

פסיכיאטריה

MEDICINE

כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה | יוני-אוגוסט 2008 | גיליון מס' 8

A Publication of The MEDICAL Group



קוד Z

חקוּם של z-codes במערכת
האבחון בבריאות הנפש

להגן על החולים

נחיצותה של חקיקה
פסיכיאטרית ייחודית

שיקום ופסיכואנליזה

האם תיתכן הפריה הדדית
של שתי גישות סותרות



דבר העורך

מו"ל: פורום מדיה
מנכ"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן
עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ
עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

קוראים יקרים,

חלק ניכר מגיליון זה מוקדש למערכת האבחון של הפרק הפסיכיאטרי ב-ICD-10.

כאשר אנו דנים במערכת אבחון כלשהי, רצוי לזכור שמדובר במערכת פונקציונלית אשר יכולה להיבחן לפי הפונקציות הבאות:

מאפשרת טיפולים ספציפיים.

מאפשרת הערכה פרוגנוסטית.

גורמת לחשיבה בהירה יותר אצל המשתמש.

מאפשרת תקשורת בין עמיתים.

קיימת גמישות מערכתית המאפשרת שינוי תוך קליטת ידע חדש.

מובן שאין מערכת אבחון העונה בצורה יעילה לכל הנאמר לעיל. בפסיכיאטריה, הספציפיות הטיפולית נמוכה. גם בידע הפרוגנוסטי אנו נחלים הפתעות רבות, לפעמים לטוב ולפעמים לרע. לאחרונה ראינו שגם יכולת התקשורת בין עמיתים איננה יכולה להילקח כמובנת מאליה. הוויכוח על אחד הנספחים של שיטת הסימול ICD-10 Z code מלווה באי הבנות רבות, הכוללות הערכה נכונה של תפקידו של נספח זה, של חוסר ידע לגבי מהות הקונספט של אבחנה ובמיוחד הן מבליטות את הפער התפישתי בין אחדים מעמיתנו במקצועות הפארא-רפואיים בבריאות הנפש והרופאים שבינינו.

המחלוקת הנוכחית מדגימה לנו שלא השכלנו לפתח עבודת צוות עם הנחות יסוד משותפות. המצב הרצוי הוא שכל סקטור במערך בריאות הנפש יביא מעולמו שלו וייצור פסיפס שלם ועשיר יותר בעולמנו הטיפולי. האלטרנטיבה היא של מערכות אנטגוניסטיות הנלחמות ביניהן על תפישת עולמן ובעצם פוגעות ביכולת הטיפול הנאות בצוות הרב מקצועי. חבל שלפעמים הקצנת המחלוקת נעשית תוך שימוש בסיסמה של טובת החולה.

לאחרונה התרשמנו מבעיה נוספת והיא העובדה שיותר ויותר מופיעים תת מקצועות, מעין "מומחיות" ספציפיות מאוד. תת מקצועות אלה נוטים לייצר עולם אבחוני שונה ונפרד ובכך מצביעים על הסכנה של הפרדה והבדלה בעתיד. תהליך זה הוא אנטי-אינטגרטיבי ונוגד את רוח הפסיכיאטריה, הדוגלת בגישה הביוסוציוביולוגית שהיא גישה אינטגרטיבית בעיקרה.

יש צורך בדיון אמיתי לא באבחנות אלא במה שמאחוריהן.

בברכה,

פרופ' חנן מוניץ
יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש,
הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית

משתתפים: גיא כהן, אילאיל צין, רלה (אריאלה אורן), חנה שטרם כהן, ד"ר יעקב פולאקביץ, ד"ר דוד אלישע, פרופ' משה קוטלר, ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זלצמן, ד"ר רועי אלדור, ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, פרופ' חנוך ירושלמי, פרופ' דייוויד רועה, פרופ' אורן קפלן, ד"ר תאופיק קראקרה, ד"ר אנגילה רודיקה קראקרה

סמנכ"ל: רונית בואנו
מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור
מנהלת הפקה: מגי ליצ'ר

מחלקת כנסים: יעל קורח, תמר בקר
פורום מדיה בע"מ
רחוב הברזל 34 תל אביב
טל' רב-קווי. 03-7650500
פקס. 03-6493667
כתובת למשלוח דואר:
ת.ד. 53378 תל אביב 61534
אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכויות שמורות לפורום מדיה בע"מ
אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגוין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגוין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. התכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריות המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול הפרסום במגוין הנו באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פרטך, סלל כתובת,
לפקס: 03-6493667
טלח

חדשות ראשונות	6
האדם שמאחורי המחלה	8
מציאות אחרת לגמרי	
איכאיל צין	

מקומם של קודי Z במערך האבחון בבריאות הנפש

סימול וסיווג אבחנות	10
רלה אורן	
כך מצמצמים עלויות	12
חנה שטרם כהן	
הרפורמה בבריאות הנפש, קוד Z ומה שביניהם	16
ד"ר יעקב פולאקביץ, ד"ר דוד אלישע	
הדרך לחיזוק הסטיגמה על הפרעות נפשיות	18
פרופ' משה קוטלר	
נוזולוגיה התפתחותית	20
ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זלצמן	
ה-Z הזה הוא אני: השונה והייחודי באבחון ילדים ונוער	22
ד"ר רועי אלדור	

מאמרי מערכת

הצורך בחקיקה ייחודית בתחום הפסיכיאטריה בישראל	26
מגמות עכשוויות בחקיקה פסיכיאטרית ועל הקורה בתחום זה בישראל	
ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום	
שיקום ופסיכואנליזה	32
האם תיתכן הפריה הדדית בין הגישה השיקומית והגישה הפסיכואנליטית	
פרופ' חנוך ירושלמי, פרופ' דייוויד רועה	
היפנוזה ככלי טיפולי	40
היפנוזה ככלי טיפולי, כלי לתקשורת חיובית בין רופא והמטופל ולתוצאות טובות יותר למהליך הטיפול	
פרופ' אורן קפלן	
הרה בדיכאון	44
על הקושי באבחון והדילמות הטיפוליות שבהן נתקלים בזמן טיפול בדיכאון	
אישא ההרה	
ד"ר תאופיק קראקרה, ד"ר אנגילה רודיקה קראקרה	
מחקרים אחרונים	50
גיא כהן	



44



40



24

מרפאה אזורית ראשונה לילד ולמתבגר במגזר הערבי

המרפאה האזורית הראשונה לילד ולמתבגר במגזר הערבי נפתחה במע'אר, בגליל התחתון, ומהווה שלוחה של מרכז בריאות הנפש לילד ולמתבגר שבמרכז הרפואי זיו, בניהולה של ד"ר אילנה פרבשטיין. המרפאה תטפל בילדים מגיל לידה ועד גיל 18, בעלי קשיים או הפרעות נפשיות וכן תציע טיפול בהורים ולראשונה בישראל תופעל למעשה מרפאה שבה הצוות הרפואי דובר ערבית. פתיחת המרפאה התאפשרה במימון קרן רש"י וסיוע של משרד הבריאות, מרכז רפואי זיו ומועצת מע'אר.

בצוות המרפאה, בניהולו של ד"ר רסאם כנעאנה, פסיכיאטר מומחה, פועלות גם פסיכולוגיות קליניות, עובדות-סוציאליות קליניות ומרפאה באמנות, כולם אנשי מקצוע מקרב האוכלוסיה הערבית בגליל. צוות המרפאה טיפל בתקופת ההרצה ב-130 ילדים, כאשר הטיפול כלל אבחון ומעקב פסיכיאטרי, אבחון וטיפול פסיכולוגי. בשנת 2008 מתוכנן טיפול ב-200 ילדים ומתבגרים והפעלת שתי קבוצות טיפוליות. במהלך השנה הקרובה מתוכננים טיפול בילדים נפגעי התעללות מינית ותכנית יישובית לגיל הרך בשיתוף המועצה המקומית מע'אר, קרן רש"י ומשרד הבריאות.

ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי זיו, אמר כי למגזר הערבי יש נגישות נמוכה לשירותי בריאות הנפש, המרפאה החדשה פותחת שירות שלא היה קיים לאוכלוסיה זו וזוהי תרומה חשובה לצמצום הפערים בקבלת שירותי הבריאות לקהילה שבה מטפל בית החולים. עוד אמר אמבון כי הפריפריה שהמרפאה משרתת כוללת כ-200 אלף תושבים, מתוכם כ-50 אחוז ערבים, כאשר אוכלוסיית היעד של המרפאה מונה 2.5 אחוזים מאוכלוסיית הילדים הכללית מהמגזר הערבי בגליל המרכזי והעליון, כולל צפון רמת הגולן.

ממחקר שנערך ב-1999 (סבירסקי, כנעאנה ואבגר) עולה כי 97 אחוז מהפונים לתחנות לבריאות הנפש הם יהודים ורק שלושה אחוזים הם מהמגזר הערבי. ד"ר כנעאנה, שהיה שותף למחקר זה, אומר: "נראה שאחד ההסברים האפשריים להבדלים במידת הניצול של שירותי בריאות הנפש הוא מידת הזמינות והנגישות שלהם. נראה שגם שפתם ותרבותם של ספקי השירותים, שהם ברובם יהודים, מקשות על הנגישות".

ד"ר אילנה פרבשטיין אומרת כי בסקר שנערך בשנים 2004-2005 על ידי ד"ר איבון מנסבך-קליינפלד וד"ר דפנה לוינסון ממשרד הבריאות, בשיתוף עם מרכז שניידר והמרכז הרפואי זיו בצפת, שבו השתתפו 957 בני נוער בני 14 עד 17 והוריהם, נבדקה שיחות ההפרעות הפסיכיאטריות בקרב נוער במגזר היהודי והערבי והשימוש בשירותי הבריאות בנושא זה. מהסקר עולה כי 11.7 אחוז מבני הנוער בישראל סובלים מהפרעה נפשית כלשהי: דיכאון, הפרעות קשב וריכוז, חרדה ופוביות שונות, אך רק שליש מבני הנוער שחשו מצוקה נפשית פנו לקבלת עזרה.

מתוצאות הסקר עלה כי מקרב קבוצת בני הנוער שאובחנו כסובלים מהפרעה נפשית כלשהי, פנו לעזרה 43 אחוז מהמתבגרים, לעומת חמישית מהמתבגרים בקרב אלה שלא סובלים מהפרעות נפשיות. כמעט 40 אחוז מהוריהם של מתבגרים שאובחנו כסובלים מהפרעה נפשית כלשהי דיווחו

שפנו לקבלת עזרה בשנה האחרונה, לעומת עשירית מההורים למתבגרים "בריאם". עוד נמצא בסקר כי 22 אחוז מהמתבגרים בישראל פנו לקבלת עזרה למצוקתם מגורמים בבית הספר. 11 אחוז מההורים למתבגרים פנו לקבלת עזרה מקצועית, כאשר במגזר הערבי רק אחוז אחד מההורים פנו לקבלת עזרה.

לדברי ד"ר פרבשטיין, השוני באחוזים בפנייה לסיוע פסיכולוגי נובע מרמת המודעות לאפשרויות הקיימת לסיוע וטיפול, שנמוכה יותר בקרב האוכלוסיה הערבית ולכן כה חשובה פתיחת המרפאה לקידום המודעות לטיפולים הפסיכיאטריים והפסיכולוגיים בקרב המגזר הערבי, שבו מתקיימת חברה סגורה ופטריאכלית, שאינה נוטה להסתייע בשירותי בריאות בנושאים הנפשיים. עוד אומרת פרבשטיין כי המעבר במגזר הערבי מחברה מסורתית וסגורה לחברה בעלת מנהגים מערביים בקרב הצעירים בקהילה יוצר קונפליקטים גדולים בתוך המשפחה וכן בעיות ודילמות נפשיות בקרב בני הנוער.

מרכז סיוע חדש למימוש זכויות בשיבא

במרכז הרפואי ע"ש שיבא נפתח לא מכבר מרכז סיוע לציבור למימוש הזכויות, על פי חוק בריאות ממלכתית וחוק זכויות החולה. המרכז מעניק ייעוץ וליווי רפואי ומשפטי לכל דורש, לצורך קבלת הטיפול הרפואי המיטבי המוקנה לכל אזרח על פי חוק.

המרכז מאושר על ידי אנשי משפט ועובדים סוציאליים, המעניקים ייעוץ וליווי אישי לכל פונה המבקש לממש את זכויותיו, כפי שהן מוקנות לאזרחים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתית, חוק זכויות החולה ונהלי משרד הבריאות. השירות החדש ניתן ללא תשלום.

מרפאה לאבחון הפרעות קשב וריכוז ברמב"ם

במסגרת היחידה לנירולוגיה קוגניטיבית ברמב"ם, בהנהלתה של פרופ' יהודית אהרון-פרץ, נפתחה מרפאה לאבחון וטיפול בהפרעות קשב וריכוז, ADHD, במבוגרים. שילוב רופאים ופסיכולוגים ביחידה מאפשר ראייה כללית רחבה של הנבדק ואפשרויות לאבחון והמלצות, הן בתחום הלימודי והן במתן טיפול רפואי מתאים. על המרפאה אחראית ד"ר רחל בן חיון, רופאה בכירה ביחידה לנירולוגיה קוגניטיבית.

רבע מהילדים שעברו התעללות מינית ינסו להתאבד

רבע מהילדים ומבני הנוער שעברו התעללות מינית צפויים לנסות להתאבד בשלב כלשהו בהמשך חייהם, ולא רק: 97 אחוז מהילדים שעברו התעללות מינית נזקקים לטיפול פסיכולוגי. 58 אחוז נוטשים את המסגרת הביתית ושישה אחוזים מנסים "לברוח" מהמצביות על ידי שימוש בסמים.

נתונים מדאיגים אלה הוצגו במהלך כנס רב מקצועי ראשון מסוגו שעסק בנושא התעללות מינית בילדים. הכנס נערך ביזומת המכון להתפתחות הילד והמחלקה לכירורגיה ילדים של בית החולים לגליל המערבי נהריה,

יעמוד בקשר ישיר מול המשטרה כדי שהחקירה הראשונית תתנהל בבית החולים ולא תצריך את הנפגעים להגיע לתחנת המשטרה. גורמי קהילה הביעו תמיכה ברעיון ואמרו כי בגליל המערבי, שבה מתגוררת אוכלוסייה של חצי מיליון תושבים, יש צורך אמיתי בהקמת מרכז ייחודי שכזה, אשר ייתן מענה לנפגעי תקיפות מיניות.

ללמוד מבעלי ניסיון

"תרמילאים בפסיכזזה ראשונה עקב סמים" היה נושא ההשתלמות שהתקיימה לאחרונה לעובדי המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, בהנחיית חיליק מגנוס, מנהל היחידה לאיתור וחילוץ נעדרים בחו"ל. מגנוס, שהתבקש להתמקד בסיוע והחזרתם ארצה של תרמילאים עם פסיכזזה, הסביר כי מרבית התרמילאים הצעירים משתמשים בסמים וחיים בתרבות של סמים, מרבית הפגיעות הן משימוש יומיומי בגראס שנחשב אצל רבים לסם "קל" וכי יש שני סוגים של נפגעים פסיכויים מהסמים:

א. הנפגע הפסיכויי השקט, אשר כתוצאה משימוש ממושך בסמים, אישיותו משתנה והוא הופך לפסיכי. לעתים, עקב זמניות בלתי רגילה לסמים ומתוך תמימות, משהו כזה רוכש כמה מנות סם לעצמו ולחבריו וקורה שעוצרים אותו כסוחר סמים כדי לסחוט כספים ממנו וממשפחתו.

ב. נפגע פסיכויי במצב סוער.

מגנוס סיפר כי במשך השנים נדרשו הוא וצוותו להביא ארצה נפגעי סמים פסיכויים רבים. הם למדו איך להתנהל מול אדם פסיכויי במצב סוער שלא הגיע עדיין לבית חולים, להרגיע אותו, לחבק אותו ולתמוך בו כדי להגיע למצב המאפשר להעלותו על מטוס ולהחזירו ארצה לאבחון ושיקום.

מגנוס הוסיף כי צוותו הקים קבוצות תמיכה להורי הצעירים הללו, שצריכים להתמודד עם מצב טראומתי עבורם, כאשר ילדם המוצלח, שיצא שמח לדרום, חוזר אדם אחר, שיש לטפל ולתמוך בו.

ד"ר אלכסנדר גרינשפון, מנהל המרכז, אמר כי אכן מעוררת התפעלות יכולתם של אנשים שאינם פסיכיאטרים, להרגיע תרמילאים צעירים בפסיכזזה ולהגיע איתם למצב המאפשר להטיסם ארצה. רצוי, אמר גרינשפון, ללמוד את דרך התנהלותם, שיכולה לסייע בטיפול בחלק מהאנשים בהתקף פסיכויי.

ד"ר צביקה קירש, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, אמר כי אנו עדים לתופעה הנרחבת של צעירים אחרי צבא שנוסעים למזרח הרחוק או לדרום אמריקה, כשחלקם נחשפים לראשונה לתרבות של סמים עם "לגיטימציה" לעשן, כאשר חשיש וגראס נחשבים לסמים קלים. מדובר באנשים נורמטיביים שרוצים "להתפרק", אך ללא כל מודעות לנזק שעלול להיגרם להם בעקבות שימוש בסמים. עישון מסיבי עלול לגרום להתפרצות של מצבים פסיכויים קשים ומסוכנים. חלקם עובר פסיכזזה קצרה וחוזר לתפקד כרגיל, אך אצל כאחוז אחד מהם הסמים מהווים טריגר לפסיכזזה שהופכת למחלת נפש. ד"ר קירש הדגיש שחשוב מאוד להעלות את רמת המודעות של התרמילאים הצעירים לסכנות הסמים ולהבהיר להם שכולם חשופים לסכנות אלו ואין לדעת מי ייפגע.

בזיזמת שני רופאים מבית החולים נהריה - ד"ר נעמי סופר-גרסון, מנהלת המכון להתפתחות הילד, ד"ר אלון יולביץ', כירורג ילדים בכיר במחלקה לכירורגיית ילדים, וד"ר נסיה לנג-פרנקו, רופאת נשים בכירה ואחראית המרכז לטיפול בנפגעי תקיפה מינית במרכז הרפואי פוריה. בכנס השתתפו אנשי רפואה וכן נציגי שירותי סיעוד ורווחה, משטרה ושירות בתי הסוהר, פרקליטות מחוז צפון, מומחי טיפול בנפגעי טראומה ועוד.

במהלך הכנס הוצגו, בין השאר, סוגי המחלות המועברות במגע מיני, וכן נתונים עדכניים - תוצאות מחקרים שונים שהתקיימו בשנה האחרונה, ולפיהן 75 אחוז מהילדים שעברו התעללות מינית הן ילדות עד גיל עשר; 85 אחוז מהמקרים היו אירועים חוזרים; ב-90 אחוזים מהמקרים הילדות הכירו את התוקף; 22 אחוז הם ילדים הסובלים ממוגבלויות. כמו כן, הוצג פילוח לפי אזורי הצפון: בגליל העליון הוא האזור בו מתרחשות הכי הרבה תקיפות מיניות בילדים - 21 אחוז. בגליל התחתון - 18 אחוז, באזור נצרת, עפולה, כרמיאל, עמק הירדן ובית שאן - 13 אחוז ובגליל המערבי - 11 אחוז. עוד עולה, כי רוב הקורבנות אינם מגישים תלונה במשטרה או שיחכו שנים רבות לאחר המקרה עד שסיפרו זאת לאדם קרוב.

מטרת הכנס היתה לקדם הקמת חדרי קליטה ייעודיים לנפגעי תקיפות מיניות בבתי החולים. "הטיפול בנפגעי התעללות מינית, בעיקר כשמדובר בילדים וילדות, דורש התייחסות מיוחדת: רפואית, פסיכולוגית, סוציאלית ומשפטית", אומר מנהל בית החולים נהריה, ד"ר מסעד ברהום. "אנו בבית החולים נהריה תומכים בכל ליבנו ברעיון ומתכוונים ליישם את התכנית".

על פי התכנית, יוקם בבית החולים נהריה חדר ידידותי, שיהיה נפרד מחדר המיון הרגיל ויכלול צוות תמיכה ברמקצועי: רופאת נשים, עובדת סוציאלית, פסיכולוגית, צוות מעבדות ומתנדבות, בעלי הכשרה ספציפית בבדיקה ובתיעוד פגיעה מינית. חדר הבדיקה יהיה מצויד במכשור רפואי הולם, ובנוסף יינתן בו טיפול למניעת מחלות מידבקות והריון ויתבצע תיעוד ודיגום עבור ההליך הפלילי הנדרש. הצוות



מצויאות אחרת לגמרי

באשפוז עקב מחלה נפש נכפים לעתים כללים, חוקים ועוונשים שאינם תמיד הכרחיים לטיפול במצב הנפשי שבו שרוי האדם החולה ואינם תורמים להחלמתו. אילאיל צין מעידה על חוויות האשפוז הקשות שעברה ומבקשת להפוך את בית החולים הפסיכיאטרי למקום נעים המכבד את באיו

אילאיל צין

חמש פעמים במהלך האשפוז כולו. אני טוענת שהוא לא היה ידע מה מתרחש עימי. אני רוצה לקוות שהוא היה מעורב בטיפול בי, אך את המידע עלי ועל מצבי קיבל רק מצד שני ושלישי, לא מפי. נראה כי דווקא במקום שבו הטיפול באדם החולה נסמך במידה רבה על תיאוריו שלו את תחושותיו ועולמו, יש מקום לפגוש את האדם המאושפז באופן אישי פעמים רבות יותר.

בעיה אחרת היא בגישה למטופל. הטיפול בי לתחושותי היה לא כבאדם חולה אלא כבאדם מתחלה. לדוגמה, "ריפוי בעיסוק", המקובל כל כך בבתי חולים פסיכיאטריים ומוצג במתכונת דומה בכל בתי החולים. מטרת הריפוי בעיסוק, כפי שתוארה בפני, היא "להחזיר אותי לגורמליזציה", אולם אין בין יצירת חפצי אמנות קטנים או ביצוע משימות צבירה, גזירה והדבקה ברמת גן חובה לבין גורמליזציה דבר. הגורמליזציה בחיי ועולם העבודה והעיסוקים שלי כלל אינם נשכרים כתוצאה מפתוח מיומנויות אלו.

יש מקומות שבהם אפשר במסגרת ה"ריפוי בעיסוק" לגלוש באינטרנט. מכר שלי, שביקש לקרוא במסגרת כזאת חומר לגבי מחלת הנפש שבה אוכחן (סכיופריניה), הורחק מהמחשב על ידי צוות המחלקה על מנת שלא יוכל להגיע למידע הרלבנטי, כדי ש"לא ייכנס לדיכאון".

לאחר שחרורך משם. באשפוז עקב מחלה נפש נכפים לעתים חוקים וכללים שאינם תמיד הכרחיים לטיפול במצב הנפשי שבו שרוי האדם החולה. במקומות רבים, החוקים כוללים איסור על שתיית קפה במחלקות מסוימות (מחלקות סגורות, בעיקר) או התרת שתיית קפה בהגבלות חמורות מאוד. כלל נוסף מגביל עישון סיגריות לסיגריה אחת בשעה. לא ראיתי אז ואני רואה היום היגיון בכללים מוזרים אלה. לפי מה שנעניתי, האיסור נועד על מנת שלא לגרום לאנשים להיות ערניים מדי. כאשר מטפלים באנשים בתרופות סדטיביות בעלות השפעה כל כך חזקה, לא נראה לי כי הגבלת העישון משרתת את המטרה - להפוך אדם לרגוע יותר, ומנסינוי כמעט כבדה לשעבר, הדבר רק משפיע בכיוון ההפוך. כנ"ל לגבי שתיית קפה. מכל מקום, אין בכללים אלה, כמו בכללים נוספים הקשורים באשפוז הפסיכיאטרי, התייחסות לאינדיבידואל המתאשפז או לייחודיות שלו כאדם. להפך, כללים אלה מחזקים אצל האדם המאושפז את תחושת יחסי המרות מצד בית החולים.

סוגיה אחרת נוגעת למפגש עם הרופאים. בניגוד לאשפוז בבית חולים כללי, את הרופא עצמו פוגשים רק מספר קטן מאוד של פעמים במהלך האשפוז. אני זוכרת את עצמי, באשפוז שארך כמעט שנה, פוגשת את הפסיכיאטר ארבע או

משנכנס אדם בין כתליו של בית החולים הפסיכיאטרי, לרוב ישוב וייכנס באותו המקום פעמים רבות. בפעם הראשונה, עדיין לא ידעתי את זה. הייתי עסוקה, ניסיתי להבין את כלליו וחוקיו של המקום אשר בשערי נכנסתי ולא ידעתי שאשוב ואכנס. בפעם הראשונה חשבתי שזהו ניסיון חד פעמי, שאטבול את רגלי במים הקרים, אמשוך אותה מיד ואלמד להיזהר. בפעם הראשונה, באשפוז הראשון, השבר היה גדול. היה עלי להתרגל לחוקים אחרים, למציאות אחרת לגמרי, שקיימת ולא הרחק מהמציאות שבה חייתי עד כה, לפחות ברמה הגיאוגרפית.

אדם המגיע לבית החולים פסיכיאטרי ימשיך ויהיה "חולה" כל חייו. אם יבחר בגורל אחר, יהיה עליו להיאבק קשות על מנת להוכיח שיש ביכולתו להחלים. אך האמונה ביכולתו של האדם להחלים אינה בהכרח באה לידי ביטוי אצל אנשי הצוות בבית החולים הפסיכיאטרי. גם באשפוז בבית חולים רגיל יש להיערך למערכת חדשה של חוקים וכללים: מעירים אותך מוקדם בבוקר על מנת למדוד חום, הארוחות מוגשות בשעות מסוימות וביקור הרופאים נערך בשעה יעודה, אך עדיין, מרבית הסיכויים שחיך לא יסבו סביב מקום זה לשארית חיך. אתה צריך לקבל את חוקי בית החולים אך הם לא בהכרח ישפיעו על חיך



ההזדמנות פוספסה כיוון שהרי כאן היה מקום נהדר להעצמה ולמתן מקום עבורו לקחת אחריות על מחלתו תוך הבנה מהי, אולי תוך כרי הסבר מושכל לגבי המידע הניתן באינטרנט.

דוגמה אחרת היתה כאשר ניתנה לי תרופה חדשה או כאשר מינון התרופה שנשלתי שונה וביקשתי מצוות המחלקה לקרוא את העלון המצורף לתרופה. בקשתי סודרה ומעולם לא הסכימו לתת לי לקרוא את העלון הזה. לא ברורה לי מהותה של הגבלה זו, מאחר שבקשה כזאת מהווה צעד חיובי - לקיחת אחריות על השימוש בתרופות תוך כדי הבנה מהן, מהי דרך פעולתן והחשוב מכל עבורי - מהן תופעות הלוואי הצפויות לי. אם הרופא היה משוחח עימי קודם לנשילת התרופה ואומר לי מהן תופעות הלוואי האפשריות, היה לי קל יותר להתמודד איתן, אבל כאשר לא ידעתי שתופעות מסוימות הן תופעות לוואי, תחושותי הקשה רק התגברו. זוהי תחושה איומה, שגופי יוצא משליטתי ואין לי מושג למה או איך באפשרותי להקל על עצמי.

בבתי חולים רבים הכוללים מחלקה סגורה משמשת השמות במחלקה זו כעונש, פשוטו כמשמעו, עבור חולים ש"סרחו". לדוגמה, אדם שברח ממחלקה פתוחה בבתי החולים, או השתמש לרעה באלכוהול, יוכנס למחלקה סגורה למספר שעות. מדובר במעין נוהל קבוע במערכת הכללים של בית החולים וברוב המקרים לא נערכת בדיקה אם אכן יש צורך לכלוא אדם במחלקה סגורה. כשאדם מוענש בצורה כזו, המטרה היא "לחנך" אותו והגישה והיחס כלפיו אינם כאל אדם בוגר אלא כאל ילד פרוע שנוקטים מולו בצעד מחנך. מיותר לציין כי כאשר אדם בורח מבית חולים כללי, לא מפעילים נגדו סנקציות דומות.

ענישה נוספת שבה משתמשים בבתי חולים פסיכיאטריים היא הגבלה פיזית של החולה על ידי קשירה. מדובר באחת החוויות המשפילות ביותר שעברתי מעודי: קשורה בארבע גפי, אור דולק מעלי כל הזמן וחלון בדלת מאפשר לכל אדם העובר בסביבה לראותי במצב משפיל זה. גילויי יחס כזה כלפי בעלי חיים יזכו במדינת ישראל לכותרות בעיתונים ולהפגנת הארגונים לזכויות בעלי חיים. כאשר ניסיתי לשוחח על הנושא עם חברותי העובדות בבתי חולים פסיכיאטריים שונים, נדהמתי לגלות כי הן תופשות את האקט אחרת ולדבריהן, הקשירה נעשית רק כצעד אחרון ובמקרים נדירים. מנסינו, אנשים נקשרו גם במצבים שבהם לא היה צורך בכך על פי החוקים הרלוונטיים. זכורים לי בחורה שסירבה להתקלח ועקב כך נקשרה ואדם אשר עשה את צרכיו בפרהסיה והוענש בקשירה. איני טוענת שמעשים אלה הם חסרי חשיבות, אך קיים פער גדול בינם לבין היכולת של צוות המחלקה לשלול את חירותו של אדם בצורה כל כך קיצונית. הרי

תרגום ספרים מצרפתית עתיקה לעברית. הקשר במקרה זה היה הרבה יותר מאשר של חולת נפש-אחות פסיכיאטרית. היה זה דו שיח אמיתי ומכבד בין שני אנשים שחולקים תחומי עניין משותפים. זכורה לי גם הפסיכיאטרית שלי, שכאשר לא עמדתי בעומס הלימודים לתואר השני, עודדה אותי, חזרה ואמרה לי: "המשיכי לנסות. אם השנה לא תצליחי, נסי שוב בשנה הבאה. אני מאמינה שאת יכולה ומסוגלת לעשות את זה". אני רואה בתמיכתה זו חלק משמעותי מהעובדה שהיום אני עומדת לסיים את לימודי התואר השני.

לסיכום, לאנשי הצוות בבתי החולים הפסיכיאטריים יש השפעה רבה ומשמעותית על האדם החולה בתחילת דרכו, ולכן יעשו טוב אם יוכלו להשתמש בכוחם זה על מנת להפוך את חוויות האשפוז לחוויה מיטיבה ולא לקשה ומשפילה, כפי שחשתי אני לא מעט פעמים. בתי החולים הפסיכיאטריים אינם מקום נעים ואיש אינו רוצה להיות מאושפז בהם אלא אם כן יש לו צורך חריף בכך. יש מקום להפוך אותם למקום נעים יותר ומכבד יותר עבור האדם המאושפז בהם.

אין במעשים אלה דבר המסכן באופן מידי את החולה עצמו או את זולתו והם אינם מצדיקים אלימות כלפי בן אנוש.

תחושה קשה נוספת היא כי בהיותי במצב נפשי המצריך אשפוז, אין ערך למילתי שלי, למחשבותי ולתפישת העולם שלי. אין ביכולתי לקבוע את רצוני לגבי דברים פשוטים ביותר, החל מסדר היום שלי וכלה בכבודי ובבריאותי. בחתימה על טופס הסכמה לאשפוז מרצון, מובטח לי כי זכויותי יישמרו במהלך האשפוז, אך לא זו החוויה שלי. זכור לי כי באחד מבתי החולים שבהם שהייתי הותקנה "תיבת תלונות". לכאורה, צעד המיועד לתרום לאמון ולתחושה אמיתית של כבוד למאושפז. בפועל, תיבה זו נשארה ריקה. משניסיתי לעשות בה שימוש, זכיתי למכתב תגובה מזלזל ומעליב. ייתכן שהציפייה היתה אך ורק לכבד אותי במתן תשובה, כל תשובה, גם ללא ערך אמיתי בה.

עם זאת, ברור לי כי הצוות בבתי החולים הפסיכיאטריים עובד עבודה קשה מאוד, לעתים מסכן את שלומם ובמקרים רבים מסור מאוד לעבודתו ולאנשים שאיתרע מזלם ואושפזו.

הצוות הסיעודי, שבמקרים רבים יוצר את הקשר הקרוב ביותר לאנשים המאושפזים במחלקה, יכול לתת במקרים רבים חום וחיבה שאותם האדם אינו זוכה לקבל במקומות אחרים בחייו. אחת האתגרים שהבחינה בי קוראת ספר יצירה עימי קשר והתפתחה בינינו שיחה מעניינת על ספרות ועל

איליאל צין, עובדת סוציאלית, רכזת ארצית של תחום הפנאי ב"אנוש", מרכזת את הקורס "מצרכנים לנותני שירות" בבית הספר לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש

סימול וסיווג אבחנות

ICD – International Classification of Diseases

רלה (אריאלה) אורן



לקראת העברת האחריות על תחום בריאות הנפש לידי קופות החולים, הועברה בקריאה ראשונה בכנסת הצעת החוק לעניין זה. אחד הפרקים המשמעותיים במסמך הוא "שירותי בריאות הנפחיים על ידי קופות החולים", שהם למעשה סל השירותים. לטושה זה חשיבות מכרעת לכל התוגעים בדבר. הפרק מושתת על סל אבחנות המסומלות על פי שיטת הסיווג הבינלאומית, ICD-10.

במהלך אשפוח נצרות ומצטברת כמות מידע רפואי גדולה, הן בחומר כתוב ומודפס והן באמצעים אלקטרוניים שונים. שליפה יעילה של מידע רפואי חיונית למספר מטרות והיא אפשרית רק על ידי קידוד נתונים ויצירת בסיס נתונים מודיק ושלם. בישראל נעשה שימוש בשיטת הסיווג הבינלאומית ICD-9 לכל תחומי הרפואה, פרט לתחום הפסיכיאטריה שבו נעשה מעבר למחזוריה החדשה של שיטה זו, ICD-10.

המחלקות למידע ורישום רפואי הן האחראיות לבניית מאגרי נתונים קליניים וזמינים, נגשים ועדכניים. החשיבות ביצירת בסיס נתונים אלה רבה. המטרה העיקרית היא יצירת מאגר מידע קליני לצורך טיפול בחולה. בנוסף, יש צורך במאגרי מידע לצורכי מחקר, חינוך, אבחנות איכות, אפידמיולוגיה, תכנון אסטרטגי ואדמיניסטרציה, התחשבות ותכנון כלכלי.

שיטת סיווג זו מבוססת על גרסה רשמית של ארגון הבריאות העולמי ומעוצבת לצורך סיווג מידע על אודות תחולאה ותמותה.

