

אוניברסיטת תל-אביב

הפקולטה למדעי הרוח ע"ש לסטר וסאלי אנטין

בית-הספר למדעי התרבות ע"ש שירלי ולסלי פורטר

היחידה למחקר התרבות

עמדותיו של המטפל כגורם באבחנה ובטיפול הפסיכיאטרי

חיבור זה הוגש כעבודת גמר לקראת התואר

"מוסמך אוניברסיטה" – M.A. באוניברסיטת תל-אביב

על-ידי

רוני גובר

העבודה הוכנה בהדרכת

ד"ר שלמה מנדלוביץ' ופרופ' איתמר אבן-זהר

מאי 2013

Tel Aviv University
The Lester and Sally Entin Faculty of Humanities
The Shirley and Leslie Porter School of Cultural Studies
Unit of Culture Research

The Therapist's Stance as a Factor in Psychiatric
Diagnosis and Treatment

Thesis Submitted for the M.A. degree at Tel Aviv University

by

Roni Gover

Prepared under the supervision of

Dr. Shlomo Mendlovic

Prof. Itamar Even-Zohar

May 2013

תוכן העניינים

iii	תקציר
1	מבוא
6	הזרה, הגדרה וניצני הכרה – התפתחות האבחון והטיפול הפסיכיאטרי
6	הגדרת השיגעון – סקירה היסטורית קצרה
11	מדריכים לסיווג פסיכיאטרי
15	פסיכיאטריה תרבותית
	מתודולוגיה
20	שיטת המחקר
22	מהלך המחקר
25	אוכלוסיית המחקר
27	ממצאים
32	תיאור המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע
37	תיאור המקרה השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע
41	היפוך התייחסות ושינוי תגובת הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה
46	מידת מעורבות הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה
	היכרות ומורכבות – השפעת מידת הכרות הפסיכיאטר עם תרבות הפונה
49	על מורכבות התייחסותו
	קירבה רעיונית בין עמדות המטפל למאפיינים החברתיים והתרבותיים של
55	המטופל כקטליזאטור להופעת אסוציאציות חופשיות
	השפעת העמדות של המטפל על תהליך קבלת ההחלטות באבחון
59	הפסיכיאטרי

דיון מסכם

66	.....	רפלקסיה
67	.....	מגבלות המחקר
68	.....	דיון
70	.....	סיכום
71	.....	נספחים
76	.....	ביבליוגרפיה

מידע מוגן

תקציר

במדינות המורכבות מפסיפס של קבוצות לאומיות, דתיות ואתניות, עשויה להיווצר התנגשות בין מודלים דיאגנוסטיים וטיפוליים בזירה הרפואית. במקרה של הפסיכיאטריה, מדובר בהבדלי תפיסות אטיולוגים, פנומנולוגים, ותרפויטים. בהתאם לזאת, המחקר בוחן אם, ובאיזה אופן, משפיעה מערכת סכמות של קליטה, הערכה ופעולה שהוטמעה במטפל במהלך שלב החיברות, על ההמשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית), הפתרונות המוצעים ומידת מעורבותו ביישומם, כלומר, אם, ובאיזה אופן, משפיעות עמדותיו הפוליטיות והחברתיות של הפסיכיאטר על האבחון והטיפול המוצע. המחקר מתבסס על עשרה ראיונות עומק עם פסיכיאטרים בעלי עמדות שונות הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל.

העבודה סוקרת את ההתפתחות שעברה החברה האנושית והקהילה המקצועית מראשית הכרתה בתופעות המוגדרות כפסיכופתולוגיה ועד לגישות המגוונות והמתקדמות המקובלות היום, דנה במוראות הטיפול בפגועי הנפש בראשית דרכו, בהטיה הנובעת מפרשנות רשויות השלטון, החוק, המשפט והטיפול, ובחוסר היכולת של פגועי הנפש להתגונן מפניה, ולאורם במחויבות ובאחריות הרבה הרובצת לפתחו של המטפל, בצורך בירידה לדקויות בהבנת נפש האדם, בבחינה זהירה של שיטות הטיפול, בהקפדה על רגולציה מגוננת, ובחתימה המתבקשת להמשך לימוד והתפתחות ממצאי המחקר חושפים פערים באבחנה ובטיפול המוצע על-ידי פסיכיאטרים בעלי עמדות שונות. נמצא כי כאשר קיים דמיון בין עמדות המטפל למאפייני המטופל המוצג בתיאור המקרה או כאשר יש הלימה בין השקפת עולמו הפוליטית-חברתית של המטפל לאתגר הטיפולי שמציב הפונה, יבצע המטפל אנמנזה יסודית, מקיפה ומדויקת, וכן יהיו ברשותו הכלים להבין, להעריך ולפרש במידה סבירה של ביטחון את תשובות המטופל, מצב המאפשר אבחנה מדויקת ואמפתית אשר בתורה תוביל לנכונות למעורבות בטיפול; ובהתאמה, כאשר יש מרחק רעיוני בין עמדות המטפל למאפייני הפונה, השאלות שיציג המטפל תהינה כלליות והבסיס להערכת תשובות המטופל יהיה פחות מוצק, מצב שעשוי להוביל לגישה הן פחות אמפתית והן צמודות פרוטוקול במתן האבחנה, וליחס זהיר עד כדי חשדן בהצעת הפתרון ובנכונות לעזור ביישומו. עוצמת הפערים בולטת במיוחד בהערכת הצורך באשפוז. מנעד חומרת האבחנה בנוגע לאותו המטופל נע בין הגדרת מצבו כנורמטיבי המצריך מעקב בלבד ועד להגדרת מצבו כאקוטי המחייב אשפוז בכפייה. כל הפסיכיאטרים שהשתתפו במחקר גילו מעורבות ומחויבות במתן מענה הולם לפונים המוצגים בשני תיאורי המקרה. אלה וגם אלה לקחו אחריות ברמה הקלינית, המעשית וההומאנית. דא עקא, במקרה האחד

הם גילו יצירתיות במתן הפתרון, מעורבות אישית ומחויבות ליישום, ובמקרה האחר, הציגו גישה מינימליסטית של אותם ערכים. קבוצת הפסיכיאטרים החולקים מרכיבי תרבות אמוניים, דתיים ולאומיים הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד), וקבוצת הפסיכיאטרים החולקים עמדות ליבראליות, קוסמופוליטיות וסוציאל-דמוקרטיות הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה השני (פלסטיני). ההטיה מקבלת משנה תוקף לאור העובדה שהפסיכיאטרים דווחו מראש על רוח המחקר (נאמר להם כי המחקר עוסק בתחום הפסיכיאטריה התרבותית ובוחר פסיכיאטרים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות) והיו מודעים לסוגיות הנבדקות. למרות זאת, התגלה פער משמעותי במענים שהציעו, וכן חוסר מודעות לקיומו.

עוד נמצא כי היכרות עמוקה של המטפל עם תרבות המטופל ומשמעויותיה מביאה להתייחסות תואמת ושלמה יותר לאתגר, הדיאגנוסטי והטיפול, שבפניו הוא ניצב וכן מזמנת לפסיכיאטר כלי שרת נוסף – אסוציאציות חופשיות. נמצאנו למדים כי עולם האסוציאציות נוכח וזמין למטפל כמסייע במציאת פתרון יצירתי כאשר המקרה הנדון והפונה המוצג קרובים לליבו (של המטפל), ונעדר מהמפגש הטיפולי כאשר המקרה הנדון והפונה המתואר מייצגים תרבות שונה מזו של המטפל.

האבחון הפסיכיאטרי מכיל מרכיב לא מבוטל של קבלת החלטות אשר ביסודן ניצבת סוגיית אמון הפסיכיאטר במטופל והיא אשר קובעת, במידה רבה, את רצף הפעולות הטיפוליות (האבחנה, הטיפול המוצע ומידת המעורבות ביישום). המחקר מראה שמאחר וקירבה/פער בין עמדותיו של המטפל למאפייניו התרבותיים-חברתיים של המטופל משפיעים על מידת האמון – הרי שקירבה ביניהם תמצב את המטופל והמענה לצרכיו במרכז, בעוד שפער ימצב את החברה וההגנה על צרכיה במרכז (באמצעות פניית המטפל לרשויות האכיפה בשונה מרשויות הבריאות והרווחה).

הממצאים אינם אלא בבחינת מסמן המצביע על כיוון חקירה אפשרי. ההתפתחות המקווה היא שתמונת המצב, כפי שעלתה בעבודה, תעודד המשך מחקר ופיתוח מענים.

בעת האחרונה, עולה המודעות ובעקבותיה, הסיקור התקשורתי, להשפעה של תרבות המטופל והמטפל, אורח חייהם, מוצאם, אמונתם הדתית, מעמדם הסוציו-אקונומי, והיכרות המטופל עם השירותים הקיימים בקהילה ונגישותם אליו, על רמת הטיפול המוצע למטופל ועל מידת התאמתו לצרכיו:

בדצמבר 2012 קיים איגוד הפסיכיאטריה יום עיון בירושלים, בנושא "המגזר החרדי כצרכן שירותי בריאות הנפש". מנהל המחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים הדסה עין כרם פרופ' עומר בונה, הרצה על "פסיכיאטריה תלוית תרבות במגזר החרדי". במהלך הרצאתו אמר כי יש לשקול מתן כדורים נגד דיכאון לבחורי ישיבות, אף שהם אינם סובלים מדיכאון כלל, וזאת במטרה לנצל את תופעת הלוואי של התרופה. דיכוי הדחף המיני. הדברים התפרסמו בעיתון "הארץ" ועוררו דיון ציבורי ומקצועי. בכתבה מצוטטים דבריו של ראש מחלקה בבית-חולים פסיכיאטרי באזור ירושלים שמטפל בחרדים רבים: "בחורים בישיבה קטנה (גיל תיכון), נורמטיביים וללא בעיות משמעת, שמתקשים בלימודי גמרא. יש פסיכיאטרים שבלי בעיה רושמים להם ריטלין, הרבה פעמים לפי דרישת הרבנים. אני מזועזע מזה. אנחנו מגיעים למצב שהפסיכיאטר הופך להיות בן-ברית ומשת"פ של הרבנים, במקום של המטופלים (...). יש גם בחורים שנשלחים לטיפול תרופתי כי תפסו אותם עושים משהו במקלחת הרבה פעמים זה חסר הצדקה" (אטינגר 2012).

בדצמבר 2012 עיתון "הארץ" חשף פערים משמעותיים בין הטיפול הרפואי המוצע ליהודים לבין זה המוצע לערבים. בין השאר, נרשמו פערים ניכרים בתחום רפואת הנפש: לפי סקר של משרד הבריאות שנערך בקרב הורים בישראל, 11% מהמתבגרים היהודים פונים לעזרה נפשית מקצועית, בהשוואה ל-1% בלבד במגזר הערבי. ממצא זה מקבל משנה תוקף בשל קיומם של ממצאים דומים מתחום הרפואה הכללית ולפיהם תוחלת החיים של נשים וגברים יהודיים גבוהה ב-3.7 שנים מזו של הערבים. ד"ר בשארה בשאראת, מנהל בית החולים הסקוטי בנצרת, הגיב: "סל התרופות בישראל, דווקא בגלל היותו שוויוני, מעודד אי-שוויון בין יהודים לערבים". לדבריו, סל הבריאות מציע את אותם השירותים הרפואיים והתרופות ליהודים ולערבים מבלי להתייחס למאפייני התחלואה הייחודיים באוכלוסיה הערבית ולכן מוביל להעמקת אי השוויון בין יהודים לערבים: סקר הבריאות הלאומי שנערך במשרד הבריאות

בשנים 2007-2010 מצביע על 12.5% סוכרת במגזר הערבי, ב-62% יותר מאשר באוכלוסיה היהודית. למרות זאת, סל הבריאות לא מציע לאוכלוסיה הערבית יותר טיפולים למניעת התחלואה, מחקר של קבוצת הכללית שנערך במחוז שרון-שומרון מצא כי 52% מהנשים הערביות סובלות מהשמנת יתר, זאת לעומת 25% מהנשים היהודיות. בסל הבריאות לא קיימות התאמות גם במקרה הזה; סל הבריאות כולל בדיקת ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד מגיל 50 אחת לשנתיים לנשים ככלל ואחת לשנה מגיל 40 לנשים עם רקע משפחתי של סרטן השד. ואולם עקומת התחלואה בסרטן השד מצביעה על פערים בין יהודיות לערביות – חציון התחלואה בסרטן השד בקרב חולות יהודיות הוא 62.7, ואילו במגזר הערבי החציון בגיל 51.6. כלומר, לפי הנתונים הללו, סרטן השד פורץ מוקדם יותר בקרב נשים ערביות אבל הדבר אינו זוכה להתייחסות בסל הבריאות ובדיקת הממוגרפיה מוצעת לכל הנשים רק מגיל 50. (אבן 2012).

באפריל 2012 אושרה הרפורמה בבריאות הנפש במסגרתה תועבר אחריות הטיפול בבריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים. השילוב בין הפער בצריכת שירותי בריאות הנפש בין יהודים לערבים כפי שעולה מסקר משרד הבריאות, לבין הפער הנגרם בשל חוסר התאמה תרבותית של סל הבריאות למאפייני האוכלוסייה הערבית, מדליק נורה אדומה באשר ליכולת שתהיה למגזר הערבי לזכות לשירותי בריאות נפש ראויים במדינת ישראל.

באוקטובר 2012 עיתון "הארץ" פרסם תקציר מחקר שהופיע ב- *Israel Journal of Psychiatry* ובחן את הערכתם של סטודנטים לפסיכולוגיה ממוצא אשכנזי לתיאור מקרה של מטופל עם סמני דיכאון שמו של המטופל המוצג בתיאור המקרה רמז על מוצאו – עבור חצי מהנבדקים השם הסגיר מוצא אשכנזי ועבור החצי השני, מוצא מזרחי. נמצא כי הנבדקים העריכו את המטופל המזרחי באופן שלילי יותר וככזה שפחות ישתף פעולה בטיפול. משנה תוקף עולה משחזור הממצא בקרב מטפלים בקהילה מטפלים אשכנזים הביעו עמדות שליליות יותר כלפי מטופל מזרחי (נקש ולבב 2012).

בדצמבר 2012 דווח בעיתון "הארץ" על השפעות יוקר תהליך אבחון הפרעות למידה על זהות המאובחנים. בצפון-תל-אביב 40% אובחנו כלקויי למידה, ברהט אובחנו רק 1% מהתלמידים כלקויי למידה ובאופקים 7% (אבן, 2012). המאובחנים כלקויי למידה זוכים להקלות במהלך הלימודים, לרבות בבחינות ובבחינות הבגרות, ובהן, הארכת זמן, הקראה בקול של מידע כתוב, הקלטת שיעורים, הפסקות

בזמן השיעור, ישיבה במקום שבו אין הסחות דעת, שימוש במחשב וקבלת סיכומי שיעור (פורטל השירותים והמידע הממשלתי, 2013).

במאי 2013 פורסמו בעיתון "מעריב" רשמים ראשוניים ממצאי דו"ח מבקר המדינה בדבר מערכת הבריאות הציבורית. הדו"ח חושף אי-שוויון בשירותי הבריאות בין קבוצות חברתיות שונות בישראל, המתבטא, בין השאר, ברפואת הנפש. הדו"ח מתאר שורה ארוכה של כשלים בטיפול בהפרעות אכילה ומצביע על מחסור במסגרות אשפוז לטיפול בהפרעות אכילה בפריפריה (גלהר, 2013). בעיתון "הארץ" דווח כי דו"ח מבקר המדינה מונה ליקויים בתשתיות בתי החולים הפסיכיאטריים ובמרפאות לבריאות הנפש בלוד, ברמלה ובאשקלון, קרי, בערי הפריפריה (אבן, 2013).

הדוגמאות המוצגות לעיל מלמדות על גיוס הרפואה למתן מענה תרבותי-אידיאולוגי, כאשר הצורך הרפואי משני או כלל לא קיים; אפליה במתן שירות רפואי, לכאורה שוויוני, המשקף העדפה של מגזר לאומי אחד על פני האחר; הטיה של יחס המטפל כלפי המטופל בשל מוצאו העדת; והעדפה דה-פקטו של אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה על פני אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי בינוני-נמוך בכל הנוגע לאבחון לקויות למידה ולתנאי האשפוז במסגרות בריאות הנפש.

דיווחים אלה מלמדים על רצף של כשלים מבניים בהנגשת שירותי בריאות נפש מיטביים לכלל האוכלוסייה. במדינות המורכבות מפסיפס של קבוצות לאומיות, דתיות ואתניות, עשויה להיווצר התנגשות בין מודלים דיאגנוסטיים וטיפוליים בזירה הרפואית. במקרה של הפסיכיאטריה, מדובר בהבדלי תפיסות אטיולוגים, פנומנולוגים, ותרפויטים. בהתאם לזאת, במחקרי אבחן אם ובאיזה אופן משפיעה מערכת סכמות של קליטה, הערכה ופעולה שהוטמעה במטפל במהלך שלב החיברות, על ההמשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית), הפתרונות המוצעים ומידת מעורבותו ביישומם, כלומר, אם ובאיזה אופן משפיעות עמדותיו והשקפותיו הפוליטיות והחברתיות של הפסיכיאטר על האבחון והטיפול המוצע. גורמים רבים עשויים להשפיע על התהליך הנוזולוגי, בהם, מזג (טמפרמנט) המטפל, מצב רוחו וניסיונו המקצועי. חשוב להדגיש כי המחקר אינו עוסק במכלול הגורמים המשפיעים על התהליך הנוזולוגי, אלא מבודד את המרכיבים שבסיסם מצוי תהליך חיברות מודע או לא מודע.

המחקר מתבסס על עשרה ראיונות עומק עם פסיכיאטרים בעלי עמדות פוליטיות וחברתיות שונות הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל. מתוך המאפיינים שנבדקו אתמקד

ברקע מקצועי, אזור מגורים, שיוך דתי, שפת אם ושליטה בשפות נוספות, נטייה פוליטית מוצהרת ואקטיביזם חברתי (אם צוין). שיטת המחקר האיכותנית שבחרתי דורשת את שיתוף הפעולה, המעשי והרגשי, של הפסיכיאטרים. על סמך היענותם, ניתן להניח כי במידה והמחקר יוליד תובנה משמעותית בתחום, היינו, יאושש קשר בין עמדות המטפל לאבחנתו ולמידת מעורבותו ביישום הטיפול, יהיו הפסיכיאטרים סוכנים בהפצתה. ההתפתחות המקווה היא שתמונת המצב, כפי שתעלה בעבודה, תעודד המשך מחקר ופיתוח מעֵנִים.

בפרק הראשון – הדרה, הגדרה וניצני הכרה – התפתחות האבחון והטיפול הפסיכיאטרי – אפרוס סקירה היסטורית קצרה של הגדרת החולי הנפשי במטרה למקם את ההקשר הרעיוני של העבודה בשדה השיח; אסקור את מדריכי סיווג הפרעות הפסיכיאטריות (DSM ו-ICD) תוך הצגת התפתחותם והשתכללותם בהתאם להתקדמות רעיונות מדעיים והומאניים בכלל וברפואת הנפש בפרט משנת 1900 ועד היום; ולבסוף, אתאר את תחום הפסיכיאטריה התרבותית לפיו התמונה הקלינית היא רק אחד המרכיבים בהליך האבחון והטיפול הפסיכיאטרי שכן הפתרון שהיא מציעה חשוב אך מוגבל.

בפרק השני – מתודולוגיה – אציג את שיטת המחקר, גישת ראיונות העומק, במסגרתה ראינתי עשרה פסיכיאטרים בעלי עמדות שונות הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל; את מהלך המחקר: גיוס המרואיינים, בניית הוינטיטות והצגת תיאורי המקרה; ואת אוכלוסיית המחקר המחולקת לשתי קבוצות מובחנות: האחת מכירה את המרכיבים התרבותיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה הראשון ואף חולקת עמו אחדים מהם, והאחרת מכירה את המאפיינים התרבותיים והסוציו-דמוגרפיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה השני וערכה נמצאים בהלימה לאתגר הטיפולי שמציב הפונה.

בפרק השלישי – ממצאים – אדון בשבע תמות שחילצתי מהראיונות בעזרת ניתוח אינדוקטיבי של הנתונים שאספתי בשדה המחקר: **"תיאור המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע"** בה אבחן את הדיאגנוזה שהציעו המרואיינים לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון, **"תיאור המקרה**

השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע" בה אבחן את הדיאגנוזה שהציעו המרואיינים לפונה המוצג בתיאור המקרה השני; **"היפוך התייחסות ושינוי תגובת הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה"** בה

אצביע על היפוך התייחסות הפסיכיאטר ושינוי תגובתו כלפי הפונה כנגזרת של מאפייניו; "מידת מעורבות הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה" בה אתמקד בסוגיית המעורבות האישית, לקיחת האחריות וההתגייסות למען הפונים; "היכרות ומורכבות – השפעת מידת הכרות הפסיכיאטר עם תרבות הפונה על מורכבות התייחסותו" בה אתחקה אחר תהליך האבחון בקשר מטפל-מטופל מבוסס היכרות לעומת קשר מטפל-מטופל שאינו מבוסס היכרות תוך בחינת האבחנה המבדלת, מידת האמפתיה והטיפול המוצע; "קירבה רעיונית בין עמדות המטפל למאפיינים החברתיים והתרבותיים של המטופל כקטליזאטור להופעת אסוציאציות חופשיות" בה אבחן את נוכחות וזמינות עולם האסוציאציות לסייע במציאת פתרון יצירתי כמושפעים ממידת הקירבה/פער בין מאפייני המטופל לעמדות המטפל; ולסיום אדון ב"השפעת עמדות המטפל על תהליך קבלת החלטות באבחון הפסיכיאטרי", כלומר, בתהליכי קבלת החלטות באבחון הפסיכיאטרי כמושפעים מקירבה/פער בין עמדות המטפל למאפיינים התרבותיים של המטופל.

הזרה, הגדרה וניצני הכרה – התפתחות האבחון והטיפול הפסיכיאטרי

בפרק זה אדון בשלושה נושאים מרכזיים: ראשית אפרוס סקירה היסטורית קצרה של הגדרת החולי הנפשי במטרה למקם את ההקשר הרעיוני של העבודה בשדה השיח. בסקירה אצביע על האופן בו התנאים התרבותיים-חברתיים-פוליטיים מעצבים את דימוי דמות חולה הנפש ואת תפיסת מחלת הנפש לאורך ההיסטוריה. הסקירה אף מחדדת את הצורך במבדקים רפואיים מחמירים, לרבות בחינת מניעי המחליטים ובהם הפסיכיאטרים המטפלים. בשלב השני אסקור את מדריכי סיווג ההפרעות הפסיכיאטריות (DSM ו-ICD) תוך הצגת התפתחותם והשתכללותם בהתאם להתקדמות רעיונות מדעיים והומאניים בכלל וברפואת הנפש בפרט משנת 1900 ועד היום. בשלב השלישי אתאר את תחום הפסיכיאטריה התרבותית לפיו התמונה הקלינית היא רק אחד המרכיבים בהליך האבחון והטיפול הפסיכיאטרי שכן הפתרון שהיא מציעה חשוב אך מוגבל. הדברים מובאים בסדר המאפשר לארגן את תהליך ההתפתחות שעברה החברה האנושית והקהילה המקצועית מראשית הכרתה בתופעה שנקראת פסיכופתולוגיה, או בלשון התקופה – שיגעון, ועד לגישות המגוונות והמתקדמות המקובלות היום.

הגדרת השיגעון – סקירה היסטורית קצרה¹

בשנת 1808 טבע הפיזיולוג הגרמני יוהאן כריסטיאן רייל את המונח "פסיכיאטריה" (ויצטום ומרגולין 2011, 157). מאז ועד היום מתקיים פולמוס ער סביב השימוש בפסיכיאטריה להסבר וטיפול בהתנהגות סוטה וחריגה. לעיתים מתנהלים הוויכוחים בחדרי חדרים של אנשי המקצוע ולפעמים הם פורצים החוצה אל המרחב הציבורי, לעיתים מושא המחלוקת תחום במרחב הקליני ולפעמים הוא בעל השפעות חברתיות ופוליטיות מרחיקות לכת (אשפוז פסיכיאטרי כפוי של מתנגדי משטר, שימוש באבחנות פסיכיאטריות ככלי במשפט הפלילי). כיוון שמבחינה עקרונית נועדה הרפואה לעסוק במערכת הפיסיו-אנטומית בלבד (רוטנברג 1994, 7), תחומי עיסוקה המטאפיסיים של הפסיכיאטריה עשויים לעורר אי-נחת, חוסר אמון והתנגדות.

¹ חשוב לציין כי הסקירה מתמקדת בדוגמאות בהן נתפס החולי הנפשי כעניין שלילי המחייב נקיטת סנקציות מוכרות גם דוגמאות בהן היחס ללוקים "בשיגעון" היה חיובי אך אלה מועטות יחסית.

הפסיכיאטריה היא דיסציפלינה שנועדה לטפל בסובלים מהפרעות נפשיות אזכורים מוקדמים לחולי נפשי ניתן למצוא בתנ"ך שם מופיע השיגעון כקללה אלוהית וכמסמן עבור מי שחטא ואלוהים סר מעליו ("יככה ה' בשיגעון ובעיוורון ובתימהון לבב" דברים כ"ח 28; "אכה כל סוס בתימהון ורוכבו בשיגעון" זכריה י"ב 4). בתקופה הקלאסית נתפס השיגעון כעונשה של התשוקה. בעלי המוסר במסורת היוונית-לטינית טענו כי הדטרמיניזם של התשוקות מאפשר לשיגעון לחדור אל עולם התבונה (פוקו 1972, 74-73) ואף הגדירו את התשוקה כצורה זמנית וממותנת של שיגעון. החוק היווני והרומאי ביקש לפקח על המשוגעים באמצעות מינוי אפוטרופוסים. בהחוקים טען אפלטון כי "אדם שנטרפה עליו דעתו אסור שיראה בחוצות העיר; קרובי האנשים האלה ישמרו אותם בבתיהם, ככל שישכילו לעשות כן, ולא, ישלמו קנס" (אפלטון 1964, 383). גם באירופה הנוצרית הייתה המשפחה אחראית לטיפול במשוגע. השיגעון נחשב לבושה גדולה מכיוון שרמז על אילן יוחסין קלוקל או רוחות שטניות שתוקפות את בני המשפחה אי לכך, לעיתים קרובות, הוחבאו המשוגעים במרתף או בדיר החזירים וסבלו מהזנחה קשה (פורטר 2009, 102).

הרפואה ההיפוקרטית, במאה ה-5 לספירה, הסבירה מצבים של בריאות וחולי במונחים של "ליחות" (humours) (פורטר 2009, 57). לשיטתה, הגוף מורכב מארבע ליחות מרכזיות: דם, זעם (או מרה צהובה), מלנכוליה וכיח. איזון הליחות קבע את נטיותיו האישיותיות והפסיכולוגיות של האדם (לדוגמה: דם ממוזג היטב מטה לשמחה, המרה מטה לכעס, המלנכוליה מטה לעצב ולחשיבה על דברים שאינם הגונים) (פוקו 1972, 72). המצבים הנפשיים נתפסו כהמשכם של המצבים הפיזיים. בתקופת הרנסאנס וראשית העת החדשה, היה לשיגעון מעמד מיוחד כמקור של חוכמה ותובנה בדבר משמעות החיים האנושיים, הבלות העולם, המוות הנוכח בכל או סכלותם של המלומדים המתיימרים לדעת (אופיר 1972, 221).

לקראת סוף ימי הביניים נכלאו המשוגעים במגדלים ובצינוקים תחת פיקוח ציבורי כחלק ממגמת הפרדה פורמאלית בין ה"משוגעים" ל"נורמאליים". בשנת 1247 הוקם בלונדון בית חולים פסיכיאטרי בשם "בת'לם" (או "בדלם", שיבוש של "בית לחם"). המוסד היה פתוח לקהל הרחב ושימש כמיצג דיאקטי – שיעור על אודות מחיר התשוקות, המידות הרעות והפשעים. הכפר הפלמי גל (Gheel) הוסב למוסד טיפולי ושימש כמרכז מרפא עבור משוגעים ומופרעים (פוקו 1972, 102). עד סוף המאה

השמונה-עשרה סימל הכפר הפרדה מוחלטת בין המשוגעים וה'נורמאליים', אתר כליאה אשר בזכותו מוגנים השפויים מפני המשוגעים.

