

פסיכיאטריה ומשפט

מ"נוירוזת הפיצויים", לתסמונת הפיצוי.

הבטים אבחנתיים, חוויתיים, טפוליים, וקונצפטואליים.

ובקיום התסמונת. מוצע לקרוא לחולי בשם "תסמונת הפיצוי". תסמונת זו עלולה ללוות פגיעות גופניות, מוחיות ונפשיות שונות או אף, להופיע - לעיתים - לעצמה, כשהיא במרכז התמונה התגובתית. מוצע להכיר בנפישותה של התסמונת הזו, ולהכניסה לא רק למעגל החשיבה האבחנתית אלא גם למעגל החשיבה הטפולית.



עמיחי לוי

2. מבוא.

נוי¹ מגדיר את נוירוזת הפיצויים (נ.פ.), הידועה גם כ"נוירוזת התאונות" (Accident Neurosis), או כ"נוירוזת התביעה" (Litigation Neurosis), כתסמונת אשר מתפתחת כפציינטיים שחוו טראומה, פיזית או אמוציונלית, חריפה או מתמשכת, אמיתית או מדומה. בכך זוהי אחת התסמונות הפוסט טראומטיות. נוי מרחיב בהסברו: באחד השלבים העוקבים לטראומה, הפציינט עלול להגיע לשכנוע שאדם, מוסד, או גורם, אחראים) לסבלו. ולכן גם לפצוי, בין בכסף, בטפול, בסיוע כלשהו, או אף ע"י נכונות להודות באחריות, הבעת חרטה או ניחומים. הפציינט נעשה בהדרגה מעורב במאבק עקש, בלתי מתפשר, כנגד אלה שהוא מאשים, בין אם אמיתיים או מדומים. המאבק מסתבך לעתים קרובות ע"י תביעות והליכים משפטיים. לצד מאבק זה, מתחוללת בד"כ החמרה בסימפטומים ובתלונות. נראה כאילו הפציינט חש שעליו להתמיד בסבלו ובמחלתו ולטפחם. דבר אשר משמש כטיעון מרכזי מצדו בהאשמת האנשים שנדרשים לפצותו. ולכן, איננו מוכן לסגת ממחלתו, עד שתביעתו תוכר.

ההגדרה של נוי, אכן ארוכה, אך מעוררת למחשבה, ואילו עמדת אנשי מקצוע בעבר היתה שונה; נשבו להגדרתו של קנדי² מ-1946: נוירוזת הפיצויים היא מצב נפשי הנוולד מפחד, הנותר בחיים בשל חמדנות, המדורבן ע"י פרקליטים, והנרפא ע"י פסק דין.

זהו מבט חד, אם לא ציני ממש. באשר ל"נרפא ע"י פסק-דין" נמתין ונראה. ההגדרה של קנדי בטאה את נקודת המבט הפסיכיאטרית במחצית הראשונה של המאה ה-20;

1. תקציר.

"נוירוזת הפיצויים" (Compensation Neurosis) או "נוירוזת התאונות" (Accident Neurosis); היא מונח רעוע הגדרה, שגור ויכוחים עזים בספרות המקצועית, הן על מקורותיו, אפיוניו והקפו; והן על עצם קיומו. קנדי ב-1946 הגדירו בעוקצנות:

"A Compensation Neurosis is a state of mind, born out of fear, kept alive by avarice, stimulated by lawyers, and cured by a verdict".

אנשי מקצוע בישראל התייחסו לחולי זה לא פעם בבטול, או בלעג ("פיצוייטיס"). הנרי מילר, נוירולוג ידוע, גור כליה על נוירוזת הפיצויים, כך נראה, במאמר-כפול ושחוז שפרסם ב-B.M.J., ב-1961 והמצוטט עד הים. נראה היה ש"נוירוזת הפיצויים" פשוט התפגרה.

במציאות הקלינית והתיאורטית אין הדבר כך, ומתברר שחולי זה מצוי עמנו, והוא very much alive. זאת לא רק עפ"י מאמרים בספרות המקצועית; אלא גם (ובעיקר), החולי נפוץ אצל פציינטיים רבים. ברם רוב הקלינאים רואים בו תופעה משנית, שיש להתייחס אליה בקצרה, אם לא ממש להתעלם ממנה.

ננסה לעמוד על ההשתלשלות של "נוירוזת הפיצויים" כולל העובדה הברורה והמתועדת שהתסמונת בדרך כלל איננה מחלימה בעקבות פסק דין. כן נעמוד על חלקה החשוב, המכריע לעתים קרובות, של המערכת המשפטית, בהוצרות

פרופ' עמיחי לוי - פסיכיאטר, מנהל המח' הסגורה בב"ח שלותה. היה ראש החוג למדעי ההתנהגות בביה"ס לרפואה/אוני ת"א.
פרופ' לקרמינולוגיה קלינית/אוני בר-אילן.

דהיינו, שנוירוזות הפיזיות הנה מונח בלתי ברור, השייך יותר לעולם המשפטי, מאשר לעולם הרפואי; נראה כי באותה תקופה לא נערכו מחקרים רציניים בסוגיה; כמות העבודות בנושא היתה מוגבלת ואף הרמה הקונצפטואלית התיאורטית נותרה בלתי מעובדת. נוירוזות הפיזיות, כיישות מושגית, לא הגיעה למעמד של אבחנה פסיכיאטרית מקובלת, ובודאי שלא נפוצה, או "אופנתית". נוירוזות הפיזיות שרדה מעט מעל לקו האופק הקליני, במשך כמה עשורים, עד למילר.

3. מילר.

