.ות

מאגר הפסיכולוגים.ות הרשמי של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל



למה אינדקס פסיכולוגים.ות? סרקו את הברקוד ותדעו!

מהפסיכולוגיה בעולם

ערכה: ליאת הלפמן

כיצד פסיכולוגים קליניים מקבלים החלטות אתיות? סקירה שיטתית של מחקר אמפירי

מעט מדי מידע לגיבוש מודל תאורטי מקיף של התמודדות עם דילמות אתיות בקרב מטפלים.

מאמרים אחרים הציעו גורמים שמשפיעים על קבלת החלטות אתיות בקרב מטפלים. אחדים מהגורמים הללו קשורים במטפלים עצמם: נכללו בהם אתיקה אישית, תפיסה של טובת הלקוח, מגדר המטפלים (שהשפיע באופן שונה על היבטים שונים של קבלת החלטות ותפיסות) וניסיון בטיפול (ניסיון רב יותר היה קשור בפעולה ישירה ונחרצת פחות). גורמים אחרים היו קשורים בדילמה האתית שהוצגה: גורמים קונטקסטואליים, גורמים שקשורים בערך המתנה בדילמות שקשורות בקבלת מתנות ממטופלים, גורמים כגון תרבות ארגונית או תרבות המטופלים וגורמים שקשורים בלחץ המצבי המוטל על המטפל בדילמה המסוימת.

המחברים סיכמו את המאמר בציינם את הנחיצות במחקר נוסף בתחום. הם הדגישו את הצורך במחקר שנעשה בשיטות משולבות (כמותנית ואיכותנית) אשר יפיקו מידע רב ככל האפשר בתחום שיש בו חסר כה גדול, וכן מחקר שיציג למשיבים כמה מקרים כדי לשפר את ההכללה ואת ההבנה של גורמים שקשורים בהבדלים בין המטפלים לעומת אלה שקשורים בדילמה עצמה. מחקר אמפירי כזה ישפר לידים את היכולת לבנות מודל קבלת החלטות מונחה ראיות שיסייע למטפלים בדילמות האתיות שלהם.

מחברי המאמר ביקשו לסקור את העדויות האמפיריות לתהליכי קבלת החלטות אתיות בקרב מטפלים ומטפלות בדיבור (פסיכותרפיה). הצורך בסקירה עלה בשל הפערים שהתגלו בין ההתייחסות לאתיקה מקצועית לנושא מרכזי בטיפול ובין השימוש השיטתי בכלים לשם קבלת החלטות אתיות בפועל. מצד אחד קיימים קודים אתיים לפסיכולוגים ברחבי העולם, ומקצוע הפסיכולוגיה נתפס כמקצוע שמעוגן באתיקה מקצועית; מצד אחר מעטים הם הנתונים על ההתנהלות הזאת בפועל ונעדרות מסגרות תאורטיות ואמפיריות לקבלת החלטות בתחום האתי. תחילה החלו לסקור מחקרים אמפיריים (כמותניים ואיכותניים כאחד) בתחום האתיקה של הפסיכולוגיה, ואחר כך הורחבה הסקירה לתחום הטיפול בדיבור באופן כללי בגלל החסך במאמרים רלוונטיים. בסקירה של 900 מאמרים ויותר שעלו בחיפוש עסקו רק 13 מאמרים בקבלת החלטות אתיות של מטפלים בדיבור באופן אמפירי. שני מאמרים ניסו לגבש מודל תאורטי של קבלת החלטות אתיות, אבל רק אחד הציג תוצאות ברורות, ועלה ממנו כי הן הכוונה הן תוכנית הפעולה של הפסיכולוגים הושפעה משילוב של גישה אישית, נורמות נתפסות ותפיסת הסיכוי להצליח באופן פעולה מסוים, אך לא ממחויבות מקצועית. המאמר השני זכה לאחוזי מענה נמוכים, ומעט מהמשיבים זיהו דילמה אתית במקרה שהוצג להם. לפיכך הסיקו המחברים כי יש



Grace, B., Wainwright, T., Solomons, W., Camden, J., & Ellis-Caird, H. (2020). How do clinical psychologists make ethical decisions? A systematic review of empirical research. *Clinical Ethics*, 15(4), 213-224.

<https://doi.org/10.1177/1477750920927165>

דילמות אתיות בפסיכולוגיה חינוכית: אילו דילמות הן הנפוצות ביותר ועד כמה הפסיכולוגים מוכנים להתמודדות איתן?

דרך איגודי הפסיכולוגים החינוכיים ב־11 מדינות בארצות הברית והעיד על מיעוט מקרים של דילמות אתיות שקשורות ללחץ מצד המערכת, סודיות והסכמה מדעת, יחסים קונפליקטואליים וחובת דיווח. עיקר הדילמות שדווחו היו היעדר מעקב אחרי יישום המלצות, העברת מבחנים פסיכולוגיים מטעם אנשים ונשים שאינם מוכשרים דיים, העברת דוחות באמצעים אלקטרוניים שאינם מאובטחים דיים והסכמה להשמה במסגרות לא מיטביות בשל לחץ מההנהלה. רוב הפסיכולוגים דיווחו על קבלת הכשרה רשמית ולא רשמית באתיקה וכן על תפיסה גבוהה של מוכנות להתמודד עם דילמות שקשורות בעבודתם. לצד זאת נראָה שאסטרטגיות ההתמודדות העיקריות היו התייעצות עם עמיתים, מחשבה על יתרונות וחסרונות של פעולות אפשריות וקריאת קוד האתיקה. רבע מהמשיבים לכל היותר דיווחו על שימוש במודל שיטתי של קבלת החלטות אתיות. נמצאו הבדלים דמוגרפיים מעטים במאפיינים של דילמות אתיות, ובעיקר הבדלים שקשורים בפערים בין אזורים כפריים ובין עירוניים ובתפיסת מוכנות גבוהה יותר של פסיכולוגים מנוסים יותר, ללא הבדלים בשיטות פתרון הבעיות בפועל. המשיבים דיווחו על נגישות רבה למקורות מידע על אתיקה, אך נגישות פחותה לשיטות התערבות וחומרים מקצועיים אחרים. הכותבים סיכמו את המאמר והסיקו שנראה שמספר המקרים המתגרים מבחינה אתית הצטמצם לעומת המחקר הקודם, ופסיכולוגים חינוכיים נתקלים במקרה אחד לפחות בשנה. כמו כן, אף שהם מדווחים על הכשרה וחויית מוכנות להתמודדות, מעטים מהם משתמשים בשיטות סדורות לפתרון הדילמות האלה, ולפיכך הציעו המחברים להבליט שיטות כאלה בזמן ההכשרה.



