

## חוות-הדעת הפסיכיאטרית: הבטים מעשיים

בהערכות; או בדעות; או בפרשנויות-מקצועיות), שהוסקו ע"י הבודק ע"ס הנתונים, ובעזרת ובאמצעות ההקשים. לעתים, מעבר לכך, ישנן גם המלצות. הגדרה מעט מורכבת. אחזור לנושאים הללו ביתר פרוט, ובתקוה שיתבהרו.

בנוסף, חוה"ד הפסיכיאטרית אמורה להיות שונה מתעודת רופא שנתנת ע"י פסיכיאטר. תעודת רופא (של פסיכיאטר) עוסקת בעיקר (או אפילו לגמרי), במה שעוסק החלק הראשון של חוה"ד הפסיכיאטרית, כלומר בנתונים (ויש שיגדירו: במידע, בעובדות), לגבי אדם (ויש שיגדירו: פצינט, חולה) מסוים; ועוסקת פחות (או כלל לא) במסקנות. כך בהגדרה. במציאות נוטים אנשי מקצוע, לא פעם (ביודעין ושלא ביודעין; במכוון ובאקראי), לערבב בין תעודת רופא של פסיכיאטר, לבין חות דעת פסיכיאטרית, כך שתעודת הרופא הפסיכיאטרית נראית כמו מיני חו"ד פסיכיאטרית; וחוה"ד הפסיכיאטרית נראית כמו תעודת רופא שנתן פסיכיאטר, בתוספת פסקה או שתיים.

ועוד: חוה"ד הפסיכיאטרית עוסקת בשטחים שונים, לפי הענין; חלקם יותר דרמטיים (אחריות פלילית; היכולת לעמוד לדין), וחלקם יותר שגרתיים וטריביאליים (הערכת נכות פסיכיאטרית; הערכת מסוגלות הורית; הערכת הכשירות לצוות, וכיו"ב).

אין הכוונה לעסוק, בעבודה זו, בכל זני וסוגי חוה"ד הפסיכיאטרית, נושאה רחב בהרבה מהטוח של מאמר אחד, אלא לספק סכמה כללית. הסכמה המוצעת ערוכה ומנוסחת עפ"י דעותי המקצועיות. מטבע הדברים, מכיון שאני עוסק בעיקר בחו"ד פסיכיאטריות בענייני נויקין, מושפעת, במידה מסוימת, הסכמה הכללית הזו מכך. עם זאת, מדובר, בסכמה כללית, וממנה נתן לגזור חו"ד פסיכיאטריות לצרכים שונים.

### III. בטרם חות הדעת.

#### א. שלב ההתקשרות:

בשלב הזה, בין אם התקשר אליכם עוה"ד, ביהמ"ש, הפצינט, המשפחה, יש לערוך ברור ענייני (בטלפון, בפקס, במכתב), של מטרת ואפיוני חוה"ד המבוקשת; יתכן שיתברר שאין חו"ד מהסוג המבוקש מצויה, בכלל, בתחומכם, וכדאי מיד להמליץ על מומחה אחר; נקודה חשובה ביותר: באיזה טוח זמן מצפים שתכינו את חוה"ד? לעתים, בלהט ההתקשרות, שוכחים למסור לכם ש"מוכרחים" חו"ד פסיכיאטרית תוך 3 ימים, הדברים מתגלים מאוחר יותר, ונוצרת מרירות מיותרת. כדאי גם לברר

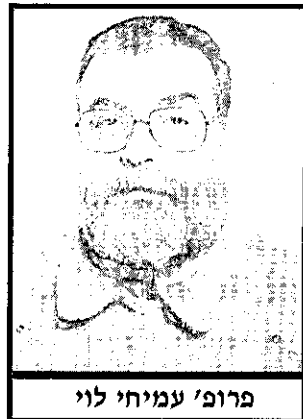
### I. מבוא.

הבנת ופענוח חוות דעת פסיכיאטריות בימינו כבר איננה נחלת חלקם של מומחים מועטים בפסיכיאטריה משפטית בלבד. זהו נושא ענף, מקובל בשטחים שונים, שהולך ומתפתח, וחשיבותו גוברת. נחוץ, בימינו, שכל פסיכיאטר (הן כללי, והן של ילדים ונוער), ידע הן להכין חו"ד פסיכיאטריות בעצמו, והן לפענח ולנתח חו"ד פסיכיאטריות שנכתבו ע"י פסיכיאטרים אחרים. במלים אחרות, חו"ד פסיכיאטריות הן, כיום, חלק בלתי נפרד מעבודתנו. בנוסף, כמובן, ישנם פסיכיאטרים העוסקים, בחלק ניכר מזמנם, בפסיכיאטריה משפטית, וממילא הנם בעלי נסיון והבנה בענייני חו"ד פסיכיאטריות, שטח שנחשב - ובצדק - לאחת מגולות הכותרת של הפסיכיאטריה המשפטית. ולא להאריך מבינינו שעדין אינם יודעים: אגוד הפסיכיאטריה בישראל שוקל ומתכנן אפשרות לתקופת בחירה של חצי-שנה בפסיכיאטריה משפטית, במסגרת ההתמחות בפסיכיאטריה כללית; ואחד הנושאים הבולטים שיודגשו בתקופת הבחירה יהיה ההתמצאות והידע בשטח חוה"ד הפסיכיאטרית.

בחרתי, בעבודה זו, להדגיש את ההבטים המעשיים של הכנת ועריכת חוה"ד הפסיכיאטרית. כמובן שאין הכוונה לדיכוטומיה מוחלטת בין המעשי לעיוני, ומדי פעם משתרבים עניינים בעלי הבט תאורטי או הבט עקרוני. אבל הדגש הוא, כאמור, על המעשי: על העקרונות המעשיים להכנת חו"ד פסיכיאטרית, על סעיפיה ופרטיה. אני מוסר, בד"כ, את ההבט המקצועי שלי בנושא, מתוך נסיון מסוים שצברתי, ועל סמך הרהורים מקצועיים שהרהרתי [בנושא] במשך השנים.

