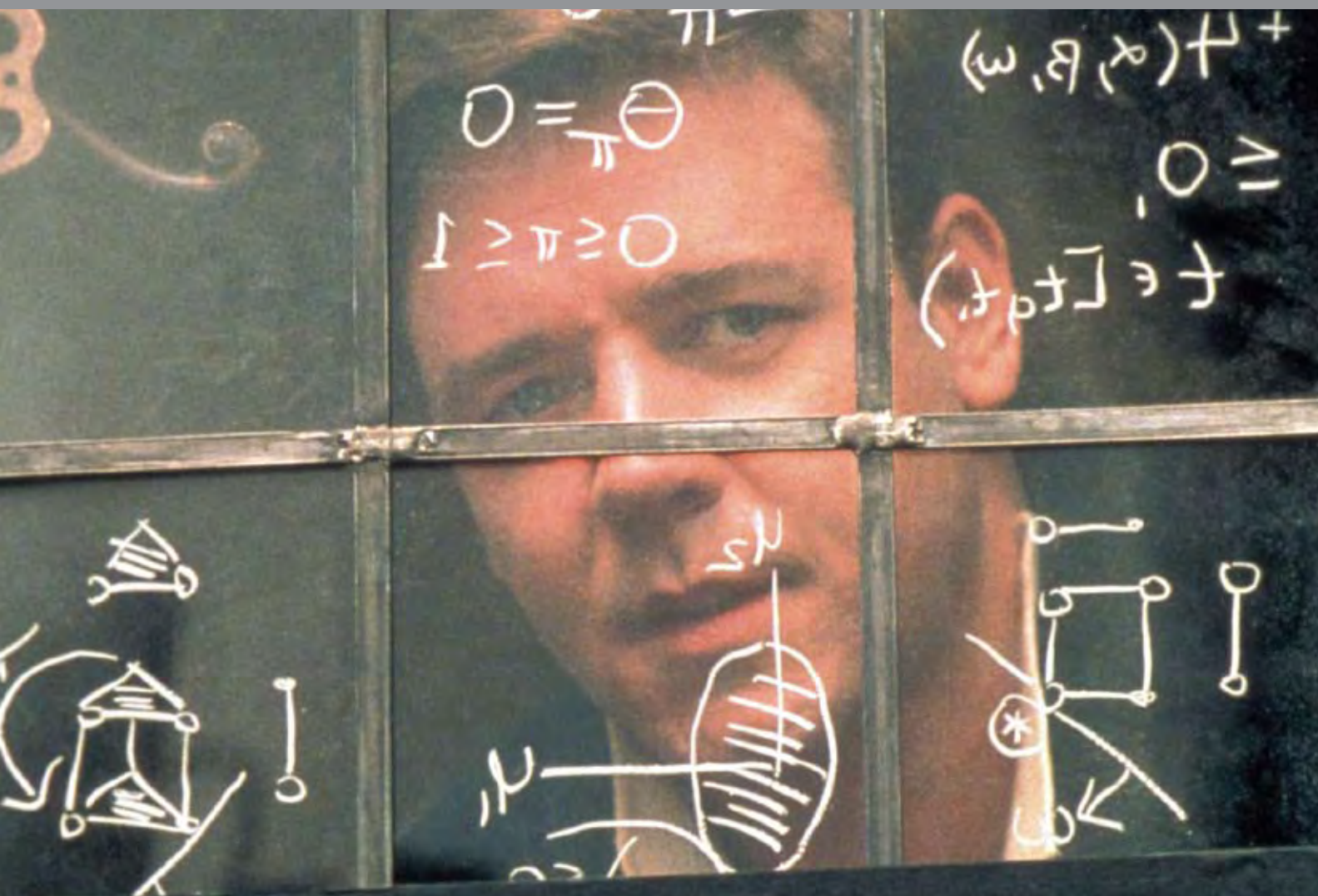


פסיכיאטריה

MEDICINE

כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה | מרץ - מאי 09 | גיליון מס' 11

A Publication of The MEDICAL Group



28 סכיזופרניה מוכרת כרטיסים | מחלת הנפש בעין העדשה הקולנועית

על הסטיגמה | התפתחות הגישות הסטיגמטיות בחברה והשלכותיהן המעשיות 11-25

לימין שור | עדות של קצין בריאות הנפש 36

דבר עורך



קבוצת המאמרים בעיתון זה משקפת את האינטראקציה הנרחבת של הפסיכיאטריה עם העולם הסובב אותנו. היא מדגישה את קשרי הגומלין ההדוקים שבין פסיכיאטריה לבין דת, אמנות, חוק וצבע. מאמרים אחרים מתייחסים לקשר שבין החברה והפסיכיאטריה. המדור החדש של ד"ר ציפי דולב, המתייחס לבעיות מגדר, מבטא את העניין הגובר של רפואה ומגדר בכלל ופסיכיאטריה ומגדר בפרט.

מאמרה של אורית בליצר-צור מצביע על העיסוק החברתי במצבים נפשיים ובמחלות נפשיות ועל תנודות בהצגת מחלת הסכיזופרניה בקולנוע. מחלה זו, הכרוכה בסבל כה רב לחולים ולכל הקרוב אליהם, נתפשת לעתים כמשהו בעל איכות דרמטית. מחלות הנפש מוצאות את דרכן לתיאטרון, לקולנוע, לאופרה, לספרות ולאמנויות הפלסטיות.

הדינמיקה האמביוולנטית של היוצרים והקהל לא לגמרי ברורה. מצד אחד, התעניינות מרובה ומאידיך, דחייה ופחד. הפן הזה של דחייה ופחד בא לידי ביטוי בשני מאמרים. האחד, של ד"ר מרגולין ופרופ' ויצטום, המתארים את התפתחות הגישות הסטיגמטיות בחברה ואת ההשלכות הקשות של סטיגמה זו. מעניין שגם הם פותחים בתיאור של מוזיאון הנפש ברומא ושוב אנו עדים לדואליות של משיכה ודחייה.

מאמרם של אמיר טל וחבריו שם דגש על השלכות הסטיגמה על הזכות לתעסוקה של חולים הסובלים ממחלות נפשיות. כדאי לנו לזכור שלסטיגמה השלכות מעשיות בכל שטח משטחי חיינו. חבל, שאנו כיהודים אשר סבלו וסובלים מסטיגמה, לא השכלנו ללמוד את הלקח וליישמו כלפי החולים שלנו החיים בקרבנו.

פרופ' אלי שמיר, גם הוא מתייחס לסטיגמה הנובעת משימוש בפסיכיאטריה למטרות החוק. הוא מתייחס במיוחד לנושא ההסתכלות. לא מדובר באדם שעבר עבירה תוך מחלתו, אלא בצורך להגיע לאבחנה למטרות משפטיות. חוסר הפרדה זה מטשטש עוד יותר את הגבול שבין תוקפנות ומחלה ומעצים את הסטיגמה של חולי הנפש כתוקפנים ומסוכנים לחברה. שטח נוסף אליו מתייחס פרופ' שמיר הוא השפעת הסטיגמה על ביטוח בריאות בכלל וביטוח סיעודי בפרט. מאמרים אלה מלמדים על ההשפעה הקשה של הסטיגמה של מחלות הנפש בשטחים נרחבים בחיינו.

ד"ר שניאור הופמן מציג עוד עולם עם התייחסויות קוטביות לבריאות הנפש. ד"ר הופמן מציג עמדות קוטביות של רבנים לטיפול הנפשי. נראה לי שיש להבחין בין עמדות הנשמעות יותר כעמדות המבטאות סטיגמה ואי הבנה של מהות הטיפולים הנפשיים לבין דעות המבטאות קונפליקט אמיתי שבין התפישה הדתית והפסיכולוגית. עם זאת, זכיתי להכיר אנשי דת מובילים עם עמדות נאורות, ידע והבנה מעמיקה בתחום הנפשי. אין ספק שהשילוב בין עולמו הדתי הרוחני של האדם והבנות פסיכולוגיות ניתן לא רק לגישור אלא גם להפריה הדדית.

שי שלקס מתאר את תפקידו של הקב"ן בשירות מילואים. מאמר מלבטא אמפטיה למצוקות החיילים ולבעיות הטיפוסיות של המשרתים בצבא העם. נראה שמדובר במצוקות הידועות כגורמי סיכון בכלל אלא שאלו מופיעות בקונטקסט הצבאי ובכך מקושרות להווייה הצבאית. נראה גם שההתערבותיות המתוארות אינן צבאיות אלא גישות מוכרות לנו בשטחי החיים השונים אלא שהן מתרחשות במסגרת הצבאית. היטיב לבטא זאת המחבר בסיכום: "פני הצבא כפני האומה. ככל שמדינתנו שסועה יותר, ענייה יותר, אלימה ולוחמנית יותר, המצוקה שחווים בניה - חייליה - עמוקה יותר והמענה למצוקה זו דל יותר".

ד"ר ליאת הולר-הררי מתארת תסמונת פוסט-טראומטית לאחר לידה. מאמר זה מעלה את השאלה איך אנו מגדירים טראומה. לשאלה זו קשר הדוק לאבחנה של תסמונת פוסט-טראומטית שכן קיום טראומה נדרש לאבחן תסמונת זו ולו רק בגלל העובדה שאפשר למצוא "סימנים פוסט-טראומטיים" אצל אנשים המתפקדים היטב בכל שטחי חייהם.

ד"ר יוליאן יאנקו מתאר את התפתחות ההתייחסות לטיפול בהיפרקום בדיכאון. מעניינת במיוחד ההשפעה השונה בארצות שונות. ד"ר יאנקו עשה מטה-אנליזה של מטה-אנליזות לגבי השימוש בתרופה זו. נראה שמדובר בתרופה יעילה בדכאונות קלים עד בינוניים. התועלת המרכזית של תרופה זו היא העדר סטיגמה (ושוב חוזרנו לסטיגמה!).

בברכה,
פרופ' חנן מוניץ
יועץ רפואי לפסיכיאטריה
שירותי בריאות כללית

עורכת: אסתר קטן **עורך מדעי:** פרופ' חנן מוניץ **עיצוב גרפי:** מאיה פרי **תמונות שער:** Getty Images **משתתפים:** ד"ר ציפי דולב, אילאיל צין, פרופ' אלי שמיר, ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, אמיר טל, עדי וינ, יעקב סינגר, גליה מורן, אורית בליצר-צור, ד"ר שניאור הופמן, ד"ר שי שלקס, ד"ר ליאת הולר-הררי, ד"ר יוליאן יאנקו

מו"ל: פורום מדיה בע"מ **מנכ"ל:** שלמה בואנו **סמנכ"ל:** רונית בואנו **מנהלת הפקה:** מגי ליצ' **מנהלת שיווק ומכירות:** דנית אור **מחלקת כנסים:** יעל קורח, תמר בקר **מערכת:** פורום מדיה בע"מ, רחוב הברזל 34 תל אביב **טל.** 03-7650500 **פקס.** 03-6493667 **כתובת למשלוח דואר:** מדיקל, ת.ד. 53378 תל אביב 61534 **דוא"ל:** info@themedical.co.il

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד כל הזכויות שמורות **לפורום מדיה בע"מ** אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ במגזין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנם באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן. **אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פרטיך**

כלל כתובת לפקס: 03-6493667 **ט.ל.ח.**

חדשות ראשונות	6
מגדר ופסיכיאטריה	
ד"ר ציפי דולב	009
עדות של מומחה - האדם שמאחורי המחלה	
אילאיל צין	010
הסתכלות פסיכיאטרית מהיציע המרכזי	
הסידור הפסול של הסתכלות פסיכיאטרית לצרכים משפטיים והחרגת מחלות הנפש מביטוחים שונים פרופ' אלי שמיר	011
ההיגיון שבשיגיון	
ההיבטים ההיסטוריים, החברתיים והפסיכולוגיים של סטיגמה ותיוג ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום	012
על סטיגמה ותעסוקה	
השפעת עמדות המעסיקים על שיעורי התעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית והצעות לפתרון הבעייתיות אמיר טל, עדי ינר, יעקב סינר, גליה מורן	020
שסעת בעין העדשה	
עד כמה זה נאמן למציאות? ייצוגה בקולנוע של מחלת הסכיזופרניה אורית בליצר-צור	028
"וילכו שניהם יחדיו"?	
עוינות וחוסר אמון, שיתוף פעולה וכבוד - יחסם הדואלי של רבנים אורתודוקסים לאנשי בריאות הנפש ד"ר שניאור הופמן	034
המפגש בין החייל לקצין בריאות הנפש	
הקב"ן הוא לפעמים גם מש"קית תנאי שירות - על תפקידי קצין בריאות הנפש ומצוקות החיילים ד"ר שי שלקס	036
לידה פוסט טראומטית	
האם ייתכן שאישה תסבול מהפרעה נפשית כתוצאה מלידת תינוק ד"ר ליאת הולר הררי	044
מחקרים אחרונים	047
יעילות ההיפיריקוס בדיכאון מאג'ורי	
ממצאי המטה-אנליזה של ספריית קוקריין (2008) במשא יעילות ההיפיריקוס במצבי דיכאון ד"ר יוליאן יאנקו	048



נדחתה בקשה להארכת תוקף פטנט שהגן על אחת מהתרופות הנמכרות בישראל לטיפול בדיכאון וחרדה, Ciprex ,

ביום 3.2.09 נתן רשם הפטנטים את החלטתו בהתנגדות שהגישה חברת אוניפארם בע"מ להארכת תוקפו של פטנט ישראלי 90465 עד לשנת 2014. הפטנט הגן על החומר הפעיל בתכשיר Ciprex, אחת התרופות הנמכרות בישראל וברחבי העולם לטיפול בדיכאון וחרדה. הפטנט יפקע במועד המקורי, דהיינו במאי 2009 והשוק ייפתח לתחרות גנרית.

חברת לונדבק ניסתה להאריך את תקופת המונופול וליהנות מבלעדיות בשוק מעבר לתקופה המותרת על פי החוק. חברת אוניפארם בע"מ הגישה התנגדות להארכת תוקף הפטנט (בהליך שאליו הצטרפה גם התאחדות התעשיינים) ומנעה את הדבר. מטעמים הנוגעים בעיקרם לחומר הפעיל בתכשיר Ciprex דחה רשם הפטנטים, ד"ר מאיר נועם, את נסיונה של לונדבק להאריך את תקופת המונופול.

החלטה זו היא בעלת חשיבות רבה לתעשיית התרופות בישראל מאחר שהיא משקפת את התכלית שהובילה לחקיקה הרלבנטית המאפשרת להאריך תוקפם של פטנטים פרמצבטיים. מדובר בשיקולים של ודאות מסחרית וכלכלית שמאפשרים לחברות תרופות, לרבות חברות גנריות, להיערך בהתאם לשיווק גירסה גנרית עם פקיעת הפטנט במועד על פי הדין. מובן שהחלטה משקפת את האינטרס של ציבור החולים שיוכלו

ליהנות מהתחרות, מהורדת מחיר התרופה ומהגברת זמינותה. ההחלטה מקבלת משמעות מיוחדת מאחר שרשם הפטנטים קבע כי הדין הישראלי ובעניינו חוק הפטנטים הוא זה שיכריע בבקשות להארכת תוקף פטנט שרשום בישראל וכי "עצם הארכת תוקף הפטנט המקביל באירופה ובארצות הברית אינו נימוק מספיק להארכת תוקפו גם בישראל". עוד קבע רשם הפטנטים כי המבחנים שמפעילים רשויות רגולטוריות, כגון משרד הבריאות, אינם תואמים בהכרח את הגדרת הדינים העוסקים בהארכת תקופת הפטנט.

התכשיר Ciprex מכיל את החומר הפעיל S-citalopram דהיינו, אנטיסידר ה-S של החומר Citalopram. לונדבק שיווקה ועדיין משווקת תכשיר המכיל את התערובת הרצמית Citalopram תחת השם המסחרי Cipramil. התערובת הרצמית מכילה כמויות שוות (יחס של 1:1) של האנטיסידר S-citalopram ושל האנטיסידר R-citalopram. רשם הפטנטים קיבל את טענת אוניפארם וקבע כי Cipramil הוא הרישום הראשון של S-citalopram כהגדרת מונח זה בחוק הפטנטים. רשם הפטנטים קיבל גם את טענת אוניפארם (באמצעות ד"ר רון תומר), כי אנטיסידר ה-R שקול לאי ניקיון ולכן רישום תכשיר המכיל את החומר הפעיל ואת אי הניקיון הוא כרישום תכשיר המכיל את החומר הפעיל.

רשם הפטנטים דחה את נסיונותיה של לונדבק לטעון (באמצעות מומחה בעל שם עולמי, פרופ' סטיוארט מונטגומרי) כי ל-S-citalopram יש יתרון



על פני Citalopram וכי יש בכך להצדיק את הארכת תוקף הפטנט. רשם הפטנטים קבע כי לא הוצגו מטעם לונדבק ראיות המוכיחות את העליונות הנטענת וגם אם היו מוצגות ראיות כאלו, הרי שלא היה בכך כדי לשנות את התוצאה.

רשם הפטנטים קבע כי שאלת היתרון של חומר פעיל נקי ביחס לתערובת של חומרים היא רלבנטית לבחינת כשירותו של פטנט לרישום אולם היא אינה רלבנטית בבחינת שאלת הארכת תוקפו של פטנט שנרשם. בחינת בקשה להארכת תוקף פטנט מחייבת הפעלה של מבחן פורמאלי-סכמאטי.

מחקר חדש רחב היקף שהשווה בין 12 תרופות לטיפול בדיכאון קובע: ציפרלקס התרופה היעילה ביותר לטיפול בדיכאון

מטה-אנליזה חדשה ורחבת היקף שפורסמה ב-29.1.09 במגזין THE LANCET השוותה בין 12 תרופות נוגדות דיכאון ודירגה בראש את ציפרלקס ("לונדבק") כתרופה היעילה ביותר בהפחתת תסמיני דיכאון והתמדת מטופלים בטיפול, ולצידה את לוסטרל (פיזוז) שהראתה תוצאות דומות.

המטה-אנליזה נערכה על ידי קבוצת חוקרים בינלאומית (בריטניה, יוון, איטליה ויפן), ללא מימון חברות תרופות. החוקרים השוו ושיקללו ממצאים של 117 מחקרים שבוצעו בין השנים 1991 ל-2007 ובחנו השפעתן של 12 תרופות נוגדות דיכאון על קרוב ל-26 אלף אנשים מבוגרים (מעל גיל 18) הסובלים מדיכאון. החוקרים השוו את התגובה ואת שיעורי הנשירה מהטיפול השונים במשך שמונה שבועות ראשונים לטיפול. החוקרים מצאו שציפרלקס יעילה יותר גם בהפחתת תסמיני דיכאון וגם מבחינת התמדת המטופלים בטיפול בהשוואה לעשר תרופות אחרות: פרוזק, ציפרמיל, סימבלטה, אפקסור, איקסל, פבוקסיל, סרוקסט, רמרון, אדרונקס וולבוסטרין.

פרופ' חגי חרמש, פסיכיאטר בכיר במרכז לבריאות הנפש גהה: "בישראל ובכל העולם קיים כיום היצע נרחב של תרופות נוגדות דיכאון מאושרות רשמית. לכאורה, רובן דומות זו לזו במבנה הכימי ובעיקר במנגנון הפעולה העצבית שלהן. למרות זאת, לפי המאמר, טעות להסיק מכך שלכל התרופות לטיפול בדיכאון יעילות זהה. ממצאי מחקר חשוב זה מחזקים ממצאים קליניים ומחקריים קודמים המצביעים כי יש הבדלים הן ביעילותן היחסית של התרופות השונות והן בהבדלים משמעותיים בתופעות הלוואי שלהן, אשר משפיעים על דבקות המטופלים בטיפול. המסקנה העולה מאנליזה נרחבת זו היא שמספר תכשירים נוגדי דיכאון, דוגמת ציפרלקס ולוסטרל הם תכשירים טיפולים טובים יותר ועדיפים בשקלול תועלת קלינית ותופעות לוואי ואילו אחרים יורדים יותר".

אלפי נפגעי הלם בישראל לא מודעים לזכויותיהם

מתברר כי נפגעי ההלם בישראל זכאים לפיצויים בלא פחות מארבעה סוגי ביטוחים שכיחים כמו ביטוח אובדן כושר עבודה, ביטוח בריאות, ביטוח חיים ואפילו ביטוח סיעודי. עו"ד דוד פייל, המתמחה בהשגת פיצויים לאזרחים נפגעי טרור מחברות הביטוח וקופות החולים, מסביר נפגעי ההלם בישראל זכאים לקבל פיצויים משלל גופים ולא רק מהמדינה, כפי שידוע לרוב האוכלוסיה, אך רבים מהנפגעים מוותרים שלא מדעת על הפיצוי.

נכות מתאונה – אחת מהפוליסות הנמכרות ביותר בישראל היא פוליסת ביטוח מתאונה הנמכרת לעתים קרובות ככיסוי נלווה לפוליסת ביטוח חיים או כפוליסה נפרדת, הן במסגרת פרטית והן במסגרות קבוצתיות. פוליסה זו מפצה נפגעים במקרה של תאונה המוגדרת, לרוב, כאירוע תאומי

ובלתי צפוי. נפילת טיל או התרחשות פיגוע, למרות שבשפת היומיום אינה נחשבת לתאונה, כן עשויה לענות על הגדרת "תאונה" על פי חלק גדול מהפוליסות המשווקות היום.

אובדן כושר עבודה – פעמים רבות נפגע תפקודם של הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית בצורה כל כך חמורה, עד שהם חדלים לעבוד לתקופה ממושכת או יוצאים לחלוטין ממעגל העבודה. כל מי שברשותו ביטוח אובדן כושר עבודה, אם במסגרת ביטוח קולקטיבי, אם במסגרת פנסיה ואם במסגרת פרטית, צריך לבדוק אם הנזק אשר נגרם לו מהתסמונת הפוסט טראומטית ועשוי לזכות אותו בפיצויים על אובדן כושר עבודה. הפיצוי במקרה זה יכול להגיע ל-75 אחוז ממשכורתו של העובד לפני התאונה, אך הדבר תלוי בתנאי הפוליסה הספציפיים.

ביטוח בריאות פרטי – כל מי שרכש ביטוח פרטי והוכר כנפגע הלם עשוי להיעזר בפוליסה לצורך מימון התייעצות עם רופאים מומחים, טיפולים פסיכולוגיים, או לצורך מימון תרופות שאינן מכוסות בסל הבריאות או לצרכים רפואיים אחרים. לצערנו, בחלק מהפוליסות יש החרגה לטיפולים נפשיים. אזרחים אשר כבעלותם ביטוח בריאות פרטי או ביטוח בריאות במסגרת מקום העבודה יכולים לנסות ולהסתייע בפוליסה למימון הוצאות רפואיות.

ביטוח סיעודי – אנשים סיעודיים הם לא רק אלה המוגבלים בתנועה מפאת גילם, מחלה או נכות, אלא גם חולים שנדרשים להשגחה מתמדת עקב חשש לפגיעה בעצמם או באחרים ואשר נקראים בשפה המקצועית "תשושי נפש". לדברי פייל, על מנת לקבל פיצוי מביטוח סיעודי יש לעבור הערכת מומחה שיקבע האם קורבן ההלם נחשב לתשוש נפש על פי הקריטריונים הרפואיים. במקרה שכן, יהיה החולה זכאי לפיצויים לא מעטים במסגרת הביטוח הסיעודי.

לסיכום, אם נחשפתם בשנים האחרונות לאירוע טרור, כמו נפילת רקטה או פיגוע, או אפילו תאונת דרכים, מומלץ לפנות לייעוץ מקצועי אשר יקבע האם אתם זכאים לפיצוי מחברות הביטוח או מקופות החולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הביטחון.

20 מדיירי ההוסטל של המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל השתלבו בקהילה בשנה האחרונה

בשנה האחרונה יצאו לקהילה 20 מדיירי ההוסטל של המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, ועל פי התכנית השיקומית שהותוותה להם, השתלבו – כמה בהוסטלים בקהילה, אחרים בדיר מוגן ואחד בדירה משלו. במקומם נקלטו דיירים חדשים שהחלו את תהליך השיקום לקראת יציאתם לקהילה. כל הדיירים שיצאו לקהילה עובדים, כמה במפעל השיקומי אופק תעשיות וכמה מצאו עבודה בשוק החופשי.

עמליה דיאמנט, מנהלת ההוסטל במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, סיפרה כי הדיירים לשעבר שומרים על קשר חם עם צוות ההוסטל ושומחים לספר על הצלחתם בקהילה. לדבריה, הדיירים בהוסטל מקבלים תמיכה, עידוד והדרכה בנושאי ניהול תקציב, ביטוח, עריכת קניות, שמירה על היגיינה ונקיון אישי, לימוד מיומנויות חברתיות ועוד, כל זאת כדי להכנים לחיים עצמאיים בקהילה.

חוסר מודעות לדיכאון אצל קשישים עלול להגביר סיכוי לאשפוז סיעודי ואף להתאבדות

סקר שנערך השנה עבור חברת התרופות מעבדות רפא, מצא כי 12 אחוז מכלל בני ה-50 ומעלה בישראל העידו כי חשו דיכאון או תחושת דיכאון במהלך השנה האחרונה. מסקר בריאות לאומי שנעשה בישראל בין השנים 2003 ל-2004, נמצא ש-4.5 אחוזים מכלל האוכלוסיה הבוגרת (גיל 21

3.5 מיליון שקל לשלוש השנים הקרובות, פרק הזמן שבו יוערכו הישגיו ויעילותו. עלות הפרויקט תמומן על ידי ביטוח לאומי (2.5 מיליון שקל), על ידי תורם (תרומה מהקהילה) שישתתף בסכום של חצי מיליון שקל ועל ידי המשתקמות שתשתתפה בסכום סמלי כל חודש. אגודת ידידי רמב"ם תומכת בפרויקט עד שיימצא תורם. במימון שוטף של הפרויקט משתתף גם משרד הבריאות, שיתקצב חלק מהטיפול לפי מספר המשתתפות בו. הביטוח הלאומי גם יממן מחקר מיוחד שיסקור את התקדמות הפרויקט עצמו. יש לציין כי הביטוח הלאומי הקים בשנה שעברה הוסטל למשתקמות מהפרעות אכילה בהרצליה, אך ההבדל בין ההוסטל בהרצליה לזה שיוקם בצפון הוא שההוסטל הצפוני מיועד לנערות ששיקומן טרם הושלם והן עדיין בסיכון גבוה לסגת למצב של הפרעות אכילה. ההוסטל בהרצליה מיועד לנערות ששיקומן הושלם.

לדבריה של פרופ' לצר, פרויקט "צידה לדרך" הוא פריצת דרך חברתית ברמת שיקום הלוקים בהפרעות אכילה בישראל: "במידה שהפרויקט יצליח בתום שלוש השנים שהוקצבו לו, משרד הבריאות מתחייב לשנות את החוק ולהכיר בהפרעות אכילה כנכסאות לסל שיקום בדומה לכל הלוקים בהפרעות נפשיות ופיזיות בישראל.



ומעלה) סבלו בשנה האחרונה מדיכאון. שיעור הסובלים מדיכאון בשנה האחרונה באוכלוסייה הקשישה בגילאי 65-74 היה גבוה מזה, 5.9 אחוזים. נתונים אלה מרליקים נורות אדומות לאור מחקר חדש שמתפרסם מראש ב-American Journal of Psychiatry אשר מוכיח כי אם לא מאתרים מראש את הקשישים הסובלים מתסמיני דיכאון ומעניקים להם טיפול יעיל, גדל הסיכוי לאשפוזם בבתי חולים סיעודיים. המחקר מראה כי קשישים בני 65 ומעלה, שהעידו על עצמם כי היו עצובים או מדוכאים רוב הזמן במהלך השנה הקודמת, היו בסיכון גבוה יותר להתאשפז במוסד סיעודי. עוד נמצא כי הדיכאון הוא הגורם השלישי, לאחר התקף לב וסוכרת, המנבא אשפוז סיעודי בקרב קשישים.

המחקר בדק את המצב התפקודי של הקשישים, מחלות כרוניות ומצבם הדמוגרפי במהלך שלוש שנים וחצי. על מנת לנתח את הקשר בין דיכאון לסיכון אפשי לאשפוז סיעודי, נבדקו שלוש שאלות שיכולות להעיד על דיכאון: 1. בשנה האחרונה, האם הרגשת עצוב או מדוכא, או שאיבדת עניין או הנאה בדברים שאתה בדרך כלל נהנה או אכפת לך מהם, במשך לפחות שבועיים רצופים? 2. בשנה החולפת, האם הרגשת מדוכא או עצוב רוב הזמן? 3. האם אי פעם בחיך חווית תקופה של שנתיים או יותר שבה הרגשת מדוכא או עצוב רב הימים, גם אם הרגשת בסדר מדי פעם? תוצאות המחקר מראות כי 5.9 אחוזים מהנשאלים שענו בחיוב על שאלה מס' 1 אושפזו במוסד סיעודי, 13.1 אחוז מהנשאלים שענו בחיוב על שאלה מס' 2 אושפזו במוסד סיעודי ו-5.4 אחוזים מהנשאלים שענו בחיוב על שאלה מס' 3 אושפזו במוסד סיעודי.

נתון מעניין אחר בדק את ההשפעה של מין הקשיש על הסיכון לאשפוז סיעודי. המחקר מצא כי גברים ונשים נמצאים בסיכון דומה לאשפוז סיעודי (5.43 אחוזים מהנשים ו-5.37 אחוזים מהגברים). עם זאת, לאחר תקנון/נטרול של משתנים רפואיים, חברתיים וכלכליים ותסמינים דכאוניים, נמצא שגברים מצויים בסיכון גבוה יותר לאשפוז סיעודי. איתור קשישים הסובלים מתסמיני דיכאון ומתן טיפול יעיל ובטוח עשויים להפחית את הסיכון לאשפוזם בבתי חולים סיעודיים.

מאמר שפורסם לאחרונה ב-The Lancet מציג נתונים המאששים את הדברים הללו: ארבעה אחוזים עד 13 אחוז מהאוכלוסייה הקשישה בעולם סובלת מדיכאון קל; שכיחות ההתאבדות בקרב קשישים היא פי שניים מאשר באוכלוסייה כולה; שיעור ההתאבדות בקרב גברים קשישים לבנים נמצא בעלייה; כרבע מהחולים שסבלו מאוטם שריר הלב (התקף לב) או שעברו צנתור סובל מדיכאון בינוני; רבע אחר סובל גם מדיכאון מאג'ורי; 50 אחוז מהחולים הסובלים מדיכאון מאג'ורי בזמן צנתור יישארו בדיכאון שנה לאחר פעולת הצנתור. באחד המחקרים נמצא שלחולים קשישים הסובלים מדיכאון יש סיכוי של פי ארבעה למות מהתקף לב בתוך ארבעה חודשים, לעומת אנשים שלא סובלים מדיכאון. סביר להניח שהדיכאון מעלה את הסיכוי למחלות לב וכלי דם.

הוסטל לנערות משתקמות מהפרעות אכילה ייפתח בצפון

לראשונה בישראל ייפתח בצפון הוסטל עבור נערות הסובלות מהפרעות אכילה ונמצאות בשלב ביניים של המחלה. מדובר בפרויקט בשם "צידה לדרך" שיוזמה פרופ' יעל לצר, מנהלת המרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם, בשיתוף עם המחלקה למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, שיממן חלק ארי בפרויקט, ובאישור משרד הרווחה. כיום לא קיימת בארץ מסגרת ציבורית המספקת תמיכה למשתקמות בשלבי החלמה מתקדמים הזקוקות למסגרת מעבר בכדי למנוע הידרדרות במצבן.

הפרויקט, שילווח בתמיכה ובהדרכה של צוות המרפאה ויתופעל בעזרת מפעל המתמחה בהפעלת הוסטלים (עמותה ללא מטרות רווח), יעלה

פסיכוחה לאחר לידה, תלות באלכוהול, שימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות בהריון והפרעות שינה בגברים ובנשים

ד"ר ציפי דולב

השימוש בתרופות אנטי פסיכוטיות אטיפיות בהריון

המידע על SSRI ומיצבי מצב רוח במהלך ההריון הוא רב לעומת המידע על תרופות אנטי פסיכוטיות, בעיקר החדשות, שנמצאות יותר בשימוש על ידי נשים עם מחלה בפיולרית, סכיזופרניה ודיכאון. הממצאים לגבי התרופות האנטי פסיכוטיות בהריון הם קטנים ביותר. רוב הנתונים מגיעים משימוש ב-Olanzapine, Risperidone, Quetiapine. בעבודה שנעשתה ב-J. Clinic (Psychiatry 2005) לא נצפו בעיות בעובר, אך קשה להגיע למסקנות סופיות היות שמספר הנשים במחקר הפרוספקטיבי היה קטן ביותר. כיוון שהנתונים עדיין לא ברורים, מומלץ לטפל בנשים בתרופות האטיפיות רק אם הן כבר בהריון ונטולות את התרופות. במקרים האלה, מומלצת גם ביקורת קפדנית על עלייה במשקל, התפתחות סוכרת ויתר לחץ דם במהלך ההריון.

(DR. L Cohen OB. GYN news, Aprile 2008)

השימוש בתרופות נוגדות דיכאון לגלי חום בגיל המעבר

מספר עבודות בעשור האחרון הראו יעילות של תרופות נוגדות דיכאון בטיפול בגלי חום בגיל המעבר. מדובר בתרופות כגון ונלפקסין, סרוקסט, פרוזק, לוסטרל. היעילות של שיפור בגלי החום היתה טובה אך לא כמו היעילות של ההורמונים.

עבודות חדשות שנעשו הביאו לתוצאות פחות מבטיחות בנושא. העבודות האחרונות נעשו תוך שימוש בלוסטרל שהוכח כמאוד לא יעיל, בפרוזק שהוכח גם הוא כפחות יעיל בהשוואה לסרוקסט ואפקסור, שהוכחו כהרבה יותר יעילים.

המסקנות: לא כל התרופות נוגדות דיכאון יעילות באותה מידה להפחתת גלי חום בגיל המעבר. בעוד ששיעור הפחתת גלי החום על ידי שימוש בהורמונים עומד על 80-90 אחוז, שיעור הפחתת גלי החום על ידי נוגדי דיכאון עומד על 50-60 אחוז.

(C. Loprinzi, Menopause vol 16, 1, February 2009)

הפרעות שינה - הבדלים בין נשים לגברים

נשים סובלות יותר מגברים מהפרעות שינה, בעיקר מאינסומניה. נשים נמצאות בסיכון של 41 אחוז יותר מגברים לפתח אינסומניה. הסיכון להפרעת השינה בנשים עולה עם הגיל, דבר המעלה את הסברה כי אחד הגורמים המרכזיים לשוני המגדרי הוא השפעתם של ההורמונים המין. בקרב נשים, מתן אסטרואגן גרם להארכת ה-REM ולקיצור זמן תחילת Sleep-latency. גיל בפני עצמו אינו קשור להפרעות שינה, אולם הבעיות הרפואיות והנפשיות הנוצרות עם הגיל הן אלו המשפיעות על השינה עם הגיל. רוב העבודות שבדקו את נושא השינה-ערנות נערכו על גברים, למרות ידיעה ברורה שהורמונים הקשורים לפוריות משפיעים על מחזור שינה-ערנות.

(Zhang B Wing, Sex differences in Insomnia :a metaanalysis.sleep, 29)

האם תקופת הפרימנופאזה היא תקופה עם סיכון גבוה יותר לנשים עם פסיכוחה לאחר לידה?

פסיכוחה לאחר לידה היא מהתופעות הפסיכיאטריות החמורות, בשכיחות של 1 לכל 1,000 לידות. רוב העבודות מצביעות על קיומה של מחלה אפקטיבית בפיולרית אצל נשים עם פסיכוחה לאחר לידה. הנחה קיימת היא שתת קבוצה של נשים הן בעלות רגישות לשינויים אפקטיביים כתוצאה משינויים הורמונליים. לאור זאת מעניין היה לראות את הקשר בין קבוצת נשים שסבלו מפסיכוחה לאחר לידה לבין קיום או לא של שינויים אפקטיביים עם הגיען לתקופת הפרימנופאזה.

מסקנת העבודה היא שנשים עם מחלה בפיולרית הן אכן בעלות סיכון גבוה יותר לשינויים אפקטיביים בתקופת הפרימנופאזה ובעיקר נשים שעברו מטפואה כירורגית. עבודה זו חשובה מהאספקט הקליני: נשים עם מחלה בפיולרית צריכות להיות יותר מודעות, אם כן, לסיכון של החמרת מצבן עם כניסתן לתקופת הפרימנופאזה.

(R. Blackmore N. Craddock J. walters I. Jones, Archive of women's mental health vol11 NO1.2008)

גברים נוטים לפתח תלות באלכוהול פי שניים יותר מנשים

אחד מכל חמישה גברים ואחת מכל עשר נשים יפתחו תלות באלכוהול. השימוש באלכוהול יכול להיות בכל גיל, כשלרוב תחילת השימוש היא בגיל 18-22. רק עשרה אחוזים יפתחו תלות באלכוהול מעל גיל 40.

שתייה מרובה מלווה ב-40 אחוז באפיזודות דכאוןיות, מחשבות ונסיונות התאבדות. למרות התפישה הכללית בציבור שטיפול במטרים לאלכוהול הוא אינו יעיל, רוב המטופלים (גברים ונשים) כן ישתפרו לאחר טיפול.

(DR. Schucit, University of California, San-Diego, Lancet 23, January 2009)

Levetiracetam לטיפול ב-PMDD

PMDD מאופיינת במכלול של סימפטומים פיזיים ונפשיים כשבע-שבועיים לפני המחזור, אשר נעלמים עם קבלת הוסת. שלושה עד שמונה אחוזים מהנשים סובלות מ-PMDD לעומת כ-85 אחוז הסובלות מ-PMS. SSRI הם הקו הטיפולי הראשון אך כ-30 אחוז מהנשים לא יגיבו, לא להם או לכל טיפול אחר. לאור זאת יש צורך במציאת טיפולים נוספים.

תרופות אנטי אפילפטיות הראו יעילות ב-mood stabilizers, אך שימושן ב-PMDD לא נלמד ונחקר מספיק. Levetiracetam היא תרופה אנטי אפילפטית חדשה בעלת בטיחות גבוהה, ללא אינטראקציות בין תרופתיות, ובעלת antiepileptic effect. לאור תכונות אלו, התרופה הועלתה כאפשרות טיפולית ל-PMDD. מדובר ב-pilot study, open label עם מספר נמוך של אנשים לכן עדיין קשה להגיע למסקנות סופיות. בשישה מתוך שבעה אנשים חלה ירידה משמעותית בציון של DRSP. לא נצפו תופעות לוואי, נצפה שיפור ניכר בכאבי ראש ובתשוקה לפחמימות.

(Z. Hayatekin, A. Sabo, U. Albreich,)(Archives of Women's mental health, vol11 NO.3 2008)

ילדים הם שמחה

אנחנו קוראים בעיתונים על אמהות שהרגו את ילדיהן, שעול גידול הילדים לצד התמודדות עם מחלת נפש הכריע אותן והן עשו מעשה נורא. האם נדע כחברה לתת לאמהות הללו את המענה המתאים והמכבד לפני שיגיעו לסף הייאוש הגדול ביותר? | אילאיל צין

בעברי, עבדתי עם ילדים ממשפחות במצב סוציו-אקונומי קשה, במועדונית טיפולית בבית ספר יסודי. אני זוכרת שם שני ילדים שהוצאו מהבית בצו חירום בכל פעם שאמם היתה מתאשפזת בבית החולים. לבסוף, לאחר מספר פעמים שבהן הוצאו למשפחות חירום, הועברו הילדים הללו לפנימיה, בהיותם בני שש ושבע. זכרים לי דבריה של פקידת הסעד בלשכת הרווחה: "האמא הזו דווקא אמא טובה כשהיא לא מתאשפזת". אני בטוחה שכשהאמא הזו, המתגוררת בשכונת מצוקה מהקשות בירושלים, הביאה לעולם את ילדיה, היא לא דמינה אותם נלקחים ממנה ואת עצמה מוותרת עליהם בגיל כל כך צעיר. אולי נכון היה לתת לה תמיכה מקדימה ולדאוג למסגרת אחרת, תומכת במידה המתאימה לצורכי המשפחה הזו? הפתרון של הוצאה מהבית, כאשר נזקקים לו, הוא דווקא טוב, אבל אולי היה ניתן להקדים ולחשוב על פתרון מתאים יותר, אולי כמה שנים קודם. כמדינה, אנחנו לא תמיד מציעים פתרונות מונעים רלבנטיים.

אני עצמי מסתיירה את היותי מתמודדת במסגרות רבות שבהן ילדי מעורבים מחשש שהם יינזקו או תינזק המערכת המשפחתית שלנו. איני מספרת דבר, לא בגן הילדים שלנו, לא בטיפת חלב. המערכת כלל לא מציעה עזרה התואמת את צרכי האמיתיים. מערכת סל השיקום, אשר עזרה כה רבות לרבים מחברי בתחילת הדרך, אינה נותנת מענה הולם לאנשים שכבר עשו את הצעדים הראשוניים בשיקום ונזקקים עתה לסיוע בצורה אחרת. איני זקוקה כיום למפעל מוגן, לקורס הכשרה תעסוקתית, למועדון חברתי או להוסטל. אני כן צריכה לדעת, שכאשר אהיה במצב תפקודי מעט פחות טוב, יהיה מי שיתמוך במשפחתי באופן לא סטיגמטי ומעליב. שייתן לי ולמשפחתי מענה אמיתי לצורך הכל כך אמיתי שלנו, להישאר משפחה חמה, אוהבת ומתפקדת.

