

# **התנתקות משירותי בריאות הנפש כהליך של בניית חיים מחוץ לעולם החולי**

**שמעון כץ**

**חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"**

**אוניברסיטת חיפה**

**הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות**

**החוג לבריאות נפש קהילתית**

**אפריל 2017**

# התנתקות משירותי בריאות הנפש כהליך של בניית חיים מחוץ לעולם החולי

מאת: שמעון כץ

בהנחיית: פרופסור דויד רועה  
ד"ר הדס גולדבלט

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות

החוג לבריאות נפש קהילתית

אפריל 2017

מומלץ לשיפוט על ידי  תאריך 30.11.16  
(מנחה העבודה)

מומלץ לשיפוט על ידי  תאריך 30.11.16  
(מנחת העבודה)

מאושר לשיפוט על ידי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
(יו"ר הוועדה החוגית לתואר שלישי)

## הכרת תודה

ראשית אני רוצה להודות מקרב לב ל- 23 המרואיינים שהסכימו לחלוק בנדיבות וכנות את סיפורי חייהם המורכבים והמרתקים עימי. סיפורים יוצאי דופן אלו, הם סיפורים של תקווה ואמונה בכוחה של הנפש לעבור תהליך עמוק של ריפוי וצמיחה.

ברצוני להודות לשני מנחי היקרים – לפרופ' דיוויד רועה, חבר ומנטור, אשר דחף, עודד, הביע אמון, מסירות וסבלנות אין קץ לאורך כל הדרך. האוזן הקשבת, הפניות והרצון המתמיד לעזור ולתמוך, סללו עבורי את דרכי המקצועית, ועל כך תמיד אכיר לו תודה; ולדוקטור הדס גלודבלט, על ההתעמקות בפרטים הקטנים, ההשקעה האדירה, ההארות המלמדות, היחס החם והאוהד והנתינה מכל הלב.

ברצוני להודות לקרן טאובר על המלגה הנדיבה אשר ניתנה לי לאורך השנים.

ולבסוף, ברצוני להודות למשפחתי היקרה- להורי שהאמינו בי לאורך כל הדרך, ועודדו אותי לאהוב את חיי ולהגשים את הפוטנציאל שבי, לאחי ואחיותיי על ההתעניינות והמעורבות, לגילה גלעד – חמותי, שבלעדיה עבודה זו לא הייתה נכתבת, לחבריי, ובפרט לעשהאל ואיה על השותפות בדרך, והכי הרבה לאשתי היקרה, דנית, שתמיד פירגנה, תמכה והקריבה כל כך הרבה למעני.

## תוכן עניינים

VI.....	תקציר.....
10.....	מבוא.....
12.....	1. סקירת ספרות.....
12.....	1.1 מחלות נפשיות קשות.....
13.....	1.2 שנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20: מהפכת האל-מיסוד.....
15.....	1.3 ספרות העוסקת בהחלמה.....
15.....	1.3.1 מחקרים ראשוניים על החלמה.....
16.....	1.3.2 חקר ההחלמה בעשורים האחרונים.....
19.....	1.4 מחקרים העוסקים בהתרחקות משירותי בריאות הנפש.....
24.....	1.5 אלטרנטיבות להתמודדות מחוץ לשירותי בריאות הנפש, ותנועת ה"שורדים".....
27.....	1.6 סיכום הספרות.....
29.....	1.7 שאלות המחקר.....
31.....	2. שיטה.....
31.....	2.1 שיטת המחקר.....
31.....	2.2 מדגם ואוכלוסיית המחקר.....
31.....	2.2.1 סוג הדגימה.....
32.....	2.2.2 גודל המדגם.....
33.....	2.2.3 משתתפי המחקר.....
34.....	2.3 הליך המחקר.....
34.....	2.4 כלי המחקר.....
36.....	2.5 ניתוח הנתונים.....
38.....	2.6 הבטחת איכות המחקר.....
40.....	2.7 נקודת המוצא שלי כחוקר.....
43.....	3. ממצאים.....
43.....	3.1 חלק ראשון- היסטוריה אישית והקשר שלה לכניסה מחד ולהתנתקות מאידך ממערכת בריאות הנפש.....
44.....	3.1.1 מרכיבים ביוגרפיים שתרמו למשבר הנפשי ולכניסה למערכת בריאות הנפש.....
44.....	3.1.1.1 מערך משפחתי מורכב.....
48.....	3.1.1.2 אירועי חיים טראומטיים שהתרחשו מחוץ למסגרת המשפחתית.....
51.....	3.1.1.3 שימוש בסמים ואלכוהול.....
54.....	3.1.1.4 מאפיינים של גיל ההתבגרות שתרמו למשבר.....
58.....	3.1.2 יסודות מההיסטוריה האישית שתרמו להתנתקות ממערכת בריאות הנפש.....
58.....	3.1.2.1 מערך משפחתי מעצים כגורם שתרם להתנתקות ממערכת בריאות הנפש.....
60.....	3.1.2.2 תכונות אופי שתרמו להתנתקות.....
63.....	3.1.3 אינטגרציה וסיכום של ההיסטוריה האישית, והקשר שלה לכניסה מחד, ולהתנתקות מאידך ממערכת בריאות הנפש.....
66.....	3.2 חלק שני - תהליך הכניסה למערכת בריאות הנפש וחווית האשפוז.....
66.....	3.2.1 ההתדרדרות הנפשית של המרואיינים אשר קדמה לכניסתם למערכת בריאות הנפש.....
66.....	3.2.1.1 קשיים נפשיים מתמשכים.....
68.....	3.2.1.2 משבר חיצוני נקודתי.....
68.....	3.2.1.3 משבר שהוביל לניסיון אובדני.....
69.....	3.2.1.4 מחלוקות עם ההורים שהובילו לכניסה למערכת.....
71.....	3.2.2 תהליך הכניסה למערכת בריאות הנפש.....
72.....	3.2.2.1 קבלת טיפול במערכת בריאות הנפש לפני האשפוז הפסיכיאטרי.....
73.....	3.2.2.2 תהליך ההגעה לאשפוז הראשון.....
74.....	3.2.2.2.1 הגעה לאשפוז בכפייה.....
77.....	3.2.2.2.2 הסכמה להתאשפז מתוך רצון להקל על מצוקה קיימת.....
78.....	3.2.2.2.3 הסכמה להתאשפז מתוך סקרנות ורצון לחוות חוויה יוצאת דופן.....
79.....	3.2.3 חווית השהייה באשפוז.....
80.....	3.2.3.1 חוויות קשות מהאשפוז שגרמו למרואיינים לרצות להתנתק ממערכת בריאות הנפש.....
80.....	3.2.3.1.1 תחושה של מרואיינים שלא מקשיבים להם ומעוותים את דבריהם.....
83.....	3.2.3.1.2 אובדן החופש וחדירה לפרטיות.....
87.....	3.2.3.1.3 אלימות, כוחנות, ענישה ואלימות סימבולית במחלקה.....
90.....	3.2.3.1.4 תחושת הסטיגמה הנלוות לאשפוז פסיכיאטרי.....
92.....	3.2.3.2 חוויות חיוביות מהאשפוז.....

95	3.2.3.3 חוויות מעורבות מאשפוזים שונים
98	3.3 תהליך ההתרחקות מהמערכת הפסיכיאטרית
99	3.3.1 התרחקות מהבית ואימוץ כלים רוחניים/דתיים לאחר המשבר
103	3.3.2 שימוש בקנאביס וחומרים אחרים כאמצעי למציאת שקט פנימי והתחזקות
107	3.3.3 אופטימיות ותקווה
109	3.3.4 עזרה לאחרים כגורם מעצים ופיתוח קריירה בעולם השיקום
112	3.3.5 קבלת עזרה מאחר משמעותי
116	3.3.6 עיבוד רגשי, התפיסות עם העבר ופיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות
116	3.3.6.1 תהליכי עיבוד רגשי
120	3.3.6.2 התפיסות עם העבר וסגירת מעגלים
122	3.3.6.3 הגברת המודעות העצמית ופיתוח כלים לשימור היציבות
123	3.3.7 משאבים כלכליים
124	3.3.8 עוגנים
126	3.3.9 ירידה מתרופות כתהליך של התרחקות ממערכת בריאות הנפש
126	3.3.9.1 חווית השימוש בתרופות
126	3.3.9.1.1 חוויות שליליות מהשימוש בתרופות
128	3.3.9.1.2 חוויות חיוביות משימוש בתרופות
129	3.3.9.2 סיבות להפסקת השימוש בתרופות
130	3.3.9.3 אופן הפסקת התרופות
130	3.3.9.3.1 תחילת הפסקת התרופות מסיבה שרירותית
131	3.3.9.3.2 הפסקת הטיפול התרופתי בנוכחות הפסיכיאטר
132	3.3.9.3.3 ירידה מתרופות באופן עצמאי ובמנותק מהשירות
133	3.3.10 סיכום התמה: תהליך ההתרחקות מהמערכת הפסיכיאטרית
136	3.4 יחס של המרואיינים כיום לעברם הפסיכיאטרי
136	3.4.1 סטיגמה והשלכותיה על פתיחות ודיסקרטיות ביחס לעבר הפסיכיאטרי
136	3.4.1.1 מרואיינים אשר בחרו להצניע את עברם הפסיכיאטרי
139	3.4.1.2 מרואיינים אשר מרגישים בנוח לחשוף את עברם הפסיכיאטרי
140	3.4.2 מקומו של העבר הפסיכיאטרי בחייהם של המרואיינים כיום
141	3.4.2.1 חווית זרות ביחס לתקופה בה הם היו במערכת
142	3.4.2.2 תחושה של גדילה והתחזקות כתוצאה מחוויות מתקופת השנות במערכת
143	3.4.2.3 תחושה מתמשכת של התמודדות עם בעיות נפשיות
147	3.4.3 יחס של המרואיינים לאבחנה שקיבלו
151	3.5 עניינים מהותיים נוספים
151	3.5.1 סל שיקום
153	3.5.2 ביקורת של המרואיינים על המערכת, והקונפליקט בין "רוחניות" לגישה הפסיכיאטרית
157	3.5.3 מסרים למערכת ולאנשים המתמודדים עם מצבי קצה
157	3.5.3.1 מסרים לאנשים המתמודדים עם מצבי קצה
159	3.5.3.2 מסרים למערכת
162	3.6 סיכום פרק ניתוח הממצאים
164	4. דיון
165	4.1 החלמה, הבראה והגישה השוללת את קיומן של מחלות נפשיות
165	4.1.1 משתתפים אשר מרגישים שהם עדיין בהחלמה
166	4.1.2 גישת ההבראה
170	4.1.3 הגישה השוללת מחלות נפשיות
174	4.2 ניסוח מחדש של הבעיה במונחים שאינם ביולוגיים כגורם מסייע בהתנתקות ממערכת בריאות הנפש
180	4.3 התנתקות מהמערכת – תופעה שיש לתקנה?
186	4.4 מודל אינטגרטיבי של מסלולי החיים של המשתתפים
188	4.5 השלכות המחקר
188	4.5.1 השלכות לפרקטיקה
190	4.5.2 השלכות למדיניות בבריאות הנפש
188	4.5.3 השלכות לתיאוריה ולמחקרים עתידיים
193	4.6 מגבלות המחקר
195	רשימת מקורות
211	נספחים: נספח א': מדריך ראיון
217	נספח ב': מכתב פנייה למשתתף במחקר



## התנתקות משירותי בריאות הנפש כתהליך של בניית חיים מחוץ לעולם החולי

### תקציר

מחקרים מראים שבין 30% ל 45% מהאנשים שאובחנו כבעלי מחלת נפש קשה (SMI), מנהלים אורח חיים המנותק ממערכות השיקום והעזרה הנפשית הממסדית. עם זאת, הידע המחקרי על קבוצת אנשים זו מועט, והשיח הקיים בנוגע להפסקת צריכת שירותי בריאות הנפש נוטה לתאר את התופעה במונחים שליליים, כגון "drop outs" ו "inappropriate termination", ולהדגיש הצורך בגיבוש אסטרטגיות להגביר דבקות בטיפול. בעוד שיש עדויות רבות לכך שאנשים רבים יוצאים נשכרים משימוש בשירותי בריאות הנפש, לאחרונה גוברים הקולות של אלו הרואים בפסקת צריכת שירותי בריאות הנפש נתיב התמודדות עצמאי, שעשוי במקרים מסוימים לקדם בריאות נפשית ואיכות חיים.

מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה לבחון את חוויתם של אנשים אשר בעברם אובחנו כבעלי מחלת נפש קשה (SMI), אושפזו וקיבלו טיפול פסיכיאטרי, וכיום אינם צורכים שירותים ממערכת בריאות הנפש (לרבות שימוש בתרופות פסיכיאטריות) למשך שנה לפחות (להלן "עצמאיים"). המחקר שאף לשפוך אור על האינטראקציה והדיאלוג של המשתתפים עם גורמי בריאות הנפש במהלך חייהם, ולאפשר הסתכלות מעמיקה על התהליכים הנפשיים, הכוחות, גורמי התמיכה ונסיבות החיים שהובילו אותם ממקום שבו הם צרכו שירותים למקום של הפסקה מוחלטת והתנתקות מהטיפול הממסדי. שאלת המחקר המרכזית הייתה, מדוע וכיצד בחרו משתתפי המחקר בנתיב של התרחקות משירותי בריאות הנפש ובניית חיים מחוץ לעולם החולי? המסגרת המחקרית אשר הנחתה את איסוף הנתונים וניתוחם הייתה הגישה הנרטיבית של סיפורי חיים (life stories), המתבססת על המתודולוגיה האיכותנית. משתתפי המחקר היו 13 נשים ו-10 גברים, בגילאים 25 עד 65. גילם הממוצע היה 38. כולם קיבלו בעבר אבחנה של מחלת נפש קשה אושפזו לפחות פעם אחת במחלקה פסיכיאטרית, השתמשו בתרופות פסיכיאטריות וקיבלו המלצה פסיכיאטרית להמשך טיפול, וכיום אינם צורכים טיפול ממסדי בשום צורה במשך שנה לפחות, לרבות תרופות פסיכיאטריות. זמן שהייתם באשפוז נע בין יומיים לשלוש שנים, ופרק הזמן בו הם אינם צורכים שירותים מהמערכת נע בין שנה<sup>1</sup> ל-26 שנים (ממוצע 9.5 שנים). המשתתפים אותרו באמצעות פרסום מודעות באתרי אינטרנט ובלוחות מודעות במספר אוניברסיטאות, מתוך היכרות אישית ובשיטת כדור שלג. הנתונים נאספו בין יולי 2014 לספטמבר 2015 באמצעות ראיונות עומק חצי-מובנים, שהוקלטו ותומללו.

---

<sup>1</sup> למעט משתתף אחד, שהפסיק לצרוך שירותים חצי שנה לפני ראיון המחקר.

עשרה גורמים מרכזיים נמצאו כבעלי תרומה משמעותית לתהליך הפסקת צריכת השירותים והיציאה לדרך העצמאית, כאשר אחד החשובים שבהם קשור לניסוח אלטרנטיבי (reframing) של האטיולוגיה של האתגר/קושי עמם אנשים אלו מתמודדים במונחים שאינם ביולוגיים. שלושת ה"ניסוחים מחדש" שבלטו במחקר היו: (1) ניסוח של הקושי/אתגר במונחים של טראומה, (2) ניסוח של הבעיה כגורם פיזי או נסיבתי ו-(3) ניסוח של הבעיה במונחים של רוחניות. מניתוח הנתונים עולה הרושם כי הדרך השלישית, רוחניות, מבטאת את השינוי המהותי והעמוק ביותר שעברו המשתתפים, ומספקת את הכלים העוצמתיים ביותר להתמודדות עם אתגרי החיים באופן עצמאי.

בחינת האופנים שבהם התרחש תהליך הפסקת צריכת השירותים ממערכת בריאות הנפש שלשה נרטיבים שונים בהן החזיקו המשתתפים ביחס לבעיה/אתגר הנפשי עמו הם התמודדו. הנרטיב הראשון מתקשרת לגישת ההחלמה, ולפיו המשתתפים הרגישו כי הם עדיין חיים עם בעיה נפשית, מחלה או הפרעה, אך מתמודדים איתה באמצעות כלים אינדיבידואליים שאינם פסיכיאטריים שרכשו. הנרטיב השני מתייחס לגישת ההבראה (Cure), ומאפיין משתתפים אשר הרגישו שבעבר ייתכן שהם התמודדו עם בעיה פסיכיאטרית, אך כיום הם הבריאו ממנה לחלוטין, ואילו השלישי מייצג קו מחשבה שאופייני לגישה האנטי/פוסט-פסיכיאטרית, לפיו הם מעולם לא חלו, וכל תהליך האבחון היה שגוי מיסודו. ניתוח נתוני המחקר הוביל לבניית מודל אינטגרטיבי, אשר נפרס על ציר הזמן לאורך תקופת חיים שלמה, ומתייחס לקשרים בין הגורמים השונים שהובילו להתנתקותם של המשתתפים ממערכת בריאות הנפש ובניית חיים מחוץ לעולם החולי. המחקר מציע גישה חדשה ביחס להבנת תופעת ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש. בעוד שרובם המכריע של המחקרים אשר בחנו את תופעת ההתרחקות משירותי בריאות הנפש נוטים לתאר אותה באופן שלילי ולהבליט את הצורך בגיבוש אסטרטגיות להתמודדות וטיפול בה, ייחודו של מחקר זה מתבטא בכך שהוא הציג מצבים בהם דווקא ההתרחקות משירותי בריאות הנפש אפשרה למרואיינים לחיות חיים אוטונומיים, שלפחות בעבור חלקם נחווים כמלאי סיפוק והגשמה. יתרה על כך, נראה כי במקרים מסוימים המצאות במערכת עשויה להוות גורם מגביל אשר מעכב תהליכים של החלמה. לפיכך, מומלץ שמחקרי המשך יעסקו בחשיפת נתיבים שונים של התמודדות מחוץ למסגרת בריאות הנפש, ובכך ירחיבו את ההבנה של הגורמים אשר תורמים לאיכות חיים (well-being) של אנשים אשר מתמודדים עם משבר נפשי קשה.



## רשימת טבלאות

טבלה 1 :	משתתפי המחקר	33
טבלה 2 :	ארבעת ממדי הניתוח השונים	37
טבלה 3 :	דרכי הכניסה למערכת בריאות הנפש	71

## רשימת איורים

איור 1 : מודל אינטגרטיבי של מסלולי החיים של המשתתפים.....186

"Recovery can occur without professional intervention... There are many paths to recovery, including choosing not to be involved in the mental health system." (Anthony, 1993)

### מבוא

המחקר הנוכחי ביקש ללמוד ולחקור את תופעת ההתרחקות והתנתקות ממערכת בריאות הנפש (הן הציבורית והן הפרטית), כנתיב של התמודדות עצמאית, בקרב אנשים אשר אובחנו כבעלי מחלת נפש קשה (SMI), אושפזו וקיבלו טיפול פסיכיאטרי.

מחקרים רבים נכתבו על הסיבות והנסיבות לפריצתן של מחלות נפש והטיפול בהן. כמו כן בעשורים האחרונים התגבשה ספרות אקדמית ענפה העוסקת באספקטים שונים של חייהם של אנשים אשר מתמודדים עם מחלה נפשית, מקבלים תמיכה מצד מוסדות בריאות הנפש השונים ונמצאים בתהליך מתמיד וממושך של דיאלוג עם מחלתם והשירות אותו הם מקבלים (להלן "צרכנים"/"מתמודדים"/"מחלימים"). עם זאת, הידע המחקרי על קבוצה נוספת של אנשים, המונה כשליש מאלה שאי פעם אושפזו (Kreyenbuhl, Nossel, & Dixon, 2009), אשר הרחיקו עצמם ממסגרות בריאות הנפש השונות וכיום אינם צורכים אף שירות מטעם מערכות השיקום והעזרה הנפשית הממסדית, כמעט ולא קיים בספרות, וקולם נוטה שלא להישמע. הספרות המחקרית אשר בכל זאת עוסקת בנושא ההתנתקות (dropout, disengagement) משירותי בריאות הנפש, ובחוסר היענות לטיפול המוצע (non-adherence, non-compliance), מתייחסת להתרחקות כאל תופעה שלילית, אשר עשויה להיות בעלת השלכות הרסניות. בהתאם לכך מחקרים אלו מבליטים את הצורך בגיבוש אסטרטגיות להתמודדות ולטיפול בתופעה (Kreyenbuhl et al., 2009).

מטרתו של מחקר זה הייתה להבין מדוע וכיצד בחרו משתתפי המחקר בנתיב של התרחקות משירותי בריאות הנפש ובניית חיים מחוץ לעולם החולי, וכן לבחון מה משמעותה של התנתקות משירותי בריאות הנפש עבורם, והאם קיימים מצבים בהם התנתקות זו דווקא מקדמת את תהליך התמודדותו של אדם עם מצבו הנפשי ומשפרת את איכות חייו. בחינה זו נעשתה באמצעות ניתוח מעמיק של התהליכים אותם עברו העצמאיים<sup>2</sup> במהלך חייהם, וזאת דרך הסתכלות מנקודת ראותם על הסיבות שהובילו להתרחקותם משירותי בריאות הנפש, על הגורמים שהם תופסים כמשפיעים ותורמים להתמודדותם העצמאית ועל האלטרנטיבות אשר עמדו ועומדות לרשותם.

<sup>2</sup> בהעדר טרמינולוגיה אחרת, קבוצת המרואיינים במחקר, על אף שאינה הומוגנית, תכונה בשם "עצמאיים".

המחקר נערך בגישה האיכותנית הנרטיבית של סיפורי חיים (life stories), הניחנת ברגישות לתיאור הפרשני של המשמעויות האישיות והחברתיות של התופעה הנחקרת. באמצעות כלי זה ניתן היה להפיק ידע רב ממדי על אוכלוסיה זו, ולהעלות שאלות הנוגעות לחוויות אי-ההזדקקות לשירותי בריאות הנפש ולמשמעות האינדיבידואלית של הגורמים והאסטרטגיות השונות אשר תומכות ומסייעות בהתמודדות העצמאית עם מה שהוגדר על ידי הממסד כמחלת נפש קשה.

## 1. סקירת ספרות

### 1.1 מחלות נפשיות קשות

לאורך ההיסטוריה האנושית אנשים בעלי קשיים נפשיים והתנהגויות אשר נתפסו כביזאריזם הופרדו חברתית ופיזית מהשאר, תויגו כמשוגעים, גורשו, נכלאו ואף הוצאו להורג במקרים קיצוניים. רק לקראת סוף המאה ה-19, עם התפתחותה וביסוסה של הפרדיגמה הפסיכיאטרית, עלה הרעיון לפיו שיגעון הוא מחלה אותה יש לשאוף לרפא (פוקו, 1986). למרות זאת, אנשים אשר אובחנו ותויגו כלוקים בנפשם נתפסו כבעלי סיכויים נמוכים מאוד, עד כדי אפסיים, להחלמה או הבראה, ולכן לעיתים קרובות הם נאלצו לבלות את מרבית חייהם בבתי חולים ומוסדות פסיכיאטריים. באותו הזמן נדמה היה כי לא הם ולא סביבתם יכולים להוביל לשיפור באיכות חייהם ולהשתלבות מחודשת בקהילה (Bleuler, 1923; Karepelin, 1913).

במהלך המאה ה-20 מיקדו רופאים וחוקרים שונים את מחקריהם בניסיונות להבין לעומק את תופעת

מחלת הנפש. כאשר נוצר גוף ידע גדול מספיק, הם החלו בתהליך של מיון וקטלוג מחלות והפרעות על פי תסמיניהן, ובתחילת שנות החמישים של המאה ה-20 יצאה לאור המהדורה הראשונה של מדריך האבחנות האמריקאי, ה-DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) הראשון, אשר הגדיר קריטריונים אבחנתיים למחלות נפש והפרעות שונות. המחלות חולקו לאשכולות, כאשר העיקריים ביניהן היו הפרעות מצב רוח שונות (mood disorders), הפרעות חרדה (anxiety disorder), שימוש בחומרים (substance use disorder), הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית (antisocial personality disorder) סכיזופרניה וסוגים שונים של פסיכוזה לא אפקטיבית.

באשר לדרגת החומרה של מחלות הנפש, השתמשו במונח "פסיכיאטריה רכה" עבור הפרעות פחות חמורות אשר דורשות התערבות קלה, ובמונח "מחלות נפשיות קשות" (Severe Mental Illness-SMI) עבור אלה אשר מקיימות קריטריונים מסוימים על הצירים של אבחון, משך ומוגבלות (DDD- Diagnosis, Duration Disability). על ציר האבחון, על מנת להיחשב כבעל מחלת נפש קשה, על אדם להיות בעל אבחנה פסיכיאטרית מה-DSM; על ציר המשך עליו להיות בעל המחלה לתקופה של שנה לפחות ועל ציר המוגבלות מדובר בפגיעה משמעותית בתפקודים היומיומיים (Gaebel, Ziske, & Baumann, 2006). מחלות נפש קשות כוללות בדרך כלל את מחלת הסכיזופרניה, ההפרעה הדו-קוטבית, ההפרעה האובססיבית כפייתית וצורות חריפות של דיכאון, אולם הדומיננטית ביניהן היא מחלת הסכיזופרניה אשר משמשת לעיתים קרובות כאב-טיפוס בדיון במחלות נפשיות קשות (Lyer, Rothman, Vogler, & Spaulding, 2005). בנוגע לשכיחות המחלות הנפשיות הקשות בעולם, בשנת 2014 הוערכה אוכלוסיית האנשים הבוגרים בארה"ב, אשר מחלותיהם פוגעות באופן משמעותי בתפקוד בתחומי החיים המרכזיים שלהם (SMI) ב-4.2% (NIH, 2016).

לסיכום, נראה כי עד סוף המאה ה-19 היחס העיקרי אל החרגי, המוזר והלא מובן היה יחס של נידוי והרחקה (במקרים קיצוניים אף הופעלה נגדם אלימות, כליאה, גירוש והוצאה להורג), ולא יחס של עזרה או ריפוי. לקראת סוף המאה ה-19, ועד שנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20, עם התבססותה של הפרדיגמה הפסיכיאטרית, החלה החברה להתייחס אל ה"משוגע" כאל אדם הסובל ממחלה נפשית, אשר באופן תיאורטי ניתנת לטיפול. עם זאת, באותה תקופה מחלות הנפש, אשר קוטלגו ומוינו במדריך האבחנות האמריקאי (DSM), עדיין נתפסו כמצב כרוני בעל פרוגנוזה של התדרדרות הדרגתית ללא אפשרות של ריפוי אמיתי או החלמה.

## 1.2 שנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20: מהפכת האל-מיסוד

בשנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20 החל תהליך אל-מיסוד (deinstitutionalization), המכונה גם "מהפכת האל-מיסוד", שעיקרו העברת מרכז הכובד של הטיפול הפסיכיאטרי מבתי החולים אל הקהילה. מספר גורמים, אשר התרחשו סימולטנית, תרמו להתחלתו וגיבושו של תהליך זה, ביניהם: פיתוחן של תרופות חדשות אשר לעיתים קרובות עזרו בהפחתת סימפטומים, וכתוצאה הפכו את המגורים בקהילה לבני ביצוע (Lieberman et al., 2005); הקמתן של תנועות לזכויות האזרח, לרבות הצהרת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות משנת 1975, אשר ראו באשפוז הפסיכיאטרי פגיעה בחופש הפרט ובזכויות יסוד אחרות, וקראו לדמוקרטיזציה של הטיפול; שיקולים כלכליים הנחו את מעצבי המדיניות להעדיף מתן שירותים בקהילה על פני טיפול מוסדי (Mansell, Knapp, Beadle-Brown, & Beecham 2007), ומחקרים שהצביעו על הנזקים שעשויים להיגרם לאדם המתמודד עם הפרעה פסיכיאטרית כתוצאה מהמיסוד (Calabrese & Corrigan, 2005).

- דרייק ועמיתיו (Drake, Szmukler, Mueser, & Thornicroft, 2011), אשר סקרו את הספרות המתייחסת למהפכת האל-מיסוד, מתארים מפרספקטיבה של זמן את מאפייניה והשלכותיה ממספר היבטים:
1. היבטים הומאניים - האדם, ולא המחלה ('people first'), החל לקבל מקום מרכזי בהתייחסותה של החברה כלפיו. שינוי זה בה לידי ביטוי בין היתר בשינוי בטרמינולוגיה של התחום, כגון הכינוי הישן "סכיזופרן", הוחלף ל"אדם המתמודד עם סכיזופרניה".
  2. היבטים קליניים - אנשי מקצוע החלו להבין שגם לאנשים המתמודדים עם המחלות הנפשיות הקשות ביותר, עדיין יש יכולת להתנהל נכון עם מחלתם, לקדם את החלמתם, ולשאוף להשיג מטרות חיים משמעותיות - גם בעת שהם מתמודדים עם סימפטומים של המחלה. תוכניות התערבות חדשות, אשר מדגישות את הכוחות, העמידות, והיכולת לניהול עצמי, הפכו למרכזיות בתחום השיקום בבריאות הנפש.

3. היבטים חברתיים - חשיבותן של רשתות חברתיות-קהילתיות-משפחתיות התחדדה, והן נתפסו כגורם

בעל פוטנציאל רב לתמיכה בתהליך ההחלמה האינדיבידואלי. כמו כן, נעשה ברור יותר שכמו יותר האנשים בחברה, גם אלו המתמודדים עם מחלת נפש יכולים להיתרם בצורה משמעותית מלקיחת חלק בשוק העבודה, במערכות חינוך ולמידה, בפעילות חברתית ובעשייה קהילתית. בנוסף, המעבר לקהילה עזר בשינוי התפיסה הסטיגמטית כלפי מחלות נפש, וכמו כן, מקומן של קבוצות לעזרה הדדית (peer support), כגון ארגון "צרכנים נותני שירות"<sup>3</sup>, הלך וגדל, בזכות היכולת שלהן להעצים ולקדם את הפרט בתהליך ההחלמה שלו.

למרות האמור לעיל, קיימות גם ביקורות על האופן בו נעשה תהליך זה, ועל תוצאותיו בפועל. עיקר הביקורת מתמקדת בכך שלא הוקמו תשתיות מתאימות לקליטת המשתחררים מבתי החולים, ורבים שוחררו ללא הכנה ראויה ותמיכה. כתוצאה מכך, משתחררים רבים, בעיקר בשנותיה הראשונות של מהפכת האל-מיסוד, הפכו לחסרי בית או הגיעו לבתי כלא (Fakhory & Priebe, 2007). ביקורת נוספת מתמקדת בכך שרבים מהמשתחררים נותרו חסרי עבודה, בעלי קשרים חברתיים מצומצמים, ושלא נוצרה אינטגרציה בינם לבין שאר הקהילה (Torrey, 1997).

בדומה למדינות מערביות אחרות בעולם, בעשורים האחרונים החל גם בישראל תהליך הטמעתו של מודל האל-מיסוד. ניצניו הראשונים החלו בשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת, בעת שנעשו ניסיונות מקומיים על ידי עמותות פרטיות כגון "אנוש", אולם אלו היו מעטים והשפעתם הייתה מועטה. לעומת זאת, בסוף שנות ה-90 הבשילו התנאים להצעת חוק פרטית (על ידי תמר גוז'נסקי) שתכליתה הייתה שיקום נפגעי הנפש בקהילה. הצעה זו סללה את הדרך לחקיקת חוק "שיקום נכי נפש בקהילה" בשנת 2000, אשר נתנה רוח גבית לתהליכי האל-מיסוד בישראל, והגדילה באופן משמעותי את מספר השירותים הניתנים בקהילה (אבירם, 2010).

בהתאם לחוק זה, אנשים מגיל 18 ומעלה, בעלי נכות של 40% לפחות בהתאם לתקנות הביטוח הלאומי עקב הפרעה נפשית, זכאים לסל שירותים ("סל שיקום") בשבעת התחומים הבאים: תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, ייעוץ והדרכה למשפחות, טיפולי שיניים ותיאום טיפול (חוק "שיקום נכי נפש בקהילה", 2000). שירותי שיקום בקהילה מעניקים שירותים לכ 20,000 בני אדם (אתר משרד הבריאות, 2016), בתקציב שנתי של 400 מליון שקלים, ובעקבותיהם ירד בישראל ב-13 השנים האחרונות מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ביותר מ-50%, ואחוז המאושפזים מתוך האוכלוסייה הכללית ירד ביותר מ-70%. ההנחה הרווחת הנה ש-90% ויותר מהאנשים בעלי מחלות פסיכיאטריות קשות חיים כיום בקהילה (אבירם, 2013).

<sup>3</sup> תוכנית אשר עיקרה הוא שילוב מתמודדים כעובדים בתחום מסגרות השיקום.

מדיניות האל-מיסוד הניחה את היסודות להבנה מורכבת יותר של חייהם של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש, שכן מרגע שהחלה נפתחה האפשרות לליווי ומעקב לאורך זמן של אותם אנשים בסביבה שאיננה בית החולים. ההכרה המקצועית, המשפטית והמוסרית, ההולכת וגוברת משנות ה-60 ואילך, בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות (פיזית או נפשית) לשוויון מלא, קיבלה גיבוי אקדמי במחקרי אורך רבי-משתתפים על אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות וחיים בקהילה, וסללה את הדרך, כפי שיתואר להלן, להתפתחותו של גוף ידע נרחב העוסק בהחלמה.

### 1.3 ספרות העוסקת בהחלמה

#### 1.3.1 מחקרים ראשוניים על החלמה

מחקרים מוקדמים על סכיזופרניה ומחלות נפש קשות, אשר נערכו על פי רוב בבתי חולים ומוסדות פסיכיאטרים, הצביעו על כך שמדובר במחלה כרונית בעלת פרוגנוזה של התדרדרות הדרגתית. לעומת זאת, מספר מחקרי אורך אשר נערכו החל משנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20 במקומות שונים בעולם וכללו משתתפים החיים בקהילה: שוויץ (The Burgholzi Hospital Study), ארה"ב (The Iowa Study, The Vermont Longitudinal Research Project), יפן (The Japanese Long Term Study) וארגון הבריאות העולמי (The WHO Study of Schizophrenia), הראו שבניגוד לדעה אשר רווחה בעולם הפסיכיאטריה עד אז, מהלך המחלה ותוצאותיה הטרוגניים וחיוניים יותר מכפי שחשבו (Calabrese & Corrigan, 2005). מטה-אנליזה של מחקרים אלו חשפה כי כמחצית מהמשתתפים החלימו או השתפרו<sup>4</sup> במידה משמעותית בטווח הארוך (חלקם אף ללא טיפול תרופתי). עדויות אמפיריות אלו תרמו להתגבשות התפיסה לפיה מחלות נפש הן דבר שניתן להחלים ממנו, וסללו את הדרך לפיתוחו של גוף ידע העוסק בהיבטים שונים של תהליך ההחלמה. מספר הגדרות אקדמיות ניתנו למושג "החלמה", אך רובן ככולן מדגישות את היותה תהליך בו האדם מסוגל לחיות חיים מספקים ובעלי תקווה גם כאשר הוא או היא מתמודדים עם ההגבלות אשר נגרמות ממחלתם (Anthony, 1993). בהקשר השיקומי החלמה נתפסת כתהליך (process), ולא כתוצר סופי (outcome), אשר מערב יצירת משמעות חדשה ותכלית אשר מתרוממת מעל התוצאות הקשות של מחלת נפש (Deegan, 1996).

בניסיון להמשיג את האופן בו מתרחש תהליך ההחלמה, פותחו בשנות ה-70 של המאה ה-20 מספר מודלים המתארים סגנונות ונתיבים בהם מתרחש תהליך זה, ואחד הבולטים בהם היה של פסיכיאטר אמריקאי בשם מגלשן (McGlashan, Levy, & Carpenter, 1975) אשר אפיין שני סגנונות מנוגדים המייצגים

<sup>4</sup> מחקרי האורך השונים הגדירו "החלמה" בצורה אחרת והציבו אמות מידה שונות למדידתה. ניתן לומר שעל פי רוב היא נמדדה באמצעות סולמות מדידה שונים אשר מתייחסים לסימפטומים, לאשפוזים, לתפקודים חברתיים, לקשרים חברתיים, למגורים, לעבודה לדיווחים עצמיים ועוד.



ספקטרום של התמודדויות. הראשון תואר כ"החלמה כהתנסות באינטגרציה", לפיו המחלימים רואים את המחלה כחלק אינטגרטיבי ברצף חייהם, בו המחלה נתפשת כפרק בחיים אשר מקיים קשרים עם חלקים אחרים בנרטיב האישי. פירושה של ההחלמה בהקשר זה הוא שהמתמודד מודע להמשכיותם של מחשבותיו ורגשותיו לפני פרוץ המחלה, במהלכה ובתהליך ההחלמה. הסגנון השני אופיין כ"החלמה המתבססת על הכחשה (sealing over)", לפיו המחלה נתפשת כאירוע נפרד וסגור, המרוחק מהתחום המנטאלי שהאדם מזהה כשייך לו. האדם אינו מגלה סקרנות כלפי חווית החולי ואינו מקדיש מאמץ להבנתה. אנשים אלו נוטים שלא לראות אחרים כמי שיכולים לעזור להם לרכוש שליטה בבעיות ובקונפליקטים שהם חווים, ואינם רואים במחלה הזדמנות לרכישת ידע חדש על עצמם. מחקרים כגון זה של סטרינג (Staring, van der Gaag, & Mulder, 2011), של תומפסון (Thompson, McGorry, & Harrigan, 2003), ושל מגלשן עצמו (McGlashan, 1987) הצביעו על כך שסגנון ההכחשה (sealing over), מנבא תוצאות פחות טובות (poor outcomes) לעומת הסגנון האינטגרטיבי אשר מתקשר לרמיסיה טובה יותר.

בהמשך למחקרים כגון אלו של מגלשן ועמיתיו, אשר נערכו במתכונת של הערכה חיצונית של החוקר את תהליך ההחלמה של המתמודד עם מחלת נפש, החלו בשנות ה-80 וה-90 של המאה ה-20 ניסיונות להבין את תהליך ההחלמה דרך הפרספקטיבה של האדם המתמודד עמה, וליצור מסגרת תיאורטית אשר מדגישה את מרכזיותו של האדם בהבנת התהליך. מחקרים אלו, אשר התמקדו לרוב במדגמים קטנים, מיקדו את תשומת הלב ל"סיפורי החלמה" של מתמודדים, ונתנו במה לנרטיב האישי, לפרשנות הסובייקטיבית ולהקשר אשר מצמיד האינדיבידואל למצביו הנפשיים (Roe & Lysaker, 2012).

### 1.3.2 חקר ההחלמה בעשורים האחרונים.

נדבך חשוב בחקר ההחלמה בעשורים האחרונים קשור לידע המתקבל מנקודת מבטם הסובייקטיבית של המחלימים עצמם (שחלקם, בין היתר, אנשי מקצוע המציגים את ניסיונם האישי לצד נקודת מבט המקצועית). ידע זה שפך אור על השינויים הפנימיים העמוקים שתהליך זה מצריך ובאותו זמן גם מייצר, ועל הדרכים השונות בהן האדם מבנה מחדש את זהותו לנוכח המפגש עם המחלה או הטראומה נפשית (Strauss, 1992). דוידסון ועמיתיו (Davidson, Sells, Songster, & O'Connell, 2005) ערכו סקירת ספרות של מחקרים המתעניינים בנרטיבים אישיים של מחלימים. סקירה זו חשפה מספר מרכיבים המשותפים למסעות ההחלמה של רבים מהם, ביניהם ניתן להבחין במי שמתייחסים באופן ישיר למחלה עצמה כגון: היעזרות בתרופות ככלי טיפולי, ניהול סימפטומים, קבלת המחלה, התגברות על סטיגמה והשלמה עמה, היעזרות בקבוצות תמיכה ושימוש בשירותים טיפוליים. לצד אלו, ניתן להבחין במרכיבים אשר מתייחסים למטרות חיים באופן רחב ולא דווקא לאספקטים של מחלה, כגון: מעורבות בפעילויות משמעותיות, עבודה ותעסוקה, תמיכה של

אחרים, חידוש תחושת התקווה, מחויבות, הרחבת תפקידים חברתיים, עיסוקים רוחניים, החזרת השליטה לחיים, לקיחת אחריות, מציאת זוגיות ומימוש האזרחות (exercising one's citizenship).

ידע זה, אשר התקבל מתוך ההתעניינות המחקרית בחווית המתמודדים, הוביל לפיתוחם של מודלים חדשים המעניקים מסגרות תיאורטיות לאפיון תהליכי ונתיבי החלמה. אחד ממודלים אלו פותח על ידי התיאורטיקנית נורה ג'קובסון (Jacobson, 2001), אשר ראינה 30 מתמודדים, והמשיגה שישה נתיבים שונים של החלמה. ייחודיותו של מודל זה מתבטאת בכך שהוא מעניק מסגרת התייחסותית רחבה לאופן בו האדם תופס את הבעיה עמה הוא מתמודד. בנוסף, המודל נותן במה גם לקולם של מתמודדים אשר דוחים את הפרדיגמה הפסיכיאטרית והחלמתם עוברת דרך תחנות אלטרנטיביות.

שלושת הנתיבים הראשונים מבין השישה מבטאים הבנה של הבעיה, ובהתאם אליה סגנון החלמה, דרך הפריזמה של המודל הפסיכיאטרי הקונבנציונלי: (1) מקור הבעיה ביולוגי/רפואי, ובהתאם לכך הדרך להחלמה עוברת דרך היעזרות בפסיכיאטרים, טיפולים ותרופות; (2) מקור הבעיה נעוץ בשילוב בין הביולוגיה לסביבה, ובהתאם ההחלמה קשורה בלמידה על ניהול הסימפטומים בעזרת מחשבה חיובית, קביעת מטרות, תזונה נכונה, התעמלות, טכניקות להרגעה, הפחתת מתחים ועוד, ו- (3) מקור הבעיה נעוץ בשבירת הרוח ודה-הומניזציה בעת הכניסה למערכת בריאות הנפש, אשר הובילה להתרחקות מה"עצמי", לאדישות ובדידות. ההחלמה מתאפיינת במקרה זה בניצוץ של תקווה, שמניע תהליך של רצון לפעולה, לקיחת אחריות והחזרת השליטה.

בניגוד לשלושת נתיבי ההחלמה הנ"ל, שלושת הנתיבים הבאים הם פועל יוצא של תפיסה הדוחה את מקור הבעיה ככזאת הנובעת ממחלה נפשית:

1. **משבר רוחני/פילוסופי.** בעיני האדם התופס את הבעיה כתוצאה של משבר רוחני/פילוסופי, "מחלת נפש" היא רק תווית חברתית אשר אינה מייצגת את המציאות הפנימית הייחודית לכל אדם ואדם; מציאות אשר איננה ניתנת להבנה לאנשים מבחוץ, כל שכן לאנשים שלא התנסו בחוויה נפשית דומה. המשבר לשיטתו הוא הזדמנות לעשיית חשבון נפש (soul searching), וההחלמה מתרחשת כאשר נוצרת אצלו תובנה או הארה לגבי חייו, שבעקבותיה נולדת ומתגבשת בתוכו זהות חדשה. תהליך זה עשוי לייצר חמלה עבור אחרים אשר נמצאים במשבר ורצון לסייע להם ולקרב אותם לדרך אשר הושיעה אותו.

2. **טראומה והתעללות**<sup>5</sup>. בסגנון החלמה זה הבעיה אינה נתפסת על ידי המתמודד כמחלה הקשורה במוח,

אלא כתולדה של היסטוריה של התעללות (כולל מינית, בילדות) והזנחה אשר יוצרות טראומה נפשית.

הכאב ואובדן העצמי מובילים להתנהגויות אשר נחשבות בחברה כסוטות, דבר המוביל ל"טיפול"

פסיכיאטרי ואשפוז בבית חולים, אשר לעיתים עשוי להיתפס כטראומטי לא פחות מהטראומה

המקורית שהביאה אליו מלכתחילה. תהליך ההחלמה במקרה זה מורכב מהחזרת השליטה הפנימית

והחיצונית לעצמי (reclaiming the self), קונפונטציה עם הפגיעה, התרחקות ממקור הטראומה (בין

אם זו משפחה, סביבה אלימה, ולעיתים אף מערכת בריאות הנפש!), והתקרבות לאנשים אשר יכולים

לעזור בתהליך הריפוי. האדם מסרב לראות את עצמו כחולה, ונוקט בצעדים אקטיביים להחזרת

השליטה והמשמעות לחייו.

3. **משבר פוליטי**. אנשים בעלי תפיסה זו ממקדים את הבעיה מחוצה להם, ומשייכים אותה למערכת

חברתית אשר מתוך רצון בהגמוניה ושליטה מתייגת אנשים (על ידי אבחנות פסיכיאטריות), כולא

אותם (אשפוזים כפויים) ומענה אותם (קשירות, סימום ופעולות נוספות אשר נעשות בניגוד לרצונו של

האדם)- כל זאת על מנת שהם לא יהפכו לאיום על הסדר החברתי הקיים. החלמה עבור אנשים אלו

כרוכה בהתרחקות מהתיוג של "חולה נפש", ותיעול הכעס על "המערכת" לעם קונסטרוקטיבי אשר

מטרתו לקדם שינוי חברתי ולתת עזרה לאלו שעדיין לכודים ב"מערכת". על פי רוב אנשים הרואים את

הביעה באופן זה, ירצו להתאגד יחד עם אנשים אשר עברו חוויות דומות ושמחזיקים באג'נדה דומה,

מהם הם שואבים כוחות להמשיך בדרכם ולהחלים מהטראומות שעברו (Gambrell, 2014).

מחקרים מראים (Tew et al., 2012), כי אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים חשים לעיתים תחושות של

חוסר אונים ביחס לחברה, חוסר צדק, התעללות (abuse) ותבוסה חברתית (social defeat). חוויות אלו אף

מחמירות כאשר נוצר מפגש כוחני ומגביל עם נותני שירות בעלי גישה פטרנליסטית. אנשים הנוטים לראות את

בעייתם באופן זה, יעדיפו להתרחק משירותי בריאות הנפש, ולחפש כלים אלטרנטיביים להתמודדות, תוך

ניסיון להשתלב מחדש בחברה.

הפנייה לנרטיבים אישיים לחקר ממדים שונים של תופעת ההחלמה החלה לחשוף אופנים שונים בהם

תופסים אנשים את הבעיה עמה הם מתמודדים. בעוד שבעבר נהוג היה למדוד את התובנה שיש לאדם בנוגע

למצבו על פי מידת הבנתו/הסכמתו עם האבחון הקליני שניתן לו – מה שמכונה "תובנה קלינית" (Roe,

2008, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, & Lysaker), כך שאדם שהתכחש לכך שהוא סובל מבעיה

<sup>5</sup> גישה זו להבנת בעיות נפשיות/ מחלות נפש, מגובה בספרות מחקרית, כאשר אחד מתומכיה העיקריים הוא ג'ון ריד (John Read) אשר מדגיש את הקשר בין טראומות ילדות לפיתוחן של הפרעות פסיכיאטריות בהמשך החיים. (ראה התייחסות נוספת בעמוד 17).

פסיכיאטרית עשוי היה להיתפס כבעל סגנון *sealing over*, וכבעל תובנה קלינית נמוכה, וכתוצאה כבעל סיכויי החלמה נמוכים, הרי שמחקרים מודרניים יותר מטילים ספק במשוואה זו, ובמקומה קוראים לתפיסה הוליסטית יותר של מודעות, אותה הם מכנים בשם "תובנה נרטיבית" (*narrative insight*). מונח זה, אותו טבעו רועה וקרביץ (Roe & Kravitz, 2003), מביא בחשבון את השוניות באופנים בהם אנשים מבינים את מצבם הנפשי. התובנה הנרטיבית נתפסת כסיפור שאנשים מספרים לעצמם ולאחרים אודות מצבם הנפשי - אשר עשוי לנוע על הסקאלה שבין חפיפה מלאה לסתירה מוחלטת למודל הפסיכיאטרי ולאבחנות אותן הוא מציע. מונח זה מרחיב את היריעה בכל הקשור למודעות (*insight*) למוגבלות פסיכיאטרית, וחשיבותו מתבטאת בכך שהוא מבנה יסודות תיאורטיים לגישור אפשרי בין האופן בו המודל הפסיכיאטרי מתייחס לבעיות נפשיות של אנשים מסוימים, לבין האופן בו הם עצמם מבינים את מצבם. פיתוחיה של תפיסה זו מאפשרים לחקור לעומק את הקשר שבין תובנה והכרה (*acknowledgment*) באבחנה, לבין מדדים שונים של איכות חיים והשתלבות בחברה (Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, & Lysaker, 2008).

מחקרים חדשים אלו, המתייחסים לנרטיבים אישיים לחקר ממדים שונים של תופעת ההחלמה, מציגים תמונה מורכבת הלוקחת בחשבון גם תופעות חברתיות, פוליטיות, ורוחניות/דתיות בהתייחסות לתופעה המכונה "מחלת נפש" ולהחלמה ממנה. בהתאם לכך, התפיסה של החלמה התרחבה (Jacobson & Farah, 2012), והיא איננה נמדדת רק על פי מידת הסימפטומים (החלמה "קלינית") של אדם, אלא גם במונחים של משמעות אישית, ומונחים חברתיים (*Social recovery*) המתייחסים להשתלבות המחודשת של האדם בחברה ובקהילה בה הוא חי (Burns et al., 2009). בהקשר זה חשוב לציין שבעוד שבתחילת הדרך היה קיים מתח וניגודיות בין ההגדרה הקלינית ("אובייקטיבית") לבין זו האישית ("סובייקטיבית"), הרי שכיום נהוג להסתכל עליהן כמשלימות אחת של השנייה (Silverstein & Bellack, 2008).

עם זאת, על אף הידע המתפתח בשנים האחרונות על החלמה, ולמרות המאמצים שנעשים לייצר סביבה שיקומית תומכת המבוססת על ידע זה, נתונים מראים כי קיים פער גדול בין הזכאים לשירותי בריאות הנפש, לבין הצריכה שלהם בפועל.

החלק הבא ידון בהסברים שונים לפער זה ובסיבות להתרחקות והתנתקות של מתמודדים מהשירותים המוצעים להם.

#### 1.4 מחקרים העוסקים בהתרחקות משירותי בריאות הנפש

בעשורים האחרונים גישת ההחלמה בקהילה הפכה לבעלת השפעה רבה, המנחה את הטיפול והשיקום של נפגעי נפש במדינות רבות (אתר משרד הבריאות, 2016; Slade, 2009; Lysaker & Roe, 2012). למרות זאת, אחוז גבוה של אנשים אשר אובחנו כבעלי מחלה נפשית קשה (SMI) אינם פונים לעזרה (Jorm, 2012; Clement et al., 2012).

(al., 2015). יתרה על כך, סקירת ספרות של מחקרים המתייחסים לתופעת ההתרחקות של אנשים עם סכיזופרניה ומחלות נפשיות קשות אחרות ממערכת בריאות הנפש, מצביעה על כך שבין ארבעה ל- 46 אחוזים (בהתאם להגדרה, לסוג השירות ולמערך המחקר) מהאנשים אשר היו במגע עם מערכת בריאות הנפש, התנתקו משירותי הטיפול והשיקום הממסדיים (O'Brien, Fahmy, & Singh, 2009).

בישראל, על פי נתוני דו"ח מכון ברוקדייל (מכון ברוקדייל, 2009), נכון לשנת 2009 שירותי האשפוז מנו 14 בתי חולים פסיכיאטרים ו-12 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, בהם היו מאושפזים 3,453 אנשים בסוף שנת 2007. הטיפוליים האמבולטוריים מנו 114 יחידות המופעלות על ידי גופים ציבוריים, ושירותי שיקום בקהילה העניקו שירותים לכ 15,500 בני אדם בתקציב שנתי של 400 מליון שקל (אבירם, 2010). על אף שמספר השירותים הקהילתיים השונים אשר מוצעים לאוכלוסיית המתמודדים הולך וגדל בעשורים האחרונים (בפרט מאז חוקק "חוק שיקום נכי הנפש בקהילה" בשנת 2000), עדיין נראה כי קיימת קבוצה גדולה של אנשים אשר זכאים לשירותים אלו אך אינם נעזרים בהם. כך, על פי נתוני הביטוח הלאומי לסוף שנת 2011, (פינטו 2012) ישנם 70,179 אנשים אשר מוכרים בביטוח לאומי כנכי נפש (כ 60% בעלי הפרעות פסיכוטיות ו 40% בעלי הפרעות פסיכונורוטיות), והם מהווים את קבוצת הנכים הגדולה ביותר עם 32.7%. עם זאת, מתוך קבוצה זו (אשר עומדת בקריטריון הבסיסי לקבלת שירותי סל שיקום - 40% ומעלה של נכות נפשית), רק כ 15,500 המהווים 20% צורכים שירותים אלו (אבירם, 2010). במילים אחרות כ 80% מבעלי הנכות הנפשית המוכרים בארץ אינם מקבלים את מכלול השירותים המגיעים להם במסגרת סל שיקום.

תופעת חוסר שיתוף הפעולה עם הטיפול המוצע (non-compliance, non-adherence, non-concordance) עשויה להתבטא באי לקיחת תרופות - תופעה המתועדת היטב בספרות המחקרית (Nose, Barbu, & Tansella, 2003; Roe et al., 2009), נשירה מטיפולים קיימים (dropout) (Fischer et al., 2008) והתנתקות מלאה מהשירות המוצע (disengagement). חוסר שיתוף הפעולה עשוי להתבטא בהעדר מוכנות להגיע מלכתחילה או בנשירה תוך כדי הטיפול הפסיכולוגי או ההתערבות הפסיכו-חברתית (Kreyenbuhl et al., 2009).

בספרות אשר עוסקת בנושא ההתנתקות משירותי בריאות הנפש קיימת מגמה של הצגת נושא זה כתופעה שלילית אשר עשויה להיות בעלות השלכות הרסנית עבור המתמודדים, כגון החרפה של סימפטומים, אשפוזים נוספים, מגורי רחוב (homelessness), אלימות ואף אובדנות (Dixon et al., 2009). בהתאם לכך ההתייחסות להתנתקות על פי רוב היא כאל בעיה שישנו צורך בגיבוש אסטרטגיות להתמודדות ולטיפול בה (Fischer et al., 2008), בין היתר באמצעות הנגשת והטמעת השירותים (Mojtabai et al., 2009).

תת-אוכלוסיות אשר נמצאו כשייכות ל"קבוצת סיכון" להתנתקות וחוסר שיתוף פעולה עם השירותים הקיימים הן: צעירים, גברים, מיעוטים אתניים, אנשים בעלי קשרים חברתיים נמוכים ומבודדים חברתית (כגון רווקים וכאלה שאינם בקשר עם משפחתם), אנשים ממעמד סוציו אקונומי נמוך, אנשים המשתמשים בחומרים ממכרים, מובטלים ובעלי תחלואה פסיכיאטרית כפולה. כמו כן נמצא כי התנתקות מקושרת למודעות נמוכה (low insight) והכחשה (sealing over), ומיוחסת למתמודדים אשר נוטים לעשות מינימיזציה של הסימפטומים שלהם ומאמינים שה"בעיה" תשתפר מעצמה (Stanhope, Henwood, & Padgett, 2015).

ממצאים מצביעים על כך שהסיבות העיקריות אשר מספקים מתמודדים להפסקת צריכת שירותיה של המערכת, היא העדפתם לטפל באופן עצמאי בסימפטומים שלהם (self-manage symptoms) (Cook et al., 2015). אחת המסגרות התיאורטיות אשר מתייחסת לתופעה זו היא תיאוריית ההיגב/ריאקציה (Reactance theory) (Brehm & Brehm, 1981). על פי תיאוריה זו לכל בני האדם ישנו רצון לחופש, אשר מוגדר כמספר ההתנהגויות האלטרנטיביות שיש לאינדיבידואל בכל רגע נתון. כאשר החופש מאוים נוצרת עוררות לתגובה, אשר מטרתה לחדש את תחושת השליטה והאוטונומיה. תיאוריה זו מנסה להסביר מדוע אנשים לעיתים פועלים בניגוד למה שנאמר להם (כגון סירוב לקחת תרופות), ומדוע ניסיונות שכנוע עשויים להיות עקרים, ואף לגרום "לאפקט בומרנג" - השגת תוצאה הפוכה מהרצויה. בהקשר זה הסירוב לקחת חלק בטיפול המוצע עשוי לבטא התרסה כנגד הכוח והאוטוריטה של אנשי המקצוע תוך ניסיון להחזיר את השליטה ל"אני" (Grinter, 2012).

חיזוקים לתיאוריה זו מגיעים ממחקרים אשר בחנו סיבות לנשירה מתוך נקודת המבט הסובייקטיבית של המתמודדים, שהצביעו על שלל סיבות, ובהן: רצון לפתור את הבעיה לבד, קשר לא מוצלח עם המטפל, רצון להיות עצמאי, רצון להתנתק מתחושת חוסר השליטה שהתרופות ותופעות הלוואי שלהן מקנות, טיפול יתר וטיפול כפוי, נותני שירות לא סימפטיים שלא הקשיבו להם, תחושה של חוסר יכולת להשתתף באופן אקטיבי בקבלת החלטות ורתיעה ממערכות הבריאות עקב ניסיון קודם שלילי (Sandman, Granger, Ekman & Munthe, 2012; Kreyenbuhl et al., 2009).

עם זאת, נראה כי תיאוריית ההיגב מספקת רק הסבר חלקי לתופעת ההתנתקות. גרינטר (Grinter, 2012) שערך מחקר נרטיבי על אנשים בעלי פסיכוזה המתנתקים משירותי בריאות הנפש מצא, שהיחסים בין נותני השירות למקבליהם הוא יחס מורכב, פרגמנטי ובעל סתירות. ניתוח החומר שערך העלה שלושה סוגים של התמקמות-עצמית של מקבל השירות ביחס למספק השירות: מתריסה, משועבדת ורפלקטיבית-פייסנית. במקרים בהם ההתמקמות הייתה "מתריסה", תיאוריית ההיגב (Reactance theory) סיפקה הסבר משכנע

להתנתקות, אולם במקרים בהם ההתמקמות הייתה "משועבדת" או "רפלקטיבית-פייסנית", התיאוריה כשלה.

ההקשר התרבותי עשוי אף הוא להוביל, לפחות עבור חלק מהמתמודדים, להתנתקות והתרחקות משירותי בריאות הנפש (Sue & Zane, 2009). הספרות המחקרית מצביעה על כך שלתרבות ולתת-תרבויות ישנה חשיבות מכרעת בהבנת ופירוש מניעיו של האדם. בהתאם לכך, אדם המתויג כסובל מאבחון פסיכיאטרי, אשר נמצא בקבוצת מיעוט שאינה מיוצגת במערך הטיפול לו הוא זוכה, עשוי להרגיש זר ולא מובן במסגרת זו. כיוון שבמקרים רבים שירותי בריאות הנפש אינם מוכוונים תרבותית, ואינם רגישים למיעוטים, תוך זמן קצר הוא עשוי לפרוש מהם ולחפש מענה בסביבה המוכרת לו.

האינטראקציה עם נותני השירות נמצאה אף היא בספרות כגורם אשר משפיע על ההחלטה האם להישאר או לעזוב. קרינבול ועמיתיה (Kreyenbuhl et al., 2009), מצאו שקשר לא מוצלח עם המטפל, חוסר אמון, טיפול כפוי, נותני שירות לא סימפטיים ולא קשובים, ותחושה של חוסר יכולת להשתתף באופן אקטיבי בקבלת החלטות, היו בין הגורמים העיקריים לרצון לעזוב את המערכת. בנוסף, נמצא כי אנשים בעלי כמיהה לחיפוש רוחני, דתי או פילוסופי, כמו גם אנשים מקבוצת מיעוט אתנית או תרבותית, שאינם מזדהים עם המודל הקונבנציונלי של בריאות הנפש, עשויים להרגיש מבודדים ולא מובנים במסגרת הטיפול ה"רגיל". בהתאם לכך, הם יטו לעבר אלטרנטיבות רוחניות/דתיות/תרבותיות אשר מתקשרות טוב יותר עם תפיסת עולמם (King et al., 2013).

הסבר נוסף להתנתקות משירותי בריאות הנפש קשור ביתרונות והחסרונות של אינטראקציה עם תת-

הקבוצה של אנשים הרואים עצמם כחולים או כצרכנים (Chadwick, 1997). מצד אחד, התרועעות עם מתמודדים אחרים גורמת למתמודדים להרגיש פחות חולים וחריגים, ולכאורה קבוצה זו פחות ביקורתית ויותר תומכת משאר האוכלוסייה. אולם מן העבר השני, הימצאות בסביבה "חולה" מערערת את יציבותם הנפשית של מתמודדים רבים, מחלישה אותם, גורמת להם לחוש חוסר תקווה לגבי האפשרות שהם יחלימו ותורמת להעלאת הסטיגמה העצמית – תהליך בו אדם המוגדר כבעל מחלה נפשית, מאמץ ומפנים את התפיסות הסטיגמטיות והסטריאוטיפיות בהן מחזיק הציבור הרחב, כגון מסוכנות ואוזלת יד (Corrigan, Bink, Schmidt, Jones, & Rüsch, 2016). מתוך כך הם בוחרים להתנתק ממנה ולמקם את עצמם בתוך סביבה "נורמטיבית" (Slade & Longden, 2015). בנוסף, דוידסון ועמיתיו (Davidson et al., 2010) מתארים את המחיר הנפשי הכבד, המתבטא בין היתר בדיכאון וחרדה, של המצאות במערכת, וקלמנט ועמיתיו

(Clement et al., 2015) טוענים, שהסיבה העיקרית שבגינה אנשים נוטים להימנע או לדחות קבלת שירות במערכת היא סטיגמה חברתית ועצמית.

גישה אחרת להסבר ההתנתקות וחוסר שיתוף פעולה עם הטיפול המוצע (non-compliance), אשר נחשבת יחסית חדשנית ופחות מוכרת בספרות טוענת, שלעיתים תופעה זו עשויה להיות קשורה לאי-רצון של בעל התופעה לאבד את תחושת הכוח אשר מושרית על ידי הפסיכოזה וסימפטומים חייביים הנלווים לה (Moritz et al., 2013). בהתאם לגישה זו, אנשים עשויים למצוא משמעות חיובית בסימפטומים שלהם (כגון שמיעת קולות), כמו גם נחמה הנאה ותחושת שליטה, עליה הם אינם מעוניינים לוותר. קיימות גם סיבות ארגוניות אשר בפוטנציאל עשויות להרחיק מתמודדים מהשירות המוצע בקהילה. כך למשל, במדינת ישראל קיים פיצול היסטורי בין המערכת הרפואית לבין המערכת החברתית (אבירם, 2010). בסוף שנות ה-70, בעת שהתקבלה באופן עקרוני ההחלטה ליישום מדיניות האל-מיסוד, לא הוקם מטה חברתי רחב לתכנון המעבר לשיטת השיקום הקהילתי, ולא הוגדרה באופן ברור אחריותם של גורמים הנוגעים בדבר (משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה, רשויות מקומיות, משרד החינוך, משרד השיכון, המוסד לביטוח לאומי וכו'). כתוצאה מכך התקשו שירותי השיקום למלא את משימתם והם נאלצו להפעיל בקהילה מקטעים טיפוליים ושיקומיים חלקיים (לכמן, 1998). בנוסף, יתכן כי הפרקטיקות המקצועיות אשר הונהגו ומונהגות במרפאות לבריאות הנפש, אשר במידה רבה מושתתות על המודל הרפואי, הקשו במידה רבה על מיצוי המרכיבים הפסיכו-סוציאליים בתהליכי השיקום וההחלמה, וכתוצאה מכך הובילו להתרחקותם של מקבלי שירות פוטנציאליים (לכמן, 1998).

לסיכום, הספרות החוקרת את תופעת חוסר שיתוף הפעולה עם הטיפול המוצע וההתרחקות משירותי בריאות הנפש מציעה הסברים הקשורים לנקודת המבט של המתנתקים עצמם: ובהם העדפתם לטפל באופן עצמאי בסימפטומים שלהם, תחושה של חוסר רגישות תרבותי, אינטראקציה שלילית וכוחנית עם נותני השירות (Peltó-Piri et al., 2013), כמיהה לחופש דתי/רוחני, דחייה מהמצאות בסביבה "חולה" התורמת לסטיגמה העצמית וחוסר רצון לוותר על המשמעות החיובית של הסימפטומים; ובנוסף הסברים ארגוניים ובהם: פיצול בין המערכת הרפואית לבין המערכת החברתית אשר יוצר מקטעים טיפוליים, והישענות יתר על המודל הרפואי ולא מספיק על מרכיבים סוציאליים. על פי רוב ספרות זו יוצאת מתוך נקודת הנחה שזוהי תופעה שלילית שיש לשנותה על ידי הפיכת השירות לנגיש יותר ומותאם לצרכים השונים של המתמודדים. עם זאת, ישנם מחקרים אחרים אשר בוחנים את תופעת ההתנתקות מזוויות אחרות ומספקים עדויות לכך שהתרחקות משירותי בריאות הנפש, בין אם מבחירה מודעות ובין אם מנסיבות חיים שונות, דווקא



מגלמת את התחלתו של תהליך ההחלמה ואפילו הבראה<sup>6</sup> עבור אנשים מסוימים. להלן תוצג ספרות, הדנה בפוטנציאל ההחלמה ושיפור איכות החיים (wellbeing) של אנשים אשר התנתקו מהמערכת הפסיכיאטרית הקונבנציונלית, ונעזרים בגורמים אלטרנטיביים להתגברות על בעיות נפשיות.

### 1.5 אלטרנטיבות להתמודדות מחוץ לשירותי בריאות הנפש, ותנועת ה"שורדים"

לצד הספרות העוסקת בהיבטים שונים של טיפול ותוכניות שיקום בתוך מסגרת שירותי בריאות הנפש, קיימים מחקרים אשר מבליטים את כוחה של ההתמודדות העצמאית במסגרת תהליך ההחלמה של מתמודדים עם בעיות נפשיות. יאנג ועמיתיו (Young, Grusky, Jordan, & Belin, 2000) מצאו, שמטופלים שאושפזו ולאחר מכן הפסיקו להיות בקשר עם גורמים טיפוליים הראו כעבור שנה את השיפור הגדול ביותר ואת התוצאות הטובות ביותר גם ביחס לאלו שנשארו בטיפול וגם ביחס לאלו שהמשיכו במעקב. ייתכן ששיפור זה התרחש בעקבות נטישת זהות ה"חולה/מטופל", וחיבור לגורמים מקדמי-החלמה הנמצאים מחוץ למערכת הפסיכיאטרית.

הפסיכולוגית פטרישה דיגן (Deegan, 2005), אשר בעצמה התמודדה עם מחלת נפש, חקרה גורמים ופעילויות עצמיות המסייעים לאדם בהתמודדות עם מחלתו, ושאותם היא כינתה בשם הכולל personal medicine. להגדרתה, personal medicine היא פעילות של טיפוח וחיזוק עצמי, אשר איננה פרמקולוגית, נעשית ביוזמה עצמאית, ומיועדת להפחית סימפטומים, לשיפור מצב הרוח וליצירת תחושה של רווחה (wellbeing). דוגמאות לפעילויות אלו עשויות להיות: שירה במקהלה, עבודה, עזרה לאחרים, העסקה עצמית, מעורבות בסגור, בילוי זמן עם אחרים, סקס, שופינג, בילוי בטבע הנעה עצמית להישגים וככלל, כל פעילות הנותנת משמעות ותכלית לחיים. לטענתה, פעילויות מסוג זה מבטאות שימוש באסטרטגיות אינדיבידואליות של העצמת העצמי וטיפולו, והן עשויות להפחית חרדה, בלבול, דיכאון, דאגות ומחשבות אובססיביות. בהקשר הפרמקולוגי, אי לקיחת תרופות עשויה להוות דוגמה למצב בו קיים קונפליקט בין הטיפול המוצע לבין ה- personal medicine, בו המתמודד נוטה להעדיף את ה- personal medicine על פני הטיפול המוצע, שכן היא נתפסת בעיניו כמיטיבה עמו ומקדמת את מטרותיו. בהסתכלות זו, חוסר שיתוף הפעולה בלקיחת תרופות פרמקולוגיות (non-adherence) אינו מהווה חלק מהמחלה או תוצאה שלה, אלא בחירה לשמר את ההתנהגויות הנחוצות כמיטיבות, אשר התרופות נתפסות כפוגעות בהן. כפי שקונפליקט זה עשוי להתקיים בין לקיחת התרופות הפרמקולוגיות לבין ה- personal medicine, כך ניתן לשער שהוא עשוי

<sup>6</sup> הבראה, בניגוד להחלמה שעיקרה הוא תהליך של הכרת המוגבלות לצד היכולת, פירושה העלמות מוחלטת של הסימפטומים של המחלה וחזרה לתפקוד מלא (Strauss, 1992). לעיתים מצב זה מכונה "החלמה מלאה" (full recovery)

להתקיים בין שירותים טיפוליים/שיקומיים אחרים המוצעים לאדם לבין ה- personal medicine, אשר נתפסות אצלו כמחזקות ותורמות לשיפור רווחתו האישית (wellbeing) (Roe et al., 2009).

צ'דוויק (Chadwick, 1997), פסיכולוג נוסף אשר סבל מהתקף פסיכוטי ועבר תהליך של החלמה, גורס כי גורמים מקריים ובלתי צפויים, אותם מזמנים החיים, עשויים להיות הקטליזטורים הגדולים והמשמעותיים ביותר לנקודות מפנה (fresh start events) במסע ההחלמה. דוגמאות לכך עשויות להיות מציאת חבר נפש, אימוץ חיית מחמד, התחלת פעילות גופנית, ציור, שיפור התזונה, שיפור המראה (כגון ניתוח קוסמטי להסרת משקפיים), מדיטציה ועוד. לדבריו, נתיבי ההחלמה הם אינדיבידואלים וספציפיים, ואין מתכון אחד שמתאים לכל. לצורך ההמחשה הוא משתמש באנלוגיה מתחום הרוח, ומצטט מורה רוחני בשם אוספנסקי, שאמר לתלמידיו על ערש דווי "אין דרך להארה, מצאו את הדרך שלכם". לדבריו, גישות פסיכולוגיות קונבנציונליות לרוב אינן מביאות בחשבון אספקטים רוחניים של פסיכוזה ומשבר נפשי, ולפיכך אנשים אשר החוויה הרוחנית/דתית משמעותית עבורם עשויים להרגיש מבודדים ולא מובנים במסגרת הטיפול ה"רגיל", והם ייטו לעבר אלטרנטיבות רוחניות/דתיות אשר מתקשרות טוב יותר עם תפיסת עולמם.

במחצית השנייה של המאה ה-20 הוקמו קבוצות שונות לעזרה עצמית, אשר מבוססות על מודלים אלטרנטיביים לאלה המקובלים בממסד הפסיכיאטרי/שיקומי. להלן יתוארו בקצרה שלושה ארגונים כאלו, אשר מהווים בדרכים שונות מקורות תמיכה לאנשים במסע התמודדותם והחלמתם. הארגון הראשון - Club House Model of Psychosocial Rehabilitation, נוצר כאשר באמצע שנות ה-40 של המאה העשרים התאגדו מספר "חולים" לשעבר מבית חולים פסיכיאטרי במדינת ניו יורק, והקימו קבוצה לעזרה עצמית שמטרתה לעזור לחברים להתמודד ולהצליח לחיות חיים טובים יותר. שמה של הקבוצה היה WANA- We Are Not Alone. בפגישותיהם נידונו תחומי חברה, פנאי, ביקורי חברים בבתי חולים, מציאת מקומות מגורים לחברים ועבודה למשורררים חדשים, ועם הזמן הם התגבשו והפכו למעין מועדון (club). הקלבהאוס (Clubhouse) הראשון הוקם בשנת 1948 בעיר ניו יורק, ושמו היה פאונטיין האוס (Fountain House). מוסד זה סיפק, ועדיין מספק מגורים, תעסוקה ופעילות פנאי לנפגעי נפש, אך הוא אינו פועל על פי גישה קלינית, כך שאין בקרב אנשי הצוות תרפיסטים או פסיכיאטרים, והשוהים במקום הם "חברים" ולא "מטופלים" או "לקוחות". בשנות ה-90 החלו מסגרות קלבהאוס חדשות לצמוח, וכיום קיימות מעל 300 מסגרות כאלו ב-28 מדינות בעולם (מתוכן שלוש בישראל) (Clubhouse International, 2013). מחקרים אשר נעשו על מודל זה הראו כי חברים פעילים בקלבהאוס מתאשפזים פחות מנפגעי נפש שאינם חברים, שמשך אשפוזם קצר יותר ושהאפשרות שלהם למצוא עבודה ולהתמיד בה גדלה (Masso, Avi-Izhak, & Obler, 2001).

ארגון נוסף, אשר רלוונטי בעיקר לאנשים אשר עשויים להיות מאובחנים כבעלי סכיזופרניה, הוא ארגון ה- Hearing Voices Movement. תנועה עולמית זו, אשר הוקמה בשנת 1987, רואה עצמה כתנועה פוסט-פסיכיאטרית, ומציעה הסתכלות הוליסטית על "שמיעת קולות", לפיה תופעה זו (בדומה להומוסקסואליות אשר בעבר נחשבה למחלה) אינה מחלה המצריכה טיפול תרופתי, אלא חלק מהגוון הרחב של התופעות האנושיות. בדף הבית של התנועה (Hearing Voices Network, 2016) ניתן למצוא הסברים שונים לתופעת שמיעת הקולות, המהווים אלטרנטיבה למודל הפסיכיאטרי לפיו סכיזופרניה נגרמת כתוצאה של עודף דופאמין במוח, ובהם: כשרון מיוחד או רגישות, טראומה, חוויה רוחנית, דיס-אסוציאציה, חוויה פרה-נורמאלית, בעיה פיזית והבדלים בין-אישיים. לטענתם של חברי תנועת Hearing Voices Movement, עדויות רבות שנאספו במהלך השנים (Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris, 2011), מצביעות על כך ששמיעת קולות היא תופעה שניתן להתמודד איתה בהצלחה, ואף לגדול ממנה, בעיקר כאשר נעשה ניסיון להבנת המשמעות של הקולות השונים ולימוד של כלים לניהול מערכת יחסים מקבלת עמם. לתפיסתם, שמיעת קולות על פי רוב היא תוצאה של טראומה, ומשמשת כמנגנון הישרדות במקרים בהם האדם מרגיש מצוקה וחוסר אונים (Slade & Longden, 2015). החלמה מתאפשרת כאשר נעשית קונפירנטציה עם בעיות העבר אשר נמצאות בבסיס החוויה. התשתית הקונספטואלית של תנועה זו רואה בפרדיגמה הפסיכיאטרית מערכת הגורמת לסבל מיותר אשר יש להחליפה, בין היתר עקב תוצאות לוואי שליליות של שימוש בתרופות והגדלת הדיכאון והחרדה הנובעים מהתיוג.

גישה זו לשמיעת קולות בפרט, ולהבנת בעיות נפשיות בכלל, מקבלת יותר ויותר ביטויים כיום בספרות, ואחד מתומכיה העיקריים הוא הפסיכולוג הניוזילנדי ג'ון ריד. בספרו, Read, (Models of madness), (2004, Mosher, & Bentall), אותו חיבר יחד עם בנטל ומושר<sup>7</sup>, מבקר ריד את הגישה הביו-רפואית ל"שיגעון", ובמקומה מתאר אותו כתגובה למצבי דחק ואירועי חיים שונים.

תנועה נוספת, אשר התרחקה מהשירותים הקונבנציונליים של בריאות הנפש, היא תנועת השורדים/מטופלים לשעבר Ex-patient/Survivors Movement, אשר החלה את דרכה בסוף שנות ה-60 של המאה ה-20 בארה"ב כחלק מתנועת זכויות האזרח (Civil Rights Movement). באותה תקופה התאגדו קבוצות של אנשים אשר ראו את עצמם כשורדים של המערכת הפסיכיאטרית. בשנת 1988 יצרו קואליציה שנקראה SCI (Support Coalition International) שכיום שינתה את שמה ל- Mind Freedom

<sup>7</sup> הפסיכיאטר לורן מושר הקים בשנת 1971 בארה"ב את קהילת "סוטריה"- מודל המציע טיפול בחולים פסיכיאטרים בבית רגיל בקהילה במקום במוסד רפואי- אשר נתן השראה למספר מוסדות שונים בעולם הפועלים ברוח דומה.

International. ארגון גג זה, אשר לו שלוחות במקומות שונים בעולם, שם לעצמו מטרה לתמוך בניהול עצמי של מתמודדים והקטנת צריכת השירותים שלהם, כמו גם בהעשרת איכות החיים, בתמיכה חברתית והעצמה. סקר מקיף שערך הארגון בשנת 2012 במסגרת פרויקט שנקרא "I got better" ( MindFreedom ) International, 2012), בחן את תשובותיהם של 390 אנשים אשר מגדירים עצמם כשורדים של המערכת הפסיכיאטרית. הנבדקים מלאו שאלונים אשר בחנו כיצד הם מעריכים את ההשפעה של המערכת הפסיכיאטרית/שיקומית עליהם בארבעת התחומים הבאים: מסרים של תקווה, החלמה, תרופות וטיפול. ממצאי הסקר בנוגע לתקווה מראים ש- 75.7% מהנשאלים הרגישו שהם קיבלו מסרים של חוסר תקווה מצד אנשי מקצועות בריאות הנפש, ו- 41% טענו שקיבלו מאנשי המקצוע מסר שהחלמה אינה אפשרית. בנוגע לתרופות- למרות ש- 76% מהנשאלים טענו שקיבלו מסר מרופאים שעליהם לקחת תרופות לשארית חייהם, כחצי מהם אינם לוקחים כיום תרופות (מתוכם 57% מעל חמש שנים). בנוגע להחלמה, כ- 70% מהנבדקים דיווחו על כך שהחלימו באופן חלקי או מלא, והם הצביעו על מספר רב של אלטרנטיבות לא רפואיות (כגון ריפוי רוחני ועזרה עצמית, למידה וקריאה, משפחה, תרגול דתי רוחני, ויציאה אל הטבע) כמועילות יותר עבורם ביחס לטיפול הפסיכיאטרי הקונבנציונלי. בנוגע לטיפול, רוב המשתתפים התייחסו לטיפול כחוויה טראומטית, ובפרט לפרקטיקה של מתן תרופות בכוח. נקודה מעניינת העולה בסקר היא שחלק מהמשתתפים טענו כי אינם מזדהים עם המושג "החלמה", שכן עבורם מצבי תודעה קיצוניים, אשר הם חוו, או שאחרים חווים, אינה "מחלה" שיש להחלים ממנה, אלא אפשרות לגיטימית של תודעה אנושית. בהתאם לכך הם אינם רואים את עצמם כ"צרכנים", ומעדיפים להתנתק משירותי בריאות הנפש ולחפש אלטרנטיבות שיתרמו לרווחתם האישית.

### 1.6 סיכום הספרות

בעבר, אנשים אשר אובחנו ותויגו כלוקים בנפשם נתפסו כבעלי סיכויים נמוכים מאוד להחלמה או הבראה, ונאלצו לבלות את מרבית חייהם בבתי חולים ובמוסדות פסיכיאטריים. האווירה והמדיניות הכללית של הרוחקה ה"מוזרים/משוגעים" מה"נורמליים" תרמו אף הם לכך שאותם אנשים נאלצו לשהות שנים רבות בבתי חולים ומוסדות. לעומת זאת, בעשורים האחרונים החלה מתגבשת תפיסה אופטימית יותר על מחלות פסיכיאטריות והיכולת ולהתמודד עמן, וכיום, בעקבות מהפכת האל-מיסוד (deinstitutionalization), רוב רובם של האנשים בעלי נכות על רקע פסיכיאטרי נמצאים מחוץ לבתי-החולים וחיים בקהילה. יחד עם זאת, ידוע כי אנשים רבים הזכאים לקבלת שירותים ממערכות בריאות הנפש (כגון סל שיקום וטיפולים למיניהם), אינם משתפים פעולה עם השירותים המוצעים ומנתקים עצמם מהם. על פי רוב, תופעה זו נתפסת בספרות כמובילה לתוצאות שליליות. היא מיוחסת לרמת תובנה נמוכה והכחשה של מתמודדים,

ונתפסת כהחמצה של המתמודדים אשר אינם ממצים את השירותים המגיעים להם. הספרות המחקרית העוסקת בנושא מציעה הסברים שונים לתופעת ההתנתקות, בהם חוסר התאמה ורגישות חברתית-תרבותית בין נותני השירות למקבלי, חוסר הנגשה ותיאוריית ההיגב (Reactance theory), הטוענת כי איום על חופש הפרט מעורר אצלו תגובה אשר מטרתה לחדש את תחושת השליטה והאוטונומיה. מחקרים איכותניים אשר בחנו את החוויה הסובייקטיבית של מפגש המתמודדים עם מערכות בריאות הנפש הצביעו תכופות על חווית יחס פטרוני מצד הגורמים המטפלים, היעדר שיתוף מצידם וקבלת מסרים מדכאים של חוסר תקווה, כסיבות המרכזיות להתרחקותם ממערכת בריאות הנפש.

לצד ספרות זו קיים גוף ידע המעמיד במרכזו תהליך ההחלמה דווקא גורמים "אלטרנטיביים" שאינם שייכים לעולם הטיפול הרפואי/שיקומי, כגון המושג personal medicine של פטרישה דיגן וריפוי דתי/רוחני. גורמים אלו עשויים להתקיים לצד הטיפול ה"קונבנציונלי", אך במקרים מסוימים, כאשר הם נמצאים בקונפליקט עמו, מתמודדים עשויים להעדיף אותם, ולזנוח את הטיפול המוצע להם. יתרה על כך, מספר גדל והולך של ארגונים כגון Mind Freedom International ו-Hearing Voices Movement, אשר חבריהם רואים עצמם כשורדים של מערכת בריאות הנפש, תומכים בהתרחקות ממוסדות בריאות הנפש, ותחת זאת מציעים לאנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים גיבוי וסוגים שונים של דרכי התמודדות.

הדיסוננס בין קיומם של שירותים מגוונים, בהם כאלו שנמצאו מחקרית כיעילים (EBP), לבין העובדה שמתמודדים רבים למדי אינם צורכים אותם, מהווה את אחת משאלות המפתח בתחום בריאות הנפש, ועשויה לגלם בתוכה פער הקיים בין נותני השירות למקבלי. כך למשל מוערך שבישראל ישנם כ- 100,000 אנשים בעלי מחלת נפש קשה (SMI), מתוכם מעל 60,000 מוכרים על ידי ביטוח לאומי כבעלי נכות נפשית של לפחות 40%, אשר מקנה להם זכאות לשירותי סל שיקום, ועם זאת פחות משליש מהם אכן מממשים זכאות זו (אבירם, 2013). זאת על אף ניסיון הולך וגובר לספק שירותים מוכוונים תרבותית אשר יתנו מענה לתתי-האוכלוסיות השונות בארץ (חרדים, עולים חדשים, ערבים ועוד). בעניין זה ניתן לראות מסמך שיצא בסוף 2015 מטעם משרד הבריאות, אשר סוקר פרקטיקות ועבודות מחקריות מצטיינות אשר שמות דגש על מתן שירות מוכוונים תרבותית בישראל<sup>8</sup>.

בשנים האחרונות מתרבים המחקרים המשלבים כלים איכותניים (ראיונות עומק) בתחום בריאות הנפש, אשר מספקים מידע עשיר ומלא יותר על חוויתם של אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים. מחקרים אלו מתבססים על חוויותיהם של המחלימים עצמם (חלקם אף אנשי מקצוע), והם מהווים נדבך חשוב בהבנת תהליכי החלמה, שכן הם נשענים על ניסיונם האישי והאותנטי של "בעלי התופעה" (לכמן ורועה, 2003). לעומת

<sup>8</sup> [http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Cultural\\_Competence\\_in\\_Mental\\_Health2015.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Cultural_Competence_in_Mental_Health2015.pdf)

זאת, מעט מאוד מחקרים איכותניים נעשו על אנשים אשר שהו בתוך מסגרות שירותי בריאות הנפש וכיום נמצאים מחוץ להן. הסיבה לכך נובעת, בין היתר, מכך שקיים קושי למצוא מספר מרואיינים המנהלים כיום אורח חיים עצמאי ומוכנים לחשוף את עברם הפסיכיאטרי (Jacobson, 2001; Patton, 2002).

לסיכום, המודל הרפואי לבעיות נפשיות, אשר מעודד אנשים להכיר בבעיותיהם (insight) ולטפל בהם בכלים פסיכיאטריים, יעיל עבור אנשים מסוימים. בה בעת, ישנם רבים אחרים אשר אינם בהכרח מקבלים על עצמם את הפרקטיקות של מודל זה, ובמקומו מוצאים דרכים אלטרנטיביות, מחוץ למערכות השיקום, לנסות לשפר את איכות חייהם. נכון להיום, תחום חשוב זה, אשר עומד במוקד המחקר הנוכחי, מצוי בתחילת דרכו. המתודה של מחקר איכותני, אשר מתאימה לחקר תחומים אשר הידע על אודותיהם מועט יחסית (Creswell, 2007), עשויה להיות כלי אפקטיבי לגשש, לחקור ולזהות את התהליכים והשלבים השונים העומדים בבסיסה של תופעת ההתנתקות משירותי בריאות הנפש ובניית החיים מחוץ לעולם החולי.

המחקר הנוכחי ייערך בשיטה האיכותנית-נרטיבית, במטרה לבדוק מה משמעותה של התנתקות משירותי בריאות הנפש עבור מתמודדים, וכיצד היא עשויה לקדם את הרווחה האישית שלהם. באמצעות הקשבה וניתוח של סיפורי חייהם של אנשים עצמאיים, אשר התנתקו לגמרי ממערכת בריאות הנפש ורובם אינם רואים עצמם כיום כחולים במובן הפסיכיאטרי ואף לא "כמתמודדים"/"צרכנים", ניתן יהיה ללמוד על היבטים שונים של חווית ההתנתקות משירותי בריאות הנפש, ולצדה בניית חיים בעלי משמעות מחוץ לעולם החולי.

ככל הידוע, עד היום לא נעשו מחקרים איכותניים על התנתקותם של מטופלים לשעבר מן המערכת הפסיכיאטרית/שיקומית, וזאת על אף שכיחותה של התופעה. המחקר הנוכחי הנו ייחודי בכך שהוא יאפשר לראשונה מבט מעמיק לעבר תופעה זו, ובכך יסלול את הדרך לשיח אקדמי שעשוי להיות בעל השלכות קליניות ותיאורטיות על מערך בריאות הנפש בישראל ובכלל.

## 1.7 שאלות המחקר

שאלת המחקר הראשית היא: מהי המשמעות של ההתרחקות משירותי בריאות הנפש ובניית חיים מחוץ לעולם החולי עבור מי שמנהלים כיום אורח חיים עצמאי ללא תלות במערכת? מתוך שאלה זו נגזרות כמה שאלות מישנה:

1. כיצד תופסים העצמאיים את תהליך כניסתם למערכת הפסיכיאטרית ואת האבחון והטיפול שקיבלו?
2. מהי "התובנה הנרטיבית"<sup>9</sup> שלהם ביחס למצבם הנפשי בעבר ובהווה?

<sup>9</sup> ראו 1.3.2 בעמוד 14

3. כיצד הם חווים את תהליך הפסקת השימוש בשירותי בריאות נפש, ומהם הגורמים אשר הובילו לכך?
4. באיזו מידה יש להיבטים "רוחניים" השפעה על התרחקות המשתתפים משירותי בריאות הנפש?
5. מהן השלכות ההתנתקות משירותי בריאות הנפש על מציאות חייהם והתמודדותם עם מצבם הנפשי?
6. מהם, לתפיסתם, הכלים העומדים לרשותם בבניית חייהם מחוץ לשירותי בריאות הנפש?
7. מה עמדותיהם ויחסם של העצמאיים כלפי מערך שירותי בריאות הנפש?

## 2. שיטה

### 2.1 שיטת המחקר

המחקר הנוכחי בוצע על פי הפרדיגמה האיכותנית, בגישה הנרטיבית של סיפורי חיים. הנחת היסוד של פרדיגמה האיכותנית גורסת כי המציאות החברתית היא תוצר של תהליכים פרשניים, המושפעים ממבנים אישיים ואישיותיים, ממבנים חברתיים, ממבני עומק של השפה וממבנים תרבותיים. מחקר איכותני עוסק בחקר האדם, החברה והתרבות באמצעות תיאור ופירוש המבנים הסימבוליים המבטאים ומעצבים אותם, והוא אינו חותר לגלות אמת "אובייקטיבית" כלשהי, אלא לחשוף את המשמעויות והפרשנויות המוענקות למציאות על ידי בני אדם (Creswell, 2007).

הגישה הנרטיבית, שיש הרואים בה פרדיגמה נרטיבית (ספקטור-מרזל, 2010), גורסת, כי אנו מבינים את עצמנו, את האחרים ואת העולם הסובב אותנו באמצעות עלילות נרטיביות. לדברי ספקטור-מרזל, בדיון האקדמי בסוגיית הנרטיב הוא מתואר כסכמה קוגניטיבית מרכזית, כעקרון מארגן של המציאות, כמבטא זהות ומכונן אותה ואף כסוג של אינטליגנציה.

השימוש בסיפור החיים ככלי מחקר נמצא כתואם למחקר הנוכחי, שכן הוא רגיש לאופן בו משתתף המחקר תופס את זהותו ותהליכים שעברו עליו במהלך חייו, וכמו כן הוא מאפשר תיאור פרשני של המשמעויות האישיות והחברתיות של קונטקסט חייו השלם של המשתתף (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998). באמצעות השימוש בכלים של גישה/פרדיגמה זו, ניתן היה ללמוד על הדרך הייחודית בה כל אחד ממשתתפי המחקר תופס ומעצב את סיפורו האישי, ובכלל זה - את התהליך אותו עבר במסגרת קשריו ומפגשיו עם מערכת בריאות הנפש, את יחסו לאבחנה שניתנה לו, את חוויותיו משימוש בתרופות פסיכיאטריות והכוחות שאפשרו לו לחיות חיים עצמאיים במנותק ממערכת בריאות הנפש.