הנרי מילר, נוירולוג מפורסם, פרסם מאמר כפול ב-B.M.J. ב-1961³. מחקרו התבסס, ראשית, על נסיון אישי עם כ-4000 פציינטים שנבדקו לשם הערכה מדיקוליגלית לאחר תאונות, ובמשך כתיסר שנים של פרקטיקה ייעוצית. שנית, על נתוח 200 מקרים של חבלות ראש, שנבדקו במיוחד למטרה זו, ועל מחקרי מעקב של 50 פציינטים, בהם נמצאו סימפטומים נוירויטיים בולטים לאחר תאונה. עמדתו של מילר תוצג כאן באופן נרחב, הן בשל בהירות כוונה, ובעיקר מכיון שהשפיעה בעצמה רבה על הקהילה הרפואית עד לימינו.

עיקרי ממצאיו של מילר היו:

I. בכל דרך סטטיסטית שבה נותחו המקרים, הם הפגינו יחס הפוך בין נוירוזות הפיזיות (נ.פ.) לחומרת הפגיעה. למשל: כל המקרים למעט מקרי פגיעת הראש החמורים ביותר, גרמו פחות פגיעה תעסוקתית מאשר נ.פ. מילר אף מרחיק לכת, עד כדי להניח קיומו של "אפקט מגן" של טראומה תמורה, כנגד הווצרות נוירוזות.

II. שיעור ההתארעות (Incidence) של נ.פ. קשור למעמד הסוציאלי. רוב הפציינטים שפיתחו שרידים נוירויטיים בוטים, היו עובדים בלתי מיומנים, או מיומנים למחצה. ואילו המצב בין בעלי המקצוע והמנהלים היה נדיר.

III. גורם פרהדיספוזיציוני נוסף היה אינטליגנציה מתחת לממוצע, וכן - היסטוריה של אי יציבות אמוציונלית, נכות, היפוכונדריאזיס, או אי תפקוד מתמשך לאחר פציעות קודמות קלות. כל אלה הוו פקטורים מבשרי רעות.

IV. רוב מקרי נ.פ. לא הציגו תסמונת שלאחר זעזוע מוח (Post Concussional Synd.). במקרים שבהם התסמונת שלאחר זעזוע מוח אכן נכחה, עיבוד פרסיסטנטי ופסיכונורוטי של התסמונת שלאחר זעזוע מוח היה בעל יחס הפוך לחומרת פציעת המוח.

V. דכאון, אם אובחן, היה בעיקרו מיטפוס אנדוגני קלסי. בתת קבוצה זו התרחש שיפור, אפילו כאשר סוגית הפיזיות

נותרה בלתי פתורה; הפציינטים הדכאוניים הם היחידים בכל הסדרה שגילו תגובה חיובית לטיפול.

VI. המאפיינים הקליניים של נ.פ. היו בעיקרם חרדתיים-דכאוניים, או היסטריים, ונדירות - פוביים. בדרך כלל דווחו כאבי ראש, סחרחורות, רגיוזות (איריטביליות), רכוז נמוך, אי שקט, קשיי-שינה, וחלומות ביעותים. כאב בלתי נסבל, או פגימה אחרת באברים שנפגעו, היו שכיחים, והתגברו בהתמדה עם הזמן. סימנים אוביקטיביים של חרדה היו יחסית בלתי שכיחים. דרמטיזציה של סימפטומים היתה קו חשוב, כמו גם רחמים עצמיים. מילר סבור שבדרך כלל הפציינט מגיע ליעוץ באיחור, והוא מלווה בד"כ ע"י בן-משפחה, אשר נוטל חלק פעיל ביעוץ. הפציינט מציג "תוגה של קדושים" [קשה לתרגם את הביטוי הציני והעוקצני של מילר: Martyred Gloom]; הוא מאשים אחרים במצבו. מציג שכנוע בלתי ניתן לערעור של אי כשירות לעבודה [או כשירות לעבודה קלה בלבד, שבד"כ איננה בנמצא]. הוא מפגין עוינות לכל הצעה לשפר את מצבו ומסרב להודות בכל שפור סימפטומטי. עם זאת, הפציינט מחפש עזרה רפואית רק לעתים נדירות, או כלל לא.

VII. הפרוגנוזה, עפ"י מילר, בד"כ טובה. בכלל, הפציינטים הללו קשים לאתור, ורובם נושר מכל צורה של השגחה רפואית, עם סיום המקרה (ההסדר). החלמה מוקדמת ומלאה נוטה להתרחש לאחר כשלוש, וגם לאחר הצלחה של התביעה לפיצויים. במחקר המעקב נמצא כי 36 מתוך 40 פציינטים שהיו מועסקים קודם, חזרו לעבודתם, או לעבודה דומה. רק 2 פציינטים מתוך 50 עם נ.פ., נותרו בלתי כשירים לעבודה בשל סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית. זאת - לאחר בדיקה חוזרת, שנתיים לאחר סיום התביעה. החלמה סימפטומטית ב-45 מתוך 50 הפציינטים היתה מלאה.

VIII. מילר שוקל כמה הסברים להתפתחות נ.פ.: פגיעות (Vulnerability) קונסטיטוציונלית חבויה; אי בטחון כלכלי; חוסר אחריות סוציאלית; התחזות. הוא מוצא סוגיה זו בלתי פתירה באופן כללי; ופתירה רק ע"י עבודת ניחוש, כשמדובר בפציינט פרטני. יחסו של מילר כלפי נסיון להבנת טיב נ.פ. ע"י פסיכיאטרים להסברים כגון "הוצאת" הקונפליקטים האמוציונליים; התנהגות בלתי בשלה; כמיהה לסימפטום וליחס; שאיפה מזוכיסטית לחוות כאב ומסכנות, - יחסו לכל אלה שלילי ביותר. מילר מאשים את הפסיכיאטרים בהתמכרות לחשיבה מעורפלת, שלדבריו היא סיכון מקצועי של הפסיכיאטריה. מנקודת-מבט, נ.פ. מיצגת את מה שנותר מהשאריות העצביות של תאונות, כאשר סיבוכים אורגניים הוצאו מכלל חשבון. נ.פ. איננה פונקציה של התאונה עצמה, אלא של המערך (Setting) שבו התאונה התרחשה. במלים