אני וחברי המתמודדים, אשר מתפקדים רוב הזמן באופן טוב ודומה לשאר החברה, נחשבים כבר לכאלה שאינם נזקקים עוד לסיוע, ולמעשה, אין שום סיוע מתאים עבורנו, מלבד לעתים פנייה לשירותי הרווחה, אשר הם, בתורם, אינם מעוניינים במקרים רבים לתת שירות לאוכלוסיית האנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית. הסיוע הניתן כיום מתאים כמעט באופן בלעדי למתמודדים הזקוקים לעזרה ברמה מאוד בסיסית, בתחום השיקום התעסוקתי ובתחום המגורים. סיוע כזה ניתן כמעט באופן בלעדי ליחידים ולא למשפחות או לזוגות. לא ניתן סיוע בתחומי החוגיות והמשפחה, למרות שלא מעט מתמודדים חיים, מאז ומעולם, במסגרת זוגית ומשפחתית. פגשתי לא מעט אנשים, הן חברים במועדונים החברתיים ב"אנוש" והן תלמידים בקורסים בבית הספר לשיקום, שמתמודדים עם אותן שאלות ודילמות, המחפשים סיוע מערכתי. יש גם מתמודדים רבים המתלבטים בדבר יצירת קשר זוגי או הקמת משפחה.

בתקשורת עולות מדי פעם כותרות על אמהות שהרגו את ילדיהן. אמהות אשר עול גידול הילדים לצד התמודדות עם מחלת נפש פעילה הוא עבורן כבר מנשוא הן עושות מעשה כה נורא, עד שאין מילים להסבירו. מלבד לכנות אמהות כאלו "משוגעות", "מפלצות", לפחד ולשנות אותן כל כך, האם נדע כחברה לתת לאמהות הללו את המענה המתאים והמכבד לפני שיגיעו לסף הייאוש הגדול ביותר? האם נשכיל למנוע מעוד משפחה להתפרק ולהיחרס?

לפני מעט יותר מארבע שנים הכרתי את מי שהיום הוא בעלי. במקומות רבים ובאירועים שונים אני מדברת על המהפך הגדול שעברו חיי משהכרתי אותו והפכתי מחולה לאדם אהוב ויקר, כאשר סך כל הדרישות של העולם ממני הפסיקו להיות כמו אלו מאדם חולה ומוגבל נפשית, בעל יכולות מוגבלות שהתמצו בעבודה מוגנת ובמגורים מוגנים, כפי שסברו אנשי המקצוע בצאתי מבית החולים. הנישואים הפכו אותי לאדם ככל אדם אחר, כדומה יותר לרוב בני האדם. הנישואים נתנו לי "תעודת הכשר", כביכול, לנורמליות.

עברתי תקופה ארוכה ולא קלה של הסתגלות לעולם הנורמלי. הייתי חייבת לאמץ צורת חשיבה ודרך אחרת להבין את העולם. עד היום אני זוכרת את הצבעים שבהם תפשתי את העולם הנורמלי: בהתחלה, צבעים חיוורים, בעלי מנעד שקט הרבה יותר מהצבעים שאותם הכרתי ובהם עולמי היה צבוע רק זמן קצר לפני שהכרתי את בעלי.

העולם שלי היה לאחר. הפכתי, על פניו, לנורמלית. היה עלי לאמץ סט חדש ושונה של כללים ושל ראיית עולם. הדבר שסייע בכך יותר מכל דבר אחר היה האהבה של בעלי. האהבה שלו שיפעה עבורי את הקצוות החדים של העולם אליו הגעתי ועיגלה את הפינות. היא אפשרה לי להסתגל אליו בקלות יחסית.

לפני שנה נולדו לי שני בנים, תאומים. העולם הנורמלי, אשר עד אז היה אמנם מורכב למדי עבורי אך הצלחתי לדבר את שפתו בצורה טובה, הפך עבורי למורכב הרבה יותר. עתה מוטלת עלי משימה לא קלה: עלי ללמד בשפה שבה למדתי לדבר רק לפני שנים מועטות שני תינוקות קטנים, אשר תלויים בי בכל רגע בעולמם.

הסיטואציות החברתיות, אשר בעיני עלולות היו להיותפש כמאיימות או כמחזרות, יכולות להיותפש בעיני אדם אחר כרגילות ומובנות. לא מעט פעמים אני הופכת והופכת בסיטואציה על מנת להבין את ההיגיון שבה ואין אני אמורה להתנהג בה. כל עוד הסיטואציות הללו נעו בעולמי ובעולם ה"מבוגרים" בלבד, היתה האחריות להבטחן מוטלת עלי ויועדה בשבילי. כיום אני צריכה להבין אותן גם בשביל בני ולתת את הפרשנות החברתית התקינה, גם אם בעצמי איני מבנה אותה ככזו, לא באופן מובן מאליו. היום, אני כבר לא יכולה לבחון כל דבר רק דרך עיני ותפישת עולמי, אני חייבת להפוך את הדברים לנחידים גם עבורם, וזאת מעבר לחששות שיש לכל אם צעירה, מהאמבטיה הראשונה, האוכל המתאים והטמפרטורה בחדר השינה. עלי מוטל, מלבד הפרטים הטכניים והחשובים כל כך, ללמד את בני את חוקי וכלליו של עולם חברתי שלם, אשר לא תמיד מובן וברור לי בעצמי. עלי להפוך עולם אשר קשה לי לעתים להבין את חוקיו ואת ההיגיון שבו, לברור עבור שני בניי על מנת שיוכלו לקחת בו חלק בצורה טובה וחלקה. האחריות הזו לעתים מפחידה אותי מאוד. לא פעם אני משוחזחת עם בעלי או עם חברות על מנת לבדוק האם התגובות שלי בסיטואציות מסוימות תואמות את הנדרש, ולעתים התגובות שלי אינן מדויקות ולא תמיד הן קולעות למטרה. אבל אני לומדת, אני לומדת איך לעשות זאת טוב יותר בשביל הבנים שלי.

אני מאמינה שכל אמא "טובה מספיק" רוצה את הטוב ביותר לילדיה, ובכך אין אני נבדלת מרוב האמהות. אני רוצה להאמין שאני אם טובה מספיק, אולם אני תמיד חשה שאימהותי מוטלת במבחן: האם אני משחקת איתם מספיק? האם אני מחבקת מספיק? האם אני מחבקת יותר מדי וחונקת? האם אני לא מגנה עליהם יתר על המידה? למדתי, שמשגללות אם, נולדים איתה גם רגשות אשמה. גם אצלי זה כך, אבל לזה נוסף עולו של עולם שלם הסובב אותי, ש"שפתו" לא תמיד נדירה לי, אך עלי להעבירו לבניי בצורה הטובה ביותר.

אילאיל צין, עובדת סוציאלית, רכזת ארצית של תחום הפנאי ב"אנוש", מרכזת את הקורס "מצרכים לנתיב שירות" בבית הספר לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש

הסתכלות פסיכיאטרית מהיציע המרכזי

הצופה איננו איש מקצוע, אך מזה עשרות שנים מעורב עד צוואר, רגשית ושכלית, בנעשה במגרש תחלואת הנפש

פרופ' אלי שמיר

“הסתכלות פסיכיאטרית” לחשוד ברצח - היכן וכיצד היא מבוצעת?

האדם שנשלח למחלקה בבית חולים לחולי נפש, תכופות ב”אברבנאל”, שמנהלו אמר בטלוויזיה כי האינטראקציה עם המאושפזים במחלקה חשובה ועוזרת לאבחון המצב הנפשי, הכשירות לעמוד למשפט או לשאת באחריות פלילית.

מה בדבר הסיכון הפיזי למאושפזים ולסגל (שורבו עובדי סיעוד) מאדם שנמצא בהסתכלות במחלקה שאיננה פועלת כמחלקת ביטחון מרכזי? והיו מקרים בעבר של פגיעות ואלימות מצד פציינטי “הסתכלות”.

אבל הנזק התדמיתי הכבד שנגרם למאושפזים, לבתי החולים הפסיכיאטריים, לכלל חולי הנפש ולמקצוע, חמור אף יותר מהסיכון הפיזי. יש כאן תגבור הסטיגמה הציבורית האיומה, והשגויה, כי החולים המאושפזים בבית החולים הפסיכיאטרי הם מסוכנים בצורה חריגה מהרגיל והם החברה והסביבה ההולמת למי שנשלח להסתכלות בעקבות אירוע רצח, וכך הרתיעה ופחד מאשפוז נפשי במקום כזה הולכים ומתעצמים.

הייתכן כי הנוחות בלבד, של הפסיכיאטרים ועוזריהם שמופקדים על ההסתכלות, ואולי גם תג המחיר, הם הסיבות לסידור הפסול הזה? שום מסגרת אנושית נורמטיבית לא תסכים לארח “הסתכלות” כזו, אבל את חולי הנפש לא שואלים ואין בכוחם למחות. אסור שהסתכלות פסיכיאטרית תהיה מלווה בסיכונים ובנזק תדמיתי. הכרחי למצוא סידור ומסגרת אחרת לביצוע צווי הסתכלות פסיכיאטריים לחשודים ברצח או באלימות קשה.

החרגת מחלות הנפש מביטוח סיעודי וביטוחים אחרים

רוב חברות הביטוח שמוכרות ביטוח לאשפוז (או לטיפול בית) סיעודי, כולל החברות שנותנות שירות זה לביטוחים המשלימים של קופות החולים, מחריגות במפורש את חולי הנפש, אפילו אם שולמה עבורם פרמיה במשך שנים רבות. ציטוט מאחד החוזים:

סעיף 8 - הגבלות באחריות החברה: “החברה לא תהיה אחראית לתשלום פיצויים חודשיים על פי סעיף 4 לפוליסה זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי או עקב... תת סעיפים א' עד י', תת סעיף ד'... מחלות נפש או הפרעות פסיכונוריות או הפרעות פסיכוטיות שאינן בתחום הגריאטרי”.

תלונות על כך הועברו לממונה על הביטוח באוצר, אך טרם נעשה דבר בנדון. לא מיותר לציין כי בארצות הברית, שדי מפגרת בהנהגת ביטוח בריאות ממלכתי לאזרחיה, נחקק השנה “חוק פריטי” שמחייב את חברות הביטוח הפרטיות והציבוריות להשוואות תנאים מלאה בין תחלואות הגוף

לתחלואות הנפש ואוסר אפליה מכל צורה שהיא.

נקווה שלא יהיה צורך להיזקק להסתכלות פסיכיאטרית לקבוע מי כשיר לשאת באחריות למצב הביטוח הזה ותוצאותיו הקשות או שחולה נפש שיזדקק לאשפוז סיעודי (או טיפול בית) לא יקבל אותו, או שהנטל הכספי יוטל על משפחתו/ אחיו/ אחיותיו (או ההורים אם הם בחיים, או ילדיו, אם יש כאלה), או שמשרד הבריאות ייתן לו קוד גריאטרי.

דרך המלך שהמדינה אמורה לתמוך ולעודד לכלל אזרחיה - תשלום פרמיה במשך שנים רבות על ידי המשפחה, כך שאם יהיה צורך, חברת הביטוח תשלם את חלקה - דרך המלך הזו חסומה בפני כל מי שמוגדר כחולה נפש.

outreach לחולים שמחיישים או מתרשלים (רציפות הטיפול)

חבר מסור בעמותת המשפחות פנה אלי. בנו (בשנות ה-30 לחייו) שוחרר מאשפוז נפשי שלישי, וכמו בקודמים, אין הוא מתמיד בטיפול התרופתי והקשר עם המרפאה קלוש. הרופאים אומרים, איננו יכולים לעזור.

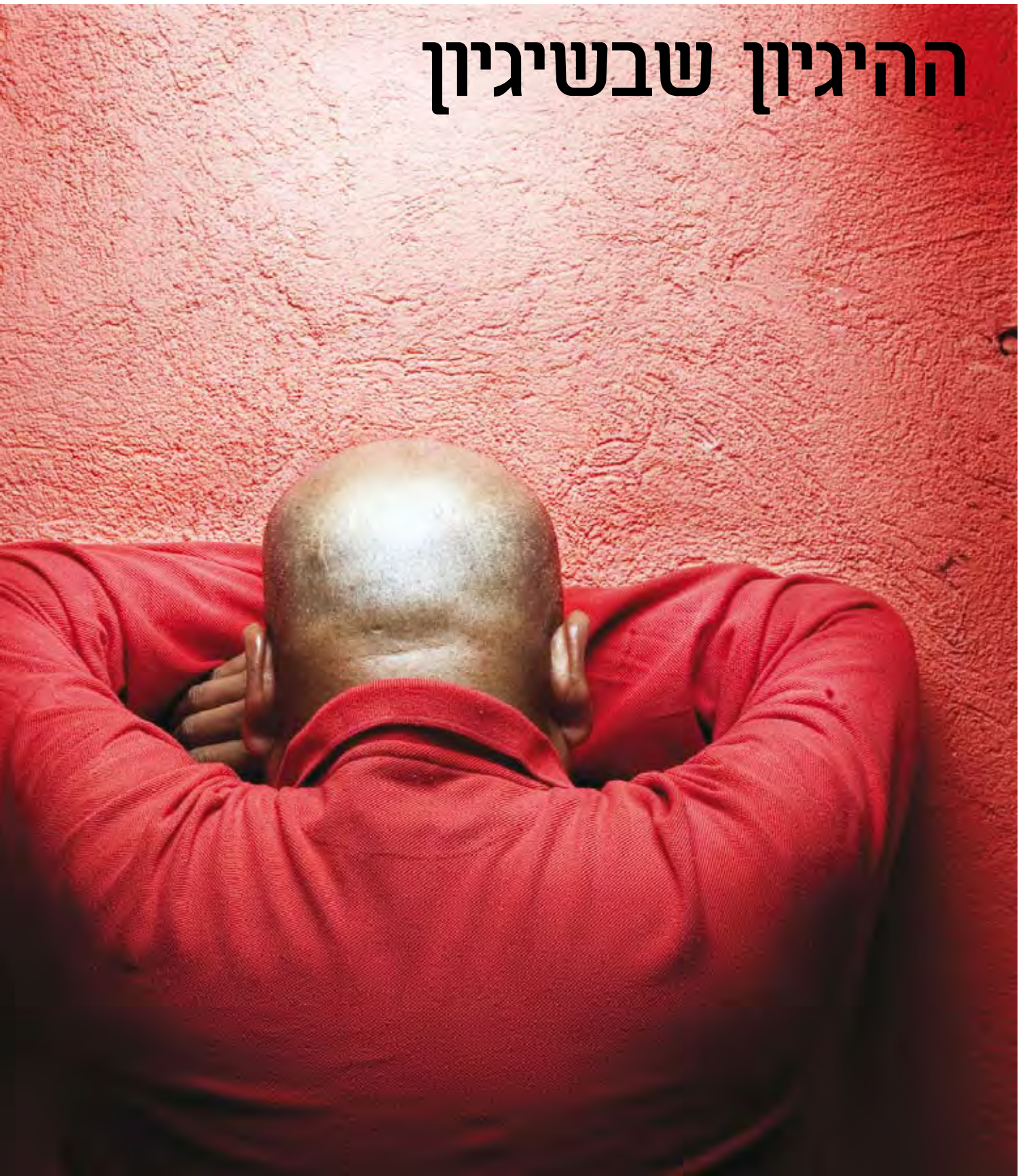
יש גם חולי סרטן או חולי לב שמסרבים לטיפולים שמוצעים להם. האם האנלוגיה תקפה? ואם לא, מהו ההבדל?

ככלל, חולה סרטן או לב אינו מתכחש למחלתו ולסיכונה (אלא אם הסתירו ממנו) וסירובו לטיפול המוצע נעשה במודעות, תוך חופש בחירה והסתמכות על כבוד האדם וחירותו. אבל במחלות הנפש, הכחשה וסירוב והתרשלות בטיפול הם חלק מהותי מהתסמינים של המחלה, שהם בעיקרם תוצאות והתנהגותיים ולא פיזיולוגיים. לכן, חובת הרופא והמערכת לתת מענה הולם כחלק אינטגרלי מהטיפול. באופן מעשי מדובר בעיקר ב-outreach, במאמץ מכוון וממוקד של המרפאה (או לפעמים בית החולים) להגיע לביתו של החולה, לשכנעו להתמיד בטיפול ולשמור על רציפות הטיפול. במקרים קיצוניים (שלא נדון בהם כאן), אפילו כפיית טיפול.

כולנו יודעים כי השירות הקהילתי בתחלואת הנפש חנוק במשאבים (בוודאי בהשוואה לתחלואות הלב והסרטן) וכי הפתרונות (“הרפורמה”) מעוכבים 15 שנה ויותר, ויותר משנתיים חקיקת הרפורמה תקועה בכנסת. וזאת אולי הסיבה העיקרית לכשלים ברציפות הטיפול. אך האנלוגיה המובאת לסירוב טיפול ברפואה הסומאטית היא שגויה ומקוממת וזקוקה ל”הסתכלות פסיכיאטרית” שתוביל לקביעה ברורה: הכחשה והתרשלות במשטר הטיפול הן חלק מהותי מתסמיני המחלה, ומאמץ ממוקד לפתור אותן הוא חלק אינטגרלי מהטיפול.

פרופ' אלי שמיר, יו”ר עמותת עוצמה, פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש. פרופ' אמריטוס באוניברסיטה העברית. חבר במועצה לאומית לבריאות הנפש

ההיגיון שבשיגיון



תיוג, סטיגמה ודעה קדומה על מחלות הנפש והלוקים בהן

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום



בעיתון "ניו יורק טיימס" פורסמה ביום 28.10.2008 כתבתה של אליזבתה פובלדו, עיתונאית ותחקירנית של סניף העיתון ברומא אשר מרכה לכתוב על איטליה ותרבותה, על אודות פתיחתו המחודשת של מוזיאון הנפש ברומא, שנעשתה לאחר שיפוץ מקיף. מוזיאון זה נפתח לראשונה בשנת 2000 במבנה אשר שימש מאז 1850 את בית החולים הפסיכיאטרי "סנטה מריה דלה פייטה" (Santa Maria della Pietà) בצפון מערב רומא. בית החולים נסגר בשנת 1978 בעקבות חוק שהתקבל באיטליה, ולפיו שונה הטיפול ברכים מחולי הנפש מאשפוז בבית חולים לטיפול במסגרת שירותים קהילתיים. היעד העיקרי של מוזיאון זה הוא שינוי הדעות הקדומות כלפי מחלות הנפש והאמצעי העיקרי להשגתו של יעד זה הוא מעורבות פעילה של המבקרים במוזיאון וביטוי ההתרשמויות שלהם במיצגים אינטראקטיביים שהוצבו בו. קהל היעד הגדול ביותר של מוזיאון זה אינו חוקרים ומומחים אלא תלמידים, וזו הסיבה לשימוש הנרחב שנעשה בגישה האינטראקטיבית עתירת הטכנולוגיה. לדבריו של ד"ר פומפאיו מארטלי, הפסיכיאטר שמונה כמנהל המוזיאון, "כיום אין זה מספיק להיכנס לכיתה ולחלק לתלמידים עלונים וחוברות הסבר על סכיזופרניה או על אנורקסיה; הצעירים מתפקדים כיום באורך גל שונה מזה".

עם פתיחתו, שלטה במוזיאון גישה מסורתית יותר שהתבססה בעיקר על מוצגים והסברים שהורכבו וניתנו בידי פסיכיאטרים, ולא בידי מומחים למוזיאונים. אולם לדברי מנהל המוזיאון, גישה זו "לא סייעה לפתיחה של דיון" על אודות הסטיגמה של מחלות הנפש ולכן שונתה הגישה לזו שנהוגה בו כיום. מורה בתיכון אשר ביקרה עם עמיתה במוזיאון המחודש התרשמה כי חוויית הביקור היתה מועילה וכי "המוזיאון מדגיש את העובדה שמחלת הנפש אינה אלא מחלה, והוא אינו מפעיל שיפוט מוסרי או פוליטי בנושא זה". היא גם ציינה כי "בית החולים היה בזמנו חלק מהעיר שלנו ובאמצעות המוזיאון, ההיסטוריה הזו מהווה חלק מחיינו".

דומה כי הגישה העומדת מאחורי התפישה שבה מופעל המוזיאון המחודש, אשר ממוקם כאמור במבנה ששימש בעבר כבית חולים פסיכיאטרי, משקפת את האפשרויות להתמודד עם תיוג, שיגיון (אידיאה פיקס, רעיון שאדם שוגה בו תמיד) ודעות קדומות הקיימות בקרב אנשים לא מעטים אודות מחלות הנפש וחולי הנפש. נסיונות שנעשו בעבר להתמודד עם בעיות אלו ולשנות את התייחסות הציבור כלפי מחלות הנפש, לא הוכתרו בהצלחה יתרה, על אף שמבחינה מקצועית הובהר כי בהתמודדות עם הסטיגמה יש צורך לטפל למעשה בשלושה אתגרים שהיא מציבה: קוגניטיבי-אינפורמטיבי (בורות והשימוש בסטריאוטיפים); אפקטיבי (דעה קדומה); והתנהגותי

כינויים שכיחים במוסדות רפואה ביחס לחולי הנפש ואף כלפי מטפלים מתחום בריאות הנפש, כגון "קוד אדום", "העמיתים מהקומה השביעית", "הפרעות סופרא-טנטוריאליזם", "הפרעות פונקציונליות" וכיו"ב, משקפים את היחס הדו-ערכי במקרה הטוב, או הזלזול במקרה הגרוע, בכל הקשור לתחום הנפשי והפסיכיאטרי

(אפליה) (Thornicroft, 2006; Hinshaw, 2007). הסטיגמה נותרה מכשול עיקרי לחיים טובים יותר עבור מאות מיליוני האנשים הלוקים בחולי נפשי ובהשלכותיו (Sartorius, 1999). במאמר זה ננסה לתאר בקצרה את הידע העכשווי אודות תיוג, סטיגמה ודעות קדומות שמתקיימים כלפי מחלות הנפש והלוקים בהן. נגדיר סטיגמה ותיוג ונסקור את ההיבטים ההיסטוריים, החברתיים והפסיכולוגיים שלהם, נביא דוגמאות לסטיגמה בחיי היומיום כלפי מחלות הנפש וחולי הנפש, ונתאר את השיטות השונות למאבק בסטיגמה.

הגדרות ורקע היסטורי

החולי הנפשי פוגע במאות מיליוני אנשים ברחבי העולם. מסקרים שנערכו בשנים האחרונות בארצות הברית עולה כי מחלות הנפש לסוגיהן השונות שכיחות למדי וכי כשישה אחוזים מכלל האוכלוסיה לוקים בצורות הקשות יותר שגורמות לנכות קשה. התוצאות של מחלות אלו יכולות להיות חמורות למדי. יותר מ-30 אלף בני אדם ברחבי ארצות הברית מתאבדים מדי שנה ומרבית המעשים הללו קשורים בהפרעה נפשית קשה. מספר זה כפול כמעט ממספר האנשים אשר מוצאים את מותם בנסיבות פליליות. אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש מכירים את ההפרעות ההתנהגותיות, הסבל הרגשי, הבידוד החברתי, הנסיגות הפעילים (שלרוב מתסכלים קשות) של החולים ובני משפחותיהם לקבל עזרה יעילה, והצער העמוק, אשר מאפיינים כולם את החולי הנפשי (Hinshaw, 2007). מספרם הרב של חולי הנפש לא שינה מהותית את מצבם בחברה; על אף מספרם, חולי הנפש נטולי עוצמה פוליטית והם נחשבו לאוכלוסיה מוחלשת.

בשנים האחרונות התארגנו גופים שונים (החולים עצמם, בני משפחה של חולים, ארגונים חברתיים בעלי עניין, ועוד) במטרה לקדם את האינטרסים של חולי הנפש במישורים שונים: טיפול הולם, שיקום נאות, שמירה על זכויות המוקנות לפי חוק, שיפור וגיוון באמצעי תעסוקה, מעבר למגורים בדרגת עצמאות משתנה, חקיקה אוהדת וביטוח רפואי בדומה לאנשים הלוקים בחולי גופני, ואף שיפור הדימוי הציבורי. בארצות הברית הוקם בשנת 1979 "האיתור הלאומי למחלות נפש" (National Alliance on Mental Illness, NAMI), שהוא הארגון הגדול ביותר עבור אנשים הלוקים בחולי נפשי ובני משפחותיהם. הוא פועל בכל הרמות על מנת להבטיח כי כל חולי הנפש יקבלו את השירותים הדרושים להם והמגיעים להם בצורה זמינה ובמועד המתאים. הארגון מפעיל קבוצות תמיכה של מתנדבים, קווי טלפון המשמשים לסיוע בכל עת, תכניות הדרכה והעשרה לחולים ולבני משפחותיהם, שתדלנות בקרב גורמי ממשל מדינתיים ופדראליים למען מיצוי הזכויות של חולי הנפש ועוד (מידע נוסף על ארגון זה נמצא באתר www.nami.org). גם בישראל קיימים ארגונים דומים אחדים, ביניהם:

"אנוש" (העמותה הישראלית לבריאות הנפש, שנוסדה בשנת 1978), "ער"ן (שירות שמציע עזרה ראשונה נפשית בפרסיה ארצית, באמצעות שיחה בטלפון ובכמה שפות במשך כל שעות היממה ואשר הוקם בירושלים בשנת 1971 והתרחב בהמשך), "עוצמה" (פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש,

שהוקם בשנת 1996), "התמודדות - עמותת נפגעי הנפש בישראל" (הוקמה על ידי צביאל רופא בשנת 1994), מל"מ (מתמודדים למען מתמודדים, ארגון ההמשך של "התמודדות" שהוקם על ידי צביאל רופא בשנת 2003), "בנפשנו" (מוקד לנפגעי נפש ובני משפחותיהם, הוקם בירושלים בשנת 1997), "בחברה טובה - רואים מעבר" (עמותה שהוקמה בשנת 2005 ואשר נועדה להביא לשינוי חברתי ביחס ובהתנהגות של הציבור הרחב כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית) ומכון "למה לא" (משרד היכירויות שהוקם בשנת 2005 ופועל ללא מטרת רווח על מנת לסייע לנפגעי נפש למצוא קשר זוגי). לכל ארגון יש מטרת משלו וקהל יעד שונה שאליו הוא פונה.

בעבר (מרגולין, ויצטום ולוי, 1995) תיארו את ההשלכות הקשות של התיוג והסטיגמה על חולי נפש ואף הבענו תקווה כי ראשית המילניום החדש תביא עימה שינוי כיוון בתחום זה (ויצטום, מרגולין ולוי, 2000). המונח "סטיגמה" מקורו בשפה היוונית (מהפועל stizein, שמשמעותו לבצע קעקוע) והוא שימש בעולם העתיק לציין סימנים גופניים אשר נועדו לזהות דבר מה שלילי באיש שנשא אותם. הסימנים האלה נעשו בדרך של כוויה או שריטה בעור והם שימשו עדות לכך שהנושא אותם מצוי במעמד נחות, כגון עבד, פושע או בוגד. הם גם ציינו כי יש להזהר מאנשים אלה ולהתרחק מהם, במיוחד במקומות ציבוריים. היוונים עצמם לא השתמשו במונח סטיגמה בהקשר של מחלת נפש, למרות שבתרבות היוונית הקלאסית היא נקשרה למושגים כמו בושה, איבוד פנים והשפלה וחייבה את הלוקה בה להתרחק מחברת בני אדם. כך, למשל, גיבור המחזה של אאוריפידס "שגעונו של הרקולס" נושא לאישה את בתו של קריאון, מלך תבי, לאחר שהציל את העיר מגורל של עבדות, ונולדים לו שלושה בנים. האלה הרה (אשתו של זאוס, ראש האלים, שקינאה בהרקולס אשר נולד לזאוס על רקע בגידתו בה עם בת תמותה) גורמת לו להתקף פתאומי של שיגעון, שבמהלכו הוא הורג את שלושת ילדיו ואולי אף את אשתו. האלה אתני הפסיקה את מסע ההרג שלו בכך שהכתה אותו באבן והוא איבד את הכרתו. כאשר חזר לחושי, הוא נתקף צער וחרטה עמוקים על מעשיו. המלך ואנשי תביי סירבו להעניש את הגיבור, אך היה עליו לצאת מהעיר ולהתאבד. הוא שוכנע על ידי בן דודו וחברו הטוב תזאוס כי התאבדות תהיה מעשה של פחדנות, והוא שילם על מעשיו בביצוע משימות קשות שהוטלו עליו (Simon, 1992).

מאוחר יותר ובעולם הנוצרי, המונח נקשר גם לסימני היכר גופניים ומיוחדים שסימנו על גופם של אנשים מסוימים, אשר זכו לחסד אלוהי, את סימני הצליבה של ישו, בעיקר בכפות הידיים ובעקבי הרגליים (Arboleda-Florez and Sartorius, 2008).

בימי הביניים נתפש השיגעון בתרבות הנוצרית כסוג של עונש אשר ניתן על ידי האל לאנשים חוטאים. בתקופת הרנסנס, תחת אימת האינקוויזיציה, הואשמו רבים, במיוחד נשים, באשמת כישוף והועלו על המוקד. לפי ההערכה, חלקן לפחות לקה בהפרעות נפשיות ונראה כי יחס שלילי זה סלל את הדרך לייחוס סטיגמה לחולי נפש כפי שאירע בהמשך השנים, מתחילת עידן ההשכלה במאה ה-17 ועד ימינו (Mora, 1992).

ניתן לומר אפוא כי היחס השלילי של החברה כלפי חולי הנפש היה קיים לאורך ההיסטוריה, על אף השינויים שחלו במשך השנים בתפישת החברה את החולי הנפשי, לרבות תיאוריות רפואיות והסברים ביולוגיים שהוצעו ביחס למרביתן של ההפרעות הנפשיות.

היבטים חברתיים ופסיכולוגיים

שוהם מתייחס אל סטיגמה כאל "אות קין", ולפיו, ציון אנשים מסוימים כסוטים הופך אותם בסופו של דבר לסוטים. הסטיגמה, לפי שוהם, היא התגובה הציבורית המשקפת את העוצמה הפנימית של הנורמות החברתיות (Shoham, 1970). לדעתו, יש לסטיגמה חשיבות ביצירת הדימויים,

התפקידים והדימוי העצמי של חולי הנפש, ויש אף המוצאים דמיון בין התהליכים הבסיסיים של הסטייה החברתית ובין מחלות הנפש (שוהם, 1995).

התיג (labeling) מתבטא במתן תיאור אשר מבדיל קבוצת אנשים מסוימת מיתר בני האדם. תורת התיג (labeling theory) היא גישה תיאורית לתיג של הפרעות נפשיות. גישה זו היתה רווחת בעיקר בשנות ה-50 וה-60 של המאה הקודמת, ולפיה מחלת נפש אינה קיימת אך ורק אצל האדם החולה, ולפחות בחלקה היא נובעת מתהליך חברתי. השימוש השלילי בתיג מביא בהמשך לירי חשיבה סטריאוטיפית ולייחוס סטיגמה, כמתואר לעיל. שף (Scheff), פרופסור אמריטוס לסוציולוגיה באוניברסיטת קליפורניה, חקר רבות את נושא התיג בחולי הנפש. בספרו (Scheff, 1999) הוא טוען כי תיג מסוים בעיני הציבור עלול להסתיים, בצדק או שלא בצדק, באבחון מוטעה וכי המשך קיומו של התיג עלול ליצור אצל החולה אות קין כזה שיגרום להתעלמות נוספת כלפיו מצד הסובבים אותו, ובכך להנציח כל הפרעה תפקודית שקיימת בו. הציפייה שחולה הנפש ימלא תמיד תפקיד של חולה ויתנהג באופן "משוגע" עלולה לגרום להתמשכות התסמינים מעל ומעבר לנחוי, ובאופן מעשי היא מסיטה את החולים הפסיכיאטרים למצב נחות, שבו הם משוללים סטאטוס והכנסה ונסחפים לשולי החברה. במינוח המקצועי מכונה השערה זו בשם social drift theory.

היחס המפלה כלפי חולי הנפש בקרב חברי הקהילה הרפואית מתחיל עוד בעת הלימודים בבית הספר לרפואה. נמצא כי היחס השתפר אחנם ככל שהסטודנט לרפואה נמצא בשנים מתקדמות יותר בלימודיו, אם כי לסטודנטים ואף לאנשי סגל יש עדיין התייחסות סטיגמטית כלפי החולים הלוקים בהפרעות פסיכיאטריות

בימינו מוסברת הסטיגמה בתיאוריות הלוקחות מתחומי הסוציולוגיה והפסיכולוגיה. ההתייחסות המודרנית כלפי סטיגמה והשפעותיה נובעת בעיקר מעבודתו הייחודית של הסוציולוג ארווינג גופמן (1922-1982) בתחילת שנות ה-60 של המאה הקודמת. בספרו המפורסם בתחום זה (Goffman, 1963), שאף תורגם לעברית (גופמן, 1983), הוא מתאר את השפעותיה המזיקות של הסטיגמה, אשר מוגדרת בלשונו כ"תהליך שבו מונעת תגובתו של הוולת את ההתפתחות של זהות נורמלית". לפי השקפתו, הסטיגמה הכרוכה במחלת הנפש היא אחת מהסטיגמות החברתיות הפוגעות והמזיקות ביותר, והיא גורמת לחולי הנפש להתחיל את דרכם עם זכויות ויחסים בין-אישיים תקינים ולסיימה עם מעט מאוד מכל אלה. הוא גם מתח ביקורת נוקבת על בתי החולים הפסיכיאטריים של זמנו בשל השפעותיהם הסטיגמטיות והאנטי-טיפוליות (Goffman, 1961).

תיאוריות פסיכולוגיות סיעו להבין כיצד מביאים תהליכים קוגניטיביים והתייחסותיים ברמה החברתית-פסיכולוגית לירי התפתחות ושימור של הסטריאוטיפים השליליים והמוטעים אשר מהווים בסיס להשקפות עולם סטיגמטיות. התיאוריה ההתייחסותית (attribution theory) מספקת מסגרת שימושית במיוחד להבנת הסטיגמה ולגיבוש התערבויות טיפוליות לצמצומה. על פי התיאוריה הזו, יש קו שנמשך מאירוע מכונן (תג) אל התייחסות (או סטריאוטיפ), ממנה אל רגש מסוים (שלילי), וממנו, לבסוף, אל תגובה התנהגותית (אפליה). ככל שמדובר בחולי נפש, ממצאים מחקריים מאשרים כי אנשים שאימצו מודלים מוסריים של מחלת נפש – אלה אשר מאמינים כי ניתן לשלוט במחלה או כי יש להאשים את חולי הנפש בתסמינים של מחלתם – נוטים יותר להגיב בצורה כעושה ומענישה. באופן תיאורטי ניתן

להחליף התייחסויות מוטעות להקטנת הסטיגמה והאפליה. אולם לא ניתן היה לקשר בצורה מוגדרת בין השיפור בידע או בהתייחסות לבין שינוי בהתנהגות. נמצא כי הגישה המוצלחת ביותר בשיפור הידע וההתייחסות (אם כי לא בהכרח ההתנהגות) באה לביטוי בצירוף של למידה פעילה ומגע חיובי עם אנשים הלוקים במחלת נפש. שיטות המתבססות על מתן מידע ועל מחאות נמצאו כפחות מוצלחות. בכל מקרה, קשה לקבוע אם שינויים ברמת הידע אודות מחלות נפש או בהתייחסות כלפי הלוקים בהן אכן הביאו לשיפור בחייהם של חולי הנפש. בין החוקרים הבולטים בתחומים אלה ניתן למצוא את פטריק קוריאן שכתב ופרסם רבות (גם עם חוקרים ישראליים) בנושאים של סטיגמה ושיקום של חולי נפש (Corrigan and Penn, 1999; Corrigan et al., 2005; Corrigan, 2007; Tal, Roe and Corrigan, 2007).

המשגת המרכיבים השונים של סטיגמה יכולה לסייע לתכנון התערבויות אשר מכוונות לצמצומה. בשנים האחרונות הוצעו כמה המשגות, אחת מהן (Link and Phelan, 2001) אף ניתנת ליישום לכל סוגי הסטיגמה ולא רק לזו של מחלת הנפש. לפי מחברה, סטיגמה מתקיימת כאשר מתאחדים כל המרכיבים הבאים: א. אנשים מבחינים בהבדלים שבין בני אדם ומתייגים אותם; ב. דעות תרבותיות דומיננטיות בחברה מקשרות אנשים מתויגים לאפיונים בלתי רצויים אשר יוצרים את הסטריאוטיפ; ג. אנשים מתויגים נתפשים כקבוצה חיצונית, "הם" ולא "אנחנו"; ד. אנשים מתויגים חווים אפליה וירידה בסטאטוס החברתי שלהם, ואלו מביאות לידי תוצאות בלתי שוות. ניתן לראות את ארבעת המרכיבים הללו של הסטיגמה כמסודרים ברצף הגיוני, החל מזיהוי ומתיג של שונות וכלה באובדן סטאטוס ובאפליה. אחת מצורות האפליה היא זו שמכוונת באופן גלוי כלפי חולה הנפש, כגון דחיית בקשתו להתקבל לעבודה או סירוב להשכיר לו דירת מגורים. תופעה זו נמדדת לרוב ברצון לשמור על ריחוק חברתי.

חוקרים אחרים (Hayward and Bright, 1997) ציינו ארבעה מרכיבים עיקריים לסטריאוטיפ של מחלת נפש: א. הרעיון שחולי הנפש הם אנשים מסוכנים; ב. שהם נחשבים לאנשים בלתי צפויים ולאנשים שאינם מסוגלים למלא אחרי תפקידים חברתיים מקובלים; ג. שהם נתפשים כאחראים למצבם; ד. שמחלת הנפש נתפשת כמחלה כרונית, אשר קשה לטיפול והיא בעלת פרוגנוזה גרועה. נמצא קשר בין סטריאוטיפים כלפי חולי נפש ובין רצון לריחוק חברתי גדול יותר מהם. כן נמצא גם שהיחס כלפי אנשים הלוקים בחולי נפש מושפע מההיכרות שיש לאדם עם מחלות נפש (Angermeyer and Matschinger, 2005).

נראה אפוא כי יעילות המאמצים להתמודד עם הסטיגמה כלפי מחלות הנפש והלוקים בהן תהא תלויה ביכולתנו להבין את התהליכים העומדים ביסודה של התופעה, לזהות את הגורמים שיוצרים תהליכים אלה ומשמרים אותם ולהצביע על המנגנונים אשר מקשרים בין הסטיגמה ובין תוצאותיה ההרסניות. כל אלה מחייבים לפתח אמצעי זיהוי ומדידה של תופעות אלו על מנת שניתן יהיה ליישם במחקרים השונים אשר מתבצעים בהקשר לסטיגמה ולתיג של מחלות נפש (Link et al., 2004).

השלכות יומיומיות של הסטיגמה על חולי הנפש

לסטיגמה על מחלות הנפש יש השלכות נרחבות ומרחיקות לכת על חיי היומיום של הלוקים בהן ושל בני משפחותיהם ואף על מטפליהם. להלן נדון בקצרה בכולטות שבהן:

טיפול רפואי שונה בחולי הנפש – קיומה של מחלה פסיכיאטרית מהווה מכשול לטיפול רפואי יעיל על כל צורתיו (Jones et al., 2008). לצד כל חולי נפש קשה מתקיימת תחלואה גופנית נלווית. הקשר ביניהם נובע ממארג מורכב של יחסי גומלין בין המחלה הנפשית עצמה, היבטים שונים



בסביבתו של החולה, מהותו של הטיפול בנוגדי פסיכוזה, ומה שמדאיג ביותר – מכשולים בקרב חברי הקהילה הרפואית הרחבה להתייחסות רצינית כלפי חולים הלוקים בהפרעות נפשיות, ובעיקר הימנעות מביצוע סקרים וטיפולים הולמים לגילוי התחלואה הגופנית בחולים הלוקים במחלה פסיכוטית (Liggins and Hatcher, 2005; Lambert, 2009).

דוגמה לכך ניתן לראות בכינויים השכיחים במוסדות רפואה ביחס לחולי הנפש ואף כלפי מטפלים מתחום בריאות הנפש ("קור אדום", "העמיתים מהקומה השביעית", "הפרעות סופרא-טנטוריאליזם", "הפרעות פונקציונליות" וכיו"ב) המשקפים את היחס הדו-ערכי במקרה הטוב, או הזלזול במקרה הגרוע, בכל הקשור לתחום הנפשי והפסיכיאטרי (ראו להלן). לתחום זה ניתן גם לשייך את המאמץ שנעשה עד לא מכבר לאתר מניעים נפשיים אצל חולה אשר לא היה מוכן לקבל את ההמלצות הרפואיות הטיפוליות שניתנו לו (אם כי המצב כאן השתפר רבות מאז כניסתו לתוקף של חוק זכויות החולה בשנת 1996). היבט נוסף מתבטא בקיומו של תת-אבחון של תחלואה גופנית משמעותית, כגון התסמונת המטבולית, בקרב חולים הלוקים במחלות פסיכיאטריות (Waterreus and Laugharne, 2009). ולבסוף, בישראל מוסדרים הטיפולים הרפואיים למיניהם מאז 1995 על פי חוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994), למעט (בין היתר) הטיפולים שנעשים בתחום הפסיכיאטריה. כל הנסיונות שנעשו מאז חקיקת חוק חשוב זה להכליל בו את שירותי הפסיכיאטריה לא צלחו (הרפורמה הביטוחית בתחום בריאות הנפש) והם ממשיכים להינתן באחריות המדינה ולא באחריותם של המבטחים הרפואיים (קופות החולים).

