

# COVID-19 Crisis in Therapy

**Gil Erlich**

The COVID-19 crisis has brought us all, to think about our being in a new and unfamiliar situation. I believe that learning from these experiences will help us grow in our routine being. Because of this I would love to take part in sharing my thoughts on this matter. The details of the patients presented in the article have been changed in order to maintain privacy

I work as a psychologist in three different therapeutic fields.

**In a private clinic**, where I work as a clinical psychologist. At the clinic I get mostly patients dealing with depression, anxiety, eating disorders and lack of satisfaction in life. I see them 1-3 times a week and the treatment is essentially psychotherapeutic.

**In day care in a hospital** as a clinical psychologist. In day care, patients who need higher therapeutic holding and handling than regular out-patients, reach about seven hours a day, and receive therapy that include group therapies, expression and creative therapies, and psychological therapies. Day care allows (as opposed to full hospitalization) to self-fulfillment beyond the therapeutic space' in daily life (work, studies, relationships, etc.). The treatment as part of the day care provides accompaniment by a multi-disciplinary team.

Another area I work in as a **psychologist is in the field of education**. Where the essence of the psychological work is assistance in counseling in cases that are discovered in educational institutions, in diagnosis and systemic assistance. My work focus is on assisting those dealing with psychological phenomena common in the educational field. Phenomena such as coping with a learning disability or ADHD. Also, phenomena that occur due to the group-social structure of the education system such as social difficulties, boycotts, social rejection, bullying etc.

In this article I reviewed the effects and changes I witnessed during the COVID-19 period in the three areas.

In general, the COVID-19 crisis seems to have influenced an increase in anxiety levels frustration, etc. when most of the interaction is with digital means, It seems that the quarantine can bring patients and caregivers to an increase even more the level of anxiety. A change in stinging, in the daily reality such as the need to keep small children at home and a change in occupational behavior take the patient-therapist dyad out of the normal balance and enter the therapy room in terms of content and transference.

The axis between flexibility and keeping the boundaries is challenging during the quarantine period. mothers want to move from morning meetings to evening meetings, when the children are asleep, because in the mornings the children at home. Students want to move from evening meetings to morning meetings because there is no public transportation (if you arrive physically) and entertainment in the evening, so they do not leave the home in the evenings. The personal schedule of the therapist also changes as it is necessary to meet family needs. Challenging the conflict between flexibility and boundaries is a therapeutic opportunity to experience uncertainty and deal with this axis in life. The same is true of symptoms of anxiety, and lack of control as a therapeutic opportunity.

The digital world, of video work, is a world of knowledge that the therapist must acquired and understood in order to realize the potential of therapy sessions that take place in this space. Knowledge of sound and microphones, photo and lighting quality, processing speed etc. are worlds of knowledge that can contribute greatly to the quality of the other's sense of "presence" in the room. Most of the therapists I spoke to practice therapy while holding the mobile in their hand (I am one of them) and over time I discovered that there is a blind spot about the effect of not taking the technical elements seriously when it comes to feeling the other more "present". Even body language, influenced by working with video. informal interaction like small talk that occurs naturally from time to time, when meeting in the kitchenet or between sessions. It seems that in video sessions worthwhile to create them proactively.

We need to learn more about group meetings in video, invest time and effort in order to overcome the natural difficulty of "being in the group" when it is in video. The experience of

"staying out", of loneliness, of anxiety, should be in front of our eyes - we as therapists need to keep in mind that sometimes, a big part of what our patients need in quarantine (and not just them) is to feel that that someone is interested in them and asks how they are doing.

A lot of research is needed to understand the various phenomena and consequences of quarantine. the personality structure that video therapy is useful with it reaching more intimacy compared to the personality structure that will make it difficult to reach intimacy. I believe that information "from the field" can help to better understanding how to improve therapy in quarantine. I believe that this will help patients, parents, parents, teachers and each of us to deal better and more effectively with the COVID-19 crisis and with crises in general. Any work on the ability to deal with uncertainty will contribute to psychological well-being and resilience.

---

ד"ר גיל ארליך (PsyD)

משבר הקורונה הביא את כולנו, לחשיבה על ההווה שלנו בסיטואציה חדשה ולא מוכרת. אני מאמין כי נוכל ללמוד מחוויות אלה גם למען צמיחה בהווה השגרתית שלנו. בשל כך, אשמח לקחת חלק בשיתוף המחשבות שלי בעניין זה. יש לציין כי הפרטים של המטופלים המובאים במאמר שונו על מנת לשמור על פרטיות.

אני עובד כפסיכולוג בשלושה שדות שונים בתחום הטיפול.

**בקליניקה פרטית**, שם אני עובד כפסיכולוג קליני. בקליניקה אני מקבל בעיקר מטופלים המתמודדים עם דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה וחוסר מיצוי בחיים. אני פוגש אותם בין פעם לשלוש פעמים בשבוע והטיפול הוא פסיכותרפי-מרפאתי במהותו.

