

MEDICINE

רבעון בנושא פסיכיאטריה | דצמבר 08 - ינואר 09 | גיליון מס' 10

A Publication of The MEDICAL Group

אלפי כתבות באתר הרופאים הנרחב ביותר בישראל TheMEDICAL.co.il

06 פסיכופתולוגיה באופרה
כשהאמנות פוגשת את מחלות הנפש

30 הפרעת התפתחות רחבת היקף
חשיבותו של קונספט PDD

36 בגוף ובנפש
סכיזופרניה, תחלואה גופנית והשמנה



מור"ל: פורום מדיה בע"מ

מנכ"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ

עיצוב גרפי: רונן סאס

דבר העורך



קוראים יקרים,

בגיליון זה מאמרים רבים המתייחסים לבעיות אקטואליות בתחום הפסיכיאטריה.

ד"ר פסקין וד"ר זלצמן מתארים בפרוטרוט את התפתחות הקונספט של הפרעה התפתחותית ממושטת (PDD). אנו

עדים לאחרונה לעלייה גדולה במספר המאובחנים בתסמונות אלו. נראה שלפחות חלק מהמאובחנים סווג בעבר בתסמונות כאישיות סכיזואידית והפרעות אישיות חמורות נוספות. הגבול שבין אבחנות אלו ופיגור נשאר לא ברור ופרוץ. בימינו, כאשר לשתי קבוצות אבחון כ-PDD ופיגור סל שירותים שונה, יש לצפות שנושא ההפרדה בין התסמונות יעסיק אותנו בעתיד.

בעיה נוספת המטרידה אותנו היא התפשטות השימוש בסמים. ד"ר בר-המבורגר מתארת את פרופיל המשתמש המזדמן בסמים. רצוי שנוכח שהמשתמש הקבוע היה פעם משתמש מזדמן. בראיון עם פרופ' משולם, אחד המומחים המובילים בעולם בחקר הקנבינואידים, אנו לומדים שלשימוש מבוקר וממוקד בקנבינואידים יש מקום בעולם הרפואה. הדבר מזכיר לנו שרצוי שנוכח את השוני שבין השימוש החברתי לשימוש הטיפולי.

מספר מאמרים מדגישים את הגשר והקשר שבין מחלות גופניות וסכיזופרניה. חולים סכיזופרנים כמו חולים אחרים עם תסמונות נפשיות הם צרכני בריאות גבוהים. מתברר יותר ויותר שחלק נכבד מהסיבות לכך נובע פחות מתלונות הקשורות ישירות למצב הנפשי ויותר למחלות גופניות מהן הם סובלים יותר מאשר האוכלוסיה הבריאה בנפשה וכן עקב תופעות הלוואי של הטיפולים שאותם הם נוטלים. ד"ר דולב מצביעה על הקשר שבין אסטרואגן וסכיזופרניה ומציעה למעשה שאפשרי שלטיפול הורמונלי יש מקום בטיפול ובמיוחד אצל נשים. פרופ' רפפורט וד"ר שילוח מצביעים על כיוון הפוך והוא ההשפעות השליליות של מצבי דחק על איוון סכרתי. ד"ר שושהיים מתייחס לבעיה הקשה של השמנה וסכיזופרניה. נראה יותר ויותר שלא התייחסנו מספיק לנושא התזונה של החולים הסובלים מ-Severe Mental Illness. הגיע אולי הזמן להתעמק יותר בבעיה זו.

פרופ' וינגרטן, רופא משפחה בכל רמ"ח אבריו, מתייחס לנתק שבין רופא המשפחה ומערכת בריאות הנפש ובצורה אופיינית מצביע על התוצאות ההרסניות לחולה של תופעה זו. להערכתי, ללא רפורמה בתחום בריאות הנפש, הפער הזה רק ילך ויגדל. ד"ר גיא וד"ר טלמון מציגים את תרומת בריאות הנפש לבית החולים הכללי. הסיכוי שלאדם מאושפז במחלקה בבית חולים כללי תהיה בעיה נפשית גדול ממצב אקראי. מאידך, סיכויי ההחלמה של אדם הסובל מתחלואה כפולה גרועים מאשר של רעהו. לכן, חשוב מאוד לשפר את שיתוף הפעולה בין אנשי בריאות הנפש ובית החולים הכללי.

מאמרם של ד"ר רמונה דורסט וד"ר רובינץ הוא משב רוח רענן. האופרה מהווה מאז ומתמיד אחת מצורות האמנות המלהיבות ביותר. הדרמה של מחלת הנפש לא אבדה גם באמנות ייחודית זו.

מאמרם של רונית דודאי וד"ר נעמי הרס ליאר מתייחס לגישות מודרניות ואופטימיות יותר לאחת הבעיות היותר קשות בשיקום חולי נפש והוא השיקום התעסוקתי. רוב העבודות עד כה מלמדות על אחוזי כישלון גבוהים. במאמר זה מנסבת רוח של תקווה לימים טובים יותר.

בברכה

פרופ' חנן מוניץ

יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש,

הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית

משתתפים: גרעון גלאון, רונית דודאי, ד"ר נעמי הרס לידור, פרופ' מיכאל וינגרטן, ד"ר נינה גיא, ד"ר יורם טלמון, ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זלצמן, ד"ר גיא שושהיים, ד"ר ציפי דולב, ד"ר אלי שילוח, פרופ' מיכה רפפורט, ד"ר הניאל רובינץ, ד"ר רמונה דורסט, ד"ר רחל בר המבורגר, פרופ' רפאל משולם, טל דניאל

סמנכ"ל: רונית בואנו

מנהלת הפקה: מגי ליצי

מנהלת שיווק ומכירות: הנית אור

מחלקת כנסים: יעל קורח, תמר בקר

מזכירות כנסים: נירית טוויג

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל' רב-קווי. 03-7650500

פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

ת.ד. 53378 תל אביב 61534

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכויות שמורות לפורום מדיה בע"מ

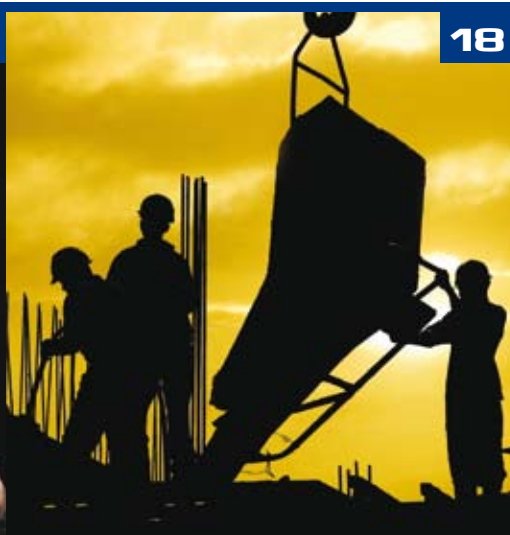
אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגוון זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגוון הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגוון הנם באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המדעות ועיצובן.

אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פרטיך,

כולל כתובת, לפקס: 03-6493667 ט.ל.ח



6	פסיכותרפיה באופרה מקומן של הפסיכוזות בתכנים הפסיכותרפויים של האופרה לאורך התקופות ד"ר דניאל רובינן, ד"ר רמונה דורסט
14	עדות של מומחה חולה נפש - האומנם? גדעון גלאון
18	השיקום התעסוקתי בישראל 2008 על מערך השיקום התעסוקתי בישראל היום, הפרויקטים והגופים השותפים רונית דודאי, ד"ר נעמי הדס לידור
22	בגוף ובנפש אתגר הטיפול בהפרעות נפשיות במסגרת הרפואה הראשונית הציבורית פרופ' מיכאל וינגרטן
24	פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון שירותי ה-Liaison-Consultation ותורמתם לבתי חולים כלליים ד"ר נינה גיא, ד"ר יורם טלמון
30	קונספט PDD התפתחות הקונספט של הפרעת התפתחות רחבת היקף, גבולותיו, חשיבותו והשימוש בו ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זלצמן
36	סכיזופרניה והשמנה על תופעות הלוואי והשינויים המטבוליים עקב צריכת תרופות נוגדות פסיכוזה ד"ר גיא שושהיים
40	הקשר בין אסטרונג לסכיזופרניה סקירה: הפוטנציאל הטיפולי של האסטרונג בנשים חולות סכיזופרניה ד"ר ציפי דולב
44	סוכרת ודחק נפשי ההשפעות השליליות של מצבי דחק ודיכאון על איזון סוכרתי ד"ר אלי שילוח, פרופ' מיכה רפפורט
47	פרופיל המשתמש המזדמן בסמים סקירת נתונים אחרונים של הרשות למלחמה בסמים על צרכני הסמים בישראל ד"ר רחל בר-המבורגר
52	שימושי הקנביס ברפואה ראיון עם פרופ' רפאל משולם, מומחה בחקר הקנבינואידים טל דניאל
54	מחקרים אחרונים



פסיכופתולוגיה באופרה

השתקפות הפסיכוזה באופרה בהתאם
להתפתחותה לאורך התקופות ועל יסוד
תרבויות והרקע ההיסטורי של המלחינים

ד"ר דניאל חבינק, ד"ר רמונה דורסט

האופרה, כחלק של האמנות, באה לשקף תכנים
מחיי היומיום בדרך ייחודית שיש עימה עוצמה
אינטלקטואלית ורגשית. ניתן לדאות באופרה ראי
המשקף מצבים חברתיים, דתיים, פוליטיים, לאומיים,





לצד שיקוף לבטים ורגשות ברמת הפרט, הזוגיות והמשפחה. הפסיכופתולוגיה, כחלק בלתי נפרד של חיי הפרט, באה אף היא לביטוי באופרה. לאור זאת, תמונה העובדה שכה מעט נכתב בהקשר של אופרה ופסיכופתולוגיה בהשוואה לסוגי אמנות אחרים כספרות, ציור ותיאטרון, כמו גם נסיונות של ניתוח אנשים מפורסמים בתחומי היצירה והמנהיגות מבחינה פסיכולוגית, פסיכואנליטית ופסיכיאטרית. חיפוש ערכני בספרות המקצועית העלה מספר מצומצם ביותר של מאמרים המתייחסים לנושא זה של אופרה ופסיכופתולוגיה.^{3,2,1}

מאמר זה בא להשלים את החסר מבחינה זו. נתרצו בו בביטויים פסיכופתולוגיים של פסיכוזות כפי שהם מובאים באופרה.

הגדרת אופרה והתייחסות היסטורית

האופרה משלבת את אמנות המוזיקה, השירה והקול האנושי כאינסטרומנט (סולו, דואטים, טריאד, קוורטטים, קווינטטים, סיקסטטים ומקהלה), מחול, משחק ובימוי. כל האלמנטים שהוזכרו נסבים סביב הטקסט המילולי שבאופרה, הידוע בשם ליברטו (באיטלקית "ספר קטן"). מלחינים מסוימים כתבו את הליברטות בעצמם כמו אריגו בויטו, לאונקוולו והידוע מכולם, ריכרד ואגנר. אחרים עבדו בצמידות לכותבי ליברטות קבועים, למשל מוצרט עבד רבות עם לורנצו דה פונטה, ורדי עבד, בין היתר, עם אריגו בויטו. אופרות רוסיות רבות מתבססות על כתבי פושקין, כגון רוסלאן ולודמילה של גלינקה, ייבגני אונייגין, דמה פיק ומופזה של צ'ייקובסקי, צאר סלטאן, תרנגול הזהב, מוצרט וסליארי של רימסקי קורסאקוב, בוריס גודאנוב של מוסורגסקי ואלקו של רחמנינוב.

המרכיב המרכזי באופרה משתנה בתקופות שונות. מאז ומתמיד החלקים המוזיקליים והווקאליים תפסו מקום מרכזי. האופרות הצרפתיות הדגישו את חלק המחול. הבימוי הפך למשמעותי בתקופתנו כאשר יש במאים המעצבים אפילו להעביר את הנושא מזמן אחד לאחר (מהעבר להווה או לעתיד) או לשנות חלק מהתוכן ולהתאימו להיבטם האישי.

"דפנה" של פרי נחשבת לאופרה הראשונה^{6,5} שבוצעה לראשונה בפינוצה בשנת 1597. מאז התפשטה האופרה ברחבי עולם ועברה דרך תקופות שונות במקביל להתפתחות המוזיקה, החל מתקופת הבארוק שמייצגיה העיקריים באופרה הם מונטוורדי, וילדי והנדל, דרך תקופת הרפורמציה כשגלגל פותח אותה ומוצרט מביאה לשיא. בהמשך, הבל-קנטו (Bel-Canto), שירה יפה באיטלקית) מיוצגת על ידי דוניצטי, בליני ורוסיני. הדרמה המוזיקלית באה לאחר מכן עם ורדי וואגנר, בהמשך הוריסמו (Verismo – שיקוף האמת בחיים) עם מייצגיה העיקריים – לאונקוואלו ומסקאני,

המגיעה לשיא יופיה עם האופרות של פוצ'יני. התקופות המודרנית והפוסט מודרנית באופרה מיוצגות על ידי מלחינים רבים, מהם נזכיר את ריכרד שטראוס, קלוד דביסי, פאול הינדמית, פרופוקפיץ, בג'אמין בריטן, סטראוינסקי, שוסטקוביץ, ברנשטיין, קורט-ווייל ומלחינים מודרניים יותר כאלבן ברג, שיינברג, הקומפוזיטור הפיני ראוטווארה והישראלי ברדאנשווילי ואחרים. יש לציין ששילבי התפתחות המוזיקה הקלאסית⁷ (התקופות הקלאסית והרומנטית) ללא ספק השפיעו על התפתחות האופרה.

האופרה משקפת גם אלמנטים לאומניים ועל פי זה גם מתחלקת לאופרה איטלקית, צרפתית, גרמנית, רוסית, צ'כית, פולנית, אנגלית, אמריקאית^{7,6,5}. קיימות מספר אופרות של מלחינים ישראלים המבטאות תכנים לאומיים ודתיים. נציין את האופרות שהולחנו על ידי יוסף טל ז"ל ובהן "אשמדאי", "יוסף" ו"מצדה", "אלפא ואומגה" של גיל שוחט שנכתב בהשראת ציוריו של הצייר הנורווגי מונק ו"מסע אל תום האלף" של ברדאנשווילי, המבוסס על ספרו של א.ב. יהושע.

תכנים פסיכופתולוגיים

ניתן לפגוש באופרה מגוון רחב של תכנים בפסיכופתולוגיה: מצבים פסיכויים שונים, אבל ודיכאון, התאבדות, רצח, חרדה, מצבים דיסוציאטיים, מצבים פוסט טראומטיים, אלכוהוליזם וסמים והפרעת אישיות. האופרה מדגימה גם נסיונות טיפול במצבים פסיכיאטריים שונים כגון טיפול היפנוטי באופרה "ראספוטין" של ראוטווארה וטיפול בעיוורון קונברסיבי באופרה "יולנטה" של צ'ייקובסקי.

הפסיכוזות תופסות מקום משמעותי מאוד בין התכנים הפסיכופתולוגיים של האופרה בהתאם לתקופות השונות בהתפתחות המוזיקה. נעלה את המפורסמות שבסצנות השיגעון בטבלאות, החל מתקופת הבל-קנטו בתחילת המאה ה-19. תקופה זו מאופיינת בגישה הרומנטית המדגישה את הדמיון, האילוזיה והנטיה לעולם אוטופי, המובנים כביטוי של התעניינות הולכת וגדלה באספקטים רגשיים בחברה, במוזיקה ובפסיכיאטריה.⁴

סצנות פסיכוזות מפורסמות מתקופת הבל-קנטו

Il pirata – אימוגנה (Imogene) מאבדת את שפיות דעתה כתגובה לנסיבות חיים קשות וסכורות המסתיימות בהרשעתו של האהוב ובעונשו לגור דין מוות.

I Puritani – אלווירה, הנכנסת לפסיכוזת כאשר האהוב נעלם לצורך מתן עזרה לאשת המלך, שעה שהיא (אלווירה) ממתינה לחתונתה עימו. הוא חושב שהחובה לתת עזרה לדמות ממלכתית חשובה יותר

מהאהבה. תוך פסיכוזת מדמיינת אלווירה את חתונתה, מדברת על קולו היפה של האהוב באריה המפורסמת "qui la voce sua soave" והמקהלה מדגישה את רחמיה על הכלה הנטושה. בפרטיטורה של האופרה (בהנחיית הקומפוזיטור) הודגש כיצד על הזמרת לשחק את השיגעון כך שעניי הזמרת, צעדיה וכל תנועה שלה ישקפו את אי שפיותה. תוך פסיכוזת, אלווירה מבולבלת ומתבלבלת בין האנשים שנמצאים סביבה. עם חזרתו של האהוב, חוזרת אלווירה לשפיותה.

Anna Bolena – מאבדת את שפיותה לאחר שקיבלה גור דין מוות קודם הוצאתה להורג. **Lucia di Lammermoor** – אופרה שנכתבה על פי "הכלה מלמרמור", מאת סר וולטר סקוט. את הליברט כתב סלוטורה קמראנו. באופרה, ליית רומנטית ומלודרמטית באופייה, מכריזים את לוצ'יה להינשא לגבר שאינה אוהבת. כתוצאה מכך היא מאבדת את האהוב שאפילו מקלל אותה. בליל החתונה נטרפת דעתה של לוצ'יה, היא הורגת את הגבר לו נישאה ויוצאת אל האורחים מגואלת בדם ושרה את אריות השיגעון המשקפת התנהגות בלתי מאורגת עם הלוציניציות.

באופרה זו, הקול האנושי הוא המרכזי והוא מאפשר לזמרים להביע את היכולות המיוחדות של הקול כמו וירטואוזיות ורגש. תפקיד התזמורת הוא לתת תמיכה לקול האנושי. סצנת השיגעון "אדגרו שוב איתי" היא גולת הכותרת של כל האופרה. הפסאז'ים הקולורטורים של הזמרת מתחרים עם הפסאז'ים של חליל המגן סולו ומשקפים פסיכולוגית את ההתרחקות של הבחורה מהמציאות ויצאה אל עולם הפנטזיה, שבו היא עורכת לעצמה טקס נישואין דמיוני עם אדגרו האהוב.⁸



Donizetti: Lucia Di Lammermoor

סצנות השיגעון של ורדי

Nabuco – זו האופרה הראשונה של ורדי שנכתבה בסגנון הרואי עם סצנות רבות של מקהלה, מלודיות פשוטות, תוך שימוש בשיירים קליטים הדומים לשיירים איטלקיים ולעתים קרובות בקצב של מארש. כלי הנשיפה תופסים מקום מרכזי בתזמורת. בסצנת השיגעון הם משקפים את האי שקט, החרדה ובלבול מחשבות.

Macbeth – מדובר באופרה רומנטית

המבוססת על דרמה של שקספיר. באופרה זו ורדי נתן חשיבות לניתוח פסיכולוגי של הדמויות המשתתפות. סצינת השיגעון של ליירי מקבת נכתבה בצורה חדישה, מעין מונולוג המתפתח ומבוסס על דרמטיות והסלמה של השיגעון. תוך כדי הסלמת השיגעון, מקבת מעלה זכרונות על מעשים רעים שנעשו, פחד על גורל בעלה, כאב רב של בדידות יחד עם ייסורי מצפון. הדמות של מקבת, על פי שקספיר, היא דמות "דוחה", בעוד המוזיקה של ורדי מקרבת אותנו אליה וגורמת לנו לחוש בכאבה של האישה שלא היתה מסוגלת יותר להכיל את כובד המעשים שעשתה וגורמת לנו לחוש אמפטיה כלפיה.

אותלו, Otello – טרגדיה מוזיקלית המבוססת על כתבי שקספיר, לפיה כתב אריגו בריטו את הליברטו. באותלו, ורדי מצויר דיוקן מוזיקליים של הדמויות, והתזמורת מצליחה להעביר את האווירה הרגשית של אותן הסיטואציות במגוון ניואנסים פסיכולוגיים שהמקהלה משלימה אותם. לאורך האופרה, אותלו מעלה חשדות שמירת חומרתן עולה עם התקרבות העלילה ומגיעה לשיא במערכה האחרונה עם הריגתה של דסדמונה באקט אכזרי הנגזר ממשכבות שווא של אותלו. מבחינה מוזיקלית, התזמורת מאפשרת לנו להבחין בכניסתו של אותלו לחדר כאשר בין המוטיבים המוזיקליים שומעים מוטיבים של אהבת אותלו לדסדמונה, אהבה שאינה מונעת את הריגתה משום שהפסיכזה גוברת על האהבה. הדיאלוג בין אותלו לדסדמונה נבנה על מוטיבים חוזרים, קצרים ועצבניים, המלווים בפולסציה חדרתית של התזמורת. בסצנה האחרונה שבה הוא מתאבד, הוא אומר באריה: "אני לא מפחד למרות שאני חמוש". באריה, מחשבה אחת רודפת שנייה במהירות והאופרה מסתיימת בדרמטיות המוזיקלית המגיעה לשיא במוטיבים של אהבה.

אריגו בריטו (1842–1918), שכתב ליברטות לורדי, הלחין את האופרה "מפיסטופלה", המבוססת על פאוסט של גתה. באופרה, נטרפת דעתה של מרגריטה לאחר שפאוסט עזב אותה והיא נכנסת לפסיכזה הגורמת לה להרעיל את אמה ולהרוג את תינוקה. באופרה מתרשמים ממצבה הפסיכטי מתוך האריה המפורסמת של מרגריטה, "L'altra notte".

מצב פסיכטי באופרה של פוצ'יני

פוצ'יני (1858–1924) מייצג את שיא תקופת הוויסמו (Verismo). המלחינים מתקופה זו ניסו לשקף את ה"אמת" שבחיים. באופרה, לאחר שהיא שומעת על מותו של בנה, מחליטה האחות אנג'ליק להתאבד על ידי שתיית תה מצמחים רעילים. לאחר שהיא שותה זאת, היא מתחרטת על כך. משום שעל פי הדת, ההתאבדות אסורה. היא חוששת שתיענש ולא תיפגש עם בנה בעולם

הבא. אנג'ליק מתפללת ברגעים אלה למריה ומבקשת את סליחתה. מופיע אור של התגלות ובו מריה עצמה מביאה לאחות אנג'ליק את בנה המת. ברקע, מקהלה בלתי נראית המשקפת קולות של מלאכים שאנג'ליק שומעת ומבטיחים לה מחילה. זוהי דוגמה לפסיכזה טוקסית המסתיימת במות הגיבורה. באופרה זו משתמש פוצ'יני בידע שלו בתחום המוזיקה הכנסייתית.

סציות הפסיכוזות באופרות רוסיות

דמה פיק, Pique Dame – טרגדיה מוזיקלית המתבססת על פושקין, שבה הגיבור הרמן מאבד את שפיותו. זאת, על רקע כפול: אהבה מחד ורצון עם צורך להשיג כסף מאידך. השיגעון מתבטא בהלוצינציות ראייה: הרונת מופיעה בפניו לאחר מותה ומגלה לו (בהלוצינציות מורכבת של ראייה, שמיעה ותחושה) את סוד הקלפים שבו טמון הכסף. הרמן מסיים את חייו בהתאבדות באולם ההימורים לאחר שהוא מפסיד במשחק הקלפים וטוען כלפי הרונת שבאה אליו בהלוצינציות, שהיא רצתה את מותו. ברגעי חייו האחרונים רואה הרמן את אהובתו לזיה, שאותה עזב, מגיעה אליו וסולחת לו. במוזיקה שומעים בשלב זה מוטיב של אהבה.

מזפה, Mazeppa – אופרה על פי פואמה של פושקין בשם פולטבה. באופרה זו יש שילוב של היבטים ליריקו-פסיכולוגיים ברמת הפרט עם פרספקטיבה היסטורית. מריה מתאהבת במזפה ועומדת להינשא לו למרות התנגדות הוריה. לאחר שמזפה מוציא את אביה להורג כבוגד, יוצאת מריה מדעתה. הפסיכזה שלה מתבטאת בהתנהגות בלתי מאורגנת, היא אינה מצליחה לזהות את האנשים ושרה שיר ערש לילד שלא קיים, "תישן תינוקי היפה" (תרגום שלנו). המוזיקה באופרה זו מתאפיינת בלביליות מוזיקלית במקביל ללביליות האפקטיבית-פסיכוטית של מריה.

הבחורה מאורלאנס, Orleans Maid – אופרה הכתובה סביב דמותה של ז'אן דארק על סמך טרגדיה שכתב שילר. ז'אן דארק, דמות היסטורית מוכרת, הפכה למנהיגה לאחר שבאו אצלה לביטוי סימפטומים פסיכטיים ברורים: הלוצינציות שמיעה וראייה של מריה הקדושה. אופרה זו מוכרת באריית הפרידה המפורסמת של ז'אן דארק מהמקומות שבהם גדלה.

צ'ארודייקה, Charodeika – אופרה שהיא דרמה ליריקו-פסיכולוגית. יש בה שימוש רב במלודיות רוסיות לאומניות. באופרה מופיעה דמות של נסיך זקן שדעתו נטרפת עליו על רקע אהבה מחוץ לנישואין. אשתו חושדת שנשטסה, האישה שבה בעלה הנסיך מאוהב, השתמשה בדרכים מאגיות כדי לרכוש את אהבתו. לפיכך, היא משקה אותה משקה תרעלה הגורם למותה. הנסיך אינו מסוגל

לעמוד בזאת, הופך לפסיכטי, מתפרק לחלוטין ורוצח את בנו כיוון שהוא חושד בו כי הסתיר את אהובתו. האופרה מסתיימת בסערה בטבע המומחשת מוזיקלית ומשקפת את סערת הרגשות של הנסיך הפסיכטי, שבמונולוג שלו שואל: "מה עשיתי?". מונולוג זה הולך ומתאחד עם הסערה שבטבע.

כלת הצאר, The Zar's Bride – רימסקי קורסקוב כתב את האופרה על סמך דרמה של Mei. מדובר בדרמה לירית על רקע היסטורי. האופרה מלאה קונטרסטים, קונפליקטים והתנגשויות המשתקפים במוזיקה בשילוב מלודיות מהשירה הרוסית העממית. באופרה זו, מרפה, לאחר שבחורים בה להיות כלת הצאר, מאבדת את אהובה לו רצתה להינשא. מותו של אהובה בהוצאה להורג באמצעות שתיית רסק הארס גורמת לה להיכנס למצב פסיכטי. האופרה מרגישה שילוב של גורמי דחק הפועלים במשותף עם חומר טוקסי בכניסתה של מרפה למצב פסיכטי, שבו היא רואה את אהובה המת, נמצאת מבובלת ומזמינה את המת לצאת איתה. הפסיכזה באה לביטוי בסצינת האופרה האחרונה, באריה הגדולה והמלודית של מרפה, שיש בה יופי שבי, כביכול שקט, שבמהלכו התזמורת מצליחה להעביר לשומעים תחושה של כאב וחרדה.

האגדה על עירית קיטי', The Legend of The Invisible City of Kitezh – אופרה זו מבוססת על אגדה רוסית עממית מהמאה ה-18, תקופת הכיבוש המונגולי. באופרה זו, דמותה של גרישקה קוטרמה (ברומה ליורדיבה בבוריס גודנוב, שעליו ידובר בהמשך) מסמלת אדם בלתי שפוי, בלתי מאורגן בהתנהגותו, חסר גבולות ובלתי מחובר לסיטואציה.

בוריס גודנוב, Boris Godunov – מדובר באופרה על רקע היסטורי המבוססת על כתבי פושקין ונחשבת לדרמה לאומית מוזיקלית. אופרה זו מתאפיינת בסצינות רבות של מקהלה שבהן המלחין רצה לשקף את תפקידו ומשמעותו של העם הרוסי. בוריס גודנוב (הצאר) מאבד את שפיותו על רקע נקיפות מצפון. הוא מואשם ברצח יורש העצר, הבא אליו בהלוצינציות ראייה ושמיעה. בנוסף, באופרה זו קיימת דמות בשם יורדיביי, שמשמעותו "הבלתי שפוי". דמות זו מופיעה מספר פעמים באופרה והילדים צוחקים עליה וגונבים את כספה. יורדיביי מגיב ליחס הילדים אליו בכי. בוריס גודנוב עובר במקום ושואל לסיבת בכיו, מתייחס אליו כאל "קדוש" ואוסר על החיילים לפגוע בו. האופרה ממחישה בדרך זו את היחס המיוחד החיובי, כאל קדושים, שהיה נהוג ברוסיה באותם זמנים לחולי נפש.

רוסלקה, Rusalka – מדובר ב-Grand opera שהיא למעשה דרמה מוזיקלית-פסיכולוגית רוסית. במרכזו, בחורה בשם נטאשה שמתאבדת ומגיעה לרוסלקה בת הים. אביה, שבמקצועו הוא מתחזק

סצינות שיעון מפורסמות באופרות מתקופת הבל-קנטו

שם האופרה	שנות חייו	מלחין
Il Pirata I Puritani	1835-1801	וינסנטו בליני Vincenzo Bellini
Anna Bolena Lucia di Lammermoor	1868-1797	גאטנו דוניצטי Gaetano Donizetti

סצינות שיעון מהדרמות המוזיקליות של ורדי (1801-1813)

שם האופרה	סצנת השיעון
נבוקו	נבוקו מאבד שפיותו לאחר שדורש מכולם להתייחס אליו כאל (מחשבות גדלות)
מקבת	1. מקבת, לאחר מתן הפקודה לרצוח את בנקו, מאבד שפיותו ורואה את הנרצח בזמן נשף מתיישב על כסאו (הלוציניזם) 2. לידי מקבת משתגעת לאחר סדרת רציחות שהיתה מעורבת בהם; השיעון מתבטא בהלוצינציות ראייה וריח (של הדם)
אותלו	סובל מדלזיות קנאה או Over valued ideas המביאות אותו לרצח ולהתאבדות
ז'אן דארק	ז'אן דארק שומעת קולות של מריה הקדושה ויוצאת, בהוראת הקולות האימפרטיביים, לקחת מנהיגות על החיילים

סצינות שיעון מאופרות צרפתיות

שם המלחין	שנות חייו	שם האופרה	סצנת השיעון
Ambroise Thomas	1896-1811	המלט	אופליה מתאבדת לאחר שהיא מאבדת שפיותה
Giacomo Meyerbeer	1864-1791	1. דינורה 2. האפריקנית	דינורה, נטרפת עליה דעתה לאחר שאהובה עוזב אותה ביום החתונה לחפש אוצר גנוז. השיעון מתבטא בריקוד עם הצל סליקה, לאחר שמבינה שלא יכולה להשיג אהבת גבר, מחליטה להתאבד ועושה זאת על ידי הרחת צמחים רעילים הממיתים אותה. מדובר בפסיכוזה טוקסית עם הלוצינציות ראייה
Gounod Charles	1893-1818	כאוסט	מרגריטה, לאחר שכאוסט עוזב אותה ואף הורג את אחיה בדו קרב, ואחיה טרם מותו מקלל אותה, נכנסת לפסיכוזה הגורמת לה להרג את תינוקה

סצינות שיעון באופרות רוסיית

המלחין	שנות חייו	שם האופרה
צ'ייקובסקי	1893-1840	1. דמה פ'ק 2. מזפה 3. הבחורה מאורלאנס 4. צ'ארודייקה
רימסקי קורסקוב	1908-1844	1. כלת הצאר 2. אנדה על עיירת קיטז'
בוריס גודנוב	1881-1839	מוסורגסקי
אלכסנדר דרגומשסקי	1869-1813	רוסלקה
אלכסנדר סרוב	1871-1820	כוח האויב (Vrazhia Sila)
סרגיי פרקופייב*	1953-1891	מלאך האש
איגור סטרווינסקי*	1971-1882	The Rake's Progress

* שייכים לתקופת המודרניזם והפוסט מודרניזם

מאשים את דאשה בכשלונותיו ורוצה להורגה. פיטר מזמין אותה לפגוש אותו ברמייה (אומרים לה שהוא חולה) ותוך ציפייה לפגישה הוא שומע רעשים של רוח, שלג וקולות - הלוצינציות. כשדאשה נכנסת, הוא הורג אותה כשהוא במצב פסיכוטי הלוצינוגני. סצינת השיעון היא באקט האחרון (החמישי) באופרה, כשהפתיחה התזמורתית לפרק זה מרמזת מוזיקלית את הבאות ומשקפת את התמונה העתידית של הפסיכוזה, שהיא המרכזית בפרק זה.

ביטוי פסיכוזה באופרות מודרניות ופוסט מודרניות

ארבע אופרות מודרניות ופוסט מודרניות ממחישות מצבים פסיכיים עם שימוש בצורות מוזיקה חדשניות, לאו דווקא הרמוניות, המבטאות את הפירוק שבפסיכוזה. הדיסוננס או ה-Dodecaphony בא בניגוד למוזיקת הבל-קנטו שבה אוכזן השפיות הוא הרמוני ומלווי מבחינה מוזיקלית, תוך שימוש בקולורטורות וקאליות נעימות אוזן.

אלבן ברג (1885-1935), בשתי האופרות שכתב, "לולו" ו"רוצק", ממשיך דרכו המוזיקלית של שינברג ומשלב את האינטרפרטציות שלו לסולם של 12 טונים. באופרה "רוצק", הגיבור, לאחר שהוא הורג את אשתו כיוון שהיא אינה נאמנה לו לדעתו, משתגע. רוצק הולך לחפש ליד הנהר את הסכין שבה הרג את האישה כשהוא שרוי בחרדה קשה ביותר, רואה את הירח מלא ברם, נכנס לנהר ההולך ומעמיק וטובע. המוזיקה המלווה את סצינת השיעון תואמת את הסיטואציה ומחזקת את תחושת הכאוס הרגשי והחשיבתי של רוצק, ומשאירה את הצופים והשומעים בתחושה כבדה וקשה של התפרקות פסיכיתית.

פרוקופייב (1891-1953) - האופרה "מלאך האש" נכתבה על בסיס רומן מאת בריוסוב. הדמות המרכזית באופרה היא רנטה, שאצלה התפתחה פסיכוזה בגיל 15, כאשר לראשונה פגשה את הדמות של מלאך האש, שהתגלתה לה ונעלמה בהמשך. בפסיכוזה שבה נפתחת האופרה, רנטה סובלת מהלוצינציות ראייה, רואה דמויות מפחדות, שומעת אותן ונוגעת בהן, משוחחת איתן ומבקשת מהן להתרחק. בו זמנית היא מרגישה נרדפת על ידי אותן דמויות ומבחינה אפקטיבית שרויה במצב חרדתי קשה ביותר בדרגת חומרה של פסיכוזה. במהלך כל האופרה היא מחפשת אחרי הדמות של מלאך האש.

בסיום האופרה, פרוקופייב מציג בפנינו תמונה בולטת של פסיכוזה קבוצתית, כאשר הנזירות "נרבקות" ברנטה בפסיכוזה שלה וחוות אותם תכנים. האינקוויזיטור מגיע ואינו מצליח להרגיע את הרוחות. הוא מחזק את הפסיכוזה הקבוצתית הבאה לביטוי בהתנהגות בלתי מאורגנת, בריקוד, בשירה, באורגיה עם תכנים פרנואידיים, תכנים

כוח האויב, Vrazhia Sila - דרמה מוזיקלית לאומית המבוססת על מחזה של אוסטרובסקי. פיטר נישא לדאשה בניגוד לרצון הוריה. לאחר הנישואין, אהבתו לדאשה אוברת והוא מתאהב באחרת ונרדח על ידה. העלילה מסתבכת והוא

תחנות רוח ("מלניק" ברוסית), אינו מסוגל לעמוד במותה ומאבד את שפיותו. השפה המוזיקלית של האופרה מתבססת על מוטיבים לאומיים פולקלוריים ועל ליריקה של רומנסים (שירה רוסית ייחודית) מהמאה ה-19*.

כפסיכוטית ובלתי קוהרנטית. בסיום התזמורתי של האופרה, שטראוס מזכיר לנו את כל האמוציות שליוו את האופרה לאורכה כשהן מעורבות יחד, ובלטים בחלק זה מוטיבים מוזיקליים מהאופרה, של אימה, אהבה ושל נשיקה.



Salome - ריכרד שטראוס (1864-1949)

לסיכום, עבודות על פסיכופתולוגיה קיימות בשטחי אמנות שונים. האופרה מתבססת לא מעט על תכנים פסיכופתולוגיים. היבט זה של האופרה על מסריו ותכניו הוזנח עד כה בספרות פסיכיאטרית, בעוד שהספרות הפסיכיאטרית התמקדה לא מעט בשטחי האמנויות אחרים, כגון ספרות, ציור, קולנוע וביוגרפיות. האופרה נשענת על אלמנטים היסטוריים, תרבותיים ולאומניים אך גם על מוטיבים פסיכופתולוגיים, קונפליקטים אינטרה-פסיכיים, בין-אישיים ובין-קבוצתיים על משמעויותיהם הנגלות והנסתרות. האופרה משקפת את התקופה, החיים, מוטיבים של בריאות וחולי ומאדירה את החלק האפקטיבי-רגשי ועל כן מוטיבים פסיכיאטריים מופיעים בה למכביר.

במאמר זה העלינו את השתקפות הפסיכוזו באופרות שונות בהתאם להתפתחות האופרה בזמנים השונים ועל יסוד תרבותי והרקע ההיסטורי של המלחינים. נעשה ניסיון לראות את האוניברסליות והמאחד במסרים האמנותיים של האופרה, בביטויי הפסיכוזו ובהקבלה לרקע ההיסטורי והלאומני של המלחינים ולהתפתחות המוזיקה.

