

בריאות הנפש יזרם יובל

תקווה ופחד בפסיכואנליזה

בעולם שבו מחקרי יעילות מכתובים אילו טיפולים יינתנו במערכת הציבורית, טיפולים פסיכואנליטיים חייבים להוכיח את יעילותם. מערכת הבריאות, מצדה, תצטרך לתת אמון בטיפול שאינו מקדש רק את העלמת הסימפטומים

הסוף היה שקט, כמעט שלוו: ד"ר רפאל אושרוף, רופא פנימי ונפרולוג, מת בשנתו ב-18 במרץ 2012, בגיל 73. הוא נקבר בטקס צנוע בבית העלמין בית ישראל בוודברידג', ניו ג'רזי. הודעה קצרה על מותו התפרסמה בעיתון המקומי, וקומץ מטופלים כתבו על מנת להביע את צערם ואת הכרת התודה שלהם לרופא המסור.

30 שנה לפני כן, ב-1982, היה ד"ר אושרוף גיי בורה של פרשייה שהסעירה את עולם הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה בארצות הברית. הדיה של הפרשייה הזאת מגיעים עד לישראל של היום, והשפעותיה ניכרות גם ברפורמה בשירותי בריאות הנפש, היוצאת לדרך בימים אלה (ראו מסגרת).

"אושרוף נגד צ'סטננט לודג'" (Osheroff vs. Chestnut Lodge), תביעת הנוזיקין שהגיש ד"ר אושרוף נגד המוסד הפסיכיאטרי שבו אושפו וטור פל, התגלגלה להיות משפטו הפומבי של הטיפול הפסיכואנליטי בארצות הברית. יש שיאמרו שהיה זה משפט שדה, שתוצאותיו ידועות מראש. שני הצדדים הגיעו לבסוף לפשרה ברבר גובה הפייצויים שקיבל אושרוף מצ'סטננט לודג', וכך לא הגיעה התביעה לשלב הכרעת הדין. אף על פי כן, אין ספק שהטיפול הפסיכואנליטי נחל הפסד צורב במשפט הזה, ותוצאות ההפסד רודפות אותו עד היום, לעתים קרובות שלא בצדק.

מה מעיק על ד"ר אושרוף

זוהי סיפור המעשה: ב-2 בינואר 1979 אושפו אושרוף, לראשונה בחייו, בצ'סטננט לודג', מוסד פסיכיאטרי פרטי ויוקרתי במרילנד. בין המטפלים המפורסמים שעברו ולימדו בצ'סטננט לודג' היו הארי טטאק סאליבן, אבי הפסיכואנליזה הבינאישית, ופרידה פרום-דייכמן, הפסיכואנליטיקאית האגדית שהונצחה בספר "מעולם לא הבטחתי לך גן של ורדים". האשפוז נעשה בלידת ברירה, אחרי שמצבו של אושרוף הידרדר עד כדי כך שהוא נאלץ לסגור את הקליניקה המשגשגת שלו, ולא היה מסוגל לנהל את 11 מכוני הדיאליזה שהיו בבעלותו.

בקבלתו לצ'סטננט לודג' אובחן ד"ר אושרוף כסובל מדיכאון על רקע הפרעת אישיות נרקיסיסטית. הוא טופל בפסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית ארבע פעמים בשבוע. הטיפול עסק בעיקר בהגנות הנירקיסיסטיות שלו וביחסיו המורכבים עם הפסיכיאטר שטיפל בו. באשפוזו הוא איבד 18 קילוגרם ממשקלו וסבל מנדודי שינה ומעצבנות קשה. הוא פסע הלוך ושוב בהדרו ללא הפסקה עד שכפות רגליו התנפחו, נפצעו ונוקקו לטיפול רפואי. מצבו הוסיף להידרדר באשפוזו, והוא איבד את הקשר עם שני ילדיו מנישואיו

הקודמים. בדיון שנערך במוסד הוחלט שלא לטפל בו בתרופות, מתוך תחושה שהקונפליקטים הנרקיסיסטיים שמהם סבל הם סיבת הדיכאון שלו, ולכן רק טיפול נפשי בהם עשוי לעזור לו.

אחרי שבעה חודשים של אשפוז וטיפול פסיכואנליטי אינטנסיבי, ולאחר שמצבו הלך והחמיר, העבירה אותו משפחתו המוראגת למוסד פסיכיאטרי יוקרתי אחר, "סילבר היל" בקונטיקט. בקבלתו לסילבר היל אובחן אושרוף כסובל מדיכאון עם סממנים פסיכומיים, ומיד החל לקבל שילוב של תרופות נוגדות דיכאון ותרופות אנטי-פסיכוטיות. בתוך שלושה שבועות חל שיפור ניכר במצבו, וכי עובר שלושה חודשים הוא שוחרר מן האשפוז וחזר לעבודתו כרופא. הוא לא אושפו מאז.

ב-1982 תבע אושרוף את צ'סטננט לודג'. בכתב התביעה נטען שהטיפול שקיבל שם היה רשלני ומוזיק, משום שכלל פסיכותרפיה פסיכואנליטית ממושכת וחסרת תועלת, במקום טיפול תרופתי שהיה עשוי להביא להחלמתו בתוך זמן קצר. אושרוף ויתר מרצונו על החיסיון הרפואי שלו והסכים שפרטי המקרה יתפרסמו יחד עם שמו המלא, מתוך רצון להביא לשינוי באופן שבו טופלו אנשים כמוהו בארצות הברית.

על גאווה ודעה קדומה

הדיון המשפטי בתביעה היה משפט פומבי ומתורקש לטיפול הנפשי הפסיכואנליטי, שמצא את עצמו לפתע על ספסל הנאשמים. המומחים הרבים שהעידו לטובת שני הצדדים – ובאו מן השורה הראשונה של הפסיכיאטרים והפסיכואנליטיקאים בארצות הברית – נחלקו ביניהם בשלוש שאלות גדולות. ראשית: ממה סבל אושרוף? שנית: האם העדויות המחקריות שהיו קיימות באותם ימים תמכו בטיפול פסיכואנליטי או תרופתי בבעיותיו? ושלישית, וחשובה יותר: האם לעדויות מחקריות יש בכלל מקום כשמדובר בנושא כה מורכב, כה אישי וכה חד-פעמי כמצבו הנפשי של אדם אחד בנקודה אחת במהלך חייו, ובמקום היחסים שלו עם עצמו ועם דמויות מפתח בחייו בעבר ובהווה, כולל המטפל שלו?