### 2.2 מדגם ואוכלוסיית המחקר

#### 2.2.1 סוג הדגימה

במחקר איכותני נעשה ניסיון להגיע לאוכלוסייה אשר חוותה את התופעה החברתית הנחקרת, ואשר עונה על הקריטריונים המאפיינים ומייצגים אותה בצורה הרחבה ביותר האפשרית (Patton, 2002). בהתאם לכך, מקובלת דגימה מכוונת (purposeful sampling) של משתתפים, אשר באמצעותה ניתן לקבל ידע מעמיק ומקיף על אודות התופעה הנלמדת. הדגימה המכוונת במחקר זה הייתה מסוג "דגימת קריטריון", לפיה על משתתפי המחקר לעמוד בקריטריונים מסוימים על מנת להיכלל בו. הקריטריונים במחקר הנוכחי מתחלקים לשניים:

- (1) קריטריונים הקשורים לשלב המשבר: קבלת אבחנה של מחלת נפש קשה, לפחות אשפוז אחד במחלקה פסיכיאטרית, שימוש בתרופות פסיכיאטריות והמלצה פסיכיאטרית להמשך טיפול; (2) קריטריונים הקשורים



בהתנתקות מהמערכת: ניהול אורח חיים עצמאי המנותק ממגע עם מערכות בריאות הנפש במשך לפחות שנה, לרבות טיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי במסגרת פרטית או ציבורית, והפסקת שימוש בתרופות פסיכיאטריות. תהליך הדגימה המכוונת פעל על פי העקרונות המנחים של תואמות (appropriateness) - דגימת מרואיינים המתאימים למטרות המחקר ושאלותיו, והתאמה (adequacy) - החומר שנאסף בראיונות היה זמין לפיתוח ולתיאור מלא ועשיר של החוויה הנחקרת (Denzin, & Lincoln, 1994). בנוסף, נעשה מאמץ, על ידי פניה לקהלים שונים, להשיג שונות ומגוון מרביים (maximum variation) בין משתתפי המחקר, במטרה לספק ידע עשיר, מקיף ומעמיק על התופעה הנחקרת.

יצירת הקשר עם המשתתפים נעשתה בשיטת כדור השלג (snowball sampling), לפיה החוקר פונה למעגל הראשון של המשתתפים, הם פונים לחבריהם ומפנים אותם לחוקר וכך הלאה (Patton, 2002). שיטה זו שימושית בעיקר בחקר תופעות שאינן פומביות ואף מתווגות בסטיגמה – כמו במקרה הנוכחי, והיכולת להגיע למשתתפים נעשית מפה לאוזן, ממשתתף אחד למשנהו. חסרונה העיקרי של השיטה הוא שהיא דוגמת רשת חברתית אחת. כמו כן, נעשה מאמץ לגייס משתתפים באמצעות פרסום בחוגים, כנסים, פורומים ואתרי אינטרנט שונים, הקשורים בבריאות הנפש והחלמה.

יש לציין, שהבחירה לכלול במחקר רק מי שאינם מקבלים טיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי למשך יותר משנה מהווה מגבלה מסוימת למחקר, שכן ישנם רבים אשר מנהלים אורח חיים עצמאי במנותק מכל מערכות בריאות הנפש, אך משתמשים בטיפול תרופתי או פסיכולוגי פרטי. בחירת קריטריון זה הקשתה על מציאת משתתפים, ואכן היא פסלה מראש אנשים בעלי סיפור חיים עשיר שניתן היה ללמוד ממנו. עם זאת, יתרונה של ההצמדות לכלל נוקשה זה באה לידי ביטוי בכך שהיא יצרה הפרדה (גם אם מלאכותית) בין קבוצת העצמאיים, שהיא אוכלוסיית המחקר הנוכחי, אשר כמעט ולא נחקרה עד כה, ובין אנשים מקבוצת "המתמודדים" (אותם אנשים אשר מקיימים דיאלוג עם מסגרות השיקום והטיפול השונות), אשר מוכרת במידה רבה בספרות המחקרית בתחום בריאות הנפש.

### 2.2.2 גודל המדגם

על פי הגישה האיכותנית, גודלו של המדגם תלוי במידת הייצוג של מושאי המחקר, בשאלת המחקר, במטרתו, ובמה שניתן לעשות במסגרת הזמן והמשאבים העומדים לרשות החוקר (Creswell, 2007). מסון (Mason, 2010), אשר ערך השוואה בין גודלי מדגמים במחקר איכותני בקרב 560 עבודות דוקטורט, מצא טווח רחב של בין 1 ל- 95 משתתפים, כאשר הממוצע הכללי היה 30, והממוצע של מחקרים נרטיביים היה 23, כמו מספרם של משתתפי המחקר הנוכחי. מאמרים שונים (Guest, Bunce, & Johnson, 2006; Hiil, Thompson, & Williams, 1997) מצביעים על עיקרון רווית הנתונים (data saturation) כקו המנחה בבחירת גודל המדגם. על-

פי עיקרון זה, החוקר אוסף נתונים עד לשלב בו המידע מתחיל לחזור על עצמו והנושא מגיע לרוויה. החוקר צריך להיות מוכן לבצע שינויים לאחר ביצוע הראיונות הראשונים, אפילו אם החל את דרכו ברעיון כללי לגבי סוג האנשים שהוא מעוניין לראיין וכיצד ניתן לאתרם, ואין צורך בהכרח לקבוע מראש את מספר המשתתפים. הבחירה במדגם קטן פוגעת, אמנם, ביכולת ליצור ייצוגיות והכללה סטטיסטית ביחס לאוכלוסייה הכללית, אך מלכתחילה מחקר איכותני אינו שואף למטרה זו. תחת זאת, ראיונות עומק רחבים ועשירים עם כל אחד מהמשתתפים עשויים לספק פירושים ייחודיים ותיאור מגוון ועשיר של התופעה הנלמדת (Creswell, 2007).

### 2.2.3 משתתפי המחקר

המדגם כלל 23 מרואיינים, בהם 13 נשים ו-10 גברים. טווח הגילאים היה בין 25-61, והממוצע היה 38. המדגם היה הטרוגני ביחס למעמד הסוציו-אקונומי של המרואיינים וכן הטרוגני בנוגע להשכלתם. משך שהיית המרואיינים באשפוז נע בין יומיים לשלוש שנים (במצטבר), ומשך הזמן בו המרואיינים נמצאו מחוץ למערכת היה בין חצי שנה ל-26 שנה, כאשר הממוצע הוא תשע וחצי שנים. בנוגע לאבחונים, ניתן לומר שהייתה הטרוגניות גדולה באבחונים שקיבלו המרואיינים, ושהיה ייצוג כמעט לכל ההפרעות ה"קשות" – סכיזופרניה, מאניה דיפרסיה, OCD, הפרעת אכילה, דיכאון, פוסט-טראומה, הפרעת אישיות ועוד. חמישה מרואיינים קיבלו סל שיקום, (אך כיום כבר לא מקבלים אותו, שכן על פי קריטריוני ההכללה הם אינם מקבלים שירותים מהמערכת), ושישה מקבלים קצבת נכות מביטוח לאומי (גם כיום). שמונים ושלושה אחוזים מהמרואיינים עובדים.

#### טבלה 1: משתתפי המחקר

שם	גיל	השכלה	זמן במערכת	זמן מחוץ למערכת	משך אשפוזים כולל	ביטוח לאומי
אברהם	41	תואר ראשון	10 שנים	4 שנים	חודשיים וחצי	לא
אדוורד	37	תיכונית	9 שנים	חצי שנה	שנה	מקבל
אריק	33	תיכונית	4 שנים	11 שנים	חודשיים	לא
איילת	49	תיכונית	8 שנים	26 שנים	שנה וחצי	לא
אילנה	35	תואר ראשון	5 שנים	4 שנים	שבועיים	לא
אליהו	56	תיכונית	4 שנים	20 שנים	שבועיים	לא
עופרי	61	תואר ראשון	4 חודשים	22 שנים	4 חודשים	לא
דינה	53	באמצע תואר שלישי	24 שנים	10 שנים	שנה וחצי	מקבלת
דורית	55	תיכונית	11 שנים	1.5 שנים	4 חודשים	מקבלת

שם	גיל	השכלה	זמן במערכת	זמן מחוץ למערכת	משך אשפוזים כולל	ביטוח לאומי
הילה	30	באמצע תואר שלישי	5 שנים	8 שנים	חודשיים	לא
טמיר	45	תואר ראשון	3 חודשים	14 שנים	3 חודשים	כן
יואל	34	תואר ראשון	6 שנים	7 שנים	9 חודשים	מקבל
יערה	29	תואר שני	8 חודשים	16 שנים	4 חודשים	לא
גיל	48	באמצע תואר שלישי	28 שנים	3 שנים	3 שנים	מקבל
מלכה	34	תואר ראשון	7 שנים	9 שנים	חודשיים	לא
עמירה	30	תואר ראשון	5 חודשים	9 שנים	5 חודשים	לא
עודד	30	תיכונית	שנה וחצי	11 שנים	חצי שנה	לא
ראובן	40	תיכונית	חודש	12 שנים	חודש	לא
רבקה	34	תואר שני	8 שנים	5 שנים	7 חודשים	לא
שרון	36	תואר שני	חצי שנה	12 שנים	24 שעות	לא
שרי	25	תואר ראשון	חצי שנה	7 שנים	חודשיים	לא
תמר	29	תואר ראשון	7 שנים	1.5 שנים	חודש וחצי	לא
תומר	31	תואר ראשון	7 שנים	חצי שנה	9 חודשים	מקבל

### 2.3 הליך המחקר

בטרם התחלת איסוף הנתונים הוגשה בקשה לוועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה לאישור המחקר. לאחר שהתקבל האישור ובהתאם לו, נעשתה פנייה בעל-פה ובכתב למשתתפים המתאימים. למשתתפים הובטחה הגנה על פרטיותם ושמירה על סודיות המידע, והם נתבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת. איסוף הנתונים כלל ראיונות עומק מובנים למחצה שהתקיימו במפגש פרטי במקום שהיה נוח ביותר עבור המרואיין (על פי רוב בביתו, ולעיתים בבית קפה). ראיון אחד התקיים בטלפון וראיון אחר התקיים בשיחת וידאו. כל הראיונות התקיימו בעברית, הוקלטו ותומללו במלואם. איסוף הנתונים נמשך כשנה, מיוני 2014 עד מאי 2015.

### 2.4 כלי המחקר

**ראיון עומק מובנה למחצה.** איסוף הנתונים במחקר נעשה באמצעות ראיון עומק מובנה למחצה (in-depth semi-structured interview). כלי זה נמצא מתאים למחקר הנוכחי, שכן הוא אפשר למשתתפים לספר את סיפור חייהם ותפיסות עולמם תוך התמקדות בנקודות מפתח הקשורות בתהליכים נפשיים אותם עברו בדגש על המפגש שהיה להם עם מערכת בריאות הנפש. ראיון העומק סיפק דיווח מנקודת מבט אישית לגבי התופעה

הנחקרת, ואפשר קבלת תמונה מפורטת ורחבה של אירועים ומצבים אשר אינם ניתנים לצפייה ישירה או כימות (Patton, 2002). שימוש בכלי זה אפשר היכרות ולמידה של המשמעויות הסובייקטיביות שמעניקים המשתתפים להתנהגויות, רגשות ועמדות שלהם, ואחד מיתרונותיו הוא שהוא מאפשר גמישות בפיתוח הנושאים ובמעבר ביניהם (Chirban, 1996; Creswell, 2007). לצורך הראיון נעשה שימוש במדריך ראיון, אשר שימש כמפת דרכים לכיוונים אשר היו רלוונטיים למחקר. בזכות היותו של מדריך הראיון מובנה למחצה, ניתן היה לנתב את הראיונות בהתאם לסדר התכנים שהמראיינים העלו, תכני הסיפורים שהביאו, ולפי כיוונים חדשים אשר עלו במהלכם.

ראיון איכותני טוב ניכר בספונטניות תשובות המראייין, בעושרן, בספציפיות וברלוונטיות שלהן. הראיון מתנהל כשיחה בה המראייין מבהיר משמעויות רלוונטיות ושואל שאלות פתוחות המזמינות התייחסות רחבה ומקיפה של המשתתף לתכנים שהוא מביא במהלך הראיון (Kvale, 1996). ראיון עומק מחייב את המראייין להיות רגיש ויצירתי, במיוחד בנושא שבו ניתן לצפות לקשיים. לדוגמה, במחקר הנוכחי לעיתים קרובות תיאור שלב המשבר הנפשי אותו עבר המראייין הכיל תכנים רגשיים וקשים לשחזור (לעיתים קרובות המראיינים פרצו בבכי). במצב זה נעשה ניסיון ליצירת אווירה אמפתית ובטוחה למראייין. כמו כן, לאורך הראיונות נעשה ניסיון לאזן בין התקרבות למראייין לבין שמירה על גבולות ממנו (De Haene, Grietens, & Verschueren, 2010; King, & Horrocks, 2010; Sciarra, 1999).

מדריך הראיון (ראו נספח א') מתבסס בחלקו על שאלון שפיתח מק'אדמס (Life story interview) (McAdams, 2008). בחלקו הראשון של מדריך הראיון מתבקשים המשתתפים לחלק את סיפור חייהם לפרקים שונים, לתת להם כותרות, ולפרט מה האירועים המרכזיים שהתרחשו בפרקים אלו, וכיצד הם מתקשרים אחד לשני. דוגמה לשאלה היא "תתחילי בבקשה במחשבה על חיך כאילו הם ספר. דמיין/י שלספר זה ישנו "תוכן עניינים" ובו רשימה של הפרקים העיקריים שמופיעים בו. קחי לעצמך כמה רגעים לחשוב על כותרות לפרקים אלו". שאלות אלו, אשר לקוחות ממדריך הראיון של מק'אדמס, מאפשרות הסתכלות רחבה ומעמיקה על סיפור חייו השלם של המראייין. הסיבה שבגינה לא נעשה שימוש בכל השאלות מתוך מדריך הראיון של מק'אדמס, היא ששימוש בכולן היה מעמיס על הראיון, וחלקן לא היו רלוונטיות דיין לנושא המחקר הנוכחי.

בהמשך מדריך הראיון, נשאלו המראיינים שאלות הבהרה ממוקדות בנוגע לכניסתם של למערכת בריאות הנפש, לרשמים ולחוויות שזו השאירה עליהם, לחוויית ההתרחקות משירותים אלו ולכלים שעומדים לרשותם לשמירה על איזונים הנפשי. שאלות לדוגמה הן: "תארי בבקשה את תחושותיך ורגשותיך בתקופה בה היית מאושפז". "מה הוביל להתרחקות שלך מעולם בריאות הנפש? כיצד זה קרה?".

לאחר מכן, המרואיינים התבקשו לענות על שאלות נוספות מתוך מדריך הראיון של מקאדמס, הקשורות לאירועי מפתח בחייהם, כגון נקודות שיא, נקודות שפל, ונקודות מפנה. שאלות לדוגמה הן: "אנא תארי/י אירוע, אפיזודה, או רגע בחיך שהיה חיובי במיוחד, והיוו נקודת שיא בחיך?". "במבט לאחור על החיים, האם תוכלי/י לתאר נקודות/אפיזודות שמסמנות שינוי משמעותי בסיפור חיך?". בהמשך נתבקשו המרואיינים לתאר מהם חלומותיהם, שאיפותיהם ותקוותיהם לעתיד- "מהו הפרק הבא בחיך? כיצד את/ה מדמיין אותו?", ולבסוף הם נתבקשו לתאר את התמה המרכזית של חייהם ולהוסיף פרטים אחרונים במידה וירגישו צורך בכך- "בהסתכלות על המכלול של חיך, האם תוכלי/י לתאר תמה מרכזית, מסר או רעיון אשר מלווה את סיפורך? אנא הסבר/י".

## 2.5 ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים במחקר איכותני הוא תהליך שיטתי של עיצוב וסידור הראיונות על ידי זיהוי מרכיבים בסיסיים, ארגונים לקטגוריות, תבניות ותמות ומציאת יחסי הגומלין ביניהן (שקדי, 2003). ניתוח הנתונים מאפשר לזהות היבטים משותפים של אנשים שונים שעברו מסע חיים דומה, כמו-גם היבטים ייחודיים למשתתפי המחקר. הגישה, או הפרדיגמה הנרטיבית, אשר נמצאת תחת קורת הגג של המחקר האיכותני, כמרבית הפרדיגמות הפרשניות, תופסת את המציאות החברתית כישות מובנית ואף מדומיינת, גמישה ורב-משמעית, ואת האדם כיצור פרשני המייחס משמעויות לעצמו ולעולמו. הנרטיב מוגדר כסוגה מורכבת, שעל פי רוב כוללת פואנטה ודמויות, לצד עלילה הקושרת אירועים המגוללים ברצף לאורך זמן ומרחב כדי לספק הסבר או תוצאה כוללים (Smith & Sparkes, 2009), והגישה בכללותה מתמקדת בסיפור כמושג מפתח (ספקטור-מרזל, 2011). על פי האונטולוגיה הנרטיבית, המציאות החברתית היא בראש ובראשונה מציאות סיפורית, והאדם הוא בעל "טבע סיפורי". ההבנה הסיפורית של המציאות החברתית מדגישה את מקומם המרכזי של נרטיבים בהווייתנו, אשר בנוסף להיותם מבטאים זהות/אישיות/חיים, הם גם מכוננים אותם. במובן זה, זהות אינה נתפסת כמבנה אובייקטיבי הקיים מראש, אלא כישות דינמית המובנית באמצעות הסיפורים שאנו מספרים על עצמנו (Sarbin, 1986). במחקר הנוכחי הניתוח נע על פני שני צירים עיקריים, המניבים ארבעה ממדי ניתוח שונים, כמוצג על ידי ליבליך ועמיתותיה (ליבליך, תובל משיח וזילבר, 2010). הציר הראשון הוא של התייחסות לסיפור השלם לעומת פירוקו לחלקיו, והציר השני הוא של התמקדות בתוכן הסיפור לעומת התמקדות בצורתו. ארבעת ה"תאים" שמתקבלים מציעים הסתכלות שונה בחומרי הסיפור, ושילובם מניב מידע עשיר על המספר והנושא הנחקר. קריאת הטקסטים בארבעת האופנים מאפשרת טריאנגולציה של מהלכים פרשניים, אשר עשויה לחזק את המחקר.

## טבלה 2: ארבעת ממדי הניתוח השונים

גישת תכנית לשלם	גישת תכנית לחלקים
גישת צורנית לשלם	גישת צורנית לחלקים

- בגישה **התכנית לשלם** נקראו הסיפורים מתוך מכוונות לאיתור המסר העיקרי שבטקסט שלם המייצג מפגש עם אדם או עם נושא מסוים. בגישה זו הטקסט השלם נתפס כיחידה קוהרנטית ומגובשת, שלה מסר משותף שניתן להפקה.

- בגישה **התכנית לחלקים** נעשה הניתוח על פי השלבים הבאים:

1. **הכרה לעומק.** בשלב זה נעשתה קריאה חוזרת לעומק של כל הנתונים, עד שנוצרה היכרות קוגניטיבית ומעורבות רגשית עם הטקסטים. בשלב זה שמתי בסוגריים (bracketing) את עמדותיי המקדימות ביחס לנושא המחקר, למפגש עם המרואיינים וביחס לחומר העולה מן הראיונות. טכניקה זו מקובלת במחקר איכותני, ומטרתה היא למתן ככל האפשר את ההשפעות הפוטנציאליות המזיקות של ההנחות המוקדמות של החוקר, אשר עשויות 'להכתים' את תהליך המחקר, כלומר להטות אותו בהשפעת הבנותיו של החוקר (Tufford & Newman, 2012).
2. **זיהוי וקידוד.** בשלב זה זוהו ובודדו החלקים המתאימים למטרות המחקר. חלקים אלו מכונים "יחידות משמעות", והן אלו שנתפשו כמרכיבות את עולם התוכן של בעל התופעה. לקידוד בשלב הזה היו שתי מטרות עיקריות: הראשונה היא לפשט, למקד ולהפחית את העומס הגלום בראיונות (data reduction), והשנייה היא פיתוח החומר (data complication) ויצירת קטגוריות אנליטיות חדשות (Coffey & Atkinson, 1996).
3. **תימתיזציה וסינתזה.** בשלב זה כל יחידות המשמעות הדומות מבחינת תוכן, נושא או רעיון קובצו יחד ליצירת תמות בעלות גרעין משותף. תבניות אשר חזרו על עצמן (recurring regularities) התגבשו על פי קריטריונים של הומוגניות פנימית - התגבשות החומר ליידי קטגוריה מסוימת, וקריטריון של הטרוגניות חיצונית-הבדלים מובחנים בין קטגוריות (Lincoln & Guba, 1985). בשלב זה נבחרו הציטוטים אשר מייצגים את מהות התמות אשר נותחו.
4. **תיאורתיזציה ורה-קונספטואליזציה.** בשלב זה נבדקו ונוצרו קשרים בין התמות, על ידי מיקוד השוואה, ועימות בין התמות השונות. באופן זה נוצרות משמעויות משותפות בין-סובייקטיביות,

שמאפיינות את מדגם המשתתפים במחקר. המשגות אלו מנסות לתאר מדוע אנשים פועלים באופן שבו הם פועלים, וכיצד מתרחשים תהליכים בחייהם.

- בגישה **הצורנית לשלם** נקראו הסיפורים - כמו ביצירה ספרותית - בהתאם למבנה או הצורה בה העביר הדובר את סיפורו. כך למשל, מידת ההמשכיות הבנויה בעלילה, הנענית לחוקים של זמן ומרחב, היגיון וסיבתיות, הקשר בין חלקיו השונים של הסיפור, הקוהרנטיות שלהם, הקשר בין תחילתו לסופו, ועוד. כל אלו עמדו במרכזה של גישת ניתוח זו.

- בגישה **הצורנית לחלקים** ניתנה תשומת לב מדוקדקת לקטעים מתוך הסיפור השלם, עד כדי התבוננות במילים שבהן משתמש המספר. כך למשל, ניתן היה לשים לב להבדלים בין שימוש בדיבור בגוף ראשון יחיד לבין דיבור בגוף שני או שלישי, שימוש מרובה במשפטי שאלה, שימוש במילים המסייגות את הנאמר (כגון "אבל", "אך" ו"למרות זאת"), ושימוש מרובה במילים "כזה" ו"כאלו" אשר יכולים להתפרש כסוג של קונפורמיות תרבותית.

כאמור, מטרת המחקר האיכותני היא להציג את התופעה הנחקרת ואת משמעותה כפי שהיא נתפסת מנקודת מבטם של החווים אותה. בניתוח הנתונים הושם דגש על תמות מרכזיות, כיווני התפתחות הסיפור, דמויות משמעותיות וכן על היחס המורכב בין המרואיינים, עולמם הנפשי, ויחסם למערכות בריאות הנפש איתם באו במגע בשלבים שונים בחייהם.

## 2.6 הבטחת איכות המחקר

קרסוול ומילר (Creswell & Miller, 2000) הגדירו תוקף במחקר איכותני כאופן בו המחקר מציג את החוויה של המשתתפים בצורה אמينة ומדויקת בעיני החוקר והמשתתפים במחקר. במחקר איכותני החוקר שואף להראות שהוא הצליח בהליכי מחקר להרחיב ולהעמיק את הידע בנוגע לתופעה אותה הוא חוקר, תוך יצירת תמונה קוהרנטית המשתמשת במושגים של חסכנות (Lieblich, & Zilber, 1998). כלל מנחה הוא שיש להשתמש בשיטות רבות ככל האפשר בכדי להעלות את רמת האמינות והמהימנות של המחקר (Creswell, 2007).

לינקולן וגובה (Lincoln & Guba, 1985) מציעים את היות המחקר ראוי לאמון (trustworthiness) כאמת מידה להערכת מחקר איכותני. לדידם, האמון מורכב מארבעה מושגים המהווים אלטרנטיבה למינוחים הקיימים בפרדיגמה הכמותית:

1. **אמינות (credibility)** אשר מחליף את המושג "תוקף פנימי". המטרה היא לשכנע שהנושא תואר בדייקנות בהתייחס למגוון המציאויות ודרכי החקירה. במחקר הנוכחי השתדלתי להיצמד כמה שיותר

לפרשנויות של המרואיינים ולתפיסת עולמם. לצורך כך ניסיתי להפריד בין עמדותיי ומחשבותיי בנוגע לתכנים שעלו בראיונות. התוצר המוגמר, באופן בלתי נעמע, הוא מיזוג בין עולמם הפנימי של המרואיינים, כפי שתיארו אותו, ושל עולמי (Hewitt, 2007), כאשר עשיתי מאמץ לצמצם את חלקי שלי.

2. **יכולת העברה (transferability)** המחליף את המושג "תוקף חיצוני". הכוונה היא ליכולת העברה של הממצאים תוך שמירה על המשמעויות, הפרשנויות וההשלכות מהמחקר הכולל. המחקר הנוכחי כלל מדגם מצומצם יחסית של אנשים אשר הפסיקו לצרוך שירותים ממערכת בריאות הנפש, והוא אינו מתיימר להקיף את כלל האוכלוסייה הנתונה. עם זאת, משתתפי המחקר הגיעו ממקומות שונים, ומסיבות שונות, והשונות בניהם הייתה גדולה באופן יחסי.

3. **תלות (dependability)** המחליפה את המושג "מהימנות". מושג המתאר את ההקשר ונסיבות המחקר, לרבות אלו שהשתנו (Silverman, 2006). במחקר הנוכחי השתדלתי לתעד בעקביות כל שלב: הפנייה למשתתפים, איסוף הנתונים, ניתוחם ועיבודם. הנתונים השונים נשמרו באופן מסודר במספר תיקיות במחשב ובענן.

4. **התאמה (conformability)** המחליפה את המושג "אובייקטיביות". הכוונה היא לבחון האם ממצאי המחקר יכולים לקבל אישוש על ידי אדם או מקור אחר. במחקר הנוכחי נעשה שימוש תמלולי ראיונות ורשימות אישיות, כמו גם בקריאה ביקורתית של מנחי המחקר.

דרך מקובלת נוספת להשגת אמינות במחקר האיכותני מתקבלת מניתוח הראיונות על ידי יותר מחוקר אחד (triangulation, או 'מהימנות בין שופטים'). אמצעי זה מגדיל את הסבירות שהתמות אשר מוצעות על ידי החוקרים הן אכן התמות העיקריות והמשמעותיות העולות מן החומר (Creswell, 2007). במחקר זה, התבצע עיקר הניתוח על ידי החוקר, עם זאת, שני מנחי המחקר לקחו חלק בניתוח הנתונים וביקרו את התהליך שביצע.

שוץ (Shutz, 1970) מציג שלוש תביעות אשר באות לתת מענה לסוגית התקיפות במחקר איכותני, אשר בעיקרה עוסקת במעבר בין התוכן הנמסר על ידי המרואיינים (first order constructs) אל המבנים (פרשנויות, קטגוריות) הנוצרים על ידי החוקר (second order constructs). שלוש התביעות הן: תביעה לעקביות לוגית - המבנים שהחוקר יצר בהירים, מובחנים ומצייתים לעקרונות ההיגיון הפורמאלי; תביעה לפרשנות סובייקטיבית - הקטגוריות שהחוקר יצר כוללות את המחשבות הסובייקטיביות שניתן לייחס למרואיינים עצמם, ותביעה להתאמה - המבנים התיאורטיים שהחוקר יוצר מובנים על ידי המרואיינים



כפרשנויות הגיוניות של הנאמר על ידם. בהתאם לכך, במספר מקרים העברתי למרואיינים מסמך המתאר את ההשגות והפרשנויות שהיו לי לדבריהם, ובדקתי איתם האם הם מרגישים שדייקתי בניתוח דבריהם. אלמנט נוסף אשר עשוי להגביר את היותו של המחקר ראוי לאמון הוא הבהרת עמדת החוקר ביחס לתופעה הנחקרת, בניסיון לתאר בשקיפות את הטייתו האישית של החוקר. מקובל לעשות זאת תוך שימוש בשיטת ההשמה בסוגריים (bracketing). בשיטה זו החוקר מתאר את עמדותיו ביחס לנושא המחקר, למפגש עם המרואיינים וביחס לחומר העולה מן הראיונות, ופועל במכוון להשמתן בסוגריים, למשל על-ידי תיעודן בכתב. כך, החוקר מבטיח פתיחות ושקיפות ככל הניתן לתופעות אליהן הוא נחשף במהלך המחקר (Moustakas, 1994). כחלק מתהליך ההשמה בסוגריים, אתאר להלן את הרקע שלי ונקודת המוצא שלי כחוקר ביחס לנושא זה.

## 2.7 נקודת המוצא שלי כחוקר

בשנות העשרים המוקדמות שלי נחשפתי לאדם קרוב אשר נאלץ להתאשפז בבית חולים פסיכיאטרי. באותה תקופה סוערת בחייו הוא נכנס לאשפוזים ויצא מהם מספר פעמים. אני ליוויתי אותו לאורך התהליך ונחשפתי לראשונה למורכבות של התמודדות עם קושי נפשי קיצוני, כמו גם למתרחש בין כתלי בתי החולים הפסיכיאטרים. מספר שנים אחר כך אדם קרוב נוסף עבר משבר נפשי קשה, שכלל כמה ניסיונות אובדניים ומספר אשפוזים במוסדות שונים. כיום, כעשור לאחר תקופה מעורערת ומטלטלת זו, אותם אנשים מקיימים אורח חיים נורמטיבי בכל קנה מידה, ואינם חושבים על עצמם כעל מתמודדים עם מחלה. כל זאת, בניגוד לדיאגנוזות שניתנו להם בבתי החולים הפסיכיאטריים, ולמסרים שקיבלו שעליהם להתמודד עם המחלה/הפרעת האישיות ולקחת טיפול תרופתי להמשך חייהם.

היחשפות זו לאנשים שהיו, כאמור, חלק משמעותי מאוד מחיי, יצרה אצלי עניין בתחום בריאות הנפש, והובילה אותי ללמוד את התחום ולעבוד כעובד סוציאלי הן בבתי חולים פסיכיאטריים, והן בתחום השיקום הקהילתי. במהלך השנים פגשתי אנשים נוספים שאושפזו ואובחנו, ומצאו דרך להתמודד עם מצבם הנפשי המורכב ללא תלות בממסד הפסיכיאטרי/שיקומי. מפגשים אלו הם שהובילו אותי לרצון לחקור באופן אקדמי את הנושא ולייצר סביבו שיח ציבורי.

בבואי לחקור וללמוד נושא זה שאפתי להיות מודע ככל האפשר להטיות האישיות שלי ולנטרל את השפעתן על התנהלות המחקר. השתדלתי לשים בסוגריים את ידיעותי המוקדמות ואת החוויות המוכרות לי, הן מהתחום האישי והן מהמקצועי, כדי להישאר פתוח ללמידה.

## 2.8 סוגיות אתיות

תחום האתיקה במחקר איכותני עוסק בהצבת עקרונות מנחים להתנהלות הראויה והמצופה מחוקר בגישה האיכותנית (צבר בן-יהושע, 2001). עקרונות אתיים מנחים המקובלים בתחום המחקר האיכותני (Hewitt, 2007) כוללים: הכרה בחשיבות האוטונומיה של המשתתפים במחקר וכיבוד, שמירה על פרטיותם, טובתם וכבודם של המשתתף במחקר, שיתופם במטרת המחקר טרם איסוף הנתונים ובתוצאותיו במידה והם מעוניינים בכך.

במחקר זה עלו שתי סוגיות ייחודיות הנוגעות לרגישות אפשרית של האוכלוסייה הנחקרת: ראשית, נושא החשיפה. לנושא זה היו שני היבטים. הראשון קשור לסטיגמה החברתית המתלווה למטופלים בבריאות הנפש. רוב המרואיינים במחקר מעדיפים להצניע את עברם הפסיכיאטרי, ובאופן כללי לשמור על פרטיותם בכל הקשור להתמודדות הנפשית שעברו (ראו סעיף 3.4.1.1 בעמ' 126 העוסק בסטיגמה). לדבריהם הם נכו בעבר כאשר נודע לאנשים או לגורמים מסוימים דבר היותם באשפוז, ולתחושתם קיימת סכנה שמידע שזלוג בנוגע לעברם הפסיכיאטרי עשוי לפגוע בקשרי משפחה שלהם, קשרים חברתיים ובעתידם המקצועי. היות ונושא הסטיגמה החברתית ופוטנציאל השלכותיה ההרסניות מוכרים היטב בספרות (Pietrzak, Johnson, 2015, Goldstein, Malley, & Southwick), היה עליי להקפיד הקפדה יתרה לטשטש את זהותם ולמנוע קישור אפשרי של קוראי העבודה עם זהות המרואיינים. היבט שני הקשור בחשיפה, אך מגיע מכיוון הפוך, מתייחס למרואיינים ה"אקטיביסטים" במחקר, אשר בניגוד לשאר המרואיינים, דווקא מדברים בפומבי, ולעיתים מול קהלים גדולים, על עברם הנפשי. מרואיינים אלו, אשר חלקם עדיין מקבלים קצבת נכות מביטוח לאומי, אינם צרכנים כיום של שירותי מערכת בריאות הנפש (בהתאם לקריטריוני ההכללה במחקר), אך כיוון שהקריירה שלהם, נכון להיום, בנויה במידה מסוימת על הזהות הציבורית של ה"מתמודדים" שיצרו לעצמם, מידע שזלוג על העובדה שהם כבר לא צרכנים של המערכת עשוי לתחושתם לפגוע בהם. בהתאם לכך, חלקם ביקשו במפורש שאדאג לא לחשוף את העובדה שהם כבר לא נוטלים טיפול תרופתי, ואינם מאמינים שהם לוקים במחלה נפשית. רגישות זו קשורה ל"סטיגמה הכפולה" אשר חווים חלק מצרכני בריאות הנפש, לפיה התנהגות חריגה מהמצופה מאדם אשר מתויג כבעל בעיה נפשית, כגון אי-נטילת תרופות, עשויה להיתקל בביקורת מצד החברה, המשפחה והגורמים המטפלים (Roe, Goldblatt, Baloush-Klienman, Swarbrick, 2009, & Davidson).

נושא שני אשר קשור לרגישות אפשרית של האוכלוסייה הנחקרת, קשור בהשלכות של היזכרות ודיבור על התכנים הקשים, ולעיתים הטראומטיים, מעברם הנפשי של המרואיינים. לעיתים קרובות מרואיינים התמודדו עם קושי רגשי גדול בזמן שדיברו על מצבים רגשיים מעברם, כגון ניסיונות אובדניים שעשו, התעללות

שעברו, ואובדנים שחוו. עצם ההיזכרות והנגיעה באותם מצבי קצה מהעבר, שחלקם נקברו עמוק בתודעה במשך שנים, עשויה הייתה "לעורר שדים מרובצם", ולכן היה עליי לבדוק איתם האם הם רוצים ויכולים להכיל רגשית את הדיבור על תכנים קשים אלו. גיל לדוגמה, סיפר על כך ש: "אני עברתי חוויות שהביאו אותי לריסוק. אחת מהן הייתה קשירה למיטה באשפוז... הניסיון שלי מהעבר להיכנס לזה, בטיפולים או בדיבורים, הסתיים בסוג של התמוטטות" (גיל/ 415-417). בהתאם לכך, לעיתים, על מנת לשמור על ביטחונם הרגשי של המרואיינים במחקר, ובהתאם לקווים המנחים של דיקסון-סוויפט ועמיתותיה (Dickson-Swift, James, 2007), העדפתי לעבור לנושא אחר ולא להעמיק בנושא הכאוב, על אף חשיבותו המחקרית, או לחלופין להתמקד בהשלכות של האירוע הקשה על חייו של המרואיין בעבר ובהווה, ולא על פרטי האירוע עצמו.

מתוך התייחסות לרגישויות שהוזכרו למעלה, וכן לרגישויות נוספות, ננקטו מספר צעדים אשר

תואמים את העקרונות האתיים הנדרשים ממחקר איכותני:

1. **סודיות.** למשתתפי המחקר הובטחה סודיות מוחלטת. שמותיהם שונו, ופרטים אישיים מזהים, כגון מקום אשפוז, שונו או נמחקו.
2. **מקום איסוף הנתונים.** הקפדתי שהראיונות יתקיימו בסביבה שהייתה הנוחה ביותר עבור המרואיינים, מתוך רצון לכבד את פרטיותם. בהתאם לכך, חלקם בחרו להיפגש בביתם ולא במקום ציבורי, חלקם דווקא בחרו להיפגש מחוץ לביתם משום שבביתם לא הייתה להם מספיק פרטיות, ושתי מרואיינות העדיפו בכלל לא להיפגש פנים אל פנים אלא רק בשיחה טלפונית.
3. **חופש בחירה.** בשלב הפנייה למרואיינים, לפני תחילת הראיון, ולעיתים במהלכו, דאגתי להבהיר למרואיינים, כי הם אינם מחויבים להשיב על שאלות שהם אינם מרגישים בנוח איתם, וזכותם המלאה להתחרט בכל שלב בדרך. בנוסף, כל מרואיין חתם על טופס הסכמה מדעת לפני תחילת הראיון (Hewitt, 2007).
4. **הצהרת כוונות ושקיפות.** בשלבים שונים של יצירת הקשר עם המרואיינים, הבהרתי להם את מטרות המחקר, וחשיבותו ותרומו לידע האקדמי, וכן דאגתי לספר על עצמי ועל הרקע ממנו אני מגיע. בנוסף, אמרתי להם שתוצאו המחקר תהינה זמינות ונגישות עבורם ועבור אחרים.

### 3. ממצאים

#### 3.1 היסטוריה אישית והקשר שלה לכניסה מחד ולהתנתקות מאידך ממערכת בריאות הנפש

הקדמה: סיפוריהם של המרואיינים כללו התייחסות לשלב ילדותם המוקדמת והתבגרותם, ועסקו בתיאורים של המשפחה בה גדלו (לעיתים תוך פירוט של שניים או שלושה דורות אחורה), יחסיהם עם הוריהם, חווית העצמי, מחשבות ורגשות דומיננטיים ואירועים מכוננים שהתרחשו בתקופת חיים זו. סיפורי הילדות של המרואיינים היו מגוונים ושונים, וכך גם המרכזיות שהם תפסו בסיפור החיים השלם. נדמה היה כי לחלק מהמרואיינים סיפור ביוגרפי מובנה ומעובד (שלדבריהם כבר סופר מספר רב של פעמים), בעוד שלאחרים האקט של סיפור הסיפור לא היה מוכר ודרש תהליך מאומץ של היזכרות וחיבור הפרטים לכדי רצף קוהרנטי. באופן כללי ניתן לומר, כי המרואיינים שיתפו אותי בתכנים אישיים וחושפניים, וככל שהראיון התקדם כך גדלו, על פי רוב, הפתיחות והאמון מצדם.

בחלק מהסיפורים, המרואיינים קישרו באופן ישיר בין חוויות הילדות וההתבגרות להמשך השתלשלות האירועים בחייהם; כך למשל, אריק פתח את הראיון במשפט: "הכל נובע מזה שאני אדם רגיש. אדם רגיש שבתור ילד לא קיבל את התמיכה הרגשית" (אריק/1-2). הילה אמרה: "בתקופת הילדות, עד כיתה ט' היה לי מין קטע כזה שהבנתי שעל ידי שדרוג של מחלות פיזיות מסוימות אני יכולה לקבל הרבה תשומת לב... אני מעלה את העניין הזה, כי אני חושבת שזה בהמשך מסביר איך נכנסתי לעולם הפסיכיאטרי" (הילה/26-30). לעומת זאת, במקרים אחרים סיפורי הילדות וההתבגרות הובאו כמשהו נפרד ללא קשר להמשך השתלשלות האירועים בחייהם. במקרים אלו, בהם לא נעשה חיבור ישיר ומפורש על ידי המרואיינים, ניתוח ועיבוד החומר שעלה מסך הראיונות אפשר לגבש תובנות לגבי קשר אפשרי בין אירועי חיים מוקדמים ובין הכניסה למערכת הפסיכיאטרית מחד גיסא, וההתנתקות ממנה – מאידך גיסא.

ניתוח ההיסטוריה האישית שהוצגה על ידי המרואיינים בתקופה שקדמה לכניסתם למערכת הפסיכיאטרית העלתה שני מוקדים עיקריים אשר להם תפקידי מפתח בהתפתחות ה'עלילה'. המוקד הראשון מאגד בחובו את אוסף המרכיבים הביוגרפיים שתרמו למשבר הנפשי ולכניסה למערכת בריאות הנפש, כגון טראומות ילדות, דחייה חברתית ובית כאוטי וחסר גבולות. המוקד השני קשור לתכונות אופי ונסיבות חיים אשר תרמו לרצון להתנתק מהמערכת, וליכולת המעשית לעשות זאת - כגון ביטחון עצמי גבוה, תמיכה משפחתית, וכוחות אגו חזקים. כמו כן, מניתוח הנתונים עולה כי לעיתים מרכיבים ביוגרפיים מסוימים, כגון מרדנות, נון-קונפורמיות או בן משפחה המתמודד עם בעיות נפשיות, תרמו הן למשבר הנפשי והאשפוז והן לבניית החיים מחוץ לעולם הפסיכיאטרי והשיקומי.

הפרק להלן ידון בחלקו הראשון באופן בו ההיסטוריה האישית בתקופה שקדמה למשברים הנפשיים תרמה להתדרדרות הנפשית והכניסה למערכת הפסיכיאטרית, ובחלקו השני – יידון האופן בו מרכיבים בהיסטוריה האישית יצקו את היסודות ליציאה ולהתנתקות ממנה.

### **3.1.1 מרכיבים ביוגרפיים שתורמו למשבר הנפשי ולכניסה למערכת בריאות הנפש**

את המרכיבים הביוגרפיים מהילדות וההתבגרות, שתורמו למועקה ולהתדרדרות הנפשית של המרואיינים שהובילה לאשפוז, ניתן לסווג לארבע קטגוריות אשר מקיימות בניהן חפיפה וקשרי גומלין: מערך משפחתי מורכב, אירועי חיים טראומטיים (טרם האשפוז), שימוש בסמים ומאפיינים של גיל ההתבגרות שתורמו למשבר. ארבע קטגוריות אלו, אשר עשויות להופיע בהרכבים ובמינונים שונים בסיפורו של כל מרואיין, תתוארנה להן:

#### **3.1.1.1 מערך משפחתי מורכב**

"הילד, שהוא מאוד רך, הוא קולט, סופג, כל דקות, כל מחווה נפשית. בוודאי שאת חוסר הסבלנות ואת העצבים. הוא נפגע וזה נספג במערכת העצבים בצורה מאוד עמוקה. אני הייתי שם... אי אפשר היה לברוח" (גיל/113-115).

רוב המרואיינים תיארו יחסים קשים, עד כדי התעללות, עם אחד ההורים או שניהם במהלך הילדות וההתבגרות, וחלקם קישרו במפורש מצב זה להתדרדרותם הנפשית. כך למשל אדוורד תיאר: "היו חיכוכים, ריבים, וכמה שאני זוכר, זה הביא לזה שהייתה בחירה שאני אהיה בפנימייה לפחות שנה במשך התיכון. ועד היום זה לא חיובי. מבחינתי זה משהו שפגע לי אפילו בבריאות... גרם לי מתחים, אפילו השיער שלי הלבין" (אדוורד/18-20). בדומה לאדוורד, גם איילת חוותה מתיחות קשה בבית (בייחוד עם אמה), ובאמצע כיתה ו' לדבריה "הוגלתה" מהבית: "... המתח הזה - שהיה בלתי נסבל, הוא התבטא במריבות ואולי בשבילי לפחות, איזושהי נטייה להסתגרות, לדיכאון, ולא לרצות להיות בבית... בגלל חוסר היכולת של אמא שלי להכיל את הקושי שהיה בייננו. פשוט הוגליתי" (איילת/34-38). השימוש במילה החרפה "הוגליתי", ולא למשל "הוצאתי" או "הורחקתי", מבטא עד כמה אירוע זה נחקק בזיכרונה של איילת כחווייה מכוננת בהיסטורית היחסים בינה ובין הוריה.

בעבור חלק מהמרואיינים מורכבות הקשר עם ההורים הייתה תמה חוזרת לא רק בילדות וההתבגרות, אלא לאורך סיפור החיים כולו. עופרי למשל, בעצמה סבתא לנכדים, מתארת איך עד היום היא מרגישה שהיא לא הצליחה להשתחרר מהצלקות שהיחס הקשה שספגה מאביה במהלך ילדותה בקיבוץ הותיר בה:

קיבלתי אהבה על תנאי מאבא ותחושה של ניכור מאמא. לא הרגשתי אף פעם בחיים קרובה אל אמא...

היא נפטרה כשהייתי בת 13 וחצי. אבא שינה את היחס. מאהבה על תנאי הפכתי להיות איך לקרוא

לזה, ה... סל לכל ה... תסכולים שלו... זה היה פשוט קטסטרופה. אני חושבת שחברי הקיבוץ לא העיזו להעיר לו. פשוט - הוא היה דמות כל כך חזקה ואגרסיבית. היה לו גם את הכוח, כאילו לגעת לכל אחד, הוא היה מאוד מאוד מוכשר וחכם, בנקודה החלשה שלו... זכור לי... שלושה מקרים של מכות ממש ממש רציניות. זכור לי שאח"כ הוא היה מתלונן שהיד שלו כואבת, מרוב שהוא הרביץ לי. הוא היה כאילו, מאשים אותי (עופרי/13-19).

נראה, כי כישרונו של אביה "לגעת לכל אחד בנקודה החלשה שלו", בצירוף הזעם, האגרסיביות והאלימות הפיזית והמילולית שלו, נחקקו כל כך עמוק בנפשה של עופרי, שלמרות שעברו שנים רבות מאז שעזבה את הבית, וטיפולים רבים שהיא התנסתה בהם, היא עדיין לא הצליחה להשתחרר מאחיותם של אותם אירועים: "עד היום אני חושבת שזה ברקע, אני חושבת שלא הצלחתי לגמרי להשתחרר... אני מנסה שהאישור יהיה עצמי. אבל אני חושבת שלא הצלחתי" (עופרי/81-78).

בדומה לעופרי, מספר מרואיינים תיארו מערכת של התעללות פיזית מצד הוריהם. במקרים נוספים ההתעללות שחווייתה נפשית ומילולית, אך לצידה תוארו גם רגעים של עזרה ודאגה. נראה כי מצב משתנה זה יצר אצל המרואיינים בילדותם בלבול ומצוקה. כך למשל תמר מתארת את יחסיה עם אמה בילדותה: "אמא שלי ממש ירדה עלי ועשתה לי חוויות מאוד קשות... 'זונה שרמוטה', כל מיני כאלה... חוויות מאוד מאוד קשות. שאני מטומטמת... כאילו זה מאוד מאוד דיכא. חוויות ילדות מאוד קשות" (תמר/361-356). לעומת זאת, היא מתארת גם מצבים בהם אמה עזרה לה והייתה שם עבורה. את היחס המשתנה לו זכתה מצד אמה היא מסכמת במשפט "אמא שלי מכשפה אמיתית. אתה יודע - קוסמת ומכשפה. כל מכשפה היא גם קוסמת. כשהיא לא עושה קסמים, היא עושה כשפים" (תמר/378-376). השימוש במטאפורה "קוסמת ומכשפה" המתאר את אמה, מבטא ניגודיות חריפה בין הטוב לרע המוחלט, והיא משקפת מצבי נפש קיצוניים שחוותה תמר בילדותה ביחס לאמה. הקושי באינטגרציה של חוויות כל כך מקוטבות שחוותה תמר בילדותה ניכר גם בתחומים אחרים בחייה ובאבחנה שהוצמדה לה בהיותה נערה "מאניה דפרסיה".

וואריאציה אחרת של קושי מול ההורים, אשר תרמה למצוקה נפשית אצל מספר מרואיינים, קשורה לצורך עז בריצויים ולקיחת אחריות, מלווה באשמה, על מצב רוחם. כך למשל, שרון מתארת את רגשות האשם שהיא חוותה כילדה שאמה, בעלת מצב הרוח "הרגשי והסוער", ויתרה על הקריירה שלה בגללה:

היה לי מאוד מאוד קשה איתה כשגדלתי... אמא שלי בן אדם מאוד רגשי וסוער. היא ויתרה על הקריירה שלה בשבילי... אני רק מנסה לחשוב לדבר על זה ובא לי לבכות... כמובן שהייתי ילדה מאוד אחראית, מאוד לקחתי על עצמי את האשמה... מין תחושה כזאת שלא משנה מה אני אעשה - זה לא יהיה טוב (שרון/40-36).

תחושת חוסר האונים של "לא משנה מה אני אעשה- זה לא יהיה טוב", הובילה את שרון לייאוש הולך וגובר, שהגיע ברמתו הקיצונית למחשבות אובדניות כפייתיות.

דוגמה בולטת נוספת לצורך בריצוי מובאת בסיפור של עמירה, שהייתה רקדנית מצטיינת, אשר פיתחה

חרדות קשות, מחשבות מאגיות וטקסים כפייתיים על מנת להצליח בריקוד ולרצות את אביה :

אני מאוד מאוד אהבתי את אבא שלי והרבה פעמים שמתי לב שמשוהו שאני עושה, עושה לו מצב רוח מאוד מאוד טוב. וזה המשיך, זה המשיך לאורך הרבה שנים וזה הפך להיות סוג של ריצוי... ומתוך הריצוי המאוד מאוד גדול הזה נוצר איזה משהו שבזמנו הרופאים נתנו לו שם OCD... החלטתי שאני לא נשארת בתיכון שלי כי העומס הזה עושה לי מאוד מאוד רע ועזבתי, פשוט, את התיכון, ומהשלב שעזבתי אותו, אבא שלי היה מאוד מאוד מאוכזב ממני ומשם נוצר ריחוק מאוד מאוד גדול... בדיעבד, נראה לי שאבא שלי היה בדיכאון. ואני כל הזמן, כל כך אהבתי אותו, אז רציתי כל הזמן לרצות. ומשם זה כבר מקום כזה, שהוא החרים אותי (עמירה/32-29, 16-17).

העובדה שלמרות מאמציה של עמירה לרצות את אביה, לדבריה הוא "החרים" אותה משום שעזבה את התיכון בו למדה ריקוד, תרמה לתחושת הכישלון, הניכור והייאוש שלה, ולא עבר הרבה זמן אחר כך עד שמשבר נפשי חמור פקד אותה ובעקבותיו אשפוזה הראשון.

מראיינים אחדים תיארו את ביתם כאוטי, חסר גבולות, אשר לא שמר עליהם ולא כיוון אותם במהלך התבגרותם ובכך תרם להתדרדרות מצבם הנפשי. דוגמא קיצונית לכך נתן אליהו, אשר תיאר איך הוא גדל בבית כאוטי "מהיסוד עד היסוד" אשר כלל מקרים רבים של גילוי עריות וטקסים של מאגיה שחורה, שהשאירו בו (ובאה ואחות נוספים שבסופו של דבר התאבדו) משקעים קשים אותם הוא ניסה להדחיק, עד שבשלב מסוים, בגיל 37, הם התפרצו והוא אושפז :

לא היה חוסר של בגדים ואוכל, לא היה, אבל מצד שני היה חוסר של אנושיות. פה ושם היו רגעים של חוס, אבל בכללי היו חסכים מרובים... גם כשהייתי בצבא, הייתי נשאר בקיבוץ ולא הייתי בא להורים. ידעתי ששם זה חומר נפץ... הקשר בין האחים - אין קשר. הקשר בין ההורים - אין קשר. אין קשר, אין הווי אין. תרבות - אין, שום דבר שמחבר אין. דבק, אין כלום. אין ממש כלום. כלומר אה... זה הרוס מהיסוד עד היסוד... הילדות שלי הייתה רוויה בטרור, בעולם השחור וב... עולם הפיגור, ועולם המוות, ועולם הפשע ועולם המשטרות ועולם הסמים. זה העולם שלי. זה היה עולם שמפחיד אותי. תבין - זה ילד רגיש... אני חושב שכל הילדות שלי לא ישנתי. הייתי ב... כמו שנת כלב... אמא הייתה באה באמצע הלילה והייתה לוקחת סכין, שמה מלח... הייתי רואה בלילה תמונה מאוד מפחידה של אמא שכאילו באה להרוג אותי (אליהו/114-113, 216-217, 240-242).

לאורך כל הראיון חוזר אליהו ומדגיש עד כמה היסודות הרעועים שלו: "הבסיס לא היה, לא היה בסיס" (אליהו/538) השפיעו על המסע/מאבק שלו לייצר עוגנים ולהשתחרר ממה שהוא מגדיר כעולם הכאוס: יש לי שני עולמות שאני נלחם בהם. זה מלחמת חורמה. זה לא מלחמה. זה מלחמת חורמה - בין העולם הכאוטי, לעולם שאני מנסה לשרוד אותו העולם של האני האיש שלי... הצד שלי שנלחם לחזור כל הזמן לחיים והכאוס שלא נותן לך לחיות. כשיש כאוס אז אין לך בסיס. אתה עובד בלי בסיס לאורך כל הדרך... וכל פעם אתה מנסה לתפוס איזהו משהו שכאילו - איזה משהו שיחזיק אותך... זה רחב הרבה יותר רחב. כן? כי זה הולך להשלכות הרוחניות של גיל הרבה יותר מאוחר (אליהו/145-147,273-277).

אליהו חווה את חייו לכל אורכם כמלחמה ("מלחמת חורמה"). כילד, חוויתו הקיומית, לדבריו, הייתה פחד וצורך להיאבק בכאוס המשפחתי, שבמרכזו אם שנחותה כדמות שעוסקת בכשפים ובאה להורגו, ובכאוס החברתי: "עולם הפשע ועולם המשטרה ועולם הסמים". בהמשך חייו (כיום הוא בשנות החמישים), הוא נאבק לשמר חיים שפויים ולא להישאב לכאוס, ותוך כדי כך הוא פיתח כלים רוחניים שעוזרים לו בהתמודדות עם המשקעים שנתרו בו מילדותו, ומאפשרים לו לעבוד בתפקיד ציבורי בעל אחריות, ולנהל חיי משפחה. מקור נוסף לבלבול ומועקה נפשית אצל חלק מהמרואיינים נבע מחשיפה טראומטית לבני משפחה עם בעיות נפשיות קשות. כשעודד היה בין כיתה ו' לז' הוא בילה כמה ימים עם אחיו שגדול ממנו ב 10 שנים בצפון הארץ, בזמן שהאחרון היה לדבריו בתקופת מאניה: "אני זוכר את זה כחוויה קשה מאוד. גם הבנתי שהוא לא הוא. הוא כאילו עישן הרבה weed... זה היה חוויה כזאת, מצד אחד כיפית, מצד אחד שלושה ימים כזה טירוף שהיה לי איתו... ואז לראות אותו בכלל בבית, שוכב אחרי זה..." (עודד/38-53). כמו עודד, גם דורית נחשפה בגיל ההתבגרות למראות קשים של בן משפחה בהתפרקות נפשית. האשפוז הראשון שלה התרחש אמנם בסוף שנות ה-30 שלה, אבל היסודות למשבר הנפשי נוצקו ככל הנראה במידה רבה בבית בו גדלה ובחוויות שהיא ספגה כמתבגרת:

היה אירוע מאוד קשה אצלנו בבית. אמא שלי עברה ניסיון אובדני, מאוד קשה. היא פשוט חתכה את הידיים, ממש חתכה את הידיים. כולל העורקים הראשיים. אני הייתי בבית. אני בעצם הצלתי אותה... ואחר כך היא הייתה מאושפזת במשך שנה שלמה במחלקה סגורה (דורית/32-30). דורית הייתה כמעט בת המשפחה היחידה שהייתה מבקרת את אמה מדי שבוע בבית החולים, וגם כאשר אמה חזרה הביתה, היו שנים רבות בהן היא סבלה מקולות שהייתה שומעת. דורית, שהייתה בקשר קרוב מאוד עמה, חזתה בקשייה הנפשיים, ועם הזמן אלה חלחלו אליה ויצרו קשיים משלה.



לסיכום, המערך המשפחתי המורכב של רוב המרואיינים שימש מעין חממה להתפתחותם של פגיעות ומצבי מצוקה בילדותם ובהתבגרותם. מצוקה זו, כפי שתואר, נבעה לעיתים מהתעללות פיזית או נפשית, מהזנחה, מאווירה כאוטית, מצורך עז בריצוי ולקחת אחריות על מצב רוחם של ההורים, מחשיפה טראומטית לבן משפחה אחר הסובל מבעיות נפשיות קשות ועל פי רוב מכמה מרכיבים יחדיו.

החוויית המשפחתיות הקשות, אשר היו דומיננטיות ושכיחות בסיפורם של המרואיינים, עונות במידה רבה להגדרה העכשווית של טראומה, אשר מתייחסת למרכיב הרצוף והמתמשך של החוויה ולא דווקא לאירוע חד פעמי (Read, Moskowitz & Perry, 2014). בנוסף על אירועי החיים הטראומטיים אשר התרחשו במסגרת המשפחה ותוארו לעיל, חלק לא קטן מהמרואיינים התנסו גם בחוויות טראומטיות מחוץ לקונטקסט המשפחתי, אשר היו בעלי השלכות על התדרדרות מצבם הנפשי. חוויות אלו יעמדו במרכזו של הפרק הבא.

### **3.1.1.2 אירועי חיים טראומטיים שהתרחשו מחוץ למסגרת המשפחתית**

"אין לי זיכרונות ניראה לי בכלל לפני גיל 10, ותמיד זה מלווה כאילו זיכרונות מעורפלים כאלה של טראומה בגדול" (רבקה/90-88).

במקביל לטראומות מסוגים שונים שנחו במסגרת המערך המשפחתי, חלק מהמרואיינים ציינו בסיפוריהם גם אירועים טראומטיים אשר התרחשו מחוצה לה. חלק מהטראומות שהמרואיינים דיברו עליהן היו אירועים חד פעמיים, כגון פיגוע תופת בו נכחה אילנה אשר גרם לנכותה, והשאיר אותה עם תסמינים פוסט-טראומטיים, וחלק אחר היה של אירועים טראומטיים מתמשכים. ניתוח סיפורי החיים שחשפו המרואיינים מלמד, כי השילוב של מספר אירועי חיים טראומטיים יצר אפקט מצטבר של לחץ נפשי אשר בשלב מסוים היה כמעט בלתי ניתן להכלה ובעקבותיו הגיעה הכניסה למערכת הפסיכיאטרית.

עודד, שהוריו התגרשו וסבל מיחס נוקשה מאוד מאביו, היה נער מתבגר בירושלים בתקופת הפיגועים של האינתיפאדה השנייה. הוא מתאר בסיפורו איך חטיפתו ורציחתו של חברו ברמאללה, תרמה לשימוש מאסיבי שלו בסמים ולהתדרדרותו הנפשית:

הייתה האינתיפאדה השנייה. עזבתי את הלימודים ב"א... היה לי חבר שאיתו הייתי עושה סמים וכיף... הוא אמר שהוא יבוא אלי ושיישב כמה זמן... ואז בערב כשהוא הלך להביא, חטפו אותו ורצחו אותו ברמאללה... למחרת הייתי בחקירות וכל מיני דברים כאלה, ואז התחלתי לעשות יותר סמים, ו... ולהתערבב עם אנשים יותר קיצוניים. ולעשות הרבה סמים האמת היא (עודד/89-82).

לפי הבנתו של עודד, המפגש בגיל ההתבגרות עם המוות באופן כה טראגי, גרר אחריו את השימוש המאסיבי בסמים (כולל הסחר בהם בהמשך), והוביל לחרדות קשות מנשוא ולחיפוש עזרה במסגרת אשפוזית. בדומה לעודד, גם הילה, אשר כנערה התנדבה במד"א ירושלים בתקופת האינתיפאדה השנייה, הכירה אנשים שנהרגו,

ואף נחשפה לזירות של פיגועים ומראות קשים בשלב רגיש בחייה, מתארת: "היו לי המון שאלות של זהות וכו', גם היו לי שאלות סביב המוות, ויכול להיות שזה שהייתי חשופה לכל זה - ראיתי אנשים מתים ליד, הייתי עושה החייאות על אנשים - זה העמיק את השאלות של המוות, והמוות שלי" (הילה/184-186). סוגיית החשיפה למוות והרג ברוטאלי בגיל ההתבגרות הופיעה גם בסיפורו של גיל, אשר גדל כנער בירושלים, ונגע בראיון בחוויה מטלטלת שעבר לפני הגיוס: "עברתי טראומה מסוימת לפני הגיוס. זאת הייתה חוויה של כמעט מוות. ז"א חבר שלי ואני עברנו, פחות או יותר, לינץ' בשכונה שגרתי. תקצר היריעה..." (גיל/267-268). נראה כי במקרים הנ"ל, נוסף על החוויה הקשה בפני עצמה של החשיפה למוות (או כמעט מוות) בנסיבות ברוטאליות, הילה, עודד וגיל נאלצו גם להתמודד בטרם עת עם שאלות קשות הקשורות לסופיות החיים - שלהם ושל אחרים, אשר תרמו למועקה ולמתח הנפשי שחשו באותה תקופה.

עבור חלק מהמראיינים תקופת הצבא נחווה בתור אירוע טראומתי, אשר במקרים אחדים הוביל להתערבות של קב"ן והורדת פרופיל או שחרור מהצבא, ובמקרים אחרים הוביל ישירות לאשפוז. כך למשל מתאר אליהו את חווית השירות הצבאי הטרומטית שעבר:

חשבתי שנכנסתי לאיזשהו עולם שלא מהעולם הזה... הם התעללו בנו. אתה יודע מה זה טירונות, ואני לא יכולתי שמתעללים בי. הייתי בוכה מבפנים בלילות... הייתי מתפתל מכאבים מבפנים. לא הייתי יכול לראות את זה. זה היה בשבילי שואה. אם אני רואה סרטי שואה. זה היה בשבילי אותו דבר. התעללות של נאצים... הדיכוי הזה שקרה (אליהו/178-185).

השימוש במטאפורה "שואה" ממחיש את הרושם שאליהו מתאר של חוויות קשות וטוטליות. ההתעללות שחוה בצבא, בשילוב עם היותו אדם רגיש לדבריו, יצרו אצלו לחץ ומתח נפשי בלתי נסבל. "הבכיי", ו"ההתפתלות מכאבים" היו מופנים כלפי פנים, ולא עברו, עד שלב מאוחר יותר בחייו, עיבוד וויסות. טראומה מסוג אחר, אשר חזרה על עצמה בשני סיפורים, קשורה בניצול מיני. במקרה של מלכה הניצול המתמשך אמנם לא נחוה באופן טראומטי, אבל הוא יצר בלבול גדול וצורך חסר גבולות, לדבריה, בחיפוש אחר ריגושים:

בגיל 12 אמא שלי שלחה אותי למטפל אלטרנטיבי, כי היו לי פחדים. אני לא חושבת משהו מאוד מאוד חריג. מן פחדים רגילים של ילדים. הלכתי למטפל ש... לא בצורה אלימה. אבל הוא פתח אותי למיניות. מה שאז לא היה לי מושג שזה לא דבר נכון... זה היה במשך שנתיים בערך. הייתי מטופלת שלו כל שבוע. הוא נתן לי להרגיש שזה משהו מאוד תמים וזה. אבל הוא חיבר אותי לעוצמות מאוד גבוהות של חוויות מיניות. וכבר מאז התחיל החיפוש שלי אחרי חוויות מאוד עוצמתיות (מלכה/18-24).

המשיכה לחוויות עוצמתיות הובילה אותה בין היתר למפגשים הרסניים עם גברים בגיל ההתבגרות, ומתוארת על ידה כאחת הסיבות המרכזיות לחוסר יציבות הנפשית באותה תקופה: "גדלתי בחוסר גבולות משוע. שזה אני רואה מה שהביא ל.. לשבירה שלי... בהסתכלות לאחור אני רואה נשמה מאוד עדינה עם כאלה פיצוצים של.. של חוויות ועוצמות" (מלכה/8, 26-28).

כמו מלכה, גם דורית עברה חוויה מינית בגיל מאוד מוקדם שהותירה בה משקעים "בערך בגיל 10 אני עברתי איזשהו אירוע טראומטי... לא יודעת אם זה בדיוק השורשים. אבל זה מן הסתם קשור איכשהו. עברתי מה שנקרא ניצול מיני" (דורית/16-19). אירוע זה בחייה המוקדמים, אינו עומד בפני עצמו, אלא מהווה חלק ממסכת של טראומות שחווה בהמשך חייה במפגשים עם גברים, אשר הובילו לקריסה נפשית בגיל 37 ולניסיון להביא לקץ בחייה. מיד אחרי הצבא היא התחתנה עם אדם שממנו היא החליטה להתגרש אחרי ארבעה חודשים, לאחר שזה ניסה לרצוח אותה מספר פעמים. באחת מהן "הוא פשוט שפך עלי פח נפט, ועמד מולי, ושפשף את הגפרורים" (דורית/46-47). אם לא די בכך, כאשר היא ברחה ממנו לירושלים לקרובי משפחה: "אז כמובן שהביזאריות של החיים צריכה לתת את המפרעה שלה. ואז גיליתי שאני בהריון" (דורית/57-58). דורית עברה הפלה והמשיכה בחייה, עד שבגיל 37 קרה אירוע טראומטי נוסף שעבורו היא כבר לא הצליחה לגייס כוחות נפש להתמודדות. באותה תקופה היה לה חבר שהיא עמדה להיפרד ממנו. הם קיימו יחסי מין במעין אקט של פרידה ואז:

עזבתי, אבל נכנסתי להריון. זה היה לי ברור שזה הצ'אנס האחרון להיכנס להריון. אבל ההיריון לא החזיק. הוא נזל ממני לבד. זה גמר לי את הבריאות. פשוט לא רציתי לחיות יותר... אבל אז זה פשוט התחיל ליזול מהגוף. זה באמת הביא אותי למקומות נוראיים עם עצמי. זה נורא היה. זה.. ואתה תסלח לי אם אני אבכה ((בוכה)). אבל באמת ש... עם כל טיפת דם שנשרה לי מהגוף אני לא רציתי לחיות (דורית/298-306).

ייתכן כי חוויה מכוננת זו, שהכאב שלה עדיין מלווה את דורית עד היום, מתכתבת עם חווית הניצול המיני שעברה בגיל 10, ועם הכניסה להריון הלא רצוי מבעלה לשעבר שניסה לרצוח אותה. התיאור הגרפי של הדם שנוזל מהגוף, מתכתב עם ניסיון ההתאבדות שאמה עשתה בזמן ששהתה בבית כשחתכה לעצמה את הוורידים. דוגמה זו ממחישה כיצד הצטברות אירועי חיים טראומטיים, אשר התרחשו בתוך המשפחה או מחוצה לה, מובילה למצב קיצוני בו לא ניתן להכיל יותר את עוצמת הכאב, וש ממנו הדרך לכניסה למערכת הפסיכיאטרית קצרה.

לסיכום, רבים מהמרואיינים מתארים בסיפור חייהם זיכרונות מאירועים טראומטיים שחוו מחוץ להקשר המשפחתי, בתקופה שקדמה לאשפוז. השילוב של מספר טראומות, ממושכות או חד-פעמיות,

הקשורות במוות, ניצול מיני או התעללות מסוג כזה או אחר, בשילוב עם היעדר ניסיון חיים וכלים להתמודדות עם הכאב, חשפו את המרואיינים לנזקים נפשיים, ולנקודה בה המערכת (בין אם מרצון או בכפייה) נכנסה לתמונה.

החלק הבא ידון בשימוש שעשו מרואיינים בסמים אשר תרם בחלק מהמקרים לכניסתם למערכות בריאות הנפש.

### **3.1.1.3 שימוש בסמים ואלכוהול**

השימוש בסמים, בתקופה שקדמה לאשפוז, היה מוטיב אשר חזר על עצמו בחלק נכבד מסיפורי המרואיינים<sup>10</sup>. חלקם לא ייחסו לשימוש זה השפעות שליליות במיוחד על מצבם הנפשי, אך היו גם מי שציינו בפירוש כיצד צריכת הסמים הובילה להתדרדרות במצבם הנפשי ולכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. במקרים מסוימים השימוש הממושך בסמים יצר אצל המרואיינים תחושות קשות של נתק מהמציאות, חוסר יכולת לישון, פרנויה וחרדות: "זה מאוד בלבב אותי, לא הבנתי מה זה החרדות האלה... זה היה עושה לי סרטים" (עמירה/355-361), אך לעיתים, כמו במקרה של ראובן, די היה באירוע חד-פעמי של שימוש, לשנות באופן דרמטי את מהלך חייו. אחרי שהשתחרר ראובן משירות קרבי כקצין, הוא נסע לעבוד באילת ופתח שם עסק עצמאי. בזמן שהותו שם הוא פגש כמה אנשים שהשתמשו בסמים והחליט בעצמו לנסות:

לקחנו את האקסטזי... פתחתי את חרצובות הלשון לספר חוויות מהצבא ומפקדים וחיילים, משהו שאף פעם לא עשיתי לפני זה... ואחרי שנגמר... התחלתי בעצם להיכנס למצב פסיכוטי. התחושה שלי כבר הייתה שאני, שאני נביא. ש... שיש לי יכולות, יכולות על לקרוא את המציאות, לראות במציאות דברים שאחרים לא רואים (ראובן/85-79).

שבועיים אחר כך, כשהוא סובל מפרנויות קשות וחוסר יכולת לתפקד, אושפז ראובן במחלקה סגורה. האשפוז אמנם היה קצר והמצב הפסיכוטי חלף, אך הוא שקע לתקופה ארוכה של דיכאון והסתגר במשך חודשים בביתו שבקיבוץ. מעניין לציין שראובן ייחס חשיבות גדולה לתוכן המחשבות והרגשות שהיו לו כשהיה במצב הפסיכוטי. מספר שנים אחרי אותו אירוע ראובן חזר בתשובה, ולדבריו היסודות לכך נוצקו באותה פרק זמן בו הוא הרגיש שהוא נביא: "החיבור אל הקדוש ברוך הוא, עם כל החזיונות והתחושות והמחשבות בזמן של האירוע שלי, התחברו לאלוהים. ז"א, כבר שמה נוצר חיבור אל העל טבעי" (ראובן/286-287). בדומה לראובן, גם אברהם שירת כקצין בצבא ולאחר השירות טס לעבוד באוסטרליה. השימוש הממושך שלו בסמים תרם לדבריו לדלוזיות שחווה באותה תקופה, ולתחושה שהוא המשיח:

<sup>10</sup> על השימוש בסמים קלים כגורם מרפא בתקופה שלאחר האשפוז אייחד פרק בהמשך.

שמה אתה מתחיל את הבוקר, קודם כל זה ג'וינט, כאילו לפני שמתחילים לעבוד עושים מעגל, מעבירים ג'וינט... לאט, לאט המצב רוח שלי עולה, ועולה, ועולה, ומתחילים כמובן להיכנס לדלוזיות. בסוף זה תפס אותי כאילו... נכנסתי לסרט מאוד, מאוד פסיכוטי, ממש הייתי... הייתי המשיח (אברהם/189-192).

בשונה מראובן, אברהם לא מציין בסיפורו שהוא ייחס משמעות עמוקה לתוכן של החוויה הפסיכוטית שעבר. עם זאת, אברהם עדיין מוצא פן חיובי בחוויה הפסיכוטית שעבר - השהות בבית חולים פסיכיאטרי באוסטרליה, והיחס והגישה החיוביים להם הוא זכה שם, גרמו לו לימים להיות פעיל למען קידום ופיתוח של מודלים דומים בארץ.

בנוסף להשפעות הישירות על מצבם הנפשי של המרואיינים, נראה כי לסמים ואלכוהול היו גם השפעות שליליות עקיפות על התדרדרותם. למשל, במקרה של מלכה צריכת הסמים הלכה יד ביד עם חוויות מיניות לא מותאמות עם גברים: "בגיל 12 נפתחתי לשני דברים - גם למיניות, וגם לסמים... באותה תקופה כבר התחילו עישונים של סמים קלים. וגם התחילו חוויות מאוד מאוד חזקות מעישון של גראס" (מלכה/29-30). הסביבה בה צרכה מלכה את הסמים הייתה גם הסביבה של הגברים שהיא נפגעה מהם, ולשתיהן יחד הייתה השפעה אחת על השנייה. לדבריה, חוסר הגבולות וחוסר ההכוונה מהבית נתנו פתח לחוויות עוצמתיות בהשראת הסמים והמיניות, אותן היא לא יכלה להכיל, והן אלו שהביאו אותה ליציאה מאיזון ולהגעה למצבים נפשיים קשים: "נתנו לי הרבה עצמאות, וזה משהו שלא יכולתי להכיל אותו... נפגעתי המון פעמים מגברים... וזה ממש עשה לי התרסקויות" (מלכה/31-34).

מקרה דומה, אשר מדגים את ההשלכות השליליות העקיפות של השימוש בחומרים, חוותה שרי אשר בגיל 16 התחילה "לבדוק בצורה יסודית מה זה אלכוהול" (שרי/220). באותה התקופה היה לה חבר שגדול ממנה בשבע שנים, אשר איתו ועם מכר שלו היא עברה "אירוע מאוד מאוד טראומטי", שעד היום היא מעדיפה לא לדבר עליו לפרטים משום שזה גורם לה להרגיש רע. באותו מקרה:

שתיתי לא מעט, אולי קנקן... זה לא היה חכם. הגענו אליו הביתה. המשכנו לשתות וודקה. מה שאני זוכרת זה לא הרבה. זה שהרמתי בקבוק. הנפתי את הראש אחורה. שכבתי על איזה מיטה כזו, דומה למיטה צבאית והרמתי את הראש אחורה, והנחתי אותו. חשבתי שהוא יפגע במזרון והוא פגע באיזה מוט של המיטה. המיטה התהפכה, אני נפלתי ואיבדתי הכרה. כשהתעוררתי... אני עדיין הייתי על הרצפה עם המיטה הפוכה לידי, אבל בלי בגדים. אני מגמגמת כי היה לי שוק. לא ידעתי מה אני עושה פה. איך הגעתי לפה. מה קרה. למה אין לי בגדים. ולמה אני לא מצליחה להיזיז אף איבר מהגוף שלי... אז חטפתי בעיטות משני אנשים שונים מעל הראש לי. בכל הגוף ולא יכולתי לזוז בכלל... ואז נכנסו

שוטרים. ולקחו אותנו לחקירה ו... עד שהביאו חוקרת נוער והביאו את ההורים שלי... ושישו ושימחו.

החוקרת נוער הייתה מאוד נחמדה, במרכאות. היא האשימה אותי... (שרי/281-266).

האירוע הטראומטי הזה, אשר כלל חבלות גופניות, אונס ("אני די בטוחה שהיה שם אונס, כי אני לא הייתי בהכרה" (שרי/278)), פתיחה של תיק משטרתי, משבר אמון עמוק באותו בן זוג, שמועות שהחלו עליה בתיכון שהובילו לבידוד חברתי ("התנתקתי מכל החבורה של הבנות שלי. הייתי מאוד לבד" (שרי/284)), קשור בעקיפין לצריכה המוגזמת של אלכוהול באותו היום. תחושת הבדידות ששרי הרגישה: "הייתי מאוד לבד עם כל הסיפור הזה" (שרי/285), והעומס על המערכת הרגשית שלה כתוצאה מהאירוע עצמו: "הטראומה הזו ליוותה אותי הרבה שנים" (שרי/286), יצרו משקעים שתרמו כנראה להתדרדרות הנפשית והגעתה לאשפוז מספר שנים אחר כך.

כמו מלכה ושרי, כך גם עודד נחשף הן להשפעות הישירות של השימוש בסמים, והן להשלכות נוספות שנגזרו מהשימוש בהם. במקרה שלו מדובר היה בשימוש מאוד מאסיבי בסמים בגיל ההתבגרות, אשר הוביל לסחר בהם ולהתחברות לגורמים פליליים:

בכיתה ז' כבר היה לי נגישות לגראס... ואז התחלתי לעשות יותר סמים ולהתערבב עם אנשים יותר קיצוניים. לעשות הרבה סמים האמת היא... גראס, אקסטזי, LSD... כאילו ברמה של הרבה מאוד. בוא נגיד שהייתי איזה 80 קילו כשהתחלתי סמים כזה, כשאושפזתי הייתי 54. כאילו עשיתי הרבה סמים, הרבה מאוד מאוד מלא מלא... אני הייתי נוסע לדרום עם אקדח בתא הכפפות ולכל מיני מקומות לעשות עסקאות... (בהמשך) זה הפך לפסיכოזה ולפרנויה שרודפים אחרי, שעוקבים אחרי וכל מיני דברים כאלה (עודד/103-82).

לצריכת הסמים של עודד בגיל ההתבגרות היו השלכות שליליות במספר מישורים: במישור הגופני – הוא הגיע לתת משקל, במישור החברתי – הוא (שגדל בבית מהמעמד הגבוה) נקלע למצבים מפוקפקים עם גורמים עבריינים, ובמישור הנפשי – החרדות והפרנויות היו כה קשות עד שלבסוף: "עשיתי הרבה סמים. הייתי במצב לא טוב. אחרי זה כבר אשפזתי את עצמי" (עודד/116-110).

לסיכום, חלק ניכר מהמוראליים תיאר שימוש, כבד או מתון, בסמים בשלב שקדם לאשפוז. עבור חלק מהמוראליים לחווית השימוש לא ייוחסו השפעות שליליות (חלקם אף ייחסו להם השפעות חיוביות בשלב שבא לאחר האשפוז – כפי שיתואר בחלק 3.2.3), לעומת זאת עבור אחרים השימוש בסמים תואר כאקט אשר הוביל לפגיעה ביותר מרובד אחד בחייהם: במישור הנפשי תיארו מוראליים כיצד השימוש תרם לדלוזיות, פרנויות, בלבול וחרדות עמן נאלצו להתמודד, ובמישור החברתי השימוש הביא מוראליים לחוויות לא פשוטות כגון קשרים מיניים לא מותאמים עם גברים, חיבור עם גורמים שליליים ועבריינים, מעצר וכניסה לכלא.

מעניין לציין שהשימוש בסמים שתואר בחלק זה התרחש על פי רוב בגיל ההתבגרות או בתחילת שנות ה-20 לחייהם של המרואיינים. לעובדה שהשימוש התרחש דווקא בתקופת חיים זו, על מאפייניה השונים, ישנן מספר השלכות, שחלקן יתבהרו בסעיף הבא, אשר יתמקד במרכיבים ביוגרפים מתקופת גיל ההתבגרות של המרואיינים, שלהם הייתה להם תרומה בהתדרדרות מצבם הנפשי.

#### **3.1.1.4 מאפיינים של גיל ההתבגרות שתורמו למשבר**

הקיץ הזה בין ט' ל'י היה נקודת מפנה בהתפתחות של האישיות שלי... באותו קיץ התחלתי לעשן סיגריות, לשנות אכילה, והגעתי לתיכון עם פרסונה חדשה... התחלתי בהתנהגות מרדנית. ניסיתי ליצור לעצמי דמות שחורה... באותה תקופה התחלתי לפצוע את עצמי. אני חושבת שזה היה חלק מהדמות שיצרתי. הדמות המלנכולית, הסובלת והמתייסרת. פעם חרטתי על היד שלי את המילה hate. זה היה גיל של הרבה בלבול (הילה/55-59).

גיל ההתבגרות הוא שלב בחיים בו בני אדם רבים חווים קשיים ואתגרים שאופייניים לתקופה זו, כגון ניסיון לגבש זהות, הכולל צורך בבדיקת גבולות העצמי, ראייה דיכוטומית של המציאות וצורך מוגבר בנראות ובתשומת לב<sup>11</sup>. ניתוח הסיפורים שסיפורו המרואיינים מלמד כי אצל חלקם מאפיינים אלו באו לידי ביטוי בצורה מוקצנת ושימשו גורם הדק (טריגר) להחמרת מצבם הנפשי. 19 מתוך 23 המרואיינים (82%) היו בני נוער, או בשנות ה-20 המוקדמות לחייהם, בזמן שחוו משבר נפשי חמור ונכנסו לראשונה למערכת הפסיכיאטרית. להלן יוצגו מספר דוגמאות הממחישות כיצד מאפיינים מוקצנים של גיל ההתבגרות שיבשו את האיזון הנפשי של המרואיינים ותורמו להתדרדרותם.

אחד המאפיינים השכיחים של גיל ההתבגרות קשור בשינויים גופניים שאליהם מתלוות תחושת שונות ומגוונות של דימוי גוף. עודד מתאר קושי שחווה שקשור בדימוי גופו: "בהתבגרות היה לי הרבה בעיות עם עצמי. גם הייתי מאוד שמן יחסית. יחסית כאילו לעצמי, היה לי כאילו בעיות של בטחון עצמי". בדומה אליו גם יערה סבלה בגיל ההתבגרות מדימוי גופני בעייתי, ואושפזה בגיל 12 כשהפסיקה כמעט לאכול וירדה למשקל של 29 ק"ג. עבור עמירה, שלמדה מחול וגופה היה הכלי שבאמצעותו היא ביטאה את האומנות שלה, השינויים שנוצרו כתוצאה מהתפתחות הגוף באותן שנים היו קשים מאוד ולדבריה - מקור לתחילת התדרדרותה הנפשית:

תמיד היה לי מאוד מאוד קל, פיזית. ואני חושבת שמכיתה ח' לט', כנראה הגוף שלי התחיל לעבור שינויים. קיבלתי מחזור וכל מיני דברים כאלה. והתחיל להיות לי מאוד מאוד קשה וניסיתי לחפש כל מיני טריקים להמשיך להצליח בזה... היו שם המון חרדות, אני זוכרת שכמו שהייתי נושמת, הייתי

<sup>11</sup> APA <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>

מריצה כל הזמן משפטים בראש. להרגיע את עצמי- הכל בסדר, הכל בסדר, יהיה בסדר. כל היום ככה.  
זה נורא מעייף (עמירה/317-311).

מעניין לציין שהאופן שבו עמירה מתארת את הפער הקיצוני בין המצב ש"מאוד מאוד קל לה" לבין המצב שבו "מאוד מאוד קשה לה" משקף ראייה דיכוטומית של המציאות אשר אופיינית לגיל ההתבגרות.  
הראיה הדיכוטומית של המציאות בגיל זה, יכולה לבוא לידי ביטוי בבחירה של בני זוג שעמם נוצר קשר לא יציב והרסני. תמר, למשל, מתארת כיצד נכנסה לרצף של שתי מערכות זוגיות קשות בתיכון, שהובילו לדבריה לאשפוז :

הכרתי שם איזה בחור והמערכת יחסים הייתה מאוד מאוד מאוד בעייתית. הוא עצמו יש לו איזושהו, אחרי זה בדיעבד גיליתי, שיש לו איזושהו פיצול אישיות גבולי... להיות במערכת יחסים של כמעט שנתיים בגיל מאוד צעיר עם בן אדם שישי לו מערכת עם פיצול אישיות גבולית, ואני לא יודעת את זה, אני רק רואה שכל פעם הפיצול נותן לי מכה ואז מרפא אותי. היה לי מאוד בעייתית... (לאחר הפרידה) פגשתי איזה בחור. אם אני היינג אז הוא היאנג. אם אני היאנג אז הוא היינג. אני מאוד לבנה והוא מאוד שחור... וזה היה ממש מערכת יחסים שזה הגיע למצב של טלפתיה, הוא גם אה... מכשף לא קטן... שהוא מתעסק כל כך בשחור. בעקבות הפגישה שלי איתו נכנסתי לאשפוז (תמר/154-123).  
הבלבול הגדול שחוותה תמר מהיחסים עם בן הזוג, שמצד אחד הכה ומצד שני ריפא, מתכתב עם היחסים שלה ושל אמה (שהייתה "קוסמת ומכשפה"). הממד המיסטי שנוסף לקשר זה (טלפתיה, כישוף וכו'), אשר קיבל לגיטימציה בין היתר מאמה שמתפרנסת מ"הילינג", תרם כנראה לבלבול שלה ונתן לה דחיפה נוספת להגיע למצב שבו היא איבדה קשר עם המציאות, וחשבה שהיא יכולה "להיטען מהשמש בלבד, ללא צורך באוכל" (תמר/281).

מאפיין נוסף של גיל ההתבגרות קשור בניסיון אינטנסיבי לזכות בתשומת לב חברתית מצד המתבגר, אשר עשוי לבוא לידי ביטוי בהתנהגויות שונות, כגון פירסינג ועריכת שינויים במראה ובגוף. אצל חלק מהמרואיינים נראה, כי ניסיון זה היה כה קיצוני, שהוא גרר שימוש באמצעים פתולוגיים והרסניים (כגון פגיעה עצמית בגוף : self-mutilation והרעבה), אשר השאירו בהם צלקות פיזיות ונפשיות ותרמו לכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. הילה, למשל, שהייתה פוגעת בעצמה ועשתה מספר ניסיונות אובדניים, הייתה בת 13 כשאחותה בת ה- 17 אושפזה, מתארת :

מאוד קינאתי בתשומת הלב שהיא מקבלת. במיוחד מאבא שלי. היו המון מתחים בין ההורים שלי סביב הטיפול בה, ואני נלחצתי לשוליים. יכול להיות שאחד הדברים שתרמו להתנהגות שלי - שהייתה מאוד סוערת, ומאוד מדאיגה, באמת הייתי מאוד בסיכון, יכול להיות שזה הגיע מזה שרציתי



להשתוות לאחרות... התחלתי לחתוך את עצמי... והיה לי רווח אישי מאוד גדול מכל הסיפור הזה... בצורה מאוד חולנית אמנם, הם היו מאוד עסוקים בי. כנראה שהייתי זקוקה להתאספות הזאת סביבי כל הזמן (הילה/70-66, 130-128).

בראיה לאחר, ומתוך פרספקטיבה של משהי שעוסקת במקצוע טיפולי כיום, מתארת הילה כיצד התחרות שלה עם אחותה בגיל ההתבגרות על תשומת הלב של הוריה הובילה לדבריה את שתיהן למעשים יותר ויותר קיצוניים, במעין מעגל כשפים ששתיהן לא ידעו איך לצאת ממנו. ה"רווח האישי" שלה באותו הזמן כמעט עלה לה בחייה.

מאפיין נוסף של גיל ההתבגרות קשור בצורך בבדיקת גבולות וחיפוש אחר ריגושים. במסגרת זו שלושה מרואיינים (מלכה, הילה ועודד) דיברו על הרצון שלהם להגיע לאשפוז פסיכיאטרי, אשר נבע לאו דווקא מתוך רצון להיעזר במסגרת, כמו מתוך הרצון לחוות את הריגוש של החוויה הקיצונית. כשמלכה הייתה בתיכון היא החלה לעסוק באומנות. במסגרת החיפוש שלה "אחרי חוויות מאוד עוצמתיות" (מלכה/24-18) היא מתארת את הכמיהה שהרגישה להגיע לאשפוז פסיכיאטרי:

זה בעצם היה רצון המוסווה שלי. רציתי כאילו את הדבר המיוחד הזה... זה היה כאילו משהו 'איני' או מיוחד או נחשק, ותקופה די קצרה לפני שהתחיל המהלך הפסיכיאטרי, מה שנקרא, שמעתי על זה. שמעתי והכרתי אנשים ש... שהיה להם מאניה דפרסיה, וחוויות פסיכיאטריות ואשפוזים. אני זוכרת שכשדיברתי עם הדמות הזאת שפגשתי. זה היה נראה לי כאילו הכי מדהים. כאילו לחוות את החיים ברמה כזאת עוצמתית. והתקנאתי לזה. התקנאתי וכאילו היה נראה לי שלהגיע לאשפוז פסיכיאטרי זה השיא של ה... עוצמת החוויות חיים... תפסתי את עצמי כאומנית גאונית מוכשרת. שחלק מהמהלך שלה זה גם לעבור דבר כזה (מלכה/45-38).

הקנאה שהרגישה מלכה כלפי אותה דמות שהכירה אשר חוותה אשפוז, מבטאת תפיסה רומנטית ונאיבית של מסגרת זו. התדמית של "האומן הגאון והמשוגע", שאותה ניסתה לטפח בגיל ההתבגרות, מהווה חלק מהניסיון שלה לחוות ריגוש שנוצר כתוצאה מהליכה עד הקצוות.

גם עודד תיאר איך בגיל ההתבגרות הוא רצה להגיע לאשפוז: "ראיתי את זה כהרפתקה לאשפוז את עצמי. סבבה- מה יהיה? לא משנה. יהיה מעניין. יהיה אפשר לעשות סרט" (עודד/151-150). עודד מתאר את הרצון להגיע לאשפוז באופן פחות דרמטי מהאופן שבו מלכה מתארת, ויותר מתוך מקום של סקרנות ועניין; ועם זאת, הרצון שלו להתאשפז היה חלק בלתי נפרד מתפיסה רומנטית שאפינה אותו ומרואיינים אחרים בגיל ההתבגרות.

אם כן, חלק גדול מהמוראיינים חוו את המשבר הנפשי הראשון שלהם והכניסה למערכת הפסיכיאטרית סביב גיל ההתבגרות. נתון זה מעיד על כך שבגיל זה התרחש משהו בחייהם שהינו בעל חשיבות בהבנת הסיבות והרקע לכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. נראה כי עבור חלק מהמוראיינים, התנהגויות מסוימות שאופניות לגיל זה, כגון צורך בבדיקת גבולות העצמי, ראייה דיכוטומית של המציאות, קשיים עם דימוי גוף, שימוש מופרז באלכוהול וסמים וצורך מוגבר בנראות ותשומת לב, באו לידי ביטוי בצורה מוקצנת והרסנית והובילו להחמרה במצבם הנפשי.

