

פסיכיאטריה

MEDICINE

כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה | נובמבר-דצמבר 2009 | גיליון מס' 13

A Publication of The MEDICAL Group

40 בריאות הנפש בצה"ל
פעילות מערך בריאות הנפש בצה"ל,
הממד הקליני והסוציאלי ואתגרי העתיד

44 הקול ומחלות נפש
הקול כסמן ביולוגי למצב רגשי
ולפתולוגיות נפשיות

16 תסמונות נפשיות תלויות-תרבות
תיאורי מקרים של תסמונות תלויות-תרבות בישראל
וחשיבותה של גישה טיפולית רגישת-תרבות

קוראים יקרים,

גיליון זה מבטא את הגיון הרב שבמקצוע הפסיכיאטריה. הוא מכיל מאמרים העוסקים בבילוגיה, במגדר, בקשר שבין ביטויים קליניים והרקע התרבותי של האדם. מאמרים המרכזים והמרתקים של פרופ' ויצטום וד"ר מרגולין דן בהקשר הישראלי של תסמונות תלויות-תרבות. למרות שהקונספט הביו-פסיכו-סוציאלי כולל שלושה אלמנטים, הושם דגש יחסי גדול לשני האלמנטים הראשונים. האלמנט החברתי לא זכה להתייחסות מספקת וזאת למרות הדגש של ג'ורג' אנגל. חשיבות כל אחד מהמרכיבים של המודל שלו, בו הוא רואה מסגרת למחקר, להוראה ולפעולה בעולם המציאותי של טיפול רפואי. אנגל שם דגש על הרקע החברתי של החולה והדרכים להבינו וכן לתקשור נאות עם המטופל. מדינת ישראל היא מדינה של מהגרים ובני מהגרים. ישראל עברה מחזור של כור ההיתוך לתפישת של מדינה רב תרבותית, תוך כבוד הדדי למסורות ולתרבויות שהעולים השונים הביאו איתם. בנוסף לרב תרבותיות הקשורה לעלייה, אנו חיים במזרח התיכון יחד עם ובסמוך לתרבויות מקומיות עשירות וגם מגוונות מאוד. המאמר מצביע על כמה תפישות יסוד חשובות, ביניהן הקונספט של תרבות כקונספט דינמי ומשתנה והקשר שבין הביטוי של היחיד לביטוי המקובל בחברתו לביטוי מצוקה.

כמו כן, יוצרים המחברים קשר בין ביטויי המצוקה, ה"שפה התרבותית", ותסמונות מוגדרות הקשורות לחלקים של החברה הישראלית. יש לשאול את השאלה האם העובדה שמצוקה אנושית, שבאופן בסיסי רב בה הדמיון על השוני, המבוטאת ב"שפה" שונה, מצדיקה את השימוש בקונספט תסמונות תלויות תרבות. דגש על תסמונות כאלו שם דגש על שפת המצוקה ואינו מנסה להגיע למבנה המשותף הכלל אנושי הגורם לתחלואה. מובן ששאלות כאלו הן שאלות של יעילות קונספטואלית, במיוחד יעילות טיפולית. היות שמדובר ב"תסמונות", אנו מניחים שמדובר לא בסתם ביטוי מצוקה אלא בתחלואה. אי לכך, לא בטוח שאמנם קטלוג שונה של ביטויי מחלות נפשיות דרך קטלוג תרבותי תורם ליכולת הטיפולית של תסמונות אלו. למשל, אם תסמונת מסוימת תמצא לבטא מצב דכאוני, סביר להניח שטיפול קוגניטיבי עם אדפטציה תרבותית מתאימה יתאים לטיפול בה. מובן שהמחיר של גישה כזו הוא העלמות הקסם של הביאורי. במאמרים מנסים המחברים ליצור זיקה בין התסמונות התרבותיות והקטגוריה המקובלת בפסיכיאטריה.

תיאוריהם של המחברים את התסמונות השונות, שאותן אנו פוגשים בישראל, הם מרתקים ולפרטי פרטים. תיאורים אלה צריכים להיות חומר הנלמד על ידי כל אדם במקצוע טיפולי. התיאורים הם חיים ומלמדים שהמושג בין העדות השונות גדול ולמרות השונות הקלה שבין העדות, ניתן למצוא דמיון רב בתסמונות השונות. אין ספק שעבודה זו יכולה לשמש חומר לימוד מרכזי בנושא זה.

אותם מחברים מתחילים בגיליון זה בפרסומו של מדור חדש שבו יוצגו אישים בולטים בתחום הפסיכיאטריה ותרומתם המקצועית. בגיליון זה הם מלווים את דרכו של ג'ון קייד כחוקר ורופא ואת התהליך של גילוי ההשפעה המיטיבה של

הליתים. אפשר להתרשם מההיסטוריה האישית של האדם ומעבודות המעבדה שלו שהובילו לטיפול שהוא עדיין הטיפול המרכזי במחלה הכי-פולארית.

מאמרו של ד"ר גריסרו מתאר את חבלי ההסתגלות של יהודי אתיופיה ואת ההיבטים הפתולוגיים של פער התרבויות. כמו כן נוגע המאמר בפנומנולוגיה המיוחדת של תסמונות פסיכיאטריות כפי שהן באות לידי ביטוי בעדה מיוחדת זו. ד"ר גריסרו מצביע על החשיבות של פונקציות ההסבר בקונספט המחלה. נראה שקשה לנו לקבל אירועים משמעותיים במחלה מבלי שניתן להם הסבר אטיולוגי. הסבר כזה מארגן את עולמו של החולה ושל סביבתו ונותן גם מודל לפעולה לגוף המטפל באותה חברה.

מאמרה של ד"ר עמיעז שם דגש על הורמון הטסטוסטרון וחשיבותו בתפקוד החברתי והמיני של הגבר. המאמר מתאר את האספקטים הבילוגיים של ההורמון ודן בקשר שבינו לבין הדיכאון. הדגש במאמר זה הוא על הידרה ברמת הורמון זה עם הגיל. המחברת מעלה את האפשרות שמדובר בגיל המעבר אצל גבר. עומדת השאלה האם קונספט גיל המעבר כקשור ספציפית לדיכאון או תסמונת נפשית אחרת תואם את הממצאים האפידמיולוגיים והאם לא מוטב לראות את הגיל, על כל מרכיביו, כגורם סיכון אפידמיולוגי במחלות המקובלות בפסיכיאטריה.

מאמרו של ד"ר רשף מצביע על הפער הגדול של זמינות הטיפול בפריפריה לעומת אזורי המרכז. הבעיה היא כלל עולמית ואיננה ספציפית לבריאות הנפש אלא למכלול השירותים הנתינים לאזרח, כולל השירות הרפואי בכללותו. עם זאת, בארץ קטנה כמו שלנו, אפשר היה לצפות לפתרונות טובים יותר מהמציאות הנוכחית.

אל"מ ד"ר לובין מתאר את הקונספטים, הבעייתיות והפתרונות של מערך בריאות הנפש בצה"ל. היות שחלקו הארי של אזורי ישראל משרת בצבא ולעתים קרובות המפגש הראשון הממשי עם בריאות הנפש הוא בצה"ל, יש חשיבות עליונה לתפקידו של אגף זה. ההתייחסות לבריאות הנפש בכלל נקבעת לפעמים על פי תפישות וחוויות ממשיות של האזרח במפגש עם מערך זה, כמו גם דרך תפישת המערך כשרשרת הפיקוד ובעיני החיילים בכלל. ד"ר לובין מתאר את הבעיות השוטפות המעסיקות את המערך וכן את ההיערכות הקיימת להתמודדות איתן. מעניינת האפליקציה של התפישת הקהילתית והתארגנות מערך בריאות הנפש בצה"ל. השירות הצבאי עשיר במצבי דחק, לכן לא פלא שהרבה מהספרות העולמית הדנה בתסמונות דחק צמחה במערך בריאות הנפש בצה"ל, דבר המלמד על הפוטנציאל האקדמי האיכותי העצום הכרוך במערך זה.

מאמרה של ד"ר פורטוגו מזכיר לנו את חשיבות הקול בהקשר הרגשי, התקשורתי והאבחנתי. השימוש במאפיינים המעבדתיים כדי לאפיין אלמנטים של הקול האנושי הוא מתבקש. אין ספק שנפתח לפנינו עולם חדש ומעניין עם פוטנציאל שימושי נרחב. מעניין במיוחד הוא השימוש באפיון הפרוודי (ניגון הקול) כאמצעי אבחנתי.

לסיכום, גיליון זה הוא רבגוני ופותח לפנינו נושאים רבים וחשובים.

Engel G. L., The Clinical Application of the Biopsychosocial model (1

American Journal of Psychiatry. 1980, 137: 535-544

בברכה,

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

עורכת: אסתר קטן עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ עיצוב גרפי: רונן סאס משתתפים: ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר ציפי דולב, ד"ר רויטל עמיעז, מרים גולדברג, ד"ר נמרוד גריסרו, ד"ר נמרוד רשף, אל"מ ד"ר גד לובין, ד"ר שירלי פורטוגו מנכ"ל: שלמה בואנו סמנכ"ל: רנית בואנו מנהלת שיווק ומכירות: זנית אור מנהלת הפקה: מני ליצי מחלקת כנסים: תמר בקר, טלי פיררשטיין 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 מגזין 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 באחריות 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

מכל כתובת לפקס: 03-6493667 טל. 03

חדשות ראשונות	006
דמויות מעולם הפסיכיאטריה ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום	008
ד"ר ג'ון קייד ותגלית הליתיום	
מגדר בפסיכיאטריה - נשים ד"ר ציפי דולב	010
מגדר בפסיכיאטריה - גברים ד"ר רויטל עמיעוז	012
עדות של מומחה - האדם שמאחורי המחלה מרים גולדברג	014
תסמונות נפשיות תלויות-תרבות בישראל ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום	016
ביטויים לתסמונות תלויות-תרבות בפרקטיקה הקלינית בישראל	
דוקטור, יש לי תולעים בראש ד"ר נמרוד גריסור	028
הבעיות הנפשיות בקרב בני הקהילה האתיופית בישראל, המאפיינים התרבותיים והמכשלות האבחנתיות והטיפוליות	
פסיכיאטריה והפריפריה ד"ר נמרוד רשף	036
אי השוויון בבריאות הנפש בין המרכז לפריפריה בישראל. סקירה	
מערך בריאות הנפש בצה"ל - לאן? אל"מ ד"ר גד לובין	040
עיקרי הפעילות של מערך בריאות הנפש בצה"ל, הממד הקליני והסוציאלי ואתגרי העתיד	
הקול ומחלות נפש ד"ר שירלי פורטוגיז	044
הקול כסמן ביולוגי אובייקטיבי למצב רגשי ולפתולוגיות נפשיות	



מחקר מקרן סטנלי היוקרתית של מכון סטנלי למחקר בתחום הפסיכיאטריה בארצות הברית, לצורך מחקרם על שימוש בתוסף המזון פרגנולון לשיפור מצבם של חולי סכיזופרניה.

ד"ר קריינין הסביר כי הפרגנולון הוא הורמון השייך לקבוצת הניור-סטראידים ונמכר כתוסף מזון בחנויות טבע לשיפור הזיכרון, לטיפול בעייפות ולטיפול בדלקת פרקים.

במחקר מנסים ד"ר קריינין ופרופ' ריצנר לבדוק את השפעת תוסף המזון על חולי סכיזופרניה צעירים, שלראשונה אובחנו כחולים. השערת החוקרים היא שתוסף המזון יגרום לשינויים חיוביים בהשפעה על הפסיכוחה עצמה ולשיפור החשיבה אצל חולי סכיזופרניה, והם מצפים שלא יהיו למתן תוסף המזון תופעות לוואי.

יום עיון בנושא "פסיכיאטריה, בית החולים והקהילה" התקיים בסורוקה

יום עיון בנושא "פסיכיאטריה, בית החולים והקהילה", התקיים לאחרונה במרכז הרפואי סורוקה, בסימן 50 שנה לבית החולים, לכבודו של פרופ' בנימין מעוז, לשעבר מנהלה של המחלקה לפסיכיאטריה במרכז הרפואי סורוקה, עם הגיעו לגבורות.

ביום העיון השתתפו נציגי הנהלת בית החולים סורוקה, צוות המחלקה לפסיכיאטריה, חוקרים ורופאים ממחלקות פסיכיאטריה בבתי חולים ברחבי הארץ.

במהלך יום העיון נהנו המשתתפים מהרצאות בנושאים מגוונים כגון: "רופא המשפחה, הפסיכיאטר והסינדרום המטבולי", "אכלות בעדה האתיופית", "המודל הביו-פסיכוסוציאלי - מהלכה למעשה" והרצאה בנושא "ההיסטוריה של הפסיכיאטריה במרכז הרפואי סורוקה", שהועברה על ידי פרופ' בנימין מעוז בעצמו.



המחלקה לפסיכיאטריה במרכז הרפואי סורוקה, בראשותו של ד"ר אשר שיבר, מעניקה שירותי אבחון, ייעוץ, טיפול ומעקב בתחום בריאות הנפש.

המחלקה, כמסגרת טיפולית תומכת, עוסקת באבחון נפשי ותפקודי של המטופלים, באיוון מצבים נפשיים חריפים באמצעים תרופתיים ותרופטיים, בהכנה לקראת שילוב המטופלים במסגרות בקהילה ובמעקב אחרי השתלבותם. השירותים במחלקה ניתנים לחברי כל קופות החולים על ידי פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק ואנשי צוות סיעודי פסיכיאטרי, בכמה מסגרות: ייעוץ למחלקות האשפוז של המרכז הרפואי, אבחון וטיפול ראשוני במסגרת חרדי המיון, שירותים למטופלים מהקהילה, יחידה לטיפול יום, יחידה לילדים ונוער, מרפאה לגיל הרך, ומרפאת מבוגרים.



טיפול שיאצו משפר מצבם הקליני של חולי סכיזופרניה

במחקר פילוט ראשון בעולם שנערך על ידי קבוצת חוקרים בראשות ד"ר פסח ליכטנברג בבית החולים הרצוג, בית חולים גריאטרי-פסיכיאטרי, נמצא שטיפול שיאצו יכול לשפר את מצבם הקליני והרגשתם של חולי סכיזופרניה. ד"ר ליכטנברג: "מדובר במחקר ראשוני בעל תוצאות מבטיחות שאנו רוצים לאשש במחקר גדול יותר וקפדני".

המחקר בא לקבוע האם שיאצו, שמעולם לא הוערך כדרך טיפולית למחלות פסיכוטיות, עשוי להביא לשיפור קליני בחולי סכיזופרניה. 12 חולי סכיזופרניה כרונית שנבחרו לקחת חלק במחקר (גילאי 18-60) נמצאו יציבים יחסית חודש לפחות לפני תחילת המחקר ובעלי יכולת לשתף פעולה במשך 40 דקות של טיפול שיאצו. כל משתתפי המחקר הסכימו בכתב להשתתפותם והמחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי לאתיקה רפואית ומשרד הבריאות.

במהלך המחקר קיבלו הנחקרים שמונה טיפולי שיאצו במשך ארבעה שבועות, זאת כתוספת לטיפול התרופתי והפסיכו-חברתי. כל הנחקרים הוערכו כעבור שבועיים, ארבעה שבועות ו-12 שבועות מתחילת המחקר.

התוצאה: שיפור קליני וסטטיסטי משמעותי שנשמר גם בשבוע ה-12 ממועד תחילת המחקר. תוצאות המדידות, שנערכו במהלך המחקר, והעובדה שבמקביל לא נעשה שינוי תרופתי מצביעות על כך שטיפול השיאצו גרמו לשיפור במצב החולים. לדברי ד"ר ליכטנברג, "המכניזם שהביא לשיפור אינו ברור. ייתכן שה-Cytokine, הורמון מערכת החיסון, הושפע מהפעלת הנקודות המרידיאניות. גם שאלה זו נבדק במחקר מעמיק ורחב".

צוות החוקרים כלל את ד"ר פסח ליכטנברג, מנהל מחלקת פסיכיאטריה גברים בבית החולים הרצוג ומרצה קליני בכיר בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית; ד"ר אגנס וואס, פסיכיאטריה בכירה בהרצוג; חמוטל פתיה, מנהלת מכון "אפשר גם אחרת" בירושלים (הדרכה ברפואה סינית מסורתית); שני אדלמן, מחלקת מחקר בבית החולים הרצוג; פרופ' אורי הרסקי-לוי, מנהל אגף הפסיכיאטריה בהרצוג ופרופ' חבר לפסיכיאטריה בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית.

קרן סטנלי האמריקאית תומכת במחקר ישראלי הבודק השפעת תוסף מזון על חולי סכיזופרניה

ד"ר אנטולי קריינין, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש שירת כרמל, ופרופ' מיכאל ריצנר, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש שער מנשה, זכו במענק



פסיכיאטריה בישראל 2010

דילמות אקטואליות בבריאות הנפש

30.12.09

מלון הילטון ת"א

יו"ר הכנס

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

- פסיכיאטריה בישראל בעידן האין-רפורמה
- הפרעות קשב במבוגרים
- סכיזופרניה כמחלה ממיתת
- תחלואה כפולה - פסיכוכימיה ושימוש לרעה בחומרים
- פסיכיאטריה בפריפריה - חזקות וחולשות
- סדנא מעשית: טיפול במחלה ביפולרית
- סדנא מעשית: CBT - מעבר לטיפול בדיכאון
- CATIE והטיפול היומיומי
- אובדנות תוקפנות וטיפול תרופתי
- תסמונות בקטינים ומשמעותם בגיל המבוגר

דמי השתתפות:

- רישום מוקדם, עד ה-28.12.09 מחיר למשתתף: 195 ש"ח
- רישום מה-29.12.09 וביום הוועידה: 240 ש"ח

* המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים

**לפרטים והרשמה ניתן לפנות
לטל' 03-7650504**

משרד הבריאות אישר שימוש בוולבوترין לטיפול בדיכאון

וולבوترין (Wellbutrin), תרופה נגד דיכאון המיוצרת בחברת התרופות גלקסו סמית קליין ונמכרת באירופה ובארצות הברית, אושרה לאחרונה לשימוש על ידי משרד הבריאות. ברחבי ארצות הברית טופלו בה עד היום יותר מ-15 מיליון חולי דיכאון, מאז הושקה בשנת 2003.

וולבوترין היא נוגדת דיכאון (anti-depressant) מדור חדש המבוססת על NDRI (Noradrenalin & Dopamine re-uptake inhibitor) וכיוון שאינה מעכבת ספיגת סרוטונין כמו רוב התרופות המוכרות למניעת דיכאון, היא גורמת, לדברי היצרנים, לפחות תופעות



לוואי של פגיעה בתפקוד המיני, השמנה ותשישות.

פרופ' ג'ורג' פאפאקוסטאס מהפקולטה לרפואה בהרווארד, בוסטון, ארצות הברית, אשר הציג לאחרונה מחקר בקונגרס האירופאי לפסיכיאטריה (AEP) בניס, צרפת, דיווח כי: "עד 97 אחוז מחולים הסובלים מדיכאון סובלים מעייפות ומתשישות כאחת מתופעות הלוואי של הטיפול התרופתי ואף סובלים מכך גם לאחר סיומו. בופרופיון, שהוא החלק הפעיל בוולבوترין, מסייע להקל על תחושת העייפות והתשישות ואף מונע הישנותן של תופעות לוואי אלו בעתיד".

המינון ההתחלתי של וולבوترין הוא 150 מ"ג, לאחר כארבעה שבועות מקובל לעבור למינון של 300 מ"ג ליום בנטילה של פעם ביום. התרופה זמינה בטבליות בבתי המרקחת במחיר של כ-150 שקל לאריזה במינון של 150 מ"ג וכ-270 שקל לאריזה במינון של 300 מ"ג.

לרופאי משפחה דיוק בינוני בלבד בזיהוי דיכאון

מקרי דיכאון רבים מאותרים ומטופלים על ידי רופא המשפחה. מתוך 118 מחקרים בנושא שנמצאו, נכללו במטה-אנליזה 41 מחקרים שעמדו הן בקריטריוני התוקף והשימוש במשתנה תוצאה של חוות דעת מומחה או קריטריוני מחקריים מתוקפים לאבחנת דיכאון. סך הכל נכללו במחקרים אלה 50,371 חולים וגורל המדגים הממוצע היה 1,228 נבדקים. שכיחות הדיכאון עמדה בממוצע על 19.5 אחוז ונעה בין 10.2 אחוזים באוסטרליה ל-22.6 בהולנד.

רופאי המשפחה הצליחו לזהות דיכאון ב-45.4 אחוז מהמקרים, אך רק ב-33.6 אחוז מהחולים תועדה האבחנה בתיק הרפואי. 19 מחקרים דיווחו על נתונים שאפשרו לחשב את הרגישות והסגוליות שעמדו על 50.1 אחוז (41.3-59 אחוז) ו-81.3 אחוז (74.5-87.3 אחוז), בהתאמה.

בהתבסס על הימצאות של 21.9 אחוז, הערך המנבא החיובי (positive predictive value) הוא 42 אחוז (39.6-44.3 אחוז) והערך המנבא השלילי (negative predictive value) הוא 85.8 אחוז (84.8-86.7 אחוז). כלומר, על כל מאה מטופלים יהיו עשרה מקרים של אבחון נכון של דיכאון, 15 מקרים שאובחנו בטעות ועשרה מקרי דיכאון מוחמצים.

עם זאת מדגישים החוקרים כי למחקר זה מגבלות רבות, וביניהן העדר אחידות בשיטות אבחנה ויידוד מקרי דיכאון והעובדה כי ביקורים חוזרים אצל הרופא יכולים לאפשר לו להגיע לאבחנה מדויקת יותר, כפי שאכן עלה ממחקרים שאפשרו ביקורים חוזרים.

מקור: Lancet. 2009 Aug 22;374(9690):609-19.

ד"ר ג'ון קייד

ותגליתו על טיפול בעזרת
ליתיום בהפרעות נפשיות

פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר יעקב מרגולין



נראה כי אין פסיכיאטר מודרני אשר אינו מכיר את השימוש בליתיום כטיפול בהפרעה דו-קוטבית. מרבית הרופאים והפסיכיאטרים רואים בליתיום טיפול חדשני ברפואה שכן ההתוויה בו כטיפול במחלה אפקטיבית אושרה בארצות הברית רק בשנת 1970.

למעשה, השימוש הקליני בליתיום ברפואה המודרנית פורסם לראשונה עוד בשנת 1859 על ידי הרופא האנגלי אלפרד גארוד (Alfred B Garrod, 1819-1907), שראה בו טיפול יעיל ובטוח כנגד שיגרון (Gout). גם זוג הרופאים האחים לנגה הדנים טיפלו בהצלחה בליתיום במצבי דיכאון בשנים 1874-1907, האחד בקליניקה פרטית והשני במוסד פסיכיאטרי, אולם תגליתם לא זכתה להדר ונשתכחה (Shorter, 2009; Schioldann, 1999).

בסוף העשור הראשון למאה הקודמת החלו להופיע בספרות הרפואית דיווחים על השפעות קוריאליות שליליות הקשורות בטיפול ממושך בליתיום, והשימוש בו הלך והתמתן. בסוף שנות ה-20 של המאה הקודמת השתמשו בליתיום ברומיד כתרופת הרגעה יעילה, שהשפעותיה יוחסו ליון הברומיד, אך במינן גבוה נצפו השפעות טוקסיות. במבט לאחור נראה כי היעילות והטוקסיות של תכשירי הרגעה ראשונים אלה היו קשורים יותר ליון הליתיום מאשר ליון הברומיד (Bernstein, 1988). את השימוש המודרני בליתיום בהפרעות פסיכיאטריות פרסם לראשונה ג'ון קיד. בספטמבר 2009 מלאו 60 שנה לפרסום מאמרו המפורסם (Cade, 1949) "טיפול באי-שקט פסיכטי באמצעות מלחי ליתיום", מאמר שנחשב לפורץ דרך בטיפול תרופתי יעיל בהפרעה הדו-קוטבית עד עצם היום הזה, על אף תופעות לוואי בעייתיות ומורכבות. בסקירה זו אנו מבקשים להאיר מעט אישיות עולמה זו.

ג'ון פרדריק ג'וזף קיד נולד בעיר קטנה במחוז ויקטוריה שבאוסטרליה בשנת 1912. אביו היה רופא שעבד במוסדות פסיכיאטריים. עם פרוץ מלחמת העולם הראשונה גויס האב, הפליג אל מעבר לים ושירת כרופא צבאי. במהלך המלחמה נותרו ג'ון ושני אחיו הקטנים בהשגחתה של אמם.

האב שב מהמלחמה רק בשנת 1919 כקולונל המעוטר באות הצטיינות גבוה, אך תשום בגופו ובנפשו מאימ המלחמה. נראה שהוא היה בעל נטייה דיכאונית. האב התשוש לא היה מסוגל להחזיק את הקליניקה שלו ולכן סגר אותה ועבר לעבוד במחלקת "ההיגיינה הנפשית". הוא עבד בשלושה מוסדות פסיכיאטריים חשובים במשך 25 שנה.

ג'ון הצעיר סיים קולג' בהצטיינות ואחר כך למד רפואה באוניברסיטת מלבורן. בגיל 21 הוא סיים את לימודי הרפואה בהצטיינות. הוא עבד כרופא בית בבית חולים כללי ואחר כך בבית חולים לילדים, שם נדבק בדלקת ראות קשה וכמעט מת כתוצאה מהמחלה. אחת האחיות שטיפלה בו בעת מחלתו הראתהה בו והם נישאו בשנת 1937. מצבם הכלכלי היה כה דל עד כי ג'ון לא יכול היה לרכוש טבעת אירוסין ולערוך בהמשך מסיבת נישואין לאורחים. במשך הזמן נולדו לו שני בנים.

עם פרוץ מלחמת העולם השנייה התגייס ג'ון ויצא בשנת 1941, כאביו לפניו, לשרת כקצין רפואה מעבר לים. לרוע מזלו הוא נשלח לסינגפור ושם נפל בשבי היפני ושהה שלוש שנים במחנה שבויים בתנאים קשים ביותר עד לשחרורו. הודות לזכרונות המעולה הוא הופקר על משימה סודית ומסוכנת. היה עליו להקשיב במסתור לחדשות ששודרו בערוץ ה-BBC במכשיר רדיו קטן שהוברח למחנה, לזכור כל פרט ולחזור על החדשות אחר כך באוזני חבריו. כמו רבים משבויי המלחמה, הוא כמעט ולא דיבר בהמשך חייו על תקופה איומה זו. יציין רק שעם שחרורו, הוא שקל 40 ק"ג. כאשר חזר לביתו לאחר תקופת החלמה, הוא עדיין נראה כשלד מהלך וילדיו נבהלו מאוד כשהגיע מהמטבח ורצה להפתיעם. מעניין לציין כי בנו מעיד שלמרות החוויות הקשות שעבר, הוא לא נטר טינה ליפנים (Cade, 1999).

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

לאחר שהשתקם, חזר ג'ון לעבוד במסגרת המחלקה להיגיינה נפשית כמפקח רפואי וכפסיכיאטר בבית חולים פסיכיאטרי שיקומי לחולים כרוניים. הוא החל לפתח את ההשערה שלו כי הפרעות נפשיות נגרמות באמצעות הרעלה מחומר בלתי ידוע שנמצא אולי בשתן של החולים. ההשערה היתה שהחומר נמצא בעורף במצבים מאניים ובחסר במצבים של מלנכוליה (Mitchell and Hadzi-Pavlovic, 1999). הוא חשד בכך שהחומר הרעיל הוא חומצת שתן (uric acid) והחל להזריק את החומר לחוזרי ים. כיוון שהמלח המסיס היחיד של חומצת שתן הוא ליתיום-אורט, הוא השתמש בחומר זה והתרשם שחוזרי הים נעשו רגועים ושלווים בהשפעת החומר. הצעד הבא שלו היה לנסות ולהזריק לחיות שתן של חולים הלוקים במאניה, בסכיזופרניה ובדיכאון, והוא התרשם שהשתן של החולים המאניים היה הטוקסי ביותר. להפתעתו, הוא גם מצא כי הזרקת ליתיום-קרבוטל יחד עם השתן הורידה את הרעילות, ולכן הסיק שאולי הליתיום הוא הגורם המגן. לכן, הוא המשיך והזריק לחוזרי הים מנות גבוהות של ליתיום-קרבוטל וראה כי החיות אכן נעשו אדישות ולתרגיות.

בהמשך הוא החל לטפל בחולים באמצעות ליתיום-קרבוטל לאחר שניסה את החומר על עצמו והתרשם שאינו רעיל. חולים סכיזופרניים ודכאוניים לא הראו כל תגובה, אבל בחולים המאניים נצפתה תגובה דרמטית. בשנת 1949 הוא פרסם כאמור את ממצאיו בעשרה מטופלים מאניים וזאת היתה פריצת הדרך (Schou, 2001).

הפסיכיאטר וחוקר הליתיום החשוב הדני שואו (Mogens Schou, 1918-2005) כותב שכדי ליצור מצב של לתרגיות בחוזרי הים יש צורך במנות גבוהות מאוד של ליתיום-קרבוטל, ונראה שהחיות היו יותר במצב של הרעלה מאשר של הרגעה. לכן, הוא טוען שעל מנת להפוך זאת לתגלית רפואית-טיפולית על בסיס של פרשנות בלתי מתאימה של תוצאות הניסויים, נדרשים הרבה סקרנות, תעוזה, מזל ותחושות חמלה כלפי המטופלים (Schou, 2001).

מבחינה היסטורית יש להזכיר את תרומתו החשובה של החוקר שואו שהשלים את המלאכה, וייתכן שלא מחקריו היה מאמרו של קיד נשאר אפיוודה נשכחת. שואו ושותפיו ערכו סדרת מחקרים פתוחים (1967) ובהמשך ניסוי כפול סמיות (1970) והצליחו להדגים את יעילות הטיפול בליתיום בהפרעה דו-קוטבית (Schou, 2001). בשנת 1970 התיר מנהל המזון והתרופות האמריקאי את השימוש בליתיום. מעניין לציין כי בשנים הראשונות היתה התנגדות רבה לשימוש בליתיום. אחד מגדולי הפסיכיאטרים באנגליה (שהיה ממוצא אוסטרלי), סיר אוברי לואיס (Aubrey Lewis, 1900-1975), אף כינה את הטיפול בליתיום "שטות מסוכנת" (Schioldann, 1999). מעניין לציין כי שתי מחלקות פסיכיאטריות נקראו על שמו של פסיכיאטרים בולטים אלה בבית החולים Royal Park שבמלבורן (Singh and Copolov, 1990).

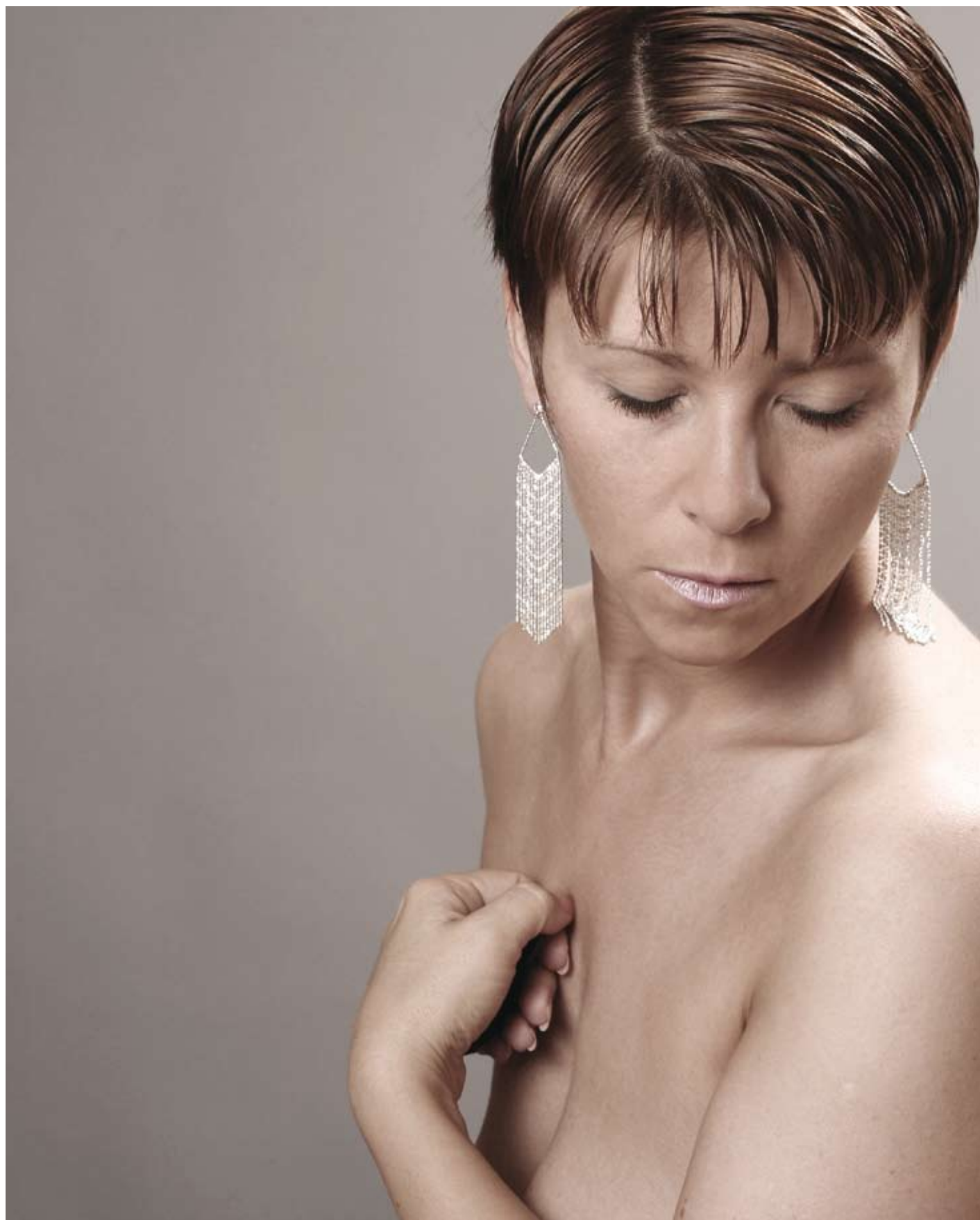
קיד נותר מלומד וצנוע. בשנים הראשונות הוא לא קיבל את ההערכה הראויה על תגליתו ורק כעבור כ-20 שנה הוא החל לקבל פרסים ואותות הערכה עליה. לדברי בנו, כל מי שהכיר אותו העריך אותו כקלינאי, כמורה וכהומניסט יותר מאשר כאיש מחקר. הוא נפטר בשנת 1980, שלוש שנים לאחר שפרש מעבודתו, על רקע סרטן הוושט.

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

Bernstein JG (1988). Handbook of Drug Therapy in Psychiatry, 2nd Edition. Littleton, MA: PSG Publishing Company, Inc.
Cade JF (1999). John Frederick Joseph Cade: family memories on the occasion of the 50th anniversary of his discovery of the use of lithium in mania 1949. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33: 615-618.
Cade JFJ (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. Medical Journal of Australia 2: 349-352.
Mitchell PB and Hadzi-Pavlovic D (1999). John Cade and the discovery of lithium

treatment for manic depressive illness. Medical Journal of Australia 171: 262-264.
Schioldann J (1999). John Cade's seminal lithium paper turns fifty. Acta Psychiatrica Scandinavica 100: 403-405.
Schou M (2001). Lithium treatment at 52. Journal of Affective Disorders 67: 21-32.
Shorter E (2009). The history of lithium therapy. Bipolar Disorders 11 (Suppl 2): 4-9.
Singh B and Copolov D (1990). Aubrey Lewis Unit, Royal Park Hospital. Psychiatric Bulletin 14: 739-740.



הימנעות משימוש ב-SSRI בנשים עם סרטן שד הנוטלות טמוקסיפן

נשים עם סרטן שד המטופלות בטמוקסיפן נוטלות לעתים גם SSRI כטיפול לדיכאון, אך גם לעזרה בתופעות של גלי החום. המטבוליט הפעיל של טמוקסיפן (Tamoxifen), האנדוקסיפן, נוצר על ידי פירוק של הטמוקסיפן באמצעות CYP 450 2D6. כמה מהתרופות מקבוצת ה-SSRI הן Potent inhibitors של האנזים ובכך למעשה מורידות את ריכוזו בדם של המטבוליט האקטיבי, האנדוקסיפן, ובכך מורידות את יעילות הטמוקסיפן בהגנתו על השד מפני סרטן השד. בכנס של האיגוד האונקולוגי האמריקאי השנתי, שנערך ביוני 2009, יצאה דרישה לאסור שימוש בעיקר בתרופות: Paroxetine, Sertaline, Fluoxetine. באחת מהעבודות שהוצגו הוכח כי בנשים שנטלו אחת התרופות מקבוצת ה-SSRI בעלות פעילות ממוצעת עד פוטנטית על האנזים 2D6 (שלוש התרופות שהוזכרו), הישנות סרטן השד היתה פי שניים בהשוואה לנשים שלא נטלו את התרופות. המובהקות הסטטיסטית היתה ברורה: שיעור הסיכון להישנות סרטן השד היה שבעה אחוזים בנשים שלא נטלו SSRI לעומת 16 אחוז בנשים שנטלו SSRI עם פוטנטיות בינונית עד גבוהה. לעומת זאת, קיימות מספר תרופות מקבוצת SSRI עם פעילות חלשה על האנזים ובמקרים האלה, הסיכון להישנות סרטן השד היה נמוך בהרבה: 8.8 אחוזים בנשים שנטלו את ה-SSRI לעומת 7.5 אחוזים בנשים שלא נטלו.

