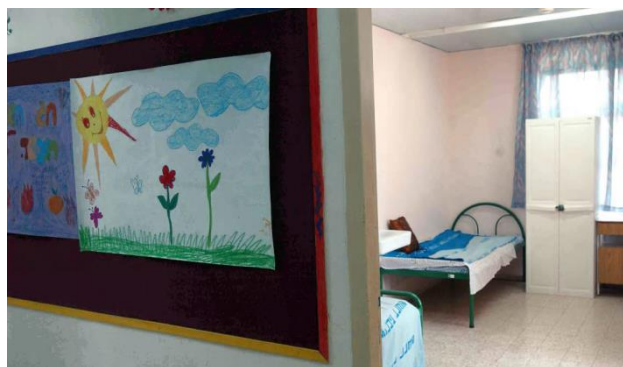


פסיכיאטר מספר: כך השתחררתי מהמחלקה הסגורה

כישלון המהפכה התרופתית בפסיכיאטריה מחייב לשלב חלופות בטיפול הנפשי. אחת מהן היא בתים טיפוליים בקהילה. כיום הם הולכים ומתרבים

פרופ' פסח ליכטנברג 17.12.2017

את הקריירה שלי בפסיכיאטריה התחלתי בשנות ה-80 כמתמחה צעיר במחלקה פסיכיאטרית סגורה, שם נחשפתי למלוא עוצמת הסבל של מתמודדי הנפש. הייתי שותף מלא לרוח התקווה ששררה במקצוע באותה תקופה: המהפכה בגנטיקה ובמדעי המוח תוביל לטיפולים חדישים שימגרו את מחלות הנפש ותביא מזור לנפשות המיוסרות שבאחריותנו לרפא. אולם המהפכה הזאת, כמו רבות אחרות, אכזבה. תרופות חדשות לטיפול בבעיות נפשיות כפסיכוזה ודיכאון לא היו טובות מהישנות, ותופעות הלוואי שלהן אף היו חמורות יותר לעתים. ראינו שהשכיחות של הפרעות נפשיות קשות רק עולה, והצפי להחלמה מהן אינו מתממש.



מוסד פסיכיאטרי, ירון קמינסקי

מדוע הציפיות נכזבו? אני ואנשי מקצוע רבים מהדור שלי קיבלנו כפשוטה את הקביעה שמקורן של מחלות נפש הוא במוח. היינו בטוחים שאם רק נשכיל להבין את רקמתו במלוא מורכבותה הפלאית, נוכל לפענח כל שיבוש בנפש ולתקנו. חוד החנית של הטיפול הפסיכיאטרי היה הפסיכו-פרמקולוגיה, התרופות שלנו. הפנימיות של המטופל, הסובייקטיביות של הנפש המתמודדת, נשארה מחוץ לשיקולי האבחנה והטיפול שלנו.

ובכל זאת, למדנו כמה דברים, או שאולי רק נזכרנו בהם, בשל כישלון המהפכה הביולוגית בפסיכיאטריה והמשבר שבא בעקבותיו. אי אפשר להתייחס למוח כאל איבר פנימי בלבד. כל הגירויים החיצוניים שמשפיעים עלינו הם למעשה חלק מהמוח, או "המוח-נפש" (Mind-Brain) "קשר הגומלין בין סביבה, פסיכולוגיה, תורשה ומוח רחוק מלהיות מובן. הציפייה שתורפות פסיכיאטריות לבדן יפתרו מצוקות נפשיות היא מופרכת. הן יכולות להשפיע, לעתים השפעה נחוצה וחיובית, אבל אין זה אומר שהן מתקנות את שורש הבעיה. הן לא אנטיביוטיקה שמחסלת את "חיידק השיגעון"; הן יותר כמו אקמול שמרגיע את הכאבים לאחר עקירת שן.