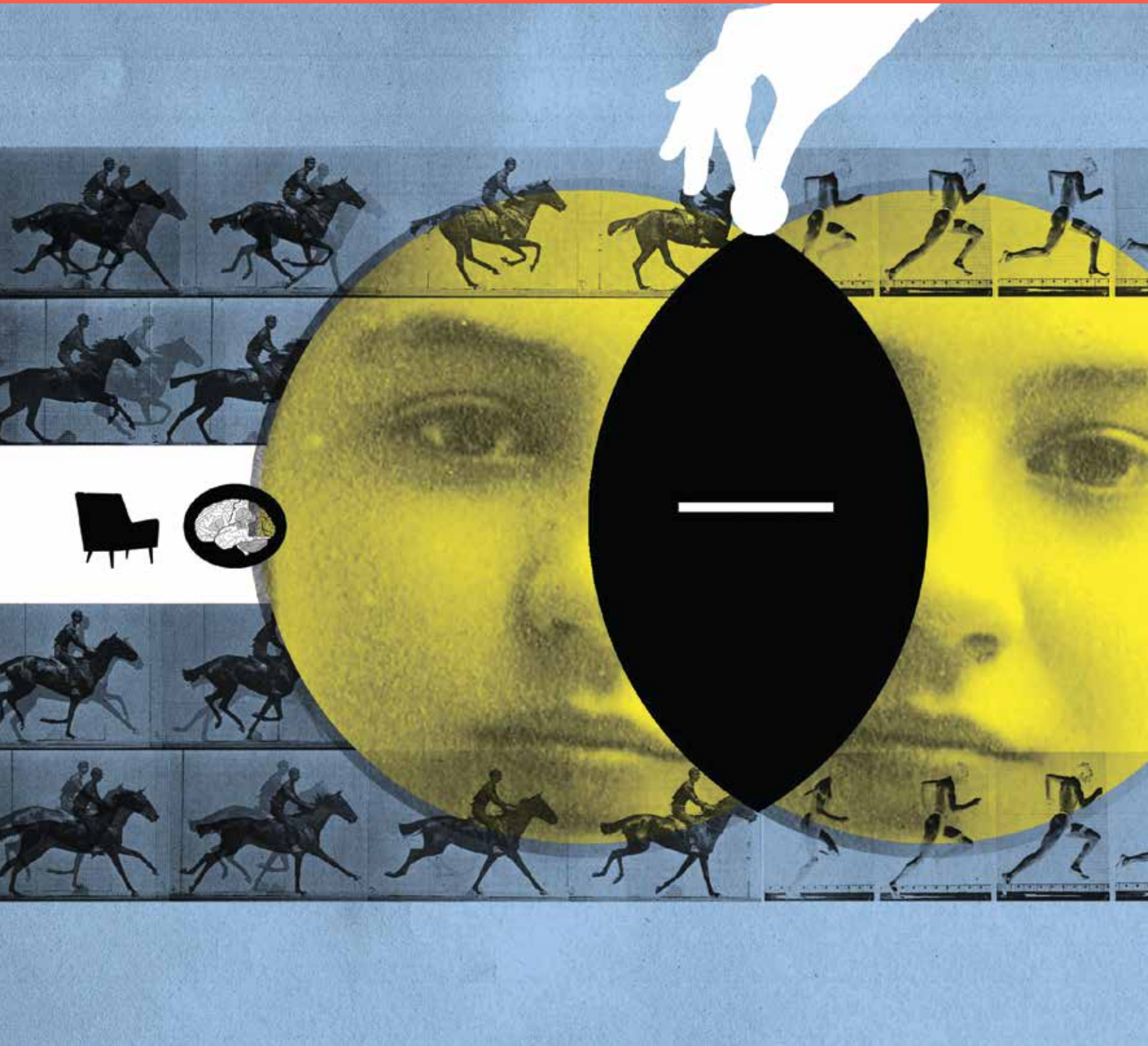
ברקע ריחפה האשמה כבדה. "אין מדובר בשאלה של פסיכותרפיה לעומת טיפול ביולוגי, אלא בשאלה של דעות לעומת עובדות", קבע בפסקנות הפסיכיאטר והחוקר פרופ' ג'רלד קלרמן, שממנה על ידי הנשיא ג'ימי קרטר לעמוד בראש הרשות הפרדלית לטיפול במחלות נפש ובהתמכרויות. מאחורי הקלעים הסתתרה האשמה כבדה אף יותר: הפסיכואנליזה והטיפולים הפסיכואנליטיים הרבים והשונים שנגזרו ממנה אינם יעילים ואינם מועילים. לא רק שלא קיימות עדויות מחקריות ליעילותם, אלא שהפסיכואנליטיקאים אינם מוטרדים

מכך ואינם טורחים לברוק בצורה אמפירית את יעילות הטיפולים שלהם.

כפי שנראה בהמשך, בימינו זוהי האשמה חסרת בסיס. אבל היא הפכה לדעה קדומה בזכות עצמה, והכתה שורשים בעולם הפסיכולוגיה האקדמית: פסיכואנליזה – אוטו, תרופות וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי – אין. פסיכואנליטיקאים מובילים בארצות הברית הוסיפו שמן למדורה כשהגיבו בזעף, בהסתגרות ובהתנשאות על התביעות הגוברות להצגת עדויות אובייקטיביות ליעילות הטיפולים שלהם.

30 שנה מאוחר יותר, במאבק בין הטיפולים הפסיכואנליטיים לבין הטיפולים הקוגניטיביים-





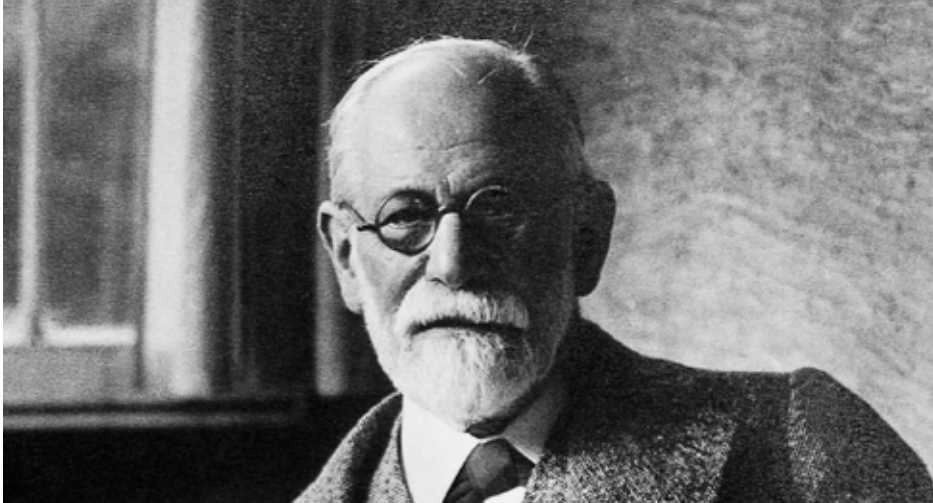
איור: יעל בוגן

עלות תועלת

אם כך, האם הפסיכואנליזה עובדת? בראשית הדרך, לפני מאה שנה, לא היה ספק בכך. פרויד, אבי הפסיכואנליזה, היה מודע היטב לכך שבירדיו נמצא הטיפול היעיל היחיד בכל עולם הפסיכיאטריה. באותם ימים הכירו פסיכיאטרים מובילים והגונים, כגון אמיל קרל פליין, בכך שיש להם מעט מאוד כלים על מנת להתמודד ישירות עם ההפרעות הנפשיות שהפכו את חיי מטופליהם לגיהנום. לכן הם כיוונו את עיקר מאמציהם למתן יחס הומני למטופלים, להגנה עליהם מפני עצמם ולמניעת פגיעה בהם. באותו זמן, ולאורך החצי הראשון