**בטיפול יום בבית חולים כפסיכולוג קליני**. בטיפול היום מטופלים הזקוקים להחזקה טיפולית גבוהה יותר מאשר החזקה מרפאתית, מגיעים לכשבע שעות ביום ומקבלים החזקה טיפולית הכוללת טיפולים קבוצתיים, טיפולים בהבעה ויצירה וטיפולים פסיכולוגיים. טיפול יום מאפשר (בניגוד לאשפוז מלא) גם

שילוב של התחייבויות ומימוש עצמי שמעבר למרחב הטיפולי בחיי היומיום (עבודה, לימודים, זוגיות וכו'). הטיפול במסגרת טיפול היום, מעניק ליווי של צוות רב מקצועי ומערכת מקיפה ונגישה של טיפול משלים בביה"ח.

תחום נוסף שאני עוסק בו הוא **פסיכולוגיה בשדה החינוכי**. שבו מהות הטיפול היא סיוע לנועזים במקרים הקשורים לעולם הרגשי-קוגניטיבי, המתגלים במוסדות חינוך. כמו כן אני עוסק באבחון ובסיוע מערכתי. מיקוד עבודתי הוא בסיוע למתמודדים עם תופעות פסיכולוגיות הנפוצות בשדה החינוכי. תופעות כגון התמודדות עם לקות למידה או ביות קשב וריכוז. כמו כן, תופעות המתרחשות בשל המבנה הקבוצתי-חברתי של מערכת החינוך כגון קשיים חברתיים, חרמות, דחייה חברתית, שקיפות חברתית בריונות וכו'.

אעבור כעת בין התחומים, ואתאר בקצרה את ההשפעות והשינויים שהתרחשו בתקופת הקורונה. לסיום אסכם את התובנות והשאלות שיש לי לגבי התמורות וההשפעה של תקופת הקורונה בכלל והסגר בפרט על השדות הטיפוליים השונים.

### **אתחיל בשדה הפרטי/מרפאתי:**

עם המגבלות הרבות על קיום מפגשים פרטניים, פנים אל פנים, בשל החשש להידבקות בנגיף הקורונה, השיגרה של המפגשים הטיפוליים הופרעה בצורה משמעותית. נתווספה לכך, חרדה של מטופלים מסויימים להגיע לפגישה הטיפולית, ומצד שני, קושי של מטופלים עם ההנחיות של משרד הבריאות שגרמו למניעת ההגעה לפגישה. נתגלו קשיים של מטופלים להפגש בפגישת וידאו (זום וכו'). זאת ועוד, היה גם קושי אישי שלי, כמטפל. קושי המערב חשש של בני ביתי שאדבק בקורונה, ובכלל, חשש מהתחייבות לטיפול במטופלים, ללא ודאות לגבי הצורך בפניות שלי למשפחה והילדים בשעת סגר. היה ברור לי כי עלי לחתור לשמירה על קשר עם המטופלים גם בהווה החדשה. להפתעתי, רוב המטופלים עברו די מהר ובקלות לסטינג המערב וידאו. יש לציין כי אני מטפל בוידאו כבר כמה שנים. בעיקר במטופלים המתגוררים רחוק. בתחילת דרכי, התנגדתי לטיפול בוידאו, מפני שלא הרגשתי שזה יכול לתת את האפשרות להרגיש בקשר כפי שנדרש בטיפול. אך עם השנים למדתי שאם קיימת גם הכרות והתנסות פנים אל פנים בטיפול, אפשר לערוך חלקים לא מבוטלים בוידאו עם תוצאות טובות. יש לציין כי בתקופת הקורונה זו הייתה הפעם הראשונה שהאינטנסיביות של הוידאו הייתה בסדר גודל שבו כל הקליניקה הפרטית והציבורית שלי הייתה בוידאו. שינוי הסטינג הכרוך בעבודה בוידאו, הביא לתגובה בטרנספרנס ובתוכן. אחת התופעות המעניינות

