



איזון חוזר

תשנחו מכפיתה למיטה, אשפוז בכפייה וטיפול בהלם חשמלי: הבשורה לרפואת הנפש בישראל מגיעה ממוסדות טיפול שלא משתמשים בכלל בכל אלה. איך שק אגרוף מסייע להתמודד עם אלימות של בחור פסיכוטי? כיצד חובשים בחורה שחותכת את עצמה בגלל פגיעה בערך העצמי? ומה המהלך הפשוט ביותר – היפטרות מהפיג'מות המוכרות של בתי החולים הפסיכיאטריים – עושה לשיחה שבין מטפל למטופל? ריאיון עם אנשי "דיאלוג פתוח ישראל", שמובילים את המהפכה

אריאל הורוביץ | צילום: מרים צחי



להתבונן על המטופל כאדם, ולא כ"חולה". בית סטורייה

יסוד. גבול הוא אחד המושגים האלה, והוא צריך לעבור רפורמה, אם לא מהפכה".
 ומה קורה כשהיעדר גבול ברור הוא מסוכן? נניח, במקרים של אובדנות או פגיעה עצמית?
 בראון: "בבתים המאזנים יש איסור על פגיעה עצמית. פגיעה עצמית נפוצה בדרך כלל בקרב נפגעי אלימות או פגיעה מינית, כמין מנגנון נפשי שמביא להם רגיעה: הם מרגישים שהם חיים, שהם נוכחים. או לא מתעלמים מפגיעות עצמיות, אבל גם לא מתרגשים מהן – חובשים את הפצע, ומספקים את כל האמצעים כדי שהבחורה שפגעה בעצמה תוכל בפעם הבאה להגיד: אולי אני לא חייבת לחתוך את עצמי כדי להרגיש שאני קיימת? אולי אני יכולה לבכות בידיים של המלווה, והיא תחזיק אותי? אולי אני צריכה חיבוק מאוד חזק? במחלקות הפסיכיאטריות, אנחנו, אין מגע, ובבתים המאזנים יש מגע. אני חושבת שהתופעות שאתה מתאר נמנעות הרבה פעמים משום שנוצר קשר שיכול להחזיק את האלימות ואת הפגיעה העצמית".

קנרד: "אני חושב שצריך לחשוב אחרת גם על אובדנות. יש הרבה אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי, וכשהם היו באשפוז לא היו להם האמצעים להתאבד. הם הרגישו רע, והריכזו והחזיקו אכול אותם מכפנים, אבל הם היו במחלקה ולא היו להם אמצעים לעשות את זה. אבל זה לא פתרון לטווח ארוך, כי אי אפשר לפקח על אדם במשך 24 שעות. אף אדם לא יכול להתחייב שהוא ימנע ממישהו לקחת את חייו כשהוא יצא מהמחלקה. בכל מקום יש הזדמנויות להתאבד. אז איזה מין פתרון זה, כשבתוך המחלקה אנחנו מונעים מן המטופל להתאבד בכך שאנחנו שוללים את החירות שלו בכפייה ובאלימות, וברגע שהוא יצא משם הוא יתאבד? הרבה אנשים עברו בתוך המערכת, הביעו את רצונם למות, יצאו משם, המשיכו להרגיש כפי שהם הרגישו, ואז התאבדו. איך עוזרו לאנשים האלה, בטווח הארוך?"

רוב חלופות האשפוז לא זוכות לתקצוב ולמימון מהמדינה או מקופות החולים, אלא מתרומות ומתשלום שהמטופלים עצמם משלמים. שתי קופות חולים – מכבי ולאומית – החלו בשבועות האחרונים לממן לקוחות שנכנסים לבתים מאזנים, בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש, שהעבירה את הטיפול בתחום מאחורי המרצה לאחוריות קופות החולים. "אנשים יודעים שיש אופציה של בית מאזן", אומרת בראון. "זה מאוד יקר, אבל לא כשקופה מציעה בית מאזן ללקוחות שלה, אנשים יכולים לעבור לקופה הזו כדי לקבל את השירות. כרגע לא כולם יכולים לעמוד במחיר, אבל אם כל מה שאני צריכה כדי לעזור לבן המשפחה שלי ולמנוע ממנו חיים של דלת מסתובבת במערכת הפסיכיאטרית הוא לעבור קופה, אני אעשה את זה".