התנהגותיים לקראת הרפורמה כאן בישראל, חזרו פסיכולוגים תומכי הטיפול הפסיכואנליטי על אותה השגיאה ממש: כפי שתיאר פרופ' גבי שפיר (בכ"תבתו של הילו גלור, מוסף "הארץ", 27.6.14), "באו הפסיכולוגים הקוגניטיביים-התנהגותיים ואמרו – איך ייתכן שאנחנו כל כך חזקים ומשפיעים באקדמיה, אבל בשרה לא מכירים בנו, עד כדי כך שלחלקנו אפילו אין רישיון? תגובת הוועדה (שרוב חבריה באוריינטציה פסיכואנליטית) היתה – תמיד את דתכם, תתאימו את עצמכם או שלא תהיו חלק מאיתנו. זה היה מעשה יהיר, מטופש, והגלגל התהפך כל כך מהר."

פגישה טיפולית איננה ציפרלקס: כשמאה מטופלים מקבלים כל אחד גלולה זהה, ניתן לומר שכולם קיבלו את אותו הטיפול. כשמאה מטופלים נכנסים כל אחד לחדר אחר, עם מטפל אחר, האם אפשר לטעון שלכולם ניתן אותו הטיפול?



בניגוד לכמה מממשיכי דרכו, פרויד לא התפתה מעולם להאמין שהפסיכואנליזה מועילה לכל הבעיות הנפשיות. בחיבורו "על פתיחת הטיפול" המליץ פרויד להתחיל כל פסיכואנליזה ב"תקופת מבחן בת כמה שבועות", שמטרתה להגיע לאבחנה נכונה של המטופל ולהפסיק את הטיפול אם יתברר שמדובר בבעיה שהפסיכואנליזה אינה יכולה לפתור, כמו, למשל, סכיזופרניה: "ידוע לי שמקצת הפסיכיאטרים מגלים רק לעתים רחוקות היסוסים בקשר לאבחנה המברלת, אך השתכנעתי שלעתים קרובות הם טועים באותה מידה. ברם הטעות הזאת חמורה יותר עבור הפסיכואנליטיקאי מאשר עבור זה הקרוי פסיכיאטר קליני, שכן האחרון אינו מתכוון לעשות דבר מועיל כלשהו באיזה מן המי קרים... הפסיכואנליטיקאי, לעומתו, שגה שגיאיה מעי שית בכחירת מקרה בלתי מתאים, והוא אחראי למאמץ מיותר ולהוצאת שם רע לשיטת הריפוי שלו".

דבריו של פרויד באשר לפסיכואנליזה נשמעים אקטואליים גם היום, 101 שנים לאחר שנכתבו. אלא שהפסיכולוגיה הקלינית והפסיכיאטריה התקרמו בצד עדי ענק ב-50 השנים האחרונות, וכיום עומדים לרשותנו מספר גדול של טיפולים יעילים, פסיכולוגיים וביולוגיים, לטיפול בקשת רחבה של בעיות נפשיות.

האם הפסיכואנליזה, וטיפולים באוריינטציה פסיכואנליטית, יעילים גם הם? לאילו בעיות נפשיות? מה יעילותם? יחסית לטיפולים אחרים באותן הבעיות, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי או טיפול תרופתי? ומהם יחסי העלות-תועלת של הטיפולים השונים (למשל, משך הטיפול לעומת תוצאותיו)? אלו השאלות המונות חות לפתחם של קברניטי הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל, ויש להן חשיבות עצומה לא רק לבריאות הציבור, אלא גם לעתידה של הפסיכולוגיה הקלינית כאן בארץ.

האם הפסיכואנליזה, וטיפולים באוריינטציה פסיכואנליטית, יעילים גם הם? לאילו בעיות נפשיות? מה יעילותם? יחסית לטיפולים אחרים באותן הבעיות, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי או טיפול תרופתי? ומהם יחסי העלות-תועלת של הטיפולים השונים (למשל, משך הטיפול לעומת תוצאותיו)? אלו השאלות המונות חות לפתחם של קברניטי הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל, ויש להן חשיבות עצומה לא רק לבריאות הציבור, אלא גם לעתידה של הפסיכולוגיה הקלינית כאן בארץ.

לחיות טוב או להיות טוב?

לפני שנדרוש ישירות בשאלת היעילות של טיפולים פסיכואנליטיים לעומת טיפולים אחרים, הייבים להתמודד עם שאלה בסיסית יותר: האם אפשר בכלל למרוד את "יעילותו" של טיפול נפשי, שהוא מטבעו מפגש ייחודי, אישי וחוד-פעמי בין שני אנשים? וכיצד עושים זאת? קיימים בספרות המקצועית מדדים רבים להערכת יעילותו של טיפול נפשי: ראשית, האבחנה של המטופל כל בסיס הטיפול (למשל, אם מדובר בטיפול בדיכאון – האם הדיכאון חלף?), וכן זמן מסוים לאחר מכן (האם

הדיכאון חוזר כעבור שנתיים?). וריאציה של מדרד זה היא הערכה כמותית של חומרת הסימפטומים שמהם סבל המטופל בסיום הטיפול לעומת תחילתו. זה נעשה באמצעות שאלונים רב-בירוריים שאותם ממלאים המטופל ו/או המטפל, וזהו המדרד המקובל היום במחקר. שנית, ניתן לבקש מן המטופל בסיום הטיפול, וזו שנית, ניתן לבקש מן המטופל בסיום הטיפול, וזו

מזמן מסוים לאחר מכן, למלא שאלון שבו יציין עד כמה הוא שבע רצון מן הטיפול שקיבל, והאם השיג את מה שרצה להשיג באמצעותו. ושלישית, ניתן להתבונן בתפקודו המקצועי, החברתי והמשפחתי של המטופל בעקבות הטיפול: אם אדם שהיה מובטל חוזר לעבודה, או אם אדם שמעולם לא היתה לו בת זוג נכנס לזוגיות, מקובל לראות את השינוי התפקודי הזה כמדד להצלחת הטיפול. ואולי המדדים הגסים והבלתי אישיים הללו חוטאים למורכבות של המצב האנושי? לפני כמה שנים טיפלתי בעורך דין צעיר ומבריק, שותף במשרד תל-אביבי שעסק בחוזים בין חברות. הוא פנה אלי בגיל דודו ודודו ותחושות חוסר טעם וחוסר משמעות בחייו. תוך כדי הטיפול הגיע למסקנה שלמרות הצלחתו המרד קצועית, עבודתו מאמלת אותה. לבסוף עזב את המרד שרד ואת תל אביב והפך למורה בתיכון באחת מערי