אחרות, נ.פ. איננה תוצאת התאונה, אלא תוצר לוואי (Concomitant) של פיצויים, בטוי של התקוה לרווח כספי. המצב איננו מתרחש כאשר תקוה זו איננה קימת, או כאשר לבסוף סופקה (או סורבה). נ.פ., אומר מילר, דומה למושג של האדם הפשוט לגבי "התמוטטות נפשית". יש לה סימפטומטולוגיה סטראוטיפית. והיא מייצגת ספקטרום הנע מהיסטריה קונברסיבית בוטה ועד להתחזות גלויה. בין אם ההגזמה והסימולציה הנם מצבים מודעים, או שהנם בלתי מודעים, טוען מילר, הרי שמטרתם היחידה לגרום לצופה להאמין שהמוגבלות (disability) חמורה ממה שהיא באמת. מילר משתלח ואומר כי יש צדק מוזר והגיון מוזר אף יותר במתן פיצוי כספי לאדם שמרמה את עצמו, ומנסה לרמות את האחרים.

מילר טוען שמנקודת מבט רפואית טהורה עדיף לראות בנ.פ. מוגבלות בלתי נתנת לפצוי. עדיף לבנות מערכת לשקום (בעבודה), מאשר לפצות. במובן מעשי, הסדר מוקדם הנו חיוני. מניעת נ.פ., כמו גם גורמיה, יכולה להתפס באופן מעשי רק במונחים סוציאליים. כלומר לגרום לכך שתהיה בלתי מקובלת מבחינה חברתית. יצירה מכוונת של מדיניות ניהולית אשר תוביל לכך שנ.פ. תהיה בלתי רווחית, ולכן גם משוללת מטרה, היא הדבר המתאים.

אכן, משנות הששים נתפסת נ.פ. כאבחנה בלתי מספקת, ונראה היה שממש נטבחה ע"י מילר. השקפתו על הסובלים מנ.פ., כפי שהוצגה בהרחבה, מבטאת חשד עמוק. למילר אין אמפטיה כלפי נפגעי נ.פ.. הרוח של "זה הכל בראש שלהם; ועוד למטרה בלתי-נאותה", חודרת בעצמה את עבודתו. יפוצו או לא יפוצו, סובר מילר, תנו להם לסיים במהירות את ההליכים המשפטיים, והם ישתפרו פלאים. עבודתו של מילר, כך נראה, היוותה את מכת החסד לאבחנה בלתי ברורה זו. ברם, מסתבר שנ.פ. לא התפגרה. והיא - כך נראה - מלאת חיים מתמיד. סקירת מאמרים מספר מהתקופה שלאחר מילר, מציעה לשקול מחדש את המעמד של אבחנת נ.פ., או יותר המקבילה לה, מנקודות מבט שונות. שלושה מאמרים יוצגו כפרדיגמה של גישה החולקת על מילר.

4. הבט פסיכודינמי ופסיכותרפויטי.

נוי¹, פסיכואנליטיקאי ישראלי בכיר, תוקף חזיתית את ההנחה שלסובלים מנ.פ. אין מוטיבציה לשנוי, ולכן הם בלתי ניתנים לטיפול. הוא מתנגד לעמדה המקצועית המסתייגת מפסיכותרפיה ומשקום עד לסיום ההליכים המשפטיים,

ורואה בה עמדה מזיקה. הליכים משפטיים הם מטבעם מעורפלים וממושכים, ובינתיים המצב הופך כה כרוני, ששום התערבות תרפויטית איננה אפקטיבית. ייתכן שכשלון הפסיכותרפיה, כאשר היא מבוצעת, נובע מהליכתנו בכיוון בלתי נכון. נוי מתאר שלושה מקרים של פסיכותרפיה מוצלחת בנפגעי נ.פ., שבהם המאבק העקש לפיצויים, ששלט על התמונה הקלינית, לא היה, בעצם, הענין האמיתי, אלא התקה של מאבק אחר, שהיה חלק מקונפליקט ארוך טווח בין הפציינט, לבין בן משפחה משמעותי. "הרווח המשני" של נ.פ. איננו בכסף או בפצוי גשמי, אלא יותר בהשגת משהו [משמעותי] בתוך המשפחה; כגון סטטוס, אהבה, תלות, וכיו"ב.

הקונפליקט התוך משפחתי הבסיסי בד"כ בוקע ביחסי הפציינט עם אחד מקרוביו, דמות מפתח שהנה עדיפה על הפציינט באינטליגנציה, בלכידות אישית, או בתוקפנות. הפציינט - כך או אחרת - תלוי בדמות המפתח, ולכן, סבור נוי, הנו חשוף (predisposed) לנ.פ.; זאת - כיון שטרם הטרואומה, היה הפציינט שותף ביחסים כפולים, שבהם צרכי התלות שלו ונטיותיו הרגרסיביות, סופקו רק במישור סמוי. יחסים זו מפלסיים אלה עלולים, לכן, לפעול כמקור מתמיד של מתח בין הפרטנרים, בשמשים גורם פרהדיספוזיציוני להפרעה אפשרית בשווי המשקל בעתיד.

לטרואומה המקורית, שהובילה לנ.פ., ולכל גורם משקיע (פריציפיטטורי) המתיחס (באופן אקטואלי, או באופן סימבולי) לטרואומה, ישנה השפעה מכרעת, בהיותה חותרת תחת שווי המשקל הדינמי הקיים בין שני הפרטנרים. מה שבד"כ מתרחש הוא שהדומיננטיות הסמויה של דמות המפתח הופכת לפתע למניפסטית. אם הפרעה זו בשווי המשקל היא בין מינית, עלולה להתלוות אליה גם אינאונות. נוי התרשם מהקורלציה הגבוהה שבין נ.פ. לאימפוטנציה, שבה היפוך של תפקידי זכר/נקבה התרחש טרם פרוץ האינאונות. הוא ממליץ על נטילת אנמנזה מפורטת לאיתור הקונפליקטים התוך משפחתיים הבסיסיים, כמו גם לזיהוי דמות המפתח המעורבת, שתמיד יש לכללה בפסיכותרפיה. נוי מעיר כי תובנה כשלעצמה איננה מספיקה במקרי נ.פ., ואיננה מבטיחה שינוי. לעתים קרובות נדרש עירוב של עו"ס, כדי לסייע למשפחה ביישום הידע החדש, ובהסתגלות מחדש.

