

17.11.2018

הגישה האינטרסובייקטיבית בבריאות הנפש – מציאות ודמיון

בדקות הקרובות אני רוצה לדבר – לשוחח איתכם על הגישה האינטרסובייקטיבית במערכת בריאות הנפש. מבחינתי מערכת בריאות הנפש כוללת את כל השירותים והמסגרות החל מהמחלקה הסגורה – בוודאי דרך יתר המחלקות, המרפאות ליד בתי החולים, המרפאות הציבוריות, אבל גם כל שירותי סל שיקום, העמותות כולן, הוסטלים, דיור מוגן, מפעלים מוגנים, תעסוקה נתמכת - הכל. אני מחריג רק את הניצנים השוליים במספרם של סוטריה והבתים המאזנים.

במשך עשרים השנים האחרונות עבדתי בכולם- 'גהה', 'שלוותא', דיור מוגן 'אנוש', מרפאה לברהנ רח הארבעה, רמת חן.. ועוד

אני רוצה להתחיל בסיפור אישי שהתרחש לפני בערך שנתיים אולי שלוש.

באותה תקופה עבדתי למשך ארבע שנים במרפאה גדולה של משרד הבריאות, ביחידה אשר התמחתה בטיפול באנשים אשר עברו אשפוז או שחוו מה שנקרא 'פסיכזה'. עובד סוציאלי, שיחות בתדירות של פעם או אפילו פעמיים בשבוע, קבוצות, הכנה לסל שיקום – שיגרה.

במרפאה עשרות עובדים אני מעריך בסביבות השבעים – מעט פסיכיאטרים – בראש הפירמידה, פסיכולוגים קליניים ומתמחים, עובדים סוציאליים, פסיכותרפיסטים, אחיות, משתלמים שונים, מעט מאוד (שתיים שלוש) מטפלות באומנות..

נקראתי באותו היום לשיחת נזיפה בחדרה של העובדת הסוציאלית הראשית. האמת שיחה אחת מתוך מספר רב, בטח דו ספרתי. ניסיתי לדלות מזיכרוני לצורך השיחה שלנו היום את מהות הנזיפה – אבל באמת שלא הצלחתי. אני לא שולל שהייתי באותם רגעים ארוכים במצב דיסוציאטיבי.

העובדת הסוציאלית הוותיקה בשנות השישים לחייה נוזפת נוזפת, אחרי דקות ארוכות אני אומר, 'אביבה' (שם בדוי) אני רוצה להגיד משהו.

היא מסתכלת בי מופתעת, שותקת רגע ואומרת, כן, בבקשה

אני אומר לה: 'אביבה אני מטפל אינטרסובייקטיבי' כנראה שבאותו הרגע חשבתי שיש בכך להסביר משהו.

היא ממתינה עוד שנייה ואומרת לי בביטחון מלא: 'קופל, כולנו כאן מטפלים אינטרסובייקטיבים'

הרגע הזה המם אותי, ונשאר בי כבר כמעט שלוש שנים. מצד אחד הייתה בו אמת גדולה. זה נכון. הגישה האינטרסובייקטיבית אשר אפרט מיד בהמשך מאכלסת, אפשר כמעט לומר שולטת בכיפה, בישיבות הצוות, בתיאורי המקרה, בקבוצות הקריאה המתרחשות בין שמונה וחצי לעשר וחצי אחת לשבועיים, במבחני ההתמחות של הפסיכולוגים הקליניים, בהדרכות השונות. לכאורה.

קוראים את מיטשל – 'פריד ומעבר לו', 'תקווה ופחד בפסיכואנליזה', קוראים את לואיס ארון 'המפגש', לצערי פחות את סטולורו ועמיתיו, לפני בערך שני עשורים בשלוותא עברתי סמינר שנתי על גודי מסלר דיוויס, ועוד.