באמצע המאה השבע-עשרה תפס המשוגע את מקומו של המצורע וכמוהו נעשה למושא של הרחקה חברתית (אופיר 1972, 221). השיגעון התפרש כשערורייה מוסרית, כבטלה המתריסה נגד ערכי הבורגנות, והמשוגעים הושלכו למרתפי כליאה יחד עם קבוצה של אנשי שוליים בהם, פושעים, זונות, עניים, מובטלים ומתנגדי המשטר. הכליאה הייתה פתרון מוסדי שהונהג כצעד כלכלי וכאמצעי זהירות חברתי. היא סימנה את המשוגע כחסר כשירות מקצועית ואי-מסוגלות להשתלב בקבוצה, ובכך מנתה את השיגעון, לראשונה, עם בעיותיה של החברה (לצד העוני).

בשנת 1650 הגיע לשיאו "שיגעון הכישוף" – דיבור והתנהגות בלתי ניתנים לשליטה אשר התפרשו על-ידי הכנסייה כסימפטומים של זדון שטני, כדיבוק שתוקף מכשפות וכופרים. אמונה בעל-טבעי, דמונולוגיה שנתמכה על-ידי התיאולוגיה הפרוטסטנטית והקתולית, וחידוש מסעות הצלב נגד הכופרים, הולידו את ציד המכשפות והובילו להוצאה להורג של כ-200,000 אנשים, בהם למעלה ממאה אלף נשים (פורטר 2009, 46).

במאות השבע-עשרה והשמונה-עשרה הוצג המשוגע כמי שנתון בתחום של חירות שאין לחזותה מראש, כפרא שלוח רסן, בלתי צפוי, שאינו מציית לחוקי החברה. כמענה לאיום המשתמע מהגדרה זו, הונהגו במוסדות הכליאה נהלים אכזריים ביותר מתוך אמונה כי הדרך היחידה לשלוט בו היא באמצעות אילון, עונש ומשמעת (פוקו 1972, 65). במאה השמונה-עשרה הפך השיגעון תאום לפשע, המשוגע הוצג כאדם מסוכן שנוכחותו גורמת עוול לסביבתו (פוקו 1972, 172). מעמדם החברתי של המשוגעים הוסיף להידרדר ובשלהי המאה השמונה-עשרה הוחלט כי הם מטמאים את הבאים עימם במגע, לרבות אסירים אחרים, ולכן יש להועיד להם מעצר מיוחד (פוקו 1972, 177).

בשנת 1774 בתי המשוגעים נדרשו לראשונה לקבל רישיון חוקי. החוק האנגלי קבע כי על בתי המשוגעים הפרטיים לחדש את רישיונם מידי שנה (חידוש הרישיון הותנה בתחזוקה של רישום המאושפזים) וכן, העניק לשופטים ייפוי כוח לבקר בבתי המשוגעים. בשנת 1800 שהו רוב משוגעי אנגליה במוסדות פרטיים שפעלו למטרת רווח (תופעה זו כונתה "סחר בשיגעון") (פורטר 2009, 105). ההיסטוריה המוקדמת של בתי המשוגעים הפרטיים באנגליה לוטה בערפל מפני שהללו כיבדו את בקשת

המשפחות להימנע מפרסום ושמרו על סודיות מוחלטת. בשנת 1808 קבע הפרלמנט האנגלי שניתן להשתמש בכספי ציבור למימון בתי משוגעים ורק בשנת 1845, לאחר מאבק מתמשך במי שטענו כי מדובר בבזבוז כספי הציבור, הפך מימון בתי המשוגעים המחוזיים לעניין מנדטורי (פורטר 2009, 104). בשנת 1890 ננקט צעד חוקי משמעותי נוסף להגנה מפני כליאה לא ראויה: כליאה של מטופל הותנתה בשתי תעודות רפואיות.

בארצות הברית בתי המשוגעים החלו לפעול במאה ה-19 ואכלסו מטופלים פרטיים (בתשלום) לצד מטופלים ציבוריים (כספי צדקה). בשנת 1844 נוסדה בארצות הברית "האגודה לפיקוח עליון על מוסדות אמריקאיים עבור המשוגעים", לימים – "האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית" (פורטר 2009, 114-113).

במאה ה-19 חלה עליה מטאורית במספר בתי החולים הפסיכיאטריים וברמתם: בשנת 1800 אושפזו באנגליה כ-10,000 איש וב-1900 כ-100,000; בשנת 1881 אושפזו באיטליה כ-8,000 איש וב-1907 כ-40,000 (פורטר 2009, 114). לפי רוי פורטר, היסטוריון של הרפואה, הדחף לאשפז היה אחד מסמני התקופה בשלבו בין מטרות המדינה הרציונאלית לבין צרכי כלכלת השוק, תוך שהוא מקדם אופטימיות טיפולית פרוגרסיבית תחת פטרנליזם חודרני (פורטר 2009, 119).

בסוף המאה התשע-עשרה הפכה התעודה הרפואית הלכת חובה לכליאתם של המשוגעים. תעודת הרופא, המקנה סמכות רפואית בבית המשוגעים, לא ניתנה בהכרח למדענים, בעלי כשרון במעשה הריפוי או למפגיני שליטה רחבה בידע אובייקטיבי, כי אם ל"איש חכם" אשר קנה לו שליטה במשוגעים (פוקו 1972, 200). פוקו היטיב לתאר זאת באומרו כי "אם יכלה האישיות הרפואית לבדוד את השיגעון, הרי זה לא משום שידעה אותו אלא משום שמשלה בו" (שם, 201).

במאה ה-20 החלה מתבססת תפיסה לפיה הפרעות נפשיות הן אינן מנת חלקם של ה'משוגעים' בלבד שכן גם לאנשים "נורמאליים" עשויים להיות תסביכים או נזירות. במרכז של הגישה האנליטית השלטת במאה ה-20 ניצב זיגמונד פרויד (1856-1939) אשר מפעל חייו בתחום הבנת נפש האדם והכלים הראויים לטיפול בה העלו תרומה אדירה לביסוסה ומיצובה של גישה הומאנית לטיפול בסובלים מהפרעות נפשיות. פרויד ראה במטופל שותף פעיל בטיפול, תר אחר המניעים האינטרה-פסיכים למצבו וייחס לחשיפתם ולעיבודם סגולות ריפוי (זאת בשונה מטכניקות הרחקה, כליאה, מניעה ונידוי שננקטו

לפניו). פרויד, שלמד בוינה רפואה ופיזיולוגיה והתמחה בניירולוגיה קלינית, שאף להכרה מדעית בתחום הפסיכואנליזה, שלא התממשה במלואה עד היום. בעקבות מלחמת העולם השנייה, גלתה הפסיכואנליזה אל עבר שני יעדים: ארצות הברית, בה זכתה ליישום אוהד תוך שיכלולה ופיתוחה על-ידי אריק אריקסון, היינץ קוהוט, דיויד רפפורט ונוספים; ואנגליה שם זכתה ליחס דומה מצד פסיכואנליטיקאים מובילים, בהם, מלאני קליין, אנה פרויד, דונלד ויניקוט, וג'ון בולבי (מיטשל ובלאק 2006). כניסת הפסיכואנליזה כשיטת טיפול מן המניין אל בתי החולים לחולי נפש מהווה ציון דרך בעל חשיבות יישומית והצהרתית במקביל לתיאוריות פסיכואנליטיות שקידמו, ברובן, טיפול באמצעות דיבור, התפתחו שיטות טיפול המבוססות על הגילויים והחידושים בתחומי המיקרוביולוגיה והפסיכו-כירורגיה: מתן סמים מרדמים לשם שינה ממושכת עבור מטופלים הסובלים מהלם קרב; תרדמת (Coma) באמצעות אינסולין כטיפול בסכיזופרניה; נזעי חשמל (ECT) נגד דיכאון חמור; טיפול בכפייתיות ודיכאון באמצעות לאוקוטומיה (Leucotomy) או לובוטומיה – הליך כירורגי בו מנתקים את הקשר בין האונות הקדמיות במוח או הורסים את רקמת המוח הקדמית (עד שנת 1951, כ-18,000 מטופלים אמריקאים עברו ניתוחי לובוטומיה).

בשנות ה-40 של המאה ה-20 הגיחה אל מרכז זירת הטיפול בנפגעי הנפש הפסיכו-פרמקולוגיה עם התרופה הפסיכואקטיבית הראשונה – הליתיום – כאמצעי טיפול בהפרעה זו קוטבית (Bipolar Disorder, מאניה דפרסיה) ובעקבותיה תרכובות אנטי-פסיכוטיות ונוגדות דיכאון בהן, הלארקטיל (Largactil) והאימפראמין (Imipramine). עד מהרה זכו התרופות הפסיכיאטריות להצלחה מסחררת: בשנות ה-60 של המאה ה-20 הפך הווליום (Diazepam) לתרופה הנמכרת ביותר בעולם; עד 1970 השתמשה אחת מכל חמש נשים אמריקאיות בתרופת הרגעה כלשהי; ועד 1980 רשמו רופאים אמריקאים עשרה מיליון מרשמים לנוגדי דיכאון (רובם נוגדי דיכאון טרציקליים) בשנה. ב-1987 הוצג לראשונה הפרוזק (Fluoxetine) ותוך חמש שנים שמונה מיליון בני-אדם נטלו אותו (פורטר 2009, 189). הפסיכו-פרמקולוגיה הבטיחה הקלה משמעותית בסבל המטופל ללא שהות ארוכה בבית-חולים, טיפול פסיכואנליטי או ניתוח בלתי הפיך, ואף מיצבה את הפסיכיאטריה כדיסציפלינה שוות ערך ברפואה הכללית.

בשנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20 הופיעה בזירה תנועת האנטי-פסיכיאטריה. חבריה הביעו ביקורת חריפה על בית המשוגעים, "פסיכיאטריית הכפייה", השימוש המוגבר בתרופות פסיכיאטריות והגדרת ההפרעות וסיווגן. למרות מחאתם, הזרמים המרכזיים באקדמיה ובבתי החולים נותרו מחויבים, עד היום – ראשית המאה ה-21, לפרוגרמה של סיווג ההפרעות הנפשיות כפי שטבע קרפלין (1856-1926), אבי הסיווג הפסיכיאטרי, במאה ה-19.

מוראות הטיפול בפגועי הנפש, ההטיה הנובעת מפרשנות רשויות השלטון, החוק, המשפט והטיפול, וחוסר היכולת של פגועי הנפש להתגונן מפניה, מצביעים על המחויבות והאחריות הרבה הרובצת לפתחו של המטפל, וכן על הצורך בירידה לדקויות בהבנת נפש האדם, בבחינה זהירה של שיטות הטיפול, בהקפדה על רגולציה מגוננת, ובחתימה המתבקשת להמשך לימוד והתפתחות.

מדריכים לסיווג פסיכיאטרי

ספרי סיווג המחלות הפסיכיאטריות: ה-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי, וה-ICD (International Classification of Diseases) – ספר הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי, גובשו על-ידי ועבור אנשי המקצוע ומהווים שפה משותפת, תיאורית בעיקרה, של תופעות נצפות ומובעות אשר קובצו למחלות והפרעות בהתבסס על ידע קליני, מחקרי והתפתחותי של מחלות משנת 1900 ועד היום. ספרי הסיווג הפסיכיאטריים מהווים כלי-שרת עבור הקלינאי לשם הבנת מצע התפתחותן של קבוצות מחלות אבחון שלבים במחלה בזמן נתון וגיבוש עמדה טיפולית

מדריך האבחון והסטטיסטיקה של "האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית" (DSM – Diagnostic and Statistical Manual) פורסם לראשונה בשנת 1952 וכלל כמאה עמודים של תיאור הפרעות נפשיות ושיוכן לקטגוריות. המהדורה השנייה של ה-DSM פורסמה בשנת 1968 וכללה 134 עמודים, DSM-III יצא ב-1980 והתרחב להיקף של 494 עמודים, המהדורה המתוקנת שלו, DSM-III-R, פורסמה ב-1987 ומנתה 564 עמודים, בשנת 1994 יצא ה-DSM-IV ובו 886 עמודים, והמהדורה המתוקנת שלו והאחרונה עד כה, DSM-IV-TR, פורסמה בשנת 2000 ובה 943 עמודים, (מהדורה עדכנית, DSM-V,)

נמצאת בימים אלה בשלבי הכנה סופיים ועתידה להתפרסם בעתיד הקרוב). ההיקף הגדל של המדריך משקף את התפתחות והשתכללות האבחון הפסיכיאטרי תוך הרחבת מעגד הסימפטומים ודיוק ההתייחסות אליהם: ב-DSM-II הופיעו 60 הפרעות נפשיות תחת עשר קטגוריות, ב-DSM-III נכללו 145 הפרעות תחת שבע-עשרה קטגוריות, ב-DSM-III-R הופיעו 230 הפרעות תחת שמונה-עשרה קטגוריות, ב-DSM-IV נכללו 297 הפרעות, וב-DSM-IV-TR 365 הפרעות. בין מהדורה למהדורה קטגוריות רבות שוננו, קובצו תחת קטגוריות הפרעה אחרות או הוצאו מהמדריך. שינויים אלה מוצגים על-ידי מחברי ה-DSM כשיפור על סמך קלסיפיקציות מוקדמות (Tisler 1987).

הנומנקלטורה (רשימת מונחים בתחום מסוים) במהדורה הראשונה והשנייה הושפעה רבות מהפסיכואנליזה. המעבר מהמהדורה השנייה לשלישית מייצג נקודת מפנה בגישה האבחונית והטיפולית כשב-DSM-III נקבעה לראשונה, במוצהר, עמדה פנומנולוגית א-תיאורטית, וכן, הופיעה לראשונה מערכת אבחונית רב-צירית: על ציר 1 מסווגים הסינדרומים הקליניים (מחלות), על ציר 2 מסווגות הפרעות אישיות או פיגור, על ציר 3 – הפרעות פיזיולוגיות, על ציר 4 – תנאים סביבתיים (איך הממשק בין הסביבה וההפרעה משפיע על רמת המוגבלות של האדם), ועל ציר 5 – הערכה תפקודית כוללת. אבחנה מלאה של סטטוס פסיכיאטרי תתייחס לכל חמשת הצירים.

כל פרק ב-DSM מוקדש לקבוצה של הפרעות (כל הפרעות החרדה נמצאות בפרק אחד, כל ההפרעות במצב רוח נמצאות בפרק אחר וכו'). כל הפרעה כוללת תיאור כללי וקצר של ההפרעה; תיאור מהלך ההפרעה האופייני (איך היא מתפתחת ומה הפרוגנוזה שלה); אפידמיולוגיה (שכיחות באוכלוסייה, כמה חולים בהפרעה בכל רגע נתון בעולם, כמה (סטטיסטית) יחלו בהפרעה במהלך חייהם ועוד); תיאור התנאים לקיום האבחנה; חלוקת משנה בתוך כל הפרעה (לדוגמא, הפרעה פוסט טראומטית כוללת PTSD מושהה, PTSD כרוני, PTSD מורכב וכו'); ואבחנה מבודלת.

המדריך הדיאגנוסטי מוגדר ב-DSM-II כמערכת שנועדה "להקל על מקסימום תקשורת בתוך הפרופסיה ולהפחית את הבלבול והעמימות עד למינימום" (DSM-II viii); וב-DSM-III נאמר כי "קלינאים וחוקרים צריכים שתהיה להם שפה משותפת באמצעותה יתקשרו על אודות ההפרעות" (DSM-III p.1).

עם שורת אנשי המקצוע שהשתתפו בגיבוש המדריכים נמנים מומחים מתחום הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה, הפסיכואנליזה והדמוגרפיה. המטרות שהנחו אותם בעת חיבור המדריכים, כפי שציינו ב- DSM III וב- DSM III-R, היו יעילות קלינית של טיפול וקבלת החלטות במיקומים קליניים שונים, מהימנות הקטגוריות הדיאגנוסטיות, קבלת המדריך על-ידי קלינאים וחוקרים ממגוון פרספקטיבות תיאורטיות, יעילות בחינוך אנשי מקצוע בתחום הבריאות, התאמה בין הקודיפיקציה של המדריך לזו של ה-ICD, הימנעות מטרמינולוגיה חדשה וקונספטים השוברים את המסורת (למעט מקרים שהדבר נדרש בהם בברור), ניסיון להגיע לקונצנזוס בדבר משמעויות של מושגים דיאגנוסטיים הכרחיים שהשתמשו בהם באורח בלתי עקיב והימנעות ממושגים שאיבדו מעילותם, התאמה עם נתונים ממחקרים שקראו תיגר על תוקף הקטגוריות הדיאגנוסטיות, ושיפור הבנת המחקר בתחום.

במאי 2013 עתידה להתפרסם המהדורה החמישית של ה-DSM (DSM V). בשונה ממהדורות קודמות, מחברי המהדורה החמישית חשפו את ההגדרות המעודכנות מבעוד מועד וביקשו מציבור אנשי בריאות הנפש להעריך את השינויים המוצעים. הליך זה מאפשר דיוק רב יותר בהגדרת האבחנות (בהתאמתן למציאות המוכרת למטפלים מעולם המעשה). שינוי משמעותי נוסף הוא הרחבת הפרק העוסק בהפרעות תלויות תרבות והעמקתו. המהדורה החמישית מאופיינת בהתייחסות תהליכית, בשונה מהתייחסות בינארית (רצף במקום אבחנות קוטביות לדוגמא: בריא/חולה) ומציעה פרשנות של סימפטומים בהתאם לגיל המטופל, מגדרו, תרבותו וכו'.

לצד המדריך האמריקאי, פיתח ארגון הבריאות העולמי מדריך סיווג ואבחון פסיכיאטרי – ICD (International Classification of Diseases) – הנמצא בשימוש בעיקר באירופה. מדיניותו של ארגון הבריאות העולמי, האחראי על פיתוח מערכת הקלסיפיקציה הבינלאומית ועל עדכונה, הייתה, עד לאחרונה, הוצאת מהדורה חדשה אחת לעשור בקירוב. אולם, נראה כי מורכבות המערכות הנשענות על המערכת הקלסיפיקטורית (מערכות מידע, תמחור ועוד) תביא להארכת תוחלת החיים של המהדורה האחרונה, ICD-10, וזאת תשרת את העוסקים בתחום למעלה מעשור (ICD-10, 1995, 14).

ICD-10 כולל רשימת הפרעות, תיאורים תמציתיים שלהן, הנחיות להכללה או לאי-הכללה, ולראשונה גם תיאורים קליניים מפורטים והנחיות אבחנתיות (שם, 15). ב-ICD-10 שלוש גרסאות מרכזיות: גרסה קלינית הכוללת תיאורים קליניים והנחיות אבחנתיות; גרסה מחקרית הכוללת קריטריונים אבחנתיים

(ICD-10-DCR); וגרסה המיועדת למטפלים ראשוניים (שם, שם). לכל הפרעה הובא תיאור של האפיונים הקליניים העיקריים כמו גם של אפיונים נלווים. ברוב המקרים, מצורפות "הנחיות לאבחנה" המציינות את מספר הסימפטומים ואת האיזון ביניהם, כנדרש לצורך קביעת אבחנה ודאית בניגוד לסכמות רפואיות המציינות את האתילוגיה של מחלות שונות, הסכמה הדיאגנוסטית הפסיכיאטרית, כפי שמובאת במדריכי הסיווג הפסיכיאטרי (DSM ו-ICD), נמנעת מהצגת הגורמים להפרעה משום ש"הכללת תיאוריות אתילוגיות עלולה להוות מכשול בשימוש במדריך על-ידי קלינאים ממגוון אוריינטציות תיאורטיות" (DSM-III 1980, 7). מחברי המדריך מוסיפים כי "קלינאים יכולים להסכים ביניהם בדבר זיהוי הפרעות נפשיות על בסיס הגילויים ההתנהגותיים שלהן, מבלי שיסכימו על הסיבה להופעתן" (שם, שם). ארגון הפרעות ללא ציון סיבתן מקבע אותן כעובדה בנתנו להן "שקיפות שאיננה שקיפותו של ההסבר, אלא זו של קביעת עובדות" (בארט, 1998, 143).

להשקפתי, הפרעה פסיכיאטרית, בשונה מהפרעה פיזיולוגית, נעדרת, לרוב, מסומן מוחשי, כזה הניתן לאיתור בבדיקות מעבדה או בניתוח שלאחר המוות. האבסטרקציה שבבסיס העיסוק הפסיכיאטרי מאפשרת חזירת קבוצות פרופסיונאליות אחרות (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מאמנים וכדומה) לתחום ובכך עלולה לערער את הלגיטימציה הציבורית של רופאי בריאות הנפש. מצב זה, ממצב את הפסיכיאטריה בתווך מקצועי מורכב שבין רפואה לטיפול נפשי, עולם הרפואה רואה בהם מטפלים ועולם הטיפול רואה בהם רופאים. אלה גם אלה, מנסים לדחוק את הפסיכיאטריה מהמרחב המקצועי שלהם. מתח זה, בין מרכיביה הקליניים והתרפויטיים של הפסיכיאטריה, מאלץ את אנשיה לנהל מאבק מתמיד על קיומה.

ה-DSM וה-ICD, נכתבו ופורסמו, בין השאר, לשם הבהרת מושאי הסיווג והטיפול הפסיכיאטרי והבדלתם מלוקים במצוקות נפשיות אחרות הניתנות לטיפול בכלים שאינם רפואיים. הגם שפרופסיות משיקות יכולות לסייע במקרים רבים, כאשר אדם זקוק לטיפול תרופתי או אשפוז בבית חולים, הגורם המוסמך להגדיר ולאשר את הטיפול הוא הרופא הפסיכיאטר.

הסמיוטיקאי הצרפתי, רולאן בארט, טוען כי השפה המתמטית "נקטה את כל אמצעי הזהירות האפשריים נגד פרשנות" (שם, 131). בדומה לזאת, מדריכי הסיווג הפסיכיאטריים, באמצעות ירידה מדוקדקת לפרטים, מנסים להקנות לאבחנות מימד מדעי טהור, מתמטי ככל האפשר. בכך, מגדירה

הפסיכיאטריה את עצמה כתחום מדעי, אובייקטיבי, שאינו נתון לפרשנות של הדיוטות ואשר רק מי שהוסמך לכך עומד בקריטריונים מקצועיים מחמירים מתחום הרפואה ובריאות הנפש גם יחד, יכול ורשאי לפעול במסגרתו. הפסיכיאטריה מקיימת יחסים דואליים עם הרפואה: היא גוזרת חלק מעצמתה המקצועית מהלגיטימציה המוקנית לרפואה ובד בבד נאבקת על הכרה ב"עולם הנפש" כשווה ערך ל"עולם הגוף".

פסיכיאטריה תרבותית

פסיכיאטריה תרבותית היא פרדיגמה פסיכיאטרית המדגישה את המודל הביו-פסיכו-סוציאלי תוך בחינת האינטראקציה בין גורמים חברתיים ותרבותיים לבין תחלואה נפשית. הפסיכיאטריה התרבותית מבקשת להראות כיצד גורמים חברתיים ותרבותיים משפיעים על הפרעות נפשיות, קובעים את ההסתמנות הנפשית ולעיתים אף יוצרים הפרעות אלה.

צורות ההסתמנות של כל ההפרעות הפסיכיאטריות מושפעות מגורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים ותרבותיים. הפרעות פסיכיאטריות קשות (סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית) נקבעות במידה רבה על-ידי גורמים ביולוגיים, לעומתן, הפרעות פסיכיאטריות "קלות" (הפרעות חרדה, הפרעות דיסוציאטיביות, הפרעות הסתגלות ונוספות) מושפעות מנסיבות פסיכולוגיות ומגורמים תרבותיים.

הכרה בחשיבות הרבה הטמונה בהבנת הרקע התרבותי של המטופל לשם זיהוי וטיפול הולמים בתלונותיו, הן הגופניות והן הנפשיות, הביאה להוספת נספח מיוחד לתסמונות תלויות-תרבות במהדורות הרביעית של ה-DSM. נספח זה מספק מסגרת לפורמולציה (נוסחה) תרבותית, שנועדה לסייע לקלינאי להשלים את ההערכה האבחונית הרב-צירית המקובלת, על-ידי התייחסות לזהותו התרבותית-אתנית של הנבדק ולאופן בו הוא מביע את מצוקתו, ותוך בדיקת חומרת התסמינים בהשוואה למקובל בקבוצת ההתייחסות התרבותית של הנבדק, בירור בקרב בני קהילתו על אודות מאפייני התסמונת בה הוא לוקה וכיצד יש לטפל בה (בהסתמך על ניסיון העבר של בני קהילתו), בדיקת דרגת התפקוד של הנבדק ביחס למקובל בסביבתו התרבותית ובירור מקורות התמיכה הזמינים לו. לאחר שהגדיר המטפל את מצבו של הנבדק, באפשרותו לפנות למילון של תסמונות תלויות-תרבות הכולל רשימה של עשרים וחמש תסמונות ו"ביטויי מצוקה" שנחקרו לעומק.

הפורמולציה התרבותית מתחשבת בהבדלים הניצבים ביסוד הקשר שבין הנבדק לבין הקלינאי המטפל. מדובר בהבדלים בתרבות, הבדלים במעמד החברתי והבדלים בשפה; ובקשיים שהבדלים אלה עשויים ליצור באבחון ובטיפול: קשיים בתקשורת עם הנבדק, ביצירת קרבה ותחושת ביטחון עבור הנבדק, בזיהוי תסמינים והבנת המשמעות התרבותית שלהם, וכן, בקביעה הקריטית – האם התנהגותו של הנבדק נורמטיבית או פתולוגית. הפורמולציה התרבותית משמשת כסולם הקובע את מידת ההשפעה התרבותית של המטפל והמטפל על ההערכה הפסיכיאטרית (אבחון וטיפול) הכוללנית (Margolin & Witztum, 1999, 18-19).

יש הפרעות פסיכיאטריות הקשורות קשר הדוק לגורמים תרבותיים ומושפעות מהם – אלה נקראות בספרות המקצועית בשם "תסמונות פסיכיאטריות תלויות-תרבות" (culture-bound syndromes). המונח "תסמונות תלויות-תרבות" הוכנס לראשונה לשימוש מקצועי בשנות השבעים של המאה ה-20 על ידי הפסיכיאטר יאפ (Yap) – חלוץ הפסיכיאטריה ושירותי בריאות הנפש בהונג-קונג ופרופסור לפסיכיאטריה באוניברסיטת הונג-קונג. מבחינה פנומנולוגית קשה לסווג הפרעות אלה בהתאם לסיווג פסיכיאטרי קיים ומוכר אשר מבוסס על ניסיון והבנה קליניים של הפרעות פסיכיאטריות שכיחות בחברות מערביות (כפי שאלה משתקפות ב-DSM ו-ICD). בסיווג שכזה, אין לרוב התייחסות מתאימה למצבים פסיכיאטריים המופיעים בקרב אוכלוסיות בעלות רקע תרבותי ייחודי.

במאה ה-19 ובתחילת המאה ה-20, במסגרת הקולוניאליזם האירופי, ביקרו שליחים, פקידים, מיסיונרים ורופאים מערביים ביבשות אחרות. במהלך ביקוריהם הבחינו המערביים בדפוסי התנהגות ומצבים נפשיים ייחודיים לילידי המקום. העובדה שבני המקום הכירו מצבים אלה, שיימו אותם, סיפקו להם הסברים אטיולוגיים ואף טיפלו בהם, לא מנעה מן המערביים לתארם כהפרעות נפשיות אקזוטיות, נדירות, בלתי שכיחות ויוצאות דופן, או כמחלות נפשיות אשר שייכות לתרבויות מסוימות. לעיתים נדירות, כונו מצבים אלה "תסמונות תלויות-תרבות".

