

## חשיבה חסידית על מחלות הנפש

ברוך כהנא

אנשים מפחדים מחולי נפש, ופחד מוליד דחייה. הדחייה מוחשית ביותר – די אם נבדוק היכן אנו ממקמים את בתי החולים הפסיכיאטריים שלנו כדי להבין עד כמה איננו רוצים לראותם סביבנו. בירושלים, למשל, מיקמו את בית החולים "הרצוג" ("עזרת נשים" לשעבר)<sup>1</sup> בסמיכות לבית הקברות של הר המנוחות;<sup>2</sup> את כפר שאול<sup>3</sup> – בכפר ערבי נטוש, שבעת ייסודו היה רחוק מן העיר;<sup>4</sup> ומרכז לבריאות הנפש "איתנים" נמצא ממש "מעבר להרי החושך", בפרוזדור ירושלים

- 1 בית חולים הרצוג בירושלים הוא בית חולים גריאטרי ופסיכיאטרי כללי, המטפל במגוון הבעיות הרפואיות האופייניות לזקנה ולמחלות הנפש.
- 2 בהיותי סטודנט ב"עזרת נשים" שמעתי את החולים מתבדחים על כך שבית החולים נמצא "בתחנה האחרונה לפני הר המנוחות".
- 3 כפר שאול הוא בית חולים פסיכיאטרי ממשלתי לחולי נפש הממוקם בהר נוף שבירושלים.
- 4 בינתיים העיר גדלה ו"עקפה" אותו.

ולא בעיר עצמה. בית החולים טלביה היה חריג, אך הוא נסגר – בין היתר משום שהאדמה שעמד עליה הייתה יקרה מדי לתכליתו הלא-פופולרית. אוסיף עדות אישית: שנים רבות עבדתי במכון "סאמיט" לשיקום פסיכוסוציאלי, השוכן בלב שכונה "רגילה" של העיר, ולא זכורה לי תקופה שבה לא חששנו מן השכנים המתנגדים לנוכחות "משוגעים" בסביבתם הקרובה.

הדחייה נובעת, ככל הנראה, מפחד. יש משהו מעורר חלחלה בדמותו של ה"משוגע". הוא לא צפוי, הוא לא הגיוני, והוא פועל ממניעים שאיננו יכולים להבין ולחזות מראש. בימי קדם תפסו את השיגעון כפעולתם של האלים המבקשים להתנקם באדם: הרקולס נתקף שיגעון (עקב קנאתה של הרה) ורוצח את אשתו וילדיו (המילטון, 1969: 142); שאול נתקף רוח רעה ומנסה להרוג את דוד (שמואל א יח, י). מובן שתפיסה זו לא הפחיתה את הפחד מפני השיגעון, ייתכן שהעצימה אותו. גם הדחייה מפני המשוגע מוכרת מאז ומעולם: דוד יודע שאם יראה כמשוגע, אכיש מלך גת יניח לו ולא יהרגו כאויב (שמואל א כא, יג).

המשוגע נראה דומה לנו כל כך, ועם זאת שונה כל כך. ניקח לדוגמה אדם הנראה כ"אדם מן היישוב", והוא מתרוצץ מצד אל צד של החדר, נרדף על ידי צללים של שלדים אכזריים הנמצאים (כך אנו משוכנעים) בדמיונו בלבד, ועם זאת מבחינתו הם מוחשיים לחלוטין. באיזה עולם הוא חי? האם אנחנו חולקים בינינו עולם משותף כלשהו? ייתכן שזה מקור הפחד והסיבה המוחשית לדחייה.

אנחנו מרחיקים את החולים מטווח ראייתנו משום שיחד עם אנחנו מרחיקים שאלות בלתי נסבלות שהם מעוררים בנו ושהדגמנו לעיל. עולמנו הרציונלי כנראה שביר משאנו סבורים. רובנו יכולים להיות מוצפים בחרדות לא הגיוניות, במחשבות מוזרות, ברגעים של חוסר אוריינטציה. אולם ברוב המקרים ה"הצפה" אינה מגיעה לרמה שבה התפקוד הסביר שלנו מתערער, או שאנו מאבדים את היכולת לתקשר עם הסביבה. אבל איפה עובר הגבול בין נורמליות לשיגעון? זו שאלה מפחידה, וייתכן שמתוך רצון להימנע מהתמודדות עמה אנו מרחיקים את החולים מעינינו.

סיבה נוספת לדחייה מעלה רוטנברג (Rotenberg, 1978). לדעתו היחס החברתי למשוגע נגזר – לפחות בתרבות המערבית – מיחסה של הדת הפרוטסטנטית ל"ארורים". על פי התפיסה הפרוטסטנטית אין האל מחכה

לבחירתו של האדם כדי להחליט אם יזכה לחיי נצח או, חלילה, לגיהנום. אדרבה, כדי להראות לכול את גדולתו, החליט האל, עוד בטרם נוצר האדם, אם הוא עתיד להיות מן ה"מבורכים" או מן ה"ארורים" בעולם הזה ובעולם הבא כאחד. הארורים בעולם הזה מתגלמים בדמות הסוטים החברתיים למיניהם, העבריינים חסרי התקנה (ה"פסיכופטים") וכן חולי הנפש ה"כרוניים".

רוטנברג מחזק את טענתו בסקירה היסטורית המראה כיצד הורע היחס לחולי הנפש עם העידן הפרוטסטנטי. ואכן, נראה שההקבלה שמצא רוטנברג בין ה"ארוריות" ל"מחלת הנפש" מרשימה ומשכנעת, גם אם אינה מספרת את הסיפור כולו, שהרי הדחייה כלפי חולי הנפש תופעה עתיקה היא, והתפיסה הפרוטסטנטית רק העצימה אותה.

אנו, העוסקים בשיקום חולי נפש, מטרטנו האולטימטיבית היא החזרתם לקהילה האנושית ה"רגילה". הדחייה שתיארנו לעיל היא אחד הקשיים המרכזיים שאנו נאלצים להתמודד עמם. התמודדות זו חייבת להיות בכמה מישורים במקביל. יש מקום להתמודד ישירות עם הפחדים, לעסוק במלאכה המפרכת של שילוב החולים בקהילה, הן במישור התעסוקתי הן במישור החברתי. אולם כל זה אינו סותר התמודדות נוספת, מחשבתית והגותית, עם מושג מחלת הנפש עצמו. הדימוי המפלצתי, ה"ארור", של המחלה, כפי שהיא נתפסת בתרבותנו, הוא אחד ממקורות הדחייה שהחולים סובלים ממנו, ויש עניין רב להתמודד עמו ישירות.