התרופות השייכות לקבוצה על פי פעילות חלשה על האנזים הן: Fluvoxamine, Escitalopram, Citalopram. בכנס הנוכחי הוצג גם מחקר הולנדי, שלא מצא השפעה של הטיפול ב-SSRI על הישנות סרטן השד בנשים הנוטלות טמוקסיפן. אולם, למרות שהמחקר ההולנדי לא מצא הבדל בסיכון להישנות סרטן השד בין נשים שנטלו SSRI לבין אלו שלא, עדיין מאמינים החוקרים שיש להיזהר בנטילת שתי התרופות בו זמנית.

מגבלה בולטת של שני המחקרים היתה שלא הביאו בחשבון את הווריאציות הגנטיות האינדיבידואליות של האנזים 2D6. בנשים עם מטבוליזם ירוד של טמוקסיפן קיימות מלכתחילה רמות נמוכות של המטבוליט הפעיל בדם, בשל הגטייה הגנטית. באופן אירוני, נשים עם מטבוליזם טוב של טמוקסיפן הן אלו שזוכות לתועלת הרבה ביותר של הטיפול מבחינת הגנה מפני הישנות סרטן השד והן אלו בעלות הסיכוי הגבוה ביותר לסבול מתופעות לוואי של התרופה, כמו גלי חום. לכן, מתן SSRI בקבוצת נשים אלו נפוץ יותר, אך מגד, הטיפול מפריע למטבוליזם של הטמוקסיפן ופוגע ביעילות התרופה.

כדאי לדעת, שטיפול ב-SSRI לגלי חום נפוץ בארצות הברית. כ-30 אחוז מהמטופלות בטמוקסיפן נוטלות גם SSRI. לעומת זאת, באירופה המצב שונה. ה-SSRI משמשים בעיקר לטיפול בדיכאון ורק 11 אחוז מהנשים הנוטלות טמוקסיפן נוטלות גם SSRI.

מקור: American Society of clinical oncology (ASCO), 45th Annual meeting, may 2009

החמרה ב-PMS לאחר הפסקת הטיפול בלוסטרל

הטיפול בתסמונת קדם וסתית קשה הוא בתרופות מקבוצת ה-SSRI. השאלה הנשאלת היא מהו משך הטיפול לאחר שהושגה רגיעה טובה עם הטיפול. לשם כך נערכה עבודה שכללה 174 נשים שסבלו מ-PMS או מ-PMDD, בטווח גילים של 18-45, אשר טופלו בלוסטרל רק לשלב הלוטאלי למשך ארבעה חודשים עד 12 חודש.

המסקנות היו ש-Relapse של סימפטומים אצל נשים שטופלו בלוסטרל לתסמונת קדם וסתית היו כ-40 אחוז עד 60 אחוז מהנשים לאחר שישה-שמונה חודשים מיום הפסקת הטיפול בלוסטרל. הנשים שסבלו מסימפטומים קשים הן

אלו שסבלו יותר מ-Relapse ולעתים גם לאחר טיפול ממושך. הממצאים הללו חשובים בהערכת משך טיפול אצל נשים הסובלות מתסמונת קדם וסתית קשה ומטופלות בתרופות מקבוצת ה-SSRI.

מקור: Arc Gen Psychiatry, 2009; 66: 537-544

לנשים בלבד - קהילה טיפולית לנשים מכורות לסמים

בשנים האחרונות קיימת בישראל ערנות מוגברת לטיפול ושיקום של נשים שמכורות לסמים. אחוז הנשים הפונות לעזרה ולטיפול הוא נמוך משל הגברים וכך גם רק מעטות מוזן ממשיות טיפול ומצליחות בתהליך השיקום. נשים המכורות לסמים שונות מגברים המכורים לסמים. כ-90 אחוז מהנשים סבלו מטרומות מיניות ומבעיות פסיכיאטריות נלוות. הנשים המכורות סובלות מסטיגמה ומדחייה חברתית יותר מאשר הגברים המכורים. למרות השוני המגדרי, נסיגות הטיפול והשיקום של הנשים היו בעלי אופי "גברי": מערך נוקשה, צבאי, תקיף שכנאה מסביר בחלקו את הכשלונות השיקומיים של הנשים.

המערכת השיקומית החדשה רק לנשים מביאה בחשבון את הצרכים למקום אינטימי, לאווירה טיפולית לא מאיימת, באווירה חמה משפחתית ובלתי נוקשה. הבית שהוקם "רק לנשים" עורך לקליטה של עד 12 נשים מעל גיל 18, למשך שנה, עם אפשרות להארכה לעוד שישה חודשים למעקב. המערכת הטיפולית כוללת גם היא רק נשים, כמייצגת מודל חיובי לחיקוי לנשים שמעוניינות בשיקום ובחזרה לחיים.

הנושאים שנדונים במסגרת הטיפולית כוללים גם נושאים כמו נשיות, אימהות, זוגיות, מיניות, ערך עצמי ודגש מיוחד על טיפול ב-PTSD.

מקור: H. Mell S. Lamberg/Israel National Authority, Jerusalem' Israel

השימוש ב-Venlafaxine בהריון ותופעות הלוואי בתינוק

ונלפאקסין שייך לקבוצת ה-SNRI ונמצא בשימוש נרחב לטיפול בתופעות של דיכאון וחרדה. זמן מחצית החיים שלו קצר: חמש שעות וונלפאקסין ועשר שעות למטבוליט האקטיבי שלו.

תופעות הלוואי לאחר הפסקת השימוש בתרופה ידועות וקשורות הן לזמן מחצית החיים הקצר והן לרגישות אישית. שימוש בתרופה לאורך ההריון לא הראה עד היום עלייה בטרטוגניות מעבר לאחוז אחד עד שלושה אחוזים (מרד נורמטיבי).

הקשר בין תופעות לוואי אצל תינוק שנחשף לתרופה לבין מינון התרופה בסוף ההריון לא נבדק דיו, ומטרת העבודה הנוכחית היתה למצוא את הקשר. העבודה כללה מדגם קטן של שבע נשים שאותו החל מהשליש השני להריון.

בחישה מתוך שבעה תינוקות נצפו תופעות לוואי שהיו קשורות כולן למערכת הנשימה. כמה מהתופעות נצפו כשיעדין נמצאו וונלפאקסין או המטבוליט שלו בדם ואחרות נצפו עם תחילת ירידת הריכוז בדם. בכל המקרים, הסימפטומים נעלמו ללא צורך בהתערבות רפואית.

התינוק עם תופעות הלוואי הקשות ביותר היה גם זה שנחשף לכמויות הגבוהות ביותר של התרופה (300 מ"ג).

תופעות הלוואי הקשות התמתנו לאחר מתן וונלפאקסין ישירות או באמצעות ההנקה.

אין ספק שאם במבוגרים תופעות לוואי עלולות להופיע די מהר לאחר הפסקת הטיפול (בעיקר עקב זמן מחצית חיים קצר של התרופה), תופעה דומה ניתן לראות בתינוקות שעוברים גמילה מהתרופה.

מקור: The Drug Monit. Vol 31, Num 3, June 2009

ההורמון החסר

תפקידו של הטסטוסטרון בבריאותו הגופנית והנפשית של הגבר
האם קיימת "אדרנופאוזה"? היבטים פסיכולוגיים וחברתיים

ד"ר עמיעז רוטל

אצל קופי אדם, הטסטוסטרון הוא מרכיב מפתח החיוני להישרדות, הוא מפתח שרירים ומעורר תוקפנות ורצון לנצח. מחקרים בשנות ה-70 של המאה הקודמת הראו כי קיימים שינויים ברמות הטסטוסטרון אצל גורילות לאחר קרב על הנהגת השבט ועל הנקבות. אצל הזכר המפסיד חלה ירידה ברמת הטסטוסטרון, כשרמתו יורדת הוא מתרחק ומסתגר משאר הגורילות ואילו אצל הזכר המנצח, הזכר הדומיננטי, חלה עלייה ברמת הטסטוסטרון וכתוצאה מכך עלייה במצב הרוח ובפעילות.

נשאלת השאלה האם ניתן להסיק מתוצאות אלו לגבי התנהגות גברית בחברה המודרנית. חלק מהתשובה ניתן למצוא על ידי בדיקת רמות טסטוסטרון אצל גברים "מנצחים" או "מפסידים" במאבקים או אצל זכרים המגיעים לעמדות כוח כגון ספורטאים, פוליטיקאים ואנשי עסקים. מחקרים חדשים מנסים לענות על השאלה האם קיים קשר בין הטסטוסטרון החברתי לבין רמות הטסטוסטרון וכן לגבי הקשר שבין אובדן סטטוס חברתי או אישי לרמות טסטוסטרון ולדיכאון. מחקר שבדק רמות טסטוסטרון אצל אוהדי כדורגל, לדוגמה, נמצאה עלייה ברמת הטסטוסטרון בשעות שלפני המשחק. לאחר המשחק, נמדדה עלייה נוספת ברמת הטסטוסטרון הממוצעת באוהדי הקבוצה שניצחה לעומת ירידה ממוצעת ברמת הטסטוסטרון אצל האוהדים שקבוצתם הפסידה. מחקרים דומים על שחקני שח, טניס או תחרויות מדומות שתוכננו לצורכי מחקר, הראו תוצאות דומות. בנוסף לעלייה או לירידה בטסטוסטרון לאחר ניצחון או הפסד, נצפו עליות טסטוסטרון אצל גברים בסביבה נשים, בגברים המגורים מינית וכן בגברים בעלי סטטוס חברתי גבוה.

מסתבר כי רמת הטסטוסטרון הבסיסית אינה אחידה בקרב הגברים. רמות הטסטוסטרון בתחום הנורמה יכולות להיות שונות מגבר לגבר. משערים כי לרמה בסיסית זו של הטסטוסטרון קיימת חשיבות רבה לגבי התנהגותו של הגבר, כיוון שהיא מכתיבה את התנהגותו של הגבר בחברה ואת המעמד החברתי שאליו הוא שואף. גברים עם רמות גבוהות של טסטוסטרון רגישים יותר לשינויים ברמת הטסטוסטרון ולכן ישאפו למצבים של ניצחון ושליטה על מנת להעלות את רמת הטסטוסטרון שלהם (Power motivated). לעומתם, גברים עם רמת טסטוסטרון בסיסית נמוכה ישאפו פחות הנאה מסטטוס ומנצחונות.¹

היבטים ביולוגיים – פעולתו של הצייר ההיפותלמוס-היפופיזה-גונדות – הורמוני המין הזכריים האנדרוגנים מופרשים בגופו של הגבר בעיקר על ידי האשכים אך גם על ידי בלוטות האדרנל. האנדרוגנים הם סטרואידים, כלומר מכילים גזרת של כולסטרול ושלד של ארבע טבעות פחמן המחוברות זו לזו. טסטוסטרון הוא האפקטיבי מבין האנדרוגנים. ההיפותלמוס מפרש GnRH אשר גורם להפרשת LH ו-FSH מההיפופיזה. LH גורם לשחרור טסטוסטרון מהאשך. הפרשת הטסטוסטרון מהאשך מתרחשת בפולסים, כשישה פולסים ביום, כאשר רמת הטסטוסטרון מגיעה לרמת שיא בבוקר ולשפל בשעות הערב המוקדמות. הפרשת הטסטוסטרון מווסתת על ידי איוון שלילי שלו על ההיפופיזה וההיפותלמוס.

במחזור הדם, 98 אחוז מהטסטוסטרון קשור לחלבוני פלזמה, מהם כשליש

קשור באופן חלש לאלבומין והשאר קשור לחלבון הקושר הורמוני מין (SHBG). בתאי המטרה הטסטוסטרון הופך לשני מטבוליטים פעילים, דיהידרוטסטוסטרון ואסטרדיול. האנזים המפרק את הטסטוסטרון לדיהידרוטסטוסטרון הוא 5 אלפא רדוקטז והאנזים המפרק טסטוסטרון לאסטרדיול נקרא ארומטז. כמויות אנזימים אלה יכולות להיות שונות מרקמה לרקמה ולגורם לרגישות שונה של הרקמה לטסטוסטרון. הטסטוסטרון והדיהידרוטסטוסטרון נקשרים לרצפטור לאנדרוגן ואילו האסטרדיול נקשר לרצפטור לאסטרוגן.

פעולתו של הטסטוסטרון מתרחשת בשתי דרכים, האחת על ידי קישור של הקומפלקס הרצפטורי לרצף בדנ"א ועל ידי השפעה על mRNA מתרחשת סינתזה של חלבונים ההופכים לאנזימים, רצפטורים וחלבוני מבנה. הדרך השנייה שבה פועל טסטוסטרון על הגוף היא על ידי השפעה על הפעילות התאית על ידי היקשרות לרצפטורים על הממברנה והפעלת מסננים משניים, דבר הגורם לשינויים בממברנת התא עצמה. שינוי זה שלא בתיווך גנים חשוב במיוחד כיוון שהטסטוסטרון פועל כך במערכת העצבים המרכזית.²

שינויים ברמות הטסטוסטרון עם הגיל

למרות שידוע כי הפרשת טסטוסטרון מתחילה כבר בשלב העוברי ונמשכת בחצי השנה הראשונה לאחר הלידה, הפרשות אלו משפיעות בעיקר על המוח. ההעלייה המשמעותית בהפרשת הטסטוסטרון היא במהלך גיל ההתבגרות. עלייה זו גורמת לרבים מהשינויים הגופניים האופייניים לגיל זה. ליקוי בהפרשת ההורמון בגיל ההתבגרות ולפניו עלול לפגוע בצורה משמעותית בהתפתחות המינית ובגדילה נורמלית של העצמות. ככל שמתקדם ועולה גילו של הגבר, מתרחשת ירידה הדרגתית של טסטוסטרון. בגיל 60, רמת הטסטוסטרון היא נמוכה ב-35 אחוז מרמתה אצל אדם צעיר וגדולה ב-25 אחוז מרמתה אצל אדם בן 75, כך שאדם בגיל 75 נחשב לבעל רמת טסטוסטרון נמוכה לפי המדדים המקובלים. הסיבה לכך היא שכיום לא משתמשים במדדי טסטוסטרון המנורמלים לגיל (דבר הנהוג בבדיקות הורמונליים אצל נשים).

הסיבות לירידת רמת הטסטוסטרון עם הגיל הן מגוונות. רמת הטסטוסטרון המופרשת קטנה עקב ירידה בתאים המייצרים טסטוסטרון באשך (תאי ליידיג). סיבה שנייה היא שינויים בהבדלים היומיים ברמת הטסטוסטרון (השיא ברמת הטסטוסטרון נמדד כאמור בשעות הבוקר). סיבה נוספת היא עלייה בכמות החלבון הקושר הורמוני מין (SHBG). מאחר שזהו החלבון העיקרי הקושר טסטוסטרון, רמתו החופשית של הטסטוסטרון יורדת עם הגיל. בנוסף לכך חלה ירידה בפעילות ההיפותלמוס וההיפופיזה ולכן אין תגובת משותפת לרמת טסטוסטרון נמוכה בדם. הפולסים של GnRH מההיפותלמוס משתנים וכתוצאה מכך הם פחות משפיעים על הפרשת LH מההיפופיזה.³

תת פעילות של הגונדות (היפוגונדיזם) מוגדרת כאשר רמת הטסטוסטרון יורדת מתחת ל-300ng/dl. הטיפול הסטנדרטי להפרעה זו כולל מתן טסטוסטרון חיצוני. מחקרים מראים כי טיפול בטסטוסטרון במקרים אלה משפר את תופעות הלוואי שהופיעו בגלל רמה נמוכה של טסטוסטרון, כגון: ירידה בחשק ובתפקוד המיני,

ידידה בחינניות ובמצב הרוח, אי שקט, פגיעה בזיכרון, עלייה במשקל הגוף, ידידה במסת השריר, ידידה ברמות השיער בפנים, הפרעה בתפקוד המיני⁶⁻⁸.

הקשר בין הביולוגי והפסיכולוגי

אצל גברים בעלי רמות בסיסיות של טסטוסטרון ובעלי מוטיבציה לרכישת סטטוס ונצחונות, הסיכוי בתחומים מסוימים להגיע למעמד הגבוה המיוחל יורד באופן טבעי, שכן הרי לא כולם מגיעים לעמדות הגבוהות שאליהן הם שאפו. אכזבה זו עלולה לגרום לתחושה של כישלון אשר יביא בעקבותיו לידידה ברמת הטסטוסטרון ולדיכאון. תהליך זה יכול לצבור תאוצה בצורה של איוון חוזר כאשר ידידה נוספת במצב הרוח מובילה לכשלונות נוספים ולידידה נוספת ברמת הטסטוסטרון וחוזר חלילה. בנוסף לכך, עם הגיל, כפי שצוין קודם, חלה ידידה פיזיולוגית ברמת הטסטוסטרון. שילוב של גורמים פסיכולוגיים ופיזיולוגיים יכול לתת תמונה של אדרנופאוזה, "בלות גברית", המתאפיינת בסימפטומים גופניים ונפשיים הנובעים מידידה ברמת הטסטוסטרון כפי שתוארו קודם. תהליך מקביל פסיכולוגי וכן כזה הנובע מידידת הורמונים גונדלים מתרחש גם אצל נשים. במקרים אלה, פעמים רבות מתחיל מצב משבר המוצא את ביטויו בדרך כלל בידידה במצב הרוח עד לדיכאון. מסתבר שתהליך דומה קורה גם אצל גברים: במסגרת מחקר שערך בתל השומר, במהלכו סקרנו 200 גברים אשר הגיעו למרפאתנו עקב דיכאון, מצאנו כי אצל חמישית מהגברים שסובלים מדיכאון סביב גיל 50, נמצאה רמה מתחת לגורמה של טסטוסטרון.

טסטוסטרון ודיכאון

קיימת הסכמה בין רופאים המטפלים בטסטוסטרון כי הטסטוסטרון משפר את מצב הרוח⁷⁻⁸. אולם, עד לשנים האחרונות רק מעט מחקרים שעסקו בטיפול בטסטוסטרון בדקו את השפעת הטסטוסטרון על מצב הרוח. מחקרים שבדקו שינוי במצב הרוח למתן טסטוסטרון מצאו שיפור במצב הרוח ובתחושת הסיפוק וכן ידידה בתשיות ובאי שקט⁹⁻¹⁰. מחקרים מבוקרים שנעשו לאחרונה והעלו את השאלה האם טסטוסטרון יכול לשפר דיכאון, העלו תוצאות סותרות. מחקרים אחדים הראו שיפור בדיכאון לעומת פלצבו¹¹ ואילו מחקרים אחרים לא הראו שינוי לעומת פלצבו¹². מחקר גדול, דו-מרכזי, שנעשה בבוסטון ובתל השומר ובו הוספנו טסטוסטרון למטופלים הסובלים מדיכאון ומהיפוגונדיזם הסתיים בימים אלה ואנו מקווים כי תוצאות מחקר זה ייתנו תשובה לשאלה זו.

האם יש מקום לטיפול בתסמונת

בשנת 1889 בראון סקרד דיווח על הזרקה עצמית של תמצית אשכי חיה לגופו. לפי עדותו, לאחר הזרקת תמצית זו הרגיש צעיר ונמרץ יותר וכן שיפור בכל הפעילויות הקשורות לפעילות שרירים ועצבים בגופו. לאחר פרסום זה, אלפי מטופלים קיבלו זריקות של טסטוסטרון על מנת להרגיש טוב יותר. למרות שהרבה מתמציות אלו בוודאי לא היו פעילות, נמסר דיווח על ידי מטופלים

רבים שקיבלו תמציות אלו כי הם חשים אנרגטיים ובעלי מצב רוח טוב יותר. בשנים האחרונות הצטבר ידע קליני התומך בפעולתו של הטסטוסטרון כמשפר מצב רוח. בנוסף לכך, במקרים שבהם רמת הטסטוסטרון נמוכה מהנורמה וכתוצאה מכך חלה ידידה בתפקוד המיני, מתן תוספת טסטוסטרון חיצונית משפר את המצב.

כיוון שהטסטוסטרון הוא חומר הקיים באופן טבעי בגוף ותחליף הטסטוסטרון ניתן לאנשים בעלי רמות נמוכות, בדרך כלל לא צפויות תופעות לוואי מיוחדות. למרות זאת, הדאגה הראשונית הנוגעת לתופעות לוואי של טיפול בטסטוסטרון היא לגבי הפרוסטטה. אנדרוגנים משחקים תפקיד חשוב בהתפתחות סרטן הפרוסטטה והגדלתה. אולם, אין עדויות שטסטוסטרון מעלה את הסיכוחות להופעת סרטן הפרוסטטה. לפני התחלת טיפול בטסטוסטרון כל המטופלים צריכים לעבור בדיקת PSA ובדיקה רקטלית של הפרוסטטה וכן בדיקת המטוקריט. הימצאות סרטן השד או סרטן פרוסטטה בעבר מהווה קונטראינדיקציה למתן טסטוסטרון¹³⁻¹⁴.

מתן טסטוסטרון פומי (oral) של טסטוסטרון טבעי אינו אפשרי כיוון שההורמון עובר מטבוליזם מהיר ויש לו תקופת מחצית חיים קצרה. לכן פיתחו במרוצת השנים גזרות של טסטוסטרון, להגברת השפעתו האנדרוגנית, והארכת תקופת פעילותו בגוף, או לשיפור זמנית של ההורמון הסינטי הניתן פומית. מספר שינויים מבניים בצבעו במולקולת טסטוסטרון, כגון אסטרפיקציה או אלקילציה של שריר ההידרוקסיל בעמדה 17, הכנסת קבוצת מתיל בעמדה 1 או בעמדה 7 של המולקולה. כך פותחו במרוצת השנים מגוון של תכשירי טסטוסטרון לשימוש בדרכים שונות: למתן פומי נוצר testosterone undecanoate, למתן על פני העור בדיסקיות כגון Andropatch, Viromone, Testoderm, Testogel, AndroGel תת-לשונית (Nebido). לאחרונה פותחה פורמולציה של טסטוסטרון בקפסולות המונעות את פירוק הטסטוסטרון במערכת העיכול.

לסיכום, הבנת תפקידו של ציר התלמו-גונדלי אצל הגבר והידידה בהפרשת ההורמונים במקביל לעלייה בגיל, מביאות ליצירת תסמונת מסוימת אשר בחלק מהמקרים כוללת דיכאון. תהליך זה דומה במידה מסוימת לשינויים הגופניים הקשורים למנופאוזה אצל נשים, שינויים המתאפיינים לעתים בידידה במצב הרוח שמגיעה עד דיכאון.

כאמור, גם אצל גברים עלולה תסמונת זו לגרום לדיכאון. ידע זה הוביל להתפתחות מחקר וטיפול בתחום חשוב זה. צריך עם זאת לזכור כי קיימים הבדלים בין הבלות הנשית לגברית וחשוב לזכור כי התסמונת המתפתחת היא שונה בין גברים לנשים. העמקת המחקר בתסמונת זו עשויה לשפר את הטיפול וכתוצאה מכך את איכות החיים בגילאים אלה ובכך למנוע תחלואה ותמותה.

ד"ר עמיענו רויטל, מרכזת מרפאת אופק לטיפול בדיכאון וחרדה, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

1. O.C Shultheiss, M. M With, C. M Torges, J.S Pang, M.A Villacorta, K.M Welsh. Effects of implicit power motivation on men's and women's implicit learning and testosterone changes after social victory or defeat. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 88, 1:174-188, 2005
2. Schmidt PJ, Rubinow DR. Neuroregulatory role of gonadal steroids in humans. Psychopharmacol Bull 33: 219-220, 1997.
3. Vermeulen A, Kaufman JM. Ageing of the hypothalamic-pituitary-testicular axis in men. Horm Res; 43: 25-28, 1995.
4. Snyder PJ, Peachey H, Hannoush P, Berlin JA, Loh L, Holmes JH et al. Effect of testosterone treatment on bone mineral density in men over 65 years of age. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 1966-1972.
5. Snyder PJ, Peachey H, Hannoush P, Berlin JA, Loh L, Lenrow DA et al. Effect of testosterone treatment on body composition and muscle strength in men over 65 years of age. J Clin Endocrinol Metab 84: 2647-2653, 1994.
6. Sih R, Morley JE, Kaiser FE, Perry HM, Patrick P, Ross C. Testosterone replacement in older hypogonadal men: a 12-month randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 82: 1661-1667, 1997.
7. Morley JE. Testosterone replacement in older men and women. J Gend Specif Med;

- 4: 49-53, 2001.
8. Vermeulen A. Diagnosis of partial androgen deficiency in the aging male. Ann Endocrinol (Paris) 2003; 64: 109-114, 2003.
9. Wang C, Swerdloff RS, Iranmanesh A, Dobs A, Snyder PJ, Cunningham G et al. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. Testosterone Gel Study Group. J Clin Endocrinol Metab 85: 2839-2853, 2000.
10. McNicholas TA, Dean JD, Mulder H, Carnegie C, Jones NA. A novel testosterone gel formulation normalizes androgen levels in hypogonadal men, with improvements in body composition and sexual function. BJU Int; 91: 69-74, 2003.
11. Seidman SN. Testosterone deficiency and mood in aging men: pathogenic and therapeutic interactions. World J Biol Psychiatry 3; 4: 14-20, 2003.
12. Amiaz R, Seidman SN. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. Testosterone and depression in men. J Clin Endocrinol Metab 15(3):278-83, 2008.
13. Rolf C, Nieschlag E. Potential adverse effects of long-term testosterone therapy. Baillieres Clin Endocrinol Metab 1998; 12: 521-534.
14. Seidman SN, Roose SP. The male hypothalamic-pituitarygonadal axis: Pathogenic and therapeutic implications in psychiatry. Psychiatric Annals 2000; 30: 102-112.

.....(רשימה ביבליוגרפית).....



על זה לא מדברים

מי מגן עלינו כאשר אפילו אנשי המקצוע והמטפלים נכנעים לסטיגמות על חולי נפש?

חורים גולדברג



יה זה מפגש של קבוצת פסיכודרמה במחלקה להפרעות אכילה במרכז רפואי גדול במרכז הארץ. שיר היתה מטופלת שהעזה להיות בה בעת גם סטודנטית לעבודה סוציאלית ולקרא בזמנה החופשי ספרים שעסקו בסוגיות טיפוליות. עידית היתה המנחה, אשת מקצוע עם ניסיון ארוך שנים בטיפול.

שיר ישבה על כיסא כחול ולא נוח שהיה ממוקם בחצי המעגל שהמטופלות במחלקה הרכיבו מול כסא המנחה של המנחה. כשהתבקשו להגיב לדברי אחת הבנות ושיר דיברה, עצרה אותה עידית ואמרה: "הידע שלך הוא המכשול שלך בדרך להחלמה". שיר שתקה. היא הרגישה שמישהו דוחף אותה מצוק גבוה והיא לא מפסיקה ליפול.

משך כל אותו מפגש הרהר בראשה המשפט והיא ניסתה להבין למה בדיוק התכוונה המנחה. כשתם המפגש, ניגשה שיר אל עידית והחליטה פשוט לשאול. עידית אמרה לה בפשטות שההתעסקות שלה בתיאוריות טיפוליות מרחיקה ממנה את האפשרות להחלים. שיר ענתה לה שהיא לא ממש מסכימה ושלדעתה הידע מאפשר לה חקירה עצמית מעמיקה יותר. עידית גרסה שהוא מפריע לשיר, כיוון שהוא גורם לה לבחון את מה שהיא קוראת על עצמה. שיר לא לגמרי הבינה מדוע הבחינה העצמית הזו בעייתית כל כך. הרי גם פריד ביסס הרבה מהתיאוריה שלו אודות החלומות מתוך החלומות שלו עצמו ומחקירה וניתוח שלהם. עידית הביטה בה רגע ארוך ואמרה: "ההבדל בינך לבין פריד הוא שהוא לא היה חולה ואת כן".

כל אדם בר דעת יכול לבין שמשוה בדיאלוג הזה פגום. הרי בלתי מתקבל על הדעת שחברה תמנע באופן מודע ידע מאדם, מהסיבה היחידה שהוא סובל ממחלה. זה אף גרוע יותר כשזה מגיע מאיש מקצוע טיפולי, אז הוא חוטא חטא כפול. דבר ראשון הוא עובר על רוח חוק יסוד - כבוד האדם וחירותו 1992, כאשר הוא מונע את הזכות לשוויון שמשמעה יחס זהה ושווה לכל אדם כאשר הוא, גם אם הוא בעל מוגבלות או חולה. שנית וחמור אף יותר, המטפל עובר על החוקים שנחקקו במיוחד על מנת להגן על זכויות החולה וחולה הנפש.

החוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991 נכתב ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו ויש בו אזכור של זכויות רבות, כגון: זכות החולה לקבל מידע רפואי אודות מצבו; זכות החולה לשיתוף בתכנית הטיפול בו; קבלת טיפול רפואי בהסכמה; הזכות להחזיק חפצים אישיים וללבוש בגדים אישיים בזמן האשפוז, ועוד. החוק מציין במפורש את חשיבות שיתוף המטפל בתהליך הטיפול ומדריך את הצוות הרפואי לתת למטפל כמה שיותר ידע אודות התהליך כדי לאפשר לו להחליט אם הטיפול מתאים לו.

לכאורה, מבחינה חוקית, זכויותיהם של נפגעי הנפש אמורים להישמר בבואם לקבל טיפול. אבל אפילו החוק לא יכול להגן על נפגעי הנפש מהפגיעה הקשה ביותר - הסטיגמה. לאורך ההיסטוריה התווית של "נפגע נפש" סימנה אנשים והבדילה אותם מאלה בלי הפרעות ומחלות נפש. ה"תווית" הזאת, הסטיגמה, באה לידי ביטוי באמונות סטריאוטיפיות שליליות, באפליה ובדעה קדומה כלפי נפגעי נפש. האפליה יכולה להתבטא בדיוק, בתעסוקה, בחינוך ועוד. הסטיגמה על נפגעי נפש היא נושא מדובר מאוד בארץ ובעולם, אך הבעיה היא שעל העובדה שעמדות סטיגמטיות נגד חולי נפש קיימות גם ואף יותר בקרב מטפלים ואנשי מקצוע, אין מדברים. במחקר שנעשה בשנת 2006 על עמדות אנשי מקצוע טיפוליים כלפי אנשים עם סכיזופרניה ודיכאון, נמצא שפסיכיאטרים החזיקו יותר סטריאוטיפים שליליים מאשר האוכלוסיה הכללית (Nordt et al 2006). במחקר אחר שנעשה בבריטניה על תגובות כתוצאה ממחלת נפש, 66 אחוז מהנשאלים ענו שהם חוו סטיגמה מצד אנשי מקצוע שאיתם הם באו במגע (Mental Health Foundation, London UK, 2000).

הרופא, המטפל, הוא האדם הראשון שנפגע הנפש פוגש בתחילת התהליך הטיפולי שלו. אם הוא יחווה רתיעה, פחד, אשמה, כעס ועוד עמדות סטיגמטיות

כאלו ואחרות, סביר להניח שהוא ילך משם וכבר לא יחזור לטיפול. לא בכדי רק אחוז קטן מבין כל אלה שבאמת נזקקים לטיפול מקבלים אותו. הרוב מחליט לוותר מראש. כמה מהסיבות קשורות לכוושה העצומה, לחשיפה הכרוכה בזה, לפחד מהסביבה תתייג אותי בתור חולה, אבל חלק ניכר מהסיבות הוא גם פחד מהתגובות של אנשי המקצוע עצמם, שאולי ברגע שאגיע לטיפול, אפסיק להיות בן אדם ואהפוך רק לחולה נפש. לא יותר מזה.

זה מה שקרה לי לפני שנים, כאשר הוחלט על המשך חיי. למדתי אז עבודה סוציאלית, נקלעתי למשבר נפשי ונזקקתי לאשפוז. לי היה ברור בכל דקה ודקה שלמרות המצב שלי, איני מתכוונת לוותר על המטרה להיות עובדת סוציאלית. אבל נקלעתי למשבר והייתי זקוקה לעזרה. זה לא היה אמור למחוק את החלקים שבי שהתאימו בצורה מושלמת למקצוע, לדברי כל מי שהכיר אותי.

המטפלים באשפוז חשבו אחרת. בתחילה הם ניסו לשאול בעדינות אם אני בטוחה שבחירתי במקצוע הנכון. אחר כך הרמזים הפכו להיות הרבה יותר עבים, שלא לומר בוטים. היה אפשר להבין בדיוק מה הם חושבים. "איך את חושבת שתוכלי להחזיק אחרים, אם את לא מסוגלת להחזיק את עצמך?" היתה רק אמירה אחת מיני רבות אחרות שספנתי מאנשי הצוות הטיפולי. הם הבחירו לי חד וחלק שהם לא חושבים שאני יכולה להיות עובדת סוציאלית. "צריך להבהיר למטופלת שהיא לעולם לא תוכל לעבוד במקצוע טיפולי", נכתב בתק הרפואי שלי. כך, בהינף יד, שמו את החותמת על חיי וחיצו את גורלי.

הם לא אמרו שבמצבי הנפשי כדאי שלא אעסוק במקצוע, או שעדיף שאתחזק קצת. לא, מבחינת הצוות שטיפל בי, המצב הנפשי שהייתי בו בגיל 20 הוא זה שיקבע את כל עתיד. הצוות ראה רק את הצדדים החולים שהיו בי, את הצדדים הקשים, המפורקים. הם לא הצליחו לראות את הצדדים הבריאים, הדיפים, את כל אותם צדדים שהובילו אותי לבחור במקצוע. מבחינתם, לא היתה כל אפשרות לשיפור, להחלמה. גם אם ארגיש טוב יותר, תמיד אהיה "אחרת". אף פעם לא מספיק טובה. לא ראוייה להיות עובדת סוציאלית, לעבוד לצד "שלהם".

כן, על זה אני מדברת כשאני מדברת על סטיגמות מצד אנשי מקצוע ומטפלים. פסיכיאטר יכול אמנם להיות נחמד למטופל שלו, לחייך אליו ולשאול אותו לשלומו, אך פעמים רבות אותו מטופל יישאר לנצח עבדו חולה נפש ותו לא. רבים הסיכויים שהוא לא יראה בו צדדים נוספים מלבד המחלה שלו. ומה שבטוח, מה שיגן על אותו פסיכיאטר, זאת המחשבה שאותו מטופל לעולם לא יוכל להגיע למקומו שלו. זוהי חשיבה סטיגמטית ומי שממאן להכיר בה, משקר לעצמו במצח נחושה.

הכאב הגדול טמון בעובדה שהיחס הזה מגיע דווקא מאנשים שמהם אנו מצפים להגן על נפגעי הנפש, לשמור עליהם, לטפל בנפשם. במקום זאת, הם רק פוצעים אותם יותר ויותר.

אני לא נכנעת לסטיגמות ואני נמצאת בשנה האחרונה ללימודי. אבל מה עם כל אלה שכן נכנעו? מי מגן עליהם כאשר אפילו אנשי המקצוע והמטפלים נכנעים בעצמם לסטיגמות הקיימות בחברה כולה?

חורים גולדברג, סטודנטית לעבודה סוציאלית, בר-אילן

miriamgold1@gmail.com

..... (נשימה ביבליוגרפית).....
באור, א. ושוח, (2009). חקיקה פסיכיאטרית משפטית בישראל. בתוך: גרינשפון, א. ומרגל, י. ויצטום 21-40. א. עורכים. (עורכים) פסיכיאטריה משפטית בישראל. אריה ניר: תל אביב Mental Health Foundation, London, UK (2000) Pull yourself together: A survey of people's experience of stigma and discrimination as a result of mental distress. Available at: <http://www.mentalhealth.org.uk/page.cfm?pagecode=PBU0204>
Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia Bulletin, 32(4), 709-14



תסמונות נפשיות תלויות-תרבות בישראל

דיבוק. מחלת רוח רעה אצל יהודי מרוקו. זאב. תסמונת איחוד אצל הבדואים. גלגול נשמות אצל הדרוזים וקורו. סקירת תסמונות תלויות-תרבות בישראל כצעד ראשון והכרחי להתערבות מקצועית רגישת-תרבות

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום

ברפואה בכלל ובפסיכיאטריה ובמקצועות בריאות הגפש האחרים בפרט, נודעת חשיבות רבה להכרת תרבותו של המטופל הפרטני. הכרה זו מסייעת להשגת הבנה מקיפה וטובה יותר של המטופל ובעיותיו ומקלה במקרים רבים על המענה המקצועי שניתן לו, שאף הוא צריך להיעשות מתוך גישה טיפולית רגישת-תרבות (Bilu and Witztum, 1995; Heilman and Witztum, 1997). הדגמה מוחשית לצורך בגישה רגישת-תרבות מצד שירותים טיפוליים (ואף שירותים אחרים) כלפי קבוצות אוכלוסיה בעלות תרבויות ייחודיות



משלהן הוצגה לאחרונה באירועים הסוערים שהתרחשו בירושלים סביב חשדות שהועלו על אודות מעשייה החריגים לכאורה של אם המשתייכת לקהילה חרדית-קיצונית, בבנה הקטין.

