http://www.haaretz.co.il/news/health/new-research/.premium-1.2180484

להוציא את הלוקים בנפשם מהמחלקה הסגורה

במקום לטפל באדם הלוקה בנפשו באווירה שלווה ובריאה, הוא מטופל במחלקה פסיכיאטרית סגורה ומצבו מחמיר. הגיע הזמן למודל טיפול דיורי.

- **פסח ליכטנברג** (פרופ' פסח ליכטנברג הוא מנהל מחלקה פסיכיאטרית בבית החולים הרצוג בירושלים, ולשעבר ראש החוג לפסיכיאטריה בפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים).

- 09.12.2013

תארו לעצמכם שאתם לוקים בלבכם ומאושפזים במחלקה שבה אתם חייבים להתאמץ ולהזיע ולעסוק במלאכות שמכבידות עוד יותר על הלב, או שאתם סובלים מקשיי נשימה ומועברים למחלקה מיוחדת בגובה 5,000 מטר שבה קשה גם לבריאים לנשום מפאת חוסר חמצן באוויר. לצערי, תסריטים אלו לא רחוקים מהמציאות כשזה מגיע לאדם שלוקה בהתקף פסיכוטי. הוא מפוחד ולחוץ, מוצף חרדות שמנתקות אותו מהמציאות, שומע קולות הזייתיים שמקללים אותו או מאיימים להורגו. ואיפה מטפלים בו? במחלקה פסיכיאטרית סגורה, מקום מאוד לא רגוע בדרך כלל, אפילו סוער, מקום שקשה מאוד להירגע בו ולעתים קרובות לא ניתן לקבל בו את התמיכה הרגשית שכה נדרשת בעתות משבר, והחוויה הופכת משפילה וטראומטית.

בעת קבלת הפנים עלול המתאשפז להיסגר בחדר בידוד, להיקשר למיטה, ולקבל זריקות בעל כורחו. בכך מתווספת למשבר הרגשי גם טראומה שתקשה עליו להחלים ותהפוך אותו לעוין כלפי המערכת. התוצאה תהיה היעדר שיתוף פעולה בין המטופל למטפל בפסיכיאטריה.
עולמו של המטופל המגיע למחלקה הפסיכיאטרית חרב עליו; הוא במצוקה ואינו יכול לבטוח בעצמו ובעתידו, הוא מגיע למקום רווי בדעות קדומות ומקבל אות קין של חולה נפש. כפי שאמר לי מטופל שהשתחרר ממקום כזה לפני 20 שנה, "יכולתי בקושי לצאת מהמחלקה הסגורה, אבל עד היום המחלקה הסגורה לא יוצאת ממני".
אין כאן כוונה להעביר ביקורת על הצוותים העובדים במחלקות הפסיכיאטריות. מרביתם אנשים מסורים שבחרו בתחום קשה ורוצים לעזור ולהיטיב. עם זאת מציאות שבה מחלקות פסיכיאטריות, במוסודות פסיכיאטריים בעיקר, לוקות במחסור בכוח אדם יוצרת מצב שבו הטיפול מתמקד בעיקר בשמירה על שקט ולמתאשפז קשה למצוא מזור אמיתי לנפשו.

האלימות במחלקות הפסיכיאטריות נובעת גם היא בין השאר מכך שאין מספיק כוח אדם שיקשיב וייתן מענה לבקשות המאושפזים. מתוך מצוקה זו מתרבות הפניות לעזרה שעלולות לפקוע את סבלנותם של אנשי הצוות המוצפים. כך נוצרת דינמיקה שבה כוחניות מחליפה הקשבה והתוצאה עלולה להיות תגובה אלימה. בדו"ח הסיעודי היומי יירשם "החולה התפרץ ונקשר למיטה" וכל ההקשר לצוות שלא איתר בזמן את מצוקת המטופל על מנת לעזור לו לא יוזכר. ובוודאי שלא תיכתב מילה על החלטות משרדי הממשלה, על מספר אנשי הצוות הנדרשים במחלקות וסדרי עדיפויות כלכליים שיצרו את המצב הזה. ייתכן כי ריבוי מקרי ההתעללות במחלקות הפסיכיאטריות המדווחים לאחרונה משקפים את התקלות הללו ואף בעיה מערכתית ואנושית עמוקה יותר.