להלן מספר דוגמאות לתסמונות תלויות תרבות:

זאר: תופעת איחוז דמוית "דיבוק" המוכרת בחברה האתיופית, מן הנפוצות שבין תופעות האיחוז באפריקה ובאזור הסהר הפורה. רוחות הזאר נתפשות כאחראיות למנעד רחב של פתולוגיות ופסיכופתולוגיות, בהן, כאבים סומאטיים, דיכאון, הפרעות אכילה ותסמינים היסטריים. הביטויים

השכיחים ביותר של הפרעות התנהגות כתוצאה מהאיחוז דומים להפרעות היסטוריות, מצבים דיסוציאטיביים, קטטוניה, אפילפסיה וניסיונות לפגיעה עצמית. התקף מלווה בצעקות, צחוק, שינוי בגוון הקולי, שימוש בשפה לא ברורה, תנועות בלתי רצוניות, הטחת הראש בקיר, שירה או קללות. לרוב, יפגין האחוז ירידה בתפקוד היומיומי, נסיגה חברתית, אפטיה וסירוב לאכול ולשתות. בהתקף חריף מתרחש בלבול בזהות המינית המוביל לשינוי התנהגותי.

אמוק: (משמעות המילה "אמוק" במלאית היא "אדם בעל זעם בלתי נשלט") תופעה מלזית בה גבר שמעולם לא גילה סימני זעם או נטיות אלימות שהן, רוכש, בפתאומיות, נשק (בעבר – חרב או פגיון, כיום – מגוון רחב של כלי נשק) ורוצח או פוצע קשות כל מי שנקרה בדרכו. המלאים מאמינים כי ההתקף נגרם מחזירת רוחו של נמר מרושע אל גוף האדם, והיא שמניעה את האחוז לבצע את המעשים הנוראיים אבחנה מערבית קונבנציונאלית להתקף שכזה תהיה כנראה פסיכוזה אקוטית ואלימה או DID (Dissociative identity disorder).

קורו: תופעה המזוהה עם אזורי דרום מזרח אסיה (סין, מלזיה, אינדונזיה), אפריקה, ודווח על מקרים דומים בתאילנד ובהודו, ומוכרת גם בשם "הפין המתכווץ" (shrinking penis). זוהי אפיזודה פתאומית של חרדה איומה בה אדם משוכנע שאיבר המין שלו מתכווץ פנימה, אל תוך גופו, והדבר, בסופו של תהליך, יגרום למותו. בקלסיפיקציה המערבית המקובלת תסמונת זו תתויג, קרוב לודאי, כ- Delusional disorder, somatic tipe.

Pibloktoq (פיבלוקטו): תופעה ייחודית לבנות שבט האינואיט שבחוג הארקטי ומכונה גם "היסטריית חוג הקוטב". זוהי היסטריה חריפה המופיעה בדרך-כלל בחורף וכוללת צעקות, התנהגות פרועה ובלתי נשלטת, דיכאון, חוסר רגישות לקור קיצוני (רצים בחוץ בעירום), וחזרה בלתי נשלטת על דברי האחר. תופעה זו נמצאת בסמיכות אבחנתית לתופעות היסטוריות במשמעותן בסיווג המערבי.

היקיקומורי: תופעה יפנית בה אדם מתבודד בביתו או בחדרו במשך תקופה בת שישה חודשים לכל הפחות (במקרים חמורים, ההתבודדות נמשכת שנים). בשנת 2000 העריך משרד הבריאות היפני כי ביפן מתגוררים כחמישים אלף היקיקומורי, שליש מהם למעלה מגיל 30 וכארבעים אחוז מתחת לגיל 21. ניתן להניח כי הקלסיפיקציה המערבית המקובלת תתייג תופעה זו כדיכאון, חרדה חברתית או אגורופוביה (בעת חוצות).

לפסיכיאטריה התרבותית ולתסמונות תלויות-תרבות חשיבות רבה גם במציאות של ישראל, זאת בשל ההרכב ההטרוגני של קבוצת הרוב ובמיוחד לאור קיומו של פסיפס תרבותי רחב הכולל בני מיעוטים (ערבים, דרוזים, צ'רקסים ונוספים), מהגרי עבודה ופליטים מרחבי העולם. תצרף רב-תרבותית זה בו מתקיימות, או שואפות להתקיים, זו לצד זו, חברות שונות בעלות ערכים תרבותיים שונים ונפרדים אלה מאלה, מחייב את הפרקטיקה הקלינית בישראל לזהות ביטויים של תסמונות תלויות-תרבות (בהן, "אסלאם" - מחלת רוח רעה בקרב יהודי מרוקו, גלגול נשמות בחברה הדרוזית, ה"דיבוק" היהודי, וה"זאר" האתיופי) ולתת להן מענה ראוי.

חולים שאינם בני התרבות השלטת הפונים לטיפול במרפאות נתקלים בקשיים הנובעים בעיקר מפערים בתקשורת בין המטופל למטפל (בן התרבות השלטת). קשיים אלה בולטים במיוחד בתחום בריאות הנפש מפני שבני תרבויות שונות מביעים סבלם בניבי מצוקה שונים (דוגמת, סומאטיזציה, אלימות עצמית ו/או כלפי האחר), בעוד שהמטפל התחנך על ברכי הדגם ההסברי הביו-רפואי המערבי הקונבנציונאלי, ולכן רגיל בקבלת נתונים המבוססים על הבעה מילולית של תחושות ורגשות תוך שימוש במונחים השאולים מתחום הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה ("אני בדיכאון", "אין לי מצב רוח", וכדומה). כתוצאה מכך, מטפל שאינו בקיא בתרבות המטופל, עלול לאבחן וליעד טיפול שגוי.

הפער בין תרבות המטפל לתרבות המטופל עלול להוביל לבעיה המכונה "בעיית Mismatch" (Bhui & Bhugra 2002): מצב בו המטופל מבטא מנהגים/מצוקה באופן המקובל בתרבותו בעוד המטפל מחפש תסמונת דיאגנוסטית המוכרת לו מתרבותו שלו. כתוצאה מכך עלולה התנהגות המטופל לקבל הסבר פתולוגי על-ידי המטפל. דוגמא סטיגמטית לכך תהייה אבחנה של הפרעת אישיות תלותית בתרבויות המצדדות בהתנהגות כנועה כלפי מקור סמכות (אנשים ממוצא אסיאתי), אבחנה של הפרעת אישיות פרנואידית במיעוטים שסבלו חוויות קשות של רדיפה ואפליה (יוצאי ברית המועצות לשעבר), הפרעת אישיות היסטריאית בקרב עמים המאופיינים בפתיחות, מוחצנות, קולניות (אנשים ממוצא לטיני/ים-תיכוני). יישום של קטגוריה נוזולוגית שפותחה עבור קבוצה תרבותית מסוימת על קבוצה אחרת, עבורה הקטגוריה לא קוהרנטית וחסרת תוקף, מכונה פרכה קטגורית (Category Fallacy) (Kleinman, 1987).

אף על פי שהפסיכיאטריה התרבותית מדגישה את המודל הביו-פסיכו-סוציאלי, הרי שהיא דיסציפלינה מערבית ונוטה אפוא להתייחס למרכיביה האנתרופולוגיים של התרבות (השוואות בין תרבויות), ובאופן כזה ממצבת עצמה כחיצונית לתרבות בה היא פועלת, כלומר, הפסיכיאטריה התרבותית מוצעת ככלי שרת עבור המטפל המערבי שבא במגע עם הזר והשונה (בני שבטים אפריקאים, אזרחי דרום-מזרח אסיה וכדומה), אך עדיין חסרה רפלקסיביות על ההבדלים התרבותיים-אתניים-אידיאולוגיים שבקרבה (בקרב התרבות המערבית).

מתודולוגיה

שיטת המחקר

העבודה מתבססת על עשרה ראיונות עומק עם פסיכיאטרים בעלי עמדות פוליטיות וחברתיות שונות הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל. בחרתי בכלי זה על שום היותו כר נתונים מאפשר ביותר, קרקע אינטראקציונית רחבה המעודדת מסירת נתונים מהימנים ומדויקים ככל האפשר. המחקר האיכותני בכלל, וראיון העומק בפרט, נמנעים מהגבלת האינפורמנט וצמצום הווייתו לקטגוריות מוכנות מראש. במקומן, ראיון העומק מציע הכלה של המרואייין כמות שהוא, על שלל מורכבויותיו ותוך מתן לגיטימציה לסתירות, חריגות ורעיונות מופשטים.

הראיון האיכותני מושתת על פיתוח יחסי אמון וקבלת מידע. בשורשו של ראיון העומק ניצב הרצון להבין את חווייתם של אנשים ואת המשמעות שהם מייחסים לה. הראיון הפתוח דומה באופיו לשיחה יותר מאשר לראיון מובנה ופורמאלי. בראיון הפתוח החוקר מתמקד במספר נושאים כלליים כדי לסייע לאינפורמנטים לחשוף את עמדותיהם ודעותיהם, אך אינו מכווין אותם אל עבר תשובה מסוימת בה הוא מעוניין.

הראיון הוא "אירוע" המתנהל במרחב אינטרסובייקטיבי בין שני סובייקטים: מרואייין המייצר משמעות, בונה את הנרטיב שלו, מעצב את עולמו ומביע דבריו כלפי מישו, הוא המראייין, סובייקט פעיל התופס עמדה באירוע הראיוני ולעולם לא נמצא במנותק ממנו. כיוון שכך, במהלך הראיונות נדרשתי לרפלקסיביות כלפי השפעת העמדות הפוליטיות והחברתיות שלי על יחסי עם המרואיינים, בהשאלה מדברי בורדיה: "מטרת (המחקר, ר.ג.) להביא את המדען לכך שיהיה ער לנטיות הדביטוס שלו, מחשש פן הללו תגרומנה למחקרו להדגיש אספקטים מסוימים של המציאות תוך התעלמות מאספקטים אחרים, ולהעדיף שאלות, שיטות ומסקנות מסוימות על חשבונן של אחרות" (וייטמן 2007, 20).

את הראיונות אנתח באמצעות "ניתוח נרטיבי" (Tuval-Mashiach 2007). ניתוח נרטיבי שיטתי של ראיון מורכב משלושה ניתוחים משלימים: (א) ניתוח תוכן – הליכי ניתוח תוכן מתמקדים במימד הסמנטי – "מה נאמר בטקסט?", המשמעויות המילוליות והרעיונית של הטקסט, "מה לא נאמר בטקסט והיינו מצפים שיאמר?", חלוקה לתמות ומתן הערכות (Bauer and Gaskell 2011, 153); עוד טוענים באוור

וגסקל, שאת תוקפו של ניתוח התוכן יש לשפוט לפי העיגון שלו בחומרים והלימתו את תיאוריית החוקר לאור מטרת המחקר שלו (Bauer and Gaskell 2011, 153). (ב) ניתוח מבנה – שיטת ניתוח שמציבה במרכז את המאפיינים הצורניים (לשוניים וסגנוניים) של יחידות תחומות ומוגדרות של הטקסט. בהליך ניתוח מבנה תר החוקר אחר קו עלילה ומתמקד בשאלה "איך נאמר הטקסט?" (ג) ניתוח הקשר (קונטקסט) – התבוננות בטקסט בתוך הקשריו הגלויים והסמויים ניתוח הקשר מורכב משלוש רמות: רמה מיידית של אינטראקציה אינטרסובייקטיבית דיאלוגית; רמה חברתית קולקטיבית (ספירה ציבורית, הקשר חברתי היסטורי שבו מתרחשים החיים עליהם מסופר); ורמה תרבותית הכוללת את המטה-נרטיבים שמעניקים משמעות לטקסט בהתאם למערכות המשמעות התרבותיות (נרטיביים דומיננטיים המשקפים תמות תרבותיות. בדרך כלל המרואיין אינו מודע למטה-נרטיביים שמבנים את סיפורו) (Bauer and Gaskell 2011, 153).

מהלך המחקר

לצורך גיוס נכונותם של הפסיכיאטרים להשתתפות במחקר, ניסחתי, בעזרת ד"ר מנדלוביץ', מכתב מקדים לפניה לראיון (ראה נספח מספר 1), אותו העביר האחרון לעמיתיו הפסיכיאטרים (שישה במספר) במטרה לבחון את רמת התאמת הפנייה ליעדה ולשם קבלת משוב על אודות רמת ההיענות להשתתפות במחקר למכתב צורפו שאלות (שם) באמצעותן ביררנו מהן נקודות התורפה של הפנייה ואם יש חשש ליצירת אנטגוניזם שיוביל לסירוב השתתפות במחקר. תגובות המשיבים הצביעו על צורך בפישוט נוסח המכתב והימנעות מטרמינולוגיה המזוהה עם מדעי הרוח, לטובת מסר ענייני ושקיפות כוונת החוקרים. בעקבות זאת, ניסחנו מחדש את מכתב הפניה לראיון והפצנו אותו שוב בקרב אוכלוסיית המחקר.

במהלך הראיונות הצגתי בפני המרואינים שני תיאורי מקרה מתגלגלים (ראה נספח מספר 2), עבור כל אחד מהם ביקשתי את אבחנתם ושאלתי אם נתקלו במקרים דומים. תיאורי המקרה שנדונו בראיון מאתגרים מבחינת מורכבות הדיאגנוזה מחד, ובעלי פוטנציאל להטיה תלוית השקפת עולמו התרבותית-פוליטית של הפסיכיאטר, מאידך. הויניטות (תיאורי המקרה) ניבנו בעזרתם של ד"ר שלמה מנדלוביץ' – ראש התוכנית לפסיכותרפיה בפקולטה לרפואה שבאוניברסיטת תל-אביב ומנהל מחלקה בבית החולים הפסיכיאטרי "שלוותה", וד"ר עידו לוריא – סגן מחלקה בבית החולים הפסיכיאטרי "אברבנאל" והמנהל

הרפואי של המרפאה הפתוחה של עמותת "רופאים לזכויות אדם" (שעסוקה רבות בסוגיות של פסיכיאטריה תרבותית). חשוב לציין שהשימוש בוינייטות נבחר בשל העובדה כי ההסתמנות של מטופל ממשי היא לעולם הסתמנות סינגולארית – מקרה אחד שקורה פעם אחת בנקודת זמן מסוימת לפסיכיאטר מסוים – ולכן הניסיון לקבל אינפורמציה ממקרים ניטראליים ("בוא תספר לי על...") מכיל משתנים מרובים במידה שאינה מאפשרת קיום מחקר בנושאים הנדונים בעבודה זו. תיאורי המקרה שבחרנו הציבו בפני הפסיכיאטרים דילמות ממוקדות אך מאפשרות מענים חלופיים השונים זה מזה באופן מהותי. תיאורי המקרה נעים במרחב שבין פתולוגיה נפשית ברורה לבין מגבלה שמשמעותה לעניין ההתערבות הקלינית איננה חד-ערכית; כלומר, תנאי הסף התחתון של הוינייטות (תיאורי המקרה) הוא שהפונה יסבול מפתולוגיה נפשית שדורשת התערבות, ותנאי הסף העליון הוא שההתערבות המתבקשת איננה מובנת מאליה. הוינייטות מושתתות על נקודת ספק, דיאגנוסטי וחוקי, ולכן מציבות דילמה בפני הפסיכיאטר המרואיין: מהצד הדיאגנוסטי, תיאורי המקרים חסרים אבחנה סימפטומטית ברורה מכיוון שלרוב, מצבים סימפטומטיים ברורים מתווים דרכי פעולה מסוימות. מקרים שאינם ברורים לחלוטין בהיבט הסימפטומטי (לדוגמא, מידת העוצמה שלהם לא ברורה) לא מחייבים את הפסיכיאטר לפעולה אוטומטית על-פי החוק אלא נתונים לשיקול דעתו. בתיאורי המקרים שיוצגו בראיון, החוק לא מאלץ את הפסיכיאטר לפעול באופן מסוים ולכן הדיאגנוזה ודרכי הטיפול עשויים להשתנות בהתאם לעמדות הפוליטיות והחברתיות של המטפל.

ה"חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991" (["ס"ח תשנ"א מס' 1339](#)) חוקק במטרה להסדיר את האופן שבו מטפלים בחולי נפש בצורה כפויה שאינה נתונה לשיקול דעתו של הפסיכיאטר כל עוד החולה לא עונה על הקריטריונים המופיעים בחוק, הפסיכיאטר חופשי לאבחן אותו ולטפל בו כרצונו. במידה והקריטריונים שבחוק נענים, הפסיכיאטר מאבד את אפשרות ההחלטה ומחויב לפעול בהתאם לחוק. הינו, עליו להביא את החולה לבדיקה פסיכיאטרית בכפייה. תיאורי המקרה שהוצגו בראיון בנויים כך שהתערבות הפסיכיאטר נמצאת במרחב שיקול הדעת שלו. הקפדנו שהמקרים לא יחרגו אל התחום המחייב את הפסיכיאטר לפעול על-פי החוק.

החוק קובע בצורה ברורה, אבל ניתנת לפרשנויות, מהו סף הפעולה המחייב של הפסיכיאטרים, כפי שניתן לראות בסעיף 6 בחוק לטיפול בחולי נפש:

6. בדיקה כפויה דחופה

פסיכיאטר מחוזי רשאי להורות בכתב כי אדם יובא בדחיפות לבדיקה פסיכיאטרית, אם הובאו

בפניו ראיות לכאורה כי נתמלאו באדם כל התנאים האלה:

(1) הוא חולה וכתוצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת

המציאות;

(2) הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי;

(3) הוא סירב להיבדק בידי פסיכיאטר.

הויניטות המשמשות את המחקר קרובות למתואר בסעיף 6 אבל לא עונות עליו לגמרי. תיאורי המקרה מכוונים במידה רבה למרחב הפרשנויות שמאפשר הסעיף הראשון לפיו, על המטופל להיות חולה וכתוצאה ממחלתו נפגם באופן ניכר כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות מבחינה משפטית כושר שיפוט וכושר לביקורת המציאות הם מונחים קרובים אבל שונים: בעוד שכושר לביקורת המציאות פירושו של דבר שהאדם בוחן את המציאות כמות שהיא (כלומר שאין לו הלוצינציות [הפרעות בתפיסה] או דלוזיות [הפרעות בפרשנות המציאות, קרי, מחשבות שווא]); כושר שיפוטו הוא מובן רחב יותר שנוגע גם לאופן בו האדם מתנהל בתוך העולם. לפי סעיף זה, כדי להביא חולה לבדיקה פסיכיאטרית כפויה, עליו לסבול ממחשבת שווא או מהפרעה קשה בתפיסה. תיאורי המקרה שיוצגו בראיון מתייחסים באופן ישיר לסוגיית ההגדרה של כושר השיפוט או של כושר ביקורת המציאות (הם מבקשים מהפסיכיאטרים המרואיינים לקבוע אם כושר השיפוט או כושר ביקורת המציאות של הפונה המתואר, פגומים). הסעיף השני קובע שכדי להביא חולה לבדיקה פסיכיאטרית כפויה על החולה לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי, כלומר, האדם צריך להיות מסוכן. כמו הסעיף הראשון, גם הסעיף השני נתון לפרשנויות – מה הפירוש "מסוכן"?

הסעיף השלישי, "סירב להיבדק על-ידי פסיכיאטר", מציב תנאי דיכוטומי – סירב או לא סירב, אין בו

טווח של תשובות ביניים והוא אינו נתון לפרשנויות – אם המטופל מסכים להיבדק לא ניתן להוציא לו

הוראה לבדיקה כפויה, אם הוא מסרב אפשר להוציא לו הוראה לבדיקה כפויה. מאחר שבויניטות הפונים הסכימו להיבדק, מבחן זה אינו רלוונטי לענייננו.

תיאור המקרה הראשון דן בשאלת הסעיף הראשון של החוק בצורה כפולה עולה שאלת קיומה של מחשבת שווא ("חש שפעמי משיח קרבים") וגם שאלת הבעיה בתפיסה ("יתכן וראה את הרבי מלובביץ' מהלך ברחובות העיר"). יש לשים לב ששני פרטים אלה מובאים באופן שאינו מוחלט, רוצה לומר, הפונה המתואר חש שפעמי משיח קרבים – הוא לא יודע את זה, הוא החל להאמין בנצחיותו של הרבי מלובביץ' – הוא לא בטוח בזה, ויתכן והוא ראה אותו – הוא לא ראה אותו בוודאות. כלומר, הסעיפים העוסקים בהפרעה בביקורת המציאות מובאים באופן ברור אך מסויג ולמעשה מותירים את טווח ההחלטה לפסיכיאטר שמעריך אותו. תיאור המקרה הראשון יושב בדיוק על המרווח הזה ובא לידי ביטוי גם בשאלת האבחנה (פסיכוטי/לא פסיכוטי) וגם בשאלת האתיקה של האשפוז הכפוי ("האם היית מטפל בו בכפייה?").

בעוד שבתיאור המקרה הראשון השאלה הייתה האם קיימים מרכיבים דלזיונלים והלוצינטורים, בתיאור המקרה השני אין ספק לקיומן של מחשבות פגיעה (הפונה אומר בצורה ברורה "עומדים לפגוע בי"). הספק שמונח במקרה הזה לא נוגע לשאלת קיומה של הדלוזיה אלה לשאלת אמתותה (זאת מאחר שמדובר בפונה אשר לגביו לא ניתן לשלול את האפשרות כי הוא אכן נרדף). הווה אומר, בעוד שבתיאור המקרה הראשון טווח הספק הוא בשאלה – יש/אין דלוזיה, אם מדובר במחשבת שווא או באמונה, בתיאור המקרה השני, אין ספק שיש את המחשבה אבל לא ברור אם המחשבה היא מחשבת שווא או מחשבה מציאותית. בשלב ב' בתיאור המקרה השני נוסף עוד רובד של חשד הלוצינטורי שמניע את המעבר מטיפול אנטי-דיכאוני לטיפול אנטי-פסיכוטי ומדגיש את שאלת האשפוז.

עם סיום הראיון ביקשתי מהמראיין לענות על מספר שאלות קונקרטיות: שם, מין, גיל, מקום מגורים, איפה גדלת, איפה התמחית, מה למדת מלבד פסיכיאטריה, הגדרה מקצועית (ביולוגיסט/פסיכותרפיסט), הגדרת תפקידך כיום, מטפל בילדים/מבוגרים, איזה שפות אתה דובר, באיזו שפה אתה מטפל ונטייה פוליטית. המענה לשאלות אלה חושף מידע על אודות הרקע התרבותי של המראיין (לדוגמא, שם "תנכ"י" עשוי להצביע על רקע תרבותי דתי, שם "צברי" עשוי להצביע על רקע תרבותי חילוני ליבראלי), האירועים ההיסטוריים שליוו את חייו ויתכן והשפיעו עליהם (לדוגמא, מראיין שגדל בתקופה

של ריבוי פיגועי טרור, יתכן והדבר יעצב את עמדתו באשר לסכסוך הישראלי-פלסטיני), השתייכותו למעמד סוציו-אקונומי והעדפה תרבותית-פוליטית (לדוגמא, הבחירה לגור בהתנחלות, בבני-ברק או בטירה מלמדת על העדפותיו הגיאוגרפיות כמו גם הפוליטיות של המרואיין), הסביבה החברתית-תרבותית בה גדל והתחנך (כמאמר השיר, "האדם תבנית נוף מולדתו", לדוגמא, ניתן להניח שהשקפת עולמו של מרואיין שגדל והתחנך בקיבוץ של השומר הצעיר תהיה שונה מזו של מרואיין שגדל והתחנך בשכונה חרדתית), השפעות המיליה המקצועי בו התמחה (לדוגמא, מרואיין שלמד במדינה אנגלוסקסית עשוי לפתח השקפות שונות ממרואיין שלמד באחת ממדינות חבר העמים), מידת הסקרנות והפתיחות האינטלקטואלית, אג'נדה טיפולית ובחירה מקצועית (לדוגמא, בחירה של מנתח פלסטי לעסוק בניתוחים קוסמטיים בקליניקה פרטית יוקרתית לעומת בחירה של מנתח פלסטי אחר לעסוק בתיקון מומים אסתטיים במרפאת מתנדבים באפריקה), מידת ההיכרות עם דקויות מתרבות המטופל ו/או מידת הנכונות להשקיע מאמץ כדי ללמוד דקויות אלה (לדוגמא, מטפל שבוחר להקדיש מזמנו כדי ללמוד שפה זרה במטרה לתקשר עם הפונים בשפתם), פרשנות המרואיין למציאות החברתית-כלכלית-ביטחונית והמענה הראוי בעיניו לאתגרים שפרשנותו מציבה. חשוב לציין כי אף אחת מהשאלות שנשאלו לא עומדת בפני עצמה וניתן להסיק על אודות עמדותיו רק בהסתמך על התמונה המתקבלת ממארג אינטגרטיבי של המשמעויות השונות הנגזרות מהתשובות. בחרתי להציג שאלות אלה בעל-פה ולא בשאלון כתוב מפני שתשובות המרואיינים מעודדות שיחה המרחיבה את היקף האינפורמציה על אודות הרבדים השונים המרכיבים את עמדותיו של המרואיין, בהם, יחסיו עם ילדיו, בן/בת הזוג, נוף ילדותו, בחירותיו המקצועיות וסביבת עבודתו.

אוכלוסיית המחקר:

אל כמחצית מהמרואיינים הגעתי בעזרת ד"ר שלמה מנדלוביץ', ואל היתר בעזרת מכרים העוסקים בתחומים משלימים לפסיכיאטריה. רקע המרואיינים הטרוגני, הם אינם נמנים עם אותה רשת חברתית, לא חולקים מקום עבודה ואינם עמיתים ללימודים. יחד עם זאת, ניתן לקטלגם לשתי קבוצות מובחנות: האחת מכירה את המאפיינים התרבותיים-חברתיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה הראשון ואף חולקת עמו

אחדים מהם, והאחרת מכירה את המאפיינים התרבותיים-חברתיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה השני ומחזיקה בעמדות פוליטיות וחברתיות אשר נמצאות בהלימה לאתגר הטיפולי שמציב הפונה. חשוב לציין כי בהתאם לעקרונות האתיים של המחקר האיכותני, חלה הקפדה רבה על חיסיון הנתונים האישיים של המרואיינים. במטרה לשמור על פרטיות המרואיינים, הם מוצגים בשמות בדויים (דושניק וצבר בן יהושע 2002). בהנחה ששמו של אדם עשוי ללמד על אודות רקעו התרבותי-חברתי-פוליטי (כגון רקע דתי, עדתי, לאומי) נבחרו למרואיינים שמות בדויים הנאמנים לשמות המקוריים, לדוגמא, שם "תנ"כי" הומר בשם "תנ"כי" אחר, שם "צברי" הוחלף בשם "צברי" אחר וכדומה. מדיניות בחירת השמות משרתת צורך נוסף והוא מניעת הטייה אפשרית של החוקרת. יש מאפייני זהות נוספים שראוי היה להסוות אך לא ניתן לעשות זאת כיוון שהם מהווים מרכיבים מרכזיים בעמדותיהם של המרואיינים, לדוגמא, מקום המגורים או מקום העבודה (ליבליך וויסמן 2009, 50). ידיעת הנחקרים כי במחקר יעשה שימוש בשמות בדויים וחסיון עמדותיהם ישמר, אפשרה להם להביע עמדות שעשויות להיחשב בעיניהם כשנויות במחלוקת ולחשוף לבטים ורגשות

ממצאים

ליבת הפרק האמפירי של עבודת המחקר היא תיאור מדויק של האופן בו התייחסו המרואיינים לויניטיות – אבחנותיהם הקליניות, הטיפול שהציעו, מידת מעורבותם בישומן, והמילים בהן בחרו להשתמש בהתייחסותם לפונים המוצגים. בפרק אדון בשבע תמות שחילצתי מהראיונות בעזרת ניתוח אינדוקטיבי של הנתונים שאספתי בשדה המחקר: "תיאור המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע" בה אבחן את הדיאגנוזה שהציעו המרואיינים לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון, "תיאור המקרה השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע" בה אבחן את הדיאגנוזה שהציעו המרואיינים לפונה המוצג בתיאור המקרה השני; "היפוך התייחסות ושינוי תגובת הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה" בה אצביע על היפוך התייחסות הפסיכיאטר ושינוי תגובתו כלפי הפונה כנגזרת של מאפייניו; "מידת מעורבות הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה" בה אתמקד בסוגיית המעורבות האישית, לקיחת האחריות וההתגייסות למען הפונים; "היכרות ומורכבות – השפעת מידת הכרות הפסיכיאטר עם תרבות הפונה על מורכבות התייחסותו" בה אתחקה אחר תהליך האבחון בקשר מטפל-מטופל מבוסס היכרות לעומת קשר מטפל-מטופל שאינו מבוסס היכרות תוך בחינת האבחנה המבדלת, מידת האמפתיה והטיפול המוצע; "קירבה רעיונית בין עמדות המטפל למאפיינים החברתיים והתרבותיים של המטופל כקטליזטור להופעת אסוציאציות חופשיות" בה אבחן את נוכחות זמינות עולם האסוציאציות לסייע במציאת פתרון יצירתי כמושפעים ממידת הקירבה/פער בין מאפייניו התרבותיים-חברתיים של המטופל לעמדות הפוליטיות והחברתיות של המטפל; ולסיום אדון ב"השפעת עמדותיו של המטפל על תהליך קבלת ההחלטות באבחון הפסיכיאטרי", כלומר, בתהליכי קבלת החלטות באבחון הפסיכיאטרי כמושפעים מקירבה/פער בין עמדותיו של המטפל למאפיינים התרבותיים-חברתיים של המטופל.

