

בריאות נפש קהילתית בישראל – אנטומיה של כישלון*

יואל אליצור

לפני עשרים ואחת שנה החליט משרד הבריאות לפתח מדיניות של בריאות נפש קהילתית. הערכות שונות מאז מעידות, במקרה הטוב, על יישום חלקי של התכנית ובמקרה הגרוע על קיפאון כושל. מספר מיטות האשפוז בארץ ממשיך להיות גבוה והפערים התקציביים מעידים על העדפת בתי-החולים על-פני השירותים הקהילתיים. התוצאה – הגנחת המסלול הפסיכיאטרי הממוסד, שממשיך למלא מיטות ואינו מפתח דרכי טיפול קהילתיות, פציינטים ארוכי-טווח רבים, שאינם זוכים לשיקום מחוץ לבתי-החולים, ונוקים למטופלים ולבני משפחתם עקב אשפוזים רבים או ארוכים מדי. מאמר זה בוחן את השלכות מימושה הכושל של התכנית לבריאות נפש קהילתית בארץ: א. מבחינת דפוסי העבודה והארגון של שירותי בריאות הנפש; ב. מבחינת הנוקים האינטרוגניים הנגרמים למטופל ולמשפחתו בשל האשפוזים המיותרים.

"לפעמים אני לא בטוח למי יש יותר זכות לקבוע מתי אדם משוגע ומתי לא. לפעמים אני חרוב שאף אחד מאיתנו אינו ממש משוגע ואף אחד מאיתנו אינו שפוי ממש עד שמה שאנו אומרים גורם לנו להיות כאלה. זה כאילו לא כל-כך קובע מה שהאיש עושה, אלא האופן שרוב האנשים חושבים עליו כשהוא עושה זאת".

ויליאם פוקנר, בשוכבי גוועת

מבוא

תנועת בריאות הנפש הקהילתית, שהתפשטה והתבססה בארצות מערביות שונות במחצית השנייה של המאה העשרים, דוגלת בשינוי יסודי של מדיניות וארגון

* המעקב הערכני אחר שני המקרים, המתוארים במאמר זה, התאפשר הודות לשיתוף הפעולה של דן ואביו של יואב (שמות בדויים), שהסכימו לקיים ריאיון מוקלט ולהתחלק בחוויות של עשר שנות אשפוז וטיפול. אני חב להם תודה ומעריך את ההשקעה הרבה ואומץ הלב, שגילו לאורך השנים בהתמודדות עם בעיות נפשיות מורכבות. תודה לפרופסור אורי אבירם על הקריאה המעמיקה של כתב-היד ועל ההערות שתרמו רבות לנוסח הסופי של המאמר. נוסח חלקי של מאמר זה הוצג בערבי עיון מטעם האגודה הישראלית לטיפול משפחתי, תל-אביב, 13.9.92, ומטעם מוסד ון ליר, ירושלים, 1.12.92.

השירותים הניתנים בתחום בריאות הנפש. לתנועה הגדרות רבות, הן מהבחינה המושגית והן מבחינת היישום בשטח, שהיה שונה ממדינה למדינה בהתאם לאילוצים ולתנאים המקומיים. במאמר זה אשתמש במונח "בריאות נפש קהילתית", כדי לציין מדיניות חברתית המכוונת לספק שירותי טיפול ומניעה מקיפים ויעילים במסגרות אזוריות עבור אנשים הסובלים מהפרעות התנהגות. האשפוז הפסיכיאטרי הוא, אמנם, חלק משירותים אלו, אך השימוש בו נעשה בצורה זהירה ומצומצמת, מתוך מטרה לקיים במידת האפשר את הטיפול בתוך הקהילה. מבחינה זו יש לתנועת בריאות הנפש הקהילתית שותפות אידיאולוגית ומעשית עם מדיניות האל-ממסוד (deinstitutionalization), ששינתה את מערך שירותי בריאות הנפש בארצות-הברית (Mechanic & Rochefort, 1990) ובמדינות אחרות על-ידי הפחתה משמעותית במספר המיטות הפסיכיאטריות. ואולם, התנועה הציבה לעצמה מטרת מקיפות יותר מאלו שיושמו בארצות-הברית תחת כותרת האל-ממסוד (Humphreys & Rappaport, 1993). פעילי התנועה הדגישו את הקשר שבין בעיות נפשיות לבין לחצים סביבתיים, כגון עוני. הם גם ראו צורך להגן על זכויות האזרח של הפצינט הפסיכיאטרי וטענו, שזכותו לקבל טיפול בתנאים סבירים, שבמידת האפשר אינם שוללים את חירותו.

מאמר זה בא לבחון את כישלונה של מדיניות בריאות הנפש בישראל, ואת השלכותיו של כישלון זה על דרכי הארגון והתפקוד של השירותים לבריאות הנפש וכן את הנזקים הנגרמים בסופו של התהליך למטופלים ולבני משפחתם. לכישלון יש, כמובן, השלכות נוספות, שהדיון בהן איננו אפשרי במסגרת המאמר – הפסדים כלכליים שמקורם בהערפת הטיפול בבתי-החולים על הטיפול הקהילתי, פגיעה חברתית ופוליטית בבני המעמד הנמוך, שבשל מחסור במימון נאלצים לקבל טיפול באשפוז, שיש בו משום שלילת חירותם, וכישלונות של טיפולים קהילתיים עקב הקצאה בלתי מספקת של משאבים. במאמר חמישה חלקים: 1. מבוא המציג את הטיעונים המרכזיים של הגישה הקהילתית ואת הניסיון שהצטבר כתוצאה מיישומה בארצות שונות; 2. הצגת נתונים על כישלונה של מדיניות בריאות הנפש בישראל; 3. בדיקת השלכותיו של כישלון המדיניות על דפוסי הארגון והעבודה של שירותי בריאות הנפש; 4. בדיקת השלכותיו של הכישלון על המטופלים ובני משפחתם, כאשר הדגש הוא על נזקים אייטרוגניים, הנגרמים כתוצאה מאשפוזים מיותרים או ארוכים מדי; 5. האפשרות להשתמש בשעת הכושר הנוכחית של הדיון בחוק לביטוח בריאות לארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש במטרה לייעלם ולשפרם.

המדיניות של בריאות נפש קהילתית בארצות שונות – יישום ולקחים

מגמות של אל-ממסוד ובריאות נפש קהילתית התפתחו בארצות השונות באופן שונה כשהן מושפעות הן מהממסדים הפסיכיאטריים והמסורות הטיפוליות המקומיות והן ממאבקים בין קבוצות פוליטיות שונות, שפעלו מתוך אינטרסים כלכליים ואידיאולוגיה חברתית. יחד עם זאת ניתן לזהות במדינות השונות מספר שיקולים מהותיים שהנחו את הניסיון להעביר את הדגש מבתי-החולים לקהילה:

1. שיקול קליני – שהטיפול בקהילה משיג תוצאות טובות יותר מאשר הטיפול בבית-חולים ואין בו השפעות אייטרוגניות, בשכיחות ובעוצמה שנמצאו בבתי-חולים. טענה זו קיבלה ביסוס מחקרי כאשר הושוו תכניות הטיפול המגוונות שנעשו בקהילה והטיפול בבתי-חולים מהשורה הראשונה (Bollini & Mollica 1989; Keisler & Sibulkin, 1987; Anderson et al., 1993).

2. שיקול כלכלי – להגיע לחיסכון תקציבי על-ידי צמצום מספר המיטות. בנקודה זו נוצר שיתוף אינטרסים של פוליטיקאים מן הימין עם תנועות השחרור של השמאל. הטיפול הקהילתי שימש תחליף זול יותר מבית-החולים (Keisler & Sibulkin, 1987; Knapp et al., 1993).

3. שיקול של זכויות החולה – בבתי-החולים נשללו מהחולים חופש זכויות אזרחיות רבות אחרות. הגישה הפטרנליסטית כלפי חולי הנפש יצרה לעתים מצבים קשים של השפלה ודיכוי. המגמה המשפטית היתה, להדק את הפיקוח המשפטי על האשפוז הכפוי, להכיר בזכותו של החולה לקבל טיפול שיגביל את חירותו במידה מינימלית (Least restrictive alternative), ובאופן כללי לבסס את ההכרה בזכויות החולים (Turkheimer & Parry, 1992).

4. מדיניות רווחה – ליצור שירותי טיפול קהילתיים זמינים לחולי נפש ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ובדרך זו להוריד את שיעור האשפוז שלהם ולתרום לשיקומם החברתי. ממצאים אפידמיולוגיים הראו, שמרבית המאושפזים בבתי-החולים הממשלתיים היו ממעמד חברתי-כלכלי נמוך וקיבלו טיפולים אורגניים, כגון תרופות או נזעי ("שוקים") חשמל, מבלי שהיה להם קשר אישי משמעותי עם הפסיכיאטרים. לעומתם, בני המעמד הבינוני והגבוה זכו לרוב לטיפולים אישיים (Hollingshead & Redlich, 1958).

המדיניות שהתבססה, במידה זו או אחרת, על שיקולים אלו הביאה לשחרורם של חולי נפש רבים מבתי-החולים והחזירה אותם לקהילה, הפחיתה את השימוש באשפוז פסיכיאטרי במצבים קליניים קשים וצמצמה את תקופת האשפוז המקובלת. ואולם ההצלחה היתה חלקית בלבד, שכן לא תמיד הושקע הכסף שנחסך במיטות

אשפוז בפיתוח שירותי קהילה מקיפים בהתאם לחזון של בריאות נפש קהילתית. בהצעה המקורית בארצות-הברית, שהוגשה לפני שלושים שנה, בימי ממשל קנדי, דובר על הקמתם של אלפיים מרכזים לבריאות נפש קהילתית, אך בפועל פועלים כיום רק 750 מרכזים ופעילותם מוגבלת למדי בשל אילוצים תקציביים מימי ממשל ריגן (Mosher & Burti, 1989). כתוצאה מכך קיים כיום ויכוח חריף בארצות-הברית על הצלחתה של המדיניות הזו (Aviram, 1990; Johnson, 1990). אין ספק, שרבים מחולי הנפש ששוחררו מבתי-החולים האמריקאים לא קיבלו טיפול חלופי ולא שוקמו. מקצתם הגיעו לרחוב ונבלעו בין מחוסרי הבית, ומרביתם הועברו למוסדות אחרים (Goldman, Adams & Taube, 1983). הנפגעים העיקריים היו, כמו תמיד, החלשים, במקרה זה חולי נפש ארוכי-טווח. יחד עם זאת היו גם הצלחות. תכניות כמו Fountain House בניו יורק. (Training in Community Living (TCL) (1982). בוויסקונסין, (Beard, Propst & Malamud, 1980) Crossing Place, (Stein & Test, 1980) בווינגטון ועוד רבות אחרות (ראו Mosher & Burti, 1989), הראו לאמריקה, שאם משקיעים ניתן לממש בהצלחה את החזון.