בית חולים פסיכיאטרי. צילום: דניאל צ'צ'יק

עוד כתבות בנושא

- **ההתעללות בחוסים היתה כאן מאז ומתמיד** 30.12.2012 | 20:17
- **להעדיף אשפוז פסיכיאטרי ראשון בבי"ח כללי** 09.08.2012 | 18:23
- **סרטן של הנפש** 19.01.2008 | 23:00
- **ועדה במשרד הבריאות: לסגור את המחלקות הסגורות בבתי החולים הפרטיים** 10.07.2013 | 11:18

נקודת האור בסיפור היא ההצלחה של משרד הבריאות לפתח מסגרות דיור קהילתיות המיועדות למשתקמים לאחר האשפוז הפסיכיאטרי ולהוריד את שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטריות לשישית ממה שהיה לפני 40 שנה. הבעיה שנותרה היא של המאושפזים במצב חריף שלא יכולים להשתחרר מהאשפוז ולגור בביתם וזקוקים למסגרת תומכת.
כיום ניתן לעשות זאת ולסייע להם. המועצה הלאומית לבריאות הנפש, גוף מייעץ רשמי של משרד הבריאות, המליצה כבר ב-2006 ליישם מודל טיפול דיורי ללוקים בנפשם. השיטה נוסתה בהצלחה בצפון אמריקה ובאירופה וזה הזמן להביאה גם לישראל. לאחרונה הביעו גורמים בכירים במשרד הבריאות תמיכה במודל כזה ויש לקוות שיקרום עור וגידים.

במודל זה הדיירים המתמודדים עם מצוקה נפשית קשה, 12 לכל היותר, שוהים בבנייני מגורים קהילתיים באווירה ביתית. אנשי הצוות אחראיים רק למספר מועט של מתאשפזים, ויכולים לספק ליווי רגשי בנחת, עד יעבור זעם, באווירה נוחה ומכבדת, שכוללת שיתוף פעולה בינם למטופלים, כגון באחזקת המקום והכנת ארוחות.
מחקרים שבחנו מסגרות כאלה בעולם הראו שתוצאות הטיפול טובות יותר מאלה המושגות במחלקות הרגילות, חוויית הטיפול נעימה יותר, והחזרה לחיים קלה יותר. גם מינון התרופות הפסיכיאטריות נמוך יותר וכך גם תופעות הלוואי הקשות. לאנשים שאינם מסוכנים הנזקקים לאשפוז מודל כזה בהחלט יכול להתאים.

מנהלת הרפורמה בבריאות הנפש דנה כעת בנושא מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות במוסדות השונים וזאת הזדמנות מיוחדת לחשוב מחוץ לקופסה ולבדוק את ישימותן של חלופות אנושיות יותר. חלופות כאלו עשויות גם להפחית את העלויות שמתלוות לאשפוזים הפסיכיאטריים במוסדות הפסיכיאטריים ובבתי החולים הכלליים. החיסכון נמדד לא רק בעלויות התפעול היומיות, אלא בעיקר בתחלואה המופחתת וההסתגלות המשופרת לאורך זמן.

אך מסגרת כזאת לא יכולה לעמוד לבד וחייבת להיות חלק ממערך טיפולי כולל. חשוב שהבית הטיפולי יפעל בשיתוף עם קופות חולים ועם בית חולים פסיכיאטרי שיוכל לתת גיבוי אשפוזי במקרה הצורך ולהעניק חסות אקדמית. בינתיים הביעו בית החולים הרצוג בירושלים ומוסדות נוספים תמיכה בפרויקט כזה.
כיום לא היינו מעזים לטפל בקבוצות אחרות בתנאי האשפוז הקיימים בחלק ממחלקות האשפוז הפסיכיאטריות. תוספת תקציב וכוח אדם לא תשנה מצב זה וצריך להשתמש בתקציב הקיים כדי לבנות מסגרת מסוג אחר, עם תרבות טיפול אחרת, לרווחת הלוקים בנפשם ולרווחת כולנו.