**סיכומי מאמרים למבחן בקורס:**

**עבודה סוציאלית במצבי משבר, חירום ואסון**

**מרצה: גב' נועה סיטון**

**סמסטר ב', תש"ע 2010**

**רשימת מאמרים:**

* שלו א. ואחרים, (2002) התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים שיחות כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה, כרך י"ז, חוב' מס'1, נובמבר. עמ' 5-19
* מילגרם, נ. (2000). ילדים במצבי חירום ולחץ. בתוך א' קלינגמן, ע' רביב, וב' שטיין (עורכים), ילדים במצבי חירום ולחץ: מאפיינים והתערבויות פסיכולוגיות (עמ' 13-56). ירושלים: משרד החינוך.
* Challenging gender roles: The impact on female social work students of working with abused women\ Goldblatt Hadass & Buchbinder Eli
* תשישות קרבה וסיפוק מקצועי בקרב עובדות סוציאליות בבית חולים בעקבות מלחמת לבנון השנייה. חברה ורווחה כ"ט 2-3 עמ' 199-219
* גיל, צ., (2002) טיפול דרך הטלפון לפי המודל של ערן: השימוש באמפתיה ובהעברה נגדית. שיחות, כרך י"ז חוב' מס' 1, נובמבר. עמ' 47-56
* בן דוד, ע (1999), טיפול רגיש תרבות. מתוך (ר. קלייר עורכת) להיות שונה בישראל מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל. (עמ' 273-282) ת"א, הוצאת רמות- אוניברסיטת תל- אביב
* עומר, ח. ונחי, א. (1994). עקרון הרציפות גישה מורחבת לאסון וטראומה. פסיכולוגיה, ד, 20-28

**שלו א. ואחרים, (2002) התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים שיחות כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה, כרך י"ז, חוב' מס'1, נובמבר. עמ' 5-19 – נועם הררי**

המאמר עוסק בהתערבויות קליניות יעילות בנפגעים של אירועי דחק מתמשכים. ההקדמה- מפרטת כי התערבויות קליניות יעילות בנפגעים של אירועי דחק מתמשכים הן **אתגר מקצועי** **ייחודי** שכן- (להלן הגורמים המוזכרים בספרות כמכבידים על טיפול קליני במהלך טראומה מתמשכת)

1. כמות הנפגעים יכולה להגיע לממדי ענק. נוצר מצב של מטופלים רבים לעומת מיעוט מטפלים.
2. טיפולים פרטניים או קבוצתיים עלולים לדלדל את המשאבים הקהילתיים (הכוונה לכך שבמידה ויעשה ניסיון לטפל בכלל האנשים שנכחו באירוע, גם אלו שלא בהכרח נפגעו או פנו לעזרה, הדבר ידלדל את המשאבים הקהילתיים הנחוצים לטיפול באלה שאכן זקוקים להתערבות).
3. יעילותם המקצועית של המטפלים – הנמצאים גם הם תחת לחץ – פוחתת. כמו כן לא קל למצוא את נקודת האיזון בין הגנות טובות ובין השתתפות אמפתית טיפולית- מטופלים אשר נחשפים למספר רב של ניצולים, עלולים להיות מוצפים בחוויות קשות. כאשר הצפה כזו אינה מעובדת, יכולים המטפלים להיפגע, להגיב בסגירות רגשית או להירתע מעבודה עם נפגעים נוספים.
4. המטופלים נמצאים בעיצומו של אירוע טראומתי ולא לאחריו.
5. ניצולים תחת דחק מתמשך זקוקים להגנות, ולכן היפתחות יכולה להקשות עליהם. הפגועים ביותר, לא יגיעו לטיפול. חשוב לזכור- פנייה לעזרה של ניצולי טראומה יכולה להיות חלקית או בעייתית מפאת הימנעות, אי אמון, סימפטומים הנתפסים על ידי הניצול כתקינים, או חשש מתוצאות אפשריות של ייעוץ פסיכיאטרי. כתוצאה מכך, אם בקשת עזרה על ידי הניצול היא הדרך העיקרית להגיע לטיפול, נפגעים רבים לא יגיעו לטיפול, והקלינאי יעזור רק למעטים מתוך כלל הנזקקים.
6. המטופלים נמצאים בעיצומו של אירוע טראומתי ולא לאחריו.
7. במצבי דחק מתמשכים קיים קושי בהבחנה בין תגובות פאתולוגיות לתקינות. מכמה סיבות- הראשונה, הספרות אינה קובעת מדדים ברורים להבחנה בין תגובה תקינה לפתולוגית והשנייה, סימפטומים מוקדמים נוטים להיות הפכפכים, רבי צורות ולהשתנות במהירות.
8. בעלי מקצוע אינם יכולים להחליף דמויות מסייעות כגון בני משפחה.
9. גורמי דחק משניים ממשיכים להשפיע.

\*בנוסף- ייתכן גם כי חלק מהטכניקות הטיפוליות המקובלות בזמני רגיעה אינן הולמות מצבים של אסונות מתמשכים. שיטות ההתערבות ודרכי הפעולה של המטפל הקליני חייבות להתאים לנסיבות, ולכן נחוץ לרכוש ידע ספציפי ומיומנויות חדשות. **אלה כוללים שכלול יכולת ההסתכלות, שינוי במדדי אבחון ושינוי בהנחות יסוד לגבי מהות הטיפול ומטרותיו.** בשל התמונה הקלינית המשתנה והמציאות שאינה יציבה נדרשים המטפלים גם ל**גמישות ופתיחות**. ההתערבויות חייבות להתאים לצרכיו של המטופל, להתחשב במשאביו ובגורמי דחק משניים, ולעקוב אחרי שלבי התגובה הנפשית של המטופל.

\*במרכז ההתערבות עומדים המאמצים לאפשר תהליכי החלמה ולתמוך בהם. ארבעת הממדים הבאים הם אבני היסוד של טיפול במצבי דחק מתמשך:

**התייחסות לצרכים מציאותיים של המטופל**

**התאמת ההתערבות למשאבים נפשיים וסביבתיים**

**ניטור של גורמי דחק**

**תשומת לב לשינוי והתפתחות**

\*מטרת הטיפול היא להסיר את המכשולים המפריעים להחלמה. לכן במקום להתמקד בחולשה ופגיעות יכול המטפל לפנות למקורות של חוזק פנימי ותושייה. בנוסף למטופל יש לתמוך גם בסועדים אותו ולתמוך בהם. ולבסוף, אצל ניצולים שמרקם חייהם התפורר יש לוותר לעיתים על ציפיית השווא של חזרה למצב קודם ויש להיות קשוב לניסיונותיהם לבנות מחדש משמעות לחייהם.

\*המאמר עוסק במוקדים לטיפול בנפגעי דחק מתמשך- צרכים מציאותיים, משאבים ואובדנים, מקורות דחק משניים, תהליך החלמה.

**מגבלות הידע הקיים והנחות יסוד**

אין הרבה הוכחותליעילות ארוכת הטווח של התערבויות פסיכולוגיות ראשוניות לאחר טראומה. עם זאת, ההנחה היא שהפחתת מצוקה ומתן אפשרות לתפקוד אישי טוב יותר וליחסים בין-אישיים מתגמלים, אמורים להשפיע על תוצאות החשיפה לטראומה בטווח הארוך. **לכן- מאמר זה לא מתיימר ללמד תרפיסטים כיצד לרפא טראומה, אלא לייעץ להם כיצד להפיק את המיטב ממפגשם עם נפגעי דחק טראומתי.**

**המלצות מרכזיות במאמר-**

1. נקיטה בגישה כוללנית שתעשה שימוש במרכיבים של טיפול בין-אישי (אינטר פרסונלי), התערבות במשבר, טיפול תמיכתי וטיפול קוגניטיבי - התנהגותי.
2. לפנות למשאביו של המטופל ולעזור לו למצוא את דרכו להחלמה.
3. מטרה מרכזית של הטיפול המוקדם היא ניטור מצבי עוררות בלתי נשלטים (פסיכולוגיים ופיזיולוגיים). זאת משום שתגובות דחק בלתי נשלטות מהוות גורם סיכון מרכזי להתפתחות תחלואה פוסט טראומטית וכן כי מצבים אלה אינם מאפשרים ויסות עצמי לשימוש בתמיכה והחלמה.
4. קלינאים צריכים להכיר טוב יותר את המשאבים הקהילתיים לאחר אירוע טראומתי.
5. על הקלינאים לדעת להעריך, כחלק מהאבחון השלם, את עוצמתם של גורמי הדחק מתמשכים.
6. \*סקירה של הספרות הקיימת הראתה כי היעדר גורמי תמיכה חברתית וכן קיומם של גורמי דחק משניים הם גורמי סיכון להתפתחות של תסמונת פוסט טראומטית.

\* התמונה הקלינית של מטופלים במצבי מצוקה מתמשכים משקפת שלושה גורמים אותם יש לקחת בחשבון:

**1**. מידת הדחק

**2**. משאבי התמודדות

**3**. הבניה נפשית (appraisal) של מצב הדחק.

במאמר ההצעה היא שטיפול בניצולים חדשים יכלול הערכה של שלושת המימדים האלה. יאתרו מימד שניתן לשנות אותו ואז ישתמשו בשינוי הזה כדי להשפיע על המימדים האחרים של התגובה!

למשל- היעדר הקשבה תומכת יכול מאוד להגביר את המצוקה והבלבול של הניצול. המצוקה והבלבול יכולים לפגוע ביכולת להיתמך באלה המנסים לעזור. מעגל קסמים זה יכול להיות מטופל על ידי מתן תחליף להקשבה אוהדת (למשל על ידי מטפל או ניצול מאירוע דומה) או על ידי תרופות שיטפלו בעוררות הרגשית. כך המטופל יגיע לשליטה רגשית טובה יותר ויהיה מסוגל להשתמש בתומכים שסביבו ולהחלים... **לפי תפיסה זו** **ניתן לשנות את מצבו של הניצול על ידי התערבות בכל אחד מהמרכיבים של מעגל הקסם הקושר דחק-למצוקה-לירידה ביכולות קוגניטיביות רגשיות- ולעלייה בפגיעות לדחק.**

**בין נוקשות לגמישות יתר:**

שתי בעיות יסודיות מאפיינות את ההמלצות הקיימות בדבר התערבות קלינית במהלך אסונות מתמשכים: מצד אחד, נטייה להעדיף **דפוס קבוע** של התערבויות. מצד שני, נטייה להמליץ על **תגובות אינטואיטיביות ו"אנושיות" ללא בסיס תיאורטי.**

דפוסים קבועים-

**התערבות קדמית** (כלומר מיידית בשטח) – היבטים בעיתים בדפוס זה הם: התעלמות מתלונותיו של החייל ומרצונותיו. שנית- סיטואציה שקשה לראות בה חלה, אהדה או אינטראקציה טיפולית. אלא בעיקר- שימוש בתרופות הרגעה ושכנוע (את החייל לחזור לקרב).

בעבר, במשך מלחמות העולם, מלחמת ווייטנאם ומלחמות ישראל השתמשו בדפוסי התערבות נוקשים. פרוטוקולים מוכנים מראש מהווים פיתוי בפשטותם ובבהירות שהם מביאים למצבים מורכבים, אך דווקא הבהירות הזו יכולה להביא ליישום עיוור ולא מבוקר- במיוחד במקרים בהם המטפלים עצמם נתונים לדחק.

**פרוטוקול הדיבוב**- מתפתים להשתמש בו מאחר והוא אמור לעזור כמעט בכל מימד אפשרי- לשחזר את האירוע בסמוך להתרחשותו, להתיר ונטילציה רגשית, לתקף חוויות אישיות ולשתף בהן אחרים וכן להעריך את תקינות התגובה הנפשית המתפתחת. אולם, בחלק מהמקרים נראה כי לדיבוב יש את היכולת להגברת הסיכוי לפתח הפרעות דחק מתמשכות! כיום יודע שההשפעות של דיבוב בודד אינן עקביות וכי יישום הטכניקה הזו אינו מוסיף לסיכויי החלמה.

גםהשקפות ותפיסות רווחות אחרות יכולות לבוא לידי יישום נוקשה- למשל האמונה שניצולים "חייבים" לדבר. ההשערה שטיפול תרופתי "יפריע לעיבוד נפשי של האירוע" וכן האמונה כי טיפול קוגניטיבי התנהגותי הוא הטיפול היעיל היחיד. לשלוש הקביעות האלה יש בסיס מחקרי **חלקי**. בסיס זה אינו מצדיק את יישומן השיטתי בכל מקרה ומקרה.

לעומת זאת, כפי שצוין, יש גם סכנה בהימנעות מטיפול או בשימוש בטיפול אינטואיטיבי לחלוטין, ללא קווים מנחים וללא התערבויות מובנות. יש גם סכנה בהמתנה לטיפול...

מהי עם כן העמדה המיטבית?

המאמר מציע כי תגובות חריגות ובלתי נשלטות תזכנה להתייחסות, הערכה וטיפול, בכל נקודת זמן! אבל אין לו יכולת להציע טיפול שיטתי, כוללני ונכון ל-כ-ל הנפגעים.

**האם סימפטומים של הפרעה פוסט טראומטית הם הצדקה מספקת לטיפול?**

אירועים טראומטיים מלווים בביטויי מצוקה זמניים, אשר לעיתים קרובות דומים לסימפטומים של PTSD. אולם איך נדע מתי מישהו באמת זקוק לטיפול?

נבדיל בין שני מצבים- מצב של פחדים מציאותיים והיעדר הכללה של הפחד למצבים שטרם נחוו.

מצב בו האדם חוו הכללה של הפחד והימנעות שהיא מופשטת ופחות סלקטיבית. המצב השני מאפיין את מי שלוקים ב PTSD.

במאמר ניתנת דוגמא של סקר שנערך לגבי תושבי ירושלים בין 2000-2001 שהיו נתונים תחת איום המצב הביטחוני- סכנה להשלכת אבנים לעבר מכוניות, ירי צלפים ופיגועי חבלה). סימפטומים של PTSD אכן נפוצים מאוד בקרב למשל תושבים שנחשפים לדחק מתמשך. המאמר מציע את המדדים הבאים כדי לאפיין אדם הזקוק להתערבות קלינית:

-מצוקה משתקת ופוגעת בתפקוד

-הימנעות מוכללת שאינה מוגבלת למצבים ספציפיים

-נוכחות סימפטומים של קהות ודיסוציאציה

-מהלך שאינו משתפר כאשר גורמי הדחק נעלמים

**סימפטומים אופייניים:**

* שלוש תופעות קליניות מרמזות על חומרה יתרה של התגובה לדחק: דיסוציאציה, דיכאון, ונוכחות מלאה של סינדרום "הפרעת הדחק החריפה" (ASD). ASD= כוללת סימפטומים אופייניים של PTSD וסימפטומים דיסוציאטיביים (קהות, ריחוק, מודעות מופחתת של הפרט לסביבתו, דה-ריאליזציה, דה-פרסונליזציה ושכחה דיסוציאטיבית). סימפטומים של ASD יכולים להופיע במשך החודש שלאחר הטראומה וחייבים להימשך יומיים רצופים. נוכחות מלאה של ASD (לא חייבת להופיע על מנת שיתפתח PTSD אבל היא) מסמנת סיכון גבוה לפיתוח PTSD (למעשה, כ-78% מהסובלים מ-ASD יפתחו PTSD).
* מאפיין נוסף המנבא סיכון הוא נוכחות מתמידה של תגובת המצוקה

חשוב להעריך עד כמה הסימפטומים מתמידים, (כלומר אינם פוחתים במשך הזמן), מוכללים ופוגעים בתפקוד.

* המאמר מציין כי אצל רוב הניצולים יופיעו תסמיני PTSD מוקדמים. זה דווקא מרמז שהתפקוד שלהם סתגלני... סימפטומים אלה יכולים לסייע להם לגייס תמיכה, להגביר תקשורת עם אחרים (דרך הצורך לספר שוב ושוב על האירוע), להביא להערכה מחודשת של האירוע.
* אבל, כאשר סימפטומים אלה הם בלתי נשלטים או כשהם כרוכים בעוררות פסיכולוגית ניכרת הם מפריעים לקשר בין אישי ומובילים להכללת הימנעות. לפי תפיסה זו, האינטנסיביות של הסימפטומים הראשונים היא שתגרום לקיבוע ה- PTSD.

**מהלך התגובה ועקרונות הטיפול:**

תגובות לאירועים טראומתיים מתפתחות בהדרגה משלב של מאבק הישרדות, דרך עיבוד הטראומה ועד לשלב של חזרה לחיים תקינים. להתערבויות הקליניות תהייה מטרה שונה בכל שלב.

(במאמר יש טבלאות מפורטות המדגימה את ארבעת שלבי התגובה לטראומה, בוחנת את חלקם של התגובות הנפשיות, גורמי הדחק והמשאבים האופייניים לכל שלב ושלב ומציעה מטרות להתערבות. הטבלאות מצורפות כנספח בסוף הסיכום).

1. **שלב התרחשות האירוע:**

**מטרה** (מרכזית של התנהגות הקורבן) – הישרדות. חלק מנסים להציל את עצמם ואחרים, חלק קופאים במקום, חלק בורחים. תגובות אלה לא תמיד נשלטות. חוקרי מוח טוענים שבשלב זה המוח המפותח ממולכד על ידי עוצמתם של מנגנוני הישרדות קמאיים והאחרונים הם שקובעים את ההתנהגות.

**התגובות המיידיות** הן גם תלויות גירוי ולעתים מעוצבות על ידי הנסיבות המיידיות או על ידי תגובות של הסובבים (למשל בריחה). ניצולים גם מוצאים שקשה להם לשנות את מסלול פעולתם בשלב ההתרחשות והם כמו "לכודים" במה שהתחילו לעשות. כל התגובות האוטומטיות האלה יכולות להפתיע בעוצמתן או בכיוונן ולהוות מקור לחרטה והאשמה עצמית בשלב של עיבוד האירוע. בניגוד לתפיסה הקלאסית לפי מרכיב הסכנה והאיום של האירוע הוא המרכיב הטראומטי העיקרי כיום, ידוע כי גם היחשפות לצלילים, ריחות ומראות ... (למשל בקרב כוחות הצלה) היא טראומטית מספיק בכדי לגרום למצוקה ולעיתים אף לחרדה משתקת.

תגובות רגשיות של קהות וניתוק או סימפטומים דיסוציאטיביים עשויים בטווח הקצר להגן על הנפגע מפני הצפה רגשית. סימפטום דיסוציאטיבי נפוץ במיוחד הוא שינויים בתחושת הזמן. ניסיון העבר מלמד שאלה יכולים לא לעבור באופן ספונטני. בכך המאמר חושב שיש לטפל באופן מיידי לעיתים בעזרת תרופות.

**ביטוי הולם לאופן פעולת הקלינאי בשלב זה**- עזרה ראשונית נפשית כאשר הכלי הטיפולי החשוב ביותר הוא מגע אנושי מנחם + לזהות ולנטר מצבים נפשיים בלתי נשלטים.

**מדדים קליניים לשחרור מבית החולים**- 1.השגת שליטה ברגשות. 2. סיום מצבי דיסוציאציה. 3. יצירת קשר עם תומכים טבעיים.

**2.שלב התגובה המיידית-**

מיד לאחר האסון, מוצאים עצמם הניצולים במצב חדש (בית חולים, לאחר פינוי מהבית, לאחר אובדן). בתוכו הם נדרשים לפעול תוך שימוש במשאבים שלרשותם ובמנגנוני הגנה. תהליך זה ידוע כהטמעה ועיקרו תגובה לסביבה חדשה, תוך שימוש במשאבים נפשיים קודמים. בנוסף, גורמי דחק עלולים להימשך וכן נוצרים מקורות דחק משניים.

תהליך העיבוד של אובדנים טראומתיים כולל מרכיבים של אבל בנוסף לתגובת החרדה שנוצרת בתגובה לאירוע.

המחקר מראה כי פירוש שלילי של סימפטומים מוקדמים תורם להתפתחות של הפרעה פוסט טראומתית.(?)

ניצולים רבים מבטאים סימנים מובהקים של PTSD בשלב זה. סימפטומים של דיכאון גם הם שכיחים.

מה עושים? קודם כל חייבים לתת מענה לצרכים קיומיים (מזון, מחסה). לאחר שניתן מענה כזה הקלינאים צריכים לאתר ניצולים שסובלים מתגובות מתמשכות, מופשטות ובלתי נשלטות. לזהות את מקור התגובה (חוויה טראומטית קיצונית, גורמי דחק משניים, או היעדר משאבי התמודדות) ולהשתדל להפחיתן. ייתכן גם שימוש זהיר בסמי הרגעה, בפיקוח. מטרתם- להביא את הניצול ליכולת שליטה פנימית ולהפחית את המצוקה הנפשית.

עדיין מוקדם לדבר על החלמה בשלב זה. כינוי מדויק יותר לתהליך הנפשי הנצפה בשלב זה הוא התאוששות.

ברוב המקרים נקרים קלינאים לסייע גם לעוזרים, כלומר להרגיע לידע, ללמד ולתווך בין המשפחות לבין גורמי תמך בקהילה. טיפול מוצלח בשלב זה אינו מכוון רק להפחתת הסימפטומים... על הקלינאים להעריך עד כמה מפריעות התגובות המוקדמות למטלות החיוניות, מונעות מגע אנושי מתגמל ומובילות לתפיסה שלילית של העצמי. כמו כן, עליהם ליצור לעצמם הערכה של התקדמות המטופלים לאורך זמן. לפי המאמר יש צורך במעקב, כלומר בתצפיות חוזרות.