אסקור עתה שלושה מודלים לטיפול במחלת הנפש. שניים מקורם בספרות המקצועית המערבית והשלישי מבוסס על מקורות יהודיים.

### מודל א: המודל הרפואי

המודל הרפואי הוא המודל הנפוץ ביותר מראשית העת החדשה. תחילתו בעבודתו של פינל, בתקופת המהפכה הצרפתית, שהיה הראשון שהסיר את ההילה המיסטית השלילית מן המחלה.

"פינל הנהיג שיטות חדשות בטיפול בחולים אלה. הוא התיחס אליהם כאל חולים רגילים וצמצם באופן שיטתי את אמצעי הכפייה (שלשלות,

קשירה וכו') שהיו נהוגים. כן הנהיג בפסיכיאטריה שיטה מדעית של תצפיות, רישום מהלך המחלה ומיון קפדני" (אנציקלופדיה עברית, כרך כז, ע' 719).

עקרונות אלה מלווים את הפסיכיאטריה עד ימינו אלה. המטופל נתפס כ"חולה", הסובל ממחלה שאינו "אשם" בה, אולם ניצב מולה בחוסר אונים ועליו לחכות לעזרתו של הרופא המלומד. המחלה אינה האדם עצמו, היא משהו ש"קרה" לו, ועלינו "לרפאו" ממנו. תפיסה זו זוכה לפריחה גדולה בעידן המודרני, מכיוון שמאז שנות החמישים ועד היום אנו נמצאים בשיאה של התקדמות עצומה ביכולת הפסיכיאטריה להקל את סבלם של החולים. היום יכולה הפסיכיאטריה להציע מגוון רחב של תרופות יעילות וטיפולים פיזיים אחרים, ואת התודה על עצם פיתוחם אנו חבים לרפואה.

גם הפסיכותרפיה חבה את קיומה למודל הרפואי. ראשוני הפסיכואנליזה ראו את עבודתם כממשיכה מודל זה. פרויד משווה את מעמדה של הפסיכואנליזה ביחס לפסיכיאטריה למעמדה של הפיזיולוגיה ביחס לרפואה (פרויד, תשל"ח: 7). את הטיפול הפסיכואנליטי עצמו השווה לניתוח (פרויד, תשס"ב: 77). אמנם נטען בתוקף שהסימפטומים הם בעלי משמעות, אבל רק במובן הפסיכואנליטי הצר, כלומר מבטאים שאיפה הנובעת מן היצר. העמדה הפסיכואנליטית הבסיסית נותרה נאמנה לתפיסה הרפואית הישנה, הרואה בחולה הפסיכיאטרי קרבן של "מחלתו" – קרבן חסר אונים שיש לרפאו בפעולה חיצונית. משמעותו של הסימפטום היא תמיד צורה מעוותת של התכנים הבנאליים ביותר. "אפילו גילויים מחשבתיים כה חריגים ורחוקים מן החשיבה הרגילה של בני אדם נולדו מתוך הגירוויים הרגילים והמוכנים ביותר של חיי הנפש" (פרויד, 2006: 40). הסיבה היחידה להקשבה לחולה היא כדי להחזירו לדרך הביטוי ה"רגילה", המקובלת על החברה.

אין ספק שעבודתם של פינל וממשיכיו היטיבה את מצבם של חולי הנפש, וודאי שכך כשאנו משווים את מצבם כיום למציאות שקדמה להולדת הפסיכיאטריה המודרנית. אלא שאליה וקוץ בה. פוקו (1972: 72) חשף את העריצות הקשה הנובעת מן המודל הרפואי. "בעולם הרוגע של מחלת הרוח, כתב, "שוב אין האדם המודרני בא בשיח ושיג עם המשוגע... איש התבונה מפקיד על השיגעון את הרופא" (1972: 8). לשונה של הפסיכיאטריה, הוא קובע, היא

”מונולוג של התבונה על השיגעון” (שם). פוקו כולל בספרו לא מעט דוגמאות מקוממות לתהליך הפיכתו של האדם לאובייקט:

אצל פינל עדיין הייתה יכולתם זו של הלא שפויים לשאת כחיות את הקשיים החמורים ביותר שבמזג האוויר בגדר דוגמה רפואית. תמיד היה מתפעל מכוח העמידה והקלות שבהם אחדים מן הלא שפויים בני שני המינים סובלים קור עז וממושך. (שם, 68)

היו נותנים למשוגע פקודה מפורשת להשתנות ואם סירב לעלות על משכבו או לאכול היו מזהירים אותו שאם ימשיך בסטיותו יענישו אותו למחרת היום בעשר מלקות פרגול. (שם, 64)

פוקו הסביר כי באותה תקופה נתפסו המשוגעים כמיץ חיות, או לפחות כאנשים שתשוקות חיותיות השתלטו עליהם עד שיצאו מכלל ההגדרה ”אדם”: ”על החייתי שאינו כבול אפשר היה להשתלט רק על ידי משמעת והתאכזרות” (שם). במקביל התפתח מודל רפואי של ממש להסברת הפתולוגיה הנפשית, והוצעו הסברים פיזיולוגיים למצבים נפשיים שונים. אמנם הסברים אלו מבוססים על פיזיולוגיה שכבר אינה מקובלת עלינו, ובכל זאת, לפחות ברמה הפילוסופית, קשה שלא לראות את האופי המודרני שלהם:

דרך הריפוי הפשוטה ביותר [...] תתבטא בהחלפת דמו הסמיך והטעון מדי של המלנכוליקן – זה העמוס ליחות מרות – בדם זך, קל, שתנועתו החדשה תסיג את הטירוף. ב-1662 הציע מוריס הופמן עירוי דם כתרופה למלנכוליה (שם, 126).

פוקו טוען כי התרבות המערבית יצרה שני מושגים של שיגעון: האחד – ביקורתי ובעל קונטוציות מוסריות נוקשות, ולפיו המשוגע אחוז בתאוה יצרית עזה ההופכת אותו למעין חיה; והאחר – רפואי, ולפיו המשוגע הוא קרבן סביל למחלה, לליקוי כלשהו במערכת הנפשית והגופנית שלו. לדעת פוקו, הפסיכיאטריה של היום כוללת את שני המושגים, כלומר אנו דוחים את החולה כאילו היה בו רוע, אבל מנסחים את דחייתנו במונחים ”מדעיים” ו”אובייקטיביים”:

מה שקרוי בפינו עבודה פסיכיאטרית הוא טקטיקה מוסרית מסוימת החופפת את סופה של המאה השמונה עשרה, משתמשת בפולחנים של בתי משוגעים, והיא מצופה במיתוסים של הפוזיטיביזם (שם, 204).

