

פסיכיאטריה

MEDICINE

כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה | פברואר 2010 | גיליון מס' 14

A Publication of The MEDICAL Group



14

לא לנוח על זרי הדפנה

פרופ' אורי אבירם מסכם עשור ראשון ליישום חוק
שיקום נכי נפש בקהילה ומציע צעדי היערכות לעתיד

ד"ר צופי מרום מלינה על ההגמוניה של הטיפול הפסיכודינמי במקומותינו 10 | פרופ' אלן אפטר ועמיתיו על האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל 024 | פרופ' אבנר אליצור מציע שתי שיטות לטיפול משפחתי בחולי סכיזופרניה 039

קוראים יקרים,



גיליון זה מדגים את המגוון העצום בתחום בריאות הנפש. המאמרים מתייחסים לעולמות תוכן לכאורה שונים לחלוטין אך למעשה הם מתייחסים תמיד לאדם, למצוקתו ולהתמודדותו. בגיליון זה מספר מאמרים הדנים בשיקום חולי נפש. פרופ' אבירם פורס לפנינו את התפתחות השיקום, גורמי ההצלחה והגורמים המאיימים על השיקום בישראל. במדור "האדם שמאחורי המחלה" עדות של אישה הסובלת ממחלה נפשית שמצליחה לתפקד כמטפלת וכאדם, תוך שימוש חיובי בחוויות המחלה שלה עצמה. למעשה, מאמר זה מלמד שכולנו, הנושאים בתוכנו בעיות שונות, סוכנים כפולים במידה זו או אחרת. המאמרים הדנים בגישות טיפוליות מצביעים שוב על המגוון העצום של טיפולים העומד לרשותנו. ד"ר בלוח מתייחס במאמרו לבעיה של השפעת תרופות נוגדות דיכאון בקטין. להערכתו, הדילמות האתיות בשטח לא נפתרו ונצטרך להמשיך ולהתמודד איתן גם בעתיד. ד"ר צופי מרום, פסיכולוגית במקצועה, מעלה את הצורך בשינוי הפרדיגמה הטיפולית הקלאסית. גישה זו מתפשטת יותר ויותר ואנו מקווים להציג עמדה שונה באחד הגיליונות הקרובים. שני מאמרים מתארים גישות טיפוליות נפוצות: פרופ' אליצור מתאר את התפתחות הטיפול המשפחתי, את החשיבה מאחורי הטיפול והפוטנציאל שבו. פרופ' לאור וחבריו מתארים את התיאוריה והמעשה של מחלקה לטיפול יום. אין ספק שלא עשינו די כדי לפתח מודל טיפולי זה. יש כמה אבני נגף המונעות התפתחות המודל בישראל, ביניהן תקציב לא תואם, נסיונות להגביל את מספר העמדות ונסיונות לפתח יחידות נכות עם צוות מועט ולא תמיד מיומן דיו.

ד"ר ולבסקי מציג בפנינו את האפידמיולוגיה של חולים המאושפזים בצווי אשפוז (כלומר בהחלטת בית משפט) לבין כאלה המאושפזים בהוראת אשפוז (בהחלטה רפואית של הפסיכיאטר המחוזי). נראה שמדובר באוכלוסיות לא זהות עם מהלך והתייחסות שונים. כשדנים באפשרות להעביר את ההחלטה על אשפוז כפוי בכלל לבית המשפט, מן הראוי להתייחס לנתונים אלה. פרופ' אפטר וחבריו מתארים את האפידמיולוגיה של האובדנות בישראל. מעבר לתיאור זה מוצעים גם צעדים מעשיים להתמודד עם בעיה זו. רצוי לזכור שיותר אנשים מתים כתוצאה מהתאבדות מאשר בתאונות דרכים ובכל זאת ההתייחסות הציבורית מזניחה באופן ברור את נושא האובדנות וזאת למרות הידע הרב הקיים בישראל בנושא. ד"ר טל מתמודד במאמרו עם המהלך של תסמונות חרדה מילדות לבגרות. בשלב זה לא נפתרה הספציפיות האבחונית תלוית הגיל. לא ברור באם המונחים הזוהים מוליכים אותנו שולל או להפך, יש צורך לשפה משותפת שבין הפסיכיאטריה של הקטין והמבוגר.

כתמיד, מאמרם של פרופ' ויצטום וד"ר מרגולין מתאר אישיות של פסיכיאטר יהודי לא ידוע אך מרשים ביותר. האם ישנם עוד אנשים כאלה?

תגובות, הארות והערות יתקבלו בברכה לדוא"ל: esther@themedical.co.il ופורסמו במדור תגובות.

בברכה,

פרופ' חנן מוני

יועץ רפואי לפסיכיאטריה

שירותי בריאות כללית

עורכת: אסתר קטן **עורך מדעי:** פרופ' חנן מוני **עיצוב גרפי:** מאיה פרי **משתתפים:** ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר צופי מרום, פרופ' אורי אבירם, ד"ר איילה אורי, סגדן בורשטיין, פרופ' אלן אפטר, ד"ר יובל בלוח, ד"ר אילן טל, פרופ' אבנר אליצור, טלי וישנה, איילה שווכביצקי, שגית משגב, ורד רייטר, פרופ' נתנאל לאור, ד"ר אבי ולבסקי, ד"ר רוני שילה, פרופ' אברהם ויצמן, מארק אולפסון **מנכ"ל:** שלמה בואנו **סמנכ"ל:** רונית בואנו **מנהלת שיווק ומכירות:** דנית אור **מנהלת הפקה:** מגי ליצ' **מחלקת כנסים:** תמר בקר, טלי פירשטיין **מערכת:** פורום מדיה בע"מ, רחוב הברזל 34 תל אביב טל. 03-7650500 פקס. 03-6493667 **כתובת למשלוח דואר:** מדיקל, ת.ד. 53378 תל אביב 61534 **דוא"ל:** info@themedical.co.il

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד כל הזכויות שמורות לפרוור מדיה בע"מ 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, המנויים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתובות המונעות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנם באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן. **אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פטריין כולל כתובת לפקס: 03-6493667 ט.ל.ח.**

מדורים

006 דמויות מעולם הפסיכיאטריה
איש רב פעלים - ד"ר מונטגיו דוד אידר (1866-1936) | ד"ר יעקב מרגולין,
פרופ' אליעזר ויצטום

008 עדות של מומחה - האדם שמאחורי המחלה
החולה הבריאה | עורכת המדור: ד"ר נעמי הדס לידור

010 דעה
האם יש עוד מקום לפסיכואנליזה בישראל? | ד"ר צופי מרום

050 מחקרים אחרונים
הסיכון לקבלה חוזרת בחולים שהתקבלו בכפייה ומרצון | ד"ר אבי ולבסקי,
ד"ר רוני שילה, פרופ' אברהם ויצמן, מארק אולפסון

מאמרים

014 חוק שיקום נכי נפש בקהילה - הערכת ביניים והיערכות לעתיד | פרופ' אורי אבירם
לקראת העשור השני ליישום החוק, סקירת המערך שהוקם, דרכי העבודה,
התוצאות והתיקונים הנדרשים

024 האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל | ד"ר איילה אורי, סנדרין בורשטיין,
פרופ' אלן אפטר
תמונת האובדנות בישראל ב-20 השנים האחרונות, על פי גיל ומגדר, מגזר, דת
וקבוצות סיכון

031 אובדנות וטיפול תרופתי בנוגדי דיכאון בקטינים | ד"ר יובל בלון
סקירת המנגנונים השונים להשפעה תלויית גיל של תכשירי SSRI's וההמלצות
הטיפוליות העדכניות

036 הפרעות חרדה במעגל החיים | ד"ר אילן טל
הסיווג והאבחון המורכב של הפרעות חרדה בילדות והתפתחותן לאורך החיים,
ההקשר הגנטי והטיפולים

039 טיפול משפחתי במשפחות של חולי סכיזופרניה | פרופ' אבנר אליצור
שתי שיטות, פסיכודינמית והתנהגותית-קוגניטיבית, לטיפול משפחתי במחלת
הסכיזופרניה

044 טיפול יום פסיכיאטרי פעיל כחלופה לאשפוז מלא | טלי וישנה, איילה שוכוביצקי,
שגית משגב, ורד רייטר, פרופ' נתנאל לאור
מודל למחלקת היום כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי מלא, יתרונות וחסרונות



ד"ר מונטגיו דוד אידר (1866-1936)

פסיכיאטר, פסיכואנליטיקאי, סוציאליסט, מתקן חברתי וציוני נלהב

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום

בשנות מצוקה בלונדון. כאות הוקרה על מעשיו, הוא נתמנה בשנת 1908 על ידי עיריית לונדון למנהל הרפואי של המרפאה המרכזית של מערכת החינוך בלונדון. יחד עם ד"ר ג'יימס קר (Kerr), הוא יסד את כתב העת School Hygiene, שבו שימש גם כעורך-שותף ותורם לו רבות מכשרונו הספרותי.

עבודתו הרפואית של אידר בתחום החינוך הביאה אותו להתעניינות בהיבטים הפסיכולוגיים של הרפואה. בשנת 1904, אגב עיסוקו הרפואי, הוא פגש בארנסט ג'ונס ובהשפעתו החל להתעניין בפסיכואנליזה. בשנת 1908 הוא עבר אנליזה אצל ויקטור טאוסק בווינה, אליה הופנה על ידי פרויד שהיה עסוק מדי, וכעבור מספר שנים הוא עבר אנליזה נוספת במהלך הכשרתו האנליטית, הפעם אצל שנודר פרנצ' בבודפשט (Feigenbaum, 1936). הוא היה בין הרופאים הראשונים באנגליה שהחלו לעסוק בפסיכואנליזה עוד לפני מלחמת העולם הראשונה, ובשנת 1910 מונה כמזכיר הראשון של החברה הפסיכואנליטית הבריטית (שנקראה אז החברה הפסיכואנליטית של לונדון).

בשנת 1911 הוא חווה על בשרו את התנגדותו של הממסד הרפואי הבריטי לפסיכואנליזה: הוא הציג את מאמרו הראשון בתחום הפסיכופתולוגיה בפני החטיבה הניירולוגית של ההסתדרות הרפואית הבריטית, ובו תיאר טיפול שביצע על פי עקרונותיו של פרויד במטופל בן 25 שאובחן כלוקה בהיסטריה ובהפרעה טורדנית-כפייתית (Eder, 1911). בסיום הרצאתו עזבו יו"ר החטיבה וקהל המאזינים את החדר בלי לומר מילה (Clark, 1980, p. 373). מעניין לציין כי במעקב של 42 שנה אחרי מקרה ראשוני זה, נמצא כי המטופל עדיין סבל מתסמינים מסוימים, אך בסך הכל נראה כי הוא הסתגל לחיים משביעי רצון ולמד לחיות עם התסמינים שלו. המטופל, שהיה לו, לפי אידר, "תסביך אם" אשר עבר התקה אל אחותו עדה, בחר ככל הנראה בד"ר אידר כמטפלו בשל הקרבה הפונטית של צלילי שני השמות, אולם תופעה זו שקשורה ליחסי ההעברה עם מטפלו לא הוזכרה בתיאור המקרה שפורסם על ידי אידר, כנראה משום שתופעה זו זכתה אז להערכה מעטה בלבד (Hunter and MacAlpine, 1953).

אידר לא התייחס מהתנגדות הממסד הרפואי לאסכולה הפסיכואנליטית, ובאמצעות מאמרים מדעיים, הרצאות ונאומים בכינוסי רופאים הוא נלחם באומץ על השקפותיו וגיבש לאט ובהדרגה, לצד ארנסט ג'ונס ואחרים, את ההכרה של הממסד הרפואי הבריטי ברעיונות הפסיכואנליטיים.

במהלך מלחמת העולם הראשונה התגייס אידר לצבא הבריטי בדרגת סרן. בשנת 1915 מונה כמנהל המחלקה הפסיכ-ניירולוגית בבית חולים במלטה, שבה אושפזו חולים אשר לקו ב-shell shock. המטופלים הגיעו אל מלטה מגזרות הקרבות בחצי האי גליפולי, שבה נחל הצבא הבריטי כשלון חרוץ מול הצבא הטורקי. במהלך שהותו במלטה ערך אידר מחקר, וממצאיו הראשונים, שהתמקדו בפסיכופתולוגיה של המטופלים, פורסמו על ידו כבר בשנת 1916

ד"ר אידר מהווה עד היום מודל של חלוץ בשטחים רבים, כפי שמודגם במפעליו המגוונים. הוא היה אחד מאותם אישים בודדים אשר היו מסוגלים להיות מעורבים במידה שווה בתחומי עניין ועיסוק שונים. מעורבותו הקיפה תחומים כרפואה, פסיכואנליזה, חינוך, חברה, פוליטיקה וספרות. ברשימה זו ננסה לסקור בקצרה את חייו דגול זה, אשר שחלפו יותר



ופעולותיו של פסיכיאטר נותרו מיוחדים במינם למרות מ-70 שנה מאז מותו.