**3.שלב התגובות המוקדמות-**

עם שוך הסכנה, מתחילים ניצולים "ללמוד מן הניסיון", לעבד את ההתנסות הטראומטית ולנסות להסתגל מחדש. תהליך זה מקביל ל"התאמה" (ACCOMODATION). כלומר=השתנות של סכמות פנימיות בעקבות למידה חדשה.

בשלב זה נעשים האובדן החומרי והאנושי מוחשיים מאוד. לעתים ממשיכים גם גורמי דחק משניים (למשל סיבוכים בעת אשפוז), ואלה עלולים להסיג את הניצול לאחור, להחזירו למצב של "תגובת הישרדות". לעיתים עם החזרה למציאות עלולים להיווצר מצבים של תחושת בדידות ותלישות אצל הניצולים (לאחר שהתפרקה קבוצת הניצולים האקראית שלקחו בה חלק בעל כורחם... וכל אחד הלך לדרכו). יש שמתבודדים ונמנעים מחברה, יש שפונים לשתיה.

יחד עם זאת, המשיכה לחיים, קשרים רגשיים, אהבה ותקווה פועלים פעולה מרפאת. רבים, למרות הקושי, מצליחים להתחיל בתהליך החלמה.

חסר במשאבים יכול להיות קריטי בשלב זה. צריך לנקוט בצעדים נאותים להקלת הפנייה לעזרה (למשל- לפעול בתוך הקהילה ולא במרפאה לבריאות הנפש).

 בשלב הזה יש לשקול טיפול מלא וספציפי (כגון נוגדי דיכאון או טיפול קוגניטיבי- התנהגותי). עם זאת "חבילות טיפול" לפי פרוטוקול ייתכן ולא יהיו נחוצות לכולם. לעתים ניתן להסתפק בייעוץ, במידע ובסיוע לתכנון שלבי ההחלמה על ידי המטופל. פונים אחרים יכולים ליהנות מיישום חלקי של טכניקות קוגניטיביות כמו התמודדות מול תפיסות עצמי שליליות או מול הכללה של פחד. או לקבל הנחיה לגבי חשיפה עצמית. יש כאלה שצריכים תרגול בנוכחות המטפל (למשל נסיעה ראשונה באוטובוס לאחר פיגוע).בשלב זה נפוצים אצל הניצול: חיפוש אחר, חיפוש אחר אחריות אישית, תחושת אשמה ולעיתים תחושת שליחות של הניצול.

**4.שלב החזרה לחיים-**

השלב בו נקראים ניצולים רבים לשוב ולתפקד בעבודה, במשפחה ובחברה. בתקופה זו ניתן לזהות ניצולים פגועים במיוחד שכן אלה אינם יכולים כלל לחזור לחיים.

זהו גם הזמן לאבחנה קלינית יותר ברורה- מאחר שסימנים של מצוקה מתמדת, הפרעות שינה או חרדות מופשטות, אינם נצפים בכל הניצולים כמו בימים הראשונים לאחר האירוע, ומצוקתם של אלה שאינם מחלימים בולטת מאוד. צריך גם להחליט על טיפול מתאים. טיפול התנהגותי- קוגניטיבי וטיפול תרופתי הם שתי אפשרויות מרכזיות, יש גם טיפול זוגי, קבוצות תמיכה או פעילות יצירתית מתוכננת שיכולים אף הם לעזור. אירועים טראומתיים חוזרים, כמו פיגועים חוזרים, מחייבים התאמה של הגישה הטיפולית להקשר המציאותי שבו חי המטופל.

בקשר לטיפול קוגניטיבי התנהגותי: התגברות על הימנעות היא אחת המטרות המרכזיות של טיפול CBT. כשמדובר באירועים חוזרים כמו פיגועים חשוב להבין שזו בעיה. כי שלא כמו ב- CBT לטיפול בהתמודדות עם אירוע חד פעמי, כאן לא מספיק לגרום למטופל להיווכח שהטראומה הייתה אירוע מיוחד ששיך לעבר. הסכנה כן קיימת, גם בהווה. השינוי החשוב שנעשה עם השנים בגישה היה להבין שסיום הטיפול לא יאופיין בהיעדר פחד, אלא ב"פחד תקין", הלוקח בחשבון סכנות ומתחים יומיומיים הנובעים מהמשך הקונפליקט האלים.)

נקודה חשובה נוספת- בכל דרך טיפול חשוב לזהות מהר מקרים בהם הטיפול לא מתאים ולא יעיל, למטופל הספציפי. מקרים של "היתקעות" או סגנציה של הטיפול ולחתור באופן פעיל להשיג שיפור ולשנות את מהלך הטראומטיזציה.

**בין החלמה להישרדות- האם המודל הפסיכופאתולוגי מתאים תמיד?**

בעוד שהחלמה הינה התוצאה השכיחה של אירועים טראומתיים, היעדר החלמה מלאה אינו מעיד בהכרח על מחלה. ניצולים אינם מסוגלים (ואינם צריכים) לשכוח את החוויה הטראומטית. זו תלווה אותם זמן רב, ולעיתים גם תפריע באופן חלקי לתפקודם או ליכולתם הרגשית.

ההמשגה המקורית של PTSD הניחה, בלי לומר זאת בפירוש, כי הניצול הגיע לחוף מבטחים, אך אינו יכול ליהנות מכך וממשיך לחוות את המלחמה אחרי שזו נגמרה. במציאות יש אנשים שאינם מגיעים לחוף מבטחים לעולם.

הפסיכיאטריה המערבית ספגה לאחרונה ביקורת על עשיית "פאתולוגיזציה" למצבים פוסט טראומתיים מאסיביים. נשאלה השאלה האם טיפול ב- PTSD בקהילה שעדיין לא התאוששה מהווה עדיפות ראשונה?

נקודה נוספת חשובה היא שיש לקחת בחשבון שלגבי אנשים מסוימים, אפילו בקרב קהילות מבוססות, הישרדות הופכת להיות צורת חיים, מעין זהות שנייה.

קלינאים המטפלים בחולים שמרכז קיומם הוא הישרדות למדו להימנע ממטרות טיפוליות שאפתניות, כגון ריפוי או החלמה. הדינאמיקה של הישרדות יוצרת מאזן נפשי חדש שבו רווחה, חירות מסבל והגשמה עצמית מוחלפות במטרות אחרות הנתפסות כחיוניות יותר (למשל הגנה על ילדים, שמירה על כבוד ואנושיות). צורה הפוכה של הישרדות מביאה להאשמה של גורם חיצוני, לשנאה, לפנטזיות נקם או לרדיפה אינסופית אחר פיצוי אמיתי או סמלי.

ניצולים אשר נלכדו ברשת השנאה משתמשים בהחצנה ובקונקרטיזציה של גורם הדחק, ובכך הם נקלעים לדינאמיקה נפשית שמאוד קשה לפתור אותה.

מכל אלה נובע כי על הקלינאים להיות סובלניים כלפי ניצולים הרוצים להיכנס למסלול שאינו ממוקד בריפוי (כגון חיים הממוקדים בהנצחת בן משפחה שנהרג).

הקלינאים צריכים להיות מוטרדים כאשר הטראומה משמשת הצדקה לתוקפנות, למציאת שעיר לעזאזל או לאלימות. בכל אופן- עליהם לשקול תמיד את הגבולות האתיים של מקצועם ואת חובתם לטפל.

**סגירת הנרטיב-**

**תיאוריית הנרטיב מניחה קשר בין חיים נפשיים בריאים לבין סיפור חיים עקבי ובעל משמעות**. לכל ניצול יש סיפור לספר על הטראומה שלו. זהו סיפור רגשי ורווי מצוקה. סיפור ראשוני זה ממשיך ומתפתח דרך עיבוד פנימי ואינטראקציות עם אחרים, עד לרגע בו הוא מתייצב. מרגע זה נוטה הנרטיב להתקבל כסיפור האמיתי והיחיד של הטראומה. לסיפור המגובש עשויות להיות איכויות שונות: הוא יכול להיות נוקשה, סגור, לא- רפלקטיבי וכפייתי. הוא יכול גם להיות חלקי או מפוצל, זה בדרך כלל נובע מטראומה מתמשכת או קשה ומרגשות שליליים קיצוניים. משך הזמן בו מתגבש נרטיב יציב הוא מוגבל, ובסיומו קשה לחזור ולפתוח את הסיפור. משך זמן זה לא ידוע במדויק.

במצבים בריאים נחווים אירועי חיים חדשים כעקביים וניתנים לפרשנויות שונות, והם משולבים בסופו של דבר בסיפור החיים של האדם. אירועים טראומתיים עלולים לנתק את ההמשכיות הזו בשתי רמות- 1. הנרטיב של האירוע הטראומתי יכול להיות חלקי, בלתי עקבי או קטוע. 2. תחושת הרצף בין החיים שהיו לפני הטראומה לחיים שלאחריה עלולה להיפגע.

כאשר ניצולים לא מסוגלים לתאר את האירוע, יכולתם לספר סיפור משמעותי ולשלבו בסיפור חייהם לאחר מכן- נפגמת. היכולת לכתוב או לספר סיפור קוהרנטי של האירוע הטראומתי יכולה להוביל לאינטגרציה ולהתמודדות טובה יותר.

במילים אחרות, אירוע טראומתי יכול להופיע כאפיזודה, כנקודת מפנה או כשבר. במקרה האחרון מנותק סיפור החיים שקדם לטראומה מזה שלאחריה. לרוב גם עושים אידיאליזציה לחיים של לפני הטראומה. יחד עם זאת, יש לומר כי אצל ניצולי טראומה הלוקים ב- PTSD התפיסה של עצמו לאחר האירוע בתור "אחר" או "שונה" לגמרי לא מוטעית. שכן בPTSD- מפתחים שינויים במזג, בעוררות ובתפיסת עולם- או במילים אחרות שינויים באישיות...

הקשר שבין השבר בסיפור חייו של אדם לבין התפתחות PTSD עשוי גם להיות מעגלי, כשמימד אחד מזין את השני. מטפלים בטראומה יכולים לעזור למטופל **לשנות את הנרטיב ובדרך זו לטפל ב-PTSD.**

**סיכום**

1. התערבויות טיפוליות **אינן** צריכות להתמקד בסימפטומים הנצפים אלא במנגנונים הנפשיים ובנסיבות הקונקרטיות שבבסיסם.
2. מילת המפתח בהתערבויות קליניות היא גמישות טיפולית. כלומר, יכולתו של המטפל להתאים את מטרות הטיפול ואת הטכניקות הטיפוליות לשלב בתהליך ההחלמה, לצרכים הייחודיים של כל ניצול ולסביבה המשפחתית החברתית.
3. המלצת המאמר היא כי מטרה מרכזית של התערבות קלינית מוקדמת תהייה תמיכה בתהליכי החלמה טבעיים.
4. משום כך גם המאמר מציע ש**מוקד האבחון וההתערבות הקלינית צריכים להיות אותם גורמים מעכבי החלמה:** תוארו שלוש תופעות המרמזות על קושי ועל צורך בהתערבות (דיסוציאציה, דיכאון, והופעת תסמונת מלאה של דחק חריף ASD ), אך הורחב במאמר גם על מצב הכולל מצוקה בלתי נשלטת, מוכללת ומפושטת, כמצב סיכון הדורש התערבות קלינית.
5. על אף המחלוקות בספרות העוסקת בטראומה, עמדת המאמר היא כי התערבות טיפולית במצבי אסונות מתמשכים צריכה להינתן בהקדם, ובמהלך התקופה הסמוכה לאירוע. ההתערבויות חייבות להתבצע בהקשר של מעקב לאורך זמן, נחוץ רצף טיפולי.
6. על הקלינאים להכיר היטב את המשאבים המשפחתיים, הקהילתיים, והחברתיים הזמינים למטופל ולדעת לעזור למטופל לגלות משאבים חדשים או לפנות בצורה יעילה יותר למשאבים הקיימים.
7. יש להעריך את עוצמתם של גורמי דחק מתמשכים.



**מילגרם, נ. (2000). ילדים במצבי חירום ולחץ. בתוך א' קלינגמן, ע' רביב, וב' שטיין (עורכים), מאפיינים והתערבויות פסיכולוגיות (עמ' 13-56). – חן ל. והילה ג.**

**מבוא:**

***ישנן שתי אוריינטציות המתייחסות ללחץ:***

1. לחץ כפסיכופתולוגיה- האוריינטציה הפסיכיאטרית המסורתית טוענת כי יחידים פגועים מגיבים באופן בלתי נורמאלי לגירויים אשר מעוררים התנהגות נורמאלית אצל מרבית האנשים וזאת בגלל רגישות אישית או חוויות שליליות קודמות.
2. לחץ מנסיבות חיים- התמקדות באירועי חיים מלחיצים הנתפסים אצל מרבים האנשים כמזיקים. אוריינטציה זו קובעת כי רוב האנשים יפגינו תגובות שליליות אך לאחר שגורם הלחץ יחלוף הם יראו שיפור. לעומתם כמה מהנפגעים יסבלו מהשפעות מתמידות של החשיפה הראשונית גם זמן רב לאחר שזו חלפה.

שתי אוריינטציות אלו יכולות להיות חופפות שכן אנשים שאובחנה אצלם הפרעה פסיכיאטרית יכולים להיחשף גם לנסיבות חיים מלחיצות.

**מושגים בסיסיים בתחום הלחץ והתמודדות:**

***לחץ כאירוע מעורר:***

אירוע מעורר מוביל לשינוי באורגניזם, הוא דורש מהיחיד לשינוי והסתגלות תוך התמודדות עם התסכול או העימות שהאירוע מפעיל. אירועים מלחיצים:

* שגרת היום-יום. (עבודות הבית)
* מעברים התפתחותיים הנמשכים זמן ארוך (פרידה מהבית, יישוב בעיות זהות)
* אירועים בעלי פרק זמן קצר הנחשבים כטובים (לידת אח)
* אירועים לא נעימים הקורים לילדים לפעמים (שבירת יד/רגל)
* זעזועים משפחתיים (גירושין)
* טרגדיות משפחתיות (מוות)
* טרגדיות אישיות של הילד (אונס, תקיפה)
* אסונות טבע
* אסונות מעשה ידי אדם (מלחמות)

ככל שהאירוע נמצא בתחתית הרשימה כך גדל הסיכוי שהוא יוביל להפרעות התנהגותיות.

***לחץ כחוסר איזון בין מצב הגרייה וההיצע התגובתי:***

לחץ הוא בעצם חוסר איזון בין הדרישות שמצב נתון מביא לבין המשאבים האישיים והבין-אישיים אותם אדם יכול לגייס בכדי לענות על דרישות אלו. חוסר האיזון יכול להוביל לכשל בהסתגלות. ההתייחסות במצב זה היא **לגורמי לחץ** (המצב הנתפס כמאיים), **תגובות לחץ** (התנהגויות חולפות מסתגלות ובלתי מסתגלות), **משתנים מתווכי לחץ** (המצב המאיים, הילד עצמו והפעולה הנעשית המשפיעה על היחס בין גורמי הלחץ לתגובת הלחץ) **ולהפרעות לחץ** (תסמונת קלינית הנובעת מחוסר ממאמצים בלתי מסתגלים לתיקון המצב).

המשפחה היא מקור ראשי למשאבי הילד ולכן אירוע לחץ בתוך המשפחה (רצח בתוך המשפחה) יזעזע יותר מאירוע מחוץ למשפחה (מוות שתאונה למשל). בנוסף, גורמי לחץ המשפיעים רק על הילד יזעזעו פחות מגורמי לחץ המשפיעים על כל המשפחה.

יחסי גומלין מלחיצים יכולים לפגוע בילד כקורבן ראשוני (ספיגת מכות) או שניוני (צפייה בתקיפה של אדם אהוב).

הערכה קוגניטיבית והתמודדות:

למרות שגורמי לחץ מסוימים גורמים לתגובות לחץ חמורות יותר עדיין יש משקל רב להבדלים פרטניים וקבוצתיים של ילדים בכל הנוגע להתמודדות עם מצבים אלו. ההבדלים מוסברים בחלקם ע"י תהליכים קוגניטיביים המאפיינים את המפגש עם גורמי הלחץ-

1. הערכה קוגניטיבית ראשונית- מביטה כלפי חוץ אל גורם הלחץ ומעריכה את מידת הנזק שכבר התרחש ואת היקף הנזק העתידי.
2. הערכה קוגניטיבית שניונית- התבוננות פנימה והחוצה למשאבים האישיים והבין אישיים הזמינים והאם משאבים אלו אכן יובילו לתוצאה רצויה.
3. הערכה קוגניטיבית שלישונית- הערכה שוטפת של היעילות העצמית בהתמודדות עם מצבי לחץ. נשאלת השאלה "האם אני מצליח להתמודד?" תשובה חיובית תביא לתחושת מסוגלות ותשובה שלילית תשפיע בצורה הפוכה.

הערכות אלו משפיעות על התפקוד במצבי לחץ. זוהו מס' אסטרטגיות של התמודדות עם מצבי לחץ:

1. התמודדות ממוקדת בעיות- מאמצים קוגניטיביים והתנהגותיים לעמוד בדרישות מצב הלחץ.
2. התמודדות ממוקדת רגשות- מאמץ לשמור על השליטה הרגשית הדרושה להתמודדות עם בעיות.
3. ניסוח מחדש של הבעיה- בחינה מחדש של הבעיה במושגים שיאפשרו פיתרון תוך מאמצים ממוקדי רגשות כדי להפוך את הניסוח החדש לנסבל.

ככל שהאסטרטגיה יעילה יותר כך תגובות הלחץ יהיו מתונות יותר וקצרות יותר.

תגובות של ילדים ללחץ:

על תגובות של ילדים ללחץ ניתן ללמוד מ- **דיווח מילולי של הילד**=מה הוא מספר, **תצפיות טבעיות**- של קרובים על התנהגות הילד, **מדדי דירוג**- דירוג שיטתי של התנהגות הילד**, מבדקים ראיונות ותצפיות**- הערכה פסיכולוגית של ביצועי הילד, **בדיקה גופנית, בדיקת מעבדה וראיונות פסיכיאטריים**- בחינת מקורות פיזיולוגיים, הפרעה התנהגותית או פסיכיאטרית אשר יכולות להיגרם ממצבי לחץ.

**משאבים תוך אישיים:**

ממצא חוזר הוא שילדים שונים מגיבים בצורה שונה לאותו מצב לחץ (הבדלים בין-אישיים) וכי ילד אחד יגיב אחרת למצבי לחץ שונים (הבדלים תוך אישיים).

משאבים תוך אישיים המשפיעים על התמודדות הילד עם מצבי לחץ-

* הערכה עצמי גבוהה
* חוסן נפשי
* אסטרטגיות וכישורי התמודדות קוגניטיביים, התנהגותיים
* כישורי ויסות עצמי
* יעילות עצמית המבוססת על ציפיות להצלחה.

מאפיינים אלו תורמים ליחסי הילד עם הסביבה במס' דרכים:

* יחסי גומלין פרו-אקטיביים: הילד בוחר מצבים ומעצב אותם באופן ייחודי לו.
* יחסי גומלין ראקטיביים: כל ילד חווה, מפרש ומגיב למצבים בצורה שונה
* יחסי גומלין אובייקטיביים: כל ילד מעורר תגובות שונות אצל אחרים משמעותיים.

**מקורות תמיכה בין-אישיים:**

1. מערכות חברתיות יציבות- משפחה מורחבת מלוכדת, ישוב שיתופי וכד' השומרים על היחיד ואף נותנים קודים של התנהגות הן בשגרה והן במצבי לחץ.
2. מערכות תמיכה טבעיות- משפחה גרעינית, חברים,אנשים בקהילה. יכולים לקבל על עצמם תפקידי תמיכה בלתי פורמאליים.
3. קבוצות פורמאליות בקהילה אשר מטפלות בצרכים הקשורים ללחץ- עזרה לימודית לילדים החולים במחלות קשות, ער"ן וכד'.
4. התמיכה החברתית ממלאת בזמן מצבי לחץ את התפקידים הבאים:
5. הדרכה, עצה- עזרה בהגדרת המצב, הבנתו והתמודדות עימו.
6. אישור תחושת ערך העצמי
7. לשמש להם חברה ולספק להם תחושה של ברית אמינה.
8. תמיכה אינסטרומנטלית- סיוע חומרי.
9. הפוגה- זמן בו הם יכולים להתעסק במשהו אחר.

בעבר רעיון התמיכה החברתית נשען על האמונה כי על תמיכה זו להיות זמינה ללא קשה לתכניה. אחר-כך הבינו כי כל ילד זקוק לתמיכה שונה. לאחרונה הדגש הוסט מפעילות אחרים למען ילדים במצבי לחץ ליכולתם של הילדים עצמם לגייס את התמיכה לה הם זקוקים. הם עושים זאת ע"י שידור תמיכה בעצמם והחלטה אילו סוגי תמיכה הם מקבלים ואילו הם דוחים. רעיון זה נקרא **סריקה ובחירה סדרתית.**

מחקרים התומכים בגישה זו מצביעים על כך שחלק מהילדים הגדלים בתנאי מצוקה מצליחים לקדם עצמם ולהגיע להישגים, ע"י גיוס עצמי של תמיכה. ילדים אשר לא מצליחים לעשות זאת נזקקים לסיוע מקצועי.