הייתה שלא מעט מטופלים 'מופנמים', עם קשיים באינטימיות, הביעו פתיחות יותר גבוהה בוידאו. הסבר אפשרי הינו שעצם תחושת הריחוק שהוידאו יצר, הווה עבורם כמעין "מגן" שאפשר להם להתקרב יותר מבחינת התוכן. בדומה לתופעה המוכרת בקרב בני נוער, שכלפי בני משפחתם הגרעינית הם סגורים ואינם משתפים, וכאשר מגיע מכר רחוק הם "שופכים את ליבם" לקנאתם של ההורים. לעומת זאת, לא מעט מטופלים שהם בעלי נטייה ליצירת קשר אינטימי, התקשו במיוחד בוידאו. מקרים אלה הם יותר מובנים בדרך כלל. שכן, אפשר להניח שמי שמתקשה ליצור קשר אינטימי, כאשר נוסף עוד "אתגרים ומחסומים" לקשר הבין אישי (כמו הצורך באמצעי מתווך המרחיק את הקשר ה'בלתי אמצעי'), יתקשה עוד יותר ביצירת קשר. האתגר היה כיצד ניתן לשמר את האינטימיות גם בטווח הוירטואלי. לזה הצטרף גם הכורח של חבישת מסכות משותפת בחדר, במצבי פגישות פנים אל פנים. יש לציין שגם לי, באופן אישי, הוידאו האינטנסיבי הקשה על החוויה היומיומית. כמו כן, חבישת מסכה משותפת, היה רעיון שלקח לי זמן רב עד שהייתי מוכן להתנסות בו. בשורה התחתונה, ניתן לומר כי היה הרבה עיסוק בתוכן שנגע לשינוי הסטינג בטיפול. עיסוק זה, הביא לחידוד התחושות הטרנספרנציאליות בין המטופלים לביני. נראה שהטיפולים (ככלל) דווקא צמחו וגדלו בזמן המשבר. בוודאי בתחומים שהיה קשה ומאתגר יותר לצמוח בהם בסטינג הרגיל. לדוגמא, מטופלת שמביעה כעס על כך שאני מבקש ממנה לפעול על פי ההנחיות של משרד הבריאות. היא מביעה את הכעס שלה בעיקר על כך שנכנס "גורם שלישי" במערכת היחסים שלנו. היא טוענת ל"הונאה" שכן היא חשבה שמערכת היחסים שלנו תלויה רק בי ובה והנה אני בעצם מבשר לה שיש גורם שלישי שמערב בהחלטות על מערכת היחסים הטיפולית. יש לציין כי היו הרבה מאוד פעמים בהם ה'מציאות' השפיעה על מערכות יחסים שלה כמו הצורך של הוריה ש"תעזוב את הקן" הצורך של מעסיקיה לעבור לעבודה במשמרות או עומס בעבודה של בן זוגה שהתקבלו בעיניה כפגיעה, עלבון וחוסר הערכה של חשיבותה בעיני האחר. אמנם דיברנו בעבר על הקושי שלה לקבל את הדברים שאין ביכולתה לשלוט בהם. אך עדיין, לא הייתה התקדמות כמו זו שהתרחשה כאשר היא כעסה עלי והקונפליקט היה ביני לבינה. כאשר שוחחנו על מערכת היחסים הטיפולית שלנו ב"כאן ועכשיו" ועל התחושות והרגשות שמציפות אותה ממש כעת, כשאני מולה בוידאו, ההשפעה הייתה מאוד משמעותית ועד כדי כך שיכלה לקבל באופן טוב יותר את השינויים הנדרשים ממנה בלימודיה, ובזמן שיש לה עם בן זוגה בזמן הקורונה.

גם המקום הרגשי בו אני הייתי היה שונה בתקופה זו. מעבר לתחושות סביב השינוי בהתנהלות היומיומית שכולנו עברנו, ההתנהלות שלי בקליניקה הייתה שונה באופן מהותי. כל היום ישבתי לבד בחדר. אמנם בוידאו היו המטופלים שלי, אך בעיקר הרגשתי לבד. הדבר הקשה עלי, ונראה שהייתי רגיש יותר ל"תחושות הלבד" של המטופלים שלי. בנוסף, הפגישות עצמן נהיו "יותר ענייניות". החיוך המזמין בחדר ההמתנה והעדר השהות של המטופלים במטבחון של הקליניקה, השפיע על התחושה בתוך הפגישה. בתחילה חשבתי שהדבר יהיה חיובי, שכן יש פחות בריחה להגנות שהמעטפת של

הסטינג מאפשרת. אך בפועל, הדבר פגע בנינוחות ובאינטימיות. מה גם, שהמקום בו המטופלים ישבו השתנה, הם כבר לא ישבו על הספה בקליניקה, אלא ניסו למצוא מקום אינטימי בו יוכלו לשהות בבית ולקיים שיחת וידאו (דבר מאתגר בפני עצמו כאשר לפעמים המשפחה נמצאת בבית). הדבר המעניין הוא שהנשים נטו לפגוש אותי בחדר השינה שלהן, בעוד הגברים בחרו במקומות מחוץ לבית (בעיקר ברכב החונה ליד הבית). כמובן שגם המיקום של המטופל והרגשת האינטימיות והביטחון שלו לשוחח השפיעו על הפגישות עצמן. גם בתוכן, אבל בעיקר בטרנספרנס, בהרגשה לא בטוחה, בהיסוס ובחרדה. כל הדברים הללו השפיעו גם הן על המותשות שלי בשיחות הוידאו. אני יצאתי מיום טיפול חסר כוחות, הרגשתי עייפות נפשית ופיזית שלא הרגשתי בימי טיפול פנים אל פנים. התחלתי לעשות הפסקות גדולות יותר ויותר באמצע היום ובין מטופלים. דבר שהאריך את יום העבודה שלי. מטופלות שהן אימהות לילדים, ביקשו להעביר את שעות הטיפול לערב, ואילו הסטודנטים, שהיו בדרך כלל בשעות הערב, ביקשו לעבור לשעות הבוקר, שכן התפנו להם שעות בבוקר (גם בשל הפסקת עבודה וגם בשל יעילות הזמן של הקורסים בוידאו).