מונטגיו דוד אידר נולד בלונדון באוגוסט 1866 למשפחה יהודית אמידה ומתבוללת. אביו עסק בסחר ביהלומים (רולניק, 2007, עמ' 61-66). בגיל צעיר הוא גיבש לעצמו השקפה סוציאליסטית והחליט ללמוד רפואה על מנת שיוכל לסייע למצבם הבריאותי של בני דלת העם בשכונות העוני של לונדון. בגיל 25 הוא סיים תואר ראשון במדעים והשלים כעבור ארבע שנים את לימודיו ברפואה. במהלך לימודיו התגורר אידר יחד עם בן דודו המבריק ישראל זנגוויל (לימים סופר, פובליציסט, הוגה דעות ומנהיג יהודי בריטי מפורסם) בחדר משותף במעונות הסטודנטים (Hobman, 1945, p. 26).

לאחר סיום לימודיו, ערך אידר סיורים נרחבים בארצות הברית, בדרום אפריקה, בקולומביה, בהרי האנדים המערביים ובבוליביה. במדינה האחרונה הוא למד ספרדית, הצטרף לצבאה כרופא אורזי ואף נחשף לעבודה רפואית בתנאי קרב במהלך מלחמתה עם ברזיל (Jones, 1936; Hobman, 1945, pp. 47-60). בשנת 1905 חזר ללונדון ועבד כרופא ביישובי כורים ובשכונות העוני של לונדון. הוא הצטרף לאגודה הפאביאנית (תנועה סוציאליסטית אינטלקטואלית שדגלה בקידום העקרונות של דמוקרטיה סוציאלית באמצעים רפורמיסטיים והדרגתיים ולא בצורת מהפכה) ומילא בה תפקיד בולט. בהתאם להשקפת עולמו, הוא חבר לקלרה גרנט (1867-1949), אשת חינוך מפורסמת ששיפרה רבות את שיטות החינוך בשכונות לונדון, והקים עימה מערך של מרפאות בבתי הספר

(Eder, 1916). כעבור שנה הוא הוציא ספר ובו פרסם את תיאורם המפורט של 100 חולים שאושפזו ברצף ואשר לא היו במצב פסיכוטי (Eder, 1917). הוא מצא כי 77 מהם לקו במה שהוא כינה "היסטריה קונברסיבית", כולל שיתוקים, חסכים תחושתיים והתקפי התכווצויות שלא ממקור אורגני; 17 לקו ב"היסטריה חרדה", שבה בלטו בעתה, חרדה ופחד; ואילו ששת הנותרים לקו ב"תשישות נפשית" אשר התבטאה בהתנהגות כפייתית, בפוביות ובתסמינים גופניים שונים. מעניין לציין כי בשער הספר, מתחת לשם המחבר ומעל לדיוקנו של אל הרפואה אסקלפיוס, מופיעה אמרה בשפה הלטינית (summos Fulgura montes [בטעות הודפסה המילה sumnos]), המיוחסת למשורר הרומי הורציוס (8-65 לפנה"ס) ופירושה: "הברק מכה בפסגות ההרים". כלומר, ככל שהמגדל גבוה יותר, כך קשה יותר הנפילה ממנו. ספרו זה היווה תרומה חשובה מאוד לקידום הטיפול הקליני בתחום הנפשי. עד לאותו זמן ובשל העדר תובנה פסיכולוגית, סווגו הפרעות פונקציונליות מגוונות שהופיעו בזמני מלחמה כהפרעות אורגניות. ספרו של אידר הוסיף רבות לתפישתם של חולים אלה כחולים שהם ברי-טיפול. יתר על כן, באמצעות שינוי המינוח מ-Shell shock ל-War shock והתיאור המפורט של החולים, הוא הצליח להרחיב בצורה משמעותית ביותר את ההמשגה האטיולוגית בת זמנו של כל קבוצת הפרעות הנפשיות הקשורות בהשתתפות בקרב (Glover, 1945, pp. 98-99).

הפרק הציוני בחיי אידר

הפרק הציוני בחיי של אידר, שהחל בשנת 1905 עם הצטרפותו אל ההסתדרות הטריטוריאליסטית היהודית שהוקמה כחלק מההסתדרות הציונית על ידי בן דורו ישראל זנגוויל, קיבל ביטוי מובהק בשנת 1918, אז הגיע אל ארץ ישראל כידור הטוב וכיד ימינו של חיים ויצמן. בין השנים 1918-1923 הוא שהה בארץ ישראל והיה אז אחד משני הפסיכואנליטיקאים שהתגוררו בה. השני היה דוריאן פייגנבאום, שבא לארץ ישראל בשנת 1920 בעידודו של אחיו הצעיר אריה פייגנבאום, אשר עלה לארץ ישראל עוד בשנת 1913 וניהל את מחלקת העיניים בבית החולים רוטשילד בירושלים. דוריאן החל לנהל את בית החולים עזרת נשים, שהיה בית החולים הפסיכיאטרי הראשון בארץ ישראל (ויצטום ומרגולין, 2004) ושימש כיועץ פסיכיאטרי לראשי השלטון הבריטי, אך בשנת 1923 פוטר מניהול בית החולים והיגר לניו יורק.

בשנותיהם בארץ ישראל ניסו אידר ופייגנבאום לקרב את ציבור האינטלקטואלים והמחנכים אל הפסיכואנליזה ורעיונותיה (Feigenbaum, 1936), אך עיקר פעולתו של אידר בחמש שנותיו בארץ ישראל התבטא בתפקידים ציבוריים רבים שנטל על עצמו במסגרת התנועה הציונית. הוא ניהל למעשה את "ועד הצירים", שהיה ועד של מנהיגים ציוניים אשר הוקם בעקבות הצהרת בלפור במטרה להניח יסוד יציב לבניית בית יהודי בארץ ישראל, לראגה ליהודיה

ולקשר בין ההסתדרות הציונית והיישוב העברי ובין השלטון הבריטי בארץ ישראל (רולניק, 2007, שם). גם לאחר חזרתו לאנגליה השתקעותו בפרקטיקה פסיכואנליטית ענפה בלונדון, המשיך אידר לפעול לטובת התנועה הציונית ומסדותיה. כך למשל, היה יו"ר הוועד הלונדוני של ידידי האוניברסיטה העברית בירושלים שהיתה קרובה לליבו (Eder, 1926) ובשנת 1931 נבחר כנשיא הפרדציה הציונית באנגליה.

לאידר היו קשרים הדוקים עם העילית הספרותית והאינטלקטואלית באנגליה של זמנו: הסופר ד"ר לורנס היה מידידיו הקרובים ביותר וכן המחזאי ג'ורג' ברנרד שאו והסופר והוגה הדעות הרברט ג'ורג' וולס. רוחב מבטו של אידר משתקף היטב באחד מעשרות פרסומיו (Eder, 1932), שבו טען לאור ניתוח חודר ומעמיק של אירועי תקופתו, כי בעוד שהתרבות האנושית נעה קדימה הודות לחידושים במדע, בפוליטיקה ובטכנולוגיה, התקדמויות אלו תורמות לאמיתו של דבר לעצבות מרובה יותר, שמופיעה כאשר בני האדם מאבדים שליטה על סביבתם. נראה כי בטענה זו הוא הקדים במידה רבה את זמנו.

ד"ר אידר לא היה אדיש לשורשי היהודיים ואחד ממאמריו האחרונים הוקדש לניתוח פסיכואנליטי של הנחת התפילין ומשמעותה ולריטואלים יהודיים אחרים (Eder, 1933). הוא גם סייע רבות לרופאים יהודים שעזבו את גרמניה הנאצית והיגרו לאנגליה להיקלט בה ולעבוד במקצועם. אשתו אדית, שליוותה אותו במשך 30 שנה, היתה שותפה פעילה בשלושת תחומי העניין העיקריים בחייו: סוציאליזם, ציונות ופסיכואנליזה. לפני מותו הוא אף ביקש להקבר בטקס יהודי דתי על מנת לציין כי הוא היה אחד מבניו של עם זה (Jones, 1936).

ד"ר אידר נפטר עקב אי ספיקת לב ולאחר מחלה קצרה במרץ 1936. בכתיבת אחד ההספרים שפורסמו בכתב עת רפואי בריטי לאחר מותו, חברו יחדיו באופן נדיר מספר אישים בולטים מבני התקופה, כמו אלברט איינשטיין, דיגמנר פריד, ארנסט ג'ונס, חיים ויצמן, הרברט וולס ועוד (British Medical Journal, 1936). דברי ההספר המיוחדים ומגוון האישים הדגולים שחתמו עליהם, בהם הם מציינים כי היתה להם הזכות להכירו ולשתף עימו פעולה, מסמלים יותר מכל את ייחודו ואת אישיותו הרבגונית של ד"ר מונטגיו דוד אידר.

ד"ר יעקב מרגולין, לשעבר מנהל המרכז הירושלמי לבריאות הנפש איתנים-

כפר שאול, המרכז הקהילתי לבריאות הנפש יפו, הפסיכיאטר המחוזי

לתל אביב ומזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל.

פרופ' אליעזר ויצטום, פרופסור מן המניין בפסיכיאטריה, המרכז לבריאות

הנפש באר שבע, החטיבה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב,

פסיכיאטר בכיר במרכז הקהילתי לבריאות הנפש עזרת נשים, ירושלים

1. ויצטום א ומרגולין י (2004). ייסוד בית החולים לחולי נפש "עזרת נשים" בירושלים: פרשיות נבחנות. הרפואה 143: 382-385.

2. רולניק ע (2007). עושי הנפשות - עם פריד לארץ ישראל, 1918-1948. תל אביב: עם עובד.

3. British Medical Journal (1936). Memorial to Dr. David Eder. British Medical Journal 2(3955): 846.

4. Clark RW (1980). Freud - The Man and the Cause. London: Jonathan Cape and Weidenfeld & Nicolson.

5. Eder MD (1911). A Case of Obsession and Hysteria Treated by the Freud Psychoanalytic Method. British Medical Journal 2(2648): 750-752.

6. Eder MD (1916). The psycho-pathology of the War Neuroses. The Lancet 188(4853): 448-449.

7. Eder MD (1917). War-Shock: The Psycho-neuroses in War Psychology and Treatment. London: William Heinemann.

8. Eder MD (1926). The Hebrew University of Jerusalem: Some Perspectives and Aspects. London: Zionist Organization.

9. Eder MD (1932). The Myth of Progress. British Journal of Medical Psychology 12: 1-14.

10. Eder MD (1933). The Jewish Phylacteries and Other Jewish Ritual Observances. International Journal of Psycho-Analysis 14:341-375.

11. Feigenbaum D (1936). In Memoriam: Montagu David Eder, M.D. (1866-1936). Psychoanalytic Quarterly 5: 444-446.

12. Glover E (1945). Eder as Psycho-Analyst, In: J B Hobman, ed.: David Eder: Memoirs of a Modern Pioneer. London: Victor Gollancz Ltd.

13. Hobman JB (1945). David Eder: Memoirs of a Modern Pioneer. London: Victor Gollancz Ltd.

14. Hunter RA and MacAlpine I (1953). Follow-up study of a case treated in 1910 by 'The Freud Psychoanalytic Method.' British Journal of Medical Psychology 26: 64-67.

Jones E (1936). M. D. Eder - Obituary. International Journal of Psycho-Analysis 17: 143-146.

החולה הבריאה

אני לא מספיק חולה, אני לא לגמרי בריאה, אני סוכנת כפולה. בעולם הבריאים אני חשה שונות כי אני חולה, בעולם המתמודדים אני חשה שונות כי אני נראית בריאה. לאן אני שייכת?

עורכת המדור: ד"ר נעמי הדס לידור

שלום, קוראים לי א', סוכנת כפולה. בשבילי, אני חולה במחלת נפש מגיל 16 וזה לא יעבור לעולם. בשביל בעלי, יש לי קשיים רגשיים שקוראים להם מחלה ולכן הם לא ניתנים לשינוי. בשביל חבריי הקרובים שבפניהם "נחשפתי", אני חולה שצריך לדאוג שלא תתפרק. בשביל הפסיכיאטר שמטפל בי, אני חולה. בשביל הפסיכולוגית שלי, אני לא ממש יודעת כי היא לא אוהבת הגדרות. אבל, בשביל הוריי אני בריאה, בשביל הצוות שעובד עימי אני בריאה, בשביל האנשים עם המגבלה הפסיכיאטרית שאותם אני מלווה בתהליך השיקומי, אני בריאה. סביר להניח שגם חלק נכבד מהמתמודדים כמוני לא מגדיר אותי כחולה.

אני לא מספיק חולה, אני לא לגמרי בריאה, אני סוכנת כפולה. בעולם הבריאים אני חשה שונות כי אני חולה, בעולם המתמודדים אני חשה שונות כי אני נראית בריאה. לאן אני שייכת? להיות חולה במחלת נפש ולהיראות נורמלית לחלוטין כלפי חוץ, זה מצב מסובך.

אני עובדת בתחום השיקום הפסיכיאטרי כאשת מקצוע שנים רבות. הקולגות והמנהלים שלי מעריכים מאוד את עבודתי אך יודעים שאני עוף מוזר. אני עובדת די טובה, רק שאני שונה בהתנהגות שלי, בתקשורת שלי, בקשר שלי עם המתמודדים. אני שומרת סוד נורא בתוכי וכל הזמן עומדת על המשמר.