### II. הגדרה.

חות הדעת הפסיכיאטרית הנה מסמך מקצועי, שהוכן ונערך ע"י פסיכיאטר מומחה, ושעוסקת בנתונים לגבי הנבדק (בדרך כלל - אדם, נדירות - נושא) בהקשים (reasoning) של הבודק לגבי (או מתוך) הנתונים הללו; ובמסקנות (או



פרופ' עמיחי לוי

פרופ' עמיחי לוי - פסיכיאטר. מנהל המח' הסגורה - בי"ח "שלמותה". ראש החוג למדעי ההתנהגות - ביה"ס לרפואה באוניב. ת"א. פרופ' לקרימינולוגיה קלינית - אוניב. בר-אילן

שיש. לעתים יש טעם לשלוח נבדק לבירור נויורולוגי, כולל בדיקות עור נויורולוגיות. צילום גולגולת, C.T., E.E.G., M.R.I., וכו'. בדי"כ אלו בדיקות "גסות" ומדוע גסות? כיון שישנם מקרים רבים שבירור נויורולוגי "קלסי", כולל בדיקות עור, איננו מעלה דבר (או שנמצאו ממצאים מינימליים בלבד); אבל באנמנזה יש, לעומת זאת, תאור של פגיעת ראש, ובבדיקה (קלינית, ו/או פסיכולוגית וניורופסיכולוגית) מתברר שהאדם פגוע. אם נמסר לכם על פגיעת ראש, ולו קלה (קלסי: "אבד הכרה של כמה דקות") "בלא ממצאים נויורולוגיים", כדאי להפנות את הנבדק לבדיקות נויורופסיכולוגיות. זהו שטח חשוב ביותר, עדיין, די מוזנח בארצנו, אבל כבר קבלת תהודה ותאוצה עצומה דוקא בארה"ב, וב-DSM-IV. וכמובן, אם הבדיקה הקלינית שלך איננה ברורה וחד משמעית, כדאי לשלוח את הפציינט לטסטים פסיכולוגיים ("מבחנים פסיכודיא-גנוסטיים"). מובן שאין לשלוח לכל פסיכולוג ולכל נויורופסיכולוג, אלא רק לאלה המסוגלים לחבר דו"ח בהיר, שביהמ"ש והפרקליטים יוכלו לקרוא ולהבין, ושמוחבר הדו"ח יוכל "לעלות על הדוכן" ולהעיד במקרה הצורך.

### ג. שלב הסיכום שלאחר הבדיקה:

לאחר סיום כל הבדיקות (הבדיקה הקלינית שלך, הפגישות עם המשפחה, הבירור הנוירולוגי, הטסט הפסיכודיאגנוסטי, הטסט הניורופסיכולוגי, ובדיקות המסמכים): אתה נמצא בעמדה שהנך חייב להודיע האם הנך מסוגל לכתוב חו"ד כמתבקש (ומה מסקנותיה; וחשוב ביותר: אין להתמקח, להתפשר, או "לזוז" מן המסקנות הללו, אלא אם כן השתנו הנתונים). את זאת יש להודיע הן לפציינט/משפחתו, והן לעוה"ד. אם יש אי-הבנה, חוסר-בהירות, ערפול, ואינך מצליח להעביר בבירור את שקולך ואת מסקנותיך, עדיפה פגישה נוספת (בדי"כ עם עוה"ד). הערה מציאותית: אם סוכם על עריכת-חו"ד, אזי כדאי לדרוש את שכר הטרחה עם תחילת העבודה, ולא בסיימה.

### IV. עקרונות כלליים לחו"ד-הפסיכיאטרית.

קיימים עקרונות-רבים, שמהם יצוינו רק כמה.

**א) בהירות:** מומלץ לכתוב במשפטים ברורים, עם התחלה וסוף. תאורים מפורטים מוסיפים בהירות, ואינם גורעים ממנה. אין טעם לחזור על מידע שוב ושוב (אלא אם יש סיבה להדגיש את, או לחזור על, מידע מסוים; ובעיקר: לפרש, בסיום חוה"ד, מידע שצוין קודם בלא פרוש ובלא מסקנות).

**ב) השימוש במושגים-מקצועיים:** מומלץ להמעיט ככל האפשר במושגים מקצועיים; ואם הכרחי להשתמש בהם, אזי יש להבהירם: מונחים מקצועיים רבים, הנחשבים לברורים ואף לראשוניים במקצוענו, אינם כה ברורים ומובנים לאנשים ממקצועות אחרים. למשל, המונחים פרספציה, אפקט, אינטיציה, נויורולפטיקה, סטראוטיפיות, עקיפנות. ענין אחר: השם הכוללני "הפרעות חשיבה" איננו אומר דבר. באילו

מראש באיזו כמות של מסמכים מדובר (שכן אם במסמכים עסקינן, הכל יתכן: החל מ"אפס מסמכים", וכלה ב"ספריה" ענקית. לדבר זה השלכה לגבי הזמן הנדרש, וכמובן השלכה כלכלית). יתכן והנבדק יצטרך להשלח לבדיקות נוספות (ולכך משמעות של עוד זמן, ושל השקעה נוספת). שלב ההתקשרות מסתיים, לדעתי, בסיכום ברור: או שהמומחה סיכם על עריכת בדיקה (ורק על בדיקה!); או שהמומחה סיכם על כך שהוא יוצא מהתמונה. הסיכום חייב להערך, בד בבד, בשני מישורים: הן במישור עוה"ד, והן במישור הפציינט (ו/או משפחתו). מנוי מטעם ביהמ"ש הינו, כמובן, מחייב יותר. ברגע שנכנסת כמומחה ל"רשימת המנויים" של ביהמ"ש, הינך די מחויב. אך, אפילו כאן, במקרה שהתנאים אינם מתאימים למומחה, יכול הוא לפנות לביהמ"ש, ולבקש לשנות או אף לבטל את המנוי. חשוב ביותר: יש למסור לפציינט, למשפחה ולעוה"ד מהו שכר הטרחה עבור הבדיקה, שכר הטרחה עבור חוה"ד (באם יסוכם עליה) **עוד בטרם הפגישה הראשונה**. יש גם להבהיר שאם תדרש עדות בביהמ"ש, אזי יגרור הדבר שכ"ט נוסף. יש פציינטים/משפחות/עו"ד שמעוניינים להשאיר את נושא שכה"ט מעורפל ("אנחנו נסתדר"; "נראה כבר"). אני ממליץ שלא להסכים לכך, גם אם פרוש הדבר בטול ההתקשרות. בנוסף, צריך לומר לנבדק ולמשפחתו מה להביא אתם: תעודת זהות, מסמכים, בן-משפחה מלווה.