מצד שני הפרקטיקה, המעשים, המציאות, כך נדמה לי, כמי שמזוהה בצורה רדיקאלית עם הגישה האינטרסובייקטיבית, המציאות היום יומית במערכות בריאות הנפש השונות רחוקות שנות אור מעיקרי הפסיכואנליזה האינטרסובייקטיבית. על כך רציתי לשוחח היום.

דבר ראשון חשוב לציין אתה אומר 'אינטרסובייקטיבי' אתה אומר במובלע פסיכואנליטי לא ניתן להפריד בין השניים. הגישה האינטרסובייקטיבית איננה 'מרד' בגישה הפסיכואנליטית אלא להיפך קבלה רדיקלית שלה. עוד הערה – אנשים רבים משתמשים בביטויים: התייחסותיים relational – יש הבדלים אבל לא נעמוד עליהם כעת ומבחינתנו התייחסותיים ואינטרסובייקטיביים יהוו מושגים נרדפים.

אז מהי היא הגישה הפסיכואנליטית – אינטרסובייקטיבית? ולאחר מכן מהן מהי התמונה היום במערכות בריאות הנפש השונות – מימין לשמאל.

מפאת קוצר הזמן אדבר בנקודות קצרצרות:

1. 1895 במכתב של פרויד לפלייס הוא מייסד מדע חדש: פסיכואנליזה. זהו מדע אשר אין לו עניין במציאות, לא בהווה ולא בעבר המציאותי של המטופל אלא ב'לא-מודע'. אותו אבר נפשי חי, אשר אין בו סיבה ותוצאה, אין בו סדר זמנים, אלא דחפים, קונפליקטים, רגשות, חרדות, פיסות זיכרון, מחשבות שלא נחשבו. אני מבקש מכל הנוכחים להקדיש רגע להבנה כי הפסיכואנליזה והלא מודע אינם זרים זה לזה שלא לומר: מושגים כמעט נרדפים. הפסיכואנליזה אם כן מתמקדת ב'לא מודע' – זהו שדה העניין שלה. והינה קפצנו כבר כעת למים עמוקים.

2. אין הדבר אומר שהפסיכואנליזה אינה מכירה במציאות, או שהיא מתעלמת מאירועים טראומטיים. כולנו מכירים בתרומתה העצומה של הפסיכואנליזה לחקר התפתחות האישיות והטראומה. אלא שזה איננו מוקד עניינה. פרויד מותיר את חקר המציאות לאקדמיה, לפסיכולוגים, לסוציולוגים ולאנשי החינוך. הפסיכואנליטיקאי חוקר את הלא מודע של היחיד. ולכן הוא תמיד בשדה הפרטיקולארי – הפרטי. אם מטוס פוגע בבניין התאומים בניו יורק יש לכך עשרות אלפי עדים, אפשר לקבץ מהם זוויות ראייה שונות ולהתקרב להבנה של

המציאות. זוהי איננה מטרתה של פסיכואנליזה. פסיכואנליטית - מדובר באירוע יחיד, פרטיקולארי של פרשנות יחידה ומיוחדת של **אדם אחד**. זה לא סותר את האירוע המציאותי אשר אכן התרחש. רניק: 'מה שנטען הוא שקיים מצב בלתי נמנע שבו המציאות, אפילו אם אנחנו מניחים שהיא קיימת באופן אובייקטיבי, יכולה להיות ידועה רק באופן סובייקטיבי, על ידי האנליטיקאי והמטופל'... (Renik, 2004, p. 1055).

