**העבודה הפסיכואנליטית שלי ב"מוסדות לבריאות הנפש": על האפשרי והבלתי-אפשרי במפגש בין השיחים**

שלמה ליבר

ראשית, אומר, שלא ניתן לדבר על "פסיכואנליזה במוסד" בלשון הכללה. יש אולי פסיכואנליטיקאי אחד מסוים, במוסד אחד מסוים, בתוך מחלקה אחת, תחת הנהלה מסוימת וצוות מסוים. כתוצאה מכך, כל מוסד תובע את הפתרונות ואת האסטרטגיות ההולמות אותו, ושאותן אנוס אנליטיקאי אחד מסוים למצוא או להמציא עבור עצמו. הפרקטיקה האנליטית המתנהלת בתוכי המפגש הבלתי אפשרי הזה בין השיחים השונים, צריכה להירשם באופן פרטיקולארי לגמרי, כיחס כזה או אחר לבלתי אפשרי זה. רק זאת הוא מן האפשר. אשרטט כאן, אפוא, כמה קווים למסע הפרטי שלי בשדה חוחים זה.

1. המפגש הראשון המשמעותי: השעורים לפסיכופתולוגיה של ד"ר יהודה פריד במרפאה לבריאות הנפש ברמת חן. השעורים התנהלו בדרך כלל בנוכחות "החולים" של מעון היום. מחד, הגישה הפיאז'נית וכמו כן הג'קסונית של פריד, ובה בעת המפגש עם הספרות האנטי-פסיכיאטרית, ובעיקר זו של תומס סאס (וספרו "המיתוס של מחלות הנפש"), רונאלד לאינג ודיויד קופר. ארשום כאן גם את המפגש המזדמן עם פרופסור פרנץ בריל - המייסד והמנהל המיתולוגי של המרפאה ברמת חן - שנודע בגישתו ההומניסטית והאקסיסטנציאלית לפסיכותרפיה. ומאידך, לרגע לא חדלתי להתעמק בכתבי פרויד. לקריאה זו התווספו במרוצת הימים גם כתביה של מלאני קיין, רוזנברג, וויניקוט, ביון ועוד.
2. מצויד בכל אלה, ובתשוקה שלא יודעת שובע, התחלתי לעבוד בבית החולים לחולי נפש בבאר יעקב. נר לרגלי באותה עת היו המאמר של פרויד משנת 1937, "הבניות באנליזה" וספרו של יהודה פריד, שאותו כתב יחד עם הפילוסוף יוסף אגסי, "פרנויה, עיוניים בדיאגנוזה", ספר שהותיר בי חותם עמוק. אך אט אט פיתחתי דרך מסוימת משלי להמשיג ולכתוב את מה שנתקלתי בו במפגשי עם הפסיכוזה. עמדה זו הושפעה כמובן מן "האבות" שהוזכרו לעיל, ובעיקר דיבר אלי המושג "שפה פרטית" שאותו קישר ד"ר יהודה פריד לפסיכוזה, אך לגישה שפתחתי היה צורה לוגית ופורמאלית משל עצמה, צורה לה קראתי: "מעגלים אנלוגיים". היה זה, מובן, מכשיר מגושם למדי, פרי בוסר. עם זאת, הרשו לי, בהזדמנות זאת, לחלוק מעט כבוד לגישה זו, פרי ראשי הקודח, ולומר דבר-מה עליה, מאחר כי היא אומרת לא מעט על דרכי. אם אקצר, מצאתי כי מחשבת השווא לעולם אינה מבודדת, היא קיימת בעת ועונה אחד ברמות שונות או במישורים שונים של ההוויה-המדברת, החל מן היחס אל הגוף או אל אבריו, דרך היחס אל העולם המשפחתי הראשוני והיחס אל העולם החברתי הרחב יותר וכלה ביחס אל האוניברסאלי. היחסים במישורים השונים הללו מקיימים ביניהם קשרים שניתן לכנותם אנלוגיים. נוצרים מכאן מעגלים ההולכים ומתפשטים ומקיפים זה את זה, בדומה לאבן המוטלת למים. המשגה זו אפשרה לי לעיתים לאתר/לאלתר יחד עם הפציינט דרכי מוצא, שמחד עשויות היו לשנות דבר מה בחייו, ומנגד נמצאו עדיין עומדים באיזשהו יחס אנלוגי למבנה היסודי של מחשבות השווא, ועל ידי כך גם חלקו לה "כבוד"... כבודה במקומה נותר, אם אוכל לומר כך. מנהלת המחלקה, ד"ר גורצקה, שהתרשמה למדי מעבודתי, בקשה ממני יום אחד להציג דבר-מה ממנה ב"יום העיון הגדול" שנערך דרך קבע פעם בשנה בבית החולים, בשיתוף עם בית חולים "נס ציונה" והמרפאות האזוריות. ואכן הצגתי מקרה של טיפול בחולה סכיזופרני שהיה מאושפז ברציפות במחלקה למעלה מ-10 שנים. לאחר עבודה של שנתיים עימו, השתחרר לבסוף החולה וגם מצא עיסוק נאה ששכר ראוי בצידו. במהלך ההרצאה שנשאתי, ציירתי בחדווה רבה, לשם המחשה, על בריסטולים גדולים את המעגלים האנלוגיים שלי, ושיבצתי בהם את הנקודות המהותיות והחוזרות של דברי הפציינט, את אבני שפתו. אני זוכר היטב יום זה, הייתי חולה בשפעת מלווה בחום גבוה, אך לא יכולתי כמובן שלא להתייצב במקומי. בתום ההרצאה, השתררה באולם דממה כבדה ומעיקה. ואז התרומם מכיסאו המנהל הנכבד מאד של בית החולים "נס-ציונה" - איני זוכר עוד את שמו – ופסק: "מרשים מאד. זו דוגמה יצאת מהכלל לעבודה אינטנסיבית וממושכת עם חולה אחד ויחיד. אבל בכל אופן אנו מטפלים כאן בבית חולים בהרבה חולים, אין לנו זמן ואפשרות לעבודה כזו. ובכלל, האם יכולים אנו ללמוד משהו מכאן על מקרים אחרים? איני חושב כך!" ובכך, פחות או יותר, תם העניין.

