

A Publication of The MEDICAL Group

פסיכיאטריה

MEDICINE

רבעון בנושא פסיכיאטריה | דצמבר 2007 - פברואר 2008 | גיליון מס' 6

קורות חיים

רצפים התפתחותיים
לאורך החיים,
התסמונות והבעיות
הפסיכופתולוגיות
בתקופות מעבר שונות

איכות השירות
סקר שביעות רצון
של צרכני השירות
לבדיקת יעילות
השיקום הפסיכיאטרי
בקהילה

**תת פעילות
חיובית**
קולטן ה-NMDA
ואפשרויות עתידיות
בטיפול בסכיזופרניה



הוועידה השנתית לבריאות הציבור

יום רביעי | 6 בפברואר 2008 | מלון הילטון | תל אביב

פרטים בעמ' 16-17

MEDICAL EXPO
תערוכות וכנסים רפואיים



האגוד הארצי לבריאות
הציבור בישראל

דבר העורך

קוראים יקרים,



גיליון זה מוקדש ברובו לנושא מעברים. חיי כלנו רצופים במעברים. חלק גדול ממעברים אלה מאפיין שלבי התפתחות בחיינו וחלקם נובע מאירועים אישיים. מעברים הקשורים לשלבי התפתחות ניתנים לחיזוי, נחקרו ותוארו בפרוטרוט. עם זאת, נראה שתפישות העולם הבסיסיות של המחברים באות לידי ביטוי גם בהבנתם ותיאורם את מעברי החיים הללו.

מעברי החיים אינם מבטאים רק רצף התפתחותי נורמטיבי אלא גם משקפים בעיות פסיכופתולוגיות ספציפיות לגילים השונים. בעיות אלו מתבטאות בשכיחות של תסמונות שונות בתקופת המעבר ולעיתים אף שינוי בצורות החשיבה והטיפול בתופעות השונות. למשל, הגישה לתינוק בשנתו הראשונה תהיה שונה מזו שלפוט בן ארבע, לילד בן עשר ולמתבגר בן 16. שינויים אלה דורשים שוני בדרכי האבחון המביא לכך שלעיתים נוצרות "שפות" אבחון שונות לתופעות דומות. מצב זה יכול לגרום לבלבול ולשינויים לא הגיוניים בתהליך ה-labelling של מצבים פסיכופתולוגיים שונים.

למרות שפריד לימד אותנו על ההמשכיות ההתפתחותית, לעיתים נראה שהדבר נעלם מעינינו וגורם לתופעה שאפשר לכנותה "חוסר המשכיות אבחוני". להתעלמות מהצורך בהמשכיות אבחונית השלכה גם על יכולתנו לבא את ההתפתחות מפסיכופתולוגיה בגיל צעיר לפסיכופתולוגיה מאוחרת יותר. לעומת הבעיות באבחון, ברור שיש צורך בהתאמה של גישות טיפול ואבחון לגיל המטופל ולשלב ההתפתחותי שבו הוא נמצא. למרות שבגיליון זה מובאות מספר עבודות המתמודדות עם מעברים התפתחותיים, אני מקווה שהעלאת הנושא למודעות תביא למחקר והתעניינות בתופעות הקשורות למעברי התפתחות וכן לשטח שלא מכסה בעבודות הנוכחיות, במעברים הנובעים מאירועי חיים. מאמרה של גב' אסתר ויסברג וחב' דן במעבר חיים נוסף. מעבר מתפקיד החולה לתפקיד המשוקם. בדיקתה לגבי שביעות רצון הלקוח מלמדת על הצורך הרב בשאלה עד כמה אנו עונים לציפיות המטופלים שלנו. משלים את החוברת מאמרו של ד"ר הרשקו המלמדנו על האפשרויות העתידיות בתחום הטיפול בסכיזופרניה תוך דגש על החלק הטיפולי הבעייתי ביותר – הסימנים השליליים. מאמרו של ד"ר ששון מלמדנו טכניקות טיפוליות המאפשרות להכניס את העולם החיצוני לחדר המטפל. טכניקות כאלו מהוות הרחבה מבורכת באפשרויות הטיפול.

בברכה,

פרופ' חנן מוניץ,

יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש,
הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית

אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגזין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין 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 במגזין הנו באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

**אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא
שלח את פרטך, סלל כעטבת, לפקס: 03-6493667
טל:**

סמנכ"ל רונית בואנו

מנהלת הפקה: מגי ליצ'י

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור

מחלקת כנסים: יעל קורח, תמר בקר

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל. 03-7650500 פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

ת.ד. 53378 תל אביב 61534

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכיות שמורות לפורום מדיה בע"מ

מו"ל: פורום מדיה בע"מ

מנכ"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ

עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

משתתפים: פרופ' ש. טיאנו, ד"ר מירי קרן, ד"ר ארז ברע, ד"ר גיל זלצמן, ד"ר לילי חטשילד, ד"ר דני בקר, ד"ר ציפי דולב, אסתר ויסברג, ד"ר נעמי הדס ליחור, רונית דודאי, תמר פלי-אלטיט, פרופ' שמואל מלמד, רז לזין, עופר אזולאי, פרופ' אוריאל הרסקו-לוי, ד"ר איריס מנור, ד"ר יהודה ששון, גיא כהן

6	The missing link בשיקום נכי הנפש מדוע חשוב לשלב בטיפול במחלת נפש, שיקום רפואי יחד עם שיקום פסיכוסוציאלי פרופ' חנן מוניץ
8	המעבר להורות - הריון ולידה המעבר מזוגיות להורות והמעבר מחיים תוך רחמיים לתינוקות פרופ' ש. טיאנו
12	המעבר מינקות ופעוטות לילדות המעבר מינקות לילדות בתפישה אינטגרטיבית רב צירית ד"ר מירי קרן
18	המעבר מילדות לגיל ההתבגרות שינויים המציינים את המעבר מילדות לגיל ההתבגרות, תיאוריות התפתחותיות העיקריות וטיפולים בהפרעות נפשיות בהתבגרות ד"ר ארז ברנע, ד"ר גיל זלצמן
22	המעבר מגיל ההתבגרות לבגרות - רצף ושינוי גורמים מארגנים בהתבגרות, הערכה קלינית בהתבגרות וסוגיות ייחודיות בטיפול ד"ר ליכי רוטשילד
28	המעבר מהמחצית הראשונה למחצית השנייה של החיים תיאור הפסיכולוגיה הפיזיולוגית או הנורמטיבית של אמצע החיים והתמודדות עם המודעות לסופיות כמשימה ההתפתחותית העיקרית של אמצע החיים ד"ר דני בקר
32	המעבר לגיל המעבר הסימפטומים האופייניים לתקופת ה-Perimenopause וה-Postmenopause בנשים והאם קיים מצב דומה בשם Andropause בגברים ד"ר ציפי דולב
38	האם את/ה מרוצה? על פרויקט ייחודי לבדיקת יעילות השיקום הפסיכיאטרי בקהילה במונחים של שביעות רצון ואיכות החיים של צרכני השירות אסתר ויסברג, ד"ר נעמי הדס לידור, רונית דודאי, תמר פלי-אלטיט, פרופ' שמואל מלמד
42	קולטן ה-NMDA וסכיזופרניה על פעילות קולטני ה-NMDA המופחתת בסכיזופרניה ועל תרופות חדשות המכוונות לקולטן כחומרים תרפויטיים טבעיים במחלה ח' לוין, עופר אזולאי, פרופ' אוריאל הרסקו-לוי
45	המציאות המדומה בטיפול בהפרעות חרדה על יתרונות VRE (Virtual Reality Exposure Therapy) ד"ר יהודה ששון
48	הילד הרע שבי הפרעת קשב במבוגרים, האבחון והטיפול בה ד"ר איריס מנור
50	מחקרים אחרונים / גיא כהן



THE MISSING LINK

בשיקום נכי הנפש

איתן. מגבלה אחת היא העובדה שבפועל כמעט כל החולים שנהנו מהשיקום הפסיכוסוציאלי סובלים מסכיזופרניה בעוד שבמציאות קיימת נכות גם במחלות אחרות.

מגבלה אחרת היא העובדה שכל זמן שהיתה אפשרות לחיסכון למערכת הציבורית על ידי שחרור חולים מבתי החולים, היתה התנגדות מועטה יחסית לחוק על ידי משרד האוצר, אך כשהדגש הפך למימוש הזכויות של חולים בקהילה, שפירשו הוצאה נטו, גברו ההתנגדויות.

בעיה נוספת נעוצה בעובדה שאין התאמה בין קצב מטופלים שיכולים לצאת מהמערכת, והעומדים בתור זקוקים למערכת, דבר היוצר דרישה תקציבית נוספת.

למרות כל זאת, למטופלים שזוכים בפירות החוק נעשה צדק חברתי ושיפור עצום באיכות חייהם.

הבעיות בביצוע החוק ברוח, אך הבעיה המרכזית היא העובדה שהתפישה השיקומית בישראל, גם כתוצאה מהחוק אך גם קודם לכן, היא פסיכוסוציאלית בעיקרה. התחושה שזוהי הדרך היחידה מונעת פיתוח של טכניקות לשיקום רפואי. המניעה אינה מכוונת אלא תוצאה של גישה הגורסת כי אין כלים כאלה. אולם דווקא בתקופה זו אנו עדים לפיתוח כלים שיקומיים טיפוליים אשר לא הגיעו עדיין לידי מימוש בישראל. יתר על כן, השיקום הפסיכוסוציאלי הוא תלוי מחלה ואינו חלק מהמרקם הרפואי בכללותו. קיים נתק, חלקו אידיאולוגי וחלקו לא מכוון, בין השיקום הרפואי לשיקום הפסיכוסוציאלי. נתק זה מונע מאיתנו ללמוד, למשל, מעמיתנו בשיקום נפגעי ראש, היכן שפותרו ומתפתחים כלים, חלקם נראה מבטיח מאוד לחולים פגועי הנפש. לעתים נדמה שבגישה השיקומית של נכי הנפש ישנה נימה של אנטי רפואה*.

כל התהליכים הללו גורמים לגימוד האפשרויות לפתח בארץ גם שיקום רפואי. להערכתנו, מן הראוי לחנך רופאים שיתחילו את ההתמחות דווקא בשיקום ואחר כך יתמחו בשיקום רפואי בפסיכיאטריה. הלואי שהגישה הטיפולית לנכי נפש תהיה כמו לחולי ה-CVA, שבה קיים שילוב מתאים של שלוש הגישות: טיפול רפואי, שיקום רפואי ושיקום פסיכוסוציאלי.

חוק שיקום חולי נפש הוא אחד החוקים החשובים והמתקדמים שנחקקו במדינת ישראל. חוק זה אפשר שחרור חולים רבים לאחר שבית החולים הפסיכיאטרי הפך לבייתם. החוק צריך גם לתת מענה לחולים רבים שנמצאים בקהילה וזקוקים לשיקום. בהכללה, החוק מאפשר מענה דיורי, תעסוקתי, חברתי וחינוכי לאנשים עם מוגבלות עקב מחלה נפשית.

בשיקום, בדרך כלל ניתן לראות שני אלמנטים משלימים, אלמנט רפואי ואלמנט פסיכו-חברתי. באלמנט הרפואי מלמדים את החולה להשתמש בכישורים שנשארו כדי לפצות על כישורים שאבדו. התנאים להפעלת שיקום כזה הם שהתהליך החולי הוא סטטי ושנותרו מספיק כישורים שאפשר להפעילם לשם מתן אלטרנטיבה לכישורים שאבדו.

השיקום הרפואי שונה מרפואה טיפולית בעיקר בכך שבשיקום עובדים עם החלק הבריא, בעוד שבטיפול מנסים לטפל בחלק החולה. מכאן ברור שיש לשלב בין שתי הגישות. למשל, חולה סוכרת שעבר CVA זקוק להמשך הטיפול והמעקב הרפואי הקשורים לסוכרת וכן לשיקום רפואי.

הגישה השיקומית השנייה יוצאת מההנחה שלאדם המוגבל מגיע שיתאפשר לו להשתמש בזכויות האזרח הבסיסיות שלו. זכויות אלו כוללות דיור מוגן, תעסוקה, קשר חברתי, חינוך ונגישות לכל מה שנגיש לאדם הבריא. החלק האחרון של נגישות איננו מרכזי ברוב המקרים של נכות נפשית. מובן שיש יחסי גומלין בין שיקום פסיכוסוציאלי מוצלח למצבו הנפשי של האדם, אך השיפור כאן הוא משנה לתוצאה ולא מטרת על. אמנם בטיעון למען מימוש שיקום פסיכוסוציאלי נהוג להדגיש את הפן של שיפור נפשי, אך לדעתנו, מן הראוי להדגיש את הפן של זכויות האזרח.

ברור מהניתוח הנ"ל כי הטיפול בנכה מורכב משלושה אלמנטים: טיפול במחלה, שיקום רפואי ושיקום פסיכוסוציאלי.

החוק לשיקום חולי נפש הוא חוק הדן במיוחד בפן של זכויות האזרח של החולים ומאפשר את מימושו. אולם, לחוק כמה מגבלות שרצוי להתמודד

התפישה השיקומית בישראל, גם כתוצאה מחוק שיקום חולי הנפש המבורך אך גם קודם לכן, היא פסיכוסוציאלית בעיקרה ומנותקת מהשיקום הרפואי. פרופ' חנן חוניץ מציע מדוע חשוב לשלב בטיפול במחלה שיקום רפואי ביחד עם שיקום פסיכוסוציאלי

פרופ' חנן חוניץ

המעבר להורות - הריון ולידה



ויפור מקרה: תינוקות בת ארבעה חודשים מופנית בדחיפות ליחידה לבריאות הנפש של התינוק על ידי חדר מיון של בית חולים כללי לילדים, בשל בכי בלתי פוסק והתמוטטות הוריה. לא נמצאה כל מקור אורגני לבכי, אך לטענת ההורים, אף אחד לא מצליח להרגיע את הילדה והיא חייבת להיות כל הזמן על הידיים או במנשא. ההורים מתבקשים לספר על ההריון, והאם אומרת: "עשיתי הכל כרגיל, עד הרגע האחרון עבדתי, בקושי הרגישו עלי שהייתי בהריון... כל החיים שלי התמודדתי עם דברים קשים ותמיד הצלחתי. רק איתה (התינוקת) אני לא יודעת מה לעשות". האם מוציאה מתיקה דיסק ומושיטה אותו לבודקת, באומרה: "הנה, את יכולה לראות את הלהקה שלי!". הבודקת עונה: "את נשמעת לי מאוד מתגעגעת אליה...". האם פורצת בבכי ואומרת: "אני לא יכולה לחיות בלי הטרפז, חשבתי שאוכל להמשיך גם אחרי הלידה, אבל התינוקות לא נותנת לי, היא כל הזמן רוצה על הידיים ואני לא יכולה לשאת את הבכי שלה..."

אכן, התברר שבשלושת החודשים הראשונים לאחר הלידה, האם היתה לוקחת את התינוקות שלה לחזרות הלהקה, מיניקה אותה שם בין תרגיל לתרגיל, ובנות הלהקה היו לוקחות אותה על הידיים כל אחת בתורה. האב עמד חסר אונים מול המצב שאליה נקלעו. הוא נקרע בין רצונו להיות בבית עם אשתו והתינוקות, לבין השקעה בקריירה המקצועית שלו.

הנושא העיקרי של הטיפול היה הקושי במעבר הזוג, ובמיוחד האם, להורות. המקרה הזה מדגים את ההמשכיות בין עמדת האם כלפי ההריון, כאירוע שלא שינה את סדרי העדיפויות שלה, ש"כמעט ולא הורגש" (למרות היותו רצוי), לבין הקושי שלה להיכנס לעיסוק הטוטלי באימהות (maternal preoccupation) אשר מאפיין את החודשים הראשונים של משכב הלידה. מושגים אלה יוסברו בהמשך.

המעבר מזוגיות לרצייה להביא ילד לעולם והגדרת התא המשפחתי

המעבר מזוגיות להורות מתחיל למעשה בהחלטה להביא ילד לעולם. הורות מוגדרת מבחינה פסיכולוגית כסך הדימויים, הרגשות וההתנהגויות של הפרט עם ילד/ות, אם זה לאחר הלידה, אם במהלך ההריון ואם בשלב התכנון. מדובר לרוב ב"רצייה" לגדל ילד וליצור דרכו המשכיות בין דורית. דווקא כיום, כשמוסד הנישואין הולך ומתערער, מקבלת הרצייה הזו משמעויות נוספות ונדרשת הבנה מעמיקה יותר של התהליך. מרצונם של שני אנשים להביא ילד לעולם, אנו עוברים בהדרגה לרצון פרטי של מבוגר להורות או לגדל ילד. בעבר, אם הילד היה ביטוי של הרצון המשותף הזוגי של שני מבוגרים, הוא מבטא כיום רצון יותר אגוצנטרי. אחת ההשלכות משינוי זה היא המקום הייחודי המיוחס לילד על ידי ההורה. גם מבנה הזוגיות ההורית משתנה. אנו עדים כיום להורות אחרת. הורות המאפשרת שני הורים מאותו המין, חד הוריות, פונדקאות ואימוץ. מכאן אנו למדים, שלהורות יש הגדרות שונות והן משתנות בהתאם



המעבר מזוגיות להורות והבנת התהליך העוברי והשלכתו על המעבר מחיים תוך רחמיים לתינוקות

פרופ' ש. טיאנו

כמחצית מהאבות מפתחים תסמינים שונים במהלך ההריון. הם מביעים תחושות של דו ערכיות, אשמה, דמיונות מגיל ילדות, הזדהויות עם נשיות, חרדות סירוס ותחושת חוסר אונים

למרקם הערכי, החברתי והתרבותי שבו היא נחוות. בכל אחת מצורות ההורות, תהליך המעבר להורות שונה ועלול לעורר קשיים ופיתולוגיה מסוגים שונים (לדוגמה, ידוע היום שקיים דיכאון לאחר אימוץ, בדומה לדיכאון לאחר לידה). מכאן שפסיכיאטרים, גינקולוגים ופדיאטרים נדרשים כיום להכיר ולאתר מוקדם את המצבים הפתולוגיים אשר, כפי שראינו בסיפור המקרה, עלולים להוביל לקשיים משמעותיים בתפקוד ההורי ובקשר המוקדם הורה-תינוק, על השלכותיו הידועות על התפתחותו של הילד. הזוג מגיע, בדרך להורות, להדדיות בקשר הבין-זוגי, בתנאי שכל אחד מהם עבר את תהליך נפרדות – עצמיות – מהוריו הוא. אכן, זוגיות היא מצב שבו שני מבוגרים עצמאיים המחליטים על תלות הדדית, לצד עצמיותם של כל אחד משני ההורים. המעבר להורות, עם לידת התינוק, מאתגר את הנפרדות הזו, וקונפליקטים קשים מתעוררים לעתים קרובות בין ההורים הצעירים לבין משפחות המקור שלהם. מצבים אלה לרוב משפיעים על התינוק, ולא נדיר לראות תסמינים סומטיים (בעיות אכילה, בעיות שינה, בכי) אצל התינוק כביטוי למצבים אלה.

המעבר למצב הריון מזוית הראייה של ההורים

חוויית תהליך ההריון עברה שינויים רבים בעשורים האחרונים, מהריון עלום עד ללידה הכואבת להריון מתוקשר ושקוף עד ללידה נטולת כאב. Joan Raphael Leff, בעבודתה רבת ההיקף עם נשים בהריון ובעליהן, המשיגה את התהליך האינטרה-פסיכי אשר מתחולל בהם בתקופה זו תחת הכינוי "הסיפור מבנים" (The Inside Story). "סיפור" זה הוא סביב המשמעויות הפנימיות של גידול ילדים, המשמעות הגופנית והרגשית של ה"להיות בהריון" מבחינת הדימוי העצמי, הנשי והגברי, פחדים, דמיונות וציפיות. כל אלה ישיפיעו על תהליך ההתקשרות של הזוג לעובר (bonding). כאן המקום לציין שזו אחת האיכויות הגבוהות של עבודה זו מפני שהיא מתייחסת למקומו של האב כשווה ביחס לילוד, ולא כמקובל ברוב העבודות והמסגרות הטיפוליות, הראויות באם את ההורה המוביל, הקובע והיחיד המתקשר לילוד.

מתוך עיבוד הנתונים של החוקרת עולה קיומן של שלוש קבוצות התייחסות שונה להריון: האם ה"מאפשרת" (Facilitator), האב המשתתף (Engaged) – קרי ההורה נותן מקום מקסימלי להריון על חשבון צרכיו ועיסוקיו האחרים. האם האופיינית לקטגוריה הזו תתבטא במילים כגון אלו: "אני רוצה שכולם ידעו שאני בהריון, גם אם זה עדיין לא נצפה, אני חשה עגולה, מלאה ונהדר".

האם ה"מוססת" (Regulator), האב ה"נסוג" (Withdrawn) – קרי ההורה מווסת עד למאוד את מקום ההריון בחייו ואינו משנה את סדרי העדיפויות שלו: "לא שנייתי את הרגלי, אני לובשת כמעט את כל בגדי הקודמים, לא סיפרתי לאף אחד שאני בהריון ואיני זקוקה לתשומת לב".

האם והאב "במשא ומתן" (Reciprocator) – מחפשים, לאורך כל ההריון, איזון בין צרכיהם השונים, הן כפרט, הן כהורה לעתיד: "קשה להמשיך ולהתמודד כבעבר עם עבודתי. אני זקוקה למנוחה, אך באותו הזמן זקוקה גם לגיבוש הקריירה שלי לפני הלידה".

מציאת נקודת איזון בין סיפוק צורכי הילד לבין צרכיו האישיים שלו/שלה היא מטלה מרכזית במעבר להורות. עבודה זו של Leff הראתה שיש בכל זוג שילובים שונים והצלבות בין בני הזוג (לדוגמה, אם "מוססת" ואב "במשא ומתן" כפי שתואר בסיפור המקרה). היא גם מצאה מתאם משמעותי בין שלושת הדפוסים הללו לבין סגנון ההתקשרות של ההורים, קרי האופן שבו הם הפנימו את הוריהם כדמויות מגונות ובטוחות. מתאם אכן מסביר את הרצף בין תקופת ההריון לבין דפוסי הורות לאחר הלידה, במיוחד סביב סוגיית חלוקת צורכי התינוק לעומת צורכי ההורה. אין ב"סיווג" זה משום קביעה ערכית באשר לטיב ההורות, אלא זוהי המשגה של דפוסי מעבר להורות אשר שימושית לנו, קלינאים, להבין מקרים של תסמינים מאוד מוקדמים אצל תינוקות, כגון בכי בלתי פוסק, לאור קושי במעבר להורות ודפוס הורות אשר אינו עונה על צורכי התינוק. סיפור המקרה הוא דוגמה למצב זה.

תגובות ההורים לדחק בזמן ההריון

כפי שנראה בביסוק הבאה, דחק נמצא כמשפיע מאוד על העובר. יכולתה של האם להתמודד עם דחק במהלך ההריון נמצאה במתאם עם סגנון

ההתקשרות שלה, אשר בתורו נמצא בקורלציה עם יכולתה להתייחס לסביבה האנושית כפוטנציאל של תמיכה במצבי דחק בכלל. יכולת זו להיעזר בסביבה ברגעי מצוקה שהיו במהלך ההריון נמצאה בקורלציה עם מצב בטר לידתי חיובי, הן של היילוד (במדי האפגר) והן של האם (במדד תפישת האם את התינוק).

באשר לאבהות, כמחצית מהאבות מפתחים תסמינים שונים במהלך ההריון. הם מביעים תחושות של דו ערכיות, אשמה, דמיונות מגיל ילדות, הזדהויות עם נשיות, חרדות סירוס ותחושת חוסר אונים. לעומת זאת, שכיח לצפות בהבנה מחודשת של האב לעתיד את אביו הוא.

ההריון מנקודת זוויתו של העובר

אחת השאלות המעניינות כיום חוקרים בשטח ההתפתחות היא לבדוק את חוקיות הרצף או אי-רצף הקיים בהתפתחות היילוד מאז תקופת שהייתו והתפתחותו הרחמית ועד למספר חודשים לאחר לידתו. ככל שהמחקר בשטח זה מתקדם, מספר הנחות קודמות משתנות, ובעיניי מקבל תהליך ההתפתחות ברחם משמעות חדשה. נתחיל בסוגיה הראשונה הדנה בשאלה האם עצם ההתפתחות הרחמית היא תהליך חד צדדי של הזנה מצד האם והתפתחות מערכתית פסיבית מצד העובר, או האם לעובר יש כבר מרגע היווצרותו מערכת של "רציה", צורך ויכולת להיאבק על קיומו, במקביל לרציית ההורים בו. למשל, התפתחות תחום האימונולוגיה אפשרה לגלות יצירת נוגדנים עובריים לאם במצבים פתולוגיים כגון פרה-אקלמפסיה. מחקרים כאלה מעניינים מאוד מעבר לעצם הידע המדעי שהם תורמים, כי הם מהווים ביסוס ביולוגי לטענות "מכליגות" של פסיכואנליטיקאים, כגון Francoise Dolto בשנת '78, אשר כתבה: "... העובר נולד מאחר שהחליט לבוא לעולם... והחלטתו השליטית תוביל להפלות...".

על תחושותיו של העובר אנו למדים באופן ישיר דרך מדדים של קצב הלב ותגובות אלקטר-פיזיולוגיות לגירויים חיצוניים שונים. רישום תגובות אלו והשוואתן לתגובות לאותם הגירויים לאחר הלידה הראו גם שקיים זיכרון עוברי. לדוגמה, היילוד יהיה את קולה של אמו בין קולות אחרים ויזכר בקטעי מוזיקה או סיפורים ששמע בהיותו ברחם. E. Ganberk תיארה בשנת 2001 בספרה "זכרונותיו של עובר" את ההשלכה שקיימת לחוויות כאונס, אלימות, דחייה על ידי האב, מותו של תאום, התמכרות האם לסמים או אלוהות, אובדן של קרוב לאם ועוד, על יצירת קשרים בין-אישיים בהמשך החיים אצל הילד.

התפתחותו של מוח העובר מאופיינת בכך שכל גירוי או פגיעה חיצונית בו, בשלב קריטי

התפתחותי, ישפיעו על התהליך לטווח ארוך (Programming). לכל איבר תקופות קריטיות משלו, או קוראים להן "מארגנים", כשמדובר באותם שלבים ייחודיים שבהם חלה חלוקה מהירה של תאים באותו איבר. הגלוקוקורטיקואידים הם גורם המשחק תפקיד מרכזי ב"תכנות" המוח העוברי והתנהגותו העתידית. חומרים אלה נחוצים להבשלת אזורים מסוימים במוח (Owen 2005). בניגוד אליהם, הקורטיזול (המוכר בתפקידו המרכזי במצבי דחק ותוקפנות) הוא חומר המשבשש היווצרות חיבורים נוירוליים ומקטין את גמישות המוח (Brain Plasticity). השליה אמנם אמורה לווסת זרימת חומרים אלה, אולם לפחות עשרה אחוזים עד 20 אחוז מהקורטיזול הפעיל אצל האם עובר דרכה לעובר.

לאור כל זאת, למצבי דחק של האם במהלך ההריון השפעה פוטנציאלית משמעותית מאוד על העובר. מעקב אחרי אמהות שהיו במצב דחק מתמשך במהלך ההריון הראה עלייה אצל העובר של ACTH והקורטיזול במהלך השבועות 28-32, תדירות גבוהה של לידה מוקדמת, קצב לב מואץ ותנועות מרובות של העובר. דווח לאחרונה על קשר בין מצב דחק מתמשך בהריון לבין התנהגות חברתית נמוכה ביחס לנומרה, יותר חרדות ופחדים ממצבים חדשים, ואיחור בקצב ההתפתחות של אבני הדרך של הילד. בעבודה אחרת ב-2007, מצאו שרמת קורטיזול גבוהה בשליש השלישי להריון גורמת להפרעה אצל היילוד בוויסות הפרשת הקורטיזול ולהתנהגות הימנעותית בפני מצבים חדשים בשנה לאחר הלידה. כמו כן נמצא יחס ישיר בין רמת הקורטיזול אצל האם והטמפרמנט של היילוד. ההסבר הניתן לכך הוא שהחשיפה של האמיגדלה של העובר לכמויות המוגברות של קורטיזול האם גורמת לשינויים שייקבעו לצמיתות. פגיעות זו של העובר בשליש השלישי אושרה אף על ידי עבודת המחקר שפורסמה על ידי ה. יהודה (2005), שהראתה שתגובת ילדים למצבי דחק בתר חבלתיים היא פחות טובה אצל ילדים אשר כעוברים חוו דחק אימהי.

Leech, ב-2006, עקב אחרי ילדים מחודש רביעי להריון ועד גיל עשר שנים. הוא מצא שחשיפה טרום לידתית לחרדה אימהית ודיכאון, בשילוב עם תזונה לא מספקת בזמן ההריון, מנבאת הופעת חרדה ודיכאון אצל הילד בגיל עשר, ללא קשר עם הופעת דיכאון אימהי לאחר הלידה. עבודה זו איששה שתי עבודות קודמות שהראו ממצאים דומים. ההסבר לממצא המרשים הזה הוא שדיכאון וחרדה בזמן ההריון משפיעים על הציר ההיפותלמי ועל המערכת הלימבית של העובר והופכים אותם לפגיעים יותר לדיכאון, לחרדה ולתסמונת דחק בתר חבלתית.

לסיכום של דבר, פריד כנראה צדק כאשר טען על קיומו של רצף מהחיים התוך רחמיים לחוץ רחמיים.

הלידה - מעבר מהפנים החוצה

תהליך הלידה, כמו ההריון, עבר שינויים רבים ב-30 שנה האחרונות: מחוויה כואבת שנים רבות חששו ממנה (Otto Rank דיבר על טראומת הלידה, הן לילוד הן לאם), הלידה הפכה לחוויה נטולת כאב, באווירה נינוחה, אשר אליה האב מוזמן להצטרף. עם זאת גם כיום, הלידה טומנת בחובה סכנות: 529 אלף נשים בעולם מתות בשנה במהלך ההריון או לידה, ועשרה מיליון סובלות מזיהומים או מנכויות. לכן, אין זה מפתיע כי עד היום קיים חשש מסוים מהלידה. בהקשר לחרדות המוות (של העובר, של היולדת), הפסיכולוג הצרפתי Missonier העלה נימוק מעניין נגד השימוש במשככי כאבים. לטענתו, "ייעוד" הביולוגי של הכאב בעת הלידה הוא למסך ולהסיר את דעתה של היולדת מחרדות המוות שלה, אשר עלולות להציף אותה ולהפריע להתקדמות הלידה. אם כך הדבר, היה מעניין לבדוק אם רמת החרדות הקיומיות שונה בין היולדות עם הרדמה אפידורלית לעומת אלו אשר בוחרות בלידה ללא הרדמה.