במאמר זה אנו מבקשים לתאר מספר תסמונות תלויות-תרבות שקיימות בישראל. אין מדובר אמנם בתסמונות נפוצות ובהחלט ייתכן שהפסיכיאטר הישראלי הממוצע לא יפגוש במהלך עבודתו המקצועית במטופלים הלוקים בהן. עם זאת, הכרת התסמונות הללו חשובה להבנה מקיפה יותר של הבעיות והמצוקות שמקומו סובלים המטופלים הלוקים בהן ומסייעת הרבה בבחירת הטיפול המתאים. תחילה יובא דיון קצר במושג "תרבות" ובביטוי "מצוקה" בהקשרם התרבותי וכן בתסמונות תלויות-תרבות. לאחר מכן יתוארו ביטויים ישראליים של מספר תסמונות תלויות-תרבות. הדברים יודגמו בתיאורי מקרים, אשר ימחישו את העשייה הקלינית לאור הרקע העיוני בתחום מעניין זה של הפרקטיקה הפסיכיאטרית.

תרבות וביטוי מצוקה בהקשרים תרבותיים

המושג "תרבות" הוא מושג מורכב וקשה להגדרה. אחת ההגדרות הקלאסיות למושג זה ניתנה כבר בשלהי המאה ה-19 בידי האנתרופולוג הבריטי אדוארד טיילור (1832-1917), שהיה פרופסור לאנתרופולוגיה באוניברסיטת אוקספורד. לדעתו של טיילור, תרבות היא אותה "שלמות מורכבת הכוללת את הידע, האמונות, יצירות האמנות, החוק, המוסר, המנהגים ושאר הכישורים וההרגלים הנרכשים על ידי האדם השייך לחברה" (Tylor, 1871 [1920]). הגדרה זו היא בעייתית במובן מסוים, בכך שהיא מתייחסת אל האדם כאל יצור פסיכי שכל מה שעליו לעשות הוא לרכוש; חסרות בה הפעילות, היצירתיות והתפישה המכבדת שרואה את האדם כיצור תרבות. מאז ימי של טיילור נעשו נסיונות רבים להגדיר תרבות, וההגדרות המקובלות כיום מתארות את התרבות כמערכת משותפת של כללים, ערכים וסמלים, אשר הגשמתם בידי בניה של חברה מסוימת מביאה להתנהגות המצויה בתחום הנחשב לראוי ולמקובל בעיניהם של בני אותה חברה. כאשר מדברים על הגשמה, הכוונה היא להפוך את האדם ולעשותו לא רק למושג-תרבות אלא גם למשפיע על-תרבות. מכאן שהתרבות היא מושג דינמי ולא סטטי כפי שבא לידי ביטוי בהגדרתו של טיילור. חלק קטן משלל ההגדרות שניתנו למושג תרבות הוצג בידי האנתרופולוג האמריקאי הידוע קליפורד גיין (1926-2006) בספרו "פרשנות של תרבויות" (Geertz, 1973). האדם היחיד מעצב את מצוקתו ואת סיפורו במסגרת יחסי גומלין מורכבים עם התרבות הקולקטיבית ובהקשרים בין-אישיים וחברתיים ספציפיים. "לקריאה הנכונה" של ביטויי המצוקה ולהבנה של תהליכי עיצובם הנרטיבי והדרמטי נודעת חשיבות רבה בחקר החברה והתרבות ובתהליכים מרכזיים של הטיפול במטופלים: זהו בסיס לאמפטיה עם הפונה, ליצירת ברית טיפולית עימו ולהתערבות טיפולית רגישת-תרבות (ויצטום וגודמן, 1998).

את המושג "ביטוי מצוקה" (idioms of distress) הציע ניכטר (Nichter, 1981) שביקש להבחין בין מצוקות פסיכו-חברתיות גרעיניות ובין צורות הופעתן וביטוייהן השונים. ניכטר תיאר נשים ברהמיניות צעירות בדרום הודו שבעקבות נישואיהן עוברות להתגרר עם משפחת הבעל. נשים אלו נתונות בקונפליקט: מצד אחד, הן מבודדות ממשפחת המוצא שלהן וחסרות רשת של תמיכה חברתית. מצד שני, הן עלולות להיקלע לחרדה ולמצוקה נפשית דווקא ביחסיהן עם חמותיהן או גיסותיהן שבקרבן הן חיות. היות שהנשים עוברות סוציאליזציה שלא לבטא רגשות (שליליים) באופן גלוי בתוך המשפחה, מצוקתן מתבטאת בדרכים חלופיות, בייחוד במישור הגופני. למשל, בהפרעות במחזור החודשי. הנשים פונות אל מטפלים בעלי מסורות טיפוליות שונות ומדגישות תסמינים מסוימים כאשר הן יודעות אילו מטפלים ערים לדקויות של המשמעויות הפסיכו-חברתיות שקשורות לביטויי המצוקה השונים.

המושג "ביטוי מצוקה" מלמד כי קיימות דרכים שונות שבהן אנשים בתרבויות

שונות מבטאים את סבלם ואת התמודדותם עם מצבי מצוקה נפשית, רגשית וחברתית. מצוקה כזו יכולה להתבטא במגוון תסמינים וברמות שונות של ההווה האנושית: גופנית, התנהגותית, רגשית, חווייתית, קוגניטיבית ובין-אישית, וכן בהקשרים חברתיים שונים. ביטויי המצוקה מתעצבים באינטראקציה מתמדת בין הרמה האישית והפרטית, הרמה הקולקטיבית (והפומבית) ורמת החברה והתרבות. מצד אחד, ביטויי מצוקה נפשית מכוננים בידי החברה והתרבות: הם מעוגנים בהקשר חברתי, ניוונים מידע תרבותי על העולם ועל בני האדם (השקפת עולם, ערכים, סטריאוטיפים ונורמות התנהגות) ומעוצבים על פי דרכי התייחסות חברתיות ותרבותיות לבריאות ולחולי. מצד שני, מצוקתו של היחיד מתבטאת בתוך מערכות יחסים עם אנשים אחרים במעגלים חברתיים שונים, ולכן ביטויי המצוקה גם משפיעים על החברה והתרבות ולא רק מכוננים על ידיהן.

חברה ותרבות מגלות עניין ומעורבות בביטויי המצוקה האישיים מפני שיש להם משמעויות והשלכות בין-אישיות וחברתיות: ביטויי מצוקה מעוררים צורות ספציפיות של יחסי גומלין בין אנשים. התרבות משתתפת בתהליכים שמעצבים את רגשותיהם של היחידים באמצעות איראיות משותפות, נורמות ומוסדות חברתיים. תרבות ששוללת ביטוי ישיר וחופשי של רגשות מסוימים (כגון תוקפנות או מיניות), או של רגשות בכלל, מתעלת (ולעתים אף מנטרלת) מצוקה חברתית, רגשית או נפשית של יחידים, ומכוננת אותה אל ביטוי לגיטימי חלופי. אחת הדרכים הנפוצות להכוונה של הבעת מצוקה היא העברתה אל המישור הגופני – תופעת הסומטיזציה. מרבית החוקרים אכן התרכזו בביטויי מצוקה מסוג זה. תופעת הסומטיזציה מתרחשת באינטראקציה שבין היחיד לחברה ולתרבות, אך היא מתווכת באמצעות מעגלים חברתיים מצומצמים יותר, כמו המשפחה, וכמובן, אין היא שייכת רק לתרבויות רחוקות.

תסמונות תלויות-תרבות - הגדרה, תיאור, מיון וסייווג

כמעט כל ההפרעות הפסיכיאטריות מושפעות בצורות ההסתמנות שלהן מגורמים תרבותיים, וזאת לצד גורמים ביולוגיים ופסיכולוגיים. הפרעות פסיכיאטריות קשות (כסכיזופרניה ובהפרעות דו-קוטביות) נקבעות בעיקר על ידי גורמים ביולוגיים ויחסית הן מושפעות פחות מגורמים תרבותיים. אולם, הפרעות פסיכיאטריות קלות יחסית (כגון הפרעות חרדה, הפרעות דיסוציאטיביות – שבעבר נקראו קונברסיביות – או הפרעות הסתגלות) מושפעות במידה רבה יותר מנסיבות פסיכולוגיות ומגורמים תרבותיים. בנוסף לאמור לעיל, יש קבוצה של הפרעות פסיכיאטריות אשר קשורות בצורה הדוקה לגורמים תרבותיים ומושפעות מהם, ולכן הן נקראות בספרות המקצועית בשם "תסמונות פסיכיאטריות תלויות-תרבות" (Tseng, 2009).

המונח "תסמונות תלויות-תרבות" (culture-bound syndromes) הוכנס לראשונה לשימוש מקצועי על ידי הפסיכיאטר יאפ (Yap, 1967; Yap, 1974), שהיה חלוץ הפסיכיאטריה ושירותי בריאות הנפש בהונג קונג וניהן כפרופסור לפסיכיאטריה באוניברסיטת הונג קונג (Fan, 1999). מבחינה פנומנולוגית קשה לסווג הפרעות אלו בהתאם לסיווג פסיכיאטרי קיים ומוכר אשר מבוסס על ניסיון והבנה קליניים של הפרעות פסיכיאטריות שכוחות בחברות מערביות. בסיווג שכזה, אין לרוב התייחסות מתאימה למצבים פסיכיאטריים שהם פחות שכיחים בחברות אלו ומופיעים בקרב אוכלוסיות בעלות רקע תרבותי ייחודי.

במאה ה-19 ובתחילת המאה ה-20, בתקופה שבה היו למדינות מערביות מושבות בארצות רחוקות, ביקרו בהן שליחים, פקידים, מייסונים ורופאים מארצות מערביות. אלה שמו לב לקיומם של דפוסי התנהגות ומצבים נפשיים ייחודיים שבהם לא פגשו מעולם בארצות מוצאם. מרבית המצבים הללו כונו על ידי ילידי המקום בשמות מקומיים והם תוארו על ידי התיידיים המערביים כהפרעות נפשיות אקזוטיות, נדירות, בלתי שכיחות ויוצאות דופן, או כמחלות

נפשיות אשר שייכות לתרבויות מסוימות, או כתסמונות תלויות-תרבות. המונח האחרון, שבו נהוג להשתמש, מרמז על כך כי תסמונות מעין אלו קשורות לאזור תרבותי מסוים.

בשנים האחרונות הוברר לפסיכיאטרים שעוסקים בתחום זה של הפרעות וחוקרים אותן, כי אין הן מוגבלות בהכרח לקבוצות אוכלוסיה אתניות-תרבותיות מסוימות. למשל, הופעה אפידמית של קורו (koro), פחד עז מפני היעלמות איבר המין) נצפתה גם בקרב אוכלוסיות בתאילנד ובהודו ולא רק אצל סינים בדרום סין כפי שחשבו תחילה. הופעות ספוראדיות של התקפי אמוק (amok), הרג מסיבי של בני אדם ללא כל הבחנה) נצפו בפיליפינים, בתאילנד, בפפואה ובגינאה החדשה, ובצורה אפידמית גם במקומות רבים בדרום אסיה, וזאת בנוסף למלויה שבה תוארה התופעה הזו לראשונה. דוגמאות מצמררות של התקפי אמוק תוארו לאחרונה אף בקמפודים אקדמיים ובמקומות עבודה שונים ברחבי ארצות הברית (Tseng, 2009).

על מנת לסווג ולקטלג את התסמונות השונות בתחום זה, הוצעו בעבר מספר מערכות שונות על ידי חוקרים שעוסקים בנושא. עם הזמן התברר כי במקום להתמקד בתיאור ההסתמנות הקלינית, ידא זה משמעותי וחשוב יותר לקטלג את התסמונות השונות בהתאם לאופן שבו הן מושפעות מגורמים תרבותיים. השפעת התרבות על הפסיכופתולוגיה יכולה ללווה צורות שונות: יכולה להיות לה השפעה סיבתית, היא יכולה לבחור את האופי והסוג של הפסיכופתולוגיה, היא יכולה לגבש סוגי הסתמנויות מסוימים ולהעצימן, היא יכולה לתרום להופעה תכופה של תופעות פסיכופתולוגיות מסוימות והיא אף יכולה לקבוע את התגובה לפסיכופתולוגיה (Tseng, 2009).

המונח "תסמונות תלויות-תרבות" משקף אפוא מיפוי וניתוח של אופני השפעתה של התרבות על עיצובם של ביטויי מצוקה. עם זאת, קיימות הפרעות נפשיות שהן תלויות-תרבות במובהק (Levine and Gaw, 1995). במקרים אלה החברה והתרבות מיסוד בצורה מלאה הפרעות נפשיות מסוימות, ואז קל יחסית לתעדן כ"תסמונות תלויות-תרבות" ולעקוב אחריהן. דוגמאות בולטות שאף קרובות אליהן הן אנורקסיה נרבוה כתסמונות תלויות-תרבות מערבית (חקלאי ובארי, 1998-1985; Swartz, 1992; Banks, 2003; Keel and Klump); תסמונות דיסוציאטיביות - דיכוכ כתסמונות איחוח (possession, ראו להלן) תלויות-תרבות יהודית (בילו, 1983); וכן זאר כתסמונות איחוח תלויות-תרבות בקרב עולי אתיופיה (Witztum, Grisaru and Budowski, 1996). המיסוד מתבטא בעיצובו של מודל חברתי ותרבותי אשר כולל הסבר אטיולוגי להופעתה של ההפרעה, הכוונה של הסתמנותה הקלינית ברמה התנהגותית ורגשית וכן דרכי טיפול מקובלות בה. מנקודת ראות נרטיבית מתעצב סיפור עלילה אופייני של המצוקה, המחלק תפקידים לדמויות השונות שמשותפות בדרמה, ובתוכן גם דמותו ותפקידו של "המטפל". ניתן גם להבחין בקלות יחסית בקונפליקט ברמה החברתית והתרבותית הקולקטיבית (במקרה של אנורקסיה: בין חברת שפע צרכנית ובין אידיאל היופי הנשי של אישה רזה) ואשר אחת מזירות התבטאותו היא הפרעות נפשיות אצל יחידים (Swartz, 1985).

החשיבות המרובה הטמונה בהבנת הרקע התרבותי של המטופל לשם זיהוי וטיפול הולמים בתלונותיו, הן הגופניות והן הנפשיות, הביאה לידי הוספת נספח מיוחד לתסמונות תלויות-תרבות במהדורות הרביעית של מגדיר הסיווג והאבחון של ההפרעות הנפשיות של איגוד הפסיכיאטריה בארצות הברית (American Psychiatric Association, 1994). נספח זה מורכב משני חלקים. הראשון מספק מסגרת לפורמולציה תרבותית אשר נועדה לסייע לקלינאי להשלים את ההערכה האבחונית הרב-צירית המקובלת שנעשית על ידו דרך קבע באמצעות הערכה ותיעוד של עולמו התרבותי של הנבדק על השלכותיו השונות ביישום אמות מידה אבחוניות בחברה רב תרבותית (כפי שמתקיים הן בארצות הברית והן בישראל). בחלק השני מובא מילון של תסמונות תלויות-תרבות ורשימה של 25 תסמונות ו"ביטויי מצוקה" אשר נחקרו לעומק, יחסית

להפרעות דומות אחרות.

הפורמולציה התרבותית כוללת את הנקודות הבאות: זהותו התרבותית של האדם הנבדק, כלומר קבוצת ההתייחסות האתנית או התרבותית שלו; הסברים תרבותיים למחלתו של הנבדק - כיצד הוא מביע את מצוקתו (למשל: "יש לי עצבים", "רוח רעה השתלטה עליי", "אין לי מזל", הבעת מחושים גופניים), מדי המשמעות ומהי החומרה של התסמינים של הנבדק המסוים ביחס למקובל בקבוצת ההתייחסות התרבותית שלו, האם הנבדק ובני משפחתו או חברי קהילתו נוקבים בשמה של תסמונת מסוימת שבה הוא לוקה לדעתם, מהם ההסברים שניתנים על ידו ועל ידי קרוביו למחלתו וכיצד הם מעדיפים לטפל בה גם בהסתמך על נסיון העבר שלהם; גורמים תרבותיים הקשורים לסביבה החברתית ולרמת התפקוד של הנבדק - פרשנות תרבותית רלבנטית לגורמי המצוקה, מקורות התמיכה הזמינים וכן רמת החולי ודרגת התפקוד; יסודות תרבותיים בקשר שבין הנבדק לבין הקלינאי המטפל - הבדלים בתרבות ובמעמד החברתי והבעיות שהבדלים אלה יכולים להעמיד בפני אבחון וטיפול, כגון קשיים בתקשורת עם הנבדק, ביהוי תסמינים ובהבנת המשמעות התרבותית שלהם, ביצירת קשר וקרבה עם הנבדק וקרוביו וכן בקביעה החשובה אם התנהגות מסוימת היא נרמטיבית או חולנית. הפורמולציה התרבותית מסתיימת בהערכה עד כמה משפיעים השיקולים התרבותיים על האבחון והטיפול הכוללניים.

תסמונות תלויות-תרבות נוטות להיות מקומיות ולהתבטא גם בשמות מקומיים. התסמינים המיוחדים, מהלך ההפרעה והתגובה החברתית כלפיה מושפעים לרוב מגורמים תרבותיים מקומיים. לעתים ניתן למצוא תסמונות מעין אלו גם במקומות אחרים, ואף רחוקים מהמקומות שבהם הן תוארו לראשונה. בספרות המקצועית הועלו גם טענות שאף הפרעות כלליות יותר יכולות להיות תלויות-תרבות. הוזכרו לעיל אנורקסיה נרבוה ותסמונות דיסוציאטיביות, אך גם ביחס לתופעות הבאות היו התייחסויות "תרבותיות": התמכרויות (Escobar and Vega, 2006), תקופת ההתבגרות (Hill and Fortenberry, 1992), הפרעת קשב וריכוז (ארוי והטב, 2002), פגיעה עצמית (Avevor, 2007) ופריצת גבולות המקצוע בידי מטפלים (Kroll, 2001).

ביטויין של תסמונות תלויות-תרבות בישראל

מדינת ישראל היא מדינה שקלטת וקולטת מהגרים מכל ארצות תבל. מאז הקמת המדינה נמצאים בה גם בני מיעוטים (ערבים, דרוזים, צ'רקסים). בשנים האחרונות נוספו לתושבי המדינה מהגרי עבודה ופליטים מכל רחבי העולם. עם השנים הפכה ישראל למדינה רב תרבותית שבה מתקיימות זו לצד זו חברות שונות, שלהן יש ערכים תרבותיים שונים ונפרדים אלה מאלה. המפגש הבין-תרבותי היווה מאז ומתמיד נושא מרתק על שלל השאלות שהוא מעלה: מה קורה לנו כאשר אנו נפגשים עם בני אדם החיים על פי נורמות של תרבות שונה משלנו? כיצד צריכים אנו לשפוט בני אדם כאלה? כיצד צריכים אנו לנהוג בהם?

מפגשים בין-תרבותיים מעסיקים אף מומחים בתחום היחסים הבינלאומיים. גם בפרקטיקה הקלינית בישראל ניתן למצוא ביטויים לתסמונות תלויות-תרבות. במאמר זה בחרנו להתמקד באחדות מהן: דיכוכ, "אסלא" - מחלת רוח רעה אצל יהודי מרוקו, "זאר" - תסמונות איחוח אצל הבדואים, גלגול נשמות אצל הדרוזים ו"קורו". תחילה נתאר הפרעות איחוח.

הפרעות איחוח

המושג "איחוח" (Possession) מתייחס לאפשרות שישות "על-טבעית" תחדור לגופו של אדם ותשלוט בו, תוך דחיקה זמנית של זהותו הרגילה. תופעה זו שונה אמנם מתרבות לתרבות, אך המנגנון הפסיכו-פיזיולוגי שביסודה הוא כלל אנושי וכך גם היכולת האנושית האוניברסלית להימצא במה שמכונה "מצבי מודעות משתנים" (altered states of consciousness) השונים ממצב של ערנות רגילה.

איחוז קיים בחברות רבות באפריקה, באסיה, באירופה, באוקיאניה ובאמריקה. הפרעות איחוז קיימות גם בעולם היהודי. תופעות איחוז עוררו עניין מחקרי רב במדעי החברה, ובמיוחד בקרב אנתרופולוגים, בגלל האתגר שהן מציבות בפני החלוקות המקובלות בתרבות המודרנית בין גוף ונפש, עצמי ואחר, מציאות ואשליה (בילו, 2000).

האנתרופולוגית אריקה בורגיניון (Bourguignon, 1979) הציעה לחלק את המודל המסביר העל-טבעי של מצבי מודעות משתנים לשתי קטגוריות בסיסיות: טרנס איחוזי (possession trance) וטרנס לא-איחוזי (non-possession trance). המצב הראשון הוא המצב הקלאסי שבו החווה, בדרך כלל אישה, מרגיש כי ישות אחרת נכנסת לתוכה. לעומת זאת, מצב של טרנס לא-איחוזי מתבטא בכך שמי שנמצא בטרנס, בדרך כלל גבר, חווה באמצעות שמיעה, ראייה או דרכים אחרות קשר עם ישות או ישויות על-טבעיות. החווה טרנס לא-איחוזי מתכוונת לחוויה זו בכך שהוא למד למה עליו לצפות וכיצד עליו לפרש את מה שהוא חש וחווה באמצעות חושי. תחילת התהליך מוצאת בדרך של צום המביא לידידת רמת הסוכר בדם, בגרימת חוסר חושיות לעצמו, או בנטילת תרופות. לעומת זאת, הכניסה לטרנס איחוזי נעשית בעזרת ריקוד קצבי המלווה בתיפוף סוער, במצבים של המון צפוף, או לעתים נדירות יותר גם על ידי נטילת תרופות. האישה האחוזה היא בדרך כלל פסיכית, ואחרי האיחוז קיימת שיכחה ביחס לתוכן החוויה בזמן האיחוז. לעומת זאת, הגבר החווה טרנס לא-איחוזי מקבל מידע או הנחיות מהישות העל-טבעית והוא זוכר היטב את פרטי האירוע ופועל בהתאם להנחיות שקיבל במהלכו.

טרנס איחוזי אינו מהווה את האפשרות היחידה לעיצוב תרבותי של מצבי מודעות מיוחדים. מוכר וידוע טרנס שאמאני בחברות מסורתיות רבות והוא מתייחס לעיצוב תרבותי של מודעות משתנה, שאינה מובנת כחדירת ישות זרה לתוך גופו של השאמאן אלא להפך, כיצאה זמנית של נשמתו מן הגוף לצורך מפגש עם הרוחות בעולמות אחרים. בתרבות המערבית מוכר גם טרנס היפנוטי, שבו נגרמים שינויים חריפים במצב המודעות ללא תיאוריה נלווית של איחוז (בילו, 2000).

קיימת חשיבות קלינית להכרתם של מצבי טרנס לא-איחוזי המופיעים על רקע תרבותי. להלן דוגמה למקרה כזה (זומר, 1993):

צעירה כבת 19 ממוצא צפון אפריקאי, אשר סבלה מהתעלפויות חוזרות סביב מבחן או דיבורים אודות גבר מסוים שבו היא היתה מאוהבת. לאחר שסיפרה לבני משפחתה ולחברותיה כי נכנס בה שד, היא הופנתה למטפל מסורתי, אולם טיפולו, שנעשה בדרך של מתן קמע וברכה, לא הועיל. בהמשך היא הופנתה לטיפול פסיכולוגי. המטפל המשיך את המצבה כמתאים לטרנס לא-איחוזי, זאת הואיל והשד "לא דיבר דרך גרונה ולא השתלט על התנהגותה... הוא נתפש ונחווה כישות נפרדת, שעומה היא קיימה קשר-גומלין". בהתערבות הטיפולית נעשה תחילה ניסיון לטיפול אינטגרטיבי שלא צלח, ובהמשך שולב גירוש השד לפי מודל מסורתי עם הקניית כלי התמודדות וביטוי רגשי והתערבות משפחתית.

דוגמה נוספת תוארה בידי אחד ממחבריו של מאמר זה (Witzum, Buchbinder, 1990; and van der Hart, ויצטום וגורמן, 2003) בחולה שלקה בדיכאון עם התנהגות משונה:

גבר צעיר, חרדי חוזר בתשובה, נשוי ואב לבת, הובא למרפאה בידי אחיו הגדול, חוזר בתשובה ותיק בעצמו ורב בישיבה. תלונתו העיקרית של האב היתה שהמטופל מתנהג באורח מוזר. בבדיקתו הוא התמצא רק חלקית במקום ובזמן, והאפקט היה של דיכאון כבד. הלך חשיכו היה תקין, אך בתכני החשיבה ניכרו רמזים שהצביעו על קיום הזיות שמיעתיות וחזותיות, בעלות אופי רודפני. הופעתו החיצונית היתה מוחנת והוא כמעט לא שיתף פעולה בבדיקה. הוא אובחן כלוקה באפיוורה דכאונית עם מאפיינים פסיכויטיים והופנה לטיפול

בצוות המתמחה בחרדים. בעזרת אחיו ניתן היה לשחזר את קשייו ולקשור אותם למוות טראומטי של אביו, אלכוהוליסט כרוני, כשהמטופל היה בן 15. ערב מותו אמר לו האב שהוא חש ברע, המטופל הביא לו כוס מים, נשאר לידו, ולאחר שהאב נרדם, הוא יצא מן החדר. האב נפטר מאוחר יותר באותו לילה והמטופל הרגיש אשם במותו. זמן קצר לאחר האירוע הטראגי, הוא פיתח מצב דכאוני והחל להשתמש בסמים רכים ובהמשך בסמים קשים, כדי להקל על ייסוריו. בגיל 18, בהשפעת אחיו ומשפחתו, עזב את הסמים והתגייס לצבא.

בעקבות אחיו הוא החל לחזור בתשובה, ולאחר השירות הצבאי, נישא והחל לייחל להולדת בן שיוכל להיקרא על שם אביו המנוח וכך "לסגור את המעגל". כאשר ילדה אשתו בת במקום הבן המיוחל, הפכה מצוקתו לבלתי נסבלת; הוא החל לשמוע קולות, שאותם זיהה כמגיעים ממלאך שנשלח להענישו על שהזניח את אביו ונתן לו למות. המלאך פקד עליו לייסר את עצמו בצומות, בהסתפקות במועט, בהתנזרות מיחסי מין ובלבשת בגדים ישנים. בנוסף להתנהגויות הסגפניות הללו, הוא שקע בטקסים מיסטיים שונים כדי לזכות במחילה. הוא פקד מקומות תפילה של צדיקים מקובלים ברחבי הארץ ועסק בטקסים ליליים כדי לגייס את סיועם. תחילה הציעו לו המטפלים שהוא יכתוב מכתב לאביו ויבקש בו את סליחתו. הם חשבו שהדבר עשוי להקל על רגשות האשמה שבבסיס אביו. אולם המטופל דיווח שהמלאך פקד עליו לעסוק בטקסים מייסרים. בהתאם למסורת היהודית, המטופל ראה במלאך בן ברית ולא יריב, ועם זאת, בעיני המטפלים לפחות, היה האופי המעניש של המלאך האישי הזה גלוי למדי.

לאחר השגת מידע על זהותו של המלאך ולאחר שנעשה ברור למטפלים שיש להתמודד ישירות עם המלאך (התברר כי המלאך ציווה עליו להפסיק ליטול תרופות כיוון שעדיין לא סבל מספיק), הם עוררו את המטופל להשתתף בטקס שיזמן את המלאך אל המרפאה. עתה היתה הדרך פתוחה ל"תקשורת" עם המלאך, באופן ישיר ובמהלך הטיפול. בשעה היעודה הפכו האב והמטופל את החדר ל"סביבה טקסית": הם נעלו את הדלת, כיבו את האורות, סגרו את כל החלונות והווילונות והדליקו נרות מיוחדים. האב ביקש מאחד המטפלים להקריא את הטקסט המיסטי שבו השתמש המטופל כדי לזמן את המלאך, והמטפלים הצהירו חגיגת כי בית דין יהודי של שלושה הוקם באופן רשמי. נראה היה כי המטופל נכנס למצב היפנוטי דמוי טרנס, שנגרם באמצעות הקראה קצבית של הטקסט. הוא זימר את הפסוקים בטון נלהב, עולה ויורד, תוך צירופים מוזיקליים של שתי הברות שהשמיע בעצמה הולכת וגוברת. הוא החל גם להתנער קדימה ואחורה והניע את גופו ואת ראשו בקצב נמרץ, שהלך וגבר. לפתע השתתק באחת ואמר לנוכחים שהמלאך נמצא עכשיו עימם. אחיו הוזרז להכריז כי בשם בית הדין הוא מצווה על המלאך להפסיק להטריד את המטופל ולא לשוב עוד. המטפלים הופתעו, שכן במהלך זה סטה האב מן התכנית הטיפולית המקורית, לנהל מעין דו שיח עם המלאך כדי להפכו לבן ברית (מתוך שיקול של תמיכה באגו של המטופל). אף על פי כן, המטפלים התעשתו וניווטו את הדברים לכיוון של מתן סוגסטיבות, בהתאם לתפישה הטיפולית שיש להפוך את המלאך מאויב לאוהב. האב מיהר לסיים את הטקס.

באותו יום, לאחר סיום הטקס, החל המטופל לאכול באורח סדיר, חזר לקיים יחסי מין עם אשתו (בערב הוא קירב מיטתו למיטת אשתו) והיא נכנסה להריון. ביקוריו של המלאך הלכו והתמעטו בעקבות הטקס. ההוראות של המלאך לעסוק במעשי כפרה והתנזרות הוחלפו בהוראות ללימוד טקסטים שונים, החל בתורה ובתלמוד וכלה בספר זוהר. המטופל החל להתייחס לראשונה אל בתו התינוקת ואף טיפל בה. הוא תפקד טוב יותר, חזר ללמוד והיה חברותי יותר. השיפור השתקף גם בחלומות שהיו קשורים באביו: בעוד שקודם לכן הופיע האב כאיש זקן וקורד במעיל שחור, עתה הוא הופיע לבוש גלימה לבנה ושוטף אור. השיפור במצבו של המטופל נשמר במשך תקופת מעקב של כשנה,



במהלכה הוא למד בהיקף מלא בשיבה של אחיו.

המקרה המתואר לעיל מהווה דוגמה טיפוסית לטרנס לא-איחוי. ההיכרות שהיתה למטפלים עם הרקע התרבותי והדתי אפשרה התערבות אסטרטגית רגישת-תרבות מוצלחת זאת.

בחברות שבהן הרוחות נתפשות כשליליות והאנשים שבהם הן אוזנות נראים כקורבנות חסרי אונים שלהן, יראה האיחוז מפרספקטיבה פנים-תרבותית כסוג של הפרעה או מחלה, שריפוייה מחייב הרחקת הישות החדורת (exorcism). ההסבר הפסיכולוגי המקובל במקרים אלה הוא שאיחוז מהווה אמצעי תרבותי נוח לבטא משאלות אסורות וקונפליקטים מאיימים, הקשורים במצבי מצוקה וחוסר שבחיי היום יום אי אפשר לבטאם ולהתמודד עימם. כך מוסברת גם העובדה שברוב החברות, נשים הן הנטות להיכנס למצבי איחוז יותר מגברים. הטענה המקובלת היא שגשג מופלות לרעה בחברות מסורתיות רבות ולכן הן סובלות יותר מבעיות חיים ומלחצי תפקיד, ובעיות ולחצים אלה זוכים בפורקן מסוים באמצעות כניסה למצב של איחוז. כך, למשל, יכולה אישה מופגמת וביישנית להתנהג בצורה תוקפנית וגסה בהיותה נתונה לאיחוז, בחסות רוח ממין זכר המוכרת כאלומה וכמופקרת. לאיחוז משמעויות סמליות הנראות כמותאמות במיוחד לחוויות נשיות של יחסי מין – היינו, חדירה של ישות אחרת, לרוב ממין זכר, הקונה לה אחיזה לתקופת מה בתוך הגוף. אירועי האיחוז נתפשים על ידי בני הקהילה כסוג של מחלה או מצוקה, ובכולם רוב נפגעי הרוחות הם נשים ואילו רוב הרוחות הן ממין זכר (בילו, 2000).

בפסיכיאטריה נוטים לראות בתופעות איחוז צורות תרבותיות של מצבים דיסוציאטיביים. בסיווג הפסיכיאטרי המקובל, דיסוציאציה היא מנגנון נפשי העומד ביסוד מצבים פסיכופתולוגיים מובחנים, כמו הפרעת זהות דיסוציאטיבית (dissociative identity disorder) או שיכחה דיסוציאטיבית (amnesia dissociative), הכרוכים בשינוי חריף במצב המודעות. במצבים אלה מנותקת קבוצה של תהליכים נפשיים מן המכלול התודעתי השלם, או שההתנהגות המופגנת מאבדת את הקשר שלה לשאר האישיות. ראוי לציין שהדגם הפסיכיאטרי נראה פחות רלבנטי כאשר מדובר בטקסי איחוז ממסודים, המהווים מרכיב יסודי במערכות דתיות שונות. במקרים אלה, אנשים מבקשים להיכנס למצב האיחוז במסגרות טקסיות מקובלות, שכן הישויות האוחזות נתפשות כחיוביות (אלים, מלאכים וכדומה) והאיחוז נתפס כמצב רצוי ורב השראה (בילו, 2000).

דיבוק

המושג "דיבוק" קיים בפולקלור ובאמונה העממית היהודית וכוונתו לרוח רעה אשר נכנסת בתוך אדם חי ודבקה בו, גורמת להתנהגות שונה מהרגיל ומדברת מגורנו בקול של אישיות נפרדת חרה. המושג עצמו אינו מופיע בספרות התלמודית ואף לא בקבלה, אשר מכנים תמיד תופעה זו בשם "רוח רעה" (שלום, 1957). התיאורים המדווחים הראשונים של איחוז על ידי רוחות של אנשים שנפטרו הם מהמאה ה-16, כאשר הראשון שדווח עליו כי גירש רוח רעה (בצפת, בשנת 1545) היה רבי יוסף קארו¹. המונח "דיבוק" הופיע רק יותר ממאה שנה לאחר מכן, בשלהי המאה ה-17 ובקהילות אשכנזיות, והראשון שעשה בו שימוש היה רבי יעקב עמדין² בשם שכינה בו אחד מהשבתאים – "דבוק מן החיצונים" (Bilu, 1996; בילו, 2000). הפועל "דבק" נמצא בכל ספרות הקבלה לציון יחסה של הרוח הרעה אל הגוף, וסיפורים ביהדות על רוח רעה שנדבקה לגוף רגילים מאוד בתקופת בית שני והתלמוד, אך אינם בולטים בספרות ימי הביניים.

הדיבוקים נחשבו תחילה לשדים ולמזיקים שתפסו מקום בגופו של האדם החולה, ובהמשך הצטרפה לכך הדעה שבין הדיבוקים יש גם רוחות של מתים שלא מצאו מנוחה והפכו למזיקים. דעה זו הצטרפה אל תורת הגלגול, שהופיעה

ביהדות במאה העשירית, וכשזו התגברה ביותר מאז המאה ה-16 והתקבלה בחוגים רחבים של הציבור היהודי בכל הארצות, החלה להתפשט גם האמונה בדיבוק. בדרך כלל הם נתפשו כנפשות אשר בשל חומרת עוונותיהן לא זכו אפילו להתגלגל, ובהיותן "נשמות ערטילאיות" הן מבקשות לעצמן מקלט בגוף של אדם חי (ולעתים אף בבעלי חיים ובצמחים). כניסתן של הדיבוק באדם חי הוא סימן לחטא נסתר שנכשל בו האדם ובכך פתח לדיבוק פתח להיכנס בגופו. עם זאת, יש בגלגול גם הוכחה לחסרו של האל בכך שהוא נותן הזדמנות לכפר על חטאי העבר בדרך של שיקום רוחני במהלך החיים הנוכחי. ספרות הקבלה של תלמידיו של רבי יצחק לוריא³ מלאה סיפורים ו"פרוטוקולים" על גירוש דיבוקים, כאשר הכוח לגרש ניתן ל"בעלי שם" או לחסידים מופלגים. הם מוציאים את הדיבוק מהגוף שלתוכו הוא נכנס, ויחד עם זאת פודים אותו למצוא "תיקון" באמצעות גלגול ממש או על ידי כניסתו לגיהנום (שלום, 1957; בילו, 2000).