גם בבריטניה, ההחלטות על צמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות וסגירת בתי-חולים היו קלות יותר לממשלה השמרנית, מאשר ההחלטות על הקצאת משאבים לפיתוח השירותים הקהילתיים האלטרנטיביים. ואולם, למרות אווירת הצמצומים בשירותי הסעד והבריאות חל גידול עצום במספר המרכזים לבריאות נפש קהילתית והם פועלים לשיקומם של מפוני בתי-החולים, כולל מציאת פתרונות דיוור (Carpenter, 1993). מעניין, שהוויכוח הציבורי בבריטניה בנושא האל-ממסוד והרצון לבחון את הצלחת הרפורמה ולהפיק לקחים, הביאו להקמתו של פרוייקט ייחודי: מחקר פרוספקטיבי, מבוקר ורב-היקף מטעם קבוצת Team for the Assessment of Psychiatric Services (hiatric Services) שנועד להעריך את התוצאות של העברת מאושפזים ארוכי-טווח משני בתי-חולים גדולים הנסגרים בלונדון אל הקהילה. המחקר כולל גם בדיקה כלכלית של עלויות השירותים הקהילתיים בהשוואה לאשפוז. המחקר עדיין לא הסתיים אך הממצאים שפורסמו עד כה מצביעים על הצלחה מרשימה בכל המדדים (טריימן ולף, 1993). שנה לאחר השחרור נמצא, שמצבם הפסיכיאטרי, ההתנהגותי והרפואי של החולים יציב. נוודות, פשע ותמותה היו זניחים. איכות חייהם של החולים השתפרה והם היו קשורים יותר לאנשים שאינם חלק מהסביבה הטיפולית. החולים עצמם הביעו שביעות רצון מהשינוי והעריכו את מידת החופש שזכו לו בקהילה (Anderson et al., 1993). בסיכום, אומרים אנדרסון וחבריו: "המסקנה העיקרית שלנו, לאחר שלושת השנים הראשונות של מחקר TAPS, היא שכל ההבדלים הברורים בתוצאות הם לטובת הפציינטים ששוחררו לקהילה בהשוואה לאלו מקבוצת הביקורת שנשארו בבית-החולים" (עמ' 53).

בהשוואה לשאר הארצות, הרפורמה האיטלקית היא המקיפה ביותר. תחילתה ב-1978 עם קבלתו של חוק 180 המפורסם (חוק בזליה), שקבע ששעריהם של

בתי-החולים הממשלתיים ייפתחו ואסר עליהם לקבל אשפוזים חדשים. סמכותם של הפסיכיאטרים האיטלקים להורות על אשפוז כפוי במצבים שהפצינט מסוכן לעצמו או לסביבתו הוגבלה ל-48 שעות בלבד. כדי להאריכה ל-7 ימים נדרשת הסכמתו של שופט, ובמקרים מיוחדים כשנדרשת אף הארכה נוספת יש צורך בהליך משפטי נוסף. השירותים הקהילתיים שפותחו בערים כמו: טריאסטה, ארזו, דרום ורונה ורג'יר-אמיליה הראו, שניתן לשנות באופן רדיקלי את מבנה שירותי בריאות הנפש ולהגיע לתוצאות מרשימות תוך הישענות מינימלית על מערך האשפוז הנעשה עתה במחלקות פסיכיאטריות קטנות בנות 15 מיטות הממוקמות בבתי-החולים הכלליים (Bollini, 1989; Mosher & Burti, 1989; Mollica, 1989; ראפס ובורטי, 1991). יחד עם זאת, איטליה היא מדינה ביזורית ולא כל המחוזות הצליחו באותה מידה. במיוחד, קיים פער בין הצפון והמרכז העשירים לבין הדרום העני, שמקצת מאזוריו היו חסרי תשתית קהילתית בעת קבלת החוק. עם הזמן, מתפתחים השירותים הקהילתיים גם בדרום והתמונה הכללית, הנשענת על הערכת הנתונים הקיימים, הביאה את בוליני ומוליקה למסקנה, כי "הרפורמה הפסיכיאטרית האיטלקית הדגימה בצורה ברורה שחברה יכולה להתקיים ללא בתי-חולים לחולי נפש" (עמ' 614).

לסיכום, מסקנת הגסיון שהצטבר בארצות השונות מנוסחת היטב על-ידי באסוק (1984): "אין כל תעלומה ביחס לפתרון (עבור חולי נפש ארוכי-טווח). בעקרון עלינו ליישם את תכניות החוק לבריאות נפש קהילתית מ-1963 (בארצות-הברית) על-ידי יצירת טווח רחב של פתרונות דיור המלווים בשירותים רפואיים וחברתיים עבור חולי הנפש" (עמ' 40).

בריאות נפש קהילתית בישראל – חזון נועז מול מימוש כושל

משרד הבריאות בישראל הציע וקיבל על עצמו ליישם הקמת רשת מקיפה של מרכזי בריאות נפש קהילתיים בדומה לתכנית האמריקאית המקורית. ב-1972 הוציא המשרד מסמך בשם "הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש – תכנית אינטגרטיבית כוללת" והממשלה הכריזה על קבלתה. הכוונה היתה, להקים מרכזים אזוריים, שיעניקו לאוכלוסייה המקומית שירותים כוללניים. המרכזים היו אמורים לפעול בעצה אחת עם השירותים הרפואיים והחברתיים הפועלים בתחומם, כדי לפתח גישה מניעתית בתחום בריאות הנפש (טרמר, 1975). הוקמה ועדה בהשתתפות נציגי קופת-חולים וב-1978 חתמו משרד הבריאות וקופת-החולים הכללית על הסכם, שהיה אמור לקדם מטרות אלו. ואולם, הערכת ביניים, במלאות עשר שנים להכרזת המדיניות, הראתה "רמת הישגים נמוכה", אי פיתוח של השירותים הקהילתיים והמשך מדיניות

ההעדפה התקציבית של בתי-החולים (אבירם, 1983). למסקנה דומה הגיעה גם מבקרת המדינה (ד"ח שנתי מס' 41 לשנת 1990): "משרד הבריאות הציב כיעד מרכזי בתחום בריאות הנפש את הצורך בתגבור השירותים המרפאתיים-קהילתיים. למרות זאת, המשרד לא נערך כראוי למימוש יעדיו".

חלה, אמנם, ירידה משמעותית בשיעורי האשפוז בישראל המתבטאת במספר המיטות (על-אף הגידול באוכלוסייה), במספר החולים, במספר הקבלות לאשפוז, ובשיעור המאושפזים. לדוגמה, ב-1970 היו בארץ 2.7 מיטות פסיכיאטריות לכל 1,000 תושבים ואילו ב-1990 עמד המספר על 1.5 מיטות לכל 1,000 (הנתונים נלקחו מתוך אבירם, 1991 וגינת, 1992). בשנים אלו התפתחו במקומות שונים בארץ מספר שירותים קהילתיים, ששיפרו במידת מה את המצב ואלם, בראייה ממלכתית כוללת, אין ספק שביקורתה של מבקרת המדינה מוצדקת. כפי שלמדנו מנסיון של מדינות אחרות, קל יותר לצמצם מיטות בבתי-החולים, אך קשה הרבה יותר לפתח בקהילה רשת שירותים מקיפה, שתעניק לפצייתנים המשוחררים אלטרנטיבה טיפולית נאותה יחד עם פתרון בעיות הדיוור, העבודה והשיקום התעסוקתי. נוסף לכך, למרות שהירידה במשך עשרים שנה במספר המאושפזים מבטאת מגמה רצויה, נקודת ההתחלה שלנו היתה גבוהה ביותר. לשם השוואה – באיטליה היו בשנת 1963 1.73 מיטות פסיכיאטריות ל-1,000 נפש, ובשנת 1983 ירד המספר ל-0.7 ואילו בארץ הגיע מספרן כיום ל-1.5 מיטות לכל 1,000 נפש (Mosher & Burti, 1989). גם השימוש באשפוז כפוי נמוך באיטליה מזה הנהוג בישראל.

קשה לאמוד, כמה מאושפזים ניתן היה לשחרר מבתי-החולים ולשקם בהצלחה בקהילה לו היה פיקוח הדוק יותר על מספר המיטות הפסיכיאטריות ועל משך האשפוז מצד אחד, ומצד שני היו שירותי קהילה מקיפים יותר שיכולים לטפל במקרים הקשים. הערכות שנעשו בארצות-הברית הצביעו על כך, ש-43 עד 75 אחוז מכלל המאושפזים היו יכולים לקבל את הטיפול הדרוש להם מתוך לכותלי בית-החולים (Keisler, 1980). הערכה מדויקת יותר נעשתה באחרונה במדינת ניו-ג'רסי, שבה קיימת קטגוריה חוקית מיוחדת המגדירה מאושפזים מוכנים לשחרור (Discharged Pending Placement). ניתוח המידע הראה, ש-45 אחוזים מהמאושפזים בבתי-החולים של המדינה הוגדרו על-ידי המערכת המשפטית או על-ידי המערכת הקלינית כראויים לשחרור. המצאותם בבתי-החולים היא פועל יוצא של העדר טיפול קהילתי מתאים, שכן מרביתם היו מוגבלים וזקוקים לשירותים קהילתיים. יחד עם זה, כרבע מהם הוערכו בעלי יכולת לתפקד באופן עצמאי בקהילה או זקוקים לתמיכה קהילתית מועטה, ומעל 40 אחוז נוספים הוערכו מסוגלים לתפקד בדיוור קהילתי מבוקר. מרבית המאושפזים בקטגוריה זו לא היו מסוכנים לעצמם או לסביבתם, היו מסוגלים לשתף פעולה עם תכניות קהילתיות ולא היו זקוקים לעזרה בטיפול אישי (Aviram, 1992).

סביר להעריך, שבישראל, ששיעור המאושפזים בה גבוה בהשוואה לניו-ג'רסי, ניתן היה להעביר לטיפול קהילתי יותר פצייתנים. בהעדר נתונים מדויקים אפשר

רק להסתמך על הערכות. לדוגמה, בדו"ח המועצה הלאומית לשלום הילד (1990) נקבע, ש-56 אחוזים מהילדים שהיו מאושפזים בבית-חולים גדול אינם חולי נפש ואינם זקוקים להמשך האשפוז הפסיכיאטרי. הוועדה קבעה: "המשך שהייתם בבית-חולים לחולי נפש, לא רק שהיא מיותרת, אלא גורמת להם נזק כבד שלעתים היא אף נזק בלתי הפיך... חלק מהילדים המאושפזים ללא צורך היו יכולים למצוא את מקומם במסגרת פנימייה טיפולית (בעלות נמוכה בהרבה מעלותו של האשפוז). חלק מהילדים ניתן היה להחזיר לחיק המשפחה הטבעית". בעקבות הדו"ח עלה הנושא בכנסת, נדון בוועדת העבודה והרווחה, ששמעה עדויות גם ממנהלי מחלקות ילדים בבתי-חולים פסיכיאטריים. "הוועדה התרשמה, שיש בתופעה גם פגיעה בזכויות הילד וכי נזקים רבים נגרמים לילדים הללו" (הכנסת ה-12, מסקנות ועדות, 1991, עמ' 705).