### ב. שלב הבדיקה:

**(1) פגישה/פגישות: ראשית, עם הנבדק; ושנית, עם בני-משפחה, קרובים, חברים, לצורך קבלת הטרואנמנזה.** זהו שטח קצת מוזנח, במציאות היומיומית (ישנן חו"ד רבות הנערכות בלא נטילת, הטרואנמנזה), אבל בעיני זהו ענין חשוב ביותר, מכיון (וענין זה יודגש שוב ושוב) שמקורות המידע במקצוענו אינם רבים, והבדיקות האוביקטיביות נדירות; ההטרואנמנזה (ספור תולדות, ממקור נוסף) הנה, לכן, מקור מידע מרכזי, אם לא חיוני. ניתן להפגש עם הנבדק והמשפחה לחוד, או ביחד, או חלק לחוד, וחלק ביחד. את המפגשים המשותפים כדאי לנצל לברור, לעתים אף תוך קונפירנטציה, של אי התאמות במידע. בפגישות הללו, כבר בתחילה, יש לזהות את הנבדק עפ"י תעודת זהות, וכמובן שאף על הבודק לזהות את עצמו, את מקצועו, ואת תפקידו.

**(2) בדיקת-המסמכים:** כמות המסמכים, כמוזכר, נעה בין אפס, לבין ספריה שלמה. כבר ציינתי קודם, שכדאי לברר מראש (אצל עוה"ד בדי"כ) לגבי נקודה זו. על הרופא להשתדל "לאזן" את כמות המסמכים: חוסר מוחלט במסמכים איננו סביר, ויש לדאוג להשגת המסמכים הרלבנטיים. מאידך כמות אדירה של מסמכים איננה תואמת, ויש "לסנן" בין העיקר לטפל. במקרה שמדובר ביותר מכמה עמודים, כדאי לקראם בנפרד (לא במהלך המפגשים עם הנבדק וקרוביו).

**(3) בדיקות-נוספות:** במקצוענו אין, כידוע, שפע של נתונים ביולוגיים אוביקטיביים. עם זאת, צריך להשתמש במה

הפסיכופתולוגית הנגלית והולכת). לעומתם: "הפרעות בחשיבה"; "סקיצופרניה"; "התמכרות"; "תסמונת פוסט-טראומטית", וכמובן: "אי יכולת לעמוד לדין"; "חוסר אחריות פלילית": הינן מסקנות אודות משמעות הנתונים. בד"כ ישנו הבדל ברור בין הנתונים לבין המסקנות. אך, לשם השלמות, יש להעיר שלעיתים אין הדבר כך, כלומר הדברים אינם תמיד חתוכים ישר לגמרי: למשל, "סקיצופרניה" היא בד"כ מסקנה; אך "סקיצופרניה" יכול שתהיה גם נתון אם הובאה כמידע אבחנתי מאשפוז קודם. השמוש בנתונים נעשה בעיקר בחלקים העוסקים בתולדות העבר של הנבדק, בטפולים פסיכיאטריים קודמים, בבדיקה הפסיכיאטרית הנוכחית, במבחנים הפסיכולוגיים, וכו'. כלומר, בתחילת ובאמצע חוה"ד, אך לא בסיומה. כדאי לציין אם ישנו מקור נתונים שלדעתך איננו אמין (ומדוע הגעת למסקנה זו). בסיום חוה"ד - בעיקר בפרק הדיון - נעשה, כמובן, שמוש בנתונים, אבל בכאלה שהופיעו כבר קודם. אכן, מה שנכון לגבי כל סיכום מחלה ולגבי כל תעודה רפואית, הנו נכון גם לגבי חוה"ד רפואיות בכלל, ולגבי חוה"ד פסיכיאטריות בפרט (מכיון שפעמים רבות חוה"ד הפסיכיאטריות מורכבות יותר מחוה"ד בשטחי הרפואה האחרים): אסור בשום פנים שיצוצו ויבקעו נתונים חדשים בסיומה של חוה"ד. נתונים שקופצים ומופיעים לראשונה בפרק-הדיון, מצביעים על חוה"ד בלתי-מקצועית.

2. **הקשים:** דהיינו הסבר הגיוני של הדרך, השיטה והאופן שבו מפורשים הנתונים (ניתן לקרוא לכך גם "הסברים" ו"הקקים"). בשל הקרבה הלשונית ל"מסקנות", אני נמנע משמוש במונח "הקקים". יש להסביר את דרך ההקש שלך, את הלוגיקה המקצועית (הקלינית ו/או התאורטית) שמחברת בין הנתונים שצוינו, לבין המסקנות אליהן אתה מתעתד להגיע. ובנוסף כללית: ע"ס נתונים פלוניים, שהתפתחו בצורה פלמונית, והמתאימים לאפיונים של מחלה אלמונית (עפ"י נסיוני/עפ"י ספר האבחנות), הגעתי למסקנה שהנבדק סובל ממחלה זו.

דוגמה נוספת, מפורטת יותר: על רקע נתוני גיל הנבדק; מין הנבדק; אפיוני האישיות של הנבדק; המחלה הנפשית שהנבדק סובל ממנה; המצב הנפשי המעודכן של הנבדק; ההסטוריה הקודמת של אלימות/אבדנות אצל הנבדק המסוים הזה; הדמיון של הסיטואציה הנוכחית שבה שרוי הנבדק, לסיטואציות אחרות בעברו, שבהן הנבדק הפגין אלימות/אבדנות: הגעתי למסקנה שהנבדק עלול להיות מסוכן לזולת/לעצמו (ובאיזה אופן) בעתיד הקרוב.

