

דר' יעקב דפנה

הנזק העלול להיגרם לחולה פסיכוטי אקוטי,

עקב אישפוזו במחלקה סגורה מעורבת (דו-מינית)

בתהליך אישפוזו של החולה הפסיכוטי האקוטי (Acutely Psychotic Patient) במחלקה סגורה — תהליך שלעתים קרובות נעשה בכפייה ולמרות התנגדות של החולה — שומרת לעצמה החברה את הזכות לנתקו מסביבתו, למנוע ממנו גישה לרכושו, כופה עליו (פיזית ותרופתית) ריסון מירבי של דחפיו (מין, תוקפנות) ותובעת ממנו לוותר על כל סמלי הסטטוס (תואר אקדמי, דרגה צבאית, תואר דתי...) והזדהות הייחודיות שלו (ע"י לבישת פיג'מה במקום בגדים רגילים).

ההצדקה לצעד קיצוני כ"כ, של התערבות הרשות ושליטת זכויות הפרט לנהל את חייו כראות עיניו, מבוססת על ההנחה כי מדובר באדם שביקורת המציאות וכושר השיפוט שלו לקויים, הוא סובל מדיסאורגניזציה חריפה (acute disorganization) ויש חשש שהוא עלול להיות מסוכן לעצמו או לזולתו.

ברם, מתוך מגמה לצמצם עד למינימום את הפגיעה בזכות הפרט, קבע המחוקק הישראלי סייגים והגבלות חמורים על התערבות הרשות (מי דשאי לכפות אישפוז, מתי ניתן לכפות, משך האישפוז הכפוי, מהו ההליך הדרוש בקשר לאישפוז הכפוי, זכות העירעור של המאושפז וכד').

טענת כותב המאמר היא כי, במקרים רבים, האישפוז במחלקה סגורה מעורבת (דו-מינית) פוגע בזכויות הפרט של החולה הפסיכוטי-אקוטי, איננו תורם לטיפול בו וכפי שיוכח להלן — אף עלול לחבל בטיפול ולגרום לו נזק:

א. אישפוזו של חולה, הנמצא במצב פסיכוטי חריף, במחלקה מעורבת נשים וגברים, משמש גריית-יתר עבורו ומקשה על יכולתו, המעורערת בלאו-הכי, לעמוד בחובת הריסון המירבי לדחפיו — חובה שמעמידה בפניו הרשות המאשפזת.

ב. במקרה של חשיפה לפעילות מינית — בין אם נקט החולה יוזמה, בהעדר כושר שיפוט וריסון, או שהיה קורבן פסיבי לניצול מיני, הרי:

1. לכשיחלוף ההתקף הפסיכוטי והחולה ישחזר את חוויותיו במחלקה הסגורה המעורבת, יחוש הוא רגשות אשם והשפלה, מחד גיסא, וזעם רב כלפי צוות המחלקה שנכשל במילוי תפקידו לגונן (to protect) עליו, בתקופה שהיה כה זקוק לכך, מאידך גיסא.

רגשות אלה עלולים לחבל בקשר שבין החולה למטפלו, והדבר יכול לבוא לידי ביטוי בחוסר אימון כלפיהם, ב- acting-out כלפי הוראותיהם הטיפוליות ובמקרים קיצוניים אף בחוסר נכונות מצידו לשתף פעולה עם הצוות.

2. במקרים שהתנהגותו של החולה עומדת בסתירה לערכים הנהוגים במשפחתו וסביבתו הטבעית של החולה, יעורר הדבר כעס רב מצד משפחת החולה כלפי צוות המחלקה, יערער את בטחונם ואמונם במידת יכולתו של הצוות לספק את ההגנה והטיפול הנדרשים לבן משפחתם, יעורר רגשות אשם (הקיימים בלאו-הכי) באשר להצרכת האישפוז, ובמקרים קיצוניים אף עלול לגרום חוסר-מוכנות לשתף פעולה.