הפסיכיאטרים מנהלי בתי-החולים מכירים מקרוב את מצוקתם של המטופלים המאושפזים בבתי-חולים בשל מחסור בפתרונות טיפוליים חלופיים. שני מנהלים של מחלקות נוער השמיצו באחרונה הצהרות קשות לעיתונות. לטענתם, 25 עד 50 אחוזים מהמתבגרים המאושפזים אצלם אינם מוגדרים חולי נפש ולא היו צריכים להתאשפז בבית-חולים (גולן, 1992). הטענה מדגישה את המלכוד, שצוות בית-החולים נמצא בו. האחריות והדאגה לשלומם של המאושפזים גורמות שיחליטו להשאיר את המתבגרים במוסד ולא "יזרקו" אותם החוצה לקהילה, שאינה מאורגנת לטפל בהם. מצד שני, האשפוז הנכפה על המטופלים מעורר בעיות אתיות קשות שעניינן השפעותיו האייטרוגניות של האשפוז (נושא זה יפורט בהמשך), שלילת זכויות אזרחיות ופגיעה באיכות החיים של המאושפזים. ההתלבטויות האתיות של המנהלים הפסיכיאטריים בישראל החריפו בתקופה האחרונה, כשמשרד הבריאות הנהיג חובת תשלום עבור כל ביקור במרפאה לבריאות הנפש. השיקול הכלכלי של מערכת בריאות הנפש מתחזק, והשירות הקהילתי הוא הראשון להינזק. אם תימשך מגמה זו נפגיעה העיקרית יהיו חולים שמצבם קשה ביותר, במיוחד מי שבאים מאוכלוסייה נחשלת מבחינה חברתית וכלכלית (גוימן, 1992).

הסיבה לדלותם של שירותי הקהילה בישראל היא בסופו של חשבון סיבה תקציבית, שכן כוח האדם והידע המקצועי קיימים. גינת, מנהל המרכז לבריאות הנפש טלביה, מתאר את המצב: "כל העוסקים בבריאות הנפש בהנהלת משרד הבריאות ובשדה יודעים, שקצב פיתוח השירותים הקהילתיים לא הדביק את הגידול בצרכים, וכי ההבטחות שניתנו פעמים חוזרות, כי כל הכספים שייחסכו מהקטנת מספר מיטות האשפוז יופנו לפיתוח שירותים קהילתיים, מומשו רק באופן חלקי" (1992, עמ' 267). ואכן, בדיקת הנתונים על-ידי אבירם (1991) מציגה מצב קשה. מצד אחד חל בעשור האחרון גידול מרשים במספר אנשי הצוות בשירותי האשפוז למרות הירידה הריאלית במספר המאושפזים, ומצד שני, שירותי בריאות הנפש בקהילה כמעט שלא גדלו. אילו העבירו את הכסף אל הקהילה בעקבות החולים, מעריך

אבירם, היה צריך להשקיע פי ארבעה בשירותי הקהילה מכפי שמשקיעים בהם כיום. הנתונים שמציג אבירם מדהימים – מתוך התקציב הממשלתי לשירותי בריאות הנפש, להוציא תשלומים עבור ניהול ושירותים מרכזיים, מקבלים שירותי הקהילה 5.3 אחוזים, ושירותי האשפוז 93.5 אחוזים! גם אם ניקח בחשבון שקיימים מרכזים קהילתיים המקבלים תקנים מתקציבים של בתי-חולים, עדיין מוקצים כיום לשירותים הקהילתיים לא יותר מ-10 אחוזים מהתקציב הכולל של שירותי בריאות הנפש (גינת, 1992).

ההשלכות של כישלון המדיניות – עיוותים במערכת בריאות הנפש

כישלון מדיניות בריאות הנפש הקהילתית בישראל נבדק עד כה ברמת הארגון הכולל של המערכת, כפי שהיא מתבטאת בהחלטות כלכליות ופוליטיות של מעצבי המדיניות. בצעד הבא יבדקו, כיצד מעצבות החלטות אלו את העבודה הטיפולית בשטח, כלומר, העדפת אפשרויות טיפוליות מסוימות, אי פיתוחן ו/או סגירתן של אופציות אחרות. השפעה זו תיבחן בשלושה אספקטים מרכזיים: 1. השימוש המופרז באשפוז ככלי טיפולי וכדרך לפקח על אנשים בעייתיים; 2. השליטה הרבה שיש למודל הרפואי ולפסיכיאטרים על הטיפול באנשים בעלי הפרעות נפשיות קשות; 3. הסמכות הרבה והלא מבוקרת דיה המופקדת בידי הפסיכיאטר המחוזי וצוות בית-החולים.

אשפוז מופרז

הנתונים שהוצגו עד כה תומכים בטענה, שכאשר פיתוח החלופות הטיפוליות בקהילה אינו מספק, גדל השימוש באשפוז. אנשים, שבתנאים אחרים יכלו לקבל טיפול בקהילה מופנים לאשפוז, יש לחץ רב לאשפוז בכפייה ותכיפותו עולה, האשפוזים ארוכים מדי ומאושפזים רבים מוחזקים בבתי-החולים משיקולים שאינם טיפוליים. זהו קונטקסט ארגוני-טיפולי אופייני שעליו מתפתחת בבתי-החולים אוכלוסייה כרונית גדולה והצפי הוא שתמשיך לחיות שם; על-פי הערכתו של גינת, 5,000 איש שהם 70 אחוזים מהמאושפזים בארץ. השימוש המופרז באשפוז משחית את העבודה

המקצועית הנעשית בבתי-החולים, אך השפעות שליליות מסוג זה אינן ייחודיות לישראל. גם סטיין וטסט (Stein & Test, 1980), שבנו בוויסקונסין תכנית קהילתית מוצלחת, הגיעו למסקנה דומה כאשר בדקו פעילות של בית-חולים במצבים של העדר ושל הימצאות שירותים קהילתיים, היכולים לטפל במקרים הקשים: "כאשר השירותים הקהילתיים אינם מספקים בית-החולים מוכרח לתפקד כמוקד ראשוני של הטיפול במקום לשרת כפי שהוא מוכשר יותר לעשות במסגרת תפקידו המקצועי המיוחד" (עמ' 396).

שליטת המודל הרפואי והפסיכיאטרים על הטיפול באנשים בעלי הפרעות נפשיות קשות

הטענה הבסיסית, שהשימוש באשפוז ככלי מרכזי לטיפול באנשים בעלי הפרעות נפשיות קשות, מחזק את השליטה הרבה שיש למודל הרפואי ולפסיכיאטרים על תחום טיפולי זה. המשאבים הולכים לבתי-החולים הפועלים על-פי המודל הרפואי ונשלטים על-ידי הפסיכיאטרים. הזנחת הטיפול הקהילתי מונעת פיתוח נרחב של תכניות טיפול פסיכו-חברתיות, שעליהן ניתן היה ליישם מודלים חלופיים בעלי יעילות מוכחת. בשל ההזנחה הזו חייבים מרבית אנשי המקצוע האחרים, שעובדים עם פצינטיים בעלי הפרעות נפשיות קשות, לפעול במסגרת ההיררכיה והאידיאולוגיה הרפואיים, המגבילה אותם מאוד גם כאשר הם חופשיים, לכאורה, לנסות גישות טיפוליות אחרות (אליצור ומנוחין, 1992). כך מתחזק המונופול של גישה טיפולית אחת ושל אנשי מקצוע מסוג אחד, והתחום אינו פתוח לתחרות ולהשוואה הוגנת בין גישות טיפוליות שונות, שהיו יכולות לרענן וליעל את הטיפול. מונופול כזה מנציח היררכיה על-פי סיווג מקצועי ולא על-פי יכולת ומגביל את מידת הסמכות והאוטונומיה של אנשי מקצוע אחרים ליזום ולנהל תכניות טיפול ושיקום בתחום הפסיכו-חברתי.

אין זה מקרה כי, בארצות התומכות במדיניות בריאות נפש קהילתית, התחזקו מגמות טיפוליות שונות מהמודל הרפואי המקובל בפסיכיאטריה ותכניות שיקום קהילתיות רבות יישמו בהצלחה את המודלים החלופיים. מלכתחילה קמו תנועת האל-ממסוד והתכניות למרכזי בריאות נפש אזוריים בתגובה לכשלונם של בתי-החולים להתמודד עם הבעיות המורכבות של "מחלות הנפש". הטענות היו לא רק כלפי בתי-החולים כארגון אלא גם כלפי מוגבלותו של המודל הרפואי, שראה בבעיות נפשיות קשות מחלות הזקוקות לטיפול רפואי. ספרים ומאמרים רבים נכתבו על כך, שהמודל הרפואי גורם למדיקליזציה מוגזמת של התחום, יוצר תיוג אובייקטיבי, כביכול, של "חולי נפש", ומשתמש במקצוע הרפואה ככלי לשליטה

חברתית (Szasz, 1961; Foucault, 1965; Scheff, 1966; Goffman, 1968). כיום, בעידן המודרני, או הפוסט-מודרני, אנו מודעים לכך, שהמונח מחלת נפש הוא קונסטרוקציה חברתית מוסכמת המתחפשת ל"אמת אובייקטיבית", ושהמודל הרפואי הוא נאראטיב תיאורטי, המסווה את יחסי הכוח שבין המטפל לבין המטופל ויוצר נורמות ממוסדות הקובעות במידה רבה כיצד אנשים תופסים את עצמם ואת זולתם. קל לנו לבקר את השחתתה של הפסיכיאטריה הסובייטי, ששימשה בידי השלטונות כלי לדיכוי דיסידנטים, אך חשוב שנכיר, שגם בארצות המערב פוליטיקה ופסיכיאטריה שזורות זו בזו (Miller, 1986). במשך השנים, תמכו ממשלים שמרניים באידיאולוגיה הפסיכיאטרית, הרואה את מקור הבעיות הנפשיות בדפקטים פנימיים של הפרט. לעומתם, ממשלים שאימצו מדיניות חברתית פרוגרסיבית הדגישו הרבה יותר את השפעתם של התנאים הסביבתיים ותמכו בתנועה לבריאות נפש קהילתית (Humphreys & Rappaport, 1993).

על-אף הביקורת וקיומן של חלופות תיאורטיות שונות ממשיך המודל הרפואי לשלוט בבתי-החולים ובמערכת ההכשרה הפסיכיאטרית בישראל. פריד הירבה לבקר את הפסיכיאטריה המסורתית בישראל ואת דרכי ההכשרה, המדגישות סימפטומים יותר מאשר בני אדם. הוא ניסה להכשיר אנשי מקצוע, שתייחסו למפגש עם המטופל כאל מפגש בין שתי אוטונומיות שוות זכויות, המבוסס על סימטריה וכבוד הדדי (ורדי, 1991). בורטי ומושר (Burti & Mosher, 1986), תיארו את תהליכי ההכשרה הרצויים בפסיכיאטריה, כשהם מתבססים על הנסיון שנרכש באיטליה. הטענה הבסיסית היא, שכיום הדגש העיקרי נסב על החלק הביולוגי של המודל הביו-פסיכו-חברתי. עיקר ההכשרה הפסיכיאטרית הבסיסית נעשה כיום בבתי-החולים ועוסק במידה רבה בסימפטומים אינדיווידואליים. כך מונצחת גישה טיפולית, המוציאה את הפציינט מחוץ להקשר הסביבתי וההיסטורי של חייו (& decontextualize) ומפחיתה מכוחו לשלוט על גורלו (depower). בורטי ומושר מציעים הכשרה שתכלול את הרחבת המיומנויות המקצועיות העונות לצרכים הפסיכולוגיים, הבין-אישיים והחברתיים של פציינטים הסובלים מהפרעות קשות.