ואכן, אם נדבק בדימוי של מחלת הנפש כמחלה פיזית "רגילה", ברי שאין אנו נכנסים אתה לדיאלוג, שהרי אין לנו שיג ושיח עם וירוס – אנו רק מכחידיים אותו בכל דרך העומדת לרשותנו. ביסודה של הרפואה עומד הדימוי של האדם כ"מערכת" מכנית, שעלולה להשתבש, אף קשות. פוקו מראה כיצד היחס לחולים לאור המודל הזה יצר, במהלך ההיסטוריה, שורה ארוכה של "טיפולים" פיזיים אלימים, פולשניים וכפייתיים.

חשוב לזכור שהמציאות הפסיכיאטרית המקובלת כיום רחוקה מרחק רב מתיאוריו הקשים של פוקו. הפסיכיאטריה של היום משקיעה מאמצים רבים בהומניזציה של הטיפול בחולי הנפש ובדאגה לרווחתם של הנזקקים לשירותה, ואף שתמיד יש מקום לשיפור, אין להכחיש שהמערכת הפסיכיאטרית התרחקה מאוד – לא רק מהזוועות שפוקו מתאר, אלא גם מההזנחה היחסית שהייתה נחלתה לפני כמה עשורים.

ובכל זאת, עדיין, גם היום, יש למודל הרפואי השפעה הרסנית: 1. ההתמקדות בטיפול הפיזי באה "על חשבון" פסיכותרפיה; 2. הוא יוצר סטראוטיפ שגוי של חולה הנפש בעיני החברה.

1. פסיכותרפיה מנסה ליצור דיאלוג עמוק ומקדם עם החולים.<sup>5</sup> לעומתה טיפול רפואי, בהגדרתו, אינו מותיר מקום לדיאלוג עם ה"חולה", לחקר עולמו הייחודי, לטיפוח יכולתו ליטול יוזמה ולהנהיג בעצמו את חייו. לכן הוא אמנם מצליח להפחית את עצמת ה"סימפטומים" גורמי הסבל, ויכולתו לעשות כן הולכת ומשתפרת בצעדי ענק, ככל שמחקר הרפואי הולך ומתקדם, אבל מותיר את החולה בבדידותו ובתחושה של דחייה עמוקה כלפיו מצד החברה ה"שפויה". אין בדברים אלו ביקורת על הפסיכיאטריה עצמה, אלא על המודל הרואה בה את חזות הכול.

2. אנשים אומרים על חולי הנפש: "אם הם חולים, שיכריאו ואז נקבל אותם כחלק מאתנו". כל מי שעוסק בשיקום חולי נפש מכיר את הגישה הזאת. אני עצמי הפסקתי לספור את הפעמים שבהן הייתי צריך להסביר ש"מחלת נפש היא לא מחלה מידבקת".

יש השתקה חברתית של חולה הנפש, והשתקה זו לא אתמול נולדה. כבר המלט חש בה בכל עצמתה, וכשהעמיד את אמו על חומרת הפשע שביצעה, ראה לנכון להתרות בה:

אל נא תשלי נפשך בתרופת שווא,

כי לא חטאך, אלא טירוף לבי הוא הדובר

(מערכה שלישית, תמונה רביעית; כרמי, 1981 : 136)

המלט ידע על מה הוא מדבר. ברגע שהוכרו כחולה, שוב אין מי שיקשיב לדבריו. לשווא הוא מבקש לשכנע את אמו בבריאותו:

לבי פועם בנחת כמו לבך,

וניגונו איתן כמוהו.

לא הטירוף דיבר מתוך גרוני

(כרמי, 1981 : 135)

דבר לא יעזור. הוא נתפס כ"משוגע", מושק ומנוודה.

נראה אם כן, שהאפשרות היחידה עומדת בפני החולה היא ללמוד להתנהג לפי כלליה של החברה. אם לא יעשה כן, ייאלץ להשלים עם נידויו. במערכת השיקום הפסיכיאטרי בארץ כיום אפשר לראות את הגישה הזאת, ומכון סאמיט, שנזכר לעיל, הוא דוגמה מצוינת לכך. מטופלים שוהים במכון במשך כמה שנים, ובהן הם משתתפים במגוון פעילויות, החל בעבודה שיקומית, עבור בהדרכות שונות שנועדו לבנות כישורי דיור וחברה, וכלה בפסיכותרפיה (הכול, כמובן,

במקביל לטיפול פסיכיאטרי רגיל). בדרך זו לומד המטופל את כללי החיים בחברה ה"רגילה", ומכשיר את עצמו לחיים במסגרתה. המסגרת הטיפולית הזאת – בדרך כלל – קשה מאוד למטופלים, ועם זאת חיונית למי שרוצה להיות בעולם החברתי המקובל. למי שאינו מסוגל לעמוד בדרישות הקשות של השיקום, החברה של היום מציעה מערכת מורחבת של הוסטלים, שנועדו לאפשר שהות ארוכה של הדיירים במקום מוגן, יותר מאשר לפתח את כישוריהם האנושיים.<sup>6</sup> מכאן שחולה שאינו מסוגל לקבל את כללי המשחק של החברה, חייב להשלים עם רמה מסוימת, לפחות, של נידוי.

