

ד"ר מוטי מרק

ראש שירותי בריאות הנפש של מדינת ישראל

## פסיכיאטריה בשנות ה-90

ראשי פרקים

- א. דיכוטומיה מול גישה הוליסטית בפסיכיאטריה
- ב. הגישה ההוליסטית - גישה יהודית?
- ג. ר' ישראל מסלנט והגדרת התת-מודע
- ד. כלים חברתיים
- ה. הגישה הסובלנית של ההלכה וחוק בריאות הנפש

א. דיכוטומיה מול גישה הוליסטית  
בפסיכיאטריה

אילו הייתי אמור לסכם את מהות הפסיכיאטריה על רגל אחת, הייתי מבקש לא להתחיל מהחולי, ולאן דוקא מהרפואה, אלא לצאת מגישה רחבה יותר, גישה של בריאות.

במאי 1977 הכריז ארגון הבריאות העולמי (החלטה מס' 30.43) כך: בריאות היא זכותו הבסיסית של האדם והינה חיונית לסיפוק צרכיו היסודיים ולאיכות חייו.

בהמשך להצהרה עקרונית זו פנה הארגון למשרדי הבריאות ברחבי העולם וביקש להפעיל תכניות שיביאו לסיפוק ולהעמדת מקורות הדרושים לצורך מימוש זכות בסיסית זו. יותר מאוחר בעשור זה, במגמת הבריאות 2000, מדבר ארגון הבריאות העולמי על הצהרה שלקראת שנת אלפיים נשאף לרה-ארגון שירותי בריאות הנפש בתוך מערך שירותי הבריאות - To integrate mental health in health services, הראייה הרחבה ביותר של בריאות הגוף ובריאות הנפש יחדיו.

השאלות הנשאלות לגבי המטרה והדרכים להגשמתה הינן אחידות וברורות יחסית במקצועות הרפואה. לא כן הדבר בתחומי הפסיכיאטריה ובריאות הנפש. כאן השאלות עדיין לא ברורות, והן אף חלקיות.

דוד קאהן מתייחס לבעיה בכרך של Psychiatric Clinic of North America שיצא ביוני 1990 והוקדש כולו לטיפול משולב בפסיכיאטריה, הן פסיכותרפיה והן טיפול תרופתי. (במילים אחרות אנו רואים כאן את השילוב של גוף ונפש). הוא מצוין כי טיפולים רפואיים מחולקים לשלוש קטגוריות:

(1) הניתוח: שינוי מקרו-קוסמי של אנטומיה של איבר על ידי התערבות טכנית מבנית.

(2) פרמקולוגיה: שינוי מיקרו-קוסמי של תיפקוד התא בעזרת תרופות.

(3) הטיפול ההתנהגותי או הטיפול הפסיכותרפויטי, בו כל אדם מתבקש לעשות דברים מסויימים באופן מוטורי או מנטלי, דברים האמורים להביא לשינוי במערכת איברים מסויימים או בבריאותו הכללית, או שינוי מוטורי או שינויים אוטונומיים או שינויים בהתנהגות, כאשר המרכיב או המניע לשינוי הוא על ידי פעולה התנהגותית.

בפסיכיאטריה או בבריאות הנפש המוח הוא האיבר הביולוגי המרכזי שאליו מתייחסים הטיפולים שדיברנו עליהם בעיקר בקטגוריה הראשונה הניתוח, ועוד יותר בשניה, הפרמקולוגיה. לעומת זאת ה-mind הוא תוצר פסיכולוגי של פעולות אלה שהוא נצפה על ידנו. כאשר אנו מסתכלים על ה-mind ומנסים להבין מה

פעילות רפואית, ופעילות מערכות בריאות בכלל.

האוכלוסיה שאנחנו עוסקים בה הינה מגוונת. החל מהפרעות קלות, שעדיין אין לנו מה להגיד בהן בתחום הביולוגי, וכלה בבעיות אורגניות קשות. אבל בתוך רצף האוכלוסיה בו אנחנו פועלים יש אנשים המתפקדים היטב, ויש אנשים שבעצם נמצאים בקטגוריה של מחלות קשות, אותה קטגוריה שהוזכרה, השוטה. סביב הטיפול בכפיה בחולה הפסיכוטי, קיימת בעיתיות, והגישות הן שונות.

יחד עם זאת חשוב להבין כי כאשר אנו מדברים על ה"שוטה", מדובר בסוג מחלה שפגיעתה דוקא בכלים הבסיסיים של האדם - החשיבה והמוטיבציה. במחלה באים לידי ביטוי התייחסות בעייתית לדמויות בעולם המשפחה והחברה הקרובה, בחברה הדתית יכולה להיות התייחסות בעייתית כלפי הסמכות התורנית - הרב. על כן מצב החולה בקהילה הדתית קשה עוד יותר. לפעמים רואים בתחילת המחלה רק פגיעה ומרד, אך לעתים להיפך - דוקא הסביבה החרדית מאתרת את המחלה בהקדם, והינה מגוננת ותומכת.