5. הבט חוויתי.

פילוסופי מאיר את סוגית נ.פ. מזווית אחרת, הקשורה

למשמעויות פנימיות. הוא מדגיש את חשיבות הקריפטוטראומה; נפגעי נ.פ. נתפסים לא פעם, כמעוררי "גלים" על זוטות. הטראומה נתפסת כטריביאלית, והמשמעויות הפסיכולוגיות/האמוציונליות שלה עלולות בנקל להוותר עלומות. לדוגמה: צעיר "רק חטף מכה בראש". מאוחר יותר, מסר על תחושותיו בדבר התאונה, שבה ציוד כבד, במשקל טונות רבות, לחץ על ראשו מול אדן מתכת; וזאת בעודו שומע את העצמות בראשו מתפצצות; ובעודו תוהה כמה עוד תוכל גולגלתו לספוג, בטרם תתרסק. במקרה אחר: גבר בשנות הארבעים, שבשה"כ "נפל לבור". לאחר לחץ, מסר הפציינט על הנפילה לבור כשראשו קדימה, באפלה, בלא יכולת לזוז, בעודו בטוח ששבר את מפרקתו. פילוסקי מדגיש, לכן, את הצורך באנליזה מדוקדקת של ארוע התאונה, כדי למנוע "פספוס" פרטים חשובים אלו. ובהביאנו בחשבון נטייה של חלק מהפציינטים להסתיר את ההבטים היותר מחרידים של החוויה, ואת כשלוננו השכיח של הרופא לבררם לעומק. [הדבר מזכיר את היחס כלפי ניצולי שואה נפגעי נפש בישראל בשנות החמישים: הפציינטים נמנעו לא-פעם מלספר על מוראות השואה; והמטפלים לא שאלו...].

6. הבט-משפחתי.

הנרי מילר מזכיר בקצרה את תפקיד המשפחה. נוי מרחיב בענין. ברם טרש ורויסטון⁵ הם שערכו מחקר מעקב משכנע על 35 תובעים שסבלו מנ.פ.; תשומת לב רבה הוקדשה לרכיבים הסוציאליים, שנראים קשורים להתארכות הסימפטומים. תפקיד התהליך המשפטי נבדק ביסודיות ויחס בני המשפחה כלפי נפגעי נ.פ. נחקר בקפדנות. החוקרים מוסרים כי שיבה לעבודה היתה היוצא מן הכלל; כללית, רמת הסדר הפצויים היתה עלובה, ולא תרמה לסגנון החיים. ברור שהרבה יותר כסף היה ניתן לו סבר ביהמ"ש שמקור הסימפטומים בחולי אורגני. הן לפרקליט והן לרופא חברת הבטוח, העובדה שאין נזק סטרוקטורלי משמעה, שהחלמה תמיד אפשרית.

באשר לסטטוס הפסיכיאטרי: 10 מתוך 35 פציינטים ניתן לסווג כחולים. רוב הפציינטים פנו תכופות לרופא המשפחה, לטיפול בנוגדי חרדה ו/או בנוגדי כאבים ולתמיכה. לעתים נדירות גילו הפציינטים תרעומת כלפי חבריהם לעבודה וכלפי מעסיקיהם. התובעים שמרו את זעמם לפרקליטים ולרופאים. הם התלוננו שלא נעשה נסיון לטפל בהם, או אף לספר להם מה לא כשורה; על תחקירים ממושכים ומפחידים מצד רופאי חברות הבטוח; ובעיקר על ההשהיה הבלתי סבירה; מכל מקום

- אותם התובעים שהשיגו את "יומם בבית המשפט", היו, מרוצים וסברו שטופלו בהגינות.

אכן, הממצאים המעניינים ביותר של מחקר זה מתייחסים לתהליכים משפחתיים בנ.פ., הן נראים כמשמעוטיים ביותר. וזהו ארבעה סגנונות משפחתיים:

I. הגנת יתר משפחתי: תגובה מופרזת לאפיזודה החריפה הראשונית לצד אחריות מתמשכת כלפי הפציינט, הן במובן המנטלי, והן במובן הפיזי, עלולות להוביל לתלות כמעט ילדותית מצד הפציינט.

II. אספקת תפקיד למשפחה: רווח משני עובד בכוח טובת המשפחה, יותר מאשר בכוח של הפרט הנפגע; הסיטואציה מספקת למשפחה פוקוס מרכזי לתפקוד. לעתים קרובות, כל המשפחה מעורבת באופן אינטימי בתביעה לפצויים, ובנפתוליה.

III. אמון המשפחה: אמון מלא של המשפחה בתלונות הנפגע מחזק את הנפגע בקבלת המצב שלאחר התאונה.

IV. שנויי תפקידים והתחפרות: התאונה גורמת לזעזוע של המבנה המשפחתי בנוגע לפרטנר הדומיננטי, ולזעזוע ביחסי הורים ילדים; הפרטנר שהיה דומיננטי הופך לכנוע; והילדים מאמצים תפקיד מעניק תמיכה (care giving role) במקום להיות מוענקי תמיכה (care receivers). מעת שמתרחש השנוי, הארגון מחדש הופך במהרה למחופר.