פסיכולוגים חינוכיים נתקלים בסוגיות אתיות מרובות שנעות על רצף שמצידו האחד דילמות אתיות ומצידו האחר ביצוע עבירות אתיות או חשיפה אליהן. לפי המחקרים שנסקרו, רוב הסוגיות האתיות שדווחו עליהן פסיכולוגים חינוכיים הן דילמות אתיות ולא עבירות אתיות. מחברי המאמר ציינו שעל פי הספרות נכללו בדילמות האלה נאמנויות כפולות של הפסיכולוגית, מתח בין חוק ובין אתיקה או קונפליקט בין עקרונות אתיים מרובים. מתוך הדילמות שדווחו עליהן פסיכולוגים חינוכיים במחקרים שנסקרו עלו בעיקר דילמות בנושא חובת דיווח, עדכון הורים על התנהגויות סיכון של ילד שיש עימו קשר טיפולי והתנהגות לא אתית של עמיתים. לצד זאת ציינו מחברי המאמר שבתחום העבירות, ולא בתחום הדילמות האתיות, דיווחו פסיכולוגים חינוכיים בעיקר על עבירות שקשורות לאבחון ובכלל זה קיום אבחון בתנאי שטח לא מתאימים או באמצעות כלים לא תקפים. בתחום ההתערבות היו השימוש בהתערבויות בלתי מבוססות או היעדר מעקב אחרי התגובה להתערבות העבירות העיקריות שדווחו עליהן. סוגיה אתית מרכזית שעלתה עסקה בלחץ מצד המערכת לפעולה לא אתית של הפסיכולוגית ובהתנהלות לא אתית של מסגרת החינוך. כמו כן, רוב הפסיכולוגים דיווחו כי קיבלו הכשרה באתיקה בזמן הפרקטיקום או ההתמחות, אבל לא תמיד הכירו מודלים סדורים של פתרון בעיות אתיות.

בגלל הזמן הרב שעבר (כעשור) מאז המחקר האחרון בארצות הברית הפיצו המחברים סקר לבדיקת שתי שאלות: 1. אילו סוגיות אתיות עולות בקרב פסיכולוגים ופסיכולוגיות חינוכיות; 2. מהי ההכנה להתמודדות עם הסוגיות האלה. הסקר הופץ

Maki, K. E., Kranzler, J. H., & Wheeler, J. M. (2022). Ethical dilemmas in school psychology: Which dilemmas are most prevalent today and how well prepared are school psychologists to face them? *School Psychology Review*, 53(1), 57–68. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2022.2125338>

הוראת אתיקה לסטודנטים לתואר ראשון בפסיכולוגיה: סקירת הראיות וההמלצות

המאמר הסיקו מהספרות שמלבד לימוד קורס תאורטי יש צורך בהטמעת פרקטיקות הוראה חווייתיות אשר יעמתו סטודנטים וסטודנטיות עם דילמה אתית וידרשו מהם למצוא פתרונות ישימים כגון פרויקטי מחקר בקבוצות קטנות ופרויקטים יישומיים בקהילה. כמו כן, טכניקות דיון אשר מאפשרות לפרק סוגיות אתיות לטיעונים מרובדים הוזכרו כחשובות למיתון חשיבה מקוטבת. המחברים המליצו לשלב תאוריה, טכניקות לניתוח ודיון ופעילות יישומית בתחום האתי כדי לצמצם את הפער בין הידע התאורטי ובין היכולת להביאו לידי התנהגות אתית בשטח.

בקשר לסוגיה השלישית הציעו המחברים לפתח יכולת בקרב הסגל להגיב על סוגיות אתיות בתחום מומחיותם וללמדן. כדי להתגבר על אי-הנוחות בקרב חברי וחברות הסגל בלימוד תחום שאינו במסגרת מומחיותם לכאורה (דהיינו, אתיקה), הציעו המחברים להכשירם במודלים של קבלת החלטות אתית. הם אף ציטטו ספרים ומאמרים אחדים אשר תיארו יסודות של חשיבה אתית בהוראת הפסיכולוגיה.

לסיכום ציינו מחברי המאמר את חשיבותה של הוראת האתיקה במסגרת התואר הראשון בפסיכולוגיה הן למשתלבים בשוק העבודה אחרי התואר הראשון ובתחומים שאינם פסיכולוגיה הן לממשיכים להכשרה נוספת. הם הציעו לפתח תרבות ארגונית שמציבה את נושא האתיקה בחזית המוסדות להשכלה גבוהה, לשלב בין שיבוץ קורסים ייעודיים באתיקה ובין יציקת תכנים אתיים במגוון קורסי הבסיס על פי תחומם ולהשתמש בלימוד מיומנויות טיעון ודיון ובפרויקטים יישומיים כדי לצמצם פערים בין תאוריה ובין מעשה. כמו כן הציעו מסגרת לתמיכה מוסדית בסגל כדי לעודד את הוראת האתיקה והפנו את הקוראים לספרות רלוונטית בנושא.

מחברי המאמר דנו באפשרות להתחיל בלימודי אתיקה בתואר הראשון בפסיכולוגיה מאחר שלעיתים קרובות מופנית תשומת הלב לאתיקה בקורסים מחקריים בתואר הראשון, אך לא לאתיקה של פרקטיקה פסיכולוגית. לפיכך סקרו המחברים ספרות קיימת בתחום הוראת האתיקה בתואר הראשון בפסיכולוגיה ובמגוון תחומים אחרים כגון סיעוד, מנהל עסקים והנדסה. הם זיהו שלוש תמות עיקריות שעלו מבדיקתם - מתי והיכן לשלב לימודי אתיקה בתוכניות הלימודים, כיצד ללמד אתיקה בשלב הזה וכיצד להכין את סגל ההוראה למשימה הזאת.

אשר לסוגיה הראשונה, אופן שילוב לימודי אתיקה בתוכנית הלימודים, עלו כמה מודלים אפשריים. הראשון הוא שימוש בקורסים קיימים באתיקה מהמחלקה לפילוסופיה. השני הוא הוראת קורס ייעודי באתיקה בתוך הדיסציפלינה הנלמדת. במודל השלישי נשזרה האתיקה בקורסים הקיימים ונשזרו קורסי אתיקה מסוגים שונים ובדגשים שונים בכל תוכנית הלימודים. לדברי מחברי המאמר, מתוך המאמרים שנסקרו עלתה החשיבות של הכוונת מוסד הלימודים את הסטודנטים מבחינת הבלטת היבטים אתיים בלמידה והכוונת הסטודנטים את עצמם להגדיר להם ערכים ואמות מידה להתנהלות אתית. המחברים המליצו אפוא ללמד קורס אתיקה נוסף על שזירת האתיקה בנושא חוצה קורסים לכל אורך התואר מתוך הבלטת הנושא האתי כבר בחומרים לנרשמים החדשים והנכחתו דרך תרבות ארגונית מעבר להוראה עצמה.