שינויים אלה באו לידי ביטוי בטיפולים באופן מגוון, הטיפולים הושפעו מהאינטראקציה שבין ההשפעה של הקורונה עליהם ועלי, והאישיות. אך ניתן לומר כי תקופה זו נתנה הזדמנות לבחון את היכולת לעמוד בחרדה ובהתמודדות עם אירועים לא צפויים וחוסר וודאות. אלמנטים הנמצאים בכל טיפול וטיפול. זו הייתה הזדמנות להתמודד עם חשיפה משמעותית של חוויות אלה תוך התמודדות ב'כאן ועכשיו' באינטראקציה הטיפולית. כמו מטופלת שחששה לאביה המבוגר, שגר לבדו, תוך שאינה יודעת עד מתי יהיו המגבלות על הגעה של ילדים לבית הספר והצורך שלה להישאר בבית. שיח על החרדה וחוסר הודאות שהרגישה, הוביל לתובנה שגם ללא הקורונה תחושות אלה מלוות אותה בחייה, אך כעת, "יותר לגיטימי" לשוחח על כך עם הקרובים אליה.

## **טיפול יום**

בשדה הציבורי הלא-מרפאתי, היו השלכות מעניינות לא פחות. אני עובד טיפול יום בו מטופלות מגיעות למשך חצי יום לטיפולים פרטניים וקבוצתיים. בדרך כלל נשארות בחלל אחד והאינטראקציה הבין אישית ביניהן היא משמעותית ביותר וחלק בלתי נפרד מהתהליך.

בשעת הסגר הראשון, היה נראה כי יש השפעות דומות להשפעות שראיתי בקליניקה הפרטית, גם בטיפולים הפרטניים ביחידה הציבורית, כמו למשל, שיח על שינוי הסטינג, חרדה סביב המציאות החדשה וכו'. אך הדבר המהותי יותר היה ההשפעה על הקבוצות הטיפוליות. העובדה שרוב המשתתפים, שנשארו בבית, הצטרפו למפגש הקבוצתי בעזרת הנייד, הקשה מאוד על האינטראקציה הקבוצתית שכן לא כולם ראו את כולם. הדבר הביא לתופעות של "קבוצה גדולה" בתהליך של "קבוצה קטנה". הנושאים היו יותר "בסיסיים" כגון גברים/נשים, אנחנו/הם וכו' ולא ספציפיים ובין אישיים בתוך הקבוצה כגון

מערכות היחסים של המטופלות בין לבין עצמן. האינטראקציה הייתה יותר של מונולוגים מתחלפים. האפקט היה או שטוח בדרך כלל ובא לידי ביטוי בשתיקות קיצוניות או בשיח אמוציונאלי על הסף של יציאה משליטה. ניסינו לעבור למחשבים אך הדבר היה כנראה מאתגר מדי מהבחינה הטכנית (לא היו מחשבים זמינים, והעובדה שהנייד היה מאוד זמין הכריעה את הכף). בנוסף עצם הישיבה לא באותו חלל השפיעה מאוד נשירות מהקבוצה. כאשר היו בעיות טכניות היה נידמה שהמוטיבציה לחזור לקבוצה הייתה קטנה יותר וה"הפרעה" השפיעה באופן משמעותי על היכולת להמשיך את השיחה מאותה נקודה בה היא הופסקה. צריך לציין שגם כאשר לא היו בעיות טכניות וכולם היו נוכחים. היה מאוד קשה לנהל "שיח קבוצתי" בשל הקושי בדינמיקה בה כל אחד צריך לשוחח לחוד, וכאשר חברת קבוצה נכנסת לדברה של חברתה (אפילו בטעות – כי חשבה שסיימה לדבר) הדבר קטע את הרצף הטבעי. יותר ויותר חברים בקבוצה בחרו להיות יותר פסיביים. נראה שהיכולת של קבוצה לאפשר להיות "מרכז עצמאי של יזמה", כפי שקוהוט לימד אותנו, הייתה קטנה יותר. הקבוצה לא הצליחה להיות קרקע פורייה מספיק שאפשרה ביטוי של ה"עצמי" של המטופלות. לפחות לא באופן שבו הביטוי בא כיוזמה של המטופלות, ללא בקשה של המנחים לשמוע את הביטוי של ה"עצמי". בשל כך, היה נדמה שהיה יותר קשה ל"חברות הקבוצה" לגדול ולצמוח בעזרתה.