### מודל ב: המודל האנטי-רפואי

במהלך שנות השישים של המאה הקודמת נוצרה תנועה מרתקת של הוגים (כמו פוקו, שציטטנו לעיל) ואנשי מקצוע, שהתקוממו כנגד העוול שגורם המודל הרפואי הפסיכיאטרי, בשל מגרעותיו, והציעו לוותר עליו או להחליפו. תומס סאס, אחד מנושאי דגלה של האנטי-פסיכיאטריה, הציג טיעון פילוסופי כנגד עצם היומרה לאבחן מחלות נפש ולדמות אותן למחלות "רגילות". טבעם של החיים, הוא אומר, שהם יוצרים דילמות, קשיים ומאבקים ומאלצים אותנו להחליט כיצד להתמודד עמם. ההכרעות שאנו מקבלים עומדות, וחייבות לעמוד, בביקורת אנושית ובנורמות שונות: פסיכוסוציאליות, מוסריות ומשפטיות (Szasz, 1960: 114). לטענתו, הפסיכיאטריה מחליפה את הנורמות הללו ב"סיבות" רפואיות (שם), וכך הופכת אותן, כביכול, לישויות "אובייקטיביות" (שם, 116). ברור לכול שמחלה אמתית, גופנית, הנה ישות הניתנת להגדרה אובייקטיבית, שכן היא מתארת מצב מסוים של הגוף, שהוא באמת 'אובייקט' שטבעו "פומבי, פיזי וכימי" (שם). האובייקטיביות של הגוף היא המאפשרת לרופא להכירו, ברוב המקרים, טוב יותר מבעליו, לבחון אותו לאור מדדים שאינם תלויים בהשקפת עולמו של רופא כלשהו ("חומו של גוף בריא הוא בערך 36–37 מעלות"), ולטפל בו ולרפאו גם ללא שיתוף הפעולה מצד בעליו. האם ניתן להציב נורמות כאלו לנפש? האם לדעתו של המאבחן בנושאי דת חברה ומשטר אין כל השפעה על

6 הדבר מתבטא, לפחות בחלק מהמקרים, בהרכב הצוות. הוא כולל מעט מדי אנשים העוסקים בטיפול דיאלוגי, כמו פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ותרפיסטים למיניהם.



הדרך שבה יתפוס את התופעות ה"בריאות" או ה"חולניות" אצל המטופל? ומי קובע מה הן הנורמות הרלוונטיות וה"נכונות"? המאבחן? המאובחן? החברה?

כדאי להזכיר כאן את הגדרתו של השיגעון באנציקלופדיה הצרפתית: "סטייה מן התבונה בביטחון עצמי ובהכרה איתנה שאתה הולך אחריה" (מצוטט אצל פוקו 1972: 84). הגדרה זו מניחה, כמובן מאליו, כי אנו יודעים היטב מהי התבונה ומיהו הסוטה ממנה. הכרה כזאת הייתה מובנת מאליה לבני עידן הנאורות,<sup>7</sup> ואילו כיום אנחנו רחוקים ממנה.

סאס מסכם את טיעונו בכך שאין ולא יכולות להיות נורמות אובייקטיביות שיאפשרו לשפוט את מעשי האדם לפיהן. בני אדם אחראים לחייהם ולהכרעותיהם, ועליהם לקבל על עצמם אחריות זו ולא להטילה על כוחות "אובייקטיביים" כביכול שמעבר להם – ויהיו אלו אלים, כשפים או מחלות נפש (Szasz, 1960: 114). בסיכומו של דבר, קובע סאס, אין הפסיכיאטריה אלא מיתוס נוסף שהמציאו בני האדם כדי לברוח מן ההתמודדות הקשה עם בעיות בחייהם.

מן הדברים עולה כי למעשה אין כל הבדל בין חולה הנפש לכל אחד אחר. כמו כן עולה כי האבחון הפסיכיאטרי הוא פעולה מזיקה מעצם טבעה, שכן הוא הופך את האדם מסובייקט אנושי פעיל לאובייקט סביל של הישות המיתית הנקראת מחלת נפש.

רונלד לאינג, הוגה אחר של הזרם הזה מחזק את הדברים:

כפסיכיאטר אני נתקל בקושי רציני מיד עם ההתחלה: כיצד אוכל לפנות ישירות אל הפצינט אם המילים הפסיכיאטריות שברשותי שומרות מרחק ביני ובינו? כיצד ניתן להוכיח משמעות ורלוונטיות אנושית כללית של מצב הפצינט אם המילים שעלינו להשתמש בהן נועדו במיוחד לבודד

7 בשם "עידן הנאורות" מכנים תקופה בתולדות הרוח שניצניה הם ברנסאנס, ואחריו בהגות המאה ה-17 ושיאה במאות ה-18–19. תקופה זו מצטיינת באמונה בלתי מסויגת בכוחם של המדע, ההשכלה והתבונה האנושית בכלל לפתור, בסופו של תהליך, כל בעיה אנושית שהיא.

ולהגביל את משמעות חייו לכדי חטיבה קלינית מיוחדת? אי נחת לגבי המילון הפסיכיאטרי והפסיכואנליטי היא תופעה רווחת, ובמיוחד בקרב אלה הנזקקים לו ביותר (לאינג, תשל"ח: 8).

וכאן מתגלה עומק ביקורתו של לאינג על האבחון הפסיכיאטרי:

ההתנגדות הרצינית ביותר לאוצר המילים המשמש היום לתיאור פציינטים פסיכיאטרים מתייחס לכך שהוא מורכב ממילים המפצלות אדם באופן מילולי בדרך שהיא אנלוגית לפיצולים האקזיסטנציאליים שהיא עלינו לתאר כאן (שם, עמ' 9).

השפה הפסיכיאטרית הופכת את האדם לאובייקט, ל"מקרה מחלה", ובכך היא עצמה הופכת להיות אחד מגורמי המחלה.

דבריהם של סאס, לאינג ודומיהם הצליחו לעורר סערה בעולם הפסיכיאטרי, שכן בניגוד לפוקו ההיסטוריון, סאס ולאינג היו מטפלים פעילים ומאמריהם התפרסמו בכתבי עת מקצועיים. אלא שדווקא משום כך טבעי היה לבחון את הדברים לאור הניסיון הקליני המצטבר, דבר שהביא לבסוף לדחייתם. פריד ואגסי, למשל, בספרם "פרנויה", הצהירו על הזדהותם עם רצונו של סאס לראות בפציינט "יצור אוטונומי מבחינה מוסרית" (Agassi, 1976: 65 Fried and), ועם זאת נאלצו לקבוע בצער כי "טענתו של סאס שחולה הנפש הוא בוגר ואחראי, עומדת ככל הנראה בניגוד חריף למה שרואים במרפאות" (שם, עמ' 64), וכי אין מנוס מלראות בפסיכויטיים "אזרחים לא אוטונומיים" (שם). גם רוטנברג (Rotenberg, 1978: 82) מציין כי סאס לא הצליח להסביר עובדה קלינית פשוטה כמו התאמתן של שיטות טיפול מסוימות לקטגוריות אבחנתיות ספציפיות.