הפריפריה. הוא חש שהוא עושה, אולי לראשונה בחייו, את הדבר הנכון, אבל המשכורת שלו ירדה לרבע ממה שהיתה לפני הטיפול, ולחיי ולחיי משפחתו התווספו הרכה קשיים כלכליים שלא היו להם קודם. חגי לוי, הבמאי והיוצר של סדרת הטלוויזיה "בטי פול", אמר על הפסיכותרפיה: "יש עיסוק אובססיבי בשאלה איך להיות יותר טוב, ולא איך להיות יותר טוב". במילים אחרות, יש דברים חשובים יותר בחיים מאשר תחושות טובות ונעימות, הצלחה כלכלית והיעדר סימפטומים, ולכן אולי לא רק אלה צריכים להיות המדדים לקביעת הצלחתו של הטיפול בנפש האדם. עוד הברל בין הפסיכואנליזה והטיפולים הנגזרים ממנה, לבין טיפולים קוגניטיבי-התנהגותיים, קשור למטרות הטיפול כפי שמגדירה אותן שיטת הטיפול: טיפולים קוגניטיבי-התנהגותיים מיועדים, כמו הרפואה המערבית בכללותה, לטפל בבעיה מסוימת ולגרום להיעלמותה; מי שסובל מדלקת ריאות יטופל באנטיביוטיקה. אם החום שלו יירד, השיעול ייעלם והאיש יקום ממיטתו וישוב לאיתנו, נאמר שהטיפול הצליח. באותו אופן, אם אדם סובל מתסמינים נפשיים – מהתקפי חרדה, מדיכאון או משימוש לרעה בסמים

טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים

שם כולל לאוסף של טיפולים נפשיים המתבססים על עבודותיהם של ב.פ. סקינר ואהרון בק. טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים שמים דגש על טיפול פעיל בסימפטומים שמהם סובל המטופל, וכוללים כמעט תמיד "שיעורי בית" ועבודה עצמית. לרוב הם נוטים להיות קצרים יותר וממוקדים יותר מטיפולים פסיכואנליטיים, אך הם דורשים מוטיבציה גבוהה ושיתוף פעולה מלא מצד המטופל.

טיפולים פסיכואנליטיים

שם כולל לאוסף של טיפולים נפשיים המתבססים על הפסיכואנליזה מבית מדרשו של זיגמונד פרויד. טיפולים פסיכואנליטיים – או פסיכודינמיים – שמים דגש על החלק הלא מודע שבנפש, על קונפליקטים בתוך נפשו של המטופל, ועל מערכת היחסים שלו עם המטפל. קיימים טיפולים פסיכואנליטיים קצרי מועד וממוקדים, אך לרוב טיפולים פסיכואנליטיים נמשכים זמן רב יותר מטיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים.

ההשפה פנימה אילון גלעד "מנזר"

רק אחרי שנכחד מוסד הנזירות היהודי, הפך ה"מנזר" בית חם לנזירים הנוצריים

ריס נדר ומכריזים על עצמם כנזירים לתקופת זמן מוגבלת של שלושים יום ומעלה או לכל החיים – "נזירות עולם", כמו במקרה של שמשון הגיבור, היחיד שהתנגד אומר עליו במפורש שהיה נזיר. במשך הזמן הקצוב היה על הנזיר והנזירה להימנע מלקצוץ את שיערם וזקנם, להימנע משתיית יין ואכילת ענבים וצימוקים ולהימנע מנגיעה בגוף פות המתים – דבר שבימינו אינו בעייתית אך בעת ההיא איסור זה מנע מבן לקבור את הוריו כפי הנהוג. בתום תקופת הנדר היה על הנזיר להגיע לבית המקדש עם כבש, כבשה, איל, 11 חלות ועשר מצות. לאחר שהקריב את בעלי החיים ב"לשכת הנזירים", גילח הנזיר את שיערו ושרפו ובכך הסתיימה הנדר והוא שב להיות כשאר האדם. לאחר חורבן בית המקדש לא ניתן היה עוד לסיים את תקופת הנזירות והמוסד גווע ונעלם.

אחת התוצאות של חורבן בית המקדש היתה התפתחות הכתות הנוצריות ובסופו של דבר הדת הנוצרית. החל מסוף המאה השלישית החלו נוצרים להקדיש את חייהם לאל ולפרוש מהציבור. דמות מפתח בתנועה ספונטנית זו היתה הקדוש אנטוניוס המצרי, שפרש למדבר ונחשב לנזיר הנוצרי הראשון.

עם השנים צברה תנועה זאת תאוצה, כאשר עוד ועוד קהילות של נזירים קמו ברחבי העולם הנוצרי עד שבשנת 451 בוועידת כלקדון הסדירה הכנסייה הנוצרית את הנושא וקבעה את כללי הנזירות כפי שאנחנו מכירים אותם כיום – התנורות מיחסי מין, מבעלות על רכוש וכפיפות למוסדות הכנסייה. מכיוון שגם ככה ליהודים לא היו עוד נזירים, יכלו להשתמש במילה "נזיר" לתאר את נזירי הנצרות אף על פי שהנידונותם שונה לחלוטין. את מקום מגוריהם כינו למן המאה ה-19 "בתי" (מקלט לנזירים/ות). את הציורופים הארוכים והמגושמים הללו קיצר המורה דוד ילין כשתייגם בסוף המאה ה-19 את "ירושלים לפני 400 שנה" מעריכת לעברית. בתרגום זה מופיע המושג "ומשער ציון נמשכה (החומה) עוד מעט ימה כשלשים צעד עד מנזר הארמנים..." ובהערת שוליים למילה מנזר כתב: "במקום השם 'בית מקלט לנזירים' יותר טוב לפי דעתי להשתמש בשם מנזר, כי המשקל מפעל מורה על מקום כמו משכן, מקדש".