האינטראקציה בזמן המעבר שבין הקבוצות הטיפוליות, השתנתה גם היא. בדרך כלל יש "סמול טוק" ו"המשך טבעי של קשר לא פורמאלי" (בין המטופלות לבין עצמן ובין המטופלות לבין הצוות) בזמן שבין קבוצה טיפולית לקבוצה טיפולית. המעבר שבין מפגש פנים אל פנים לשיחות טלפון, הודעות טקסט, וקבוצות ווטסאפ, היה בעל משמעות. התחושה הייתה תחושה של ריחוק, מטופלת שהגיעה בזמן הסגר (נקרא לה פה מירים), נקלטה באופן שונה מאוד, מבחינת המטופלות האחרות, ממטופלות שנקלטו טרם הסגר. הכניסה שלה לקבוצה הייתה יותר קשה, ומרים הרגישה שהיא נשאר בחוץ. כאשר אמרה זאת בקבוצה הדינמית, שאר החברות השיבו לה שגם הן מרגישות מחוץ לקבוצה בימים אלו. בעקבות שיחה זו המטופלות התאמצו יותר להיות בקשר אחת עם השנייה, הן יזמו יותר שיחות אחת עם השנייה והתעניינו יותר מהרגיל האחת בשלום חברתה. נראה היה שלקושי באינטראקציה שהביאה איתה הקורונה הייתה גם השפעה חיובית. נראה כי הסיבה לכך היא ההזדמנות שכל קושי מביא לפתחנו, הדרישה של הסביבה ולעיתים גם חלקים בעולם הפנימי להתמודד איתו. שכן, המציאות הביאה מצב חדש ומאתגר שעל מנת שמור על איכות חיים או אף לשפר אותה, יש להתמודד עם הקושי החדש ולא להיכנע לו.

גם מבחינת אנשי הצוות ההשפעות היו משמעותיות. הצורך של חברי הצוות להיות בבית השפיע על היכולת וההרגשה של "ביחד" בצוות הטיפולי. הישיבות בזום, נטולות ה"סמול טוק" היו ענייניות אך

חסרות את תחושת הסולידריות. כאשר שמנו לב לכך השקענו זמן, גם בוידאו, בשיח כללי ושאלנו לשלומם ושלומה של כל אחד ואחת בצוות. אך נראה שהזמן החסר של "הסמול טוק" בכל זאת השפיע.

תופעה מעניינת היא שלאחר הסגר, כאשר חזרנו לפעילות רגילה פנים אל פנים, כאשר התבטל טיפול, בשל אי יכולת של המטופל או המטפל להגיע פיזית ליחידה, היה ברור שנקיים את הפגישה בוידאו. דבר שלא היה לפני הסגר שכן האופציה הזו לא עלתה על הדעת. מה גם, שלאחא הסגר, היו יותר ניסיונות לשנות סטינג (גם מצד מטפלים וגם מצד מטופלים) במקרה של אי הגעה ליחידה (כמו למשל, לקבוע פגישה חילופית בערב בוידאו-דבר שלא היה עולה כאופציה כלל לפני הסגר).

במקום מסוים נראה שהשרות הציבורי, יכול אף להשתפר בזכות משבר הקורונה. יש לציין כי היה קושי מבחינת יחידות כוח האדם בארגונים השונים לקבל את ה"עבודה מהבית" ונערמו הרבה קשיים על מטפלים שניסו לעשות זאת.

### **השדה החינוכי**

השדה החינוכי, גם הוא הושפע באופן משמעותי בתקופה זו. בדרך כלל, בשדה זה, אני נפגש עם אנשי צוות חינוכי, במוסדות החינוך, ומסייע לחשיבה המערכתית מהכיוון הפסיכולוגי. בנוסף אני מייעץ להורים לילדים ונערים במערכות החינוך בנוגע לתופעות המתרחשות בבתי ספר וגנים (החל מהתמודדות עם לקות למידה ובעיות קשב ועד קשיים חברתיים וחרמות).

בתקופת הקורונה היה שיבוש משמעותי בתחום זה. שכן הרבה מ"התופעות שמתרחשות במערכות חינוך" השתנו באופן מהותי בשל המציאות החדשה. דוגמא אחת היא: שלקות הלמידה, נראית ונחוות שונה תחת הוידאו והלמידה מהבית. יש ילדים שהדבר סייע להם ללמוד, ויש כאלה שהמציאות החדשה הביאה אותם למצב שבו כמעט בלתי אפשרי מבחינתם ללמוד באופן שנדרש מהם. יתרה מזאת, ההשפעות החברתיות היו משמעותיות אף יותר. הילדים שהרגישו בודדים, הרגישו את הבדידות ביתר שאת בתקופה זו. רוב זמני הוקצע לטיפול ועזרה לילדים שהקשר איתם התרופף (שאר הדברים ירדו בעדיפות להתערבות). כדוגמת ילד שחברו דיווח ליועץ בית הספר שאינו עונה לטלפנים. שיח עם המחנך העלה שגם אינו מצטרף לשיחות הוידאו המשותפות של הכיתה. יזמנו שיחה עם ההורים שהביאה לליווי והדרכה שלהם בכדי לעזור לילד ליצר יותר אינטראקציה עם סביבתו. כך גם שיח עם הילד והתערבות בעזרת חברים לכיתה שיזמו איתו יותר קשר. בשלב זה, ההורים דווחו שהילד במצב רוח טוב יותר והילד עצמו החל ליזום יצירת קשר.