לסיכום, בפרק זה פורטו ארבעה מרכיבים מההיסטוריה האישית של המוראיינים: המערך המשפחתי, טראומות שנחוו מחוץ למסגרת המשפחתית (לפני האשפוז), שימוש בסמים ואלכוהול ומאפיינים של גיל ההתבגרות, אשר יצרו סדקים בחוסן הנפשי ובכוחות האגו שלהם, ובכך תרמו לכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. מרכיבים אלו בסיפורי המוראיינים מקיימים קשרי גומלין הדוקים ביניהם ועל פי רוב אינם עומדים בפני עצמם. לדוגמה, בסיפורה של שרי ניתן לזהות כיצד קשרים בעייתיים עם אמה – ע"ע "המערך המשפחתי" ("היה לי מאוד מאוד קשה איתה כשגדלתי... זה לא ממש אלימות קיצונית, זה לא קיצוני, אבל בשבילי זה היה קיצוני" (שרי/123-126)) תרמו בגיל ההתבגרות (ע"ע גיל ההתבגרות) לצריכת כמויות גדולות של אלכוהול (ע"ע שימוש בסמים ואלכוהול) ("בגיל 16 התחלתי לבדוק בצורה יסודית מה זה אלכוהול" (שרי/220)), אשר הובילה לאירוע הטרומטי (ע"ע אירוע טראומטי) שהיא חוותה ("אני די בטוחה שהיה שם אונס, כי אני לא הייתי בהכרה" (שרי/278)), אשר גרם לרצון שלה להסתגר ("הייתי מאוד לבד עם כל הסיפור הזה... הטרומה הזו ליוותה אותי הרבה שנים" (שרי/285-286)), ובהמשך - לנסות לשים קץ לחייה. השילוב של מרכיבים אלו בחייהם המוקדמים של המוראיינים הביא לכך שחלקם לקו לדבריהם בחסכים רגשיים כשהתחילו "לצאת אל העולם" ("חוסר יכולת להרגיש נוח בחברת אנשים. אטימות מוחלטת ופחד אין סופי לגבי כל מה שקשור לרגש" (טמיר/143-144)), ובהעדר כלים המתאימים להתמודדות עם נסיבות וקשיי החיים ("כשאני מגיע לגיל שבו אני אמור לצאת לחופשי, אבל אין לי כלים. אין לי כלים נפשיים להתמודד עם המציאות. אין לי כלים להזרים עם שמחת החיים שלי. כי אני התרגלתי להיות באיזשהו כיוון, באיזשהו מחנק" (גיל/274-276)). השילוב של החסכים הרגשיים, הטרומות שחוו והעדר הכלים להתמודדות עם נסיבות וקשיי החיים הוביל בשלב כלשהו בחייהם של המוראיינים להתפרקותם הנפשית ולאשפוז במחלקה פסיכיאטרית.

להבדיל ממרכיבים ביוגרפיים אלו, אשר תרמו למצוקה הנפשית של המוראיינים ולכניסתם למערכת הפסיכיאטרית, ניתן לזהות בסיפורי חייהם המוקדמים של חלק מהמוראיינים מרכיבים מסוג שונה, אשר

דווקא יצקו את היסודות להתרחקותם ולהתנתקותם העתידית ממערכת זו. הפרק הבא יידון במרכיבים אלו, וידגים כיצד לעיתים אותו אלמנט ביוגרפי עשוי היה לתרום לכניסה למערכת הפסיכיאטרית ובה בעת גם ליציאה ממנה.

### **3.1.2 יסודות מההיסטוריה האישית שתורמו להתנתקות ממערכת בריאות הנפש**

"הגרעין שלי, הוא גרעין בריא. הייתי צריכה לנקות אותו מכל מה שהתלבש עליו בהמשך" (הילה/378-377). ניתוח הסיפורים של המרואיינים מראה, שניתן לזהות בהיסטוריה האישית שלהם יסודות שתורמו הן לרצונם להתנתק ממערכת בריאות הנפש והן ליכולתם המעשית לעשות זאת. על היסודות הללו, אשר הונחו במקביל לקשיים ולמורכבויות שתוארו עד כה, נשענו המרואיינים כשהגיעו לשלב בו הם התנתקו ממערכות בריאות הנפש. יסודות אלו ניתנים לחלוקה לשתי קבוצות, אשר מקיימות קשרי גומלין בניהן: 1. יסודות שנובעים ממערכת של ערכים משפחתיים, תמיכה והכלה; 2. יסודות שקשורים לתכונות אופי של המרואיינים, כגון ביטחון עצמי, נחישות, מרדנות ועצמאות. להלן יתואר כיצד כל אחד מיסודות אלו תרם את תרומתו להתרחקות המרואיינים משירותי בריאות הנפש.

#### **3.1.2.1 מערך משפחתי מעצים כגורם שתורם להתנתקות ממערכת בריאות הנפש**

"המשפחה כולה הגיעו לבקר, כולם נכחו. בדיעבד אני חושב שזה היה מאוד חשוב בשבילי, שהמשפחה עדיין בתמונה. נשארתי ולא מתחמקת ולא בורחת" (ראובן/180-179). תת הפרק הבא ידון באופן שבו ערכים שהוקנו בילדות, ומערך משפחתי תומך ומכיל, העצימו את המרואיינים, אפשרו להם לבנות יסודות מוצקים ונתנו להם כלים בהם הם נעזרו בשלב בו הם התנתקו ממערכת בריאות הנפש.

כשאלנה הייתה סטודנטית למשפטים, היא נפגעה בפיגוע תופת שגרם לה לנכות פיזית קשה ולתסמינים פוסט טראומטיים. בסיפורה היא מתארת כיצד התמיכה לה זכתה והערכים אותם רכשה בבית, תרמו להצלחתה להשתקם בכוחות עצמה, ולהתנתק משירותי בריאות הנפש:

אנחנו היינו מה שנקרא משפחה מאוד חמה... הזיכרונות מילדות הם מאוד מאוד מאוד חמים... ברגעים שהיה לי קשה בהמשך, אני תמיד נזכרת בזמנים האלו... ההורים לא עשו לי הנחות. אם הייתי צריכה להכין תה אז אבא היה אומר 'אוקי, קומי, ותלכי לעשות תה'. אמרתי לו 'אוקי אבא אבל כואבת לי רגל, כואבת לי יד'. 'אני לא רואה' אומר, 'תשתדלי'. זה שלא עשו לי הנחות זה מאוד עזר... אני לא ציפיתי לרחמים (אילנה/1077-1075, 36-31).

אילנה מתארת כיצד התמהיל של "היחס המאוד מאוד מאוד חמים", לצד חוסר המוכנות של הוריה לתת לה "הנחות" או להביע "רחמים", עזר לה להתמודד כיום עם הנכות והטראומה הקשה שחוותה. הזיכרונות

מתקופת הילדות, שאותם היא מתארת בערגה, שימשו אותה ברגעיה הקשים, ותרמו לדבריה ליכולת שלה להשתקם ולסמוך על כוחותיה שלה, מבלי הצורך להזדקק לשירותי בריאות הנפש, בהם היא השתמשה בעבר. בניגוד לאילנה, שתיארה את הבית שלה והזיכרונות ממנו כחיוביים במיוחד, רוב המרואיינים תיארו

תמונה משפחתית מורכבת יותר, לפיה לצד המרכיבים המעצימים אשר תרמו לחוסנם הנפשי (ולכולת העתידית להתנתק משירותי בריאות הנפש), הם גם חוו בביתם קשיים גדולים. בחלק מסיפורי הילדות בהם הוצגה תמונה משפחתית מורכבת, עיקר הקושי נחוה מכיוונו של הורה אחד ואילו ההעצמה מההורה השני. דוגמה בולטת לכך ניתן לראות בסיפורו של גיל. את הקשר עם אמו הוא מתאר כך: "מהזיכרונות הראשונים שלי זה שאני חוטף מכות מהאמא שלי. קשות עד ש... נגמרה לי הנשימה... יש לי זיכרונות מאוד חריפים, מאוד חדים מהדבר הזה.... אני חוויתי אותה כאש בוערת. אש שורפת" (גיל/72-71). לעומת זאת, על אביו הוא אומר:

"הוא היה מאוד רך, מאוד עדין, מאוד מתחשב. אבא שלי מביא איזשהם יסודות דתיים, אמוניים חזקים מאוד, אבל יחד עם מתינות, מתינות ופתיחות וקבלה. הוא אישיות מטפלת מובהקת. הוא נמצא, על פי תפיסתי, בדרגה רוחנית גבוהה" (גיל/8-9). לצד הסבל והקושי שחוה ביחסים עם אמו, שנחותה כ"אש שורפת", מצא גיל נחמה בקשר עם אביו, אותו הוא חווה כ"מאוד רך, מאוד עדין, מאוד מתחשב". היסודות של גיל לחיבור לעולם הרוח, לו הוא מייחס מרכיב מרכזי בתהליך הריפוי והשיקום שעבר, הונחו כנראה על ידי אביו עוד בילדותו, והם אלו אשר שימשו לדבריו ככלי להתגברות על המצוקות והטראומות שחוה במהלך חייו.

מרואיינת אחרת אשר מתארת בסיפורה קושי גדול מול אחד ההורים (אם כי מסוג שונה לגמרי) ולעומתו תמיכה רבה ויציבות מהורה אחר היא דינה. דינה גדלה בבית שבו אביה, שהיה ניצול שואה וראה איך אביו נורה לנגד עיניו, התאבד בירייה כשהיא הייתה בת 10 בזמן ששהתה בבית. את ההתפרקות שחוותה בגיל 16 היא מקשרת לאירוע דרמטי זה: "זה האירוע המכונן של חיי... אני הייתי כמו פצצה מתקתקת" (דינה/82), ומוסיפה: "אני הייתי עם בור של חוסר, מחסור באהבה. בור עצום עצום עצום" (דינה/507). לעומת המרכיב של הקושי האדיר שיצרה התאבדותו של אביה (שבקברו היא מיאנה לבקר במשך 30 שנים), מאמה היא זכתה למערכת תמיכה רגשית משמעותית מאוד, לה היא מייחסת את היכולת שלה להשתקם ולא לשקוע במסלול החולי:

אמא שלי נתנה המון אהבה. היא הייתה אמא מאוד טובה, חוץ מהסימביוזה שנוצרה ביננו, שזה היה קטע פתולוגי, אבל כזאת חמודה... כשהייתי בת 50 כבר התחיל אצלה האלצהיימר. אז אני אומרת לה 'אמא אני בת 50 היום'. אז היא אומרת לי 'כבר חמישים שנה אני אוהבת אותך'... אני חושבת, כמו שהביטלס אומרים All you need is love, אז לאהבה יש כח תרפויטי שאין לו ערוך... אתה משלב את כוחות הנפש שלי, עם האהבה שקיבלתי - זה מה שבנה אותי (דינה/510-507, 516-519).

אביה של דינה השאיר אמנם "בור עצום" בנפש שלה, אך אמה מילאה אותו באהבה ותמיכה, שנתנו לה כוחות להתמודד עם קשייה: "זה מה שבנה אותי". מעניין לציין, שלמרות מורכבות הקשר עם אמה - "היחסים הסימביוטיים, שזה היה קטע פתולוגי", עדיין דינה מייחסת לאהבת האם כוחות תרפויטיים יקרי ערך. אצל דינה וגיל הגורמים המעצימים שחוו בביתם הגיעו מהורה אחד, שנתפס כתומך, לעומת ההורה השני אליו מיוחס הקושי. בשונה מחוויתם של שניים אלה, מרואיינים אחרים מתארים חוויה של תמיכה לצד קושי ומורכבות משני ההורים במקביל. למשל, מלכה מתארת בסיפורה את הבית בו גדלה:

גדלתי במשפחה מאוד מאוד חמה. מאוד מאוד אוהבת. מאוד תומכת ומאפשרת... אפשר אולי לסכם את זה ששני הדברים שהכי קיבלתי בילדות זה אמון... אמון אינסופי ביכולות שלי - מה שהביא לפיתוח של הרבה כישרונות שהיו בי, ומהצד השני גדלתי בחוסר גבולות משווע, שזה אני רואה מה שהביא ל... לשבירה (מלכה/8-2).

מלכה נוקבת באווירת "חוסר הגבולות המשווע" שחוותה בבית כמרכיב שהביא לשבירה שלה בגיל ההתבגרות (היא מקשרת בין חוסר הגבולות לחוויות מיניות לא מותאמות ושימוש בסמים בגיל מוקדם מאוד). לצד זאת היא גם מתארת כיצד ה"אמון האינסופי" ביכולותיה, לצד החוס והאהבה שזכתה לקבל, יצרו את הבסיס שאפשר את ה"תקומה המחודשת שלה" (מלכה/9). במילים אחרות, החופש המוחלט והאמון המלא שנתנו בה בעת ובעונה אחת בבלו אותה והביאו אותה למקומות קשים, אך גם זרעו את הזרעים ויצרו את התשתית להשתקמות שלה לאחר המשבר בגיל ההתבגרות.

לסיכום, חלק זה עסק בהיבטים של תמיכה, העצמה וחוסן שהיו זמינים למרואיינים בתא המשפחתי בו גדלו. היבטים אלו, אשר כללו אהבה, אמון, ערכים, יסודות רוחניים ומשאבים חומריים, היוו חלק מהתשתית שאפשרה למרואיינים להיפרד בהמשך חייהם ממערכת בריאות הנפש. יסודות אלו, כאמור, התקיימו לצד קשיים ולחצים שחוו המרואיינים בתא המשפחתי בו הם גדלו (3.1.1.1), אשר יחדיו מהווים את הפסיפס המורכב שהיה אופייני לתחילת חייהם של המרואיינים במחקר.

בחלק מהמקרים, הצדדים המיטיבים של המערך המשפחתי אפשרו למרואיינים לגבש תכונות אופי שונות, ומרכיבים אישיותיים, אשר תרמו לרצונם וליכולתם להתרחק משירותי בריאות הנפש. החלק הבא ידון בתכונות אלו, ובאופן שבו הן תרמו הן למוטיבציה של המרואיינים לעזוב את שירותי בריאות הנפש, והן להצלחתם במעשה זה.

### **3.1.2.2 תכונות אופי שתרמו להתנתקות**

האופי שלי, מי שאני, שלפעמים היה לרועץ, אבל רב הזמן זה מה שבעצם עזר. והעקשנות והאומץ והמרדנות והסבלנות. כל מיני תכונות אופי שמאוד סייעו לי... הייתי בטוחה בעצמי, וזה היה יותר חזק

ממה שהם יגידו.. אין אף אחד שהוא באמת מומחה. זאת אומרת אני בעצם המומחית מספר אחת אלי. זאת אומרת - רק אני יודעת מה הכי טוב בשבילי (איילת/909-908-743-742).

חלק זה עוסק בתכונות אופי שניתן לזהות בהיסטוריה האישית של חלק מהמרואיינים, כגון עצמאות, ביטחון עצמי גבוה, כוח רצון חזק, נון-קונפורמיות ואקטיביות, אשר תרמו הן למוטיבציה שלהם להתרחק ממערכת בריאות הנפש, והן ליכולתם המעשית לעשות זאת.

טמיר, כמו מספר מרואיינים אחרים, מספר על האופי האינדיבידואליסטי והמרדני שלו: "תמיד, גם בלי לשים לב, הייתי מרדן. בלי להתכוון בכלל. אבל תמיד יצא שאני מרדן. אני לא מקבל סמכות. בטח שלא כמובן מאילוי. איפה שקיימת סמכות אני אבעט בה, גם בלי שאני ארצה, ככה זה יוצא" (טמיר/513-511). תכונת אופי זו, אשר משתלבת כחוט השני בסיפורו, החל מתקופת ילדותו בקיבוץ ("עשינו הכל הפוך ובצורה מזיקה. זה פחות או יותר היה המטרה בחיים. למרוד ולעשות את זה בכל דבר אפשרי" (טמיר/62-61)), דרך התבגרותו ושירותו הצבאי ("איפה שנתקלתי בסמכות בצבא הייתי חייב... כאילו הייתי נחשב בעייתי. עשיתי מה שאני רציתי ולא מה שאמרו לי" (טמיר/171-170)), לא פסחה גם על האינטראקציה שלו עם פסיכיאטרים ואנשי בריאות הנפש. כשבוחנים את סיפור ההתנתקות שלו מן המערכת, נראה כי הביטחון העצמי והאסרטיביות שלו היוו מרכיב חשוב: "אמרתי להם 'אני הולך', הודעתי להם שאני עוזב. אגב, שמה אני גם אמרתי להם באשפוז הזה: 'אני את התרופות מפסיק לקחת. או שתורידו לי אתם אותם בצורה הדרגתית, או שאני פשוט מפסיק לגמרי וזהו'" (טמיר/716-714). תכונות אלו תרמו לחוסר המוכנות שלו לשתף פעולה ולציית לגורמים בעלי סמכות, כשהדבר לא תאם את רצונותיו שלו. ניסיונו עם תרופות פסיכיאטריות וטיפולים שמציעה המערכת נחו על ידו כלא יעילים ואף כטראומטיים, ולכן, חרף ניסיונות שכנוע מצד אנשי המערכת ומשפחתו, הוא החליט לעזוב ולצאת לדרכו העצמאית.

המאפיינים האישיותיים של ביטחון עצמי ואסרטיביות, לרוב משתלבים יד ביד עם התחושה הפנימית של המרואיין שהוא טוב ומוצלח בתחום כלשהו. טמיר למשל, חווה את עצמו פיזית כנער חזק, כשחיין מעולה, (הוא זכה במספר אליפויות כנער) וכמוצלח בלימודים וחכם "הייתי תלמיד ממש טוב, ממש חזק" (טמיר/158), "יש לי המון אינטליגנציה, אני מבין דברים" (טמיר/173). מרואיינים נוספים, בדומה אליו, גיבשו אף הם בילדותם תחושה עמוקה של מסוגלות, ייחודיות ועצמאות, שתרמה בהמשך חייהם לביטחון שהיה דרוש להם כדי להתנתק מהמערכת הפסיכיאטרית ולהמשיך בדרכם העצמאית.

ראובן למשל, אשר גדל בקיבוץ, מדבר על החוזק, הביטחון והעצמאות שלו כילד "אני זוכר את עצמי בתור ילד חזק. ילד שמוביל בכיתה, הייתי טוב במשחקי ספורט, אז אני מאמין שזה עזר לי ככה להיות בראש... אני זוכר המון עצמאות בכל מיני דברים" (ראובן/5-4). תפיסת המסוגלות העצמית שלו, שנבנתה בילדותו,

ליוותה אותו לאורך חייו ועיצבה את זהותו והשקפת עולמו. ההתנתקות שלו מהמערכת קשורה לדבריו לכוחות הנפש שהוא היה מצויד בהם, וכשהוא נשאל לגבי המסוגלות של אנשים אחרים להתנתק מהמערכת הפסיכיאטרית הוא השיב: "מי שרוצה יכול לעשות את זה" (ראובן/756). כלומר, ראובן מעריך את כוח הרצון של האדם עד כדי כך, שלתפיסתו, אדם אשר מאמין בכוחותיו וביכולותיו, מסוגל להתנתק מהמערכת וללכת במסלול עצמאי, יהיו הנסיבות אשר יהיו.

הביטחון העצמי ותחושת המסוגלות, שעלו מתוך סיפורם של חלק מהמראיינים, קשורים לעיתים גם לעידוד ולתמיכה שהם קיבלו בבית. כך למשל, אצל מלכה ניתן לראות כיצד "האמון האינסופי ביכולות שלי" (מלכה/34) לו היא זכתה מההורים, מתקשר עם התפיסה העצמית שלה בגיל ההתבגרות: "אני חושבת שהייתי אישיות מיוחדת... היה לי ממש כישרון בכל מה שעשיתי. ככה נתנו לי לראות את עצמי...תפסתי את עצמי כאומנית גאונית מוכשרת" (מלכה/56-59). הביטחון העצמי הגבוה שלה, אשר מעוגן בתחושת מסוגלות ודימוי עצמי חיובי, תרם ככל הנראה לכך שאחרי כמה שנים של טיפולים פסיכיאטריים היא הודיעה לפסיכיאטרית שטיפלה בה שהיא אינה זקוקה לה עוד ויכולה להמשיך בכוחות עצמה: "הייתי מגיעה אליה ואומרת לה שאני פוטר לחרוטי, שאין לי שום בעיה. 'אין לך במה לעזור לי'... אני יזמתי להפסיק את המפגשים איתה" (מלכה/175).

מרכיב חוסן ועוצמה נוסף באישיותם של חלק מהמראיינים קשור לכוחות נפש שפיתחו, וכלים טיפוליים שרכשו, כאשר נדרשו בילדותם לטפל בבן משפחה אחר שהיה זקוק לעזרתם. ואכן, מספר לא מבוטל של מראיינים סיפרו כיצד טיפלו בבן משפחה שזקק לעזרתם: אליהו טיפל בילדותו באחותו האוטיסטית; אריק טיפל באחיו הצעירים לאחר שאביו אושפז למשך מספר שנים בעקבות שיתוק; דורית טיפלה באמה לאחר שזו ניסתה להתאבד, ודינה הפכה לילדה הורית בגיל 10 אחרי שאביה התאבד: "אמא הייתה שנה בדיכאון בעצמה. שכבה במיטה רוב הזמן, ואני תפקדתי כילדה הורית" (דינה/24-26). בהקשר הזה, שרי, שגדלה בבית עם אמא שתוארה כלא יציבה נפשית, משרטטת את המשוואה הבאה: "היכולת לעזור לאנשים אחרים, זה משהו מאוד מאוד מעצים, זה בונה את הביטחון העצמי. בטחון עצמי עוזר מאוד ליציבות נפשית" (שרי/740-743). מדבריה של שרי, ומניית הנתונים ניתן להסיק, כי קבלת תפקיד של עזרה לזולת במהלך הילדות וההתבגרות הקנתה לאותם מראיינים כלים אשר העצימו אותם בשני אופנים: (1) עצם העזרה לאחר מעצימה את נותן העזרה על ידי כך שהיא מחזקת את תחושת המסוגלות שלו, וגורמת לו להרגיש נחוץ. (2) ייתכן כי הכלים והמיומנויות הטיפוליות אשר חלק מהמראיינים רכשו בגיל צעיר, כאשר נדרשו לעזור לבן משפחה, שימשו אותם כאשר הם עצמם נקלעו למשבר ונדרשו לטפל בעצמם. עם זאת, יש לציין שלהסבר זה לא נמצאו עדויות ישירות בדבריי המראיינים.

לסיכום, ניתן להצביע על תכונות אופי מסוימות, אשר מתגלות בסיפוריהם של המרואיינים כבר בראשית חייהם, שבאו לידי ביטוי מאוחר יותר בתהליך התנתקותם ממערכת בריאות הנפש. תכונות אלו התפתחו והתעצמו (בחלק מהמקרים, אך לא בכולם) בזכות סביבה משפחתית תומכת ומכילה, אשר נתנה במרואיינים אמון, חשפה אותם ליסודות רוחניים והקנתה להם כלים להתמודד עם קשיים. ביסודן של תכונות אלו עומדת תפיסה עצמית עמוקה של מסוגלות וביטחון עצמי, שאפשרה למרואיינים להתמודד עם המשבר שפקד אותם, ולהשתקם ממנו תוך ירידה מכדורים פסיכיאטריים והליכה בדרך שאינה ממסדית. להלן יוצג הפרק המסכם את החלק הראשון של ניתוח הנתונים, אשר דן בהשלכותיה של ההיסטוריה האישית על המשך חייהם של המרואיינים ביחס למערכת הפסיכיאטרית. בפרק להלן תוצג אינטגרציה של שני הפרקים הקודמים ("מרכיבים ביוגרפיים שתורמו למשבר הנפשי ולכניסה למערכת בריאות הנפש" ו"יסודות מההיסטוריה האישית שתורמו להתנתקות ממערכת בריאות הנפש") באמצעות הבאת מקרה חקר (case study) של אחת המרואיינות, הממחיש כיצד תכונות אופי מסוימות באו לידי ביטוי בשלב המשבר ובשלב ההתרחקות מהמערכת.

### **3.1.3 אינטגרציה וסיכום של ההיסטוריה האישית, והקשר שלה לכניסה מחד, ולהתנתקות מאידך**

#### **ממערכת בריאות הנפש**

בחלק זה הוצגו תחילה מרכיבים בהיסטוריה האישית של המרואיינים, אשר תרמו למשבר הנפשי אותו חוו ולכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. מרכיבים אלו כללו את האווירה המשפחתית בה הם גדלו, אירועי חיים טראומטיים מכוננים, שימוש בסמים ואלכוהול, ומאפיינים התנהגותיים של גיל ההתבגרות שקיבלו ביטוי מוקצן. בהמשך, הוצגו מרכיבים ביוגרפיים מסוג אחר בהיסטוריה האישית של המרואיינים, אשר יצרו את הפלטפורמה שעליה הם יכלו להישען בשלב שבו הם הרחיקו עצמם ממערכת בריאות הנפש. בין אלו נמצאו גיבושן של תכונות אופי כגון ביטחון עצמי, אינדיבידואליזם, עצמאות ונחישות, רקע משפחתי מעצים שהתאפיין באהבה, חום, תמיכה לאורך כל הדרך, מסירות ועזרה חומרית.

כשם שמשפחת המוצא תרמה לעיתים בעת ובעונה אחת לקשיים הנפשיים שהמרואיינים נאלצו להתמודד עמם, כמו גם ליכולתם להיפרד ממערכת בריאות הנפש, כך גם תכונות אופי מסוימות תרמו הן לכניסה והן ליציאה מהמערכת. סיפורה של רבקה ישמש המחשה למצב, בו ניתן להבחין כיצד תכונות אופי מסוימות היוו מרכיב דומיננטי הן בשלב הכניסה למשבר והגעה לאשפוז, והן בשלב בו ההתנתקות מהמערכת. רבקה מתארת את עצמה כמישהי שמאז ומתמיד הייתה אינדיבידואליסטית ואנרכיסטית:

הייתי ילדת בלגן כזאת. בבית ספר תמיד היה לי הציונים הכי טובים בעולם, והיה כתוב לי בכל התעודות "מבולגנת נורא, מפריעה בכיתה" ... הייתי ילדה אנרכיסטית... ממש ילדה אקטיביסטית.



הייתי מעדיפה ללכת להפגנות ולא לקניון, וההורים שלי לא ידעו איך לאכול את זה... והם בכלל לקחו את זה קשה, כי יצאתי ילדה לא נורמאלית כזאת... בתפיסה שלי הייתי, אני עדיין נורא, אינדיבידואלית (רבקה/54-57).

במהלך הראיון תיארה רבקה כיצד האופי המרדני וההתנהגות החריגה שלה (אשר באה לידי ביטוי בהפיכתה לטבעונית - דבר שהיה פחות מקובל בתחילת שנות ה-90, ובהליכה להפגנות של השמאל הקיצוני), לא הובנו ולא הוכלו על ידי הוריה, ושבתית שרר ביניהם מתח תמידי על הרקע הזה. האנרגיה הטעונה בבית הגיעה יום אחד לפיצוץ בתקופה שרבקה הייתה בתיכון, ולדבריה על רקע זה היא מצאה את עצמה בקליניקה של פסיכיאטרית: היה איזה ריב ממש גדול עם ההורים שלי, לא זוכרת על מה אפילו. ואבא שלי ניסה להרביץ לי, ואני התפוצצתי ממש חזרה, וברחתי מהבית, ואז הם החזירו אותי בכוח, ואז... הייתה מלחמה ממש גדולה נראה לי, קיללתי אותם בחזרה... אז שלחו אותי לפסיכיאטרית... וכל הזמן ניסו להראות לי שאני לא בסדר, ואני דפוקה, והגעתי בהתנגדות ממש גדולה (רבקה/90-93).

רבקה חשה כי הטיפול הפסיכיאטרי נכפה עליה ונתפס על ידה כחדירה לפרטיותה. היא לא הרגישה שיש לה בעיה, ולכן לא הייתה מוכנה לשתף פעולה עמו בשום מחיר. האופי המרדני והאינדיבידואלי שלה בא לידי ביטוי כאשר הפסיכיאטרית הורתה לה ליטול כדור הרגעה, שהוריה היו אמורים לוודא שהיא לוקחת. רבקה סירבה לשתף פעולה, ומצאה דרך להתחמק מנטילת התרופות: "ההורים שלי הביאו לי אותם, והם בדקו כל לילה שלקחתי. אז מה שהייתי עושה: החבאתי צנצנת ומילאתי בה את כל הכדורים... עשיתי את זה אולי חצי שנה" (רבקה/126-127).

עליית מדרגה נוספת ביחסיה הקשים של רבקה עם הוריה התרחשה כאשר הייתה בכיתה י"ב. כמו בעבר, אופיה הנחוש, העקשן והנון-קונפורמי הוביל אותה להחליט שהלימודים הם בזבוז זמן עבורה, והיא החליטה לשכור דירה בתל אביב: "לא רציתי לסיים תיכון, כי הבנתי שאין לי מה לעשות שם... נראה לי שיש דברים הרבה יותר חשובים לעשות עם החיים שלי, ולא הגעתי אליהם. שכאילו בית הספר מעכב אותי" (רבקה/175-178). הוריה לא ראו בעין יפה את רצונה להיות כה עצמאית בשלב זה של חייה, והתפתח ריב מאוד גדול ביניהם, שכלל מכות מצד אביה, ולאחריו היא בלעה את כל הכדורים ששמרה בצנצנת. אחרי שעברה שטיפת קיבה בבית החולים, רבקה אושפזה בכפיה במסגרת פסיכיאטרית של קטינים. היא סבלה מאוד במסגרת זו: "כל האשפוז היה מלווה בערך כאילו בכעס פסיכי על כל העולם ובתסכול של 'איך כאילו זה קרה לך? כאילו היית אמורה עכשיו לגור לבד ולהתחיל את החיים שלך'. זה היה אשפוז נוראי" (רבקה/231-234). האופי האינדיבידואליסטי והמרדני של רבקה מנע ממנה להיכנע לתכתיבים של הוריה ואנשי המקצוע, והביא אותה להילחם במערכת שאליה היא הוכנסה בכפייה. כך, שלושה חודשים לפני יום הולדתה ה-18, היא מצאה

דרך יצירתית להשתחרר (בתנאים מגבילים אמנם): "הבאתי עורך דין והוא הגיש מכתב בשמי לשחרר אותי" (רבקה/400).

לאחר האשפוז עברה רבקה לגור בתל אביב עם שותפים, ושם הפסיקה בבת אחת את הטיפול התרופתי שניתן לה בבית החולים:

אני זוכרת שבגיל 18 סידרו כזה מסיבה, עשו לי מסיבת הפתעה שידעתי עליה, אבל כשנכנסתי הביתה היה כתוב כזה בגדול על הדלת 'רבקה לחירות'. זרקנו את התרופות ביחד לשירותים, אפילו צלמנו את זה, עדיין יש לי את התמונה. איזה קטע! זה היה מצחיק לאללה (רבקה/453-450).

רבקה הרגישה שהיא פורחת בתל אביב, ונהנית מחופש ומעצמאות שלהם היא כה ייחלה. אבל אז תקפה אותה תקופה דיכאונית, שלאחריה היא כבר אשפזה את עצמה. האשפוז השני היה חוויה שונה בתכלית מהאשפוז הראשון, בעיקר בגלל שבפעם השנייה היא הרגישה אוטונומית בבחירות שלה: "פתאום אני זאת שקבעתי מה יהיה איתי. אני מניחה שזה היה הקטע המשמעותי" (רבקה/537-536). לאחר האשפוז הוכנסה רבקה להוסטל שיקומי, שם היא הייתה עשויה להישאר למשך זמן רב, אלמלא האופי האינדיבידואליסטי, האקטיביסטי והאמיץ שלה, אשר בזכותו היא החליטה, בניגוד לעצה של הוריה והצוות המקצועי בהוסטל, לעזוב:

אמרתי שלא אכפת לי מה, ולא אכפת לי כלום, אני עוזבת. אם זה אומר שאני צריכה להפסיק לקבל תמיכה ולהפסיק לקבל טיפול פסיכיאטרי ולהפסיק תרופות, ולהגיע ללא משנה לאיזה מצב אחר כך- so be it, אבל אני לא ממשיכה ככה, כי אני בחיים לא אחלים במסגרת הזאת (רבקה/817-814).

כיום רבקה לא נוטלת תרופות, גרה בדירה משלה, מסיימת לימודים לתואר שני בתחום מדעי ועובדת במשרה מלאה בהייטק. היא בקשר טוב יחסית עם הוריה ומרגישה שסלחה להם במידה רבה.

סיפורה של רבקה מדגים כיצד תכונות אופי דומיננטיות שלה - אינדיבידואליזם, עצמאות ואקטיביות, יצרו בתחילה חיכוכים קשים מול הוריה בילדותה ובגיל ההתבגרות שלה, שבעקבותיהם, על פי הנרטיב שלה, היא הוכנסה למסגרת פסיכיאטרית. יחד עם זאת, ניתן להבחין כיצד אותן תכונות אופי עצמן היו הגורם המרכזי ברצון וביכולת שלה להתנתק מהמערכת (גם האשפוז וגם ההוסטל), וללכת בדרכה העצמאית. לאחר שהוצגה בחלק זה התשתית המשפחתית והאישית, על קשייה, חוזקה ומורכבויותיה, שממנה המרואיינים התחילו את חייהם, החלק הבא ידון בהמשך התפתחות חייהם בהקשר של הממשק מול הפסיכיאטריה, והוא יכלול את התדרדרות מצבם הנפשי, את כניסתם למערכת הפסיכיאטרית ואת חווית האשפוז שעברו.

### 3.2 חלק שני - תהליך הכניסה למערכת בריאות הנפש וחווית האשפוז

חלק זה עוסק בהתדרדרות הנפשית הקשה שחווי המרואיינים בשלב כלשהו בחייהם, שהובילה אותם למערכת בריאות הנפש ולאשפוז פסיכיאטרי. אתאר כאן בהרחבה חוויות מהמפגש הראשוני עם מערכות בריאות הנפש על היבטיהן השונים, וכן את מגוון התחושות והרגשות שעלו אצל המרואיינים מהאשפוזים שעברו. לאורך החלק כולו ייעשה ניסיון להסביר כיצד חוויות שעברו המרואיינים בשלב זה בחייהם, תרמו למוטיבציה שהתפתחה אצלם להתנתק מהמערכת.

#### 3.2.1 ההתדרדרות הנפשית של המרואיינים אשר קדמה לכניסתם למערכת בריאות הנפש

"הפסקתי לישון, התחלתי לדבר הרבה יותר... התחלתי לחוות חוויה מאנית-פסיכוטית שהתחילה להתגלגל בצורה שכבר, היה קשה כבר לעצור אותה" (אברהם/35-39).

מערכת הקשיים הנפשיים עמם נאלצו המרואיינים להתמודד, אשר, כפי שתוארו בחלק הקודם, נבעו בעיקר מאירועי חיים טראומטיים ומורכבויות ולחצים מתמשכים במסגרת הביתית, שהועצמו לעיתים כתוצאה משימוש בסמים ואלכוהול, גרמה לתחושת מצוקה הולכת וגוברת בחייהם, והובילה בשלב כלשהו לנקודה בה כולם, ללא יוצא מן הכלל, נכנסו למערכת בריאות הנפש ולאשפוז פסיכיאטרי. סוגי המשברים הנפשיים עמם התמודדו המרואיינים היו שונים ומגוונים, ותוארו על ידי כל אחד מהם בצורה שונה, אך ניתן לומר שבאופן בסיסי הקשיים העיקריים נסובו סביב הצירים של תחושות דיכאון קשות, חרדות, מאניה ואובדן קשר עם המציאות.

מניתוח סיפורי המרואיינים עולה התמונה, לפיה בתקופה כלשהי בחייהם, הקשיים הנפשיים שחשו הצטברו והתעצמו, עד אשר הם לא היו ניתנים להכלה - בין אם על ידי המרואיינים עצמם או על ידי הסביבה הקרובה שלהם. ברוב הסיפורים ניתן לזהות טריגר (זרז) שחל בנקודת זמן כלשהי בחייהם של המרואיינים, אשר הביא לנקודת המפנה שממנה הדרך לאשפוז הייתה קצרה. בחלק מהסיפורים תהליך ההתדרדרות עד הופעת הטריגר היה חד ומהיר, ובחלק אחר, כמו במקרה של אליהו שיתואר להלן, עבר זמן רב עד להתערבות של אנשי המקצוע.

##### 3.2.1.1 קשיים נפשיים מתמשכים

אליהו, כפי שתואר בתמה הראשונה (ראו עמ' 35), גדל בבית כאוטי והיה במשך שנים במלחמת הישרדות על השפיות שלו: "זה מלחמת חורמה- בין העולם הכאוטי, לעולם שאני מנסה לשרוד אותו, העולם של האני האישי שלי" (אליהו/145-146), נקודת המפנה התרחשה כשהיה לקראת גיל 30, בעודו נשוי ואב לילדה, ובעל עסק. באותה תקופה הוא התקרב מאוד לעולם התורה, ובפרט לצדדים המיסטיים שלה. בהדרגה הוא זנח את

העסק שלו ואת משפחתו, והעמיק עוד ועוד בתרגול הרוחני, עד שיום אחד הוא הגיע לחוויה נפשית כל כך קיצונית שבסופה הוא איבד את ההכרה:

אני עולה עולה עולה...עולם הטירוף... מגיע עולם הטירוף... לא זוכר בדיוק את רצף הדברים, אבל הייתי כבר אאוט. הייתי - לא פה. עולם האוטיזם ועולם הרוחני וזה... הכל השתלט. עליתי לשם... ולא רציתי לרדת. לחלוטין. אבל לא רציתי לפגוע בעצמי. פשוט רציתי ללכת טבעי. חשבתי שאפשר ללכת טבעי. לעבור לשם... עשיתי סשן כזה עם תפילין וזה... תפילות ועניינים וזה... סשן של יום שלם... ועכשיו הכל פרץ. עולם המיסטי ועולם השחור ועולם ה... הכל תנודות כאלה, חזקות בין פחד של אלוהים ולא פחד של אלוהים, ועולם של הבית הספר שהיו מרביצים... הכל התערבב, הכל ככה... מיקס, בצורה איומה... איומה... היה סבל עצום. הייתה מלחמה עצומה... איבדתי את ההכרה מהעוצמות שהיו שם... והסשן נגמר שאני מאושפז (אליהו/617-608).

במשך שנים הצליח אליהו, במאמץ אדיר, להכיל את החלקים הכאוטיים של חייו ולא לאפשר להם להשתלט עליו. אולם הניסיון שלו להתמסר באופן טוטאלי לצדדים המיסטיים של הקבלה, חשף אותו מחדש לעולם הכאוטי, וטראומות העבר חזרו אליו במידה שהוא כבר לא יכול היה להכיל ("ועכשיו הכל פרץ. עולם המיסטי ועולם השחור... הכל התערבב בצורה איומה").

בדומה לאליהו, גם דינה התמודדה עם קשיים נפשיים מתמשכים שמקורם היה בבית בו גדלה. כאשר לקשיים אלו התווסף אירוע דחק ששימש כטריגר, או אז החלה ההתדרדרות הנפשית המואצת, ובעקבותיה האשפוז. במקרה של דינה הטריגר שחוותה קשור לדבריה לחבלה גופנית שעברה:

היה לי גיל התבגרות מאוד קשה... בגיל 17 וחצי, נפלתי במדרגות. רצתי מהר, נפלתי במדרגות, והיה לי שני שברים פתוחים, עם כמה ניתוחי קיבוע. ו... חבלה פיזית לפעמים היא טריגר, אז הפצצה... הכל התפוצץ ואושפזתי חצי שנה במחלקת נוער (דינה/37-35).

דינה, כפי שתואר בחלק הקודם (ראו עמ' 48), משתמשת בדימוי של "פצצה מתקתקת" לתאר את מצבה הנפשי לאחר התאבדותו של אביה כשהייתה בת 10. ייתכן שדימוי זה מתקשר לאופן בו הוא בחר לסיים את חייו - ביריית באקדח. השברים הפתוחים והניתוחים עמם נאלצה להתמודד בעקבות החבלה היו כבר קשים מנשוא עברה, ומבחינה נפשית היא "התפוצצה" ואז אושפזה.

בנרטיבים של אליהו ודינה, המייצגים נרטיבים של מספר מרואיינים אחרים, ההיסטוריה האישית רצופה בקשיים ואתגרים נפשיים אתם הם התמודדו באופן נמשך. כאשר בנקודת זמן כלשהי, מסיבות שונות, נוסף אירוע דחק, בבחינת "הקש ששבר את גב הגמל", התרחשה ההחמרה הרצינית והכניסה למערכת הפסיכיאטרית. לעומתם, היו מרואיינים שבנרטיב שלהם חייהם התנהלו ללא קשיים מיוחדים, עד אשר אירע

אירוע קיצוני ששינה את מסלול חייהם והוביל אותם למערכת הפסיכיאטרית. דוגמאות לכך ניתן לראות בסיפוריהם של אילנה וראובן.

### **3.2.1.2 משבר חיצוני נקודתי**

אילנה מתארת את הטריגר לכניסה למערכת הפסיכיאטרית כפיגוע בו היא נפצעה באופן קשה: "יצאנו יום אחד לטייל בערב. היה פיצוץ היה פיגוע... ואני חושבת שזה בעצם היה נקודה שמזה הכל התחיל. בעצם הכל התחיל לא כמו שציפיתי.... בעצם החיים הלכו לכיוון אחר לגמרי" (אילנה/326-328). אילנה מתייחסת לפיגוע כאל נקודת מפנה בחייה ("מזה הכל התחיל"). עד אז חייה היו במסלול טוב לדבריה - היא הייתה נשואה, הייתה לה משפחה חמה ותומכת, היא למדה משפטים והייתה בדרך לקריירה. אחרי האירוע, לעומת זאת, היא נאלצה להתמודד עם נכות פיזית: "כאב לי הכל. ולא שמעתי טוב. לא ראיתי טוב... הייתי מגיעה לרופאים לבית חולים כל יום כמעט" (אילנה/473), גירושין, הפסקה של הלימודים והעבודה, ובנוסף תסמינים פוסט-טראומטיים: "הייתי מריחה את הדם... הייתי תמיד מסתובבת בבית עם התריסים סגורים... תמיד התעוררתי מכל מיני... המשך של סיורי לילה" (אילנה/517-519).

במקרה של ראובן, הטריגר להתדרדרות הנפשית קשור לכדור אקסטזי שהוא נטל: "היה לנו קשר, קשר מעשנים שיכלנו לשבת ולעשן ולדבר ומפה לשמה, עכשיו אני כבר מתחיל להגיע לעניין האירוע עצמו, מבחינתי, שעברתי" (ראובן/84-85). ראובן מתייחס לנטילת כדור האקסטזי, ולהשלכות שלו: "התחלתי בעצם להיכנס למצב פסיכוטי" (ראובן/97) כאל "האירוע עצמו". בנרטיב שלו, האירוע בו השתמש באקסטזי הוא אירוע מכונן בחייו: בעקבותיו הוא אושפז, חייו קיבלו תפנית משמעותית והוא חזר בתשובה. אמנם ראובן אינו מצייר את תחילת חייו בצבעים ורודים, אבל באופן שבו הוא מבנה את סיפורו, אין שום קשר בין חוויות שעבר בתחילת חייו לבין המצב הנפשי הקיצוני אליו הוא הגיע. כל כובד המשקל של הכניסה לבית החולים הפסיכיאטרי מונח על השפעותיו של כדור האקסטזי שהוא נטל.

### **3.2.1.3 משבר שהוביל לניסיון אובדני**

במקרים של כשליש מהמרואיינים עומק המשבר והמצוקה הנפשית שחשו נחוה בצורה כה קיצונית, שכאשר נוסף אירוע ה"טריגר", הם הרגישו שאינם יכולים להתמודד יותר, ניסו לשים קץ לחייהם וכך מצאו עצמם במערכת הפסיכיאטרית. אדוורד למשל, חש בריקנות, דכדוך והעדר הכיוון אחרי ששחרר מהצבא, וכאשר אל תחושה זו הצטרפה חוויה מכאיבה של אהבה נכזבת, הוא בחר לנסות לשים קץ לחייו:

כנראה שזה הדרדר, שתקופה כזו בלי עבודה, בלי כיוון לעתיד. בידוד חברתי עדיין, עוד יותר. אין הרגשה של הצלחה או משהו משמעותי בחיים, חוסר תועלת וביחד עם זה גם הגיע העניין של האהבה

הנכזבת. זה עוד הוסיף לאש של המדורה, ופשוט החלטתי לעבור לצד השני של העולם הזה, לעזוב את העולם הזה (אדוורד/113-115).

אדווארד הרגיש במצב של מצוקה קיצונית לאחר שהבחורה שהיה מאוהב בה דחתה אותו, והפתרון שבחר בו היה לחדול מלהתקיים. כשתוכניותיו לא צלחו בלית ברירה הוא הגיע לאשפוז פסיכיאטרי. במקרה של דורית, ההפלה שעברה בגיל 37, הייתה "הקש" האחרון, שאחריו היא כבר לא הייתה מסוגלת להמשיך:

ההיריון לא החזיק. הוא נזל ממני לבד. זה גמר לי את הבריאות. פשוט לא רציתי לחיות יותר... זה באמת הביא אותי למקומות נוראיים עם עצמי. זה היה נורא... לא רציתי לחיות כי אני ידעתי שלא יהיה לי כוח. פשוט לא יהיה לי כוח... הסתגרתי בממ"ד... לא יודעת כמה כדורים לקחתי. אבל לקחתי ככה שאני נרדמתי לאיזה כמעט 72 שעות (דורית/298-306).

המוות של התינוק ברחמה היה קשה מנשוא עבורה, ומתוך ייאוש עמוק היא החליטה לשים קץ לחייה. דורית מקשרת את האופן בו החליטה לעשות מעשה זה עם הניסיון האובדני של אמה, שחתכה את ורידיה בנוכחותה: "בגלל אמא שלי אני לא יכולתי לפרגן לעצמי ניסיון אובדני אלים. אין לי אומץ לחתוך את עצמי... אז מה שנקרא 'בסטייל' - הלכתי על כדורים" (דורית/310-311). ניתן לשער כי הטראומה של דורית, בתור נערה שראתה את אימה לאחר הניסיון האובדני, הייתה קשה וכואבת, ולכן לא היה לה האומץ לעשות ניסיון אובדני "אלים".

הניסיונות האובדניים אשר לא צלחו הובילו את המרואיינים לאשפוז פסיכיאטרי, ומבחינה רגשית - לעיתים קרובות לתחושה קשה של אכזבה: "המחשבה הראשונה שהייתה לי כשנפתחו העיניים זה 'מה, אני חיה?!'... הכי אכזבה של העולם" (דורית/314-317). בדומה לדורית, גם הילה שניסתה שלוש פעמים להתאבד, מתארת בדמעות את התחושה שלה כשהתעוררה בבית החולים: "אני זוכרת בטיפול הנמרץ שהייתי כל כך מאוכזבת (מייבבת)... ניסיון אובדני שלישי ואני עדיין בחיים. באמת רציתי למות. אחרי זה אשפזו אותי בבית החולים" (הילה/222-223).

#### **3.2.1.4 מחלוקות עם ההורים שהובילו לכניסה למערכת**

בניגוד לרוב המרואיינים, אשר בסיפורם מקשרים בין מצוקה נפשית שחשו ובין כניסתם למערכת, מרואיינים אחדים, כגון רבקה ועודד, אינם תופסים את כניסתם למערכת הפסיכיאטרית כתוצאה של החמרה במצבם הנפשי, אלא כתוצאה של מאבק כוחות בינם ובין הוריהם על רקע גיל ההתבגרות. עודד מתאר: "זה התפוצץ כמה פעמים למצבים מאוד קיצוניים. היא (אמא) העיפה אותי מהבית, והתנתה שאני אהיה בטיפול כדי שאני אהיה בבית. ואז בערך התחיל הטיפול" (עודד/18-19). רבקה מתארת:

היה איזה ריב ממש גדול עם ההורים שלי, לא זוכרת על מה אפילו. ואבא שלי ניסה להרביץ לי, ואני התפוצצתי ממש חזרה, וברחתי מהבית, ואז הם החזירו אותי בכוח, ואז לא יודעת, היה מלחמה ממש גדולה ניראה לי, קיללתי אותם בחזרה... אז שלחו אותי לפסיכיאטרית (רבקה/197-199).

רבקה ועודד משתמשים בדימוי של "פיצוץ" בכדי להדגיש את עוצמת המריבות והקשיים שחוו מול הוריהם בגיל ההתבגרות. בנרטיב שלהם, המפגש הראשון עם מערכת בריאות הנפש נכפה עליהם כתוצאה מכך שלא הסתדרו עם הוריהם, ולא כתוצאה מהתדרדרות או החמרה במצבם הנפשי. עם זאת, בהסתכלות על סיפור חייהם השלם, ניתן לראות במפגש זה עם המערכת שלב ביניים בתהליך הדרגתי של החמרה, אשר הגיע בשיאו, כמה שנים מאוחר יותר, להתפרקות נפשית קשה של שניהם (רבקה ניסתה להתאבד, ועודד סבל מפרנויות וחרדות קשות ואשפז את עצמו).

אחד המוטיבים שחזרו על עצמם בסיפוריהם של המרואיינים בהקשר של ההתדרדרות וההחמרה במצבם הנפשי קשור לחוסר יכולתם לישון במשך תקופה ארוכה. כך למשל רבקה מתארת: "תקופות של שבועות שלמים שאני ישנה פחות משעה בלילה. כאילו זה חודשים... ואז ניסיתי להתאבד, זה היה בגיל 17 וחצי" (רבקה/ 158-160). בדומה לה, גם תמר, שלא הצליחה לישון בתקופה שקדמה לאשפוז, מתארת: "התחלתי לראות ממש את המעבר לפיזי... לא ישנתי הרבה זמן... ושמו אותי... החליטו לקחת אותי למחלקה סגורה" (תמר/46-39). יואל, שאף הוא איבד את היכולת לישון באותה תקופה, מתאר כיצד חוסר השינה התקשר להתדרדרות שחוה:

היה איזה כמה ימים שאני זוכר שזה התדרדר. אולי לא ישנתי כמה לילות. ואז התחלתי לחשוב מחשבות שהרדיו מדבר אלי, שיש מסרים שקשורים אלי ספציפית, שאני צריך לפרש אותם. התחלתי להאמין בכל מיני מחשבות שאולי אני, שיש איזה נבואה שצריכה להתקיים... ואז היה, אני חושב, איזה שלושה ימים שלא ישנתי וההזיות כבר התחילו (יואל/54-51).

בסיפורי המרואיינים חוסר השינה מתקשר עם חוויות פסיכוטיות, מאניות ודיכאוניות שחו. עם זאת, לא ברור מדבריהם האם חוסר היכולת לישון היא סימפטום של תופעה מנטאלית רחבה יותר שהם חוו, או לחלופין הגורם המחולל למצבים הנפשיים אליהם הם הגיעו. במילים אחרות, האם חוסר השינה קדמה להתפרקות שחו וגרמה לה, או שהייתה רק אחד הביטויים שלה. כך או כך, ניתן היה להבחין שבמקרים רבים השלב שקדם לכניסה למערכת הפסיכיאטרית, התאפיין בחוסר יכולת של המרואיינים לישון.

לסיכום, בשלב כלשהו בחייהם, חוו המרואיינים הידרדרות חמורה במצבם הנפשי, שלאחריה הם הגיעו למערכת הפסיכיאטרית. ברוב המקרים ניתן היה לזהות אירוע קשה אשר שימש כטריגר לכניסתם למערכת הפסיכיאטרית. בסיפור של רובם היו תיאורים של קשיים וטראומות בשלב שקדם לטריגר, לעומת

זאת בנרטיב של חלקם הטריגר הוא הגורם היחיד, או המרכזי, לאשפוזם. בנוסף, כשליש מהמוראיינים סיפרו שהקושי הנפשי שהם חוו היה כל כך קיצוני, עד שהם ביצעו ניסיון אובדני (אחד או יותר), ושתחושתם המיידית, על פי רוב, לאחר האירוע הייתה של אכזבה כשהם הבינו שהוא לא צלח. כמו כן, על פי רוב השלב שקדם לכניסה למערכת התאפיין בחוסר יכולתם לישון.

עד כה תואר תהליך ההתדרדרות הנפשית של המוראיינים. בחלק הבא תתואר חווית המפגש של

המוראיינים עם המערכת הפסיכיאטרית, והרושם שזו הותירה בהם.

### 3.2.2 תהליך הכניסה למערכת בריאות הנפש

בשלב כלשהו בחייהם, נכנסו כל המוראיינים למערכת בריאות הנפש, ושהו בה למשך פרקי זמן משתנים הנעים בין שבועות בודדים ל-25 שנים. עבור כמחציתם, המפגש הראשוני עם מערכת בריאות הנפש היה במסגרת האשפוז (שהתרחש לרוב בכפייה), ועבור המחצית השנייה המפגש הראשוני התקיים מול אנשי מקצוע מטעם בריאות הנפש (פסיכולוג, פסיכיאטר, מרפאה בעיסוק או עובד סוציאלי) במסגרת פרטית או ציבורית. כך או כך, כל המוראיינים עברו אשפוז פסיכיאטרי אחד לפחות במהלך חייהם. רוב המוראיינים (כ-82%) היו בני נוער, או בתחילת שנות ה-20 לחייהם כאשר נפגשו לראשונה עם איש מקצוע מטעם בריאות הנפש. מפגש זה התרחש ביוזמתם או בהסכמתם, או שנכפה עליהם. מהלך הכניסה למערכת התרחש במספר דרכים, כמתואר בטבלה הבאה:

**טבלה 3: דרכי הכניסה למערכת בריאות הנפש**

דרכי הכניסה הראשונית למערכת בריאות הנפש	שמות המוראיינים <sup>12</sup>
הורים או בני זוג שהביאו את המוראיינים לטיפול או לאשפוז	איילת, הילה, יערה, גיל, מלכה, עודד, ראובן, רבקה, שרון, תהל
הפנייה מטעם איש מקצוע בבית חולים כללי לאחר ניסיון אובדני	אריק
הפנייה מרופא משפחה	אלין, עופרי
שוטרים שהביאו את המוראיינים לאשפוז	אברהם, טמיר, יואל, תומר
פנייה או הפנייה של המוראיינים לקב"ן	אדווארד, עמירה
פנייה למסגרות בריאות הנפש מצד המוראיינים עצמם	אליהו, דורית

<sup>12</sup> חסרים נתונים לגבי שתי מוראיינות- דינה ושרי



להלן תתוארנה חוויותיהם של מרואיינים ממפגשים עם מסגרות בריאות הנפש שקדמו לאשפוזם, ובהמשך תתואר חווית הכניסה לאשפוז.

### **3.2.2.1 קבלת טיפול במערכת בריאות הנפש לפני האשפוז הפסיכיאטרי**

כמחצית מהמרואיינים נפגשו עם איש מקצוע מטעם בריאות הנפש לפני האשפוז הראשון שלהם. מפגש זה התרחש לעיתים בתחנה לבריאות הנפש, ולעיתים בקליניקה פרטית של פסיכיאטר או פסיכולוג. למעט שני מרואיינים, דורית ואליהו, אשר לטיפול הראשון שלהם הגיעו מיוזמתם בגיל בוגר יחסית, שאר המרואיינים היו בעיקר בני נוער בזמן המפגש הראשון שלהם עם אנשי בריאות הנפש.

מספר מצומצם של מרואיינים סיפרו על חוויות חיוביות וקונסטרוקטיביות מהמפגש הראשוני עם אנשי מקצוע מטעם המערכת, ביניהם דורית ואליהו. דורית: "באתי אליו עם המחברות, אמרתי לו זה... זה, וזה, וזה מה כואב לי... לא הייתי מוכנה לצלול. אבל הוא עשה את זה. ובדרך יפה... כבר באמת הייתי ממש בסדר. בסדר עם עצמי" (דורית/211-213). אליהו: "הייתי בריפוי בעיסוק פעמיים בשבוע. כל פעם ארבע שעות... שמה עשיתי סדר. עוד לא עשיתי סדר טוטאלי, אבל עשיתי איזשהו סדר" (אליהו/342-347). נראה, כי אליהו ודורית הגיעו בשלים לטיפול הנפשי (למרות שבתחילת הטיפול דורית הצהירה "שהיא לא הייתה מוכנה לצלול"). שניהם הביאו עמם למפגש מטען נפשי גדול שרביץ על כתפיהם במשך שנים, והמפגש הטיפולי נתן להם הקלה מסוימת "כבר באמת הייתי ממש בסדר" (דורית/211), ועזר להם להתחיל לארגן את עולמם הרגשי "שמה עשיתי סדר" (אליהו/347).

בניגוד אליהם, עבור רוב המרואיינים, אשר כאמור היו יחסית צעירים בעת המפגש הראשוני עם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, החוויה הטיפולית לא תוארה כמשמעותית במיוחד, או בעלת ערך כלשהו. כפי שעולה מדברי המרואיינים, הסיבות העיקריות לכך קשורות, ראשית, לחוסר בשלות שלהם לעבור תהליך אינטרוספקטיבי וטיפולי, ושנית - לעובדה שהטיפול נכפה עליהם.

יערה למשל, שנשלחה לטיפול בגיל 12 עקב ירידה מסוכנת במשקלה (29 ק"ג), לא התייחסה ברצינות למכלול הטיפול שקיבלה. היא מתארת: "הרגשתי לא נוח עם איך שאני נראית, ופשוט התחלתי באופן קיצוני לעשות כל מיני... לקחו אותי למקום שאחותי הייתה בו במעקב... נתנו לי תפריט שאני אמורה לעמוד בו, אבל כאילו צפצפתי עליו" (יערה/52-57). בדומה אליה, גם עודד, שהיה נער בזמן שנשלח לטיפול אצל לפסיכולוג בעקבות דרישה של אמו, מתאר את ההשפעה השולית של איש המקצוע עליו: "הוא היה מישוה מאוד לא משמעותי בשבילי. שמרתי אותו בשביל ההורים. לא התייחסתי אליו. התייחסתי אליו כאל מישוה שאני שולט בו" (עודד/77-78). הטיפול הנפשי נכפה על עודד. הוא הלך אליו רק כדי לרצות את הוריו, ולא מתוך רצון או

צורך אמיתי לעבור תהליך תרפויטי. בדומה אליו, גם איילת, שהייתה נערה כשנשלחה לטיפול בתחנה לבריאות נפש, תיארה את המפגש עם איש המקצוע כחסר חשיבות עבורה: "היה איזושהו ניסיון לקחת אותי לטיפול... אני לא ממש התחברתי לעניין הזה של טיפול. לא ידעתי מה רוצים ממני. לא הייתי באיזושהי רמה של הבנה שיש משהו לא בסדר" (איילת/52-48).

תיאוריהם של יערה, עודד ואיילת את חווית המפגש הטיפולי הראשוני עם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (טרם האשפוז), מייצגים במידה רבה את תחושותיהם של רוב המרואיינים ממפגש זה. בנרטיב שלהם, החוויה הלא מוצלחת או לא משמעותית קשורה לכך שהטיפול נכפה עליהם בשלב בו הם עצמם לא הרגישו שמהו לא בסדר איתם ("לא ידעתי מה רוצים ממני", (איילת/52)). מנקודת ראותם עולה כי מפגש זה התרחש לעיתים קרובות במסגרת מאבק הכוחות בינם להוריהם במהלך גיל ההתבגרות, ושהדרך שלהם לעמוד על שלהם, ואולי גם למרוד בהוריהם, הייתה "לצפצף" (יערה/57) על הטיפול, להפגין עליונות כלפי המטפל: "מישהו שאני שולט בו" (עודד/78), ולמרוד בסמכות של המטפל ובהוראותיו: "הגעתי בהתנגדות ממש גדולה... החבאתי צנצנת ושמתו בה את כל הכדורים שניסו לתת לי" (רבקה/93-90).

לסיכום, כמחצית מהמרואיינים נכנסו למערכת בריאות הנפש לפני שהגיעו לאשפוז. מפגש זה התרחש על פי רוב בהיותם צעירים יחסית ובניגוד לרצונם. תחושתם ברוב המקרים הייתה שטיפול זה לא הועיל להם, וניתן לשער שאחת הסיבות העיקריות לכך נובעת מעמדת ההתגוננות בה הם נמצאו בזמן הטיפול, אשר קשורה לתחושת היעדר האוטונומיה. חווית המפגש הראשון עם מערכת בריאות הנפש אמנם תוארה כלא מוצלחת במיוחד, אך מצד שני גם לא תוארה כחוויה טראומטית במיוחד (בפרט ביחס לחוויות הקשות שהם חוו לאחר מכן באשפוז - כפי שיתואר בהמשך).

להלן יתואר השלב הבא במפגש של המרואיינים עם מערכת בריאות הנפש - שלב הכניסה לאשפוז

הפסיכיאטרי.

### **3.2.2.2 תהליך ההגעה לאשפוז הראשון**

כל המרואיינים, בין אם הגיעו ראשית לטיפול ראשוני במערכת בריאות הנפש ובין אם לא, התאשפזו בשלב כלשהו בחייהם בבית חולים פסיכיאטרי, וכמחציתם התאשפזו יותר מפעם אחת. סיפורי הכניסה לאשפוז הפסיכיאטרי הראשון השתנו ממרואיין למרואיין בנסיבותיהם ובאופן בו הם נחו. חלק קטן מהמרואיינים הגיעו לאשפוז מרצון, אך עבור רובם תהליך זה נעשה בניגוד לרצונם, תוך שהם מופנים לאשפוז לרוב על ידי בני משפחה, ובמקרים אחדים על ידי המשטרה, קב"ן או אנשי מקצוע בבתי חולים כלליים. תהליך הכניסה לאשפוז היה כרוך במקרים רבים בזעזוע רגשי ותחושה קשה שנחצה קו גבול - בפרט עבור אותם מרואיינים שאושפזו בכפייה, אשר לעיתים קרובות חשו נבגדים, מרומים ושנעשה להם עוול על ידי קרובי משפחתם

והמערכת. להלן יוצג ניתוח של סיפורי ההגעה של המרואיינים אשר אושפזו בכפייה, ולאחר מכן יוצג ניתוח של סיפורי ההגעה של המרואיינים אשר אושפזו בהסכמה.

### 3.2.2.2.1 הגעה לאשפוז בכפייה.

"לקחו אותי עם אזיקים לבית החולים" (טמיר/ 488).

המרואיינים אשר הגיעו לאשפוז פסיכיאטרי בניגוד לרצונם, חוו לעיתים קרובות את הכניסה לאשפוז כאקט כוחני, שנעשה בכפייה וערמומיות תוך ניצול הנאיביות שלהם. כך, למשל, מתאר אדווארד איך הוכנס למחלקה הפסיכיאטרית, לאחר שאושפז בבית חולים כללי בעקבות ניסיון אובדני:

באה אלי פסיכיאטרית בכירה... אני לא זוכר מה אמרתי לה בדיוק, אבל היא הסיקה שברגע שאני יוצא משם אני חוזר לניסיון שני... זה מה שהיא הבינה... אז עוד לא הייתי מודע למה מו מי, ההשלכות של זה. כלום לא הבנתי. פשוט באו אלי יום אחד שהייתי שם בפנימית איזה שני ז'לובים, נקרא לזה ככה, שני כוח עזר, והודיעו לי שהם לוקחים אותי ככה בניידת... לקחו אותי באיזה טנדר וזה... אני הייתי בהלם. אני חושב בטירונות לא הייתי בכזה הלם. אפילו לא עצב או צער, פשוט הלם. טראומה. אז הגעתי ישר לתוך מחלקה סגורה (אדווארד/ 154-158).

אדווארד לא תיאר לעצמו שימצא את עצמו באשפוז פסיכיאטרי ("הייתי בהלם. אני חושב בטירונות לא הייתי בכזה הלם"). תחושת ההלם וחוסר האונים נבעה מכוחות חזקים – הפסיכיאטרית בעלת הסמכות, ושני כוחות העזר בעלי הכח הפיזי, אשר השתלטו עליו והחליטו על גורלו. לדבריו תהליך הכניסה לאשפוז נעשה תוך ניצול הנאיביות שלו ("אז עוד לא הייתי מודע למה מו מי... כלום לא הבנתי"), באופן חד צדדי, על ידי פסיכיאטרית שפירשה את דבריו באופן שהוא לא דווקא התכוון אליו: "היא הסיקה... זה מה שהיא הבינה". ההגעה לאשפוז באופן הנ"ל, כמו גם האשפוז עצמו, הייתה "טראומה" עבורו.

גם עבור תומר ההחלטה להכניסו לאשפוז הייתה טראומטית, אלא שבמקרה שלו, בניגוד לאדווארד,

ההחלטה אמנם לא נעשתה מאחורי גבו, אבל נעשתה באופן כוחני שלא הותיר לו הרבה ברירות:

הוא (הפסיכיאטר) מבהיר לי שאני מפה לא יוצא. אם אני לא אסכים - הוא יאשפז אותי בניגוד לרצוני. הוא קבע שאני במצב פסיכוטי. הוא לא אמר שאני מסוכן לעצמי או לסביבה, אבל הוא אמר שכדאי לי להסכים, כי עדיף להיות מאושפז בהסכמה ולא בכפייה. לא היה לי שום קטע של לשמוע קולות. רק התנהגות אקסצנטרית, ומחשבות מוזרות (תומר/ 514-517).

מדבריו של תומר עולה תחושת חוסר האונים בה הוא היה שרוי במפגש מול הפסיכיאטר. אבחנת הפסיכיאטר ("פסיכוטי"), שהוגדרה ללא סימוכין מצדו של הפסיכיאטר, כמו גם הקביעה שהוא מסוכן לעצמו או לסביבה,

לא הייתה בהלימה עם מה שתומר חש ביחס לעצמו. להרגשתו לא הייתה לו אפשרות להביע את דעתו או להתנגד לאבחנה חד-צדדית זו, כמו גם להחלטה לאשפוז.

ניסיונו של תומר מהאשפוז הראשון לא עזר לו להימנע מאשפוז נוסף. לדבריו, תהליך הכניסה לאשפוז

השני נעשה בצורה דומה:

מנהלת המיון, שואלת אותי האם אני מסכים להתאשפז בהסכמה. אני מכיר את השאלה הזאת. אני יודע שאין סיכוי שאני יכול להגיד לה משהו שישחרר אותי הביתה. אם אני אנסה לשוחח איתה היא תרשום דברים שאחר כך יהיה לי עוד יותר קשה להשתחרר מהאשפוז (תומר/ 771-774).

תומר מתאר תחושה של חסר אונים והחלשה מול מנהלת המיון והמערכת שעמדה מאחוריה. בעיניו, המערכת הפסיכיאטרית היא מסגרת דורסנית שכמו שהתעלמה מרצונותיו, כך היא גם עשתה מול רצונותיהם של אחרים במצבו: "רוב האשפוזים שהאנשים מאושפזים שם שכתוב 'בהסכמה' זה לא באמת בהסכמה, זה אנשים שכפו עליהם להסכים" (תומר/ 803-804).

תומר ואדווארד מהווים דוגמה מייצגת למרואיינים אשר חוו את תהליך הכניסה שלהם לאשפוז הפסיכיאטרי כתהליך כוחני ומניפולטיבי מצד אנשי מקצוע במערכת הפסיכיאטרית. עבור מרואיינים אחרים, לעומת זאת, תהליך הכניסה לאשפוז נצרב בתודעתם בעיקר כמניפולציה כוחנית מצד בני משפחתם, אשר בגדו באמונם. כך למשל, יערה מתארת איך הרגישה כאשר הבינה שהיא הולכת להתאשפז במוסד פסיכיאטרי, בזמן שהוריה הבטיחו לה שהיא רק מגיעה לשיחה עם הפסיכולוג וחוזרת הביתה: "מבחינתי זאת הייתה בגידה מצד ההורים שלי, ממש בגידה. כאילו לא צפיתי לזה. לא צפיתי שאני הולכת להישאר" (יערה/ 148-154). לתחושתה, באותה תקופה הוריה רקמו עסקה מאחורי גבה עם מקבלי ההחלטות במוסד האשפוזי שאליו הגיעה, ושיקרו לה על מנת שהיא תסכים לנסוע לשם.

בדומה ליערה, גם טמיר, אשר הובל לאשפוז באזיקים, מתאר כיצד הרגיש מבודד, נבגד ומושפל מול

משפחתו, ובעיקר מול אביו אשר הוביל את היוזמה לאשפוז:

בעיקר מה שאתה מגלה מהמשפחה זה אגרסיביות. כאילו זה ביטול מוחלט ואצבע של 'אתה חולה'. חוסר קבלה מוחלט... אבא הוביל את האשפוז. הוא אסף חוות דעת פסיכיאטריות כאלה ואחרות, והלך וניצח על כל הסימפוניה הזאת שהובילה אותי לתוך הבית משוגעים. הוא קיבל את הגיבוי של כולם. כולם חשבו שהוא עושה את הדבר הנכון... אני נכנסתי, סיפרתי מה קרה באותו יום. אמרתי 'היה יום קשה, תקפו אותי שוטרים'. הוא נכנס, אמר מה שהוא אמר. ההיא, הפסיכיאטרית שראיינה אותי, נפנפה לי בפקס חתום על ידי הפסיכיאטר המחוזי. 'אתה נשאר פה'. אבא נסע הביתה. נגמר

(טמיר/ 489-496).

טמיר מתאר כיצד משפחתו, ובראשה אביו, חברו אל גורמים במערכת הפסיכיאטרית על מנת להכניסו לאשפוז. הנרטיב שלו - שהיה לו יום קשה ושתקפו אותו שוטרים, עמד מול הנרטיב של אביו, וזה האחרון היה מי שהטה את הכף ושכנע את המערכת. כך מצא עצמו טמיר מנותק מהמציאות הרגילה של חייו, מבודד במחלקה הסגורה וקורבן למערכת שלתחושתו התעללה בו: "קפצו עלי ככה חמישה בריונים, דפקו לי מכות, הכניסו אותי לחדר עינויים, קשרו אותי על המיטה, דפקו לי מכות, ומנה טובה של הלידול" (טמיר/501-502).

התחושה של טמיר, שהוא נזנח על ידי משפחתו ונשאר תלוי בחסדיה של המערכת הפסיכיאטרית, משותפת גם ליואל, אשר היה בסוף כיתה ט' כאשר נכנס לאשפוז שנמשך שמונה חודשים. יואל התייתם מאביו כשהיה בן חמש, ודודו שהיה דמות משמעותית בחייו, היה זה שהוביל את מהלך הכניסה לאשפוז:

שמו לי אזיק על היד, שאני לא אברח... כמובן מיד אחרי זה הם קשרו אותי, לא יודע למה. כנראה להראות לי מי הבוס פה. אני מתנגד ואני צועק ואני לא רוצה. ואז אני זוכר את הפנים של הדוד מתוך החלון האדום של הדלת של החדר, מסתכלות עלי ככה, מסתכל עלי כזה במבט רציני כזה, כאילו 'אין לי ברירה'. ואני קשור שם ואני מבקש שהוא ישחרר אותי. והוא לא רוצה. הוא מסר אותי לידי הממסד הפסיכיאטרי ומעכשיו הם יחליטו מה עושים (יואל/141-134).

התמונה הגרפית שתיאר יואל, בה הוא קשור בתוך המחלקה, ודודו מסתכל דרך החלון לתוך עיניו במבט שאומר "אין לי ברירה", מבטאת את הזיכרון הכואב שלו מהכניסה לאשפוז בניגוד לרצונו, ואת תחושת הבגידה וההזנחה שחש באותו רגע מכונן בחייו. תמונה זו נשארה איתו למשך זמן רב: "כעסתי גם על אמא שלי תקופה די ארוכה. 'למה הסכמתי איתם? למה לא שאלת שאלות?' (יואל/149-148). לתחושתו, המשפחה שלו ויתרה עליו ומסרה אותו לטיפול של מערכת כוחנית שהפגינה אלימות כלפיו ("קשרו אותי... כנראה להראות לי מי הבוס").

לצד הסיפורים הקשים של המרואיינים שהוכנסו בכפייה למחלקה הסגורה וחשו תחושות קשות של בגידה מצד משפחתם וכוחנות ומניפולציה מצד המערכת, ישנו גם הסיפור של תמר, שבדומה לאחרים מתארת הגעה לאשפוז בדרך מניפולטיבית: "עבדו עלי. אמרו לי שלוקחים אותי למקום אחר. לקחו אותי לבית חולים" (תמר/51), אך בשונה מהם, היא מתייחסת אל החוויה בשוויון נפש: "אבל האמת היא שזה היה דווקא נחמד, כל הסיבוב הזה. בכלל, כשאתה בחוויה רוחנית לא אכפת לך איפה שמים אותך. הכל טוב. כאילו אתה בדיוק במקום ובזמן הנכון" (תמר/52). מדבריה של תמר עולה, שהיא ראתה בכניסה לאשפוז סוג של הרפתקה, שלא השאירה זיכרונות טראומטיים. פרט לתמר, שהייתה יוצאת דופן, מרואיינים אחרים אשר הוכנסו בכפייה לאשפוז דיווחו על חוויות מורכבות ולעיתים טראומטיות. ייתכן כי הסיבה למצב זה קשורה לכך שלעצם

ההגעה לאשפוז – כזאת שנעשתה בניגוד לרצונו של המרואיין, היה תפקיד מרכזי בעיצוב החוויה של השהות בבית החולים וצביעתה בצבעים שליליים.

לסיכום, רוב המרואיינים הגיעו לאשפוז פסיכיאטרי בניגוד לרצונם. מתוכם רבים חוו את הכניסה למערכת כאקט כוחני, מניפולטיבי וטראומטי. מדבריהם עולה, כי עיקר הפגיעה בעת הכניסה לאשפוז נבעה ראשית, מתחושה קשה של בגידה מצד המשפחה, אשר השאירה אותם נתונים לחסדיה של המערכת; שנית, מיחסה האלים של המערכת כלפיהם, ושלישית, מהתחושה של אובדן השליטה והחירות - כפי שביטא זאת אדווארד: "עדיין נשאר לי טראומה מהם. ואני תמיד אפחד על החופש שלי והחירות שלי. לא משנה כמה אתה חזק, מצליח, קשרים, כסף. תמיד יכולים לבוא ולקחת אותך" (אדווארד/253-254).

### 3.2.2.2.2 הסכמה להתאשפוז מתוך רצון להקל על מצוקה קיימת.

"בכל האשפוזים, הייתי מאוד מודעת למצב שלי, ולכל האשפוזים נכנסתי בהסכמה מלאה ובהבנה. זה היה כאילו, הפסקה כזאת" (איילת/385-386).

בניגוד למרואיינים שהגיעו לאשפוז בעל כורחם, ולרוב חוו את הכניסה כתהליך טראומטי, היו גם מרואיינים אשר הביעו רצון להתאשפוז לאור המצוקה הרגשית הקשה שחוו. לדוגמה אילנה, ששלוש שנים אחרי הפיגוע שנפצעה בו הרגישה שמצבה הנפשי מתערער, החליטה לשתף את הרופא שלה בתחושותיה: "התחיל אצלי מחשבות אובדניות... הייתה תקופה שהייתי חסרת אונים... והיו כל מיני מחשבות נכנסו לראש... ואז שיתפתי את הרופא. הרופא מאוד המליץ על אשפוז יום, ואז אנחנו הגענו להסכמה שכן, הוא צודק" (אילנה/748-752).

לתחושתה של אילנה, היוזמה ללכת לאשפוז אמנם הגיע מהרופא, אבל ההחלטה על הכניסה אליו נעשתה במשותף, ועל כן לא נתפסה כמניפולטיבית או כוחנית.

בדומה לאילנה, גם עמירה ואריק השתכנעו על ידי איש מקצוע שכדאי להם להתאשפז, ובסיפורי כניסתם לאשפוז ניתן להבחין בדמיון:

הוא אמר לי - 'טוב, אז את רוצה להתאשפז?' אז אמרתי - 'טוב, בוא ננסה'... ואז לקחו אותי עם אמבולנס... הבנתי שמשוהו לא היה בסדר עד עכשיו... כי לא משנה מה אתה חווה, עד הרגע שלא אומרים לך שאתה צריך להתאשפז - אתה לא במודע שמשוהו לא בסדר (עמירה/215-217).

היה לי פחד מאוד גדול ללכת לשם, כי זה איפשהו מין נקודת ציון ברמת הטיטורף שלך. אם אף פעם לא היית מאושפז אז אתה עדיין בסקאלה, אבל אם כבר התאשפזת אז יצאת מהסקאלה, אתה איתם.

אבל אחרי הניסיון האובדני השני הבנתי שאין לי מה להפסיד (אריק/53-56).

עמירה ואריק מתארים כיצד הגיעו לנקודה בה הייאוש שלהם היה מספיק עמוק, שלמרות הפחד הגדול שהיה להם, הם הסכימו לשתף פעולה עם איש המקצוע ולהתאשפז, מתוך תקווה לחוות הקלה נפשית. בנוסף, שניהם

ראו את הרגע בו מתקבלת ההחלטה ללכת להתאשפז כנקודת מפנה, בה מתרחש שינוי משמעותי בחייהם. אריק תופס את השינוי מנקודת מבט חיצונית – לפיה מי שמתאשפז בבית חולים פסיכיאטרי עובר לכאורה ממחנה אחד לאחר ("זה איפשהו מין נקודת ציון ברמת הטירוף שלך... אם כבר התאשפזת אז יצאת מהסקאלה, אתה איתם"), בעוד עמירה תופסת את השינוי מנקודת מבט פנימית – מעין "אסימון שנופל" שמעיד על כך שלא ניתן להתכחש יותר לבעיות הנפשיות: "לא משנה מה אתה חווה, עד הרגע שלא אומרים לך שאתה צריך להתאשפז - אתה לא במודע שמשוה לא בסדר".

לסיכום, מספר מרואיינים שהרגישו מצוקה נפשית גדולה בתקופה שקדמה לאשפוז החליטו להתאשפז מרצון, על פי רוב בעצתו של בן משפחה או איש מקצוע. אותם מרואיינים הם היו ערים למשמעויות השונות שתהיינה לאשפוז פסיכיאטרי עבורם, ובליט ברירה בחרו בדרך זו. המרואיינים אשר תוארו עד כה הגיעו לאשפוז או מתוך כפייה, או מתוך תחושה עמוקה של סבל ומצוקה. תת הפרק הבא יעסוק במרואיינים, אשר על-פי הנרטיב שלהם הגיעו לאשפוז לא מתוך סבל וייאוש (שגם כן היו קיימים) אלא בעיקר מתוך סקרנות, צורך לחוות ריגושים וצורך בתשומת לב.

### 3.2.2.2.3 הסכמה להתאשפז מתוך סקרנות ורצון לחוות חוויה יוצאת דופן

בעבור חלק מהמרואיינים, ההסכמה להתאשפז הייתה בין היתר תוצאה של רצון פנימי להוסיף את חווית האשפוז לרפרטואר החוויות והמצבים שהם צברו בחיים. עודד למשל, מתאר איך הגיע לבית החולים הפסיכיאטרי באופן הבא: "ראיתי את זה כהרפתקה לאשפז את עצמי. סבבה- מה יהיה? לא משנה. יהיה מעניין. יהיה אפשר לעשות סרט" (עודד/51-1501). כשעודד הגיע מרצונו בתור נער לאשפוז, הוא היה במצב נפשי קשה, בין היתר בעקבות שימוש מסיבי בסמים, אך לדבריו, הסיבה שבגללה בחר להיכנס נבעה מסקרנותו "מעניין מה יהיה", ורצונו לחוות ריגוש והרפתקה.

בדומה לעודד, מלכה, שהוזכרה בפרק זה כמישהי שחיפשה חוויות עוצמתיות עבורן היא הייתה מוכנה ללכת עד הקצה (ראו לעיל עמ' 38), התאשפזה אף היא כשהייתה בתיכון. היא מתארת כיצד חשקה באשפוז, מתוך תפיסה שהייתה שבויה בה אז, שזה מקום שאנשים "מיוחדים", כמותה, מגיעים אליו:

(להגיע לאשפוז) זה בעצם היה רצון המוסווה שלי. רציתי כאילו את הדבר המיוחד הזה... זה היה כאילו משהו 'איני' או מיוחד או נחשק... זה היה נראה לי כאילו הכי מדהים. כאילו לחוות את החיים ברמה כזאת עוצמתית. והתקנאתי לזה. התקנאתי וכאילו היה נראה לי שלהגיע לאשפוז פסיכיאטרי זה השיא של ה... עוצמת החוויות חיים... תפסתי את עצמי כאומנית גאונית מוכשרת. שחלק מהמהלך שלה זה גם לעבור דבר כזה (מלכה/45-38).

מלכה הכירה אנשים שחוו אשפוז וקינאה בהם. כמוהם, גם היא רצתה ללכת עד הקצה עם האומנות והגאוניות שלה. לתפיסתה באותם ימים, אשפוז פסיכיאטרי היה המקום "הכי מדהים", ולכן היא שאפה להגיע אליו. בנוסף לחוויה ה"מסעירה" של האשפוז הפסיכיאטרי שהיא חיפשה, הייתה לה (וייתכן שגם לעוד מרואיינים אחרים שלא ציינו זאת במפורש) סיבה נוספת לרצות להגיע לאשפוז והיא - לזכות בתשומת הלב שמהלך זה עשוי למשוך: "רציתי את הדבר המיוחד הזה. ואת ה... את תשומת הלב הזאת. ולקבל אותה בגדול" (מלכה/73-71). בניגוד למרואיינים אחרים שהתביישו בהגעה לאשפוז פסיכיאטרי, וחששו מההשלכות של הסטיגמות שמתלוות אליו, מלכה התאשפזה בגאווה וזכתה להרבה תשומת לב ועניין מצד משפחתה ומצד חברים רבים שבאו לבקרה ולדרוש בשלומה.

מעניין לציין, שכל המרואיינים שהביעו הרצון להתאשפז מתוך סקרנות או מתוך כוונה לחוות מעין חוויה של ריגוש קיצוני היו בני נוער באותה העת. מכאן שניתן להבין רצון זה גם דרך הפרספקטיבה של גיל ההתבגרות (אשר תוארה ב סעיף 3.1.1.4), שהתאפיין אצל אותם מרואיינים בצורך קיצוני בבדיקת גבולות וחיפוש אחר ריגושים, שהאשפוז היה אחד מהם.

לסיכום, פרק זה עסק בתהליך ההגעה לאשפוז הראשון. עבור חלק מהמרואיינים תהליך זה נעשה בכפייה, נתפס כטראומטי, והותיר בהם תחושה שהם נבגדו, רומו והוחלשו. רשמים אלו שנשארו מחוויית הכניסה לאשפוז, כפי שיתואר בהמשך, תרמו לרצונם של המרואיינים להתנתק ממערכת בריאות הנפש. עבור חלק אחר מבין המרואיינים, ההחלטה להתאשפז נעשתה בהסכמתם, בין אם מתוך מצוקה גדולה וייאוש, או מתוך סקרנות, צורך לחוות ריגושים, וצורך בתשומת לב. במקרים אלו על פי רוב הכניסה לאשפוז נחוותה בצורה פחות טראומטית, ועם זאת, נראה כי תהליך הכניסה לאשפוז היה משמעותי בחוויה הפנימית שלהם והיוו חצייה של קו גבול מסוים.

לאחר שתואר מהלך ההתדרדרות הנפשית של המרואיינים, ושלב ההגעה לאשפוז, יוקדש הפרק הבא לחוויית שעברו המרואיינים במשך השהייה עצמה באשפוז הפסיכיאטרי.

### 3.2.3 חווית השהייה באשפוז

לרוב המרואיינים חווית השהייה במחלקה פסיכיאטרית הייתה קשה מאוד ולעיתים טראומטית. לאורך הראיונות עלו וחזרו התמות לפיהן הם הרגישו שלא מקשיבים להם ומעוותים את דבריהם, שהם איבדו את החופש שלהם, שפרטיותם נחדרה ושהופעלה עליהם אלימות שנחוותה לעיתים כענישה והתעללות. בנוסף, תחושות מעיקות הקשורות לסטיגמה עצמית הנלוות לאשפוז לא פסחו אף הן על חלק מהמרואיינים. מסיבות אלו, אשר תפורטנה בהמשך, רצו רוב המרואיינים להשתחרר כמה שיותר מהר מהאשפוז בפרט, ולהתנתק ממערכת בריאות הנפש בכלל. בניגוד למרואיינים אלו, מספר מרואיינים אחרים הזכירו בסיפורם חוויות



מעצמות מתקופת האשפוז. אותם מרואיינים הרגישו שמתייחסים אליהם ברצינות, שאכפת לצוות מהם ושהם בעדם, ובאופן כללי הם יצאו מהאשפוז בתחושה של הקלה ביחס למצב בו הם הגיעו. בחלק זה יתוארו תחילה סוגים שונים של חוויות קשות שחו מרואיינים באשפוזים שעברו, ולאחר מכן תתוארנה חוויות מעצמות, בעלות ערך תרפויטי, שעברו מרואיינים במהלך שהותם במוסדות הפסיכיאטריים.

### **3.2.3.1 חוויות קשות מהאשפוז שגרמו למרואיינים לרצות להתנתק ממערכת בריאות הנפש**

"מה שטוב באשפוז הזה היה שאני לא רציתי בחיים לחזור לשם, זה היה סיוט" (אילנה/811). עבור מרואיינים רבים, ובפרט על ידי מי שהוכנסו בכפייה, חווית ההגעה לאשפוז תוארה במונחים של הלם וזעזוע. אותם מרואיינים ביטאו תחושה של שבר פנימי עמוק בעת שנכנסו אל בין כותלי בית החולים הפסיכיאטרי: "מה אני עושה פה לעזאזל. כאילו כל האנשים האלה... אני לא שייך. איך הגעתי לפה? מה זה אומר עלי?" (שרון/608-607). הפער בין החוויה הפנימית שלהם טרם ההגעה לאשפוז, לבין המקום בו הם מצאו עצמם היה גדול וכואב. דוגמא לכך ניתן ללמוד מדבריה של רבקה אשר תיארה את הרושם הראשוני שלה מהמחלקה בה היא התאשפזה בגיל 17: "תחושה הזויה, חוסר שייכות... זה היה הזוי, הכול. הרגיש כאילו 'קן הקוקייה'... זה הרגיש קפקא לגמרי... אני זוכרת שכאילו כל מה שעובר לי כל היום זה 'איך הגעת לזה?', איך הגעת לזה?!, איך הגעת לזה?!" (רבקה/215-210).

החוויות הקשות שתיארו מרואיינים בתקופת האשפוז הפסיכיאטרי מתחילות במראה הפיזי של המקום: "דיר חזירים... זה היה ממש נוראי" (אדוארד-171), "התשתיות קורסות. עובש בקירות... אינסטלציה... איכסה פיחסה... אין מילים... מחלקה, ארורה" (דינה/135-133), וממשיכות במכלול של תחושות קשות שכל אחת מהן בנפרד, וכולן יחדיו, תרמו לתחושת הסלידה והרתיעה שהרגישו המרואיינים – תחושה אשר תרמה, לדבריהם בהמשך, לגיבוש המוטיבציה שלהם להתרחק משירותי בריאות הנפש. בפרק זה יפורטו ארבעת המרכיבים העיקריים של האשפוז אשר נחו על ידי המרואיינים במיוחד כקשים: תחושה של מרואיינים שלא מקשיבים להם ומעוותים את דבריהם, חווית אובדן החופש וחדירה לפרטיות, הרגשה שמופעלת כלפיהם אלימות וכוחנות ותחושות קשות הקשורות לסטיגמה החברתית הנלוות לאשפוז פסיכיאטרי.

#### **3.2.3.1.1 תחושה של מרואיינים שלא מקשיבים להם ומעוותים את דבריהם**

"לא רואים את כל הבן אדם... הכל מאוד טכני" (איילת/789).

מרואיינים רבים הרגישו בעת שנכנסו לאשפוז שהצוות במחלקה לא מתייחס אליהם כאל בני אדם אלא כאל חולים. הם הרגישו שהצוות לא מעוניין באמת לשמוע מה שיש להם לומר, ושלתכנים שהם מביאים נעשית פתולוגיזציה. דוגמה לכך ניתן ללמוד מדבריהם של עופרי וטמיר :

הפסיכיאטר ניסה לשכנע אותי לקחת כדורי הרגעה... הוא אף פעם לא ניסה להיכנס לשיגעון שלי, כאילו - רק מבחוץ... אני לא יודעת מה היה קורה אם הוא היה מנסה מבפנים. אבל אני יודעת שהיום יש אנשים שנכנסים איתך ומדברים איתך, ושזה מוכיח את עצמו כהרבה יותר אפקטיבי... לקחתי כסא ואמרתי - 'לא, אני רוצה לצאת' או משהו כזה. ומיד באו אלי עם מזרקים, נתנו לי זריקה (עופרי/112-105).