3. לא זו בלבד ששדה העניין הוא ה'לא-מודע' של המטופל – ומכאן אין צורך לומר הסובייקט והסובייקטיביות שלו, הכלי של המטפל 'לקלוט את החומר הלא מודע של המטופל דורש מהמטפל עצמו להשתמש בלא מודע שלו עצמו. פרויד (1912) 'עצות לרופא על הטיפול הפסיכואנליטי': 'קל לנחש מהי המטרה לכל הכללים אשר הצגתי. כוונתם ליצור אצל הרופא את מקבילתו של "כלל היסוד הפסיכואנליטי" המוצב בפני המטופל. כשם שהמטופל אמור לדווח על כל מה שקלט מתוך התבוננות עצמית, תוך הימנעות מכל ההשגות ההגיוניות או הרגשיות המבקשות להניעו לברור בין הדברים, כך אמור הרופא לשים עצמו בעמדה כזאת שכל מה שיימסר לו ישמש לצורך הפירוש והכרת הלא-מודע המוסתר, מבלי להמיר את הבחירה שהמטופל ויתר עליה בצנזורה משלו. אם לנסח זו בצורת נוסחה: **עליו להפנות את הלא-מודע שלו אל הלא-מודע של המטופל** כמעין איבר קולט, לכוון את עצמו אל המטופל כמו שמקלט הטלפון מכוון לאפרכסת... (פרויד, 1912 עמ' 95) אני ממליץ להמשיך גם לפיסקה הבאה אבל נדמה לי שכרגע אין לנו זמן לכך. בכל מקרה ברור שכבר פרויד ב1912 היה עמוק ברעיונות אינטרסובייקטיביים

4. בשנות השמונים של המאה הקודמת פרויד חשיבה אינטרסובייקטיבית אשר שילבה פסיכואנליזה ופילוסופיה: מבין הפילוסופים נזכיר את הגל, הפנומנולוגים כמו גאדמר, מרטין בובר ועוד. פסיכואנליטיקאים כמו סטולורו ועמיתיו, למשל מדגישים כי בחדר הטיפוליים יושבים שניים. מכאן הביטוי '**פסיכולוגיה של שניים**'. שני השותפים לשיחה מביאים לתוך החדר את כל המערכות הנפשיות של שניהם. אף אחד מהם אינו יכול להותיר מחוץ לחדר את דחפיו, מעצוריו, תיסכוליו, שאיפותיו תשוקותיו, וכולי. הופמן טוען כי בו בזמן שהמטפל חוקר את נבכי נפשו של המטופל מתרחש תהליך מקביל – המטופל חוקר את נבכי נפשו של המטפל. אולי הרעיון המרכזי הוא שכולנו נטועים בתוך מערכות אינטרסובייקטיביות מראשית חיינו, ולכן אין אפשרות אפיסטמולוגית או מעשית לצאת או להשתחרר לרגע או בכלל מהכבלים האינטרסובייקטיביים.

5. נובע מכך הוא כי גם המפגש של שני האנשים בחדר אחד הינו אירוע פרטיקולארי, יחיד, מיוחד ובלתי ניתן לשכפול. זוהי המולקולה הפסיכולוגית החדשה. הדבר נובע מהסיבה הפשוטה שאדם לא יכול לייצר פסיכולוגיה לבד – אלא דרוש לפחות בן אדם נוסף אחד: אימא, אבא בגילאים הצעירים, חבר, בן זוג וכדומה.. כמובן שגם במחלקה הסגורה, הפתוחה או במרפאה, האירוע הנקרא טיפול הינו תמיד **אירוע של שניים מסוימים**: מטפל ומטופל.

אתה מוציא או משתיק את אחד המשתתפים ואין דו שיח. אתה מכניס משתתף אתה מכניס אדם שלם כי לא ניתן להכניס אדם חלקי. ולכן דו שיח הינו תמיד בין שניים שלמים ומסויימים.

חמשת הנקודות הללו הינן נקודות אפיסטמיות מטא-תיאורטיות: הן עונות על השאלה מהי המציאות הנפשית? איפה ניתן לפגוש בה? מי יכול לפגוש בה? באילו תנאים היא נראית ובאילו היא בלתי נראית. מתוך האפיסטמולוגיה נובעת מיידית גם המתודולוגיה: מה עושים במטרה להבחין במציאות הנפשית? מה עושים במטרה להביא לשינוי בחוויה הנפשית? איך משנים את המציאויות הנפשיות? גם למערכת בריאות הנפש יש בוודאי עניין בנפש: לראות, לאבחן, ולשנות סבל נפשי לרווחה נפשית. אבל מה קורה שם?