ימינו מנזר הוא ביתם של נזירים ונזירות, בין אם מדובר באנשי דת נוצרים, בודהיסטים או בני דת אחרת. אף על פי שזו מילה צעירה יחסית, יש לה מופע אחד במקרא, אם כי שם יש לה הוראה שונה בתכלית: "מְנַזְרִיךָ כְּאַרְפֶּה וְטַפְסְרִיךָ כְּגֹב גְבֵי הַחֹנִים בְּגִדְרוֹת בְּיָוִם קָרָה שְׁמֶשׁ יִרְחַה וְנִזְרָד וְלֹא נִזְרַע מְקוֹמוֹ אֵימִם" (נחום ג', י"ז). כשאר ספר נחום, הפסוק הזה הוא נבואה על חורבן האימפריה האשורית ובפסוק המסוים הזה אומר נחום שהמנוזים והטפסרים של אשור ייעלמו כלא היו. את הטפסר אנחנו מכירים ממקומות אחרים במקרא, אלו הם פקידים בכירים של הממלכה, כנראה מהמילה האכדית טַפְסַרְ – שר הדפים. מילה זו שימשה את חכמי ימי הביניים במשמעות "מלאך" ובמאה ה-20, עם הקמת מכבי האש בישראל, הפכה לדרגה. מכיוון שבפסוק דגן המנוזים באים בהקבלה לטפסרים, אנחנו יכולים להניח שגם הם פקידים אשורים בכירים, ושיכנראה מדובר במילה אכדית אבורה. פרי שני המקרא, ובראשם שר"ק, אכן ראו במנזר פקיד בכיר בשלטון האשורי אך מבחינה אטימולוגית חשבו שמי דובר בשורש העברי נ.ז.ה.

בהוראתו היסודית, השורש נ.ז.ה – המיוחד לעברית ולאוגריתית – מורה על הימנעות, הפרדה וייחוד של משהו משהו (לאכדית יש נִזְרַח המורה על קללה, אך זה אינו קשור). יש שקשרו בין השורש נ.ז.ה לשורש נ.ד.ה הקיים בערבית ובארמית, אך קשר זה מוטל בספק שכן אין הם דומים במשמעותם. במקרא אנו מוצאים שלושה שימושים מרכזיים לשורש נ.ז.ה: שם העצם נִזְרַח – הכתר על ראשו של הכהן הגדול והמלך המפריד אותם מן ההמון ('וַיִּשֶׂם אֶת-הַמִּצְנֶפֶת, עַל-רֵאשׁוֹ; וַיִּשֶׂם עַל-הַמִּצְנֶפֶת אֶל-מֹלַח בָּנָי, אֶת צִיץ הַזָּהָב בְּזָרְחָדָשׁ, וַיִּקְרָא ח', ט'); הפועל לְהִזְרִיחַ – פועל המורה על הפרדה והימנעות ('וַדְבֵר אֶל אֲהֲרֹן וְאֶל בְּנָיָו וַיִּזְנוּ מִקֶּדֶשׁ בְּנֵי יִשְׂרָאֵל וְלֹא יִחַלְלוּ אֶת שֵׁם קְדֹשִׁי אֲשֶׁר הֵם מְקַדְּשִׁים לִי', ויקרא כ"ב, ב'); ושם העצם נִזְרִיחַ – אדם המקבל על עצמו את הלכות הנזיר המפורטות בספר ויקרא ו', י"ג-כ"א) ומורחבות במשנה ובתלמוד במסכת נזיר.

על פי הכתובים נראה שבעת העתיקה מוסד הנזירות היה נפוץ למדי. גברים ונשים היו נזירי

– ובעקבות הטיפול התסמינים הללו חולפים, הרי שהטיפול הצליח. במילים אחרות, הצלחת הטיפול נמדדת בכך שהמטופל חוזר למצב שבו היה לפני פרוץ הבעיה. בראשית הדרך הוגדרו כך גם מטרת הפסיכואנליזה על ידי פרויד: כמו כל רופא מערבי, הוא ראה בהיעלמות הסימפטומים מכתחילה ליעילות הטיפול. אבל מאז התרחקה הפסיכואנליזה מן המודל הרפואי הקלאסי, ולעתים קרובות היא והטיפולים הנגזרים ממנה אופטימיים ושאפתניים הרבה יותר: מטרתם להביא את המטופל למצב טוב משהיה אי פעם, על ידי כך שצורכים לו להתגבר על מחסומים פנימיים שמנעו ממנו להתקדם בכיוון שבו רצה בחיים. הגדרה כזאת מקשה כמובן על מדידה כמותית של יעילות הטיפול.

יש גם כאלה הטוענים שהפסיכואנליזה, בניגוד לשאר הטיפולים הנפשיים, עוסקת בהרמוניזציה – בפרשנות ובמציאת משמעות. משמעות היא עניין אישי לגמרי, ולכן אין למדוד אותה בקריטריונים אובייקטיביים. לפי גישה זאת, אנשים באים לטיפול כדי להבין את עצמם ולא כדי להיפטר מסימפטומים. אני חושב שיש גרעין של אמת ברעיון הזה, אבל מי ששואף לטפל בסבל האנושי אינו יכול לוותר בשום אופן על הקלה בסימפטומים של מטופליו. בכל מקרה, אם הטיפולים הפסיכואנליטיים רוצים להיות חלק מסל הבריאות, אין להם ברירה אלא להתמודד במגרש הקשוח של יעילות טיפולית, הנמדדת בקריטריונים אובייקטיביים. וזה לא פשוט כלל.

מה הם עושים שם בחדר?

כי כאן עולה בעיה נוספת, שגם היא מציבה את הטיפולים הפסיכואנליטיים בעמדת נחיתות לעומת הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים, כאשר משווים ביניהם במחקרי יעילות טיפולית: כיצד ניתן לוודא שמה שהתחולל בין המטפל והמטופל בחדר, מאחורי הדלת הסגורה, הוא אותו טיפול שאליו התכוונו עורכי המחקר? אם כפי שנראה בהמשך, "המטפל הוא הטיפול", הרי שמספר הטיפולים הפסיכואנליטיים השונים הוא כמספר המטפלים, ויש שיאמרו, כמספר המטופלים. אבל בניגוד לרבי-גוניות הזאת, מחקרים הבודקים יעילות של טיפולים ברפואה מתבססים על השוואה בין קבוצות אחידות. קיימת בהם חלוקה אקראית של מספר גדול של מטופלים, שכולם סובלים מאותה בעיה, לשתיים או יותר קבוצות, שכל אחת מהן מטופלת בטיפול מסוים, ורק בו. רצוי שתהיה גם קבוצת מטופלים שבה, ללא ידיעתם, וככל שאפשר גם ללא ידיעת המטפלים בהם, ניתן טיפול פלצבו (אינבו) במ"קום טיפול אמיתי. כך ניתן לבדוק אם השיפור שחל בעקבות הטיפול נובע מן הטיפול עצמו, או מגורמים אחרים כגון הזמן שחלף מאז התחלת הטיפול, או משיביעו רצונו של המטופל מכך שמישהו שם לב אליו ומנסה לטפל בו. מובן שהמטופל חייב לדעת מראש ולהסכים לכך שיתכן שיינתן לו טיפול פלצבו.