אשר לסוגיה השנייה, נמצא כי במדינות רבות (ובכללן ישראל) לא תמיד ממשיכים בוגרי התואר הראשון לתואר השני שבו האתיקה נלמדת בהרחבה ולעומק, אלא משתלבים בשוק העבודה ללא הכנה לתרגום החומרים התאורטיים לפרקטיקות מקצועיות אתיות במקום עבודתם העתידי, יהא אשר יהא. מחברי



Ruiz, A., Warchal, J., & You, D. (2020). Teaching ethics to undergraduate psychology students: Review of the evidence and recommendations. *Psychology Learning & Teaching, 19*(3), 223-238. <https://doi.org/10.1177/1475725720923434>

עמדת קריאה - סקירת ספרים חדשים

כתב וערך: שבתאי מג'ר¹

שלום,

זהו כנראה המדור האחרון שאני כותב ועורך כאן. במשך השנים קראתי והכרתי ספרים רבים שאלמלא המלאכה הזאת לא הייתי זוכה להכיר. נהייתי לקרוא בספרים ונהייתי לכתוב את הסקירות. תודות לחברי וחברות המערכת שהזמינו אותי למשימה היפה הזאת וליוו אותי, למנכ"לים דני כפרי ומריאל הוברמן וליו"ר המערכת שרונה מייטל. תודה להוצאות הספרים שנידבו ושלחו מספריהן לבקשתי או ביוזמתן. תודה לכותבים ולכותבות ולמתרגמים. הספרים שלכם פתחו בפניי עולמות ידע מקצועי וסגנונות כתיבה עשירים. תודה לעורכות הלשון יעל שלמון ברנע ונתלי שטיבלמן שליוו במבט ובהערות עריכה רגישות. תודה לקוראים ולקוראות, לכם כתבתי, ולטובת כתב העת שלנו, ולמעני. זאת מתנה יפה ותרומה משמעותית לי ככותב, כעורך וכפסיכולוג. המשך קריאה מהנה,

שבתאי

מבעד לעיוורון - על הרחבת התודעה בפסיכואנליזה

גבריאלה מן | הוצאת רסלינג, 2022. 266 עמ', כולל רשימת מקורות, מפתח מושגים ושמות

המטופל, ויוודאו שהאינטואיציה הזאת תתאים לו, למצבו ולצרכיו.

הספר דן ביכולת לחוות תמורה וביכולת לחולל תמורה במצבים רגשיים וביצירת משמעויות חדשות, נוספות על המוכרות לנו. היכולת הזאת מעניקה עוצמה להינתקות מתפיסות ומאמונות קדומות עצמיות ולהיפתח למרחב חדש שיש בו מקום גם לאחר. חוויית היחיד מתאפשרת ומצליחה להיות חוויית שניים וחוויית רבים שיצאו מנקודות מוצא מנוגדות. יש בתהליך הזה כוח התמרה ממצב אחד למצב אחר. מאני אני לאני זולת ולזולת אני, בלי התבטלות האני ועם חיבור לזולת מנקודת מבט רגועה יותר, מפויסת ורואה; רואה את האחר לא רק כזולת נוגד ונפרד, אלא כזולת בעל נקודת מבט, השקפה ואופן מיוחד לו להרגיש ולהבין כאב, ובחיבור הזה מתרחשת קרבה.

הספר נותן תוקף למקומם של המטופלים וחיבות לנוכחותם ולתפקודם בעבור המטופל וחווייתו הרגשית; הכרה בנוכחותו של המטופל, עם שבריריותו כאדם; הכרה שמאפשרת הרגשת שוויוניות וצמיחה, כשבכוחו, או בהילת כוח, לשמש למטופל דמות הורית מגינה מקבלת ומטפחת, ובעת הצורך דמות חברית תומכת, מעוררת ומחזקת.

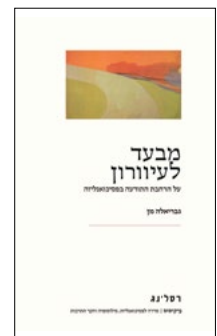
ספר עמוק ומלהיב. עמוק במקורות הידע והתאוריה ומלהיב בכתיבה, באופן הגשת המושגים והצגת מחברי התאוריות שמסבירים את גישתם.

גבריאלה מן כותבת בפתח דבר: "עלינו לראות את המטופלים שלנו באמצעות עין פנימית, 'מבפנים'. כך נתרום לבריאת התודעה שלהם" (עמ' 17).

זה אתגר גדול: האומנם אפשר לראות אדם אחר מתוכו? האין זאת התיימרות לחשוב שאפשר? או שזאת שאיפה ראויה וחינונית? ה"מבפנים" הרחוק ביותר שמטפל יכול, אולי, לראות הוא הבפנים שלו. משם הוא מנסה לתרגם ולנסח מראות והשתקפויות שהוא חושב ומדמה שהוא מבחין ומאתר בפנימיותו של האחר, בנפשו.

המחשבה שאפשר לראות לפנימיותו של אחר יש בה גדלות ויש בה סכנה לעיוות התפיסה והפרשנות. אפשר לחוש תחושות, אפשר להרגיש ואפשר גם לראות בעיני רוחנו גלים וצבעים ולקרוא להם משמעויות ומבנים; אבל זהו לכל היותר חלק, או חלקיק, ממה שיש שם, שרובו נסתר וסמוי מן העין ומהיקף ההבנה האנושית. כלומר אנחנו יכולים לצייר לכל היותר את תפיסת נפשו בעינינו אנו, ובזאת אנחנו מכסים מעצמנו מראות ושכבות בהיותנו משוכנעים שגילינו וחשפנו תכנים נפשיים עמוקים, אצורים ונחבאים. לכן המושג עיוורון הולם לספר שדן בהרחבת התודעה באמצעות הפסיכואנליזה, ושמו המלא הוא "מבעד לעיוורון".

אפשר לקבל שיש ידיעה אינטואיטיבית, שהיא על-חושית, אולי רוחנית. אם אכן היא קיימת אצל מטפל או מטפלת, מוטב שינהגו בה בזהירות יתרה ובבדיקה קפדנית עם האדם האחר בחדר,



¹ שבתאי מג'ר הוא פסיכולוג ייעוציית-עסקותי מומחה, בעל קליניקה פרטית, משורר, מדריך ומנחה קבוצות וסדנאות כתיבה ומנחה ומדריך בער'ן.