אפתח בהצגת דוגמא לניתוח נרטיבי משולב – מבנה והקשר – מתוך ראיון מספר 4, ובהמשך אתמקד בניתוח תוכן.

ניתוח מבנה:

את התייחסותו של עמוס, פסיכיאטר המטפל במבוגרים במרכז לבריאות הנפש במרכז הארץ ופעיל לזכויות אדם, תושב תל-אביב המגדיר עצמו כ"שמאלן", לתיאור המקרה השני ניתן להסביר באמצעות המונח End-Point (להלן EP) שטבעו Gergen ו-Gergen, תיאורטיקנים מתחום הפסיכולוגיה, במאמר "Narrative of the self as relationship". לשיטתם, ה-EP הוא, לרוב, תהליך בלתי מודע ובלתי מכוון שמתרחש ברמה הפרה-לשונית ומציין "סימון" יעד סופי – תכלית, מטרה או מסר שהדובר מבקש להוכיח או להעביר באמצעות סיפור ספציפי (ספקטור-מרזל 2010, 69-70). משניסה המרואיין EP לדבריו, מתחיל השלב המרכזי ביצירה הנרטיבית – ברירה של אירועים ביוגרפים המתאימים לה ותומכים אותה (את ה-EP). גרגן וגרגן מציעים מודל נרטיבי שנבנה בחמישה שלבים: (1) קביעת EP; (2) ברירה של אירועים רלוונטים ל-EP; (3) סידור האירועים; (4) יצירת קשרים סיבתיים בין האירועים; (5) סימני תיחום המצביעים על תחילתו וסופו של נרטיב (Geren K.J. & Geren 1988, 17-56).

בתשובה לשאלתי "אתה מאמין לך?", פורס עמוס את משנתו המקצועית והמוסרית בדבר תפיסת תפקידו כפסיכיאטר, משנה אשר ניתן לזהות כ-EP של דבריו בקטע הנתון. מיד לאחר הצגת עמדתו האידאולוגית, הוא מגבה אותה באמצעות מתן דוגמאות ואנלוגיות אותן הוא בונה בסדר לוגי תוך סימון ברור של תחילת הסיפור וסופו באופן התואם את המודל הנרטיבי לגן וגרגן:

"תראי... אני... למדתי ואימצתי את האסטרטגיה שיש הבדל בין רופא וחוקר, למרות שלפעמים זה קצת דומה בפרקטיקה, כלומר, אנחנו חוקרים את האנשים, מה יש לך, איפה היית ומה עשית, אבל קונצפטואלית אני החלטתי שאני רופא ולא חוקר, ובמובן הזה, מה שתגידי לי, זו תהייה האמת, במירכאות. אם, בתוך סיפורך שלך, תתגלינה סתירות שאני לא מבין אותן, אני אברר, לא עליך, אלא איתך, כאילו אני לא אגיד, טוב בוא נשאל את השב"כ אם הוא באמת מכיר אותך. זו עמדה שהיא סוג של צדקנות גם כי שערי בנפשך שלחזר המיון הגיע, והיה לי כזה אחד גם כשהייתי בהתמחות בניה, שבא ואומר לי שהקג"ב רודף אחריו, עכשיו זה היה עולה חדש מרוסיה, זה היה לפני עשרים שנה, העלייה של שנות התשעים, זה היה עוד חדש, אף אחד לא ידע אם יש קג"ב או אין קג"ב אחרי ההתמוטטות של הזה, ולך תדע אם זה נכון או לא, עכשיו, מה בדיוק אני צריך לעשות – להתקשר לפוטין ולשאל אותו אם זה התפרק או לא? אז... וקרה לגבי סיפורים יותר בנאליים, השוטר אמר לי, אני מבקר אסירים בבית-סוהר,

אני מבקר איזה אסיר שהוא סלבריטאי, סלבריטאי במובן שזה מאוד היה, עורר, ערבי-ישראלי שהואשם בריגול, כדי לשלול את העובדה שהבן-אדם עונה, עכשיו הוא מספר לי סיפור, עכשיו, מוטלת עלי אחריות מאוד גדולה, האחריות היא קודם כל לטפל בבן-אדם אם חלילה עונה ולמנוע את עינויו באופן אקטיבי אבל יש לזה משמעות תקשורתית וזה יכול לעשות מהומות בכל מיני דברים אז הוא סיפר לי סיפור, על מה עשו לו, אז מה אני אלך לחוקר ואגיד: תגידו חבר'ה אתם באמת הושבתם אותו על כסא קטן ושמתם שק בראש? הרי אין לי אפשרות וגם זה לא. את יודעת. אז כל מה שאני יכול לעשות זה למצוא אי-הלימה בין כל מיני דברים לא רק בטקסט שיוצא מפיו אלא באיך שהוא מספר ובמה שאני רואה על גופו במובן של למשל סימני חבלה וצלקות את זה שזה חלק מהפרקטיקה של אנשים שמטפלים במי שעבר עינויים. אבל במקרה הזה, סליחה אני הגעתי לעינויים מבחור תמים, אבל הרעיון הוא – אם אני מאמין להם? אני מאמין להם עד שיש אי-הלימה בטקסטים בין איך שהם מביאים אותם ומה שהם אומרים ואז אני צריך לחפש." (4, 121-141)

כפי שניתן לראות, ה-EP של עמוס מופיעה כבר במשפט הפתיחה: "אני החלטתי שאני רופא ולא חוקר", ולאחריה מובאת שורה ארוכה של דוגמאות, אנלוגיות, הסברים ופרשנויות במטרה לתמוך את ה-EP: "היה לי כזה אחד [מטופל, ר.ג.] גם כשהייתי בהתמחות בגהה, שבא ואומר לי שהקג"ב רודף אחריו (...)" ולך תדע אם זה נכון או לא, עכשיו, מה בדיוק אני צריך לעשות – להתקשר לפוטין ולשאול אותו אם זה התפרק או לא?"; "אני מבקר איזה אסיר (...) כדי לשלול את העובדה שהבן-אדם עונה (...) אז הוא סיפר לי סיפור, על מה עשו לו, אז מה אני אלך לחוקר ואגיד: "תגידו חבר'ה אתם באמת הושבתם אותו על כסא קטן ושמתם שק בראש?".

תמה צורנית נוספת הבולטת בראיון עם עמוס היא השתיקה. עמוס שותק באופן דומה לזה בו אחרים מדברים, כלומר, הוא "משתמש" בשתיקה ככלי ביטוי באמצעותו הוא מביע את דעותיו או עמדותיו בדבר הנושא הנדון. בהתייחסו לתיאור המקרה הראשון שתיקותיו התפרשו כ"שתיקה אסטרטגית" (תובל-משיח 2007, 8) – החלטה מודעת שקיבל המראויין, עמדה לפיה שתיקה תוביל לפתרון המהיר ביותר לבעיה (שם, שם); עמוס הניח כי אם ישתוק ולא יספק את המענה המבוקש, הדבר ירפא את ידי (המראיינת) ויאליץ אותי לעבור לנושא אחר בראיון. משהבין שאין בכוונתי להניח לעניין, הפכה שתיקותו ל"שתיקה

כמחאה" (שם, שם) – שתיקה שמבטאת התנגדות נחרצת לשיתוף פעולה. בשלב השלישי עמוס ביטא את שתיקתו במילים:

מראינת (מעטה ואילך "ר"): "אוקי... אז איך.."

עמוס: "כאילו הציפייה שלך שאני אגיד אבחנה?"

ר: "כן"

עמוס: "אני לא יכול..."

(71-68, 4)

ר: "ואין לך חשד לכיוון מסוים?"

עמוס: "אני מסרב בכל תוקף כמו שאת רואה לתת היפותזה אחת.."

(94-93, 4)

בשיחה על אודות המקרה השני שאלתי את עמוס אם הוא מאמין למטופל המתואר ותגובתו נפתחה בשתיקה בת שמונה-עשרה שניות ולבסוף נקטעה במילים: "טוב זה יגמר תיכף הא... יש מספיק זמן לשקט?" בשונה מהשתיקות הקודמות שתיארתי, שתיקה זו נדמית כהפוגה ברצף הדיבור המאפשרת התבוננות פנימית (שם, שם), זמן לארגון החשיבה, ושיטוט באסוציאציות שמזמן הראיון.

ניתוח הקשר:

ניתוח הקשר ברמה המיידית מתייחס למרחב האינטרסובייקטיבי, ליחסי מראיין-מרואיין ולאינטראקציה ביניהם. לפי תובל-משיח, כפי שמובא במאמרה "מבט נרטיבי על דיאלוג" (שם, 6), ההקשר האינטרסובייקטיבי מנחה את השימוש בלשון (המאפשר הבנה הדדית), משפיע על מצבי הרוח, על הכוונות ועל המוטיבציות במהלך יצירת הנרטיב, וכן, מעצב את היחסים בין המרואיין ובן שיחו. ניתוח הקשר ברמת המיקרו מתייחס למרחב החברתי-היסטורי בו המרואיין ממקם עצמו ואגב כך מצביע על עולם הערכים המעצב את דמותו: אירועים היסטוריים, מבנים חברתיים ושדות פעולה הרלוונטיים

להווייתו. במקרה הנדון, עמוס יוצר קירבה בין האדם המתואר במקרה הראשון לבינו באמצעות אנלוגיות ואגב כך מגדיר את מרחבו החברתי-היסטורי:

"הייתי שואל אותו מה זה חש פעמי משיח – האם אתה שומע את פעמי המשיח? האם אתה מריח אותם? כי פעמי משיח זה לפעמים גם אני חש – כשנתחם חוזה שלום או לא יודע מה (...) מזה מתפתחת שיחה שנועדה לברר האם יש כאן מצב פסיכוטי שהוא לא רק רוממות הרוח מההתעלות שהרבי מלובביץ משרה עלי, שזה בסדר, זה יכול לקרות, גם בהתאהבות, של בני זוג לא חרדים, רגילים." (4, 83-89)

בציטוט המובא לעיל יוצר עמוס הקבלות בין עולמו של המטופל לעולמו שלו. הגם שעמוס מונע ממוטיבציה חיובית – יצירת קירבה, הזדהות והבנה שתאפשר לו לספק לפונה המתואר את הטיפול המתאים ביותר – הוא, אגב אורחא, חושף את הערכים המהותיים בעיניו ומציב את ערכי הפונה ("פעמי משיח") וערכיו שלו ("כשנתחם חוזה שלום") משני צידי המשוואה. זאת ועוד, בדבריו "בהתאהבות של בני זוג לא חרדים, רגילים", ניתן לזהות סאב-טקסט המגדיר את החרדי כשונה ואת מי שאינו חרדי כרגיל, נורמטיבי.

ניתוח הקשר ברמת המאקרו מתייחס למטא-נרטיבים התרבותיים, רשתות משמעות המשקפות אמונות ותמות תרבותיות המספקות לסיפור המקומי לגיטימיות ועקביות. בכל נרטיב מהדהדים מטא-נרטיבים מקומיים ו/או אוניברסאליים (שם, 7). המטא-נרטיב מבנה את הנרטיב, מעצב את עלילתו וקובע מיהם גיבוריו. אשר על כן, חשוב לחלץ את המטא-נרטיב מתוך הטקסט למרות שלרוב הוא חבוי תחת שכבות של הגנות ואינו ידוע אף למספר עצמו.

"זה כמו שמישהו בא ומתלונן בפני על כאבי ראש, אז אני אתן לו אקמול כדי שלא יכאב לו הראש כי זה די מעצבן ועצוב ורע כשכואב לך הראש אבל אם אני אסתפק רק באקמול זה יהיה רע" (4, 73-75)

עמוס יוצר אנלוגיה בין מלאכת האבחון הפסיכיאטרי לזו של רופא משפחה ובכך (א) מנגיש את הליך האבחון הפסיכיאטרי למי שאינו מצוי בתחום; (ב) מדגיש את היותו רופא. אליוט פריידסון, חוקר מרכזי בתחום הפרופסיות בכלל והפרופסיה הרפואית בפרט, טוען כי פרופסיות שמצליחות להבנות בקרב

הציבור וקובעי המדיניות אמונה כי (א) מי שחסר את ההכשרה והניסיון הנדרשים לא יוכל, בשום נסיבות שהן, להבין אותן; (ב) הן לא יכולות לעבור סטנדרטיזציה, רציונליזציה או הסחרה; (ג) מטרות הפרופסיה הן מטרות נעלות שאף עשויות לעמוד מעל למטרותיהם של מקבלי שירותי הפרופסיה; חופשיות לדרוש אי-תלות במנגנוני השוק (הנשלטים על-ידי עקרונות של ביקוש והיצע), ובמנגנוני הביורוקרטיה (הנשלטים על-ידי מנהלים מקצועיים שאינם חברי הפרופסיה) (Freidson 2001). בהשאלה לאירוע הראיוני, עמוס כמו מזכיר לי, המראיינת, שפסיכיאטריה היא חלק מהפרופסיה הרפואית, פרופסיה אשר עונה על שלושת התנאים שמגדיר פריידסון, ולכן ראויה ליחס מיוחד השמור למומחה בתחום ("אני הרופא ולכן היכולת שלך להשיג על הקביעות המקצועיות שלך; מוגבלת"). בעשותו כן, הוא משמר ומשתק היררכיה מקצועית-תרבותית בה הרופא הוא בעל ידע שאינו ניתן לחלוקה עם מי שאינו רופא ועל כן הוא נמצא בעמדת כוח שאין לערער עליה.

תיאור המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע

"המקרה מאוד מוזר כי בן-אדם במצב מאני או פסיכוטי מאוד קשה לו ללמוד, יש לו דיסטלקטיביות, יש לו קשיי ריכוז מאוד גדולים, אם הוא לומד בצורה אינטנסיבית אז זה אומר שיש לו ריכוז טוב זה אומר שאו מה שהיה קודם זה משהו חולף, לא יודע, בגלל שהוא לקח סמים, או... אם זה חלף זה חלף, **אם בן-אדם יכול לתפקד וללמוד הרבה שעות זה מאוד קשה ללמוד עשר שעותביום, זה קשה. זה קשה מבחינת הרצף של הזמן זה קשה מבחינת הריכוז הגבוה שהלימודים דורשים. אם בן-אדם מסוגל לעשות את זה מבחינתי הוא לא חולה**" [ההדגשה שלי, ר.ג.] (2, 46-51)

כך איבחן דוד, פסיכיאטר חרדי המטפל במבוגרים ובילדים בבית חולים במרכז הארץ, תושב ישוב חרדי, את הפונה המתואר במקרה הראשון. התרשמות דומה מסרה שרה, פסיכיאטרית המטפלת במבוגרים ובילדים, תושבת ירושלים, המנהלת אורח חיים דתי ומשתייכת לקהילה המגדירה עצמה כדתיים לאומיים ציוניים:

"...אני לא לפי זה אקבע עדיין אבחנה. כן? זה שהוא מאמין שיש פעמי משיח ורבי מלובביץ' הוא המשיח, אם הוא כולו בתוך החב'דניקיות וזה, אז זה בסדר מבחינתו. בגלל זה מה שמחשיד זה שהוא ראה אותו הולך. כי זה הם לא יגידו, כן? עם הכל אדקוטי, הכל מתאים, הם לא ישנים שעתיים, זה לא נורמאלי לישון שעתיים, הוא אומר שהוא כן עיף, אדם שהוא ממש מאני יכול לישון שעתיים והוא לא עיף, אשאל איך הוא אוכל, זה ברור שחייב להיות תמונה מלאה יותר. זה שאדם מאמין במשיח ושהרבי מלובביץ' הוא המשיח זה לא הופך אותו לחולה אם הוא חב'דניק." [ההדגשה שלי, ר.ג.], (1), 74-

(69)

אברהם, פסיכיאטר המטפל במבוגרים בבית חולים פסיכיאטרי, תושב ירושלים, מגדיר עצמו כאורתודוקסי מודרני, גילה זהירות במתן האבחנה ולבסוף קבע כי "הרמז היה שהוא ראה את הרבי מחב"ד מתהלך, זה כבר חריג, אבל לא על סמך זה לבד אני יכול להגיע למסקנה":

"...חזרה בתשובה בעקבות epiphany סוג של התגלות, שאדם פתאום קולט שיש משמעות וזה לא פסיכוזת, זה גם משהו שקורה לאנשים אז ההתחזקות שאת מתארת זו נורית אזהרה אבל אני לא יודע מה זה אומר הייתי מנסה להבין מה קורה לפי מה שאת מתארת על התרגשות הזאת אני מצפה שכשאני מדבר איתו אני אתחיל לשמוע דברים שזה מעבר למה שחסידי חב'ד'ניקי משיחי אמור להרגיש. הרמז היה שהוא ראה את הרבי מחב"ד מתהלך, זה כבר חריג, אבל לא על סמך זה לבד אני יכול להגיע למסקנה." [ההדגשה שלי, ר.ג.], (9), (133-138)

גם ויקטור, פסיכיאטר המטפל במבוגרים ובילדים במרפאה פריפריאלית לבריאות הנפש, תושב ישוב דתי-לאומי, מגדיר את עמדתו הפוליטית כ"הייתי ימני, עכשיו מרכז", קבע כי הפונה אינו מצוי במצב פסיכוטי:

"זה שהוא לומד דת הוא לא מסכן בשום צורה אף אחת, וזה עדיין לא פסיכוטי ללמוד דת ולהתחזק בדת. אז אני לא הייתי מתעקש אם הוא לא רוצה טיפול פסיכיאטרי, אפילו אם יש שם משהו פסיכוטי, לא הייתי מתעקש". [ההדגשה שלי, ר.ג.], (8), (49-51)

אבחנתם של דוד, שרה, אברהם וויקטור מתבססת על סריקת המאפיינים ההתנהגותיים והמילוליים, בחינתם, דירוג הפרטים על ציר בריא-פתולוגי וקביעה כי למרות קיומם של מרכיבים פתולוגיים, הפונה המוצג בתיאור המקרה – בריא. לשיטתם, כפי שעולה מהציטוטים לעיל, מכלול המרכיבים הבריאים עולה על מכלול המרכיבים הפתולוגיים ולכן "הוא לא חולה". בארבע ההתייחסות, הניתוח נסמך על היכרות עמוקה עם תרבות הפונה.

ווליד, פסיכיאטר המטפל במבוגרים במרכז לבריאות הנפש באחד מישובי "המשולש" ובבית חולים במרכז הארץ, תושב "המשולש", מגדיר עצמו כשמאלן מצביע חד"ש, איבחן את הפונה הנדון באופן שונה:

וליד: "כדור שינה לא הייתי נותן לו... הייתי מחטט ומחפש אם יש הפרעות בפרספציה, הלוצינציות שמיעה, ראייה, סימנים שנידריאנים מה שניקרא, מחשבות שווא, דלוזיות, עוקבים אחריו, אה... אני יודע מה, רודפים אחריו, מתנכלים לו, שונאים אותו מתכננים להרוג אותו ואם זה אולי בכיוון הדיכאוני צריך גם לשאול ולחטט שמה על סימפטולוגיה דיכאונית כולל מצב רות, עצבנות, ריכוז, רגשי אשמה, תיאבון אה..."

ר: "כמו מה זה נשמע לך יותר?"

וליד: "נשמע לי יותר פסיכוזה. [ההדגשה שלי, ר.ג.] כולם שם בישיבה רואים את הרכיב או רק הוא?"

ר: "ואז איך היית מטפל?"

וליד: "נותן לו טיפול אנטי-פסיכוטי. [ההדגשה שלי, ר.ג.] אין מספיק פה בשר כדי חד משמעי להגיד את זה אבל אני איכשהו מצלצל לי משהו פסיכוטי פה, אם יש באמת הלוצינציות, לא שמעתי את זה ממנו, אם זה חלק מהאמונה, זה חשוב העניין האמונה בדת וכל ה... זה מבלבל לפעמים אבל נשמע לי שזה או הלוצינציות ראייה, הוא בטח גם שמע אותן, צריך לשאול אותו הלאה, צריך להיות זהיר אבל נשמע לי בגדול אנטי-פסיכוטי הוא צריך."

ר: "הוא מסרב לטיפול אך נדמה כי בעקבות הלימוד האינטנסיבי בישיבה הוא נרגע"

וליד: "זה לא מספיק לי, [ההדגשה שלי, ר.ג.] גם לפי החוק זה לא מספיק לי. תשאל אותי למה"

ר: "למה?"

וליד: "כל עוד אין מסוכנות לעצמו ולסביבתו, מיידית או לא מיידית, אני לא אתערב, שיהיה לו לבריאות, שיירגע, אני אמליץ אפילו הם יקבלו את ההמלצה שלי בישיבה שיהיה עשרים וארבע שעות בישיבה אם

זה מרגיע אותו אם זה הפתרון אין לי נגד, אבל אם הוא מתכנן לזרוק את הרב שמה או אחד התלמידים או לפגוע באשתו או בילדיו או בשכנים, אני לא יודע מה הוא מתכנן כי הרב שראה אותו מסתובב שמה אמר לו או העביר לו מסר – תשמע שהוא במכולת זה אחד שחייבים לחסל אותו – אני לא יודע באיזה יום עונה אבל צריך לברר את זה ואז **אני חייב לנקוט בצעד ידוע אני פונה לפסיכיאטר המחוזי ומוציא לו הוראת אשפוז בכפייה. חד-משמעי וחלק. אני אחראי.** [ההדגשה שלי, ר.ג.] ברגע שיקרא משהו שמה זה עלי, בוודאי שזה עלי, אני מאמין שפיקששתי, אז היה מל פרקטיס. " (3, 29-52)

בשונה מהדפוס הקודם שהצגתי, וליד מבסס אבחנתו על סימפטומים נטולי הקשר ובוחר את התופעות הקליניות אל מול העולם הרציונאלי שלו. וליד מתייחס לשורה התחתונה – "יתכן שהוא ראה את הרבי מלובביץ'?" – התשובה השלילית משמשת עבורו אינדיקציה כי הפונה נתון במצב פסיכוטי. זאת ועוד, הנחות המשנה של וליד הן הנחות משנה מחמירות: הוא מבקש לבצע אשפוז מונע, כלומר, הוא מניח שעלולה להתרחש החמרה קלינית במסגרתה עשוי הפונה לשמוע קולות והקולות שישמע יורו לו לבצע מעשים אלימים.

דיאגנוזה דומה מסר אמיר, פסיכיאטר המטפל בילדים ובנוער בבית חולים במרכז הארץ, תושב תל-אביב, מגדיר עצמו כשמאלן המשייך ל"שמאל יותר קיצוני ממש מתלבט כרגע בין חד"ש ובל"ד":

"הכי סביר זה שהוא נמצא בתחילה של אפיזודה ב-פולארית. זה מה שהמקרה מכון אליו. זה ש... הפרט שהוא סיים שירות צבאי מלא כקצין הוא מאוד חשוב מבחינת זה שהוא כנראה איש לא מוזר, אה, ואז הסבירות, **שתי האבחנות המתחרות הם משהו בספקטרום הסכיזופרני והפרעת אישיות גבולית** אממ... אבל בוא נגיד, הסבירות שמישהו בסוף יהיה סכיזופרני היא נמוכה, אין הפרעה תפקודית, זה מאוד מכון... אה... לכיוון... צריך להתחיל את האנמנזה כמובן, אבל **אם צריך לשים במקום הראשון אז אני מניח שזה אפיזודה מאנית.**" [הדגשות שלי, ר.ג.] (6, 20-25)

יונתן, פסיכיאטר המשרת באחת מזרועות הביטחון, תושב תל-אביב, מגדיר עצמו כשמאלן מצביע מר"צ, שותף אף הוא לאבחנה כי הפונה המתואר במקרה הראשון נתון במצב פסיכוטי:

"... יש יותר מידי סימפטומים שהם סימפטומים פיזיולוגיים בשביל לא להתייחס לזה כאל הפרעה נפשית מרבית בעיות השינה או הפרעות השינה נובעות מבעיות נפשיות, צריך להבין אם מדובר פה בדיכאון או בפסיכוזה, העניין שהוא רואה את הרבי מסתובב זה לא משהו שעולה בקנה אחד עם החוויה התרבותית לפחות למיטב הבנתי, של אה... זה, ולכן הייתי נוטה יותר לכיוון הפסיכוטי, במקרה הזה, והייתי מדבר איתו על העובדה הזאת. בסופו של דבר הייתי מציע טיפול אנטי-פסיכוטי". [הדגשות שלי, ר.ג.], (5)

(62-57)

כמותם סבור גם אלון, פסיכיאטר המטפל במבוגרים בבית חולים במרכז הארץ ופעיל לזכויות אדם, תושב תל-אביב, מגדיר עצמו כ"משתיך לשמאל או למה שמוגדר כיום כשמאל רדיקאלי":

אלון: "היו כמה דברים אני חושב, גם הבעיות שינה... זה קצת בעייתי כי הרי איך אנחנו אומרים מחשבת שווא – מחשבה שלא מתאימה לתרבות ולהיסטוריה ולרקע וזה בדיוק כאילו, ענייני דת, זה החלק הכי, בין הטריקים ביותר. זאת אומרת, גם כשאני מרצה לסטודנטים, נגיד, על פניו, לפני שישים שנה היה שמונים מיליון איש שחשבו שיהודים שולטים פה בעולם, משני הצדדים של אותה מדינה, זאת אומרת, קפיטליזם וקומוניזם, זו מחשבת שווא או שזה מציאותי, פסיכוטיים או לא פסיכוטיים אז כשזה מגיע לענייני דת ואמונה אני הרבה יותר זהיר למשל, גם אובססיה, OCD, בטקסים דתיים, איפה עובד הגבול? צריך להיות מאוד עדין וזהיר. יש לי גם מטופלים שהם לא פסיכוטיים שאומרים שאני הולך למתקשר או מכשפה או אני מאמין שאני גלגול נשמות של אז לא לכל אחד אני מחלק תוויות אבל במצב הזה הייתי הולך לחומרה דוקא אבל רק בגלל הוא הגיע אלי ומתלונן על בעיות שינה."

ר: "ואז מה היית עושה?"

אלון: "נותן אבחנת עבודה של מצב מאני או היפו-מאני ומנסה לאזן שזה גם אגב חלק מהטיפול

וממשיך איתו" (7, 14-25)

ארבע האבחנות המופיעות לעיל, כולן של פסיכיאטרים המגדירים עצמם כשמאל פוליטי, מגיעות, בסופו של תהליך הניתוח, למסקנה שהפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון מצוי באפיזודה פסיכוטית ניתן אמנם לזהות מידה משתנה של רגישות לפרטים וכן רמה הצהרתית גבוהה בדבר קיומן של "נסיבות

מקלות", כלומר, מאפיינים תרבותיים ותקופתיים העשויים להסביר בצורה מתונה יותר את התנהגות הפונה. למרות המודעות שמפגינים הפסיכיאטרים הם מאבחנים את הפונה הנדון כחולה, זאת בשונה מהפסיכיאטרים המגדירים עצמם כאנשי ימין.