כך נמדדת היום יעילותם של כל התרופות החדרות וכל הטיפולים הרפואיים החדשים, כולל תרופות וטיפולים פסיכיאטריים. אבל פגישה טיפולית אינה גלולה אחת – כשמאה מטופלים מקבלים כל אחד גלולה אחת – וזהה – של תרופה, ניתן לומר שכולם קיבלו בדיוק את אותו הטיפול. אבל כשמאה מטופלים נכנסים כל אחד לחדר אחד, עם מטפל אחד, וסוגרים את הדלת, האם אפשר בכלל לטעון שבכל החדרים ניתן אותו הטיפול? ואיך אפשר לדעת זאת?



צילום: אחיל סלמן

אחד הסודות השמורים והמשעשעים של הפסיכואנליזה הקלאסית הוא שהטיפול שנתן זיגמונד פרויד למטופליו היה שונה מאוד מן הטיפול שאותו תיאר בכתביו. ב-1998 התפרסם מאמר בעל השם היבש "אנונימיות, ניטרליות וחסיון בשיטות הטיפול האמיתיות של זיגמונד פרויד: סקירה של 43 מקרים, 1907-1939". במאמר הוזה, שהתבסס על מחקר מעמיק ועשוי היטב, הראו דיוויד לין וג'ורג' ויילאנט, חוקרים מאוניברסיטת הרווארד, שפרויד האמיתי היה רחוק מאוד מן הדימוי של האנליטיקאי השתקן, זה היושב ללא תנועה מאחורי המטופל ונוהר מאוד מכל חשיפה עצמית ומתן עצות, כמו גם מכל קשר אישי עם המטופל מחוץ לחדר הטיפוליים.

לין וויילאנט אספו את החומר הכתוב שהשאירו אחריהם מטופליו של פרויד, שבו תיאר את הטיפול שעברו אצל אבי הפסיכואנליזה, וריאינו את אותם מטופלים שעדיין היו בחיים אז. הם הצליחו את המידע הזה עם הרשומות הרפואיות שהשאיר אחריו פרויד, ועם ההמלצות הטיפוליות שלו כפי שתוארו בכתביו הרבים. המסקנה החד-משמעית והבלתי נמנעת היא שפרויד היה פסיכואנליטיקאי סודר, ודברן בלתי נלאה: הוא דיבר ודיבר, סיפר על עצמו בהרחבה, נתן עצות למכביה, כתב למטופליו גלויות כשהיה בחופשה, השאיל להם ספרים ואף הלווה להם כסף.

במילים אחרות, פרויד, לפחות ב-30 השנים האחרונות של הקריירה שלו, טיפח את הקשר האישי והבי-לתי-פורמלי עם מטופליו. הוא חשף את עצמו בפניהם כאדם ויצר אצלם תחושות עמוקות של שותפות, הדריות ואמון. מה שחשוב במיוחד: הוא גרם להם להרגיש קרובים אליו.

היום, שנים רבות לאחר מכן, הולך ומתברר שזו כנראה הדרך העיקרית שבה עובד הטיפול הפסיכואנליטי: מחקרים רבים מצביעים על כך שהגורם המנבא בצורה הטובה ביותר את הצלחתו של הטיפול הפסיכואנליטי הוא איכות הקשר הנרקם בין המטפל למטופל, ולא האסכולה התיאורטית שאליה משתייך המטפל, הפיזי רוישים שהוא נותן או הניסיון הקליני שלו. זה לא צריך להפתיע, וזה גם מסביר מדוע מספר הפגישות המינימלי בכל שנה של הטיפוליים, כולל אלה הנקראים "קצרי מועד" וכולל טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים, הוא תמיד דו-ספרתי: כדי לטפל בנפש האדם צריך לבנות קשר אנושי, וכדי לבנות קשר אנושי צריך זמן.

ספת המטפל נחקרת

אם כך, האם הטיפול הפסיכואנליטי הוא מקרה אבוד מבחינת מחקרי היעילות הכמותיים? כל טיפול פסיכואנליטי הוא בעצם קשר בין שני אנשים, על כל המורכבות והניואנסים של קשר כזה. מנקודת ראות כמותית-מדעית, מטרתו של הטיפול הפסיכואנליטי מנוסחת בצורה עמומה, התיאוריות שלו והשיטות הקליניות שלו פתוחות לפרשנויות שונות ולעיתים אף סותרות והביצוע שלו הוא תמיד חד-פעמי, כמו כל מפגש בין כל שני אנשים.

למרות הקשיים הללו, הולכים ומתרבים המחקרים המתעדים בסטנדרטים מדעיים מחמירים את יעילותם של טיפולים פסיכואנליטיים, כולל טיפולים קצרי-מועד באוריינטציה פסיכואנליטית. בשנים האחרונות יש יותר ויותר מטפלים פסיכואנליטיים המבינים את חשיבותם של מחקרי יעילות, ומקבלים עליהם את האתגרים הכרוכים בהם.

קיימים גם טיפולים פסיכואנליטיים שעבורם נכתב מדריך מפורט, של עשה ואל תעשה, הכולל סדר יום מובנה לפגישות הטיפוליות, בדומה למדריכים שנכתבו לטיפוליים קוגניטיביים-התנהגותיים. מדריכים כאלה עוזרים לסטנדרטיזציה של הטיפול והופכים אותו לנגיש למחקר – ואולי גם ליעיל יותר. שתי דוגמאות לטיפוליים פסיכואנליטיים כאלה הם טיפול ממוקד העברה (Transference Focused Therapy, TFP), וטיפול מבוסס מנטליזציה (Mentalization based treatment, MBT). שניהם אינם קצרי-מועד: מדובר בטיפולים של שנה ויותר. שניהם נבנו על מנת לטפל בהפרעה הנפשית שהיא אולי הקשה ביותר לטיפול בכל עור-לם הפסיכותרפיה, ואימתם של מטפלים רבים: הפי רעת אישיות גבולית (Borderline personality disorder). ושני הטיפולים הפסיכואנליטיים האלה מגובים היום בראיות כמותיות ומשכנעות ליעילותם. זה לא היה נכון תמיד: פאול קרייטסטרופ, חר-

מהי הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל

העברה הדרגתית של האחריות על מתן שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים עד יולי 2015, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הרפורמה כוללת הכנסה של טיפולים נפשיים לסל הבריאות הבסיסי. השאיפה היא לקרב את איכות הטיפול בבעיות נפשיות במערכת הציבורית לאיכות הטיפול בבעיות רפואיות "רגילות", ולתקן בכך אפליה רבת שנים נגד הסובלים מבעיות נפשיות בישראל. בעקבות הרפורמה יוכפל התקציב המיועד לטיפול נפשי בקהילה, ובתוך כך יוכפל מספר מקבלי הסיוע דרך מרפאות בקהילה.