גם צוותי ההוראה הרגישו מצוקה. בשל סיבות לא מעטות. אפילו החלק הטכני העלה את רמת המתח. שכן, חלק משמעותי מאנשי החינוך לא היה בקיא בתפעול הטכנולוגי. יתרה מכך, אנשי ההוראה הרגישו שיש כפיות טובה של החברה להשקעה שלהם בתקופה זו. רבים מהם התמודדו עם קונפליקט פנימי בין



הרצון לסייע לתלמידים, אל מול עמידה איתנה על זכויותיהם. בנוסף, כאן בירושלים, המקום בו אני עובד וחי, רבים ממוסדות החינוך הם דתיים. הדבר הביא לקונפליקט נוסף, בין ההתנגדות לאינטרנט וטכנולוגיה, לבין הצורך בשימוש באינטרנט ווידאו על מנת ללמוד מרחוק. ללא מעט מהמורים לא היה ווטסאפ מהסיבה של ההתנגדות לשימוש ברשת. וכעת, ההסתמכות על האינטרנט, הוידאו והווטסאפ הביא למשבר לא קטן, פנימי ומעשי. אנשי חינוך שאחד הערכים הבסיסיים שלהם הוא חינוך לקשר בלתי אמצעי בכלל, ובפרט התרחקות מהרשתות החברתיות והאנטרנט, נאלצו להשתמש ברשתות חברתיות ואתרי אינטרנט המספקים וידאוקונפרנס על מנת לתקשר עם התלמידים שלהם. זאת תוך כדי שהם מתמודדים עם שאלות של אותם תלמידים לגבי השימוש הזה ולא פחות קשה עם שאלות פנימיות הקשורות לדילמה זו

היום יום, שבו אני לא מגיע למסגרות הלימוד, השפיע עלי מאוד. חלק מההנאה שלי במקצוע היא לחוות את "חווית בית הספר" או את "חווית הגן" שבו רואים וחווים חיות רבה שבאה מהילדים והנוער. יש משהו שנותן אנרגיה ומוטיבציה בחוויה המשמעותית הזו. הישיבה מול המחשב בשיחת הוידאו עיקרה את החיות הזו והפכה את ההרגשה בשיח ללא ייחודית.

אמנם, הצורך שלי ללמוד פן חדש לגמרי בתופעות פסיכולוגיות שהכרתי במערכות חינוך (כגון הביטוי של לקות למידה/קשיים חברתיים/בעיות קשב וריכוז וכו') הביא למוטיבציה והתלהבות חדשה. אך עדיין משהו היה חסר, והמשהו הזה הוא קשר אנושי בלתי אמצעי. נראה שהצורך בכך בשדה שבו ישנם ילדים הוא אפילו גבוה יותר. הצורך שלי, הצורך של אנשי החינוך, הצורך של ההורים והצורך של הילדים והנוער.

בתחילה היה נראה שהילדים והנוער לא באמת מושפעים מהמעבר ללמידה מרחוק. במקרים מסוימים אפילו ההפך. בכמה מוסדות חינוך שנחשפתי אליהם, אנשי חינוך הביאו סיפור של תלמיד בעל קשיים חברתיים שפתאום מוצא את עצמו במרכז. זאת בשל היכולות הטכנולוגיות שלו והעזרה לצוות ולשאר התלמידים בנושא זה. בכל הסיפורים, אנשי הצוות הביאו תחושות של תלמידים אלה שסוף סוף מקשיבים להם, רואים אותם, מתעניינים בהם והכי חשוב, הם מרגישים משמעותיים. אך לצערי, רבים מהסיפורים האלה לא הסתיימו בצורה טובה. הסגר נגמר, הלמידה מרחוק הוטמעה או הסתיימה. ושוב אותם תלמידים הרגישו שקופים או דחויים. והיכולת לטפל בכך ברמה הקבוצתית-כיתתית הייתה הרבה יותר נמוכה בזמן הקורונה. כי לא הייתה את האפשרות לעבוד ברמה הקבוצתית באופן בלתי אמצעי, בשיח פנים אל פנים בקבוצה, אלמנט קריטי על מנת להתנסות במיומנויות חדשות ובחוויות חדשות בעקבות עיבוד רגשי סביב קושי חברתי.

התופעה הבולטת ביותר הייתה המצוקה של הורים ילדים ונערים באופן פרטני. היו הרבה יותר פניות לסיוע ויעוץ סביב מקרים ספציפיים. המצוקה הפסיכולוגית (שנבעה מהריחוק החברתי ולעיתים גם

הקשיים הכלכליים) נתן את אותותיו מהר מאוד. היו יותר מקרים של דיווח על חרדה ודיכאון בקרב בני נוער והורים. כמו כן תופעות של תשישות רגשית והתפרצויות זעם. בנוסף, עצם השהייה בבית ללא אפשרות לצאת להתאוורר בחוץ, הביאה ללחצים גדולים על ההורים להתמודד עם המצב החדש. הדבר הביא למשבר בקרב רבות מהמשפחות. לאחר ברור, התגלה שחלק גדול מהפניות בנוגע ל"קושי של הילדים" הוא בעצם קושי להתמודד עם העובדה שהילדים לא הולכים לבית הספר ויש להתמודד עם השהות והצרכים שלהם בבית.