מהיום שבו התחלתי לעבוד בשיקום, חשתי שמצאתי את מקומי בין המתמודדים. היה לי נוח יותר איתם מאשר עם שאר הצוות, היה לי קל לתקשר איתם, יצרתי איתם קשר בקלות, היה חיבור אמיתי שאין לי בדרך כלל עם הבריות. לא היו לי עכבות וחששות כמו באינטראקציה בינאישית נורמטיבית. איתם יכולתי להיות אני האמיתית, זו שיש בה גם מרכיבים של מחלה. בעיניהם, מעולם לא הייתי מוזרה, מקסימום קצת יותר דומה להם. מה שהנחה אותי בקשר איתם ובעבודה השיקומית, זה שאנחנו לא שונים. הרבה מטפלים אומרים שהם מאמינים שהם לא שונים מהמטופלים שלהם כי הבסיס המשותף הוא שכולנו בני אדם, וזה נכון. אבל פעמים רבות זו אמירה של מס שפתיים, נכונה פוליטית ורצויה למטפל טוב. המתמודד שעומד מולך מרגיש אם זה אמיתי או לא. אני באמת לא שונה מהם, גם אני חולה. אני חיה עם מחלה שיכולה להוביל אותי לאשפוז, אני נעזרת בתרופות, בפסיכיאטר ובפסיכולוגית, אני חווה עליות וירידות ואין לי תמיד שליטה על זה. אני לא מצליחה לעשות דברים שחשובים לי ואני חוששת מתי יבוא ההתקף הבא. נקודת המוצא הזו גורמת לי, מצד אחד, להתייחס אליהם כאל שווים לי, בכבוד, ברגישות, לעשות איתם מה שהייתי רוצה שיעשו איתי, ללא פשרות. מצד שני, אני מצפה שיצליחו כמו שאני הצלחתי. אני מסוגלת באמת להתכוון כשאני אומרת, "אם



אני מסוגלת - גם אתה מסוגל". הוא לא מבין אותי, "הרי אנחנו כל כך שונים, את בריאה ואני חולה". אלו האיכויות שאני מביאה באינטראקציה עם מטופלים שכולם ויתרו עליהם ואני לא מסוגלת לוותר. כי לוותר עליהם, זה לוותר עלי. אני מאמינה ויש לי תקווה גם כשלהם כבר פחות. אני שם בשבילם תמיד, מקבלת, מבינה, רואה את הכוחות ואת התקווה, כי אני לא יכולה אחרת. המאבק שלי על אנשים שמזמן כבר ויתרו עליהם ברמה זו או אחרת הוא פנימי, מאבק על עצמי, ולכן אני כל כך עיקשת. האנשים שאני מלווה מרגישים שאכפת לי באמת ואז גם להם אכפת קצת יותר. וכשאכפת להם, הם רוצים, הם מעזים והם בהחלט מצליחים בדרכם לעשות למען עצמם את השינוי הראוי לשיפור תחושתם האישית.

בין שמירת גבולות להפרדה שלא קיימת

לכאורה, כל זה עושה אותי אשת שיקום ראויה. בפועל, זה בעיקר מושך אש: אני לא מסוגלת לוותר גם כשנראה שהכל אבוד. אני מנהלת מלחמות גם בתחנות רוח כי אי אפשר אחרת ומקבלת הרבה מאוד תגובות קשות על כך. למערכת קשה איתי, אני נדניקית, נאבכת, רואה את האדם המיוחד שיושב מולי, שחשוב יותר מכל, יותר מהמערכת וגם יותר ממני. בגלל השילוב של המקום הפנימי שמוכיל אותי ומעניק לי כוחות בלתי רגילים והקושי שלי באינטראקציה חברתית, אני שורפת את עצמי כדמות סמכותית-מערכתית.

במערכת, לרוב, לא ממש מחבבים אותי. לעתים מתרגלים אלי, לעתים מעריכים אותי מקצועית, בליט ברידה, אחרי שהצלחתי במקום שבו לא האמינו שאפשר. לעתים סולחים לי ואומרים שאני כזאת, שזה האופי שלי וזה בסדר, או שמתייחסים אלי בהתאם לסיטואציה אבל אחר כך מעירים לי.

יש גם כאלה שאמנם לא יודעים שאני חולה, אבל מעבירים את ההרגשה הזו ביתר שאת. במקרה אחד התפטרתי ממקום עבודה לאחר שנלחמתי במערכת על אדם שאותו ליוויתי. "צאתי נגד המנהל שלי ולא יכולתי להמשיך לעבוד שם. האמנתי אז שאצליח למצוא עבודה אחרת ומה שחשוב יותר הוא לעמוד לצד האדם שאני יכול להביע את עמדותי ואין מי שיילחם עליו מלבדי, מול החלטה שאינה מכבדת את רצוני ועלולה להשפיע באופן משמעותי על עתידו.

אומרים שיש לי קושי עם גבולות, שאני לא עושה מספיק הפרדה ביני לבין המתמודדים שאני מלווה. אני חושבת שיש לי קושי בשמירה על גבולות, אני פשוט מגדירה אותם אחרת ומאפשרת קשר קרוב יותר. מבחינתי, זו אינה חציית גבול, איני עושה הפרדה כי היא לא ממש קיימת. אבל אז בכל פעם אני נחשבת למוחרה ומסתבכת עם המטפלים שלא מבינים אותי.

חרדת הסטיגמה

אני בוחרת לשמור את הסוד. הפסיכולוגית שלי לא מצליחה להבין את הקושי הזה שלי, הרי לכל בני האדם יש תכנים שהם אינם משתפים בהם את כל הסביבה. מדוע זה שונה? מדוע לגלות את עובדת היותי חולה שונה מלספר תכנים אישיים פרטיים אחרים? אולי בגלל שכל הזמן רואים ומפרשים אותי אחרת ממה שאני מתכוונת, אולי בגלל שהתחום שבו בחרתי לעסוק מציב מולי כל הזמן מראה ולרגע איני יכולה לשכוח שאני חולה. אולי זה בגלל שלפעמים איני מרגישה טוב גם בעבודה ואסור לי לחשוף זאת. אולי בגלל שאני צריכה שיהיו ששכאני אומרת שאני לא מרגישה טוב, זה לא כאב ראש אלא כאב נפש, ושיגלו אמפתיה.

שמירת הסוד קשה, לעתים קשה מנשוא. האנרגיות שאני משקיעה בהסתרת המחלה שלי בעת שסובבים אותי אנשים כמוני הן אדירות. פעמים רבות מטופל מספר לי משהו שאני מזדהה עימו עד מאוד אך הפנים נותרות אדישות למראה ואני אילמת מלספר את האמת. שמירת הסוד גורמת לי מתח ובשילוב עם הקשיים החברתיים אני מגיבה לעתים קרובות בצורה שמאוד לא מתאימה לסיטואציה או לגירוי, כי אצלי רמת המתח היא מלכתחילה גבוהה וכל גירוי עלול למלא את המכל ולגרום להתפרצות.

לפעמים אני מוותרת ומשתפת כי קשה לי. לפעמים אני עושה את זה כפעולת מנע לפני שיהיה קשה מדי ולפעמים אני בוחרת לשתף כי זה חשוב ויכול לעזור

ולקדם. לרוב, אני בוחרת לשתף מישוהו בעבודה שיועד כדי לחפות עלי במקרה הצורך. חבריי הקרובים יודעים אך לא כולם מקבלים ועד כה רק פעם אחת סיפרתי על הסוד למתמודד שלייוויתי. אחרי שאני משתפת, אני חשה הקלה, אני חופשיה, לא צריכה להסתיר יותר דבר והכי חשוב, אני מובנת ולעתים גם מגלים כלפי אמפתיה, מחבבים ומעריכים אותי על מי שאני. אך תמיד ובכל פעם מחדש, קשה לחשוף, לספר על הקשיים ולשכנע, שלמרות שאני נראית רגילה, אני לא; להתמודד עם התגובה של ההלם, המבוכה, הרחמים, חוסר האמונה - "לא יכול להיות שאת חולה" - כי אני יותר מדי דומה להם.

הייתי מאוד רוצה להיות קצת עם אנשים כמוני, "חולים בריאים", לנח מהמאבק התמידי בלהיראות בסדר, לשתף ולהשתתף בחוויות של חולי ובריאות. הבעיה היא שהם, החולים הבריאים, מתחבאים בשל חרדת הסטיגמה ואיני מוצאת אותם. אלה שנחשבים לחולים יותר ומתוך חוסר ברידה נחשפים בשל השירותים שהם מקבלים, לא יקבלו אותי לחברתם. הם עלולים לחוש שהם נמצאים בטיפול נמרץ ואילו אני באה עם נקע ברגל. גם בנקע שלי צריך לטפל, אבל האדם בטיפול נמרץ והרופאים סביבו לא רואים זאת, כך שאני מראש לא נחשפת בפניהם שמא ידחו אותי.

גם בנקע צריך לטפל

למה? למה את מתעקשת להיות חולה, הרי את נראית בריאה לחלוטין ומתפקדת? שנים רבות שאלתי את עצמי אותה שאלה, תמיד ידעתי שאני חולה אבל הסביבה לא ידעה, אז למה לגלות? עדיף להכחיש ולהתכחש. הבעיה היחידה היא שכאשר אתה מתכחש לחלק בנפשך, אתה מוותר עליה. אפשר להמשיך להיות, לשרוד, להשיג, אבל מה שווים החיים בלי להרגיש. עדיף להתאבד. ואכן, אחרי שנים ששרדתי ואהובי שרד איתי, הבנתי שאי אפשר יותר ולראשונה בחיי נעניתי לטיפול. קיבלתי אבחנה, תרופות, פסיכותרפיה ואת הנפש שלי בחזרה. כשאובחנתי לראשונה, חשתי הקלה עצומה. האבחנה עזרה לי להגדיר את עצמי כאדם שלם ולנסות להתחיל לקבל ואולי בסופו של דבר אפילו לחבב אותו. חלק מהקבלה זה גם להפסיק להילחם מלחמות מיותרות בעצמי ולנסות להיות מושלמת, אלא להגדיר את הקושי ולחיות איתו, ככל האפשר, בשלום ובשלווה. לפעמים אני עושה לעצמי התאמות וזה קל יותר כשהסביבה יודעת. לפעמים אני מוותרת מראש כי אני יודעת שזה ידרדר את מצבי, אבל רק לצד המודעות אני יכולה להתחיל להיות חיים מלאים, בחולי ובבריאות.

עדיין לא סיימתי את המסע של החולה-בריאה, עדיין כל אירוע מערער אותי, אני עדיין מחפשת את התרופה המתאימה ביותר, את קבוצת השווים שתאפשר לי לנח קמעה, את האיוון בין המראה החיצוני שלי למצבי הפנימי. אני עדיין נלחמת, יום יום, לא לוותר לעצמי, לאנשים שאני מלווה, להיות מאוונת, להסתיר את המחלה מהסביבה. נכון, יכולתי לבחור להתכחש ולהכחיש את המחלה, אבל אז, סביר להניח, לא הייתי שורדת.

מדוע אני מספרת לכם את כל זה? כי אני רוצה שתדעו שאי אפשר לדעת שום דבר על אדם לפי מראה חיצוני ותפקוד. אני רוצה שתיתנו לי לגיטימציה להיות גם חולה וגם בריאה ושלא תגידו לי, אם את ככה, אז את לא באמת חולה, ואם את באמת חולה, אז אל תהיי ככה. אני רוצה שתדעו שיש הרבה אנשים כמוני שמתחבאים מאימת הסטיגמה. גם אני עדיין מתחבאת. אני רוצה שפסיכיאטרים ופסיכולוגים ועובדים בשירותי בריאות הנפש יבינו וידעו שגם בנקע צריך לטפל וצריך להתייחס אליו בהתאם. אין מדד אמיתי לסבל נפשי אנשי.

אני רוצה שהסטיגמה תפסיק לאיים, שזה יהיה בסדר להיות חולה במחלת נפש ולקבל טיפול תרופתי כמו שזה בסדר להיות חולה במחלה פיזית כרונית, ללכת לביקורת אצל רופא אחת לחודש ולטיפול טיפול תרופתי. רק כך נוכל עמיתיי ואני הסוכנים הכפולים להיפטר מהחובה לבחור, או להיות חולים או להיות בריאים, אבל לא להיות אנחנו, שלמים.

הכותבת היא בעלת תואר שני באחד ממקצועות השיקום בבריאות הנפש ועובדת בתחום בהצלחה רבה זה למעלה מעשור

האם יש עוד מקום לפסיכואנליזה בישראל?

בשדה הפסיכותרפיה בישראל כיום, עדיין קיימת הגמוניה של הטיפול הפסיכודינמי. המשמעות היא שמרבית הנזקים מטופלים בפסיכותרפיה הקיימת ושההכשרה ברובה היא פסיכודינמית. לאור המתחולל כיום בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי, ההמלצה היא לעבור לגישה מושכלת ולחידוש הברית בין מדע ליישום בפסיכותרפיה, לפיהן כל טיפול ייבדק בכלים מדעיים להוכחת יעילותו.