עופרי הרגישה שהפסיכיאטר שפגשה היה מרוחק אפילו לא ניסה לחדור לעומקי נפשה. במקום לשוחח איתה על עולמה הפנימי הוא רצה לתת לה כדור, וכשהיא התנגדה היא קיבלה בעל כורחה זריקה. כמו עופרי, גם טמיר חש שהפסיכיאטרים לא מעוניינים להקשיב לו, ושהאופן שבו הם מפרשים את דבריו עושה לו עוול. בתקופה שלפני האשפוז טמיר הרגיש "מחובר לאיזה משהו שהוא גדול ממך. משהו ענק, משהו אין סופי" (טמיר/546), הוא הרגיש בטוח בעצמו "באתי עם הרבה בטחון" (טמיר/539), ושהוא הבין משהו חשוב על העולם "שהעולם הזה מעוות, אני יודע בדיוק איך, ואני יודע למה, ואני יודע מה לעשות עם זה" (טמיר/542-541). הוא נאבק במשפחתו ובחברה על מנת שיקשיבו למסר שלו, ולא יפטרו אותו בכך שהוא איבד את שפיותו, אך מאבק זה הסתיים בכך שהוא הגיע לאשפוז כבול באזיקים, והחופש שהיה לו נגזל ממנו. בתיאורו את חוויות הכניסה לאשפוז, טמיר מבטא את הניגודיות העמוקה שחש בין החוויה הסובייקטיבית שלו, לבין האופן שבו התייחסו אליו, וכן את תחושת ההתרסקות שחוהה שם :

אם הגעת לשם בתור אלוהים, אתה מהר מאוד הופך להיות פסיכופט, כאילו משוגע... אתה הגעת לשם בתור הדבר הכי נעלה ואתה הופך להיות הדבר הכי שפל. אין לך עתיד. כן. ייאוש מוחלט. וגם, אף אחד לא מדבר אתי. אתה לא ראוי להקשבה. ואם כבר כן מדברים אתך, אז זה כדי להצדיק את זה שאתה שם. כאילו כל דבר שתנסה להגיד, כל דבר יפה שהיה לך בראש זה הופך ל'מאפיינים פסיכויטיים'.... כאילו זה התנקזות של כל הדברים שירסקו בן אדם לחתיכות (טמיר/514-509).

ה"ייאוש המוחלט" שהרגיש טמיר במחלקה קשור להרגשה שהוא קיבל שם שהוא "לא ראוי להקשבה", ושמחשבותיו והתנהגותו מתפרשים על ידי הצוות אך ורק דרך הפריזמה הרפואית, אשר עושה להם פתולוגיזציה : "כל דבר יפה שהיה לך בראש זה הופך ל'מאפיינים פסיכויטיים'".

דוגמה נוספת לפער בין האופן שבו מרואיינים חוו את המצב התודעתי/רגשי שלהם, לבין הגישה הרפואית של אנשי הצוות כלפיהם, ניתן לראות במשפט שאמר אליהו כשתיאר איך נכנס למחלקה במצב של

אובדן הכרה: "חשבו שקרה לי משהו במח. הם לא ידעו שזה רוחני" (אליהו/662). אליהו, בדומה למרואיינים אחרים אשר מפרשים את העולם דרך פריזמה רוחנית, הרגיש שאין לו שפה משותפת עם הפסיכיאטרים אשר מתייחסים בעיקר לעולם החומר, ומהר מאוד הוא הבין שבהם הוא לא יוכל להיעזר: "הביאו לי זריקה. נו בטח. מה עוד הם יודעים לעשות, מה הם יעשו?... אמרתי – 'אני יוצא מכאן'... הפסקתי לעשות שיעורים כאלה רוחניים והבנתי שאני צריך להיות בצללית הכי נמוכה... בסוף שיחררו אותי. עם ערימה של תרופות" (אליהו/754-752). אליהו היה מאושפז במשך שבועיים, ולאחר מכן הוא התנתק משירותי בריאות הנפש ובחר בדרכים שונות של התמודדות עם מצבי הנפש שלו אשר עולות בקנה אחד עם תפיסת עולמו.

כמו אליהו, גם תמר, שעד היום לא הפסיקה להאמין שהקולות שהיא שומעת והדברים העל-טבעיים שהיא רואה הם לא אמיתיים, הרגישה שתפיסת העולם שלה מנוגדת לזאת של הפסיכיאטרים, ושאלה שפה משותפת איתם:

אף פעם לא האמנתי שהחוויה הרוחנית הזו היא לא אמיתית. כאילו, כמה שטחנו לי במוח... אמרתי 'טוב, טוב טוב'. עשיתי את המשחק. שחקנית טובה. הכל בסדר... הסתכלתי תמיד בצורה מאוד רוחנית... ניתקו אותי. בהתחלה בכוח, ואז כאילו אמרתי 'אוקי. זה לא מתאים פה... אין לי שום קשר למקום הזה. אין לי שום קשר לאנשים שמטפלים בו. זה לא אני בשום צורה. הם הורגים פה בני אדם. אני הרגשתי שאני יודעת ורואה דברים שאנשים לא יכולים לראות, וזה בסדר. לא כולם בעולם הזה יכולים לראות הכל (תמר/ 415-423).

תמר הבינה שבינה ובין הצוות בבית החולים ישנו פער אידיאולוגי שאינו ניתן לגישור. אינטואיטיבית היא חשה, שאם תשתף פעולה עם הצוות הרפואי, הרופאים "יהרגו" את הרוחניות שבה. לכן היא החליטה "לשחק את המשחק" ולרצות את הרופאים על מנת שתוכל להשתחרר. בדומה לאליהו ותמר, גם עמירה, אשר באה מתפיסת עולם רוחנית, התייחסה לכדורים הפסיכיאטרים כאל "רוצחי רוחניות" (עמירה/317) והחליטה, ברגע שניתנה לה האפשרות, לתפוס מרחק<sup>13</sup>.

לסיכום, רבים מהמרואיינים הרגישו שהפסיכיאטרים ואנשי הצוות במחלקה מסתכלים עליהם כעל אנשים חולים, ולא טורחים לנסות להבין עם מה הם מתמודדים דרך נקודת המבט שלהם – תהא היא רוחנית, או פשוט שונה מזאת של הממסד. הפער הזה, בין האופן שבו הם היו רוצים שיקשיבו להם ויראו אותם, לבין היחס שקיבלו במחלקה, יצר אצלם תחושה של ניכור ורצון להתרחק מהמערכת כמה שיותר מהר.

<sup>13</sup> נושא הפער בין התפיסות הרוחניות בהן החזיקו חלק מהמרואיינים לבין העמדה הפסיכיאטרית יתואר בהרחבה בסעיף 3.5.2

תמה נוספת עליה דיברו המרואיינים אשר חוו את האשפוז בצורה קשה, קשורה לתחושה של אובדן החופש והפרטיות בעת הכניסה למחלקה.

### 3.2.3.1.2 אובדן החופש וחדירה לפרטיות

"מילד רגיל שמשחק והולך לאן שהוא רוצה עם האופניים, אתה הופך לבן אדם עם כותונת בתוך בית חולים. זה עושה נזק עצום לילד" (יואב/175-174).

החופש והאוטונומיה שהיו למרואיינים בתקופה שקדמה לאשפוז נקטעו בצורה חדה כשהם הגיעו אליו. מציאות חדשה זו יצרה תחושה של תסכול, ייאוש וחוסר אונים, ובחלק מהמקרים, גם זעם גדול על צוות בית החולים או על המשפחה שנתפסה כאחראית למצב שנגרם להם. רבקה למשל, שתכננה לעבור לגור לבד בתל אביב כשהייתה בת 18, זעמה על הוריה כשהרגישה איך החופש והעצמאות נגזלו ממנה באופן קיצוני בעת שהוכנסה למחלקת נוער אשפוזית:

הרגשתי כעס פסיכי על ההורים שלי שהם לא נתנו לי למות והביאו אותי לסיטואציה הבאמת לא שפוייה הזאת. כל האשפוז היה מלווה בערך כאילו בכעס פסיכי על כל העולם ובתסכול של 'איך כאילו זה קרה לך? מכל הדברים בעולם, כאילו היית אמורה עכשיו לגור לבד ולהתחיל את החיים שלך'. זהו, האשפוז היה נוראי" (רבקה/234-231).

רבקה רצתה למות וניסתה להתאבד "אם הייתי מתה גם הסבל שלי היה מפסיק, וגם לא הייתי מגיעה לסיטואציה הבאמת לא שפוייה הזאת" (רבקה/267), אך במקום זאת מצאה את עצמה במחלקה סגורה עם מטופלים שפחדה מהם (בהתחלה): "את הפנים שלי קיבלה מישהי שהייתה אז עם אנורקסיה במצב קשה. היא נראתה כמו שלד, זה היה מפחיד... והיה שם מלא רעש של ילדים (רבקה/211-210), וצוות שהיא סלדה מרובו: "היה את האחות הגדולה... ויש את הקטע ב'קן הקוקייה' שמתאר איך היא שולטת בזמן, מסדרת את הערפל. כזאת היא הייתה" (רבקה/216-215). השאיפה של רבקה להיות חופשייה ולהתנתק מההורים, בין אם על ידי מעבר לתל אביב ובין אם על ידי ניסיון למות, התנפצה אל מול המציאות, והיא מצאה את עצמה בסיטואציה "נוראית" שבה החופש שלה הצטמצם במידה דרמטית.

מרואיין נוסף שהתאכזב מאוד כשגילה שהוא מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי במקום למות או להיות בחוויה של חופש רוחני מוחלט הוא אליהו. לאחר תרגול רוחני/קבלי שארך יום שלם, שבו חשב שהוא הולך למות: "חשבתי שאפשר ללכת טבעי. לעבור לשם" (אליהו/650), אליהו איבד את ההכרה, אך לאכזבתו - מצא את עצמו כבול למיטה פסיכיאטרית:

אני לא בהכרח. אחרי שלושה ימים אני פותח את העיניים, אני רואה שאני קשור. אני קשור על פלטה של נירוסטה. ערום... כשגיליתי שאני פה. חשבתי שאני עברתי לעולם הבא. איך התעוררתי? התעוררתי מציוץ

של ציפורים... יש שמה חצר גדולה, והיה חלון כזה למעלה, יוצא אור משם. חשבתי שאני גר בגן עדן. לפי הסיפורים. ואני שומע ציוץ וזה. ופתאום אני מסתכל על עצמי וזה. ואני רואה שאני קשור, ערום, ואז חטפתי את הגיננה. וקרעתי את הרצועות. והם רצו מהר לחדר. הכניסו לי באבי אבי (אליהו/666-652). האכזבה והתסכול שחש אליהו כשגילה שהציוץ של הציפורים לא מעיד על כך שהוא השתחרר מכבלי העולם הזה, הועצמה לנוכח החוויה ההפוכה לה – נירוסטה קרה, קשירה, חוסר אונים, אובדן החופש ויחס אליהם מצד הצוות שלדבריו חווה שם ("הכניסו לי באבי אבי").

מספר מרואיינים השוו את אובדן החופש שהרגישו באשפוז הפסיכיאטרי לחוויה של כליאה בבית כלא. יואב מתאר תחושה של מעצר ממושך, שבו אובדת תחושת הזמן ולא ברור מדוע הוא קורה ומתי הוא יסתיים: "זה תחושה נוראית, שכאילו כולאים אותך ורוצים ממך דברים שאתה לא מבין מה רוצים ממך. עוד יום ועוד יום ולא אומרים לך מתי תשתחרר בעצם. ואתה לא מבין מה עשית" (יואב/174-173). כמו יואב, גם אדווארד, שאושפז מעט אחרי השירות הצבאי שלו, הרגיש שהחופש שלו אינו בידיו אלא תלוי בחסדיהם של אנשי הצוות: "כמו בכלא אתה לומד את יחסי הכוחות... לפעמים גם שם היו לוקחים חלק מאיתנו שהיו בסדר כאלה, כמו אסירים למופת, לישון בפתוחה" (אדווארד/202-197).

בנוסף על אובדן החופש, מרואיינים מסוימים ביטאו תחושה של אובדן הפרטיות במחלקה, אשר בא לידי ביטוי מול הצוות ומול מטופלים אחרים. דוגמה בולטת לכך עלתה בסיפורה של רבקה, אשר הייתה לקראת גיל 18 באשפוז הראשון וכתבה יומן אישי. יום אחד, כאשר הבינה שהצוות קורא ביומנה, היא נפגעה קשות ואיבדה את העשתונות:

היה לי יומן, מחברת התכתבויות כזאת... והם גילו... כאילו הם קראו לי את כל היומן ואת כל מה שחשבתי... ואני הרגשתי מחוללת, כי זה חדירה לפרטיות ברמה... לא יכולתי, וואי זה היה כאילו... אני עדיין מרגישה את זה, זה אחד הזיכרונות שלא עזבו אותי. אבל בצורה קיצונית (רבקה/343-340). רבקה חוותה חדירה לפרטיותה במידה חריפה כזאת, שבעקבותיה היא נותרה "מחוללת". אופן הביטוי שלה יכול להשתמע כחווית חילול בתוליה של נאנסת. לאחר שנודע לה שקוראים ביומן הפרטי שלה היא הרימה קול צעקה, והתגובה של הצוות הייתה להחליט "שאני אלימה ומסוכנת, ויש לי איזה הפרעת אישיות" (רבקה/353). בעקבות זאת רבקה הוכרחה לבלוע כדורים שלדבריה מנעו ממנה את החופש בצורה הקיצונית ביותר – הם מנעו ממנה את חופש המחשבה ואת היכולת להתבטא:

הם התחילו לתת לי כדורים של הלידול, ואני לא יודעת מה זה עשה, אבל כאילו נעלמתי בתוך בועה ולא הצלחתי לשמוע את המחשבות שלי, כי הם עברו לי כזה מסביב לבועה, וכאילו בפנים צרחתי

ובחוץ לא הצלחתי לדבר והגבתי נורא לאט. זה היה הדבר הכי מפחיד שקרה לי בחיים... כאילו הכניסו אותי לתוך בועה כדי שאני לא אצליח לדבר, ככה הרגשתי. וזה היה הכי התעללות (רבקה/361-368).  
אובדן היכולת של רבקה להגיב ולהתבטא כתוצאה מהכדורים שהיא קיבלה<sup>14</sup>, נחוות על ידה בצורה טראומטית "הדבר הכי מפחיד שקרה לי בחיים", והאופן שבו התרחש האקט הזה נתפס על ידה כשלילה מוחלטת של חירותה, וכסוג של ענישה והתעללות: "הכניסו אותי לתוך בועה כדי שאני לא אצליח לדבר... זה היה הכי התעללות". מתיאוריה של רבקה עולה החוויה הקשה של השתלטות הצוות הרפואי על יכולת הביטוי שלה, ללא שום יכולת שלה להתגונן.

תת-תנמה נוספת שעלתה מניתוח הנתונים קשורה לאסטרטגיות ההתמודדות שבהן השתמשו מרואיינים על מנת להתמודד עם אובדן החופש והחדירה לפרטיות שהוזכרו לעיל. מרואיינים רבים סיפרו כיצד הם הבינו, באינסטינקט הישרדותי, שאם הם רוצים לזכות בחופש שלהם בחזרה עליהם להתנהג בהתאם לציפיות של הצוות מהם, ולומר להם אך ורק מה שהם מעוניינים לשמוע. אדווארד למשל, שבהרגשה שלו נחסף לבית החולים ("יום אחד איזה שני ז'לובים, נקרא לזה ככה, שני כוח עזר, הודיעו לי שהם לוקחים אותי ככה בניידת" (אדווארד/154), מתאר איך כעבור מספר שבועות הוא למד את חוקי המחלקה:

כמו בכלא אתה לומד את יחסי הכוחות. מי נגד מי. לאט לאט, להיות חכם. לא לתת לאף אחד לצאת עליך...אני לא זוכר כמה זמן היית שם בסגורה. אולי חודש וחצי. מתישהו הייתי ילד טוב. אתה יודע, זה כמו עליית הקבצה. הביאו אותי לפתוחה. לפעמים גם שם היו לוקחים חלק מאיתנו שהיו בסדר כאלה, כמו אסירים למופת, לישון בפתוחה (אדווארד/197-202).

אדווארד הבין שעל מנת לשרוד באשפוז, עליו להתקדם מהמחלקה הסגורה לפתוחה, ובכדי להשתחרר מוקדם עליו "ללמוד את יחסי הכוחות", "להיות חכם" ולהתנהג "כמו אסיר למופת". גם כאן, כמו בציטוט קודם שלו, אדווארד משתמש בדימויים מעולם הכלא ונורמות התנהגות של אסירים, מה שממחיש את חווית אובדן החירות ויכולת הבחירה שלו.

מרואיינים רבים, כמו אדווארד, תיארו את השהייה שלהם באשפוז במונחים של משחק שמטרתו היא ללמוד את חוקיו על מנת שיוכלו להשתחרר ממנו. כך, למשל, עופרי מתארת: "ידעתי טוב מאוד לשחק את המשחק של הצייתנית, הבסדר וכו'... גם שאלו אותי- 'היו לך קולות?'. 'לא'. 'שמעת קולות?'. 'לא', 'לא', 'לא'... ושחררו אותי אחרי שמונה ימים" (עופרי/122-125). בדומה אליה גם אברהם הבין אחרי זמן מה שאם הוא מעוניין להשתחרר, עליו "לשחק את המשחק":

<sup>14</sup> כמעט לכל המרואיינים היה סיפור לספר על התרופות. סעיף 3.3.9 נושא לחוויית השימוש בתרופות והירידה מהם.

האסימון נופל בסופו של דבר, ואתה מבין שאתה נפלת פה בבור די גדול, ושאתה צריך לשחק משחק, והמשחק אומר כל מה שהם אומרים אתה צריך להסכים, ואתה לא משתף אותם יותר במחשבות שלך, אתה די נסגר... ולהגיד מה שמצפים ממך... 'כן, הייתי פסיכוטי, כנראה שיש לי הפרעה, כנראה שזה, אם צריך לקחת כדורים, מה שתגידו', הכול אתה אומר, משיב בחיוב, ובאמת אחרי שבועיים שחררו אותי מהבית חולים (אברהם/111-117).

האסטרטגיה של ההסתגרות ושיתוף הפעולה לכאורה עם הצוות הייתה יעילה עבור רוב המרואיינים, ומרגע שנקטו בה הם הצליחו להשתחרר מהאשפוז תוך זמן קצר יחסית, גם אם מצבם הנפשי עדיין לא היה טוב: "שיחקתי את המשחק... שיחררו אותי אחרי שבועיים, עם ערימה של תרופות... אבל עדיין, כל הגוף רועד מבפנים" (אליהו/712-741). התנסות מסוג זה גרמה למרואיינים להטיל ספק ביכולתה של המערכת לעזור להם, שכן כשהם יצאו מבית החולים הם לא הרגישו טוב יותר מאשר בעת כניסתם. כפי הנראה התנסות זו שימשה תשתית לבחירה בכיוון ההתמודדות העצמאי.

מעניין לציין, שעבור מספר מרואיינים השימוש באסטרטגית ההתמודדות של ריצוי הצוות והעמדת פנים, הייתה מקור לתחושת העצמה. רבקה מתארת:

אני עובדת עליהם... אני אומרת לפסיכולוגית שלי בדיוק את מה שהיא רוצה לשמוע... פתאום היה לי הרבה יותר כוח ממה שהיה לפני שנכנסתי, שזה הזוי, כי אתה בסיטואציה ששוללים ממך 100% מהכוח, אבל פתאום אתה מבין שאתה שולט. והיה ממש חוקים... כאילו סבבה שזה מה שמנסים שאני אבין, אבל אם אני יכולה לעבוד עליהם בזה שאני אומרת מה שהם רוצים לשמוע, והם כל כך טיפשים כדי להאמין לי, אז כאילו משהו מקולקל ולא אצלי (רבקה/245-251).

למרות חוסר האונים הפיסי שחוותה, רבקה למדה את "חוקי המשחק" והרגישה שהצליחה להחזיר לעצמה את הכוח והשליטה שנשללו ממנה באשפוז. יותר מזה, היא חשה שלא רק שלטה במצב, אלא אף הצליחה לתמרן את הצוות המטפל ולשכנעו שמצבה הרגשי השתפר. רבקה הייתה מודעת לתמרון שהיא נוקטת וקיבלה חיזוק למחשבה שהבעיה היא לא שלה אלא של הצוות ("משהו מקולקל ולא אצלי").

אסטרטגית התמודדות זו, שתוארה בנרטיבים של מספר מרואיינים, מגלמת בחובה תכונות אופי של נון-קונפורמיות, ביטחון עצמי ולקיחת אחריות על המצב בו הם נמצאו. נראה כי תכונות אלו, כפי שתוארו בתת-פרק 3.1.2.2, הן אותן תכונות האופי שבאו לידי ביטוי בשלב בו המרואיינים החלו להתנתק משירותי המערכת ולרדת מהכדורים הפסיכיאטריים.

אסטרטגיה נוספת של התמודדות עם הקושי הנפשי הגדול של האשפוז, אם כי פחות נפוצה (רק שני מרואיינים סיפרו עליה), הייתה ניסיון לברוח. דינה, שהייתה נערה באשפוז הראשון שלה, הרגישה תחושה קשה של מחנק ושל אובדן החופש, וניסתה לברוח ארבע פעמים מבית החולים:

ברחתי מבית החולים אחרי חמישה חודשים. אמא שלי החזירה אותי. ברחתי שוב, התחננתי, אמרתי לה: 'אמא, המקום שלי זה לא שם. אני לא רוצה תרופות אני אהיה בסדר'. הצלחתי לשכנע אותה, אבל הרופא אמר לי 'תבואי עוד פעם אחת, דברי איתי, ואני אשחרר אותך'. לא האמנתי לו. באתי, וכשסיימתי את הפגישה איתו, יש איזה מאתיים מטר עד השער - זה ההליכה הכי ארוכה שעשיתי בחיים, נמשכה נצח, כי כל פעם היית בטוחה שבאים לתפוס אותי מאחורה ולהחזיר אותי. ואיך שיצאתי מהשער, זה אחד הרגעים המאושרים בחיים שלי (דינה/106-101).

הקשיים שדינה התמודדה איתם כנערה במחלקה הסגורה היו כל כך גדולים שהיא ניסתה לברוח שוב ושוב. שער בית החולים, ממנו היא נכנסה בכל פעם מחדש קיבל סמליות גדולה, וכך, הרגע שבו היא יצאה דרכו אל עבר החופש, מבלי שיבוא אף אחד לתפוס אותה, היה לדבריה אחד הרגעים המאושרים בחייה. לסיכום, אחת התחושות הקשות מתקופת האשפוז, כפי שעלתה מסיפורי המרואיינים, הייתה קשורה באובדן החופש והפרטיות שחווי בהיכנסם למערכת. תחושה זו הולידה רגשות של תסכול וזעם, ורצון עז להשתחרר. בכדי להחזיר לעצמם את החופש והאוטונומיה מספר מרואיינים גיבשו את אסטרטגיית ההתמודדות של "לשחק את המשחק" ולספר לצוות מה שהם מעוניינים. אסטרטגיה זו לעיתים העניקה למרואיינים תחושת העצמה, וניתן לשער כי עבור חלקם הניצנים הראשונים של התנתקות מהמערכת כולה (לרבות התרופות) נוצרו שם.

הביטוי החריף ביותר לצמצום החופש שחווי המרואיינים במחלקה הוא מעשה הקשירה. הפרק הבא יתאר חוויה זו ויתמקד בסוגים שונים של אלימות, כוחנות וענישה שחווי מרואיינים בזמן שהותם באשפוז.

### 3.2.3.1.3 אלימות, כוחנות, ענישה ואלימות סימבולית במחלקה

"הכניסו לי באבי אבי" (אליהו/666-652).

מרואיינים רבים תיארו מקרים קשים של אלימות וכוחנות שחווי במחלקה, שפעמים רבות התפרשה על ידם כהתעללות, ענישה וסדזים: "ראיתי אחים שפורקים את הסדזים שלהם... פשוט, נהנים, אתה רואה את ההנאה הסדיסטית" (דינה/351). תחושת ההתעללות הסובייקטיבית שתיארו המרואיינים באה לידי ביטוי בכמה אופנים: במכות - "קפצו עלי ככה חמישה בריונים, דפקו לי מכות" (טמיר/1081); בקשירה - "הם קשרו אותי, לא יודע למה. כנראה להראות לי מי הבוס פה" (יואב/137); בהאכלה בכפייה - "החזיקו לי שתיים את הידיים, ואחד האכיל אותי בכוח, כאילו עם כפית, ואחת סתמה לי את האף... כאילו ממש הייתי מזועזעת"



(יערה/66-64); בשימוש בנזעי חשמל - "חשמלו לי את המח, זה ממש עושה אותך רובוט" (תמר/58-57) בסימום - "הם התחילו לדחוף לי מלא כדורים. כל יום הייתי צריך לבלוע את הרידזין ופרפנאן וכל מיני שמות שאני כבר לא זוכר, ולקחתי את זה, וזה עשה לי רע. זה עשה לי תחושה כאילו יש מלחציים שלוחצות לי במוח" (יואב/152-149); בענישה - "אני זוכרת שקשרו לי את הידיים והאכילו אותי בכוח, ואז נתנו לי עונש, ונתנו לי במשך שלושה שבועות לישון במסדרון מול חדר האחיות כדי שאני לא אנסה להתאבד בלילה" (רבקה/294-297).

במקרים קיצוניים, הפרקטיקות הכוחניות שהופעלו במחלקה נחו על ידי חלק מהמרואיינים כלא פחות מאשר "עינויים":

הכניסו אותי לחדר עינויים... זה היה סיוט... החומרים האלה הם חומרי עינויים. זאת אומרת אם אתה שואל מה זה פסיכיאטריה של שנות האלפיים, אני אגיד לך שזה פסיכיאטריה של ימי הביניים, זה אותו דבר. זאת אומרת, שם נגיד היו מכניסים אותך לאש ולאמבטיות קרח וכל מיני שטויות כאלה, אז פה מענים אותך בזריקות. חומרים שמרוב שאתה סובל - המוח שלך מפסיק לתפקד. הם כאילו מנתקים לך את הנורונים... פוגעים לך בטרנסמיטורים... אתה נשאר כולך מפוצץ בדברים שאין להם פורקן (טמיר/1099-1091).

טמיר הרגיש שהטיפול לכאורה שאותו קיבל במחלקה הפסיכיאטרית הוא מיושן ואינו שונה באופן מהותי מהטיפול האגרסיבי שהיה ניתן בימי הביניים. הסבל שחווה במחלקה כתוצאה מהכדורים שהוא קיבל בכפייה גרם לו להבין שתרופות אלו אינן מועילות לו והוא הפסיק להשתמש בהן מיד לאחר שהשתחרר. ממד נוסף של אלימות שחוו מרואיינים במחלקה, תואר עלי ידי דינה כ"אלימות סימבולית". לדבריה: אלימות סימבולית זה אלימות שלא מצטלמת. אתה לא יכול לראות שקושרים או הורגים מישהו ממכות, למרות שגם את זה ראיתי... אז האלימות הסימבולית הזאת זה שלילת זכויות וזה יחס משפיל. למשל, כשהייתי מקבלת את התרופות, לפעמים היה קורה שאני הייתי מרגישה חולשה והייתי נופלת. פשוט, מעומס תרופתי. [-אחות המחלקה-] יאללה תפסיקי עם ההצגות שלך, יאללה יאללה, קומי קומי! (דינה/363-350).

דינה חוותה השפלה ויחס מזלזל מצד הצוות במחלקה, אשר פקפק באמינות שלה והתעלם מהסבל שחוותה כתוצאה מנטילת הכדורים. דווקא ברגעיה הקשים, כשהיא חלשה מעומס תרופתי וזקוקה לתמיכה ומנוחה, אז בחרו הצוות להציגה כאחת שעושה הצגות ומחפשת רחמים.

סוג נוסף של "אלימות סימבולית", כדבריה של דינה, שעלה בנרטיבים של המרואיינים, קשור למדיניות של כוחנות וכיפוף ידיים מצד אנשי הצוות. אדוארד למשל, שהתחיל את האשפוז שלו במחלקה

הסגורה ועבר אחרי כחודש וחצי למחלקה הפתוחה, סרב לקבל שם את הטיפול התרופתי המוצע לו. לדבריו, כיוון שבמחלקה הפתוחה לא ניתן להכריח אותו לבלוע תרופה שהוא אינו מעוניין בה, מנהל המחלקה מצא דרך אחרת לגרום לו לשתף פעולה:

יום אחד החליטו כנראה לשים לי כדור x ככה וככה, לא זוכר מה. אז אני אמרתי שלא. כי הבנתי שאחת הזכויות כחולה היא שמותר לי לסרב. אני מדבר איתך על שהייה במחלקה הפתוחה. אמרתי 'אני לא מעוניין, אני מסרב'. אחרי כמה זמן הרופא שם, מנהל המחלקה, הוציא צו העברה חזרה לסגורה. אתה יודע, סנקציה. בגלל עצם הסירוב... לא הייתי באותו זמן אלים חלילה, כלום... אחרי זה שיתפתי פעולה, כדי להימנע מ... לא לתת להם סיבה לפגוע בי, קשירות וכל זה (אדווארד/222-216).

אדווארד השתדל להתנהג כמו "אסיר למופת" (ראו לעיל ציטוט עמ' 74), כדי לעבור למחלקה הפתוחה. העברתו החוזרת למחלקה הסגורה נחווה על ידו כאקט של תמרון, כוחנות ואלימות מצד הצוות הרפואי, שנועד להשליט עליו מרות.

מתיאורי המרואיינים עולה, שלעיתים ה"אלימות סימבולית" נחווה בצורה קשה יותר מאשר האלימות הרגילה. דוגמה לכך ניתן לראות בסיפור שמספרת דינה על פגיעה מינית שעברה במחלקה ועל היחס של הצוות אליה:

יש חוויה אחת שזכורה לי במיוחד. חולה צעיר, אני הייתי אז בת 40 בערך, הוא היה נגיד בן 30, בא אלי, תפס לי את החזה והתחיל ממש בכוח, הטרדה מינית חמורה. אני בבכי, רצה לתחנת אחות, כולי נסערת, היא יושבת כאילו רושמת ברפורט, אני אומרת לה 'תבואי, תצילי אותי. תגידי לו שלא יעשה לי'. 'הוא פגע בי מינית'... היא לא הרימה את העיניים מהרפורט. היא לא ראתה אותי. אתה יודע מה? זה, זה אחת החוויות... לא יודעת מה יותר גרוע - הפגיעה המינית שחוויתי באותו רגע, או ה... (דינה/462-457).

האדישות של האחות במחלקה למצוקה של דינה, והיחס לו היא זכתה זכורים לה לרעה גם כיום כאשר היא משחזרת את הדברים. דינה מספרת על חוויה של הטרדה מינית אשר נתקלת בתגובה של אחות שרואה אותה כשקופה ולא ראוייה לתגובה או הגנה. כך, היא מתארת למעשה חוויה של קרבנות כפולה: פעם אחת קרבן של התוקף ופעם שנייה – של המערכת. היא נותרת חשופה לחלוטין, הן מול התוקף שתפס את שדיה והן בגלל תחושה שאין מי שמגן עליה.

עבור חלק מהמרואיינים, החוויות באשפוז היו קשות, טראומטיות, ומהדברים הקשים והכואבים ביותר שחווי בחייהם. רבקה למשל מתארת: "זה היה הדבר הכי מפחיד שקרה לי בחיים" (רבקה/363), וטמיר: "הדבר הכי מפחיד שיכולתי לדמיין קרה לי, והוא קרה בצורה פי אלף יותר כואבת ממה שדמיינתי"

(טמיר/1092). אל רבקה וטמיר מתווספת עדותו של גיל, אשר תיאר את הפגיעה שעבר במחלקה בצורה הקשה והטראומטית ביותר. עבורו האשפוזים שעבר פגעו בו בצורה כה קשה, שהוא מבחין בין החוויות הקשות שעבר בחייו לפני האשפוז, שעבורו היו "ההתמודדויות, אבל עדיין בקנה מידה אנושי" (גיל/419), לבין הטראומות הבלתי נסבלות שחווה באשפוז:

אלה היו פגיעות בקנה מידה על-אנושי... סוג של כאב אינסופי בלתי מוגדר... זאת הייתה חוויה של ריסוק. ריסוק האישיות... עד גבול מסוים אנחנו יכולים להכיל, ומעבר לגבול מסוים - מתרחש ריסוק. אני עברתי חוויות מסוימות באשפוז שהביאו אותי לריסוק. אחת מהן הייתה קשירה למיטה... תחושה של מחנק, תחושה של קבורה בחיים. הזוועה הזו, של תחושת המחנק, שאמורה להימשך מספר שבועות שניות נמשכת עוד ועוד ועוד. אם היית שואל אותי כמה זמן עבר - הייתי אומר לך שזה בלתי מוגדר - אבל אם היית צריך לנקוב בזמן אם הייתי צריך לשלוח מספר, 600 שנה. סוג של כאב אינסופי בלתי מוגדר (גיל/518-512).

גיל, מדבר על חוויה קשה באופן קיצוני, אשר נבעה משילוב של היעדר אוויר - תחושה של מחנק שמוביל למוות, ושל אובדן תחושת הזמן, אשר יצרה חוויה של כאב אין סופי, חסר גבולות ובלתי ניתן להכלה. החוויות הקשות שעבר גיל באשפוז, כמו גם מספר נוסף של מרואיינים, אשר נבעו מסוגים שונים של אלימות קשה מצד אנשי הצוות במחלקה, גרמו להם לסבל נפשי עצום ("סוג של כאב אינסופי בלתי מוגדר"), וטראומות שלקח להם זמן רב, אם בכלל, להחלים מהן.

לסיכום, חלק גדול מהמרואיינים תיארו את הטיפול שקיבלו במהלך האשפוז כחוויה של אלימות קשה שהופעלה נגדם. אלימות זו נתפסה על ידם כענישה, כהתעללות סדיסטית, או כאקט של השפלה וכוחנות. לעתים די היה ב"אלימות סימבולית", כגון התעלמות ממצוקה, או הפעלת מניפולציות כוחניות, כדי לגרום למרואיינים סבל ועלבון. נראה כי תחושות קשות אלו היו בין הגורמים החשובים ברצונם של המרואיינים להתרחק מהמערכת, אשר נתפסה כאחראית להם, ולא לשוב אליה ואל סוכניה. הפרק הבא ידון באספקט שלילי אחר שנחוה באשפוז, והוא הסטיגמה שכרוכה באשפוז פסיכיאטרי. תחושת הסטיגמה, כפי שעולה מהנתונים, הייתה סיבה נוספת של המרואיינים לרצות להתרחק מהאשפוז בפרט, והמערכת בכלל.

#### 3.2.3.1.4 תחושת הסטיגמה הנלוות לאשפוז פסיכיאטרי<sup>15</sup>

<sup>15</sup> בחלק האחרון של ניתוח הנתונים (ראו 3.4.1) יוצג בהרחבה נושא הסטיגמה והקשר שלו להתנתקות משירותי בריאות הנפש. לעת עתה פרק זה מתמקד בתחושת הסטיגמות המתלוות לשהייה באשפוז פסיכיאטרי.

"אתה מקוטלג פתאום כתת אדם" (יואב/175).

"דימוי עצמי ובטחון עצמי - זה הבסיס. ואם יש משהו שהתווית של מחלת נפש מערערת, זה את זה. לקח לי שנים לבנות לאט לאט לאט" (שרון/795-794).

קושי נוסף שהרגישו מרואיינים עם כניסתם לאשפוז, קשור בהשלכות חברתיות והאישיות שהיו למהלך זה על חייהם. טמיר למשל, שאושפז בניגוד לרצונו, וחווה סבל רב: "אתה נשאר כולך מפוצץ בדברים שאין להם פורקן" (טמיר/1099), הרגיש שבנוסף למה שעבר במחלקה, עצם העובדה שהיה מאושפז היוותה סיבה לנזק תדמיתי וסבל, כי בעיני החברה, לדבריו, זו חותמת, "קבלה", לכך שהוא אכן לא בסדר: "כל מי שחשב שאתה לא בסדר, עכשיו יש לו קבלה על זה" (טמיר/513). במילים אחרות, טמיר הרגיש שבמאבק שהוא ניהל להוכיח למשפחתו ולמכריו שאין לו בעיה ושהוא שפוי, הוא יצא מופסד, ובכך נגרם לו נזק אישי שקשה לתקנו. בדומה לטמיר, ראובן, שהיה בקורס טיס וקצין בצבא לפני האשפוז, השתמש במילה "השפלה" לתאר את חווית היותו אדם שנמצא באשפוז פסיכיאטרי: "בסך הכל חווית האשפוז זו חוויה מאוד מאוד לא נעימה. היא מאוד משפילה באופן אישי" (ראובן/422). במקרה של ראובן תחושת הבושה התעצמה משום שהוא הרגיש שכל הקיבוץ בו הוא גר מכיר אותו ויודע שהוא היה באשפוז:

זה גם בושה, בושה מאוד מאוד גדולה. מכל הסיטואציה הזאת. כמו שאמר לי חבר – 'מה אתה חושב שיש לך קרניים שיוצאות לך מהראש? כאילו שכולם מסתכלים עליך באופן מוזר?' וכן, זאת התחושה שהתהלכתי איתה. שבעצם כולם יודעים מה קרה לי ומה העבר שלי... בעצם בושה שאני לא יכול להסתכל לאף אחד בעיניים בקיבוץ. בגלל כל ה... העבר שלי והרקע שלי ואיך שנתפסתי ומי שהייתי וזה... שבר, שבר כלי (ראובן/261-256).

תחושת השבר שמדבר עליה ראובן קשורה לאופן שבו היה נדמה לו שהוא נתפס בעיני הקהילה של הקיבוץ לפני האשפוז "העבר שלי והרקע שלי, ומי שהייתי", לבין האופן שבו הוא הרגיש שהם תופסים אותו אחרי האשפוז. ראובן הרגיש שבור כתוצאה מפער זה ונכנס לדיכאון עמוק שנדרשו לו חודשים רבים לצאת ממנו. הוא התכנס בחדרו, מיעט לצאת ואת חייו ניהל בלילה כדי להמעיט במפגשים עם בני משפחתו ואנשי הקיבוץ. דוגמה נוספת הממחישה את עוצמת התחושות והרגשות הקשורים לסטיגמה העצמית, ניתן לראות בסיפורה של דינה. כשהייתה בת 17 היא אושפזה, ולדבריה הרגישה תחושה של "הלם וחורבן", אשר נבעו בין היתר מהפער הדרסטי בין האופן שבו היא חוותה את עצמה ובין התפיסה שלה את המקום אליו הגיעה. רצה הגורל ובית הספר שבו למדה השקיף מגבוה על בית החולים הפסיכיאטרי:

הייתי ראש לשועלים, כולם העריצו אותי, בלי ללמוד השגתי את הציונים הכי טובים... אמא שלי באה ואמרה לי – 'את יודעת מה המורה אמרה לי עליך? שאת אישיות'. אתה יודע בשבילי, בתור ילדה בת 12, אישיות זה בגין ופרס, זה בן גוריון... ואח"כ, כמה שנים אחרי זה הגעתי לשם... לגיפה של המחלקה. פתאום הנפילה הזאת. להרגיש שאני בעצם חלק מאותה אוכלוסיה שאני כל החיים, כל הילדות הסתכלתי עליה מגבוה... קראתי, בדיוק לפני שהתאשפזתי בגיל 16, קראתי את הספרים של איין ראנד: 'אנו החיים', 'כמעין המתגבר', 'מרד הנפילים'. האנשים המוצלחים והחזקים והיפים. היית בטוחה שאני חלק מהם, שאני אהיה... שאני רוצה להיות כמותם. ופתאום כל העולם הזה קרס. פתאום אני בגיפה של העולם, וזה חורבן נוראי (דינה/688-683).

תפיסת העולם של דינה בנעוריה הייתה דיכוטומית וסטיגמטית, ולפיה קיימים האנשים המשכילים והמוצלחים בעלי ה"אישיות", ולעומתם חולי הנפש. היא ראתה את עצמה כחלק מהקבוצה הראשונה, ועשתה בגיל ההתבגרות מאמצים גדולים להשתייך אליה. כאשר היא מצאה את עצמה יום אחד יחד עם כל אותם האנשים עליהם היא הסתכלה מגבוה, היא חוותה זעזוע עמוק "חורבן נוראי", ועולמה "פתאום קרס". בנוסף על קשיים שונים עמם התמודדה דינה הכרוכים למשבר הנפשי שעברה, ולחוויות קשות מהאשפוז, הסטיגמה העצמית הפכה להיות מקור נוסף להתמודדות עבודה, ומרואיינים אחרים, גם אחרי שהאשפוז הסתיים. לסיכום, פרק זה עסק במגוון חוויות קשות, מעיקות ולעיתים טראומטיות שחווי מרואיינים באשפוז הפסיכיאטרי. אוסף החוויות, אשר כללו להרגשת המרואיינים סוגים שונים של אלימות, התעללות וענישה, תחושות של זלזול, חוסר רגישות וחוסר התחשבות מצד הצוות, כמו גם אובדן החופש וחזירה לפרטיות, גרמו להם לחוש ניכור כלפי המערכת, ותרמו למוטיבציה שלהם להתנתק ממנה ולמצוא דרכים חלופיות לטפל בעצמם. בנוסף על אלו, סטיגמה עצמית שהתלוותה לעיתים לאשפוז הפסיכיאטרי, גרמה לחלק מהם להרגיש מושפלים ומבוזים, פגעה בביטחון העצמי שלהם, והיוותה מקור נוסף להתמודדות. בניגוד להיבטים שליליים אלו שחווי מרואיינים מהאשפוז, היו גם דוגמאות לחוויות מעצימות, מיטיבות ומועילות שעליהן סיפרו חלק מהמרואיינים מתקופת האשפוז. בפרק הבא יתוארו וינותחו חוויות מסוג זה.

### **3.2.3.2 חוויות חיוביות מהאשפוז**

חלק מהמרואיינים התייחסו לחוויות חיוביות ומוצלחות שעברו באשפוז, אשר לדבריהם היו בעלות ערך תרפויטי ועזרו להם להתמודד עם קשייהם. חוויות אלו מהוות למעשה אנטיזה לחוויות אשר תוארו בפרק הקודם, ובנרטיב של אותם מרואיינים אשר חוו אותן הן העצימו אותם ואפשרו להם להמשיך את חייהם ממקום יותר שלם ומגובש.

להלן יובא תיאור מייצג מדבריה של הילה, אשר מספרת על אשפוז השני, אשר מוצג כנקודת מפנה חיובית בחייה. לאחר התיאור יובא ניתוח של ההבדלים האיכותיים בין שני סוגי החוויות. אשפוזי אותי בפעם השנייה בבית חולים. זה מה שהציל לי את החיים. זה הדבר הכי טוב שקרה לי. זאת הייתה מחלקה שלקחו אותי שם ברצינות. הם ראו את הכוחות שלי... הם קודם כל ניסו להבין מי אני ולמה אני זקוקה. הם לא נתנו לי תרופות... במקביל קיבלתי טיפול נפשי פעמיים בשבוע על ידי פסיכולוג, ועשו לי גם אבחון... הייתה גם עובדת סוציאלית שעשתה לנו טיפול משפחתי. הרגשתי שמאוד לקחו אותי ברצינות. הם היו מאוד מאוד יסודיים. זה נתן לי תחושה של תקווה... בסיום האשפוז הייתה להם פרוגנוזה טובה לגבי. הם אמרו שאין לי אבחנה של בורדר-ליין. אמרו לי שיש לך איזה שהן הפרעות באישיות, אבל זה משהו שקשור לגיל ההתבגרות... הם נתנו תקווה שאני לא אצטרך להיות על תרופות כל החיים, אבל גם אמרו שזה עדיין מוקדם לדעת. ישבו איתי והסבירו לי את המבחנים שעשו לי. מבחינתי, האשפוז הזה היה נקודת מפנה. מבחינתי יש את הפסיכיאטריה של עד האשפוז השני, והאשפוז השני. הפסיכיאטריה שהכרתי לפני האשפוז השני, זה הייתה הפסיכיאטרית שהייתה לי, שאמנם הייתה פרטית, אבל הייתה מופרעת לחלוטין, שדרדרה אותי מאוד (הילה/249-234).

הילה מציינת צירוף של מספר גורמים חיוביים שחווה באשפוז השני שלדבריה "הצילו אותה": היא הרגישה שלקחו אותה שם ברצינות (בניגוד לאדישות שמרואיינים אחרים תיארו שחוו באשפוז), ראו את הכוחות שלה (בניגוד לפתולוגיזציה שמרואיינים אחרים הרגישו שעשו להם), ונמנעו ממתן תרופות (בניגוד למרואיינים שהרגישו שהלעיטו אותם בתרופות). בנוסף, היא קיבלה טיפול פסיכולוגי והתערבות של עובדת סוציאלית משפחתית (בניגוד למרואיינים שלא קיבלו במחלקה יחס אישי או טיפולי), ובעיקר - הילה הרגישה שהיא קיבלה במחלקה מסר של תקווה. הצוות המטפל ייחס את מצבה הנפשי לגיל ההתבגרות הסוער שעברה, והמסר שהיא יצאה איתו מהאשפוז הוא שהפרוגנוזה שלה חיובית. בהרגשה של הילה, האשפוז (והטיפול הפסיכולוגי הפרטי שניתן על ידי פסיכולוג מהמחלקה למשך כשנה) קידמו אותה, וככל הנראה נתנו לה את הכלים להתרחק בבוא הזמן משירותי בריאות הנפש.

סוג נוסף של חוויה חיובית ומעצימה שמספר מרואיינים סיפרו עליה מתקופת האשפוז קשורה לתפקיד טיפולי שהם לקחו על עצמם ביחס למטופלים אחרים. כך למשל, שרון מספרת: "נכנסתי לתפקיד המכיל והמקשיב, והרגשתי שעשיתי, שעזרתי לאנשים שהיו שם, שלצערי הרב השהיה זה לא מקום שיש לאנשים מי שיקשיב להם" (שרון/453-452). שרון לא מתייחסת לזה במפורש, אך ניתן לשער שהעזרה שהיא הגישה

לאחרים שהיו בהשהיה, נתנה לה תחושה שהנוכחות שלה משמעותית וחשובה. בדומה אליה גם תמר לקחה על עצמה לעזור למטופלים אחרים באשפוז, והרגישה שהיא נחוצה ובעלת ערך:

הבנתי שפה אני צריכה להיות בעצם, כי צריך לטפל בהמון אנשים. טוב שהביאו אותי למקום הנכון בזמן הנכון. האמת היא שהייתה חוויה נהדרת שם. ז"א... קודם כל באמת עזרתי להמון... מה זה עזרתי - הבחור שהיה איתי במחלקה הסגורה, היה בחור עם זונדה בתוך האף. גמור. ששמע מזבוב שאסור לו לאכול... תוך שבוע, אחרי שהוא היה שם חצי שנה במחלקה הסגורה, הוא יצא. הייתי עושה לו שירים והייתי מצחיקה אותו והייתי, כאילו, שהוא כבר שכח מהזבוב. תמיד יודו לי על זה... כאילו זה ממש היה לעשות פלאים (תמר/65-57).

עבור תמר האשפוז היה "חוויה נהדרת" לדבריה, משום שהרגישה שהיא עוזרת במידה משמעותית ("זה ממש לעשות פלאים"). נראה כי העזרה של תמר, ואחרים, למאושפזים במחלקה, תרמה לתחושת הערך העצמי, וגרמה להם לזנוח, באופן זמני לפחות, את הבעיות שהפריעו להם ולהתמקד באחר.

במקרים מסוימים האשפוז לא נחוה כטראומטי, וגם לא כמיטיב במיוחד עבור המרואיינים, אך בכל זאת היה לו תפקיד חשוב בעיצוב הרצון שלהם להתרחק משירותי בריאות הנפש. דוגמה לכך ניתן לראות במקרים של עודד, מלכה והילה, שהיו בני נוער כשהתאשפזו לראשונה, וכפי שתואר בחלק שעסק בהגעה לאשפוז מרצון (3.2.2.1.1), הייתה להם תפיסה רומנטית של האשפוז ו"רצון מוסווה" להיכנס אליו. שלושתם סיפרו, שכאשר הגיעו לאשפוז הם פגשו אנשים שנראו להם מאוד חולים: "נפגשתי עם אנשים במצבים מאוד מאוד קשים... היינו רואים שם את הסכיזופרניה ואת החולים הקשים" (מלכה/275-276); "זאת הייתה הפעם הראשונה שראיתי באמת חולי נפשי קשה" (הילה/155).

המפגש עם ה"חולים הקשים" הציב בפניהם מראה וגרם להם להבין שמקומם הוא לא שם: "אני הייתי ילדה בת 17 והבנתי שזה לא המקום בשבילי. אמנם יש לי בעיות, אבל זה לא המקום שלי" (הילה/156-157); "הבנתי שאני לא רוצה להיות אחד שחוזר כל החיים לדבר הזה. לקחתי את עצמי בידיים קצת יותר" (עודד/155-157). במקרים הללו ניתן לראות באשפוז נקודת מפנה - לפני האשפוז אותם מרואיינים רצו לחוות מצבים נפשיים קיצוניים: "זה היה דבר נחשק, אינני" (מלכה/39), אך אחריו הגיעה התובנה שמקומם אינו שם והם התחילו "לקחת את עצמם בידיים".

לסיכום, חלק זה דן בחוויות מעצימות שחוו מרואיינים באשפוז. חוויות אלו מתחלקות לכמה סוגים: היו מרואיינים אשר חוו את האשפוז כמקום בו הם קיבלו יחס טוב ומקצועי, אשר תרם לשיפור במצבם הנפשי (ובכך להתרחקותם העתידית מהמערכת). עבור מרואיינים אחרים, חווית האשפוז נתפסה כמעצימה לא בזכות הצוות והטיפול, אלא משום שהם נכנסו לתפקיד נותן העזרה והרגישו נחוצים ובעלי ערך. אפקט חיובי נוסף

שהיה לחוויית האשפוז על מספר מרואיינים, קשור ב"מראה" שהוצבה מולם ושימשה תמרור אזהרה מפני המקום הנמוך אליו הם יכולים להידרדר, ובמקביל תמריץ "לקחת את עצמם בידיים". אשפוזים אשר נחו על ידי המרואיינים כחיוביים נתנו להם הקלה זמנית, כלים וכוחות להתמודד עם הקשיים הנפשיים אותם הם חוו, ובסופו של דבר הרגשה שהם לא זקוקים יותר למערכת.

יש לציין שהשיח בנושא "האשפוז" מעט מטעה, משום שרוב המרואיינים היו מאושפזים יותר מפעם אחת, וחוו לעיתים חוויות שונות מבחינה איכותית מאשפוז לאשפוז. על מנת להבהיר נקודה זו, החלק הבא יעסוק בחוויות מעורבות שעברו מרואיינים מאשפוזים שונים.

### 3.2.3.3 חוויות מעורבות מאשפוזים שונים

ניתוח הראיונות מגלה שעבור חלק מהמרואיינים שאושפזו יותר מפעם אחת קיים פער מהותי בין חוויות שונות מאשפוזים שונים. כך למשל, במקרה של הילה, שתיארה איך האשפוז השני הציל את חייה (ראו פרק קודם, עמ' 81), אשפוזה הראשון, לעומת זאת, לבש גווני שונים בתכלית. אשפוז זה נמשך בסך הכל שלושה ימים, אך היא יצאה ממנו מושפלת:

שיחררו אותי. אני זוכרת שהפסיכיאטר נתן לי כדור סרוקוול, אבל הוא לא הסביר לי כלום, לא אמר לי מה הוא חושב שיש לי, מה הטיפול, מה יעזור לי. הוא אמר שיש לו ניסיון עם סרוקוול עם בחורות במצב נפשי כמו שלי, אבל שכולן היו פחות שמנות... איך אומרים דבר כזה לילדה בת 17?! עכשיו לא היו לי הפרעות אכילה, אבל הייתי קצת שמנה באותה תקופה. הייתי בדיכאון. זאת אמירה כל כך משפילה, וגם לא רלוונטית (הילה/163-158).

כפי שהילה תיארה, חוויה שונה מאשפוז אחד לאשפוז אחר - אשר באה לידי ביטוי בעיקר ביחס שקיבלה מהצוות המטפל (יחס מזלזל ומעליב בראשון לעומת יחס אמפאטי ומכבד בשני), כך גם למרואיינים אחרים היה סיפור שונה מאשפוז לאשפוז. ניתוח הנתונים הצביע על שתי סיבות עיקריות לכך: 1. הבדלים במקום הפיזי בו האשפוז התרחש (בתי חולים שונים, מחלקות שונות וצוות שהתחלף במרוצת השנים); 2. הבדל אשר נבע ממצבים פנימיים שונים איתם המרואיינים הגיעו לאשפוז. להלן יתוארו בנפרד שני גורמים אלו. ראשית בנוגע להבדלים בין המחלקות השונות: במקרה של הילה, למשל, ניתוח סיפורה מראה שאת ההבדל העיקרי בין החוויות השונות מהאשפוזים ניתן לייחס בעיקר לשוני ביחס שקיבלה מהצוות בשני בתי החולים בהם היא אושפזה. בדומה אליה, נראה כי גם בסיפורה של דינה עיקר ההבדלים בחוויה קשור למחלקה המסוימת בה התרחש האשפוז. דינה עברה מספר אשפוזים בחייה, כאשר שניים מהם התרחשו אחד אחרי השני כשהייתה בגיל 37:



(אושפזות) במחלקה הכי מוזנחת... גג אסבסט... זה מבנה מהמנדט הבריטי. התשתיות קורסות. עובש בקירות, אינסטלציה, אנשים שבאים להסתכלות - עבריינים שרוצים למלט אותם מהדין הפלילי. פחד... איכסה פחסה... אין מילים... (אחר כך נשלחתי) לשיקום במוסד אחר. מעון יום. מקום נפלא. כל מה שהם הורסים, שמה הם בונים. רק מילים טובות וחמות יש לי להגיד על זה (דינה/133-138).

דינה מבליטה את הפער האיכותי להרגשתה בין המוסדות השונים בהם היא אושפזה, בכך שלאחד היא מייחסת כוחות של הרס, ולשני כוחות של בנייה "כל מה שהם הורסים, שמה הם בונים". פער זה מתבטא לדבריה בנראות הפיזית של המקום, בסוג האוכלוסייה שמגיעה, באופי האשפוז (אשפוז סגור לעומת אשפוז יום) וביחס של הצוות.

בהמשך לדבריה של דינה על השוני בין המחלקות השונות בהן שהתה וזכתה, להרגשתה, ליחס ולתנאים שונים בתכלית, ניתוח כלל הסיפורים על בתי החולים השונים מרמז על כך שייתכן שבמחלקות מסוימות (בעיקר אלו שמסונפות לבית חולים כללי) חווית האשפוז יותר מוצלחת מאחרות. כך למשל, להילה, לעמירה ולאריק, ששלושתם היו מאושפזים באותה מחלקה בבית חולים כללי, היו בסך הכל דברים טובים להגיד על המחלקה: עמירה: "בסך הכל אהבו אותי שם. ונראה לי שהרגשתי גם הקלה" (עמירה/231); הילה: "זה הדבר הכי טוב שקרה לי"; אריק: "בזמן האשפוז הייתה תמיכה מאוד גדולה" (אריק/67).

שנית, ההבדל העיקרי השני בין החוויות השונות שעברו המרואיינים באשפוזיהם השונים קשור למצבים נפשיים שונים בהם הגיעו לאשפוז (בין אם באותה מחלקה או במחלקה שונה). דוגמה לכך ניתן ללמוד מהמקרה של רבקה. לפי סיפורה נראה כי ההבדל בחוויה בין האשפוז הראשון לשני נבע מהעדר שליטה ואוטונומיה שחשה באשפוז הראשון (בהיותה נערה), לבין מצב בו היא מרגישה שהיא מחליטה עבור עצמה באשפוז השני. לאשפוז הראשון, שהתרחש בכפייה, היא מתייחסת כך: "נורא. היו שם מלא דברים מזוויעים" (רבקה/206). לעומת זאת, על אשפוז השני, שאליו הגיעה מבחירה, היא מספרת כך:

הייתי שם בערך חודשיים, משהו כזה, ועם הזמן הרגשתי שאני משתפרת... אמרו לי: 'כל האבחנות מהאשפוז הקודם שלך לא קשורות אליך בכלל. אין לך הפרעת אישיות, אין לך את כל המילים האלה, הטיפול התרופתי לא התאים לך בכלל, ואנחנו שמחים שהפסקת אותו'.... היה שם פסיכיאטר, היום אני נזכרת בו בחיבה... יצאתי משם כשאני מרגישה די טוב (רבקה/597-590).

במקרה של רבקה נראה כי ניתן לייחס את עיקר השוני בחוויה בין האשפוז הראשון לשני לתחושת האוטונומיה שהייתה לה להחליט האם להתאשפז, מתי ואיפה: "אני זאת שקבעתי מה יהיה איתי. אני מניחה שזה היה הקטע המשמעותי" (רבקה/612). לאשפוז השני רבקה הגיעה מבחירה, בניגוד לראשון שעליו היא אומרת:

"הגעתי בהתנגדות ממש גדולה" (רבקה/100). כיוון שהיא הגיע מבחירה, היא הייתה פתוחה יותר לאפשרות של קבלת טיפול, ויצאה בהרגשה יותר טובה "הרגשתי יותר בשליטה, לא התנגדתי לזה, כי לא היה למי להתנגד, זה כבר בא ממני" (רבקה/549).

מעניין לציין, שכמו שעולה מסיפורה של רבקה, ברוב המקרים, אך לא בכולם, האשפוז השני נחוה כפחות טראומטי ויותר אפקטיבי עבור המרואיינים מאשר הראשון. הסיבות לכך נובעות, בין היתר, מכך שבפעם השנייה הם ידעו יותר למה לצפות, והכינו את עצמם נפשית למה שיכול לקרות להם במחלקה. בנוסף, ניתן לשער שהם הגיעו בשלים יותר ועם פחות התנגדויות, והיו מוכנים להכיר ולהודות בכך שקיימת בעיה ממנה הם סבלו – כך שהיו יותר רצפטבייליים לטיפול. עם זאת, כאמור, היו לא מעט מקרים בהם האשפוז השני, או אלה שבאו אחריו, נחו כלא פחות טראומטיים מהראשון, ואף יותר.

לסיכום, חלק זה עסק בתהליך הכניסה למערכת בריאות הנפש ובחויית האשפוז. כאמור, כל המרואיינים, ללא יוצא מן הכלל, עברו בשלב כלשהו בחייהם אירוע שבעקבותיו נכנסו או הוכנסו למערכת בריאות הנפש. כמחציתם הגיעו ישירות לאשפוז, ומחציתם קיבלו טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי לפני שהגיעו לאשפוז. טיפול זה, התרחש על פי רוב בהיותם צעירים, ולא ביוזמתם. ניתן לשער שמפגש זה, אשר תואר בדרך כלל כלא משמעותי, יצר את התחושה הראשונית שהמערכת לא מסוגלת לתת מענה לצרכיהם, ובכך תרם לרצונם העתידי להתנתק ממנה.

תהליך ההגעה לאשפוז (בין אם בכפייה או בהסכמה) נחוה על ידי רוב המרואיינים כחווייה מטלטלת הכרוכה בחציה של קו גבול חברתי. עצם האשפוז ערער את ביטחונם העצמי של חלק מהמרואיינים, וגרם לרגשות של בושה והשפלה, שהיוו התמודדות נוספת עבורם. על פי רוב, המרואיינים שהוכנסו בכפייה חשו נבגדים ושנעשה להם עוול, וחווית האשפוז, שהייתה שלילית וטראומטית, תרמה לרצון שלהם להתרחק מהמערכת. לעומת זאת, מספר מועט של מרואיינים סיפרו על חוויות טובות, לפחות מאחד האשפוזים שעברו, אשר העצימו וחיזקו אותם, ונתנו להם כלים להתמודד עם הקשיים והאתגרים שלהם. כלים אלו שיפרו את מצבם הנפשי ובסופו של דבר ייתרו, בחוויה הסובייקטיבית שלהם, את הצורך להשתמש בשירותי המערכת. לסיכומי של עניין, בין אם החוויות מהאשפוז היו בעיקרן שליליות ובין אם לא, נראה כי לכל המרואיינים הייתה מוטיבציה להתנתק מהמערכת, אשר באה לידי ביטוי בכך שהם מצאו דרכים שונות ומגוונות לעשות זאת. בחלק הבא יתואר תהליך ההתרחקות של המרואיינים מהמערכת, תוך דגש על הגורמים שאפשרו להם להוציא לפועל מהלך זה.

### 3.3 תהליך ההתרחקות מהמערכת הפסיכיאטרית

בעת שחרורם מהאשפוז, קיבלו המרואיינים (ברוב המקרים) אבחנה, מרשמים לתרופות והמלצות פסיכיאטריות להמשך טיפול. חלקם ניתקו מגע מיד עם יציאתם מהמחלקה, בעוד אחרים המשיכו להיות בקשר עם המערכת במשך עד 25 שנים, דרך תחנות לבריאות הנפש, או דרך קניית טיפולים באופן פרטי. אחדים אף קיבלו "סל שיקום"<sup>16</sup> ועשו ניסיונות להשתמש בשירותים שהוצעו להם בקהילה, אך נטשו כיוון זה עם הזמן. כמו כן, מספר מרואיינים התנתקו וחזרו כמה פעמים, ובעתיד לא שוללים פנייה מחודשת אם ירגישו מצוקה קשה, בעוד שאחרים אמרו שמרגע שהתנתקו הם אינם מעוניינים לקבל מהמערכת שום שירות. כך או כך, בזמן קיום הראיונות כל המרואיינים היו מנותקים מהמערכת לפרק זמן שנע בין חצי שנה ל-26 שנים, כאשר הממוצע היה תשע וחצי שנים. ככלל, ככל שמרואיינים היו מנותקים מהמערכת יותר זמן, כך התאפשר להם ליצור פרספקטיבה רחבה יותר על התקופה שעברו בזמן שהותם במערכת ולגבש נרטיב מורכב ורב ממדי על תהליך ההתנתקות שלהם ממנה. בנוסף, ברוב המקרים, ככל שעבר יותר זמן מחוץ למערכת כך גם החוויות ממנה הפכו לקהות יותר, ועוצמת הרגשות כלפי הטיפול שקיבלו פחתה.

בנוגע לסיבות לרצון לעזוב את המערכת - באופן בסיסי ניתן לחלקן לשתיים. הסיבה הראשונה נובעת מתחושת דחייה (aversion) כלפי המערכת כתוצאה ממשקעים טראומטיים ותחושות קשות שחוו המרואיינים במהלך הטיפולים השונים שקיבלו (כפי שהוזכר בסעיף 3.2.3.1). השנייה נובעת מתחושה שהמשברים הגדולים כבר מאחוריהם (לעיתים, בזכות טיפול שהמערכת העניקה (ראו לעיל סעיף 3.2.3.2)), שמצבם הנפשי מספיק יציב, שהם יכולים להסתדר עם הכלים שעומדים לרשותם ושלמערכת אין עוד מה להציע להם.

הרצון לעזוב את המערכת לא היה מתממש, ונשאר בגדר משאלת לב, אלמלא היו להם את הכלים והנסיבות המתאימות לכך. ניתוח הגורמים אשר אפשרו למרואיינים להשתחרר מהמערכת ולהמשיך בדרכם העצמאית העלה תשע תתי-תמות: 1. התרחקות מהבית ואימוץ כלים רוחניים/דתיים לאחר המשבר; 2. שימוש בקנאביס ובחומרים אחרים כאמצעי למציאת שקט פנימי והתחזקות; 3. אופטימיות ותקווה; 4. עזרה לאחרים כגורם מעצים ופיתוח קריירה בעולם השיקום; 5. קבלת עזרה מאחר משמעותי; 6. התפייסות עם העבר, פיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות; 7. העזרות בעוגנים פנימיים וחיזוניים; 8. משאבים כלכליים; 9. הפסקת השימוש בתרופות.

<sup>16</sup> שירות של משרד הבריאות הניתן מתוקף "חוק שיקום נכי נפש בקהילה", הכולל מגוון שירותים: תעסוקה, דיור, השכלה, תיאום טיפול, מועדונים חברתיים, טיפוליים שיניים, ייעוץ ותמיכה למשפחות, ורכישת ציוד מקרן שיקום.

תת-תמות אלו הופיעו על פי רוב בתמהיל מסוים בסיפורו של כל אחד מהמראיינים, ונראה כי היה להן אפקט מצטבר – כפי שניתן יהיה להיווכח ממקרה הבוחן אשר יוצג בסוף החלק הנוכחי. בנוסף, כפי שהוזכר בחלק הראשון בפרק שעסק ביסודות מההיסטוריה האישית שתּרמו להתנתקות ממערכת בריאות הנפש (3.1.2), נראה כי מערך משפחתי מעצים (שחלק מהמראיינים זכו לו), תכונות אופי כגון אסרטיביות, אינדיבידואליזם ונון-קונפורמיזם, היו מרכיב משמעותי ברצון וביכולת של המראיינים להתנתק מהמערכת. להלן יוצגו תשע תת-תמות, ולאחר מכן יוצג מקרה לדוגמה.

### 3.3.1 התרחקות מהבית ואימוץ כלים רוחניים/דתיים לאחר המשבר

"ניסיתי להתרחק מהחולי המאוד גדול שהיה שם... ולהבין מי אני ומה אני רוצה... זה היה תהליך של בניית העצמי שלי" (הילה/615).

בעבור רוב המראיינים, חווית האשפוז הייתה כרוכה בזעזוע נפשי, ובמקרים רבים גררה אחריה תקופה של דיכאון ("הגעתי לבית של ההורים. הכינו לי שמה חדר. נכנסתי לחדר הזה והתחפרתי בו ולא רציתי לראות אף אחד. תחושה של דיכאון טוטאלי" (ראובן/181-182)), והרגשה של פירוק ("יצאתי משם, הייתי שבר כלי, הייתי רצוף, הייתי קנה רצוף. היה לי רע בגוף היה לי חוסר כאילו... כמעט חוסר בטחון מוחלט" (טמיר/792-793)). לאחר זמן מה, תחושת הדיכאון והפירוק התחילה לחלוף, והמראיינים החלו לנסות לבנות מחדש את חייהם ולעבד את החוויה הקשה שעברו.

בפרק זמן זה, בנרטיב של רבים מהמראיינים, חזר על עצמו המוטיב של התרחקות מהבית וחיפוש אחר שקט פנימי, כשלב ביניים בדרך לגיבוש הזהות מחדש. רבים מהם סיפרו שהרגישו שהם זקוקים לסביבה אחרת, בדרך כלל שקטה ומבודדת, בה הם יוכלו לעבד את החוויות שעברו ולנוח מהקשיים שחוו לפני האשפוז ובמהלכו. במקביל, בשלב הזה רובם החלו להרגיש שהכלים שהמערכת יכולה להציע להם לא אפקטיביים בעבורם, ושעליהם למצוא דרך אלטרנטיבית לטפל בעצמם. למשל, אברהם, שהחל את לימודיו באוניברסיטה לאחר שהשתחרר מהאשפוז, מתאר את האכזבה שלו מהמערכת, ואת הצורך שלו להתרחק על מנת לעבד את האבל שאיתו הוא התמודד בעקבות ההתאבדות של אחיו:

הרגשתי כ"כ רע כאילו, בדיכאון מטורף, וזה לא עובר. זאת אומרת אני הולך לטיפול פסיכולוגי, ואז אחרי שני מפגשים הוא אומר לי 'אתה לא צריך פסיכולוג, אתה צריך פסיכיאטר', אבל כל אותו הזמן לקחתי נוגדי דיכאון וזה לא עבד... אז כאילו התחילה האכזבה שלי מהמערכת בצורה הרבה יותר גדולה והרגשתי שאני צריך לעבד את האבל שלי... ואז לא יודע, באיזה קטע אינטואיטיבי, אמרתי לעצמי שאני צריך לנסוע ו... ואז נסעתי... ועשיתי כל מה שאפשר בשביל לנסות לצאת מהדאון הזה, מהדיכאון העמוק הזה (אברהם/165-169).

אברהם פעל מתוך מצוקה גדולה. הוא הרגיש שהמערכת לא מצליחה להקל על קשייו, ושם הוא רוצה להשיג שקט ויציבות נפשית הוא חייב לשנות את הסביבה בה הוא נמצא (גם אם המשמעות הייתה לעזוב את הלימודים באמצע), ולצאת למסע לגלות בעצמו מה יכול לעזור לו לרפא את מכאוביו.

בדומה אליו, גם יואב הרגיש מועקה גדולה וצורך פנימי עז לנסוע ולהתנתק, בפרט על רקע העובדה

שהוא לא גויס לצבא, וחבריו כן, למרות שרצה בכך, בגלל האשפוז הפסיכיאטרי שעבר :

באיזשהו שלב לקחתי את היומנים מגיל 17, שהייתי כותב בכמויות, ומצייר... כל הכאבים והסודות שלי, ושרפתי אותם. כן, שרפתי אותם. חשבתי שאם אני שורף אותם אני נפטר מזה, אבל זה לא היה נכון. ואז טסתי לחו"ל, וזה באמת היה התרופה הכי טובה שהייתה לי, מבחינת... להתנתק... זה היה הדבר הכי מדהים שהיה לי (יואב/374-375).

יואב ניסה למחוק את הזיכרונות של תקופת גיל ההתבגרות הקשה שעבר, אשר כללה אשפוז טראומטי של 9 חודשים בסוף כיתה ט', וכדרך להקל על סבלו הוא החליט לנסוע לחו"ל, שם הוא מצא את "התרופה הכי טובה" למצוקה שלו. לדבריו בזמן שהיה בחו"ל הוא הרגיש חופשי לפעול בדרכו שלו, ללא לחץ או התערבות מצד המשפחה או אנשי מקצוע. תחושת הניתוק והחופש אפשרו לו לעבד את הקשיים והטראומות שחווה ולהתחיל פרק חדש בחייו.

בעבור חלק מהמרואיינים תקופת ההתרחקות מהבית לאחר האשפוז הייתה כרוכה גם באימוץ של מסורות דתיות/רוחניות שונות, שסיפקו להם כלים להתמודד עם עברם, לעבד אותו ולבנות לעצמם זהות מחודשת. דוגמה לכך ניתן ללמוד מסיפורת של עמירה. כאשר עמירה שוחררה מבית החולים היא אמנם אמרה שהרגישה יותר טוב : "זה נתן לי הקלה... לתקופה מסוימת זה היה סוג של פתרון" (עמירה/53-54), אבל ה"הקלה" שחשה לא סיפקה אותה. היא הייתה נחושה לעשות עם עצמה תהליך עמוק יותר : "הרגשתי שאני מין פרויקט כזה של עצמי, שאני לוקחת את זה על עצמי... ידעתי שאני הולכת לעבור תהליך עם עצמי של היגמלות מהדבר הזה שהם קוראים לו OCD" (עמירה/457-458, 55-56). לאחר השחרור מבית החולים היא עזבה את הבית ועברה לגור בצפון : "הלכתי לגור כמה חודשים בצפון. זה היה די פורקן משלי. להתנתק מכולם... לא רציתי לראות אף אחד... משם התחילה תקופה של עלייה" (עמירה/417-418). בתקופה שבה גרה בצפון, עמירה התחזקה נפשית, ולאחריה היא המשיכה להודו ומשם ל"אשראם במדבר" בדרום הארץ. ב"אשראם" היא תרגלה הרבה מדיטציה, והתנסתה בטכניקה מסוימת שנקראת rebirthing (לידה מחדש). בסיפורה היא מתארת כיצד השקט של המדבר והמדיטציה עזרו לה לשחרר כאבים ודפוסים מהעבר ולברוא (ללדת) את עצמה מחדש :

בתהליך הזה אני השלתי המון המון דברים מודעים ולא מודעים. כאילו עשיתי rebirthing. פשוט אני הרגשתי שאני נולדת מחדש. עברתי ממש תהליך חזק. עברתי תהליך של אבל, עברתי תהליך של לידה. בכיתי בטירוף, כאילו, על כל מה, ש.. אתה יודע. וזה כאילו חודש וחצי של זה. אז יצאתי כזה... ממקום אחר... מצאתי את היצירות שלי. התחלתי לצייר והתחלתי לעשות תכשיטים... הדבר פתח אותי ממש, כאילו הייתי יוצאת ושרה במדבר. אני בן אדם של טבע וחסמו אותי ממש (עמירה/476-481).

עמירה החליטה להתמודד לעומק, באופן עצמאי, עם מה שאובחן אצלה כ- OCD (יש לציין שעמירה עצמה לא בהכרח מזדהה עם האבחנה, ומדגישה "מה שהם קוראים לו OCD"). היא עברה במדבר תהליך משמעותי של עיבוד הטראומות והכאבים שלה. היא "בכתה בטירוף" וחווה סוג של קתרזיס, שאחריו התאפשר לה "להיוולד מחדש", לגלות את היצירות שבה ו"לצאת ממקום אחר". השילוב של ההתרחקות מהבית לסביבה שקטה ותרגול השיטה הרוחנית, לא התמצה בעבודה רק כחוויה של "הקלה", כפי שהיא תיארה את מה שקיבלה בבית החולים, אלא העצים אותה והקנה לה כלים ותובנות, אשר לדבריה נרכשו מתוך חוויה פנימית עמוקה.

שני מרואיינים נוספים שעברו תהליך עמוק ומשמעותי לאחר אשפוזם הם ראובן ומלכה, אשר מסעם אחר חיפוש השקט הפנימי והיציבות הוביל אותם לא רק לאימוץ כלים רוחניים, אלא גם לגיבוש זהות חדשה ושונה – הם חזרו בתשובה. במקרה של ראובן, בזמן הדיכאון הקשה בו היה שרוי לאחר האשפוז הוא החל לשאול את עצמו שאלות קיומיות: "מה המשמעות של החיים האלה בכלל? בשביל מה אני פה? מה אני צריך את הדבר הזה... המחשבות האובדניות הלכו והתפוגגו להן, אבל נשארה הריקנות, ריקנות מאוד גדולה של... אוקי - מה החיים האלה?" (ראובן/277-276). ראובן עזב את הקיבוץ ועבר לגור בקרוואן בתוך פרדס עם חבר "קרוואן מנותק מהכל... לחיות איתו שם מאוד קסם ליי" (ראובן/289), מתוך תקווה למצוא שקט פנימי ותשובות לשאלות שהעסיקו אותו. באותו זמן הגיע לידיו ספר שלדבריו שינה לו את החיים: "כשלקחתי מהבחור את הספר הזה... 'שאלות ותשובות של ישעיהו ליבוביץ', זה החזיר אותי, זה הזכיר לי בעצם מה אני באמת מחפש... קראתי את הספר הזה בשקיקה" (ראובן/296-294). במהלך הדרגתי ראובן אימץ את הדת, ועמה גם הסתכלות חיובית על המשבר שעבר:

מבחינתי, ברוך השם שעברתי את האירוע הזה. אני חושב שהכל בהשגחה. משהו שם היה חייב להשתנות בשביל שאני אהיה בנקודה שאני נמצא בה היום. אני חושב שהקדוש ברוך הוא פשוט שיחק אותה שהוא הביא לי את זה בזאת בומבה. מבחינתי היום אני רואה את זה כמתנה הכי גדולה שלי בחיים. זה פשוט גרם לי לעצור את הטמטום של החיים הקודמים שלי ולפתוח דף חדש (ראובן/407-412).

ראובן אימץ את הנרטיב לפיו המשבר שעבר היה הכרחי בעבור הצמיחה והגדילה שלו: "הקדוש ברוך הוא פשוט שיחק אותה שהוא הביא לי את זה בכזאת בומבה". המסגור מחדש (reframing) של סיפורו, לפיו מה שעבר "זה המתנה הכי גדולה שלי בחיים" היה ככל הנראה בין הגורמים המרכזיים שעזרו לו לבנות את עצמו מחדש ולהתמודד עם אתגרי החיים ללא תלות במערכת הפסיכיאטרית<sup>17</sup>.

כמו ראובן, גם מלכה אימצה אורך חיים דתי. לאחר כתשע שנים בהן הייתה בקשר עם פסיכיאטרים ולקחה כמות גדולה מאוד של תרופות לדבריה, היא הגיעה להבנה הבאה: "לא הרגשתי ריפוי שם. ריפוי הוא חוויה שלי עם עצמי לגמרי. ריפוי בשבילי לא בא מבחוץ" (מלכה/283-284). בתהליך החזרה שלה בתשובה, שהתרחש בזמן שהייתה עדיין בתוך המערכת, היא מציינת שני גורמים מרכזיים שעזרו לה להתחבר לעצמה ולעבור חווית ריפוי: שמירת שבת: "השבת הייתה קרש הצלה בעבורי. יום של חיבור לעצמי. יום חגיגי... זה ממש חוויה מאוד מרפאה" (מלכה/167-168), והכלי של ה"התבודדות", מתורתו של רבי נחמן מברסלב: "גיליתי את ההתבודדות... זה בעצם לקחת שעה ביום... לדבר עם הקדוש ברוך הוא. ופשוט הגעתי לכאלה עומקים. זה חיבור עם עצמי" (מלכה/172-174). כשמלכה הרגישה מספיק מחוזקת ובטוחה בעצמה ובדרכה החדשה היא נפגשה עם הפסיכיאטרית והודיעה לה: "אמרתי לה שאני פטורה לחלוטין, אין לי שום בעיה. אין לך במה לעזור לי... אמרתי לה שאני מפסיקה מעצמי את הטיפולים" (מלכה/216-218). מלכה החליטה להפנות עורף למה שיש למערכת בריאות הנפש להציע לה, ובמקום זאת להתחזק באמצעות הכלים שהיא מצאה בדת ובחסידות. בדומה לראובן, שאימץ את הפרספקטיבה ש"הכל בהשגחה" ו"שהקדוש ברוך הוא פשוט שיחק אותה שהוא הביא לי את זה בכזאת בומבה", גם היא מייחסת לאלוהים, ולחזרה שלה בתשובה, את ההתרחקות שלה מהמערכת:

מה שברור לי בדיעבד, זה שאם הייתי הולכת עם הקו הפסיכיאטרי, לא יודעת איפה הייתי מוצאת את עצמי. יכולתי לחיות חיים של בן אדם שמתאשפז וחוזר, אלא אם כן, לולא ה' עשה לי נס, והוציא אותי מהמעגל הזה. ה' הוציא אותי מהסיפור הזה (מלכה/288-291).

לתפיסתה של מלכה, לא רק שאלוהים "עשה לי נס, והוציא אותי מהמעגל הזה" בעבר, אלא גם בהווה הוא משמש משענת עליה היא יכולה לסמוך בכל פעם שתזדקק לה, וכל שעליה לעשות הוא לדבר איתו בפתיחות ולבקש עזרה: "אני יודעת לדבר עם הקדוש ברוך הוא על כל דבר, בפתיחות גמורה, ולבקש ממנו עזרה בכל דבר, ובגלל שכבר נעניתי כל כך הרבה פעמים בעבר לתפילות שלי, אני יכולה לסמוך על זה שהוא איתי והוא יושיע אותי מכל המצוקות שלי" (מלכה/418-421).

<sup>17</sup> הרחבה של נושא זה ניתן למצוא בדיון.

בדומה למלכה וראובן, אשר מצאו משמעות ונחמה בתפיסה הרוחנית לפיה אירועים שקורים בחייהם

"מכוונים מלמעלה", גם גיל, שהתחבר לפילוסופיה האנתרופוסופית, אימץ תפיסה לפיה הסבל שנגרם לו

בילדותו לא התרחש ללא סיבה, אלא קרה על מנת שהוא יוכל להתמודד איתו וללמוד ממנו :

כאן אני מכניס את הנקודה האנתרופוסופית, שהיא מאוד מהותית לענייננו, והיא בעצם אפשרה לי

לתמרן את דרכי החוצה. התפיסה האנתרופוסופית אומרת שהילד, או הנשמה שלו, היא בוחרת את

ההורים. ברגע זה אני לוקח את האחריות על עצמי... אתה מבין איפשהו שגם את ה... את הכאב

והמצוקה והסבל שנגרמו לך, כתוצאה מחוסר אונים, בלי שאתה עשית משהו, הם משהו שאתה,

שה'אני' זימן לעצמו. על מנת להתמודד איתו (גיל/615-619).

גיל, אשר שהה במשך 25 שנים במערכת הפסיכיאטרית, רואה באנתרופוסופיה את הכלי שאפשר לו "לתמרן

את דרכו החוצה". לדבריו, גורם מפתח באימוץ הפרספקטיבה הרוחנית בעבורו היה בכך שהיא תרמה לכך

שהפסיק להרגיש קורבן של נסיבות חייו, ובמקום זאת התחיל לקחת עליהן אחריות ולראות בהן הזדמנות.

לסיכום, עם שחרורם מבית החולים חלק גדול מהמוראיינים התרחקו מהבית ולקחו "פסק זמן

מהחיים", בו הם יכלו לנוח מהקשיים שעברו לפני ובמהלך האשפוז, ולפתוח בדף חדש. בפרק זמן זה חלקם

אימצו תפיסות רוחניות או דתיות שנתנו להם כלים להתמודד עם הקשיים שעברו ופרספקטיבה חדשה שהייתה

בעבורם תרפויטית. בד בבד, אותם מוראיינים הרגישו שלמערכת בריאות הנפש אין מה להציע יותר בעבורם

והם השאירו אותה מאחור. במהלך ההתרחקות מהבית ותהליך חיפוש העצמי, חלק מהמוראיינים גם

השתמשו בסמים, שעזרו להם, לדבריהם, למצוא שקט פנימי ושלווה אשר אפשרו להם לבנות את עצמם מחדש.

על השימוש בקנאביס וחומרים אחרים בתת-החלק הבא.

### 3.3.2 שימוש בקנאביס וחומרים אחרים כאמצעי למציאת שקט פנימי והתחזקות

"אני חושב שלא צריך להסתמך על הכדורים הפסיכיאטרים כדבר שמרפא. הייתי הרבה יותר ממליץ על

מריחואנה"<sup>18</sup> (ראובן/449-450).

מספר מוראיינים סיפרו על שימוש שעשו ועושים בקנאביס, אלקוהול וחומרים משני תודעה אחרים כאמצעי

להשגת רוגע ושקט נפשי. שימוש מסוג זה מכונה בספרות <sup>2019</sup> self medication, והוא מוכר ונפוץ בקרב כלל

<sup>18</sup> לאורך הפרק ייעשה שימוש במונחים שונים שמתייחסים לחומרים שמופקים מצמח הקנאביס, כגון מריחואנה, חשיש, ירוק, חום

וגראס.

<sup>19</sup> מונח אחר המתייחס לתופעה זו, בעיקר מהכיוון שרואה בה גורם שלילי הוא substance abuse

<sup>20</sup> יש להבדיל בין מונח זה למונח personal medicine שטבעה פטרישה דיגן (Deegan, 2005), אשר, כפי שצויין, מתייחס לפעילויות

של טיפוח וחיזוק העצמי שאינן פרמקולוגיות.



האוכלוסייה של האנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים חמורים וטראומות (Wu et al., 2014). מדברי המרואיינים עולה, כי הצריכה של חומרים אלו בתקופה שלאחר האשפוז עזרה להם להתגבר על חרדות ודיכאונות שאיתם הם התמודדו, ואפשרה להם למצוא מרחב פנימי שקט שממנו הם יכלו להתחיל לבנות את חייהם מחדש. עמירה, למשל, שסבלה ממחשבות כפתיות וטקסים אובססיביים במהלך גיל ההתבגרות, התחילה להשתמש בגראס לאחר האשפוז. לדבריה, העישון עזר לה להשתחרר מההפרעה שליוותה אותה ולהתחיל בדרך חדשה:

האמת היא שגם עישנתי קצת. כאילו הייתי זקוקה. הירוק רק עשה לי טוב. הקל עלי... באמת הייתי בסוג של ריפוי. היית מעשנת ושוכבת כאילו. אני זוכרת את הנקודה הזאת. זו הייתה התחלה שה-OCD פחת לי. הייתי שוכבת לאחור, וזה פעם ראשונה שהרגשתי ש... אני לא צריכה להגיד את המשפטים שאני אומרת (עמירה/351-345).

עמירה זוכרת היטב את ההשפעה המרגיעה שהייתה לגראס עליה בתקופה שלאחר האשפוז. לדבריה, הפעם הראשונה שבה התחילה להרגיש שהיא באמת מתרפאת קרתה בזמן העישון ("זאת הייתה הפעם הראשונה שהרגשתי שאני לא צריכה להגיד את המשפטים שאני אומרת"). מתוך השקט הפנימי שנוצר בחייה בזמן העישון (אשר קשור, כפי שצוין בסעיף הקודם (3.3.1), גם להתרחקות מהבית והמעבר לצפון) היא יכלה להתחיל בתהליך של אינטרוספקציה והתמודדות עם מקומות שונים בנפשה - כל זאת במנותק מהמערכת הפסיכיאטרית.

חשוב להדגיש שלגראס, כמו לסמים אחרים, היו גם אפקטים שליליים על מרואיינים (כפי שתואר בתת הפרק 3.1.1.3), ביניהם גם על עמירה, שלדבריה השימוש בגראס בתיכון "מאוד בלבד אותי" (עמירה/361), ותרם למצוקה הנפשית הקשה שהיא חוותה. לשאלה - מדוע לפני המשבר לגראס היה אפקט מבלבל שתרים למצוקה הנפשית, ואחריו היה לו אפקט מרגיע ומרפא, עמירה לא התייחסה. עם זאת, ניתן לשער כי פעולתו של הגראס העצימה את החוויה הפנימית הדומיננטית בתקופה שבו הוא נלקח: לפני האשפוז עמירה חוותה לחץ נפשי וחרדות אותן הגראס העצים, ואחרי האשפוז, עם המעבר לצפון, עמירה התחילה להרגיש יותר שקטה ורגועה והגראס העצים תחושה זו.

בדומה לעמירה, גם ראובן התנסה בסמים לפני האשפוז ואחריו, וחווה אותם פעם כפוגעים ופעם כתומכים בבריאותו הנפשית. לפני האשפוז הוא השתמש בסמים קלים וגם נטל כדור אקסטזי, שלדבריו גרם לו להזיות, לתחושת רדיפה והביא אותו בסופו של דבר לאשפוז. לאחר האשפוז הוא היה בדיכאון למשך תקופה ארוכה והסתגר בביתו. באותו זמן, אנשי מקצוע ומכרים המליצו לו להתרחק מגראס, אך הוא האמין שדווקא העישון עשוי לעזור לו:

לא הקשבתי בקולם, ו... אני זוכר את זה לטובה, לטובה מאוד שהתחלתי לעשן. מחדש, בעצם. זה...  
 רומם את הנפש שלי מהמצב הדיכאוני לתחושה ולמחשבות אחרות. הם לא נעלמו לשום מקום, אבל  
 הייתה איזה הפוגה של זמן מסוים שיכולתי להיות קצת רגוע יותר ונינוח... (הגראס) זה משהו  
 שמבחינתי ליווה אותי הרבה זמן. צרכתי את זה יום יום. ובמהלך כל היום... באיזשהו שלב, די  
 מאוחר, כאילו בחזרה בתשובה, הבנתי שזה לא טוב לי ליום יום. שזה מעכב אותי (ראובן/255-  
 258,397-398).

ראובן, בעל האופי האינדיבידואליסטי ("לא הקשבתי בקולם"), הרגיש שהגראס דווקא משפר את מצב רוחו  
 ומשרה עליו רוגע ונינוחות. הסתכלות על מכלול חייו חושפת שלוש תקופות שונות בהקשר של השימוש בסמים  
 שעשה: בצעירותו הוא צרך אותם, ובסופו של דבר הגיע למצב פסיכוטי ופרנואידי וכתוצאה מכך אושפז.  
 בתקופה שאחרי האשפוז הוא שוב צרך אותם, אבל הפעם הרגיש שהם נותנים לו הפוגה, מקלים עליו  
 ומרוממים את "הנפש שלי מהמצב הדיכאוני", ובתקופה השלישית, לאחר חזרתו בתשובה, הוא הפחית באופן  
 משמעותי בצריכה שלהם משום שהוא הרגיש שהם "מעכבים אותי ולא טובים לי ליום יום".  
 מספר מרואיינים, כמו ראובן, מתארים כיצד השתמשו בגראס או באלכוהול למשך תקופה מסוימת  
 אחרי המשבר הנפשי שחוו, ולאחר מכן הפסיקו את השימוש או הפחיתו אותו במידה ניכרת. במקרה שלהם  
 השימוש בסם ענה על הצורך שלהם בהפוגה מהמתחים והקשיים שהתלוו למשבר, ואחרי שהם התחזקו  
 והתחילו לבנות מחדש את חייהם הם הפסיקו לצרוך אותו כמעט לחלוטין. לעומתם, שני מרואיינים סיפרו על  
 שימוש קבוע בסמים, גם כיום, כאמצעי לייצב את מצב רוחם. אחד מהם הוא אריק, אשר לפני הראיון,  
 ובמהלכו עישן שני ג'וינטים שגלגל לעצמו:

התחלתי לעשן גראס רק אחרי שהתחילו הבעיות, בערך בגיל 19, 20... דווקא הגראס הוא שאפשר את  
 הריכוך בקושי היום-יומי... בתקופות הטובות יכולתי לשים אותו בצד, וכשנגמרה התקופה הטובה, זה  
 מה שהצליח להשאיר לי את הראש מעל המים... בוא נגיד שאני מקווה שאני אוכל גם את זה להשאיר  
 לפה ושם, כמה פעמים בחודש. יש שאיפה כזאת. אני השלמתי עם זה שכרגע זאת התרופה שלי. אני  
 עדיין תלוי בזה, עדיין תלוי בטיפול. עוד לא יצאתי מזה (אריק/150-155).

אריק רואה בגראס את ה"תרופה" ו"הטיפול" שלו. הוא נעזר בו על בסיס יום-יומי בתקופות הקשות על מנת  
 "לרכך את הקושי" שמלווה אותו. לדבריו הוא היה רוצה לעבור לשלב בו הוא ישתמש בגראס לעיתים רחוקות  
 יותר, אך מרגיש שכרגע הוא עדיין תלוי בו.