מעבר הנהר - דרכו של הבודהה אל בית הלב

יעקב מטרי | הוצאת מודן, 2023. 408 עמ'

מצטרף מצורף המחבר, רואה הסופר ההולך את "הדרך" שאפשר ללמוד כאשר מעמיקים בהגותו ההוראתית-רוחנית-טיפולית של הבודהה.

בדרך תורם מטרי הסברים ושאלות ותובנות משלו, מניסיונו כלומד ומניסיונו כמורה וכמטפל. אנחנו פוגשים אותו הולך במסע לצד הבודהה ופוגשים אותו כמחבר הסיפור, ההוגה, המורה והמתלמד שמשתף אותנו ברעיונותיו ובהגיגיו על הבודהה ועל פילוסופיית בית הלב וכן על קישורים לטיפול נפשי. לפרקים מטרי מדמיון את הבודהה בדרכו ומחשב את תכנון דרכו ומהלכיו. על פי הנתונים המשוערים הוא בונה את סיפורו ו"מצטרף" אל הבודהה בפרקי ההליכה המשותפת. הם מקיימים שיחות, פוגשים אנשים ועוברים חוויות יחד.

במסע של הבודהה שמטרי מתאר אפשר לראות מסע של כל אחד מאיתנו; מסע חיים שעובר ונע מיום ליום, במודעות ושלא במודעות. גם ייתכן שיש הארות קטנות בדרך שהן תובנות ולמידה ספונטנית או מכוונת. המסע של מטרי עם הבודהה מזמין להתבונן בדרך שעושה כל אחד ברצף הגדול של חייו, בנהר שהוא עובר, בנהר שהוא.

ספר דרך. כך מכנה יעקב מטרי את ספרו. איכויות דמיוניות ספרותיות הגותיות שיכלו להתרחש, ובעצם התרחשו ונולדו בגופו, ברוחו ובדמיונו של המחבר. כשהוא מעלה אותן על הכתב ומשתף אותנו, הקוראים, הוא מציג אותן כממשיות. אז הן נתונות למבטנו, מעוררות בנו השראה למסעות משלנו, בדמיון או במציאות.

יעקב מטרי הולך בעקבות הבודהה במסעו מבודג'איה, המקום שחוהו בו הארה, לווארנסי. מסעו זה של הבודהה אינו מתועד, על כל פנים לא באופן מסודר ורציף. מטרי יצא למסע משלו, נלווה אל קטעי דרך והגות שכתבו וסיפרו תלמידים, נזירים, נזירות ומורים בודהיסטים, ומהם ליקט ושאל פרטים, תופעות וחוויות רוחניות ונפשיות וטווה מסע תודעתי פנימי. במסעו "הזמין" אליו את הבודהה, ובכתיבתו הוא מזמין אותנו להצטרף למסע. כששאל את הבודהה על נתיבותיה של בית ליבו השיב לו: "האם תצטרף אליי?" הבודהה מכנה את מטרי שמשוחח עימו "ידיד רוח נעים". השניים אכן הולכים כשני ידידים, אך גם כתלמיד שלומד ממורה ולומד אותו.

קורות הליכתו של הבודהה מבודג'איה לווארנסי הם עלילת הספר. בהליכתו של הבודהה, שאליה



הקיר

מרלן האוסהופר | תרגום מגרמנית: שירי שפירא | הוצאת מודן, הוצאת חרגול, 2024.

229 עמ', כולל אחרית דבר

הוא שמאפשר לה להתקיים ודוחף אותה לכתוב. הכתיבה היא כלי בידיה לשמור על זהותה ועל אורחות התנהגותה המוכרות, ובעצם להמשיך לזהות את עצמה כמו שהייתה פעם, לפני שנכנס הקיר לחייה והעולם השתנה.

אישה לבד ביער. הימצאותה שם ופעילותה המגוונת מספקים מידע ומבט על פעימות חייו של הטבע ועל האדם בתוכו כחלק ממנו וכיצור נפרד שמשקיע מאמצים לשרוד בו, לנצל אותו, להתגונן ממנו ובד בבד ללמוד אותו. היא נחשפת אליו ומגלה בו פינות וקולות וכוחות ומגלה מי היא ומה אצור בה.

הקוראים פוגשים מעגלי פריחה וקמילה, מעגלי חיים ומוות ואת השתקפותם בחיי הגוף והנפש של אדם, אישה, שחוה אותם, מעניקה להם משמעות, ובהכרתה לומדת את גופה ואת נפשה וחיה ומתקיימת כחלק מהמחזוריות הזאת.

אישה מוצאת את עצמה במצב חיים חדש, מפתיע, לא מוכר כלל והזוי. בוקר אחד היא מגלה באימה שקיר שקוף ובלתי חדיר התייצב בינה ובין שאר העולם. מצידו האחד של הקיר קפאו והתאבנו כל היצורים החיים, והיא מצידו האחר. המצב החדש מאיים ומשרה איודאות מוחלטת. האישה נאלצת לתמרן ולפעול בתנאים שנכפו עליה. לרשותה עומדים רק היא עצמה, ניסיונה, כישוריה, אופייה, הבקתה ששהתה בה והציוד שהיה בה.

היא לבדה. היא פוגשת את פחדיה. בכל יום היא לומדת את הסביבה הקרובה, את תנועות הטבע, מגלה את אישיותה ואת כוחותיה ורוכשת כישורים חדשים לשרוד פיזית ונפשית ולחיות במציאות שונה מכל מה שהכירה.

בעודה נאבקת שלא לאבד את אנושיותה היא כותבת ומספרת את קורותיה. הפחד לאבד שפיות



אתיקה ומקצועיות

עו"ד צ'רלי בוזגלו¹

3. **כבוד לאוטונומיה של המטופל** - על הפסיכולוג לכבד את זכות המטופל לקבל החלטות בנוגע לחייו, ובכלל זה הזכות לסרב לטיפול.
4. **יושרה ומקצועיות** - פסיכולוגים נדרשים לדייק בהצגת כישוריהם, להימנע מהבטחות לא מציאותיות ולנהוג ביושר מקצועי.
5. **אחריות חברתית** - פסיכולוגים פועלים מתוך מודעות להשפעתם על החברה ועל הקהילה ומחויבים לתרום לרווחת החברה.
6. **מניעת ניצול לרעה של הכוח המקצועי** - פסיכולוגים מחויבים להימנע ממערכות יחסים כפולות או מניצול לרעה של מעמדם כמו קיום קשרים אישיים או עסקיים עם מטופלים.

חוקים ותקנות רלוונטיים:

קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל נכתב על פי **חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977** והתקנות וההנחיות של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י). החוק והתקנות מגדירים את תחומי האחריות של הפסיכולוגים ואת הגבולות האתיים לפעולתם.