עלינו להכיר בכך שאת הכשרתם של פסיכיאטרים צעירים ואת המשך שליטתו של המודל הרפואי בבתי-החולים מכוונים לא רק שיקולים מקצועיים, אלא גם אינטרסים "פוליטיים" של הממסד הפסיכיאטרי (Conard & Schneider, 1985). טבעי הוא, כי לרופאים יש עניין לשמור על עמדות שליטה ומנהיגות ולהמשיך להפנות כספים לעבר תחומי היישום והמחקר, הנשלטים על-ידם. אולם, כפי שטוען קייסלר (1992), הנסיון בארצות-הברית מעיד, כי המדיקליזציה מעוותת את המדיניות הממלכתית של בריאות הנפש ואינה לטובת הפציינטים: "הנסיון של מערכת בריאות הנפש לחקות את השירותים הרפואיים מייקר בעליל את שירותי בריאות הנפש ומפחית מעילותם, וכתוצאה מכך מכשיל את מדיניות בריאות הנפש" (עמ' 1077). דוגמה אופיינית לעיוותי המדיקליזציה היא העדפת הטיפול האקוטי בבתי-החולים על פני

ההשקעה במניעה ובטיפול בבעיות ארוכות-טווח. גם בארץ התחזקות המדיקליזציה בשירותי בריאות הנפש, המובלים על-ידי הפסיכיאטרים, משפיעה לרעה על התפתחות הטיפול הפסיכוסוציאלי (אכירס, 1991).

יישום מוצלח של מדיניות בריאות הנפש בישראל יכול היה לתרום לתיקון העיוותים בחלוקת הכוח בין אנשי המקצוע ולהביא למערכת רציונלית יותר, המעדיפה את טובת הפציינט, המשפחה והקהילה. דוגמה מעניינת, הממחישה התפתחות אפשרית זו, היא השינוי שחל ביחסי הכוחות בין אחיות קהילתיות לבין הממסד הפסיכיאטרי בבתי-החולים הבריטיים. התחזקותו של הטיפול הקהילתי בבריטניה מחזקת את מעמדן של האחיות והן דורשות עמדה אוטונומית יותר מזו של עוזרת הרופא היוצאת לשטח, כדי לתת זריקות. העבודה הקהילתית מציבה בפני האחיות אתגרים מקצועיים רחבים וככל שהן נכנסות יותר לנישה הזו הן דורשות הכרה מקצועית ועמדות ניהול (Carpenter, 1993). יחד עם הדרישה ליתר אוטונומיה ולמעמד מקצועי הן פועלות לשיפור הכשרתן ולהעלאת רמת עבודתן הטיפולית. התפתחות זו משרתת את הצרכים הממלכתיים שכן שכון של האחיות נמוך יחסית ויחד עם העובדים הסוציאליים הן המבצעות את מרבית העבודה המקצועית בשטח.

לצערנו, מגמת ההתפתחות בישראל היתה עד כה הפוכה. שתי תכניות, שנועדו להוציא פציינטים ארוכי-טווח מבתי-החולים ולשקמם בקהילה (ושיתוארו בהמשך כדגם של עבודה קהילתית מוצלחת) לא קיבלו תמיכה ממלכתית מספקת. לשתי התכניות גישה טיפולית שונה מזו של המערכת הפסיכיאטרית הממוסדת – בתחנות הקיבוצים – הונהגה גישה מערכתית ואילו במועדון שלום – המסגרת התיאורטית היתה פסיכולוגית-חברתית והתנהגותית, וגם חלוקת הסמכות הטיפולית בין אנשי המקצוע שונה מהנהוג בממסד הפסיכיאטרי בהיותה מושתתת על יכולת מקצועית ועל אחריות טיפולית, שלא על-פי מקצוע. התכנית של מועדון שלום, על-אף הצלחתה השיקומית ועלותו הנמוכה של הטיפול בהשוואה לאשפוז כרוני, הופסקה בהעדר תמיכה ממוסדת. תכנית תחנות הקיבוצים ממשיכה לפעול גם בהעדר תמיכה ממלכתית בגלל נכונותם של מקצת הקיבוצים לשאת בעול הפיננסי, אך היקפה מוגבל ביותר. באופן אבסורדי, אם יסכימו אותם מטופלים להתאשפז יקבלו בחינם טיפול הרבה יותר יקר. אבסורד זה הוא תולדה של המונופול הקיים בתחום, שלהערכתו ימשיך לקיים את שליטתו כל עוד לא תתאפשר השוואה תחרותית בין מודלים שונים, המקבלים תנאים שווים, כך שהפציינטים יוכלו לבחור לעצמם את סוג הטיפול שהם מעדיפים.

כישלון מדיניות בריאות הנפש בישראל, שחזק את המונופול של המודל הרפואי והפסיכיאטריה, חזק באותה מידה גם את שליטתם של הפסיכיאטר המחוזי ושל צוות בית-החולים בחייו של הפציינט, עוצמה מקצועית וחברתית זו פוגעת בזכויות האזרח של המאושפזים ומצמצמת את חירותם.

הנסיון ליצור מנגנוני בקרה משפטיים, שיאזנו ויגבילו את כוחה של הפסיכיאטריה אינו חדש. מילר (Miller, 1986) מצביע על מסורת משפטית בת יותר ממאה שנים באנגליה ובארצות-הברית, המנסה לפקח על תהליך כפיית האשפוז ולהגביל את שלילת החופש והזכויות הקיימת בבית-החולים. בזליה, שדחף את איטליה לעבר הרפורמה המקיפה ביותר בארגון שירותי בריאות הנפש, ראה בבית-החולים המסורתי כלי לדיכוי חברתי, וטען שיש להגביל את הכוח הרב שניתן לפסיכיאטר (Basaglia, 1980).

שניט (1988) המנתח את המצב החוקי בארץ מצביע על מצב שונה: "במסגרת הסדרים חוקיים המבטאים תפישת עולם פטרונית, הופקדה אחריות המלאה להחלטה בענייניהם של חולי-נפש בידי המערכת הרפואית". בהשוואה לארצות אחרות, שבהן התחזק המודל המשפטי הרואה באדם בן-חורין ואדון לגורלו, "שיטת המשפט שלנו העדיפה באופן מהותי את השיקולים הרפואיים על-פני השיקולים החוקיים" (עמ' 326). בעקבות הביקורת על מצב זה נחקק בשנת 1991 חוק חדש לטיפול בחולי נפש, אך מלבד שיפורים מסוימים לא גרם החוק לשינוי מהותי במצב, וקיימים אף תחומים שבהם הורחבה הסמכות המופקדת בידי הפסיכיאטרים. ניתוח החוק הביא את לוי (1991) למסקנות קשות: "התרחבות הפגיעה בחירויות לא אוזנה על-ידי אמצעי בקרה חדשים... תימשך, לכן הפארכה שפסיכיאטר מחוזי מוציא הוראת אשפוז לבית-החולים, שהוא גם מנהלו" (עמ' 218).

כדי להמחיש כיצד סמכות יתירה זו מנוצלת, לעתים, לרעה אביא בקצרה שתי דוגמאות ערכניות שבהן ביקר בית-המשפט בחריפות החלטות שוללות חופש של פסיכיאטרים:

א. אישה צעירה אושפזה בגיל 13 וקיבלה תווית כרונית של סכיזופרניה. שש שנים אחר-כך אושפזה בכפייה, ללא בדיקה פסיכיאטרית של הפסיכיאטר המחוזי או של פסיכיאטר אחר מטעמו. האישה ערערה בפני הוועדה הפסיכיאטרית וערעורה נדחה, אך בבית-המשפט המחוזי התקבל הערעור. בפסק דין שניתן ב-6.9.92 קובעת השופטת סירוטה: "אמנם הוועדה הפסיכיאטרית בדקה את המערערת, אבל כל החלטתה סמוכה על שולחנו של הפסיכיאטר המחוזי תוך הסתמכות על החלטתו... על הפסיכיאטר המחוזי להפעיל את החוק בזהירות. הוא מוציא צווים שהם דומים לצווי מעצר... מדובר בחולה שיש לה היסטוריה של אשפוז

קודם וטיפול מרפאתי. אולם דווקא במקרים כאלה גוברת הסכנה של הוצאת צו בקלות יתרה בדרך של שגרה... נפל פגם חמור בדרך קבלת ההחלטה על ידי הפסיכיאטר המחוזי... נשללה חירותה של המערערת... תוקפנותה נובעת לא מעט מעצם האשפוז שנכפה עליה".

ב. כעבור מספר חודשים התברר בפני השופט טל מבית-המשפט המחוזי בירושלים ערעור על החלטת הוועדה הפסיכיאטרית להשאיר פציינטית באשפוז כפוי. בפסק הדין שנכתב ב-17.1.93 קובע השופט, שהוועדה לא הראתה שיקול דעת עצמאי כשהעריכה את מצבה הנפשי של המערערת ובדיקת חומר הראיות אינה משכנעת באשר ל"סיכון פיזי מידי" שייגרם על ידה. למרות הטענה, שהמערערת תקפה חולות זקנות וחלשות בבית-החולים, התרשם השופט רק ממקרה אחד שבו הגיבה המערערת בתוקפנות כאשר חולה אחרת שכבה במיטתה וסירבה לפנותה. השופט לא ראה בכך עילה מספקת לכפיית אשפוז והורה לשלוח אותה במקום זה לטיפול אמבולטורי.