כמו אריק, גם עודד רואה בסמים את התרופה שלו עד היום, וכמו מרואיינים אחרים, גם הוא הרגיש  
 שהגראס השפיע עליו לטובה בתקופה שלאחר המשבר הגדול. עודד שונה ממרואיינים אחרים בכך שהוא לקח

את השימוש בסמים צעד אחד קדימה. בזמן האשפוז הוא היה סקרן לראות כיצד הגראס ישפיע על הפסיכוזזה שחוזה: "רציתי לדעת אם זה מעלה לי את הפסיכוזזה או לא... גילית שזה בסדר, שזה לא... עשה לי טוב מאוד בתקופה שהייתי צריך" (עודד/196-188), וכיום, 10 שנים לאחר האשפוז, עודד משתמש לא רק בגראס, אלא גם בסוגים שונים של סמים, חלקם קשים, חלקם פסיכיאטריים, בכדי לתמרן את מצבו הנפשי:

אני בן אדם לא יציב. אני עולה ויורד... אם אני בדאון - אני מעדיף לעשן הרבה. וזה מעביר לי תקופה ואז אני מפסיק כשזה נגמר. זה כאילו תרופה בשבילי, שאני משתמש בה. אני צורך סמים עד היום, גם קשים... הכל... כן אני לא מפסיק... יש סמים שאני עושה יותר, אבל זה כי אני יודע שהם בסדר לי. לעשן, אלכוהול - אני צורך קבוע. יומיומי. קטמין אני אוהב מדי פעם. זה גם מייצב אותי אני מרגיש. יש לזה אנטי-דכאוני ידוע.... אני די מייצב את עצמי. כאילו אני לא בפסיכיאטריה אבל אני כן דואג לעצמי בכל מיני דברים כאלה... יש לי כל מיני דברים שאני יודע לאזן את עצמי (עודד/220-204).

עודד רואה את עצמו כאדם לא יציב, ומשתמש בסוגים שונים של סמים על מנת לייצב ולאזן את עצמו. בעבורו הסמים הם "התרופה שלי", והוא זה, שלצורך העניין, מחלק לעצמו מרשמים - בהתאם לניסיון שהוא צבר עם כל אחד ואחד מהם "אני די מייצב את עצמי". עודד מעדיף להיות בשליטה על החומרים שהוא מכניס לגופו, ולא לתת לפסיכיאטרים לקבוע בעבורו מה לקחת, גם אם חלק מהחומרים שהוא צורך הם תרופות פסיכיאטריות: "גם תרופות פסיכיאטריות... תמיד אני שומר קצת... פעם הייתי בדאון והיה לי חבר שלקח את זה (תרופה חדשה) והבנתי מה זה, והבנתי שזה יהיה בסדר לי. הלכתי לפסיכיאטר פרטי, פעם אחת, אמרתי לו מה אני רוצה. קיבלתי" (עודד/233-229, 361-370).

עודד אמנם מקבל (לפעמים) מרשמים מפסיכיאטרים, אך הוא אינו נועץ בהם לגבי אופן השימוש, והוא אינו רואה בהם מקור סמכותי או טיפולי בהקשר של הבעיות הנפשיות איתן הוא מתמודד "אני לא בפסיכיאטריה אבל אני כן דואג לעצמי". במקום זאת הוא מסתמך אך ורק על ניסיונו האישי, שנובע משנים של ניסוי וטעייה בהן הוא למד את הדקויות של האופנים בהם משפיע על מצבו הנפשי כל חומר וחומר. בעבור עודד אין הבדל מהותי בין החומרים בהם הוא משתמש אשר מגיעים אליו דרך רופאים (תרופות ממרשם) או חומרים המגיעים בדרכים אחרות (סמים). מה שמשנה בעבורו הוא מבחן התוצאה, כלומר מה ההשפעה של החומר המסוים עליו.

מעניין לציין שבנקודה זו עודד אינו היחיד אשר רואה בסמים סוג של תרופה, ובתרופות פסיכיאטריות סמים. גם מדבריהם של מרואיינים אחרים עולה הרושם שהקו המפריד בין השניים מטושטש (או לא קיים). למשל כשמלכה הייתה באשפוז היא אמרה שהיא קיבלה "כמויות של סמים פסיכיאטריים" (מלכה/118), ואדוארד אמר ש"להיות בפסיכיאטריה... זה להיות במצב נרקוטי לגמרי" (אדוארד/473). לחלופין סמים, כגון

גראס, מהווים בעבור מרואיינים מסוימים תרופה "זה התרופה שלי" (אריק/153), "הירוק עשה לי רק טוב, הייתי בסוג של ריפוי" (עמירה/346), "זה מה שהצליח להשאיר לי את הראש מעל המים" (אריק/153).

בנוגע לשאלה: האם המרואיינים אשר משתמשים בגראס בתדירות יום-יומית (בפרט עודד ואריק) רואים את עצמם כמכורים? לא עלתה בראיונות תשובה מפורשת. אריק אמר שהוא היה מעוניין להפחית בצריכת הסם, אך עדיין לא מרגיש שהתנאים הבשילו, בעוד עודד העיד על עצמו שאין לו עניין להפסיק, וזאת על אף הנזק שהוא מודע לו שהחומרים גורמים לו: "אני על ה-thin red line, אבל אין לי בעיה עם זה... זה נותן לי איזה שליטה... אני כן רוצה שיהיה לי יותר קל, ושאני אתמודד יותר בקלות. זה כן קורה גם, אבל לא, לא רוצה שיהיה טוב. לראות את החרא בעולם. לא לאבד את זה" (עודד/656-675, 580-587). עודד מציג תפיסת עולם מורכבת. מצד אחד, הוא היה מעדיף שההתמודדות שלו תהיה יותר קלה – מה הסמים עושים, לדבריו, בעבורו. מצד שני, הוא "לא רוצה שיהיה טוב", ולכן אינו נרתע מלהמשיך להשתמש בכמות מצטברת גדולה מאוד של חומרים, אשר עלולים לפגוע בגופו. נראה כי תחושת השליטה העצמית אצלו ("זה נותן לי שליטה"), כמו גם אצל מרואיינים אחרים, מסתמנת כבעלת חשיבות מרכזית.

לסיכום, מרואיינים רבים מצאו מזור בשימוש שעשו בקנאביס ובסמים אחרים לאחר תקופת האשפוז. הם השתמשו במילים "ריכוך", "הפוגה", "רוגע", "נינוחות" ו"ריפוי" על מנת לתאר את האפקט שהיה לחומר עליהם. השימוש בחומר תרם להקלה שחשו, וליצירתו של יצר מרחב פנימי שאפשר להם לטפל בעצמם ולהתחיל בדרך חדשה. פרט לשני מרואיינים (עודד ואריק), אשר צורכים את החומרים באופן יום-יומי, רוב המרואיינים שהשתמשו בסמים בתקופה שלאחר האשפוז ציינו שהפסיקו או שהפחיתו במידה משמעותית את הצריכה שלהם לאחר זמן מה, משום שהרגישו שצריכת הסמים כבר לא רלוונטית לחייהם. שתי נקודות נוספות שעלו בדיון על השימוש בסמים קשורות לשאלה התיאורטית על ההבדלים בין צריכת סמים לבין צריכת תרופות, ולשאלת התלות בחומר מצד אותם מרואיינים אשר ממשיכים להשתמש בסמים.

גורם נוסף שעולה מניתוח הנתונים כבעל תרומה להתנתקות מהמערכת, קשור בתכונת אופי מסוימת שקיימת אצל רבים מהמרואיינים, והיא היכולת להסתכל באופן חיובי על קשיים ובעיות ולהאמין שניתן להתגבר עליהן. לתכונה זו, ולתרומתה להתנתקות יוקדש תת-החלק הבא.

### 3.3.3 אופטימיות ותקווה

כל יום כזה שאני עומדת על הרגליים, ומחייכת לעולם, ולא בצביעות, כי העולם טוב אלי, ואני טובה אליו בחזרה, ואני עושה את העבודה שלי בנאמנות, ובמסירות... זה כיף לי להבין שלמרות כל מה שעברתי... עדיין, בגיל 54, בכל זאת נשאר בי איזה רוח נעורים (דורית/985-995).

ניתוח הגורמים אשר אפשרו למרואיינים להתנתק מהמערכת חושף תכונת אופי המשותפות לרובם, הקשורה להסתכלות חיובית ואופטימיות על קשיים ואתגרים. תפיסת המציאות באופן הזה לא תמיד הוזכרה במפורש בטקסט שלהם, אך ניכר שהיא נמצאת בבסיס הסתכלותם על העתיד והתנהלותם בהווה. חלק מהמרואיינים, כדוגמת יואב ואליהו, מכירים במודע באופטימיות שלהם, אך לא יודעים להסביר מדוע תפיסה זו התפתחה אצלם: "לא היה איזה שום בן אדם שאמר לי 'תמשיך, זה בסדר'. זה הכל על פי אינטואיציות ועל פי תחושת בטן" (יואב/843-841). "יש איזשהו אופטימיות, שאני לא יכול להסביר לך מאיפה היא, אבל היא שומרת עליי" (אליהו/296-295). אליהו מכיר בחשיבותה של האופטימיות בחייו וערכה, לדבריו, מתבטא בכך שהיא שומרת עלייו. בניגוד אליהם, מרואיינים אחרים יכלו לספק הסבר (חלקי) למקום ממנו היא מגיעה. רבקה, למשל, מייחסת את האופטימיות שלה כיום לניסיון העבר שלה: "אני בטוחה שבגלל שכבר יצאתי מכל המצבים... שבסוף אני אמצא את הדרך. כאילו יצאתי ממלא מצבים הזויים, ומהכול איכשהו הגעתי בסדר" (רבקה/1218-1221). כלומר, רבקה מניחה שבגלל שבעבר גם המצבים הקשים ביותר הסתדרו בסופו של דבר, כך צפוי לה גם בעתיד. האמונה האופטימית שלה, שהרע ביותר כבר מאחוריה: "גם אם יקרה משהו, אז מה שלא יהיה - כבר היינו בתחתית" (רבקה/1221-1220), מספקת בעבורה מעטה של ביטחון ומאפשרת לה לנהל את חייה מבלי לחשוש יותר מדי מנפילות עתידיות.

בעבור מרואיינים אחרים, כגון מלכה וראובן, אשר חזרו בתשובה, נראה כי האופטימיות שבה הם מחזיקים אינה רק תכונת אופי שהם ניחנו בה, אלא תפיסה המעוגנת היטב באמונות הדתיות שלהם וניזונה מהם. בהתאם, ניכר היה אצלם שימוש שכיח במטבעות לשון "אופטימיים" מעולם הדת, כגון: "אין בעולם ייאוש כללי" (מלכה/531) ו"הכל לטובה" (ראובן/433). יתרה על כך, לשיטתם אלוהים שדאג להם בעבר גם ישגיח עליהם בעתיד: "ה' איתנו, והולך איתנו ועוזר לנו. באמת אפשר לצאת מהכל ולהתרפא מהכל" (מלכה/532).

באופטימיות הבסיסית שמחזיקים בה רוב המרואיינים ניתן לראות תפיסה הקשורה למושג: "גדילה כתוצאה מטראומה" (PTG). מונח זה, אשר יוזכר בחלק הרביעי של ניתוח הנתונים וכן בדיון, מתייחס לשינוי פסיכולוגי חיובי אשר מתרחש כתוצאה מאירוע חיים קשה ומאתגר. בנרטיב של רבים מהם המשבר שעברו הוא חלק בלתי נפרד מתהליך הצמיחה והגדילה שהם חוו וחווים. כך למשל איילת מתארת: "אני חושבת שזה איזושהי ברכה... כל דבר שקורה בחיים... בטח שחוויה כל כך מטלטלת וכל כך עוצמתית, אין דרך אחרת מאשר לראות את זה כברכה וכאיזשהי הזדמנות להתפתחות... זה ממש סוג של מתנה הדבר הזה" (איילת/993-991). נראה, שההסתכלות החיובית לפיה "החוויה העוצמתית והמטלטלת היא סוג של 'מתנה'" ו"ברכה" מאפשרת למרואיינים שדבקים בה להימנע מהתבוססות ברגשות של קושי, קורבנות ורחמים

עצמיים, ולעלות על מסלול של התפתחות אישית וגדילה. דוגמה לרעיון זה היטיב לבטא ראובן בכותרת שבחר לסיפור חייו: "הנפילה הגדולה של החיים שלך יכולה להיות מסלול ההמראה" (ראובן/573).

חשוב לציין, עם זאת, שלא כל המרואיינים הפגינו "אופטימיות קוסמית" כמו ראובן, מלכה ואיילת שהוזכרו זה עתה. חלקם לא הביעו אופטימיות כלל, או שהביעו אותה באופן חלקי. אריק למשל, מביע בסיפורו אופטימיות מסויגת ומדגיש את מרכיב הרצון והמטרה. בעיניו לא כל דבר שקורה קורה לטובה וזה לא נכון ש"אין בעולם ייאוש כלל" (מלכה/531), אבל העתיד יכול להיות טוב למי שיש לו מטרה ורצון לעזור לעצמו: המסר העיקרי זה להאמין שאפשר אם באמת רוצים... אי אפשר לעזור למי שלא רוצה לעזור לעצמו... הדבר הכי חשוב זה מטרה. אם אתה לא יודע לאן אתה רוצה להגיע אז אתה לא תדע אם אתה בדרך, ואם אין לך מטרה אז אין לך צורך להתגבר על הקושי (אריק/185-181,172).

במקרה של אריק ה"מטרה", שלמענה הוא חי, היא הכתיבה: "בגדול מה שמשאיר אותי חי זה הכתיבה" (אריק/89). חייו של אריק לא קלים. הוא סובל מכאבים פיזיים כרוניים בגלל מחלה, מהתקפי חרדה ומדחפים לחתוך את עצמו. תפיסת החיים שלו כיום מורכבת, ולבטח נמצאת במקום אחר על סקאלת האופטימיות משל מרואיינים כגון מלכה וראובן, שהאופטימיות שלהם מעוגנת בדת. יחד עם זאת, מסיפורו עולה בבירור שהוא עדיין מחזיק בתקווה לגבי העתיד "בסוף אני אנצח" (אריק/119), אשר שומרת עליו ונותנת לו כוחות להמשיך במסעו.

לסיכום, ניכר כי חלק לא מבוטל מהמרואיינים מחזיקים במודע או שלא במודע באמונות אופטימיות לגבי עתידם, ולגבי היכולת שלהם להתגבר על קשיים ואתגרים. אצל חלקם אמונה זו מעוגנת בדת או בתפיסות רוחניות וניזונה מהם, ואצל חלקם היא נובעת מהמבנה האישיותי שלהם. להשקפת עולם מסוג זה אין בהכרח אחיזה עובדתית במציאות (שכן לאף אחד אין ערבויות שהעתיד בהכרח יהיה טוב, או שהרע ביותר כבר מאחוריהם), אך נראה כי יש לה תפקיד מפתח בסיוע למרואיינים שמחזיקים בה להתגבר על קשיים ("היא שומרת עליי" (אליהו/296)) ולהתמודד עם אתגרים שהחיים מציבים ("תמשיך, זה בסדר" (יואב/843)); זאת מבלי להזדקק לשירותי הממסד.

גורם אחר אשר נמצא כמסייע למרואיינים להתנתק מהמערכת, קשור לעזרה שהם מעניקים לאחרים, ובמסגרת זו גם לפיתוח קריירה בעולם השיקום.

### 3.3.4 עזרה לאחרים כגורם מעצים ופיתוח קריירה בעולם השיקום

"אני לא יודעת אם אני אצא מהסיפור הזה בחיים. אבל אם אני אצא בחיים אני בטוחה שיהיה לי כוח לעזור להרבה אנשים" (מלכה/266-267)<sup>21</sup>.

עזרה לאחרים וטיפול בהם היא תמה אשר באה לידי ביטוי לאורך שלבים שונים בחייהם של מרואיינים: החל משלבי הילדות וההתבגרות (3.1.2.2), בהם מספר מרואיינים סיפרו כיצד טיפלו בבני משפחה שסבלו ממצוקות נפשיות או פיזיות - כגון אליהו שטיפל באחותו האוטיסטית, אריק שטיפל באחיו הצעירים לאחר שאביו אושפז למשך מספר שנים בעקבות שיתוק ודורית שטיפלה באמה לאחר שזו ניסתה להתאבד; המשך בעזרה למאושפזים אחרים בזמן האשפוז (3.2.2.1.2.2), כגון שרון שסיפרה: "נכנסתי לתפקיד המכיל והמקשיב, והרגשתי שעשיתי, שעזרתי לאנשים שהיו שם" (שרון/452); וכלה במתן עזרה ושירות לאחרים בחיים הבוגרים, ובפרט לאנשים המוגדרים כבעלי נכות נפשית "ההנחיה של הקבוצות השונות שהנחיתי עזרה גם בשיקום שלי" (דינה/151).

הרצון לעזור לאחרים עלה כתמה גם בסיבות שחלק מהמרואיינים סיפקו למוטיבציה שלהם להתראיין למחקר. כשנשאלו מדוע הסכימו להתראיין למחקר זה, חלקם השיבו תשובות בנוסח "אם זה יכול להזיז לאנשים אפילו בטיפנות את איכות החיים, אני מאוד אשמח" (אילנה/613); "הרצון שלי בסופו של דבר זה לעזור באיזשהו מקום לאנשים שעברו אירוע דומה או נמצאים במצב דומה" (ראובן/577-578); "יש לי איזשהו תובנות על הפסיכיאטריה. אין שם באמת מגע... זה נראה לי חשוב לקדם את זה" (איילת/668-679). אמירות מסוג זה מעידות על רצון לעזור לאחרים, מתוך ניסיונם האישי של המשתתפים, ולקדם את רווחתם. כפי הנראה, מתן עזרה ומענה נפשי לאחרים במצוקה, עונה על מספר צרכים פסיכולוגיים בחייהם של מרואיינים, ומסתמן כגורם בעל חשיבות ומשמעות בחייהם, וזאת משתי סיבות עיקריות. ראשית, נראה כי העזרה לאחרים תורמת לשיפור הביטחון העצמי ותחושת המסוגלות והנחיצות. שרון למשל, שמנהלת כיום הוסטל מתארת:

היכולת לעזור לאנשים אחרים, זה משהו מאוד מאוד מעצים. ז"א מביטחון מרוסק ללעמוד על במה מול 1000 איש או להנחות כנס, או לא יודעת מה, להיות בטלויזיה, ברדיו, באינטרנט, ולאתגר את הגבולות שלי. זה עזר לי מאוד לבנות את הביטחון העצמי שלי בחזרה. ביטחון עצמי עוזר מאוד ליציבות נפשית(שרון/740-743).

<sup>21</sup> לקוח מתוך קטע המתאר שיחת טלפון שקיימה מלכה בזמן האשפוז.

הביטחון העצמי של שרון התרסק, לדבריה, בעקבות המשבר שעברה, אך מתן העזרה לאחרים, הן באשפוז והן אחריו, אשר כלל הקשבה והכלה של אנשים אשר סבלו מבעיות נפשיות, מאוד עזר לה לשקם אותו, ולייצר לעצמה יציבות נפשית.

שנית, נראה כי בעבור חלק מהמוראיינים העזרה לאחר משתלבת עם התרגול הרוחני ותהליך הגדילה האישי שלהם. אליהו שהתנדב בהוסטל של אנשים הנוטים למות מתאר :

אני מגלה את עולם ההלינג. מגלה את עולם הרייקי, ומטפל באנשים בהתנדבות. עוזר לאנשים חולי סרטן... הם מתים ואני חווה את המוות דרכם... הכל של תודה, שעזרת לי ללכת לעולם שכולו טוב... ונתת לי לצאת מפה, מהעולם הזה בחיך (אליהו/888-893).

התרגול הרוחני הקיצוני שהביא את אליהו בגיל 30 לאובדן הכרה ולאשפוז, היה כרוך, כפי שהוזכר, בשאיפה שלו לעבור לעולם הבא בדרך רוחנית: ("חשבתי שאפשר ללכת טבעי. לעבור לשם" (אליהו/618)). כחלק מתהליך ההשתקמות שלו וחזוקת ה"עצמי" המעורער, אליהו החל להתנדב בליווי אנשים הנוטים למות, שדרכם הוא חווה את החיבור הרוחני למוות ולעולם הבא: "אני חווה את המוות דרכם". כלומר, אליהו מצא דרך לחוות את החוויה הרוחנית של המוות מבלי להגיע למקומות אשר מסכנים את חייו ואת שפיותו. בנוסף, הכרת התודה, והמשוב החיובי להם הוא זכה מהאנשים בהם טיפל: "הכל תודה", מילאו אותו בתחושת סיפוק, שיתכן שתרמה בין היתר ליציבותו הנפשית.

בדומה לאליהו, מלכה אשר עובדת בבית חולים ומתנדבת בסיוע לנשים, רואה בעזרה שהיא מגישה לאחרים חלק מהעבודה הרוחנית שלה, אשר לדבריה תורמת לבנייתה הנפשית וריפוייה: "ברוך ה' אני גם רואה איך ה' המשיך את הגדילה שלי. והוא ממש מזכה אותי לתקן. זאת אומרת התחומים שבחרתי בהם בחיים הם תורמים לי, הם ממשיכים את הצמיחה ואת הרפואה שלי" (מלכה/321-323). בעבור מלכה העזרה לאחרים היא "המשך של הגדילה שלי, והרפואה שלי". ההזדמנות שניתנה לה "לתקן", משתלבת בתיקון האישי שלה ובמסע הרוחני שבו היא נמצאת.

בנוגע לפיתוחה של קריירה בעולם השיקום כאמצעי לנתינה לאחר :

חמישה מבין המוראיינים (שרון, אברהם, דינה, דורית ועופרי) בחרו לעזור לאחרים על ידי הפיכה לאנשי מקצוע בתחום השיקום<sup>22</sup>. אותם חמישה מספרים את סיפורם האישי בהזדמנויות רבות מול קהלים שונים, ותומכים בקידום יוזמות המתמקדות בשיפור חייהם ורווחתם של מתמודדים. נראה כי בעבורם מינוף ניסיון החיים, ושימוש בו ככלי לעזור לאחרים, נותן משמעות לחוויות הקשות שעברו, ומהווה תהליך תרפויטי בפני עצמו. עופרי, למשל, מספרת כיצד עבודה עם נפגעי נפש עשויה להצדיק בעיניה את כל התלאות שעברה לאורך

<sup>22</sup> בחלק 3.4.1.2 יורחב הדיון במוראיינים שבחרו לעבוד כאנשי שיקום.



השנים : "ניסיתי להתקבל לעבוד בקלאב האוס... ראיתי את זה, זה יהיה המוצא שלי. כאילו שיצדיק את כל השנים ואת כל הניסיון שלי" (עופרי/321-319). בעבור תת-קבוצה זו של המרואיינים, העבודה, ההתנדבות והאקטיביזם בשיקום הפכו למרכיב מהותי בזהות העצמית/מקצועית שלהם, ולמקור ליציבות וגדילה "היכולת לעזור לאנשים אחרים, זה משהו מאוד מאוד מעצים" (שרון/740). בהקשר זה חשוב להדגיש שאמנם מרואיינים אלו התרחקו מהמערכת במובן זה שהם אינם צורכים את שירותיה, אך בה בעת הם נשארו קשורים אליה במידה רבה במובן זה שהם מקדישים חלק ניכר מזמנם לעזרה למתמודדים ולקידום אג'נדות חברתיות בבריאות הנפש.

לסיכום, תת-התמה של מתן העזרה לאחרים שזורה בביוגרפיה של מרואיינים, ובעבור חלקם שימשה כתמריץ להסכים לקחת חלק במחקר זה. נראה, כי העזרה לאחרים מתגמלת את המרואיינים ותורמת להם בשתי דרכים עיקריות : (1) היא מגדילה את ביטחונם העצמי, את תחושת המסוגלות והנחיצות – ובכך תורמת ליציבותם הנפשית. (2) היא משתלבת עם תרגול רוחני – ובכך תורמת לתחושה של גדילה, תיקון והבראה. מספר מרואיינים מינפו את ניסיון החיים שלהם והפכו את העזרה לאנשים המוגדרים "נפגעי נפש" למקצוע שלהם, ובכך נתנו משמעות לקשיים שעברו וזכו לתחושה של הגשמה ומימוש עצמי.

הצד השני של נתינה לאחר, שהוזכרה זה עתה, אשר מהווה בפני עצמה מרכיב חשוב בהשתקמות של חלק מהמרואיינים, הוא קבלת אהבה, חום, תמיכה ועזרה מאחרים משמעותיים ברגעים הקשים ביותר. על כך בתת-החלק הבא.

### 3.3.5 קבלת עזרה מאחר משמעותי

"צריך באמת משהו שייתן לך יד ויוציא אותך מהמצב הזה ומהתפיסות המוטעות שלו" (מלכה/296).

"הרי מה אנחנו צריכים? שמישהו יאהב אותנו כמו שאבא ואמא לא ידעו. שנוכל להישען על מישהו. שנוכל לתת לפחדים שלנו ולמצוקות שלנו ולקשיים שלנו כאילו מקום. שנוכל לסמוך עליו" (טמיר/813-812).

מרכיב דומיננטי ביכולת של חלק מהמרואיינים להשתקם ולהתנתק ממערכת בריאות הנפש קשור בעזרה ובתמיכה שקיבלו במהלך רגעי המשבר ובתהליכי ההתאוששות, מאנשים אשר מאמינים בהם ורוצים בטובתם. מסיפורי המרואיינים עולה, כי אהבה ללא תנאי שהורעפה עליהם ברגעים קשים, ואמונה בכוחותיהם, תרמו מאוד להתחזקותם וליציבותם הנפשית.

המסירות והתמיכה שזכו להם חלק מהמרואיינים הגיעו מבני זוג, מאנשי מקצוע או מדמויות מסוימות במשפחה - כמו בדוגמה של שרון. בסיפורה, היא מתארת כיצד התמיכה וההכלה של אביה עזרו לה להתגבר על התקופה הדיכאונית בה היא הייתה שרויה לאחר האשפוז :

בתקופה של הדיכאון הדבר שהכי עזר לי זה אבא. הוא היה לוקח אותי לעבודה בבוקר. כל יום. היכולת של אבא שלי להביע אהבה ואכפתיות שלא מתבטאת במילים : לעשות לי גלידה כשאני רואה טלוויזיה, אבטיח. לא יודעת, שטויות, דברים כאלה. לא ללחוץ עלי לדבר, כשאני לא יכולתי. זהו, זה מרגש אותי עד היום, כמו שאתה רואה (בוכה). זה היה אחד הדברים שהכי הכי עזר לי. אהבה בלי תנאים, של אבא (שרון/572-576).

אביה של שרון לא הפעיל עליה לחץ ולא היה ביקורתי כלפיה. הוא העניק לה אהבה בלי תנאים, שלא התבטאה במילים, אלא במחוות פשוטות ששימחו אותה וגרמו לה להרגיש שהוא לצידה גם ברגעים הקשים. מתוך האמונה והתמיכה שלו, שרון יכלה, לדבריה, לאט לאט להתחיל להתגבר על המשבר ולבנות את עצמה מחדש. כמוה גם דינה מתארת עד כמה האהבה שקיבלה הייתה מרכיב דומיננטי בריפוי שלה. אביה התאבד כשהייתה בת 10, ואמה שקעה בדיכאון. במשך כ- 20 שנים מחייה היא הייתה מאושפזת מספר פעמים, עד שהכירה את בן זוגה הנוכחי, שלדבריה בזכות אהבתו אליה היא התייצבה, התעצמה ועלתה על דרך חדשה : אני הייתי עם בור של חוסר, מחסור באהבה. בור עצום עצום עצום. ואני חושבת כשהביטלס אומרים all you need is love, אז לאהבה יש כוח תרפויטי שאין לו ערוך... אתה משלב את כוחות הנפש שלי, עם האהבה שקיבלתי, זה מה שבנה אותי... מאז שהוא בחי - אני יציבה. האהבה שלו בנתה אותי (דינה/187-184, 510-507).

דינה זכתה לקבל מבן זוגה אהבה שמילאה "בורות" של חסכים שליוו אותה מהילדות. האהבה שקיבלה ממנו "בנתה אותה", עזרה לה להתייצב, והעניקה לה כוחות לממש את הפוטנציאל שבה : "אני לא מרגישה כמו אישה בת 56 שכאילו הולכת ל.. אני מרגישה, שכאילו שאני עוד לא הגעתי ל... לשיא שלי" (דינה/233-232). בנוסף, בן זוגה עודד אותה להפסיק להסתיר את עברה הפסיכיאטרי, ולקחת חלק בפעילות ציבורית למען זכויות של אנשים אשר הוגדרו כנפגעי נפש : "הייתי בארון עמוק עמוק עמוק עם כל הקטע של העבר הנפשי. הוא שחרר אותי והדביק אותי בחיידק של הפעילות הציבורית" (דינה/187-184). לדבריה, פעילות זו מאתגרת ומספקת אותה, ומעניקה לה תחושה של שליחות ומשמעות.

מעניין לציין שבדומה לסיפורה של דינה, גם מלכה מתארת איך בן זוגה היה בעבורה מקור עצום לתמיכה רגשית וצמיחה, אלא שבניגוד לבן זוגה של דינה, בן זוגה של מלכה עזר לה להפסיק להסתכל על עצמה במונחים פסיכיאטריים, ועזר לה להתרחק מעולם נפגעי הנפש. להלן ציטוט ארוך יחסית המתאר עד כמה עוצמתית, משמעותית ומשנה מציאות הייתה התמיכה של בעלה בה :

התלבטתי אם להגיד לו... מאוד מאוד חששתי לספר לו. כי עדיין לעצמי עוד כן נשאר לי קצת את התדמית הפסיכיאטרית, ואז אמרתי לו 'טוב, תקשיב אני.. אנחנו הולכים היום להתארס. אני חייבת

להגיד לך יש לי סיפור פסיכיאטרי די עשיר. ועד להיום לקחתי תרופות. איזה שבע שנים כמעט ... אם אתה רוצה, אתה עדיין יכול להתחרט'. אז הוא הסתכל עלי ואמר 'את יודעת אני רואה אותך, את מאה אחוז... אני רואה נשמה מאוד.. מאוד גדולה, ויפה ומיוחדת, שלא כיוונו אותה נכון בחיים. ובגלל שלא כיוונו אותה נכון, היא הגיעה למצבים קיצוניים... ואני רואה שאת בסדר גמור. שאת לא צריכה שום תרופות. ואני אעזור לך לעשות גם עבודת נפש, לעזור לך להגיע לאיזון'. המשפט הזה, איך שהוא הגיב אלי, זה אולי המשפט מחץ של החיים שלי עד כה... גם אחרי הנישואים קצת היו לי... עליות וירידות. והיה לי עוד תפיסה כזאת שבאמת יש לי בעיה פסיכיאטרית. הוא פשוט עזר לי להשתחרר מזה. כל השאריות שנשארו מהתפיסה באמת שיש לי איזה חוסר איזון כימי... שאני לא יודעת לאזן עליות וירידות... ממש אני מרגישה שעליתי על עמק השווה. עדיין יש לי קצת עליות וירידות, אבל יש לי כתפיים מאוד רחבות להישען עליהן. יש מישהו שהוא מאוד מאוד חזק ויציב... הוא מורה דרך וגם אני מרגישה שיש לו את ה... המפתחות לטיפול שלי בעולם הזה... אני ממש מרגישה שהוא יודע לכוון אותי. לחלוטין אני סומכת עליו. בעיניים עצומות. זה ממש ישועה. כי זה... אני חושבת שזה חלק ממה שאפשר את הריפוי המלא שלי (מלכה/238-246, 313-319).

מלכה מייחסת לאמונה של בעלה בה, ל"כתפיים הרחבות" שלו, ולהכוונה שהיא קיבלה ומקבלת ממנו את "הריפוי המלא" שלה. ההסתכלות שלו עליה כעל "נשמה מאוד גדולה, ויפה ומיוחדת שלא קיבלה הכוונה נכונה" כל כך ריגשה והעצימה אותה, שמשפט זה נחקק חזק בזיכרונה והפך ל"משפט המחץ של החיים שלי". מלכה רואה בחיבור שלה אל בעלה "ישועה", ומאמינה, מתוך ניסיונה האישי, שכדי להירפא אדם צריך להגיע לשליחים טובים: "אני מאמינה שבשביל רפואה אמיתית צריך להגיע לשליחים טובים. צריך לקוות להגיע לאדם שיכול באמת להועיל... לאנשים שיש להם את החכמה ואת הידע לתת הכוונה אמיתית, יסודית" (מלכה/412-417).

המאפיין המשותף הבולט ביותר של אותם "שליחים" (על פי הטרמינולוגיה של מלכה), הוא שהם מצליחים לראות את כוחות הנפש של המרואיין, להעניק לו אהבה, ולהאמין בו וביכולותיו גם ברגעיו הקשים ביותר. במילים של אליהו, אותם אנשים מצליחים לראות את "הניצוץ" (אליהו/394) שבאדם ובכך עוזרים לו להאמין בעצמו. במקרה של אליהו מי שראתה את "הניצוץ שלו הייתה אשתו:

בגיל 17 מצאנו אחד את השני. נשמות תאומות... התחתנו... ואני תוך כדי חי במלחמות עצומות עם עזרה עצומה שלה. היא הייתה שומעת את כל ה... בכיות שלי... הייתי בוכה כמו ילד. בוכה... וצוחק ומה שאתה לא רוצה. כל ההרגשות עולים מעולם הכאוס ומתפוצצים בצורה עצומה... היא יכלה לשאת את זה. כי היא הייתה בנויה בדיוק מהמקום שהיא רואה את הניצוץ. זה מה שהיא רואה

באנשים עד היום. היא רואה את הראשית. היא כל הזמן מטפלת בי. בלעדיה, היית מוצא אותי בעולמות אחרים... (אליהו/405-390).

אליהו היה נתון ב"מלחמות עצומות", אבל במקביל הרגיש שהוא מקבל מאשתו "עזרה עצומה". לדבריו היכולת שלה לשאת את הכאוס בחייו, ובה בעת להמשיך לראות את הניצוץ שבו, "הראשית", היא ששמרה על השפיות שלו, ואולי גם על חייו "בלעדיה, היית מוצא אותי בעולמות אחרים". כפי שהוזכר, ה"שליחים" עשויים להיות גם אנשי מקצוע שאותם פוגשים המרואיינים במהלך חייהם, אשר עוזרים להם להשתחרר מהמועקות שלהם ומדפוסים שליליים שמלווים אותם, ולעלות על דרך של יציבות ורווחה נפשית. במקרה של ראובן, נראה כי ה"שליחה" שלו הייתה אשת מקצוע – עובדת סוציאלית, שהמפגשים איתה נערכו בהתנדבות, במסגרת חברית ולא פורמאלית. אחרי האשפוז ראובן נכנס לדיכאון עמוק, והסתגר בבית הוריו למשך חודשים. אותה עובדת סוציאלית שהייתה שכנה שלו בקיבוץ, ומודעת למצב, יזמה מפגשים קבועים עמו ל"כוס קפה". לדבריו השיחות איתה היו משמעותיות מאוד בעבורו, שכן הן נתנו לו תקווה ועזרו לו לצאת מהמצב התקוע בו הוא נמצא:

...היה לנו איזה קליק מידי כזה ונוצר קשר טוב. ככה מיד מההתחלה... למשך חמישה שישה חודשים היא פשוט עזרה אומץ ו... פשוט התחילה להזמין אותי אליה הביתה לכוס קפה, לשמוע, לשבת, לדבר. תמיד זה היה בשעת ערב, ככה, שאף אחד כבר לא מסתובב בחוץ. עדיין נמנעתי מלראות אנשים אחרים... והשיחות איתה לאט לאט התחילו להפיח בי תקווה, בעצם... שהחיים יכולים להשתנות (ראובן/177-174, 201-204).

אותה עובדת סוציאלית/ידידה קלטה, בדומה לאביה של שרון שהבין את רגישותה של בתו ולא לחץ עליה, את המצב הפגיע בו נמצא ראובן, ואת הבושה שחש בה "בושה מאוד מאוד גדולה. מכל הסיטואציה הזאת" (ראובן/422), ויצרה בעבורו תנאים (setting) נעימים ולא מלחיצים, בהם הוא יכול היה לבטא את עצמו ללא חשש לביקורתיות או שיפוטיות מצידה. המפגשים איתה עשו את שלהם, ובהדרגתיות הם "התחילו להפיח בי תקווה שהחיים יכולים להשתנות". לדבריו, האמון המלא שהיא נתנה בו, והחיבור שנוצר ביניהם שיחקו תפקיד חשוב בריפוי שלו: "אני לוקח את ג' כמקור השראה... הדבר החשוב ביותר מבחינתי בקשר טיפולי זה להתחבר וליצור אמון... אחרי זה אפשר להגיע לכל מקום" (ראובן/584-582).

לסיכום, מסיפורם של חלק מהמרואיינים ניתן ללמוד כי מרכיב מרכזי בתהליך השיקום והריפוי שעברו לאחר המשבר קשור בתמיכה, הכלה, אהבה וקבלה ללא תנאי שניתנו להם מאדם קרוב, אשר עשוי היה להיות בן זוג, בן משפחה או איש מקצוע. אותו אדם (או "שליח") האמין בכוחותיהם, וראה את "הניצוץ" הטמון בהם. בזכות ראיה זו, אותם מרואיינים החלו להאמין יותר בעצמם ובכוחותיהם, ויכלו לטפס החוצה

מהמשבר והקושי בו הם היו נתונים ולצאת לדרך חדשה. יחד עם זאת, חשוב לציין שהיו מרואיינים שלא היו להם "שליחים", ומסע ההתאוששות וההתגברות על המשבר נשען אך ורק על חוסנם הפנימי.

חלק מהמהלך של התגברות על המשבר ובניית חיים עצמאיים ללא תלות במערכת בריאות הנפש כלל

תהליך של חקירה פנימית, התמודדות עם טראומות, התפייסות עם העבר ומציאת כלים שעוזרים לשמור על האיזון והיציבות הנפשית. תת-הפרק הבא יעסוק בנושא זה.

### **3.3.6 עיבוד רגשי, התפייסות עם העבר ופיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות**

"להתעסק עם הנפש ומתוכה לפורר את הכאב" (אריק/130).

"פעם הייתי בנויה משני קצוות, היום אני מלאה במכלול טוב שמכיל בתוכו קצוות" (מלכה/368-361).

ניתוח הסיפורים מראה, כי חלק מהמרואיינים עברו לאחר שחרורם מבית החולים תהליך עמוק של אינטרוספקציה, ריפוי פצעים ופיתוח של מודעות עצמית. תהליך זה, אשר מזכיר במידת מה את המסע הרוחני/דתי שחלק מהמרואיינים עברו (3.3.1), אם כי נטול זיקה למסורת פורמאלית כזו או אחרת, לימד אותם הרבה על עצמם והקנה להם בין היתר את היכולת להתנתק מהמערכת ולהמשיך בכוחות עצמם. תהליך ההעמקה בעולם הנפשי וההתמודדות עם פצעי העבר נעשה על ידי מרואיינים באופנים שונים: חלקם עשו זאת באופן עצמאי (על פי רוב רחוק מהבית), חלקם באמצעות איש מקצוע, חלקם דרך כתיבה ואחרים דרך פיסול, ריקוד או התחברות לשיטה מובנית. במקרים של חלק מהמרואיינים נראה כי התהליך התרפויטי שעברו היה משמעותי למשך פרק זמן מסוים, ופחות רלוונטי בהמשך חייהם, בעוד שאצל אחרים נראה כי קיימת מגמה של חקירה עצמית וניסיונות לפתח כלים לעבודה פנימית שנמשכת עד היום. החלק להלן מורכב משלשה תתי-חלקים: תהליכי עיבוד רגשי, התפייסות עם העבר וסגירת מעגלים והגברת המודעות העצמית ופיתוח כלים לשימור היציבות, אשר משלימים אחד את השני ומהווים חלק מרכזי בתהליך הריפוי של המרואיינים והתנתקותם מהמערכת.

#### **3.3.6.1 תהליכי עיבוד רגשי**

הרבה מהמרואיינים עברו במהלך השנים תהליך תרפויטי אשר כלל התמודדות עם קשיים וטראומות מהעבר ובנייה של חוסן פנימי. האופנים בהם עברו המרואיינים תהליך זה השתנו ממרואיין למרואיין, והם כללו בין היתר: הסתייעות באנשי מקצוע, עבודה פנימית עצמאית, עבודה בקבוצות ושימוש בשיטות שונות לעזרה עצמית, וכן הסתייעות בכלים של אומנות, כתיבה, יוגה, מדיטציה ועוד. להלן יובאו תאורים של סוגים שונים של עבודה רגשית שעלו בראיונות.

מספר מרואיינים סיפרו, כי עברו לאחר המשבר תהליך אינטרוספקטיבי ועיבוד רגשי בעזרתם של

אנשי מקצוע. דוגמה לתהליך מסוג זה ניתן לראות במקרה של הילה. לאחר שחרורה מהאשפוז השני הילה

החלה תהליך אינטנסיבי של טיפול פסיכולוגי, בשילוב עם ליווי פסיכיאטרי, שכלל איסוף של השברים ובניית זהות חדשה ומגובשת :

נפגשתי עם הפסיכולוג פעמיים בשבוע למפגשים של שעה וחצי. לאט לאט ירדתי במשקל. אחרי איזה שנה בטיפול התחלתי לחזור בשאלה. זה היה תהליך של בניית העצמי שלי. הסערה של גיל ההתבגרות התחילה לחלוף. ניסיתי להתרחק מהחולי המאוד גדול שהיה שם עם הפסיכיאטרית, ולהבין מי אני ומה אני רוצה... בעניין גיבוש הזהות המינית - כשהתחלתי להשתקם, הבנתי שאני לא שייכת לזהות המינית הלבסבית... היו לי המון חרדות סביב עניין הנהיגה... הם (הפסיכולוג והפסיכיאטרי) חיזקו את היכולת שלי להתמודד עם החיים, להתמודד עם עצמי. ככל שהיכולת שלי גדלה, ככה התרופות ירדו (הילה/268-265).

הילה מתארת תהליך עמוק ומקיף, בו היא ביררה נושאים הקשורים בזהות שלה, כגון הקשר שלה לדת "התחלתי לחזור בשאלה", ונושאים הקשורים בנטייתה המינית "הבנתי שאני לא שייכת לזהות המינית הלבסבית". לדבריה, באמצעות התהליך שעברה היא הצליחה להקטין בצורה משמעותית את החרדות שהיו לה, את הדחף לפגוע בעצמה ואת תדירות המחשבות האובדניות שהיו לה :

באותו זמן עדיין הייתי פוצעת את עצמי. אני זוכרת נקודת מפנה שהייתי בשירותים באוניברסיטה עם מסרגה ביד, ועמדתי לחתוך את עצמי. הייתי חורטת על הירכיים שלי. לפני שעשיתי את זה התקשרתי לפסיכולוג... והוא אמר לי 'יש לך שתי דרכים - יש אפשרות שאת לוקחת את המסרגה ופוצעת את עצמך, וזאת הפעם השלישית שזה קורה בשבוע האחרון, וזאת דרך שאת יודעת לאן היא מובילה - העלאה של הטיפול התרופתי, ודרך שבה תידרשי להשגחה יותר צמודה, או שאת בוחרת לא לחתוך את עצמך, ואת מתאפקת עד השיחה הבאה שלנו, וזאת דרך שאת לא מכירה, זאת דרך חדשה של בריאות, ואת כרגע שם לבד ואת צריכה להחליט'. זאת הייתה נקודת מפנה בעבורי. זה היה מפתח. זה היה אסימון שנפל לי, שאני עכשיו במקום שאני יכולה להחליט לאן אני מנתבת את החיים שלי. מאותו רגע החלטתי שאני מנתבת אותם לכיוון של בריאות. אני עושה כל מה שאני יכולה ללכת לכיוון של בריאות! הבחירות שאני עושה הן בחירות של בריאות, שיעלו אותי למקומות טובים. כל עוד אני יכולה, אני אקבל החלטות טובות. זה לקח זמן. הירידה בחרדות הייתה הדרגתית. המחשבות האובדניות עדיין הבליוחו מדי פעם. אני זוכרת שדיברתי על זה פעם שזה היה כל שעה, ואז זה היה פעם ביום, פעם בשבוע, ובאיזשהו שלב זה הפך למשהו שכבר לא היה רלוונטי. למדתי להרפות (הילה/-278 294).

הרגע בו הילה הצליחה, בעזרת הפסיכולוג, לבחור שלא לפגוע בעצמה, היה רגע מכונן בעבורה "נפל לי האסימון". רגע זה סימל בעבורה את העלייה על ה"דרך החדשה של הבריאות". בזכות הטיפול שקיבלה, הילה עברה תהליך הדרגתי שבו למדה בין היתר להרפות, להיעזר בסבלנות ולא לפעול בצורה אימפולסיבית. גולת הכותרת של הטיפול התבטאה בכך שהיא התחילה לקחת אחריות על שמירה על הבריאות הנפשית שלה. כמו הילה, מספר מרואיינים נוספים סיפרו כיצד הם נעזרו בטיפול פסיכולוגי על מנת להשתקם מהמשבר שעברו ולהתחיל בדרך חדשה. עם זאת, היו כאלה שהטיפול לא נחווה כמשמעותי בעבורם והם מצאו דרכים עצמאיות לחקור את נפשם ולהתמודד עם הטראומות שעברו. דוגמה לכך היא תהילה, שהמסע שלה להתמודדות עם שדים מעברה היה עצמאי ודרש ממנה לעבור דרך מקומות קשים בנפשה:

מגיל 13 היתה לי הפרעת אכילה, עד לפני שנתיים. תקופה מאוד ארוכה... ולאט לאט הבנתי מאיפה באמת ההפרעת אכילה מגיעה. כשאתה מבין מאיפה ההפרעת אכילה מגיעה, אתה יכול להתמודד איתה. אי אפשר בכדור, גם אי אפשר בעבודה פסיכיאטרית, כי זה לא מהמקום הזה... מדובר במחקר. כשאתה עושה מחקר, בשביל להגיע לדבר הטוב אתה צריך לחקור עמוק את החרא... ההפרעת אכילה בעצם היא לקחת את המקום של הדפרסיה שלי. של השדים שלי. של הדיכאונות שלי... פשוט הכנסתי אוכל והוצאתי, הכנסתי אוכל והוצאתי, הכנסתי אוכל והוצאתי. וכאילו, הרגתי את עצמי בשקט, וזה בעצם היה השד הכי גדול שלי. זה שד החומר, כי ברוח אני יודעת טוב מאוד איך להרחיק את השדים ממני... הבעיה היא הפחד מליפול ולמעוד. כשתחליט שאתה לא תיפול ותמעד יותר, אתה לא צריך את הכדור. אתה כל הזמן בחברה שמאיימים עליך שאתה יכול ליפול ואתה יכול להתרסק (תהילה/-201 204).

תהילה קיבלה כדורים פסיכיאטריים, וכן טיפול פסיכולוגי, אך לדבריה, אלה לא עזרו לה להבין לעומק מה מקור הפרעת האכילה שלה. בתהליך אינטרוספקטיבי עמוק, בו היא נאלצה לעבור דרך "החרא", היא הגיעה לתובנות עמוקות לגבי עצמה, שהדהדו עם תפיסת עולמה הרוחנית ואפשרו לה להביס את ההפרעה ממנה סבלה במשך שנים רבות. הפרעת האכילה מיוצגת על ידה כ"שד החומר", לעומת עולם הרוח בו היא מרגישה מוגנת ובשליטה. מסע החקירה הפנימי שעברה העצים אותה, והראה לה שלמרות האיומים של החברה מפני נפילה והתרסקות, ההחלטה הפנימית להתגבר על הפחד ולעבור דרך הקושי מוכיחה את עצמה. מספר מרואיינים מצאו, שחיבור לשיטות אלטרנטיביות מובנות הוא הדרך היעילה בעבורם. דוגמה לכך ניתן לראות בסיפורה של עופרי, אשר במשך שנים ניסתה מספר רב של שיטות וטיפולים, שהפכו עם הזמן למעין אורך חיים בעבורה:

יש כל מיני שיטות אלטרנטיביות. אחת מהן היא קבוצת תמיכה שפותחה בארה"ב... אחוזי ההצלחה עצומים, יחסית לטיפול הקונבנציונאלי. מישהי בארץ עשתה 'ג'ור' של השיטה הזו והפכה אותה לאמ"ת - אמונה, ומידות על פי התורה, והתחלתי ללכת לקבוצה שלה. זה, פלוס ספר, שהתחלתי לקרוא בארה"ב, העלו אותי על דרך של עבודה עצמית. פתאום כאילו, חדלתי להיות פסיכית, והתחלתי לחפש מה הדרך הנכונה בשבילי, לעבוד על עצמי... ניסיתי אימון הוליסטי. ניסיתי חלק מ'המסע'. למדתי טיפול נרטיבי, וגם עבדתי בתוכנית שנקראת 'בנפשו'... שמה גיליתי את נושא ההחלמה. והתחלתי מאוד להתעניין ולקרוא וכתבתי דפים... התחלתי לזום יוזמות בבריאות הנפש. רציתי להקים קואופרטיב למתמודדים. רציתי להקים משהו כמו הקלאב האוס<sup>23</sup> וכו'... מאז ועד היום זאת כאילו הדרך (עופרי/224-226, 204-200).

עופרי מציינת תקופה בחייה (שהתרחשה בזמן שהיא גרה בארה"ב), בה היא מתארת כיצד עשתה מעבר פנימי בין שלב פסיבי בחייה, בו היא קיבלה על עצמה את הטיפול שניתן לה, לשלב בו החלה להתעניין בנפשה ובמסע ההחלמה שלה ("חדלתי להיות פסיכית"). מרגע שעופרי החלה בדרך זו, היא התנתקה משירותי בריאות הנפש, ובמקביל מצאה כיוונים נוספים ושיטות שדיברו אל ליבה. בהמשך היא החלה לקחת חלק אקטיבי ביוזמות שונות בבריאות הנפש, וכיום חלק מהותי בזהותה קשור בהיותה בעבודה והתנדבות בבריאות הנפש. כפי שתואר, מרואיינים שונים ניסו לאורך חייהם דרכים מגוונות לטיפול בכאביהם ולהתמודד עם מה שהחיים הציבו ומציבים מולם. חלקם, כמו אליהו לדוגמה, הסתייעו בכתיבה ואומנות. אליהו, אשר הוזכר בהקשר של השיטות הרוחניות שהוא תרגל, שילב בפרק זמן כלשהו בחייו שימוש באומנות וכתיבה ככלי תרפויטי, אשר היווה בעבורו חלופה לטיפול הפסיכיאטרי שהוצע לו:

הייתה לי פריצה אדירה של כתיבה. כל הזמן לכתוב. על נייר טואלט, על דפים, כל מיני ולא משנה... רק לכתוב. להוציא את הכאוס ואיכשהו להביא אותו לאוויר העולם... יחד עם זה גם התחלתי לפסל, למדתי פיסול וציור זה היה להביא את זה בתכל'ס, להפוך את זה לחומר. הייתי עושה פסלים... והייתי מפחד, מאמא, מאבא... הייתי מפסל את אמא... והכל פרץ. מעיינות... במקום להשתגע הייתי מפסל את זה. הייתי נותן לזה קיום בעולם של הכאן והעכשיו (אליהו/377-374, 1083-1082).

אליהו מצא דרך יצירתית, ובמקרה של הפיסול – לא-מילולית, להתמודד עם טראומות העבר שלו. המלחמות הפנימיות שהוא ניהל עם עצמו, והכאוס הפנימי שהתחולל בו, התחילו באמצעות הכתיבה והפיסול לקבל ביטוי פיזי ו"לצאת אל אוויר העולם". במובן המטפורי, הוא החל להיוולד מחדש. האומנות, באותו שלב בחייו, הגיעה ממקום הישרדותי, בלעדיה לדבריו הוא היה משתגע.

<sup>23</sup> ראו התייחסות לקלבהאוס בסקירת הספרות



לסיכום, חלק גדול מהמוראיינים עברו תהליך של ריפוי פצעים והתמודדות עם קשיים מהעבר. חלקם עשו זאת בעזרת אנשי מקצוע, חלקם באופן עצמאי, אחרים באמצעות קבוצות ושיטות שונות לעזרה עצמית, וחלקם נעזרו בשיטות אלטרנטיביות, כגון אומנות, על מנת להתגבר על הקשיים שליוו אותם. עיבוד רגשי זה הוביל חלק מהמוראיינים להתפייסות עם דמויות מהעבר, ובמידה מסוימת עם עצמם – כפי שניתן לראות בתת הפרק הבא.

### **3.3.6.2 התפייסות עם העבר וסגירת מעגלים**

"אף אחד לא מושלם. אני לא מאשימה אותה.... אני לא כועסת עליה. אנחנו בקשרים טובים" (שרון/851, מתארת את היחס שלה לאמה ואת יחסיהן כיום).

חלק ממסע ריפוי הפצעים והתחלה של דרך חדשה בחיים, היה כרוך אצל חלק מהמוראיינים בהתפייסות עם דמויות מהעבר, עם עולם הפסיכיאטריה ועם עצמם. יחסים טראומטיים מהעבר עברו אצל רבים מהם תהליך של עיבוד והשלמה, אשר אפשרה התפייסות והתחלה חדשה. דינה למשל, שאביה התאבד כשהייתה בת 10, באקט שתואר על ידיה כ"פצצת אטום" (דינה/17), נמנעה מלבקר בקברו, עד שהרגישה בגיל 37, שהיא מעוניינת לעבור תהליך פנימי של התפייסות עמו: "החלטתי שאני מתפייסת איתו, אני מפסיקה להתחשבן איתו. כי כל החיים כעסתי עליו. זה היה חלק מההחלמה שלי... ההתפייסות עם אבא" (דינה/749-746). מסיבות שונות, דינה הרגישה בגיל 37 מוכנה ובשלה להגיע לקברו של אביה. ביקור זה היה בעבורה סגירה של מעגל וסימן את התחלתו של תהליך החלמתה.

כמו דינה, מספר מוראיינים דיברו על תהליך של סליחה שעברו ביחס להוריהם. רבקה, שהוריה הכו אותה בצעירותה מתארת: "היום אני לא מסוגלת לקבל את זה או להבין, אבל יותר קל לי להתחבר למקום שלהם או לסלוח, אז אני כבר לא פגועה מזה או משהו... אני מבינה שלא היה להם כלים להתמודד, והם לא ידעו יותר טוב" (רבקה/68-64). הזעם הגדול שאחז ברבקה בילדותה כלפי הוריה, אשר גרם לה לרצות לברוח מהבית ובסופו של דבר אף לנסות להתאבד, הוביל אותה למקומות קשים מאוד בחייה. חלק ממסע ההתבגרות והריפוי שלה כלל סליחה והסתכלות אמפאטית למקום בו הם כהורים צעירים יחסית נמצאו ("הם לא ידעו יותר טוב"). בזכות שחרור הכעסים על ההורים הצליחו רבקה, ומוראיינים אחרים, לשחרר חלק גדול מהעול שליווה אותם בתחילת חייהם, ובכך לחיות יותר בשלום עם עצמם.

מוראיינים אחרים נשאו פצעים מהעבר, שלא היו קשורים בהכרח ישירות להורים או לדמויות אחרות, אלא לעצמם ולאירועים שקרו בחייהם. עמירה, למשל, עברה תהליך של התפייסות וריכוך עם הגוף שלה. כנערה, היא רקדה במסגרת מקצועית, אלא שהעיסוק במחול עורר אצלה מתח מאוד גבוה וגרר אותה למצבים נפשיים קיצוניים: "הייתי כל כך בלחץ שעשיתי, עבדתי מאוד לא נכון פיזית... הברכיים שלי, ממש הגזמתי, לא

יודעת, עשיתי משהו ממש לא טוב כל השנים האלה שרקדתי" (עמירה/276-275). מאוחר יותר בחייה, כחלק ממסע הריפוי שלה, היא חזרה לעבוד עם הגוף, אלא שהפעם היא עשתה זאת ממקום בריא ושקול יותר: "ואז ניגשתי לפילאטיס, ובפילאטיס – זהו, הייתי ממש משוחררת. חיזקתי את המקומות שהייתי צריכה, למדתי לשחרר... וזה נשימות מאוד טובות. ושמה כבר הגוף שלי נרפא" (עמירה/281-280). עמירה עברה "תיקון" ביחסיה עם הגוף שלה – אשר ניתן לראות בו מטאפורה לנפשה. היא "חיזקה" את המקומות שהייתה צריכה, למדה "לשחרר" וריפאה אותו. למעשה, המעבר לפילאטיס הוא התפייסות עם גופה ועם עצמה, והיא רואה בו מעין סגירת מעגל.

כאשר פגשתי את עמירה, היא הייתה בעיצומו של תהליך סגירת מעגל אחרת, אשר קשורה אף היא בגופה ובנפשה. בגיל 20, בהיותה מאושפזת, עמירה נכנסה להריון מבחור שהיה מאושפז יחד איתה, ועברה הפלה שגרמה לה משבר נפשי. כשנפגשנו לראיון, 10 שנים אחרי אותה הפלה, היא הייתה בהריון מתקדם מבן זוגה הנוכחי: "אני מרגישה שחיכיתי להריון הזה כל כך הרבה שנים וזה פשוט הדבר הכי מדהים, כאילו, הכי הרמוני. כאילו בגוף שלי. ו... אתה יודע זה מין סגירת מעגל עם ההפלה הזו שעברתי לפני 10 שנים. כאילו, אישה שעוברת הפלה... אני ממש הרגשתי שאני הרגתי מישהו" (עמירה/544-542). עמירה התהלכה עם רגשות אשם על כך "שהרגה מישהו", וכעת, ניתנה לה הזדמנות להביא חיים אל העולם ולכפר על מעשה ההפלה. עבור עמירה תהליך סגירת המעגלים וההתפייסות עם העבר הוא דינאמי ומתמשך לאורך זמן. עם כל סגירת מעגל היא מרגישה שהיא בונה את עצמה מחדש ומתקדמת למקום שלם יותר.

לבסוף, בעבור מספר מרואיינים, אשר חוו את המערכת הפסיכיאטרית ככלל, והאשפוז בפרט כטראומטיים (ראה 3.2.3.1), חלק מתהליך הריפוי היה קשור באימוץ גישה סלחנית ומקבלת כלפי המערכת שהם הרגישו את עצמם נפגעים שלה. דוגמה לכך ניתן לראות בדבריו של יואל, אשר אושפז למשך תשעה חודשים בגיל 16. הכעס הרב שליווה אותו על המערכת עדיין קיים, אך במקביל הוא החל לפתח גישה מרוככת יותר כלפיה: "התחלתי להבין איפה הרופאים היו. התחלתי להבין קצת אותם. כאילו להבין שלפעמים המערכת היא לא מרושעת כמו שאתה חושב" (יואל/679-678).

לסיכום, ההתפייסות עם המקומות הפצועים מהעבר, ועם האנשים או המוסדות אשר נתפסו כאחראים להם, אפשרה למרואיינים לשחרר מעל גבם מטען שלילי שהעיק עליהם והקשה על חייהם. סגירת המעגלים, שחלק מהמרואיינים הזכירו בסיפורם, ביחד עם ההתפייסות, מהווים חלק מתהליך ריפוי שעברו, אשר תרם להתפתחותם הנפשית והקטין את הצורך שלהם בקבלת עזרה מהמערכת. שאלה מעניינת העולה בהקשר זה היא, האם ההתפייסות עם העבר היא מה שקידם את תהליך הריפוי וההשתחררות מהתלות הפסיכיאטרית, או תוצר של תהליך זה. התשובה לכך משתנה ככל הנראה ממרואיין למרואיין, ובכל מקרה,

ניתן לראות בתהליך שעברו המרואיינים מכלול מורכב, שהסליחה וההתפייסות הם חלק ממנו (אם כי, חשוב להדגיש, לא בכל הראיונות עלתה תמה זו).

### **3.3.6.3 הגברת המודעות העצמית ופיתוח כלים לשימור היציבות**

"אני נע מלמטה למעלה, אבל אני בתודעה ובמודעות, כי אני עשיתי עבודה... ככה זה נע, בתנועה הרמונית כמו ריקוד כזה. אתה כמו רקדן בתוך הסקאלה, אבל אתה לא נכה" (אליהו/970-971).

"אני חושבת שכדי להסתדר בלי זה אתה צריך להיות עם מודעות עצמית מאוד גבוהה, ועם שיח עם עצמך ברמה טובה" (רבקה/1246-1252).

כתוצאה מתהליך העיבוד הרגשי, ההתעמתות עם טראומות העבר, והסליחה והפיוס (בחלק מהמקרים), פיתחו המרואיינים מודעות עצמית גבוהה, כמו גם כלים שעזרו להם לטפח את בריאותם הנפשית ולשמור על איזון. לדוגמה, אברהם דיבר על סימנים עדינים שעם השנים הוא הפך להיות ער להם, שמבשרים לו שמהו מתחיל להתערער באיזון שלו. בנוסף על הסימנים, יש לו גם כלים לטפל בחריגות הללו ולחזור לשגרה:

יש לי כל מיני סימנים שאני בודק את עצמי - זה הקטע שהמשקל שלי הוא בתנודות חריגות, שינה, דיבור, שזה מגיע למצב שלפעמים אני מרגיש יותר מדיי ורבלי... ואז אני אומר 'היום אני אלך לישון מוקדם, אני אוריד לחץ בעבודה...'. ככה אני מנהל את החיים שלי (אברהם/721-725).

אברהם למד מניסיון החיים שלו להיות עם "אצבע על הדופק". הוא מודע לשינויים קטנים שמתרחשים בשטף הדיבור שלו, במשקל ובשינה שלו, ומגיב אליהם במהרה. בדרך זו הוא מצליח להימנע ממשברים גדולים, שבפוטנציאל היו מצריכים התערבות מצד המערכת.

בדומה לאברהם, רבקה פיתחה מודעות גבוהה מאוד למצבה הנפשי, ושקללה כלים שפיתחה לאורך השנים שעוזרים לה להימנע מנפילות. בעברה היא אושפזה שלוש פעמים, וכיום היא מספרת שבכל חורף, ופעם נוספת סביב האביב, היא נכנסת לתקופה של דיכאון. בעבר, דיכאון זה שיתק אותה והצריך אשפוז, אך עם הזמן היא פיתחה מודעות גבוהה לסימנים המקדימים שלו, וטכניקות להקטין את ההשפעה שלו על חייה:

עשיתי לי תכניות טיפול: אני יודעת שאני חייבת לעשות פעילות גופנית שלוש פעמים בשבוע בתקופות כאלה, אפילו אם זאת תקופה שהכי קשה לך להזיז את עצמך. אבל אני מוצאת את כל הדרכים להכריח את עצמי. למדתי שלספר לאנשים מסביב שזה עומד לבוא זה מקל, כי הם יודעים להיות יותר רגישים אתך ולתמוך בך... אני מכריחה את עצמי לפחות פעם בשבוע לעשות משהו חברתי, לראות חברים או לצאת. לפעמים אני חוזרת הביתה ושותה פחית בירה, ושמה לי מוסיקה שעוזרת לי להביא את עצמי למצב הרוח שאני רוצה להיות בו. המוסיקה מאוד עוזרת.

יש לי רשימות השמעה לכל מיני סוגי מצבי רוח שאני רוצה להיות בהם. שמתי לב גם ששינה ואוכל מאוד קריטיים לי, ואני מאוד מקפידה על זה. חוץ מזה, אני עושה עם עצמי מלא שיחות. למשל, פעם בשבוע אני עושה שיחת סיכום על מה יש לי טוב, ומה יש לי רע, ועל מה אני צריכה לעבוד... אני לא מוותרת על עבודה בתקופות האלה, גם אם נגיד שנדבקתי במחלה, פשוט כדי לייצב את השגרה. אני גם רואה פרק אחד של קומדיה בטלוויזיה – בעיניי זה תרופה להכל. גם אם אני לא ממש צוחקת מזה, ורק הגנבתי חיוך אחד קטן, ולא הרגשתי שאני רוצה למות, זה כבר היה שווה את זה (רבקה/751-765).

בעבור רבקה, אי-הזדקקות למערכת אינה דבר שמובן מאליו, בפרט בתקופות בהן היא מתמודדת עם הדיכאון. רבקה מגייסת את כל כוחות הנפש שלה, ונלחמת בעצמה על מנת שלא לשקוע בדיכאון: "אני מוצאת את הדרכים להכריח את עצמי". במסע זה היא מסתמכת אך ורק על עצמה, ולא על גורמים מבחוץ, ונעזרת בארסנל של כלים העומדים לרשותה, כגון שיחות עם עצמה, שינה טובה, פעילות גופנית, תזונה, מוסיקה וצפייה בקומדיות. מכל מחזור של דיכאון שהיא עוברת היא מתחזקת ומתעצמת, וכליה משתכללים. לסיכום, תהליך עמוק של אינטרוספקציה, פיתוח מודעות עצמית והתפייסות, שעברו מרואיינים, עזר להם לרפא פצעים מהעבר, לשכלל כלים לעבודה עצמית, ובסופו של דבר להתנתק מהתלות במערכת. חלקם ממשיכים בתהליך זה באופן יום-יומי, בעוד אחרים חיים את חייהם מבלי לעסוק לעיתים קרובות בעולמם הפנימי.

מרכיב נוסף שתורם ליכולת של חלק מהמרואיינים להתנתק משירותי בריאות הנפש, אם כי מידה פחותה, קשור למעמד החברתי-כלכלי של משפחות המוצא שלהם. החלק הבא יעסוק בנושא זה.

### 3.3.7 משאבים כלכליים

למעמד החברתי-כלכלי של חלק מן המרואיינים הייתה השפעה ישירה או עקיפה על היכולת שלהם להתנתק ממערכת בריאות הנפש. עם זאת, חשוב לציין שמרכיב זה לא נמצא כבעל חשיבות גדולה ביחס לשאר הגורמים אשר תרמו להתנתקות מהמערכת ופורטו בחלק זה. הנתונים מראים כי כמחצית מן המרואיינים הגיעו ממשפחות בעלות אמצעים מהמעמד הבינוני והגבוה. עובדה זו אפשרה למשפחות לממן להם טיפולים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים פרטיים, שאמנם, כפי שיתואר בהמשך, לא תמיד היטיבו עמם, אך בחלק מהמקרים עזרו להם לבנות את עצמם מחדש וסיפקו להם כלים להתרחק מהמערכת. הילה, למשל, קיבלה מצד אחד טיפול פסיכיאטרי פרטי שלדבריה הרע את מצבה הנפשי, בגלל קשר בעייתי עם הפסיכיאטרית שטיפלה בה ("הפסיכיאטרית הזאת היא ההתחלה של ההתדרדרות הגדולה מבחינתי" (הילה/415)), אך מצד שני, לאחר מכן היא גם קיבלה טיפול מפסיכולוג ופסיכיאטר פרטיים שלדבריה מאוד עזרו לה:

יש אנשים שכדי לצאת מהחולי שלהם צריכים הרבה משאבים ואנרגיה... גם של כסף, כדי לקנות שירותים מתאימים... הפסיכיאטר והפסיכולוג מאוד תמכו בי, הם מאוד אספו אותי. הירידה בתרופות הייתה מאוד מתונה. הם חיזקו את היכולת שלי להתמודד עם החיים, להתמודד עם עצמי. ככל שהיכולת שלי גדלה, ככה התרופות ירדו (הילה/721-716, 813).

הילה מייחסת את השיקום המוצלח שעברה, בין היתר, לאפשרות הכלכלית שהייתה לה לקבל ליווי פסיכולוגי אינטנסיבי (פעמיים בשבוע), וליכולת לבחור פסיכיאטר פרטי שתמך בה ועזר לה להשתחרר מהתלות בתרופות. בניגוד להילה שבתהליך השיקום שלה נעזרה במשאבים הכלכליים שעמדו לרשות משפחתה, לדינה לא היה רקע כלכלי מבוסס עליו היא יכלה להישען, אך בדומה לה גם היא מאמינה שכסף עשוי להוות מרכיב חשוב ביכולת להשתחרר ממערכת בריאות הנפש:

זה לוקסוס לא להיות חלק מהמערכת הפסיכיאטרית... אם אתה בן אדם מאוד עשיר, אתה יכול, מה שנקרא- אשפוז בית. ואז, מקסימום רופא רואה אותך, ואתה יכול לשכור שירותים של אחות. להתנתק מהמערכת. אבל זה המון כסף, והרוב לא יכולים להרשות לעצמם (דינה/500-495).

לסיכום, משאבים כלכליים נמצאו כגורם אשר עשוי לתמוך בהתנתקות משירותי בריאות הנפש, בעיקר דרך קניית שירותים פרטיים מתוך המערכת או מחוצה לה, אך יחד עם זאת, לגורם זה לא נמצאה חשיבות גדולה בסיפורם של המרואיינים. תת-החלק הבא יעסוק בעוגנים שיצרו, או שנוצרו, בחייהם של מרואיינים, אשר תרמו לשמירה על יציבותם הנפשית והקטינו את הצורך בקבלת שירות מהמערכת.

### 3.3.8 עוגנים

"גם בתקופות הקשות... הקטע של העוגנים האלו שיש לך בחיים - הילדים, האישה, הבית, השכירות, אתה לא יכול להתהפך לכל הכיוונים ולצנוח כמו... אתה לא יכול, אתה חייב לקום" (אברהם/509-506).

עוגנים בחיים, כדוגמת משפחה, ילדים, עבודה או מחויבות לקבוצה או פרויקט עלו בניתוח הנתונים כגורם מייצב, אשר בכוחו לשמר איזון נפשי ולמנוע התדרדרות והזדקקות למערכת. מעניין לציין שנתון זה נמצא בהתאמה לעובדה שהאשפוז הראשון, במקרה של רוב המרואיינים, התרחש כאשר הם היו בני נוער, או בראשית שנות העשרים לחייהם, בתקופה בה סך המחויבויות שלהם היה קטן. בהמשך לכך, ניתן לראות כיצד במרוצת השנים, כאשר חלק מהמרואיינים הביאו ילדים לעולם והיו אחראים בין היתר לכלכל את עצמם ואת משפחתם, וכן כאשר חלקם החלו בעבודה או פרויקט שהם הרגישו מחויבים אליו (בין היתר משום שאחרים היו תלויים בהם) מצבם הנפשי הלך והתייצב.

יש לציין שמחויבויות אלו לא היו מגן בפני קשיים נפשיים, אך נראה כי במקרים מסוימים הן מנעו התדרדרות שהייתה עלולה לקרות אילולא הם היו קיימים. לדוגמה, עופרי מתארת: "הליתיום בכלל לא עזר

לי... ולאורך כל הדרך, הדברים המעשיים- נגיד: עבודה, משפחה, חיים - היו הרבה יותר אפקטיביים מתרופות עבורי" (עופרי/158-159). בדומה אליה, אילנה שנקלעה למשבר נפשי זמן מה אחרי הולדת בנה, דיברה על המחויבות אליו כגורם ששמר עליה מנפילה גדולה יותר: "זה שנולד לי ילד, זה נתן לי פוש, מה שנקרא, להחזיק את עצמי... המפתח כמה שזה לא נשמע הזוי, המפתח היה הבן... רציתי לתת דוגמא לילד" (אילנה/756-757, 914). במקרה של אילנה, לא רק זאת שהדאגה לילד עזרה לאילנה להחזיק את עצמה, אלא בנוסף היה לה חשוב לשמש לו דוגמה אישית, וכך היא הצליחה לגייס עוד כוחות להתמודד עם המשבר. לעיתים בן או בת זוג תומכים היוו עוגן. כך, למשל, שרון מתארת: "יש לי בן זוג מקסים בחמש שנים האחרונות, שזה מאוד עוזר ליציבות נפשית. סופר חשוב. אני חושבת שבן זוג תומך זה עוגן מדהים" (שרון/778-780). במקרים אחרים עוגנים יכולים להתבטא בסוג של "חיבור אל הקרקע" בעבור אנשים שהנטייה שלהם היא לשכון בעולמות הרוח. עמירה, לדוגמה, שהוזכרה בהקשר ה"רוחני", נכנסה לעולם התקשור בשלב כלשהו בחייה אחרי האשפוז: "פעם אחת תקשרתי והבנתי שזה מאוד מאוד גדול עלי... זה היה שלב בחיים שלא היה לי בכלל אדמה... זה היה כמו סמים בלי סמים. האובר-רוחניות הזאת... ואז רציתי נורא להשלים בגרויות" (עמירה/389-407). עמירה הרגישה באינטואיציה שאם תמשיך בתחום התקשור היא עלולה להגיע למקומות קשים ובעייתיים בנפש שלה. ה"אובר-רוחניות" הייתה בעבורה מעין סם שמצד אחד משך אותה, ומצד שני היא הכירה בסכנותיו. עמירה הבינה שעליה לסגת מהחיפוש הרוחני בעולמות התקשור, ובמקום להמשיך ולהעמיק בתחום זה, הלכה להשלים בגרויות ולעבוד, ולמעשה עיגנה את עצמה "לאדמה". בדומה לעמירה, אליהו, שהוזכר בהקשרים "רוחניים", מתאר כמוה את המשיכה העזה לעולמות הרוח, לצד הידיעה שהם עלולים להוביל אותו לאסון: "ברור שזה כניסה לעולמות נפלאים שלוקחים אותי חזק חזק למעלה מבפנים... עוד פעם אני מגלה ששם הרבה יותר טוב. וזה מסוכן. עוד פעם נכנסים למסלול הזה, המסוכן. ואז אני עוזב את העולמות האלה, וסוגר" (אליהו/905-908). אליהו אושפז בגיל 28 לאחר סשן רוחני עמוק, ולמד בדרך הקשה להיזהר מ"אובר-רוחניות". הוא מודע לפיתוי הקיים שם, אך מעדיף לעגן את עצמו בעבודה, בחיי הנישואין ובהורות ושם למצוא משמעות מבלי להסתכן. לסיכום, חלק מהמוראיינים יצרו, או שנוצרו, בחייהם הבוגרים עוגנים, בדמות ילדים, בני זוג, עבודה ומחויבות הנושאת משמעות עבורם, שלא היו קיימים בתקופה שבה אושפזו. בנוסף, בעבור המוראיינים ה"רוחניים", העוגנים שיצרו התבטאו בהיזהרות מ"אובר-רוחניות", ומציאת מחויבויות אשר שומרות עליהם מהגעה למקומות המסוכנים שעולמות הרוח עשויים לקחת אותם אליהם. תפקידם של עוגנים אלו התבטא בשמירה על יציבותם הנפשית של המוראיינים, ובכך הקטין את הצורך שלהם בקבלת עזרה מהמערכת.

תת-התממה השמינית והאחרונה, תעסוק באחד הנושאים המרכזיים בתהליך ההתנתקות מהמערכת – הירידה מתרופות פסיכיאטריות. היות שלשימוש בתרופות היה משקל משמעותי בחוויות המרואיינים בזמן היותם במערכת בריאות הנפש, והיות והירידה מהן הייתה צעד מרכזי בהתנתקות ממנה, יוקדש כעת חלק גדול במעט מהרגיל לניתוח נושא זה.

### **3.3.9 ירידה מתרופות כתהליך של התרחקות ממערכת בריאות הנפש**

"אם הייתי מחליטה לקחת אותן לטווח ארוך, הייתי משלמת את המחיר... כי זה פוגע פיזית, מנטאלית... אז מן הסתם הייתי נכנסת לביטוח לאומי ולסל שיקום ולכל המערכת, והסבירות שהייתי יכולה להמשיך בחיים וללמוד ולעבוד בצורה יותר סדירה הייתה יותר נמוכה" (שרון/716-721).

חלק מרכזי בתהליך התרחקות המרואיינים מעולם הפסיכיאטריה היה השלב בו הפסיקו, על דעת עצמם או בהתייעצות עם רופא, לצרוך תרופות הפסיכיאטריות. בעבור חלקם תהליך הפסקת השימוש בתרופות לקח זמן רב, ובעבור אחרים, מיד עם תום האשפוז הם הפסיקו להשתמש. בנוגע לשימוש העכשווי בתרופות - נכון להיום, כל המרואיינים, למעט שניים (אליהו ודינה) אשר עדיין נוטלים כיום בקביעות מינון נמוך מאוד של תרופה מסוימת, הפסיקו עם התרופות באופן מוחלט. עם זאת, שני מרואיינים אחרים, אברהם ודורית, סיפרו כי באופן נקודתי, בעת הצורך, הם עשויים לקחת תרופת "SOS". בחלק זה תוארנה תחילה חוויות שונות מהשימוש בתרופות, בהמשך תוארנה סיבות להפסקת התרופות ולבסוף יתוארו אופנים שונים בהם מרואיינים הפסיקו את השימוש בהן.

#### **3.3.9.1 חווית השימוש בתרופות**

כל משתתפי המחקר נטלו תרופות פסיכיאטריות בשלב כלשהו בחייהם. ברוב המקרים, חווית השימוש בתרופות אלו הייתה שלילית והתגובות אליהן היו אוורסיביות. לעומת זאת, בחלק מהמקרים מרואיינים סיפרו שהרגישו שהתרופות מקלות עליהם ועוזרות להם להתגבר על קשייהם. עם זאת, חשוב להדגיש כי חלוקת החוויות לשליליות וחובביות היא מעט מלאכותית, שכן בפועל, לפחות בחלק מהמקרים, חווית השימוש בתרופות הייתה מורכבת – בתקופות מסוימות הן הורגשו כמועילות, ובאחרות – כמטרד, וכן בחלק מהמקרים תרופה מסוימת נחווה כאפקטיבית, בעוד שאחרת נחווה כמזיקה.

##### **3.3.9.1.1 חוויות שליליות מהשימוש בתרופות**

המרואיינים במחקר אשר חוו את התרופות באופן שלילי, תיארו דרכים שונות בהן הם הרגישו שהתרופות פגעו באיכות חייהם והקשו על השתקמותם. במקרים קיצוניים חווית השימוש בתרופות תוארה על ידי המרואיינים כטראומטית ומפחידה ביותר (כפי שהוזכר בסעיף שדן בחוויות קשות מהאשפוז (3.2.2.1.2.1)), בפרט כאשר היא ניתנה באקט פולשני אשר נעשה בכפייה: "התחילו לדחוף לי מלא כדורים... וזה עשה לי רע. זה עשה לי

תחושה כאילו איזה שני מלחציים לוחצות לי במוח" (יואב/151-149), "מענים אותך בזריקות" (טמיר/1091-1099), "בפנים צרחתי ובחוץ לא הצלחתי לדבר והגבתי נורא לאט. זה היה הדבר הכי מפחיד שקרה לי בחיים... וזה היה הכי התעללות (רבקה/368-361). במצבים אלו המרואיינים חוו את מתן התרופות כאקט מתעלל, מעניש וככזה אשר שולל מהם את חירות המחשבה. הם הרגישו שבמקום שהתרופות יעזרו להם ויקלו על סבלם הן עושות בדיוק את ההפך, ואף יותר מכך, הן יוצרות קשיים שלא היו שם קודם לכן: "זה יצר פשוט חזיתות נוספות" (אריק/103).

דוגמה ל"חזית נוספת" ניתן ללמוד מסיפורה של עופרי אשר הגיעה לאשפוז בעקבות חרדה עמוקה לאחר לידת בנה, וקיבלה לדבריה תרופות שגרמו לה לדלוזיות: "התחלתי לקחת כדורים, כנראה כדורים אנטי-פסיכויטיים, למרות שהבעיה שלי הייתה רק קשורה לחרדה... זה היה נורא ואיום. ז"א, זה עשה לי עוד הרבה יותר גרוע ממקודם. התחילו לי כל מיני דמיונות ומחשבות... שאני עלולה לפגוע בתינוק" (עופרי/186-183). עופרי הרגישה שהתרופה שקיבלה לא התאימה למצוקה שממנה היא סבלה, ואף החריפה אותה בצורות קיצוניות.

למרואיינים אחרים שסבלו מהתרופות הייתה ביקורת על קלות הדעת בה ניתנו להם חומרים בעלי השפעה חזקה מאוד על גופם ונפשם: "מאוד לא אהבתי את קלות הדעת שבה מחלקים את התרופות. היו תרופות עם תופעות לוואי מאוד קשות שניתנו בקלות דעת, ואחר כך בשביל שההשפעה תפוג היה צריך לחכות שבועיים" (אריק/103-102). בהמשך לכך, מרואיין אחד, טמיר, שסבל מאוד מהאשפוז שהובל אליו בכפייה, אף הרחיק לכת ופירש את מתן התרופות כתהליך של ניסוי וטעייה שעושים פסיכיאטרים על חשבונם של המאושפזים: "אם אתה כבר עולה כסף, בוא תשרת אותנו בצורה אחרת. אני קורא לזה שפן ניסיונות" (טמיר/719). בהתאמה עם קו מחשבה זה, עמירה אמרה שהיא מרגישה ש"מדובר בשוק כלכלי... מדרבנים אנשים להתחיל, אבל לא עוזרים להם להיגמל" (עמירה/711).

תחושות שליליות נוספות בחוויה של המרואיינים מנטילת תרופות, קשורות בשלל תופעות הלוואי, הפיזיות והנפשיות, מהן סבלו בזמן נטילתן. תופעות אלו כללו בין היתר סבל שנגרם מההשלכות הפיזיות של תופעות הלוואי, כגון רעד: "הרגשתי שאני כולי רועד מהכדורים האלה. אני מנסה לאכול והיד רועדת לך, ונופל לך אוכל מהמזלג למטה" (ראובן/204-203) והשמנה: "נהייתי בהמה של בן אדם... בתוך חודשיים ממשקל של 48 קילו הגעתי ל-97 קילו" (דורית/818-817); וכן סבל שנגרם כתוצאה מההשלכות הנפשיות תופעות הלוואי, כגון הרגשה של אנמיות רגשית: "מנעו ממני רגש" (עמירה/243), אובדן זהות: "הייתי מסתכלת במראה, ולא ידעתי מי זאת" (דורית/821) וכבדות נפשית: "לא אהבתי את הכבדות הזאת. את החוויה שזה מביא אותי למטה יותר מאשר זה מביא אותי למעלה" (איילת/612-611).



בנוסף, חלק מהמראיינים הרגישו שהם פיתחו תלות בתרופות והתמכרו אליהן: "תפס אותי גל כזה של התקף חרדה... פשוט רעדתי וחיפשתי כמו נרקומנית את התרופה. ואז כמה הרגשתי הקלה שלקחתי את התרופה... אמרתי וואו, די, אני חייבת לסיים עם זה" (אילנה/861-863). כמו כן, חלק מהמראיינים סיפרו שהרגישו שהכדורים מזיקים לבריאות הפיזית שלהם: "זה מאוד מאוד לא בריא, הם יכולים לפגוע במערכות בגוף" (מלכה/177) ומשבשים את הפעילות התקינה של המוח "זה לשבש את המוח. אי אפשר לסמוך על זה" (אריק/148).

לסיכום, שלל החוויות השליליות של התרופות - החל מההשפעות הישירות שלהן, המשך בתופעות הלוואי שלהן, וכלה בתחושת הסטיגמה שהן ככל הנראה יצרו (אם כי אין לכך סימוכין ישירים), היוו תמריץ חזק למראיינים לעשות מאמצים לצמצם או להפסיק לחלוטין את השימוש שלהם בהן.

### 3.3.9.1.2 חוויות חיוביות משימוש בתרופות

בניגוד למראיינים אשר חוו את השימוש בתרופות כטראומטי ושלילי, היו מראיינים אחרים, בפרט אלו שקיבלו את הכדורים בהסכמה, שהרגישו שהכדורים עזרו להם והקלו, ולו באופן זמני, על המצוקה שלהם: "בדיעבד, פשוט כאילו מנעו ממני רגש. אבל כנראה שהייתי צריכה את זה" (עמירה/243), "התרופות האלה, באותו זמן, היו מין פתרון כזה, כמו, נגיד, סוכרייה נפשית כזו" (איילת/237). יתרה על כן, הילה סיפרה שלא רק שהתרופות עזרו לה, אלא שלהרגשתה - ייתכן שהשימוש בהן הציל את חייה:

בזמן שלקחתי את התרופות הן עזרו לי, הן ייצבו אותי ואפשרו לי איכות חיים. הבעיה האמיתית שהייתה לי היא הפרעת חרדה מאוד מאוד רצינית. והיו לי את המחשבות האובדניות. מחשבות חודרניות על התאבדות. התרופות עזרו לי למתן את זה. מחשבות חודרניות לגבי אובדנות כל כך מעוררות חרדה, כך שבאיזושהי טעות, באיזושהי מעשה אימפולסיבי, אתה גומר לך את החיים. זה שלקחתי תרופות זה אולי הציל אותי, כי כשלא לקחתי תרופות עשיתי את המעשים. התרופות היו הקביים שבאמצעותן הצלחתי ללכת (הילה/376-382).

הילה משתמשת באנלוגיה של קביים לתאר את מקומן של התרופות בחייה. בנרטיב שלה, לאחר ניסיונה האובדני והמשבר הנפשי שליווה אותו (המקביל לשבירת הרגליים), היא נעזרה בתרופות (קביים) בכדי להתייצב ולהתחיל בתהליך השיקום והבנייה מחדש. לאחר תהליך פסיכולוגי אינטנסיבי ומשמעותי, שלווה במתן מבוקר של תרופות (על ידי פסיכיאטר פרטי), היא הרגישה חזקה מספיק לוותר על השימוש בתרופות (קביים), להמשיך בחייה ולהשאיר מאחור את הנכות. במובן זה סיפורה של הילה מהווה דוגמה למישהי שנעזרה במערכת בכלל, ובתרופות בפרט, על מנת להשתקם מהמשברים שליוו אותה בצעירותה, וכיום היא מוקירה לה תודה על כך.

חשוב להדגיש שהילה, כמו יתר המרואיינים אשר חוו בעבר חוויה חיובית בסך הכל משימוש בתרופות, הרגישה שהתרומה שלהן הייתה טובה לאותו פרק זמן בחייה, אך לא מעבר לכך. באופן דומה, מספר מצומצם של מרואיינים (בפרט דורית, אברהם ועודד), משתמשים עד היום בתרופות "SOS" באופן נקודתי. גם במקרה שלהם השימוש המוגבל נחוה כגורם מייטיב. בניגוד אליהם, כפי שהוזכר קודם לכן, שני מרואיינים – דינה ואליהו, עושים שימוש קבוע, גם כיום, במינון נמוך של תרופות, שאמנם הם היו רוצים להפסיק, אך מרגישים שהתנאים לכך עוד לא הבשילו.

### **3.3.9.2 סיבות להפסקת השימוש בתרופות**

בין אם התרופות הפסיכיאטריות גרמו להקלה ורווחה בחוויה הסובייקטיבית של המרואיינים, ובין אם הן גרמו לסבל, כולם (פרט לאליהו ודינה), הפסיקו בשלב כלשהו להשתמש בתרופות. בסיפוריהם, רוב המרואיינים אינם מציינים במפורש מדוע רצו להפסיק לקחת טיפול תרופתי, אך ניתן להסיק זאת באופן עקיף. סיבה אחת, בולטת וגלויה, קשורה לרצון שלהם להימנע מההשפעות השליליות והמטרידות של הכדורים – ובהן, כפי שצוין, תחושת העדר הרגש והניתוק מה"עצמי" ("זומבי"), רצון להימנע מ"חזיתות נוספות", תחושת לאות, תופעות לוואי פיזיולוגיות, כגון השמנה ורעד, סטיגמה, העדר השליטה ותחושה של פגיעה וגרימת נזק לגוף ולמוח.

סיבה נוספת לצמצום והפסקת השימוש בתרופות, עמוקה ופנימית יותר, קשורה ברצון המרואיינים להתקדם בחייהם ולהרגיש עצמאיים. כפי שניסח זאת טמיר: "הכדורים האלה מנטרלים אותך. הם לא פותרים את הבעיה" (טמיר/1012), בווריאציות שונות, רוב המרואיינים הבינו שאם הם רוצים לעבור תהליך עמוק של שיקום, עליהם לנקוט צעדים אקטיביים שיובילו לצמצום של תלותם בתרופות למינימום. דוגמה לכך ניתן ללמוד מסיפורו של ראובן:

כשהשתחררתי מהמחלקה הסגורה וכמובן ששלחו אותי עם כדורים הביתה. אני לא זוכר אם זה היה עניין של ימים, שבוע או שבועיים, אבל החלטתי שאני בכדורים האלה לא נוגע יותר... ידעתי שהכדורים האלה אין להם שום טעם מבחינתי. קודם כל הם גרמו לי להרגיש רע... וגם ידעתי כל הזמן שזה משהו הרבה יותר פנימי. משהו פנימי שלי שצריך להשתנות, המחשבה צריכה להיות אחרת והכדורים האלה לא עושים את התוצאה הזאת. לא מביאים אותי לידי התעלות (ראובן/206-201). הכדורים גרמו לראובן להרגיש רע, אבל מעבר לכך, הייתה לו אמונה פנימית שישנו משהו עמוק ונסתר שאליו הוא שואף להגיע ("התעלות"), שהכדורים הללו לא יקרבו אותו אליו.

ראובן שייך לקבוצת המרואיינים אשר מאמינים כי מצבם הנפשי הוא תולדה של הרוח (ולא של הנוירולוגיה של המוח), ובהתאם לכך הריפוי צריך להגיע מתוך המימד הרוחני. אריק, בדומה לו, ניסח זאת

כך: "הבעיה היא לא באמת הכימיה אלא הנפש עצמה... אי אפשר לרפא את מצוקות הנפש באמצעות השינוי הכימי" (אריק/101-100). מרואיינים כגון אריק וראובן, שתפיסה מסוג זה דומיננטית בראיית העולם שלהם, נטו למצוא כלים מעולם הרוח או הדת, אשר היו בחוויתם מענה הולם יותר לאתגרים הנפשיים איתם הם התמודדו מאשר תרופות (בדומה למה שהוזכר בסעיף שדן ברוחניות ככלי שתרים להתנתקות מהפסיכיאטריה, ראו לעיל סעיף 3.3.1).