התמה הראשונה חושפת פערים באבחנה ובטיפול המוצע על-ידי פסיכיאטרים בעלי עמדות פוליטיות וחברתיות שונות. האבחנה מקלה כאשר קיים דמיון בין עמדות המטפל למאפייניו התרבותיים-חברתיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה ומחמירה כאשר יש מרחק רעיוני בין עמדות המטפל למאפייניו של הפונה.

תיאור המקרה השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע

דוד: "טוב, יש כמה דיונים על זה: יש את הדיון הקליני הטהור – PTSD, יש PTSD ופסיכוזה, היום מדברים הרבה על PTSD ופסיכוזה, מה האבחנה, מה הטיפול, ויש גם כל מיני עניינים קשורים לרווחים משניים, יש גם תחלואה נלווית, יש אנשים שמגדירים עצמם כהלומי קרב למשל או PTSD, ובעצם הם מוכרים כחולים במחלות אחרות מובהקים ככה. זו תווית יפה לפעמים..."

ר: "במקום?"

דוד: "במקום חולי סכיזופרניה..."

ר: "ואיך היית..."

דוד: "בחדר מיון פסיכיאטרי יש אנשים שבאים לבית חולים כי הם בורחים ממישהו והם רוצים להיות כמה ימים באשפוז כדי שלא ימצאו אותם זה קורה. יש אנשים שמחפשים קצת יותר ממקלט, שמחפשים קצבה... הוא היה גר עם אחיו שנפטר לפני שלושה חודשים אז עכשיו אין תמיכה..." (2, 57-66)

דוד: "...אני חושב שהפסיכיאטר, כל רופא בכלל, לפעמים הוא נתון במניפולציות וזה לא נכון לטיפול

בזה אז אם יש איזשהו משהו כזה אז חשוב לבדוק"

ר: "איזו מניפולציה למשל, פה?"

דוד: "למשל, בן-אדם מתחזה, אם יש בן-אדם מתחזה מה עושים? בודקים אותו פעם אחד עוד פעם עוד פעם, רואים אם מה שהוא אומר זה קונסיסטנטי, אם הוא לא סותר את עצמו, אם זה תואם פחות או יותר את מה שאנחנו יודעים על הפרעות פסיכיאטריות..."

ר: "אז איך היית מטפל בו בשלב הזה? היית מטפל בו?"

דוד: "אני חושב שכן. יכול להיות שהיית, כי כרגע זה ברח לי, הייתי מטלפן לאיזה קולגה כדי להתייעץ אם יש חובת דיווח, אין חובת דיווח, כי צריך להיות בסדר לפי החוק." (2, 76-84)

כך הגיב דוד לפונה המוצג בתיאור המקרה השני. לדבריו, הפרעת דחק בתר-חבלתית היא ניסוח אופנתי, תקין-פוליטי, להפרעה אחרת – סכיזופרניה. החלופה שהוא מציע לסכיזופרניה חמורה אף יותר – היא שוללת את מרכיב המחלה ומחשידה את הפונה במניפולציה. מרגע שהתעורר חשד במהימנותו של הפונה, כל התייחסות למקרה מצידה של הסמכות המטפלת עלולה להיות בעלת אופי מתגונן ובודאי תפגע בכלים "ממשפחת האמפתיה" עד כדי המרת טיפול רפואי בטיפול של רשויות אכיפת החוק. דרך הפעולה המוצעת על-ידי דוד, לא רק שאיננה מציעה פתרון רפואי באחריות המדינה אלא בוחנת אפשרות בה קיימת סבירות גבוהה שהפונה יענש על-ידי המדינה. ("הפניה לרשויות" נתפסת בעיני כהפניה למסגרת אכיפת החוק. יתכן ופרשנות זו לפיה "הפניה לרשויות" משמעותה הפנייה לרשות שיפוטית, משטרה או רשות האוכלוסין וההגירה, בשונה מפרשנות אפשרית לפיה "הפניה לרשויות" משמעותה הפנייה לגורמי טיפול וסעד מבטאת הטיה הנובעת מפרשנות המציאות לאור עמדותיה של החוקרת). היחס החשדן כלפי הפונה המתואר במקרה השני ניכר גם בחוות דעתה של שרה:

שרה: "צריך יותר פרטים. כמובן עולה השאלה האם מדובר פה בדיכאון או האם מדובר פה במשהו

פרנואידי (...). אני הייתי חוקרת פה גם את דברים העובדתיים – אם אתה באמת היית סייען אז למה רודפים אחריו פה בארץ? איפה המשפחה שלו? אם המשפחה שלו חיה איתו... נאמר והמשפחה היתה בעזה, צריך לשאול בני כמה הילדים שלו וזה, אם הוא בכלל חוזר לעזה, לא חוזר לעזה? אם הוא כן חוזר אז הוא בטח לא ממש מפחד, כלומר, הייתי מנסה לבדוק דרך עובדות, כלומר, זה לא בלתי אפשרי, אני לא ישר אחשוב על מישהו כזה שהוא, אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפנייה לבית-חולים, אם הוא שב"ח אז הוא מסכן את עצמו בלפנות למקום ציבורי וכו', ברור שהוא מספיק סובל, אלא אם כן הוא

חושב שכן יטפלו בו פה וזה אבל הוא מסכן את עצמו בלפנות אזאני כן אחפש אם יש לו פה רווח

משני. זה לא שאני לא אחפש."

ר: "של...?"

שרה: "אם יש לו משהו מול השב"כ או משהו כזה, כן? או שהוא מקווה שככה הוא יקבל אישור של

המשפחה שלו לבוא, אני לא יודעת..." (1, 95-106)

כידוע, הלשון, הניב, השפה והמשלב (רמות לשון שונות בהן משתמשים דוברים, לדוגמא, לשון מליצית, לשון תקנית, סלנג) כמו גם בחירת המילים מבטאות לעתים קרובות את עמדות הדובר, לרבות עמדותיו האידיאולוגיות. השפה, מערכת אוטונומית באופן יחסי, משמשת במידה שווה את הפועל והבורגני, את הגבר והאישה את האידיאליסט והמטריאליסט, ודווקא משום כך – שהשפה היא היסוד המשותף לכל תצורות השיח – היא אחת הזירות בהן ובאמצעותן מתנהל המאבק בין עמדות פוליטיות וחברתיות. לדוגמא, לשטחים שעברו לשליטת ישראל במלחמת 67' מספר כינויים, בהם, השטחים הכבושים, השטחים המוחזקים, השטחים המשוחררים. כל אחד מאלה מייצג מרכיב אידיאולוגי שונה.

בהתאם לזאת, המילים בהן בחרו המרואיינים להשתמש מייצגות מרכיב אידיאולוגי המשקף את עולם הערכים שלהם וחושפות עמדה שיפוטית, לאומנית וחשדנית כלפי הפונה. שרה מכנה את הפונה המתואר בתיאור המקרה השני "שב"ח" – "אם הוא שב"ח אז הוא מסכן את עצמו בלפנות למקום ציבורי וכו'..."; דוד מכנה אותו "משת"פ" – "אני לא יודע בדיוק אבל המשת"פים מקבלים כסף, לא?"; וויקטור מכנה אותו "ערבי" – ר: "בן 48, נשוי ואב לארבעה ילדים, ילדים עזה, ב... / י: "ערבי? / ר: "כן"; זאת על אף שהמונחים לא הוזכרו בתיאור המקרה ולא נאמרו על-ידי (ובשונה מהפסיכיאטרים שעמדותיהם ליבראליות ומגדירים עצמם כאנשי שמאל אשר התייחסו אליו כ"פונה" או "המטופל").

ארבעה מרואיינים אחרים הגיבו באופן שונה לפונה המוצג בתיאור המקרה והציעו דיאגנוזה חלופית. וליד קבע ללא היסוס כי מדובר בהפרעת דחק בתר-חבלתית (Post Traumatic Stress Disorder):

"נראה לי זה מצב דיכאוני פוסט-טראומטי. יש תסמינים דיכאוניים ותסמינים פוסט-טראומטיים, PTSD

קלאסי, יש מצב דיכאוני אין תסמינים פסיכויטיים, פה יש תסמינים, אין עוצמה, הכי הכי בולט, קודם כל

יש תסמינים דיכאוניים ויש תסמינים פוסט-טראומטיים, קלאסיקה, הוא צריך אנטי-דיכאוני.

[הדגשות שלי, ר.ג.]

(3, 54-56)

אבחנה דומה הציעו גם עמוס, אמיר ויונתן:

עמוס: **"טוב פה יש תסמונת פוסט-טראומטית, סליחה, לא, אין פה תסמונת פוסט-טראומטית, פה יש חשד סביר שדורש בירור לתסמונת פוסט-טראומטית, וכמובן איזושהי סוג של תגובה הסתגלותית אחרי שאח שלו נפטר וזה אז אולי התלבשה על התסמונת פוסט-טראומטית שהתפתחה עוד קודם לכן. זהו."** (4), (117-119)

אמיר: **"זה מורכב. הבעיה הכי קשה, מה שחסר זה שאני לא יודע איפה הוא היה בצבא ואם הוא היה קצין או לא, בחוש הומור. זאת אומרת, אין לי פה אנמנזה, אין לי פה הטרואנמנזה וכדי לפסול את ההפרעות המאוד קשות, הסכיזופרניות ואת ההפרעות אישיות קשות, בטח על סמך פגישה אחת, זה נורא חשוב ואין לי את זה פה. על פניו, הדברים המהותיים, בהנחה והוא כן מתפקד, זה דיכאון, דיכאון אולי אפילו בעוצמה שמתקרבת לדיכאון פסיכוטי, PTSD פעיל, על פניו, זה הדברים שנמצאים במקום גבוה."** (6, 44-48)

יונתן: **"טוב, זה נשמע כמו מישהו באפיזודה דיכאונית לא הייתי חושב שהוא פסיכוטי למרות שכאילו יש את המאפיינים הרודפניים, הם נראים לי קוהרנטיים לסיטואציה, עכשיו השאלה היא לגבי טיפול תרופתי, אני מניח, אה... מצד אחד אני הייתי נוטה כן להמליץ על טיפול תרופתי במקרה כזה, מצד שני אין לו ביטוח."**

ר: **"של נוגדי דיכאון??"**

יונתן: **"של נוגדי דיכאון. כן. מצד שני, אין לו ביטוח. וזה שאלה מה הוא, איך הוא יוכל להמשיך להשיג את הטיפול התרופתי הזה. אפשר לנסות לתת לו לפחות לחלק מהתרופה מסטוקים את יודעת, מדוגמאות של חברות תרופות. זה פחות או יותר מה שהייתי, אבל הייתי ממליץ על טיפול תרופתי נוגד דיכאון במקרה הזה."** (5, 74-82)

כפי שניתן לראות, ארבעת הפסיכיאטרים שאת עמדותיהם ניתן להגדיר כליבראליות ואף מגדירים עצמם כאנשי שמאל אבחנו את הפונה המוצג בתיאור המקרה השני כסובל מהפרעת דחק בתר-חבלתית או מדיכאון בתר-חבלתי והציעו טיפול שעניינו שמירה על הפונה והקלה על מצוקתו. בתהליך האבחון בלטה רמת אמפתיה גבוהה כלפי הפונה ומתן "קרדיט" לדיווחו. החשש ממניפולציה, גם אם קיים, נשאר מחוץ לתחומי הסיטואציה הטיפולית ובהמשך לאבחנה. בשונה מקבוצת הפסיכיאטרים החולקים עמדות בעלות מאפיינים לאומיים ודתיים, אין ניסיון לאבחן אותו כסכיזופרן או כפרנואידי ואין התלבטות בשאלה האם להעבירו להמשך טיפול במסגרת רשויות אכיפת החוק.

התמה השנייה חושפת פערים באבחנה ובטיפול המוצע על-ידי פסיכיאטרים בעלי עמדות פוליטיות וחברתיות שונות. האבחנה מחמירה כאשר יש מרחק רעיוני בין עמדות המטפל למאפיינים התרבותיים-חברתיים של הפונה ומקלה כאשר יש מרכיב ערכי משמעותי בעמדת המטפל אשר נמצא בהלימה לאתגר הטיפולי שמציבים מאפייניו התרבותיים-חברתיים-גאופוליטיים של הפונה המוצג בתיאור המקרה.

היפוך התייחסות ושינוי תגובת הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה

שרה גילתה רגישות רבה לתרבותו של הפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון. היא התעניינה באמונתו, בשגרת יומו, במשפחתו והפגינה בקיאות מרשימה במנהגים של הזרמים השונים במגזר הדתי:

"... קודם כל צריך לברר לאיזה פלג של חב"ד הוא שייך, כן? כי יש את שני הפלגים העיקריים שמאמינים במשיח, שמאמינים ש, כלומר מה זה במשיח, כולם מאמינים במשיח, שמאמינים שרבי מלובביץ' האחרון היה המשיח ויש שלא מאמינים. צריך לברר למי הוא שייך (...). אם הוא מקפיד במצוות, כן? האם... גם אני כל מיני אברר דברים שלא קשורים בהלכה כמו דברים שקשורים באשתן בנשים אחרות וכו' אבל ודאי בדברים ההלכתיים כן? (...) על איזה דברים הוא מקפיד שם, כן? אה... מה הוא עושה בשעות שהוא לא ישן? יושב ולומד? מה הוא לומד? האם הוא לומד תניא שזה ספר בסיסי

שלהם ובזה הוא מעמיק או שהוא לומד דברים שהם לגמרי הזויים כלומר, אם מישהו עכשיו חב"דניק ויושב כל היום ולומד תניא זה סביר, זה משהו שסביר שהוא יעשה." (1, 38-63)

שרה הפגינה רגישות עמוקה ורבת מימדים המלווה במידה ניכרת של הבנה וסובלנות חפה משיפוטיות לשונות שמייצג הפונה. הרגישות, העניין, החום, ההבנה והחמלה שכה בלטה בהתייחסותה לפונה המתואר במקרה הראשון הומרו בחשדנות, רשמיות, והצמדות למרכיב הקליני-סימפטומטי (נטול הקשר תרבותי) בהתייחסותה לתיאור המקרה השני:

"אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפנייה לבית-חולים, אם הוא שב"ח אז הוא מסכן את עצמו בלפנות למקום ציבורי וכו', ברור שהוא מספיק סובל, אלא אם כן הוא חושב שכן יטפלו בו פה וזה אבל הוא מסכן את עצמו בלפנות אז אני כן אחפש אם יש לו פה רווח משני... אם יש לו משהו מול השב"כ או משהו כזה, כן? או שהוא מקווה שככה הוא יקבל אישור של המשפחה שלו לבוא אני לא יודעת..." (1, 102-107)

אותו ההיפוך בהתייחסות ניכר גם בגישתו של דוד אשר ניגש לאבחנת המטופל המתואר במקרה הראשון בזהירות תוך הדגשת הצורך באנמנזה מקיפה:

"קודם כל הייתי בודק אותו, איך הקצב של החשיבה, איך האסוציאציות, אם יש לו קשרים חדשים, אם יש לו הרבה טלפונים – אחד הסימנים הראשונים במצב מאני זה שימוש מופרז כל היום בטלפון. הייתי בודק את החוויות הדתיות שלו, אם הוא חושב שבאופן אישי יש לו חלק בגאולה הזאת, אם הוא מזדהה עם הרבי, אם יש הזיות, אם יש הרגשה של גדלות, הייתי בודק אם יש עוד סימנים פסיכויים שלא בהכרח קשורים לנושא. הייתי בודק באיזו עבודה הוא, האם הוא באמת שמה ממשיך לתפקד או שהוא הולך והוא לא מתפקד, הייתי אוסף תיאורי אנמנזה, מדבר עם האישה שלו, עם המשפחה שלו, לראות אם הם התרשמו שיש שינוי, הייתי בודק תורשה אם במשפחה שלו יש אנשים שחולים בהפרעות אפקטיביות, בדיכאון, בהפרעה דו-קוטבית, אם אצלו היו בעבר אפיוזות דיכאונית, הוא בן 30, אם יש עוד דברים שהשתנו, אם הוא ירד במשקל, אם יש לו חובות..." (2, 20-28)

לעומת יחסו החשדן כלפי המטופל המתואר במקרה השני:

דוד: "יש גם כל מיני עניינים קשורים לרווחים משניים, יש גם תחלואה נלווית, יש אנשים שמגדירים עצמם כהלומי קרב למשל או PTSD, ובעצם הם מוכרים כחולים במחלות אחרות, מובהקים ככה, זו תווית יפה לפעמים..."

ר: "במקום?"

דוד: "במקום חולי סכיזופרניה..."

ר: "ואיך היית..."

דוד: "בחדר מיון פסיכיאטרי יש אנשים שבאים לבית חולים כי הם בורחים ממישהו והם רוצים להיות כמה ימים באשפוז כדי שלא ימצאו אותם, זה קורה. יש אנשים שמחפשים קצת יותר ממקלט, שמחפשים קצבה... הוא היה גר עם אחיו שנפטר לפני שלושה חודשים אז עכשיו אין תמיכה... אה... מה עם אה... אני לא יודע בדיוק אבל המשת"פים מקבלים כסף, לא? צריך להבין בדיוק למה הוא מאוים ואם זה התפקיד שלי גם כל כך לעשות כל מיני חקירות..."

ר: "איך עושים את זה באמת?"

דוד: "אה, אם צריך לדווח לרשויות?" (2, 58-70)

הסיטואציה הראיונית המוגבלת בזמן לא מאפשרת לפסיכיאטר תגובה מעובדת שעברה סינון של תקינות פוליטית ושל בחינה מקצועית מעמיקה ולכן מאפשרת התרשמות בלתי אמצעית מגישתו האינטואיטיבית לדברים.

דוגמא נוספת להיפוך התגובה עולה מהראיון עם עמוס: בהתייחסותו לתיאור המקרה הראשון הקפיד עמוס לפעול על-פי כל כללי הקוד הרפואי ונמנע בתוקף ממתן אבחנה בטרם ביצע את מלוא החקירה הנדרשת:

עמוס: "הייתי שואל שאלות ולוקח אנמנזה רפואית הרבה יותר מעמיקה ואוסף אינפורמציה לראות האם זה פסיכოזה, האם זה הפרעת חרדה, האם זה הפרעה במצב הרוח, מנסה לסווג את זה, וכמובן לא שוכח את העניינים הגופניים, זאת אומרת, יש אנשים שלא ישנים לא בגלל שנפשם במצוקה אלא גופם במצוקה, שזה, אגב, הסיבה השכיחה יותר להפרעות בישנה, מצוקת הגוף, כאבים כרוניים ודברים כאלה אז צריך

לדעת, אני בכל זאת רופא, למרות שזה לא נראה, את יודעת, אז צריך לברר על הפרעות גופניות

שגורמות למצוקה גופנית שגורמות להפרעות בשינה."

ר: "אוקי... אז איך.."

עמוס: **"כאילו הציפייה שלך שאני אגיד אבחנה?"**

ר: "כן"

עמוס: **"אני לא יכול**. הייתי נותן לו תרופה לשינה כי א זה מה שהוא מבקש וזה מה שמציק לך, אבל בשום אופן לא הייתי מסתפק בזה – אני צריך להבין מאיפה צומחות הרגליים כדי לתת לו טיפול יותר ספציפי. זה כמו, אני אתן לך איזה אנלוגיה, זה כמו שמישהו בא ומתלונן בפני על כאבי ראש, אז אני אתן לו אקמול כדי שלא יכאב לו הראש כי זה די מעצבן ועצוב ורע כשכואב לך הראש אבל אם אני אסתפק רק באקמול זה יהיה רע. אז הייתי לוקח את האנמנזה הרפואית באופן יותר מדויק ורואה לאן היא מכוונת האם היא מכוונת להפרעה פסיכוטית, האם היא מכוונת להפרעת חרדה האם היא מכוונת להפרעה במצב רוח והאם זה חלק מהתרבות וברור שזה צריך לקחת בחשבון חוזר בתשובה, מתחזק, התרוממות, אז אין רע בזה שהם הולכים קצת לשדה ומדברים עם אלוהים, האם זה פסיכוי? לא, זה הרבי מלובביץ', אז אני צריך לברר, בודאי ובודאי, זה תמיד יעזור אבל זה איזו אמירה שהרבה פעמים היא מס שפתיים, צריך אולי לדבר עם מישהו שקרוב אליו שיראה האם חל שינוי בהתנהגות, אבל שוב, אחרי תרופת השינה שאותה הוא יקבל אין לי מה להביא לך חוץ מאשר עוד שאלות שיכוונו אותי לאבחנה ספציפית"

ר: "ואין לך חשד לכיוון מסוים?"

עמוס: **"אני מסרב בכל תוקף כמו שאת רואה לתת היפותזה אחת אני נותן לך מבחר, אני נותן לך אבחנה מبدלת, לא כי אני מתחמק כי אני מנסה להיות אחראי"** [ההדגשות שלי, ר.ג.], (4, 62-95)

לעומת זאת, מיד עם סיום הצגת המקרה השני, ללא היסוס, מבלי לשאול שאלות נוספות, וללא ניסיונות התחמקות, עמוס הציע אבחנה חד-משמעית:

"טוב פה יש תסמונת פוסט-טראומטית. סליחה, לא, אין פה תסמונת פוסט-טראומטית, פה יש חשד

סביר שדורש בירור לתסמונת פוסט-טראומטית, **וכמובן** איזושהי סוג של תגובה הסתגלותית אחרי שאח שלו נפטר וזה אז אולי התלבשה על התסמונת פוסט-טראומטית שהתפתחה עוד קודם לכן. זהו." (4,

מעניין לבחון ממה אפוא נובע המפנה החד בתגובותיו של עמוס – מדוע מול דמות איש חב"ד הוא גילה זהירות רבה וסירב בכל תוקף להציע דיאגנוזה (המחייבת, לשיטתו, מעורבות במציאת הפתרון ויישומו) בעוד שמול דמותו של הפלסטיני הוא סיפק אבחנה מהירה והחלטית. ברצוני להציע פרשנות לפיה במקרה הראשון עמוס התנהל בהתאם לאג'נדה המקצועית שלו, היינו, דרש אנמנזה רחבה ומעמיקה טרם שיציע דיאגנוזה; לעומת זאת, במקרה השני, מבוקשו להגן על החלש (לתפיסתו) גבר על האג'נדה המקצועית שלו. זהותו הממוקפת (Hyphenated Identity), זהות המורכבת ממספר קבוצות ייחוס חברתיות) של עמוס, פסיכיאטר – פעיל בארגון לזכויות אדם, פוצלה בהתייחסותו לשני המקרים: במקרה הראשון הוא תפקד כעמוס הרופא, ובמקרה השני – כעמוס הפועל למען זכויות אדם.

התמה השלישית משקפת, לכן, את היפוך התייחסות הפסיכיאטר ושינוי תגובתו כלפי הפונה כנגזרת של מאפייניו. כאשר יש דמיון בין מאפייני התרבותיים-חברתיים של המטופל לעמדותיו של המטפל היחס כלפי המטופל מקבל ואמפתי וכאשר יש שוני גדול בין מאפייני המטופל לעמדות המטפל, היחס הוא ענייני, צמוד פרוטוקול מקצועי ולעתים מלווה בחשדנות.

לפנינו, אפוא, שתי תופעות: האחת, היפוך התייחסות ושינוי תגובת הנחקרים כנגזרת של מאפייני הפונה, והאחרת, חוסר מודעות הנחקרים לקיום היפוך התייחסות ושינוי תגובתם כנגזרת של מאפייני הפונה. התמה השלישית נגזרת ממצאי שתי התמות הקודמות ("תיאור המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע" ו-"תיאור המקרה השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע") ומציגה תופעה אנושית מוכרת של היפוך התייחסות ושינוי תגובה בהתאם. הממצא המפתיע והמעניין בהקשר זה הוא העדר מודעות הנחקרים לשינוי הדרמתי בהתייחסותם לפונים השונים (עד לרמה של הכחשה ביחס לקיומו). תופעה דומה של עיוורון להשפעת גורמים סובייקטיביים של המטפל על עבודתו עולה ממחקו שלאבישר, "פסיכולוגיה, אחריות חברתית ומעורבות פוליטית: האינתיפאדה הראשונה והפסיכולוגים בישראל" (אבישר 2008), בו טען כי לאורך השנים נמנעו פסיכולוגים, בעולם ובארץ, מלהתייחס לנושאים חברתיים-פוליטיים ומלנקוט עמדה לגביהם. את הסיבה המוצהרת לנטייה זו מייחס אבישר לכללים שהתווה פרויד ביחס לטיפול הפסיכואנליטי, ולפיהם, מצטווה המטפל להימנע מכל נקיטת עמדה, גילוי או חשיפה אישיים, במטרה שיוכל לשמש כמצע ניטראלי להשלכותיו של המטופל. אבישר ביקש לאתגר את הטענה לניטראליות המזוהה עם דמות הפסיכולוג. הוא ערך סקר בקרב פסיכולוגים קליניים בישראל,

במטרה לשרטט תמונת מצב עכשווית באשר לאופני התפיסה והתגובה של מטפלים ביחס לעניינים פוליטיים מגוונים. ממצאי המחקר הראו שמוקד הכוח וההשפעה המרכזי של הפסיכולוגיה בישראל בשנת 2009 נמצא עדיין בידי גישות שמרניות, הדוגלות בעקרונות הניטרליות והאנונימיות בפעולת הפסיכולוג בקליניקה ומחוצה לה.

עמדתו האינטלקטואלית והרגשית של המטפל לפיה הוא איננו מושפע ממאפייניו התרבותיים וחברתיים של המטופל מצמצמת את היכולת שלו לביקורת עצמית באשר לפעילותו בהקשר זה. הוא איננו מכיר באפשרות שמאפייני המטופל עשויים להשפיע על עבודתו ולכן לא מפעיל מנגנוני בקרה רפלקסיביים (בהם כן ישתמש כחלק משגרת עבודתו במצבים אשר הוא מזהה כ"אזורי סיכון").

מידת מעורבות הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה

יונתן, בדבריו, העלה סוגיה מורכבת בדבר הטיפול האפשרי עבור הפונה המתואר במקרה השני – "איך הוא יוכל להמשיך להשיג את הטיפול התרופתי הזה?" – ומיד הציע פתרון – "אפשר לנסות לתת לו לפחות לחלק מהתרופה מסטוקים, את יודעת, מדוגמאות של חברות תרופות" (5, 79-81). יונתן נרתם לעזרתו של הפונה והציע דרך מעשית, הנמצאת בתחום אחריותו המיידית, להשיג עבורו את הטיפול הנדרש. עמוס גילה מעורבות רבה אף יותר במצבו של הפונה וראה במציאת פתרון ומתן סיוע יעיל אחריות אישית – מוסרית ומקצועית:

"זה לא מעניין אותי ואמור לא לעניין את המדינה מאחר ואדם, רופא, העובד בחדר המיון בכלל לא צריך לשאול את השאלה הזאת. ואם יבוא הפקיד ויגיד לו – שמע הוא לא מבטוח – צריך הרופא להגיד, ואני מצטט כאן את הכללים של האתיקה הרפואית – צריך הרופא להגיד, אני לא רוצה לשמוע מזה הוא מתאשפז הוא צריך החלפת לב, ראות ואף. זאת אומרת, האוריינטציה של הרופא – אני רופא (...)

במקרה הזה, אם אני מחליט לאשפז אותו ומישהו דוחה אותו בגלל כסף, תפקידי, כרופא המאשפז

וכמובן שתפקידם של עמיתיי, לגרום לאשפוזי. אם אני מחליט לאשפז אותו, נניח לא מצאתי חלופות

וזה, נגמר הסיפור ואני חושב שמדובר בסכנת חיים, וזה יכול להיות על נפש או על גוף, **אני צריך**

לעשות כל מה שביכולתי כדי שהאיש הזה יהיה בבית-חולים ללא קשר למצבו הכספי ואם מישהו

שם מקל בגלגלים של העגלה הזאתי אני צריך לנסות להסיר אותם באמצעות פנייה לגופים

המוסמכים, הנהלות למיניהן, משרד הבריאות למינהו או עמותות כאלה שירימו קול זעקה"

(ההדגשות שלי, ר.ג.) (4, 155-168)

עמוס לא מסתפק באחריותו האישית והוא פועל להחילה על עמיתיו הרופאים. הוא מוסיף ומצהיר כי במידה ולא ימצא פתרון טיפולי ראוי למצבו של הפתה, הוא יסתייע ברשויות לצורך כך, זאת בשונה מדוד, שרה וויקטור שביקשו לערב את הרשויות באופן שניתן לפרשו כלעומתי לפונה – "הייתי מטלפן לאיזה קולגה כדי להתייעץ אם יש חובת דיווח, אין חובת דיווח, כי צריך להיות בסדר לפי החוק"; "הייתי מנסה לבדוק דרך עובדות, כלומר, זה לא בלתי אפשרי, אני לא ישר אחשוב על מישהו כזה שהוא, אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפנייה לבית-חולים"; "אם כבר אנחנו רוצים להבין יותר מי נמצא מולנו אז אולי באמת לערב מערכת הביטחון ולבדוק".