החודשיים הראשונים לאחר הלידה - מעבר ל"קונסטלציה ההורית"

על פי דינאל שטרן, מיד לאחר הלידה, שני ההורים, אך במיוחד האם, עוברים שינוי נפשי פיזי המכונה הכניסה ל"קונסטלציה האימהית/האבהית". מדובר בשינוי אינטר-פסיכי גדול, שבו ההורה עסוק בארבע השאלות המרכזיות הבאות, לפי סדר מורכבות עולה:

האם אצליח לשמר את התינוק בחיים ולגדל אותו?

האם אהיה מסוגלת/ת "להתחבר" לילוד?

האם אצליח לבנות לילדי מסגרת תומכת דיה?

האם אצליח לשלב את זהותי כ"בת/בן של" עם זו של "אם/אב של"?

על מנת לענות בחיוב על השאלה הראשונה, האם חייבת ליצור לתינוק סביבה קיומית העונה לצרכיו הגופניים והרגשיים. לשם כך היא חייבת ללמוד לזהות את הסימנים שבאמצעותם הוא מתבטא. וויניקוט תיאר את החודשיים הללו כתקופת ה"עיסוק האימהי הטורדני" (maternal preoccupation), קרי "מצב נפשי יוצא דופן בעוצמתו המגיע לעתים כמעט לדרגת מחלה אובססיבית, אשר מטרתו היא להכיר את תכונות התינוק". האם צריכה להיות מסוגלת להיכנס למצב הזה, ללא תחושת קונפליקט (בשונה מהמקרה שתואר לעיל), אך גם לצאת ממנו בתוך חודשיים ולחזור בהדרגה לעיסוקיה הנוספים.

ויניקוט תיאר את התהליך הזה בהקשר לאמהות, אך עבודותיו של Leckman ו-Mayes הראו שגם אבות עוברים את התהליך הזה, אם כי בעוצמה פחותה. לאחרונה, מחברים אלה הראו קיום של

בסיס ביולוגי לתופעת "העיסוק ההורי הטורדני", עם עירוב המערכת הלימבו-היפוטלמי וגזע המוח, אשר אחראי על הפרשת אסטרונג, פרולקטין ואוקסיטוצין. האוקסיטוצין, שאחראי להפרשת החלב במהלך ההנקה וכוונה "הורמון ההתקשרות", מתברר גם כגורם אנטי דכאון, אנטי חרדתי ותורם לפעילות החברתית. התנהגות אימהית, או מה שכוונה ה"intuitive parenting", מוכתבת, לפחות בחלקה, על ידי החומר הגנטי: זוהו עד היום תשעה גנים האחראים על ביטוי התנהגויות אימהיות.

במחקר מעקב של 41 אמהות ו-36 אבות, מסוף ההריון עד שלושה חודשים לאחר הלידה, המחברים מצאו שהאמהות והאבות אשר חוו את אמהותיהם שלהם עצמם כקרה ו/או חודרת, היו בסיכון גבוה יותר לפתח מצבי רוח דיספוריים.

מצבי הריונות מיוחדים

א. ה"ילד התחליף" (replacement child) – מדובר בהורים אשר מיד לאחר שקרנה הפלה, מחליטים להביא מיד ילד לעולם. לעתים, החלטה זו אף נותמכת לצערנו על ידי רופאי נשים. עבודות מחקר רבות בעולם מראות כיום שמדובר בשיקול דעת מוטעה. הפלה היא אירוע חבלתי בעל השפעה רגשית על האם, המלווה בדוך כלל בתהליך רגשי של אבל. לדעתנו, יש לאפשר קודם כל לתהליך האבל להסתיים, על מנת שהאם תהיה פנויה רגשית ליכולת התקשרות חדשה. אי מתן מרחב זמן זה גורם להתמזגות רגשית של יצירה בעצבות, ואף קיימות עבודות המתארות את אישיותם של אותם ילדים, או מאוחר יותר מבוגרים, שהיו ילדי "במקום".

ב. דיכאון במהלך ההריון – עשרה אחוזים מנשים הרות סובלות מדיכאון במהלך ההריון, כשליש מהן לראשונה בחייהן. ההריון אף גורם סיכון להופעת דיכאון אצל אמהות שסבלו מדיכאון בעבר. כמו כן נמצא שעוברים לאמהות בדיכאון סבלו מקצב לב גבוה יותר בתגובה לגירויים חדשים בהשוואה לעוברים רגילים או לאמהות עם רמת חרדה נמוכה.

לסיכום, ראינו עד כמה עליו להשקיע בהבנת התהליך העוברי והשלכתו על המעבר מחיים תוך רחמיים לתינוקות. הבנה טובה יותר של הרצף ההתפתחותי בתפישה האינטגרטיבית מאפשרת כיום שימוש בטכניקות טיפוליות, שהיה מקובל ליישם אצל תינוקות בלבד, לעוברים. מדובר למשל בטיפול טרום לידתי במזיקה או בסיפורי ילדים, שמטרתם להקטין את השפעת המתח האימהי ולהטמיע אצל העובר איכויות רגשיות שילוו אותו במהלך התפתחותו כתינוק, כילד, כמתבגר וכמבוגר.

פרופ' ש. טיאנו, בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

אנו מציעים לתאר את תהליכי המעבר מינקות ופעוטות (0-5 שנים) לילדות (בסביבות גיל חמש שנים עד 11 שנים) בתפישה אינטגרטיבית רב צירית, הכוללת את הציר הביולוגי, הציר הפסיכולוגי תוך אישי וקוגניטיבי, הציר הבין-אישי-חברתי, ולבסוף, הציר התרבותי. מודל זה, המייצג את התפישה ההתפתחותית כיום, משמש

גמישות המוח והשינויים החלים בו לאור תהליכים אלה, שכונתה Brain Plasticity ואפיינה את תקופת הניקות, פוחתת בגיל הילדות ו"מתפרצת" שוב בגיל ההתבגרות (חשוב לציין את הקשר בין תהליך הכחדת הסינפסות ה"מיותרות" לבין היכולות הקוגניטיביות המתגלות באותם גילאים, כגון יכולת ההפשטה, שאכן מאפיינות את גיל ההתבגרות). במישור המוטורי, הילד עבר לאורך שנות ינקותו

צורות בגיל שלוש שנים וציור ריבוע בגיל ארבע שנים. ילד בן חמש שנים כבר יכול לצייר איש. אגב, ציור איש הוא חלון שדרכו נוכל להשקיף על הדימוי העצמי שלו ועל רמתו השכלית. בתחום השפה, גם כן חלה התפתחות דרמטית אשר במהלכה ה"עצמי הגופני" מתחבר ל"עצמי המילולי", והם מחזקים זה את זה. מתינוק אשר רק הוציא קולות בלתי מובחנים בשנתו הראשונה, ומילים בודדות שאת פירושן היה

המעבר

מינקות ופעוטות לילדות

המעבר מינקות לילדות מרשים בגוון, בכמות התהליכים הביולוגיים, הפסיכולוגיים והבין-אישיים אשר עוברים על הילד. יחסי הגומלין ביניהם הם אלה שיקבעו באיזו מידה הילד יעבור מיצור תלוי באופן מוחלט בהוריו, ל"אדם קטן" בעל יכולת להתנהל בקבוצת שווים, עם אמפטיה, גמישות ויצירתיות

ד"ר מירי קרן

אותנו להבנה של תהליכים נורמטיביים ופתולוגיים. מודל זה בא להחליף כמובן את המודל הישן שקרא לדיכטומיה בין גוף ונפש.

מעברים בציר הביולוגי

התפתחות המוח נכנסת לשלב התפתחות שונה מזה שהיה במהלך שלוש השנים הראשונות. המוח גדל והגיע כמעט לגודלו הבוגר, תהליך זה אירע על ידי יצירת סינפסות חדשות (synaptogenesis), חיזוק סינפסות קיימות והכחדת סינפסות אחרות (pruning). תהליך מוחי זה קורה כתוצאה מחשיפה או מאי חשיפה להתנסויות סביבתיות שונות. כמו כן, בעזרת מיאלניזציה כללית, של כל אזורי המוח.

שלב של תלות מוחלטת בסביבתו וראיית העולם מעמדה של שכיבה לשלב של ישיבה, לשלב של עמידה, עד לעצמאות מוטורית מוחלטת (רץ, עולה ויורד מדרגות, קופץ, בועט...). תפישת עולמו של הילד השתנתה בהתאם לגובה שממנו צפה על העולם. תפישת העצמי שלו, או מה שדניאל סטרן כינה, "האני הגופני", השתנתה ללא הכר, מלווה בתחושת שליטה ומסוגלות. תגובות הסביבה לשינויים ביולוגיים אלה של הילד, אם על ידי עידוד או לחלופין בחרדה לשלומן, יחזקו או יחלישו את בטחונו העצמי ביכולתו החקרנית ובדימוי העצמי שלו בכלל ובקרב ילדים בני גילו בפרט. גם במישור היכולת המוטורית העדינה, השינויים מרשימים: הילד עובר מיכולת לבנות מגדל בן שלוש קוביות בגיל שנתיים, ליכולת העתקת

לעיתים צריך לנחש, אנו עדים בגיל שנתיים למשפטים בני שתי מילים. יכולתו של התינוק בן השנתיים להצביע על איברי גוף מצטלבת עם גילויי הבלתי נגמרים של גופו. בגיל שלוש, המשפטים קצרים עדיין אך הילד כבר אינו נשמע כפולט "מברקים" אלא מילים תומכות בכל פעולה. שיבושי היגוי עדיין נשמעים אצל בן השלוש וכאשר המילה ארוכה, הוא נוטה לקצרה. בגיל ארבע שנים הילד כבר מסוגל להשתמש במילים, להביע פעולה עתידית ולבטא אמונה, דעה. הוא עושה שימוש נכון בזמנים (עתיד, עבר, הווה). המילון שלו כבר מכיל כ-2,000 מילים. בגיל חמש שנים, הילד מפנים את חוקי השפה. חשוב להדגיש שהתפתחות השפה היא תהליך המשלב את כל צירי ההתפתחות: דרושה הבשלה מוחית מחד, לצד גרייה סביבתית מתאימה

נמצא שנוכחותם של אחים בוגרים יותר מאיצה את שלבי התפתחות התפישה. כמו כן נמצא יחס ישיר בין שלב ההתפתחות של הפנימה האנושית של ההורים לבין דפוס ההתקשרות שלהם עם ילדם



מאידך, כגון דיבור ההורה אל הילד, קריאת סיפורים ועוד. לכן, לא מפתיעה ההתבוננות הקלינית המלמדת אותנו שתינוקות אשר גדלו בתנאי חסך רגשי וגרייתי (כגון בבתי יתומים), ברובם מאחרים בהתפתחות השפה ואוצר המילים שלהם דל. במחקר שערכנו ביחידה לגיל הילדות שלנו, מצאנו קשר מובהק בין יכולת ההורה למשחק דמיוני, איכות האינטראקציה במשחק בין הילד להוריו, לבין רמת המשחק הסימבולי של הילד. כמו כן, ההורה מלמד את הילד את החוקים החברתיים של הדיבור (לדבר בנימוס, לחכות שהאחר יסיים לדבר וכו').

מעברים בציר הפסיכולוגי

התפתחות עולמו היצרי, האינטרה-פסיכי של הילד, עובר, לפי התפישה הפסיכואנליטית, במהלך חמש השנים הראשונות לחייו, מהשלב האוראלי, לשלב האנאלי ובהמשך השלב הפאלי: הילד בן שלוש-ארבע שנים מגלה עניין חדש בגופו בכלל ובאיבר מינו בפרט, ומגלה את התחושות הגניטליות (גרייה, הנאה).

הנושא המעסיק את הילד בשלב זה הוא מודעות חדשה לגופו לצורך יוזמה וכיבוש. השלב הפאלי נחשב לשלב הכנה לקראת המיניות. חרדות האופייניות לתקופה זו הן בעיקר חרדת פגיעה גופנית ("גיל הפלסטר") וחרדת סירוס, הבאות לידי ביטוי בחלומות מפחידים.

רגישות ולביליות אפקטיבית מאפיינת את השלב הזה. הילד מנסה להבין כיצד באים ילדים לעולם ובכלל, שאלת ה"למה" אופיינית. השלב האדיפאלי, בגיל ארבע-חמש שנים, מתבטא דרך דיבור, חלומות ומשחק סביב משאלת ה"הרחקת" ההורה מאותו המין.

המטרה אינה מינית במובן הבוגר של המילה אלא רגשית של "רכושנות ובלעדיות". במקביל לתחרות עם ההורה מאותו המין, יש גם אהבה אליו. כאן מתעוררות חרדה ואשמה, שמא ההורה יודע את שאני מרגיש, אשר מתבטאות בפחדים השכיחים בתקופה זו. המשאלות הרצחניות מושלכות החוצה אל מפלצות וחיות פרא. בשונה מתקופת הילדות, הילד לראשונה במלחמה עם עצמו ולא עם הוריו מתוך מודעות עצמית לרגשותיו. בשונה ממה שפרויד טען, כיום איננו רואים את הבחירה המינית בגיל ההתבגרות כתולדה של פתרון הקונפליקט האדיפאלי בלבד. האופי, העוצמה והמשך ההתפתחות בתקופה זו תלויים במספר גורמים, כגון:

אירועים מסוימים (למשל, הוא מבין שהסיבה באה לפני התוצאה).

בני שלוש-ארבע יכולים לתכנן דרכי פעולה למטרה אחת, בני חמש יכולים לתכנן פעולות למספר מטרות. בהגיעו לגיל חמש שנים, הילד כבר רכש "קוגניציה אקדמית" עם יכולת איפוק, אשר עושים אותו מוכן לבית הספר.

מעבר בציר הבין-אישי-חברתי

פיאג'ה תיאר שהילד בגילאי שנתיים עד ארבע שנים הוא אגוצנטרי, קרי אינו יכול להבין את הנעשה סביבו מנקודת מבט אחרת מאשר שלו. מושג האגוצנטריות כמאפיין מרכזי מוטל כיום בספק, וזאת לאור הידוע לנו על התפתחות התפקוד ההיגיוני (Reflective functioning) בתיאוריית הפנימה האנושית (Theory of Mind). על פי תפישה זו, ילדים בגיל זה מראים ניצני הבנה של מצבים פנימיים, קוגניטיביים ורגשיים, כגון התכוונות ומניע, לא רק של עצמם אלא גם של האחר. יכולות אלו משקפות שלבים בהתפתחות תיאוריית הפנימה האנושית - תפישה שהתפתחה ב-20 השנים האחרונות המתארת את התפתחות היכולת של הילד להסיק על מצבו המנטלי והרגשי של עצמו ושל אנשים אחרים. זוהי מיומנות פסיכולוגית/קוגניטיבית מורכבת אשר מתפתחת במהלך ארבע השנים הראשונות לחיים; מהווה שילוב של תהליכים נוירוביולוגיים ובין-אישיים והינה רק אחד המרכיבים של "אינטליגנציה/קוגניציה חברתית".

מזג הילד, אופי מערכת היחסים בינו לבין הוריו עד השלב הזה, בוחן המציאות ומידת יכולת הוויסות הרגשי שהתפתחו עד כה אצל הילד.

מעברים בציר הקוגניטיבי

המעבר העיקרי בהתפתחות הקוגניציה של הילד מגיל ינקות לגיל ילדות הוא המעבר מהתפישה הסנסורית-מוטורית בגיל שנה וחצי-שנתיים, לחשיבה הפרה-אופרציונלית אשר תאפיין את הילד עד כניסתו לכיתה א'. מדובר בחשיבה קונקרטרית, קרי מתייחסת לתכונות מסוימות מאוד וממשיות של האובייקט או של המצב. הלמידה בשלב זה היא דרך הסתכלות וחיקוי. מניפולציה ישירה של חפצים מאפיינת את הדרך העיקרית של רכישת ידע ומיומנויות. ככל ששליטתו בשפה מתחזקת, במיוחד מבחינת הבנת השפה, עולה יכולתו ללמוד באמצעות הסברים מילוליים. יכולת התכנון לשלבים מתקדמים עולה עם הגדרת מטרות ודרכי פעולה להשגתן. נמצא קשר ישיר בין דרגת התפתחותה של יכולת זו לבין מידת הנבדלות של העצמי.

התקדמות קוגניטיבית זו באה לידי ביטוי במשחק. הילד מסוגל לשחק ב"כאילו" והפעם מתוך מודעות ליכולותיו הקוגניטיביות. הוא מסוגל לסימבוליות מלאה (למשל, "כוס" יכול להיות "בית") ויכולת התכנון באה לידי ביטוי בנרטיב של משחקו. בגילאי שלוש-ארבע שנים לילד יש כבר מושג די מדויק על "כיצד העולם הפיזי עובד", ובגיל חמש הוא יוכל לצפות מראש

בהתאם לתפישה זו, התינוק בגיל שישה חודשים מבדיל בין חפצים דוממים לדמויות אנושיות. בגיל 12 חודש מתפתחות יכולות תשומת הלב המשותפת (joint attention), קרי היכולת הקוגניטיבית ליצור דימוי שלישוני של עצמי-אובייקט-נציג (agent), ולבסוף, הייחוס החברתי (social referencing). בגיל 14-18 חודשים, התינוק מתחיל להבין את עקרונות הכוונתיות (intentionality), ובגיל 18-24 חודשים הוא יכול להבדיל בין מציאות ודמיון, תנאי מוקדם להבנה שתתפתח בגיל שלוש-ארבע שנים, שהיא היכולת להבדיל בין האמונות והדעות שלו לבין אלו של אחרים. לקראת גיל שש-שבע שנים, הילד יבין מטפורות והומור ויכול להבדיל בין בדיחות לבין שקר. יש לציון שוב את התפקיד המרכזי של ההורים ברכישת שלבי התפתחות הפנימה האנושית. ככל שההורים ירבו להשתמש בהבעות המתייחסות למצבים המנטליים של ילדם הצעיר מאוד (Parental reflective functioning), הם יקדמו את שלבי ההתפתחות. נמצא שנוכחותם של אחים בוגרים יותר מאיצה את שלבי התפתחות התפישה. כמו כן נמצא יחס ישיר בין שלב ההתפתחות של הפנימה האנושית של ההורים לבין דפוס ההתקשרות שלהם עם ילדם. יש שני הסברים לקשר מהותי זה: קבוצה אחת של חוקרים תציע שסגנון היקשרות בטוח בינקות יוצר קרקע אצל ילדים, שתורמת להפקת תועלת מתהליכים חברתיים מסוימים העשויים להיות מעורבים ישירות בהתפתחות יכולות הגינה והבנה חברתית. קבוצה שנייה של חוקרים תטען שסגנון היקשרות בטוח בילדות הוא מדד לטיב היחסים בין התינוק לאמו ויוצר הבנה פסיכולוגית. במודל השני, התהליכים החברתיים המאיצים את טיב המנטליזציה של ארגון העצמי הם אותם התהליכים המבטיחים את ביטחון ההתקשרות. לסיכומו של דבר, המעבר מינקות לילדות מרשים בגוון, בכמות התהליכים הביולוגיים, הפסיכולוגיים והבין-אישיים אשר עוברים על הילד. יחסי הגומלין ביניהם הם אלה שיקבעו באיזו מידה הילד יעבור מיצור תלוי באופן מוחלט בהוריו, ל"אדם קטן" בעל יכולת להתנהל בקבוצת שווים, עם אמפטיה, גמישות ויצירתיות. כך, הוא יגיע "ערוך" לבית הספר. יש להביא בחשבון שמעברים אלה תלויים בגורמים חברתיים/תרבותיים, כגון גיל הכניסה לגן, שכיחות עולה של גירושין והצורך של ילדים צעירים להתמודד עם פרידה מהורה אחד ומשפחה חדשה, משפחות חד הוריות, חד מיניות, שעות עבודה ארוכות יותר ויותר של שני ההורים, מידת השפעת הדת על החברה, ועוד.

סיפור המעבר המוצלח מינקות לילדות

סיפורו של התינוק בעל הסיכוי הגבוה ביותר להפך לילד בריא בנפשו יכול להיכתב באופן הבא:

עוד בהיותי בבטן אמי, הניי מקווה:

להיות פרי של אייוו של שני הוריי להביא אותי לעולם, אשר ממנו אשאף את הרצון לחיות. שהוריי ימצאו את נקודת האיזון בין לוותר על כל צורכיהם לטובת ההריון, לבין להדחיק את המחשבות על היותי בפנים לטובת עיסוקיהם. שלא יתרחשו אירועים "מלחיצים" מדי אשר ישפיעו על אמי. שסבא וסבתא שלי הופנמו על ידי הוריי כדמויות התקשרות בטוחות.

ובעת הלידה:

שאמי לא תחוה את כאב בואי לעולם כפגיעה אישית.

שחבל הטבור לא יסתבך סביב צווארי ושאיכא מיד. שאבא ואמא שלי יתפללו ממני, לא משנה עד כמה מקומט יצאתי ולמי נראה להם שאני דומה.

בחודשיים הראשונים לחיי:

שאצליח לווסת יפה את מצבי הערות/שינה, רעב/שובע, ונוחות/אי נוחות. ואם קשה לי לווסת את כל אלה, כי כך נולדתי, עם "מזג קשה", אוכל להיות בכל זאת מאושר בתנאי שהוריי לא ייבהלו ממני, לא יחשבו שאני דוחה אותם או סתם תינוק קשה, אלא יעזרו לי לווסת את עצמי.

ובגיל חודשיים:

החיוך שלי כבר לא סתם חיקוי אלא בתגובה לפנים אנושיות... זהו הסימן עבור הוריי שאני מתחבר למין האנושי. זהו רגע חשוב מאוד בהתפתחות העצמי החברתי שלי. לכן אהיה מאושר עד אין קץ כל פעם שתחזירו לי חיוך, אם אפשר מלווה בקול, כי ירונני המראה (mirror neurons) שלי מחכים להבעות פניכם כדי לחקות אותן.

כאשר אני רואה ושומע אתכם מתפעלים ממני, אני מבדיל בין ההתפעלות שלכם, הוריי, לבין זו של דודות ושכנים. כך אני תינוק מאושר שמבין גרשית את משמעות המילה "אמא", "אבא".

וכשאני שומע את קולם של הורי:

היות ההמיספרה הימנית שלי היא הדומיננטית בשנה הראשונה, זו כנראה הסיבה לכך שאני הרבה יותר רגיש למוזיקה של השפה ושל הצלילים (שאני שומע ומשמיע כאחד), מאשר למשמעות האותיות. רק מאוחר יותר אלמד את הקשר בין הקולות למשמעותם השפתית. העושה אותי מאושר בגיל זה הוא לחוות בעומק נפשי שהשפה של האחר, ובמיוחד של אמי, נוגעת בי ומשפיעה עלי ושאי משפיע עליה בקול שלי (כעין mirroring קולי).

ובין גיל חודשיים לשבעה חודשים:

אני בונה לעצמי ייצוג קוגניטיבי ואפקטיבי של "אין

זה להיות עם" הדמויות הסובבות אותי, בכל מיני מצבים, ובמיוחד כאשר רע לי.

אהיה התינוק הכי מאושר אם אוכל להפנים את שני הוריי כדמויות המגנות עלי באופן עקבי ויעיל, כי זה יאפשר לי לפתח אמון בסיסי בהם, במבוגרים ובעצמי.

וכאשר אתחיל לזחול, אוכל ללא פחד לחקור את סביבתי מתוך הבסיס הבטוח שלי, וכך ללמוד את העולם ואת מקומי בו.

בהגיעי לגיל שמונה חודשים:

אני מבדיל באנשים זרים ומבט לכיוון אמא או אבא, מסמל לי אם כדאי ובטוח לי להתקרב לזר או לא. אחד הרגעים הכי מאושרים שלי הוא כאשר אני מצליח בידי להביא בעצמי אוכל לפי, להתלכלך, להפיל את הכפית ולהתנסות באוכל של הגדולים. אגב, אני כבר מוכן לוותר על ההנקה, אם אמא מוכנה מצידה לוותר עליה...

בגיל שנה:

אני כבר מאושר, "העצמי הגופני" בדרך הנכונה. אני יכול, קרי אני קיים ושווה!

קולות בוקעים ממני, יום אחד יוצאת לי המילה הראשונה "אבא!" בבקשה אמא, אל תיעלבי, תכף תבוא המילה "אמא". העיקר להתפעל מכל מילותיי הראשונות. כך נבנה לי "העצמי המילולי".

יום אחד, לתדהמתי ולאושרי הענק, אני עושה כמה צעדים בלי ליפול. מהפכה אמיתית בתפישת הסביבה והעצמי. יכולת החקירה שלי כה גדלה שאני מרגיש כל יכול...

ובגיל שנתיים וחצי:

נא לא לטעות, אושרי עדיין תלוי ביכולת הוריי לא להתבלבל ולחשוב שאני באמת גדול, לא לפחד מה"לא" שלי. וכאשר קורה לי להיות עצוב (שכחתי להגיד לכם שמזה כשנה אני מסוגל לזהות ולבטא את כל האפקטים של בני אדם), יש לי את "הבובה סמרטוט" המיוחדת שלי, שמרגיעה אותי כמעט כמו חיבוק של אמא.

ומגיל שנתיים וחצי:

כמו שאתם, המבוגרים, עובדים יפה ביום שיש לכם מצב רוח טוב, כשאני מאושר, אני מדמיון לי סיפורים אינסופיים ב"כאילו", ממציא ופותר בעיות ובעיקר נהנה מהמשחק הדמיוני שלי.

אני גם יכול לעשות ב"כאילו" עם מילים. המילה שגורמת לי הכי הרבה אושר היא ה"לא", כי כך אני נבדל מהאחר על ידי עצם האמירה.

אגב, תקוות ואכזבות של הוריי, אהיה מאושר אם הוריי יבקשו עבורי כל מיני דברים טובים מצד אחד, ומצד שני, שלא יצפו ממני למלא את כל המשאלות שהיו להם עבור עצמם, כי אז אהיה "כלוא" בהן ולא אוכל לגדול להיות עצמי.

ד"ר מירי קרן, יחידה לגיל הילדות בקהילה, בית החולים גהה ואוניברסיטת תל אביב

המעבר מילדות לגיל ההתבגרות

הילדות מסתיימת בגיל ההתבגרות, אך אין מדובר בגיל מסוים או בנקודת זמן קבועה, והדבר תלוי בגורמים רבים. גיל ההתבגרות, המתחיל עקב גורמים ביולוגיים ונמשך מספר שנים, מביא עימו, בין היתר, גם שינויים ניכרים גם במוחו של הנער/ה, המהווים את הבסיס להסברים שונים מדוע בגיל זה פורצות מחלות הנפש המשמעותיות

ד"ר ארז ברנע, ד"ר גיל זלצמן

הגיל ה-puberty מתחיל בייצור הורמון בשם gonadotropin-releasing hormone המביא ליצירת ושחרור של הורמון המין luteinizing hormone-1 stimulating hormone. הורמונים אלה בתורם גורמים לאיברי המין (שחלות בבנות ואשכים בבנים) לייצר ולהפריש הורמונים מאברי הרבייה – טסטוסטרון בבנים ואסטרוגן בבנות. הורמון המין מביא להופעת סימני המין הראשוניים והמשניים, כמו הופעת וסת והתחלת צמיחת השדיים בבנות, גדילה של הפין והאשכים בבנים, והופעת שיעור במפשעה ובבתי השחי בשני המינים. כמו כן, הגברה בייצור והפרשת הורמון גדילה גורמת להאצת הצמיחה. בנוסף לגורמים הביולוגיים, גורמים אחרים מציינים את תחילתו של גיל ההתבגרות. מבחינה חברתית, בחברה היהודית, מסומל מעבר זה על ידי ציון בת המצווה בגיל 12 אצל בנות, ובר המצווה בגיל 13 אצל בנים. בדתות ובתרבויות שונות יש טקסי בגרות אחרים המסמנים את המעבר מילדות לנערו.

מבחינה חברתית ואקדמית, מסומלת תחילתו של גיל ההתבגרות, לפחות אצל חלק מהילדים, בסיום בית הספר היסודי ומעבר לחטיבת הביניים. שינוי חברתי חשוב נוסף, שהוא הדרגתי ולא נקודתי, הוא עליית חשיבותה של קבוצת השווים (peer group) והפחתת חלקית בחשיבותה של המשפחה. בעוד הילד מעריך את הוריו, המתבגר עושה להם דה-אוטוריזציה ורואה בהם מבוגרים מלאי חסרונות. שינוי זה הוא הכרחי מבחינה פסיכולוגית כדי לאפשר את המשימה החשובה ביותר של המתבגר: פרידה ועצמאות.

שינויים אלה, המציינים את המעבר מן הילדות לגיל ההתבגרות, אינם מתרחשים תמיד באותו הזמן ולא בסנכרון מלא. כך למשל, "גיל ההתבגרות ההורמונלי" מתחיל בבנות בין גיל

המעבר מילדות לגיל ההתבגרות מתרחש בגילאים שונים אצל נערים ונערות שונים וטומן בחובו התפתחויות המשתנות בין נער לנער. ההתבגרות היא תוצאה של גורמים רבים המשולבים יחדיו – גורמים ביולוגיים, חברתיים, תרבותיים, כלכליים ואף גורמים פוליטיים. למרות שהמעבר לגיל ההתבגרות הוא עובדה ברורה, הוגים שונים התייחסו למעבר זה מזוויות שונות.

הילדות גם היא תקופה שאינה תחומה באופן מדויק מבחינת הגילאים עליהם היא משתרעת. כותבים שונים התייחסו לילדות כאילו היא מתחילה מגיל שלוש שנים לערך, לאחר שהפעוט השיג אבני דרך חשובות בתחום המוטורי ובתחום השפתי – הוא הולך ללא בעיות ומסוגל להביע את עצמו במילים. אחרים התייחסו לילדות כאילו היא מתחילה בגיל הכניסה לבית ספר, מעבר המהווה שנוי משמעותי לילד ולסביבתו. הילדות מסתיימת בגיל ההתבגרות, אך אין מדובר בגיל מסוים או בנקודת זמן קבועה, והדבר תלוי, כאמור, בגורמים רבים.