**ד"ר דניאל רובינץ, פסיכיאטר, מרכז ברה"ן צה"ל
ד"ר רמונה דורסט, מנהלת מחלה סגורה,
בית החולים כפר שאול, ירושלים**

ריכרד שטראוס (1864-1949) באופרה "סלומה", Salome, מעלה דמויות היסטוריות מתקופת הורדוס. האופרה מתבססת על הצגה של אוסקר ויילד. הדמויות המרכזיות באופרה הן: הורדוס, יוחנן המטביל, אשת הורדוס הרודיאס ובתה סלומה. יוחנן המטביל מתח ביקורת על הורדוס על שלקח את אשת אחיו לאישה: "ויתפוס את יוחנן ויאסרוהו בבית הסוהר בגלל הורודיה אשת פילפוס אחיו אשר לקחה לו לאישה, כי יוחנן אמר אל הורדוס: אשת אחיך אינה מותרת לך! ותשטום אותו אורודיה ותבקש להמיתו" (מתוך הבשורה על פי מרקוס, פרק ו'). בת הורודיה, שלומית, המאוהבת ביוחנן ונדהית על ידו, נותנת לאמה הזדמנות נלקום ביוחנן ביום הולדתו של הורדוס: "ויהי... כאשר עשה הורדוס משתה ביום הולדתו אותו לגדוליו ולשרי האלפים ולראשי הגליל, ותבוא בת הורודיה ותרקד ותיטב בעיני הורדוס ובעיני המסובים עימו. ויאמר המלך אל הנערה: שאלי ממני את אשר תחפצי ואתן לך!... ותצא ותאמר לאמה מה אשאל? ותאמר: את ראש יוחנן המטביל! ותמהר מאד לבוא אל המלך ותשאל לאמר: רצוני שתיתן לי עתה בקערה את ראש יוחנן המטביל... ומיד שלח המלך אחד הטבחים ויצוהו להביא את ראשו. וילך ויכרת את ראשו בבית הסוהר ויביאהו בקערה וייתנהו לנערה, והנערה נתנה אל אמה" (מתוך הבשורה על פי מרקוס, שם).

סצינת המוות הקשה הפכה לאחד האירועים המסופרים ביותר בתרבות הנוצרית וזכתה לביטוי בספרות ובאמנות. אוסקר ויילד כתב את המחזה "שלומית", ששימש בסיס לליברית של האופרה מאת ריכרד שטראוס באותו השם. ריקוד "שבעת הצעפים", שבו שלומית רוקדת ותוך ריקוד מאבדת את שפיותה, נחשב לאחד הקטעים הארוטיים הידועים ביותר במוזיקה הקלאסית - ריקוד מזרחי שבבסיסו קצב הואלס. הסצינה המרכזית באופרה היא זו שבה שלומית חוזרת על בקשתה שוב וחוזר בצורה פרסברטיבית, וכן המונולוג האחרון של סלומה כשהיא עומדת בפני הצלחת שבה מונח ראשו של יוחנן, המהווה שיא אמוציונלי של כל האופרה. בסוף האופרה גם שלומית מוצאת להורג.

באותה אופרה, הקצין הסורי נרודוט, המאוהב בסלומה, מתאבד בצורה אימפולסיבית ופסיכוטית כתגובה לביטויי אהבתה ליוחנן, התאבדות הנתפשת

מיניים ותוקפנות. רק כוח צבאי מצליח לעצור את הידרדרות הפסיכוזו. האופרה מסיימת בכך שהגרנד-אניקוויזטור נתן פקודה לשרוף את רנטה כמכשפה, כשם שטופלו חולי נפש בתקופת ימי הביניים, התקופה שעליה נכתבה אופרה זו באמצעים מודרניים.

איגור סטרווינסקי (1882-1971) - באופרה The Rake's Progress מחיה סטרווינסקי את הסגנון הקלאסי באופרה. הוא משתמש בצורות מסורתיות של המאה ה-17 וה-18, כמו רצ'יטיב בליווי מוזיקלי של קלידים (צ'מבלו). סטרווינסקי מאחד גרוטסק בלידיקה ודינמיקה של אקט אופראי עם שינוי קונטרסטי של אפיוזות בזו אחרי זו. כך סטרווינסקי מגלה יכולת שימוש וירטואוזי בסגנונות מוזיקליים שונים. הדמות הנוגעת לעניין הפסיכוזו נקראת טום רייקיל. עלילת האופרה סובכה וקשורה בהסכם של פאוסט עם השטן. גיבור האופרה, טום, מוכר נשמתו לשטן לאחר עלילה שהולכת ומסתבכת (Progress) ובשיאה הוא נכנס למצב פסיכטי לאחר מאבק על נשמתו במשחק קלפים עם השטן. הפסיכוזו מתבטאת בכך שהוא מאמין שהוא "אדונים" ובסופו של עניין נכנס לבית חולים לחולי נפש "בית לחם", שם הוא קורא לכולם להתכונן למפגש עם אהובתו וטום. בזו העת מופיעה הבחורה לה עמד להינשא בתחילת האופרה וטום אינו מכיר אותה ודורש ממנה לקרוא לו בשם אדונים. במצב פסיכטי זה טום מסיים את חייו כשהבחורה שרה לו שיר ערש.

אופרה זו נכתבה בהשפעת סדרת ציורים של הצייר האנגלי מהמאה ה-18, Steve Hogarth, שאחת מהן נקראת בשם "אורגיה" ומובאת כאן להמחשה.



"אורגיה" מאת הוגרס

.....(רשימת מקורות).....

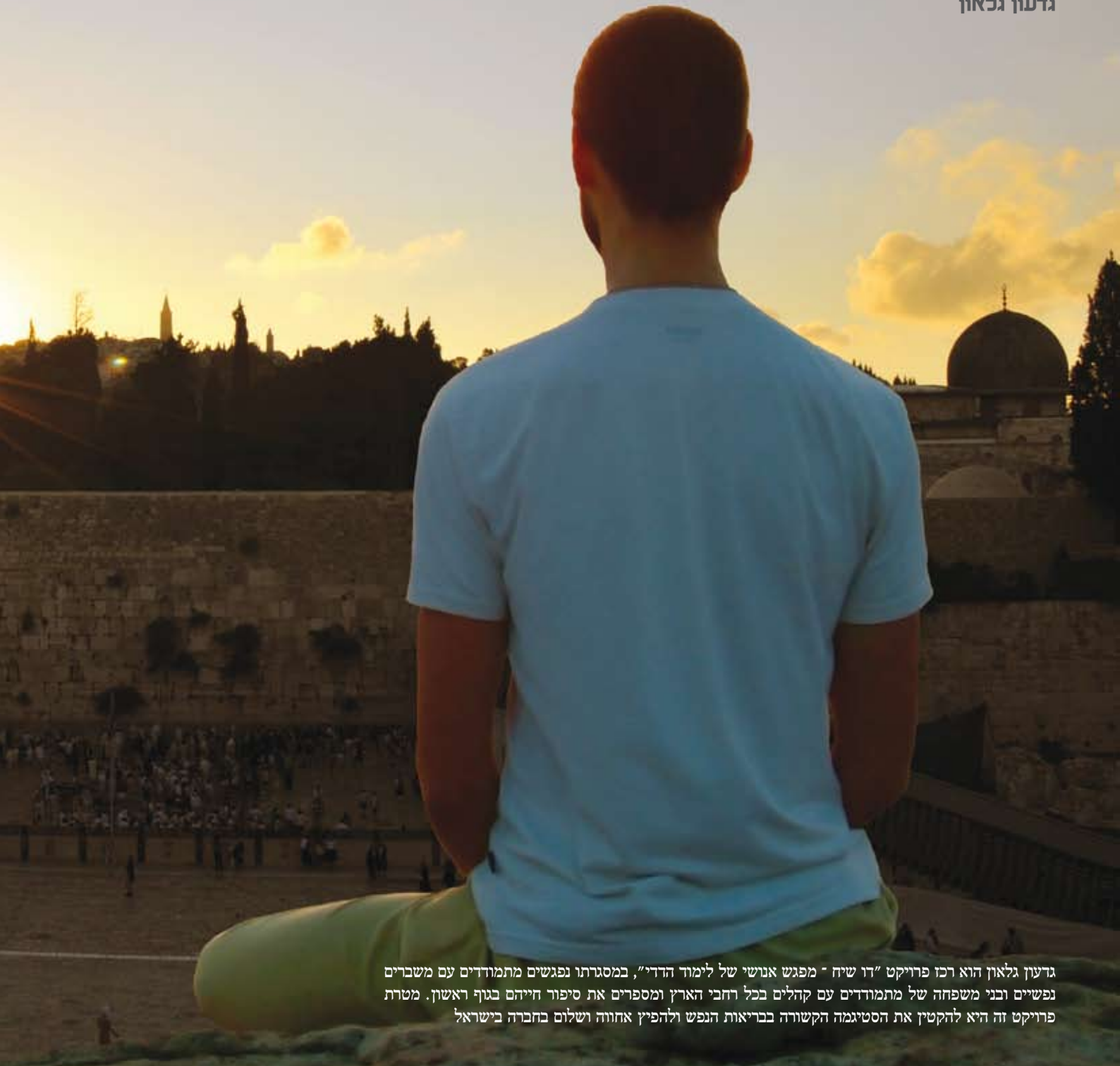
- Bergstein M: Verdi's Rigoletto: the dialectic interplay of the psychic positions in seemingly 'mindless' violence. International Journal of Psychoanalysis: 85:199-200, 2003.
- Fustinoni JC, Pergola F: The manic-depressive psychosis in the Opera. Rev Museo Fac B Aires, 11:32-37, 1996 (Article in Spanish).
- Janka Z: Artistic creativity and bipolar mood disorder. Orv Hetil, 145:1709-1718, 2004 (Article in Hungarian).
- Erfurth A, Hoff P: Mad scenes in early 19th - century opera. Acta Psychiatr Scand, 102:310-303, 2000.
- Simone H: The Great 100 operas and their contents. Moscow, Kron Press, 1998 (In Russian).
- Hed S: The story of 120 great operas, Tel-Aviv, 1991 (In Hebrew).
- Galway's J: Music in Time. Tel-Aviv, 1985 (In Hebrew).
- Abramovsky G, Danko I, Katonova S et al: 111 operas. Saint Petersburg, 1998.

« האדם שמאחורי המחלה - עדות של מומחה

חולה נפש - האומנם?

גדעון גלאון מתאר את תפישתו לגבי נושא בריאות הנפש, לאחר מסע ארוך של התפתחות עצמית, רוי משברים וכאב. אפשר לראות את האור בקצה המנהרה

גדעון גלאון



גדעון גלאון הוא רכז פרויקט "דו שיח" - מפגש אנושי של לימוד הדדי, במסגרתו נפגשים מתמודדים עם משברים נפשיים ובני משפחה של מתמודדים עם קהלים בכל רחבי הארץ ומספרים את סיפור חייהם בגוף ראשון. מטרת פרויקט זה היא להקטין את הסטיגמה הקשורה בבריאות הנפש ולהפיץ אחווה ושלוש בחברה בישראל

נולדתי ב-1975 בירושלים ומההתחלה ראיתי שזה לא הולך להיות קל. הייתי ילד רגיש מאוד וכבר בגיל שנה, כאשר אמי העבירה אותי לטיפול של מטפלת, נכסתי לדיכאון והפסקתי לאכול. הבית שבו גדלתי היה בית מסורתי ומגיל צעיר מאוד נחשפתי לסיפורי התנ"ך אשר ריתקו אותי עד מאוד. לא ידעתי אז כי יותר מאוחר, בגיל 24, סיפורים אלה יעלו ויהיו דומיננטיים ביותר במהלך המשבר הנפשי.

ב-9 ביוני 1999 אושפזתי במחלקה הסגורה בבית החולים הפסיכיאטרי טלביה בירושלים. שהייתי שם שלושה שבועות ואחר כך עברתי לאשפוז יום בבית החולים למשך כעשרה חודשים. במהלך המשבר הייתי שבר כלי. האישיות שלי התנפצה לרסיסים. במקרה שלי, אי אפשר לדבר על שיקום אלא על בניה מחדש. במהלך האשפוז התחלתי לבנות מחדש, לאט לאט, אישיות חדשה, אישיות שאיתה אני מסתובב בעולם עד היום. שלוה יותר, חזקה יותר, יציבה יותר.

בסיום האשפוז החלטתי כמה החלטות שהתגלו כגורליות ביותר במהלך חיי מאז ועד היום. הרבה מאוד מתמודדים שעוברים משבר נפשי מנסים "לחזור לעצמם". אני הבנתי שלחזור לעצמי פירושו לחזור להיות אדם בהירדרדות לקראת משבר. לא רציתי בכך ולכן התחלתי לחפש יסודות חדשים לבנות עליהם את בית אישיותי. החלטתי שנייה שעשיתי היא לא להתבייש במה שעברתי, לא להסתיר, לא לשקר אלא דווקא לשתף ולחשוף את מה שעברתי.

החלטתי שלישיית, ואולי החשובה ביותר, היתה לא לנתק את הקשר עם עולמי הפנימי ומה שעולה מתוכו. יש מתמודדים רבים שמקבלים את דין החברה ומבינים את מה שעברו דרך עיני החברה ואנשי המקצוע. המתמודד נפגש עם מטפלים רבים מיד עם פרוץ המשבר והאשפוז הראשון ולאורך שנים רבות אחר כך. המטפלים מסבירים למתמודד שהוא חולה, שיש לו אבחנה כזאת או אחרת, שמחלתו נובעת משילוב של גנטיקה וסביבה ושהדרך לטפל בה היא באמצעות כדורים או זריקות של חומרים כימיים אשר יאזנו את חוסר האיזון שנוצר במוחו בשל המחלה.

הסבר זה, שאותו מאמצים רבים מהמתמודדים ודרכו הם תופשים את עצמם ואת שעברו, תורם להנצחת חוסר האיזון ובשל כך הוא נותן מעט מאוד תקווה, אם בכלל. ללא התקווה, אין אפשרות להחלים. התקווה והידיעה שיש אור בקצה המנהרה הן סם החיים עבור המתמודד, וההבנה של הנושא דרך העיניים הרפואיות מדעיות פשוט אינה מספיקה. רוב המתמודדים מקבלים עליהם את ההסבר המדעי הצופה להם טיפול בכדורים או בזריקות, עם תופעות הלוואי הנלוות, עד סוף חייהם, אך משהו בפנים, עמוק בלב פנימה, מסרב להשלים עם הגורל הזה וכתוצאה מכך רוב המתמודדים עוברים עוד משבר ועוד משבר, שמוכיר להם פעם אחרי פעם: "דרככם אינה נכונה, עליכם לשנות משהו".

מעולם לא קיבלתי הסבר זה, מעולם לא שאלתי את

הרופא המטפל מהי האבחנה שלי וכבר בתחילת דרכי כמתמודד עם משבר נפשי הרגשתי בעמקי נפשי שאיני חולה ושנפשי אינה חולה. מאז פרוץ המשבר הראשון, לפני כמעט עשר שנים, אני נוטל כדורים מפני שאני זקוק לתמיכתם של המטפלים שלי, של הורי, של אחתי, אך עם זאת אני מחפש ללא הפסקה הסבר אחר למשברים שעברתי, הסבר שיש בו תקווה, שבא מתוך ראייה רחבה יותר.

בשנת 2003 עברתי את המשבר השני. הייתי אז מטפל, הידרותרפיסט, בבית החולים אלין בירושלים. טיפלתי בילדים עם נכויות בתוך בריכה מחוממת בבית החולים. בתחילת עבודתי שם עברתי בשיטות המקובלות, שאותן למדתי במכון וינגייט, אך עם פרוץ המשבר נטשתי את שיטות העבודה הללו. הפסקתי להשתמש ברצף התרגילים שלמדתי בווינגייט ולנסות להתאים את המטפולים לתבניות הללו. במקום זאת, ניגשתי אל הילד שאיתו עברתי ואמרתי לו: "היום אתה מוביל את הטיפול, מה תרצה לעשות?". בכך כאילו אמרתי לילד, אני סומך עליך, על היצירתיות שלך, על עולמך הפנימי העשיר, שבתוכו נוכל למצוא יחד את התשובות לשאלה כיצד לעזור לך. הילדים לא ידעו את נפשם מרוב אושר. הם המציאו משחקים, תחרויות והובילו את הטיפול למקומות שאני למדתי הייתי בוגר וינגייט, לא הייתי מומין שנוכל להגיע אליהם. האוטופיה בבריכה לא נמשכה זמן רב. הילדים אמנם שיתפו פעולה בהתלהבות אך כמה מההורים שהביאו את ילדיהם לטיפול הידרותרפיה רציני ובמקום זאת ראו אותם "רק" משחקים ונהנים, התחילו לעקם גבה, והרבר הוביל לפיטוריי. עזבתי את הבריכה בבית החולים אלין, אך לא חיפשתי לי מקום אחר לעבוד בו כהידרותרפיסט. ידעתי שבשיטות ה"חדשות" שלי לא אוכל לעבוד ולא רציתי לעבוד בשום שיטה אחרת. ומזה בעצם אותה שיטה חדשה? מוכן שאין זו השיטה שלי, לא המצאתי אותה ואין לי שום בעלות עליה. להפך, אשמח מאוד אם יותר ויותר מטפלים יאמצו אותה כשיטת העבודה שלהם.

יש שיר ששמו "שירת העשבים" הנפתח במילים "דע לך שלכל עשב ועשב יש מגנינה מיוחדת משלו". ואם לכל עשב ועשב, קל וחומר לכל אדם ואדם יש מגנינה מיוחדת משלו. האדם הוא חלק מן הטבע, חלק מן היקום. היקום כולו הוא מהות חיה הנמצאת בהתפתחות, ללא הפסקה ובאותו כיוון כל הזמן. כיוון זה אינו נהיר לנו. איני יודע אם יש אדם בעולמנו כיום שמבין ויודע בדיוק לאן כל זה הולך. האדם, כל אדם, עם אותה מגנינה מיוחדת משלו, מגנינה ייחודית לו שרק הוא יכול לנגן, הוא חלק מסימפוניה ענקית המתנגנת לה ללא הפסקה.

כאשר אדם רוצה לעזור לחברו, עליו לעזור לו להכיר את הכלי שעליו הוא מגן, כלומר את האישיות שלו, אך חשוב מכך, עליו לעזור לו לשמוע את כל חבריו לתזמורת על מנת שהגנינה שלו תיצור הרמוניה עם כל שאר הכלים. הנס הגדול הוא שאותה מגנינה ייחודית מ"שירת העשבים" היא אכן זו שנמצאת בהרמוניה עם כל

שאר הנגנים והמנגינות.

אדם שהגיע למשבר נפשי משול לאותו נגן בתזמורת אשר לאורך תקופה ארוכה ניגן מנגינה שאינה בהרמוניה עם התזמורת. יכול להיות שניסה לנגן את המנגינה של כלי אחר, כמו במקרה שלי, או שפשוט לא הצליח לשמוע את המנגינה של שאר הכלים בזמן שניגן. הנגינה הבלתי הרמונית שלו הגיעה לאוזניו של המנצח, והאחרון, מתוך חמלה ואהבה, גרם לכך שהכלי הספציפי יישבר.

האדם אינו רק הכלי שלו, הוא בעת ובעונה אחת גם הנגן. כאשר הכלי שלו נשבר, הנגן נותר זמן מה ללא כלי, ואז, כל שנותר לו הוא לשבת על כסאו ולהקשיב לקולה של התזמורת. הוי, איזו חוויה מרוממת ומעצימה היא ההאזנה למנגינתה של התזמורת. בזמן זה, כאשר המתמודד כמעט אינו יכול לבטא עצמו בעולם, הוא חווה עולמות של מעלה, הוא מקשיב לבריאה כולה, לסימפונייה של החיים. אילו רק ידע לנצל זמן זה כדי להקשיב טוב ליצירה המתנגנת, היה יכול בבוא הזמן לבחור איזה כלי חדש יבנה ולדעת כיצד לבנות אותו בצורה שתבטא הרמוניה עם שאר הכלים ועם היצירה.

אילו רק ניצל זמן זה כראוי היה יכול לבנות לו תיקון מושלם בעולם, זוהי הזדמנות שאין רבות כמותה, אך לרוע המזל רוב רובם של המתמודדים כלל אינם יודעים שהם גם הנגן. הם מזדהים לחלוטין עם הכלי, חושבים שהם אלה ששבורים ומרוסקים, וכאשר הם מספרים למטפלים ולחברה על היצירה הנהדרת שהם שומעים, אומרים להם שהמנגינה הנפלאה הזו היא הזיה וחולי.

במקום לומר למתמודד שהוא חולה, עלינו להרגיע אותו, לומר לו שמה שהוא עובר הוא תהליך טבעי ונכון, מלא חמלה, של החיים. עלינו לעודד אותו להקשיב למוזיקה הנפלאה, כדי שידע כיצד לבנות את הכלי שלו מחדש בצורה נכונה והרמונית יותר. משבר נפשי הוא צומת בחיים שבו, אם לא לוקחים את הזמן הנחוץ כדי לעשות את ההחלטות הנכונות וללוות את התהליך הטבעי, אפשר בקלות לפספס את ההזדמנות ולשקוע במרה שחורה, בהרגשה של כישלון ובבנייה של כלי שנגינתו אינה מחדשת דבר וסופו להישבר עוד פעם.

בחברה שלנו מצפים לתוצאות מהירות ולפתרונות מהירים. אם יש כאב, מנסים להעלים אותו עם כדור בשיטת ה"זבנן וגמרנו". זהו טיפול שטחי, המטפל רק בחיצוני ואינו מעמיק אל הפנימי, אל שורש הבעיה. נטילת כדורים אינה יכולה להיות פתרון מוצלח אם לא מתבצע תהליך ממושך של התבוננות פנימית ובנייה איטית ויציבה של אישיות חדשה. היציאה ממשבר נפשי בצורה נכונה, שתוציא את המתוק מהעז, היא הזדמנות נהדרת להתפתחות, שאם היא מפוספסת, היא מביאה איתה רק עוד ועוד סבל לחינם. משבר נפשי הוא תהליך כואב אך עם ראייה נכונה של הדברים והבנה שלהם, הרי הכאב הזה יכול להסתיים בשמחה גדולה.

אני רוצה לשתף אתכם בחלום שחלמתי. בחלומי

אני רואה מכר שלי שמתפרע ומתנהג בצורה קיצונית. התנהגותו מפחידה אותי ומאיימת עלי ואני מגיב בכך שאני חובק אותו חזק בשתי ידי ומנסה להשתלט עליו בכוח. התנהגותי רק גורמת לו להתנגד עוד יותר ולהתפרע בצורה קיצונית יותר, וכך הסיטואציה הופכת להיות יותר ויותר קשה. בשלב מסוים הוא מצליח להשתחרר ממני ואז הוא לוקח עט חלול ומתחיל לירות עלי כדורים קטנים של נייר לעוס, כדורים אשר חודרים לי לפה. אני על סף הרמת ידיים, אך הנה אני רואה שני מכרים נוספים שלי שמבחינים בהתפרעותו של המכר הראשון, אך התנהגותם שונה לגמרי. הם לא מרגישים מאוימים כלל על ידי התנהגותו והם ממשיכים לחייך, לעסוק בענייניהם, ואני מפתע לגמרי מהתנהגותם. בסופו של החלום אני רואה את המכר הראשון לוקח כמות עצומה של כדורי נייר לעוסים ומתכוון לירות עליהם, אך הם לא מאבדים ולו במעט את שלוותם, ואז קורה הבלתי יאמן: המכר זורק עליהם את הכדורים אך אף כדור אינו מגיע ונוגע בהם, ותוך כדי זריקת הכדורים פניו של המכר הראשון מתרככים, הוא מתחיל לחייך גם כן, והנה הלכה חלפה לה הסערה והוא מתנהג אליהם ברוך, צוחק ומחייך.

במשך שנים ארוכות פחדתי מאותו חלק בתוכי שמתחיל ומתפרע ללא שליטה. ניסיתי לרסן אותו, לעתים הצלחתי להשתלט עליו, לעתים לא, אך תמיד פחדתי שיופיע שוב ואז אמצא את עצמי במחלקה הסגורה. אך בעקבות החלום התוודעתי אל חלק אחר בתוכי, חלק שאינו מאיים, שמרגיש תמיד שלי. חלק זה הוא כלל לא חלק, הוא שלם, הוא נצחי, הוא טהור ולכן וקדוש, הוא רך ואוהב והוא תמיד מחייך, ביהדות מכנים אותו הנשמה.

פתרון אמיתי ובר קיימא למשברים הנפשיים יוכל לבוא רק אם המתמודד יעבור תהליך של התפתחות רוחנית, תהליך של מוות ולידה מחדש. מוות להזדהות עם האישיות, עם הכלי שנשבר, ולידה להזדהות עם הנשמה, עם הנגן. לתהליך זה דרוש לכל מתמודד ומתמודד מורה, אדם שנמצא מעט קדימה בתהליך שלו ושיכול להדריך, להנחות וללוות את המתמודד בתהליך שהוא עושה לכיבוש עצמו. אני מצאתי לי מורה בבית הספר לפילוסופיה כדרך חיים בשם "אקרופוליס החדשה". לאחר שהמראתי לשחקים והתנפצתי לרסיסים, חיפשתי לי מקום שבו אוכל להגיע אל אותם מקומות שחוויתי במשבר, אל אותם מחזות שבהם נשמעת המוזיקה הנפלאה של הבריאה, אך הפעם ללא קפיצות בלתי נשלטות והתרסקויות, אלא על ידי טיפוס איטי ועקבי במעלה סולם ההתפתחות הרוחנית.

המשבר הנפשי הוא מצב של יציאה מאיזון וחזרה אליו. המפתח לשמירה על איזון נפשי ופיזי טמון בהזדהות עם הנשמה ולא עם הכלי. הכלי שלנו שייך לעולם המבוטא וככזה הוא נתון לשינוי בלתי פוסק. כל ניסיון למצוא יציבות של חוסר תנועה בעולם המבוטא גורר איתו מיד חוויה של

סבל כי האמת היא שבעולם של החומר, הדבר היציב ביותר הוא התנועה, חוסר היציבות והשינוי. בתהליך ההתפתחות הרוחני האדם לומד לחפש את היציבות בעולם של הרוח, בנשמתו הנצחית.

כדי שאדם יכיר את נשמתו, את האני שלא נולד ולא מת אלא מאיר תמיד באור יקרות, עליו להכיר את עולמו הפנימי, מקום מושבה של נשמתו. כדי לעשות זאת, האדם צריך למצוא "עתים לתורה". כלומר, הפסקות במרוץ הפרנסה, הכבוד והשרה, לטובת התייחדות עם עצמו ועם האל הדומם שבפנים. מתוך התייחדות זו אדם לומד על עצמו, לומד כיצד לבנות את אישיותו וכיצד לנווט את דרכו בעולם. רק כאשר אדם לומד לעשות זאת הוא מתחיל לשמוע ולהשמיע לאט לאט את המנגינה הייחודית רק לו. רק כך אדם לומד מהי התרומה הייחודית לעולם שרק הוא יכול לתת, ומכאן הוא יכול להתחיל בחיפוש אחרי דרכים להגשים את הפוטנציאל שלו בעולם.

כאשר אנו אומרים למתמודד שנפשו חולה, אנו מונעים ממנו להתחיל ולעשות זאת. ללא האפשרות לעשות זאת, המתמודד מוותר על ההרפתקה הנהדרת הזו ששמה חיים, עוד לפני שטעם ממנה ולו במעט. הדרך היחידה של מתמודד לחזור לאיזון ולהגיע לחיים של שלווה ושמחה ונתינה לעולם עוברת דרך האנשים המקיפים אותו אשר יעודדו אותו לא לוותר על עולמו הפנימי ולחפש בפנים את התשובות לשאלות המטרידות אותו.

התפקיד של המטפל הוא רק ללוות את המתמודד ולומר לו פעם אחרי פעם שהוא סומך עליו שימצא את התשובות בתוכו. אל לו למטפל לחשוב שמפני שלמד עשר שנים פסיכיאטריה, פסיכולוגיה או עבודה סוציאלית הוא יודע עתה כיצד אותו מתמודד אמור לבנות את הכלי שלו ואיזו מנגינה הוא אמור לנגן. זה פשוט לא עובד כך. אותו ניגון, אותה מנגינה ייחודית, אותה תרומה מיוחדת לעולם שיש לכל אדם לתת, יכולים להימצא רק בתוכי האדם פנימה ולא בתבניות ובתיאוריות של הוגים ואנשי רוח.

כאשר נולד בני הבכור לפני כמעט שנתיים, קראנו לו סתיו. תחילת הסתיו היא נקודת ציון שבה האנרגיה בטבע משנה כיוון. מכיוון של התרחבות, התפשטות החוצה, אל התכנסות פנימה. העצים משירים את עליהם וזירת ההתרחשות עוברת להיות מתחת לפני השטח בעומקי האדמה. גם אנו, בני האדם, הננו חלק מהטבע וכדי להיות בהרמוניה איתו ועם חוקיו עלינו לשנות מגמה ולהתחיל להביט פנימה. אני מאחל לכולנו שנעשה בסתיו ובחורף את העבודה הפנימית הנכונה שתוביל אותנו לפריחה והגשמה יפהפיות באביב. אני מאחל למתמודדים עם משברים נפשיים שידעו למצוא את השלווה בתוך עולמם הפנימי, בהתוודעות אל נשמתם ובביסוס חיים בעולם המבוטא על אותה מנגינה מיוחדת של נשמתם. החיים הם מלאי אהבה וחמלה ולעולם לא מאוחר מדי. חזקו ואימצו.



השיקום התעסוקתי בישראל 2008

המפתח להגדרה חדשה של האדם
עם המגבלה הנפשית בקהילה

רונית דודאי, ד"ר נעמי הדס לידור

השיקום התעסוקתי לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלויות נפשיות בשיקום בקהילה נותן היום שירות לכ-8,000 איש, בכ-100 יחידות שיקום הפתוחות בכל הארץ. היחידות מחולקות ליחידות מוגנות וליחידות המשלבות תעסוקה בקהילה, תעסוקה נתמכת ומיזמים עסקיים.

העיסוק בשיקום התעסוקתי יוצא מתוך אמונה וידיעה שהעבודה היא חלק מרכזי בהגדרת האדם הבוגר את עצמו בחברה: אדם עובד הוא אדם שייך, בעל ערך, בעל תפקיד מפרנס. אדם שאינו עובד עלול להרגיש שאין לו בשביל מה לקום בבוקר, שאינו יכול להועיל לעצמו ולמשפחתו ושאינן משמעות בחייו. אבטלה וחוסר יציבות בעבודה אופייניים מאוד לאוכלוסיית האנשים הסובלים ממגבלה נפשית. מחקרים מראים שאחת המטרות המרכזיות של צרכנים בהקשר לשיקומם הוא שילוב תעסוקתי. נמצא שאדם עובד סובל פחות מבעיית הסטיגמה. כמו כן, נמצאו יתרונות קליניים בשיפור הסימפטומים של המחלה אצל אנשים עובדים.

מספר עקרונות מלווים אותנו היום בעבודה השיקומית-תעסוקתית:

1. מעבר מיחידות שיקום תעסוקתיות מוגנות לשילוב בעבודות נורמטיביות בקהילה - בדרך אל ההחלמה.
 2. תעסוקה מתגמלת ושאיפה לשכר גבוה כחלק משמעותי בהקניית חיי כבוד וביטחון חברתי-כלכלי.
 3. השכלה ורכישת מקצוע ככלי בסיסי להשגת המטרות השיקומיות-תעסוקתיות - בדרך אל ההחלמה.
 4. פיתוח מגוון תעסוקות כדי להרחיב את אפשרויות הבחירה של האדם ולא שמירה על רצף.
 5. שילוב בתעסוקה דרך ההתייחסות לכל המעגלים הרלוונטיים: חברה, משפחה, צרכנים, מעסיקים, משקמים ומטפלים, וזאת תוך התייחסות למחסומי הסטיגמה ומחסומי הידע.
- מאמר זה יתאר את העשייה הרבה שנעשת בשנים האחרונות, מאז חקיקת חוק שיקום נכה הנפש בקהילה 2000 בתחום זה, עשייה שמוביל משרד הבריאות ושותפים לה גורמים רבים בקהילה והיא משנה מהותית את מצבו, מעמדו ואיכות חייו של האדם עם המגבלה הנפשית.
- בעבודה השיקומית-תעסוקתית בבריאות הנפש שני מסלולים, האחד הוא פיתוח ושדרוג היחידות הקיימות והשני הוא הקמת פרויקטים ייחודיים ומודלים שיקומיים חדשניים.
- חשוב לציין שפרט לחוק השיקום 2000, מספר חוקים חדשים מלווים עשייה ופיתוח של תהליכים אלה:
1. חוק שכר מינימום מותאם, שמאפשר העסקת אנשים בעלי מוגבלויות ביחסי עובד-מעביד בשכר נמוך משכר המינימום.



2. פרק הנגישות בחוק השוויון מאפשר הנגשת מקומות עבודה בסיוע המדינה לאנשים עם מוגבלויות.

3. חוק ועדת לרון שמאפשר גם לאנשים שמקבלים קיצבה של הביטוח הלאומי לעבוד ולהרוויח מעבר לגובה קיצבתם מבלי שייפגעו זכויותיהם כאנשים עם מוגבלויות. החוק ייכנס לתוקפו באוגוסט 2009.

מודלים שיקומיים - מיטן לחדש

מועדונים תעסוקתיים - בעבר, המועדונים התעסוקתיים התאפיינו בעבודות פשוטות מאוד, סטריאוטיפיות ולא משתנות. מטרתם העיקרית היתה שמירה על הקיים אצל המשתתפים והם היו מערכת של תמיכה, כאשר בדרך כלל הם התקיימו במבנים שניתנו על ידי המועצות המקומיות והעיריות (במקלטים) מתחת לאדמה וכדומה). בשנים האחרונות, הדגש בשירות זה מושם על שיוני התפישת והתוכן מעבודות סטריאוטיפיות פשוטות ביחידות אלו, לייחודת שייחודן בהתנסויות מגוונות, מעשירות ומלמדות, כולל הכנסת טכניקות למידה קוגניטיביות ובניית מיזמים עסקיים המאפשרים אתגר ועניין. השיוני נעשה תוך שיתוף מלא של החברים ביחידות (הצרכנים) בקבלת ההחלטות ובביצוען. המסגרות עברו תהליך מואץ של שיוני תנאי הסביבה, תוך דגש על אסתטיקה ואיכות חיים ובמטרה שיהיו יחידות מעבר לתעסוקה משלבת יותר. כמו כן, פותחו מסגרות מועדוניות מודרניות, כגון "קלאב האוס" נצרת וחדרה (על פי המודל האמריקאי של ה-Club), מועדוני "כישורי חיים" במקומות שונים בארץ ומקומות עם גוון לימודי/תעסוקתי ייחודי, כגון בית המדרש בירושלים, גלריות לאמנות כבית היוצר ברעננה, ברעננה ובגדרה, תיאטראות שונים כגון "כנפיים" בתל אביב, אנוש עפולה ומעדרן צעירים ברחובות.

מפעלים מוגנים - בעבר, העובדים במפעלים אלה עבדו בשכר נמוך מאוד, בעבודות פשוטות וברמת טכנולוגיה נמוכה. הדגש בשנים האחרונות בקבוצה זו של מפעלים הוא על העלאת רמת השכר, תוך שיוני התפישת מעבודה בקבלניות משנה לקווי ייצור עצמאיים שיאפשרו שכר גבוה יותר, וזאת תוך הכנסת תקן איכות לכל המפעלים המוגנים והכשרתם לעמידה במכרזים פומביים. רוב המפעלים עברו שינויים פיזיים והתאמה לקווי ייצור עתידיים. תהליך זה נמשך ותוצאותיו הצפויות יגיעו לשיאן בתהליך של כחמש עד עשר שנים. התוצאה המקווה מתהליכים אלה היא העלאת שכר משמעותית (יש כיום מפעלים רבים שאחוז גבוה מהמשתתפים בהם הגיעו לשכר בגובה תקרת הקיצבה שלהם). שינויים אלה מצמצמים את הפער בין התעסוקה המוגנת לבין התעסוקה בשוק הפתוח ובכך מקלים על המעבר לתעסוקה

נתמכת. תחת שירות זה פותחו מודלים חדשים משולבים בקהילה כגון בתי קפה (קפה בעלמא פתח תקוה, עגלות קפה בירושלים, קייטרינג ניוח קפה ברעננה), כ-70 דוכני מכירה בגניונים בכל רחבי הארץ, דוכני מיץ ד"ר פרי חנויות ועוד.

תעסוקה נתמכת - כיום, 2,000 איש נהנים משירות התעסוקה הנתמכת, ביניהם כ-1,800 מועסקים בשוק הפתוח בתחום זה, והמגמה היא להגדיל את המספר באופן ניכר. בשל הקשיים הרבים בתחום ההשמה והעדר מדיניות ממשלתית כללית, אנו מנסים להרחיב שירות זה על ידי בניית עסקים עצמאיים קטנים, יזמויות עסקיות וקואופרטיבים, עיסוק מתמיד בפעילות לחקיקת חוקים כגון תמריצים למעסיקים, פעילות באגד התעשיינים, הרשות לעסקים קטנים ועוד. כמו כן, מושם דגש רב על נושא הכשרות מקצועיות והשכלה. אוכלוסיית האנשים עם המוגבלויות הפסיכיאטריות לא נהנתה בעבר מהפניה ללימודים כחלק מההכשרות המקצועיות לעומת נביות אחרות. נדרשה בתחום זה התערבות מיוחדת, בניית מודלים ייחודיים ושיוני מדיניות ותפישת כלפי האוכלוסייה ביחס ליכולתה להשתלב בלימודים המקצועיים והאקדמיים. בכל העולם ידוע שהכשרות מקצועיות מעלות הן את רמת ההשתכרות והן את סיכויי ההשמה בשוק הפתוח.