## ב. הגישה ההוליסטית - גישה יהודית?

לעניות דעתי יש לגישה ההוליסטית נקודות מגע עם הדת היהודית. היהדות תופסת את האדם בשלמותו, גם במסגרת מחלה, כולל שגעון. כאן ברצוני להבדיל בין תפיסת ההלכה לבין תפיסת אנשים דתיים. לעיתים צריך לקרב את התפיסה של אנשים דתיים למחלות נפש לתפיסת ההלכה, ובודאי שיש לקרב את הידע של אנשי המקצוע הפסיכיאטרי אל הידע ההלכתי ואל ההיכרות עם סגנון הציבור הדתי. יש צורך לגשר ביניהם ולהגיע אל החולה ומשפחתו במפגש אופטימלי.

בדיוק נקרא mind, אנו מתקשים בהגדרות מאד לא ברורות.

היום אנו נעזרים בטיפולים משולבים. השאלה של לובוטומיה (ניתוח נירוכירורגי בו מנתקים סיבים של אוגה מוחית) בפסיכיאטריה חוזרת שוב, למרות ששנים היא היתה טאבו. נועי חשמל מאד מקובלים, והבנתם ברמה הפיזיולוגית ברורה לנו היום יותר. טיפולים פסיכותרפויטיים בשילוב של תרופות מאפשרים לנו היום טיפול במחלות נפש אצל חולים סכיזופרניים וחולים דכאוניים. השיטה המשולבת פועלת והיא אף עדיפה בהפרעות חרדה, בפניקה, בהפרעות כפייתיות, בהפרעות אישיות, בהפרעות אכילה, ועוד.

יחד עם זאת התפתחות הפסיכיאטריה עדיין מלווה בויכוח פילוסופי סביב ההשקפה הדואליסטית, דהיינו דו-קיום של הגוף ושל הנפש כשתי מערכות נפרדות. אני כמעט בטוח שפסיכיאטר מודרני לא יצהיר שזו חשיבתו, אבל חלק גדול מאתנו עדיין נוהג כך.

הויכוח סביב ההשקפה הוא מרכזי והוא משפיע. אמנם חשוב להדגיש כי כיום בולטת יותר, ובודאי בעולם המערבי, הגישה המשולבת הגורסת אינטגרציה וראיית האדם בצורה הוליסטית בשלמות אחת, כמערכות משולבות זו בזו. גישה זו מאפשרת שילוב הרמוני יותר של עבודת אנשי מקצוע מתחומים שונים בתוך בריאות הנפש. היום כבר מדברים על איתור וטיפול בדכאון ברמת הרפואה הראשונית ועל שילוב רפואת הנפש בכל מקצועות הרפואה.

יחד עם זאת עדיין הפעולה בשטח היא כאילו יש דיכוטומיה, כאילו לא הא בהא תליא. המעבר מהשקפה אחת להשקפה אינטגרטיבית הוא קשה. להערכתנו ספק אם נוכל לעזור למגוון האוכלוסיה המטופלת אם לא נטמיע ונבהיר ונביא את ההשקפה האינטגרטיבית לכל פרודה ופרודה של

להכיר את הרציונל. האם ההסתכלות הזאת משפיעה על דיני אפוסטרופוסות ועל התפיסה ההלכתית של השגעון? לא עלי לדון בדבר, אך ברצוני להביא לתשומת לבכם שאדם שנראה שוטה, לא תמיד הוא באמת שוטה. לפעמים המצב מסובך אך לעיתים הוא מובן יותר.

### ג. ר' ישראל מסלנט והגדרת התת-מודע

אשר לאותם רצונות או כוחות פנימיים מאחורי השגעון, מדגיש ר' ישראל סלנט שאין אדם יכול להגיע לשלמות אם אינו "מיישר" את הכוחות התת-הכרתיים שלו. הוא קורא לכוחות אלה "כוחות כהים". הדוגמה הקלסית שלו היא של אדם שיש לו בן השנוא עליו, שמחק אותו מחייו, ויש לו תלמיד אהוב עליו, תלמיד חכם, ושניהם גרים בחדר אחד. פרצה דליקה, ובאופן אינסטינקטיבי אותו אדם מציל קודם את בנו השנוא. הוא מדגים כאן שהאהבה היתה מודחקת, אולי תת-הכרתית, אבל בבהלת הסכנה נמחק השיקול השכלי, נמחקה השנאה, והכוחות הבלתי-מודעים באו לידי ביטוי. הוא מדגיש שכוחות אלה אינם מושפעים על ידי שיכנוע שכלי, אלא או על ידי מקרה סכנה כנ"ל או על ידי מה שהוא קורא התפעלות, התרגשות מאד גדולה.