ולא ארצה לדבר כאן כיצד פוטרתי לבסוף מבית החולים, אך איני עומד בפיתוי: לאחר שהעמדנו עמיתתי וידידתי רבקה ורשבסקי ואני בערב פורים הצגה אשר אותה כתבנו יחד עם החולים, ובה שחקנו אנו את החולים והחולים את המטפלים, דבר שחרה מאד לכמה רופאים; ולאחר שנתפסתי על-חם על ידי מנהל בית החולים יושב על ענפו של עץ גדול שצמח ליד המחלקה ומשוחח עם חולה שרק כך נכון היה לדבר עמי בכלל. ביום האחרון לעבודתי, לאחר מאבק סוער - שהגיע עד לחלונות הגבוהים של משרדי "בריאות הנפש" שבירושלים - מאבק שלא עלה יפה, העמסתי את חפצי הדלים בתא המטען של המכונית ונסעתי אל חוף הים של ראשון לציון כדי להתבודד מעט עם יגוני ומחשבותיי הכבדות. ואולי אף כדי לתפוס מעט שלווה בטרם אשוב לביתי ואפגוש את אשתי דאז, שדאגה רבות בשל אובדן הפרנסה הצפוי. מכל מקום, 'ההומניטריזמים-ההכרחיים (humanitairerie)", בלשונו של לאקאן, ספגו מכה קשה בי, אוכל לומר.