אחד הביטויים השגורים בקרב פסיכואנליטיקאים התייחסותיים הוא שהפסיכואנליזה ההתייחסותית הינה תולדה של מהפכה מוצלחת בפסיכואנליזה. אותו מעבר אשר תיארתי בקיצור קריקטוריסטי דרך חמשת הנקודות הקודמות. אני סבור אחרת ולצדדי אחרת מאוד. אני חושב שחמשת הנקודות שתיארתי – שהינן באמת חמש הנחות בסיסיות ביותר של התיאוריה הפסיכואנליטית והאינטרסובייקטיבית – חמשת הנחות הללו בהתקפה מתמדת יומיומית – ולכן לא רק שהמהפכה האינטרסובייקטיבית לא הצליחה אלא גם המהפכה הפסיכואנליטית לא הצליחה – והאמת היא שהקרבות נמשכים. פה – אני לא מאשים את 'המערכת' אלא את העובדה הפשוטה שה'לא מודע' תמיד יהיה במידה רבה ומספיקה: 'לא מודע'. ויותר מכך – כאדם הומאני אני גם לא שואף ליום אשר בו ה'לא מודע' של מישהו יפוענח עד תום, יואר לחלוטין, יעלם, וכולנו נדע אותו מהמסד לטפחות. זו בהחלט לא מטרה ראויה.

אולם נחזור למרפאה לבריאות הנפש ולמחלקה- באיזו פרדיגמה אפיסטמית אנשי הטיפול שם מחזיקים? קשה לדעת. אולם כשם שטענו שהאפיסטמולוגיה – הדרך בה אתה מבין את מהותה של המציאות ואת היחס שלך אליה והקשר האפשרי שלך עם המציאות - מולידה את המתודולוגיה שהיא המהלכים הפרקטיים אשר בהם אתה נוקט להבין את המציאות ולשנות את המציאות, כך מה שאני אומר הוא, ששווה לראות מהי הפרקטיקה של מערכת בריאות הנפש ובכך לנסות ולהתקרב ולהבין את האפיסטמה של מערכת זו. הבה ננסה לדגום מספר אירועים טיפוליים:

1. אדם מגיע למיון או למרפאה ועובר אבחון. F20, F31. הוא יושב מול איש מקצוע, אשר בעצם **'יודע'** יותר ממנו מה קורה לו. איש המקצוע שואל וכותב במחשב. האם לסיטואציה הזאת, למשל, שהאדם היושב מולו – מאחורי שולחן ועם מסך מוסתר: בודק אותו וכותב עליו בלי להסתכל עליו – האם לסיטואציה הזאת יש איזושהי השפעה על רמת החרדה שלו? על ביטויי האפקט שלו? על יצירת קשר העין? האם הוא מוזמן לשיחה או להרצאה של עברו ומצבו הנפשי? מה גלוי ומה סמוי אצל המטופל ואצל המטפל? מי מרגיש מה? איך כל זה משליך אחד על השני?