בדומה לצורות אחרות, המקרה השכיח ביותר בדיבוק הוא של רוח של גבר החודרת לגופה של אישה. מבחינה קלינית, נכללו בתופעת הדיבוק מגוון תסמינים רחב למדי, אולם במרבית התיאורים הודגשו בעיקר ההתנהגויות המשקפות את נוכחות הרוח. תסמינים אלה כללו התכווצויות, דיבור זר ומורד (לעתים אף בשפה זרה וגילוי דבר נעלם) בהתאם לזהותה ומינה של הרוח, תוקפנות פיזית ומילולית והתנהגות אימפולסיבית וחסרת מעצורים (בילו, 2000). להשפעתו של דיבוק אף יחסה אחת הסיבות לאין-אונות (Margolin and Witztum, 1989).

הטיפול בתופעת הדיבוק התבטא בגירוש מהגוף שאלי נכנס. טקס הגירוש נעשה בפומבי ונהל בידי רב מקובל אשר התעמת עם הדיבוק עד ליציאתו. טקס זה מורכב מסדרה קבועה של שלבים. בראשון מהם מנסה המרפא לזהות את הרוח שנדבקה לגוף האדם ולאחר מכן הוא מברר את הסיבות לכך. בהמשך מתנהל משא ומתן עם הדיבוק על תנאי יציאתו. תהליך המשא ומתן הוא עקשני ומייגע, משום שהדיבוק נאבק במרפא בכל כוחו ומנסה להישאר במקומו. המרפא מנסה תחילה לרצות את הדיבוק ולשדל אותו לצאת מהגוף תמורת הבטחה למחילה על החטאים שחטא בחייו ועל העונשים שנענש לאחר מותו. התיאור שמוסר הדיבוק על אלה מהווה אחד משיאי הטקס. בהרבה פעמים בוצע טקס ההוצאה של הדיבוק בבית כנסת, תוך שימוש נרחב בכלי קודש (נרות, שופרות וספרי תורה) בידי הקהל שנכח בטקס (בילו, 2000).

למרות שבמונח "דיבוק" השתמשו, כאמור, רק מסוף המאה ה-17, הרי שתיאורים על מעשי דיבוקים ועדויותיהם על עצמם, בחלקם אף מפורטים מאוד, הובאו כבר ממחצית המאה ה-16. מידע עשיר על מעשי דיבוקים שאירעו נאסף בספר "שער הגלגולים" שנערך בידי שמואל ויטאל⁴, ב"ספר החזיונות" שחובר בידי חיים ויטאל⁵, בספר "נשמת חיים" של מנשה בן ישראל⁶, בספר "מנחת אליהו" שחובר בידי אליהו הכהן מאיזמיר⁷ וכן בספר "מנחת יהודה" שחובר בידי יהודה משה פתיא מבגדד⁸.

בספר מאמריו של יוסף ישעיהו ריבלין⁹, "מגילת יוסף" (1966), מובא תיאור אותנטי משנת 1876 של מקרה דיבוק שנכנס בגוף ילדה כבת 11 בירושלים: "ילדה בת שתי-עשרה שנה, בת אישה ענייה ואב אין לה. והילדה טובת שכל מאוד, נפלה למשכב בחדש שבט שעבר. שלושה ימים ראשונים היתה כמו מוכה בסטורים ובתימהון ובחרדה ורעדה נראה, נדחת מקיר אל קיר, ואין אומר ואין דברים נשמע על פיה. הרופא הבריטני שם כל מעיינו בחולי הילדה הזאת וינסה בסממנים שונים, אך לא להועיל. ואחר שלושת ימים פתחה את פיה ותחל לקלל את אמה ולחרף ולגדף את הדת וכל קרשי בני ישראל. אם ראתה את אמה מתפללת או מברכת כל ברכה, ירקה בפיה, חרקה עליה בשיניה ותצעק צעקות נוראות מחירדות כליות ולב, בקולות מקולות שונות, פעם כשור פר, פעם כתרנגול וכעז וכחמור נער. כה החליפה קולותיה מרגע לרגע. ובהזכיר איש

לה שם ה' ובקשת עזרתו, או בית כנסת וכל מקום קדוש, התחבאה ותסב פניה אל הקיר וצעקה וירקה וחרקה שן. ובהזכיר לפניה שם כומרים ובתי תפילות, שמחה ואמרה טוב! טוב! אני להם והמה לי. ובהדליק אמה נרות שבת, לא נחה ולא שקטה עד אשר כבו. ובליל ראשון של פסח, כל שעת הסדר, נעו אמות ספי הבית מקול צעקותיה ונחרותיה האיומות, וככה לכל דבר שבקדושה. ככה עברו שלושת ירחי שבט, אדר, ניסן, וכל עמל האם האומללה - להסתיר המקרה הזאת, כי אמרה מקרה הוא ויעבור ואיש בל ידע.

אבל ברוב הימים הודיעו ופרסמו את המקרה לרבים, וינהרו העם יום יום אל בית משכב הילדה, אשר גם אנכי לא מנעתי את רגלי לבא שמה פעמים רבות. והדברים אשר שמענו מפי אחרים, כן ראיתי בעליל. וכי שאלנוה מה זה? ולמה זה תרוקי? השיבה בשכל מיליה - "הלא ידעתם אותי, האנכי ירוק ארוק על הזכרת... (לא יכלה הוציא מפיה דבר של קדושה, גם אם לא יכלה לבטא בשפתיה) כי הלא רק זה אשר נכנס בקרבי הוא המדבר, הוא הריקא, הוא הצועק כל הקולות הנוראות". וכי שאלנו, מי הוא אשר בתוכך יושב ואין נכנס אל תוכך? ומתי? סיפרה לנו בשפה ברורה, אשר חותם האמת חתום על כל הגה שיצא מפיה.

וכה סיפרה: "בשלושה ימים הראשונים נראה אלי והחריני עד מאוד, והתאבק עימי לילה ויום ואימה חשכה גדולה נפלה עלי, ישבתי ולא נחתי, עמדותי נדחפתי, שכבתי נהפכתי, עד כי אחרי שלושה ימים נכנס בי". ומי הוא? "מומר אשר בן עשר שנים המיר דתו". ומה שמו? "שמו לא אוכל להגיד על דל שפתי הלא הוא, והגד בל אוכל כי לא יתנני". ועד מתי ישים משכנו בתוכך? "עוד יעברו ימים רבים והוא לא ישמע לקול מלחשים ולא ייצא כי אם בזמנו". ועוד היא מדברת והנה החלו הצעקות לצאת מתוך גרונה והיא יושבת לא נופלת. ומחצי שעה עד שעה תמימה, לא חדלו הקולות האיומים. ככה היה לה כמה פעמים ביום. ואכילתה היתה יותר גסה מבימי בריאותה.

עד אשר בעבור ימי ספירת העומר, נתקבצו עשרה חכמים מחכמי הקבלה ועשו מה שעשו והתפללו תפילות מיוחדות בביתה, והיא הוסיפה לצעוק צעקות גדולות ומרות, והיא אמרה: "לא ישמע אליכם ולא ייצא עד אשר יזמו יבא וייצא". והנה אחרי ימים מועטים חדלו הקולות וגם נשתק מלולה, ותשכב כעשרים יום כאילמת לא פתחה פיה. ואחרי כן אמרה לאמה, כי יוליכה על מערת אליהו בהר הכרמל בחיפה, ולא יספה דבר עוד. ומהר נסעה אמה עימה לחיפה, ותישנה במערת אליהו. ויהי בבוקר ותאמר לאמה: "ברוך ה' כי נרפאתי, וצוני ללכת לטבריא אל קבר ר' מאיר בעל הנס". אמה בגדל שמחתה מיהרה ונסעה עימה לטבריא. ובסוף חודש תמוז חזרו האם והבת ירושלימה והנערה בריאה וצלולה כקדם. ותראי האם, ותבשרני, ותספר לי מכל אשר היה בחיפה ובטבריא, ותאמר אלי כי תבקשני לבוא לביתה ביום שבת קודש, פרשת נחמו, לראות נפלאות ה' העושה מלאכיו ורוחות".

אחד התיאורים האחרונים בנושא זה נכתב בירושלים בשנת 1904 על דיבוק שנכנס בגוף אישה וגורש בידי בן-ציון חזן¹⁰ (שלום, 1957).

בשנת 1999 התפרסם בישראל סיפורה של אלמנה מדימונה ששנה קודם לכן, בחג הפסח, נכנסה בה לטענתה רוחו של בעלה שנפטר שנתיים קודם לכן. ה"דיבוק" שאחז באלמנה מדימונה גורש בטקס פומבי רב משתתפים שנערך ב-22 באפריל 1999 ותועד היטב על ידי הרב דוד בצרי ב"ישיבת השלום" בירושלים. הטקס עורר עניין רב במיוחד לאחר שהוצג בהמשך כמעשה תרמית, אך בשנת 2001 חזרה בה האלמנה מטענותיה וסיפרה כי הטקס היה אמיתי: "מאז שדיברתי נגדו, נגד גדול המקובלים", אומרת האישה, "עברתי סבל וייסורים. הבן שלי אושפז וקרו לי דברים איומים. הוא באמת הצליח להוציא ממני את הדיבוק, אבל בגלל מה שעשיתי, הדיבוק חזר אלי". מבלי להיכנס לפרטי המקרה, העיר הפסיכולוג והאנתרופולוג פרוף¹¹ יורם בילו כי ניסוח מדויק יותר של האירוע ידגיש את התהליך ההדרגתי שבו מצוקתה

של האלמנה הלכה והתגבשה, הן מתוך אמונתה ורציפותיה והן בהתאם לסוגסטיות של הרבנים והמקובלים שאליהם פנתה, עד שהפכה למקרה של דיבוק בטקס הגירוש. לדעתו, ראוי לשקול את האפשרות שמהלך זה עשוי להאיר באור חדש את מקרי הדיבוק הקלאסיים מן העבר. התמונה המתקבלת מסיפורי הדיבוק היא של הפרעה יציבה, בעלת מטען תרבותי עשיר, המוגדרת על ידי מכלול תסמינים ומסתיימת בטקס הריפוי. אולם על סמך המקרה החדש, ניתן להעלות את ההשערה כי רק בזירה הטקסטית של המפגש בין הרב וקורבן הרוח, ומכוח השפעתו הסוגסטיבית-היפנוטית של הרב על האישה, עוצבה ההפרעה ו"בוימה" בשלמות כדי להפוך להפרעת איחוד קלאסית המכונה דיבוק (בילו, 2000).

“אסלאי” - מחלת רוח רעה אצל יהודי מרוקו

הפרעה זו נקראת בפי יהודי מרוקו בשם “אסלאי” והכוונה להשתלטות של רוח רעה, או שד, על גוף האדם. שדים היו חלק מההוויה הבסיסית במרוקו המסורתית והם מילאו מקום מרכזי באתנו-פסיכיאטריה של יהודי מרוקו כגורמי מחלות ומצוקות. התפקיד שמילאו השדים בהסבר מצוקות נפשיות ובהתמודדות עימן הובהר בידי פרופ' יורם בילו מפרספקטיבה כפולה, אנתרופולוגית ופסיכולוגית. ביסוד עבודותיו עומד הניסיון להבין את המודל המסביר הדמוני על כל מרכיביו בתוך ההקשר התרבותי שבו הוא נטוע. מפרספקטיבה זו, ההסברים הדמוניים מתגלים כהגייוניים, בעלי עקביות פנימית, שזורים היטב במציאות האמפירית ובעלי כוח פרשני רחב היקף. קבלת תפקידו של השד כגורם מחלה מאפשרת לנקוט כנגדו מגוון של פעולות ובכך מסייעת לצד הטיפולי (בילו, 2000).

הסיבה המיידית להופעת התקף (בדרך כלל באישה) היא לרוב מתח והתרגזות בעקבות ריב עם בני משפחה או שכנים. תחילתו באובדן הכרה פתאומי והמשכו בהתנהגות סוערת, לא מאורגנת, המאופיינת בפרצי השתוללות שבהם היא עלולה לפגוע בעצמה ובאחרים. הכוח שמיוחס לה במצב זה משמש כעדות לנכחות השד בגופה. חוסר השליטה מתבטא גם בצרחות, בגידופים ובחרפות ואף בדברי גסויות, שאינם הולמים את התנהגותה בחיי היומיום. הקול הרובר מפיה של האישה הוא כבינוני גוף, בקול ובהיגוי שאינם שלה, ולעתים אפילו בשפה שלכאורה אין היא יודעת אותה. אפיונות האיחוד מאופיינת פעמים רבות בשיכחה מלאה או חלקית (בילו, 2000).

התקפי אסלאי היו קצרים והסתיימו לעתים באופן ספונטני, כשהחולה מגיעה לאפיסת כוחות מוחלטת, המלווה בערפול חושים, נמנום ואף תרדמה. מאחר שנוכחות השד בגוף החולה מזיקה ומסוכנת, נהגו לקרוא לרב/מרפא אל בית החולה כדי להוציא את השד במהירות האפשרית. טקס הריפוי היה בנוי מסדרת שלבים קבועה, שתבניתה אינה שונה באופן מהותי מטקסים מקבילים של גירוש שדים בנצרות ובאיסלאם. הפרעה זאת גורעה ונעלמה במשך השנים (בילו, 1980).

תסמונת הזאר (Zar)

האמונה האתיפית רואה ברוחות הזאר כשוכנות בעולם שמקביל לעולם האנושי. אמונה זו רווחת במרחב גיאוגרפי גדול למדי שכולל את מצרים, סודאן, מזרח אפריקה וכן ארצות מסוימות במפרץ הפרסי. לפי אמונה זו, רוחות הזאר אחראיות למגוון רחב של מחלות, החל מכאבים גופניים וחולי גופני אחר וכלה בדיכאון, בהפרעות אכילה ובתסמינים היסטריים. במקרים רבים המניע של הרוח להיאחז בקורבנו הוא בעל אופי מיני ורוחות הזאר מועברות פעמים רבות בתוך המשפחה מאם לבת (גריסרו וויצטום, 1995). עלייתם של יהודי אתיופיה לישראל חשפה אמונה מעניינת זו בפני מטפלים שתוארו הן את התופעה הקלינית והן את שורשיה התרבותיים (אריאלי ואייצק, 1994; Witztum, 1994).

(Edelstein, 2002; Grisaru and Budowski, 1996). סקירה מקיפה אודות בעיות נפשיות בקרב בני הקהילה האתיפית בישראל, המאפיינים התרבותיים, והמכשלות האבחוניות והטיפוליות באוכלוסייה זו, לרבות מחלות שנגרמות על ידי הזאר, מובאת גם בחוברת זו של כתב העת (גריסרו, 2009).

תסמונת איחוד אצל הבדואים

הבדואים והדרוזים מהווים שתי קבוצות אוכלוסייה שונות זו מזו הן בחברה הישראלית והן במזרח התיכון. בשתי האוכלוסיות תוארו תסמונות ייחודיות תלויות-תרבות שיתוארו להלן.

הבדואים הם נודדים ממוצא ערבי ודוברי ערבית ששמן נגזר מהמלה “באדיה” שפירושה בערבית “מדבר”. הם נמצאים בחצי האי ערב וכן בעיראק, בירדן, בסוריה ובישראל, ובמידה קטנה יותר גם בלבנון. עם השנים היגרו הרבה בדואים ממקומות מוצאם אל אזורים אחרים. שבטי בדואים הופיעו בחצי האי ערב ובארצות הסמוכות זמן רב לפני הופעת האיסלאם ואף לפני הפריה הנצרית, אולם התפשטותם ההמונית בארצות המזרח התיכון הגיעה לשיאה בתקופת מוחמד ואחריה. הבדואים מאורגנים בשבטים השונים זה מזה בגודלם, בעוצמתם ובנוודותם. ארגון השבט נעשה מלמטה למעלה, כאשר היחידה הבסיסית בשבט היא המשפחה, כלומר בית אב על כל צאצאיו (בדרך כלל עד דור חמישי). משפחות שקרובות זו לזו לפי מוצאן מהוות מטה, ומטות שקרובים זה לזה מצטרפים לשבט. לכל מטה ושבט יש שם מיוחד, שלעתים זהו שם אביו ומייסדו המסורתי (אילת, 1968).

בקרב הבדואים קיימים מרפאים מסורתיים מסוגים שונים, אשר עונים על הצרכים הגופניים והנפשיים של הקהילה. אחד המרפאים המשמעותיים ביותר הוא הדרוויש (מקור המילה הוא בפרסית ופירושה המילולי הוא “מחזר על הפתחים”, “קבצן”, אך היא מציינת גם אדם קדוש ומכובד), אשר מטפל בחולי נפשי וגופני תוך שימוש במגוון ריטואלים דתיים ותרבותיים. הדרוויש יכול להיות גבר או אישה ותפקידם זה ניתן להם באמצעות קבלת “באראכה”, ברכה שמואצלת להם מידי האל. הענקת ברכה זו מקבלת צורה של התמוטטות עצבים, שמתפרשת כ”באראכה” בידי דרוויש ידוע ומקובל. עם הזמן והניסיון, הדרוויש המתלמד, אשר לומד ומבצע את תפקידו בסיועו ובהשגחתו של הדרוויש המאמן, הופך להיות דרוויש עצמאי (Al-Krenawi, Graham and Maoz, 1996).

כאשר מטפל בעל אוריינטציה טיפולית מערבית נדרש לטפל במטופל אשר משתייך לחברה מסורתית (כחברה הבדואית), עליו לזכור כי המטופל שהופנה אליו לא נטש את השקפת עולמו, אמונותיו התרבותיות וערכיו החברתיים בכל הקשור למצבי חולי ולרפואה. לחולה שכזה יש דרכים משלו להביע קשיים ומצוקות חיים, ולרוב דרכים אלה שונות ולעתים אף בלתי מוכרות למטפל אשר אינו מכיר את תרבותו של המטופל ואינו מודע לדרכים שבהן מובעות מצוקות באנשים המשתייכים לתרבות זו. עקב כך יכולים להיווצר ביניהם קשיים בתקשורת שיביאו למכשלות בטיפול המתאים.

דוגמה לטיפול המשלב ידע תרבותי ומטפלים מסורתיים עם דרכי טיפול מערביות במטופל בדואי מתוארת במאמרם של אל-קרנאווי וגרהם (Al-Krenawi and Graham, 1997):

המטופל, גבר בדואי בן 31, נשוי ללא ילדים, הופנה בידי רופא המשפחה שלו בשל שינויים בהתנהגותו למחלקה לפסיכיאטריה בבית חולים כללי. בבדיקה פסיכיאטרית שנערכה לו הוא מסר על היות מאיימות אשר ניסו לפגוע בו, ללא הבעה רגשית ותוך מה שנראה כמצב של אי שקט, בלבול וחוסר התמצאות. לא היתה כל עדות לשימוש באלכוהול או בסמים, והבדיקה הגופנית ובדיקות המעבדה היו בגדר התקין. באבחנה של מצב פסיכיאטרי פרנואיד, הוא אושפז להשגחה וניתנו לו תכשירים נוגדי פסיכוזה. הוא אכן נרגע, אך היתה השפעה

מועטה בלבד על ההפרעות בתפישה, שתדירותן ירדה אמנם אך הן עדיין הציגו לו ומנעו ממנו תפקוד תקין בבית ובעבודה. בשלב זה הוכנס לטיפול מטפל (עו"ס) בדואי, שנפגש עם המטופל מספר פעמים והצליח להבין את המשמעות התרבותית שעמדה מאחורי התסמינים שלו. הובר כי למטופל היה כעס עצור כלפי משפחתו שבא לביטוי כהתפרצות של כעס כלפי אמו. התפרצות זו יצרה בו רגשי אשם ואמונה כי הוא חטא כלפי האל (כך שכעס על אמו) ולכן נענש בהשתלטות של שד שנכנס בו. בטיפול הושגו תחילה השלמה ופיוס עם האם ובהמשך שולב מטפל מסורתי (דרוויש) לצורך הוצאת השד. לאחר סילוקו המוצלח של השד מגופו של המטופל, הוא נשאר במעקב משולב למשך חודשים אחדים הן אצל המטפל הבדואי והן אצל המטפל המסורתי (הדרוויש), עד שחזר לחלוטין לאיתנו בכל המובנים.

במקרה זה, שהוא דוגמה מייצגת של הפרעת איחוד על ידי שד (וידועים גם מקרים נוספים) שהביאה את המטופל אל גורמי בריאות הנפש, ההפרעה נבעה מרקעו התרבותי ומאמונתו כי השד השתלט עליו עקב החטא הכבד שחטא באי-כיבוד של אמו (לפי הקוראן, למצוות כיבוד אם נודעת חשיבות מיוחדת והיא אף קודמת לכיבוד אב). מוקד שליטה חיצוני זה על התנהגות האדם עולה בקנה אחד עם האמונה הבדואית, לפיה המחלות נגרמות הן מגורמים טבעיים והן (כבמקרה שתואר) מגורמים על-טבעיים. זו גם הסיבה שרק מטפל בעל כוחות על-טבעיים מיוחדים (הדרוויש) יכול היה לשחרר את השד שהשתלט על המטופל (Al-Krenawi and Graham, 1997).

גלגול נשמות אצל הדרוזים

הדרוזים מהווים חטיבה דתית-מדינית באוכלוסיית המזרח התיכון. לשונם ערבית והם נמצאים בעיקר בסוריה, בלבנון ובישראל. העדה הדרוזית צמחה מהאיסלאם כ-300-400 שנה לאחר היווצרותו וכבר משנותיה הראשונות היתה קיימת בה צורת הארגון האופיינית – הבדלה גמורה בין הרשות הדתית לבין הרשות החילונית, שניתנה לראשי משפחות, שייחים ואמירים. הדת הדרוזית היא סודית הן כלפי חוץ (עקרוניתה וכתביה אינם מפורסמים ואינם מודפסים) והן כלפי פנים (אין מלמדים אותה אלא לבודדים נבחרים מבני העדה, המונים כעשרה אחוזים). למרות הקשר ההיסטורי ביניהם, עיקרי האמונה הדרוזית מוציאים אותה מכלל האיסלאם (בלקן, 1969).

על אף שקשה להתייחס לדרוזי הבוגר הממוצע כאדם דתי במובן זה שהוא מייחס את אירועי היומיום לגורמים דתיים, הדרוזים רואים באמונה ברעיון של גלגול נשמות חלק חיוני מהזהות הדרוזית ונראה כי זו קיימת עוד מראשיתה של הדת הדרוזית במאה ה-11 (Abu-Izzeddin, 1993). האמונה בגלגול נשמות, כלומר שהמוות אינו סיומו של הקיום הגשמי אלא מעבר למציאות גשמית אחרת על ידי התגלמות נשמתו של המת בגופו של אדם אחר (או אף של בעל חיים או צמח) וחזרו חלילה, היא קדומה ביותר, נפוצה מאוד בשיטות דתיות ופילוסופיות של חברות ותקופות שונות, והטביעה את חותמה בהשקפת עולמם ובאורח חייהם של יחידים ושל אוכלוסיות גדולות. ככל הנראה מקורה בהודו והיא אף מופיעה ביהדות שאחרי בית שני, במיוחד בקרב אנשי הקבלה, וכן בורמים איסלאמיים שונים, במיוחד בקרב העלאוויים שבסוריה ואצל הדרוזים. לפי האמונה הדרוזית, ברגע מותו של אדם, מתגלגלת נשמתו באופן אוטומטי בגופו של תינוק שנולד זה עתה. המת נושם את נשימתו האחרונה, והנשימה הבאה של הנשמה שהיתה בגופו היא הנשימה הראשונה של התינוק. כל הנשמות, לפי אמונה זו, נבראו בתחילת הזמן, והנשמה האינדיבידואלית נכנסת אל הגוף בזמן הלידה כאשר הגוף מהווה עבורה מעין מעטפת חיצונית, בדומה לבגד שנלבש על הגוף. נשמת גבר דרוזי מתגלגלת בנשמתו של תינוק דרוזי ממין זכר, וכך לגבי נשמות של דרוזיות. בדרך כלל נשמה של דרוזי מתגלגלת רק בדרוזים (Littlewood, 2001). תהליך הגלגול נמשך עד לקץ הזמנים, במהלכו הנשמה

יכולה להתעלות לדרגה גבוהה יותר כתוצאה מקשר גשמי שיש לה עם האמת, או שהיא יורדת בדרגה בשל התעלמות מציוויי הדת. בגלגוליה השונים הנשמה חווה את כל מצבי החיים: עושר ועוני, בריאות וחולי, הצלחה וכישלון, ובכך ניתנת לנשמות הזדמנות חוזרת לזכר את עצמן.

הדרוזים מאמינים כי אדם יכול לזכור גלגולים קודמים של נשמתו, וחכונות שכאלה שכיחים במיוחד בקרב אנשים אשר ב"חיהם הקודמים" עברו מוות פתאומי או טראומטי. זיכרון כזה נתפש בקרב העדה הדרוזית בצורה חיובית וכדרך להשגת דרגה גדולה יותר של אדיקות דתית. ראוי לעשות כל מאמץ להראות את גלגול הנשמות ולהיפגש עם קרובי משפחה מגלגול קודם. עם זאת, פגישה שכזו מופיעה בדרך כלל רק פעם אחת, שכן המחויבות הדרוזית נתונה לגלגול הנכחי (Dwairy, 2006).

מהאמור לעיל נובע כי לפי אמונתם של הדרוזים, המוות אינו אלא הפוגה זמנית של החיים, ומשום כך טקסי הקבורה אצלם הם מזעריים. הדרוזים אינם מתאבלים על מותיהם, שכן האבל נתפש כהתרסה כלפי הדת. בני המשפחה של הנפטר נשארים בביתם למשך ימים אחדים ומקבלים אורחים. בימים הראשונים אחרי המוות אף מקובל שלא להתגלח ולהסתפר ולהימנע מאכילת בשר. לתקופה זו אין זמן מוגדר, אך מקובל שהיא נמשכת שבועה ימים. גופת הנפטר הדרוזי נקברת ביום המיתה, ולפני הקבורה מתאספות סביבה נשים מקוננות, אך אין הנשים נטלות חלק בטקס הקבורה עצמו. הדרוזים אינם מניחים מצבה על הקבר (Abu-Izzeddin, 1993).

ניתן לראות מצבים אלה של גלגול נשמות כמקבילים לטרנס לא-איחודי המקבילים את הלגיטימציה של המסגרת התרבותית. הבנה של הרקע התרבותי של הדרוזים ואמונתם בגלגול נשמות יכולה לסייע רבות ולשמש בידי מטפלים רגשי-תרבות כאמצעי לחיבור המטופל הדרוזי עם התהליך הטיפולי הייחודי כלפיהם, במידה רבה בדומה לטיפול שתואר לעיל ביחס למטופל הבדואי.

דוגמא לטיפול נפשי-רגשי-תרבות בחייל דרוזי אשר פיתח תגובות חרדה חריפה, שלא אפשרה לו להפעיל נשק, מובאת במאמרם של דאי וחבריו (Daie et al., 1992). המטופל הסביר את החרדה ואת התסמינים שפיתח כנובעים ממוות אלים שחל בחייו הקודמים ומגלגול של נשמתו. המטפלים חיברו עצמם להסברו התרבותי של המטופל והוסיפו לטיפול סוגסטיה היפנוטית שהקלה על התסמינים.

דוגמאות נוספות תוארו מאוחר יותר בידי מחברים ישראלים נוספים (Spivak et al., 1995; Iancu et al., 1998; al., 1995). דוגמאות אלו מדגימות תופעה מעניינת, לפיה מאחורי החזות של בעיה של גלגול נשמות יכולה להסתתר פסיכופתולוגיה מגוונת. החזות של גלגול נשמות משמשת איפוא כתיז חיובי, וזאת לעומת הפרעה נפשית הקשורה בסטיגמה שלילית. הכרת התרבות וסממני התסמונת האוטנטית יכולה לעזור מאוד באבחנה מبدלת במקרים כאלה ולסייע לטפל באופן ספציפי בהפרעה המסתתרת מאחורי החזות של הפרעה הקשורה לגלגול נשמות (כגון מצב מאני, אבל מורכב הקשור למות אב וכיו"ב).

תסמונת הקורו (koro)

הפרעה זו נחשבת להפרעה תרבותית ייחודית והיא התקיימה במשך מאות שנים בתרבויות בדרום מזרח אסיה ובסין (Bernstein and Gaw, 1990; Ng and Kua, 1996). במערב היא תוארה לראשונה בשנת 1874 (Buckle et al., 2007). התסמונת מופיעה בעיקר בגברים ומאופיינת בתחושות של החולה כי איבר המין שלו מתכווץ בצורה הדרגתית עד שהוא יחזור וייכנס לחלל הבטן וייעלם כליל. התסמונת מלווה בחרדה חריפה ומציפה במחשבות שכאשר איבר המין ייבלע ויעלם כליל, החולה ימות. התסמונת תוארה באנשים בודדים אך גם בצורה אפידמית אשר יכולה להגיע לעתים לממדי מגיפה (Tseng, Kan-Ming, 1988; Hsu et al., 1988). לעתים הנפגע משתדל לבצע פעולות על מנת למנוע את התכווצות איבר המין. אלה כוללים אמצעים מכאניים של משיכה כלפי חוץ

הידוק או אוננות (דורסט וחב', 1993). מספר דיווחים שהופיעו לאורך השנים הראה בבירור שהתופעה מתרחשת גם בתרבויות אחרות.

עד שנות ה-90 קובצו יחד נפגעי תסמונת הקורו ובהם חולים שאינם ממוצא סיני או מהאזורים האנדמיים (Berrios and Morley, 1984). מאז נמשכו דיווחים אודות מקרים בודדים נוספים של נפגעי קורו בעולם המערבי. כאשר התסמונת מופיעה באזור שאינו אנדמי או כאשר חסרים אחד או יותר מאפייניה, מדובר בתסמונת דמויית-קורו (koro-like syndrome) או בתסמונת קורו בלתי טיפוסית (atypical koro).

במקרי הקורו המדווחים שאינם ממוצא אסיאתי, ניתן לזהות שתי קבוצות מרכזיות. בקבוצה הראשונה נכללים החולים שבהם תואר קורו ובנוסף לזאת הם לוקים גם בהפרעות פסיכיאטריות אחרות כמו דיכאון, סכיזופרניה, התקפי פאניקה, הפרעה בדימוי גוף ודה-פרסונליזציה. לעומת זאת, הקבוצה השנייה כוללת חולים שאובחנו כלוקים בקורו וגם בהפרעות אורגניות שונות של המוח, כמו תהליכים גידוליים, שבץ או אפילפסיה.

התסמונת גם תוארה בהקשר עם הפרעות אחרות, חלקן גופני: הפרעה בחיי הנישואין (Adityan, Zain and Subramaniam, 1991), לאחר שבץ מוחי (Anderson, 1990), בעקבות שימוש בחשיש (Kaltantzis and Kalantzis, 2006), בהקשר לאין-אוננות (Cohen et al., 1995), לאחר שימוש לרעה בסטרואידים (Prahara, 2004), וכן בזמן צום (בחוורש הרמאדאן) ובמהלך גמילה מאלכוהול (Al-Sinawi, Al-Adawi and Al-Guedi, 2008).

התסמונת עצמה היא מורכבת ובעבר היא לא תאמה שום אבחנה פסיכיאטרית. לפי הסיווג של המדריכים האבחוניים, ב-ICD-10 הוכנסה התסמונת לקטגוריה של הפרעות נזיריות מסוגות אחרות, המוגדרת כקטגוריה שכוללת הפרעות מעורבות של התנהגות, אמונות ורגשות שהאטיולוגיה שלהן ומעמדה הנוזלוגי אינו ברור והן מופיעות בתדירות מיוחדת בתרבויות מסוימות. הודגש כי "ההקשר החוק של התסמונות האלו לאמונות תרבותיות מקומיות מקובלות ולרפואי התנהגות, משמעו שאין להתייחס להפרעות אלו כאל דלזיונליות" (ICD-10, 1992). ביחס ל-DSM-IV, הועלתה הצעה לכלול את הקורו כאבחנה (Bernstein and Gaw, 1990), אך הצעה זו לא התקבלה וההתייחסות היחידה לתסמונת הקורו מופיעה רק בנספח המכיל תיאורים של תסמונות תלויות-תרבות. בתיאור של קורו מצוין כי אבחנה זו נכללה במהדורה השנייה של הקלסיפיקציה הסינית של ההפרעות הנפשיות (American Psychiatric Association, 1994, p. 846).

בישראל דווח על מספר מקרים של קורו, כולם אצל יהודים (Hes and Nassi, 1977; Durst and Rosca-Rebaudengo; Modai, Munitz and Aisenberg, 1986; Rosca-Rebaudengo, Durst and; 1993; Cohen et al., 1995; דורסט וחב', 1988; דורסט וחב', 1993; Minuchin-Itzigsohn, 1996). אחד ממחבריו של מאמר זה (א.א.) פרסם בעבר תיאור מקרה של קורו שכלל הנראה הוא הדיווח הראשון מישראל אודות קורו בחולה שאינו יהודי (Witztum et al., 1998). להלן תיאור המקרה בקצרה:

גבר בדואי בן 34, תושב הנגב, לא עבר בקביעות והתקיים מקיצבת נכות ומעבודות מזדמנות, הובא אל חדר המיון לאשפוז לצורך הסתכלות בידי המשטרה שעצרה אותו בעקבות תלונה על שהציץ לשירותי נשים ובשל שינויי התנהגות.

מעברו הוברר כי הוא סיים ארבע שנות לימוד בלבד ואחר כך עזב את בית הספר משום שלא אהב ללמוד. אביו ניסה להחזירו ללימודים, ולדבריו האב עינה אותו, קשר אותו בשלשלת ברזל, אך הוא סירב. הוא עבר בעבודות מזדמנות כדי לעזור בפרנסת המשפחה, ובשנים האחרונות שקדמו לאשפוזו, עבד כגנן במרכז הארץ ואחר כך חזר לנגב. לדבריו, הוא אדם חברותי ועוזר לזולת ועד כחמש שנים לפני אשפוזו הוא לא היה חולה ולא היו לו בעיות בריאותיות.

בעיותיו החלו לפני מספר שנים, לאחר שביקר אצל נערת ליווי. לאחר מכן התפתחה בו אין-אוננות ובהמשך הוא הרגיש שאיבר המין שלו הולך ומתכווץ

ומתחיל להיכנס אל תוך הבטן. הוא פחד מאוד מתהליך זה ופחדיו היו כה עזים עד כדי כך שניסה למשוך את אברו בכוח ולהחזיקו בידיים. למרות שבעיניו ראה את אברו "כשהוא נמצא במקומו", הפחדים העזים וההרגשות שאיבר המין שלו מתכווץ ונסוג אל תוך הבטן לא נעלמו. הם היו מלווים בחולשה כללית ובכאבי ראש והופיעו גם גלי חום בגופו. באותו זמן גם הוחמרה האין-אוננות והוא ניסה מספר רב של פעמים לקיים יחסי מין אך ללא הצלחה משום שלא היתה לו זיקפה. הוא פנה מספר פעמים לרופאים, נערך לו בירור מקיף ולא נמצאו בעיות אורגניות באיברי מינו. הוא הופנה לטיפול פסיכיאטרי אמבולטורי ובמשך השנים נעשה ניסיון לטפל בו בכמויות קטנות של תרופות נוגדות פסיכוזה אבל ההשפעה היתה מזערית בלבד. באותה תקופה הוא טען כי החברה הברואית יצאת נגדו בגלל קשריו עם נשים, במיוחד עם זונות בדואיות.

עם אשפוזו נמצא באי שקט (בחדר המיון הוא אף תקף את הרופא התורן), דיבר על הצורך שלו להגן על עצמו וניסה לפגוע בעצמו בשירותים. הוא טען שאושפז ללא סיבה. במשך הזמן מצבו השתפר ללא קבלת תרופות והוא התחיל לשנות ולאכול. הוא לא ביטא מחשבות שוא בנושאים של יחס ורדיפה. למרות כל זאת, התברר שהוא עסוק ומוטרד סביב הבעיות המיניות ויש לו מחשבות מוזרות הקשורות לאיבר המין שלו: "מלפני חמש שנים הרגשתי שמישהו מושך את איבר המין שלי פנימה לבטן, ואז התחלתי להרגיש לחצים בכל הגוף, אבל יש לי שורש בבטן שכאשר אני לוחץ עליו, אני מרגיש טוב יותר". בימים האחרונים לשהותו במחלקה הוא שיתף פעולה ולא היו לו יותר מחשבות אובדניות או התנהגות אלימה. כאמור, בזמן האשפוז הוא לא קיבל טיפול תרופתי כלשהו.

האבחנה המתאימה לפי DSM-IV היתה שהוא סבל מהפרעה פאראפילית של מציצנות ומהפרעת אישיות לא ייחודית (NOS) עם קווים פרנאאידים ואנטיסוציאליים.

במקרה תוארה תסמונת הקורו כתסמונת פסיכוגנית ששורשיה נעוצים בתרבות הסינית (Ng and Kua, 1996) והיו לה שלוש אמונות מסבירות (explanatory beliefs): שאיבר המין הולך ומתכווץ, שהוא חוזר לחלל הבטן ושהיעלמו יגרום למוות. אמונות תרבותיות אלו נחשבו למבססות את ההבניה התרבותית של התסמונת ולכן היא גם הובנה כתסמונת תלוית-תרבות. אולם, יש לציין שתוארו מקרים של קורו גם בנשים ואף דווח על סדרה מפורטת של 48 נשים בזמן אפידמיה של קורו בהודו, שבהן תוארה הרגשה של התכווצות הפטמה והיעלמותה אל תוך חלל בית החזה או היעלמות שפתי הפות אל תוך חלל הבטן ופחד מהיעלמות המיניות ומוות (Chowdhury, 1994). כל הדיווחים על קורו בנשים (פרט לדיווח אחד על מקרה בודד משנת 1936) היו בזמן אפידמיות של קורו. בתקופת השנים 1969-1988 תוארו 146 מקרים משבע אפידמיות (Chowdhury, 2008).