אין ספק שבעקבות תצפיות מן הסוג הזה נמצא קרנו של הזרם האנטי-פסיכיאטרי בירידה מתמדת, ואילו הפסיכיאטריה הרפואית משגשגת מבחינה עיונית ומחקרית. בסופו של דבר ננטש הטיעון האנטי-פסיכיאטרי לאחר שנתגלה כלא תקף מול עצמת המצוקה הנפשית. כאשר אנו עומדים מול אדם סכיזופרני או דיכאוני, איננו נעזרים הרבה בהצהרתו של סאס שאין זה אלא אדם אוטונומי הסובל מ"בעיית חיים" מסוימת. עלינו להבין מהי בעיית החיים המסוימת הזאת, מדוע היא גורמת לו לסבול כל כך, וכיצד אפשר לסייע לו בהתמודדות עמה. לשם כך עלינו להשתמש במערכת קטגוריות אבחונת, כגון זו שהפסיכיאטריה מספקת.

כמו כן, לאור הצלחותיה הרבות של הפסיכיאטריה קשה לחשוב ברצינות על נטישתה ועל חזרה למצב הקדום והרע.

המודל האנטי-פסיכיאטרי אמנם מצליח להצביע על כשלים אמתיים של המודל הרפואי, אבל, כלשון האמרה הנפוצה, זורק את התינוק יחד עם מי האמבטיה. האם ייתכן מודל שאינו עוין להישגיה של הפסיכיאטריה, ועדיין מאפשר דיאלוג ממשי עם החולה?

אנסה להציע מודל כזה, הלקוח ממקורות היהדות.

### מודל ג: הצעה חסידית להבנת מחלת הנפש

להלן אנסה להצביע על מערכת מחשבתית חלופית, שמקורה בעולם היהודי, ובפרט בחסידות, ולהראות כיצד היא יכולה לתרום לעבודה השיקומית הנעשית היום. מטרתי אינה לחפש תחליף למערכת המקובלת, אלא להעמידה על בסיס מחשבתי שונה במעט, היכול, לדעתי, לקדם אותה לכיוון דיאלוגי יותר. לשם כך אצטרך להתרחק מן הפרקטיקה המיידית ולתאר בקצרה את המערכת המחשבתית שעליה אני מתבסס (כהנא, תשס"ה).

תפיסתה המחשבתית של החסידות מבוססת על ראיית חיי האדם כמעין יצירת אמנות מתמשכת. ממש כשם שיצירת אמנות היא "כלי" שמטרתו לגלות משהו מחווייתו של האמן, כך חייו של האדם הם מערכת גדולה של "כלים", שבעזרתם הוא מנסה לבטא משהו מן העולם הערכי הגנוז בנשמתו (לערכים הגנוזים בנשמה החסידות קוראת "אורות"). תכליתם של חיי האדם לפיכך אינה מתחילה בהישרדות (בכל מובן של המילה – הישרדות ביולוגית, כלכלית או חברתית) אלא ברצון לגלות את הצד הנסתר של הנפש. תפיסה כזאת מניחה כמובן שחייו הנפשיים של האדם אינם "פונקציה" של חייו הביולוגיים אלא עומדים בפני עצמם. יש בהם ערכים פנימיים משלהם, ערכים שאנו נולדים עמם (לדוגמה: אהבה, גבורה, יופי). שאיפתו של האדם היא לבטא את אותם ערכים מולדים – בצורה הייחודית שהיא תמצית מהותו של כל אדם – בחייו הקונקרטיים, הכוללים את החיים הפיזיולוגיים, הכלכליים והחברתיים. היחס שבין ה"נשמה" והערכים הגנוזים בה לבין חייו הקונקרטיים של האדם הוא כיחס האמן לכלי יצירתו –

כיחס הצייר לַבד ולצבעים, או כיחס המוזיקאי לכלי הנגינה – כולם "כלים" המנסים לבטא ערך נפשי שמקורו מעבר להם. מכאן נובע שבכל פעולה אנושית שני מרכיבים: האור הנשמתי המופיע בה (הנקרא לפעמים "ניצוץ") והכלי שהיא משתמשת בו.

כאשר הנשמה מנסה לגלות משהו מאורה, והכלים העומדים לרשותו של האדם אינם מסוגלים לבטא את המתבקש מהם, נוצר פער מכאיב בין האור לבין הכלי. הנשמה כוללת, למשל, כוח של אהבה, שהוא בשורשו רצון לענג ולהעניק לזולת (האהבה היא כמובן אור נשמתי). מכיוון שכך, עולמו של האדם חייב להכיל את האפשרות לגלות את האהבה הכלולה בנפשו – למשל את נוכחותו של מי שמוכן לקבל את אהבתו, ואת הכלים להעניק לו משהו ממה שברצונו לתת. אם הכלים מסוגלים לבטא את הערך הנשמתי, הכול כשורה. אבל לפעמים, כאשר הפער גדול מדי, הערך שאינו מצליח להתבטא מוצא לו דרכי ביטוי העלולות להיות הרסניות – האדם שחייו נטולי אהבה עלול לחפש אותה בדרך של ניצול הזולת, של כפיית עצמו עליו או בכל דרך הרסנית אחרת (כך מסבירה החסידות את מציאותו של "היצר הרע" באדם). ה"מלכות" גם היא אור נשמתי: כל אדם נועד להנהיג בתחום זה או אחר. "מלכותו" של אדם יכולה להיות מצומצמת או מוגבלת לחוג קטן של אנשים: אדם הוא "מלך" במשפחתו, בעסק קטן שפתח, בכיתה שבה הוא מלמד או בתפקיד המוטל עליו במקום עבודתו. אבל מצומצם ככל שיהיה, גילוי כלשהו של כוח המלכות הוא חיוני לחיים נפשיים תקינים. ושוב, אם הפער בין רצונו של האור להאיר לבין יכולתו של הכלי להכיל את האור גדול מדי, האדם עלול לחפש את גילוי "מלכותו" בדרכים נלוזות הפוגעות בעצמו או בזולתו.<sup>8</sup> למעשה, בין ה"כלי" לבין ה"אור" חייב להיווצר פער מסוים, שהרי הנפש, על פי החסידות, היא עשירה, עמוקה ורבת-כוח כל כך, עד שכלי של האדם אינם יכולים לבטאם בשלמות. מכיוון שכך, אין אדם בלי נוכחותו של "היצר הרע", המבטא את אותם "אורות" שלא קיבלו ביטוי בכלים הרגילים שלנו. המעבר מילדות לבגרות כולל, לכן, ריסון מסוים של דרכי הביטוי ההרסניות של

8 החסידות מפרטת רשימה של כוחות הכלולים בנשמה, אבל כאן אסתפק בדוגמאות בודדות.