לשם ביצוע מדיניות זו היה צורך בשותפים רבים ובשיוני רפואי התנהלות כלפי אוכלוסיית האנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. השותפים למלאכה: ביטוח לאומי - אגף השיקום ואגף הקרנות, מיזם תב"ת בג'ניט, אגף להכשרה מקצועית והאגף לפיתוח מודלים ומחקר אגף התמ"ת, מטה מאבק הנכים, האקדמיה, רשויות עירוניות, נציבות השוויון, הכנסת והמועצה הארצית לשיקום נכה הנפש בקהילה.

פעילות הגופים השונים

ביטוח לאומי, אגף השיקום - במשך שנים רבות נקט האגף מדיניות סטיגמטית ומפלה כלפי אוכלוסיית נפגעי הנפש ולכן מעטים מהם הצליחו לקבל הכשרות מקצועיות ובודדים עוד יותר השכלה גבוהה. בשנים האחרונות, בשיתוף של אגף השיקום בביטוח הלאומי ומטה השיקום בבריאות הנפש במשרד הבריאות ובית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה, נוצרו פעילויות חינוכיות אינטנסיביות, הן ברמת מטה והן ברמת השטח, שהתייחסו לפוטנציאל הגבוה של אוכלוסייה זו. יצרנו מודלים שהוכיחו את יכולתם בשוק העבודה (בתעסוקה נתמכת), בלימודים ובהכשרות מקצועיות (בעזרת הג'ניט והקרן למפעלים מיוחדים), וללא ספק אנו עדים כעת לתוצאות הברורות של עבודה זו הן ברמת הפרט במחלקות השיקום והן בפרויקטים משותפים.

בפעילות שוטפת מתקיימים קורסים ייחודיים, המכוונים לעבודה ומותאמים לאוכלוסייה: טיפול

בבעלי חיים במקומות שונים; קוסמטיקה וספרות באזור חיפה (בשיתוף עם קרן מפעלי השיקום ומרכז שיקום הרצליה); פרויקט משותף במרכז להכשרה מקצועית בבית לוינשטיין בשם "מעבריים", שממנו נהנו עד כה כ-200 מתמודדים; קורס "סוקרי איכות" של צרכנים שנערך בבית לוינשטיין במימון הביטוח הלאומי, ביזמת המועצה, לשם ביצוע סקרי שביעות רצון בכל יחידות השיקום וקורס מ"צרכנים לנחני שירות" שמתקיים בבית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה, שבסופו יסללים הצרכנים לעבוד בתפקידים שונים בשיקום, בהדרכה, בחונכות ועוד; קורס הכנה ללימודים גבוהים במכללת טומשין בראשון לציון בליווי מש"ק ראשון והמשך מימון הכשרה גבוהה על פי רצונות הסטודנט במימון הביטוח הלאומי. פעילות משותפת זו מעלה באחוזים ניכרים את הנתח התקציבי באגף השיקום בביטוח הלאומי לטובת האוכלוסייה ובהתאם לגודלה בקרב אוכלוסיית הנכים.

ביטוח לאומי, אגף הקרנות - הקרן לפיתוח שירותים היא השותפה העיקרית לשיוניים חשובים במבנים שבהם שוכנות היחידות ובציוד היחידות המוגנות לסוגיהן. הקרן שותפה למדיניות השדרוג הפיזי של היחידות ולמימון קווי ייצור במפעלים המוגנים. כמו כן, הקרן שותפה בבניית מיזמים תעסוקתיים, כגון: בית קפה בפתח תקוה, גלריות לאמנות בגדרה, ברחובות וברעננה, בניית מטבח מקצועי לנשים חרדיות בבני ברק וכדומה. היום, כשליש מתקציב הקרן מיועד לפרויקטים בבריאות הנפש לעומת אחוזים בודדים בעבר.

הקרן למפעלים מיוחדים - בעבר לא מימנה הקרן פרויקטים בתחום בריאות הנפש. בשנים האחרונות מימנה הקרן שירות למידע וקו טלפון חם בנושא בריאות הנפש, "בנפשו", שאותו מנהלים צרכני בריאות הנפש. כמו כן, מימנה הקרן מיזם חדשני של ארבע עגלות קפה בניהולם של מתמודדים בירושלים. בגין תרומה ייחודית לנושא בריאות הנפש, פרסמה הקרן קול קורא להגיש תכניות בתחום. מתוך 67 הצעות שהוגשו, נבחרו עשרה פרויקטים פורצי דרך וחדשניים בתחום. לדוגמה, מועדון לתחלואה כפולה לנפגעי נפש צרכני סמים, שנפתח בשיתוף עם הקרן ועיריית אשדוד; מועדון תעסוקתי קלאב האוס שנפתח בהדרה בשיתוף ח"ב בית אקשטיין; תכנית להפחתת סטיגמה בקרב מעסיקים בניהולה של עמותת חברה טובה ובשיתוף ח"ב בית אקשטיין; מועדון להעצמה נשית לנשים דתיות וחילוניות בירושלים בשיתוף עמותת חזון פתיה; פרויקט סינרז להעצמה של צעירים נפגעי נפש, המופעל על ידי מט"ח; פרויקט ייחודי לצעירים נפגעי נפש במרכז אלמוז חולון, הרחבת פרויקט שירות לאומי הפועל בשדרות לאזור יקנעם; פרויקט מעוף לליווי פרטני ביזמות עסקית, בשיתוף עמותת אנוש. כמו כן, שלושה פרויקטים המופעלים במגזר הערבי והברואי ברהט, בנצרת

ובשפרעם. כל הפרויקטים הללו ילוו במחקר במהלך שלוש השנים הבאות.

מיום התעסוקה בג'וינט ישראל – בעבר, לא השקיע הג'וינט מאום באוכלוסיית נפגעי הנפש. עם פתיחתו של המיום לתעסוקת נכים של הג'וינט, אנו מפעילים כמה מיזמים משותפים:

שרוג מפעלים מוגנים – הג'וינט מממן כוח אדם מקצועי החיוני לשרוג המפעלים המוגנים. מדובר במהנדסי תעשייה וניהול, אנשי שיווק ומפתחי מוצר. ללא אנשי מקצוע אלה, אי אפשר להוביל תהליך חשוב זה.

צרכנים נותני שירות – זה שנים מספר נבנה פרויקט להכשרת מתמודדים עם נכות נפשית בקורסים הנלמדים במסגרת בית הספר לשיקום והחלמה בבריאות הנפש. בוגרי הקורס עובדים בתפקידי שיקום והם חלק אינטגרלי מצוותי השיקום ביחידות השיקום בארץ. הג'וינט מסייע במימון תכנית חשובה וחיונית זו. כ-40 איש כבר עובדים כאנשי צוות ביחידות השיקום, רובם בוגרי הקורסים. עד כה התקיימו ארבעה קורסים ויש ביקוש רב לקורסים נוספים בתחום זה.

הכשרות מקצועיות – לאור הקושי הגדול ליישם הכשרות מקצועיות לאוכלוסיית בריאות הנפש על פי הקריטריונים של הביטוח הלאומי, מפעיל היום משרד הבריאות בשיתוף הג'וינט הכשרות מקצועיות ברחבי הארץ. ההכשרות הן בתחומי עיסוק מגוונים: ביטול וקונדיטאות בתדמור בתל אביב ובדן גורמה בחיפה; חיווט והלחמה בפתח תקוה ובנשר בחיפה, קורס מנהלי איכות במכון התקנים בתל אביב, קורס טיפול בקשישים באזור השרון ובחיפה, קורס מלונאות וטבחות בטבריה, קורס טבחות באשקלון, קורס מכוונות רכב ממוחשבת בתל אביב וכדור. בכל ההכשרות הנערכות במקומות עבודה מובטחת בסיום ההכשרה קליטתם לעבודה של המשתתפים.

פרויקט יוזמה – בניית מיזמים תעסוקתיים עצמאיים ליחידים ולקבוצות, לאחר הכשרה ביזמות עסקית, בפקולטה למינהל עסקים באוניברסיטת בן גוריון בבאר שבע. כיום פועלים בפרויקט זה 13 יזמים ובפרויקט דומה בצפון הארץ 37 יזמים. כל הפרויקטים בשיתוף הג'וינט מלווים במחקר.

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה – הקשר עם המשרד פועל היום בשני מישורים. במישור אחד, ייעוץ מקצועי והשתתפות בכל תהליכי המכרז והביצוע של חוק שר מינימום מותאם ובניית מיזם משותף להקמת מרכזי השמה משותפים לכלל הנכויות. במישור השני, זה כשנתיים מקיים משרד הבריאות שותפות עם האגף להכשרה מקצועית לשם מימון הכשרות מקצועיות במקומות תעסוקה. ההתקשרות ממומשת היום מימוש ראשון, על פי המודל שנבנה במיזם התעסוקה של הג'וינט.

מטה מאבק הנכים – הפעילות המשותפת מיועדת ליצור תנאי תעסוקה מותאמים ומתקדמים יותר

לכלל אוכלוסיית הנכים. הפעילות כוללת גיבוש עמדות משותפות להצעות חוק. שיתוף הפעולה בין המשרד לבין ארגון זה חשוב מאוד, במיוחד לאור העבר, אז לא היתה נכונות לשיתוף נציג עם מגבלה נפשית בארגון.

רשויות מקומיות – עד לפני זמן קצר, במרבית הרשויות המקומיות היתה מדיניות של אפליה והתעלמות מאוכלוסיית אנשים עם מגבלה נפשית. לאחרונה יש נכונות לשיתוף פעולה וניכרת פעילות חשובה ורבה יותר בכמה רשויות עירוניות. לדוגמה, פיתוח שני מיזמים בתחום התחלואה הכפולה (התמכרות ומחלה נפשית) באשדוד ובחיפה; פיתוח מרכזי אמנות ותיאטרון ברחובות, בתל אביב וברעננה; בניית מרכזי אנוש בנס ציונה, באשדוד, בקריית גת, בבאר שבע וברמת גן; בניית מפעל מוגן "רב נכותי" בראש העין ועוד.

פעילויות רחביות ככלל ארציות

סקירת איכות – מטרתה לאסוף מידע מהצרכנים המקבלים שירותי שיקום. איסוף המידע משמש כלי עזר חיוני כדי להמשיך ולפתח את תחום התעסוקה ולהתאימו ככל האפשר לצורכי הצרכנים וכדי לבדוק את שירותי השיקום הקיימים ואת שביעות רצונם של הצרכנים מהם. את המידע אוספים אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית שהוכשרו לעבודה בקורס מקצועי בבית לוינסטיין, במימון הביטוח הלאומי. הסוקרים מראיינים כל אדם הצורך את שירותי השיקום. כיום, לאחר ביצוע של כ-4,000 שאלונים, ניתנים משובים למרבית המסגרות באזור חדרה עד גדרה. פרויקט זה הוצא למכרז בימים אלה.

שיתוף צרכנים בקבלת החלטות וקביעת מדיניות בשיקום – צוותי השיקום ברחבי הארץ מונחים לשיתוף נציגים של משתתפים בוועדות ההיגוי של פרויקטים חדשים. כמו כן, פועל שירות צרכנים כנותני שירות המלווה משתתפים כעובדי שיקום בשירותי השיקום השונים. הפרויקט מממן בשיתוף הג'וינט ומהווה המשך לקורס הכשרה המתקיים בבית הספר לשיקום. עד כה התקיימו ארבעה קורסים ובוגריהם השתלבו בשירות זה.

הפחתת הסטיגמה – זה כמה שנים קיימות יוזמה ופעילות להעלאת מודעות החברה לחשיבותה הרבה של הפחתת הסטיגמה להמשך שילובם של נכי הנפש בקהילה. כאמור, כעת מופעלת תכנית ראשונה מסוגה להפחתת סטיגמה בקרב מעסיקים בשיתוף הביטוח הלאומי.

הדרכה – הפעילות בתחום התעסוקה, החל ממרכזי השיקום במחוזות ועד אחרון המדרכים הפועלים בשטח, מלווה בהדרכה אינטנסיבית. ההדרכה מנחה לשיניים ניכרים בדפוסי העבודה, מחייבת כתיבת תכניות שיקום אישיות לכל משתתף, כתיבת דו"חות, תכניות עבודה ותכניות עסקיות ומעודדת להיעזר באנשי מקצוע מתחומי הייעוץ העסקי,

העיצוב והאדריכלות, לפיתוח תכניות השיקום ולהפעלתן. פעילות ההדרכה מלווה את כל תהליכי השינוי ומצריכה שהות אינטנסיבית בשטח, זמינות שעות רבות ביממה ותמיכה אינסופית בצוותי רכזי השיקום הכורעים תחת עומס העבודה.

מחסומים בדרך

למרות ההתפתחות הרבה בשנים האחרונות בתחום התעסוקה, עדיין אנחנו חווים מחסומים רבים בדרך, ביניהם:

- צרכים רבים אינם נענים מפאת מחסור במשאבים (כוח אדם, תקציב וכדומה).
- קושי במעקב ותמיכה אחרי מודלים ותיקים וחדשים המתפתחים, כולל תכניות הערכה מותאמות.
- אין בניית סטנדרטים מותאמים לפיתוח המואץ.
- אין בניית מודלות אחידות לפיתוח שירותים.
- קיים קושי רב בקשרים עם משרדי ממשלה לשם גיוס משאבים ושותפות במיזמים תעסוקתיים.
- קיים קושי בפיתוח שירותים ללא תלות במשאבי תקציב ממקורות אחרים.
- קיים קושי באיסוף נתונים ומחקר מסודר שצריך להוות בסיס להתוויית מדיניות.
- העדר חקיקה מתאימה המעודדת העסקת אנשים עם מוגבלויות תוך מתן תמריצים והעדפות למעסיקים.

לסיכום, פרויקטים רבים נבנו בשנים האחרונות ורבים אחרים בכל קצוות הארץ נמצאים בבנייה ובהקמה. כמה מהפרויקטים עוסקים בתעשייה, אחרים בשירותים, באמנות ובמוזון. התיאור הנ"ל אינו מתאר את מלוא העשייה בתחום התעסוקה של מערך השיקום בבריאות הנפש. רבים שותפים לעשייה זו ואי אפשר היה להפעילה ולקדמה ללא עזרה מסיבית מאנשי השטח וקבוצת התמיכה החשובה במטה אגף השיקום ורכזי השיקום בלשכות המחוזיות. יחד עם זאת, אל לנו לשכוח את המחסומים הרבים שעומדים בדרכנו: מחסומים תקציביים, מחסומי הסטיגמה, חוסר ידע ועוד.

למרות זאת, תחום התעסוקה במערך השיקום בשירותי בריאות הנפש, במשרד הבריאות, מוביל בעשר השנים האחרונות תהליכים מתקדמים, חשובים ובעלי משמעות רבה לאנשים עם מוגבלויות נפשיות בפרט ולאנשים עם מוגבלויות בכלל.

רונית דודאי, אחראית תעסוקה, אגף השיקום בבריאות הנפש, משרד הבריאות
ד"ר נעמי הדס לידור, מרכזת תחום השיקום בבריאות הנפש בחוג לריפוי בעיסוק,
אוניברסיטת תל אביב, ראש מסלול לימודי תעודה בתחום הטיפול הקוגניטיבי דינאמי,
אוניברסיטת תל אביב, מנהלת בית הספר הארצי לשיקום שילוב והחלמה בבריאות הנפש

בגוף ובנפש



ד"ר קמינק



איור: רותם סאט

המערכת החוצצת בין הפסיכיאטריה ורופא המשפחה מנציחה את בדידותם של נפגעי הנפש, ובאין רואה נופל הקורבן בין הכסאות

פרופ' מיכאל וינגרטן

אותו תלוי בחצר ביתו. יצרתי קשר, באי-מייל, עם הפסיכיאטר המטפל כדי להודיע לו, אך הוא השיב לי שהוא כבר לא עובד במרפאה וכי העביר את מכתבי לרופא שהחליפו. הרופא החדש לא הכיר את החולה. כעבור מספר ימים, טלפן אלי מנהל המרפאה. הוא היה מאוד רגיש למצוקה שלי נוכח התאבדותו של אדם שהכרתי שנים רבות וגם אמר לי שדאג לטיפול עבור הבן בשל הטראומה שעבר בעת שגילה את אביו התלוי. במשך השיחה התברר לי

בדרכי לעבודה מדי בוקר אני עובר ליד לוח המודעות הציבורי ברחוב, עליו תלויות מודעות האבל הטריזות. השבוע הופתעתי לראות שמטופל שלי נפטר והוא בן 56 בלבד. אני לא הייתי מודע לכך שהוא סבל ממחלה כלשהי פרט לסכיזופרניה ולמיטב ידיעתי הוא היה מטופל ובמעקב פסיכיאטרי סדיר. ידעתי שהוא עבד בעירייה. כעבור שעה קלה שמעתי את הפרטים: יום קודם הוא לא הגיע לעבודה ובשעה 11 בבוקר, בנו בן ה-12 גילה

שבניגוד למה שאני חשבותי, החולה לא הגיע לטיפול בזמן האחרון, למרות נסינות חוזרים ונשנים של המרפאה הפסיכיאטרית ליצור עימו קשר. יש לי 30 מטופלים עם סכיזופרניה וכולם נמצאים במעקב פסיכיאטרי במסגרות הציבוריות. סכיזופרניה היא מחלה שכחה שממנה סובל כאחוז אחד מהאוכלוסיה עד גיל 30, כך לפי סקר חדש שנערך בירושלים¹. יש לי הרבה יותר חולי סכיזופרניה מהצפוי, והדבר קשור כנראה לסוג האוכלוסיה שבטיפול – עולים במצב סוציו-אקונומי נמוך, המנוכרים מהחברה הישראלית הכללית².

במשך שנים רבות עבדנו בקשר הדוק ושוטף עם השירות הפסיכיאטרי וניסנו שיטות שונות של שיתוף פעולה, כולן במסגרת ביקורים חודשיים קבועים של הצוות הפסיכיאטרי במרפאתנו בקהילה³. לגבי החולים במחלות פסיכיאטריות קשות, כמו סכיזופרניה, הפסיכיאטר תמיד פועל כמטפל העיקרי, אך הקשר עם רופא המשפחה חשוב דווקא כדי לוודא שהחולה לא יעלם מאופק המעקב. רופא המשפחה מדווח לפסיכיאטר, או לאיש קשר אחר בצוות הפסיכיאטרי, על שינויים במצב הרפואי או על אירועים משמעותיים אחרים בחיי החולה, והפסיכיאטר מדווח לרופא המשפחה על היעדרות מבדיקות מעקב ועל שינויים בתכנית הטיפולית, בעיקר התרופתית. כאשר הקשר ביניהם מתרופף, החולה עלול ליפול בין הכסאות, וכך קרה במקרה זה, אחרי שהביקורים הקבועים הופסקו, בלחץ התקציב.

400 מתאבדים מדי שנה

זה לא היה המטופל הראשון שלי שהתאבד בבית. לפי נתוני משרד הבריאות, מדי שנה מתאבדים בישראל כ-300 גברים ו-100 נשים. שיעור נסינות ההתאבדות השנתי עומד על יותר מ-70 איש ל-100,000 לשנה וכעשרה אחוזים מהם מצליחים. מעטים מהם סובלים מסכיזופרניה אך כולם היו זקוקים לעזרה נפשית. לא קל לאדם לגשת לעזרה. עליו להתגבר על מחסומים פנימיים, על החשש מחשיפה אישית ועל הפחד מהשלכות חברתיות שליליות ויש כאלה שפשוט מתביישים לגשת לטיפול. בסקר שנערך עבור הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בקרב 5,000 איש מעל גיל 21, המייצגים את כלל האוכלוסיה, נמצא ש-30 אחוז מתוך הקבוצה שהגדירה את עצמה כסובלת מהפרעות רגשיות חמורות לא היו פונים לטיפול. מתוך 5,000 הנסקרים, שמונה אחוזים דיווחו על סימפטומים של הפרעות רגשיות בשנה הקודמת

.....(רשימת מקורות)

ושישה אחוזים פנו לטיפול.

לפי נתונים אלה, רופא המשפחה חייב להיות מוכן בכל יום להתמודד עם הצרכים הנפשיים של הסובלים מהפרעות רגשיות, מלבד ההתייחסות הקבועה לצד הרגשי של כל מחלה גופנית. בהתמודדות הזאת מושטת ידה של הפסיכיאטריה לעזרת רופא המשפחה, אך היא לא תמיד יודעת איך לעזור וגם רופאי המשפחה לא תמיד יודעים איך להיעזר בה.

בעבר, מערך שיתוף הפעולה התבסס על מודל המורה והתלמיד, כאילו שהצורך היה בהשלמת הידע. הפסיכיאטר הכין הרצאה בנושא מוגדר ורופאי המשפחה הוזמנו להקשיב. אך לא כל פסיכיאטר נולד מרצה מרתק ולא כל רופא משפחה שש לשמוע הרצאות. בהעדר עדות לתוצאות חיוביות בשטח, עברו לשיטה של הדרכה קלינית – רופא המשפחה הציג מקרה והפסיכיאטר העיר את הערותיו. לרוב, נותר הרופא בתום המפגש עם ההרגשה שהוא אינו מכיר את המטופל מספיק, שהוא אינו מבין בנפש אדם ושלא הוא זה שצריך להיות המטפל בהפרעות רגשיות. היו רופאים שגילו שהם לא לכד במצוקתם ויצרו קבוצות לתמיכה הדדית, לעתים בהנחיית פסיכיאטר שהבין במה מדובר. קיימת התארגנות ארצית לתמיכה בקבוצות, "בלינט", המארגנת כנס שנתי שבו המשתתפים יכולים להתנסות בעצמם בחוויה הקבוצתית.

בשנים האחרונות קיימים מודלים המתמקדים בשיתוף פעולה צמוד יותר בין הפסיכיאטריה ורפואת המשפחה, מודלים המבוססים על נוכחות פיזית של הצוות הפסיכיאטרי במרפאת רופא המשפחה במסגרת ביקורים תקופתיים קבועים. בין שאר המודלים, יש אחד הגורס שיתוף פעולה ייעוצי ומודל אחר שבו הפסיכיאטר מקבל חולים בעצמו במרפאת רופא המשפחה, ההופכת למעין מרפאת חוץ אך ממקומת רחוק מהמרכז הפסיכיאטרי, שיש עליו חותם חברתי שלילי. המאחד את המודלים הוא המפגש הקבוע והקשר האישי שנוצר בין רופא המשפחה והפסיכיאטר. בסקר שנערך בקרב רופאי משפחה במרכז הארץ, זכה עיקרון זה להערכה, וזה כנראה מה שמקדם את טובת החולים והרופאים יותר מכל מרכיב אחר בקשר עם הפסיכיאטריה⁴.

אתגר טיפולי

האתגר בטיפול בהפרעות רגשיות במסגרת הרפואה הראשונית הציבורית הוא עצום. מעבר למחלות הפסיכיות הקשות והפרעות החרדה והדיכאון, יש מגוון מצבים שאין להם פתרון תרופתי. רופא

המשפחה נדרש יותר ויותר להתמודד עם בעיות של ירידה קוגניטיבית, עם בעיות משפחתיות – היחסים בין בני הזוג, אלימות, התעללות בילדים, עם קשיים מיניים, עם בעיות בעבודה ועם מגוון ההתמכרויות, לעישון, לאלכוהול, להימורים, לתרופות ואף לסמים מסוכנים יותר. כמה מהאנשים ימצאו את הטיפול אצל הפסיכיאטרים ואחרים אצל עובדים סוציאליים, אך כולם מצפים שרופא המשפחה יטה להם אוזן וידע מה להגיד ולאן לפנות. מי שאינו מוצא את מקומו באף אחת ממסגרות הטיפול הוא האדם עם הפרעה באישיות. שלא כמו אצל הפסיכיאטר, אצל רופא המשפחה אין מושג של שחרור מטיפול ואנחנו ממשיכים בטיפול רציף באדם ואין מי שנחשב ל"לא מתאים". הגישה לאדם עם הפרעה באישיות היא להציב גבולות מתאימים ברורים ועקביים, לכבד אותו כאדם ולא להגיב בכעס. בתחום זה אולי יש לרופא המשפחה מה ללמד את עמיתיו במקצועות הרפואה האחרים, כי גם הם פוגשים אותם האנשים במסגרת הטיפולים השונים שנוקקים להם במשך החיים וגם להם קשה להתמודד איתם.

תחום בריאות הנפש נשאר יתום ברפואה הציבורית ושנים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נותר תחום זה מחוץ לאחריותן של קופות החולים. מודי האיכות ברפואה הראשונית אינם מתייחסים כלל לבריאות הנפש, כך שאין תקנים או תקציבים המופנים במיוחד אליה. מערכות המידע אינן מעבירות לרופא המטפל את רשימת המטופלים שלו המתאשפזים בבתי חולים פסיכיאטריים ועם שחרורם הרופא אינו מקבל באופן אוטומטי את סיכום המחלה ואת האבחנה. הרופא המתמסר למטופלים עם הפרעות רגשיות אינו מקבל על כך שום הכרה. בתחום הנפש קיימת בעיית מעקב משמעותית, שלא כמו בתחומים אחרים שבהם גורמי סיכון קרדיוסקולריים, סוכרת וסרטן, נמצאים תחת מערכות מעקב מבוססות היטב. בתחום בריאות הנפש, אין שום מערכת מעקב לגבי חולי הנפש בקהילה. אין דרך לאתר מטופלים שהפסיקו לקחת טיפול תרופתי קבוע, או שהפסיקו ללכת למרפאה הפסיכיאטרית המטפלת, ומדובר בחולים הסובלים מכאב אישי פנימי ומניכור חברתי ובמידה מסוימת, מהגבלה בשיפוט.

פרופ' מיכאל וינגרטן, אוניברסיטת תל

אביב (החוג לרפואת המשפחה והחוג למדעי ההתנהגות) ושירותי בריאות כללית (מרפאת ראש העין והמחלקה לרפואת המשפחה בבילינסון)

1. C Corcoran et al. Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem Perinatal Cohort. Schizophrenia Bulletin 2008 – doi:10.1093/schbul/sbn089
2. MA Weingarten & D Orron. Schizophrenia in a Yemenite immigrant town in Israel International Journal of Social Psychiatry 1983;29:249-254
3. MA Weingarten, M Granek. Psychiatric liaison with a primary health care clinic – 14

years' experience. Israel Journal of Psychiatry 1998;35:81-88

4. A Doron, B Ma'oz, S Fennig, MA Weingarten, S Mendlovic. Attitudes of General Practitioners towards Psychiatric Consultation in Primary Care Clinics. Israel Journal of Psychiatry 2003;40(2):90-95

שירותי פסיכיאטריה של ייעוץ ושל קשר בבית חולים כללי

לאחרונה עלתה ההצעה כי פסיכיאטריית
הייעוץ-ליאזון תהווה תת התמחות
בפסיכיאטריה. מהי התרומה המשמעותית של
פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון לרפואה בכלל
ולחינוך המתמחים ברפואה ומהו עתיד
ה-Consultation-Liaison

ד"ר נינה גיא, ד"ר יורם טלכון

ההבנה הרפואית המודרנית לא תמיד מודעת להשפעת המצב המנטלי או הרגשי של המאושפז בבית חולים כללי, עליו ועל מחלתו. רובנו מעדיפים להאמין שהסיבה למחלה זו או אחרת מקורה בסביבה החיצונית כמו זיהום אוויר, תורשה, חיידקים, חומרים כימיים שונים, כולל תרופות וסיבות אקסוגניות אחרות. מחלה הפוקדת אותנו משאירה אותנו נבוכים וחסרי שליטה. אולם, ככל שנעמיק בשרשרת הסיבות של מחלה, נוכל להגיע אל מעבר לסיבות הגופניות. נוכל להגיע אל שכבות הנפש/רגש.

קיימת חשיבות רבה למחשבות שלנו, לרגשות או להתנהגות שלנו כסיבה אטיולוגית לפרץ מחלה והזוהרותה אצלנו למרות אמצעי רפואי גופניים מאסיביים ואינטנסיביים. רגשות יכולים להשפיע על מערכת העצבים. כאשר קיים קושי לבטא רגשות מסוימים, הם מודחקים עד אשר הם באים לבסוף לידי ביטוי ברמה הפיזית. רגשות מסוכנים את השרירים וכלי הדם, מגבירים שחרור הורמונים כמו אדרנלין, פוגעים במערכת העיכול והנשימה, מחלישים את מערכת החיסון והופכים אותנו לפגיעים יותר למחלות. הרגשות שלנו קובעים אם אנחנו מתחמים או

סגורים, רגועים או פתוחים, דבר המשפיע על צורתם של השרירים ועל מבנה הגוף. כאשר השרירים שלנו מתחמים, רפויים, או כאשר חיבורי המפרקים שלנו נעים בקלות או בקשיחות ובכאב, הדבר מבטא בעצם את ההיסטוריה הרגשית שלנו.

מתח אף הוא בעל השפעה על גופנו. המתח כשלעצמו אינו טוב או רע, אלא האופן שבו אנו מגיבים אליו הוא הגורם להבדל. למתח יש השפעה על מערכת החיסון.

הגוף מדבר אלינו דרך סימפטומים המבטאים בעצם קונפליקט שממנו התעלמנו ושאותו הכחשנו או הרחקנו.

לרגשות השפעה עמוקה, במיוחד כשהם מודחקים. כמה מהתסמינים הגופניים המצביעים על מתח הם: כאבי ראש, דפיקות לב, שינויים בלחץ דם, נשימה כבדה, בעיות שינה, עייפות, פה יבש, אולקוס, שלשולים, כאבי גב, הזעה, נמלת, פריחה על העור. לאלה מתווספים שינויים פסיכולוגיים כמו דיכאון, כעס, חרדה, חוסר ריכוז, חוסר יכולת להחליט, פחד לא רציונלי ועוד.

בנוסף, בעיות התנהגות עלולות להתבטא בלבוש מרושל, בהזנחה עצמית, בעצבנות, בכבי פתאומי,

ברגשנות יתר, באכילה מוגזמת ובהפרעות אכילה, בעישון מוגזם או בשתיית אלכוהול ובעיות בתפקוד המיני. תסמינים אלה עלולים להוביל בקלות למצבים חמורים יותר של מחלות.

מצב רגשי או נפשי משפיע גם על המערכת האנדוקרינית שלנו: הורמונים משפיעים על הפעילויות הגופניות שלנו, על התנהגותנו, רגשותינו ותחושותינו, הם מופרשים על ידי הבלוטות השונות, כשכל אחת מהן משפיעה על רעותה וכולן נשלטות על ידי בלוטת יותרת המוח. הגוף והנפש אינם שתי מערכות המתפקדות באופן נפרד אלא מתפקדות באופן ברור כשלמות אחת. כל מה שאנו חושבים ומרגישים משפיע על הגוף, כמו שכל מה שמתרחש בגוף משפיע על המצב הנפשי או הרגשי שלנו. הפרדה בין השניים היא החמצה של תובנה.

תפישת עולם דיכוטומית זו של הפרדה בין גוף ונפש מושרשת בתרבות המערבית המודרנית וממנה נגזרות תפישות העולם הן של המטופלים והן של המטופלים. כך, לא רק שבמערכת הטיפולית מתקיימת חלוקה זו אלא גם בקרב המטופלים. הם עלולים להימנע מלפנות לרופא הגוף בענייני הנפש ולרופא הנפש בענייני הגוף.

פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון. תחנות בזמן

בשנות ה-80 של המאה הקודמת, תחת השפעת גישות פוסט מודרניות של דהסטיגמטיזציה של חולי הנפש ובמטרה להפחית עד הכחדה את מרתפי בתי החולים הגדולים של חולי הנפש (asylums), שכנעו הפסיכיאטרים את קובעי המדיניות לפתוח מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. תנועה זו פנימה, של הפסיכיאטריה לתוך כותלי הרפואה הכללית, לוותה בהתפתחות הקשר בין פסיכיאטרים לרופאים הכלליים בבתי החולים. האחרונים לא רצו להפסיד מיטות והשפעה בבית החולים וניסו לבודד המחלקות הפסיכיאטריות, למקם אותן לצד בית החולים, רחוק מהעין, רחוק מהלב. גם הפסיכיאטרים לא היו נטולי חששות ומצאו כי נוח יותר במחיצת פסיכולוגים ועובדים סוציאליים ושותפים הדינאמית לעומת השפה של הרפואה הכללית, המכאניסטית יותר לטעמם.

פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון עברה מספר פאזות לאורך קיומה והיא נכנסה לתוך המאה ה-21 עם הכרה במקומה המכובד בעולם תת ההתמחויות ברפואה, עם ההישגים שמאחוריה והאתגרים שלפניה.

הרופאים כיום, כמו גם בעבר, עושים מאמצים בלתי נלאים להכניס את החלק ההומניסטי לרפואה. הכוונה היא, בין היתר, לשפר את הקשר "רופא-חולה" על מנת לענות בצורה יעילה יותר על "הצרכים האמוציונליים" של המטופל. לכן, בשנים האחרונות מתווספים ללימודי הרפואה נושאים של "הומניזם ברפואה"¹. לדעתו של Korenfeld², יש להעביר חלק מהלימוד הרפואי מההרצאות הפרונטליות למיטת החולה על מנת שהלימוד והבנת הסיטואציה והמטופל יהיו אפקטיביים.

לאחרונה עלתה ההצעה כי פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון תהווה תת התמחות בפסיכיאטריה. זוהי לכן הזדמנות לבדוק ולבחון מהי התרומה המשמעותית של פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון לרפואה בכלל ולחינוך המתמחים ברפואה, ומהו עתיד ה-Consultation-Liaison.

בשנת 2001, האקדמיה של הרפואה הפסיכוסומטית הציעה כי פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון תהווה תת התמחות אשר תיקרא רפואה פסיכוסומטית, כך שזוהי הזדמנות לדון בנושא.

מבחינה היסטורית, עוד ב-1958 Weissman-Hackett³ דיווחו על מצבים דליריים לאחר ניתוחי קטרקט, Black Patch Delirium, הקשורים לניתוח סנטורי-ויואלי כתוצאה מרטיית דו-צדדית על העיניים המנותחות. כיום, המצבים הללו ידועים ומובנים לכל רופא עיניים, אך בתקופה ההיא נדרשו פסיכיאטרים מיחידת הייעוץ-ליאזון להסביר את התופעה לאופתלמולוגים, אשר בעקבות כך שינו את ניהול הטיפול (Management) שלאחר הניתוח. בפסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון מדברים על סוגי

אישיות שונים של החולים. לדוגמה: אישיות עם דרשנות יתר (אוראליט), אישיות בעלת צורך בשליטה (אובססיבית), אישיות עם דרמטיות יתר, רגשנות יתר (היסטרית).

Bibring⁴ דיבר על משמעות המחלה לגבי כל סוג של אישיות וכיצד הרופא אמור להתייחס לתגובות של החולים השונים, בהתחשב בסוג האישיות של החולה. Grove⁵ כתב שני מאמרים על "הטיפול וההתייחסות לפצינט השנוא", "ניהול הטיפול בפצינט הגבולי במחלקות הכירורגיות".

Lipowski Zb¹⁸, ממובילי פסיכיאטריית ה-CL, כתב על הקשר בין פסיכיאטריית הייעוץ ליאזון והניירולוגיה. Lipowski התעניין במיוחד בנושא של דליריום, או כפי שנקרא עד אז "מצב קונפוזיונלי חריף", נושא אשר הונח משך שנים על ידי הפסיכיאטריה. תחום נוסף שבו עסק Lipowski הוא הפרעת הסומטיזציה והטיפול הקבוצתי בפצינטים עם סומטיזציה¹⁹.

הפסיכיאטרים של ייעוץ-ליאזון (CL) נדרשים ליכולת ולכישורים מיוחדים הנחוצים לעבודה במחלקות פנימיות-כירורגיות וכן ביחידות השונות של בית החולים. הם אמורים להיות מסוגלים להתמודד עם בעיות פסיכיאטריות המתעוררות אצל מטופלים עם מחלות גופניות קשות (כוויות, אי ספיקת כליות, מצבי טראומה קשים, חולים ביחידות לטיפול נמרץ, חולי איידס ואונקולוגיה סופניים) וכן נדרש מהם ידע מעמיק בכל הקשור לאינטראקציה בין-תרופתית²⁰.

לעתים מובאות לייעוץ פסיכיאטרי בעיות תקשורת שיש לרופא, או לצוות המחלקה מבקשת הייעוץ, עם חולה מסוים ואו עם משפחתו, עקב התנהגותו של החולה ועקב הקשיים הרגשיים אשר חולים מסוימים מעוררים ברופא מבקש הייעוץ או בצוות המטפל. לעתים רחוקות, בדרך כלל אחרי היכרות ארוכה ויציירת אמון הדדי, מובאות לדיון עם הפסיכיאטר המייעץ גם בעיות בינאישיות בקרב הצוות הרפואי.

צורה נוספת לייעוץ-ליאזון היא "הצגת מקרה", כאשר כל צוות המחלקה משתתף בייעוץ שמתבצע בישיבת צוות והייעוץ יכול להיעשות "לגופו של חולה", או להיעשות ללא בדיקה של החולה עצמו, על פי דיווח רופא המחלקה מבקש הייעוץ. בצורה זו של קשר בין רופא המחלקה לבין הפסיכיאטר היועץ קיים מרכיב של הדרכה, כאשר האחריות למקרה נשארת בידי הרופא הראשוני וצוותו.