הדיווחים שהוזכרו אודות הופעת התסמונת בקרב חולים המשתייכים לתרבויות אחרות והקשר של התסמונת עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות ועם תחלואה גופנית עוררו ספקות רציניים באשר לספציפיות של התסמונת כתסמונת תלוית-תרבות וכקטגוריה נוזלוגית ייחודית (Adeniran and Jones, 1994). לפיכך נערכו נסיונות על ידי מחברים רבים להבדיל בין תסמונת הקורו בצורתה המלאה לבין הצורה החלקית, ואף נטען כי באנשים המשתייכים לתרבות הסינית, אפשר לראות את הצורה המלאה שלה ואילו באנשים מתרבויות אחרות מופיעה הצורה החלקית המאופיינת, לפי טענה זו, בהיעדרו של המרכיב האמונתי השלישי - הפחד שאיבר המין יכנס אל תוך חלל הבטן והחולה ימות. הועלתה גם טענה שהצורה התרבותית המלאה מופיעה אצל אנשים שפרט לקורו הם "בריאים" בדרך כלל בהקשר של מצבי חרדה חריפים, ואילו הצורה החלקית מופיעה אצל אנשים הלוקים בהפרעות נפשיות ראשוניות (Adeniran and Jones, 1994).

המקרה שתואר בקצרה לעיל (Witztum et al., 1998) מדגים מקרה של תסמונת דמויית-קורו עם ביטוי חלקי. המטופל היה בחרדה קשה בשל ההרגשה

שאיבר המין שלו מתכווץ והולך והוא עלול להיעלם בתוך חלל הבטן, והוא אף ניסה באמצעות משיכת איבר המין ואוננות ל"עצור" את התהליך, אולם הוא לא ביטא פחד שהוא ימות בעקבות כך. החרדה הופיעה כאשר התפתחה אין-אונות לאחר ביקור אצל נערת ליווי ובעקבותיה תסמונת הקורו. החולה סבל מהפרעה בדחף המיני שהתבטאה במנהגו להציץ לשירותי נשים ולאונן, כלומר הוא סבל ממציצנות (voyeurism) ואף נתפס בעת מעשה. אמנם במהלך הטיפול המרפאתי הועלתה אפשרות שמדובר בתהליך פסיכוטי, אולם ייתכן שהסיבות לכך היו מחשבותיו המוזרות ואמונתו שאיבר המין שלו הולך ונעלם. אלה כנראה הביאו לכך שבודקים במרפאה שלא הכירו תסמונת זו הציעו את האפשרות שהוא סובל מתהליך פסיכוטי.

חשוב לציין כי בקהילה המקצועית קיים חוסר מודעות לקיומה של התסמונת ומכאן נובע חוסר האבחון שלה על ידי הרופאים (דורסט, 1993). למרות שאפשרות של תהליך פסיכוטי עולה באבחנה המבדלת במקרה שתואר לעיל, אין מספיק נתונים לאבחנה כלוקה בהפרעה זו.

קורו היא, כאמור, תסמונת תרבותית שגורשה נעוצים באמונות ובמנהגים מוסריים ותרבותיים. מקובל להניח שהתסמונת קשורה במיוחד לקור המוסרי האוסר על מעשי אונן. התרבות האיסלאמית, בניגוד למסורת היהודית המטילה איסור חמור על הוצאת זרע לבטלה ("פגם הברית"), דווקא מקלה מאוד בעניין זה ואינה אוסרת במפורש על אוננות (Musallam, 1983).

נראה לנו כי הקונפליקט התרבותי במקרה שתואר קשור להפרעה בדחף המיני שנמצאה אצל החולה, למציצנות שלו ולהתנהגותו המינית המתירנית, אשר עומדים בסתירה חמורה לערכיה של החברה הברואית המסורתית שאליה הוא משתייך. זוהי חברה המייחסת חשיבות מרבית לצניעותה של האישה וכל פגיעה בה נחשבת לפגיעה חמורה ביותר. על רקע זה גם אפשר להבין את הרחקתו של החולה אל מרכז הארץ למספר שנים ואת היחסים הקשים שלו עם המשפחה והחברה הברואית שהחולה תיאר אותם כרדיפה. ככל הידוע לנו, מדובר במקרה יחיד כמעט שבו ההפרעה הפסיכיאטרית המלווה את תסמונת הקורו היא מסוג הפרעה ראשונית בדחף המיני – מציצנות.

מקרה זה, המצטרף אל הדיווחים אודות מקרים ספוראדיים, והמקרים הקשורים לתחלואת רקע פסיכיאטרית מגוונת ולמחלות אורגניות מחזקים את הספקות שהועלו אם קורו היא אכן תסמונת תלוית-תרבות ספציפית או שמא מדובר בתסמין אוניברסלי אשר יכול להיות קשור למגוון רחב של בעיות נפשיות. כדי לנסות ולהשיב על שאלה זאת, נסקרו לאחרונה כל 84 תיאורי המקרים של קורו באוכלוסייה לא סינית שפורסמו בין השנים 1954-2005 (Garlipp, 2008). הסוקרת הגיעה למסקנה כי קיים מכנה משותף כפול לכל המקרים: ראשית, היתה בהם שונות גדולה מאוד, הן בתמונה הקלינית והן בהפרעה הנפשית ששימשה כרקע להתפתחות התסמונת; ושנית, למרות הרבגוניות הקלינית, המוטיב הדומיננטי המשותף לכולם היה פחד. ברבע מהמקרים היה רקע של הגירה. היתה שונות רבה גם בגיל הלוקים בתסמונת וגם במשך הזמן של התסמונת. לדעתה של הסוקרת, כאשר מדובר באוכלוסייה זאת, אין מדובר במחלה אלא בתסמונת מגוונת ולכן היא מעדיפה את השם התיאורי Genital retraction syndromes.

גם אנו סבורים שתיאור התסמונת הולם יותר את החומר האפידמיולוגי והקליני שנמצא עד כה בספרות הרפואית. כאשר קיימת התשתית – הרקע התרבותי

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

114-119 :8
 בילי י (2000). אסלאם, דיבור, זא: נבדלות תרבותית והמשכיות היסטורית במחלות איחוד בקהילות ישראל. "פנמיס", 25: 131-148.
 בלנק ח (1969). הערך "דחיים", בתוך: האנציקלופדיה העברית. ירושלים ותל אביב: חברה להוצאת אנציקלופדיות בע"מ, כרך 13: 99-96.
 גריסרד נ (2009). בעיות נפשיות בקרב בני הקהילה האתיופית בישראל, המאפיינים התרבותיים, והמכשלות האבחוניות והטיפוליות באוכלוסייה זו. "מדסיק", חוברת 13.
 גריסרד נ ויצטום א (1995). תופעת הזאז אצל עולי אתיופיה בישראל: היבטים תרבותיים וקליניים. "שיחות", 9: 209-220.

והאמונות המסבירות המתאימות – ילבש הקורו את הצורה הקלאסית וישמש כביטוי מצוקה תרבותי (idiom of distress) והוא אף יוכל להופיע כמבטא דחק חריף בצורה ההמונית, האפידמית, לא רק אצל גברים אלא אף אצל נשים, כפי שתואר בהודו. בחברות אחרות הוא יופיע כתסמין של קונפליקטים הקשורים בנושאים של דימוי הגוף, מיניות ואשמה, או של הפרעות אורגניות.

הטיפול בתסמונת זו מחייב בראש ובראשונה לבצע בירור אבחוני מעמיק כדי לשלול תחלואת רקע פסיכיאטרית ו/או גופנית, ובנוסף לקבל אנמנזה טובה ומקיפה של התפקוד המיני על מנת לשלול קונפליקטים בתחום זה. יש לטפל בחולי הפסיכיאטר הראשוני בתרופות או באמצעים אחרים, בשילוב טיפול נפשי תמיכתי, אם אין קונפליקטים מזוהים במישור המיני. פסיכותרפיה עמוקה יותר מומלצת כאשר קיימים קונפליקטים מעין אלה או כאשר הטיפול בבעיה הפסיכיאטרית הראשונית אינו מביא להיעלמותה של תסמונת הקורו (Fishbain, Barsky and Goldberg, 1989).

הערות מסכמות

במאמר זה נעשה ניסיון לתאר בפני הקורא הישראלי מספר תסמונות נפשיות בעלות הקשר תרבותי מובהק ובמגזרי אוכלוסייה שונים. תסמונות אלו אופייניות לאנשים המבטאים ביטוי מצוקה בצורה ייחודית המותאמת לתרבותם ולמודל המסביר שלהם. הבנה של הרקע התרבותי והקודים החברתיים של מטופל מתרבות השונה מזו של המטפל, יחד עם היכרות מעמיקה עם המאפיינים ועם סמלי התרבות הנהוגים בחברות אלו, מאפשרת שילוב מוצלח ומועיל של דרכי טיפול מסורתיות ולעיתים אף שילוב של מטפלים מסורתיים עם הטיפול הנפשי המקובל.

בכל מקרה יש לזכור שבטיפול הרפואי בכלל, ובטיפול הנפשי בפרט, תמיד יש להתאים את המענה הטיפולי לצרכיו ולמידותיו של המטופל, לא פחות ואף יותר מאשר לארסנל הידע של המטפל. התעלמות מהרקע התרבותי ומדיחוד של מטופלים מתרבויות שונות עלולה לעורר בהם תחושה של ניכור עקב כך שהמטפלים אינם מבינים אותם ולעיתים אף תחושה שהם לועגים להם. הפערים התרבותיים עלולים להביא לידי פרשנות בלתי מתאימה של התסמינים שלהם ולכן אף לאבחון שגוי שעלול להביא לטיפול מוטעה, לרבות אשפוז מיותר וטיפול תרופתי שאינו נחוץ ואף עלול להזיק.

הכרת תרבותו של האדם הפונה לטיפול ולייעוץ נפשי מהווה את הצעד הראשון וההכרחי להתערבות מקצועית רגישת-תרבות. הניסיון המצטבר מלמד כי אחת הצורות היעילות ביותר של השגת שיתוף פעולה והתערבויות מוצלחות במטופלים מתרבויות אחרות היא מרפאות רגישות-תרבות, שבהן פועלים צוותים טיפוליים מעורבים, במסגרתם משתתפים ונוטלים חלק פעיל אנשי מקצוע בני אותה תרבות של הפונים.

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

אילת א (1968). הערך "בדחיים", בתוך: האנציקלופדיה העברית. ירושלים ותל אביב: חברה להוצאת אנציקלופדיות בע"מ, כרך 7: 629-624.
 היבטים תרבותיים. "נפש" רבעון לפסיכולוגיה, לטיפול, לטיפוח רגשי-ADHD ארזי ש והטבי י (2002). גלחניך יצירת", 10: 71-77.
 אריאלי א ואייצק צ (1994). מחלות נפש הקשורות לאמונה בהשתלטות ה"זאב". "הרפואה", 126: 636-642.
 בילי י (1983). הדיוק ביהדות: הפרעה נפשית כמשאב תרבותי. "מחקרי ירושלים במחשבת ישראל", 2: 529-563.
 בילי י ויצטום א (1994). רגישות תרבותית בטיפול: קווי הנחיה לעבודה עם מטופלים חרדים. "שיחות",

- דורסט, ג' טייטלבוים, א, כהן, ש ורושקה פ (1993). תסמונות קורו - היבטים קליניים-תרבותיים. "הרפואה", 124: 673-676.
- ויצטום א וגודמן י (1998). ביטויי מצוקה נפשית אצל חרדים: הבניה נרטיבית והתערבות נרטיבית רגישת-תרבות. "חברה ורווחה", 97-123: 18.
- ויצטום א וגודמן י (2003). הפרעה, סיפור, טיפול: התערבות אסטרטגית נרטיבית רגישת-תרבות באוכלוסייה חרדית. בתוך: לשם א, דוארסטריא ד, עורכים: שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. ירושלים: מאגנס, עמ' 275-309.
- זומר א (1993). תסמונת איחוד באישיות היסטוריונית: גירוש שדים ופסיכותרפיה. "שיחות", 8: 40-47.
- חקלאי ש ובארי א (1998). אנוקטיה נרבה - תסמונת קשורת-תרבות? "הרפואה", 135: 120-124.
- ריבלין יי (1966). מגילת יוסף: מנחר מאמרים ושימועות, תרכ"ב-תרנ"ב. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן, מכון ריבלין לחקר תולדות הישוב.
- שלום ג (1957). הערך "דיבוק", בתוך: האנציקלופדיה העברית. ירושלים ותל אביב: חברה להוצאת אנציקלופדיות בע"מ, כרך 11: 818-819.
- Abu-Izzeddin NM (1993). The Druzes: A New Study of Their History, Faith and Society. Leiden, The Netherlands: Brill Academic Publications.
- Adeniran RA and Jones JR (1994). Koro: Culture-bound disorder or universal symptom? *British Journal of Psychiatry* 164: 559-561.
- Adityanjee, Zain AM and Subramaniam M (1991). Sporadic Koro and marital disharmony. *Psychopathology* 24: 49-52, 1991.
- Al-Krenawi A and Graham JR (1997). Spirit possession and exorcism in the treatment of a Bedouin psychiatric patient. *Clinical Social Work Journal* 25: 211-222.
- Al-Krenawi A, Graham JR and Maoz B (1996). The healing significance of the Negev's Bedouin Dervish. *Social Science and Medicine* 43: 13-21.
- Al-Sinawi H, Al-Adawi S and Al-Guenedi A (2008). Ramadan fasting triggering Koro-like symptoms during acute alcohol withdrawal: a case report from Oman. *Transcultural Psychiatry* 45: 695-704.
- American Psychiatric Association (1994). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, pp. 843-849.
- Anderson DN (1990). Koro: the genital retraction symptom after stroke. *British Journal of Psychiatry* 157: 142-144.
- Avevor ED (2007). Self-harm - a culture-bound syndrome? Ghana and UK experience (letter). *Psychiatric Bulletin* 31: 357.
- Banks CG (1992). 'Culture' in culture-bound syndromes: the case of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine* 34: 867-884.
- Bernstein RL and Gaw AC (1990). Koro: proposed classification for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry* 147: 1670-1674.
- Berrios GE and Morley SJ (1984). Koro-like symptom in a non-Chinese subject. *British Journal of Psychiatry* 145: 331-334.
- Bilu Y (1980). The Moroccan demon in Israel: the case of "Evil Spirit Disease." *Ethos* 8: 24-39.
- Bilu Y (1996). Dybbuk and Maggid: two cultural patterns of altered consciousness in Judaism. *AJS (Association for Jewish Studies) Review* 21: 341-366.
- Bilu Y and Witztum E (1995). Between sacred and medical realities: culturally sensitive therapy with Jewish ultra-orthodox patients. *Science in Context* 8: 159-173.
- Bourguignon E (1979). *Psychological Anthropology: An Introduction to Human Nature and Cultural Differences*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Buckle C, Chuah YML, Fones CSL and Wong AHC (2007). A conceptual history of Koro. *Transcultural Psychiatry* 44: 27-43.
- Chowdhury AN (1994). Koro in females: an analysis of 48 cases. *Transcultural Psychiatry* 31: 369-380.
- Chowdhury AN (2008). Cultural Koro and Koro-like symptom (KLS). *German Journal of Psychiatry* 11: 81-82.
- Cohen S, Tennenbaum SY, Teitelbaum A and Durst R (1995). The Koro (genital retraction) syndrome and its association with infertility: a case report. *The Journal of Urology* 153: 427-428.
- Daie N, Witztum E, Mark M and Rabinowitz S (1992). The belief in the transmigration of souls: Psychotherapy of a Druze patient with severe anxiety reaction. *British Journal of Medical Psychology* 65: 119-130.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994) ed 4 (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association.
- Durst R and Rosca-Rebaudengo P (1988). Koro secondary to a tumour of the corpus callosum. *British Journal of Psychiatry* 153: 251-254.
- Dwairy M (2006). The psychosocial function of reincarnation among Druze in Israel. *Culture, Medicine and Psychiatry* 30: 29-53.
- Edelstein MD (2002). Lost tribes and coffee ceremonies: Zar spirit possession and the ethno-religious identity of Ethiopian Jews in Israel. *Journal of Refugee Studies* 15: 153-170.
- Escobar JI and Vega WA (2006). Cultural issues and psychiatric diagnosis: providing a general background for considering substance use diagnoses. *Addiction* 101(Suppl.1): 40-47.
- Fan TW (1999). The life and works of professor Pow-Meng Yap. *Hong Kong Journal of Mental Health* 28: 16-20.
- Fishbain DA, Barsky S and Goldberg M (1989). "Koro" (genital retraction syndrome): psychotherapeutic interventions. *American Journal of Psychotherapy* 43: 87-91.
- Garlipp P (2008). Koro - a culture-bound phenomenon: intercultural psychiatric implications. *German Journal of Psychiatry* 11: 21-28.
- Geertz C (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York, NY: Basic Books.
- Grisaru N, Budowski D, Witztum E. (1997) Possession by the 'Zar' among Ethiopian immigrants to Israel: psychopathology or culture-bound syndrome? *Psychopathology* 30: 223-233.
- Heilman SC and Witztum E (1997). Value-sensitive therapy: learning from ultra-orthodox patients. *American Journal of Psychotherapy* 51: 522-541.
- Hes JP and Nassi G (1977). Koro in a Yemenite and a Georgian Jewish immigrant. *Confinia Psychiatrica* 20: 180-184.
- Hill RF and Fortenberry JD (1992). Adolescence as a culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine* 35: 73-80.
- Iancu I, Spivak B, Mester R and Weizman A (1998). Belief in transmigration of the soul and psychopathology in Israeli Druze. *Psychopathology* 31: 52-58.
- ICD-10 (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Kalaitzi CK and Kalantzis A (2006). Cannabis-induced Koro-like syndrome. *Urologia Internationalis* 76: 278-280.
- Keel PK and Klump KL (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin* 129: 747-769.
- Kroll J (2001). Boundary violations: a culture-bound syndrome. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 29: 274-283.
- Levine RE and Gaw AC (1995). Culture-bound syndromes. *Psychiatric Clinics of North America* 18: 523-536.
- Littlewood R (2001). Social institutions and psychological explanations: Druze reincarnation as a therapeutic resource. *British Journal of Medical Psychology* 74: 213-222.
- Margolin J and Witztum E (1989). Supernatural impotence: historical review with anthropological and clinical implications. *British Journal of Medical Psychology* 62: 333-342.
- Ng BY and Kua EH (1996). Koro in ancient Chinese history. *History of Psychiatry* 7: 563-570.
- Modai I, Munitz H and Aizenberg D (1986). Koro in an Israeli male. *British Journal of Psychiatry* 149: 503-505.
- Musallam BF (1983). *Sex and Society in Islam: Birth Control Before the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nichter M (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry* 5: 379-408.
- Prahara SK (2004). Koro and psychosis following steroid abuse. *German Journal of Psychiatry* 7: 49-50.
- Rosca-Rebaudengo P, Durst R and Minuchin-Itzigsohn S (1996). Transculturation, psychosis and Koro symptoms. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 33: 54-62.
- Spivak B, Iancu I, Daie N and Weizman A (1995). The belief in the transmigration of souls as a presenting symptom of generalized anxiety disorder in a military setting. *Psychopathology* 28: 158-160.
- Swartz L (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine* 20: 725-730.
- Tseng WS, Kan-Ming M, Hsu J et al. (1988). A sociocultural study of koro epidemics in Guangdong, China. *American Journal of Psychiatry* 145:1538-1543.
- Tseng WS (2009). Culture-related specific psychiatric syndromes. In: MG Gelder, NC Andreasen, JJ Lopez-Ibor Jr. and JR Geddes (editors): *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press, pp. 979-985.
- Tylor EB (1871) [1920]. *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art and Custom* (2 Volumes). New York: J.P. Putnam's Sons, p. 1.
- Witztum E, Buchbinder JT and van der Hart O (1990). Summoning a punishing angle: treatment of a depressed patient with dissociative features. *Bulletin of the Menninger Clinic* 54: 524-537.
- Witztum E, Grisaru N and Budowski D (1996). The 'Zar' possession syndrome among Ethiopian immigrants to Israel: cultural and clinical aspects. *British Journal of Medical Psychology* 69: 207-225.
- Witztum E, Bersudsky Y, Mayodovnik H and Kotler M (1998). Koro-like syndrome in a Bedouin man. *Psychopathology* 31: 174-177.
- Yap PM (1967). Classification of the culture-bound reactive syndromes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1: 172-179.
- Yap PM (1974). Nosological aspects of the culture-bound syndromes. In: PM Yap: *Comparative Psychiatry: A Theoretical Framework*. Toronto: University of Toronto Press, pp. 84-104.



דוקטור, יש לי תולעים בראש

על בעיות נפשיות בקרב בני הקהילה
האתיופית בישראל, המאפיינים
התרבותיים והמכשלות האבחנתיות
והטיפוליות באוכלוסיה זו

ד"ר נמרוד גריסר

מוצאם של יהודי אתיופיה אינו ברור. על פי מסורת עתיקה באתיופיה, רבים מאמינים כי מדובר בצאצאים משותפים למלכת שבא ושלמה המלך. לפי המסורת האתיופית, המלך מלניק הראשון היה בנם של מלכת שבא ושלמה המלך ואבי השושלת המלוכתית. חוקרים רבים סבורים שיהודים חיו באתיופיה מאז ומתמיד וחוקרים אחרים סבורים כי מוצאם הוא מתימן, ממזרים או מחצי האי יב ומשם היגרו לאתיופיה (קסלר, 1982). הסבר מסורתי אחר קשור לפסיקתו של הרב הספרדי הראשי לשעבר, הרב עובדיה יוסף, משנת 1973, אשר פסק כי יהודי אתיופיה הם מצאצאי שבט דן האבוד (מלכים ב', י"ז, ו').

המבנה המשפחתי, החברתי והעדותי

אתיופיה היא מדינה הנמצאת בקרן אפריקה ואוכלוסייתה מונה כ-86 מיליון תושבים, כ-90 אחוז מהם מתגוררים באזורים הכפריים ורובם אינם יודעי קרוא וכתוב. תקשורת כתובה ואלקטרונית, מחשבים ביתיים, רדיו וטלוויזיה, קיימים רק בערים הגדולות. מסיבה זו אין מידע זמין, כמעט ואין הסברה רפואית, אין חשיפה לאינטרנט או למקורות מידע אחרים.

העדה האתיופית אינה הומוגנית ויש הבדלים רבים בתוך העדה עצמה בתרבות, במסורת, בדת ובמנהגים, למרות שבעיני הזרים הלבנים (המכונים הפרנג'ים) הם נראים כבני עדה אחת.

בראש הסולם עומד הקאס, המקביל בחשיבותו ובמעמדו לרב בעל סמכות בעדה, הרשאי לפסוק בענייני דת והלכה, מועדי חגים, פתרון סכסוכים, נישואין, גירושין ועוד. לעזרתו עומדת ועדה של זקני הכפר, המכונים שמעגלעוץ, כלומר מוסד לבוררות בעיות בין-אישיות המזכיר בית משפט רבני. מוסד זה עדיין ממשיך לפעול באזורים רבים בישראל, בהם קיימים ריכוזי עולים מאתיופיה.

החברה והמשפחה הן בעלות מבנה פטריאכלי, אשר משמעותו מתן סמכויות נרחבות, בלתי מוגבלות ובלתי מתפשרות לאבי המשפחה ולגבר בכלל. מעמד האישה נחשב לנמוך. באתיופיה מקובל שנשים לא משמשות בתפקידים ציבוריים ולכן המפגש בישראל של גברים אתיופים, בעיקר המבוגרים, עם נשים בתפקידים ציבוריים, יוצר קונפליקט ומוסיף על קשיי ההסתגלות. בעיניהם, העובדה שאישה היא הקובעת סדרי חיים נתפשת כעלבון. קושי הסתגלותי נוסף נוגע גם להבנת סמכויותיו של הגבר כאבי המשפחה. לדוגמה, גבר הסוטר לאשתו באתיופיה נתפש כמי שעושה פעולה חינוכית מקובלת שאינה נחשבת לאלימות, גם לא על ידי האישה. לכן, קיים קושי רב בקרב הגברים להפנים האיסור על אלימות נגד נשים בישראל, כמו גם את המנהג לחלוק את הקיצבה עם האישה. אלו הן רק שתי דוגמאות לפערים תרבותיים שאיתם מתמודדים בני העדה האתיופית, כאשר הם נדרשים לנהוג לפי התרבות והחוק המקובלים בישראל.



הרפואה המסורתית באתיופיה

המרפאות הציבוריות בכפרים עדיין מועטות ונדירות, אם כי חלה התקדמות בשירותי הרפואה. לאורך השנים, באזורים הכפריים, במרבית המדינה, בהעדר רפואה קונבנציונלית, התפתחה רפואה המבוססת על מטפלים מסורתיים. רפואה זו מבוססת לעתים על ניסיון שנצבר בשימוש בצמחים שונים או על המלצות לפעולות אחרות שנמצאו יעילות. הרפואה המסורתית מבוססת על העל-טבעי, על אמונות, הסברים וטיפולים בתחום האמי של האתנו-פסיכיאטריה וללא קשר לראייה האתנית האוניברסלית או המערבית.

דבטרה – הבכיר שבמטפלים, היחיד בין המטפלים המסורתיים היודע קרא וכתוב. על פי רוב, יכול היה להימנות ככס, אך מסיבה טכנית (כישלון בבחינה, נישואים ללא בתולה, גרושה או אחר), נפסל לכהונה הרמה. הוא מטפל על פי ספר העובר בירושה מדור לדור ובו נצבר המידע על צמחים ועל תוצאות טיפולים בשיטות שונות. הטיפול מבוסס על קמעות הכתובים על קלף ועטופים עור מעי של חיה. הקמע נקשר ליד, לצוואר או לבטן, בהתאם לבעיה.

אלקה – "יועץ על", מכובד מאוד ונחשב לחכם מאוד. מסוגל לטפל, לייעץ ולפתור בעיות רבות בעדה.

בעל זאר או דר' זאר – מטפל שנסיונו נובע מכך שהוא עצמו נשלט על ידי רוח, למד לשלוט ברוח זו ולדבר בשפתה, השונה מהשפה האמהרית או

הטיגרינאית המדוברת, וכך הוא מבין את הרוח. המומחה מנהל משא ומתן עם הרוח, שואל לרצונה, לשמה, למוצאה, ומעביר את הדברים לאדם הנאחז. המטפל משמש כמתווך בין האדם הנאחז לבין הסביבה ונותן את ההכשר – הלגיטימציה חסרת התיוג השלילי – לבעיה שתעלה. יש דרגות של מטפלים וביניהם כאלה היכולים לשלוט ב-12 ויותר רוחות זאר. הטיפול כולל ביצוע טקסים, הכנת "בונה", הקרבת קורבן חיה, טקסים להורדת הזאר.

טונקוואי – המטפל הססגוני והפופולרי ביותר, מעין מכשף, בעל השפעה רבה על הקהילה. מטפל ברוב הבעיות באמצעות צמחים, שימוש בצ'יאט (גאת) ללעיסה או לשתייה, רחצה במעיינות ובמפלים, טיפולי מים שונים המכונים באמהרית "טצבל".

ווגשה – מטפל בעצמות, המטפל האורתופדי המסורתי.

גרזית – אישה המומחית ל"גרז", כריתת דגדגן בתינוקות ועל ביצוע טקס המילה בנשים אשר היה נהוג בכל אישה באתיופיה ובכלל ברוב אפריקה, אך בארץ הופסק. גריסרו וחב' חקרו את הנושא התרבותי במקביל לברדיקה גינקולוגית והסיבות לטקס ב-113 נשים טיגריניות ואמהריות וראיינו גרזית משני העדות. השיטות והאמונה המנחה תוארו בהרחבה (גריסרו וחב' 1997).

עליית בני העדה וההשלכות על הבריאות הנפשית

עלייתה לישראל של יהדות אתיופיה, או "ביתא ישראל", התחילה בסוף שנות ה-70, כאשר קבוצות עולים קטנות הגיעו לישראל, תחילה בטיסות ממדינות זרות ולאחר מכן בשיתוף חיל הים, דרך מפרץ עומאן. בהמשך, החל גל עלייה יבשתי. זרם העולים הלך והתעצם, הדרך נעשתה קשה ומסוכנת ובעיקר בשל התלאות בסודן, ששימשה תחנת מעבר עיקרית במהלך המסע לישראל ובה היה רעב גדול עקב מחסור במזון, והמחלות התפשטו עקב צפיפות והעדר תנאים סניטריים, שהובילו לשיעורי תמותה גבוהים. במסלול זה נפטרו 5,000 מבני העדה.

העולים, בהתאם למקום מגוריהם באתיופיה, צעדו רגלית במסע מפרך למרחק של בין 300 ק"מ ל-600 ק"מ. במסעות נטלו חלק גם נשים וטף, חולים וקשישים, שצעדו בתנאי רעב וצמא ונתקלו בדרכם בשודדים, באנסים ובחיילים אשר פעמים רבות הסגירו את מי שנתפס לרשויות הצבא והממשל. מדריכי דרך שנעלמו עם הכסף תוך הפרדת החולים ומקרי מוות אכזריים של בני משפחה היו לשגרה (גדי בן עזר, 2002). בין ספטמבר 1984 עד פברואר 1985 התנהלה המבצע הסודי, עד אשר דלף דבר קיומו לעיתונות והוא הופסק. בסך הכל עלו לישראל במבצע זה כ-10,000 מבני העדה.

העולים הובאו ל"מרכז קלט" שנפתח לצורך כך באשקלון, במלון המלך שאול. שם עברו רישום וקליטה ראשונית, "קורס" להכרת ברו המים ולהכרת מכשירי חשמל ואלקטרוניקה שהעולים ראו לראשונה בחייהם. במלון זה פעלה אז מרפאה בניהולי, כמתמחה ברפואת המשפחה. החוויות הקשות שחוו העולים ב"מבצע משה" נותרו כמשקעים טראומטיים והתבטאו בהמשך במצוקה קשה.

פסיכיאטריה תרבותית והדוגמה של הזאר

פסיכיאטריה תרבותית היא ענף של הפסיכיאטריה העוסק במחלות או בהפרעות נפשיות בהקשר של תרבות מסוימת וביטויי המצוקה הנפשית ומתעד הפרעות תלויות-תרבות המאפיינות אזור גיאוגרפי מסוים. פעמים רבות סימפטומים מסוימים נחשבים לנורמטיביים במקום אחד אך אינם מקובלים באזור אחר. לדוגמה, ההפרעה הידועה בשם "זאר" היא תופעה המוכרת באפריקה ובאתיופיה, ואילו אנורקסיה נרבוזה, שלדעת חוקרים רבים היא מחלה תלוית-תרבות מערבית, שלא היתה נפוצה באתיופיה, באפריקה ובעולם השלישי ככלל, אולם בעידן הגלובליזציה החלו להופיע מקרים רבים שלה גם באזורים גיאוגרפיים מחוץ למערב ודיווחים חוזרים על הפרעות אכילה בתרבויות שבעבר כלל לא היו מודעות לקיומן. זאת, בעקבות חשיפה של אוכלוסיות אלו לטרומות ולהשפעות מערביות, למשל הופעה ראשונה של הפרעות אכילה באי פג'י או בקורסאו בשנים האחרונות על רקע הכנסת הטלוויזיה, או בצורה אפידמית בסין (ויצטום וחב', 2005).

המדריך הדיאגנוסטי DSM מייחד משנת 1994 REF – נספח מיוחד למטרה זו המונה רשימה ארוכה של תסמונות תלויות-תרבות, Culture-bound Syndromes. מודל חשוב שפותח על ידי הפסיכיאטר והאנתרופולוג קליינמן (Kleinman) מתייחס לשני מושגים, "מחלה" ("diseases"), שהיא הביטוי האובייקטיבי של הסימפטומים, ו"חולי" ("illness") שהוא המעטפת וההבניה התרבותית (קליינמן, 1980). בבסיס הבנת תהליכי המחלה והחולי עומד המודל המסביר (Explanatory model) אשר משתנה בין תרבויות שונות. המודל המסביר מתייחס לכל סוגי המחלות, גופניות ונפשיות כאחד. לדוגמה, דלקת כבד הגורמת צהבת מוסברת לפי מודל מסביר מערבי רפואי כתוצאה של דלקת נגיפית כבד, ואילו באתיופיה הכפירת המודל המסביר הוא שהצהבת נגרמה בשל הטלת שתן על אבן חמה לפני שקיעת החמה, או בשל ציפור שהטילה שתן על החולה. חשוב לציין כי רוב הסברי המחלה באתיופיה קשורים למודל מסביר על-טבעי (הרס, 1986).

האמונה ברוח ה"זאר" היא אולי הדוגמה הנפוצה ביותר של אמונה בגורם על-טבעי כגורם מחלה נפוץ (יונגמן, 1995). דווח על מגוון תלונות כמו קושי לבצע את העבודה הרוטינית היומיומית, חוסר הנאה מהפעילות היומיומית, קושי בקבלת החלטות, בחשיבה בהידה ובשליטה על המוג. נמצא שימוש רוח בדימוי מצוקה תרבותיים ספציפיים כמו "תחושות לא נעימות בבטן", שעוללות להעיד על מצבי חרדה עקב הפעילות המוזיקה של הכוחות העל-טבעיים כנגד

החולה, או על חרדה מפני העתיד הלא-צפוי בארץ, ללא ההגנה שמעניקים הכוחות העל-טבעיים; "תחושה של השפלה ועלבון" ו"הרגשה שמתייחסים ליחיד בצורה לא הוגנת" – ביטויים שקשורים לקשיים בתהליך האקולטורציה, אך מתלווה אליהם המשמעות המיוחסת במודל ההסברתי המסורתי לקנאה ("עין-הרע") ולקללה, ולחרדה מהיכולת של הללו להפעיל כוחות על-טבעיים כך שיגרמו למחלות, להרס ולאובדן אצל היחיד ומשפחתו.

הזאר הוא אחת מהפרעות האיוחו (Possession) מצד רוח או ישות על-טבעית, החודרת לגוף ומשתלטת עליו. איוחו תואר במספר רב של תרבויות רחבי העולם, באפריקה, באסיה, באירופה, באוקיאניה ובאמריקה. הזאר, שאינו ישות רעה בהגדרתה, נבדל מקטגוריות אחרות של ישויות מזיקות, חסרות זהות אישית מפותחת, כמו "סייטן" או "בודה" הקרובות לשרים או לרוחות רעות.

רוחות הזאר נרכשות או עוברות בתורשה, לרוב מאם לבתה או לכלתה, וכל אדם חשוף לאיוחו פוטנציאלי מצד רוחות הזאר. רוב הסיטואציות המזמינות איוחו קשורות ללחצים פסיכולוגיים-חברתיים, נבחרים דווקא אנשים בעלי תכונות אטרקטיביות "אישיות חלשה". לעתים, נבחרים דווקא אנשים בעלי תכונות אטרקטיביות המעוררות קנאה רבה, כמו למשל אישה יפה ומצליחה.

במהלך טקס "יידית הזאר" נראה לעתים תנועות המזכירות אקט מיני, בין האדם הנשלט לבין רוח זאר, שתהיה בדרך כלל מהמין השני. האישה תימנע מדימוי מיני שאינו מקובל תרבותית, היא תבטא את הרגשתה כתחושה הקיימת לאורך חתונתה (גריסו ויצטום, 1995). גם גבר, לרוב בודד, יכול לחוות כאור ביקור של אישה יפה מאוד, במהלך חלום. הוא זוכר משפטים "מעוררים" שאמרה האישה, על פי רוב תוכן המחזק את מנגנוני האט, ויכול לזכור בהנאה ובאופן מוחשי ביותר את המגע המיני ופליטת הזרע בלילה, הנתפשת "כהוכחה" לקיום יחסים עם רוח זאר נקבה.

תפיסת הזאר כגורם מחלה

הזאר עצמו אינו מחלה אלא תופעה חברתית מוכרת שנחשבת לנורמטיבית בקרב האתיופים. התופעה מוגדרת ב-DSM IV בפרק המחלות תלויות-התרבות כ"מונח בשימוש באתיופיה ובקרב אפריקה, המבטא את חווית האיוחו על ידי רוח של פרט מהחברה, שיכול להתנסות במצב דיסוציאטיבי הכולל צעקות, צחוק, טחנת הראש בקיר, שירה או קללות. פרטים אלה יכולים לבטא מצב אפאטי, נסיגה חברתית, סירוב לאכול או לשתות, ירידה בתפקוד היומיומי, ויכולים לפתח יחסים ארוכי טווח עם הרוח השולטת. התנהגות זו אינה נחשבת לפתולוגית באזור".