המחברים מסבירים שחזרה לעבודה היא היוצא מן הכלל, ושהחלמה מוחלטת נדירה ביותר. אצל רוב הפציינטים נותרו סימפטומים מתמשכים, אפילו המורים; וכשליש ניהלו חיים של נכות, בהסתמכם על משפחותיהם; הפרוגנוזה הכללית - גרועה, אפילו לאחר מתן הפצויים. תפקיד המשפחה נתפס כמרכזי. ככל שבני המשפחה האמינו שהפציינט פגוע גופנית, וסיעו לו, כך התחפר הפציינט במחלה כרונית, שהפכה לדרך חיים. נראה שתהליך משפחתי זה לא נחשף כראוי קודם לכן. לא נתגלתה דרך לצפות כיצד משפחה מסוימת תגיב. ההערכה הפרוגנוסטית צריכה לקחת בחשבון את מידת אמון המשפחה; כאשר משפחה מאמינה במחלת בן המשפחה, ותומכת בו, לא סביר שהפציינט יחלים מיד לאחר קבלת דמי הפצויים. הרעיון שתשלום "אחת ולתמיד" עשוי לסלק את התביעה, הנו הפשטת יתר משפטית, הגורמת נזק לרכיבים רפואיים. המחברים ממליצים על הליך משפטי מקוצר, ועל הענקת הפיצויים לאורך תקופת-זמן, עם פקוח חוקי. כאשר הפגיעה היא בעיקרה אמוציונלית, יש לספק סיוע פסיכיאטרי, ושיקום תעסוקתי ספציפי; התשלום יבוא רק אם התובע משתף פעולה לגמרי.

7. מפרשות-המקרים.

יוצגו שלשה פציינטים, נפגעי נ.פ. ברמות ובעצמות שונות.

I. אבי.

רוק בן 25, מרקע סוציאקונומי נמוך. במשפחתו ארעו מחלות ואסונות רבים. אביו נפצע ברגלו, עובד לעתים נדירות. אמו "עצבנית", סובלת ממחלת פרקים, מכיב קיבה, ומסרטן; אחות נפטרה מסרטן בגיל 10; אח "עצבני". נפצע בעת שרותו הצבאי, והוכר כנכה משהב"ט; אח נוסף, אף הוא "עצבני", נפצע בתאונה בעת שרותו הצבאי ולא הוכר כנכה.

על רקע זה, השגיו של אבי מרשימים. סיים תיכון מקצועי כמכונאי רכב. תוך למודיו סייע לכלכלת המשפחה. היה בתנועת נוער; התגייס מרצונו ליחידה קרבית. בעת אמון לילה באזור הררי, נפל מצוק ונחבל בגב ובראש. נמצא שבר שקוע בגולגולת באזור הפריאטו-אוקציפטלי הימני. נותח. בהמשך לא נצפו ממצאים נוירולוגיים בולטים (לא קלינית, ולא בבדיקות עזר), כך שפגיעתו, במשור הנוירולוגי הצר, נתפסה כקלה. תלונותיו מרובות ומתמידות: כאבי ראש עזים, כאבי גב, סחרחורות, קשיי רכוז, רגיזות, התפרצויות זעם, קשיי שינה, עיפות מתמדת, דכאון. מבחנים נוירופסיכולוגיים גילו הפרעות מתמשכות בקשב וברכוז, בקדוד מידע, באינטגרציה החשיבה, בזכרון, עם נטיה לפרסברטיביות ולנוקשות חשיבתית, איטיות פסיכומטורית, נטיה להתנהגות אימפולסיבית, וקשיים בקואורדינציה העדינה. מבחינה פסיכיאטרית, טופל מספר שנים בנוגדי חרדה, בנוגדי דכאון, ואף בנוגדי פסיכוזה (להרגעה מסיבית), לצד טפול ושיקום נוירופסיכולוגי מסור וממושך. אבי התקדם, גילה מוטיבציה רבה לעבודה. הגיע לעבודה של מספר שעות ביום; חי חיים יחסית עצמאיים. אושרה לו נכות של 10% בשל תסמונת פוסט טראומטית. שעור הנכות איננו משקף, כמובן, את מוגבלותו האמיתית, ובודאי שלא את רמת סבלו. הוא מפגין תחושה עמוקה של דפריבציה. עסוק מאד, עד לרמה של פרהאוקופציה, בהליכים לקביעת נכותו. נעשה מתוח ביותר לקראת ישיבות הועדה הרפואית של משהב"ט. מביע תכופות משפטים כגון "הם לא מאמינים לי", "הם הושבים שאני משחק", "הלואי שיכולתי להרשות לעצמי עו"ד". מעת-לעת כותב מכתבים אודות מקרהו לפקידים שונים.

II. בני.

כבן 45. נשוי. אב לשלשה. היה קצין בצבא הקבע ותפקודו היה תקין. בעת נהיגה במכוניתו נפגע מאחור ע"י משאית. סבל מפציעות בראש, בפנים, וברגל, ללא אבדן הכרה; טופל במתקן רפואי צבאי. שוחרר באותו היום. תחילה סבל מכאבי

ראש ורגלים. השנים שלאחר התאונה אופינו בכשלונות בתעסוקה (הן כקצין בקבע; ואח"כ כמנהל; וכן בנסיון ללמוד מקצוע אקדמי). נעשה סוכן מכירות. לבסוף עם הירידה בכישוריו לא היה מסוגל לעבוד כלל, (אף כי להגדרתו "לא מצא עבודה מתאימה"). הוכרו לו 25% נכות; מתוכם 10% על טינטון, והשאר מסיבות גופניות אחרות (לא פסיכיאטריות). סובל מקשיי זכרון, מדיסאוריינטציה, מעיפות תמידית, מדכודך. עבר הערכה נוירופסיכולוגית מדוקדקת, ואובחנה תסמונת מוחית אורגנית, שהלכה והתקדמה עם השנים, כולל אפטיה, קשיי-זכרון חמורים, ירידה אינטלקטואלית בולטת, קשיי רכוז חמורים, איטיות פסיכומטורית והפרעות בקואורדינציה העדינה. בני מוטרד מאד מבריאותו; מבקר בקביעות אצל רופאים. מביא תעודות. כותב מכתבים אודות מצבו. איננו שבע רצון משעורי הנכות שהוענקו לו. מתמיד להתיעץ עם פרקליטים. מגיש ערעורים חוזרים לביהמ"ש ועסוק בערעורים נוספים. מכתביו, תלונותיו ועתירותיו ארכניים. יחסו חשדני ("הם לא מאמינים לי"; "הם מסדרים אותי").