הדוגמאות רבות וחלקן מתפרסם מדי פעם בעיתונים, ואולם, הבעיה בשטח מקיפה הרבה יותר. בארצות-הברית, שבה חלה התקדמות חקיקתית ומשפטית רבה בהגנה על חירות הפציינט הפסיכיאטרי וזכויותיו, מוצאים את עצמם שופטים ועורכי דין מתקדמים במלכוד קשה שמקורו במחסור בדרכי טיפול חלופיות לאשפוז. למרות כוונותיהם הטובות אין ביכולתם ליישם את האמצעים החוקיים, הקיימים במקומותיהם, והם נאלצים להיעזר בשירותים טיפוליים, שהם מתנגדים להם (Turkheimer & Parry, 1992). כלומר, הכישלון לפתח שירותים קהילתיים משפיע לרעה על חירות האזרח ועל יכולתו של הפציינט הפסיכיאטרי לעמוד על זכויותיו, גם אם הן מוגדרות בחוק. לא מדובר כאן באשפוז כפוי בלבד, אלא גם באשפוזים יוסימיים מרצון, כאשר בהעדר חלופות טיפוליות אחרות "בוחרים" הפציינטים ובני משפחתם לפנות לבית-החולים. דוגמה מעניינת הציג לוי (1993) בהרצאה על "השפלת הזכויות והזכות להשפלה". בתוקף סמכותו כמנהל מחלקה סגורה בשלוותה, הסכים לוי לתלות למאושפזים דף ובו פירוט זכויותיהם על-פי החוק החדש, אלא שהצוות התנגד לרעיון מתוך חשש, שהמטופלים "ינצלו לרעה" את החוק נגד הטיפול ו/או נגד העובדים. לוי הרגיע אותם והסביר, שנסיונו מעיד, כי הסיכוי שהחולים יממשו את זכויותיהם הוא אפסי. הזמן אכן הוכיח שלוי צדק. ובאמת, עמדתו של הפציינט הפסיכיאטרי בישראל כה חלשה עד שגם במקרים שהוא נפגע בעליל, הוא נוטה שלא לפנות לבית-המשפט ועוד פחות מזה להגיש תביעות על רשלנות רפואית.

השפעותיו המזיקות של האשפוז הפסיכיאטרי על הפצינט ועל בני משפחתו

הנזק הנגרם עקב כישלונה של מדיניות בריאות הנפש מקבל את הביטוי הבוטה ביותר באשפוזים פסיכיאטריים מרובים וארוכים מדי, ועל כן אתמקד בחלק זה בנוזקים האיטרוגניים, הנוצרים בעקבות הטיפול בבית-החולים הפסיכיאטרי. אין הכוונה להפנות אצבע מאשימה אל הפסיכיאטרים, המנהלים את בתי-החולים או להפוך את הצוותים לשעיר לעזאזל, מפני שהם אינם אלא חלק אחד של מערכת בריאות הנפש ושל מערכת הבריאות בכלל, ומערכות אלו קובעות אילוצים, המשפיעים על העבודה בשטח. כישלונה של מדיניות בריאות הנפש הקהילתית, הנובע אף הוא מסיבות פוליטיות וארגוניות סבוכות, הוא אחד מאותם גורמים המעצבים בצורה מכרעת את דרכי העבודה בבית-החולים.

בהשוואה לטיפול קהילתי אשפוז הוא טיפול רדיקלי. לכן חיוני, שכל אנשי המקצוע וקובעי המדיניות יהיו מודעים לנוזקים ולפגיעות האיטרוגניות הנגרמים לחולים ולבני משפחותיהם בדרך טיפול זו. נזקים אפשריים אינם שוללים, כמובן, את האשפוז ככלי טיפולי יעיל במצבים מסוימים. הטענה היא, שהפסיכיאטריה, כמו הרפואה המודרנית, צריכה להעדיף במידת האפשר טיפולים קונסרבטיביים, שהם פחות אלימים ופולשניים ובדרך כלל נעשים בקהילה, על פני טיפולים רדיקליים. כמובן זה פיתוח השירותים הקהילתיים היה יכול לסייע לבית-החולים לצמצם נזקים איטרוגניים ולשפר את יעילותו על-ידי הגבלת פעולתו לפצינטים הקשים ביותר וקיצור משך האשפוז.

רשימת הסכנות, תופעות הלוואי וההשפעות האיטרוגניות של האשפוז בבית-חולים לחולי נפש אינה ממחישה דיה את החוויות שעוברים החולים ובני משפחותיהם. על כן בחרתי להביא קודם קטעים מחייהם של שני נערים, שתוארו בספר "מיסוד השיגרון" (אליצור ומנוחין, 1992). שניהם היו מאושפזים בבית-חולים מהמתקדמים בארץ והמעקב אחר הטיפול האשפוזי והקהילתי שלהם ארך חמש שנים. עתה, חמש שנים לאחר סיום המעקב המקורי, ערכתי מעקב עדכני. המקרים יוצגו באותם שמות שבהם הופיעו בספר, כך שהקורא המעוניין בתיאור המלא יוכל לחזור לספר, לבחון את ההתייעצויות המשפחתיות שנעשו בראשית הדרך עם מנוחין ולעמוד על אפשרויות הטיפול הקהילתי, שלא היו ניתנות למימוש במבנה הקיים של מערכת בריאות הנפש.

יואב — כאשר האלטרנטיבה היחידה היא בית-חולים

יואב אושפז בראשונה בגיל חמש-עשרה בשל הידרדרות קשה ביחסיו עם הוריו והתנהגות אלימה כלפיהם. אובחן שיואב סובל מהפרעת קשב (ADD) ויותר מאוחר

אובחנה אצלו גם מחלת הנפילה. ההחרפה במצבו חלה בעקבות כישלון בלימודים, סילוק מבית-הספר ושהייה בבית ללא תפקוד. במסגרת השירותים שהיו בקהילה ניתן היה להעניק לו טיפול אינדיווידואלי פעם בשבוע, אך עזרה זו לא הספיקה כדי להתמודד עם משבר שדרש מגע הרבה יותר אינטנסיבי, כולל עבודה עם המשפחה ושיקום במסגרת לימודית או תעסוקתית תומכת. יואב לא היה פסיכומי, אך בהעדר מסגרת טיפולית מקיפה בקהילה, הפתרון היחיד האפשרי היה אשפוז, שניתק אותו מכל מסגרת נורמלית של לימודים ותכורה. האשפוז הראשון אך כתשעה חודשים והנסיון השיקומי שנעשה עם שחרורו, נכשל מפני שעיקר העומס שוב נפל על המשפחה. דודו של יואב לקח אותו לעבוד אצלו ושמר על קשר צמוד איתו. במסגרת מוגנת זו גילה יואב יכולת הסתגלות טובה והשתפר מאוד. אך טיפול קהילתי מאולתר זה קרס, כאשר הדוד החליף מקום עבודה ולא היה יכול להמשיך לפקח על יואב. שוב חלה הידרדרות מהירה ביחסים המשפחתיים ובמצבו הקליני של יואב, עד שלא היה מנוס מאשפוז חוזר. בבית-החולים החדש קיבל יואב תווית של סכיזופרניה פרנואידית.

ה"קריירה" של יואב בבתי-חולים לחולי נפש נמשכת כבר יותר משמונה שנים. במהלך שנים אלו דחו ההורים המלצה לשלוח אותו ללובוטומיה, למרות שבית-החולים איים, להעביר את יואב למוסד כרוני אם "הצעתו" לא תתקבל. הזדמנות רצינית אחת לשיקום קיבל יואב דרך מוסד שפועל בקהילה, אך בשל התפרצויותיו ויכולתו הכללית הנמוכה, הנסיון נכשל. על-אף כל החיפושים לא נמצא בארץ מוסד מתאים ליואב, והוא הועבר ל"מחלקה שיקומית" בבית-חולים כרוני. יואב אינו פסיכומי וסיכוייו להיקלט במסגרת קהילתית מתאימה טובים, אך הוא חי בתוך מערכת בריאות הנפש של מדינת ישראל ולכן התחזית הטיפולית עבורו, בגיל עשרים וחמש – שיישאר בבית-חולים עד סוף חייו.

דן – טיפול קהילתי במשפחה בעלת אמצעים

דן אושפז כשהיה בן שמונה-עשרה בגלל מצב חרדתי, איזמי התאבדות וכאבים באזור איבר המין. האשפוז אך כשנה והופסק על-ידי המשפחה בניגוד לחוות דעתו של צוות בית-החולים. החלטת ההורים נעשתה מתוך חרדה למצבו של דן, שהחל לפתח בבית-החולים תסמונת פסיכיאטרית כרונית. בהחלטתם נעזרו בני המשפחה בעצותיו של מנוחין ובקשר טיפולי מתמשך עם מטפלת מסורה, שהיתה מוכנה לקחת סיכונים יחד עם המשפחה, כדי להתמודד על דרך הטיפול הקהילתית-מערכתית שלה מול הגישה הרפואית של בית-החולים. גורם נוסף היתה העובדה, שמשפחתו של דן, להבדיל ממשפחתו של יואב, יכולה היתה לממן באופן פרטי טיפול קהילתי אינטנסיבי וארוך-טווח, שנעשה בחלקו בקר-תפיה יחד עם ליווי פסיכיאטרי, וכלל פגישות אינדיווידואליות, זוגיות ומשפחתיות. נוסף לכך, משפחתו של דן העניקה לו סיוע רב שתמך בשיקום – עזרה לו למצוא מקום עבודה מתחשב כאשר

יצא מבית-החולים, עזרה לו להתארגן בתחומים שונים, כדי שחייו לא יוגבלו עקב פרופיל 21, ומאוחר יותר גם תמכה בו כספית ומימנה עבורו לימודים ומגורים מחוץ לבית.

במשך שנות המעקב יצא דן מהמשבר ושיקם את עצמו מכל הבחינות. הוא למד באוניברסיטה, רכש מקצוע, כיום הוא עובד במקצועו, פעיל חברתית ויחסיו עם משפחתו השתפרו מאוד עם השנים. דן מעריך מאוד את התייצבותם לצדו ונגד בית-החולים ואת נכונותם לקבל טיפול משפחתי. ואולם, בצד ההצלחות, נחשפו בריאיון האחרון עם דן פצעים ישנים שהעידו שהשהייה בבית-החולים יצרה אצלו משקעים רגשיים בעצמה של הפרעה פוסט-טראומתית. חוויות קשות אלו לא נחשפו במעקבים הקודמים. להלן דבריו של דן בקצרה:

"עברתי דברים מאוד קשים בתוך בית-החולים, שחלקם לקח לי שנים להיות מסוגל בכלל לדבר עליהם. הדברים שעברתי נשמעים אבסורדיים, ממש מטורפים, שחששתי שאם אספר אותם יחשבו שיש לי דמיונות ולא יאמינו לי... הנושא הזה כפי הנראה ילווה אותי לכל החיים. זוהי מין טראומה שלא אוכל לשכוח..."

אחרי חצי שנה של אשפוז הצוות בבית-החולים היה בחוסר אונים אתי בגלל שהסימפטומים הפסיכוסומטיים לא נחלשו. החליטו לבודד אותי לגמרי מהסביבה שלי, שאהיה בתוך חדר לבד ולא אוכל לצאת החוצה עד שהכאבים יעלמו. אחרי שבוע ששהייתי לבד בחדר הרגשתי שאני לא יכול לשאת את זה יותר, הייתי בתסכול נוראי והחלטתי לברוח" (בוכה)...