בניגוד לילדות, שהיא תקופה רגועה יחסית, גיל ההתבגרות הנמשך מספר שנים הוא תקופה של שינויים רבים בתחומים רבים של חיי הנער והנערה. תחילתו של גיל ההתבגרות מתרחשת עקב גורמים ביולוגיים (הורמונליים) וסופו נקבע בעיקר על ידי גורמים חברתיים ותרבותיים. בתקופה זו, הנער כבר אינו ילד, אך עדיין אינו מבוגר. המעבר לגיל ההתבגרות מתחיל, כאמור, עקב גורמים ביולוגיים. המעבר הגופני-ביולוגי נקרא Puberty. גיל תחילת השינוי הביולוגי הולך ויורד עם השנים. בעוד שבדורם של הוריו הופעת המחזור בנערה היה סביב גיל 13-14, יש היום נערות בנות תשע ועשר שיש להן מחזור חודשי. מקובל לדבר על ירידה של חודש בכל עשור בגיל הופעת הווסת.

תשע שנים לגיל 11, ובבנים כשנתיים אחר כך. בעוד שהמחזור החודשי מתחיל בבנות בגיל תשע שנים בממוצע (הנתון מתייחס לבנות אמריקאיות לבנות), גיל זה מצוין מבחינה חברתית רק בבת המצווה, כשהילדה/נערה מגיעה לגיל 12 שנה.

למרות שהשינויים שנסקרו לעיל הם השינויים הניכרים ביותר, התחלת גיל ההתבגרות מביאה עימה שינויים ניכרים גם במוחו של הנער/ה, בעיקר הפחתה במספר הסינפסות (pruning) באזורים שונים במוח. כמו כן, מבחינה ביולוגית יש שינוי במטבוליזם ובצורך בשינה. שינויים אלה מהווים את הבסיס להסברים שונים מדוע בגיל זה פורצות מחלות הנפש המשמעותיות כמו הסכיזופרניה והמחלה הביפולרית (מניה דפרסיה).

שינויים אחרים כוללים שינויים ביכולות הקוגניטיביות, שינויים כמותיים ואיכותיים. כך לדוגמה יכול נער להתחיל להבין מושגים של לוגיקה, הסתברות וחל שיפור רב ביכולת ההפשטה. שינויים נוספים חלים בהבנה החברתית וביכולות החברתיות, וכן בתפיסת המוסר. שינויים אלה משפיעים על הקשר של הנער עם הוריו, ולעתים מביאים לקונפליקטים עם ההורים. במקביל, הנער נעשה עצמאי יותר ויכולתו לדאוג לעצמו גדלה.

תיאוריות התפתחותיות עיקריות על גיל ההתבגרות

מספר תאורטיקנים פיתחו תיאוריות התפתחותיות שכללו את גיל הילדות וגיל ההתבגרות. הראשון שבהם היה זיגמונד פרויד. את המעבר מגיל הילדות לגיל ההתבגרות ראה פרויד כמעבר משלב החביון (latency) לשלב הגניטלי, על פי תיאוריית ההתפתחות הפסיכוסקסואלית, שהשלים בה נקבעים על פי אזורי הגוף השונים בהם מתמקדת הפעילות הארוטית (ליבידינאלית) בגילאים השונים. פרויד הגדיר את שלב החביון – גילאים חמש עד 11 – כתקופה שבה אין דחפים מיניים, מצב הנגרם כתוצאה מפתרון מוצלח של השלב האדיפאלי. תקופה זו מסתיימת בהתעוררות מחדש של הדחפים המיניים בתחילת גיל ההתבגרות. מעבר להתעוררותם של הדחפים המיניים, הילד עובר משלב שבו התרכז בלמידה וברכישת מיומנויות, לשלב שבו נפתחים קונפליקטים משלבים קודמים, דבר המביא מחד לאי-שקט, אך מאידך מאפשר פתרון של קונפליקטים אלה. אריק אריקסון פיתח תיאוריה התפתחותית

המקבילה בחלקה לתיאוריה של פרויד, אך נקודת המבט בה חברתית: אריקסון חילק את ההתפתחות לשלבים על פי היחסים בין האדם לחברה סביבו. הוא חילק את חיי האדם, מינקות ועד זיקנה, לשמונה שלבים, ובכל שלב הגדיר סיום מוצלח מול סיום כושל של השלב ההתפתחותי. תקופת הילדות, גיל חמש עד 13 על פי אריקסון, היא השלב ההתפתחותי הרביעי, וסיום מוצלח שלו יביא את הילד להיות יצירני – יכולת לעבוד או ללמוד. סיום לא מוצלח של שלב זה יביא לנחיתות. לדברי אריקסון, רק לאחר שהשיג את המטרות ההתפתחותיות של שלב הילדות, יוכל הילד לעבור לשלב הבא של גיל ההתבגרות. משימתו בגיל ההתבגרות תהיה בניית זהות. התפתחות לא תקינה בשלב גיל ההתבגרות תביא לבלבול בתפקידים החברתיים.

תאורטיקן חשוב נוסף, שחילק גם הוא את ההתפתחות האנושית לשלבים, היה ג'ון פיאג'ה. השלבים בתיאוריה שלו נקבעו על פי ההתפתחות הקוגניטיבית. את תקופת הילדות כינה פיאג'ה שלב הפעולות הקונקרטיות (stage of concrete operations). בשלב זה, הילד מפעיל ופועל על עצמים ואירועים אמיתיים וקונקרטיים. עם הכניסה לגיל ההתבגרות, עובר הילד לשלב הפעולות הפורמליות (stage of formal operations) שבו הפעולות הן פורמליות (בנגוד לקונקרטיות), לוגיות, שיטתיות, סמליות ומופשטות. מעניין לציין שפיאג'ה טען שלא כל האנשים מגיעים לשלב זה.

לורנס קולברג התבסס על התיאוריה ההתפתחותית של פיאג'ה והוסיף לה ממד נוסף – התפתחות המוסר. קולברג ראה בילדות שלב שבו ילדים שומרים על חוקי המוסר כדי לשמור על יחסים טובים עם אחרים. לעומת זאת, בגיל ההתבגרות הנער מפנים את עקרונות המוסר, משתמש בהם כיוון שהוא רוצה בכך ומסוגל לאכידה מצבים שבהם נדרשת חריגה מכללי המוסר, על פי הנסיבות. ליקויים בתחום זה יתבטאו בהפרעות התנהגות ובעבריינות.

פיטר בלוס, מהתאורטיקנים הקלאסיים של גיל ההתבגרות, רואה בגיל ההתבגרות את הפרידה השנייה שהחלה בגיל המדדה (0-36 חודשים). הוא טבע את המושג second separation individuation.

בעיות מרכזיות הקשורות לבריאות הנפש

הפרעה נפשית יכולה להופיע בכל גיל, למן הילדות ועד לזיקנה. כמה מההפרעות המופיעות בתקופת המעבר מגיל הילדות לגיל ההתבגרות הן ייחודיות, או כמעט ייחודיות, לגיל זה, ואחרות עשויות להופיע כמעט בכל שלב בחיים. כמה מההפרעות הנפשיות מופיעות בגילאים

מוקדמים (אוטיזם בגיל הינקות, לדוגמה), אך מחמירות בגיל זה עקב שינויים ביולוגיים, שינויים בסביבתו של הנער ושינויים בדרישות ממנו. שינוי אפידמיולוגי ברור נוסף הוא שינוי מגדרי – בתקופת הילדות, שיעור ההפרעות הנפשיות בקרב בנים גבוה יותר, ולעתים קרובות המחלה אצלם מופיעה בצורה קשה יותר מאשר בבנות. מגיל ההתבגרות, שיעור ההפרעות הנפשיות גבוה יותר בבנות. חלק מהבדל זה עשוי להיות תוצאה של ההגדרות של בעיות נפשיות (שהן הגדרות אשר להן מרכיב חברתי ותרבותי גדול).

הפרעות נפשיות האופייניות להתחלת גיל ההתבגרות הן הפרעות אכילה, הפרעות התנהגות, הפרעות מצב רוח, התנהגות אובדנית והפרעות חרדה. כל ההפרעות הללו יכולות להופיע לפני או אחרי תחילתו של גיל ההתבגרות, אך אופייני שהפרעות אכילה והפרעות התנהגות מופיעות בגיל זה, וחלה עלייה בשיעור הפרעות מצב הרוח והפרעות חרדה בעיקר בבנות. עקב הנטייה להתנסות ובדיקת זהות והישענות על קבוצת השווים, עלולים מתבגרים להתנסות בסמים ובאלכוהול ואף להגיע להתמכרות ולסיכון עצמם וזולתם (באלימות או בנהיגה פרועה למשל).

הפרעות אכילה – הפרעות אכילה הפכו לנפוצות יותר בשני העשורים האחרונים במערב ומצריכות תשומת לב מיוחדת. שתי הפרעות האכילה העיקריות הן אנורקסיה נרבוזה ובולמיה נרבוזה. אנורקסיה מוגדרת כסירוב לשמור על משקל גוף תקין (85 אחוז או פחות מהמשקל המצופה), פחד מהשמנה למרות רזון בולט, הפרעה בדימוי הגוף והכחשת הרזון, והפסקת הווסת למשך שלושה חודשים עוקבים בבנות שקיבלו וסת בעבר (הגדרה על פי ה-DSM-IV-TR). בולמיה מוגדרת כבולמוסי אכילה שבהם אוכלים כמות מזון גדולה וחשים חוסר שליטה על האכילה, נסיונות לפיצוי על התקפי האכילה (על ידי צום, פעילות גופנית, שימוש במשלשלים וכו') והערכה עצמית התלויה במשקל ומשתנה לפיו (הגדרה על פי ה-DSM-IV-TR).

הפרעות אכילה שכיחות הרבה יותר בבנות מאשר בבנים (יחס של 10:1 בין בנים לבנות), שיעור המחלה בקרב האוכלוסיה הולך ועולה (עלייה של פי שישה-שבעה במשך 50 השנים האחרונות) והלוקים בהן לוקים במרבית המקרים בהפרעות נפשיות נוספות, כמו דיכאון או הפרעת אישיות, ובתכונות כמו פרפקציוניזם וכפייתיות. כמו כן, שיעור גבוה מבין הלוקים בהפרעות אכילה היו קורבנות להתעללות מינית או פיזית בעברן.

הסיבה לאנורקסיה אינה ידועה והמודל המשמש היום להבנת המחלה הוא מודל רב

ממדי. ככל הנראה יש צורך בחבירה של סביבה משפחתית, השפעות תרבותיות, מאפיינים אישיותיים, פגיעות ביולוגיות ופגיעות קודמות בעבר כדי להביא להתפתחותה של ההפרעה. מודל זה מכיל בתוכו גורמים, כמו השפעת המדיה, התורמים להתפתחות ההפרעה, אך אינם מהווים גורם יחיד ואולי אף לא הכרחי להתפתחותה. מחקרים שונים, ובעיקר מחקרי תאומים, מראים על תורשה גנטית גבוהה.

מעבר לעובדה שהפרעה זו מופיעה בדרך כלל בגיל ההתבגרות, היא קשורה לגיל זה בכך שהיא מעכבת את ההתפתחות הגופנית והפסיכולוגית, ובתוך כך את ההתפתחות המינית. אפשר להבין זאת כך שהנערה בוחרת להישאר ילדה ולא לגדול להיות אישה.

הפרעת דיכאון – הפרעת דיכאון מתבטאת בנערים בעצבות ממושכת, באי שקט, בהפרעה בתפקוד ובחוסר הנאה מפעילויות מהנות. הפרעת דיכאון קיימת בילדות ובבגרות, אך עם הכניסה לגיל ההתבגרות בולטות שתי מגמות. הראשונה היא עלייה משמעותית בשיעור הפרעת הדיכאון, מאחוז אחד עד שני אחוזים – שיעור נקודתי של דיכאון בילדים, לשלושה עד שמונה אחוזים בקרב בני נוער. המגמה השנייה היא מעבר מיחס דומה (1:1) בין שיעורי הדיכאון אצל בנים ובנות בתקופת הילדות, ליחס של 1:3 בדיכאון אצל בנות ובנים בגיל ההתבגרות.

דיכאון בקרב בני נוער דומה יותר לדיכאון במבוגרים ומעלה את הסיכון לאפיזודות חוזרות של דיכאון בבגרות. גורמי הסיכון לדיכאון אצל ילדים ובני נוער הם שונים. נתונים אלה מעלים את השאלה האם מדובר באותה מחלה או שמא מדובר בשתי מחלות שונות בעלות הסתמנות קלינית שונה.

התנהגות אובדנית – בגיל ההתבגרות מופיעה תופעה שהיא נדירה ביותר לפני גיל ההתבגרות, ההתנהגות האובדנית. בישראל ובעולם המערבי מהווה התאבדות גורם המוות מספר שתיים במתבגרים (עד גיל 24) אחרי תאונות. התאבדות נפוצה יותר במתבגרים ונדירה יותר במתבגרות. נסיונות אובדניים לעומת זאת הם תופעה נפוצה יותר בנערות מאשר בנערים.

שיטות אבחון

כיום, אין בידנו כלי, מבחן או בדיקה אובייקטיבית לאבחון תקף של הפרעה נפשית. למרות ההתקדמות הרבה שחלה הן בהבנה הביולוגית והן באמצעי ההדמיה (MRI, CT) ובדיקות של הדמיה תפקודית כמו PET ו-SPECT), כלים אלה משמשים במחקר או לשלילת בעיה אורגנית כגורם לבעיה הנפשית, והאבחנה היא בראש ובראשונה אבחנה קלינית הנעשית לאחר ראיון של הנער והוריו, לאחר קבלת מידע מגורמים

נוספים ותוך שימוש בשאלוני ומבדקי עזר. חשובה קבלת מידע רחב ככל הניתן ממקורות שונים הקשורים לנוע, בראש ובראשונה מההורים ומבית הספר, אך גם מטפלים אחרים, או קודמים, רופא המשפחה ורופאים אחרים, מדריכים בחוגים שונים שבהם משתתף הנער, מורה פרטי, בני משפחה אחרים וכו'.

לרשותנו עומדים כלים נוספים, כמו שאלונים המשמשים הן להערכה קלינית והן למחקר. לדוגמה, K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children) Diagnostic Interview) NIMH DISC-IV או Interview Schedule for Children (Intervew Schedule for Children) שאלונים אלו הם חצי-מובנים ומסייעים לברר קיומה של הפרעה נפשית, וכאשר התשובה לשאלה זו חיובית, נשאלות שאלות נוספות שמטרתן לבדוק האם ההפרעה עומדת בקריטריונים האבחנתיים.

שאלונים אחרים מעריכים את רמת התסמינים בשטחים בעייתיים (בהם התפקוד לקוי). שאלונים מסוג זה הם לדוגמה BASC (Behavior Assessment System for Children) וכן CBCL (Child Behavior Checklist). כמה מהשאלונים ממלאים על ידי הבדוק וחלקם על ידי הנער, הוריו או מוריו. התשובות לשאלונים אלה ניתנות במספר ממדים (ריכוז, התנהגות וכו').

קיימים מספר כלים נוספים היכולים לסייע בהערכת הבעיה. הכלי המוכר היטב בארץ הוא מבחן TOVA המשמש ככלי עזר באבחנה של הפרעת קשב וריכוז ותוקף על אוכלוסיית ילדים ונוער ישראלים.

טיפולם בהפרעות נפשיות בהתבגרות

הטיפול בהפרעות נפשיות בבני נוער, כמו גם בילדים, צריך להיות כוללני, להתייחס לסביבות השונות שבהן הילד נמצא ומתפקד (משפחה, בית ספר, פעילות פנאי) ונעשה בדרכים שונות: טפול בשיחות (פסיכותרפיה), התערבויות שונות (בבית ספר למשל) וטיפול בתרופות. בעת הטיפול בנער, חשוב לאזן בין חשיבותה הרבה של המשפחה (בעיקר בתחילת גיל ההתבגרות) לבין הצורך של הנער באוטונומיה וברצונו לשמור על פרטיותו.

טיפול נפשי, ובעצם לכל מגע עם מערכת בריאות הנפש, יש משמעות גדולה אצל המטופל. משמעות זו גדולה עוד יותר בגיל ההתבגרות, כיוון שבגיל זה חשיבות הדימוי בקרב קבוצת השווים חשוב ביותר. נערים רבים חוששים מטיפול נפשי, שמא ייראו בעיני חבריהם כחולים או כ"משוגעים", והדבר מאפיל על סבלם מההפרעה הנפשית שבה הם לוקים.

להפרעות נפשיות שונות מוצעים טיפולים שונים. בבחירת הטיפולים יש להביא בחשבון גורמים רבים, ביניהם העדפת הנער, העדפתם של ההורים, זמינות הטיפול (לדוגמה, רק מספר קטן של מטפלים בארץ מתמחים בטפול קוגניטיבי התנהגותי לנוער), חומרת ההפרעה, קיומה ועוצמתה של האובדנות, מסוכנות של הנער לסביבתו, בעיות או מחלות גופניות, תגובה לטיפולים קודמים, תופעות לוואי של טיפול תרופתי ועלות הטיפול. החלטה חשובה נוספת היא היכן יש לטפל בנער – טיפול אמבולטורי, אשפוז במחלקת יום או במקרים קשים אשפוז במחלקה סגורה לנוער.

כדוגמה לאפשרויות הטיפוליות בחרנו הפרעה נפוצה בגיל זה – דיכאון. דיכאון בילדים ונוער נמצא כתחלואה נלווית להפרעות חרדה, הפרעות אכילה והפרעות התנהגות.

בדיכאון קל מומלץ לטפל במתן הסברים למשפחה על אודות ההפרעה, ייעוץ לפי הצורך והדרכה בפתרון בעיות. בדיכאון קשה יותר או ממושך, מומלץ כיום לטפל באחת משלוש הדרכים שנמצאו יעילות במחקרים: פסיכותרפיה בין-קוגניטיבית-התנהגותית (CBT), פסיכותרפיה בין-אישית (ITP - Interpersonal Therapy), או טיפול תרופתי ב-Fluoxetine (המשווק בארץ תחת השמות פרוזק, פריזמה ופלוטין). במקרים קשים יותר, כמו דיכאון עם תסמינים פסיכטיים או דיכאון המלווה באובדנות קשה, יש לשקול אשפוז וטיפול בתרופות נוגדות פסיכוזה או טיפול בנועי חשמל (ECT), בהתאמה.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) הוא טיפול קצר מועד המתרכז בזהוי הנחות סמויות, תיקון עיוותי חשיבה, תיקון הפרעות בעיבוד המידע ושינוי בהתנהגות. טיפול זה הוא הטיפול הפסיכותרפויטי הנחקר ביותר, ולמעשה מדובר בקבוצה של טיפולים היונקים מאותן תיאוריות. טיפול זה, בשינויים המתחייבים, נמצא יעיל לטיפול בהפרעות נפשיות רבות.

פסיכותרפיה בין-אישית ITP – מבוססת על ההנחה שדיכאון נגרם וממשיך עקב בעיה ביחסים הבין-אישיים. קיימת גרסה למתבגרים (ITP-A). מטרתו העיקרית של טיפול זה הן הפחתת התסמינים הדכאוניים ושיפור התפקוד החברתי. למרות שטיפול זה הוא אחד הבודדים שהוכח כיעיל לטיפול בדיכאון במתבגרים, הוא עדיין בשימוש מוגבל בארץ.

ד"ר ארז ברנע, מומחה בפסיכיאטריה ומתמחה בפסיכיאטריה של הילד, מחלקת יום לנוער, המרכז לבריאות הנפש גוה. ד"ר גיל זלצמן, מנהל חטיבת ילדים ונוער ומנהל מחלקת יום לנוער, המרכז לבריאות הנפש גוה, מרצה בכיר, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

המעבר מגיל ההתבגרות לבגרות - רצף ושינוי

אור מאיה בן דוד



גורמים מארגנים בהתבגרות, הערכה קלינית בהתבגרות וסוגיות ייחודיות בטיפול בגיל זה

ד"ר לילי רוטשילד

והמשתנה, השינויים ההורמונליים והמיניות המתפתחות. בשלב ביניים של ההתבגרות (14-16), המשימה ההתפתחותית המרכזית מתייחסת לפרידה הפסיכולוגית מהיצוגים המופנמים של ההורים ויציאה למסע של פרידה מהמשפחה, לחיפוש יחסים חברתיים עם בני הגיל ויחסי אהבה. בהתבגרות מאוחרת (16-19), המשימה ההתפתחותית המרכזית מתארגנת סביב גיבוש זהות בהיבטים השונים שלה: פסיכולוגית, חברתית, מינית, תעסוקתית ולאומית.

והרגשיים המתפתחים תורמים לעיבוד שונה של קונפליקטים מוקדמים העולים שוב בשלב זה, ומספקים אפשרות לתיקון ולפתרון הולם של דילמות אלו. לפיכך, רק משהושלם תהליך ההתבגרות, נוסף ממד של קביעות ויציבות למבנה האישיות. Offer & Boxer (1991) מתארים שלושה שלבים במהלך ההתבגרות המתחילים מהשינוי הביולוגי ועוברים דרך פרידה פסיכולוגית מההורים לשלב של גיבוש זהות. המשימה ההתפתחותית בהתבגרות מוקדמת (12-14) היא ללמוד לקבל את הגוף הגדל

ה התבגרות מהווה שלב מעברי מילדות לבגרות ומאופיינת בשינויים התפתחותיים המחייבים איזון מחדש בכל תחום בחייו של המתבגר. השלב המעברי מונע ומושפע מיחסי גומלין בין תהליכים ביולוגיים, מוטיבים התפתחותיים פנימיים ודרישות חברתיות לגדילה ולהתבגרות. התהליכים המונעים מבפנים ומבחוץ מובילים לשינוי במבנים נפשיים פנימיים וביחסים בין הפרט לחברה. Erikson-I (1962) ו-Blos (1968) רואים בגיל ההתבגרות שלב מכריע בעיצוב האישיות. הכשרים הקוגניטיביים

מאחר שמדובר כאן במשימות התפתחותיות המתמידות לאורך כל התקופה ומשפיעות הדדית זו על זו, אתייחס לשלבים השונים כאל גורמים מארגים בהתבגרות.

בחלקו הראשון של המאמר אתמקד בשני השלבים המאוחרים, אמשיך בהערכה קלינית בהתבגרות ואסיים בתיאור סוגיות ייחודיות בטיפול בגיל זה.

בספרות קיים ויכוח האם גיל ההתבגרות כתקופה מעברית מערב משבר כפי ש-Blos מתאר, או שמרבית המתבגרים צולחים שלב זה ללא חווית שבר. מחקרי האורך של Offer & Offer (1975) מתארים כי רק חלק קטן מהמתבגרים מראים ביטויים של סערה (turmoil) המתבטאת לרוב בהפרעות התנהגות בבית ובבית הספר. לטענתם, מבנים מגובשים קודמים, משפחה אמפתית, יציבה ומשתפת פעולה כמו גם רקע סוציאלקונומי בטוח מקטנים את עוצמת המתח ומאפשרים צמיחה ונפרדות. מכל מקום, מרבית הכותבים מתייחסים לשלב כמעבר בלבד, ספקות וכאב. בנוסף, לכן, התהליכים החברתיים בחברה המודרנית המעברים שינויים מהירים וכוללים שבירת המסגרת המשפחתית, מגוון אפשרויות, נגישות גדולה יותר לתחומים מסכני חיים, הופכים את ההתבגרות לשלב מורכב מכפי שהיה בעבר.

גורמים מארגים בהתבגרות - שינוי ואיזון בין תלות לבין נפרדות ואוטונומיה

Blos (1962, 1979) היה זה שהגדיר כי זירת השינוי המרכזית בשלב ההתבגרות היא הצורך בניתוק מהתלות בהורים וממושאי אהבה אחרים, ומתוארת על ידו כ"תהליך אינדיבידואלי שני". במהלך תהליך זה מתקיים ניתוק מיחסי התלות על ידי התנגדות, לא רק מהאובייקטים הממשיים בהווה אלא גם ממושאי אהבה מופנמים מוקדמים. המרד בהורים משרת גם כהגנה מול החייאת הקונפליקט האדיפלי המתעורר שנית. בעקבות ההתנתקות נחלש האגו ולכן התסוגה המתבטאת בהפרעות התנהגות, קשוי למידה והפרעות אפקטיביות. ההכרה באובדן הילדות, אובדן התלות בטרם התפתחו כישורים מתאימים להתמודדות עם משימות הבגרות, מלווה אצל המתבגרים בפגיעות גבוהה של ארגון האישיות ובתחושות של ייאוש, זעם וחוסר ערך (Bleiberg, 2001). הדגמה לכך בדבריו של מטופל אשר בהסתכלות רטרספקטיבית על הכאב העוצמתי שחווה בגיל ההתבגרות, מסביר אותו כקשור להכרה שהתרחק מאמו ועברו שנים עד שהתפתחו קשרים עם בנות זו: "משהו יצא והרבה שנים שום דבר לא נכנס". לטענתו של Blos, סערה נפשית ותסוגה לא רק שהן נורמטיביות אלא חיוניות להתפתחות בריאה.

גילויי פסיכופתולוגיה בתקופה זו מתבטאים באופן שונה בקרב בנים לעומת בנות. בעוד בנות מראות יותר הפרעות של אינטליגציה כמו הפרעות פסיכוסומטיות ודיכאון, הבנים מראים יותר הפרעות

של אקסטרנליזציה כמו עבריינות. כמו כן, בעוד הבנים מראים יותר מבנות הפרעות התנהגות בילדות, בהתבגרות המגמה הפוכה. Gilligan (1991), מנקודת מבט פמיניסטית, הממקמת את הערכים והתפישות החברתיות כגורמים מרכזיים בהגדרת הזהות וויסות ערך, מניחה שבנות סובלות יותר בגיל ההתבגרות מדיכאון, הפרעות אכילה, סימפטומים דיסוציאטיביים וחווות מעצור נפשי, במידה רבה בגלל דרישה חברתית לשליטה ולהשתקת התשוקה. הסבר אחר להבדל המגדרי מייחס את הפער לקושי הרב יותר של בנות להיפרד, מאחר שהן קשורות יותר להוריהן. הסבר כזה ניתן למשל להתפתחות הפרעות אכילה הפורצת לרוב אצל בנות. כותבים רבים מתייחסים להפרעה הפורצת בגיל ההתבגרות כביטוי של הפרעה על הציר תלות-נפרדות ואוטונומיה, כאשר הסימפטומים מהווים דרך פסאדו אוטונומיות להשגת תחושת שליטה על צרכים. בעוד ההרעבה העצמית היא ביטוי לניסיון הנערה האנורקטית לעצור את התפתחות הנשיות ולמזער את ההזדהות עם האם, ההתנהגות הבולימית משקפת את האמביבלציה בין תלות לדחיית הייצוג האימהי.

פתרון הדילמה ההתפתחותית של תלות-עצמאות נשען על פתרונות מוקדמים של קונפליקט זה, אך קיימות גם חשיבות רבה לעמדת ההורים בשלב ההתבגרות כמו גם ליחסים הנרקמים עם בני הגיל.

העמדה ההורית

ויניקוט (1995) מדגיש כי המידה שבה מתבטאת פתולוגיה ומשבר במעבר מתלות מוחלטת בדרך לעצמאות, תלויה ביחסים ההדדיים בין הילד להורה ובכוננות ההורים לקבל אחריות לתהליך ההתבגרות. שאיפתו לעצמאות ומאבקו של המתבגר בהוריו זקוקה שיתמודדו איתה, זקוקה שתיונת לה ממשות על ידי פעולה של עימות. רק כאשר ההורים שורדים את העימות על ידי מתן כבוד למשאלות הנפרדות של המתבגר בצד הגבלות על ההתקפה, יחוש המתבגר חיים וחיות. "העימות הוא מין הכלה, שאין בה השבת מידה כנגד מידה ואין בה נקמנות" (עמוד 162). המתבגר ש"נצחונ" את ההורים הקדים לבוא, כאשר ההורה מוותר ומנמ מעימות, מאבד את האפשרות לצמוח לבשלות ומאמץ זהות כחבת בגילום שטחי של דמות מבוגר.

השינויים החלים במהלך גיבוש הנפרדות והזהות אצל המתבגרים אינם רק מושפעים אלא גם משפיעים על תהליכים נפשיים מקבילים אצל ההורים. תהליך ההתבגרות מעורר אצל ההורים תהליכים של בחינת עצמם, תהליכים לא מודעים של תחרותיות ומיניות וחוויות של התפכחות ואובדן (Bleiberg, 2001). התמודדות מותאמת של ההורים בתמורות בהותם משפיעה על תהליכי ההתבגרות אצל הילדים.

דוגמה לבעיה בהדדיות אצל מתבגרת בת 18 אשר תפשה את אביה כאובייקט אידיאלי, מסור ויודע כל, בעוד הקשר עם אמה נחוור כבעייתי. כשהתגלו

בקיעים בתפישתה זו היא החלה להתווכח עימו ולעמוד על דעתה. האב הגיב בביקורת ובדחייה. נואשת מתגובתו היא הפנתה את כעסה כלפי עצמה והחלה לכעוג בגופה. התקפת האב ונטישתו אותה על רקע מאבקה לנפרדות הובילו בהמשך לתקופה ממושכת של דיכאון.

יחסים עם בני גיל

בחשיבה הפסיכואנליטית, השקעה ביחסים עם בני גיל נתפשה לרב כהגנה במקורה, בכך שהיא משקפת הכחשה מפני צורכי התלות באובייקטי אהבה ראשוניים. אך נראה שמשתלבת כאן גם התנסות מעברית נורמלית מהמשפחה הקרובה לבני גיל ומהיחסים איתם ליצירת יחסים אינטימיים מאוחרים ולהתייחסות לחברה. המעבר בהשקעה הרגשית מהורים לבני גיל מתבטא בתחילה בעניין באחרים דומים אשר הקשר עימם מתקיים על בסיס הדדי, ודרך היחסים עימם מעוצבים דפוסי ויסות דחפים, עמדות מיניות, תפקידי מין וערכים חברתיים ומוסריים. בהתבגרות מאוחרת יש הערכה לאינטימיות אך כבוד גדול גם לעצמאות של כל אחד וירידה בצורך לקונפורמיות (Clarkin, 1997).

יחסים עם בני גיל יכולים לסייע לתהליך הנפרדות מההורים ולצליחתה כאשר יש קונפליקטים קשים עם הורים או כאשר ההורים נעדרים. אולם, לעתים בני הגיל מהווים גם מקור לקושי. למשל, כאשר קיימת דחייה, ביקורתיות ודרישה לקונפורמיות. עבור מתבגרים החשופים לחוויות אלו, כמו גם עבור מתבגרים הסובלים מקושי בהבנה ובמימונת חברתית, הצורך בתמיכה חברתית והצפייה לשילוב חברתי מבליטים את החריגות ואת תחושת הבדידות.