השאלה הבוערת כיום בכל הקשור לתרופות פסיכיאטריות היא השפעתן לטווח הארוך. רוב המחקרים שבדקו אותן עשו זאת במשך שבועות או חודשים. הרבה יותר קשה לעקוב שנים רבות אחרי הנוטלים אותן.

לאור הסכנות האפשריות, כגון נזקים נוירולוגיים וקוגניטיביים בלתי הפיכים, רצוי שהמטפלים ינסו להפחית את מינון המינימום, ובתנאים מתאימים אף יבדקו אם אפשר להסתדר בלעדיהן, בחלוף הסערה הנפשית. ובכלל, כל אדם הוא שונה וזקוק לטיפול שונה. ולעתים הטיפול הנפשי המיטבי כלל אינו ביולוגי.

כיום הפתיחות לפתרונות נוספים, לא תרופתיים, גוברת; כפסיכיאטרים למדנו לקח של צניעות ואנו יותר מודעים למגבלות הטיפול התרופתי והאשפוז הפסיכיאטרי ולצורך בחלופות. ב-2016 הקמנו עמיתיי ואני חלופה שכזאת - בית סוטרית (גאולה ביוונית) בירושלים — בית טיפולי בקהילה למתמודדי נפש שזקוקים לאשפוז. במקום מוסד, הם מגיעים לבית, עם צוות שכולו אומר קשב וכבוד. אין סטיגמה, אין כפייה, אין שיפוטיות, והשימוש בתרופות קטן בהרבה מאשר באשפוז. מדובר למעשה במעבר מתפישת מצבי נפש קיצוניים כמחלה לתפישתם כחוויה אנושית שדורשת הקשבה, הבנה, שיח ותמיכה.

ד', בן 45, נשוי עם ילדים, עובד ומשכיל, הוא דוגמה לכך. בשנתיים האחרונות נקלע למשבר נפשי שלווה בניסיונות אובדניים ובשישה אשפוזים פסיכיאטריים. הוא טופל בתרופות פסיכיאטריות שונות, שגרמו לו בעיקר לתופעות לוואי. כשהגיע אלינו היה שבר כלי. אנשי הצוות המסורים ("מלווים") מבית סוטרית תמכו בו בשעות היום והלילה. בנוסף, הוא השתתף בפעילויות פנאי וריפוי של הבית. הטיפול התרופתי הלך ופחת בהדרגה, עד להפסקתו. לאחר כחודש שב לביתו, לחיי שגרה. בהמשך חזר אלינו – אך הפעם כחלק מאנשי הצוות.

השנה הכיר משרד הבריאות במודל הסוטרית בשם "בית מאזן", ולאחרונה הוקם בית נוסף בירושלים. במקביל הוקם בית כזה במושב ינוב ("חיבורים לחיים"), ויש עוד שלושה לקראת הקמה: בחירם – מרכז שיקומי בקיבוץ הרדוף, ברחובות - כשלוחה של המרכז הרפואי קפלן, ובכרמיאל ("בית של תקווה"). יש לציין כי עלות התפעול היומית של הבתים הללו נמוכה יותר מזו של אשפוז במוסדות פסיכיאטריים. למרות זאת הם עדיין לא מקבלים מימון ציבורי, מה שמטיל עול כלכלי על משפחות המטופלים. ברגע שמימון זה יגיע, צפויה פריחה של בתים נוספים כאלה בארץ.

בזכות פעילות זו גם אני מרגיש שהצלחתי סוף-סוף, לאחר יותר מ-30 שנה, להשתחרר מהמחלקה הפסיכיאטרית הסגורה.

פרופ' פסח ליכטנברג הוא פסיכיאטר, מייסד עמותת סוטרית ישראל, ולשעבר ראש החוג לפסיכיאטרית באוניברסיטה העברית. טור זה מבוסס על הקדמה שכתב לספר "אנטומיה של מגפה" (הוצאת פוקוס), אשר יוצג היום בכנס בסינמטק תל אביב לרגל יציאתו לאור בעברית.