"(לאחר התפיסה וההחזרה לבית-החולים) פחדתי נורא מעונש. ראיתי בתוך המחלקה שעונשים זה בעצם קשירות (בוכה) והרגשתי שאני לא מסוגל להיות קשור לכמה ימים. אז הכניסו אותי לחדר מבודד ולא הרשו לי להכניס שום חפץ אישי, כך שלא יכולתי לעשות דבר בזמן הפנוי. כשנכנסתי לחדר הרגשתי שהכול כל כך מעוות: האם אני נמצא במדינה שלי או באיזה כלא בסיביר? אף אחד לא יכל לראות אותי. היו מביאים לי אוכל לתוך החדר ושמו לי כלי שאוכל להשתין בו... אני זוכר איך בהתחלה דפקתי על החלון מתוך זעקה פנימית שהרגשתי, אבל אף אחד לא הגיב אלי... הכי קשה היה לי עם חוסר הוודאות, כי לא אמרו לי כמה זמן אהיה בבידוד, וזה מה שהפך את הדבר לבלתי נסבל. הייתי שם עשרה ימים ואחרי שבוע הרגשתי שאם יש סיכוי שאני הולך לאבד את השפיות זה היה פה" (בוכה)...

"אחרי שנה יצאתי משם במצב יותר גרוע ממה שנכנסתי. הרופאים אמרו להורים שהם לוקחים אחריות: הם חשבו שאני חולה ושאני צריך להישאר... יצאתי עם סטיגמה ולחלל הריק. היום כשאני מסתכל תשע שנים לאחור אני לא מבין מאיפה שאבתי את הכוחות להתמודד".

יואב ודן אינם מייצגים את מגוון הפציינטים המאושפזים העוברים דרך מערכת בריאות הנפש בישראל. הבחירה בהם היתה אקראית והמעקב היה פרוספקטיבי, כך שניתן להתייחס אליהם כאל תמונות מקריות, השופכות אור על חלק מנזקי האשפוז. באחרונה, הכיר בית-המשפט העליון במציאות זו וקבע שעצם האשפוז בבית-חולים לחולי נפש יכול ליצור אצל המאושפז הפרעה רגשית (Levy et al., 1991). להלן רשימת הנזקים הנגרמים בשל אשפוזים מיותרים וארוכים מדי. הנזקים מסווגים על-פי הרמה המערכתית של התרחשותם – פגיעה באיכות חייו החברתיים והמשפחתיים של הפציינט והשפעות אייטרוגניות ברמה הפסיכולוגית וברמה הביולוגית.

השפעות ברמה החברתית

1. סטיגמה חברתית הדיאגנוזה הפסיכיאטרית והמשמעות החברתית הניתנת לאשפוז פסיכיאטרי הופכת בקלות לתווית סטיגמתית, היוצרת דחייה סביבתית, בידוד הפציינט, וירידה בציפיות החברתיות לתפקוד. מי שפעם הוגדר "סכיופרני" יישאר עם התווית. במקרה הטוב יקבל תווית חדשה – "סכיופרני בהחלמה". הסכנה היא, שתיווצר נבואה המגשימה את עצמה (Szasz, 1961; Scheff, 1966; Sarbin, 1970). סכנה זו מודגשת עוד יותר על רקע ממצאים חוזרים בעולם וגם בארץ, המעידים על שימוש מוגזם בתווית של חולה נפש גם על-פי המודל הרפואי, ועל כך שמאושפזים רבים מאובחנים בטעות כסכיופרניים (Witztum et al., 1992; Rosenhan, 1973).

2. פגיעה בחירות הפרט ובזכויות האזרח, התיוג החברתי והאפלייה לרעה נמשכים הרבה לאחר האשפוז: לתווית הפסיכיאטרית, כמו לפרופיל 21, יש השלכות ארוכות טווח שפוגעות בזכויותיו האזרחיות של הפציינט ומצמצמות את אפשרויות השיקום שלו (Rahav, 1985). נוסף לכך, כשמאושפז לשעבר מגיע לבית-המשפט, מתברר שתווית חולה הנפש, שהוצמדה לו פעם אחת, מציבה אותו בסיכון לאשפוז כפוי בלתי מוצדק ולשלילת חירותו (סירוטה, 1992; טל, 1993). נראה, כי הסיכון לאיבוד החירות כפול כשמדובר בפציינטים מרקע חברתי-כלכלי נמוך. במקרים אלו מוטה השיפוט הפסיכיאטרי לא על-פי שיקולים מקצועיים, אלא לפי הערכת התנהגות מסוכנת והמצדיקה אשפוז (Levinson & Zan-York, 1974).

השפעות ברמה המשפחתית

3. עומס משפחתי רב, משפחות הפונות לאשפוז מרגישות לעתים קרובות הרגשת כישלון, איבוד ערך ואשמה על שלא הצליחו להתמודד עם הבעיות. המשפחות

גם מותשות מהעומס שרכץ על כתפיהן כשניסו להתמודד עם הבעיות בטרם פנו לאשפוז. ואולם העומס אינו נעלם עם האשפוז, ובתחומים מסוימים יש אפילו החרפה: א. הסטיגמה החברתית שדבקה במאושפז פוגעת, למעשה, בכל המשפחה. בידוד חברתי, וחיים בצל תחושות של קלון ובושה אופייניים למשפחות רבות של "חולי נפש" (Yarrow, Clausen & Robbins, 1955); ב. את המסלול המודרני של מחלת נפש ארוכת-טווח מאפיין דפוס "הדלת המסתובבת". במסלול זה המשפחה מקבלת את המאושפז חזרה הביתה ללא אינפורמציה מעשית מבית-החולים, וללא איסטרטגיות של התמודדות ותמיכה מתמשכת. במצב כזה הלחץ הנפשי על המשפחה הוא עצום ומתבטא בסימפטומים שונים — מתחים בין ההורים ופגיעה באיכות החיים המשפחתיים והחברתיים (Hatfield, 1983).

4. שיבוש יחסי המשפחה, פעמים רבות יש לאשפוז השפעה הרסנית על מערכת היחסים בין המאושפז לבין משפחתו. המודל הפסיכיאטרי המסורתי, שמתחיל בדיאגנוזה של מחלת נפש, ממשיך בהעברת הטיפול לידי ה"מומחים". המשפחות, הסובלות לרוב מדמורליזציה, מוצאות שעם האשפוז הן מאבדות עוד יותר מכוון והסמכות עוברת לאנשי המקצוע (תהליך של depowerment). למעשה, מרביתן היו מעדיפות לקבל כלים ותמיכה מעשית שיעזרו להן לעזור לפציינט בתוך הבית, וכשאינן מקבלות שירות זה הן מתוסכלות וכועסות (Hatfield, 1983). במצב זה נוצר דפוס הרסני של נתק בין המשפחה לבין הפציינט והוא מאפיין את ה"מקרים" ארוכי-הטווח (Scott, 1976).

השפעות פסיכולוגיות:

5. תיוג עצמי וכניסה לתפקיד ה"משוגע", גופמן תיאר את האשפוז הראשון כטקס חניכה, המשנה את הדימוי העצמי של המטופל ויוצר אצלו תיוג עצמי, המשלים את התיוג הסביבתי: "המאושפז החדש מוצא עצמו ללא דברים רבים שהעניקו לו אישור, סיפוק והגנה, ונתון לסדרה שלמה של חוויות משפילות... כאן מתחיל האדם ללמוד עד כמה מוגבלת יכולתו לשמור על הרמוי הפנימי שלו" (Goffman, 1968). מצב זה הושווה לשטיפת מוח ההופכת את הנאראטיבה הפסיכיאטרית של מחלת הנפש לסיפור חיים אישי של הפציינט. כמו המכשפה בימי הביניים, המאושפז הוא השעיר לעזאזל, הלומד לשחק את התפקיד המצופה ממנו (Szasz, 1961). הפנמת התפקיד ולימוד ההתנהגויות ה"משוגעות" מתחזקים בסביבה הטוטלית של בית-החולים, המדגישה את הפתולוגיה וחושפת את המאושפז למודלים של התנהגות "משוגעת". ידועה, למשל, התופעה השכיחה של חיקוי, שמניעה שונים, כגון משיכת תשומת לב של הצוות או שמירה על הזכות להישאר בבית-החולים במקום לצאת לעולם המפחיד שבחוץ.

6. השפלה, הסביבה הסמכותית יוצרת, לעתים תכופות, תחושה של השפלה ואיבוד שליטה (Rosenhan, 1973; Goffman, 1968). אך אם המאושפז יביע כעס, יתמרד או

ינסה לברוח, עלול הצוות להגיב או לנקוט נגדו באמצעים שיחריפו את המצב. המדיניות היא למנוע את השימוש באמצעים, כגון: קשירה, שוק חשמלי ותרופות, כדי להשיג שליטה, אך אנו יודעים שהמציאות, כפי שיואב ודן חוו אותה, שונה לעתים (Wynne, 1983). כוח נוטה להשחית, במיוחד כאשר דנים ביחסים שבין מוסד מאורגן וחוק לבין מטופלים ובני משפחה התלויים בו, והחדורים תחושה מתמשכת של חוסר אונים.

7. התפתחות הפרעה כרונית, בית-חולים פסיכיאטרי הוא כעין חממה, הסוככת על המאושפז מלחצי העולם החיצון ויוצרת תנאים של תת-גרייה ותפקוד נמוך (Caudill, Redlich, Gilmore & Brody, 1970). מאושפזים רבים רגישים במיוחד להשפעתם של חיים מצומצמים ומוגבלים כאלו והתגובה השכיחה היא קהות רגשית והסתגרות (Wing, 1968). המונח המקצועי "מצב סופי של סכיזופרניה" עושה ניתוק סטרילי בין ה"מחלה" לקונטקסט שבו היא נוצרה, אך בפועל קשור מצב זה קשר הדוק לאשפוז ממושך בתנאים אלו. ככל שמתארך האשפוז גובר הניתוק מהחברה הנורמלית ועמו הסכנה, שבית-החולים יהפוך להיות האלטרנטיבה היחידה.

ההפרעה הכרונית מתפתחת גם תחת דפוס "הדלת המסתובבת". מאושפזים רבים מתקשים להתמודד, לאחר יציאתם מה"ואקום" של בית-החולים עם בעיות החיים, כי אין די מסגרות שיקומיות, המסייעות בדיוור, בעבודה ובכישת מיומנויות חברתיות שנחוצות כדי להסתגל מחדש לחיים בקהילה. אין פלא, שגם אם יקבלו טיפול תרופתי סדיר, ישו בו 41 אחוזים מתוכם ויתאשפזו שוב כשנה לאחר השחרור (Hogarty, 1984). כל אשפוז הוא כישלון נוסף בשרשרת, ועם הכישלון מתחזקות התחושות של חוסר ישע ויאוש ובצידן תגובות של הימנעות והצטמצמות. בהדרגה מאבד הפציינט את כישוריו החברתיים, מתרחק מהחברה הנורמלית והופך ל"מקרה כרוני" (Da Verona & Omer, 1992).