**רמות של התערבות מקצועית מצד גורמי בריאות הנפש:**

1. התערבות ראשונית- ידע וכישורים העוזרים להתמודד עם מצבי לחץ אשר מסופקים למורים, שוטרים, הורים וילדים.
2. התערבות שניונית- מכוונת לקבוצות בסיכון גבוה שנחשפו למצבי לחץ לאחרונה (אונס, אלימות). ההתערבות מספקת סיוע בשלב הפעיל של המשבר בכוונה לפתור אותו במהירות. מערכות אלו, כמו המערכות הראשוניות מופעלות ונתמכות באנשי מקצוע.
3. התערבות שלישונית- תוכניות טיפול פורמאליות העוזרות ליחידים ומשפחות שלא הצליחו לפתור בהצלחה את המשבר הראשוני, אנשים אלו יכולים לפתח סממנים פסיכופתלוגיים. ההתערבות נועדה לצמצם את השפעת המשקעים בכדי למנוע הישנות משבר. ברמה זו אנשי מקצוע עובדים ישירות עם הפגועים.

**שיקולים התפתחותיים וחברתיים:**

שיקול מרכזי בטיפול בילדים הסובלים מלחץ הוא השיקול ההתפתחותי. השוואה בין ילדים בגילאים שונים מצביעה על הבדלים.... (נורית ממשיכה כבר מפה..)

עצומים מבחינת ההערכה הקוגניטיבית, היעילות התפיסתית, השליטה הרגשית, המוטיבציה להשגת שליטה, ההזדמנות לשליטה, אסטרטגיות ההתמודדות ומשתנים בין-אישיים אחרים המשפיעים על יכולתו של אדם להתמודד במצבי לחץ. ילדים פחות מודעים ממבוגרים לסיכונים והנזקים הגלומים במצב לחץ וגם להתמודדויות במצב זה. כתוצאה מכך הם עלולים להינזק יותר\פחות – הכל בהתאם לאופיו המורכב של גורם הלחץ והשפעתו הישירה עליהם ועל אחרים משמעותיים בחייהם.

אין גיל מסיים שיכול להיחשב כפגיע יותר מגילים אחרים לצורות חסך ואלימות, אולם ניתן לאפיין את תחום הרגישות לפגיעה בגילים שונים ובסוגים מסוימים של סממנים הקשורים ללחץ, הנפוצים בגיל אחד יותר מבגיל אחר. כך למשל סממנים גופניים הקשורים ללחץ , תחושת אשמה, תוקפנות, ופנטזיות- לעומת זאת, נפוצות יותר בקרב בוגרים יותר.

עם זאת, הבגרות והשינויים ההתפתחותיים אינם השיקולים היחידים בהערכת ההבדלים בין ילדים ומבוגרים הנחשפים למצבי לחץ. יש גם שיקולים חברתיים- זכויות ואחריות הילד במשפחה, חברה וכו' כל משפחה\קבוצה\קהילה דורשת התייחסויות שונות למצבי הלחץ. כל קבוצה מפיצה נורמות שוניות (ע"פ גיל ומין) לגבי ציפיות מילדים ומה יש להעניק להם. על פי זה, הילדים מעריכים את המתרחש- מי עומד לעזרתם וכו'.

הקהילה והמערכת המשפטית יקבעו גישה למצבים בהם ההורים משתמשים באלימות כלפי ילדיהם וכן, האופן בו יתייחסו לילדים אלימים (איזה עונשים, טיפול וכו') דברים אלה הינם רלוונטיים לטיפול הניתן לילדים שנפלו קרבן לתוקפנותם של מבוגרים \בני גילם או שפעלו בעצמם בתוקפנות.

**חלק שני: הפרעות הקשורות ללחץ בקרב ילדים**

ישנן 3 הפרעות : הפרעות הסתגלות, הפרעות לחץ אקוטי והפרעות לחץ פוסט-טראומטי (ישנה הפרעה רביעית שלא נכללה- הפרעת לחץ קיצוני).

המשותף לכל ההפרעות: לכולן תגובת לחץ בלתי מסתגלת לגורמי לחץ פסיכו-סוציאליים הניתנים לזיהוי.

**הפרעת הסתגלות:**

מאפיין מרכזי- התפתחות סממנים רגשיים\התנהגותיים בעלי מובהקות קלינית בתוך 3 חודשים מהופעתו של גורם הלחץ. גורם הלחץ הוא בד"כ אירוע לא נעים שחומרתו מתונה-בינונית, המתרחשת בתדירות מתונה.

התת סוגים של הפרעת ההסתגלות נקבעים ע"פ תגובות נלוות: דיכאון, חרדה, הפרעת התנהגות, או שילוב של כולם. סימני הפרעה זו משקפים מצוקה רגשית החורגת מתגובה אליה היינו מצפים\ מצביעים על ליקוי תפקודי משמעותי (חברתי\מקצועי). ניתן להעריך את רמת המגבלה התפקודית לפי השוואה של תפקוד לפני ואחרי הופעת גורם הלחץ.(הערכה ע"י הורים, מורים ואז אנשי מקצוע).

ההפרעה מופיעה זמן קצר לאחר תחילת הלחץ ונמשכת בד"כ פחות מ-6 חודשים אחרי העלמות גורם הלחץ. אם גורם הלחץ הוא אירוע אקוטי- תחילת ההפרעה היא מיידית\תוך מספר ימים ונמשכת זמן מועט יחסית.

אם גורם הלחץ \השלכותיו נמשכים יותר מ-6 חודשים, ההפרעה עלולה להמשך ושמה יהיה "הפרעת הסתגלות כרונית".כאשר ההפרעה נמשכת יותר מ-6 חודשים , בהיעדר גורמי לחץ נוספים או השלכותיהם- שוקלים אבחנות חלופיות.

 **הפרעת לחץ פוסט- טראומטית:**

יש 6 מאפיינים המגדירים את התסמונת הזו- הנסיבות הגורמות והתגובה הראשונית, תופעות שונות שחוזרות ונחוות, המנעות, עוררות מוגברת של מערכת העצבים, מצוקה או ליקויים בתפקוד ומשך הפרעה.

**אירוע טראומתי ותגובה ראשונית**

תסמונת זו מוגדרת ע"י חשיפת הילד לאירוע טראומתי הנמצא מחוץ לטווח ההתנסות האנושית הרגילה.

 האירוע יכול להיות ידוע לכל (אסון טבע) , ע"י האדם שחווה את הטראומה או ע"י צופים.

דוג': ילד שלא יכול לתקשר בצורה יעילה, תקשורת לקויה, ילד שסבל מתגובת הימנעות או דיכאון אבדן זיכרון עקב גורם לחץ ועוד.

אם ילד מגיע עם סממנים דומים למה שתואר לעיל ואין גורם לחץ קרוב ובר זיהוי- יש לבדוק אפשרויות אבחון אחרות (לאחר בחינת המקרה של הילד).

**הימנעות עקיבה וקהות של התגובתיות הכללית**

ילד שסובל מתסמונת זו מפגין 3 או יותר מהבאים:

1. הימנעות ממחשבות, רגשות או שיחות הקשורים לטראומה.
2. הימנעות מפעילות או מצבים מעוררים זיכרונות של הטראומה
3. שכחה של היבט חשוב בטראומה
4. ירידה בולטת בהשתתפות בפעילויות משמעותיות
5. תחושת ניכור או ניתוק מאחרים
6. טווח רגשות מוגבל
7. חוסר תקווה לגבי העתיד

**סממנים עקיבים של עוררות מוגברת**

הילד חייב להפגין לפחות שניים או יותר מהבאים:

קשיים בהרדמות\ במשך השינה, עצבנות או התפרצויות זעם, קושי בריכוז, ערנות יתר ותגובות מוגזמות.

**רגישויות מקדימות**

רגישות קדם טראומטית היא רגישות שמקורה בנטיות תורשתיות או בהתנסות סביבתית (הגנות בלתי מספקות, ציפיות לא מסתגלות וכו'). ילדים פגיעים מפתחים סממנים הדומים לאלו הנפוצים בתסמונת אחרי חשיפה לגורמי לחץ מתונים שאינם גורמים לסממנים אלה אצל ילדים גמישים יותר.

במקרה זה מדגישים את הרגישות הקדם- טראומטית ואת הנטיות המקדימות כאשר סוג הטיפול ומטרותיו נקבעים בהתאם. אם מלווה הפרעת אישיות כלשהי, מאבחנים את 2 ההפרעות והטיפול בתסמונת לוקח בחשבון את בעיות ההסתגלות הקשורות להפרעה הקודמת.

**הפרעת לחץ אקוטית:**

האירוע שגורם להפרעה זו והסממנים שלה זהים לאלה של הפרעת לחץ פוסט טראומטית. היא שונה מהפרעת לחץ פוסט טראומטית בכך שהסממנים מופיעים בשלב מוקדם יותר ונמשכים פחות זמן, עוצמתם נמוכה יותר. כמו כן, תדירות ההתנסות החוזרת בגורם הלחץ נמוכה יותר וכך גם סממני ההימנעות והעוררות.

הפרעה זו מתאפיינת ב 3 לפחות מהבאים (שנחוו במהלך האירוע הטראומטי או מיד לאחריו):

היעדר תגובתיות רגשית, מודעות מופחתת לסביבה, ניכור מהמציאות (דה-ראליזציה), ניכור מהאישיות או הגוף (דה- פרסונליזציה) ושיכחת היבטים חשובים של הטראומה.

**הפרעת לחץ קיצונית**

הפרעה זו מופיעה אצל אנשים שחוו טראומה חוזרת ונשנית (פגיעות מיניות, אלימות וכו').

האבחון מחייב 6 מהסממנים הבאים:

1. הפרעה כרונית בוויסות הרגש והדחף
2. קושי לשלוט בזעם
3. התנהגות של הרס עצמי ומחשבות אבדניות
4. קושי לנהל את ההתנהגות המינית
5. אימפולסיביות ונטילת סיכונים
6. ראיית עצמי כבלתי יעיל ופוגע לצמיתות
7. מצב כרוני של אשמה ובושה
8. זלזול בחשיבות האירוע הטראומטי
9. תפיסות לא מציאותיות של האירוע
10. חוסר יכולת לבסס יחסים על אמון
11. נטייה להפוך עצמו לקרבן
12. נטייה להפוך אחרים לקרבן
13. אבדן אמונות וערכים
14. ייאוש וחוסר תקווה
15. שכחה וניתוק מהאירוע
16. סממנים גופניים

הפרעה זו מייצגת סוג חמור ומורכב של הפרעה הקשורה ללחץ ומקורה בחשיפה מתמשכת לגורמי לחץ יוצאי דופן.

**הטיפול בהפרעות קשורות לחץ בקרב ילדים**

כמה מעקרונות הטיפול לקוחים מעבודה שנעשתה עם נפגעי הלם קרב במלחמת העולם הראשונה.

- מידיות: טופלו מיד עם הופעת הסממנים

- קרבה: טופלו קרוב ככל האפשר למקום הטראומה

- צפייה: נאמר להם שתוך זמן קצר יתאוששו ויחזרו לפעילות קודמת

- קהילה: משאבי הקבוצה שחבריה נחשפו לגורם הלחץ מגויסים כדי לסייע לחברים שנחשפו להתאושש ( הזדהות עם הקבוצה)

רוב הגישות הטיפוליות מדגישות את חשיבותה של הזכרה שיטתית וחוויה מחדש של האירוע הטראומתי המקורי. בהתאם לגישה , אנשי מקצוע מדברים על קטרזיס, שחרור, עיבוד ועוד.

גישות רבות מטפלות לא רק בהשלכות קצרות טווח של האירוע, אלא גם בהשלכותיו ארוכות הטווח.

**חלק שלישי: קטגוריות מרכזיות של טראומה אצל ילדים**

**ילדים באסונות טבע**

מספר הילדים המתערערים או נפגעים מאסונות טבע וזקוקים לרמה כלשהי של התערבות נע בין 10% ל 90% . (בהתאם לעצמה, משף והיקף הפגיעה ולאבדן הנגרם עקב האסון)

ילדים עשויים לחוות בעצמם איומים ואבדן הקשורים בנחשול שכמעט הטביע את כל הקהילה שלהם. כמו כן, הם עשויים לצפות בתגובות בלתי מסתגלות של הוריהם ומבוגרים אחרים ולסבול מאבדן תמיכה. אם הזעזוע גדול ונמשך זמן רב, התגובות הפוסט-טראומטיות אצל ילדים עלולות להגיע לממדים של מגפה, לסכן את רווחת הילדים של אותו איזור ולאיים לשנות את האופי החברתי של העם המאוכלס באותו אזור.

כאשר הזעזוע הוא בהיקף קטן יותר- ילדים יכולים לחזור לשגרה תוך 6 עד 8 חודשים (יש ילדים שעדיין יהיו מוטרדים ).

כך, לדוג', ילדים שנחשפו ישירות להוריקן יהיו הרבה יותר נסערים לאחר 5 חודשים מילדים שחיים בפנים היבשת. ישנו מחקר המראה כי ישנו יחס בין רמת הפגיעה (נתפסת\ממשית) לבין תדירותם של סממני הפרעה פוסט-טראומטית. בנוסף, המחקר מצא כי ילדים שהפגינו רמה גבוהה של חרדה לפני האירוע נטו לסבול מהסממנים חודשים רבים מאוחר יותר מאלה שרמת חרדתם לא היתה גבוהה.

התנהגותם של הורים (בעיקר אמהות) ומבוגרים משמעותיים במהלך האסון ואחריו, נמצאה כבעלת חשיבות רבה להסתגלות הילדים בהמשך יותר מאשר חשיפתם הישירה לאסון עצמו.

3 משתנים הקשורים בהורים תורמים לסממני ההפרעה הפוסט-טראומטית ארוכי טווח:

1. פרידה מההורים מיד לאחר האסון
2. עיסוק נמשך של האם (לא האב) באסון
3. ירידה בתפקוד המשפחה

השפעת ההורים על הופעת הסממנים אצל הילדים ועל כושר הסתגלותם בהמשך, מותנה בגורמים התפתחותיים. כך, למשל, מעקב בן שנתיים אחר ילדים שנחשפו לאסון טבע הראה שהילדים הצעירים ביותר והמבוגרים ביותר הושפעו יותר מהאחרים מתגובות הוריהם- מסיבות שונו:

הילדים הצעירים ביותר לא יכלו להעריך את השלכות המתרחש וקיבלו את הרמזים מהוריהם. האופן כללי הם הפגינו פחות סממני PTSD מהילדים המבוגרים יותר, שהבינו את המתרחש וחוו אשמה של שורדים ואחריות למצב. כך למשל, מתבגרים ששרדו אחרי טביעה של ספינה חשו אחריות לגורל חבריהם שנספו.

הדגש על אוורור רגשי לאחר אסון אמור להצביע על רגיעה לאחר אוורור שכזה אך למעשה ההפך הוא הנכון. במחקר מעקבי גילו שילדם ש"אווררו" עדיין מגלים סממני PTSD 26 חודשים לאחר שרפת יער שגרמה לאבדן.

מחקרים מצביעים על החשיבות של היכולת לשמור על שגרה לאחר אסון וכן על החשיבות של זיהוי סימנים פתולוגיים כדי להתערב ולטפל בקבוצות הנמצאות בסיכון של PTSD. נקודות מוקד אלו מכונות "האוריינטציה הסולוטוגנית והפתוגנית בהתאמה". יש לקחתן בחשבון בעת הערכת ההשפעה של אסונות טבע וגורמי לחץ אחרים על ילדים.

ההתמקדות רק בהשלכות המיידיות של האסון (מחזות קשים שנצפו) עלולה להביא את הגורמים המטפלים לידי התעלמות מבעיות שניוניות שיכולות להופיע (אבטלה).

**ילדים במלחמה**

לאחרונה התפתחה ספרות העוסקת בהשפעת מלחמה על ילדים. התחלתן היא במלחמת העולם השנייה עם ילדים בלונדון במהלך ההפצצה במקום ולאחריה. הגילוי היה שילדים שחיו עם הוריהם במהלך ההפצצה סבלו פחות מתגובות PTSD מאשר ילדים שהופרדו מהוריהם ופונו לסביבה כפרית ורגועה.

בספרות המקצועית הופיעו סקירות נרחבות על תגובת ילדים למלחמה- בישראל, צפון אירלנד ועוד מדינות מסוכסכות. הוסקו מספר מסקנות:

היחס בין גורם הלחץ לטראומה- ככל שהטראומה גדולה יותר- ריבוי ועוצמה של גורמי לחץ, משך החשיפה, היקפן ואי הפיכתן של ההשלכות השליליות- כך גדלות התדירות, החומרה והכרוניות של הסימפטומים.

החשיבות המכרעת של מערכות תמיכה יעילות של מבוגרים- הילדים מסתמכים על הערכתו של המבוגר לגבי האיום והסכנה. אם יאותתו שהמצב בשליטה ולא מדובר באירוע הכרוך במצוקה רגשית, הילדים יגיבו בצורה דומה. אך כאשר חסר דמות הורית, הם נעשים מדוכדכים וסובלים מטראומה.

האיזון בין ידע מפחיד ובורות מלאת חרדה- ילדים זקוקים למידע מדויק על העתיד להתרחש או שכבר התרחש ומדוע, וכיצד מצפים מהם להתנהג. צריך לסייע לילדים ולמתבגרים להבין ולעבד את האיומים והאבדנים במצב הלחץ.

האיזון שבין אחריות למעמסה- יש לגייסם באופן פעיל לעשות דברים שימושיים במהלך המשבר המשפחתי או הקהילתי, אך אין לבקש מהם לשאת באחריות החורגת מיכולתם ההתפתחותית.

ההקצאה האישית של אחריות-ילדים ישאלו מי אחראי למצב זה ומי אחראי להוציאם מזה? בשביל לענות על תשובה זו צריך לבדוק אם הם מייחסים א האחריות לעצמם (פנימית) או לאנשים/כוחות אחרים שמעבר לשליטתם (חיצונית). ייחוס האחריות משפיע על ההערכה הקוגניטיבית, על התגובות ללחץ, על המוטיבציה לפעול, על התכנון ועל אופן ההתמודדות. חשוב לוודא שם שותפים לקשייהם הנוכחים ולפתרונות המוצעים עבורם.

החשיבות המכרעת והתרומה הצנועה של השלב ההתפתחותי להסתגלות ילדים אחרי אסון- תגובתם המיידים של ילדים לגורמי לחץ, תפקודם בהמשך ומצבם הנפשי, הם תולדה של שלב ההתפתחות שלהם- מערכי התפיסה, הקוגניציה, הרגש, המוטיבציה וההרגלים ההתנהגותיים.

תפקידים במהלך אסון ואחריו- אופן תפקודם של ילדים הם תולדה של התפקידים שהם מקבלים על עצמם במהלך האסון ואחריו. למשל, ילדים שגויסו בידי סיעות יריבות כדי להלשין על אחרים או לבצע פעולות אלימות כנגד אחרים חייבים להתמודד עם נושאים שונים מאלה שאיתם מתמודדים ילדים שהיו קורבנות חסרי ישע בידי אחרים במהלך אותו סכסוך.

**הילדים בישראל בעת מלחמה (1948-1982)**

המחקרים המוקדמים בישראל בחנו את הלכידות והאידיאולוגיה של הקהילות שבהן התגוררו הילדים. הם הצביעו על כך שילדי קיבוץ שנחשפו להפגזות או להתקפות מחבלים, סבלו בדרך כלל מרמות נמוכות יותר של תגובות ללחץ מאשר ילדי מושב. צוקרמן-בראלי הגיעה למסקנה שחינוך מערבי ורקע מערבי, חיי קהילה בקיבוץ ואידיאולוגיה סוציאליסטית, היוו גורמים עמידי לחץ שתרמו להזדהות גדולה יותר עם הקהילה ולכן לחרדה אישית נמוכה יותר ולפחות הפרעות התנהגותיות. קריסטל השווה ילדי מושב שחוו הפגזות מתמידות עם קבוצת בקרה של ילדים שמעולם לא חוו הפגזות. הוא השתמש בשלושה סוגי מדדים שונים:1. דיווח עצמי על חרדה גלויה 2. דיווח עצמי על חרדה בעת צפייה בסרט המדמה התקפת מחבלים על ישוב 3. דיווחים אובייקטיביים על שיעורי ה"ברוקסיזם" (חריקת שיניים- מדד לחרדה גופנית).

המדד הראשון לא הצביע על הבדלים, בעוד שהשניים האחרים הצביעו על ההבדלים הבאים: ילדים שחו הפגזות היו חרדים יותר במהלך הקרנת הסרט וסבלו יותר מברוקסיזם. אלו ממצאים התואמים הנחות מודרניות האומרות כי רגישות מוגברת לגירויים מעוררי חרדה בקרב ילדים שנחשפו בעבר לחוויות של איום על חייהם. ממצאים אלה גם תואמים את הסתייגות החוקרים מדיווח עצמי, במיוחד כאשר המשיבים מאופיינים במחויבות אידיאולוגית לנושא. כך למשל, ילדים וכן מבוגרים נוטים להמעיט מערך פחדיהם ובכך לספק עדות על נכונותם האידיאולוגית.

נושא שני שמופיע רבות- תגובת ילדים למות האב במלחמות ישראל. מחקרים תיעדו את תגובת האבל- כמו ירידה בקשב ובריכוז בבית הספר, ירידה בציונים, תנודות במצב הרוח והתקפי דיכאון. בנים-יותר מבנות- נטו להפגין בעיות התנהגות בחודשים שלאחר אובדן האב. הבנות נשאו אחריות גדולה יותר. כמו כן, בנים שתפסו עצמם כדומים לאב הנפטר הגיבו בצורה טובה יותר מהבנים שתפסו עצמם אחרת.