ד"ר צופי מרום

סבתא טוניה אהבה אורחים, אבל את הביטוי "הכנסת אורחים" לא פירשה כפשוטו. להכניס אורחים? לתוך הבית ממש? לא ולא! את המצווה היא קיימה בחוץ. האורחים ישבו במרפסת, וסבתא הוציאה להם כוס תה, ביסקוויט בריבה... והיו ספה שאיש לא השתרע עליה ושתי כורסאות קטנות שלא ישבו עליהן, וגם מזנון... ושכנו בו כלי אוכל שלא ראו שולחן או סועד... לא רק המיטה, גם כל חברה ללא-הכורסאות והספה והשולחן... נעטפו בתכריכי סדינים... איש לא הסב עליהם ועין לא שזפתם, פרט לעיניה של סבתא טוניה, שנכנסה לשם כדי 'להעביר סמרטוט' ולבדק שאף אחד מהם לא התלכלך או ברח...". ("הדבר היה ככה", מאיר שלו, הוצאת עם עובד)

סבתא טוניה, סבתו של הסופר מאיר שלו, סבלה ללא ספק מהפרעה כפייתית, אלא שבנהלל של אותם הימים עדיין לא היו תרופות וגם לא פסיכותרפיה וסבתא טוניה לא אוכחנה ולא טופלה. מבין הטיפולים הפסיכותרפיים שמוכרים כיום, רק טיפול התנהגותי-קוגניטיבי נמצא יעיל להפרעה כפייתית. לו היתה סבתא טוניה מטופלת בפסיכותרפיה זו, אולי לא היה נכתב ספרו של שלו. לו היתה מטופלת באחת מהפסיכותרפיות הפסיכודינמיות שכבר כבשו להן מקום בעולם באותה תקופה, כנראה היתה נותרת כפייתית.

המוני אנשים בעולמנו סובלים מבעיות נפשיות. הפרעות חרדה ודיכאון, למשל, מוכרות כיום כמקור מוביל למצוקה ולהפרעה תפקודית בכל רחבי העולם. מחקרים אפידמיולוגיים ב-16 מדינות מצביעים על כך שבין עשירית ועד רבע מהאוכלוסיה תסבול במהלך חייה מהפרעת חרדה (Kessler et al. 2007). בסקירה שנערכה בישראל נמצא ששכיחות הפרעות אפקטיביות והפרעות חרדה בישראל דומה לידוע בעולם המערבי. 17 אחוז מהמדגם של בוגרים דיווחו על הארעות של הפרעה אפקטיבית או חרדתית במהלך חייהם וכמעט עשרה אחוזים דיווחו על הפרעה אפקטיבית או חרדתית במהלך השנה החולפת (Levinson et al. 2007). הפרעות נפשיות אלו מתחילות בגיל צעיר יחסית (Magee et al. 1996) וללא טיפול הן כרוניות (Rumsawh et al. 2008). חייהם של הסובלים מהן נפגע, מצוקתם רבה וחוליים פוגע ביכולתם התפקודית. אנשים שסובלים מהפרעה/ חולי נפשי נגרעים לעתים קרובות מתרומה למשק המדינה והופכים למעמסה על מערכת הבריאות עקב שימוש מוגבר בשירותי בריאות. במהלך 20 השנים האחרונות, שכיחות הפרעות נפשיות כמעט הכפילה עצמה בארצות הברית וכך הדרישה לטיפול נפשי גוברת. פועל יוצא מכך הוא פרולפראציה של טיפולים שונים ומשונים ללא כל בסיס מדעי שמתיימרים לעזור למצוקה נפשית (Lilienfeld et al. 2003).

אדם שפונה לרופא כדי לטפל בלחץ דם גבוה שממנו הוא סובל, מניח שהרופא ישתמש לצורך הטיפול בו במידע העדכני ביותר בתחום לחץ הדם. אדם שפונה

למרפאת בריאות הנפש במצב דכאוני, אף הוא סבור שהמטפל הוא בעל ידע לטפל באופן היעיל ביותר בבעייתו הנפשית. המטופל הראשון צודק על פי רוב בהנחותיו, בעוד שהמטופל השני פעמים רבות לא יצדק.

חולי נפשי ניתן לטיפול באמצעים שונים, תרופתיים ופסיכולוגיים. במאמר זה אתייחס לטיפולים הנפשיים. בשנים האחרונות התבססו טיפולים נפשיים שהוכחו כיעילים בעבור מספר רב של הפרעות נפשיות. למשל, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי נמצא יעיל בעבור מספר רב של הפרעות נפשיות, ביניהן הפרעות חרדה, דיכאון ועוד רבות. שורה של מטה-אנליזות ומחקרים מבוקרים מצביעה על כך שטיפולים אלה הם יעילים למרות משך טיפול קצר יחסית (Hofmann et al. 2006; & Smits, 2008; Butler et al. 2007). תוצאות הטיפולים הללו משתוות ליעילות תרופות נוגדות חרדה (Bandelow et al. 2007). יתור על כך, מטופלים בטיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים סובלים פחות מהישנות של ההפרעה בתקופה שלאחר הטיפול בהשוואה לאחרים שטופלו בתרופות (Hollon et al. 2005).

למרות ממצאים ברורים על מספר רב של פסיכותרפיות שהוכחו אמפירית כיעילות בעבור שורה ארוכה של הפרעות, מרבית הקלינאים בוחרים שלא להשתמש או להסתמך על אלו. חלקם למד בתכניות הכשרה שכלל לא לימדו את הטיפולים הנתמכים מדעית, חלקם אף לא מודע ליעילות טיפולים אלה. חלק גדול מהמטופלים אינו מטופל בטיפולים שנמצאו יעילים לבעיותיהם הנפשיות, וחלקם הגדול מוסיף להיות מטופל בפסיכותרפיות שלפני ממצאים מחקריים אינן רלבנטיות לבעייתם והסיכוי שתסייענה הוא קלוש.

התפתחות הפסיכותרפיה והתרחקות מהמדע

גלגולים רבים עברה הפסיכותרפיה מימיו של אביה המייסד פרויד ועד היום. מעניין שלא כבמדע הרפואה, בפסיכולוגיה הקלינית ההתבססות על מחקר אמפירי ובדיקת יעילות הגישה במבחן העובדתי השתרכה אחרי המתרחש במדע. הפסיכולוגיה הקלינית שורשיה דווקא בניסויים מדעיים, אולם במהלך השנים היא התרחקה ממדע.

תחום הפסיכותרפיה דומה במידה רבה לרפואה לפני שנות דור. במשך לפחות 200 שנה, הרפואה היתה במוקד מאבק בין אלה שהתייחסו אליה כאל אמנות לעומת אלה שהתייחסו אליה כאל מדע. עד למאה הקודמת, רוב העוסקים ברפואה פעלו על פי מסורת ואינטואיציה ולא על פי עקרונות מדעיים. מטפלים השתמשו לעתים קרובות באמצעים בלתי יעילים ולעתים מזיקים. המטפלים שפעלו כך פעלו מתוך אמונה שאכן הם מסייעים למטופליהם. הרפואה שינתה פניה לחלוטין ומתבססת כיום על מדע בלבד. כיום, כל הפקולטות האוניברסיטאיות לרפואה מלמדות בהתאם למחקרים שמבוססים על מדע.

דברים שדומים לרפואה ה"ישנה" מתרחשים כיום בשדה הפסיכותרפיה. חלק גדול מהפסיכותרפיות מודיע בגלוי שמחקר הוא אירלונגטי להן. קלינאים ממשיכים להשתמש בטיפולים עם מעט ראיות לעילותם. במקצוע הרפואה, EBP (Evidence Based Practice) מכתוב את הטיפול היעיל לפתרון בעיה או מחלה. EBP הוא תהליך של קבלת החלטות קליניות שמתבססות על אינטגרציה של ראיות מחקריות ונסיון קליני. EBP הוא גישה שנועדה לשפר טיפולים, לשפר נגישות לטיפולים יעילים, גישה שמקדמת ומבטיחה למידה מתמדת של מטפלים. טיפולים מבוססי ראיות (Empirically Supported Treatments) הם מרכיב חשוב ב-EBP אך הם אינם זהים. מטפלים צריכים כישורים נוספים כדי לבצע סינתזה ואינטגרציה, לפעול לעתים באופן יצירתי, להיות צרכנים של ראיות מחקריות ולשתף מטופלים בתהליך קבלת ההחלטה הטיפולית. טיפול המבוסס על ראיות הוא תהליך שמערב "שימוש מצפוני, מפורש ומושלך בראיות הנוכחיות הטובות ביותר לשם קבלת החלטות הנוגעות לטיפול במטופלים יחידניים" (Sackett et al. 1996).

במהלך העשורים האחרונים חלו ברחבי העולם שינויים מרחיקי לכת בתחום בריאות הנפש. בארבעה העשורים האחרונים, מאז פרסומי הראשונים של אהרון בק ב-1971 (Archives of General Psychiatry), הולך ומוכר הצורך בטיפולים מבוססי ראיות שמדע הרפואה נשען עליהם כבר שנים רבות. ניסויים מבוקרים שולטים בהדרגה בכתבי העת הפסיכיאטריים המובילים בנושאי פסיכותרפיה. אחת השאלות שנגזרות מכך, למשל, היא האם יש מקום בכתבי עת אלה לתיאורי מקרה בודדים כגון של טיפול פסיכואנליטי (single case report) עקב אי התאמתם לבדיקה מדעית. באופן היסטורי, פסיכואנליזה פחות מתבססת על מדע, מערכת אבחנתית פורמלית כגון ה-DSM, המטופל לא מאובחן כסובל מהפרעה מוגדרת ולפיכך אין צורך במציאת רפוי לאותה הפרעה. ראיות, על פי רוב, אינן בדרגת חשיבות גבוהה בעיני פסיכואנליטיקאים מסורתיים. רוב הרעיונות האנליטיים לא נבדקו לצורך תמיכה בראיות מהימנות. שילוב של תרופות, על פי רוב, אינו חלק מפסיכואנליזה מסורתית, גם לא חשיבה אטיולוגית גנטית על העברת פתולוגיות. אנליסט שבחן לאחרונה השקפות של פסיכואנליסטים בארצות הברית כתב ש "... הפלורליזם העכשווי של האנליסטים הוא, באופן מפתיע, ריבוי של גישות שמרניות סמכותיות, שכל אחת מהן נגזרת מחשיבת הגהה השיטה יותר מאשר מדיון מדעי" (Cooper, 2008).

גישות שונות להערכה והתערבות בבעיות בריאות נפש זכו לתמיכה מדעית בבדיקת יעילותן. בהתאם לכך, יותר ויותר מטפלים ברחבי העולם נוקטים בשיטות קליניות אשר ממצאים מחקריים תומכים ביעילותן לשיפור רווחתם של אלה הסובלים מבעיות נפשיות. התזה שלא ניתן לבנות טיפולים נפשיים ללא מחקר מתבססת, ובמקומות מרכזיים רבים בעולם המערבי, דוחקת את הפסיכותרפיות שאינן נשענות על ראיות. מעניין שדווקא ב-20 השנים האחרונות המדע התקדם בכיוון שעשוי לתמוך ולעודד פסיכולוגיה כמדע (למשל, ההתקדמות העצומה שחלה בחקר המוח בזכות הרמיזות מוחיות והתפתחות בתחום הנאורו-קוגניטיבי). יחד עם זאת, אחוז גדול מהמטפלים סבור שהישענות על ראיות מחקריות היא פחות חשובה בהשוואה לניסיון האישי הקליני הסובייקטיבי.

מחקר שנערך בין פסיכולוגים מצא שהם מתבססים בעת טיפוליהם בעיקר על ניסיון קליני בניגוד למחקר עדכני, חלקם הגדול משתמש בשיטות שלא אוששו מדעית בניסויים מבוקרים (Baker et al. 2008; Stewart & Chambless, 2007). למרות שטיפול התנהגותי-קוגניטיבי, למשל, הוכח כיעיל למגוון רחב של הפרעות נפשיות עם בסיס אמפירי רחב, חלק גדול מהקלינאים חש שטיפול זה אינו מתאים למטופלים ואינו מתאים לסביבת החיים האמיתיים, למרות הוכחות הפוכות. תופעה נוספת שמקשה על הטמעה יעילה של טיפולים מבוססי ראיות היא למשל "ולגיה" של מטפלים מ"תרפיית עשייה" ל"תרפיית דיבור". שוב, לא בהתבסס על פרוטוקולים טיפוליים מבוססי ראיות (Waller, 2009).

הביקורות על טיפול התנהגותי-קוגניטיבי כמייצג טיפולים מבוססי ראיות היו רבות: דובר על טיפול "אינסטנט", טכני, שטחי, מהיר, רדוד, שאינו יורד

ל"שורש הבעיה", כתוצאה ממנו תהיה "החלפת סימפטום", מתאים לבעיות ממוקדות בלבד, מתעלם מרגשות ומהעבר, ממזער את הקשר הטיפולי, אינו מעניין לטפל. אמנם ביקורות אלו, שאינן נתמכות בראיות, הולכות ופוחות, אולם חלק מנציגי פסיכותרפיות, בעיקר היותר פרוידיאניות, עדיין שותפים להן. עדיין נשמעות אמירות רבות כגון "אני מפנה את פלוגי לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי בהפרעת החרדה שלו. כשיסיים, תפנו אותו בחזרה לפסיכותרפיה..." אולם, פסיכותרפיה היא כל גישה טיפולית שנבדקה מחקרית, מבוססת על ראיות ומוכיחה יעילות. דיכוי של גישות טיפוליות מול דגם פסיכותרפויטי "אידיאלי" עלול להוביל למצב שבו דוגמטיות מסוג זה מונעת ממטופלים התערבויות קליניות מועילות להם הם זכאים. כך, במקום אינטגרציה של גישות שונות ופלורליזם המבוסס על ידע מדעי עדכני, הגמוניה של גישה יחידה עלולה להביא לקיפאון בתחום ולפגיעה במטופלים.