במקורו פורסם סיווג זה כספר הבני משלושה חלקים עיקריים:

1. רשימת אבחנות - Tabular List
רשימה זו מחולקת ל-17 פרקים על פי מקצועות הרפואה השונים וממוספרת מ-001-999.
 2. אינדקס אלפא-ביתי - Alphabetical Index
מורכב מרשימת מונחים על פי סדר אלף-ביתי (מילון) של Main Terms ו-Conditions.
 3. פרוצדורות - Tabular List And Alphabetic Index
לניתוחים ופעולות. ספר הבני במתכונת שני הספרים המוכרים: רשימת פעולות ואינדקס אלפא-ביתי.
- נספחים במהדורת ICD-9 - Supplementary Classifications

בנוסף ל-17 הפרקים מכיל ספר האבחנות, ה-Tabular List, שני נספחים. נספחים אלה כוללים גורמים המשפיעים על מצב בריאות ומגע עם שירותי בריאות ולא תמיד מהווים אבחנה. הצורך בנספחים נבע מהעובדה שגם בהעדר אבחנה קלינית יש צורך בסימול אותם מצבים שמצריכים קשר או מגע עם שירותי בריאות.

A. The classification of - V codes
factors influencing health status and contact with health services. זהו נספח הכולל גורמים ומצבים המשפיעים על מצב הבריאות ועל מגע עם שירותי בריאות אך כשלעצמם אינם מחלה או פציעה.

V code יכול להופיע כקוד עיקרי כאשר האשפוח נטרם שלא בשל אבחנה או מחלה אך נדרש קשר עם מוסדות בריאות. לדוגמה, כל תינוק שנולד בריא מסומל בקוד נספח המתאר את סוג הלידה (ספונטנית או בניתוח קיסרי), מקום הלידה (בית החולים, אמבולנס, או road deliver), לידת יחיד או תאומים וכו'. קבוצה מתוך נספח זה מתייחסת לצורך בשירותים רפואיים במקרים של בדיקות גופניות ותפישות ומעקב אחרי מצבים שאינם דורשים טיפול רפואי (חשיפה לזיהום הודות בידוד ומצריכה שימוש במתקן רפואי).

B. Classification of External - E code
causes of Injury and poisoning
נספח זה משמש לסימול אירועים סביבתיים, נסיבות ומצבים שונים המהווים גורם או סיבה חיצוניים למצב הרפואי המצריך שימוש במתקן אשפוח.

E code משמש תמיד כנוספת לקוד אבחנה שניתן מרשימת האבחנות ואינו יכול לשמש כאבחנה ראשית או יחידה.

הנספחים דורשים על מנת ל"כסות" מצבים של "State Post", מצבים של פגיעה בחולה במהלך ניתוח או טיפול רפואי - לא במתכוון, או לעומת זאת הרעלה כתוצאה מניסיון אובדני או ניסיון לרצח - שנעשו במתכוון.

דוגמה נוספת: כאשר מדובר בכוחה כאבחנה עיקרית, יש צורך בקוד נוסף מנספח E code על מנת לציין את הגורם החיצוני לכוחה ומקום האירוע.

כל שירות או טיפול רפואי שמתבצע עבוד חולה צריך להיות מיוצג בקוד אבחנה שיצדיק אותו שירות או טיפול. לימוד וביצוע של עקרונות הקידוד ודיוק בקביעת סימול האבחנה בגיליון החולה משפרים את

התקשורת בין גורמי הבריאות השונים. במהדורה העשירית של שיטת הסימול (ICD-10) חלו מספר שינויים מהמהדורה התשיעית. בישראל, נמצאת מהדורה זו בשימוש בתחום רפואת הנפש בלבד. זהו הפרק החמישי שתורגם והודפס בעברית לטובת המשתמש הישראלי. השיטה בנויה מקודים אלפא-נומריים ופרק זה כולל אבחנות מ-F 00 עד F 99. בנוסף, קיים פרק נספחים אשר בדומה לנספחים במהדורה ICD-9 נוצר על מנת לאפשר למטפלים נגישות קלה למונחים וקודים הקשורים לרוב האבחנות הרלוונטיות לעבודה הקלינית היומיומית. פרק נספחים זה כולל 21 פרקים המכסים את רוב תחומי הרפואה והאבחנות אשר יש או יכול להיות להן קשר לאבחנות הפסיכיאטריות.

לדוגמה: B 22 - מצבים הקשורים ב-HIV, או G 00 - מניגטיס בקטרילית, O 00 - מצבים הקשורים במשכב הלידה. פרק 20 הן בטורים חיצוניים לתחולאה ותמותה כמו למשל X 62 - Intentional self-poisoning by narcotics (וכו').

פרק Z 21 - כותרתו: "גורמים המשפיעים על מצב בריאות ומגע עם שירותי בריאות", כולל מצבים רבים שאינם אבחנות פסיכיאטריות אבל יכולים להופיע בהקשר עם מצבים נפשיים פתולוגיים או לגורם לצורך במגע או קשר עם גורמים רפואיים.

לדוגמה: Problems related to negative life events
Problems related to release from prison

נספחים אלה מאפשרים את הרחבת הידיעה של המידע הגלום בכל סעיף אבחוני (בפסיכיאטריה בקבוצה F 00 - F 99), אולם אין הם באים להיות תחליף לאבחון ומניחים שמדובר בטורים שבדרך כלל מובילים לאבחון ובכך תועלתם. נדבך נוסף הוא מתן אפשרות לסיווג מצבים אדמיניסטרטיביים שבהם לא נמצאה כל אבחנה למרות הקשר עם שירותי בריאות. באלה כלולים

לדוגמה: Z 00 - General examination and investigation of persons without complaint and reported diagnosis
Z 02 - Examination and encounter for administrative purposes

רלה (אריאלה) אורן, רשמת רפואית מוסמכת

כך מצמצמים עלויות: מי שלא פיתח תסמינים פסיכיאטריים לא יקבל טיפול

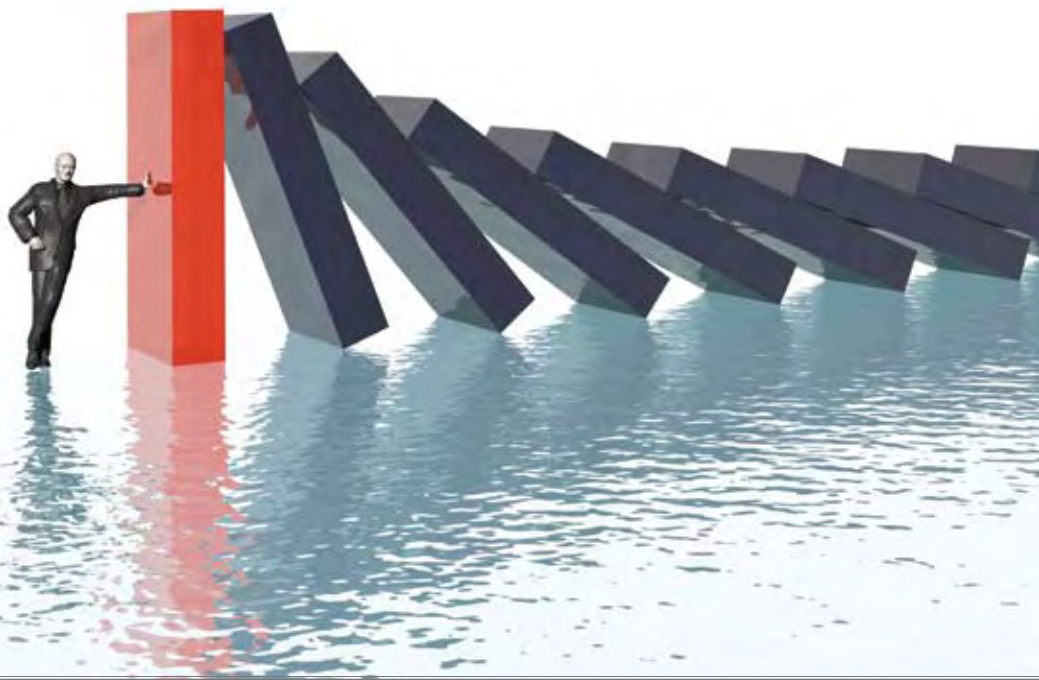
במסגרת המאמצים לעשות רפורמה שלא תעלה הרבה מדי לאוצר אך תאפשר לקופות החולים וליזמים שיספקו להן שירותים להרוויח, חיפשו איך להוזיל עלויות בכל דרך אפשרית. אחת הדרכים היתה לצמצם את רשימת הזכאים לטיפול נפשי. ולא מדובר רק בקוד Z. עיון בסל הטיפולים הנפשי מעלה בבירור כי כמחצית האבחנות של קוד F הוצאו גם כן מכלל הזכאות לטיפול

חנה שטרם כהן

ברצוני קודם כל לברך על היוזמה לפתוח במה לאנשי המקצוע כדי לאפשר דיון רחב בנושא קוד Z, לאור המחלוקת המקצועית לכאורה סביב נושא זה, שהתעוררה במלא כוונה סביב הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש.

בדיון שהתקיים לאחרונה בכנסת, בוועדת המשנה לוועדת העבודה והרווחה, סביב קוד Z, נדמה היה כאילו חילוקי הדעות המקצועיים לכאורה נסכו סביב השאלה האם קיימת אבחנה מסוג קוד Z או שכל המצוקות הנפשיות יכולות למצוא את פתרונן תחת קוד F, בעיקר תחת הפרעת הסתגלות, והאם כל אורח הסובל ממצוקה נפשית יהיה זכאי לטיפול במסגרת הרפורמה המוצעת.

המאבק נגד החרגת קוד Z מהסל, כך הסבירו מצדדי ההדרה של קוד זה, אינו אלא "ספין" שהמציאו חלק מהפסיכולוגים והעו"ס, כדי להגן על אינטרסים אחרים, כמו הגנה על מקום העבודה שלהם, או מאבק נגד הסטיגמה שבמתן אבחנה פסיכיאטרית. האומנם? כפי שנאמר בדיון, על פי שיטת המיון של ארגון הבריאות העולמי



(ICD-10), תחום הפסיכיאטריה הוכנס לפרק שסימונו קוד F. מעבר לאבחנות הרפואיות, כחלק נלווה אך בלתי נפרד, צורף פרק המפרט לכל תחום ותחום ברפואה גורמים רלוונטיים הקשורים בו (קוד Z). לתחום בריאות הנפש צורפו במסגרת קוד Z תחומים רלוונטיים שונים, ביניהם רשימות של אירועי חיים הקשורים בהתפתחות של מצוקה נפשית. עד לפתיחת הדיונים על הרפורמה הביטוחית, לא ערער איש במשרד הבריאות ובקהילה המקצועית על היות קוד Z חלק בלתי נפרד של בריאות הנפש, והראיה: בחוברת על האבחנות בבריאות הנפש, שהפיץ משרד הבריאות ככל היחידות הפסיכיאטריות וכן בספר שהוציא המשרד, או היה מעורב בהוצאתו, הופיע קוד Z כחלק בלתי נפרד מהחוברת ומהספר. ההתכחשות לקיומו של קוד Z, כמו גם הטענה כי כל הפניות במקרה של מצוקה נפשית ימצאו את פתרונם תחת קוד F, בעיקר באבחנה של הפרעת הסתגלות, דורשות שיבה אל המקור.

הפרעת הסתגלות (F43.2) (תרגום סעיף האבחנה מתוך המקור באנגלית ל-ICD-10. ההדגשות הן של שלנו).

”מצב של לחץ סובייקטיבי והפרעה רגשית בדרך כלל מתעורר/פוגע (interfering) בתפקוד חברתי ובביצוע, מתעורר בתקופה של הסתגלות לשינויים משמעותיים בחיים או לאירועים מלחיצים. גורם הלחץ יכול להשפיע על שלמות המערך החברתי של הפרט (אבל, חוויות של פרידה) או במערכת רחבה יותר של תמיכה חברתית וערכית (הגירה, מעמד של מהגר), או מייצג מעבר התפתחותי גדול או משבר (הליכה לבית ספר, הפיכה להורה, כישלון להגשים מטרה אישית חשובה, יציאה לפנסיה) (בתרגום לעברית הוסיפו כדוגמה ”כולל נוכחות או אפשרות של מחלה גופנית קשה”, וכן הוסיפו ”גורם הדחק יכול להיות קשור לפרט או גם לכל הקבוצה או הקהילה שלו”).

נטייה אישית מוקדמת או רגישות/פגיעות (vulnerability) משחקות תפקיד חשוב בסיכון להופעה ובעיצוב הביטויים של הפרעות ההסתגלות, אולם בכל מקרה קיימת ההנחה שהמצב לא היה מתעורר ללא גורם הלחץ. הביטויים משתנים וכוללים מצב רוח דכאוני, חרדה או דאגה (או תערובת שלהם), הרגשה של חוסר יכולת להתמודד, לתכנן קדימה, או להמשיך במצב הנוכחי, כמו גם במידה מסוימת של חוסר יכולת בביצוע השגרה היומיומית. התנהגות תוקפנית או לא חברתית יכולה להיות מאפיין נלווה, במיוחד במתבגרים. המאפיין העיקרי יכול להיות תגובה קצרה או

ארוכה של דיכאון, או הפרעה של רגשות או התנהגויות אחרים.”

בתרגום לעברית בספר שיצא בעריכה משותפת של משרד הבריאות ואיגוד הפסיכיאטריה, מופיעה התוספת הבאה:

”ההפרעה מתחילה בדרך כלל בתוך חודש מהתרחשות אירוע הדחק או השינוי בחיים, ומשך הסימפטומים על פי רוב אינו עולה על שישה חודשים, חוץ מאשר במקרים של תגובה דכאונית ממושכת (F43.21). אם הסימפטומים נמשכים מעבר לתקופה זו, יש לשנות את האבחנה בהתאם לתמונה הקלינית. את הדחק עצמו אפשר לקודד באמצעות אחד מהקודים Z, הכלולים בפרק 21 של ICD-10.

מגעים עם שירותים רפואיים ופסיכיאטריים בשל תגובות אבל תקינות, המתאימות לתרבות ושמשכן אינו עולה על שישה חודשים, אין לתעד באמצעות קודים מפרק זה אלא בקוד מפרק 21 של ICD-10, כמו Z63.4 (היעלמות או מוות של חבר משפחה), בצירוף Z73.3 (דחק שאינו מסווג במקום אחר).

הנחיות לאבחנה:

האבחנה תלויה בהערכה מדוקדקת של הקשר בין:

- א. הצורה, התוכן והחומרה של הסימפטומים
 - ב. עבר ואישיות קודמים
 - ג. אירוע דחק, מצב או משבר בחיים
- יש לקבוע בבירור את נוכחות הגורם השלישי ודרושה עדות חזקה, אם כי אולי משוערת, שההפרעה לא היתה מופיעה בלעדיו. ”אם גורם הדחק הוא מזערי באופן יחסי, או שאי אפשר להוכיח בבירור קשר של זמן (פחות משלושה חודשים), יש לסווג את ההפרעה במקום אחר.”

מתוך הטקסט המצוטט לעיל ברור לכל, גם למשרד הבריאות ובוודאי לאיגוד הפסיכיאטריה שהיה מיוצג בתרגום ובהכנת הספר, שקוד Z לא רק שאינו ספין אלא הוא מהווה חלק אינטגרלי ממכלול האבחנות שבשימוש בבריאות הנפש.

סף הפרעת הסתגלות

”הפרעת הסתגלות”, על פי מתווה האבחנה כמצוין לעיל, ניתנת על סמך תנאי סף של סוג התגובות הנפשיות- דיכאון, חרדה וכדומה, חומרת הסימפטום - פגיעה בתפקוד, הרגשה של חוסר יכולת להמשיך במצב הקיים וכו', ומשכי הזמן הן של נוכחות הסימפטום והן של פרק הזמן שחלף בין הופעת אירוע הדחק להופעת הסימפטום. כלומר, אבחנה זו אינה מתייחסת למצבים של מצוקה נפשית שאינה מגיעה לכדי פגיעה בתפקוד, גם אם גורמת לסבל ומצוקה, אם התגובה נורמטיבית לתרבות

ואם לא עונה על הקריטריונים של זמן. כפי שהובא לעיל, נציגי משרד הבריאות ואיגוד הפסיכיאטריה בישראל מכירים במצבים של פנייה לשירותים רפואיים או פסיכיאטריים במצבי מצוקה נפשית נורמטיביים, כמו במקרה של תגובות אבל תקינות המובאות לעיל, והפרט יכול לפנות לטיפול בשל מצוקה נפשית אף אם אינו עונה לקריטריונים הפסיכיאטריים של הפרעת הסתגלות. באותה מידה יש תגובות נורמטיביות אחרות של מצוקה נפשית, כמו במצבי גירוש, פיטורים מהעבודה, תקיפה מינית ואחרים, שלא יקבלו אבחנה של הפרעת הסתגלות מאחר שאינם עומדים בקריטריונים הנדרשים לאבחנה בשלושת המימדים שלה. כמו כן, יש אירועים שהם גורמי סיכון להתפתחות של הפרעה רגשית בלי שיהיה כל ביטוי סימפטומאטי חיצוני בעת הפניה, כמו במקרים של פגיעה מינית, גירוש, במשפחה, הזנחה רגשית או פיזית בילדות ועוד. טיפול מיידי לפני התפרצות של סימפטומים יתרום למניעת החמרה במצב הנפשי בעתיד.

רשימת האירועים לדוגמה, המצוינת בהפרעת הסתגלות, לקוחה מרשימת קוד Z ומכאן ניתן להסביר את המקור בלבול או לחלופין את האמצעי הנוח להתעיה מכוונת.

עד לאחרונה השתמשו בכל מערכת בריאות הנפש בישראל, כמו בכל העולם המערבי, בקוד Z. גם משרד הבריאות עצמו השתמש בקוד Z בפעילות השוטפת. למשל במחקר תחת הכותרת ”מברק איכות” שעשה המשרד לפני כשנתיים בכ-36 יחידות לבריאות הנפש לילדים ונוער, באשפוז וקהילה, מופיע קוד Z ברשימת האבחנות הניתנות. רק אחר כך, בפלט תוצאות הניתוח הסטטיסטי, משום מה הנתונים המתוייחים לקוד Z לא מופיעים.

במקביל למאמץ להעביר את האחריות הביטוחית לבריאות הנפש לקופות החולים, נקט משרד הבריאות במדיניות בוטה של חיסול הלגיטימיות לשימוש בקוד Z ואף החל בנקיטת צעדים להוצאתו משימוש.

במקביל להכנסת מדדים חדשים, מותאמים למעבר לקופות החולים, לחישוב העבודה המקצועית ביחידות, נמסר למנהלים ולעובדים כי קוד Z לא יכלל בתפוקות היחידה. עובדים שהוכנסו לתחנות כעובדי האגודה לבריאות הציבור, תחת תקציב של ”שיפור טכנולוגיות בקהילה”, אימו שאם לא יעמדו בהיקף מגעים דקוני שנקבע להם, חווה העסקה שלהם, שחודש כל שלושה חודשים, יופסק. לצורך חישוב ההספק, נאמר להם שקוד Z לא ייספר. מנהלי תחנות החלו לשמוע הסברים כי אין מה לדאוג מביטול קוד Z מאחר שאפשר יהיה לתת לאוכלוסיה זו אבחנה של ”הפרעת הסתגלות”.

המשמעות של מהלך זה היא שאנשים לא יקבלו טיפול או שיקבלו אבחנה פסיכיאטרית לא מתאימה. מעבר לפגיעה האישית, נאבד את היכולת לקבל נתונים סטטיסטיים מדויקים מהשטח לגבי סוגי פניות מסוימות ושכיחות הופעתן באוכלוסיה. בעקבות פעילות הסברה של המשרד, הופנמה התפישה ש"אפשר למצוא פתרון לקוד Z במסגרת הפרעת הסתגלות". אבל למה לעשות זאת? מדוע לא להשאיר את האבחנות על פי ההסדר שהתגבש במשך שנים רבות, על סמך ידע וניסיון, בכל העולם המערבי? לו היתה כוונה לאפשר טיפול לכל הסובלים ממצוקה נפשית, מה טעם היה לאסור קבלת טיפול במקום אחד (הדרת קוד Z) ולהתיר אותו במקום אחר (כמו הפרעת הסתגלות)? אין טעם אלא אם יש כוונה באמת להדיר אוכלוסיות מזכותן לטיפול.

מה עומד מאחורי המהלך של ביטול קוד Z

במסגרת המאמצים לעשות רפורמה שלא תעלה הרבה מדי לאוצר אך תאפשר לקופות החולים וליזמים שישפיקו להן שירותים להרוויח, חיפשו איך להוזיל עלויות בכל דרך אפשרית. אחת הדרכים היתה לצמצם את רשימת הזכאים לטיפול נפשי. במסגרת הדרת אוכלוסיות מקבלת טיפול, נכללת גם הקבוצה של קוד Z. מאחורי מהלך זה עומדת גישה אתית-פוליטית שאותה מנסים להסתיר מעיני הציבור ונבחרי כנסת. והראיה: במספר מפגשים, כולל בדיוני ועדת העבודה והרווחה וועדת המשנה, אמרו נציגי משרד הבריאות, ש"כולם יקבלו טיפול... אם יש להם דיכאון או חרדה". מאחורי מהלך זה עומדת תפישה רפואית המצמצמת את תחום העיסוק של בריאות הנפש, אשר עד כה נגע לכל תחומי הנפש הפסיכו-בי-סוציאליים, רק לתחום הפסיכיאטרי, תוך מחיקה של כל ההקשר החברתי.

במפגש שקיימו מנהלי תחנות לבריאות הנפש עם ד"ר גרינשפון, כאשר היה ראש שירותי בריאות הנפש, במטרה לשנות את סל השירותים ההרסני של הרפורמה המוצעת, נשאל ד"ר גרינשפון מה יהיה דינה של אישה בשנות ה-30 המאוחרות, אישה מתפקדת המתפרנסת בעבודה ממשלתית עם שכר נמוך, שיש לה חברות וידידים, אך פונה בסיפור הבא: "פתאום שמתי לב שסביב כולן התחתנו ואני עוד מעט אפסיד את היכולת ללדת ועלה בדעתי שאולי לא התחתנתי עד עכשיו כי יש לי בעיה שאני לא יודעת מהי, אבל בגללה לא הצלחתי למסד שום קשר עם גברים שהיו לי". היא מבקשת

עזרה כדי להבין את הבעיה. זוהי דוגמה לאבחנת קוד Z. תשובת ד"ר גרינשפון היתה חד משמעית: "היא לא תקבל טיפול!". במהלך טיפול באישה כזו יכולים להתגלות סיבות שונות למצבה, כמו פגיעה מינית בילדות, הגורמת לשמירת מרחק מקשר אינטימי עם גברים, כמו גם גורמים אחרים. מעבר למצוקה האישית ולשנות הסבל הצפויות לאישה זו אם לא תקבל טיפול, קיים חשש כי כמה שנים מאוחר יותר המדינה תשקיעה כספים רבים יותר בהפריה מלאכותית ובסכסוך של אם חד הורית.

במפגש אחר הבהיר ד"ר דויד אלישע, האחראי על בריאות הנפש בקהילה, כי המדינה לא חייבת לתת טיפול נפשי "לחזון בן 60 שאיבד את קולו"? לא צריך להיות מטפל כדי להבין את הסבל הרב של אדם כזה שאיבד עם קולו, את פרנסתו ואולי גם את מעמדו, הזהות העצמית והמקצועית שלו ואולי את מה שהמעניק הנאה ומשמעות לחייו. עד שלא יפתח תסמינים פסיכיאטריים, לא ראוי אדם זה, על פי מדיניות משרד הבריאות כפי שהוצגה אז, לקבל טיפול נפשי.

במפגש של נציגי הסתדרות הפסיכולוגים, ביניהם יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים, פרופ' דן זכאי, ונציגים נוספים, עם משרד הבריאות, נשאל פרופ' משה קוטלר על מקרה מובהק של קוד: Z "מה דינו של ילד בן חמש שעבר התעלות מינית ועדיין לא פיתח סימפטומים פסיכיאטריים, תמונה שכיחה במצבים אלה?". תשובתו המיידית והנחושה של פרופ' קוטלר היתה: "הוא לא יקבל טיפול". גישה זו חזרה בפיהם של הדוברים השונים בדיון: מי שלא פיתח תסמינים פסיכיאטריים לא יקבל טיפול.

ההסבר האמיתי בא לביטוי בדיון האחרון. בתגובה להוצאתה של פרופ' יוליה מרסקי על ריבוי מקרים של מצוקה נפשית בקרב עולים, אמר פרופ' חנן מוניץ: "מזה פחדנו".

האם יהיה כיסוי לכל המצוקות הנפשיות בתוך הרפורמה

עד כה התייחסו הדוגמאות לעמדה הבלתי מתפשרת של משרד הבריאות לגבי קוד Z, אולם עיון בסל הטיפולים הנפשי וממפגשים עם נציגי משרד הבריאות עולה בבירור כי לא כולם יקבלו טיפול, אפילו לא במסגרת קוד F. כמחצית האבחנות של קוד F הוצאו גם כן מכלל הזכאות לטיפול, כאשר גם מאחורי הדרה זו עומדת אותה תפישה של צמצום עלויות. בפגישה של נציגי הפורום שלנו במשרד

הבריאות, אמר ד"ר פוליאקביץ בצורה נחרצת, שילד בגיל שמונה שמרטיב במיטה לא יקבל טיפול, כי אחרת לא יהיה כסף לטפל בילד עם הפרעת קשב וריכוז. לא קשה לתאר את הסבל של ילד בגיל זה שאינו יכול להשתתף ב"מסיבות שינה" עם חבריו, או לצאת לטיולים, שלא לדבר על הדימוי העצמי שלו.

מה שחשוב בשלב זה להבין הוא כי יש הסכמה ושיתוף פעולה בין משרדי הבריאות, האוצר וקופות החולים לצמצם בזכאות כדי להטיב עם שיקוליהם הכלכליים תוך העברת מסר מטעה לציבור שהרפורמה תטיב עם כולם ותגדיל את נגישות הטיפול.

העובדה כי במסגרת הדרת אוכלוסיות מטיפול נפשי "נצלו" מצבים נפשיים המלווים חרדה ודיכאון, המגיבים טוב לטיפול קוגניטיבי קצר ולתרופות, לעומת מצבי מצוקה נפשית הדורשים טיפול מערכתי מורכב וארוך יותר, מעלה חשש כי שיקולים כלכליים ולא טובת הציבור הם שהנחו בבחירת האבחנות שאושרו או הוצאו מגדר זכאות לטיפול נפשי.

ההגינות והאתיקה המקצועית היו צריכות לאחד את כולנו בהתנגדות חד משמעית לתכנית ולמטרתה, להדיר אוכלוסיות מקבלת טיפול נפשי. כפי שאמר פרופ' קוטלר בדיון האחרון בוועדה: "כל אנשי המקצוע יודעים שכל הפרעה נפשית היא ספקטרום שמתחיל מאפס עד שהוא מגיע לסימפטומים הקשים ביותר". אם כן, מדוע לא לאשר קבלה במצבים של מצוקה נפשית שלא עברו את סף קבלת אבחנה פסיכיאטרית של הפרעת הסתגלות? כדי להבטיח טיפול נפשי מקצועי וראוי לאלה הסובלים ממצוקה נפשית על פני כל הרצף, וכדי למנוע החרפה של מצוקה בשלב מאוחר יותר, אסור לתת יד ל"משחקים" פתלתלים שמטרתם להדיר אוכלוסיות, כולל אלו המאובחנות בקוד Z. כמו כן, אין שום הגיון מקצועי לפרק את מערכת בריאות הנפש, לפזר את הזקוקים לטיפול בין גופים שונים, כמו קופות החולים לבעלי אבחנה פסיכיאטרית, שירותי רווחה לבעלי מצוקות נפשיות המלוות במצוקות כלכליות חברתיות, את העולים למשרד הקליטה וכדומה, רק כדי לרצות את משרד האוצר ו/או גורמים אחרים המעוניינים לקדם את הרפורמה בכל מחיר כדי לזכות ברווח כלכלי.

חנה שטרסמן כהן, פסיכולוגית קלינית
מדריכה, יו"ר פורום הפסיכולוגים והעו"ס
בבריאות הנפש למען רפורמה מטיבה

הרפורמה בבריאות הנפש, קוד Z ומה שביניהם

יש לנסות לגשר על הפער בתחום הגישה האידיאולוגית, הדוגלת במניעת רישום אבחנות, לבין הגישה הרפואית, המאמינה כי טיפול ניתן לתת רק לאדם שאובחן כסובל או לוקה בבעיה המצריכה טיפול

ד"ר יעקב פולאקביץ, ד"ר דוד אלישע

המקצועי המוסמך, אבחנה בקוד F מ"סיווג האבחנות הפסיכיאטריות" של ארגון הבריאות העולמי ה-ICD-10.

קוד F מציין הפרעה או תסמונת נפשית או התנהגותית ולכן משקף מצב קליני מאובחן. העובדה שמצבים קליניים רבים נובעים, מלווים או מוחרפים על ידי "משברים ואירועי חיים", אינה מונעת מתן אבחנה בקוד F.

יש מאות אבחנות בקוד F, ביניהן רבות המציגות הפרעות רגשיות מתונות, במבוגרים ובקטינים, וכן מצבים ותגובות כרי חלוף (זמניים) נטולי סטיגמה.

יש עובדים מקצועיים בתחום בריאות הנפש עם עמדה אידיאולוגית מקצועית המתנגדת לשימוש באבחנות בכלל או הדוגלת בשימוש בקוד Z בלבד, בעיקר כאשר מדובר במטופלים קטינים. עמדה אידיאולוגית זו מוצאת את ביטוייה כבר בתחילת שנות ה-60 של המאה הקודמת בארצות הברית, כאשר הפסיכיאטר ד"ר תומס סאס טען שבעוד ברפואה הגופנית האטיולוגיה של מחלה קשורה תמיד בפגם גופני, הרי בפסיכיאטריה מדובר בסיבתיות בעלת אופי שונה שניתן להגדירה כבעיות במהלך החיים. חזיון לעמדה זו בא מהגישה של האסכולה של הפסיכולוגיה ההומניסטית באנגליה ומגישות דומות אחרות ברחבי העולם.

בתחום בריאות הנפש, כאשר מתייחסים לעמדות האנטי-פסיכיאטריות, מציגים זה מול זה את "המודל הרפואי" (תפישת פסיכופתולוגיה כמושגים של פגם גופני כאמור ושימת דגש על קביעת אבחנה, גורם אטיולוגי, מהלך טיפול, ופרוגנוזה - מיסודות

בריאות הנפש והעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. בעידן זה, שבו מביעות קופות חולים את הנכונות לקלוט נושא זה לאחריותן, חובה עלינו למצוא את שביל הזהב שיוליך אותנו למימוש של תהליך זה ובכך לשפר את איכות השירותים הניתנים לאזרח בתחום בריאות הנפש.

למרות כל האמור, עדים אנו לקיומם של "קני התנגדות" בקרב אנשי מקצוע להעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, באמתלות שונות, כולל בניית מהלך תקשורתי שבו הוכנס "קוד Z" לעין הסערה ומהווה מוקד עניין מרכזי בדרישה לאי-יישומה של רפורמה חשובה זו.

מהו קוד Z

קוד Z מיועד לציין "גורמים המשפיעים על מצב בריאות ופנייה לשירותי בריאות" - Factors influencing health status and Contact with health services.

מקובל להשתמש בקוד Z לציין גורמי רקע ובעיות חיים שלעתים תכופות מהווים זרז או גורם מחרף למצוקה, סימפטום או תסמונת. אבחנה בקוד Z יכולה להופיע לבד או כנלוות לאבחנה בקוד F.

עם הרחבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, קרי, הרפורמה בבריאות הנפש, כל פונה הסובל ממצוקה נפשית, מהפרעה רגשית, התנהגותית, תפקודית, סימפטומים רגשיים או נפשיים, יהיה זכאי לקבל טיפול בשירותי בריאות הנפש וזאת בתנאי שיקבל, מהגורם

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחקק בשנת 1994 ויושם בשנת 1995. חוק זה הוא חוק סוציאלי שמטרתו דאגה לכלל אזרחי מדינת ישראל, בביטוח רפואי. קודם לחקיקת החוק נמנעו אזרחים מביטוח רפואי מטעמים שונים, בעיקר עקב קשייהם הכלכליים. חוק אוניברסלי זה מאפשר לכל אזרח לקבל את סל השירותים הרפואיים הבסיסיים שאותו קבעה המדינה במועד הקובע, ועדכנו של סל השירותים מדי שנה, בהתאם להחלטת הממשלה ולתקציב המדינה. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי באה, בין היתר, בעקבות ועדת נתניהו שחקרה את מצבה של מערכת הבריאות בישראל והגישה את המלצותיה ליישומן של חוק סוציאלי חשוב זה. חלק מההמלצות כלל ביטוח כלל אזרחי מדינת ישראל בביטוח רפואי ממלכתי, ללא שבריאות הנפש הוחרגה מאחריות ביטוחית זו.

עקב שיקולים שונים, הוחלט על יישומו של חוק זה בשלבים, כאשר בריאות הנפש נדחקה לשולי החוק יחד עם גריאטריה ובריאות הציבור, שנותרו במסגרת התוספת השלישית לחוק, קרי באחריות המדינה. בשלב יישום החוק הוחלט על עיכוב ביצוע העברה של האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש לקופות החולים במועד מאוחר יותר. לצערנו, דחייה זו נמשכת עד היום, גם בחלוף יותר מ-13 שנה ליישומן של חוק חברתי חשוב זה.

כיום אנו עומדים בעיצומו של תהליך החקיקה להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחום

הגישה הרפואית) ולעומתו את הגישה של הפסיכולוגיה ההומניסטית הנמנעת מתייגים, השואפת להבין את החוויה הסובייקטיבית של הפרט ללא דעה קדומה והתופשת את מצוקותיו כמושגים של בעיות בחיים. דיונים בנושא זה, אם כן, מתמקדים בשאלה האם יש לדחות או לקבל את המודל הרפואי של בריאות הנפש כאשר השימוש באבחנה הפסיכיאטרית נחשב לאחד "מהמרכיבים השליליים" הנגזרים מהמודל הרפואי. בשיח המקובל מדובר על ה"מדקליזציה של בריאות הנפש" והוויכוח הוא האם תהליך זה חיובי או שלילי. לאלה הדוגלים בגישה של הפסיכולוגיה ההומניסטית, זו סוגיה פילוסופית ופוליטית-מקצועית עקרונית. מבחינתם, דחיית המודל הרפואי של בריאות הנפש פירושה גם מחויבות למאבק נגד המערכת המתייגת של האבחנות הפסיכיאטריות.