נושא שלישי- התמקד במחקר בבתי הספר. בניימיני הכין הנחיות מפורטות של הפעלה מדורגת של אנשי בריאות הנפש במערכת החינוך, והגדיר במדויק מהן הבעיות שיש לטפל בהן בכל אחת משלוש רמות ההתערבות- ילדת יחיד, קבוצה של ילדים וכלל בית הספר. קלינגמן פיתח דגם התערבות בת ספרי המיועד ליישום בעיתות משבר.

מחקרים אחרים מתמקדים בהשפעת החרדה שלפני המלחמה על רמות החרדה במהלך המלחמה. תיאורית התיסוף של אופי הלחצים משערת כי אנשים שסבלו מרמות גבוהות של לחץ לפני המלחמה יתנסו במהלך המלחמה ברמות גבוהות יותר מכפי שיתנסו אנשים שרמות הלחץ שלהם לפני המלחמה היו נמוכות. כך, ניתן לנבא גם אצל ילדים. למעשה, נמצא יחס הפוך במחקר בין רמת החרדה אצל ילדים לפני ואחרי מלחמת יום כיפור. הגידול הרב ביותר בחרדה היה אצל אלה שרמות החרדה שלהם היו הנמוכות ביותר מלכתחילה (בנים לעומת בנות, ילדים ממעמד בינוני לעומת מעמד נמוך). הסבר לממצאים אלו הוא שיש ילדים הנעשים פחות חרדים כאשר הם נחשפים למשבר כלל-קהילתי מפני שהם מוצאים בו מוקד לגיטימי לחרדה שלהם ובכך מפחיתים את רמת החרדה הכללית שלהם. קיימים ממצאים אמפיריים התומכים בהשערה זו.

**ילדי ישראל במהלך מלחמת המפרץ**

במהלך מלחמת המפרץ שוגרו לישראל 39 טילים מעיראק. יותר מ-14,000 איש עזבו את ישראל לפני פרוץ המלחמה. כמה מאפיינים ייחודים של מלחמה זו גרמה לתחושה קולקטיבית של חוסר אונים נלמד, שהשפיעה באופן ישיר על המבוגרים ובאופן עקיף על ילדיהם, ועל נקודת המבט הלאומית לאחר המלחמה. המאפיינים היו:

* המוות, הפציעה והנזק לרכוש התרחשו כולם במגזר האזרחי היות וכוחות צה"ל לא גויסו וההגנה הופקדה בידי צוותים אמריקאים.
* המבוגרים בכלל והגברים בפרט לא יכלו למלא את תפקידי ההגנה המסורתיים וזה ערער את שלוותם הנפשית
* המשפחה כולה ישבה יחד בחדר אטום ללא יכולת לעשות דבר ביחס להפצצות.
* סוף המלחמה לא פוגג את חוסר הודאות ביחס להפצצות עתידיות או את חוסר הוודאות לגבי יכולתו של צה"ל לנבא התקפות כאלה בעתיד או למנוע אותן.

עוד מסקנות שונות: ילדים צעירים נפגעו יותר מתינוקות. ילדים בגילאי 8-16 דיווחו על השפעה גדולה יותר של המלחמה מאשר ילדים בוגרים (גם תגובות PTSD בשלושת השבועות שאחרי המלחמה). משפחות שמאפייני הלכידות שלהן היו גבוהים לפני המלחמה סבלו פחות ממשפחות שאופיינו בתכונות הפוכות. התנהגותם הגלויה וכן המרומזת של ההורים השפיעו על התנהגות ילדיהם.

מחקרי המשך- יש מעטים. אחד מהם נמשך 3 חודשים ובחן ילדים שהיו בני 3-5 בעת מלחמת המפרץ:

1. ילדים שנעקרו מבתיהם דיווחו על יותר סימנים פוסט-טראומטיים מאשר אלה שנשארו בבתיהם,
2. לא נמצאו הבדלים לפי מין או גיל בסממנים של ילדים אלו
3. נמצא מתאם בין הסממנים הפוסט-טראומטיים של האימהות לילדיהן בקבוצה העקורה, אך לא בזו שנשארה בבית
4. הקשר בין הסימפטומים של האם לבין הסימפטומים של הילד בקבוצה שנעקרה מביתה היה תלוי גיל- ילדים בוגרים מגיבים לסממנים של אמהותיהם דווקא באמצעות מנגנון התרחקות מהאם.
5. הסממנים הפוסט-טראומתיים הספציפיים של הילדים הוסברו בצורה טובה יותר (כלומר מבחינת מובהקות סטטיסטית) באמצעות התגובה הפסיכופתולוגית הכללית של אמהותיהם מאשר באמצעות סממנים פוסט-טראומתיים ספציפיים במסגרת הדפוס הכללי. (לא ממש הבנתי מה הם רצו בסעיף הזה אז זה מועתק היישר מהמאמר...)

**עקרונות הטיפול בילדים בעת מלחמה**

1. הערך את נקודות החולשה ונקודות החוזק של ההורים ומבוגרים משמעותיים אחרים בקהילה של הילד והצע להם תמיכה שתאפשר להם לתפקד בצורה אחראית עד לסיום המשבר.
2. עודד מבוגרים להעניק חום לילדם ולהרגיעו וזאת מבלי לזלזל בדאגותיו של הילד.
3. עודד מבוגרים לגלות מה מטריד באופן ספציפי את ילדיהם לאחר שנחשפו לסוג מסוים של אסון, ולמקד את מאמצי הטיפול שלהם בדאגות מסוימות אלו.
4. הזהר את המבוגרים שלא ייכפו את פחדיהם או דאגותיהם על ילדיהם, ולא יקרינו דאגות או סטריאוטיפיים של מבוגרים על הילד.
5. עוזר לילדים להחליף את הפנטזיה במציאות פחות מאיימת בצורה הדרגתית.
6. טיפוח רגשות תמיכה הדדית בין ילדים.
7. עודד שיבה לשגרת חיים ולמערכות יחסים רגילות.
8. תכנן את הפעילות הקהילתית תוך שימוש בטקסים המתייחסים לאסון. זאת כדי להחזיר את המשמעות המשותפת שנותצה ע"י האסון.
9. חלק מהגורמים שמקשים בהערכה פסיכולוגית היא התערבות של פוליטיקה ע"י שימוש בילדים שעברו אסון הן ע"י מנהיגים והן ע"י ההורים עצמם. זאת כדי לרכוש אהדה או לחילופין לצמצם את הסימפטומים בבצורה גלויה כדי לשדר חוסן במסגרת מאבק אידיאולוגי.

**אלימות גופנית בבית ובקהילה:**

פגיעה בילדים ומתבגרים נפוצה מאוד ובמובנים מסוימים היא תופעה כלל אנושית. מספר סיבות הוצעו לתופעה זו:

1. הילדים קטנים בגופם וחלשים ולכן לא מרתיעים את התוקפן ולא יכולים להשיב מלחמה.
2. הם אינם יכולים לקבוע מי בסביבתם או להתרחק מתוקפים פוטנציאליים או תוקפים בפועל.
3. החברה סובלת צורות רבות של פגיעה בילדים ע"י הורים, אחים וכו.

קיימת אלימות גופנית רבה בבית ובקהילה וחלק ניכר מהאלימות משפיע באופן ישיר או עקיף על הילדים. נוסף לכך, ילדים רבים עדים לאלימות פיסית המכוונת כלפי אדם אחר.

לפי מחקרי אורך שבוצעו על ילדים שהיו קורבנות לאלימות פיסית, ישנם תגובות לחץ פוסט טראומטיות רבות. המנבא הטוב ביותר של מצב הבריאות הנפשית של הילדים היה מידת חשיפתם לאלימות במהלך התקיפה עצמה, בנוסף, קשר אישי יותר לקורבן מעלה את הסממנים הקשורים לטראומה. חומרת הסממנים קשורה גם לרגישות קודמת של הילד, לפתולוגיה המשפחתית ולקשר חלש עם הקהילה. מי שהייתה לו רגישות מקדימה לפני המשבר (אישית או משפחתית תרבותית) נוטים לפתח פתולוגיה מקיפה וכרונית לעומת ילדים גמישים, המסוגלים לגייס בעצמם את התמיכה או לגייס משאבים אישיים להתמודדות.

כאשר מטפלים בילד שנפל לאלימות ישירה או עקיפה, צריך לבדוק **שלוש רמות של גורמי לחץ** או דחק- 1. **דחק אלפא**: מה שקרה באמת. 2. **דחק ביתא**: מה שהילד ראה לפי הדיווח. 3. **דחק גמא**: תוכן הפנטזיות של הילד לגבי מה שהתרחש. זיכרון הפנטזיה של הילד לגבי מה שהתרחש, תבהיר את תגובותיו בעקבות האירוע. (לדוג- פנטזיה על נקמה בתוקפן, הכחשה של האירוע האלים וכו'..).

כאשר מדובר בגורם לחץ טראומתי ספציפי (פעולה נגד הילד עצמו או נגד אדם אהוב), צריך להציע טיפול ספציפי לתקרית. **חשוב לפעול לפי הקווים המנחים הבאים:**

1. להשיג נתוני רקע השוואתיים על ילדים באותו גיל, איזור מגורים וכו' על מנת להימנע מהפרזה או המעטה בחומרת הנכות הנפשית, הזמנית או הכרונית של הילדים המועמדים לטיפול.
2. יש לנתח התנהגויות מוזרות ובלתי רגילות כמו רוחות רפאים, ביחס לדרך בה עוזרים להסתגל ולערכם ההגנתי.
3. יש לעשות מאמצים גמישים להשיב את הילד למקום הפשע, כדי שיבנה מחדש ויפרש את שהתרחש בפועל או בדמיונו.
4. להפגין אהדה ולא זוועה, כאשר נחשפים לילד שנחשף לגורמי לחץ כמו אונס, עדות לרצח ועוד.
5. במהלך ההערכה והטיפול יש להבחין בין תגובות לחץ כתוצאה מאיום על החיים- כתוצאה מחוויות העבר שממשיכה לרדוף לבין תגובת צער על אובדן בפועל. כלומר, חוויות מהנות עם אדם אהוב אשר בהיעדרן אנו מתאבלים. שני סוגים אלה מובילים לתגובות פסיכולוגיות שונות ולהתערבות שונה.
6. יש לגבש גישה מובנית של עזרה פסיכולוגית ראשונית, הן לילדים שנחשפו לאלימות בקבוצה והן ביחידים. יש ליישם את הגישה ברמת הילד, הקבוצה, הכיתה, המשפחה ובקהילה כולה.

**התעללות מינית בילדים- בבית ובקהילה:**

מחקרים אחרונים מוכיחים כי התעללות מינית בילדים נפוצה הרבה יותר מכפי שהניחו בעבר. רבים מהסובלים מהתעללות מינית סובלים באופן כרוני ומגלים סממנים שונים ביניהם: ptsd (53%) , בעיות התנהגות (37%), פחדים (33%), התנהגויות בעלות אופי מיני (לדוג משחק מיני עם בובה )(28-38%) והערכה עצמית נמוכה (35%). נשים בוגרות שחוו התעללות מדווחות על דיסוציאציה (הפרעה בתודעה), בעיות במיניות, התמכרויות, ניסיונות התאבדות והשחתה עצמית. הן גם נטו יותר מאחרים להיות מותקפות מינית כמבוגרות.

רוב הקורבנות של התעללות מינית הן ילדות. מעריכים כי הסיכון גבה פי שמונה מזה של הבנים. אין זה אומר כי זכרים אינם מועדים לכך. סקירה בקרב ילדים ומתבגרים בנים מצביעה על כך **שבנים נוטים לדווח פחות מבנות ממספר סיבות:**

פחד מהומוסקסואליות, פוחדים שנבחרו להתעללות משום שהם הומואים חבויים, נוטים לדכא ולהדחיק את החוויה. בנים מפגינים אי נכונות לדבר על נושא ההתעללות אפילו אחרי הגילוי. נוטים להגיב ב"אקטינג אאוט" בפעולות שאינן מביאות אהדה. לעומתם הבנות נוקטות בפעולות של "אקטינג אין" – מפגינות את מצוקתן כי גם כך נתפסות חלשות וזקוקות להגנה, הבנים פוחדים שיאשימו אותם בהתעללות.

על הקלינאים להיות מודעים (מהסיבה שהם פחות מדוברים) **לשלושה סוגים של תת דיווח**: 1. התעללות מינית מצד נשים, מצד אבות נגד בניהם, ומצד ילדים לחבריהם. רובנו מתקשים להאמין שנשים מתעללות מינית בילדים אך זה קורה. החברה גם עוצמת עין לגבי אבות ואבות חורגים המתעללים בבניהם ולגבי התעללות של מתבגרים בצעירים- זוהי תופעה נפוצה בפנימיות חד מיניות רבות.

להשלכות הפוגעניות של התעללות מינית בילדים יש השפעות פתוגניות חזקות למשך כל החיים, אך זו תהיה שגיאה לאמור כי כל הקורבנות מפתחים סממנים ארוכי טווח או הפרעות פסיכיאטריות חמורות. למעשה בין 21- 49% אינם מפגינים כל סממן. **לממצא זה מספר הסברים אפשריים**:

1. לפעמים נדמה כי הילד לא מפגין סממנים אך למעשה הוא אכן מפגין פשוט קשה לראות זאת במדויק. 2. יש ילדים שהצליחו לדכא את הסממנים ואולי בעתיד יעלו לפני השטח בתקופה קשה בחייהם. 3. הילדים לא היו בשלים מספיק לעבד קוגניטיבית את ההשלכות הנוראיות של ההתעללות המינית בזמן שנבדקו, רק כשיתבגרו יבינו מה ארע להם. 4. נחשפו לפרמטרים פחות מזיקים של התעללות בילדים או כי הם פגיעים פחות. אנשי מקצוע לעיתים מאבחנים ילד שלא מראה סממנים כמופרעות נפשית מבלי להבין את הרקע לחוסר ההפגנה או לחילופין דוחקים בלקוחות לאוורר רגשות ולחשוף – וכך להזיק להם.

טר עושה אבחנה בין **שני סוגים של טראומה**: 1. אירוע פתאומי, חד פעמי ובלתי צפוי אשר לא צפוי להישנות. 2. טראומה כרונית- ניתנת לניבוי, צפויה וחוזרת ונשנית. הסוג השני עלול להיות מזיק יותר מפני שהוא כרוך במספר רב יותר של **מאפיינים פתוגניים**. אלה כוללים: חדירה מינית, משך ותדירות הפעולות הפוגעניות, יחסים של גילוי עריות, שיתוף פעולה מרומז של האם והיעדר תמיכה ועידוד שלה לעצור, שימוש בכוח בעת הפעולה הפוגענית, אופי מוזר של התעללות מינית (עם חיות או חפצים למשל), מספר תוקפים (אונס קבוצתי).

גילם ומינם של הקורבנות אינם נכללים בין גורמי הסיכון התורמים לפסיכופתולוגיה, מפני שלכל פעולה פוגענית יש את המשמעויות שלה לפי גיל ומין. הספרות מתמקדת עקר בטיפול במבוגרים שעברו התעללות מאשר בילדים צעירים. לפי המנגנון של בראונה ופינקלור **התעללות מינית גורמת טראומה לילדים באמצעות ארבעה מנגנונים:** 1. סקסואליזציה טראומטית ובלתי הולמת.2. בגידה באמון בסיסי. 3. סטיגמטיזציה (ירידה בערך עצמי של הקרבן).4. תחושה כללית של חוסר אונים. **בטיפול פרטני יש להתייחס לכל אחד מארבעת המנגנונים!!**

תכנית טיפול התנהגותית קוגניטיבית קצרת טווח עם ילדים הורידה את רמות החרדה והדיכאון. זה מתבסס על למידה של תגובות רגשיות והתנהגותיות ובניסוח קוגניטיבי חדש של החוויה הפוגענית ואחריה.

**מסקנות המחבר על נושא :**

1. לרבים מהקורבנות יש משאבים אישיים בעזרתם יוכלו להתמודד בעצמם או בעזרת תמיכה מתאימה מצד אחרים.
2. ילדים רבים זקוקים לתכנית טיפול רב צדדית שתכלול את הגורמים הבאים: א. תחומי תפקוד שלא נפגעו ומשאבים אישיים באשר לדמויות תומכות שזמינות להם. ב. יש להביא בחשבון את המצוקה הנפשית וההתנהגות הדיספונקציונאלית, את היחסים הפגועים ועוד סממנים קליניים. ג. את סוגי הבעיות איתם מתמודדים בהווה. ד. את סוגי הבעיות איתן יאלצו להתמודד בעתיד- תוך התייחסות לאירוע הלחץ.
3. אין תיאוריה אחת נכונה. כל ילד חווה דברים אחרת ולכן זקוק לטיפול שונה.
4. מטפלים שעובדים עם ילדים חייבים לטפח אהדה והזדהות, אך להיזהר ממעורבות יתר.
5. יש להעריך מערכות בין אישיות פתוחות וסגורות, לגייס משאבים מהמשפחה והקהילה, לטפח רגישות לנושאים קיומיים כמו מוות, רשעות אנושית, הזנחה וכאב- ולהתעלות עליהם.
6. להתבסס בשיטות הטיפול על ממצאים אמפיריים.
7. כל שיטות הטיפול בילדים חייבות להתבסס על ההנחה כי המטפל אינו ידידם של הלקוחות והם אינם שווים. ממש כמו הורה, שוטר, מורה אך בכל זאת זה "משהו אחר".
8. גם אם בעיות נראות בלתי פתירות זה לא פותר אותנו מאחריות מקצועית ומחויבות לטיפול, עם זאת יש לזכור כי לא תמיד נצליח.

**Challenging gender roles: The impact on female social work students of working with abused women\ Goldblatt Hadass & Buchbinder Eli - אסף**