בספטמבר הקרוב, מרכז "דיאלוג פתוח" יפתח קורס ראשון מסוגו בישראל למטפלים בגישה שפותחה לראשונה בפילדלף, הדומה לתפיסה הרווחת בבתים המאזנים. "זו תפיסה שהעריך העליון שלה הוא הרביקוליות – ניסיון לוותר על ההיררכיה, ולגשת לאדם שנמצא במשבר מתוך התייחסות הומנית ומכבדת כלפיו וכלפי המשפחה שלו", אומר קנרד. "בדיאלוג פתוח יש שיעורי החלמה של בין 70 ל-80 אחוזים, והחלמה פירושה שאדם שחווה התקף

< גדול למערכת בתי החולים הפסיכיאטריים. הם יכולים לעשות הרבה שינויים גדולים וגם עשו כאלה, אבל יש להם תקרה, וצריך לשים אותה על השולחן".
 האם הבתים המאזנים באמת מציעים משהו אחר? אולי אין הבדל בינם ובין בתי החולים הפסיכיאטריים, וכל ההבדל הוא חיצוני – הם מסבירי פנים, נחמדים יותר?
 בראון: "ההבדל הוא הבדל של שמיים וארץ. מי שנמצא בבית החולים הוא חולה, כך המערכת מגדירה אותו. אם הוא יגיד שהוא לא רואה את עצמו ככזה, המשמעות מבחינת הצוות היא שאין לו 'תוכנה'. אגב, בעיניי זה ההיבט האלים ביותר של המערכת: היא לא מאפשרת לאדם לבנות את הנרטיב שלו. אם אחד המטופלים בסטורייה יבחר לקרוא למה שעובר עליו 'מחלה', זה בסדר גמור, כל עוד הוא מחליט איך הוא מספר את הסיפור שלו, וכל עוד זה גורם לו להרגיש טוב יותר".

"ברור שיש רברים שאי אפשר להעלים לגמרי. אנשי הצוות בסטורייה אומרים באופן חדרמשמעי: אני כאן כדי לתת לך טיפול, לא אתה לי. זה מובן לכולם. ההבדל כמו שאני רואה אותו נעוץ בגישה. בשיחה בין מטפל למטופל, המטפל נוטה לתת עצות, להגיד מה בסדר ומה לא. אנחנו מאזינים מראש מתוך מחשבה שאנחנו יודעים מה נכון, ונספר לך איך תחיה את חייך בצורה טובה יותר. אבל השיח של הבתים המאזנים הוא אחר: אני נכנס איתך למסע שאורכו כאורך הזמן שאתה תזדקק לו. אני אצמד איתך ואאפשר לך, דרך הנוכחות שלי, להבין את עצמך טוב יותר, להבין מה עוד לך – מתוךך".

"יש כאן בן לוויה נאמן, מכיל, שעובר יחד עם המטופל את המסע. זה לא קל, ויש מחד לך שהגבולות מיטשטשים וההיררכיה מצטמצמת. הבתים המאזנים דורשים התמודדות מורכבת, בניסיון לפצח איך להיות עם האנשים האלה באמת, ומצד שני להציב גבולות, ולא להפוך לסמרטוט שאפשר לדרוך עליו, מה שלא ישיג את המטרה. לכן הגבולות בבתים המאזנים דומים לגבולות בין אישיים רגילים. אם אדם יצחק עליי, אגיד לו שזה לא נעים לי. אם אדם הולך עם מקל זה איים עליי, אגיד לו שזה מאיים עליי ואבקש ממנו להניח את המקל. זה יוצר חוויה אחרת. לא מעט אנשי צוות בסטורייה מרגישים שבאמצעות התפקוד הזה הם הופכים לאותנטיים יותר, ומביאים לידי ביטוי חלקים בעצמם שלא היו באים לידי ביטוי במקום עבודה אחר".

תקריות גבול

לדברי קנרד, הבתים המאזנים הם שינוי מהותי בתפיסה. "במסגרות הרגילות של בריאות הנפש, אתה מחויב לאמץ את הנרטיב הביולוגיסטי בתור מה שמגדיר אותך, את הזהות שלך. הנרטיב הזה מתחיל בבעיה במוח, ממשיך בכדורים ונגמר בכרונות. אם מאבחנים אותך כסכיזופרן, אתה סכיזופרן לכל החיים. אין לך מקום להגיד שאתה כבר לא כזה. זה אתה, זה מי שאתה, וזהו. אנחנו בדיאלוג פתוח קוראים לזה מונולוגים: שיח שמקיף את הכול, שחונק את הכול, שלא מאפשר לאף אחד לדבר בשפה אחרת. הפילוסוף מיכאיל באחטין, שהמודל שלנו בנוי בין השאר על ההגות שלו, דיבר על רביקוליות, על פוליפונייה, שבה יש מקום לכמה קולות".