ראיות מדעיות ליעילות ועמידה בשיקולי עלות-תועלת

בשנים האחרונות גובר ברחבי העולם המערבי השימוש בהנחיות לטיפול נפשיים שמתבססים על ממצאים מחקריים סיסטמטיים ומתבססת השאיפה להטמיע טיפולים שמבוססים על יעילות ושעומדים בשיקולי עלות-תועלת. ההנחיות הללו ממליצות על טיפולים על סמך מחקרים שמצאו מהם הטיפולים היעילים ביותר עבור הפרעה כלשהי. הטיפולים המומלצים הם לעתים התערבויות הומוגניות שמיועדות לאנשים שסובלים מאותה בעיה קלינית.

בארצות הברית, למשל, התבססה במהירות התביעה מצד מקבלי ההחלטות בתחום הרפואי, שעל סוכני בריאות להוכיח יעילות טיפוליהם במונחים כלכליים. המסר שהועבר היה שאם מטפלי בריאות נפש לא יעמדו בכך, תפקידם יצומצם ויידחק לשוליים. בארצות הברית, ה-Psychological Clinical Science Accreditation System מתכוונת להכיר רק בתכניות לתארים גבוהים בפסיכולוגיה שמלמדות תכניות מבוססות על מחקר מדעי וטיפולים שתוקפו מדעית. בהתייחס להיבט הכלכלי של טיפולים, בארצות הברית ובעוד מדינות בעולם המערבי, יותר ויותר פועלים בהתייחס לשיקולי עלות-תועלת של פסיכותרפיות. טיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים, כדוגמה, הוכחו בנוסף ליעילות גם עמידה בקריטריונים של עלות-תועלת (Mhyr & Payne, 2006).

בשנת 2007 הכריזה ממשלת בריטניה על הרחבה ניכרת בתקצוב של טיפולים נפשיים כדי לסייע באופן יעיל יותר לסובלים ממגוון מצבים נפשיים כגון חרדה ודיכאון. לצורך מימוש הפרויקט, הוחלט על פעולה מאסיבית להכשרת 3,600 מטפלים בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי. הגורם שהוביל מהלך זה היה ה-NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), שמעריך טיפולים על פי ראיות ליעילות ומאשר אילו מהם יתקצבו על ידי מערכת הבריאות (Nature, 2009). באנגליה, ה-NICE מהווה דוגמה להתניה ברמה של מדינה, בהתייחס למשל להנחיות לטיפול נפשי. הנחיות ה-NICE ממליצות לאפשר לכל הנזקקים כקו ראשון טיפולים פסיכולוגיים רלבנטיים תוך תקצוב כוח אדם מוכשר לתכלית זו.

בהולנד, בדומה לאנגליה, משרד הבריאות מפרסם הנחיות המחייבות את כל המטפלים לטפל בשיטות המושתתות על ראיות. בעזרת מרכז טרימבוס (מכון מחקרי לאומי מולטידיסציפלינרי ובולתי תלוי) הוצאו הנחיות לטיפול פסיכולוגי המחייבות את כל המטפלים בהולנד. ההנחיות מבוססות על הסכמה רחבה בין המומחים בתחומים שונים והאגודות לפסיכותרפיה ומתבססות על תשתית ראייתית לגבי הטיפולים היעילים להפרעות הנפשיות העיקריות.

מאז התפתחות הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי, שנשען על בסיס אמפירי-מחקרי והיווה חלוץ בהתבססות טיפול נפשי על מחקר, דרישה זו נהיית חלק מעולם הפסיכולוגיה הטיפולית. טיפול נפשי צריך להישען על ראיות. בדומה לרפואה, הגישה הנוכחית בטיפולים הנפשיים היא להתאים את הטיפול היעיל ביותר לאבחנה הקיימת, כמובן בהתחשב במאפייני המטופל הייחודיים ובהיסטוריה הטיפולית שלו. כפי שקיים טיפול מוסכם לדלקת בגרון או לתת פעילות של בלוטת התריס, כך קיימים טיפולים שמוכיחים יעילות בבעיות נפשיות רבות.

טיפול נפשי מקצועי צריך להציב קריטריונים ליעדיו ולבדק עצמו תדיר אם הגעשה בו משפר את השגת היעדים. יצירת קשר טיפולי עם המטופל היא בסיס לכל לטיפול. ממד הזמן צריך להיות חלק משיקולי בחירה בטיפול. תוצאות שמושגות בזמן הקצר ביותר ללא ספק עדיפות על פני השקעת זמן רבה יותר, אם אין עימה ערך מוסף. טיפול צריך להיבחן גם באפקטיביות שלו בהשוואה להשקעה בו. מטרת טיפול טוב צריכה להיות: שיפור בהרגשת המטופל, מניעת החרפה במצב, הפחתה באובדנות, רכישת אסטרטגיות התמודדות בניגוד ל"תפקיד החולה", שמירה על תפקוד תקין במגוון תחומי החיים וכמובן, שמירה על הישגי הטיפול.

פסיכותרפיה בפרספקטיבה עתידית

הפסיכותרפיה כמדע אינה קופאת על שמריה. ידע מהימן בפסיכותרפיה ראוי שייכש תוך כדי הסתמכות על מדע עכשווי ותוך כדי בחינה ביקורתית מתמדת של הנחות וממצאים. גישות פסיכותרפוטיות כיום מאופיינות בסט של תיאוריות מנחות, שפה ועולם מושגים, כלי הערכה ואבחון ייחודיים ואסטרטגיות טיפוליות תואמות.

קלינאי טוב הוא כזה המסוגל להעריך בצורה ביקורתית את "אמונתו" הקלינית ואת הפרקטיקות שבהן הוא נקט בהתאם לממצאים מדעיים הקיימים. זוהי, לאמונתי, הדרך היחידה להעניק למטופלים את הטיפול הטוב ביותר שמגיע להם. החזון הוא חיזוק האינטגרציה בין הפסיכותרפיה המדעית והיישומית בהכשרה ובמחקר וההנחה שעל כל אסכולות הטיפול להישען על הנחות יסוד אלו. טיפול נפשי ראוי שייחויב למחקר מדעי ויעשה זאת בהכשרה, בפרקטיקה ובהתווית מדיניות ציבורית בתחום בריאות הנפש. דוגמה בכיוון זה היא התמודדה שחלה בחלק מהמסד הפסיכודינמי שמקבל את החשיבות של EBP ובהנחה של אישים כדוגמת Peter Fonagy, משקיע אמצעים רבים להתחיל לחקור את היעילות של שיטות טיפול דינמיות. לאחרונה הוקמה על ידי מספר פסיכואנליטיקאים ידועים, שם, בראשות Fonagy, אגודה בינלאומית חדשה שעניינה מחקר אמפירי בתחום הפסיכואנליזה.

במקביל, הגיע הזמן שלאנשים הסובלים ממצוקה נפשית תהיה האפשרות לבחור בטיפול ממגוון של גישות שהמחקרים הוכיחו כיעילות. ידוע למשל שבפועל רק אחוז קטן מהסובלים מהפרעות חרדה ודיכאון מאובחן כאיכות מטופל בטיפול רלבנטי לבעיה. אדם הסובל מבעיה נפשית רשאי וצריך לקבל מידע על הטיפולים היעילים במצבו ועל סיכויי ההצלחה בטיפול לטווח קצר ולטווח ארוך. החזון הוא פלורליזם טיפולי שיעודד קידום של פסיכותרפיה מבוססת מדעית. העולם הפסיכותרפויטי המודרני הוא פלורליסטי, והרדישה מהגישות הטיפוליות השונות היא שתהינה מבוססות על ראיות. במקום נקישות והסתבה של סוג הטיפול הרצוי, יש לנע למערכת של תוצאות, שבדקת את תגובת המטופל לטיפול ללא קשר לסוג הטיפול. בעתיד נראה יותר ויותר טיפולים גם באינטרנט, טיפולים עצמיים ועוד, כל זאת במטרה לעשות טיפולים לגיטימיים ולישימים יותר. במקומות רבים בעולם שוקרים על טיפולים מבוססי ראיות מסוג זה (Kaltenthaler et al. 2008).

פסיכותרפיה בישראל

בשדה הפסיכותרפיה בישראל עדיין קיימת הגמוניה של הטיפול הפסיכודינמי. בפועל, המשמעות היא שמרבית הנוקמים מטופלים בפסיכותרפיה הקיימת ושההכשרה, למשל בפסיכולוגיה, ברובה היא פסיכודינמית. לאור המתחולל כיום בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי, ההמלצה היא לעבור לגישה מושיכלת ולחידוש הברית בין מדע ליישום בפסיכותרפיה, שבה כל טיפול ייבדק בכלים מדעיים להוכחת יעילותו. גם בישראל של המאה ה-21 יש כיום קלינאים אשר הוכשרו בגישות שונות לטיפול והערכה אשר נתמכות על ידי ממצאים אמפיריים. קלינאים אלה הוכשרו בגישות כגון קוגניטיבית-התנהגותית, מערכתית/משפחתית, בין-אישית, נאורו-פסיכולוגיות ועוד. אין יסוד להניח כי טיב עבודתם נמוך מזה של מטפלים אשר עברו הכשרה "מסורתית" יותר על פי הגישות הרווחות

בישראל. בקרב הממסד הפסיכולוגי בישראל למשל, קיימת האמונה כי כדי להיות פסיכולוג קליני מומחה, הפסיכולוג חייב להיות בעל ידע וניסיון מקיפים במושגים ובתיאוריות פסיכודינמיים, בכלי אבחון והערכה המושתתים על עקרונות פסיכודינמיים, בעוד שבמקומות רבים בעולם המערבי רוב העוסקים בבריאות הנפש מחזיקים בעמדה שפסיכולוג צריך להיות בעל ידע וניסיון בתיאוריות ובשיטות שנמכות על ראיות כדי להחשב לבעל מקצוע מיומן, מקצועי ואתי. שיפור הנגישות לטיפולים נפשיים רלבנטיים ראוי שיהיה במקור המדיניות של מקבלי החלטות בתחום בריאות הנפש.

לסיכום, צ'ארלס דארווין אמר בציטוט המפורסם: "אין זה המין החזק ביותר שישורד ולא הנבון ביותר, אלא זה שיגיב ביותר לשינויים".

הסבל הנפשי בעולם הוא רב ומספר הסובלים יעלה לנע על מספר מספקי הטיפולים. גם במציאות אוטופית לא יהיו די מטפלים לסייע לסובלים. לאור זאת, חובה מוסרית שמוטלת על אנשי בריאות הנפש היא להשתדל ולעשות אופטימיזציה של היכולת לסייע בהפחתת הסבל והעומס שנגרמים ממחלות/הפרעות נפשיות. אופטימיזציה כזו דורשת לבדוק מהם הטיפולים היעילים ביותר והקצרים ביותר שניתן לספקם לנזקקים וליישם. טיפולים שיעילותם לא הוכחה, אינם מועילים, הם מעכבים החלמה ומעוררים תסכול. החובה לבדוק את הטיפולים שאנו מספקים למטופלינו מוטלת עלינו, הקלינאים. כל טיפול נפשי שבדק ונמצא יעיל, ניתן ליישמו. אין הגמוניה של טיפול זה או אחר וזאת עמידתו למבחן מחקרי אמפירי.

ד"ר צופי מורום, ראש תחום טיפול התנהגותי קוגניטיבי, המרכז לבריאות הנפש גנה, פתח תקוה

- {רשימה ביבליוגרפית}
- מאיר שלום, הדבר היה ככה/ הוצאת עם עובד / 2009
Nature (Editorial), 2009, 461 (7266), 847.
- Baker T.B., McFall R.M., Shoham V. Psychol. Sci. Public Interest 9, 67-103, 2008.
- Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2007;8, 175-87.
- Beck, AT. Cognition, Affect, and Psychopathology Arch Gen Psychiatry. 1971;24, 495-500.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006;26, 17-31.
- Cooper, AM. American Psychoanalysis Today: a pluralism of orthodoxies. Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2008 36, 235-53.
- Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2008;69, 621-32.
- Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, et al. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? J Clin Psychiatry 2005;66:455-68.
- Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. Br J Psychiatry. 2008. 193, 181-4.
- Kessler et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. 2007;6, 168-76.
- Levinson D, Zilber N, Lerner Y, Grinshpoon A, Levav I. Isr J Psychiatry Relat Sci. Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey. 2007;44,94-103.
- Lileinfeld et al. Science and Pseudoscience in Clinical Psychology, 2003, pp 2.
- Guilford.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1996;53, 159-68.
- Myhr G & Payne K. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. Can J Psychiatry. 2006;51,662-70
- Ramsawh HJ, Raffa SD, Edelen MO, Rende R, Keller MB. Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. Psychol Med. 2009;39,615-24.
- Sackett DL, Rosenbarg WM, Gray JA, Haynes RB, & Richardson WS, ... Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996. 13;312:71-2.
- Stewart R.E. & Chambless D.L. Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? J Clin Psychol. 2007; 63,267-81.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה - הערכת ביניים והיערכות לעתיד

הרפורמה השיקומית היא הישג רב משמעות בשירותי בריאות הנפש בישראל, אך המשך הצלחתה ופיתוחה אינו מובן מאליו. בפני מערך השיקום ניצבים אתגרים כבדים שעומם יצטרך להתמודד עם כניסת המערכת לעשור השני לקיומה. חלק מהפתרונות תלוי בשינויים שמערך השיקום צריך ויכול להתמודד בכוחות עצמו, אך מרביתם תלויים בגורמים שונים סביבו, במשרד הבריאות, בגורמי ממשל אחרים ובחברה בכללותה

פרופ' אורי אבירם



החוק לשיקום נכי נפש בקהילה הוא אחד מהחוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל וזמן המתקדמים בעולם בתחום בריאות הנפש. בעקבות יישומו של החוק, חל בעשור האחרון שינוי רב בטיפול, בשיקום ובבראגה החברתית לאנשים הסובלים מבעיות נפשיות בישראל. מטרת החוק "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מירבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). הוא מעניק זכאות לשירותי שיקום לאנשים הסובלים ממוגבלות בשל בעיה נפשית וקובע כי השירותים יינתנו על פי חוות דעת מקצועית, בהתאם לסל השירותים שנקבע בחוק ובתקנות.