השמוש בהקשים מופיע, בד"כ, בחלקים של חוה"ד הפסיכיאטרית אשר עוסקים גם במסקנות, כלומר בחלקים המסיימים של חוה"ד.

3. **מסקנות** (או דעות או אינטרפרטציות): זוהי פרשנות

הפרעות חשיבה מדובר? או המונח "חסר שיפוט": זהו מונח בלתי מדויק, שניתן לתקפו בנקל. כמעט כל פעולה אנושית דורשת שיפוט, וחולים מועטים מאד הנם משוללי שיפוט לחלוטין. עדיף להשתמש במונחים "שיפוט רעוע", "שיפוט פגום", או "הפרעה בשיפוט"; וגם אז יש לציין את דרגת ההפרעה בשיפוט, ולתת דוגמאות.

ג) **דייקנות:** כדאי לדייק בפרטים, ככל האפשר; גם בפרטים שוליים (לא כדאי לטעות, למשל, בתאריך הלידה, או במספר הילדים של הנבדק. זה מפחית מאמינות חוה"ד). ניתן לצטט דברים שאמר האדם עצמו, במראות. על הצטוט לחיות מדויק, כולל הפסקות, תחביר-לקוי, וכיו"ב.

ד) **מוכנות-להעיד:** עצם ההסכמה לעריכת חוה"ד פסיכיאטרית פרושה - אוטומטית - שאתה מוכן להעיד בביהמ"ש. אמנם לכאורה זה ברור, אבל כדאי להדגיש. עם זאת, מובן שלא כל חוה"ד פסיכיאטרית דורשת אוטומטית, עדות בביהמ"ש.

ה) **אורך חוה"ד:** ממה שנכתב, וממה שעוד יכתב, מובן שאני בעד חוה"ד מפורטות, שמטבען הן ארוכות. למען ההגינות, אציין שקולגות רבים מעדיפים חוה"ד קצרות, "קוויקיס". השתכנעתי בעדיפותן של חוה"ד פסיכיאטריות מפורטות (לא אוטומטית, לא תמיד, אך לרוב, ואולי בד"כ), בשל הַחֶסֶר בבדיקות אובייקטיביות במקצוענו, והצורך, לכן, להבהיר ולהסביר הן את הנתונים, הן את ההקשים, והן את מסקנות חוה"ד הפסיכיאטרית. להערכתך, מתרחש כעת תהליך "אבולוציוני" שבמהלכו גוברות ההערכה והמודעות לחוה"ד הפסיכיאטריות המפורטות, ועימן מתרחבת הדרשה לחוה"ד אלה.

ו) **חופש הזמן:** היתרון הגדול שבעסוק בחוה"ד (עכשיו מניתי, פרט ליתרון הכלכלי, בעיקר דרישות, התחייבויות, ומטלות): הכנת חוה"ד נעשית בזמן שלך. זה איננו זמן כבול, משועבד, כמו בפסיכותרפיה.

ז) **חובת בדיקת החולה:** אין לערוך חוה"ד פסיכיאטרית בלא לבדוק את החולה. זהו כלל מחייב וחודר, אפילו אם רוב הנתונים אינם מופקים, בסופו של דבר, מהבדיקה עצמה. היוצא מן הכלל: חוה"ד פסיכיאטרית שלאחר מות, המתבססת בעיקר על מסמכים, ולעיתים גם על הטרואנמנזה, וחוו"ד עקרוניות (לגבי נושא).

ח) **הפרדה, ככל האפשר, בין נתונים, הקשים ומסקנות:** (ולעיתים אף גם בין המלצות).

1. **נתונים:** אי שקט, התנהגות רעועת-שיפוט (עם פרוט), חרדה, אפקט קהה, בלוקינג, עקיפנות, חלומות ביעותים: כל אלה הם נתונים (מהאנמנזה; מההטרואנמנזה; מהבדיקה הקלינית; מההסתכלות בביה"ח; מהטסטים השונים, וכיו"ב). לנתונים שונים יכול, כמובן, שיהיה משקל שונה (ולעיתים אפילו אותו הנתון מקבל משקל שונה בזמנים שונים, או בהשוואה לכלל התמונה



4. **המלצות:** לעתים (לא תמיד ולא בהכרח) נובעות מן המסקנות גם המלצות. לעתים מתברר שההמלצות מובלעות, בעצם, בתוך המסקנות.

#### V. **סדר הפרקים בחוה"ד הפסיכיאטרית.**

אני מדגיש, שוב, שזוהי סכימה המקובלת עלי, ואין בסדר-הפרקים כדי לחייב. זהו הסדר הרצוי וההגיוני. עם זאת, רצוי שהפרקים הללו יופיעו כולם, בסדר זה, או בסדר אחר, בחוה"ד הפסיכיאטרית.

#### א. **פּרטי זהוי:**

- 1) הנבדק: שם, מספר זהות, כתובת.
- 2) הבדק: תארים, השכלה, כישורים. כדאי לצין רק פריטים בולטים אחדים, ולא להביא רשימות "אינסופיות" של תארים, כשורים ונסיון.