קשה למצוא היום אנשי מקצועי מתחום בריאות הנפש הרווחים לחלוטין את הצורך ואת החשיבות של אבחנות, בעיקר בכל הנוגע למחלות נפש. אבל רבים טוענים שיש לשמר את הזכות לטפל באנשים בגין בעיות חיים, המקודדות ב-ICD-10 באמצעות קוד ה-Z, מבלי לתייג אותם באבחנה פסיכיאטרית (המקודדת בקוד F). מכאן למשל נובעת הטענה שחלילה לנו לתייג נפגעת תקיפה מינית באבחנה פסיכיאטרית (קוד F), שהרי אין לראות את תגובותיה לתקיפה כסימנים של פתולוגיה (מושג הנגזר מהמודל הרפואי) אלא כתגובה נורמטיבית לטראומה. הגישה הפסיכיאטרית המקובלת לא תראה כל בעיה של תיוג או סטיגמה בהגדרת מצוקתה וקשיי תפקודה של נאנסת, לדוגמה, באמצעות אבחנה כגון "תגובה לדחק חריף" או "הפרעת הסתגלות" וכדומה. המושג "הפרעה" נתפש, בגישה זו, כמציין קושי בוויסות רגשות ו/או בעיות בתפקוד על רקע של גורמי דחק או טראומה ולא כתיג סטיגמטי. בהתאם למקובל ב-ICD, במקרה של אבחון קורבן לתקיפה מינית ייעשה שימוש בקוד F לציון המצב הקליני (ההפרעה) ובקוד Z לתיאור הנסיבות החברתיות-משפחתיות המהוות רקע או טריגר להפרעה.

על רקע הנאמר לעיל, התפתחה במרפאות בריאות הנפש בארץ במהלך השנים גישה המעודדת הימנעות מקביעת אבחנות עם קוד F לפונים למרפאות. במקביל, ההתנגדות לאבחון ניוזנה מהטענה שיש באבחנות משום תיוג סטיגמטי שיש להימנע ממנו בעיקר בקרב קטנים. אחת העמדות הרווחות היתה שלמען הגן על הילד מסטיגמה העלולה להפריע לו בעתיד בחיים, יש להימנע משימוש באבחנה

המשקפת פתולוגיה, במיוחד בקרב החברה הישראלית שבה הייעוד של גיוס לצבא מהווה תעודת כניסה חשובה לחברה הישראלית, ואי-גיוס, במיוחד על רקע בעיה רפואית/פסיכיאטרית, מהווה חסם לקבלה עתידית למסגרות עבודה ואחרות.

בדיונים עם אנשי המקצוע במרפאות בריאות הנפש, ניתן לזהות התנגדות לקבל את הגישה, שהיא גם רצויה מבחינה ציבורית וגם מעשית, הרואה בשירותי בריאות הנפש אמבולטוריים שירותי מומחים. במציאות קיימים בקהילה שירותים אחרים המסוגלים ונותנים שירותי טיפול לפונים עם קשיי הסתגלות. למעשה, מזה שנים קטנים נעזרים על ידי פסיכולוגים חינוכיים במסגרת מערכת החינוך, בגין קשיים ובעיות רגשיות ותפקודיות בעיקר במסגרת בית הספר והחברה, כולל תגובות על רקע של פגיעות מיניות. עו"סים ופסיכולוגים בלשכות הרווחה או במרכזים לטיפול בנפגעי תקיפה מינית מטפלים במבוגרים הסובלים מקשיים רגשיים או תפקודיים על רקע של משברי חיים שונים, כולל תגובות לגירושין, פיטורין, אובדן קרוב משפחה, נפגעי תקיפה מינית ואחרים.

בפועל ובמציאות היומיומית, כאשר אנשי הצוות בסוכנויות טיפול אלו מגיעים למסקנה שהבעיה שהמטופל מציג חורגת מיכולתם ומאחריותם המקצועית, הם מפנים אותם למרפאות בריאות הנפש. חשוב להדגיש בהקשר זה ששחרור שירותי בריאות הנפש מהאחריות לאלה שניתן לטפל בהם במסגרות אחרות יפנה מקום לאחרים הזקוקים לשירותי המומחים ונאלצים כיום לחכות בתורי המתנה ארוכים, שבקטנים מגיעים במספר מקומות לכדי המתנה של מספר חודשים עד שנה. יש לנסות לגשר על הפער בתחום הגישה האידיאולוגית הדוגלת במניעת רישום אבחנות לבין הגישה הרפואית המאמינה כי טיפול ניתן לתת רק לאדם שאובחן כסובל או לוקה בבעיה המצריכה טיפול.

ייתכן שאימוץ מדיניות של שימוש בשני קודים, בהתאם להתוויות, יכול להפיג במעט את ההתנגדות האידיאולוגית לאבחנות וזו הנובעת מסטיגמה. השימוש בקוד F ייעשה לציון המצב הקליני וקוד Z יציין גורמי דחק וגורמים מעוררים (triggers) ובאופן הזה יתועד שההפרעה נובעת ממשבר חיים ובמובן זה היא "נורמטיבית".

מערכת בריאות הנפש, הפועלת זה שנים במדינת ישראל, פיתחה מערכות טיפול מהטובות בעולם, תוך התייחסות לצורכי הפרט והקהילה ומתן מענה מיטבי לכלל אוכלוסיית הפונים. יחד עם זאת, כשלה

המערכת במתן מענה מספק לכלל הזקוקים לקבלת טיפול עקב קשיים ובעיות רגשיות, חלקם מתוך גישה ממדרת, שטיפול זה ניתן במסגרות נפרדות וסטיגמטיות, שמנעו מחלק מהאנשים להגיע לטיפול. בהצעת החוק הנדונה כיום, מוצע ליצור מערך אינטגרטיבי של שירותים רפואיים שיקבל האזרח, שיכלול הן את רפואת הגוף והן את רפואת הנפש. שילובם של אנשי מקצוע מתחום הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית בשירות המטפלים היא הכרחית וחשובה ליצירת עבודה רב-צוותית ורב-תחומית שמטרתה להציע לקהל הפונים לטיפול במרפאה כר נרחב של מטפלים, גישות ושיטות טיפול מגוונות. יחד עם זאת, אל לנו כאנשי מקצוע להמשיך את ההדרה של תחום בריאות הנפש מיתר תחומי הרפואה וממקצועות הטיפול, ובכך ליצור מצב שבו ייוותרו המטופלים בבריאות הנפש "מחוץ לגדר". אל לנו להיות מובילי דגל "הסטיגמה" ובכך לגרום נזק לקהל המטופלים. בריאות הנפש חייבת להיות חלק מהרפואה הכללית, וזאת במטרה ליצור אינטגרציה של הגישה הטיפולית בפונה, כאשר הראייה הכוללת היא של גוף ונפש, כמאמר חז"ל: "נפש בריאה בגוף בריא".

ד"ר יעקב פולאקביץ, מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, M.A.H, בוגר מינהל מערכות בריאות, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, ד"ר דוד אלישע, אחראי המערך האמבולטורי בבריאות הנפש



הדרך לחיזוק הסטיגמה על הפרעות נפשיות

בשום מקום
בעולם אין שימוש
בקודי Z כאבחנות
ומעולם לא היתה
כוונה שישמשו
כאבחנה. אם כך
היה, רוב העולם
המפותח היה
מצוי בטיפול בשל
הפרעות נפשיות.
הכנסה מלאכותית
של קודי Z לא
תסייע בדבר מלבד
הגברת הסטיגמה
ויצירת קוד אבחוני
עמום

פרופ' משה קוטלר

ניתן להגדיר אבחון רפואי כ"זהויה מחלה על ידי הסימפטומים שלה". בכל הנוגע לאבחון פסיכיאטרי, חשוב לציין כי אך ורק קודי F ניתנו כאבחנות וברור מעל לכל ספק כי מעולם לא היתה כוונה כי קודי Z ישמשו טרמינולוגיה אבחנתית. קודי Z מוגדרים כ"גורמים המשפיעים על מצב בריאותי ומתקשרים עם שירותי בריאות"¹. מעולם לא היתה כוונה שישמשו כאבחנה. אין זה נכון לספק קודי Z כאבחנה ובשום מקום בעולם אין שימוש בקודי Z כאבחנות.

אבחנות בתחום בריאות הנפש מתבססות על התנהגות נצפית. לפיכך, אבחנה היא מכוונת-סימפטום ולא מבוססת על תיאור אטיולוגי, בלתי נצפה וסובייקטיבי של המטופל. עובדה זו נכונה הן לאבחנות על פי DSM והן לאבחנות ICD. אבחנות בתחום בריאות הנפש לעולם אינן מתבססות על אטיולוגיה או סיבתיות. לאטיולוגיה או לסיבתיות יש תפקיד בהבנת הגורמים אשר תרמו למחלה, אך הן אינן המחלה עצמה. על כן, לחצי חיים ומצבים המפורטים בקודי Z הם אינם אבחנות ויהיה זה שגוי להשתמש בהם ככאלה.

קודי Z מספקים בסיס הקשרי ורקעי לאבחנות פסיכיאטריות. לכל היותר קודי Z מסייעים בהבנת המצע הסטואצינלי שבו נבנתה ההפרעה¹ אך הם אינם יכולים לשמש כתחליף לאבחנה.

קודי Z מעולם לא כוונו לשמש כקודים אבחוניים ויהיה זה שגוי להשתמש בהם ככאלה, הן ברמה האקדמית והן ברמה הביצועית. עדות לכך ניתן למצוא בעובדה שקודי Z אינם מערכתיים. "בעיות", "צרכים", "בקשות", סיכונים פוטנציאליים, המשך טיפול, היסטוריה משפחתית ואישית מאוגדים יחדיו תחת השם קודי Z². נסיבות פסיכו-סוציאליות וסוציו-אקונומיות מעורבות יחדיו. לעולם לא ניתן להצטרף כי "חיים לבד" (Z 60.2) או "היעדר חבר משפחה" (Z 63.3) הם סוג של אבחנה¹. לעומת זאת, הם מספקים מידע נוסף המסייע להבין אילו נושאים נוספים יכלו לתרום לרמות הדחק של המטופל. על כן, קודי Z יתאימו ברוב המקרים לציר 4 של ה-DSM, הנקרא "גורמי לחץ פסיכו-סוציאליים וסיבתיות". ציר זה אינו אבחנתי. ציר 4 מספק רקע למצבו של המטופל ולרמות הדחק שלו. ציר זה מספק מידע בנוגע למצבי החיים הגורמים לחץ למטופל. לא ניתן לטעון כי "היעדר מנוחה או הירגעות" (Z 73.2) נחשב לאבחנה. אם היה כך, רוב העולם המפותח היה מצוי בטיפול.

לא כל שכול מצריך טיפול

קודי Z מספקים מידע המסייע לאנשי המקצוע

המטפלים בבריאות הנפש להבין מצבי סיכון עבור המטופל כאשר זה אינו מתפקד. עם זאת, מרבית מצבי הלחץ (אם לא כולם) המתוארים כקודי Z הם שכיחים וחלקם אף נפוץ. מרבית הפרטים אינם זקוקים לסיוע אנשי מקצוע כדי להתמודד עימם. סיווג קודי Z כיישויות אבחוניות מניח כי מרבית האוכלוסיה סובלת מהפרעות נפשיות. גישה זו אינה מחמיאה לפרט והיא מטעה ושגויה. לדוגמה, פרטים רבים סובלים מבעיות הקשורות ללימודים או להשכלה, מקשיים או מהעדר קבוצות תמיכה ראשוניות (כולל נסיבות משפחתיות), מבעיות הקשורות לסביבה חברתית, מבעיות הקשורות לדיר או לנסיבות כלכליות, לתעסוקה או אבטלה, מבעיות הקשורות לסביבה פיזית, לנסיבות משפטיות, מבעיות הקשורות להיסטוריה משפחתית של מחלות או נכויות ומבעיות הקשורות לסגנון חיים או לקשיי ניהול. כל המצבים הללו מוגדרים כקודי Z בצורה זו או אחרת. יחד עם זאת, לא כל הסובלים מהבעיות הנ"ל הם בעלי הפרעות נפשיות.

דוגמה ספציפית היא "מות קרוב משפחה". מרבית הפרטים (אם לא כולם) חווים בחייהם שכול בהקשר כזה או אחר. עם זאת, איש לא יטען כי הם סובלים מהפרעות נפשיות וזקוקים לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי. יחד עם זאת, שכול כן מתפקד כגורם לחץ המסייע לנו להבין את בסיס ההקשר של גורמי הלחץ של המטופל ברגע נתון. על כן, שכול מסווג כקוד Z (63.4). אם השכול גורם לסיכונים או לבעיות בתפקוד אשר מובילים ל"דיכאון", רק אז מוגדר המצב כהפרעה נפשית. משמע, אם מצבי חיים תורמים לכך שאדם לא יוכל להתמודד, מצב המכונה "דיכאון", "הפרעת חרדה", "הפרעת הסתגלות", אזי יהפוך אותו אדם למרכז העניין הטיפולי על פי סקאלת האבחון של ICD ויזדקק לטיפול מורשה על פי "רפואה המבוססת על עובדות" (evidenced based medicine) עולה בכל כיוון אחר אינה ברוח סקאלת האבחון של ICD ותיחשב לפעולה אבחונית שגויה.

חשיבותם של קודי Z

קודי Z חשובים משום שהם עוסקים במגוון רחב של נושאים אשר, גם אם אינם מחלות או הפרעות, מביאים את המטופל במגע עם שירותי הבריאות. הם חשובים בהבנת התכנים אשר מעסיקים את המטופל. התנאים הנקראים קודי F באבחנות ICD הם רחבים ומקיפים ומובנים מספיק בכדי לכלול את כל התנאים אשר עשויים לעניין איש מקצוע העוסק בניהול קליני של בריאות הנפש. לפיכך, אין כל צורך להתפשר מבחינה אקדמית או מקצועית בנושא

הסטנדרטים ולשקול את קודי ה-Z כאבחנות. הם מעולם לא נועדו לשמש ככאלה. כאנשי מקצוע ותיקים ומנוסים, אנו משוכנעים שהבסיס הנוסולוגי הקיים של ICD בצירוף אינדיקציות להתערבויות מניעתיות במקרים מועדים (למשל, ילד להורים עם מחלת נפש או לאחר טראומה קשה טרם פיתח תסמינים בולטים) מכסה באופן מספק את חבילת הטיפול האופטימלי שאותה יכול לספק המקצוע. הכנסה מלאכותית של קודי Z לא תסייע בדבר מלבד הגברת הסטיגמה ויצירת קוד אבחוני עמום.

כיסוי מלא של קודי F

לסיכום, בניתוח הבנה של אבחנות מחלות נפש, חשוב להתמקד בהגדרות הבסיסיות, בהתאם "לכוונת המשורר", אשר בהן נוסולוגיה (nosology) וסיווג ברפואה מתרחשים. קודי Z מהווים היבט משמעותי בהבנת נושאים החשובים למטופל. אך אינם תורמים דבר לאבחנה גופה. יהיה זה מצער ובלתי צודק הן מבחינת ההיבט הרפואי והן מבחינת המטופלים, להתייר לגורמים וקונפליקטים בין קבוצות עניין צר לטשטש את האמת ואת הסיווג/האבחון המדעי הראוי.

בעוד נהיר לחלוטין מדוע קבוצות עניין צר וקבוצות מקצועיות מסוימות ירצו לכלול את קודי Z כאבחנות של הפרעות נפשיות, תופעה כזו איננה לטובת התחום הרפואי או לטובת ניהול כלכלי, יעיל ואחראי של העיסוק הרפואי. הכללת קודי Z כאבחנות רק תעצם ותחזק את הסטיגמה על הפרעות נפשיות ותרמוז כי מרבית האוכלוסיה סובלת מהפרעות נפשיות בניגוד להתמודדות מאתגרת עם לחצי חיים. עיקרון מנחה חשוב בהבנת התנהגות אנושית הוא הרעיון על פיו "אין זה משנה מה קורה לפרט, אלא כיצד הוא מתמודד עם מה שקורה לו". לכן, אם ההתמודדות מתבטאת כלא יעילה, אזי תהיה זו אבחנה ברת אבחון (לדוגמה, "דיכאון", "הפרעת חרדה" או "הפרעת התאמה") והפרט יטופל בהתאם לקוד F הספציפי להפרעתו.

הטענה שאם קודי Z לא ייכללו במערך האבחוני בבריאות הנפש, הדבר יגרוור הוצאה של מגוירים רבים ממערכי הטיפול אינה נכונה, למיטב הערכתנו. קודי F מכסים באופן כולל ומקיף את כל מערך ההפרעות בתחום בריאות הנפש. בנוסף, צירוף של אינדיקציה נוספת תחת הכותרת של התערבות מניעתית (לפרטים הנמצאים בסיכון לפתח הפרעה נפשית) מציגה חבילה אבחנתית רחבה אופטימלית ומן המתקדמות בעולם.

פרופ' משה קוטלר, מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר יעקב-נס ציונה

ולחיות רגיש להשפעתם של הקשרים הבינאישיים (במיוחד עם ההורים) הן בעיצוב האישיות והן בהופעתם וטבעם של התסמינים הפסיכיאטריים². חשוב לזכור את השיעור הגבוה של התחלואה הנלווית בכל הפרעה פסיכיאטרית בקטינים². הגישה העכשווית בנוולוגיה של פסיכופתולוגיה בילדים ונוער היא גישה התפתחותית המעריכה גורמי סיכון להתפתחות של פסיכופתולוגיה מול גורמים מגנים מפני התפתחות של פסיכופתולוגיה תוך כדי מסלול ההתפתחות התקינה³. גורמי סיכון הם מאפיינים שמגבירים את הסיכוי להופעת פסיכופתולוגיה ואו מגבירים את חומרת הפסיכופתולוגיה. גורמים אלה יכולים להיות קשורים לילד עצמו (לדוגמה, פגות, טמפרמנט קשה, מטען גנטי), להוריו (לדוגמה, פסיכופתולוגיה הורית, תפקוד משפחתי לקוי), לפעולות גמלין ילד-הורה (לדוגמה, התקשרות בלתי מאוחדת) או לסביבה במובן הרחב יותר (לדוגמה, עוני). גורמי הסיכון נוספים להופיע בו זמנית והשפעתם היא מתווספת (additive) ועל כן, כל חשיפה לגורם סיכון נוסף מגבירה את הסיכון באופן אוקספוננציאלי. גורמים מגנים הם מאפיינים אשר מגבירים את העמידות למצבים של דחק או מצוקה (resilience),

יהיה תלוי בתפישת הפסיכופתולוגיה, כאשר קיימות שתי תפישות עיקריות: התפישת הממדית (dimensional approach) והתפישת הקטגורית (categorical approach). ניתן לראות את שתי התפישות הללו כמשלימות זו את זו ולא דווקא כמנוגדות. תפישת ה-ICD היא כעיקרון קטגורית, אם כי יש קטגוריות אשר נבנות על ממדים (כגון הפרעות חרדה או הפרעות במצב הרוח). על אף הבעייתיות שבתפישת הקטגורית, חשיבה מסוג זה נדרשת על מנת להחליט האם נחוצה או מומלצת (או לא) התערבות טיפולית. רק לאחר שמעריכים את מספר המקרים באוכלוסייה ניתן לתכנן שירותי בריאות ולהתארגן על מנת לספק אותם. כמו כן נוצרת בכך שפה משותפת שמאפשרת עבודה ברמה הקלינית (גירסה קלינית של ה-ICD) וברמה המחקרית (גירסה מחקרית של ה-ICD).

הייחודיות בסיווג תחלואה נפשית בקטינים

הסיווג של התחלואה הפסיכיאטרית בקרב ילדים ומתבגרים הוא מורכב אף יותר. בנוסף לגורמים הנ"ל, הוא אמור להביא בחשבון את השוניים ההתפתחותיים אשר מתרחשים בשנות חיים אלו

המערכות המקובלות והשולטות לסיווג של ההפרעות הפסיכיאטריות נוצרו על ידי ארגון הבריאות העולמי: The International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD) ועל ידי הארגון הפסיכיאטרי האמריקאי: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). משרד הבריאות במדינת ישראל אימץ את ה-ICD בתור המערכת האבחנתית הרשמית, בגרסתה האחרונה משנת 1992: ICD-10⁴. מערכת זו מקודדת את התחלואה הפסיכיאטרית על הציר הראשון בדומה ל-DSM האמריקאי, כשקיים בנוסף נספח המתייחס ל"מצבים אחרים הקשורים לעתים קרובות עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות". בהעדר אטיולוגיה ידועה להפרעות הפסיכיאטריות, שתי השיטות הן תיאוריות.

סיווג התחלואה הפסיכיאטרית הוא סוגיה מורכבת. הסיווג כפוף לתהליכים תמידיים של שינויים הנובעים מגורמים רבים: 1. התפתחות הידע והחשיבה הרפואית. 2. הצטברות של נתונים אפידמיולוגיים. 3. תפישת חברתית של בריאות הנפש מול הפרעה פסיכיאטרית ואף, 4. שיקולים פוליטיים וחברתיים. כמו כן, הסיווג

נוזולוגיה התפתחותית

סיווג התחלואה
הפסיכיאטרית
באוכלוסיית ילדים
ומתבגרים

ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זלצמן

את יכולות ההסתגלות למצבים שונים ואת התנגדות לפסיכופתולוגיה שעלולה להתפתח. גם גורמים אלה יכולים להיות קשורים לילד עצמו (לדוגמה, טמפרמנט קל, רמת אינטליגנציה תקינה, קצב התפתחותי תקין), להוריו (לדוגמה, רגישות הורית, תפקוד משפחתי תקין), השפעות גומלין ילד-הורה (לדוגמה, התקשרות בטוחה, רמת התאמה טובה ילד-הורים: goodness of fit) או לסביבה במובן הרחב יותר (לדוגמה, תמיכה חברתית).

ברוך כלל, שני סוגי גורמים אינם קשורים למהלכים ספציפיים בשנים הראשונות לחיים. התפתחות או לא של פסיכופתולוגיה, טיבה, חומרתה וזמן הופעתה ומשכה, תלויים באיזון (balance) המשתנה באופן תמידי בין סך כל גורמי הסיכון וסך כל הגורמים המגנים. מהלכים התפתחותיים דומים יכולים לנבוע ממצבים שונים של סיכון, דבר שנקרא equifinality, כלומר שכל סופי אחד, common final pathway, ולהפך, מהלכים התפתחותיים דומים יכולים לנבוע מאותם מצבים של סיכון, דבר שנקרא plurifinality³.

נחולוגיה התפתחותית

הן הסיווג של איגוד הבריאות העולמי והן הסיווג של החברה הפסיכיאטרית האמריקאית אינם מתייחסים להיבטים התפתחותיים והבינאייים בצורה מספקת ומתאימה לאוכלוסיית הקטנים. כמו כן, הם לא מעריכים את מצבו של הנבדק במנחים של סיכון.

בשנים האחרונות, עם עבודה בתוך מסגרת הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית והאפידמיולוגיה ההתפתחותית, הופיע תחום נוסף: הנחולוגיה ההתפתחותית²: כפועל יוצא מתהליך דינאמי של שינויים אצל ילדים ומתבגרים, נדרש לעקוב אחרי מסלולים התפתחותיים (developmental trajectories). מסלולים אלה משקפים תהליכים של השפעות גומלין בין הכוחות, החוויות והפגיעות של הנבדק לבין סביבו, כפי שמתאר המודל הטרנסקציונלי^{2,3}, וכתוצאה מכך התהוותה הפסיכופתולוגיה, אשר תוגדר באופן שונה בהתאם לשלב ההתפתחותי. בניגוד לכך, מערכת ה-ICD, כעיקרון מוצהר, מתנגדת לסיווג שונה לקבוצות גיל שונות, אלא אם מדובר בהפרעות המופיעות החל מגיל מסוים. עיקרון זה מקשה על הניתוח של התפתחות הפסיכופתולוגיה לאורך מעגל החיים. משנות ה-70 החלו הנסיונות של ועדות מטעם

ארגון הבריאות העולמי לעבור לגישה רב-צירית, שתענה על הצורך להתייחס למרכיביה השונים של האבחנה הפסיכיאטרית: תיאורי, התפתחותי, רפואי, סוציאלי ותפקודי. גישה רב-צירית אמורה לבסס קידוד מקיף יותר ואחיד יותר של המידע הקליני והאפידמיולוגי, שיאפשר השוואת נתונים ומחקרים פרוספקטיביים, מאחר שנמצא כי בפועל קיים שוני רב בין פסיכיאטרים כשמשתמשים בקטגוריות אבחנותיות רבות. כפרי מנסיונות אלה פורסמה בשנת 1996 גרסה רב צירית של הסיווג של ההפרעות הפסיכיאטריות על פי ה-ICD-10. גישה זו אומצה גם בילדים ונער והופיעה בפרסום מיוחד של ה-WHO⁴. גרסה זו כללה שישה צירים:

ציר I: תסמונות פסיכיאטריות קליניות
Clinical Psychiatric Syndromes

ציר II: הפרעות ספציפיות בהתפתחות הפסיכולוגית
Specific Disorders of Psychological Development

ציר III: רמה קוגניטיבית
Intellectual Level

ציר IV: מצבים רפואיים
Medical Conditions

ציר V: מצבים פסיכוסוציאליים בלתי תקינים נלווים
Associated Abnormal Psychosocial Situations

ציר VI: הערכה כללית של המגבלות
Global Assessment of Psychosocial Disability

הציר הראשון שואף להיות תיאורי בלבד, ללא הנחות לגבי אטיולוגיה התסמינים, אך למרות זאת יש מספר רב של קטגוריות המשויכות לאטיולוגיות ספציפיות: הפרעות נפשיות אורגניות, תגובות לדחק חמור, הפרעות הסתגלות ותסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גפניים. ארגון הבריאות העולמי נעזר במחקר שדה וניסה להתאים את הציר החמישי הפסיכוסוציאלי לאירועי חיים של קטנים⁴. כחלק ממאמץ זה השתתפה גם קבוצתנו במחקר השטח ובדקה את תקפותו של הציר החמישי בבני נוער מאושפזים ובריאים בישראל באמצעות כלי אבחוני חצי מובנה⁵. מצאנו כי האבחון הפסיכוסוציאלי הוא כלי חשוב פרוגנוסטי באוכלוסיית מטופליו.

סיווג פסיכופתולוגיה בגיל הרך

ה-ICD לוקה בחסר במיוחד בילדים בגיל הרך (לפני גיל חמש) ומסיבה זו נוצרה מערכת אבחנותית נוספת, Zero to Three's Diagnostic Classification of Mental Health and

Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3)⁶, שהיא פרי עבודתה של קבוצה בעלת נציגות רב-מקצועית, שהוקמה בשנת 1987 בחסות המרכז הלאומי לתינוקות, פעוטות ומשפחות, בתור כוח משימה. בקבוצה השתתפו קלינאים וחוקרים ממרכזים לבריאות הנפש בגיל הרך מרחבי ארצות הברית ומאירופה. המשתתפים ניתחו תיאורי מקרים על מנת לזהות דפוסי התנהגות חוזרים ולתאר סוגים של הפרעות. העבודה פורסמה בשנת 1994. מטרת התכנית היתה להשלים את סיווג ההפרעות, הווה אומר, להוסיף קטגוריות אשר לא היו מוגדרות במערכות הקיימות, להציע קריטריונים אבחנותיים רגישים לשלב ההתפתחותי ורגישה להיבטים בינאייים ילד-הורה. השימוש במערכת הזאת הולך ומתרחב. היא נמצאת בתהליכים של שינויים ותיקונים מתמידים⁶, שהובילו לכך שבשנת 2005 פורסמה גרסה חדשה⁷, אשר תקפותה ממשכה להיבדק. מדובר במערכת רב-צירית, הכוללת חמישה צירים, כשהמיוחד ביניהם הוא הציר השני, אשר מקודד את האינטראקציה של הילד עם הוריו.

לסיכום, ההסתכלות הרב צירית מהווה שלב הכרחי על מנת להתייחס לתחלואה הפסיכיאטרית של ילדים ומתבגרים במורכבות שלה ועל כן מומלץ לאמץ את הגרסה הרב צירית של ה-ICD. מערכת זו עדיין אינה מהווה כלי המאפשר לחשב את השפעת היחסים הבינאייים בהתפתחות הפסיכופתולוגיה, היא חסרת קריטריונים רגישים לשלבים ההתפתחותיים השונים, לא ניתן באמצעותה להעריך סיכון והיא אינה מתאימה על מנת לעקוב אחרי מסלולים פסיכו-פתולוגיים. על כן נדרשת המשך עבודה שתפתור את החסמים האלה על מנת שתיווצר המערכת שתשקף באופן דרוק יותר את כל המשתנים.

ד"ר מרים פסקין, סגנית מנהלת מחלקת יום ילדים, המרכז לבריאות הנפש גאה. ד"ר זלצמן, מנהל חטיבת ילדים ונוער ומנהל מחלקת יום לנוער במרכז לבריאות הנפש גאה, מרצה בכיר בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. The World Health Organization, 1992.
2. Jensen PS & Mrazek DA, Research and clinical perspectives in defining and assessing mental disorders in children and adolescents. In: Jensen PS, Knapp P & Mrazek DA (eds), 2006, Toward a New Diagnostic System for Child Psychopathology – Moving Beyond the DSM, New York London, The Guilford Press, pp 11-37.
3. Costello EJ & Angold A, Developmental epidemiology. In: Cicchetti D & Cohen DJ (eds.), 1995, Developmental psychopathology, New York, Wiley.
4. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The World Health Organization, 1996, Cambridge University Press.

5. Zalsman G, Horesh N, Arzi R, Edelist D, Har Even D, Tyano S, Poustka F, Apter A. Psychosocial diagnosis in psychiatrically hospitalized adolescents. Compr Psychiatry. 2001; 42(3):223-7.
6. Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 1504-1512.
7. Zero to three. (2005). Diagnostic classification: 0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.



ה-Z הזה הוא אני:

השונה והייחודי באבחון ילדים ונוער

ד"ר רועי אלדור

הגירסה העברית לתחום ההפרעות הנפשיות של המודרך העולמי יצאה לאור בשנת 1995, בעריכת איגוד הפסיכיאטריה בישראל, ועד היום נרשמו כבר שש הדפסות חוזרות למודרך העברי¹. היישום בארץ של המודרך האבחוני לתחום הקהילתי של טיפול בילדים ונוער לא היה שיטתי או אחיד. לפיכך, תהליכי הערכה שקדמו והטרימו תהליכי טיפול נפשי לסוגיו, לא בהכרח כללו מתן אבחנה פסיכיאטרית. מספר גורמים תרמו למצב זה:

(1) באופן מעשי, משרד הבריאות לא יצר נוהל מחייב של שימוש באבחנות כתנאי לטיפול. לעומת זאת, בהצעת החוק של הרפורמה המתוכננת בבריאות הנפש יש התניה חד משמעית של מתן טיפול אך ורק לפי רשימת אבחנות הלקוחות מה-ICD-10².

(2) באופן עקרוני, יש שוני מהותי בין ילדים לבין מבוגרים בנושא האבחון והסיווג של אבחנות. בתחום של ילדים ונוער, היכן שמצופים תהליכי התפתחות ושינוי, לא אחת מתעורר קושי ביישום אבחנות של הפרעה נפשית כפי שהדובר נעשה באוכלוסייה בוגרת. אמנם יש אבחנות ברורות עם השלכות ארוכות טווח אצל ילדים, כגון הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (PDD) או הפרקינטיביות (ADHD), שחיוני לאבחן בזמן ובראוי ולהתאים עבורן טיפול הולם. יחד עם זאת, אין המשכיות ברורה בהפרעות רגשיות של הילדות אל הבגרות. בנוסף, כפי שמופיע גם במודרך ה-ICD-10, "נראה שהפרעות רגשיות של הילדות הן הקצנה של מגמות התפתחותיות תקינות, ולא תופעות שהן כשלעצמן חריגות מבחינה איכותית" (עמ' 282). על כן, ניתן לראות את המצוקה והקשיים הרגשיים כהחרפה זמנית וחולפת, לא פעם כתוצר של אירוע שלילי חיצוני, ואלה מחייבים התערבות טיפולית, במטרה למזער ולמנוע התפתחות של פתולוגיה. בנוסף, אצל ילדים ונוער יש קושי רב יותר להגיע לאבחנה ברורה, התהליך עשוי לקחת זמן רב יותר וידוע כי התמונות הקליניות של ילדים אינן זהות או מסוגלות בדומה לאלו המוכרות אצל מבוגרים (לדוגמה, "רגונות" כתסמין אפשרי דווקא לדיכאון אצל ילדים). ההשלכה של כל האמור לעיל בשדה הקליני היתה שימת דגש גם על אבחנה דינמית,

מסע הפרטי של היחיד להגדרת עצמיותו, ייחודיותו ונפרדותו, הוא מאפיין בולט ומרכזי של ההתפתחות הנפשית בילדות ובהתבגרות. כאשר מסע זה נתקל בקשיים, מבפנים ו/או מבחוץ, נדרשת לא פעם התערבות טיפולית במטרה להחזיר את ההתפתחות למסלולה התקין. האם מתחייב מהמכלול של תהליכי החריגה והתיקון שימוש באבחנה פסיכיאטרית? כאשר מדובר בילדים, לא בהכרח ולא תמיד. זאת כיוון שתחום האבחון בגילאי הניקות, הילדות וההתבגרות, הוא שונה וייחודי.

ארגון הבריאות העולמי מסווג את כל האבחנות הרפואיות במודרך סיווג ואבחון ICD (International Classification of Diseases) לפי אותיות האלפבית הלועזי. המודרך המעודכן ביותר, שיצא לאור ב-1992 (ICD-10), הוא זמין כיום לכל אדם ברשת האינטרנט, ובעשור הבא מתוכננת לצאת לאור מהדורה חדשה שלו. הסיווג הסטטיסטי של מחלות החל באמצע המאה ה-19, במקור כניסיון ליצור רישום אחיד של סיבות למוות (במודרך העדכני, סיבות אלו מופיעות תחת האותיות X ו-Y). יצירת תקינה לסיווג אבחוני של כלל המחלות משמשת לסטטיסטיקה ממשלתית של תחלואה ומוות, ונובעת מהצורך להתאים את הטיפול והניהול של מערכות הרפואה לתמונת המצב האפידמיולוגית. לפי הסיווג, ניתן לנתח מצב בריאותי בקבוצות אוכלוסייה שונות, לעקוב אחרי התרחשות ונפוצות מחלות מסוימות, וזאת בהקשר למשתנים נוספים, כגון אפיוני ונסיבות האנשים שחלו.

הפרק החמישי במודרך העולמי (תחת האות F) מוקדש להפרעות נפשיות והתנהגותיות והוא כולל 11 תת קבוצות של הפרעות, בתוך כל אחת הידרכיה של רמות שונות של ההפרעה. התייחסות ממוקדת לסיווג אבחוני של בריאות הנפש של ילדים ובני נוער נמצאת בשתי תת קבוצות, "הפרעות בהתפתחות הנפשית" (קודים F89-F90) ו"הפרעות התנהגותיות ורגשיות שתחילתן בדרך כלל בילדות או בגיל ההתבגרות" (קודים F98-F99). בנוסף, יש להביא בחשבון כי יש הפרעות שסווגו בקטגוריה אחרת והן יכולות לחול בכל גיל (למשל, הפרעות אכילה או שינה).

תיקון חוק הרפורמה על ידי הכללת קוד Z הוא תהליך חיוני והכרחי. שימוש מושכל בקוד Z, עבור התחום הייחודי של ינקות עד התבגרות, הוא צו השעה

קרי הערכת המבנה הפנימי-האישיותי, באופן משלים להערכה הקלינית שמתקבלת, והישענות על השילוב בין שתי נקודות המבט בתכנון הטיפול הדרוש³.