הגדרת הזהות

עבור Erikson (1968), גיבוש הזהות הוא הגורם המארגן המרכזי בשלב ההתבגרות. השינויים ההתפתחותיים גורמים לבלבול בעצמי, והמתבגר עובר משלב של בלבול בזהות במהלך גיל ההתבגרות ליצירת זהות מוגדרת בתחילת הבגרות. לגישתו, לחברה תפקיד חשוב בעיצוב זהות ולא רק ליחסי מתבגר-הורים, ולפיכך, הזהות המתגבשת מהווה שילוב של תחושת ייחודיות יחד עם תחושת המשכיות וסולידריות עם ערכי החברה. בתהליך הבירור המתבגר מנסה להתנסות בתפקידים שונים ולכן זקוק לתקופת מורטוריום מטעם החברה.

בהתבסס על מחקר, הוצע מיון רחב יותר משל Erikson, המגדיר ארבע עמדות שונות של זהות בתהליך המייצגות אף מדד לתקניות לעומת הפרעות בזהות (Marcia, 1980):

1. עמדת המורטוריום (moratorium) מייצגת את עמדת החיפוש והבדיקה של אלטרנטיבות בדרך להגדרת העצמי.
2. חסימה מתהליך הבירור (foreclosure) מתרחשת כשהמתבגר מתחייב לזהות מבלי שאפשר לעצמו



פסיכופתולוגיה התפתחותית

בכל שלב, כישורים חדשים, משימות התפתחותיות חדשות, לקוויות חדשות ואירועי חיים משפיעים על ההתפתחות. מאחר שהמערכת הנוטולוגית הקיימת אינה מביאה דיה בחשבון את הקונטקסט ההתפתחותי בהתוויית האבחנה, קיים קושי הן באבחנות על ציר אחד והן באבחנה של הפרעות אישיות. דוגמה לאספקטים של פסיכופתולוגיה התפתחותית באבחנה נמצאת בסקירתם של Graham & Rutter (1985) המצינים למשל כי בילדות הפרעת קונדקט (conduct disorder) באה במידה רבה עם ליקוי למידה, בעוד זו המופיעה לאשונה בגיל ההתבגרות לא מראה קומורבידיות כזו. ההבדל יכול להצביע על דינמיקה שונה להפרעה.

גם המופע של ההפרעות בהתבגרות אינו מתבטא בתמונה קלינית קלאסית, למשל בדיכאון. בגיל ההתבגרות הפרעות אפקטיביות אמנם מתבטאות בשינוי אפקטיבי אך פעמים מתלוות אליהן הפרעות התנהגות דמוי conduct, ללא ביטויים כאלה בגיל הילדות. מצב רוח אגיסטיבי שיכול לאפיין דיכאון בגיל ההתבגרות, קשה לעתים להבדילו מהכעס וההתנגדות אצל הפרעת הקונדקט. דמיון נוסף בין ההפרעות קיים בשכיחות הפנייה לשימוש בסמים ובנטיית האובדניות. אך שבהתבגרות מתפתחת היכולת הקוגניטיבית לאפיין את הסימפטומים של חוסר תקווה וחוסר ערך והמתנגרים יכולים להבחין בין יכולותיהם בתקופות דכאוניות לעומת תפקוד רגיל, יכולות אלו מאפשרות להם גם להשוות ולהסיט קשב ממצבי הרוח שלהם. למשל, על ידי נורמליזציה של הדיכאון בתיאור של שיעמום וחוסר שביעות רצון, או על ידי שימוש בסמים. באשר להתנהגות על פי מין, בעוד בטרם התבגרות יש דומיננטיות של הפרעות אפקטיביות אצל הבנים, הרי בהתבגרות כמו בבגרות יש דומיננטיות של נשים בהפרעה. אחד ההסברים לכך הוא שהפרעות אפקטיביות אצל גברים מושוות בהתנהגות אנטיסוציאלית וכשמביאים זאת בחשבון, השכיחות בין המינים זהה (Graham & Rutter, 1985).

לפיכך, אבחנה מבדלת בהתבגרות מחייבת הערכה כוללת המתייחסת לאספקטים התפתחותיים, מאפיינים קונסטרוקטיביים, דינמיקה משפחתית, אירועי חיים, יחסים עם אחרים משמעותיים, מבנה פסיכולוגי וגורמי מתח מצביים. נדרש שימוש במגוון כלים, כולל אומנה התפתחותית מפורטת, ראיונות קליניים ומבחנים פסיכולוגיים.

שיטות הערכה

ראיון קליני, כולל ראיון פרטני וראיון משפחתי להערכת הדינמיקה ודפוסי פתרון הבעיות. Kernberg et al (2000) מציגים את ה-Personality Assessment Interview (PAI), ראיון מובנה להערכת מבנה האישיות. התחומים הכלולים הם: ייצוגי עצמי ואובייקט, קוגניציה, אפקטים, יכולות

לנסיגה מול טראומה, ואף לנסיגה על רקע הדילמות ההתפתחותיות המעורבות בשלב המעברי. לעומת כותבים המסתייגים מאבחנה אישיותית בהתבגרות, מציגים Kernberg et al (2000) מחקרי אורך המראים שמהתבגרות לבגרות קיימת קביעות יחסית באפיונים ובמבנה האישיותי ולכן מציעים אבחנה אישיותית בהתבגרות. לעומת הפורמולציה הפנומנולוגית א-תאורטית, המתבטאת ב-DSM, הם מציעים פורמולציה דינמית המשלבת הערכה פנומנולוגית בצד אבחנה של מבנה האישיות. משתמע ממחקרי האורך, שהתמקדות באבחנה של מצב והימנעות מאבחנה, המתייחסת לאספקטים אישיותיים ולמבנה, עלולה לגרום לשלון טיפולי.

סוגיות באבחנה בהתבגרות - משבר התפתחותי, תסוגה או פתולוגיה

האתגר סביב מתן אבחנה מבדלת הוא ביכולת להבחין בין סימפטומים התפתחותיים מעבריים נורמלים, המעבירים לעתים סימפטומים כמו-גבוליים על רקע חולשות אישיות, לבין סימפטומים של הפרעה גבולית. Kernberg et al (2000) מציעים שהאבחנה המבדלת נשענת על חומרה נמוכה יותר של הסימפטומים ועל מידת הכרונות, וכמובן בזיהוי המבנים הפנימיים, כמו אופי ייצוגי העצמי והאובייקט ואופי מנגנוני ההגנה. למשל, בעוד שבהפרעה גבולית הייצוגים מעידים על רמת מובחנות נמוכה וללא אינטגרציה בין אספקטים חיוניים ושליליים, הרי שאצל מתבגרים שאינם סובלים מהפרעת אישיות, הייצוגים בעלי איכויות רב ממדיות ומובחנים. דוגמה לאבחנה המשלבת הערכה של מבנה ניתן למצוא בתיאורו של Bleiberg (2001) הפרעות אישיות בהתבגרות. לפי בלייברג, אצל המתבגרים הגבוליים, ההתרחקות מזולת משמעותי מתבטאת בתחושת אימה וזעם, על רקע חוסר גיבוש של ייצוגי עצמי וזולת. הפונקציה הרפלקטיבית, או היכולת למנטליזציה המתפתחת בהתפתחות נורמלית, מגנה על המתבגר במצב של מצוקה. היכולת לספק השערה חלופית בכדי לתת משמעות לתגובות של אחרים או של העצמי הופכת חוויות רגשיות אמורפיות לחוויות שניתן להכיל. בהעדר פונקציה זו מתבגרים גבוליים חשים מאוימים, בודדים, פגיעים או מוצפים ורק דרך פעילות פיזית-קונקרטיה הם מסוגלים לחוש שיש להם השפעה על אחרים. הפעלה של סכמות מוקדמות מובילה למאמצים לכפות על אחרים להתאים לתסריטים מוקדמים של יחסי קורבן-תוקפן, ובכך משחזרים תחושת דחייה ונטישה. מתבגרים גבוליים מפתחים דרכים לווסת זמנית מצבים של עוררות יתר וחוסר ויסות רגשי על ידי אוכל, סמים, אלכוהול, יחסי מין לא מבוקרים והתנהגות אובדנית. דפוסי אלה של יחסים והתנהגות הקיצונית לפרידת ההתבגרות אינם מאפיינים תהליכי התבגרות נורמליים.

להתנסות בתפקידים שונים, למשל כשמאמצים ללא בחינה את עקרונות וציפיות ההורים.

3. זהות דיפוזית (identity diffusion) משקפת זהות מבובלת. המתבגר אינו בשלב היחידוש ואינו מתחייב, נמנע מהכרעה.

4. השגת או גיבוש זהות (identity achievement) משקפת גיבוש זהות מוגדרת לאחר חיפוש.

Bleiberg (2001) עוסק בחוויה הסובייקטיבית תוך שהוא מתמקד בפגיעות הנרציסטיות הגלומה בהתבגרות, כמו: סיכון למבוכה ובושה, אשמה ושאלות מכאיבות על ערך עצמי. לדבריו, על מנת לגבש מבנה ארגוני חדש, ליצור כיוון ולגבש מערכת ויסות ערך עצמי, יש צורך בבחינה עצמית על ידי הליכה לקיצונות, על ידי עמדות אופוזיציוניות המתבטאות בנרציסטיות ובהתנשלות מול סמכות ההורים. הפונקציה הרפלקטיבית, תחושת העצמי כסוכן (self agency) ויכולות ויסות העצמי נפגעות בשלב זה, בגלל ההתפכחות וההתנתקות מההורים המקטינה את השפעתם כמודלים מופנים.

מכל מקום, היכולת לוויסות עצמי מופנמת במהלך הילדות, ומתבגרים נורמלים אינם חשופים לפגיעה נרציסטית קשה. מתבגרים אלה יכולים לפתח לקראת סוף השלב המעברי ייצוג אידיאלי הקרוב לתכונות המציאותיות שלהם, כמו גם לאפשרויות החברתיות הקיימות. הם יכולים לבנות מודל מנטלי של עתיד בר השגה ויכולים לנקוט בצעדים המתאימים להשגת מטרתם אלו, וצעדים אלה בתורם מובילים לתחושת קומפטיטיות גדלה והסתגלות אולם, כאשר למתבגר מגבלות פיזיות או לקוויות למידה, העיסוק הגדל בעצמם ובעתיד והחשיבות הגדולה הניתנת לנקודת המבט של הזולת חושפים אותו לדיכאון. כמו כן, כשהפתרון לפגיעות נרציסטיות מעוגן באליהיה של אומניפוטנציה, כמו אצל בעלי הפרעת אישיות, הם לוחמים לקראת מטרת בלתי אפשרית ומשחזרים בכך חוויות מוקדמות של כישלון (Bleiberg, 2001).

הערכה ואבחנה מבדלת בגיל ההתבגרות

סוגיית האבחנה בגיל ההתבגרות מורכבת, מאחר שתהליך ההתבגרות מלווה בסערה פנימית ובפגיעות גבוהה של ארגון האישיות

רפלקטיביות ואמפתיה. הם מתארים לדוגמה שבמבנה נוסף בתיאור העצמי, המתבגר יכול להתייחס למכלול אפיוני. הוא מכיר בסתירות פנימיות או אספקטים שליליים שלו ומראה יכולת וסקרנות להבין יותר את עצמו. בתיאור הזולת אנשים מתוארים כבעלי אפיונים מובחנים ושונים משל העצמי ועם תכונות חיוביות ושליליות, תכונות פיזיות ופסיכולוגיות. לעומת זאת, במבנה הגבולי, היחס של המתבגר לעצמו סותר ואספקט אחד של עצמו מוצג כאילו היה כל התמונה (לפעמים הוא מרגיש רק נבלא ובנטיבות אחרות רק נורא). הזולת נתפש במושגים של סיפוק, צורך, בעוד אפיוני הייחודיים של הזולת אינם מזוהים.

מבחנים פסיכולוגיים כללים מבחנים להערכת כשרים קוגניטיביים ומבחנים להערכת האישיות. חשיבות רבה יש להערכת תחום הלוקיות המבניות אשר עלולות לפגוע בהתפתחות ובהשגת המשימות ההתפתחותיות. למשל, נוכחותם של לקויות למידה ו-ADHD משפיעה על התפתחות מוקדמת, ובהתבגרות מפרעות לביטוס האינדיבידואליזם וליכולת לווסת ערך עצמי.

בין מבחני האישיות ניתן לראות מבחני אישיות המתבססים על דיווח עצמי כמו MMPI-A, ומערך מבחני אכנב: YSR לילדים (גילאים 11-18) ו-CBCL להורים ולמורים (גילאים 6-18). מערך מבחני האכנב מאפשר בחינת קיומן של למשל הפרעות החצנה לעומת הפרעות הפנמה, וגם בדיקה של מידת הדמיון והפער בין הדיווחים המתקבלים ממקורות דיווח שונים. שימוש במבחנים השלכתיים כמו TAT ומבחן החרשן חיוניים להערכה של מאפיינים ודינמיקה אישיותית, במיוחד במצבים שבהם אין תובנה להפרעה וכשיש נטייה להסתרה של קשיים. מדובר בכלים אשר מספקים מידע על פסיכופתולוגיה, משאבים ועל אספקטים מבניים כגון תפישת מציאות, שיבושים בחשיבה, יחסי אובייקט, מנגנוני הגנה, מידת התובנה, היכולת למנטליזציה. כלים אלה אף מכונים לסוג הטיפול המומלץ ולמוקדים הטיפוליים.

תהליך הערכה

כמו בכל התערבות טיפולית, מרכיב מרכזי שמור ליצירת הקשר ולביטוס הברית הטיפולית. חשובה ההכרה בנפרדות המתבגרים ותחושת שליטתם, בבחירה האם להמשיך בתהליך ובתכנים שבהם הם מוכנים לגעת. שילוב של מפגש ראשוני עם המתבגר ובסמוך מפגש משותף עם ההורים לא רק ידגיש את ההכרה בנפרדותו אלא גם את החיבור למשפחה. המגמה הנוגטיביסטית, שיטלה לאפיין מתבגרים, תתבטא בתהליך הערכה כמו גם בתחילת טיפול, בבחינה של הקלינאי על ידי פרובוקציות כדי לבדוק את העמדה שבה ינקוט, למשל עד כמה יאמץ עמדה סמכותית הורית. נקודה נוספת היא נושא הסודיות שהוא קריטי בעבודה עם מתבגרים. מומלץ לפני מפגש עם ההורים לבדוק במה המתבגר מוכן לשותף ובמה לא. גם שיחת סיום משותפת תענה על צורך זה (להרחבה: Meeks & Bernet, 1996; Pearson, 1997).

טיפול במתבגרים

היריעה קצרה מלאפשר דיון במניעה ובסוגיות ייחודיות בטיפול במתבגרים בהתאם לאבחנה, לכן אעסוק אך באספקטים כלליים המאפיינים טיפול במתבגרים.

המתבגר המגיע לטיפול מועסק בתכנים המעורבים בתהליך ההתבגרות. למשל, פחד מבדידות, איזון בין צורך באינטימיות לעומת צורך בעצמאות, פחד מביטוי דחפים ושאלות של זהות. מטרת הטיפול במתבגרים היא לספק מרחב למפגש ולעיבוד החוויות המעסיקות, כדי לאפשר צמיחה והתפתחות.

מאפיינים ייחודיים וקשיים בטיפול במתבגרים - קושי לבסס ברית טיפולית כמו גם קושי להתמיד בטיפול לאורך זמן בגלל הפחד מתלות, בולט בטיפול במתבגרים, בעיקר בראשית ההתבגרות. אולם, צעירים אשר בעבר פיתחו יחסים טובים עם מטפלים ואשר משפחתם מאשרת להם ליצור קשר עם מבוגר מחוץ למשפחה, מצליחים לבסס ברית טיפולית ולהתמיד (Meeks, 1997). בהמשך, באמצעות היחסים הטיפולים לומד המטופל שקשר וקירבה יכולים להיות אדפטיביים ומשרתים צמיחה.

שתיקה מבטאת לעתים חרדה מתכנים מסוימים, לעתים מהווה ביטוי של התקפה על התהליך ולעתים משקפת חוסר התפתחות היכולת למנטליזציה ולרפלקטיביות. כאשר מדובר במתבגרים שגדלו בבתיים בהם לא התאפשר מרחב לדיון אינטרסובייקטיבי ולפיתוח של עמדה רפלקטיבית, נדרשת עמדה אקטיבית של המטפל בעזרה להתפתחות של שיח כזה בטיפול. למשל, ביצירת תקשורת סביב תחומי עניין עבורם (כמו: ספורט, מחשבים) וזרקה ליצור שיח המערב התייחסות למצבים מנטליים. אקטיביות של המטפל נחוצה גם עבור מתבגרים המגיעים עם תחושה של בדידות וריקנות, כדי לא להותיר אותם עם חוויה של נטישה.

היעדרות ואיחור יכולים לשקף בתחילת הטיפול את בדיקת הגבולות והקושי עם התלות והמסגרת, ובשלב מתקדם יכולים להתקשר לחרדה מול התכנים העוצמתיים העולים ולתחום העברה.

שילוב התערבויות נדרש למשל בעת שילוב טיפול תרופתי או כשקיימת מחלה הזורשת ניטור פיזי, כמו בהפרעות אכילה. שילוב התערבויות על ידי אותו מטפל עלול לגרום למתבגר לראות בו כמפעיל שליטה או כ"קוסם" אומנטפוטנטי עם כוחות מגיים (Meeks, 1997), וגם לפגוע בחופש בעמדה הטיפולית של המטפל. לכן, מומלץ להפריד את התפקידים בין הפסיכותרפיסט לבין התפקידים האחרים.

עבודה טיפולית עם הורים

קיימים מספר מוקדים בעבודה עם הורים. מוקד אחד הוא בעיבוד התהליכים המעבריים הנפשיים שלהם, המתפתחים במקביל לתהליכי גיבוש הזהות ותהליכי הנפרדות אצל ילדם. מוקד אחר הוא הכלת הקושי של ההורים על רקע הברית הנרקמת בין

המטופל למטפל. מוקד נוסף הוא בהתמודדות בדפוסים משפחתיים פתולוגיים המקשים על תהליך האינדיבידואליזם של המתבגר, כמו חוסר מובחנות וחוסר גבולות בין דוריים. קושי עבור המטפל עולה כאשר ההורים מצפים ממנו לנקוט בעמדה הורית ולהתערב בקונפליקטים של יום-יום. המטפל עלול למצוא עצמו לכוד בין הצורך לשמר אמפתיה להורים לבין העזרה למתבגר ולהורים לקבל את הנפרדות שלו. לעתים יתאים לקיים פגישות משותפות של המתבגר עם ההורים כדי להעלות ולהתמודד עם תכנים הקשורים ליחסים. סטיג טיפולי כזה מומלץ גם כאשר המתבגר חרד למעורבות ההורים בתהליך הטיפול שלו. במצב זה, מפגש נפרד של המטפל עם ההורים עלול לפגוע במרקם היחסים ובברית הטיפולית עם המתבגר.

טיפול משפחתי

טיפול משפחתי הוא הטיפול המתאים כאשר כלל בני המשפחה זקוקים לעזרה בהתמודדות בתהליך השינוי שהמשפחה עוברת, כשהמשפחה מתמודדת עם הפרעה קשה אצל המתבגר וכשקיימים דפוסים פתולוגיים ביחסים במשפחה. לעתים זהו הסטיג הטיפולי היחיד המאפשר את כניסת המתבגר לטיפול, בכך שהוא מסית את הזרקור מהמתבגר ומעולמו הפנימי למרחב המשפחתי. דוגמה למוקד טיפולי בעבודה משפחתית היא עזרה במעבר מדגש על יסודות ותפקוד לרמת מובחנות גבוהה יותר, אשר תכונן לעסוק באינטרסובייקטיביות ובמצבים מנטליים של בני המשפחה.

עמדת המטפל

הידע על התהליכים המעורבים בהתבגרות, ההכרה שמדובר בפזה קריטית בגיבוש הזהות ותחושת השפעתו של המטפל על המטופל הרגיש לעזרת אחרים, יכולים לאיים על המטפל בתחושת האחריות הרבה שלו לבריאות הנפשית ולפעמים לקיומו של המתבגר. המטפל אף חשוף לעתים להתקפות של המטופל על ידי התנתקות, נסיגה ולעתים על ידי הפעלה וגיוסו לאמץ עמדה הורית. המטפל נדרש כאן לשרוד את "התקפות" המתבגר, להכיל ואף להשקיע בשמירת הקשר. Laufer (1996) מוסיף כי על המטפל במתבגרים להיות במגע עם זכרונותיו וחוויותיו שלו כמתבגר. רק עבודה על התבגרות המטפל, אשר תפגש אותו עם חוויות מוקדמות של חרדת אינדיבידואליזם ונטישה, תאפשר לו חופש פנימי לעבוד ולאפשר חופש למטופל בתהליך המשותף.

רשימה ביבליוגרפית מלאה שמורה במערכת

לילי חטשילד, PhD, החוג לפסיכולוגיה,

אוניברסיטת חיפה. בית חולים לילדים על שם

ספרא, מרכז רפואי שיבא, תל השומר

אמצע החיים - המעבר מהמחצית הראשונה למחצית השנייה של החיים

**על הפסיכולוגיה
הפיזיולוגית או הנורמטיבית
של אמצע החיים
והתמודדות עם המודעות
לסופיות כמשימה
ההתפתחותית העיקרית
של אמצע החיים**

ד"ר דני בקר

ברמה הביולוגית, אין ספק שהאירוע הדרמטי ביותר באמצע החיים הוא הפסקת המחזור אצל האישה, ביטוי לירידה בפעילות השחלות שמבשר על סוף חיי הפוריות שלה. אך ספק אם הפסקת המחזור היא האירוע המשמעותי במחצית השנייה של חיי האישה. בתקופה זו יש שפע של אירועים אשר משמשים כטריגרים ואשר הוכח מחקרית כי השפעתם גדולה לאין ערוך מהפסקת המחזור, כדוגמת: עזיבת הילדים את הבית, שינויים בגוף ובמראה החיצוני, התחלת קריירה שנייה (או ראשונה). גם ממחקר הנשען על התרשמות סובייקטיבית של נשים במחצית השנייה של חייהן מסתבר כי רוב הנשים טוענות כי להפסקת המחזור לא היה השפעה משמעותית על מהלך חייהן. בכל זאת, אי אפשר להתעלם מכך שהדיכאון והפסיכозה האינבולוטיבית (של גיל המעבר) היו שנים מנכסי צאן ברזל של הפסיכיאטריה ושל הגינקולוגיה. ספרי הגינקולוגיה של שנות ה-20 מלאו תיאורים על הסיבוכים הנפשיים הקשים הצפויים לאישה בהפסקת המחזור, אך מה שיותר מפתיע שגם תאורטיקניות פמיניסטיות, כמו הלן דויטש, בשנות ה-40 וה-50 של המאה שעברה, דיברו על חדילת האורח אצל האישה כמצב של אימפוטנטיות בהעדר יכולת להרות ולהוליד. מצב אימפוטנטי זה הוא היסוד לכל החוליים הנפשיים שנחשבו מתלווים לגיל המעבר אצל האישה, או בשמות פחות מחמיאים, גיל הבלות או הקמילה. שמות אלה משקפים במהותם תפישה מאוד פסימית לגבי המחצית השנייה של החיים אצל האישה.



פסיכופתולוגיה במעבר למחצית השנייה של החיים

הפרעת אישיות – כל סקר שבו נבדקה השכיחות של מתן אבחנה של הפרעת אישיות במחצית השנייה של החיים עמד על כך שאבחנה בציר II הולכת ופוחתת עם העלייה בגיל (של הפציאנט). ניתן למנות מספר סיבות:

הקריטריונים של הפרעת אישיות בכלים המקובלים מתאימים בעיקר לבני הנעורים והם אינם תואמים את אורח החיים של אנשים מאמצע חייהם והלאה.

בכל מה שנוגע להפרעות אישיות מ-Cluster B, הרי שיש ירידה משמעותית לא רק בשכיחות האבחנה כפי שהיא ניתנת על ידי מטפלים אלא גם בסקרים בקהילה. ההסברים מתמקדים בעיקר באחוז התחלואה והתמדתה הגבוהה שנמצא באוכלוסייה זאת, המוסבר בין השאר על ידי התנהגות מונחת סיכון האופיינית, שכיחות יתר של מחלות מין, שימוש בחומרים ושל נסיונות התאבדות.

הסבר יותר אופטימי לירידה באבחון הפרעות אישיות החל מאמצע החיים גורס כי עם השנים חלה הבשלה של מנגנוני ההגנה (מה שהוכח מחקרית) ולכן יש פחות שכיחות של אנשים הלוקים בהפרעת אישיות.

הגישה הביולוגית לסוגיה זו נשענת על כך שיש הידלדלות של תאים ושל מונו-אמינים ב-*reticular System*, מה שמסביר את הירידה בדחפים וכתוצאה מזה ירידה בעוצמה הקלינית של מאפייני הפרעת האישיות.

הפרעות באפקט – מעבר למאפיינים הקשורים לשינויים ההורמונליים, בהם דנתי לעיל, ניתן לאפיין את הסימפטומטולוגיה של הדיכאון החל מאמצע החיים בכך שלעיתים יותר קרובות לובשת צורה של ירידה קוגניטיבית (פסאודו דמנטיה) ויותר נוטה להתבטא בהסתגרות חברתית מאשר הדיכאון במחצית הראשונה של החיים.

כמו כן, באמצע החיים מתחיל שינוי בביטויים של הדיכאון ויותר אנשים מופנים לטיפול בשל תלונות סביב הגוף וכחות מופנים בשל הסימנים הקלאסיים של דיספוריה, תחושות אשמה וירידה בערך עצמי.

לעומתם, גלים של מאניה במחצית השנייה של החיים מסתמנים כיותר מאופיינים בעויות, איריטביליות ופרנויה מאשר בגילאים צעירים יותר. שכיחותם של גלים אלה הולכת ופוחתת באופן משמעותי לאחר המעבר למחצית השנייה של החיים.

הפרעות חרדה – הפרעות החרדה המופיעות במעבר למחצית השנייה של החיים מתלוות בדרך כלל לשינויים בגוף ובמצב הבריאות שמתרחשים בתקופת זו. שכיחות הפרעות

הדיכאון של גיל המעבר, או הפסיכозה של גיל המעבר, אופייני בכך שהוא יותר שכיח אצל נשים עם אישיות אנאנקאסטית והסימפטומטולוגיה היתה יותר מהגוון ההיפוכונדרי-ניהיליסטי. סקרים נרחבים שנוהלו בקרב הקהילה חשפו עובדה מפתיעה והיא כי דיכאון במושגים קליניים-פסיכיאטריים לא יותר שכיח בגיל 50 (הגיל הממוצע של הפסקת המחזור) מאשר בגילאים אחרים של האישה. לא רק זאת, אלא שבמידה שהדיכאון מתגלה בגיל המעבר, הוא אינו שונה מהותית מדיכאון שמופיע בכל גיל או מצב אחר מבחינה גנטית, מהלך, סמפטומטולוגיה, תגובה לטיפול או פרוגנוזה. ביטוי לגבי המפנה שחל בתפישת הדיכאון והפסיכозה בגיל המעבר בא לדי ביטוי בקלסיפיקציה הרפואית כאשר החל מ-ICD 8 ו-DSMIII הקטגוריות האבחוניות הללו לא הופיעו יותר (עד כמה שקלסיפיקציה רפואית היא ביטוי למציאות).

מחקרים חוזרים תרמו שני נתונים נוספים באשר להעדר הקשר בין דיכאון להפסקת המחזור. הנתון הראשון הוא כי כל ניסיון לטפל בהורמונים חלופיים בדיכאון שהתגלה בגיל המעבר הניב תוצאות דומות לאלו שהושגו עם מתן פלצבו. נתון שני הוא כי באותן נשים שלקו בדיכאון בגיל המעבר, אירועי חיים, בין אם חיוביים ובין אם שליליים, הם במתאם סטטיסטי הרבה יותר גבוה עם הופעת דיכאון מאשר העיתוי של הפסקת המחזור.

כיום הרפואה מזהה את התקופה שבין גיל 45 ל-50 המתאפיינת לרוב באי סדירות של המחזור והמכונה פרי מנופאוזאלית כתקופה שבה נשים יותר פגיעות מבחינה פסיכולוגית. בתקופה זו יש שכיחות יתר של סימפטומים פסיכולוגיים שלא מגיעים בחומרתם לכדי אבחנה של דיכאון. מדובר בירידה בדימוי העצמי ובביטחון, קשיים בריכוז, קשיי שנה וכדומה. ראוי לציין כי סוג זה של דיכאון מגיב יותר מאשר מצבים דכאוניים לטיפול הורמונלי חלופי בעיקר כאומננטציה.

בשלב זה עולה תמיד השאלה לגבי "גיל המעבר אצל גברים" כאשר ברור כי הדעיה ההורמונלית היא הרבה יותר איטית ואינה דרסטית כמו אצל נשים. הממצאים המחקריים (לא עקביים) הם כי אצל אותם גברים במחצית השנייה של החיים אשר נמצא כי יש ירידה בטסטוסטרון באופן משמעותי מתחת לנורמה, מופיעים מצבים דיסטימיים (לא דכאוניים קליניים) אשר לעתים מגיבים למתן להורמון גברי.

ייתכן שמה שמשותף בין גיל המעבר של הגברים וגיל המעבר של הנשים היא תחושת ה"שינוי", כאשר האישיות ומנגנוני ההתמודדות הם אלה שיקבעו אם תיווצר פסיכופתולוגיה.

החרדה יורדת בצורה הדרגתית עם הגיל ובולטת בעיקר השכיחות של תסמונת טרדנית-כפייתית.

שימוש בחומרים – ממצאים חוזרים בסקרים מצביעים על כך שהשיא בשימוש לרעה בחומרים הוא בגילאי 35-39 (פרט לאלכוהול שהשיא הוא ב-40-44). מגילאים אלה השימוש לרעה הולך ופוחת בצורה משמעותית מדי עשור.

גרף השימוש לרעה בחומרים ממכרים כמו קנאביס, קוקאין או אלכוהול מתנהג בצורה שמזכירה את העקומה שמתארת את שכיחות האבחנה של הפרעת אישיות מ-Cluster B במעבר מהמחצית הראשונה של החיים למחצית השנייה. לשתי התופעות יש הסברים אפשריים דומים. הראשון מתייחס להשערה כי יש תחלואה ותמדתה גבוהה יותר מזו של האוכלוסייה הכללית בקרב משתמשי חומרים. ההסבר השני הוא כי לקלינאים יש נטייה לא לייחס שימוש בחומרים לחולים ככל שהם יותר מבוגרים ואף לא לשאלו שאלות בנדון, בדומה לנטייה לא לאבחן הפרעת אישיות בקרב אנשים מעבר לאמצע חייהם.