לסיכום, למרואיינים הייתה מוטיבציה גבוהה להפסיק להשתמש בתרופות פסיכיאטריות, אשר נבעה ראשית מהסבל שהתרופות גרמו להם וכן מתוך הרצון להתקדם בחייהם ולהרגיש אוטונומיים וחופשיים. בכדי להפסיק לצרוך את התרופות הפסיכיאטריות היה על המרואיינים להפגין נחישות גבוהה, התמדה וכוח רצון. במקרים רבים היה עליהם להתנגד לכוחות חזקים אשר לחצו עליהם להמשיך וליטול תרופות, כפי שניתן לראות במקרה של ראובן: "ההורים שלי רצו שאני אקח את הכדורים... הם מאוד קונבנציונאליים, מערכתיים. המילה של הממסד היא מאוד חזקה... הפסיכיאטר הוא דוקטור. מה שהוא אומר זה... אני חושב שיצרו אצלם המון פחד" (ראובן/252-255). על ההחלטה להפסיק ליטול תרופות ועל תהליך הירידה מהן יורחב להלן.

### **3.3.9.3 אופן הפסקת התרופות**

אופן הפסקת השימוש בתרופות פסיכיאטריות השתנה ממרואיין למרואיין. בחלק מהמקרים תהליך זה לא תוכנן מראש, אלא התחיל מסיבה שרירותית לכאורה, והמשיך מתוך אינרציה פנימית. במקרים אחרים, מרואיינים עברו תהליך זה בשיתוף פעולה עם הפסיכיאטרים, במקרים נוספים הפסיכיאטרים היו בתמונה, אך המרואיינים הסתירו מהם את העובדה שהם מפסיקים ליטול תרופות, ובחלק אחר של המקרים המרואיינים עזבו את הפסיכיאטרים ופעלו באופן עצמאי. חשוב להדגיש שהמשותף לכל המקרים הוא שהיוזמה להפסיק לקחת תרופות מעולם לא באה מצד איש מקצוע אלא תמיד מהמרואיינים עצמם.

#### **3.3.9.3.1 תחילת הפסקת התרופות מסיבה שרירותית**

בעבור חלק מהמרואיינים הירידה מהתרופות לא הייתה תהליך שתוכנן מראש, אלא מאורע נסיבתי. איילת למשל, הפסיקה לקחת כדורים מסיבה רפואית: "היות והיה לי טרומבוזיס, אז היו צריכים להפסיק את הליתיום" (איילת/432), ועופרי הפסיקה כשרצתה להיכנס להריון בפעם השנייה: "הייתה רופאה שאמרה – 'לא כדאי לך, תרדי מהטיפול' (עופרי/151). דורית הפסיקה ליטול תרופות כאשר עזבה את העיר בה היא גרה ולא המשיכה לקבל טיפול במקום מגוריה החדש: "עברתי מרעננה לפה, ופה לא יצרתי שום קשר עם גורם טיפולי" (דורית/888).

בשלושת המקרים הללו, ובמקרים דומים להם, הטיפול הופסק מסיבה שאינה עניינית או מקצועית, אלא נסיבתית, ומעולם לא חודש. עם זאת, חשוב לציין שלמרואיינים הייתה אפשרות להמשיך את הטיפול התרופתי מהמקום בו הוא הופסק, אך לכל אחד מהם, מסיבותיו שלו, לא הייתה מוטיבציה לשוב ולחדש אותו. דורית, למשל, הרגישה, לאחר שנים של שימוש בכדורים, שהיא יכולה להפסיק לקחת "מתוך מקום של יכולת להכיל את הכאב" (דורית/835), ומתוך הרגשה שהכדורים מכבידים עליה והיא רוצה לחזור ל"עצמי" המוכר, נטול הכדורים. באותו זמן היה חשוב לה מאוד להיות מחוברת לעצמה, מכיוון שרצתה לטפל בבעלה שנטה למות "בשביל להיות שמה בעבור מישו אחר" (דורית/864).

### 3.3.9.3.2 הפסקת הטיפול התרופתי בנוכחות הפסיכיאטר

"הם (הפסיכיאטרים) לא התנגדו" (אילנה/980).  
 "עשיתי את זה בנוכחותו, בהנחייתו, אבל תמיד הייתי שני צעדים, שלושה צעדים, לפניו" (גיל/618).  
 חלק מהמרואיינים, אשר הגיעו להחלטה להפסיק להשתמש בתרופות, בחרו לעשות זאת מול הפסיכיאטר שלהם. הם יזמו מהלך זה לאחר זמן מה שבו הבשילה אצלם ההחלטה, וחיפשו את התזמון המתאים להציע רעיון זה. איילת, שעברה חמישה אשפוזים, החליטה לרדת מהתרופות בין היתר בגלל תחושת הניכור שהרגישה כשהלכה לפסיכיאטר בתחנה לבריאות הנפש. המפגשים איתו גרמו לה להרגיש שלא רואים אותה, ושם היא רוצה להתקדם בחיים עליה לדאוג לעצמה:

הייתי אמורה לבוא אליו פעם בשלושה חודשים משהו כזה, גם כדי לקבל מרשמים וגם כאילו הוא היה פשוט בודק אותי. זה היה משהו מאוד לא אישי. הוא היה שואל אותי "איך קוראים לך? איפה את גרה?"... עכשיו אתה כבר מכיר אותי איזה תקופה מסוימת, למה אתה שואל אותי שוב ושוב את אותן שאלות? זה היה העניין שהרתיח אותי. למה אתה לא... זוכר את הנתונים הכי בסיסיים?... (איילת/417-421).

איילת הרגישה תחושה של עלבון בכל פעם שביקרה אצל הפסיכיאטר. העדר הקשר האישי, שהתבטא בכך שאת הדברים הבסיסיים עליה הוא שאל שוב ושוב, גרם לה להטיל ספק ביכולתו לעזור לה. כאשר הבשילו התנאים, איילת החליטה שהיא מוכנה להפסיק את נטילת התרופות, ואכן היא הפסיקה, אלא שבאותו זמן היא עדיין פחדה לחשוף זאת מול הפסיכיאטר:

ואז יום אחד הכה בי העניין שאני, בעצם, את מי אני מרמה? אני מרמה את עצמי. תגידי לו - מה יכול להיות?... כשלמעשה הפחד הכי גדול שלי היה, שהוא יגיד לי - 'מה את רוצה להגיד בזה?', ותתחיל להיות סאגה שלמה שנדבר על זה ומה זה, וניסיונות שכנוע וזה וזה... קצת פחדתי מהתגובה שלו. אז קצת ייפיתי את זה ואמרתי לו שאני קצת לוקחת. לא אמרתי לא שאני לגמרי לא לוקחת. ומה שהוא

אמר לי – 'זה סימן שאת לא צריכה אותם'. זה פשוט המם אותי... הייתי בהלם מוחלט, לא שידעתי מה אני עושה עם זה, אבל פתאום היה לי סוג של גושפנקא למה שכל הזמן הבחנתי בו, מבחינה פנימית... ומאותו זמן זה היה די... סוג של עלייה. מאוד מתונה, עם ירידות, עם עליות. אבל בגדול, הלכתי ותפקדתי יותר ויותר (איילת/426-433).

איילת פחדה מהפסיכיאטר, והופתעה מן התגובה החיובית שלו לגבי הפסקת התרופות. מדבריה ניתן ללמוד על היחס האמביוולנטי שלה כלפיו (ואולי כלפי הממסד). מצד אחד, היא לא העריכה את דעתו והטיפול שהוא נותן לה, שלא היה מבוסס על היכרות אישית ועמוקה עימה. מצד שני, המשפט שאמר: "זה סימן שאת לא צריכה אותם" בכל זאת היה חשוב לה, והיה בעבורה אישור למצבה הטוב. נקודת הזמן בה הפסיקה ליטול טיפול תרופתי מוצגת בסיפור שלה כנקודת מפנה, ממנה חייה הלכו והשתפרו. כמו איילת, מספר מרואיינים נוספים עברו מהלך דומה מול הפסיכיאטר שרשם להם תרופות. שרון, למשל, הרגישה בשלב כלשהו שהתרופות מכבידות עליה: "הרגשתי שהתרופות הופכות אותי קצת כמו זומבי" (שרון/504), ומקשות עליה בתפקוד היום-יומי: "קשה לקרוא וקשה להתרכז" (שרון/507). בשלב כלשהו היא עזרה אומץ ושיתפה את הפסיכיאטר במחשבות שלה לרדת במינון: "אמרתי לו את זה, והופ - הוריד לי את התרופות בחצי" (שרון/511). שרון, כמו איילת, הייתה מופתעת מתגובתו: "הייתי בשוק מזה" (שרון/512), והתחילה להבין שאם היא לא תיקח את המושכות לידיה, הפסיכיאטר, ואף אחד אחר, לא יעשו זאת בשבילה: הדהים אותי כמה סמכות אנחנו נותנים לרופאים שהם כאילו יודעים מה טוב בשבילנו... אמרתי טוב, אני יודעת שלהפסיק תרופות פסיכיאטריות בבת אחת זה הדבר הכי גרוע בעולם, ושאני בטח אכנס לדיכאון, אבל אני אעבור את זה... קפצתי ראש לתוך הבור בעיניים פקוחות... ידעתי שזה יכול להיות המחיר... אני מעדיפה לסבול מלהיות זומבי (שרון/513-518).

שרון הרגישה שהרופא שלה לא יודע יותר טוב ממנה איך לעזור לה, והייתה מוכנה לסבול מהדיכאון של הפסקת הטיפול התרופתי, משום שהייתה נחושה להתקדם "ולצאת מהצד השני" (שרון/514). היא הייתה אופטימית וחדורת מטרות (כמו מרואיינים אחרים אשר הוזכרו בסעיף שעסק באופטימיות ותקווה (3.2.2)): "ראיתי את האור בקצה המנהרה" (שרון/559), והחליטה לקחת את גורלה בידה.

המקרים של איילת ושרון מהווים דוגמה למקרים בהם המרואיינים יזמו את הירידה מהתרופות והפסיכיאטרים שיתפו פעולה עמם. במקרים אחרים, מרואיינים לא הרגישו צורך לשתף את הפסיכיאטרים, או לבקש את אישורם, בירידה מהתרופות ובמקום זאת הם פשוט עשו זאת על דעת עצמם.

### 3.3.9.3.3 ירידה מתרופות באופן עצמאי ובמנותק מהשירות

"קראתי באינטרנט. ראיתי איך יורדים מזה בזהירות. מי צריך פסיכיאטר כשיש לך גוגל. זה בדיוק אותו דבר. אין שם טיפת רגש" (תהילה/454-455).

מתוך ניתוח הנתונים עולה שרוב המרואיינים הפסיקו את צריכת התרופות ללא שיתוף או יידוע של המערכת. מהלך זה הצריך מהם פעמים רבות נחישות רבה והתמדה, שכן במקרים רבים לא רק שהמערכת התנגדה להפסקת הטיפול התרופתי, אלא גם קרובי משפחתם: "ההורים שלי לא ידעו שהפסקתי. זה בדיוק היה העניין. אני הפסקתי, לקח להם הרבה זמן עד שהם גילו בכלל" (שרון/539-540). מרואיינים רבים, כמו שרון, התרחקו מהוריהם, פיזית או נפשית, על מנת להתחיל, או להשלים, את המהלך של הירידה מהתרופות. כך למשל מלכה מתארת: "ממש ממש סגרתי את עצמי מהעולם הרגיל. ידעתי ש.. שהם יכולים לערער אותי, ולא רציתי שיציקו לי. הייתי מאוד נחושה" (מלכה/396).

לסיכום, הפסקת השימוש בתרופות היוותה בעבור המרואיינים צעד חשוב ביותר בתהליך ההתרחקות משירותי בריאות הנפש והמעבר למסלול חיים בריא ועצמאי. מהלך זה, שבעבור חלקם הצריך נחישות וכוח רצון גדולים מאוד, סימל את הניתוק הסופי מהמערכת, והמעבר לפרק חדש בחיים. בין אם החוויות מהשימוש בתרופות היו בעיקרן שליליות או חיוביות, למרואיינים היו סיבות מגוונות להפסיק לרצות להשתמש בהן, והם מצאו דרכים שונות ליישם רצון זה. חלקם בחרו לשתף את הפסיכיאטר בהחלטה זו, ואחרים בחרו לעשות זאת באופן עצמאי. כאמור, בכל אחד מהמקרים היוזמה להפסיק את התרופות הגיעה מהמרואיינים עצמם. חשוב עם זאת לציין שלמרות שהמרואיינים הפסיקו באופן אישי את השימוש בתרופות, רובם לא תומכים באופן גורף בירידה מתרופות. הנימוק לכך היה, על פי רוב, שהנסיבות המסוימות לכל אדם ואדם הן שמכתיבות שימוש או אי-שימוש בתרופות. עופרי למשל אומרת:

אם מתייעצים איתי, זה מה שאני אומרת - תוריד מאוד מאוד בהדרגה ורק אם יש לך חיים מאוד מאוד טובים... אם יש לך משפחה, יש לך חברה, יש לך עבודה. אחרת, תדע לך, זה סכנה, אתה עלול להיות במצב שתצטרך לקחת מינון יותר גבוה. שזה גם משהו שאני יודעת מהניסיון שלי... אני לא בעד שהבן אדם ירד מהפסים, רק לא לקחת תרופות פסיכיאטריות (עופרי/384-389).

עופרי לא מאמינה שיש לשאוף לרדת מתרופות פסיכיאטריות, אך לא בכל מחיר. לדבריה, ירידה לא מבוקרת, כאשר התנאים לא מתאימים (במקרה שלה היא מתייחסת בעיקר ל"עוגנים"), עשויה לגרום יותר נזק מאשר תועלת.

### **3.3.10 סיכום התמה: תהליך ההתרחקות מהמערכת הפסיכיאטרית**

חלק זה דן בתשעה גורמים שונים אשר בלטו בניתוח הנתונים ככאלו שסייעו למרואיינים להתנתק משירותי בריאות הנפש ולצאת לדרכם העצמאית. גורמים אלו כללו: התרחקות מהבית ואימוץ כלים רוחניים/דתיים

לאחר המשבר, שימוש בקנאביס וחומרים אחרים כאמצעי למציאת שקט פנימי והתחזקות, אופטימיות ותקווה, עזרה לאחרים כגורם מעצים ו(לעיתים פיתוח קריירה בעולם השיקום), קבלת עזרה מאחר משמעותי, התפייסות עם העבר, פיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות, משאבים כלכליים, עוגנים וירידה מתרופות. בנוסף לגורמים אלו, תכונות אופי מסוימות, כגון נחישות, עיקשות, אינדיבידואליזם ונון-קונפורמיזם (אשר הוזכרו בסעיף 3.1.2.2) והופיעו בסיפורם של כמעט כל המרואיינים, וכן משפחה תומכת (כפי שהוזכר בסעיף 3.1.2.1) תרמו תרומה ניכרת ליכולתם להתנתק מהמערכת.

תשעת הגורמים הנ"ל הופיעו בתמהיל מסוים בסיפורו של כל אחד מהמרואיינים, ונראה כי היה להם אפקט מצטבר, כך שככל שהופיעו יותר גורמים בסיפורו של מרואיין, כך מהלך ההתנתקות הפך לאפשרי ונגיש יותר. סיפורה של מלכה יוצג להלן כמקרה בוחן (case study), אשר מדגים כיצד שישה מבין תשעת המרכיבים באו לידי ביטוי בסיפור התנתקותה מהמערכת :

בגיל 24 פגשתי רבנית מדהימה. אישה מאוד מאוד עוצמתית שהתחברתי אליה. באותו זמן לקחתי כמויות אדירות של תרופות. ממש ממש מינונים מאוד גבוהים. מינונים של סוס, בלי לדעת מה אני מכניסה לגוף בכלל... הסברתי לה את זה והיא אמרה לי 'תקשיבי, אני הייתי קשורה לצדיק שהוא הוריד הרבה אנשים מתרופות. בואי אני אלמד אותך דרך אחרת בחיים... תהיי צמודה אלי. אני אעזור לך לצאת מהסיפור הזה'...

לא עניינה אותי הדעה של הפסיכיאטרית בכלל. אני כבר לא הערכתי אותה ברגע שפגשתי אנשים דתיים עם עוצמות של עבודה פנימית, וראיתי שבשעה של שיחה אני מגיעה עם הרבנית למה שלא הגעתי בחמש שנים של טיפול. לא הערכתי את הדעה שלה. נלעג, בדיחה, לעומת משהו אמיתי ועוצמתי. אני חושבת שהיא רצתה שאני אחזור אליה לשיחות. לפחות שהיא תלווה אותי בתקופה הזאת, לראות שאני מאוזנת, ולא רציתי, ובוזה נפרדו דרכנו... הייתי מאוד חזקה בדעתי. מאוד נחושה. ממש ממש סגרתי את עצמי מהעולם הרגיל. ידעתי שהם יכולים לערער אותי, ולא רציתי שיציקו לי... הייתי צריכה לרדת משבע כדורים ביום. בעזרתה ירדתי ברבע כדור בשבוע. והרבע כדור הזה -

הרגליים שלי היו קופצות כאילו אני... לא הייתה לי שליטה ברגליים. מרוב שמערכת העצבים שלי הייתה עצבנית. לא יכולתי לישון טוב. היה לי זרמים, זה השפיע עלי באופן חשמלי. היה לי זרמים בידיים. כל הזמן הייתי חסרת שקט. כל הזמן תחושה של על סף בכי כאילו. הייתי איזה... וזה רק רבע כדור בשבוע שהורדתי... היא נתנה בי אמון מלא שאני מסוגלת לזה. והנחתה אותי שבעצם אני מחליפה את העוצמות האלה בקשר עם הבורא. פשוט הייתי הולכת איתה בלילה. וצועקת בצרחות שה' יושיע אותי, ושיראה לי את הדרך הנכונה. והייתי צועקת את הכאב שלי, ואת החוסר שקט הגופני שלי.

וככה כמעט כל לילה היינו הולכות ליער. באיזה אחד בלילה... זה היה בחודש אלול, לפני תשע שנים. והייתי צועקת את כל הסיפור חיים שהיה לי עד כה. ומבקשת משהו חדש, ונקי, ובריא וטוב...אני לא זוכרת בכלל כמה שיתפתי וכמה. הייתי מאוד מאוד נעולה וחזקה בקשר שלי עם הרבנית, ולא עניין אותי לשמוע ביקורות. אני אפילו חושבת ששיתפתי רק אחרי הרבה זמן, שכבר ירדתי מרוב התרופות (מלכה/389-391, 181-192, 204-209, 396-399).

בסיפור ההתנתקות של מלכה ניתן להבחין בשישה מרכיבים אשר הצטרפו אחד לשני ואפשרו לה לנטוש את מסלול החולה הפסיכיאטרית/מתמודדת (מסלול עליו היא נמצאה במשך תשע שנים), לעלות על מסלול של חיים "נורמטיביים" ומספקים, ולעבור, לדבריה, תהליך של "ריפוי מלא" (מלכה/411). ראשית, בהתאמה לתמה 3.3.5 אשר עסקה בקבלת עזרה מאחר משמעותי, נראה כי הרבנית בסיפורה הייתה מישהי משמעותית בעבורה, שתמכה בה, האמינה בה והעצימה אותה: "היא נתנה בי אמון מלא שאני מסוגלת לזה". שנית, בהתאמה לתמה 3.3.1 העוסקת בהתרחקות מהבית ואימוץ כלים רוחניים, ניתן לראות בהתנתקות הזמנית מהבית אלמנט נוסף שתרם למהלך ההתרחקות מהמערכת: "ממש ממש סגרתי את עצמי מהעולם הרגיל. ידעתי שהם יכולים לערער אותי... לא עניין אותי לשמוע ביקורת". בנוסף, הדרך הרוחנית בה היא בחרה (חזרה בתשובה) סיפקה לה מסגרת חיים כוללת, וכן כלים לעבודה פנימית: "בעצם אני מחליפה את העוצמות האלה בקשר עם הבורא", וטכניקות אופרטיביות להשתמש בכלים אלו, כגון ההתבודדות: "כמעט כל לילה היינו הולכות ליער... והייתי צועקת את הכאב שלי... את כל הסיפור חיים שהיה לי עד כה. ומבקשת משהו חדש, ונקי, ובריא וטוב". שלישית, בהתאמה לתמה 3.3.3 אשר עוסקת באופטימיות ותקווה, בסיפורה של מלכה ניתן להבחין כיצד היא הייתה חדורת מטרה, אופטימיות ואמונה בכוחותיה (בין היתר בזכות העידוד של הרבנית שנתנה בה אמון מלא). אמונה זו עזרה להתגבר על הקשיים הפיזיים והנפשיים שהיו כרוכים בתהליך הגמילה מהתרופות. רביעית, בהתאם לתמה 3.3.6 שעסקה בפיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות, ניתן לשער שמלכה פיתחה מודעות עצמית גבוהה בתהליך ההתנתקות (וגם אחריו). היא נהגה "לדבר עם ה'" על בסיס יום-יומי, בפתיחות, על כל מה שעובר עליה, ולדבריה תהליך זה היה מרפא מאוד בעבורה. חמישית, בהתאם לתמה 3.3.8 שעסקה בעוגנים, נראה כי מלכה יצרה לעצמה עוגן מרכזי בחיים בדמותה של הדת. אם לפני החזרה בתשובה היא תפסה את עצמה כאומנית מוכשרת וחסרת גבולות (מלכה/121) (מצב שהוביל אותה לדבריה לקשרים מפוקפקים עם גברים שפגעו בה ולמקומות קשים בנפשה), הרי שאחרי החזרה בתשובה חייה הפכו ל"מסודרים" יותר, וניתנה להם משמעות עמוקה. בנוסף, ניתן לראות ברבנית עוגן זמני שליווה אותה במשך אותה תקופה משמעותית, ומאוחר יותר, כפי שתואר, בעלה שימש כעוגן בחייה. שישית, בהתאם לתמה 3.3.9 אשר עסקה בירידה מתרופות, נראה כי מלכה קיבלה החלטה נחושה להפסיק את השימוש הכבד, לדבריה



("מינונים מאוד גבוהים, של סוס"), שעשתה בתרופות פסיכיאטריות. מהלך זה, אשר עלה לה בסבל וייסורים לא מועטים ("כל הזמן הייתי חסרת שקט. כל הזמן תחושה של על סף בכי"), סימל בעבורה את המעבר מהזהות של אדם בעל מחלה לאדם בריא.

לסיכום, נראה כי התמות השונות שתרמו למהלך ההתנתקות התערבבו אחת בשנייה, ויצרו יחד מומנטום אשר בעזרתו מלכה צלחה את הקשיים הגדולים שהיו כרוכים בהשתחררות מהתלות במערכת הפסיכיאטרית. היא למדה לתעל את כוחות הנפש שלה למקומות קונסטרוקטיביים, אשר סיפקו לה יציבות ואיזון, ולמעשה עברה ממערכת אחת – מערכת בריאות הנפש, לזרועותיה של מערכת אחרת – מערכת הדת, אשר התאימה לה יותר. כיום, כעשר שנים לאחר שעברה מהלך זה, מלכה פיתחה זהות חדשה והשאירה את עברה במידה רבה מאחוריה. החלק הבא והאחרון של פרק ניתוח הנתונים יעסוק בחייהם של המרואיינים כיום, בעמדות שהם הביעו כלפי הפסיכיאטריה ושירותי בריאות הנפש ובמסרים לאנשים שנמצאים במערכת.

### **3.4 יחסם של המרואיינים כיום לעברם הפסיכיאטרי**

חלק זה יעסוק במספר נושאים הקשורים לאופן שבו מתייחסים המרואיינים למצבם הנפשי בעבר ובהווה. תחילה תוצג מידת הפתיחות והשיתוף של המרואיינים ביחס לעברם במערכת בריאות הנפש, בהמשך יתואר האופן בו העבר הפסיכיאטרי נוכח בחייהם של המרואיינים כיום ולבסוף יוצג יחסם של המרואיינים לאבחנה שהם קיבלו.

#### **3.4.1 סטיגמה והשלכותיה על פתיחות ודיסקרטיות ביחס לעבר הפסיכיאטרי**

המרואיינים נבדלו זה מזה במידת הרצון והמוכנות שלהם לשתף אחרים ולדבר באופן חופשי וגלוי על עברם הפסיכיאטרי. חלקם, כמו אדוואר, אמרו שהם מעדיפים לשמור על כך בסוד: "בודדים האנשים שידעו שיש לי משהו, שיש לי עבר, ואני לא אגלה" (אדוואר/215), בעוד שאחרים אינם מתביישים בכך, ואף משתמשים בו לעיתים לצרכים שונים. כך למשל, איילת מספרת: "תמיד דיברתי באופן מאד חופשי על כל מה שקרה. אפילו קצת השתמשתי בזה כסוג של כרטיס ביקור" (איילת/415-413). איילת, כפי שיתואר בהמשך, הרגישה שעברה הפסיכיאטרי מייחד אותה, והופך אותה לבעלת סיפור חיים מעניין.

בתת-פרק זה יתואר סגנון ההצנעה וההסתרה של העבר הפסיכיאטרי בו נקטו חלק מהמרואיינים, ובהמשך יתואר סגנון ההיחשפות והדיבור הגלוי בו נקטו אחרים.

##### **3.4.1.1 מרואיינים אשר בחרו להצניע את עברם הפסיכיאטרי**

הסיבה השכיחה להצנעת העבר הפסיכיאטרי, כפי שעולה מדברי המרואיינים, קשורה בדעות קדומות ויחס סטיגמטי להם זכו מצד החברה. תהילה, לדוגמה, סיפרה איך בחרו שיצאה איתו עזב אותה לאחר שהיא שיתפה אותו בעברה הפסיכיאטרי:

אחרי חודשיים סיפרתי לו שהייתי מאושפזת, והוא זרק אותי בקטע הכי מפחיד שיש... זה היה כואב ממש, כי אתה מעיף אותי על משהו שזה אני. כאילו חודשיים היה פה תעופה חבל על הזמן, מה קרה? וזה כזה נתן לי טעימה מהעולם. הכל תיוגים, שמות, הגדרות, ספרים פסיכיאטריה... אז שאני טועמת מהעולם ככה במכה זה כואב לי מאד (תהילה/322-326).

תהילה, כמו מרואיינים אחרים, הייתה בתחילה נאיבית, לדבריה, בנוגע ליחסה של החברה כלפי אנשים שהיו במערכת הפסיכיאטרית. היא לא חשבה על עברה במונחים סטיגמטיים (סטיגמה עצמית), אלא ראתה בו תוצאה של חוסר התאמה בין נטיותיה הרוחניות: כגון תקשור, וראיית מלאכים לבין האופן שבו החברה מתייחסת לעולם המיסטי (בחלק 3.4.3 יורחב הדיון בנוגע לקונפליקט בין פסיכיאטריה לרוחניות). תהילה ראתה בעברה "משהו שזה אני" ולא הרגישה שום צורך להתבייש בו או להתנצל עליו, ולכן הופתעה מהתגובה השלילית והפוגענית של הבחור שיצאה איתו. אותו בחור שיקף בעבורה יחס רווח בחברה כלפי אנשים בעלי רקע פסיכיאטרי: "נתן לי טעימה מהעולם. הכל תיוגים, שמות, הגדרות, ספרים פסיכיאטריה".

בדומה לתהילה, אשר סבלה מדעות קדומות של אנשים שידעו על עברה, גם יואל מתאר כיצד הוא למד, בדרך הקשה, להצניע את עברו. בסוף שנות ה-20 לחייו יואל למד במכללה, בה לדבריו סבל מיחס מתייג כאשר החליט לחשוף את עובדת היותו מאושפז בגיל 15:

אני עושה פרויקט על בריאות הנפש, ואני מוציא את זה ושופך, ומספר... ואני רואה שתיקה. שתיקה של מבוכה. לא יודעים מה לעשות עם זה. הם יכולים לקבל את זה שבחורה שברה את האצבע, בחורה שהיא אנורקטית, בחורה שהיא... גבר... בחור ש... לא יודע, כל מיני סיפורים, אבל הסיפור שלי הוא לא. לא יודעים איך לאכול אותו (יואל/469-473).

יואל בחר בפרויקט אומנותי על מנת לעבד תהליכים רגשיים שעבר בעת שהותו במסגרת הפסיכיאטרית, אך לצערו, המשוב שקיבל לא היה אמפאתי ומקבל, אלא היה נגוע, להרגשתו, בסטיגמה שהתבטאה במבוכה. בחלק אחר בסיפורו, הוא מתאר כיצד סבל מסטיגמה נוספת, אשר קשורה בעקיפין לעברו הפסיכיאטרי, שהובילה אותו, לדבריו, לבידוד חברתי והקשתה על חייו. במקרה זה הסטיגמה הייתה קשורה להתמודדותה של המערכת הצבאית עם עברו הנפשי: "הצבא לא לקח אותי בגלל שבית-החולים נתן להם נתונים אוטומטית אחרי האשפוז. אחרי ארבעה חודשים הם מוסרים... כאב לי שהם לא לקחו אותי, ושלחתי להם מכתבים: 'תיקחו אותי אפילו לקרבי - אני רוצה', והם לא רצו" (יואל/276-284).

לאחר שיואל לא גויס לצבא, למרות רצונו לשרת בחיל קרבי, הוא הרגיש כיצד נדחק לשוליים, וצריך להתמודד עם סטיגמה חברתית נוספת – זו של משתמט. בזמן שחבריו התגייסו לצבא, הוא נשאר בבית וחשש לספר מדוע לא גויס:

מדביקים לך חותמת של משתמט... אתה מתחיל לחיות את החיים בתור שוליים, ולך תתמודד עם זה... אתה יוצא עם בחורה. והיא שואלת אותך- "למה אתה לא בצבא?" כי היא רוצה חבר חייל או קצין. אבל אני לא זה ולא זה. ואני אפילו לא משתמט, כי משתמטים יש להם איזה אידיאולוגיה. ואין לי.. אז אני סתם כזה, כמו איזה בחור שמסתיר דברים. ניסיתי פעמיים להגיד לבחורה שיצאתי איתה, שאני הייתי במקום הזה (אשפוז), חשבתי שאני מתוודה, שהיא תקבל את זה. היא לא קיבלה את זה, היא עזבה אותי אחרי כמה ימים. טענה שאין לי אוטו, ואני לא חייל, אבל זה בטח לא הוסיף. ולמדתי את המציאות, שעדיף לא לספר את זה (יואל/307-300).

יואל סבל מסטיגמה כפולה – הראשונה בגין עברו הפסיכיאטרי, והשנייה בשל כך שלא גויס לצבא. מדבריו ניתן להבין שהוא היה נתון במלכוד : אם היה מחליט לחשוף את האמת לגבי הסיבה שלא התגייס, הוא עשוי היה להיות מוכתם בשל היחס של החברה לעברו הפסיכיאטרי (כפי שלדבריו קרה עם החברה שעזבה אותו), מצד שני, אם לא היה מעוניין לשתף אחרים בעברו הפסיכיאטרי, הוא היה נאלץ לשקר ולהמציא סיבה לאי-גיוסו. שתי האפשרויות לא היו מוצלחות בעיניו, ואט אט הוא החל להתכנס בתוך עצמו, ולהרגיש שהוא נדחק לשוליים, מבודד ואבוד : "הרגשתי כמו נקודה בחלל שמשייטת לה בלי מטרה" (יואל/305). אם לא די בכך, יואל, שהביטחון העצמי ותחושת הערך העצמי שלו נפגעו, הרגיש שגם משפחתו משדרת לו מסרים קשים בשל הסטיגמה שהם חשים כלפי עברו הפסיכיאטרי : "יש לי לפעמים תחושה שהיא (המשפחה) מתביישת בי. היא ממש לא הייתה רוצה שאנשים ידעו שיש לה קשר לזה. היא לא ידעה איך להתמודד עם זה" (יואל/22-20). כמו יואל ותהילה, גם אליהו, שכיום מתקרב לגיל 60, מספר על כך שבמהלך חייו הוא התנסה בלומר את האמת על עברו הפסיכיאטרי, אך היחס שקיבל מצד החברה היה שלילי ומדיר, ולכן הוא בחר להצניעו : 'נפש' - הלך עליך... ושתהיה הכי קול, לא יודע, מה שלא תהיה, הגאון, שידוע להמציא... איך להגיע למאדים ולחזור. את מהירות האור, מה שלא תהיה... אבל מספיק שיש עליך נקודה שכתוב שם בתחילת המשפט או בסוף 'נפש', ואתה שווה כקליפת השום... עם כל הנאורות היום... שום דבר לא השתנה מאז שאני יצאתי משם, מהעולם ההוא ובאתי לעולם הזה. פחד אלוהים אחז את האנשים שרק מישו תגיד לו 'נפש'. שלא תעז, ואני התנסיתי כי אני ישר (אליהו/763-757).

בעיני אליהו, לא משנה מהם כישוריו והישגיו של האדם, עצם העובדה שיש לו עבר פסיכיאטרי מקטלגת אותו כנחות, ויוצרת תחושה של פחד ממנו. המשותף לאליהו ולמרואיינים האחרים שהוזכרו בתת-חלק זה הוא שמלכתחילה הם לא הרגישו צורך להתבייש ולהסתיר את עובדת היותם במערכת, עד שעם הזמן, ככל שהם התנסו בתגובות חברתיות מעליבות ומשפילות, הם למדו להיזהר מחשיפת סיפורם, ובחרו בקפידה מתי ואיך לשתף. לדבריהם שיתוף לא מותאם בעברם הנפשי חשף אותם לפגיעה בדימוי העצמי וערעור של ביטחונם –

כפי ששרון תיארה: "דימוי עצמי ובטחון עצמי זה הבסיס, ואם יש משהו שהתווית של מחלת נפש מערערת, זה את זה" (שרון/795-794).

בניגוד למרואיינים שסבלו מסטיגמה חברתית והחליטו לא לדבר בפומבי על עברם הנפשי, היו גם מי שחשו בנוח לשתף אחרים בעברם הפסיכיאטרי, ולעיתים אף ראו בכך שליחות. על כך יורחב בתת-החלק הבא.

#### **3.4.1.2 מרואיינים אשר מרגישים בנוח לחשוף את עברם הפסיכיאטרי**

חלק מהמרואיינים חשו בנוח לדבר, באופן פרטי או ציבורי, על עברם הפסיכיאטרי. מרואיינים אלו לא סיפרו על יחס מתייג שנתקלו בו, או שסיפרו שנתקלו ביחס כזה, אך החליטו להתעלם ממנו. לדוגמה, איילת, שאושפזה בגיל ההתבגרות ולאחר מכן שוב בתחילת שנות ה-20 לחייה, הרגישה שעברה יוצא הדופן הופך אותה במידה מסוימת למיוחדת ואטרקטיבית:

זה אולי יומרני להגיד, אבל אולי זה חוויה של to be the chosen one ... נבחרתי לקבל את הדבר הזה... הייתי מביאה את זה כסוג של כרטיס ביקור... הייתי מספרת על עצמי והייתי מספרת על זה כמשהו מיוחד, ככה משהו אקזוטי... זה היה בשבילי - תראו מי אני (איילת/999-995).

איילת הרגישה שעברה הנפשי מייחד אותה ומהווה עבורה מקור לגאווה מסוימת: "תראו מי אני". היא, בניגוד למרואיינים אחרים שהוזכרו בחלק הקודם, לא ציינה בסיפורה יחס מתייג או מפלה בו נתקלה, ושאלה מעניינת שעשויה להישאל היא: מה מאפשר לאיילת להרגיש כך, בעוד שמרואיינים אחרים חשו אחרת? תשובה לשאלה זו לא נמצאה בטקסט של דבריה, אך ניתן לשער שהיא קשורה באופן כזה או אחר לביטחון עצמי גבוה שעולה מבין השורות שהיה לה, שגרם לה לא לייחס חשיבות ליחס מתייג שהופנה כלפיה. לחלופין ייתכן כי איילת עשתה בחירה מוקפדת של האנשים להם היא בחרה לספר על עברה, שבהם היא בטוחה שלא יהיו שיפוטניים.

איילת מהווה דוגמה יוצאת דופן למרואיינים אשר מדברים בחופשיות על עברם ויחד עם זאת אינם פעילים בזירה הציבורית. על פי רוב, המרואיינים במחקר אשר בחרו לשתף ולחלוק את עברם הפסיכיאטרי בגלוי, ואף להחצין אותו, הם גם פעילים בעולם בריאות הנפש והשיקום<sup>24</sup>. לדבריהם, מינוף התנסויותיהם בעולם בריאות הנפש נותן משמעות לחוויות הקשות שעברו, מהווה תהליך תרפויטי בפני עצמו ופותח בפניהם דלתות בתחום התעסוקה והפנאי.

דינה, כיום אקטיביסטית בתחום בריאות הנפש, מתארת בגאווה כיצד בעברה הסתירה את עובדת

היותה מאושפזת, אך כיום היא חושפת אותו:

<sup>24</sup> מרואיינים אלו הוזכרו בחלק אשר עסק בעזרה לאחרים כגורם מעצים ופיתוח קריירה בעולם השיקום (ראו לעיל 3.3.4).

אני הייתי בארון עם כל הקטע של ... העבר הנפשי... הייתי בארון עמוק עמוק... אבל היום נדבקתי בחידק של הפעילות הציבורית... כל התקשורת וכל הבג"צים וכל ההצעות חוק שיש לנו עכשיו בכנסת, הכל - אני הרוח החיה (דינה/512-515).

דינה, כמו חמשת המרואיינים אשר הפכו לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש (שרון, אברהם, דינה, דורית ועופרי), חששה בעבר מיחס מתייג כלפי עברה הנפשי, ולכן בחרה להצניע אותו "עמוק עמוק". עם זאת, כיום היא מרגישה תחושה של שליחות, ומנסה להיאבק בסטיגמה הרווחת בחברה, בין היתר באמצעות "יציאה מהארון" וסיפור סיפורה מעל במות ציבוריות.

לסיכום, נראה כי חלק מהמרואיינים בוחרים שלא לחשוף את עברם הפסיכיאטרי, מסיבות הקשורות בעיקר לסטיגמה וסטיגמה עצמית. חלק אחר, ה"אקטיביסטים" משתמשים בעברם הפסיכיאטרי על מנת לנסות לשנות ולתקן את המציאות בתחום בריאות הנפש, וקבוצה נוספת מבין המרואיינים, ובהם איילת שסיפורה הוזכר, מדברים במידה רבה של פתיחות על עברם הפסיכיאטרי, אף על פי שהם אינם פעילים בזירה הציבורית. עם זאת, חשוב להדגיש שנושא הפתיחות לגבי העבר הוא ברובו תלוי קונטקסט וזמן, ורוב המרואיינים אינם נופלים במדויק לאף אחת משלושת הקטגוריות הנ"ל.

השיח של המרואיינים בנוגע לעברם הפסיכיאטרי, משקף במידה רבה את האופן בו הם חווים אותו ואת הדרך בה הוא משתלב בנרטיב האישי שהרכיבו לעצמם. למשל, בעבור דינה והמרואיינים ה"אקטיביסטים", נראה כי עברם במערכת מהווה מרכיב מרכזי בזהותם העכשווית. לעומתם מרואיינים אחרים מרגישים מנותקים מהתקופה בה היו בתוך המערכת, ובעבורם משקלו של העבר ביחס למציאות היומיומית שלהם זניח. מקומו של העבר הפסיכיאטרי בחייהם של המרואיינים יעמוד במרכזו של תת-החלק הבא.

#### **3.4.2 מקומו של העבר הפסיכיאטרי בחייהם של המרואיינים כיום**

במהלך הראיון נראה היה כי מרואיינים מסוימים נטו להתאמץ על מנת לשלוף מזיכרונם פרטים ותמונות שנוגעים לעברם הפסיכיאטרי, בעוד שאצל אחרים נראה כי נושא זה נמצא בקדמת תודעתם והוא מאורגן ונגיש עבורם. התבוננות זו מבטאת, במידה רבה, את האופן שבו עברם הפסיכיאטרי של המרואיינים משתלב בנרטיב שיצרו לסיפור חייהם. בתת-חלק זה יוצגו האופנים השונים בהם העבר במערכת משחק תפקיד בחייהם של המרואיינים כיום: החל מחוויה של זרות ביחס לתקופה בה היו במערכת, המשך בתחושה של רצף שבו הם מרגישים גדילה והתחזקות מחוויות העבר וכלה בתחושה של התמודדות נפשית שנמשכת גם כיום.

### 3.4.2.1 חווית זרות ביחס לתקופה בה הם היו במערכת

"זה משהו שהוא כל כך חלק לא פעיל מהחיים שלי, זה כמו גלגול אחר. אני חושבת שהייתי אפופת עשן" (מלכה/259-260).

מהנתונים עולה כי כמחצית מהמראיינים מרגישים כיום בחייהם האישיים רחוקים, ואף מנותקים, מהתקופה בה קיבלו טיפול מהמערכת. אותם מראיינים מרוכזים בחיי היומיום שלהם, ולא נוטים להקדיש מחשבה רבה לעברם במערכת: "לא דיברתי על זה שנים" (עמירה/152). בתחושתם האישית, נסיבות חייהם כיום שונות מאוד ממה שהיו בעבר, ודומה שזהותם עברה במידה מסוימת מטמורפוזה: "תקופה שהיא מאד רחוקה ממני, במובן מסוים אני מרגישה בן אדם אחר. זה כאילו אני מספרת על מישהו אחר, שהוא לא אני... כאילו water under the bridge" (איילת/439-441). אותם מראיינים מרגישים שמדובר "באדם אחר", ואף בחיים אחרים, כפי שתיארה הילה: "העבר שלי כבר כל כך רחוק ממני, גם מבחינת הזמן, וגם מבחינת איך שאני היום ביחס לעבר - זה כאילו חיים אחרים לגמרי" (הילה/563).

עם זאת, אף על פי שהעבר הפסיכיאטרי נחוות כרחוק עבור אותם מראיינים, הוא עדיין לא נעלם לגמרי, ובמצבים מסוימים הוא עשוי לעלות למודעותם ולקבל בה ביטוי. הילה לדוגמה, שנמצאת מחוץ למערכת כבר כעשור, אמנם מרגישה שהעבר שלה רחוק ממנה, אך בה בעת היא מתארת כיצד במצבים של סטרס קיצוני, תחושות ומחשבות מעברת עלולות לחזור אליה:

זה לא נוכח בחיי היום יום שלי בכלל. אני רוצה לסייג את זה - אנחנו כרגע נמצאים בתקופה ביטחונית קשה<sup>25</sup>, ובשבוע הזה היו לי רגעים ממש של חרדה, אמרתי לבעלי שזה ממש מזכיר לי, מהדהד לי, רגעים של חרדה, של סבל בגוף, במוח, שלא נותן לך מנוח, ובאמת זה היה לי קשה. עכשיו, כבר כמה ימים אחרי, הפחד כבר יורד. אני גם רואה את עצמי היום איך שהתמודדתי עם זה, לא עבר לי לרגע שאני צריכה לקחת תרופות, לא עבר לי בראש לרגע שבגלל החרדה הזאתי אני צריכה להיכנס למיטה. המשכתי ביומיום בתפקוד, הילדים לא ראו עלי את מה שאני עוברת. נעזרתי בבעלי, דיברתי עם אחותי. זה אחרת, הכוחות שלי היום כל כך הרבה יותר גדולים, שאין לי את הפחדים שאני אחזור לאיפה שהייתי פעם. אני יכולה להבין שגם עכשיו שמדי כמה חודשים נכנסות לי לראש פנטזיות אובדניות, אני מזהה אותן, מכירה בהן ועוברת הלאה (הילה/564-582).

הילה מתארת כיצד המצב הביטחוני הקשה מחזיר לה תחושות של חרדה "בגוף ובמוח", ו"מהדהד" לה את החוויה של היותה מטופלת. עם זאת, נראה כי חשוב לה להדגיש את ההבדל בין מצבה הקיומי היום לעומת

<sup>25</sup> הראיון עם הילה נערך בתקופה של מבצע "עופרת יצוקה" בה נחתו טילים במרכז הארץ, ונשמעו אזעקות רבות.

העבר. המחשבה לקחת תרופות או להפסיק לתפקד לא באה בחשבון מבחינתה. בכך מדגישה הילה כיצד היום היא מרגישה שהיא נמצאת במקום שונה ביחס למה שהייתה בו בעבר, כך שאפילו מחשבות אובדניות שחולפות במוחה לא מערערות אותה, וחזרה לתלות במערכת כבר לא נראית כאופציה ריאלית עבורה: "אין לי את הפחדים שאני אחזור לאיפה שהייתי פעם". במובן זה, נראה כי עברה הפסיכיאטרי של הילה הולך ודוהה עם השנים, וגם אם אירועים קיצוניים מערערים אותה, היא מסוגלת לחזור מהר מאוד לאיזונה הנפשי באמצעות הכלים והעוגנים שעומדים לרשותה.

המוראיינים בתת-חלק זה מספרים כיצד הם מרגישים שהפרק בחייהם בו היו בעולם בריאות הנפש שייך במידה רבה לעבר, ושכיום הם במקום שונה לחלוטין. לרוב הם נוטים להצניע את עברם, היות שהוא כבר לא משחק תפקיד משמעותי בחייהם כיום.

לעומת מוראיינים אלו, ישנה קבוצה אחרת של מוראיינים, אשר נבדלת מהקבוצה שהוזכרה זה עתה בכך שהמוראיינים שבה מבנים את סיפורם בצורה כזו שנשמרת הרגשה של רצף והמשכיות בין עברם במערכת לחייהם כיום. זאת ועוד, אותם מוראיינים מרגישים שבזכות ההיסטוריה האישית שלהם במערכת הם הצליחו לגדול, להתחזק ולבנות את עצמם. תת-החלק הבא יתמקד בחוויותיהם של מוראיינים אלו.

#### **3.4.2.2 תחושה של גדילה והתחזקות כתוצאה מחוויות מתקופת השנות במערכת**

"זה מה שבנה את מי שאני היום, את הכוחות, את העוצמות, את האומץ שיש לי לפעול בעולם" (איילת/-615/616).

בנרטיב של חלק מהמוראיינים, המשבר שעברו מהווה חלק בלתי נפרד מתהליך הצמיחה והגדילה שחוו במהלך חייהם. בז'רגון הפסיכולוגי ניתן לכנות מהלך זה "גדילה כתוצאה מטרומה" (PTG), שכן הוא היה כרוך בהתגברות על כאב נפשי וטרומה ממנה הם צמחו והתחזקו. בחינה של סיפורים אלו מראה שקיים בהם מוטיב של אופטימיות ותקווה, אשר הוזכרו כאחד המרכיבים שעזרו למוראיינים להתרחק מעולם בריאות הנפש (ראה חלק 3.3.3).

מלכה לדוגמה, שאמנם רואה בעברה הפסיכיאטרי "גלגול אחר" (מלכה/259), עדיין מספרת כיצד "גלגולה" הנוכחי, בו היא מרגישה שיש לה כוח לעזור לאחרים, הוא תולדה של עברה הנפשי. היא מתארת שיחת טלפון שקיימה בזמן אשפוז בגיל 17 בה היא חוותה רגע של תובנה לפיו: "אני לא יודעת אם אני אצא מהסיפור הזה בחיים. אבל אם אני אצא בחיים אני בטוחה שיהיה לי כוח לעזור להרבה אנשים, וזה מהלך שאני צריכה לעבור" (מלכה/266-268). מלכה הבינה כבר אז את פוטנציאל הצמיחה שקיים במצב בו היא נמצאה, ונדמה, שהיא ניתבה את חייה בהתאם לתובנה זו (כיום מלכה עובדת במקצוע רפואי ותומכת בנשים במסגרת תפיסת העולם הדתית שלה).

גם תהילה מרגישה שעברה חיזק והעצים אותה. כמי שמחוברת להוויה הרוחנית שלה, היא משתמשת במטאפורה של סיפורו של הבודהה, שהיה צריך לעבור דרך הסבל על מנת לזכות בהארה, בכדי לתאר את תהליך גדילתה:

זה (האשפוז) פעם ראשונה שקיבלתי הארה. זה ברכה. קיבלתי אותה בפול פאוור. זה הייתה חוויה מדהימה... נקשרתי באשפוז המון. החוויה של קשירה, גם כשהנפש משוחררת לחלוטין, זו חוויה מאוד מאוד מאוד קשה... אבל בכל זאת מדהימה, כי אתה יודע... גם בודהה עבר הרבה חוויות קשות לפני שהוא נהיה מואר לגמרי (תהילה/ 305-314).

תהילה מתחברת לנרטיב של "סבל כחלק מתהליך של גדילה", ומקבלת אותו ב"ברכה" כחלק מהמסע שלה. כיום היא מרגישה שהיא במקום שונה מאוד מהמקום שבו היא הייתה בזמן שאושפזה, ויחד עם זאת, כמו מרואיינים אחרים, היא מרגישה שההתנסות הקשה שעברה הייתה חיונית לבנייתה.

לסיכום, המרואיינים אשר תוארו בתת-חלק זה, כמו גם המרואיינים אשר תוארו בתת-החלק הקודם (אשר ביחד מהווים כמחצית מהמרואיינים במחקר) מרגישים שעברם הפסיכיאטרי שייך לתקופת חיים אחרת, ושהם עצמם אינם אותם אנשים שהיו בעת ההיא ("גלגול אחר"). אלא שבין שתי תת-קבוצות אלו קיים הבדל המתבטא באופן שבו הם מקשרים בין העבר להווה, ובפרט באופן שבו הם מרגישים שהחוויות הקשות שעברו בנו והעצימו אותם, ותרמו למי שהם כיום. בעוד שבקבוצה הראשונה העבר במידה רבה מודחק (אף על פי שהוא עשוי לעיתים להופיע בנקודות רגישות בהווה), בקבוצה השנייה נראה כי קיים קשר המשכי, בו העבר שימש מקור לצמיחה בהווה.

לעומתם, כמחצית אחרת של המרואיינים מתמודדים גם כיום עם תחושת וקשיים נפשיים אשר דומים או זהים לקשיים עמם התמודדו בזמן שהייתם במערכת. חלק ממרואיינים אלו נמצאים בדיאלוג כזה או אחר עם מערכת בריאות הנפש ובקשר לא "צרכני" עמה. על כך בתת-החלק הבא.

### 3.4.2.3 תחושה מתמשכת של התמודדות עם בעיות נפשיות

"זה גלים כאלה, דיכאון... ברור לי שזה משהו ביולוגי... אבל כאילו זה קורה, אתה לא מבין למה... אתה שומע את השיגעון... אתה לא עצמך, זה כאילו מישהו אחר, זה משהו השתלט לך על הגוף. וזה ככה מרגיש" (רבקה/ 1304-1307).

אצל מספר מרואיינים נראה כי ההתמודדות עם קשיים נפשיים מהווה מרכיב דומיננטי בחווייתם היומיומית ובזהותם. הקושי, שבעבר הוביל אותם למחוזות מערכת בריאות הנפש, קיים בצורה זו או אחרת בחייהם גם כיום, אלא שבניגוד לעבר, הם לא מטפלים בו במסגרת המערכת, אלא באמצעות כלים שרכשו במהלך חייהם.



עופרי לדוגמה, חווה באופן מוחשי גם כיום מצבי רוח קיצוניים, ומתמודדת איתם בכל מיני שיטות וכלים שרכשה מאז התנתקותה ועד היום :

אני קוראת לזה "מתמודדת". יכול להיות שיהיה שלב שאני אהיה "אקס מתמודדת", אבל בפירוש יש לי בעיה. הנפילות של מצב הרוח הן בפירוש בעיה... אני לא חושבת שגמרתי את הסיפור. אבל כל פעם יותר טוב, כל פעם יותר שליטה. כל פעם יותר חיוביות. כל פעם אני מרגישה שאני מסוגלת יותר. אפילו אם לא מבחינה פיזית, לפחות מבחינה נפשית... וזה תהליך מאוד איטי... לא תמיד זה הולך... ההתמודדות העיקרית שלי היום זה עם מצבי רוח קיצוניים, לפעמים חרדות, לפעמים נפילה של מצבי רוח וכו' ולפעמים, נגיד פעם, אחרי מצב רוח טוב, אז יש חלק נורא מפוחד אבל אני היום בשלב שאני אומרת תודה על מה שיש... ברוך ה' (עופרי/211-209, 357-355, 427-422).

עופרי מחוברת לפחדים, לחרדות ולמצבי הרוח שלה, ורואה את עצמה כיום כ"מתמודדת". יש לה שאיפה להפוך יום אחד ל"אקס מתמודדת" (בדומה אולי למה שמרגישים חלק מהמרואיינים שהוזכרו בתת-החלק הקודם שמרגישים שעברם רחוק מהם ושהם גדלו כתוצאה ממנו), אך עדיין מתקשה בכך. עם זאת, היא משתדלת להיות חיובית לגבי העתיד, ולהכיר בדברים הטובים שנפלו בחלקה: "תודה על מה שיש". בדומה לעופרי, שמרגישה שהיא עדיין מתמודדת עם קושי נפשי, ומנסה למצוא בו את החיובי, אילנה, שנפגעה בפיגוע, חיה גם היא בתחושה של התמודדות מתמשכת: "הפיגוע הזה יישאר כל החיים איתי. השאלה מה אני עושה איתה... אני שואלת את עצמי אם אני רוצה להתקדם" (אילנה/1196-1192). עופרי ואילנה מכירות באתגר הנפשי שהן מתמודדות איתו, ומנסות יום-יום למצוא דרכים להתמקד בחיובי, ולהתקדם הלאה בחייהן. הקושי הנפשי שחוו בתקופה בה היו במערכת אינו שונה במידה איכותית מהקושי הנפשי אותו הן חשות כיום, ולכן הן אינן מדברות על "גלגול אחר", כמו המרואיינים האחרים שהוזכרו, אלא על קושי מתמשך שבכל פעם ההתמודדות שלהן איתו משתנה ומשתכללת.

במקרה של חלק מהמרואיינים ששייכים לקבוצה זו, נראה כי הקושי הנפשי לובש צורות שונות במהלך התקופות השונות. עמירה למשל, שבעבר התמודדה עם חרדות ופחדים, ואובחנה כבעלת OCD, מרגישה שבעיות אלו שייכות לעברה, אך כיום ניצב בפניה אתגר אחר - התמודדות עם כעסים :

הפחדים האלה הם עכשיו נהיו אצלי כעסים... במקום פחד, יש לי כעס... עכשיו אני מתמודדת עם הכעס. זה מין תהליך כזה, אתה מפרק, אתה מצליח לפרק אותו עד שהוא יעלם, והוא הופך למשהו אחר, ואז הוא הופך למשהו אחר (עמירה/561-559).

עמירה נמצאת בתהליך מתמשך של עבודה פנימית מול אתגרים נפשיים, שמחליפים צורות בתקופות שונות בחייה. עם זאת, נראה כי עוצמות הקשיים איתם היא מתמודדת פחתו, בין היתר הודות לכלים שרכשה במסעה הנפשי/רוחני.

גם אריק מתמודד עד היום עם אתגרים נפשיים ופיזיים. הוא סובל ממחלה כרונית אשר גורמת לו לכאבים פיזיים שלא מרפים ממנו. כאשר מצב רוחו נופל הוא משתמש בטכניקה, אשר מבחינה חברתית נחשבת אולי לקיצונית ואף אלימה, אך לו היא עוזרת: "בשמונה השנים האחרונות, כשאני מרגיש שאני ממש מתקרב לתחתית, אז אני עדיין חותך את עצמי. זה משחרר כאב אחר. זה מסית את תשומת הלב קצת לכאב אחר" (אריק/77-78). אריק נמצא עדיין בדיאלוג עם החיתוך העצמי (self mutilation). הוא משתדל להימנע ממנו ככל האפשר, אך ברגעים הקשים, בלית ברירה, הוא פונה אליו.

אריק אינו חושב על עצמו במונחים פסיכיאטריים, ואף לא מרגיש שלפסיכיאטריה יש כלים להציע לו: "אי אפשר לרפא את מצוקות הנפש באמצעות השינוי הכימי של המוח" (אריק/136), ולכן הוא נעזר במה שהוא יודע שעובד עבורו, כגון כתיבה, סמים קלים, ולעיתים חיתוך עצמי. לעומתו, מרואיינים אחרים, שעדיין מלווה אותם תחושה כללית של התמודדות עם מחלה או קשיים נפשיים, חושבים על הבעיות שאיתן הם מתמודדים דווקא כן במונחים פסיכיאטריים. אברהם, למשל, רואה את עצמו כ"מתמודד" במובן המקצועי המקובל של המונח. הוא מדבר בשפה רפואית, ובעת הצורך לא שולל שימוש בכדורים פסיכיאטרים:

הרמיסיות שלי הם ארוכות... אני יכול להיות חולה לפעמים, כמו שאתה יכול להיות חולה לפעמים בשפעת או בדיכאון או בלא משנה, אבל אני לא רואה את עצמי כאדם חולה... המחלה... זאת אומרת אני לא נותן לה להגדיר אותי, כי היא לא מגדירה אותי, היא משהו בחיים שלי. האישיות שלי היא רב פונקציונאלי... הבי-פולאריות או הסכיזו-אפקטיב, לא יודע, מה שתרצה, זה רק איזשהו שם (אברהם/486-498).

אברהם, לעומת מרואיינים אחרים שהוזכרו, אשר חיים בתחושה שהחלימו ( כמו מלכה שחיה בתחושה שעברה ריפוי מלא (full recovery) ("הריפוי המלא שלי" (מלכה/256)), עדיין תופס את עצמו כבעל "מחלה". אלא שלהרגשתו זו נמצאת ברמיסיה ארוכה. השיח שלו מזכיר מאוד את השיח המקובל בשיקום המודרני, לפיו האדם הוא לא המחלה, אלא המחלה היא חלק מסוים באדם, לצד חלקים אחרים באישיותו: "אני לא נותן לה להגדיר אותי, היא משהו בחיים שלי". אברהם הוא פעיל מאוד בעולם השיקום, ומציג את עצמו בפומבי לעיתים כ"מתמודד", אם כי כיום, בניגוד לעבר, הוא כבר לא "צרכן" של המערכת.

סוגיה מעניינת ניתן לראות אצל מספר מרואיינים, כגון אברהם, אשר פעילים בתחום בציבורי, ומציגים את עצמם כ"מתמודדים", למרות שאינם תופסים בהכרח את עצמם ככאלה. דוגמה לכך ניתן למשל ללמוד מדבריה של שרון:

זה מין דיכטומיה כזו. מצד אחד אני לא רואה את עצמי כ... אני לא רואה משהו פתולוגי במי שאני, באיך שאני או במה שאני מרגישה או במה שקורה איתי. אבל מצד שני, אני כן לקחתי חלק בצד הפוליטי... אני מייצגת קבוצה של אנשים שהם כן "מתמודדים", מתוך ההכרות שלי עם החוויה. ברור לי שבן אדם שרואה אותי על הבמה מניח שאני חיה עם מאניה דפרסיה. פשוט, אף אחד לא ירד לי לנשמה וישאל אותי אם יש לי ביטוח לאומי ואם אני לוקחת תרופות ומי הפסיכיאטר שלי (שרון)-651/656).

שרון חיה בדיאלקטיקה מורכבת. מצד אחד, היא לא בטוחה שהיא מתמודדת עם מחלה (כפי שיוצג ביתר פירוט בתת-החלק הבא הקשור ביחס האישי לאבחנה), ומצד שני, לאורך השנים היא גיבשה זהות ציבורית של "מתמודדת", ולכן היא עשויה להרגיש לא בנוח לחשוף באופן פומבי את העובדה שהיא לא צורכת תרופות פסיכיאטריות. בדומה אליה, מספר מרואיינים אחרים שפעילים בתחום, נמצאים בתחום האפור מבחינת ההגדרה העצמית שלהם כ"מתמודדים". מרואיינים אלו, שלא תופסים את עצמם כ"מתמודדים" במובן של המשמעות המקובלת בחברה ובעולם השיקום למילה זו, למרות שהם מציגים את עצמם באופן הזה, ביקשו ממני להקפיד לא לחשוף את העובדה שהם כבר לא צרכנים של המערכת, משום שבעיני הציבור (או המוסד לביטוח לאומי שממנו הם לעיתים מקבלים קצבה) הם נתפסים ככאלה.

לסיכום, חלק זה עסק במקומו של העבר הפסיכיאטרי בחייהם של המרואיינים כיום. ניתוח הנתונים העלה שוני בניהם ביחס לנושא זה, שניתן להציגו, באופן סכמטי, כשתי קבוצות שונות (אשר שוות פחות או יותר בגודלן): 1. מרואיינים אשר מרגישים שהמצבים הנפשיים אשר הובילו אותם לעולם בריאות הנפש הם נחלת העבר (מרגישים שהם לגמרי "פטורים" (מלכה/615)). 2. מרואיינים אשר עדיין נמצאים בתחושה של התמודדות נפשית מתמשכת עם קשיי החיים ו/או עם מחלה או הפרעה ("יש בעיה" (עופרי/215)). בנוגע לקבוצה הראשונה – ניתן לחלקה לשניים: מרואיינים אשר מרגישים תחושה של זרות ביחס לתקופה בה הם היו במערכת, ומרואיינים אשר מרגישים שהעבר הפסיכיאטרי נוכח בחייהם, לא במובן של התמודדות, אלא במובן שהוא עזר להם להגיע למקום בו הם נמצאים עכשיו. בנוגע לקבוצה השנייה – מרואיינים אלו מרגישים שעדיין "יש בעיה". הם אימצו כלים ושיטות להתמודד עם אתגריהם מחוץ למערכת, ומקוים שההתמודדויות שלהם ילכו ויפחתו. חלקם (בפרט החמישה שפעילים בזירה הציבורית), נמצאים בדיאלקטיקה מורכבת עם השאלה:

"האם הם חולים או לא", ואחדים סיפרו שקיים דיסוננס בין האופן שבו הם מציגים את עצמם לאופן שבו הם תופסים את עצמם.

בנוגע "לגדילה כתוצאה מטרומה" - נראה כי תהליך זה התרחש גם אצל מרואיינים אשר מרגישים שההתמודדות הנפשית הרצינית שייכת לעברם (כגון מלכה, איילת ותהילה), וגם אצל המרואיינים אשר מרגישים שעד היום הם מתמודדים, אשר הפכו לנותני שירות במערכת ואקטיביסטים. האופן שבו מרואיינים מתייחסים למצבם הנפשי כיום מתכתב במידת מה עם האופן שבו הם מתייחסים לאבחנה/ות הפסיכיאטריות שקיבלו. יחסם, ומידת הזדהותם של המרואיינים עם האבחנה שקיבלו יעמדו במרכזו של תת-החלק הבא.

### 3.4.3 יחסם של המרואיינים לאבחנה שקיבלו

יחסם של המרואיינים כיום לאבחנה שקיבלו בתקופה שבה היו במערכת מורכב. חלק מהם שוללים אותה מכל וכל, ואף מתייחסים אליה בלעג: "קח בן אדם מהרחוב, תפתח את ה-DSM, תעשה אן-דן-דינו ואתה יכול לאבחן" (אדווארד/441-440), בעוד חלק אחר מזדהה איתה במידת מה. עבור המרואיינים אשר אינם מזדהים עם האבחנה, או האבחנות שקיבלו, (אשר מהווים את הרוב), אבחנות אלו אינן תקפות היום כפי שהן לא היו תקפות בזמן שניתנו: "שינו לי את האבחנה מסכיזופרניה כרונית ל border line disorder. זה לא מתאים לי. הבנתי איך הם עובדים - הם מחפשים להדביק לך תוויות" (יואל/685-687). בעיניהם האבחנה שקיבלו היא שרירותית, אינה משקפת את הבעיה שהייתה להם, ולא תרמה או לא תורמת להחלמתם.

דורית למשל, שבמהלך השנים נאמר לה שיש לה מאניה דיפרסיה, הפרעה סכיזואפקטיבית ופוסט-טראומה, פיתחה עם הזמן את העמדה הבאה: "מתישו זה הפסיק לעניין אותי איך קוראים לי... אני יודעת מי אני. זהו" (דורית/543-548). ריבוי האבחנות שקיבלה דורית גרם לה לאבד עניין בהן, ולפקפק בתקפותן בעבורה. במקום זאת היא מעדיפה להתמקד בהיכרות הישירה שלה עם עצמה "לדעת מי אני", ללא צורך לקטלג או להדביק תוויות.

קבוצה אחרת של מרואיינים מהווים אלו שאינם מזדהים לגמרי עם האבחנה שקיבלו, אך יכולים להבין את ההיגיון שעמד מאחוריה - גם אם לא להסכים לגמרי איתו. דוגמה לכך ניתן לראות אצל חלק מהמרואיינים ה'רוחניים', אשר הציגו עמדה לפיה ייתכן שהאבחנה שיקפה פן מסוים של המצב איתו הם התמודדו, אך פן זה ביטא ראייה מאוד מצומצמת שלהם ושל מצבם. ניתן ללמוד על כך מדבריהן של איילת ומלכה: "הסתכלו עלי בצורה מאוד מסוימת, ולא ראו תמונה שלמה. וככה אבחנו וזה בסדר... זה לא רלוונטי אם זה נכון או לא נכון. כנראה שזה היה נכון... בכלים של אותה תקופה" (איילת/713-717).

אני חושבת שהיה לי חוסר איזון, ואפשר להגדיר אותו כמאניה דיפרסיה, אבל לא היה להם פתרון. במערכת הפסיכיאטרית לא היה פתרון לחוסר איזון הזה. גם היום אין פתרון. אין להם רפואה, ואין להם הבנה של למה נשמה קופצת כאלה קפיצות גדולות. אין להם הבנה מה הביא לזה, ומה יוצא מזה... יש להם אטימות משוועת לגבי מצב נפשי אמיתי עמוק של בן אדם... הפסיכולוגיה של פרויד - אין בה מענה להבין איכויות התנהגות כזאת, והפסיכולוגיה המודרנית גם לא. ההסתכלות של הפסיכיאטריה על נפש האדם היא מאוד שטחית (מלכה/342-335).

מלכה בוחרת להשתמש בביטוי "חוסר איזון", אך נראה כי היא משתמשת בו גם במובן אחר מהמובן הפסיכיאטרי של חוסר איזון כימי במוח. בעבורה חוסר האיזון היה משהו נפשי/רוחני ולא ביולוגי. היא מסכימה שניתן לראות בביטוי החיצוני של התנהגותה בגיל 17 "מאניה דיפרסיה", אלא שלדעתה שורש הבעיה, "הנפשי והעמוק", פוספס לגמרי על ידי הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה: "יש להם אטימות משוועת לגבי מצב נפשי אמיתי עמוק של בן אדם". לדבריה, היות שהאבחנה שיקפה פן מאוד חלקי ומצומצם של המצב שלה, כך גם יכולת הריפוי, אשר מסתמכת על האבחנה ומגיעה מאותו עולם תוכן, הייתה חלקית מאוד ומוטלת בספק. קבוצה נוספת של מרואיינים, בפרט אלו שפעילים כיום בעולם בריאות הנפש, נטתה לאמץ את האבחנה, גם אם לא באופן מלא, בעיקר בפן הציבורי. שרון למשל, שכיום פעילה בעולם בריאות הנפש, לא שוללת אותה, אך ובה בעת אינה מזדהה איתה בהכרח:

מצד אחד, ברמה האישית שלי, אני הדחקתי, וברמה המקצועית אני התקרבת... אני רואה את זה כמשהו שהיה... אין ערבויות. יכול להיות שזה יחזור. ואני מכירה גם מקרים שזה חזר להם אחרי 15 שנה שלא היה כלום. אין תעודות ביטוח, אבל אני לא רואה את זה כמשהו שנוכח שחיים שלי. אני לא אגיד - אני חולה במאניה דיפרסיה... אם אתה שואל אותי בהגדרה האישית שלי, אני לא חושבת ש... יכול להיות, לא יודעת, או שיש לי יותר מזל משכל. ויש מקרים, היו דברים מעולם... יש גם דבר כזה שנקרא single-episode. אז אני לא יודעת. יש הרבה הגדרות. אני יודעת שבמשך 15 שנה הכל בסדר ולא היה משהו דרסטי. אז אני לא רואה את זה כחלק מההגדרה שלי. אני רואה את זה כמשהו שהיה יש סיכוי שזה יקרה. אבל אני לא הייתי אומרת - אני חולת מאניה דיפרסיה, למרות שכשהלכתי לעשות את הכתבה הזו בעיתון, לפני כמה חודשים, אני... לקחתי את זה כשליחות. אמרתי לעצמי - אוקיי אני מוכנה לקחת על עצמי את התווית הזו בשביל להילחם בסטיגמה (שרון/641-633).

שרון לא בטוחה לגמרי אם האבחנה שקיבלה: "מאניה דיפרסיה", נכונה ותקפה לגביה או לא: "אני לא חושבת... יכול להיות, לא יודעת", ובהתאם, היא לא יודעת האם לפרש את העובדה ש-15 שנים כבר לא היה לה כלום, כרמיסיה או כסימן שהיא באמת כבר לא חולה. ייתכן כי הגדרה זו לא הייתה מעניינת ומעסיקה

אותה, כפי שהיא לא מעסיקה חלק גדול מהמוראיינים כיום, אלמלא היא הייתה אקטיביסטית בעולם בריאות הנפש ולוקחת על עצמה את ה"שליחות" של הפחתת הסטיגמה החברתית באמצעות הזדהות עם האבחנה: "ברמה המקצועית אני התקרבת".

בדומה לשרון, גם דינה הפעילה בתחום, מתארת איך כלפי חוץ היא מציגה את עצמה בכריזם הביקור שלה כ"מתמודדת", בעוד שבינה לבין עצמה היא לא לגמרי מזדהה עם אבחנה זו: "אני, מתמודדת נפש, כחלק מהפעילות שלי, שאני מייצגת את האוכלוסייה. אבל ביני לביני, קשה לי עם זה. כי 16 שנה אני יציבה ומתפקדת" (דינה/286-287). דינה, כמו שרון, אימצה את הזהות הציבורית של ה"מתמודדת", וכיום נמצאת בדיסוננס פנימי, משום שהיא לא לגמרי מאמינה בכך. בנוסף, דינה, כמו מספר מוראיינים אחרים, מקבלת קצבת נכות מן המוסד לביטוח לאומי. היותה מקבלת קצבה ממצב אותה שוב בעמדה פרדוקסלית, שכן אם היא לא נכה נפשית, כפי שהפסיכיאטריה רואה אותה, היא לא אמורה לקבל את הקצבה. הפתרון שדינה מצאה לעצמה מתבטא בכך שהיא לא רואה את עצמה כחולה במובן הפסיכיאטרי, אלא כמישהי ששייכת לקבוצת סיכון:

יש לי אובדן כושר השתכרות. אני לא בן אדם חסון נפשית. אירועים במציאות, אני כמו שבשבת, יכולים להפיל אותי. המבנה הנפשי שלי הוא עדין, רגיש. אז אני מעדיפה לחשוב על עצמי בקבוצת סיכון. במקום לקרוא לעצמי... אני אומרת - אני נמצאת בקבוצת סיכון, במקום די גבוה (דינה/289-291).

דינה רואה את עצמה כאדם רגיש ולא יציב, ומודה בקושי שלה להשתכר. עם זאת, היא לא מגדירה עצמה כאדם בעל מחלה נפשית – כפי שהוגדרה במשך 22 שנים בהן הייתה במערכת הפסיכיאטרית. ניתן לשער שדינה ככל הנראה הייתה מעדיפה הגדרה רחבה יותר של זכאות לביטוח לאומי, שאינה מסתמכת על ההגדרות הפסיכיאטריות הקונבנציונליות.<sup>26</sup>

לסיכום, בחלק זה (3.4) הוצג היחס של המוראיינים למצבם הנפשי בעבר ובהווה, בשלושה היבטים השלובים אחד בשני: מידת הפתיחות והשיתוף שלהם עם אחרים בנוגע לעברם הפסיכיאטרי, האופן שבו הם מתייחסים למצבם הנפשי ויחסם לאבחנה שקיבלו. מתוך הראיונות עולה כי קיימת שונות רבה בין המוראיינים בשלושת הפרמטרים הללו: ראשית, חלק מהמוראיינים פתוחים מאוד ונוהגים לשתף בקביעות אחרים בנוגע לעברם

<sup>26</sup> נושא הקצבה שחלק מהמוראיינים קיבלו או מקבלים מביטוח לאומי והקונפליקט שזה עלול ליצור אצלם, יוצג בחלק הבא.

במערכת (אלו הם בעיקר המרואיינים ה"אקטיביסטים", אך לא רק), בעוד שאחרים נוהגים להצניע את עברם – הן מסיבות הקשורות לסטיגמה, והן משום שהם מרגישים שעברם הפסיכיאטרי אינו רלוונטי לחייהם כיום. שנית, בנוגע לאופן שבו הם מתייחסים למצבם הנפשי כיום, נראה כי חלק מהמרואיינים מרגישים שעד היום הם מתמודדים עם קשיים נפשיים שאפיינו את התקופה בה הם היו במערכת, בעוד שאחרים מרגישים שהם עברו ל"גלגול" חיים אחר. מבין אלו שרואים בעברם "גלגול" אחר, חלק רואים בו תקופת חיים נפרדת, בעוד אחרים מזהים קשר המשכי, ושוזרים אותו עמוק לתוך סיפור חייהם. מרואיינים ואלו נוטים להפגין תהליך של צמיחה וגדילה כתוצאה מהמשבר (PTG).

לבסוף, נראה כי המרואיינים מרגישים מידות שונות של הזדהות עם האבחנה הפסיכיאטרית שקיבלו. חלקם שוללים אותה היום באופן מוחלט, כפי ששללו אותה בעבר, ורואים בה משהו שרירותי שאינו קשור אליהם. אחרים יכולים להבין מדוע אובחנו כפי שאובחנו, אך רואים בה הסתכלות צרה עליהם, שהתועלת שלה לא הייתה רבה בעבורם. קבוצה שלישית של מרואיינים מנהלת עד היום דיאלוג מורכב עם האבחנה שלהם, אשר הופך ליותר אקטואלי ככל שהם פעילים יותר בעולם בריאות הנפש, ונאלצים להגדיר את עצמם בפומבי. מרואיינים אלו, כך נראה, נוטים להציג את עצמם, על פי רוב, כ"מתמודדים", ולא חושפים את המורכבות הסובייקטיבית שעומדת מאחורי הגדרה זו.

החלק הבא של פרק "ניתוח הנתונים" יעסוק בסל שיקום, בקונפליקט בין "רוחניות" לגישה הפסיכיאטרית, ובמסרים למערכת ולאנשים המתמודדים עם מצבים נפשיים יוצאי דופן.

### 3.5 ממצאים נוספים

בחלק זה יתוארו שלוש תת-תמונות אשר עלו מניתוח הנתונים. נושאים אלו, שהינם בעלי חשיבות מעשית ותיאורטית, לא קשורים באופן ישיר לנושא העיקרי של מחקר זה – מהלך ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, ולכן הוחלט לקבצם יחד לחלק הזה. הראשונה קשורה לחוויות ותחושות שהעלו מרואיינים בנוגע לסל שיקום, השנייה קשורה לביקורת שהייתה למרואיינים על המערכת הפסיכיאטרית, ובפרט ביקורת אשר קשורה לקונפליקט בין רוחניות לפסיכיאטריה, ובתת-התמה השלישית יתוארו מסרים שביקשו המרואיינים להעביר הן לאנשים אשר מתמודדים עם מצבים נפשיים יוצאי דופן, והן למערכת.

#### 3.5.1 סל שיקום

"אתה נכנס לתוך המעגל הזה, קשה לצאת ממנו" (אברהם/619).

מבין 23 המרואיינים, רק חמישה (רבקה, אדווארד, תומר, אילנה ודורית) סיפרו שקיבלו בשלב זה או אחר בחייהם שירותי סל שיקום האחרים אמרו שלא הוצע להם (חלקם יצאו מהמערכת לפני שסל שיקום נכנס לתוקף בשנת 2000), או שהוצע להם ולא היו מעוניינים, כיוון שהרגישו שהדבר לא רלוונטי להם או כיוון שחששו מהסטיגמה ("לא רציתי. ידעתי שזה יהיה כתם לכל החיים במדינה הזאת") (אליהו/745)). כיום אף אחד מהמרואיינים אינו מקבל שירותי סל שיקום.

הסיבות להפסקת שירותי סל שיקום קשורות לנושאים פרגמטיים ולנושאים עמוקים יותר. ברמה הפרגמטית היו מרואיינים שפשוט הרגישו שהוא לא נחוץ עבורם: אילנה, למשל, השתמשה בתוכנית "עמיתים" לקבל הנחה בכניסה לחדר כושר, אך כיום הרגישה שהיא אינה זקוקה לה, ודורית, שקיבלה ליווי מטעם סל שיקום והפסיקה אותו כעבור כמה שנים, אמרה: "הם עזרו לי להבין עד כמה אני יודעת להסתדר לבד, ואני עם כל הכבוד חבל לבזבז עלי אנשי מקצוע... כשאני צריכה אני יודעת לפנות" (דורית/914-910).

ברמה העמוקה יותר, היו מרואיינים, כמו דינה ורבקה, שאמרו שבחרו להפסיק לקבל סל שיקום כיוון שהרגישו שהוא עשוי לנתב אותם לקריירה של "מתמודדים", שממנה הם רצו להתרחק: "היו מסלילים אותי למסלול של חולת נפש מן המניין" (דינה/511). במקרה של רבקה, מסיפורה עולה שהיא הרגישה באינטואיציה שלה שאם תמשיך לקבל סל שיקום, היא לא תצליח להשתקם: אחרי האשפוז השני בגיל 19, רבקה רצתה להשלים בגרויות וללמוד רפואה. כששחררה הוצע לה הוסטל שיקומי, אשר כלל בין היתר גם שירותי השכלה ותעסוקה נתמכת, והיא הסכימה משום ששוכנעה שבעזרתם היא תוכל להשלים בגרויות:

הם הבטיחו לי להתחיל עם בגרויות, אבל לא נתנו לי להתחיל ללמוד כי הם רצו שאני אחכה כמה חודשים להתייצב. עברו חודשיים ואז אמרו: 'טוב, אנחנו ניתן לך בגרות אחת עכשיו ואז בשנה הבאה עוד בגרות, ואז נראה מה עושים'. ואז התחלתי לחשב: בחינת בגרות אחת עכשיו, זה אומר שאני



צריכה איזה 15, זה אומר שבחיים לא ייצא לי מזה כלום. נלחמתי איתם, הם לא הסכימו, הם שלחו אותי לאיזה עבודה שיקומית בבית דפוס שהייתי צריכה ליישר דפים כל היום או משהו כזה, והרגשתי זלזול באינטליגנציה שלי ברמה משפילה... כל הזמן הרגשתי שזה לא המקום שלי, ולא הסכימו לשחרר אותי... כל הזמן הרגשתי שבחיים לא אצא מזה, כי אתה לא יכול להיות נורמאלי כשאתה בסביבה שמשרישה בך את הבעיה (רבקה/620-637).

רבקה הרגישה שהשיקום "זה לא המקום שלי". תחושת הבטן שלה אמרה לה שאם היא תישאר שם היא "בחיים לא תצא מזה" כי "אתה לא יכול להיות נורמלי בסביבה שמשרישה בך את הבעיה". היה עליה להילחם בנחישות במערכת, ולהיות מוכנה לשלם את המחיר של עזיבתה, אך היא לא נרתעה. הדיסוננס בין העבודה הפשוטה שניתנה לה - יישור דפים, לבין האופן שבו היא תפסה את עצמה – סטודנטית בפוטנציאל לרפואה, גרם לה להרגיש מושפלת, ותרם לרצון שלה לעזוב את ההוסטל ולהתנתק מהמערכת.

בין השורות ניתן להבחין בביקורת שיש לרבקה על השירות שקיבלה. להרגשתה, לו הייתה מקבלת שירות שמותאם טוב יותר לצרכיה, ולא את עסקת החבילה שקיבלה, שבמסגרתה עליה להתיישר (להרגשתה) עם תכתיביה של מערכת ההוסטל, ולו אנשי הצוות היו מוכנים לסמוך על שיקול דעתה בנוגע לבגרויות ולא לעכב אותה, היא הייתה יכולה להפיק יותר תועלת מהשירות המוצע.

ביקורת ברוח דומה על "עסקת החבילה" של סל שיקום הביעה עופרי, שרצתה לקבל שירותי שיקום, אבל במתכונתם הנוכחית נאלצה לוותר. עופרי הרגישה שלקבל שירות מסוים של סל שיקום יצריך ממנה ויתורים על נושאים שחשובים לה, ולכן החליטה לוותר: "הייתי הולכת לסל שיקום, ולו רק בשביל עזרה למצוא עבודה... פעם ניסיתי וראיתי שזה מסובך - אני לא הולכת לפסיכיאטר, אני לא לוקחת תרופות פסיכיאטריות. אתה מבין?" (עופרי/451-454). מכיוון שעופרי הפסיקה להיות "צרכנית" – שפירושו במערכת הוא ללכת לטיפול פסיכיאטרי ולקבל תרופות, הסיכוי שלה לדבריה לקבל סל שיקום הוא נמוך עד אפסי, היות שהקריטריונים של סל שיקום מושתתים על המודל הרפואי של בעיות נפשיות (נכות נפשית של 40% ומעלה).

עופרי, כזכור, רואה את עצמה "כמתמודדת" אך היא בוחרת לא להיות "צרכנית", ובמקום זאת להתמודד בדרכה העצמאית. לצערה, היא אינה עומדת בקריטריונים הקיימים לסל השיקום כיום, שמושתתים לדבריה על חשיבה רפואית קונבנציונאלית.

כמוה גם דינה, אשר הוזכרה בסעיף הקודם בהקשר של המוסד לביטוח לאומי, שנאלצת להציג את

עצמה כסובלת ממחלה נפשית, כדי לקבל קצבה, למרות שהיא לא רואה את עצמה ככזו, אלא כ"שייכת

לקבוצת סיכון" (דינה/289). נושא זה מתקשר במובן הרחב שלו לתמה שעלתה אצל מרואיינים, הקשורה

למחלוקת שיש להם עם המודל הפסיכיאטרי והשיקומי לבעיות נפשיות. מחלוקת זו תוצג בשני תת-החלקים הבאים ("הקונפליקט בין רוחניות לפסיכיאטריה", ו"מסרים למערכת"), וכן בפרק הדיון.

לסיכום, רוב המרואיינים (18) לא קיבלו שירותי סל שיקום מסיבות שונות, ואלה שבכל זאת קיבלו הרגישו עם הזמן שהוא מיותר בעבורם, או גרוע מזה, עלול להסליל אותם לכיוון של הפיכה לצרכנים קבועים של המערכת: "אתה נכנס לתוך המעגל הזה, קשה לצאת ממנו" (אברהם/619). כמו כן, חלק מהמרואיינים אמרו שאם סל שיקום היה מונגש להם בהתאם לקריטריונים אחרים – חברתיים יותר ופחות רפואיים, ייתכן שהיו משתמשים בו.

הנושא הבא שיוצג קשור לתמה שעברה כחוט השני לאורך ארבעת החלקים של פרק "ניתוח הנתונים", והוא: המתח בין ה"רוחניות" של חלק מהמרואיינים לבין הגישה הפסיכיאטרית/שיקומית.

### **3.5.2 ביקורת של המרואיינים על המערכת, והקונפליקט בין "רוחניות" לגישה הפסיכיאטרית**

"חשבו שקרה לי משהו במוח. הם לא ידעו שזה רוחני" (אליהו/662).

כל המרואיינים במחקר, בין שהגדירו את עצמם "רוחניים" ובין אם לא, עזבו בשלב כלשהו בחייהם את עולם הפסיכיאטריה ובריאות הנפש ויצאו לדרכם העצמאית. לרוב המרואיינים (אם כי לא לכולם) הייתה ביקורת על הטיפול שקיבלו בפרט, ועל הפרדיגמה הפסיכיאטרית - בכלל. ביקורת זו התייחסה למספר היבטים של הפרקטיקה הטיפולית: חלק מהביקורת שהשמיעו כוונה להעדר, לכאורה, של מדעיות בפסיכיאטריה: "אין להם כלום... אין להם שום אבחנה אובייקטיבית" (טמיר/582-580); חלק עסקה בפוליטיקה שמאחורי הפסיכיאטריה ובמנגנוני השליטה החברתית שהיא נתפסת כסוכנת שלהם: "אני רואה את הפסיכיאטריה והפסיכולוגים כסוג של הכוהנים... אלה שתפקידם קודם כל לשמור על הסדר החברתי" (יואל/1043-1040); חלק אחר של הביקורת עסק בפסיביות שהיא מעודדת לכאורה אצל מקבלי השירות: "בגדול הפסיכיאטריה מחנכת לפי דעתי לפאסיביות – 'תיקח ת'תרופות', ולפי דעתי, בן אדם בשביל לצאת, מוכרח להיות אקטיבי, מוכרח לגלות את הכוחות שלו. אז אני לא נגד להיעזר בתרופות, אבל אני נגד השיטה שבה האדם פאסיבי" (עופרי/400-398), וחלק אחר של הביקורת שהופנתה כלפי הפסיכיאטריה כוון להיעדרותה של ראייה רוחנית בפרקטיקה הקיימת. לטענת אותם מבקרים, תפיסת העולם הפסיכיאטרית, במקרה הטוב, מחמיצה את פוטנציאל הריפוי האינהרנטי של האדם: "ראיתי במערכת הפסיכיאטרית ממש הסתכלות שטחית ביותר על כוחות הנפש של האדם, הפוטנציאל שלו וכוח הריפוי שלו" (מלכה/314-313), ובמקרה הפחות טוב, עשויה לגרום לנזק של ממש – כפי שיתואר בהמשך. הביקורת של המרואיינים בעלי התפיסה הרוחנית על הגישה הפסיכיאטרית תעמוד במרכזו של חלק זה.

כפי שתואר בחלק שעסק באימוץ כלים רוחניים לאחר המשבר (3.3.1), מספר מרואיינים התחברו לזרם פילוסופי/רוחני/דתי לאחר שחרורם מהאשפוז. בנוסף להם, מספר מרואיינים אחרים פנו לכיוונים רוחניים עוד בטרם המשבר. מרואיינים אלו, בעלי הגישה הרוחנית, נטו לאמץ בעקבות המפגש שלהם עם המערכת את הגישה, לפיה ההסתכלות הפסיכיאטרית המקובלת על מצבי תודעה קיצוניים כעל מחלות נפש, מעוותת את מהותה האמיתית של התופעה. היות שהפסיכיאטריה מחמיצה לשיטתם את ההבנה העמוקה של אותו מצב נפשי יוצא דופן, היא גם נעדרת את הכלים להתמודד איתה: "הם לא יודעים. אין להם שום גישה לעולם הרוחני. הם יודעים לטפל סימפטומטית" (אליהו/671-672). המרואיינים אשר מבקרים את הגישה הפרמקולוגית העומדת כיום בבסיס הפסיכיאטריה: "אני חושב שמה שהכי הרתיע מהפסיכיאטריה זה הניתוק מהנפש. ההסתכלות על העולם הפנימי כטבלה של חומרים מאוזנים או לא מאוזנים במח" (אריק/137-139), מרגישים שהיא נעדרת הסתכלות עמוקה והבנה מהותית של נפש האדם. במקומה הם פונים לתפיסה הוליסטית/אלטרנטיבית, אשר רואה את מצבי התודעה הפנימיים כתולדה של ישות רוחנית ולא חומרית. חלק מהמרואיינים אשר מחזיקים בגישה הזאת, מרגישים שהמערכת עשתה להם עוול באמצעות הטיפול שכפתה עליהם. טמיר למשל, שאימץ תפיסת עולם רוחנית, מסביר מדוע הוא מרגיש שהפסיכיאטריה ניסתה להסב לו נזק, ולכן התרחק ממנה:

אתה מחובר לאיזה משהו שהוא גדול ממך. משהו ענק, משהו אין סופי. מחובר אליו. ה"קליניקים" יגידו, שזה נקרא מאניה, אבל מבחינתי זה היה אני. כן, זה היה הדבר האמיתי. הוא קיים, הוא קיים. וגם אם הוא עזב אותי, גם אם הוא רחוק ממני, הוא קיים, הוא קיים והוא יחזור. והאני הזה, זה מה? זה המהות שלי. זה היכולת שלי לתקשר. וזה מה שהפסיכיאטריה רוצה להרוס בעזרת התרופות שלה. היא רוצה לפגוע לי במוח. וזה לא מקובל עלי. זאת אומרת זאת לא עזרה. אני לא רוצה את העזרה הזאת (טמיר/317-324).

טמיר הרגיש לפני שאושפז תחושה של התעלות, שבשפה רוחנית עשויה להיקרא "אקסטזה", "הארה" או "התעוררות". הוא היה מחובר ל"משהו ענק, אינסופי" שאותו הפסיכיאטרים, לתחושתו, ניסו לקחת ממנו ולהרוס לו באמצעות התרופות. הוא מביע עצב על כך שה"דבר הזה, האמיתי" רחוק ממנו כיום, אבל הוא בטוח שהוא ישוב, משום שזאת "המהות" שלו.

עד היום טמיר לא השתכנע מן התפיסה הרפואית הרואה במה שהוא חווה "מאניה" ותו לא. יותר מכך, הוא מאמין שהמצב המכונה על ידי הפסיכיאטריה "מחלת נפש" הוא למעשה מצב מתקדם יותר מן המצב ה"נורמאלי", ואילו יש לשאוף:

המצב ה"נורמאלי" זה עיוורון מוחלט... כאילו מצב של חלום ללא שום תחושה לגבי המציאות. אפשר להרחיב את זה ולהגיד שזה הזדהות עם החלק המנטאלי של הבן אדם... החלק הזה נעול על כל מיני דפוסים שהתקבעו בשנים הראשונות של החיים... ה"מחלת נפש", כשהיא מתפרצת, אתה פתאום נחשף למהות הרבה יותר רחבה... למה זה פוגע בתפקוד? כי בתפקוד בעולם ה"נורמאלי", כמו שהוא היום, אתה צריך להיות מתוכנת כמו שתכנתו אותך. זאת אומרת, במצב ה"נורמאלי" אתה בתוך האשליה שזאת המציאות... ה"מחלת נפש" מתעוררת, מתפרצת כשאתה מתחיל להתעורר. אתה רואה שזה לא זה (טמיר/4-29).