* מטרת המאמר לתאר ולנתח כיצד מערכת יחסים זוגית ותפקידים מגדריים של סטודנטיות לעבודה סוציאלית מושפעים במהלך תהליך התערבות עם נשים מוכות. תהליך מסוג זה משמש זרז בבחינה מחודשת של חוויות חיים, השקפות עולם ונושאים מגדירי אישיות.
* ב-תפקידים מגדריים, הכוונה היא ל"ציפיות חברתיות עבור גבר או אישה להתנהגות 'נאותה'".
* תהליך העזרה ניתן להבנה כמשא ומתן מתמשך של המציאות בין העובד והלקוח, אשר מעוצב על ידי הקשרים אישיים, סוציאליים-פוליטיים ותרבותיים, אשר בתוכם שני הצדדים חיים ופועלים. בגלל שתהליך ההתערבות, הינו תהליך הדדי, הרכיב הבין-אישי של הדיאלוג בין שני משתתפים מודגש. במפגשים האלה, העובד והלקוח, באופן תמידי משנים ומשפיעים באופן הדדי אחד על השני. לכן, השיח הנוצר על ידי המשתתפים, הוא בעל משמעויות על שני הצדדים, והוא מעצב מחדש את סיפוריהם האישיים לאורך המפגש. שינויים אלו יכולים להשפיע על אישיותו של העובד ועל התפתחותו המקצועית.
* 'נרטיב' מתייחס לצורה העקבית והנושאית בה ניסיון חיים נבנה ומעובד. ברונר הציע שאנשים, כמייצרי משמעות, משתמשים בנרטיבים, על מנת לבטא אירועי חיים, תחושות ואת כלל זרימת התודעה שלהם. הנרטיבים אותם בני האדם בונים, עשויים כך שיוכלו לחבר מערכות יחסים משמעותיות בעבר או בהווה, וכן ניסיונות חיים עם רגשות והתנהגויות עתידיות, על מנת לבנות את השקפת העולם והזהות האישית. בעוד שרוב ההתנסויות וחוויות החיים חולפות על פנינו ללא התבוננות וללא ערעור על הנחות הבסיס, ישנם מקרים מסוימים, בהם חוויות מוערכות ונשפטות כחשובות, מאיימות או יוצאות דופן. במצב זה, נצרכת אינטגרציה, מערכת הסברים וביצוע איחוד עם הנחות היסוד.
* הזהויות האישיות והחברתיות של איש המקצוע נחשבות כבלתי נפרדות. הן מתמזגות יחד בהרבה מובנים כמו תפקידי מגדר והבדלי כוחות, אשר נחשבים הכרחיים, הן במערכת המשפחתית והן במסגרת ההתערבות הדינאמית. על ידי זה מושפעת דרכו המקצועית של העובד. חוויות ממשפחות המוצא הן מימד חשוב נוסף ברקע של איש המקצוע. קוטלר ופר מציגים את משפחת המוצא כמקור בעל ערך של העובד, אבל מצביעים על "שטחים מתות" של סוגיות לא פתורות, אשר עלולים לצוף במהלך המפגש עם נרטיב הפונה.
* רבים התווכחו שביצוע התערבות עם אלימות בן זוג מעלה סוגיות בסיסיות אשר קשורות לאי- סימטריה מגדרית ויחסי כוחות, ולכן גורם למעורבות אינטנסיבית של העובד. מאמר זה מוגבל להשפעה על העובדות הסוציאליות בעבודה עם אלימות משפחתית, הכוללת כל צורות האלימות התוך-משפחתית. המאמר עוסק בעיקר בהעברה נגדית, בטראומה עקיפה, מתח, שחיקה וההשפעה שלהם על התפקוד של העו"ס בסביבות מקצועיות ופרטיות. חוקרים מזהירים מפני הסכנה של טראומה עקיפה על עו"ס, אשר פגיעים להשפעה מהחוויות הטראומתיות של הלקוחות. דבר זה יכול להשפיע על עבודתו של העו"ס, אשר מתמודד עם סוגים שונים של טראומות. למרות זאת, לא דווחו שינויים בחייהם האישיים, ציפיות בין-אישיות ובמבנה אישיותם. תגובת העובד עלולה להשתנות בין המינים. **עובדת** אשר שומעת על לקוח אשר נפל קרבן, עלולה להביא למפגש עימו, את פגיעותה ופחדיה. בגלל דמיון מגדרי, גילי או סטאטוס דומה, עלולה העובדת להפוך למגוננת מדי עבור הלקוח שלה ועלולה לחוות טינה וזעם כלפי המתעלל בגלל התנהגותו השתלטנית כלפי בן/בת זוגו. המפגש עם האישה המוכה, גם עלול ליצור ביקורת מצד העובדת ("איך הם יכולים להישאר ביחד"), הזדהות עם הקרבן וחשש לגבי בטיחותם של חברי משפחתה של העובדת.
* אלימות בן זוג יכולה להיות 'מראה מגדילה' עבור העובד בויכוחיו היומיומיים סביב נושאים כמו, אינטימיות, גידול ילדים וקבלת החלטות. המפגש באלימות משפחתית עלול גם להחיות זיכרונות על אלימות במשפחת המוצא של העובד. לפיכך, התערבות במקרה של אלימות משפחתית דורש מודעות של העובד לרגשותיו וגישתו, כמו גם לתגובות השונות כאשר באים במגע עם האדם התוקף לעומת המפגש עם הקרבן של האלימות.
* על אף ההשפעות, נעשתה מעט כתיבה על הכנה והתמודדות של העובד בשטח הזה, אשר מתמקד בצרכים של העובדים ולא בצרכים של הלקוחות. הספרות המצומצמת אשר מתייחסת לנושא הזה, נוגעת בהבלטה בחשיבות הכשרת העובד כאמצעי לשיפור השירות הניתן ללקוח. כדוגמא, עובדים מונחים להיות רגישים כלפי נשים מוכות ולהימנע מלקבע מחדש את הלקוח כקרבן על ידי גישה שיפוטית. בתכנית ההכשרה להתערבות במקרה של אלימות במשפחה, כלולים אספקטים חברתיים, פסיכולוגיים, בין-אישיים, תוך-אישיים של התופעה. סטודנטים ועו"ס מעוּדדים לבטא את גישתם, באמצעות רגשות ותגובות הקשורות למגדר ואי שוויון ביחסי הכוחות. אולם, כיצד ביטויים אלו משפיעים על חייהם ועל זהותם המקצועית? דבר זה בקושי נחקר. המחסור הזה בולט עוד יותר, כאשר באים לחקור סטודנטיות לעבודה סוציאלית. הן נוטות להיות ללא ניסיון ובעלות חשיפה מוגבלת, כיצד לשלב את החוויות עם הלקוחות לתוך חייהן שלהן, כאשר אולי יש דמיון, אם לא זהות, ב"ניסיונן" בהתעללות. סטודנטיות לעבודה סוציאלית הן בדרך כלל בשנות העשרים עד השלושים לחייהן, אשר חוץ מגיבוש זהותן המקצועית, נמצאות גם בתהליכי היפרדות מבית המקור שלהן ויצירת מערכות יחסים אינטימיות. המפגש עם האלימות והתהליך המתמשך עם הלקוחות ועולמן, עלולים להשפיע ואפילו יכול לאתגר את דפוסי היחסים המוכרים של העובד.
* תהליך הסוציאליזציה של העו"ס מומשג כתהליך אשר משתנות בו משמעויות ואמונות המיוחסות ל'עצמי', יותר מאשר שינוי התנהגותי כשלעצמו. לכן, כאשר מבצעים התערבות במקרה של אלימות בן זוג, דבר קריטי הוא לעזור לסטודנטיות להתמודד עם מקרים מסוג זה. לאור מיעוט המחקר בנושא זה, הצעת המחברים היא לבחון את המשמעויות המיוחסות לחשיפת הסטודנטיות למקרים של אלימות בן זוג וכיצד זה משפיע על חייהן האישיים והמקצועיים.

**משתתפים**

המחקר נערך בהשתתפות 20 סטודנטיות לעבודה סוציאלית, אשר לא סיימו עדיין את לימודיהן. המחקר נערך לאורך שנתיים אקדמיות. הסטודנטיות השתתפו במפגש שבועי, שם נידונו סוגיות העוסקות באלימות בן זוג. המפגשים ליוו את עבודת השדה של הסטודנטיות. הסטודנטיות נבחרו באמצעות קריטריון, אשר חיפש סטודנטיות שהיו "עשירות במידע" לגבי אלימות בן זוג ועם נגיעה לנושא. על שני הקריטריונים האלה (סטודנטיות ועם נגיעה לנושא) התווסף קריטריון שלישי, האם היה לסטודנטיות בן זוג בתחילת לימודיהן האקדמאיים או לא. כל הסטודנטיות היו ישראליות ובשנות העשרים-תחילת שלושים לחייהן. הגיל הממוצע היה 25. אחת מהן הייתה נשואה וציפתה לילדה הראשון. 3 היו מאורסות, עוד 10 היו במערכת יחסים והשאר לא.

**ממצאים**

המחקר מתמקד בהשפעה של מפגש עם נשים מוכות על סטודנטיות לעו"ס. מרבית המקרים היו של נשים מוכות ולא של גברים מוכים. ניתוח התוכן העלה ארבע נושאים עיקריים, אשר השפיעו על ניסיונן של הסטודנטיות במפגש עם הנשים המוכות:

1. אישיות ואלימות – הדיאלקטיקה במפגש עם אלימות
2. בנייה מחדש של חוויות במשפחת המקור של הסטודנטיות
3. הקניית משמעויות חדשות למערכות יחסים בעבר ובהווה
4. יצירת תפקידים מגדריים

הנושאים הללו מבוססים על קטגוריות שנחשפו במהלך ניתוח הנתונים והוצגו כמהות ניסיונם של המשתתפות. בפועל, על אף החלוקה לנושאים, הקטגוריות היו שלובות אחת בשניה, כמו בחיים.

**אישיות ואלימות – דיאלקטיקה במפגש עם אלימות**

החוויה המרכזית עליה דיווחו הסטודנטיות עם כניסתן לשדה ההתערבות עם נשים מוכות, הייתה תחושה של הצפה (קוגנטיבית ורגשית). בסיטואציות אלו, הן חוו את האלימות כדבר החודר אל תוך חייהן, מלווה בתחושת ערבול של הגבול בין הפרטי למקצועי.

בתחילה, המציאות המקצועית חיצונית (חייה של הלקוחה), דולפת לתוך חייה האישיים של הסטודנטית והיא איננה מצליחה להפריד בין ההתרחשויות בשני התחומים הללו. חוויה זו יכולה להתעצם, עקב הדמיון בהופעה הפיזית של הנפגעת, הדומה במעמד הסוציאלי ובסיפור החיים לזו של הסטודנטית, ועלול לשקף עתיד מסוים לחייה של הסטודנטית עצמה. בנקודה הזו, הביטחון והעקביות של הסטודנטית באישיות שלה נפגעת. דבר זה מסביר את ההזדהות הכמעט מוחלטת, של עובדות במקלטים עם נשים מוכות ואת תחושת חוסר האונים בהתמודדות עם אירוע כזה בעתיד של הסטודנטית עצמה.

אינפורמציה זו מציעה שהתערבות במקרה של אלימות, נחווה כחדירה לכל אספקט בחיים. לאור דבר זה, השאלה, מי שולט על מי, האלימות על האישיות או להפך, היא מרכזית בחוויה של הסטודנטית במפגשה עם נשים מוכות. השליטה מופיעה כדו-כיוונית והאובייקט המשתנה הוא אובייקט השליטה: או שהאישיות שולטת על חווית האלימות, או שמציאות האלימות שולטת באישיות. ניסיון הסטודנטיות לשלוט על הבלבול בין הסוגיות האישיות והמקצועיות, הוא מאבק מתמשך, אשר הופך לסוגיית ליבה.

המאבק לשליטה על ביטחונה האישי ועל עקביותה, מרכזי אצל הסטודנטיות. הסטודנטיות מאירות הן את תפישתן את העצמי שלהן והן את פעולות הלמידה שלהן בשטח. בלהיות קשובים, רגישים ועם הכוונה ושיטתיות] הסטודנטיות רכשו את תחושת הביטחון והכירה בשוני בינה לבין הלקוחה, על אף הדמיון בין שתיהן. רק לאחר שרכשו את היכולות הללו, הרגישו הסטודנטיות מספיק בטוחות על מנת לבצע התערבות עם נשים מוכות, ללא חשש מפני הדברים שעלו.

**בנייה מחדש של חוויות ממשפחת המוצא**

נושא זה עלה בצורה דרמטית, אצל סטודנטיות אשר היו חשופות לאלימות במשפחה, או שהיו בעצמן קרבן לאלימות. במאמר מובא ציטוט, אשר ממחיש כיצד התמודדות עם אלימות בעבר, משפיע ומגדיר מחדש, חוויות יסוד במשפחת המוצא, ומארגן מחדש את הביוגרפיה האישית של האדם. בעקבות מפגש של הסטודנטיות עם מקרה של אלימות בן זוג והבנה חדשה של הדינאמיקה של אלימות משפחתית, הסטודנטית נעה בין הגדרות ישנות ומשמעויות חדשות. דבר זה מוביל אותה לשאול שאלות על זהותה המשפחתית, להגדיר מחדש את הסתכלותה על משפחתה ונטילת תפקיד חדש שם. התערבות במקרה של אלימות בן זוג, מהווה קרקע לדיאלוג פנימי, דרך מדידה והערכה את חוויותיה של הסטודנטית בעבר ובהווה. הדוגמא מראה כיצד העבודה עם נפגעת אלימות, הכריחה את הסטודנטית לשקף לעצמה את סיפורה האישי, ואמצעי חקירה על מנת לבחון את התנהגותה, האם נבעה מבחירה או דרך להתחמק מהאלימות.

הסטודנטיות חוו דואליות בלתי נמנעת: מצד אחד, ההכרה בכך שבביתה הייתה אלימות מתייגת אותה כקרבן. מנגד, היא מנסה להדגיש את הצדדים הלא אלימים של חיי משפחתה**.** דבר זה יאזן את התמונה ויאפשר לה להימלט מהכאב בהכרה של האלימות. היא נעה בין ידיעה ללא ידיעה, מנסה באמצעות הקוגניציה להימנע מהדיכוטומיות של מצבה, בעוד היא מרגישה את האמביוולנטיות.

בהתחלה, הסכימות המוכרות מזדעזעות. לאחר מכן, משמעויות חדשות נוצרות והסטודנטית מנהלת משא ומתן לגבי הקבלה של המשמעויות לחייה האישיים. תוך כדי התהליך, היא מכירה באמיתות, אשר דורשות ממנה שינויי גישה והתנהגות, כמו עימות עם הוריה בנוגע ליחסיהם.

**ייחוס משמעויות חדשות למערכות יחסים אינטימיות בהווה ובעבר**

כל הסטודנטיות העידו כי המפגש עם אלימות במשפחה בכלל ועם נשים מוכות בפרט, גרם להן לבחון מחדש את המערכות היחסים הרומנטיות שלהן. בדוגמא שמובאת, תוך כדי תהליך הלמידה וההתערבות עם המקרה של אלימות בן זוג, סיטואציות אשר נתפסו כמובן מאליהן, התנפצו וקיבלו משמעויות חדשות. הסטודנטיות בחנו מחדש את מערכות היחסים שלהם דרך עדשות של מאבקי כוח ושליטה, אשר הם מוטיבים מרכזיים בהבנת אלימות במשפחה. יש רצון לבטא שליטה ומעמד. על ידי השמעת קולן של הסטודנטיות, אפילו בויכוחים יומיומיים, משמר את עמדת הכוח שלהן במערכת היחסים. הדבר מבטא למעשה את החשש להיבלע על ידי השליטה הגברית. כאשר האישה מבחינה שהיא שופטת את מערכת היחסים בעיקר על ידי צדדים שליליים, היא תבצע הבחנה בין מציאותה העכשווית לבין הפחד המתמשך משליטת בן הזוג.

לאחר בחינה מחודשת של מערכות היחסים ונקודת מבט שונה של מערכות כוח ושליטה, הסטודנטיות מסוגלות להכיר באלימות אותן חוו במערכות יחסים ישנות. הן מבינות שהפחד להפסיד את בן זוגן הישן, הפך אותן למעשה לקרבנות, כמו הנשים איתן הן עובדות. היכולת להכיר במערכות עבר כמערכות אלימות, מאפשר לה להכיר בצורת ההתנהגות שלהן ולהכיר בהשפעות המתמשכות. במאמר מתוארות מספר מקרים של הסטודנטיות, אשר חוו אלימות מבן זוגן ובעקבות המפגש עם הנשים המוכות, הכירו במצבן ופעלו על מנת לסיים את הקשר עם הבן זוג האלים.

**יצירת תפקידים מגדריים**

בהתערבות עם נשים מוכות, הסטודנטיות בחנו מחדש את תפקידי המגדר. זהו תהליך הדרגתי שמתחיל עם הכניסה לשדה וממשיך לכל אורך ההכשרה המקצועית. מובאת דוגמא בה, סטודנטית, רואה את המערכת ההיררכית עם בעלה, כמייצג אפשרי לסוגית אלימות של בן זוג. הדבר גורם לבלבול וחוסר אוריינטציה בקשר. לאחר תהליך למידה, הסטודנטית לומדת להבחין בן סיפורה הפרטי לבין אלו של לקוחותיה. הדבר מאפשר לה לחוש ביטחון עם בעלה ומראה לה, כמה סביבתה היא סביבה בטוחה.

דוגמה נוספת לקוחה מתוך החברה הבדואית, אשר שם לאור המפגש עם נשים מוכות, אחת הסטודנטיות בחרה לדחות את נישואיה, דבר חריג בחברה הבדואית. במפגש עם האישה המוכה, הדגיש לה את ניסיונה בחברה הפטריארכאלית. על אף הדרישות והציפיות החברתיות והתרבותיות ממנה, היא בחרה להטיל ספק ברצונה להקים משפחה, לאור המפגש. המפגש עם האישה המוכה, הציב מראה בפניה של הסטודנטית. כשם שבתהליך הטיפולי, הסטודנטית העבירה תכנים לאישה המוכה, כך המפגש שלה עם האישה, חידד לה את המסרים הפנימיים שלה עצמה. דבר זה מחדד, איך לאורך תהליך ההתערבות, סיפור האישה המוכה נשזר בסיפורה של הסטודנטית ומשפיע עליו.

בתהליך שינוי תפקיד המגדר אצל הסטודנטיות, הן מרגישות מספיק בטוחות ומנוסות על מנת לעזור לאותן נשים. ברגע שהן למדו לשלוט על חייהן, יש להן הערכה גדולה יותר לעצמן, לאור הזיכרונות שלהם, בהן הן נכנעו מול מישהו אחר.

לסיכום, מפגשים עם נפגעות אלימות הן מהממים וקשים ומכריחים את הסטודנטיות לבחינה עצמית מחודשת. זו אולי הסיבה, מפגשים כאלה, מהווים קרקע פורה לצמיחת משמעויות עצמיות חדשות, אשר מובילים לשינוי בעצמי ובאישיות ויחסי הכוחות עם בני הזוג.

**דיון**

הלמידה כיצד מתערבים במקרה של נפגעי אלימות, מהווה תהליך כפול, עם השפעות הן על החיים המקצועיים והן על החיים האישיים של הסטודנטית לעבודה סוציאלית. בעוד שרוכשים מסוגלות מקצועית, ומגישים שירות איכותי ללקוחות, הסטודנטיות עוברות שינוי משמעותי וצמיחה, דבר אר מהווה רווח אישי, במונחים של עיצוב תפקידן המגדרי.

הסטודנטיות אשר השתתפו במחקר, בחרו מרצונן את ההכשרה עם נשים מוכות. הן לא היו מוכנות להשפעות הדרמטיות על חייהן האישיים. הראיונות היו הזדמנות עבורן לשקף את המשמעות שלהן מהמפגשים עם הנשים. בניסיון להבין ולהכיל את חוויות לקוחותיהן, הסטודנטיות התנסו במגוון רחב של רגשות, כגון, כאב, אשמה, בושה, חוסר אונים וזעם. רגשות אלו התעוררו לא רק כתגובה ללקוח ולבן זוגו המתעלל, אלא גם לתוך חייהן האישיים של הסטודנטיות, בני זוגן ומשפחותיהן של הסטודנטיות. כוח וניצולו, היו המניעים העיקריים את רגשות אלו. ניתוח המחקר חשף, את השינוי המתמשך של סיפוריהן האישיים של הסטודנטיות, מהמגע הראשוני עם האישה המוכה, עד לשלב בו יצרו הגדרה מחודשת ולפיכך, מודלים התנהגותיים חדשים.

מההתחלה, הסטודנטיות ניסו להבין את המשמעות שיש להם עם המפגש עם הנשים המוכות על עצמן. זה נשעה בתנועה דיאלקטית לשני קטבים שונים. מצד אחד, הן התנסו באלימות כחונקות את האישיות. המרחב האישי נחדר, בד בבד עם איבוד תחושת הביטחון האישי. הסטודנטיות מצאו את עצמן לכודות בסיפורי הקרבן של הלקוחות שלהן ומצאו את המצב כמאיים על ביטחונן האישי שלהן. הן שאפו להתמודד עם האלימות, בהסבירן לעצמן את המשמעויות על ציר הזמן של חייהן. כתוצאה מכך, הנטייה לקוטב השני, הוא בווידוא שהן נעות לקראת בנייה מחודשת והכלה של האלימות לנקודה, בה יוכלו לשלב את זה כחלק מחייהן ולא שיהווה את כל חייהן. הסטודנטיות נעות בין שני הקטבים עד אשר התהליך נהיה מעצים ומאזן את פוטנציאל ההשפעות המזיקות של האלימות על חייהן.

הלקוחה היא קרבן למערכת זוגית אשר הוכתבה על ידי התעללות, כוח ומרות, ויחסים אי שוויוניים. התעללות מהווה חוויה מרתיעה לסטודנטיות, על אף שמשמש שיקוף עצמי לבחינת זהותן, משפחותיהן, תפקידן המגדרי ומערכות היחסים שלהן. בזמנים מסוימים, התנסויות אלו חושפות את הכוחות החבויים אצל הסטודנטית, בעוד לעיתים הדבר מגדיל את השליטה של בני זוגן עליהן. בשני המקרים, המפגש עם הנשים המוכות, פועל על הסטודנטיות כמשקל למדידת האלימות בחייהן שלהן.

הסטודנטיות דיווחו שהן חשו צורך מתמיד לבחון את הביטחון שלהם במערכות היחסים שלהן. המשמעות שלהן למפגשים עם הנשים המוכות, הוא הצורך להיות בכוננות מתמדת. אם הן לא בכוננות, בני זוגן עלול, בדומה ללקוחות אותן הן פגשו, לנצל את המצב ולהתעלל בהן. המפגשים האלו, יכולים להאיר גם את האספקטים המשותפים של הכוח, אשר מאיימים על כל הנשים, ללא הבדלי מוצא, תרבות ומעמד סוציו-אקונומי. הסטודנטיות פגיעות כמו לקוחותיהן. לכן, מגדר בולט כמרכיב עוצמתי בעיצוב זהותה של האישה הצעירה. הן מאותגרות להתמודד עם סוגיות מגדר ובוחנות אותו לאור מערכות היחסים האישיות שלהן.

בעקבות המפגש עם האלימות, המודעות לסוגיות המגדר מושפעת ותורמת לעיצוב מחדש של תפקידיהן המגדריים. התפקידים החדשים מובחנים בצורה ברורה, הן מהזהות של הלקוחה והן מהזהות הקודמת שלהן. שינוי זה מתאפשר במהלך הבנייה המחודשת של המערכת הזוגית. מערכות עבר משמשות את הסטודנטית כתמרורי אזהרה לזיהוי התנהגות אלימה.

התוצר העיקרי של התהליך הוא היכולת לשלב ולהכיל את האלימות בתוך שאר חוויות החיים. בהדרגה, הסטודנטית חווה יותר ויותר שליטה על אישיותה. בנוסף הן מתארות תהליכים במהלך הבנייה מחדש, אשר מגדירים מחדש את הביוגרפיה האישית שלהן, את מערכות היחסים עם אחרים ועוד. הסטודנטיות מתארות יכולת גוברת של מסוגלות לעזור לנשים מוכות.

**השלכות לפרקטיקה**

המחקר מראה כיצד הסטודנטיות נעשות מקצועיות בטיפול עם אלימות בן זוג, תוך כדי שינוי משמעותי בחייהן האישיים. מדריכים צריכים להיות קשובים לתהליך אותו עוברת הסטודנטית וחוויות שלה.

מנקודת מבט פמיניסטית, אלימות נגד נשים מבוסס על יחסי כוחות ומגדר. לכן, לימוד התערבות במקרה שלאלימות בן זוג, יכולה לשמש כלי לחידוד סוגיות פוליטיות, דבר אשר יוביל לשינוי תפיסת העולם של הסטודנטית לגבי מגדר, ערכים והשקפת עולם כללית. על אף שמגדר נחשב סוגיה מרכזית בטיפול משפחתי, הוא לא מוכר בלימודי עבודה סוציאלית. ממצאי המאמר מדגישים את הצורך להכליל סוגיות מגדריות בתוך הלימודים.