יחס סטיגמטי מצד סטודנטים לרפואה – היחס המפלה כלפי חולי הנפש בקרב חברי הקהילה הרפואית מתחיל עוד בעת הלימודים בבית הספר לרפואה (Keane, 1990). נמצא כי היחס השתפר אמנם ככל שהסטודנט לרפואה נמצא בשנים מתקדמות יותר בלימודיו, אם כי לסטודנטים ואף לאנשי סגל יש עדיין התייחסות סטיגמטית כלפי החולים הלוקים בהפרעות פסיכיאטריות. ממצאים אלה נצפו הן בלונדון (Mukherjee et al., 2002), הן בטורקיה (Arvaniti et al., 2006; Aydin et al., 2003; Ay et al., 2006), הן ביוון (Arvaniti et al., 2008) והן בניגריה (Ogunsemi et al., 2008). בהקשר זה מעניין לציין כי בסקר שנערך בארץ (Fischel et al., 2008) נמצא כי ההתנסות של סטודנטים לרפואה במהלך הסבב הקליני בפסיכיאטריה לא שיפרה את התייחסותם כלפי מקצוע זה.

התייחסות סטיגמטית מצד הפסיכיאטרים – אחת המוסכמות בנושא

הסטיגמה והתייג כלפי מחלות הנפש וחולי הנפש מייחסת את הסטיגמטיזציה כמעט באופן מוחלט לגורמים שאינם פסיכיאטריים – דהיינו, לחברה. האם הדבר אכן נכון? ההיסטוריה של הפסיכיאטריה במאה ה-20 משקפת עלייה בולטת בהסברים הרפואיים שניתנו למחלות הנפש. הפסיכיאטרים הפכו להיות מסבירים, מקטלגים, מטפלים וקובעים פרוגנוזה אף במצבים שבהם לא היתה קיימת מחלת נפש ברורה, תוך שימוש באותם מושגים אשר שימשו ביחס לחולי הנפש. היטיב לבטא מגמה זו רוי פורטר, היסטוריון ידוע של הרפואה: "דומה שיותר ויותר אנשים מאובחנים ביותר ויותר הפרעות פסיכיאטריות מאי פעם: האם זאת הקידמה?" (פורטר, 2009). במספר תת-תחומים בפסיכיאטריה, כגון בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בפסיכיאטריה משפטית, בהתמכרות לסמים ולאכזריות, מרבית המטופלים והנבדקים אינם חולי נפש והמגע עימם נעשה בעיקר בשל הערכה, לעתים קרובות של אחרים, שהתנהגותם היא בעייתית. למערכות בריאות הנפש יש נטייה להנציח את צרכיהם של מטופליהם ואף להתפרס כלפי תחומים חדשים. אחת התוצאות של נטייה זו של הפסיכיאטרים להתפשט אל תחומים שבעבר היו נחלת אחרים (כמשפטים ואנשי דת, למשל) התבטאה בקשיים להפריד בין עובדות רפואיות-פסיכולוגיות ובין ערכים וציפיות מצד החברה. פעמים רבות אין הפסיכיאטריה יכולה להציע ריפוי מלא למטופליה, כגון לבעלי הפרעות אישיות, אך אלה כבר נתפשים בעיני זולתם כבעלי תווית של מטופלים נפשיים בשל עצם היותם מטופלים נפשיים. האם היחס השלילי כלפי אדם שמתנהג בצורה אנטי-סוציאלית נחלש או מתגבר לאור הידיעה שהוא נמצא בטיפול פסיכיאטרי? כאשר לא ידוע על קיומה של הפרעה נפשית, כניסתו של פסיכיאטר יכולה להתפרש באופן שלילי בעיני המטופל, בני משפחתו, מערכת המשפט ואף אצל מעסיקים פוטנציאליים בכל הקשור לכל תולדות חייו של אותו אדם, לסיכויי הצלחתו בעתיד, ובעצם אף לערכו הבסיסי כאזרח במדינתו. התערבות פסיכיאטרית כשלעצמה יכולה לגרום לסטיגמטיזציה, וייתכן שיש מקום לשאול, כפי שניסח זאת רוי פורטר, האם לא הגיע הזמן שהפסיכיאטריה תצמצם עצמה לתחומים מוגדרים יותר (Summerfield, 2001; Schulze, 2007).

תופעה זו וגורמים נוספים שיפורטו להלן מתבטאים במה שמכונה "סטיגמה יאטרוגנית" (Sartorius, 2002). לעתים תופעות הלוואי שכרוכות בנטילת תרופות לצורך טיפול בתסמינים של המחלות הפסיכיאטריות, כגון סימנים אקסטר-פרימידיים, מסמנות כי המטופל לוקה במחלת נפש, וזאת אף יותר מאשר סימני זאת תסמיני המחלה שלו. שיקולים כלכליים מונעים לא אחת טיפול תרופתי יקר שתופעות הלוואי שלו מציקות או מכאיבות פחות מאשר אלו שאופייניות לטיפול בתרופות זולות יותר. יש מקומות שבהם פסיכיאטרים ועובדים אחרים בתחום בריאות הנפש מקבלים חופשות ממושכות יותר ושכר גבוה יותר מרופאים ומאנשי מקצוע אחרים משום שעליהם לעבוד עם חולי נפש מסוכנים; במקביל הם גם טוענים כי מחלת נפש אינה שונה ממחלות אחרות. יחד עם זאת, בסקר אנגלי נמצא כי היחס של פסיכיאטרים כלפי חולי נפש, ובמיוחד אלה הלוקים בסכיזופרניה, היה חיובי יותר בהשוואה לדעות שנמצאו בקרב הציבור הרחב, והרוב הגדול של הפסיכיאטרים שעברו עם אנשים שלוקים בסכיזופרניה אף נהנו מעבודתם (Kingdon et al., 2004).

העדר פנייה לטיפול נפשי – סטיגמה מהווה אחת הסיבות לכך שאנשים רבים אשר יכולים להפיק תועלת מטיפול נפשי בוחרים שלא לפנות לעזרה או שאינם מצליחים לסיים טיפול לאחר שכבר החלו בו. אנשים מעדיפים להימנע מקבלת התווית של חולה נפש על הנזקים שהיא גורמת להם ולבני משפחותיהם והם נמנעים מפנייה לקבלת עזרה מקצועית. הנזק הכרוך בכך הוא כפול – הסטיגמה מורידה מהדימוי העצמי של הזקוקים לטיפול והנמנעים מקבלתו ואף מונעת מהם הזדמנויות חברתיות (Corrigan, 2004a).

על פי הערכה, כ-70 אחוז מכלל האנשים הצעירים בעולם הלוקים בחולי נפשי אינם מקבלים כל טיפול מקצועי, ושיעור זה אף גבוה יותר במדינות מתפתחות (Thornicroft, 2008). הסטיגמה מפני פנייה לטיפול נפשי אינה פוסחת גם על אנשים שנמצאים במסגרות צבאיות, ואף על המשרתים ביחידות קרביות (Hoge et al., 2004; Greene-Shortridge et al., 2007). מן הראוי לציין כי בתרבויות מסוימות, החולי הנפשי אצל בן משפחה מהווה איום על מעמדה החברתי של המשפחה כולה ולכן יכולה להיות השפעה הרסנית על שידוכים של בני משפחה אחרים. מסיבה זו קיימת אצל החולים המשתייכים לחברות אלו, כגון בקהילה החרדית, תחושות קשות של בושה ואף אשמה, שמביאות לידי הסתרה, רתיעה והימנעות מפנייה לטיפול נפשי, ושכיחות אף תופעות של נשירה בטרם עת מהטיפול הנפשי במדינות ובחברות שבהן יש תרבויות שונות, ולכן יש השלכות על הדרכים להיאבק בסטיגמה במדינות אלו (Weiss et al., 2001; Littlewood, 1998; Lauber and Rossler, 2007; Yang et al., 2007).

השתקפות באמצעי התקשורת וברעת הקהל – אמצעי התקשורת שימשו מאז ומעולם אמצעי חיוני לצורך קיום והישרדות בקרב המין האנושי והם מהווים כיום כלי מרכזי להעברת מסרים, לחינוך ולבידור (Kaliebe and Sondheimer, 2002). המגע השכיח ביותר שיש לציבור הרחב עם מחלות הנפש נעשה באמצעות כלי התקשורת למיניהם או דרך התבוננות בחסרי בית אשר משוטטים ברחובות הערים הגדולות כשחלקם הניכר לוקה במחלת נפש. לרוע המזל, הדיווחים אודות חולי נפש אשר מתפרסמים בכלי התקשורת מתייחסים אליהם בדרך כלל כאל אנשים אשר התנהגותם ילדותית ובלתי צפויה, אלימה ואף מסוכנת (Coverdale et al., 2002; Sieff, 2003). החיבור שבין מחלת נפש ובין אלימות אינו אלא אחד מהסטריאוטיפים ומהדעות המוקדמות השליליים והמרובים אשר שוררים בציבור הרחב בכל הקשור לאנשים הלוקים בחולי נפשי. צפייה ישירה בחולי נפש המסתובבים ברחובות אף מחזקת במידה נוספת את הדעה המוקדמת כי מחלת הנפש גורמת באופן בלתי נמנע למהלך סיבוכי כלפי מטה בקרב אלה שנפגעו בה. התרשמויות אלו מסייעות להנצחת יחס סטיגמטי כלפי ההפרעות הנפשיות ומנהגי אפליה כלפי האנשים שלוקים בהן (Arboleda-Florez and Sartorius, 2008).

הסטיגמה הרווחת כלפי הפסיכיאטרים ומטפלים אחרים בחולי הנפש מהווה תופעה מורכבת שנובעת ממקורות מרובים. זמן רב לפני שהאדם הממוצע פוגש בפסיכיאטר, הוא נחשף לדימויים שונים של אנשי מקצוע העוסקים בחולי הנפש, בסרטים ובתכניות בטלוויזיה, שלא לציין באמצעי התקשורת המודפסים למיניהם. בסרטים ניתן לצפות במגוון דימויים אשר משקפים את תקופתנו ואשר נוגעים בתהליכים פסיכולוגיים אנושיים בסיסיים, שעומים יכולים להזדהות מטפלים ומטופלים כאחד. לבני דורנו, הצפייה בסרטים מהווה חוויה שמספקת קתרזיס ומאחדת את הצופים עם תרבותם, במידה רבה באותה דרך שהיתה קיימת בין הטרגרדיות של סופוקלס ואייסקילוס ובין הקהל היווני שצפה בהן במאה החמישית לפני הספירה. דימויים קולנועיים של קבוצות מקצועיות שונות משמשים להבניית מיתולוגיה תרבותית ומהווים חלק מהלא מודע הקולקטיבי של הציבור הצופה בהם. נמצא כי בסרטים אמריקאיים בלבד שנוצרו בין השנים 1906 ו-1989, קיימים לפחות 300 סרטים שבהם מופיע פסיכיאטר או בעל מקצוע אחר בתחום בריאות הנפש. להשתקפות זו של התחום הנפשי יש קשר ברור עם הדימוי שנוצר בקרב הציבור הרחב כלפי הטיפול הפסיכיאטרי והנפשי (Gabbard, 1992 and Gabbard). מחברים אלה גם תיעדו את הדימוי הקולנועי של הפסיכיאטר בשנים אלה, שהלך והשתנה (בשנים 1906-1957) מדמות מזוקנת ומרוחקת בעלת מבטא זר (ולרוב וינאי), שמסוגלת לסייע לחיילים שנפגעו במלחמה מחד, ולעזור לחוקרי משטרה לפענח מקרי פשע, מאידך,

לדמות אנושית, מבינה ויעילה (1957-1963), ושוב לדמות מגוחכת המייצגת חברה מדכאת (1963-1980). העשור של שנות ה-80 של המאה הקודמת התאפיין בדימוי מעורב עם סטריאוטיפים מוכרים לצד מידה של אנושיות בפעילותם הטיפולית של הפסיכיאטרים (Gabbard and Gabbard, 1999). **סטיגמה בתעסוקה** – במשך שנים רבות סברו אנשי המקצוע כי לחולי הנפש יש יכולת נמוכה מאוד להשתלב בעולם העבודה בשוק החופשי. גישה זו עוגנה בתפישה השלטת שתסמיני המחלה ומהלכה הממושך פוגעים בתפקודים השונים של הלוקים בה ואינם מאפשרים להם להשתלב ולתפקד באופן סביר בעבודות בשוק החופשי. על רקע תפיסות אלו, התפתחו בעולם בשנות ה-50 של המאה הקודמת מסגרות של תעסוקה מוגנת ומרכזי שיקום בעלי אופי הכשרתי מוגן, שנועדו ללמד את חולי הנפש מיומנויות עבודה ותעסוקה בסדנאות הכשרה שונות. אולם התברר כי חניכי ההכשרה לא יצאו עם סיומה לעבוד בשוק החופשי אלא נשארו בסדנאות ההכשרה המוגנות (רודאי וחב', 2007). מאוחר יותר התפתחו בעולם הרחב וגם בישראל מודלים להשמה אשר עזרו למשתקמים למצוא עבודה גם בשוק החופשי ולהתמיד בה. אחד המודלים הללו מכונה "תעסוקה נתמכת" והוא מהווה את הבסיס הרעיוני לתפישה המתקדמת בתחום התעסוקה לחולי הנפש – הגישה לפיה כל האנשים, ללא תלות בחומרות נכותם, יכולים לבצע עבודה משמעותית ויצרנית במסגרות תעסוקה וגיליות; השאיפה לשילוב המשתקמים בשוק העבודה החופשי באמצעות רכישת כלים ומעבר השלבים השיקומיים תוך כדי עבודה בשוק החופשי; ומתן תמיכה וסיוע ככל הנדרש גם לאחר שנמצאה העבודה (Anthony and Blanch, 1987). התפתחות זו הובילה לשינוי במדיניות השיקום בעולם ובארץ והיא מתבטאת בגישה לפיה חולי הנפש מסוגלים לעבוד בסוגי התעסוקה השונים בשוק החופשי, הם זכאים לעבוד בעבודות שיש בהן עניין ואתגר והם זקוקים ככל אדם להכנסה כספית כדי שיוכלו ליהנות מאיכות חיים נאותה.

על אף תפישות שיקום מתקדמות אלו, עדיין נמוך שיעור החולים העובדים בשוק העבודה החופשי, ונכונות המעסיקים להעסיק אצלם חולי נפש משתקמים או משוקמים קטנה אף יותר. הסטיגמה והאפליה החברתית כלפי חולי הנפש מהוות מכשול עיקרי בשיקום ובשילוב החברתיים שלהם ומצביעות על אי צדק חברתי חמור שיש לו השלכות הן ברמת הפרט והן ברמת החברה (Corrigan, 2004b). מעסיקים נרתעים מהעסקה של חולי נפש המעוניינים ומסוגלים לשקם עצמם, ובאחד המחקרים הרבים שנערכו בתחום זה נמצא כי הם יעדיפו לראיין לצורך קבלה לעבודה אצלם מועמד שמציג עצמו כמי שהורשע בעבירה פלילית על פני מועמד שמזדהה כחולה נפש שמעוניין להשתקם (Baldwin and Marcus, 2006). ניתן להבין אפוא שמרבית החולים מעדיפים להסתיר את מחלתם הנפשית מפני מעבידם או חבריהם לעבודה מחשש לאפליה בשלב הקבלה לעבודה ובהמשך העסקתם. אולם עובדה זו לא רק שאינה מסייעת להם, אלא שהיא אף פוגעת בהם, שכן החשש מפני חשיפה וכן המשאבים המושקעים בהסתרת מחלתם הנפשית אינם מסייעים לתפקודם התעסוקתי ומונעים מהסובבים אותם לעזור להם בעת הצורך. יתרה מכך, נמצא כי אחד הגורמים המרכזיים להצלחה במקום העבודה מתבטא בסביבת עבודה תומכת ומכילה, שבה המעסיקים והעמיתים יודעים אודות ההתמודדות של הלוקים בנפשם עם מחלתם ומשתדלים להיענות לצרכיהם המיוחדים (Stefan, 2001). הטמעת עובדה זו גם מצד המעסיקים והירתמותם ללחימה בסטיגמה כלפי מחלות הנפש והלוקים בהן יסייעו הן בצמצום העלויות שמטילה התחלואה הנפשית של העובדים על העסקים והן בהקטנת הסטיגמה הכרוכה בחולי הנפש (Gelb and Corrigan, 2008).

בהקשר זה ראוי לציין את השינוי החיובי שחל בישראל בכל הקשור לדרישה שהיתה קיימת בעבר מכל מועמד לעבודה בשירות המדינה, לציין

הרחב רואה במחלה זו מעין אבטיפוס למחלות הנפש ולרוב רואה בהתנהגות פסיכוטית ובלתי מאורגנת תופעה שאופיינית לכל מחלות הנפש. בעתיד יהיה מקום לפתח תכניות למאבק בסטיגמה גם ביחס להפרעות נפשיות אחרות, כהפרעות חרדה ורגש.

התכניות השונות יצטרכו לא רק לשנות את הידע או את ההתייחסות של הציבור הרחב כלפי הלוקה בנפשו, אלא גם לשנות מהותית את חוויות הסטיגמה של אנשים שחיים עם נכות נפשית. בפיתוח התכניות יהא צורך להביא בחשבון את ההיבטים של האדם החולה ולהעריך אותן לאור השפעותיהם על היבטים אלה.

ניתן גם להפיק לקחים ממאבקים שהתנהלו כנגד סטיגמה ביחס למחלות אחרות: צרעת, איידס, שחפת ומחלות ממאירות למיניהן, למשל. חלק ממאבקים אלה הסתיים בצורות חיוביות למדי וחשוב ללמוד ולהבין את הידע שהצטבר בקרב אלה שנלחמו כנגד הסטיגמה כלפיהן (Stuart, 2008).

לסיכום, המודעות לסטיגמה ולדעות הקדומות השוררות בציבור הרחב כלפי מחלות הנפש והלוקים בהן אמנם גברה בשנים האחרונות, אולם אין בכך די ואין כל מקום לשבת שאננים. מסתבר כי על אף התכניות השונות המופעלות במקומות שונים בעולם להגברת הידע והחשיפה אודות מחלות הנפש והלוקים בהן, עדיין נוצר באמצעי התקשורת ובקהל הרחב קשר בין מעשי אלימות ובין מחלות נפש או הפרעות נפשיות. הדבר בולט במיוחד כאשר סגור פלילי מעלה טענת הגנה של אי-שפיות או ליקוי בכורש השכלי ביחס ללקוחו המואשם בפשע חמור; הציבור, המוועזע מהמעשה הקשה, מודעזע שוב כאשר נטען כי הנאשם היה לקוי בנפשו בעת שביצע את המעשה, והקישור בין אלימות קשה למחלות נפש הופך להיות בלתי נמנע.

במחקר שפרסם בשבועות האחרונים (Mehta et al., 2009) נברק האם השתנתה הסטיגמה בין השנים 1994 ו-2003 באנגליה ובסקוטלנד כלפי הלוקים בנפשם, במיוחד מאז שהופעלה בסקוטלנד משנת 2002 תכנית ממשלתית למאבק בסטיגמה (שנקראת בשם see me). המסקנות של עורכי המחקר היו כי היחס של הציבור כלפי אנשים הלוקים במחלות פסיכיאטריות במדינות אלו נעשה פחות חיובי במשך השנים 1994 ו-2003, והדבר בלט יותר באנגליה. ממצאים אלה פורשו כמצביעים על השפעות חיוביות מוקדמות של תכנית המאבק כנגד סטיגמה שמופעלת בסקוטלנד מאז 2002, אשר ימתנה את הירידה שנצפתה גם במדינה זו לעומת אנגליה, שבה לא הופעלה תכנית מעין זו.

המאבק בסטיגמה צריך להיות מתמשך, נמרץ ובלתי מתפשר. חשוב להשתמש בו בכלים יצירתיים, דוגמת האמצעים שנהוגים כיום במוזיאון הנפש ברומא אשר תוארו לעיל. בנוסף לכך יש לזכור תמיד כי הסטיגמה כלפי מחלות הנפש והלוקים בהן היא מאותן בעיות בתחום הבריאות שמוטב שלא לראותן כהפרעה בריאותית; אין זה צורך לראותה כבעייתו של החולה במחלה פסיכיאטרית ובכך לומר בעצם כי אותו אדם צריך להתמודד עימה. למען האמת, מדובר בבעיה חברתית ומן הראוי ליוזם שינויים בחברה אשר יסייעו לתת לכל חברה הודמנויות שוות.

ד"ר יעקב מרגולין, מזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל; לשעבר פסיכיאטר מחוז תל אביב, מנהל המרכז הירושלמי המאוחד לבריאות הנפש ומנהל המרכז הקהילתי לבריאות הנפש-יפו

פרופ' אליעזר ויצטום, פרופסור לפסיכיאטריה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, המרכז לבריאות הנפש באר שבע, ומרכז קהילתי לבריאות הנפש צפון ירושלים "עזרת נשים"

את הפרופיל הרפואי הצבאי שלו במהלך קבלתו לעבודה. על נושא זה ונושאים קרובים אחרים עמדנו בהרחבה במאמר קודם שלנו (ויצטום, מרגולין ולוי, 1995). ביטול הדרישה הזו נעשה באמצעות תיקון שהוסף בשנת תשנ"ה-1995 לחוק שוויון ההזדמנויות בעבודה, התשמ"ח-1988. בתיקון זה נקבע בסעיף 2א לחוק כי מעביד לא ידרוש מדורש עבודה או מעובד את הפרופיל הצבאי שלו ולא יעשה בו שימוש אם הגיע לידי. יצוין כי הוראה זו אינה חלה על שירות הביטחון הכללי ועל המוסד למודיעין ולתפקידים מיוחדים.

המאבק בסטיגמה

בשנים האחרונות גבר העניין מצד גורמים בכירים בתחום בריאות הציבור הן בנטל הכלכלי של התחלואה הנפשית והן בנטל הכלכלי הסמוי של הסטיגמה הכרוכה בחולי הנפש. ארגוני בריאות גדולים, כגון ארגון הבריאות העולמי (WHO), איגוד הפסיכיאטריה העולמי (WPA) והאיגוד העולמי לפסיכיאטריה חברתית (WASP) הכירו כולם בסטיגמה כאגר ראשוני במעלה בתחום בריאות הציבור. העלייה בתמיכה בפעולות לצמצום הסטיגמה משתקפת גם במספר ההצהרות שיוצאות מטעם ממשלות וארגונים מקצועיים במערכת בריאות הנפש, ובתכניות פעולה למאבק בהשפעות הסטיגמה ובסילוק האפליה כלפי החולים (Stuart, 2008).

בשנת 1996 השיק איגוד הפסיכיאטריה העולמי תכנית גלובלית (Open-the-Doors) להילחם בסטיגמה ובאפליה הנובעים מסכיזופרניה. מאז הצטרפו אליה יותר מ-20 מדינות וכיום היא נחשבת לתכנית הרחבה ביותר והממושכת ביותר מבין הקיימות למאבק בסטיגמה. תכנית ייחודית זו משקפת עבודת צוות בינלאומי שאימץ שלוש הנחות יסוד: א. היעדים והמטרות של התכנית צריכים להיגזר מהצרכים ומסדרי העדיפויות של האנשים הלוקים בסכיזופרניה, כפי שנאספו לאחר הערכות איכותיות וכמותיות ונמדדו באמצעות יישומם הפעיל בכל ההיבטים של התכנית. ב. תכניות מקומיות צריכות לעודד השתתפות רחבה מצד אנשי הקהילה, תוך מאמץ מתואם לצאת מתחום בריאות הנפש בלבד. ג. בהתחשב באופייה המפושט של הסטיגמה, צוותי התכנון מחויבים לגבש תכניות שיוכלו לפעול לטווח ארוך ולעתים קרובות תוך מיקוד מאמצים קטנים יותר שיש להם אורך חיים לטווח ארוך יותר. קבוצת המיקוד הרחבה ביותר בתכנית זו היתה רופאי המשפחה ומבטחים רפואיים, וקבוצות אחרות היו תלמידים בחטיבת הביניים והתיכון, עיתונאים ואנשי תקשורת, פסיכיאטרים ואנשי מקצוע אחרים בתחום בריאות הנפש, אנשים הלוקים בסכיזופרניה, בני משפחה וחברים של אנשים הלוקים בסכיזופרניה, אנשים מהציבור הרחב, אנשי דת וכמורה, עובדי ציבור וגורמים מהמגזר הפרטי והשלישי, אנשי עסקים ומעבידים, סטודנטים לרפואה וכן שופטים, עורכי דין ואנשי משטרה. התוצאות המעוררות שהושגו ב-18 המדינות הראשונות אף תוארו בספר (Sartorius and Schulze, 2005).

לצורך הרחבת התנופה של המאבק בסטיגמה, הוקמה חטיבה (Section) מדעית מיוחדת של סטיגמה ובריאות הנפש באיגוד הפסיכיאטריה העולמי, והיא כוללת כ-60 חוקרים מ-25 מדינות. חברי החטיבה ימשיכו להכשיר אנשים במדינות שונות באמצעות סדנאות וקורסים מיוחדים שיאורגנו מטעם האיגוד העולמי הן ברמה עולמית והן ברמות מקומיות. כך למשל, יתקיים במהלך הכנס הארצי ה-13 של איגוד הפסיכיאטריה בישראל, אשר יתקיים בתל אביב בימים 5-7 במאי 2009, קורס בהנחיית פרופ' חוליו ארבודלה-פלורז, נשיא האיגוד העולמי לפסיכיאטריה חברתית (WASP) ואחד מהאישים הבולטים בתחום הפסיכיאטריה המשפטית והמאבק בסטיגמה. בנושא "פסיכיאטריה משפטית: שאיפה למצוינות והמאבק בסטיגמה".

התכניות עד כה התרכזו בסכיזופרניה, בעיקר לאור העובדה שהציבור

- גופמן א (1983). סטיגמה. תל אביב: דביר – רשפים.
- דודאי ר, לייטרנר ו וקס ס (2007). העבודה כמפתח להחלמה. בתוך: שיקום והחלמה בבריאות הנפש: פרקטיקה, מדיניות ומחקר, בעריכת נעמי הדס-לידור ומקס לנמן. כפר יונה: ליתום הוצאה לאור, עמ' 461-478.
- ויצטום א, מרגולין י ולוי ע (1995). אבחון שגוי ותיוג בפסיכיאטריה ותוצאותיהם, חלק ב'. הרפואה 129: 15-20.
- ויצטום א, מרגולין י ולוי ע (2000). "סטיגמה 2000" – האומנם שינוי כיוון? הרפואה 138: 213-214.
- מרגולין י, ויצטום א ולוי ע (1995). אבחון שגוי ותיוג בפסיכיאטריה ותוצאותיהם, חלק א'. הרפואה 128: 763-767.
- פורטר ר (2009). היסטוריה קצרה של השיגעון. תל אביב: רסלינג, עמ' 195.
- שוהם שג (1995). אישיות וסטייה. תל אביב: אור-עם מוציאים לאור בע"מ, עמ' 378.
- Angermeyer MC and Matschinger H (2005). Labeling - stereotype - discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 391-395.
- Anthony WA and Blanch A (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11: 5-23.
- Arboleda-Florez J and Sartorius N, eds. (2008). *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd., pp. 1-2.
- Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C and Livaditis M (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Accepted for publication.
- Ay P, Save D and Fidanoglu O (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 63-67.
- Aydin N, Yigit A, Inandi T and Kirkpinar I (2003). Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry* 49: 17-26.
- Baldwin ML and Marcus SC (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric Services* 57: 388-392.
- Corrigan P (2004a). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 59: 614-625.
- Corrigan PW, Ed. (2004b). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan PW (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work* 52: 31-39.
- Corrigan PW and Penn DL (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 54: 765-776.
- Corrigan PW, Watson AC, Byrne P and Davis KE (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work* 50: 363-368.
- Coverdale J, Nairn R and Claassen D (2002). Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 697-700.
- Fischel T, Manna H, Krivoy A, Lewis M and Weizman A (2008). Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Academic Psychiatry* 32: 147-150.
- Gabbard GO and Gabbard K (1992). Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ and Tasman A (eds): *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., pp. 113-126.
- Gabbard GO and Gabbard K (1999). *Psychiatry and the Cinema*, 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Gelb BD and Corrigan PW (2008). How managers can lower mental illness costs by reducing stigma. *Business Horizons* 51: 293-300.
- Goffman E (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Greenberg D and Witztum E (2001). *Sanity and Sanctity: Mental Health Care of the Ultra-orthodox Community in Jerusalem*. New Haven, CT: Yale University Press, pp. 228-229.
- Greene-Shortridge TM, Britt TW and Castro CA (2007). The stigma of mental health problems in the military. *Military Medicine* 172: 157-161.
- Hayward P and Bright JA (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health* 6: 345-354.
- Hinshaw SP (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press, p. 6.
- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI and Hoffman RL (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine* 351: 13-22.
- Jones S, Howard L and Thornicroft G (2008). 'Diagnostic overshadowing': Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118: 169-171.
- Kaliebe K and Sondheimer A (2002). The media: Relationships to psychiatry and children - a seminar. *Academic Psychiatry* 26: 205-215.
- Keane M (1990). Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. *Academic Psychiatry* 14: 172-177.
- Kingdon D, Sharma T and Hart D (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin* 28: 401-406.
- Lambert TJR (2009). The medical care of people with psychosis. *Medical Journal of Australia* 190: 171-172.
- Lauber C and Rossler W (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry* 19: 157-178.
- Liggins J and Hatcher S (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: A qualitative study. *General Hospital Psychiatry* 27: 359-364.
- Link BG and Phelan JC (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363-385.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC and Collins PY (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 30: 511-541.
- Littlewood R (1998). Cultural variation in the stigmatization of mental illness. *The Lancet* 352: 1056-1057.
- Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G and Thornicroft G (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *British Journal of Psychiatry* 194: 278-284.
- Mora G (1992). Stigma during the Medieval and Renaissance periods. In: Fink PJ and Tasman A (eds): *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., pp. 41-52.
- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K and Surgenor T (2002). The stigmatization of psychiatric illness: The attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin* 26: 178-181.
- Ogunsemi OO, Odusan O and Olatawura MO (2008). Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry* 7: 15.
- Sartorius N (1999). One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. In: Guimon J, Fischer W and Sartorius N (eds): *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger, pp. 96-105.
- Sartorius N (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal* 324: 1470-1471.
- Sartorius N and Schulze H (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A report From a Global Programme of the World Psychiatric Association*. New York: Cambridge University Press.
- Scheff TJ (1999). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, 3rd edition. Piscataway, NJ: Aldine Transaction.
- Schulze B (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry* 19: 137-155.
- Shoham S (1970). *The Mark of Cain*. Jerusalem: Israel Universities Press.
- Sieff EM (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health* 12: 259-269.
- Simon B (1992). Shame, stigma, and mental illness in Ancient Greece. In: Fink PJ and Tasman A (eds): *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., pp. 29-39.
- Stefan S (2001). *Hollow Promises: Employment Discrimination against People with Mental Disabilities*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stuart H (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 7: 185-188.
- Summerfield D (2001). Does psychiatry stigmatize? *Journal of the Royal Society of Medicine* 94: 148-149.
- Tal A, Roe D and Corrigan PW (2007). Mental illness stigma in the Israeli context: Deliberations and suggestions. *International Journal of Social Psychiatry* 53: 547-563.
- Thornicroft G (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Thornicroft G (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17: 14-19.
- Waterreus AJ and Laugharne JDE (2009). Screening for the metabolic syndrome in patients receiving antipsychotic treatment: A proposed algorithm. *Medical Journal of Australia* 190: 185-189.
- Weiss MG, Jadhav S, Raguram R, Vounatsou P and Littlewood R (2001). Psychiatric stigma across cultures: Local validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine* 8: 71-87.
- Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S and Good B (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine* 64: 1524-1535.

על סטיגמה ותעסוקה

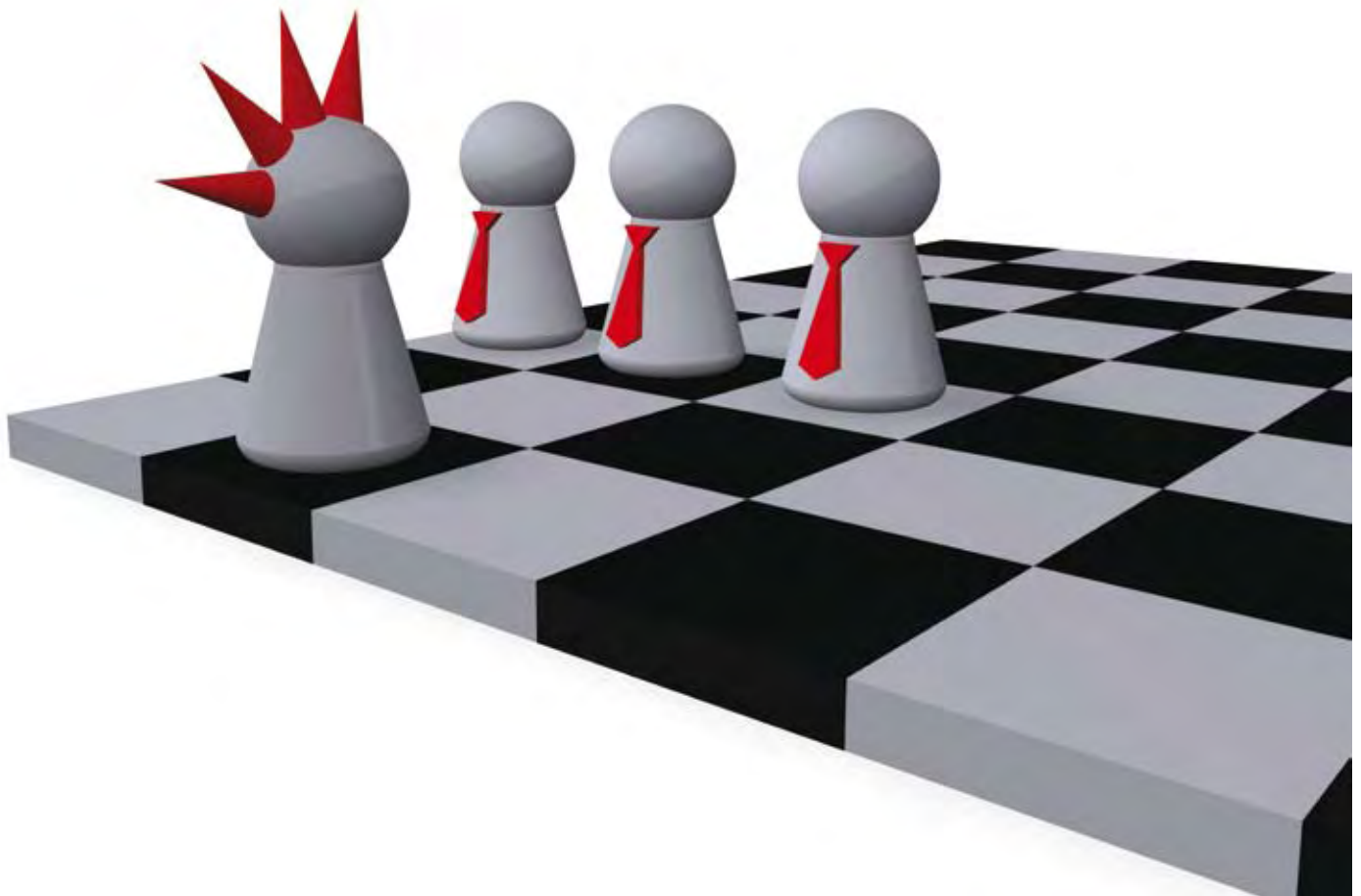
סטיגמה ואפליה כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בשוק העבודה, עדויות מהספרות ודיון בדרכים לשיפור המצב

אמיר טל, עדי וינר, יעקב סינגר, גליה מורן

עבודה מהווה מקום מרכזי בחייהם של רוב האנשים הבוגרים. כיום, החברה המערבית הקפיטליסטית מדרגת ומעריכה את הפרט על בסיס זהותו כאדם עובד, בעל משרה, יותר מאשר דרך תפקידים וזהויות אחרות, כגון הסטטוס המשפחתי, תחביבים או מקום מגורים. אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית, החיים בחברה המערבית, אינם שונים במובן זה. העבודה היא הזירה המרכזית שבה מתחוללים החיים, מושקעות שעות ארוכות ורקמים קשרים חברתיים. לכן, ההזדמנות עבור אדם עם מגבלה פסיכיאטרית להשתתף בתעסוקה "ככל האדם" עשויה לשפר את איכות חייו לא רק מבחינה כלכלית אלא גם באמצעות הרחבת הפעילות האישית והקשרים החברתיים, חיזוק הערך עצמי, ניהול עצמי מוצלח של המחלה וההחלמה, ושילוב בתחומי החיים השונים (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Baldwin & Johnson, 1998; Tsang, Lam, and Odelia Leung, 2000; World Health Organisation and the International Labour

Organization, 2002). לעומת זאת, אבטלה (unemployment) ואי השתתפות בכוח העבודה (non-employment), עלולות להוביל לתלות, שעמום, ניכור, חוסר משמעות, חוסר אונים, חוסר סיפוק, אובדן ערך עצמי, ריחוק חברתי ועוני (Angell, Cook, and Kovac, 2005; Dooley, Catalano, and Wilson, 1994; Hinshaw, 2007; Voss, Nylén, Floderus, Diderichsen, and Terry, 2004; Warr, 1987).

הספרות המחקרית מצביעה כי שיעורי האבטלה ואי ההשתתפות בכוח העבודה של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות נעים בין 80 ל-90 אחוז (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Tsang, Lam, and Odelia Leung, 2000; Stefan, 1994). סטאפן טוענת לעומת זאת כי שיעורי התעסוקה למעשה גבוהים יותר מכיוון שלעתים אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בוחרים שלא לגלות את דבר מחלתם ומעדיפים לשמור זאת בסוד (Stefan, 2002).



מצבם התעסוקתי של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית

שנים רבות רווחה התפישה לפיה יכולתם של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית להשתלב בעולם העבודה בשוק החופשי היא נמוכה מאוד. אמונה זו נבעה מהתפישה לפיה הסימפטומים של המחלה ואופייה הכרוני פוגעים בתפקודי החיים השונים של האדם עם המגבלה ואינם מאפשרים לו לתפקד באופן סביר בעבודות בשוק החופשי. כתוצאה מאמונה זו, בשנות ה-50 של המאה הקודמת החלו להתפתח ברחבי העולם מסגרות תעסוקה "מוגנות", מרכזי שיקום וסדנאות לכישורי עבודה, שמטרתם היתה להקנות מיומנויות תעסוקתיות לאנשים עם המגבלה הפסיכיאטרית (דודאי, לייטנר ווקס, 2007).

בשנת 1987 הציגו Blanch ו- Anthony מודל ראשון של תעסוקה נתמכת אשר להבדיל מ"העבודות המוגנות", שבהן אדם עם מגבלה עובר שלבי הכנה ארוכים ואיטיים עד אשר הוא מוכן לתעסוקה בשוק החופשי, בתעסוקה נתמכת, האדם רוכש את הכלים ועובר את השלבים השיקומיים תוך כדי עבודה בשוק החופשי מהרגע הראשון שהוא מתחיל בתהליך השיקומי (Anthony & Blanch, 1987). התפתחות מודל זה ומודלים אחרים (למשל Individual placement and support של Becker & Drake, 2003) המרגשים את חשיבות העבודה בעולם מרכזי בתהליך השיקום וההחלמה, הובילו לשינוי במדיניות השיקום בעולם ובארץ (דודאי, לייטנר ווקס, 2007). שינוי זה משקף מעבר משמעותי מתפישה מערכתית חסרת תקווה לגבי אנשים המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטריות לתפישה ואמונה כי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מסוגלים למצוא, לשמור ולעבוד לאורך זמן בעבודות שונות בשוק החופשי. תפישה זו, הנגזרת מערכים של זכויות האדם בחברה דמוקרטית, כלולת את האמונה כי מתמודדים, כמו שאר בני האדם, זכאים לעבוד בעבודות עם עניין ואתגר ולהכנסה מינימלית על מנת ליהנות מאיכות חיים סבירה. אולם, למרות שינויים חיוביים אלה, תהליך המעבר ממרכזי כושר של עבודות מוגנות לתעסוקה נתמכת בשוק החופשי עדיין נמצא בראשיתו. שיעור האנשים עם מגבלה פסיכיאטרית אשר עובדים בשוק החופשי בישראל עדיין נמוך מאוד ונכונות המעסיקים להעסיק מתמודדים נמוך אף יותר (סקר מטעם נציבות שוויון לאנשים עם מגבלות, 2007).