(3) הצהרתו הנודעת של וויניקוט בנוגע ל"היעדר הדבר שנקרא תינוק" מדגישה את התרומה המכרעת של הסביבה האמידה לקידום הפוטנציאל ההתפתחותי של חיי הנפש של הילוד. בהמשך לכך, הגישה הרלבנטית בתחום בריאות הנפש של ילדים ונוער דוגלת בהתפתחות של היחיד כמשולבת ושווה מעגלית בסביבתו האישית, משפחתית, וקהילתית - מבחינה סוציו-אקונומית ותרבותית. בפועל, גישה אקולוגית וקהילתית זו התפתחה, התבססה ורווחה במשך עשרות בשנים בשירות הממשלתי של בריאות הנפש. תחת גישה שכזו הושם דגש על ההיבט של יחסים וקשר, לבטח כשמדובר בילדים ובנוער, והדבר קיבל בולטות בתהליכי ההערכה וטיפול. עם זאת, יחסית מעט מדי אבחנות במדרג ה-ICD-10 מתייחסות להיבט זה; אולי למעט קודים F93 ו-F94 הסוללים, לדוגמה: "הפרעת של חרדת נטישה בילדות" [F93.0] ו"הפרעת התקשורת תגובתית בילדות" [F94.1]. על רקע חסר זה, לבטח כשמדובר בגיל הינקות והילדות המוקדמת (גילאי 0-3) - היכן שלנשא ההתקשורת נודעת חשיבות קריטית - גובשו ובנו מערכות ייחודיות וייעודיות של סיווג אבחנות, עליהן יורחב בהמשך⁴.

(4) אמנת האו"ם לזכויות הילד, שאומצה בישראל ב-1991, מנסחת בסעיף 24 את זכותו של הילד לבריאות ברמה גבוהה, לטיפול במחלות ולשיקום הבריאות, ושלא תישלל ממנו הזכות לגישה לשירותי בריאות. בנוסף על גישת הזכות, רוחות בארץ גם תפישה חברתית כי הכרה בסבל של האדם ושל סביבתו הקרובה ומתן טיפול מיידי יועילו הן לפרט והן לחברה. כל זאת, נכון במיוחד לישראל בהיותה חברה הגירה, בהיתן המתח הבטחוני המתמשך, המצב הכלכלי-הלא-יציב ועוד. לכן, במשך עשרות בשנים התקיים מצב שבו ניתן לילדים ולמשפחותיהם טיפול לפי שיקולים מקצועיים של צורך, ללא תלות באבחנה פסיכיאטרית, מתוך הנחה כי לטיפול ייעודי מניעתי אישי וחברתי-אפידמיולוגי.

(5) אמנת האו"ם לזכויות הילד גם קבעה כי "טובת הילד" היא שיקול ראשון במעלה בכל החלטה הנוגעת לילדים. בהתאם לכך, רק לאחרונה הומלץ לשנות את הוראות הדיווח לרשויות הצבא מתוך קובץ הנתונים של ילדים שהיו באשפוז פסיכיאטרי, ובדומה בהצעת חוק הרפורמה, יש תיקון הבא לאזן בין זכות הילד לפרטיות לבין זכות הציבור להגנה (סעיף 39א'). בישראל, לא אחת ניתן לפגוש הורים החוששים לפנות לגורם של בריאות הנפש מחשש שעצם הפנייה והתייעוד שלה יפגעו בעתיד ילדם/תם. גם אם חשש זה אינו מבוסס דיו וגם אם

סבורים שיש להתמודד עם סטיגמה לא על ידי הימנעות או הסתרה, עדיין חששות הורים יוצרים קונפליקט אצל אנשי מקצוע שמוסיף עוד קושי לתהליך מתן האבחנה.

מערכת צירית נפרדת וייחודית לילדים ולנוער

מכלול הגורמים לעיל, שמחד תרמו ליישום לא שיטתי של קוד F מה-ICD-10, קידמו מאידך את השימוש החלופי הרווח בקוד Z, שמתייחס באופן כוללני ל"גורמים המשפיעים על סטאטוס בריאותי ומגע עם שירותי בריאות" (לתיאור מלא של כל הקודים הכלולים תחת Z, יש לעיין באתר האינטרנט של ארגון הבריאות העולמי)⁵. קוד זה כולל שבע תת קבוצות של גורמים, חלקם עם התייחסות ישירה לתחום של בריאות הנפש אצל ילדים ונוער, כגון: קוד Z61 - "בעיות הקשורות לאירועי חיים שליליים בילדות", שמתייחס לאובדן הורה, ניצול מיני ועוד; וכן קוד Z62 - "בעיות נוספות הקשורות לגדילה", שמתייחס לדפוסים הורוטי לא-מתאימה, הונחה רגשית ועוד. השימוש בקודים אלה קיבל משנה תוקף במקרים שבהם היה ידוע על אירוע משברי בתחום המשפחה, שאין או שטרם התקבלה תמונה קלינית תואמת, תופעה שאינה בלתי שכיחה אצל ילדים. להלן שלוש דוגמאות, מיני רבות שכאלו: אמו של ילד בכך שמונה, שאביו סובל מסכיזופרניה, פונה לטיפול במטרה לסייע לו בהסבר על המתרחש אצל אביו; סבתא המגדלת ילדה בת שש, לאחר שאביה רצח את אמה והתאבד, פונה לטיפול במטרה להתמודד עם דפוס גוננות היתר שלה שיוצר אצל הילדה דפוס תובעני; אמא לילדה בת חמש, שהוטרה מינית על ידי קרוב, פונה לטיפול מתוך חשש להשתלבותה בבית הספר. דוגמאות אלו ואחרות ממחישות כי גם כשילדים התנסו או חווים מצבים קיצוניים, לא בהכרח נצפית או מתפתחת מיד הפרעה פסיכיאטרית מסוגלת מתוך המדרג הקיים. עם זאת, ברור לעין כי מקרים אלה מדגימים סיכון התפתחותי ונפשי משמעותי ביותר לעתיד, והכרחי על כן סיוע טיפולי מיידי, אף שלכאורה אין בזמן הפנייה סיבה רפואית קיימת.

ההתמקדות המתחייבת בגורמי הקשר והסביבה בתחום ילדים ונוער הביאה לתמורות משמעותיות גם בהבנה וגם באבחנה של התחום. לפי וויניקוט, אין זה הסימפטום אלא השימוש שהילד עושה בו שעלול להיות פתולוגי. אם הסימפטום הוא קומוניקטיבי, הרי שיש לו ערך חיובי. לדוגמה, הסימפטום הנפוץ של הרטבה: "אם ילד מוחה, באמצעות הרטבה, בצורה יעילה נגד יחס מחמיר מדי, ועומד על זכויותיו כפרט, לכאורה, הרי הסימפטום אינו בגדר מחלה אלא דווקא סימן לכך שהילד עדיין מקווה לשמור על הייחוד שלו,

המאיום בצורה זו או אחרת"⁶. ההנחה היא כי ברבות הזמן סימפטום זה יחלוף וצורה מתאימה יותר של ביטוי הייחוד העצמי תתפוס את מקומו. נושא החוויה הילדית, וההדריות המתקיימת בינה לבין החוויה ההורית, פותח בשני העשורים האחרונים על ידי הגישה האינטר-סובייקטיבית, שהאירה את נימי היחסים הורה-ילד מינקות ואילך. לאור ההבנה כי מערכת יחסי הגומלין המתמשכת הורה-ילד יכולה להאיר או להטיל צל על הילד, לקדם או לעכב גדילתו הנפשית, פותחו גישות טיפוליות הממוקדות בהורות ונפוצו התייחסויות לכך בספרות המקצועית, כולל בישראל⁷.

מאחר שהתקבל הרושם כי אין די בתמונה הפנומנולוגית המתקבלת, לא רק על פי ה-ICD-10, ולא רק עבור ילדים, הביא הדבר לשינויים וחידושים משמעותיים בתחום. ראשית, קאדר רחב של אנשי מקצוע בבריאות הנפש, באוריינטציה פסיכואנליטית, אסף ידע רב שהיה קיים בתחום וגביש מערכת אבחונית שיטתית, שמאפינת את המכלול התפקודי של האדם - ברמת העומק האישיותית כמו גם ברמת השטח הקלינית. המדרג בתחום PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual), שיצא לאור רק לאחרונה (2006), מכיל גם מערכת צירית נפרדת וייחודית לילדים ולנוער, הכוללת: ציר של "חוויה סובייקטיבית" (בהקבלה מסוימת לציר I של ה-DSM) ובתוכה גם קטגוריה של תגובה בריאה - שמתייחסת למשברים התפתחותיים ומצביים; ציר של "סגנונות אישיות מתהווים" (בהקבלה מסוימת לציר II ב-DSM); וציר אבחנותי מחדש של "תפקוד מנטלי" שכולל מרכיבים אישיותיים רבים, כגון היכולות לוויסות, לקשב וללמידה; היכולת לקשר ולאינטימיות; איכות החוויה הפנימית, הביטוי הרגשי, ודפוסים הגנתיים; היכולות ליצור ייצוגים פנימיים, לדיפרנציאציה ולהתבוננות עצמית, ותחושת המוסריות.

שנית, לגילאי הינקות והילדות המוקדמת אף נוצרה במדרג לעיל מערכת ייחודית רב-צירית, בה שני צירים (מחמישה) שרלבנטיים לדיון. כך, הציר הראשון של "אבחנה עיקרית" כולל: הפרעות של אינטראקציה הורה-ילד או היכן שלסביבה תפקיד מרכזי, הפרעות של תהליכי ויסות-חוש - שנעדרות ברובן ממדרג ה-ICD-10, והפרעות ניר-התפתחותיות של קשר ותקשורת - המייצגות את הבסיס האמפירי של המדרג מתחום ה-neuroscience. הציר הרביעי, עבור גילאי 0-3, מתייחס ישירות ל"דפוס משפחה הורה-ילד". הפרק במדרג ה-PDM לגיל הינקות והילדות המוקדמת מתבסס בחלקו על מערכת סיווגית אחרת (DC: 0-3) שנבנתה לפני כעשור לאור ייחודיות התחום של הגיל הרך ועל רקע אי ההתאמה וחוסר ההמשכיות בין אבחנות

בינקות לבין הבגרות.

במדריך זה, הבלעדי לגיל הרך, מעבר להיבט התיאורי של הקליניקה הייחודית לגיל זה, יש שני צירים (מתוך חמישה) שרלבנטיים לדיון, אשר מתייחסים להיבט של אינטראקציה הורה-ילד וסביבה-ילד. כך, הציר השני מסווג את ה"הפרעה ביחסים עם ה-caregiver". ציר זה, שאמור לשקף את איכות היחסים הורה-ילד, באופן בלתי תלוי מהקליניקה, מתייחס לשליטת יתר או חסר הורית, לדפוס הורי חרד או עוין וכדומה; ואילו הציר הרביעי במדריך זה מתייחס ל"גורמי הרוח הפסיכו-סוציאליים" ולעוצמת השפעתם על תחומי התפקוד אצל הילד.

לפיכך, דרך התחום המתפתח של בריאות הנפש בינקות ובילדות המוקדמת, משתקפת התפישה האקולוגית וההיכלית של ההתפתחות בילדות ובהתבגרות. תפישה זו בולטת בחסרונה בקודי F של מדרוך ה-ICD-10. נטען כי השלמה לחסר עקרוני זה ניתן להיעשות באמצעות שימוש מושכל בקודי Z. כך לדוגמה, ניתן להקביל ולהתאים בין מרכיבי הציר השני לגילאי 0-3 לבין כל הרמות של קוד 262 (שמתייחס כאמור לדפוס הורות לא-מתאימה) לגילאי הילדות וההתבגרות. בדומה, יש הקבלה מסוימת בין הציר הרביעי, שמתייחס לגורמי דחק בגיל הרך, לבין כל הרמות של קודי 1,3-260 (המתייחסים לסביבה החברתית, המשפחתית ולאירועי חיים שליליים). כל זאת ניתן להיעשות גם בהינתן, אולם גם בהיעדר, אבחנה של קוד F בכל מקרה ומקרה.

שימוש מושכל ומובחן בקוד Z

לסיום, החידושים לעיל אינם מוגבלים רק להערכה ואבחון, בפרט אלה הממוקדים בתחום הינקות והילדות, אלא כוללים גם את ההתוויה של תכנית הטיפול לפי צירי האבחנה השונים ותורמו לפירוש הטיפול הדיאדי הורה-ילד⁸. בנוסף, חידושים אלה בתחום ההערכה נסמכים על גישה אמפירית הבודקת שיטתית גם את תהליכי הטיפול. בהתאם, במדריך ה-PDM מוקדש הפרק האחרון (יותר מ-300 עמודים) לסדרה של מאמרים המשקפים את התפישה כי התמקדות טיפולית בסימפטומים או בהתנהגויות מבודדות אינה אפקטיבית מבחינת שמירה על שינוי, לעומת פסיכותרפיה, הממוגת בין היבטים של מוח ונפש בקונטקסט בינאישי, שמנבאת שינוי שהוא עמיד.

גם אם תומכים בשימוש מושכל בקוד Z, הרי שגם בו לא היה השימוש שיטתי ואחיד. לכן, אין בנמצא נתונים אפידמיולוגיים – לא של קוד F ולא של קוד Z – מהתחנות והמרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש המטפלות בילדים מראשית החיים ועד גיל 18 ובמשפחותיהם. על כן, לא ידוע איזה שיעור של פונים לטיפול מקבלים עם אבחנה של קוד F ואיזה לא. באופן לא פורמלי, נהוג לדבר

על שיעור של 15 אחוז ועד 50 אחוז מבין הילדים והנוער שמופנים לתחנות, כמי שאין להם אבחנה של הפרעה נפשית (קוד F כלשהו). בנוגע לקוד Z, מעניין כי דווקא מתחום האשפוז יש נתונים: בשנתון בריאות הנפש של משרד הבריאות משנת 2006, המתייחס לנתוני שנה קודמת, מתקבל כי 9.7 אחוזים מהקבלות לאשפוז של ילדים ונוער היו על פי גורמי פנייה אחרים (Z-codes)⁹. עיון בשנתונים קודמים מורה כי נתון זה (כעשרה אחוזים) הוא יציב יחסית מעבר לשנים.

הצעת חוק הרפורמה בבריאות הנפש, שהוגשה אשתקד לחקיקה, כוללת לא רק מתן טיפול לפי קודי F אלא גם החרגה של קודי Z. על כן, אנשים המסווגים אך ורק בקוד Z לא יזכו לקבל שירותים במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי. מדיניות משרד הבריאות המשתקפת בהצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא כי יש לתת מענה רפואי לאנשים הסובלים מבעיה רפואית הדורשת טיפול. מאחר שקוד Z מתאר מצבי חיים, טענת המשרד היא כי לא נדרש למסווגים בקטגוריה זו טיפול רפואי. הדעת נותנת כי קופות החולים, כגופים כלכליים שנערכים לקראת יישום הרפורמה, יאמצו את ההחלטה, שכן יש להן אינטרס מובהק להגדיר ולכמת במכסה את הטיפולים שיינתנו. עם זאת, מצופה שקופות החולים יקימו ועדות חריגים לבדיקת הזכאות לטיפול של פניות ללא אבחנה פסיכיאטרית לפי ה-ICD-10.

בדיונים שונים סביב חוק הרפורמה, באופן פומבי וא/או פרטי, מציעים גורמי משרד הבריאות להחליף את קוד Z, בפרט זה המתייחס לאירועי חיים שלילי, בקוד F כדוגמת הפרעת הסתגלות (F43.2), שמתייחסת ל"מצבים של מצוקה סובייקטיבית והפרעה רגשית, שברך כלל מפריעות לתפקוד החברתי ומופיעות בתקופת ההסתגלות לשינוי משמעותי בחיים, או כתוצאה מאירוע גורם דחק". גם אם הצעה זו מתקבלת על הדעת, הרי שלא כל מצב חיים, כפי שהודגם קודם לכן ביחס לאובדן או משבר, מתבטא מיידית בתסמינים ברורים של חרדה או דיכאון, שמדגימים את קשיי ההסתגלות. בנוסף, לפתרון זה שבסס בלעדית את הקריטריון הרפואי, יש שורה של חסרונות מהותיים: א. הדרת ילדים ונוער מסייע המגיע להם, הן מההיבט של זכות והן לאור הצורך, לא רק בתחום האמבולטורי אלא גם אותם עשרה אחוזים הפונים לאשפוז; ב. יצירת קטגוריה אבחונית מטושטשת, ששימוש גורף ולא מדויק בה יביא בטווח הארוך לטשטוש הקשר שבין אבחון לטיפול ועלול על כן לגרום לזילות התחום של האבחון הפסיכיאטרי; ג. הטיה אפידמיולוגית משיקולים כלכליים קצרי טווח שתקשה על תכנון מתאים ארוך טווח; ד. ביטול הגישה הקהילתית בבריאות הנפש והישיבה במניעה.

לא רק בישראל, שנתונה במצוקה מתמשכת,

מתמודדים עם שאלות אלו. מסמך הכנסת בנוגע לרפורמה כולל סקירה משווה על השימוש בקוד Z בחמש מדינות אירופאיות (אוסטריה, אנגליה, בלגיה, גרמניה ושוודיה). מהבדיקה שנעשתה מתקבל כי כל המדינות "מעמידות את שירותי בריאות הנפש שלהן גם לרשות המסווגים בקוד Z ואינן מבחינות בין חולי נפש לבין אנשים המבקשים תמיכה נפשית בעת משבר"¹⁰.

על כן, שימוש מושכל בקוד Z, עבור התחום הייחודי של ינקות ועד התבגרות, שמתייחס גם להיבטי מניעה מתוך הכרה בחשיבות של התערבות פרו-אקטיבית בטרם היווצרות פתולוגיה חריפה, הוא צו השעה. מענה זה ישמר את השימוש התקין באבחנות, מבלי החמרת יתר או חסר – כתוצאה מלחצים הצפויים כמעבר של תחום בריאות הנפש לאחריות קופות החולים. כמו כן, כיוון שאין אפשרות לכלול בחוק הרפורמה את כל החידושים שתוארו לעיל בתחום האבחון וכיוון שאין עדיין בנמצא התאמה והתכוונות טובה בין מערכות הסיווג השונות, הרי ששיקול דעת מקצועי מחייב לתת מענה טיפולי לנושא של ילדים בישראל, באמצעות שימוש מובחן בקוד Z מתוך ה-ICD-10. לפיכך, תיקון חוק הרפורמה על ידי הכללת קוד Z הוא תהליך חיוני והכרחי.

ד"ר רועי אלדור, פסיכולוג קליני מדרוך,

מנהל התחנה לטיפול בילד ונוער ע"ש אילן, ירושלים

רשימת מקורות

1. הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי - ICD-10. (1995).
2. הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בראות הנפש), התשס"ז - 2007.
3. PDM Task Force. (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
4. ZERO TO THREE. (1994). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Arlington, VA: Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
5. www.who.int/classifications/icd/en/
6. Winnicott, D.W. (1964). What do we mean by a normal child, in The Child, The Family and The Outside World. Penguin Books.
7. כהן, א. - עורכת (2007). חוויות ההורות - יחסים, התמודדויות והתפתחות. הוצאת ספרים "אח" יבסי" לחינוך האוניברסיטה העברית בישראל.
8. Lieberman, A., Wieder, S. & Fenichel, E. - Eds (1997). DC: 0-3 Casebook. Wash, DC: Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers, and Families.
9. שנתון סטטיסטי של משרד הבריאות - בריאות הנפש. 2006.
10. הריפורמה בבריאות הנפש - סוגיות מרכזיות לדיון. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. 2007/12/9.

הצורך בחקיקה ייחודית בתחום הפסיכיאטריה בישראל

הפסיכיאטריה היא אחד המקצועות הרפואיים שהפרקטיקה בו מוסדרת באמצעות חקיקה ייחודית במדינות שונות ומזה זמן רב. בשנים האחרונות מוחדרים לחקיקה החדשה בתחום הפסיכיאטריה שיטות, גישות ואמצעים חדשים המקדמים את ערך השוויון בחברה ובעיקר, התייחסות לזכויות החולים. חקיקה מעין זו נחוצה ואין לוותר עליה בשל רגישותם הרבה וניצולם לרעה של חולי הנפש, אשר מתקשים להגן על עצמם ולעמוד על זכויותיהם

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום



ה יחסים ההדדיים שמתקיימים בין המשפט ובין הפסיכיאטריה השתנו במידה ניכרת במהלך המאה ה-20. בתקופה שקדמה למלחמת העולם השנייה היתה זו הפסיכיאטריה שחזרה אל תחומי המשפט, אך השנים שחלפו לאחר מלחמה זו אופיינו במגמה הפוכה. תחילתו של התהליך היתה קמעה קמעה; המשכו התאפיין בחרידה גוברת יותר ויותר של מושגים משפטיים אל העשייה הפסיכיאטרית, ובימינו נראה כי עצם מעורבותה האינטנסיבית של מערכת המשפט בתחומי בריאות הנפש והפסיכיאטריה אינה שנויה עוד במחלוקת כלשהי (Slovenko, 2002; רסקין וחב', 2005). בשני התהליכים הללו, של חרידת הפסיכיאטריה למשפט ושל חרידת המשפט אל תוך העשייה הפסיכיאטרית, ניתן להבחין בתנודות מטוטלת לעבר קצה זה או אחר. אולם בסופו של יום נותר דבר אחד קבוע: המדינה, באמצעות מחוקקים, שופטים, מנהלים ופקידים, היא זו שקובעת מתי, היכן ומאילו סיבות מתקיימות נקודות הממשק שבין הפסיכיאטריה והמשפט. הצורה המובהקת למעורבות משפטית בפסיכיאטריה מתבטאת, בין היתר, בחוקים ייחודיים העוסקים בטיפול ובשיקום של חולי נפש.

ברשימה זו נבקש לחדר מקצת מהשאלות הכרוכות בנושא של חוקים ייחודיים בתחום הפסיכיאטריה בעולם ובישראל. נתאר תחילה את המצב הקיים ואת מגמות החקיקה בתחום הפסיכיאטריה. בהמשך נדגיש מספר היבטים משפטיים בתחום חולי הנפש והטיפול בהם, ובסופו של דבר ננסה להשיב על השאלה המוצגת בכותרת הרשימה.

רקע היסטורי

מעורבותה של הפסיכיאטריה בעולם המשפט הוגבלה בעבר (במאה ה-19) לתחום האחריות הפלילית. בחלקה הראשון של המאה ה-20 והודות להשקפות הפרוידיאניות ששלטו אז במקצוע הפסיכיאטריה, עיצבו עקרונות פסיכולוגיים, ששמו דגש על מושגים כהנעה (motivation) והחלטיות (determinism), את השקפותיה של החברה בכל הנוגע להתנהגות סוטה ועבריינית. פשעים לא מעטים אף הוגדרו מחדש כבעיות בתחום בריאות הנפש. השימוש באלכוהול ובסמים סווג כמחלה ועברייני מין סווג בשם פסיכופטים על רקע מיני והושמו במוסדות מיוחדים. ההשקפות הפסיכולוגיות בכל הנוגע להתפתחות הילד השפיעו על החלטות בדבר המשמורת הראויה, ושפת הפסיכיאטריה חלחלה לשפת התקופה והפכה לזרזן מקובל.

במחציתה השנייה של המאה ה-20 חלה תפנית בהתייחסותה של החברה אל סוגים מסוימים של פשיעה, שבעבר נתפשו כביטויים של הפרעות נפשיות. הפסיכופטיה הפכה להיות הפרעת

אישיות אנטי-סוציאלית ועבריינים למיניהם החלו לתת את הדגש על מעשיהם בלא שהיה קל כבעבר לקבוע כי מעשיהם נבעו מהפרעות התפתחותיות או נפשיות.

מאז ומתמיד ניתנו שלושה סוגים של הסברים להתנהגות חריגה: טיפשות, חטא או מחלה. בהתאם לכך, האנשים שטיפלו בהתנהגות מעין זו באו ממקצועות שונים (מזככים, אנשי דת, עורכי דין, שופטים ואף רופאים) וכל אחד מהם השתמש בשיטותיו הוא: שכנוע, תפילה, הענשה ומתן תרופות. הירידה שחלה בהיקף השפעתן של המשפחה והדת העניקה למשפט ולרפואה (ובמיוחד לפסיכיאטריה) תפקיד בולט יותר בפתרון הקונפליקטים וחילוקי הדעות שבין בני האדם. הפסיכיאטריה החליפה יותר ויותר את הדת ומוסדותיה כמקום מפלטם של הנדכאים, ומה שכונה בימים עברו בשם חטא הפך להיות פשע, תסמין, או העדר אחריות קולקטיבי (Menninger, 1973).

מאז תחילת שנות ה-60 של המאה הקודמת החלו המשפט והפסיכיאטריה לצבור תאוצה בעולם המערבי. יחסי הגומלין שהתפתחו בין מקצועות אלה חידדו את המודעות של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש לנושאים משפטיים, ולהפך. הפסיכיאטריה החלה למלא תפקיד בכל אחד מענפי המשפט: מינהל, עונשין, נזיקין, חוזים וקניין. המונח "כוונה פלילית" (mens rea) הוא עיקרי יסודי בתחום המשפט הפלילי. חלק ניכר מדיני הנזיקין נשען על רשלנותו של האדם הנתבע. דיני החוזים צריכה להיות לצדדים המתקשרים ביניהם הסכמה שמונחת ביסוד "גמירת הדעת" (meeting of the minds) – זה להציע וזה לקבל את ההצעה. מדימנותה של צוואה מבוססת במידה רבה על יכולתו וידיעתו של המצווה "להבחין בטיבה של צוואה" (סעיף 26 לחוק הירושה, התשכ"ה-1965). פרשנות משפטית נאותה של כל המונחים האלה עשויה להזדקק לסייעה של חוות דעת פסיכיאטרית.

במקביל החלה להסתמן גם מעורבות גוברת והולכת של המשפט בתחומי הפסיכיאטריה. לפחות חלק מלקוחותיהם של הפסיכיאטרים שונים מאלה של רופאים אחרים. לעתים מדובר בחולים שנוקקים לטיפול נפשי ואשר מחלתם אינה מאפשרת להם להבין נוקטת זו. לפעמים, אין הם אף מקבלים את מחלתם, מתכחשים לה במקרה היותר טוב או שאינם מודעים כלל לעצם קיומה במקרה הפחות טוב. כמה מהחולים הפסיכיאטריים אף נראים שונה מחולים אחרים, דיבורם שונה והתנהגותם יוצאת דופן ולעתים אף מוזרה. לא תמיד הם גם מטופלים בידי רופאים ולעתים הטיפול העיקרי בהם ניתן על ידי אנשי מקצוע אחרים, כפסיכולוג, עובד סוציאלי או עובד סיעוד. גם המקום שבו ניתן הטיפול אינו תמיד מסגרת רפואית קלאסית

כמרפאה או בית חולים, והוא יכול להיות מסגרת כהוסטל, בית לחיים, דיר מוגן וכדומה. שוני זה, הנגזר ממנהגו של החולי הנפשי, מחייב לא אחת להתערבות טיפולית כפויה בצורה זו או אחרת ביחס לחולי הנפש.

טיפול שהוא רפואי באופיו (לרבות פעולות אבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי) ניתן ככלל רק לאחר שנתקבלה עבודה "הסכמה מרעת" של המטופל, שניתנה לאחר שנמסר לו "מדע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע" (סעיף 13 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996). חוק זכויות החולה קובע גם (בסעיף 15) באילו תנאים ניתן לתת טיפול רפואי אף ללא הסכמת המטופל, אך תנאים אלה ברפואה הכללית הם חריגים ובלתי שכיחים בפרקטיקה היומיומית.

שונה הדבר כאשר מבקשים לתת טיפול לאדם הלוקה בנפשו ואשר שיקול דעתו נפגע במידה זו או אחרת כתוצאה ממחלתו הנפשית והוא מסרב ליתן הסכמה לטיפול המוצע לו (לרבות אבחון). במצב עניינים זה עולים לדיון נושאים שחורגים מהשיח הרפואי השגור: פוטנציאל של סיכון, טיפול כפוי, פגיעה באוטונומיה, פטרנליזם וחזיות הפרט. נשאלת אף שאלה עקרונית בתחומי הפסיכיאטריה והמשפט: באיזו מידה ניתן וצריך להתמודד עם נושאים אלה באמצעות פעולות חקיקה?

מגמות עכשוויות בחקיקה פסיכיאטרית

הפסיכיאטריה היא אחד המקצועות הרפואיים שהפרקטיקה בו מוסדרת באמצעות חקיקה ייחודית במדינות שונות ומוזה זמן רב. עוד בשנת 1838 נחקק בצרפת חוק המסדיר את אשפוזם של חולי הנפש (Castel, 1988; Goldstein, 2001) ולתוכנו היתה השפעה על החוק העות'מאני משנת 1892 בדבר "מקלט למשוגעים", שעסק בדרכי הטיפול בחולי הנפש, לרבות בארץ ישראל בתקופת השלטון התורכי ובמהלך המנדט הבריטי עליה (ויצטום ומרגולין, 2001). במדינת ישראל נחקק לראשונה חוק לטיפול בחולי נפש בשנת 1955, חוק שעודכן באופן משמעותי בחוק שהחליפו בשנת 1991. בסקר שנעשה בשנת 1976 אודות חקיקה פסיכיאטרית ב-43 מדינות בעולם נמצא כי במרבית המדינות (32 מדינות, שהן 74 אחוז) היתה חקיקה פסיכיאטרית ייחודית וכי רק ב-11 מדינות, כולן מוגדרות "מדינות מתפתחות", לא היתה חקיקה מסוג זה (Curran, 1978). מנתונים עדכניים יותר של ארגון הבריאות העולמי עולה כי ב-75 אחוז ממדינות העולם יש חקיקה ייחודית בתחום בריאות הנפש, אם כי רק ב-51 אחוז מהן החוקים נחקקו אחרי 1990 (World

יש הטוענים כי חקיקה ייחודית בתחום הפסיכיאטריה רק מציחה את התיג והסטיגמה כלפי החולים הפסיכיאטריים ואף ממשיכה להכתימם כאוכלוסיית חולים מיוחדת השונה מחולים במחלות אחרות. ניתן לוותר על חוקים ייחודיים העוסקים בהיבטים טיפוליים בחולי הנפש ולהסתפק בחוק זכויות החולה. תוך תיקונים רלבנטיים לחולים הלוקים בחולי פסיכיאטרי. מעל לכול, שלילת חופש וחירות אינה צריכה להיות בידי הרופאים (למעט במצבי חירום) אלא בידי מערכת המשפט (מלמד ודליהו, [Schneidman;2001, 2006])

(Health Organization, 2005).

השפעות החקיקה על מצבם של חולי הנפש אינן תמיד ברורות (כרמי, 2003). ניתן היה לצפות כי החקיקה תעורר את מודעות החברה ותשפיע לחיוב על הטמעתם החברתית ועל שוויון ההזדמנויות של חולי הנפש. למרות מגמות חיוביות, נראה שעדיין יש מכשולים רבים בהשתלבותם המלאה של חולי הנפש בחברה ונדרשים מאמצים רבים לשינוי הגישה החברתית הרווחת כלפיהם. שינוי מעין זה לא יושג באמצעות חקיקה בלבד ונדרשת גם פעילות הסברתית אינטנסיבית לצד חקיקה חברתית מתקדמת. כיום מוסכם כי ככל שהחברה הולכת ונעשית מורכבת יותר, כך נזקקים חולי הנפש שבה ליותר ויותר הגנה באמצעות חקיקה המקדמת את ערך השוויון בחברה (לי, 1998). בשנים האחרונות מוחזרים לחקיקה החדשה בתחום הפסיכיאטריה במדינות שונות שיטות, גישות ואמצעים חדשים ובעיקר, התייחסות לזכויות החולים. בעשורים האחרונים ניכרת פעילות ענפה בתחום החקיקה הפסיכיאטרית באירופה, באמריקה ובקנדה, באוסטרליה, בניו זילנד ובאפריקה (כרמי, 2003). מדובר הן בחוקים חדשים והן בתיקוני חוקים ישנים, שמצביעים לא רק על העניין שיש לחברה ולמוסדותיה בתחום הפסיכיאטרי, אלא אף על מעורבות פעילה בתהליך החקיקה בתחום זה. מאמץ רב נעשה לשתף גם את האזרחים עצמם בפעילויות אלו. בחקיקה המודרנית מודגשת חובתם של המטפלים להתחשב ברצון החולה, בצרכיו התרבותיים, באמונתו הדתית ובהשקפותיו החברתיות. עקרון ה"הסכמה מודעת" מקובל כיום במדינות רבות, אם כי קיימת שונות במידת הפירוט שלו במדינות שונות. כמעט בכל החוקים מודגש כי, ככלל, אין לאשפז אדם בבית חולים בניגוד לרצונו ומפורטים התנאים שבהם ניתן לתת לאדם טיפול פסיכיאטרי (לרבות בדיקה ואבחון) אף בניגוד לרצונו. כן ניתנת הגנה לחולה הנפש שאינו כשיר (incompetent) באמצעות קביעת אפוסטרופוס עבורו או מינוי בא-כוח או נציג מטעמו. כמו כן, מודגש מאוד עקרון השמירה על הפרטיות והסודיות לצד זכותו של

הנגרמת כתוצאה מהתנהגויות אלו פוגעת קשות בערכים ובאמונות שקיימים בחברות מערביות. אחד החוקרים הידועים בתחום של הערכת סיכונים בחולי נפש אף הגיע למסקנה כי בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות, הסיכון לאליומות מצד חולי הנפש הוא קטן למדי וכי החולי הנפשי בכללותו תורם תרומה טריוויאלית לכל היותר לאווירה הכללית של אלימות ומסוכנות בחברה (Monahan, 1992). במחקר אחר אף נמצא כי חולי נפש קשים נמצאו בסיכון גבוה למדי להיות קרובות של אלימות שמופעלת כנגדם, וזאת אף יותר מאשר להפעיל אלימות כלפי אחרים (Teplin et al., 2005).

עם זאת, יש הסכמה לקיומה של תת-קבוצה של חולי נפש שחבריה מהווים סיכון יותר מאחרים, וזו הביאה לעריכת מחקרים ביחס ליכולת לזהות מראש את הסיכון להתנהגות אלימה, לזהות גורמים המקשרים בין אלימות ובין מחלת נפש, ולביסוס שיטות מדויקות להערכת סיכונים. ממחקרים אלה עולה כי למשתנים סוציו-דמוגרפיים וסביבתיים ולשימוש בסמים נודעת יכולת משמעותית להערכת אלימות (Norko and Baranoski, 2005). בהתאם לכך, נראה כי הערכת סיכונים צריכה להתבצע כחלק מהפעילות המקצועית השוטפת של כל פסיכיאטר, ולא דווקא פסיכיאטר משפטי.