1. 3-4 שנים לאחר מכן, פגשתי, באורח מקרי למדי, את כתביו של לאקאן. יהודה פריד, לאינג ואחרים, ועימם גם "המעגלים האנלוגיים" שלי, מצאו עתה את מקומם הנכון והמדויק תחת "הפונקציה והשדה של השפה בפסיכואנליזה", אחד הטקסטים הראשונים של לאקאן שלמדתי בעיון. הפסיכואנליזה, אהבתי המקורית והבלתי האפשרית מאז שנות ההתבגרות שלי, ואף קודם לה - גברה בסופו של דבר על הכול. אך אין זה אומר בהכרח שאין אני תפוס עוד במעגלי שלי, האישיים והמקצועיים. שלמה המעגל.
2. שבתי, אפוא, לעבוד במוסד לבריאות הנפש, תחילה במרפאה הקהילתית בחדרה, ולאחר מכן ביחידה הפסיכיאטרית האישפוזית בבית החולים "הלל-יפה" שבחדרה. אני עובד שם מאז 1992. מה שמתקרא פסיכולוג ראשי של המחלקה. בתוקף תפקידי אני מדריך שם גם פסיכולוגים מתמחים. איני מטפס יותר על עצים, וגם זקנתי מעט, אך תחת זאת הקמתי לעצמי שם חדר בו אני פוגש את החולים, שיהיה שונה מכל החדרים האחרים במחלקה: שטיחים פרסיים קטנים על הרצפה - שטיחים פרסיים הם אהבה ישנה שלי - שטיח על אחד הקירות, ריהוט עץ ישן שנטלתי ממחסן של בית החולים, ספרייה קטנה, תמונה גדולה של החדר של פרויד עם הספה. הפציינטים כמעט תמיד יתייחסו לחדר זה, יגיבו לשונות המתגלה בו ולדברים שבתוכו, ישאלו על הספה שבתמונה, ולעיתים יקשו: "מה לפרויד ולפה?". מקום אחר, במה אחרת, בניתי לי. סימני איווי קטנים, סימנים העשויים גם להיפתח למסמנים, לראשית שיח, קצר ככל שיהיה. והזמן שם הוא אכן זמן בזק; לעיתים רק ימים מספר. לרוב לא נודע מראש. לזמן מעין זה, מצאתי את הפגישות החתוכות, הקצרות, הולמות ביותר. פגישות קצרות גם מתנגשות פחות עם יתר הפעילויות הנהוגות ביד ברזל במחלקה, קבוצות טיפוליות, ישיבות וכ"ו. וזה חשוב ביותר. יתר על כן, הדבר מאפשר לפגוש חולים רבים יותר, דבר שהצוות וההנהלה יברכו עליו תמיד, כמובן. בכל אופן, אם אתה מוכיח כך את "יעילותך" – לא תפוטר בקלות, לכל הפחות! ובזכות כך, ואם ירצה השם, ייאות, אולי, הצוות, להאזין לדברייך ויותר לך גם חופש לא קטן לעבוד על פי דרכך.

איני מכנה את מפגשי עם החולים "טיפול", אנליטי או לאו, מילה כה שגורה בפי הצוות, אלא מתעקש על המילה הצנועה "התערבות". אבל רק לפני כשנתיים ימים שאלו אותי ברצינות של ממש לפשרה של מילה זו. מכל מקום, מצאתי כי ההימנעות מן השימוש במילה "טיפול" היא כשלעצמה עשויה לפתוח שער לדבר מה אחר - המצוי מעבר ליומרות הפסיכו-תרפויטיות הנושבות במחלקה ולדחף המגולם בה "לומר-את-הכול" - לתהייה ולשאלה מחודשת על אודות מקומו של המטפל, לאופן נוכחותו ולעמדתו בתנאים המיוחדים של המחלקה - אצל הרופאים ואצל הפסיכולוגים והפסיכותרפיסטים למיניהם. ב"התערבות" כוונתי לסוג של מפגש שהמצפן לו הוא כמובן "הפסיכואנליזה המיושמת", אשר לעיתים קרובות, בתנאי האשפוז הקצר והלא נודע, משמעה ניסיון לבודד בעיה קרדינאלית בה טרוד הפציינט, בידודו של מסמן מרכזי אחד או יותר. מינימום כלשהו, העשוי לגעת בו בזמן בלב העניין. ולעיתים אף משמעה להניח לפציינט שמסרב לדיבור או לבקש מן האחרים להניח לו.