סכיזופרניה – מחלת הסכיזופרניה לקראת המחצית השנייה של החיים מתאפיינת במעבר מתסמינים חיוביים לתסמינים שליליים בעיקר אצל נשים. עובדה אחרונה זו מוסברת בכך שלאטרוגרנים יש השפעה מסימת בהעלאת החוסן אצל נשים עד להפסקת המחזור.

כמו כן אצל חולים סכיזופרניים במחצית השנייה של חייהם יש עלייה בתסמינים דכאוניים ויש ירידה במצבם הקוגניטיבי בהשוואה לבני גילם. אין מחלוקת לגבי הירידה באירעות של סכיזופרניה עם העלייה בגיל, אך קיימת פלגותא סביב השאלה האם ייתכן שמחלת הסכיזופרניה תפרוץ לראשונה אחרי גיל 45. הדיון בסוגיה זו מעניין כשלעצמו כי הוא משקף את העובדה כי זה יכול לתמוך בדעה שיש שינויים שחלים עם הגיל אשר חלקם במגמה של הבשלה וחוסן. מאידך, על פי אנדראסן, לא ייתכן שסכיזופרניה תפרוץ אחרי גיל 45 כי מהות המחלה היא הפרעה בתהליך התפתחותי, והיות שעל פי תפישתה, החל מאמצע החיים מתקיים תהליך דגנרטיבי, מחלת הסכיזופרניה לא יכולה לפרוץ.

שתי אמירות אחרונות אלו לגבי הסכיזופרניה חושפות שתי דעות מקובלות לגבי ההתפתחות באמצע החיים. האחת שגורסת כי אמצע החיים הוא שלב התפתחותי אשר בסופו של דבר מביא להבשלה רגשית ולחוסן יחסית למחצית הראשונה של החיים. הדעה השנייה גורסת כי אמצע החיים מהווה נקודת שיא בחיים, גם מבחינה רגשית, וממנה והלאה יש רק הידרדרות וניוון. לכן נראה לי רלוונטי וחינוי לדון בשאלה זו בפרק האחרון של המאמר.

אמצע החיים - המעבר בין המעברים

"אנחנו מגיעים לאמצע החיים חסרי הכנה לחלוטין. גרוע מזה, אנו מגיעים מצוידיים בדעות קדומות, אידיאלים ואמיתות שהיו טובים עד לאותו שלב. אי אפשר להיות את אמצע החיים על פי התכנית של בוקר, כי מה שהיה כל כך משמעותי עד עכשיו יאבד את חשיבותו, והאמת של הבוקר תהפוך לטעות של הערב" (ק.ג. יונג)

המעבר מהמחצית הראשונה למחצית השנייה של החיים הוא המעבר בין המעברים. הוא טומן בחובו את השינויים הכי רדיקלים שיכולים להתרחש בין תקופה אחת של החיים לתקופה שנייה. אין זה משנה אם יהיו כאלה שיגדירו את המעבר כהגעה לשיא של אמצע החיים שממנו והלאה יש רק הידרדרות והצטמצמות, או כאלה שיראו במחצית השנייה של החיים תקופה של צמיחה וגדילה, שלב התפתחותי כמו כל שלב אחר. בכל מקרה המעבר מהבגרות המוקדמת לבגרות המאוחרת כרוך בשינויי פרדיגמה בכל שטח בחיים, כאשר דווקא השינויים ההדרגתיים בגוף, שמראה סימני הזדקנות, הם הזניחים. השינויים העיקריים קשורים לתפישה של עצמנו ושל העולם, הם אלה שקשורים לנפש. בשינוי פרדיגמה אני מתכוון לומר כי השתלבות חברתית, הישגים כלכליים, מתן תמיכה חומרית ורגשית הם, בין השאר, משימות התפתחותיות נכונות של המחצית הראשונה של החיים. להתמיד בהם כציר מרכזי במחצית השנייה של החיים מוביל לעיתים קרובות לבעייתיות, היות שאלו משימות שנעשות תמיד על חשבון הזהות העצמית ומימושה, אשר היא משימה המרכזית של המחצית השנייה של החיים.

בשל השונות הגדולה שיש בין אנשים אשר הגיעו לשנות ה-40, ה-50 וה-60 לאור התפתחותם בצירים השונים (גופנית, תעסוקתית, משפחתית וכו'), קשה להגדיר טווח גילאים שבהם מתרחש המעבר בין המחצית הראשונה למחצית השנייה. המטלה המרכזית, אכן הדרך המסמנת את אמצע החיים, היא המודעות לסופיות כחוויה אישית. החוויה של הסופיות כמשהו שנוגע לפרט באופן אישי משנה את תחושת הזמן ומחייבת מעבר מהנעורים (לרבות הבגרות המוקדמת - גילאי 20-30), לאורכם יש

"אמונה" שהכל פתוח והכל תלוי ברצונותינו ובהשקעותינו, לחוויה של המחצית השנייה של החיים, שבה יש מודעות למגבלות. המילה "אמונה" חשובה כי ביסוד, מצבנו הקיומי לא משתנה מיום היוולדנו. הסופיות, הרוע, החולי וכל מה שמכיל בתוכו את האין מסתמן כבר בילדות, אלא שבתודעה של האיש במחצית הראשונה זה נחוה כחסר משמעות מבחינה אישית. אנחנו נראה כ"נורמלי" שאיש בן 45 נחרד ואף מדוכא לאורך כמה שבועות מכך שבן גילו בעבודה חלה, ולא נראה זאת כ"נורמלי" אם בגיל 25 צעיר יפתח תופעות דומות בשל מוות של שכנה בגילו. הפער בין שתי החוויות לא נשען על ניתוח הסטטיסטי של הסיכויים לחיות, אלא על המשמעות האישית שמוחסת למציאות.

ניתן מכאן להסיק שמי שמתמודד היטב עם המשימה התפתחותית העיקרית של אמצע החיים, המודעות לסופיות, סופו של דבר שיעשה מערכת של בחירות מחודשות, לאו דווקא דרמטיות. הבחירות לא אומרות להיות מהסוג של פיזיקאי שפותח בוטיק למוצרים צמחוניים אלא יכולות להיות מהסוג של עקרת הבית שממשיכה לעסוק בקרמיקה כמו בעבר אלא שהיא עושה זאת ממקום נטול אשמה על כך שהיא צורכת משאבים של כסף, זמן ותשומת לב על חשבון המשפחה. דוגמה אחרת לבחירה מחודשת יכולה להיות של המנהל אשר מעבר לעניינו בשורה האחרונה של הייצור והרווח, מודע גם להשקעה ביחסי אנוש ובמסר שהוא רוצה להותיר לאלה שיבואו אחריו.

כמו כן ברור שהבחירות שנעשות באמצע החיים, למרות התחושה שהאפשרויות הן יותר מצומצמות, תהיינה יותר נכונות כי הן נובעות מהיכרות יותר אינטימית עם עצמנו ועם העולם המקיף אותנו. לא מדובר ב"להתחשב במגבלות" אלא ב"ניצול היתרונות" של המחצית השנייה של החיים: ההכרה היותר טובה של המאויים, האומץ לממש אותם, חוכמת הניסיון המצטבר ותחושת השליטה שמתלווה אליו.

כאן גם ניתן למצוא חלק מהיסודות של פסיכופתולוגיה אפשרית במעבר למחצית השנייה של החיים. מי שיתקשה להתמודד עם התחושה של הסופיות יכול לחוש ש"אם כך זה מסתיים - מה הטעם?" ועלול לשקוע לדיכאון ברמה כזאת או אחרת, או שאישיותו ותפקודו ילכו ויצטמצמו, תופעה מוכרת גם אם לא תמיד ניתנת להגדרה במושגים קליניים. בקוטב השני יש מי שמול הצורך להתמודד עם תחושת הסופיות ייכנס לבולמוס של עשייה ושינויים, שגם אם לא תמיד יכולים לזכות להגדרה קלינית, יש בהם ממד של הפרעה הסתגלותית משמעותית.

בכל זאת נשאלת השאלה האם משבר אמצע החיים, Midlife Crisis, קיים או שמדובר במיתוס? מפתיע עד כמה שהמושג, הזה שהוא נחלת הכלל ברוח, זוכה להתעלמות מצד הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה האקדמית.

התיאוריה המקובלת לגבי משבר אמצע החיים (מושג שהוטבע בשנות ה-60 של המאה שעברה) היא שהמשבר מתרחש בין גיל 37 ל-42 עם סטייה של שנתיים-שלוש לכל כיוון ומהותו העיקרית היא בדומה למה שתיארת לעיל, המפגש עם התסכול שה"חלום", כפי שהוטווה בנעורים, לא יתממש במלואו, מה שגורר בדיקה מחודשת של הערכים, העקרונות והמאויים בכדי ליצור "חלום" יותר מציאותי. יש הרבה ביקורת כנגד תיאוריה זאת בעיקר בגלל שהיא לא נשענת על מחקר רחב אלא על מספר עבודות מצומצם אשר בדקו בעיקר מאפיינים של גברים לבנים משכבה סוציאקונומית בינונית ומעלה. לעומת זאת, מחקרים אחרים אשר סקרו אוכלוסיות רחבות מצאו כי מאפיינים של משבר אמצע החיים ניתן למצוא באותה שכיחות בגילאי 20, 30 ובאותה מידה בגיל 60 ו-70.

נראה לי שיש כאן הטיה הנובעת מההתמקדות בביטויים ההתנהגותיים או התפקודיים ולא בתחושות הסובייקטיביות של הפרט. אמצע החיים זו תקופה שבה אנשים מגדירים את עצמם מחדש ברצף שבין נעורים לזיקנה, בין גבריות לנשיות, בין חוויה של בנייה לבין תחושות של הרס, בין רצון להשתלב ולהשתייך לבין נטייה להינתק ולהתמקד. תהליך זה הוא אוניברסלי ורוב האנשים במעבר למחצית השנייה של החיים חווים סערה נפשית פנימית אשר לא נותנת אותותיה מבחינה התנהגותית ותפקודית אך כתוצאה ממנה חלה התפתחות במובן של הבשלה וצמיחה כמו בהתבגרות או כמו בכל שלב מעברי אחר בחיים.

מבחינת הטיפול, לכאורה, אין התייחסות אחרת ברמה התרופתית או הפסיכותרפוטית להפרעות פסיכיאטריות אצל אנשים במעבר בין המחצית הראשונה לשנייה של החיים. יחד עם זאת הארכתי בתיאור הפסיכולוגיה הפיזיולוגית או הנורמטיבית של אמצע החיים מתוך הנחה שיש להתייחס לגילאים אלה כאל תת תרבות, שיש להכיר את מאפייניה על מנת שהאבחון וההתייחסות הטיפולית יהיו related לתרבות זאת.

ד"ר דני בקר, פסיכיאטר ופסיכותרפיסט, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש באר יעקב, נס ציונה, מרצה בבית הספר לרפואה והתכנית לפסיכותרפיה באוניברסיטת תל אביב

במעגל חיי האישה, שלב המעבר מתקופת הפוריות לשלב האי פוריות הוא שלב צפוי וטבעי. העידן המודרני מתאפיין בסגירתו לעוברים, ולכן אובדן הפוריות מסמל את אובדן הנעורים ומתקבל כשלב לא תמידי רצוי. רוב הנשים חוות תקופה זו בחייהן ללא סימפטומים פיזיים ואו נפשיים ניכרים, אולם קיומן של דעות קדומות ופחדים עלולים להשפיע לרעה.

הפסקת פעילות של בלוטות או איבר בגוף נתפשת ברפואה כמחלה הדורשת טיפול או התערבות רפואית. לגבי שלב זה בחיי האישה קיימות תפיסות שונות ועימן גם גישות טיפוליות שונות. יש הטוענים שמדובר במחלת חסר (חסר באסטרוגן) או "כשל שחלתי" הדורשת טיפול הורמונלי חלופי, ויש הטוענים כי מדובר בתהליכים פיזיולוגיים ולא במחלה וכי רק במקרים של סימפטומים קשים יש להתערב תרופתית.

מעבר האישה לגיל המעבר מתרחש בסביבות העשור החמישי לחיים כשהתהליך מתאפיין בהפסקה הדרגתית של השחלות לייצור ולהפריש את הורמוני המין הנשיים. ההתעניינות הגוברת בקרב נשים, רופאים ואמצעי התקשורת בתקופת גיל המעבר קשורה הן למידע הרב

ה-FSH ו-LH. ממצא מעבדתי זה הוא אופייני אך לא קבוע (היות שחלק מהמחזורים יהיו עדיין מלווים בביצין ולכן עם ערכים תקינים). לאי סדירות במחזורים החדשיים נלווים לרוב גם סימפטומים פיזיים ונפשיים אשר נחווים באופן שונה מאישה לאישה. השוני בביטוי יהיה גם בין שכבות אוכלוסייה שונות ותרבותיות שונות. תקופת ה-Perimenopause נחשבת לתקופה בעלת סיכון גבוה להתפתחות ואו המחמרה של בעיות נפשיות, אך חשוב לזכור שרוב הנשים לא חוות בתקופה זו בעיות נפשיות חמורות. תקופת ה-Perimenopause מסתיימת שנה לאחר הווסת האחרונה, אז מתחילה תקופת ה-post menopause, תקופה שמבחינת סימפטומים (יותר הנפשיים) נחשבת לתקופה יציבה יותר ונחזרה למצב הנפשי המוכר לאישה. menopause משמעותו ביונית הפסקת המחזור החדשי והכוונה היא לזמן שבו מתרחשת הווסת האחרונה. על קיום הווסת האחרונה יודעת האישה רק לאחר שנה.

הסימפטומים האופייניים לתקופת ה-Perimenopause

הסימפטומים בתקופה זו נחלקים לשלוש קבוצות עיקריות: **סימפטומים חזומטוריים** – גלי חום, הזעות, עלייה

נפשיות בהריון, לאחר לידה, תסמונת קדם וסתית ותופעות נפשיות קשות בגיל המעבר. כדי לדעת אם אישה נמצאת בתקופת ה-perimenopause, יש לברר את הנקודות הבאות: **ל** גיל האישה.

- ל** אי סדירות בשכיחות הווסת.
- ל** עלייה ברמת ה-FSH (יש לבדוק את ההורמונים בדם בין היום השני לשלישי לווסת).
- ל** עלייה ברמת ה-LH.
- ל** ירידה ברמת ה-E2.
- ל** סימפטומים שכיחים: גלי חום והזעות (בעיקר בלילה), הפרעות שינה, הפרעות בזיכרון וריכוז, שינויים אפקטיביים.
- ל** בדיקת תפקודי בלוטת התריס (הפרעות בתפקוד יכולות ליצור סימפטומים דומים).
- ל** כדאי לשים לב לדמיון הקיים בין סימפטומים של גיל המעבר לסימפטומים של דיכאון.

הפרעות שינה

בניגוד לדעה הרווחת כי גלי חום הם הסימפטום הראשון המסמל את תחילת גיל המעבר, דווקא הפרעות בשינה הם אחד הסימפטומים השכיחים ביותר והראשונים להופיע בתחילת תהליך ה-Perimenopause. הפרעות בשינה יכולות להופיע גם לפני הופעת אי סדירות בווסת. התלונה העיקרית

המעבר לגיל המעבר

משמעות הכניסה לגיל המעבר בנשים, הסימפטומים האופייניים לתקופת ה-Perimenopause וה-Postmenopause והאם קיים מצב דומה בשם Andropause בגברים ד"ר ציפי דולב

שקיים לגבי השינויים הקורים בתקופה זו והן להארכה הניכרת בתוחלת החיים במאה האחרונה. היות שתוחלת החיים עלתה בממוצע בכ-30 שנה, מרבית הנשים יעברו את תקופת גיל המעבר ויחיו עוד כשליש מחייהן לאחר מכן. שלב זה של החיים זכה לכינויים שונים כמו "גיל הבלות", "גיל האמצע" "קלימקטוריום" ועוד. המונחים המקצועיים המקובלים כיום לתקופה זו הם MENOPAUSAL TRANSITION או PERIMENOPAUSE. למה הכוונה? מדובר בתהליך דינמי שמתרחש בממוצע במשך כארבע-חמש שנים, בסביבות גיל 47-52 ומתאפיין בעיקר בתחילתם של מחזורי וסת לא סדירים כביטוי לאי סדירות בפעילות השחלות. הפרשת האסטרוגן והפרוגסטרון יורדת ועימה חלה עלייה בהפרשת

בדופק הלב. **סימפטומים אורוגניטליים** – יובש בנרתיק, דלקות שלפוחית השתן, דימומים וגיליים. **סימפטומים נפשיים** – עצבנות, דיכאון, הפרעות שינה, הפרעות בזיכרון, ירידה בחשק המיני. חלק מהנשים יסבול בעיקר מסימפטומים פיזיים, חלקן בעיקר מסימפטומים נפשיים וחלקן גם מסימפטומים פיזיים וגם נפשיים. עוצמת הסימפטומים משתנה בין נשים אשר אינן זקוקות כלל להתערבות טיפולית עד לנשים החוות את הסימפטומים באופן חמור הדורש התערבות טיפולית. המחקרים האחרונים מנסים לבדוק האם קיימת תת קבוצה של נשים בעלות רגישות גבוהה לשינויים הורמונליים. ההנחה היא אם אכן קיימת תת קבוצה כזו, נמצא בה יותר נשים הסובלות מהפרעות

היא בירידה בשעות השינה ולכן יקיצה מוקדמת בבוקר ובשינוי באיכות השינה. אחד מההסברים השכיחים להפרעות בשינה הוא ירידת האסטרוגן שגורמת להופעת גלי חום ולהזעות הליליות, שיגרמו להפרעות בשינה (תיאוריית הדומינו). אך הסבר זה נכון בחלקו אולי רק לגבי נשים הסובלות מגלי חום, בעוד שהפרעות שינה נראה גם בנשים ללא גלי חום. אחת הטענות היא ש"גורמים אחרים" מפריעים לשנה בתקופת גיל זו, כגון: תכיפות במתן שתן, APNEA תופעה שכיחה בגיל זה, RESTLESS LEGS, עלייה ברגישות לרעש, אלכוהול, קפה, סיגריות ותהליכים פסיכולוגיים הקשורים לשלב המעבר (HOT FLASHES AND SLEEP/MENOPAUSE 2006). כיצד מטפלים? עבודות אחרונות מראות על יעילות בטיפול בהפרעות השינה באמצעות תרופות

מיניות

תקופת גיל המעבר באישה משפיעה על האספקטים הפיזיים, הנפשיים והבין-אישיים בחיי האישה, ועל כן תהיה גם השפעה ניכרת, חיובית ושלילית, על המיניות.

המשמעות של כניסה לגיל המעבר משתנה בין לאישה לאישה, אך לרוב הנשים המעבר לשלב אי הפוריות מסמל זיקנה ומחשבות על סוף החיים. מצבי דכדוך ו/או דיכאון שכיחים בתקופה זו, גם בנשים שלא חוו דכאוניות בעבר. בנוסף לכך, תופעות חומטוריות האופייניות לשלב זה, יובש בנרתיק, הפרעות שינה והפרעות קוגניטיביות – כל אלו יחד חוברים להשפעה שלילית על מיניות האישה.

ההורמונים הנשיים, אסטרוגן ופרוגסטרון, זכו לתשומת הלב בהיותם קשורים למיניות האישה.

מתברר שגם ההורמון הזכרי טסטוסטרון, שיוצר עם הגיל, אחראי על התשוקה המינית והוא ממשיך להיות מופרש (אמנם בכמות מועטה יותר) גם לאחר הפסקת הפרשת האסטרוגן מהשחלות.

ביגוד למספר עבודות המראות ירידה במיניות בתקופת גיל המעבר, מוצגות מספר עבודות המראות תוצאות הפוכות, מאי שינוי ועד עלייה במיניות (Menopause 2006). כמה מהחברים לכך נעוצים מהירידה לחשש להריון, מנשים שלא סבלו מתופעות פיזיות ומנשים שהגיבו נפשיית באופן חיובי לשלב זה בחיים.

הקוגניטיביים? נשים מגיל המעבר והלאה נמצאות בסיכון גבוה יותר למחלת האלצהיימר ביחס לגברים בני אותו גיל ביחס של פי שניים עד שלושה. הוכח בבעלי חיים שלאסטרוגן יש השפעה חיובית על המוח במובן של brain-enhancing effects כמו עידוד התחדשות תאי עצב, שיפור זרימת דם בקרוטיס ועוד.

בבני אדם, התשובות הן מורכבות יותר. מצד אחד הוכח שיפור בתפקודים קוגניטיביים על ידי מתן אסטרוגן לנשים בגיל המעבר שסבלו מגלי חום, ומצד שני לא הוכח שיפור בנשים ללא סימפטומים (Yaffe et al. 1998).

מחקר ה-WHINS (women's health initiative memory study) גייס כ-4,500 נשים בגיל המעבר כשהמשתתפות נבדקו בכניסתן למחקר ולאחר שנה. התוצאות הראו שלנשים אשר טופלו בהורמונים היה סיכוי גדול יותר לדמנציה מאשר לאלו שטופלו באמצעות פלצבו.

קיימת אפשרות שהשפעת הטיפול באסטרוגן על היכולת הקוגניטיבית תלויה במועד התחלת הטיפול ההורמונלי בגיל המעבר. הגישה הרווחת כיום היא שקיים חלון הזדמנויות צר למדי ובמידה שהטיפול ההורמונלי לא הוחל מיד עם הפסקת הפעילות השחלתית, לא ניתן ליהנות מיתרונות הטיפול באמצעות הורמונים.

מקבוצת ה-SSRI.

טיפול ב-CITALOPRAM וב-FLUOXETINE, בקבוצת נשים בגיל המעבר הסובלות מסימפטומים פיזיים ונפשיים, הראה יעילות בשימוש בעיקר ב-CITALOPRAM לגבי הפרעות שינה (J.MENOPAUSE 2005).

טיפול ב-ESCITALOPRAM בסימפטומים שונים של גיל המעבר הראה יעילות טובה גם בהשפעתו על שינה (J.MENOPAUSE 2006). לסיכום, עדיין לא לגמרי ברור עד כמה הפרעות שינה אכן קשורות קשר ישיר לשינויים ההורמונליים בתקופה זו של חיי האישה.

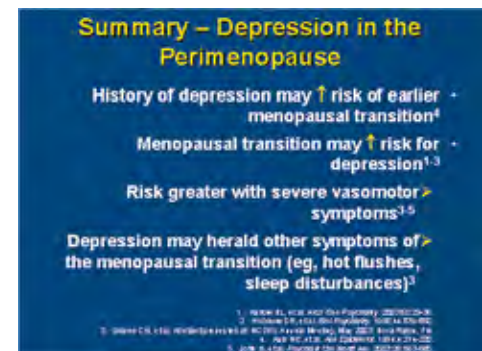
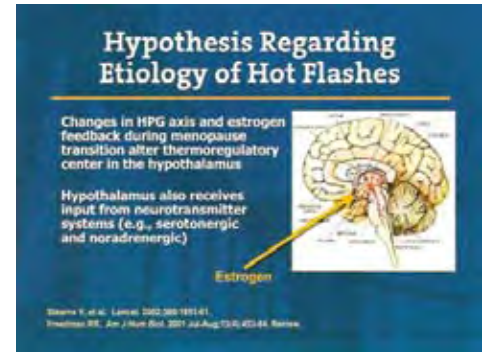
"Women's sleep in health and disease: epidemiologic data indicating which proportion of sleep disturbances in middle age women is directly linked to the menopause is lacking" (J.Psych Research 2004)

הפרעות קוגניטיביות

תפקודים קוגניטיביים נמצאים בסימן ירידה עם התקדמות הגיל. התלונות השכיחות ביותר הן:

- memory lapses for common things
 - Lack of focus and attention
 - Inability to multitask effectively (brain-fog)
- האם לאסטרוגן תפקיד בשמירה על התפקודים





העזרה הטיפולית אכן מורכבת: החל בטיפול שמטרתו להעלות את רמות הטסטוסטרון (בגל, במדבקות, או משולב ב-HRT כמו הלייל), או שימוש בתרופות נוגדות דיכאון (כשאחת מתופעות הלוואי יכולה להיות ירידה במיניו) או טיפולים פסיכותרפטיים שמטרתם לעזור לאישה להתמודד עם שלב זה בחיים.

גלי חום

גלי חום בתקופת גיל המעבר הם אחת התלונות השכיחות ביותר (כ-80 אחוז) ומזוהות עם תקופה זו בחיי האישה. אצל כ-40 אחוז מהנשים הסובלות מגלי חום, התדירות והעוצמה מפריעים למהלך תקין של החיים ויגרמו להפרעות שינה, לירידה בריכוז, לירידה בתפקוד, לעצבנות ולדיכאון.

גל חום נמשך לרוב שלוש-ארבע דקות, קודמת לו לרוב תחושת אזהרה הדומה לתחושת חרדה.

יש נשים המדווחות על גלי חום רק בלילה או רק בשעות הבוקר המוקדמות, או בכל היממה.

שינוי במצב הנפשי, כמו התרגשות, מתח, חרדה, יכולים להוות טריגר להופעת גלי חום, או להעצים גלי חום קיימים.

למרות שכיחותם והיותם סימן ההיכר לתקופת גיל המעבר, לא ברור לגמרי התהליך הגורם להיווצרותם. עד לפני שנות ה-70 עדיין יוחסו גלי החום לתגובה היסטורית של האישה

שאיבדה את פוריותה, אולם מתחילת שנות ה-70 הבינו חוקרים שגלי החום היו מלווים בשינויים פיזיולוגיים בולטים (האצת דופק, הלב, עלייה בחום הגוף בפלג הגוף העליון, שינוי בתנגודת החשמלית דרך העור), ולכן הגישה להבנת גלי החום השתנתה מהסימפטום ההיסטרי לסימפטום פיזיולוגי.

מהם הגורמים? המידע שיש בידנו כיום הוא לא רב. גלי חום מתרחשים אצל נשים בתהליך של ירידת האסטרוגן, והוספת אסטרוגן גורמת להפסקת גלי החום. תהליך זה גרם להנחה שלאסטרוגן תפקיד חשוב ביצירתם. אולם, רק ירידת אסטרוגן לבדה לא מסבירה דיה את היווצרות גלי החום, זאת כי אין קורלציה בין גלי החום לבין רמות האסטרוגן בדם. לדוגמה נמצא שאין הבדל ברמות האסטרוגן בדם בין נשים עם גלי חום ונשים ללא גלי חום. לכן, ירידה ברמות האסטרוגן היא גורם חשוב בהסבר היווצרות גלי החום אך התהליך מורכב ממשנתים נוספים.

אסטרוגן משפיע על הגברת ייצור הסרטונין ומעלה את העברת הסרטונין לתאי העצב.

ידועה השפעתו של סרטונין על מרכז יסודות החום במוח. ידוע גם על תפקידו של הנוראדרלין על מרכז יסודות הטמפרטורה ונמצא שרמות הדם של MHPG (המטבוליט העיקרי של נוראדרלין) גבוהות באופן משמעותי יותר בנשים עם גלי חום מאשר בנשים ללא גלי חום.

SSRI/SNRI לטיפול בגלי חום

השימוש בתרופות למטרות אחרות מהמטרה לשמן הן נוצרו קיים ברפואה ולרוב הגילוי הוא מקרי. נשים חולות בסרטן שד, שסבלו מדיכאון וטופלו בתרופות נוגדות דיכאון, דיווחו על הקלה בגלי החום. ממצא זה הביא חוקרים שונים להתעמק באפשרות טיפולית זו בגלי החום.

עבודת המחקר הידועה ביותר נעשתה לגבי הטיפול ב-venlafaxine ופורסמה לראשונה בשנת 2000 (Loprinski et.al, Lancet) ומאז פורסמו עבודות נוספות לגבי תרופה זו. המסקנה העיקרית היתה שהמינון האפקטיבי ביותר היה של 75 מ"ג והירידה בתדירות ובעוצמת גלי החום היתה ב-61 אחוז לעומת 21 אחוז פלצבו. יש לציין שזמן השפעת הטיפול היה קצר יחסית ועמד על עשרה ימים עד 14 יום. עבודות נוספות נעשו לגבי תרופות אחרות מקבוצות אלו, אחת הידועות היא לגבי paroxetine במינון של 20 מ"ג, שהראה יעילות של 51.7 אחוז לעומת 26.6 אחוז פלצבו (Stearns et al./j.clin oncol, 2005). גם Cymbalta הראתה יעילות בהפחתת גלי חום כפי שפורסם ביוני 2007 (h.joffe/j.clinical psychiatry). חשוב לזכור שנשים חולות סרטן שד הנוטלות

Tamoxifen אינן יכולות להשתמש ב-paroxetine וב-fluoxetine עקב פעילותם על אנזימי הכבד. אחת השאלות שהועלו לנוכח השפעתן של תרופות אלו על גלי החום היא האם לא מדובר למעשה על השפעתן על הדיכאון וכתוצאה מכך על גלי החום. התשובה היא שלילית זאת משלוש הסיבות הבאות: 1. בקבוצת הנשים שנבחרו למחקרים נשלל קיום דיכאון. 2. המינון שלהם השפיע על גלי החום הוא מינון נמוך יותר מהמינון הניתן לטיפול בדיכאון. 3. זמן השפעת התרופה היה מהיר הרבה יותר מהמצופה בהשוואה לזמן השפעתה בטיפול בדיכאון.

מסקנות: אסטרוגן עוזר להפחתת עוצמת ושכיחות גלי חום בכ-90 אחוז; תרופות מקבוצת SSRI/SNRI יפחיתו גלי חום בשיעור של 50-60 אחוז ביחס לפלצבו – 23 אחוז.

כמו כל טיפול רפואי, אין פתרון שהוא יעיל לכולם ועדיין לא ניתן לחזות מראש לאילו נשים יעזור הטיפול בתרופות נוגדות דיכאון ולאילו לא. יש נשים שיגיבו מהר וטוב לטיפול, נשים שלא יגיבו כלל, וקיימת קבוצה קטנה שתגיב דווקא בהחמרה של גלי חום.

בגברים נצפה גם בגלי חום במקרים של סרטן הפרוסטטה שטופל ב-androgen ablation therapy. גם אצל גברים טיפול בגלי חום באסטרוגן יהיה אפקטיבי באותו מידה כמו בנשים. Studies מצביעים על יעילות זהה בטיפול בגלי החום בגברים ובנשים בתרופות מקבוצת ה-SSRI/SNRI.

דיכאון

דיכאון (Major depression) שכיח בנשים פי שניים יותר מאשר בגברים. כמה מההסברים לשכיחות הגבוהה יותר בנשים מיוחסים לשינויים ההורמונליים שאותם עוברת האישה במהלך חייה.