מעורבותו של וליד במתן טיפול ראוי לפונה נסמכת ברובה על מחויבות אישית (הוא אינו מערב את הרשויות, בבחינת "לא מעוקצך ולא מדובשך"). לאישוש רצינותו הוא מספר על אירועים בעברו בהם לקח חלק פעיל ונסע לגדה בניסיון להביא מזור לחולים.

"יש מעלי מנהל בית החולים שלמד שנתיים לפחות ניהול מערכות בריאות אין דבר כזה שאין תשובה,

צריך לחפש, לחטט ו... לא נתקלתי עדיין בבעיה שלא מצאתי לה... עד כה מצאתי פתרונות. צריך

רק לדפוק על הדלת הנכונה ולשאול. נראה לי שיש פתרון. רופאים ללא גבולות, אני אישית נסעתי

איתם פעמיים-שלוש ככה לגדה, עבדתי כרופא כללי, לא רצו פסיכיאטר שמה, הגענו לאיזה כפר כזה

שלא מאמינים בפסיכיאטריה. לא משנה." (3, 78-82)

גם אמיר סבור שיש לסייע לחולה ומפגין נכונות למעורבות אישית במציאת המענה הנכון. הוא מעיד על עצמו שכבר עשה זאת בעבר:

ר: "היית ממליץ על אשפוז?"

אמיר: "כן. רצוני"

ר: "איך עושים את זה?"

אמיר: "מרימים טלפון לעידו (לוריא, המנהל הרפואי של ארגון רופאים לזכויות אדם, ר.ג.) ומדברים

איתו חושבים ביחד. זה משהו שאנחנו עושים הרבה" (6, 49-53)

לעומת התגובות המוצגות לעיל, שרה, דוד וויקטור התייחסו למימון הטיפול כפרוצדורה אדמיניסטרטיבית שחורגת ממסגרת סמכותם ולא מתפקידם לפתור:

ר: "היית ממליצה על אשפוז?"

שרה: "תראי אם הוא אובדני אז כן. את הבעיות הכלכליות לא מתפקידי לפתור!" (1, 111-112)

ר: "אבל את כן חושבת שצריך לאשפז אותו?"

שרה: "רמת אובדנות גבוהה- אז כן! אל תשאלי אותי מה עושים עם הנושא הכלכלי..." (1, 123-

122)

ר: "היית ממליץ על אשפוז בשלב הזה?"

דוד: "כן."

ר: "אין לו דרך לממן אשפוז?"

דוד: "טוב זה לא הבעיה שלי, אני לא עובד באדמיניסטרציה..." (2, 85-88)

ר: "היית ממליץ על אשפוז בשלב זה?"

ויקטור: "אם רמת האובדנות גבוהה אה... כן. למרות ששוב, יש פה הרבה דברים שנכנסים לסיפור הזה,

כמו לדוגמא זה שאין לו ביטוח – מה עושים אם בן אדם שאין לו ביטוח – אין מה לעשות. אף אחד

לא ישלם עבורו, את מבינה? אם נגיד מגיע לפה תייר מחו"ל, ויש לו התקף פסיכוטי בזמן שהוא נמצא

פה בארץ, אז אנחנו חייבים לאשפז אותו ברגע שהוא במצב שהוא מסכן את עצמו או את אחרים אבל

מהר מאוד אנחנו מתחילים לחפש איך להעביר אותו לחו"ל, ששם הוא ימשיך את הטיפול כי אי-אפשר

להמשיך טיפול כשאינ מימון, כשאינ שום כיסוי ביטוחי." (8, 81-86)

בציטוטים לעיל בולטת רמת מעורבות נמוכה בטיפול המוצע לעומת הפסיכיאטרים בעל מאפיינים ליבראליים, קוסמופוליטיים, סוציאל-דמוקרטיים; וגם לעומת רמת המעורבות שגילו במציאת פתרון לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד):

שרה: "לפעמים אנשים כאלה אני מזמינה את הנשים שלהם (...) לפעמים אני מציעה, לדבר עם הרב שלהם"

(86...80, 1)

אברהם: "מאוד משמעותי לדבר עם האישה ולקבל איזה תמונה על מה קורה בתוך הבית" (9, 159)
דוד: "הייתי אוסף תיאורי אנמנזיה, מדבר עם האישה שלו, עם המשפחה שלו..." (2, 25)

מן המוצג לעיל ניתן להיווכח כי כל הפסיכיאטרים שהשתתפו במחקר גילו מעורבות ומחויבות במתן מענה הולם לפונים המוצגים בשני תיאורי המקרה. אלה וגם אלה לקחו אחריות ברמה הקלינית, המעשית וההומאנית. דא עקא, במקרה האחד הם גילו יצירתיות במתן הפתרון, מעורבות אישית ומחויבות ליישום, ובמקרה האחר, הציגו גישה מינימליסטית של אותם ערכים. קבוצת הפסיכיאטרים החולקים עמדות אמוניות, דתיות ולאומיות הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (חב"דניק), וקבוצת הפסיכיאטרים החולקים עמדות ליבראליות, קוסמופוליטיות וסוציאל-דמוקרטיות הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה השני (פלסטיני).

היכרות ומורכבות – השפעת מידת הכרות הפסיכיאטר עם תרבות הפונה על מורכבות התייחסותו

אדם הפונה לטיפול רפואי עלול להיתקל בקשיים הנובעים בעיקר מפערים בתקשורת בין המטפל בן תרבות מסוימת למטפל בן תרבות אחרת. קשיים אלה בולטים במיוחד בתחום בריאות הנפש הואיל והפונים מביעים את סבלם בדרכים שונות (ניבי מצוקה סומאטיים, אקטינג-אאוט, הימנעות קיצונית ונוספות) בעוד שהמטפל, לרוב, התחנך על ברכי הדגם ההסברי הביו-רפואי המערבי הקונבנציונאלי ולכן רגיל בקבלת נתונים המבוססים על ורבלזציה ופסיכולוגיזציה (אמירות נוסח "אני בדיכאון", "שום דבר

לא מרגש אותי" (כדומה). כתוצאה מכך, מטפל שאינו בקיא בקודים התרבותיים של הפונה, עלול לאבחן וליעד טיפול שגוי (יונגמן ואחרים 1991, 92).

מהראיונות עולה כי היכרות ברמה טובה עם תרבות הפונה מגדילה את מידת האמפתיה כלפיו (כלפי הפונה) ומובילה למתן אבחנה מבדלת מפורטת ועמוקה, ולטיפול אוהד; ובהתאמה, היכרות ברמה חסרה עם תרבות הפונה מפחיתה את מידת האמפתיה כלפיו ומובילה לתחקור שטחי, מתן אבחנות כוללניות ורמת מחויבות נמוכה למציאת מענה מיטבי. זאת ועוד, הראיונות מלמדים כי כאשר ברקע, במקרה הנדון, בהוויה הפוליטית-תרבותית של מדינת ישראל, ניכר חוסר סבלנות ל"תרבות האחרת", חוסר ההיכרות עם תרבותו של הפונה מתחלף בחשדנות. דוגמא לכך ניתן למצוא בגישתה של שרה כלפי כל אחד מהמקרים: בהתייחסותה לתיאור מקרה הראשון שרה הפגינה שליטה בדפוסי החיים של חסידי חב"ד, היא הסבירה לי על אודות ספר התניא – ספר היסוד של חסידות חב"ד, על הפלגים השונים בחסידות חב"ד, על הקפדות אנשי חב"ד בחג הפסח, ועל הלכות ומנהגי היומיום שלהם. היא גילתה עניין במצבו התפקודי, המשפחתי, ההלכתי והאמוני של הפונה, וביקשה פרטים נוספים על ההיסטוריה האישית שלו ועל מצבו הקליני ("מה באמת האפקט שלו ומה המחשבות האחרות שלך, איך הלך החשיבה שלך..."). בכדי לברר את הפרטים החסרים, הציעה שרה להיפגש עם אשתו של הפונה המתואר ובמידה והדבר לא יסתייע עם הרב שלו. בסופו של תהליך האבחון קבעה שרה כי "זה שאדם מאמין במשיח ושהרבי מלובביץ' הוא המשיח זה לא הופך אותו לחולה. אם הוא חב"דניק". הווה אומר, היכרותה עם הרקע התרבותי של הפונה הובילה לתחקור מקיף ומעמיק, התגייסות לעזרתו, ודיאגנוזה מקלה (בחירת האופציה הבריאה במצבו של החולה). לעומת זאת, בהתייחסותה לתיאור המקרה השני, שרה חוזרת ומציינת כי היא חסרה ידע בסיסי רלוונטי בכל הנוגע לשלב יישום הפתרון, מתייחסת באופן עקבי אל הפונה בכינוי "שב"ח" (שוהה בלתי חוקי) ומציעה לא אחת לבדוק את "הדברים העובדתיים".

התחקור שהיא מבצעת מנסה לחשוף את ה'אמת העובדתית' באשר לסטאוס הפונה ולא את מצבו הקליני; הדבר בולט במיוחד על רקע קבלתה את ה'אמת התרבותית' של הפונה איש חב"ד. בשלב האבחון שרה מוסרת שלוש אפשרויות: דיכאון, "משהו פרנואידי", או מניפולציה לשם רווח משני. היא מתעכבת על האפשרות השלישית:

"אני הייתי חוקרת פה גם את דברים העובדתיים – אם אתה באמת היית סייען אז למה רודפים אחריך פה בארץ? איפה המשפחה שלו? אם המשפחה שלו חיה איתו... נאמר והמשפחה היתה בעזה, צריך לשאול בני כמה הילדים שלו וזה, אם הוא בכלל חוזר לעזה, לא חוזר לעזה? אם הוא כן חוזר אז הוא בטח לא ממש מפחד, כלומר, הייתי מנסה לבדוק דרך עובדות, כלומר, זה לא בלתי אפשרי, אני לא ישר אחשוב על משהו כזה שהוא, אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפניה לבית-חולים, אם הוא שב"ח אז הוא מסכן את עצמו בלפנות למקום ציבורי וכו', ברור שהוא מספיק טובל, אלא אם כן הוא חושב שכן יטפלו בו פה וזה אבל הוא מסכן את עצמו בלפנות אז אני כן אחפש אם יש לו פה רווח משני זה לא שאני לא אחפש (...) אם יש לו משהו מול השב"כ או משהו כזה, כן? או שהוא מקווה שככה הוא יקבל אישור של המשפחה שלו לבוא..." (1, 98-106)

בשונה מהפתרונות היצירתיים שהציעה לפונה הראשון – מפגש עם אשתו ורכו לשם קבלת מידע ומעכב – במקרה הזה שרה טענה בתוקף שהיא לא יודעת איך להתמודד עם האתגר היות ומדובר בשוהה בלתי חוקי (ואף לא הציעה לנסות וללמוד את הנושא).
גם אברהם הפגין היכרות עם המסורת של חסידות חב"ד:

"מאוד לא פשוט. עם המטפל הזה שאת מתארת, הייתי רוצה לנסות להבין מה תהליך ההתחזקות שעובר עליו, אה... מה קורה? מתוך מה הוא מתחזק? האם זה משהו שהוא מביך? האם זה מתוך איזושהי שליטה? בסופו של דבר מאוד קשה לזהות קריטריונים מה זה חזרה בתשובה בריאה או חולנית במירכאות כפולות לפעמים צריך שנים באמת לדעת. זה לא מעט שאנחנו רואים מישהו פסיכוטי ובמבט למפרע אומרים הסימפטום הראשון היה החזרה בתשובה, אבל החזרה בתשובה זה לא דווקא סימפטום ראשון למשהו עכשיו, אני חושב שבניסן יש איזה יום גאולה של החבדניקים זה תלוי באיזה שנה, הייתי רוצה להבין איך הגיע לזה, האם בנופח חב"דניקי יש משהו חריג בהתרגשות שמתרחשת עכשיו מתוך מה זה בא? (...) אני ארצה לדעת מה עוד קורה בשביל לאבחן כאן האם מדובר באיזה סוג של התרגשות נורמטיבית במסגרת חב"ד או כפי שנשמע משהו מעבר לזה... הייתי מאוד רוצה לדבר איתו על אלוהים."

ר: "אתה מדבר עם מטופלים על אלוהים?"

אברהם: "כן! בטח! איך אפשר בלי?! זה מאוד חשוב. אנחנו רוצים להבין יחסי אובייקט של מטופלים, את הקשרים שהם יוצרים, איך אמא איך אבא, הבני זוג, אלוהים לכל הפחות זה גם אובייקט, זה גם קשר ואפשר ללמוד המון מהקשר הזה. זה האובייקט אולי הכי חשוב בחיים של האיש הזה. שאלה כמעט שגרתית – איך הקשר שלך עם הקדוש ברוך הוא? זה הרבה אני שואל, וזה רלוונטי ואנשים רוצים לדבר על זה. אתה יכול לקבל המון מידע על כל החיים של האיש הזה, אם יש לו תחושת ביטחון או תחושות איבה... לא לדבר על אלוהים עם אדם שבאמת מאמין זה להתעלם מהפיל בחדר, זה איך אפשר?" (149-122, 9)

אברהם מבין היטב את רקעו התרבותי של המטופל, הוא בקיא במשמעות המועדים החשובים לחסידי חב"ד (חודש ניסן נחשב לחודש הגאולה במסורת חב"ד) ומביע עניין מקצועי ומידה של סקרנות במצבו. מלבד שאלות "אינטימיות" רגילות (שאלות שמטרתן קבלת פרטים אודות הפונה ואודות ההפרעה בגינה הגיע לטיפול) אברהם מתעכב על יחסיו של הפונה עם אלוהים היכרותו העמוקה עם העולם האמוני מאפשרת לו פריזמה נוספת, חשובה ביותר, להבנת מצבו של הפונה. זאת ועוד, כשהשאלה "איך הקשר שלך עם הקדוש ברוך הוא?" נשאלת במהלך רצף הכולל שאלות בסיסיות, בהן: "מה שמך? בן כמה אתה? איפה אתה גר?" נוצר בסיס אמון משמעותי בין המטפל לפונה שבו הקשר עם אלוהים טריוויאלי כפרטיו הביוגראפיים של הפונה. ניתן להניח שבאווירה כזו יגלה הפונה היענות ונכונות לשיתוף פעולה בטיפול. העובדה שהפונה והמטפל חולקים מאפיין תרבותי-חברתי משמעותי – אמונה דתית – משווה את נופח האמינות הנדרש לשאלת הפסיכיאטר (המצב יהיה שונה אם הפונה יזהה את השאלה כלעג).

רלוונטיות השאלה מקבלת משנה תוקף כאשר הפסיכיאטר עושה בתשובה שימוש העונה על האתגר הראשוני שהציב הפונה, כלומר, שהאינפורמציה שקיבל משמשת כמצע פרודוקטיבי להמשך המפגש הטיפולי.

תפקיד התרבות בהבנת התנהגות והצורך בהתאמת התערבות מקצועית לרקע התרבותי של הפונה בהקשר הספציפי של החברה הערבית בישראל, נדון בעבודותיו של מרוואן דוירי. דוירי (Dwairy 2006) מבקר את גישות הפסיכותרפיה המערביות על כך שהן מניחות שליחיד מבנים אינטרה-פסיכים אוטונומיים ושהבנתם והבנת התהליכים הפנימיים היוצרים אותם תעזור לסובייקט להפוך את הלא מודע למודע ובכך להגיע למימוש עצמי או לטרנספורמציה יסודית. דא עקא, בתרבויות הנחשבות כ"מסורתיות

קולקטיביות", כגון התרבות הערבית בישראל, תהליכי האינדיבידואליזם אינם מסתיימים באוטונומיה נפשית – האישיות ממשיכה להיות קולקטיבית והקונפליקטים הם בעיקר בין-אישיים או תוך משפחתיים ולא תוך-נפשיים. בהתאם לזאת, גם התמונות הקליניות של פרטים החיים בתרבויות קולקטיביות שונות מאלה המוכרות בתרבות המערב. לפי דוירי, התנהגותם של בעלי האישיות הקולקטיבית מוסברת באמצעות נורמות וערכים לא פחות מאשר באמצעות מבני אישיות תוך-נפשיים, הבנת הקונפליקטים התוך-משפחתיים חשובה לא פחות מהבנת הקונפליקטים הפנימיים, הבנת מקור האיום החיצוני (דחייה וענישה) חשובה לא פחות מהבנת האיום הפנימי (האשמה) והבנת דרכי ההתמודדות וההסתגלות החברתית והערכת מידת יעילותן חשובות לא פחות מהערכת מנגנוני ההגנה הפנימיים ומידת יעילותם. כל המרואיינים, למעט וליד, התייחסו למצבו הקליני, האינטר-פסיכי, של הפונה המתואר במקרה השני. וליד היה היחיד שמיצב את האתגר הקליני בהקשר החברתי-תרבותי. בטרם הציע פתרון טיפולי, בחן וליד את האילוצים הנסיבתיים בהם נתון הפונה וזיהה דרגת קושי ייחודית לשיטתו, יישום כל פתרון מוסדי, בשטחי הגדה המערבית ובעזה כמו גם בשטחי מדינת ישראל, יתקל בקושי.

"הוא טוען שהיה פעם מסייע לכוחות הביטחון, משתף פעולה מה שנקרא, אז אה... לשמה (לגדה המערבית או לעזה, ר.ג.) הוא לא יכול, פה אין לו גם אישור שהייה ואין לו תעודת זהות ולא ולא ולא ויש גם ילדים, זה מצב לא קל, זה מצב לא קל, אין ספק" (3, 61-63)

מתוך האין ניתן להקיש על היש – תשעה מרואיינים פנו לחיפוש מענה בתחום הקליני או בתחום האכיפתי (הפעלת רשויות אכיפת החוק). מרואיין אחד, בעל מאפיינים תרבותיים-חברתיים-גאופוליטיים בעלי זיקה לאלה של הפונה, התייחס להקשר החברתי-תרבותי והאילוצים הנגזרים ממנו. כפי שניתן לראות בהתייחסות המרואיינים לשני הפונים, היכרות עמוקה של המטפל עם תרבות המטופל ומשמעויותיה מביאה להתייחסות תואמת ושלמה יותר לאתגר, הדיאגנוסטי והטיפול, שבפניו הוא ניצב.

קירבה רעיונית בין עמדות המטפל למאפיינים החברתיים והתרבותיים של המטופל כקטליזטור**להופעת אסוציאציות חופשיות**

בשלהי המאה ה-19 פיתח פרויד את שיטת האסוציאציות החופשיות שהייתה לעמוד התווך של הטכניקה הפסיכואנליטית מאז ועד היום (מיטשל 2006, 52). באופן מסורתי, שימשו האסוציאציות החופשיות ככלי אסטרטגי עבור המטפל המבקש לגלות את סודות המטופל ואת משאלותיו הלא-מודעות. לשיטתו, על האנליטיקאי לעודד את המטופל לדווח על כל המחשבות החולפות בראשו בתקווה שכך יעקוף את תהליך הברירה הרגיל המנפה תוכן קונפליקטואלי (שם, 53). פרויד סבר כי בכוחן של האסוציאציות החופשיות, לחשוף זיכרונות, מחשבות, ורגשות שונים המלמדים רבות על עולמו האינטרה-פסיכי של המטופל (שם, 56).

במעבר מהמודל הטופוגרפי למודל הסטרוקטורלי גילה פרויד כי ההגנות חוסמות את עלייתן של אסוציאציות הקשורות באופן ישיר לסודות מודחקים. לדבריו, מחשבות ורגשות קונפליקטואליים המרכיבים את מרכז קשייו של המטופל מועברים לדמותו של האנליטיקאי, הנעשה מושא כמיהה, אהבה או שנאה. את תהליך זה – התקה של רגשות ומשאלות קונפליקטואליים של המטופל מהמושא המקורי אל האנליטיקאי – כינה פרויד "העברה" (Transference) (מיטשל 2006, 53-55). תחילה ראה פרויד בהעברה מכשול במשימת האנליזה, ואולם, בהדרגה, החל להאמין כי מדובר בכלי רב עוצמה עבור קידום התהליך האנליטי: ההעברה, בהיותה התקה של רגשות מודחקים כלפי דמויות מן הילדות אל דמות המטפל, מייצרת הזדמנות לעיבוד מחדש של פגיעות מוקדמות, למילוי צרכים התפתחותיים שלא נענו, ולחוויה והמשגה של פחדים מוקדמים יחד עם המטפל (שם, 329, 112).

מאוחר יותר הומשגה חווית המראה – העברה נגדית (Counter Transference) – התקת רגשות מעברו של המטפל אל הסיטואציה האנליטית. גם ההעברה הנגדית נתפסה תחילה כהפרעה שאיננה רלוונטית להליך הטיפול, ואולם, בעשורים האחרונים, עם התפתחות הפסיכולוגיה והפסיכואנליזה אל עבר גישות אינטרסובייקטיביות, התחולל מהפך בחשיבה על ההעברה הנגדית וכיום היא נחשבת כפן מסוים שלה, לכלי רב ערך בידי המטפל (שם, 329-331). כלי שרת נוסף מעולמו האינטרה-פסיכי של המטפל העומד לרשותו במלאכת האבחון והטיפול מכונה "Reverie" (ביון, 1962) ומשמעו הרהור, חלימה בהקיץ, דמיון או הזיה (מיטשל 2006, 122). ה-reverie כולל מחשבות, תחושות גופניות,

דמיונות וזיכרונות העולים בתודעתו של המטפל בעת הפגישה הטיפולית. כל אלה נדמים כהפרעות שאינן קשורות למטופל או להליך הטיפול, אך מתגלים בהדרגה כמפתח לעולמו הפנימי של המטופל. תומאס אוגדן, פסיכיאטר ופסיכואנליטיקאי, מסביר:

"המהומה הרגשית הקשורה ב-reverie נחוות על פי רוב כאילו היא – בעיקרה, אם לא בשלמותה – השתקפות של האופן שהאנליטיקאי אינו אנליטיקאי באותו רגע. זהו מימד של החוויה שלנו (של המטפלים, ר.ג.) שמורגש יותר מכל כביטוי של כישלוננו להיות רצפטיביים, מבינים, מלאי חמלה, ערניים, קשובים, שקדניים, אינטליגנטיים, וכן הלאה. במקום זאת, הפרעות רגשיות הקשורות ל-reverie נחוות כתוצר של חדירת ההטרדות העכשוויות שלנו, של עיסוק נרקיסיסטי מופרז בעצמנו, של חוסר בשלות, חוסר ניסיון, עייפות, הכשרה לא מספקת, קונפליקטים רגשיים לא פתורים וכו'. קל להבין את הקושי שלנו להשתמש ב-reverie שלנו בשירות האנליזה, כיוון שחוויה כזו היא בדרך כלל כה קרובה, כה מיידית, עד כי קשה להבחין בה: היא "נוכחת מידי כדי שאפשר יהיה לדמינה" (Forst 1942, 305) (אוגדן 2011, 165).

במהלך הראיונות חלק מהמראיינים שיתפו בפרטים אוטוביוגרפיים שלא נשאלו לגביהם ושלכאורה אינם קשורים לראיון, ונידבו דוגמאות על מקרים בהם טיפלו, מחשבות בדבר ספרים שקראו וטיולים בהם השתתפו.

התייחסותו של אברהם לתיאור המקרה הראשון ארכה זמן רב וכללה מגוון רחב של אסוציאציות חופשיות שהתעוררו בו בעקבות הפונה המוצג את דבריו פתח באזכור הספר *Variety of Religious Experiences*:

"ספר מאוד חשוב בתחום הזה של ויליאם גיימס, *variety of religious experiences*, כתב את זה באלף שמונה מאוד תשעים ומשהו. היה פסיכולוג מאוד בכיר וידוע בהרווארד. האח שלו הנרי גיימס עוד יותר מפורסם כסופר אבל ויליאם גיימס הוא אחד ממייסדי הפסיכולוגיה הניסויית הוא גם היה פילוסוף וגם חשב הרבה מאוד על תהליכים נפשיים והוא היה לו כנראה איזושהי אמונה דתית שלא היה חריג בחברה פרוטסטנטית של אותה תקופה מאוד לא חריג הוא דיבר על חזרה בתשובה בעקבות epiphany סוג של התגלות, שאדם פתאום קולט שיש משמעות וזה לא פסיכוזא זה גם משהו

שקורה לאנשים... (9, 129-135)

אסוציאציה זו בדבר ספרו של ויליאם ג'יימס (א) עוזרת לאברהם לגבש עמדה עקרונית וטיפולית לגבי המקרה המוצג; (ב) תומכת את דבריו, עברו ועבורי, במצע תיאורטי; (ג) מחדדת את מרכיב ההשכלה הכללית הרחבה ברקע המקצועי ובמאפייניו התרבותיים של אברהם. לאחר מכן סיפר אברהם על אודות מטופל שלו:

"משפחה חילונית במצוקה כי הבן האהוב שלהם עושה איזה תהליך של חזרה בתשובה ואני בקשר כבר לא מעט זמן עם הבן הזה ואני מתבייש שכפסיכיאטר בכיר וכו' וכו' עדיין מאוד קשה לי להגיע לאבחנה לגביו, מעבר לזה שברור שהוא מוזר אבל האם יש תהליך פסיכטי? זה משהו אישיותי יותר? הם פנו כי הם מאוד מאוד מודאגים, זה לא פשוט להפריד בין איזושהי אנטי-דתיות מצד ההורים לבין דאגה כנה לשלום הבן שלהם שמה שעובר עליו זה לא טוב הוא מתפקד בישיבה ובחיים הוא לא מתפקד והוא עזב את הטיפול וחזר לטיפול וזה רק לאחרונה הוא... הוא יכול להיות בשקט, ולא יוצר קשר עיין... זה יכול להיות מאוד משמים בתוך הקשר, יש לי קושי מיוחד איתו להישאר ער... זה קשה, זה מפגשים מאוד קשים... ואז הוא פתאום אומר אחרי שתיקה ארוכה מתוך שתיקות רבות" העיקר בדרך התורה להרגיש את החילוניות בפנים" ופתאום אני מתעורר ומבין כמה שהוא באיזה מאבק נגד איזה סוג של מוות נפשי או חוסר חיוניות של אובייקטים הפנימיים... אני זוכר פגישה אחת שאני פתאום פותח עיניים ואז פתאום הוא קופץ כאילו גם הוא מתעורר אני מצליח להבין כמה שהחזרה בתשובה שלו מתחבר לאיזו חיוניות קוסמית שחסרה לו... והוא לא מצליח לעשות את זה אבל הוא עוד לא מוכן לוותר אבל זה כל כך מסובך מה אני רוצה לעשות איתו ומה הוא יכול להבין ולאן הוא יכול להגיע". (9) - 183

(171)

המקרה שאברהם בחר לתאר מדגים היטב את ההעברה הנגדית – מתוך העייפות שחש אברהם בפגישות עם מטופלו, מתוך הקושי שלו להישאר ער במהלכן, מתוך תחושת השיממון והריקנות שליוותה אותו במהלך המפגשים, הבין אברהם את המצוקה בה שרוי המטופל, את ה"מוות הנפשי" שמטופלו נאבק בו. אברהם לא נשאל על אודות שיטת הטיפול שלו או הישגים אבחנתיים – הוא הפליג במרחבי זיכרונותיו ושלה דוגמא, נקודתית לכאורה, שמורכבותה נחשפת בהמשך ומתגלה כחוליה מקשרת בין הפונה המוצג

בתיאור המקרה לבין אברהם. בשל הצורך להגן על זהות המרואיין אספר בפרטים כלליים בלבד כי לאחר שהתייחס למצב מטופלו חשף אברהם חוויה משמעותית מהביוגרפיה האישית שלו שבמרכזה ביטוי חיצוני לתהליך שינוי פנימי ויחס הסביבה לביטוי זה.