המודל של ליאזון מעביר מסר חשוב לחולה: א. בעיותיו הנפשיות הן חלק מבריאותו ולכן הטיפול הוא בצורת התייעצות. ב. מודל זה עונה על בעיות מערכתיות, או בעיות הקשורות בהעברה נגרית, או בעיות בקומוניקציה שבין הרופא הראשוני לחולה. הייעוץ הפסיכיאטרי אמור לסייע לרופא בבית החולים מההתמחויות השונות, לזהות טוב יותר את התחלואה הפסיכיאטרית אצל המטופל

המאושפז במחלקתו ולדעת למיין אותה בצורה מיטבית. תפקיד נוסף של הפסיכיאטר בבית חולים כללי הוא לבדוק מאושפזים בעלי היסטוריה פסיכיאטרית קודמת ולהחליט על טיפול עבורם בעת אשפוזם.

לפסיכיאטריית ליאזון מרכיב חינוכי באשר לקשר פסיכיאטר-רופא ראשוני והייעוץ פירושו שיתוף פעולה בין היועץ והנועץ, אשר אחראי למתן עזרה פסיכולוגית למטופל.

יש המפרידים בין החלק הייעוצי, consultation, שמתייחס למקרה הפרטני, לבין החלק החינוכי-לימודי בפסיכיאטריית Liaison, האחריות על החולה נשארת בידי הנועץ, כלומר ברופא הראשוני.

פסיכו-קדיוולוגיה

טיפול נמרץ ל- Korenfeld⁶ דיווח על מקרי דליריום אצל מנותחי לב פתוח בעת שהותם ביחידות לטיפול נמרץ, מצבים אשר חלפו זמן קצר לאחר עזיבתם את יחידות טיפול נמרץ והעברתם למחלקות אחרות. הוא הגיע למסקנה כי במקרים הללו, מצבי הדליריום נבעו ממספר גורמים: דיספונקציה של המוח, משנית למחלה הבסיסית ולאפקט של מכונת Bypass (ככל שזמן השימוש במכונה ארוך יותר, כך הסיכוי שהדליריום יימשך יותר זמן הוא גדול יותר), מצבים סטרסוגנים בחדר טיפול נמרץ כגון אי שינה, מונוטוניות תחושתית (מאחר שהחולה מרותק למיטה ומחובר למכשירים).

על מנת להקטין את שכיחות הדליריום ביחידות לטיפול נמרץ, הומלץ על מספר דברים: לדאוג לכך שהחולה ישן שעות רבות יותר ללא הפסקה, לדאוג לאוריינטציה בזמן ובמקום ולהעבירו כמה שיותר מהר ליחידה רגילה. ההמלצות הללו יצרו אימפקט גם מחוץ ליחידות לטיפול נמרץ, כמו על מבנה היחידות (הארכיטקטים התבקשו לתכנן חלונות שמהם ניתן יהיה לראות את הנוף בחוץ, תלחות שעונים על הקירות, והצוותים הרפואיים התבקשו כמה שפחות להעיר את החולים במשך הלילה). הללו (Weimann-Hackett-Korenfeld-Grove-Bibring) היו החלוצים אשר גישרו בין הרפואה הכללית והפסיכיאטריה בבית חולים כללי והיו ממניחי אבן היסוד של פסיכיאטריית הייעוץ ליאזון.

המושג ICU-Psychosis ניתן על ידי הצוותים של היחידות לטיפול נמרץ, והפסיכיאטרים של CL היו אלה אשר הצביעו על כך שאין זו פסיכוזה של ICU אלא מצבי דליריום של ICU.

בעיה נוספת, שכיחה ביחידות לטיפול נמרץ בלב, היא ההכחשה של הפצינט את האירוע הלבבי. Hackett מצא מקרים רבים שבהם החולה משתחרר כאשר הוא מחזיק בעמדה שלא היה לו כל התקף לב. תפקידם של הקרדיולוגים הוא, בין היתר, הפחתת החרדה, שהיא הבסיס להכחשה אצל חולים

אלה. בנוסף לכך, יש סוג אחר של הכחשה-בידוד של הרגש, אשר גם לו תפקיד בהורדת החרדה מצד אחד, אך הוא עלול לגרום להפרעות קצב מצד שני. העבודות הללו התבססו על Denial Scale אשר נמצא כמכשיר יעיל בהערכת תפקיד ההכחשה וכמנבא פרוגנוסטי ומנבא Noncompliance.

בעיית Management נוספת שבה מתעסקים הפסיכיאטרים של ה-CL היא דרישתם של חולים להשתחרר כנגד עצת הרופאים מבית החולים. התנהגות זו בדרך כלל גוררת קריאה דחופה ליועץ פסיכיאטרי. השאלה שאותה נשאלים הפסיכיאטרים ברוב המקרים הללו היא האם לחולה יכולת שיפוט תקינה כאשר הוא מבקש לחתום על שחרור כנגד עצת הרופאים. הפסיכיאטרים הרחיבו את הבעיה בשאלה, מידע שאדם חולה יעשה החלטה שהיא הרסנית לגביו? עבודות שונות העלו ארבע אפשרויות לכך: הפציינט כועס מאוד, חדר מאוד, פסיכזי או דמנטי. ב-90 אחוז מהמקרים הללו, התערבות מתאימה שנעשתה בתאום ובעצת פסיכיאטר CL מנעה את בריחת החולה מבית החולים. לכן, המסקנה ממקרים אלה היא כי הרופאים הפנימיים או הכירורגים לא אמורים לשאול אם החולה הוא קומפלט מבחינה משפטית אלא למה הוא מגיב בבקשה לעזוב כנגד עצת הרופאים.

בפסיכו-קרדילוגיה מתמודדים עם בעיית צנתורים מיותרים הנעשים בעקבות כאבים בחזה על רקע פאניקה ועם בעיית הדיכאון לאחר התקפי לב. נמצא כי בחולים אשר פיתחו תגובה דכאונית לאחר התקף לב היתה, בשנה הראשונה לאחר ההתקף, תמותה גדולה פי ארבעה מאשר בחולים לאחר התקף לב ללא דיכאון.¹²

הפסיכיאטרים של CL מעורבים במקרים של מטופלים עם אי ספיקת לב הממתינים להשתלת לב. עולה השאלה של איכות חיים במצבים הללו, בהם החולים נזקקים למכשור מכאני (left ventricular device) שיחזיק אותם בחיים עד השתלת הלב. בעיה נוספת היא ההשפעה של המצב על המשפחה אשר אחראית על כך שמכשיר יתפקד כהלכה. החולה מצידו אמור לבחור האם לוותר על מכשיר "בטוח" המחזיק אותו בחיים לבין אי הוודאות של הצלחת השתלת לב Robinson^{14,13}. מצא קורלציה בין דיכאון לאחר התקף לב לבין עלייה בתמותה. הוא דיווח על היעילות של טיפול נוגד דיכאון במצבים לאחר התקף לב ואף הכניסו זאת כקו טיפולי במשרד הבריאות האמריקאי.

פסיכו-אונקולוגיה

ברור לכולם שלאנשים שעוברים התערבויות שונות בעקבות מחלה ממארת יש צרכים פסיכולוגיים ספציפיים. ההתפתחות בשדה הטיפול הכירורגי והפנימי במחלות הממאיות גרמה לעלייה בהישרדות לאחר מחלות אלו, חלק מהמקרים לאחר התערבויות כיורוגיות נרחבות ועם נכויות

שונות ומוגבלויות שונות. Sutherland⁷ התייחס להתערבויות הנדרשות במקרים של מטופלים עם קולוסטומיה. מעבר להתייחסות לסוג השקית, יש להתייחס לבעיות הרגשיות בעקבות מוטילציה של איבר בגוף ובעיות מיניות המתעוררות לאחר ניתוחים מוטילנטים. Holland⁸ התייחס לתת קבוצה של פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון והיא הפסיכו-אונקולוגיה. הוא התייחס לסוג ולרמת הנזק הפסיכולוגי לאחר כריתת שד בעקבות סרטן השד ולאפקט הנפשי של שחזור השד לאחר הכריתה.

תפקיד נוסף של הפסיכיאטר היועץ הוא זיהוי מצבים דכאוניים באנשים עם מחלות גופניות. הרופא הפנימאי אומר לא פעם, "מובן שהוא בדיכאון, הרי יש לו סרטן". יש לוודא וללמד את רופא הגוף להבדיל בין דיכאון קליני לבין צער, עצב, להיות לא מאושר. היו תקופות שבהן המילה המפורשת "סרטן" לא נאמרה. אפילו ב"ניו יורק טיימס" לא הוזכרו את המילה "סרטן" אלא דיברו על האיש עם ה"מחלה". רופאים נמנעו מלהזכיר מפורשות את המילה "סרטן" כאשר דיברו עם מטופליהם חולי הסרטן על מחלתם, ייתכן מתוך המחשבה שאם יאמרו למטופל את האבחנה הזו, הוא יגיב בצורה קטסטרופלית. בשנים האחרונות הגישה השתנתה והרופאים דנים עם המטופלים על האבחנה של סרטן בצורה פתוחה. המטופלים מבינים כי אבחנה של סרטן היא לא גור דין מוות באופן אוטומטי, כפי שנתפש בעבר. זה עוזר למטופלים לדון בפחדיהם ממשמעות המילה-מחלה "סרטן" ומאפשר לרופאים, למשפחה ולחברים לתמוך בהם מבחינה פסיכולוגית, בהתמודדותם עם המחלה, עם הפחדים שהיא מעוררת.

לאחרונה, Pinner⁹ העלה את נושא האינפורמציה הניתנת לחולי אלצהיימר לגבי מחלתם. בשנים האחרונות המטופלת נעה מעט רחוק מדי לכיוון החובה של הרופא לעדכן את המטופל לגבי אבחנתו ולגבי הנהל: "למטופל זכות לדעת את כל האמת על מחלתו", בכך שיש להבדיל בין "לאמור את האמת" (truth telling), לבין "להנחית את האמת" על המטופל (truth dumping). מאז, בעזרת עבודת יעוץ-קישור (CLP) טובה, הגיעו לרמת סופיסטיקציה וגמישות אשר תמנעה נוהלים נוקשים בגישה לחולים. נכתב אז מאמר ב"ניו יורק טיימס", שכותרתו: "איזה אמת לאמור, לאיזה מטופל, באיזה זמן"¹⁰.

פסיכו-נפרולוגיה

פסיכו-נפרולוגיה עוסקת בתגובות הנפשיות לריאליזציה כליתית ולהשתלת کلیה. החלוצים בתחום זה היו Atara Kaplan, Shapira, Sayag¹¹. תרומתם של הפסיכיאטרים של יעוץ ליאזון בנושא השתלת איברים היא בהערכה טרום ניתוחית וכן בהתערבויות פוסט ניתוחיות. מתעוררות בעיות פסיכולוגיות רבות, כגון כיצד מתמודדים עם

תגובתו של תורם האיבר המושתל לאחר שהאיבר שאותו תרם לחולה נדחה. כיצד אפשר לקבוע אם החולה, שהיה זקוק להשתלת כבד בעקבות היותו אלכוהוליסט, ימשיך את הגמילה מאלכוהול לאחר ההשתלה. מהו האפקט הפסיכולוגי של היותך מושתל לב חזיר או כבד של בבון.

פסיכו-גנטיקה

בשנים האחרונות, הידע בגנטיקה ואפשרויות הבדיקות הגנטיות התעצמו והעמיקו. הפועים מקרים גנטיים חדשים, כך שעל הקלינאים לבחור ולהחליט כיצד להשתמש בדרך הנכונה והטובה ביותר בטכניקות החדשות הללו. לדוגמה, הדילמה של התייחסות לנשים בסיכון גבוה לסרטן השד: האם לבצע כריתת שד פרופילקטית? האם יש להסיר את שני השדיים? האם לבצע כל שנה ממוגרפיה? האם בנוסף יש לבצע כריתת שחלות פרופילקטית מאחר שהאישה נושאת גנים מסוכנים מסכני חיים? כיצד ישפיעו הפעולות הללו על חיי הנישואים והיחסים עם בן הזוג או, במקרים מסוימים, האם בכלל נישואים?¹⁷

השאלות הן קשות והתשובות עליהן אינן קלות. כל בדיקה גנטית נושאת עימה מטען רגשי כבד. לכן, ככל שמתגלים יותר קשרים גנטיים עולה מספר הבעיות בעקבות גילויים אלה והתשובות לגבי אנשים אינדיבידואלים אינן טמונות במחקרים סטטיסטיים הנאמרים ומוסברים לאנשים על ידי היועצים הגנטיים. גם במקרים הללו, תפקידו של היועץ הפסיכיאטרי של ה-CL חשוב ביותר.

CL ותת התמחויות

פסיכיאטריית הייעוץ-ליאזון אמורה לגדול ולהתרחב, בעיקר עם התרבות תת התמחויות והבעייתיות המורכבת של כל תת התמחות. פסיכיאטריית ליאזון ביחידות לטיפול ב-HIV עוזרת בהתמודדות עם קבלת תוצאות האבחון, הצורך בטיפול, שאלת שיתוף המשפחה באבחנה והשלכותיה על חיי המטופל.

נושא נוסף שבו מתחבטים הפסיכיאטרים של הליאזון הוא Chronic Fatigue - SYN Fibromyalgia, האם מדובר בתגובה למחלה ויראלית כרונית או בביטוי סומאטי של בעיה נפשית. האם הפיברומיאליגיה היא מחלה ממשפחת המחלות הריאומטיות או ביטוי של היפוכונדריה או דיכאון? נושא נוסף הוא השימוש באינטרפרון בהפטיטיס C, MS ובממאידיות, העלול לגרום לדיכאון ולאובדנות ביותר משליש מהמטופלים בו.

מטרות CL בבית חולים כללי

למורל אינטגרטיבי זה של שירותי ייעוץ וקשר בבית חולים כללי מספר מטרות:

1. חיזוק הקשר וההרדיות בין הרפואה האשפוזית לבין הפסיכיאטריה.

צעדים בוני אמוץ ("הכשרת הלבבות") – לפני שמתכננים ובונים מודל כלשהו של ייעוץ פסיכיאטרי, יש לעשות מספר צעדים מקדימים. חשוב מאוד שהרופאים הראשוניים וצוותם יכירו אישית את הפסיכיאטר היועץ וצוותו. חשוב לעשות היכרות זאת על ידי ארגון פעולות משותפות כגון ימי עיון משותפים לצוותים.

עתיד שירותי הייעוץ בבית חולים כללי יהיה, בין היתר, בחינוך של צוותי רפואה בבתי חולים כלליים לגלות ולחשוף הפרעות נפשיות העומדות מאחורי פרזנטציה של תסמינים סומאטיים.

יש מקום להתייחסות רבה יותר של היועץ הפסיכיאטרי ומעורבותו במקרי חרדה, הסתגלות ופאניקה והפרעות במצב הרוח, במיוחד הפרעות דכאניות בחולים הגופניים המאושפזים, אשר מהווים את רוב הפסיכופתולוגיה בקהילת בתי החולים הכלליים. חולים אלה עוברים בדיקות רפואיות רבות, לעיתים ניתוחים, ומתסכלים מאוד את הצוותים הרפואיים המטפלים בהם. יש צורך חיוני ללמד אחיות ורופאים וצוות ארמינסטרטיבי כיצד להתייחס ולהתמודד בצורה יעילה עם מצוקות המטופלים הסובלים גם מבעיות נפשיות.

העבודה היוזימית של צוותי הפסיכיאטריה וכניסתם לתוך המחלקות והיחידות השונות של בית החולים הכללי ישפרו את התקשורת בין הצוותים השונים ובין המטפלים לחולים במחלקות השונות.

היועץ הפסיכיאטרי הדינמי ייכנס לתוך מסגרות ספציפיות ויתרום בעזרה ייעוצית וטיפולית (קבוצות באלנט) לצוותי יחידות לטיפול נמרץ והתאוששות, יחידות השתלה, יחידות לטיפול באיידס ויחידות אונקולוגיות, וירחיב פעילותו לא רק לחולים אלא גם לצוותים המטפלים, תוך מתן מסר הוליסטי כוללני ותקשור בשפת הסבל של המטופל.

ד"ר נינה גיא, ד"ר יורם טלמון, אשפוז יום פסיכיאטרי, מרכז רפואי קפלן, רחובות

לחולה ועל חולים עם בעיות נפשיות אשר מעוררים תגובות בעייתיות אצל הצוות המטפל. כמו כן, דנים בקשיים הרגשיים של הצוות המטפל לגבי חולים מסוימים. בקבוצות הללו מתקיימת הכשרת הצוות על ידי התנסות אישית חווייתית אשר עוזרת לצוותים למנוע שחיקה ולהפחית את הלחצים שבהם הצוות הרפואי עובד (maoz-fenig)¹⁵.

9. רכישת ידע מעמיק של היבטים אתיים ומדיקולגלים של פסיכיאטריה בבית חולים כללי (כגון, כשירות החולה לחתום על מסמכים שונים ועל קבלת החלטות לגבי הטיפול בו, מינוי אפוסטרופוסות, סירוב לקבלת טיפול, השפעת הטכנולוגיה על האוטונומיה של החולה, הפניות לוועדות אתיקה, צוואה בחיים).

בעיות אתיות-קליניות הן מעבר לנושאים של קומפלטנטיות ועצמאות לקבל ולהחליט לגבי החלטות הרוח גורל. הן דורשות התייחסות והבנה קלינית של הגורמים המשמעותיים והקונפליקטים בתוך המשפחה, בין המטופל לבין משפחתו, בין הצוות הרפואי למשפחה ולמטופל ובתוך הצוות הרפואי-קונפליקטים לא מודעים הקיימים בתוך כל אותם אנשים ואשר על פיהם אמורות להתקבל החלטות גורליות. לכן, הבעיות האתיות אינן יכולות להילמד בכיתה, בהרצאה, אלא ליד מיטת החולה, במחלקה, בעזרת הידע וההבנה של הפסיכיאטר היועץ (CL), שעליו להיות בעל תפקיד מוביל בוועדות האתיות בבתי החולים הכלליים¹⁶.

לסיכום, יש לשאוף לבניית שירותי ייעוץ בבית חולים כללי בצורה המיטבית:

זמינות – כל מודל עלול לקום או ליפול על רקע זמינות והערך גמישות. זמינותו של היועץ, גם לייעוץ טלפוני דחוף, תגביר את שיתוף הפעולה של הרופא הראשוני. לעתים, התייעצויות טלפון אלו הם מעין "מבחן קבלה" לפסיכיאטר היועץ והיותו לא זמין בהתחלה עלול לטרפד את כל התהליך.

2. שיפור התקשורת בין החולה למטפלי ובין המטפלים השונים המעורבים בתהליך החלמתו ובכך חיזוק הרצף הטיפולי.

3. שניתי התייחסות הצוותים הרפואיים (רופאים ואנשי סיעוד) כלפי המטופל, הפחתת הסטיגמטיזציה.

4. הבנת הפסיכוסומאטיקה כאינטראקציה בין הגורמים הביולוגיים, הנפשיים והחברתיים (המודל הביו פסיכו סוציאלי של אנגל) וכמשפיעה על ההתפרצות, על המהלך ועל התוצאה הסופית של כל מחלה.

5. הקניית ידע מעמיק של היבטים הפסיכיאטריים, הפסיכולוגיים והאנושיים של המחלה בתוך סביבת בית החולים בכללותו (לדוגמה, רוטציות של הצוות, היררכיה רפואית, לחץ ועייפות של הצוות, נגישות המשפחה לחולה וכו'), תוך התייחסות לסביבות ייחודיות של בית החולים (לדוגמה, היחידה לטיפול נמרץ, חדר המיון, חדר יולדות, חדר ניתוח).

6. רכישת ידע מעמיק של בעיות פסיכיאטריות ייחודיות הקשורות למצבים ייחודיים, כולל תחלואה כפולה: טיפול קרדילוגי, כאב כרוני, איידס, אונקולוגיה, דליריום, דמנציה ותסמונות אורגניות מוחיות אחרות, בתוך סביבת בית החולים, נירולוגיה ונידר-כירורגיה, התמכרויות בתוך סביבת בית החולים, יחידות כירורגיות (במיוחד בנייתוחים הגורמים למוטילציות), יחידת הריאליזציה, מחלקות נשים יולדות עם דגש מיוחד על לידות טראגיות, חוסר היענות ובעיות התנהגותיות, אי ודאות אבחנתית, הפרעות סומטופורמיות, דיילמות פסיכו-פרמקולוגיות, הפרעות של התחזות (factitious disorder), הפרעות קונברסיביות, אובדנות, מוות.

7. לימוד דרכי עבודה עם המאושפז באמצעות המודל הרב-מערכתי בכל הרמות.

8. פעולות חינוך והכשרה של רופאים ואחיות, קבוצות באלנט לצוותי המחלקות והיחידות השונות, קבוצות שבהן דנים על יחסים בין רופא

.....[רשימת מקורות].....

1. Sherese A,Carrie Et,Manuel P,Gregory F,-Current Psychiatry Report 2006;8:215-222
2. Kornfeld DS. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. American Journal of Psychiatry 2002; 159:1964-1972
3. Weissman AD, Hackett TP. Psychosis after eye surgery - establishment of a specific doctor-patient relationship in prevention and treatment of black patch delirium. New England Journal of Medicine 1958; 258:1284-1289
4. Bibring GL. Psychiatry and medical practice in a general hospital. New England Journal of Medicine 1956; 254:366-372
5. Groves JE. Taking care of the hateful patient. New England Journal of Medicine 1978; 298:883-887
6. Kornfeld DS, Zimberg S, Malm JR. Psychiatric complications of open-heart surgery. New England Journal of Medicine 1965; 273:287-292
7. Sutherland AM: The psychological impact of cancer and cancer surgery, I:adaptation to the dry colostomy. Cancer 1952; 5:857-872
8. Holland JC (ed): Psycho-Oncology. New York, Oxford University Press, 1998
9. Pinner G: Truth-telling and the diagnosis of dementia. Br J Psychiatry 2000; 176:514-515
10. Kornfeld DS: Doctor's dilemma: what truth for which patient at what time? (letter). New York Times, May 16, 1978
11. Sayag R, Kaplan-Denour A, Shapira Z, Kahan E, Boner G: Comparison of psychosocial adjustment of male nondiabetic kidney transplant and hospital hemodialysis patients.

- Nephron 1990; 54:214-218
12. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M: Depression following myocardial infarction. JAMA 1993; 270:1819-1825
13. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR: Association of depression with 10-year poststroke mortality. Am J Psychiatry 1993; 150:124-129
14. Lipsey JR, Robinson RG, Pearlson GD, Rao K, Price TR: Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double-blind study. Lancet 1984; 1:297-300
15. בוימן מ, מען, שמואל פניג-בראות הנפס ורפואה ראשונית-הפרדה או אינטגרציה, מדיסין פסיכיאטריה - אוקל-נוב, 2008
16. Lederberg MS: Making a situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation/liaison setting. Psychosomatics 1997; 38:327-338
17. Gagnon P, Massie MJ, Kash K, Gronert M, Heerd AS, Brown K, Sullivan MD, Borgen P: Perception of breast cancer risk and psychological distress in women attending a surveillance program. Psychooncology 1996; 5:259-269
18. Lipowski ZJ: Delirium: confusional states. New-York, Oxford, 1990
19. Lipowski ZJ: Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145:1358-1368
20. Lipsitt Don Consultation Liaison Psychiatry and psychosomatic medicine Psychosomatic Medicine 63:869-909 (2001)

קונספט PDD

התפתחות הקונספט של הפרעת
התפתחות רחבת היקף, PDD [Pervasive
Developmental Disorder], גבולותיו,
חשיבותו והשימוש בו, ההפרעות הנכללות
בתוכו וההפרעות המובדלות ממנו

ד"ר מרים פסקין, ד"ר גיל זכצמן

הקטגוריה של הפרעת התפתחות רחבת היקף כוללת קבוצה הטרוגנית של הפרעות נידו-פסיכיאטריות אשר מופיעות בשנים הראשונות לחיים. ההפרעות מתאפיינות בליקויים חמורים, משמעותיים ותמידיים ביכולת ליצור אינטראקציות בינאישיות ובתקשורת הבינאישית. הן מלוות בקשיים בויסות של תהליכים פיזיולוגיים, תחושתיים, אפקטיביים, קוגניטיביים, מוטורים ובתהליכים של קשב. כלומר, יש ליקוי תפקודי בהיקף רחב. הממצא החשוב הנספח הוא דפוס חזרתי וסטריאוטיפי בהתנהגות, בתחומי העניין ובפעילות. ההפרעות הללו מייצגות את עצם קיומו של רצף בחומרת הליקויים וכמו כן את קיומן של תופעות נלוות לליקוי המרכזי בתחום הבינאיש/תקשורתי, תופעות אשר צובעות את התמונה התפקודית והקלינית באופנים שונים.

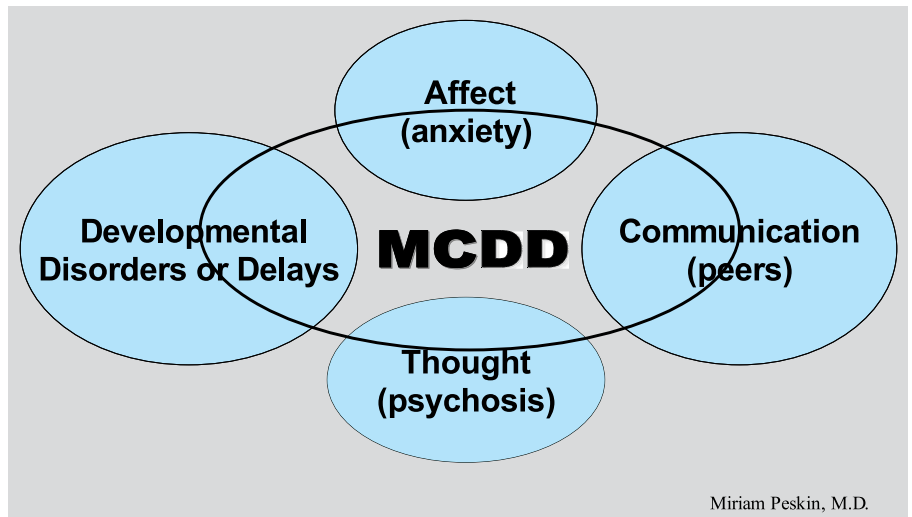
מאמר זה עוסק בהתפתחות של הקונספט של הפרעת התפתחות רחבת היקף, PDD (Pervasive Developmental Disorder), גבולותיו, חשיבותו והשימוש בו, תוך תיאור של ההפרעות הנכללות בתוכו וההפרעות המובדלות ממנו.

התפתחות היסטורית-מקצועית

בשנת 1943 פרסם קנר תיאור קבוצה שמנתה 11 ילדים שהיו חסרי יכולת להתייחס לאחרים". לעומת זאת, היו ילדים אלה מסוגלים להתייחס לחפצים. הם נצמדו להתנהגויות מוזרות וחוזרות על עצמן והציגו הפרעות קשות בהתפתחות השפה, כגון אקולליה והעדר יכולת לדבר על עצמם בגוף ראשון (pronoun reversal). קנר קרא לילדים האלה אוטיסטים, מונח אשר כבר היה בשימוש על ידי בלוילר, בהגדרת הממצאים העיקריים של סכיזופרניה.



Multiple Complex Developmental Disorder Disordered Domains



ספקטרום אוטיסטי, Autism Spectrum - ASD Disorders. זאת כיוון שהמונח מעמיד את האוטיות בתור הליקוי העיקרי ואת ההפרעה האוטיסטית בתור אבטיפוס (prototype). בעת שהספקטרום האוטיסטי מבטא את ההפרעה האוטיסטית הבסיסית, הרי האוטיות מכיל הפרעות נוספות עם סימפטומים חופפים ונוספים. בנוסף, הנחת העבודה היא שההפרעות בתוך הספקטרום נבדלות מההפרעה האוטיסטית בחומרה, במהלך ו/או בהיקף הסימפטומים, בעת שהפרעות דומות שלא נכללות בספקטרום האוטיסטי הן בעלות מאפיינים עיקריים שונים, מהלך שונה ו/או תשתית ביולוגית שונה¹⁷.

ביטויים מוקדמים של הפרעה, באינטראקציה ובתקשורת הבינאישית

התפתחות תקינה – ההתפתחות החברתית התקינה מתאפיינת בנטייה ברורה של התינוק/ פועט להתייחס לאחר, לחפש את מבטו ואת תגובותיו, לשותף אותו במצביו האפקטיביים (sharing). בנוסף להתנהגויות של התקשורת המופנות כלפי מבוגרים, תינוקות/פועטות מראים עניין בבני גילם ומתקרבים אליהם, כך נוצרים מצבים של קשב משותף (joint attention) שמאפשרים לחלוק חוויות של הנאה, של למידה וכו'. החברתיות מתפתחת באופן ספונטני, ללא צורך בתנאים מיוחדים. בשלב מאוחר יותר מתפתחת ההבנה שקיימות אצל האחר תכונות דומות לשלו: כוונות, מחשבות ורגשות ושניתן לנבא את תגובותיו ואף להשפיע עליהן (theory of mind)⁵.

בתהליך תקין של התפתחות התקשורת הבינאישית מופיעות כבר בחודשים הראשונים לחיים כוונות תקשורתיות (intentional communication), צורך

בשנת 1944 פרסם אספרגר תיאור של ארבעה ילדים עם קושי בהשתלבות חברתית, בתקשורת הלא מילולית, בהתייחסות אמפטית, עם סרבול מוטורי, עיסוק בנושאים בלתי שגורתיים והפרעות בהתפתחות השפה. מאמרו פורסם בגרמנית ועל כן נשאר לא מוכר עד שנות ה-80.

בשנות ה-50-60, לא נבדל אוטיות מסכיזופרניה ושתי ההפרעות נחשבו לכאות ממקור פסיכוגני²³. מקרי ה"סכיזופרניה" התרבו ועל זה כתב קנר "the country was populated by a multitude of autistic children"¹². ההפרעה הפסיכיאטרית החמורה סוגה כסכיזופרניה, אשר כללה אוטיות. בשנות ה-60-70, הקונספטים של אוטיות ושל פסיכוזיס הפכו לספציפיים יותר והופרדו, בעקבות עבודות אפידמיולוגיות של רטר וקולבין^{14,16}.

בשנות ה-80, הקונספט של אוטיות התרחב שנית והפעם כיוון שנכללו בו גם ילדים עם צרכים לימודיים מיוחדים, בעקבות עבודה של וינג וגולד²². וינג גילתה את מאמרו של אספרגר, אשר הפנה את תשומת הלב של קלינאים וחוקרים למקרים של אוטיות עם תפקוד גבוה (high functioning).

בשנות ה-90, ארגון הבריאות העולמי והחברה הפסיכיאטרית האמריקאית הגיעו למצב של קונצנזוס²¹ אשר בעקבותיו נקבע המונח PDD – Pervasive Developmental Disorders, המדגיש את החומרה, את הנטייה של ההפרעות להתמיד ואת ההיבטים ההתפתחותיים. בקבוצה זו נכללו ההפרעה האוטיסטית, Autistic Disorder וקבוצת הפרעות שנקראה Nonautistic PDD. בקבוצה השנייה נכללו התסמונות ע"ש הלר (ההפרעה הדיסנטגרטית של הילדות), התסמונת ע"ש רט, התסמונת ע"ש אספרגר והפרעות בלתי ספציפיות, not otherwise specified – NOS.

כיום מקובל יותר לחשוב ולדבר במונחים של

להעביר לאחרים מסרים. לפני שמופיעות המילים, לתינוק/ פועט יש כבר מגוון של התנהגויות, הבעות פנים ומבעים, אשר מהווים שפה לא מילולית, וגם סוגים שונים של קולות. יש חיפוש אחרי "רמזים" בהנניית המבט לאחר, בעיקר במצבים לא מוכרים או מפחידים (social referencing). לקראת השנה הראשונה מתחילה להתארגן השפה המילולית.

אצל ילדים הסובלים מ-PDD יש פגיעה ראשונית, חמורה ומתמידה ביכולת ליצור קשרים ולתקשר עם האחר, פגיעה אשר באה לידי ביטוי לפני גיל שלוש. הליקוי קיים בעיקר מול בני גילם. בהתאם לחומרת הפגיעה, ילדים אלה יכולים ליצור מידת מה של אינטראקציה עם מבוגרים, בזכות נכונותם של מבוגרים להתכוונן לילדים, אך האינטראקציה והתקשורת מוגבלות ביותר ונעדרות לספק את צרכיו הראשוניים של הילד, שנשאר חסר יכולת להודיות ולאמפטיה. ילדים אלה אינם משירים מבט, שפתם הבלתי מילולית היא דלה או חסרה, הם אינם מצביעים בזמן, הם חסרי כוונות תקשורתיות, הם לא מצליחים לחקות תנועות או הבעות, המלמול מאחר להופיע והוא דל. במקרים שקיימת שפה מילולית (בכ-50 אחוז מהילדים) היא פגיעה בעיקר בממד הפרגמאטי. בנוסף, מופיעות התנהגויות שחוזרות על עצמן ונטייה לגרייה עצמית. יש פגיעה בהתפתחות הממד הסימבולי ועל כן המשחק שלהם הוא קונקרטי, מכאני, חזרתי ומוצמץ.

בקבוצת ילדים המאובחנים כסובלים מ-PDD הפגיעה היא אורגנית, מוחית, גם אם לא ניתן להוכיח סיבה ספציפית¹⁹.

ההורים מול קונספט ה-PDD

קנר ייחס חשיבות אטיולוגית להתייחסותם של ההורים לילדם האוטיסטי. הוא תיאר יחס הורה-ילד מנוכר. במהלך השנים, עם התפתחות הידע בתחום ה-PDD והצטברות הנתונים האפידמיולוגיים, הלך והתברר כי אין ההורים "אחראיים" להפרעה, מלבד ההעברה הגנטית (אשר מוכן שאינה בשליטתם) והעובדה שחלק מהם סובל מהפרעה בתוך הספקטרום הזה. עם זאת, עד היום יש אנשי מקצוע שממשיכים להפנות אצבע מאשימה לעבר ההורים בפגיעה האוטיסטית של ילדם ובכך מגבירים את מצוקתם ותסכולם, שלא בצדק. ההפרעות בקשר בין הורים לילדם האוטיסטי נובעות בעיקר מקשייו של הילד עצמו, אשר מתקשה לאותת על מצבו ואינו מהווה מקור למשוב חיובי²⁰.

הפרעות התפתחותיות רחבות היקף (PDD) בסיווג הפסיכיאטרי הרשמי

הפרעה אוטיסטית, Autistic Disorder – כאמור, ההפרעה האוטיסטית מהווה אבטיפוס של פגיעה בשלושה תחומים: 1. ליקוי באיכות האינטראקציה

החברתית. 2. ליקוי באיכות התקשורת הבינאישית. 3. דפוסי התנהגות, פעילויות ותחומי עניין מצומצמים, חזרתיים וסטריאוטיפיים. הילדים נצמדים לרוטינות או לטקסים חסרי תועלת או משמעות.

ב-20 אחוז מהמקרים ניתן לאתר סיבה רפואית ספציפית או סימנים של פגיעה נוירולוגית. המקרים האלה נכללים תחת כותרת של complex autism. בשאר המקרים, הנקראים essential autism, הפרוגנוזה טובה יותר וההשפעה הגנטית משמעותית יותר.

ילדים אוטיסטים מציגים סימפטומים התנהגותיים: רמת פעילות גבוהה, טווח קשב קצר, אימפולסיביות, תוקפנות, פגיעות עצמיות, התקפי זעם. הם מציגים לעתים תגובות חריגות לגירויים תחושתיים, הפרעות אכילה (כגון בררנות קיצונית), הפרעות שינה (קושי להירדם, התעוררויות מרובות, תנועות חזרתיות תוך שינה) ותגובות אפקטיביות לא תואמות. חשוב מאוד לאבחן קשיים נלווים אלה, שמקשים על היעילות של הילד, פוגמים בתפקודו ומכבידים על משפחתו, לעתים יותר מההפרעה האוטיסטית עצמה. קשיים נלווים אלה ניתנים לטיפול תרופתי או סכיבתי.

40 אחוז מהילדים האוטיסטים סובלים מפיגור שכלי ו-25 אחוז מפרסונים.

תסמונת ע"ש הלר, Childhood - CDD Disintegrative Disorder – ההפרעה תוארה לראשונה על ידי הלר בשנת 1908, אצל שישה ילדים בני שלוש עד ארבע שהציגו תמונה קלינית של רגרסיה התפתחותית חמורה. הרגרסיה מופיעה אחרי גיל שנתיים ועד גיל עשר. הלר קרא לתסמונת dementia infantilis, ואכן מדובר בתהליך דומה לדמנציה אצל מבוגרים פרט לעובדה שלאחר תקופה מסוימת יש התייבבות של המצב הנוירולוגי ואף התאוששות ברמות שונות. התסמונת היא נדירה מאוד ועד כה תוארו בספרות העולמית כ-100 מקרים.

תסמונת ע"ש רט, Rett's Disorder – בשנת 1966 תיאר רט תסמונת בבנות הכוללת קושי בהתייחסות חברתית עם נסיגה התפתחותית, הופעה של תנועות סטריאוטיפיות בידים, קשיים בהליכה ובתנועות הגוף ועצירות נשימה (breath holding spells). היקף הראש אינו עולה כמצופה. נראה שיש קשר בין מוטציה בגן MECP2 לבין הופעת ההפרעה, אך הממצא אינו ספציפי. קיים ויכוח באשר לסיווג של תסמונת רט. יש הטוענים שזו אמורה להמשיך ולהופיע כהפרעה פסיכיאטרית והטוענים אחרת, שהיא אמורה להימצא בסיווג של המחלות הנוירולוגיות או הגנטיות.