עם זאת, יש אנשי מקצוע שסבורים כי אין זה תפקידו המקצועי של הפסיכיאטר להעריך סיכונים במטופליו או באנשים שנבדקים על ידו. הסיבה לכך נעוצה בתפישת לפיה פעולה זו אינה אלא תפקיד של בקרה חברתית, וזו אינה עולה בקנה אחד עם תפקידו הטיפולי והתומך של הרופא הפסיכיאטר. לדעתם של אלה, ועל אף שהם רואים את התחום של הערכת סיכונים בשלילה או לפחות כשנוי במחלוקת, נראה כי הערכה מדויקת יותר של אותה קבוצת מיעוט בקרב החולים שמגלה אלימות ומהווה סיכון לעצמה או לאחרים יכולה לתרום לגיבוש תכניות טיפוליות הולמות יותר ומגבילות פחות עבור קבוצת חולים זו (Pilgrim and Rogers, 2005). לעמדה זו יש משמעות מרכזית בכל דיון על שינוי חקיקה משמעותיים בתחום בריאות הנפש.

מחירה של החקיקה הפסיכיאטרית

על פי מדיניותו של ארגון הבריאות העולמי בתחום בריאות הנפש, התכלית הבסיסית של החקיקה הפסיכיאטרית היא הגנה, קידום ושיפור חייהם ומצבם הנפשי של האזרחים. לפי מדיניות זו, מוסכם ומקובל כי כל חברה זקוקה לחוקים לשם השגת יעדיה, וכי החקיקה הפסיכיאטרית אינה שונה מכל חקיקה אחרת (World Health Organization, 2005). עם זאת, חולי הנפש רגישים במיוחד להפרת

החולה לקבל מידע רפואי על מחלתו ועל הטיפול המוצע לו, לרבות מידע משפטי על זכויותיו. בחוקים החדשים באה גם לביטוי המגמה להסדת מרכז הכובד של הטיפול הפסיכיאטרי מבחינת החולים אל הקהילה, תוך הבאתו אל סביבתו החברתית של החולה. החקיקה המודרנית מכירה גם בזכויותיו של הקטין הלוקה בהפרעה נפשית לקבל טיפול איכותי, ומגמה זו מתבטאת בפיתוח נרחב של שירותים בתחומי הפסיכיאטריה של הגיל הרך, הילד והמתבגר (כרמי, 2003).

בסיס החקיקה הפסיכיאטרית

מן הראוי לחדד ולהדגיש את העקרונות שעומדים בבסיסם של כל החוקים השונים בתחום הפסיכיאטריה ובריאות הנפש. העיקרון המרכזי בכל חקיקה בתחום בריאות הנפש מתבטא בכך שהחברה קיבלה החלטה מודעת לפיה ניתן לשלול את חירותם של אזרחים מחבריה אף שלא הורשעו בבית משפט מוסמך בגין ביצוע מעשה עבירה, וזאת בשל קיומו של קשר סיבתי בין מחלתם הנפשית ובין הסיכון הנובע מהם לעצמם או לזולתם (Perlin, 2006). שלילת החירות מהווה נושא מרכזי בחקיקה הפסיכיאטרית, והוא תמיד יהיה מרכזי. אחת השאלות החשובות בהקשר זה היא יכולתם של הפסיכיאטרים להעריך במדויק את הסיכון האמור.

יש הטוענים כי חקיקה פסיכיאטרית מהווה למעשה אפליה משפטית כלפי אותה קבוצת אוכלוסייה המוגדרת כחולי נפש, שהבסיס לקיומה הוא כאמור הסיכון שנשקף מהם לעצמם או לזולתם. לנזק שהחולה גורם לעצמו או לאחרים יש השפעה שלילית על מרבית הלוקים בנפשם, על אף שמצויים בחברה אנשים רבים שהתנהגותם מהווה סיכון אולם אין הם כפופים למגבלה חוקית כלשהי.

נמצא כי אין התאמה (או שההתאמה היא מזערית ביותר) בין העובדה שאדם מתנהג בצורה בלתי רציונלית, חסרת אחריות או בלתי צפויה, לבין הצפי שאותו אדם יגרום נזק ממשי לעצמו או לאחרים (Symonds, 1998). זאת, למרות שהחרדה

זכויותיהם או לניצולם לרעה. חקיקה אשר מגנה על אזרחים רגישים, כאנשים עם מוגבלויות או חולי נפש, משקפת חברה שמבכדת את חבריה ודואגת להם. חקיקה מתקדמת בתחום בריאות הנפש יכולה אף לסייע בקידום הנגישות לשירותי בריאות הנפש, לצד קידום הזכויות של חולי הנפש והשמירה עליהן. מבחינה זו, העדרה של חקיקה ערכנית בתחום הפסיכיאטריה במספר לא מבוטל של מדינות בעולם, כאמור לעיל, מהווה עדיין בעיה.

יודגש כי עצם קיומה של חקיקה פסיכיאטרית אינו מהווה כשלעצמו ערובה לכיבוד זכויותיהם של חולי הנפש ולשמירה עליהן. במדינות מסוימות, במיוחד באלו שבהן החקיקה הפסיכיאטרית לא עורכנה במשך שנים רבות, דווקא הפורו זכויות חולי הנפש ולא קודמו. הסיבה לכך היא שחוקים אלה נבעו בזמנו מהרצון לשמור על הציבור מפני חולים "מסוכנים" ולבודדם מהחברה, ולא מההכרה בצורך לקדם את זכויותיהם של חולים אלה כאנשים וכאזרחים. היו גם חוקים שאפשרו אשפוז ממושך של חולים שלא היו כל סכנה לחברה אך היו נטולי יכולת לדאוג לעצמם, ואף בכך היתה פגיעה בזכויותיהם.

בנוסף לסבל הנובע מהחולי הנפש עצמו, קיימים תיוג ואפליה כלפי הלוקים בנפשם. בכל המדינות, הן העשירות והן העניות, שרר לאורך ההיסטוריה יחס סטיגמטי כלפי חולי הנפש, ויחס זה בא לביטוי בדעה מוקדמת כלפיהם, בתחושות של פחד, מבוכה, כעס, דחייה או הימנעות (Arboleda-Florez and Sartorius, 2008). תופעה זו לא פסחה לצערנו אף על החברה הישראלית, כפי שהודגם במחקר שפורסם לאחרונה (Tal et al., 2007). התיוג והאפליה באים לביטוי במדינות שונות בשלילת זכויות בסיסיות שונות של הלוקים בנפשם: אזרחיות, פוליטיות, כלכליות, חברתיות, תעסוקתיות ותרבותיות. יש הטוענים כי חקיקה ייחודית בתחום הפסיכיאטריה רק מנציחה את התיוג והסטיגמה כלפי החולים הפסיכיאטריים ואף ממשיכה להכתימם כאוכלוסיית חולים מיוחדת השונה מחולים במחלות אחרות. הדוגלים בגישה זו סבורים כי ניתן לוותר על חוקים ייחודיים העוסקים בהיבטים טיפוליים בחולי הנפש ולהסתפק בחוק זכויות החולה, תוך תיקונים רלבנטיים לחולים הלוקים בחולי פסיכיאטרי. מעל לכל, שלילת חופש וחירות אינה צריכה להיות בידי הרופאים (למעט במצבי חירום) אלא בידי מערכת המשפט (מלמד ורליהו, 2001; 2006; Schneidman).

מעבר לתיוג ולאפליה הגלויים השוררים כלפי חולי הנפש, קיימת עוד תופעה בהקשר זה, סמויה אמנם יותר אך חמורה לא פחות. מסתבר כי הדעות הקדומות כלפי חולי הנפש יכולות לחלחל גם לחקיקה הפסיכיאטרית ולהשפיע בדרכים שונות על מערכת המשפט. המשפטן האמריקאי

הידוע מיכאל פרלין תיאר תופעה זו בצורה קולעת בספרו המפורסם שנכתב בנושא (Perlin, 2000). הוא מדגיש שני מושגים בהקשר זה: *sanism* ו-*pretextuality*. הראשון משמעו דעה מוקדמת סמויה, והשני – אמתלה או תואנה. הדעות המוקדמות השכיחות, כגון גזענות, אנטישמיות, סקסיזם, הומופוביה וכדומה, אינן עוד סמויות. ה-*sanism* נותר סמוי משום שדווקא מרביתם של אלה הדוגלים בשירוש הדעות המוקדמות השכיחות, כעורכי דין, שופטים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים, מנציחים אותו. הוא מבוסס בעיקר על גורמים כסטריאוטיפיות, מיתוסים, אמונות תפלות והשקפה שהיא מנוגדת לאינדיבידואליזציה. הוא מתחזק הודות לנטייתו הבלתי מודעת ברובה (הן בחיי היומיום והן בהליך משפטי) לבסס את מעשיו על מה שמכונה "השכל הישר המקובל" וזאת אף נוכח קיומן של הוכחות סטטיסטיות משמעותיות לכיוון ההפוך. כך למשל, קיימת הנחה שכיחה לפיה הרבה אנשים יכולים לבצע פשעים אלימים בחסותה של הגנת אי השפיות. פרלין מדגיש כי השימוש בנימוקים שניתנים למראית עין או באמתלות (*pretextuality*) הוא רוח ושכיח במערכת המשפט. לדוגמה, המדינה מחוקקת חוק לפיו חובה לתת טיפול לכלואים שנמצאים במאסר, אך אינה מצליחה לגייס לצורך מתן הטיפול כוח אדם מקצועי ויעיל. כתוצאה מכך, חקיקת החוק אינה אלא אמתלה (*pretext*). פרופ' פרלין מראה בספרו שהוזכר לעיל כיצד אמתלות אלו רווחות בכל המערכת המשפטית ותורמות תרומה משמעותית לגישה בלתי רציונלית של כל המעורבים בחקיקה הפסיכיאטרית – שופטים, עורכי דין, מושבעים, עדים (לרבות מומחים), כלי התקשורת והציבור הרחב. נמצא כי חולי הנפש עדיין נפגעים גם במקום שחקיקה פסיכיאטרית מתקדמת אמורה להגן עליהם ועל זכויותיהם. דוגמה רלבנטית לכך היא הרפורמה הביטוחית בתחום בריאות הנפש בישראל, אשר מימושה מתממחה בנימוקים שונים מזה שנים רבות (חבר אבי, 2005; אלישע וגרינשפון, 2007; Aviram, 2007; Guy and Sykes, 2007).

המצב בישראל - החוק הישראלי לטיפול בחולי נפש

כבר צוין לעיל כי עם הקמתה של מדינת ישראל היה בתוקף החוק העות'מאני לטיפול בחולי נפש משנת 1892, שהיה קיים גם לאורך כל תקופת המנדט הבריטי בארץ ישראל. בשנת 1955 נחקק בישראל לראשונה חוק לטיפול בחולי נפש, שמנסחיו פעלו ברוח התקופה ובהתאם להשקפות הטיפוליות ששררו באותה תקופה. חוק זה היה בתוקף במשך 36 שנה ובשנת 1991 הוא הוחלף בחוק הנוכחי, שאף הוא עורכן מאז בכמה תחומים.

כיום קיימים שלושה גורמים אשר מוסמכים מבחינה חוקית לבדוק ולאשר אמצעים טיפוליים ביחס לחולי נפש שמסרבים לקבל טיפול פסיכיאטרי ואף להיבדק. גורמים אלה אינם הגורמים המטפלים והם מפעילים בקרה ופיקוח סדירים על אנשי המקצוע המטפלים. במדינת ישראל, כולם פועלים ברמה מחוזית: הפסיכיאטר המחוזי, הועדה הפסיכיאטרית המחוזית ובית המשפט המחוזי.

הפסיכיאטר המחוזי הוא פסיכיאטר בשירות המדינה אשר מונה בידי שר הבריאות להיות פסיכיאטר מחוזי בהתאם להוראות חוק טיפול בחולי נפש. מוסד הפסיכיאטר המחוזי הוא ייחודי למדינת ישראל וראשיתו נעוצה בחוק לטיפול בחולי נפש שנחקק בשנת 1955 (Kalian and Witztum, 2006). לפסיכיאטר המחוזי, שאינו דמות טיפולית ואינו מנהל מוסד כלשהו בתחום בריאות הנפש שבו ניתנים שירותים פסיכיאטריים, מסורות סמכויות חוקיות מרובות, ביניהן הזכות להורות על ביצוע בדיקה פסיכיאטרית כפויה, הזכות להורות על אשפוז כפי של חולה במחלקה פסיכיאטרית או בבית חולים לחולי נפש והזכות להורות על מתן טיפול מרפאתי כפוי במסגרת קהילתית-אמבולטורית. הוראותיו של הפסיכיאטר המחוזי בכל הנוגע לאשפוז כפוי או לטיפול מרפאתי כפוי ניתנות לפרק זמן מוגבל, שבועיים או שישה חודשים, בהתאמה.

על החלטותיו של הפסיכיאטר המחוזי ניתן לערור בתוך פרק זמן מוגבל בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית. זו מורכבת משלושה חברים: יושב ראש, שהוא משפטן אשר כשיר להתמנות כשופט שלום, ושני פסיכיאטרים, שאחד מהם הוא בשירות המדינה והאחר אינו בשירות המדינה. כל חברי הועדה הפסיכיאטרית המחוזית מתמנים לתפקידם בידי שר הבריאות. לבד מהחלטות בעררים שמוגשים בפניהם על הוראותיו של הפסיכיאטר המחוזי, יש לחברי הועדה הפסיכיאטרית המחוזית סמכות להארכה של משך ההוראה לאשפוז פסיכיאטרי כפוי או לטיפול פסיכיאטרי מרפאתי כפוי. על כל החלטה של הועדה הפסיכיאטרית המחוזית ניתן לערער בתוך 45 יום בפני בית משפט מחוזי בשבתו כן יחיד.

בשנת 2004 הוסף לחוק טיפול בחולי נפש סעיף מיוחד (סעיף 29א) העוסק בזכות הייצוג. לפי תיקון חשוב זה, בדיון בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית ובדיון בערעור על החלטותיה, רשאי החולה להיות מיוצג על ידי עורך דין. אם החולה אושפז על פי הוראת אשפוז או נמצא בטיפול מרפאתי על פי הוראת לטיפול מרפאתי, הוא זכאי להיות מיוצג בדיון בידי עורך דין שהתמנה לתת שירות משפטי לפי הוראות חוק הסיוע המשפטי. אם האשפוז או הטיפול המרפאתי נקבעו על פי צו

בית משפט, הזכות לייצוג משפטי ניתנת לחולה על ידי סגור ציבורי שמונה לפי הוראות חוק הסנגוריה הציבורית.

יודגש כי המדינה מממנת את עורכי הדין המייצגים את החולה, אם כי אין הדבר מונע ממנו להיות מיוצג על ידי עורך דין ששכרו ממומן על ידי החולה או על ידי בני משפחתו. שאלה חשובה היא את מה בדיוק מייצג עורך הדין שמייצג את החולה – את רצונו בלבד (גם אם מקורו במניעים פסיכיים שאינם מציאותיים ואינם הגיוניים)? את האינטרס שלו? את טובתו? וכדומה. כמו כן, אין זה ברור איזה הכשרה נדרשת מעורכי הדין המייצגים. לעניין זה אף נראה כי לא כולם אכן מבינים לעומק את הבעיות והדילמות המורכבות שעומדות בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, והם סבורים שהייצוג בפניה אינו שונה במהותו מייצוג לקוח או נאשם העומד לדין בבית משפט. מאידך, טוב שהייצוג ניתן באופן שווה לכל מטופל ועל חשבון המדינה (Perlin, 2005). לנשוא הייצוג יש מטבע הדברים השפעות והשלכות גם על הטיפול הפסיכיאטרי, אך דיון בהן חורג מהיקפה של רשימה זו. חלק לא מבוטל נדון במקומות אחרים (מרגליון, אברמוביץ ויצטום, 2005; רסקין וחב', 2005).

החוק בישראל מאפשר אפוא איזונים ובלמים בכל הקשור להחלטות כמותן טיפול פסיכיאטרי כפוי, והוא מבטיח את הזכות להתנגד למתן הטיפול הכפוי תוך שמירה משפטית על זכויות האזרח של החולה.

לסיכום, מחברי רשימה זו נדרשו כבר בעבר לנשוא העקרוני של חקיקה ייחודית בתחום בריאות הנפש

(Margolin and Witztum, 2006). מסקנתם היתה כי חקיקה מעין זו נחוזה וכי אין לוותר עליה בשל רגישותם הרבה של חולי הנפש, אשר מתקשים להגן על עצמם ולעמוד על זכויותיהם. מסקנה זו הוכרה הן במרבית מדינות העולם והן על ידי ארגון הבריאות העולמי, כפי שכבר צוין לעיל. גם בית המשפט העליון של מדינת ישראל ציין בפסק דין ידוע (רע"פ 2060/97 כרמלה וילנצ'יק נגד הפסיכיאטר המחוזי לתל אביב) כי "חולה הנפש אינו יכול להגן על עצמו. לעתים קרובות הוא מתקשה להביע את עצמו. החברה צריכה להגן עליו ולטפל בו... אין כמו חולה הנפש הזקוק לייצוג הולם".

הפרעות פסיכיאטריות, בשונה מהפרעות גופניות, משפיעות לעתים על יכולתם של הלוקים בהן לקבל החלטות בצורה מושכלת ולפנות לקבלת טיפול בבעיותיהם. לפעמים ההפרעה הפסיכיאטרית עלולה לגרום ללוקה בה לסכן את עצמו או את זולתו, ובמצבים אלה נדרשת החברה להגן על עצמה ועל חבריה באמצעות כפיית טיפול פסיכיאטרי ואף שלילה זמנית של חופש וחירות מאותם אנשים שמחלתם הנפשית שללה את יכולתם לקבל החלטות מתאימות ומציאותיות.

לחקיקה פסיכיאטרית ייחודית אשר מיושמת כראוי יש גם יתרונות נוספים. היא מאפשרת אינטגרציה קהילתית לחולי הנפש, מתן שירותים באיכות גבוהה ושיפור הנגישות אליהם, שמירה על זכויות האזרח שלהם וקידום הזכויות המגיעות להם בתחום השיקום, הדיור, החינוך והתעסוקה. חקיקה פסיכיאטרית היא אפוא יותר מאשר טיפול שניתן במסגרות מוסדיות. חקיקה כזו יעילה יותר

לדעתנו מאשר תיקוני חקיקה של חוקים שונים, שבמסגרתם עלולים נשאים חשובים הקשורים בתחום הפסיכיאטרי להישמט ולא להיכלל בחוקי המדינה.

חקיקה פסיכיאטרית צריכה להיראות כתהליך מתמשך ולא כאירוע נקודתי שנעשה אחת לעשרות שנים. החקיקה חייבת להיות מושפעת מההתפתחויות השונות שחלות בתחומים השונים של בריאות הנפש בכלל ושל הפסיכיאטריה בפרט.

רשימה זו נפתחה בציון השינוי הניכר שחל ביחסים ההדדיים שמתקיימים בין המשפט ובין הפסיכיאטריה במהלכה של המאה ה-20. יש הסבורים כי בין שני מקצועות אלה שורר כיום פער עמוק וכי הדיאלוג ביניהם הוא בלתי אפשרי בהיותם דוברים בשפות שונות (Zemishlany and Melamed, 2006). אנו סבורים, לעומת זאת, כי אנשי המקצוע בשני מקצועות השמותקף להם הוא העיסוק בהתנהגות של בני האדם יכולים וצריכים לגשר על הפערים שביניהם באמצעות הידברות משותפת. בסופו של דבר, פער של שפות מעולם לא הפריע לגשר בין תרבויות שונות ובין תפישות עולם מגוונות.

ד"ר מרגליון, מזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל, בעבר הפסיכיאטר המחוזי-אזורי לתל אביב. פרופ' ויצטום, פרופסור מן המניין בפסיכיאטריה בחשיבה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון נבג, המרכז לבריאות הנפש באר שבע והמרכז הקהילתי לבריאות הנפש "עזרת נשים", ירושלים

- אלישע ד וגרינשפאן א (2007). הרפורמה הבטיחותית בבריאות הנפש - כיצד ניתן להדגיר את הסיכונים ולמצמצם את הסיכונים. הרפואה 146: 291-296.
- ויצטום א ומרגליון י (2001). מרקם בהיסטוריה של הפסיכיאטריה בארץ ישראל וסביבותיה. הרפואה 140: 277-278.
- חב"ר א, ש"ר מ, קוטלר מ, פסטר ד, אליצור א ובח"ר י (2005). הרפורמה בבריאות הנפש - מאין ולאן. הרפואה 144: 327-331.
- כרמי א (2003). חולי הנפש, בתוך: בריאות ומשפט (וכך וא). נבו הוצאה לאור, עמ' 840-835.
- לוי ע (1998). חקיקה פסיכיאטרית בישראל: ציון ונקודות לדיון. רפואה ומשפט 19: 93-95.
- מלמד י ודללי י (2001). משפט ופסיכיאטריה - מלחמה קרה או דו-קיום. רפואה ומשפט 24: 82-85.
- מרגליון י, אברמוביץ מ וויצטום א (2005). ייצוג חולי נפש בועדות פסיכיאטריות מחוזיות: המצוי והרצוי. רפואה ומשפט 32: 93-101.
- רסקין ס, טייטלבוים א, זיסלין י, שלמון מ ודוהרטר ר (2005). התערבות מערכת המשפט בטיפול הפסיכיאטרי. הרפואה 144: 696-699.
- תריפ 2060/97 כרמלה וילנצ'יק נגד הפסיכיאטר המחוזי לתל אביב. כר"י נבו 1: 697.
- Arboleda-Florez J and Sartorius N, Eds. (2008). Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions. New York: John Wiley & Sons.
- Aviram U, Guy D and Sykes I (2007). Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform: The case of Israel. International Journal of Law and Psychiatry 30:163-181.
- Castel R (1988). The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France. Berkeley, CA: University of California Press.
- Curran WJ (1978). Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: A discussion of historical trends. International Journal of Law and Psychiatry 1:79-92.
- Goldstein JE (2001). Console and classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century, 2nd Ed. Chicago: University of Chicago.
- Kallian M and Witztum E (2006). The Israeli model of the "District Psychiatrist": A fifty-year perspective. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 43:181-194.
- Margolin J and Witztum E (2006). Mental health legislation: An unavoidable necessity or a harmful anachronism. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 43:219-227.
- Menninger K (1973). Whatever Became of Sin? New York: Hawthorn Books.

- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. American Psychologist 47:511-521.
- Norko MA and Baranoski MV (2005). The state of contemporary risk assessment research. Canadian Journal of Psychiatry 50:18-26.
- Perlin ML (2000). The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial. Washington, DC: American Psychological Association.
- Perlin ML (2005). "And my best friend, my doctor/won't even say what it is I've got": The role and significance of counsel in right to refuse treatment cases. San Diego Law Review 42:735-755.
- Perlin ML (2006). Commentary: Mental Health Legislation. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 43:227-230.
- Pilgrim D and Rogers A (2005). A Sociology of Mental Health and Illness, 3rd Ed. Liverpool, UK: Open University.
- Schneidman M (2006). Commentary: Good is good only at its appropriate time. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 43:194-196.
- Slovenko R (2002). Psychiatry in Law/Law in Psychiatry. New York: Brunner-Routledge.
- Symonds B (1998). The philosophical and sociological context of mental health care legislation. Journal of Advanced Nursing 27:949-954.
- Tal A, Roe D and Corrigan PW (2007). Mental Illness Stigma in the Israeli Context: Deliberations and Suggestions. International Journal of Social Psychiatry 53:547-563.
- Teplin LA, McClelland GM, Abram KM and Weiner DA (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey. Archives of General Psychiatry 62:911-921.
- World Health Organization (2005). WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: World Health Organization.
- Zemishlany Z and Melamed Y (2006). The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: A language problem. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 43:150-154.



שיקום ופסיכואנליזה - האם תיתכן הפריה הדדית של גישות סותרות לכאורה?

הגישה הטיפולית הפסיכואנליטית והגישה הטיפולית-שיקומית, המחזיקות בשתי תפישות עולם או עמדות מקצועיות שונות בתכלית, פיתחו כל אחת מערכות מושגים וכלים טיפוליים ייחודיים ושונים מהאחרת וכמעט שלא קיימת הידברות מקצועית בין שתיהן. עם זאת, סקירה המופיעה במאמר הנוכחי, של השינויים העמוקים שחלו בעשורים האחרונים בכל אחת מהגישות, לא תותיר מקום רב לספק בכך שחלק גדול משינויים אלה דומים במידה מפתיעה בשתייהן. דמיון זה מוביל את מחברי המאמר למסקנה ששתי גישות טיפוליות אלו עשויות להעשיר זו את זו, כמו גם לסייע להתפתחות מושגית וטכנית בשתייהן, אם תחול הידברות בין אנשי המקצוע הרבים הנמנים על כל אחת מהאסכולות. מאמר זה יטען ששתי תפישות עולם, השייכות לשני תחומים נפרדים בבריאות הנפש והנראות לכאורה שונות ואף סותרות, הגישה הפסיכואנליטית וזו השיקומית, דומות ביניהן הרבה יותר ממה שנראה על פני השטח. הן אף עשויות להפירות באופן הדדי זו את זו, במקום לדחות או להתחרות זו בזו. הדמיון בין שני תחומים אלה מתגלה בבחינת ההתפתחות הרבה שחלה בעשורים האחרונים, בכל אחד מתחומים אלה, בהמשגה ובתובנות תיאורטיות. דמיון זה בהתפתחות שתי הגישות נראה מפתיע למדי בעיקר על רקע כמה מההבדלים הברורים ביניהן. נסקור בקצרה כמה מההבדלים המבניים שבין שתי הגישות לפני שנתמקד ונדון בדמיון שבהתפתחותן.

הבדלים בין הגישה הפסיכואנליטית והשיקומית לטיפול

ראשית, מכוונות שתי הגישות לאוכלוסיות יעד שונות: הפסיכואנליזה - לאוכלוסיית הסובלים מהפרעות חרדה ודיכאון המוגדרות בתחום

שתי תפישות עולם, השייכות לשני תחומים נפרדים בבריאות הנפש ונראות לכאורה שונות ואף סותרות, הגישה הפסיכואנליטית וזו השיקומית, דומות ביניהן הרבה יותר ממה שנראה על פני השטח. הן אף עשויות להפירות באופן הדדי זו את זו, במקום לדחות או להתחרות האחת עם השנייה. סקירה

פרופ' חנוך ירושלמי, פרופ' דייוויד רועה

הקל יחסית של ההפרעות הנפשיות, והשיקום - לאוכלוסיית המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות וממושכות, כגון סכיזופרניה. ההבדל באוכלוסיית היעד והשוני במהות הסבל שלה הביא לפערים בתפישות עולם טיפוליות אופייניות לכל אחת מהגישות וכן בפרקטיקה שלהן.

כך למשל, אחד מהפערים בפרקטיקה קשור בכך שבשיקום מעורבים לרוב בצורה פעילה גורמים רבים יותר, כגון סוכנויות רוחה ובריאות, המשפיעים על אופי ההתערבות המקצועית ועל התקדמות המהלך הטיפולי יותר מאשר בפסיכותרפיה פסיכואנליטית, שבה אין מעורבים גורמים כאלה בדרך כלל. מעורבות גורמים אלה עשויה לסייע בחלוקת אחריות, הנראית לעתים כבדה ביותר, ולפעולה טיפולית רב ממדית ומקיפה, אך בה בעת היא עלולה לערער את העמדה הטיפולית הברורה והיציבה.

הבדל אחר בין שתי הגישות, המקבל גם הוא ביטוי בפרקטיקה הטיפולית, הוא הפער בין האופן שבו פועלים מטפלים כדי לשמור במהלך הטיפול על גבולותיהם האישיים. השמירה על הגבולות חשובה למטפלים, ללא ספק, על מנת להיות מסוגלים להעניק משמעות אמينة לתגובות ולתופעות התוך-אישיות של מטופליהם ושל עצמם. שמירה על גבולות אישיים מסייעת להימנע מהשלכות ומייחוס מניעים, רגשות והתנהגויות לאחר במקום לקחת עליהם אחריות, או ההפך, ניכוס יתר של אחריות המביא לתחושות אשמה או למיקוד בלתי נכון של מטפלים. שמירה נכונה על גבולות אישיים במהלך העבודה הטיפולית מסייעת למטופלים לזהות טוב יותר את צרכיהם שלהם ואת האינטרסים העמוקים שלהם בנפרד מאלה של האחרים המשמעותיים סביבם. נראה שמשמית השמירה על הגבולות האישיים שונה עבור מטפלים בשתי הסביבות הטיפוליות השונות.

עבור מטפלים שיקומיים, קושי זה נראה כקשור לרוב לכך שסביבת הטיפול שבה הם פועלים אינה תחומה ומוגבלת במרחב. בעבודה השיקומית, הן אופייה של המחלה שממנה סובל האדם והן המבנה החברתי והפיזי של הסביבה הטיפולית מאתגרים תכופות את הגבולות שבין המתמודד לאיש השיקום. זוהי אינה סביבה קבועה, כמו משרד טיפולים, והיא מוכתבת פעמים רבות על ידי מצבו הרגשי והתפקודי של המתמודד ועל ידי הפעילויות שבהן הוא נוטל חלק. כל מפגש כזה עשוי להכיל אינטראקציות ודרריות חברתיות ותפקודיות שונות מאלה שבמפגשים אחרים. כל אלה יוצרים אתגר מבני ביוהי ובהצבת גבולות אישיים בין משתתפים במפגש הטיפולי בשיקום.

מנגד, נראה כי הקושי ביוהי ובהצבת גבולות אישיים בסביבת הטיפול הפסיכואנליטית נובע ממקורות אחרים. קושי זה עשוי לנבוע מקרבה גדולה, יחסית לזו שבשיקום, בין הסוגיות וקשיי

התפקוד של מטפלים ושל מטופלים. פעמים רבות, רמת הארגון האישיותי כמו גם רמת התפקוד החברתי והמקצועי של המשתתפים באינטראקציה הטיפולית אינן כה שונות. כל אלה מקשים על מטפלים פעמים רבות לזהות את הגבולות שבינם לבין מטופליהם, מה שעלול לגרום לטעויות ביוהי מקורות הקושי לסוגיות בין-אישיות שמתעוררות וכן לייחס באופן מדויק יותר מניעים ורגשות.

הצורך למקם באופן נכון את הגבולות בין מטפל ומטופל ולסייע למטופלים בהכרת גבולות ה"עצמי" שלהם הם אחד מיעדי כל טיפול בריאות הנפש. עם זאת, מקורות הקושי השונים לסוגיות הגבולות שבין מטפלים ומטופלים בשתי סביבות הטיפול, הפסיכואנליטית והשיקומית, מזמינים התמקדות שונה של מטפלים בשתיהן וקוראים לתהליכים טיפוליים אחרים. באופן זה נוצר הבדל משמעותי בפרקטיקה של כל אחת מהגישות שהוזכרה.

הובאו לעיל כמה הבדלים בין שתי צורות הטיפול האמורות, שהומחשו בעיקר דרך סוגיות הגבולות והדרך להתמודד איתן בכל אחת מהן. קיימים הבדלים נוספים הכוללים שוני באוכלוסיית יעד, יעדים טיפוליים ובמצוקות מטופלים, וכן פערים בפרקטיקה, בהמשגה ובשפה שאותן פיתחה כל אחת מגישות אלו.

התמקדות בהבדלים אלה עלולה להביא למסקנה שניתן לתאר את שתיהן כשני מקצועות עזרה נפרדים שאין להם הרבה במשותף. הבדלים מושגיים ופרקטיים אלה גם גרמו לכך שכל אחת מהן נתפשת כשייכת לתחום מקצועי שונה לחלוטין, עם חוקים וכללי משחק אחרים מאלה של הגישה האחרת.

כך למשל, אחד הכללים הנוקשים בטיפול פסיכואנליטי הוא שהמטפל עצמו יחווה טיפול דומה לגבי בעיותיו שלו לפני שהוא נפנה לטפל בבעיותיהם של אחרים. הוא אמור לתת בטיפולו האישי או לפחות לבחון היטב את הקונפליקטים המניעים אותו באופן מודע ובלתי מודע. קשה לדמיין כלל דומה לגבי מי שמטפלים באנשים הסובלים ממחלה קשה ולצפות מהם לחוות את חווית המטופל במסגרת שיקומית.

הבדלים אלה בין שתי הגישות הטיפוליות גרמו לכך שמעט מאוד נסיונות נערכו בספרות המקצועית על מנת למצוא מכנה משותף בין שתי הגישות, העשוי לגרום לכל אחת לחפש הפריה תיאורטית וקלינית אצל האחרת. אחד הביטויים לכך הוא העובדה שלא נערכים כנסים מקצועיים משותפים, אנשי מקצוע בשני התחומים מפרסמים את מחקריהם בכתבי עת נפרדים ללא אזכור עבודות שנעשו בתחום האחר ורלבנטיות לחומר הפרסום. כמו כן, במות להצגת עבודות מדעיות אינן כלולות ממצאי עבודה משותפת ובניתוחיות שלהן.

מצב עניינים זה מעורר את התדהה האם לא נזנחו ערכים ותפישות הומניות כלליות ומשותפות לטובת

הרגשת הנפרדות והאוטונומיה שכל אחת מהגישות מבקשת, והאם הפרדה נוקשה כזו משרתת את טובת בריאות הנפש על תחומיה השונים. מלבד זאת, אנו מבקשים לטעון שבאופן פרדוקסלי ומעבר להבדלים בין שתי התפישות הטיפוליות שהוזכרו לעיל, חלה התקרבות מפתיעה ומרתקת בהתפתחות התיאורטית והקלינית ובתובנות שאליהן הגיעו לאחרונה כל אחת משתי תפישות שונות אלו. ממצאים מחקריים רלוונטיים והתפתחות בהמשגה בשתיהן, שהביאו עימם העשורים האחרונים, גרמו להתכנסות מעניינת ביניהן, כזו המזמינה חקירה ועיון.

נפנה כעת לבחינת הנקודה המרכזית שבה עוסק מאמר זה והיא: חקירת הדמיון המסתמן ביניהן לאור התפתחויות קליניות ותיאורטיות בכל אחת מהן.

התפתחות מקבילה בעמדה הפסיכואנליטית ובעמדה השיקומית

התיאוריה הפסיכואנליטית עוברת שינויים עמוקים בהגדרתה את מהות ההתפתחות האנושית הבריאה והפסיכופתולוגית, מטרות ההתערבות הטיפולית ויעדיה, וכן את מהות הפעולה הטיפולית והשינוי המושג בעקבותיה¹⁻⁵. שינויים אלה, שאינם מתקבלים ללא מאבקים מקצועיים ואידאולוגיים, משקפים תמורות חברתיות ותרבותיות נרחבות ונכללים לא פעם תחת הקטגוריה של פוסט-מודרניזם. שינויים אלה מבטאים יחסים טיפוליים חדדים ושוויוניים יותר מאלה שהוכרו בעבר על ידי פסיכואנליטיקאים.