III. גבי.

כבן 40. הבכור משלשה. הוריו נצולי-שואה. היה שותף בחברה להובלה, והשקיע סכום ניכר במשאית, אותה נהג בעצמו. לאחר מספר שנים הסתכסך עם שותפו. הופיעו מתח ורגיזות ובהדרגה התפתחה פרהאוקופציה בנושא. טען שרומה, שהחברה חייבת לו כספים רבים. עם הזמן - ירידת תאבון, חולשה, וקשיי שינה. לאחר כשלוש שנים פנה לפסיכיאטר. אובחן כסובל מדכאון וטופל בנוגד דכאון. במשך כ-5 שנים בקר אצל אותה הפסיכיאטר לעתים נדירות, ונטל בהפסקות את התרופה שנרשמה לו. במשך כ-8 שנים גבי חש חולה מאד, ואיננו מסוגל להסביר מדוע לא טופל באופן אינטינסיבי, ומדוע המשיך לפנות לאותו הפסיכיאטר (אף כי, כאמור, לעיתים נדירות), למרות תחושתו שהטפול איננו מסייע לו. הופתע לשמוע שקיימים טיפולים רבים אחרים לדכאון; כשנשאל לגבי טיפול בעתיד, ענה כי רק בתום המשפט יפנה לעזרה. הענין החשוב היחידי עבורו הנו "להצליח במשפט". זהו מרכז חייו והיותו. אם המשפט "לא ילך טוב", יתאבד.

8. דיון בפרשות המקרים.

את שלושת המקרים שתוארו ניתן להשוות בכמה מישורים.

ראשית, במישור הפגיעה המוחית האורגנית: פציעתו של אבי

9. זיון-כללי.

נראה שעל השקפתו של מילר אודות נ.פ., אשר הוצגה בפרוטרוט, לעבור הערכה מחדש. ווייט² מצא כי שנה לאחר האירוע, נמצאו שאריות פסיכולוגיות אצל כשני-שליש מ-163 קרבנות תאונות (לא בהכרח סובלים מ.נ.פ.); שליש מקבוצה זו הושפעו במידה בינונית עד חמורה באופן פסיכולוגי. לא נמצא הבדל סטטיסטי בין הנפגעים שאצלם התאונה נתנה מקום לתביעה, ושההליכים בענינם נמשכו עדיין, לבין הנפגעים שבהם ענין הפצויים כלל לא הועלה. קלי⁶ ערך מחקר מעקב אחר 100 נפגעי ראש. רק לגבי כמחציתם ניתן היה לקבל מידע. קבוצתו, כנגוד לזו של מילר, הקיפה טווח חברתי נרחב. בדומה לטרש ורויסטון⁵, הפציינטים ביטאו תביעות ניכרות כלפי התמשכות ההליכים. רוב התובעים לא חזרו לעבודה תוך תקופת המעקב (2.5 שנים בממוצע). קלי מעריך שרופאים אינם עושים "כמיטב יכולתם" לגבי הסובלים מ.נ.פ. (לא החלו מוקדם בטפול; ולא השקיעו מספיק). הוא מסכים ש.נ.פ. הנה יישות נכבדת, עם פרוגנוזה גרועה. מנדלסון⁷ מדגיש אף הוא את הפרוגנוזה הגרועה, ואת העובדה שנפגעי נ.פ. אינם "נרפאים ע"י פסק-דין"; ווייגהיל⁸ סקר את ספרות ה.נ.פ. עד ל-1983, סקירתו חשובה בכך שהדגישה שהן ההבט התיאורטי, והן ההבט המחקרי ב.נ.פ. היו בלתי מספקים; ווייגהיל מנסה לערוך סדר במפה הכאוטית של ידע לגבי נ.פ.. מענין, אך לא לגמרי מפתיע... שהמחבר המוזכר ביותר בסקירתו היה (עדיין, ב-1983), הנרי מילר. הנקודה החשובה העולה מסקירתו של ווייגהיל הנה הצורך במחקר רציני.

הספרות האמריקאית נוטה, בד"כ, להיות זהירה יותר, ונראה שהיא מושפעת יותר מנקודת מבט של חברות ביטוח. האמריקאים רואים ב.נ.פ. בעיקר סובלים מהתחזות ומ-factitious disorder^{9,10}. לעתים בוקעים מאמרים "מדריכים"^{11,12}, המתייחסים רק באופן-שולי.

העבודות שהוצגו (ובעיקר אותן שלוש שהוצגו ביתר פרוט), וכן פרשות המקרים, חולקות על גישתו של מילר בכמה נקודות מפתח, שהעיקריות הן:

I. נ.פ. [או ישות המקבילה לה], הנה הפרעה פסיכיאטרית ממשית, וכנראה די נפוצה; יש להגדירה ביתר דיוק; אל ניתוח פרשות המקרים שהובאו כאן יש להתייחס כסקיצה ראשונית בלבד.

II. ספרי האבחנות המובילים בפסיכיאטריה (DSM-IV; ICD-10) אינם מתייחסים ישירות לנ.פ.; נקוה שהדבר יתוקן בעתיד.

היתה ברורה, וסבלו מייד. סבלו של בני, כתוצאת פגיעה מוחית אורגנית, לעומת זאת, התברר בהדרגה, על-פני תקופת-זמן ממושכת. במקרה של גבי אין שום פגיעה מוחית אורגנית, ומדובר בתגובה נפשית.