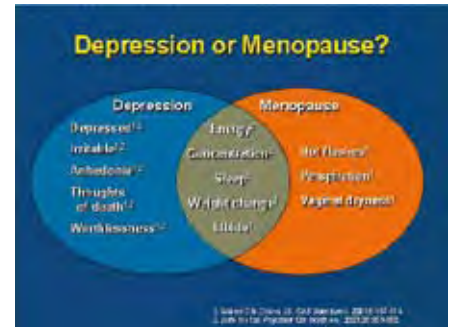
המעבר לגיל המעבר ידוע כתקופה עם עלייה בסיכון לסימפטומים דכאוניים, גם בנשים ללא אפיוזות של דיכאון בעבר. הממצא המעניין הוא שהשכיחות יורדת בתקופת ה-postmenopause, כלומר תקופת המעבר ה-perimenopause היא התקופה עם רמת סיכון גבוהה יותר להופעת דיכאון.

האם מדובר בעליית סיכון הקשור לשינוי ההורמונלי באופן ישיר או לגורמים אחרים, עדיין לא ברור (Cohen/ARC.GEN.PSYCH, 2006).

גורמים שונים יכולים להיות קשורים לתופעות של דיכאון בתקופה זו: גלי חום והפרעות שינה, רגישות ידועה מהעבר לשינויים ההורמונליים (תסמונת קדם וסתית, דיכאון לאחר לידה), דכאוניות קודמים, גורמים פסיכולוגיים וחברתיים שונים. אחת הדוגמאות לכך היא ה-"empty nest syndrome" – עזיבת הילדים את הבית, שהייתה בעבר אחד מההסברים העיקריים לדיכאון בתקופת גיל זו. השינוי התרבותי שחל עם התפתחות התפקיד החברתי והמקצועי של נשים

גם לכן שעזיבת הילדים את הבית נחווית כיום יותר כחוויה חיובית מאשר שלילית. שינוי תרבותי חל גם לגבי העמדה של נשים לגבי תקופה זו של החיים, אשר בעבר היתה לגביה עמדה שלילית (זיקנה וסוף החיים) לעבר עמדה חיובית יותר. אמנם זו תקופה שלגבי חלק מהנשים מהווה סיכון גדול יותר לדיכאון, אך רוב הנשים לא יכתחו דיכאון בתקופת מעבר זו (2007 j.clinical psychiatry soares).

הסימפטומים האופייניים לתקופת ה-perimenopause, הן הפיזיים והן הנפשיים, דומים בחלקם לסימפטומים של דיכאון, ולעיתים קשה להבדיל ביניהם, כפי שראה בתמונה שלפנינו.



הסימפטומים המשותפים לשתי התופעות, במרכז התמונה: אנרגיה נמוכה, ריכוז ירוד, הפרעות בשינה, שינויים במשקל וירידה במיניות.

מה לגבי נשים הסובלות מ-Bipolar Disorder אשר עוברות לתקופת גיל המעבר? השכיחות של Bipolar I זהה בין גברים לנשים (אחוז אחד), בעוד ש-Bipolar II שכיח יותר בנשים (חמישה עד עשרה אחוזים). גם שכיחות תופעת ה-rapid cycling היא פי שלושה יותר בנשים ביחס לגברים.

העבודות בנושא השפעת ההורמונים על התנהלות המחלה הביפולרית הן לא רבות ורוב המידע מגיע מדיווח של נשים ומשאלונים קליניים על פי DSM IV. עבודתם של Blehar ושותפיו הראתה שמתוך 56 נשים בגיל המעבר שסבלו מ-Bipolar I, 11 נשים (20 אחוז) דיווחו על החמרה בסימפטומים (חרדה, דיכאון, מניה) עם המעבר לגיל המעבר (2007 j.clini.psych).

טיפול בדיכאון

נשים שלא חוו בעברן אפיזודות דכאוניות יפנו בדרך כלל בעקבות דיכאון בתקופת גיל המעבר לרופא נשים, שלרוב ימליץ על טיפול בהורמונים (HRT). טיפול באסטרוגן בלבד (ניתן רק לנשים ללא רחם) מראה יעילות טובה בפעילותו כנוגד דיכאון, בעיקר בנשים שהתחילו את תקופת גיל המעבר, ה-perimenopause, והרבה פחות יעיל לטיפול בדיכאון בנשים בתקופת ה-postmenopause. השיפור באמצעות טיפול באסטרוגן נצפה ב-68-80 אחוז ביחס לפלצבו ב-20-22 אחוז

(Schmidt, J.Ob Gy 2000). הבחירה בטיפול באסטרוגן על פני תרופות נוגדות דיכאון היא לא נטולת סיכונים ובעיקר לאור ממצאי ה-WHI משנת 2002. לעומת זאת, טיפול בתרופות נוגדות דיכאון הראה יעילות של 87-92 אחוז בנשים בתקופת ה-perimenopause אבל גם בנשים בתקופת ה-Postmenopause. מספר פרסומים אחרונים מזהירים מקיום קשר בין נטילת SSRI על ידי נשים בגיל המעבר לבין ירידה בצפיפות העצם בעיקר באזור האגן.

הנטייה להעדר טיפול בתרופות נוגדות דיכאון על פני טיפול ב-HRT גברה לאחר פרסום המחקר של ה-WHI ב-2002, ששינה את היחס סיכון/תועלת לגבי נשים רבות. המחקר הופסק באמצע עקב עלייה בשכיחות סרטן שד בקבוצה שנטלה הורמונים חלופיים וכן נצפתה גם עלייה בהתקפי לב. ניתן לומר שעד לפרסום המאמר, נשים שהגיעו לגיל המעבר נטלו להורמונים חלופיים גם אם כמעט ולא סבלו מהסימפטומים האופייניים, כשההנחה היתה שהם רק מועילים "ומונעים הזדקנות". האינדיקציה כיום לטיפול ב-HRT היא רק לגבי סימפטומים קשים (בעיקר גלי חום) ולתקופת זמן קצרה (כשנתיים), ולא מתן אוטומטי כמעט על ידי רופא נשים לכל אישה בתקופת גיל המעבר, ולתקופה בלתי מוגבלת.

טיפול בתרופות נוגדות דיכאון מקבוצת ה-SSRI/SNRI הוא כיום הטיפול המומלץ כשהערך המוסף לכך הוא העזרה גם בטיפול בגלי חום ובהפרעות שינה, במידה שהם קיימים.

הבדלים בין גברים לנשים

הבדלים בין גברים לנשים בכל הנוגע לתגובה לתרופות נוגדות דיכאון זוכה להתעניינות גוברת בשנים האחרונות. האם ההורמונים המין והשלבים השונים בחיי האישה (מחזור הווסת, הריון ולידה, גיל המעבר) משפיעים על תגובה שונה לתרופות והאם אכן יש הבדלים גם בין גברים לנשים? התשובות לכך עדיין לא ברורות. יחד עם זאת חשוב להתייחס הן למגדר והן לשלב בחיים שבו נמצאים האישה או הגבר.

הידע הרב שנצבר לגבי תקופת גיל המעבר באישה, ה-Menopause, העלה גם את השאלה האם לא קיים תהליך דומה בגברים, ה-Andropause? הטסטוסטרון בגברים יורד באופן הדרגתי לאחר גיל 40, בעיקר רמות בדם של BT (bioavailable testosterone), בעוד שרמות הדם של SHBG (sex hormone binding globuline) עולות. בעבודה שנעשתה על גברים בגיליים 40-70 (Massachusetts Male Aging Study) הוכח שבמשך שנה, רמת ירידת הטסטוסטרון היתה אחוז אחד. בניגוד ל-Menopause אין ירידה זו מתבטאת באופן בולט כמו בנשים, ורוב הגברים אינם חווים סימפטומים הדורשים טיפול, ובכלל נשאלת השאלה האם קיים אכן מצב בשם Andropause בגברים.

כן ידוע שירידה ברמות הטסטוסטרון יכולה להתבטא בסימפטומים דכאוניים, ירידת אנרגיה, ירידה במיניות והפרעות בתפקוד מיני (Ann Rev, Med 2005). בנוסף לשינויים ברמת טסטוסטרון, גם גברים עוברים תהליכים חברתיים ותרבותיים דומים לאלה שעוברים הנשים.

גיל המעבר בנשים מעסיק רבות את מקצוע הרפואה, את תעשיית התרופות ואת אמצעי התקשורת השונים, לא כך הוא לגבי גיל המעבר בגברים. האם "ההפליה לרעה" קשורה אכן להבדלים בין המינים או להבדלים תרבותיים וחברתיים? רוב האנתרופולוגים סבורים שגברים נשים מייחסים משמעות שונה לגיל ומשתמשים בקריטריונים שונים למדידת התקדמות ומעברים בחיים. חיי גברים וחיי נשים, לדבריהם, מתנהלים במסגרות זמן שונות לחלוטין. בעוד שחיי הגברים מתנהלים באופן "linear manmade clock time" ובסביבות גיל 50 הגבר עסוק בעיקר בביסוס עמדתו בחיי המקצועיים והחברתיים, חיי האישה מתנהלים באופן "cyclical" ומושפעים מאוד ממחזוריות החודש, השעון הביולוגי הלוחץ וממחזוריות החיים. האישה בשנות ה-50 לחייה עסוקה יותר בעזיבת הילדים את הבית, סימני ההזדקנות, הפסקת הווסת ומשמעותה, טיפול בהורים מזדקנים וביסוס מקומה בחיים המקצועיים והחברתיים (Menopause, vol 14 2007).

הפסיכיאטריה וההורמונים

כמו בכל תחום ברפואה, גם בפסיכיאטריה הבדלי המגדר חשובים למטרת אבחון וטיפול. ראיית השינויים ההורמונליים לאורך חיי האישה, ועימם השינויים הנפשיים, כתהליך אחד הכולל שלבים של התחלה וסיום, הביאה להכללת כל השלבים השונים תחת השם Reproductive-Psychiatry.

האם קיימת תת קבוצה של נשים המגיבות ברגישות יתר לשינויים ההורמונליים? עדיין לא ברור אך קיים ניסיון למצוא מכה משותף לנשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה, תסמונת קדם וסתית קשה ודיכאון בתקופת גיל המעבר.

בשנים האחרונות מתרבים המרכזים הרפואיים (ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה, צרפת, גרמניה) אשר פיתחו תכניות ייחודיות לטיפול בבעיות נפשיות של נשים הקשורות למעגל הפוריות. אחת לשלוש שנים מתקיים כנס בינלאומי בנושא Women mental health וקיים גם עיתון בשם Archive of women health, מלבד כמובן פרסומים בנושא בעיתונות הפסיכיאטרית השוטפת. הבנת ההשפעה של השינוי ההורמונלי על מצבה הנפשי של האישה בכל שלב במחזור החיים חשובה לנו, הפסיכיאטרים, לשם אבחנה מדויקת וטיפול נכון.

ד"ר ציפי דולב, פסיכיאטרית, מומחית ברפואת נשים והורמונים, מחברת הספר "נשים, הורמונים ומצבי רוח"

A man with short brown hair and glasses, wearing a dark suit, light blue shirt, and patterned tie, stands in a brightly lit hallway. He is holding a white piece of paper with a checklist. The checklist has four items, each represented by a wavy line followed by a checkbox. The first two checkboxes are marked with a checkmark, and the last two are empty. He is pointing his right index finger towards the camera. The hallway has white walls, a tiled floor, and several doors in the background.

האם את/ה מרוצה?

פרויקט ייחודי בודק לראשונה את יעילות השיקום הפסיכיאטרי בקהילה המתבצע במסגרות השונות של שירותי סל השיקום. היעילות נבחנת במונחים של שביעות רצון ואיכות החיים של צרכני השירות, והסוקרים הם משתקמים שעברו הכשרה מיוחדת כסוקרי איכות

אסתר ויסברג, ד"ר נעמי
הדס לידור, רונית דודאי,
תמר פלי-אלטיט, פרופ'
שמואל מלמד

רבים מגדירים כיום את מטרת השיקום הפסיכיאטרי כיצירת תנאים שיאפשרו החלמה ושילוב בקהילה. השאיפה היא שהמשתתפים יוכלו להגדיר את יעדיהם, לממשם בסביבתו הטבעית וליצור לעצמו תשתית בסיסית של חיים עצמאיים: להתגורר בדירה עצמאית, ליצור קשרים בין-אישיים מספקים, ללמוד, לעבוד, להתפרנס, לתרום ולהיתרם. יתרה מזאת, השאיפה היא שהמשתתפים יוכלו לחוות תחושת סיפוק בתוך סביבה שבה הם בוחרים לחיות ולהיעזר בהתערבות מינימלית.

מושג ההחלמה, שהחל להתפתח על ידי הצרכנים ואנשי מקצוע בעשור הקודם, הפך בהדרגתיות בסיס לבניית המדיניות והפיקטיקה בבריאות הנפש במדינות רבות. החלמה פירושה התגברות על לקויות תפקודיות המאפיינות פגיעות נפשיות חמורות והגעה לאיכות חיים הטובה ביותר האפשרית. היא מייצגת תהליך אישי של צמיחה וגדילה לצד התמודדות עם המחלה. החלמה היא תהליך שבו מתקיימים בריאות וחולי כאחד. האדם המחלים צריך לבנות לעצמו גישה חדשה לחיים, שבאמצעותה יתאפשר לשני החלקים להתקיים בכפיפה אחת. התמודדות פירושה שימוש ביכולות למרות המגבלות. התמודדות פעילה נעשית באמצעות חיפוש משמעות, הגדרת מטרות, בחירת האמצעים להשיגן וניתוב דרך מעבר למגבלות המחלה. הכוונה היא לתהליך של התפתחות ומציאת משמעות ומטרה בחיים שהיא מעבר למחלה.

למושג ההחלמה הגדרות רבות ומשמעותיות שונות בעבור אנשים שונים. ההחלמה היא תמיד תהליך אישי וייחודי של התאמה מחדש של תפישת ערכים, תחושות, מטרות, יכולות, תפקידים ואמונות כלפי העצמי, האחר והחיים בכלל. מדובר בתהליך של גילוי וחיזוק החוויה של העצמי, הכוללת התפתחות וצמיחה. לפיכך מוצע כי למרות ההשפעות השליליות של מחלת נפש על חיי האדם, ומבלי להמעיט בעוצמתן, היא יכולה לשמש נקודת התחלה לצמיחה ולשינוי.

השלכות לגבי ההתערבות

העובדה שאנשים יכולים להתמודד ולהשפיע על מהלך מחלתם צריכה לעודד מעבר למודלים התערבותיים המתייחסים לאדם המתמודד עם מחלה כשותף פעיל בתהליך הטיפול וכחות כאדם פסיבי, שמצפים ממנו לגלות ציות ולאמץ את המלצות הצוות המטפל ללא עוררין. מתמודדים מסוגלים, אם רק תינתן להם ההזדמנות, להיות מעורבים באופן פעיל בעיצוב מטרות הטיפול, לבחור את האמצעים שבעזרתם יושגו ולהתחלק באחריות הגדרת מטרות אלו ותוצאותיה. לעתים קרובות מדי הם משוללים מההזדמנות להשתתף בקבלת החלטות אלו. כתוצאה מכך הם נתונים לפעמים לטיפולם ולהתערבויות שאותם לא בחרו ושבאופן לא מפתיע מעוררים תחושות ממושכות של חוסר

אונים, של השפלה ושל כעס. גישה הומניסטית המכירה בגילוי הכוחות והפוטנציאל הטמונים גם בקרב אנשים עם מחלות נפש קשות יכולה לתרום להעצמה. העצמה מוגדרת 1. כמעבר ממצב של חוסר אונים למצב של שליטה יחסית בחיים, בגורל ובסביבה. 2. קיום תחושה פנימית של יכולת לקבלת החלטות ולפתירת בעיות (דבר המאפשר השתתפות של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בתכניות הקשורות לעתידם). גישה הומניסטית זאת יכולה גם לסייע למתמודדים להשיג שליטה מחדש בחייהם על ידי נקיטת יוזמה, לקיחת סיכונים על הכשלונות, ההצלחות והשגת בעלות על תהליך ההחלמה.

הערכת יעילות תכניות שיקום בקהילה

בהלימה עם גישת ההחלמה, צרכנים, אנשי מקצוע מתחום השיקום הפסיכיאטרי וקובעי מדיניות דורשים כיום בצורה מוגברת, ששירותי בריאות הנפש לא ימדרו רק במונחים של עלויות אלא במונחים של השפעת שירותים אלה על שביעות הרצון ואיכות החיים של המשתתפים. יתרה מזאת, בעוד שבאופן מסורתי קלינאים התמקדו בעיקר על תסמינים פסיכיאטריים או על מדדים קוגניטיביים כמדדי תוצאה, המגמה היום היא לכלול מדדים של תפקוד אישי, תעסוקת, משפחתי וחברתי.

הערכת יעילותן של תכניות התערבות בקהילה לצורך שיקום אנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות, באמצעות מדידת שביעות הרצון ואיכות החיים של הצרכנים, הפכה אסטרטגיה מקובלת כיום בעולם. ככלל ראוי לציין שקיים מתאם נמוך בין מדדים אובייקטיביים ו/או הערכה חיצונית של איכות חיים לבין תפישת סובייקטיבית של איכות חיים. בהינתן המצב הזה טוענים רבים שהמדידה הסובייקטיבית של שביעות רצון ואיכות חיים מהווה אמצעי יעיל יותר מאשר השימוש בפרמטרים אובייקטיביים לצורך איתור שינויים החלים בעקבות התערבויות השיקום בקהילה. זאת על אף הקשיים המתודולוגיים הכרוכים בשימוש בדיווח סובייקטיבי למדידה שביעות רצון ואיכות חיים. מחברים שונים מוסיפים עוד שהמדדים היעילים ביותר הם אלה שפותחו על בסיס פרמטרים שהוצעו על ידי הצרכנים עצמם (ולא באמצעות פרמטרים מונחי תיאוריה).

גישה זאת היוותה בסיס לבחירת השיטה שבה נקטנו לצורך בניית התהליך, השאלונים והמתודה עבור פרויקט סוקרי איכות (המתואר להלן). השימוש העיקרי בהערכת תוצאים בשיקום פסיכיאטרי הוא להעריך את יעילות תכנית השיקום ו/או של התערבויות ספציפיות לגבי אותם תוצאים, לזהות צרכים חדשים, לשפר את השירות ולהפחית עלויות.



סקר צרכנים מקבלי שירותי סל השיקום

ביחזמת המועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה ובשיתוף היחידה לשיקום באגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, הזמיה היחידה ביצוע סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתתקים המשולבים במסגרות השונות של סל השיקום: תעסוקה (מפעלים מוגנים, מועדונים תעסוקתיים ותעסוקה נתמכת), דיור (דיור מוגן והוסטלים), חברה (מועדון חברתי) ושירותי חונכות.

ייחודיותו של הסקר הזה, המבוצע לראשונה בהיקף רחב מאוד, הוא בשני תחומים מרכזיים: 1. פיתוח שאלונים למדידת שביעות רצון ואיכות חיים על ידי שילוב של פרמטרים המופיעים בשאלונים קיימים בספרות ושל פרמטרים שהוצעו על ידי בעלי עניין – המשתתקים עצמם, מנהלי מסגרות, יזמים ומשפחות משתתקים. 2. העברת השאלונים למשתתקים במסגרות השונות נעשית על ידי משתתקים שעברו קורס הכשרה מיוחדת כסוקרי איכות (פירוט בהמשך).

הליך יצירת השאלונים הורכב משבעה שלבים:

א. סקר ספרות ואימוץ פריטים מתוך סולמות קיימים:

1. סקר שביעות רצון תכנית "עמיתים", 28.7.04.

2. סקר שביעות רצון – מפעלי תעסוקה, שק"ל.

3. The Lancashire Quality of Life Profile (Oliver et al. 1996)

4. Quality of Life Questionnaire (Schallock & Keith, 1993)

5. Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18), Ritsner et al. (2005). (Becker, Diamond, Sainfort, 1993)

6. The Wisconsin Quality of Life Index
ב. ביקור במסגרות שונות של סל השיקום וביצוע ראיונות עומק עם משתתקים, אנשי צוות, מנהלי מסגרות.

ג. הנחיית קבוצות מיקוד שדגמו מתוך אוכלוסיות היעד של בעלי העניין המפורטים לעיל.

ד. בניית ארבע סוגי שאלונים: 1. שאלון שביעות רצון ואיכות חיים עבור משתתקים המשולבים במפעל מוגן, במועדון תעסוקתי ובתעסוקה נתמכת. 2. שאלון שביעות רצון ואיכות חיים עבור משתתקים הגרים בדיור מוגן/הוסטל. 3. שאלון שביעות רצון ואיכות חיים עבור משתתקים הנמצאים במועדון חברתי. 4. שאלון שביעות רצון ואיכות חיים עבור משתתקים המקבלים שירותי חונכות. כמו כן ביצע מחקר מקדים ראשוני לבדיקת פרמטרים הקשורים לשאלונים עצמם ודרך העברתם.

ה. הצגת השאלונים למשתתפי קורס סוקרי איכות ודיון בפריטי השאלון.

1. Pilot study – העברת השאלונים למדגם מתוך אוכלוסיות היעד.

2. הכנת נוסח סופי של השאלונים משני סוגים:

שאלון באורך מלא עבור מרבית המשתתקים ושאלון קצר עבור משתתקים שעקב מצבם הנפשי אינם מסוגלים לענות על שאלון ארוך.

תחומי התוכן של השאלונים: 1. פרטי רקע. 2. שביעות רצון מהמסגרת ומהשיקום התעסוקתי (תעסוקה – מפעל מוגן, מועדון תעסוקתי ותעסוקה נתמכת; דיור מוגן / הוסטל; מועדון חברתי; שירותי חונכות). 3. שביעות רצון מהשתלבות במשפחה ובקהילה (כולל שיקום חברתי). 4. שביעות רצון מתהליך השיקום האישי. בשאלונים שולבו שאלות סגורות ושאלות פתוחות (המאפשרות ללמוד את נקודת מבטם של המשתתקים).

הכשרת משתתקים כסוקרי איכות: הסוקרים עברו קורס במשך שמונה חודשים במרכז ההכשרה ושיקום בבית חולים לוינשטין. הקורס מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי. שותפים נוספים היו גם מכון התקנים. במהלך הקורס למדו המשתתקים תכנים תיאורטיים ויישומיים הקשורים לתכנית ולתפקידם. הסוקרים למדו תיאוריות הקשורות להחלמה, שביעות רצון, שיטות מחקר, תורת הראיון, אסטרטגיות, משוב, מסגרות שיקום ועוד. חלק נכבד מהקורס כלל יציאה לשטח להיכרות מקרוב עם המסגרות והתנסות בראיונות ובשאלונים שנבנו במהלך ארבעה חודשים התנסו הסוקרים גם ביצירת קשר עם המסגרות, שיטות עבודה במסגרות השונות וראיונות בפתול לצורך תרגול טכניקת הראיון ושיפור השאלונים. לאחר הראיונות למדו הסוקרים לקודד את שאלונים ולהקלידים למחשב.

ביצוע הסקר

באוקטובר 2006 התחילו הסוקרים לעבוד בחברת דרך הלב. הסוקרים עובדים בחוזה העסקה רגיל ובתנאי העסקה של שכר מינימום. הסוקרים מקבלים לאורך כל הדרך ליווי מקצועי שיקומי ייחודי המהווה מרכיב חשוב בתהליכי ההעסקה.

עד היום ערכו הסוקרים קרוב ל-3,000 ראיונות בכ-185 מסגרות שיקום שונות במרכז. הראיונות בוצעו על פי תחומים: תעסוקה – מועדון תעסוקתי, מפעל מוגן, תעסוקה נתמכת; דיור – דיור מוגן, הוסטלים; חברה – מועדון חברתי; שירותי חונכות. במסגרות שבהן הדבר אפשרי קובצו כל הצרכנים למפגש הסברה של הסוקרים. במפגש הסבירו הסוקרים את מטרת הסקר וביקשו את הצרכנים להשתתף ולהתראיין.

לאחר מפגש ההסברה החלו הסוקרים בראיון אישי עם הצרכנים שהביעו עניין להתראיין. הראיון בוצע פנים אל פנים בצורה שקטה בחדר או בפינה נפרדת. באופן עקרוני ניתן לומר שהסקר התקבל בברכה על ידי כל הצדדים: מנהלי המסגרות, הצוות, היזמים והמשתתקים עצמם. עם זאת, יש לומר שחלק מהמשתתפים, משתתקים וגם אנשי צוות, הגיב בחשדנות ובחוסר אמון לסקר, לכן היה צורך בגישות רבה להסביר למשתתקים על ידי הסוקרים

שהם משתתקים בעצמם, את חשיבות הסקר ולתת להם הרגשת ביטחון ואמון יותר ממה שהיו נותנים סוקרים רגילים. גם בקשר עם צוותים של המסגרות היה צורך לפעמים בהסברה נוספת כולל פגישות של הסוקרים ומנהלת התכנית עם הצוות בנפרד. בשלב זה אנו נמצאים לפני סיום הראיונות של כל המסגרות שתוכננו.

משוב

במקביל לסיום הראיונות התחיל תהליך של מתן משוב (דו"ח סיכום) למסגרות שנסקרו. מטרת המשוב היא כפולה: ראשית, הוא נמסר כחלק מההבנה המקורית שבין המסגרות לבין מפעלי התכנית כי קיימת התחייבות ההדדית – המסגרות מאפשרות ביצוע הסקר שבעקבותיו הן תקבלנה משוב בתום איסוף הנתונים. שנית, מתן משוב כזה נותן למסגרות הזדמנות ללמידה על פעילויות שהן מבצעות בהצלחה ועל נושאים הדורשים שיפור.

תהליך המשוב כולל בניית דו"ח משוב אחיד לכל המסגרות, לאחריו שליחת הדו"ח הספציפי הכולל נתונים של כל מסגרת למנהל המסגרת ונציגיה וקיום פגישת משוב עם נציגי כל השותפים במסגרת עצמה (נציגי יזם, צוות, לקוחות צרכנים, משפחות) על ממצאי הדו"ח שנשלח אליה. בסיום המפגש מתבקשת כל מסגרת לשלוח מכתב סיכום שבו יפורטו כל התהליכים והצעדים שיינקטו על ידה ליישום הממצאים.

מממצאים ראשוניים במשוב שבוצע בכמה מסגרות תעסוקתיות עולה כי תוצאות הסקר מתקבלות באהדה רבה. לדעתם הדו"ח ברור, מובן וכולל בתוכו ממדים רבים המאפשרים הפקת לקחים מיידיים ותרומה התוצאות לצעדי שינוי מיידיים לצד תכנון עבודה עתידית.

ממצאים ראשוניים

עיבוד הנתונים של אותן מסגרות בהן נאספו הנתונים כבר החל הממצאים מעניינים מאוד וקשה להציג את כולם במאמר אחד. עם זאת, כדי להמחיש מעט מהתובנות שנתקבלו מניתוח הנתונים בחרנו להציג תובנות שנתקבלו מהתשובות לשאלות הפתוחות המופיעות בשאלונים שהועברו ל-413 משתתקים המשולבים במועדון תעסוקתי.

תעסוקה – הרוב המכריע של המשתתקים (59 אחוז) ראו במועדון התעסוקתי מקום המספק מסגרת, מקום עבודה קבוע, סדר יום, מקנה תחושת ביטחון תעסוקתי ומאפשר להעביר את הזמן ולא להשתעמם. רק חלק קטן יחסית (19 אחוז) מהמשתתקים נהנים מהעבודה וצינו שהעבודה נותנת להם הרגשה טובה, תחושת הישג, ניצול כישורים ועשייה של משהו משמעותי. מאידך, אחרים ציינו שהעבודה תורמת להם בדרכים אחרות. 13 אחוז טענו שהעבודה מאפשרת להם השגת

שקט נפשי, הרגעה, הסחת דעת מהבלגאן. אחוז דומה של משתקמים הדגישו את הערך הטיפולי של התעסוקה הזאת: הקניית בטחון עצמי, חישוב עצמי, איון נפשי, ואילו אחרים ציינו שהעבודה במועדון התעסוקתי עונה על צורך חברתי, מאפשרת להם לפגוש אנשים, להיות בין אנשים, לא להיות בודד. עבודה זאת גם מאפשרת להם רכישה של מיומנויות חברתיות.

רק אחוזים בודדים רואים במועדון התעסוקתי בסיס להתקדמות, ללמוד להיות עצמאי, להתפתח ולגדול, לקבל ניסיון תעסוקתי. כאמור לעיל, החלק הארי רואים במועדון התעסוקתי מקום בטוח, המקנה להם מסגרת. 59 אחוז מהמשתקמים רוצים להישאר באופן קבוע במסגרת שבה הם נמצאים ו-75 אחוז מציינים שהעבודה מתאימה להם. כששואלים אותם מה הם רוצים לשנות, מרביתם (44 אחוז) מציינים שאין משהו שהם רוצים לשנות. אצל האחרים לא קיים דבר בולט שהם מעוניינים לשנות, להוציא שיפור בשכר. בין הדברים שמספר משתקמים ביקשו לשנות זה שיהיה יותר עניין וגיוון בעבודה (לשנות את סוג העבודה) ולשפר את הסביבה הפיזית.

קשה להם להגדיר את שאיפותיהם בתחום התעסוקתי. לשאלה האם הם מעוניינים להתקדם במסגרת שבה הם נמצאים, 48 אחוז השיבו שהם מעוניינים להתקדם אבל לא פירוט באיזו צורה. 18 אחוז טענו שאינם מעוניינים להתקדם. רק אחוזים בודדים ציינו שאיפות ספציפיות לקידום כמו להיות מדריך, להיות אחראי, לעבוד במשרד, במחשב. מאידך, למעלה משליש מהמשיבים טענו שאין אפשרות לקידום ושהעבודה לא משתנה.

כשנשאלו איזה סוג של עבודה הם רוצים לבצע בעתיד, התשובות התחלקו לארבע קטגוריות: 21 אחוז הביעו רצון להישאר באותה עבודה כמו עכשיו. 22 אחוז הביעו רצון לעבוד בעבודה פשוטה בשוק החופשי. 47 אחוז הביעו רצון לבצע עבודה מקצועית בחוץ. עשרה אחוזים לא ידעו, לא חשבו על זה. מאידך, רק 47 אחוז טענו שהם רואים סיכוי טוב עד טוב מאוד שהם יעבדו בשוק הפתוח. לכן, בסיכומם של דבר יותר מ-50 אחוז של המשתקמים משלימים עם העובדה שהם ימשיכו לעבוד במועדון התעסוקתי.