של הנתונים, תוך שמוש בהגיון קליני ו/או בהגיון תאורטי. המסקנות מופיעות, כנרמז מקודם, בסיום חוה"ד, בד"כ בפרק-הדין. מומלץ מאד שלא לערב אינטרפרטציות תוך תאור המקרה, בתחילת חוה"ד; לעתים כותב חוה"ד חש שעליו להעיר לגבי נתון מסוים מיד, עם הופעת הנתון בראשית חוה"ד; ניתן, אכן, להעיר, אך בסוגרים מרובעים, או בהערות שוליים, כדי שיובן שההערה איננה חלק מן הנתון. המסקנות הינן דעות מקצועיות המהוות לב ומרכז חוה"ד הפסיכיאטרית (אף שהינן מופיעות, גיאוגרפית, בסיום). וכיצד לנסח את המסקנה, או את הדעה-המקצועית? חלק גדול מהקלינאים איננו מעוניין לכתוב בסגנון חותך: "הנאשם איננו מסוגל לעמוד לדין". לטענתם זוהי מסקנה שיפוטית, השמורה לביהמ"ש. לכן, רובינו מעדיפים ניסוחים כגון: "דעתי המקצועית (או דעתי הקלינית) הינה שהנבדק איננו מסוגל לעמוד לדין", או "למיטב הערכתי המקצועית, הנאשם לא היה מסוגל להבדיל בין טוב לרע בעת ביצוע העברה המיוחסת לו".



## ב. הערות רקע:

1. האזהרה: יש לציין במדויק: "חוי"ד זו נתנה על ידי לבקשת ביהמ"ש/עו"ד... , לשם הגשתה כראיה לביהמ"ש, והריני מצהיר בזאת, כי ידוע לי היטב, שלענן החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בביהמ"ש, דין תעודה זו, כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה (או בהצהרה) בביהמ"ש".
2. זיהוי: יש לציין שהנבדק זוהה עפ"י תעודת זהות, או תעודה-מזהה.
3. הסמכות: יש לציין שחוו"ד נסמכת על הנתונים שיצוינו (זהו ענין חשוב, כיון שכותב-חוו"ד איננו מתחייב שמסקנותיו יעמדו בכל מקרה, אלא רק ע"ס הנתונים. אם ישתנו הנתונים, עלול לחול שנוי גם במסקנות).
4. מסמכים: (א) שיובאו המסמכים הרלבנטיים ביותר. (ב) שמתוך מסמך יצוין התוכן הרלבנטי.

## ג. מסמכים:

- יש לציין את המסמכים הרלבנטיים. ישנן 5 שיטות לציין המסמכים:
1. לא להזכיר, להתעלם כליל (פסול, כמוכן).
  2. להזכיר, כללית, ש"עיינתי במסמכים-הרלבנטיים". ("מהול", "דליל" מדי).
  3. לציין המסמכים ללא סדר מחייב.
  4. לציין המסמכים עפ"י הסדר הכרונולוגי.
  5. לציין המסמכים עפ"י הפרדה בין שני גושים של מסמכים: אלה הנחשבים ל"אובייקטיביים" (למשל, סיכומי מחלה מבתי"ח); לעומת חוו"ד אחרות (שוב, עפ"י הסדר הכרונולוגי).
- מומלץ לציין בכל מסמך: מהו סוג המסמך (מכתב; חו"ד; תעודת רופא, וכו'); מי חתום עליו (דרי' כך וכך); מקצועו; מאיזו מסגרת (בי"ח פלוני; מרפאה אלמונית; צה"ל; בטל"א, וכיו"ב); תאריך המסמך (ולגבי סיכום-מחלה: תאריכי הקבלה והשחרור); ומספר משפטים, מהו התוכן העיקרי והרלבנטי של המסמך.

## ד. בדיקות:

1. ציון העובדה שבדקת את הנבדק בדיקה פסיכיאטרית (תאריך; מקום).
2. הטרואנמנזה: תאריכים; ממי נשמעה; והקשר של מוסר ההטרואנמנזה לנבדק.
3. בדיקות נוספות יזומות: למי הפנית, ומה מקצועו (נוירולוג; פסיכולוג; נוירופסיכולוג).

## ה. הרקע המשפחתי ותולדות העבר של הנבדק:

עד לפרוץ החולי, או עד ל"ארוע" (אם קיים). הסטוריה של הילדות, הנערות והבגרות. דגש על החברות (סוציאליזציה); ההתנהגות היומיומית; ציון בעיות בהתנהגות; מבנה המשפחה ויחסי המשפחה (הן במשפחת המקור, והן במשפחה הנוכחית); תכונות אישיות בולטות של הנבדק; היכולת להסתגל ולהתגבר על לחצים בעבר; השרות הצבאי; השגים למודיים, וכו'. רצוי שלא למסור זאת כאוסף של הצהרות (נמסר לי מפלוני פרט זה, ומאלמוני פרט אחר), אלא כספור כרונולוגי, מאורגן וקוהרנטי (הנסמך, כמוכן, על הנתונים). כדאי לציין באופן יזום היכן קיימים חסרים במידע, או שמופיע מידע סותר.

## ו. תולדות המחלה:

תאור של התפרצות המחלה ו/או של "הארוע", משתי זוויות: ראשית, תאור כרונולוגי של "אבני הדרך" העיקריות, כולל סימפטומים וסימנים עיקריים, טפולים ואשפוזים עיקריים, נסיונות לשקום, רמיסיות, וכיו"ב. ושנית, ולצד תאור זה, תאור מפורט של אזורי הפגיעה השונים של המחלה, בעבר, ובעיקר בהווה: הדבר איננו זהה לרשימת סימפטומים וסימנים (אזכיר כי סימפטום הנו תלונת החולה, לעומת סימן, שהנו ממצא שהרופא מוצא; בפסיכיאטריה לא תמיד קיים ביניהם הבדל ברור). מדובר בתאור ובהבהרה של סימפטומים, של סימנים, ושל הפרעות כתפקוד. ומדוע "תאור כפול" כביכול? פשוט, לשם שלמות התאור (מקביל, להבט הכפול של המידע לגבי סימפטומים, סימנים ומחלות, מנקודת מבט של textbook או handbook, לעומת ספר של אבחנות מבדלות).

### 1. ההכרה: עירפול, התנתקויות, וכו'.

### 2. ההתמצאות: הפרעות בהתמצאות במקום, בזמן, בסיטואציה, וכו'.

### 3. הקשב: האם החולה מוסח ומוסט; האם קשוב יותר לתכנים פנימיים (בוהה).

### 4. הזכרון: פגמים בזכרון, שכחה, העזרות בזולת או בעזרים; ומצד שני: קיום זכרונות טראומטיים, חוזרים, חודרניים.

### 5. כח הרכוז: הפרעות ברכוז: האם מסוגל לצפות בטלביזיה? לקרוא עיתון? לקרוא ספר? לעסוק במשימה מאמצת של עיבוד מידע? לעסוק בעבודתו?