מאז חקיקת החוק הוקמה בישראל מערכת מרשימה של שירותי שיקום בקהילה המעניקה שירותים לכ-15,500 בני אדם (דיווח אישי, משרד הבריאות, המחלקה למידע וההערכה, 18 בינואר 2010, להלן, משרד הבריאות, 2010), בתקציב שנתי של כ-400 מיליון שקל (משרד האוצר, 2009). השינוי שהתרחש (להלן הרפורמה השיקומית) אפשר במידה מרובה שינויים אחרים במערכת שירותי בריאות הנפש. הצלחתה של הרפורמה המבנית, דהיינו ההפחתה הניכרת (ב-50 אחוז) במספרן של המיטות הפסיכיאטריות והירידה המשמעותית (ב-70 אחוז) בשיעור המאושפזים הפסיכיאטרים ביחס לאוכלוסייה הכללית (אבירם, בדפוס; משרד הבריאות, 2009), ללא תופעות לוואי חברתיות חמורות כמו תופעות חסרי הדיור, יכולה להיוקף במידה רבה לרפורמה השיקומית שהתרחשה בעשור האחרון.

אולם, הרפורמה השיקומית היא הרבה יותר מאשר חלופות לאשפוז פסיכיאטרי ממושך. היא שינוי תפיסתי בהתייחסות לאנשים הסובלים מנכות וממוגבלות הנובעות ממוגבלות נפש, ממחויבות החברה כלפיהם ומהדרכים לסייע להם להשתקם ולהשתלב בחברה (שרשבסקי, 2006).

עם זאת, אסור לנו "לשקוט על זרי הדפנה". המשך ההישגים אינו ודאי וחוסנה והתפתחותה של מערכת השיקום אינם מובטחים. כמו בכל מערכת העוברת שינויים מרחיקי לכת, כפי שעברו בעשור האחרון מערכת שיקום נכי הנפש בקהילה ומערכת בריאות הנפש בכללותה, מתעוררות סוגיות ובעיות שלא ניתן היה לחזותן מראש. גם הסביבה אשר במסגרתה המערכת פועלת משתנה ומשפיעה על מערך השיקום. מן הראוי אפוא, כי לקראת העשור השני ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה, נבחן ונעריך את המערך שהוקם, את דרכי העבודה ואת תוצאותיה. אמנם מוקדם מדי מלהעריך את תוצאות החוק בכללותו וללא ספק, ראוי שהדבר ייעשה בעתיד. אולם חשוב כבר כעת, בראשית העשור השני לחוק, שתעשה הערכת ביניים, הערכה מעצבת, וייעשו התקונים הדרושים תוך כדי המשך יישומו של החוק.

מטרתו של מאמר זה היא להתחיל בהערכת ביניים של מערך שירותי השיקום לנכי נפש בקהילה, לבחון את הבעיות שהתגלו, להאיר את הסוגיות שיש להתמודד עימן ולנסות להציע תיקונים על סמך הניסיון שנצבר. מן הראוי לציין, כי הן מספר הנושאים ומורכבותם והן היקפו המוגבל של המאמר לא יאפשרו אלא לגעת בחלק מן הבעיות ולעיתים אף לא יהיה אפשר להעמיק בניתוחן במידה הנדרשת. יחד עם זאת, חשוב להתחיל בניתוח הבעיות, להביאן לתשומת ליבם של העוסקים במלאכת השיקום ושל מעצבי המדיניות ולהעלותן לסדר היום הציבורי.

בחינת שירותי השיקום והסוגיות הקשורות ליישום החוק מתבססת בעיקרה על ניתוח התחום המוגדר של השיקום בקהילה הלכה למעשה ועל סביבתו התפקודית*. כיוון שהשיקום הוא חלק משירותי בריאות הנפש, נתייחס אף לשינויים שחלו בשירותי בריאות הנפש שיש להם נגיעה ישירה למערך השיקום. המאמר יתמקד בבחינת שלושת המרכיבים הקריטיים של המערך השיקומי, האופייניים לכל מערך שירותי - לקוחות, תקציב וכוח אדם. מרכיבים אלה מגדירים למעשה מבחינה אופרטיבית את מערך השירותים. לאור אלה נתייחס לשירותים השונים. בנוסף, הניתוח מתייחס לתחיקה הנוגעת לנושא וכן לבעלי

העניין ולאנטרסים השונים הנוגעים למערך שירותי השיקום בקהילה של בריאות הנפש בארץ.

הדיון יתייחס לאוכלוסיית היעד, להגדרתה, להיקפה ולשינויים שחלו בה מאז הוחל ביישום החוק. ייבחנו גם סוגיות הקשורות למקורות הכספיים להפעלת המערכת ולסדרי העדיפויות המשתקפים בהקצאות התקציביות, למגוון השירותים ולחסרים הקיימים, להכשרת כוח אדם, למחקר ולהערכה, לבעלי העניין השונים ולמערכת היחסים עם גורמים נוספים בשירותי בריאות הנפש, במערכת הבריאות והרווחה בכלל וכן גורמים נוספים הפועלים בסביבות שבהן פועל מערך השיקום ואשר משפיעים על אופי פעולתו של השיקום והיקפו.

רקע

הניצנים הראשונים של תכניות שיקום נכי נפש בקהילה החלו כבר בשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת, אולם אלה היו מעטים וברובם נעשו במסגרת המוסדות האשפוזיים הקיימים או על ידי עמותות מעטות, כמו "אנוש", שעסקו בנושא. בשנת 1993 הוקמה במסגרת שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות מסגרת מנהלית שתפקידה היה לפתח תכניות שיקום בקהילה לנכי נפש. זו התמקדה בעיקר בתכניות דיור בקהילה כחלופות לאשפוז. אולם היקף תכניות השיקום היה קטן.

לאור הכישלון של הניסיון לרפורמה בבריאות הנפש בשנת 1995 (אבירם, 2007; אבירם, גיא וסייגס, 2006), הבינו הרשויות כי הסוגיה של חולי הנפש הקשים והממושכים מחייבת תשומת לב מיוחדת וכי התמודדות נאותה איתה עשויה לפתוח את הדרך לרפורמה בבריאות הנפש ולהעברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים, בהתאם להמלצות ועדת (השופטת שושנה) נתניהו (ועדת נתניהו, 1990) ועל פי הנדרש בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) (שרשבסקי, 2006).

במקביל לכך, אך באופן בלתי תלוי, החלה ח"כ תמר גוז'נסקי ביוזמה לחקיקה ספציפית הנוגעת לשיקום נכי נפש בקהילה. במשרד הבריאות הבינו את החשיבות של הנושא ואת היתרונות בחקיקה נפרדת בעניין זה והחליטו להצטרף ליוזמה של ח"כ גוז'נסקי ואף לעצב את החקיקה בהתאם לתפישתם המקצועית והמנהלית. ראשי משרד הבריאות ראו את הסיכוי הגלום בחקיקה בנושא בקשר לקידום הרפורמה המבנית והרפורמה הביטוחית שתכננו. ח"כ גוז'נסקי הגישה בשנת 1996 הצעת חוק פרטית לשיקום נכי נפש בקהילה. בנוסף לתמיכה של משרד הבריאות, הצעה זו זכתה לתמיכה של המועצה הלאומית לבריאות הנפש וכן של אנשי מקצוע ואקדמיה בתחום. משרד האוצר, אשר חשש ממחויבות תקציבית שתבוא בעקבות חוק ספציפי בנושא המעניק זכות לנכי נפש לקבלת סל שירותים, התנגד לחקיקת החוק כמעט עד לשלביו האחרונים. הוא שינה עמדתו כנראה לאחר שהבין שפוליטית לא יוכל למנוע את חקיקת החוק וכן משום ששוכנע שבסופו של דבר ניתן יהיה להשיג חיסכון תקציבי כתוצאה מצמצום מספרן של המיטות הפסיכיאטריות במערך האשפוז (דיווח אישי, תמר גוז'נסקי, 9/2/2010; שרשבסקי, 2006).

הפעילות בתחום זה באותה תקופה התבטאה גם בתכנית של משרד הבריאות ומשרד הרווחה לשיתוף פעולה ולחלוקת תפקידים ביניהם בתחום שיקום נכי נפש בקהילה (פלדמן ובר און, 2001), שאמורה היתה להיות מיושמת החל מ-1998, אך לא יצאה למעשה אל הפועל. משרד הרווחה, שאמור היה לעסוק בשיקום נכי נפש בקהילה במסגרת האחריות הכוללת שלו לשיקום נכים, הסתייג מכך, בין השאר גם כתוצאה מהתנגדותם של גורמי השלטון המקומי אשר חששו מהעלות התקציבית הנוספת שתושט עליהם. כמו כן, שרת העבודה והרווחה דאז הביעה התנגדות חריפה לשילוב חולי הנפש במסגרות של נכים ומשוקמים אחרים (שרשבסקי, 2006). התנגדות זו באה לידי ביטוי ציבורי וחוקי (משרד העבודה והרווחה, 1996; סער, 1995). משרד העבודה והרווחה הוציא תקנות ברוח ההתנגדות הזו (משרד העבודה והרווחה [תע"ס], 1997).

לאור המצב שנוצר, החליט משרד הבריאות להפעיל בכוחות עצמו ועל חשבון

*המושג "סביבה תפקודית" מתייחס לכל אותם ארגונים וגופים המאפשרים את קיומו ופועלתו של הארגון (Dill, 1965; Emery & Trist, 1958).

תקציבו תכנית שיקום נכי נפש בקהילה. התכנית שהופעלה על פי ההסכם הנ"ל לראשונה ב-1999 היתה קטנה בהיקפה (שרשבסקי, 2006). רק בשנת 2001, בעקבות החוק של שנת 2000, עם הקצבת סכום מיוחד מטעם משרד האוצר לתכנית שיקום נכי נפש בקהילה, קיבלה תכנית השיקום תנופה. ראוי לציין כי באותה תקופה ובקשר לרצון להביא לרפורמה מקיפה בשירותי בריאות הנפש בארץ, הוקמה בשנת 2000 הוועדה לתכנון פריסת השירותים בראשות מרדכי שני. ועדה זו הציגה תפישה לשינוי מהותי במבנה שירותי בריאות הנפש. היא קבעה כי שירותי האשפוז בבריאות הנפש מיועדים רק לחולים "פעילים" או "פעילים ממושכים". אין ספק כי ללא הקמתו ותקצובו של מערך שיקומי, אשר סיפק מענה לחולים לא פעילים שהיו מאושפדים זמן ממושך בבתי החולים הפסיכיאטריים, לא היה ניתן לבצע את המלצות הוועדה. הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר לתקצוב מסודר של מערך השיקום לחמש שנים, הותנה בירידה מקבילה של מספר המיטות הפסיכיאטריות ובאופן זה קשר למעשה את הרפורמה השיקומית ברפורמה מבנית בשירותי בריאות הנפש**.

הדחייה המתמשכת ביישום הרפורמה הביטוחית פוגעת במערכת שירותי בריאות הנפש וברמת השירות המסופקת לאנשים הסובלים ממחלות נפש ומבעיות נפשיות. מערכת שירותי בריאות הנפש פועלת ככלים שלובים. מערך האשפוז, השירותים האמבולטוריים הקהילתיים ושירותי השיקום בקהילה, תלויים זה בזה

לאור הכישלון המתמשך ביישום הרפורמה הביטוחית (אבירם, 2007), נשאלת השאלה מה היו הגורמים העיקריים שאפשרו את הצלחתה של הרפורמה השיקומית. כנס שהתקיים אשתקד ועסק בנסיגות לרפורמות בתחום הבריאות הציג מספר גורמים עיקריים להצלחתה של הרפורמה השיקומית (המכון הלאומי למדיניות הבריאות, 2009). נראה כי יש לקחת גורמים אלה לתשומת ליבנו גם בהיערכות לעתיד ליישום החוק לשיקום:

- ◀ הרפורמה השיקומית היתה תוספת לשירותים הקיימים והוקצה לה תקציב מיוחד.
- ◀ בעלי העניין העיקריים לא ראו ברפורמה השיקומית סיכון למעמדם, לפעילותם ולתקציבם.
- ◀ רפורמה זו אף שיפרה את מצבם של חלק מבעלי העניין העיקריים ובעיקר את זה של בעלי הכוח במערכת בריאות הנפש, דהיינו, בתי החולים הפסיכיאטריים. היא אפשרה הפחתה במספר המיטות הפסיכיאטריות ללא פגיעה ממשית בתקציב בתי החולים ומבלי שסיכנה את המשך פעולתם של בתי החולים.
- ◀ משרד האוצר תמך ברפורמה והסכים להקצות לה תקציבים מיוחדים.
- ◀ גורמים בממשל, ובעיקר במשרד הבריאות ובמשרד האוצר, סברו שתוכל לקדם רפורמות אחרות (מבנית וביטוחית) במערכת בריאות הנפש ולקדם אינטרסים שלהם כמו למשל צמצום עלויות, הפחתת כוח אדם ובעיקר זה המועסק על ידי המדינה, וחזיון תפקידו ומעמדו של הרגולטור.
- ◀ נוצרה קואליציה של מספר גורמים, במשרד הבריאות, בכנסת, במשרד האוצר, בקרב ארגוני משפחות ומתמודדים ובין אנשי מקצועות הבריאות שראתה עניין מקצועי, ארגוני כספי ופוליטי לתמוך ברפורמה.
- ◀ הנושא לא היה קונטרוברסיאלי והיתרונות האנושיים, הטיפוליים והכלכליים שבו הובלטו.