רצף האסוציאציות של אברהם – המעבר מדוגמא על מטופל שהסטאטוס הדתי שלו לא יציב ולא ברור לסביבתו עד כדי חשד שהוא משתגע, למעין וידוי אישי של מטפל המסתגל למצב דתי-אמוני חדש שסביבתו (מטופליו, שכניו) תופסת כ"איזושהי נפילה" – מאפשר הצצה לתהליך שחוהה המטפל. הקירבה בין מאפייניו התרבותיים של המטפל לאלה של המטופל מאפשרת למטפל לגשר, במספר שלבים, בין המצב הרגשי של המטופל למצב הרגשי שלו עצמו. התהליך מייצר הבנה טובה יותר של מצבו של המטופל ומגדיל את הפוטנציאל להצגת מענים התואמים את צורכי המטופל.

בהתייחסו לתיאור המקרה השני, נותר אברהם מקצועי, סבלן, אמפתי וסקרן, אולם מידת השיתוף בחוויות אישיות פחתה באופן ניכר ולא ניתנו דוגמאות למקרים קליניים דומים. הפער בהתייחסות בין המקרים עשוי לנבוע ממספר גורמים: יתכן ואברהם "נבהל מעצמו", הרגיש שחשף יותר מידי והמעבר למקרה השני איפשר לו לחזור לפוזיציה מוגנת ובטוחה יותר. מהתרשמותי, אברהם הוא אדם כן, פתוח ובטוח ולכן סיבה זו פחות סבירה. יתכן ומידת ההיכרות של אברהם עם "החומר", היינו, עם פונים בני המגזר הערבי וכן עם הציבור הפלסטיני היא מועטה ("יש פה יותר יהודים וחרדים מאשר ערבים") במידה שאינה מגרה את עולם האסוציאציות שלו.

ברצוני להציע כי הופעת האסוציאציות החופשיות מושפעת ממידת הקירבה של הפסיכיאטר אל ה"חומר" המונח בפניו. אברהם, בחלקו הראשון של הראיון, שוטט בחופשיות בין זיכרונות, הרהורים, תחושות, קוריוזים, וסיפורים אישיים, כלומר, מרכיבי הדיון גירו את עולם התוכן הפנימי שלו, הפעילו את ה-reverie ועוררו מגוון רחב של אסוציאציות. לעומת זאת, בחלקו השני של הראיון, הוא היה ענייני, התייחס רק למקרה המוצג ולא העלה חוויות מעולם התוכן הפנימי שלו.

דוגמא נוספת התומכת ברעיון לפיו אסוציאציות חופשיות תופענה כאשר קיימת קירבה בין עמדות

המטפל למאפייניו התרבותיים-חברתיים של המטופל ניתן למצוא בראיון עם אלון:

"זה בלט לי במיוחד לפני שבועיים, קראו לי למחלקה הפסיכיאטרית המשפטית באברבנאל, היה מטופל שלי עצור על סחר בסמים, מישוהו שאני שנתיים שלוש אני נותן לו טיפול תרופתי, סודאני למד ברוסיה, הגיע לרל"א ונעצר לפני מספר שבועות והגיע לאברבנאל כחלק מהסתכלות כי לא ידעו אם הוא פסיכופטי או לא פסיכופטי בעת המעצר שלו, ומסתבר שלפי כתב האישום הוא שנתיים שלוש סוחר בסמים שאני לא ידעתי על זה. אז הפסיכיאטרית של המחלקה המשפטית נטתה לא להאמין לסימפטומים הפסיכופטיים שלו כחלק מ... דרך לצאת מהמשפט, מהאישום... היא צדקה במה שהיא אמרה, זאת אומרת, הוא עשה דברים שנראו קצת ביזאריים, לא מתאימים לא ביזאריים, כמו להיכנס וישר להגיד "אני שומע קולות", רגע, מי שאל אותך? או זה... אני... אם זה לא היה קורה אז במרפאה עדיין הייתי נותן לו את אותן תרופות, ולא הייתה לי סיבה לחשוד." (7, 65-73)

במהלך הראיון, שוטט אלון במרחב הרעיוני של דוגמאות, רפלקסיה ומסקנות, שוטטות המעידה על הופעת אסוציאציות ושימוש בהן לשם בחירת פתרון הולם עבור הפונה. בכוחן של האסוציאציות החופשיות להוביל את המטפל אל תוך עולם רעיוני עשיר שאינו קשור באופן ישיר למקרה הקליני המוצג בפניו. זיכרונותיו, חוויותיו וחלומותיו בהקיץ של המטפל עשויים לשמש אותו במציאת פתרון יצירתי עבור המטופל. כפי שניתן לראות בראיונות עם אברהם ואלון, האסוציאציות הופיעו כאשר מושא הדיון היה קרוב לליבם של הפסיכיאטרים ולא הופיעו כשמושא הדיון היה, באופן יחסי, זר להם. כלומר, המקרה הקרוב ללבם זכה להתייחסות מקצועית המסתייעת בפתרון יצירתי "מבית מדרשן" של האסוציאציות החופשיות, בעוד שהמקרה הפחות קרוב ללבם קיבל גם הוא התייחסות מקצועית אך ללא הערך המוסף שמאפשרות האסוציאציות.

השפעת עמדותיו של המטפל על תהליך קבלת ההחלטות באבחון הפסיכיאטרי

חיברות (socialisation) הוא התהליך שבאמצעותו לומד הפרט להיות בן חברה ותרבות מסוימת, תהליך בו הפרט מפנים את תרבותו. על-פי המסורת הפונקציונליסטית בסוציולוגיה ובאנתרופולוגיה התרבותית, החיברות מסגל את הפרט לבצע את התפקידים החברתיים המצופים ממנו. בתהליך החיברות רוכש האדם כמעט את כל מאפייניו: אמונות, ערכי מוסר, נורמות שלאורן הוא פועל ושופט אחרים, דפוסי התנהגות

מגדירים וכו'. אשר על כן ניתן לומר כי אישיותו של הפרט או העצמי שלו הם במידה רבה, תוצר של החברה והתרבות אליה הוא נולד (אדגר וסדג'וויק 2007, 150).

שלמה מנדלוביץ', בספרו על הסדר החברתי של העצמי-ים המרובים, טוען כי מאחר ועל פי רוב החברה אינה מתאפיינת באחידות ערכים ונורמות, אין לראות את תהליך החיברות כתהליך שבו פוגש הפרט מערכת ערכית ונורמטיבית ברורה, מגובשת והחלטית. להשקפתו, תהליך החיברות מתקיים כמערכת יחסים רבגונית המכלילה את הפרט בחברה באופן המאפשר לפרטים שונים להתערות (to socialized) בחברה בדרכם הייחודית, המושפעת עד מאוד מעולמם הפנימי (מנדלוביץ' 2009, 116).

ליאו רנגל (Leo Rangell), פסיכיאטר ופסיכואנליטיקאי, מקביל בין מושג ה"חיברות" למושג "קבלת החלטות" וטוען כי חיברות עבור יחסי-אובייקט הוא מה שקבלת החלטות עבור פעילות נפשית שניהם נוסדו באוויר הפסיכולוגי הסובב אותנו, שניהם נדמים להיות בכל מקום, ובשני המקרים מסתכלים דרכם במקום עליהם. לדבריו, חיברות עבור יחסי-אובייקט וקבלת החלטות עבור הפעילות הנפשית הם מרכיבים בלתי נפרדים, הם כה נוכחים עד שאינם מובחנים, כמו האוויר (Rangell 1971).

בהליך הדיאגנוסטי והטיפול נוכחים שני סיכונים: היעדר המודעות לכך שיחסי האובייקט של הפסיכיאטר עם הפונה הינם תולדה של תהליך הסוציאליזציה של הפסיכיאטר; והיעדר המודעות לכך שהאבחנה הקלינית של הפסיכיאטר היא תולדה של תהליך קבלת החלטות אינהרנטי לפעילות הנפשית שבתורה מושפעת מתהליך הסוציאליזציה.

קבלת ההחלטות בתחום בריאות הנפש מכילה מרכיבים דרמטיים במיוחד בסוגיות מתחום רפואת הנפש, שכן, בשדה זה, חלק מההחלטות המתקבלות הרות גורל עבור המטופל ובעלות השלכות מרחיקות לכת באשר להגדרת גבולות הלגיטימי והבריא בחברה.

הטיפול הפסיכיאטרי הפסיכותרפויטי נסמך במידה רבה על טיפול פסיכואנליטי ותיאוריות פסיכואנליטיות. בשנת 1969 הצהיר רנגל כי אם ברצונה של הפסיכואנליזה לשמור על רלוונטיות בשדה המחקר, בטיפול, ובחיי היומיום, מחובתה לאמץ תיאוריות של קבלת החלטות (Rangell 1969, 599-602). במאמרו, "The Decision-Making Process — A Contribution from

"Psychoanalysis" (Rangell 1971), מציין רנגל כי בעשורים האחרונים נכתבה ספרות ענפה על

אודות תיאוריות של קבלת החלטות, בעיקר בהקשר של יישומים פרקטיים בעולם העסקים, הפרסום והצבא. הוא מצביע על כך שתיאוריות קבלת ההחלטות זכו לפופולאריות רבה בתחומי המתמטיקה, הכלכלה, הסטטיסטיקה והעסקים עוד בשלבי גיבושן והפצתן, זאת בשונה מהספקנות והחשדנות בהן נתקלו בתחומי מדעי החברה. הפסיכואנליזה סירבה לאמץ את תיאוריות קבלת ההחלטות ונתרה מחוץ לשדה החידושים בתחום תוך שהיא נמנעת מלהתמודד עם האתגר שהציבה התפתחות זו. רנגל, במאמרו, מפנה למחקרם של אדוארד וטברסקי משנת 1967 בו נבדקו מאמרים של חמש-מאות הוגים ואנשי-מקצוע מהשורה הראשונה, שבכתביהם יש התייחסות לקבלת החלטות – שמו של פרויד (או של כל פסיכואנליטיקאי אחר) לא הופיע שם.

לדעתו של דרנגל, בעשרים השנים האחרונות, נושא קבלת ההחלטות לא מופיע ככותרת במאגרי הספרות, במושבים (פאנלים) המדעיים, או בדיונים של הפסיכואנליזה. לדבריו, אם נבחן את רשימת נושאי המחקר במאגר ספרות פסיכואנליטית באות D, תחת הכותר "DEFENSE" (מנגנוני הגנה) נגלה מאמרים לרוב, בעוד שהמושג "DECISION MAKING" (קבלת החלטות) כלל לא יופיע. הדבר מעורר תהייה בהתחשב בכך ששימוש במנגנוני הגנה מחייב קבלת החלטה. רנגל מוסיף וטוען כי שורשי תהליך קבלת ההחלטות נעוצים בלא-מודע ובעבר הגנטי של הסובייקט. אי-לכך, לדידו, יש למצב את תהליך קבלת ההחלטות במרכזה של הפסיכואנליזה. באם יזכו כלים מתחום קבלת ההחלטות למקום משמעותי בתיאוריה ובטיפול הפסיכואנליטי, הדבר יהיה רב השפעה גם על הטיפול הפסיכותרפויטי ברפואת הנפש.

באחד מראיונות הגיגיוש שערכתי לקראת המחקר ביקשתי מבנימין, פסיכיאטר בבית חולים בירושלים, התייחסות לתיאור המקרה הראשון תוך ציון אבני הדרך שמנחות אותו בגיבוש הדיאגנוזה ובטיפול המוצע.

"חשוב לשים לב לדברים שלא קשורים בתוכן, האם הוא (המטופל, ר.ג.) נינוח או חסר שקט, האם הוא יוצר קשר עין, האם הוא קוהרנטי בדבריו, איך האפקט, איך הריכוז, איך התנדודות במצב הרוח שלו בזמן בראיון. התכנים פחות חשובים כי אפשר לפברק אותם, אבל אי אפשר לפברק הפרעות בחשיבה. זו האומנות שבבדיקה הפסיכיאטרית. הפילוסופיה של הרפואה שלי היא כמו שאצל שופט הכי חשוב אשם או לא אשם, עבורי זה – חולה או לא חולה. ברגע שהוא חולה זה סיפור אחר. זה ככה בכל רפואה:

חמישים אנשים עם כאבי בטן, אצל ארבעים ותשעה מדובר בגזים ואז זה לא כל כך חשוב איך מטפלים בהם, אבל אצל אחד מדובר באפנדיציט ואתה חייב לעלות עליו. מרגע שזה ניתוח זו חשיבה אחרת לגמרי. זה אומר אשפוז, חדר ניתוח, זה דיסקט אחר. מתי עושים את הסוויץ', זה העניין הקריטי, מתי מחליטים ב-1973 שהולכת להיות מלחמה באותו יום, מתי זה סתם יום קרב ומתי אומרים "גמרנו" ומגיסיס את המילואים, מתי אתה אומר "עכשיו אנחנו מדברים על משהו אחר". זו השאלה. בשלב הראשוני לא חשובה האבחנה אבל חשוב לשלול משהו – לא כל-כך חשוב מה מקורם של כאבי הראש כל עוד זו לא דלקת קרום המוח, אישה הרה עם כאבי בטן – לא כל-כך חשוב ממה כאבי הבטן כל עוד לא מדובר בהריון מחוץ לרחם. במקרה הנתון (בוניאטה, ר.ג.) אני חייב להיות בטוח שהוא לא חולה, שהוא לא במצב פסיכוטי או מאני. ברגע ששללתי את זה אני יכול להירגע, כל עוד לא שללתי את זה אני חייב להתייחס אליו כמו מלחמת יום-כיפור, כאילו היום פורצת מלחמה. אז השלב הראשון הוא לקבוע אם הוא חולה או לא חולה. אם הוא לא חולה – מותר לאדם להיות קצת אקצנרי, אם חולה – צריך לבדוק האם כתוצאה ממחלתו הוא מסוגל לעשות מעשה מסוכן, כן או לא. אם הוא לא מסוכן, אני צריך להעריך את הסיכוי שבעוד חמש-עשרה שעות הוא יהיה מסוכן. אם אני רואה שיש משפחה מאוד מכילה, מנוסה, אחראית, והפסיכופתולוגיה לא עד כדי כך קשה, אקח ריזיקה מסוימת ואבקש לראות אותו בעוד שתים-עשרה שעות, אם אתה רואה שאין לו תמיכה סביבתית, אז יכול להיות שתאשפז אותו כי זו ריזיקה שאתה לא יכול לקחת. גם עניין האשפוז מורכב, צריך לפעול לפי החוק, לא מספיק לאבחן בן-אדם כמאני כדי לאשפז אותו, אתה צריך להראות שכתוצאה מהפגיעה שלו יש חשש שהוא מסוכן הבעיה עם מאניה שיש פגיעה בשיפוט והדברים לא נשארים סטאטיים, זאת אומרת שהיום הוא ייקח את התרופות, ילך הביתה ויהיה בסדר, ומחר הוא יגיד שהוא בסדר וייקח כדור אחד במקום שניים וגם ישתה קצת... ויחשוב שהוא השליח של הרבי מלובאביץ'. יש פה סיכון, יש סיכון שבעוד יומיים הוא כן יהיה מסוכן." (10, 21-45)

מדבריו של בנימין עולה כי האבחון הפסיכיאטרי מכיל מרכיב לא מבוטל של קבלת החלטות וניהול סיכונים, לרבות סיכונים על הסביבה. על הפסיכיאטר לקבוע האם מדובר באדם בריא או חולה; באם החליט שהפונה חולה, עליו להכריע בשורה של אבני בוחן המגדירות את מצבו של המטופל: האם כתוצאה ממחלתו עלול המטופל לבצע מעשה מסוכן לעצמו או לסובבים אותו? בהנחה שכרגע הוא לא מסוכן, מה ההסתברות שבעוד מספר שעות הוא כן יהיה מסוכן? בהתאם לזאת, האם לאשפז אותו? מה יהיה הטיפול האפקטיבי ביותר עבור המטופל? האם יש צורך בטיפול תרופתי, ובאיזה? האם במסוגלותה של סביבתו

(משפחתו, חבריו) להכילו ולהעניק לו תמיכה ראויה? האם, לרווחתו, כדאי דווקא לבודדו מסביבתו המוכרת? כל אלה הן סוגיות הרות גורל עבור המטפל. מדריכי סיווג המחלות מספקים מענה חלקי ונעדרים התייחסות לפקטורים משלימים משמעותיים, לדוגמא, הערכת יכולת ההכלה וההחזקה של סביבת המטפל.

זאת ועוד, בהליך האבחון הפסיכיאטרי עשוי להתחולל מאבק כוח אינטלקטואלי בין הפסיכיאטר למטופל: בעוד שחולה "רגיל" נוטה לשתף פעולה עם הרופא לטובת אבחון מיטבי וריפוי, המטופל המגיע לאבחון פסיכיאטרי, עשוי לתאר מצג שווא, אם כחלק מהפרעתו ואם בכוונת מכוון. לפסיכיאטריה מקום ייחודי באשר קבלת ההחלטות מתבצעת בתנאים מורכבים במיוחד. הפסיכיאטר מחליט באופן עצמאי מה מהמידע שהוא מקבל וקולט מצביע על סימפטום אמתי, מה אמתי למרות שאיננו נראה כאמתי, ומה מניפולציה לשמה.

בהסתמך על דבריו של רנגל, ניתן לומר כי קבלת החלטות בפסיכואנליזה היא "נוכחת נפקדת" – בדומה לאויר, קבלת החלטות בפסיכואנליזה נוכחת, וכמותו, המודעות לקיומה, נפקדת. יחד עם זאת, בהיעדר אויר, משמעותו וחשיבותו יגיעו לתודעתנו במהירות רבה ביותר. ובהשאלה, משעה שייחשף הפסיכיאטר לתובנה כי האבחון והטיפול שהוא מציע הינם תולדה של תהליכי קבלת ההחלטות, משמעותם וחשיבותם (של תהליכי קבלת ההחלטות) יתבהרו ואלה יהיו עבורו לכלי שרת בהליך הדיאגנוסטי, זאת בדומה לתהליכי קבלת החלטות בעולמות תוכן אחרים. לדוגמא, בעולם העסקי.

בבסיס האבחנות שקבעו הפסיכיאטרים המרואיינים לפונים בתיאורי המקרה שהצגו בפניהם, ובעקבותיהן, הטיפול שהציעו, ניצבת השאלה – האם אתה מאמין למטופל? – אם המטפל מחליט להאמין² לפונה המתואר בוינייטה הוא ימצב אותו במרכז הטיפול ויפעל למציאת הפתרון המיטבי עבורו, אם המטפל מחליט שלא להאמין לפונה המתואר בוינייטה הוא יזהה אותו כמהווה סיכון לסביבתו ויפעל למציאת הפתרון המיטבי עבורה (עבור הסביבה) באמצעות אשפוז – הרחקת הפונה מסביבתו (וליד: "זה לא מספיק לי, גם לפי החוק זה לא מספיק לי (...) אני חייב לנקוט בצעד ידוע אני פונה לפסיכיאטר המחוזי ומוציא לו הוראת אשפוז בכפייה. חד-משמעי וחלק."). או דיווח לרשויות (דוד: "הייתי מטלפן לאיזה קולגה כדי להתייעץ אם יש חובת דיווח, אין חובת דיווח, כי צריך להיות בסדר לפי החוק").

² בעוד ש"מאמין" משקף עמדה רגשית, "מחליט להאמין" משקף עמדה קוגניטיבית.

כשבוחנים את תגובת הפסיכיאטרים לתיאורי המקרה מהפרספקטיבה של קבלת ההחלטות ניתן לזהות שההחלטה הראשונית – אמון מול אי-אמון, בריא מול חולה, חולה מול מתחזה – משפיעה על רצף קבלת ההחלטות שמגיע בעקבותיה. סוגיית האמון בולטת במיוחד בתיאור המקרה השני, כאשר התבקשו המרואיינים להחליט האם הם מאמינים לפונה המוצג:

עמוס: "אני החלטתי שאני רופא ולא חוקר, ובמובן הזה, מה שתגידי לי, זו תהייה האמת, במירכאות. אם, בתוך סיפורך שלך, תתגלגנה סטירות שאני לא מבין אותן, אני אברר, לא עליך, אלא איתך (...). אם אני מאמין להם? אני מאמין להם עד שיש אי-הלימה בטקסטים בין איך שהם מביאים אותם ומה שהם אומרים ואז אני צריך לחפש." (4, 123-125, 140-141)

אלון: "כן. כן. כך, האמנתי. לי אין שום יכולת בדיקה כמעט, אני לא בית משפט, אני לא חוקר, אני לא שוטר. זה לפי איך שאתה מרגיש... לפעמים אני יודע שמשתמשים בי ולפעמים אני לא יודע... אני בדרך כלל נוטה לזה שאם כבר הוא הגיע אלי אז כנראה שיש מצוקה אמיתית כלשהי? אני האמנתי שגם מתוך המציאות שבה הוא חי, רדפו אחריו. (...) יכול להיות שזה פאק או בעיה שלי, אבל במרפאה לעובדים זרים דרגת החשד שלי יורדת, זאת אומרת אני פחות חשדני ויותר נוטה להאמין." (7, 56-59, 63-62)

אברהם: "הנטייה שלי זה להאמין אבל הייתי צריך לבדוק את זה קצת יותר לדעת מה נכון מה לא נכון, הסיפור נשמע לי משכנע. אם הצלחתי לאמת את הפרטים שבגדול זה הסיפור, הייתי מקווה שאצליח לנהל איתו איזה שיח על מה קורה?" (9, 204-206)

ויקטור: "אני יודע שאנשים האלו הרבה פעמים באמת לא אמינים ולמרות שכשאתה שומע סיפור כזה אז הדחף הראשון הוא להאמין אבל יש כאילו חשיבה שאולי זה לא והרבה פעמים באמת זה לא במקרים כאלו הרבה פעמים הסיפור הוא לא אמין." (8, 74-76)

דוד: "מאמין, לא מאמין, זה לא כל-כך השאלה, אם אני מאמין, לא מאמין. אני חושב שהפסיכיאטר, כל רופא בכלל, לפעמים הוא נתון במניפולציות וזה לא נכון ליפול בזה אז אם יש איזשהו משהו כזה אז חשוב לבדוק." (2, 75-77)

שרה: "**האם אני מאמינה לו שהוא באמת היה... אני לא יודעת. אני הייתי חוקרת פה גם את דברים**

העובדתיים – אם אתה באמת היית סייען אז למה רודפים אחריו פה בארץ?" (1, 98-99)

נמצאנו למדים, שככל שהפסיכיאטר מכיר את הרקע התרבותי ממנו מגיע הפונה ואמפתי כלפיו, וככל שהוא מכיר את האפשרויות והמגבלות הגלומות בסטאטוס של המטופל ומייחס להן אובייקטיביות או במילים אחרות, ככל שהמטפל מקבל את מאפייניו התרבותיים-חברתיים של הפונה, כך גוברת נטייתו להאמין לו; ובמקביל, ככל שגדל הפער בין עמדות המטפל למאפייני המטופל, גוברת נטיית הפסיכיאטר לא להאמין לפונה. מאחר וסוגיית אמון הפסיכיאטר במטופל נמצאת בייסוד רצף הפעולות הטיפוליות (האבחנה, הטיפול המוצע ומידת המעורבות ביישומן) ומאחר וקירבה/פער בין עמדותיו של המטפל למאפייניו של המטופל משפיעים על מידת האמון – הרי שקירבה בין עמדות ומאפיינים תרבותיים-חברתיים תמצב את המטופל והמענה לצרכיו במרכז, בעוד שפער בין עמדות ומאפיינים ימצב את החברה וההגנה על צרכיה במרכז (באמצעות פניית המטפל לרשויות האכיפה בשונה מרשויות הבריאות והרווחה).

רפלקסיה

מחקר איכותני הוא מחקר פרשני במהותו. כיוון שכך, הטקסטים המובאים בעבודה יכולים להיקרא ולהתפרש בדרכים מגוונות, דומות לפריזמה הפרשנית שהצעתי או שונות ממנה. חשוב לציין כי הפוטנציאל לריבוי פריזמות פרשניות מדגיש את עושרו של החומר האמפירי ואינו מרמז על העדר מקצועיות בחומר המוצג או בפרשנות המוצעות (לויצקי 2009, 12).

במטרה לצמצם ככל האפשר הטיות הנובעות מהחלת פרשנות המושפעת מעמדותי הקפדתי על קיום דיאלוג מעמיק ומאפשר עם הנחקרים, חתירה למתן ביטוי מרבי ושלם להשקפתו ולהבנתו של הנחקר ולריבוי קולות בטקסט, איסוף נתונים שיטתי, ניתוח מקרים מנוגדים, אמצתי עמדה פתוחה ולא שיפוטית ושאפתי לרפלקסיביות מירבית. (צבר בן יהושע 2001, 20).

במחקר הבוחן את השפעת העמדות של המטפל על האבחנה והטיפול הפסיכיאטרי קיים סיכון מובנה להשפעה של עמדות החוקר על פרשנות הנתונים ותוצאות המחקר. המודעות למכשלה זו הרובצת לפתחי, סייעה לי בנקיטת אמצעי זהירות מתבקשים שחלקם תוארו לעיל, ונוספים, כגון היערכות לנטרול עמדותי החברתיות לקראת ראיונות עם נחקרים מהזרמים השונים, הקלטת הראיונות באופן שיאפשר לי לבקר את הרושם הראשוני שהותיר עלי הראיון, ניסוח מבוקר וזהיר של הממצאים וכיוצא באלה.

תקוותי היא שממצאי המחקר, אם יאוששו באמצעות מחקרי המשך, יביאו להכרה ומודעות דומה אצל הפסיכיאטרים באשר להשפעת עמדותיהם הפוליטיות והחברתיות על התהליך הנוזולוגי.

ביטוי להטיה אפשרית הנובעת מפרשנות המציאות לאור עמדות החוקרת עלתה במסגרת המחקר בפרשנות לאמירה "הפניה לרשויות". "הפניה לרשויות" נתפסה בעיני כהפניה למסגרת אכיפת החוק (רשות שיפוטית, משטרה, רשות האוכלוסין וההגירה). המנחים האירו את עיני שיתכן ומדובר בגופי בריאות או סעד. נמצאתי למדה שגם כאשר קיימת מודעות רבה וממוקדת להשפעת העמדות, נדרשים פיקוח ובקרה חיצוניים (בדמות מנחה, קולגה, יועץ וכדומה).

מגבלות המחקר

במחקרי ניסיתי לבחון רעיון לפיו עמדות הפסיכיאטר עשויות להשפיע על התהליך הנוזולוגי. הממצאים

תמכו באפשרות להשפעה שכזו. יש להתייחס לממצאים אלה בזהירות רבה בשל מגבלות המחקר.

הראשונה בהן היא הטיה אפשרית של החוקרת. מגבלה זו צוינה ונדונה לעיל. מגבלות נוספות הן:

- מיעוט מספר הנבדקים: במחקר השתתפו עשרה נבדקים בלבד.
- מיעוט מספר תיאורי המקרה שנבחנו: כל משתתף התבקש להתייחס לשני תיאורי מקרה בלבד.
- משך המחקר: הראיונות נערכו בשנים 2011-2012. לא בוצעו ראיונות בשנים קודמות וגם לא במהלך השנה הנוכחית (2013). המגבלה הנובעת מכך היא שייתכן והממצאים רלוונטיים לנקודה מסוימת בזמן אך לא נבדקה תקפותם במועד אחר או בתקופה בעלת מאפיינים היסטוריים וחברתיים שונים (דוגמת לפני בחירות/אחרי בחירות, בזמן מלחמה/בעתות שלום, בזמן משבר כלכלי/שפע כלכלי).
- מקום הראיון: הראיונות לא התקיימו בחלל ניטראלי. כל ראיון נערך במקום אחר, לפי בחירת המרואיין. חלק מהראיונות נערכו בקליניקות ציבוריות, חלקם בקליניקות פרטיות וחלקם בבית המרואיין. לא נבדקה מידת השפעת מאפיין זה על התוצאות

מגבלות המחקר אינן מבטלות את ממצאיו. יחד עם זאת, ברור כי הממצאים אינם אלא בבחינת מסמן

המצביע על כיוון חקירה אפשרי ולדעתי אף חשוב

זינו

בעבודתי סקרתי את ההתפתחות שעברה החברה האנושית והקהילה המקצועית מראשית הכרתה בתופעות המוגדרות כפסיכופתולוגיה ועד לגישות המגוונות והמתקדמות המקובלות היום. דנתי במוראות הטיפול בפגועי הנפש בראשית דרכו, בהטיה הנובעת מפרשנות רשויות השלטון, החוק, המשפט והטיפול, ובחוסר היכולת של פגועי הנפש להתגונן מפניה, ולאורם במחויבות ובאחריות הרבה הרובצת לפתחו של המטפל, בצורך בירידה לדקויות בהבנת נפש האדם, בבחינה זהירה של שיטות הטיפול, בהקפדה על רגולציה מגוננת, ובחתימה המתבקשת להמשך לימוד והתפתחות.