על פי נתוני משרד הבריאות (שנתון סטטיסטי 2006, משרד הבריאות), נכון לחודש דצמבר 2005, ניתנו שירותי שיקום בקהילה ל-12,213 אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בישראל, מתוכם ניתנו שירותי תעסוקה ל-6,053 אנשים בלבד. שירותי התעסוקה כלילים עבודות "מוגנות" אשר מאופיינות בסוגי עבודות מונטוניות ובשכר זעום ועבודות במסגרת התעסוקה הנתמכת שמטרתן שילוב האדם בשוק החופשי. בטבלה 1 ניתן לראות את היחס של אלה המקבלים שירותי תעסוקה במסגרות המוגנות לעומת המסגרות המשולבות.

נתונים ממחקרים שנערכו ברחבי העולם בנוגע למצב התעסוקתי של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מעלים תמונה דומה של אבטלה ואי השתתפות בכוח העבודה. בארצות הברית למשל, רוב המחקרים מדווחים על 80-90 אחוז אבטלה בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (Drake, Fox, Leather, Becker, Musumeci, Ingram, and McHugo, 1998; McQuilken, Zahniser, Novak, Starks, Olmos, and Bond, 2003) לעומת רק 5.5 אחוזי אבטלה בקרב כלל הציבור (U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2008). זאת ועוד, ארבעה סקרי ייצוג ארציים שנערכו בארצות הברית גילו כי גם בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית שכושר עבודתם אינו נפגע כלל, היו עדיין שיעורי תעסוקה נמוכים (48-73 אחוז), זאת לעומת אנשים ללא מגבלה פסיכיאטרית (76-87 אחוז). (McAlpine & Warner, 2001; Mechanic, Bilder, and McAlpine, 2002). לבסוף, בסקר שנערך בארצות הברית בשנת 2003, ובו השתתפו 3,430 אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית, נמצא כי 66 אחוז היו מובטלים, ל-71 אחוז היתה הכנסה שנתית הנמוכה מ-20 אלף דולר ול-20 אחוז היתה הכנסה שנתית הנמוכה מ-5,000 דולר (Drake, Fox, Leather, Becker, Musumeci, Ingram, and McHugo, 1998).

נתונים אלה מצביעים כי אנשים רבים עם מגבלה פסיכיאטרית נמצאים מחוץ

אולם, גם כאשר אומדים את מספר האנשים אשר מסתירים את מחלתם, כאשר משווים אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית עם אנשים בעלי מגבלה אחרת (למשל, מוגבלות פיזית) ואו לאנשים ללא מוגבלות, הנתונים מצביעים בבירור כי שיעורי התעסוקה בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית נמוכים יותר באופן משמעותי הן מבעלי מגבלות אחרות והן מן האוכלוסיה הכללית (Trupin, Sebsta, Yelin, and LaPlante, 1997; Yelin, & Cisternas, 1997; Sturm, Gresenz, Pacula, and Wells, 1999). כתוצאה מכך, אבטלה, אי השתתפות בכוח העבודה ועוני הם מהבעיות הקשות ביותר העומדות בפני אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (Hall, Graf, Fitzpatrick, Lane, and Birkel, 2003; World Health Organization, 2002).

מהספרות המקצועית עולה כי אחת הסיבות לשיעור התעסוקה הנמוך של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות נובע מליקוי ביכולת העבודה בשל הסימפטומים של המחלה, או בשל תופעות הלוואי הקשות של הטיפול התרופתי (Scheid, 2005; Stefan, 2002). סיבה נוספת היא תופעת "מלודת קיצבת הנכות", שבה התנגית הכנסה נוספת מעבר לגובה מסוים על פני קיצבת הנכות מהווה תמריץ שלילי לצאת לעבודה (Cook, 2006; McQuilken, Zahniser, Novak, Starks, and Bond, 2006; Stuart, 2003). יחד עם זאת, אנשים רבים עם מגבלה פסיכיאטרית מבטאים כמיהה עמוקה לשוב למעגל העבודה ולהשתלב בקהילה מתוך שאיפה למימוש עצמי במשרה משמעותית. מעבר לסיבות שנמנו לעיל לגבי אחוזי התעסוקה נמוכים, ממצאים משמעותיים אחרים מראים כי גם לאחר סיוע כל הגורמים האפשריים (כטן, סימני מחלה, הטמעה חלקית של התעסוקה נתמכת, חוסר הכשרה של אנשי מקצוע בתחום, סטיגמה של אנשי המקצוע, חוסר נגישות לטיפול פסיכיאטרי איכותי ותמריצים שליליים), עדיין יש פער משמעותי בין מספר האנשים אשר יכולים פוטנציאלית להשתלב בשוק החופשי לבין המועסקים בפועל. עקב קיומו של פער זה ובעקבות מחקרים נוספים שנערכו על הסיגמה בעולם התעסוקה כלפי בעלי מגבלות פסיכיאטריות (להלן "מתמודדים"), נראה כי לסטיגמה ולאפליה תפקיד חשוב בשיעורי האבטלה ואי ההשתתפות בכוח העבודה של אוכלוסיה זו (Scheid, 2005; Stefan, 2002). בהמשך לכך, סטאפן מתארת תהליך אינטראקטיבי שבו מתמודדים הנחשפים לגילויים של אפליה במקומות עבודה, חווים ייאוש, חוסר אונים ורצון מופחת לחפש מקומות עבודה. כלומר, קיים מעגל קסמים שלילי בו מצד אחד המעסיקים אינם ששים להעסיק אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות מחד ומאידך המתמודדים עצמם נמנעים לחפש עבודה בעקבות חוויות שליליות של דחייה. מעגל זה תורם לאבטלה גבוהה, הגורמת באופן טבעי לפגיעה באיכות החיים של מתמודדים ולפגיעה במשק בעקבות תפוקה נמוכה או אפסית של אוכלוסיה זו והגברת הישענותה על קצבאות מהמדינה.

במאמר זה נסקור את מצבם התעסוקתי של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית ונביא ממצאים עדכניים בנוגע לעמדות ולהתנהגות של מעסיקים כלפי מתמודדים. לאחר מכן ננסה לבחון באמצעות הספרות המחקרית, באיזו מידה העמדות וההתנהגות של המעסיקים משפיעות על שיעור התעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. לבסוף, נדון בממצאים ונביא מספר המלצות לדרכי פעולה עתידית בנושא.

טבלה 1: מספר המועסקים בתכניות שיקום בשנים 2002, 2003 ו-2006

שנה	2002	2003	2006
מועדון תעסוקה	1,356	1,832	2,242
יחידות תעסוקה ושיקום ליד מרפאות	700	700	450
מפעל מוגן	1,653	1,816	2,559
תעסוקה נתמכת	672	843	1,286
מפעל מוגן מתוגבר	-	-	37
סה"כ	4,381	5,191	6,053

מתוך השנתון הסטטיסטי 2006, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות

כלתי נראית (כמו מגבלה פסיכיאטרית) אינם חושפים את התמודדותם עם מגבלה (Stefan, 2002) ולכן המעסיקים אינם יודעים כי הם מעסיקים אדם עם מגבלה.

סטיגמה ואפליה בעבודה כלפי אנשים עם מגבלה ותיג פסיכיאטרי

סטיגמה ציבורית היא אחד מהחסמים העיקריים לתעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (Cook, 2006; Corrigan, Larson, Watson, Boyle, & Stuart, 2006; Barr, 2006; Scheid, 2005; Stuart, 2006). בספרות המקצועית נהוג להבחין בין קבוצות הכוח השונות שלהן היכולת למנוע או לאפשר הזדמנויות חיים עבור אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. אחת מקבוצות הכוח המרכזיות בחברות המערביות היא קבוצת המעסיקים (Corrigan, 2004; Tal, Roe, and Corrigan, 2007). הסטריאוטיפים והדעות הקדומות של מעסיקים כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית עלולים להשפיע על קבלת ההחלטות שלהם בנוגע לקבלתם או המשך העסקתם. במילים אחרות, מעסיק המאמין, למשל, כי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית הם אנשים מסוכנים, בעלי תפקוד נמוך ועובדים לא אמינים, ימנע מלהעסיק אדם המוזהה עם קבוצה זו, ובכך ימנע הזדמנויות חיים משמעותיות לאדם עם המגבלה (טל, 2007). בספרות המקצועית יש עדויות רבות לכך שחלק מהמעסיקים מעדיפים לא להעסיק אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. במחקר שנערך לאחרונה בישראל, נמצא כי 35 אחוז מהמשתתפים אינם מוכנים לעבוד עם אדם עם מגבלה פסיכיאטרית, 52 אחוז אינם רוצים להעסיק אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית ו-72 אחוז לא היו רוצים כי הממונה עליהם יהיה אדם עם מגבלה פסיכיאטרית (שטרן, שרשבסקי, בירני אורבך, לכמן, וזבי, שגיב, 2007). במחקר נוסף נמצא קשר חזק בין דיווח של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית על סטיגמה במקום העבודה לבין אפליה בהכנסה, והכנסה נמוכה לעומת שאר העובדים (Baldwin & Marcus, 2006). בהמשך לכך, ממחקר בארצות הברית שבו נערכו ראיונות עומק בקרב צרכני בריאות הנפש בנוגע לחוויותיהם בעולם התעסוקה, עלה כי 32 אחוז מהמראיינים לא התקבלו לעבודה שאליה הוכשרו, ברגע שמחלתם התגלתה. כאשר הם כבר התקבלו והיטווריה הרפואית התגלתה, הצעות העבודה בוטלו (Wahl 1999a, Wahl, 1999b). בנוסף, נראה כי אבחון פסיכיאטרי עלול לפגוע בקידום של קריירה כיוון שהוא מעורר אפליה, כתלות בדרג או בסטטוס התפקיד. לדוגמה בבריטניה, 58 אחוז מהמעסיקים שהשתתפו במחקר דיווחו כי לעולם לא ישכרו לתפקיד ניהולי אדם אשר עם היסטוריה של דיכאון, זאת לעומת חמישה אחוזים שדיווחו זאת ביחס למשרה פקידותית (Nicholas, 1998). לבסוף, במחקר שנערך בניו זילנד, מתוך 785 נבדקים שהשתתפו במחקר והם בעלי מגבלה פסיכיאטרית, 266 נבדקים (34 אחוז) דיווחו על אפליה שהופנתה כלפיהם בעת שחיפשו עבודה, ו-246 נבדקים (31 אחוז) דיווחו כי חוו אפליה במסגרת עבודתם (Vaughan & Hansen, 2004). גם בקרב מתמודדים עם השכלה אקדמית הידועה כגורם המצמצם פערים בין רמות אבטלה של קבוצות מיעוט בהשוואה לאוכלוסיה הכללית, המצב אינו מעודד. במדגם ממחקר שנערך בארצות הברית, 43 אחוז מבעלי מגבלה פסיכיאטרית עם תואר אקדמי לא עבדו בהשוואה ל-13 אחוז בלבד עם אותו תואר אקדמי ללא מגבלה פסיכיאטרית (Kaye, 2002). כאשר משווים את היחס של המעסיקים לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בהשוואה לקבוצות מיעוט וקבוצות עם מגבלות פיזיות (לעומת השוואה עם האוכלוסיה ללא מגבלה), מוצאים כי גם כאן הפערים משמעותיים. כך למשל, במחקר שנערך בארצות הברית נמצא כי 68 אחוז מהמעסיקים השתדלו להעסיק אנשים המשתייכים לקבוצות מיעוט, 41 אחוז השתדלו להעסיק אנשים עם מגבלות על רקע פיזי ו-33 אחוז השתדלו להעסיק אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (Schied, 2005). לבסוף, בסקרים שהתמקדו במעסיקים במהלך חמשת העשורים האחרונים, נמצאה נטייה חזקה להביע עמדות שליליות יותר לגבי העסקה של עובדים בעלי מגבלה פסיכיאטרית, זאת ביחס לכל קבוצה אחרת של עובדים (Manning & White, 1995). במחקר שנערך בקרב

למעגל העבודה, וכך הם צריכים להתמודד לא רק עם ההשלכות החומריות הנגזרות ממצב זה, אלא גם עם ההשלכות הפסיכולוגיות הנגזרות ממנו. כך למשל, נמצא כי אבטלה פוגעת בביטחון העצמי, מובילה לבידוד חברתי, לריחוק ולייאוש (Kates, 1990). בנוסף לכך, אבטלה עלולה להיות גורם סיכון מרכזי לבעיות בבריאות הנפשית, החל מלחץ פסיכו-חברתי קל וכלה בדיכאון חמור ואף התאבדויות (Kates, 1990). מחקר שבדק יחסים בין אבטלה ומחלות פסיכיאטריות לאורך 150 שנה בניו יורק גילה כי קיים קשר חיובי חזק בין אבטלה לאשפוזים פסיכיאטריים (Brenner, 1973). במחקר אחר נמצא כי הסיכון היחסי לחלות בסכיזופרניה היה כמעט פי שמונה רב יותר בקרב אנשים הנמצאים ברבעון התחתון של הסטאטוס הסוציו-אקונומי לעומת אנשים ברבעון העליון וכפול מאלה שברבעונים האמצעיים (Draine, Salzer, Culhane, and Hadley, 2002).

במחקר שנערך לאחרונה בישראל נמצא כי 35 אחוז מהמשתתפים אינם מוכנים לעבוד עם אדם עם מגבלה פסיכיאטרית, 52 אחוז ולא רוצים להעסיק אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית ו-72 אחוז לא היו רוצים כי הממונה עליהם יהיה אדם עם מגבלה פסיכיאטרית

נראה כי הקשר בין אבטלה ואי השתתפות בכוח העבודה לבין בעיות וקשיים נפשיים מחוץ באופן שלילי כך שאדם השוקע לחיים של קושי ועוני נקלע גם לבעיות נפשיות קשות ולהפך. למשל, בראיונות איכותניים שנערכו בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בארצות הברית נמצא קשר דו-כיווני בין בעיות נפשיות ואבטלה: מצד אחד, בעיות פסיכיאטריות מנבאות אבטלה ומפחיתות שאיפות תעסוקתיות, ומצד שני, קשיים כלכליים מנבאים בריאות פיזית ונפשית לקויה, איכות חיים ירודה וסיכויים נמוכים לשיקום, החלמה והשתלבות בקהילה (Wahl, 1999a; Wahl, 1999b). מעגל זה יכול להסביר את העובדה כי האוכלוסיות המקופחות ביותר מבחינה כלכלית בעולם המערבי כוללות אנשים בעלי נכויות ובמיוחד אלה שמתמודדים עם נכות פסיכיאטרית (Ware & Goldfinger, 1997; World Health Organisation and the International Labour Organization, 2002).

כשליש עד מחצית מהאנשים עם נכות פסיכיאטרית מתקרבים למצב של עוני או מצויים בו. רמות ההכנסה שלהם לא מאפשרות להם סיפוק של צרכים בסיסיים למזון ומחסה, ויתרה מכך, אינן מספיקות למימוש צורכי השכלה, הכשרה מקצועית או חיפוש עבודה (Cook, 2006). בהמשך לכך, עוני מהווה גורם סיכון לאובדן מקום מגורים והירידות למצב של דרות רחוב (Stefan, 2002; Lehman & Cordray, 1993). לבסוף, הספרות מצביעה על קשר חיובי בין מצב סוציו-אקונומי נמוך לשיעורי תמותה גבוהים בהשוואה לאוכלוסיה הכללית. כשמדובר באנשים המאובחנים כחולים בסכיזופרניה, קשר זה חזק פי שניים (Allenbeck, 1989). ההסבר לכך הוא שאנשים עם סכיזופרניה הסובלים במקביל גם מעוני חשופים לתנאי תחלואה חמורים, ביחס לאחרים הנהנים ממצב כלכלי טוב יותר.

כאשר מנסים לאתר נתונים לגבי המצב התעסוקתי של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (או אחרת) בישראל, יש קושי רב לאתרם. לאחרונה, בסקר טלפוני אשר נערך בישראל וכלל מדגם מייצג של אוכלוסיית המעסיקים בישראל, נמצא כי 85 אחוז מהמעסיקים בישראל אינם מעסיקים אנשים עם מוגבלות. בפילוח של אנשים עם מגבלה שכן מועסקים נמצא כי יותר מ-50 אחוז מהמועסקים הם עם מוגבלות פיזית או מתניידים עם כיסא גלגלים, כ-25 אחוז הם עם מגבלה פסיכיאטרית ו-כ-25 אחוז עם מוגבלות שכלית או שמיעתית (סקר מטעם נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות, 2007). ממצא זה אמנם נותן תמונה מסוימת לגבי שיעורי התעסוקה בקרב אנשים עם מגבלה במשק הישראלי, אך כיוון שהנושא נבדק באמצעות דיווח של המעסיקים, ניתן לשער כי עובדים רבים עם מגבלה

סטודנטים לניהול מצאו שבהשוואה לנכויות אחרות, נכויות על רקע פסיכיאטרי מעוררות מידה רבה של חוסר נוחות ומרחק חברתי (Jones & Stone, 1995) משום שהפרעות אלו נתפשות כתוקפניות או מאיימות (Albrecht, Walker, and Levy, 1982). במחקר שערך השוואה בין המלצותיהם של מנהלים בדרג גבוה ומנהלים בדרג ביניים לגבי העסקה של מועמדים עם וכלי מוגבלות (מועמד משותק בפלג הגוף התחתון, מועמד בעל עבר של מחלת פסיכיאטרית ומועמד בריא), נמצא כי המועמד בעל העבר של מחלה פסיכיאטרית היה בעל סיכוי נמוך באופן משמעותי לקבל המלצה כזו, זאת ביחס למועמד בעל השיתוק (Drehmer & Bordieri, 1985). מתוצאות אלו נגזר כי כישורים אובייקטיביים אינם הגורם היחיד שמכריע האם תינתן המלצה לשכור אדם לעבודה, כלומר בהינתן שוויון בכישורים נתפשים, בכישורים אובייקטיביים ובהיסטוריה תעסוקתית, סוג הנכות השפיע על ההחלטה על איזה מועמד להמליץ לעבודה. בהמשך לכך, בסקר אודות ההשתתפות בכוח העבודה הבריטי, אנשים בעלי מגבלה פסיכיאטרית היו בעלי הסיכויים הנמוכים ביותר להיות פעילים מבחינה כלכלית ביחס לאנשים בעלי מוגבלויות פיזיות או נכות חושית (O'Hara, 2007); במחקר שנערך בבריטניה (Office for National Statistics, 2000) נמצא כי שמונה אחוזים מהאנשים עם נכות פסיכיאטרית היו מועסקים בהשוואה ל-52 אחוז בקרב אנשים עם נכות פיזית.

לנוכח נתונים אלה, לא קשה להבין כי רוב האנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מעדיפים לא לספר על מחלתם למעסיקים או לעמיתיהם לעבודה עקב החשש לאפליה בשלב הקבלה וכן בהמשך העסקה. העובדה כי רובם אינם מספרים על מחלתם עומדת להם לרועץ. הפחד מחשיפה והאנרגיות המושקעות בשימור "סוד ההתמודדות" אינם מסייעים בתפקוד בחיי העבודה ואינם מאפשרים לעמיתים ולממונים על האדם לסייע לאדם בשעת הצורך. מרוואה וג'ונסון (Marwaha & Johnson, 2005) מצאו כי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מאמינים כי חשיפת התמודדותם היתה מסייעת להם רבות בשמירה על מקום העבודה ועל יעילות עבודתם. בהמשך לכך נמצא כי גורם מרכזי להצלחה במקום העבודה הוא סביבת עבודה תומכת שבה המעסיקים והעמיתים לעבודה יודעים אודות ההתמודדות עם אתגרי המחלה ומשתדלים להיענות לצרכים המיוחדים של המתמודד (Stefan, 2002). ואכן, המחקר מצביע על כך שכאשר אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית ממשיכים את זכאותם להתאמות ותמיכה במקום העבודה, כושר הייצור שלהם עולה באופן משמעותי ולעתים משתווה לשאר העובדים במקום העבודה (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Scheid, 2005). אם כן, העדויות מהספרות המקצועית מצביעות על דעות קדומות שליליות ואפליה בעולם התעסוקה כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית, דבר הפוגע בסיכוי השילוב התעסוקתי של אוכלוסייה גדולה זו.

דין והצעות לקידום המחקר והפרקטיקה בתחום

אבטלה ואי השתתפות בכוח העבודה הן תופעות שכיחות ובעלות השלכות חמורות לחייהם של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. הסיבות לשיעורי האבטלה ואי ההשתתפות בכוח העבודה הגבוהים בקרב אוכלוסייה זו רבות ומגוונות, אך כפי שתואר לעיל, סטיגמה ואפליה של מעסיקים הן גורם חשוב לכך. בנוסף להשפעה הכלכלית השלילית של אבטלה, ניתן להצביע על השלכות שליליות נוספות הפוגעות בתהליך השיקום, ההחלמה והשילוב של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בתחומי החיים השונים (Cook, 2006; Stefan, 2002). כמו כן, שיעורי האבטלה ואי ההשתתפות בכוח העבודה פוגעים גם בתוצר הלאומי הגולמי, כיוון שעשרות אלפי עובדים פוטנציאליים אינם נוטלים חלק במעגל העבודה (World Health Organisation and the International Labour Organization, 2002). עובדה זו מתחדדת נוכח מחקרים שהראו שכאשר אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מקבלים תמיכה והתאמות במקום העבודה, כושר הייצור שלהם זהה, או כמעט זהה לשאר העובדים בארגון (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Scheid, 2005). בנוסף, פעמים רבות אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית משתדלים לשמור את מצבם בסוד, מתוך חשש שיפולו

בקבלה לעבודה או בקידום במקום העבודה. אלה שאינם יכולים להסתיר את המגבלה שלהם (למשל, בגלל קיבצה חודשית שהם מקבלים או בגלל שהם זקוקים להתאמות במקום העבודה על מנת לבצע את העבודה) על פי רוב מסתפקים בעבודות שאינן מתאימות להם. במקרים אחרים, הם מוותרים מראש על חיפוש מקום עבודה ובכך אינם מממשים את זכותם החוקית להתאמות במקום העבודה ואינם נהנים מהיתרונות הקיימים בהשתלבות במקום עבודה. מעסיקים לרוב אינם ששים להעסיק אנשים עם מגבלה ובפרט מגבלה פסיכיאטרית. הם חסרים את הידע לגבי זכאותם למימון התאמות במקום העבודה ובכך מפסידים כוח עבודה שעשוי היה לסייע לארגון (הן מבחינה כלכלית והן מבחינה ערכית). ניתן להניח כי חוסר מודעות וחשש מאפליה מגבירים ומזינים מצב של סודיות וחשאיות משני צידי המתרס - כך, עובדים או מועמדים לעבודה משתדלים לשמור על התמודדותם בסוד, ואילו מעסיקים נותרים חסרי עניין וידע ואינם מתמודדים עם סוגיות הנוגעות להעסקת אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. מיותר לציין כי מצב זה עלול לפגוע במאמצים הנעשים לאחרונה על ידי המדינה (למשל, תקנות ההשתתפות המדינה במימון התאמות לעובדים עם מוגבלות 2006 מתוקף חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 1998) לקדם את שוויון ההזדמנויות ואת שיעורי התעסוקה של אנשים עם מגבלה בשוק החופשי. עקב כך נראה כי יש מקום להתמקד ולחקור את מצב התעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית.

במאמר זה בחרנו להתמקד בתפקיד של הדעות הקדומות והאפליה של המעסיקים כלפי המתמודדים בשימור המצב הקיים. לנוכח העובדה כי רוב הנתונים שהצגנו אינם נאספו בישראל וכי המחקר בישראל בתחום זה זניח, אנו מציעים שלושה תחומים למחקר בשטח זה שחתירה בכיוון תאפשר צבירת ידע קריטי שעל בסיסו ניתן יהיה לפתח התערבויות למניעת אבטלה ועידוד תעסוקה בקרב אנשים בעלי מגבלה פסיכיאטרית.

המצב בישראל - דרושים חוקרים

מחקר בנוגע לאחוז האבטלה ואחוז ההשתתפות בכוח העבודה בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית - בישראל, לא קיים אומדן ארצי מקיף לשיעורי אבטלה ושיעורי ההשתתפות בכוח העבודה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. אמנם ידוע לנו מסקר שנערך לאחרונה על ידי נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות כי כ-85 אחוז מהמעסיקים אינם מעסיקים אנשים עם מוגבלות, אך אומדן זה נערך על ידי סקר טלפוני והתייחס להעסקה של אנשים עם מוגבלות באופן כללי.

אנו מאמינים כי יש צורך להשתמש בשיטות בדיקה מגוונות, מדויקות ואמינות יותר וכן להתמקד בבדיקת שיעורי האבטלה ושיעורי ההשתתפות בכוח העבודה בקרב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית באופן ממוקד. מחסור בנתונים אמין ומדויקים בנוגע למצב התעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בשוק העבודה בישראל מקשה על ההכרה בחומרת הבעיה ועל פיתוח אסטרטגיות למיגורה בקרב גורמים מוסדיים. בשלב ראשון ניתן למדוד את אחוזי האבטלה בקרב אלה המוכרים לרשויות הטיפול של שירותי בריאות הנפש ובקרב המוכרים לרשויות הממלכתיות המעניקות קיצבאות נכות בגין מגבלה פסיכיאטרית (למשל, במרפאות לבריאות הנפש, בבתי חולים פסיכיאטריים ובקרב בעלי בקיבצה של המוסד לביטוח לאומי או משרד הביטחון). בשלב שני, ניתן לכלול באומדן זה גם את אלה אשר אינם מוכרים לרשויות הטיפול הציבורי ולרשויות הממלכתיות, הנעזרים בשירותי טיפול חלופיים (למשל, פרטיים). ניתן לשער כי יש מספר לא מבוטל של אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית אשר מעולם לא אושפזו או ביקרו במרפאה ציבורית לבריאות הנפש ואינם מעוניינים בקיבצה מהמדינה (אבירם, זילבר, לרנר, ופופר, 1998), שיש צורך לנסות ולאתר על מנת לבנות אומדן מייצג של כלל ציבור המתמודדים המועסקים או שאינם מועסקים בשוק העבודה בישראל.

מחקר בנוגע לאפליה בתעסוקה כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית - בישראל, לא נערכו מחקרים שברקו אפליה כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בעולם

התעסוקה (למשל, אפליה בקבלה לעבודה או בקידום בעבודה) ויש מקום לקיים מחקרים שיספקו מידע לגבי אפליה בשוק העבודה. מחקר מסוג יכול להיערך בעזרת מדדים של דיווח עצמי (למשל, שאלונים, ראיונות עומק עם אנשים עם מגבלה שחוו אפליה בתעסוקה וסקרים) וכן באמצעות מדדים התנהגותיים (מבחנים אשר בודקים אפליה בפועל). שילוב של שתי המתודולוגיות יכול לספק מידע עשיר ורב כיווני. בעוד שמדדי דיווח עצמי יכולים לאמוד את ממדי האפליה והחוויה האישית של מי שנחשפו אליה, מדדים ההתנהגותיים יכולים לספק מידע ישיר על התנהגות מפלה, לאפיין את סגנונה ולאמת את הדיווחים העצמיים על אפליה כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית במשק הישראלי.

לאחרונה הוצעה מתודולוגיה חדשה לבדיקת התנהגות מפלה בתהליכי בחירת מועמדים לעבודה הנקראת "בחינת מצב של קבלה לעבודה" (Tal, Moran, Rooth, and Bendick, submitted). במתודולוגיה זו שולחים שני סטים של קורות חיים הוזהים מבחינה דמוגרפית ומבחינת השכלה להצעת עבודה מסוימת. באחד מקורות החיים מופיע פרט המרמז על כך שלאדם יש היסטוריה של מגבלה פסיכיאטרית (למשל, בסעיף הניסיון התעסוקתי, מצוין כי האדם עבד לפני מספר שנים במקום עבודה על כל העובדים מתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית) ובשני לא. שולחים זוגות רבים של קורות חיים כפי שתוארו (רצוי לפחות כ-50) למקומות עבודה שונים ועוקבים אחרי תגובות המעסיקים. במידה שמועמד עם קורות החיים ללא רקע עם מגבלה פסיכיאטרית מקבל הזמנות לראיון עבודה ואילו המועמד השני אינו מוזמן לראיון עבודה, ניתן להסיק כי הדבר נובע מאפליה.

ניתן לפתח מתודולוגיה מחקרית זו לשלב נוסף, שלב ראיון העבודה, כאשר שני המועמדים (שהם בעצם נסינים-שחקנים), מופיעים לראיון עבודה ומתעדים (טייפ או תיעוד בכתב) אותו. כך ניתן לבדוק ברמה של אינטראקציה בין-אישית האם היחס של המראיין למראיין שונה. שיטת זו יושמה בבדיקת אפליה כלפי קבוצות מיעוט בשוק העבודה בחו"ל (למשל, לטינים-אמריקאים, נשים, אנשים עם מגבלה פיזית ואנשים עם עודף משקל) (Bertrand, & Mullainathan, 2004; Bendick, Jackson, Reinoso and Hodges, 1991; Carlsson, & Rooth, 2007; Rooth, In Press; Ravaud, Madiot, and Ville, 1992 ותוקף גבוהים. לאחרונה, הוצע מודל ייחודי המותאם לאוכלוסיה של בעלי מגבלות פסיכיאטריות (Tal, Moran, Olof & Bendick, submitted).

מחקר בנוגע לחסמים של מעסיקים בנוגע להעסקת אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית – יש חשיבות מרכזית לאתר מהם החסמים הבסיסיים בקרב מעסיקים לגבי העסקה של עובד עם מגבלה פסיכיאטרית. איתור והבנת החסמים, אשר לעיתים עשויים להיות בלתי מודעים גם למעסיקים עצמם, יכולים להיעשות באמצעות עבודת שטח מעמיקה עם קבוצות של מעסיקים בעלי מכנה משותף (למשל, גופים מאתור סוג תעשייה, מעסיקים גדולים מול קטנים וכדומה), הן באמצעות כלים כמותניים (סקרים למשל) והן באמצעות כלים איכותניים (למשל, ראיונות עומק או קבוצות מיקוד).

מסקר שנערך לאחרונה על ידי נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות, ניתן לאתר מספר חסמים פוטנציאליים בקרב מעסיקים בכל הנוגע להעסקת אנשים עם מגבלה. כך למשל, 33 אחוז מהמעסיקים הודו שהם שקלו להעסיק עובדים עם מוגבלות אך לא רוצים "להסתבך איתם", 36 אחוז מהמעסיקים סבורים שעובדים עם מוגבלות מפריעים לעסק ותנאים תפוקה נמוכה יותר מעובדים אחרים, 43 אחוז מהמעוניינים לשלב עובדים עם מוגבלות אינם יודעים לאן לפנות כדי לגייסם ו-39 אחוז מהמעסיקים אינם סבורים שהעסקת עובדים עם מוגבלות יכולה לתרום לעסק שלהם. מן הצד האחר עולה כי יותר מחצי מהמעסיקים ציינו שהגנה עליהם בעת פיטורין של עובד עם מגבלה כתוצאה מאי התאמה, קבלת סיוע של המדינה להגנשת מקום העבודה לאנשים עם מגבלה, וליחוי של העובד עם המגבלה על ידי גורם שיקומי, יעודדו אותם לגייס אנשים עם מגבלה לארגון שלו (סקר מטעם נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות, 2007). ממצאים אלה מהווים דוגמה לחסמים אפשריים הקיימים בקרב המעסיקים וכן לכיווני התערבות אשר עשויים למתן חסמים אלה.

כאשר עורכים ממחקר מסוג זה חשוב לערוך מיפוי תת קבוצות בקרב המעסיקים לפי אפיונים שונים וזאת על מנת להגיע באופן הממוקד והמדויק ביותר לחסמים של כל תת קבוצה בעולם התעסוקה. למשל, ניתן לשער כי החסמים והצרכים של מעסיק מעולם ההיי-טק בנוגע להעסקת אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית יהיו שונים מהחסמים והצרכים של מעסיק מתחום המזון. החשיבות שבמיקוד ובהבנה של החסמים הספציפיים של כל תת קבוצה של מעסיקים נעוצה בכך שבשלב הבנייה של תכנית ההתערבות להסרת חסמים אלה, יש צורך להתאים לכל תת קבוצה התערבות ספציפית על מנת שהיא תהיה יעילה.

בניית ויישום התערבויות להגדלת הזדמנויות התעסוקה לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית – בעקבות תוצאות מחקר שיאתר את החסמים הספציפיים בכל תת קבוצה של מעסיקים, ניתן להצדיק מימון ולבנות תכניות התערבות ממוקדות שתמתנה את החסמים הקשורים בהעסקת אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית.

דוגמה להתערבות מסוג זה היא התכנית "מעסיקים רואים מעבר", שמטרתה הגדלת הזדמנויות התעסוקה לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. תכנית זו, אשר נבנית ומושמת על ידי עמותת "בחדרה טובה" – רואים מעבר" וארגון "בית אקשטיין", במימון הקרן למפעלים מיוחדים בביטוח הלאומי ומשרד הבריאות, עושה שימוש באסטרטגיות שונות לשיווק חברתי בקרב מעסיקים גדולים במשק הישראלי. בתכנית זו, המועברת על ידי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית, המעסיקים עוברים מפגש הסברה הכולל סיפור אישי של אדם עם מגבלה פסיכיאטרית בנוגע לחוויותיו (החיותיות והשליליות) בתעסוקה בשוק החופשי; העברת ידע בתחום בריאות הנפש ובתחום התעסוקה של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (למשל, עובדות מול מיתוסים בבריאות הנפש); מפגש ודין עם מעסיקים אשר מעסיקים בהצלחה אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית; וידע על הזכויות וההתאמות הניתנים למעסיקים ולמועסקים. בנוסף, נבנה פורום של מעסיקים ("פורום מעסיקים מיוחדים") אשר ישתתפו בפרייקט ויהיו את השגיריים שיסייעו בקידום הפרייקט בקרב מעסיקים נוספים. כחלק מבניית מועדון המעסיקים וכן כחלק מקידום מטרות הפרייקט, מתקיים קשר רציף ומשמעותי עם אמצעי התקשורת השונים וכן עם משרדי ממשלה המסייעים להבאת פוטנציאל הפרייקט מן הכוח אל הפועל. תכניות התערבות מסוג זה עשויות למתן את החסמים הרבים הקשורים להעסקת אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית (או אחרת) וליצור קרקע נוחה ובטוחה יותר לשילוב תעסוקתי משמעותי של אוכלוסיה זו.

לסיכום, חתירה לצמצום הסטיגמה והאפליה של המעסיקים כלפי אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית אמנם לא תפתור את כל בעיות התעסוקה של אוכלוסיה זו, אך עם זאת היא תאפשר הרחבת השתתפותם של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית אשר כרגע אינם מממשים את מלוא יכולתם בשוק העבודה, לא בגלל סימפטומים של מחלתם או ליקוי בתפקודם, אלא בגלל אפליה ודעות קדומות גרידא. הגיעה העת לנקיטת עמדה שונה מההתעלמות הנוכחית למצב קיומי בלתי אנושי זה. באמצעות מחקר ופיתוח התערבויות ניתן יהיה לפתח מודעות ציבורית, למגר פחדים בלתי מציאותיים ולקדם את החברה הישראלית לנאורות. שילוב תעסוקתי מוצלח של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית היא אחריות חברתית ומוסרית, אשר תוביל לשיפור איכות החיים, קבלה והעמקת הערכיות, לא רק של המתמודדים עצמם, אלא של פני החברה כולה.

אמיר טל, דוקטורנט בחוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה

והבריאות, אוניברסיטת חיפה. מייסד ומנהל עמותת "בחדרה טובה" – רואים מעבר".

עדי רינר, סטודנטית לתואר שני, החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי

הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה. יעקב סינגר, סטודנט לתואר שני, החוג

לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, מכון

"צוהר" – נתיב החלמה ושיקום. גליה מוזן, פסיכולוגית קלינית ופוסט דוקטורנטית

במרכז לשיקום פסיכיאטרי, אוניברסיטת בוסטון, מסצ'וסטס, בוסטון, ארצות הברית.

- אברם, א., זילבר, נילי, לורר, יעקב, וכופר, מ. (1998). חולי נפש כרוניים בישראל אומדן מספרם ומאפייניהם. בתוך: שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. עורכים: אברם, אורי, וגית יגאל. הוצאת צ'ריקוב: בריאות הנפש בישראל. שנתון סטטיסטי 2006. משרד הבריאות, ירושלים: ד"ר, לייטנר, ר., ווקס, ס. (2007). העבודה כמפתח להחלמה. בתוך: שיקום והחלמה בבריאות הנפש – פרקטיקה, מדיניות ומחקר. עורכים: הדס לידור, נעמי, ולכמן, מקס. הוצאת ליתוסטל, א. (2007). סטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. בתוך: שיקום והחלמה בבריאות הנפש – פרקטיקה, מדיניות ומחקר. עורכים: הדס לידור, נעמי, ולכמן, מקס. הוצאת ליתוסטל. <http://www.justice.gov.il/MOJHeb/Subjects/DohMugbalut2007.htm>
- שטרן, נ., שרשבסקי, י., בידי אורבך, א., לכמן, מ., זובי, ט., ושגיב, נ. (2007). סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. מאירס-ג'וינט – מכון ברוקליין, משרד הבריאות והמסכן הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- Albrecht, G., Walker, V., & Levy, J. (1982). Social distance from the stigmatized: A test of two theories. *Social Science & Medicine*. 16, 1319-1327.
- Allenbeck, P., (1989). Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophrenia Bulletin*. 15, 81-89.
- Angell, B., Cook, A., and Kovac, K. (2005). First-Accounts of Stigma. In: P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 69- 98). Washington DC: American Psychological Association.
- Anthony, W. A., & Blanch, W. (1987). Supported Employment for Persons who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.
- Anthony, W. E., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Baldwin M.L., Johnson W.G (1998). Dispelling the myths about work disability, in *New Approaches to Disability in the Workplace*. In: Thomason T, Burton J.F, Hyatt D.E. (Eds). Madison, Wis, Industrial Relations Research Association.
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (2003). *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Bendick Jr. M., Jackson C., Reinoso V. and Hodges L. (1991). Discrimination against Latino job applicants: A controlled experiment. *Human Resource Management*, 30, p. 469-484.
- Bertrand, M. & Mullainathan S. (2004). Are Emily and Greg more employable than Lakisha and Jamal? A field experiment on labor market discrimination. *American Economic Review*. 113, 991-1011.
- Brenner, M. H. (1973). *Mental illness and the economy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carlsson, M. & Rooth, D. (2007). Evidence of Ethnic Discrimination in the Swedish Labor Market Using Experimental Data. *Labour Economics*. 14, 716-729.
- Cook, J.A. (2006). Employment Barriers for Persons with Psychiatric Disabilities: Update of a Report for the President's Commission. *Psychiatric Services*. 57,1391-1405.
- Corrigan P.W. (2004). Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates. Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and the Chicago Consortium for Stigma Research.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., Watson, A.C., Boyle, M., & Barr, L. (2006). Solutions to Discrimination in Work and Housing Identified by People With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194: 716-718.
- Dooley D, Catalano, R., and Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Community Psychology*, 22(6):745-765.
- Draine J, Salzer MS, Culhane DP, and Hadley, T.R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 53:565-573.
- Drake, R.E., Fox, T.S., Leather, P.K., Becker, D.R., Musumeci, J.S., Ingram, W.F., and McHugo, G.J. (1998). Regional Variation in Competitive Employment for Persons with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 25 (5), 493-504.
- Drehmer, D. E., & Bordieri, J. E. (1985). Hiring decisions for disabled workers: The hidden bias. *Rehabilitation Psychology*. 30 (3)157-164.
- Hall, L.L., Graf, A.C., Fitzpatrick, M.J., Lane, T., and Birkel, R.C. (2003). Shattered Lives: Results of a National Survey of NAMI Members Living with Mental Illnesses and Their Families. TRIAD Report, NAMI, Arlington, VA.
- Hinshaw, S.P. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- Jones, W. E., & Stone, D. L. (1995). Perceived discomfort associated with working with persons with varying disabilities. *Perceptual and Motor Skills*. 81, 911-919.
- Kates, N. (1990) *The Psychosocial Impact of Job Loss*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kaye H.S. (2002). Employment and Social Participation among People with Mental Health Disabilities. Presented at the National Disability Statistics and Policy Forum, Washington, DC.
- Lehman A.F., Cordray D.S. (1993). Prevalence of alcohol, drug, and mental disorders among the homeless: one more time. *Contemporary Drug Problems*. 20,355-383.
- Manning C, White P.D.(1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin* 19, 541-543.
- McAlpine D.D, Warner L (2001). Barriers to employment among persons with mental illness: a review of the literature. Working Paper, Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research, Rutgers University.
- McQuillen, M., Zahniser, J.H., Novak, J., Starks, R.D., Olmos, A., and Bond, G. R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 18(1), 59-68.
- Mechanic, D., Bilder, S., and McAlpine, D.D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*. 21 (5), 242-253.
- Nicholas, G. 1998. Workplace Effects on the Stigmatization of Depression. *The Journal of Occupational and Environmental Medicine* 40(9), 793-800.
- O'Hara, M. (2007). Mental health and employment: the facts. *Society Guardian*. Available at: <http://www.guardian.co.uk/society/2007/nov/14/mentalhealth2>
- Office for National Statistics (2000) *Labour Force Survey*. London: Office for National Statistics.
- Ravaud J.-F., Madiot B. and Ville I. (1992). Discrimination towards disabled people seeking employment , *Social Science and Medicine*, 35, p. 951-958.
- Rooth, D. (In Press). Obesity, Attractiveness, and differential treatment in hiring - A Field Experiment. *Journal of Human Resources*.
- Scheid T.L (2005). Stigma as a barrier to employment: mental disability and the Americans with Disabilities Act. *International journal of Law and Psychiatry*. 28(6):670-690.
- Stefan, S. (2002). Hollow promises: Employment discrimination against people with mental disabilities. Washington, DC. American Psychological Association.
- Stuart H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current opinion in psychiatry*. 19, (5), 522-526.
- Trupin, N., Sebasta, T.S., Yelin, E.H., and LaPlante, M.P. (1997). Trends in labor force participation among persons with disabilities 1983-1994. *Disability Statistics Report* (10) Washington DC: U.S Department of Education, National Institute of Disability and Rehabilitation Research.
- Tal, A., Moran, G., Rooth, D-O, and Bendick, M (Submitted). Situation Testing: A New Methodology for Testing Employment Discrimination of Psychiatric Disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Tal, A., Roe, D & Corrigan, P.W.(2007). Mental Illness Stigma in the Israeli Context: Deliberation and Suggestions. *International Journal of Social Psychiatry*. 53(6). 547-563.
- Tsang, H., Lam, P, Ng, B, and Odella Leung, O. (2000). Predictors of Employment Outcome for People with Psychiatric Disabilities: A Review of the Literature since the Mid '80s. *The Journal of Rehabilitation*, 66 (2): 19-31.
- Trupin, N., Sebasta, T.S., Yelin, E.H., and LaPlante, M.P. (1997). Trends in labor force participation among persons with disabilities 1983-1994. *Disability Statistics Report* (10) Washington DC: U.S Department of Education, National Institute of Disability and Rehabilitation Research.
- Sturm, R., Gresenz, C., Pacula, R., and Wells, K. (1999). Labor force participation by persons with mental illness. *Psychiatric services*. 50:1407.
- U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, (2008), Bureau of Labor Statistics, (2008).
- Vaughan, G., & Hansen, C (2004). Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry*. 12 (2): 113-117.
- Voss, M., Nylén, L., Floderus, B., Diderichsen, F and Terry, P.D. (2004). Unemployment and Early Cause-Specific Mortality: A Study Based on the Swedish Twin Registry. *American Journal of Public Health*. 94, (12): 2155-2161.
- World Health Organisation and the International Labour Organization (2002). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. WHO publications, Geneva, Switzerland.
- Wahl O (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25, 467-478.
- Wahl, O (1999). *Telling Is Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- Ware N.C., Goldfinger S.M. (1997). Poverty and rehabilitation in severe psychiatric disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 21, 3-9.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Yelin, E.H & Cisternas, M.G., (1997). Employment patterns among persons with and without mental condition. In Bonnie, R.J., & Monahan, J. (Eds.) *Mental disorder, Work and the Law* (Chicago: University of Chicago Press, 1997).