אתגרים אתיים נפוצים:

1. שמירה על סודיות במקרה שבו מטופל מסכן את עצמו או אחרים.
2. טיפול בבני משפחה או מכרים.
3. עבודה עם אוכלוסיות פגיעות כמו ילדים, ניצולי טראומה או בעלי מוגבלויות.
4. שאלות שנוגעות להמשכיות הטיפול או להפסקתו. הקשר בין אתיקה ובין פסיכולוגיה הוא משמעותי, שכן שני התחומים עוסקים בהתנהגות אנושית, בערכים ובהשפעתם על החברה ועל האינדיווידואל. עם זאת כל תחום מתמקד בהיבטים שונים של ההתנהגות האנושית: האתיקה מתמקדת בשאלה מה ראוי לעשות, ואילו הפסיכולוגיה עוסקת בשאלה מדוע אנחנו פועלים כמו שאנחנו פועלים.

נקודות החיבור המרכזיות בין האתיקה ובין הפסיכולוגיה

1. אתיקה במחקר פסיכולוגי:

- המחקר הפסיכולוגי מחויב לכללים אתיים כדי להגן על המשתתפים בו:
- הסכמה מדעת:** על המשתתפים להבין את מטרות המחקר ולהסכים להשתתף בו מרצונם.
- שמירה על פרטיות וסודיות:** מניעת חשיפת נתונים אישיים ללא הסכמה.
- מניעת נזק:** חוקרים מחויבים להימנע מגרימת נזק פיזי או נפשי למשתתפים.
- שימוש בהטעיה:** אם נעשתה הטעיה, היא מחייבת הצדקה מוסרית וגילוי מלא בסיום המחקר.

אתיקה היא תחום בפילוסופיה שעוסק בחקר הערכים, המוסר וההתנהגות הנכונה. מטרתה המרכזית היא בחינת שאלות על טוב ורע, צדק ועוול, חובות וזכויות ולהדריך אותנו כיצד עלינו לפעול במצבים שונים.

ואלה תחומי האתיקה העיקריים:

1. **אתיקה נורמטיבית:** ניסוח עקרונות וכללים להתנהגות מוסרית, לדוגמה "מהו המעשה הנכון". גישות מרכזיות בתחום הזה הן תועלתנות, דאונטולוגיה, אתיקה מידתית.
2. **מטא-אתיקה:** חקר המהות והתוקף של עקרונות מוסריים. נשאלות שאלות כגון האם יש אמת אובייקטיבית במוסר? או האם ערכים מוסריים הם תוצאה של רגשות?
3. **אתיקה יישומית:** יישום עקרונות מוסריים על מצבים אקטואליים כגון דילמות בתחום הרפואה, הטכנולוגיה, הפוליטיקה והאקלים.
4. **אתיקה מקצועית:** עקרונות מנחים להתנהלות אתית בתחומים מסוימים, למשל אתיקה רפואית, אתיקה פסיכולוגית, אתיקה עסקית ואתיקה משפטית.

מדוע חשוב ללמוד אתיקה?

- היא מסייעת לנו לקבל החלטות מודעות במצבים מורכבים.
- היא מעמיקה את הבנתנו על מערכות ערכים תרבותיות ואישיות.
- היא מאפשרת לנו להתמודד עם דילמות מוסריות בעולם משתנה.

מהי אתיקה מקצועית בפסיכולוגיה?

אתיקה מקצועית בפסיכולוגיה היא מערכת כללים, עקרונות והנחיות שנועדו להבטיח את התנהגותם המקצועית והאחראית של פסיכולוגים כלפי מטופלים, עמיתים למקצוע, מוסדות שונים וכלפי החברה כולה. האתיקה המקצועית נועדה להגן על טובת המטופל, להבטיח איכות טיפול טובה ולשמור על אמון הציבור במקצוע הפסיכולוגיה. הסתדרות הפסיכולוגים פועלת על פי כללים מנחים וקובעים שמצויים ב"קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל" ומתעדכנים מפעם לפעם. העדכון האחרון נעשה בינואר 2017.

להלן עקרונות מרכזיים באתיקה מקצועית בפסיכולוגיה:

1. **שמירה על סודיות** - פסיכולוגים מחויבים לשמור על סודיות המטופלים ואסור להם לחשוף מידע אישי ללא אישור מפורש, אלא במקרים חריגים כמו סכנת חיים או חובה חוקית ובכלל זה החלטת בית המשפט.
2. **טובת המטופל (מטא-אתיקה)** - טובת המטופל עומדת במרכז העשייה הפסיכולוגית. על הפסיכולוג לפעול במקצועיות ולמנוע ניגוד עניינים שעלול לפגוע במטופל.

¹ משרד צ'רלי בוזגלו עורכי דין ונוטריון מיעץ להפ"י.

הדילמה: מצד אחד, על המטפל לשמור על סודיות לפי כללי האתיקה. מצד אחר, קיימת **חובה לדווח** כשנשקפת סכנה ברורה ומיידית.

הפתרון האתי: מטפלים מחויבים ליידע את הרשויות (או את משפחת המטופל) כשנשקפת סכנה מיידית ובתוך כך לשמור על חשיפת מידע מינימלי ככל האפשר.

3. דילמה במחקר על ילדים

המצב: פסיכולוגים מבקשים לחקור את השפעת המדיה החברתית על ילדים בני עשר עד 12.

האתגר האתי: ילדים נחשבים לאוכלוסייה פגיעה שלא תמיד מבינה את ההשלכות של השתתפות במחקר. יש לוודא קבלת **הסכמה מהילדים ומהוריהם (האפוטרופוסים)** ולמנוע כל נזק רגשי או פסיכולוגי שעלול להיגרם להם.

הפתרון האתי: עיצוב מחקר שאינו פולשני ושקוף מטרותיו.

4. פסיכולוגיה עסקית: מניפולציות בפרסום

המצב: פרסומאים משתמשים בטכניקות פסיכולוגיות כדי להשפיע על צרכנים לקנות מוצרים שהם לא דווקא צריכים.

השאלה האתית: האם ראוי להשתמש בידע פסיכולוגי כדי לעודד רכישות שעלולות להזיק לאדם (כגון קניית אוכל לא בריא)?

פתרון אפשרי: פרסום אחראי שמציב גבולות למניפולציה ומתמקד בערך אמיתי לצרכן.

5. שימוש בבינה מלאכותית בפסיכולוגיה

המצב: פיתוח תוכנות AI למתן ייעוץ פסיכולוגי.

האתגר האתי: איך מוודאים שמערכת אוטומטית לא תפגע באדם ולא תיתן ייעוץ שגוי? כיצד שומרים על פרטיות המידע שנמסר לתוכנה?