שנית, במישור הפסיכודינמי: בכל שלושת המקרים קיים רכיב פסיכודינמי חזק, אישי, ו/או קשור לרקע המשפחתי. אבי בא ממשפחה חלשה ומוכת-גורל, עתירת כשלונות ואסונות, שבה הכמיהה לפיצויים הפכה לחלק מנורמות המשפחה. בני סבל מכשלונות תעסוקתיים חוזרים, שחתרו תחת מעמדו כמפרנס, עד שפסק ליטול התחייבויות שיקומיות ותעסוקתיות ואיננו מוכן לשיקום ברמה נמוכה, התואמת ליכולותיו. גבי רכש משאית מכספי משפחתו, בעיקר כספי פצויים בשל רדיפות הנאצים, והפסיד כספים אלה. הוא מסוגל להתקיים עתה בתוך משפחתו רק כאדם חולה (לא כאדם מרומה).

שלישית, במישור האינטנסיביות של הפרהאוקופציה בפצויים: אבי עוסק בפצויים לרוב בצורה קלה בלבד, אך לאורך מספר שנים. הפרהאוקופציה של בני, לעומת זאת, ניכרת. אמנם עדיין בשליטה, אך כבר הפכה ל"דרך-חיים". גבי עסוק וטרוד באופן-קיצוני "במשפט", בלא שליטה.

רביעית, במישור השפעת ההליך המשפטי: אבי מושפע באופן מתון, כך שנותנה לו אנרגיה להמשיך בתהליך שיקומו. בני מושפע באופן בולט, כך שתהליכים חוקיים ואדמיניסטרטיביים הפכו אצלו לעיסוק, ל"דרך-חיים". גבי השקיע ומשקיע את כל מקורותיו הנפשיים והכלכליים בהליכים הללו אך באופן שונה: איננו שואף לשיקום תעסוקתי כלשהו, ואף איננו רואה "במשפט" דרך (אמנם מעוותת) להמשיך את חייו (פוקוס מרכזי להמשך פעילות). הוא מעונין בתוצאה בלבד, ורק בתוצאה חיובית. עד אז הוא עוצר, כביכול, את נשימתו. חייו הושעו. הכל קפוא. נעצר. עומד, עד שיוכל להשתחרר מחדר העינויים הקרוי "המשפט", ע"י זכיה במשפט, ואפילו, כאמור, ע"י הפסד המשפט, שמשמעו מוות.

הפתיל העיקרי המקשר בין המקרים של אבי, בני וגבי, הנו שחיהם לאחר התאונה/האירוע כוללים רכיב בולט של פרהאוקופציה בפצויים, אשר עלולה להפוך לתוכן העיקרי, או אפילו הבלעדי של החיים, ואף להוות פוטנציאל לאבדנות. פרט לכך, שלושת המקרים ניתנים להגדרה על רצפים אחדים, כפי שהוצג.

III. אמנם קיימים, בימינו, "תואמי מילר", המתיחסים לנפ. בחשדנות קיצונית. גישתם נראית לא פעם אמוציונלית, על-אף הכסות המדעית; למשל, מנדלסון¹³ שולל נפ. בשל היות התסמונת משוללת תקפות מבנית (construct validity). הנימוק תמוה, שכן האבחנות בפסיכיאטריה, ככלל, משוללות תקפות מבנית... .

IV. נסיון "לדחוס" נפ. להערת שוליים, כסעיף של "התחזות" או של תסמונת כאבים פסיכוגנית, הנה רדוקציוניסטית בכוונה, ואיננה מתחשבת בתמונה הנרחבת והמורכבת של נפגעי נפ. במציאות.

V. הטראומה על הבטיה השונים (פיזיולוגיים ופסיכולוגיים, מודעים ובלתי מודעים), איננה תמיד קלה, אפילו לאחר תאונה, או אירוע "מתון". נסיון להגדרת הטראומה באופן "אובייקטיבי" נוסח ה-DSM וה-ICD הנו, בעיני, מגוחך.

VI. יש ליטול אנמנזה מדוקדקת ואקטיבית ולזכור תמיד שחלק מנפגעי תאונות/מחלות/אירועים נוטים להתעלם/להעלים חלקים מן האירוע וממשמעויותיו לגביהם.

VII. הרבוד החברתי של נפגעי נפ. כלל איננו ברור. ודאי שאיננו סטראוטיפי, כפי שהציגו מילר; גישתו של מילר בתחום זה נראית כיום כמתנשאת.

VIII. מתן פיצויים אינו מבטיח החלמה מנפ. פציינטים רבים סובלים מסיפטומטולוגיה ענפה, עקשנית, וממושכת גם לאחר שנים, וגם לאחר שהסתיימה סוגיית הפצויים. הפרוגנוזה, לכן, איננה "מצינית" כפי שהציגה מילר. בעיקר אם מתיאשים מראש מטיפול.

IX. היכולת לטיפול (treatability) בנפגעי נפ. לא בוססה מספיק. הובאו "רמזים עבים" [ראה בעיקר מאמרים שהוזכרו ב"מקורות" מס' 1 ומס' 5] שטיפול ושיקום אפשריים בחלק מהמקרים; אך הם אינם פשוטים, ויש להתיחס אליהם ככאלה.

X. ובתנאי, כמובן, שמפענחים את משמעות הטראומה ו"הרווח המשני" הן בהבט האישי, והן בהבט המשפחתי; אכן, קיום נפ. מסמן, פעמים רבות, שאירע מהפך במישור המשפחתי ויש להתיחס למשפחה ככזו שעברה טלטלה (ולא רק לנפגע נפ. הישיר).

XI. היחס לנפגעי נפ. מזכיר, לא במעט, את היחס בעבר... לנפגעי תגובות קרב, לנפגעות טראומה מינית, וליוצאי שואה. מדובר ביחס כלפי "המקרה" הפרטי, וביחס כלפי הפן התאורטי/מקצועי. יחס, במלים אחרות, של שלילה בוטה.

XII. נראה שהמעמד המשפטי בישראל של נפ., הנו כמו המעמד של כל תסמונת נפשית חולנית אחרת. כלומר, חולי בד פיצוי (נשמע מענין: פיצוי על הוצרות נזירות הפיצויים).

XIII. יתכן שזוהי סיבה חשובה להסתייגות המקצועית מנפ.:

שמה תופענה "מגפות" של נפ., לאחר שפציינטים (ופרקליטים) ילמדו על קיומה.