טמיר רואה ב"מחלת הנפש" מהלך של התפכחות מאשליה, והתעוררות אל עולם בעל "מהות הרבה יותר רחבה". מהלך זה מערער, לדבריו, את הסדר החברתי ה"נורמאלי" הקיים, ולכן הפסיכיאטריה מנסה לדכא אותו.

בדומה לטמיר, גם תהילה מרגישה כיום מחוברת לעולם הרוח, וחושבת כמוהו שהפסיכיאטריה הורסת ורומסת את הייחודיות הרוחנית שקיימת בנשמות של בני אדם:

הנשמה, התת-מודע - זה דבר שהוא בלי סוף... אנשים - כל אחד הוא יצור עילאי בפני עצמו, וצינור למשהו שהוא יכול בגלגול הזה להכיל... באה הרפואה המודרנית, לא ידעה איך להשתלט על האנשים האלה, רמסה אותם בכוחניות גברית מגעילה, והתחילה לתיק אותם כי הם לא ידעו להתמודד עם זה (תהילה/143-152).

תהילה, שהגיע בגיל 16 וחצי לאשפוז כפוי, מאמינה עד היום שהחוויות הרוחניות שהיא חוותה אז, וגם חווה כיום, הן אותנטיות, ולא ניתן לפטור אותן כדלוזיות של המוח: "אף פעם לא האמנתי שהחוויה הרוחנית הזו היא לא אמיתית... כמה שטחנו לי במוח" (תהילה/415). לדבריה לחברה יש אינטרס ("גבריר") לדכא אנשים בעלי חוויה רוחנית ייחודית, משום שאין להם את הכלים להתמודד איתה. תהילה רואה את התיוג שעושה הפסיכיאטריה כעניין תרבותי-חברתי, ומאמינה שבנסיבות חיים אחרות האשפוז היה יכול להימנע ממנה: "הם (ההורים) לא ידעו איך להתמודד עם זה. אם הייתי... נולדת לאיזה גורו. אז הוא היה אומר 'או, ברוך ה'". אבל לא נפלתי לבודהה. לא יצאתי ילדה של בודהה, אז זה לא הסתדר" (תהילה/302-301). תהילה מרגישה שאם היא הייתה נולדת בחברה אחרת, או להורים שמחזיקים בתפיסות רוחניות (כגון בודהה לצורך העניין), לא רק שהיא לא הייתה מתאשפזת, אלא שכנראה היו מבחינים בייחודיות של הנשמה שלה ואומרים: "ברוך ה'". ההתייחסות של הפסיכיאטריה, אשר נתפסת לדברי חלק מהמרואיינים ה"רוחניים" כשטחית, צרה ופטרונית, היא אחת הסיבות העיקריות לרצונם להתרחק ממנה ולא לקחת בה חלק. מקרה מעניין, שמאיר את הקונפליקט בין הגישה הרוחנית לגישה הפסיכיאטרית, ניתן לראות בסיפורה של מלכה, שהתרחקה בחייה

האישיים מעולם הפסיכיאטריה, אך במסגרת לימודיה עברה סטאג' במחלקה פסיכיאטרית. הרושם שהיא קיבלה מהתנסות זו חיזק אצלה את התחושה, שהכלים שהפסיכיאטריה מציעה מוגבלים מאוד, נעדרים רגישות ולעיתים אף הרסניים:

היה לי חודש התנסות במחלקה פסיכיאטרית סגורה. זה היה מזעזע לראות כמה אין ריפוי במקום הזה, וכמה אין מענה. הייתה לי שם חוויה אישית שיצרתי קשר בשיחות עם אחד המטופלים, והייתי נוכחת בכל הוועדות שלו. אבחנו אותו כסכיזופרן, וכאילו הוכיחו את האבחנה הזו לפי הגדרות, לפי ה-DSM. זה היה בחור דתי מאוד ירא שמים, ובשיחות שלי איתו הוא בכלל דיבר על תכנים אחרים, והגדיר חוויות שהוא עבר ברמה שסותרת את זה שהוא חולה סכיזופרניה, אבל הם פשוט לא ירדו לסוף דעתו, וגם הצמידו לו פסיכיאטרית ש... חילונית לגמרי שלא מבינה אותו, שלובשת חולצה חשופה, שהוא בכלל כמעט לא דיבר איתה. אבל איתי הוא נפתח ודיבר, וממש הוכחתי להם שהוא לא חולה סכיזופרניה... באמת הוא... יש לו בעיות, אבל הוא לא חולה סכיזופרניה, והוא כבר בקהילה ומתפקד. ממש התעקשתי שהוא לא יקבל את התווית הזאת... מאוד חרה לי (מלכה/314-298).

מלכה מתארת כיצד אדם שלדבריה יש לו "בעיות", עלול למצוא את עצמו מוגדר כחולה סכיזופרניה בשל פירוש מוטעה של התנהגותו, הנובע מחוסר רגישות תרבותית וחוסר הבנה רוחני/דתי של מצבו הנפשי. למלכה היה חשוב להתעקש על כך שהוא לא יתויג, בין היתר מתוך ניסיון החיים שלה, שהראה לה שהתווית שהוצמדה לה, "מאניה דיפרסיה", לא משקפת את מצבה, כפי שהיא מבינה אותו, ולא תורמת לו.

לסיכום, לאורך הראיונות מרואיינים השמיעו סוגים שונים של ביקורת על המערכת הפסיכיאטרית והטיפול שהם קיבלו: ביקורת הנוגעת להיעדר מדעיות בפרקטיקה הפסיכיאטרית (ובפרט במתן התרופות), ביקורת הנוגעת לפוליטיקה ולמנגנוני השליטה החברתית שהפסיכיאטריה נתפסת כסוכן שלהם וביקורת על כך שהפסיכיאטריה מעודדת פסיביות ולא מספיק מאמינה בכוחות של האדם. סוג נוסף של ביקורת שכוונה אל המערכת, ובה התמקד פרק זה, הגיעה מכיוונם של מרואיינים בעלי נטייה רוחנית, אשר ביטאו פעמים רבות תחושה של חוסר הזדהות והסכמה עם הפרקטיקה הפסיכיאטרית. לדבריהם פרקטיקה זו מחמיצה את הייחודיות שקיימת במצבי תודעה יוצאי דופן, ומנסה, באמצעות התרופות, "לנרמל" אותה. לתחושתם, הפסיכיאטריה עשויה לעיתים להזיק לאנשים שמציגים התנהגות או מחשבות חריגות, בכך שהיא עושה פתולוגיזציה לחוויות שהם מפרשים כחיבור ל"משהו ענק, אינסופי" (טמיר/317).

הביקורת הרוחנית שהושמעה, גם מתכתבת עם תכנים שהוזכרו בתת החלק הקודם (3.4), אשר התמקד באופן בו המרואיינים מפרשים ומסבירים את התופעה הנפשית שחוו, וכן היא משקפת יחסם לאבחנה הפסיכיאטרית (3.4.3) שקיבלו, ולאבחנות פסיכיאטריות בכלל.

החלק הבא יעסוק ב"ביקורת בונה" כלפי המערכת, ובמילים אחרות - כיצד המערכת, לדעתם של המרואיינים, יכולה להשתפר. בנוסף הוא יעסוק במסרים של המרואיינים לאנשים המתמודדים עם מצבים נפשיים יוצאי דופן.

### **3.5.3 מסרים למערכת ולאנשים המתמודדים עם מצבי קצה<sup>27</sup>**

תת-חלק זה יעסוק במסרים שביקשו המרואיינים להעביר הן לאנשים המתמודדים עם מצבי קצה, והן לקובעי המדיניות בעולם בריאות הנפש. במובן מסוים חלק זה מהווה מעין סיכום של התובנות שהם צברו עד כה במהלך המסע הפנימי שלהם פנימה והחוצה ממערכת בריאות הנפש. תחילה, יוצגו מסרים לאנשים המתמודדים עם מצבים נפשיים יוצאי דופן, ולאחר מכן - מסרים למערכת עצמה.

#### **3.5.3.1 מסרים לאנשים המתמודדים עם מצבי קצה**

"אם אתה רואה בתור מה שנקרא מחלת נפש הזדמנות, לא מגבלה, אז אני מקבל על עצמי את כל ההזדמנויות שבעולם" (טמיר/900-899).

כשהמרואיינים נשאלו בסוף הראיון מה מסר שלהם לאנשים המתמודדים עם מצבים נפשיים מורכבים, רובם בחרו להעביר מסר של אופטימיות ותקווה, שעיקרו הוא שניתן להתמודד עם קשיים נפשיים ולנהל חיים משמעותיים ללא עזרת המערכת, ובחלק מהמקרים גם להחלים לגמרי ולהתנתק מזהות ה"חולה". מסרים אלו מתכתבים עם פרק 3.3.3 שעסק באופטימיות ותקווה - אשר זוהו כמרכיב חשוב שעזר למרואיינים להפסיק להזדקק למערכת ולצאת לדרכם העצמאית.

ארבעה סוגים של מסרים מייצגים עלו מניתוח הנתונים:

1. **להיעזר בסבלנות, התמדה ועבודה קשה.** מרואיינים שהתמודדו במשך שנים עם עליות ומורדות, אשפוזים חוזרים ותקופות טובות, נטו לאמץ מניסיונם האישי פרספקטיבה רחבה על תהליך ההתנתקות מהמערכת והמעבר לעצמאות, לפיה אין פיתרון בזק לקשיים ולמורכבויות נפשיות, אבל עבודה קשה, סבלנות והתמדה משתלמים. בנוסף, לקיחת אחריות והתנהגות אקטיבית חשובות מאוד בתהליך העצמאות:

הבשורה שיש לי לאנשים, המוגדרים כפגועי נפש, חולי נפש, אנשים שנמצאים במצוקות גדולות, אנשים עם תוויות, האמירה שלי היא שאפשר לצאת מזה, לחלוטין, אבל זה כרוך בעבודה. זה כרוך בזמן, זה כרוך, הרבה פעמים, בהרבה סבלנות. ביכולת הכלה, בצמיחה, בעשייה, בעשייה פעילה,

<sup>27</sup> בהתאם לרוח העבודה, אני לא משתמש במושג השגור "מחלת נפש", או "הפרעת אישיות", אלא במושג נייטרלי יותר המשקף התייחסויות שונות למצבי תודעה אלו.

בעשייה אקטיבית, בלקיחת יוזמה לידיים. זה יכול להיות מאוד מסובך. להיגמל מתרופות, זה להיגמל מסמים, אבל זה אפשרי (גיל/522-514).

**2. להימנע מהזדהות עם "המחלה".** ישנם מרואיינים שהרגישו שהמפתח לעצמאות מהמערכת קשור בביקורתיות ובסקפטיות לגבי ההגדרות הרפואיות והפרוגנוזות שניתנות על ידי אנשי המקצוע, וחוסר מוכנות להסכים להזדהות עם ה"מחלה" או ההפרעה. יכולת זו מתקשרת עם תכונות אופי מסוימות שהוזכרו בהקשר בחלק (3.1.2.2), כגון אינדיבידואליזם, חשיבה ביקורתית, ביטחון עצמי, כוח רצון ונחישות. בנוסף, הצדדים האופרטיביים של חוסר מוכנות להזדהות עם תפקיד ה"חולה", היינו קבלת סל שיקום ו/או ביטוח לאומי, הוצגו על ידי חלק מהמרואיינים כאלמנטים שעשויים לסייע באי-הפיכה ל"מתמודדים" לכל החיים:

אני חושב שהסוד שלי... זה שאף פעם לא נכנסתי לתוך המחלה הזאת... אף פעם לא לקחתי קצבה, בחיים לא לקחתי קצבה. הייתי יכול להיות נכה צה"ל ולקבל 10,000 שקל בחודש. אני חושב שמה שהציל לי את החיים זה שלא לקחתי את הקצבה הזאת (אברהם/414-411).

**3. אימוץ פרספקטיבה רוחנית.** כפי שתואר בתת-החלק הקודם, מספר מרואיינים אימצו תפיסות רוחניות/דתיות שונות, אשר לתחושתם מעניקות לחייהם משמעות, ועוזרות להם להתגבר על קשיים ואתגרים. תפיסות אלו מספקות להם מסגרת בתוכה הם מעבדים את הרגשות שלהם, וכן במקרים רבים, בזכות החיבור לאותה תפיסת עולם/זרם דתי, הזדמן בפניהם להיפגש עם אנשים בעלי שיעור קומה שעוררו אצלם השראה והתוו להם דרך להשתחררות מהרבה מהקשיים שליוו אותם. מסרים רבים מהכיוון הרוחני, כגון "הכל לטובה" (ראובן/511) ו"אין ייאוש בעולם כלל" (מלכה/413), נאמרו על ידי המרואיינים לאורך ראיונותיהם השונים, והם כנראה יועדו לחזק ולהעצים הן את עצמם והן אחרים. המסר הבא, שנבחר לייצג את המסרים האופטימיים שבאו מהכיוון הרוחני, מדגיש את היופי שקיים ביקום, אשר תמיד נמצא שם, ללא קשר לאתגרים הנפשיים שעשויים ללוות בני אדם במהלך חייהם:

החיים האלה הם קסם ענק, בלתי נתפס, אין סופי. כל המצבים המנטאליים באים והולכים, אבל הקסם הזה נשאר. זאת אומרת, גם בנקודת שפל הכי גדולה שלך אתה בתוך קסם אין סופי, בלתי נתפס. המצב המנטאלי שלך הוא חלק קטן. הוא לא הכל (טמיר/1226-1223).

**4. קבלה עצמית.** מספר מרואיינים הרגישו שהמסע למקומות קיצוניים בנפשם עזר להם להכיר את עצמם יותר טוב, ולהיות מחוברים למי שהם. מסע זה עיצב אותם, לימד אותם על עצמם והקנה להם ענווה. העצה שלהם לאנשים אחרים, המתמודדים עם מצבים נפשיים מורכבים, היא לקבל באהבה את מה שהם חווים ולמצוא את הטוב גם בקושי:

זה חלק ממני שאנחנו, זה מגדיר אותנו, תכל'ס לא הייתי מוותרת על זה היום. כי זה עיצב אותי, אני מי שאני בזכות זה. זה מגדיר אותנו, זה מלמד אותנו להתמודד, וזה מלמד אותנו על עצמנו ועל הקטע הזה של להיות מודע לעצמך ולהקשיב לעצמך ולהיות בשיח עם עצמך כדי להבין מה קורה, ולפתור מה שקורה, ולהיות שם בשביל עצמך. זה העניין. כאילו פשוט להיות קשוב למי שאתה, מה נכון לך. לא לקחת את התוויות שהם אומרים כמשהו, אלא להחליט מי אתה בעצמך, ומה אתה צריך לעשות בשביל זה. וכל אחד יודע מה עושה לו טוב. זה פשוט תהליך שעוברים, וזה כיף גם התהליך הזה, כי זה מלמד אותך מי אתה. וזה כיף בסוף להיות כזה. לדעת מי אתה, כאילו בשביל זה אנחנו כאן אני מניחה. לעבור את הסיבוב הזה עם כל השאלות, כשיש לנו תשובות לכמה מהם אז עשינו את שלנו. ככה אני רואה את החיים בכלל (רבקה/1440-1449).

### **3.5.3.2 מסרים למערכת**

"להקשיב לבן אדם זה אחת המחוות הגדולות, זה אחד ממעשי החסד הגדולים שאפשר" (גיל/617). המסרים שביקשו המרואיינים להעביר למערכת קשורים על פי רוב להרגשה שלהם שהיא לא מספיק ממוקדת באדם ויותר מדי בחולי, לא גמישה מחשבתית ונעדרת "רוחניות", יותר מדי פרמקולוגית ולא מעודדת ריפוי אמיתי, ועושה שימוש יתר בתוויות, בכוח ובכפייה. מניתוח הנתונים עלו ארבעה סוגים עיקריים של מסרים, אשר יוצגו להלן:

**1. על המערכת לשאוף למוכוונות באדם ולא בחולי, ולצמצם את השימוש בתרופות.** "הלוואי שהמערכת תהיה מרוכזת באדם, ולא בחולי שלו. שתהיה יותר פתוחה לשינויים, שיותר תאמין בכוחות של הבנאדם. שתהיה יותר סלחנית" (הילה/419-422).

חלק גדול מהמרואיינים אמרו, שעזבו את המערכת משום שהרגישו שהיא לא רואה אותם, ובמקום זאת עסוקה מדי בניסיונות לאבחן מאיזו תחלואה הם סובלים. הם הדגישו, שלדעתם על אנשי הטיפול והשיקום לראות את האדם בגובה העיניים ולאמץ גישה צנועה יותר:

לדבר בשפה של המטופל. פשוט מאוד. הוא נכנס מתחת לשולחן - אז להיכנס איתו מתחת לשולחן. הוא עלה על השולחן - אז גם אתה עולה על השולחן, וכן הלאה. זה בכאן והעכשיו. אני לא מתנשא עליך ולא מלומד ממך. אתה המורה שלי. אני משפיל את עיני בפניך, מהמקום שאתה נמצא בו. הם מרגישים הכל. אם אתה בא אליו בגישה כזו - הוא נשפך. הוא ידבר את כל הפסיכוזות שלו. בלי תרופות. הוא ירגיש קודם כל שיש לו גב. שמישהו תומך בו (אליהו/1097-1104).

**2. יותר חמלה ואמפטיה, ופחות שיפוטיות וריחוק.**



אנשים צריכים שיאהבו אותם... הופכים את הכדורים האלה לפתרון קבע. הכדורים האלה הם מנטרלים אותך. לא פותרים את הבעיה... איפה יש פה אהבה? איפה יש פה הכלה? ההפך, מטפל צריך לשמור על ריחוק, לא להיות מעורב רגשית (טמיר/1026-1030).

כהמשך ישיר לשימת הדגש על האדם ולא על החולי, מרואיינים דיברו על הצורך האנושי באהבה, חום והכלה. לדבריהם, פעמים רבות הם חוו תחושה של "קור", התנשאות, שיפוטיות ובאופן כללי - היעדר יחס הומאני מצד אנשי המקצוע. רבקה מתארת עד כמה לדעתה יש לאמץ גישה מכילה ולא שיפוטית, במיוחד כלפי אנשים במצבים רגישים ופגיעים: "הכאב בלתי נסבל. אי אפשר לשפוט אף בן אדם במצב כזה, כי אתה לא שם, ואי אפשר להבין את זה מבחוץ. איך בן אדם שלא חווה את זה יכול להגיד לך: 'אתה לא בסדר שרע לך'?" (רבקה/1286-1289).

אחד המרואיינים, אברהם, שהה באשפוז הן בישראל והן בחו"ל, והוא מדבר על ההבדלים בין שני המקומות, המשקפים לתפיסתו גישה שונה כלפי אנשים שסובלים ממורכבויות נפשיות: "(בחו"ל יש) מערכת מאוד קהילתית... צוות שיושב ומדבר איתך, כאילו הוא לא יושב ב"אקווריום" כמו שיש בישראל... ואשכרה מכילים אותך ומדברים איתך" (אברהם/196-201). המרואיינים מציינים שפעמים רבות הם לא הרגישו שנותני השירות באמת לצידם, והם ממליצים שכדאי שאנשי הצוות ישאפו לטפח קשר אנושי ואותנטי, אשר מאפשר מתן אמון ותקווה, ולא יסתמכו רק על תרופות: "הופכים את הכדורים האלה לפתרון קבע. הכדורים האלה הם מנטרלים אותך. לא פותרים את הבעיה" (טמיר/1027).

**3. להימנע ככל הניתן מכפייה.** "כדי שטיפול יצליח לדעתי הוא חייב לבוא ממך, כאילו אתה חייב לרצות את זה, ולהבין שזה יעזור, ולהאמין בזה... כי אחרת זה לא עוזר, זה רק מאמלל הרבה יותר (רבקה/1267-1269). חלק גדול מהמרואיינים סיפרו על אשפוזים שעברו בכפייה, ועל פרקטיקות כוחניות שהרגישו שהופעלו נגדם מטעם המערכת, כגון קשירות, מתן תרופות ונזעי חשמל בכוח, האכלה בכפייה, מכות, עונשים וסוגים שונים של אלימות סימבולית (ראו לעיל 3.2.3.1). כמעט בכל המקרים המרואיינים לא הצדיקו את השימוש בכוח שהופעל עליהם, ופעמים רבות הם אף תיארו אותו כטראומטי. בהתאם לכך, חלק מהמרואיינים בחרו למקד את המסר שלהם בכך שעל המערכת לרסן את השימוש שהיא עושה בכוח שנתון בידיה:

אני מאמין בזכות הבחירה. אני לא שופט מי שפונה לאנשי מקצוע לאשפוז. הבעיה שלי זה עם כפייה, מה שבכוח... זכות הבחירה שכל אחד אחראי לעצמו. אם להקצין את זה, גם בקטע של, הזכות אם לחיות או לא. למרות שאני נגד לשים קץ לחיים. אבל... מי שבעד זה בוחר ללכת לזה וטוב לו, סבבה (אדווארד/464-468).

אדווארד (וכן רבקה), מאמינים שגם במקרים הקיצוניים שבהם אדם רוצה לשים קץ חייו, אל למערכת לכפות עליו טיפול.

מסרים אלו מתכתבים עם דו"ח חמור משנת 2016 על הנעשה במחלקות פסיכיאטריות בארץ. בדו"ח שנכתב על ידי עו"ד שרון פרימור מעמותת "בזכות", עולה כי כ-23% אחוז מהמטופלים אשר הגיעו לבית חולים פסיכיאטרי נקשרו בזמן אשפוזם. נתון זה גבוה מאוד יחסית לנעשה במדינות מערביות אחרות (בבריטניה והולנד, למשל, לא נהוג לקשור מטופלים) (בזכות- המרכז לזכויות אדם לאנשים עם מוגבלות, 2016). אקט זה נחוות על ידי משתתפי הסקר כפוגעני ומבזה (בין היתר בשל העובדה ש-25% מהנחקרים דיווחו על כך שהם נאלצו להטיל את צרכיהם על עצמם). בנוסף חושף הדו"ח, שכמחצית מהנחקרים היו קשורים מעל שמונה שעות, כמחציתם נקשרו יותר מפעם אחת במהלך אשפוזם ורבע מהם ציינו שהם נקשרו כעונש על התנהגותם (בניגוד לעולה מן החוק). אקט כוחני זה נתפס על ידי משתתפי הסקר כמעשה אשר פוגע ביחסי האמון ומחבל בתהליכי החלמה ושיקום.

בעקבות דו"ח זה, והסערה התקשורתית שהוא גרר, כמו גם נייר עמדה והמלצות מעשיות "להפחתת ההגבלות המכאניות ולהגברת כבוד האדם" (נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2016) שפרסמה הנציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, הוקמה במשרד הבריאות וועדה ליזום מהלך של צמצום הקשירות והבידוד בבתי חולים פסיכיאטריים ואימוץ שיטות מתקדמות להרגעת מטופלים (פישל, 2017).

**4. אימוץ פרספקטיבה רוחנית הוליסטית.** בהמשך למסרים שהעבירו מרואיינים מהכיוון ה"רוחני" לאנשים המתמודדים עם אתגרים נפשיים, היו מי שהעבירו מסר בסגנון זה גם למערכת. לאלהיו למשל, היה מסר מובנה, שכלל הדרכה של "מאסטר" רוחני שיעץ לאנשי המקצוע, מיעוט בתרופות ככל הניתן, מתן שכר הוגן, ושימוש בכוחה של קבוצה. זאת, לצד רגישות למצב הפגיע בו נמצא האדם, ומתן כבוד לפוטנציאל הרוחני שלו: שיארגנו להם פעילות של מודעות. כי הם אנשים עם הפוטנציאל הכי גבוה... מי שמתמוטט נפשית - זה האדם עם הפוטנציאל הכי גבוה, כי הוא עבר את הגבול. הוא הגיע לשם... תיקח אותו יד ביד. עם תנועה מודעת... תבנה תוכנית... קבוצתית בהתחלה - ואם הוא לא יכול, יחידנית שמדברת אל ליבו. אל רוחו. אל תפגיש אותו בתותחים. שיעשו אותו זומבי. זה לא טיפול. אתה תהרוג נשמה שהפסדת. הוא יחיה זומבי עד שילך לקבר והפסדת נשמה סתם... בלי לפחד. אם תפחד, הם יפחדו ממך. כי האנשים שהתמוטטו נפשית, הם הרי בשיא הרגישות עם כל התרופות. הם מרגישים כל מצב, כי אין עליהם שום הגנה של עור... אבל מטפל צריך להיות בוגר... אחד שעשה מסע ולא חנטריש... ותשלם לו כמו שהוא צריך... ושיש עליו מאסטר... מאסטר שעבר בעצמו אבל שעבר, לא שכאילו למד מהספרים

איך. אלא שהוא עבר בעצמו התפרקות טוטאלית, והוא מאסטר היום, והוא סופרוויזר שלהם והם מתייעצים איתו, והם שואלים אותו... וזו עבודה רצינית. לא של תרופות (אליהו/1110-1127).

### 3.6 סיכום פרק ניתוח הממצאים

בפרק זה נעשה ניסיון למפות את הגורמים אשר תרמו, מחד, לתהליך הכניסה למערכת הפסיכיאטרית, ומאידך - ליציאה ממנה. השימוש שנעשה בסיפור החיים השלם של המרואיינים איפשר ללמוד על הדרך הייחודית בה כל אחד ממשתתפי המחקר תופס ומעצב את סיפורו האישי, ובכלל זה - את התהליך אותו עבר במסגרת קשריו ומפגשיו עם מערכת בריאות הנפש, את יחסו לאבחנה שניתנה לו, את חוויותיו משימוש בתרופות פסיכיאטריות ואת הכוחות שאפשרו לו לחיות חיים עצמאיים במנותק ממערכת בריאות הנפש.

מניתוח הממצאים עולה, שלהיסטוריה האישית של המרואיינים הייתה השפעה כפולה על מהלך חייהם. מצד אחד, אלמנטים טראומטיים והרסניים שהתקיימו בשלב הילדות וההתבגרות שלהם, כגון משפחה מורכבת, שימוש בסמים ואלכוהול, אירועים טראומטיים מכוננים וחוויות קיצוניות הקשורות לגיל ההתבגרות, הובילו להחלשות המערך הנפשי שלהם, ולאחר אירוע ששימש כקטליזאטור (טריגר), בסופו של דבר לכניסה, בהסכמה או בכפייה, למערכת בריאות הנפש.

מהעבר השני, ניתוח הסיפורים של המרואיינים מראה, שניתן לזהות בהיסטוריה האישית שלהם יסודות שתורמו הן לרצונם להתנתק ממערכת בריאות הנפש והן ליכולתם המעשית לעשות זאת. היסודות אלו כללו: (1) יסודות שנובעים ממערכת של ערכים משפחתיים חיוביים, מתן תמיכה, חום, הכלה, מסירות ולעיתים גם הקנייה של יסודות רוחניים; (2) יסודות שקשורים לתכונות אופי של המרואיינים, שנוצקו בילדותם, כגון ביטחון עצמי, נחישות, מרדנות ועצמאות. על יסודות אלו נשענו המרואיינים כשהגיעו לשלב בו הם התנתקו ממערכות בריאות הנפש.

לחוויות מהאשפוז בפרט, ומהשהות במערכת בכלל, הייתה גם כן השפעה על הרצון להתנתק ממנה בשתי דרכים שונות. ראשית, חוויות שליליות שחוו מרואיינים באשפוז הפסיכיאטרי, אשר כללו להרגשתם סוגים שונים של אלימות, התעללות, ענישה, תחושות של זלזול, חוסר רגישות וחוסר התחשבות מצד הצוות, כמו גם אובדן החופש וחדירה לפרטיות. תחושות אלו גרמו להם לחוש ניכור כלפי המערכת, אובדן אמון ורתיעה, ובכך תרמו למוטיבציה שלהם להתנתק ממנה ולמצוא דרכים חלופיות לטפל בעצמם. שנית, סטיגמה עצמית שהתלוותה לעיתים לאשפוז הפסיכיאטרי גרמה לחלק ממשתתפי המחקר להרגיש מושפלים ומבוזים, פגעה בביטחון העצמי שלהם, והייתה מקור נוסף להתמודדות, שהוביל בתורו לרצון להתנתק.

מצד שני, מסיפורי המרואיינים ניתן היה ללמוד על חוויות מעצימות, מיטיבות ומועילות אשר צידו אותם בכלים להתמודד עם הקשיים והאתגרים שלהם, ותחושה ש"הטיפול הצליח", והם יכולים להמשיך

בכוחות עצמם מבלי להזדקק לשירותיה של המערכת. כלים אלו שיפרו את מצבם הנפשי ובסופו של דבר ייתרו, בחוויה הסובייקטיבית שלהם, את הצורך להשתמש בשירותי המערכת. עם זאת, חשוב להזכיר שבמציאות, החוויות השליליות והחיוביות לא עמדו בפני עצמן, אלא במקרים רבים המרואיינים צברו לאורך תקופת שהותם במערכת אוסף של חוויות משני הסוגים.

תהליך ההתרחקות מהמערכת כלל, ראשית, את הרצון לעזוב, ושנית - את הכלים והנסיבות אשר סייעו למהלך זה. תשעה גורמים זוהו, בתמהיל כזה או אחר בסיפור חייו של כל מרואיין, ונראה כי היה להן אפקט מצטבר, כך שככל שהופיעו יותר גורמים בסיפורו של מרואיין, כך מהלך ההתנתקות הפך לאפשרי ונגיש יותר בעבורו. מהלך ההתנתקות לא התרחש על פי רוב בבת אחת, אלא התרחש לאורך פרק זמן ארוך, בו עברו המרואיינים, בדרך כלל, שינוי מהותי ועמוק, שכן המשבר החריף שהוביל אותם למערכת בריאות הנפש אילץ אותם להתמודד עם שאלות כבדות משקל בנוגע לזהותם ולעתידם, וגרר אחריו שינוי באופן הסתכלותם על החיים (בחלק מהמקרים שינוי זה כלל חזרה בתשובה או חיבור לזרם רוחני כזה או אחר). כמו כן, בנרטיב של חלק מהמרואיינים, ניכר היה כי השינוי שהתחולל בחייהם הוא ביטוי של גדילה והתחזקות כתוצאה מהטראומה/משבר שחוו.

כיום, חייהם של המרואיינים שונים, באופן טבעי, זה מזה, אך ניתן לחלקם באופן גס לשתי קבוצות עיקריות, המאפיינות את התנהלותם כיום ואת יחסם לעברם הפסיכיאטרי. הקבוצה הראשונה היא של המרואיינים אשר עד היום מרגישים שהם מתמודדים עם קשיים נפשיים, שאפיינו את התקופה בה הם היו במערכת. מרואיינים אלו נוטים לנהל דיאלוג מורכב עם האבחנה שלהם, ועם האופן בו הם תופסים את המערכת - על יתרונותיה וחסרונותיה, אשר הופך ליותר אקטואלי ככל שהם פעילים בעולם בריאות הנפש, ונאלצים להגדיר את עצמם בפומבי. הקבוצה השנייה היא של מרואיינים אשר מרגישים שהם עברו ל"גלגול" חיים אחר, ושעברם הפסיכיאטרי אינו רלוונטי לחייהם כיום. מרואיינים אלו נוטים לשלול את תוקפה של האבחנה הפסיכיאטרית שניתנה להם, או לראות בה הסתכלות צרה על מצבם, שהתועלת שלה לא הייתה רבה בעבורם. מרואיינים אלו עשויים לבקר את המערכת ולראות בה גורם שמעכב או מונע התפתחות והחלמה.

#### 4. דיון

מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה לבחון את חוויתם של אנשים אשר בעברם אובחנו כבעלי מחלת נפש קשה (SMI), אושפזו וקיבלו טיפול פסיכיאטרי, וכיום אינם צורכים שירותים ממערכת בריאות הנפש (לרבות שימוש בתרופות פסיכיאטריות) למשך שנה לפחות (להלן "עצמאיים"). המחקר שאף לשפוך אור על האינטראקציה והדיאלוג של ה"עצמאיים" עם גורמי בריאות הנפש במהלך חייהם, ולאפשר הסתכלות מעמיקה על התהליכים הנפשיים, הכוחות, גורמי התמיכה ונסיבות החיים שהובילו אותם ממקום שבו הם צרכו שירותים למקום של הפסקה מוחלטת והתנתקות מהטיפול הממסדי. המסגרת המחקרית אשר הנחתה את איסוף הנתונים וניתוחם הייתה הגישה הנרטיבית של "סיפורי חיים" (Life stories) (Lewis, 2015), המתבססת על המתודולוגיה האיכותנית. השימוש ב"סיפור החיים" ככלי מחקר נמצא כתואם למחקר הנוכחי, משום שבאמצעותו ניתן היה לקבל מידע עשיר על נקודת המבט האישית והייחודית של משתתפי המחקר, אשר הפסיקו לצרוך את שירותיה של מערכת בריאות הנפש. מידע מסוג זה חיוני בתחומים בהם הידע המחקרי הוא מועט, כגון הידע בו עסק מחקר זה.

בספרות העוסקת בנושא ההתנתקות מהמערכת (dropout, disengagement, non-adherence), קיימת מגמה של הצגתה של ההתנתקות באור שלילי, והפניית השיח להשלכות הבעייתיות שמתלוות אליה, כגון החרפה של סימפטומים (Priebe, Watts, Chase, & Matanov, 2005), אשפוזים נוספים (Brunette, Mueser, & Drake, 2004), מגורי רחוב (homelessness) (Henwood, Stanhope, & Padgett, 2011), אלימות ואף אובדנות (Dixon et al., 2009). כמו כן, פעמים רבות התנתקות מקושרת להיעדר תובנה (lack of insight) והכחשה (denial), ועשויה להיחשב כמחלה פעילה שאינה מטופלת (Duration of Untreated Illness-DUI) (Clement et al., 2015). בהתאם לכך, על פי רוב, ההתייחסות להתנתקות היא כאל בעיה שיש צורך בגיבוש אסטרטגיות להתמודדות ולטיפול בה (Fischer et al., 2008). יש לציין, כי ייתכן שאופן הסתכלות זה קשור בעקיפין לתפיסות סטיגמטיות בהן עשויים להחזיק אנשי מקצוע כלפי נפגעי נפש (Hansson, Jormfeldt, Svedberg & Svensson, 2013; Mårtensson, Jacobsson, & Engström, 2014).

עם זאת, למרות ממדיה של התופעה (אשר נעים בין ארבעה ל-46% (O'Brien, et al. 2009; Smith et al., 2014)<sup>28</sup>, קיימים מעט מאוד מחקרים אשר בחנו אותה דרך נקודת המבט של האנשים אשר התנסו בה. ייחודו של מחקר זה מתבטא בכך שהוא בחן לעומק נתיבים של מעבר ממצב של צריכה של שירותים ממסדיים, לרבות אשפוזים ותרופות, להפסקה מוחלטת של קבלת טיפול קונבנציונאלי.

<sup>28</sup> ראו הרחבה של נושא זה בסעיף 4.4

הדין בממצאי המחקר מתמקד בשלושה ממצאים מרכזיים, אשר מתייחסים לשאלה: מדוע וכיצד אנשים עברו ממצב של צריכה של שירותי בריאות הנפש למצב בו הם אינם צורכים? הראשון מתייחס להבדלים בין שלוש תפיסות שונות שהציגו המשתתפים ביחס לבריאות הנפש – גישת ההחלמה, גישת ההבראה והגישה השוללת את קיומן של מחלות נפש, והקשר שלהן להפסקת צריכת שירותים. השני מתייחס לאופן שבו ניסוח מחדש (reframing) של האתגר איתו התמודדו המשתתפים במונחים שאינם ביולוגיים תרם להתרחקות מהמערכת, והשלישי מתייחס באופן כללי לשאלה: האם התרחקות משירותי בריאות הנפש היא תופעה שיש לתקנה? בהמשך הפרק מוצג מודל אינטגרטיבי מסכם, המתאר את מהלך כניסתם, יציאתם וחייהם של המשתתפים כיום. בנוסף, מוצגות השלכות המחקר (לפרקטיקה, למדיניות, לתיאוריה ולמחקרים עתידיים), ולסיום - מגבלותיו.

#### **4.1 החלמה, הבראה והגישה השוללת את קיומן של מחלות נפשיות**

בחינת האופנים שבהם התרחש תהליך ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש מגלה שהם מושפעים משלוש גישות שונות בהן החזיקו המשתתפים ביחס לבעיה/אתגר הנפשי עמו הם התמודדו (ראו הרחבה של נושא זה בסעיף 3.4.3 הדן ביחסם של המשתתפים לאבחנה שקיבלו). הגישה הראשונה מתכתבת עם גישת ההחלמה, ולפיה המשתתפים מרגישים כי הם עדיין חיים עם בעיה נפשית, מחלה או הפרעה, אך מתמודדים איתה באמצעות כלים אינדיבידואליים שרכשו וללא עזרתה של המערכת. הגישה השנייה מתכתבת עם גישת ההבראה, ומאפיינת משתתפים אשר מרגישים שבעבר הם התמודדו עם בעיה פסיכיאטרית, אך כיום הם הבריאו ממנה לחלוטין, ואילו השלישית מייצגת קו מחשבה שאופייני לגישה האנטי/פוסט-פסיכיאטרית, לפיו הם מעולם לא חלו, וכל תהליך האבחון היה שגוי מיסודו. השפעתן של גישות אלו על האופנים השונים בהם המשתתפים הפסיקו לצרוך שירותים מהמערכת תואר בפרק זה.

##### **4.1.1 משתתפים אשר מרגישים שהם עדיין בהחלמה**

חלק מהמשתתפים במחקר הנוכחי נמצאים עד היום בדיאלקטיקה מורכבת עם השאלה: "האם אני חולה או לא?" בעבורם ההתמודדות עם קשיים נפשיים עדיין נוכחת בחייהם, ומהווה מרכיב דומיננטי בחווייתם היומיומית ובהיותם. עם זאת, כיום, בניגוד לעבר, הם מטפלים באתגריהם הנפשיים באמצעות כלים שונים שרכשו במהלך חייהם, וללא שימוש בשירותי בריאות הנפש בהם נעזרו בעבר<sup>29</sup>. משתתפים אלו (בניגוד למשתתפים אחרים אשר יתוארו בהמשך סעיף זה) נוטים לקבל, לפחות באופן חלקי, את התפיסה הפסיכיאטרית לבעיות נפשיות, ומזדהים עם גישת ההחלמה.

<sup>29</sup> הסיבות לרצון להפסיק להשתמש בשירותי בריאות הנפש מגוונות, והן מופיעות בפירוט בהמשך הפרק בסעיף 4.3

גישת ההחלמה הפכה להיות הקו המנחה בתחום השיקום בעולם המערבי בעשורים האחרונים בקרב נותני שירות, מקבלי שירות, חוקרים ומעצבי מדיניות בתחום השיקום (Cook et al., 2015), ובכלל זה גם בישראל (אתר משרד הבריאות, 2016). ההגדרה של מושג ההחלמה עברה אבולוציה במהלך השנים, כאשר בתחילתה הכוונה הייתה ל"החלמה קלינית", שמשמעותה הייתה הפחתה משמעותית של הסימפטומים. עם הזמן, לעומת זאת, התרחבה ההגדרה של החלמה להחלמה "אישית", כך שהיא מתייחסת בראש ובראשונה לאופן שבו האינדיבידואל עצמו חווה, מפרש ומגדיר את תהליכי ההחלמה הקורים בחייו. ההחלמה "האישית" מתייחסת למעשה למצב בו האדם מקיים אורך חיים שמשמעותי עבורו למרות המגבלות הנובעות מהמחלה (Davidson, 2011).

יחד עם זאת, בין אם מדובר במובן ה"קליני", ובין אם במובן ה"אישית" של ההחלמה, הכוונה באופן עקרוני היא על פי רוב לתהליך אשר תיאורטית נמשך לאורך חיים שלמים (life long recovery), בו האדם מתמודד עם מחלה נפשית שאינה נתפסת כבת ריפוי (incurable), או כבעלת סיכוי נמוך לריפוי. על פי תפיסה זו, המתמודד יכול לצפות לרמיסיה, כאשר ברקע תמיד קיים הסיכוי להישנות המחלה (relapse). אנלוגיה נפוצה לתהליך ההחלמה, אשר נעשתה מקובלת הן בקרב נותני השירות והן בקרב מקבלי, היא זו בה הבעיה הנפשית משולה לבעיה גופנית כרונית (כגון סוכרת), ותפקידו של המתמודד הוא ללמוד לחיות איתה ולהתנהל עימה, מבלי לצפות שהיא תיפסק. מחקר שבדק עד כמה אנלוגיה זו פופולרית בקרב הציבור בחן מעל 5,000 אנשים מ-21 מדינות שונות (Seeman, Tang, Brown, & Ing, 2016). נמצא, ש-45% עד 51% מהאנשים במדינות מערביות מאמין שבעיות נפשיות דומות במהותן לבעיות גופניות כרוניות<sup>30</sup>. בנוסף, מחקר זה מצא שרק שבעה אחוזים מהאמריקאים מאמינים שאנשים הסובלים ממחלה נפשית יכולים להתגבר עליה<sup>31</sup>. המשתתפים במחקר הנוכחי, אשר הביעו הזדהות עם גישה זו, נוטים לאמץ את האבחנה שניתנה להם, ולא שוללים על פי רוב שימוש עתידי בתרופות במצבי מצוקה. במילים אחרות, הסיבות שבגינן הם הפסיקו לצרוך שירותים מהמערכת אינן נובעות ממחלוקת עקרונית עם הגישה הפסיכיאטרית, אלא מכך שהם מצאו שהטיפול הנכון ביותר בעבורם, כיום, כרוך בהיעזרות בשלל כלים אלטרנטיביים שמדברים אל ליבם, ושאינם כוללים שימוש בכדורים פסיכיאטריים. בניגוד למשתתפים אלו, חלק אחר מבין המשתתפים במחקר הנוכחי מאמינים, בין היתר מתוך ניסיונם האישי, שניתן להירפא באופן מלא (fully recover), ולא רק לנהל חיים של התמודדות עם מחלה. על כך בחלק הבא.

#### 4.1.2 גישת ההבראה

<sup>30</sup> לעומת זאת, במדינות מתפתחות, בהן התפיסה של בעיות נפשיות שונה, נמצא שרק כ-15% אחוז מהאנשים מזדהים עם אנלוגיה זו.

<sup>31</sup> ככלל, המחקר מראה שמדינות מערביות יותר פסימיות לגבי האפשרות להירפא ממחלה נפשית בהשוואה למדינות מתפתחות.

בניגוד לפרדיגמת ההחלמה, אשר כאמור הפכה לדומיננטית בעולם השיקום, חלק מהמשתתפים, וכן פעילים חברתיים ששהו במערכת<sup>32</sup>, נוטים להאמין שריפוי מלא הוא אפשרות ריאלית עבור כל מי שמתמודד עם בעיות נפשיות. המשתתפים שנוטים לגישה זו אינם שוללים באופן עקרוני את האבחנה שהוצמדה להם בעבר, אלא שכיום הם מרגישים שאין זכר למחלה/הפרעה שפקדה אותם, וזאת בזכות תהליך אישי שהתרחש בתמיכתה של המערכת או מחוצה לה. את העובדה שכיום חייהם מתנהלים ללא סימנים של הפרעה כלשהי הם אינם מפרשים כרמיסיה של מחלה שעשויה לחזור (בהתאם לגישת ההחלמה), אלא כעדות לכך שהם הבריאו לחלוטין (ראו 3.4.2.1).

לצורך הדגמה של רעיון הריפוי המלא, וכדוגמה נגדית לאנלוגית הסוכרת הנפוצה בהקשר של גישת ההחלמה, הפעילה החברתית שרה דוידו (Sera Davidow) (Mad in America, 2016), שהייתה בעבר מטופלת פסיכיאטרית, משתמשת באנלוגיה של עישון סיגריות. לדבריה, אדם שהתמודד בעבר עם משברים נפשיים משול לאדם שבעבר היה מעשן. כאשר עובר די זמן בו הוא התרחק מסיגריות, אותו אדם יכול להפסיק להתייחס אל עצמו כאל מעשן ב"רמיסיה", ולאמץ זהות של לא-מעשן (non-smoker), משום שהסיגריות כבר אינן חלק פעיל בחייו.

על פי ההגדרה הרפואית של ריפוי, מדובר בתהליך המביא להיעלמותה של בעיה רפואית וחזרה למצב של בריאות. בהתאם, ריפוי הוא היעד אליו שואפת הרפואה (ביחד עם מניעה), והוא עשוי להתרחש באמצעים שונים, כגון תרופות, ניתוח, שינוי בסגנון חיים ואפילו באמצעות שינוי תודעתי שמוביל לסיומו של סבל (The American Heritage Medical Dictionary, 2007). מעניין לציין, שרופאים מתייחסים למונח זה בחשדנות וזהירות כאשר מדובר במחלות שעדיין לא נמצאה להן תרופה, כגון סרטן. במקרים אלו הם נמנעים, לרוב, משימוש במונח מחייב זה, גם כאשר כל הבדיקות מצביעות על כך שהמחלה איננה, ובמקומו הם מעדיפים להשתמש במונח (No Evidence of Disease - NED). במקרה של סרטן, למשל, משמעות ה-NED היא שנכון להיום – חסרים עדיין הכלים לדעת בוודאות שתאים סרטניים כבר לא קיימים בגוף, אך עדיין אין זה אומר שהגוף נרפא (Cantrell & Conte, 2009). לעומת זאת, במקרים של מחלות פשוטות יותר, כגון צינון, כאשר האדם מחלים והסימפטומים נעלמו, נאמר עליו שהוא הבריא, אף-על-פי שבעתיד הוא עלול להצטנן שוב. באנלוגיה לעולם בריאות הנפש, נראה כי כיום, הפסיכיאטריה נוקטת באופן כללי בגישה הראשונה ("השמרנית"), כאשר מדובר במה שמוגדר כמחלות נפש קשות (SMI), כלומר, מצב שבו אדם שבעבר התמודד עם בעיה נפשית וכיום אין עדות למחלתו ייחשב על פי רוב כמצב של רמיסיה, ולא כמצב של הבראה (Kidd, 2015). בנוסף, נראה כי נכון להיום הגישה הדומיננטית במחקר בבריאות הנפש היא

<sup>32</sup> ראו לדוגמה פוסטים באתר National Empowerment Center (2016) National Empowerment Center



של התקדמות הדרגתית ולא של ריפוי ומניעה - וזאת בשונה מגישתו של המחקר הביו-רפואי, אשר מציב לעצמו יעדים אלו (Insel & Scolnick, 2006).

בנוגע לשכיחות התופעה, המונח המקצועי המתייחס לאחוז הנרפאים (cure rate) בהקשר של בריאות הנפש, משמעותו - חזרה לתפקוד או לאישיות הפרה-מורבידיות (pre-morbid personality). בספרות האקדמית שעוסקת בנושא קיימת הכרה בכך שהחלמה מלאה או ריפוי של מחלות נפש קשות (SMI) אכן אפשרי, אך ברוב המקרים היא נתפסת כלא שכיחה וכבעלת סיכוי נמוך (Eddy, Dutra, Bradley, & Westen, 2009; Warner, 2004). בהקשר זה, חשוב להדגיש שאחד הקשיים במדידת אחוזי הבראה בבריאות הנפש הוא העדר קריטריונים אבסולוטיים למדידה. אם, לצורך העניין, בתחום הרפואה הגופנית יחסית קל ברוב המקרים לקבוע האם אדם הבריא ממחלה כלשהי או לא, הרי שבעולם הנפש, בהיעדר קריטריונים אובייקטיביים ומדדים ביולוגיים לאבחון מחלות, קיימת בעיה להכריע בנושא זה (Ryan & Deci, 2008). כך למשל, כאשר אדם, שמרגיש באופן סובייקטיבי שהוא החלים באופן מלא, אך הפסיכיאטרים או החברה חושבים שלא, האם אכן הבריא? מי מוסמך להחליט בעניין זה? לסוגיה זו, הנוגעת לזכות ההגדרה העצמית (self determination), אשר בעלת השלכות משפטיות, אתיות וחברתיות, אין תשובה חד-משמעית, והיא פתוחה לדיון פילוסופי וסוציולוגי.

נראה, כי העניין המחקרי בתופעת הריפוי בבריאות הנפש מצומצם למדי (Rogers & Pilgrim, 2014). הסיבות למיעוט המחקרים על הבראה קשורות בראש ובראשונה לעובדה שעיקר המחקרים המרכזיים בתחום מצאו כי אנשים בעלי מחלות נפשיות קשות (SMI), ובפרט סכיזופרניה, הנתפסת בעולם הפסיכיאטריה כמחלת מוח בעלת מרכיבים תורשתיים (Ripke et al., 2014), מפגינים סימנים של ירידה קוגניטיבית (Palmer, 2009; Daves, & Heaton, 2009), תפקוד לקוי באופן משמעותי (Rinaldi et al., 2010), הישנות ופגיעה בטווח הארוך ביכולת להיות עצמאי ולקחת חלק בקהילה (Bowie, Grossman, Gupta, Oyewumi & Harvey, 2014). בהתאם, היות והתמונה המתקבלת ממחקרים אלו היא שתופעת הריפוי המלא אינה שכיחה, תופעה זו כמעט ואינה זוכה לעניין אקדמי.

סיבה נוספת שבגינה תופעה הריפוי עשויה להיתפס ככזאת, קשורה בין היתר לכך שההתנתקות ממערכת בריאות הנפש של אנשים שהבראו אינה מתועדת או מדווחת, ובקרב אנשי מקצוע, אשר רואים רק את המקרים האקוטיים יותר, נוצרת תמונת מצב מוטה, המכונה 'clinician illusion' (Cohen & Cohen, 1984) לפיה מתקבל הרושם כי אנשים חולים יותר ממה שהם אכן במציאות (Davidson, Schmutte, Dinzeo, 2008; Hyman, & Hyman, 2008). מחקר אוסטרלי שבדק עד כמה רופאים ונותני שירות מאמינים באפשרות של ריפוי מלא מחזק טענה זו. במחקר נמצא שמבין 24 רופאים שנשאלו על האפשרות להגיע לריפוי מלא בקרב אנשים אשר

אובחנו עם סכיזופרניה (עם או בלי טיפול), לא היה רופא אחד שמאמין שניתן, וזאת בניגוד לעמדות של הציבור ושל אנשי מקצוע אחרים (Hugo, 2001).

סיבה נוספת שניתן להעלות בנוגע למיעוט המחקרים בנושא הריפוי בבריאות הנפש עשויה להיות קשורה לקושי טכני באיתור של אוכלוסיית מחקר מתאימה. בדומה לקושי היחסי שהתקיים בגיוס משתתפים למחקר הנוכחי (ראו פרק "השיטה", סעיף 2.2.1), כך גם ניתן לשער שמחקרים אשר מעוניינים לבחון את התופעה עשויים להתקשות בגיוס משתתפים, שכן אנשים אשר התנתקו מהמערכת הפסיכיאטרית נוטים על פי רוב להצניע את עברם, ולחיות את חייהם מחוץ לאור הזרקורים. קושי זה עשוי להרתיע חוקרים, בפרט כאשר מדובר במחקר כמותי המצריך מספר רב של נבדקים.

זווית הסתכלות אחרת על תופעת ההבראה, אשר עשויה לשפוך אור על התחושה הסובייקטיבית של המשתתפים במחקר אשר הרגישו שהבראו, מגיעה מכיוונו של מחקרים הבוחנים את יעילותן של תרופות פסיכיאטריות, ובפרט אנטי-פסיכוטיות. במטה-אנליזה של 65 מחקרים שערכו לכט ועמיתיו (Leucht et al., 2012) על יעילותן של תרופות אלו במניעת הישנות, נמצא, שבטווח של השנה הראשונה יש לאנשים שלא לוקחים תרופות סיכוי של 80% להישנות (לעומת 45% שנוטלים תרופות), ושסיכוייהם להחלמה מלאה נמוכים מאוד. עם זאת, בחינה ביקורתית של מאמר זה מצביעה על קשיים מתודולוגיים שמעמידים בספק את תוצאותיו (Whitaker, 2016). יתרה על כך, מספר מחקרים מצביעים על תוצאות הפוכות מאלה של לכט ועמיתיו, לפיהן דווקא אי-לקיחה של תרופות עשויה להקטין את הסיכוי להישנות, ולהגדיל את הסיכוי להחלמה מלאה. דוגמה למחקר כזה היא מחקר אורך שנמשך 20 שנה שערכו הרוב וג'וב (Harrow, Jobe, & Fauli, 2014). מחקר זה, אשר כלל 200 אנשים אשר אובחנו כבעלי סכיזופרניה או הפרעות פסיכוטיות כאלו ואחרות מצא, שבטווח הארוך 40% מבין מי שהפסיקו לקחת תרופות החלימו/התרפאו, וזאת לעומת חמישה אחוזים מבין אלו אשר השתמשו בתרופות אנטי-פסיכוטיות. ביקורת שהוצגה כנגד מחקר זה טענה כי המחקר לא היה רנדומאלי, והמטופלים אשר הפסיקו לצרוך תרופות היו מלכתחילה "פחות חולים". בכל זאת, מתוך מחקר זה, ומחקרים דומים לו (Gleeson et al., 2011; Hopper, Wunderink, Nieboer, & Wanderling, 2013; Wiersma, Sytema, & Nienhuis, 2000), ניתן לשער שהבראה קשורה בדרך כלשהי, ובתנאים מסוימים, להפסקה או להפחתה משמעותית של הצריכה של תרופות פסיכיאטריות.

בהתאם לקו מחשבה זה, מתוך נתוני המחקר הנוכחי עולה, כי לתפיסתם של המשתתפים, הפסקה של

השימוש בתרופות הייתה תנאי הכרחי, שבלעדיו ההבראה לא הייתה יכולה להתרחש (ראו 3.3.9 - ירידה מתרופות כתהליך של התרחקות ממערכת בריאות הנפש). לדבריהם, הסיבות לכך קשורות, ראשית, לזהות כחולים – כל עוד הם המשיכו לקחת תרופות אותם משתתפים לא יכלו לחשוב על עצמם כעל אנשים בריאים.

שנית, מבחינת הביולוגיה – התרופות גרמו לאנשים אלה להשטחה וקהות רגשית, שלא אפשרה להם להרגיש שהם ממשים את מלוא הפוטנציאל שלהם (ראו 3.3.1.1). בנוסף, כאשר מרואיינים הסתכלו על הבראה בהקשר הרחב שלה, חלקם הבינו ששימוש בתרופות יפגע בבריאותם הפיזית לאורך זמן, ולכן, מתוך דאגה לבריאותם, החליטו לחדול מלקחת תרופות פסיכיאטריות. סיבה זו מתכתבת עם ממצאים עדכניים אשר מצביעים על קו-מורבידיות גדולה בין תרופות פסיכיאטריות ומחלות גופניות, ועל קיצור משמעותי בתוחלת החיים (Liu et al., 2017). עם זאת, חשוב להדגיש שלא כל המשתתפים במחקר הביעו עמדה שמתנגדת לשימוש בתרופות באופן גורף. בעבור חלקם, בטווח הקצר התרופות היו אפקטיביות ואף מצילות חיים, אך מרגע שהם הרגישו שהתייצבו - התרופות נחו כמכשול להבראה.

לסיכום, מספר משתתפים במחקר הנוכחי הרגישו שהם עברו תהליך של החלמה מלאה/הבראה מהבעיות הפסיכיאטריות שליוו אותם, והיות שכך, הם הרגישו שלמערכת אין מה להציע להם עוד. מהנרטיבים שלהם עולה כי צמצום השימוש בתרופות, עד הפסקתו המוחלטת, היה שלב מרכזי ומכריע בתהליך הריפוי. משתתפים אלו לא התנגדו באופן עקרוני למודל הפסיכיאטרי לבעיות נפשיות, אך הרגישו בשלב כלשהו בחייהם שהוא כבר לא רלוונטי בעבורם. לתפיסתם, הבראה מלאה, ולא רק החלמה (אשר מתמקדת כאמור בשאיפה לחיות בשלום עם המחלה), היא אפשרית, ושיש לנסות לשאוף אליה (חלקם מאמינים שבעבור כולם הדבר אפשרי, וחלקם חושבים שהדבר תלוי באדם ובנסיבות). לעומת זאת, עיקר הספרות המחקרית כיום בתחום נוטה להתייחס להבראה כאל תופעה שולית, ובהתאם לכך העיסוק האקדמי בנושא זה מצומצם למדי. חרף זאת, קיימים מספר מחקרים אשר מצביעים על כך שדווקא הפסקת צריכת שירותים של המערכת, ובפרט אי-שימוש בתרופות, עשוי להגדיל את הסיכוי לריפוי מלא.

החלק הבא יעסוק במסלולם של משתתפים אשר התנתקו מהמערכת על רקע מחלוקת אידיאולוגית

עם תפיסת העולם הפסיכיאטרית.

#### **4.1.3 הגישה השוללת מחלות נפשיות**

ניתוח הנתונים הראה, שבעבור כשליש עד מחצית מהמשתתפים במחקר זה, התפיסה של תהליך ריפוי, כמו גם החלמה, הפכו להיות זרים להם. נראה, שהסיבה לכך נובעת מהעובדה שבעבורם מצבי תודעה יוצאי דופן (מצבי קצה), או משברים כאלו ואחרים, אינם "מחלה נפשית" שיש להחלים או להבריא ממנה, אלא אפשרות לגיטימית, נורמלית (ולעיתים נעלית) של תודעה אנושית (ראו 3.4.4). במילים אחרות, תחושתם האישית של אותם משתתפים היא שהם לא התרפאו או החלימו, משום שהם מעולם לא היו חולים. לשיטתם, אנשים מקבלים את התווית של "חולה נפש" כאשר הם נמצאים במצוקה רגשית (כתוצאה ממספר גורמים כגון: תמיכה חברתית חסרה, משאבים דלים ויכולת התמודדות לקויה), שמונעת מהם לתפקד בחברה כפי שמצופה

מהם. מצוקה רגשית, לדבריהם, על כל ההיבטים החריגים שהיא יכולה לייצר, איננה מחלה, והטיפול בה לא צריך להיות תרופתי, אלא רגשי, אמפתי ובהתאם לאסכולות מסוימות - רוחני/דתיות.

כיוון מחשבה זה, לפיו מחלות נפש הן לא יותר ממיתוס או מטפורה לא מוצלחת שאין לה קיום במציאות, משקף גישות אנטי-פסיכיאטריות שהחלו להתמסד בשנות ה-60 של המאה ה-20. הפסיכיאטר תומאס סאס הוביל קו מחשבה. בספרו, "The myth of mental illness" (Szasz, 1961), הוא ביקר את המוסריות והאתיקה שבפסיכיאטריה, ואת היסודות המדעיים עליהם היא נשענת. ספר זה זכה לביקורת רבה מצד הממסד, שכן גישה זו חותרת תחת היסודות עליהם מושתתת הדיסציפלינה הפסיכיאטרית. לראיה, מעט אחרי שסאס פרסם את ספרו יצאו הודעות מטעם ארגוני בריאות הנפש המרכזיים בארה"ב: American Medical association, American Psychiatric Association ו-National Institute of Mental Health, אשר דחו אותו מכל וכל (Cresswell, 2008).

מצד שני, ספר זה גם זכה לפופולריות רבה בקרב חוגים מסוימים, והוא, יחד עם עבודותיהם של לאנג (Laing, 1969), פולקס (Foulkes, 1984) ואחרים, הניחו את הבסיס האינטלקטואלי לתנועות שונות של "שורדים" (ex-patients/survivors), ולאנשים משפיעים בתחום בימינו (כגון פיטר ברגין, מייקל קופר וגאבור מטה), המזוהים עם זרם האנטי/פוסט-פסיכיאטריה. תומכת נוספת, אשר מרבה לבקר את הגישה הרפואית לבעיות נפשיות היא איילין גרמבריל (Elieen Garmbrill) – פסיכולוגית ומרצה באוניברסיטת ברקלי. לדבריה, ספר האבחנות הפסיכיאטרי (DSM), המבוסס על הרעיון המוטעה של "מחלות נפש", הפך להיות אחת הטכנולוגיות המוצלחות ביותר בעידן המודרני, וזאת על אף ביקורת מובנה היטב. לטענתה, מגרסה לגרסה, עוד ועוד בעיות חיים מומרות לבעיות רפואיות, תוך התעלמות מגורמים סביבתיים/חברתיים, כגון עוני, פוליטיקה, בעיות מוסריות ואי-שוויון. לתפיסתה, ההסתכלות הרפואית, היא זו המשמרת את הסטאטוס קוו לפיו אנשי בעלי רגישות מסוימת מודרים מהחברה, ובמקום להרחיב, היא מצמצמת הזדמנויות לחופש, צמיחה וכבוד – כל זאת תוך התעלמות מספרות רחבה אשר מדגימה כיצד סביבה חריגה יוצרת התנהגות חריגה, אשר בדיעבד ניתן ורצוי היה לשנותה (Gambrill, 2014). בדומה אליה, בספרו "Being mentally ill: a sociobiological theory" (Scheff, 1907), מבקר תומס שף (Thomass Scheff) את הבסיס הביולוגי והתאורטי של מתן אבחונים פסיכיאטריים, ומתאר מהלך של היסללות לתוך "קריירה" של חולה נפש אשר נובע מתשתית לוקה ומצומצמת זו.

על מנת למנוע בלבול חשוב לציין, שתפיסה זו לא שוללת את קיומם של סימפטומים שונים, כגון פסיכוזה, דיכאון או מאניה, וכן היא אינה שוללת את הסבל שעשוי להתלוות למצבים אלו, אלא שלשיטתה של המחזיקים בתפיסה זו, אין תשתית ראייתית שמצביעה על כך שאלו מתלכדים לכדי מחלה כלשהי. לדבריהם

הצירוף "מחלת נפש" הוא הבניה חברתית, אשר שייכת לתרבות המערב ולבעיות חיים (problems in living) ואין זו ישות אשר מתקיימת במציאות. לראיה, תרבויות אחרות בעולם מתייחסות לתסמינים דומים באופן שונה לגמרי, אשר במקרים מסוימים, על פי מחקרים של ארגון הבריאות העולמי (WHO) דווקא עשוי להיטיב עם האדם (Leff, Sartorius, Jablensky, Korten, & Ernberg, 1992).

קו מחשבה זה הוביל להקמתם של ארגונים שונים, אשר מנסים לתמוך באנשים המתמודדים עם מצבי

קצה, בגישה שאינה פסיכיאטרית. דוגמה לארגון מסוג זה היא תנועת שמיעת הקולות Hearing Voices Movement (Hearing Voices Movement, 2016). תנועה זו, אשר הוקמה בשנת 1987 רואה עצמה כתנועה פוסט-פסיכיאטרית, מציעה הסתכלות אלטרנטיבית על מה שמוגדר על ידי הפסיכיאטריה כמחלות נפש או הפרעות אישיות. המוטו שלה הוא שתופעת שמיעת הקולות אינה עדות למחלה (כגון סכיזופרניה) אלא תופעה אנושית, אשר עשויה לבטא כשרון מיוחד או רגישות, טראומה, חוויה רוחנית, דיס-אסוציאציה, חוויה פרה-נורמאלית, בעיה פיזית או בפשטות הבדלים בין-אישיים (Woods, Jones, Alderson-Day, Callard, & Fernyhough, 2015).

לטענת אנשי הארגון, עדויות רבות שנאספו במהלך השנים (Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris, 2011), מצביעות על כך ששמיעת קולות היא תופעה שניתן להתמודד איתה בהצלחה, ואף לגדול ממנה, בעיקר כאשר נעשה ניסיון להבנת המשמעות של הקולות השונים ולימוד של כלים לניהול מערכת יחסים מקבלת עמם. לתפיסתם, שמיעת קולות על פי רוב היא תוצר של טראומה, ומשמשת כמנגנון הישרדות במקרים בהם האדם מרגיש מצוקה וחוסר אוניס. החלמה לידם מתאפשרת כאשר נעשית קונפירמציה עם בעיות העבר אשר נמצאות בבסיס החוויה<sup>33</sup> (Romme & Escher, 1989) התשתית הקונספטואלית של תנועות מסוג זה רואה בפרדיגמה הפסיכיאטרית מערכת הגורמת לסבל מיותר, אשר יש להחליפה, בין היתר עקב תוצאות לוואי שליליות של שימוש בתרופות והגדלת הדיכאון והחרדה הנובעים מהתיוג.

כיום, עיקר הביקורת המופנית כנגד גישה זו היא שהיא מתעלמת מגילויים בתחום הנורופתולוגיה,

אשר צוברים עדויות על הקשר בין אבנורמליות מוחית ובין סימפטומים שונים של מחלות, וכן מגילויים המצביעים על הגנטיקה של מחלות נפשיות (Bentall, & Schaler, 2004).

במחקר הנוכחי גישה זו, לפיה מחלות נפש הן ישות פיקטיבית, יוצגה בעיקר על ידי האנשים בעלי

התפיסה הרוחנית, אשר לדבריהם - מעולם לא היו חולים, אלא רק נקלעו לנסיבות שהובילו את מערכת בריאות הנפש לתייג אותם ככאלה. אותם משתתפים הרגישו שאין למערכת מה להציע להם, ולכן הם הפנו לה עורף ופנו למחוזות אשר הרגישו להם מדויקים ומתאימים יותר.

<sup>33</sup> אם כי יש לזכור שאין פרושה של החלמה בהכרח היעדר קולות.

לסיכום, בחלק זה הוצגו שלוש גישות שונות של משתתפים ביחס לבעיות/אתגרים נפשיים עמם הם התמודדו. גישות אלו מייצגות אסכולות שונות בעולם בריאות הנפש, כאשר הראשונה (גישת ההחלמה) מאפיינת לרוב את העוסקים בשיקום, ושתי האחרות מאפיינות מטופלים לשעבר (ex-patients)/שורדים (survivors) ואנשי מקצוע אשר אינם נמצאים במרכז הקונסנזוס. לכל אחת מהגישות יתרונות וחסרונות משלה, ונראה כי אנשים שונים נוטים לאמץ גישות שונות בהתאם לניסיונם ולתפיסת עולמם.

הגישה הראשונה שהוצגה היא גישת ההחלמה, אשר מעודדת אנשים ללמוד לחיות חיים מלאים לצד המחלה, ומדברת לליבם (באופנים שונים) של חלק מהמשתתפים במחקר. משתתפים אלו אמנם מרגישים שהם מתמודדים עם בעיה נפשית שהם לא מצפים שתיפתר בקרוב (life long recovery), אך בניגוד למתמודדים אשר מזדהים עם גישה זו וממשיכים לקבל שירותים מהמערכת, הם הרגישו שהדרך היעילה והמוצלחת ביותר בעבורם נמצאת מחוצה לה. לגישת ההחלמה יתרונות רבים, אך גם חסרונות. חלק מחסרונות אלו קשורים לעובדה שאנשים שמאמצים אותה עשויים להתמודד עם סטיגמה חברתית, סטיגמה עצמית, ותופעות שליליות שנובעות משימוש בתרופות פסיכיאטריות (Davidson et al., 2010). בגלל הקשרים שליליים אלו, בין היתר, חלק מהמשתתפים נטו לחפש פרדיגמות אלטרנטיביות למצב הנפשי עמו הם התמודדו.

הגישה השנייה שאפיינה חלק מהמשתתפים היא זו של הריפוי המלא. על פי גישה זו מחלה נפשית אינה גזירת גורל שיש להתמודד איתה למשך כל החיים, אלא ניתן, באמצעות גורמים שונים ונסיבות (ראו 3.3), כגון קבלת עזרה מאחר משמעותי, אימוץ פרספקטיבה רוחנית, פיתוח מודעות עצמית וכלים להתמודדות עם משברים, להגיע למצב של ריפוי מלא ואימוץ זהות חדשה שאינה קשורה לעולם בריאות הנפש. משתתפים אלו הרגישו שהם עברו כברת דרך בחייהם, ושהבעיות הנפשיות שהטרידו אותם כבר אינן רלוונטיות בשום דרך לחייהם כיום. נכון להיום, גישה זו אינה פופולרית בקרב הזרם המרכזי בבריאות הנפש, ונראה כי יש לערוך מחקרים נוספים על מנת לקבל אומדן מלא יותר שלה ולהבינה לעומק.

הגישה השלישית שהוצגה מאפיינת משתתפים אשר מרגישים שהם מעולם לא היו חולים, אלא רק נקלעו לנסיבות שהובילו את מערכת בריאות הנפש לתייג אותם ככאלה. במחקר הנוכחי גישה זו יוצגה בעיקר על ידי האנשים בעלי התפיסה הרוחנית. קו מחשבה זה מזוהה עם הגישה האנטי/פוסט-פסיכיאטרית, אשר רואה במושג "מחלת נפש" הבניה חברתית מערבית. אנשים אשר מחזיקים בתפיסה זו מתנגדים הן לגישת ההחלמה והן לגישת ההבראה, משום שלתפיסתם תהליך אבחון אדם כ"חולה נפש" נשען על יסודות מדעיים ומוסריים רעועים.

מתוך המחקר הנוכחי עולה, כי חלק מהאנשים אינם מתקבעים על גישה זו או אחרת, אלא עשויים לנוע בין הגישות השונות, ואף להחזיק בכמה מהן במקביל. דוגמה לכך ניתן ללמוד מתוך דבריהם של

המשתתפים ה"אקטיביסטים" במחקר, אשר נוטים לנוע על הציר שבין גישת ההחלמה לגישת הריפוי המלא. משתתפים אלו על פי רוב דבקים בגישת ההחלמה בחייהם הציבוריים ובמסגרת פעילותם בתחום בריאות הנפש, ובחייהם האישיים להטיל בה ספק ולשקול את אפשרות הריפוי המלא (ראו דוגמה בסעיף 3.4.2.3) אשר מציגה פעילים בתחום בציבורי, שמציגים את עצמם כ"מתמודדים", למרות שאינם תופסים בהכרח את עצמם ככאלה. עם זאת, חשוב להדגיש שבמציאות, הקווים שמפרידים בין תחושה של התמודדות כחלק מתהליך החלמה, לבין תחושה של ריפוי מלא, לבין תחושה שמעולם לא הייתה מחלה נפשית, בדרך כלל נוטים להיות מטושטשים ולא מוחלטים.

שלוש גישות אלו, בהן החזיקו המשתתפים, מסבירות את הסיבות שבגינן היו מי שבחרו להפסיק לצרוך את שירותיה של מערכת בריאות הנפש. המשתתפים אשר מצדדים בגישת "המיתוס של מחלות הנפש" בחרו להתנתק על רקע חוסר הסכמה אידיאולוגי עם הפרדיגמה הפסיכיאטרית. מי שהרגישו שהבריא, באופן טבעי לא הרגישו צורך להיות חלק במערכת, ואילו המשתתפים אשר הרגישו שהם עדיין בתהליך החלמה בחרו, מסיבות אשר יפורטו להלן, בסעיף 4.3, לעבור את תהליך ההחלמה שלהם ללא עזרתם ותמיכתם של שירותי בריאות הנפש.

הסעיף הבא מהווה מעין המשך לסעיף זה, בכך שהוא מפרט לעומק סוגים שונים של התייחסות למקור הבעיה/אתגר נפשי, אשר שוללים את התפיסה הפסיכיאטרית לפיה מדובר במחלה או הפרעה נפשית. בסעיף זה יתואר כיצד אי-קבלתה של התפיסה הפסיכיאטרית המקובלת, או לחלופין קבלתה בתחילה אך בהמשך - החלפתה בתפיסה חלופית, עזרה למשתתפים למצוא את דרכם אל מחוץ למערכת בריאות הנפש.

**4.2 ניסוח מחדש של הבעיה במונחים שאינם ביולוגיים כגורם מסייע בהתנתקות ממערכת בריאות הנפש**

אחת השאלות המרכזיות שמחקר זה התמקד בהן הייתה: מהם הגורמים אשר תמכו במהלך של ההתרחקות ממערכת בריאות הנפש וההתנתקות ממנה? ניתוח הנתונים העלה תשעה גורמים אשר תמכו בתהליך זה (ראו 3.3), כמו קבלת עזרה מאחר משמעותי, מציאת כלים לפיתוח מודעות עצמית, שמירה על אופטימיות ותקווה, ואימוץ דרך חיים רוחנית. גורמים אלו, אשר פורטו בהרחבה בפרק ניתוח הנתונים, מוכרים בספרות כגורמים אשר עשויים להיטיב עם אנשים, אך בכל אחד מהם בנפרד אין משום חידוש והוספה על הידע הקיים. לכן, דיון זה לא יתמקד בהם. עם זאת, בחינת האופנים שבהם התרחש תהליך הפסקת צריכת השירותים מהמערכת מגלה תמה מרכזית, אשר קשורה לניסוח מחדש (reframing) של הבעיה/אתגר עמו התמודדו המשתתפים. ניסוח מחדש זה טומן בחובו רבדים מעניינים ומהותיים הקשורים לתהליך ההתנתקות, ולכן הדיון יתמקד בו. הניסוח המחודש שעשו המשתתפים ביחס לבעיה/אתגר עמו הם התמודדו מגלם בחירת נרטיב אישי אלטרנטיבי לזה שמערכת בריאות הנפש הציגה להם, כך שבעוד שזו ניסתה לשכנע אותם שמקור המצוקה

שלהם הוא מחלה נפשית שמקורה ביולוגי, או הפרעה אישיותית כזאת או אחרת, המשתתפים גיבשו עם הזמן הסבר אחר לאטיולוגיה של המשבר שלהם, ובהתאם גם לדרכי ההתמודדות עימו. שינוי נרטיב זה ביחס למקור הבעיה זוהה במחקר הנוכחי כאחת מנקודות המפתח בתהליך של ניתוב דרכם אל מחוץ למערכת. נראה, שהסיבה לכך נעוצה בעובדה ששינוי הנרטיב איפשר להם ליצור לעצמם מציאות חדשה, בה הם נעזרים בכלים שאינם פסיכיאטריים, אשר הם מצאו כמתאימים ביותר בעבורם, עם האתגרים הנפשיים שמעסיקים אותם. מרגע שהמשתתפים הרגישו מספיק יציבים ובטוחים בדרכם החדשה, אשר מקורה בשינוי התפיסתי לגבי מקור הבעיה, הם היפנו עורף למערכת והמשיכו בדרכם העצמאית.

חשוב עם זאת להדגיש, שלא כל המשתתפים עברו תהליך מובהק וברור של ניסוח מחדש במונחים שאינם ביולוגיים של האתגר הנפשי עמו הם התמודדו. כפי שהוזכר בסעיף 4.1.1, חלק מהמשתתפים עדיין מרגישים שהם מתמודדים עם בעיה פסיכיאטרית, ומרגישים שהם בתהליך החלמה, וכן חלק אחר מרגישים שהם התמודדו עם בעיה פסיכיאטרית, אך הבריאו ממנה (ראו 4.1.2). כמו כן, חשוב להדגיש שהמשתתפים אשר ניסחו מחדש את האתגר הנפשי שלהם במונחים שאינם פסיכיאטריים אמנם גיבשו תפיסה אשר קשורה באופן רעיוני לתפיסה האנטי/פוסט-פסיכיאטרית אשר הוצגה בסעיף הקודם (4.1.3), אך עם זאת, אין זה אומר שהם רואים את עצמם כ"פוסט-פסיכיאטרים". במילים אחרות, העובדה שבאופן אישי הם לא חושבים שהם לקו או לוקים במחלה כלשהי, אינה מעידה על כך שהם שוללים את קיומן של מחלות נפש באופן אבסולוטי (אם כי ישנם מספר משתתפים המצדדים בגישה זו).

האופן שבו אנשים בכלל, ובבריאות הנפש בפרט, תופסים ומפרשים את הבעיה עמה הם מתמודדים (explanatory models), הוא נושא שההתעניינות המחקרית בו הולכת וגוברת (Petrie, Broadbent, & Kydd, 2008). גישה אחת לתיאור נושא זה היא באמצעות מודל אמונות הבריאות (health belief model), אשר מסביר כיצד אמונות, לצד ערכים ונורמות, משפיעות על האופן בו הפרט מפרש סימפטומים ופעולות בריאותיות שנוקט (Haley, Drake, Bentall, & Lewis, 2003). על פי מודל זה, כאשר אדם מתמודד עם איום בריאותי (נפשי או גופני), כגון סימפטום חדש או אבחנה, נוצר אצלו לחץ למצוא לו הסבר, והוא יחל בבניית מודל קוגניטיבי שלו. הייצוגים הקוגניטיביים של מקור הבעיה, כמו גם השלכותיה, מידת השליטה שיש להם ולוחות זמנים שלה (למשל כמה זמן היא צפויה להימשך), משפיעים באופן ישיר על התגובה הרגשית אליה, ועל דרכי ההתמודדות עמה, כגון היענות לטיפול. בהתאם לכך, אצל אנשים בעלי אבחנה או בעיה זוהה, תפיסות שונות לגבי מקורה, עשויות להוביל למסלולי התמודדות שונים ומגוונים (Petrie & Weinman, 2006). בנוסף, נמצא שהאמונות הסובייקטיביות לגבי מקור הבעיה קשורות לרקע התרבותי, החברתי והאישי של בעל התופעה, ונמצא כי הן אינן סטטיות, אלא עשויות להשתנות במהלך החיים (Carter, Read, Pyle, & Morrison, 2016).



ואכן, התבוננות בנרטיבים השונים של המשתתפים במחקר הנוכחי מדגימה כיצד האמונות לגבי מקור הבעיה, אשר נעות על פי רוב עם הזמן מהמודל הפסיכיאטרי לעבר מודלים אלטרנטיביים, עשויות לעיתים לשוב אליו ולעשות לו רה-אינטגרציה לתוך מודל אמונות הבריאות שלהם.

ניתן לראות באמונות לגבי מקור הבעיה גם חלק מה"תובנה הנרטיבית" (narrative insight) אשר משתלבת בסיפור חייו של האדם (Roe, Hasson-Ohayon, Kravetz, Yanos, & Lysaker, 2008). התובנה הנרטיבית מוגדרת כסיפור שאנשים מספרים לעצמם ולאחרים אודות מצבם הנפשי. סיפור זה עשוי לנוע על הסקאלה שבין חפיפה מלאה לסתירה מוחלטת למודל הפסיכיאטרי ולאבחנות אותן הוא מציע. מונח זה מרחיב את היריעה בכל הקשור למודעות (insight) לקשיים נפשיים, וחשיבותו מתבטאת בכך שהוא מבנה יסודות תיאורטיים לגישור אפשרי בין האופן בו המודל הפסיכיאטרי מתייחס לבעיות נפשיות של אנשים מסוימים, לבין האופן בו הם עצמם מבינים את מצבם.

מהלך שינוי הנרטיב, אצל משתתפי המחקר הנוכחי, על פי רוב לא היה אירוע המצטמצם לגיבושו של הסבר אלטרנטיבי לזה של הפסיכיאטריה, אלא חלק ממסע מקיף, שתכליתו היא שינוי מהותי ועמוק. שינוי זה נבע, בין היתר מכך, שהמשתתפים חוו משבר רציני ומסוכן, שטרף להם את הקלפים ואף איים על עצם קיומם בעולם, ולכן נאלצו להתמודד עם שאלות פילוסופיות ולעיתים מטאפיזיות הקשורות לזהותם, משמעות החיים בעבורם ומקומם בעולם. שאלות ששואלים עצמם אנשים במצב דומה עשויות להוביל לאימוץ דרך חיים חדשה, ולעיתים אף לשינוי זהות עמוק, כגון חזרה בתשובה או אימוץ דרך חיים רוחנית כלשהי (Drobin, 2014). בד בבד עם שינוי זה, מתרחש התהליך של מתן משמעות, פירוש וייחוס סיבתי למשבר הנפשי שחוו, אשר מאיר באור חדש את מקור הבעיה ובהתאם - את דרכי ההתמודדות עמה (Moran, Russinova, Gidugu, Yim, & Sprague, 2012). חלק מהמראיינים אף מתארים תהליך של צמיחה ממשבר/גדילה כתוצאה מטרואומה (PTG) שחוו בעקבות אימוץ דרך החיים החדשה. מתוכם, כחמישה מראיינים פנו לכיוון של עשייה ציבורית. במחקר שערכו רוסו-נצר ומורן (Russo-Netzer & Moran, 2016), הן מצאו שלשה קווי דמיון בין עמיתים מומחים ובין אחרים שעברו תהליך של גדילה כתוצאה מטרואומה, אשר תואמים לממצאי המחקר הנוכחי: 1. חיזוק הזהות העצמית על מרכיביה השונים ובניית חוסן. 2. פיתוח חמלה, יכולת הכלה וחיבור לאחר. 3. מחויבות חברתית ותרומה לאחר.

סקירת ספרות מקיפה שנעשתה בנוגע לייחוסים סיבתיים של מקור הבעיה אצל אנשים החווים פסיכוזה (Carter et al., 2016) (שהיא מקרה פרטי של שלל אתגרים נפשיים שאתם התמודדו המשתתפים במחקר), העלתה שהרוב המכריע שלהם מייחסים אותה לשלושה גורמים: פסיכו-חברתיים (כגון: טראומה, שימוש בסמים, ילדות קשה, דחק ועוד), גורמים ביו-גנטיים וגורמים רוחניים. ממצאי המחקר הנוכחי עומדים

בהתאמה למחקר זה. פרט להסבר הביו-גנטי, אשר חלק מהמשתתפים מרגישים הזדהות כלשהי איתו (ראו 3.4.2.4), ניתוח הנתונים העלה שלושה הסברים עיקריים של הבעיה/אתגר שהציגו המשתתפים, המהווים אלטרנטיבה לתפיסה הרפואית: 1. ניסוח במונחים של טראומה; 2. ניסוח במונחים של בעיה פיזית או נסיבתית; 3. ניסוח במונחים של רוחניות.

להלן פירוט של שלושת ההסברים הללו, אשר מהווים ניסוחים מחודשים בהם השתמשו משתתפי המחקר לבעיה/אתגר נפשי עמו הם התמודדו:

#### 1. ניסוח של הבעיה/אתגר במונחים של טראומה

מספר משתתפים בחרו עם הזמן להתנער מההסבר הפסיכיאטרי שניתן להם, לפיו הם סובלים ממחלה או הפרעה אישיותית, ובמקומו להעדיף את ההשקפה לפיה ההתנהגות הקיצונית והמשברים שהם נקלעו אליהם הם תגובות לטראומות עבר עמן הם מתמודדים. מהנתונים עולה, כי שינוי נרטיב זה שימש כחלק מרכזי בפאזל של הגורמים השונים אשר הובילו בסופו של דבר להתנתקותם ממערכת בריאות הנפש והליכה בנתיב עצמאי של חלק מהמשתתפים.

המשתתפים במחקר הנוכחי אינם יוצאי דופן בהעדפתם את הייחוס הסיבתי הזה על פני הייחוס הביולוגי. המחקר בתחום מראה שלאחרונה קיימת מגמה הולכת וגוברת בקרב אנשי מקצוע ומתמודדים להסביר מצבים נפשיים קיצוניים על רקע טראומות (Bentall et al., 2014). ריד ובנטל (Read, & Bentall, 2012) טוענים, שלאחר שנים בהן הייתה נטייה להתעלמות או למינימיזציה של ההשלכות של טראומות ילדות בקרב אנשי המקצוע, מתגבשת כיום ספרות ענפה המצביעה על קשרים סיבתיים בין שלל סוגים של טראומות ילדות (לאו דווקא קיצוניות, כגון התעללות מינית, או חווית אלימות קשה), לדוגמה: חוויה של אובדן של אחד ההורים בגיל צעיר, הזנחה פיזית או נפשית, מחלה גופנית בילדות, התעמרות (bullying), לבין שלל בעיות נפשיות, ובהן: דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה, הפרעות אישיות ופסיכוזה.

יתרה על כך, קינדרמן ועמיתיו (Kinderman, Read, Moncrieff, & Bentall, 2013), מציעים לערוך חשיבה מחודשת על כל נושא ה"מצוקה הפסיכולוגית", ועל האופן שבו זו מאובחנת ומקוטלגת. לדידם, מצוקה נפשית היא תגובה אנושית ונורמלית לטראומה (בהקשר הרחב שלה), ופתולוגיזציה שלה עשויה רק להגביר את הסבל בו נתון אדם. מדברי המשתתפים עולה, כי החלטתם להימנע משימוש בתוויות פסיכיאטריות ביחס לאתגר עמו התמודדו, ובמקום זאת להעדיף הסבר המשקף את הטראומות והקשיים שעברו, עזרה להם להתחבר למקורות הסבל שלהם, לעבד אותם, להסתכל על מצבם עם יותר חמלה ותקווה, ובעיקר להשתחרר מהתחושה הקשה שיש משהו לא תקין בהם. הסבר

מסוג זה, לטעמים, עשוי לעודד אנשים להסתכל על מצבם כעל מצב נורמטיבי (גם אם טרגי) ולהיות אקטיביים בניסיון לטפל בעצמם.

## 2. ניסוח הבעיה כגורם פיזי או נסיבתי

מספר משתתפים דחו את ההסבר הפסיכיאטרי שהציג את הקושי הנפשי שלהם במונחים של מחלה או הפרעה שמצריכה טיפול תרופתי, ובמקומם ייחסו לאתגריהם הנפשיים מקורות חיצוניים ונסיבתיים. דוגמאות להסברים אלו, שעלו בראיונות, היו: רגישות פיזית לגלוטן, פציעה בפיגוע, שימוש בסמים, תגובה הורמונאלית וסטרס שקשור בגיל ההתבגרות. שינוי מיקוד הבעיה - מסיבה אינהרנטית לסיבה חיצונית, שיחרר אותם מההרגשה שמשוהו לא בסדר בהם (סטיגמה עצמית), נתן להם תקווה שגורלם לא נחרץ, ועודד אותם להפסיק לצרוך שירותים מהמערכת.

ויטמן ועמיתיו (Witteman, Bolks, & Hutschemaekers, 2011), אשר חקרו את התפיסות שיש לאנשים בנוגע למקור הבעיה איתה הם מתמודדים, טוענים שאנשים עם בעיות נפשיות לעיתים קרובות אינם מאמינים שהם חולים, אף על פי שהם עשויים להכיר בכך שיש להם בעיה. בהתאם, הם הציעו לחוקרים בתחום לעבור מהמונח הספציפי "illness perception" למונח הכללי "problem perception", שכן הצמדת תווית של חולי לבעיה נפשית, מניחה מראש הנחה שאינה בהכרח מקובלת על בעל התופעה, ולדידם, ההבחנה בין בריאות וחולי אמורה לפחות באופן חלקי להיות מושתתת על הקביעה הסובייקטיבית של האדם המתמודד עם הבעיה.

מחקר שערכו ברודבנט ועמיתיו (Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008) בנוגע להסברים שסיפקו אנשים שהוגדרו כמתמודדים עם בעיה נפשית מצא, שמשתתפים שנטו להסבר חיצוני (כגון סמים או תזונה) ביקרו באופן מובהק פחות אצל רופא, גם ביחס לאלו שנטו להסבר ביולוגי וגם ביחס לאלו שנטו להסבר פסיכו-חברתי (כגון טראומה). ממצא זה מחזק את ממצאי המחקר הנוכחי, בכך שהוא מצביע על כך שאנשים שתופסים את מקור הקושי הנפשי שלהם כמשהו שהוא חיצוני להם, יטו פחות (אם בכלל) לצרוך שירותים מהמערכת.

## 3. ניסוח של הבעיה במונחים של רוחניות

משתתפים שנטו לכיוון זה הרגישו שהפסיכיאטריה נעדרת הסתכלות עמוקה והבנה מהותית של נפש האדם. כאלטרנטיבה לפסיכיאטריה הם פנו לתפיסה הוליסטית/רוחנית, אשר רואה את מצבי התודעה הפנימיים כתולדה של ישות רוחנית ולא חומרית. משתתפים אלו החליפו את ההסתכלות הביולוגית על מצבם בפרדיגמות ומודלים הלקוחים מעולם הרוח, הנשענים בדרך כלל על מסורות דתיות/פילוסופיות שונות, בעלות ז'רגון ייחודי, היגיון פנימי וכלים מעשיים לעבודה פנימית (Chadwick, 1997).

בשנים האחרונות הולכים ומצטברים מאמרים החוקרים את הקשר בין אימוץ אורח חיים רוחני/דתי ובין בריאות נפשית (Henslee et al., 2015), ונמצא כי קיים קשר דו-כיווני בין השניים. מחד, נמצא כי במצבים מסוימים חוויות טראומטיות עשויות להוביל לאימוץ אורח חיים דתי/רוחני או להעמקתו ומאידך, אימוץ אורח חיים כזה עשוי לתרום להתמודדות עם ההשלכות של טראומה, ובפרט כאשר הוא מלווה באמונה עמוקה ובמוכנות להתמודד עם שאלות אקזיסטנציאליסטיות (Shaw, Joseph, & Linley, 2005).

אימוץ אורח חיים רוחני/דתי עשוי גם לאפשר למי שמחזיק בו לעבד את החוויות הקשות שעבר, ולנתב אותן למהלך של למידה והתחזקות. מחקרים הראו שאימוץ אסטרטגית התמודדות המבוססת על דת/רוחניות (religious coping strategies) קשור הן לאיכות חיים גבוהה יותר בקרב כלל הציבור, והן בקרב אנשים המתמודדים עם צורות שונות של בעיות נפשיות, כגון חרדה, דיכאון, פרנויה והפרעה אובססיבית כפייתית. כמו כן, נמצא שאסטרטגיות התמודדות אלו קשורות לתסמינים נמוכים יותר של פוסט-טראומה, ובפרט לתסמינים ההימנעתיים (Harris et al., 2008).