שסעת בעין העדשה

סכיזופרניה, מתברר, מוכרת כרטיסים. על תיאור המחלה בקולנוע, השיטות הקולנועיות שבאמצעותן היא מומחשת ועל המדיום הקולנועי ככלי לצמצום הסטיגמות הנלוות למחלת הנפש

אורית בליצר- צור

אחת הסיבות האפשריות לפופולריות של סרטים בנושא סכיזופרניה היא שהם מציגים לקהלים מסוגים שונים את תופעת הסכיזופרניה אשר יחסית אינה מוכרת. למרות שאנשים רבים חוו סימפטומים רגשיים כדוגמת דיכאון או חרדה, הפרעות בתפישה ובמחשבה כמו בסכיזופרניה יכולות להיות קשות יותר להבנה עבור האדם הממוצע.¹⁹

במאמרו העוסק בלימוד והבנת הסכיזופרניה דרך סרטי קולנוע מסביר זאת המחבר, ד"ר רוזנסטוק, כך: "... סרטים מסחריים, אשר ערוכים באופן דרמטי - לעתים קרובות בליווי אפקטים אודיו-ויזואליים מיוחדים ומוגברים - עשויים לספק מעין 'חלון' וירטואלי יותר מקיף, תמציתי וזכיר לעולמה של הפסיכוזא, אשר לרוב מהווה חוויה רגשית שאנשים לא היו חווים בצורה אחרת".

בנוסף, סרטים העוסקים בנושא הסכיזופרניה משלבים בדרך כלל נושאים נוספים המושכים קהל, כמו השילוב של מחלת הנפש עם גאונות או עם אלימות. פסיכיאטר בריטי בשם סיימון וסלי (Simon Wessley) טען בעקבות הסרט "ניצוצות" כי "סרטים המשלבים גאונות, שואה, משפחות לא מתפקדות, מוזיקה, תחרות ומחלת נפש חייבים להצליח".²⁰

הכניסה לעולם הלא מוכר והמעט מפחיד של הסכיזופרניה, אשר מועברת לקהל הצופים בצורה חווייתית, יוצרת אם כך הצצה ולעתים אף הזדהות עם השונה ועשויה להיות מושכת ואי לכך "מוכרת כרטיסים".

מקרי מבחן: נפלאות התבונה (2001), ניצוצות (1996)

הסרט "נפלאות התבונה" (a Beautiful Mind) בבימויו של רון הווארד (Ron Howard), אשר יצא לאקרנים בשנת 2001,²¹ מספר על חייו של המתמטיקאי זוכה פרס נובל ג'ון נאש, אשר היה חולה סכיזופרניה. הסרט מבוסס על ספר באותו שם ותיאור המחלה בו שונה מעט מהתיאור בספר (שנאמן יותר למציאות), אולם עבודה זו תתייחס לסרט בלבד.

הסרט חוקר בדרמטיות את התפתחותה של סכיזופרניה והשפעתה על החולה, משפחתו וסביבתו, והוא אף מציג היטב כיצד דחק (במקרה של נאש, דחק התבטא פעמים רבות כדחייה) עלול להחרף סכיזופרניה.²²

נאש, מתמטיקאי מבריק, מתחיל להאמין כי סוכנות ממשלתית אפלה פנתה אליו על מנת שיייעץ לה בפענוח צופן מסובך. ככל שמחלתו מתקדמת, הוא נהיה מפוחד וזהיר יותר. הוא מתקשה לתפקד כראוי בעבודה ומפחיד את אשתו. שותפו לחדר בקולג' מתגלה כהויה מורכבת, ומסתבר כי אספקטים אחרים מחייו בנויים על מחשבות שווא של רדיפה, גדלות ויחס. מצבו משתפר במידה לאחר שהוא מאושפז ומטופל בתרדמת אינסולין ("Insulin Coma Therapy", ראו פירוש בהמשך) ובטיפולים נוספים. על אף שהוא ממשיך גם מאוחר יותר לסבול במידת מה מסימפטומים שליליים, הוא מצליח במאבקו להתקבל לקהילה האקדמית, והסרט מסתיים בנימה של ניצחון, כאשר נאש זוכה בפרס נובל.

מחלת הנפש סכיזופרניה (שסעת) היוותה לאורך השנים נושא אהוב על אנשי הקולנוע, אך האם ייצוגה של המחלה בקולנוע הוא מהימן, האם חירותו האמנותית של הקולנוען מרחיקה את ייצוגה של הסכיזופרניה ממאפייניה האמיתיים של המחלה, כיצד ומדוע מנסה הקולנוען להביע את תחושת החולה מול הצופה, והאם קיימת תחושה של הזדהות עם הגיבור החולה בעת הצפייה בסרט?

פסיכיאטריה בכלל וסכיזופרניה בפרט היו לאורך השנים נושא אטרקטיבי לסרטי קולנוע. מבחינה היסטורית, התקופה שבה הקולנוע הפך לבידור פופולרי (נוהגים לציין את נקודת ההתחלה שלה כהקרנת סרטם של האחים לומייר, Lumière Brothers, בשנת 1895) כמעט חופפת לתקופה שבה החלה פריחה משמעותית בתחום הפסיכיאטריה (הרצאותיו של קרפלין, Lectures on Clinical Psychiatry, ב-1894; פרסומו של זיגמונד פרויד, The Interpretation of a Scientific Psychology Project, ב-1895 ו-1900).¹⁶ את הופעתה הראשונה של הפסיכיאטריה בקולנוע בשפה האנגלית מייחסים לסרט Dr. Dippy's Sanatorium משנת 1906,¹⁷ ומאוחר יותר, בשנת 1924, ניסה המפיק סמואל גולדווין לשכנע את זיגמונד פרויד, ללא הצלחה, לחבור אליו לשם יצירת סרט מסחרי העוסק בפסיכואנליזה.¹⁸

בין הסרטים המשמעותיים אשר עוסקים בסכיזופרניה ניתן למנות את: The Cabinet of Dr. Caligari (1919), Bewitched (1945), Possessed (1947), The Snake Pit (1948), Through a Glass Darkly (1961), Persona (1966), Family Life (1971), I Never Promised You a Rose Garden (1977), Birdy (1984), An Angel at My Table (1990), The Fisher King (1991), Benny and Joon (1993) ויש כמובן עוד רבים אך קצרה היריעה מלפרט.

איור 1: תמונה מתוך הסרט "הקבינט של ד"ר קליגרי" (1919)



איור 3: מתוך הסרט "נפלאות התבונה", מבטו המיוחד של הגיבור בשל מחשבות שוא של רדיפה

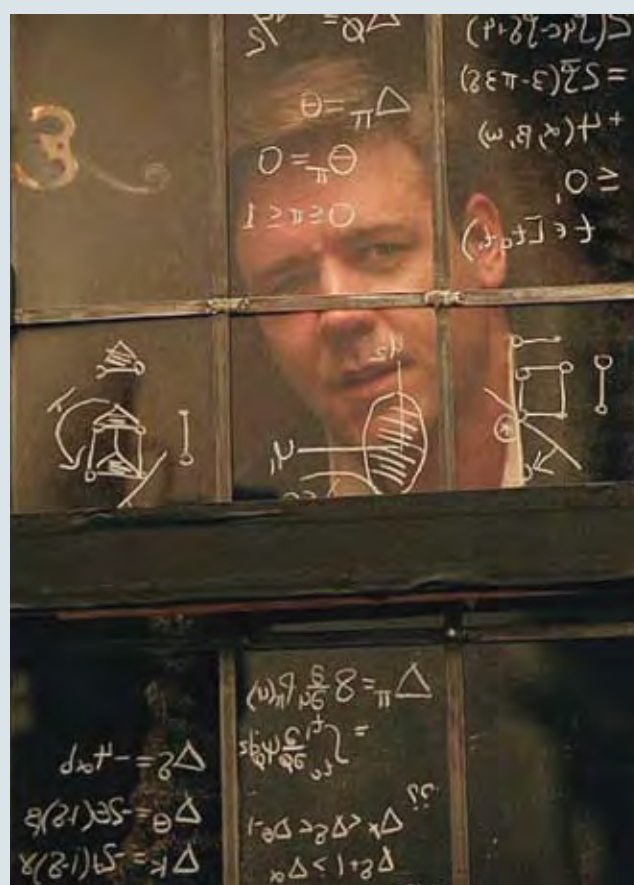


הסרט "ניצוצות" (Shine) בבימויו של סקוט היקס (Scott Hicks), אשר יצא לאקרנים בשנת 1996²⁸, מספר על חייו של הפסנתרן האוסטרלי המחונן דייביד הלפגוט, אשר היה אף הוא חולה סכיזופרניה. גם סרט זה מבוסס לכאורה על סיפור אמיתי, אם כי במקרה זה הדעות חלוקות אף יותר באשר למידת האמינות של הסרט אל מול הסיפור האמיתי, ואחותו של הלפגוט אף כתבה ספר המכחישי חלקים מהותיים ביותר בנראטיב של הסרט²⁹.

איור 4: כרזת הסרט "ניצוצות" (1996)



איור 2: תמונה מתוך הסרט "נפלאות התבונה" (2001), הגיבור לפני חשיפת מחלתו



חלקים רבים בסרט המציגים את הפן הקליני, בעיקר בכל הנוגע לחייו של המטופל ומשפחתו עם מחלת הסכיזופרניה, נדמים כנכונים²³. הפקת הסרט לא הזניחה כלל את הפן הפסיכיאטרי המקצועי של הסרט ובין היתר שכרה את מקס פינק (Max Fink), פרופסור לפסיכיאטריה, על מנת שישמש כיועץ מקצועי עבור הפקת הסרט²⁴. על אף היותו הוליוודי במונחים של הפקה, כוכבות והפצה, הסרט נמנע מהצגת קלישאות ומסוים לא ריאליסטי, כפי שפעמים רבות חוטאים סרטים אחרים העוסקים בנושא הסכיזופרניה.

מאידך, ל"נפלאות התבונה" יש גם נקודות חולשה: חולים רבים אשר צפו בסרט טענו כי חלקים רבים בסיפור נדמים לא מציאותיים ובעיקר ההגעה להישגים גבוהים למרות המחלה, התמיכה ללא גבולות מצד המשפחה וההצלחה הגדולה (יחסית) בהשתלבות החולה חזרה בחברה²⁵. רופאים תהו באשר לטבעם של הסימפטומים המוצגים סרט, שכן הזיות של ראייה ושל שמיעה המופיעות כבעלות צורה ממשית, אינטראקטיבית ובעלות יחס, אינן נפוצות²⁶. על אף שהסרט מבוסס על סיפור אמיתי, הורה הבמאי כי לצורך יצירת דרמטיות השתמש בחירותו האמנותית, מה שעלול להעלות בצופה ספקות באשר למה מהמוצג בסרט עליו להאמין. כך לדוגמה, תיאור הטיפול באמצעות "Insulin Coma Therapy" אינו מדויק היסטורית²⁷ וכך גם מצבו המשפחתי של נאש: במציאות אשתו התגרשה ממנו. וכך, למרות שהסרט ביקש לתת תקווה ולהקטין את הסטיגמה המוטלת על חולי סכיזופרניה, אנשים רבים, ובעיקר חולי סכיזופרניה, הביעו דאגה כי הסרט עשוי להוביל דווקא לכיוון ההפוך ולגרום למשפחותיהם ציפייה מוגזמת, לפיה יקיריהם החולים מסוגלים לזכות בפרס נובל.

איננה החלמה מלאה אלא מידה של השתלבות בחברה. כך לדוגמה, מיוצגת הקבלה האידיאלית חזרה לחברה במקרה של ג'ון נאש ב"נפלאות התבונה" בטקס קבלת פרס נובל, אם כי ההחלמה היחסית מאוזכרת באמצעות הדמויות המופיעות בהזיותיו של נאש. כך גם מוצגת ההחלמה היחסית של דייוויד הלפגוט ב"ניצוצות" באמצעות חזרתו לחברה וחיייו המשותפים עם אשתו השנייה.

הצגת התהליך הטיפולי, לעומת זאת, לוקה לעתים בחסר. כך לדוגמה, בסרט "נפלאות התבונה" מתואר הטיפול באמצעות תרדמת אינסולין ("Insulin Coma Therapy") בצורה שאינה מדויקת היסטורית³³. בנוסף, אחת הטענות³⁴ כלפי הסרט נוגעת לסצינה מרכזית שבה הגיבור משוחח עם אשתו, הרוחקת בו לשוב לטיפול. נאש, אשר זוכר את החוויה האיומה של הטיפול באמצעות שוק-אינסולין, מסרב לחזור לטיפול מסוג זה ואף מסרב לשוב לטיפול תרופתי אשר גורם לו תופעות לוואי (טשטוש המחשבה והעדר חשק מיני). הוא טוען כי ביכולתו להתגבר על הסכיזופרניה בכוחות עצמו ואשתו תומכת בהחלטתו. סצינה זו יכולה לגרום לצופה לחשוב כי הרבה כוח רצון ומשפחה תומכת מספיקים על מנת להתגבר על מחלת הסכיזופרניה, בעוד שכמובן במציאות, ברוב המקרים אין די בכך.

סימפטומים נדירים מצטלמים טוב יותר

כפי שכבר צוין בפרקים הקודמים, הזיות של ראייה אינן נפוצות כמו הזיות של שמיעה, דבר שאולי ניתן היה להסיק בהתחשב בחיבתם של במאים וכותבים לסימפטום זה.

בסרט "נפלאות התבונה" מוצג הגיבור ג'ון נאש כמי שסובל מהלוציניציות ראייה. הדמויות שהוא במסגרת הזיות אלו מוצגות לנו עם התפתחות העלילה: בתחילה שותפו לחדר, צ'ארלס, לאחר מכן אחייניתו של צ'ארלס, מוסי, ולבסוף כמובן דמותו של מפעילו בסוכנות הביון, פרצ'ר. כל זאת, למרות שבמציאות נאש כלל לא סבל מהזיות של ראייה אלא מהזיות של שמיעה³⁵.

איור 6: מתוך הסרט "נפלאות התבונה", דמות הסוכן החשאי פרצ'ר, בטרם מתגלה כי מדובר בהזיה בלבד



ניתן כמובן להסביר את משיכתם של קולנוענים להצגת הזיות של ראייה באופיו של המדיום. קולנוע, מעצם טבעו, מתאים יותר להעברת תחושות, רגשות ואף הפרעות באופן ויזואלי מאשר באמצעות שמע. כך, על אף שמדובר בסימפטום נדיר יותר, ולעתים למרות שהסיפור הקולנועי מתבסס על מקרה אמיתי כמו ב"נפלאות התבונה", טבעי יותר להציג את המחלה ולהעביר את תחושותיה באמצעות הדגשת הסימפטומים החזותיים על פני הסימפטומים השמיעתיים.

הנצחת תפישות שגויות

כפי שכבר תואר, לסרטים יש את הכוח לתאר בצורה בהירה את מהלך המחלה

הסרט "ניצוצות" מדיגש שני פנים מהותיים במחלתו של הגיבור: הפן הראשון הוא התפרצות והחמרה של המחלה בעקבות דחק הנובע מחינוך נוקשה וקיצוני, אולי אף מתעלל, של אביו ניצול השואה של הגיבור, אשר מנתק אותו מחברת בני גילו ומכריח אותו להתאמן בנגינה בפסנתר שוב ושוב עד שאצבעותיו זכות דם. הפן השני הוא ההחלמה. תהליך ההחלמה בסרט מוצג כאפשרי בזכות היכרותו של הגיבור עם רעייתו השנייה.

בסרט מוצג הטיפול שניתן להלפגוט, טיפול בהלם חשמלי, בגישה יחסית נייטרלית לעומת סרטים אחרים המציגים טיפול זה באור שלילי ביותר³⁰. עם זאת, ניתן לראות באחת הסצנות סימן לחששו של הלפגוט מהטיפול: בסצינה לבוש הגיבור בחליפה מיוחדת לצורך הטיפול בהלם חשמלי ונשמע צלצול טלפון. אביו של הלפגוט מרים את הטלפון ומנתק לאחר שהלפגוט מזדהה. המשמעות החבויה היא כי הלפגוט קיווה כי אביו יציל אותו מהטיפול בהלם חשמלי, אך ללא הועיל³¹.

איור 5: מתוך הסרט "ניצוצות", דמותו של דייוויד הלפגוט בצעירותו



שני הסרטים, אם כן, עוסקים בחולי סכיזופרניה אשר הם גאונים בתחומם. מסיבה זו נמתחה עליהם ביקורת מצד גורמים מקצועיים בתחום בריאות הנפש, מחשש שמא חולים הצופים בסרטים עשויים להזדהות עם הדמות ולחוש כי הגאונות היא חלק מהמחלה ולפיכך התרופות עשויות לפגוע בגאונות בעת שהן מחלישות את הסימפטומים של המחלה³².

שני הסרטים זכו להצלחה קופתית מרשימה יחסית למידת ההשקעה בכל אחד מהם (שבמקרה של "נפלאות התבונה", כמובן, גדול בהרבה מזה של "ניצוצות") וכן להערכת המבקרים. "נפלאות התבונה" זכה בארבעה פרסי אוסקר וכן ב-27 פרסים אחרים והיה מועמד לעוד 48 פרסים. "ניצוצות", אשר חשוב להזכיר שאינו סרט אמריקאי, זכה בפרס אוסקר אחד וב-38 פרסים אחרים והיה מועמד לעוד 34 פרסים.

הצגת הטיפול וההחלמה: מהו סוף טוב?

לסכיזופרניה מצבים של הפוגות והחמרות והחולים מסוגלים, בחלק מהמקרים, לבנות לעצמם חיים חברתיים, אולם החלמה מלאה לאורך זמן איננה קיימת. לפיכך, גם בסרטים המייצגים נאמנה את המציאות, המשמעות של "סוף טוב"

הסימפטומים של סכיזופרניה. עם זאת, לעתים קרובות לוקים סרטים בחוסר דיוק ובכך מנציחים תפישות שגויות הקיימות בציבור באשר למחלות נפש בכלל ולסכיזופרניה בפרט.

איור 7: כרזת הסרט "אני, עצמי ואיירין" (2000) המדגישה כי מדובר בהפרעת זהות מנותקת



אחת השגיאות הנפוצות ביותר היא הבלבול בין התופעה המכונה "פיצול אישיות" או "הפרעת זהות מנותקת" (Multiple or Split Personality או personality Disorder) לבין סכיזופרניה. בלבול שכזה ניתן לראות לדוגמה בסרטם של האחים פארלי מ-2000, "אני, עצמי ואיירין" (Me, Myself and Irene). בקומדיה זו מתואר הגיבור, המגולם על ידי השחקן ג'ים קארי (Jim Carrey), כאדם הנחיה "Schizo" (כינוי לסכיזופרן) בעקבות נטישתה של אשתו, בעוד התסמינים המתוארים בסרט מתאימים דווקא למצב של הפרעת זהות מנותקת³⁶. מסיבה זו זכתה הקומדיה, שאף מציגה את ההפרעה בצורה ליצנית ואולי אף נלעגת, לביקורות רבות, ובין היתר נאמר עליה כי היא "נעדרת דיוק, רגישות ועדיניות כמעט באופן מוחלט"³⁷. כמו כן נשמעה הטענה כלפי הסרט כי הוא מציג סכיזופרנים כאלילים, בעוד שבמרבית המקרים אין הדבר כך³⁸.

בנוסף, מתוך הצורך של היוצרים בחופש אמנותי ולעתים גם מהעדר ייעוץ מקצועי מספק, נעשות לפעמים בסרטים שגיאות (כדוגמת ההצגה הלא מדויקת של תרפיה בהלם אינסולין). אלו עלולות לחלחל לתודעת הציבור, אשר לעתים תופש את המוצג בקולנוע כאמת ובעיקר אם הסיפור עליו מבוסס הסרט הוא סיפור אמיתי.

הבעת התסמינים באמצעים קולנועיים

על מנת להעביר בצורה ברורה את אופי המחלה משתמשים קולנוענים בשיטות שונות: אפקטים חזותיים, אפקטים שמיעתיים, טקסט ומשחק. פרק זה לא מתייחס לכל סוגי התסמינים האפשריים בסכיזופרניה אלא לכאלה אשר תופסים מקום מרכזי בסרטים השונים שנבחנו בעבודה זו: הלוצינציות ראייה – הזיות של ראייה הן אולי התסמין ה"מתאים" ביותר להצגה בקולנוע, בשל אופיו היוצאני של המדיום, ועל כן כנראה הן

תופסות מקום מכובד יותר בייצוגה הקולנועי של הסכיזופרניה מאשר בקרב החולים במחלה עצמה.

בסרט "נפלאות התבונה", הבמאי רון הווארד בחר להציג בפני הצופים את הזיותיו של נאש מבלי להבהיר כי אכן מדובר בהזיות. גישה זו מאפשרת לצופה להזדהות עם החולה, שכן הגבול בין מציאות להזיה מיטשטש והצופה אינו יודע להבחין אילו מהדמויות אמיתיות ואילו, כדוגמת צ'ארלס, שותפו לחדר של נאש, הן פרי מוחו של הגיבור. גישה זו זכתה לעתים לביקורת, משום שהיא משטה בצופה, לעתים באופן מוגזם (כאחת הסצינות דמותו של צ'ארלס מכה את נאש)³⁹.

לאחר שהצופה "מגלה" כי דמויות אלו היו פרי מוחו של נאש בלבד, הן מסמלות למעשה התפרצות מחודשת של המחלה. כך לדוגמה, בסצינה מותחת במיוחד, משאירה אליסיה (אשתו של נאש) את בנם התינוק באמבטיה עם ברז זורם מתוך מחשבה כי בעלה משגיח עליו. אז מסתבר לצופה כי נאש עוד סובל מהזיות, כאשר הוא משאיר את בנו התינוק ב"השגחת" שותפו לחדר בקולג', שהוא כאמור הזיה בלבד. הטרדיה נמנעת רק בזכות אשתו של נאש, שמגלה כי מצבו הידרדר וממהרת להציל את התינוק.

הלוצינציות שמיעה – הזיות של שמיעה הן, כפי שכבר פורט לעיל, הסוג הנפוץ יותר של הזיות. אף על פי שהקולנוע מטבעו הוא מדיום ויזואלי, קולנוענים מצאו דרכים יעילות להעביר לצופה את תחושת ההזיה השמיעתית.

כך לדוגמה, בסרט "Clean, Shaven" מאת ובכימויו של לודג' ה. קריגן (Lodge H. Kerrigan) אשר יצא לאקרנים בשנת 1995, נעשה שימוש עוצמתי ביותר באפקטים קוליים על מנת לתאר סימפטומים של סכיזופרניה. קהל הצופים נאלץ להאזין באי נוחות לעיוותים קוליים מתמשכים ולרעש רקע של רדיו המדמים הזיות (הלוצינציות) של שמיעה⁴⁰.

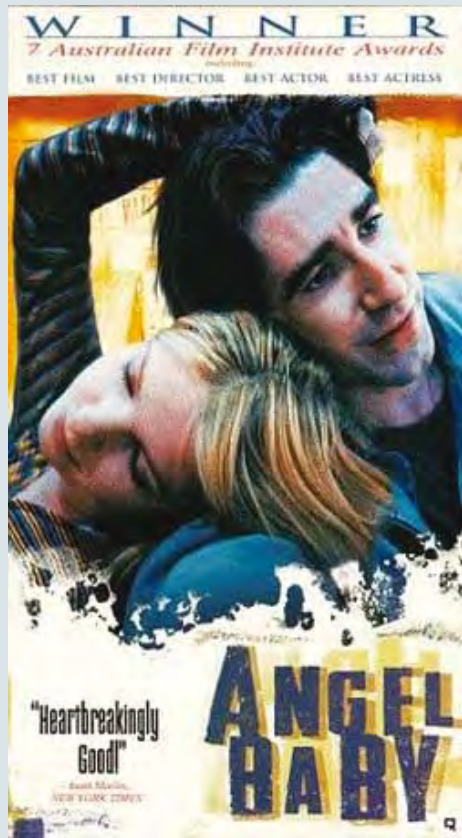
אפקטים קוליים יוצרים, אם כן, פחות הזדהות עם החולה מאשר אפקטים ויזואליים, שכן באפקטים ויזואליים נוצרת תחושה של חוויה משותפת – גם הצופה וגם החולה רואים את הדמות שבהזיה. אפקט קולי, לעומת זאת, עלול להיות מטריד עבור הצופה שכן הוא איננו מסוגל לראות את מקור הקול.

איור 8: כרזת הסרט "Clean, Shaven" (1995)



דוגמה נוספת למחשבות שווא של ייחוס ואולי מובהקת יותר, ניתן למצוא בסרטו של הבמאי מייקל רימר (Michael Rymer) משנת 1995, "Angel Baby". בסצנה המדוברת הגיבורה קייט צופה בטלוויזיה בתכנית "גלגל המזל", באישה בשם אסטרל, ואומרת בקול: "אסטרל שולחת לי מסרים שאף אחד אחר לא מסוגל להבין"⁴⁴.

איור 10: כרזת הסרט "Angel Baby" (1995).



מעבר לאפקטים אודיו-ויזואליים שונים ולטקסטים המושמים בפיהן של הדמויות, יש מקום חשוב ביותר גם למשחק. פרשנותו של השחקן את מצבה ורגשותיה של הדמות, כמו גם היכרותו עם מחלת הסכיזופרניה וכיצד היא מתבטאת, יכולה להיות חשובה ולעתים אף מכרעת בסרט העוסק בסכיזופרניה. כך לדוגמה בסרט "נפלאות התבונה", השחקן ראסל קרואו (Russell Crowe), אשר מגלם את הגיבור ג'ון נאש, מעביר באמצעות משחק כבר מתחילת הסרט ניואנסים המאפיינים לעתים חולי סכיזופרניה במציאות: מבט מרוחק, לחיצות יד משונה, רגישות לדחייה, מראה מרושל, הצעות חשדניות וכן הלאה⁴⁵.

לסיכום, בעבודה זו ביקשתי לבחון מהי סכיזופרניה וכיצד היא מיוצגת בקולנוע. לצורך כך גיליתי כי עלי ללמוד לעומק אודות המחלה. מצאתי כי מעטים הסרטים אשר מציגים טעויות משמעותיות (אם כי גם כאלו יש, כפי שפורט אודות תפישות שגויות). מרבית הסרטים שבחנתי מדויקים בהצגת ובייצוג המחלה, למעט שגיאות קלות, לרוב בהקשר להצגת הטיפול. מאחר שהצגת המחלה ככלל היא לרוב מדויקת, ניתן לראות כי הסרטים השונים שמים דגש שונים על אספקטים שונים של המחלה. חלקם, כדוגמת "נפלאות התבונה", מבקש ליצור הזדהות של הצופה עם חוסר היכולת של החולה להבחין בין המציאות לבין פרי מוחו. אחרים, כמו "Clean, Shaven",

אובדן קשר עם המציאות – אובדן קשר עם המציאות מיוצג לרוב באמצעות אינטראקציה של הדמות החולה עם דמויות אחרות, דרך מונולוג או דיאלוג. כך לדוגמה בסרט "ניצוצות" (Shine), השחקן ג'פרי ראש, המגלם את הגיבור דייוויד הלפוט, מדגים בטקסטים מצב של מחשבה לא סדורה ודיבור לא מאורגן (הטקסט המובא כאן אינו מתורגם על מנת שלא לפגוע במקצב ובהריון): "I remember Margaret. She called me a pig. All very complicated; Complicated in Israel, a battleground. A war zone. What a bore it's a war... War"⁴¹.

מחשבות שווא של רדיפה – בהעדר אפשרות ויזואלית אמיתית לתאר את מחשבותיו של הגיבור (בניגוד להזיות, אשר ניתן להציגן באמצעים אודיו-ויזואליים כפי שפורט לעיל), מחשבות שווא מתוארות בקולנוע באמצעות הפועל היוצא שלהן – מעשים.

כך לדוגמה, בסרט "Clean, Shaven" (1995) שהוזכר לעיל, קהל הצופים נאלץ לצפות באי נוחות בסצנה המתארת את הגיבור, פיטר וינטר (Peter Winter), מנסה לשלוף מקרקפתו ומתחת לציפורניו את מה שהוא מדמיין כמשרדים זעירים שהושללו תחתיה⁴². גם בסרט "נפלאות התבונה", הגיבור נאש מנסה לחמוק ממה שהוא מדמיין כמעקב של אנשי הביון וניסיון לפגוע בו. **מחשבות שווא של ייחוס** – מחשבות שווא של ייחוס הן, כאמור, רעיון (שאינו מעוגן במציאות) לפיו לאירוע סביבתי נייטרלי כלשהו יש משמעות אישית המכוננת במיוחד אל החולה. כך לדוגמה, בסרט "נפלאות התבונה" מחפש הגיבור ג'ון נאש צפנים המסתתרים בכתבים יומיומיים כדוגמת עיתונים, מגזינים וכדומה. פרופסור לניויר-פסיכיאטריה, אשר בחן את הסרט וכתב על התהליך הפסיכו-פתולוגי שמאחורי מחשבות השווא של נאש, הסביר: "עבור אדם המסוגל לנסח נוסחה מתמטית על מנת לתאר התנהגות הנראית לכאורה אקראית, ואשר מסוגל לצמצם אינטראקציה אנושית לכדי חוקי משחק, היה זה אך צעד קטן לראות דפוס בשטף האקראי של עיתונים ומגזינים – הודעות מוסתרות ממרגלים סובייטים, אזהרות ממלחמת גוג ומגוג"⁴³.

איור 9: סצנה מתוך "נפלאות התבונה", בה מחפש הגיבור צפנים בעשרות עיתונים ומגזינים.



מדגישים את הפן ההתנהגותי של החולה, ואחרים, כמו "ניצוצות", מדגישים את תהליך ההחלמה ואת הפן החברתי.

לעתים היוצרים, במטרה להגדיל את תחושת ההזדהות של הצופה עם הגיבור, מסתירים מידע חלקי מהצופה (הצופה הוא לכאורה "יודע כל", אך לא באמת). גישה זו זכתה לביקורות בהקשר של הסרט "נפלאות התבונה", אולם לתפישתי מדובר באמצעי קולנועי מצוי להעברת תחושותיו של הגיבור, כמו לצופה, שאין לו בשלב זה של מחלתו יכולת להבחין בין הזיה למציאות.

הצגת המחלה בקולנוע היא כזו אשר משתדלת שלא לחטוא לאמת, אולם לעתים עושה זאת בשם חופש אמנותי או בשם הרצון ליצור "סוף טוב",

במצב שבו אין באמת אף פעם סוף טוב. אך חשוב מכך, הצגת המחלה במרבית המקרים, או לפחות בסרטי מתח או דרמה, היא כזו שעשויה לצמצם את הסטיגמות הנלוות למחלת הנפש. ובנימה אישית יותר, אני מקווה שהיא אכן עושה זאת.

(מאמר זה הינו עיבוד של עבודת סמינר שהוגשה במסגרת הקורס "המח והחושם", בהנחיית ד"ר ורד אביב. המאמר פורסם לראשונה בגיליון מס' 9 של "הפרוטוקולים", כתב העת המקוון של המחלקה להיסטוריה ותיאוריה בבצלאל: <http://bezalel.secured.co.il>)

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

- יאנקו, י. שטראוס, י. קוטלר, מ., סכיזופרניה, בתוך פסיכיאטריה – פרקים נבחרים, עורכים פרופ' אבי ויצמן וד"ר איתן נחשוני, אאורורה פרסומים רפואיים, 2004.
קרטון רוברט, בוצ'ר ג'יימס, מינקה סטון, פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, תרגום: אורית פרידלנד, האוניברסיטה הפתוחה, תל אביב, 2001, עמ' 745-681.
American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
Byrne, P., Schizophrenia and the Cinema: Me, Myself and Irene, Psychiatric Bulletin, (24), 2000.
David, A. Reviews: "A Beautiful Mind", BMJ, (324:491), 2002.
Green, B. (ed.), Psychiatry and the Cinema, Priory Medical Journals (online), <http://www.priory.com/psych/psycinema.htm>, 2002.
Hyler, S. H., Stigma Continues in Hollywood, Psychiatric Times, (Vol. 20 no. 6), 2003.
Jones, Susan, A Beautiful Mind (With a Brain Disorder), Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XVI, No. 3, 2002.
Keltner, Norman L., Real Reels- A Beautiful Mind, Perspectives in Psychiatric Care (Vol. 43, No. 2), 2007.
Moore, Jefferson, Handbook of Medical Psychiatry, 2nd ed., Chapter 67.
Rosen A, Walter G, Politis T, Shortland M., From shunned to shining: doctors, madness and psychiatry in Australian and New Zealand cinema. The Medical Journal of Australia, (167), 1997.
Rosen, A. Walter, G., Way out of tune: lessons from Shine and its exposé, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, (34), 2000.
Rosenstok, J, Beyond a Beautiful Mind: Film Choices for Teaching Schizophrenia, Academic Psychiatry, (27:2), 2003.
Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., synopsis of psychiatry, tenth edition, Lippincott Williams & wilkins, Philadelphia, 2007.
Walter, G., McDonald, A., About To Have ECT? Fine, but Don't Watch It in the Movies: The Sorry Portrayal of ECT in Film, Psychiatric Times, 2004.
Welch, Mark, Shine: Still a glittering moment, or now a little bit tarnished?, International Journal of Mental Health Nursing, (16), 2007.

מקורות נוספים:

- Internet Movie Database: "A Beautiful Mind", <http://us.imdb.com/title/tt0268978/>, 2007
Internet Movie Database: "Shine", <http://us.imdb.com/title/tt0117631/>, 2007
1. רא: יאנקו, י. שטראוס, י. קוטלר, מ., סכיזופרניה, בתוך פסיכיאטריה – פרקים נבחרים, עורכים פרופ' אבי ויצמן וד"ר איתן נחשוני, אאורורה פרסומים רפואיים, 2004, עמ' 38-35.
2. See: Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., synopsis of psychiatry, tenth edition, Lippincott Williams & wilkins, Philadelphia, 2007, pp.469-470
3. Moore, Jefferson, Handbook of Medical Psychiatry, 2nd ed., Chapter 67
4. רא: קרטון רוברט, בוצ'ר ג'יימס, מינקה סטון, פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, תרגום: אורית פרידלנד, האוניברסיטה הפתוחה, תל אביב, 2001, עמ' 745-681.
5. See: Sadock, Sadock, synopsis of psychiatry, tenth edition, p.467
6. See: American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, p. 297 See: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, pp. 297-322
7. רא: קרטון, בוצ'ר, מינקה, פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, עמ' 696-690.
8. See: American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, pp. 297-322
9. See: Sadock, Sadock, synopsis of psychiatry, tenth edition, p.488
10. Ibid.
11. רא: קרטון, בוצ'ר, מינקה, פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, עמ' 932-928.
12. See: Sadock, Sadock, synopsis of psychiatry, tenth edition, p.491
13. רא: קרטון, בוצ'ר, מינקה, פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים, עמ' 927.
14. See: Sadock, Sadock, synopsis of psychiatry, tenth edition, p.491

רשימת צילומים

- צילום מתוך הסרט "הקבינט של ד"ר קליגר" (1919), אתר אינציקלופדיית בריטניקה: <http://www.britannica.com>
צילום מתוך הסרט "נפלאות התבונה" (2001), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
צילום מתוך הסרט "נפלאות התבונה" (2001), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
כרזת הסרט "ניצוצות" (1996), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
צילום מתוך הסרט "נפלאות התבונה" (2001), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
כרזת הסרט "אני, עצמי ואיירן" (2000), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
כרזת הסרט "Clean, Shaven" (1995), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
צילום מתוך הסרט "נפלאות התבונה" (2001), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>
כרזת הסרט "Angel Baby" (1995), מאגר המידע המקוון לסרטים: <http://us.imdb.com>

פילמוגרפיה

Angel Baby (1995) Director: Michael Rymer
Beautiful Mind, A (2001) Director: Ron Howard
Clean, Shaven (1995) Director: Lodge Kerrigan
Me, Myself and Irene (2000) Directors: Bobby Farrelly and Peter Farrelly
Shine (1996) Director: Scott Hicks

"וילכו שניהם יחדיו"?



על היחסים הבעייתיים בין פסיכולוגים ואנשי בריאות הנפש לבין רבנים

ד"ר שניאור הופמן

חסם של רבנים אורתודוקסים לאנשי בריאות הנפש הוא קוטבי נוע בין עינות וחוסר אמון לבין שיתוף פעולה וכבוד. ההכרח וההתבטאויות של כמה רבנים חרדים נעות בין ביקורת מאופקת, מתונה וזהירה, המתירה קבלת ייעוץ מאנשי בריאות הנפש, לבין גיחוך חלוזל, הטחת האשמות ארסיות מלאות שנאה, ואיסור מוחלט להיוועץ בהם. להלן מספר דוגמאות.

דברי הרב משה פיינשטיין: "דבר חולי רוח ומחשבות שצריכים לילך לרופאים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים אם רשאים לילך לאלו שהן מינים וספרים, לע"ד אין לילך לרופאים כאלו להתרפאות, כי מכיוון שאין הרפאות מסמים המרפאים אלא מרוב הדיכויים שלהם עם החולה, נדעים מאיזה מחשבות הוא סובל, ומייעצים לו מאיזה מחשבות הוא סובל, ומייעצים לו איך להתנהג שוודאי יש לחוש שמיעצים לפעמים נגד דיני התורה ואף נגד עיקרי הדת ונגד ענייני פרישות וצניעות... ולכן יש לחפש אחר רופא שומר תורה, ובאם ליכא יתנו עמו ויבטיחו שלא ידבר עם החולה בענייני אמונה ותורה" (שו"ת אגרות משה, חלק י"ד ב, סימן נו).

דברי הרב משה שטרנבוך: "הפסיכולוגים והאים כרפואה לעצבים לתת לכל אחד תאווה לבכו למלאותו ולא להגבילו כדאי. רק להציע לו זנות וכל תאוות העולם הזה, ותאוה מביאה עוד תאוה, ואין לדבר סוף. ולא מתרפא ורק מוסיף ומחמיר מצבו... הם מוליכים אותם שולל" (תשובות והנהגות א, תסה).