כששים שנה מאוחר יותר דיבר פרויד על התת מודע ועל שיטות המסייעות להגיע לקשר עם התת מודע. אף שר' ישראל מסלנט הקדים אותו, תת-ההכרה עליה מדובר אצל חכמי ישראל היא לאו דוקא זו של פרויד, למרות שהיא כנראה מאותו מקור. היא לא נוצרה בהתמקדות דווקנית בהדחקת יצרים או חוויות בלתי-נעימות. הגאון ר' אליהו מווילנה אמר: "כל דרכי האדם נמשכים אחר הרצון הראשון וכמו שעולה על רוחו ברצון הראשון, הם זכים בעיניו". כלומר, הרצון, האיניציאטיבה, הפעולה שאחריה באה התנהגות, מקורה במשהו ראשוני שאין אנו מודעים לו, ואין הכרתנו שולטת עליו.

על מנת להראות עד כמה יש ליהדות ולפסיכיאטריה מכנה משותף, אביא כאן מדברי חז"ל.

"את הכל עשה יפה בעתו - כל מה שעשה הקב"ה בעולמו יפה. אמר דוד לפני הקב"ה: רבונו של עולם, כל מה שעשית בעולמך יפה, חכמה יפה מן הכל חוץ מן השטות. מה הנאה בשוטה זה, אדם המהלך בשוק וקורע בגדיו ותינוקות משחקים בו ורצים אחריו וְהעם משחקים עליו. זה נאה לפניך? אמר לו הקב"ה: דוד, על שטות אתה קורא תגר? חייך שתצטרך לו ותצטער ותתפלל עליו, עד שאתן לך ממנה". בהמשך מתאר המדרש איך הגיע דוד אל לכיש מלך גת והבין שמבקשים את חייו. התפלל ואמר: רבונו של עולם, ענני בזו השעה. אמר לו הקב"ה: דוד, מה אתה מבקש? אמר לו: תן לי מעט מאותו דבר שטות. עשה את עצמו כשוטה הוזה שכותב על הדלתות. גם לכיש מלך גת ראה את התנהגותו המוזרה ואמר: החסר משוגעים אנכי? ושחרר את דוד.

הקטע הזה מאפשר שתי הסתכלויות על השיגעון: ההסתכלות הראשונה - השגעון שאותו ראה דוד, אותו זקן שהתנהג כילד קטן, וילדים צוחקים ורצים אחריו; והשגעון אותו הציג דוד. שגעון הוא איזה שהוא מאזן בין זמן עכשווי לזמן פנימי. אותו זקן שקרע בגדיו והילדים צחקו עליו, היה בעצם, בזמן אמיתי, אדם מבוגר. אך הוא השתטה כאחד הילדים. זו אי-יכולת לתווך בין שתי מציאויות, המציאות הפנימית והמציאות החיצונית. אי-יכולת זו עלולה להגיע עד כדי משאלת-מוות, ולעיתים הפתרון לאי היכולת הוא השגעון, המהווה שיווי משקל בין שני זמנים אלה בצורה שאנו מסתכלים בה מבחוץ ולא מבינים אותה.

ההסתכלות השנייה היא השגעון המוזמן. אם שוטה הוא מי שמתנהג כשוטה, ודוד נתפס כשוטה, הרי יש לעתים בשגעון חכמה ותבונה ומערך הגנה מאד מתוחכם. אם כן, גם בשגעון יוכל להיות הגיון, רק צריכים

## ד. כלים חברתיים

התשובה של הפסיכיאטריה הישראלית, שהיא מאד מאד מתקדמת בקשר לזה, מאד מורכבת, מרתקת ומעניינת.

החוק החדש לטיפול בחולי נפש מ-1991 מאפשר לפסיכיאטר מחוזי - שימו לב: מאפשר, לא מחייב - כאשר קיימת הצטלבות של מצבים, כמו חולה פסיכויטי במצב שהוא מסכן את עצמו או את סביבתו, מאפשר לו להוציא - מה? לא אישפוז בכפייה כמו מקודם, אלא הוראה לבדיקה. רק בהתאם למסקנת הבודק, בבדיקה כפויה, ניתן להורות על אישפוז. שימו לב: לא כופים טיפול, כופים בדיקה. ורק בשלב שני, רק כשהוחלט שקיימים שני התנאים - מחלה במשמעות של "שוטה" וגם סכנה ממשית, ולא סכנה ערטילאית - אז רשאים לאשפוז בכפייה.