תסמונת ע"ש אספרגר, Asperger's Disorder – תסמונת אספרגר היא הפרעה נוירו-פסיכיאטרית המסווגת בספקטרום האוטיסטי. היא מתאפיינת בקיומם של ליקויים וחריגות ביכולת ליצור

קשרים חברתיים הדדיים ובקיומן של תבניות חשיבתיות והתנהגותיות, פעילויות ותחומי עניין סטריאוטיפיות, מצומצמות וחוזרות על עצמן. ההפרעות הללו גורמות לפגם בתפקוד. בו זמנית, לא ניתן לאבחן באיחור משמעותי בהתפתחות השפה, בהתפתחות הקוגניטיבית או ביכולות להסתגלות בתחומים אחרים ולעצמאות.

למרות שאחד ממאפייניה הוא התפקוד השפתי היחסית פחות פגוע, ניכרים ליקויים שפתיים בילדים הסובלים מהתסמונת, במיוחד בתחומי הפרגמטיקה והפרוודיה. ילדים אלה הם בעלי מגוון מצומצם של כוונות תקשורתיות, קשיים בהבנת כוונות תקשורתיות של אחרים ושימוש ייחודי או לא קונבנציונלי בתקשורת ורבולית ול-ורבולית. בנוסף, הם מתקשים בבחירת מילים בהתאם לסיטואציה ומפרים את חוק הידע המשותף. בשל הממצאים הללו קיימת ההיפותזה כי ההפרעה נובעת מליקויים בתפקוד האונה הימנית של המוח. אולם, אין עדיין מספיק מידע באשר לספציפיות של האבחנה של תסמונת אספרגר בתוך הספקטרום האוטיסטי ובתוך מגוון ההפרעות התפקודיות אשר נובעות מפגיעות באונה הימנית של המוח.¹³

הפרעת התפתחות רחבת היקף לא מסווגת, Pervasive Developmental Disorder - N.O.S – קטגוריה זו מהווה מעין "פח זבל" והיא למעשה כוללת את המקרים אשר לא ניתן להגדירם באחת הקטגוריות הנ"ל. שכיחות ההפרעה היא ל-1 600 ילדים.

קטגוריה זו היא הטרוגנית מאוד. עצם מעורבותם של מספר תחומי התפתחות גורם להופעתן של תמונות קליניות פולימורפיות ומשתנות. יש להשתמש בקטגוריה זו במקרים שבהם יש ליקוי חמור ורחב בהתפתחות של האינטראקציה החברתית והדרית עם ליקוי בתקשורת (הורבולית או הלא-ורבולית) או התנהגויות, פעילויות ותחומי עניין סטריאוטיפיים.

הקטגוריה הזאת כוללת "אוטיזם לא אופייני", כלומר אותם נבדקים אשר לא מאובחנים כסובלים מהפרעה אוטיסטית בגלל: א. גיל מאוחר בהופעת הסימפטומים של ההופעה. ב. תסמינים לא אופייניים, או ג. תסמינים מתחת לסף הנורמה.

קטגוריה זו מרחיבה בעצם את התחום האוטיסטי, כאשר אינה דורשת קריטריונים ברורים באשר לגיל הופעת הסימפטומים, סוג הסימפטומים וחומרת הסימפטומים.

הפרעה התפתחותית רב-תחומית מורכבת, Multiple Complex Developmental - MCDD Disorder – קבוצות של חוקרים, וביניהם בויטלר ואן דר גג, תומכים בקיומה של קטגוריה נוספת זו.⁷

קטגוריה זו הוגדרה בשנת ה-90 ומתאפיינת ב: א. פגיעה ביכולת לווסת את המצב האפקטיבי ואת החרדה, וכתוצאה מכך רמת חרדה גבוהה, מתח

כללי או עצבנות, פוביות ופחדים בלתי שגרתיים, מצבים חחורים של פאניקה או תגובות חרדתיות אידיוסינקרטיות, מקרים של רגרסיה או התנהגות בלתי מאורגנת ואף פגיעות עצמיות ולבילות אפקטיביות.

ב. פגיעה מוצקה בהתנהגות וברגישות החברתית, אשר באה לידי ביטוי בחוסר עניין, הימנעות או התבודדות חברתית, יצירת קשרים שטחיים עם מבוגרים ורק לצורך מילוי צרכים בסיסיים, התנהגויות התקשורת קיצוניות ומתחלפות, מאופיינות בהיצמדות, צורך מופרז בשליטה, תלותיות, תוקפנות או התנגדות, חוסר יכולת לזוז או לקיים קשרים חברתיים עם בני אותו גיל ומגבלה ביכולת האמפטיה.

ג. הפרעות בחשיבה אשר כוללות חשיבה בלתי הגיונית, חשיבה מאגית, מחשבות ביזאוריות או דלזיונליות (אומניפוטנטיות, פרנאידליות, גרנדיוזיות, של יחס), עם בלבול בין מציאות לדמיון.

הקונספטואליזציה של ה-MCDD היא בעצם ניסיון להתייחסות חלופית וחודשנית לתסמונת הגבולית בילדות, ה-Childhood Borderline Syndrome, אשר מוזכרת בספרות החל משנות ה-50. עד היום חלוקת הדעות לגבי המקור להפרעות הנ"ל וכמו כן חלוקת הדעות בדבר השוני והדמיון ביניהן. בשנות ה-90, דונלד כהן וחבריו היו הראשונים שקשרו בין התסמונת הגבולית בילדות וההפרעות ההתפתחותיות רחבות ההיקף.⁴ הם שמו לב לקיומן של סטיות התפתחותיות משמעותיות ומתמידות וכמו כן לעובדה שהן מופיעות באסוציאציה עם הפרעות אורגניות. מהפרספקטיבה הפסיכואנליטית היתה הנטייה להבחין את התמונה הקלינית של הילד הגבולי כהפרעה בהתפתחות האישיות.

את ההפרעות בתחום ה-PDD ניתן לאבחן כבר בגיל הניקוט, אבל יש להיות זהירים ולהבדיל בין עיכובים בהתפתחות המערכת התקשורתית לבין קשיים במערכות אחרות אשר משפיעים על התקשורת, לבין הפרעה חמורה ויציבה יותר. רק ילדים עם הסוגים החמורים ביותר של קשיים בקשר ובתקשורת ייכללו בספקטרום האוטיסטי עוד לפני גיל שנתיים. כמה מהעיכובים והקשיים הפחות חמורים יכולים להשתפר במהלך השנתיים הראשונות לחיים. על כן, מערכת הסיווג של הפסיכופתולוגיה של הגיל הרך, ה-DC Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (0-3)³ מגדיר קטגוריה נוספת, אבחנה ארעית ועל תנאי, לשימוש בילדים עד גיל שנתיים: **הפרעה התפתחותית רב-מערכתית Multi-system Developmental - MSDD Disorder** – הקטגוריה נוצרה מתוך הנחה שקיימת קבוצה של ילדים אשר עד גיל שנתיים מציגים מאפיינים דומים לאלה הסובלים מ-PDD, אך

התייחסות משרד הבריאות לאבחון PDD

בשל העלייה במספר הילדים אשר מאובחנים כסובלים מ-PDD בשנים האחרונות בישראל, אשר הגיע לשניים עד חמישה לכל אלף ילדים, החליט משרד הבריאות ובראשו פרופ' אבי ישראלי, בשנת 2006 ובהמלצת ועדת הבריאות, העבודה והרווחה והוועדה לשלום הילד בכנסת, להקים ועדה בנושא אבחון הפרעות בספקטרום האוטיסטי. משרד הבריאות קיבל את המלצותיה של ועדה זו באשר לנהל האבחון, אשר הן כדלקמן²⁵:

1. הילד אשר לגביו עולה חשד כי סובל מ-PDD אמור לעבור בדיקה גופנית, נירולוגית והתפתחותית-רגשית על ידי אחד הרופאים המומחים אשר רשאים לאבחן אוטיזם PDD בקרב ילדים: פסיכיאטרים של ילדים ונוער, רופאי ילדים עם נסיון עבודה של שלוש שנים לפחות במכון מוכר להתפתחות הילד ונירולוגים של ילדים.

2. בנוסף לבדיקה הנ"ל, הילד אמור לעבור אבחון על ידי פסיכולוג התפתחותי או קליני, תוך שימוש במבחן פסיכולוגי מותאם לגיל התפקודי של הילד.

3. בתהליך האבחון אמורים להשתתף גם אנשי מקצועות בריאות נוספים בהתאם לצורך.

4. במהלך האבחון יש להשתמש לפחות באחד מכלי האבחון המקובלים, בהתאם לגיל הילד:

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)
Autism Diagnostic Interview (ADI)
Gilliam Autism Rating Scale (GARS)
Childhood Autism Rating Scale (CARS)
Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

5. כל איש מקצוע שמעורב בתהליך האבחון אמור לפרט את הכלים שבהם עשה שימוש ובאילו מרכיבים של הכלי נמצאו ליקויים אצל הילד נבדק.

נכון להיום ובהתאם לחודר מנכ"ל זה, רק דו"ח אשר עומד בדרישות הנ"ל מקובל במסודות המדינה הרלבנטיים לצורך הענקת הזכויות המגיעות לילד המאובחן כסובל מהפרעה בספקטרום האוטיסטי. כך אמור להיווצר קונצנזוס מיוחד בארץ באשר לדרך להגדיר את הקונספט של PDD, לפחות מבחינה רשמית.

בעלי טווח רחב של דפוסי יחסים בינאישיים, עם קשיים משמעותיים בוויסות הרגשי, הסנסורי והקוגניטיבי.
ילדים יוגדרו כסובלים מ-MSDD כשיציגו תמונה קלינית של:
1. לקות משמעותית ביכולת להיות במערכת יחסים

רגשית וחברתית עם המטפל ראשוני (כלומר, הילד נראה נמנע או לא מכון אליו) אבל עם פריצים עדינים של קשר, או שיתייחסו אליו בצורה חמימה לסירוגין.

2. לקות משמעותית בבנייה, שמירה ו/או פיתוח של תקשורת פרה-ורבלית או של תקשורת סימבולית ורבלית ולא-ורבלית.

3. לקות תפקודית משמעותית בעיבוד של תחושות ויזואליות, אודיטוריות, תחושתיות, פרופריופטציות וווסטיבולריות, כולל תגובות יתר ותת תגובות לקלט סנסורי.

4. לקות תפקודית משמעותית בתכנון תנועה (יצירת רצף של תנועות).

עד גיל שנתיים הקשיים בארבע המערכות הללו יכולים להשתנות. בתחום האינטראקציה הבינאישית, תיתכן התפתחות מהמצב של ניתוק וחוסר התכוונות למצב של התחברויות לעתים תכופות יותר. בתחום התקשורת תיתכן התפתחות מהמצב של מיעוט התנהגויות לא ורבליות מכוונות לשימוש בשפה. בתחום האפקט מהמצב של השטחה וחוסר התאמה להנאה באינטראקציות. בתחום העיבוד הסנסורי, ממצב של גרייה עצמית והתנהגויות חוזרות על עצמן למצב של התארגנות ואינטגרציה.

הפרעות שאינן נכללות בספקטרום האוטיסטי

הפרעות שאינן נכללות בספקטרום האוטיסטי אך מופיעות בקליניקה עם ליקויים ביכולת ליצירת קשר בינאישי וליקויים בתקשורת הבינאישית:

הפרעות בוויסות, Regulation Disorders of Sensory Processing – האבחנה של הפרעות בוויסות של העיבוד התחושותי מוגדרת ב-DC R 3-0 ומתייחסת לקשייו של ילד בוויסות רגשות והתנהגויות, כמו גם לקשייו ומאפייניו הייחודיים לתגובה לגירויים תחושתיים, קשיים אשר מובילים לליקוי בהתפתחות ובתפקוד. דפוסי ההתנהגות שאופייניים להפרעה זו אמורים להופיע במסגרות שונות ובמערכות יחסים רבות²⁶.

גירויים תחושתיים כוללים מגע, מראה, צליל, טעם, ריח, תחושה עורית ועמוקה, תנועה בחלל ומודעות לתנוחת הגוף בחלל. לכל ילד יש דרכים ייחודיות שבהן הוא מגיב לגירויים תחושתיים. לילדים מסוימים יש קושי בעיבוד הקלט התחושותי, אשר עלול להפריע להתפתחות היכולות המיזמניות החברתיות ולהתפתחות הרגשית והבינאישית. הקושי הזה יפגע, באופן ספציפי, ביכולת הילד להתנסות בפעילויות תואמות גיל.

קיימת קורלציה ישירה בין היכולת לוויסות עצמי לבין היכולת להתייחס לסביבה (לרבות להתייחס לאנשים שבסביבה). אכן, ככל שילד עסוק יותר בוויסות הקלט החושי והרגשי כיוון שאינו מצליח בכך, וככל שהוא מוצף יותר בתחושות לא נעימות

וברגשות שליליים, הוא יהיה פחות פנוי וזמין להתחברות עם אחרים. הילד המוטרד בשל חיפוש מתמיד להשגת האזון הבסיסי (homeostasis) נוטה להיות מרוכז בעצמו, טרוד ולא מתעניין (או פחות מתעניין) ביצירת קשרים בינאישיים ובלמוד התכונות של הסובבים אותו.

מתוארים שלושה סוגים של הפרעות ויסות של עיבוד תחושותי:

1. הפרעת ויסות עם רגישות יתר, hypersensitive – ילדים אשר סובלים מרגישות יתר לגירויים תחושתיים חווים אותם כמפחידים ונוטים לפתח התנהגויות של נסיגה ושל הימנעות. הם הופכים לזהירים וחלק מהם מפתח התנהגויות מתנגדות.

2. הפרעת ויסות עם רגישות מופחתת, hyposensitive/under-responsive – ילדים אשר סובלים מתת-רגישות וזקוקים לגירויים תחושתיים בעוצמה גבוהה לפני שהם מסוגלים להגיב. ילדים אלה נראים לעתים קרובות כבעלי תגובות מופחתת לסביבתם וכאילו אינם מוכנים לקבל התייחסויות מאחרים. נדרש מאמץ משמעותי ו/או עיקשות כדי להשיג את תשומת ליבם. נסיגתם וחוסר התגובות שלהם בדרך כלל משקפות את כשלונם להגיע לסף העוררות שיניע אותם לפעול ולהגיב. הילדים יכולים להיראות לא תקשורתיים, מעוכבים או מדוכאים.

3. הפרעת ויסות עם חיפוש גרייה תחושתית/אימפולסיבי – ילדים אלה מנסים באופן פעיל לספק את הצורך שלהם ברמות גבוהות של גרייה תחושתית במשך זמן רב ובעוצמה רבה. הם נוטים למוסחות ולפעלתנות. הם אינם מאורגנים בהתנהגותם ולעתים תוקפניים.

לסיכום, ילדים עם הפרעה בוויסות יכולים להציג תמונה קלינית של עיכוב ביכולות לקשר ולתקשורת בשל נסיגה או בשל חיפוש מתמיד אחרי גרייה עצמית (self-stimulation).

הפרעה בהתקשרות, Reactive Attachment Disorder – הפרעה זו מתרחשת בהקשר של חסך רגשי קיצוני בטיפול בילד או בהקשר של התעללות בילד. חסך רגשי קיצוני ייתכן כשלילד יש אפשרות מוגבלת ליצור התקשרות ברגנית ומכוונת בגלל שינויים תכופים במטפל או המטפלים הראשוניים, או בגלל חוסר זמינות בולט של דמות ההתקשרות, כמו בסביבות של מוסד. חסך רגשי קיצוני קיים גם כאשר תינוקות וילדים צעירים מונחלים בצורה רצינית על ידי דמות ההתקשרות הראשונית (למשל, על ידי הורים מדוכאים בצורה חמורה או מעורבים בשימוש בחומרים)²⁴. ההתעללות בילד, כמו החסך הרגשי, משאירה אותו חסר דמות התקשרות ראשונית.

ההפרעה מתפתחת לפני גיל חמש ומתאפיינת בהתנהגויות התקשרות מופרעות באופן בולט ולא הולמות התפתחותית. רק לעתים נדירות ובאופן

מינליות, בשיפוט של מצבים חברתיים ובאינטראקציה בינאישית. לעתים מופיעות התנהגויות אובססיביות-קומפולסיביות. **תסמונת ההמיספרה הימנית, Right Hemisphere Syndrom** - תסמונת שתוארה בשנות ה-80²¹ במטופלים שהציגו קשיים רגשיים ובינאישיים, ביישנות, ליקויים תפישתיים ושפתיים. התיאור לא הצליח לקדם את התקשורת בין אנשי מקצוע ולא הופיעו פרסומים נוספים.

מצבים פסידו-אוטיסטיים

מנגנון הגנה בפני חרדה של התכנסות או נסיגה (withdrawal) הוא מהמוקדמים ביותר⁸. התינוק יעצום את עיניו או יסובב את ראשו מול גירוי שמציף אותו או מפחד אותו. כמו כן, מנגנון ההימנעות מגן בפני התמודדות עם אימים מסוגים שונים. במצבים של שימוש מופרז במנגנונים אלה, ייתכן שתיווצר תמונה קלינית דומה לזו של אוטיזם. למצבים פסידו-אוטיסטיים אלה (autistic like), אשר אינם נובעים מפגיעה נוירולוגית, שמורה ההגדרה של אוטיזם פסיכוגני¹⁸. למצבים מסוג זה תחלואה מלווית, פרוגנוזה וטיפול שונים לחלוטין מאלה של ה-PDD ועל כן חשוב להבדיל ביניהם באופן מאוד ברור.

ד"ר מרים פסקין, חטיבת ילדים ונוער, המרכז לבריאות הנפש גזה. ד"ר גיל זלצמן, מנהל חטיבת ילדים ונוער ומנהל מחלקת יום לנוער, המרכז לבריאות הנפש גזה, מרצה בכיר, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

וקלינאיות תקשורת, שכוללים סימפטומים בתחום הבינאישית/תקשורתית.

תסמונות נוירו-פסיכולוגיות ושפתיות עם סימפטומים של הפרעה ביצירת קשר בינאישית והפרעה בתקשורת הבינאישית (לא נכללות בסיווג הפסיכיאטרי הרשמי):

הפרעה סמנטית-פראגמטית, Semantic-Pragmatic Disorder - ההפרעה הזאת מתאפיינת בקיום של מיומנויות דיבור ושפה תקינות בצורה, אבל פגועות בתוכן ובשימוש. כלומר, התחביר והפונולוגיה תקינים אך יש ליקויים בהבנה הסמנטית ובמיומנויות של תקשורת¹⁵.

לקויות למידה לא מילוליות (Non-verbal NVLD Learning Disabilities) - ההפרעה הזאת מתאפיינת בפרע משמעותי בין היכולת התפקודית המילולית הגבוהה לבין היכולת הביצועית שהיא יחסית נמוכה. פער זה הוא תוצאה של פער אחר, בין יכולות קוגניטיביות מילוליות גבוהות לעומת יכולות קוגניטיביות חזותיות-מרחביות ומוטוריות נמוכות יותר. רורקה¹⁹ מגדיר את לקות הלמידה הלא מילולית כמכילה שלוש קבוצות של קשיים:

1. הפרעות נוירו-פסיכולוגיות - קשיים בתפישת, בקואורדינציה, בקשב, בזיכרון לא מילולי, בהסקת מסקנות ובתפקודים ביצועיים. ייתכן קושי במיומנויות גרפ-מוטוריות עדינות, בארגון חזותי-מרחבי, וקושי בהיבטים מסוימים של דיבור ושפה.

2. קשיים במיומנויות אקדמאיות - קשיים בחשיבה מתמטית, בהבנת הנקרא ובכתיבה.
3. קשיים חברתיים, רגשיים והסתגלוניים - יש בעיות בהדריות ובהסתגלות למצבים חברתיים, קושי בפענוח שפת גוף, בהבנת רמזים בלתי

מינליות הילד פונה מבחירתו לדמות התקשורת מובחנת לצורך נחמה, תמיכה, הגנה וטיפול.

יש שני רפוסים שונים של הפרעה בהתקשורת:
1. רפוס נסוג רגשית או מעוכב (inhibited), הילד מכוון בצורה מינלית, דרך התנהגויות התקשורת, כלפי מטפלים בוגרים. יש חיפוש מינליות או נדיר של נחמה בעת מצוקה והדריות חברתית מופחתת או חסרה (בשיתוף באפקטים, בחיפוש אחרי רמזים או חסרה (social referencing), ביצירת קשר עין, בתקשורת לא רובלית ו/או רובלית.

2. רפוס לא מובחן או לא מעוכב (disinhibited): הילד מכוון התנהגויות התקשורת באופן לא ברור. הוא לא נזהר ולא מהסס לגשת למבוגרים לא מוכרים והוא כושל, אפילו בסביבות לא מוכרות, לחזור למטפלים שלו ולהיעזר בהם. לפני שמאבחנים הפרעת התקשורת, יש לשלול PDD. כלומר, אם קיים PDD לא נאבחן הפרעת התקשורת.

זה המקום להזכיר שקיים הבדל מהותי בין הפרעה ביצירת קשר בינאישית לבין הפרעה בהתקשורת ולהבדיל שילד עם PDD יש בדרך כלל פוטנציאל לפתח מערכת התקשורת להוריו או למטפלים בו. הפרעות נוספות שיכולות להופיע בקליניקה עם ליקויים ביכולת ליצירת קשר בינאישית וליקויים בתקשורת הבינאישית הן דיכאון והפרעה פוסט-טראומטית.

תסמונות נוירו-פסיכולוגיות ושפתיות

היות שתחום ה-PDD הוא רב-מקצועי, חשוב להזכיר הגדרות וקונספטים נוספים מעולם המושגים של רופאים נוירולוגים, פסיכולוגים נוירי-קוגניטיביים

(רשימת מקורות).....

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition text revision. Washington DC: American Psychiatric Press.
- World Health Organization (1992). ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zero to three (2005). Diagnostic classification: 0-3 R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3 R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.
- Ad-Dab'bagh Y. & Greenfield B. (2001). Multiple complex developmental disorder: the "multiple and complex" evolution of the "childhood borderline syndrome" construct. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 954-964.
- Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H. & Cohen D.J. (Eds.) (1999). Understanding other minds: Perspectives from autism (2nd. Ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Bishop S.L. & Lord C. (2006). Autism Spectrum Disorders. In: Luby J. (Ed.). Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment. The Guilford Press.
- Buitelaar J.K. & van der Gaag R.J. (1998). Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(6), 911-919.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. Psychoanalytic Quarterly, 51(4), 612-635.
- Greenspan S. & Weider S. (1993). Regulatory disorders. In C.H. Zeanah, Jr. (Ed.). Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press.
- Harnadek M.C. & Rourke B.P. (1994). Principal identifying features of nonverbal learning disabilities in children. Journal of Learning Disabilities, 27(3), 144-154.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2, 217-250.
- Kanner L. (1973). Childhood Psychosis: Initial Studies. V.H. Winston and Sons, Washington D.C.
- Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S., Cicchetti D.V. & Rourke B.P. (1995). Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal

- learning disabilities syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36(7), 1127-1140.
- Kolvin I. (1971a). Diagnostic criteria and classification of childhood psychoses. British Journal of Psychiatry, 118, 381-384.
- Rapin I. & Allen D.A. (1998). The semantic-pragmatic deficit disorder: Classification issues. International Language and Communication Disorders, 33(1), 95-108.
- Rutter M. & Lockyer L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. I: description of sample. British Journal of Psychiatry, 113, 1169-1182.
- Rutter M. (2002). Classification: Conceptual issues and substantive findings. In E. Taylor & M. Rutter (Eds.), Child and adolescent psychiatry, 4th. Ed. Oxford, England: Blackwell.
- Tustin F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism. International Journal of Psychoanalysis, 72(4), 585-591.
- Volkmar F.R., Klin A. & Cohen D. (1997). Diagnosis and classification of autism and related conditions: Consensus and issues. In D. Cohen & F.R. Volkmar (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 2nd. Ed. New York: Wiley.
- Volkmar F.R. & Klin A. (2005). Issues in the classification of autism and related conditions. In: F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 3rd. Ed. New York: Wiley.
- Weintraub S. & Mesulam M.M. (1983). Developmental learning disabilities of the right hemisphere. Emotional, interpersonal, and cognitive components. Archives of Neurology, 40(8), 463-468.
- Wing L. & Gould J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. Journal of Autism and Development, 9, 11-29.
- Wolff S. (2004). The history of autism. European Child and Adolescent Psychiatry, 13, 201-208.
- Zeanah C.H. Jr. & Boris N. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C.H. Zeanah, Jr. (Ed.). Handbook of infant mental health, 2nd. Ed. New York-London: The Guilford Press.
- חוזר המנהל הכללי מס. 13/07, מתאריך 24 ליוני 2007, משרד הבריאות, מדינת ישראל.

סכיזופרניה והשקנה

הנתונים אינם חד משמעיים בכל הנוגע לתופעות הלוואי המטבוליות והעמידות לאינסולין של תרופות נוגדות פסיכזה מדור שני, בהשוואה לתרופות מהדור הראשון. האם תרופות הדור השלישי יפתרו את הדילמה

ד"ר גיא שושהיים

לחיוכית מבחינת הימצאות התסמונת. החשיבות של אבחון התסמונת היא לגבי הקשר להאזנות מוגברת של מחלות קרדיוסקולריות, סוכרת מטיפוס 2 ושכיח מוחי. התסמונת הוגדרה על ידי פאנל המומחים של National cholesterol education ncepprogram adult treatment panel¹. היא קיימת בקרב כרבע מהאמריקאים, ב-60 אחוז מהסובלים מהשמנת יתר ואצל כחצי מחולי הסכיזופרניה². כפי שגרמו בתחילה, יש כיום מחלוקת בספרות האנדרוקרינית לגבי חשיבותה הקלינית של התסמונת, בין היתר בגלל שרכיבי הלוקים בתסמונת סובלים זה מכבר מסוכרת או ממחלה קרדיוסקולרית ובכך מפחיתים ממשמעותה הקלינית כסמן פרגנוסי³. יש המדגישים כי אין עדיין הבנה מספקת של בסיס פתופיזיולוגי המאחד לכאורה את הגורמים השונים שמרכיבים את התסמונת. המתנגדים לשימוש בתסמונת המטבולית כגורם מנבא ממליצים לצורך הערכת הסיכון לפתח מחלות כמו סוכרת ושכיח, על החלפתה בבריקת מידת ההשמנה המרכזית לבדה. ההגיון שבכך יוסבר בהמשך. למרות הביקורת המתוארת כאן שנמשכת זה 20 שנה, מהווה עדיין התסמונת המטבולית מדד חשוב בתחום בריאות הציבור לאיתור אוכלוסיות בסיכון גבוה.

גם הפרעות במטבוליזם הגלוקוז, ללא תלות בהפרעות מטבוליות אחרות, קשורות על פי הספרות לטיפול התרופתי בנוגדי פסיכזה מדור שני. מחקרים מצביעים על כך שחולים הלוקים בסכיזופרניה הם בעלי סיכוי גבוה יותר מהאוכלוסיה הכללית לפתח אי סבילות לגלוקוז וסוכרת מסוג 2, וסיכוי מוגבר זה מהווה את אחד הגורמים העיקריים לקיצור תוחלת החיים בהשוואה לאוכלוסיה הכללית. חוסר ההסכמה בקשר לתפקידו של הטיפול התרופתי בגרימת תופעה זו קיים, מאחר שרוב המחקרים בדקו רק חולים המטופלים בתרופות נוגדות פסיכזה. מחקרים מהעת האחרונה, שכללו חולים שטרם קיבלו טיפול תרופתי כזה, הצביעו על

ספרן של התרופות נוגדות הפסיכזה מדור שני הולך וגדל וכך גם המקום שהן תופסות בטיפול בסימפטומים פסיכיאטריים. התרופות האלו, שנחשבות ליעילות יותר מהתרופות מהדור הראשון, הפכו למועדפות בזכות מיעוט תופעות הלוואי האקסטרא-פירמידליות האקוטיות והכרוניות והתועלת שלהן בהפחתת הסימנים השליליים של המחלה. ההבדלים בינן לבין התרופות הישנות יותר נובעים מכך שהספציפיות שלהן לקולטני הדופאמין, ובמיוחד D2, נמוכה יותר והן פועלות, בין היתר, גם על קולטנים סרטניגיים והיסטימינרגיים.

תופעות הלוואי של התרופות מהדור הישן הן מטרידות וחלקן אף בולט לעין. מנגד, חשוב לציין כי הדיווחים העדכניים על תופעות הלוואי של התרופות מהדור השני, שנמסרים בשנים האחרונות, מצביעים על עלייה בהאזנות של תופעות לוואי האופייניות יותר, תופעות שהן לכאורה פחות בולטות לעין אך מטרידות לא פחות. במקביל, מופיעים מחקרים עדכניים המעוררים על המוסכמה כי יעילותן של התרופות מהדור החדש גבוהה יותר, כך שהשיקול הקליני של בחירת התרופה המתאימה הפך למורכב עוד יותר. הקשר שבין התרופות מהדור השני לתופעות הלוואי המדוברות הוא מורכב ואינו חד משמעי ומוחלט ומושפע, ככל הנראה, מגורמים שונים שאינם תלויים בתרופות דווקא ואלה יפורטו בהמשך. גם משמעותן הקלינית של תופעות הלוואי הללו אינה מובנת מאליה.

תופעות הלוואי

תופעות הלוואי של תרופות מדור שני קשורות בעיקר לתסמונת המטבולית. תסמונת זו היא צבר של חמש הפרעות מטבוליות: מטבוליזם גלוקוז לא תקין, השמנה מרכזית, דיסליפדמיה הטרוגנית, יתר לחץ דם ורמות נמוכות של HDL cholesterol. תוצאה חיובית, כלומר פתולוגית, בשלושה מתוך חמשת המדדים, נחשבת

כך שאכן היתה להם, ככל הנראה, נטייה מוקדמת לתנגדות לאינסולין^{4,3}. המסקנות ממחקרים אלה תואמות תצפיות מחקריות מהשנים שבהן לא היו עדיין תרופות נוגדות פסיכזה בשימוש קליני ובהן התגבשה השערה, על פי ממצאים בשדה הקליני, שיש קשר גנטי מולד בין הנטייה לפתח סכיזופרניה וסוכרת. השערה זו נתמכת גם על ידי ממצאים המראים כי קרובי משפחה של חולי סכיזופרניה שאינם חולים במחלה זו נוטים לחלות בסוכרת בשיעור של 18-30 אחוז יותר מאשר באוכלוסיה הכללית.

תרופות פסיכוטיות והשפעה על מטבוליזם

ידוע כי לכלל הלוקים בהפרעות נפשיות משך חיים קצר בכ-20 אחוז מאשר באוכלוסיה הבריאה, ללא קשר לסוג הטיפול התרופתי⁵, כאשר מחלות לב כליליות מובילות בסיבות המוות^{6,7} ולמעשה, התקפי לב, שבץ מוחי ומחלת כלי דם פריפרית יחד גורמים למקרי מוות רבים יותר מהתאבדות באוכלוסיה זו⁸. מתוך כלל הלוקים בהפרעות נפשיות, בקרב חולים סכיזופרניים, שכיום רבים מהם נוטלים טיפול תרופתי אנטי פסיכטי מדור שני, יש יותר האירעות של תסמונת מטבולית⁹ וגם יותר גורמי סיכון לפתח תסמונת זו, כגון עישון, תזונה לא נאותה וחוסר גישה לטיפול רפואי הולם¹⁰. בנוסף לפוטנציאל הגנטי הקושר בין סכיזופרניה לסוכרת, יש באוכלוסיית החולים הרבה יותר גורמי סיכון הקשורים ספציפית לסוכרת, כגון עישון, מיעוט בפעילות ספורטיבית, צריכת אלכוהול מופרזת, הרגלי אכילה גרועים וצריכת מלח מופרזת¹². הנתונים מראים שבאוכלוסיית החולים גורמי סיכון כעישון, השמנה, יתר לחץ דם, דיסליפידמיה וסוכרת שכחים בשיעור של עד פי שניים^{11,9}.

מחקר CATIE (clinical antipsychotic trials of intervention and effectiveness national institute of mental health), נועד לבדוק את יעילות הטיפול בתרופות אנטי פסיכוטיות. בין כלל ממצאיו עד כה נמצא שהתרופות מהדור שני, אולנזפין וקלזאפין, מעלות בצורה משמעותית את המשקל ובכך מגבירות סיכון להתפתחות דיסליפידמיה וסוכרת מטיפוס 2. לעומתן, ריספרידון וקאטיאפין מעלות משקל בצורה פחותה אך עדיין משמעותית, ופגיעתן במטבוליזם לא אחידה. זיפרסידון ואריפירדול גורמות לעלייה הפחותה ביותר במשקל בקבוצת תרופות זו והשפעתן על המטבוליזם נמוכה או לא קיימת^{10,9}. הממצאים ממחקר ההמשך CATIE (tolerability phase 2) תומכים בכך¹². למרבה הצער, החולים הנוטלים תרופות אלו אינם זוכים לטיפול הולם בבעיות המטבוליות שנגרמות כתופעות לוואי¹².

מחקר ערכני שבדק את יעילות הטיפול התרופתי בספקטרום ההפרעות הסכיזופרניות של הגיל המוקדם, השווה בין טיפול באולנזפין, ריספרידון ומולנדרין (מובאק), שהיא תרופה מדור ראשון. נמצא שלא רק שהיעילות של התרופות מדור שני לא היתה גבוהה יותר, אלא שהן גם גרמו לעלייה משמעותית במשקל ואולנזפין גרמה גם לעלייה ברמת כולסטרול בצום, LDL, אינסולין וטרגס-אמינזות¹³.

מבחינת חומרת תופעות הלוואי, די בכך שניתן את הדעת להשמנת היתר מתוך כלל מדדי התסמונת. ההשמנה גורמת, ככל הנראה, להפחתה של שש שנים עד 13 שנה ממשך החיים¹⁴ והנתונים מראים כי כלל הלוקים בהפרעות נפשיות שמנים יותר מהאוכלוסיה הבריאה¹⁵⁻¹⁷, אפילו אם מתקנים את הממצאים על ידי התחשבות בהשפעה של גורמים אחרים כמו עישון, גיל ומוצא אתני¹⁸.

מבחינה פתופיזיולוגית ידוע כי ההשמנה קשורה להתפתחות יתר לחץ דם, היפרליפידמיה וסוכרת מסוג 2. הסוכרת נגרמת כנראה כי הסיכון לפתח עמידות לאינסולין גובר עם השמנה, בעיקר ההשמנה המרכזית. החשד להתפתחות העמידות לאינסולין צריך לעלות גם כאשר יש רק ממצא של רמות LDL גבוהות ו-HDL נמוכות ורמת טריגליצרידים גבוהה^{21,27}. הסיבה היא שהעמידות לאינסולין מתרחשת מוקדם יותר ברקמת השומן מאשר ברקמות האחרות, דבר הגורם לשחרור מוגבר של חומצות שומן מרקמה זו ואז רמת הטריליגליצרידים עולה בדם².

תרופות כמו אולנזפין וקלזאפין גורמות להפרעות במטבוליזם השומנים, בהתאם למידת ההשמנה שהן גורמות²⁰, אך יש אוכלוסיית מטופלים קטנה ומשמעותית המראה הפרעות מטבוליות תחת טיפול בתרופות מדור שני, גם ללא עדות להשמנה מרכזית. עובדה זו מעוררת חשד כי יש גם מנגנון ישיר שבאמצעותו משפיעות התרופות על מטבוליזם הסוכר והשומנים, או שאפילו שינוי קטן בגודל רקמת השומן הוא משמעותי דיו לפגיעה במטבוליזם זה^{22,3}.

מבין התרופות המדוברות, אולנזפין וקלזאפין^{10,24} מעלות סיכון להיפרגליצמיה, עמידות לאינסולין וסוכרת מסוג 2^{25,23,20}. משמעותה של העמידות לאינסולין היא שיש רגישות נמוכה להשפעה של אינסולין על רקמה נרמלית והיא קשורה לפגיעה באיזון רמות הגלוקוז. גם מטבוליזם גלוקוז לא תקין גורם לעלייה ברמת השומנים בפלזמה, ליתר לחץ דם, לרמות HDL נמוכות ובנוסף, להגברת הקרישיות ולעלייה בסמנים דלקתיים, וכולם קשורים להתפתחות מחלות קרדיוסקולריות^{28,26}.

Mcevoy וחב' מצאו במחקר CATIE, שחולי סכיזופרניה סבלו מתסמונת מטבולית בשיעור של 42.7 אחוז בתחילת המחקר, פי שניים מאשר באוכלוסיה הכללית⁹. בפילנדר נמצא כי התסמונת

קיימת ב-36.2 אחוז בסכיזופרניים וב-41.4 אחוז בסובלים מהפרעות פסיכוטיות לא אפקטיביות, בהשוואה ל-30.1 אחוז במטופלים עם הפרעות לא פסיכוטיות. אחד הממצאים החשובים והערכניים בנושא הוא של Reist וחב' 29 שברקו נתונים מ-20 אחוז מבתי החולים הציבוריים בארצות הברית, בין השנים 1988 ל-2002, ומצאו שלכאחור מהמטופלים היתה אבחנה של סכיזופרניה או מחלה סכיואפאקטיבית. אלה נחשבו לצרכני תרופות אנטי פסיכוטיות מדור שני פוטנציאליים. שאר המטופלים נחשבו לקבוצת ביקורת שלא נוטלת טיפול זה (עד שנת 1997, יותר ממחצית מהתרופות האנטי פסיכוטיות שניתנו היו מהדור החדש, כך שהכותבים ניחו שניתן לייחס עלייה בהבדלי הימצאות בעיות מטבוליות בין שתי הקבוצות לשינוי מגמה זה). בין השנים 1998 ל-2002 עלה אחוז השמנים בקבוצת הביקורת מ-1.2 אחוזים ל-3.8 אחוזים, לעומת עלייה מ-5.9 אחוזים ל-18.5 אחוז בפסיכויטיים. אבחנה של סוכרת עלתה בשנים אלו בקבוצת הביקורת מ-7.5 אחוזים ל-15.3 אחוז, לעומת עלייה מ-6.1 אחוזים ל-17.4 אחוז בחולים הנוטלים טיפול אנטי פסיכטי מדור שני.