דברי הרב שמואל אורבך, ראש ישיבת מעלה התורה, כפי שפורסמו בעיתון החרדי "יתר נאמן": "בעונותינו הרבים נפרצה פרצה נוראה מאוד לקבל ולשמוע כביכול עצות והדרכות מפסיכולוגים וכיצא בזה, אשר בודאי שזו עצת השטן רחמנא לצלך".

דברי הרב יהושע טייכר: "אסור להפנות חולים לפסיכיאטרים. פסיכיאטרים מטמטמים את הנפש" (הוצאה לאורגון נפש ישראל, תשס"ד).

הרב שלמה וולבה כתב: "בעבודתי עם הרבנים והיחידים, אני רואה יותר ויותר את ההרס שהפסיכולוגיה גורמת לו... כל יום ב' וה' באים אלי בחורים ומתאוננים שאין להם ביטחון עצמי. ואני שואל אותם, 'איפה זה כתוב בתורה שצריכים ביטחון עצמי, וכי זה דבר טוב. מצאתי רק ביטחון בהשי"ת שהיא הכריכת'... הגעתי למסקנה שצריך לדחוק את רגלי הפסיכולוגיה מהציבור שלנו עד כמה שאפשר" (אגרות וכתבים, הרב שלמה וולבה, יצא לאור על ידי הוועד להוצאת כתבי המשגיח, ירושלים, תשס"ה).

במרץ 2005 נערך באוניברסיטת בר אילן כנס תחת הכותרת "שיתוף פעולה מקצועי בין רבנים ופסיכולוגים" ובו השתתפו רבנים ואנשי בריאות הנפש (פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים). בכנס, שלושה רבנים חשובים של הציבור הדתי-הלאומי הציגו את דעותיהם:

הרב ישראל מאיר לאו, הרב הראשי לשעבר והיום הרב הראשי של תל אביב, ציין שהיחס בין רבנים לפסיכולוגים דומה ליחס שבין הלכה לרפואה, אבל הדגיש את ההבדל בין הרופא האובייקטיבי לבין הפסיכולוג הסובייקטיבי: "הפסיכולוג לא מתפקד בביעה חלק מן האמונה שלו, תפישת העולם שלו וערכיו משפיעים על דרכי הטיפול שלו".

הרב שלמה אבינר, ראש ישיבת עטרת כהנים בירושלים ורבה של הישוב בית אל, אמר ש"הלכה ופסיכולוגיה הם שני עולמות

שונים, היכולים ללכת יחד, למרות העובדה שהם מדברים בשתי שפות שונות; הפסיכולוג מטפל במה שקיים ואילו הרב מטפל במה שצריך להיות.

הרב יעקב אריאל, הרב הראשי של עיריית רמת גן, חידד נקודה זו באומרו: "הבעיה היא שהפסיכולוג מציע למטופל להשלים עם המציאות ואילו הרב מציע שהוא יעשה את המציאות ליותר שלמה. כל עוד ימשיכו הפסיכולוגים להציע למטופלים שלהם להשלים עם המציאות, הרבנים ימשיכו להסס להפנות אנשים לטיפולם".

דוגמאות נוספות של תגובות "לא ידידותיות" לפסיכולוגיה נמצאות בקובץ שיצא לאור ב-2007 (תשס"ז) על ידי פלדהיים, בשם "בינת המידות". הקובץ יצא לאור על ידי ארגון חרדי בשם בית הלל מירושלים. מטרת הקובץ היא הדרכת משגחים וראשי ישיבות כיצד להתייחס לבעיות חינוכיות ונפשיות של בני ישיבות. כתבים בו גדולי הרבנים החרדים, החל מהרב אלישיב וכלה בראשי ארגון בית הלל.

אחד הרבנים הכותבים שם כתב (עמ' 81): "כשאדם מתלונן שמעשיו נובעים מכפייתיות, שהוא לא מסוגל להימנע מזה, אנחנו צריכים להסביר לו את האמת הפשוט שבבית דין היו מלקים אותו... ולכן מה שמוטל עליו כמטפלים, הוא להכלים אותו... זה מה שיעזור את נקודת הכבוד שהיא נקודת הקיום הפנימית שלו, ויעזור לו לקבל על עצמו אחריות למעשיו ולנהוג כבן דעת".

רב חשוב אחר עונה לשאלה באותו קובץ (עמ' 12):

שאלה: "אם בחור מרגיש רגש נחיתות נראה שהוא לא מסוגל לעשות כלום, האם גם זה מידות?"

תשובה: "בוודאי, כי רגש נחיתות זה גאוה! אם אחד הוא בעל גאוה הוא חושב שבעצם היה צריך להיות כך וכך ולא מכדיים בזה. וזה מה שכואב לו. ואם היה יודע מה הוא באמת, לא היה כאב לו. רק כאב לו כי חושב שבעצם הוא גדול ולא מקבל מה שצריך לקבל, הכל מידות!".

לעומת אלה, יש גם מקרים בודדים שבהם מוצעת עמדות התומכת בטיפול פסיכולוגי, כלהלן:

"התעסקות חובבנית בתחום הזה (הפסיכותרפיה) נדמית לתוצאות שליליות ועלולות רחמנא לצלל להביא להתאבדות, ולפני שאומרים לאנשים עם הפרעות כפייתיות ואנשים הסובלים מדיכאון להתייעץ ברבנים שלהם ולא בפסיכולוגים, יש לבדוק באופן אוניברסלי ולפרסם בציבור את אחוז ההצלחה במקרים המסוימים הללו".

בשמוען המופץ בציבור לחסידי בעלו בשם "המחנה החרדי", יש ראיון ארוך עם איש החינוך הרב אהרן פרידמן בגיליון של ערב סוכות (תשס"ט). בתשובה לשאלה "מה מידת מעורבותה של הפסיכולוגיה בטיפול בחבורי הישיבות הקדושות כיום?", משיב הרב פרידמן: "אין בידי נתונים כדי לענות על שאלה כזאת. אולם עד כמה שאני יודע, ואני מאוד מקוה ומאמין שכן אכן פני הדברים, קיימת בישיבות חלוקת עבודה מסוימת: כאשר מדובר בעבודת ה' ובענייני מידות שבין אדם לחבירו, פונים למשגיח נכון וחכם או ל'עובד' שהוא גם יודע איך לדבר ולהשפיע, ואילו כאשר מדובר בחולשה/ מחלה נפשית למשל, או בעיה רגשית וכדומה, הרי במקרים שבהם אין למשגיח ידע וניסיון מוקדם, נכון שיפנה את התלמיד המדובר לעזרה מקצועית, וכשם שפונים לרופאים כלליים כאשר מדובר במחלה גופנית או לאינטסטור כאשר מדובר בנזילה".

ב"עלה לא יכל" (עמ' קלד, סע' 147) מסופר שהרש"ז אוער באך אמר: "יש מקום להתייעץ עם פסיכולוגים, אם זה עוזר... אז מה אם זהו חוכמתם של גוים. אם יש עצות טובות היכולות לעזור, למה לא לקבלם?". ראה גם "התורה המשמחת" (בית אל, תשנ"ח, עמ' 155), שלאחר שהרש"ז אוער באך בידר אצל פסיכולוג מהי שיטת הטיפול בה הוא מתכנן לנקוט, הורה, "לא רק שמותר להיכנס לטיפול זה, אלא שזו אף מצווה".

הפסיכיאטר הידוע מארצות הברית, ד"ר נחום קלאפטר, ניסח את הבנתו כיצד טיפול פסיכולוגי צריך להתפשט דבר נפרד מן האמיתות של התורה ומקום ההלכה, ומשום כך, אין כלל מקום לדבר על סתירות ביניהם (הדברים נאמרו בהתכתבות אישית):

1. "לימוד תורה ושמירת המצוות אינם דרכים שבהן ניתן לטפל בפסיכופתולוגיה. הם המסלול, הניתן לנו על ידי השם, ודרכו אנו מוכנים את עצמנו במטרה להגדיל את הכרתנו אותו ולשפר את העבודה שלו כלפיו. אנשים הסובלים מהפרעות אישיות, הפרעות במצבי רוח, חרדות קשות, הפרעות פסיכיות ומהפרעות פסיכופתולוגיות אחרות, מוגבלים ביכולתם לעבוד את השם וללמוד תורה. ייתכן שהדבר נובע ממגבלות קוגניטיביות או מבעיות התנהגותיות. או, כפי שמצוי יותר, ייתכן שהדבר נובע מהיכולת להקפיד שלהם לעסוק ביחסים בין-אישיים בעלי משמעות. בעיות של יחסים בין-אישיים פוגעות באופן חמור ביכולת של האדם לקבל עצות מאחרים, ליהנות מהסיוע רוחני, ליצור חברים, לעבוד או להחזיק בעבודה, להתחנך, לתפקד כחורה יעיל לילדי ולהשתתף בחובות קהילתיות. פציינטים אלה לא יפיקו תועלת משיחה מוסרית או מחומרה נוספת, הם זקוקים לטיפול. רק לאחר קבלת טיפול מראים, הם ידיו מסוגלים לשקוד בתורה ובמצוות אם יצאו. רק לאחר קבלת טיפול מראים, יוכלו להפיק תועלת משיחה מוסרית. במילים אחרות, כוח הבחירה שלהם נעשה מוגבל בגלל הקשיים הפסיכולוגיים שלהם. על ידי טיפול מראים, כוח הבחירה שלהם מתרחב.

2. כפסיכיאטר, פסיכותרפיסט ופסיכואנליטיקן, אין תפקידי לקרב לא-יהודים לשבע מצוות בני נח, או לקרב יהודים לתורה המצוות. פעולה בכיוון הזה תפגע ביכולת שלי לעזור לשקם את בריאות הנפש של המטופל. אני מורשה לעסוק בטיפול פסיכופתולוגי בלבד. אני מורשה ללמד תורה או לעסוק בקידום נשמות אבודות.

3. הרבה דברים מקובלים הם, בכל זאת, אסורים. התנהגויות ספציפיות תמיד ודורות שיקול ביחס להתאמה שלהם במצב מסוים. אפילו בתוך מסגרת תרבותית אחת, ייתכן שהתנהגויות מסוימות נחשבות למתאימות לחלק מהאנשים ומזיקות לאחרים.

הרב י. ד. סולוביצקי, בתחילת חיבורו הגדול "איש ההלכה", כתב שלפי דעתו, חיים של תורה אינם שלווים יותר או מאוהבים יותר. אודבה, מוצא הוא שחיים של תורה מלאים קונפליקטים, קשיים ודילמות. הוא מאמין שהאמונה שהדת מהווה מקלט לנפש מוטרת אינה אלא השקפה נצריית. ההתנסות שלו בתורה לא גרמה לו רוגע ולא פתרה לו את בעיותיו. הוא הרגיש שהתורה יצרה בעיות חדשות משלה ושחיים של תורה הם חיים מלחכיים, עשירים ומגוונים, המלאים אנדרלמוסיה אינטלקטואלית, רחוקת ורגשית. הוא לא בא בטענות נגד מציאות זו; הוא פשוט רצה לבטל את האמונה המוטעת שהתורה פותרת את כל בעיותיו של האדם.

בוודאי שאנו מאמינים שעל ידי הדרכה וחינוך נכונים, ניתן להיות חיי תורה וההלכה באופן מאוהב ובריא מבחינה פסיכולוגית. אך מאידך, יש הרבה דרכים נוספות מחוץ למסגרת של חיי תורה שיכולות להיות בריאות מבחינה פסיכולוגית. לימוד התורה וחקר ההלכה אינם ערובה להצלחת האדם מניחול חיים לא מאוהבים, מחוסרי שמחה ובלתי מספקים. מעיד על כך ריבוי הפניות לעזרה פסיכולוגית מתוך ציבור שומר תורה ומצוות" (עד כאן מדברי ד"ר קלאפטר).

לרבנים ולקלינאים יש להציע זה לזה דברים בעלי ערך שיאפשרו להם לשפר את עוזרתם לאנשים הפונים אליהם. לכן, חשוב ביותר שהם יכירו איש במגבלות מקצועו וישקלו את היתרונות שיש בעבודה ובהתייעצות משותפת^{2,3,4}. חשיפת הרבנים לידע פסיכולוגי בסיסי, להבנה רחבה יותר בפסיכופתולוגיה ולשיטות טיפול בבעיות נפשיות, תאפשר להם ליעץ לאנשים בקהילה ובמסגרות לימודיות השרויים במצוקה נפשית ולאבחן מתי להפנותם לטיפול פסיכיאטרי.

הרב שלמה וולבז'ל כתב כך: יש צורך דחוף בארגון קורסים לרבנים בפועל ולמחנכים, במטרה להפיץ ידע בסיסי על הסימפטומים של נירחיה ופסיכיה דרכי הטיפול בהן בקווים כלליים על מנת שידעו להפנות חולים אל הרופא. ידיעה בסיסית היתה מסלקת דעות קדומות רבות" ("פסיכיאטריה דת", בשבילי הרפואה 5, סיון תשמ"ב). נראה שכדי לאמץ הצעה טובה זו לטובת הרבנים ולטובת אלה שאותם הם משרתים.

ד"ר שניאור הופמן, פסיכולוג קליני בכיר

1. Greenberg D. & Witztum E. (Editorial): "Ultra Orthodox Jewish Attitudes Towards Mental Health Care", Israel Journal of Psychotherapy & Related Sciences, 31, 3, 143-144, 1994.

2. Lichner-Ingram B. and Lowe D. "Counseling Activities and Referral Practices of Rabbis", Psychology and Judaism, 13, 3, 133-148, 1989.

3. Slinger C.: "Orthodox Rabbis' Attitudes to Mental Health Professionals and Referral Patterns", Tradition, 31 (1) 22-33, 1996.

4. הופמן, ש. ובר-אילן, נ. "התערבות רבנים בטיפול" ב"התערבות רבנים בפסיכותרפיה", פרק 9 (לאוב, ב. הופמן, ש.) ספרים הוצאה לאור, 2007.

המפגש בין החייל לקצין בריאות הנפש

על מפגשיו של קצין בריאות נפש עם חיילים במצוקה, מאפייני המצוקה של הפונים, תפקיד הקב"ן, תגובות ההעברה הנגדית שלו לתפקידו בכלל ולפניות אליו בפרט ואפשרויות התערבות קצרות מועד שונות

ד"ר שי שלקס

מפגשיו של קצין בריאות הנפש (קב"ן) עם החיילים הפונים אליו מהווים למעשה חלק מרכזי מתשומתו כחברה למצוקה של בניה (שהם אנחנו וילדינו). אני מוצא שייחודיות המפגשים הללו מאירה כבזקור את שגרת עבודתו כמטפלים וכמו מעצמה ומבליטה כמה מההתמודדויות המרכזיות. בתום ימי מילואים כאלה, אני מוצא עצמי נרגש ולעתים קרובות אף כואב ומוצף לנכח המצוקה לה נחשפתי ולנכח מגבלות הזמן והאמצעים העומדים לרשותי בהתמודדות איתה.

תפקיד הקב"ן - הגדרה מקובלת לפי בלייד¹: "... ייעוץ והדרכה לסגלי פיקוד, רפואה ורווחה בקשר לאיתור, מניעה ואף התמודדות פעילה עם פרטים וקבוצות שמגלים קשיי הסתגלות; מיון והערכה של חיילים מתקשים על מנת להביא להשמה נכונה בתפקיד וביחידה, ייעוץ והדרכה בהתערבויות במצבי משבר יחידתיים עקב אירועים קיצוניים כגון פיגועים, תאונות והתאבדויות. במישור של מניעה שניונית פועל הקב"ן מול החייל המתקשה עצמו. איתורם המוקדם של חיילים אלה וליווי פעיל שלהם, בין אם באמצעות מתן הדרכה למפקד ובין אם על ידי טיפול ישיר מול הקב"ן, מאפשרים זיהוי מוקדם של חיילים במצוקה או בסיכון, העלאת מודעותם ומיומנותם של המפקדים לזהות ולטפל במצוקת החייל, ומצוי מיטבי של פוטנציאל ההתמודדות של החייל ללא תיוג של חולי נפשי".

נסיבות השירות של קב"ן המילואים

עיקר תפקידו של קב"ן המילואים הוא בדרך כלל מניעה שניונית, לכן אתמקד בה ולא בתפקיד הקב"ן בכללותו. אתאר את השירות של קב"ן המילואים על סמך נסיבות מוכרות לי וכפי שאני חווה אותן.

כמה פעמים בשנה אני נקרא לשירות מילואים לימים ספורים בבסיס זה או אחר בחיל שבו אני משרת. מספר הימים משתנה ויכול להיות גם יום אחד בלבד. לאחר התארגנות ראשונית במשרד, מוכנסים פנימה, בזה אחר זה, כמה חיילים המצוידים בטפסים הכרחיים: א. טופס פנייה, שאותו מילא בעצמם, המכיל פרטים אישיים וסיבות הפנייה לפי ראייתם. ב. במקרה של פנייה חוזרת - תיק רפואי עם סיכומי פגישות קודמות שלהם עם קב"נים ו/או פסיכיאטרים ביחידה ו/או ביחידות קודמות (הפסיכיאטר, אף הוא איש מילואים בדרך כלל, נמצא ביחידה לעתים מוזמנות ותפקידו לטפל בחיילים הזקוקים לטיפול תרופתי ו/או לשינוי סיווג הרפואי - פרופיל רפואי). ג. טופס סטנדרטי שמילאו מפקדיהם ("חוות דעת מפקד"). לטופס זה כמה מטרות, כפי שמפרט שוהם²: א. וידוא שהמפקד מודע למצוקה של פקודו ושההפניה של החייל לקב"ן לא תגרע מאחריותו הכוללת של המפקד כלפיו. ב. חוות הדעת מתייחסת לתפקודו של החייל ומתארת גם נסיבות קודמים לסייע לו. המידע תורם ממד אובייקטיבי

לתיאור הסובייקטיבי של החייל ומאפשר למפקד לתת נקודת מבט השוואתית, הן בדבר דפוסי התנהגותו של החייל בהווה לעומת העבר, הן בדבר התנהגותו לעומת התנהגותם של החיילים האחרים ביחידה.

מרבית החיילים פונים לקב"ן ביוזמתם ואחרים נשלחים על ידי מפקדיהם או על ידי רופא היחידה, לאחר שפנו בתלונה גופנית ולא נמצא לה בסיס פיזיולוגי. לאחר עיון בטפסים, אני מראיין את החיילים, מקשיב לתלונתם המוצהרת, שכמעט ללא יוצא מהכלל מלווה בבקשה/דרישה להקלה מציאותית כלשהי, ובה בעת מתרשם ממצבם הנפשי (סימפטומטית ואישיותית).

מאחר שכקב"ן מילואים אני משמש בדרך כלל עוזר או תחליף לקב"ן הקבוע המשרת ביחידה, אני נדרש לפגוש חיילים רבים בזמן מוגבל. במרבית המקרים מצטמצם המגע בינינו למפגשים בודדים בלבד, לעתים למפגש יחיד. לכן, עיקר מטרותיי במפגשים אלה הן: א. אבחון ראשוני של מצבו הנפשי-תפקודי-חברתי של הפונה. ב. הענקת מרחב לאוויר (ונטילציה) ולקתרזיס, ובמקרים שבהם לא נמצאה סיבה להפנות את החייל מיידית לעזרה פסיכיאטרית - ג. ניסיון לסייע לחייל להגיע לתובנות תוך-נפשיות ובין-אישיות שיעזרו לו להתחזק, להירגע וליצור שינוי בגישתו לעצמו ולרגשותיו, כמו גם לחבריו, למפקדיו ולמצבים החברתיים שבהם הוא חש מצוקה.

בעבודה זו לא אתייחס לחיילים במצבים פסיכופתולוגיים קשים (כגון משברים פסיכותריים, הפרעות אכילה קשות, אובדנות ברמת סיכון מוחשית וכדומה), שכן עיקר ההתמודדות של קב"ן המילואים עם מצבים אלה הוא אבחון נכון שלהם וידוא שהחייל יגיע לגורם טיפולי מתאים.

הפנייה

כבר בכניסתם למשרד משרדים החיילים הפונים את מצוקתם - פניהם נפולות ושפת גופם מקרינה ייאוש וחוסר אונים. רבים מהם מתיישבים כשעיניהם מושפלות ומדברים בקול חרישי, המתחלף לעתים בצעקה וזעמית. כניסתם לחדר מעלה לעתים על דעתי את הרעיון התנ"כי של ה"אחיזה בקרנת המזבח": מבחינת חוקי הצבא וזכותו של חייל להיפגש עם קב"ן, אם יחפוץ בכך. במקרים רבים, חיילים אכן מנצלים אפשרות זו ופונים, בניסיון למצוא מפלט מהמציאות הקשה שהם חווים. נראה שבפנטזיה שלהם, חדר הקב"ן משמש מעין שגרירות של מדינה ייודיתית בתחומי מדינה עוינת, המעניקה "מקלט מדיני" והתייחסות, לפי מערכת ערכים שונה מזו המקובלת ב"חוץ". זהו מעין מרחב מעברי³ (עמ' 125) שאינו צבאי ואינו אזורי, שבו הקב"ן משמש כ"אובייקט מעברי", כטרזיז, ובה בעת כגשר, בינם לבין גורמי הצבא, הנחווים לעתים כרודפניים ואטומים. חלק מהפנטזיה מקורו בהנחה שבאמתחתו של הקב"ן חבויים אישורים, שבעת רצון הוא יוכל לחלק: פטורים למיניהם, ימי חופשת מחלה

בכל יחידה יש התייחסות שונה למצוקות הנפשיות של החיילים המשרתים בה. יש שהגישה בהן נוקשה ומעשית ויש שמכילה יותר. נראה שגישה זו מושפעת הן מאופי מפקדי היחידה ומורשתם ההיסטורית והן ממצב היחידה: ככל שהאווירה ביחידה רגועה וקוהסיבית יותר, המחסור בחיילים בתפקידים ספציפיים וחיוניים נמוך יותר, ממוצע איכות כוח האדם ביחידה מבחינת נתוני פרופיל איכותי יותר ומספר החיילים הפונים לעזרת הקב"ן נמוכה יותר

לשרת שבוע-שבוע. הבעיה היא שמי שמשרת שבוע-שבוע אינו יוצא הביתה בשבוע שהוא ביחידה. אז מה יצא לי מזה שקיבלתי קל"ב? קשה לי מאוד ללא היציאות היומיות הביתה ולאיש לא אכפת".

תורנויות – רבים מהחיילים הפונים חווים מצוקה סביב תורנויות שונות שהם נדרשים לבצע (שמירות, עבודות מטבח, אבטחת יישובים בקו העימות ועוד). תורנויות אלו נתפשות כדרישת יתר, כהשקעה שהיא מעבר לנכונותם להשקיע ובמקרים רבים כפגיעה נרקיססטית. התורנויות קורעות את החיילים משגרתם ומסביבתם המוכרת (החברתית והפיזית) ומונעות מהם לעתים יציאה הביתה, ובכך נגרמת להם תחושת בדידות ומועקה. השמירות ואבטחת היישובים מעוררות נוסף על כך גם פחד, כאשר במקרים רבים מדובר בהזדמנויות נדירות שבהן חייבים גם חיילים שאינם מורגלים בכך לשאת נשק ולהפגין (לפחות בפוטנציה) חילות בסיסית.

אי התאמה תפקודית ואו חברתית – חיילים רבים פונים לקב"ן בעקבות תחושה שהם נאלצים לבצע תפקיד שאינו מתאים להם. לעתים מדובר בתפקיד שהחייל חווה כנמוך מיכולתו, תפקיד המשעמם אותו ומהווה עבורו פגיעה נרקיססטית. במקרים אחרים מדובר בסוג תפקיד השנוא עליו (כמו למשל חייל שסיים בקושי רב בית ספר מקצועי, שלא רצה ללמוד בו מלכתחילה, ומוצא את עצמו נדרש לעבוד בצבא במקצוע בהתאם למגמה שבה למד), או שמדובר בתפקיד הנתפש כקשה ומאיים והחייל חושש להיכשל בו. לעתים בעיה זו כוללת גם בעיה חברתית, במסגרת הדרישה לשרת בחברת חיילים שנתפשים כבעלי רמה נמוכה או גבוהה יותר מזו של אותו חייל. שורשיהן של בעיות רבות מסוג זה טמונים בסיווגים השונים שצוינו לעיל (פרופיל, הצבה, השכלה ועוד).

מתח ביחסים עם מפקדים – הסתבכות עם מפקדים היא, במקרים רבים, תוצאה ואו גורם של מצוקה נפשית. לפי התרשמותי, משרדים רבים מהחיילים הנמצאים במצוקה דכוד, חוסר עניין וחוסר השקעה, ולעתים, כביטוי למצוקה ואו למחאה, הם אף נמנעים מלבצע את המוטל עליהם כנדרש. התנהגות כזו גוררת לעתים גערות ועונשים מצד מפקדיהם ויחס מזלזל ואף מתנכר מצד עמיתיהם, וכמקובל במעגלי משוב שלילי מסוג זה, גוררים הללו מצוקה נוספת, התנהגות בעייתית נוספת, וחוזר חלילה. חיילים רבים פונים לקב"ן לאחר שמעגל המצוקה שבו הם נתונים כבר הביא אותם לכלא הצבאי או אל ספו. נראה לי שנוכח גילם של החיילים (גיל ההתבגרות המאוחר), היציאה הטרייה מבית ההורים וההיררכיה הצבאית, מפקדיהם משמשים עבורם דמויות בעלות פוטנציאל העברתי נרקיססטי רב עוצמה, כאשר במקרה הטוב הם מאפשרים לחיילים לעשות בהם שימוש כבולתי עצמי (self objects)⁶, המספקים את צורכי השיקוף (mirroring) ובוודאי את צורכי האידיאליזציה של החיילים, ואילו במקרה הרע, תסכולם של צרכים אלה הוא כישלון אמפתי העלול לעורר חוסר אונים, תסכול וזעם נרקיססטי קשה.

קשיים משפחתיים – במקרים רבים החיילים מתארים מצוקות משפחתיות שונות (בין-אישיות, כלכליות, בריאותיות ואחרות).

כניסה למעגל המצוקה – המחל ותכולות

מה מביא את החיילים להיכנס למעגל המצוקה? לפי התרשמותי, אלה חיילים שלא מצליחים עוד להכיל את המציאות הצבאית על אופיה ותביעותיה. היכולת להכיל תלויה בראש ובראשונה באישיות החייל, אך גם בתביעות של מציאות זו (אם כי כמובן גם תפישת אופיה של המציאות הצבאית, כמו כל מציאות אחרת, היא במידה רבה סובייקטיבית). ארגיש גם קורקור שלישי במשולש זה, אופי המערכת המשפחתית של החייל. ניתן לומר אם כן, ששלוש (well-being)

(גילמים) או פרופילים נמוכים, העשויים להקל על שירותו של החייל ואו לקרבו לבית משפחתו, ופרופיל 21, המקנה פטור משירות הביטחון מטעמי בריאות.

הקב"ן בחיל שבו אני משרת, הן בסדיר הן במילואים, אינו לובש מדי צבא. נוהג זה השתרש כדי לשרד לחיילים מסר של קשר אנושי בלתי רשמי ושוויוניות בלתי מאיימת (אבל בה בעת הפסיכולוג מתבקש לקרוא לעצמו "קצין בריאות נפש" אף אם אינו קצין, כי "... שם זה מבטא את... המרכיב הצבאי, את ממד השייכות לארגון ואת הסמכות המנהיגותית...".⁴ (עמ' 5). לדעתי, הדבר אינו עולה בקנה אחד עם אותו המסר.

בניגוד למה שניתן ולעתים קרובות נהוג לחשוב, הרי להתרשמותי, מרבית הפניות שנחשפות אליהן היו מושתתות על חוויה אותנטית של מצוקה ודה-מורליזציה ורק במקרים נדירים ביותר חשתי שמדובר בהתחלות (malingering): "הצגה מכוונת של סימפטומים גופניים או נפשיים כוזבים, להשגת מטרות חיצוניות...".⁵ (עמ' 683). יתרה מזאת, במקרים שונים שבהם התרשמותי שהחייל ניסה להתחלות, נראה לי שהיתה זו דרכו לוודא שאשתכנע במצוקתו ושהוא פעל מתוך תחושה שללא דרמטיזציה לא יזכה לאמון ולסיוע. למדתי שחייל בדרך כלל לא יפנה לקב"ן תוך סימולציה של מצוקה, בלא שברקע תהיה מצוקה ממשית. ייתכן שבאופן פרדוקסלי קורה שההתחלות מהווה הגנה דווקא, במובן זה שהיא משמרת אצל החייל חוויה של שליטה ומותרה אותו בתחושה שמצבו טוב ממה שהוא לאמיתו של דבר.

מצוקות החיילים

מהן המצוקות שעליהן מדווחים החיילים? מרביתם מדווחים על תחושות של ייאוש וחוסר אונים. "לא יכול יותר!" הוא משפט הפתיחה בפניות רבות. במקרים רבים הם מתארים סימפטומים המאפיינים דיכאון ואו חרדה, כגון: הפרעות בשינה, חוסר תיאבון, מחשבות של ייאוש, כישלון ואשמה, התכנסות והתבודדות, ולעתים גם סימפטומים גופניים, כמו לחץ בחזה, כאבי ראש, הפרעות עיכול ועוד. רמזים בוטים יותר או בוטים פחות לכוננות אוברדניות גם הם אינם נדירים. כמו כן מתבטאת מצוקתם במגוון קשיים בין-אישיים עם עמיתיהם ליחידה, ובראש ובראשונה עם מפקדיהם.

בנוסף לחווית הייאוש הכללי עולים כמה נושאים שוב ושוב:

כמיהה לחופשות – רבים מהפונים מדגישים את געגועיהם הקשים הביתה, את העובדה שהם "סופרים את הדקות" שנתרו עד ליציאה הבאה הביתה ואת המאבקים המרים שהם מנהלים עם מפקדיהם סביב נושא זה.

זכויות מיוחדות – רבים מהפונים נמצאים במאבקים עם המערכת הצבאית בכללותה סביב זכויות מיוחדות הקיימות בצה"ל לשם הטיית מאזני השירות-חופשה לטובת השהייה בבית, כגון שירות קל"ב (קרוב לבית), "שבוע-שבוע" (שבוע של שירות בצבא ולאחריו חופשה בת שבוע בבית), "חופשה חקלאית" (חופשה לצורכי עבודה שניתנת לעתים לבני חקלאים שמשפחותיהם זקוקות בעונות הבוערות לסיוע מבניהם) ועוד. זכויות מיוחדות כאלו ניתנות לחיילים בהתאמה לתפקידם, מקום שירותם, מקום מגוריהם, מצבם המשפחתי והפרופיל הרפואי שלהם. העיסוק (האובססיבי לעתים) בחופשות הוא אחד הביטויים למצוקת חיילים, ופגיעה ממשית או נתפשת במשך החופשות או בתדירותן מזינה מצוקה זו. רבים מהפונים לקב"ן מצפים לסיוע במאבקים אלה, ולא פעם ימצא הקב"ן את עצמו סבוך עד צוואר בבקשת עזרה בסגנון: "שירותי בבסיס א' לפני חודשיים, הורד הפרופיל שלי ל-ד' וקיבלתי קל"ב. כיוון שאני גר בסביבה, הועברתי לשרת כאן, אבל כאן שובצתי ביחידה שהתפקוד בה מחייב

החיילים והסיכוי שיפנו לקב"ן הם פועל יוצא של אינטראקציה בתוך משולש כוחות שקדודיו: קושי השירות - מצב משפחתי - אישיות.

קושי השירות - מדובר במפגש מורכב בין משתנים "אובייקטיביים" (כגון: הקושי הפיזי-תפקודי של התפקיד, מידת הסכנה הכרוכה בביצועו, סגנון הפיקוד המאפיין את היחידה ועוד) לבין הסובייקטיבית שבה חווה החייל משתנים אלה, המעוצבת על ידי אישיותו והרקע המשפחתי שלו. לזרזים^{7,8} תומך בתפישה זו בעקבות מחקריו הידועים, בהם תגובת לחץ היא פועל יוצא של תהליכים פסיכולוגיים וקוגניטיביים, המתווכים בין הגירויים בעלי פוטנציאל מלחיץ לבין תגובת הלחץ של האדם. לפי התרשמותי, המרכיב הסובייקטיבי בתפישת הקושי בשירות הצבאי הוא דומיננטי. כלומר, חייל בעל מבנה אישיות ו/או רקע חברתי מסוים עשוי ליהנות משירות ביחידה הנחשבת ל"קשה מאוד" (ולעתים יתפוש את השירות הנחשב ל"קל" כקשה ומתסכל מאוד) וחייל בעל מבנה אישיות ו/או רקע אחר, להפך. נושא "קושי השירות" אינו עומד במרכז עבודה זו ולא ארחיב על כך, אך אדגיש שהתפישה הסובייקטיבית של החייל את תנאי השירות שלו היא בחזקת "נבואה המגשימה את עצמה".

במאמר העוסק בקשיים שצעירים עוללים לחוות במפגש עם המסגרת הצבאית, מציין בלייך¹⁰ נושאים כגון דה-אינדיבידואציה וההטמעה הכפויה לתוך מסגרת לחוצת ותובענית, הפרידה מהבית ומהמשפחה, ההתמודדות עם דמויות סמכות קשות והדרושות צייתנות מוחלטת ועם קבוצת התייחסות תובענית, לחצים פיזיים ונפשיים, הצורך להוכיח יכולת (ובמקרה של בנים, "גבריות") ולטול אחריות, לשלוט בתוקפנות ועוד, ומדגיש כיצד התמודדויות מקובלות עלולות להיחפז למצוקה על רקע פסיכופתולוגי.

מצב משפחתי - החיילים הפונים מתארים במקרים רבים מצוקות משפחתיות שונות. נוסף על הרובד המציאותי בתלונות אלו (רלבנטי וקשה במיוחד בתקופה זו של מצוקה כלכלית וחברתית נרחבת), התרשמותי היא שמידת החופש שהבית נותן לחייל (בחווייתו הסובייקטיבית) להתפנות לשירותו הצבאי היא גורם קריטי בשלומות הנפשית שלו: נראה כי משפחה המשרתת מצוקה ולעתים קרובות גם מפעילה על החייל לחץ ישיר או עקיף לסייע לה, ממלכת את החייל ברגשי אשמה ונאמנות מופלגות, המייסרים אותו ומונעים ממנו להזדהות עם השירות הצבאי ועם הצבא.

הוכדורף¹¹ מתמקדת בשלב ה"שיגור" במעגל חיי המשפחה, שבו המשפחה מתמודדת עם יציאת הבן/ בת מהבית. לדבריה, שלב זה מתבטא בשני ממדים: "שימור" - מאמץ ההורים לשמר את מעמד הבן/ בת במשפחה, תוך שמירה על קשר עימו או עימה והתייחסות אליו או אליה בדומה למה שהיה בעבר, ו"שילוח" - תובנה, הסכמה ורצון של ההורים לשלח את הבן/ בת מהבית ולאפשר לו או לה חיים עצמאיים במסגרות מחוץ למשפחה. הוכדורף מציינת ששלב השיגור הוא שלב ייחודי, שבו מידת הצלחתו או אי הצלחתו של המתבגר להשתלב מחוץ למשפחה היא עדות להצלחתה או לכשלונה של המשפחה כולה, העוברת תהליך של ארגון מחדש. היא מסכמת שייתכן שחלק מהבעיות והמשרבים הקשורים לקשיים בהסתגלות מתבגרים קורה במשפחות שבהן הבן מרגיש ש"אסור" לו לעזוב את הבית, כיוון שההורים לא יהיו מסוגלים לשרוד בקו המתרוקן (מעניין שהוכדורף מצאה שנטייתן של האמהות לשימור יתר מנבאת את מצוקת החיילים יותר מאשר נטייה כזו אצל האבות). לפי התרשמותי, חיילים שהם "ילדים הוריים" במשפחה נוטים יותר לסבול ממצוקה זו. בניגוד למקובל לחשוב, הוכדורף לא מצאה במחקרה הבדל בין תפקודם והסתגלותם של ילדים בכורים לשירות צבאי בהשוואה לילדים האחרים. ההבדל היחיד שנמצא הוא כי ילדים בכורים דואגים יותר מבעיות בבית בעת השירות.

מענה חלקי לשאלה מה גורם למשפחות (ולאמהות בפרט) לבטא עמדה של שימור יתר (מעבר לסיבות אישיותיות) אפשר אולי למצוא בכך שברבות מפניות החיילים לקב"ן התברר לי כי מדובר בהורים גרושים ו/או חולים ו/או מסוכסכים בסכסוכים אלימים, ו/או במשפחות עוליים המתקשות להיקלט בארץ מבחינה חברתית וכלכלית. קשה במיוחד מצבם של חיילים עולים נשואים, שבנות זוגם (ולעתים גם ילדיהם הפעוטים) נותרו בודדות בעיר מרוחקת, לעתים קרובות

במצוקה כלכלית. במקרים אלה חווים רבים מהחיילים מצוקה מתוך הזדהות עם משפחותיהם - "אם להם, שם בבית, כה קשה, איך אוכל אני להרשות לעצמי כאן, בצבא, להשתלב ולהנות?". חיילים אלה חשים קרועים בין נאמנותם למשפחותיהם לבין חובתם הצבאית. לדעתי, ככל שחברתנו הולכת ומדגישה ערכים אינדיבידואליסטים ומפחיתה מערכם של ערכים חברתיים ולאומיים, כך נוטה הכף יותר לכיוון צורכי המשפחה.

לשאלת מרכיב ההזדהות של המשפחה ושל החייל עם השירות הצבאי, כמבטא ערכים לאומיים ציוניים, מציין גל בספר שיצא לאור ב-1986, "דמותו של החייל הישראלי"¹², שההנעה של החיילים לשירות צבאי גבוהה, ובניגוד להתייחסותם המרדנית והמבטלת האופיינית של הישראלים לדרישות החוק, הרי בכל הנוגע לחובות צבאיות, מחקרים מצביעים על כך שגישתם שונה: צעירים ממתנים לצו הגיוס בשקיקה, מתכוננים מבעוד מועד לתקופת הטירונות (משפרים את כושרם הגופני למשל), כמות המנסים להשתמש היא אפסית ומספר המתגוררים ליחידות התנדבותיות רק עולה עם השנים. גל מציין שהתנגדות לשירות צבאי והימנעות מהגעה ליחידה קרבת או התנדבותית נמצאו רק בקרב צעירים הבאים מקבוצות שוליים חריגות, ממעמד חברתי-כלכלי נמוך במיוחד, כאלה הסובלים מקשיי הסתגלות, נפלטי בתי ספר, עבריינים צעירים וכו'. אין בידי נתונים מחקריים עדכניים יותר מאלה שבספר, לכן אינני יכול להביא נתונים מחקריים על ההנעה לשירות צבאי בקרב צעירים בישראל כיום. ייתכן, לדעתי, שהשינויים הפוליטיים, הדמוגרפיים והפסיכולוגיים מאז 1986 גרמו לשינויים גם בכך.

האוכלוסיה שאליה נחשף קב"ן המילואים אינה מייצגת את כלל חיילי צה"ל ואין אפשרות להסיק מקבוצה זו מסקנה לגבי הכלל. עם זאת, לפי התרשמותי, ככל שהנטייה הכללית של משפחת החייל ושל עוצמו להזדהות עם ערכי המדינה נמוכה יותר, כך יגבר הסיכוי לסבל במהלך השירות הצבאי. הוכדורף¹¹ מצאה במחקרה כי כאשר לאם עמדה שלילית כלפי החיים בארץ, מידת המצוקה של החייל גבוהה יותר ולהפך.

אישיות - אילו מבני אישיות עוללים לגורם לחייל להיכלל בקבוצת הסיכון של הסובלים ממצוקה נפשית בשירותם הצבאי? הוכדורף¹¹ מצאה שהתכונות המרכזיות המנבאות הסתגלות טובה לשירות הצבאי הן דפוס התקשורת בטוח והישענות עצמית מחד, וחיפוש תמיכה בעת הצורך וסגנון התמודדות הממוקד בפתרון בעיות, מאידך. נושא מרכזי זה ניתן לבחינה משתי זוויות: דינמית ופנומנולוגית (מקובל ב-DSM).

לדעתי, מהזווית הדינמית, ככל שארגון אישיותו קרוב יותר לאישיות גבולית^{13,14}, כך תגבר נטיית החייל לסבול ממצוקה במהלך שירותו. מבחינה סימפטומטולוגית, יתאפיין בחרדה בלתי ממוקדת כרונית, בסימפטומטולוגיה נירורטית מגוונת ובנטייה לאימפולסיות ולהתפרצויות. מרכזו של ארגון אישיות גבולי הוא חולשת-אני שעלולה להתבטא בעמידות נמוכה לחרדה, בקשיים לשלוט בדחפים, בנטייה לדיסוציאציה, בכשרים סובלימטוריים ירודים ובעיקר בנטייה לחשיבה ראשונית. מקורה של חשיבה כזו ביחסי אובייקט פתולוגיים הכרוכים בטשטוש ההבחנה הברורה בין ייצוגי האני לייצוגי האובייקט, ובשימוש בהגנות פרימיטיביות המאפיינות אנשים בשלבי חיהם הראשונים, ובמרכזן מנגנון הפיצול. אנשים אלה עלולים לגלות הפרעות באפקט, בבקרה על הדחפים, בבחון המציאות, ביחסים הבין-אישיים ובאינטגרציה של העצמי, כמו גם סף גירוי נמוך לרגשות ולגירויים, תוקפנות, אי שקט, מצב רוח דיספורי כרוני, ריקנות, תחושת מוות פנימית ודכאונות. לפי התרשמותי, סינדרום זה, כפי שמתאר קרנברג, מתהדרד בעוצמות שונות ברבות מהפניות של חיילים לקב"ן, מעבר לאבחנה הפנומנולוגית הניתנת להם בהתאם למגדר ה-DSM.