2. אבחנות 1. אדם איננו יכול להיות מטופל במערכת בריאות הנפש בישראל החל מהמחלקה הסגורה דרך המרפאה הציבורית, עבור בקליניקה של מטפל מטעם קופת החולים והמשך לסל שיקום ללא אבחנה. אבחנה זה מה שהרופא כתב על החולה. הנחת המוצא של האבחנה הינה שהיא אובייקטיבית, וגם שהיא מדידה. היא **נקייה מהסובייקטיביות** של המאבחן, היא מדידה, מהימנה ותקפה, היא ניתנת לאישוש והפרכה, היא ניתנת לשכפול על ידי איש מקצוע אחר. היא נשענת על הסכמות של אנשי מקצוע לגבי מבנים נפשיים או ארגונים נפשיים למשל 'פרנויה', 'דיכאון', 'הפרעת אישיות נרקיסיסטית' וכדומה. אלו מבנים נפשיים שסוכמו והוגדרו זה מכבר והם קיימים במוחו של הרופא עוד בטרם הוא פגש לראשונה את הסובייקט המטופל. הארגון הנפשי החולני – לפי פרקטיקה זו, נמצא אצל המטופל ואין לרופא שום השפעה עליו. זוהי פסיכופתולוגיה של אדם אחד. ההנחה הזאת מחזיקה בעמדה שאם נניח בן אדם מחזיק במבנה פרנואידי לדוגמא, הוא פרנואידי גם בבית, גם במחלקה הסגורה, גם בקרב חברים, גם ביחד עם מישהו וגם לבד – באותה רמה ובאותה מידה. הפרנויה לפי עמדה זאת היא אובייקטיבית. הדיכאון הוא אובייקטיבי. הדיכאון לפי ההנחה הזאת הינו ארגון פנימי של אדם – אדם חולה – שאין לו דבר וחצי דבר עם האינטראקציות הפסיכולוגיות המתקיימות ברגע זה בחדר. לא חשוב מי ישב מולו, החולה – חולה, פרנואידי, או בעל הפרעת אישיות. יש כאן איזשהו כשל לוגי – מכיוון שבמהלך לקיחת האנמנזה ניתנת חשיבות להיסטוריה ההתייחסותית של המטופל וכרגע אין חשיבות לאינטראקציה, אבל זה כשל שלא עלי ליישב. העניין הוא האבחנה. המחשבה שאני יכול להגיד עליך משהו אובייקטיבי מדיד – נעדר סובייקטיביות, שהנושא שלו הוא המקום הפרטי ביותר והסובייקטיבי ביותר שלך – היא מחשבה זרה לפסיכואנליזה האינטרסובייקטיבית. המחשבה שאני יכול לשבת איתך, מבלי להשפיע עליך ומבלי שאתה תשפיע עלי זרה לחשיבה האינטרסובייקטיבית. המחשבה שקיימים מבני נפש יציבים, בלתי משתנים, מדידים, בלתי מושפעים מאינטראקציות אנושיות – זרה לחשיבה האינטרסובייקטיבית. זה לא מציאותי לדעתנו. אלו מחשבות שווא.

3. אבחנות 2. ספרי האבחנה DSM ו ICD נובעים מההנחה שה'מחלה' הינה ארגון נפשי מובהק ומשותף לאנשים רבים. לכן, המאבחן יכול לדבר על 'תופעה' ועל אפידמיולוגיה. האבחנה מאפשרת גם הרחקה פסיכולוגית. פה לא מדובר ברגע פרטיקולארי – חד פעמי, אלא ב'מחלה'. אני בעצם מחשמל את הדיכאון ולא עסוק באדם ששמו אלון, בן 32, כפר סבא. אני מזריק במטרה למגר את הפרנויה ולא עסוק באישה ששמה חגית, חיפה, רקדנית. מה שקורה לאנשים בעקבות הטיפול נקרא 'תופעות לוואי'. לוואי לאקט המרכזי – והוא ריפוי התופעה. אנחנו רואים אנשים גוררים רגלים, מריירים, שמוטי עיניים, כפופים, שמנים – אלו רק 'תופעות לוואי' כי בעצם ה'מחלה' מטופלת. אבל איך ניתן להבין את הטיפול הזה בקונטקסט של בן אדם יחיד? איך אתה באמת יודע שהמחלה טופלה? שתופעות הלוואי משתלמות לעומת סבל המחלה? עם מי אתה מדבר? מי עונה לך? אני חושב שהנקודה ברורה. – זוהי סיטואציה לא אפשרית מבחינה אינטרסובייקטיבית. העוצמות האדירות של

החומרים הכימיים, הנזעים החשמליים, ובעבר הניתוחים אינן עולות בקנה אחד עם המשאלה למפגש של סובייקט עם סובייקט. הכוח של הכימיה מייצר תמיד חשש לאגרסיביות אדירה של המערכת על היחיד. ולו רק בגלל שהיא המערכת מחזיקה בכוח אטומי ביחס ליחיד. מישהו כאן בחדר, לשם הניסוי היה מסכים לקבל זריקת הלידול חד פעמית? רק לראות מה קורה? אני מזריק הוא מוזרק?