גם במחקר, כמו במחקרים קודמים, המסקנות לגבי מידת הקשר הישיר בין הטיפול לתסמונת המטבולית היו זהירות מאוד. לעומת זאת, ה-FDA קבע כבר ב-2003 שכל קבוצת התרופות האנטי פסיכוטיות מהדור שני קשורה לתסמונת המטבולית. הצהרה זו ניתנה ללא אבחנה בין התרופות השונות בקבוצה, למרות ההבדלים הגדולים ביניהן. למשל, האפקט של לפונקס וזיפרקסה על השמנה, שהוא משמעותי יותר מאשר תרופות אחרות בקבוצה, וזאת, ככל הנראה, בגלל שהוא מתווך על ידי חסימת הרצפטור ל-H1^{34,33}. מחקרים נוספים מראים שגם תרופות מדור ראשון, פנטאיאזינים כמו רידזין ולרגטל, קשורות יותר מתרופות high potency מדור ראשון, כמו הלידול, לעלייה ברמות כולסטרול ושומנים, כך שגם השפעת המעבר מטיפול בתרופות מדור ראשון לדור שני לא ניתנת לחיזוי^{35,36}.

באופן תיאורטי, אם נעשית החלפה תרופתית כזו, ניתן לראות אפילו ירידה בהאירעות התסמונת המטבולית. יש לזכור שכבר ב-1975 הודגם קשר אפשרי בין טיפול בתרופות אנטי פסיכוטיות מדור ראשון דווקא לבעיות מטבוליות³². אז נחשבו היפרליפידמיה, סוכרת, יתר לחץ דם, שינויים בא.ק.ג ועישון כגורמי סיכון למחלות קרדיוסקולריות. באחד המחקרים מהתקופה הזו נבדקו 867 גברים ו-859 נשים מאושפזים. ל-71 אחוז מהגברים ול-85 אחוז מהנשים היה גורם סיכון אחד לפתח מחלה קרדיוסקולרית. ל-37 אחוז ול-56 אחוז היו שני גורמי סיכון, בהתאמה. מאכן שיתכן כי כבר בזמן שלא היו תרופות מהדור

מאותו רקע דמוגרפי ולא תמיד ניתן לגייס קבוצה כזו, שכן נתוני הסקרים המספקים מידע על כלל האוכלוסיה בדרך כלל אינם כוללים אנשים מחתך דמוגרפי זה.

לסיכום, ניתן לומר כי על בסיס הידע המצוי כעת, יש להימנע מאמידה גורפת לגבי השפעתן המזיקה של התרופות המדוברות, אולם יש להתייחס בכובד ראש לכל שינוי מטבולי שנגרם, גם אם מדובר בהשמנה קלה בלבד. נראה שסוגיית בחירת הטיפול בנוגרי פסיכזה נותרה מורכבת ולא נעשתה פשוטה יותר עם הכנסת התרופות מהדור השני. למרות ריבוי הספרות בנושא לאחרונה ובשל המחלוקת, יש צורך באיסוף מידע נוסף, לאורך זמן, ויש לפעול להמשך פיתוחן של תרופות מדור שלישי עם יעילות ופרופיל תופעות לוואי מיטביים.

ד"ר גיא שוסהיים, השירות הפסיכיאטרי, מרכז רפואי העמק, שירותי בריאות כללית

מוגברת לתופעות הלוואי יוצרת תמונה מוטעית של עלייה בשכיחות הבעיות המטבוליות, זאת משום שכיום רופאי הקהילה נתונים יותר תשומת לב לתופעה הקיימת זה זמן רב. כמו כן, ייתכן שהמחקרים מוטים בשל cohort effect, כלומר הטיה הנובעת מכך שקבוצת גיל מסוימת מושפעת משינויים סביבתיים וחברתיים המתבטאים בממצאי המחקר, מהשמנת החברה כולה. אחרי הכל, ידוע כי גם באוכלוסיה הכללית ההשמנה גוברת ונגרמת מוקדם יותר. למשל, בבדיקות ההשמנה לפי BMI שנעשו בארצות הברית ב-1995, היה שיעור השמנים 15.3 אחוז ואילו ב-2005 הוא הגיע ל-23 אחוז³⁰. גם גורמים כמו מעמד סוציאקונומי נמוך והשכלה נמוכה מנבאים השמנה 31% ו באוכלוסיית החולים במחלות נפש יש חולים רבים עם נתונים דמוגרפיים כאלה. יתרה מזאת, כאשר בודקים את נושא ההשמנה במחקרים, קבוצת הביקורת עבור החולים בסכיזופרניה, לפחות בארצות הברית, צריכה לבוא

השני החלה "המגפה" של הבעיות המטבוליות, אך היתה התעלמות מכך. בנוסף להשגות אלו, עיבוד של מספר מחקרים מעלה סברה שיש קשר גנטי בין סכיזופרניה לקצב מטבולי נמוך^{38,37}, כלומר מועדות להשמנה, ללא קשר לטיפול התרופתי, וזאת בניגוד להבחנה הקלאסית של Kretschmer, שהיה מהאבות המייסדים של המקצוע אשר ניסה להבדיל חיצונית בין הסכיזופרנים, הרזים, לבין אלה הסובלים מהפרעות מצב רוח, השמנים יותר. צריך לזכור שגם תרופות אחרות כמו ולפורט, ליתיום טריציקליים ומיטופין, אשר ניתנות לעתים במקביל לתרופות האנטי פסיכוטיות, גורמות להשמנה ואולי גם להפרעה במטבוליזם הסוכר.

האם קיימת הטיה מחקרית

הטוענים לכך שיש צורך בהזירות בקביעת הקשר בין הטיפול התרופתי לתופעות הלוואי מציינים מספר גורמים נוספים: ראשית, ייתכן שמודעות

.....(רשימת מקורות).....

1. National Cholesterol Education Program. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation. 2002;106:3143-3421. Abstract
2. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2004;65(suppl7):4-18.
3. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. CNS Drugs. 2005;19(suppl1):1-93.
4. Haupt DW, Newcomer JW. Abnormalities in glucose regulation associated with mental illness and treatment. J Psychosom Res. 2002;53:925-933. Abstract
5. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry. 1998;173:11-53. Abstract
6. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J. 2005;150:1115-1121. Abstract
7. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis. 2006;3:A42.
8. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Br J Psychiatry. 1997;171:502-508. Abstract
9. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. Schizophr Res. 2005;80:19-32. Abstract
10. Compton MT, Daumit GL, Druss BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. Harv Rev Psychiatry. 2006;14:212-222. Abstract
11. Birke Newcomer JW, Haupt DW. The metabolic effects of antipsychotic medications. Can J Psychiatry. 2006;51:480-491. Abstract
12. naes AB, Sogaard AJ, Engh JA, et al. Sociodemographic characteristics and cardiovascular risk factors in patients with severe mental disorders compared with the general population. J Clin Psychiatry. 2006;67:425-433. Abstract
13. Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. Med J Aust. 2003;178(suppl):S67-70. Abstract
14. Sikich L. Double-blind comparison of first and second generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: findings from the treatment of early onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS) study. Am J psychiatry in advance September 2008
15. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. Ann Intern Med. 2003;138:24-32. Abstract
16. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1999;60:215-220. Abstract
17. Coodin S. Body mass index in persons with schizophrenia. Can J Psychiatry. 2001;46:549-555. Abstract
18. McElroy SL, Frye MA, Sup Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: a cross-sectional survey. J Clin Psychiatry. 2005;66:167-173. Abstract
19. Wirshing DA, Boyd JA, Meng LR, Ballon JS, Marder SR, Wirshing WC. The effects of novel antipsychotics on glucose and lipid levels. J Clin Psychiatry. 2002;63:856-865. Abstract
20. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, et al. Antipsychotic-induced weight gain

- and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2004;65(suppl7):4-18.
21. pes T, et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2002;63:207-213. Abstract
 22. Daumit GL, Clark JM, Steinwachs DM, Graham CM, Lehman A, Ford DE. Prevalence and correlates of obesity in a community sample of individuals with severe and persistent mental illness. J Nerv Ment Dis. 2003;191:799-805. Abstract
 23. American Diabetes Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. Diabetes Care. 2004;27:596-601. Abstract
 24. Gianfrancesco FD, Grogg AL, Mahmoud RA, Wang RH, Nasrallah HA. Differential effects of risperidone, olanzapine, clozapine, and conventional antipsychotics on type 2 diabetes: findings from a large health plan database. J Clin Psychiatry. 2002;63:920-930. Abstract
 25. Newcomer JW, Haupt DW. The metabolic effects of antipsychotic medications. Can J Psychiatry. 2006;51:480-491. Abstract
 26. Reaven G. Syndrome X: 10 years after. Drugs. 1999;58(suppl1):19-20; discussion 75-82.
 27. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetologia. 2005;48:1684-1699. Abstract
 28. Newcomer JW. Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. J Clin Psychiatry. 2007;68(suppl1):20-27.
 29. Reist C, Mintz J, Albers LJ, et al. Second-generation antipsychotic exposure and metabolic-related disorders in patients with schizophrenia: an observational pharmacoepidemiology study from 1988 to 2002. J Clin Psychopharmacol. 2007;27:46-51
 30. Centers for Disease Control and Prevention. State-specific prevalence of obesity among adults—United States, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55:985-958
 31. Kant AK, Graubard BI. Secular trends in the association of socio-economic position with self-reported dietary attributes and biomarkers in the US population: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1971-1975 to NHANES 1999-2002. Public Health Nutr. 2007;10:158-167.
 32. Schwalb H. Risk factors of coronary heart diseases in hospitalized psychiatric patients [in German]. MMW Munch Med Wochenschr. 1975;117:1181-1188.
 33. Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L, et al. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. J Clin Psychiatry. 1999;60:358-363
 34. Matsui-Sakata A, Ohtani H, Sawada Y. Receptor occupancy-based analysis of the contributions of various receptors to antipsychotic-induced weight gain and diabetes mellitus. Drug Metab Pharmacokinet. 2005;20:368-378
 35. Serafetinides EA, Colmore JP, Rahhal DK, et al. Trifluoperidol in chronic male psychiatric patients. Behav Neuropsychiatry. 1971;3:10-12
 36. Sasaki J, Funakoshi M, Arakawa K. Lipids and apolipoproteins in patients treated with major tranquilizers. Clin Pharmacol Ther. 1985;37:684-687
 37. Hoskins RG, Sleeper F. Basal metabolism in schizophrenia. Arch Neurol Psychiatry. 1929;187:358-362
 38. Nilsson BM, Forslund AH, Olsson RM, et al. Differences in resting energy expenditure and body composition between patients with schizophrenia and healthy controls. Acta Psychiatr Scand. 2005;114:27-35



הקשר בין אסטרוגן לסכיזופרניה

השפעתו של האסטרוגן על הניוטרנסמיטורים ועל תפקודים נוספים של המוח ידועה זה מכבר. השפעה זו מהווה מקור למחקרים בתחום מחלת הסכיזופרניה בנשים, בעיקר מהאספקט הטיפולי. סקירה

ד"ר ציפי דולב

ש

כוחות מחלת הסכיזופרניה היא כאחוז אחד באוכלוסיה והיא נחשבת לאחת המחלות הקשות שגורמות לנכות כרונית. האטיולוגיה עדיין לא ידועה וסביר להניח שהסיבות הן רבות. אחת ההנחות היא שלמעשה מדובר בקבוצת הפרעות עם אטיולוגיות שונות. נטייה גנטית היא אחד מגורמי הסיכון הגדולים למחלה, כשהתיאוריה המקובלת ביותר כיום לגבי המחלה היא שמדובר בהפרעה עצבית (neurodevelopmental disorder) עם הפרעה בהולכה של הניוטרנסמיטורים, בעיקר במהלך ההתקפים הפסיכיאטריים האקוטיים. התרופות הניירולפטיות משמשות לאיזון הניוטרנסמיטורים, בעיקר הדופמינרגיים, אך גם הסרוטוניניים ואחרים.

כיום כבר ידועה השפעתו של האסטרוגן על הניוטרנסמיטורים ועל תפקודים נוספים של המוח. השפעה זו מהווה מקור למחקרים בתחום מחלת הסכיזופרניה, בעיקר מהאספקט הטיפולי. הבדלי מגדר ביחס למחלת הסכיזופרניה תוארו כבר על ידי Krapeline² בתחילת המאה ה-19.

נשים חולות במחלת הסכיזופרניה בגיל מבוגר יותר מגברים ומהלך המחלה הוא קל יותר (וכל זאת נכון אך ורק עד גיל המעבר). המדרד נעשה בעיקר על פי חומרת הסימפטומים, ירידה תפקודית, אחוז הנישואין, משך האשפוז ומספר האשפוזים. מחקרים אפידמיולוגיים לגבי הבדלי המגדר במחלת הסכיזופרניה הצביעו על הקשר שבין רמות האסטרוגן הגבוהות בנשים בשנות הפוריות כגורם האחראי להתפרצות המאוחרת יותר של המחלה ביחס לגברים וכן כגורם המשפיע על המהלך הקל יותר של המחלה בגילאים הצעירים יותר. הורמוני המין (בעיקר ה-Estradiol) נבדקו גם ביחס לחוסר שלהם בחולות עם סכיזופרניה וכן ביחס להיותם הגורם המגן מפניה.

מדדים אפידמיולוגיים בנושא הצביעו על גיל תחילת המחלה אצל נשים, כארבע-חמש שנים מאוחר יותר מגברים: נשים בגילאי 25-29, גברים בגילאי 20-24. Peak נוסף להתפרצות המחלה אצל נשים חל בסביבות גיל 45.

אסטרוגן - תפקיד הגנטי?

הקשר בין סכיזופרניה לבין הורמוני המין ובעיקר ה-Estradiol תואר גם הוא כבר בתחילת המאה ה-19. Krapeline² (1909) ו-Kretschmer³ (1921) תיארו מצד אחד סימפטומים של אי תפקוד הורמוני המין בנשים עם סכיזופרניה שסבלו, לדבריהם, מ-Hypoestrogenism. המדידות הראשונות לרמת האסטרוגן בדם ובשתן הוכיחו רמה נמוכה של Estradiol בנשים עם סכיזופרניה, ביחס לנורמה. היות שבשנים אלו לא היו תרופות ניירולפטיות, לא ניתן לייחס את הרמה הנמוכה אליהן. מצד שני, כבר אז היתה סברה שקשר קשר בין אסטרוגן לסימפטומים פסיכיאטריים.

Ebbing - Kraft⁴ (1986) היה בין הראשונים שתיאר כיצד נשים מסוימות נהיות פסיכיות זמן קצר לפני קבלת הווסת, כלומר כשרמות האסטרוגן הן יחסית נמוכות. Krapeline² יצר אף קטגוריה אבחונית בשם "menstrual psychosis". Kretschmer³ תיאר מקרים של התפרצות מחלת הסכיזופרניה בעקבות ניתוח הוצאת השחלות, הריון, לידה. Bleuler⁵ תיאר את התופעה של late onset schizophrenia כיותר שכיחה בנשים מאשר בגברים וייחס זאת לאובדן פעילות השחלות.

כתוצאה מכך, במהלך השנים התפתחו שתי תיאוריות:

1. לאסטרוגן יש תפקיד הגנטי: קיים קשר בין רמות בדם של אסטרוגן לבין סימפטומים פסיכיאטריים.

כלומר, נשים מוגנות יותר מהמחלה בין גיל ההתבגרות לתחילת גיל המעבר ובסביבות גיל 45, עם תחילת ירידת האסטרוגן, מבחינים ב-peak שני של תחילת המחלה.

2. נשים עם מחלת הסכיזופרניה סובלות מאי תפקוד כרוני של השחלות וכתוצאה מכך מהפרשה נמוכה של אסטרוגן (Hypoestrogenism).

מציאת רצפטורים לאסטרוגנים במערכת הלימבית חיוקה את ההנחה שלאסטרוגנים יש גם ידועה neuromodulating function. כיום ידועה השפעתם הרבה על הדופאמין, נוראדרגלין, סרוטונין ומערכת ה-GABA (Stahl 2001).

המחזור החודשי וסכיזופרניה - נשים עם מחלת הסכיזופרניה בשלב הפסיכויטי מתאפיינות בשכיחות גבוהה של אי סדירות של מחזור הווסת בליווי רמות דם נמוכות של אסטרוגן ופרוגסטרון ומאחזו גבוה של מחזוריים ללא ביוץ. התבוננות קלינית הצביעה על החמרה של סימפטומים פסיכיאטריים לפני קבלת הווסת, כלומר כשרמות האסטרוגן היו נמוכות.

מחקר קליני שנעשה על 32 נשים (A.Riecher)¹ בבאול הראה שנשים החולות בסכיזופרניה עם מחזור וסת סדיר התאשפזו יותר בסביבות זמן קבלת הווסת. כלומר, כשרמות האסטרוגן היו נמוכות. הסתכלות על נשים אלו במהלך האשפוז הראתה קשר בין מצבן הנפשי לבין רמות האסטרוגן לאורך החודש: הסימפטומים הפסיכיאטריים השתפרו כשרמת האסטרוגן היתה גבוהה יותר ולהפך. אחת ההשערות שהועלו בעקבות כך היא שאסטרוגן יכול לפעול כ-Endogenous Neuroleptic.

גילוי נוסף מעניין הוא שנשים עם מחלת סכיזופרניה בשנות חייהן הפוריות, 20-40, נזקקו למינונים נמוכים יותר של תרופות ניירולפטיות, ביחס לגברים באותו גיל וביחס לנשים מבוגרות יותר (Seeman)³⁴.

שחלו בגיל צעיר מאוד ומשך אשפוזם היה לכן גם ארוך. אחד ההסברים האפשריים לכך הוא השפעת האסטרוגן: אפשרי שתהליך תחילת מחלת הסכיזופרניה בקבוצת נשים מסוימות "תעכב" על ידי הגנת האסטרוגן ועם הכניסה לגיל המעבר, ההגנה יורדת. קבוצת נשים זו מאופיינת לא רק בהתחלה מאוחרת של המחלה אלא גם במהלך קשה של המחלה. תוצאות אלו תאמו עבודות נוספות שהצביעו על החמרה במהלך מחלת הסכיזופרניה בנשים עם כניסתן לגיל המעבר.

תוספת טיפול באסטרוגן

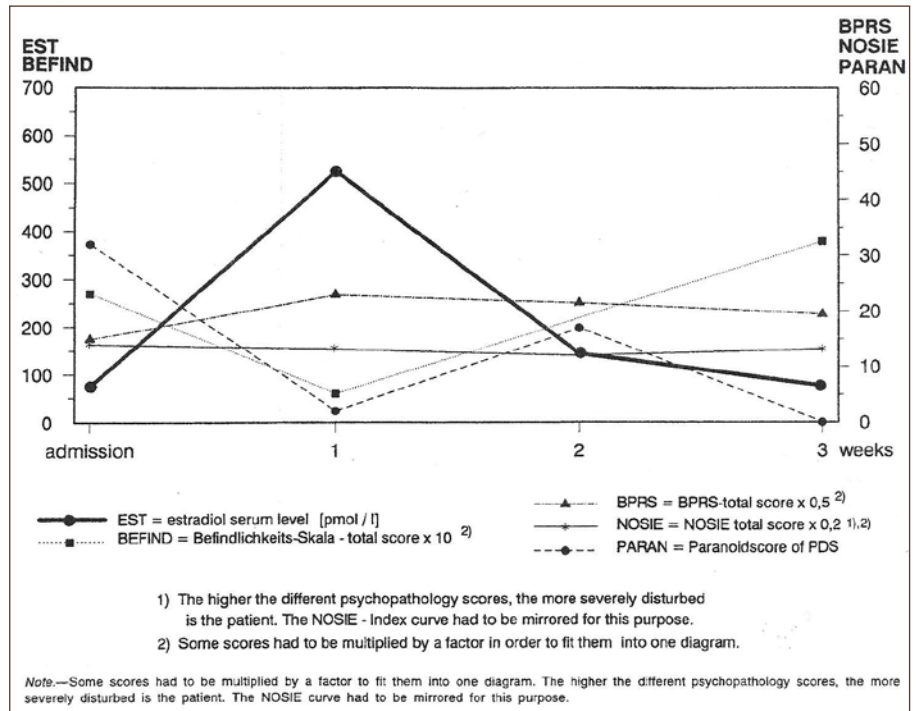
ההנחה שלאסטרוגן תפקיד הגנתי הובילה חוקרים לבדוק את נושא התוספת הטיפולית באסטרוגן לנשים עם סכיזופרניה. Kulkarni (1996, 2001)^{45,44} וחבריו מצאו שנשים חולות בסכיזופרניה שקיבלו תוספת טיפולית של אסטרוגן (בנוסף לטיפול הנירולפטי) הראו שיפור מהיר יותר בסימפטומים הפסיכיאטריים ביחס לנשים שלא קיבלו. ב-2001, Lindamer⁴⁷ וחבריו טיפלו בקבוצת נשים חולות סכיזופרניה בגיל המעבר, בתוספת של HRT: 24 נשים קיבלו תוספת HRT לעומת קבוצה דומה של 28 נשים שלא קיבלו. הקבוצה שקיבלה HRT התאפיינה בצריכה של מינון נמוך יותר של תרופות נירולפטיות וסבלה מעוצמה נמוכה יותר של סימפטומים שליליים.

התפקיד המגן של האסטרוגן הביא לחשיבה נוספת של שימוש באסטרוגן כ-augmentation לטיפול אנטי-פסיכטי, כפי שמוכח בעבודתם של Jeste וחבריו⁴⁸, אשר טיפלו בנשים לאחר המנופאוזה בתוספת של אסטרוגן לטיפול האנטי-פסיכטי ודיווחו על תוצאות מעודדות. שימושים נוספים הקשורים לאסטרוגן (וגם ל-HRT) הם: תכונות בעזרה להורדת סטרס⁶⁵. סטרס יכול להיות הריב פנים טריגר להתחלה של אירוע פסיכטי ועל כן שימוש באסטרוגן יכול להיות הגנה גם מפני כך. לאסטרוגן יש כנראה גם השפעה חיובית על הקוגניציה^{68,67} וכידוע, הפרעות קוגניטיביות הן אחת הבעיות המפריעות ביותר בשיקום של חולי סכיזופרניה.

לאסטרוגן השפעה חיובית על האפקט^{70,68} ועל כן הוא חשוב בעיקר במצבים של דיכאון, אגרסיביות ואובדנות בחולות סכיזופרניה.

Hypogonadism וסכיזופרניה

כבר במאה הקודמת דווח על Hypoestrogenism בנשים עם מחלת הסכיזופרניה. Krapeline² ו-Kretschmer³, לדוגמה, הבחינו בסימנים של אי תפקוד השחלות וטענו שנשים עם סכיזופרניה סובלות מ-Hypoestrogenism. ב-1930, עבודות שנעשו לגבי רמות האסטרוגן בדם ובשתן אישרו את הנחתם זו. ברוב הנשים שנבדקו נמצאו אכן רמות נמוכות של אסטרוגן בדם.



סכיזופרניה ו-HYPOGONADISM

	Schizophrenic patients	Controls	p
Age at menarche (years)	13.1 (SD 1.2)	13.0 (SD 1.4)	n.s.
Irregular cycles in the years after menarche	54.8%	58.6%	n.s.
Mean length of monthly bleeding during the last years	4.8 (SD 1.2)	5.3 (SD 1.2)	n.s.
Intracyclic bleeding during the last years	12.5%	25.9%	n.s.
Infertility	25.0%	13.8%	n.s.
Mean number of deliveries per woman	0.8 (SD 0.9)	0.8 (SD 1.1)	n.s.
Proportion of women with abortion (at least once)	34.4%	24.1%	n.s.
Galactorrhea (at least once)	10.3%	0.0%	<0.1
Physical signs potentially indicating (relative) "hypoestrogenism" (mean score per woman)	2.6 (SD 1.7)	2.4 (SD 2.1)	n.s.
Premenstrual deterioration of psychiatric condition	12.5%	13.8%	n.s.
Other premenstrual complaints	78.1%	69.0%	n.s.
Mean number of premenstrual complaints	6.7 (SD 3)	6.4 (SD 3.3)	n.s.

*i.e. severe acne, loss of hair, male hair covering, - rating based on the Instrument "Mental Disease and Hormonal Status" (Riecher 1987).

תקופת גיל המעבר, שבה תפקוד השחלות מסתיים ועימו הפרשת האסטרוגן. הסיכון לחלות במחלת הסכיזופרניה בתקופה זו הוא גדול בעיקר לנשים. עבודה שנעשתה על 392 נשים, בגילאי 40-60 שאושפזו לראשונה (Reicher)³⁷, הראתה שכוחות של מחלת הסכיזופרניה כמעט פי שניים בנשים ביחס לגברים באותם גילאים. אשפוז ראשון בגלל סכיזופרניה לאחר גיל 40 התרחש בעשרה אחוזים מהגברים ואילו בקרב הנשים מדובר היה ב-21 אחוז. בנוסף לכך התגלה נתון מעניין באותה עבודה: בגברים עם מחלת הסכיזופרניה שהחלה לאחר גיל 40, הסימפטומים היו יחסית קלים ומשך האשפוז לא היה ארוך, בעוד שבנשים מעל גיל 40 הסימפטומים היו קשים כמו בחולי סכיזופרניה

הריון וסכיזופרניה - במהלך ההריון כשרמות האסטרוגן הן פי 200 יותר מהנורמה, מצבים פסיכיאטריים כרוניים נוטים להשתפר (Chang)³⁹. מצד שני, אחת התקופות המסוכנות ביותר ליצירת מצב פסיכטי בחייה של האישה היא התקופה שלאחר הלידה, תקופת ה-Postpartum, כשהאסטרוגן יורד באופן חד.

מצבים נוספים שקשורים לפסיכזה בהקשר לירידה ברמות אסטרוגן יכולים להיות: הפסקה בנטילת גלולות למניעת הריון, נטילת חומרים כמו, clomifene tamoxifen או תרופות המשפיעות על בלוטת יותרת המוח למניעת הפרשת אסטרוגן (Mahe)⁴¹.

מנופאוזה וסכיזופרניה - התקופה המעניינת ביותר מבחינת מחלת הסכיזופרניה בנשים היא

כל זאת נצפה, כאמור, לפני קיומן של התרופות הניירולפטיות, כך שלא ניתן לייחס זאת לתופעות לוואי של התרופות. בתקופות מאוחרות יותר התברר ש-FSH ו-LH גם הם היו נמוכים בנשים עם סכיזופרניה ביחס לקבוצת ביקורת. בנוסף, הן סבלו יותר מאי סדירות הווסת וממחזוריים רבים ללא ביוץ^{62,44,32}.

העבודות הראשונות שנעשו היו ב-1930 אך מפתיע שבמאה הנוכחית נעשו מעט מאוד עבודות בנושא זה. ניתן לציין את עבודתם של Bergeman (1996), (2001) ואת עבודתו של Huber (2001).

בעבודה שנעשתה בבית החולים הפסיכיאטרי בבאול, בראשותה של פרופ' Reicher²³ נבדקה קבוצה של 32 נשים עם סכיזופרניה, ביחס ל-29 נשים מקבוצת הביקורת. הנשים עם מחלת הסכיזופרניה התאפיינו ביותר הפרעות באורך המחזור וברמות אסטרוגן ופרוגסטרון נמוכות באופן משמעותי, ביחס לקבוצת הביקורת. ל-56 אחוז מהנשים לא היה ביוץ, בעוד שבקבוצת הביקורת מחזוריים ללא ביוץ נצפו ב-19 אחוז (Reicher-Rossler, 1998). בנוסף, היה ברור שההפרעות ההורמונליות אצל הנשים עם מחלת הסכיזופרניה לא היו קשורות לתרופות הניירולפטיות. לא נמצא שום קשר בין המינון של התרופה לבין רמת האסטרוגן בדם או לסדירות הווסת. השאלה המעניינת הנובעת מממצאים אלה היתה האם hypogonadism ועימו הייתה בהפרשת האסטרוגן הם מצב (לפיכחה אקוטית) או תכונה (הנטייה לפסיכוזה)? לשם כך נבדקו 44 נשים בגילאי 18-45 שאושפזו לראשונה עם מחלת הסכיזופרניה ו-33 נשים בריאות.

הנשים נשאלו לגבי סימנים של הפרעות וסתיות בעברן לפני תחילת הבעיות הנפשיות (גיל קבלת הווסת, אי סדירות, הפלות, דמומים, שיעור יתר). התוצאות היו מעניינות ביותר, הנשים עם מחלת הסכיזופרניה היו שונות מקבוצת הביקורת: זמן קבלת הווסת היה מאוחר יותר, הן סבלו יותר מנשירת שיער, מדימומים תוך וסתיים, משיעור יתר ומבעיות פוריות. הממצאים הללו מצביעים יותר על כיוון של הפרעה הורמונלית מוקדמת, לפחות בקבוצה מסוימת של נשים עם מחלת הסכיזופרניה.

..... (רשימת מקורות).....

מסקנות והמלצות

מהן, אם כן המסקנות? ההנחות שבנשים עם מחלת הסכיזופרניה יש חוסר באסטרוגן ושלאסטרוגן יש תפקיד הגנתי מפני המחלה מביאות לחשיבה בהקשר לשימוש באסטרוגן כטיפול מונע, אך עדיין דרוש מחקר רחב ומקיף על מנת ליישם את ההמלצות באופן שוטף.

1. המלצה אחת היא שימוש ב-HRT (Hormon Replacement Therapy) בנשים עם מחלת הסכיזופרניה שהגיעו לתקופת ה-Perimenopause, כתוספת לטיפול בתרופות הניירולפטיות.

ניתן גם לשקול הורדת מינון הטיפול הניירולפטי ובכך גם להפחית את תופעות הלוואי. תוספת אסטרוגן לנשים בקבוצה זו מומלצת גם כמניעת אוסטיאופורוזיס, שיפור התפקודים הקוגניטיביים ואולי גם מניעת מחלת האלצהיימר^{81,80}.

קיימת חשיבות רבה להתאמת סוג HRT לגבי קבוצת נשים אלו, היות שלרוב יש תוספת של פרוגסטרון לאסטרוגן וזאת על מנת למנוע סרטן הרחם. תוספת פרוגסטרון בחולות עם סכיזופרניה יכולה להתנגד להשפעה החיובית שתהיה לאסטרוגן מבחינת ההשפעה המנטלית^{84,81}. מובן שיש להביא בחשבון בשימוש ב-HRT גם סיכון של סרטן שד, בעיקר בקבוצת נשים עם גורמי סיכון לכך.

2. אפשרות טיפולית נוספת היא על ידי שימוש ב-SERMs (selective estrogen receptor modulators). לדוגמה, Raloxifen המשפיע בעיקר על העצמות ויש גם מספר דיווחים על השפעתו על רצפטורים במוח⁸³.

אין ספק שיש צורך בהרבה יותר מחקר בכיוון של מציאת טיפולים אסטרוגניים שחליפו את ה-HRT ויהיו עם פחות תופעות לוואי.

3. בנשים הסובלות מ-Perimenstrual Psychotic Relapse ניתן ליישם שתי שיטות טיפול:

או על ידי שינוי מחזורי של מינון התרופה הניירולפטית - "cycle-modulated neuroleptic therapy", או שניתן להשתמש בגולולות נגר הריון שנלקחות ללא הפסקה - Monophasic contraceptive pills ובאופן הזה לשמור על רמה

קבועה של אסטרוגן (חשוב להימנע מגולולות המכילות פרוגסטרון).

4. היות שיש יותר ויותר דיווחים להפרעה בתפקוד השחלות (Hypogonadism) בנשים עם מחלת הסכיזופרניה, יש צורך בלקיחת אנמזה מפורטת בקבוצת נשים אלו במטרה לבדוק נושא זה: שאלות לגבי סדירות הווסת, בעיות פוריות, שיעור יתר, הפרשת חלב. יש צורך לבדוק רמות אסטרוגן ופרולקטין במידה שיש הפרעות.

5. Hyperprolactinemia שכיחה בנשים עם מחלת הסכיזופרניה ויכולה להיגרם על ידי המחלה עצמה והסטרוס הנלווה, אך גם כמובן על ידי התרופות הניירולפטיות. כלומר, הטיפול עצמו יכול לגרום לידידה ברמות האסטרוגן שכאמור עלולה להביא להחמרת המחלה. משמעות התהליך היא שנשים עם מחלת סכיזופרניה שמטופלות לאורך שנים בתרופות ניירולפטיות סובלות למעשה מ-iatrogenic early menopause (עם הסיכונים הנוספים הנלווים, כגון: אוסטיאופורוזיס, הפרעות קוגניטיביות ועוד).

חשוב, אם כך, להקפיד אצל נשים להשתמש בתרופות ניירולפטיות שלא משנות (או מעט) את רמות הפרולקטין. תרופות אטיפיות כגון: Clozapine, Olanzapin, Serdolect. במידה שרמת הפרולקטין הגבוהה אינה תוצאה של שימוש בטיפול בתרופות ניירולפטיות, כדאי להוסיף לטיפול אסטרוגן.

6. השימוש ב-Contraception חשוב בנשים עם מחלת הסכיזופרניה. התרופות הניירולפטיות האטיפיות לא מעלות את רמת הפרולקטין, לכן מחזור הווסת ויכולת הפריה שמורים יותר, כך שהסיכון להריון לא מתוכנן עולה. יש להביא בחשבון גם את הסיכון בשימוש בתרופות ניירולפטיות במהלך ההריון, בעיקר אם מדובר בתרופות האטיפיות שלא ידוע מספיק הפוטנציאל הטרטוגני שלהן.

לסיכום, קיימת אפשרות שאסטרוגן יהיה בעתיד תוספת טיפולית לטיפול המקובל בנשים עם מחלת הסכיזופרניה. תחום זה נמצא עדיין בבדיקה ובלימוד, בעיקר האפשרות של תוספת אסטרוגן לנשים צעירות ללא שהוכח בהן חוסר באסטרוגן. קשה שלא להתייחס למחקר ה-WHI בשנת 2002, שהתייחס לסיכונים שבנטילת האסטרוגן (כמו מחלות לב, סרטן שד) ועורר בעקבותיו שינויים בהתייחסות הרופאים והנשים לנטילת ה-HRT. אולם, גם מחקר חשוב זה, שעורר בהמשך גל של ביקורת להכללתן של נשים מבוגרות בלבד (ממוצע גיל 63) במחקר, התעלם לחלוטין מהאספקטים הפסיכיאטריים של הנשים שנבדקו והתייחס אך ורק לאספקטים הסומאטיים.

ציפי דולב, פסיכיאטריה, מטפלת בקליניקה פרטית לכריאות האשה

1. Riecher-Rössler A, Häfner H. Schizophrenia and oestrogens - is there an association? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:323-8
2. Kraepelin E. *Psychiatrie*, 8th edn. Leipzig: Barth, 1909
3. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*, 25th edn. Berlin: Springer, 1921
4. Krafft-Ebing G. Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation: ein klinischer Beitrag zur Lehre vom periodischen Irresein. *Arch Psychiatry* 1896;8:65-107
5. Bleuler M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Neuroloog* 1943;15:259-90

6. Gordon JH, Borison RL, Diamond BL. Modulation of dopamine receptors sensitivity by estrogen. *Biol Psychiatry* 1980;15:389-96
7. Hruska RE, Silbergeld EK. Estrogen treatment enhances dopamine receptor sensitivity in the rat striatum. *Eur J Pharmacol* 1980;61:397-400
8. Di Paolo T, Payet P, Labrie F. Effect of chronic estradiol and haloperidol treatment on striatal dopamine receptors. *Eur J Pharmacol* 1981;73:105-6
9. Nicoletti F, Ferrara N, Patti F, et al. Influence of sex steroids and prolactin on haloperidol-induced catalepsy. *Brain Res* 1983;279:352-8
10. Koller WC, Weiner WJ, Klawans HL, et al. Influence of female sex hormones on neuroleptic-induced behavioral super-sensitivity. *Neuropharmacology* 1980;19:387-91

סוכרת ודחק נפשי

האם דיכאון מתמשך תורם להופעת סוכרת? האם דחק נפשי משפיע על הופעת סוכרת בטווח הקצר והבינוני? האם לחץ נפשי שמקורו במקום העבודה הוא גורם תורם להופעת סוכרת? תלוי את מי שואלים

ד"ר אלי שילוח, פרופ' מיכה רפפורט

ה וכן כבר בצורה חוזרת שדחק נפשי, בין אם הוא חד או כרוני, יכול לגרום להידרדרות באיזון המטבולי של סוכרת קיימת^{1,2}. יחד עם זאת, הקשר הסיבתי בין דחק נפשי לבין התפתחות סוכרת חדשה בבני אדם הוא נושא שמצא עדיין במחלוקת. קיימות ראיות ממקורות שונים אשר תומכות בתפקידו של הדחק הנפשי בהתפתחות סוכרת. ברם, העודד מודלים נסיוניים מקובלים בבני אדם ובעלי חיים, הרבנטיות בתגובה האנטישית לדחק והקושי בכימותו, מקשים על הוכחת קיומו של הקשר הסיבתי הזה. העלייה בשכיחות סוכרת מסוג 1 ו-2 בצעירים ומבוגרים עד כדי ממדים של מגיפה עולמית^{3,4} מחזקת את חשיבות החיפוש אחרי גורמי סיכון נוספים להתפתחות המחלה, כגון דחק נפשי.