התמקצעות באלימות בן זוג, עלול לדרוש תהליך מתמשך של בחינה עצמית, של רגשות וגישות, לצד תגובות אמפתיות לחוויותיה של הלקוחה. הממצאים של המחקר הראו שכאשר הסטודנטיות עודדו לשקף את רגשותיהן בנוגע למפגש, הדבר שימש כלי להעצמת תהליך ההתערבות.

**תשישות קרבה וסיפוק מקצועי בקרב עובדות סוציאליות בבית חולים,**

**בעקבות מלחמת לבנון השנייה. חברה ורווחה כ"ט 2-3 עמ' 199-219 - שיר קפלן**

כתוצאה ממלחמת לבנון השנייה אושפזו בבתי החולים כ-800 נפגעים בדרגות חומרה שונות. כחלק מצוות בית החולים גם עובדות סוציאליות, אשר פועלות באיוש שוטף של מרכז המידע למשפחות הנפגעים, טיפול ותמיכה במשפחות ובסיוע בתהליך זיהוי אלמונים.

טראומטיזציה שניונית ותשישות-קרבה: הגדרה ומאפיינים

השפעתה הישירה של טראומה על הפרט שנחשף אליה, עשויה לקבל צורה של הפרעה פוסט טראומטית. מאפייניה: חוויה מחדש של האירוע, הימנעות מדברים המזכירים את האירוע, עוררות יתר, בהלה, רגישות לרעש וכו'.

הקריטריון הראשון לאבחנה פוסט טראומטית הוא חשיפה ישירה\עקיפה (בן משפחה) לאירוע טראומה.

מחקרים מראים כי מטפלים העוסקים בסיוע לנפגעי טראומה חווים תסמינים פוסט טראומתיים, תופעה הנקראת טראומטיזציה שניונית. התופעה מהווה סיכון מקצועי של ממש. בהקשר זה טבע פיגלי את המונח : תשישות קרבה, המתייחס לתסמינים דמויי הפרעה פוסט טראומטית אשר חווים מטפלים כתוצאה מטראומטיזציה שניונית. מטפל הלוקה בתשישות קרבה עלול לחלום את חלומות המטופל או לחוות מחשבות חודרניות ומצוקה כאשר נזכר בחוויה הטראומטית של המטופל. בנוסף עלולים להופיע תסמינים הימנעותייםממחשבות, רגשות וממצבים המזכירים את האירוע. כמו כן עוררות יתר עלולה להופיע, שחיקה בעבודה, עייפות פיזית ונפשית.

יחד עם זאת, בקצה השני של הרצף, חשיפה לטראומה של מטופלים מעוררת בקרב רבים מהמטפלים סיפוק מקצועי ותחושת הגשמה.

גישות תיאורטיות להסבר אופני התמודדות בלחצים

מודל הלחץ וההתמודדות של פולקמן ולזרוס מדגיש כי האינטראקציה בין מאפייני הלחץ, המשאבים שעומדים לרשות האדם, ההערכה הקוגניטיבית של האירוע ודרכי ההתמודדות שהוא מפעיל, מגדירים את מידת המצוקה הנפשית בתגובה לחוויות הלחץ. דרכי ההתמודדות של הפרט מוגדרים כמאמצים קוגניטיביים והתנהגותיים, שהפרט משקיע על מנת לטפל במצב דחק. ישנה התמודדות ממוקדת בבעיה (שינוי במצב באמצעים כמו חיפוש מידע, גיוס משאבים או יצירת שינוי) והתמודדות ממוקדת רגש (צמצום מתח רגשי הנגרם מהאיום, כמו הימנעות ונטילציה או מינימיזציה).

מריאג' ומריאג' ערכו סדרת ראיונות עם 7 אנשי מקצוע בבתי חולים פסיכיאטרים, אשר סיפרו כי דרכי ההתמודדות היעילות עם הטראומה של מטופליהם הן הומור, תמיכה מחברים ומשפחה ויכולת להתנתק. במחקר אחר דיווחי אחיות העובדות עם ילדים חולים כי מיומנויות להפחתת לחץ, טיפול בעצמן, תמיכה מעמיתים, הכרה בגבולות היכולת האישיות ופיתוח דרכים להתמודדות עם אובדן, היוו דרכי התמודדות. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם תיאורית שימור המשאבים של הובפול. התיאוריה גורסת כי בחשיפה עם טראומה קיים סיכון לאובדן משאבים אישיים או אמצעים להשגת מטרות בעלות ערך. על כן היכולת לשמר משאבים מהווה גורם מגן מפני התפתחות תגובה פוסט טראומטית.

מחקרים על תגובות מטפלים באירועי טראומה: כיווני המחקר העדכניים כוללים חיפוש אחר גורמי סיכון ומאפיינים ספציפיים של אנשי מקצוע המועדים ללקות בתסמיני תשישות-קרבה. יחד עם זאת, ממצאי המחקר אינם עקביים. למשל, מחקרים מסוימים מראים כי יש קשר בין רמת חשיפה לבין עוצמת תסמינים של מצוקה (ארה"ב). בארץ, חלק ניכר מהמחקרים אינם תומכים בממצאים אלו. ותק בעבודה וניסיון בטיפול בנפגעים נמצא, בד"כ, כגורם מגן בחלק מהמחקרים.

חווית הטראומה המשותפת : במצב שבו המטפל נחשף ישירות ובו זמנית לטראומה שאליה נחשף המטופל, מתקיימות שתי רמות חשיפה: חשיפה ישירה, אשר הופכת את המטפל לנפגע ישיר וחשיפה שניונית, בעקבות הסיפור של המטופל. למצב זה, בו המטפל והמטופל חווים יחדיו את הטראומה, קוראים "טראומה משותפת". המטפל עשוי לחוש בלבול, חוסר אונים, חרדה, תשישות וכו'.

עו"ס בבתי חולים באירועי טרור ומלחמה

מחקר אחד הראה כי בקרב 144 עו"ס בבתי חולים שונים, תסמיני תשישות קרבה נמצאו בקרב 9%. בקבוצות מיקוד שנערכו בחוויות ובהשלכות של העבודה עם נפגעי טרור, העו"ס תיארו מגוון של תסמיני פוסט טראומטיים ושחיקה.

התערבויות מקצועיות, המיועדות לסייע לאנשי המקצוע, הם אחד האמצעים להפחתת התסמינים. למשל: הדרכה, הקניית ידע ומיומנויות ומפגשי דיבוב (תמיכה, ביטוי ואוורור רגשות).

מאפייני עבודת עו"ס בבתי חולים בתקופת מלחמת לבנון ה-2

העו"ס נדרשו לתת סיוע נפשי לנפגעים טראומה פיזית ונפשית, תוך שהן עצמן מסתכנות בחשיפה ישירה לאיום של פגיעה. בהיבט המקצועי, נדרשו ידע ומיומנות בטיפול בנפגעי טראומה רבים במצב של אי ודאות ולחץ זמן. העו"ס תפקדו בעת המלחמה כשהן נתונות בשתי רמות חשיפה לטראומה בו זמנית- ישירה, כנפגעות פוטנציאליות מהטילים, וחשיפה שניונית לסיפורים של המטופלים.

מחקר מרכזי המחקר הנ"ל בא לבדוק רמות תשישות קרבה, שחיקה מקצועית ורמות הסיפוק המקצועי והקשר שלהן למשתנים דמוגרפיים, מקצועיים ולמאפייני המלחמה. אוכלוסיית המחקר היו עו"ס במרכז הרפואי רמב"ם (בעמוד 206 במאמר, יש פירוט נרחב על העו"ס עצמן – מי שמעוניין, מוזמן לבדוק).

כלי המחקר:

* שאלון דמוגרפי: (גיל, מצב משפחתי, מגורים, ותק)
* שאלון חשיפה אישית ומקצועית למלחמה: השאלון שאל שאלות שונות, כגון: האם יש קרוב משפחה במלחמה? האם העו"ס השתתפה בקבוצת דיבוב במלחמה? וכו'. התשובות על השאלות הללו היו כן\לא. כמו כן התבקשו העו"ס לסמן את סוג התפקיד שביצעו בתקופת המלחמה.
* שאלון תסמיני פוסט טראומה: את השאלון חיבר פואה, הוא מבוסס על ה DSM. שאלון זה מאפשר להעריך אם התקיימו הקריטריונים לתגובה פוסט-טראומטית ומהי עוצמתם.
* שאלון תשישות קרבה וסיפוק מקצועי: בשאלון שלושה תתי-סולמות: סולם תשישות קרבה המתייחס לתסמינים דמויי תגובה פוסט טראומטית, סולם שחיקה וסולם סיפוק מקצועי. טווח התשובות מ-1 עד 5.

הליך המחקר: השאלונים הועברו בשתי נקודות זמן לכל עו"ס. ההעברה ראשונה 3 ימים לאחר תום המלחמה, העברה שנייה 3 חודשים אחרי. השאלון אנונימי. בתוצאות השאלון בוצע ניתוח סטטיסטי.

הממצאים : בתקופת מלחמת לבנון ה2 התגוררו רוב העו"ס באזורי נפילת טילים.

במהלך המלחמה התנסו רובן בעבודה במרכז המידע או בעבודה עם נפגעים ומשפחותיהם. פחות ממחצית התנסו במגע עם משפחות הנפטרים. שני שליש מהעובדות השתתפו בשיחות דיבוב וכ80% לקחו חלק בישיבות צוות בתקופת המלחמה. ממוצע רמת תסמיני הפוסט טראומה של העו"ס היה בעוצמה נמוכה סמוך לסיום המלחמה ואחריה ירדו אף יותר. נעשו ניתוחי מתאמים בין ממוצעי תסמיני הפוסט טראומה וציוני תשישות קרבה, שחיקה וסיפוק מקצועי, לבין משתנים דמוגרפיים ומקצועיים. לא נמצאו קשרים מובהקים. לעו"ס שקרוב משפחה שלהן השתתף במלחמה, תסמיני פוסט טראומה גבוהים יותר.

הבדלים במשתני מצוקה וסיפוק מקצועי בין עובדות שהשתתפו ושלא השתתפו במפגשי הדיבוב: משתתפות אשר לקחו חלק במפגשי הדיבוב הראו רמות נמוכות יותר באופן מובהק של תסמינים פוסט טראומטיים. לעומת זאת, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בממוצעי רמות השחיקה בין אלו שהשתתפו לעומת אלו שלא השתתפו במפגשי הדיבוב, גם לא ברמות הסיפוק המקצועי.

דיון

ממצאי המחקר הראו שרמת תסמיני פוסט טראומה הייתה נמוכה עם סיום המלחמה וירדה בצורה משמעותית אחריה. רמת תשישות ושחיקה היו נמוכות ורמת הסיפוק המקצועי גבוהה בשתי נק' הזמן, ללא הבדלים מובהקים. הסבר אחד טמון בתמיכה ההדדית הרבה שהעו"ס מקבלות בעבודה, אשר נמצאה כגורם מגן. עוצמת תסמיני הפוסט טראומה צנחה בצורה משמעותית בין שתי נקודות המדידה, אך רמות תשישות קרבה נמצאו יציבות. הסבר אפשרי לכך הוא שתסמיני הפוסט טראומה שיקפו ככל הנראה תגובות של דחק אקוטי, שהוא תגובת דחק מיידית, הנוטה לרדת ואף לחזור לרמות שלפני האירוע הטראומטי.

בניגוד לכך, תשישות קרבה, הנה, מצב נפשי ומנטאלי מתמשך.

 רק המשתנה של קרב משפחה אשר לקח חלק בלחימה נמצא קשור לרמות תסמיני הפוסט טראומה. ממצא זה מצביע על מציאות המלחמה, בה טראומה אישית משתלבת עם טראומת המטופלים. ניתן להסביר ממצא זה ע"פ המודל של ראדי ופיגלי, שלדעתם המשאבים העומדים לרשות הפרט הם מן הגורמים המרכזיים המשפיעים על עוצמת התשישות והשחיקה.

ע"פ התיאוריה של הובפול, כאשר משאבים אישיים מופנים להתמודדות עם איום על בן משפחה, קיימת ירידה במשאבים שיכולים להיות מופנים להתמודדות עם הקשיים והדרישות של עבודה אינטנסיבית בזמן המלחמה.

ממצאי המחקר מצביעים גם על קשר בין השתתפות במפגשי הדיבוב לעוצמת מצוקה נמוכה יותר ורמת סיפוק גבוהה יותר. מפגשי הדיבוב הם אמצעי לשימור וחידוש המשאבים.

ניתן להפיק מספר לקחים ומסקנות לגבי התארגנות צוותים של עו"ס במצבי חירום:

1. צורך למסד מפגשי דיבוב אשר בהם ישתפו חוויות ויצרו נורמליזציה של התגובות
2. מתן תמיכה לעו"ס שיש להם קרובי משפחה שהשתתפו במלחמה
3. מחקר אורך להבנת התגובות ארוכות הטווח של העו"ס, ע"מ לבנות תוכנית להפחתת השלכות הטראומה

מגבלות המחקר: מס' קטן של נבדקות, מאותו ביה"ח, העדר מדגם אקראי, מעקב אחרי 3 חודשים עלול להיות קצר מדיי, במחקר לא נבדקו משתנים אחרים שנמצאו בעבר מרכזיים בהתמודדות (חוויות טראומה אישיות), וכו'.

**גיל, צ., (2002) טיפול דרך הטלפון לפי המודל של ערן:**

**השימוש באמפתיה ובהעברה נגדית. – נעמה גור**

עזרה נפשית דרך הטלפון היא אופנות צדדית של טיפול נפשי. צורת טיפול זו התפתחה בקווים מקבילים. האחד, מתוך עזרה הומניטארית המתבססת על נצרות טובה. השני, נובע מעקרונות הפסיכיאטריה הקהילתית, הפסיכיאטריה המונעת, חקר האובדנות ומודלים של התערבות במשבר. השלישי פותח על ידי פסיכואנליטיקאים ופסיכותרפיסטים מתוך ההתמודדות שלהם.

**המודל של ער"ן-** עקרונות ההתערבות הטלפונית:

1. **ההתערבות נעשית רק בטלפון.** אם יש צורך בהמשך טיפול יופנה הפונה לשירות המתאים.
2. **התערבות אנונימית**- הפונה לא נדרש להזדהות ואילו העונה חייב שלא להזדהות.
3. **השיחה הינה חד-פעמית**, כלומר לא נוצר תהליך רב-שיחתי וכל שיחה נעשית בפני עצמה.

כללים אלו יוצאים יחסים טיפוליים ייחודיים. לפונה אין מידע על העונה (מלבד המין, שניתן לניחוש). מצב זה מאפשר לו להשליך על העונה רגשות, עמדות ותפקידים וכן לייחס לו עמדות, התנהגויות ותכונות אשר נובעות מעולמו של הפונה. השלכה וייחוס אלה הם מה שמכונה בפסיכותרפיה "העברה". חד-הפעמיות של השיחה יוצרת לחץ מיוחד על שני הצדדים, במיוחד על העונה-לא תהיה הזדמנות שנייה. מעבר לכך, אין שלבים מקדימים של אינטייק, אבחנה, התייעצות וכו'. לכן, ההעברה הנגדית מאופיינת בלחץ, השקעה, חרדה למהלך השיחה וגורלה. עמדות אלו מועברות אל הפונה, אשר בתחילת השיחה פחות מודע אליהן וקולט אותן יותר תוך התקדמות השיחה. מגבלות השיחה לא נאמרות מראש (אלא אם פונה שואל) ותשובה מקובלת לשאלה מה אורך השיחה היא "נדבר כמה שיהיה הצורך". אם העונה מרגיש כי השיחה מוצתה – המידע הרלוונטי התקבל, ההתערבויות שעלו בראש העונה ניתנו, נבדקו כל האפשרויות- יכוון לסיימה. טבע השיחה גורם גם לעונה, כמו לפונה, לייחס לפונה תכונות, עבר וכו'. העונה בשיחה שואל שאלות בכדי לקבל מידע נחוץ בכדי שהעזרה תהיה יעילה. העונה מנסה להבין את הבעיה, לזהות כוחות וכו' (המידע שמועבר דומה לזה בשיחה טיפולית רגילה). סירוב עקבי של פונה לספק תשובות, ניתן אולי לכנות "התנגדות".

**עזרה טלפונית בהקשר של פסיכואנליזה ופסיכותרפיה:**

לפי גרומט, סגנון טיפול דרך הטלפון מתאים למטופלים אמביוולנטיים או בעלי רמה נמוכה של שליטה רגשית, היות והטלפון מציע אינטימיות קולית לעומת פרטיות חזותית בפגישה. בנוסף, כך יכול המטופל להישמר ממה שחווה כ"חקרנות אומניפוטנטית" של המטפל. שיחה טלפונית יכולה לעזור גם להתגבר על בושה, מבוכה וחשיפת נושאים עדינים. הטיפול בטלפון מחליש את ההעברה ומאפשר למטופל לשמור על רמה נוחה יותר של שליטה. שיחה מקלה על מטופל שחש מוצף מנוכחות פיזית של אדם שני או מעושר המידע החושי במפגש. יש אנשים שפניה לטיפול נתפסת עבורם כהודאה בתבוסה וטיפול כזה הוא "אמצע הדרך". אם יש חשש שטיפול ישפיל/יפגע אפשרות זו מקלה. נוסף לכל אלו, הטיפול הנ"ל מאפשר למטופל להרגיש שליטה רבה יותר על הסיטואציה. אדם בודד/ מפוחד נוטה לדבוק בסביבה מוכרת בה חש בטחון, לכן בטיפול כזה הוא יכול להיות פחות עצור. גורמט טוען כי היות ובפסיכיאטריה השיחה היא המרכז אין מניעה מלהשתמש בטלפון.

מנגד, לינדן טוען כי שיחות יעילות ומוצדקות בגלל סיבות אובייקטיביות (מרחק גיאוגרפי למשל) או בגלל פתלוגיה של מטופל (למשל מטופל גבולי שמפחד מהתמזגות עם המטפל). מטפלים רבים מייחסים לשיחה הטלפונית ערך תמיכתי בלבד, בד"כ השיחה קצרה, ללא תשלום. יש מטפלים שסבורים שרק במקרה חירום יש לקיים שיחות כאלו.חשש נוסף של מטפלים הוא שמטופלים ישתמשו בשיחות בכדי ליצור או לשמר מרחק עם המטפל. לינדן סבור כי שיחה טלפונית לא יוצרת ריחוק באופן אוטומטי היות וגם בפגישה יכול המטופל ליצור מרחק. אולם היעדר הנוכחות הפיזית של המטופל יוצר אצלו מעין "חסך או התנזרות במהופך". על אף היתרונות הרבים שרואה בשיחה טלפונית הוא ורבים אחרים נמענים ממנה בגלל הצורך וההרגל של המטפל לראות ולחוש מה קורה בחדר. בספרות מתוארים מקרים בהם הריחוק בטלפון הפחית פחד של מטופל מאינטימיות- אם המטופל יכול לדמיין את המטפל כפי שרוצה כך גם יכול לעשות אותו כפי שצריך (כלומר, תרפויטי). לפי גרומט הטיפול מזרז יחסי העברה עם דמות הורה/אח בוגר. העברה כזו חשובה במיוחד בהתערבות במשבר ובטיפול תמיכתי- בה נחוץ מגוון התערבויות כמו יעוץ, סוגסטיה ומניפולציה. לדעת תיאורטיקנים אחרים טיפול כזה יוצר שוויון בין מטפל ומטופל. למטופל הרי השפעה רבה על כללי השיחה (אורכה וכו') וזה מאפשר לו להישמר פחות. החשש בשיחה, לטענתם היא שתהפוך לשיחת רעים. סיכון זה לדעת הכותבת תלוי באישיות המטפל ובאינטראקציה הייחודית ופחות בהיות השיחה טלפונית.

**גישה רחבה לטיפול נפשי :**

**תיאוריות שונות מדגישות את חשיבות היחסים שנרקמים בין המטפל והמטופל ככלי טיפולי.** פסיכותרפיה, לפי עמדה הומניסטית, היא סוג של יחסים אנושיים טובים. גישות אלו נמנעות מראיית מטכנולוגיות פורמאליות ומראיית המטופל כאדם עם מחלה. המטרה בטיפול היא לאפשר העברה של חוויה בין אישית אותנטית לתחומים אחרים בחייו של המטופל. לפי עמדה אקזיסטנציאליסטית (לפי המילון- רואה את האדם כסך כל מעשיו) הפתלוגיה היא במידה רבה חוסר יכולת להרגיש, נטייה לניתוק והימנעות מיחסים קרובים. עמדה קרה, מתנשאת ומרוחקת שמציג המטופל היא למעשה מסיכה שמסתירה את ההשתוקקות המודחקת לאהבה. לכן, על המטפל לנקוט בגישה משתתפת, קרובה ורגישה.