הפתרון האתי: פיקוח אנושי, שקיפות בקשר למגבלות המערכת ואבטחת נתונים ברמה גבוהה.

6. אתיקה במשפט: הערכת כשירות נפשית

המצב: פסיכולוגים מתבקשים להעיד בבית המשפט כדי לקבוע אם נאשם כשיר לעמוד לדין.

הדילמה: האם הפסיכולוג פועל לטובת הנאשם או לטובת מערכת המשפט?

הפתרון האתי: שמירה על מקצועיות ועל ניתוח אובייקטיבי והימנעות משיפוט ערכי אישי.

7. מניפולציות בזיכרון: ניסויים של אליזבת לופטוס

הניסוי: אליזבת לופטוס חקרה את הדרך לשינוי זיכרונות קיימים או לשתילת זיכרונות באמצעות מניפולציות מילוליות.

האתגר האתי: משתתפים עשויים לאבד אמון בזיכרונותיהם.

התוצאה: כיום החוקרים מחויבים להסביר למשתתפים את המניפולציות בסיום הניסוי ולוודא שהנזק הפסיכולוגי מינימלי.

נאחל שמירה על בריאותנו ועל האתיקה המקצועית שלנו.

2. אתיקה בטיפול פסיכולוגי:

מטפלים פסיכולוגים מחויבים לפעול על פי העקרונות האתיים האלה:

- אחריות מקצועית:** להימנע מהתנהגות שעלולה לפגוע במטופל.
- כיבוד האוטונומיה של המטופל:** לאפשר למטופל לקבל החלטות בעצמו.
- סודיות:** לשמור על המידע שהמטופל משתף, אלא אם כן נשקפת סכנה מיידית לו או לאחרים.
- ניגוד עניינים:** להימנע מקשרים אישיים או עסקיים עם מטופלים.

3. דילמות אתיות בפסיכולוגיה:

- טיפול לעומת זכויות אדם:** האם לחשוף מידע כדי למנוע סכנה לציבור?
- מחקר על קבוצות פגיעות:** ילדים, אנשים ונשים בעלי מוגבלות או אוכלוסיות מוחלשות.
- טכנולוגיה חדשה:** שימוש באלגוריתמים של בינה מלאכותית או בנתוני מדיה חברתית במחקר ובטיפול.

4. השפעה פסיכולוגית על החלטות אתיות:

פסיכולוגיה חוקרת כיצד משפיעים רגשות, לחץ חברתי והטיות קוגניטיביות על קבלת החלטות מוסריות. לדוגמה, ניסוי מילגרם על ציות לסמכות (בהמשך) חשף את נכונותם של בני אדם לבצע פעולות לא מוסריות בלחץ חברתי.

5. אתיקה ופסיכולוגיה יישומית:

בפסיכולוגיה יישומית כגון בתחום העסקים, בחינוך או במשפט עולות שאלות אתיות שנוגעות להטמעת שיטות פסיכולוגיות בדרך שלא תפגע בבני אדם או בזכויותיהם.

מדוע חשוב השילוב בין אתיקה ובין פסיכולוגיה?

פסיכולוגים מחזיקים בכוח להשפיע על חייהם של אחרים, ולכן הם מחויבים למודעות עמוקה להשלכות של פעולותיהם. השילוב מסייע להם להתמודד עם דילמות מוסריות מורכבות שמתעוררות בשל ההתקדמות המדעית והטכנולוגית. להלן דוגמאות מספר שממחישות את הקשר בין **אתיקה** ובין **פסיכולוגיה** במצבים שונים:

1. אתיקה במחקר פסיכולוגי: ניסוי מילגרם

הניסוי: בשנות השישים של המאה העשרים חקר סטנלי מילגרם ציות לסמכות. המשתתפים במחקר התבקשו להפעיל שוקים חשמליים על אדם אחר (שהיה בעצם שחקן) בעקבות הוראות החוקר.

הבעיה האתית: המשתתפים לא הבינו לחלוטין שהם חלק מניסוי פסיכולוגי והאמינו שהם פוגעים באדם אחר. הניסוי גרם להם לחץ נפשי רב ולעיתים הרגשת אשמה.

ההשלכות: המחקר הדגיש את חשיבות השמירה על הסכמה מדעת והפחתת נזק נפשי בניסויים עתידיים.

2. אתיקה בטיפול פסיכולוגי: סודיות לעומת דיווח המצב:

מטופל משתף בטיפול תוכניות לפגוע בעצמו או באחרים.

רפורמת "עוסק זעיר"

רו"ח אריה דן¹

גם אם מחזור הכנסותיו נמוך ואינו עולה על תקרת עוסק פטור. ואלה המקרים:

- הוא מעסיק עובדים.
- הוא אינו מנהל פנקסים קבילים.
- בשנת המס הייתה לו הכנסה שלא מיגיעה אישית.
- חלק מהכנסתו התקבל מאדם שהוא מעסיקו בשנת המס.
- חלק מהכנסתו יוחס אליו מ"תאגיד שקוף" (חברה שכל הכנסותיה והוצאותיה מיוחסות לבעלי מניותיה).
- 25% ויותר מהכנסתו התקבלו מקרוב או ממי שהיא מעסיקו בשלוש שנות המס הקודמות.
- הוא בעל שליטה ב"חברת מעטים" (חברה בשליטת חמישה בני אדם לכל היותר).

הרישום כעוסק זעיר במס הכנסה יהיה פעולה רצונית, ובעלי עסקים שיבקשו להמשיך ולדווח במסלול הקיים יוכלו לעשות זאת. בעל עסק שמעוניין להיחשב לעסק זעיר יוכל להירשם במערכת ייעודית שפותחה לשם כך באתר רשות המיסים ובו עמוד אינטרנט ייעודי שבו גישה לכל המערכות המקוונות שפותחו למען הרפורמה והסברים מפורטים על השימוש בהן.

לסיכום, עצמאים שעומדים בתקנות ויירשמו כבעלי עסק זעיר ייהנו מהתנהלות קלה הרבה יותר עם מס הכנסה לעומת המצב כיום. ברוב המקרים יהיו העסקים האלה פטורים מהגשת דוח שנתי וכן לא יחויבו בתשלום מקדמות מס הכנסה במשך השנה.

רפורמת "עוסק זעיר" היא חלק מהתוכנית הכלכלית אשר במסגרתה אישרה ועדת הכספים של הכנסת את התיקון לתקנות מס הכנסה. הרפורמה תקטין את הנטל הביורוקרטי החל על רבים מהעסקים הקטנים כיום ואף תפטור לא מעט בעלי עסקים מחובת הגשת דוח שנתי ותשלום מקדמות.