השפעות ביולוגיות

8. מחלות אייטרוגניות, מול התועלת הרבה שמביאות תרופות פסיכיאטריות ושוקים חשמליים יש לטיפולים אלו השפעות לוואי קשות ורבות. פסיכיאטרים רבים הגיעו להכרה, שהשימוש באמצעים אלו חייב להעשות בזהירות ובמינון נמוך, וזו גם הגישה הנהוגה בתכניות הקהילתיות. לעומת זאת בבתי-החולים נוטים להגיע למינונים גבוהים, לעתים אף בכפייה וכאמצעי לשלוט על התנהגות מפריעה ומעוררת חרדה של המטופלים (Carpenter, McGlashan & Strauss, 1977; Wynne, 1983). ההשלכות הפיסיולוגיות של מינונים אלו עשויות להיות קשות, ביניהן טרדיב-דיסקינזיה, מחלה אייטרוגנית חמורה הנגרמת בשל שימוש מתמשך בתרופות אנטי-פסיכוטיות, ומתאפיינת בתנועות לא רצוניות דמויות פרקינסון של השפתיים, הלשון והסנטר, ולעתים גם של הידיים והרגליים. אי-אפשר לקבוע מראש, איזה חולה

יפתח המחלה ובמקרים רבים ההפרעות אינן הפיכות וממשיכות גם לאחר הפסקת התרופות. מחקר מעקב פרוספקטיבי הראה, שהטרדיב-דיסקיניזיה תוקף כ-5 אחוזים מהפציינטים שמקבלים תרופות נארולפטיות, כלומר, בתוך חמש שנים צפויים לחלות במחלה כ-25 אחוזים מהמשתמשים הקבועים בתרופה (Kane et al., 1984). במחקר אחר, שבו נבדקו ילדים ומתבגרים, שקיבלו טיפול נארולפטי בבית-חולים, נמצא, כי 34 אחוזים פיתחו סימפטומים פרקינסוניאניים (parkinsonism) ו-12 אחוזים חלו בטרדיב-דיסקיניזיה (Richardson, Haugland & Craig, 1991).

מחשבות על ריאורגניזציה של שירותי בריאות הנפש

התכנית שהתקבלה במשרד הבריאות לפני עשרים ואחת שנה נותרה, אמנם, ברובה על הנייר, אך חשוב לבחון באומץ את תוצאות הכישלון ולהפיק ממנו לקחים. יש לכך חשיבות רבה במיוחד היום, כאשר אנו עומדים לאשר חוק ביטוח בריאות שבמסגרתו ייקבע סל שירותי בריאות הנפש. האם ימשיך סל זה את המסורת של העדפת הטיפול האשפוזי וינציח את המצב שהמורל הרפואי המצומצם הוא המשמש לטיפול בהפרעות נפשיות קשות? האם נזכה למערכת בריאות נפש המבוססת על שיקולים ממלכתיים רציונליים, המאפשרת תחרות הוגנת בין גישות שונות, ומשקיעה משאבים בשיקום מקיף של פציינטים ארוכי-טווח ומיעוטי יכולת?

נסיון העבר מראה, שעלינו להיות זהירים מחצאי פתרונות, המנסים להתמודד עם בעיה ממוקדת מבלי לשנות את ארגון המערכת ואת דפוסי החשיבה הנהוגים בה. לדוגמה, בשנים 1980–1982 ניסה משרד הבריאות לשקם חולים ארוכי-טווח. הוא סגר ארבעה בתי-חולים פרטיים, העביר את החולים לבתי-חולים ממשלתיים, כדי לשקם ולאחר מכן גם לשחרר את מקצתם. כשלונה של התכנית הוכח במעקב בן שנתיים אחר 206 מפונים של אחד מבתי החולים. המעקב גילה, ש-77 אחוזים נשארו באשפוז, 17 אחוזים נפטרו ורק 5 אחוזים חיו בקהילה (פופר ורהב, 1984). דוגמה זו מעידה, שאם הממסד הפסיכיאטרי החזק לא יהיה מוכן לשינוי מחשבתי וארגוני מקיף במערכת בריאות הנפש, אזי גם הנסיון לעצב מדיניות חדשה יוביל ל"עוד מאותו דבר", כפי שאומר הפתגם הצרפתי: *Plus ça change, plus c'est la même chose* (ככל שנעשה שינוי כך הכול נשאר אותו דבר).

לעומת זאת, תכניות טיפול שנעשו מחוץ למערכת הממוסדת מצביעות על אפשרויות מציאותיות, העומדות בפני מקבלי ההחלטות אם ירצו להגשים את החזון של בריאות נפש קהילתית בישראל. דוגמה בולטת לתכנית ארוכת טווח הנמשכת כבר עשרים וחמש שנים, היא "תכנית מד"ל" של תחנות הקיבוצים לטיפול בילד ובמשפחה (Kaffman)

(Nitzan, 1992). בתכנית זו מטופלים פציינטים פסיכיאטריים ארוכי-טווח, שהחלו את הטיפול בממוצע בגיל 32 לאחר כ-15 שנות קריירה פסיכיאטרית בת כארבעה אשפוזים. כולם הוגדרו על-ידי המערכת הפסיכיאטרית והסביבה הקיבוצית כפציינטים כרוניים, בלתי ניתנים לשינוי והמוטיבציה שלהם לטיפול היתה נמוכה מאוד, אם בכלל. הטיפול הקהילתי היה מבוסס על שיתוף פעולה הדוק של המשפחה, עם צוות טיפולי, שכלל פסיכיאטר ומטפל משפחתי, וקבוצת תמיכה קהילתית, שכללה רופא ואחות ממרפאת הקיבוץ, מתאם, ועוד מספר חברי קיבוץ שחילקו ביניהם משימות שונות, כגון ליווי חברתי, פעילות פיזית ועזרה בהתאקלמות בעבודה. אין זה טיפול זול או קל, אך הערכה אמפירית של תוצאות הטיפול ב-118 מקרים מעידה על הצלחה ב-50 אחוז מהמקרים והתקדמות ניכרת ב-15 אחוזים נוספים. הקריטריונים היו מחמירים וכללו תפקוד יום-יומי עצמאי, שיפור הכשרים החברתיים, תפקוד אחראי בעבודה, שינוי סגנון החיים התלתי והימצאות מחוץ לבית-החולים במשך ארבע שנים.

דוגמה אחרת לתכנית שיקום מוצלחת של פציינטים ארוכי-טווח בקהילה היא "מועדון שלום", מרכז שיקומי בירושלים, שהתמחה בפיתוח כשרים חברתיים באוכלוסיית פונים, שאפיונה התנהגות ירודה ובלתי-מחוברת (desocialized behavior). המועדון נתן מענה לפציינטים, שהיו מאושפזים שנים רבות בבתי-חולים ושהיו צפויים להמשיך את האשפוז לולא נכנסו לתכנית השיקום. המטרה היתה להרגיל אותם מחדש לחיות בחברה על-ידי הקנייה מחודשת של מיומנויות חברתיות בסיסיות, ולסייע להם לארגן את חייהם בקהילה. מעקב בן חמש שנים העיד על הצלחה בשבירת הרפוס האשפוזי. חברי המועדון למדו לחיות בקהילה ולתפקד בעבודה ובחברה, והעלות הישירה לפציינט היתה כשליש מעלות האשפוז (ספיבק, 1981). המועדון נסגר ב-1980 ומייסדו עבר לעבוד לאיטליה, שם הפכה גישתו בעשר השנים האחרונות לאחת הגישות המובילות בתחום השיקום (Siani, Siciliani & Burti, 1990).

הכישלון של חצאי תכניות והנסיון שהצטבר בתכניות קהילתיות בארץ ובחול מצביעים על כך שכל תכנית מקיפה של בריאות נפש קהילתית צריכה לכלול בתוכה את כיווני הפעולה הבאים:

1. שירותי חירום, שיוכלו לספק התערבות אינטנסיבית ומקיפה. חשוב ששירותים אלו יינתנו גם מחוץ לבית-החולים ויוכלו להתבסס על מסורת טיפולית של התערבות קהילתית במצבי משבר. שירותי החירום צריכים להיות מסוגלים לתמוך באשפוזי בית ולקיים קשרים של שיתוף פעולה עם בתי-החולים באופן המאפשר אשפוז קצר ביותר.

2. טיפול קהילתי אינטנסיבי בפציינט ובמשפחה – תכנון ובנייה של תהליך יציאה מאשפוז, השובר את מעגל הדלת המסתובבת. חיוני ליצור תכנית טיפול, שתהיה מחד גיסא הרבה יותר מקיפה מאשר ביקורת תרופתית ופגישות חד-שבועיות, כפי

שהדבר מתבצע כיום במרפאות לבריאות הנפש, ומאידך גיסא הרבה יותר "מנרמלת" (normalizing) מאשר אשפוז יום בכית-חולים. פציינטים רבים זקוקים למסגרות מעבר, שפועלות בקהילה, או לטיפול תומך ומקיף המחייב השקעת זמן רבה של צוות טיפולי, כולל ביקורי בית ובניית מערכת תומכת בקהילה. בחלק מהמקרים יש צורך גם בתמיכה מעשית ובאמצעים שיקומיים, כדי לבנות את המסגרת הקהילתית שיכולה לאפשר התמודדות עם בעיות קשות מחוץ לבית-החולים.

3. פציינטים שהסתגלותם מוגבלת ופציינטים ארוכי-טווח זקוקים נוסף לטיפול גם לתמיכה מעשית ולשירותי שיקום כוללניים. יש צורך לעזור להם בתחום הדיוור וההתארגנות הכלכלית בקהילה, בעבודה, ובחיי חברה. העזרה צריכה לכלול פיתוח מיומנויות לעצמאות ושינוי הדרגתי של יחסי התלות במוסדות ובבני המשפחה. המטפלים צריכים להיות מוכנים ללכת אחר המטופלים ול"חזור" אחריהם בתקיפות ובהתמדה, כדי להראות להם שיש דרך מציאותית לשלב אותם במסגרת החברתית הנורמלית.

ישוּם של מערך שירותים מסוג זה יהיה מוגבל ביותר, אם מדיניות בריאות הנפש לא תתמודד עם הריכוזיות המונופוליסטית של בתי-החולים, עם שיטת התקצוב על-פי מיטות ועם חוסר הנכונות לאפשר למטופלים ולבני משפחותיהם לבחור בטיפול קהילתי מקיף כאלטרנטיבה לאשפוז ובתנאי מימון דומים. חיוני לפתח מגוון של תכניות קהילתיות שתשפנה פעולה עם בית-החולים, אך לא תהיינה תלויות בו מבחינה ארגונית, ולא תהיינה חייבות לקבל על עצמן את המודל הרפואי. בתנאים של תחרות מבוקרת, כאשר המבוטח יוכל לבחור בין דרכי טיפול שונות, יצטרך גם בית-החולים להשתנות כדי לשרוד. הוא יהיה קטן יותר, יעיל ומשתף פעולה עם השירותים הקהילתיים. האם זוהי אוטופיה או אפשרות מציאותית? שירותי בריאות הנפש בישראל עומדים היום בפני האתגר הגדול של חוק ביטוח בריאות, שיקבע את כיווני ההתפתחות בשנים הבאות. גם הפוליטיקאים, קובעי המדיניות, התחלפו והשלטון מזוהה עם מדיניות חברתית פרוגרסיבית ומלחמה באבטלה ובעוני. החברה הפסיכיאטרית השקיעה רבות, כדי להמשיך לעצב את מדיניות בריאות הנפש ומנהיגיה הגישו הצעות מסודרות למקבלי החלטות. במסגרת הוויכוח חשוב שגם מי שדעתם בנושאי בריאות הנפש שונה ושיש להם אינטרס בפיתוח המסגרות הקהילתיות ישמיעו את קולם.