ה- DSM כמובן שולט כאן בכיפה. הטיפול התרופתי הוא בראש כול המעיינות; לא יתקבלו למחלקה, למשל, פציינטים המכריזים על סירובם ליטול טיפול תרופתי. לעיתים די קרובות מוצע טיפול בשוק חשמלי. זו השפה השגורה, ולעיתים קרובות מדי השפה המאומצת על ידי החולים עצמם. עם זאת, איני מפסיק להיות מופתע מן הרצון שמגלים כה רבים מן החולים לדבר. זה נשמע אולי מעט באנאלי, אבל ברצוני להבליט כאן עובדה זאת. לדבר, לדבר מעט אחרת מאופן הדיבור הרווח במחלקה, בראיונות עם הרופאים ובקבוצות הטיפוליות למיניהן; לדבר בהזדמנות זו שנקרתה להם; למצוא מחדש משהו מן הסובייקטיביות הדחויה שלהם והנה היא גלומה בסבלם, באירועי חייהם ובחלומותיהם. ואין זה דבר כה פעוט בעידן הפסיכיאטרי הנוכחי שבו כה רבים דבוקים לקלישאות, לראשי תיבות ולכותרות האוניברסאליות כגון דיכאון, טראומה וחרדה, ושבו לרוב נמדדות ומוערכות המילים על פי יחסם אל סימני המחלה, מהלכה והגבתה לטיפול התרופתי בלבד. פעמים קרובות מבקשים החולים להמשיך לדבר גם לאחר שחרורם. והנה מצאתי, כי אלה שמזדמן להם להמשיך בדיבורם, כאן או במקום אחר, לא ישובו כה מהר לאשפוז שנית. גילוי פשוט ועם זאת מדהים למכביר - במקום בו אשפוזים חוזרים ונשנים, חרף כל הכדורים והשוקים החשמליים, הם הכלל. 'ראוי לעשות מחקר מדויק על כך', אמר לי באחד הימים אריך לוראן, לדבר לעיתים בשפת המקום.

לדבר בשפת המקום: כן, לפעמים לא נותרת כל ברירה. אך כיצד למסור באמת ובתמים את אשר קורה במפגשים הללו לאחר? כיצד לא להיוותר אך ורק כמעין סוכן- סמוי-אנליטי-מטורף-מחלקתי ('ססאממ')? בסופו של דבר, זה עניין בוער, דחוף. אך האין בעירה זו חלק מן האיווי של פסיכואנליטיקאי, מן האקט האנליטי? איבר של ההעברה אל הפסיכואנליזה? כיצד לפגוש את השיח של האחר עם השיח האנליטי הזורם בעורקיך? זהו, ללא צל של ספק, מפגש בלתי אפשרי, אבל האם אינה הפסיכואנליזה עצמה בלתי אפשרית? ולצורך העניין, האין גם הפסיכיאטריה בלתי אפשרית, למרות כל יומרותיה והשפעותיה הרחבות בחברתנו? האמינו לי, היא כה בלתי אפשרית, עד שהדבר זועק מתוכה, בקול דממה דקה לרוב; מבואותיה כה סתומים כיום, עד שהיא גוועת מרוב שעמום ובדידות. נותרים רק החשבונות הקטנים הכרוכים בשיבוץ הפציינטים בטבלת הספרות התאומות של ה-DSM. לא בקלות יודו בזאת הפסיכיאטרים במחלקתי, הלא לכודים הם פעמים רבים מדי עד צוואר במלכודות האדנות והידע. אין פסיכיאטריה לפסיכיאטריה. כיצד אם כן לפגוש בה? כיצד להשיק לנקודות הבלתי-אפשרי המתגלות בה וההופכות לעיתים ממקור אפשרי לאי-נחת לאזורי שממה וחדלון? כיצד לעוררן? וכיצד אפשר להסיטן קמעה? ואיך לא להתנפץ בעצמך על מוקשן? אין לי תשובה לכך. אך אני חוזר ומנסה תמיד את כוחי: סמינרים מתמשכים, ראיונות חולה, הדרכות, ארגון והשתתפות פעילה בימי עיון, דיונים, ואף כאב לב ועימותים קולניים הגובלים לעיתים בגידופים ומיני "ברוגז" מטופשים. אך מומלץ לא לשבור את הכלים. להחיות, לעורר איווי, לסקרן, להטיל ספק, לסמן מקום לסובייקט. היצע אני מנסה לספק, אך הביקוש נותר בכל זאת הבעיה המרכזית. הוא אמנם מתרחש לעיתים. למשל, אנשי צוות מתחומים שונים המבקשים הדרכה, בהתחלה מעט בגניבה ובאופן ספוראדי, אחר כך בגלוי ובקביעות; הזמנה ממנהלת המחלקה להשתתף בישיבות שהיו מיועדות עד כה רק לרופאים; שיחות בעלי אופי פרטי או אינטימי יותר השוכנות באזור הביניים או בתווך שבין הפסיכואנליזה לפסיכיאטריה. והבעיה היא אזי איך להוציאן אל האור, איך להעניק להם מקום אפקטיבי ממשי במרחבי המוסד. ההצלחות כאן הן על פי רוב מעטות או חלקיות ביותר. מקריות, אי סדירות, רגעי הפתעה וחסד, רצון טוב או רצון רע, אותות אהבה ואותות שנאה – זה שם המשחק הרווח כאן. ההעברה על נכון קיימת כאן בשפע, אך ההעברה בהעדר אנליזה עשויה לעיתים לעורר דווקא התנגדות עזה, ברוטאלית, חסרת פשר ותועלת.