בעקבות התיקון בחוק יוכלו עסקים בעלי מחזור שנתי שאינו עולה על תקרת המחזור של עוסק פטור, 120 אלף ש"ח בשנת 2024, להירשם במס הכנסה כ"עוסק זעיר". רק מ'2026 תוצמד למדד התקרה השנתית של 120 אלף ש"ח. בעת הגשת הדוח השנתי למס הכנסה יהיה רשאי בעל עסק זעיר לקזז אוטומטית סכום של 30% מהכנסותיו כהוצאות מותרות בניכוי בלי להציג קבלות או חשבוניות בפועל. יהיה אפשר לקזז את ההוצאות הללו ללא קשר להיקף ההוצאות בפועל וגם אם לא היו לעוסק כל הוצאות. בזכות הרפורמה יחסכו רבים מבעלי העסקים הקטנים זמן רב שכיום הם מקדישים לניצול מלא של זכויותיהם ולדיווח, ובמקרים רבים תיחסך מהם גם ההוצאה על ייצוג מקצועי בהתנהלותם עם רשות המיסים.

חישוב שיעורי המס, הטבות המס, נקודות הזיכוי וכדומה יתבסס על מערכת תיאומי המס הקיימת כיום שבאמצעותה מחושב ניכוי המס לשכירים בעלי הכנסה נוספת. גם עצמאי שמסווג כעוסק מורשה ומחזור הכנסותיו אינו עולה על התקרה (120 אלף ש"ח כאמור) יוכל להירשם ולהיחשב כבעל עסק זעיר. סיווג העצמאי כעוסק פטור או עוסק מורשה הוא לעניין חוק מס מס ערך מוסף ולא להתנהלות עם מס הכנסה.

כדי למנוע מקרים של ניצול לרעה של ההטבה נקבעו מקרים שבהם לא יוכל עוסק להירשם כבעל עסק זעיר

¹רו"ח אריה דן, רו"ח של הפ"י, משרד רו"ח סנדק, דן, בראונשטיין ושות'.

families did not live in combat zones, a significant percentage of the parents felt that their lives and the lives of their families were in danger. Many also reported psychological symptoms regarding themselves and their children at a level above the normal range, as well as parental burnout and difficulties in communicating with the children about the war. Specific groups at particularly high risk included families in which parents were exposed to a large number of war-related events, displaced families, and families in which the parents were exposed in childhood to frequent rocket alarms or terrorist attacks, even if they were not exposed to severe events during the current war. Social and professional support and creative self-efficacy were associated with less distress but failed to reduce the overall negative effects of the war. The study highlights the need for tailored professional support, in particular around parent-child communication about the war, especially for the three groups identified as being at high risk as well as for Arab families.

One committee, many dilemmas: 25 years of an ethics committee's activities in a mental health center

Dr. Michall Ferencz-Kaddari is a licensed supervisor in clinical psychology. She teaches at Reichman University and is a member of the Ethics committee of Geha Mental Health Center

Prof. Abira Reizer is a licensed supervisor in organizational psychology, Atid Center for Occupational Guidance, Ariel University

Prof. Meni Koslowsky is a licensed supervisor in social and occupational psychology, Ariel University and professor emeritus, Bar Ilan University

Prof. Ora Nakash is a licensed clinical psychologist, Smith College, Boston, MA

Dr. Shai Konas is a psychiatrist, Department Director, Geha Mental Health Center and a member of the Center's ethics committee. He is a member of the psychiatry faculty, in the school of medicine, Tel Aviv University.

Medical institutions rely on ethics committees to address ethical dilemmas. This study examines the central issues brought before the ethics committee of a mental health center over a 25-year period, from 1991 to 2016. During the study period, the committee convened 112 times. The committee's discussions were documented in protocols and analyzed using thematic analysis. The analysis revealed that the committee discussed 466 different issues over the years. The main issues discussed were: confidentiality (30%), patient autonomy (23%), medical records (14%), conflicts of interest (12%), financial matters (11%), unprofessional or inappropriate conduct by the caregiver (9%), and cross-cultural issues (1%). The analysis shows that both the content of the dilemmas and the solutions proposed by the committee changed over time. The study highlights the dynamism and professional development of the field of ethics in healthcare.

Ethical issues in the use of the term "Friendly": How friendly is it?

Tal Fisher is a licensed clinical psychologist in private practice in Tel Aviv

The article explores the concept of "friendly" therapy, which focuses on culturally sensitive adaptations of therapeutic practices to meet the needs of diverse populations, including both small and larger culturally diverse communities. The term "friendly" did not emerge from within the therapeutic realm but rather entered it as a result of broader social and cultural developments. Accordingly, the term remains ambiguous and lacks a universally accepted professional definition. In this article, we discuss the ethical implications of using the term "friendly" and address the gap between general declarations identifying therapy as "friendly" and the actual therapeutic practice. Additionally, we examine the therapeutic dilemmas that arise from this gap, drawing on terms from the field of therapy that are closely related to "friendly," such as "culturally aware therapy," "culturally sensitive therapy," and the concepts of "cultural competence" and "cultural humility." These terms emphasize the need for an active understanding of the cultural and social backgrounds of clients, engagement with and interest in their identities, and adaptation to them, while recognizing the tendency to prioritize the therapist's culture over the client's. The article concludes with practical recommendations for psychologists, aimed at improving their ability to create a friendly therapeutic space and to provide tailored and effective treatment for diverse population groups.

Vulnerability and resilience of parents and children in the aftermath of the October 7th attacks and the "Iron Swords" conflict

Prof. Efrat Sher-Censor is a psychologist in the Interdisciplinary Program in Child Development, School of Psychological Sciences, University of Haifa

Dr. Rinat Feniger-Schaal is a certified drama therapist and psychologist, and a senior lecturer at the School of Creative Arts Therapies, University of Haifa,

Prof. David Oppenheim is a psychologist, Head of the Center for the Study of Child Development, School of Psychological Sciences, University of Haifa

Prof. Nina Koren-Karie is a clinical social worker, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, School of Social Work, University of Haifa

Maysan Raya is an occupational therapist and MA student at the Interdisciplinary Program in Child Development, School of Psychological Sciences, University of Haifa

Olga Klartag is a speech therapist and MA student at the Interdisciplinary Program in Child Development, School of Psychological Sciences, University of Haifa

This study examined the effects of the October 7th events and the "Iron Swords" war on Israeli parents and children 7-9 months after the outbreak of the war. 1,689 parents of children aged 0-18 from Jewish and Arab Israeli societies participated in the study. The study shows that although most participating

תואר מומחה-מדריך

החטיבה הקלינית

גולד מרק לירון
 שדה כרמית
 קוביצקי אושר יעל יהודית
 ישראל דפנה
 בן עמי איילת
 גור רואי
 אשכנזי תומר
 מרום טל
 קרייד קוסובסקי
 פוקסמן סבסטיאן אנדרס
 גושן ענת
 רוה ברוש שירלי
 מנור תום
 מילט וינשטיין גילי