ג. במקרים שהתנהגותו של החולה עומדת בסתירה לערכים הנהוגים במשפחתו וסביבתו הטבעית של החולה — יעורר הדבר מתחים בינו לבין משפחתו, יערים קשיים על יכולתו להסתגל מחדש לסביבתו ובמקרים קיצוניים עלול לגרום לניתוק הקשר בין החולה לבן-זוגו (אשת כהן שזינתה בהיותה שוטה אסורה על בעלה^{1,2,3}).

אין ספק כי מערכת יחסים עכורה כזו בין החולה לבין הצוות, בין משפחת החולה לבין הצוות, ובין החולה למשפחתו, הינה בעלת השפעה הרסנית על התהליך הטיפולי ועל משך האישפוז.

1. טור אבן העזר סי' ו.

2. רמב"ם, הל' איסורי ביאה פי"ח, הלכה ו.

3. תלמוד בבלי, מס' יבמות, דף ג' ע"א.

ביה"ח הפסיכיאטרי הסגור מתואר, ע"י מורלים שונים במרעי החברה, כ-"מוסד טוטאלי". המפורסם והמקובל שבהם הוא מודל ה-Asylum של גופמן. 6,5,4 לפי מודל זה, ביה"ח הפסיכיאטרי הסגור הוא מקום מבודד, משפיל מבחינה חברתית, איננו מאפשר שינוי ממשי במצבו של החולה ומעודד לכרוניזציה.

לוי, קופר ואליצור⁷ טוענים כי בכל אישפוז בבית חולים (כללי ופסיכיאטרי) קיימים אלמנטים של דה-אינדבידואציה (de-indeviduation) והשפלה חברתית, אך "במחלקה סגורה בבית חולים פסיכיאטרי הם מצויים בעוצמה מהדהדת ודרמטית" (עמ' 44).

המחברים הנ"ל שוללים את הגישה הרואה בהשפלה חברתית תופעה בלתי-נמנעת הנובעת ממצבם הפסיכוטי החרף של המאושפזים. הם מציעים הבחנה בין "סוגי השפלה" (degradation):

1. השפלה "מהותית-דינאמית" — השפלה המהווה שלב בתהליך השינוי האישיותי-חברתי של החולה המאושפז ואשר באה לידי ביטוי באובדן סמלי הסטטוס, בנישול מזהותו ומעמדו של החולה, בצייתנות ובקבלת הסבל ואי-הנוחות של הטיפול.
2. השפלה בלתי-רלבנטית ומיותרת — השפלה שאיננה פועל-יוצא מתהליך חברתי בכיוון של שינוי ובה יבוא לידי ביטוי האלמנטים השליליים והעולבים.

המחברים מסכמים את מאמרם בקביעה חד-משמעית כי: "מודל ההשפלה ה-'מהותית-דינאמית' אינו פוטר אותנו מלנסות ולהקל על החולה במחלקה הסגורה ובודאי שאין להוסיף לחולה השפלות נוספות על אלו המתחייבות" (עמ' 46).

4. Goffman E.: Asylum - Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Penguin Books, England, 1973.

5. Goffman E.: Stigma - Notes on the managements of spoiled identity. N.Y. 1963.

6. Goffman E.: Characteristics of social institutions - Symposium on preventive and social psychiatry. Washington D.C., 1975.

7. לוי, קופר, אליצור: השפלה וטקסי השפלה במחלקה פסיכיאטרית — אלטרנטיבה לגופמן. שיחות, כרך 1 חוב' 1, אוגוסט 1986.

מתוך רצון להתמודד עם הביקורת של גופמן על ביה"ח הפסיכיאטרי כמוסד טוטאלי, פיתחו ג'ונס⁸ סטאנטון ושורץ — חלוצי רעיון הקהילה הטיפולית, גישה שונה לטיפול בחולי נפש.