קורה שבעיות רפואיות רבות מוצגות לרופא הכללי בצורה סומטית ומטפורית האופיינית לדרכי הצגת הבעיות באתיופיה. מאחורי התלונות האלו עומדים הסברי מחלה תרבותיים עקביים וקוהרנטיים בקשר לאטיולוגיה, למהלך ולדרכי הריפוי (יונגמן, מינצ'ין-אייצקסון, ברש, 1999). אחד ההסברים הרווחים ביותר הוא, כאמור, הגורם העל-טבעי, והזאר ביניהם, כגורם למחלות.

האמונה העממית הרווחת מייחסת לזאר קשת רחבה של מחלות, מכאבים גופניים דרך בעיות סומטיות אחרות, עד לבעיות אכילה ודיכאון. הביטויים הייחודיים השכיחים ביותר של הפרעות התנהגות הקשורות לזאר דומים להפרעות דיסוציאטיביות ולמצבים דמויי הפרעה קטטונית שתוארו בעיקר אצל נשים, ואילו מצבים של התכווצויות, דמויי התקפים אפילפטיים ופגיעה עצמית נראים בעיקר אצל גברים. לעתים מופיע ההתקף כאשר הנפגע מתנהג בצורה המחשידה אותו בהפרעת התנהגות קשה. כאמור, בזמן התקף חריף בולט במיוחד בלבול בזוהר המינית אשר גורם לשינוי התנהגותי ויכולות להופיע או תנועות סיכוכיות בראש, בצוואר ובגוף. אצל נשים מתוארת גם התנהגות אינפנטילית עם דיבור בשפת תינוקות. באתיופיה תוארו גם מצבים קשים אצל נשים – עם חוסר תנועה ואדישות קשה, כאשר הנפגעת יושבת לעתים בפינה מבודדת ומסרבת לאכול – המוסברים כנגרמים על ידי רוח זאר גברית. הזאר אינו שד שרוצים לגרש, כי אם רוח הגדלה עם האדם הנאחז ומגנה עליו. לרוח יש כוחות על-טבעיים מחד גיסא ותכונות אנושיות מאידך גיסא, רצונות ודרישות מהנאחז.

האדם המבין את הבעיה, המטפל המתווך בין האדם לרוח, הוא מטפל מסורתי מיוחד הנקרא "בעל הזאר" או "דר' זאר" (ראו מסגרת).

שיטות הטיפול באתיפיה

אנקר – כריתת הענבל שבלוע. האמונה היא שהוא גלגל עד כדי גרימת חנק. המנהג עדיין מתקיים במקרים רבים בישראל וחניך נכון יגרום להפסקתו. **הוצאת שיני החלב** – היות שגיל בקיעת השיניים חופף בערך לתחילת גיל השלשולים, האחראים למותם של כ-40 אחוז מהתינוקות באתיפיה, האמונה היא שהוצאת שיני החלב תפסיק את השלשול מסכן החיים. המנהג נמשך בארץ ויש לחנך להפסקתו.

קעקוע טיפולי – הגויטר, הפרעה בתפקוד בלוטת התריס, מטופלת בקעקוע צלבים לאורך הצוואר. כך גם בעיות עיניים, זיהומים ותופעות אחרות המטופלות בחתכים לאורך העפעף.

הקזת דם – שיטת טיפול מקובלת אחרת היא הקזת "דם שחור". טנדר ושות' חקרו 50 עולים אשר ביצעו את הפעולה ועשרה עולים שפנו למרפאת רופא המשפחה בבקשה לבצעה כאקט טיפולי. הטיפול מתבצע עדיין בישראל במגוון מחלות תרבותיות וחשוב להיות מודע לכך. הרופא הישראלי יכול להציע כתחליף שאיבת דם במזרק, אפקט דומה עם יתרונות של סטריליות ובקרה רפואית.

אפשרות לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית אלא רק במחלקות כלליות, במקרה הצורך. בבית החולים עושים שימוש בתרופה נוגדת פסיכוח אחת – הלופרידול, המיועדת למצבים פסיכויים, ובתרופה נוגדת דיכאון אחת – אנפרניל, לטיפול במצבי דיכאון. נעשה שימוש נרחב בנוע חשמלי שעד לפני כשנה בוצע ללא הרדמה כללית. מקצוע הפסיכיאטריה, הנמצא בשלבי התפתחותו הראשונים, תורם לטיפול במצבים פסיכויים הקשה הקיימת ביחס למחלת הנפש הנתפשת כקללה, כעין הרע או קשורה לנזקים דמוניים. במעבר משימוש ברפואה המסורתית לרפואה מערבית, עולה ביתר שאת הסטיגמה הקשה המוטמעת עמוק בתרבות כלפי שירותי בריאות הנפש והיא מתבטאת בעוצמה כלפי שירותי הנפש בישראל.

ביטויי חצוקה אצל עולי אתיפיה – סומטיזציה

הפונה האתיפי, כמו בתרבויות רבות בעולם השלישי, מבטא את מצוקותיו בביטוי גופני, כלומר סומטיזציה במקום ורבלזציה ופסיכולוגיזציה. לכן, בדיקות גופניות, בדיקות אבחנתיות ובדיקות עזר רבות מתבצעות לעתים קרובות שלא לצורך ורבים הסובלים מהפרעות חרדה ומדיכאון שאינם זוכים לאבחנה תואמת ולכן לטיפול ייעודי מתאים. הבנה שגויה באשר לביטויי מחלה שונים בקרב העולים וחוסר הבחנה בין אמונות והסברים תרבותיים לחולי נפשי עלולות לגרום לאשפוז פסיכיאטרי ולטיפול תרופתי שגוי. מסיבה זו נפתחה מרפאה לפסיכיאטריה בין-תרבותית במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. מרפאה דומה נפתחה בעבר בנתניה על ידי ד"ר אריאל וד"ר צפנה.

במחקרים שונים נמצא שיוצאי אתיפיה הפונים למרפאות רפואת המשפחה מציגים בדרך כלל את בעיותיהם הפסיכולוגיות בצורה סומטית ומטפורית אופיינית (ארז ושני, 2008; Andermann, 1996) ובעיקר סביב שלוש נקודות ייחוס בנות – ראש, לב ובטן – להן משמעות אתנו-פיזיולוגית סגלית בתרבות האתיפית (Young, 1977). Hodas אף טבע תסמונת שכינה "ראס, ליבה, הוד" על שם מצינים אלה. הרופא המערבי אינו מורגל בביטויי מצוקות חברתיות-כלכליות בצורה של תלונות סומטיות והוא יפנה את המטופל לסדרת בדיקות מעבדה ועזר על מנת לשלול מחלה גופנית. החולה האתיפי יחוש כי אינו מובן וכי בעייתו לא זוכה לפתרון הולם. במחקר שנערך בישראל בתחילת שנות ה-90, רואיינו פונים מהעדה האתיפית לרפואת המשפחה וכן רואיינו הרופאים שטיפלו בהם. נמצא פער משמעותי בין דיווח הרופא ותחושת החולה האתיפי. לפי דיווח החולים, 48 אחוז מתוכם תיארו עצמם כסובלים ממחלה קשה לעומת שישה אחוזים מהחולים בדיווח הרופאים. 37 אחוז מהפונים האתיפיים מסרו שהטיפול לא עזר להם כלל (Reiff et al., 1999).

אי שליטה בעברית, משבר ההגירה החרף שפגע ביחיד, במשפחה ובקהילה

הרוח דורשת קיום טקסים מסוימים במטרה לרצות אותה, אחרת היא עלולה להעניש, במחלות, בכאבים ואף במוות. ריצוי הרוח מושג על ידי טקס "הבונה" – טקס קפה הנהוג למטרת אירוח. לצורך ריצוי הזאר, "הבונה" מלווה בסממנים נוספים כגון רחצה לפני הטקס, הזלקת קטורת, בין היתר מור ולבונה (מבית המקדש), לבוש שמלה לבנה עם פס ירוק או אדום (לפי רצון הזאר), כיבוד אופייני ועוד. הסימן שה"זאר יורד", כלומר נוצר קשר עם הרוח, מתבטא בשינוי התנהגותי, בכניסה למצב דיסוציאטיבי במרחבים מערביים. האדם מתחיל לסובב את הראש בסיבוב מהיר וחזק, מדבר בשפת הזאר, מנותק מהסביבה ואינו זוכר את המאורע בסיום האירוח, מלבד תחושה נעימה ומשחררת, עייפות ותשישות. הטקסים ל"הורדת" הזאר הם מגוונים וכך גם הטקסים לריצוי הזאר, ונעים מטקס ביתי צנוע להקרבת קורבן חיה כתרנגול מיוחד (אדום-לבן) או כבש בחגים מסוימים.

התופעה נפוצה פי שמונה בנשים לעומת גברים וקשורה ביחס הבלתי שוויוני של החברה האתיפית כלפי האישה. בחברה שבה אין לאישה זכויות, מאפשר הזאר לאישה לבקש משאלות דרך מתווך מקובל, הדר' זאר. הזאר יכול לבקש במהלך המשא ומתן תכשיט, בגד חדש, כלי לבית, אבל גם לדרוש כי האישה לא תעסוק לדוגמה בקרדיות, שנחשבת לעיסוק נחות, או לדרוש כי הבעל לא יקיים איתה יחסי מין או שהיא לא תוליד עוד ילדים. מדובר בדרישות שלאשה האתיפית אין דרך אחרת להביען באופן ישיר בתרבות הכפרית המקובלת ולכן חשיבות התופעה. לפסיכיאטר הישראלי הפוגש בעבודתו עולים מבני העדה מדור העלייה, יש סיכוי טוב להיתקל בבעיה. יש חשיבות ליכולת לאבחן את התופעה עקב דמיון התופעה לסכיזופרניה (רבים אכן אושפזו וטופלו בנורולפטיות): האדם מדבר עם הרוח, שומע אותה, מקבל הוראות מהרוח, יכול לשיר ולנגן לרוח, התנהגותו משתנה והוא מבצע תנועות גוף משונות. במקרים בודדים לאחר בדיקה מדוקדקת, נתני חוות דעת לביטוח הלאומי על קיום התופעה. במקרים אלה, הצורך לצאת לעבוד מתנגש בחובת קיום שלושה טקסי בונה ליום. אי ביצועם במועד גורם להענשה קשה עם כאבים ואף לאסונות במשפחה, והאמונה יוצרת את התוצאה, בדיק כפי שאמונה במזוזה פגומה בתרבות היהודית עלולה לגרום לאסונות בקרב המאמינים.

המחשלות האפשריות בראיון עם פונים מהעדה האתיפית

התרבות האתיפית מעודדת להפנמה, "לשמור הכל בבטן", ובכך היא שונה בתכלית מזו המערבית. מושגים כמו "ברא נפתח" או "נדבר על זה" אינם מקובלים בעדה האתיפית. שאלה פשוטה, כמו היכן אתה גר או האם אתה נשוי או גרוש, עלולה לעורר חרדה, דחייה והסתגרות, משום שהפונה הגיע עקב בעיה מסוימת, לדוגמה כאב בטן, והצגת שאלות אישיות נתפשת אצלו כחודרנית, מה עוד שהוא אינו מבין את הקשר של שאלות כאלו לתלונתו הספציפית ועל נושאים אלה ידבר רק עם חבר קרוב.

לקוד הכבוד (בן עזר, 2002) ולנימוס האתיפי יש מקום חשוב ביצירת אווירה של אמון וקרבה. לכן, מומלץ שהשיחה תפתח בכמה מילות ברכה ולחיצת יד המסמלת ברכת שלום, הבעת כבוד ומשפטים בוני אמון. מומלץ להתעניין בבעיה מההיבט התרבותי, לשאול למשל כיצד מתמודדים עם בעיה כזו בתרבות האתיפית. ההתייחסות היא תמיד למבוגר לפני האישה ואחריה, הצעירים והילדים. מומלץ להימנע משימוש בילד למטרות תרגום מול פונה מבוגר ורצוי להשתמש במתרגם מקצועי.

חשוב לציין שהשנה האתיפית נמנית שנים לאחר חורבן בית ראשון השנה הגרגוריאני, התאריך (חורש, שנה ואף השעה) שונים ולכן, בדיקת התמצאות פשוטה עלולה להביא את הבודק לרושם מוטעה לגבי התמצאות הפונה.

באתיפיה, רוב הרפואה היתה חלק מהמסורת השבטית וייצוג המודל המערבי הרפואי היה מצומצם. בכל אתיפיה פועל בית חולים פסיכיאטרי אחד הנמצא באדיס הבירה ובו 360 מיטות. מספר הפסיכיאטרים במדינה כולה מוערך ב-25. מחוץ לעיר הבירה יש מרפאות המנהלות בידי אחיות פסיכיאטריות, אבל ללא

תסמונות תלויות תרבות ונוספות

Brain Fog Syndrome – תסמונת המאופיינת בתחושת שריפה בראש, תחושת נמלים וזחלות בראש, קשיי ראייה, קושי להבין את משמעות המילים הכתובות או הנאמרות, פגיעה בזיכרון לטווח קצר ועייפות. מדובר בתסמונת המאופיינת את אפריקה בכלל והיא שוות-ערך לדיכאון, כולל הטיפול בה. ברור שאי הכרת התסמונת וטיפול על פי הסימפטומים בלבד עלולים להביא לטיפול נגד הזיות טאקטיליות, בלוקינג ומצב פסיכטי (פרינס, 1959).

Atenthono Kere – תסמונת המבטאת אמונה כי רקמת עובר לאחר הפלה הפכה לעצם או לאבן (הודס, 1997). המצב יכול להתפתח גם בתקופת הבלות. האישה החשופה למצב מפתחת כאבי בטן קשים, עם ירידה בתפקוד הכללי, המיני, שינוי במצב הרוח ותלונות על גוף זר בבטן.

במקרה שבו טיפולי, האישה ביצעה בדיקות גסטרוסקופיות ועל-קוליות רבות, ללא ממצא פתולוגי, והמשיכה להתלונן. כאשר נבדקה על ידי פסיכיאטר רגיש-תרבות (ג.צ), נמצא שבעת ניתוח קיסרי "הפכו לי את הרחם" כדבריה, והכוונה לגרימת מצב אשר לפיו היא אינה מסוגלת יותר ללדת ילדים. אכן, במהלך הניתוח שבו הוולד נולד פג שלא שרד, בלידה שמינית לאישה זו, החליטו המנתחים, מבלי להתייעץ באישה, לבצע "קשירת חצוצרות". הוצאת העובר שאותו לא ראתה הותירה את המקום להתפתחות התסמונת, עם תחושה מרכזית שחלק מרקמת הוולד הפכה לאבן ברחמה. התלונות הסומטיות הרבות שנוספו והתבטאו בכאבים סביב הבטן הן דוגמה לתחלואה הכפולה בין הסינדרום התרבותי לבין סומטיזציה כביטוי לדיכאון.

הריון מדומה, שנחשב לנדיד בספרות המערבית, הוא שכיח בספרות האפריקאית ולעיתים חופף לבעיה כמו זו שתוארה. לדוגמה, מקרה של עולה בת 68, נשואה ואם לשלושה, סברא לשלושה נכדים, אשר לטענתה נמצאת בהריון מעל תשעה חודשים ולדבריה, הבטן מתנפחת. גם כאן קיים ביקע גורם דחק: שנים מילדיה ואחד מנכדיה מתו בזרועותיה במהלך ההמתנה במחנה המעבר בטנדר, לקראת העלייה.

הרקע לעלייה, תלאות החסע והשלכותיהן

אובדן טראומטי – אובדן טראומטי מתייחס לאובדן של דמות משמעותית אשר מתה בפתאומיות, באלמות קיצונית וקשה. אובדן זה מלווה בתחושת איום וחוסר אונים (ריבין, מלקינסון, ויצטום, שיחות 2008).

האובדנים הטראומטיים בקרב העולים מאתיופיה קשורים לנסיבות שבהן אירע האובדן, לעוצמת הדחק והטראומה שאותה חוו עולים אלה במהלך מסע העלייה, כמו גם לאירועי מוות אלימים של קרובי משפחה ולרמת הקשר המשפחתי בינם לבין הנפטר. במחקרה דיווחה פינקלשטיין על אובדן של יותר מקרוב אחד (פינקלשטיין ושות', 2005), לדוגמה: "אב לילדים סיפר לנו על כך שאיבד אח, אחות, את אשתו ואת בנו הבכור". 367 נבדקים מתוך כלל 477 שהשתתפו במחקרה דיווחו על אובדן קרובי משפחה במהלך העלייה.

אבל טראומטי אצל עולי אתיופיה – הספרות המקצועית שבחנה את הנסיבות הקשות שליוו את עליית יהודי אתיופיה דיווחה כי הניצולים עצמם, שנחשפו לאירועים מסכני חיים, היו עדים באותה עת למות יקיריהם, באופן פתאומי, אלים ואכזר. בקרב הניצולים, שנמלטו ללא אפשרות לקבור את בני המשפחה שנפטרו בדרך, עלו תחושות אשמה עקב אירועים מעוררי דחק אלה (Grisaru, Malkinson & Witztum 2008; BenEzer, 2002; Schreiber, 1995).

ההגירה של עולי אתיופיה וצאצאיהם גרמה לטראומה מצטברת ולתהליכי אובדן ואבל אצל רבים מהם (Minuchin-Itzighson & Hanegbi, 1989). תגובות אבל טראומטיות ומורכבות מתוארות כמגבירות את עוצמת השכול הנורמטיבי, עד למצב שבו האדם מוכרע על ידי עוצמת האבל והתנהגותו הופכת ללא-אדפטיבית, או נותרת במצב של חוסר תפקוד חברתי, ללא התקדמות בשלבי האבל עד למצב של השלמה (Prigerson et al. 1999). חוסר היכולת להשתתף בהלוויה למשל, דבר שרבים מהעולים חוו, מהווה אף הוא גורם סיכון, כיוון שמן האדם השכול נגזלת האפשרות לתמיכה חברתית כפי שהיא מתבטאת בטקסי ההלוויה ובמיוחד בתרבות האתיופית (גריסרו ושות', 2008).

ההפער העצום בין המודל ההסברתי הביו-רפואי (שמשמש את המטפל בארץ) למודל הרפואי המסורתי המוכר ליוצא אתיופיה, הם כנראה הגורמים המרכזיים שיכולים להסביר את הממצאים (Nudelman 1993, Youngmann, Munuchin- (Itzighson & Barach, 1999).

כדי לצמצם את פערי חוסר ההבנה על רקע תרבותי, הוכנסו למרפאות ראשונות באזורים מסוימים מגשרים תרבותיים, שהוכשרו לתרגם ולפרש את הסימפטומים התרבותיים והמשמעות שלהם, בנוסף לתרגום המילולי.

בעיות נפשיות מופנות תחילה לרופא המשפחה ורק המיעוט שאובחנה בו בעיה נפשית, שטופלה על ידי רופא המשפחה ולא השתפרה, מסכים לפנות למערכת בריאות הנפש. ביטויי המצוקה, השונים מאלה הורבליים המוכרים לנו, מקשים על הרופא המערבי להבדיל בין תלונה סומטית חסרת היגיון לבין זו הודרשת בדיקות רבות, לבין מצוקה נפשית המובעת סומטיזציה. הגורם הפיזי חייב להישלל תחילה טרם תעלה אופציה של סומטיזציה כבעיה נפשית.

דימויי מצוקה אופייניים של העולה האתיופי המסורתי

יונגמן ערך מחקר שנועד להצביע על ביטויי המצוקה הרגשית האופייניים לעולה האתיופי המסורתי (יונגמן ואחרים, 1998/2004).

לגירסת ה-SRQ (Self Reporting Questionnaire) נוספו 13 פריטים, שקובצו ונוסחו במטרה לאתר ביטויי מצוקה רגשיים ייחודיים לעולי אתיופיה בישראל (Youngmann et al., 1994) והשאלון החדש בן 37 השאלות נקרא SRQ-E (Self Reporting Questionnaire – Ethiopian).

מניתוח הממצאים של יונגמן עלה שתלונות על כאבי ראש, תיאבון דל, נטייה להתרגש בקלות, חוסר יכולת למלא תפקיד שימושי בחיים, אובדן עניין ותחושת חוסר ערך, בצד דימויי מצוקה תרבותיים ייחודיים כמו "הלב פועם במהירות" ו"תחושת בעידה בבטן", יוצרים את פסיפס הביטויים המציינים מצוקה רגשית בקרב כל הבדלים.

דימויי מצוקה טיפוסיים כמו "כאבים בכל הגוף", "תחושת בעידה בראש או בכל הגוף" ו"תחושת נימול מתחת לעור", בצד תלונות כלליות על חוסר שמחה, על עייפות ועל קשיים בשנה, התגלו כדימויי מצוקה שיוצרים דפוס הבעה תרבותי ספציפי למשיבים החולים באשר הם. מן האפשר שבמודל ההסברתי של הפונה האתיופי המסורתי, דפוס תלונות זה מעיד למעשה על חוסר איוון ביחסיו עם רוח הזאר, שאמורה להגן עליו, ולכן המענה ל"חולי" יימצא אצל המרפא האתיופי המסורתי ולא דווקא אצל המטפל המערבי (ראו דיון בנושא אצל אריאלי ואחרים, 1994; גריסרו ויצטום, 1995).

מצבי הדיכאון מאופיינים כאמור בסומטיזציה הממוקדת בכאבי בטן: "כואב כאילו דקרו אותי בסכין...", "כאבי לב", "חתכו לי את הלב..." וכאבי ראש: "תולעים הולכות לי במוח", או "מרגיש כמו פלפל חריף בראש..." יש גם ביטויי כאב כלליים: "כל הגוף כואב ושורף...". הדיכאון יכול להתאפיין גם בחוסר שליטה במילים ובתוקפנות כלפי האחרים (יונגמן). בכך משחזר יונגמן את ממצאי שליח הג'וינט באדיס, אשר דיווח על תסמונת "ראש, לב ובטן" המקבילה לדיכאון המערבי (הודס). יונגמן תיאר את מאפייני החולה הדכאוני כמי ששוכב במיטה, אינו מדבר, לא מגיב לשאלות, סגור בתוך עצמו ומתלונן על כאבים כמתואר. החולה אינו שולט בדבור, בהבעה, חש כי הוא עומד להתפרץ, מאיים על אחרים, מאיים על עצמו באובדנות – "לא אודה הרבה זמן" ובכל ביקור אצל רופא המשפחה חוזר על אותן תלונות שאין להן פתרון (גם ביטוי זה מרמז על אובדנות). הסבר החולי שלו יהיה נעוץ בעל-טבעי, בעין הרע, בזאר או בקללה מצד הטונקוואי.

בניסיון הקליני שהצטבר במרפאה הבין-תרבותית של הסוכנות, בהנהלתי, יש חולים רבים המביעים את הדיכאון ואת החרדה בדימויים סומטיים, ובנוסף לאמור, יש תיאורים של תולעים הווחלות באופן או בראש ומפריעות לריכוז, להנאה ולתפקוד בכלל. הדימויים חשוכים כיוון שבחשיבה מערבית הם יכולים להתפרש כהזיה טאקטילית ולכן כסימפטום פסיכטי.

היבטים נפשיים של הטראומה בעליות השונות

גריסרו ומרטינ (2003) דיווחו על הקושי באבחון מצבים פסיכיאטריים חריפים בעולי אתיופיה על רקע השונות התרבותית. ממצאי המחקר הצביעו על נטייה לאבחון בצורה מוטעית יותר מצבים פסיכיאטריים קצרים (Brie reactive psychosis) על רקע ביטוי של פנומנולוגיה שונה בהתנהגות, בצורת החשיבה ובהבעת הרגש. שונות זו בהבעת המצוקה הביאה לאבחון מוטעה ובעקבות כך לאשפוז מיותר ולטיפול לא נכון בנוגדי פסיכודה. תרבות מאוחרות יותר של חוקרים מעלות מחשבה כי רוב האשפוזים היו של עולים שוודאי חוו טראומות קשות במהלך ההגירה דרך סודן, עם הפנומנולוגיה של תגובה פסיכוטית קצרה וחריפה, אך למעשה ביטאו סימפטומטולוגיה של מצבים פוסט-טראומטיים של אבל מורכב, או מצבים משולבים, אבל הם לא היו פסיכויים.

קיים קשר בין הפרעה בתר-חבלתית ותגובות אבל אצל עולי אתיופיה בישראל, שכן רבים ביטאו מצבים משולבים של תגובה האבל המורכבת עם מרכיבים פוסט-טראומטיים. חלק ניכר מהעולים חווה טראומות והתנסויות שכללו בו זמנית את קריטריון A (הנדרש לפי DSM לאבחנה הפוסט-טראומתית), כלומר חוסר אונים ותחושת איום על חייהם, יחד עם אובדנים טראומטיים של בני משפחותיהם (Grisaru, Malkinson, Witztum, 2007).

דיקה בין הפרעה פוסט-טראומתית ותגובות אבל נמצאה גם במחקר החלוצי של פיתקלשטיין וסלומון, שהראה כי מתוך 110 נבדקים הסובלים מהפרעה בתר-חבלתית, 81.1 אחוז דיווחו על תגובות אבל מורכבות. מתוך 323 נבדקים שדיווחו על תגובות אבל מורכבות, 22.6 אחוז סבלו מהפרעה בתר-חבלתית. להערכת החוקרים, קיימת בקרב עולי אתיופיה חפיפה בין אלה שביטאו תגובות פוסט-טראומטיות לאלה שביטאו תגובות אבל מורכבות, כלומר רבים מהם חוו איום על חייהם ואובדן, בו זמנית.

לא אחת מצבי דיכאון, חרדה קיצונית או תסמונת הזאב יכולים אף הם להתפרש כמצבים פסיכויים אצל מטפל שאינו רגיש-תרבותי ושאינו מכיר את ביטויי המצוקה האופייניים של עולי אתיופיה.

הערות מסכמות

ישראל היא ארץ קולטת עלייה מארצות ומתרבויות רבות בעולם. החברה הישראלית, על מוסדותיה בכלל והרפואיים בפרט, הפכה למעין מעבדה בתחומים בין-תרבותיים. הדקודיפיקציה, כלומר תרגום הסימפטומים, ההתנהגות, המחשבה והרגש במשמעות התרבותית שלהם, היא הכלי שבאמצעותו נגיע למטרה הנעלה של מתן שירות שוויוני ואיכותי, תוך הבנת הרגישויות התרבותיות, הבנת המצוקה בראי התרבות והכרתם של מנהגים וסידורים המאפיינים אזורים אחרים בעולם. מדובר בביטויי מצוקה השונים מאלה המוכרים לנו במערב, ורבים מהסימפטומים יכולים להתפרש באופן האתאי* ולא באופן האמיני*, דבר שיגרור טעות קשה (ושינה בבליגופית).....

בשרשרת שבין אבחון, טיפול, אשפוז ושיקום. מטפלים בתחום בריאות הנפש צריכים להשקיע מאמץ בהכרת התרבות ובהבנתה, על אמונותיה ומנהגיה - גורמים בעלי חשיבות רבה בכל תחומי הבריאות.

לחברה האתיופית מסורת ותרבות שונות יותר מרוב התרבויות שהכרנו בקרב העולים. עלינו ללמוד, להכיל ולקבל לתוך החברה שלנו, כחלק מאיתנו, את השונות הזאת, תוך כדי מתן החופש לביטוי עצמי המתבטא, בין השאר, במסורות, באמונות ובמנהגים בני אלפי שנים. יש להכיר ולהבין את טקסי השכל והאבל בתרבות זו, את האופן שבו הם מעבירים את הבשורה המרה, את המשמעות שהם מייחסים לסימפטום, לדרך שבה הם מבטאים מצוקה נפשית ולאופן שבו הם מבטאים רגש. זוהי חובתנו ללמוד, להפנים וליישם. רק באופן זה נוכל לתת שירות רפואי ולהגיש שירותי בריאות נפש המכוונים לבעיה, מבלי לטעות באבחנה, בטיפול ובשיקום ומבלי ליצור פער בהבנה שימנע מאוכלוסייה זו גישה לשירותים הקיימים.

במקביל לפיתוח רגישות תרבותית והכרת התרבות מצד המטפל הישראלי, יש לפעול באמצעות חינוך לחשיפת העדה לתרבות הישראלית ולדרך הניצול היעילה ביותר של מגוון שירותי בריאות הנפש הקיימים בארץ. בנושא זה אני מפנה את המעוניינים למחקר של יונגמן ושות', על ניצול שירותי רפואה ובריאות הנפש בקרב העולים מאתיופיה.

התייחסות את סימפטומים תלוי-תרבות, התערבות מוקדמת, השקעה בחינוך לבריאות הנפש, וזהו מצוקה והשקעה בהסרת הסיגמה הקשה על שירותי בריאות הנפש, יוכלו לצמצם התחלואה הנפשית ואת מספר מקרי האובדנות בטווח הארוך. עלינו לזכור שמצוקה ודחק נפשי, גם אם הם מאובחנים כ-V CODE או כאבחנה על ציר Z, יכולים להיות הטרגר לאובדנות. על פי דו"ח האובדנות שפורסם על ידי השלכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-2008, יש בעדה פי עשרה יותר מקרי התאבדות, כאשר המספרים משתנים בהתאם לפילוח על פי גיל.

נשא האובדנות בכלל ובעדה בפרט מהווה בעיה הנדונה בוועדות פרלמנטריות אשר תפקידן להציע לכנסת דרכי התמודדות למעור התופעה ובימים אלה מוקם בבית חולים באר יעקב פילוט לפרדיקט לאומי שיפעל באזור רמלה, לוד ורחובות.

*Etic - התייחסות התרבות המערבית, ההבנה והפירוש של הרופא המערבי לגבי מחלות בקונטקסט תרבותי, כלומר מחלה הקיימת באזור שאינו בתרבות המערב

**Emic - המשמעות של סינדרום תרבותי, באזור ספציפי בעולם, כיצד הרופאים המסורתיים והתרבות המקומית תופשים את הבעיה מהווית התרבותית שלהם

ד"ר נמרוד גריסרו, מנהל מחלקה וחדר מיון במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע, יועץ לסוכנות היהודית, המחלקה לעלייה, בתחום הפסיכיאטריה הבין-תרבותית לעולי העדה האתיופית

1. Tandeter H, Grynbaum M, Borkan J1. A qualitative study on cultural bloodletting among Ethiopian immigrants. Department of Family Medicine, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University, Beer Sheva, Israel.
2. אריאל, א., גיל, י. ואייצק, צ. (1994). התאבדות יהודי אתיופיה- סקר באמצעות אוטופיה. פסיכיאטריה, 127, 65-69.
3. גריסרו, ג., וויצטום, א. (1995). תופעת הזאב עולי אתיופיה בישראל - היבטים תרבותיים וקליניים. שיחות, ט', 220-209.
4. יונגמן, ה. (1995). תהליכי התמודדות של סטודנטים יהודים מאתיופיה בישראל. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית, ירושלים.
5. פינקלשטיין, מ. (2005). לחץ טראומטי, משיאב התמודדות והסתגלות נפשית בקרב עולי אתיופיה. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.
6. פינקלשטיין, מ. וסלומון, ז. (2007). חשיפה לטראומה מצטברת והשפעותיה על עולי אתיופיה. תורה ודרכה, כ"ד, 4, עמ' 549-527.
7. פלדמן, מ. (1998). יציאת אתיופיה. ירושלים: מוסד ביאליק.
8. שבתאי, מ. (2001). לחיות עם זהות מואית: חוויות החיים עם שוב בצבע עור בקרב צעירים ומתגברים יוצאי אתיופיה בישראל. ממונת, מ"א, 112-97.
9. Hodes R. Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. West J Med 1997;166(1):29-36.
10. Hodes RM, Teferedegne B. Traditional beliefs and disease practices of Ethiopian Jews. Isr J Med Sci 1996;32(7):561-7.
11. Wind J. Cross-cultural and anthropobiological reflections on African uvullectomy. The Lancet 1984;2 (8414):1267-8.
12. Grisaru N, Lezer S, Belmaker RH. Ritual female genital surgery among Ethiopian Jews. Arch Sex Behav 1997;26(2):211-215.

13. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed). Washington DC: Author.
14. Arieli, A., & Ayche, S. (1993). Psychopathological aspects of the Ethiopian immigration to Israel. Israel Journal of Medical Science, 29, 411-418.
15. BenEzer, G. (2002). The Ethiopian Jewish exodus. London: Routledge.
16. Finklestein M. & Solomon, Z. (2008). Trauma and loss: The experience of the Ethiopian refugees in Israel. In Finklestein M. & Dent-Brown K. (Eds.). Psychosocial Stress of Immigrants and Minority Groups, as a Factor of Terrorist Behavior. The IOS Press, in the series of NATO Science for Peace and Security Series - E: Human and Societal Dynamics, Amsterdam, Netherlands.
17. Grisaru, N., Malkinson, R. & Witztum, E. (2008). Bereavement customs, grief, and rituals among Ethiopian immigrants in Israel. Illness, Crisis and Loss. 16:2, 111-123.
18. Granot M, Spitzer A, Aroian KJ, Ravid C, Tamir B, Noam R.
19. Howard Tandeter MD1,2, Iana Masandilov MD1,2, Irena Kemerly MD1,2 and Aya Biderman MD1,2 Ethnic Differences in Preventive Medicine: the Example of Jewish Ethiopian Women in Israel. • IMAJ, Vol 9 • June 2007
20. Cheryl Spencer School of Nursing, Rambam Medical Center, Haifa, Israel.
21. Witztum E, Stein D, Latzer Y, (2005) Anorexia Nervosa as a Culture-Bound Syndrome in Period of Globalization - Israeli Perspectives. In: Lev-Wiesel R, Cwikel J, Barak N (Eds) "Gourd Your Soul" Mental Health among Women In Israel. Myers-JDC Brookdale Institute pp 205-228 (Hebrew)
22. Reiff, H Zakut and M A Weingarten Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel American Journal of Public Health, Vol. 89, Issue 12 1814-1818, Copyright © 1999 by American Public Health Association

פסיכיאטריה והפריפריה

הנתונים ביחס לאי השוויון בבריאות הנפש בין המרכז לפריפריה בישראל הם קשים. המטופל המתגורר בפריפריה מטופל הרבה פחות ונראה כי הפסיכיאטריה בפריפריה סובלת מאי שוויון כפול, האחד ביחס לרפואה והשני ביחס למרכז. כיצד ניתן לצמצם הפערים?

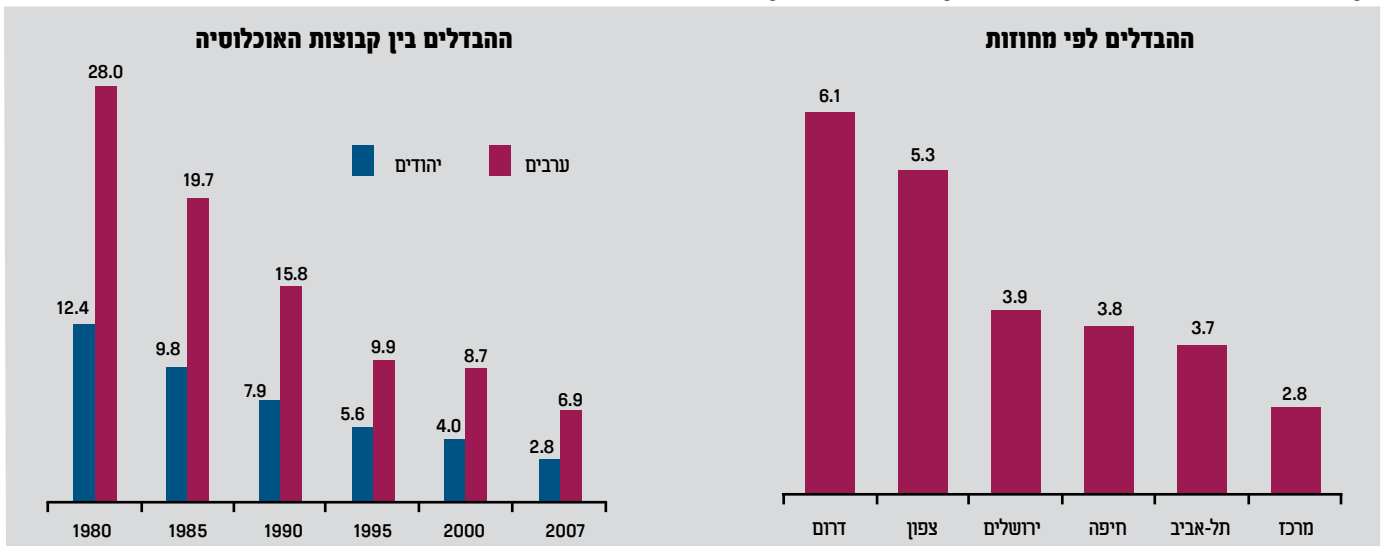
ד"ר אלון רשף

לפני שנים רבות שמעתי סיפור אמיתי מפיו של לני רביץ (העוסק בהומור ובטיפול בטכניקת גשטאלט). כשעלה מארצות הברית לישראל כאיש צעיר, חיפש מקום לגור בו, "כזה שישלב קירבה למרכז וסביבה כפרית של הפרברים". המקום שבחר לגור הלם במדויק את רצונותיו - סביבה כפרית המרחקת רק שעה וחצי מתל אביב - נצרת עלית. הסיפור המחויך הזה מוגים חלק מהמורכבות הכרוכה בעיסוק בסוגיות של מרכז ופריפריה. במאמר זה אגע בכמה מהסוגיות הללו בהקשר הפסיכיאטרי. לפני שאגש לעניין, אפתח בשתי "אזהרות": ראשית, הכותב עובד בשירות פסיכיאטרי פריפרי. אין במאמר זה יומרה לכתוב או ביקרטיבית ומרחקת. נהפוך הוא, העמדה שאביע מבטאת קול של מחאה, כאב ודרשה לשינוי. שנית, הנשא הוא סבוך, מכיל נתונים ממקורות שונים ומשיק מאוד לנושאים קרובים. כך למשל, כל דיון בזמינות שירותים פסיכיאטריים נוגע בסוגיות של זמינות שירותים אחרים כרווחה וחינוך, בסוגיות כלכליות (כגון רמת הכנסה לנפש), חברתיות ועוד ועוד. מובן שאפילו הדיון הצר לכאורה בסוגיית השירותים הפסיכיאטריים כולל תחומים רבים. כך למשל, הנתונים לגבי מערך השירותים הפסיכיאטריים האמבולטוריים שונים מהנתונים לגבי המערך האשפוזי. בנוסף, הנתונים שונים בקופות החולים השונות. מכל זאת נראה שהנושא מזמין מחלוקות וטעויות. בחרתי לעסוק בו בשל החשיבות הרבה שלו והעניין האישי שלי.