במקביל, חלים שינויים מהותיים בתפישת השיקום, מטרותיו ואופן פעולתו הרצוי. שינויים אלה מאופיינים בשינוי תפישתי המתבטא בהתייחסות למתמודד כשותף פעיל וחשוב בתהליך ההחלמה שלו, על אף המכשולים והמגבלות של המחלה ומתוך מאמץ לפצות עליהם ולתת משמעות אישית וייחודית להתמודדות זו⁶⁻⁸.

מהתבוננות וניתוח כמה מהשינויים הבולטים בהמשגה ובפרקטיקה בשתי הגישות הטיפוליות, נראה שקיימת הקבלה חשובה והתקרבות משמעותית בין הפסיכואנליזה והשיקום. נצביע להלן על כמה נקודות התקרבות מרכזיות:

יחסיותה של האמת התפישתית

בתיאוריה הפסיכואנליטית - בעבר נטען שכל מטפל פסיכואנליטי מיומן ונטול פניות, שפתר את בעיותיו הנירוטיות, יזהה בחומר הטיפולי אותם מרכיבים כמו מטפלים אחרים כמותו, אם כל אחד מהם יעשה ניסיון ממושעם לפתח מערכת של תיקופים מתוך תצפיות על תגובותיו של המטופל (פויטיביום). בשל עמימות החוויה האישית ובשל

אופייה המובנה (constructed), נעשה כיום יותר ויותר ברור שההתבוננות בחומרים טיפוליים, כגון: חוויותיו של המטופל, האירועים שבין מטפל ומטופל, האסוציאציות שעולות במטופל ועוד – כל אלה מקבלים פירוש שונה על ידי מטפלים אחרים, מיומנים וחסרי פניות ככל שהיו (רלטיביזם)^{9,10}. גם ברור שהצופה בעצם נוכחותו בשדה שבו הוא מתבונן משנה את השדה ואת תוצאות התצפית שלו¹¹. ברור כיום למטפלים בתחום, שבמקום לדעת את האמת על המטופל, הם יודעים אמת אחת מני רבות עליו.

בשיקום – גם בשדה השיקום חלו שינויים בתפישת ה"אמת" לגבי מצבו של המתמודד, כפי שהדבר משתקף למשל במושג "תובנה לגבי המחלה". אם בעבר מידת ה"תובנה" של קליינטים נשקלה כמידת "קבלתם" את המחלה, כפי שזו נתפשת ומוגדרת על ידי הפסיכיאטר, הרי שהיום מתקבלת התפישת ה"תובנה" הוא מושג רב ממדי¹². קיימת היום הסכמה רחבה יותר על כך של"תובנה" יש משמעות רבות יותר מאשר אחת כלכל, והבנת אלו אולי אף משקפות דרכים שונות להבנת ולתת משמעות להפרעה שממנה סובל הקליינט¹³. באופן זה, חל שינוי בהדגשה של הגישה המקובעת, שבה האמת היא אחת והיא נחלתו של הפסיכיאטר, המגדיר ומסמן את גבולותיה, לגישה שבה קיימות אמיתות מרובות. כך מתקבלת לגיטימציה המתרחבת והולכת לקיומן של תפישות מצאות שונות לגבי אופי המחלה והגדרותיה בתחום השיקום ואין רואים ב"תובנה" תנאי הכרחי, למשל, לנסיין אמיתי לשינוי.

כך נראה שהן בספרות הפסיכואנליטית והן בזו העוסקת בשיקום קיימת תזוזה מהדגם הפוטיטיביסטי לזה הרלטיביסטי.

הדגשת הסובייקטיביות

בתיאוריה הפסיכואנליטית – חל מהפך המתבטא במעבר מניסיון של המטפל לשאוף לעמדה אוניקטיבית בטיפול, עד להכרה בסובייקטיביות העמדה הטיפולית בתיאוריה הפסיכואנליטית^{14,15}. בהדרגה נעשה ברור יותר למטפלים שאינם יכולים באמת לנקוט בעמדה אוניקטיבית-מתבוננת כמו כירורג נטול רגשות כלפי המטופל וכפלי החומרים הטיפולים, כפי שטען פרויד. מאוחר יותר נטען שרגשותיו של המטפל, כפי שהם מוגדרים בהעברת הגנר, מספקים מידע חשוב על חוויותיו של המטופל, אך תמיד הומלץ להיפטר מהם כדי לאפשר עבודה טיפולית מתאימה עם החומר העולה מהמטופל. היום ברור יותר שמטפלים לא זו בלבד שאינם יכולים להשאיר את תגובותיהם הרגשיות מחוץ לתחום, אלא שהן עשויות דווקא לסייע ביותר בהבנת רגשותיו ומצוקותיו של המטופל.

נעשה גם ברור יותר למטפלים שהם מביאים אל הטיפול את מטען הסובייקטיביות שלהם.

סובייקטיביות זו סוללת את התיאוריות, האמונות, המחויבויות, החוויה, הערכים ומינו של המטפל. ככל שהושגה על ידי אנשי מקצוע הכרה בכך שטיפול הוא מפגש בין שתי מערכות סובייקטיביות, כך היה פחות צורך למטפלים להיאבק בגילויי הסובייקטיביות שלהם. כמו כן הבינו מטפלים שניתן להשתמש בגילויי הסובייקטיביות שלהם ושל מטפליהם לקידום הטיפול בכך שילמדו היטב את מבנה השדה הבין-סובייקטיבי ויוכלו לעזור למטופל לזהות את תרומתו שלו ליצירת שדה זה. תפישת הטיפול כשדה בין-סובייקטיבי הביאה לכך שהאינטראקציה בין מטפל ומטופל נתפשת היום ככאלו הנקבעות במשותף על ידי הדינמיקות והצרכים של שניהם גם יחד. טיעון זה מוביל רבים להאמין שכל הבנת הפסיכופתולוגיה על גילוייה השונים אינה עומדת בפני עצמה אלא היא חלק מההקשר הבין-סובייקטיבי שבו היא מופיעה¹⁶.

בשיקום – גם בתחום השיקום חלו שינויים משמעותיים והיום יותר על הניסיון לטעון לאוניקטיביות, וקבלת ערכה של הסובייקטיביות¹⁷. הדבר מקבל ביטוי בביקורת על העמדה האוניקטיבית לכאורה, כפי שזו מיוצגת על ידי הגישות הביולוגיות והתיאוריות בפסיכיאטריה¹⁸. שתי גישות אלו שואפות להגיע למידת המודעות הרבה ביותר, בכך שהן משתמשות בתצפיות מהימנות ככל האפשר ובטיעונים הניתנים לבדיקה אמפירית. עם זאת, נטען היום שהגישות הביולוגיות והתיאוריות, על אף תרומתן החשובה למיון ההפרעות הנפשיות ולטיפול בהן, ליצירת מושגים מהימנים ולשיפור התקשורת בין אנשי מקצוע ומטופלים, נשאות בחובן גם מגרעות ומגבלות¹⁹. מתוך נקיטת עמדה ביקורתית כלפי גישות אלו, נראה שהן מונעות או מעכבות אפשרות לבחון תופעות חשובות ובעלות תקפות, אך קשות למדידה בצורה מהימנה. כך למשל, המהדורה השלישית והרביעית של ה-DSM מסווגות הפרעות בצורה פנומנולוגית, כלומר: רק על פי מה שניתן לצפות בו ולמדוד אותו באופן מהימן. תופעות שקשה למדוד בצורה מהימנה, כמו תהליכי החלמה, אינן נכללות ב-DSM למרות חשיבותן הרבה. בצורה זו ננחשים תופעות וגורמים משמעותיים העשויים להיות לעזר רב בהתמודדות עם מצוקות המטופלים.

Frank & Frank²⁰ מצביעים על כך שהגישה הפסיכיאטרית התיאורית הטוענת להיותה "בלתי תיאורית", מהווה בעצם תיאוריה בפני עצמה. זוהי אכן תיאוריה, שכן משתמע ממנה כי אין חשיבות למשמעות שמטופלים מייחסים לסימפטומים שלהם או להקשר ההיסטורי והחברתי שבו מתפתחת המחלה. קליינמן²¹ מדגיש את חשיבות נקיטת עמדה של "צופה-משתתף" על ידי מטפלים, כדי לקדם את הבנת החוויה של מטופלים, את מקורה החברתי והשלכותיה. Morstyn²² מסביר שהרבה מושגים מאבדים את משמעותם המרכזית

כשמנסים להופכם לאופרציונליים, על מנת לקדם באופן מהימן ולנתחם בצורה סטטיסטית. נימוקים אלה מצביעים על המגבלות העמוקות של הגישות התיאוריות, המייצגות את הניסיון לאוניקטיביות ולמודעות של תופעות בתחום ההפרעות הפסיכיאטריות. גם כאן ניתן לזהות התפתחות דומה בספרות הפסיכואנליטית וזו של שיקום: שתיזן מתרחקות מהמבט האוניקטיבי ומקנות בהדרגה יותר ויותר חשיבות לחוויה הסובייקטיבית.

חשיבות הקשר דפוסי קשר

בתיאוריה הפסיכואנליטית – שינויים שחלו בתיאוריה הפסיכואנליטית מתבטאים ביצירת הבנה חדשה של ההנעה האנושית. חל מעבר מהדגשת השפעת הרחפים הפסיכולוגיים הטבעיים ממקור ביולוגי, כך על פי פרויד, להדגשת דפוסי קשר והשפעה הרדית בין-סובייקטיבית, כגורמים המפעילים ומניעים את האדם^{23,24}. הפסיכואנליזה הקלאסית הסבירה את המוטיבציה האנושית כמושתת על צרכים פסיכולוגיים, שהם ביטוי פסיכולוגי של מערכת דחפים ביולוגיים, המקבלים ביטוי במשאלות ובפנטזיות. כל תגובה נפשית והתנהגות הוסברה כנובעת מתוך הצורך לתת פורקן ומוצא לדחפים אלה, או להיאבק בהם ולמנוע את ביטוייהם הגלוי והמודע. על פי התיאוריה הקלאסית, דחפים הם שמעצבים במידה רבה את דפוסי הקשרים.

כיום נתפשים דפוסי הקשר של ראשית החיים, שאפיינו את האינטראקציות עם האחרים המשמעותיים בסביבה הקרובה, כמעצבים את ההנעה האנושית. מערכת הצרכים והמשאלות של האדם, סלל אלה המניעים והתוקפניים, מעוצבת על ידי דפוסי קשר ראשוניים מוטמעים אלה. דפוסי הקשר הם אבני הבניין של האישיות הצומחת בתהליך ההתפתחות האנושית.

דפוסי קשר מוקדמים אלה נתפשים על ידי קלינאים ותיאורטיקנים פסיכואנליטיים כמשתחררים במהלך החיים וכמעצבים, יחד עם ההקשרים הבין-אישיים הדינמיים, את החוויה בהווה. כל אלה גורמים למטפלים לשאול מהם הקשרים מקדמי הצמיחה ומהם הקשרים מעכבי הצמיחה של מטופליהם, במקום השאלה הקלאסית: מהן התבניות התוך-נפשיות המפעילות את מטופליהם.

בשיקום – גם בשיקום חלה התפתחות בהבנת המרכזיות של קשרים, כפי שהדבר עולה מתוך החשיבות המוענקת בשיקום לקבוצות עזרה עצמית ולשירותים המסופקים על ידי צרכנים^{25,26}. קיימת גם הבנה גוברת בשיקום שמתמודדים תכופות חשים בנוח ומובנים במיוחד על ידי אנשים שחוו חוויות דומות לשלהם. כך נראה היום ברור יותר שהיסוד החשוב והפעיל ביותר בהצלחת משימת השיקום הוא קשר ולא שימוש הנעשה בטכניקות



ועוד - כספציפי ות להקשר הבין-אישי המסוים של הטיפול הספציפי ושל המטפל הספציפי. ה"העברה" נתפשת היום, על פי הגישה הבין-סובייקטיבית^{36,37} או ההתייחסותית³⁸⁻⁴⁰, כ"העברה" ייחודית למטפל ולטיפול מסוימים. כך למשל, הרבה פחות נראה חשוב או רלוונטי לטעון שלמטופל מסוים יש הגנות של פיצול או של הכחשה, מאשר לדעת לומר מהו ההקשר הבין-אישי ומהם המצבים הספציפיים שבהם הוא "מתפרק". ההתמקדות בהקשרים כאלה נראית רלוונטית הרבה יותר לעבודה הפסיכותרפויטית.

בשיקום - גם בשיקום נראה כי חלה התרחקות מהזימרה לזהות אפיונים אובייקטיביים ולהתמקד יותר בתיאורים ובהבנות תלויות-הקשר. קיימת הדגשה גוברת על תיאור של "מצבים" במקום "תכונות". כלומר, במקום להדגיש את חלקו של המטופל שאליז מיוחסת סדרה של תכונות המאפיינות סכיזופרניה, מודגש ההקשר. ההקשר או הסביבה, כמו סביבת בית החולים, עשויים להשפיע עליו להפיק מעצמו תגובות "מטורפות" יותר, למלא בנאמנות את תפקיד החולה, או לחלופין "להינצל" ולהיסגר בתוך עצמו. ההקשר הבין-אישי, כפי שהוא משתקף באופייה של קבוצת האנשים המקיפה את המתמודד - בני משפחה, צוות שיקומי, מתמודדים אחרים והחברה בכלל, הוא שישפיע במידה רבה על תהליך ההחלמה של המתמודד. כך נעשה ברור היום שסביבה המשרתת אמן בשינוי יוצרת אפקט חיובי מרשים, בדיוק כפי שסביבה שמשרתת פסימיות וייאוש בולמת כמעט כל סיכוי לשינוי אפשרי.

כך נראה שההקשר החברתי מהווה גורם משמעותי העשוי להשפיע על תגובות סתגלניות ובלתי סתגלניות במטופלים בשתי סביבות הטיפול. לא ניתן לתאר תופעות בעייתיות וטיפוליות ללא אפיון ותיאור של ההקשר הבין-אישי שבו הן מופיעות.

משמעות ההתפתחות המקבילה

מטרתו של מאמר זה היתה לבחון כיצד שתי גישות טיפוליות כה שונות לכאורה, למעשה חולקות

אחר, פתוח וגמיש יותר. באופן זה נתפש הקשר הטיפולי כמפצה על חסכים ופגמים התפתחותיים מוקדמים, ואילו הפירוש נתפש היום יותר כדרך לבטא אמפתיה, להיות קרוב לחוויותיו של המטופל וכאמצעי לחזק את הקשר הטיפולי. על המטפל לזהות מהי סביבת הגדילה הפסיכולוגית המיטבית עבור כל מטופל, שבה יוכל כל אחד למצוא את הדרך לגדול בנקודות שבהן נחסמה התפתחותו.

בשיקום - הגישה השיקומית כיום מבטאת הבנה גוברת לכך שיעדי השיקום אינם צריכים להיבחר על פי ספקולציות בדבר חסכים התפתחותיים בעברו של המתמודד, שהובילו לקשיי הנוכחיים. החסכים שנתפשים כרלוונטיים וכמשמעותיים הם החסכים של הזדמנויות ושל אפשרויות להפעלת האוטונומיה האישית של מתמודד על מנת לאפשר לו להגביר את חוויות העצמי כיום ומניע תהליכים.

התרחקות זו מספקולציות בדבר מקורות המצוקה הנוכחיים של המתמודד גרמה, בין השאר, לכך שבמהלך העשורים האחרונים תופסת התיאוריה הנרטיבית מקום חשוב. בבסיס התיאוריה הנרטיבית ניצבת העמדה שהאמת ההיסטורית אינה בהכרח קודמת לסיפור האיש, אלא להפך: סיפור החיים הוא שמבנה את ה"עובדות". העובדה מתרחשת בזכות האדם החווה אותה ומספר אותה לעצמו או לאחר³¹.

תיאוריה זו מזמינה ומאפשרת ללמוד על החוויה הסובייקטיבית של המחלה, כמו גם להתקרב לחוויה הסובייקטיבית של אדם הסובל מהמחלה. על פי תיאוריה זו, סיפור חיים חושף ומבטא את זהותו של המספר באמצעות המשמעות שהוא מעניק לחייו ולאירועים שחווה, ובו בזמן הסיפור הוא אמצעי שדרכו מתגבשת הזהות האישית. לנרטיב האיש, המתהווה, פוטנציאל לסייע ליצירה של זהות עצמית, שבעזרתה מנסה המספר לתת משמעות לחייו ובכך היא משפיעה גם על האירועים שיתפתחו במהלך חייו העתידי.

גם בנקודה זו אנו יכולים לזהות התפתחות זהה בשתי הגישות, המתבטאת בעניין הגובר ובקבלת הסובייקטיביות כמעצבי הידע והמטרות הטיפוליות.

הדגשת ההקשר הבין-אישי

בתיאוריה הפסיכואנליטית - מטרת הטכניקה הטיפולית האנליטית הקלאסית היתה בעבר ליצור תנאים כאלה שבהם תתאפשר השלכה אל דמותו של המטפל מתוך עולמו הפנימי של המטופל^{1,32}. ההשלכות הללו מסמנות ומגדירות נטיות, תכונות ומבנים תוך-נפשיים עקביים ועמידים אצל המטופל. אלה נתפשו כיצבים מעבר להקשרים בין-אישיים מצביים או נסיבות חיים ספציפיות.

היום³³⁻³⁵ רואים את מרבית התופעות הנפשיות שעולות במטופל - רגשותיו, האסוציאציות שלו

ובמימוניות מוצלחות. בנוסף לכך, קיימות עדויות רבות לכך שבהסבריהם של מתמודדים על גורמים שסייעו להם להחלים, תופשת מקום נרחב העובדה שהיה לפחות אדם אחד או יותר שהאמין בהם וביכולותיהם. חשיבות רבה המיוחסת לקיומו של אדם כזה או לאנשים כאלה בחיי המתמודד מעידה גם היא על המשמעות הרבה שיש לקשרים בתהליך השיקום. באופן זה שתי הגישות מאירות את נושא הקשרים הבין-אישיים כתחום החקירה והפעולה הטיפולית החשובה ביותר והן ממקדות אליו מאמצים טיפוליים רבים.

מקור הידע בטיפול הוא החוויה האישית

בתיאוריה הפסיכואנליטית - חל היום מהפך אפיסטמולוגי^{28,27}. בהבנה משמעות ממצאים קליניים וטיפוליים במדעי האנוש אינה יכולה להיות מוענקת באותו אופן כמו זו המוענקת במדעי הטבע לתופעות בתחום הפיזיקלי. בעוד שבמדעי הטבע ניתן לבדוד משתנים במעבדה ולבחון אותם בצורה אמפירית נקיה, במדעי האנוש הדרך הסבירה להבנת משמעות אירועים ותהליכים אישיים ובין-אישיים היא באמצעות ההרמנטיקה. העמדה המדעית ההרמנטיקית, שהתפתחה כחלק מחקר כתבי קודש ומיושמת לפסיכואנליזה, טוענת שכל פרט במידע המתקבל ממטופל על ידי מטפל נבחן ומקבל משמעות לאור הקונטקסט שבו מופיע פרט זה. הקונטקסט שבו מופיע פרט זה מקבל את משמעותו מתוך הצטרפות של פרטים הנודעים אחד לאחד ומתוך יצירת מארג של פרטי מידע משמעותיים כאלה, ואילו הרחבתו והעמקתו של המובן המוענק לקונטקסט המתקבל מבניית מארג זה משפיעות בהמשך על המשמעות שתוענק לכל פרט מידע חדש שיתקבל.

מתוך תיאור זה עולה שהדרך לדעת את מה שניתן לדעת בטיפול על המטופל ועל התהליכים התוך-אישיים והבין-אישיים המאפיינים אותו, היא דרך אישית וייחודית לאותו אדם המבקש לדעת. היא אינה נשענת על "עובדות" מוצקות הניתנות לכימות והמתקבלות בצורה מעבדתית או מתוך מדידות אובייקטיביות. זוהי דרך הנשענת על הענקת אישית של משמעות הנעשית מתוך הזירות והקפדה, אך מחוברת בצורה אמיצה לסובייקטיביות של המתבונן.

מהפך זה במקורות הידע הקליני תרם לשינוי גם ביעדי הטיפול. התפתחה נטייה להדגיש את הגורם הקורטיבי המרכזי בקשר הטיפולי, במקום בפירושים המייחסים הסבר סיבתי מרוחק למצוקות ולסימפטומים^{29,30}. הקשר הטיפולי נתפש כיום כמסגרת התייחסות שבתוכה ניתן לחיות מחדש חוויות עמוקות בסיסיות, שנהנו בעבר הרחק בצורה טראומטית, על מנת לארגן אותן באופן

דמיון רב בערכים ובתפישות שונות וכן לבחון מה ניתן להסיק מכך. סקירת השינויים בעשורים האחרונים של שתי הגישות, פסיכואנליזה ושיקום, ממחישה שמעבר למספר הבדלים מבניים ניכרים ביניהן, הרי שהתפתחויות תיאורטיות ומושגיות בשתי הגישות מפתיעות בדמיון. באופן ברור, הן הגישה הפסיכואנליטית והן הגישה השיקומית מדגישות יותר ויותר את היחסיות ואת הסובייקטיביות. כמו כן, שתיהן מתמקדות בחקר האינטראקציות הדינמיות המתמשכות והמורכבות בין אדם וסביבתו, יותר מאשר מאפיינים סטטיים של המטופל וקשיו.

כיצד השפיעה התפתחות מקבילה זו על הבנת הטיפול המותאם והדרוש בשתי הגישות? הדגשת הסובייקטיביות משפיעה כיום, ראשית, על כל מימד של היחסים הטיפולים והשיקומיים. היא מגבירה הדדיות בין נותן השירות: המטפל, ובין מקבל השירות, ותורמת לצמצום פערי כוח, ולפיכך מקטינה את הפוטנציאל לפגיעה או להתעללות ושימוש לרעה בכוח, אפשרויות המופיעות לעתים כשקיימים פערי כוחות בין אנשים. הגברת ההדדיות לא זו בלבד שהיא מקטינה אפשרות לנזקים, אלא גם תורמת לתחושת סולידריות ושותפות גורל ובכך מגבירה את ההזדהות וההפנמה של כל אחד מהמשתתפים באינטראקציה הטיפולית.

שנית, המקור לידע על בעיותיו של מטופל ולסימון המטרות הטיפוליות אינו עוד כבעבר תצפיותיו האובייקטיביות לכאורה של המטפל על המבנה הנפשי של מטופלו ועל הקשיים ההתפתחותיים שהביאו למצוקותיו. ההחלטות הטיפוליות צריכות להילקח במשותף, הן על ידי המטפל והן על ידי המטופל, באמצעות תהליך של משא ומתן מתמשך. במשא ומתן זה מובאות עמדות כל אחד מהצדדים כשהם מוכנים מצידם להשפיע אך גם להיות מושפעים מהזולת. משא ומתן כזה מחזק קשר ויצר מטרות משותפות.

שלישית, הדגש על הסובייקטיביות הביא להכרה גוברת בחשיבות ההטיות האישיות של המטפל, המשפיעות על ביטוי הסובייקטיביות של המטופל. לפיכך, חקירת הטיות המטפל רלוונטית לא פחות מחקירת הטיות המטופל. רביעית, ניכרת התמקדות רבה יותר במעבר בחקירת המפגש בין הסובייקטיביות של המטופל עם זו של המטפל, כדרך להבין כיצד כל אחד מהם מבנה את תגובותיו והתנהלותו בעולם. כדי לבחון את הארגון הסובייקטיבי של כל אחד מהמשתתפים בעת המפגש הטיפולי, נחקר הנרטיב האישי של כל אחד מהם העוסק באירועים הבין-אישיים שהתרחשו בתוך הקשר הטיפולי.

אלה הם שינויים המהווים חלק וביטוי של אווירה ומציאות תרבותית חדשה, שבה השתנה במידה רבה מעמד הידע המדעי באופן כללי והשתנתה תפישת מקורות הסמכות של איש המקצוע. תמורות אלו

מצביעות בעליל על התכנסות (convergence) ודמיון גובר והולך בין שתי הגישות הטיפוליות.

באופן רחב, ניתן לומר שבעבר היתה משימתו העיקרית של המטפל הפסיכואנליטי יהיה תבניות תוך-נפשיות עמידות שאופייניות למטופל, באמצעות ניתוח ה"העברה" של המטופל ו"העברת-הנגר" שלו עצמו. היה עליו למצוא דרך מותאמת ורגישה להעביר תובנות אלו למטופל (הפירוש), שנתפשה כמחוללת הריפוי בטיפול. מנגד, תפקידו של איש השיקום בעבר היה לאתר ולקבוע מהי הפגיעה במיומנותיו וביכולותיו החברתיות והאיסטרומוטליות של אדם הסובל ממחלה נפשית, ולמצוא דרך לגייס אותו בצורה מידינית לשחזור ופיתוח יכולות פגועות אלו יחד עם צוות השיקום.

הדמיון בהתפתחות התיאוריה והפרקטיקה של הפסיכואנליזה ושל השיקום בבריאות הנפש מזמין ניסוח עקרונית משותפים המשותפים, כך אנו סבורים, על שני קווי פעולה טיפולית:

התחברות (engagement) - על המטפל הפסיכואנליטי כמו גם על עובד השיקום למצוא דרך להתחבר באופן בלתי אמצעי אל חוויותיו המשמעותיות ואל עולמו הסובייקטיבי של המטופל. ההתחברות האמפתית הזו מתרחשת באמצעות תהליכים רגשיים וקוגניטיביים משולבים. אלה קשורים במוכנות של מטפל לתת לעצמו "להיחלף" במידה מסוימת מבחינה רגשית ורעיונית אל המערכת הסובייקטיבית של המטופל ואל הדינמיקה האישית שהיא יוצרת⁴¹. רק באמצעות התחברות אמיתית במפגש הטיפולי ניתן להבין את החוויה הסובייקטיבית של המטופל, ובאמצעותה להתקרב לתמצית והותו האוטנטית והחיונית. התחברות זו אל ה"עצמי האמיתי" משמעה מגע וקשר עם החלק החי שבו ועם משאלותיו וחלומותיו.

מלבד זאת, רק באמצעות מפגש עם החוויה הסובייקטיבית של המטופל ניתן למטפל להבין את מהות קשיו של המטופל עם עצמו ועם העולם שסביבו, ואת נסיונותיו להתמודד עימם. רק מתוך התקרבות אל חוויותו הסובייקטיבית של המטופל ניתן לזהות את השפעותיו על סביבתו והשפעת הסביבה עליו. הבנת הליקויים והפגיעות ביכולותיו ובתפקודו של מטופל אינה מהווה תחליף להגדרת מצוקותיו מתוך חוויותו שלו, כפי ששרטוט הבעיות התוך-נפשיות של מטופל אינו מהווה בסיס לקידומו. מטפלים בבריאות נפש אינם יכולים לוותר על התקרבות אל עולמו האישי של מטופליהם מתוך הגדרותיהם שלהם את עצמם, ורק באמצעות אמפתיה עמוקה לתפישות המציאות של המטופלים.

מתוך הבנות אלו עולה שההגדרות הפורמליות, החיצוניות וה"אובייקטיביות" של בעיות המטופל, שמנוסחות מעמדה מרוחקת וחיצונית של

המטפל, הופכות, הן בטיפול הפסיכואנליטי והן בשיקום, להרבה פחות רלוונטיות. כדי להתחבר אל הסובייקטיביות של מטופלו, על המטפל לאפשר לעצמו להיות מתופעל (enacted) על ידי מטופלו כמו גם לתפעל אותו, באופן שלעיתים חורג ממסגרת היחסים הטיפולים המתוכננים. תפועל כזה הוא תוצאת ה"היסחפות" אל תוך הקשר וההתחברות המיוחדת ביניהם. תפועל הדדי כזה מאפשר לקבל מגוון מסרים בין-אישיים גלויים וסמויים הבאים ממנו, מסרים שפעמים רבות לא יכולים להיות מתומללים ומבוטאים בשיחה רגילה. במילים אחרות: עליו "לנוע" באופן מטאפורי במטופל וגם "להינע" על ידו, מעבר לשיקולים טיפוליים פורמליים מתוכננים ומאורגנים. ההתחברות כזו מתרחשת רק כשמטאפורה השפעה הרדית אמיתית של שני המשתתפים במפגש המקצועי, שהוא גם מפגש אישי במידה רבה.

תהליך כזה של התחברות בין מטפל ומטופל, כפי שהוא מתואר כאן, דורש מוכנות מצד שניהם למעורבות אישית ניכרת בתהליך, לרגישות לתגובות האחר ולמסרים הבאים ממנו. התחברות כזו מסייה ממטפלים במידה מסוימת את ההבנה שמספקת העמדה המקצועית המסורתית המרוחקת, ומעלה את האפשרות לפגיעות אישית שלהם. בה בעת מגבירה התחברות כזו את האפשרות ליצור מפנה חיובי אותנטי בעולמו של המטופל ובמאבקיו האישיים.

רפלקציה - על המטפל הפסיכואנליטי ואיש השיקום כאחד להיות מסוגלים להתבונן ולהגות (reflect) בתהליכים רבי העוצמה המתחוללים בינם ובין מטופליהם, מנקודת מבט חיצונית לכאורה לאירועים הבין-אישיים, אף שבו בזמן הם מעורבים ביותר בהם. חיוני לבחון ולהגות בתהליכים מיד לאחר שאלה התרחשו ואף בזמן התרחשותם ממש⁴². הרפלקציה בזמן החוויה או סמוך אליה מחייבת מעין פיצול של המודעות, שבו ההוגה מסוגל להיות מחד מודע לחוויותו הסובייקטיבית בעת האירועים הבין-אישיים. מאידך, עליו גם להיות מודע אל אירועים אלה מתוך עמדה חיצונית לחוויותו, כדי להכיר בהשפעת האירועים עליו ולנתחם.

חשיבותה של הרפלקציה היא בכך שהיא מסייעת בידו של איש המקצוע להבין את ההסתברויות הרגשיות והבין-אישיות שבהן הוא נתון ולהכיר את תרומתו שלו ל"דרמות החברתיות" שמתרחשות בינו ובין המטופל. הכרת תרומותיו האישיות ל"דרמות" תסייע למטפל להפריד אותן מאלו של מטופלו ותלמד אותו משהו חשוב על הסובייקטיביות של המטופל ועל התנהלותו בעולם. ה"צעידה החוצה" על מנת להתבונן בדרמות אלו ולערוך רפלקציה עליהן תתקשר אל המטופל במה שמכונה היום בספרות "תקשור-על" meta-communication⁴². דרך התבוננות קרובה בעבודה הרפלקטיבית של

מטפלים יוכלו מטופליהם להפנים תפקוד מנטלי חשוב של רלפקציה זו ויכולו לרכוש דרך התייחסות בין-אישית חשובה. ככל שמטופלים יפנימו שימוש ברלפקציה כתפקוד מנטלי בין-איש כזה יוכלו הם להתמודד עם מצבים חברתיים מורכבים ולקדם את צרכיהם העמוקים.

שני קווי פעולה טיפולית אלה, התחברות ורלפקציה, על אף היותם במובן מסוים הפכים זה של זה, צריכים להיות משולבים זה בזה ומשלימים זה את זה. התפישות החודשות בתחומי הטיפול של שיקום ופסיכואנליזה מחייבות את המטפל להיות מעורב ומחובר היטב למטופל ולתהפוכות הקשר איתו ובה בעת לבחון מעמדה רלפקטיבית את התפתחותו של המפגש ביניהם. קו פעולה אחד, ההתחברות, מערב בעיקר הפעלה של פונקציות רגשיות ותחושתיות של המטפל. קו הפעולה השני מערב פונקציות חשיבתיות והערכתיות שלו.

ברור שהרגשת קווי פעולה אלה אינה מציעה ולו גם ברמז הזנחה של הידע המקצועי והמחקרי בתחום הטיפול או של אחריות מקצועית אחרת של המטפל. חשוב להדגיש שקווי הפעולה שהוזכרו במאמר זה מחייבים את המטפל למצוא את הייחוד של כל מטופל ושל כל מפגש טיפולי ולהגיב

באופן מותאם אליהם. ואולם, האחריות המקצועית הרחבה שלו כוללת גם הרחבת הידע של תופעות קליניות ושיקומיות, שאינן קשורות אך ורק במטופל הספציפי. אחריות זו כוללת גם מחויבות לרכישת ידע קליני ומחקרי על מהות ההתפתחות האנושית הבריאה והפסיכופתולוגית ועל תופעות אופייניות לתחום הקליני ולשיטות התערבות אפקטיביות. כמו כן ברור שהעמדות הטיפוליות שאיש המקצוע נוטל בהקשר הטיפולי צריכות להיות כפופות לכללים האתיים המקצועיים המתאימים.

לסיכום, בשל הדמיון בהתפתחות התיאורטית והמושגית בשני סוגי הטיפול, הפסיכואנליטי והשיקומי, אנו מבקשים לטעון שתובנות באחד מהם עשויות להיות רלוונטיות ומעשירות עבור השני. מה שנראה על פניו כהבדל עצום, שרק הולך וגדל עם הרחבת הידע המחקרי והקליני וההתפתחות התיאורטית בכל אחד מהתחומים, אינו צריך לרפות את ידי אלה המחפשים העשרה הדדית ביניהם. אלה הם שני תחומי ידע נרחבים המסוגלים לספק כל אחד דרכים נוספות וחדשות להבין את מצוקות אלה שנצרכים לשירותיהם ולגלות דרכים לבוא לעזרתם.

שני תחומים אלה כוללים אנשי מקצוע רבים מקרב כלל אנשי המקצוע בבריאות הנפש ובתוך כל אחד מהם נאסף ידע מקצועי רב. בכל אחת מהגישות קיימים תחומים שבהם ההסברים התיאורטיים עמומים ואף מוגבלים. תחומים אלה, הנבעים ממגבלותה ומקוצר ידה של כל אחת מהתיאוריות המלוות גישות אלו להסביר היטב תופעות מסוימות, מסמנים את גבול ההבנה היכולת של איש המקצוע לעזור למטופלו. קיומם של תחומים בעייתיים אלה מחייב את אנשי המקצוע לחפש תובנות תיאורטיות ופרקטיות כמו גם העשרה מתחומים אחרים רלוונטיים. באופן זה, הגישה השיקומית והגישה הפסיכואנליטית יכולות כל אחת להציע לאחרת הסברים שיסייעו לה להתמודד טוב יותר עם סוגיות ודילמות אופייניות. התמודדות בעמדות ובתובנות בשתי הגישות המתגלות כדומות ביותר, המשקפות שני יסודות תרבותיים וחברתיים רחבים, מכנסות את שתייהן תחת קורת גג אחת המאפשרת הפריה הדדית ביניהן.