טיפול כולל מלבד פירוש של הלא מודע וההעברה גם תמיכה, ונטילציה, שכנוע, סוגסטיה, תובנה ועצה. לפי לזר ייחודה של הפסיכותרפיה הדינאמית (בהשוואה לפסיכואנליזה) הוא בהדגשת הקשר כאמצעי לשינוי, אף מעבר לתובנה. הגישה המודרנית מבקשת להתייחס למטופל ביחס להזדהויות והשלכות המתרחשות, לעומת הגישה המסורתית הדוגלת במתן פירושים. תיאוריות שונות גורסות כי להתמקדות בקשר חשיבות גדולה ממתן פירושים, מהידע, הטכניקה וכו'. בכדי לאמץ גישה כזו על המטפל להימנע מלדבוק ביחסי אובייקט שמוכרים לו ולשמור על מרחק אופטימאלי מהמטופל (לא כבילה ולא נטישה). מטפל ימנע מלהציג את עצמו ככל יכול ומנגד לא יאפשר להרוס אותו (את המטפל). וויניקוט תיאר את סביבה הטיפולית במונח "סביבה טובה דיה" ו"סביבה מאפשרת" ובאלינט כ"אהבה ראשונית" אשר נובעת מנוכחותו והתנהגותו של המטפל יותר מאשר ממשהו שאמר או עשה. הזמן המוקדש לטיפול הוא זמן שחופשי מגירויים ועל כן מאפשר למטופל לגלות ולקבל את עצמו. רוג'רס סבר שאיכות האינטראקציה היא המרכיב החשוב בטיפול, עבורו מודעות היא הבנה אמפתית. כשתתרחש הבנה אמפתית (מבלי שהמטפל יאבד את נפרדותו) – יוכל להתרחש שינוי. כשאמפתיה אמיתית מתרחשת אין צורך בפירוש, היא מגיעה להקשר, למקור ולסיבת הרגשות. רוג'רס מונה 6 תנאים הכרחיים המספיקים יחד להשגת שינוי אישיותי:

1. מגע פסיכולוגי בין אנשים
2. מצוקה הגורמת לחרדה/ פגיעות
3. המטפל שלם עם מה שעושה
4. מטפל חווה קבלה בלתי מותנית את המטופל
5. הבנה אמפתית של המטופל , ומאמץ לתקשר את ההבנה אליו.
6. קבלה אמפתית מושגת ומועברת.

הגישות שתוארו תומכות בגישה משותפת, לא שיפוטית, חמימה, ודואגת של המטפל. ברגר סיכם כי בויכוח בין האינטרפנטציה לבין היחסים כגורם טיפולי, הפסיכותרפיה הדינאמית צריכה לשלב בין שניהם.

**אמפתיה:**

שורשי המונח במאה ה-19' בכתבי פישר וליפס. דרווין הציע שסימפתיה היא היכולת לראות /לשמוע סבל של אחר שמזכיר את סבלנו וזה בד"כ יתרחש עם אדם שאוהבים. המילה אמפתיה נכנסה למילון האנגלי כתרגום למילה גרמנית שמשמעותה "feel within" או "feel into" . המילה נכנסה בתנופה רבה למילון הפסיכולוגי. קיימות הגדרות שונות לאמפתיה. בכלליות מדובר במונח מורכב המתאר את היכולת להיכנס לחוויה, להבין דבר מה / רגש שמחוצה לנו מתוך יכולת ייחוס של אותו האחר. הגדרה פסיכואנליטית מתארת אמפתיה כתפיסת מצבו / חווייתו של האחר באופן רגשי ולא אינטלקטואלי. האמפתיה החליפה מושגים כמו סימפתיה וחמלה בהתייחסות לסבל של הזולת. אמפתיה דורשת רגישות, חיבה, מודעות וערנות לרגשות.

**אמפתיה בטיפול בער"ן**

בער"ן ההתרכזות בשיחה היא בתהליך ופחות בתוכן, זו לא שיחת ייעוץ גרידא, אלא **שיחה עוזרת.** ייעוץ לבעיה ספציפית בתחום מסוים אינו פסול, אך העונה מתמקד ביצירת דרך ללב הפונה- יצירת הקשר ומתן חווית מגע אותנטי שיאפשרו את הריפוי, העזרה וההקלה. העמדה היא לא של עונה מומחה ומודגשת היכולת להיות אמפתי.

בעקבות באש, ניתן לראות את האמפתיה כתהליך (הכרוך בהבנה עמוקה) של בדיקת השערות ביחס לחוויה הפנימית של האחר, אשר יבדקו במהלך הדיאלוג. **"הכללה"** לפי באש היא ההנחה שהאחר דומה לנו במידה מספקת כל שנוכל לייחס לו רגשות, תכונות, עמדות ומניעים שיש לנו. ההכללה מאפשרת לתקשר, להבין ולטפל. סאליבן גורס כי בכדי לחוש אמפתיה צריך המטפל לשים את המטופל במרכז ולא את עצמו. **זהו תהליך יוצר ופעיל יותר מאשר יכולת קיימת** ויכול להתרחש גם בלא מודע. דרך אמפתיה מצליח האדם להבין מבנים פסיכולוגיים מורכבים שלאו דווקא היה יכול להבין בעבודת איסוף מידע שיטתית.

**שיחה בער"ן**  מתחילה כשעונה לא יודע דבר על הפונה. איסוף הנתונים כולל את האופן בו הפונה נשמע, שטף דיבורו, טון רגשי וכן תוכן הדברים. העונה מדמיין את מצבו הרגשי והחוויה הפנימית בה נמצא הפונה ובמהלך השיחה בונה השערות שיאששן/יפריכן.

**העברה והעברה נגדית בהקשר של אמפתיה:**

**העברה נגדית** היא למעשה תגובת המטופל למה שהמטפל "עושה" לו. לכן ניתן לראות את האמפתיה כחלק מההעברה הנגדית המתעוררת אצל המטפל. התפיסה המסורתית ראתה במטפל "מסך לבן" להשלכות של המטופל עליו. התפיסה השתנתה לתפיסה הרואה במטפל אדם עם עבר, מחשבות, עמדות ורגשות המשתתף באופן הדדי ביחסים שנוצרו עם המטופל. היימן גורסת כי תמיד תתרחש העברה הנגדית. על המטפל להיות מודע לה ולעשות בה שימוש יעיל. פרויד תיאר העברה נגדית נורמאלית **כ"ניטרליות אוהדת"**. המטפל רוצה בטובת המטופל, סובלני ולא שיפוטי. מחד, המטפל לא אדיש ומאידך לא מתמסר. המטפל לא מעורב רגשית בקונפליקטים של המטופל.

**בער"ן-**

העונה צריך לגלות "ניטרליות אוהדת" כמתואר לעיל. העונה לא מכיר מספיק את הפונה בכדי להיות מעורב בקונפליקטים רגשיים. העונה לא חייב להסכים עם הפונה (למשל פונה שמספר על קיום יחסי מין עם ביתו! ) וההתחברות היא לעצם הפניה עצמה המעידה על מצוקה. על העונה להיות מודע לרגשות ביקורתיים והתנגדויות העולות בקרבו הן בכדי לאפשר עמדה אוהדת והן בכדי להבין שעמדות אלו משקפות היבטים בעולמו של הפונה שמרגיש ביקורת/דחייה ביחס למרכיבים באישיותו או התנהגותו (ייתכן כי פונה מדחיק/מכחיש/מפצל חוויות שליליות אלו ועצם חוויתן ע"י העונה מעידה על קיומן). אפשרות נוספת, שאינה נוגדת את הקודמת, היא שמה שמרגיש העונה בשיחה למעשה משקף את עמדתם של אחרים בחיי הפונה. מדובר, אם כן באפשרות שימוש במנגנון השלכה הזדהותית. כשהעונה מודע לתהליכים אלו (דוגמא: פונה אומר שחש דחוי--- עונה מרגיש תיעוב----עונה מבין שזו תחושה שחשים אחרים בסביבתו כלפיו והיא שגורמת לו להיות מבודד) זה עוזר להבין את הפונה. המשמעות היא **שהאמפתיה כחלק מההעברה הנגדית, הינה כלי טיפולי להבנת הפונה ולשיקוף היבטים להם לא מודע.**

**העברה** הוא מושג מרכזי בגישה הפסיכואנליטית, אך קיומה לא מותנה במפגש טיפולי קלאסי. למעשה העברה מתחוללת בכל מפגש בין אנשים כעיוות מסוים של ההווה המושפע ע"י העבר. תפיסה מסורתית מתייחסת להעברה כהעתקה של עמדות וקונפליקטים מהעבר, במיוחד ביחס לדמויות משמעותיות מהילדות אל דמות המטפל. תפיסה חדשה יותר מתייחסת להעברה כדחיסה של מרכיבים רבים בעולם המטופל לתוך הסיטואציה הטיפולית העכשווית. הדגש מושם היחסים העכשוויים, כשהמטפל הינו משתתף פעיל בהם. במקום להעלות השערות לגבי המתרחש בלא מודע של המטופל יש לעזור לו לבטא את מה שקשה לו לבטא/להיות מודע.

**בער"ן -**

מתרחשת העברה והעברה נגדית. האינטראקציה הקצרה גורמת לדחיסת פוטנציאל היחסים שהעונה והפונה מביאים עימם. כחלק ממהלך העזרה משקף העונה לפונה את התפקידים שהוא מעניק לו (למשל כועס עליו) ובעיקר את הצפייה שלו שהעונה יפרש לו את המציאות ויגאל אותו ממנה.

**מודל של שיחה עוזרת-**

(יש דוגמא קצרה במאמר). העונה נותן לפונה הרגשה שהוא איתו וכמו בשיחה טיפולית מציע שיקופים, פירושים, ריפריימינג וכו'. עם התקדמות השיחה הפונה יותר בוטח וחש שהוא יכול להתחלק עם העונה גם בדברים כואבים. אמפתיה של העונה תאפשר לפונה להביא עוד מעצמו. העונה נמצא גם בעמדת צופה מבחוץ וגם בעמדת משתתף פעיל. מתרחש דיאלוג של הפונה עם העונה ודיאלוג של הפונה עם עולמו הפנימי. במהלך השיחה הופך העונה לדמות בעולמו הפנימי של המטפל ובכך גורם לשינוי, הנגרם לא בכוונה תחילה, אלא דרך ההליך האמפתי. לנוכחות המטפל והעובדה שמבין אפקט מרגיע ומאשר. העמדה הראשונית של העונה כלפי הפונה עשויה להיות הגורם החשוב ביותר שקובע את הדיאגנוזה, מהלך העזרה והפרוגנוזה. גרומט טוען שכדי ששיחה תהיה בעלת אפקט מרפא עליה ליצור הבנה והתרה של קונפליקטים. התערבות חד פעמית יעילה היא כזו בה מתמקד העונה **בקונפליקט יחיד מן ההווה** ומציין את הנקודות הנחוצות לפונה בכדי לשנות את ניהול הקונפליקט. למרות שהקונפליקט נידון במונחי ההווה, ידיעת העבר יכולה לעזור לקדם את התהליך.

**הסתייגויות (**לא הכי ברור מה הכוונה בקטע הזה..)**:**

דובר עד כה על חשיבותה של האמפתיה בטיפול. קיימת טענה כנגד מרכזיותה שבאה לידי ביטוי בשיחה שמקיים מתנדב לא מקצועי (לא מכיר תיאוריות, פתולוגיות וכו', לכן פטור מלהשתמש בפירושים) עם פונה והיא שמתן האמפתיה מהווה סיפוק לא הולם במקום שדרושה הבנה. פוסט ומילר מתייחסים לכך באמרם שבכל טיפול יש סיפוקים ותסכולים, התלויים במידה רבה באישיות המטפל. מטפל שנמנע ממתן סיפוקים עשוי שיספק צרכים נוירוטיים להענשה וכניעה. לעומת זאת שימוש הולם באמפתיה מאפשר תהליך מספק של הרחבת המודעות. ביטוי אמפתי עשוי לגרום ל"חוויה רגשית מתקנת". גם אם הוסכם שלהשתתפות אמפתית יש ערך טיפולי, תומך ומתקן, בצורה מוגזמת האמפתיה עלולה לגרום לסיפוק ולרגרסיה. דוגמא לכך היא אפשרות שתתפתח אשליה נעימה שכל דבר יבוא על תיקונו אם המטופל יאפשר לעצמו לשקוע ללא גבול ביחסים הנעימים. אולם לדעת פוסט ומילר אמפתיה אותנטית כוללת שיקוף של המצב הרגשי ועמדתו הפנימית של המטופל, גם כשהם אינם נעימים.

טענה נוספת היא שאמפתיה נמנעת מקונפליקט. על כך מגיבים פוסט ומילר באמרם שאמפתיה חלה גם על הפנטזיה הלא מודעת של המטופל והקונפליקט בינה לבין חווייתו המודעת. העונה הוא באמפתיה גם עם הפנטזיה של המטופל כי יוכל להירפא גם בלי לחוות קונפליקט ובלי הצורך להתירו. לדידם, למעשה חלק מההתנגדות לשימוש באמפתיה נובעת מחשש המטפלים עצמם מרגרסיה פתולוגית לא נשלטת שלהם וחשש מטשטוש גבולות, הבולט במיוחד כאשר המטופל דיכאוני או פסיכוטי. סיבה נוספת היא שהיחס לאמפתיה היא כתהליך יותר מאשר תכונה ולכן דורשת מאמץ אינטלקטואלי גדול מצד המטפל.

סמית' וליפס כותבים כי מה שאנחנו חושבים על האחר, **אינה בהכרח מה שהאחר מרגיש,** זה תוצר השתקפות והשלכה של העצמי. יש לומר כי שימוש באמפתיה אינו סותר את תיאורית הדחף, אך הוא אינה מכשירה העיקרי.

**בער"ן-**

המסגרת מקלה על היווצרות האמפתיה– הגבולות ברורים והמרחק גדול ולכן העונה יכול לאפשר לעצמו "לשקוע" בעולמו הפנימי של הפונה מבלי לפחד לאבד את עצמו (בשונה מטיפול ארוך-טווח). בנוסף, דווקא ההתנזרות החושית מאפשרת רמה גבוהה של השלכות ושימוש בדמיון. גישה פסיכואנליטית שמרנית יכולה לטעון שיחסים טיפוליים יכולים לגרום להקלה ושיפור סימפטומאטי, אך הם לא מספיקים להשגת שינוי. הכותבת מתייחסת לטיעון זה באמרה שיחסים טיפוליים טובים יכולים לסייע להתמודד עם מצוקות. גם כאשר היחסים ארעיים הם יכולים ללמד על יצירת קשרים טובים יותר בחיים האישיים ולשינוי דפוסי חשיבה והתנהגות לא מסתגלת.

קנר מתייחס לויכוח בין טיפול בפירוש לטיפול כיחסים ואומר שטיפול טלפוני הוא יותר טיפול של יחסים. הטיפול מאפשר ליצור "מטריה טיפולית" זמנית למטופל במשבר ולהקל עליו להיכנס/לצאת מטיפול נפשי "רגיל". טיפול זה מתאים בייחוד לאנשים רגישים, מבודדים ומדוכאים. רוג'רס מתייחס גם הוא לחשיבות היחסים הטיפוליים- לפיו מדובר ביחסים לא מזויפים בהם יש מודעות של העונה לרגשות ולעמדות של הפונה. עמדות אלו ואישיות (צמיחתו האישית כאדם) המטפל חשובות יותר מהאוריינטציה התיאורטית שלו. לתפיסת הפונה את העמדות של העונה חשיבות רבה גם כן. **הניסיון בהתערבות טלפונית במשבר לימד כי מה שעזר היה דאגה אנושית, שיפוט נכון והנכונות לעזור.** העונה הלא מקצועי יכול להציע יחסים ישירים וחבריים יותר לעומת "ניתוק מקצועי" שמפתח המטפל. שיחת ער"ן יכולה להביא מלבד הקלה ותקווה גם לשינוי בדפוסי חשיבה, הרגשה ומנגנוני התמודדות.

**דיון** (החלק החשוב במאמר)

מתנדב ער"ן אינו איש מקצוע בתחום בריאות הנפש. **המאמר התייחס לשאלה מהו טיפול** והאם העובדה שבער"ן לא יושב איש טיפול אומר שלא נעשה טיפול? הכותבת טוענת שניתן להתייחס לטיפול גם כסוג מיוחד של מפגש, יחסים, עזרה נפשית. מתנדב בער"ן עושה את מה שהוכשר ושנובע מאישיותו: מנסה ליצור קשר, לדובב, להרגיע, לתמוך, לשקף, לעזור למקד ולהבין את המקורות לבעייתו. נוצרים יחסי העברה והעברה נגדית, הפונה מייחס לעונה תפקיד של עוזר. ההעברה הנגדית מתחילה עם עמדתו האלטרואיסטית של המתנדב (תכונה זו וכן מודעות פסיכולוגית,סובלנות,אמפתיה חזקה ועוד נמצאו אצל המתנדבים), וממשיכה באהדה ואמפתיה. כל אלו מתאפשרים במידה רבה בגלל המימדים הייחודיים של שיחת ער"ן- אנונימיות, היעדר מגע פנים מול פנים וחד פעמיות, המפצים על היעדר היבטים יותר מקצועיים בשירות ער"ן.

**בן דוד, ע (1999), טיפול רגיש תרבות. (עמ' 273-282) - זוהר**

החינוך הטיפולי הניתן בישראל ( בין היתר ע"ס ) מתרחש בסביבה שהייתה תמיד רב תרבותית הנעשית רב גזעית. מטפלים מוצאים עצמם עוסקים במפגשים עם מטופלים הבאים מרקע שונה משלהם ולמרות זאת מטפלים רבים עדיין נמצאים "בבועה תרבותית". ההכשרה מדריכה אותם להסביר התנהגות או לקבוע התערבות על סמך גישה הנובעת על פי רוב מהתרבות הישראלית. מחקרים ישראלים מראים שמטפלים מחזיקים בעמדות סטריאוטיפיות על העדות השונות מה שמשפיע במובהק על האבחון ודרכי התערבות. כישלונה של מערכת החינוך הישראלית בתחום זה הינה משמעותית. בארצות הברית ובבריטניה פיתחו תוכניות לימודים רגישות תרבות ואימצו דרישות לרגישות חברתית אולם בישראל אין כל דרישה לימודית כזו. העובדים הסוציאליים בישראל נדרשים לעבוד מול מגוון אוכלוסיות הנבדלות זו מזו ברבדים שונים ועובדה זו מעוררת שאלה לגבי יכולתו של סטודנט שסיים את לימודיו, להתמודד עם המגוון העצום של מטופלים כאשר הוא משוחרר מדעות קדומות.

**רגישות תרבותית**

ניתן לארגן כשרים רב תרבותיים על פי שלושה תחומים כלליים: מודעות תרבותית ואמונות, ידע תרבותי וכשרים תרבותיים.

1. מודעות תרבותית: מונח המתייחס למודעותו של העובד הסוציאלי למוצאו, לרגישותו, לערכיו ולראייה בה נטיות אלה עלולות להשפיע על תפיסתו את המטופל.
2. ידע תרבותי: מתייחס לידע שיש לעובד הסוציאלי על תרבות המטופל, זהו מרכיב קוגניטיבי.
3. כשרים תרבותיים: מתייחס ליכולתו של העובד הסוציאלי להתערב ברגישות תרבותית ובהתייחסות לציפיות המטופל. הכוונה כאן היא שיש שיטות מדויקות להתערבות בינתרבותית.

מחקר שנערך באונ' חיפה הראה כי סטודנטים לעו"ס לא פיתחו רגישות תרבותית במהלך ההכשרה אבל פיתחו כשרים תרבותיים בשנת האחרונה. רב תרבותיות קשה לעיכול משום שהיא דורשת עימות עם אמונות ודעות קדומות אישיות. מטרתו העיקרית של הסטודנט היא לרכוש ידע על מסורות, טקסים ותרבות שונים משלו. משימה זו באה בעקבות רכישת ידע מדוקדק על תרבותו של התלמיד עצמו. במשך שלוש שנות הלימודים לא השתנתה רמת ההבנה של הסטודנטים בתחום זה. במחקר שנערך השינוי היחידי שהתגלה כתוצאה מתהליך הלימוד הוא שינוי ברמת הכשרים. התוצאות שהתקבלו הראו כי אין שינוי ברמת הדעה הקדומה במהלך שנות הלימודים. נראה כי החינוך לעו"ס בישראל אינו ערוך לקראת פיתוח שיטת טיפול נקייה מסקסיזם וגזענות.

**משמעויות**

המסקנה העיקרית העולה מנתונים אלה היא שעלינו ללמד את הסטודנטים כיצד יש לעבוד בשיטת טיפול רגישת תרבות. קני המידה לטיפול חייבים לכלול גישות התערבות הנמנעות מהאשמת המטופלים ומניהולם. כדי לקבל הבדלים בינתרבותיים יש לקבל את העובדה שהתיאוריות העיקריות שמנחות את מחשבותינו בנויות על בסיס קווי היסוד של קבוצת הרוב, ויש להבין שהן אינן מתאימות לכל אדם בחברה.

**יצירת קשרים בין עבר להווה**

המקרה שלפנינו מתאר עבודה במסגרת הקהילה האתיופית בצוות שהיה מורכב ממטפלים מהזרם המרכזי כמו גם מטפלים מהעדה. מקרה זה מהווה דוגמא כיצד שותפות בין מטפלים מסורתיים לבין תרפיסטים מודרניים הניבה את התוצאה הטובה ביותר לאנשי הקהילה.

במשך מאות שנים טיפלו צוותים של מנהיגי העדה האתיופית המכונים **"שמגלץ'",** בבריאות הנפש של יהודי אתיופיה. מה שמבדלים אותם ממטפלים מערביים הוא הגישה ההוליסטית העוסקת בצרכים רגשיים, גופניים ורוחניים של בני העדה. המטפלים המקומיים התרשמו מדרגת האמפתיה שהפגינו השמגלץ וגילו פתיחות גם לגישות מודרניות.

**טיפול בנישואין בשבעה שלבים**

ברגע שלקחו השמגלץ זוג לטיפולם הם עשו זאת תוך יישום של שבעה שלבים מובנים . בכל שלב משך הפגישה אינו משנה והיא יכולה להמשך גם יום שלם.