### 6. סף-הגרוי: האם נמוך מדי? האם יש רגישות לרעש? לחום? לשנויי מזג-אוויר? לחומר-טראומטי? לחכוכים ולתסכולים פעוטים? לשנויים קלים בשגרה? ולהפך: האם סף הגרוי גבוה מדי? (סף גרוי נמוך מדי וגבוה מדי יכול שיתקיימו אצל אותו אדם, ובאותה תקופת זמן). מצבי ריחוק, התבודדות, התכנסות, הסתגרות, התנתקות, אפטיה, בהייה.

### 7. עצמת התגובה: האם גבוהה מדי? האם קיימות התרגויות, עלבונות, התפרצויות? פגיעה ברכוש? פגיעה באנשים? האם מצטער אח"כ? או האם העצמה נמוכה-מדי?

האם האדם "שקט מדי"? לא מעורב? מתרחק? מנותק? בוהה? אפטי? גם כאן, עצמת תגובה גבוהה מדי ונמוכה מדי, יכול שתתקיים אצל אותו אדם, ובאותה שכבת זמן.

**8. האפקט (רגש) ומצב הרוח:** לא מספיק (בעיני) לכתוב "אפקט שטוח", או אפקט "בלתי תואם". יש לתאר את העולם הרגשי (שעקרונית, הנו עולם נרחב) של האדם, את האפקטים העיקריים, ואת הפתולוגיה העיקרית באפקט: האם האדם לחוץ? מתוח? עצבני? חסר סבלנות? איריטיבילי (רגיז)? מודאג? חרד? נוטה לעצבות? נוטה לקדרות? נוטה לבכי? נוטה לתחושת דכאון כללית? לתחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה? לתחושות בושה? לתחושות אשמה? לתחושות מרירות? לתחושת קפוח? לתחושה של החלשות האמון בבני אדם, עד כדי חשדנות? (וכו' וכו' : עולם הרגש הנו, כאמור, נרחב, וגם ההפרעות בו, יכול שתהיינה מרובות). האם אבד האדם את "שמחת החיים"? האם ישנה נטיה למצבי רוח פתאומיים?

**9. התחושות הגופניות:** האם האדם סובל מעייפות? מחולשה? מכאבים? מ"זרמים"? מ"לחצים", ממועקות גופניות, מרגישויות, מתחושה שחלקים בגוף אינם מתפקדים? מהתגברות תחושות גופניות קודמות בעקבות המקרה?

**10. דמוי הגוף:** האם תופס עצמו האדם כחלוש? כפגום? כנכה? כתלוי-בזולת? וכו'.

**11. היחס לגוף והטפול בגוף, כולל ההופעה החיצונית:** האם קיימת הזנחה? האם האדם איננו מתרחץ כראוי? גבר שאיננו מתגלח? אשה שהפסיקה להיות מטופחת? האם מקפיד האדם על צחצוח שיניים? האם האדם מטפל במחלותיו הגופניות? האם יש שמירה על ההופעה החיצונית, או נטיה להזנחה? הערה: את שלושת הסעיפים 9, 10, 11, ניתן לכנות הטריאדה הגופנית. אלה שלושה שטחים הקשורים זה לזה, אך אינם זהים.

**12. השינה:** בחסר? האם יש הפרעות בהרדמות, "שינה קלה", עם יקיצות רבות, בשל רעש קל, אי שקט בשינה (שינה טרופה; נאנח, בוכה, מתהפך; המטה נראית כ"שדה קרבי" בבקר); האם נזקק האדם לתרופות-לשינה? האם סובל מיקיצה מוקדמת? האם כשמתעורר, מסתובב בלילה ממקום למקום בבית (מהמטה לספה, לכורסה, למרפסת, למטבח, וכו'), ובחוץ? האם ישנו הפוך סדרי יום ולילה? שינה ביתר: האם ישן שעות רבות ביום?

**13. החלומות:** האם קימים חלומות בעותים? מה התכנים? האם הם חוזרים?

**14. התאבון:** בחסר: כמה זמן? האם ירד במשקל, וכמה? ביתר: כמה זמן?, האם עלה במשקלו, וכמה?

**15. העשון:** האם החל לעשן, או האם העשון התגבר ובכמה?

**16. צריכת אלכוהול וסמים:** ממתי החל להשתמש? לאיזה

חומר התמכר? כמות? תקופות?

**17. החשיבה:** כאמור, לא מספיק לכתוב "נמצאו הפרעות בחשיבה". עולם החשיבה (וההפרעות בחשיבה), הינו נרחב. האם ישנו שנוי ביכולת לקלוט? להבין? לעבד מידע? האם ישנה איטיות בחשיבה? האם מדובר בחשיבה דכאונית? (מחשבות שוא של נחיתות ושל אשמה; מחשבות על אזלת יד, חוסר אונים, חוסר ישע, חוסר תקווה, יאוש, ניהיליזם, מחשבות מות ואבדן); בחשיבה חרדתית (מחשבות חששניות ודאגניות); בחשיבה חשדנית? (אבוד האמון; חשדנות; רדיפה); האם ישנו שינוי באמונות קודמות? (נעשה דתי לפתע; או שהפסיק להתפלל). האם קיימות מחשבות מרירות (על קיפוח, על נקם)? האם קיימת פרה אוקופציה (עסוק יתר במחשבות; מחשבות חוזרות) על הארוע? על תוצאותיו? האם ישנן מחשבות שוא פרנואידליות, מגלומניות, וכיו"ב.