הנפש, ובו-בזמן – חיפוש אחר כלים נפשיים שיכילו את ה"אורות" שאנו בולמים.<sup>9</sup>

כאן מקומו של מושג ה"צמצום" שרוטנברג (רוטנברג, תש"ן) ביסס עליו את משנתו. הצמצום פירושו מעין נכונות פנימית לחיות בתוך הפער שבין הכלי לבין האור ולקבל את המעט שאנו מצליחים לבטא ("אור פנימי" בלשון החסידות) כהישג ממשי, שיש מקום לשמוח בו. רוטנברג מראה כיצד עמדה פנימית כזאת היא היסוד לכל התפתחות ולכל קשר ממשי עם הזולת.

לעתים, כאשר הפער שבין האור לכלי גדול מדי, נוצרת מצוקה נפשית חריפה. דרך אחת להכחיש את המצוקה היא הכחשתה. האדם מחפש דרכים שונות להכחיש את המצוקה הנובעת מן הפער שבין האור לבין מציאות הכלים. לפעמים מוכחש הפער עצמו: האדם שוקע בסבך של דמיונות שוא כאילו הפער אינו קיים כלל והכלי חופף לאור. זוהי הפסיכוזה. באמרי זאת איני עוסק במקורה ובגורמיה הסביבתיים והגנטיים של ה"מחלה", אלא מתאר את התהליך הנפשי ומנסה להגדירו במונחים חסידיים.

כיצד תורמת לנו/מקדמת אותנו התיאוריה החסידית מבחינה טיפולית? לדעתי עולה ממנו כלל בסיסי, שאינו מודגש כלל ברוב התיאוריות הפסיכולוגיות המוכרות לי:<sup>10</sup> המטפל חייב לראות – גם בסבכי מזורותה של הפסיכוזה – את הניצוץ המבקש להתגלות בה. ניצוץ זה חייב להימצא בכל חוויה אנושית והוא תמיד אמת לאמתה, גם כשהוא מתגלה באופן פסיכוטי הנראה רחוק מכל מציאות אפשרית. בניגוד לעמדתו של פרויד, למשל, הטוען כי "אפילו גילויים מחשבתיים כה חריגים ורחוקים מן החשיבה הרגילה של בני אדם נולדו מתוך הגירויים הרגילים והמובנים ביותר של חיי הנפש" (פרויד, 2006), טוענת החסידות

9 וכדאי לשים לב להיפוך המודל הפרוידיאני שיש כאן: נקודת המוצא אינה היצר אלא הערכים הנשמתיים המבקשים ביטוי. הופעתם האנטי-חברתית של היצרים היא בעקבות כישלון למצוא לאותם ערכים ביטוי ההולם את מטרתם המקורית.

10 יוצאת מן הכלל משנתו של יונג, שהבהרת היחס שבינה לבין החסידות היא משימה מורכבת, ולא אדון בה במסגרת זו.

שהחריגות נוצרת דווקא מן האורות הגבוהים ביותר, מן הערכים העמוקים ביותר שהחיים "הרגילים והמובנים" לא הצליחו לבטא. מטפל המקבל את הגישה החסידית, לא יחפש את משמעות הפסיכוזה ב"צרכים" חברתיים או יצריים שנבלמו, אלא בערכים שלא הצליחו למצוא את כליהם.

אדגים את כוונתי בשני סיפורים, האחד הוא "מקרה" שטיפל בו הרב קוק והשני מקורו בניסיון הקליני שלי במכון סאמיט. בספר "שבחי הראי"ה" מסופר על יהודי לונדוני שחשב עצמו למשיח, ושום טיפול לא הצליח להוציא מלבו את הוודאות הזאת. לבסוף הובא אל הרב קוק, והרב אמר לו כך:

דע לך שזה נכון שאתה – במידה מסוימת – משיח, שהרי בכל יהודי יש ניצוץ משיח. לזה ניצוץ קטן יותר ולזה ניצוץ גדול יותר. ואצלך זה במידה גדולה. אבל התועלת שבדבר היא רק – אם אין מדברים על זה. ואילו כשמדברים על כך – אפשר להפסיד זאת חס ושלום (ליפשיץ, תש"ע: 176).

אפשר לראות בסיפור הזה "וורט" חסידי חביב, אבל אני טוען שהוא נובע ישירות מן התפיסה התאורטית שתוארה לעיל, ממש כשם ש"התערבות" פסיכואנליטית נובעת מתאוריה פסיכואנליטית כלשהי. הרב מקבל את האמת שב"דלוזיה" הפסיכוטית, אבל מסמן לה גבולות ברורים: לא רק אתה "משיח", אלא בכל אחד יש ניצוץ משיחי. והדרך לגלות את הניצוץ המשיחי שבך היא לא על ידי הדיבור עליו. להפך, כך אתה מעמיד אותו בסכנה.

דברים אלה יכולים להתקבל על לב המטופל אם ורק אם השתכנע שהמטפל – הרב במקרה זה – באמת שותף לו באמונתו באותו ניצוץ הנמצא בעמקי הפסיכוזה.

הסיפור השני מדגים אף הוא את הנקודה שדיברתי עליה, וכאמור הוא מבוסס על הניסיון הקליני שלי במכון סאמיט. מכון סאמיט הוא מוסד שיקומי המיועד לצעירים הסובלים מהפרעות נפשיות קשות. המכון בנוי על מודל ה"קהילייה הטיפולית" (דויטש, תש"ן), המבוסס על שיתוף המטופל בכל תהליכי שיקומו. המטופל משתתף בשורה ארוכה של מסגרות שיקומיות, הכוללות גם פעילות חברתית מודרכת ושיקום תעסוקתי, לצד טיפול תרופתי ופסיכותרפיה. הסיפור

יתמקד בהתפתחות ה"פסיכוזה" של המטופל ובתהליך השיקום שעבר, ויושטמו ממנו פרטים על סביבתו של המטופל, משפחתו ופרטי הביוגרפיה שלו.