ביקשתי לבדוק האם ובאיזו מידה מודע הפסיכיאטר להטיה אפשרית באבחון, בטיפול ובמידת מעורבותו ביישומו, הנגרמת בשל הצורך להגן על מאפייניו התרבותיים ועמדותיו הפוליטיות והחברתיות מפני קבוצות בעלות מאפיינים שונים ועמדות אחרות. בהתאם לזאת, שאלת המחקר הייתה – האם ובאיזה אופן משפיעות עמדותיו של הפסיכיאטר על האבחון והטיפול המוצע.

ממצאי המחקר חושפים פערים באבחנה ובטיפול המוצע על-ידי פסיכיאטרים בעלי עמדות פוליטיות וחברתיות שונות. נמצא כי כאשר קיים דמיון בין עמדות המטפל למאפייניו התרבותיים והחברתיים של המטופל המוצג בתיאור המקרה או כאשר יש מרכיב ערכי משמעותי בעמדת המטפל אשר נמצא בהלימה לאתגר הטיפולי שמציב הפונה, יבצע המטפל אנמנזה יסודית, מקיפה ומדויקת, וכן יהיו ברשותו הכלים להבין, להעריך ולפרש במידה סבירה של ביטחון את תשובות המטופל, מצב המאפשר אבחנה מדויקת ואמפתית אשר בתורה תוביל לנכונות למעורבות בטיפול; ובהתאמה, כאשר יש מרחק רעיוני בין עמדות המטפל למאפייני הפונה, השאלות שיציג המטפל תהינה כלליות והבסיס להערכת תשובות המטופל יהיה פחות מוצק, גורמים אשר יובילו לגישה פחות אמפתית וצמודת פרוטוקול במתן האבחנה, וליחס זהיר עד כדי חשדן בהצעת הפתרון ובנכונות לעזור ביישומו. עוצמת הפערים בולטת במיוחד בהערכת הצורך באשפוז. מנעד חומרת האבחנה בנוגע לאותו המטופל נע בין הגדרת מצבו כנורמטיבי המצריך מעקב בלבד ועד להגדרת מצבו כאקוטי המחייב אשפוז בכפייה.

כל הפסיכיאטרים שהשתתפו במחקר גילו מעורבות ומחויבות במתן מענה הולם לפונים המוצגים בשני תיאורי המקרה. אלה וגם אלה לקחו אחריות ברמה הקלינית, המעשית וההומאנית. דא עקא, במקרה האחד הם גילו יצירתיות במתן הפתרון, מעורבות אישית ומחויבות ליישומו, ובמקרה האחר, הציגו גישה

מינימליסטית של אותם ערכים. קבוצת הפסיכיאטרים החולקים מרכיבים תרבותיים אמוניים, דתיים ולאומיים הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד), וקבוצת הפסיכיאטרים החולקים עמדות ליברליות, קוסמופוליטיות וסוציאל-דמוקרטיות הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה השני (פלסטיני). ההטיה מקבלת משנה תוקף לאור העובדה שהפסיכיאטרים דווחו מראש על רוח המחקר (נאמר להם כי המחקר עוסק בתחום הפסיכיאטריה התרבותית ובוחר פסיכיאטרים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות) והיו מודעים לסוגיות הנבדקות. למרות זאת, התגלה פער משמעותי במענה שהציעו, וכן חוסר מודעות לקיומו.

עוד נמצא כי היכרות עמוקה של המטפל עם תרבות המטופל ומשמעויותיה מביאה להתייחסות תואמת ושלמה יותר לאתגר, הדיאגנוסטי והטיפול, שבפניו הוא ניצב, וכן מזמנת לפסיכיאטר כלי שרת נוסף – אסוציאציות חופשיות. נמצאנו למדים כי עולם האסוציאציות נוכח וזמין למטפל כמסייע במציאת פתרון יצירתי כאשר המקרה הנדון והפונה המוצג קרובים לליבו (של המטפל), ונעדר מהמפגש הטיפולי כאשר המקרה הנדון והפונה המתואר מייצגים תרבות שונה מתרבות המטפל.

האבחון הפסיכיאטרי מכיל מרכיב לא מבוטל של קבלת החלטות אשר ביסודן ניצבת סוגיית אמון הפסיכיאטר במטופל והיא אשר קובעת, במידה רבה, את רצף הפעולות הטיפוליות (האבחנה, הטיפול המוצע ומידת המעורבות ביישומו). המחקר הראה שמאחר וקירבה/פער בין עמדות המטפל למאפייני המטופל משפיעים על מידת האמון – הרי שקירבה ביניהם תמצב את המטופל והמענה לצרכיו במרכז, בעוד שפער ימצב את החברה וההגנה על צרכיה במרכז (באמצעות פניית המטפל לרשויות האכיפה בשונה מרשויות הבריאות והרווחה).

סיכום

הממצאים איששו את השערת המחקר והצביעו על השפעה של עמדות המטפל על ההמשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית), הפתרונות המוצעים ומידת מעורבותו ביישומם. אני מאמינה שבעקבות הפניית תשומת לב המטפלים להכרה בקיום התופעה, ואולי אף גיוסם להצעת מענה, תהיינה האבחנות הפסיכיאטריות רגישות יותר והמענים תואמים יותר את הצרכים האמתיים של המטופלים. שיתוף פעולה, פרקטי ורעיוני, מצד הפסיכיאטרים עשוי להוליד טיפול בעל רגישות רבה יותר לפונים מתרבויות שונות ואינטרוספקציה מחמירה בדבר השפעת עמדותיו הפוליטיות והחברתיות של המטפל על המפגש הקליני. נכונות המרואיינים לסייע במחקר וסקרנותם באשר לממצאיו מעודדים אותי להניח שהם רואים חשיבות בלקחים העולים ממנו. לפיכך, אני סבורה כי נכון להביא ממצאים אלה לידיעת העושים במלאכה בתקווה שמודעותם, גם אם תלווה בספקנות, תוביל לשינוי קטן אך משמעותי בסיוע למטופלים מתרבויות שונות ובעלי מאפיינים חברתיים שונים.

חשוב להדגיש כי דווקא בשל התובנה המשמעותית שהוליד המחקר ובשל הצורך לאששה, למתנה או להפריכה, נכון יהיה לבחון את הנושא באופן רחב ומעמיק יותר, הן מבחינת כמות הנבדקים והן מבחינת מנעד הוינייטות, ואולי אף לתקף את הממצאים באופן סטטיסטי.

נספחים

נספח מספר 1 – מכתב מקדים לפניה לראיון**המעבדה**
לפסיכואנליזה ולמחקר התרבות

ד"ר _____ שלום,

"המעבדה לפסיכואנליזה ולמחקר התרבות" פועלת באוניברסיטת תל-אביב בראשותם של פרופ' רקפת סלע-שפי – ראש היחידה למחקר התרבות, וד"ר שלמה מנדלוביץ' – ראש התוכנית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית. במסגרת המעבדה נפגשים אנשי תיאוריה ופרקטיקה משני התחומים, בהם, פרופ' איתמר אבן-זהר, ד"ר יוסי טריאסט, ד"ר בועז שלגי, ד"ר רינה לזר, ד"ר עידו לוריא, וד"ר ניסים מזרחי, המבקשים לקיים דיון אינטרדיסציפלינארי מפרה וביקורתי אודות השיח הפסיכיאטרי, הן הפסיכותרפואטי/אנליטי והן הרחב יותר.

במסגרת ה"מעבדה" הוקמה קבוצת מחקר בה חברים פרופ' רקפת סלע-שפי, ד"ר שלמה מנדלוביץ' ורוני גובר, הבוחנת את השפעת התרבות בתחום בריאות הנפש. אנו, החוקרים, סבורים כי במדינות רב-תרבותיות המורכבות מפסיפס של קבוצות לאומיות, דתיות ואתניות עשויה להיווצר התנגשות בין מודלים בזירה הרפואית. במקרה של הפסיכיאטריה, מדובר בהבדלי תפיסות אטיולוגיים, פנומנולוגיים וטיפוליים. במחקרנו, נבקש לבחון את השפעת המאפיינים התרבותיים של המטפל על ההמשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית). לשם כך, בכוונתנו לערוך שורת ראיונות עומק עם פסיכיאטרים מובילים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל.

השתתפותך במחקר תסייע בהגברת המודעות ליחסי הגומלין שבין הרפואה לתרבות ולאופן בו השתיים ניזונות זו מזו, משפיעות זו על זו ומגבילות זו את זו.

את הראיון תערוך רוני גובר והוא יתקיים במקום עבודתך (או במקום אחר לפי בחירתך) ובהתאם לאילוצי זמנך. כל מידע שיימסר בשיחה ישרת את המחקר בלבד וחיסונו ישמר.

בימים הקרובים ד"ר שלמה מנדלוביץ' יצור עימך קשר לתיאום ראיון, בתקווה שתהייה נכון לכך.

לשיקולך האוהד והתייחסותך נודה,

פרופ' רקפת סלע-שפי, ד"ר שלמה מנדלוביץ' ורוני גובר



המעבדה לפסיכואנליזה ולמחקר התרבות

שאלות:

האם, לדעתך, נוסח המכתב עלול להרתיע פסיכיאטרים מסוימים מלהשתתף במחקר, או ליצור פרה-סלקציה כלשהי להשתתפות בו?

האם נוסח הפניה מעורר התנגדות או שמא אהדה ורצון לשתף פעולה – באיזה אופן?

הצעות לשיפור?



נספח מספר 2 – תיאורי מקרים

מקרה ראשון:

שלב א

בן 32, נשוי ואב לשניים, גר ברמת גן בסביבה חילונית. גדל כנער דתי, למד בישיבה חילונית, שירת שירות מלא פלוס קצונה. מקיים עם משפחתו הגרעינית אורח חיים דתי. בחצי השנה האחרונה מתחזק ומקפיד בלבוש אחיד – חולצה לבנה, לבישת ציצית, והמיר את הכיפה הסרוגה בשחורה. מזה כחודש מגיע בקביעות, פעמיים בשבוע, לחוג של חסידי חב"ד. הגיע לבדיקתך בעקבות הפרעה בשינה מוסר כי חש שפעמי משיח קרבים, החל להאמין בנצחיותו של הרבי מלובאביץ ואף טען כי יתכן וראה אותו מהלך ברחובות העיר. בעקבות כך, בשבוע האחרון, מצוי ב"התרגשות גדולה", ישן שעתים כל לילה וממעט ללכת לעבודה אך מצליח לתפקד בה ובביתו באורח מלא חש עייף ותשוש במהלך היממה. מבקש לקבל תרופות שינה.

שלב ב

הוא מסרב לטיפול אך נדמה כי בעקבות הלימוד האינטנסיבי בישיבה הוא נרגע.

מקרה שנישלב א

בן 48, נשוי ואב לארבעה ילדים, יליד עזה. בחמש-עשרה השנים האחרונות מתגורר בישראל ללא אישור שהייה. חסר זכאות לטיפול רפואי (ובכלל זה – טיפול פסיכיאטרי). לדבריו, בעבר היה סיען של כוחות הביטחון. עכשווית, מאז הן מצד שלטונות ישראל והן מצד הרשויות בגדה ובעזה. נבדק על ידך בחדר המיון של בית החולים הפסיכיאטרי בו אתה עובד, נוכח תלונות על "סיוטים". טוען כי "הכל מפחיד אותי" וכי "עומדים לפגוע בי". בבדיקתו נמצאים תסמינים דיכאוניים (מצב רוח ירוד, אנהדוניה, ירידה בתיאבון) וכן תסמינים בתר-חבלתיים (תגובת תבהלה, מרכיבים התנהגותיים המעידים על הימנעות) עם תחושה כי רודפים אחריו, אך ללא עוצמה פסיכוטית. הגורם המחיש (ה-trigger) להחרפה שהובילה לפנייתו למרפאה הוא פטירת אחיו עימו גר בשנים האחרונות, שנפטר כשלושה חודשים טרם פנייתו. גורם מחיש מתמשך הינו אי-ודאות לגבי חוקיות שהייתו בארץ.

שלב ב

בבדיקותיו החוזרות הומלץ על טיפול תרופתי נוגד דיכאון מקבוצת נוגדי הדיכאון הטרציקלים (Gilex). בהמשך, עלה חשד לקיומם של סימפטומים פסיכוטיים (הלוצינציות קול, מערכת דלזיונאלית של יחס ושליטה) והטיפול הוחלף ל-Fluanxol עד 12 מג' ביום. נרשם שיפור מסוים במצבו תחת הטיפול התרופתי. בבדיקות החוזרות בלטו הסימנים הבתר-חבלתיים, חלקם בעלי מאפיינים פסיכוטיים. בנוסף, בסטטוס הפסיכיאטרי, בלטה רמת אובדנות גבוהה, לדבריו של המטופל – "בגלל כל מה שאני עובר".

ביבליוגרפיה

- אבישר, ניסים (2008). פסיכולוגיה, אחריות חברתית ומעורבות פוליטית: האינתיפאדה הראשונה והפסיכולוגים בישראל. עבודת גמר לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן.
- אבן, דן (2.12.2012) "סל תרופות מותאם תרבותית", הארץ.
- אבן, דן (10.12.2012) "לומדים מטעויות", הארץ.
- אבן, דן (8.5.2013) "תשתיות לקויות במערכת הבריאות ומחסור חמור בתקציבי פיתוח", הארץ.
- אדגר, אנדרו, וסדג'וויק, פיטר (עורכים) (2007). לקסיקון לתיאוריה של התרבות. תל אביב: שנקר רסלינג.
- אוגדן, תומס (2001). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. תל-אביב: עם-עובד.
- אוגדן, תומס (2011). על אי-היכולת לחלום. תל אביב: עם-עובד.
- אופיר, עדי (1972). "על מישל פוקו וספרו "תולדות השיגעון בעידן התבונה", בתוך: פוקו, מישל, תולדות השיגעון בעידן התבונה. ירושלים: כתר.
- אטינגר, יאיר (6.4.2012) "פיקוח נפש", הארץ.
- איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות (עורכים) (1995). ICD-10: הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי. תל אביב: דיונון.
- איגלטון, טרי (2006). אידיאולוגיה. תל-אביב: רסלינג.
- אלתוסר, לווי (2008). על האידיאולוגיה. תל-אביב: רסלינג.
- אפלטון (1964). החוקים. ירושלים ותל אביב: שוקן.

באואר, מרטין ו', גאסקל, ג'ורג' (עורכים) (2011). מחקר איכותני – שיטות לניתוח טקסט, תמונה וצליל. רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.

בארט, רולאן (1998). מיתולוגיות, תל אביב: בבל.

בורדיה, פייר (2005). שאלות בסוציולוגיה. תל-אביב: רסלינג.

בורדיה, פייר (2007). סקיצה לאנליזה עצמית. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

בורדיה, פייר (2007). השליטה הגברית. תל-אביב: רסלינג.

גיימסון, פרדריק (2004). הלא-מודע הפוליטי. תל-אביב: רסלינג.

גירץ, קליפורד (1990). פרשנות של תרבויות. ירושלים: כתר.

גלהר, ארי (8.5.2013). "מצב תשתיות מערכת הבריאות "גרוע", מעריב.

גריסרו, נמרוד (1998). "דוקטור יש לי תולעים בראש", בתוך: שיחות, כרך כ"ג, חוברת 5.

גריסרו, נמרוד, ויצטום, אליעזר (1995). "תופעת הזאר אצל עולי אתיופיה בישראל – היבטים תרבותיים וקליניים", בתוך: שיחות, כרך ט', חוברת 3.

דורקהיים, אמיל (2006). הכללים של המתודה הסוציולוגית. תל-אביב: רסלינג.

דושניק, לירון, וצבר בן יהושע, נעמה (2001). "אתיקה של המחקר האיכותני", בתוך: מסורות וזרמים במחקר איכותני. לוד: דביר.

ויצטום, אליעזר ומרגולין, יעקוב (2011). דמויות בהיסטוריה של הפסיכיאטריה. תל אביב: פורום מדיה בע"מ.

וייטמן, ששה (2007). "פתח דבר", בתוך: בורדיה, פייר, סקיצה לאנליזה עצמית. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

יונגמן, רפאל, מינצ'ין-איציקסון, שרה, זרה, ממויה, זילבר, נילי (עורכים) (1991). "ביטויים של מצוקות נפשיות בקרב יהודי אתיופיה בישראל", בתוך: *חברה ורווחה*, כרך יח, חוברת 1.

לויצקי, נעמה (2009). "איכותו של המחקר האיכותני: המקרה הנרטיבי", בתוך: *סוגיות במחקר נרטיבי: תבחיני איכות ואתיקה*.

ליבליך, עמיה, וויסמן, הדס (2009). "שיקולים אתיים במחקר נרטיבי - סוגיות, מחשבות והרהורים", בתוך: *סוגיות במחקר נרטיבי: תבחיני איכות ואתיקה*.

מיטשל, סטיבן ובלאק מרגרט (2006). *פרייד ומעבר לו*. תל אביב: תולעת ספרים.

מיטשל, סטיבן (2003). *תקווה ופחד בפסיכואנליזה*, תל אביב: תולעת ספרים.

מנדלוביץ', שלמה (2009). *על הסדר החברתי של העצמי-המרוכזים*. תל אביב: רסלינג.

מרגולין, יעקוב, ויצטום, אליעזר (עורכים) (2009). "תסמונות נפשיות תלויות תרבות בישראל", בתוך: *פסיכיאטריה – Medicine*, גיליון מס' 13.

נקש, אורית, ולבב, יצחק (21.10.2012) "שדים עדתיים", *הארץ*.

ספקטור-מרזל, גבריאלה, תובל-משיח, רבקה (עורכות) (2010). *מחקר נרטיבי: תיאוריה, יצירה ופרשנות*. תל-אביב: מופ"ת.

ספירו, ז'יזל (2007). "הקדמה" בתוך: בורדיה, פייר, *השליטה הגברית*. תל-אביב: רסלינג.

ספקטור-מרזל, גבריאלה (2010). "מנגנוני ברירה בטענה של זהות סיפורית", בתוך: *ניתוח נתונים במחקר איכותני*. באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.

פאנון, פרנץ (2012). *מקוללים עלי האדמות*. תל-אביב: בבל.

פוקו, מישל (1986). *תולדות השיגעון בעידן התבונה*. ירושלים: כתר.

פורטר, רוי (2009). היסטוריה קצרה של השיגעון. תל-אביב: רסלינג.

פילק, דני, רם, אורי (עורכים) (2004). שלטון ההון, ירושלים: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.

קופפרברג, עירית (2010). חקר הטקסט והשיח – ראשומון של שיטות מחקר. באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.

קסן, לאה, קרומר-נבו, מיכל (עורכות) (2010). ניתוח נתונים במחקר איכותני. באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.

רוזמרין, ריטה (1996). מערכת דיאגנוסטית כמפה: המקרה של ה-DSMS, חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת תל אביב.

רוטנברג, מרדכי (1994). נצרות ופסיכיאטריה. משרד הביטחון.

שלסקי, שמחה, אלפרט, ברכה (2007). דרכים בכתיבת מחקר איכותני – מפירוק המציאות להבנייתה כטקסט. תל-אביב: מכון מופ"ת.

שפלד, גבי, אכמון, יהודית ווייל, גבריאל (עורכים) (2008). סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי. ירושלים: מאגנס.

שקדי, אשר (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב.

תובל-משיח, רבקה (2007). "מבט נרטיבי על דיאלוג", המאמר נכתב לקראת כנס העשור לצו פיוס – "דיאלוג – במה מדובר?".

חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991 (ס"ח תשנ"א מס' 1339) מיום 8.1.1991 עמ' 58.

"הקלות והתאמות במערכת החינוך", פורטל השירותים והמידע הממשלתי, 2013,

<http://www.gov.il/FirstGov/TopNav/Situations/SPopulationsGuides/SPLearningDiability/SPLEducationSystem>

American Psychiatric Association (Ed.) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (Ed.) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (Ed.) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Bhui, Kamaldeep, Bhugra, Dinesh (2002). "Mental illness in Black and Asian ethnic minorities: pathways to care and outcomes, *Advances in Psychiatric Treatment*", vol. 8.

Kleinman, Arthur (1987). "Anthropology and Psychiatry: The role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness", *British Journal of Psychiatry*; 151.

Nakash, O., Saguy, T., Levav, I. (in press). "The effect of social identities of service-users and clinicians on mental health disparities: A review of theory and facts". *Israeli Journal of psychiatry*.

Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Andrew E. Skodol (Ed.) (1983).

International perspectives on DSM-III. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Sheehan V. David, Lecrubier Yves, Sheehan Harnett, Amorim Patricia, Janavs Juris Weiller Emmanuelle, Hergueta Thierry, Baker Roxy & Dunbar C. Geoffrey (1998).

“The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10”, in: *Journal of clinical psychiatry*. Vol 59.

World Health Organization (Ed.) (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva : World Health Organization.

Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Avissar, Nissim (2007). Politics and israeli psychologists: Is it time to take a stand? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(1).

Avissar, Nissim (2009). Clinical psychologists do politics: Attitudes and reactions of Israeli psychologists toward the political. *Psychotherapy and Politics International*, 7(3).

Bhui, Kamaldeep, Bhugra, Dinesh (2002). "Mental illness in Black and Asian ethnic minorities: pathways to care and outcomes, *Advances in Psychiatric Treatment*", vol. 8.

Dwairy, Marwan (2006). "Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims: A Culturally Sensitive Approach". New York : Teachers College Press.

Freidson, Eliot. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.

Geren, Kenneth J. & Geren, Mary M. (1988). "Narrative of the self as relationship", In: *Experimental Social Psychology*, 21.

Josselson, Ruthellen, Liblich, Amia (2001). "Narrative research and humanism", In: *The handbook of humanistic psychology*. CA: Thousand Oaks.

Kleinman, Arthur (1987). "Anthropology and Psychiatry: The role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness", *British Journal of Psychiatry*; 151.

Kress, Victoria E. White, Eriksen, Karen P., Rayle, Andrea, Dixon, & Ford, Stephanie J. W. (2005). The DSM-IV-TR and culture: Considerations for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1).

Leo Rangell (1969). "Choice-Conflict and the Decision-Making Function of the Ego: A Psychoanalytic Contribution to Decision Theory", in: *International Journal of Psycho-Analysis* 50.

Leo Rangell (1971). "The Decision-Making Process – A Contribution from Psychoanalysis", in: *Psychoanalytic Study of the Child* 26.

Loo, Phik-Wern, Sharon Wong & Adrian Furnham (2012). "Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia". In: *Asia-Pacific Psychiatry* 4 (2).

Mezzich, Juan E., Kirmayer, Laurence J., Kleinman, Arthur, Fabrega Horacio Jr.,

Parron, Delores L., Good, Byron. J., et al. (1999). The place of culture in DSM-

IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(8).

Nobles, Anna Y. & Daniel T. Sciarra (2000). "Cultural Determinants in the Treatment of Arab Americans: A Primer for Mainstream Therapists". In: *American Journal of Orthopsychiatry* 70 (2).

Rosenberg, Charles E. (1992). "Framing disease: illness, society, and history" In: *epidemics and other studies in the history of medicine*, Pennsylvania university.

Strous, Rael (2007). "Commentary: Political activism: Should psychologists and psychiatrists try to make a difference?" In: *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 44(1).

Abstract

In societies consisting of a variety of national, religious and ethnic groups, conflicts between diagnostic and therapeutic models may arise in the medical arena. In the field of psychiatry, such conflicts may be etiological, phenomenological and therapeutic. Consequently, this study examines whether and how a framework of perception, evaluation and action schemas, implemented by the therapist during the process of socialization, affects the clinical conceptualization (diagnostic and therapeutic), proposed solutions and extent of his or her personal involvement in their implementation—that is, whether and how the stance of a psychiatrist influences the diagnosis and treatment he or she offers. The study is based on in-depth interviews with ten psychiatrists of different stances who make daily contact with patients of different cultures in Israel.

The study reviews the development of human society and the professional community, from the first recognition of symptoms defined as psychopathology to the advanced and diverse approaches of today. It discusses the now unconscionable treatment of the mentally disabled in the early stages, the biases arising from the interpretation of the government, legislation and treatment authorities, and the inability of the mentally disabled to protect themselves from this treatment; in light of these observations, the study discusses the great responsibility and commitment required of the therapist to understand the subtleties of the human mind, to carefully examine the methods of treatment, to maintain protective regulation, and to strive for further learning and improvement.

The findings reveal gaps in the diagnosis and treatment offered by psychiatrists of different stance. My findings show that when there is an affinity between the political-social stance of the therapist and the characteristics of the patient presented in the test case the therapist will perform a thorough, comprehensive and accurate anamnesis, and will have the tools to understand, evaluate and interpret the patient's answers with a fair degree of confidence. This condition enables an accurate and empathic diagnosis that in turn leads to the therapist's willingness to be involved in the treatment. On the contrary, when there is a distance between the therapist's stance and the characteristics of the patient, the questions posed by the therapist will be more general, and the basis for evaluation of the patient's answers will be less concrete. This situation might lead to a less empathic, more "by-the-book"

diagnosis, as well as to a wary or even suspicious attitude in finding a solution and less willingness to assist in its implementation. The magnitude of the difference is particularly evident in evaluating the necessity of hospitalization. The severity of diagnosis regarding the same patient ranged from a normative condition, requiring only a follow-up, to an acute condition, requiring forced hospitalization, depending on the therapist making the diagnosis.

All psychiatrists in the study revealed involvement and commitment to providing an appropriate response to the two test case patients. All of them took responsibility on clinical, practical and humane levels. However, in one case they were creative in searching for a solution, became personally involved in it, and committed to its implementation; in the other case, they presented a minimalist approach to the same values. The group of psychiatrists who shared cultural elements which were faith-based, religious and national offered to help and support the first test case patient (a member of Chabad), and the group of psychiatrists who share liberal, cosmopolitan and social-democratic elements offered help and support for the second test case patient (a Palestinian). The bias is further validated in light of the fact that the psychiatrists were informed in advance of the spirit of the study (they were told that the study deals with the field of cultural psychiatry and examines psychiatrists who make daily contact with patients of different cultures) and were aware of the issues examined. Nevertheless, a great difference was found in the responses, as well as a lack of awareness of its existence.

It was also found that a deep familiarity of the therapist with the patient's culture and its implications brings about a more compatible and more complete diagnostic and therapeutic coping with the challenge in advance, and summons another tool for the psychiatrist—namely, free association. We learn that the world of free association is present and available for therapists as an aid in finding creative solutions, when the case in question and the patient are close to the therapist's heart, and absent or unavailable when the case in question and the patient represent a different culture.

Psychiatric diagnosis contains a significant component of decision-making, at the heart of which stands the issue of the psychiatrist's trust in the patient, and it is this trust that largely determines the sequence of actions of treatment (diagnosis, proposed treatment and the degree of involvement in the implementation). The study shows that since the varying proximity between the cultural-social identity of the

patient and the therapist's political and social stance affects the level of trust, it follows that affinity between them will place the patient and his or her needs at the center, while distance will place the society and its protection at the center (for example, in terms of the therapist's choice to contact enforcement authorities rather than health and welfare authorities).

These findings are merely an indicator towards a possible direction of inquiry. The desired outcome of this work is that the state of affairs portrayed by it will encourage further research and exploration for solutions.