החטיבה החינוכית

קינן ליאת
 אסולין-שמאמה הדס
 ביתן דוד משה
 בנג'ז יפעת רות
 סגל טלי אסתר
 נחום אילה
 טיבי רחל
 מוסט שולץ קרני
 לחוד הנד
 הנדלר יעל
 קורסיה אלעד
 בראון רותם
 שרון עידית
 נוימן כהן ענת
 זלצר שירה
 מייזלס תמרה
 עיד ניבין
 גרינולד עילאי אהרן

החטיבה ההתפתחותית

הרץ שרית
 גרוסמן טל
 יובל אדלר שירה
 פרגמין הייט לי
 זילברמן ליון יעל
 נוס ויקטוריה

ברכות למקבלי התארים

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מברכת את חבריה אשר קיבלו תואר מומחה ותואר מומחה-מדריך בשנה האחרונה ומאחלת להם הצלחה רבה בהמשך דרכם המקצועית.

בהערכה רבה,
יורם שליאר, יו"ר

הסתדרות הפסיכולוגים בישראל

תואר מומחה

החטיבה החינוכית	אסטרייכר אשכנזי יעל הראל שומן אוריאל קונטרס מורלה אביטל מעין בן שבת מיי מעיין ורט-שבבו לירון עוסמאן גלאל שורר יונתן גבאי שיר צור שאער איילה דאניאל עואד לינא אסולין יצחק גילת-נפתלי מיכל	לחיאני טיקוצקי עינב ויסברג רותם אבו עג'אג' יונס ברנשטיין פרץ רות פרץ לירון קרמר אלישיב דראשה מוסא למברט נטע לי בר סלע אייל ריז'יק תהילה חנה שוקרון ולחו אמנדה קפלן אזולאי נגה
החטיבה הקלינית	לימור בורנשטיין כפרי דרינה דורין דובקין דנה כורש חלי בר עם דנה כרמי	רעות שני עופר קרמר בנג'ז אלפר לנה ליסטיבנסקי אליהו אייזנר נאג'זי מזאוי
החטיבה השיקומית	נחשוני ליאת רבקה פייט קרן נבון רוני סבן רוזנפלד מאיה	אפל מיכל סלע קאופמן מיכל לנדר רביד ישראל
החטיבה החברתית-תעסוקתית-ארגונית		רוויה דמרי פרנקל
החטיבה הרפואית	זליגמן שני רחל זיו ברגר הודיה נחמה חורש אוזן מורן קמפלר שלומציון תחיה דימנט פלג שני שקדי אסתר צנגוט עמית רם אלון אדריס מייסר להב ליאת אבו סיאם ראד	כרמית הימלבלאו גת גל זוהר אלכסנדר מנביץ' ניר גבעוני צבר שרון גלעד רועי חנין
	אטליז לצר מיה כלפון שטרית נוכה בלבן נגה פקטור חגי	כרמל ענבר
החטיבה ההתפתחותית	שדאי מור ניניו כהן דורין בר נתן רובין נועה	גרנט עדי זינגר לרה



congratulations





הצטרפו עכשיו: טל' 03-9181014

**בלעדי
לחברי
הפ"י**

למען הביטחון התעסוקתי והשקט הנפשי שלך!

תוכנית ביטוח אחריות מקצועית לשנת 2025

סוכנות הביטוח טיב קפיטל, מקבוצת אורן מזרח, שמחה להציע את תוכנית ביטוח אחריות מקצועית הקבוצתית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל! הביטוח כולל שיפורים, הרחבות ותנאים ייחודיים **מוצע במחיר וכיסוי ללא תחרות!**

תוכנית ביטוח שגובשה והותאמה במיוחד לצרכים שלכם - להלן עיקרי

- ◆ גבול ביטוח בסיסי הגבוה והזול בשוק ע"ס 4.5 מיליון ₪. ניתן להגדיל את סכום הביטוח ל-10 מיליון ₪.
- ◆ צד ג' ע"ס 1.5 מיליון ₪ לכיסוי בכל קליניקה בה ניתן הטיפול. ניתן להרחיב את הכיסוי ל-4 מיליון ₪.
- ◆ ראן אוף ללא עלות למשך 7 שנים כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבוססת.
- ◆ כיסוי ליעוץ משפטי במקרה של תלונות לוועדת המשמעת של משרד הבריאות ו/או ועדת האתיקה של הפ"י. ייעוץ משפטי במקרה של "איומים" ע"י מטופלים, הורי מטופלים ועו"ד. הייעוץ ניתן ע"י משרד עו"ד גדול ומומחה בתביעות של פסיכולוגים.
- ◆ אחריות שילוחית מובנית בפוליסה.
- ◆ פיצוי במקרה של התליית רישיון ע"י משרד הבריאות.
- ◆ כיסוי לטיפול מרחוק באמצעים דיגיטליים. ללא השתתפות עצמית גם אם מקור התביעה בחו"ל ובתנאי שתגוש בישראל עפ"י הדין הישראלי.
- ◆ במקרה של מחלוקת בתביעת אחריות מקצועית לוועדת האתיקה של הפ"י ניתנה זכות הכרעה.
- ◆ אין השתתפות עצמית בתביעות אחריות מקצועית.
- ◆ השתתפות עצמית בצד ג' בסך 500 ₪.
- ◆ כיסוי רטרואקטיבי כולל מחברות ביטוח אחרות בהן היית מבוססת ובתנאי לרצף ביטוחי אישי.
- ◆ חתימה על נספח ביטוח בהתאם לדרישת משרדי ממשלה, רשויות מקומיות, קופ"ח, מכוניס וכדומה.
- ◆ הכרה ברצף ביטוחי גם במקרה בו לא נרכש ביטוח עקב מחלה קשה המונעת מהפסיכולוגית לקבל מטופלים וכן עקב חופשת לידה וכדומה.
- ◆ במקרה ותגוש תביעה כנגדך עקב עבודתך כשכירה ולמקום העבודה אין כיסוי ביטוחי עבורך, הפוליסה שלנו תכסה אותך. גם אם יש ביטוח למעסיק שלך אך גובה הכיסוי איננו גבוה מספיק לתביעה, הפוליסה שלנו תשמש כרובד שני ותשלם עד גבול האחריות בפוליסה.
- ◆ הרחבת לביטוח סייבר כלפי צד ג' עד לסך של 200,000 ₪ כלולה במחיר הבסיסי.
- ◆ הביטוח מכסה טיפול בנפגעי טורר ומלחמה.