פרופ' חנוך ירושלמי, פרופ' דייוויד רועה, החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרוח והבריאות, אוניברסיטת חיפה

רשימת מקורות

- Aron L., A meeting of minds. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1996.
- Gergen K. J., The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life. N.Y., Basic Books, 1991.
- De Robertis D., Tricoli M.L., Construction and subjectivity of fantasy. International Forum of Psycho-Analysis, 6: 167-174, 1997.
- Fosshage J.L., Beyond the basic rule. Progress in Self Psychology, 7: 64-71, 1991.
- Hoffman I.Z., Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogues, 1: 74-105, 1991.
- Anthony W.A., Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4): 11-2, 1993.
- Davidson L., Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York, New York University Press, 2003.
- Roe D., Davidson L., Self and Narrative in Schizophrenia: Time to Author a New Story. Journal of Medical Humanities, 31: 89-94, 2005.
- Bader M.J., Postmodern epistemology: The problem of validation and the retreat from therapeutics in psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues, 8: 1-32, 1998.
- De Robertis D., Notes for a definition of the concept of psychoanalytic epistemology. International Forum of Psycho-Analysis, 10: 133-143, 2001.
- Atwood G.E., Stolorow R.D., Trop J.L., Impasses in psychoanalytic therapy: a royal road. Contemporary Psychoanalysis, 25: 554-573, 1989.
- David, A. (1990). Insight and psychosis. British Journal of Psychiatry, 156, 798-808.
- Roe D., Kravetz S., Different Ways of Being Aware of and Acknowledging a Psychiatric Disability. A Multifunctional Narrative Approach to Insight into Mental Disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 191(7): 417-424, 2003.
- Burk W.F., Countertransference disclosure and the asymmetry/mutuality dilemma. Psychoanalytic Dialogues, 2: 241-271, 1992.
- Gardner J.R., Introduction. Progress in Self Psychology, 16: 13-16, 2000.
- Hoffman, I. (1992). Expressive participation and psychoanalytic discipline. Contemporary Psychoanalysis, 28, 1-15.
- Roe D., Lachman M., The Subjective Experience of People with Severe Mental Illness: A potentially crucial piece of the puzzle. Israel Journal of Psychiatry and Related Science, 42: 223-230, 2005.
- Struass J.S., Davidson L., Flanagan, E.H., Issues for DSM-V: incorporating patients' subjective experiences. American Journal of Psychiatry, 164 (3): 391-392, 2007.
- Strauss J.S., Diagnosis and reality: a noun is a terrible thing to waste. Psychopathology, 38: 189-191, 2005.
- Frank J. D., Frank J. B., Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore, ML, The Johns Hopkins University Press, 1993.
- Kleinman A., Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. New York, Free Press, 1988.
- Morstyn R., Reliance on statistics in psychiatric treatment. American Journal of Psychiatry, 151: 783, 1994.
- Bachant J.L., Lynch A.A., Richards A.D., The evolution drive in contemporary psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 12: 565-573, 1995.
- Dunn J., Intersubjectivity In psychoanalysis: A critical review. International. Journal of Psycho-Analysis, 76: 723-738, 1995.
- Copeland M. E., Mead S., Wellness recovery action plan & peer support. Dummerston, VT: Peach Press. Clinical and social outcomes. Journal of Mental Health, 13: 59-69, 2004.
- Solomon P., Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27: 392-401, 2004.
- Stolorow R.D., Atwood G.E., Toward a science of human experience. In R.D. Stolorow, G.E. Atwood, B. Brandchaft (Eds.) The intersubjective perspective. Northdale, NJ, Jason Aronson, 1994.
- Cooper S.H., Mutual containment in the analytic situation. Psychoanalytic Dialogues, 10: 169-194, 2000.
- Bacal H.A., Optimal responsiveness and the therapeutic process. Progress in Self Psychology, 1: 202-227, 1985.
- Bucci W., The challenge of diversity in modern psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 19: 216-226, 2002.
- Lieblich A., Tuval-Mashiach R., Zilber T., Narrative research: Reading, analysis and interpretation. Thousand Oaks, Sage, 1998.
- Mitchell, S.A., Commentary on "contemporary structural psychoanalysis and relational psychoanalysis". Psychoanalytic Psychology, 12: 575-582, 1995.
- Pizer S., The distributed self: Introduction to symposium on "the Multiplicity of self and analytic technique". Contemporary Psychoanalysis, 32: 499-507, 1996.
- Fosshage J., Countertransference as the analyst's experience of the analysand: influence of listening perspective. Psychoanalytic Psychology, 12(3): 375-391, 1995.
- Billow R.M., From countertransference to "passion". Psychoanalytic Quarterly, 69: 93-119, 2000.
- Brandchaft B., Reflections on the intersubjective foundations of the sense of self. Psychoanalytic Dialogues, 12: 727-745, 2002.
- Burch B., Jenkins C., The interactive potential between individual therapy and couple therapy. Contemporary Psychoanalysis, 35: 229-252, 1999.
- Bromberg P. M., "Speak! That I may see you": Some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening. Psychoanalytic Dialogues, 4: 517-547, 1994.
- Aron L., Are we to have a meeting of minds? Psychoanalytic Dialogues, 7: 885-896, 1997.
- Fisch J.M., Introduction. Progress in Self Psychology, 15: 15-17, 1999.
- Mitchell S. A., Hope and dread in psychoanalysis. New York, Basic Books, 1993.
- Aron L., Self-Reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. Psychoanalytic Psychology, 17: 667-689, 2000.
- Safran J.D., Muran C., Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York, The Guilford Press, Pp. 260, 2002.

ההיפנוזה

ככלי טיפולי

הטיפול בהיפנוזה הוא על פי רוב טיפול קצר מועד, אך יש מטפלים ומצבים שבהם משלבים את הכלי ההיפנוטי גם לטווח ארוך. עם זאת חשוב להדגיש שהיפנוזה היא כלי טיפולי ולא טיפול, ולכן ניתן לשלבה בכל סוג של טיפול, פסיכולוגי או רפואי

פרופ' אורן קפלן

היפנוזה היא מצב תודעה מיוחד שניתן באמצעותו להאיץ תהליכים טיפוליים מסוימים.

השימוש בהיפנוזה נפוץ במגוון טיפולים. למשל, בתחום הפסיכולוגי: טיפול במצבי לחץ, בהפרעות חרדה שונות, לחיזוק דימוי עצמי, רענון וזכרון; בתחום הפיזיולוגי: טיפול בכאב, הורדת לחץ דם, מעי רגזי, מחלות עור שונות; וכן בנושאי ממשק בין גוף לנפש כמו בהרזיה, גמילה מעישון, קשיי שינה ועוד.

הטיפול בהיפנוזה הוא על פי רוב טיפול קצר מועד, אם כי יש מטפלים ומצבים שבהם משלבים את הכלי ההיפנוטי גם לטווח ארוך (כידוע, זיגמונד פרויד היה מהפנט עור לפני שעסק בפסיכואנליזה). עם זאת חשוב להדגיש שהיפנוזה היא כלי טיפולי ולא טיפול, ולכן ניתן לשלבה בכל סוג של טיפול, פסיכולוגי או רפואי.

הדימוי המקובל להיפנוזה הוא מעין חלום בהקיץ או שקיעה במחשבות והרהור. יש להדגיש שלמרות המיתוס הנפוץ, היפנוזה אינה שינה ופעילות גלי מוח בזמן היפנוזה מעידים על כך. נראה שמקור המילה "היפנוס" ביוונית המגלם שינה והעובדה שהיפנוזה מבוצעת על פי רוב בעיניים עצומות יצרו את התרומית הזו.

כניסה להיפנוזה מכונה אינדוקציה, ניתן לבצעה בשיטות שונות שהמשותף לרבות מהן הוא הרפיה שרירית ודמיון מורדך מסוג כלשהו. לב העבודה ההיפנוטית מבוצעת באמצעות סוגסטיית, כפי שיפורט בהמשך. בסיום התהליך מבוצעת דה-

היפנוטיזציה, כלומר יציאה ממצב ההיפנוזה למצב התודעה הרגיל.

למרות שהיפנוזה מצטיירת כתהליך טיפולי ייחודי, מדובר למעשה בתהליך ספונטני המופיע גם בחיי היומיום. לדוגמה, פעמים רבות בעת נהיגה מגלה הנהג לפתע שאינו יודע כיצד בדיוק נהג או אילו נופים ראה בדקות האחרונות. יודגש כי הוא היה בעירות מלאה ויכול היה להגיב לכל מקרה חירום אפשרי בכביש, אבל בכל זאת היה שקוע בתוך עצמו. תופעה זו נקראת Highway Hypnosis. מכאן, שהיפנוזה אינה תופעה מיסטית ונדירה אלא תופעה יומיומית ומוכרת לכל. מודעות לקיום התופעה ההיפנוטית ואימון עצמי עשויים להפוך את ההיפנוזה לכלי אישי רב עוצמה לשיפור איכות החיים (היפנוזה עצמית) וכן לכלי טיפולי המונחה על ידי אנשי מקצוע מוסמכים.

מיתוסים והיפנוזה

מיתוסים רבים נוצרו סביב ההיפנוזה בגלל השימוש לדעה שעשו בשיטה למטרות בידור. סרטים רבים הונו ברעיונות מיסטיים לגבי היפנוזה, דבר שיצר לה מחד הילה שעשירה לתרום להצלחת הטיפול (חלק משמעותי כמעט בכל טיפול מותנה או מואץ בשל אמונת המטופל בכלי), אך מאידך יצר חשש מהשימוש בהיפנוזה. יש לציין שבישראל פועל חוק היפנוזה שמתיר רק לפסיכולוגים, רופאים ורופאי שיניים שעברו הכשרה ייעודית לנשוא וקיבלו רשיון, לטפל באמצעות היפנוזה. המיתוס הנפוץ ביותר סביב היפנוזה הוא של אובדן

שליטה. אנשים רבים סבורים שהמהפנט שולט במטופל, גורם לו לומר דברים שאינו רוצה וכדומה. המציאות רחוקה ואף הפוכה מהמיתוס. ראשית, לא ניתן לגרום לאדם מהפנט לעשות דברים המנוגדים לרצונו. ניסיון שכזה מצד המהפנט יגרום ליציאה מיידית של המטופל מהמצב ההיפנוטי. למעשה, לאחר אימון מסוים אנשים יכולים להפנט את עצמם ולהיעזר בכך בצורות שונות. הדבר עשוי להביא להגברת שליטה של המטופל על התנהגויות, תגובות פיזיולוגיות ותחושות שבהן לא הצליח לשלוט בעבר. ההיפנוזה המודרנית, שהושפעה רבות ממילטון אריקסון, גורסת שלמעשה המונח "להפנט" אינו קיים. לפי גישה זו, כל תהליך היפנוטי הוא תהליך של היפנוזה עצמית שבו אדם עשוי לאפשר למטפל להנחות תהליך, שבמהלכו אותו אדם מהפנט את עצמו. ובאנלוגיה, כמו בחדר כושר, מאמן טוב יכול לעזור במימון פוטנציאל, אולם תהליך העבודה מתבצע על ידי המתעמל ולא על ידי מאמן הכושר (המהפנט).

מיתוסים נוספים שיש להפריך:

"רק אנשים מסוימים יכולים להתהפנט" - אמנם עומק ההיפנוזה יכול להיות שונה מאדם לאדם, אולם רוב האנשים יכולים להיכנס למצב היפנוטי אם הם רוצים ומרשים לעצמם.

"רק אנשים חלשים נפשות מתהפנטים" - במציאות, אין כל קשר בין יכולת התהפנטות לאישיות (למעט מתאם מסוים בין היפנוזביליות לאינטליגנציה).

"ניתן" להיתקע' בהיפנוזה ומרגע ההתהפנטות לא ניתן להתנגד יותר" - במציאות, המטופל יכול לצאת מהמצב ההיפנוטי לפי בחירתו בכל עת שיחפוץ.

ולבסוף, אולי המיתוס הנפוץ ביותר: "היפנוזה מאפשרת שחזור זיכרון מדויק מהעבר" - אמנם ניתן להיעזר בהיפנוזה לצורך ריענון זיכרון, אך בתהליך זה מעורבים גם תהליכים של יצירת זכרונות כוזבים וזו גם הסיבה לכך שריענון זיכרון בהיפנוזה אינו קביל בבתי משפט.

הסוגסטיה ההיפנוטית

לב הטיפול ההיפנוטי כרוך במתן סוגסטיית. לביטוי "סוגסטיה" (השאה בעברית) כפל משמעות, הצעה (Suggestion) מחזר ואשליה מאידך. כלומר, המטפל מציע למטופל הצעה - למשל, שחלק מהפה שלו יהיה רדום כך שלא ירגיש את טיפול השיניים. מן הסתם, הצעה רגילה שכוון בחיי היומיום לא בהכרח תפעל, אולם במצב התודעה הייחודי של ההיפנוזה, שבו לסוגסטיה יש גם משמעות של אשליה, הדבר יכול לקרות. מכאן שהתהליך ההיפנוטי מאופיין במצב "סוגסטיבילי" ואסוציאטיבי המושפע מאוד מהדמיון ומהחשיבה החופשית והזורמת. במצב זה אדם מוכן לקבל דברים בצורה שונה מזו שבה היה מקבל עובדות בחיי היומיום, זאת בדומה למצב חלום שבו מוכן אדם לקבל בפשטות עובדות בלתי אפשריות, למרות שבזמן עירות היה מסרב לקבלן. כך גם אנשים שצופים בסרט קולנוע נכנסים לעלילה באופן משכנע ואמיתי עד כדי כך שהם חשים פחד, התרגשות ושאר תחושות כאילו היתה זו מציאות של ממש. ניתן לטעון שהיפנוזה היא מעין הזמנה לסרט. בכניסה לאולם קורע הסדרן את ספח הביקורת ומאפשר לצופה להתמסר לעלילה בלי ביקורת המציאות הנוקבת והיומיומית. כידוע, ללא הנכונות להתמסר לסרט המוקרן, ההנאה אינה מושלמת. כך גם בתהליך ההיפנוזה, ההתמסרות לתהליך היא בסיס חיוני להצלחת הטיפול.

יש לציין שסוגסטיה אינה רק תהליך שמתרחש במהלך הטיפול ההיפנוטי. למעשה, אנשים משתכנעים מדי יום בדברים שאינם מציאות (פרסומות למשל). לדוגמה, ניתן לפרש פוביה כרכישת סוגסטיה שלילית: פוביה מטיסות היא אמונה שמטוס וטיסה הם דברים מסוכנים, למרות שמבחינה סטטיסטית ידוע שהם בטוחים מרוב אמצעי התעבורה היבשתיים. למעשה, אנשים "כשרוניים" בכניסה להיפנוזה עלולים לספח לעצמם במהלך חייהם סוגסטיית שלילית שונת בצורה ספונטנית. מבחינה זו, המטפל בהיפנוזה יכול להסביר למטופל שניתן לנצל "כשרון" זה, אולם באופן החיובי - לאחר שבמשך שנים פיתח אדם פוביה בעזרת סוגסטיה

שלילית הוא יוכל בעזרת טיפול מתקן להבין את מקורותיה האשלייתיים של הפוביה וימיר אותה בסוגסטיה חיובית.

בהקשר של פוביה מטיסות, מופיעות בספרו הקלאסי של האמנוד (1990) דוגמאות לסוגסטיית שלילית מובנות בשפה היומיומית שלנו שמחזקות את פוביית הטיסות: ראשית, הנוסע מגיע ל"טרמינל" שדה התעופה ונכנס לאסוציאציה סופנית - "טרמינלית". לאחר מכן הוא עולה ל"אולם היוצאים" (אסוציאציה של העולם הבא) ורואה דוכן לביטוח חיים, כי בקרוב אולי יראה את העולם שלמעלה. אחר כך מגיעה "קריאה אחרונה" לנוסעים והוא נע למטוס המוקף באמצעי ביטחון (שכן טיסה היא דבר מסוכן). במטוס עצמו מיד מסבירים מה צריך לעשות כשהמטוס מתרסק. לקראת הנחיתה, אם נותר עוד שבבי תקווה, מסביר הטייס ש"אנו מתקבלים ל'יעד הסופי'". אנה הישארו במקומותיכם עד שנגיע ל'שער היציאה'". קשה להתעלם ממגוון הרמזים הטרמינליים שמספקת לנו השפה בהקשר של טיסה ולכן אולי אין זה מפתיע שמספר רב כל כך של אנשים מפתחים פוביית טיסה.

היפנוזה מתייחסת לשפת התקשורת שפועלת פעמים רבות באופן לא מודע. פיתוח מודעות לדפוסי השפה הללו הוא חלק מהכלי הטיפולי שניתן לשלב בפוביית טיסות ובאתגרים טיפוליים אחרים.

ההיפנוזה משפיעה על הפרט במגוון אופנים: רגש, קוגניציה, פיזיולוגיה והתנהגות. היפנוזה מאופיינת בחשיבה ראשונית רגסיבית - ירידה במנגנוני הגנה אינטלקטואליים ובחשיבה האנליטית, ניכרת חשיבה אסוציאטיבית וסימבולית וכן לעתים קונקרטיים. במהלך היפנוזה קיימים שינויים בתפישת הגוף, מופיעה אמנייה מחזר ויחידוד זיכרון מאידך, יכולה להופיע דיסוציאציה (שמנצלת לעתים לטובת הטיפול, למשל, הרדמת יד באמצעות אשליית ניתוק מהשפעת המוח).

מבחינה תפישתית, קיים מיקוד קשב פנימה שגורם לניתוק חושי מגירויים חיצוניים. הדבר גורם ומאפשר יצירת תופעות כמו אנלגיה, שינוי בתפישת זמן והלוצינציות חיוביות ושליליות. מבחינה רגשית, היפנוזה מאופיינת בדרך כלל ברגיעה ובשקט פנימי ומגע עם רגשות עמוקים. עם זאת, במהלך התהליך יכול המטופל גם לחוש סערה ואף אבראקציה (לכן נדרשת מיומנות רבה בעת הטיפול בנפגעי PTSD שעלולים לחוות מחדש את הטראומה ולהינזק מהטיפול במידה שאינו מברוצע בפרוטוקול מתאים).

במהלך היפנוזה מתרחשות לעתים קרובות תופעות פיזיולוגיות כגון דיכוי המערכת הסימפתטית, קטלפסיה ושינוי טונוס שרירים.

קיימת נטייה לפסיכיות ולחוסר תנועתיות. מחקרים ערכניים שבחנו את פעילות המוח במהלך היפנוזה גילו ממצאים מפתיעים, שכן אזורי תגובה במוח במהלך היפנוזה בעיניים עצומות ובדמיון נמצאו זהים לאותם אזורי תגובה של הפרט כאשר הוא פועל בעיניים פקוחות במציאות. מכאן שהסוגסטיה ההיפנוטית היא אכן עירוב ייחודי של דמיון ומציאות.

טיפול בכאב

השימוש העצמתי ביותר של היפנוזה הוא בטיפול בכאב. בתחום זה יש להיפנוזה יתרון משמעותי וייחודי על פני שיטות אחרות. הדבר חשוב במיוחד לטיפולם רפואיים באנשים שאינם יכולים להשתמש בחומרי הרדמה מסיבות שונות, בהכנה לקראת טיפולים רפואיים, במהלך לידה, בהתמודדות עם כאבים כרוניים ועוד.

המדע לא גילה עדיין כיצד ההיפנוזה פועלת במדויק מבחינה פיזיולוגית, אך אחד הממצאים החשובים שהתגלו הוא שהיפנוזה מביאה לשיכוך כאבים בשיטות אחרות מאשר חומרים אופיאטיים כגון כאבים וכן מתופעות פלסבו. לדוגמה, הורקת חומר פלסבו של מורפין גורם לשיכוך כאב בשיעור הצלחה גבוה. הוכח שהדבר קשור למערכת האופיאטית כיוון שהורקת אנטגוניסט למורפין, נלוקסון, מבטלת הן את השפעת החומר המקורי (מורפין) והן את השפעת חומר הפלסבו. אותה תופעה נמצאה גם בטיפול השפעת דיקור סיני כגון כאב. לעומת זאת, נמצא שנלוקסון אינו מבטל את שיכוך הכאב בהיפנוזה, ומכאן שההיפנוזה אינה פועלת כמו הפלסבו בערוץ האופיאטי אלא בשיטה אחרת.

מחקרים קלאסיים של הילגרד תמכו בגישה זו והראו שלמעשה היפנוזה מצליחה להסב את תשומת הלב מהכאב באופן לא מודע למרות שהסיגנלים לכאב ממשיכים לשרד למוח ולא מנוטרלים כמו בשימוש בתרופות. הילגרד כינה תופעה זו כ"צופה סמוי". כלומר, הפרט אינו סובל מהכאב אך צופה סמוי ולא מודע בתוכו יודע על קיומו של הכאב.

רופא סקוטי בשם ג'יימס אסדייל שירת בהודו במאה ה-18 בתקופה שבה לא היתה אנלגיה בשימוש. הוא ביצע שם טיפולים וניתוחים רבים באמצעות היפנוזה. ועדה רפואית תיעדה את פעילותו והכירה לראשונה בתוקף המדעי של השימוש בהיפנוזה ליצירת אלחוש. אחת התופעות המעניינות היתה שמעבר להצלחתו ביצירת אנלגיה, שיעור ההיזיומים שנוצר בעקבות הניתוחים של אסדייל היה נמוך באופן משמעותי מזה שבטיפולים ללא היפנוזה. ייתכן שהדבר קשור לחיזוק המערכת החיסונית בשל השליטה שחש המטופל במהלך התהליך הרפואי. ואכן, אנו עדים גם כיום לכך שבטיפולים רפואיים

בעזרת היפנוזה ניתן לזהות פחות דימום ופחות זיהומים.

נקודות היסטוריות

אם בהיסטוריה עסקינן, יש לציין עוד כמה דמויות משמעותיות בהיסטוריה של התפתחות ההיפנוזה. אמנם היפנוזה כתהליך היתה קיימת כבר לפני אלפי שנה בטקסים דתיים ואתניים שונים, אך היא קיבלה תנופה דרך תופעת המסמרים, שהיתה למעשה היפנוזה. פרנץ אנטון מסמר היה רופא שפעל במאה ה-18 בוינה ובפריז. הוא התפרסם לאור טיפול שהיה עושה בעזרת מגנטים. הוא פיתח תיאוריה פסיאודו-מדעית שהזוהתה למעשה סוגסטיה שהשפיעה כנראה על מטופלי. ועדת בדיקה מפורסמת (שכללה, בין היתר, את בנג'מין פרנקלין שהיה שגריר ארה"ב בפריז, ממציא הגליוטניה ג'וזף גיליוטין והכימאי אנטואן לאבואזיה), שמנתה בשנת 1784 על ידי לואי ה-16 לחקור את עבודתו של מסמר, קבעה שאין בסיס מדעי לגישתו אך ציינה שהצלחת הטיפולים נבעה מהשימוש בדמיון, ובכך סללה למעשה את הבסיס התיאורטי להיפנוזה המודרנית.

דמות מרכזית אחרת בהיסטוריה של ההיפנוזה היה ג'אן מרטין שארקו, שהתמחה בשיטת היסטרי (קונברסיבי). רבים מכירים בוודאי את התמונה המפורסמת שבה נצפה שארקו ניצב בבית חולים ומעביר סימפוזיום היסטריים בין מטופליו בעזרת היפנוזה, כשברקע מתבוננים מתלמידים שונים וביניהם זיגמונד פרויד. עם זאת, לאחר מותו של שארקו עלו טענות על כך שחלק מדיווחיו המדעיים היו כוזבים.

אי אפשר לסיים את הפרק ההיסטורי של ההיפנוזה מבלי להזכיר את פעלו של מילטון אריקסון, אשר ראה בהיפנוזה תהליך טבעי יומיומי והשתמש בסוגסטיית עקיפות, בבלוליות, מטאפורות ועוד. לטענתו, הסוגסטיה מביאה לשינוי ארגוני אצל המטופל גם ללא אינטרפרטציה של משמעות הסוגסטיה. בספר "קולו של מילטון אריקסון" מתאר סינר רזון את שיטת הטיפול של אריקסון. לדוגמה, אריקסון מנסה לגמול אלוהוליסט מהטיפה המרה בעזרת סוגסטיה היפנוטית עקיפה על ידי כך שהוא שולח אותו לגן קקטוסים כדי להתבונן כיצד צמח מצליח לצמוח ללא נזלים. הנחת היסוד של אריקסון היתה שהנפש והלא מודע קולטים את המסרים העקיפים הללו ויכולים להטמיע אותם בצורה ישומית לצורך יצירת שינוי מתוך כוחותיו הפנימיים של המטופל.

יישום טיפולי בהיפנוזה: דוגמה לטיפול בפוביית מחטים

פוביית מחטים היא פחד מוגזם ולא רציונלי ממחטים, לרוב בהקשר רפואי. היא יכולה לבוא בצורות ובעוצמות שונות. לתופעה יכולות

להתלוות חרדות נוספות הקשורות לטיפול רפואי כגון פוביה מדם ותסמונת החלוק הלבן. אמנם דקירת מחט אינה תענוג לאיש, אך עבור כעשרה אחוזים מהאוכלוסיה מדובר כנראה במקור לחרדה משמעותית שבאה לביטוי בהימנעות, בתגובת חרדה ואף בהתעלפות במקרים קיצוניים. הבעיה המרכזית של פוביית מחטים היא בהשפעתה המשנית לטווח ארוך על בריאותו של הפרט כיוון שעל פי רוב התגובה האופיינית היא הימנעות מהגעה למסגרות רפואיות שבהן יש צורך להידקר, בין אם מדובר בחיסונים, בדיקות דם, טיפולי שיניים וכדומה. הדבר גורר הונחה לעתים עד סיכון חיים.

הטיפול בפוביית מחטים בעזרת היפנוזה הוא דוגמה קלאסית לשימוש אינטרדיסציפלינרי בתחומי הרפואה והפסיכולוגיה. בחלק הראשון של הטיפול ניתן ללמד את המטופל שיטות להרגעה עצמית באמצעות הרפיה שריית ודמיון מודרך למקום נעים ובטוח. חלק מהקושי בקבלת טיפול רפואי בעזרת המחט הוא תגובה רגשית סוערת של המטופל, שיוצרת מעגל קסמים טראומתי לאורך השנים. יכולתו של המטופל להגיע רגוע יותר למרפאה היא בסיס חשוב להכחדה של האסוציאציה השלילית סביב המחט והדקירה. לאחר יצירת אמון בין המטופל למטופל ורכישת כלים להרגעה עצמית, ניתן להשתמש בדמיון מודרך כדי לתת למטופל לעבור בדמיון טיפול רפואי הכרוך בדקירת מחט. מאחר שהיפנוזה עשויה לדמות מצבי מציאות באופן מוחשי מאוד, יש אפשרות לבצע סימולציה עם המטופל לקבלת זריקה וירטואלית בישיבה נוחה בכורסת המטופל, עם אפשרות לווסת את הפחד בעזרת טכניקות של הרפיה והרגעה.

בחלק האחרון ניתן כבר להגיע לעבודה ממשית עם מחט קונקרטי. המטרה להגיע למצב שבו המטופל יוכל לקחת בעצמו מחט ולדקור את עצמו ללא חשש, תחת השגחה רפואית כמובן של הרופא המטפל, שמורשה גם לטיפול בהיפנוזה (לפיכך, רצוי לדעת שיטות מהסוג הזה יבוצעו על ידי רופאים ולא פסיכולוגים). הדבר משמש גם modeling למטופל שיגיע בסופו של דבר למרפאה ויפגוש רופא או אחות ויכול לזכור בדמיון את הרופא המטפל שלו בהיפנוזה. במהלך השלב הזה בטיפול רצוי לפתח בעזרת היפנוזה אנלוגיה, בדרך כלל באזור כלשהו של היד, שכן גם רבים מהטיפולים במחט מופעלים על היד. יצירת אנלוגיה נעשית בדרך כלל בשיטה שיוצרת כפפה דמיונית על קף היד שמבודדת אותה מהסביבה. סוגסטיה זו גורמת בשלב ראשון לתחושה של נמנום איברים ובסופו של דבר לתחושה אלוה. בשלב הבא ניתן בעזרת סוגסטיה נוספת להעביר את תחושת האלוה הזו לאיברים אחרים בגוף (למשל לאזור היד שאותו יש לדקור, או ברפואת

שיניים, לאזור בפה שבו יש לערוך טיפול שיניים או לתת זריקת אלחוש). לאחר יצירת תחושת אנלוגיה ביד, המטופל יכול לצבט את האזור הדרום ולראות שאינו חש בכאב, ובהמשך יכול בהנחיית הרופא המטפל להחזיר מחט לאזור העור הדרום ללא שיחוש בדבר. חוויה זו גורמת על פי רוב להכחדה של הפוביה, כמו גם לחיזוק הדימוי העצמי של המטופל שמרגיש שהתגבר על הפוביה בכוחות עצמו. ניתן להשתמש בסוגסטיה פוסט היפנוטית כדי לחזק את האפקט גם להמשך, והמטופל יוכל בעזרת היפנוזה עצמית לשחזר את תהליך הדרמת היד ותחושת הרגיעה גם כשיגיע לטיפול הרפואי הנדרש.

חלקים מהטיפול ההיפנוטי האמור מהווים בסיס להתמודדות עם בעיות רפואיות רבות, שכן תחושת האלוה והרגיעה עשויות לעזור במקרים של מגרעת, מעי רגזי, כאבים כרוניים ועוד.

לסיכום, היפנוזה היא תהליך טבעי המוכר שנים רבות לשימושים פסיכולוגיים ורפואיים. היא יכולה להיות כלי הן בטיפול היפנוטי פורמלי כפי שתואר לעיל, אך גם ככלי לתקשורת חיובית יותר בין רופא למטופל להשגת רפורט טוב יותר לטיפול, שיתוף פעולה של המטופל ותוצאות טובות יותר לתהליך הטיפול.

בישראל פועל חוק השימוש בהיפנוזה הקובע ש"לא יפנט אדם את זולתו אלא אם כן הוא מורשה להפנט ולפי תנאי ההרשאה". ההרשאה ניתנת למי שעבר קורס הכשרה בהיפנוזה, עמד בבחינות מטעם משרד הבריאות ונרשם בפנקס המהפנטים. פרטים נוספים על ההכשרה ועל היפנוזה בכלל אפשר למצוא באתר האגודה הישראלית להיפנוזה: www.hebpsy.net/hypno

פרופ' אורן קפלן, פסיכולוג קליני ומורשה לטיפול בהיפנוזה, www.psychologia.co.il

רשימת מקורות

1. Alman, B.M., & Lambrou, P. (1992). Self-hypnosis: the complete manual for health and self-change. New York: Brunner/Mazel. תורגם לעברית.
2. Hammond, D.C. (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton.
3. Rosen, S. (1982) My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson. New York: Norton. תורגם לעברית.
4. Yapko, M.D. (1995). Essentials of Hypnosis. New York: Brunner/Mazel.
5. William S.K. (2007). Clinical & experimental hypnosis: in medicine, dentistry, and psychology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ההרה בדיכאון

בעבר היו שסברו כי
ההריון שומר או מגן
ממחלת הדיכאון
ולאורך השנים שימת
הדגש היתה על
הדיכאון שלאחר
הלידה. רק בשנים
האחרונות זוכה מחלת
הדיכאון בתקופת
ההריון להתעניינות
רבה בשל שכיחותה
הגבוהה והתוצאות
השליליות על האישה
ההרה ועל העובר.
על הקושי באבחון
והדילמות הטיפוליות
שבהן נתקלים בזמן
טיפול באישה ההרה

ד"ר תאופיק קראקרה,
ד"ר אנגילה רודיקה קראקרה

ב-2002 מצביע על סיבות אפשריות לאחוזים הגבוהים של מחלת הדיכאון אצל הנשים. הסיבות רבות ומורכבות ומשתייכות למערכות הביולוגית והסוציאלית. אחד מגורמי הסיכון המוכרים הוא סגנון החשיבה (Cognitive style). מדובר בסגנון חשיבה הרהורי, חוזר ואינו ממוקד על הסימפטום, סיבותיו ותוצאותיו (Passively focusing on)².

שכיחות דיכאון בתקופת ההריון והגורמים

שכיחות מחלת הדיכאון בתקופת ההריון אינה נמוכה. על פי AHRQ (Agency for health, care, and research) שכיחות הדיכאון המאג'ורי (major depression) לבדו מוערכת בין 3.1 אחוזים ל-4.9 אחוזים בכל זמן נתון בתקופת ההריון ובין אחוז אחד ל-5.9 אחוזים בכל עת בשנה שלאחר הלידה. אם נוסף את הדיכאון המינורי (minor) לדיכאון המאג'ורי, שכיחות הדיכאון גדלה ומכפילה את עצמה לשיעור של בין 8.5 אחוזים ל-11 אחוז בכל עת בתקופת ההריון ול-6.5 אחוזים עד 12.9 אחוז בכל עת במשך שנה לאחר הלידה. הכפלת האחוזים מרמזת שמחצית הנשים מתנסות בדיכאון מאג'ורי ועוד מחצית בדיכאון מינורי בכל עת⁴.

שכיחות מחלת הדיכאון בתקופת ההריון משתנה בין הטרימסטרים. בטרימסטר הראשון – שבעה אחוזים, בטרימסטר השני – 12.8 אחוז, בטרימסטר השלישי – 12.5 אחוז. השכיחות הגבוהה יותר מופיעה בטרימסטרים השני והשלישי, תקופות משמעותיות יותר מבחינת ההתערבות הטיפולית⁵.

באשר להופעת גלים דכאוניים חדשים בתקופת ההריון, מעטות הן העבודות הדנות בכך ומנתונין עולה כי יותר מ-14.5 אחוז מהנשים ההרות חוות גל דכאוני חדש מאג'ורי

בתקופת ההריון קיים קושי באבחון מחלת הדיכאון. כמה מהסימפטומים הגופניים של מחלת הדיכאון משויכים ומוסברים בטעות על ידי ההריון עצמו, ועקב הקושי באבחון מחלת הדיכאון, הרגישות הטיפולית וחששות הצוות הרפואי, האישה ההרה לא תמיד זוכה לקבלת טיפול נאות.

הדיכאון הוא מחלה נפוצה ושכיחה, כחצי מיליון איש במדינת ישראל חולים בה. בזמן נתון, מוערך שבין חמישה עד עשרה אחוזים מהאוכלוסיה הכללית לוקה בדיכאון. הסיכון לחלות במחלת הדיכאון במהלך החיים הוא פי שניים אצל הנשים ופחות מזה אצל הגברים. בשנים האחרונות מדרוך על הופעת דיכאון בגיל צעיר יותר והסיכוי לחלות בדיכאון בזמן ההריון נמצא בעלייה.

דיכאון בקרב נשים עלול להופיע לאורך כל שנות החיים ובתקופות מיוחדות כמו גיל ההתבגרות, ההריון, הבלות, עקב טראומות והתמכרויות. הדיכאון מופיע אצל נשים מכל שכבות האוכלוסיה ובכל רובדי ההשכלה, הכלכלה והקבוצות האתניות¹. אחוזי הדיכאון הגבוהים אצל נשים בהשוואה לגברים אינם קבועים. על פי נתונים אפידמיולוגיים, שכיחות הדיכאון בקנדה שווה בין המינים עד גיל ההתבגרות, לאחר מכן קיימת עלייה משמעותית בשכיחות הדיכאון אצל הנשים, עד כפליים מהגברים. הפער נשמר עד תקופת הבלות (מנופאוזה) ומשם נראית ירידה איטית עד למוות³.