**18. החודרנות לחומר טראומטי:** האם קיימת רגישות לנושאים הקשורים למה שעבר על האדם? או, אפילו, האם הצטמצמו חייו של הנפגע כתוצאה מהחשש לעסוק או להתקל בחומר טראומטי? (לא צופה בטלביזיה; איננו קורא עתון; לא יוצא, וכו'); האם קיימת ה"סטנדרה של הטראומה": נוכחות של מחשבות חוזרות, זכרונות חוזרים, flash-backs, וחלומות ביעותים ומהי מידת החודרנות שלהם. האם קיימת רגישות לארועים (למשל, לפגועים)? לתאריכים (יום השואה; יום הזכרון לחללי צה"ל; יום ההולדת של הבן שנפל)?

**19. טוח הענין:** האם ישנו צמצום בהתעניינות בסובב? האם פוחתת ההתעניינות בעניינים ובשטחים שונים? שבהם התעניין האדם מקודם? (במשפחה; בתחביבים; בקריאת העתון; בצפייה בטלביזיה; בחברים?). האם אבד האדם את "טעם החיים"?

**20. יכולת ההנאה:** מה אירע ליכולתו של האדם ליהנות מחוויות, מפעילויות, מעיסוקים, ממעשים? (מחברה? מהמשפחה? מבלויים? מטילים? מתחביבים? מילדים? ולסבים וסבתות: מנכדים?). האם קימת אנהדוניה? (אבוד, או הפחתה בשמחת החיים, וביכולת ליהנות).

**21. ה"טריאדה של הרציה:** מדובר בשלושה שטחים הקשורים שוב ביניהם, אך אינם זהים.

**I. כח-הרצון:** האם כח-הרצון הנו כמקודם? האם נחלש? בכמה? באיזה שטחים?

**II. הזימה:** האם האדם יוזם? או שהנו פסיבי? תלותי? בלתי מעורב?

**III. יכולת-ההתמדה:** האם מסוגל האדם להתמיד בעסוק, בפעילות, בחוויה?

**22. ה"סטנדרה של התפקוד:** (שוב, עניינים הקשורים ביניהם, ובחלקם, אפילו חופפים, אך אינם זהים).

תואם", וכו': בד"כ דורשים פרשנות). ניתן לכלול בסעיף זה מה שהנדק מסר, תוך כדי תהליך הבדיקה, על הסימפטומים שלא ניצפו תוך כדי הבדיקה (אך לצין זאת בפרו: "מסר על כך שסובל מ...").

### ה. דיון.

זהו שיאה של חוה"ד. רצוי, לכן, שהדיון יהיה עניני, בהיר והגיוני ככל האפשר. הדיון הוא גם המקום שבו הכותב מתמודד מול טענות מקצועיות מנוגדות, שהושמעו (או הצפויות להשמע). הרי סכימה לחלוקה של פרק דיון:

#### 1. טיב החולי:

I. **האבחנה:** הראשית - ממתני; אבחנת האישי (אפיונים); קוים; הפרעות).

II. **אפיוני האבחנה** (הראשית בד"כ):

1. **פריצה:** התחלה, פריצה, התפתחות: ממתני?

2. **משך:** כהסך מהפירוט הקודם - מהו משך החולי?

3. **הרצף:** האם מדובר בחולי רציף? בהפסקות? האם ישנן רמיסיות? החמרות? האם הגיע מעולם לרמיסיה מלאה?

4. **ההקף:** מצומצם? נרחב? (קיום סימפטומים וסימנים רבים - מורה שמדובר בהקף-נרחב).

5. **העומק:** האם יש העמקה עם הזמן? ("פיקסציה" או "קריסטאליזציה" של הסימפטומים)? האם סימנים וסימפטומים מסוימים שכה התחזקו בעצמתם, עד שהם תופסים חלק ניכר (נכבד, מרכזי, מכריע) מהפעילות הנפשית, ומרפרטואר ההתנהגות?

6. **האיכות:** האם יש כרוניזציה של החולי? כיצד מתבטאת? (הצטמצמות? דלדול ענין? אבוד היכולת ליהנות? הפגיעה ברציה? הצמצום התפקודי בתחומים שונים?). האם יש מאפין איכותי אחר לתסמונת? (פסיכוטיות ממושכת? מסוכנות ממושכת?; הפרעת שיפוט עמוקה? וכו').

2. **הקשר שבין הארוע (וכדאי להגדירו: "תאונת הדרכים ב..."), לבין החולי:**

יש להסביר מה היה האדם מקודם; מה אירע לו; ומדוע למה שאירע, יש לדעתך המקצועית, השפעה (ואיזו) על ההתפתחות/ הפריצה/ החמרה/ הקיום של נזק חולני?

#### 3. שיעור הנכות:

הערכה, עפ"י סולמות נכות מקובלים (בטל"א; משרד הבטחון), של שיעור הנכות; האם הנכות הנה זמנית, או לצמיתות (ולמה); נסיון לצפי של משמעות הנכות (הפסקת העבודה? הזדקקות לעזרה- ביתית? אשפוז ממושך? שקום? ואיזה).

I. **התפקוד במשור הבית והמשפחה:** האם נהיה האדם מרוחק? מסוגר? נסוג מתפקידים? האם מתפתחות מריבות? האם ישנה בוטות? הקיימות התפרצויות? מהי האווירה- בבית? איך היה קודם?

II. **התפקוד במישור-הזוגיות:** האם נסוג האדם משטחים ומתפקידים שעשה; האם השתנה שווי המשקל הזוגי? מהי תגובת בן/בת-הזוג? האם ישנן מחשבות או תכניות לפרידה/לגרשין?

III. **התפקוד במישור-החברה:** האם קיימת הסתגרות בבית? האם האדם יוצא לפגישות במסגרת המשפחה? הולך לחברים? האם מזמין לביתו, והאם יוצא לבלויים? (כמובן: לעומת אפיוני האדם בשטח זה טרם הפגיעה).

IV. **התפקוד במישור-העבודה:** איך תפקד האדם מקודם? מהו התפקוד הנוכחי בעבודתו? האם ישנו שינוי ביכולת לבצע מטלות? האם הדבר קשור בכאבים? בהפרעת רכוז? בחולשה? באיטיות? בחוסר יכולת להתמיד? בצורך במנוחות תכופות? האם קיימות העדרויות? מהי המשמעות שהעבודה תפסה ותופסת עבור האדם?