פתופיזיולוגיה

ידוע שדחק, בין אם הוא פיזי ובין אם הוא נפשי, גורם לשרשרת תגובות מסוג "fight or flight"⁵. תגובות אלו כוללות את הפעלת מערכת העצבים האוטונומית ושחרור "הורמוני דחק" שכוללים קורטיזול, אפינפרין, הורמון הגדילה וגלוקגון, שמוסטים את משק הפחמימות בגוף ומעלים את רמות הסוכר⁶. Björntorp וחב' הראו שגורמים חברתיים סביבתיים כגון נכות, התעללות ושינוי מצב הרוח שרכוכים בהם, מפעילים מרכיזים במוח וגורמים לעוררות היפותלמית. אלה גורמים דרך הציר ההיפותלמי-פיטואטרי לעלייה ברמות הקורטיזול, אשר גורמת להתפתחות תנגודת לאינסולין, תסמונת מטבולית וסוכרת מסוג 2⁷. קיימים נתונים מעטים שקושרים את התהליך האוטואימוני אשר עומד בבסיסה של סוכרת מסוג 1, מחלה המתווכת על ידי תאי T9, עם דחק נפשי. הוכח כבר שדחק משפיע על היכולת התפקודית של תאי T והוא קשור להתפתחות תגובות אלרגיות⁸⁻¹². לאחרונה דווח שדחק נפשי במהלך הילדות קשור לשכיחות יתר של הימצאות נוגדנים שקשורים לסוכרת GADA-1-2A-1 בהשוואה לנוגדני אנטי-טטנס מסוג טוקסואידי¹³. מכאן ניתן להניח שדחק נפשי יכול לעודד התפתחות סוכרת אוטואימונית על ידי שינוי במערכת החיסונית, אם כי המנגנון המדויק נשאר עדיין עלום.

במספר מחקרים נבדקה ההשפעה בטווח הקצר והבינוני של דחק נפשי על מאזן הסוכר. Alvarez וחב' הראו ב-24 מתנדבים בריאים עלייה ברמות האינסולין בתגובה לדחק קצר בטווח של 30 דקות שנגרם על ידי עימות קוגניטיבי תחת לחץ חברתי¹⁴. Touma וחב' הדגימו, תוך שימוש בטכניקת ה-hyperinsulinemic euglycemic clamp, עלייה ברגישות לאינסולין בצעירים בריאים בתגובה לדחק נפשי קצר טווח¹⁵. Seematter וחבריו, תוך שימוש באותה מתודולוגיה, הראו שדחק מנטלי, תוך כדי היפראינסולינמיה בינונית במתנדבים בריאים, גורם לפינוי הסוכר באמצעות אינסולין והתגובה הזו מופחתת באנשים עם השמנת יתר¹⁶. Shiloah וחבר' בדקו את משק הסוכר ב-39 חולים לא סוכרתיים אשר התקבלו לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית עקב דחק פסיכיאטרי חריף ומצאו שחולים עם רמת הדחק הגבוהה ביותר היו בעלי רמות סוכר ואינסולין גבוהות ורגישות לאינסולין ותפקוד תאי-בטא נמוכים יותר באופן משמעותי בהשוואה לחולים עם רמת דחק נמוכה¹⁷. הם גם הראו שבחולים עם רמת הדחק הגבוהה ביותר קיימות רמות נמוכות יותר של אדיפונקטין¹⁸. בשימוש ב-Glycated Hemoglobin, כסמן לרגישות לאינסולין, נמצא שדחק בן ארבעה עד 16 שבועות טרום בחינה גורם לעלייה משמעותית ברמות הממוצעות של סוכר בסטרונטים צעירים בהשוואה לעמיתיהם שאינם שרויים בדחק^{19,20}. מחקרים אלה יחדיו מצביעים על כך שדחק נפשי קצר טווח עלול להגביר את הרגישות לאינסולין ופינוי הסוכר באנשים רזים לא סוכרתיים. תופעה הפוכה מכך עשויה להתפתח בהשפעת דחק ארוך טווח. בנוסף, מחקרים שהופיעו לאחרונה הצביעו על אפשרות שתגובה דלקתית בעקבות הפעלה רחבה של המערכת האימונית והתגובה הציטוקינית מעורבות בפתוגנזה של התנגודת לאינסולין וסוכרת מסוג 2^{21,22}.

נתונים בבעלי חיים

הגדרת דחק פסיכולוגי וכימותו בבעלי חיים נותרו בעייתיים ולכן המסקנות מניסויים שמבוצעים בבעלי חיים צריכות להיבחן בזהירות. מספר מחקרים שבוצעו בעכברים אשר נוטים לפתח

סוכרת הראו שדחק סביבתי עלול לזרו או לעכב את הופעת המחלה. Surwit וחב' מצאו שדחק שמורכב מניכור או מצפיפות מגורים אשר גורמים לדחק חברתי מעלה את רמת הסוכר ברם בעכברים שמנים (ob/ob) לרמות של סוכרת²³. Khun וחב' הראו שמתן אפינפרין לעכברים מסוג ob/ob גורם לעלייה מוגברת ברמת הסוכר ברם ומוריד את רמת האינסולין בהשוואה לעכברים רזים²⁴. Saravia-Fernandez וחב' הראו שהופעת סוכרת בעכברים לא שמנים (NOD) היא רגישה באופן מיוחד למגוון תנאים סביבתיים. הוזקות חוזרות לאורך זמן ממושך של מי מלח מסוגלות לעכב הופעת סוכרת או להקטין את שכיחותה. דחק כרוני קצר טווח, כגון צפיפות יתר, מגן על עכברי NOD, במיוחד הוכרים, מהתפתחות סוכרת. לעומת זאת, הגבלת תנועה של נקבות בהריון מזרזת הופעת סוכרת ומגדילה את שכיחותה בעכברי NOD. ההשפעות האלו יכולות להיות קשורות לשינויים נירואנדוקריניים שמושרים על ידי הדחק באם אשר משפיעים גם על העובר²⁵. Kai וחב' דיווחו שדחק סביבתי חריף גורם להיפרגליקמיה ולירידה ברמות האינסולין בעכברים. מנגד, דחק כרוני גורם לירידה ברמות ה-Glycated Hemoglobin ולתנגודת לאינסולין וכתוצאה מכך צמצום בהיארעות של סוכרת²⁶. עוד נמצא שגורמי דחק התנהגותיים כגון הגבלת תנועה וצפיפות מורידים את הגיל של הופעת סוכרת בעכברים מועדים למחלה מסוג BB Wistar שנחשבים כמודל לסוכרת מסוג 1²⁷. אחוז גדול יותר מחיות אלו הופך לסוכרתי אחרי דחק בהשוואה לחיות ביקורת²⁸. כל הנתונים האלה מבליטים את תפקידו המשמעותי של הדחק בפתוגנזה של סוכרת בחיות.

נתונים בבני אדם

מספר ראיות תומכות בתפקידו של הדחק בעידוד התפתחות וקיום סוכרת בבני אדם. נמצא במספר רב של פעמים שדחק פסיכולוגי חריף ו/או כרוני גורם להידרדרות באיזון המטבולי באנשים סוכרתיים²¹. חולים מדווחים לעתים קרובות על מצב דחק קיצוני קודם להתפתחות הסוכרת. מחלות פסיכיאטריות, כגון סכיזופרניה כרונית ודיכאון, קשורות לשכיחות

יתר של סוכרת²⁹⁻³³. לבסוף, במספר מחקרים רחבים נמצא שאירועים בחיים אשר גורמים לדחק הם שכחים יותר בתקופה טרם הופעת סוכרת הן מסוג 1 והן מסוג 2³⁴⁻⁴⁰.

סוכרת מסוג 1 – מחקרים שבחנו את הקשר בין דחק נפשי לבין סוכרת בדקו את מספר אירועי הדחק וחומרתם בתקופה של מספר חודשים ועד שנה לפני התפתחות סוכרת. Vialettes וחב' מצאו לפחות אירוע דחק אחד ב-50 אחוז מתוך 32 חולים צעירים (>40 שנים) עם סוכרת מסוג 1 ב-12 החודשים אשר קדמו להופעת המחלה בהשוואה ל-18.8 אחוז בלבד ב-53 אנשים תואמי גיל בריאים⁴¹. Häggelöf וחב' השוו 338 ילדים שוודים סוכרתיים בגילאים 0-14 עם 528 ילדים בריאים ומצאו שיעור גבוה משמעותית של אירועים של אובדן קיים או מאיים במשפחה בשנה שקדמה להתפתחות הסוכרת. הם הסיקו שאירועי דחק כאלה עלולים להיות גורם סיכון להתפתחות המחלה⁴². Thernlund וחב' רשמו יותר אירועי חיים שליליים במשך שתי שנות החיים הראשונות ב-67 ילדים עם סוכרת מסוג 1 בהשוואה ל-61 ילדים בריאים והסיקו שדחק בשלב המוקדם של החיים עלול להגדיל את הסיכון להתפתחות סוכרת מסוג 1, כפי הנראה על ידי השפעה על התהליך האוטואימוני⁴³. רמת הדחק הפסיכולוגי והרקע החברתי-דמוגרפי נבדקו ב-4,400 ילדים שוודים בני שנה, יחד עם נוגדנים שקשורים לסוכרת מסוג 1, והמסקנה היתה שככל הנראה דחק פסיכולוגי מעורב בהשראה ובהתקדמות האוטואימוניות שקשורה לסוכרת⁴⁴. יותר מאוחר, Sepa וחב' הגדירו את שכיחות קיומם של נוגדנים שקשורים לסוכרת בילדים בני שנתיים וחצי והסיקו שאירועי חיים משמעותיים אצל האם, כגון גירושים או אלימות, קשורים ככל הנראה להשראה ולהתקדמות אוטואימוניות שקשורה לסוכרת, ללא קשר לקיומה של היסטוריה משפחתית של סוכרת מסוג 1⁴⁵.

בשונה ממחקרים אלה, לא מצאו Littorin וחב' הבדלים בגורמי דחק מרכזיים בשנה טרם התפתחות המחלה בחולים עם סוכרת בהשוואה לקבוצת ביקורת. הם הסיקו שהמחקר שלהם אינו תומך ישירות בתפישה שאירועי דחק פסיכולוגי מעורבים בהתפתחות סוכרת אוטואימונית מסוג 1. באנשים צעירים⁴⁶ בנוסף, La-Grec וחב' דיווחו שקרובי משפחה מדרגה ראשונה של חולים עם סוכרת מסוג 1 לא נבדלו מקרובים אחרים בהיארעות דחק נפשי ומכאן שדחק פסיכולוגי הוא פחות קשור להתפתחות סוכרת מסוג 1 בקבוצה זו שנמצאת בסיכון גבוה⁴⁷.

סוכרת מסוג 2 – שני מחקרים אפידמיולוגיים רחבים שבוצעו בשנים האחרונות הצביעו על קשר הדוק בין אירועי דחק לבין היארעות סוכרת מסוג 2. ה-Hoorn Study בדק את מספר אירועי הדחק החשובים בחמש שנים שחוו 2,262 הולנדים ממוצא

אירופאי באמצע החיים ללא היסטוריה של סוכרת⁴⁸. סוכרת מסוג 2 חדשה אובחנה בחמישה אחוזים מהנבדקים תוך שימוש במבחן העמסת סוכר.

מבין אירועי החיים הדוחקים שאינם קשורים לעבודה, רק התנסות במוות של שותף לחיים או העברת דירה נמצאו קשורים בשיעור גבוה משמעותית לממצא של סוכרת לא מאובחנת. מנגד, אירועי דחק שקשורים לעבודה לא היו כרוכים בהיארעות יתר של סוכרת. נמצא קשר בין היחס מותן-ידי לבין דחק פסיכולוגי, אך קשר זה שהיה חלש בעוצמתו לא היה הגורם המתווך העיקרי בין דחק פסיכולוגי לבין סוכרת מסוג 2. מחקר רחב אחר גייס 4,821 נשים שוודיות בריאות באמצע החיים ומצא שגורמי דחק אשר מצביעים על דחק פסיכולוגי כרוני בעבודה, כגון מרחב תמרון צר בקבלת החלטות והעדר תחושת עקביות, קשורים לקיומה של תנגודת לאינסולין וסוכרת חדשה מסוג 2⁴⁹. בנוסף, מחקר פרוספקטיבי קטן, שכלל 187 מבוגרים עם או ללא הפרעה בהעמסת סוכר, אשר גייסו במסגרת תכנית למניעת סוכרת, הראה שבנוסף לחוסר דבקות בביצוע פעילות גופנית, שיעור גבוה של דחק פסיכולוגי היה גורם עצמאי חזק בהתפתחות סוכרת⁵⁰. קבוצת מאמרים שהופיעה בשנתיים האחרונות מראה שוב שדחק במקומות העבודה גורם לעלייה בשכיחות עד פי ארבעה בהופעת סוכרת מסוג 2 במעקב של מספר שנים⁵¹⁻⁵². מאמרים עדכניים אלה מחזקים את העבודות הקודמות ומוסיפים את מאפיין המעקב הפרוספקטיבי.

מספר מחקרים בדקו את הקשר בין דיכאון לבין סוכרת. Arroyo וחב' דיווחו על עלייה קלה בשכיחות סוכרת בנשים עם תסמינים דיכאוניים ללא קשר ל-BMI, צריכת שומנים או פעילות גופנית⁵³. Brown וחבריו דיווחו על ממצאים דומים גם באנשים צעירים⁵⁴. Knol וחבריו פרסמו סקירה רחבת היקף מסוג מטה-אנליזה אשר הראתה שאצל בוגרים הסובלים מדיכאון יש עלייה משמעותית של 37 אחוז בהופעת סוכרת⁵⁵. בניגוד לתוצאות אלה, Everson-Rose וחב' הסיקו שהקשר בין תנגודת גבוהה לאינסולין והתפתחות סוכרת מטיפוס 2, בנשים באמצע החיים שאינן אפרו-אמריקאיות, מתווך בעיקרו באמצעות השמנה מרכזית⁵⁶. מספר מאמרים הראו שדחק נפשי גורם לעלייה ניכרת עד פי שלושה בשכיחות התסמונת המטבולית שבמרכזה הפרעות לסוגיהן באיזון הסוכר⁵⁷⁻⁵⁸. ממאמרים אלה, שעקבו לאורך זמן אחר אנשים שלא היו סוכרתיים בתחילת המעקב, עולה בבירור קשר של סיבה ותוצאה בין דחק נפשי ממושך לבין הופעת סוכרת.

ההיבט המשכטי

מטבע הדברים שאלת הקשר בין דחק גופני, נפשי או דחק משולב ופריצת מחלת הסוכרת לאחר מכן נמצאת במחלוקת שמובאת לעתים מזומנות

בפני בית המשפט. חלק ניכר מהתביעות בעניין זה מקורו במשרתים בכוחות הביטחון השונים וחלקו באירועים אחרים בתחום האזרחי, כגון תאונות עבודה ותאונות דרכים או מצבים חברתיים מגוונים. בפני בית המשפט מוצבות בדרך כלל שתי שאלות רפואיות/משפטיות עיקריות: האחת, האם יש אסכולה רפואית התומכת בחשיבותו של דחק מקדים כגורם "הדק" אפשרי לפרוץ מחלת הסוכרת? והשנייה, מהי תרומתו של הדחק לפריצת המחלה במקרה הפרטי הנדון?

מהאמור ברקע המדעי ניתן להבין שקיימת אסכולה רפואית מבוססת ובעלת משקל הנתמכת על ידי מומחים לסוכרת בארץ ובעולם, כולל הנחיות רשמיות של האגודה הישראלית לסוכרת, הנאגרת את מרבית הדיאבטולוגים המומחים בעלי השם בישראל, והאגודה האמריקאית לסוכרת, שהיא הגוף המוביל בעולם בתחום הסוכרת, הרואה בדחק נפשי גורם בעל משמעות חשובה ביותר, שיכול בתנאים מסוימים להביא להתפרצות מחלת סוכרת גלויה. דעה זו באה גם בשנים אחרונות לידי ביטוי בחלק, אם כי לא בכל, מספרי הרפואה המובילים ובמאמרים יוקרתיים העוסקים בנושא. יחד עם זאת, יש להודיש שלא ניתן להגיע למסקנה גורפת לגבי הקשר בין דחק נפשי וחשיפת מחלת הסוכרת ואת עקב מספר סיבות: הקושי הבסיסי בכימות של דחק נפשי; השונות הרבה בין החולים; המספר הרב של הגורמים המעורבים במהלך המחלה; הקושי ביצירת מודל מתאים בחיות ויישום הממצאים לגבי אנשים; ומיעוט העבודות התקפות בחולים ובספרות הרפואית.

מהאמור ניתן גם להסיק שהוויכוח העיקרי, כאשר מובא לדיון מקרה של הופעת סוכרת והקשר שלו לדחק גופני ונפשי, מתמקד בכל מקרה לגופו והשאלה לכן היא האם עוצמת הדחק, תגובת החולה לדחק וסמיכותו של הדחק להופעת המחלה תומכים במקרה הפרטי המסוים בקשר סיבתי בין הדחק והסוכרת. בנוסף, יש לשקול בכל מקרה את תרומתם היחסית של גורמי סיכון נוספים כמו רקע משפחתי, משקל, גיל או מחלות רקע נלוות לפריצת המחלה. בהעדר מוד מוסכם וברור לכימות התרומה היחסית של דחק וגורמים נוספים, ההחלטה הסופית, המשקללת את חשיבותם של כל הגורמים האלה ושל הדחק האמור, מתבססת בסופו של דבר על מבחן הסבירות ובית המשפט נעזר, כמו במקרים אחרים, במומחים רפואיים כדי להכריע בעניין סבוך זה.

לסיכום, נתונים שהצטברו בשנים האחרונות במחקרי חתך אפידמיולוגיים רחבים מצביעים באופן ברור על קיומו של קשר חזק בין דחק פסיכולוגי לבין התפתחות תנגודת לאינסולין או סוכרת גלויה בבני אדם. ההכרה בקיומו של הקשר הזה מופיעה בניירות העמדה של האגודה האמריקאית לסוכרת⁵² ובספרי הלימוד ברפואת

הן מעבריות, של מחלות עבר. על כן, ההערכה של השפעתו היחסית של הרחק הפסיכולוגי על התפתחות סוכרת ומתן הטיפול המתאים בחולה האינדידואלי נשארים באחריותו הבלעדית של הרופא המטפל.

ד"ר אלי שילוח, פרופ' מיכה רפפורט, מחלקה פנימית ג' והשיירות לסוכרת, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין

לחת תשובות גורפות וסופיות לגבי תפקידו המדויק של דחק פסיכולוגי בתיווך התפתחות או התקדמות צורות שונות של סוכרת.

בקביעת הקשר הסיבתי בין דחק מקדים לבין פריצת סוכרת, יש לברר את חומרת הדחק, סימכותו להתפתחות הסוכרת, נוכחות או העדר גורמי סיכון משמעותיים נוספים להתפתחות סוכרת כגון היסטוריה משפחתית, השמנת יתר ומחלות נלוות, ונתונים מרשומות רפואיות קודמות, הן קליניות

ילדים⁵³, סוכרת⁵⁴ ופסיכיאטריה⁵⁵. ברם, המחלוקת שנוגעת לתפקידו של הדחק הפסיכולוגי בקידום התפתחות מחלת הסוכרת טרם יושבה⁵⁶. לאור השונות העצומה בתגובה האינדידואלית לדחק, לא ניתן לחזות את השפעת הדחק הפסיכולוגי על התפתחות סוכרת מסוג 1 ו-2. קיים גם קושי הן אתי והן מעשי בנייהול מחקרים פרופסטיביים בבני אדם כדי לבדוק את תגובתם לדחק פסיכולוגי שמוגדר מראש. ספק אם מחקרים עתידיים יוכלו

.....(רשימת מקורות).....

- Surwit RS, Schneider MS, Feinglos MN. Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1992;15:1413-1422
- Moberg E, Kollind M, Lins P-E, et al. Acute mental stress impairs insulin sensitivity in IDDM patients. *Diabetologia*. 1994;37:247-251
- Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. 2001;414:782-787
- Pontiroli AE. Type 2 diabetes mellitus is becoming the most common type of diabetes in school children. *Acta Diabetol*. 2004;41:85-90
- Jansen AS, Nguyen XV, Karpitskiy V, et al. Central command neurons of the sympathetic nervous system: basis of the fight-or flight response. *Science*. 1995;270:644-646
- Skosnik PD, Chatterton RT Jr, Swisher T, et al. Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *Int J Psychophysiol*. 2000;36:59-68
- Mizock BA. Alterations in carbohydrate metabolism during stress: a review of the literature. *Am J Med*. 1995;98:75-84
- Björntorp P, Rosmond R. Hypothalamic origin of the metabolic syndrome X. *Ann NY Acad Sci*. 1999;892:297-307
- Castano L, Eisenbarth GS. Type-1 diabetes: a chronic autoimmune disease of human, mouse, and rat. *Annu Rev Immunol*. 1990;8:647-679
- Schmid-Ott G, Jaeger B, Meyer S, et al. Different expression of cytokine and membrane molecules by circulating lymphocytes on acute mental stress in patients with atopic dermatitis in comparison with healthy controls. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108:455-462
- Marshall GB Jr, Agarwal S, Lloyd C, et al. Cytokine dysregulation associated with exam stress in healthy medical students. *Brain Behav Immun*. 1998;12:297-307
- Glaser R, MacCallum RC, Laskowski BF, et al. Evidence for a shift in the Th-1 to Th-2 cytokine response associated with chronic stress and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M477-M482. Erratum in *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M673
- Violettes B, Ozanon JP, Kaplansky S, et al. Stress antecedents and immune status in recently diagnosed type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabete Metab (Paris)*. 1989;15:45-50
- Alvarez MA, Portilla L, Gonzalez R, et al. Insulin response to a short stress period. *Psychoneuroendocrinology*. 1989;14:241-244
- Touma T, Takishita S, Kimura Y, et al. Mild mental stress increases insulin sensitivity in healthy young men. *Clin Exp Hypertens*. 1996;18:1105-1114
- Seematter G, Guenat E, Schneider P, et al. Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2000;279:E799-E805
- Shiloah E, Witz S, Abramovitch Y, et al. Effect of acute psychotic stress in nondiabetic subjects on β -cell function and insulin sensitivity. *Diabetes Care*. 2003;26:1462-1467
- Shiloah E, Kanety H, Cohen O, et al. Acute psychotic stress is associated with decreased adiponectin serum levels. *J Endocrinol Invest*. 2007;30(5):382-7
- Netterström B, Danborg L, Olesen H. Glycated hemoglobin as a measure of physiological stress. *Behav Med*. 1988;14:13-16
- Schuck P. Glycated hemoglobin as a physiological measure of stress and its relations to some psychological stress indicators. *Behav Med*. 1998;24:89-94
- Black PH. The inflammatory response is an integral part of the stress response: implications for atherosclerosis, insulin resistance, type II diabetes and metabolic syndrome X. *Brain Behav Immun*. 2003;17:350-364
- Pickup JC. Inflammation and activated innate immunity in the pathogenesis of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:813-823
- Surwit RS, Williams PG. Animal models provide insight into psychosomatic factors in diabetes. *Psychosom Med*. 1996;58:582-589
- Kuhn CM, Cochran C, Feinglos MN, et al. Exaggerated peripheral responses to catecholamines contributes to stress-induced hyperglycemia in the ob/ob mouse. *Pharmacol Biochem Behav*. 1987;26:491-495
- Saravia-Fernandez F, Durant S, El Hasnaoui A, et al. Environmental and experimental procedures leading to variations in the incidence of diabetes in the nonobese diabetic (NOD) mouse. *Autoimmunity*. 1996;24:113-121
- Kai K, Morimoto I, Morita E, et al. Environmental stress modifies glycemic control and diabetes onset in type 2 diabetes prone Otsuka Long Evans Tokushima Fatty (OLETF) rats. *Physiol Behav*. 2000;68:445-452
- Carter WR, Herman J, Stokes K, et al. Promotion of diabetes onset by stress in the BB rat. *Diabetologia*. 1987;30:674-675
- Lehman CD, Rodin J, McEwen B, et al. Impact of environmental stress on the expression of insulin-dependent diabetes mellitus. *Behav Neurosci*. 1991;105:241-245
- Brambilla F, Guastalla A, Guerrini A, et al. Glucose-insulin metabolism in chronic schizophrenia. *Dis Nerv Syst*. 1976;37:98-103
- Mukherjee S, Decina P, Bocola V, et al. Diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry*. 1996;37:68-73
- Arroyo C, Hu FB, Ryan LM, et al. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. 2004;27:129-133
- Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, et al. History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes Care*. 2005;28:1063-1067
- Everson-Rose SA, Meyer PM, Powell LH, et al. Depressive symptoms, insulin resistance, and risk of diabetes in women at midlife. *Diabetes Care*. 2004;27:2856-2862
- Hägglöf B, Blom L, Dahlquist G, et al. The Swedish childhood diabetes study: indications of severe psychological stress as a risk factor for type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in childhood. *Diabetologia*. 1991;34:579-583
- Thernlund GM, Dahlquist G, Hansson K, et al. Psychological stress and the onset of IDDM in children. *Diabetes Care*. 1995;18:1323-1329
- Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, et al. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy. *Diabetes Care*. 2005;28:290-295
- Sepa A, Frodi A, Ludvigsson J. Mothers' experiences of serious life events increase the risk of diabetes-related autoimmunity in their children. *Diabetes Care*. 2005;28:2394-2399
- Littorin B, Sundkvist G, Nyström L, et al. Family characteristics and life events before the onset of autoimmune type 1 diabetes in young adults: a nationwide study. *Diabetes Care*. 2001;24:1033-1037
- La-Greca AM, Bearman KKJ, Delamater A, et al. Early life stress and disease among offspring and siblings of individuals with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2001;14 Suppl 1:661-668
- Mooy JM, De Vries H, Grootenhuys PA, et al. Major stressful life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes (The Hoorn Study). *Diabetes Care*. 2000;23:197-201
- Agardh EE, Ahlborn A, Andersson T, et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care*. 2003;26:719-724
- Ramachandran A, Snehalatha C, Shobana R, et al. Influence of life style factors in development of diabetes in Indians-scope for primary prevention. *J Assoc Physicians India*. 1999;47:764-766
- Melamed S, Shirom A, Tokar S, et al. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Med*. 2006;68:863-869
- Yamamoto K, Irie M, Sakamoto Y, et al. The relationship between IMPS-measured stress score and biomedical parameters regarding health status among public school workers. *J Physiol Antropol*. 2007;26:149-158
- Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, et al. Work stress and low emotional support is associated with increased risk of future type 2 diabetes in women. *Diab Res Clin Pract*. 2007;76:368-377
- Kroenke CH, Spiegelman D, Manson J, et al. Work characteristics and the incidence of type 2 diabetes in women. *Am J Epidemiol*. 2007;165:175-183
- Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*. 2006;49:837-845
- Raikkonen K, Matthews KA, Kuller LH. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence? *Metabolism*. 2002;51:1573-1577
- Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC, et al. Marital quality and the occurrence of the metabolic syndrome in women. *Arch Intern Med*. 2005;165(9):1022-7
- Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ*. 2006;332:521-525
- Raikkonen K, Matthews KA, Kuller LH. Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care*. 2007;30:872-877
- American Diabetes Association. *Diabetes*. 2001:31-32
- Rudolph CD, Rudolph AM. The endocrine system. In: Rudolph's Pediatrics. McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 21st Edition, 2003;2117
- DeFronzo RA, Ferrannini E, Keen H, Zimmet P. *International Textbook of Diabetes*. John Wiley & Sons Ltd, 3rd Edition, 2004;578
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Endocrine Disorders*. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Williams & Wilkins, 8th Edition, 1988;832
- Gosgrove M. Do stressful life events cause type 1 diabetes? *Occup Med*. 2004;54:250-254

פרופיל המשתמש המזדמן בסמים

שיעורי השימוש בסמים בישראל כפי שדווחו במהלך 20 השנים האחרונות, הקשרים לסיבות לשימוש ואפיוני המשתמשים. סקירה

ד"ר רחל בר-המבורגר

שישה סקרים אפידמיולוגיים נערכו מאז 1989 ועד היום באמצעות הרשות הלאומית למלחמה בסמים. הסקרים התייחסו לשתי אוכלוסיות עיקריות: אוכלוסיית בני נוער בגילאי 12-18, תלמידי בתי ספר, ואוכלוסיית מבוגרים בגילאי 18-40 במשקי בית. בכל הסקרים שנערכו הועברו שאלונים שבהם נתבקשו הנסקרים לדווח על שימוש בסמים, על הכוונות ההתנהגותיות בהקשר לשימוש בסמים ועמדות כלפי שימוש. שאלונים נוספים שהועברו לנסקרים כללו, בין היתר, אפיונים דמוגרפיים. באמצעות מבחני קורלציות בין הדיווח על השימוש בסמים לבין האפיונים הדמוגרפיים, ננסה במאמר זה לאפיין את המשתמש המזדמן בסמים בקרב בני נוער ומבוגרים וכן להצביע על שינוי בפרופיל המשתמש המזדמן במהלך 20 השנים האחרונות.

ההתעניינות המחקרית אפידמיולוגית בתופעת השימוש לרעה בסמים החלה בישראל בשנות ה-70 המוקדמות, אולם הערכה סיסטמטית ועקבית המסתמכת על כלי מדידה שדומיהם מקובלים גם במדינות אחרות, כדוגמת ארצות הברית, נערכה רק ביוזמת הרשות למלחמה בסמים. עד עתה בוצעו שישה סקרים אפידמיולוגיים בהיקף ארצי. הסקרים בוצעו בשנים 1989, 1992, 1995, 1998,

חומר/שנה	1989	1995	1998	2001	2005
טבק	23.5	23.9	21.2	19.1	20.4
אלכוהול	57.6	61.9	56.9	47.3	49.4
יין	40.8	36.2	44.9	37.8	37.9
בירה לבנה	45.7	44.2	40.0	32.3	34.1
מ. חריפים	23.8	22.5	31.7	28.2	32.5
נדיפים	-	-	-	7.4	15.8
שימוש לא חוקי כלשהו	6.4	9.3	9.8	10.5	9.9
תרופות	5.4	6.5	6.1	6.1	5.8
מרץ	2.2	4.4	3.2	2.9	2.7
הרגעה/שינה	4.4	4.4	5.4	4.8	5
קנביס	1.7	3.4	5.1	5.0	5.8
חשיש	-	-	3.7	3.3	3.9
מריחואנה	-	-	4.3	5.0	5.2
סמים אחרים	1.5	5.2	5.3	5.4	3.9
לס.ד.	1.1	3.4	3.0	2.4	2.1
מתדון	1.0	3.2	3.4	2.9	2.1
אופיאטים	1.1	2.0	2.4	2.5	1.9
קוקאין	2.5				
קראק	2.5				
אקסטזי	לא נבדק	2.6	2.7	2.7	2.2

טבלה 1. השוואה בין ממצאי הסקרים על שיעורי השימוש באחזים בסמים ב"שנה האחרונה" בקרב בני נוער

טבלה 2. השוואה בין ממצאי הסקרים על שיעורי השימוש באחוזים ב"שנה האחרונה" בקרב מבוגרים

חומר/שנה	1989	1995	1998	2001	2005
טבק	48.5	44.0	41.8	42.5	41.0
אלכוהול	70.2	60.5	65.0	65.7	65.6
יין	56.5	41.0	48.7	54.9	55.2
בירה לבנה	56.2	48.6	50.6	49.4	47.0
מ. חריפים	38.9	30.3	38.2	42.7	42.7
שימוש לא חוקי כלשהו	6.6	6.9	8.1	10.5	10.5
תרופות	3.8	3.4	3.3	2.4	2.2
מרץ	1.0	1.1	0.8	0.5	0.4
הרגעה/שינה	3.3	3.1	3.0	2.0	1.9
קנבים	3.1	4.6	5.6	8.0	8.5
חשיש	-	-	3.7	4.9	7.1
מריחואנה	-	-	4.2	8.0	7.3
סמים אחרים	0.5	1.6	1.3	2.2	1.2
מתדון	0.3	0.9	0.5	0.2	0.1
אופיום					
הרואין					
קוקאין					
קראק					
ל.ס.ד.	0.2	0.8	0.6	0.8	0.5
אקסטזי	לא נבדק	0.9	0.6	1.3	0.7
PCP או קטמין	לא נבדק	לא נבדק	0.1	0.1	0.1
GHB	לא נבדק	לא נבדק	לא נבדק	0.1	0
פופרס	לא נבדק	לא נבדק	לא נבדק	0.7	0.6

טבלה 3. השפעת מאפיינים אישיים על שיעורי השימוש ב"סם לא חוקי כלשהו" בקרב בני נוער

שנה	1989	1992	1995	1998	2001	2005
מין זכר	7	5	12	8	14	12
נקבה	7	4	7	5	8	8
גיל עד 14	5	4	6	6	8	8
15-16	8	5	11	6	9	9
+17	8	6	10	6	14	13
עלייה ילידי הארץ	6	5	9	6	10	9
עולים "חדשים"	-	5	10	6	15	15
דתיות דתי	-	3	9	4	8	7.5
מסורתי	-	-	8	6	8	7
חילוני	-	5	10	8	13	13

2001 ו-2005 (כל חמשת הסקרים הראשונים בוצעו על ידי רהב ועמיתיו, הסקר האחרון בוצע באמצעות בר-המבורגר ועמיתיה). יש לציין שבארצות הברית מתקיים סקר דומה שנערך אחת לשנה החל משנת 1975, באמצעות אוניברסיטת מישיגן, עבור הרשות הלאומית לסמים האמריקאית (NIDA), השייכת לארגון הבריאות

הלאומי האמריקאי (NIH). בסקירה שלהלן יתוארו שיעורי השימוש בסמים כפי שדווחו במהלך 20 השנים האחרונות, יתוארו הקשרים לסיבות לשימוש כפי שאובחנו באמצעות השאלונים שהועברו ואפיוני המשתמשים. תופעת השימוש בסמים, כולל אלכוהול, בקרב תושבי מדינת ישראל, איננה חדשה. בעבר הרחוק

(לפני הקמת הרשות למלחמה בסמים) התייחסו לתופעה זו בעיקר כאל בעיה של הפרט ומשפחתו. ב-20 השנים האחרונות, בעקבות הקמתה של הרשות הלאומית למלחמה בסמים ב-1988, ההתייחסות לתופעה זו קיבלה מפנה והיא יותר כאל בעיה חברתית בעלת השלכות שיכולות להיות חמורות, הן ברמת הפרט והן ברמה החברתית. אחד מהביטויים החברתיים לחשיבות בהתייחסות החברתית, מעבר להקמת הרשות הלאומית למלחמה בסמים, היא הקמתה של ועדה מיוחדת בכנסת לנישוא, ועדת הסמים.

הממצאים מוצגים בהתייחסות לשנה האחרונה. בכל הסקרים נמצא שהתמונה הכללית והדפוסים שבין השימוש בחומרים פסיכואקטיביים לבין המשתנים האחרים שנבדקו (כמו מאפיינים דמוגרפיים ואישיים) דומים לגבי שלוש תקופות הזמן שנבדקו (בשנה האחרונה, חודש או שבוע אחרון), ומאחר שהוא ברור יותר לגבי השנה האחרונה, שבה שיעורי השימוש גבוהים יותר, יוצג הניתוח של המשתמשים בשנה האחרונה בלבד.

ממדי היקפי השימוש בסמים

בטבלה מס' 1 מובאים שיעורי השימוש בסמים באחוזים "בשנה האחרונה", כפי שנמצאו בסקרים החל משנת 1989 בקרב בני נוער (תלמידים). בטבלה מס' 2 מובאים שיעורי השימוש בסמים באחוזים "בשנה האחרונה", כפי שנמצאו בסקרים החל משנת 1989 בקרב מבוגרים בני 18-40 (סקר משקי בית).

יש לציין ששימוש לא חוקי כלשהו מאגר בתוכו את כל רשימת הסמים שנצרכו באופן לא חוקי (ללא מרשם רפואי, שלא לצורך רפואי) שכללו סמים ממריצים, סמי שינה והרגעה, חשיש, מריחואנה, ל.ס.ד., מתדון, אופיאטים (הרואין ו/או אופיום), קוקאין, קראק ואקסטזי.

מהנתונים בטבלה ניתן ללמוד על עלייה עקבית ב"שימוש לא חוקי כלשהו" גם בקרב בני נוער וגם בקרב המבוגרים משנת 1989 ועד 2001. מגמת העלייה נבלמה בשנת 2005. הסם העיקרי התורם לעלייה בשיעורי המשתמשים הוא הקנאביס (חשיש ו/או מריחואנה).

הקשר שבין שימוש למאפיינים האישיים של המשתמשים

בטבלאות 3, 4 מוצגים הממצאים (באחוזים) לגבי שימוש ב"סם לא חוקי כלשהו" בשנה האחרונה, בהתאם למאפיינים האישיים בקרב בני נוער ומבוגרים.

מין – בבדיקת המאפיינים האישיים לאורך זמן, השימוש בסמים אצל הגברים נפוץ יותר מאשר אצל הנשים גם בקרב בני הנוער וגם בקרב המבוגרים, אם כי הפער בין המינים הולך וגדל.