דורון (שם בדוי) הגיע אלינו מאשפוז. בחר מוכשר ואינטליגנטי. מילדותו היה צייר מחונן ושאף להיות ידוע ומפורסם במקצועו. אמנם הוא הוכר כבעל כישרון, ואף נרשם ללימודים בבית ספר לאמנות, אולם הצלחותיו – גם אם היו ניכרות – לא השביעו את רצונו. כשסיים ללמוד נותר בלי עיסוק ממשי. היו לו הצעות עבודה, אבל הוא לא טרח לנסות לממשן. כל הצעה נראתה לו מתחת לכבודו. הרי הוא בדרכו להיות אמן דגול, מן הגדולים ביותר – ואיך ישפיל את עצמו ויעסוק בעבודות מזדמנות? כיוון שכך, נשאר בביתו והעסיק את עצמו בתכניות שונות להגיע לגדולה. במוחו התרוצצו כמה פנטזיות שחזרו על עצמן שוב ושוב, ורובן התמקדו בהמצאות טכניות בתחום הציור, המצאות העתידות להעניק לו, סוף סוף, את ההכרה שחלם עליה תמיד. במשך שנה הפכו הפנטזיות למגובשות יותר ויותר, והחוויה שליוותה אותן הפכה מציאותית לגמרי. הוא היה משוכנע שכבר הצליח להמציא את המצאותיו, אבל עכשיו נתקף פחד נורא: האם עתיד משהו לגנוב ממנו את הרעיונות שעמל עליהם? בפועל לא היה בידו דבר, מלבד מחשבות שלא הגיעו לידי גיבוש מפורט כלשהו. אבל בעולמו שלו, שהלך והתרחק מהעולם הסובב אותו, הוא היה לממציא דגול ומלא חרדה מפני גורמים מסתוריים הזוממים לגנוב את המצאותיו (ואת התהילה הנלווית להם). לבסוף פנה לעזרה – לא נפשית, חלילה, אלא לכזו שיכלה להגן עליו מפני אותם גורמים מסתוריים. לאחר שהסביר את פחדיו, מצא את עצמו באשפוז.

אלינו הגיע, כאמור, היישר מבית החולים. מבחינה תרופתית היה "מאוזן", כלומר הוא זכר את "תוכני הפסיכוזה" אבל כבר לא האמין בהם. הוא היה בחור שבור ורצוף, שחי בחוויה מתמדת של השפלה שהושוותה רק בקושי על ידי חזות של יהירות ואגוצנטריות, שלא סייעו לו להפוך את עצמו למקובל על שאר המשתקמים. מהר מאוד הגיע לאותו מצב חברתי שהיה נתון בו רוב ימיו, וכנראה מאותן סיבות.

העבודה השיקומית עמו הייתה קשה מאוד. הוא סירב להשתתף בפעילות השיקומית, ובמקומה נרשם לשורה ארוכה של קורסים שהחל ולא סיים. בסופו

של דבר תמיד התגלה שהאזהרות שהשמיעו עובדי השיקום היו נכונות: יכולתו להתמיד בעבודה "רגילה" או בלימודים מסודרים נמוכה בהרבה מכפי שהוא עצמו העריך. כל קורס וכל עבודה שארגן לעצמו הסתיימו בתחושת השפלה קשה מקודמתה. למרות האינטליגנציה הגבוהה שלו הוא לא הצליח ללמוד מן הניסיון. להפך, חוויית ההשפלה יצרה אצלו צורך גדול פי כמה "להוכיח את עצמו" באופן גרנדיוזי (ובסופו של דבר "לארגן לעצמו" תחושת השפלה נוספת).

בשלב מסוים הבנתי שניסיונותינו להכניסו לתלם אינם נושאים פרי. נראָה שדורון מתעקש לקבל הכרה שאינו "כשאר המשתקמים" אלא "משהו אחר", מי שנועד לגדולות. לאמתו של דבר יכולתו האמנותית הייתה – להערכתו לפחות – גבוהה באמת, אלא שבאופן שביטא אותה היה תמיד גוון פסיכוטי מסוים. בניסיונותיו האמנותיים גילה פעם דרך ציור מסוימת, שלמיטב ידיעתי איש לא גילה לפניו. הוא השתמש בטכניקה שגילה וצייר כמה ציורים מרשימים מאוד לדעתי, אבל אז ניסה להוציא עליהם פטנט... ושוב חזרנו לחוויית השפלה.

ניסיתי, אם כן, ללכת בכיוון שונה. דיברתי עמו על הצורך לבנות לעצמו אורח חיים שבו ייתן מקום לכישוריו האמנותיים, אך בה בעת גם לצדדים אחרים של החיים – הצורך להתפרנס, למשל – לפחות עד שהעולם יכיר בכישוריו... לא התקשיתי כלל להכיר בכישורים אלו, משום שאכן ראיתי בו אמן רב-כישרון (אלא שגם ידעתי שאמנותו לא תוכל לפרנס אותו, והייתי משוכנע שאם לא יתפרנס כראוי הוא עתיד לגלוש להתקף פסיכוטי נוסף). קראתי לו ריאיון שגיליתי בעיתון על אחד הגדולים בציירי ישראל, העובד למחייתו כשומר. "אתה רואה?" צהלתי, "אין כאן סתירה כלל".

השיטה עבדה, אם כי באופן חלקי. בשעת הפסיכותרפיה ניסינו לחפש שוב ושוב את האיזון הנכון בין דימויו העצמי כאמן לבין מערכת הכלים (הדלה מאוד, יש להודות) שהמציאות החברתית הייתה יכולה לספק לו באותו זמן. תקופה מסוימת ראינו התקדמות, אבל לאחר כמה חודשים הרים ידיים. דורון פרש מסאמיט וחזר לגור אצל הוריו (ועל חשבונם). שבועות מספר אחר כך צלצל אליי. "אל תחשוב שנכשלם", אמר. "לפחות למדתי שצריך לעבוד ברצינות, גם אם לא בכיוונים שאתם רציתם. אני מכניס את עצמי לסדר יום – בדיוק כפי שסיכמנו – אבל בזמן העבודה אני פשוט מצייר ומצייר. תראה שבניגוד לדעתך, כן יצא מזה משהו".



דורון צדק. אכן יצא מזה משהו. כמה חודשים חלפו, וקיבלתי הזמנה לתערוכה של פרי יצירתו. קשה לתאר במילים את התפעלותי. התערוכה הייתה נפלאה לדעתי. המתנ"ס באזור מגוריו היה מלא ציורים ברמה גבוהה, ודורון היה גאה להעניק שניים מהם במתנה, אחד לי ואחד למנהלת היחידה. בנוסף למתנות שחילק הוא גם מכר מספר ציורים לא מבוטל והרוויח סכום כסף נאה. כולנו – הוא ואנחנו, היינו גאים להפליא.