4. המהלך הזה של שניים יושבים, האחד שואל והשני נשאל. כאשר אחד מהם נוטל אנמנזה, ומנסח דיאגנוזה אשר הופכת בו ברגע את 'פרטיותו' של ב' לרכושו ה'פרטי' והסודי של א'. הוא מבחינתי פלא. זו הפקעה בלתי נתפסת של הפרטיות. אבל זאת עובדה, מי שניסה לבקש תיק אישי ממרפאה לבריאות הנפש, או מבית החולים יודע על מה אני מדבר. ב' מדבר, א' רושם או מקליד ומיידית שנייה לאחר מכן ב' לא יכול בפשטות לדעת מה נרשם זה עתה מפיו שלו עצמו. הדף, המחשב, התיק מחזיקים – חומר אשר בעצם ברובו נלקח ממנו מב' ונהפך בשנייה לחומר שאסור עליו לדעת. זה מעין תהליך של שאיבה מב' לא'. א' מתמלא וב' מתרוקן. מהלך ההסתרה הינו מהלך הפוך לאפיסטמולוגיה של הפסיכואנליזה והגישה האינטרסובייקטיבית. גילוי מול הסתרה. האם האנשים כאן בחדר יודעים כמה זה לא פשוט להדפיס את התיק שלך? התיק אשר בו כתוב מה אתה אמרת ואיך אתה התנהגת? למה זה כל כך מסובך? אם מדובר בחומרים אובייקטיביים אז מה הבעיה? הבעיה היא כנראה החרדה מהסובייקטיבי. והסובייקטיבי לעולם שם. איך מרגיש אדם אשר מה שהיה הסוד שלו נהפך ברגע אחד לסוד ממנו? שלא לדבר על כך שמה שהיה פרטי ואישי בדקה אחת הופך לגלוי למאות אנשים זרים ולנצחי. אתה הולך למיון איכיליוב אומר שיש לך כאבים בחזה והאחות במיון או הרופא אומר לך 'אני שומע, אבל אני רואה שיש לך גם חרדות פסיכוטיות, כבר עשר שנים.' החומר הסובייקטיבי שאנחנו האינטרסובייקטיביים תופסים אותו כפלואידי, כחמקמק, כיצירה חד פעמית של שניים, הופך לחומר מאובן, לחומרה, לחומר ששורד לאורך זמן רב, זמין למשתמש הממוחשב, נפוץ, יציב, מוגדר-משויים, מדיד. זה משהו אחר. זה לא שייך לפרדיגמה שנקראת פסיכואנליזה אינטרסובייקטיבית.

5. אתה נכנס למרפאה לבריאות הנפש יש שם – שומר עם נשק, דלת מתכת. נכנס למחלקה סגורה דלת מתכת, נעילה אוטומטית, אדם יושב מולך נמצא בתא זכוכית גדול. מסתכל עליך. הוא מוגן. יש לזה קונוטציות ואסוציאציות. ברור לכל שיש כאן אפשרות לאלימות קשה. המראה מוזנח, מלוכלך, שבור. עליבות. אנשים מנותקים. האיש בתא הזכוכית מסתכל עליך. איש צוות, מסומן על ידי תג, צמיד, צרור מפתחות, חוצה את החלל נכנס לחדר ונועל את עצמו. אנשים בפיג'מות, אנשים בלבוש פרטי, אנשים מסויימים עם מפתחות אחרים בלי מפתחות. היררכיה. בקצה המסדרון חדר עם מיטת קשירה. האם כל אלה עלולים להשפיע על מצב הרוח של האדם הנכנס למחלקה? האם העליבות עלולה להקרין על הדימוי העצמי שלו? הסורגים יכולים להשפיע על החרדה שלו? הפיג'מה יכולה להקרין