תמורות בשירותי בריאות הנפש בעשור האחרון

למרות שהניסיון האחרון לרפורמה ביטוחית, בשנים 2006-2009, דהיינו העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים (מכירות ממשלת

ישראל, 2006א', 2006ב'; חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון 41, 2007), כשל, חלו במערכת מספר שינויים משמעותיים. כאמור, הנתונים מצביעים על הצלחתן של הרפורמה השיקומית והרפורמה המבנית. כאמור, אמנם ראשיתה של הרפורמה השיקומית ב-1998, אך זו קיבלה תנופה בעקבות חוק השיקום של 2000 ותקצובו בשנת 2001. מספר האנשים שקיבלו שירותי שיקום בשנת 1998 היה 4,350. במהלך התקופה עד סוף (נובמבר) 2009 הוא גדל פי 3.5 (15,366). ההיקף של שירותי השיקום גדל אף יותר, בעיקר בעקבות חוק שיקום נכי נפש בקהילה. הדבר משתקף בגידול תקציב השיקום בפי תשעה בעשור האחרון. (אבירם, בדפוס; למ"ס 2009; משרד הבריאות, 2006, 2009, 2010).

השינויים במספר המאושפדים בבתי החולים הפסיכיאטריים, דהיינו, הרפורמה המבנית, מרשימים לא פחות. כאמור, המספר והשיעור פחתו במידה ניכרת, מספר בתי חולים פרטיים נסגרו, מספר ימי האשפוז במהלך השנה פחת בין השנים 1996 ו-2007 ב-50 אחוז, משך האשפוז התקצר והפרופיל של האוכלוסייה המאושפדת השתנה במהלך העשור. אחוז המאושפדים מעל לשנה בבתי החולים הפסיכיאטרים פחת מ-61 אחוז ב-1998, ל-35 אחוז בסוף 2009. במקביל לכך, מספרם של נכי נפש במגורים מוגנים לסוגיהם בקהילה הגיע בסוף (נובמבר) 2009 ל-8,300, לעומת 2,150 בראשית העשור (אבירם, בדפוס; למ"ס 2009; משרד הבריאות, 2006, 2009, 2010).

ניתוח הנתונים אינו מותיר ספק, שאכן השינויים שחלו בשירותי בריאות הנפש בעשור האחרון, שהיו תולדה של מדיניות ממשלתית מכוונת, הם מרשימים. עם זאת, היעד לשינוי מהותי של המערכת, דהיינו העברת מוקד הטיפול לקהילה, עדיין לא הושלם. בחינה מעמיקה של הנתונים מעלה מספר סוגיות בקשר לשינויים, מעוררת מספר שאלות מטרידות ומדגישה כי קיימים נושאים המחייבים טיפול כדי לשמר את מה שהושג ולהשלים את החסר. מכיוון שדנו כבר בנושאים אלה בהרחבה במקומות אחרים (אבירם, בדפוס; אבירם, 2007; אבירם, גיא וסייגס, 2006; אליצור, 1998; אליצור ברוך, לרנר ושני, 2004; חבר ואח', 2005; לכמן, 2006; מרק פלדמן ורבינוביץ, 1996; מרק, קפלן וגרינשפון, 2006; סייגס, 2006; שמיר, 2006; שרשבסקי, 2006; Rosen et al., 2004; Haver, et al., 2004; Aviram, in press), נציין כאן בקיצור את הסוגיות העיקריות:

- ◀ העיכוב בהשלמת הרפורמה הביטוחית ובשילובם של שירותי בריאות הנפש במערכת שירותי הרפואה הכללית פוגע ברמת השירותים, הפיזיים והנפשיים כאחד, ומסכן גם את הרפורמות שיושמו עד כה, השיקומית והמבנית.
- ◀ כמו כן, הדחייה המתמשכת ביישום הרפורמה הביטוחית פוגעת במערכת שירותי בריאות הנפש וברמת השירות המסופקת לאנשים הסובלים ממחלות נפש ומבעיות נפשיות. מערכת שירותי בריאות הנפש פועלת ככלים שלובים. מערך האשפוז, השירותים האמבולטוריים הקהילתיים ושירותי השיקום בקהילה, תלויים זה בזה. תפקוד לקוי של אחד ממרכיבי המערכת פוגע בשאר, יוצר אי-ודאות במערכת ומשפיע על המורל של כוח האדם המפעיל את השירותים וכמובן פוגע ברמת השירות ואיכותו.
- ◀ עיקר הירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות נבע מסגירת בתי חולים פרטיים. בניגוד למדינות רבות אשר כתוצאה מהפחתת מספרן של המיטות הפסיכיאטריות סגרו בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, בארץ לא נסגר אף בית חולים פסיכיאטרי ממשלתי.
- ◀ חלק מן המיטות שהיו בבתי חולים פרטיים שינו את הגדרתן ונשארו במה שהוגדר כ"מגורים טיפוליים", חלקן אף במבנים שפעלו בהם קודם לכן.
- ◀ בערכים ריאליים, לא חלה בתקציב הממשלתי לבריאות הנפש ירידה בהקצאה התקציבית עבור שירותי האשפוז.
- ◀ למרות שבפועל מספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים הממשלתיים פחת בערך ברבע, תקציבם, בערכים קבועים, עלה ב-25 אחוז. גורמים רשמיים טענו כי הדבר נבע מהעובדה כי בעבר אלה תפקדו כחסר תקציבי.

**ההסכם בין משרד הבריאות ומשרד האוצר (מסומן: 01/0651) חתום ע"י ד"ר בועז לב, מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' מרדכי שני, מנכ"ל בית החולים שיבא, ויעל אנדרון-ורדסון, סגן הממונה על התקציבים. (ללא תאריך) נשלח במכתב של פרופ' מרדכי שני לד"ר בועז לב ב-11 ביולי 2001 (מספר 01/2014).

כ בתקופה הנדונה לא נפתחה אף לא מחלקה פסיכיאטרית אחת חדשה בבית חולים כללי. גישות מודרניות בבריאות הנפש מדגישות כי האשפוז צריך להיעשות במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים במקום בבתי חולים מיוחדים לאנשים הסובלים ממחלות נפש.

כ הנתונים מצביעים על עלייה בשיעור האשפוזים החוזרים. במערכת המדגישה שירותים קהילתיים בבריאות הנפש, נתון זה צריך לעורר דאגה.

כ למרות שהמדניות הממשלתית היא שהאשפוז מיועד למקרים פעילים וחמורים בלבד, שיעור המאושפזים מעל לשנה עדיין גבוה (כ-35 אחוז).

כ משך האשפוז הממוצע פחת אמנם במידה לא מבוטלת במהלך 15 השנים האחרונות, אולם הוא עדיין גבוה בהשוואה לאמות מידה מקובלות בשירותים פסיכיאטריים מתקדמים.

כ בעוד ששיעור האשפוזים הראשונים בהתאמה לשינויים באוכלוסיה פחת במידת מה, שיעור האשפוזים החוזרים עלה.

כ לא רק שלא חלה התקדמות בהיצע השירותים המרפאתיים בבריאות הנפש, כפי שניתן היה לצפות, אלא שחלה נסיגה בתחום זה. במהלך התקופה, התקציב הממשלתי למרפאות הקהילתיות פחת במידה ניכרת, זמן ההמתנה לשירות התאריך ומספר המטופלים פחת.

כ זאת ועוד. בשנתיים האחרונות, תקציב מיוחד שהוענק על ידי משרד האוצר לתגבור השירותים הקהילתיים הופנה ברובו לבתי החולים הפסיכיאטריים, וזאת, לדברי הממשל, לכיסוי גרעונות תקציביים של המוסדות האשפוזיים.

כ חלה הפחתה במספרן של המשרות הממשלתיות בשירותי בריאות הנפש לעומת גידול ריאלי במספר המשרות הממשלתיות במשרד הבריאות וכן שינוי שחל בגודל האוכלוסיה הכללית במהלך התקופה.

כ כמעט כל תקציבי הבינוי והפיתוח של מערכת שירותי בריאות הנפש הופנו לבתי החולים הפסיכיאטריים. ההשקעה בפיתוח מרפאות קהילתיות היתה מזערית.

כ הגם שמערכת השיקום בקהילה, שהוקמה בעשור האחרון, היא הישג מרשים, שירותי השיקום מכסים רק פחות מחמישית מהאומדן של האוכלוסיה הזכאית לשירותי שיקום בקהילה.

כ אמנם התקציב המיועד למערכת השיקום, אשר עומד על כ-400 מיליון שקל לשנה, מהווה תוספת לתקציב המסורתי של שירותי בריאות הנפש, אולם סכום זה נופל בהרבה מהחיסכון למערכת אילו היתה צריכה לצמצם בצורה סבירה את המיטות הפסיכיאטריות שנסגרו ואת ימי האשפוז שנחסכו***.

כ למערכת בריאות הנפש קיים אמנם מסד נתונים חלקי, אולם העדר מסד נתונים מלא ומקיף פוגע ביכולת להעריך את הליכי הפעילות של מערכת בריאות הנפש ואת תוצאות ההתערבויות המקצועיות של המרכזים השונים שלה ולא מאפשר תכנון רב שנתי המבוסס על נתונים וראיות.

דיון

אין ספק כי במהלך העשור האחרון חל שינוי מרשים בשירותי השיקום הקהילתי. ההצלחה נובעת קודם כל מחקיקת החוק לשיקום ומתקצובו. אך לא רק מאלה. המסירות, המחויבות והיצירתיות של הגורמים המיישמים אחראיות לא פחות להצלחות. אולם, כפי שקורה בהרבה ארגונים, לאחר ההתלהבות והמסירות של הדור הראשון ליישומן של חידוש במערכת, מתחילות להתגלות בעיות וחלה שחיקה מסוימת במידת ההתלהבות והמסירות של המבצעים ובקרב התומכים בהם. גם הקואליציה שתמכה ביישום החוק נאלצה להתפנות לנושאים אחרים שעל סדר היום הציבורי ותשומת הלב שלה ליישום החוק ולהצלחתו נחלשה. כמו כן, הסביבה התפקודית של מערך השיקום מיתנה את תמיכתה, ובעלי העניין החלו לגלות ספקות לגבי מידת התמיכה שהיו מוכנים לתת למערך השירותים שהוקם. זהו תהליך טבעי בארגונים המתמודדים ומגיבים לשינויים. לקראת העשור השני יש אפוא לקיים הערכת ביניים, לבחון את הבעיות שהתגלו

ואת הסוגיות שהמערכת מתמודדת איתן, לדון כיצד המערכת לא רק שומרת על הישגיה אלא גם מתפתחת ומשתפרת ולהיערך לקראת העתיד.

בריון להלן נתמקד בנושאים ובסוגיות הקשורים ישירות ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה. יחד עם זה, עלינו לזכור כי מערך השיקום תלוי בגורמים רבים אחרים, הן במערך שירותי בריאות הנפש והן במערכת הבריאות והרווחה וכמובן בחברה כולה. קצרה היריעה מלדון לעומק בכלם, מה עוד שאין בידינו לחזות את האירועים שיתרחשו בעתיד בסביבה הרחבה שבמסגרתה פועלת מערכת השיקום ואשר ישפיעו עליה. בריון נבחן תחילה הסוגיות הקשורות לאלמנטים הקריטיים של המערכת - לקוחות ואוכלוסיית היעד, תקציב ומקורות כספיים, שירותים וכוח אדם להפעלתם. בנוסף נתייחס גם להיבטים חוקיים הנוגעים למערכת, לסביבתה התפקודית ולשירותים אחרים הנוגעים לה, ולמחקר והערכה של מתן השירות ותוצאותיו.

אוכלוסיית היעד:

אוכלוסיית היעד הוגדרה בצורה ברורה על פי החוק. מי שנבדק על ידי פסיכיאטר או על ידי מי שהוסמך לקבוע אחוזי נכות לצורך תשלום גימלה מהביטוח הלאומי ונקבעו לו לפחות 40 אחוז נכות בגין הפרעה נפשית וזאת על פי אמות המידה של התקנות של הביטוח הלאומי, זכאי לפנות ולבקש סל שיקום.