XIV. עם-זאת, הכרה בעצם קיום נפ. (או ביישות המקבילה לה), יחד עם קיום החשש ממשמעויותיה החברתיות והכלכליות של נפ., מרוחקת מאד מהתכחות מקצועית גמורה לנפ..

XV. התכחות מקצועית שנראית, בחלקה, כנקודת מבט של חברות-בטוח.

XVI. בנפ. יש לראות, לטעמי, יישות המשתייכת לספקטרום הרחב של התסמונות הפוסט טראומטיות (לא "P.T.S.D."; "P.T.S.D." איננו אלא מקרה פרטי בספקטרום פוסט טראומטי נרחב).

XVII. אכן, הספקטרום הרחב של התסמונות הפוסט טראומטיות כולל פסיכוזות פוסט טראומטיות; דכאוניות פוסט טראומטיות; דיסוציאציות פוסט טראומטיות; P.T.S.D. "חלקיים" (שבהם לא כל הקריטריונים התמלאו); שנויי אישיות פוסט טראומטיות; תסמונות פוסט טראומטיות שלאחר חבלות ראש; וכיו"ב. בין אלה יש לנפ. מקום מכובד. נראה שכמו התסמונות הפוסט טראומטיות האחרות, על נפ. לעבור דרך יסורים מקצועית, בטרם הכרה בה; וכמו לגבי התסמונות הפוסט טראומטיות האחרות, הידע שנרכש עלול להשכח במהירות.

XVIII. אך המקור הטראומטי איננו, כמובן, הפן היחיד של נפ.; נראה שבנפ. נתן לזהות לצד המקור הטראומטי, גוון אובססיבי ואיפיונים פרנואידיים (כלומר, קיבוע מחשבת/רגשי בנושא הפיצוי/פיצויים). גם על אלה, כמובן, להחקר.

XIX. מוצע, אם כן, יחד עם הצורך במחקר נרחב ב"נפ.", להחליף את המונח "נזירות" המונח "תסמונת" נזירית יותר.

XX. וכנגד "פיצויים" להעמיד "פיצוי". "תסמונת-הפיצוי". שכן האדם הנפגע תר אחר פיצוי, ולא דוקא אחר פיצויים [פיצויים הנם מקרה פרטיקולרי של פיצוי]. עפ"י נקודת מבט זו, גם אותן משפחות חללי צה"ל העוסקות בחקירות, בתלונות, בהאשמות, בדרישות, בברורים, בפרסומים, במשפטים, במסמכים, בראיונות לתקשורת, בהתעסקות אובססיבית בלתי נלאית, בלתי נרפאת, בלתי נשכחת, בלתי סולחת וחשדנית ביותר, בפרטי מות/זהוי/קבורת בן המשפחה שנפל, וכיו"ב; אף הן סובלות מ"תסמונת הפיצוי". התאונה, האירוע, האסון, אירע לבן המשפחה. והנותרים בחיים הם הסובלים מתסמונת הפיצוי (ת.פ.); ומכיון שכך, יש להביא בחשבון במחקר עתידי של ת.פ. (תסמונת הפיצוי), שהתסמונת עלולה ללבוש צורה של אבל בלתי גמור.

10. הערת סיום.

במרכז התמונה התגובתית, כשמקורה, בשלב הראשוני לפחות, מעורפל. פרט לצורך הברור במחקר בת.פ., מוצע להכניסה, גם במעמדה המעורפל הנוכחי, למעגל החשיבה האבחנתית; וגם, כמובן, למעגל החשיבה הטיפולית.

קלינאים, אנה שימו לב לנפיצותה האפשרית של ת.פ. בקרב מטופלים: התסמונת, נפוצה למדי. היא עלולה ללוות, או להיות חלק באופן גלוי יותר, של פגיעות גופניות, מוחיות ונפשיות. היא עלולה גם להופיע כשלעצמה, באופן "טהור",

מקורות:

1. Noy, P.: New Views of the Psychotherapy of Compensation Neurosis: A clinical study. In: S. Arieti (editor) New Dimensions in Psychiatry: A World View (John Wiley & Sons). pp. 162 - 168, 1975.
2. White A.C.: Compensation Psychosis. British Journal of Psychiatry, 150: 692-694, 1987.
3. Miller, H.: Accident Neurosis. British Medical Journal, 919-925; 992-998, 1961.
4. Pilowsky, I.: Cryptotrauma and 'Accident Neurosis'. British Journal of Psychiatry, 147: 310-311, 1985.
5. Tarsh, M.H. and Royston, C.: A Follow-up Study of Accident Neurosis. British Journal of Psychiatry, 146: 18-25, 1985.
6. Kelly, R. and Smith, B.N.: Post-traumatic Syndromes: Another Myth Discredited. Journal of Royal Society of Medicine, 74: 275-277, 1981.
7. Mendelson, G.: Not 'cured by a verdict' - Effect of Legal Settlement on Compensation Claimants. Medical Journal of Australia, 2: 132-134, 1982.
8. Weighill, V.E.: 'Compensation Neurosis': A Review of the Literature. Journal of Psycholinguistic Research, 27: 97-104, 1983.
9. Sparr, L. and Pankratz, L.D.: Factitious Post-traumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry, 140: 1016-1019, 1983.
10. Fairbank, J.A., McCaffry, R.J. and Keane, T.M.: Psychometric Detection of Fabricated Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry, 142: 503-510, 1985.
11. Hoffman, B.F.: How to Write a Psychiatric Report for Litigation Following a Personal Injury. American Journal of Psychiatry, 143: 164-169, 1986.
12. Hoffman, B.F. and Spiegel, H.: Legal Principles in the Psychiatric Assessment of Personal Injury Litigants. American Journal of Psychiatry, 146: 304-310, 1989.
13. Mendelson, G.: Psychiatric Aspects of Personal Injury Claims. (Charles C. Thomas, Springfield, Illinois), 1988.