עוד משבר הוא משבר זהות של השדה החינוכי כולו. נראה שבתקופת הקורונה התגלו שתי תופעות. האחת, שאם התלמידים "מפסידים חומר" הדבר לא באמת כל כך נורא. יש אפשרות להשלימו בדרכים שאינן מצריכות הגעה לבית הספר ואף במקרים מסוימים, אפשר להמשיך ללא השלמת החומר כלל. התופעה השנייה היא הצורך העז בהשגחה על הילדים על מנת שההורים יוכלו לצאת לעבודה. שמעתי על הורים שאמרו "החליפו אותי בבחור/ה צעיר/ה ללא ילדים כי אני הייתי חייב/ת להישאר בבית בכדי להיות עם ילדי הקטנים". שתי תופעות אלה הדגישו בקרב ההורים, אנשי החינוך וכל מי שנמצא בשדה החינוכי אמרה ש"הופכת את הבטן" לכל איש חינוך: צריך את המערכת החינוכית כדי שתהווה "בייבי סיטר" לילדים. תחושה זו, הייתה מאוד נוכחת בסגר. והקשתה על אנשי החינוך בשל משבר זהות שהיא יצרה אצלם. לדעתי, הפתרון לקונפליקט זה, הוא ליצר למידה יותר משמעותית, אך בעיקר להפוך את השהות בבית הספר ללמידה חברתית. לעבודה על קשרים בין אישיים, עבודה על היכולת להיות ולתפקד בצורה יעילה וטובה בקבוצה, ולהכיר את העצמי שלי על מנת לגדול ולצמוח.

נראה היה שהמערכת גדושה בפניות. השרות הפסיכולוגי חינוכי שאמון על מוסדות החינוך (ילדים בגילאי 3-18) מצא את עצמו מסייע לקשישים ומשפחות שאין להם ילדים במערכת החינוך. נראה היה שהייתה התגייסות מאוד רחבה שהובילה לסיוע פרטני-נקודתי לאנשים במצוקה, אך תוך הרגשת תסכול רבה שכן הסיוע הנקודתי לא מספיק במקרים רבים.

תופעה נוספת הייתה העומס על העומדים בראש מערכות החינוך. טרום הסגר, לא מעט מהשעות שלי הוקצו ליעוץ למנהל/ת של המוסד החינוכי. בשל העומס הרב על המנהלים לתפעל את השינויים המהירים והרבים. ביומיום, השעות שהוקצו ליעוץ איתי פחתו. אני רואה בכך פחות משאבים רגשיים שיכולים להיות מופנים לברור עצמי ולחשיבה מערכתית (שהם עיקר העיסוק בפגישה עם מנהל) בשל צורך להפנות משאבים ל"שריפה" שמתנהלת בחוץ. אמירה נחושה שלי שכדאי להפנות ולו אחוז קטן מהזמן לחשיבה מערכתית ועבודה פנימית גם בשעת ניהול משבר הקורונה, הביאה מנהלים מסוימים להקצות זמן גם לשיח איתי כפסיכולוג ביה"ס. יחד עם זאת, גם אני הייתי צריך לעשות עבודה עם עצמי על שינוי אופי העבודה שלי בשדה החינוכי. נוכחתי שהדבר לא פשוט, נעזרתי בהדרכה ובהתייעצות עם קולגות (שעוברים חוויה דומה) על מנת להבין טוב יותר את השינוי הנדרש ממני בתקופה זו.

נראה שהצורך העיקרי של הנועצים, בין אם הם אנשי חינוך הורים או תלמידים, היה נראות. בדיוק כמו "מרים" אותה מטופלת חדשה ביחידה של טיפול היום, שהקשיים שלה גרמו לכלל חברות הקבוצה ליזום יותר קשרים בינן לבין עצמן. הנועצים היו זקוקים ליותר יוזמה שלי בבדיקת שלומם ומצבם. יצירה של "איים" שבהם אני מתקשר ואומר להם לעצור לרגע, לחשוב על הצרכים שלהם, על מה באמת חסר להם, להראות להם שאני רואה אותם. כאשר חושבים על זה, הצורך הזה תמיד קיים. תמיד טוב שנבדוק האחד אצל השני "מה קורה?" אבל באמת "מה קורה?". נדמה שתקופת הקורונה רק הדגישה זאת עוד יותר. מעניין שהדבר בולט יותר בשדה של הילדים והנוער. הצורך שם גדול הרבה יותר ובולט הרבה יותר.