בחוק הקודם שבוטל ב-1991 דובר על אחזקה של חולה נפש. לפי התפיסה הישנה היה על החברה להתגונן בפני שוטה, ולהגן על השוטה מפני עצמו. דהיינו, הכניסו אותו בכפייה לבית חולים פסיכיאטרי לצורכי הגנה, אך לא דובר על זכותו לטיפול, זכותו לבריאות. היום, לאור הכרות אירגון הבריאות העולמי על זכות האדם לבריאות ולאור חוק בריאות הנפש החדש, מהרגע שהפסיכיאטר המחוזי כופה על החולה אישפוז, דרך שני השלבים עליהם דיברנו, זכותו לקבל טיפול. אין אישפוז שאין בו ביטוי לזכות האדם לבריאות. ועיקרון זה מחייב אותנו המטפלים לשרת את המאושפז כדי לקדם את בריאותו.

מעבר לחובה שלנו, אנשי המקצוע, ללמוד להכיר את החברה בה אנו חיים, חובה זו מוטלת גם על הציבור. אני מעריך שבקהל יושבים גם פסיכיאטרים חילוניים, שרחוקים מדת ורחוקים מסגנון חיים דתי. אבל אם הם פסיכיאטרים בישראל, אם הם פסיכיאטרים באוכלוסייה יהודית, לא יכול להיות שפסיכיאטר ילמד על תרבות של הודו, יראה חובה לעצמו להכיר את התרבות האינדיאנית כדי לטפל בתמונה פוסט-

ממבנים נפשיים אינטרה-פסיכיים שמקורם ביהדות ותפיסתם ביהדות די מובנות, אעבור לכלים חברתיים, למערכות תומכות - Social network support system. לכל קהילה יהודית מסורתית יש מוסדות עזרה וקיימת הרגשת אחריות הדדית של חבריה: עולם של קשר, של ידידות, עולם תומך, גם ללא חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ישראל ערבים זה לזה, גם ללא חקיקה של הכנסת, מאז ומתמיד.

הכלים שבהם מתמודדים עם חרדה קיומית - הם מערכות התמיכה. ה- support system. ההבנה המעמיקה כל כך של חז"ל, נותנת לאדם הדתי כלים להתמודדות עם מצוקות הנפש. מכאן המענה לפחד שכל כך עוסקים בו בפסיכיאטריה, בפסיכולוגיה, במדעי ההתנהגות. היידילגר כבר אמר שהפחד הוא התחושה הבסיסית של האדם, ומה שהוא עושה בעולם, זה בעצם רק להתגבר על הפחד.

ה. הגישה הסובלנית של ההלכה וחוק בריאות הנפש

מכאן לחלק השני, החלק של ההלכה. ההלכה היא מאד טולרנטית לפסיכו-פתולוגיה. תפיסתה בעצם מאד מודרנית ביחסה לפסיכיאטריה, לפסיכולוגיה ולמדעי בריאות הנפש ההוליסטיים. אבל יש להפריד בין גישת ההלכה הטהורה לבין היחס הפרקטי של הקהילה הדתית כלפי הטיפול הפסיכיאטרי. כאן, חשוב מאד שיתקיים מפגש בין סמכות תורנית ואנשי חינוך תורני לבין רופאים ואנשי בריאות הנפש. יחס התורה לרפואה הוא מאד חיובי, והרשות ניתנה לרופא לרפא. וגם החולה מחוייב במצווה של "ונשמרתם מאד לנפשותיכם". האם חיוב זה נוגע לאותו שוטה המוזכר לעיל? האם כופים עליו טיפול, או לא? לא כאן המקום לתשובה הלכתית בענין.

אני בטוח שגם ההלכה מברילה בין שוטה לתמיד לבין שוטה זמני או רגעי. וכמו שהחוק הישראלי מרחיב ואומר שאפטרופסות על חולה הנפש ניתנת, אך חובה לשים אותה בקטעים מסויימים וחובה להסיר אותה ברגעים שאין צורך בה, אני בטוח שמקורות לכך נמצאים גם בהלכה, והמומחים בהלכה נמצאים כאן עמנו.

אני מודה על המפגש הזה ואני מקווה שיהיו רבים כמותו גם בעתיד.

טראומטית של חייל מוייטנאם שמוצאו אינדיאני, אך לא יקבל על עצמו את החובה, ולדעתי הזכות, להכיר את מקורותיו הוא. לא רק עקב סקרנות לחכמה ודעת אלא בודאי גם ככלי טיפולי.

גם לחברה הדתית יש לפעמים בעיה בגישה דו-ערכית לחולה הנפש. בשלבים הראשונים של מחלת הנפש החברה הדתית מאד תומכת בחולה. אבל מרגע שהחולה הגיע לאישפוז פסיכיאטרי, מרגע שנותק הקשר עם המציאות, מרגע שהושמה עליו התווית, קיימת ההרגשה כאילו השוטה הוא שוטה לנצח. כאן חשוב להרחיב את היריעה וללמוד את החלקים ההלכתיים.