לפי תפישה אחת, ה"קהילה הטיפולית" הינה כלי לסוציאליזציה מהירה ולמניעת הוספיטליזם. זירוז החזרה לחברה ייעשה, לפי תפישה זו, ע"י יצירת מסגרת הדומה בנורמות שלה ובערכיה למסגרת החברתית בהם גדל המאושפז ואשר אליה הוא עתיד לחזור.

אשר על כן, כאשר ערכיה ועקרונותיה של ה"קהילה הטיפולית" מנוגדים לערכי החברה ממנה בא החולה, יוצרו מתחים שיתבטאו בנסיגות חוזרות ומצבי חרדה, דבר שיעכב את תהליך החזרה לחברה.

הצגת מקרה:

מ' — גבר כבן 40, דתי, נשוי ואב לילדים, נושא תפקיד ממלכתי בכיר, אושפז בשנת 1987 ובסיכום המחלה נכתב: "אדם ללא עבר פסיכיאטרי, שלאחר חום גבוה נכנס למצב בלבולי, אי-שקט וחרדות, מצב שחלף ללא שום טיפול תרופתי. קרוב לודאי שמדובר באירוע של דלקת מוחית ללא הפרעות נוספות".

לרוע מזלו אושפז מ' במחלקה סגורה מעורבת, כיוון שביטא מחשבות אוברדניות. מחמת המצב הבלבולי והסערה הריגשית בה היה שרוי, קיים מ', בתקופה הקצרה של אישפוזו (4 ימים בלבד), יחסי-אישות עם שתי חולות במחלקה.

לאחר שחלפה הדלקת המוחית ומ' שיחזר את אשר קרה לו במחלקה, הוצף הוא ברגשות אשמה והשפלה חריפים. לולא התערבות מהירה ויעילה של הצוות הטיפולי ושחרורו המהיר מאישפוז, היה מ' עלול להיקלע למשבר נפשי גדול מזה שגרם לאישפוזו. למותר לציין את עוצמת הזעזוע והמשבר המשפחתי שהיה נגרם למ' ולמשפחתו לו נודעו להם פרטי "עלילותיו" בזמן האישפוז.

Jones M.: The Concept of Therapeutic Community. *Am. Jour. Psychiatry* 112, .8 1956.

Mai T.: The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 66.

Stanton A. & Schwartz M.: *The Mental Hospital. Basic Books*, N.Y. 1954. .9

מאידך גיסא, יש יסוד סביר להניח כי לו אושפז במחלקה סגורה נפרדת, לא היה נחשף לגריית-יתר, היה מצליח לשלוט ברחפיו, וחווית האישפוז (שהיה מיותר בלאו-הכי) היתה פחות טראומתית עבורו.

סיכום:

לאור המאמרים והצגת המקרה שהובאו לעיל, יש יסוד סביר להניח כי הפחתת גריית-היתר ויצירת המשכיות והתאמה מירבית בין הקהילה הטיפולית במחלקה הסגורה לבין סביבתו הטבעית של החולה, אמורים לקצר את משך האישפוז ולהפכו כלי לסוציאליזציה מהירה, מניעת הוספיטליזם ולתהליך המסייע להשתלבות מחודשת של החולה במסגרות החברתיות שמחוץ למוסד.

אשר על-כן, המלצותינו הן:

1. כל מסגרת אישפוזית פסיכיאטרית תכלול לא רק מחלקה סגורה מעורבת אלא גם מחלקות נפרדות לנשים ולגברים, כרי שהחולה ומשפחתו יוכלו לבחור מסגרת אישפוזית שערכיה עולים בקנה אחד עם ערכיהם ועקרונותיהם ובכך לא תיפגם תחושת ההמשכיות (המירבית האפשרית במצב זה) בין המחלקה הסגורה לבין סביבתו הטבעית של החולה.

2. לעודד מחקר שיעריך השוואה בין התהליך הטיפולי במחלקה סגורה מעורבת, לבין התהליך הטיפולי במחלקה סגורה נפרדת — השוואה שתסייע לגיבוש מדיניות אישפוזית המבוססת על מימצאים אמפיריים.