אנמנזה קודמת של דיכאון היא גורם סיכון מוכר. במחצית מהנשים שאובחנו כסובלות מדיכאון 39 שבועות (כעשרה חודשים) לפני ההריון, אובחנה מחלת הדיכאון בתקופת ההריון. כמו כן, מחצית מהנשים שאובחנו כסובלות ממחלת הדיכאון 39 שבועות לאחר הלידה סבלו מדיכאון בזמן ההריון¹⁸. ארגון הפסיכיאטרים האמריקאי (APA) משנת

או מינורי. שיעור דומה של נשים חוות גל כדאני חדש לאחר הלידה.⁴ גורמי הסיכון למחלת הדיכאון בתקופת ההריון הם רבים ושונים, מהם ספציפיים ואחרים כלליים. הגורמים הספציפיים הקשורים לדיכאון הם:

1. הפסקת הטיפול התרופתי בנשים הסובלות מדיכאון ומאוזנות תרופתית - הישנות (relaps) הדיכאון בתקופת ההריון תוך כדי הטיפול מגיעה ל-26 אחוז. כאשר מפסיקים את הטיפול התרופתי סמוך לכניסה להריון, הישנות מחלת הדיכאון עלולה להגיע ל-68 אחוז.⁶

2. משברים פסיכוסוציאליים (psycho-social conflicts) - מהווים גורמים משמעותיים לדיכאון בתקופת ההריון: חד הוריות, בעיות בזוגיות, התלבטויות לגבי ההריון ועוד.⁹

3. גיל - היארעות הדיכאון אצל קטינות הרות גבוהה בהרבה מאשר בקרב נשים בוגרות. אם נשים בוגרות מפתחות דיכאון בשיעור של עד עשרה אחוזים, אצל קטינות הרות האחוזים עלולים להגיע עד 44 אחוז ויותר ובמיוחד בטרמסטר השני והשלישי.¹⁵

הגורמים הכלליים אינם ספציפיים לדיכאון בהריון דווקא אלא לדיכאון בכלל:

1. מחצית הנשים שסבלו ממחלת הדיכאון בעבר מצייגות תסמינים דכאוניים בתקופת ההריון.⁷⁻⁸

2. מצוקה כלכלית - נשים עם בעיות כלכליות והכנסה נמוכה (low income).¹⁰

3. טראומות - דיכאון ותלונות סומאטיות נצפו בשכיחות גבוהה אצל אלו שעברו התעללויות מיניות ופיזיות.¹¹

4. אתניות - בארצות הברית נשים ממוצא אפריקני דווחו יותר על תסמיני דיכאון בתקופת ההריון.¹²

5. מקום העבודה - מצוקות נפשיות במקומות העבודה בתקופת ההריון מלוות בהרגשה רעה אצל האם ההרה.¹³

6. תמיכה חברתית - נשים הרות עם תמיכה חברתית נמוכה דווחו יותר על סימפטומים דכאוניים ועל ירידה באיכות החיים.¹⁴

אבחון

יש חשיבות רבה לאבחון מחלת הדיכאון בתקופת ההריון. אבחון גורם להתערבות טיפולית התואמת את המצב. העדר אבחון גורר אחריו העדר טיפול וההשלכות עלולות להיות קשות, עד למסוכנות לאם ההרה ולעובר כאחד. בין הסכנות נמנים פגיעה עצמית, התאבדויות, פגיעה בעובר על ידי פלות יזומות,¹⁷ ולאחר הלידה אף אירועים

טיפול

קווים מנחים כלליים - תפקידו של המטפל לעזור למטופלת במציאת האזון בין הסיכונים במתן התרופות לבין הימנעות מממן הטיפול. כמובן, עליו להביא בחשבון את הזכות לבחירה חופשית של כל מטופלת. לכן, ההתמודדות אינה קלה וניתנו קווים מנחים כלליים לכמה אפשרויות או תסריטים.

1. על פי רנדי, בבואנו להחליט על טיפול, יש להביא בחשבון מספר גורמים, כגון: רמתה התפקודית של האישה ההרה עם או בלי טיפול תרופתי, היסטוריית מחלת הדיכאון, אשפוזים קודמים, חומרת מחלת הדיכאון, נסיגות ההתאבדות קודמים, התנהגויות הרסניות ברמות המחשבתית והמעשית, יכולת האישה לנהל אורח חיים תקין, כולל אחזיות על תפקודה בבית בזמן הדיכאון הנוכחי ובהריונות הקודמים וגם מצבה הנפשי לאחר הלידה, תגובתה לטיפול בשיחות והחשוב מכל, לכבד את בחירתה החופשית והערכים שלה.²⁹

2. כאשר מדובר במטופלת עם דיכאון קשה (severe depression), העדיפות הראשונה המומלצת לטיפול היא מתן תרופות אנט-דכאוניות בשילוב עם עוד צורה טיפולית אחרת, לרבות פסיכותרפיה. בדיכאון קל, קו ראשון מומלץ הוא טיפול בשיחות. תרופות הן רק בקו שני. עדיפות ראשונה ניתנת לתרופות מקבוצת SSRI. עקב הטרטוגניות של Paroxetine יש להימנע ממנו בטרמסטר הראשון של ההריון. עדיפות שנייה היא שימוש ב-TCA (Tricyclic-antidepressants) הן בהריון והן בהנקה.³⁰

3. כאשר ההריון מתוכנן מבעוד מועד ובתיאום עם המטפל, ניתן להתחיל טיפול משולב תרופות ושיחות ובהמשך להפחית או להפסיק הטיפול התרופתי בזמן ההריון במידת האפשר.³¹

4. יש כאלה הסבורים שהטיפול התרופתי נשאר עדיף ומומלץ בתקופת ההריון (pivotal treatment) כיוון שמחצית מההריונות אינם מתוכננים. באופן כללי, כאשר נשים מגלות שהן בהריון הן כבר נמצאות בשבוע השישי ויותר. לכן, בצעד חכם צריך להמליץ לאישה ההרה להמשיך את הטיפול ובתרופה אחת כיוון שהחשיפה לתרופה כבר קיימת וגם כדי למנוע חשיפת העובר לחומרים נוספים.³²

הנרי נסראללה נותן כמה כללים נוספים: יש לדון עם כל הנשים ההרות על אפשרות הסיכון במתן תרופות פסיכיאטריות עוד לפני שהן מחליטות להיכנס להריון. הדיון יכלול את כל התרופות הרשומות והלא רשומות (prescription).

יש לבדוק היסטוריה פסיכיאטרית של כל הנשים ההרות.

של רצח התינוק. תופעות נלוות לדיכאון, כגון העדר היגיינה ותזונה אופטימליות, סירוב למעקב רפואי בתקופת ההריון, התמכרות לתרופות, לסיגריות ולאכזריות, מובילות ללידת עובר במשקל נמוך ולהתפתחות איטית של העובר. דיכאון בתקופת ההריון אף מוביל לגרימת לידות מוקדמות ספונטניות¹⁹ ולפגיעה בתפקוד האם בכלל ובטיפול בתינוק בפרט¹⁷⁻²⁸.

עקב תלונות משותפות להריון עצמו ולדיכאון, קיים קושי באבחון. בין התלונות המשותפות אפשר למנות עייפות, חולשה כללית, כאבים סומאטיים ושינויים בהרגלי השינה והתיאבון.²⁰ למרות הקשיים, ניתן לאבחן את מחלת הדיכאון. כאשר הגורמים הבאים נמצאים בתקופת ההריון - כגון היסטוריה של דיכאון, שינויים בהרגלי האכילה, יקיצה מוקדמת, שינוי בוקר-ערב, חשיבה ומצבי רוח דכאוניים, הם נוטים לכיוון מחלת הדיכאון ועוזרים לאבחנה נכונה.²¹ מנפיר הוסיף כלים המסייעים בקביעת האבחון ומתן הטיפול. לדבריו, לחולה הסובלת מדיכאון בזמן ההריון יש פחות מחשבות אוברניות, ללא התערבות מוקדמת (early insomnia), פחות רגשות אשם ויותר האטה פסיכומטורית. הסימנים הדכאוניים אצל האישה ההרה מוצגים בעוצמו חזק יותר ובהדגשת הסימפטומים הפסיכולוגיים.²² עם זאת, יש כאלה הסבורים שהפרופיל הדכאוני בזמן ההריון אינו שונה מזה שבתקופות אחרות בחיי האישה ואבחון הדיכאון בתקופת ההריון דומה לזה ללא ההריון על פי הקריטריונים האבחנתיים המקובלים.²³

הקושי באבחון מחלת הדיכאון בתקופת ההריון גורם לכך שלא כולן זוכות לטיפול נאות ורק אחוזים נמוכים, בין עשרה אחוזים ל-15 אחוז, מטופלות. שני שליש מהנשים אינן מקבלות טיפול תרופתי כלל בזמן ההריון ומחצית מהמטופלות אינן מטופלות בצורה אופטימלית.²⁴

בסקר של EVE בהשתתפות 3,472 נשאלות שכלל נשים בהריון, 20 אחוז דיווחו על סימנים דכאוניים. רק 13.8 אחוז מהן זכו לטיפול כלשהו על ידי תרופות או שיחות.²⁵

עקב חששות של האישה ההרה ולפעמים גם של הרופא המטפל, קיימת ירידה בשימוש בתרופות בתקופת ההריון עד ל-50 אחוז בהשוואה לתקופה שלפני ההריון. ראמוס וחב', במחקר רטרוספקטיבי על 97,680 נשים הרות, מצאו שיש ירידה בשימוש בתרופות בטרמסטר הראשון של 3.7 אחוזים מהנשים לעומת 6.6 אחוזים לפני ההריון.²⁶

החלטה היא ברמה האינדיבידואלית ועל המטפל לעזור למטופלת בגיבוש החלטה אם להרות, להמשיך או להפסיק את ההריון. לסיום, כותב פרופ' הנרי נסרללה: "הטיפול באישה ההרה הסובלת ממחלת דיכאון דומה להליכה על חבל דק ודרושים ניסיון, מיומנות וגם שיפוט כדי לעבור אותו בהצלחה".

ד"ר תאופיק קראקרה, המרפאה לבריאות הנפש, קריית חיים, מנהלת הקריות. שירותי בריאות כללית מחוז חיפה והגליל המערבי. ד"ר ד"ר אנגילה רודיקה קראקרה, מכבי שירותי בריאות, שפרעם, מחוז חיפה

הרגלי השינה, שימוש בחומרים מסממים, כמו סיגריות, אלכוהול, קפה, תרופות ותוספים אחרים.

יש להשתמש בשיטות להפחתת הדחק כדי להפחית מהשפעת הקורטזון על העובר. יש לערוך מעקב אינטנסיבי אחרי תגובותיה הטיפוליות של האישה ואחרי תופעות הלוואי³³.

לסיכום, נכון להיום אין כללים אחידים וספציפיים שאפשר לאמץ בכל המקרים של דיכאון במהלך הריון. כל החלטה שאמץ הרופא כרוכה בסיכונים וקיימת חובה לשמור על עקרון האיוון בין הסכנות הנלוות למחלת הדיכאון לבין סכנות הטיפול התרופתי. כל

בנשים הרות, על האבחון להיות מדויק ויש להעריך את הסיכון ממתן או מאי מתן טיפול.

לפני הטיפול התרופתי, תנסה האישה טיפולים לא תרופתיים.

כאשר מחליטים על טיפול תרופתי, תיבחר תרופה עם פוטנציאל סיכונים הנמוך ביותר ובמינון הטיפול הנמוך היעיל.

יש לשתף פעולה עם רופא הנשים של האישה ולתאר בפניו את השפעתם של סיכונים אפשריים של מחלת הנפש על ההריון.

באופן מוחלט, יש להימנע ממתן תרופות טרטוגניות לעובר וליידע את האישה על כך שאסור לה לקחת תרופות אלו. יש לנטר באופן תמידי את המצב התזונתי,

רשימת מקורות

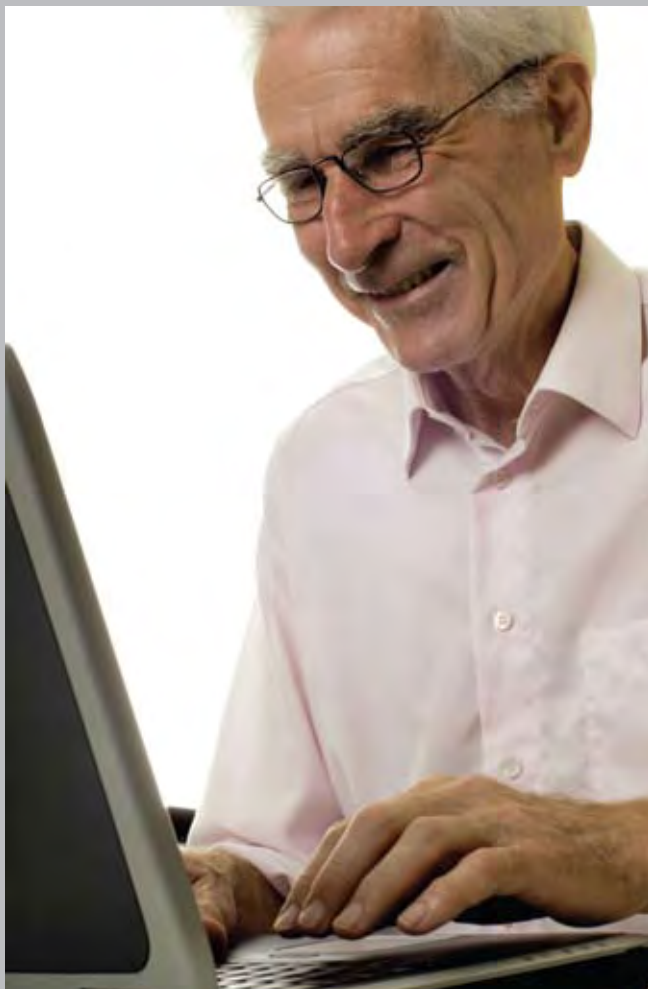
1. Who Regional Office For South Aast-Asia 2008 On Nlin O Janu 2007 24 'Last Update
2. Apa.Online .Date March 15/2002.Public Affairs Office.(202) 336-5707 New Reports On Women And Depression.Latest Research Finding/
3. Donna Stewart Md/ Depression During Pregnancy Canadian Family Physician -Clinical Practic, Vol 15/August 2005
4. Gayness Bn ,Gavin N,Meltzer-Brody S,Loehr Kn.Swinson T.Gartlehner G.Brody S.Miller Wc. PerinataL Depression:prevalence Screening Accuracy And Screening Out Come. Agency For Healthcare Research And Quality.Evidence Report Technology Assessment Number 119. Ahrq Pub No 05-E006-1.February 2005 Issn 1530-440x
5. Heather A. Bennett, Bpharm*, Adrienne Einarson, Rn, Anna Taddio, Phd, Gideon Koren, Md And Thomas R. Einarson, Phd* Prevalence Of Depression During Pregnancy: Systematic Review Obstetrics & Gynecology 2004;103:698-709
6. Lee S Cohen 'Lori L. Altshuler'bernard L. Harloww'rota Nonacs'd Jeffrey Newport' Adele C Viguera' Rita Suri' Vivien K Relaps Of Major Depression During Pregnancy Un Women Who Maintain Od Discontinue Antidepressants Treatment Reprendid) Jama Febr 1'2006-Vol 295 No 5) Downloaded On Janu 15/2008 From Www.Jama.Com
7. Pricia M Dietz, Selvi B Williams, William M Callaghan, Donald J Bachmann Et Clinically Identified Maternal Depression Befor ,During'and After Pregnancy Ending In Live Birth Al The American J Of Psychiatry .Oct 2007;Vol 164,Iss 10,Pp 1515-6 Pgs
8. Sheila Mrcus,Md, Heather A Flynn Phd, Fredrick C Blow Phd, Kristen C Barry Phd Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screend In Obstetric Setting Journals Of Women Health Vol 12.No 4,2003. Marry Ann Liebert Inc
9. Claire Westdahl Cnm.Mph, Stephanie Milan Phd, Urania Magriples Md.Trace S Kershaw Phd, Sharon Shneider Rising Cnm.Msn And Jennete R Ickovics Phd Social Support And Social Conflicts As Predictors Of Prenatl Depression Obstetric And Gynecology/2007.110:134-140.Online
10. Somnath Pal Bs.Nba Phd, Mood Disorder Among Men And Women Us Pharm.32(11):Vol 10. No 32 :11 Posted 19/11/2007
11. Varma D ,Chandra P.S.Thomas T. Cary Mp. Intimat Partner Violence And Sexual Coercion Among Pregnant Women In India J.Of Affective Disorder 2007;Vol 102(1-3) Pp 227-235.Electronic Publication 112-
12. Edge D.Ethnicity 'Psychosocial Risk And Perinatal Depression-A Comparative Study Among Inner-City Women In Uk J Psychosomatic Research 2007 Sept, Vol 63 (3) Pp 291-295. Electronic Publication 1/8/2007
13. Cooklin Ar.Rowe Hg.Fisher Jr.Employee Entitlement During Pregnancy And Maternal Psychological Well-Being The Australian And Newzeeland Journal Of Obstetrical Gynecology 2007.Decem Vol 47(6) Pp 4830490 5/11/2006
14. Elsenbruch ,S Benson.M Rucke, M Rose, J Dudenhausen, M.K Pincus-Knackstedt.B.F Klapp And P.C.Ark. Social Support During Pregnancy Effect On Maternal Depressive Symptoms 'Smoking' And Pregnancy Outcome Humann Reproduction. 2007.22(3) Pp 869-877.Online November 16/2006
15. Eva M Zigethy Md.Perdro Ruiz Md.Depression Among Pregnant Adolescents. An Integral Treatment Approach. Am J Psychiatric .158:22-27.January 2001
16. Brown Ma,Solchany Je,Tow Overlooked Mood Disorder In Women/Susyndromal Depression And Prenatal Depression Nurse Clin North Am 2004,Mar :39(1):83-95/ Abstract
17. Bowen A,Muhajarine N.Antenatal Depression/Can Nurse 2006 Nov;102(9):26-30 Abstract
18. Patricia M. Dietz, Dr.P.H., M.P.H., Selvi B. Williams, M.D., M.P.H., William

- M. Callaghan, M.D., M.P.H., Donald J. Bachman, M.S., Evelyn P. Whitlock, M.D., M.P.H., And Mark C. Hornbrook, Ph.D. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, And After Pregnancies Ending In Live Births Am J Psychiatry 164:1515-1520, October 2000 Doi: 10.1176/Appi.Ajp.2007.06111893 © 2007 American Psychiatric Association
19. Jacques Dayan, Md, Phd, Christian Creveuil, Phd, Maureen N. Marks, Phd, Sue Conroy, Msc, Michel Herlicoviez, Md, Phd, Michel Dreyfus, Md, Phd And Sylvie Tordjman, Md, Phd Prenatal Depression, Prenatal Anxiety, And Spontaneous Preterm Birth: A Prospective Udy Among Women With Early And Regular Care Psychosomatic Medicine 68:938-946 (2006) © 2006 American Psychosomatic Society
20. Brown Ma,Solchany Je,Tow Overlooked Mood Disorder In Women/Susyndromal Depression And Prenatal Depression NurSe Clin North Am 2004,Mar :39(1):83-95/Abstract
21. Lori L. Altshuler,M.D; Victoria Hendrick M.D;Lee S Cohen M.D. An Update On Mood And Anxiety Disoeder During Pregnancy And Postpartum Period. Primary Care Companion J Clinical Psychiatry.2:6 December 2000-Online
22. Mnber R.Blasey C.Allen Jj.Depression Symptoms During Pregnancy.Arch Womens Ment Health.2008 Feb 14(Epub Ahead Of Print)Abstract Online.
23. Cynthia Feucht,Pharmd Bcps.Treatment Of Depression During Pregnancy. Us Pharm.2007;32(9):34-44.Online Downloaded 10/2007
24. David Milne. Lack Of Adequate Depression Care During Pregnancy Called Troubling Psychiatric News 2006. September 15.Vol 41 Number 18. P 20
25. Eve Bender. Depression In Pregnancy Often Goes Untreated. Psychiatric News 2003 July 18. Volume 38 Number 14 .
26. Ramos E. Oraichi D.Rey E.Elaise L.Berard A.Prevalence And Predictors Of Antidepressants Use.In A Cohort Of Pregnant Women. Bjog-An International Journal Of Obstetric And GynecolOgy-2007.Sept.Volume 114(9).Pp 1055-1064.Electronoc Publication 2007-June 12.
27. Linda H Chandron Md.Psychiatric Time Articles Id-187203726.May 2006. Volume Xx111,Number 6.Online
28. Gideon Koren,Doreen,Matsui,Adrienne Einarson,David Knoppert,Meir Steiner. Is Maternal Use Of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors In Third Trimester Of Pre nancy Harmful To Neonates. Cmaj, May 24.2005,172(11).On Line
29. Randy K Ward Md.Mark A Zamorski Md.Benefits And Risk Of Psychiatric Medication During Pregnancy. AmericAn Family Physician. August 15,2002. Vol 66. Number 4
30. Altshuler Ll.Cohen Ls. Moline Mi.Kahn Da.Crpenter D.Docherty Jp. Expert Consensus Panel For Depression In Women. Postgrad Med. 2001 Mar;(Spec No):1-107
31. Andrea J Rapkin Md.Management Of Premenstrual Dysphoric Disorder(Ppmd). View Program/7557-Pnt.Www.Medscape.Com
32. Elizabeth Z King. Zachary N Stowe Md. Jeffrey Newport Md. Using Anti Depressants During Pregnancy;An Update Psychiatric Time.Manhasset.AugUst 2006. Vol 23/Iss9 Pp 90/Copyright 2006 Cmp Media
33. Henrey Nasrallah,Md. Editio-In-Chief Of Current Psychiatry . Pregnant And Mentaly Ill; A Labor-Intensive Clinical Challenge. Current Psychiatry Vol 7,No 2

מילות מפתח: הריון,דיכאון במהלך ההריון,דיכאון מאזיזי, תרופות נוגדות דיכאון ושיחיות

מרסיסק סיפר שהוא הושפע ממחקר שנערך באוניברסיטת רוצ'סטר והוכיח שמשחק בשם "עיטור הכבוד" שיפר את יכולת הקליטה החזותית של הסטודנטים, הם הצליחו לקלוט יותר מידע במבט אחד. המשמעות אצל קשישים היא שיפור הדריכות והיכולת לנהוג בבטחה שנים נוספות. הוא החליט לנסות את המשחק עם קבוצת קשישות, "שנהנו ממנו, זה היה חדש ושונה וגם אפשר להן להתקרב לנכדים".

המחקר הוכיח שעשר שעות משחק יכולות לשפר משמעותית את יכולת הקליטה החזותית אצל בני 65 ויותר. המחקר הראשוני נערך בקמפוס כשהסטודנטים לימדו את הקשישות לשחק וכאמור, הוא מהווה פתח למחקרים מקיפים יותר.



סיכויי החלמה גבוהים יותר למי שאינם מבטאים רגשות לאחר טראומה

לפי מחקר חדש, טוב לשמור את הרגשות בפנים, בניגוד לגישה המקובלת לגבי מה שנורמלי ובריא לאחר חוויה של טראומה קולקטיבית, כמו ירי בבית הספר או פעילות טרוריסטית. למעשה, אנשים שבוחרים לא לבטא רגשות אחרי אירועים כאלה עשויים להיות במצב טוב יותר מאלה ש"מדברים על זה" - כך לפי מחקר שנערך באוניברסיטת באפולו.

המחקר בדק את ההשפעה הנפשית והפיזית של טראומה קולקטיבית על אנשים שנחשפו לה, אבל לא חוו אובדן ישיר והתמקד בתגובות למתקפת ה-9/11. "לממצאים יש חשיבות בקשר לציפיות מהאופן שבו אנשים אמורים להתנהג במצבים כאלה", אמר ד"ר מרק סירי, ממחברי המחקר.

סירי הצביע על העובדה כי לאחר אירוע הירי באוניברסיטת וירג'יניה, פסיכיאטרים רבים דיברו בטלוויזיה ועודדו את הסטודנטים לבטא רגשות. "זה מבטא את ההנחה התרבותית והניסיון המחקרי הקודם, שאנשים צריכים לדבר כדי להתגבר על טראומה קולקטיבית, בשעה שאנו צריכים לומר לאנשים שהם יכולים שלא לבטא דבר ולהתמודד עם המצוקה בהצלחה, ולפי ממצאינו, סיכויי ההחלמה שלהם גבוהים יותר".

סירי ועמיתיו בדקו תגובות של אנשים לאירועי ה-9/11, מיד לאחר האירוע ועד שנתיים לאחריו. לנשאלים ניתנה אפשרות לבטא מחשבות ורגשות באותו יום וכמה ימים לאחר מכן. החוקרים השוו את האנשים שבחרו לבטא מחשבות ורגשות לאלה שבחרו שלא לעשות כן. בהתאם לדעה הרווחת, אלה שבחרו שלא לבטא רגשות היו אמורים לחוות יותר בעיות בריאות גופניות ונפשיות, "אולם התוצאות היו הפוכות", אומר סירי, "מצבם של אלה שבחרו שלא להתבטא היה טוב משל אלה שבחרו להתבטא". הדפוס הזה חזר כאשר החוקרים בחנו רק את הקבוצה שבחרה להתבטא ובדקו את משך התגובה וככל שאנשים בחרו להתבטא יותר, מצבם היה חמור יותר.

משחקי מחשב משמרים כישורים מנטאליים בקשישים

משחקי מחשב מועילים לשמירה על הכישורים המנטאליים של קשישים, כך לדברי חוקרים באוניברסיטת פלורידה, לאחר מחקר ראשוני עם קשישות ששיחקו במשחק יריות במחשב.

החוקרים קיבלו מענק כדי לבדוק אם משחק הפליימסטיישן "מונית מטורפת" יכול להגביר את הכישורים המנטאליים אצל קשישים. המענק ניתן על ידי קרן רוברט ווד ג'ונסון שמשקיעה 8.25 מיליון דולר במחקרים שנועדו לבדוק האם משחקי המחשב, שנחשבו לפעילות מבזבזת זמן של מתבגרים משועממים, מסוגלים לשמש לשיפור בריאות הציבור בתחומים נוספים, כמו טיפול באלכוהוליזם ובשיקום ממחלות שונות.

במשך שנים, ההנחה המקובלת היתה שמבוגרים יכולים לשמור על הכישורים המנטאליים על ידי פתרון תשבצים ופעילויות דומות, "אבל אין כל הוכחה ליעילות של תשבצים", אמר מייקל מרסיסק, פסיכולוג ואחד החוקרים, "אתה צריך לעשות דברים שיאתגרו אותך, דברים חדשים שאתה לא מצטיין בהם, כמו משחקי מחשב".

ילדים עצובים מצליחים יותר מילדים שמחים במשימות הדורשות תשומת לב לפרטים

פסיכולוגים מאוניברסיטת וירג'יניה ומאוניברסיטת פלימוות', בריטניה, ביצעו מחקר ניסויי שתוצאותיו שוללות את האמונה המקובלת שילדים שמחים לומדים טוב יותר. הממצאים מוכיחים כי במקום שבו נדרשת תשומת לב לפרטים, ידם של ילדים שמחים על התחתונה.

החוקרים ביצעו סדרה של ניסויים על ילדים בקבוצות גיל שונות, שהיו שמחים או עצובים בהשראת מוזיקה (מוצרט ומהאלר) וקטעי וידאו ("ספר הג'ונגל" ו"מלך האריות"). חברי הקבוצות התבקשו למלא משימה שדרשה תשומת לב לפרטים, להתבונן בתמונה מורכבת כמו בית ובצורה כמו משולש ואז, לאתר את הצורה בתמונה הגדולה. הממצאים היו מכריעים: הילדים שזכו לעידוד למצב רוח עצוב או טבעי ביצעו את המשימה טוב מאלה שזכו לעידוד למצב רוח שמח.

"שמחה מעידה על כך שהכל כשורה", אומר החוקר הראשי מאוניברסיטת פלימוות', סיימון שנאל, "דבר המוביל לעיבוד מידע כללי. עצב מעיד על כך שמשהו חסר ומעודד תהליך עיבוד פרטני. חשוב לציין שיש מחקרים רבים המעידים על חשיבות מצב הרוח הטוב, כמו במשימות יצירתיות".

"הממצאים סותרים את ההנחה המקובלת כי שמחה תביא תמיד לתוצאה מיטבית", אומר פרופ' ויקראם ג'סוול מאוניברסיטת וירג'יניה, אחד ממחברי המחקר. "לתחושה הטובה המתלווה לשמחה יש מחיר נסתר, היא מובילה לסגנון חשיבה שמתאים למצבים מסוימים בלבד ולא מתאים לאחרים".

טיפול בחשיפה יעיל יותר מטיפול קוגניטיבי למניעת הפרעת דחק פוסט טראומטית

ההתקדמות מהפרעת דחק חמורה להפרעת דחק פוסט טראומטית עשויה להימנע כתוצאה מטיפול בחשיפה, שבה הניצולים מהטראומה חיים את האירוע מחדש בליווי מודרך. כך עולה מתוצאות מחקר אוסטרלי חדש.

ארגון קוגניטיבי מחודש, הכולל בנייה מחודשת של הגישות והתגובות כלפי האירוע הטראומטי כדי שיהיו מדויקות יותר ומועילות למטופל, הוא צורת טיפול מקובלת למניעת תופעות של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) אצל מטופלים הסובלים מהפרעת דחק חמורה. טיפול בחשיפה הוא טיפול שבו המטופל נחשף לכמה ממקורות הטראומה ויש עדויות לכך שבמרפאות רבות מעדיפים שלא להשתמש בסוג זה של טיפול בשל החשש שהוא עלול לגרום למצוקה אצל מי שסבל מטראומה לאחרונה.

כדי לחקור את השפעות הטיפול בחשיפה על מטופלים הסובלים מהפרעת דחק חמורה ובמיוחד את האפשרות למניעת התפתחות של PTSD, פרופ' ריצ'ארד בראיינט ועמיתיו מאוניברסיטת ניו סאות' וילס, סידני, אוסטרליה, ביצעו מחקר אקראי מבוקר על מטופלים שפיתחו הפרעת דחק חמורה כתוצאה מתאונת דרכים או תקיפה לא מינית בין מרץ 2002 לבין יוני 2006. מתוך 90 המשתתפים, שליש נבחרו באקראי לעבור טיפול בחשיפה, שליש נשלחו לטיפול קוגניטיבי ושליש הושמו ברשימת המתנה לטיפול. כל תכנית טיפולית כללה חמש פגישות שבועיות במשך 90 דקות והערכות בוצעו בתחילת התכנית, כעבור שישה שבועות (בסופה) ושישה חודשים לאחר תום הטיפול.

63 מטופלים השלימו את ההשתתפות בתכנית. לאחר השלמת התכנית, מתוך קבוצת המטופלים בחשיפה, 33 אחוז (עשרה מטופלים) פיתחו תסמינים של

PTSD. מתוך קבוצת המטופלים קוגניטיבית, 63 אחוז (19 מטופלים) פיתחו תסמינים של PTSD ומתוך קבוצת הממתינים, 77 אחוז (23 מטופלים) פיתחו תסמינים של PTSD.

בבדיקה שנערכה כעבור שישה חודשים, מתוך קבוצת המטופלים בחשיפה, 37 אחוז (11 מטופלים) פיתחו תסמינים של PTSD, לעומת 63 אחוז (19 מטופלים) מתוך קבוצת המטופלים קוגניטיבית. בנוסף, 47 אחוז (14 מטופלים) מקבוצת המטופלים בחשיפה הגיעו להחלמה מלאה, לעומת 13 אחוז (ארבעה מטופלים) בלבד מתוך קבוצת המטופלים קוגניטיבית, דבר המצביע על ההצלחה היחסית של טיפול בחשיפה למניעת PTSD.

המחברים כותבים כי הם אופטימיים בקשר ליכולת של טיפול בחשיפה למנוע התפתחות של PTSD נוכח רמות ההשתתפות הזהות בשתי הקבוצות. "על אף החששות מכך שמטופלים לא יצליחו להתמודד עם המצוקה כתוצאה מחשיפה ממושכת, לא היה הבדל משמעותי בשיעור הנשירה בין שתי הקבוצות, 17 אחוז במטופלים בחשיפה לעומת 23 אחוז במטופלים קוגניטיבית. בנוסף, בדיקת החרדות הצביעה על ירידה משמעותית בקבוצת החשיפה לאחר הפגישה השלישית".

המחברים משערים כי הסיבה לכך שטיפול בחשיפה יעיל יותר מטיפול קוגניטיבי היא שהוא מקל על המתח הקשור בזיכרון, דבר הסותר את האמונה שיש להימנע מהזיכרון. טיפול בחשיפה מספק גם מיומנות לשליטה עצמית. "הממצאים הנוכחיים מצביעים על כך שנגיעה ישירה בזכרונות טראומטיים יעילה במניעת תסמינים של PTSD אצל מטופלים הסובלים מהפרעת דחק חמורה", הם מסכמים: "החשיפה צריכה להיעשות בשלב מוקדם אצל אנשים הנמצאים בסיכון גבוה לפתח PTSD".

חרדה מנבאת התקפי לב

המחקר שפורסם בגיליון ינואר 2008 של כתב העת Journal of American College of Cardiology בדק האם מרכיבי חרדה מנבאים באופן בלתי תלוי היארעות התקפי לב.

למרות שנמצא כי יש גורמים פסיכו-סוציאליים הקשורים בהגברת סיכון להתקפי לב, מרכיבי החרדה לא נבדקו באופן מספק. מחקרים קודמים גם לא מתייחסים לשאלה האם הקשר בין משתנה פסיכולוגי והתקף לב היה ייחודי ובלתי תלוי במשתנים פסיכו-סוציאליים אחרים.

אוכלוסיית המחקר מנתה 735 גברים (בני 60 בממוצע), ללא היסטוריה של מחלת עורקים כללית או סוכרת. המחקר עקב אחרי אוכלוסייה זו במשך כ-12 שנה בממוצע. מאפייני חרדה הוערכו באמצעות ארבע סקאלות שונות אשר בהתאם אליהן דורג פקטור החרדה הכולל.

תוצאות המחקר: 1. מרכיבי חרדה ניבאו באופן בלתי תלוי ופרופורציונלי היארעות התקפי לב ללא תלות בגיל, השכלה, מצב משפחתי, גלוקוז בצום, אינדקס מסת גוף, לחצי דם ופרופיל שומנים. 2. משתנים אלה נותרו מובהקים גם לאחר התאמה להתנהגות בריאותית (הרגלי שתייה, עישון וצריכה קלורית), נטילת תרופות ללחץ דם, פרופיל השומנים, סוכרת ומשתנים פסיכולוגיים אחרים כמו דיכאון, סוג אישיות מסוג A, עוינות או כעס.

איסוף נתונים: גיא כהן