טבלה 4. השפעת מאפיינים אישיים על שיעורי השימוש ב"סם לא חוקי כלשהו" בקרב מבוגרים

שנה	1989	1992	1995	1998	2001	2005
מין זכר	7.5	5.5	9.5	9	14	14
נקבה	6	5	4	7	8	8
גיל 18-24	6	5	7	8	14	10
גיל 25-34	7	5	7	9	9	13
גיל 35-40	7	5	6.5	7	7	6
עלייה/ילידי הארץ	9	6	7	8	13	12
עולים חדשים	-	2	5	6	12	8
דתיות דת	-	4	3	4	4	3
מסורתי	-	-	6	6	8	8
חילוני	-	7.5	10	11	17	18

טבלה 5: השימוש בקנאביס (חשיש/מריחואנה) ב"שנה האחרונה"

בני נוער					
	1992	1995	1998	2001	2005
דתי	0.6	2.9	3.7	3.5	3.9
מסורתי	-	2.4	4.8	3.3	3.8
חילוני	2.1	4.2	5.3	6.8	8.1
מבוגרים					
	1992	1995	1998	2001	2005
דתי	1.1	1.0	4.0	2.8	1.6
מסורתי	-	2.9	2.9	5.4	6.5
חילוני	4.8	7.5	8.2	14.0	15.2

טבלה 6: השימוש ב"סמים קשים" ב"שנה האחרונה"

בני נוער					
	1992	1995	1998	2001	2005
דתי	1.2	7.6	5.1	6.2	5.4
מסורתי	-	4.3	6.0	4.9	2.8
חילוני	2.2	5.3	4.1	5.4	3.7
מבוגרים					
	1992	1995	1998	2001	2005
דתי	0.2	1.3	2.0	0.6	0.4
מסורתי	-	1.5	1.4	1.9	0.9
חילוני	0.9	1.8	1.2	3.3	1.8

בקרב המבוגרים, במבחן לאורך זמן ניכר שינוי שחל בהקשר למצב הסוציו-אקונומי, ראו טבלה מס' 8. מהשתנים שמוצגים בטבלה לעיל, ניכר שיש הבדל אם מתייחסים לאלכוהול ולמריחואנה מחד ול"סמים קשים" מאידך. שיעורי השימוש גבוהים יותר אצל מי שמצבו הסוציו-אקונומי (נמדד גם לפי השכלת האב והאם, גם לפי מצב תעסוקתי אצל שני ההורים, גם לפי צפיפות דיור) איתן יותר כשמדובר בצרכני אלכוהול או מריחואנה. לא כך הוא כאשר מתייחסים בנפרד

חומרים פסיכואקטיביים בנפרד - אלכוהול, קנאביס וסמים קשים. ואכן, בבדיקה מעמיקה יותר מצאנו הבדלים כאשר בחנו את הקשרים של השימוש של שיעורי שתית אלכוהול לחרור, צריכת מריחואנה, הנחשבת בציבור ל"סם קל", לעומת שימוש ב"סמים קשים", מול מצבים שיכולים לתת קשר למצב הסוציו-אקונומי, כפי שאפשר לראות בטבלאות הבאות. על הקשר שבין המאפיינים הסוציו-אקונומיים ושימוש בסמים בקרב תלמידים, ראו טבלה מס' 7.

הפער לפני כ-20 שנה היה פחות מאשר בשנים האחרונות. גברים (בגילאי 18-40) ונערים (בגילאי 12-18) משתמשים יותר כיום בסמים לעומת נשים או נערות.

גיל - עלייה בשימוש עם הגיל בולטת ביותר אצל בני הנוער והפער בין הגילים עולה לקראת הסקרים בשנים האחרונות 2001 ו-2005. בולטת גם העלייה בהיקפי השימוש בכל הגילאים בין 1989, 1992 ל-2001, 2005. בקרב המבוגרים בשני הסקרים האחרונים (בשנות ה-2000), בולטת מגמת ירידה עם הגיל, וזאת עקב עלייה בהיקפי שימוש בגילאי 18-24, 24-35 לעומת השנים הקודמות.

עולים - מההשוואה לילידי הארץ, אצל בני נוער נוכחים בשינוי שחל רק בשנים האחרונות (בשנות ה-2000), שבהן שיעורי השימוש בקרב העולים בני הנוער עולים על אלה שבקרב ילידי הארץ. בקרב המבוגרים, במשך כל השנים שיעורי ילידי הארץ המדווחים על שימוש בסמים עלה על שיעורי השימוש אצל העולים החדשים.

דתיות - הן אצל בני הנוער והן אצל המבוגרים, שיעורי השימוש ב"סם לא חוקי כלשהו" גבוהים ביותר אצל החילונים. ההבדלים לפי מידת הדתיות קיימים לפי סוגי הסמים שעליהם דיווחו הנסקרים. קיימת הבחנה בין המדווחים על שימוש לא חוקי כלשהו לבין קבוצת הסמים לפי ההבחנה הציבורית שבין סמים "קלים" מול "קשים", הקנאביס מחד לבין "הסמים הקשים" מאידך ("סמים קשים" כוללים ל.ס.ד, אופיאטים, קוקאין, קראק, אקסטזי). להלן יוצגו ההבדלים לפי קבוצות הסמים.

שיעורי השימוש בקנאביס, שנחשב בציבור לסם "קל", לאורך זמן גבוהים יותר אצל בני הנוער החילונים מאשר הדתיים. הנוער המסורתי דומה בשיעורי השימוש לנוער הדתי. לא כך לגבי ה"סמים הקשים". שיעורי השימוש אצל בני הנוער הדתיים גבוה מזה של הנוער החילוני בכל הסקרים שנערכו מאז תחילת שנות ה-90 ועד לשנות ה-2000. בקרב המבוגרים, הדיווח על שימוש בכל סוגי הסמים גבוה יותר. בקרב המבוגרים, החילונים מדווחים יותר על שימוש, במיוחד של סם המריחואנה.

השפעת מאפיינים סוציו-אקונומיים על שימוש בסמים

אצל בני נוער (תלמידים) בגילאי 12-18, אין קשר בולט בין שימוש לא חוקי כלשהו, לא להשכלת אב או למצבו התעסוקתי, כמו שאין גם קשר עם צפיפות הדיור שיכולה להעיד על מצב סוציו-אקונומי. תופעה זו היא יציבה מאז שהתחלנו למדוד את שיעורי השימוש מאז 1989. אולם, כדי להעמיק את הבדיקה החלטנו לבחון את הנושא לגבי שלושה סוגי

טבלה 7. השפעת מאפיינים סוציו-אקונומיים אצל נוער (תלמידים) בגילאים 12-18 ושיעורי שימוש באלכוהול, מריחואנה, סמים קשים "בשנה האחרונה", סקר 2005

אלכוהול	קנאביס	סמים קשים	
השכלת אב לא למד	34	10	9
יסודית	34	5	5
תיכונית	46	6	4
על-תיכונית	61.5	7	2
השכלת אם לא למדה	22	7	9
יסודית	29	4	5
תיכונית	50	5	3
על-תיכונית	64	7	3
תעסוקת האב לא עובד	20	7	5
לא מקצועי	18	6	5
שירותים	19	5	4
אקדמאי	22.5	7	3
תעסוקת האם לא עובדת	20	7	5
לא מקצועי	21.5	6	5
שירותים	23	5	4
אקדמאית	22	7	3
צפיפות דיור עד 1 לחדר	60	6	3
1.5	47.5	6	4
מעל 1.5	34	4	5

טבלה 8. השפעת מאפיינים סוציו-אקונומיים בקרב בני 18-40 על שימוש בסם לא חוקי כלשהו

שנה	1989	1992	1995	1998	2001	2005
השכלה יסודית		16	9.5	13.5	11	10
תיכונית		5	7	8	10	9
על-תיכונית		6	6.5	7.5	11	9
יש עבודה		5	7	7	8	8
אין עבודה		6	7	9	12	12
צפיפות דיור גבוהה			8	7.5	6	6
בינונית			5.5	5	9	10
נמוכה			10	15	15	17
הכנסה נמוכה	7	9	8	11	10.5	10
ממוצעת	6	4	6	4	10	12
מעל לממוצע	7	3	8	8	15	13

טבלה 10. הקשר שבין יחסים במשפחה לשימוש בסמים

שנה	1995	1998	2001
בני נוער: לכידות גבוהה	6	5	7
בינונית	8.5	9	9.5
נמוכה	14	19	20
מבוגרים: לכידות גבוהה	6	4.5	7
בינונית	8	7	10.5
נמוכה	10	13	14

לצרכני ה"סמים הקשים". במקרה זה, ככל שהמצב הסוציו-אקונומי נמוך יותר, כך שיעורי השימוש גבוהים יותר.

הבחנה בין צרכני האלכוהול והמריחואנה מסגירה שמאפייני המשתמש במה שהחברה "מתירה" התרה מלאה או חלקית יכולים לרמוז שבחברה מתירנית בעלת מאפיינים סוציו-אקונומיים גבוהים יותר תהיה מתירנות גם כלפי סמים אלה. בעוד ש"סמים האחרים", עם תווית שלילית יותר מאשר למריחואנה ("סמים קשים", לפי הז'רגון הציבורי), יש מעט יותר שימוש דווקא בבני נוער שבאים ממשפחות שמצבן הסוציו-אקונומי נמוך.

בניתוח השינוי שחל בחברת המבוגרים בני 18-40, עם הזמן ניכר שבמשך השנים הלך והתכווץ הפער בשימוש בסמים לא חוקיים בין מי שהשכלתו יסודית בלבד לבין המשכילים יותר. אם בשנות ה-90 של המאה הקודמת היה שימוש רב יותר אצל מי שהשכלתו היתה יסודית בלבד, הרי שבתחילת המאה הנוכחית (סקר 2001 ו-2005), אין הבדל בין מי שהשכלתו מועטה או גבוהה יותר.

לקשר שבין קבלת שכר, או עצם העובדה של דיווח כאדם מועסק (בעבודה), הרי שאין לדיווח על חוסר עבודה השפעות על צריכת יתר של סמים. להפך, בשנים האחרונות מסתמנת מגמה של צריכה דווקא אצל מי שכן עובד.

כששנתון סוציו-אקונומי זה נבדק בהקשר להכנסה - רמת ההכנסה, מתחזק הממצא שכל שההכנסה גבוהה יותר, כך עולה הדיווח על שימוש בסמים.

צפיפות דיור מחזקת את הממצא הקשור בעבודה ובהכנסה - ככל שצפיפות הדיור נמוכה יותר, כך יש יותר דיווח על שימוש בסמים.

ניתוח מדויק יותר של נתונים אלה נעשה לגבי צריכת אלכוהול ושיעורי השימוש בחשיש/מריחואנה (קנאביס) מול צריכת סמים קשים, כפי שמוצג בטבלה מס' 9.

כפי שנמצא אצל בני נוער, כך גם אצל המבוגרים. ככל שהשכלה גבוהה יותר, כך יש יותר דיווח לגבי צריכת אלכוהול. כך גם לגבי צפיפות דיור שמבטאת מצב של רמה סוציו-אקונומית גבוהה יותר, יש צריכה גבוהה יותר של אלכוהול וגם של קנאביס.

ליחסים במשפחה השפעה בולטת. ככל שהמשפחה פחות מלוכדת, כך יש יותר דיווח על שימוש בסמים. במשפחות גרושות יש דיווח מרובה יותר על שימוש בסמים, הן אצל בני הנוער והן אצל המבוגרים.

פרופיל המשתמש לפי נתונים אישיים

בבחינת מאפייני המשתמש בסמים, כפי שדווח

טבלה 9. השפעת מאפיינים סוציו-אקונומיים אצל מבוגרים בגילאי 18-40 ושיעור שימוש באלכוהול, מריחואנה וסמים קשים "בשנה האחרונה", סקר 2005

אלכוהול	קמאבים	סמים קשים	
47	7.5	2	השכלה יסודית
66	7	1	תיכון
74	9.5	1	אקדמית
68.5	11	2	תעסוקה עובד לא מקצועי
73	14	3	שירותים
71	9	1	אקדמאי
76	14	2	צפיפות דיור נמוכה
72	8	1	בימונית
54	4	0.5	גבוהה
78	11	1	הכנסה גבוהה
71	10	1	ממוצעת
59	8	1	נמוכה
51	6	1	עבודה בשכר לא
70	10	1	כן

בילוי במסיבות (פאבים, דיסקוטקים, מסיבות) והתנהגות סיכונית, נמצאו במתאמים גבוהים למודי השימוש בהשוואה למתאמים הקשורים למאפייני אישיות ושאיפה בלימודים שעבורם המתאמים נמצאו נמוכים עם מצבי שימוש.

אפיון קבוצות בסיכון לשימוש בסמים בקרב המבוגרים בגילאי 18-40:

הקבוצות הנמצאות בסיכון רב יותר לשימוש בסמים הן: גברים חילונים שהוריהם ילידי אירופה ואמריקה, יהודים או נוצרים, משרתים במילואים, לא נשואים.

בעלי מצב רוח דיכאוניים, מאופיינים בהתנהגות סיכונית וחיפוש ריגושים, מבלים במסיבות (פאבים, דיסקוטקים, מסיבות "טראנס") ויודעים היכן להשיג סמים; בעלי עמדות בעד סמים ונכונות להתנסות בסמים.

תופעת השימוש בסמים היא תופעה כלל חברתית שאינה מאופיינית על ידי מצב סוציאקונומי נמוך במיוחד. לגבי הסמים החברתיים, האפיון הוא דווקא יותר של בעלי מצב סוציאקונומי גבוה.

ד"ר רחל בר-המבורגר, מרענית ראשית, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול
(כל הפרסומים הם של הרשות הלאומית למלחמה בסמים ואלכוהול)

בכל הסקרים, מצינו שתכונות של חיפוש ריגושים גבוה, מצבי רוח דיכאוניים, עמדות בעד סמים, חוסר ייחוס סיכון לשימוש בסמים, כוונות שימוש - כל אלה קשורים קשר חיובי לשימוש בסמים.

לכידות משפחתית נמוכה, שעשויה להיות קשורה לרמת פיקוח נמוכה, יכולה לעלות את ההסתברות לשימוש בסמים אצל בני המשפחה (הסבר אפשרי אחר הוא שבמשפחות שלכידות נמוכה יהיה במיוחד למתבגרים במשפחה עניין וצורך בגירויים וסיפוקים שיכולות לשמש ההתנסויות בסמים).

לסיכום, אפיון קבוצות בסיכון לשימוש בסמים בקרב תלמידים: בן, חילוני, במשפחות חד-הוריות.

תלמידים חילונים משתמשים יותר בקמאבים ומוצרי, דתיים משתמשים יותר בסמים אחרים. תלמידים ממשפחות בעלות סטטוס סוציו-אקונומי כלכלי גבוה מדווחים יותר על עישון סיגריות, שתיית משקאות אלכוהוליים ושימוש בקמאבים. תלמידים בעלי משפחות בעלות סטטוס סוציו-אקונומי נמוך מדווחים על שימוש ב"סמים קשים".

תלמידים עם עמדות בעד שימוש בסמים, שחיים בסביבה (חברים, הורים) אוהדת סמים, יחסים קרובים עם חברים מעשנים, שותים או צרכני סמים.

.....(רשימת מקורות).....

1. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 1990. צ. ברנע, מ. טייכמן, ג. רהב.
2. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 1992. ג. רהב, מ. טייכמן, ר. גיל, י. רונבלום, ר. בר-המבורגר.
3. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 1995. ג. רהב, מ. טייכמן, ר. גיל, י. רונבלום, ר. בר-המבורגר.
4. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 1998. ג. רהב, מ. טייכמן, ר. גיל, י. רונבלום, ר. בר-המבורגר.
5. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 2001. ג. רהב, מ. טייכמן, י. רונבלום, ר. בר-המבורגר.
6. השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל, 2005. ר. בר-המבורגר, י. אורחי, א. רוזנר, ד. שטיינברג.

שימושי הקנביס ברפואה

הקנבינואידים, החומרים הפעילים בקנביס, אחראים על הפעולה הפרמקולוגית של הצמח ותורמים לטיפול במחלות רבות. פרופ' רפאל משולם, מבית הספר לרוקחות של האוניברסיטה העברית, מספר על המחקר הרפואי המרתק סביב הצמח השנוי במחלוקת



טל דינאל

ש

ימוש הרפואי בקנביס הוא עתיק יומין ומוכר בממצאים ובתיעוד של תרבויות המערב והמזרח כאחד. כך לדוגמה, בכתביו של חייל רומאי מלפני כ-2,000 שנה נמצא מידע על שימוש בקנביס לטיפול בסוגים מסוימים של דלקת ויש עדויות כי במזרח הרחוק, במקומות כמו סין, השתמשו בו גם קודם לכן. השימוש לצרכים רפואיים בקנביס, שממנו מפיקים את החשיש והמריחואנה, נמשך במערב עד לתוך ימי הביניים ובמאה ה-19 שוב חזר לשמש בטיפולים רפואיים באירופה ואפילו המלכה ויקטוריה נטלה ממנו כדי לטפל במיגרנות. "המרכיב האנטי דלקתי שבקנביס (Cannabidiol - CBD) הוא רב עוצמה וככל הנראה בתקופות קדומות השתמשו בן מסוים של קנביס שהכיל את המרכיב הזה בכמות גדולה מאוד", אומר פרופ' רפאל משולם מבית הספר לרוקחות של האוניברסיטה העברית, שגילה עם ד"ר יחיאל גאוני את הקנבינואידים, החומרים הפעילים בקנביס, האחראים על הפעולה הפרמקולוגית של הצמח.

שימושי הקנביס

שוחחנו עם פרופ' משולם על השימוש בקנביס כתרופה בישראל ובכלל.

"השימוש בקנביס לצרכים רפואיים מוגבל בעיקר לטיפול בכאב ובדלקות מסוימות", מציין פרופ' משולם, שהוא ועמיתיו גילו לאחרונה כי החומר הפעיל בקנביס יכול להקל על מחלות עור אלרגיות. "השימוש בחומר הפעיל בקנביס לטיפול בעור מתגמד לעומת השימוש שלו בחולי סרטן ובעיקר להגברת תיאבון אצלם וכן לעצירת בחילה והקאות לאחר טיפולי כימותרפיה. השימוש הרפואי בקנביס יכול להיעשות באמצעות תרסיס והחברה האנגלית GW אף מגדלת אותו בצורה מבוקרת, ממצה אותו ומכינה מהתמצית חומר ספריי לריסוס. תרסיס זה אושר לשימוש במספר ארצות באירופה ובקנדה. כפי שעולה מהדברים, למעשה מדובר בעיבוד של קנביס גולמי ומתן שלו בצורה מבוקרת. הנקודה העיקרית היא שרופאים

כיום מאפשרים למטופליהם להשתמש בתרופות המורכבות מקנביס כשהם שולטים בכמות.

"כיוון שמרכיבי הקנביס משתנים, הן בכמות החומר הפעיל והן בעוצמתו, השימוש בו הפך לבעייתי. הבעיה יכולה להיפתר על ידי שימוש בקנביס שגודל על פי אמת מידה קבועה או בשימוש בחומר הפעיל בצורתו הטהורה. יש תנועה בארצות הברית הקוראת לאפשר שימוש בקנביס לצרכים רפואיים. הרעיון נכון, אבל השימוש הזה צריך להיעשות רק כאשר החומר מוגדר בצורה פרמקולוגית וידוע מה הוא מכיל ולא כשמדובר בחומר שרוכשים בפינת רחוב. חייבת להיות בקרה כי אנחנו רוצים וחייבים לתת חומר בכמות ידועה וקבועה וכן בגלל שהחומר הפעיל בקנביס מתחמצן ומתקלקל בקלות".

מהו המצב בישראל?

"אישור מתן קנביס לחולה בארץ נעשה בעקבות פנייה של רופא למשרד הבריאות וכל פנייה נשקלת לגופה. הרופא צריך לפרט את מצבו של החולה, את הטיפול שקיבל, לומר שניסו מספר תרופות

ללא הועיל ושמבקשים לאשר לו קבלת התרופה. בבית המרקחת של הדסה ירושלים מפיקים תמיסה שומנית מהחומר הפעיל, ה-THC, בצורתו הטהורה, שאותה מספקים לחולים באמצעות משרד הבריאות. הנחיות השימוש בתרופה ניתנות על ידי הרופאים והיא משמשת בעיקר לטיפול בכאב ובבעיות תיאבון לטווח ארוך.

השפעות הקנבים

למרות שיש כ-80 קנבינאידים שונים בצמח הקנבים, רק ל-THC יש השפעה על בני אדם. THC בודד ב-1964 על ידי פרופ' משולם וד"ר גאון במכון ויצמן ברחובות. בידוד המולקולה התאפשר הודות לפיתוח טכניקות הפרדה יעילות יותר. השפעותיה הפסיכואקטיביות של המולקולה על האדם נובעות מקישורה אל הרצפטור CB1. קיומם של רצפטורים אלה רמז לחוקרים על קיומם של חומרים אנדוגנים לרצפטור. ואכן, בתחילת שנות ה-90 בודדו פרופ' משולם והכימאי לומיר האנוש במעבדה בהדסה את המוליך העצבי, אננדימיד (נגזר מהמילה "אננדה", שפירושה שמחה עילאית בשפה העתיקה סנסקריט), הקשור להתפתחות העובר ולתחושות אושר ושמחה.

"במשך שנים רבות לא היה ברור איך ה-THC פועל", מספר פרופ' משולם. "לאחר שד"ר גאון ואני הוכחנו את המבנה שלו וסנתזנו אותו, החומר עדיין נחקר כי המנגנון לא היה ברור. עד שבשנות ה-80 גילו שתי קבוצות מאנגליה ומארצות הברית, שיש שני רצפטורים, האחד נמצא בעיקר במוח והשני בפריפריה, בעיקר במערכת החיסונית. לפני כ-15 שנה מצאנו בקפולטה לרפואה בירושלים את החומרים המפעילים את הרצפטורים, גם במוח וגם במעיים. מדובר בחומרים שהאדם מייצר - אננדימיד ו-AG-2. בידדנו אותם, הוכחנו את המבנים שלהם והראינו שיש להם השפעות דומות לרכיבים הפעילים בחשיש ובמריחואנה, המופקים מהקנבים. השורה התחתונה היא, שהצמח מייצר חומר המחקה בפעילותו את הפעילות של הרכיבים אננדימיד ו-AG-2, שאותם אנו מייצרים בגופנו. הגוף מייצר את הרצפטורים, הקולטנים, כדי שהם יפועלו על ידי חומרים שאנו מסנתזים. התגלית הזו פורסמה וצוטטה מאות פעמים. שני החומרים נמצאים בריכוזים מאוד גבוהים במוח ובפריפריה והם פועלים כנירטרנסמיטורים, מוליכים עצביים, חדשים, ויש בהם עניין רב. שני המוליכים העצביים הללו מקבילים בפעילותם ופועלים בתחומים רבים כך שאין כמעט תחום פיזיולוגי שהם לא מעורבים בו. מצאנו אותם מעורבים בעשרות תהליכים ביולוגיים ופיזיולוגיים.

"נמצא כי לאננדימיד ו-AG-2 יש השפעה על חרדה, תזונה, דיכאון, לידה, עצמות, ותפקידם העיקרי הוא הגנה. המערכת האנדוקנבינאידית", מסביר פרופ' משולם, "מורכבת משני הקנבינאידים, הקולטנים

שלהם ואנזימים שונים המעורבים בבנייה ובפירוק של הקנבינאידים. אם מבטלים את פעילותה של המערכת בעכבר שזה עתה נולד, הוא יסרב לאכול, אבל אם מחדשים את פעילותה, התיאבון יחזור ומכאן ניתן לגזור כי המערכת האנדוקנבינאידית מהותית גם בתהליך ההשמנה".

השפעתם של הנירטרנסמיטורים במוח חשובה לא פחות. כך למשל נמצא כי כשאדם מקבל מכה בראש, כתגובה הגנתית של המוח עולה ריכוזו של הנירטרנסמיטור AG-2 פי עשרה. במקרה של נזק מוחין נפגע ה-Blood Brain Barrier, המחסום המפריד את זרימת הדם והמוח, על מנת למנוע כניסה של חומרים זרים למוח. כפי שהראה המחקר שערכה פרופ' אסתר שוהמי מהמחלקה לפרמקולוגיה באוניברסיטה העברית: החוקרים לקחו עכבר ויצרו אצלו נזק מוחין קל יחסית, כך שהוא נשאר בחיים ובמשך חודש ימים הנוק התבטא בהצטברות של מים במוח, כלומר בצקת. בניסוי הוחדר למוחו של העכבר מוליך עצבי סינתטי זה ונמצא כי הוא הקטין את הצקת וגרם לשיפור מצבו של המחסום ובכך מנע את הנזקים הנירולוגיים החמורים שעלולים היו לקרות. לפיכך, מסביר פרופ' משולם, "אחד התפקידים העיקריים של המערכת האנדוקנבינאידית הוא הגנה עצבית. הדבר אינו מפתיע כי הרי יש לאדם גם מערכת חיסונית המגנה עליו מפני חיידקים. האם ייתכן שלגוף אין מערכת הגנה כנגד נזקים אחרים? מכאן שכלל הנראה תפקידה העיקרי של המערכת האנדוקנבינאידית הוא הגנה מפני נזקים מסוגים שונים ונשוב ונציין כי גם ה-THC מפעיל את המערכת הללו".

השפעתה ההגנתית של המערכת האנדוקנבינאידית מפני מחלות נירולוגיות, כגון טרשת נפוצה, אלצהיימר ופרקינסון, ניכרת גם כן. מערכת זו מעורבת גם בתהליכי טרשת עורקים ובשיכוך כאבים. באופן מפתיע, במחלות נירולוגיות, שמקור מרביתן במוח, הרצפטור CB2 של המערכת האנדוקנבינאידית, הנמצא רק בפריפריה, מופיע פתאום במוח, כמו הרצפטור CB1 הנמצא תמיד במוח, שבו הוא מעורב במספר תפקידים מוחיים. בכמה מחלות נירולוגיות, דוגמת אלצהיימר ומחלות אחרות, מופיע CB2 במוח שבו הוא ממלא, ככל הנראה, תפקיד הגנתי. "הדעה היא כי הרצפטורים מופיעים כהגנה, כתגובה של הגוף נגד המחלה", מסכם פרופ' משולם ומציין כי דרושה עדיין עבודת מחקר רבה על האופן שבו הגוף מגיב למחלות הנירולוגיות על ידי יצירה של הרצפטור השני במוח.

השפעות הקנבים לטווח ארוך וקצר

"לקנבים, כמו לכל חומר כימי בעל השפעה רפואית, יש אספקט שלילי ואספקט חיובי",

מסביר פרופ' משולם. "בצריכה של מנות גדולות, גורם הקנבים לטשטוש, לחוסר ריכוז ולרצון לישון בשלב מאוחר יותר. מינון גבוה של החומר עלול במקרים מסוימים לגרום להתפרצות זמנית של מצבים פסיכויים, מה שנקרא בלשון הרחוב 'טריפ רע'.

"קיים ויכוח גדול ביחס להשפעה השלילית הלא אקוטית בשימוש בקנבים לטווח ארוך. מרבית החוקרים סבורים שאין השפעה כלשהי לטווח ארוך בשימוש בכמויות קטנות, קרי עישון ג'וינט פעם בשבוע-שבועיים. מנגד, בכמויות גדולות יותר, כלומר בעישון יומיומי ומתמשך, קנבים עלול לגרום להעלאת הסיכון למחלות פסיכיות, כסכיזופרניה למשל. עישון תדיר של חשיש עלול לעורר אצל צרכנים שיש להם נטייה לסכיזופרניה להתפרצות המחלה ומחקר שוודי שנערך לפני עשר שנים וכלל אלפי נחקרים הוכיח את הטענה הזו. במחקר דגמו חיילים שהתגייסו זה עתה ושאלו אותם על שימוש בקנבים. מספר שנים לאחר מכן בדקו את השפעת הקנבים על התפרצות סכיזופרניה ונמצא כי אצל 1.4 אחוז מקרב צרכני הקנבים הופיעה סכיזופרניה באופן כרוני, בעוד שבאוכלוסיה הכללית תופיע המחלה באחוז אחד בלבד. מאז, נערכו מספר מחקרים כאלה שאוששו את הטענה הזו. השאלה הנשאלת היא האם מי שמשתמש בקנבים בצורה כרונית עושה זאת כדי להתגבר על הסימנים הראשונים של המחלה, או שהשימוש הוא שמגדיר את הופעת המחלה", אומר פרופ' משולם.

אולם, לא רק תדירות השימוש עושה את ההבדל בין מי שעלול להיפגע מהשימוש לזה שלא, כפי שמציין פרופ' משולם. כמות החומר הפעיל בסם היא משתנה אקוטי לא פחות. "בארצות הברית פיתחו קנבים המכיל עד 20 אחוז THC, שזו כמות אדירה. אנחנו לא יודעים איזה ריכוז של חומר יש בארץ. ההנחה היא שמרבית החומר לא השתנה בשנים האחרונות וכלל הידוע, החומר בשימוש בישראל, המגיע מלבנון, מכיל ריכוז של בין שני אחוזים לחמישה אחוזי THC. לפני כשלוש שנים פנו אלינו מהמשרדה וביקשו שכשירות למשרד הבריאות, נבדוק את ריכוז החומר שנתפס על ידי המשטרה. היתה פנייה לרשות למלחמה בסמים ודיברו על זה שהחשיש בארץ מכיל 20 אחוזי THC. אבל כשבאוצר החליטו שלא להעביר את המימון לבדיקות, אז העניין נפסק. ייתכן גם שהקנבים שישארים רבים מגדלים בבתיהם הוא בעל ריכוז הרבה יותר גבוה של חומר פעיל, כי הדבר תלוי במקור הזרעים, ונקודה נוספת אחרונה לציון היא שההשפעה של הסם על הגוף תלויה גם בשילוב ובערובו של החומר בחומרים אחרים, שיכולים לשנות את התוצאה. למשל, בדרום אפריקה החשיש אינו מכיל חומרים אחרים המדכאים אותו וההשפעה על המשתמשים בו שם חזקה הרבה יותר".



מודל ניבוי חדש לדיכאון בבני נוער

20 פריטים, יכול לסייע לרופא המשפחה להערכת הסיכון להופעת דיכאון בבני נוער, כך עולה ממחקר שפורסם בכתב העת *Annals of Family Medicine* במחקר נכללו 4,791 בני נוער במסגרת ה-National Longitudinal Study of Adolescent Health, שנבדקו בנקודת ההתחלה ולאחר שנה של מעקב. גורמי סיכון בנקודת ההתחלה, כגון פגיעות חברתית וקוגניטיבית ומצב רוח (mood) שימשו להערכת הסיכון להופעת דיכאון לאחר שנה של מעקב. מודל הסיכון האופטימלי שנמצא במחקר כולל 20 פריטים והשיג רגישות של 75 אחוז וסגוליות של 76.5 אחוז בניבוי. לסיווג בקבוצת הסיכון הגבוה (דרגה 4) היה ערך מנבא חיובי של 63 אחוז לניבוי דיכאון קל-בינוני ומעלה (דירוג <16 CES-D [Center for Epidemiologic Studies Depression]). סיווג בקבוצת הסיכון הנמוך (רמה 0-1) השיג ערך מנבא שלילי של 99.38 אחוז להופעת דיכאון ו-89.2 אחוז להשגת דירוג >16 CES-D. מקור: *Ann Fam Med*. 2008 Nov-Dec;6(6):503-11

קפסולות Jinniu מהרפואה הסינית כטיפול אפקטיבי לגמילה מאופיואידים

קפסולות Jinniu, אשר מורכבות ממיצוי תוצרי ים וצמחים, נמצאות בשימוש רב ברפואה הסינית. במחקר רנדומלי כפול סמיות ורב מרכזי שפורסם ב-The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, נבדקה יעילות ובטיחות קפסולות אלו בטיפול בסימפטומים של גמילה מהרואין, בהשוואה ל-lofexidine. במחקר השתתפו 212 מכורים להרואין אשר חולקו רנדומלית לקבוצת טיפול בקפסולות Jinniu לעומת קבוצת טיפול ב-lofexidine. הטיפול נמשך עשרה ימים ובמהלכו הוערכו כל יום סימפטומים של גמילה. חרדה נמדדה בימים 0, 5 ו-10. הערכת בטיחות התרופות כללה מדידת סימנים חיוניים ותופעות לוואי וכמו כן בדיקות מעבדה. על פי תוצאות המחקר, סימפטומים של גמילה וניקוד חרדה ירדו בהדרגה לאורך תקופת הטיפול ולא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות. לא תועדו תופעות לוואי במהלך הטיפול. לאור תוצאות אלו, קפסולות Jinniu עשויות להיות חומר בטוח ואפקטיבי בטיפול בגמילה מאופיואידים. מקור: *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Volume 34, Issue 6, pages 792 – 800

קריטריוני מבוגרים של DSM-IV-TR לאבחנת ילדים עם הפרעת אכילה כפייתית

מחקר חדש שפורסם בחודש דצמבר האחרון ב-International Journal of Eating Disorders בדק את התקפות של קריטריונים של DSM-IV-TR להפרעת אכילה כפייתית (binge eating disorder) וכמו כן את הקריטריונים האבחנתיים שהוצעו בילדים צעירים יותר עם וללא איבוד שליטה (loss of control - LOC) על אכילה. במחקר השתתפו 60 ילדים עם לפחות אפיזודה אחת של LOC בשלושה חודשים אחרונים ו-60 ילדים נוספים שעברו התאמה וגויסו מהקהילה ללא היסטוריה של LOC. החוקרים השתמשו בראיונות קליניים ושאלונים עצמיים כדי להעריך את הפסיכופתולוגיה. לפי תוצאות המחקר, על פי אנליזות מקבצים (clusters) היררכיים, נמצאו

שלושה מקבצים: ילדים עם אכילת LOC בתדירות גבוהה, ילדים עם אכילת LOC בתדירות נמוכה וילדים עם אכילת LOC ספורדית/ללא אכילת LOC. הילדים עם אכילת LOC בתדירות גבוהה נמצאו עם הפרעת אכילה ופסיכופתולוגיה כללית אשר ניתנת להשוואה להפרעות אכילה קלינית אשר מתועדות. קריטריונים של DSM-IV-TR וקריטריון של "השפעה מוגזמת של משקל או צורה על הערכה עצמית" יכולים לזהות ילדים עם אכילת LOC בתדירות גבוהה בסף נמוך מזה של המבוגרים. לדברי החוקרים, על פי תוצאות המחקר יש צורך בשינויים קלים בקריטריונים של DSM-IV-TR של המבוגרים כדי לזהות ילדים עם אכילת LOC בתדירות גבוהה אשר סובלים מהפרעת אכילה מובהקת קלינית. מקור: *International Journal of Eating Disorders*, in press

חולי סכיזופרניה צורכים קנבים כדי להתגבר על הבידוד החברתי

מחקר שפורסם לאחרונה ב-Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Volume 42, Issue 12 December 2008, pages 1060 – 1065, Psychiatric השווה את הגורמים אשר מדרושים לגבי שימוש בקנבים בקרב חולי סכיזופרניה לעומת מטופלי ביקורת בריאים אשר עברו התאמה. במחקר השתתפו 36 חולי סכיזופרניה מיוצבים מהקהילה אשר מטופלים בתרופות אנטי-פסיכוטיות אטיפיות ו-36 מטופלי ביקורת. כל משתתפי המחקר השלימו מילוי שאלון אשר בודק את 15 הגורמים השכיחים ביותר לשימוש בקנבים, כפי שנמצאו במחקרים קודמים. על פי תוצאות המחקר, באופן כללי, חולי הסכיזופרניה הסכימו בשכיחות גבוהה יותר עם הגורמים שקשורים בשימוש במריחואנה לעומת מטופלי הביקורת. באופן ספציפי, חולי סכיזופרניה טענו בשכיחות גבוהה יותר כי הם צורכים קנבים כדי להילחם בשעמום וכדי להקל על עצמם ביצירת קשרים חברתיים. לאור תוצאות אלו, חולי סכיזופרניה מיוצבים אשר מטופלים בטיפול אטיפי לא משתמשים בקנבים כדי להוריד את תופעות הלוואי של הטיפול או כדי להוריד את שכיחות הסימפטומים של המחלה. לעומת זאת, השימוש בקנבים הוא בכדי לסייע להתגבר על תחושת הבידוד החברתי. לפיכך, הגברת שיתוף חברתי של חולים המשתמשים בקנבים יכולה להיות אסטרטגיה אפקטיבית בהורדת צריכת הקנבים. מקור: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume 42, Issue 12 December 2008, pages 1060 – 1065

הפלה קשורה עם עלייה קטנה בסיכון למחלות נפש

נכון לעכשיו, המחקר על הקשר בין הפלה (abortion) לבין בריאות הנפש מוגבל, זאת בשל עדויות חלשות יחסית ובשל בעיות בתבניות מחקר מתאימות. מחקר קוהורט חדש, שפורסם לאחרונה ב-The British Journal of Psychiatry, בדק את הקשר בין תוצאות הריון לבין בריאות הנפש. במחקר נאספו נתונים לגבי היסטוריה רפואית ונפשית של יותר מ-500 נשים מתחת לגיל 30. על פי תוצאות המחקר, הפלה נמצאה קשורה עם עלייה קטנה בסיכון למחלות נפשיות: נשים אשר עברו הפלות היו עם שיעורים גבוהים יותר של מחלה נפשית ב-30 אחוז. לא נמצאו קשרים עוקבים עם תוצאות הריון אחרות ובריאות הנפש. הסיכון הכללי לפתח מחלת נפש אחרי הפלה הוערך בין 1.5 אחוז ל-5.5 אחוזים. לדברי החוקרים, תוצאות אלו תואמות את ההנחה כי הפלה עלולה להיות מלווה בעליית סיכון להתפתחות מחלות נפש. תוצאות הריון אחרות לא נמצאו קשורות עם עלייה בסיכון לבעיות בבריאות הנפש. מקור: *The British Journal of Psychiatry* (2008) 193: 444-451