איך אפשר להתנהל במגע בלי גבולות במציאות מורכבת של התמודדות עם בעיות נפשיות?
 בראון: "גבולות, בעיניי, לא מתבטאים רק בחוקי עשה ואל תעשה, אלא קשורים גם למערכת היחסים, אם, למשל, אחרי אירוע אלים יושבים ועורכים שיחה בנוכחותו של מי שנהג באלימות, וכולם אומרים איך הם מרגישים בעקבות מה שקרה, האירוע הזה הוא אירוע של גבול, אבל לא גבול של חוק. הבתים המאזנים מציעים דרך אחרת להתייחס לגבולות. זה לא שאין גבולות, אבל הם גמישים, והם נראים אחרת".

קנרד: "צריך לזכור שכל אדם הוא גבול של אדם אחר. אתה פוגש אדם, והמקום שבו אתה מפסיק להתקיים והוא מתחיל להתקיים הוא אזור הגבול. שם אתם נפגשים. אם אני פוגש אותך, אתה מספר לי משהו ואני אומר: שמע, עבר עליי יום מאוד קשה ואני לא מסוגל כרגע לדבר איתך, תסלח לי – באותו רגע הגדרתי את הגבול בינינו. בכלל, אני מרגיש שהרבה מאוד ממה שאנחנו מציעים תלוי בחשיבה מחדש על מושגי

פסיכוי לא יחווה שוב התקף כזה לעולם. הניסיון הוא לא רק לאפשר רביקוליות ולבטל את ההיררכיה, אלא גם ליצור תמיכה. זה לא שאנחנו באים לשם להמישים דקות והולכים. אנחנו מתאגדים סביב המשפחה, עוזרים לכולם".

אתם רואים את בתי החולים הפסיכיאטריים מאמצים את העקרונות האלה גם בן ביום מן הימים?

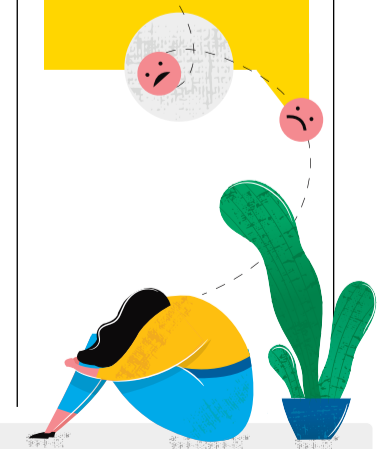
בראון: "אנחנו מעוניינים לעבוד בשיתוף פעולה עם המערכת הפסיכיאטרית, ואני חושבת שכל עוד יש צוות, לא משנה איפה הוא עובד, הוא יכול ללמוד את הגישה ולהתחיל לעבוד בה, או לשנות אותה ולהתאים אותה – זו שיטה גמישה. אני כן חושבת שבשנים הקרובות נראה אימוץ של הגישה הזו במוסדות גדולים ובמראות, לצד מטפלים שיעברו את ההכשרה הזו ויוכלו לספק את הטיפול מהסוג הזה".

קנרד מסכים, וצופה שבשנים הבאות יקומו עוד בתים מאזנים, שישמשו כחלופות לבתי החולים הפסיכיאטריים; הציבור, לדבריו, יצביע ברגליים. הוא כבר מסמן את היעד הבא. "בשנתיים האחרונות חלה פריחה של הבתים המאזנים, ואני צופה שהשנים הבאות יהיו שנים של טיפולים ביתיים", אומר קנרד, "קל יותר לאמץ את המודל הזה, הוא לא מצריך שינויים תקציביים גדולים, הוא מורל גמיש הרבה יותר, וסוג הטיפול מתאים למגוון יותר רחב של מקרים. אם יש מישהו שמסתגר בבית שלו ולא מוכן לצאת, אי אפשר לשלוף אותו משם ולקחת אותו לבית מאזן – הוא צריך טיפול בבית".

"הבתים המאזנים יתחילו לפעול תחת קופות החולים, ויהיו פרוסים ברחבי הארץ. האידיאל מבחינתי הוא שהם יהפכו לחלופה מובנת מאליה ונפוצה, ושאיף אחד לא יצטרך לנסוע שעתיים כדי להגיע אליהם. כל אדם רשאי לבחור את הטיפול שמתאים לו, ויש מקום גם לבתי החולים, אבל הם צריכים להשתנות והם מבינים את זה. בכירי המערכת הוא עצמם רוצים לראות שינוי, ואני מאמין שאנחנו מייצגים את השינוי הזה, שהרבה אנשים – מטפלים, אנשי צוות ובני משפחה – מייחלים לו".

לתגובות: dyokan@makorishon.co.il

בישראל פועלים כיום שמונה בתים מאזנים, שחלקם פועלים לפי המודל של סטורייה. יש בתים נפרדים לגברים ולנשים, אומרת בראון. "עובדים בהם אנשי צוות שמצטיינים, ביכולות אישיות, ולא דווקא בידע מקצועי. בכלל, יש ניסיון להתרחק מתיאוריה".



מנסים לפצח את הגבולות. איתי קנרד וסיון בראון