במסגרת החשיבה הדינמית חשוב, לדעתי, להתייחס גם לזווית הקהוטיאנית, שכן רבים מהחיילים הפונים לעזרת הקב"ן מבטאים את מה שניתן לראות כפגיעות נרקיסיסטיות. בלייך וזון¹⁵ מאפיינים את הקשיים העלולים להיווצר במפגש של צעירים עם הצבא בכמה קונפליקטים מרכזיים (שניתן לראות בהם, לדעתי, בראש ובראשונה, שדה מוקשים של פגיעות נרקיסיסטיות):

"אידיאולוגיה רשמית מול אידיאולוגיית נעורים" - התנגשות אפשרית בין

מאידך גיסא. המערכת הצבאית יצרה סיווג אבחנתי ייחודי, המחלק את הפרעות האישיות לאינטרוורטיות ואקסטרורטיות.

העברה נגדית

כמותן הגדולה של הפניות, עוצמת המצוקה הגלומה בהן והציפיות (הסותרות לעתים) מהקב"ן נוטות לעורר בו תגובות העברה מורכבות ובעלות עוצמה. מעבר לתגובת ההעברה הנגדית שלו לפונה הספציפי ולפנייתו, תגובותיו מושפעות משני גורמים: 1. מעין העברה-נגדית כללית שלו לתפקידו כמכלול. 2. אופי היחידה והנורמות הנהוגות בה בנוגע למצוקות נפשיות של חיילים.

ההעברה-הנגדית הכללית של הקב"ן מתמקדת בראש ובראשונה בקונפליקט "משרתם של שני אדונים" - מקומו של קב"ן המילואים שונה באופנים שונים ומשמעותיים ממקומו של המטפל במסגרות בריאות הנפש ובפרקטיקה הפרטית, ופנייתו של חייל במצוקה לקב"ן המילואים שונה באופנים שונים ומשמעותיים מפנייתו של מטופל למטפל בכל מסגרת אחרת. אמנם שאלות של הסתגלות למציאות מעסיקות גם את הפסיכולוג האזרחי, הרי, לפחות ברמה המודעת, הללו נשאלות בהקשר השלמות של המטופל. מטרתה המוצהרת של מערכת בריאות הנפש הצבאית היא: "... מיצוי מיטבי של פוטנציאל ההתמודדות של החייל...". 1. להבנתי, שלומו של החייל עמד ללא ספק לנגד עיניהם של קובעי הגדרה זו, אך למטרת שירות המערכת הצבאית. וכך, אני מוצא עצמי בקונפליקט "משרתם של שני אדונים": למי נתונה נאמנותי - לחייל הסובל או למערכת שמטעמה נשלחתי ושאותה אני והחייל הפונה אלי במצוקתו אמורים לשרת? ואמחשי: כשהייל פונה לקב"ן ומתלונן על חדרה קשה מפני יציאה קרובה לתורות אבט"ש (אבטחת יישובים לאורך קו העימות), עשוי הקב"ן לחוש מגוון תחושות של העברה-נגדית:

נאמנות למערכת והזדהות איתה (הזדהות עם התוקפן): הזדהות אדיפית עם השקפת המערכת הצבאית ועם דמויות הסמכות המייצגות אותה, שיכולה להתבטא במחשבות: "ואם כולם יפחדו, אז מי ימלא את התפקיד"? וכדומה. עמדה זו מייצגת למעשה את פן הקצין בתפקיד הקב"ן. ייתכן שעמדה זו תזון מהרגל מקצועי אצל קב"נים שהיו קצינים בעברם הצבאי, מצורכי פיזיו דווקא אצל קב"נים שלא היו, או מצורך נרקסיסטי של האדרה עצמית: "עכשיו, שלא כמו אז כשהייתי טירון (ילד) חסר אונים, אני קצין כל יכול ואשלח חייל משתמט זה אל החזית כפי ששלחו אותי!".

נאמנות מקצועית לוחמנית לשלומו של החייל (עמדת מושיע): "פנטזיית הצלה" או צורך נרקסיסטי באדרה עצמית: "אני אעמוד חוצץ מול הצבא ואושיע חייל זה מציפורניו, כפי שרציתי כטירון אומלל שמישהו (הורה אומניפוטנט) יציל אותי מציפורני מפקדיי". תגובות העברה-נגדית כאלו עלולות להיות חמקמקות ביותר ובמסווה שאלות רציונליות ומקצועיות כמו, למשל, כשאני מוצא עצמי חושב: "הדרך הנכונה להתמודד עם חדרה פובית היא להיחשף אליה ולכן, למען בריאותו הנפשית של החייל, מן הראוי שיתגבר על חדרתו ויציא למשימה". אולם במחשבה שנייה, מי אמר שפחד משירות לאורך קו העימות הוא פוביה (פחד בלתי רציונלי)? ומי קבע שבסמכותי לקבוע מה טוב לחייל "למען בריאותו הנפשית"? הוא לא ביקש להתגבר על חדרתו ולא לשם כך פנה אלי.

שלא כמו המטופל הפונה לפסיכולוג האזרחי, נדיר ביותר שחייל הפונה לקב"ן צבאי יחוש סיפוק בהתערבות מפרשת של הקב"ן. החייל זקוק ללא ספק להבנה ולתמיכה, אך לאלה תהיה השפעה שולית ביותר ללא התערבות מעשית במציאות חייו הצבאיים. חיילים אינם פונים לקב"ן הצבאי כדי ללמוד על מניעיםם הלא-מודעים ואפילו לא לקבל תמיכה נפשית. הם באים כדי למצוא מפלט ונתינה מעשית. לעתים קרובות אני חש שמתן פירוש במצב זה הוא כביכול מעשה מקצועי נכון, אך ייתכן שאין מדובר כאן אלא בהעברה-נגדית סדיסטית, בבחינת: "ברור לי מה אתה רוצה ממני, אך אני לא אתן לך זאת, אני אתן לך את מה שפסיכולוג אמור לתת, וזהו פירוש, ואני ארגיש ישר מאוד ומקצועי עם עצמי, בעוד שאני יודע שאני משיב פניך ריקם".

כל נשכח את העייפות הנפשית המצטברת שהקב"ן חווה במילואים. יום אחרי

הקו האידיאולוגי הצבאי הכפוי לבין צורך של מתבגרים רבים במורטוריום - אידיאולוגיה של העדר אידיאולוגיות (להבנתי, הכפייה של דרך הסתכלות עלולה לגרום לפגיעה נרקסיסטית, וכשאידאולוגיה זו כוללת גם רעיונות כמו ויתור על חופש אישי למען שירות העם והמדינה, אין ספק שלחייל נדרשות תעצומות נפש נרקסיסטיות ויכולת הזדהות מפותחת כדי לעכל פגיעה כזו).

"אנונימיות מול שמירה על ייחוד אישי" (לדעתי, קונפליקט זה טומן בחובו פגיעה נרקסיסטית אולטימטיבית: המסגרת הצבאית דורשת היטמעות ואנונימיות של הפרט, למשל מדים ומספר אישי - מעין תחליף לשם הייחודי - מתבגרים בתקופה זו בחייהם נוטים דווקא להבליט את ייחודיותם כחלק מעיצוב זהותם, והאנונימיות הכפויה מהווה פגיעה נרקסיסטית ראשונה במעלה). בהקשר זה הם מזכירים את "הלם בסיס הקליטה והמיון", המתאר חייל נבון ומבולבל שאינו מסוגל למצוא את מקומו במסגרת החדשה.

"חוסר פרטיות מול טריטוריאליזם" - דווקא בתקופה שבה נאבק המתבגר לשמור על טריטוריה משלו (במרחב ובזמן) נדרש ממנו להסתגל לחיי הצבא, המתאפיינים במגורים, מקלחות, שירותים וחדרי אוכל משותפים. הם מדגישים את האיום שבחשיפה הבלתי נמנעת לקבוצה וכיצד עלולה זו להשפיע במיוחד על צעירים מופנמים ורגישים. נוסף לכל הקשיים הללו, עלולים הצעירים, בפגיעותם, גם להפוך לשעיר לעזאזל, מוקד להשלכת החולשות של עמיתיהם ליחידה.

"לגטימציה לתוקפנות מול חדרה מאיבוד שליטה".

"הדגשת דפוסים גבריים מול חשש מתחרות" - בשני האחרונים הפגיעה הנרקסיסטית עלולה לנבוע מרגש נחיתות סביב נושא הגבריות. בלייך וזון מציינים שנתקלו בצעירים רבים מוותרים וחסרי אונים לאחר שאשליית גבריותם וחוזקם נופצה. הם מדווחים שצעירים תופשים לעתים את הצבא בצורה מאגית, כמסגרת שבה יפתרו בעיותיהם ויוכלו להוכיח עצמם כגדולים וכבני תחרות, וכשתקוותיהם אינן עומדות במבחן המציאות, פגיעה נרקסיסטית צורבת זו עלולה לגרום למצוקה נפשית קשה.

"הדחקת המיניות מול התפתחות מינית" - רשמית, הצבא אוסר על קיום יחסי מין במסגרתו. מדיניות זו נמצאת בהתנגשות מתמדת עם המיניות המתפתחת, המאפינת את גיל החיילים. זהו כר פורה לפגיעות נרקסיסטיות, הן לצעיר החש עצמו נחות מבחינה מינית יחסית לחבריו, הן לצעירים שהמאוריים המיניים מרכזיים עבורם, במסגרת השוללת זאת מכל וכל. פן ייחודי הוא הקירבה הגופנית האינטנסיבית, המאפיינת את סגנון החיים הצבאי. מצב זה גורם לצעירים מסוימים לחוות "פאניקה הומוסקסואלית", ולהומוסקסואלים מוצהרים קונפליקטים בין גירוי לחרדה להיות שונים. בלייך וזון מוסיפים קונפליקטים המסווגים כ"בעיות סמכות": תלות מול עצמאות, שליטה ומשמעת מול חירות אישית, הגבלה פיזית והיררכית מול נטייה לתהייה ולפריצת מסגרות, ומעברים ופרידות כפויים מול מעברים ופרידות מרצון - בכל אחד מהקונפליקטים מעומתת נטייתו הטבעית של הצעיר המתבגר עם דרישות המערכת הצבאית.

ברבות מפניות החיילים לקב"ן ניתן, לדעתי, למצוא מוקד של פגיעות נרקסיסטיות, כשהחיילים מרגישים מרוקנים רגשית, נעלבים, חסרי אונים, מדוכאים ואו זועמים. דרך נוספת להסתכל על חוויות אלו היא "למידת חוסר האונים" - רבים מהפונים משתפים את הקב"ן בחוויה הקשה, שעד כמה שיטורח, ישתדלו, ינסו ויתאמצו, הרי הם ממשיכים לחוש שבעיני מפקדיהם וחבריהם ולעתים קרובות גם בעיני עצמם, הם נכשלים. נראה שגישתם של ארייטי ובמפוראד לדיכאון¹⁶ רלוונטית כאן. מבחינה סובייקטיבית, זהו ניסיון סיופי לרצות את האובייקט הפנימי והשתקפותו ההעברתית במפקדים ובמערכת בכללותה. כישלון צורב גורם לחייל לחוש זעם, המופנה החוצה כמרדנות והסתבכות בצרות ופנימה כדיכאון.

מבחינה פנומנולוגית, האבחנות הרווחות ביותר של החיילים הפונים הן מסוג הפרעות אישיות תלותיות, נרקסיסטיות וסכיזואידיות, המעמידות את החיילים במבחנים קשים סביב הפרידה מהבית, מחד גיסא, וההסתגלות למערכת הצבאית,

יום, שעה אחרי שעה, הוא מראיין חייל אחרי חייל, כשכל אחד ואחד מהם רוצה ממנו משהו קונקרטי. וגם הוא, קב"ן המילואים, רוצה לעצמו חיבה, הערכה, תמיכה ושיתוף לו לשוב הביתה לאהוביו. רבים מהחיילים עלולים לעורר בפנייתם גם אנטגוניזם: הם אינם יודעים לעורר אמפתיה ואמון ולעתים הם אף מעוררים כעס, דחייה, חשדנות ותרעומת, וככל שכניסתם למשרד הקב"ן בשעה מאוחרת יותר או סמוכה יותר למועד השחרור של הקב"ן, כך יטו יותר לעורר תחושות אלו.

האבחנות הרווחות ביותר של החיילים הפונים הן מסוג הפרעות אישיות תלותיות, נרקסיסטיות וסכיזואידיות, המעמידות את החיילים במבחנים קשים סביב הפרידה מהבית, מחד גיסא, וההסתגלות למערכת הצבאית, מאידך גיסא. המערכת הצבאית יצרה סיווג אבחנתי ייחודי, המחלק את הפרעות האישיות לאינטרוורטיות ואקסטרורטיות

אופי היחידה והנורמות למצוקות נפשיות של חיילים – בכל יחידה יש התייחסות שונה למצוקות הנפשיות של החיילים המשרתים בה. יש שהגישה בהן נוקשה ומעשית (ממוקדת מטלה) יותר ויש שמכילה יותר. נראה שגישה זו מושפעת הן מאופי מפקדי היחידה ומורשתם ההיסטורית והן ממצב היחידה: ככל שהאווירה ביחידה רגועה וקוהסיבית יותר, המחסור בחיילים בתפקידים ספציפיים וחיוניים נמוך יותר, ממוצע איכות כוח האדם ביחידה מבחינת נתוני פרופיל, קב"א (קבוצות איכות) קה"ס (קשיי הסתגלות) ורקע סוציו-אקונומי איכותי יותר, ומספר החיילים הפונים לעזרת הקב"ן נמוכה יותר, כך בדרך כלל תתאפיין היחידה בגישה מכילה יותר למצוקתם הנפשית של חייליה. גישה זו תתאפיין בדאגה רבה וכנה יותר מצד המפקדים למצבו של החייל המדווח על מצוקה ולנכונות רבה יותר לשמוע אותו, לסייע לו ולבוא לקראתו, וכן יתייחסו המפקדים בעניין רב יותר לחוות דעתו של הקב"ן ויראו נכונות רבה יותר להיעזר בה וליישמה. ביחידות כאלו מתאפשרות פגישות רבות יותר בין החייל לקב"ן, יש נכונות רבה יותר של המפקדים להקדיש זמן ואנרגיה, הן למפגשים עם הקב"ן הן לנסיגות למצוא דרך ללב החייל הסובל כדי לגייס את תקוותו, כוחותיו ושיתוף הפעולה שלו, תהליך הכולל לעתים אפילו נכונות לשקול מחדש הצבה ותנאי שירות במסגרת היחידה.

ביחידות נוקשות ומעשיות יותר, שבהן הדגש הוא פחות על האדם ויותר על המטלה, פחות על התהליך ויותר על התוצר, ייתקל החייל (ולעתים קרובות גם הקב"ן) בהתייחסות חשדנית וצינית לביטויי המצוקה שלו ובדרישה חד משמעית לחזור לתלם ("אין לא יכול, יש לא רוצה") – ביטוי השגור בפי מפקדים רבים בצבא ומבטא אולי יותר מכל גישה זו. חייל הממשיך בהתנהגותו ה"סוטה" עלול להיתקל באכזפת משמעת ולבסוף בהרחקה מהיחידה (במקרה כזה, כדי לחסוך מהחייל מצוקה נוספת, מגויס הקב"ן לעתים להשתמש בכלי הפרופיל כדי לאפשר נקיטת צעד זה). המערכת הצבאית, על כלליה והבירוקרטיה שלה, ובמקרים רבים למרות רצון טוב, ממצמצמת במידה רבה את טווח אפשרויות ההתערבות למען החייל הבלתי מסתגל. הקב"ן מוצא עצמו לעתים קרובות "מחושק" בשלל כללים ונהלים המגבילים באופן קיצוני את דרגות החופש שלו. למשל, בדוגמה (הנפוצה): חייל עשוי להצטיין בתפקיד מסוים, או בסביבת תפקוד מסוימת וחולם להגיע לשם. כל הנוגעים בדבר מצהירים ללא ספקות שהעברה כזו יכולה לפתור את מצוקתו ולאפשר לו לא רק להרגיש טוב יותר, אלא אף לתרום תרומה גדולה לאין ערוך למערכת הצבאית. אולם, חייל זה נאלץ לעבור לשרת או להמשיך לשרת במקום שבו הוא אומלל, מתפקד באופן שאינו מספק את מפקדיו וככל הנראה אף לא יחזיק בו מעמד, כיוון שנתונים מסוימים שלו (הכשרה/ טווח מגורים/ פרופיל/ סיווג בטחוני/ יתרת שירות, וכי') מונעים את ההצבה הרצויה. למרות מאמצים שגורמים בעלי רצון טוב

משקיעים בנסיגות למצוא פרצות או אמצעים לתמרן את המערכת, מאבקים כאלה מסתיימים לעתים בכישלון ובתחושות תסכול של כל הנוגעים בדבר.

התערבות

את ציר אפשרויות ההתערבות העומדות לרשות קב"ן המילואים ניתן, לדעתי, לראות כרצף של היות (being) בקוטב אחד, מול עשייה (doing) בקוטב האחר (פסיכותרפיה – אישורים), כשבין החייל הפונה לקב"ן מתפתחת מעין "משיכת חבל" בין קטבים אלה: הקב"ן מצידו מנסה למשוך את החבל לקוטב הפסיכותרפיה: הקשבה, יצירת קשר והפעלת אמפתיה, שמטרותיהן, אבחון, הענקת מרחב לאוויר ולקתרזיס וניסיון להגיע לתובנות מחזקות, מרגיעות וטרנספורמטיביות (למשל, הקב"ן מנסה לשותף את החייל בתחושה "בוודאי קשה מאוד להיות כאן בצבא כשהמשפחה בבית כל כך טובלת, והדבר בוודאי מעורר רגשות קשים של חוסר נאמנות וצורך לסבול יחד עם המשפחה, כמעין מתת של אהבה ונאמנות"). החייל הפונה, לפחות ברמה הגלויה, מנסה בדרך כלל למשוך את החבל לקוטב העשייה ולקבל מהקב"ן אחד האישורים: הקלה כלשהי במקרה הפשוט ושינוי הצבה או אף שחרור משרות במקרה הקיצוני יותר. באחת היחידות שבהן שירתי תלה הקב"ן הקבוע ביחידה על דלתו שלט: "כאן מחלקים חכות ולא דגים", במה שאני פירשתי כניסיון נואש שלו לנצח ב"משיכת החבל" עוד לפני כניסת החייל לחדר.

אפשרויות התגובה העומדות לרשות קב"ן המילואים לפניותיהם של החיילים הן התערבות פסיכותרפויטית, התערבות במישור הפסיכולוגי-תקשורתי של המציאות החיצונית והתערבות במישור המציאותי.

א. התערבות פסיכותרפויטית אופטימלית – עקב אופייה של המערכת הצבאית, משימותיה ואילווציה, היא ממוקדת ותחומה בזמן, לעתים מערכתית וכוללת הזמנת הורי ואו מפקדי החייל. התערבות כזו היא, במידה רבה, נצחון הקוטב הפסיכותרפויטי במשיכת החבל לעיל. בסקירה של גישות תיאורטיות שונות לטיפולם דינמיים, ממוקדים ותחומים בזמן, לאור¹⁷ מסבירה כי תיאורטיקנים מסוימים, כמו דונון, מאלאן וסיפנאוס, נשענים על תיאוריה פסיכואנליטית קלאסית ומגדירים בעיות במנחים אדיפליים, בעוד שתפישתם של אחרים, כגון באלנט ומאלאן, נובעת משילוב הגישה הקלאסית עם יחסי אובייקט. בייקר וסרויה נשענו על תיאורית העצמי, ומאן מדגיש היבט בין-אישי: תגובות המטופל לפרידה ולאובדן. לאור מסבירה שלמעשה כל הטיפולים הדינמיים הקצרים מושתתים על הטכניקות המאפיינות טיפול אנליטי בכלל: פירושים, עבודה עם חלומות ועבודה עם העברה. עם זאת, רק מאן, לדבריה, הציע מתודולוגיה של טיפול קצר תחום בזמן, שנושא הזמן הוא המפתח לבנייתה. לדבריו, כל הטיפולים קצרי הזמן מחיים בהווה את הקונפליקט הקיים בכל אדם בין חווית הזמן הילדית המאופיינת בתפישת הזמן כלא-מוגבל, בתפישת של חי נצח (או אל-מוות) ובתחושת אומניפוטנטיות, לבין חווית הזמן הבוגרת שבה הזמן נתפש כאישי, סופי, מוגבל, קשור לגבולות, מגבלות ומוות. גרובס¹⁸ מונה ארבעה מאפיינים לטיפול הקצר: זמן תחום, מוקד טיפולי, אקטיביות המטפל ומיון מטופלים.

בליין וחק¹⁹ רואים בטיפול הממוקד והתחום בזמן את דרך הטיפול הנותנת מענה נכון לאפיונים ולצרכים של הטיפול הנפשי בחיילים במצוקה. הם מדגישים את הצורך במעורבות, אקטיביות, התלהבות ונטילת סיכונים מצד המטפל, וטוענים שלפי נסיונם, שיטת הטיפול האופטימלית היא שיטתו ה"מתקנת" של אלכסנדר¹⁸. שיטה זו מתאימה לצעירים בריאים שבדרך כלל תפקדו באורח תקין ונמצאים במשבר. מטרתה היא פתרון בעיות אקטואליות בחיי המטופל, דרך הימנעות בדרך כלל מפירושים, כדי לאפשר לחייל חוויה רגשית (בין-אישית) מתקנת, כשהתנהגותו של הקב"ן מנוגדת לציפיות ההעברה שהוא חש אצל המטופל (רכות הפוגשת ציפייה לנזקקות וכו'). מעבר לכל, מדגישים המחברים כי נדרש מהמטפל להיות פעיל, מחזק, מעורר ואף מיעץ, ועליו לסטות מהרגליו הפסיכותרפויטיים הקלאסיים. הם ממליצים גם על גישות התנהגותיות וקוגניטיביות המתמקדות בסימפטומטולוגיה, ובקושי התפקודי הנלווה אליה,

כיעד טיפולי מרכזי.

במפגשים חד פעמיים בין החייל במצוקה לבין קב"ן המילואים, ניתן להיעזר ברעיונותיו של טלמון^{19,20}, לפיו, על הקב"ן לתת לצורך של החייל הפונה את מלוא הכבוד בהתערבות ממוקדת, מעשית ורלבנטית ל"כאן ועכשיו" שלו ושל המציאות הצבאית שבה הוא פועל. לדעתו, הקב"ן צריך ויכול להבין ולהביא בחשבון תהליכים דינמיים, אישיותיים ופונטולוגיים, אך על הקשב, השאלות והתגובות שלו להתמקד בשאלה: "מה יועיל לחייל הזה במצוקתו במציאות הנתונה?" וכדברי מרק²¹, על הקב"ן לפעול כאילו "הלוקח תמיד צודק גם אם הוא מופרע" ולאמץ לצורך המפגשים החד פעמיים תפישה שטלמון מכנה "מינימליזם קונסטרוקטיבי", כלומר: העדפת המועיל על פני הצודק, והמינימלי על פני המקסימלי. לפי גישתו של טלמון, יחפש הקב"ן התערבות פחות פולשנית ופחות מגבילה, העשויה להועיל בפתרון הבעיה. במקום להיותקע במשיכת החבל מול החייל, הוא צריך לנסות להמיר את דילמת ה"או ש... או ש..." בפתרון של "גם וגם" וכך לדוגמה יסכם את השיחה הראשונה:

"אני מודה לך על היחמה לקיים השיחה בינינו ומעריך את אומץ לבך לומר את האמת שלך, למרות שאנחנו נמצא במערכת צבאית הודרשת ממך לצית לחוקים שלא נקבעו על ידך ולהתחשב במה שאחרים יגידו. התרשמותי שהרגיית לצבא מתוך רצון וכונה לשרת ולתרום כמיטב יכולתך ושבתמלך השירות אתה חש יותר ויותר שלא מבינים אותך ולא מתחשבים בך וזה פוגע מאוד במוטיבציה שלך לתרום ולהצליח בשירות הצבאי. מדריך אני לומד שיש בפניך מספר אפשרויות: הראשונה, שהיא האפשרות הקלה והפשוטה, לסיים את השירות הצבאי (או כל אישור אחר שהחייל מבקש לקבל מהקב"ן) בהקדם האפשרי, באמצעות המלצתי להעניק לך פדופיל²¹. היתרון בפתרון כזה הוא שתיפטר מהשירות הצבאי עכשיו ולא תצטרך לסבול יותר ממה שגורם לך סרע קשים. החיסרון הוא שלא תיווכח אף פעם לדעת שאתה יכול להתגבר על הבעיה ושהמצב עשוי להשתנות בעתיד (גם לטובתך וגם לטובת השירות למדינה), ובמקום זה אתה עשוי לגלות שהבעיה הולכת איתך לכל מקום. למשל, כאשר תיווכח שמערכות אחרות, כמו משרד הרישוי, ינסו למנוע ממך רשיון נהיגה בגלל פרופיל²¹, או שתגלה שגם במקום עבודה אזרחי הבוס לא מבין אותך ולא מתחשב בך. הפתרון החלופי, הדרוש ממך לדעתי מאמץ גדול עכשיו לטובת עתיד קצת רחוק יותר, הוא שנסה יחד, אולי עם קצינת הת"ש (תנאי שירות, שירותי הרווחה הצבאיים), לתפור איתך תנאי שירות שיאפשרו לצבא להתחשב יותר בצרכיך, ולך לתרום יותר מיכולתך. היתרון בפתרון כזה הוא שיש בו סיסי שאתה תחווה הצלחה ושהצבא ייתרם משירותך. החיסרון בפתרון כזה הוא שהוא ידרוש ממך יותר סבלנות ונכונות לקחת אחריות על חלקך בשירותך במערכת, שהיא לעתים מסורבלת וטקשה ואני יודע ומבין עד כמה היא אכזבה אותך עד כה. אנחנו יכולים לחשוב כעת מדי ההחלטה הנכונה עבורך, או לנסות ולנחש מה תהיה

.....(תשימה ביבולגורית)

החלטתך בעוד זמן מה, אחרי שהבעיה הנכחית תהיה כבר מאחוריך. מה דעתך?". טלמון מודגיש שחשוב שהטון, הדוגמאות והמטאפורות יישאבו מתוך השפה, הדימויים וההיכלמה שמציג החייל הספציפי בעיתוי ובנסיבות של אותה פגישה. הוא מודגיש שגישתו מבקשת לכבד את העובדה שעיקר הכוח להירפא (או לא להירפא), או לפתור בעיה (או להימנע מכך) נמצא אצל החייל, ומטרת כל טיפול נכון היא להעצים את יכולתו לקבל את החלטותיו ולבצען בדרכו ולהעניק לו את התחושה שהאפשרות לשוב ולהיעזר בעתיד היא חיובית, מועילה ועומדת לרשותו כדלת פתוחה או כרשת ביטחון לעתות מצוקה.

עד כאן תיאורתי כמה גישות טיפוליות הנחשבות ליעילות במפגשים הקצרים בין קב"ן המילואים לחיילים הפונים אליו במצוקתו: התערבות במישור הפסיכולוגי-תקשורתי של המציאות החיצונית - עידוד מפקדי החייל להיות קשובים למצוקתו, לפתח עימו דיאלוג, ולעיתים ליישם מרכיבים שונים מהגישה של עיצוב התנהגות; התערבות במישור המציאותי של החייל - המלצה על הקלות ברמה התפקודית, שינוי הצבה, שינוי פרופיל, סיוע סוציאלי באמצעות גורמי ת"ש ועוד, ובמקרים שטראה שאין דרך אחרת, אף המלצה על שחרור מהשירות צבאי.

לסיכום, מאמר זה התמקד (בחלקו מנסיוני האישי) במפגשים של קב"ן המילואים עם חיילים הפונים אליו במצוקתם. דנתי במאפייני המצוקה של הפונים, בתפקיד הקב"ן, בתגובות ההערכה-הנגדית שלו לתפקידו בכלל ולפניות אליו בפרט, ובאפשרויות התערבות קצרות מועד שונות.

המפגש עם מצוקתם של חיילים הוא מפגש כואב, המלווה לעיתים קרובות בתחושות חוסר אונים ותסכול. פני הצבא כפני האומה, וככל שמדינתנו שטועה יותר, ענייה יותר, אלימה ולוחמנית יותר, המצוקה שחווים בניה-חייליה עמוקה יותר, והמענה למצוקה זו דל יותר. לפי התרשמותי, צה"ל מעוניין לחזק, לעודד ולתמוך בחייליו, אך נראה שטכנ צוק העתים, המצוקה שהוא מתמודד עימה הולכת ומחריפה ואילו משאביו הולכים ומידלדלים. אני מקווה שנאמר זה יעזור למחשבה, יעודד רב שיח ואולי אף הורמה של משאבים רבים יותר למוקד זה של סבל וכאב.

ד"ר שי שלקס, פסיכולוג קליני

מאמר זה מבוסס על נסיונו של הכותב אותו צבר במשך שנים רבות של שירות מילואים במסגרת חיל האוויר. המאמר מוקדש בתודה ובהערכה רבה לכל קציני בריאות הנפש המתמודדים יום יום ושעה שעה עם הקשיים והמצוקות המתוארים לעיל

1. בליין א., מערכת בריאות הנפש הצבאית: מאפיינים ועקרונות מנחים. ביטאון חיל הרפואה, 32: 8-9, 1990.
2. שוהם ש., קצין בריאות הנפש היחידי: איש המקצוע בקהילה הצבאית. ביטאון חיל הרפואה, 32: 17-21, 1990.
3. Winnicott D.W., Playing and reality. Middlesex. Penguin Books, 1971.
4. שקלאר ר., בריאות הנפש במדים - התפתחותה של מערכת בריאות הנפש בצה"ל. ביטאון חיל הרפואה, 32: 7-12, 1990.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., Washington D.C., APA, 1994.
6. Kohut H., The analysis of the self. New York, Int. Univ. Press, 1971.
7. Lazarus R.S., Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill, 1966.
8. Lazarus R.S., Folkman S., Stress appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
9. Merton R.K., Self-fulfilling prophesy. Antioch Review, 8: 183-219, 1948.
10. בליין א., המפגש היחודי שבין הצעיר/ה למסגרת הצבאית: משברי הסתגלות "נורמטיביים", איכונים פסיכופתולוגיים וביטוי מצוקה. ביטאון חיל הרפואה, 32: 10-12, 1990.
11. הוכדוך צ., הסתגלות לצה"ל: הקשר בין דפוסי משפחה, "שיגור" ומשתנים אישיים של המתגבר. עבודת דוקטורט, אוניברסיטת חיפה, 1999.
12. Gal R., A portrait of the Israeli soldier. pp 58-75, New York, Greenwood Press, 1986.
13. Kernberg O.F., Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Jason Aronson, 1975.
14. Kernberg O.F., Borderline personality organization. In: Stone M.H. (Ed.), Essential papers on borderline disorders. New York, Int. Univ. Press, 1986.
15. בליין א., חן א., פסיכותרפיה קצרת מועד לישראלים צעירים בעת השירות הצבאי. בתוך: 15. דסברג ח., איציקסון א.ג., שפיר ג. (עורכים), פסיכותרפיה קצרת מועד. עמ' 181-196. ירושלים, מאגנס, האוניברסיטה העברית, 1989.
16. Arieti S., Bemporad J., Severe and mild depression. The psychotherapeutic approach. New York, Basic Books, 1978.
17. לאור א., פסיכותרפיה פסיכואנליטית ממוקדת ותחומה בזמן כמיכל ייחודי. שיחות, י"א: 17, 73-65, 2002.
18. Alexander F., French T., Bacon C. et al., Psychoanalytic therapy. New York, Ronald Press, 1946.
19. טלמון מ., תרפיה בפגישה אחת. תל-אביב, מוטיב בע"מ הוצאה לאור, 1993.
20. טלמון מ., שווה לכל נפש: הדרך הקצרה לפסיכותרפיה יעילה. תל-אביב, ספרי ידיעות, 20. אחרונות, 1996.
21. מרק מ., שיחות בריאות הנפש בעקבות חוק הבריאות הממלכתי. הרצאה במסגרת יום עיון. 21. של מערב, קונגרס בני התרומה בול-אביב, 2005.
22. the encounter between help seeking soldiers and the (on reserve duty) military psychologist
23. Shai Schellekes, Ph.D. Kiryat Ono
24. The present article focuses on the encounter between the help seeking soldier and the military psychologist (on reserve duty). The article discusses the soldiers' distress, the military psychologist's task, his/her counter transference responses to the task in general and to the soldiers' distress in particular, and different modes of short term intervention.



לידה והפרעה פוסט טראומטית

אכן, ב-DSM-III, כדי לאבחן הפרעה פוסט טראומטית (הפרעה בתור חבלתית), הוגדר האירוע הטראומטי כאירוע שחורג מרצף החיים הרגיל של אדם. על פי הגדרה זו לידה לא תיחשב לאירוע טראומטי. במקביל, היו שחשבו שאחרי לידה לא תיתכן התפתחות הפרעה פוסט טראומטית.

אולם, ב-DSM-IV יש התייחסות שונה. ה-DSM-IV מדבר בעיקר על מה שקורה לאותו אדם במהלך החשיפה לאירוע, כפי שיודגם בהמשך.

לפי הגדרת ה-DSM-IV לצורך אבחנה של הפרעה פוסט טראומטית, אירוע ייחשב לטראומטי אם מתקיימים אחד מהתנאים הבאים:

- האדם חווה או היה עד לאירוע שבו היתה סכנה ממשית לחייו, או לשלמות הפיזית של גופו או של אדם אחר.
- האדם שנחשף לאירוע הגיב בפחד עז, חוסר אונים או אימה.

איך היתה הלידה? זוהי אחת השאלות הראשונות שנשאלת אישה אחרי שילדה. התשובות מגוונות כמובן. לפעמים התשובה תהיה שהיתה לידה טובה, קלה, מהירה, ארוכה ואפילו מדהימה. אבל לפעמים התשובה שנקבל היא "היתה לידה טראומטית". בכלל, המילה "טראומה" נאמרת לא פעם בהקשר ללידה. "הגוף עבר טראומה" - משפט שנאמר לנשים שילדו. האם ייתכן שאישה תסבול מהפרעה נפשית כתוצאה מלידת תינוק? אם לידה יכולה להיות טראומה? האם ייתכן שנשים יפתחו הפרעה פוסט טראומטית (PTSD) אחרי לידה, בדומה לאנשים שנחשפו לאירועים קשים אחרים, במלחמה, בתאונה או אחרי אונס? כל האירועים האלה הם אירועים שלא אמורים לקרות במהלך החיים הרגיל והתקין של אדם. הם מוגדרים כחוויה מעבר לרצף החוויות הרגיל של אדם. לידה, כידוע, היא תהליך טבעי, נורמלי ואפילו רצוי במהלך החיים של אישה. נשאלת השאלה האם לידה יכולה להיות אירוע טראומטי?

לידת תינוק היא חלק ממכלול החוויות הצפוי לרוב במהלך חייה של אישה. עם זאת, יש נשים שמרגישות שחוויית הלידה שעברו היתה טראומטית. אם לידה יכולה להיות טראומה, האם ייתכן שנשים יפתחו הפרעה פוסט טראומטית (PTSD) אחרי לידה, בדומה לאנשים שנחשפו לאירועים קשים אחרים כמו מלחמה או אונס?

ד"ר ליאת הולר הררי



בנוסף, נדרשים תסמינים משלש הקבוצות:

- א. תסמינים שקשורים בחוויה מחדש של האירוע הטראומטי: זכרונות חודניים ומטרידים, סיטי לילה, תמונות חזרות מהאירוע, עד תחושה האדם כאילו חווה את האירוע מחדש, סלל מראות, קולות וריחות מהאירוע (פלאשבקים); תגובה גופנית או נפשית של מצוקה, בתגובה לגירוי פנימי או חיצוני שמזכיר את האירוע.
- ב. תסמינים הקשורים בהימנעות ממציבים או גירויים שיכולים להזכיר את הטראומה, וקהות רגשית: בין התסמינים, תחושת ריחוק רגשי מאנשים, תחושה שאסון עומד להגיע, הימנעות מהשתתפות בפעילויות שונות, קושי להיזכר בחלקים מסוימים של האירוע, הימנעות מדיבור על נושא הטראומה.
- ג. קבוצת התסמינים שקשורים בעוררות יתר: קושי להירדם או לישון, עצבנות עם סף תסכול נמוך, התפרצויות זעם, קושי בריכוז, חשדנות ותגובה מוגזמת לדעש פתאומי.

הקריטריון האחרון הוא שתפקודו של אותו אדם נפגע במידה ניכרת. לא כל אדם שסובל מהפרעה פוסט טראומטית מפתח את כל התסמינים, לרוב נראה חלק מהם. אם אכן מדובר בהפרעה פוסט טראומטית אחרי לידה, הרי שיכולתה של האישה להמשיך בחייה הרגילים תיפגע במידה ניכרת.

שיכחות PTSD אחרי לידה ותמונה קלינית

שיכחות התופעה נעה סביב אחוזים בודדים, אבל כמה מהנשים שלא מפתחות הפרעה פוסט טראומטית "מלאה" עלולות לסבול מחלק מהתסמינים. כיוון שהן לא מאובחנות, הן נתירות ללא מענה ולא מבינות את פשר השינוי שחל בהן. נשים יכולות לסבול ממחשבות חזרות על הלידה שהיתה טראומטית עבורן, מחשבות מטרידות, שמפריעות לשגרת החיים הרגילה ומעוררות מצוקה נפשית וגופנית. ביטוי אחר יכול להיות סיטי לילה שקשורים לחוויה הקשה שעברו. ראינו שהימנעות היא אחד התסמינים של הפרעה פוסט טראומטית. לעתים, רופאים נתקלים בנשים שמבקשות בהריון הבא ללדת בניתוח קיסרי, כאשר אין סיבה רפואית גופנית לניתוח קיסרי. ביטוי קיצוני אחר יכול להיות פחד מלידה חוזרת עד כדי הימנעות מבניסה להריון. בנוסף, התסמינים שתוארו קודם, כמו עצבנות, עוררות יתר, אינסומניה, סף תסכול נמוך ועוד.

אחת הבעיות ב-PTSD היא שגירויים מסוימים הקשורים לאירוע הטראומטי, בעקיפין או במישור, יכולים לעורר את תסמיני החורדה ולגרום למצוקה נפשית. מכאן ניתן לשער שהקשר עם התינוק מהווה טריגר לעלייה של התסמינים הללו ויש לשער שעלולה להיות פגיעה בקשר אם תינוק, בהנקה וביכולתה של האם לספק את צרכיו הרגשיים של התינוק. להשערה זו תימוכין בספרות הרפואית (Reynolds 1997, Ballard et al, 1995).

קבוצת סיכון

בעבר חשבו שעוצמת האירוע הקשה היא הגורם החשוב ביותר שיקבע אם תפתח הפרעה פוסט טראומטית. כיום נראה שזה לא לגמרי מדויק. מה שיקבע האם תפתח הפרעה פוסט טראומטית היא התפישה הסובייקטיבית של גורם הודחק (Kaplan & Sadock, Synopsis of Psychiatry). למרות שגורם דחק הוא תנאי הכרחי, הוא אינו מספיק להתפתחות PTSD. לאחר חשיפה לגורם מסוים, לא כל אלה שנוחשו יפתחו הפרעה פוסט טראומטית.

גורמי הסיכון שידועים כיום להתפתחות הפרעה פוסט טראומטית בכלל, לאו דווקא אחרי לידה, הם: אדם שחווה טראומה בילדות, תכונות אישיות המאפיינות אישיות מסוג גבולי, אנטיסוציאלי או תלותית, מערכת תמיכה לא מספקת, אירועים סטרוגנים נוספים לאחרונה, תפישה של מוקד שליטה חיצוני ולא פנימי, צריכת אלכוהול (Kaplan & Sadock, Synopsis of Psychiatry).

במחקר שבדק 500 משתתפות ארבעה עד שבעה שבועות לאחר לידה, דיווחו 33 אחוז מהנשים על לידה טראומטית ולפחות 30 אחוז סבלו מחלק מהתסמינים של הפרעה פוסט טראומטית. 5.6 אחוזים מהילדות עט לקריטריונים המלאים של-PTSD. כאשר בדקו מה הגורמים שהיו קשורים להתפתחות PTSD, נמצא שלפרמטרים שקשורים בהריון עצמו לא היתה השפעה. חוויה של טיפול לא מתאים במהלך הלידה והתערבויות רפואיות במהלך הלידה היו קשורות להתפתחות תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית (Horsfall et al, 2000).