קר פסיכותרפיה מאוניברסיטת פנסילבניה, ניסח עם עמיתו סדרה מחמירה של סטנדרטים, שבהם צריכים לעמוד מחקרי טיפול על מנת שניתן יהיה לקבוע שהטיפול הנבחן הוא אכן יעיל. בסקירה מקיפה ומשפיעה שפירסמו קרייטסטרופ ועמיתו ב-1998, עמדו טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים רבים, המיועדים לבעיות נפשיות שונות, בקריטריונים הללו. לעומת זאת, שום טיפול פסיכואנליטי, לשום בעיה נפשית, לא עמד בהם.

החוקרים נזהרו מלקבוע שזוהי הוכחה לכך שטיפולים פסיכואנליטיים אינם יעילים: הקביעה שאין ראיות מספיקות ליעילותו של טיפול מסוים אינה שקולה לקביעה שזוהי טיפול לא יעיל. חלק מן הסקירות האחרות, שהשתמשו בקריטריונים קשוחים פחות, רמזו שטיפולים באסכולות שונות יעילים לעיתים קרובות באותה מידה ממש. אבל מובן, לנוכח ממצאיהם של קרייטסטרופ ועמיתו ועל פי סקירות דומות שהתפרסמו באותו זמן, מדוע בחרו רשויות בריאות הציבור במדינות רבות, כולל אנגליה ושוודיה, בטיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים כטיפולים הנפשיים העיקריים – ולפעמים היחידים – שיינתנו במערכת הציבורית. ב-2008 חזרו קרייטסטרופ ועמיתו על הסקי-

רה שלהם. בעשור שחלף בין שתי הסקירות הופיעו כמה וכמה מחקרים שתיעדו את יעילותם של טיפולים פסיכואנליטיים בכמה בעיות נפשיות, וגם עמדו בסטנדרטים המחמירים. מספרם של המחקרים הללו אינו משתווה, ואינו קרוב אפילו, למספר המחקרים התומכים ביעילותם של טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים. ייתכן שההבדל הזה נובע מכך שפחות מחקרים כאלה נעשו. אבל ברור היום, כפי שהיה ברור לפרויד לפני מאה שנה, שטיפול פסיכואנליטי יכול להיות טיפול יעיל לבעיות נפשיות מסוימות, ובשום אופן לא בכלן. אבל הרי גם טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים אינם יעילים לכל הבעיות הנפשיות, ואינם מתאימים לכל המטופלים.

זאת ועוד: חלק מן הבעיות החשובות, אולי החשובות ביותר, שבהן מטפלים טיפולים פסיכואנליטיים בהצלחה, אינן נכנסות בכלל לקטגוריה של "הפרעות נפשיות", ובכל זאת הן גורמות סבל רב בעולמנו ומביאות אנשים לטיפול.

הבחירות הרומנטיות שלנו, למשל, וההתנהלות שלנו בתוך קשרים קרובים, נובעות גם מגורמים נפשיים לא מודעים, מרפוי יחסים שנקבעו בילדות ומתכונות האופי שלנו. אלה התחומים שבהם טיפולים באוריינטציה פסיכואנליטית עשויים לעזור. אבל קשה מאוד לתרגם את הבעיות בתחומים הללו לקטגוריות של סימפטומים כמותיים, ולפעמים חולפות שנים עד שהשיפור שחל בהם נעשה גלוי לעין.

מתי זה יסתיים?

אם כך, מה בדבר משך הטיפול? טיפולים פסיכואנליטיים נוטים להיות ארוכים מטיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים. קיימים טיפולים פסיכואנליטיים קצרי מועד המתמקדים בבעיה מסוימת, שחלקם נמצאו יעילים מאוד, אבל אימת הטיפול הארוך היא סיט המדיד שינה מעיניהם של קברניטי הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, ובצדק: פסיכותרפיה אישית היא טיפול בזבזני. היא צורכת כמויות אדירות של משאב יקר מאוד: זמנו של המטפל.

ידידה קרובה שלי, רופאת ילדים במערכת הציבורית, בודקת ומטפלת לעתים קרובות ביותר ממאה ילדים ביום עבורה אחת, ואחר כך הולכת לשחק טניס. פסיכותרפיסט מכל אסכולה שהיא, העובד במשרה מלאה בטיפול פרטני, יטפל ביום עבורה בשמונה או עשרה מטופלים לכל היותר. כל אחד ממטופליו יהיה זקוק, כאמור, למספר דו-ספרתי של פגישות על מנת שהטיפול ישיג את מטרתו. לאור זאת אין פלא שכל דרך לקצר את משך הטיפול בלי לפגוע בתוצאותיו תתקבל לא רק בברכה אלא גם באנחת הקלה במערכת הציבורית. כאשר הטיפול הקצר יותר הוא גם זה שמחקרים רבים יותר תומכים ביעילותו, הבחירה ברורה ומובנת.

כך חשבו גם בשוודיה: רשויות בריאות הציבור במדינה המליצו בשנים האחרונות על שימוש בטיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים כטיפול "קו ראשון" במערכת הציבורית. עקב ההמלצות הללו הוגבל המימון הניתן להכשרת מטפלים חדשים בשירות הציבורי להכשרה באסכולה הקוגניטיבי-התנהגותית בלבד, ושוודיה השקיעה בפרויקט ההכשרה הזה מיליארד קרונות (כחצי מיליארד שקל) במשך שלוש שנים. עוד מיליארד קרונות הושקעו במתן טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים באופן אינטנסיבי במערכת הציבורית. ויותר מכך – לא ניתן כל מימון לטיפול או

המון כסף דידי חנוך החמאה אומרת תודה

פרויקטי מימון המון רבים הם ניסיונות לשפר מוצרים קיימים. כך תוכלו למצוא באתר קיקסטארט ובאתרים אחרים אינסיפור אנקים בעיצובים שונים, שכולם מנסים להיות העיצוב המושלם. ורבים מאלה זוכים להצלחה.

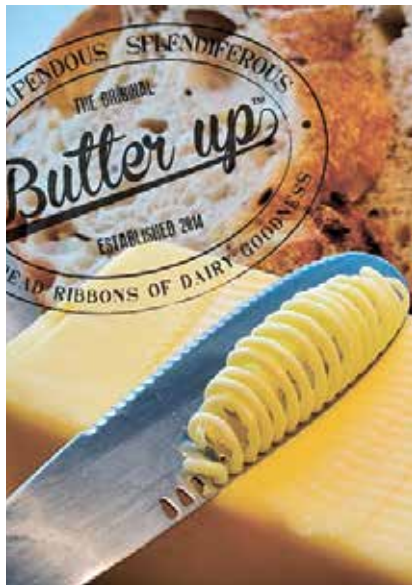
סכין חמאה הוא מוצר פשוט, אך מתסכל לעתים. חמאה זה טעים. לא בריא, וטעים. אבל כשמוציאים אותה מהמקרר, לא קל למי רוח אותה. זו הסיבה שיש המון ממרחי חמאה שמכילים רק אחוז מסוים של החמאה האהובה, אבל קל יותר למרוח אותם.