"זו משימה בלתי-אפשרית", אמר אבגד והביט לעבר מתמטיקסם.

"בלתי-אפשרית לחלוטין", הוסיף מתמטיקסם והביט לעבר אבגד.

"האם רצונכם לאמר..." פתח הפשפש, שחולשה נוראה תקפה אותו פתאום.

"אמנם כן", השיבו יחד, "אבל אילו גילינו לכם זאת לפני המסע אפשר שלא הייתם יוצאים לדרך. וכפי שגיליתם בעצמכם, דברים רבים כל כך נעשים אפשריים רק משום שאיננו יודעים כי הם בלתי-אפשריים".

נורטון ג'סטר, המגדל הפורח באוויר, עמ' 207-208

- אבירם, א. (1983). בריאות-נפש קהילתית בישראל: הערכת-ביניים של המדיניות. חברה ורווחה, ה' (2), 103-114.
- אבירם, א. (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל — קיפאון או התקדמות. בטחון סוציאלי, 37, 71-99.
- אליצור, י. ומנוחין, ס. (1992). מיסוד השגעון: משפחות, טיפול וחברה. תל-אביב: שוקן.
- גולן, א. "כ-50 אחוז מהילדים במחלקה בנהה מאושפזים שלא לצורך". הארץ, 10 באפריל, 1992.
- גינת, י. (1992). אירגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. הרפואה 123, ז'ח', 264-268.
- גיסטר, נ. (1978). המגדל הפורח באוויר. תל-אביב: זמורה, ביתן, מודן.
- הכנסת ה-12, מסקנות ועדות (1991). מסקנות ועדת העבודה והרווחה בנושא: (1) אשפוז ילדים בבתי-חולים פסיכיאטריים; (2) ילדים בריאים מקבלים תרופות כמוסד לחולי נפש. מושב שלישי, מס' 12, ירושלים.
- המועצה הלאומית לשלום הילד (1990). ילדים שאינם חולי נפש המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטרי, ירושלים.
- ורדי, י. (1991). הפסיכיאטריה ההיפוקרטית — בראי משנתו של יהודה פריד. שיחות: כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה, ו' (1), 24-32.
- טל, צ. (ע.ש. 81/92). פסק דין מיום 17.1.93 בבית המשפט המחוזי בירושלים. המערעת: פלונית, המשיב: היועץ המשפטי.
- טרמר, ל. (1975). הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש — תכנית אינטגרטיבית כוללת. בריאות הציבור, 18, 1-12.
- טריימן, נ. ולף, ג'. (1993). פרויקט מחקר של TAPS; תהליכי סגירה של בתי-חולים פסיכיאטריים בלונדון והעברת החולים למסגרות קהילה. חלק א': יעדים ומבנה ואמצעי מחקר, הרפואה 125, א"ב', 46-56. חלק ב': ממצאי ביניים, הרפואה 125, ג"ד' 100-105.
- לוי, ע. (1991). החוק החדש לטיפול בהוליונפש 1991. שיחות: כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה, ה' (3), 215-223.
- לוי, ע. (1993). השפלת הזכויות והזכות להשפלה. ערב עיון: מיסוד השגעון — המשפחה, האשפוז הפסיכיאטרי והטיפול הקהילתי. האגודה הישראלית לטיפול משפחתי, תל-אביב, 13.9.92.
- מבקרת המדינה (1991). דו"ח שנתי מס' 41 לשנת 1990, ירושלים.
- נוימן, מ. (1992). מכירת שירותי בריאות הנפש — התלבטויות אתיות. הרפואה 123, ז'ח', 289-291.
- ספיבק, מ. (1981). שיקום קהילתי של אנשים במצב של דה-סוציאליזציה. א. אבירם וי. לבב (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל. תל-אביב: צ'דיקובר.
- פופר, מ. ורבה, מ. (1984). מחקר-מעקב אחר חולי נפש שפוננו מבתי-חולים פרטי שנסגר. חברה ורווחה, ו' (1), 203-212.
- פקנר, ו. (1980). בשכבי גוועת. תל-אביב: ספרית פועלים.
- סירוטה, ש. פסק דין מיום 6.9.92 בבית המשפט המחוזי בתל-אביב (1025/92). המערעת: פלונית, המשיב: היועץ המשפטי לממשלה.
- ראפס, א. ובורטי, ל. (1991). ארגון הפסיכיאטריה הקהילתית בוורונה בעקבות הרפורמה הפסיכיאטרית האיטלקית. שיחות, כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה, ו' (1), 74-81.
- שניט, ד. (1988). החוק, הפרט ושירותי הרווחה. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- Anderson, J., Dayson, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C. & Leff, J. (1993). The TAPS project, 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry*, 162 (suppl. 19), 45-56.
- Aviram, U. (1990). Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, 26, 69-87.

- Aviram, U. (1992). Discharge-ready patients who remain hospitalized: A re-emerging problem for mental health services. Paper presented at the *18th International Congress on Law and Mental Health*, Vancouver, Canada, June, 1992.
- Basaglia, F. (1980). Problems of law and psychiatry: The Italian experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 17–36.
- Bollini, P. & Mollica, R. F. (1989). Surviving without the asylum: An overview of the studies on the Italian reform movement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 607–615.
- Bassuk, E. L. (1984). The homelessness problem. *Scientific American*, 251, 40–45.
- Beard, J. H., Propst, R. & Malamud, T. J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47–53.
- Burti, L. & Mosher, L. R. (1989). Training psychiatrists in the community: A report of the Italian experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1580–1584.
- Carpenter, J. (1993). Consulting to community mental health centres. *5th World Family Therapy Congress*, Amsterdam: 16–20 October, 1993.
- Carpenter, W. T., McGlashan, T. H. & Straus, J. S. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: An investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry*, 134, 14–20.
- Caudill, W., Redlich, F. C., Gilmore, H. R. & Brody, E. B. (1970). Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. In H. Wechsler, L. Solomon & B. M. Kramer (eds.), *Social psychology and mental health*, (pp.351–386), New York: Reinhart & Winston.
- Conard, P. & Schneider, J. W. (1985). *Deviance and medicalization*. Columbus, OH: Merrill Publishing.
- Da Verona, M. & Omer, H. (1992). Understanding and countering chronic processes with mental patients: An interpersonal model. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice & Training*, 29, 355–365
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization*. New York: Pantheon.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays of the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Pelican.
- Goldman, H. H., Adams, N. H. & Taube, C. A. (1983). Deinstitutionalization: The data demythologized. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 129–134.
- Hatfield, A. (1983). What families want of family therapy. In W. R. McFarlane (ed.), *Family therapy in schizophrenia*. (pp.41–65), New York: Guilford.
- Hogarty, G. E. (1984). Depot neuroleptics: The relevance of psycho-social factors. *Journal of Clinical Psychiatry* — 45, 36–42.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: John Wiley & Sons.
- Humphreys, K. & Rappaport, J. (1993). From the community mental health movement to the war on drug. *American Psychologist*, 48, 892–901.
- Johnson, A. B. (1990). *Out of Bedlam: The truth about deinstitutionalization*. New York: Basic Books.
- Kaffman, M. & Nitzan, D. (1992). Community care for the chronic mentally ill: Reality or Utopia. Paper presented at the *Fifth International Congress on Rehabilitation in Psychiatry*. Jerusalem, November 1–5.
- Kane, J. M., Woerner, M., Weinhold, P., Wagner, J., Kinon, B. & Borestein, M. (1984). Incidence of tardive dyskinesia: Five year data from a prospective study. *Psychopharmacology Bulletin*, 20, 382–386.
- Keisler, C. A. (1980). Mental health policy as a field of inquiry in psychology. *American Psychologist*, 35, 1066–1080.
- Keisler, C. A. (1992). U.S. Mental health policy: Doomed to fail. *American Psychologist*, 47, 1077–1082.
- Keisler, C. A. & Sibulkin, A. E. (1987). *Mental hospitalization: Myths and facts about a national crisis*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Knapp, M., Beecham, J., Hallam, A. & Fenyo, A. (1993). The TAPS project, 18: The costs of

- community care for former long-stay psychiatric hospital residents. *Health and Social Care in the Community, 1*, (in press).
- Levy, A., Levin, O., Witztum, E. & Levy, Y. (1991). A new ruling on psychiatric issues by the Supreme Court of Israel: Part II. *Medical Law, 10*, 381–394.
- Levinson, R. M. & Zan-York, M. (1974). The attribution of dangerousness in mental health evaluation. *Journal of Health and Social Behavior, 51*, 328–335.
- Mechanic, D. & Rochefort, D. (1990). Deinstitutionalization: An Appraisal of reform. *Annual Review of Sociology, 16*, 301–327.
- Miller, P. (1986). Critiques of psychiatry and critical sociologies of madness. In P. Miller & N. Rose (eds.), *The power of psychiatry*. Cambridge: Polity Press.
- Mosher, L. R. & Burti, L. (1989). *Community mental health: Principles and practice*. New York: Norton.
- Rahav, M. (1985). Labelling the mentally ill through psychiatric records: The Israeli case. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 22* (3), 221–231.
- Richardson, M. A., Haugland, G. & Craig, T. J. (1991). Neuroleptic use, parkinsonian symptoms, tardive dyskinesia, and associated factors in child and adolescent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1322–1328.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179*, 250–258.
- Sarbin, T. R. (1970). On the futility of the proposition that some people be labeled 'mentally ill'. In H. Wechsler, L. Solomon & B. M. Kramer (eds.), *Social psychology and mental health*. (pp. 52–61), New York: Reinhart & Winston.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill*. Chicago: Aldine.
- Scott, R. D. (1976). Closure in family relationships and the first official diagnosis. In J. Jorstad & E. Ugelstad (eds.), *Schizophrenia 75*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Siani, R., Siciliani, O. & Burti, L. (1990). *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*. Milano: Seltrinelli.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry, 37*, 392–399.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Dell.
- Turkheimer, E. & Parry, D. H. (1992). Why the gap? Practice and policy in civil commitment hearings. *American Psychologist, 47*, 646–655.
- Wing, J. K. (1968). Social treatment of mental illness. In M. Shepherd & D. L. Davies (eds.), *Studies in psychiatry*. London: Oxford University Press.
- Witztum, E., Margolin, J., Bar-On, R. & Levy, A. (1992). Labeling and stigma in psychiatric misdiagnosis. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 29*, 77–88.
- Wynne, L.C. (1983). A phase oriented approach to treatment with schizophrenics and their families. In W. R. McFarlane (ed.), *Family therapy in schizophrenia*. pp. 251–265, New York: Guilford.
- Yarrow, M., Clausen, J. & Robbins, P. (1955). The social meaning of mental illness. *Journal of Social Issues, 11*, 33–48.