23. **הבטחון העצמי:** איך היה האדם: האם חל בו שנוי? האם ישנה תחושת הססנות? האם קיימות תלותיות, מוגבלות, פסיביות, נטיה לנסגנות ולתרונו? או האם להפך: האם קיים בטחון עצמי מופרז, תוך כדי הפרעה בשיפוט, הן של כישוריו ויכולותיו, והן של תגובות הסביבה?

24. **ההערכה העצמית:** איך היה האדם מקודם? האם חל שנוי? האם קיימת תחושה שהנו חולה? "נכה"? "פגום"? "שבר כללי"? אפס? כשלון? מהי ההסתכלות לעתיד?

25. **טיפולים פסיכיאטריים:** למה נזקק האדם עד כה? האם נזקק לטיפול תרופתי, מאיזה סוג (עם פירוט מסוים, אך תוך ההנחה שיש להשתמש דוקא כאן במונחים כלליים: תרופות נוגדות דכאון, תרופות נוגדות חרדה, תרופות לשינה, וכו'), ומהי התגובה לתרופות? האם נזקק לפסיכותרפיה: אישית? זוגית? קבוצתית? האם השתתף בנסיונות לשיקום? מהן התוצאות? מהו הצפי לעתיד (פרוגנוזה) של ההזדקקות לפסיכותרפיה, לתרופות, ולשקום.

#### ז. הבדיקה הפסיכיאטרית ("סטטוס-פסיכיאטרי").

תאור הפרמטרים המקובלים: ההופעה, ההתנהגות, שיתוף הפעולה, המודע וההכרה, הקוגניציה (הזכרון, הרכוז, הקשב, ההתמצאות, ההבנה וכו'), האפקט (רגש), החשיבה, הפרספציה (התפיסה החושית), כח הרצון, כח השיפוט, התובנה. רצוי בלשון תאורית, וכאמור, תוך שמוש מועט בקודים מקצועיים; ואם כן, אזי לפרש אותם ("קוגניציה"; "פרספציה"; "אינקוהרנטי"; "מתמצא 3X"; "אפקט בלתי

#### 4. המלצות:

מוזיקה מפיקים ע"י אקט תקיף, ואפילו תוקפני (הקשה על התופים, הכאה על הקלידים; צביטה של המיתרים). מאקט תקיף שכזה, יכולה לנבוע מוזיקה טובה, קולחת, ואפילו עדינה. כך גם בחוה"ד: עיסוק תכליתי, ענייני, ואפילו תקיף, בנתונים, יכול שיפיק חו"ד טובה קולחת, ומאוזנת.

שנית, המוזיקה המושמעת (התוצר הסופי), בנויה על השלד המוזיקלי של ההלחנה (אלה הם, בעצם, הנתונים), ועל הכלי המבצע (שהוא הנשא של המוזיקה ושי"על גבו" המוזיקה מתגשמת); בדומה לכך ההקשים בחוה"ד הינם הנשאים של הנתונים. על גבי ההקשים, הנתונים "תופסים ממשות", מתגשמים. ועוד: התוצר הסופי (המוזיקה המושמעת), הנה הפרשנות של המבצע, הנגן; כמו שהמסקנות (בחוה"ד) הן הפרשנות של המומחה.

שלישית: מוזיקה טובה (בעיני), היא מלודית והרמונית. כך גם חו"ד טובה. יש בה הרמוניה, היא "מצלצלת טוב", היא well tempered, היא מאוזנת.

ורביעית: ישנם כלים מוזיקליים בעלי שתי מערכות מיתרים, והם נקראים d'amore, של אהבה. בסט הראשון של המיתרים מנגנים כרגיל, כלומר "צובטים" אותם; אבל הסט השני של המיתרים מנגן, כביכול, מעצמו: הוא מהדהד, הוא רזוננטי, הוא מגיב למה שמתרחש עם הסט-הראשון של המיתרים. כביכול, הוא מנגן לא משום שמאלצים אותו, אלא מ"אהבה". כך גם בחו"ד טובה: אם טפלת היטב, נכון ואמין בנתונים, המסקנות כבר מתחילות, כביכול, להשמיע את קולן, להדהד מעצמן, ומוזיקה טובה מתחילה להתנגן במסדרונות המשפט.

אם ישנן המלצות טפוליות / שקומיות / מסגרתיות, יש לכתבן ולהסבירן. האם צפוי (ולמה?) שהטיפול/השיקום יעזור; או, להפך, שאין צפי של עזרה ממשית מצד הטיפול/השיקום.

#### ט. סכום המסקנות.

עפ"י עקרי הדברים שנכתבו קודם לכן.

#### VI. טיוטות.

כל זאת, עקרונית, יכול לבוא כטיוטה **לא התומה**. יש חלוקי דעות האם כדאי/מותר/ראוי להוציא טיוטות. אני סבור שלא רק שכדאי, אלא שכמעט חובה, **בתנאי** שציינת תחילה את עיקרי חוה"ד שהנך **עומד** לכתוב: אבחנה, שיעור נכות, סיבתיות, וכו'. את אלה אין לשנות מהטיוטה לורסיה הסופית (אלא אם, כמו שהוזכר מקודם, השתנו הנתונים). טיוטה נועדה, ראשית כל, לשם ביעור טעויות עובדתיות (ולא ייאמן איזה **טעויות עובדתיות** עלולות להעשות בחו"ד פסיכיאטריות, על אף אנמנוה והטראנמנוה זהירות); ובנוסף, לשם איתור של התבטאות בלתי בהירה או בלתי-סבירה, ולאיתור השמטות (קורה ששוכחים פרט חשוב, או אפילו מסקנה חשובה)

#### VII. לסיום.

הייתי רוצה לסיים במטפורה, או, ליתר-דיוק, בשורה של מטפורות. חוות דעת רפואית בכלל - וחו"ד פסיכיאטרית בפרט - משולה למוזיקה. ההמשלה היא ברבדים מספר: ראשית,