בתגובה לשאלה האם יש להם כתובת לאן לפנות כשיש בעיות בתחום התעסוקתי, החלק הארי של המשתקמים ציינו את מנהל המועדון (43 אחוז), מדריכים או אחראי תחום בעבודה (28 אחוז) ועובדי השיקום (23 אחוז). כ-19 אחוז של המשתקמים ציינו שאין כתובת ואין למי לפנות.

תנאים סוציאליים – תחום בעייתי העולה מתשובות המשתקמים הוא התנאים הסוציאליים. כ-19 אחוז מרוצים מהתנאים הסוציאליים (וכנראה שציפיותיהם נמוכות מאוד). למעלה ממחצית המשיבים טענו שאין תנאים סוציאליים או שאינם מרוצים מהתנאים הסוציאליים. חלק אינם יודעים בכלל מהם התנאים

הסוציאליים.

השאלה המסיימת בתחום התעסוקתי התייחסה ליכולת לבחור את מקום העבודה. 60 אחוז ענו שלא הם בחרו ושבחרו בשבילם. היתר טענו שיש להם בחירה וחלקם אפילו היו שותפים אקטיביים בתהליך הבחירה.

חברה, קהילה – התחום החברתי נתגלה כבעייתי. רק 34 אחוז נמצאים במסגרת חברתית מסודרת מעבר לפעילותם במועדון התעסוקתי. 19 אחוז עדיין זקוקים להיעזר בשירותי חונכות. רק ל-30 אחוז יש בן/בת זוג קבועים. בתשובה לשאלה האם יש להם הזדמנויות להכיר בן/בת זוג, רק 23 אחוז מהמשתקמים ענו שכן. ממצא זה משלים נתונים שנתקבלו לגבי המצב המשפחתי של המשתקמים: רק 14 אחוז מהם נשואים. רובם (60 אחוז) רווקים והיתר פרודים, גרושים או אלמונים.

הזדמנויות למעורבות חברתית נוצרת דרך מעורבות בפעילות התנדבותית. 53 אחוז ציינו שאינם עוזרים לאחרים. 38 אחוז טענו שהם עוזרים לכולם, מבלי לציין במה. אחוזים בודדים התנדבו בעבר או מתנדבים כיום. ככלל, השאלות הפתוחות הולמות את הבעייתיות שנתגלתה בשאלות הסגורות לגבי השתלבות חברתית-קהילתית.

תחום פעילות הפנאי הוא חשוב כי הוא מעיד על קיום משאבים לעסוק בתחומי עניין מתוך בחירה. 49 אחוז עוסקים בפעילויות פנאי פסיביות בבית ו-48 אחוז עוסקים בפעילויות פנאי אקטיביות: פעילויות ספורט ופעילויות חברתיות, כולל יציאה לבילויים. חלק מציינים פעילות פנאי יצירתית ול-12 אחוז אין פעילויות פנאי.

שיקום אישי – רוב המשתקמים מציינים שהעבודה במועדון התעסוקתי עזרה להם להשתקם. רק 12 אחוז ציינו שלא. העזרה הזאת התבטאה בדרכים מגוונות, הבולטות ביניהן היו: בתחושה של יותר עצמאות, הגדלת יכולת התפקוד בתחומים שונים וכן ביכולת ריכוז גבוהה יותר, יכולת התמדה, קבלת אחריות והזדמנויות ללמידה.

48 אחוז טענו שאין להם מטרות או תכניות לשנה הקרובה. 15 אחוז ציינו שהיו רוצים בקידום תעסוקתי: רצון להתקדם בעבודה הנוכחית, לעבוד בשוק החופשי, לעבור לתעסוקה נתמכת או לעבור באופן עצמאי. אחרים דיווחו על רצון להתבסס כלכלית ולהרוויח יותר כסף או להתקדם בתחום הנפשי או החברתי.

אחת השאלות המעניינות היתה לגבי מידת השותפות לבניית תכנית שיקום אישית. כ-47 אחוז ענו שכן וציינו בעיקר שותפות עם אנשי מקצוע. מאידך, כמעט 45 אחוז טענו שלא ושלאחרים מחליטים בשבילם. היתר או שלא מכירים את המושג או העדיפו שלא לענות. לגבי השאלה האם קיים תיאום בין הגורמים השונים, 54 אחוז דיווחו על תיאום כזה. היתר דיווחו על חוסר תיאום או שאפילו קיימת סתירה בין גורמי הטיפול השונים.

שאלה משלימה התייחסה לקיום גורם אחד שמלווה את המשתקמים בתהליך השיקום. 25 אחוז טענו שלא. לעומת זאת, היתר ציינו שהם מלווים באופן קבוע על ידי אנשי מקצוע שונים המעורבים בסל השיקום או פסיכולוגים/פסיכיאטרים או משפחה. יש לציין כי בתחום זה היה פער בין תשובות המשתקמים לבין התרשמות הסוקרים המראיינים. על פי התרשמות הסוקרים, המושג של תהליך שיקום אישי לא היה ברור מאליו והיה צורך בהסבר מפורט יותר לגבי מרכיביו של המושג.

לסיכום, הפרויקט הייחודי הזה בודק לראשונה את יעילות השיקום הפסיכיאטרי בקהילה המתבצע במסגרות השונות של שירותי סל השיקום. היעילות נבחנת במונחים של שביעות רצון ואיכות החיים של צרכני השירות. מדדים אלה נחשבים כיום כמדדים "מועדפים" למדידת יעילות השיקום. ייחודיותו מתבטאת גם בזה שהסקר מבוצע באמצעות משתקמים שעברו הכשרה מיוחדת כסוקרי איכות. ממצאי הסקר ימשו למתן משווא ולמידה בכמה רמות: משווא לקובעי המדיניות שיוכלו לקבוע האם היעדים הושגו בכל אחת מתחומי סל השיקום ומהם הדברים הדורשים שיפור; משווא פרטני לכל אחת מהמסגרות בכל תחום של סל השיקום, משווא שכבר החל – מקבלי המשוב מרוצים מאוד מאיכות הנתונים שנמסרו להם ורואים בהם נקודות חוזק בהתערבות הניתנת במסגרת שלהם וכן כהזדמנות ללמידה ושיפור של נקודות חולשה מסוימות שנתגלו מהנתונים שנאספו אצלם.

ניתוח הנתונים שנאספו עד כה מגלה שביעות רצון רבה במספר תחומים שדגמו בשאלון בצד נקודות הדורשות שיפור.

אנו מאמינים שיש חשיבות רבה לשמר לפתח ולהרחיב את הפרויקט הזה קודם כל עבור צרכני בריאות הנפש בשיקום ובהמשך לאמצו בהתאמה עבור אוכלוסיות של אנשים עם מוגבלויות שונות.

אסתר ויסברג¹, דר' נעמי הדס לידור², חונית

דודאי³, תמר פלי-אלטיט⁴, פרופ' שמואל מלמד⁵

1 הפקולטה לרפואה אוניברסיטת תל אביב, מנהלת פרויקט סוקרי איכות, חב' דרך הלב

2 החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב, מנהלת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש

3 מנהלת תחום תעסוקה היחידה לשיקום, אגף שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות

4 מלווה מקצועית, מרפאה בעיסוק, פרויקט סוקרי איכות

5 הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב והמכללה האקדמית תל אביב-יפו



הפוטנציאל הטיפולי של השערת התת פעילות של קולטן ה-NMDA בסכיזופרניה

**ראיות רבות מצביעות על כך כי פעילות קולטני ה-NMDA מופחתת
בסכיזופרניה, ותרופות חדשות שמכוונות לקולטן ה-NMDA נבדקות
כעת כחומרים תרפויטיים טבעיים בסכיזופרניה**

ח לוי, עופר אזולאי, פרופ' אוריאל הרסקו-לוי

וסכיזופרניה היא הפרעת נפש נפוצה-התפתחותית בעלת אטיולוגיה הכוללת מרכיבים גנטיים וסביבתיים. עקב ההתפרצות המוקדמת, הכרונית והפרעות אופייניות בחינוך, תעסוקה ויחסים בין-אישיים, סכיזופרניה היא משא אנושי וכלכלי עצום לאלה שסובלים ממנה, משפחותיהם והחברה ככלל. תרופות אנטיפסיכוטיות מדור ראשון (טיפיות) ומדור שני (א-טיפיות), אשר משפיעות בעיקר על העברה עצבית דופמינרגית וסרטונירגית, הן כיום אבן היסוד של הטיפול בסכיזופרניה. למרות הטיפול, לרוב נפגעי המחלה נגרמים ליקויים משמעותיים ומצטברים בתחנות שונות לאורך החיים.

התרופות מהדור השני מייצגות פריצת דרך משמעותית, ובסך הכל, התרופות האנטיפסיכוטיות יעילות כנגד התסמינים הפסיכטיים. אולם, יש עדיין

צורך קריטי לתרופות חדשניות עם יעילות וסבילות משופרות על מנת לטפל בסימפטומים השלייים ובליקויים הקוגניטיביים הקשורים לסכיזופרניה. תחומי ליקוי אלה מנבאים בצורה מהימנה נכות והוצאות טיפול לטווח הארוך ונראים כיום כמטרות הקריטיות של הטיפולים הפרמקולוגיים החדשים בסכיזופרניה. בתוך דפוס זה של פיתוח תרופות, המודולטורים של ההולכה העצבית הגלומטרגית הפכו למוקד מחקרי מרכזי.

גלומטאט וסכיזופרניה

גלומטאט (GLU) הוא המוליך העצבי המעורר העיקרי במוח היונק. שלא כמו דופמין, אשר מגלם תפקיד חשוב רק באזורים מבודדים, פעילויות המתווכות על ידי GLU הן קריטיות בכל המוח. כ-60 אחוז מהנוירונים במוח, כולל כל הנוירונים הקורטיקלים

הפירמידלים והנוירונים של התלמוס, משתמשים ב-GLU כמוליך עצבי ראשי. כתוצאה מכך, למעשה רוב ההולכה העצבית הקורטיקופואגאלית, קורטיקוקורטיקלית ותלמאמקורטיקלית במוח מתווכת בעזרת GLU. לאור התפקיד המרכזי של הנוירונים הגלומטרגים בוויסות מצבי רוח, תהליכים קוגניטיביים והתנהגות מוטורית, הקשרים שלהם עם מערכות מונואמיניות ועצבוב של המבנים הקורטיקולימביים ומבני הגנגליונים הבזלים, ניתן לצפות שהוויסות הפרמקולוגית של העברה עצבית גלומטרגית יהיה רלוונטי מאוד לטיפול בסכיזופרניה. קולטני GLU מחולקים לשתי משפחות רחבות: קולטנים יונטורפים וקולטנים מטבטרופים. קולטנים יונטורפים מובחנים על פי רגישות לגזרות סינתטיות של AMPA-1-GLUN-methyl-D-aspartic acid (NMDA) של α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazole-

ניסויים קליניים עם מודולטורים של קולטן ה-NMDA

קולטני NMDA הם המסובכים ביותר מבין קולטני ה-GLU היונותרפיים. בנוסף לאתר הזיהוי של GLU אשר בזמן שחרור יתר עלול לזרז תהליכים אקסיתוטוקסים (מוות תאים עצביים), קולטני NMDA מכילים אתרים נויromodולטורים שבהם GLY הפועל כקו-אגוניסט מחוץ, משפיע על זמן פתיחת התעלה ושיעור הפחתת הרגישות בנוכחות אגוניסט (GLU), אולם לא גורם לפתיחת התעלה בעצמו. כשלעצמו, להבדיל מ-GLU טיפול כחוי עם GLY בחולדות אינו גורם לאקסיתוטוקסיות. כיום, גישות פרמקולוגיות לעוררות של מעבירים עצביים המתווכים על ידי קולטן ה-NMDA בגוף החי (in vivo) מתמקדות באתר ה-GLY של קולטן ה-NMDA וחוקרות את הפוטנציאל הטיפולי של: 1. אגוניסטים מלאים באתר ה-GLY (לדוגמה, GLY ו-D-serine DSR), אשר משמשים כמודולטורים אנדוגנים במכלול הקולטן ה-NMDA. 2. מדכאים של מערכת reuptake של GLY ו-DSR, שפעולתם יכולה לגרום לעלייה בריכוזים הסינפטיים של חומרים אלה.

אגוניסטים לאתר ה-GLY של קולטן ה-NMDA

רוב הניסויים הקליניים שבוצעו עד היום השתמשו בחומרים אלה כתרופים לטיפול מתמשך עם נויורולפטיקה קונבנציונלית, קלחפין או תרופות אנטיפסיכטיות מדור שני (לדוגמה, אולזפין וריספרידון). באופן כללי, GLY דווח כי על במוניונים של 60–30 גרם/יום (0.4–0.8 גרם/קילוגרם/יום); DSR במוניונים של 2.1 גרם/יום (30 מ"ג/קילוגרם/יום) ודי-סיקלזטרין (DCS) במוניונים של 50 מ"ג/יום (Heresco-Levy, 2002, 2005). אולם, במחקר שנערך לאחרונה והשווה אפקטים של הוספת GLY ו-DCS לטיפול קיים, לא נמצאו תועלות תרפויטיות משמעותיות ל-GLY או DCS בניתוח של כלל הדגימה (Buchanan et al. 2007). יחד עם זאת נצפתה יעילות של GLY כנגד סימפטומים שליליים בקרב חולים כרוניים מאושפזים. יעילות מניונים גבוהים יותר של GLY או DSR לא נחקרה עדיין, לכן כיום עדיין לא ידועות התועלות המקסימליות שניתן להשיג על ידי הפעלת אתר ה-GLY. יתרה מכך, מטה-אנליזה ברת תוקף של מחקרים עם מתן מבוקר של GLY, DSR ו-DCS מצביעה על השפעות משמעותיות של GLY ו-DSR על סימפטומים שליליים; אולם מסקנתם בהתייחס ליעילות הכללית של חומרים אלה משתנה. מחקרים בקנה מידה רחב היקף של טיפול מבוקר בעזרת אגוניסטים לאתר ה-GLY, החדשים מאוד להבדלת סוגיה זו, מתבצעים בימים אלה. בשלב זה, שני דפוסי אופייניים של השפעות תרפויטיות עולים מהמחקרים שהתבצעו עד היום עם אגוניסטים לאתר ה-GLY. ראשית, תועלות משמעותיות הושגו כאשר האגוניסטים המלאים, GLY ו-DSR הוספו לתרופות נויורולפטיקה גליות, ריספרידון ואולזפין. בניגוד לכך, הוספה של GLY

(Straub & Weinberger 2006, Boks et al. 2002) באופן נייאורטי, התפתחויות עצביות מופרעות של יצירת סינפסות ה-GLU עלולות לשלוט בתפקוד מופחת של קולטן ה-NMDA. מאחר שקולטני ה-NMDA הם בעלי תפקיד חשוב בוויסות פעילות הניורונים הדופמינרגים, הפעילות המופחתת של קולטני ה-NMDA יכולה להיות אחראית גם לפעילות לא מווסתת של נייורונים דופמינרגים בסכיזופניה. עדות עיקרית התומכת בהשערת הפעילות המופחתת של קולטן ה-NMDA בסכיזופניה היא ההשפעה ה"סכיזו-הקיינית" של PCP, קטמין ואנטגוניסטים לא תחרותיים אחרים של העברת עצביות המתווכת על ידי קולטן ה-NMDA. חומרים אלה משרים תסמינים פסיכיים דמויי סכיזופניה במתנדבים בריאים וגורמים להופעה מחודשת של תסמינים בחולי סכיזופניה. שלא כמו אמפטמין, אשר מעורר שחרור דופמין במוח ויכול לגרום להזיות ולמחשבות שווא, אנטגוניסטים לקולטן ה-NMDA יכולים להשחרר גם תסמינים שליליים, חוסר ארגון מחשבתי וחוסר תפקוד קוגניטיבי הדומים לאלה הנצפים בסכיזופניה (Javitt & Zukin, 1991). PCP וקטמין גורמים לתופעות ההתנהגותיות הללו על ידי קשיחתם לאתר ה-PCP. קשיחה זו לאתר גורמת לחסימה לא תחרותית של מוליכים עצביים המתווכים על ידי קולטן ה-NMDA ומצביעה על כך שחוסר תפקוד אנדוגני של קולטן ה-NMDA יכול להיות בעל תפקיד מכריע בפתופיזיולוגיה של סכיזופניה. יתרה מכך, נראה כי אנטגוניסטים תחרותיים (לדוגמה, carboxypiperazin-4-yl-propyl-1-phosphonic acid, CGS-19755-2) החוסמים את קולטן ה-NMDA על ידי פעולה על אתר הקישור של NMDA, ולא על אתר הקישור של PCP, גורמים גם הם לתופעות דמויות PCP בני אדם.

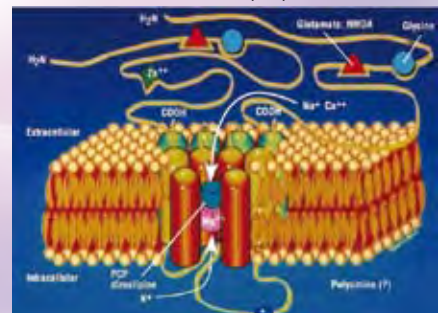
ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם השערת התפקוד המופחת של קולטן ה-NMDA בסכיזופניה ומובילים לתובנה שתופעה זו אינה קשורה ספציפית לאתר ה-PCP אלא יכולה להיגרם מחוסר תפקוד עקב חסימה של מבנה היונופורי של קולטן ה-NMDA. היכולת של אנטגוניסטים לקולטן ה-NMDA לגרום לסימפטומים דמויי סכיזופניה ולפגמים קוגניטיביים מובילה להשערה שהגברת ההעברה העצבית הממוסעת על ידי קולטן ה-NMDA תשפר בצורה משמעותית תחומים סימפטומטיים חשובים בסכיזופניה. כמו כן ניתן לשער כי תרופות המגבירות את פעילות קולטן ה-NMDA יגבירו את יכולת הרשתות הקורטיקליות לעבור התאמות תלויות ניסיון וזאת על ידי הגברת נייורופלסטיסיות הקשורה לקולטן ה-NMDA. אפקטים אלה יתנים להשגה על ידי תרכובות המווסתות ישירות את פעילות קולטן ה-NMDA או בעזרת וסתרם לסוגים אחרים של קולטני GLU (לדוגמה, AMPA או mGluRs Patil et al. 2007) אשר יכולים לעזור בהעלאת רמת הפעילות של רשת העצבית ובהגברת ההיענות תלוית המתח של קולטן ה-NMDA.

propionic acid) ו-KA (kainic acid). קולטנים מטבותרפיים גלומטריגים (mGluRs), שהם מצומדי חלבון G ומתווכים אפקטים נייור-מודולטורים של GLU, מחולקים לקבוצות על בסיס של צימוד לאפקטור ורגישות לליגנד. כל אחד מארבעת הסוגים השונים של קולטני ה-GLU NMDA, AMPA, KA, ו-mGluRs, נוצר ממשפחות גנים המקודדות מגוון של תת יחידות ויכול ליצור מגוון קולטנים/שילובי תעלות עם טווח רחב של אפיונים. משפחות קולטני ה-GLU הללו ותת היחידות שלהם מייצגים סביבה עשירה באתרים מודולטורים למחקר תרופתי. בעשור האחרון משפחות אלו הפכו יותר ויותר למטרות המולקולריות של פיתוח טיפולים רפואיים חדשניים בסכיזופניה. עד כה, סוג קולטן ה-GLU שנוחקר בצורה הקפדנית ביותר לפיתוח תרופה הוא קולטן ה-NMDA.

מבנה קולטן ה-NMDA

קולטן ה-NMDA בנוי כהומודימר של תת יחידות NR1 ו-NR2. לכל תת יחידה יש בצד החוץ תאי אתר קשירה לליגנד ואתר מודולרי, כאשר חומצת האמינו גליצין (GLY) נקשרת לתת היחידה NR1 ו-GLU ל-NR2. נוסף לתת יחידות אלו יש לקולטן ה-NMDA אתר ייחודי באזור התעלה היונית. באתר זה, הנקרא גם אתר הפנסיקלידין (PCP), נחסמת תעלת היונים בין מגנזיום (MG+2) המשתחרר במנגנון תלוי מתח חשמלי (איור מס' 1). המבנה הייחודי הדורש מנגנון הפעלה כפול, תלוי ליגנד ותלוי מתח, מאפשר לקולטני ה-NMDA להשתתף בתהליכים נייורוקוגטיביים מרכזיים, כולל הגברה ארוכת טווח (long term potentiation), הגברה לא-לינארית, איתור צירופי מקרים ושערים קשבים.

איור מס' 1 - מבנה קולטן ה-NMDA



השערת התפקוד המופחת של קולטן ה-NMDA בסכיזופניה

השערה עיקרית של התפתחות סכיזופניה היא שגורמי סיכון גנטיים רבים להפרעה זו קשורים לקולטן ה-NMDA. תצפיות התומכות בהשערה זו מראות שמספר מהגנים החשודים בהגברת הסיכוי לפתח סכיזופניה (לדוגמה: neurogulins, DAAO, G72) משפיעים על קולטן ה-NMDA

(N-[3-(4'-fluorophenyl)-3-(4'-phenylphenoxy)]propyl) המדכא פעילות GLYT1 – ואצל עכברים המוטטים ל-GLYT1 נצבית הגברה בהעברה עצבית של קולטן ה-NMDA. העוצמה של סדרת אנטגוניסטים של GLYT1 בהפחתת היבראקטיביות מופחתת על ידי PCP in vivo מותאמת בצורה משמעותית לעוצמה שלהם בהפחתת פעילות GLYT1 in vitro.

כיום, הנתונים הקליניים המתייחסים לחסמים של טרנספורטר ה-GLY מופקים ממחקרים המתבצעים עם החסם האנזימי של GLYT1 סרקוסין (N-methylglycine). בניסוי מבוקר שנערך במשך שישה שבועות עם חולים סכיזופרניים כרוניים שקיבלו מגוון תרופות אנטיפסיכיות, טיפול נוסף בסרקוסין במינון 2 גרם/יום הוביל לשיפור משמעותי בתסמינים חיוביים, שלילים וקוגניטיביים, ללא השפעה על תופעות לוואי משמעותיות (Tsai et al, 2004). במחקר שנערך לאחרונה (Lane et al, 2005), 65 סכיזופרניים המטופלים בריסידון וסובלים מהתקפים סימפטומטיים השתתפו בניסוי מבוקר כפול סמיות שנערך שישה שבועות והשווה הוספה של סרקוסין במינון 2 גרם/יום, DSR במינון 2 גרם/יום או אינבו. במטופלים שקיבלו סרקוסין יחד עם ריסידון נצפו שיפורים סימפטומטיים משמעותיים יותר מאשר בשתי קבוצות הניסוי האחרות.

מחקרים נוספים עם אגוניסטים של אתר ה-GLY של NMDA ועם סרקוסין נערכים בימים אלה בישראל, בארה"ב ובמקומות אחרים בעולם. היעדים של מחקרים אלה כוללים את הערכת יעילותם של חומרים מסוג זה כמנותריה בסכיזופרניה וכטיפול מניעתי שניתן יהיה להשתמש בו בשלבים פרוגרסיביים או מיד עם התפרצות האפיזודה הפסיכיאטרית הראשונה.

לסיכום, ראיות רבות מצביעות על כך כי פעילות קולטני ה-NMDA מופחתת בסכיזופרניה. גנים מקודדים הקשורים לסינפטוגנסיס, נדידת נוירונים והולכה עצבית המתווכת ספציפית על ידי קולטני ה-NMDA יכלים ליצור דיסרגולציה בסינפסות הגורמת לפעילות מופחתת של קולטן ה-NMDA ולסימפטומים של סכיזופרניה. מספר תרופות חדשות שמכוונות לקולטן ה-NMDA נבדקות כעת כחומרים תרופטיים טבעיים בסכיזופרניה. סביר מאוד שבתוך מספר שנים נראה בעוררות המעברים העצביים הקשורים בקולטן ה-NMDA תוספת חיונית למאגר הפרדיגמות הפרמקולוגיות הנמצאות בשימוש בסכיזופרניה.

DSR לקולטן לא הניבה שינויים סימפטומטיים משמעותיים רלוונטיים להשגת תת הפעילות של קולטן ה-NMDA. לאחרונה נמצא כי קולטן חוסם העברה של GLY ו-GLU אשר מתווכת על ידי מעברים סינפטומליים קטנים דמויי חומצות אמינו ניטריות (Javitt et al, 2005) (SNAT). ממצא זה מספק מנגנון פוטנציאלי הן לכחפיל התרופתי הייחודי של קולטן והן להשפעה השונה של אגוניסטים לקולטן ה-NMDA בנוכחות קולטן לעומת תרופות אנטיפסיכיות אחרות. שנית, נתונים זמניים כיום מצביעים שאגוניסטים לאתר ה-GLY של קולטן ה-NMDA, בניגוד לתרופות האנטיפסיכיות המצויות כיום, עשויים להשפיע בצורה משמעותית על קבוצות הסימפטומים השליליים והקוגניטיביים. שיפורים קטנים בתחומים נוספים (דיכאון, חרדה) נצפו גם הם במספר מחקרים. נצפתה גם הפחתה משמעותית בסימפטומים חיוביים בעזרת מודולטורים לאתר ה-GLY. עם זאת, הערכה מלאה של ההשפעות שלהם על קבוצת סימפטומים זו מחכה להשלמת ניסוי מונתריה, בהם ניתנים האגוניסטים לאתר ה-GLY ללא תוספת אנטיפסיכית אחרת.

בדרך כלל, בכל המחקרים שהתבצעו עד היום, חולים סכיזופרניים גילו סבילות טובה להוספה של אגוניסטים מלאים לאתר ה-GLY ולא נרשמו תופעות לוואי משמעותיות או שינויים בפרמטרים של בדיקות מעבדה. פרט חשוב נוסף הוא שלא דווח על גרימת תופעות לוואי מוטוריות או מטבוליות, דאגה שכיחה הקשורה לשימוש בתרופות אנטיפסיכיות, ביותר מ-20 המחקרים שבוצעו עד היום. יתרה על כך, נתונים ראשוניים (Heresco-Levy et al, 2004, 2005) מצביעים על כך שטיפול עם GLY ו-DSR יכול למעשה להקל על עוצמת הסימפטומים האקסטרזה-פירמידליים ודיסקיניה מאוחרת (tardive dyskinesia) המושרים בעקבות שימוש בתרופות אנטיפסיכיות.

מעכבי re-uptake של חומצות אמינו

גישת "הדור השני" לעיחור העברת עצביות המתווכת על ידי קולטן ה-NMDA מכוונת כלפי מוליכי חומצות אמינו אשר מווסתים רמות של חומצות אמינו (כגון: GLY, DSR) במוח. גישה זו מקבילה לשימוש בחומרים המפחיתים ספיגה ממוקדת של סרוטונין (SSRI) במקום הוספת טריפטופן ממקורות חיצוניים על מנת לווסת את רמות הסרוטונין בדיכאון. רמות ה-GLY הסינפטי נשלטות בצורה הדוקה על ידי מספר טרנספורטרים, הכוללים את GLYT1 ואת GLYT2. טרנספורטרים מסוג GLY וטרנספורטרים מערכתיים מסוג SNAT משמשים לשמירה על ריכוזים נמוכים, ולא חיוניים של GLY בסביבה הקרובה של מכלול הקולטן ה-NMDA. התפוצה האוטומית של GLYT1 היא מקבילה לזו של קולטן ה-NMDA. כתמיכה לתפקיד הקריטי שממלא GLYT1 בהעברה העצבית, לאחר מתן סרקוסין

ד"ר ח'ן, עופר אזולאי, מחלקת מחקר, אגף פסיכיאטריה, בית חולים הרצוג – עזרת נשים, יחשלים. פרופ' אוריאל הרסקו-לוי, החוג לפסיכיאטריה, בית ספר לרפואה הדסה, האוניברסיטה העברית, מנהל אגף פסיכיאטריה, בית חולים הרצוג – עזרת נשים, יחשלים

המציאות המדומה בטיפול בהפרעות חרדה

ה-VRE (Virtual Reality Exposure Therapy)

ד"ר יהודה ששון

שיפור 100-1 אחוז מהמטופלים ב-VR עם ביופידבק הראו שיפור משמעותי. מחקר מבוקר אחר שנעשה על ידי אותה קבוצה, במימון ה-NIMH (2000), הראה כי הטיפול באמצעות ה-VR היה יעיל באותה מידה כמו החשיפה IN VIVO. תוצאות דומות נתקבלו במחקרים מבוקרים בפוביות אחרות.

תופעות לוואי והוראות נגד

הוראות הנגד העיקריות לשימוש ב-VR הן מיגרת קשה, אפילפסיה, הפרעות וסטיבליות, עיוורון וחירשות. מתוארת תופעת לוואי לטיפול המוכרת בשם Cybersickness והיא מקבץ של סימפטומים בהם טשטוש ראייה, דמעת, אודם בלחמיות, טיניטוס, ירידה בשמיעה, סחרחורת, בחילה, הזעה, כאבי ראש, בלבול, חוסר יציבות, מתח בשרירי הצוואר או כאבי גב. תופעות אלו בהרכבים שונים של הסימפטומים יכולים להופיע בשני אחוזים עד ארבעה אחוזים של המטופלים.

ד"ר יהודה ששון, פסיכיאטר, מומחה לחרדות ופוביות, מעל מכון Fearless, טיפול בטכנולוגיה וירטואלית

בשימוש תכופ בטיפול בהפרעות חרדה: תהליכים מבוססי חשיפה וטכניקות ל-anxiety management. טיפולי חשיפה הם מערכת של טכניקות שהבסיס המשותף להן הוא עימות של המטופל עם הסיטואציה מעוררת החרדה. טכניקות אלו יכולות להתחלק על פי המדיום של החשיפה. לדוגמה, חשיפה בדמיון לעומת חשיפה במציאות, על פי אורך החשיפה - קצרה לעומת ארוכה, ועל פי עוצמת החשיפה.

בעוד טכניקות החשיפה מיועדות לעורר פחד וליצור הביטואציה, ה-Anxiety Management Training מכון להורדת החרדה על ידי הקניית כישורים לשלוט בחרדה. בין טכניקות אלו ניתן לכלול: Relaxation training, stress inoculation training, Cognitive Restructuring, Breathing Retraining, Social skills training and Distraction techniques.

VRE (Virtual Reality Exposure Therapy) כרוכה בחשיפת המטופל לסביבה הוירטואלית המכילה את הגירוי מעורר החרדה במקום לקחת אותו לסביבה האמיתית או לגחם לו לדמיין את הסיטואציה. ל-VRE יש את היתרונות של טיפול חשיפה מבלי לעזוב את המשרד של המטפל, עם יותר שליטה על הגירוי, עוצמתו, משכו ופחות חשיפה של המטופל לפגיעות או מבוכה בסביבה החיצונית.