מהי פריפריה

נכון להתחיל בהגדרה. מהי פריפריה ומהו המרכז? סקרים רבים, כמו גם התגובה

גרף 1 ו 3. פערים במצב הבריאות: תמונות תינוקות (שיעורים לכלף לידות)



מקור: מרכז טאוב
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - שנותן סטטיסטי

להתרחש רק בנוכחות השפעה חיצונית לתהליך הספונטני. אולם לפני שנעסוק בטיפול, יש לחזור לאבחון. כאמור, ניתן להתייחס לחלוקה בין המרכז לפרפריה מזוויות שונות וברוך כלל ככולן תתקבל תמונה דומה. אנסה להתייחס כעת להיבט של חלוקת משאבים בתחום הבריאות, ובמיוחד בריאות הנפש.

חלוקת המשאבים בתחום הבריאות

נביט תחילה במספר נתונים בתחום הבריאות הכללי. סקרים שונים^{4,3,1} מראים פער משמעותי וחמור בחלוקת המשאבים בין המרכז לפרפריה. תמונת תינוקות מהווה מדד כללי מקובל לאיכות שירותי הבריאות. בגרף מספר 1 ניתן לראות הבדלים בתמונת תינוקות באזורים שונים בישראל. הפער בין הפרפריה למרכז הוא מובהק וניכר בעליל – בין הדרום למרכז פער של פי שניים. בגרף מספר 1 ניתן לראות גם את היחס בתמונת תינוקות לאורך השנים בהשוואת החברה היהודית לערבית. הפער היחסי נשמר, אם כי קיימת ירידה ראויה לציון בערכים המוחלטים בשתי החברות. ההצמדה בין פילוח על פי אזור גיאוגרפי לפילוח על פי מגזר מופיעה במקור בפרסום מרכז טאוב, ולהערכת אינה מקרית. הדיון בסוגיית הפרפריה מול מרכז משיק תמיד לסוגיות חברתיות עמוקות וקשות.

בגרף מספר 2 ניתן לראות פערים במשאבים רפואיים לפי אזורים בישראל. גם כאן ניתן לראות בבירור כי מדדים כלליים ובסיסיים של משאבים רפואיים, מספר מיטות ומספר הרופאים מצביעים על פערים גדולים לרעת הפרפריה. אין מדובר במדדים מיוחדים, מתוחכמים או יוקרתיים (כגון ציוד מיוחד, טיפולים יקרים או חדשניים), אשר בוודאי נפוצים יותר במרכז, אלא בבסיס הטיפול הרפואי.

מבט חד על הנתונים מעלה תמונה קשה עוד יותר. כך למשל, היחס בין מיטות לאשפוז סיעודי מורכב בין המרכז לפרפריה עומד על יותר מ-3.5 (8.1:2.3). לאלף נפש מעל גיל 75, לרעת הפרפריה כמובן. ומה באשר לתוחלת החיים? הגבוהה ביותר במדינה נמצאה ברעננה והנמוכה ביותר בנצרת עלית. מבין עשר הערים המובילות בתוחלת החיים, אין אף לא אחת מהפרפריה. כך, בנתוני ה"למ"ס 1998–2002⁴.

עיון מדגמי נוסף על נתונים בתחומים קרובים בגרף מספר 3 מעלה את ההשקעה ההולכת וקטנה של הממשלה בבריאות, ובגרף מספר 4 ניתן לראות את ההתפלגות של ההכנסה לפי אזורים שונים. רמת ההכנסה בפרפריה נמוכה משמעותית מאשר במרכז. הנתונים יוצרים צירי ייחוס שונים: רמת הכנסה, השכלה וחינוך, זמינות שירותי בריאות, מדדי תוצאה של שירותי בריאות ועוד ועוד. כל הצירים הללו נפגשים בנקודה קריטית אחת – הפרפריה מתאפיינת

באוכלוסיה דלת משאבים מחד ובהשקעה קטנה בהרבה של הממשלה בבריאות מאידך, יחסית למרכז.

על פי דו"ח משרד הבריאות¹ (מעודכן לשנת 2006), "שיעור המיטות בתקן לבריאות הנפש ירד ל-0.79 ל-1,000 נפש מסוף 2004 בהשוואה ל-1.48 בסוף 1990", וכן, "שיעור המיטות בתקן במחוזות הצפון והדרום נמוך בכל סוגי האשפוז (לרבות בריאות הנפש – א.ר.). בהשוואה לשאר המחוזות".

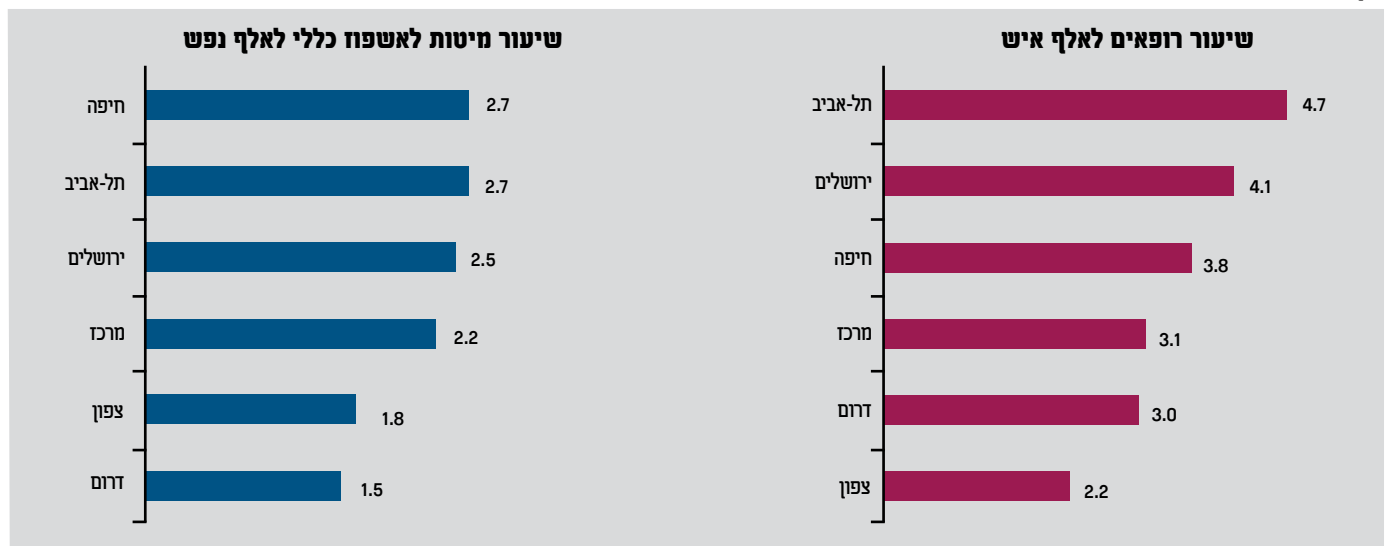
חלוקת המשאבים בבריאות הנפש

קשה ביותר להשיג נתונים ספציפיים לגבי חלוקת המשאבים בבריאות הנפש בהתייחס לסוגיית הפרפריה והמרכז. הסיבה לכך אינה ברורה. תהיה הסיבה אשר תהיה, נראה שהפסיכיאטריה בפרפריה סובלת מאי שוויון כפול. האחד ביחס לרפואה והשני ביחס למרכז. ביצוע סקרים וזמינות נתונים מהווים בסיס לכל דיון באשר לאי שוויון בחלוקת משאבי בריאות. למרות שקשה יותר לבסס הטענה, הרי שמשוואת אישיות ומהיכרות עם מסגרות טיפוליות רבות בפרפריה ובמרכז עולה כי יש אי שוויון חמור בחלוקת המשאבים. התמונה בשטח כמובן מורכבת מאוד ולעתים אי השוויון חמור בהרבה מהעולה מהנתונים היבשים. כך למשל, מסגרות טיפוליות שונות נשענות על מקורות מימון שונים. בחלקם משרד הבריאות והקופות ובחלקם עמותות שונות או רשות מקומית. מרפאה פסיכיאטרית הממוקמת באזור של אוכלוסיה מבוססת נשענת פעמים רבות על תקנים של העירייה ועל עמותות המגייסות תרומות. בפרפריה, האוכלוסיה חלשה בהרבה וממילא הרשויות המקומיות מתקשות לתת משאבים טיפוליים נוספים מעבר לתקניה הבסיסית של משרד הבריאות או הקופות. בנוסף, מובן שהזמינות של עמותות ובעלי הון נמוכה ביותר.

מאפייני הפסיכיאטריה בפרפריה

חלק גדול מהאוכלוסיה בפרפריה הוא בעל אופי כפרי. לכך יש השלכות רבות, ביניהן מרחק גדול וקושי להגיע לשירותים פסיכיאטריים. בעבודה היומיומית אנו נתקלים פעמים רבות במטופל שאינו יכול לקחת חלק בטיפול קבוצתי או אישי-מרפאתי או באשפוז יום, זאת רק בשל מרחק ועלות הנסיעה מביתו למסגרת הטיפולית. כיום, קיימות מרפאות קטנות (או שמה נאמר, קטנטנות) באזורים שונים, בניסיון לאפשר נגישות וזמינות של השירותים הפסיכיאטריים בקהילה. עם זאת, חוסר המשאבים המשווע אינו מאפשר פריסה מספקת של שירותים, ואלה הקיימים הם קטנים ביותר. כיצד נתייחס למרפאה שאליה מגיעים רופא

גרף 2 (3). תשומות במערכת הבריאות לפי צחוח



מקור: מרכז טאוב
נתונים: משרד הבריאות – סוה אדם במקצועות הבריאות; בריאות בישראל

הקופות לשפר שירותים פסיכיאטריים או ליצור פתרונות המשלבים רפואה פרטית וציבורית.

פתרונות אפשריים

עד כה תיארתי בקיצור רב את הבעיות השונות של הפסיכיאטריה בפרופרטה. ומה באשר לטיפול בבעיה? ראשית, יש להדגיש כי התיאור המציג "בעיות" נובע מהנחת יסוד בסיסית. הנחה זו טוענת כי לשוויון יש ערך חיובי, מהותי וחשוב. מי שאינו מקבל את השוויון כערך חיובי או חשוב, ממילא לא רואה באי השוויון בעיה הדורשת פתרון. אני מודה, השוויון הוא ערך חשוב בעיני. לא רק בשל היותו מרכיב בסיסי בחוק זכויות החולה ולא רק בשל עקרון של צדק בחלוקת המשאבים הציבוריים, אלא בעיקר בשל היותו מאפיין בסיסי של חוסן חברתי. חברה שבה הפערים בחלוקת משאבים ובמאזן כוחות של הון ושלטון גדלים והולכים למדים מבהילים היא חברה שבירה, חלשה וחולה. לכן, יש לדעתי ליצר תהליך שיהפוך את המגמה של אי השוויון החמור הזה.

מתוך האופן שתיארת את היווצרות המרכז והפרופרטה, נראה שהתהליך הספונטני בדרך כלל מחזק את הפער בין המרכז לפרופרטה (לא כאן המקום להיכנס למדלים המתארים קריסה של מרכזים שהמשקל היחסי שלהם הופך לקיצוני ומוגזם מאוד, אך בהחלט ניתן לומר שחוסר איוון מוגזם בין הפרופרטה למרכז עלול להיות מסוכן לשלמות המרקם החברתי-כלכלי-פוליטי במדינה). לכן, על מנת שיתחיל תהליך של שינוי במגמת אי השוויון, הוא צריך להיעשות בהתערבות חיצונית ממשלתית. יש למפות ביסודיות את אי השוויון במערך שירותי בריאות הנפש בפרופרטה ובמרכז, כולל כל מקורות המימון והמשאבים השונים שיש לרשות המסגרות השונות. בהמשך יש לבצע תיקון (המושג "אפליה מתקנת" הוא טעון מדי לטעמי בהקשר הנדון) שיכלול התייחסות לאוכלוסיות הזקוקות לתגבור משאבים מיוחד, כגון האוכלוסיה הערבית והעולים.

התמונה העולה מהנתונים שהוצגו היא עגומה ומקוממת. חשוב עם זאת לפני סיום להאיר נקודת מבט שונה, ולו לשם מידה של איוון. בתולדות הפסיכיאטריה ידועים סיפורים (מיתוסים?) המדגימים התפתחות ופריצות דרך דווקא במצבי מחסור וחוסר במשאבים. כך למשל, התפתחות הטכניקה לטיפול דינמי קצר מועד על פי מאן, אשר פותחה במרפאות לבריאות הנפש בארצות הברית, אשר לא הצליחו לתת מענה הולם למבול הפונים לטיפול. "המענה ההולם" עד אז היה טיפול דינמי ארוך ואינטנסיבי. הטיפול הדינמי הקצר פותח בתחילה כברירת מחדל, אך הפך לשיטת טיפול יעילה וחיונית בזכות עצמה. או,

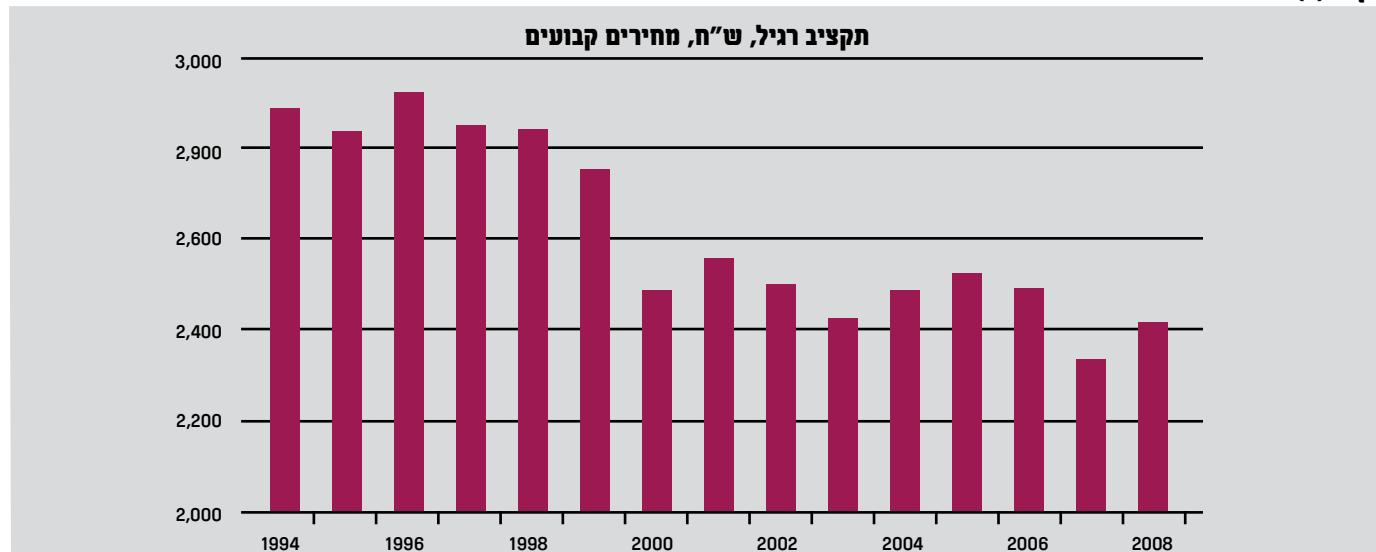
פסיכיאטר בתדירות של פעמיים בשבוע ועובדת סוציאלית, בחצי תקן, המקבלת מטופלים שלושה ימים בשבוע, כמרפאה יחידה בעיר?

אוכלוסיה ערבית. היבט חשוב ביותר של אי השוויון ביחס לפסיכיאטריה בפרופרטה נוגע לאוכלוסיה הערבית. חלק גדול ממנה מתגורר בפרופרטה. ואגב המצוקה ואי השוויון אינם נובעים רק מזה. לאוכלוסיה זו צרכים מיוחדים ואגב רק במספר קטן מהם. ראשית, השפה. קשיים ביצירת תקשורת עקב בעיות שפה הם אכן נגף ברורה. כיצד, למשל, תיבדק במרפאה הפסיכיאטרית שבה אין דוברי ערבית, אישה שבעלה מתעלל בה, והמתרגם שהביא את האישה הוא הגיס, אחי הבעל? שנית, דרושה היכרות מעמיקה עם מנהגים וקודים חברתיים ותרבותיים על מנת לטפל במטופלים ערבים. מובן שנוכחות מטפלים ערבים בצוות היא חיונית ומועילה ביותר, אך המצב בשטח מלמד שקיים חוסר חמור של מטפלים ופסיכיאטרים ערבים. גם כאן, גורמים רבים חוברים יחד ומקשים על פתרון הבעיה. גורם המרחק הגיאוגרפי מקשה על שיתוף ובניית צוותים של מטפלים מהקהילה ומהמסגרת הטיפולית.

הכשרת כוח אדם. בעיית הנושיות אינה נגמרת בנגישות החולים לשירותי הבריאות, אלא חלה גם על הכשרת אנשי המקצוע. הזמינות של מסגרות לימודיות, כגון לימודי המשך, בית ספר לפסיכותרפיה לרופאים, קורס בסיסי לאחיות וכו', נמוכה בהרבה בפרופרטה. כך גם לגבי כנסים, ימי עיון והשתלמויות שונות. נוצר מעגל קסמים מוכר שבו הפרופרטה אטרקטיבית הרבה פחות למתמחים ולאנשי מקצוע שונים, והדבר מקשה לשמור על רמה מקצועית ואקדמית גבוהה שתמשוך את המתמחים הטובים.

חוסר תחרות בין הקופות. גם כאן ניתן לראות שיש מעגל המזין את עצמו. כיוון שהאוכלוסיה בפרופרטה חלשה יותר ואטרקטיבית פחות עבור הקופות, אשר מצידן לא מזדרזות לפתח שירותים בפרופרטה, נוצר מצב של חוסר תחרות (בהשוואה למרכז), שהוא כשלעצמו מעכב התפתחות ופוגע באוכלוסיה. בתחום בריאות הנפש העניין חמור יותר כיוון שהפסיכיאטריה (עדיין, כמובן ...) לא נכנסה לסל המחייב את הקופות. למעשה, במצב הנוכחי כל קופה עושה דין לעצמה באשר לשירותים שהיא מספקת למבוטחיה בתחום בריאות הנפש. למותר לציין שבמקום שבו אין תחרות או מוטיבציה כלכלית, אין כל ביטחון שקופה תשקיע ותפתח שירותים פסיכיאטריים. בפרופרטה, חל בדרך כלל צמצום ניכר בהשקעות בשירותים הפסיכיאטריים של הקופות. לעומת האוכלוסיה בפרופרטה, האוכלוסיה במרכז המבוססת בהרבה, יכולה לפנות לטיפול פרטי, מוסרי או חופשי בקלות יתרה, ודבר זה כשלעצמו מספיק על מנת לעודד את

גרף 3 (3). הוצאה ממשלתית לבריאות במחוזות לפי: נסיגה בולטת ברמת ההוצאות



מקור: מרכז טאוב
נתונים: משרד האוצר, הצעת התקציב ודו"ח החשב הכללי.

"בשטח", מול המטופלים. מעבר לכל המילים, תמיד נמצא המטופל. זה המתגורר בפריפריה מטופל הרבה פחות. את זאת יש לשנות.

ד"ר אלון רשף, מנהל המרפאה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי העמק, עפולה

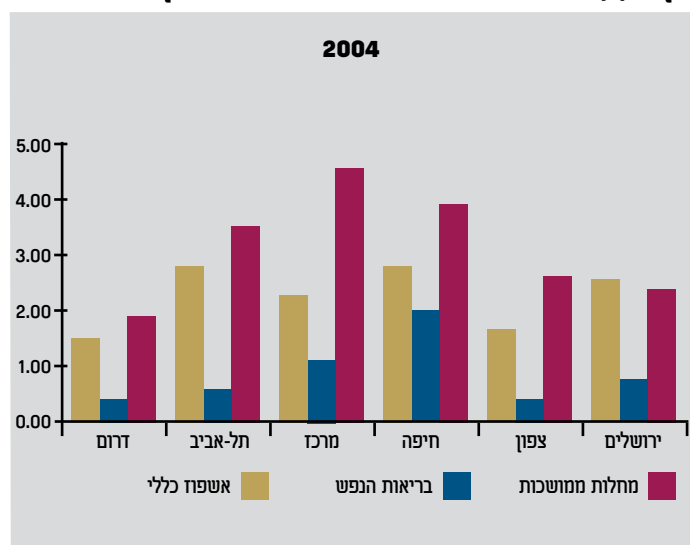
ברוגמה אחרת, ווילפרד ביון, שנחשב לאחד מאבות הטיפול הקבוצתי, נקלע במקרה לטיפול בקבוצות, כאנליטיקאי קלאסי. בזמן שירותו הצבאי כפסיכיאטר במלחמת העולם השנייה היה עליו לטפל במספר גדול של נפגעי נפש בבית החולים הצבאי נורת'פילד באנגליה. התובנות והתיאוריה החדשנית צמחו מתוך הניסיון להסתגל לחסר המשאבים בשני המקרים הללו.

האם ניתן להביט בסוגית אפליית הפריפריה מזווית אופטימית? אולי. ייתכן שדווקא החסר המובהק במשאבים למול ההרכב הדמוגרפי המורכב שבפריפריה יוכלו ליצור אלטרנטיבה. אולי כמה מהבעיות של הפסיכיאטריה המודרנית, שלא כאן המקום לדון בהן, יקבלו מענה יצירתי דווקא בפריפריה. האם אינטגרציה אמיתית בין תרבויות ובין גישות טיפול מסורתיות ומודרניות, המבטאות גישה מורכבת ורחבה יותר למהות האדם, תצמח דווקא בפריפריה? ימים יגידו.

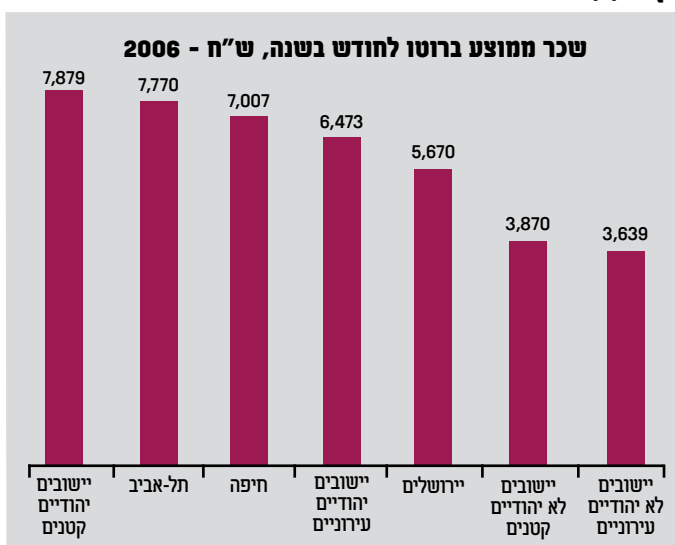
לסיכום, במאמר זה ניסיתי לתאר ולו חלק מתמונת המצב העולה מהנתונים הקשים ביחס לאי השוויון בין המרכז לפריפריה בארץ, בנוגע לבריאות הנפש. המאמר נכתב מתוך הצורך לתאר את פני הדברים ולבטא את התחושה הקשה

-(רשימה ביבליוגרפית).....
1. מתוך "בריאות בישראל", אתר משרד הבריאות. עודכן בשנת 2006
<http://www.health.gov.il/Download/pages/Facilities.pdf>
 2. אפשטיין לאון, 2008, אי שוויון בבריאות בישראל - בעיה מתרחבת המחייבת פעולה, (מצגת בפני ההתסתדרות הרפואית בישראל)
 3. ד"ר מכון טאוב 2006
http://www.taubcenter.org.il/hebrew/publications_list.asp
 4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הודעה לעיתונות 7.11.2005 - פרופיל בריאותי חברתי של הישובים בישראל 1998-2002
http://www.cbs.gov.il/hodaot2005n/05_05_243b.doc
http://www1.cbs.gov.il/www/publications/profil_ishuvim02/profil_ishuvim_h.htm

גרף 6 (1). מספר המיטות ל-1,000 נפש באזורי הארץ

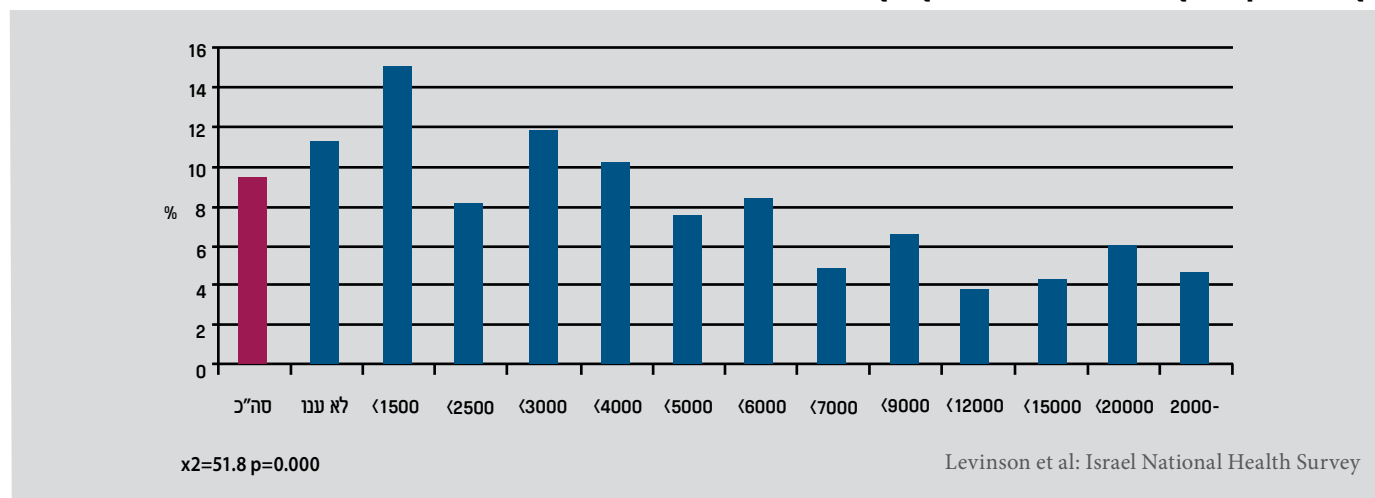


גרף 4 (3). השכר הממוצע ביישובים נבחרים



מקור: מרכז טאוב
נתונים: המוסד לביטוח לאומי - ממוצאי שכר והכנסה לפי ישוב 2006.

גרף 5 (2). הקשר בין שכיחות, חרדה או דיכאון ובין הכנסה חודשית



מערך בריאות הנפש בצה"ל - לאן?

סקירת עיקרי הפעילות של מערך בריאות הנפש בצה"ל,
תוך התייחסות לממד הקליני והסוציאלי ואתגרי העתיד



אל"ם ד"ר גד לובין

מעריך בריאות הנפש בצה"ל משתייך לחיל הרפואה. ייעודו משלב מתן טיפול מיטבי לחיילים הזקוקים לו במצבי רגיעה ולחימה, עיסוק נרחב בתחום המיון והשיכוך, הכשרת מפקדים בתחום מיומנויות הסיוע לפרט וייעוץ בתחומים אלה בזמן אמת. כל אלה מוגזמים עשייה מגוונת בהיבטים סוציאליים שונים, חלקם בטווח הנורמה. חלקים אלה מהווים בפועל, בשפה הרפואית, רפואה מניעתית בתחום בריאות הנפש ורפואה תעסוקתית בתחום בריאות הנפש. חשיבותן של אלה רבה באווירה רווית פוטנציאל דחק כשירות צבאי.

מימוש העיסוק בתחומים מגוונים אלה גרר תהליך מתמשך של בניית מערך רב מקצועי המורכב מעובדים סוציאליים קליניים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים. מערך זה נותן מענה לכלל יחידות הצבא, החל מלשכות הגיוס, בסיס הקליטה והמיון, בסיסי השירות וההדרכה, והמשך באגדות, בזרועות השונות ובמרפאות מרחביות.

מאמר זה יסקור את עיקרי הפעילות של המערך תוך התייחסות לממד הקליני והסוציאלי. כמשתמע מהכותרת, יודגשו אתגרי העתיד בכל אחד מתחומים משלימים אלה.

קשיי הסתגלות בטווח הנורמה ומחוצה לה

הפרעת הסתגלות לשירות צבאי מופיעה במקרים רבים ללא עבר המלמד על קיומה של הפרעה נפשית קודמת או נלווית. במידה רבה קשור הדבר למאפייני גיל שעיקרם גיבוש זהות בהיבטים ביו-פסיכו-סוציאליים וביסוס אוטונומיה בתוך המתח שבין תלות לעצמאות. אופיו של המאמץ הטיפולי, לכשזה נדרש, הוא בדרך כלל תמיכה. מרכיב חשוב בסיוע הוא גיוס המפקדים לתמיכה, הן כמקור השפעה פסיכולוגית רב עוצמה על החייל והן מתוקף יכולתם לעצב את אופי השירות בהווה, באמצעות בניית "סרגל מאמצים" אישי מתוך יותר למתקשים ואפשרות גיוס גורמי תמך טבעיים כמשפחה וחברים, תוך הפיכתם, גם אם באופן זמני, לזמינים יותר.

התערבות מסוג זה מלמדת על שני מאפיינים של פעילות המערך בצבא: הראשון, הוספת המפקד כקודקוד נוסף במשולש המוכר של מטופל, מטפל ומשפחה. השני, יכולתו של קצין בריאות נפש להשפיע על מכלול מרכיבים נרחב ביותר של גורמי רקע קיומיים לפרוץ מצב משברי (תנאי שירות, סוג המקצוע הצבאי של המטופל, רמת הריחוק מהמשפחה ומגורמי תמך טבעיים), נוסף על השפעת התהליך הטיפולי עצמו, "בתוך החדר".

מספר מרכיבים בעבודת קצין בריאות הנפש ימשיכו ויידרשו להעמקת יכולות בעתיד:

מיומנויות הסיוע הפסיכותרפויטי התמיכתי, פעילות ההכשרה וההעשרה של מפקדים (ובהתאמות נדרשות - גם של סגלי רפואה) ואיכויות קשר עם משפחות חיילים, בעידן שבו מרכיבים רבים בשירות הופכים לשקופים עבורן בזמן אמת (עידן ה-SMS והסלולר). ביטויים ארגוניים ראשונים של מגמות אלו ניכרים בהווה: פעילות הכשרת והעשרת קציני בריאות נפש צעירים וותיקים במתכונת שבועית קבועה המתוכננת על בסיס שנתי במטה ברה"ן, ובשנה האחרונה - תפקוד קציני בריאות נפש במשרה מלאה לטובת ייעוד הדרכתי עיקרי בבית הספר לקצינים ובבית הספר למקצועות שלישות, נוסף על מתכונת הפעלה דומה, ותיקה יותר, בבית הספר למ"כים (מפקדי כיתות), בבית הספר לרפואה צבאית ובבסיסי הדרכה נוספים.

הפרעות הקשורות לחשיפה לדחק (Stress Related Disorders)

הטיפול הפסיכותרפויטי מהווה נרדף בסיסי בתגובות הדחק החריפות והכרוניות. כידוע, השלמה של טיפול תרופתי ספציפי אינה זמינה כיום. השלמה זו ניתנת על בסיס סימפטומטי, לעתים אל מול התפתחות הפרעות נלוות כריכאון וחרדה, בעיקר בשלבים מאוחרים יחסית של התפתחות תסמונת פוסט-טראומטית. בחירת סוג טיפול פסיכותרפויטי המתאים למאפייניו של האדם הזקוק לו היא אתגר מקצועי מורכב. הספרות המקצועית הדנה בכך בולטת בדלותה, בין השאר עקב שיטות טיפול אשר מפתחיהן טוענים להצלחה ולהתאמה עבור רובם המכריע של הפונים, ללא תלות במבנה אישיותם, דרכי התמודדותם ואופיים המגוון של ציפיותיהם ממהלכו של הטיפול ומתוצאותיו. עמדת מחלקת ברה"ן, המנוסחת בקוד האתי של הקב"נים אשר הושק בתחילת השנה, מנוסחת כדלקמן: "שאיפה להתאים את סוגי הטיפול למאפייניו של הפרט ומגמה להרחיב ולגוון כלים טיפוליים שבידי המטפל".

האתגר המקצועי הנגזר מהאמור עד כאן הוא כפול: האחד, השגת יכולת מקצועית באיתור סוג טיפול מתאים למאפייני האדם הזקוק לסיוע, והעמקה וגיוון של היכולת המקצועית בשיטות טיפול שונות, על מנת לאפשר סיוע מקצועי מוכוון צרכים והתאמות פרטניות של אדם ספציפי.

מחקריה של כלת פרס ישראל, פרופ' זהבה סלומון, אשר אוששו הערכה קודמת בדבר יעילות הטיפול הקרמי בשלב הפגיעה החרף במהלך מלחמת שלום הגליל

1982², יושמו באירועי הלחימה שלאחריהם.

בשני האירועים המשמעותיים האחרונים (מלחמת לבנון השנייה ומבצע "עופרת יצוקה") הושם דגש על מתן סיוע ראשוני בסמיכות זמנים ובקריבה פיזית יחסית לאירועים. סיוע זה אפשר את חזרתם של כ-80 אחוז מהמטופלים לתפקוד ביחידותיהם, יותר ממחציתם לאותו תפקיד. בפועל, נחסכה מרובם המכריע גלישה למעגל של התפתחות סימפטומים חודרניים והימנעותיים ועימם נסיגה בהשתלבות חברתית ותפקודית המשכיים.³

נראה כי שימור יכולת מימוש גישה זו במתארי לחימה שונים, העלולים להיות מורכבים יותר, יהווה אתגר מערכתי ארגוני עתידי אשר ישלים את המאמץ המקצועי שתואר קודם.

מניעת התאבדויות

המאמץ למניעת התאבדויות מוגדר בפקודות הצבא כמשימה החונה באגף כוח אדם של צה"ל. זה מקיים קשר פעיל ורציף עם מטה מחלקת בריאות הנפש, המשמש לו בתחום זה שותף פעיל ויועץ מקצועי עיקרי.

דבר זה בא לידי ביטוי במעורבות סדורה בחקירת אירועי התאבדות, שהמשכם הפקת לקחים ותרגומם לפעילות. עיקרה של פעילות זו מוכוון לשיפור איכות הסיוע לפרט במובנו הכללי ביותר, ובדרך זו, בעקיפין, לצמצום הסיכון האובדני. חלקו הפעיל מוכוון ישירות למניעת התאבדות.

מכלול פעולות אלו מבוצע בשלושה מעגלים. מעגל המניעה הראשוני מתייחס לכלל חיילי צה"ל. ראשיתו במאמץ טיוב תהליכי המיון והשיבוץ טרום הגיוס. היקף הפעילות של קציני בריאות הנפש בלשכות הגיוס משמעותי ביותר. תכליתו כפולה: האחת, איתור מועמדים לשירות הסובלים מהפרעות נפשיות משמעותיות, בהקשר לשאלת כשירותם לשירות. השנייה, איתור אותם אשר אינם שייכים לקטגוריות פתולוגיות חמורות ואולם מאפייני אישיות וביטויים מוגבלים של הפרעות שונות או ביטויים תת קליניים הופך אותם מתאימים לשירות לא קרבי בלבד, החושף אותם לרמת דחק מופחתת. כך הוא מגדיר את כושרו של המועמד לשירות לתפקידים שונים על מנת למנוע נזק לאדם ולסביבתו כתוצאה משיבוץ לקוי.⁴ בעקיפין, נמנעים משברים נפשיים מושפעי שירות תוך צמצום סיכון אובדני.