על התפיסה שלו את עצמו ביחס לסביבה? ומצד שני אך באותו אופן - האם הסביבה ההתייחסותית הזו משפיעה על הסובייקט המטפל? האפשרות לשלוט, היכולת לפתוח ולסגור, להסתתר ולהתגלות? לכבול אדם פיזית וכימית, להשתיק אדם, להרדים אדם? איפה עוד בחיים יש כאלו יחסים? איך ניתן להבין את המערכת הפסיכיאטרית מבלי לקחת בחשבון את הפעולות שלה ואת הקונטקסט שהיא מייצרת על שני הצדדים? המחלקה הפסיכיאטרית הינה מקום אשר משדר מסוכנות גבוהה – לשני הצדדים. זהו מקום מסוכן, למטפל ולמטופל, מקום אשר מזמין יחסי מסודרים של כניעה ושליטה. הדבר הראשון שמושתק בו היא הסובייקטיביות אשר כבר הבנו שמטבעה אין בה סדר והיא איננה נשלטת.

אסיים פה. המחלקה הסגורה והמרפאה הציבורית הינן אבטיפוס, אולם הפרדיגמה הזאת שלטת בכל המערכות של משרד הבריאות כולל מערכות סל השיקום. בקצה תמיד יעמוד הפסיכיאטר, המחלקה, הזריקה הכפויה וחדר הקשירה. גם אם אתה בפרוייקט הכי אומנותי וחופשי-קצה המסדרון נוכח, האבחנה נמצאת, התיק הרפואי סודי, המחשב אוגר מידע.

למרות הטון – אני לא מבקש כרגע לבקר את המערכת הפסיכיאטרית. השאלה המטרידה אותי היא אחרת. נחזור לשיחת הנזיפה שעברתי. העובדת הסוציאלית אומרת לי שם: 'אבל קופל, כולנו אינטר סובייקטיביים' – ואני חושב שבמובן מסוים היא אכן צודקת. מערכת בריאות הנפש מאוכלסת על ידי אנשים - אנשים טובים, צעירים ומבוגרים, אנשים שקראו וקוראים בדיוק את אותם מאמרים שאני קורא. פסיכולוגים קליניים נבחרים במבחני ההסמכה תוך כדי שימוש בתיאוריות שאני מחזיק בהן, עובדים סוציאליים לומדים בבתי ספר לפסיכותרפיה, לימודי פסיכולוגיה העצמי. ישנן קבוצות קריאה, ישנם סמינרים במחלקות. נאמרות מילים כמו 'אמפטיה', 'לא מודע', 'העברה', 'חוויה סובייקטיבית', 'הזדהות', 'השלכה'. השאלה שמטרידה אותי היא אחרת: אם המיינד של העובדים במערכת בריאות הנפש מאכלס בעיקר או אפילו גם – תיאוריות פסיכואנליטיות אינטרסובייקטיביות, אבל המעשים שלהם עומדים בניגוד מוחלט לפרדיגמה הזאת, לאפיסטמולוגיה שלה, ולמתודולוגיה שלה, כמו שאנחנו רואים: מאין המעשים – והפעולות היומיומיות, נובעים? מי שולט בפעולות? מי מודד? מי בונה טפסים בנייר ובמחשב? מי מחליט? מי פועל? הדחפים? – דחפי התוקפנות והמין? נטיות אישיות וציבוריות של שליטה וסאדיזם? ההיררכיה הממסדית? – הרצון להתקדם, והפחד להיפלט? חברות התרופות והיחס הנדיב שלהן לצוות הרפואי? מי מוביל את הפרקטיקה? אם יש פיצול בין התובנה או ההבנה של איש הצוות לבין המעשים שלו, אשר אינם נובעים מהתובנה שלו ביחס לנפש, לאנושיות, ל'אחר' ול'אחרות' (otherness) בכלל – איך ניתן לכנות את הפיצול הזה?

עד כמה הפיצול הזה בין ההיגיון לפרקטיקה מסוכן ומדכא גם ביחס למטופלים וגם ביחס לאנשי הצוות?

מקום לדאגה.