סיגלי וחב' מצאו גם הם ש-PTSD אינו קשור דווקא לסיכונים בלידה (Cigolli et al, 2007). במחקר זה נבדקו 160 נשים שעברו לידות שהוגדרו כרגילות. כלומר, ללא התערבויות או סיכונים קשים. כאחוז אחד מהנשים סבלו מהתמונה המלאה של PTSD וכ-30 אחוז דיווחו על תסמינים מאחת מהקבוצות. במחקר אחר (Maggiony et al, 2006) שבו בדקו נשים בסוף ההריון ואחרי הלידה, נמצא ש-2.45 אחוזים מהנשים סבלו מהפרעה פוסט טראומטית, שנמשכה שלושה עד שישה חודשים אחרי הלידה. ל-32 אחוז היו תסמינים משמעותיים קלינית מאחת הקבוצות. כיוון שאחוז התינוקות הבריאים שנולדו בקבוצת המחקר היה גבוה, החוקרים הסיקו שלגורמים הקשורים למהלך הלידה לא היתה השפעה משמעותית על התפתחות ההפרעה.

גם לציפיות מסוימות מהלידה ולאכזבה מהתמיכה הממשית שהתקבלה מהצוות הרפואי.

נשים שסבלו מתסמינים דיכאוניים בהריון נטו לפתח תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית מקבוצת התסמינים החודרניים. במחקר זה, כמו במחקרים אחרים נמצא שיש גורמים נוספים המשפיעים על התפתחות הפרעה פוסט טראומטית. בין הגורמים המנבאים היו כאב בשלב הראשון של הלידה, תחושת חוסר אונים במהלך הלידה ואינטראקציה שלילית עם הצוות המטפל.

האם פחד מהלידה הוא גורם מנבא להתפתחות ההפרעה? על שאלה זו ניסו לענות פייברדר וחב' (Fairbrother, 2007). בניגוד למה שהיית מצפים, נשים שהביעו פחד מהלידה לא היו בסיכון גבוה יותר להתפתחות הפרעה פוסט טראומטית ולעומתן, נשים שהיו עם תסמינים חודרניים לקראת הלידה היו בסיכון להתפתחות הפרעה פוסט טראומטית וגם להתפתחות דיכאון.

ניתן לסכם ולומר שקיים קשר מורכב בין המצב הנפשי של היולדת, גורמי סיכון אישיים שלה, תפישה של התמיכה שהיא מקבלת ותחושת השליטה שלה בעשה לבין התפתחות PTSD לאחר הלידה.

נשא נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא נשים שעברו התעללות מינית בילדותן. נשים אלו הן בסיכון לפתח הפרעה פוסט טראומטית אחרי הלידה, וכן לראקטיבציה של תסמינים פוסט טראומטיים כתוצאה מההתעללות המינית שעברו. לאור הממצאים האלה, האם רצוי שנשים יתכוננו ללידה? היולדת מתחילה את תהליך הלידה ואינה יודעת מהו התסריט הצפוי לה. כדי להילחם בתחושת חוסר הודאות ולקבל תחושת של שליטה על הנעשה, נשים מנסות להתכונן באופנים שונים ללידה, כל אחת בהתאם לאישיותה. קורסים, קריא חומר בטשא, השתתפות בפורומים, שמיעת סיפורי לידה – כל אלה הם תוצאה של גיוס מנגנוני התמודדות לגיטימיים שנועדו לענות על הצורך הזה.

האם נשים שהתכוננו ללידה מוכנות יותר ומועדות פחות לסבול מתסמינים שתוארו? נראה שברוך כלל כן.

מעניין יהיה לבדוק אם לעתים ההתכוננות הנרחבת הזו יכולה לפעול דווקא בכיוון ההפוך, או אולי להעיד על בעייתיות מסוימת מלכתחילה. אישה שמתכוננת וכוונה לעצמה תסריט מסוים של תהליך הלידה תחושה הפרה בטה של התרחיש שהתכוננה אליו. באופן פרדוקסלי, דווקא אישה כזו יכולה למצוא את עצמה לגמרי לא מוכנה להתפתחות בעייתית של הלידה. אישה כזו עלולה לחוות תחושה חזקה של חוסר שליטה, בלבול וחוסר אונים, תחושות שנמצאו כקשורות עם התפתחות תסמיני PTSD.

לסיכום, חווית הלידה שיכולה להיות טובה ומעצימה, עלולה להיחוו כקשה וטראומטית ואפילו לגרום להתפתחות של הפרעה פוסט טראומטית. נשים אלו יסבלו מתסמינים כמו סיוטי לילה, מחשבות חוזרות ומעוררות חרדה על הלידה, עצבנות, קושי לתפקד ולעתים פחד מלידה חוזרת עם בקשה ללדת בניתוח קיסרי, או עד כדי הימנעות מהריון נוסף. גורמי הסיכון קשורים, כפי הנראה, לתכונות אישיות, אירועי חיים קשים בעברה של היולדת, מצבי חרדה ודיכאון בהריון וסביב הלידה, סיבוכים בלידה והתמיכה של המלווים בלידה והצוות המטפל.

ד"ר ליאת הולר הררי, פסיכיאטרית מומחית ופסיכותרפיוטית
www.nefeshm.co.il

מחקרים אחרים הראו דווקא אחרת – עלייה בהאירעות הפרעה פוסט טראומטית בנשים אחרי לידה מכשירנית או קיסרית.

למשננים דמוגרפים כמו אישה נשואה או לא ומספר ילדים, לא היתה השפעה על התפתחות PTSD, אולם נשים שסבלו מבעיות רפואיות בהריון – הקאות מרובות (hyperemesis), צידים מוקדמים, אשפוז במהלך ההריון והפלות קודמות – היו בסיכון גבוה יותר לפתח PTSD.

ממצאים אלה חוזר במחקר נוסף של מגיוני (Maggiony et al, 2007). במחקר שבו נבדקו 470 נשים, נמצא שגורמי הסיכון החזקים להתפתחות תסמינים פוסט טראומטיים היו דיכאון בטרימסטר השלישי ותלונות גופניות במהלך ההריון. נשים בהריון ראשון היו בסיכון גדול יותר להתפתחות הפרעה פוסט טראומטית.

חניעת התפתחות PTSD לאחר הלידה

נשאלת השאלה מה במהלך לידה עלול להשפיע על האופן שבו אישה תחוה את הלידה ומה ניתן להציע לילדות כדי להקטין את הסיכון להתפתחות הפרעה או תסמינים של הפרעה פוסט טראומטית?

במחקרים על הפרעה פוסט טראומטית בכלל, נמצא שלמידת תחושת השליטה שיש לאדם במהלך האירוע ולתמיכה שהוא מקבל יש השפעה מכרעת על האופן שבו אותו אדם יחוה את האירוע ועל הסיכון להתפתחות PTSD. מכאן ברורה החשיבות של התנהלות הצוות הרפואי בלידה. מתן הסבר והבנה מוקדמת לגבי כל התערבות רפואית, שיתוף היולדת בהחלטות, תמיכה של אחות מיילדת, דולה ומלווה בלידה – כל אלה ישפיעו על האופן שבו אישה תחוה את הלידה.

לכאורה נראה שאם נציע לנשים תמיכה מספקת במהלך הלידה, התייחסות נאותה לצורכיהן הגופניים והנפשיים ושיתוף בהחלטות עם מתן תחושה של שליטה בעשה, נוכל למנוע את התפתחות ההפרעה פוסט טראומטית אחרי הלידה. אבל הדברים כנראה לא לגמרי חד משמעיים. במחקר על הפרעה פוסט טראומטית אחרי לידה, נבדקו 264 נשים בתוך שלושה ימים מהלידה ואחרי שישה שבועות מהלידה. שלושה אחים מהיולדות הראו תסמינים משמעותיים קלינית, 24 אחוז פיתחו תסמינים מאחת מהקבוצות. תחושה של חוסר תמיכה מכן הוגו ומהצוות, נטייה להאשמה ותחושה של חוסר שליטה במהלך הלידה נמצאו קשורים במיוחד להתפתחות תסמינים פוסט טראומטיים. עוד נמצא שנשים שסבלו מהפרעות נפשיות בעבר ומרמת חרדה גבוהה נטו יותר לסבול מהתפתחות התסמינים וכן מתסמינים של חרדה ודיכאון אחרי הלידה. החוקרים מסכמים שאחד מסוים של נשים מודווחות על תסמינים פוסט טראומטיים ומדברים על חשיבות מתן תמיכה נאותה במהלך הלידה כמניעה (Czarnocka J et al, 2000).

לעומת זאת, במחקר שהוחסר לעיל נבדקו 160 נשים וכאמור, אחוז אחד מהנשים סבלו מהתמונה המלאה של PTSD וכ-30 אחוז דיווחו על תסמינים מאחת מהקבוצות. אצל נשים שילדו לראשונה ונשים שדיווחו על תמיכה בעייתית של בן הוגו והצוות היו אחוזים גבוהים יותר של תסמיני PTSD. נמצא גם שנשים אלו גם חוו יותר תסמיני חרדה ודיכאון ושנשים שסבלו מחרדה ודיכאון נטו יותר לדווח על קושי בתמיכה של בן הוגו והצוות המטפל. כלומר, מי שהגיעה ללידה כשהיא סובלת מחרדה או דיכאון, לא הצליחה להכיר בתמיכה שהוצעה לה, או שהיתה צריכה לקבל תמיכה מסיבית יותר (Cigolli et al, 2007). ממצאים אלה חוזר במחקרים נוספים.

גם במחקר של מגיוני וחב' (Maggiony et al, 2006) נמצא שנשים שאובחנו כנטויות לחרדה עוד לפני הלידה הן בסיכון לפתח PTSD. נטייה זו היתה קשורה סטטיסטית

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

- Ballard al, Post traumatic stress disorder after childbirth. British J of Psychiatry, 166;526-528, 1995
Cigolli et al, Relational factors in psychopathological responses to childbirth. J Psychosomatic obstetrics and gynecology, 2007
Czarnocka J et al, Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Br J Clin Psychol, 39 (Pt 1):35-51, 2000
Fairbrother et al, Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and Post traumatic stress disorder. J Psychosomatic obstetrics and gynecology, 28;239-243, 2007
Horsfall et al, Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth, 27(2):104-11, 2000
Kaplan & Sadock, Synopsis of Psychiatry, 8th edition, Williams & Wilkins
Maggiony et al, PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two wave longitudinal study. J Psychosomatic obstetrics and gynecology, 2006
Maggiony et al, PTSD after childbirth: What is unbearable in a traumatic delivery? J Psychosomatic obstetrics and gynecology, 28;23, 2007
Reynolds et al, Post traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. Canadian Medical association journal, 156;831-835, 1997

חומרת שיטיון ומגדר חנבאים סימפטומים ניויר-פסיכיאטריים בקשישים

מחקר חדש, שפורסם ב-International Journal of Geriatric Psychiatry, ניסה להעריך את השפעת חומרת השיטיון ומגדר על קיום סימפטומים ניויר-פסיכיאטריים בקרב 1,319 מטופלים בדיוור מוגן.

סימפטומים ניויר-פסיכיאטריים הוערכו בעזרת CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ו-NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Homeversion). חומרת היירדה הקוגניטיבית הוערכה בעזרת GDS (Global Deterioration Scale). בעזרת אנליזות רגרסיה לוגיסטית, נבדקו השפעות המגדר וחומרת היירדה הקוגניטיבית, תוך התחשבות במערפלים הבאים: גיל, משך אשפוז ושימוש בתרופות פסיכיאטריות.

על פי תוצאות המחקר, קשישים עם ירידה חמורה במצב הקוגניטיבי (GDS שלב 7) נמצאו יותר עם התנהגות פיזית אגרסיבית, בעוד שקשישים עם GDS שלב 5 או 6 נמצאו יותר עם חוסר מעצורים, אייטיביליות, התנהגות פיזית לא אגרסיבית ומילולית. התנהגות פיזית אגרסיבית נמצאה יותר בגברים, בעוד שנשים נמצאו עם יותר פעילות רגונית מילולית. בהתייחס לסימפטומים ניויר-פסיכיאטריים אחרים, מחשבות שווא ודיכאון נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בקשישים עם GDS שלב 5 ו-6, בעוד שקשישים עם GDS שלב 7 נמצאו בשכיחות גבוהה יותר עם חרדה ואפתיה. אפתיה היתה שכיחה יותר בגברים, בעוד שחרדה ודיכאון היו שכיחים יותר בנשים.

על פי תוצאות אלו, בקרב דיוור מוגן ובתי אבות, סימפטומים ניויר-פסיכיאטריים קשורים עם חומרת השיטיון, כאשר רוב הסימפטומים נמצאים בקשישים עם ירידה קוגניטיבית בינונית-קשה. לדברי החוקרים, מגדר וחומרת השיטיון הם מנבאים חשובים לנוכחות סימפטומים ניויר-פסיכיאטריים במחקר קוהורט זה.

הפרעות חרדה המצאות בקרב קשישים טורקים

מחקר חדש שפורסם ב-International Journal of Geriatric Psychiatry בדק את הימצאות הפרעות חרדה והקשר, אם קיים, לגורמי סיכון בקרב 462 קשישים טורקים.

על פי תוצאות המחקר, שיעור ההימצאות הכללי של הפרעות חרדה שנמצא במהלך המחקר היה 17.1 אחוז בסך הכל, ושיעור ההימצאות במהלך החיים (lifetime prevalence) שנמצא היה 18.6 אחוז.

שיעורי ההימצאות להפרעות חרדה מסוימות שנמצאו במהלך המחקר היו: 0.4 אחוז להפרעת בעתה, 3.2 אחוזים להפרעה טורדנית-כפייתית, 1.9 אחוז להפרעת דחק פוסט טראומטית, 2.8 אחוזים להפרעת חרדה חברתית, 11.5 אחוז לפוביה פשוטה, 6.9 אחוזים להפרעת חרדה כללית (GAD). שיעור ההימצאות במהלך החיים להפרעות אלו (מלבד GAD) היו 1.4 אחוז, 3.2 אחוזים, 3 אחוזים, 2.85 אחוזים ו-11.55 אחוז, בהתאמה. על פי תוצאות אלו, הפרעות חרדה שכיחות בקרב קשישים יותר ממה שסברו. שיעור ההימצאות במהלך החיים של פוביה פשוטה בקרב מבוגרים גבוה מהשיעור באוכלוסיה הכללית; שיעור ההימצאות במהלך החיים של הפרעה טורדנית כפייתית ושל חרדה חברתית דומה לזה שבאוכלוסיה הכללית. לדברי החוקרים, יש צורך במחקרים נוספים כדי לאתר קשישים אלה לטיפול ומעקב יעילים.

BMI נמוך בקרב נשים עם הפרעות אכילה קשור בירידה בליבדו והימנעות מיחסי מין

מחקר חדש שפורסם ב-International Journal of Eating Disorders בדק את התפקוד המיני בקרב 242 נשים עם הפרעות אכילה. במסגרת המחקר הנשים תושאלו לגבי אינטימיות, ליבדו, חרדה מינית, מצב בן

הזוג ויחסי מין.

על פי תוצאות המחקר, הממצאים השכיחים היו יחסי מין (55.3 אחוז), קיום בן זוג (52.7 אחוז), ירידה בחשק המיני (66.9 אחוז) ועלייה בחרדה מינית (59.2 אחוז).

בנוסף נמצא כי נשים עם אנורקסיה נרבוזה מסוג מגביל (restricting) ומסוג מטהר (purging) נמצאו עם שכיחות גבוהה יותר של ירידה בחשק מיני לעומת נשים עם בולימיה נרבוזה והפרעות אכילה לא מוגדרות (eating disorder not otherwise specified), באחוזים של: 75, 47.6, 39, ו-45.4, בהתאמה.

העדר יחסי מין נמצא קשור עם BMI נמוך יותר במהלך החיים וגיל מוקדם יותר של הופעת הפרעת האכילה; אובדן ליבדו עם BMI נמוך יותר במהלך החיים, מודעות אינטרוצפטיבית וחרדה, וחרדה מינית עם BMI נמוך יותר במהלך החיים. פגיעה בתפקוד מיני היתה גבוהה יותר בקרב נשים עם הפרעות אכילה לעומת מדגם נורמלי של נשים.

לאור תוצאות אלו, פגיעה בתפקוד מיני שכיחה בקרב נשים עם הפרעות אכילה. BMI נמוך קשור עם ירידה בליבדו, חרדה מינית והימנעות מיחסי מין.

ירידה בשכיחות הפרעות אישיות בנשים שהחלימו מהפרעות אכילה

מחקר חדש שפורסם ב-International Journal of Eating Disorders בדק את שכיחות הפרעות אישיות (personality disorders, PD) בקרב 74 נבדקות עם הפרעות אכילה (eating disorders, ED) במהלך אשפוז, במעקב לאחר שנה, שנתיים וחמש שנים, והאם נשים שהחלימו מהפרעות אכילה נמצאות עם שיעורי PD נמוכים יותר. בנוסף, החוקרים השוו את השינויים ב-PD באנורקסיה נרבוזה (AN), בולימיה נרבוזה (BN) והפרעות אכילה לא מוגדרות (EDNOS, eating disorder not otherwise specified). הפרעות אישיות הוערכו לפי ציר 2 של DSM-IV.

על פי תוצאות המחקר, במהלך האשפוז, 58 מטופלות (78 אחוז) נמצאו עם הפרעת אישיות אחת או יותר, ולאחר חמש שנים נמצאה ירידה ורק 32 נשים (43 אחוז) נמצאו עם הפרעת אישיות אחת או יותר. ניקוד PD השתנה באופן מובהק במהלך הזמן בחולות AN, BN ו-EDNOS, אולם לא נמצאו הבדלים מובהקים בבין קבוצות ED. נשים אשר החלימו נמצאו עם שיעורי PD נמוכים יותר ($p > 0.01$).

לדברי החוקרים, ירידה בשכיחות הפרעות אישיות בנשים עם הפרעות אכילה מייצגת מצב קליני אופטימי לטיפול בנשים עם הפרעות אכילה והפרעות אישיות.



יעילות ההיפיריקום בדיכאון מאג'ורי

ממצאי המטה-אנליזה של ספריית קוקרין (2008) בנושא יעילות ההיפיריקום בחולים עם דיכאון מאג'ורי בהשוואה לפלצבו ולנוגדי דיכאון במטופלים מבוגרים

ד"ר יוליאן יאנקו

המחלה או הפיכתה לעמידה יותר. חשוב גם להתחיל טיפול מוקדם כדי למנוע החמרה בעוצמת התסמינים. לבסוף, במקרים קשים, מומלץ להפנות למטופל לטיפול אצל פסיכיאטר. בשל היעילות החלקית של התרופות לטיפול בדיכאון ובעיקר בגלל תופעות הלוואי הלא נדירות שלהן (בחילות והקאות, השמנה, הפרעות שינה, הפרעות בתפקוד מיני ועוד), יש צורך בחלופות נוספות שיגבירו את ההיענות לטיפול ויפחיתו את הסטיגמה הקיימת בטיפול בדיכאון.

צמח ההיפיריקום והמנגנון האנטי דכאוני

עם התקדמות הרפואה והפסיכיאטריה בעשורים האחרונים, נערכו מחקרים מבוקרים המצביעים על כך שתרופות המופקות מתמצית צמח ההיפיריקום יעילות בטיפול בדיכאון קל עד בינוני במידה דומה לתרופות נוגדות דיכאון מקובלות. בזכות הפרופיל הבטיחותי הגבוה והעדר הסטיגמה המאפיינת את התכשירים הפסיכותרפיים הסנתטיים, תרופות המופקות מצמח זה יכולות להיות אופציה טיפולית נוספת בטיפול בדיכאון קל עד בינוני.

ההיפיריקום נלקח בכדורים או בקפסולות (בארצות רבות כתרופת מרשם), בתמיסה או בשקיות תה. היום מוצרי צמח ההיפיריקום מופקים על ידי מיצוי הצמח ומשווקים הן כתוספי מזון (Over the Counter) והן כתרופות. ההבדל הוא שתרופות מיוצרות בתנאי סטנדרדיזציה גבוהים המבטיחים איכות גבוהה וכן קיימות עדויות מוכחות לגבי יעילותן ובטיחותן של התרופות בטיפול במחלה, בעוד שתוספי מזון משווקים גם ללא עדות שכזו. הרכב המוצר תלוי בצמח הגולמי, בתהליך המיצוי ובממסים שבהם השתמשו. כתוצאה מכך, כמות החומר הפעיל במוצרים השונים יכולה להשתנות מאוד.

מנגנון היעילות של התכשיר אינו ברור עדיין. תמציות ההיפיריקום מכילות לפחות שבעה מרכיבים שעשויים להסביר את המנגנון האנטי דכאוני (ביניהם ה-Hypericins, Flavonoids, Hyperforin). מרכיבי הצמח משפיעים במשולב על פעילות מספר מסלולים עצביים שונים של המוליכים סרטונין, נוראפינפריין, דופאמין, גאבא וגלואטאמט (Butterweck, 2003). בניגוד לתרופות נוגדות דיכאון סינתטיות, תכשירי ההיפיריקום אינם מאופיינים בפגיעה בתפקוד מיני או בהשמנה, כמו גם לא בהיפונתרמיה, תופעות אנטי כולירגיות ופגיעה קוגניטיבית. התופעות הנ"ל משמעותיות בגלל הצעיר ובגיל המבוגר בהתאמה. התכשירים מלווים לעתים בפרוטנסטיבות ובפריחה שהן הפיכות.

התכשיר שמאוסר בארץ נקרא ZE 117 (שם מסחרי "רמוטיב") ומכיל כמות מזערית של היפרפורין שאחראי לאינטראקציות הבין-תרופתיות של תכשירי ההיפיריקום. על כן, לתמצית המשווקת בארץ פחות אינטראקציות בין-תרופתיות בהשוואה לתמציות אחרות.

דיכאון מאג'ורי (דיכאון רב) מהווה בעיה עצומה לאדם הלוקה בו ולבני משפחתו, כמו גם לבריאות הציבור ולכלכלת העולם (טימון & ליוקונ, 2008). דיכאון רב מאופיין על ידי מצב רוח ירוד ואו אובדן עניין או הנאה ברוב הפעילויות של המטופל. האדם הדכאוני סובל מתסמינים נוספים רבים, כגון הפרעות בתיאבון ובשינה, חשיכה אובדנית וירידה תפקודית. כדי למלא המדרים האבחנתיים לדיכאון מאג'ורי, משך ההפרעה צריך להיות לפחות לפרק זמן של שבועיים.

על פי סקר הבריאות הלאומי שנערך בישראל בשנים 2003-2004, דיכאון הוא ההפרעה הנפשית השכיחה ביותר במהלך החיים (9.8 אחוזים) (לוינסון וחב', 2007). מחקר חשוב מארצות הברית (ה-NCS Replication) מצא ששיעור דיכאון רב במהלך החיים (Lifetime Prevalence) היה 16.6 אחוז (קסלר וחב', 2005).

דיכאון נפוץ בקרב אנשים מבוגרים וקשישים וגם בקרב חולים במחלות גופניות. במחקר כלל-אירופאי שנערך גם בישראל (ה-SHARE-ISRAEL) רואיינו 2,598 ישראלים בני 50 פלוס כ-1,771 משקי בית (שמוטקין, 2008). תוצאות המחקר היו כדלקמן: בין חמישית לרבע מבני 50 ומעלה חוו לפחות תקופת דיכאון אחת במהלך חייהם, שנמשכה שבועיים או יותר; בקרב יהודים ילידי ישראל נמצאו שיעורי האירועות דיכאון נמוכים באופן מובהק (19 אחוז) מאלה של משיבים שנולדו מחוץ לישראל (26 אחוז); שיעורי האירועות גבוהים במיוחד נמצאו בקרב בני 89-80 (35 אחוז), נשים (26 אחוז), בעלי רמת השכלה נמוכה (37 אחוז), בעלי הכנסה נמוכה-בינונית (28 אחוז), אלמנים/ות (31 אחוז) ורווקים/ות (50 אחוז). עוד נמצא, כי ככל שהדיווח על מצב הבריאות הגופנית היה שלילי יותר, הדיווח על מצבי דיכאון היה גבוה יותר (שמוטקין, 2008).

אבחון דיכאון

על פי ה-DSM-IV-TR (APA, 2000), דיכאון רב יכול להיות קל (Mild) (מעט תסמינים בנוסף לחמשת התסמינים הדרושים לאבחנה ופגימה מינורית בתפקוד התעסוקתי או החברתי), מתון (Moderate) (עם הסתמנות ופגימה תפקודית בין דיכאון קל וחמור, או חמור (Severe) עם מספר משמעותי של תסמינים מעבר לסף המינימלי הדרוש לאבחון דיכאון מאג'ורי ופגימה תפקודית או חברתית ניכרת).

אבחון וטיפול בדיכאון קל ובינוני נעשים בדרך כלל על ידי רופאי משפחה או על ידי מומחים אחרים כגון נירולוגים. במקרים חמורים, ממושכים או עמידים, המטופלים מגיעים לפסיכיאטר (אם כי לעתים פונים לפסיכיאטר גם במצבים קצרים וקלים בשל הזמינות הרבה של פסיכיאטרים במרפאות לבריאות הנפש בקהילה ובתכניות המושלם בקופות החולים השונות). האבחון המוקדם בדיכאון קל עד בינוני חשוב מאוד ועשוי למנוע הימשכות

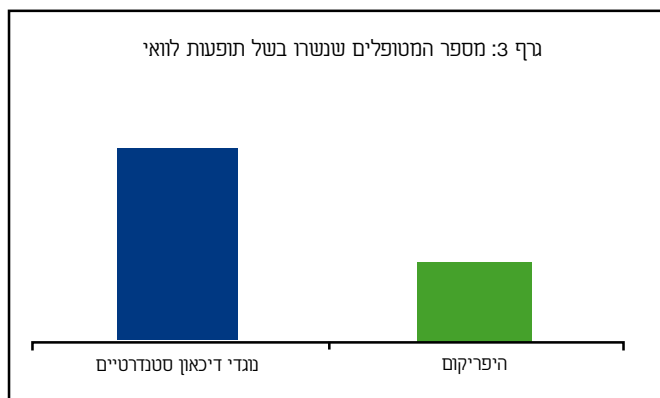
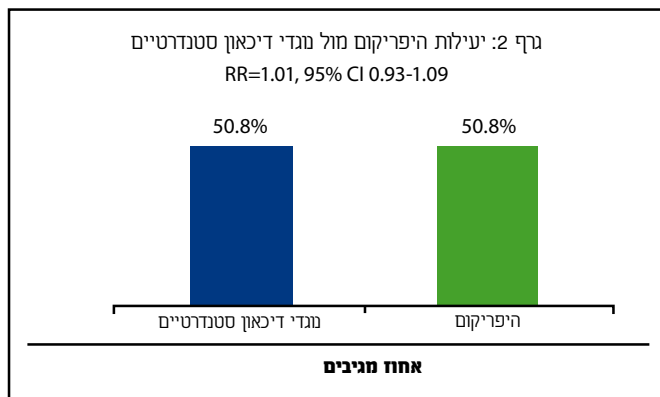
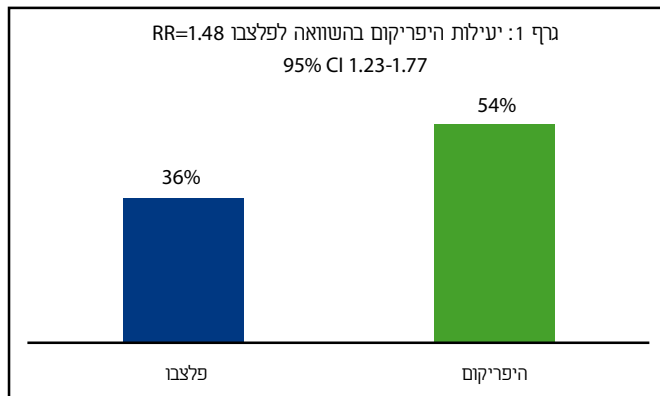
סקירת קוקריין 2008

היפריקום בהשוואה לנוגדי דיכאון – שיעור המגיבים היה דומה בקבוצת ההיפריקום ובקרב המטופלים שנטלו נוגדי דיכאון אחרים (טריקציקליים, טטראציקליים ו-SSRI) (ראו גרף מס' 2).

נמצאה נטייה קלה יותר לשיעור תגובה טוב יותר בארצות דוברות גרמנית. מחקרים עם ציוני המילטון גבוהים בתחילת המחקר (חומרת דיכאון גבוהה יותר) הדגימו באופן מובהק תוצאות פחות טובות.

בארבעה מחקרים שדיווחו על שיעורי רמיסיה, שיעור הרמיסיה היה פי 1.24 בקרב המטופלים שנטלו היפריקום.

גרף מס' 3 מראה את שיעור הנשירה בשל תופעות לוואי בקרב הנוטלים היפריקום ובקרב אלה הנוטלים נוגדי דיכאון סינתטיים. מטופלים שנטלו היפריקום נשרו פחות מהמחקר בהשוואה לאלה שנטלו נוגדי דיכאון ותיקים (סיכון של 0.24) ופחות בהשוואה גם לנוגדי דיכאון החדשים SSRI (סיכון של 0.53). במילים



ההיפריקום נבדק במספר מחקרים קליניים מאז שנות ה-80. הסקירות של מערכת קוקריין דיווחו בעבר שההיפריקום יעיל יותר מפלצבו ודומה ביעילותו לנוגדי דיכאון הוותיקים בטיפול בהפרעת דיכאון קלה או מתונה. הסקירות זכו לביקורת בשל בעיות מתודולוגיות שונות. אלו כללו הכללת חולים עם הסתמנות דכאנית מינימלית שלא הגיעה לחומרה של דיכאון רב, עריכת המחקר על ידי רופאים ראשונים שלא היו מנוסים במחקרים עם חולי דיכאון רבא ושימוש בתרופות השוואה במינון נמוך מדי. בשנת 2005 פורסמה סקירת קוקריין מעודכנת (לינד וחב', 2005) עם מחקרים חדשים, שלחלקם היו תוצאות שליליות, וכך התחזק הוויכוח סביב יעילות התכשיר. הועלתה השערה שמחקרים קטנים היו בעלי תוצאות אופטימיות בשל הטיות (BIAS) בעוד שהמחקרים הגדולים יותר היו מדויקים יותר ושליליים. בנוסף, היעילות בהשוואה לפלצבו היתה פחותה במחקרים עם חולי MDD בלבד. הסקירה העלתה שאין עדיין עדויות מספיקות ליעילות של תמציות ההיפריקום בטיפול בדיכאון קשה (לינד וחב', 2005).

מאז סיום הסקירה משנת 2005 פורסמו עוד מספר מחקרים מבוקרים גדולים עם חולי דיכאון מאג'ורי. על כן, בשנת 2008 פורסמה סקירה עדכנית של מערכת קוקריין* שמטרתה היתה לבדוק רק יעילות בחולים עם דיכאון מאג'ורי (לינד וחב', 2008). מטרת הסקירה היתה לבדוק היעילות בהשוואה לפלצבו לנוגדי דיכאון במטופלים מבוגרים שהשתתפו במחקרים מבוקרים וכפולי סמיים.

שיטות – היעילות של תכשיר ההיפריקום נבדקה מול פלצבו, על פי אחוז המגיבים (לרוב על פי הציון בסולם המילטון). הסבילות נבדקה על פי שיעור המטופלים שנשרו בגלל תופעות לוואי.

נסקרו 79 מחקרים, מתוכם 50 לא נכללו בסקירה מסיבות מתודולוגיות. 29 מחקרים התאימו למדדי ההכללה של החוקרים וכללו 5,489 מטופלים (טווח של 30 עד 388 מטופלים). 18 היו מבוקרי פלצבו ו-17 היו מבוקרים על ידי נוגדי דיכאון. שישה מחקרים אפוא היו עם קבוצת השוואה של גם פלצבו וגם נוגדי דיכאון. שמונה מחקרים היו חדשים (מאז שנת 2005).

חומרת הדיכאון היתה קלה עד מתונה ב-19 מחקרים ומתונה עד חמורה בתשעה מחקרים. מחקר אחד לא הגדיר את חומרת הדיכאון. 18 מחקרים היו מארצות דוברות גרמנית. בגרמניה, כל הנחקרים גויסו בקליניקות פרטיות (ייתכן חולים קלים יותר, בעלי היענות טובה יותר ובעלי קשר מיטבי עם הרופא או הפסיכיאטר – כל אלה מאפיינים שעשויים להשפיע על התגובה לטיפול).

מינון ההיפריקום נע בין 240 מ"ג ל-1,800 מ"ג ליום, אך ברוב המחקרים היה בין 500 מ"ג ל-1,200 מ"ג (ויש לזכור שתמציות שונות ניתנות במינונים שונים).

תרופות ההשוואה ניתנו במינון של 20-40 מ"ג ליום עבור פרוזאק ופרוקסטין (Seroxat, Paxxet), 50-100 מ"ג ליום לגבי סטרלין (Lustral), 100-150 מ"ג ליום עבור אימפרמין (Tofranil, Primonil), 20 מ"ג ליום עבור ציטלופרם (Cipramil, Recital), 75 מ"ג ליום עבור מפרוטילין (Ludiomil) ו-75 מ"ג ליום עבור אמטרפטלין (Elatrol). על פי מחברי הסקירה, המינונים של תרופות ההשוואה היו בטווח הנמוך של המקובל. משך הטיפול היה בין ארבעה שבועות ל-12 שבועות, כשברוב המכריע של המחקרים תקופת המחקר ארכה שישה שבועות או יותר.

תוצאות – היפריקום בהשוואה לפלצבו – מטופלים שקיבלו היפריקום הגיבו פי 1.48 בהשוואה לאלה שקיבלו פלצבו (אם כי היו הבדלים ניכרים בין המחקרים השונים) (ראו גרף מס' 1).

הסיכוי להגיב לתכשיר ההיפריקום בארצות דוברות גרמנית היה פי 1.78. בששת המחקרים שדיווחו על שיעורי רמיסיה, השיעור של רמיסיה בקרב נוטלי ההיפריקום היה פי 2.77.

שיעור הנושרים בגלל תופעות לוואי היה דומה בקבוצת ההיפריקום לעומת קבוצת הפלצבו. גם שיעור הנושרים הכללי היה דומה בין שתי הקבוצות.



ההיפריקום - מאז ועד היום

ההיפריקום הוא מין הכולל כ-400 זנים של צמחים ממשפחת ה-Clusiaceae, ונפוץ כמעט בכל העולם. הצמחים משמשים לני, צבע, תבלין לוודקה, מזון לבעלי חיים וגם כתרופות צמחיות (בעיקר הן *Hypericum Perforatum*). שם הן הוא גם *St. John's Wort*. שם זה נובע מהמסורת של קטיפת הפרחים ביום *St. John* הנופל ב-24 ביוני. מקור השם ההיפריקום נובע מיוונית: היפר = מעל, איקון - תמונה, כשהכוונה לשימוש המסורתי בצמח להרחקת רוחות רעות על ידי תלייתו מעל לתמונות ביום הקדוש סנט ג'והן. השם הלטיני "פרפורטום" נובע מהנוכחות של בלוטות שומניות קטנות על העלים, שמקנה מראה של חלון או חריץ, כשמחזיקים את העלים מול אור השמש. צמח ההיפריקום מוכר מימי היפוקרטס (שנת 400 לפני הספירה) והוא משמש נגד דיכאון ככל הנראה משנת 1500 לספירה. בשנת 30 לספירה, בספרו של *Aulus Cornelius Celsus (De Medicina)*, נכתב שלצמח תכונות נוגדות רעלים ובשנת 1686 הצמח עדיין נחשב לשיקוי נגד רעלים ב-*D'Amsterdammer Apotheek*. במאה ה-17 כתב ההרבליסט *William Coles* על התכונות של הצמח בריפוי פצעים. ייתכן שלצמח תכונות אנטיביוטיות או תכונות מחישות ריפוי של פצעים ושל כוויות מדרגה ראשונה. האינדיאנים בארצות הברית השתמשו בו לריפוי דלקות וזיהומים, לעצירת דימומים וגם להשריית הפלות.

*) ספריית COCHRANE עורכת סקירות סיסטמטיות מדי מספר שנים וסוקרת מחקרים רבים בכלים קפדניים על מנת ליצור Gold Standard וטיפול Evidence-based. הקולבורציה נוסדה בשנת 1993 ונושאת את שמו של האפידמיולוג הבריטי ארצ'י קוקריין

ד"ר יוליאן יאנקו, פסיכיאטר מומחה, מנהל המרפאה לבריאות הנפש ברחובות ומרצה בכיר קליני בבית הספר לרפואה ע"ש טאקלר באוניברסיטת תל אביב.

אחרות, הנשירה היתה פי ארבעה בקרב אלה שנטלו נוגדי דיכאון מהדור הישן ופי שניים בקרב המטופלים שנטלו SSRI.

אחוז הנשירה הכללי (מכל סיבה שהיא) היה נמוך יותר עבור מטופלים שנטלו היפריקום בהשוואה למטופלים שנטלו נוגדי דיכאון מהדור הישן, אך לא מול SSRI.

בעיון ספציפי בתרשימים בסקירת קוקריין עולה שהתכשיר המאושר בארץ (ZE 117) השיג את היעילות הטובה ביותר מכל המחקרים שנסקרו.

תופעות לוואי

תופעות הלוואי של ההיפריקום הן מינוריות ולא שכיחות. הן כוללות כאבי בטן, יובש בפה ואדמומיות בעור, כמו גם פריחה ופוטוסנסיטיביות. הפריחה חולפת לעתים קרובות, אך לפעמים יש צורך להפסיק את השימוש בתכשיר.

היפריקום ודיכאון חמור

נוגד דיכאון אמור לעבוד גם במקרים קלים וגם במקרים של דיכאון חמור (Severe Major Depression). למרות שבתחילה היה רושם שה-SSRI עוזרים פחות בדיכאון חמור, היום סברה זו לא מקובלת יותר. האם ההיפריקום הוא נוגד דיכאון למקרים קלים בלבד? אין עדיין תשובה לכך, אך נראה שרוב המחקרים פשוט חקרו את יעילות התכשיר במקרים של דיכאון קל עד בינוני ולא במקרים של דיכאון חמור. מספר מחקרים (ביניהם וורבאך וחב', 1997; סגדי וחב', 2005) מצאו יעילות של ההיפריקום במקרים של דיכאון חמור מול נוגדי דיכאון טריציקליים או מול SSRI. ייתכן אפוא שההגבלה של שימוש בתכשיר זה למקרים של דיכאון קל עד בינוני נובעת מהעדר עדות מחקרית מספקת בשלב זה ליעילותו במקרים קשים, ולא דווקא מהעדר יעילות.

לסיכום, צמח ההיפריקום מוכר מזה אלפי שנים כבעל סגולות רפואיות. הסקירה העדכנית ביותר של ספריית קוקריין מראה שתמציות ההיפריקום הן: א. יעילות יותר מפלצבו בחולים הלוקים בדיכאון מאג'ורי. ב. דומות ביעילות לנוגדי דיכאון סטנדרטיים. ג. בעלות פרופיל תופעות לוואי עדיף בהשוואה לנוגדי דיכאון סטנדרטיים.

ממצא נוסף של הסקירה היה יעילות משופרת של ההיפריקום בארצות דוברות גרמנית גם בהשוואה לפלצבו וגם בהשוואה לנוגדי דיכאון סינתטיים (ייתכן בשל גיוס מטופלים קלים יותר או בעלי היענות טובה יותר). סקירה זו התבססה על 29 מחקרים שבהם השתתפו 5,489 מטופלים עם דיכאון מאג'ורי ונראה שממצאה משכנעים למדי.

בינתיים, נראה שהיעילות היא בעיקר במקרים של דיכאון מאג'ורי קל עד בינוני. בשל יעילותם הטובה, פרופיל הבטיחות הגבוה והעדר הסטיגמה המאפיינת תכשירים פסיכותרפיים סינתטיים, תמציות ההיפריקום הן אופציה טובה במקרים רבים של דיכאון. התכשיר מומלץ מאוד במטופלים שחוששים מתרופות סינתטיות או בכאלה שפיתחו תופעות לוואי מתרופות אלו.

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

שמוטקין, דב. בריאות נפש וטראומה בקרב ישראלים מבוגרים. ביטחון סוציאלי, מס' 76, עמ' 197-224, מרץ 2008.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed text revision. Washington DC, First MB, editor, 2000.

Butterweck V. Mechanism of action of St John's wort in depression: what is known? CNS Drugs. 2003;17(8):539-62.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602.

Levinson D, Zilber N, Lerner Y et al: Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the Community: Results from the Israeli National Health Survey. Israel Journal of Psychiatry, 44(2): 94-103, 2007.

Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression.

Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD000448.

Linde K, Mulrow CD, Berner M, Egger M. St John's wort for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD000448.

Szegedi A, Kohnen R, Dienel A, Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ. 2005 Mar 5;330(7490):503.

Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. BMJ. 2008 Feb 23;336(7641):435-9.

Vorbach EU, Arnoldt KH, Hübner WD. Efficacy and tolerability of St. John's wort extract LI 160 versus imipramine in patients with severe depressive episodes according to ICD-10. Pharmacopsychiatry. 1997 Sep;30 Suppl 2:81-5.