במעגל המניעה הראשוני כלולים גם הכשרות והעשרות מפקדים ברמות השונות בתחומי הטיפול בפרט, ובכלל זה, איתור סימני מצוקה, הכרת סוגיית ההלך האובדני וההתייחסות הפיקודית הנדרשת. מעגל המניעה השני מתייחס לחיילים אשר אותור כסובלים מקשיי הסתגלות או מהפרעה נפשית. עיקר מעגל זה מתמצא בפעילות מערך קציני בריאות הנפש המסייע מדי יום להיקף משמעותי של חיילים בפעילות טיפולית אישית וביעוץ פרטני למפקדים (ולעתים לאנשי רפואה), בזמן אמת.

שיפור איכות הסיוע השניוני וחמינוני הן מילים נרדפות להעשרת ההכשרה של קציני בריאות הנפש במסגרת תכנית שנתית פנימית ובמסגרות אקדמיות, ולהרחבת היקף המטופלים. מרכיבים אלה זכו בשנה האחרונה לחיזוק נרחב ביותר בהיבטי תקינה, דבר המאפשר כבר בהווה השגת שיפור משמעותי של רמת הזמינות של מטפל לחייל העשוי להסתייע בו.

המעגל השלישוני הוא זה המתייחס למתן סיוע דחוף למי שהוערך פרטנית כבעל סיכון גבוה, בדרך כלל על בסיס הבעת תכנים אובדניים קונקרטיים, ביצוע פגע עצמי או כשנצפה שינוי התנהגות קיצוני. מצב זה גורר מימוש נוהל הרחקה מנשק, השגחה, ליווי לבריכת קצין בריאות נפש והתחלת מהלך טיפולי.

מרבית חללי ההתאבדויות בצה"ל לא טופלו על ידי קב"ן. יש המקישים מעובדה זו העדר רלוונטיות של המערך כבעל פוטנציאל מניעה מעשי וישיר. לשיטתם של הטוענים זאת, קהל היעד המקבל סיוע מקצועי אינו זה המצוי בסיכון. לעומתם סבורים אחרים, והכותב ביניהם, שהדבר מצביע על יעילות הסיוע הפרטני כמצמצם סיכון עבור הפונים או המופנים אליו. בקרב חלק מהלוחמים אכן קיימת רתיעה מפנייה לקבלת סיוע, בין השאר בשל הממד הסטיגמטי שלו. ברם, בראייה כללית של אוכלוסיית החיילים על גווניה הרבים ומנייתו גורמי

הסיכון הידועים, משתמע שהמחזיקים בעמדה הראשונה שמים ללעג ולקלס את עיקר הידע שנצבר בספרות המקצועית על קבוצות סיכון וגורמי מצב ורקע להתאבדות, וטוענים בעקיפין (וקרוב לוודאי שלא במודע) שחלק ניכר מהמידע שהצטבר בתחום זה הוא עורבא פרח.

תפיסת הרפואה הקהילתית בצה"ל

הטיפול של קצין בריאות נפש ברווחות ובמצבו הנפשי של מטופל ניתן באמצעות תהליכים פסיכותרפויטים. ואולם, כפי שצוין קודם, שירות צבאי מאופיין בקיום משלימים משמעותיים ביותר לאמצעי זה, שעיקרם הייעוץ למפקדים בזמן אמת, סמכות התאמת תנאי שירות ואופיו למצבו של החייל, והתאמתם למצב משתנה. כל אלה מציגים פוטנציאל השפעה רב עוצמה על מרכיבים רבים בהוויתו של המטופל, מגוון רחב מזה המצוי בידי מטפל אזרחי שעיקר עשייתו ממומש בתהליך הפסיכותרפויטי עצמו, על סוגיו, ובטיפול התרופתי. על מנת למצות ביעילות ובמדויק מגופי שינוי אלה, שואפת מערכת הברה"ן בצה"ל להרחיב ולהעמיק את שיטת ההפעלה המכונה בצבא "מענה אורגני ביחידות". כך חווה המטפל היכרות עמוקה עם אופי הפעילות של החיילים ועם מפקדיהם. הוא קונה את אמונם ברגיעה ובמצבי לחימה, ומתאפשרת קבלת החלטות על בסיס מידע רחב על מלוא משמעותיהן. הדבר מהווה את המקבילה הצבאית לתפיסת המענה הקהילתי. ככזה, הוא שונה מקבלת סיוע ממרפאות חוץ יחידתיות הנותנות שירות למסגרות המצויות במרחב גיאוגרפי מוגדר.

תיאור זה אינו שלם מבלי שיוצג בו מתח מובנה מול מתן שירות ברה"ן מוכוון תת-התמקצעות של מטופלים שונים בשיטות טיפול ובהפרעות ספציפיות. אלה, מטבע הדברים, חוצים יחידות, ואינם יכולים לשמר אופי אורגני קהילתי.

מאמץ להעמקת וחיזוק ביטויי שתי הגישות במקביל ילך ויעמיק בעתיד. האיוון המיטבי ביניהן הוא מתן מענה אורגני במצבים תת קליניים ובהפרעת הסתגלות, והפניה לקבלת סיוע ייחודי מחוץ ליחידה לסובלים מהפרעה קלינית מאובחנת, תוך ליווי קב"ן היחידה את התהליך (בדומה ליחסי רופא ראשוני ושניוני).

העדר רצייה כגורם לפרוץ הפרעות נפשיות ולא כביטוי לקיומן

מרכיב ה"רצייה" בהערכת מצב נפשי הוא כוח פנימי המפעיל את האדם. שיעורו תלוי בחלקו בטמפרמנט, המהווה בהגדרתו דפוס אישי קבוע, וחלקו האחר בסטטוס פיזי ונפשי תלוי זמן. כוח זה מודע ברובו ומצבי תשיות עלולים לפגוע בו. בתחום בריאות הנפש, ההתייחסות אליו מופיעה בדרך כלל בהקשר של הפרעה נפשית, כמרכיב אפשרי במכלול ביטויים התנהגותיים וסימפטומים אשר מודל האבחון המודרני מתכלל אותם כהפרעה. לדוגמה, רצייה ירודה היא ביטוי אפשרי לקיומה של הפרעה דכאונת או כביטוי לליקוי סכיזופרני. דינמיקה שלילית בה עלולה להיות עדות להחמרה בעוצמת ההפרעה.

למעט מאוד התייחסות זוכה רצייה ירודה כרקע להתפתחות עתידית של הפרעה. כיוון ששירות צבאי משפיע על מלוא מרכיבי חייו של חייל לאורך פרק זמן משמעותי, טבעי הדבר שעמדה שלילית כלפי עצם השירות או כלפי חלק ממאפייניו מייצרת התנהלות המאופיינת ברצייה שלילית חובקת כל, אשר בסיסה ערכי. לעתים היא מושפעת ממצב כלכלי או מנסיבות קיומיות אחרות. ברם, כאמור, קיומה אינו מהווה ביטוי של הפרעה נפשית. עוצמתה והעמקתה עלולות להיות רקע סיבתי להתפתחות סימפטומים אשר יענו בהמשך לקריטריונים של הפרעה נפשית.⁵ כפרפראזה לאמירתו של הפילוסוף נישטה – "אם יודע אדם מדוע, הוא יוכל לשאת כמעט כל איך", הרי שאם אדם אינו יודע מדוע, הוא יתקשה מאוד לשאת כמעט כל איך, בוודאי כאשר ה"איך" כה דורשני ומקיף, כשירות צבאי. בעידן שבו שיקולים הומאניים ממקמים במרכז את האינדיבידואל ומאוויו האישיים, מוגבלת עוד יותר יכולת הפעולה וההפעלה של סמכות חיצונית כצבא, שההודות עם מטרתו (במקרה של צה"ל, בפשטות, הגנה על הבית) קיימת לעתים בהקשר תיאורטי חיצוני בלבד. לא במקרה אימץ את אמרתו של נישטה הפסיכיאטר ויקטור

פרנקל, תוך שהוא מפתח רעיון זה כבסיס אקזיסטנציאליסטי להישרדות פיזית ונפשית, או לחלופין – חידלון, אפילו בהקשר של תנאי קיצון שחווה על בשרו מול אימי השואה.

בחרתי להעלות סוגיה זו בשל מרכזיותה בשגרת הפעילות של קצין בריאות הנפש בצה"ל. בעיתון זה הופיע מאמרו של ד"ר שי שלקס, פסיכולוג המתאר את חוויותיו כקב"ן ותיק בשירות מילואים, תוך שהוא מעמיק בניסיון התחקות אחרי שורשי הקשיים הנפשיים של הפונים אליו מבין המשרתים.

מבלי שאתימר לסכם את עיקרי דבריו המורכבים, בלט ממד אקזיסטנציאליסטי בחלק ניכר מהקשיים שתיאר: כמיהה לחופשות, זכויות מיוחדות, תורניות, מתח ביחסים עם מפקדים, קשיים משפחתיים². הגם שהשפה שבה נקט היתה דינאמית בעיקרה, מכאן, קצרה הדרך לחיבור בין ערכים, חירות, מוטיבציה, לבין התפתחות הפרעות נפשיות.

לדברים אלה זיקה חזקה להלך הרוח בציבוריות הישראלית. זו, ראוי שתיבחן מעת לעת על ידי נבחרי ציבור בחברה דמוקרטית ולא על ידי לובשי מדים. הלך רוח זה, על חזקתיו וחולשותיו, עוצב בחקיקה, בפסיקה, ובמסר חינוכי ותקשורתי.

שתי שאלות עומדות כאן על הפרק: האחת, האם מציאות נוכחית אכן מבטאת איזון מטיב בין שימור מאווי של הפרט, לבין צורכי הכלל (במקרה זה, המאמץ הנדרש לשמירה על עצם קיומנו). השנייה, האם מציאות זו תורמת לצמצום הסיכון של הופעת הפרעות ומשברים נפשיים או שמא היא תורמת לחווייה בסיסית של ניכור מהכלל, משבר זהות וריקנות המהווה מצע נוח להתפתחותם.

בעודי כותב שורות אלו, כמעשה שגרה, טלפן אלי איש ציבור מוכר ודיווח לי על חייל אשר "דורש להשתחרר מיידית משירות החובה ומאיים בהתאבדות". "כדאי שמשוהו ייקח עליו אחריות", אמר (כפי שאומרים כולם), "ולכן אני פונה אליך". הודיתי לו מאוד על עירנותו. אכן אבדוק את הסוגיה מיידית, כמתבקש. ואולם, נראה לטעמי נכון יותר שתכליתה של הפנייה וניסוח תוכנה יהיו בקשת התגייסות לטובת הערכת מצבו ומתן דחוף של סיוע מתאים, ולא דווקא "לקיחת אחריות", אגב הפקעה משתמעת של אחריות זו מהאדם עצמו. כיוון שאורח החיים על מדים מכון לשאיפה לפעולה, או לכל הפחות, כבמקרה זה, להעלאת הצעה שרוחה הוא מעש, אציע שתיקון נוסח כותרת "חוק יסוד כבוד האדם לחירותו", ל"חוק יסוד כבוד האדם, חירותו ואחריותו" ומתן ביטוי מעשי לרוח השינוי עשוי לתרום לעיצוב מציאות שבה נשמר גבול ברור וחד בהרבה בין שימור הגישה ההומאנית, אליה שואפים כולנו, לבין העמקת אחיזתם של מרכיבים אנרכיסטיים ואנטיסנטיים בחברה. זאת, למען רוחותו הנפשית של האדם ובה בעת לטובת כלל בני האדם המכונים "עם".

הגם שהזיקה בין הסוגיות המועלות בפרק זה לבין בריאות הנפש אינה ישירה, אציין שהלך הרוח הציבורי בתחומים אלה כעתיד, וביטוייו הקונקרטיים בחקיקה ובפסיקה, ישפיעו רבות על אופי הפעילות המקצועית של קציני בריאות הנפש. ניסוח נייר עמדה של איגוד הפסיכיאטרים, אשר הושלם לאחרונה ועוסק בסוגיות שונות הקשורות לטיפול באדם אובדני, נוגע בחלק מבין ההתמודדויות האתיות והמקצועיות שתוארו כאן, דבר המצביע על כך שאין העיסוק בכך חונה בצה"ל. ברם, הוא מוקצן מאד בצבא שכן השירות מביא לעתים לנקודת רתיחה, מתח בין פרט, על מאווי ורמת אחריותו על הכרעותיו, לבין הממסד. האם יקבלו אנשי מקצוע החלטות מוכוונות שיקולי ניהול סיכונים קליניים מקצועיים, או שמא אלו יתקבלו בעיקר על בסיס שיקולי ניהול סיכונים משפטי. שני אלה מקיימים אמנם מידה של חפיפה, ברם הם רחוקים מלהיות זהים ולעתים אף עלולים

..... (ורשימה ביבליוגרפית).....

1. בליץ א., המפגש הייחודי שבין הצעירה למסגרת הצבאית: משברי הסתגלות "נורמטיביים", אפיונים פסיכופתולוגיים וביטוי מצוקה. בטאון חיל הרפואה: 32, 10-12, 1990.
2. Solomon Z.: The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. American Journal of Psychiatry, 148, 493-496, 1996.
3. לובין ג., פציעות בלתי נראות – פעילות מערך בריאות הנפש של חיל הרפואה במבצע עופרת יצוקה. הרפואה הצבאית 2009, 115-118, 6, (JIMM).

להיות סותרים. בין הביטויים לגישות מתגוננות בפסיכיאטריה מול סיכון אובדני ניתן למנות: ברירת מטופלים (גלויה וסמויה); הטיות באבחון; אשפוז יתר; טיפול תרופתי עודף או חסר; ניהול מוטה של הטיפול (למשל, אי לקיחת סיכונים גם כשמתבקש לצורך שינוי ופריצת דרך בונה נוכח השימוש במסרים אובדניים); הטיות בתיעוד הרפואי. אין ספק שכל הפרקטיקות הללו הן בעלות פוטנציאל נזק משמעותי למטופל³.

מחקר

למסגרת הצבאית מספר תחומי עניין אשר העיסוק השוטף בהם, יחד עם המידע הרחב המצטבר על כלל החיילים למן שלבי המיון הראשוני ואילך, מייצר פוטנציאל נרחב לפעילות מחקרית בהיבטים אטיולוגיים, אפידמיולוגיים וטיפוליים. אלה כוללים הפרעות דחק (ובעיקר תגובת קרב חריפה ותסמונת פוסט-טראומטית), סכיזופרניה בדרגה על התפתחות פסיכזה ראשונה, ואובדנות (הערכת סיכון אובדני ומניעת התאבדויות).

בכל אחד מתחומים אלה מתקיים מחקר ענף אשר יש לקוות כי ילך ויעמיק, זאת בשיתוף עם חוקרים וכלים חיצוניים לצבא כאוניברסיטת תל אביב, המרכז הרפואי שיבא, המרכז הרפואי סוראסקי תל אביב ואחרים. תחום המחקר מתקיים גם על בסיס שיתופי פעולה בינלאומיים, במיוחד עם הצבא האמריקאי.

ראויה לציון הרגישות הגבוהה שיש לביצוע מחקר בחיילים, בהיותם נתונים תחת מרות, בין השאר, בכל הקשור להיבטים אתיים של הסכמה מדעת. העובדה כי חיל הרפואה נתון לעתים לביקורת ציבורית בסוגיה זו מחדדת מודעות קיימת ממילא לרגישות זו.

ייעודו של צה"ל גזר עיסוק פעיל ותובעני במשימות בעלות פוטנציאל התפתחות דחק נפשי. מטבע הדברים, גם ההתכוננות אליהם מצריכה ביצוע אימונים המהווים כשלעצמם אתגר משמעותי. הוויה זו גוזרת מאמץ מתמיד בהיבטי מניעה וטיפול בתגובות הסתגלות ודחק בטווח הנורמה ומחוצה לה. הובאה כאן גישת מערך בריאות הנפש לעיסוק בתחום, בהיבטים המקצועיים והארגוניים.

המצוין עד כאן ובנוסף, גיל המשרתים על מאפייניו המורכבים, זמינות הנשק והמחויבות של צה"ל ועם ישראל לרווחת חייליו, מהווים רקע למאמץ מניעת טרגדיות אובדנות. נדבכיה פורטו במאמר זה.

שירות החובה בצה"ל משמר מפגש מורכב בין המתגייס לבין מערכת תובענית במיוחד. היא מאתגרת שכבת גיל העסוקה בתהליך התפתחות טבעי של גיבוש זהות אישית, תוך השתייכות למסגרת כובלת המכתיבה סדר יום, כללי הופעה חיצונית ועוד. קונפליקטים פוטנציאליים בין האדם למערכת עלולים להפוך למוקצנים ולשכיחים, בין השאר, כביטוי לתהליכי עומק חברתיים המעצימים את האינדיבידואל ואת צרכיו האישיים. אלוה מגובים בחקיקה, בפסיקה, בתקשורת ובחינוך.

שימור שיווי המשקל העדין בין גישה ציבורית הומאנית זו לבין יכולת מימוש שירות החובה ומטרותיו הוא משימה אשר העיסוק בה ילך ויעמיק. מערכת בריאות הנפש בצה"ל, מטעמים אשר תוארו במאמר, מהווה ציר מרכזי בשימור שיווי משקל זה אל מול מציאות חברתית משתנה. המשתמע מהצורך בשימור שיווי המשקל הנ"ל אינו קבעון, כי אם בחינה מתמדת של המציאות וחידוש אחרי שינויים נדרשים, כמו גם הצפת משמעותיותם החיוביות והשליליות של שינויים אלה בפני הציבור ונבחרי.

אל"מ ד"ר גדי לובין, ראש מערך בריאות הנפש בצה"ל

4. קרן ש., המיון הנפשי לשירות בצה"ל. בטאון חיל הרפואה: 32, 13-14, 1990.

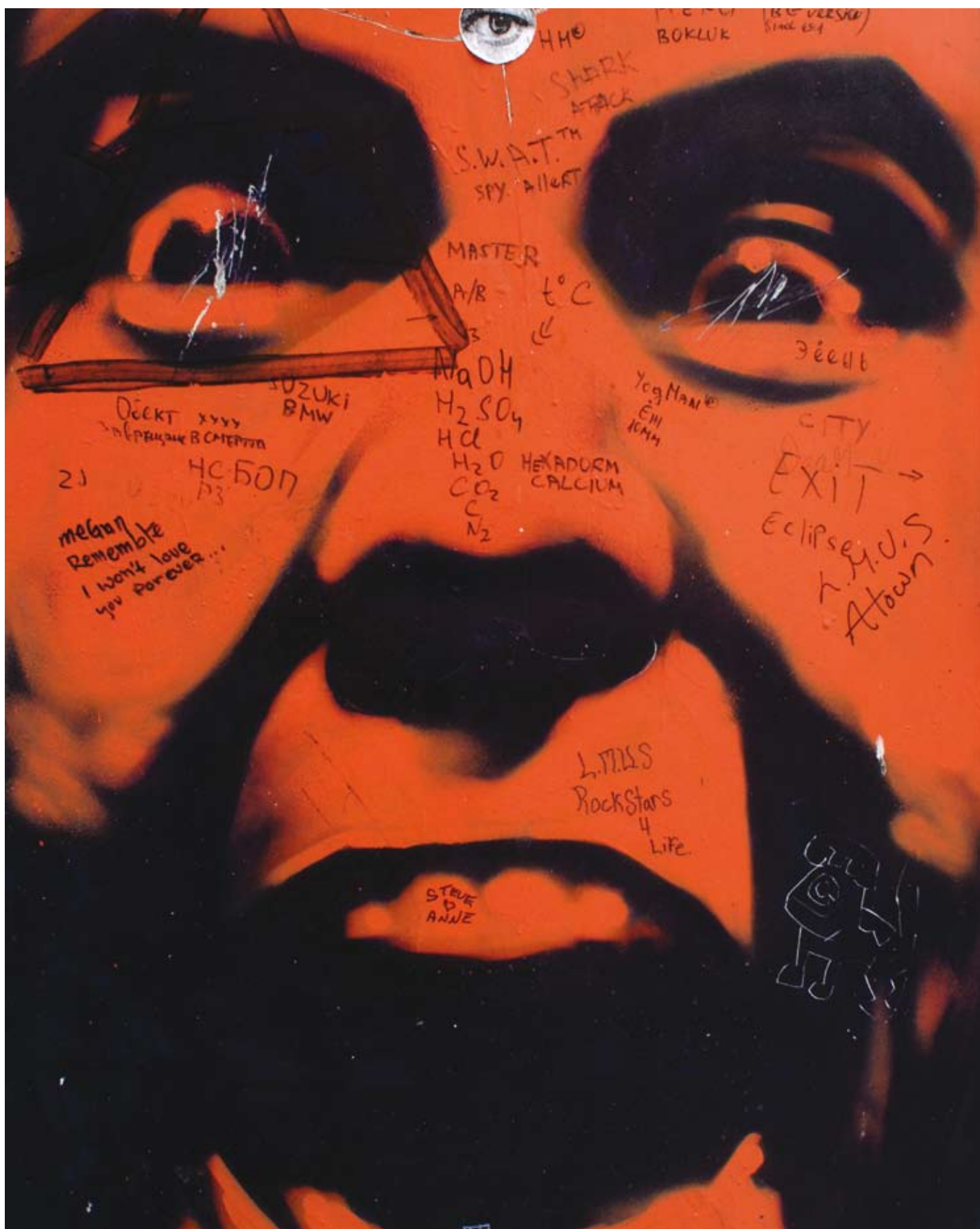
5. מוניץ ח., פסיכופתולוגיה. פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (ספר), 93, 1995.

6. לובין ג., השתמטות, מוטיבציה, הפרעות נפשיות ומה שביניהן. מערכות 424, 58-63, 2009.

7. שלקס ש., המפגש בין החייל לקצין בריאות הנפש, פסיכיאטריה 2009, 36-42, MEDICINE 11.

8. קפלן ז., נייר עמדה בנושא: הערכת הסיכון וגבולות האחריות – מול המטופל האובדני.

איגוד הפסיכיאטריה בישראל, ועדת ניירות העמדה, 2009.



הקול ומחלות נפש

ניגון הקול שאנו מייצרים הוא התנהגות מדידה. ככזו היא פותחת פתח לנסיגות להשתמש בקול כסמן ביולוגי אובייקטיבי למצב רגשי וייתכן שגם לפתולוגיה נפשית

ד"ר שירלי פורטוגי

השפה היא חלק מכריע בתקשורת החברתית של המין האנושי. דרווין תיאר בהרחבה את היתרון האבולוציוני הטמון בפיתוח היכולת להשתמש ברגש בהתנהגות חברתית, כולל יכולת הפרט להביע את עצמו מחד ולפענח את עמדתו, כולל היכולת לצפיית התנהגותו, של פרט אחר מאידך¹. הבעת התקשורת הרגשית אינה נחלת הקול בלבד והיא כוללת גם הבעות פנים, מחוות ידיים ועמדת גוף².

השפה המדוברת, המתבטאת דרך הקול, מורכבת מממדים רבים המשולבים זה בזה ומתייחסים למבנה (Pragmatics) ולמשמעות (Semantics). אחד ההיבטים של השפה המדוברת הוא ניגון הקול (Prosody).

פרוודי, האופן שבו מתנגן תוכן הדיבור, מוסיף לו מידע רב. הניגון יכול להוסיף מידע לשוני מוגדר (פרוודי לשוני) או מידע לגבי מצבו הנפשי של הדובר (פרוודי רגשי). לדוגמה, במשפט "כן, ון ואני הלכנו להצגה" יכול הפרוודי הלשוני להעביר מידע לגבי מספר האנשים שהלכו להצגה (שלושתנו או רק ון ואני) ואילו הפרוודי הרגשי עשוי להעביר מידע לגבי מידת ההנאה של הדובר מההצגה. במאמר זה אתייחס לפרוודי הרגשי בלבד.

כדי להעביר מידע קולי, אנו משתמשים בשתי מערכות, במערכת המייצרת את הקול (כולל ריאות, מיתרי קול, ואזור המוח ע"ש ברוקה באונה הבלתי דומיננטית) ובמערכת הקולטת אותו (כולל האוזן ואזור המוח ע"ש ורניקה באונה הבלתי דומיננטית). מערכות אלו נבדלות משמעותית בתכונותיהן אך משולבות היטב זו בזו. הידע האנטומי, לא כל שכן התפקודי, בנוגע לעיבוד המוחי של הפרוודי, אינו שלם. בחולי שבץ מוחי קיימים מצבים של הפרעה בייצור הפרוודי הרגשי, בעיקר עקב שבץ בהמיספרה בלתי דומיננטית, אולם קיימים מקרים שבהם שבץ באונה הדומיננטית גרם להפרעה דומה³.

ביטוי הרגש שאנו מייצרים כאותות אקוסטיים הוא תולדה של יחסי גומלין סבוכים בין תפקודים רגשיים, קוגניטיביים ופיזיולוגיים. בסופו של תהליך מתקבל ניגון שאותו ניתן לאפיין באופן אקוסטי תוך שימוש בשלוש קבוצות של משתנים: קבוצה ראשונה מתייחסת לעוצמת הקול (Loudness, Intensity) ונמדדת בדציבל, קבוצה שנייה מתייחסת לתדר (Pitch) ונמדדת בהרץ, וקבוצה שלישית מתייחסת לאורכי ההגייה (Utterance) וההפסקות בהגייה (Silence) ונמדדת בשניות.

ניגון הקול שאנו מייצרים הוא, אם כך, התנהגות מדידה. ככזו היא פותחת פתח לנסיגות להשתמש בקול כסמן ביולוגי אובייקטיבי (Biomarker) למצב רגשי וייתכן שגם לפתולוגיה נפשית. לאור ההתקדמות הטכנולוגית, ניתן לבצע את עיבוד הקול באופן ממוחשב.

קיימים הבדלים מהותיים באופן פענוח הקול בין האדם לבין המחשב. חקר אופן הפענוח הסובייקטיבי של הקול על ידי האדם מוגדר כתחום הפסיכו-אקוסטיקה. המחקר בתחום הגדיר הבדלים רבים בין התוצאות האובייקטיביות הממוחשבות לבין הפענוח הסובייקטיבי על ידי האדם. לדוגמה, האדם נוטה בתדרים מסוימים לפרש שינוי במשתנה התדר כשינוי במשתנה עוצמת הקול³. לתחום מדעי זה יישומים רבים בחיי היומיום. דוגמה לכך היא שיפור בניית תוכנות לאחסון מידע קולי תוך שימוש במידע הקיים על העיוותים בתפישה האנושית, כדי לחסוך במקום אחסון של מידע קולי במחשב, כגון תוכנת MP3.

אפיון ממוחשב של רגשות המתבטאים בניגון הקול הוא חלק מתחום המתפתח במהירות במדעי המחשב וקרוי Affective computing. תחום זה מתפתח כחלק מתהליך שיפור הממשק בין האדם למחשב ומיושם הן באופן זיהוי רגש אנושי על ידי המחשב והן בסימולציה של הבעת רגש אנושי על ידי המחשב. התקדמות רבה בתחום מקורה בהשלכות האפשרויות של טכנולוגיה זו בעולם העסקים. לדוגמה, פיתוח גלאי שקר וסמנים קוליים לזיהוי מידת שביעות רצון לקוחות במערכות טלפוניה ממוחשבות. דוגמה נוספת היא זיהוי עייפות ושחיקה בקרב צוותי אוויר. המידע הקולי הנמצא כיום בשימוש מחקרי לאפיון דפוסי הקול כולל הקלטות של חזרה על משפטים, קטעי קריאה, מונולוגים ודו שיח⁴.

אפיון של הרגשות המבוטאים בקול האנושי הוא חלק בלתי נפרד מהתקשורת החברתית בבני אדם. הרגשות המבוטאים בניגון הקול מחולקים באופן מסורתי לרגשות חיוביים (כגון הנאה), שליליים (כגון עצב וכעס) או נייטרליים (אין רגש מיוחד). ניתן לאפיין את הביטוי הרגשי לפי איכותו ועוצמתו.

תחום האפיון של מצב רגשי פתולוגי לפי מאפייני הקול הוא עדיין בחיתוליו. כיום קיים קושי רב להבדיל בין ניגון במצב רגשי פתולוגי לבין ניגון במצב רגשי נורמטיבי, הן באיכות והן בעוצמה. קיים מחקר בתחום הביטוי האקוסטי של פתולוגיה נפשית הן בהפרעות בציר 1 (כגון סכיזופרניה ודיכאון) והן בציר 2 (כגון הפרעת אישיות דיסוציאלית ואוטיזם). כמו כן קיים מחקר מקביל בדיסציפלינות נוירולוגיה, רפואי בעיסוק ורפואת אף-אוזן-גרון, בהפרעות גופניות כגון מחלת אלצהיימר, פרקינסון ושבץ, בהן התחלואה הפסיכיאטרית הנלווית גבוהה במיוחד. במאמר זה אתייחס להפרעות סכיזופרניה, דיכאון וחורדה בלבד.

אפיון ניגון הקול בסכיזופרניה

אפיון ניגון הקול במחלות נפש כחלק מהסתמנות הקלינית אינו מגמה חדשה. קרפליץ (1919) תיאר את השינוי בדפוסי ניגון הקול כחלק ממחלת דמנציה פרקוקס (המוגדרת כיום כמחלת הסכיזופרניה) בהתייחסו לקול כסוג של

תמונה 1. דגימות קול של משפט זהה הנאמר על ידי נבדק בריא (מימין) ועל ידי נבדק סכיזופרן (משמאל) באמצעות תוכנת PRAAT



ניגון הקול בדיכאון בשימוש נרחב בחיי היומיום, הוא אינו מופיע כמשתנה בפני עצמו בסולמות הדיכאון הקליני השכיחים בפסיכיאטריה, אלא בדרך כלל כחלק ממכלול החצנת הביטוי הרגשי, יחד עם משתנים כגון הבעת פנים ושפת גוף. אפיון חלקי זה מעכב את ההתקדמות בחקר הפרוודי בתחום הדיכאון.

גם בדיכאון, בדומה לסכיזופרניה, עיקר הממצאים מתייחסים להגיה קצרה יותר (Short Utterance) ולהפחתה בשיעור השתנות התדר (Pitch Variance)¹¹. אין מידע מבוסס בנוגע להבדל באפיון האקוסטי של ניגון קול בין סכיזופרניה לבין דיכאון. נהוג לשייך את ניגון הקול בדיכאון לסימנים הצמחיים (Vegetative) כגון הפרעות בשינה ובתיאבון, ובהתאם לתפישת זו להגיה שמהלך הדפוס בזמן דומה למהלך סימנים אלה. מצטבר מידע בתחום המכוון לכך שדפוס הקול הם בקורלציה לעוצמת הדיכאון¹². יתרה מכך, קיימים מחקרים המעידים על כך שהאפיון יכול להתבצע דרך הטלפון ללא צורך להביא את הנבדק למעבדה¹³. מכאן שיתכן שהניטור הקולי יפחית את הצורך בהגעת הנבדק למומחה כדי לנטר את השינויים במצבו הנפשי.

יש לציין שתהליך שני הפרוודי בלוקה בדיכאון הוא מהיר יותר מאשר בסכיזופרניה ונתון יותר להשפעה מיידית של גורמים חיצוניים כגון אירועים משמחים או מעציבים, היכולים לשנות באופן מיידי את דפוס ניגון הקול. לפיכך קשה יותר להשתמש בפרוודי לאפיון שני קליני המשכי בדיכאון. אפיון ניגון הקול בחרדה גם הוא נפוץ ביותר בחיי היומיום ואינו מצומצם למרחב הפסיכיאטרי קליני. אף על פי כן, כמעט שאינו מופיע בסקאלות הקליניות החרדה. המידע הנוכחי בתחום מועט ביותר ונדרש מחקר רב כדי לשפר את הבנת התחום.

לסיכום, תחום המחקר העוסק באפיון קולי של מצב רגשי ומחלות נפש נמצא עדיין בחיתוליו. מכיוון שמדובר בכלי מדידה אובייקטיבי שקל להשיג ולנתח, ייתכן שניתן יהיה להשתמש בו ככלי עזר קליני לאבחון ולניטור מהלך של מצב רגשי ומחלות נפש. נדרש מחקר רב בתחום כדי לבסס ולו את הידע הנראה לנו מובן מאליה בחיי היומיום.

שירלי פורטוגיז, MD, MHA, בית החולים מקליין, בוסטון, ארצות הברית

התנהגות⁴. ארגיש שהשינוי בפרוודי הוא רק אחד משינויי השפה הרבים המתועדים בסכיזופרניה. אחריו עמלו רבים לאפיין את שינויי השפה החלים בלוקים במחלה, כולל ניגון הקול⁵. קיימים ממצאים מבוססים המעידים על כך שהלוקים בסכיזופרניה פגועים הן ביכולת ליצר ניגון קול התואם את הרגש הנלווה באיכות ובעצמה והן ביכולת לפענח את הרגש של דובר אחר. יתרה מכך, נראה שביטויי רגשות שונים נפגעים במידה שונה במהלך המחלה⁶.

כבר בשנות ה-80 החלו אלפרט וחב' לאפיין דפוסים אקוסטיים של קול בלוקים בסכיזופרניה ומצאו שהם שונים משמעותית מדפוס נבדקים בריאים⁷. עיקר הממצאים בספרות מתייחסים להגיה קצרה יותר (Short Utterance) ולהפחתה בשיעור השתנות התדר (Pitch Variance)⁸. כיום נהוג לסווג את השינוי בניגון הקול כאחד מהסימנים השלייים במחלת הסכיזופרניה. סימנים שלייים הם אלה המשקפים ירידה בתפקודים שונים בהשוואה למצב טרום המחלה וכוללים את חמש קבוצות המשתנים אידשון (Apathetic), ירידה ברציה (A-motivation), ירידה ביכולת החברתית (A-socialistic), ירידה בביטוי הרגשי וירידה בדיבור (Alogia).

השאלון המקובל ביותר כיום למדידת סימנים שלייים הוא SANS Scale for the assessment of Negative Symptoms). בשאלון זה מתואר השינוי בדפוס הקול במהלך המחלה מתוך התייחסות לשתי קבוצות שונות של משתנים, קבוצה המתייחסת להשטחת ביטוי הרגש (Affect Blunting) וכאלה המתייחסים לדלות בדיבור (Alogia)⁹.

ייתכן שהשינויים בפרוודי קיימים רק בתת קבוצה של הלוקים בסכיזופרניה, בהתאמה לקיום הסימנים שלייים, ולא בכל הלוקים במחלה. כיום מקובל להגיה שתהליך שני הפרוודי בלוקה בסכיזופרניה הוא איטי מאוד, מתמשך לאורך שנים ובלתי הפיך¹⁰.

זיהוי ניגון הקול האופייני לדיכאון ולחרדה

זיהוי ניגון הקול האופייני לדיכאון הוא תופעה חברתית רוחת שאינה מצומצמת למרחב הקליניקה הפסיכיאטרית. די לנו לדמיין שיחה עם מכר בטלפון שבה ניכר באופן מיידי הלך רוחו העגום ללא קשר לתוכן דבריו. כיום לא ניתן להבדיל בין ניגון קול בדיכאון קליני לבין ניגון הקול בעצב נורמטיבי. למרות היות אופן

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

1. Darwin C. The expression of the emotions in man and animals. London: Murray, 1872. (Reprinted Chicago: University of Chicago Press, 1965).
2. Klaus R. Scherer, Expression of Emotion in Voice and Music, Journal of Voice Vol. 9, No. 3, pp. 235-248, 1995.
3. D W Robinson et al., "A re-determination of the equal-loudness relations for pure tones", Br. J. Appl. Phys. 7 (1956), pp.166-181
4. Emil Kraepelin. Dementia praecox and paraphrenia. Fascimile of 1919 Edition. Robert E. Kreiger Publishing Co., Inc., Huntington, N.Y., 1971
5. Covington MA, He C, Brown C, Naci L, McClain JT, Fjordbak BS, Semple J, Brown J. Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. Schizophr Res. Sep 1;77(1):85-98, 2005.
6. D Murphy, J Cutting, Prosodic comprehension and expression in schizophrenia Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1990;53:727-730
7. Alpert M, Shaw RJ, Pouget ER, Lim KO. A comparison of clinical ratings with vocal acoustic measures of flat affect and alogia. J Psychiatr Res. Sep-Oct; 36(5):347-53, 2002.

8. Hoekert M, Kahn RS, Pijnenborg M, Aleman A. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta- analysis. Schizophr Res. 2007 Nov;96(1-3):135-45.
9. Andreasen NC. The Scale for the assessment of negative symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. Br J Psychiatry Suppl. Nov;(7):49-58, 1989.
10. Kirkpatrick B, Fenton W., Carpenter WT, Marder SR. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. Schizophrenia Bulletin vol. 32:2, 214-219, 2006.
11. Michael Cannizzaro, Brian Harel, Nicole Reilly, Phillip Chappell, and Peter J. Snyder. Voice acoustical measurement of the severity of major depression. Brain and Cognition 56 (2004) 30-35.
12. Mundt JC, Snyder PJ, Cannizzaro MS, Chappie K, Geralt DS. Voice acoustic measures of depression severity and treatment response collected via interactive voice response (IVR) technology. Journal of Neurolinguistics 20, 50-64, 2007.