מעיון בממצאי המחקר הנוכחי עולה הרושם כי דרך זו, ביחס לאחרות, מבטאת את השינוי המהותי והעמוק ביותר שעברו המשתתפים, ומספקת את הכלים העוצמתיים ביותר להתמודדות עם אתגרי החיים באופן עצמאי. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של קרטור ועמיתיה (Carter et al., 2016), אשר מצביעים על כך שמודל רוחני מקושר עם מוכנות להתנסות במגוון רחב של אפשרויות טיפוליות והתמודדות טובה יותר. ככל שמשתתפים בעלי נטייה זו העמיקו בדרך הרוחנית/דתית שלהם, כך גדלה מחלוקתם האידיאולוגית עם תפיסת העולם הפסיכיאטרית, עד שעם הזמן היא הפכה ללא-רלוונטית בעבורם.

עם זאת, חשוב להבהיר שתפיסות רוחניות/דתיות לא מתנגשות בהכרח עם הגישה הפסיכיאטרית, וישנם לא מעט אנשים אשר צורכים שירותים פסיכיאטריים ובה בעת מקיימים אורח חיים אמוני או רוחני. מכאן, שההתקרבות לעולם הרוח, ואיתה ניסוח האתגר הנפשי במונחים רוחניים ולא ביולוגיים, היו רק חלק אחד מפסיפס הגורמים שתורמו לרצון וליכולת לעזוב את המערכת, שאליו הצטרפו מספר גורמים הקשורים לתפיסות עולם, תכונות אופי ונסיבות חיים שונות. לסיכום, סעיף זה התמקד בשלישית מבין שלוש הגישות שהוצגו בסעיף הקודם (4.1) (החלמה, הבראה והגישה השוללת מחלות נפש), והרחיב אותה על ידי כך שפירט שלוש צורות של הסברים אלטרנטיביים לתפיסה הביולוגית, שאותם הציגו המשתתפים במחקר: טראומה, סיבות חיצוניות ותפיסות רוחניות/דתיות. הספרות העדכנית מדברת על כך שאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות מעדיפים הרבה פעמים (אם כי

לא תמיד) לאמץ מודלים פסיכו-חברתיים או רוחניים על פני מודלים ביולוגיים (Elliott, Maitoza, & Schwinger, 2011). אחת הסיבות לכך קשורה להיותה של הגישה הרפואית פסימית בכל הנוגע לפרוגנוזה והחלמה (Read et al., 2009). הסבר נוסף, אשר נשמע אף הוא כאחד הקולות במחקר הנוכחי, קשור לסטיגמה החברתית והאישית הנלווית לאשפוז פסיכיאטרי (Clement et al., 2015). במובן זה, רוב המרואיינים במחקר (אם כי לא כולם), אינם שונים מאחרים אשר אובחנו כבעלי בעיות נפשיות, שכן גם הם העדיפו לאמץ ייחוס סיבתי שונה מזה הביולוגי. עם זאת, בניגוד לאנשים אשר אימצו מודל הסברי שונה מהמודל הביולוגי, אך עדיין נמצאים במערכת, המשתתפים במחקר הנוכחי התנתקו ממנה. מכאן שניתן לשער שרק אימוץ מודל חלופי אינו מוביל בהכרח להתנתקות מהמערכת, ושדרושים גורמים נוספים, כגון: תכונות אופי מסוימות, עזרה מאחר משמעותי, עוגנים, מודעות עצמית גבוהה, כלים פרקטיים להתמודדות ועוד (ראו סעיף 3.3). בהינתן גורמים אלו עשוי להיווצר מומנטום המאפשר לתהליך ההתרחקות להתרחש. הסעיף הבא יעסוק בשאלת ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, ויבחן את השלכותיה החברתיות והאישיות.

#### 4.3 התנתקות מהמערכת – תופעה שיש לתקנה?

הנושא השלישי המרכזי שעולה ממחקר זה קשור לשאלה: האם התנתקות מהמערכת היא בהכרח תופעה שלילית – כפי שהיא מתוארת לרוב בספרות? במחקר הנוכחי כל המשתתפים התנתקו מהמערכת – במובן זה שהם הפסיקו לצרוך את מגוון השירותים שהיא מציעה (שישה משתתפים נותרו קשורים למערכת, אך לא כצרכנים אלא כנותני שירות) (להרחבה ראו "נותני שירות שאינם צרכנים", 3.4.2.3). ניתוח ממצאי המחקר מצביע על סוגים שונים של סיבות לרצות לעזוב את המערכת, כגון רתיעה מתופעות הלוואי של התרופות, סטיגמה, היעדר יחס אישי, היעדר רוחניות, ותחושה שהטיפול שמציעה המערכת כבר לא רלוונטי לשלב בו הם נמצאים (כפי שיתואר בהמשך). בתחילת סעיף זה תובא הגדרה לתופעת ההתנתקות ואי-מימוש השירות המוצע מטעם המערכת. בהמשך אדון בהיקפה של התופעה ובסיבות המובילות אליה, ולבסוף אציג היבטים חיוביים ושליליים שלה.

תופעת חוסר שיתוף הפעולה עם הטיפול המוצע (non-compliance, non-adherence, non-concordance) ואי-מימוש השירות המוצע, עשויה להתבטא באי-לקיחת תרופות (Nose et al., 2003; Roe et al., 2009), נשירה מטיפולים קיימים (dropout) והתנתקות מלאה מהשירות המוצע (disengagement) (Fischer et al., 2008). בספרות קיימת מחלוקת לגבי ההגדרה האופרציונלית של תופעה זו. כך למשל, האם ביטול פגישות במרפאה או אי-השתתפות בקבוצות טיפוליות נחשב כהתנתקות מהמערכת? ואם כן, כעבור כמה זמן? (Kreyenbuhl, Nossel, & Dixon, 2009). בהתאם לחוסר אחידות זה נראה, כי קיימים פערים גדולים בין

מחקרים בנוגע להערכת ההיקף של תופעה זו, אשר נעים בין ארבעה ל- 46% (O'Brien et al., 2009; Smith et al., 2014). עם זאת, נראה כי אין בספרות מחלוקת על כך שהפסקה של צריכת שירותים מהמערכת היא תופעה נרחבת, אשר מציבה שאלות פילוסופיות, חברתיות ופרקטיות הן עבור אנשי המקצוע והן עבור מקבלי השירות (Stanhope, et al., 2015).

חשוב להדגיש ש"התנתקות ממערכת בריאות הנפש" בהקשר הרחב שלה, אשר כולל אי-הסכמה ליטול חלק בטיפול ועזרה הממסדית המוצעת, מתייחס לא רק אל המערכת האשפוזית והמרפאתית, אלא גם אל מערך השיקום אשר בעיקרון יותר מוכוון החלמה (אתר משרד הבריאות, 2016). במחקר הנוכחי, חמישה משתתפים השתמשו בשירותי סל שיקום, אך מסיבות שונות, שחלקן פרגמטיות וחלקן עמוקות יותר, כגון הפחד שהשימוש יסליל אותם לכיוון של הפיכה לצרכנים קבועים של המערכת (ראו סעיף 3.5.1), בחרו להפסיק לצרוך שירות זה. בהקשר הרחב של התופעה, בישראל ישנם כ- 70,000 אנשים אשר עברו וועדה פסיכיאטרית מטעם המוסד לביטוח לאומי, שקבעה כי הם סובלים מנכות נפשית בדרגה של 40% ומעלה, ועל פי חוק הם זכאים ל"סל שיקום". עם זאת, פחות משליש מתוכם אכן מממשים זכות זו (אבירם, 2013).

עוד בנוגע להיקף התופעה - ניתן לטעון שמספר המתנתקים מהמערכת למעשה נמוך מכפי שהיה יכול להיות אילו אלטרנטיבות לטיפול הממסדי, הנותנות שירות שאינו מבוסס על הפרדיגמה הרפואית לטיפול בבעיות נפשיות, היו נגישות יותר לאנשים. דוגמאות ליוזמות מסוג זה, אשר נתמכות בעדויות מחקריות ליעילותן, כוללות את מרכזי ההפוגה, מודל סוטריה, דיאלוג פתוח וארגון Family care foundation, אשר קיימים באירופה ובצפון ארה"ב אך עדיין לא בישראל (למעט מודל סוטריה אשר נפתח בספטמבר 2016 בירושלים)<sup>34</sup>.

זאת ועוד, ניתן לטעון שהישארות במערכת ושיתוף פעולה עמה (adherence) אינם מעידים בהכרח על הסכמה והבנה הדדית בין מטפל למטופל, כפי שניתן היה ללמוד מדבריהם של חלק מהמשתתפים, אלא לעיתים על צייתנות ופחד של מקבל השירות מהכוח שהוענק לנותן השירות. קיימות עדויות לכך שלעיתים אנשי מקצוע עלולים להפחיד בדרכים שונות, ולהזהיר מטופלים לבל יפסיקו את הטיפול ויתנתקו מהשירות, שכן אם הם יעזבו ו/או יפסיקו לקחת טיפול תרופתי, מצבם הנפשי עלול להתדרדר והם עשויים להיות בסכנה (Sandman et al., 2012). במילים אחרות, בהינתן מערכת יחסים א-סימטרית בין מקבל השירות לנותן השירות, אשר עשויים להופיע בה מרכיבים פטרנליסטים (Pelto-Piri et al., 2013) ומסרים פסימיים בנוגע להחלמה, מקבלי השירות עשויים לפתח תלות ופחד, אשר מטשטשים את הרצון שלהם לעזוב (Read et al., 2009). בהקשר של המחקר הנוכחי, חלק מהמשתתפים ציינו שתהליך ההתנתקות שלהם מהמערכת היה

<sup>34</sup> ראה הרחבה של מודלים אלו בסעיף 4.5.3 בעמ' 189

ממושך, בדיוק מסיבה זו - לקח להם זמן לזקק את העמדה הפנימית שלהם ולהאמין בעצמם, בגלל הפחד "לשבור את הכלים" וללכת כנגד נותני השירות שלהם, אשר ניסו לשכנע אותם להמשיך לצורך שירותים. יתרה על כך, נראה כי גם כאשר הרצון לעזוב קיים, פעמים רבות היכולת לעשות זאת בפועל מוגבלת. ממצאי המחקר הנוכחי ניתן ללמוד על כך שגם בהינתן מוטיבציה להתנתק מהמערכת, עדיין קיים קושי גדול ביישום מהלך זה, אשר נובע בין היתר מהמורכבות שבהפסקת צריכה של תרופות פסיכיאטריות (ראו 3.3.8), מלחץ שמופעל מצד קרובי משפחה, חברים ואנשי מקצוע להמשיך בטיפול (ראו 3.3.1) וכן מפחד משינוי. מהאמור לעיל ניתן אם כן לשער, שמספר האנשים אשר עוזבים בפועל את מערכת בריאות הנפש קטן מכפי שיכול היה להיות אילו היו מוצעות לאנשים חלופות לטיפול הממסדי (Sandman et al., 2012). כעת נשאלת השאלה, מדוע מספר כה גדול של אנשים אשר זכאים לקבל טיפול ממסדי, מתנתקים מהמערכת או אינם מממשים את זכותם לקבל שירות? ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים על מגוון של סיבות שגרמו למשתתפים לרצות לעזוב את המערכת. בראשן עומדות חוויות שליליות וטראומטיות, כגון אשפוז בכפייה ואף הסכמה בכפייה (enforced consent), קשירה, אלימות, סימום, התניית מתן שירותי שיקום בשיתוף פעולה מוחלט, הגבלת האוטונומיה ותחושה של חדירה לפרטיות (ראו 3.2.3.1). חוויות אלו גרמו לתחושה של ניכור כלפי המערכת, ורצון של המשתתפים למצוא דרכים אלטרנטיביות להתמודד עם אתגריהם הנפשיים. בנוסף על אלו, יחס פטרוני ולא אישי (3.2.3.1.1), תחושה של שטחיות והיעדר כלים לריפוי, תחושה של העדר תקווה (3.5.2), תופעות הלוואי של התרופות (3.3.8.1.1) והסטיגמה האישית והציבורית שמתלווה להימצאות במערכת (3.2.3.1.4) תרמו אף הם לרצונם של המשתתפים להתרחק ממנה. הגורמים שנמצאו במחקר הנוכחי כתורמים לרצון המשתתפים להפסיק לצרוך שירותים מהמערכת, מוכרים בספרות המחקרית. סלייד ולונגדן (Slade & Longden, 2015) טוענים, שבעבור אנשים מסוימים ההרגשה של הימצאות בסביבה "חולה" גורמת לערעור יציבותם הנפשית, לעיכוב של התפתותם האישית ומימוש הפוטנציאל הטמון בהם, ולהרגשה של חוסר תקווה לגבי האפשרות שהם יחלימו או יתרפאו. בנוסף, דוידסון ועמיתיו (Davidson et al., 2010) מתארים את המחיר הנפשי הכבד, המתבטא בין היתר בדיכאון וחרדה, של המצאות במערכת, וקלמנט ועמיתיו (Clement et al., 2015) טוענים, שהסיבה העיקרית שבגינה אנשים נוטים להימנע או לדחות קבלת שירות במערכת היא סטיגמה חברתית ועצמית. מסרים פסימיים ודטרמיניסטיים לגבי האפשרות להירפא, להשתחרר מהתלות בתרופות, ולחזור לחיים נורמטיביים, נמצאו אף הם כגורם שתורם להתרחקותם של אנשים מהמערכת. סקר מקיף שבחן מסרים שקיבלו אנשים שהיו במערכת אך התנתקו ממנה (Ex-patients) בתחומים של תקווה, החלמה, תרופות וטיפול (MindFreedom International, 2012) מצא, ש - 75.7% מהנשאלים הרגישו שהם קיבלו מסרים של חוסר

תקווה מצד אנשי מקצועות בריאות הנפש, 41% טענו שקיבלו מסר שהחלמה אינה אפשרית, 76% טענו שקיבלו מסר מרופאים שעליהם לקחת תרופות לשארית חייהם, ורוב המשתתפים התייחסו לטיפול שעברו כאל חוויה טראומטית.

האינטראקציה עם נותני השירות נמצאה אף היא בספרות כגורם אשר משפיע על ההחלטה האם להישאר או לעזוב (Moran et al., 2017). קרינבול ועמיתיה (Kreynbuhl et al., 2009), מצאו שקשר לא מוצלח עם המטפל, טיפול כפוי, נותני שירות לא סימפטיים ולא קשובים, ותחושה של חוסר יכולת להשתתף באופן אקטיבי בקבלת החלטות, היו בין הגורמים העיקריים לרצון לעזוב את המערכת. בנוסף, נמצא כי אנשים בעלי כמיהה לחיפוש רוחני, דתי או פילוסופי, כמו גם אנשים מקבוצת מיעוט אתנית או תרבותית, שאינם מזדהים עם המודל הקונבנציונלי של בריאות הנפש, עשויים להרגיש מבודדים ולא מובנים במסגרת הטיפול ה"רגיל". בהתאם לכך, הם יטו לעבר אלטרנטיבות רוחניות/דתיות/תרבותיות אשר מתקשרות טוב יותר עם תפיסת עולמם (Chadwick, 1997; King et al., 2013).

עד כה תוארו הסברים בספרות לתופעת ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, אשר תאמו את הממצאים אשר עלו במחקר הנוכחי. עם זאת, ישנם הסברים נוספים לתופעת ההתנתקות, אשר לא עלו במחקר זה. ככלל, המכנה המשותף של רבים ממחקרים אלו הוא נטייה להטיל את האחריות על המטופל, ולראות את התנהגותו כלא הגיונית, כמתריסה, כמבטאת מודעות נמוכה (low insight), מתכחשת (sealing over), וכביטוי כללי לפתולוגיה ממנה הוא סובל (Fischer et al., 2008). נקודת המוצא של רבים ממחקרים אלו היא, שאי-שיתוף הפעולה וההתנתקות מהווים מחסום לטיפול יעיל, שיש לשאוף להסירו למען רווחתם של מי שאובחנו כבעלי בעיה נפשית. כפועל יוצא מכך, ההתנתקות, או אי-מימוש השירות, עשויה גם להיתפס ולהימדד במונחים של (Duration of Untreated Illness) DUI (Clement et al., 2015).

הסיבה לכך שקיים פער בין האופן שבו מחקרים מהסוג הנ"ל מסבירים את תופעת ההתנתקות, לבין הממצאים של המחקר הנוכחי נובעת כנראה במידה רבה מהעובדה שמחקר זה בחן את התופעה דרך העיניים של מי שחוו אותה, לעומת המחקרים שתוארו, אשר התבוננו עליה וניתחו אותה מבחוץ. מחקר מעניין על הבדלים תפיסתיים ואידיאולוגיים בין מקבלי השירות לבין נותני ביחס לסיבות לעזיבה (Easter, Pollock, 2015), חשף פערים משמעותיים בין שתי הקבוצות הללו. על פי המחקר, מקבלי השירות נטו לספר שעזבו כיוון שהרגישו שהטיפול לא עונה על הצרכים שלהם, שאין להם אמון במטפלים ושהם מרגישים שהם אינם חולים. נותני השירות לעומת זאת, נטו לייחס את העזיבה לחוסר תובנה (lack of insight), רצון להימנע מהסטיגמה הקשורה לבריאות הנפש, וקושי להתגבר על מחסומי שפה ותרבות.



גישה אחרת להסבר ההתנתקות וחוסר שיתוף פעולה עם הטיפול המוצע (non-compliance), אשר נחשבת יחסית חדשנית ופחות מוכרת בספרות טוענת, שלעיתים תופעה זו עשויה להיות קשורה לאי-רצון של בעל התופעה לאבד את תחושת הכוח אשר מושרית על ידי הפסיכოזה וסימפטומים חיוביים הנלווים לה (Moritz et al., 2013). בהתאם לגישה זו, אנשים עשויים למצוא משמעות חיובית בסימפטומים שלהם (כגון שמיעת קולות), כמו גם נחמה והנאה, עליה הם אינם מעוניינים לוותר. בהקשר של המחקר הנוכחי הסברים מסוג זה לא ניתנו במפורש, פרט למקרה אחד בו מרואיין (טמיר) חווה את התופעות הנפשיות כחלק מהותי בזהות ובחווית העצמי שלו, ולכן התנקה מן התרופות הפסיכיאטריות. הוא תאר כיצד הרגיש שהיה מחובר לדבר מה ענק, אין סופי, שעלול להיהרס בגלל התרופות.

עד כה דנתי בהגדרת תופעות ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, בהיקפה ובמגוון הסיבות המובילות אליה. כעת יתמקד הדיון בשאלה: האם יש להתייחס לתופעת ההתנתקות בהכרח כאל בעיה שצריך לתקנה? התשובה לכך מורכבת. מצד אחד, מחקרים מראים שבעבור אנשים שמתנתקים מהמערכת קיים חשש להיווצרותן של שלל תופעות שליליות, כגון החרפה של סימפטומים, אשפוזים נוספים, מגורי רחוב (homelessness), אלימות, אובדנות (Dixon et al., 2009) שימוש לרעה בחומרים ממכרים וכניסה לבתי כלא (Stanhope et al., 2015). מצד שני, ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך שברוב המקרים ניתן לחיות חיים מלאי משמעות וסיפוק גם ללא תרופות פסיכיאטריות וללא עזרה מהמערכת. ממצאים אלו אינם יחידים – לצדם עומדות עדויות רבות מצד פעילים בארגונים חברתיים של מטופלים לשעבר/שורדים (Survivors/Ex-patient movement), שניתן לקרוא עליהן באינטרנט (Hearing voices, 2016; Mad in America, 2016; Mindfreedom international, 2012), וכן ישנה ספרות המתארת שיפור במצבם של המתנתקים ביחס לאנשים אשר נשארו בה. למשל, יאנג ועמיתיו (Young et al., 2000) מצאו, שמטופלים שאושפזו ולאחר מכן הפסיקו להיות בקשר עם גורמים טיפוליים, הראו כעבור שנה את השיפור הגדול ביותר בהשוואה לאלו שנשארו בטיפול, ולאילו שהמשיכו רק במעקב. הם העריכו, שייתכן ששיפור זה התרחש בעקבות נטישת זהות ה"חולה/מטופל", וחיבור לגורמים מקדמי-החלמה הנמצאים מחוץ למערכת הפסיכיאטרית. בדומה אליהם, פרקודאני ועמיתיו (Percudani, Belloni, Contini, & Barbui, 2002) מצאו, שבאיטליה מטופלים אשר נשארו בטיפול היו בעלי סיכוי גבוה יותר לסבול כעבור שנתיים מפסיכוזה מאלו אשר עזבו.

הסבר אפשרי לפער שבין התפיסה הרואה בהתנתקות בעיה שצריך לשאוף לתקנה, לבין התפיסה הרואה בהתנתקות תהליך בריא ולגיטימי שיש לשאוף אליו, קשור להטיה אפשרית שיש לאנשי המקצוע כלפי הטיפול והשיקום שהם מעניקים (Alikari & Zyga, 2014). במילים אחרות, ההתנתקות עשויה לסתור אמונות, נורמות וציפיות שיש לאנשי המקצוע לגבי התפקיד "התקין" ("proper role") שאותו אמור המטופל לקחת על

עצמו (Playle & Keeley, 1998), ולכן אנשי מקצוע רבים מתקשים להכיר בכך שעבור מקבלי שירות מסוימים הטיפול שהם מספקים, המבוסס על המודל הרפואי לבעיות נפשיות, ואף על גישת ההחלמה, אינו תואם לצרכיהם, ושעזרה מסוג אחר (מכיוון רוחני, דתי, פילוסופי, תרבותי או כל דבר אחר) יותר אפקטיבית ורלוונטית עבורם. מכאן, שאנשי המקצוע ישאפו פעמים רבות להשאיר אנשים בתוך המערכת בכדי שיוכלו להעניק את הטיפול המוכר להם, שבעיניהם נתפס כאפקטיבי, ויטו לראות בהתנתקות בעיה שיש לתקנה. דוגמה בולטת למצב זה ניתן היה ללמוד במחקר הנוכחי מסיפורה של רבקה, אשר נאלצה להיאבק במסגרת השיקום בה היא שהתה (הוסטל) על מנת שיאפשרו לה ללמוד כפי שהיא האמינה שהיא יכולה – מה שסתר את הציפיות שהיו לאנשי הצוות ממנה שהאמינו שהיא מסוגלת להרבה פחות. היא נאלצה להפגין נחישות רבה על מנת שיתנו לה להשתחרר ולהמשיך בדרכה בעצמאית, שנתפסה על ידי אנשי המקצוע כטעות (לפי הבנתה של רבקה) (ראו 3.1.3).

לסיכום, ממדי תופעת ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, העשויים להגיע ל- 46%, בהתאם להגדרה, לסוג השירות ולמערך המחקר, מהווים את אחת משאלות המפתח בתחום, ובהתאם קיימת ספרות ענפה העוסקת בנושא (O'Brien et al., 2009). בנוסף, נראה כי עבור אנשים מסוימים הישארות במערכת מהווה פשרה בין המחירים הנפשיים שהם משלמים, הקשורים בהישארות במערכת ובין הטיפול שהם מרגישים שהם זקוקים לו בהיעדר אלטרנטיבות. כפי שעולה במחקר, הסיבות לרצון לעזיבת המערכת או לחלופין אי-מימוש של השירותים המוצעים, עשויים, להיות מחד: חוסר אמון במערכת ובמטפלים, תחושה של חוסר יכולת להשתתף באופן אקטיבי בקבלת החלטות, מסרים פסימיים מדכאים מצד אנשי המקצוע, היעדר מענה לצרכים דתיים/רוחניים/תרבותיים, חוסר רצון להיות באינטראקציה עם אנשים בעלי מוגבלות ואי-הסכמה עקרונית עם המודל הרפואי לבעיות נפשיות. מאידך, כפי שעולה ממחקרים אשר מסתכלים על התופעה מבחוץ, הסיבות לעזיבת המערכת יכולות להיות סימפטום של מחלה נפשית, או תובנה נמוכה אליה.

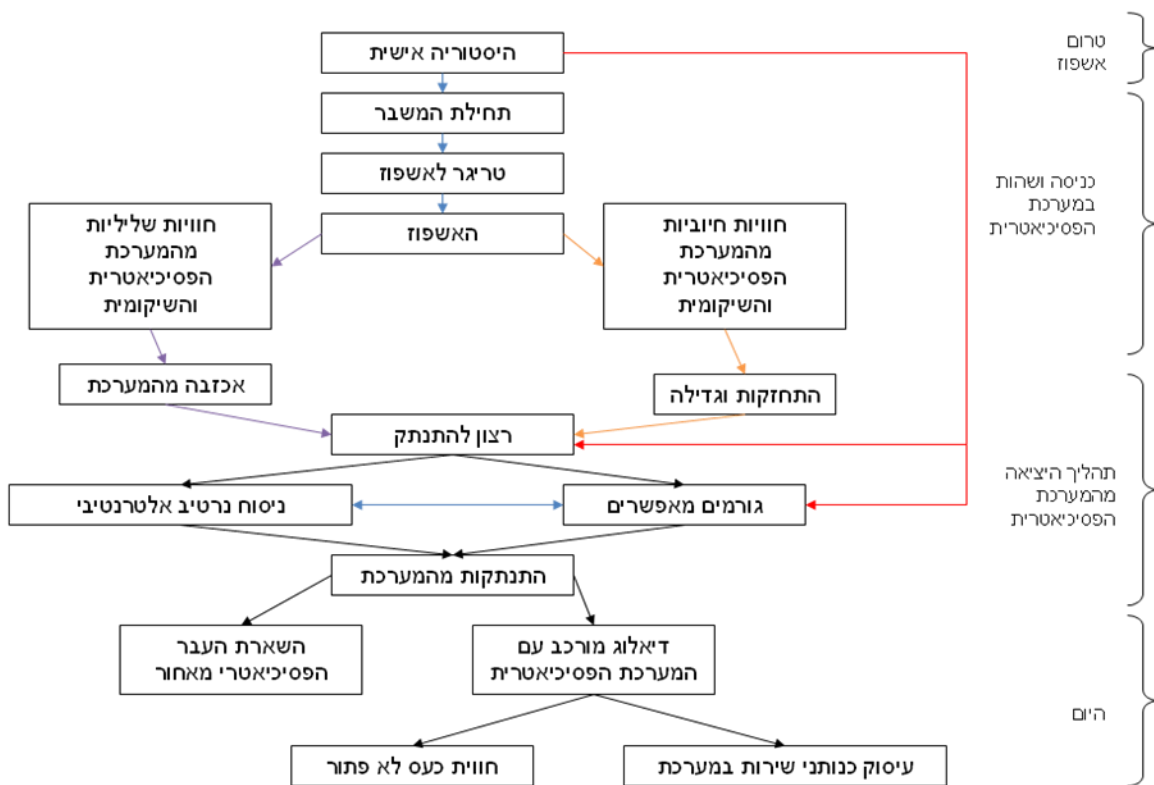
ניתוח נתוני המחקר, לצידם הקשבה לקולות המושמעים מארגונים של מטופלים לשעבר, ועיון בספרות הרלוונטית, מוליכים למסקנה שעבור אנשים מסוימים קבלת טיפול במערכת משפר את איכות חייהם ואילו עזיבתה עשויה להיות הרסנית עבורם. באותו זמן, בעבור אחרים - הישארות במערכת עשויה לעכב את התפתחותם האישית ועזיבתה יכולה לתרום למימוש הפוטנציאל הטמון בהם. הבדלים אינדיבידואליים, כמו גם סוג הטיפול ואיכותו, וכן נסיבות וגורמים שונים (כפי שהוזכר בסעיף 3.3) קשורים, כנראה, לשוני בין שתי קבוצות אלו.

עד כה הוצגו שלוש התפיסות השונות שהציגו המשתתפים ביחס לבריאות הנפש – גישת ההחלמה, גישת ההבראה והגישה הסקפטית כלפי מחלות נפש. נדון הקשר של תפיסות אלו להפסקת צריכת שירותים.

כמו כן, תואר ניסוח מחדש באמצעות מונחים שאינם ביולוגיים של האתגר איתו התמודדו המשתתפים, וכיצד תרם ניסוח זה להתרחקותם מהמערכת. לבסוף, נערך דיון בשאלת ההתנתקות ואי-צריכת שירותים ממערכת בריאות הנפש. כעת, אציג מודל אינטגרטיבי מסכם, המתפרס על ציר הזמן לאורך תקופת חיים שלמה, ומתייחס לקשרים בין הגורמים השונים שהובילו לכניסתם של המשתתפים למערכת בריאות הנפש מחד, ולהתנתקותם ממנה – מאידך, כפי שאלו עלו מניתוח ממצאי המחקר.

#### 4.4 מודל אינטגרטיבי של מסלולי החיים של המשתתפים

איור 1: מודל אינטגרטיבי של מסלולי החיים של המרואיינים



מודל זה מתאר מהלך כרונולוגי של תהליך הכניסה והיציאה מהמערכת הפסיכיאטרית. בצדו הימני מופיעה סקאלה אנכית של ציר הזמן, ששלביה חופפים לארבעת החלקים הראשונים שהוצגו בפרק הממצאים. בחלק העליון של המודל ניתן לראות כיצד אלמנטים טראומטיים והרסניים מה"היסטוריה האישית של המשתתפים" (כפי שזו הוצגה בחלק הראשון של פרק ניתוח הנתונים, ראו 3.1) הובילו להיחלשות המערך הנפשי שלהם, ולאחר אירוע ששימש כקטליזאטור (טריגר), בסופו של דבר לכניסה למערכת בריאות הנפש (המסלול הכחול).

גורמי דחק (stressors), כגון אלו אשר הוזכרו לעיל, וכן קטליזטורים, מוכרים היטב בספרות כתורמים לפריצתו של משבר נפשי, אשר עשוי להוביל לאשפוז (Thoits, 2013; Charles, Piazza, Mogle, Sliwinski, & Almeida, 2013). בהקשר זה המחקר הנוכחי אינו מחדש הרבה.

לעומת זאת, כפי שמופיע בגרף (החץ האדום שפונה ימינה ומתפצל מה"היסטוריה האישית"), אלמנטים חיוביים ומעצימים מה"היסטוריה האישית" (כגון משפחה תומכת, תכונות אופי כגון אינדיבידואליזם וביטחון עצמי, נטייה לרוחניות ומשאבים כלכליים) תרמו הן ל"רצון להתנתק" והן ל"גורמים המאפשרים", אשר הובילו להתרחקות מהמערכת. הקשר בין היסטוריה אישית ובין רצון לעזוב את מערכת בריאות הנפש פחות מוכר בספרות, היות שעיקר הספרות העוסקת בהתנתקות מייחסת לה סיבות כגון מודעות עצמית נמוכה, הכחשה, קשר לא מוצלח עם המטפל, רצון לשמר את הסימפטומים החיוביים, סטיגמה ועוד (כפי שמפורט בסעיף 4.3). בחשיפת הקשר בין שני גורמים אלו, פותח המחקר הנוכחי צוהר להבנה מעמיקה יותר של תופעת ההתנתקות מהמערכת, והרחבה שלו עשויה לשפוך אור על אפיון של אנשים אשר המערכת, במתכונתה הנוכחית, אינה רלוונטית עבורם. אם כן, כפי שתואר, ניתן היה לזהות ב"היסטוריה האישית" בה בעת גם מרכיבים שתורמו לכניסה למערכת, וגם מרכיבים שסייעו ביציאה ממנה.

תקופת האשפוז והשהות במערכת, חולקה באופן סכמטי לחוויות חיוביות (המסלול הכתום) ושליליות (המסלול הסגול). החוויות השליליות (ראו 3.2) גרמו למשתתפים לאבד אמון במערכת ולתחושת של אכזבה ורתיעה, ומכאן לרצות להתרחק ממנה. תופעה זו שתארו המשתתפים גם מתועדת בספרות - כפי שתואר במחקרם של קרינבהול ועמיתיה (Kreyenbuhl et al., 2009), אשר מצאו שקשר לא מוצלח עם המטפל, טיפול כפוי, נותני שירות לא סימפטיים ולא קשובים, ותחושה של חוסר יכולת להשתתף באופן אקטיבי בקבלת החלטות, היו בין הגורמים העיקריים לרצון לעזוב את המערכת. לעומת זאת, החוויות החיוביות גרמו למשתתפים להרגיש שהם התחזקו, ש"הטיפול הצליח", והם יכולים להמשיך בכוחות עצמם מבלי להזדקק לשירותיה של המערכת. כך, שני סוגי החוויות – החיוביות והשליליות, תרמו לרצון של המשתתפים להתנתק (מתוך תחושות שונות כלפי המערכת כמוכן). כמו במקרים אחרים, גם כאן חשוב להזכיר שבמצאות, החוויות השליליות והחיוביות לא עמדו בפני עצמן, אלא במקרים רבים המשתתפים צברו לאורך תקופת שהותם במערכת תמהיל של חוויות משני הסוגים.

אל הרצון להתנתק מהמערכת התווספו ה"גורמים המאפשרים" (ראו 3.3) ו"ניסוח הבעיה מחדש במונחים שאינם ביולוגיים" (ראו 4.2) התוצאה הייתה ניתוק קשר מהמערכת והפסקת התרופות. בחלק התחתון של המודל, המתאר את "החיים כיום" (ראו 3.4) ניתן להבחין בין משתתפים אשר התנתקו מהמערכת

ובחוויתם הפנימית השאירו את עברם הפסיכיאטרי מאחור, לבין המשתתפים אשר קשורים למערכת – בין אם כנותני שירות או כאקטיביסטים, או כקשורים בשל העובדה שיש להם עדיין כעס לו פתור כלפיה.

#### 4.5 השלכות המחקר

##### 4.5.1 השלכות לתיאוריה ולמחקרים עתידיים

ידוע, כי בעוד שהטיפול שמציעה מערכת בריאות הנפש יעיל, כנראה, עבור אנשים מסוימים, ישנם רבים אחרים אשר מעדיפים להתמודד עם אתגריהם הנפשיים ולשפר את איכות חייהם בדרכים אלטרנטיביות מחוץ למערכות הטיפול והשיקום (O'Brien et al., 2009). בעוד שרובם המכריע של המחקרים אשר בחנו את תופעת ההתרחקות משירותי בריאות הנפש נוטים לתאר אותה באופן שלילי ולהבליט את הצורך בגיבוש אסטרטגיות להתמודדות וטיפול בה, ייחודו של מחקר זה, אשר נערך מנקודת המבט של מקבל השירות, מתבטא בכך שהוא הציג מצבים בהם דווקא ההתרחקות משירותי בריאות הנפש אפשרה למשתתפים לחיות חיים אוטונומיים, שלפחות בעבור חלקם נחווים כמלאי סיפוק והגשמה. זוהי ראייה זו היא בעלת חשיבות תיאורטית וקלינית, שכן היא מאירה באור שונה תופעה נרחבת בעולם בריאות הנפש, וראוי שימשיך להתקיים מחקר ודיון בעניינה. בנוסף, מניתוח הנתונים נחשף שחלק מהמשתתפים הרגישו שעברו תהליך של החלמה מלאה/הבראה. תחום ההבראה בבריאות הנפש זוכה להתעניינות מחקרית מועטה (Rogers & Pilgrim, 2014), בין היתר בגלל שתופעה זו נתפסת כזניחה ולא משמעותית (ראו סעיף 4.1.2 בדיון). ראוי, אם כן, שיוקדשו מחקרים נוספים, ראשית - לאמוד את היקף התופעה, ושנית - להבנת הגורמים אשר מאפשרים לתהליך חשוב זה להתרחש. יתרה על כך, לפי אינזל ושקולניק (Insel, & Scolnick, 2006), אל לו למחקר האקדמי בתחום בריאות הנפש להתקבע על תהליך ההחלמה, אלא להציב את הרף גבוה יותר, ולשאוף למצוא מרפא (לצד מניעה) בעבור אנשים הסובלים ממצוקה נפשית חמורה.

עוד עולה מהמחקר הנוכחי, שכמחצית מהמשתתפים אימצו עמדה לפיה מעולם לא הייתה להם מחלת נפש או הפרעה פסיכיאטרית, וכל תהליך האבחון שעברו היה שגוי מיסודו (ראו סעיף 4.1.3 בדיון). בעבורם מצבי תודעה יוצאי דופן (מצבי קצה) אינם "מחלה נפשית" שיש להחלים ממנה, אלא אפשרות לגיטימית (ולעיתים נעלית) של תודעה אנושית. גישה זו, אשר זכתה לעניין רב בשנות ה-60 של המאה ה-20, הפכה עם השנים לשולית בעולם האקדמי, אך עדיין נשארה פופולרית בקרב תנועות שונות של "שורדים" (Ex-patients/survivors), וכן אנשי מקצוע והוגים המזוהים עם התנועה הפוסט/אנטי-פסיכיאטרית. חשוב, אם כן, שהעולם האקדמי ימשיך לגלות עניין בכיוון מחשבתי זה, שכן הוא עשוי להיות, כפי שעולה מהמחקר הנוכחי, בעבור חלק מהאנשים המתמודדים עם קושי נפשי, נתיב יציאה ממערכת הטיפול והשיקום הנפשי, וחזרה לחיים מספקים ונטולי סטיגמה ותרופות.

בנוגע למחקרים עתידיים - הכיוון שבו התמקד מחקר זה, אשר בחן דרך החוויה הסובייקטיבית את תופעת ההתנתקות ממערכת בריאות הנפש, נמצא כעת בראשית דרכו, והוא עשוי להוות נקודת מוצא למחקרים עתידיים, אשר יחשפו נתיבים שונים של התמודדות מחוץ למסגרת בריאות הנפש, ויאפשרו הבנה מעמיקה של הגורמים אשר תורמים לאיכות חיים (well-being) של אנשים אשר מתמודדים עם משבר נפשי קשה - בין אם מחוץ למערכת או בתוכה. ככל הידוע, עד היום כמעט ולא נעשו מחקרים על התנתקותם של מטופלים לשעבר מן המערכת הפסיכיאטרית/שיקומית, וזאת על אף שכיחותה של התופעה. לכן, על מנת לפתח את השיח האקדמי בתחום, רצוי יהיה לערוך בעתיד: (1) מחקרי המשך בשיטה האיכותנית, ולהצליב את תוצאותיהם עם מחקר זה; (2) ניתן לערוך מחקר כמותי רב-משתתפים באותו נושא ולהשוות את תוצאותיו עם אלו של מחקר זה, ובאופן זה לבחון את תוקפם של ממצאיו; (3) ניתן לערוך מחקר השוואה בין קבוצה של אנשים אשר התנתקו ממערכת בריאות הנפש, לבין אלו שצורכים שירותים ביחס למדדים שונים כגון תפקוד, אושר ואופטימיות. (4) המחקר הנוכחי הצביע על תשעה גורמים אשר שילובם מסייע בהתנתקות ממערכת בריאות הנפש. ניתן יהיה לייצר התערבות אשר תעצים ותפתח גורמים אלו אצל אנשים אשר נכנסו למערכת, ולבחון האם התערבות זו סייעה להתנתקות מוצלחת ממנה. (5) במחקר הוצע מודל תיאורטי אשר מתאר את מהלך הכניסה והיציאה ממערכת בריאות הנפש. במודל הוצע, שגורמים אשר מסייעים להתנתקות התקיימו בחייהם של מרואיינים טרם כניסתם למערכת. ניתן אם כן לייצר כלי אשר יעריך את מידת גורמי החוסן אשר עומדים לרשות האדם שנכנס למערכת, ובהתאם לבנות עבורו תוכנית שיקומית.

#### 4.5.2 השלכות לפרקטיקה

במחקר זה עלה באופן ברור ובולט קולם של משתתפים אשר חוויתם את מערכת בריאות הנפש הייתה קשה ואף טראומטית. לאורך הראיונות עלו וחזרו התמות לפיהן הם הרגישו שלא מקשיבים להם ומעוותים את דבריהם, שהם איבדו את החופש שלהם, שפרטיותם נחדרה ושהופעלה עליהם אלימות שנחווה לעיתים כענישה והתעללות. מתוך התייחסות לחוויה שלילית זו (של חלק מהמשתתפים), עלו מהממצאים ארבעה כיוונים בהם הם הרגישו שנותני השירות במערכת בריאות הנפש יכולים לשפר את הטיפול שהם מעניקים. ראשית, לדבריהם, על נותני השירות לשאוף לאמץ גישה אשר ממוקדת באדם (Patient-Centered Care), אשר במהותה היא יותר אמפתית, חמה והומאנית, ופחות שיפוטית, מרוחקת ופטרנליסטית. כמו כן, עליהם לשאוף לקבלת החלטות משותפת (shared decision making), לטיפול של קשר אנושי ואותנטי, אשר מאפשר מתן אמון ותקווה, ולאמץ גישה סלחנית וחומלת. ממצא זה מתכתב עם מחקרים רבים בתחום, אשר מדגישים את הצורך בכך שנותני השירות יתמקדו בכוחות ובחוזקות של האדם וישאפו להכיר בסבל שהוא עבר ו/או עובר (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

שנית, מדברי המשתתפים עולה, כי על נותני השירות להימנע ככל הניתן מטיפול בכפייה ומשימוש בפרקטיקות כוחניות (coercion), ובפרט: אשפוז כפוי, קשירות, בידוד, סימום, האכלה בכפייה, מכות, עונשים וסנקציות. מחקרים מראים, כי שימוש לא מושכל בכוח, המצוי בידיה של המערכת, עשוי ליצור טראומה קשה והתמודדות בפני עצמה עבור אלה העוברים בשעריה (Dennis & Monahan, 2013).

שלישית, משתתפים ביקשו להעביר את המסר לפיו יש לשאוף לשימוש מינימאלי בתרופות פסיכיאטריות, ולתחום את השימוש בהן אך ורק לפרק הזמן בו האדם חווה מצב אקוטי. לדבריהם, על נותני התרופות לשאוף וליזום הורדה הדרגתית במינוני התרופות, מתוך הכרה באפשרות המעשית של התגברות על קשיים ואתגרים נפשיים בדרכים שאינן פרמקולוגיות. מסר זה מתכתב עם מחקרים אשר מצביעים על תוצאות טיפוליות פחות טובות בטווח הארוך (poor outcome) ביחס לתרופות פסיכיאטריות מסוימות (Emsley, Kilian, & Phahladira, 2016).

רביעית, לדברי המשתתפים על נותני השירות לשאוף לאמץ פרספקטיבה הוליסטית, פלורליסטית ואולי אף רוחנית, המפרשת התנהגויות חריגות כחלק ממגוון התופעות הנפשיות האנושיות והטבעיות. עליהם לעשות מאמץ להימנע מפתולוגיזציה של התנהגויות אלו, ובכך לחסוך מהאדם, בין היתר, את הסטיגמה הנלוות לתווית של מחלה או הפרעה. גישות מסוג זה, אשר מכונות RSI (religious/spiritual interventions) נמצאו על ידי מחקרים מסוימים כבעלות ערך מוסף, בין היתר בהפחתת סימפטומים קליניים (Gonçalves, Lucchetti, Menezes, & Vallada, 2015).

#### 4.5.3 השלכות למדיניות בבריאות הנפש

ברמת המדיניות, מחקר זה קורא לבחון מחדש את התפיסה החברתית והפסיכיאטרית של חולי, בריאות נפשית והתמודדות עם מצבים נפשיים מאתגרים. על קובעי המדיניות לגלות גמישות מחשבתית, ולהיות קשובים לקולם של אלו אשר חוו את המערכת מבפנים והתנתקו ממנה. עליהם להקדיש יותר תשומת לב למודל ההבראה ולגישות אשר אינן רואות במצבי קצה מחלת נפש, ולקחת בחשבון שההתנתקות עשויה במקרים מסוימים להיות דווקא צעד שמקדם בריאות ואיכות חיים (Slade & Longden, 2015). כמו כן, ישנו צורך ממשי בהקמת מודלים אלטרנטיביים מתקדמים, כגון מרכזי הפוגה, מודל סוטריה ודיאלוג פתוח, שקיימים באירופה וצפון ארה"ב אך עדיין לא בישראל<sup>35</sup>, וכן מחלקות פסיכיאטריות ללא תרופות, כגון זו שנפתחה לאחרונה בטרומסו שבנורבגיה (Tromsø) - מחלקה חלוצית המכילה שש מיטות עבור אנשים אשר אינם מעוניינים בטיפול פסיכיאטרי, או אשר מעוניינים להוריד מהתרופות בהן הם משתמשים. העיקרון

<sup>35</sup> מודל סוטריה הראשון מוקם בימים אלו בירושלים - ספטמבר 2016

הטיפול המנחה שלהם הוא שלמטופל יש זכות מלאה לבחור איזה טיפול הוא מעוניין לקבל; ובנוסף קידום תוכניות איתור והתערבות מוקדמת בפסיכוזה (first episode), לטיפול מניעתי עבור אנשים אשר חווים פסיכוזה בפעם הראשונה - כגון צוותי ACT אשר פועלים מתוך עקרונות של שימוש מינימאלי בתרופות, הטמעת ידע פסיכו-סוציאלי, מתן מענה משפחתי ועידוד חזרה לפעילות חברתית קהילתית – כל זאת על מנת למנוע מאנשים להיכנס למערכת ולהישאר בה.

להלן הרחבה של כמה ממודלים משלימים אלו:

**מרכזי הפוגה (Crisis Respite Centers) -** מרכזי הפוגה הם מקומות המיועדים לתמוך באנשים אשר חווים, או מצויים בסיכון לחוות משבר נפשי. מרכזים מכווני החלמה אלו ממוקמים על פי רוב בשכונות מגורים, האווירה בהם היא ביתית ומשרה ביטחון, והם מופעלים על פי רוב על ידי אנשים בעלי עבר פסיכיאטרי (peers) אשר הוכשרו לכך. ההגעה אליהם היא אך ורק מתוך רצון חופשי, ומשך השהייה בהם על פי רוב לא עולה על שבועות בודדים. מרכזים אלו שואפים למנוע את הטראומה שעלולה להתלוות לאשפוז פסיכיאטרי, ובמקביל ליצר תנאים המעודדים גדילה, התפתחות ורכישה של מיומנויות אשר תומכות בשיפור איכות החיים (well-being). חלק ממרכזי הפוגה גם מפעילים קו חם.

מחקר שהשווה בין אנשים אשר שהו במרכז הפוגה לעומת קבוצת ביקורת אשר טופלה במסגרת אשפוז פסיכיאטרי (Greenfield, Stoneking, Humphreys, Sundby, & Bond, 2008), הראה שיפור משמעותי כעבור חצי שנה ושנה לאחר השהייה, במידת הסימפטומים ובתחושת שביעות הרצון הכללית.

**מודל סוטרירה (Soteria) -** הוא שירות דיוור קהילתי מכוון החלמה, אשר נוסד בתחילה כפיילוט ניסויי על ידי הפסיכיאטר לורן מושר בתחילת שנות ה-60, במטרה לתת מענה הוליסטי והומאני בעיקר לצעירים שחו פסיכוזה. מאפייני השירות העיקריים הם: שירות פתוח – לא מחזיקים אדם בניגוד לרצונו ולא משתמשים באמצעים מגבילים, שירות המעודד יצירת קשרים חברתיים ולקחת אחריות אישית וקבוצתית (כגון ניהול הבית, ארוחות וניקיון), שירות המבוסס על גישה הדוגלת בשימוש מינימאלי בתרופות ומושגת על טיפול מוסרי (moral treatment). כיום וריאציות שונות של בית הסוטרירה המקורי פועלות בארה"ב ובמספר מדינות באירופה, והוא זמין לכל מי שסובל ממשבר או מצוקה נפשית. מזה כמה שנים נעשים ניסיונות ליישמו בישראל בהובלתו של פרופ' פסח ליכטנברג - מנהל מחלקה בבית החולים "הרצוג", ובימים אלו (ספטמבר 2016) נפתח הבית הראשון בירושלים.

מטה-אנליזה של מחקרים אשר נעשו על היעילות של מודל זה, מגלה כי בטווח הקצר והארוך הוא אפקטיבי יותר מהטיפול השגרתי במספר פרמטרים (כגון תפקוד חברתי, תעסוקה ומדדים של פסיכופתולוגיה) ושווה לו באחרים (Calton, Ferriter, Huband, & Spandler, 2008).



**Open dialogue** - היא שיטה לטיפול בפסיכוזה, המיושמת החל משנת 1985 בצפון פינלנד, אשר מבוססת על גישה הומניסטית ושוויונית. מוקד טלפוני הפועל 24 שעות ביממה מיועד לאתר אנשים במשבר, ובעת הקריאה מתגבש צוות תגובה רב מקצועי, שעתידי ללוות את האדם שנמצא במשבר, ואת המעגל הסובב אותו, למשך תקופה של בין חודש למספר שנים. עיקרי השיטה מתבססים על: התערבות מיידית בעת משבר וליווי אינטנסיבי (לרוב יום-יומי) בתקופה האקוטית, יצירת קואליציה של גורמים שעשויים לעזור (משפחה, חברים ודמויות משמעותיות), גמישות טיפולית, לקיחת אחריות לאורך כל הדרך מצד הצוות המטפל, הימנעות מתרופות אנטי-פסיכוטיות ככל הניתן, חיבור למשאביה של הקהילה ודיאלוג פתוח, ישיר ולא שיפוטי בין האדם המקבל עזרה ושלל האנשים התומכים בו<sup>36</sup>.

מחקר שנערך על אנשים שטופלו על פי גישה זו מצא ש 82% מהאנשים אשר סיימו את הטיפול לא הפגינו תסמינים פסיכויטיים, 86% חזרו לעבודה במשרה מלאה או לימודים, ורק 14% קיבלו קצבת נכות (Seikula et al., 2006).

**Family care foundation** - ארגון שהוקם בשנת 1987 בשבדיה, במטרה לאפשר לאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות לחיות כבני בית בקרב משפחות "נורמטיביות" מאמצות. אותם אנשים, אשר לעיתים חוו מספר רב של אשפוזים ונתפסו כ"מקרים אבודים", חיים עם המשפחה למשך מספר שנים במוצק, וניתנת להם הזדמנות להתחיל פרק חדש בחיים. המשפחות המאמצות נבחרות לא על סמך מומחיות פסיכיאטרית, אלא על סמך תכונות כגון חמלה, יציבות ורצון בנתינה, והן מלוות על ידי אנשי מקצוע מטעם הארגון לאורך כל הדרך. מקבל השירות נפגש אף הוא תדירות עם אנשי מקצוע מטעם הארגון, ובהתאם לצורך נערכות גם פגישות עם בני משפחתו ואנשים נוספים אשר עשויים להיות בעלי חשיבות עבורו. כמו כן, הארגון, אשר נותן את שירותיו ללא עלות כספית למקבל השירות, מאפשר גם לבני נוער, ואף לילדים המגיעים בליווי הורה, לקחת בו חלק. הפילוסופיה של הארגון מושתתת על הרעיון של השילוב של חיי משפחה רגילים וידע תרפויטי. אנשיו דוגלים במתן כבוד, יצירת תקווה והסתכלות על האדם "בגובה העיניים", ונמנעים משימוש באבחנות ומודלים תיאורטיים - מה שמאפשר לדבריהם מקום לרגשות, מחשבות, יצירתיות משותפת ומגע אנושי. כמו כן הם דוגלים בעידוד מקבל השירות לרדת באופן הדרגתי מתרופות פסיכיאטריות עד למצב של אי-שימוש בהן. מייסדת הארגון, ד"ר קרינה הקנסון (Carina Håkansson), מספרת בספרה: Ordinary Life Therapy: Experiences from a Collaborative Systemic Practice (2009) על מספר רב של הצלחות לאורך השנים

<sup>36</sup> הסבר מפורט, קישור למאמרים וסרטונים, וקישור לקבוצה המנסה לקדם בישראל דיאלוג פתוח ניתן למצוא ב

בשיקום וריפוי מלא של משתתפי התוכנית<sup>37</sup>. יוזמות אלו כאמור אטרקטיביות במקומות שבהם הן קיימות עבור אנשים במצבי קצה, שרוצים לקבל עזרה נפשית שאינה מושתתת בהכרח על אבחונים ומתן תרופות, אלא על חיבור לכוחות הריפוי וההחלמה אשר נמצאים באדם, וניתנת מתוך מקום של כבוד הדדי, רגישות ושיתוף. הכנסת מודלים מסוג אלו למערך בריאות הנפש ירחיב חלופות של טיפול ושיקום לצרכני שירותים אלו, ישפר את חווית הטיפול והשיקום, ויתרום לרווחתם של קבוצה גדולה מאוד של אנשים בארץ אשר סובלים בפרק זמן כלשהו בחייהם ממצוקה נפשית.

כמו כן, יש לאפשר למקבלי השירות לצרוך שירותים חלקיים, אשר מותאמים להם באופן אישי ומונעים על ידי קבלת החלטות משותפת, באופן כזה שבו הם יוכלו להימנע מ"עסקת החבילה" אשר מוצעת על פי רוב בעת הכניסה למערכת. בנוסף, מתוך ידיעה שבעבור אנשים מסוימים מימוש הפוטנציאל המלא שלהם מתרחש כאשר הם מתנתקים מזהות ה"חולה" וחיים את חייהם ללא עזרה מצד המערכת, רצוי לקיים הכשרות הן לאנשי המקצוע והן למקבלי השירות, בהן נלמדים כלים מעשיים ותיאורטיים לעידוד ההפחתה של התלות במערכת ולאימוץ דרך חיים עצמאית. הכשרות אלו יהיו חלק ממנגנון שתכליתו יצירת נתיבי יציאה מהמערכת, באופן הדרגתי ובליזוי.

זאת ועוד, מדברי המשתתפים אשר השתמשו בסל שיקום ועזבו אותו (ראו 3.5.1), ובהתחשב בעובדה

שפחות משליש מהאנשים אשר זכאים לסל שיקום אכן מממשים את זכותם (אבירם, 2013), על קובעי המדיניות לשקול קריטריונים שונים לקבלת שירות זה, אשר יהיו מבוססים בין היתר על מדדים חברתיים וצרכים סובייקטיביים, ולא דווקא על פרמטרים רפואיים. שינוי מסוג זה עשוי להפחית את ההימנעות הקיימת מקבלת שירותי סל שיקום הנובעת מסטיגמה פסיכיאטרית, ולהגדיל את מספר הנהנים מהטבה זו.

#### 4.6 מגבלות המחקר

למחקר היו מספר מגבלות מרכזיות, שחשוב להתייחס אליהן משום שהייתה להן השפעה על תוצאותיו. ראשית, בשל גודלו המצומצם של מדגם המחקר (23 משתתפים), לא ניתן להכליל את ממצאיו או להסיק מסקנות לגבי כלל אוכלוסיית האנשים אשר מתנתקים משירותי בריאות הנפש (אוכלוסיה המוערכת בעשרות אלפים בישראל), וגם לא ביחס לכלל האנשים אשר קיבלו או מקבלים טיפול מהמערכת. שנית, בשל העובדה שדגימת המחקר התבססה רק על משתתפים שרצו והסכימו להשתתף במחקר, נוצרה הטיה מובנית כלפי משתתפים בעלי סיפור חיים מסוים, אשר אינו מייצג בהכרח את סיפורי החיים של כלל האוכלוסייה הנחקרת.

<sup>37</sup> לעיון נוסף ניתן לצפות בסרט דוקומנטרי על הארגון בקישור: <http://wildtruth.net/dvd/healinghomes/> וכן בדף המכיל מידע על הארגון בקישור: <http://www.madinamerica.com/2012/02/in-gothenburg-ordinary-homes-serve-as-havens-for-healing>

שלישית, הראיונות נערכו בנקודת זמן מסוימת בה המשתתפים היו מנותקים ממערכת בריאות הנפש, וסיפורם שיקף את מצבם באותה נקודה. עם זאת, לא מן הנמנע שאם הראיונות היו נערכים מספר שנים קודם או אחר-כך, התמונה המתקבלת הייתה שונה. ייתכן שבעתיד, חלק מהמשתתפים ישובו להיעזר בשירותיה של המערכת ויציגו סיפור שונה.

לבסוף, כמו בכל מחקר איכותני, חשוב להתייחס למעורבותי כחוקר - עובד סוציאלי שעבד בשיקום והכיר מקרוב באופן אישי אנשים שהיו במצבי קצה, קיבלו טיפול והתנתקו מהמערכת. כך שהגעתי לשדה המחקר עם דעות מגובשות, ציפיות מסוימות וניסיון חיים מקצועי ואישי בתחום. בנוסף, היכרותי עם חלק מהמשתתפים מראש עשויה הייתה לתרום להטיה של התוצאות שהגעתי אליהן. עם זאת, חשוב להדגיש שעל מנת להימנע ככל הניתן מהטיה שנוצרה כתוצאה ממצב זה, במהלך המחקר ולכל אורכו נעשתה קריאה חוזרת ונשנית של כל הנתונים, ושימוש בכלי של מסגור (bracketing) (Tufford & Newman, 2012), בו הפרדתי את עמדותיי המקדימות מ נושאי המחקר. בנוסף, התקיים ביני ובין מנחי המחקר שיח מתמיד שמטרתו הייתה לנסות ליצור הפרדה בין החומר העולה מהטקסט לבין עמדותיי האישיות.

### רשימת מקורות

- אבירם, א' (2013). **חוק שיקום נכי הנפש בקהילה: הערכת ביניים**. מרכז טאוב. בזכות. (אין תאריך). שוברים קשירה – קשירות מטופלים באשפוז פסיכיאטרי: כרוניקה של הפרת זכויות. נדלה בתאריך 27.3.2016 מתוך: <http://bizchut.org.il/he/2508>
- לכמן, מ. (1998). שיקום פסיכו סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? בתוך י. גינת וא. אבירם (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 305-321). אזור: צ'ריקובר מוציאים לאור. לכמן, מ' (2000). **נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים**. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטורט לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- לכמן, מ' ורועה ד' (2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות. **שיחות**, 18, (1), 38-46.
- משרד הבריאות. (אין תאריך). שיקום בקהילה. **אתר משרד הבריאות**. נדלה בתאריך 26/6/2016 מתוך: [http://www.health.gov.il/subjects/mental\\_health/rehabilitation/Pages/default.aspx](http://www.health.gov.il/subjects/mental_health/rehabilitation/Pages/default.aspx)
- נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (יולי, 2016). קשירות ובידוד בבתי חולים פסיכיאטרים – המלצות הנציבות. נדלה מתוך: <http://www.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyon/Equality/additional/Pages/PsychiatricHospitalsCommissionRecommendations.aspx>
- ספקטור-מרזל, ג' (2010). מנגנוני ברירה בטענה של זהות סיפורית. בתוך ל' קסן ומ' קרומר-נבו (עורכות), **ניתוח נתונים במחקר איכותני** (עמ' 96-63). באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- ספקטור-מרזל, ג' (2010א'). מגישה נרטיבית לפרדיגמה נרטיבית. בתוך ר' תובל-משיח וג' ספקטור-מרזל (עורכות), **מחקר נרטיבי: תיאוריה, יצירה ופרשנות** (עמ' 80-45). ירושלים ותל אביב: מאגנס ומכון מופ"ת.
- ספקטור-מרזל, ג' (2011). המחקר הנרטיבי כפרדיגמת מחקר פרשנית. **שבילי מחקר**, 17, 72-63.
- פוקו, מ' (1986). **תולדות השיגעון בעידן התבונה**. ירושלים: בית הוצאה כתר.
- פישל, צ. (פברואר, 2017). הפסקת הקשירות בבתי החולים הפסיכיאטריים מחייבת תוספת תקציב. **דה מרקר**. נדלה מתוך: <http://www.themarker.com/opinion/1.3630290>
- צבר בן-יהושע, נ' (2001). ההיסטוריה של המחקר האיכותני, השפעות וזרמים. בתוך נ' צבר בן-יהושע (עורכת), **מסורות וזרמים במחקר האיכותני** (עמ' 13-28). תל אביב: דביר.
- שטרודן נ', שרשבסקי י', נאון ד', דניאל נ' ופשימן נ' (2009). **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל**:

ראייה משולבת של מערכות השירותים. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

שקדי, א' (2003). מילים מנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות – אוניברסיטת תל-אביב.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Alikari, V., & Zyga, S. (2014). Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Science Journal*, 8(2), 179-186.

Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3), 171-194.

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.

Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1011-1022.

Bleuler, E. (1923). *Textbook of psychiatry* (Trans. by Brill, A.A.). New York, NY: McMillan.

Bowie, C. R., Grossman, M., Gupta, M., Oyewumi, L., & Harvey, P. D. (2014). Cognitive remediation in schizophrenia: efficacy and effectiveness in patients with early versus long-term course of illness. *Early intervention in psychiatry*, 8(1), 32-38.

Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 147-153.

Brunette, M., Mueser, K., & Drake, R. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and alcohol review*, 23(4), 471-481.

- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletis, M., Fioritti, A., . . . Lauber, C. (2009). The impact of Supported employment and working on clinical and social Functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949–958.
- Calabrese, J. D., & Corrigan, P. W. (2005). Beyond Dementia Praecox: Findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In R.O. Ralph & P.W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp. 63-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carter, L., Read, J., Pyle, M., & Morrison, A. P. (2016). The impact of causal explanations on outcome in people experiencing psychosis: A systematic review [Electronic version]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Retrieved July 5<sup>th</sup>, 2016, from <http://europepmc.org/abstract/med/26805779>
- Chadwick, P.K. (1997). Recovery from psychosis: Learning more from patients. *Journal of Mental Health*, 6, 577-588.
- Coffey, A. A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Hamilton, M. M., Jonikas, J. A., Razzano, L. A., Floyd, C. B., ... & Grey, D. D. (2015). *Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning*. Psychiatric Services.

- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health, 25*(1), 10-15.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine, 45*(01), 11-27.
- Clubhouse International. (2013). <http://www.iccd.org>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice, 39*(3), 124-130.
- Cresswell, M. (2008). Szasz and His Interlocutors: Reconsidering Thomas Szasz's “Myth of Mental Illness” Thesis. *Journal for the Theory of Social Behavior, 38*(1), 23-44.
- Davidson, L. (2011). Recovery from psychosis: What’s love got to do with it?. *Psychosis, 3*(2), 105-114.
- Davidson, L., Sells, D., Songster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person? In R.O. Ralph & P.W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of Wellness* (pp. 147-170). Washington, DC: American Psychological Association.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin, 34*(1), 5-8.

- Davidson, L., Shaw, J., Welborn, S., Mahon, B., Sirota, M., Gilbo, P., ... & Pelletier, J. F. (2010). "I don't know how to find my way in the world": Contributions of user-led research to transforming mental health practice. *Psychiatry*, 73(2), 101-113.
- Dear, M. J., & Wolch, J. R. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Deegan, P.E. (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66 suppl), 29-35.
- De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Holding harm: Narrative methods in mental health research on refugee trauma. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1664-1676.
- Dennis, D. L., & Monahan, J. (Eds.). (2013). *Coercion and aggressive community treatment: A new frontier in mental health law*. Springer Science & Business Media.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dixon, L., Goldberg, R., Iannone, V., Lucksted, A., Brown, C., Kreyenbuhl, J., . . . Potts, W. (2009). Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatric Services*, 60(4), 451-458.
- Drake, R. E., Szmukler, G., Mueser, K. T., & Thornicroft, G. (2011). Introduction to community mental health care. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Eds.), *Oxford textbook of community mental health* (pp. 3-8). Oxford, England: Oxford University Press.



- Drobin, F. (2014). Recovery, Spirituality and Psychotherapy. *Journal of religion and health*, 53(3), 789-795.
- Dudley, R., Siitarinen, J., James, I., & Dodgson, G. (2009). What do people with psychosis think caused their psychosis? AQ methodology study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(01), 11-24.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030.
- Elliott, M., Maitoza, R., & Schwinger, E. (2011). Subjective accounts of the causes of mental illness in the USA. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(06), 562-567.
- Emsley, R., Kilian, S., & Phahladira, L. (2016). How long should antipsychotic treatment be continued after a single episode of schizophrenia?. *Current opinion in psychiatry*, 29(3), 224-229.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: Major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Fischer, E. P., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Blow, F. C., Barry, K. L., Hudson, T. J., . . . Valenstein, M. (2008). Longitudinal patterns of health system retention among veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 321-330.
- Gaebel, W., Zask H., & Baumann A. E. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 113, 41-45.
- Gambrill, E. (2014). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a major form of dehumanization in the modern world. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 13-36.

- Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crisp, K., ... & McGorry, P. D. (2011). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. *Schizophrenia bulletin*, *sbr165*.
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*, *45*(14), 2937-2949.
- Grinter, D. J. (2012). Non-engagement in psychosis: a narrative analysis of service-users' experiences of relationships with mental health services (Unpublished doctoral dissertation). University of Glasgow, UK.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*(1), 59-82.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(1), 48-54.
- Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, *44*(14), 3007-3016.
- Henwood, B. F., Stanhope, V., & Padgett, D. K. (2011). The role of housing: A comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 77-85.
- Henslee, A. M., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Tracy, M., H. Norris, F., & Galea, S. (2015). Religious coping and psychological and behavioral adjustment after Hurricane Katrina. *The Journal of psychology*, *149*(6), 630-642.

- Hill, C., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist*, 25, 517-572.
- Hopper, K., & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISOs, the WHO collaborative followup project. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 835-846.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(5), 419-425.
- Insel, T. R., & Scolnick, E. M. (2006). Cure therapeutics and strategic prevention: raising the bar for mental health research. *Molecular psychiatry*, 11(1), 11-17.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 248-256.
- Jacobson, N., & Farah, D. (2012). Recovery through the lens of cultural diversity. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 333-335.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Karepelin, E. (1913). *Lectures on clinical psychiatry*. New York, NY: William Wood & Co.
- Kinderman, P., Read, J., Moncrieff, J., & Bentall, R. P. (2013). Drop the language of disorder. *Evidence Based Mental Health*, 16(1), 2-3.
- King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 68-73.

- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 686-703.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., . . . Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., ... & Gaebel, W. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30-40.
- Lysaker, P. H., & Roe, D. (2012). The processes of recovery from schizophrenia: The emergent role of integrative psychotherapy, recent developments, and new directions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(4), 287-297.
- Lyer, S. N., Rothmann, T. L., Vogler, J. E., & Spaulding, W. D. (2005). Evaluating outcomes of rehabilitation for severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), 43-55.
- Mad in America, 2016. Retrieved from: <https://www.madinamerica.com/author/sdavidow/>

- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalization and community living—outcomes and costs: Report of a European study* (Vol. 2: Main Report). Canterbury, UK: Tizard Centre, University of Kent.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), 782-788.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *FQS: Forum Qualitative Social Research*, 11(3). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1428>
- Masso, J. D., Avi-Itzhak, T., & Obler, D. R. (2001). The clubhouse model: An outcome study on attendance, work attainment and status, and hospitalization recidivism. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 17(1), 23-30.
- McAdams, D. P. (2008). The Life Story Interview. Retrieved from <http://www.sesp.northwestern.edu/docs/LifeStoryInterview.pdf>
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 681-685.
- McGlashan, T. H., Levy, S. T., & Carpenter Jr., W. T. (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32(10), 1269.
- Miller, K. K. (2013). Endocrine effects of anorexia nervosa. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 42(3), 515-528.
- MindFreedom International. (2012). I got better: there are many ways to mental illness, what is yours. Retrieved from

- Mojtabai, R., Fochtmann, L., Chang, S., Kotov, R., Craig, T. J., & Bromet, E. (2009). Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 679–695.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304-319.
- Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Roe, D., Berman, Y., Shalev, A., Kaplan, Z., & Epstein, P. G. (2014). Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers' recovery competencies and personal recovery. *Psychiatry research*, 220(1), 592-597.
- Moritz, S., Favrod, J., Andreou, C., Morrison, A. P., Bohn, F., Veckenstedt, R., ... & Karow, A. (2013). Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 39(4), 917-922.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52, 250-260.
- National Empowerment Center, 2016. Retrieved from:  
[http://www.power2u.org/articles/recovery/new\\_vision.html](http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html)
- National Institute of Mental Health (NIH), 2016. Retrieved from:  
<http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/serious-mental-illness-smi-among-us-adults.shtml>
- Nose, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. *Psychological medicine*, 33, 1149-1160.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568.
- Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia?. *Neuropsychology review*, 19(3), 365-384.
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical medicine*, 6(6), 536-539.
- Petrie, K. J., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health*, 17(6), 559-564.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 438-443.
- Read, J., Mosher, L. R., & Bentall, R. P. (2004). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove, UK: Brunner- Routledge.
- Read, J., Bentall, R. P., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(04), 299-310.
- Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89-91.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Richards, C. (2014). Of cocaine and scaffold bars: a critique of The Myth of Mental Illness by Thomas S Szasz. *Existential Analysis*, 25(1), 66-79.

- Roe, D., & Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(7), 417-424.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2008). Call it a monster for lack of anything else: Narrative insight in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 859.
- Roe, D., Goldblatt, H., Baloush-Klienman, V., Swarbrick, M., & Davidson, L. (2009). Why and how people decide to stop taking prescribed psychiatric medication: exploring the subjective process of choice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(1), 38-46.
- Roe, D., & Lysaker, H. P. (2012). The importance of personal narratives in recovery from psychosis. In J. Geekie, P. Randal, D. Lampshire, & J. Read (Eds.), *Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives* (pp. 5-14). London, UK: Routledge.
- Romme, M., & Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–216.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2011). *Living with voices: Fifty stories of recovery*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Russo-Netzer, P., & Moran, G. (2016). Positive Growth From Adversity and Beyond: Insights Gained From Cross-Examination of Clinical and Nonclinical Samples. *American journal of orthopsychiatry*. Advance online publication DOI: 10.1037/ort0000224
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 186.
- Sandman, L., Granger, B. B., Ekman, I., & Munthe, C. (2012). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 115-127.



- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as root metaphor for psychology. In T. R Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* .pp. 3-21). New York: Praeger.
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of affective disorders*, 190, 115-121.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108-1124.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, 15 (1), 1.
- Sciarra, D. (1999). The role of the qualitative researcher. In M. Kopala & L. Suzuki (Eds.), *Using qualitative methods in Psychology* (pp.37-48). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8 (1), 1-11.
- Scheff, T. J. (1970). *Being mentally ill: A sociological theory*. Transaction Publishers.
- Smith, T. E., Stein, B. D., Donahue, S. A., Sorbero, M. J., Karpati, A., Marsik, T., ... & Essock, S. M. (2014). Reengagement of high-need individuals with serious mental illness after discontinuation of services. *Psychiatric Services*, 65 (11), 1378-1380.
- Smith, B., & Sparkes, A. (2009). Narrative inquiry in sport and exercise psychology: What can it mean, and why might we do it? *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 1-11.
- Stanhope, V., Henwood, B. F., & Padgett, D. K. (2015). Understanding service disengagement from the perspective of case managers. *Psychiatric Services*.

- Staring, A. B., van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2011). Recovery style predicts remission at one-year follow-up in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 295-300.
- Strauss, J. S. (1992). The person—key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry. III. *British Journal of Psychiatry*, October (Suppl. 18), 19-26.
- Sue, S., & Zane, N. (2009). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *Asian American Journal of Psychology* 1, 3-14.
- Szasz, T. (1961). *Myth of mental illness* (Vol. 15). New York.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- Thompson, K. N., McGorry, P. D., & Harrigan, S. M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 62(1), 31-36.
- Torrey, E. F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York, NY: John Wiley.
- Tufford, L., & Newman, P. (2012). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 11(1), 80-96.
- Young, A. S., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Services*, 51(1), 85-91.
- Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current opinion in psychiatry*, 22(4), 374-380.
- Witteman, C., Bolks, L., & Hutschemaekers, G. (2011). Development of the illness perception questionnaire mental health. *Journal of Mental Health*, 20(2), 115-125.

- Woods, A., Jones, N., Alderson-Day, B., Callard, F., & Fernyhough, C. (2015). Experiences of hearing voices: analysis of a novel phenomenological survey. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 323-331.
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(9), 913-920.

## נספח א'

### מדריך ראיון

#### התרחקות משירותי בריאות הנפש כהליך

#### של בניית חיים מחוץ למחלה

#### פתיחה לראיון

- תודה שהסכמת להיפגש ולשוחח אתי. אני מבקש לראיין אותך על החוויה שלך כאדם שהיה במערכת הפסיכיאטרית, אך כיום התנתק ממנה ואינו נזקק לשירותיה.
- כל מה שתספר/י פה יישאר חסוי. אשתמש בו רק לצורכי מחקר. ברשותך, אקליט את השיחה. הריאיון יתומלל מאוחר יותר. אני מתחייב לשמור עכשיו ובהמשך המחקר על פרטיותך ועל סודיות בהקשר להשתתפותך, ולהימנע מלחשוף כל פרט שיזהה אותך ויקשר את תוכן דבריך אליך. שמך איננו מצוין על קובץ השמע. הראיונות ינותחו לפי נושאים שונים ולא לפי משתתפים, כך שזהותך תהיה מוגנת ולא יהיה ניתן לזהות אותך אישית מתוך הממצאים. מותר לך בכל עת לבקש ממני להפסיק להקליט את הריאיון. אני אכבד את בקשתך.
- בריאיון שנערוך מייד אשאל אותך שאלות שונות, שבאמצעותן אני מבקש ללמוד ממך על החיים שלך כאדם שקיבל שירות בעבר ממוסדות פסיכיאטרים וכיום אינו קשור אליהם. אין תשובות לא נכונות. הדרך בה את/ה רואה את הדברים היא החשובה. אם אשאל שאלות שלא תרצה/י לענות עליהן, או אגע בנושאים שתעדיף/י לא להתייחס אליהם. בבקשה אמור/י לי, ואכבד את רצונך. תוכל/י להפסיק את הריאיון בכל שלב שתרצה/י, ללא שום תוצאות שליליות לגביך.
- הריאיון יארך כשעה וחצי. במידת הצורך, ניפגש פעם נוספת. תהיה אפשרות שניפגש שוב, בתום ניתוח הממצאים, כדי שאשתף אותך במסקנותיי. אשמח לקבל את חוות דעתך, אולם פגישה זו איננה חלק מהריאיון ואיננה חובה בשום אופן, כך שאין צורך להחליט לגביה כעת.
- השתתפותך במחקר חשובה ביותר, ועשויה לתרום משמעותית להבנת חוויותיהם והתמודדותם של אנשים שעברו חוויות דומות. בנוסף, אנשי מקצוע יוכלו ללמוד מן המחקר כיצד להתערב ולסייע טוב יותר לאנשים במצבים דומים בעתיד.

\_\_\_\_\_תאריך

\_\_\_\_\_מס. מרואיין

### שאלות רקע

1. גיל \_\_\_\_\_
2. ארץ לידה \_\_\_\_\_ (שנת עליה \_\_\_\_\_)
3. כתובת (ישוב \_\_\_\_\_)
4. מספר טלפון \_\_\_\_\_
5. מצב משפחתי \_\_\_\_\_
6. מצב סוציו-אקונומי של המשפחה בה גדלת (נמוך, בינוני, גבוה) \_\_\_\_\_
7. רקע תרבותי \_\_\_\_\_
8. מקצוע \_\_\_\_\_
9. השכלה וסך שנות לימוד \_\_\_\_\_
10. במשך כמה זמן היית בטיפולים פסיכיאטריים? \_\_\_\_\_
11. כמה אשפוזים, אם בכלל, עברת, ומה היה משכם המצטבר? \_\_\_\_\_
12. כמה זמן עבר מאז שהתנתקת ממערכות בריאות הנפש? \_\_\_\_\_
13. האם קיבלת או שאת/ה מקבלת קצבת נכות מביטוח לאומי? \_\_\_\_\_
14. האם קיבלת בעבר שירותי סל שיקום? \_\_\_\_\_

## ראיון סיפור חיים

### פרקי חיים

תתחיל/י בבקשה במחשבה על חיידך כאילו הם ספר. דמיינ/י שלספר זה ישנו "תוכן עניינים" ובו רשימה של הפרקים העיקריים שמופיעים בו. את/ה יכול לבחור כמה פרקים שתדצי/ה, אך הייתי מציע לבחור בין שניים לשבעה. קח/י לעצמך כמה רגעים לחשוב על כותרות לפרקים אלו. כמספר/ת הסיפור, נסה/י לאמץ נקודת מבט כוללנית על חיידך ולתאר את עיקר העלילה. כשתה/ה מוכן/ה – אמור/י לי בבקשה :

- מהי כותרתו של כל פרק?
- מהם הדברים המרכזיים שהתרחשו בו?
- כיצד מתקשרים הפרקים אחד לשני?

### שאלות נוספות על חיידך

- תאר/י את המשפחה בה גדלת.
- תאר/י בבקשה דמויות משמעותיות בחיידך שאת/ה חושב/ת שהייתה להן השפעה מיוחדת על חיידך.
  - כיצד הן השפיעו עליך?
- ספרי/י על המפגש שלך עם מערכות בריאות הנפש.
  - מתי זה קרה?
  - מה הוביל לכך?
  - תאר/י את המחשבות והרגשות שלך כלפי מפגש זה.
- האם היית מאושפז/ת?
  - מתי זה קרה?
  - מה הוביל לכך?
  - תאר בבקשה את תחושותיך באותה תקופה או תקופות.
  - האם אתה מרגיש שהאשפוז הותיר בך משקעים?
  - האם הוא תרם לך? פגע בך?
- מה יחסך לאבחנה/ות שקיבלת?
  - האם היית מודע/ת אליה?

- איך היא גרמה לך להרגיש?
- לפי דעתך, האם הן שיקפו נכונה את מצבך בעבר או בהווה?
- האם היא תרמה לך באיזשהו אופן? פגעה בך?
- ספרי על הניסיון שלך עם תרופות פסיכיאטריות.
  - איך הן גרמו לך להרגיש?
  - האם הם תרמו לך? פגעו בך?
- ספרי על הטיפולים השונים בהם התנסית.
  - מה הוביל אליהם?
  - מה הן תחושותיך לגביהם?
  - האם הם תרמו לך? פגעו בך?
- כיצד הגיבו משפחתך ואנשים קרובים למשבר הנפשי (אם כך את/ה רוצה לכתוב) שעברת?
- מה הוביל להתרחקות שלך מעולם בריאות הנפש?
  - האם היא קרתה בשלבים?
  - מה תרם לכך?
  - מה היו הרגשות שהתלוו לתהליך זה?
  - תארי את הקשיים, אם היו, בתהליך זה?
  - תארי את הרווחים שהפקת מתהליך זה?
  - מה ההשלכות של תהליך זה על חיידך?
- כיצד הגיבו משפחתך ואנשים קרובים להתרחקותך משירותי בריאות הנפש?
  - כיצד הגיבו אנשי בריאות הנפש שהיו אתך בקשר לתהליך זה? האם הם עודדו אותו? או שמא ניסו למנוע אותו?
- מיהם האנשים שיכולים, לדעתך, להתרחק משירותי בריאות הנפש?
  - האם לפי דעתך זה עניין אינדיבידואלי/נסיבתי?
  - האם היית ממליץ לאחרים להתרחק משירותי בריאות הנפש? נמק.
  - אם כן, מה הצעדים שהיית ממליץ לאנשים לנקוט על מנת להתרחק משירותים אלו?
- האם דת, מיסטיקה או רוחניות סייעו לך בתהליך ההתרחקות משירותי בריאות הנפש?

○ אם כן, באיזה אופן הם עזרו?

- האם את/ה מרגיש שאת/ה מתמודד/ת עם אתגרים נפשיים? אם כן, מהם הכלים שעומדים לרשותך בהתמודדויות אלו?
- כיצד את/ה נוהג/ת בנוגע לעברך במסגרות בריאות הנפש? (חושף/ת אותו? מצניע/ה אותו? ובאיזו מידה?)
- מה את/ה עושה בחיך כיום?

### אירועי מפתח

לאחר שתיארת את סיפורך באופן כללי, בואי נדבר כעת על אירועים מרכזיים שבולטים בסיפור. בקרוב אבקש ממך לספר על מספר אירועים בחיך, ולגבי כל אחד מהם נסה/י לתאר היכן הוא התרחש, מי היה מעורב בו, מה קרה בו, מה הרגשת וחשבת בזמן שהאירוע התרחש ומדוע הוא משמעותי בחיך.

- נקודת שיא - אנא תארי אירוע, אפיזודה, או רגע בחיך שהיה חיובי במיוחד.
- נקודת שפל - עכשיו תארי סצנה שהיא הפוכה לראשונה. רגע קשה בחיך שהיה נקודת תחתית.
- נקודת מיפנה - במבט לאחור על החיים, האם תוכל/י לתאר נקודות/אפיזודות שמסמנות שינוי משמעותי בסיפור חיך?
- זיכרון ילדות חיובי - אנא תארי רגע ו/או אפיזודה מהילדות או ההתבגרות שהיו חיוביים בצורה יוצאת דופן.
- זיכרון ילדות שלילי - אנא תארי רגע קשה במיוחד מהילדות או ההתבגרות שלך. ייתכן שהרגשת בו פחד, עצב או רגש שלילי אחר שנקשר לחוויה זו.
- מאורע של תובנה - האם את/ה יכול להיזכר ולתאר רגע שבו הייתה לך תובנה מסוימת לגבי חיך?
- האם אתה שבע רצון מחיך?

### תסריט העתיד

- מהו הפרק הבא בחיך? כיצד את/ה מדמיין/ת אותו?
- מהם החלומות, התקוות ותוכניותיך לעתיד?
- האם יש לך "פרויקט חיים"? אם כן, תוכל/י בבקשה לתאר אותו?



**תמת חיים**

בהסתכלות על המכלול של חייד, האם תוכל/י לתאר תמה מרכזית, מסר או רעיון אשר מלווה את סיפורך?  
אנא הסבר/י.

**לסיכום**

- האם יש דברים נוספים עליהם תרצה/י לספר?
- האם ישנו מסר שהיית רוצה להעביר?

**אני מודה לך מאוד על כך שהסכמת לשתף אותי בסיפורך. תודה!**

## נספח ב'

## מכתב פניה למשתתף במחקר

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

**הנדון: השתתפותך במחקר: " התרחקות משירותי בריאות הנפש כתהליך של בניית חיים מחוץ למחלה "**

שלום רב,

שמי שמעון כץ ואני סטודנט לתואר שלישי (PhD) בחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה. אני מבקש לקבל את הסכמתך להשתתף במחקר שאני מקיים בנושא: **" התרחקות משירותי בריאות הנפש כתהליך של בניית חיים מחוץ למחלה "**.

המחקר מבוצע במסגרת לימודי הדוקטוראט שלי **ואושר על-ידי וועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה**. מטרת המחקר היא להבין לעומקה את חוויתם של אנשים אשר בעברם היו באשפוז פסיכיאטרי, ובהמשך חייהם התרחקו משירותי בריאות הנפש, ולא נזקקים יותר לשירותיה. אני מבקש לראיין אותך על התופעה, כפי שאתה חווה אותה.

הראיון יתקיים פנים אל פנים. השתתפותך במחקר עשויה לתרום משמעותית להבנת הנושא, ולסייע בהמשך לאנשי מקצוע ולאנשים בעלי סיפור חיים דומה.

#### **מסגרת הראיון:**

- שיחתנו תוקלט במכשיר הקלטה, והראיון ישוכתב מאוחר יותר ויימחקו ממנו פרטים מזהים שלך. הראיון יארך כשעה וחצי. במידת הצורך, ניפגש פעם נוספת.
- כל מה שתספר בראיון יהיה חסוי, וזהותך האישית לא תיחשף במהלך דיווח ממצאי המחקר.
- כל הנתונים המזהים במחקר יישמרו חסויים ולא יהיו זמינים לאף אחד מלבד צוות המחקר.
- ממצאי המחקר יישמשו לצורכי למידה ומחקר בלבד. ייתכן שקטעים מהראיון עמך יישמשו בשלב מאוחר יותר לפרסום ממצאי המחקר ולהוראה. כל זה ייעשה תוך הקפדה מלאה על טשטוש פרטיך האישיים, כדי לשמור על פרטיותך המלאה. בשום אופן לא יהיה ניתן לזהות אותך אישית מתוך הממצאים.

חשוב לי להבהיר, כי אינך חייב להשתתף במחקר, וכי לאי-הסכמה לא תהיה כל השלכה עליך והיא לא תפגע בך בכל דרך שהיא. תוכל לפרוש מן המחקר בכל עת מבלי שיהיו לך השלכות כלשהן עבורך ולא תיווצר כל דעה קדומה לגביך.

**סיכונים אפשריים:** כיוון שהמחקר עוסק בנושא רגיש, יתכן שיתעוררו אצלך בעקבות הראיון זיכרונות ומחשבות לא נעימים. במקרה שתרגיש צורך בתמיכה, השתתפות וסיוע, תוכל לפנות אלי בטלפון 050-4501309. כמו-כן, תוכל לפנות אלי עם כל שאלה או סוגיה שתתעורר בנוגע למחקר או להשתתפות בו.

אודה לך אם תאשר את השתתפותך בראיון.

בתודה מראש ובברכה,

שמעון כץ

**נספח ג': טופס הסכמה מדעת**

**אישור השתתפות במחקר בנושא: " התרחקות משירותי בריאות הנפש כהליך של בניית חיים מחוץ למחלה "**

**אני** \_\_\_\_\_

מאשר שקראתי את המידע שהוצג בפני ושהוסבר לי אישית על-ידי החוקר, אשר התחייב בפני בכתב להבטיח סודיות בכל הנוגע לפרטיי האישיים וכל פרט אחר שעלול לחשוף את זהותי.

אני מסכים להתראיין למחקר זה ומוכן שייעשה שימוש בראיון עמי לצורכי מחקר, פרסום תוצאות המחקר, פרסום מאמר והוראה בלבד, תוך שמירה קפדנית של החוקר על סודיות זהותי.

**תאריך** \_\_\_\_\_

**חתימה** \_\_\_\_\_

# **Disengaging from Mental Health Services as a Process of Rebuilding a Life Outside an Illness**

**Shimon Katz**

## **Abstract**

Studies have shown that between 30% to 45% of people who had been diagnosed with a serious mental illness (SMI) do not consume mental health services of any form. Despite that, research concerning this large group of people is scant, and discontinuing services is often described in negative terms such as "drop outs" and "inappropriate termination", with an emphasis on the need to form strategies to engage people with services. While there is a lot of evidence that many people benefit from the use of services, it has been increasingly argued that discontinuing services can signify an independent path that at least in some cases, may promote emotional well-being and better quality of life.

The purpose of the current study was to examine the experience of people who had previously been diagnosed with a serious mental illness (SMI), were hospitalized and received psychiatric care, and have discontinued all form of mental health services, including psychiatric medicine, for at least one year. The study aimed to shed light on the psychological processes, support factors and life circumstances that led to their complete discontinuation of mental health services. The main research question was, why and how did the study's participants choose the path of service discontinuation, how did they experience it and what do they think was its impact? The study was informed by the narrative approach to life stories, which is based on qualitative methodology. The study's participants were 13 women and 10 men, aged 25 to 65 (average age was 38), all had previously received a diagnosis of a serious mental illness. All the participants had formerly been hospitalized at least once in a psychiatric ward, had used psychiatric medication and received a recommendation for further psychiatric treatment. The

length of their hospital stay ranged from two days to three years, and the period of time in which they have not consumed services ultimately ranged from one<sup>38</sup> to 26 years (mean = 9.5).

Participants were located through advertisements on Web sites and message boards at several universities, as well as personal acquaintance and via “snowball method.” Data was collected between July 2014 and September 2015 through in-depth semi-structured interviews, which were audio-recorded and transcribed.

Ten key factors were found to have a significant contribution to the process of discontinuing services, of which formulation of an alternative explanation of the etiology of the challenge/difficulty in non-biological terms was one of the important ones. Three main reframings of the challenge/difficulty that stood out were: formulation of the difficulty/challenge (a) in terms of trauma; (b) in physical or circumstantial terms, and (c) in terms of spirituality. Analysis of the data showed that the third way, spirituality, expressed the most fundamental and deepest change the participants’ had undergone, and provided them the most powerful tools for coping independently with life’s challenges.

Examining the aftermath of the process of discontinuing services, which the participants had undergone, revealed three different narratives held by the them in relation to the crisis they had experienced: The first, relating to the recovery paradigm, was held by participants who felt that they were still living with an emotional problem, but were dealing with it using individual non-psychiatric tools they acquired through their life. The second narrative relates to the “full recovery” paradigm, and characterizes participants who felt that in the past they might have dealt with a psychiatric problem, but have since been cured from it completely. The third narrative, correlates to the anti/post-psychiatric school of thought, was represented by participants who felt that they had never been ill, and that all their diagnostic process was fundamentally wrong. Data analysis led to the construction of an integrated model, spanning throughout the participants’ life

---

<sup>38</sup> except for one participant who discontinued services six months prior to the interview

course, and referring to the relationships between the various factors that led them to discontinue services and build a life outside the realm of illness.

The study offers a new approach toward understanding the phenomenon of discontinuation. While the vast majority of studies that examined this phenomenon of disengagement from mental health services tend to describe it negatively and highlight the need to formulate strategies to cope with the phenomenon and treat it, the uniqueness of this study, is that it examines cases in which moving away from health services can actually promote an independent life, which, in the case of some of the participants, is satisfying and meaningful. Furthermore, it appears that in some cases, using mental health services may impede important domains of recovery.

It is therefore recommended that further research will aim to expose different routes of coping outside the mental health services, which will expand the understanding of the factors that contribute to the well-being of people who are dealing with difficult emotional crises.

# **Disengaging from Mental Health Services as a Process of Rebuilding a Life Outside an Illness**

**By: Shimon Katz**

**Supervised by: Professor David Roe**

**Dr. Hadass Goldblatt**

**A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE  
“DOCTOR OF PHILOSOPHY”**

**University of Haifa**

**Faculty of Social Welfare & Health Sciences**

**Department of Community Mental Health**

**April, 2017**



# **Disengaging from Mental Health Services as a Process of Rebuilding a Life Outside an Illness**

**Shimon Katz**

**A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE  
“DOCTOR OF PHILOSOPHY”**

**University of Haifa  
Faculty of Social Welfare & Health Sciences  
Department of Community Mental Health**

**April, 2017**