הלוואי שכאן היה מסתיים הסיפור, אך לא. חלפו כמה שבועות, ושוב קיבלתי שיחת טלפון ממנו. הפעם, אמר, גילה משהו גדול באמת. משהו בנימת קולו בישר רעות. הגעתי אליו בדחיפות ומצאתי אותו מוקף ברישומים מוזרים, דלים להפליא, של עיגולים וריבועים שסימלו לו, כך קבע, משהו מיסטי. הוא היה נלהב, סוער וחסר שיפוט, ולא היה מסוגל להקשיב או לתקשר באיזו דרך? התקשרתי מיד למטפל שליווה אותו באותו זמן. לשנינו היה ברור שאשפוז נוסף הוא רק שאלה של זמן.

מה קרה, למעשה? אחזור למינוח החסידי. דורון הוא אכן אמן. אמנות, כמו כל "ניצוץ" אחר, זקוקה להכרה סביבתית – ובמקרה שלו מעולם לא הגיעה בצורה שדורון היה יכול להשתמש בה. כאשר הפער בין ה"אור" ל"כלי" נעשה גדול מדי, הופיעה הפסיכוזה כדי לגשר עליו. הטיפול התרופתי הצליח לבטל את סימניה הגלויים של הפסיכוזה, אבל לא את הפער שיצר אותה. השיקום במסגרת סאמיט השיג את מטרתו להכשיר את דורון לחיים בקהילה המקובלת, אבל לא עלה בידו – למרות המאמצים שעשיתי בכיוון – להעניק לו את ההכרה בניצוץ האור, שהחיפוש הכושל אחר כלי לבטאו הוא שהוליד את המשבר מתחילתו. הטיפול התרופתי והשיקומי היו חשובים והכרחיים, אבל לא הספיקו. מיד כשעזב את סאמיט חזר לחפש כלים לגילוי האור האצור בו – ולשם כך השתמש בכלים שקיבל במהלך השיקום. השילוב הזה עבד באופן מופלא לזמן-מה, אבל בד בבד עורר את הכמיהה לגילוי מלא ומידי של כל האור כולו. לשם כך לא הספיקו הכלים שרכש, והמשבר הנוסף היה בלתי נמנע.

מה היה יכול לסייע לו? אולי מערכת מלווה שתפעל על בסיס ההנחות החסידיות של ההכרה באור המסתתר בעמקי הפסיכוזה תוך כדי חיפוש מתמיד

אחר כלים מציאותיים ("שפויים") לבטאו. מערכת כזאת הייתה מנסה ללוות אותו לאחר תקופת השיקום האינטנסיבי שעבר בסאמיט, כשהיא נותנת לו "להוביל" את התהליך המורכב של בניית כלים להכלת ה"אור" הייחודי מאוד שוודאי מנסה להתגלות בו, תוך כדי התמודדות מתמדת עם הצורך המכאיב ב"צמצום". אני מניח שמערכת כזאת הייתה יכולה לעבוד בשיתוף פעולה עם גופי ליווי דוגמת "אנוש", המתרכזים בפעילות חברתית וליווי שיקומי מהסוג המקובל. האם מערכת הבנויה על עקרונות כאלה הייתה מצליחה למנוע את המשבר השני? ייתכן, אם כי אני רחוק מלהיות משוכנע בכך. דורון חיפש הכרה רחבה, אפילו עצומה, בגדולתו כאמן. לדעתי לא היה מצליח להגיע להכרה כזאת, ובפחות מכך לא רצה להסתפק. האם הכרה חלקית הייתה יכולה לאפשר לו לעבור את תהליך ה"צמצום"? העובדה היא שהכרה חלקית שקיבל במסגרת סאמיט הצליחה לעזור לו מאוד, גם אם לתקופה קצרה. מכל מקום, מערכת ליווי למשתקמים שתהיה בנויה על היסודות התאורטיים האמורים עדיין אינה קיימת כלל. בנוסף לכך, ייתכן גם שמערכת כזאת זקוקה להכרה חברתית רחבה בעקרונות היסוד של היחס למחלת הנפש, כפי שתיארתי כאן על פי החסידות. בינתיים איאלץ להישאר עם סימן השאלה.

הצגתי כאן דוגמה לפוריותה של מערכת החשיבה החסידית. עדיין אין בידי תיאורי התנסות מפורטים היכולים להצביע על הצלחותיה של הגישה החדשה-ישנה הזאת, או על מגבלותיה. אסיים בתקווה שיימצאו מטפלים שיקבלו על עצמם את המשימה להתמודד עם פיתוח מפורט של הגישה ויצליחו לקדם אותה ולהפכה ליישומית ולמבוססת.

### ביבליוגרפיה

דויטש, ח' (תש"ן). גבולות וסוגי קבוצות בקהילה טיפולית למתבגרים. בתוך: דויטש, ח' (עורך). גבולות בגיל ההתבגרות. לקט הרצאות מיום העיון של מכון סאמיט. ירושלים: מכון סאמיט.

המילטון, ע' (1969). מיתולוגיה. תל אביב: מסדה.

כהנא, ב' (תשס"ה). השבירה והתיקון כפרדיגמה לפסיכופתולוגיה ולפסיכותרפיה. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור. ירושלים.

כרמי, ט' (1981). המלט, נסיך דנמרק / ויליאם שקספיר. נוסח עברי: ט' כרמי. עם מבוא מאת צבי יגנדרוף והערות מאת המתרגם. ירושלים: דביר.

לאינג, ר"ד (תשל"ח). האני החצוי. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

ליפשיץ, ח' (תש"ע). שבחי הראי"ה, כנס, ערך והתקין חיים ליפשיץ. בית אל: שילה / ברכץ.

פוקו, מ' (1972). תולדות השיגעון בעידן התבונה. ירושלים: כתר.

פרויד, ז' (2006). שרבר. ירושלים: קוגיטו.

פרויד, ז' (תשל"ח). מבוא לפסיכואנליזה. כתבי זיגמונד פרויד, א. תל אביב: דביר.

פרויד, ז' (תשס"ב). הטיפול הפסיכואנליטי. תל אביב: עם עובד.

רוטנברג, מ' (תש"ן). קיום בסוד צמצום. ירושלים: מוסד ביאליק.

Fried, Y., and Agassi, J. (1976). *Paranoia: A Study in Diagnosis*. Dordrecht & Boston: Reidel Publications Company.

Rotenberg, M. (1978). *Damnation and Deviance*. New York: Free Press.

Szas, T. The myth of the mental illness (1960). *American Psychologist*, 15, pp. 113–118.