ולבסוף, אציין שתי נקודות שהניסיון לימדני כי עשויות הן להעיד שהעניין והאיווי לדעת לא משו עוד לחלוטין מן המוסד המנטאלי, ואלה עשויים עדיין להביא לידי איזה מפגש קטן על *סף* האפשרי:

*ראשית*, "la grand hysterie". ההיסטריה, כשזו מופיעה לעיתים במחלקה, מעוררת המולה ועניין מיוחד אצל הפסיכיאטר. דומה כי חסד נעורים נסוך עדיין עליה. כולם הופכים אזי לפרוידיאניים אדוקים. "פרויד לא היה טיפש" – שמעתי לאחרונה אומרת רופאה על מקרה של היסטריה. ועל מה כאן ההיסטריה בעצם? כי מדובר פה, לפי עניות דעתי, במעט מזעיר החופש שנותר עדיין לפסיכיאטר בימינו - הפסיכיאטר שכל מה שנשאר לו עוד הוא להתגעגע לעברו המפואר ולמקורותיו ההולכים ונשכחים. אני משער כי הדבר קשור גם לטבעה של ההיסטריה. אך אל נשכח, טבע זה נוגע גם לאנליטיקאי, בדומה למה שאמר לאקאן ב"טלוויזיה": *"...הלא-מודע...מעיד על עצמו* ***בבירור*** *בשיח של ההיסטרית, בעוד שבמקומות אחרים אינו אלא* ***מושתל*** *בתוכם: כן, עד כמה שזה נראה מדהים, גם בתוך השיח של האנליסט..."*

*שנית*, גבולות השיגעון. השיגעון, שעה שהרוב במחלקה מסכים עליו שהוא נשמע או "מריח" ככזה, אך אינו נופל יפה וחלק אל תוכי אחת הקטגוריות של ה-DSM ובכל זאת מצריך אבחנה, יכול לעורר בעיה, שלצדה לפרקים סקרנות אמתית אצל העובד המנטלי. המונח "פסיכוזה אורדינרית" שיצא מפי לא פעם במקרים מעין אלה, עורר לבסוף עניין רב, לאחר התנגדויות לא קלות שנבעו בעיקר מתוקף קיומן של קטגוריות אבחנתיות זמינות מדי, כגון "הפרעות אישיות" ו"פוסט טראומה". עניין כה רב, עד שהוזמנתי לאחרונה לתת הרצאה על כך, הרצאה אחת שהפכה לסדרת הרצאות על הפסיכוזה לפי האוריינטציה הלאקאניאנית. הפסיכוזה האורדינרית, הייתה לנקודת מפגש מעניינת ומבטיחה: הלא היא נוגעת ישירות בבלתי רגיל הקיים בכול "רגיל" לכאורה שבנו, היינו במה שנותר תמיד בגדר חידה ואף מסתורין בהתנסותנו המשותפת. על כן עשויה היא להחיות ולהאיר מחדש את הסוגיה "מהי פסיכוזה?" ועמה גם את השאלה "מהו סימפטום?" בזמננו, זמן שנוכל לתייגו כזמנו של "האחר ללא האחר". כאן ייתכן ש"הסוד הגדול של הפסיכואנליזה" יפגוש משהו מן החסר האבסולוטי והנדחה של המוסד המנטלי. אך בל נעלוז ונצהל על כך בטרם עת, ובל נתלה בכך תקוות מרובות מדי.