מחקרים תומכים

המחקר המבקר הראשון לשימוש ב-VR בטיפול בהפרעה פסיכולוגית נעשה על ידי Rothbaum & Hodges ב-1993. מטרת המחקר הייתה לבדוק יעילות הטיפול בחרדת גבהים (Acrophobia) תוך שימוש ב-VRE. לצורך זה נסקחו 478 סטודנטים מהאוניברסיטה של ג'ורג'יה בהם נמצאו 20 שענו לקריטריונים של חרדת גבהים והחלו לטיפול. 17 מהם סיימו את המחקר. מהתוצאות עלה כי החרדה, ההימנעות, המצוקה והגישה למקומות גבוהים ירדו במידה ניכרת בין מצבם לפני הטיפול ולאחריו בקבוצת הטיפול ולא השתנו כלל בקבוצת הביקורת שהייתה ברשימת המתנה.

במחקר אחר שנעשה על ידי Wiederhold ב-1999, נבדקה יעילות הטיפול ב-VR באנשים עם חרדת טיסה. 30 איש עם חרדת טיסה השתתפו במחקר וחולקו לשלוש קבוצות שוות: קבוצה ראשונה טופלה בחשיפה בדמיון, קבוצה שנייה טופלה באמצעות VR תוך שימוש בביופידבק פיזיולוגי (ביופידבק) וקבוצה שלישית טופלה ב-VR ללא שימוש בביופידבק. 20 אחוז מהמטופלים בחשיפה בדמיון הראו שיפור אך רק מטופל אחד הצליח לטוס לאחר הטיפול ללא תרופות או אלכוהול. 80 אחוז מהמטופלים ב-VR ללא ביופידבק הראו

Virtual Reality Graded Exposure Therapy היא שיטת טיפול המשתמשת בטכנולוגיה של הדמיית מציאות לצורך טיפול בפוביות ספציפיות. שיטה זו נמצאה יעילה כמו טיפול בחשיפה IN VIVO ויותר מחשיפה בדמיון לטיפול בפוביות שונות, ובטיחות הטיפול גבוהה. יתרונותיה העיקריים של השיטה הם נוחות הטיפול, יעילותו, בטיחותו ועלותו.

הטכנולוגיה של מציאות מדומה (Virtual Reality technology) פותחה לראשונה עוד ב-1956 על ידי Morton Heilig ונקראה אז Sensorama simulation device. במכשיר זה, שהיה מהפכני בזמנו, המשתמש יכול היה לחוות רכיבה על אופנוע - חוויה שכללה תצוגה תלת ממדית, רעש מנועים סטריאופוני, תחושת ויברציות, ריח של דלק ותחושת תנועה שהתקבלה על ידי תנועת אוויר על הפנים. מאז עברה הטכנולוגיה הוירטואלית התפתחות מואצת, אומצה על ידי חברת Disney והיום אין כמעט פארק שעשועים בעולם שאינו משתמש בטכנולוגיה ובפיתוחיה המתקדמים. הטכנולוגיה ושימושיה לצורכי בידור מדגימים בצורה מצוינת כיצד קומבינציה של גירויים חושיים מגבירה את חווית המציאות של הצופה.

המציאות המדומה היא פריגמה של אינטרקציות מחשב-אדם, שבה המשתמש אינו עוד צופה מן הצד בדמויות על מסך המחשב אלא משתתף אקטיבי בעולם הוירטואלי הנוצר באמצעות המחשב. סביבות וירטואליות נבדלות מתצוגות מסורתיות בכך שהמשתמש חווה תחושת Presence בסביבה הוירטואלית, תחושה המושגת על ידי אינטגרציה של גרפיקה ממוחשבת בזמן אמיתי, התקן העוקב אחרי תנועות הגוף, תצוגה ויזואלית, גיח שמיעה מרחבי וגירויים חושיים אחרים.

פוביות והטיפול בהן

Phobia מאופיינת בהופעת חרדה או אי נוחות בעוצמה גבוהה בתגובה לגירוי מוגדר והימנעות מגירוי זה. התיאוריה ההתנהגותית מבינה את הפוביות כ-Conditioned responses וככלא מציעה כי השיטה הטיפולית תכלול extinction paradigms, כלומר החלשת האסוציאציה בין הגירוי לבין תגובת הפחד או החרדה. לצורך זה פיתח Wolpe (1958) טיפול באמצעות Systematic desensitization. עם השנים הלכו והתפתחו על בסיס טכניקה זו שיטות טיפול התנהגותיות שונות לטיפול בפוביות תוך הטמעת שיטות טיפול קוגניטיביות, עד להתפתחות הקונספט המוכר כיום כ-Cognitive Behavioral Therapy. שתי מערכות של תהליכים התנהגותיים נמצאות



היכל הרע שבי

ד"ר איריס מנור

הפתת קשב היא הפתה שכיחה יחסית, המוכרת בעיקר מעולם הפסיכיאטריה והנוירולוגיה של הילד. בשנים האחרונות הלכה וגברה המודעות לקיומה של הפרעה זו גם במבוגרים, והביקוש לאבחונה ולטיפול בה הלכו וגדלו

שישה אחוזים^{4,5}. בנוסף, קיים אחוז לא ידוע שסובל מצורה חלקית של ההפרעה. מבחינת הבדלי המינים, הרי שבניגוד לילדים, שבהם היחס הוא 1:4 בנים:בנות בהתאמה, הרי במבוגרים נמצא כי היחס הוא 1:1⁶. הבדל משמעותי זה מוסבר על ידי נטייתן של נשים לסבול מהפרעת קשב הממוקדת בקשב, דבר הגורם לאיחור באיתור, וגם על ידי נטייתן הגדולה יותר של נשים לפנות לקבלת עזרה רפואית.

הסתמנות קלינית של המבוגר הסובל מהפרעת קשב

המאפיין הקליני הבולט ביותר בכל המחקרים הוא השונות הרבה. דווקא במבוגרים, הרבה יותר מאשר בילדים ובמתבגרים, אנו פוגשים תמונות קיצוניות, הנעות בין תפקוד תקין כמעט, לחוסר תפקוד מוחלט. דוגמאות לתפקוד תקין יחסית ניתן למצוא בכל תחום שבו קיימת דרישה לתגובה בזמנית לגירויים רבים, לראיית שדה שלם ולהשתנות מתמדת, החל בספורט, המשך בתיאטרון, בתקשורת ובשיווק וכלה בניהול. כלומר, מבוגרים רבים מתפקדים בצורה גבוהה ביותר עם, ולפעמים בגלל, הפרעת קשב וריכוז, חזו מציקה להם או מעיבה על חייהם רק במצבים ייחודיים ובמידה מועטה בלבד.

מאידך, מבוגרים רבים מתקשים לתפקד ומתלוננים על פגיעה באיכות חייהם במספר תחומים. התלוננות השכיחות ביותר הן: 1. קושי במציאת עבודה ובשמירתה. 2. ביצוע מתחת לרמת היכולת האמיתית בעבודה. 3. חוסר יכולת לתפקד בהתאם למה שהיכולת האמיתית בלימודים (בית הספר, אוניברסיטה). 4. חוסר יכולת להתרכז. 5. קושי בהתארגנות. 6. חוסר יכולת לבסס הרגלי חיים ולשמור עליהם. 7. משמעת עצמית נמוכה. 8. דיכאון, ערך עצמי נמוך. 9. שכנויות או זיכרון גרוע. 10. בלבול, קושי בחשיבה בהירה. 11. קושי ביצירת מערכות יחסים, זוגיות וחברתיות.

כתוצאה, המבוגרים נוטים לפתח:

הפרעות מאז'וריות – דהיינו תחלואה פסיכיאטרית מובהקת, בתחומי חיים רבים, כגון דיכאון וחרדה⁷⁻¹⁰, התמכרויות לאלכוהול ולסמים^{10,12-14} וכדומה.

הפרעות תפקודיות אישיותיות – כגון, נהיגה לקויה ונטייה לתאונות^{4,5,16}, חוסר יציבות בחיים הזוגיים והחברתיים^{6,10,15}, עלייה בשכיחות הילודה בגיל צעיר^{6,10,15}, חוסר יציבות וחוסר סיפוק בתחום המקצועי^{6,10,15}, אי השלמת הדרישות הלימודיות^{6,10,15} ועבריינות^{8,13,7}.

מאפיין נוסף הוא התפתחות של קווי אישיות מסוימים, שנוטים להתגבר עם השנים¹⁷. קיימים שלושה תחומים בולטים ביותר, לפיהם ניתן לסווג קווים אלה, אם כי חשוב לציין כי בפרט הבדוד עשויים להופיע קווים מכמה תחומים. תחומים אלה הם:

הקווים הנרציסיסטיים – מדובר בקווים שמאפייניהם נוקשות, השקעה גדולה ב"עצמי", הערכה עצמית גבוהה, לצד האלהה או זלזול כלפי הזולת, ביקורתיות

אך נוספה הגדרה של הפרעת קשב לא ספציפית (ADHD-NOS), המיוחסת באפשרות לאבחן הפרעת קשב בשני מצבים:

1. העדר שישה תסמינים, נדרש על פי DSM, אך קיים ליקוי תפקודי, חברתי, או התנהגותי האופייני להפרעת קשב.
 2. הופעת התסמינים לראשונה אחרי גיל שבע. הגדרה זו חשובה בעיקר לאבחון המבוגרים, היות שרבים מהם נופלים לאחת מהגדרות אלו.
- האטיולוגיה של הפרעת הקשב במבוגרים אינה שונה מזו בילדים. לכן, לא התייחסנו אליה במסגרת סקירה זו. הקורא המעוניין יוכל למצוא פירוט של נושא זה בכל סקירה על הפרעת קשב של גיל הילדות.

שכיחות ויחסי מינים

הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה שכיחה למדי בגיל הילדות ושכיחותה מוערכת בארבעה אחוזים עד 18 אחוז במחקרים שונים^{2,3}, כאשר מקובל להתייחס לשכיחות של כשבעה עד עשרה אחוזים בממוצע. כיום מאמינים שלפחות 67 אחוז מהילדים ממשיכים לסבול כמבוגרים מההפרעה, ולפיכך אחוז המבוגרים הסובלים ממנה באוכלוסייה מוערך היום בשניים עד

הביטוי העיקרי של הפרעת הקשב הוא פיזור הקשב, ללא יכולת להתמקד לאורך זמן בגירוי בודד. לפי ספר האבחנות של החברה האמריקאית לפסיכיאטריה (Diagnostic and Statistical Manual) (DSM-IV-TR (1), הפרעת הקשב מתחלקת לשני סוגים עיקריים: הפרעת קשב מעורבת Attention Deficit and Hyperactivity impulsivity – Disorder (ADHD) mixed, והפרעת קשב ממוקדת בקשב – ADHD predominantly inattentive. סוג שלישי, הממוקד בהיפראקטיביות – ADHD predominantly hyperactive – זניח בשכיחותו לעומת שתי הצורות האחרות של ההפרעה, במיוחד במבוגרים¹.

כאמור, הפרעת הקשב עדיין שייכת לקבוצת ההפרעות המאובחנות בגיל הילדות וההתבגרות, ובהתאם מאפייניה תקפים לגבי גילאים אלה. אין עדיין סיווג תקף של הפרעת הקשב בגיל הבגרות, וההמלצה כיום היא להשתמש בסיווג של גיל הילדות תוך התאמה מקסימלית של המאפיינים לגיל הבגרות. על פי התאמה זו, אין שוני בדרישות הבסיס או בתשעת המאפיינים בכל אחד מאשכולות התסמינים, מהם נדרשים לפחות שישה לאבחון התסמונות (טבלה 1),

רבה, תפישת העולם בשחור-לבן ועוד.

הקווים הגבוליים – קווים אלה מאפיינים בעיקר את המבוגרים שהתקשו להסתגל ולהתפתח באופן תקין, ונוטים להופיע יותר באלה הסובלים מההפרעה המשולבת. הם כללים קושי לשמור על גבולות, קושי בשליטה עצמית, התקפי זעם, נטייה להתמכרות לאלכוהול ו/או לסמים ועוד.

הקווים הכפייניים – קווים אלה מתפתחים כנראה על רקע "פיצוי יתר". בין קווים אלה נכללים ארגון וסדר נוקשים, שמירה נוקשה על זמנים, שימוש בלוחות זמנים ופעולה נוקשים ביותר, שאינם מאפשרים מרווח לאלתור ועוד.

דעה מקובלת בציבור היא כי הטיפול, דהיינו התרופות המעוררות, מעודדות את ההתמכרות. לפיכך, חשוב להדגיש כי יש אמנם נטיית יתר להתמכרות בקרב האנשים הסובלים מהפרעת קשב, אבל בניגוד לסטיגמה הרווחת, היא אינה קשורה כלל לטיפול במעוררים אלא דווקא להעדר¹⁸. נמצא כי אנשים שסובלים מהפרעת קשב ומפתחים התמכרות סובלים, בדרך כלל, מהפרעות נוספות שמאובחנות על ציר I ב-DSM-4, כגון דיכאון וחרדה. טיפול יעיל, שיכלול גם טיפול מתאים בהפרעת קשב, עשוי להחזיר אנשים אלה לתפקוד תקין¹⁶. כאשר נבדקו מבוגרים שאובחנו כסובלים מהפרעת קשב בנוסף להתמכרות לקוקאין, נמצא כי הטיפול בריטלין שיפר את הסימפטומים של הפרעת הקשב ולא החמיר את ההתמכרות לקוקאין גם במבוגרים המציגים מאפייני התמכרות^{19,20}. אי לכך, ההמלצה הטיפולית כיום היא לתת טיפול במעוררים גם למתמכרים, כאשר הם סובלים מהפרעת קשב.

יצוין כי עם הכנסת התכשירים ארוכי הטווח (קונצרט), רטלין (LA) לשוק, נראה כי סכנת ההתמכרות למעוררים קטנה יותר. זאת עקב ההפחתה בעליות החדות של רמת התרופה בדם וההפחתה ביצירת תסמונת גמילה המעוררת צורך לגמילה נוספת.

אבחון

הבסיס לאבחון במבוגרים עדיין אינו מגובש דיו ונשען על אמות המידה של DSM-4, תוך התאמתם למבוגרים. לפיכך, הבסיס לאבחון הוא קבלת היסטוריה מפורטת של חיי המבוגר.

לאור העדר המדוזחים הנוספים (הורים, מורים) לגבי מבוגרים רבים, עולה שאלה חשובה והיא מידת הדיוק בדיווח של המבוגרים על ילדותם, כאשר ההשערה היום היא שדיווח זה אינו מדויק. לפי מחקר של Mannuzza²¹, רק 78 אחוז מאלה שאובחנו כסובלים מהפרעת קשב וריכוז בילדותם דיווחו על אותם מאפיינים מזכרונם. ולהפך, מתוך קבוצת ביקורת של צעירים שלא אובחנו כסובלים מהפרעת קשב נמצאו 11 אחוז אשר תיארו מאפיינים מתאימים להפרעה זו. בהשוואת הדיווחים העצמיים לדיווחי ההורים נמצא כי דיווחי ההורים היו מדויקים ב-66 אחוז מהמקרים, בעוד דיווחי האנשים עצמם היו מדויקים

רק ב-12 אחוז מהמקרים²². ממצאים אלה מדגישים את הקושי באבחון הפרעת קשב במבוגרים, על רקע חוסר הדיוק והזיכרון ה"סלקטיבי" שהם מציגים.

ככלל, מבנה האבחון מתבסס על שילוב המרכיב הקליני עם סולמות הערכה ומבדקים תפקודיים, כאשר קיימים סולמות ומבדקים שונים הנפוצים בעולם (2) – כאן נציין את אלה הקיימים בארץ. יש להדגיש כי בכל מקרה מבנה תלת שלבי זה, כולל ההערכה הקלינית המפורטת, חיוני לקבלת אבחון מדויק ככל האפשר.

סולמות הערכה – סולמות הערכה של מבוגרים שכיחים ותקפים פחות מאלה של הילדים. הם כוללים את WURS (Wender Utah Rating Scale), ASRS (Adult Self Report Scale) ואחרים. סולמות אלה מבוססים על אמות המידה של הפרעת קשב במבוגרים, כמו גם על היכרות ההתפתחות של האיתור התופעות המאפיינות במבוגרים אלה.

מבחני התפקוד המתמשך – כמו בילדים ובמתבגרים, תוספת חיונית לאבחון היא השימוש בבדיקת התפקוד המתמשך (בת"מ). בבדיקות אלו מאפשרות להעריך את תפקודם של מבוגרים בכל הגילאים, ולבצע לגביהם ניטור תרופתי, כפי שהדבר נעשה בילדים. יש להדגיש כי מדובר בבדיקות עזר בלבד, המשמשות תוספת לאבחנה ואינן יכולות בשום אופן להוות אבחון בפני עצמן. בארץ קיימות לפחות שתי בת"מ, TOVA (Test Of Variables of Attention) ומבחן Conners ממוחשב.

טיפול

חוקרים שונים מתארים את יעילות הטיפול הניתן בילדים, דהיינו שילוב של מעוררים וטיפול חינוכי-התנהגותי, כשהוא ניתן במבוגרים²³⁻²⁵. חשוב להדגיש כי במבוגרים יש לשלול קיום מחלות רקע, בעיקר לבביות, לפני טיפול תרופתי, או לחלופין להתייעץ ברופא מומחה לתחום.

טיפול תרופתי – גם במבוגרים, התרופות המעוררות הן בעדיפות ראשונה זאת לאור יעילותן, מיעוט תופעות הלוואי שלהן ופעולתן המוגבלת בזמן. התרופה העיקרית היא מתילפנידט (ריטלין), על תכשיריו השונים, הכוללים את ריטלין SR, ריטלין LA וקונצרט. מבוגרים זקוקים למינון של 1.3-1 מ"ג לק"ג ליום, ובהתאם, המינון הנדרש הוא סביב 20-25 מ"ג למנה עד שלוש פעמים ביום, ובחלק מהמציבים אף 30 מ"ג שלוש פעמים ביום. מינונים אלה עדיין אינם מוכרים בארץ, היות שההנחיות המקובלות על ידי משרד הבריאות מותאמות לילדים. התרופות המועדפות מבין התכשירים הן בדרך כלל אלו מן הדור החדש, דהיינו קונצרט, הפועלת משך 12 שעות, וריטלין LA הפועלת לאורך שמונה-תשע שעות. יתרונותיהן הוא משך פעולתן הארוך וכן מיעוט תופעות הלוואי שלהן.

תרופה ממריצה נוספת, אשר אינה רשומה בארץ, היא אדרל (adderall). מדובר בתערובת של מלחי

אמפטמינים, הדומה מאוד מבחינת יעילותה ופרופיל תופעות הלוואי שלה לריטלין, אך משך פעילותה שש שעות. גם לגביה התפרסמו עבודות המציגות את יעילותה ובטיחותה²⁶.

בשורה השנייה, ניתן למצוא היום את אטמוקסטין (סטרטרה). תרופה זו שונה מהותית מהמעוררים היות שהיא פועלת באופן ייחודי על המערכת הנוראדרגית. מדובר בתרופה שאותה יש ליטול באופן קבוע, והאפקט המלא שלה מתקבל רק לאחר שישה שבועות של טיפול. נעשו עבודות לגבי תרופה זו ויעילותה במבוגרים⁹ כאשר המינון הוא כ-1 מ"ג לק"ג. לאחרונה פרסם ה-FDA אזהרה כי תרופה זו עלולה להגדיל את הסיכון האובדני בילדים ובנוער ולכן השימוש בה דורש אמצעי זהירות.

בשורה השלישית נמצאות תרופות מסוג נוגדי דיכאון, כגון בופורפרין, וולפקסין ורובקסטין, הפועלות על המערכת הדופמינרגית והנוראדרגית. במחקרים השונים נמצאה יעילות נמוכה יותר שלהן מאשר זו של התרופות המעוררות ועיקר השפעתן על המרכיבים ההיפראקטיביים.

מבחינת הטיפול הפסיכולוגי, המבוגרים זקוקים לטיפול דינמי תוך, דהיינו עבודה על מנגנוני ההגנה שהתפתחו, על הפגיעות הנרציסטיט שנוצרה ועל אלמנטים אחרים בעלי אופי פסי-דינמי. זאת, לצד העבודה ההתנהגותית הקוגניטיבית ולצד הטיפול התרופתי. מבוגרים רבים אף מעדיפים טיפול פרטי על עבודה קבוצתית, כך שניתן במסגרת הטיפול לשלב אלמנטים שונים אלה.

חשוב ביותר לזכור כי תחלואה נלווית שכיחה יחסית בקבוצת גילאים זו, ובעלת משמעות גדולה לגבי הטיפול. יש לטפל בה במקביל, תוך התחשבות בה בעת בחירת הטיפולים השונים, כגון הטיפול התרופתי.

לסיכום: נושא הפרעת קשב וריכוז במבוגרים הולך ומתפתח בעשור האחרון, תוך שינוי גדול בתפישת ההפרעה מהפרעה המאפיינת ילדים בלבד להפרעה הקיימת בכל הגילאים. בהתאם, התמונה האופיינית, האבחון והטיפול – כולם עדיין בשלבי למידה והתפתחות וקיימים חללים בידע ההולך ונוצר. מדובר בתמונה קלינית מגוונת, כאשר התפקוד ואיכות החיים של אלה הסובלים מהפרעת קשב וריכוז כמבוגרים מגוונים מאוד ושונים במהותם מאדם לאדם, עם מאפיינים חיוניים ושליליים כאחד. לתחלואה הנלווית, אם היא קיימת, יש תפקיד חשוב ביצירת התמונה הכוללת. הטיפול מורכב ודורש התייחסות פסיכולוגית ותרופתית כאחד. מחקר רב עוד דרוש כדי לתת תשובות מלאות יותר על נושאים רבים הקשורים הן באבחון והן בטיפול.

ד"ר איריס מנור, המרכז לבריאות הנפש גוה, שירותי בריאות כללית, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

פעילות קוגניטיבית בגיל המבוגר עשויה להפחית את הסיכון לבעיות קוגניטיביות, דמנציה ואלצהיימר

פעילות קוגניטיבית בגיל המבוגר עשויה להפחית את הסיכון לבעיות קוגניטיביות דמנציה ואלצהיימר. כך קובע מחקר חדש שנערך במרכז הרפואי של אוניברסיטת ראש בשיקגו ופורסם בגיליון חודש נובמבר של הירחון "ניורולוגיה". החוקר הראשי, ד"ר רוברט אס. ווילסון אמר כי "הראינו שפעילות קוגניטיבית בגיל מבוגר משיגה תוצאות טובות גם לאחר שניקינו את רמת הפעילות הקוגניטיבית והשפעות סוציו-אקונומיות לפני הגיל המבוגר".

החוקרים בדקו 700 מבוגרים שעברו מבחני הערכה במשך חמש שנים. מוחותיהם של אלה שנפטרו במהלך המחקר עברו ניתוח שלאחר המוות. 90 אנשים פיתחו אלצהיימר, שיעור הסיכון למחלה אצל אלה שעסקו בפעילות קוגניטיבית קבועה עמד על 0.58, אולם אצל 102 החולים שנפטרו ובמוחם בוצעה נתיחה, לא התגלה קשר בין כמות הפעילות הקוגניטיבית לבין סימנים לנזק עצבי כמו משקעי עמילואיד. "התוצאות מצביעות על כך שפעילות מאתגרת מחשבתית כמו קריאה, ביקור בספרייה וכתביית מכתב חשובה לשימור היכולת הקוגניטיבית בגיל מבוגר", מסכם ד"ר ווילסון.

כמות החומר האפור במוח גדולה יותר אצל ילדים אוטיסטים

שיטת נובל להדמיה הראתה שכמות החומר האפור במוח גדולה יותר אצל ילדים אוטיסטים. החוקרים גילו כמות גדולה יותר של חומר אפור באזורי מוח האחראיים על תהליכים חברתיים ולמידה באמצעות צפייה. המחקר נערך במרכז פיי גיי לינדנר לאוטיזם בנורת' שור, לונג איילנד, ניו יורק. "הממצאים שלנו מצביעים על כך שחוסר היכולת של ילדים אוטיסטים להתייחס לאנשים ולמצבים בחיים באופן רגיל עשוי להיות תוצאה של חריגה בתפקוד מערכת הניורונים המשקפת", אמר המחקר הראשי, פרופ' מנזר אשתרי מבית החולים לילדים בפילדלפיה, פנסילבניה.

ניורונים משקפים הם תאי מוח הפעילים כאשר אדם מבצע פעולה וחווה רגש או תחושה וכאשר האדם רואה אותן פעולות, רגשות ותחושות אצל האחר. המערכת הזו התגלתה לראשונה אצל קופי מקק וחוקרים גילו עדויות למערכת דומה אצל בני אדם, מערכת שאחראית לפעולות כמו למידה באמצעות צפייה ועשייה והזדהות והבנה לכוונותיו של האחר.

המחקר בדק 13 חולים שאובחנו כסובלים מאוטיזם חמור או סינדרום אספרגר והיו בעלי מנת משכל גבוהה מ-70 וכן, 12 מתבגרים בריאים. הגיל הממוצע של המשתתפים היה 11. כל הנבדקים עברו דמייט DTI שעוקבת אחרי תנועת מולקולות מים במוח. זו הדמיה שבדקת את החומר הלבן וסיבי המוח, אבל הצוות של ד"ר אשתרי השתמש בה להערכת חומר אפור בשילוב עם ABM, שיטה חדשה שמתמקדת באזורי מוח בעלי פוטנציאל לשינויים בחומר האפור. השילוב של ABM עם DTI אפשר לחוקרים לעקוב אחרי אזורים יציבים ושינויים מקומיים בחומר האפור.

בנוסף לחריגה בכמות החומר האפור הקשור למערכת הניורונים המשקפת, המחקר גילה כי כמות החומר האפור גדולה יותר אצל בעלי מנת משכל גבוהה בקבוצת הביקורת, אבל לא אצל הילדים האוטיסטים. "במוח רגיל, כמויות גדולות של חומר אפור קשורות למנת משכל גבוהה יותר" אמר ד"ר אשתרי, "אבל במוח של אוטיסטים, כמות גדולה של חומר אפור לא קשורה למנת משכל כי החומר האפור לא מתפקד בצורה רגילה".

אצל הילדים האוטיסטים התגלתה כמות קטנה יותר של חומר אפור באזור הקשור לתפקודים חברתיים. ילדים עם ערכי חומר אפור נמוכים באזור

הזה קיבלו ציונים נמוכים במבדקים להערכת יכולת תפקוד בין-אישית. "ידלול באזורים האלה הוא תמרוז האזהרה למגוון הפרעות אוטיסטיות והממצא הזה עשוי להוביל להבנה גדולה ומדויקת יותר של הגורם הניור-ביולוגי לאוטיזם", אמר אחד המחקרים, ד"ר גיואל ברגמן, המנהל הרפואי של מרכז פיי גיי לינדנר לאוטיזם.

דיכאון כגורם סיכון לאוטיאופורוזיס בנשים

מחקר חדש מגלה כי רמת צפיפות נמוכה של מינרלים בעצם (BMD) שכיחה יותר אצל נשים בתקופת טרום גיל הבלות שסובלות מהפרעת דיכאון (MDD) מאשר אצל נשים בריאות. הסיכון שבדיכאון היה זהה לגורמי סיכון אחרים לאוטיאופורוזיס, כמו עישון ובריחת סידן. המחקר התפרסם בגיליון נובמבר של "הירחון לרפואה פנימית".

פרופ' גיובאני סיצה מצוות החוקרים אמר שהוא מקווה כי הממצאים יצביעו על הצורך לחייב נשים שלוקות בדיכאון לעבור בדיקה לצפיפות עצם. "המסר המעשי הוא שדיכאון הוא גורם סיכון לאוטיאופורוזיס", אמר, "ההידוש במחקר הוא שהנשים לא לקו בדיכאון חמור, אלא ביוני ובכל זאת הן סבלו מהידלדלות עצם ברמה חמורה ולכן יש להדגיש את חשיבות הבדיקה לכלל הנשים הסובלות מדיכאון, לא רק לאלו הסובלות מדיכאון קשה או ממושך".

דיכאון נחשב למחלה של מתח ממושך עם רמות מוגברות של הורמון המתח קורטיסול וכן חלבון ציטוקין שמופרש במערכת החיסונית. "החומרים הללו יעילים במלחמה במתח", אומר סיצה, "אבל אם יש יותר מדי קורטיסול או ציטוקין, יש גם תופעות לוואי, אחת מהן היא הידלדלות העצם ולכן, יש לשאול את השאלה האם נשים בדיכאון סובלות מהידלדלות עצם".

המחקר בדק 89 נשים בגיל טרום הבלות (21 עד 45) עם דחיסות עצם נמוכה ודיכאון או היסטוריה של דיכאון וכן, 44 נשים בריאות בקבוצת הביקורת. הדיכאון נקבע לפי "חבורת האבחנות והסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות, מהדורה רביעית" (DSM), נשים התקבלו למחקר אם עמדו בקריטריון וסבלו מדיכאון בשלוש השנים האחרונות. דחיסות העצם נמדדה על ידי צילום רנטגן של עמוד השדרה, הירך והזרוע. התגלה כי BMD נמוך נמצא באחוזים גבוהים יותר אצל נשים עם MDD לעומת הנשים בקבוצת הביקורת. "הידלדלות העצם היתה מהירה וחמורה", אמר ד"ר סיצה.

המחקר נמשך עוד שלוש שנים, דחיסות העצם נמדדה כל שישה חודשים והנשים קיבלו טיפול קליני נגד דיכאון. ד"ר סיצה עדיין מנתח את המידע שנאסף. "השלב הבא הוא לראות מה קורה להן במהלך הזמן", הוא אומר, "האם העצמות המשיכו להידלדל יותר מאשר בקבוצת הביקורת והאם מי שמדוכאת יותר סובלת מהידלדלות עצם חמורה יותר ממי שסובלת מדיכאון קל יותר. בינתיים, פסיכיאטרים צריכים לשקול לשלוח נשים שסובלות מדיכאון לבדיקת צפיפות עצם ורופאים פנימיים שרואים נשים הסובלות מהידלדלות עצם צריכים לשקול האם הן סובלות מדיכאון - התופעה קיימת בשני הכיוונים".

האבחנה חשובה כי ניתן לטפל בתופעה באמצעות שינוי אורח החיים, תוספי סידן, הפסקת עישון, התעמלות וטיפול תרופתי. "הבדיקה זמינה, לא פולשנית ורמת הקרינה נמוכה", אומר סיצה, "אין סיבה שלא לאבחן את זה".