## סיכום

ככלל נראה שמשבר הקורונה השפיע על עלייה ברמות החרדה וכן השפיע וחשף פנים נוספות של תופעות פסיכולוגיות מוכרות כמו תסכול, התמודדות עם לקות למידה ועוד רבות. זאת כאשר רוב האינטראקציה היא באמצעות 'גורמי תיווך' דיגיטליים. תקופה של סגר ומגבלות חברתיות יכולה להביא מטופלים ומטפלים לעליה ברמת החרדות. שינוי בסטיינג, במציאות היומיומית (כגון הצורך לשמור על ילדים קטנים בבית) ושינוי בהתנהלות התעסוקתית, מוציאים מהאיזון הרגיל את הדיאדה מטופל-מטפל ונכנסים לחדר הטיפול בתכנים ובטרנספרנס. לצד החסרונות שבהתנהלות בוידאו, כגון השימוש ב'אמצעי מתווך' לקשר (מחשב, טלפון נייד) נראה כי ישנם גם יתרונות למטופלים מסויימים שעושים שימוש בתווך הזה על מנת להרגיש יותר בטוח ולהעז ליזום יותר בקשר. זו הזדמנות אדירה לנסות ולחקור תחום זה על מנת לסייע למטופלים מסוג זה גם בתקופה שאינה תקופת סגר.

הציר שבין גמישות ל"שמירת גבולות" מאתגר במיוחד בתקופת סגר. יש צורך עצום של שינויי זמנים גם של מטופלים. גם סדר היום האישי של המטפל משתנה ויש צורך להיענות לצרכים משפחתיים. איתגור הקונפליקט שבין גמישות לגבולות, הוא הזדמנות טיפולית להתנסות בחוסר הודאות ולהתמודדות עם ציר זה בחיים. כך גם בנוגע לתופעות של חרדה, וחוסר שליטה כהזדמנות טיפולית.

בנוסף, העולם הטכני, של העבודה בוידאו, הוא עולם ידע שיש לרכוש ולהבין על מנת למצות את הפוטנציאל של פגישות טיפוליות המתקיימות במרחב זה. ידע על סאונד ומיקרופונים, איכות צילום ותאורה, רוחב פס ומהירות עיבוד הם עולמות ידע שיכולים לתרום רבות לאיכות תחושת ה"נוכחות" של האחר בחדר. רוב המטפלים שדיברתי איתם טיפלו כשהם מחזיקים את הנייד בידם (אני אחד מהם) ועם הזמן גיליתי שיש נקודה עיוורת (די גדולה) לגבי ההשפעה של אי-התייחסות בכובד ראש לאלמנטים הטכניים בכל הנוגע לאפשרות להרגיש את האחר יותר "נוכח". אפילו שפת הגוף, מושפעת מהעבודה עם וידאו ובטח עם נייד (שצריך גם להחזיק תוך כדי טיפול) יש השפעות גם על אינטראקציה לא פורמלית

כמו סמול טוק שקוראת באופן טבעי מדי פעם כאשר נפגשים במטבחון כשמטופל מקדים או בין המפגשים במקומות שיותר "מחזיקים" מבחינה טיפולית (טיפול יום או מחלקות אשפוז). ובמפגשי וידאו נראה שכדאי ליצור אותם באופן יזום.

עלינו ללמוד עוד על מפגשים קבוצתיים בוידאו, להשקיע זמן ומאמץ בכדי להתגבר על הקושי הטבעי של "להיות בתוך הקבוצה" כאשר היא בוידאו. החוויה של ל"השאר בחוץ", של בדידות, של חרדה, צריכה להיות לנגד עינינו - אנו כמטופלים צריכים להחזיק אתה בראש על מנת שנזכור, שלפעמים, חלק גדול ממה שהמטופלים שלנו צריכים בשעת סגר (ולא רק הם) זה שמישהו יתעניין בהם וישאל לשלומם. גם המערכות הציבוריות צריכות להתפתח ולגדול על מנת לתת שרות טוב יותר בשעת סגר. "קניית" הזמן של העובד (תגמול שעתי-העברת כרטיס) הוא לא רלוונטי בסגר. לעומת זאת "קניית" ה"אומנות" של העובד (לדוגמא היכולת והידע הטיפוליים) הוא רלוונטי במיוחד בסגר. היכולת של ארגון להתאים את עצמו לשינויים דרסטיים בסדר היום של העובד, צרכי האוכלוסייה וצרכי העובד עצמו הם קריטיים על מנת שינתן שרות ציבורי איכותי בסגר.

דרוש הרבה מחקר כדי להבין את התופעות השונות וההשלכות שלהן. למשל מחקר הבוחן את מבנה האישיות שטיפול בוידאו יסייע לו להגיע ליותר אינטימיות לעומת מבנה האישיות שיקשה על ההגעה לאינטימיות. אני מאמין שמידע מהקליניקה, מהשרות הציבורי ומהשדה החינוכי יכול לסייע בכדי להבין טוב יותר את נתיבי המחקר הדרושים. אני מאמין כי הדבר יתרום למטופלים תלמידים הורים, מורים ולכל אחד מאיתנו להתמודד בצורה טובה ויעילה יותר עם משבר של התפרצות מגפה וריחוק חברתי בפרט, אך גם עם משברים בכלל. כל עבודה על היכולת להתמודד עם אי ודאות, תתרום לרווחה פסיכולוגית ולחוסן.