1. פגישה משותפת של בני הזוג עם השמגלץ. הם נשאלים האם הם בעל ואישה ( הסכם רשמי של נישואין) והאם הם זוג ( כלומר האם יש שותפות).
2. פגישה משותפת. השמגלץ שואלים שאלות רבות כדי ליצור דיוקן משפחתי
3. פגישות נפרדות עם בני הזוג בהן כל אחד נשאל מה הבעיה וכך מגלים כיצד כ"א מהם מבין את הבעיה. זוהי פגישה חשובה לאישה כי כאן היא מבטאת עצמה מבלי לחשוש מפני "תגמול" בבית.
4. פגישות נפרדות עם בני הזוג. שיחה על הציפיות לעתיד והציפיות משמגלץ.
5. פגישות נפרדות בהן עוסקים בהתחייבות ופשרה. שואלים מה כ"א מוכן להקריב למען הנישואים ומה הוא מצפה לקבל. נידונות גם הצעות מצד בני הזוג לגבי דרכי השינוי.
6. פגישה משותפת. בשלב זה מוצעת התערבות. השמגלץ סוקרים את מה שבני הזוג אמרו וזה בא כהקדמה לחוזה שהשמגלץ מציעים ובו כל אחד מוותר על דברים מסוימים.
7. בני הזוג מתבקשים להתייחס לחוזה שתנאיו פתוחים למו"מ. אם בני הזוג מקבלים את התנאים אז אחד השמגלץ מופקד על כתיבתו. אם הם אינם מקבלים אותו אז נפתח מו"מ מחודש עד שמושג הסכם.

**הסיפור של אברהם ושרה**

תיאור זה מראה כיצד מאמצים של מטפלת "מודרנית" ומרפא "מסורתי" הצליחו לשפר את איכות חייו של זוג ממוצא אתיופי. אברהם ושרה עלו לישראל לפני 10 שנים יש להם 5 ילדים. הם פנו למטפלת עם שורת בעיות. כשהגיעו לישראל שרה הסתגלה במהירות והחלה לעבוד ואילו אברהם שהיה בעל עסק באתיופיה מצא עבודה כפועל פשוט והתקשה להתמודד עם השינוי. הוא החל לחוש דיכאון ולהשתכר. בהמשך החל להאשים את שרה שהיא מנהלת רומן עם עמוס. בין שרה לאברהם הייתה תקרית אלימה אשר בסופה הוצא נגד אברהם צו הרחקה מהבית- בשלב זה הם ביקשו עזרה. היה ברור למטפלת המשפחתית שהבעל והאישה נמצאו בשלבי הסתגלות שונים. שרה דיברה על גירושין אך היא לא באמת התכוונה לכך. האמונות של המטפלת הנחו אותה לתמוך באשה במאבק לשלוט בחייה אך היא הבינה שבמקרה זה הבעל זקוק לחיזוקים. המטפלת פנתה לעזרת המנהיגים הרוחניים. התוכנית תומצתה בחוזה שכתב השמגלץ. בחוזה שרה התבקשה לנתק קשר עם עמוס ואברהם חויב לכבד את שרה ואת החופש שלה.

**סיכום**

תיאור המקרה מדגים כיצד שת"פ בין מטפלים יוצר את המצב הטוב ביותר עבור המטופלים. זקני העדה ממשיכים למלא את תפקידם המסורתי והמטפל המודרני מבטא יחס של כבוד כלפי תרבות המטופל. מטפלים הבוחרים להשתמש בשיטה זו צריכים להכיר היטב את תרבות המטופלים שלהם ולגלות רגישות לצורכיהם.

מאמר זה דן בדרך חדשה לטיפול- הטיפול הפוסט מודרניסטי. הרעיון הוא שקיימות קבוצות מהגרים החייבות לגשר על פערים טכנולוגיים של מאות שנים. משום כך קיים צורך לחבר את העבר להווה, כך שלא יאבד זכרון העבר. כאשר מניחים למורשת ללכת לאיבוד אנשי הקבוצה מגיעים לחוויה פוסט מודרניסטית בה הם אינם מסוגלים לטוות את העבר והעתיד ביחד וליצור רצף הגיוני. מנהיגי העדה יכולים להיות משאב יקר למטפל המנסה ליצור מגע עם אוכלוסיות אלה.

**עומר, ח. ונחי, א. (1994). עקרון הרציפות גישה מורחבת לאסון וטראומה.**

**פסיכולוגיה, ד, 20-28 – ענת ר. וסיון ל.**

היבטים ארגוניים וקליניים של אסון משולבים זה בזה. מצד אחד, להחלטות ניהוליות יש השלכות עמוקות על התגובות הפסיכולוגיות של יחידים ומשפחות (למשל: מתי למסור מידע לציבור הנתון באיום) ומצד אחר, לתפיסות פסיכולוגיות על פתולוגיות וטיפול בטראומה יש השפעה על החלטות ארגוניות.

כאשר מתרחש אסון הוא אינו "מתחשב" בתחומי ההגדרה של ארגונים שונים ונוצרות בעיות קשות בתקשורת ביניהם. לכן, מדברים כותבי המאמר על צורך ביסוד רעיוני משותף בכדי שלא יועמקו ההפרעות שנוצרו בעקבות האסון. צורך בשפה משותפת, בעקרון מאחד שיענה על הדרישות הבאות: (א) שיתאים להגיון המקצועי של אנשים ממגוון הכשרות ותפקידים. (ב) שיהיה פשוט ומעשי בכדי שינחה החלטות בזמן אמיתי ובקצב המהיר של אירועים בזמן אסון. (ג) שיהיה מותאם למידע הקיים על אסון וטראומה.

העיקרון אותו הם מציעים הוא "**עיקרון הרציפות**" על פיו בהתמודדות עם אסון, לשלביו השונים, צריך לכוון את המאמץ הניהולי והטיפולי לשימור הרציפויות השונות בחייהם של היחיד, המשפחה, הארגון והקהילה, או להחזרתן על כינן: הרציפות התפקודית, רציפות הזהות והרציפות הבינאישית- שמתקיימות למרות ההפרעות. עקרון זה מחולק לשלבי האסון- פרקי זמן של התכוננות לאסון, התרעה, מהלומה ותוצאה (מפורטים בהמשך).

העיקרון בעצם קובע שיש למנוע/ לגשר על ההפרעות שנוצרות בעקבות האסון- זה נשמע מובן מאליו, אך כותבי המאמר רואים צורך בניסוח עקרון זה מכיוון שבשל שתי תפיסות מוטעות, המושרשות היטב, התקיימה התעלמות עקבית מהעיקרון. תפיסות אלו מכונות "**הנחת האי-נורמאליות**" ו"**הנחת הנורמאליות**". שתי הנחות אלו יכולות לפעול במשותף והן נשארות דומיננטיות על אף שמחקר סותר אותן בעקביות.

# *הנחת האי-נורמאליות:*

מפחיתה בהערכת יכולתם של הקורבנות להתמודד כהלכה עם האסון. פוגעת בעקרון הרציפות בכך שהיא גורמה לאמונה המוטעית כי תפקוד רציף הינו נדיר או אף בלתי אפשרי. הנזק בהנחה זו בא לידי ביטוי במיתוסים אודות פאניקה, הלם וביזה.

**פאניקה**- על פי המיתוס יחידים וקבוצות יגיבו על אסון בהיסטריה או במנוסה בלתי נשלטת. ע"פ המחקר התנהגות זו היא נדירה. מיתוס זה מוביל להחלטות מזיקות למשל חלוקת מסכות מאוחרת במלחמת המפרץ (מתוך רצון לא ליצור פאניקה) מנעה אימון והדרכה מתאימים והובילה לכך שאנשים נחנקו כי לא הורידו את המסנן של המסכה. המיתוס על פאניקה מאוד רווח דוגמא לכך היא בשמועה שרבים הזריקו לעצמם אטרופין מתוך היסטריה בזמן האזעקות- בפועל היו אלו רק 220 בני אדם מתוכם 200 עשו זאת בשל חוסר הבנה של הוראות- חשבו שצריך להזריק אטרופין כשנשמעת אזעקה.

**הלם**- על פי המיתוס, אנשים מגיבים לאסון בהלם פתולוגי המונע התנהגות מסתגלת- שיתוק חסר תחושה. גם במקרה זה מחקרים הראו כי תגובה של הלם היא יוצאת מן הכלל ואינה מאפיינת את הכלל, אך גם מיתוס זה חסין לעדויות אלו. למיתוס זה יש השפעה מזיקה ביותר כי מתוך ראייה שקורבנות האסון אינם מסוגלים להתמודד עם תוצאותיו, הופכים את הקורבנות לסבילים הזקוקים לטיפול מגונן ומרחיקים אותם מסביבתם הטבעית- דבר הפוגע ברציפות התפקודית והבין-אישית ועלול אף להחריף את המצב שבא לתקן.

**ביזה**- יש סיפורים רבים, פחדים וצעדי מניעה מפני ביזה למרות שהיא תופעה יוצאת דופן באסונות. מיתוס זה מניב החלטות המעיבות על ניהול טיפול- במקום להקל מוליכה להשקעות מיותרות בממון ואף לסרבול הפינוי עצמו.

# *הנחת הנורמאליות:*

ממעיטה בערכה של הסבירות שהאסון יתרחש או של המידה שבה יגרום להפרעה. פוגעת בעקרון הרציפות בכך שהיא מובילה להנחה שאין צורך להגן על הרציפויות כי לא צפויה הפרעה של ממש. כאשר מוצגות ידיעות מעורפלות או סותרות על אודות סכנה מאיימת, אנשים יטו להאמין לאפשרויות המעוררות פחת חרדה. גם כשאינו מעורפל יחכו לאישור ממקורות נוספים לפני שינקטו צעדים להגן על עצמם. כדי למעט את הסיכון בהנחה זו יש להזהיר את האוכלוסייה הנתונה בסיכון מוקדם ככל האפשר, לחזור על האזהרות שוב ושוב ולספק הוכחות לאמיתותן. חשוב שהמסרים יהיו בהירים וישירים וכי שמועות סותרות יופרכו, כדי להבטיח שאמצעי ההגנה הנחוצים יינקטו. הכנה מוקדמת מאפשרת מעבר משגרה לפעילות חירום ובכך מקלה על הרציפות התפקודית. לאנשים קשה למלא הנחיות של התכוננו אליהן.

במאמר ניתנות מספר דוגמאות, אחת מהן היא על רשויות הרווחה, בריאות הנפש, השירותים הפסיכולוגיים וכו'.. אשר הסתפקו בתכנון תיאורטי בלבד של טיפול כוללני בפגיעה המונית- הספיקה הכנת תיק פעולה. בפועל, בתחילת מלחמת המפרץ שררה מבוכה בארגונים והם לא היו מוכנים לשיתוף הפעולה, דבר אשר פגם ביכולתם לסייע לנפגעים וגרם לשגיאות מיותרות בניהול טיפול.

לעיתים קרובות מצטרפת הנחה הנורמאליות למיתוסים אודות אסונות, ויחדיו הם מובילים לטעויות הרסניות. המחליטים נוטים להתעלם מהצורך במתן אזהרות מוקדמות וכשהמידע מסופק בסופו של דבר הוא "מרוכך" על ידי אי בהירות – עמימות שאמנם נועדה להקל על הציבור, אך בפועל מובילה לפרשנות מוטעית הנובעת מהנחת הנורמאליות.

# *עקרון הרציפות*-

כיצד מסייע להסדרת פני הדברים בשלבים השונים של האסון (למרות השיבוש של שתי ההנחות):

**שלב התכנון:** כאשר ניתן לנבא מאורעות מעוררי לחץ ולהבחין באפשרויות להתמודדות עימם ולשליטה בהם, משתפר התפקוד ופוחתות התגובות הפתולוגיות. מידע מדויק, תכנון ותרגול התגובות הרלוונטיות מפתחים את הסכמות ההתנהגויות והמנטאליות המאפשרות מעבר רציף מתפקוד של שגרה לתפקוד של אסון. לפי המאמר, אנשים הנמצאים באיום של אסון מעוניינים בפיתוח "תוכניות אסון" שיכללו למשל: נוהלי פינוי, סידור מקלטים, רשימת פריטים שיש לקחת, חלוקת מטלות ועוד. תוכניות כאלו מחזקות את ההרגשה של יעילות אישית, מפחיתות את ערפול האיום, מקלות על תהליך ההחלטה וגורעות מכוחה המזיק של הנחת הנורמאליות. הן גם משפרות את תפקוד היחיד, המשפחה והארגון וגם מפחיתות את הבלבול וחפיפת היתר בתפקודן של הרשויות השונות. לכן, חשוב שצוותי חירום ישתלבו באוכלוסיית היעד עוד בשלב התכנון.

\* במאמר ישנה דוגמא לפעילות של צה"ל על פי העיקרון בשלב זה.

**שלב ההתרעה:** אנשים נוטים להשתכנע יותר ממסרים של "הכול בסדר" יותר מאשר ממסרים של חירום, ולראות רגעים של רגיעה לכאורה כסימנים שהסכנה חלפה. נראה כי מחמת המיתוס של פאניקה והנחת הנורמאליות, מעדיפות הרשויות למסור מסרים עמומים של שלב ניהול האסון. יש צורך בבהירות ומפורשות במסרים. במצב זה, בני האדם זקוקים למידע קונקרטי, ספציפי וברור, משולב בהוראות מעשיות : רק אלה מאפשרים להתכונן קוגנטיבית, רגשית ומעשית בדרך הדרושה לשמירת הרציפות התפקודית. ע"י הכנה ותרגול. בכדי לשמר את הרציפות הבינאישית יש לבנות כלים שיאפשרו פעולות של איתור בני משפחה ושמירת קשר עימם (כי זהו הצורך העיקרי של בני אדם המתפנים מביתם): הכנת ערוצי תקשורת חלופיים ומוסכמים מראש שיחליפו את הערוצים הרגילים במקרה של הפרעה, תוכנית אסון קהילתית שתציין במפורש מרכז אשר ירכז את המידע לגבי מקום הימצאותם של כל חברי הקהילה.

מסתבר שגם החשש שאנשי מקצוע יעזבו את מקום עבודתם כדי להיות עם משפחתם נמצא לא נכון- אם יש לאנשים אפשרות לשמור על קשר עם המשפחה הם יישארו בעבודה ואף יעבדו יותר..

**שלב המהלומה-** בשלב זה חוזר דגם טיפול שהוכיח את עצמו- עקרונותיו של סלומון. שלושת יסודות של הטיפול הקדמי הינם קרבה, מיידיות וציפייה. על פיהם הטיפול אמור להיעשות קרוב ככל האפשר לקו החזית וסמוך ככל האפשר לזמן הפגיעה, והציפייה המרכזית שתשודר בו חייבת להיות חזרה מהירה לתפקוד.

עקרונותיו של סלומון למרות שנכתבו בהתאם לאוכלוסייה צבאית בזמן מלחמת העולם הראשונה, רלוונטית גם לאוכלוסיות אזרחיות באסון. **המיידיות** מונעת את קטיעת רצף החיים ואת העמקת ההפרעה שיצר האסון. **הקרבה** שומרת על קשריהם של האנשים עם המקום שהם חיים ומתפקדים בו ועם הרשתות הבין אישיות שלהם. **הציפייה** שומרת על תפקידיו החברתיים של הנפגע ומונעת התפתחות של "תפקוד החולה" העלול להביא לידי כרוניות.

במהלך מלחמת המפרץ יישמו בפועל את עקרון זה כאשר טיפלו באנשים שעברו למגורים זמנים כתוצאה מהרס בתיהם על ידי הטילים. סמוך לפגיעה נערכו פגישות בין ילידים שפונו לבין חבריהם לכיתה ומוריהם, דאגו שישתתפו בפעילויות שכונתיות גם כאשר הם פונו רחוק מבתיהם ההרוסים. לבסוף אף עודדו חזרה לשגרה ולעבודה.

עקרון הרציפות עזר למצוא טעויות שנעשו בתחילת המלחמה ולמצוא פתרונות אפשריים חדשים. הבינו כי פינוי לבתי מלון אינו מיטיב וכי סידורי אכסון אחרים שאפשרו למשפחות להמשיך ולנהל את משק הבית בעצמם סייעו להתגבר על הפרעות תפקודיות אשר היו עלולות להחמיר בעתיד.

עקרון השמירה על הרציפויות הבין אישיות הוביל להעדפתן של שיחות משפחתיות משיחות עם היחיד. מטפלים הבינו כי טיפול אישי באחד מבני המשפחה נותן את התחושה כי הוא לא בסדר ובעיותיו נבדלות משאר בני המשפחה.

לסיכום- צוות חירום פסיכולוגי ישאף בשלב המהלומה למטרות הבאות:

1. **ברמת היחיד**- לקדם תנאים שיאפשרו ליחיד לשמור על קשר עם משפחתו וסביבתו למען תפקוד שישדר "חזרה לשגרה".
2. **ברמת המשפחה והקהילה**: הצוות יגן על מסגרות קיימות וידאג לערוצי תקשורת בין חברי הקהילה שהופרדו.
3. **ברמת הרשויות**: יעודד זמינות מידע שיהיה קונקרטי. שיתוף פעולה בין הרשויות בתחומים בהם יש צורך לכך.
4. **בכל הרמות**: התנגדות להשקפה השולטת כי הנפגעים מונעים מכוחות בלתי רצוניים ואף פתולוגים (המיתוסים של פאניקה, ביזה וההלם)

**השלב שלאחר האסון או הטראומה-** ברמת היחיד נכתב רבות על הצד הפתולוגי של הטראומה (מורחב עלPTSD קצת). אך ייתכן כי חלק מן הקשיים נובעים מראייה טיפולית צרה. נשתמש בעקרון הרציפות כדי לבחון את שלושת הגישות העיקריות להבנת ההפרעה הפוסט טראומטית ולטיפול בה:

1. הגישה המתמקדת בטראומה: בהשקפה זו הטראומה הינה המקור העיקרי או היחידי לתופעה. זוהי לב ההפרעה, שגילוייה יהיו התפרצות של מחשבות ותמונות מפריעות. הטיפול הנבחר לכך יהיה "עיבוד הטראומה".
2. הגישה המתמקדת בעולם שלפני הטראומה: גישה זו מניחה כי מלכתחילה חסר איזון יציב בחייו של הנפגע והטראומה מספקת "פתרון נוירוטי". לפיכך הטראומה היא הפתרון ולא הבעיה ולכן על הטיפול להתמקד במבוי הסתום שקדם להופעת הטראומה.
3. הגישה המתמקדת בתהליכים שלאחר הטראומה: הטראומה על פי גישה זו מתפתחת מדרכים מקובעות בו הנפגע מגיב לליקוי. מקור ההפרעה הינו התהליכים המונעים חזרה לחיים תקינים כגון הפסקת עבודה, נטישת התפקידים המשפחתיים. הטיפול צריך ליצור תהליך זהיר של שיקום בתפקודו של היחיד תוך נטרול האינטראקציות השליליות הכרוניות.

במונחים של עקרון הרציפות עוסקת כל אחת משלושת הגישות בתחום אחר של הפרעה. א. מדגיש את המשקעים הטראומטיים, ב. מדגיש את הניתוקים ברציפות הזהות, הנפגע מרגיש כי חייו מתחלקים לשני חלקים נפרדים- לפני הטראומה ואחריה, ג. מדגיש את ההפרות הרצף התפקודי וברצף הבינאישי שהתכוונו לייצב את החיים אחרי הטראומה כאשר בפועל עשו את ההפך וגרמו לקיבעון.

עקרון הרציפות מניחת כי פיתוח תחום אחד ישפר את היכולת לעבד את החוויה הטראומטית. אך שילוב שכזה לא יכול להתבצע אם המטפל יתעלם משאר התחומים של עקרון זה. לדוגמא: מטפל אשר מנסה להשיג רמה גבוהה של אבריאקציה ומתעלם תוך כדי מהצורך לשמר את התפקוד היומיומי.

הגישה המשלבת בין כל העקרונות בטיפול דומה ל"גישת המטוטלת" שבה הורביץ מדגיש את החשיבות של תנועה הלוך ושוב בין עמדה תומכת לבין עמדה של התבוננות פנימה. בשיטתנו כל פעם שהתקדמות בתחום אחד נבלמת יכול המטפל להניח לתחום זה ולנסות לכונן מחדש רציפויות בתחומים אחרים. פעולה שכזו תקל על החזרה לכיוון המקורי מאוחר יותר.

הרבה פעמיים התנגדויות בטיפול מגיעות מהמקום של הצורך לבנות "מעבר עוקף" מתחומים אשר קשים לדבר עליהם. התעקשות לדבר על נושאים כואבים אלו יכולים להוביל לסיום הטיפול. לכן המטפל לא צריך להמשיך ולהתעקש על נושאים אלו אלא להגביר את התמיכה וחיזוק אותם יכולות שיאפשרו תפקוד רציף יותר והעברת המוקד לתכנים שקל יותר לגשר אליהם אשר נמצאים ברציפות אחרת. ולבסוף לבנות כך אמון ולהגיע לנקודות הקשות.

אותה הנחה פועלת גם על משפחות ועל קהילות. לדוגמא משפחות שנמצאות באבל פתולוגי אשר נמנעות מלדבר על המת ולהתקרב לחפציו ולשנותם. עקרון הרציפות יעזור למשפחה שכזו לארגן את חיי היומיום שלה ובכך לשפר את היכולת להתאבל בצורה הולמת או ליצור טקס משפחתי של אבל מאורגן שישפר את התפקוד היומיומי.

\* המאמר נותן דוגמאות רבות על ההתמודדות במלחמת המפרץ. בסיכום ציינו רק חלק מהן.