יומים מסירני שבאוסטרליה מנסים לפי תור את בעיית מריחת החמאה עם סכין בשם ButterUp שכולל בתוכו מגרד חמאה מובנה. בצד אחד יש להב רגיל ובצד השני יש חורים קטנים, שהופכים את החמאה לסרטים דקים שקל בהרבה למרוח.

אחד הדברים החביבים עלינו בפרויקט הוא שזה אחד הפרויקטים הווליים ביותר בהם נתקלנו. הסכין עולה 12 דולר אוסטרלי (קצת יותר מ-11 דולר אמריקאי) ומשלוח מחוץ לאוסטרליה עולה שיש דולרים. לפרויקט שמבטיח לשנות את הדרך שבה שאנחנו מורחים את אחד הממרחים הפופולריים ביותר בעולם, זה מחיר סביר מאוד.

ואכן, נראה שאנחנו לא היחידים שחושבים כך. ButterUp גייס, נכון לעת כתיבת שורת אלה, כ-240 אלף דולר מיותר מ-9,000 תומכים. נותרו עוד תשעה ימים לסוף הגיוס באתר קיקסטארט.

עמוד הפרויקט באתר קיקסטארט
<http://kck.st/1oiXEV1>



בית החולים הפסיכיאטרי טירת כרמל. הרפורמה בישראל תנסה לשפר את איכות הטיפול הציבורי צילום: זורון מלך/ג'ני

בשוודיה הגבילו את המימון להכשרת מטפלים חדשים בשירות הציבורי להכשרה באסכולה הקוגניטיבית התנהגותית בלבד, והשקיעו בכך מיליארד קרונות. לאחר שלוש שנים התברר שהתחלואה הנפשית דווקא עלתה. עקב כך הוחלט לפתוח מחדש את המערכת הציבורית לטיפולים מאסכולות שונות, ובהן האסכולות הפסיכואנליטיות

שכאן נדרשת מחאה חברתית ולא טיפול נפשי, כפי שמציעה פרופ' אווה אילון.

אבל תהא אשר תהא ההגדרה, במקרים רבים במערכת הציבורית קיים קושי ביצירת ברית טיפולית, ובייצוב נסיבות חייו של המטופל, כך שיהיה פנוי לעבודה הקשה של שינוי עצמי, שהוא תנאי לכל טיפול נפשי מוצלח. במקרים אלה אין תחליף לעבודה אינטימית נסיבית על הקשר הטיפולי, ולהתייחסות חוזרת למכשולים פנימיים, מודעים ולא מודעים, המפריעים לאדם לעשות את מה שעשוי לעזור לו לצאת ממצבו. אין תחליף גם לזמן הנדרש לשם כך. לדעתך, אלה הם המקרים שבהם זקוק המטפל – כל מטפל – לידע, לתיאוריה ולשיטות פסיכואנליטיות.

בשורה התחתונה, הטיפולים הפסיכואנליטיים, השמים דגש על הקשר הנבנה בין שני אנשים והמשתמשים בקשר הזה על מנת להילחם בסבל האנושי, הרווחו ביושר מקום של כבוד, ואפילו מקום הכרחי, בארגון הכלים של המטפל הנפשי. זה נכון היום כמו שהיה נכון לפני מאה שנה, וזה אינו גורע מחשיבותם, מתרומתם ומיעילותם המוכחת של הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים. מעבר לכך, לדעתך, טיפול בסימפטומים אינו יכול להיות התכלית היחידה של טיפול נפשי, גם לא במערכת הציבורית, ולכן חייב להישמר בה מקום – ותקציב ותקנים – לטיפולים פסיכואנליטיים. מאחר שהאופי והמהות של הטיפולים הפסיכואנליטי הופכים אותו לפחות נוח למחקרים כמותיים, כדאי מאוד ליותר ויותר מטפלים עושים בעולם האמיתי: להשתמש בשיטות שונות, קוגניטיביות-התנהגותיות ופסיכואנליטיות, וגם ביולוגיות, כדי להילחם בסבל ולהעצים את כוחותיו של כל מטופל.

הכותב הוא פסיכיאטר, פסיכואנליטיקאי וחוקר מוח

הכשרה בכל שיטה טיפולית אחרת. לאחר כמה שנים נבחנו תוצאות המהלכים הללו, והתברר שהתחלואה הנפשית בשוודיה דווקא עלתה ולא ירדה כמשך התקופה הזאת. עקב כך הוחלט לפתוח מחדש את המערכת הציבורית לטיפולים מאסכולות שונות, ובהן האסכולות הפסיכואנליטיות.

זמן, מקום - ותקציב

אז האם הפסיכואנליזה והטיפולים הפסיכואנליטיים הנגזרים ממנה יעילים? מדובר באוסף גדול ומבלבל של שיטות, אבל בשתי מילים: נראה שכן. האם הם יעילים כמו טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים או יותר מהם? על סמך המחקרים הקיימים, קשה לומר זאת היום. כאמור, טיפולים פסיכואנליטיים נחקרו הרבה פחות, וייתכן שזוהו חלק מן ההסבר לממצאי המחקר, נכון להיום.

אבל כאן מתעוררת בעיה המסככת את הממצאים של מחקרי היעילות, שעשויה להסביר את הניסיון השיורי, שבו התחלואה עלתה למרות מתן רחבי-היקף של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי אינטנסיבי ומוכנה, שהיה אמור להיות יעיל. איך ניתן להבין את מה שקרה במערכת הציבורית בשוודיה? קיימים כמה הסברים אפשריים, ואף אחד מהם אינו מוכח. מה שייכתב להלן הוא לכן רק ספקולציה, אבל היא רלוונטית למה שקורה ויקרה בארץ עם כניסת הרפורמה בשירותי בריאות הנפש.

בעיה גדולה ביישום של טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים במערכת הציבורית היא גיוס שיתוף הפעולה של המטופל. רבים מן המטופלים במערכת הציבורית סובלים, בנוסף לדיכאון, לחרדה וכו', מבעיות ביחסים, מעוני, מחוסר תמיכה ומאכזבות חוזרות שחוו בחייהם ושגרמו להם לא לבטוח באחרים, ובייחוד באלה השונים מהם מאוד – כמו המטפלים בהם, הבאים לרוב מן המעמד הבינוני. בעגה המקצועית מגדירים זאת לעתים קרובות כבעיות אישיות, כגורמי דחק סביבתיים וכבעיות עיות ביצירת קשר טיפולי. אפשר כמובן גם להגדיר את כל אלה כבעיות חברתיות ולא רק פסיכולוגיות, ולומר