השאלה הראשונה שנשאלת היא האם אמות המידה מעודכנות ותואמות את הידע הקיים ואת השינויים שחלו בתחום בריאות הנפש והשיקום מאז שתקנות אלו נקבעו. בנוסף, קביעת הזכאות מחייבת פנייה של האדם ביוזמתו, או איתורו והסכמתו לפנות. לא כל מי שעשוי להיות זכאי פונה, בין אם משום שביודעין אינו מעוניין (הוא או בעצת משפחתו) לפנות בשל תחושת הסטיגמה הכרוכה לדעתו בפנייה, ובין אם משום שאינו יודע על האפשרות הזו. המדובר באוכלוסיה מוגבלת וענייה שאינה ערה דיה לזכויותיה (גל, שלו ואינושטדט, 2009; לרין, 2009). אין אנו יודעים מה מידת היוזמה של שירותי הבריאות והרווחה לאתר אוכלוסיות זכאיות בפוטנציה ולהפנותן. יש להניח שיוזמה זו, גם אם קיימת, היא מוגבלת והצלחתה לאתר את הזכאים ולשכנע אותם לפנות היא חלקית בלבד.

אומדן אוכלוסיית היעד - על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי מספרם של מקבלי גימלת נכות בשל סעיפי נכות נפשיים בסוף 2008 היה 62,686 (המוסד לביטוח לאומי, 2009א). נתון זה הוא אומדן חסר של אוכלוסיית היעד. הוא מבוסס על נתונים מדווחים בלבד ועל אלה שנמצאו זכאים לקיצבת נכות. יש להניח שחלק מהזכאים הפוטנציאליים לא נכללו בו בשל הסיבות שמנינו למעלה, וכן, נתון זה אינו כולל את אלה שהיתה להם נכות רפואית של 40 אחוז לפחות בגין סעיפים פסיכיאטריים, אך לא נמצאו זכאים לגימלת נכות משום שלא ענו לקריטריונים של אוברן כושר השתכרות המהווה תנאי לקבלת הגימלה (המוסד לביטוח לאומי, 2009ב). בנוסף למספר המדווח על ידי הביטוח הלאומי, מצויים לא מעט אנשים הסובלים מנכות נפשית בטיפול משרד הביטחון. אוכלוסיה זו מוגדרת על פי אמות מידה שונות מאלו המשמשות את הביטוח הלאומי.

לאור זאת וכן על סמך מחקרים שנעשו על שיעור חולי הנפש הקשים והממושכים (אברם, זילבר, לרנר ופופר, 1998; אברם ורוזן, 2002), האומדן הזהיר של אוכלוסיית היעד הוא בין 85 אלף ל-100 אלף בני אדם (אברם, בדפוס). מספר זה גדול פי חמישה או שישה מהמספר המקבל כיום שירותים ממערך השיקום (משרד הבריאות, 2010). גם אם חלק מאוכלוסיה זו אינו זקוק לסל השיקום, הרי מספרם של הזכאים אשר אינם מקבלים את השירותים הדרושים מחייב הרחבה משמעותית של מערך השיקום. יש לכך השלכות על התקציב המיועד, על המערכת הארגונית ועל שיטות העבודה, לרבות איתור הזכאים שאינם פונים לקבלת סל שיקום.

שינויים באפיונים של אוכלוסיית היעד - לאור השינויים שחלו בדפוסי מתן

***אם ניקח את שנת 2007 כדוגמה הרי בשנה זו היו 1,076,720 ימי אשפוז פחות מאשר בשנת 1996. לפי תעריף של כ-600 ש"ח ליום אשפוז במחלקות לאשפוז ממושך, הסכום שנחסך עולה על 600 מיליון ש"ח לשנה. באותה שנה, תקציב השיקום עמד על 376 מיליון ש"ח. לפיכך, האומדן של החיסכון התקציבי כתוצאה מימי האשפוז שנחסכו עולה בכ-60% על הסכום שהוקצב לשיקום בקהילה

השירותים בבריאות הנפש וכן לאור השינויים שחלו בחברה בכללותה, האפיונים של האוכלוסיה הזקוקה לשירותי שיקום השתנו. יש לפיכך צורך בהיערכות ההולמת את אופיה וצורכיה של אוכלוסיית היעד. בדומה למה שהתרחש במדינות אחרות בתקופת האל-מיסוד (אבירם, 1988; גיא וטלר, 2008; Aviram; Benson, 1978; Burti & Benson, 1996; Segal, 1973; Bassuk, & Gerson, 1978; Benson, 1996; Garphenby, 1993; Goodwin, 1997; Grob, 1991; Mechanic, 2008; Segal & Aviram, 1978; Wing, 1962), האוכלוסיה הראשונה שיצאה מבתי החולים לקהילה היתה של החולים הממושכים שהיו מאושפזים שנים ארוכות במחלקות הכרוניות של בתי החולים. אוכלוסיה זו היתה יחסית מבוגרת, מוגבלת מבחינה תפקודית, עם תופעות לוואי שנבעו מאשפוז ממושך עם קשרי משפחה דלים, אך גם ללא תסמינים אקוטיים וללא התנהגות סוערת.

אחרי הגל הראשון של המשוקמים ולאור השינוי שחל באמות המידה לקבלה לאשפוז והתקצרות משך האשפוז, האוכלוסיה הפכה לצעירה יותר, עם תסמינים חריפים, רבים ללא רקע של אשפוזים קודמים, חלקם עם אבחנה כפולה כגון בעיה פסיכיאטרית והתמכרות לסמים, בעיות אלימות או הפרעות אכילה. כמו כן, הסתבר שרבים מבין המשוקמים סובלים מתופעות של תחלואה סומאטית כתוצאה מהתרוופות הפסיכיאטריות מהדור החדש וכן מהעדר תשומת לב וטיפול הולם של שירותי הרפואה הכלליים (וינברג, וינר ולאור, 2008). אין ספק כי לאור כל אלה דרושות התאמות והיערכות ההולמות את השינויים שחלו ואת הצרכים של אוכלוסיית היעד המשנה את אופייה.

הכללת אוכלוסיות נוספות בין הזכאים – על פי החוק, האוכלוסיה הזכאית כוללת את אלה שמלאו להם 18 שנה ואשר עונים לקריטריונים המפורטים בחוק. כיוון שההיארעות של מחלות נפש ובעיות נפשיות מתחילות לעתים בגיל צעיר יותר וכיוון שהתערבות מוקדמת עשויה למנוע הידרדרות, מן הראוי היה להרחיב את תחילת גיל הזכאות לגיל ההתבגרות. בשלב ראשון, לפני שינויי חקיקה, אפשר ליצור מנגנון שיאפשר חריגים שלא עונים לגיל המוגדר בחוק אך זקוקים לשיקום נפשי. יהיה צורך לתאם שינוי זה עם חוקים אחרים כמו חוק חינוך מיוחד המתייחס להיכסות מסוימים של אוכלוסיה זו וכן, כמובן, לתאם את השירות עם רשויות אחרות המטפלות בנערים, כמו משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד החינוך.

אוכלוסיה הכלולה בחוק אך לא זוכה לתשומת לב מספקת היא אוכלוסיית הקשישים הסובלים מהפרעות נפשיות ומנכות כתוצאה ממחלת נפש. חלק מאנשים אלה סבל מבעיות נפשיות בגיל צעיר יותר וממשיך לסבול גם כשהגיע לזקנה; אחרים חלו בתקופת הזיקנה. אין נתונים מדויקים על גודלה של אוכלוסיה זו ועל אופיין וחומרתן של הבעיות. כפי שצינו, המוסד לביטוח לאומי מדווח על אנשים המקבלים גימלת נכות בגין בעיות נפשיות עד לגיל הפרישה שלהם. מרגע שהאדם זכאי לקיצבת זיקנה, אין הוא מקבל קיצבת נכות או תוספת לקיצבת זקנה בגלל היותו גם נכה נפש. אומדן שעשינו לפני מספר שנים הגיע להערכה והידרה ששיעור נכי הנפש בקרב הקשישים מגיע ל-5.4 עד 7.6 אחוזים (אבירם ורוזן, 2002). למותר להוסיף שאוכלוסיה זו אינה זוכה לתשומת הלב לה היא זכאית וגם ראוייה. היא מהווה אתגר לשירותי השיקום בקהילה. מערך השיקום יצטרך למצוא שיתופי פעולה עם הרשויות המטפלות בקשישים ובעיקר משרד הרווחה, הרשויות המקומיות, קופות החולים והשירותים הגריאטריים של משרד הבריאות.

תקציב:

בעקבות החוק, הקמתו והתפתחותו של מערך השיקום התבססו בראשית התקופה על הסכם חמש-שנתי בין משרד האוצר ומשרד הבריאות, אשר הבטיח תקציב למערכת השיקום להתפתחות מדורגת של המערכת בחמש השנים הראשונות.

משאלו הסתיימו ב-2005, לא הוסדר שוב תקצוב רב שנתי והתקציב המוקצה לתחום זה הוא פועל יוצא של מו"מ ואילוצים תקציביים למיניהם. עובדה זו אינה מאפשרת תכנון רב שנתי, שנחשב לחיוני למערכת בראשית דרכה.

בתקצוב המערכת אין מנגנון קבוע לעדכון בגין שינויים דמוגרפיים ותוספות עבור טכנולוגיות חדשות בדומה למנגנון הקיים לעדכון הסל בביטוח בריאות ממלכתי. התוספות התקציביות שניתנו בשנים האחרונות, של כ-20 מיליון שקל לשנה, תוספות שבאו לידי ביטוי גם בהסכם שנחתם בין משרד הבריאות למשרד האוצר **** בקשר לתכנית הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בריאות הנפש), 2007), אשר, כאמור, לא יצאה לפועל, משקפות הנחה של גידול של 1,200 משתקמים נוספים בשנה. למרות שהשינויים באופי האוכלוסיה השתנו וכיום מדובר באוכלוסיה בעלת צרכים יקרים יותר מאלה של האוכלוסיה הקיימת, רמת התקצוב הממוצעת לאדם נופלת מרמת התקצוב לאדם במערכת הקיימת.

ההנחה של משרד הבריאות ושל משרד האוצר, אשר השתקפה בהסכם הנ"ל (שלא יושם), היתה שמערך השיקום יגיע לאחר שבע שנים למצב קבוע שלא יחייב תוספות תקציביות, עם הנחה של גידול של 1,200 משתקמים חדשים מדי שנה. פירושו שמערך השיקום לא יטפל ביותר מ-22 אלף נכי נפש. מספר זה רחוק מאוד מהאומדנים על גודלה של האוכלוסיה הזכאית. לא ברור גם על סמך מה נקבע שיעור גידול שנתי של 1,200 איש. אמנם זה היה ממוצע הגידול השנתי של שנים עברו, אולם כמובן ששיעור גידול שנתי זה אינו משקף את הצרכים ואת גודל האוכלוסיה הנזקקת. הוא בוודאי הושפע מאילוצים שונים שנכפו על המערכת כמו הקצאת כוח אדם, מערכות ארגוניות, דרישות במכרזים אשר עלולות היו להאט את קצב הפעילות של מערך השיקום וכיו"ב. בנוסף לכך, ההערכה שנעשתה לא הביאה בחשבון את העובדה שכיום, בגלל סיבות לא ברורות, מספר לא מבוטל של נכי נפש לא מממשים את סל השיקום (כולו או חלקו) שאושר להם (כ-25 אחוז ב-2007) (משרד הבריאות, 2009).

האדריכלים של חוק שיקום נכי נפש בקהילה הניחו שבעקבות החוק ניתן יהיה לאגם מקורות שהוצאו בעבר לטיפול ולשיקום נכי נפש בקהילה על ידי משרדים ממשלתיים שונים. אכן, חלק מתקווה זו נשאה פרי. למשל, משרד השיכון תומך בסבסוד שכר הדירה של נכי נפש חסרי אמצעים במגורים מוגנים ובחוסטלים בקהילה. מערך השיקום מבצע תכניות במימון משותף עם המוסד לביטוח לאומי, משרד התמ"ת, בעיקר בתחום של שילוב אנשים עם מוגבלויות בעולם התעסוקה, וכן עמותות כמו קרן טאובר, שעזמה מתבצעת תכנית נסינית להפעלת מתאמי טיפול ****.

יחד עם זה, אנו עדים גם לתופעה של בריחת תקציבים. משרדים וגופים אחרים, שבעבר סייעו לטיפול ולשיקום בקהילה של אנשים הסובלים מנכות נפשית, ניערו את חוצנם ממחויבות זו והפנו את הנזקקים שהיו בטיפולם לקבלת סל השיקום. דוגמה למגמה זו היא הרשויות המקומיות ומשרד הרווחה והשירותים הציבוריים, שקבע בתקנה כי נכי נפש אינם בתחום אחריותו (משרד העבודה והרווחה, 1997). אין ספק שאחת המשימות של מערך השיקום בעשור הבא תהיה למנוע את הסחף של תקציבים ותכניות שעד כה ניתנו על ידי משרדים ממשלתיים וגופים אחרים, ולגייס יתר מעורבות ותמיכה שלהם ושל גופים נוספים, הן מהמגזר הממשלתי והן מהמגזר השלישי, לפרויקטים שיקומיים ולהגדלה בפועל של המקורות העומדים לרשות מפעל השיקום בקהילה של נכי נפש.

שירותים:

השירותים שניתנים הם פועל יוצא של מספר גורמים. קודם כל הם מוגדרים על פי החוק. אולם, פירוש החוק ויישומו הלכה למעשה תלוי גם בהקצאה התקציבית, במערכת הארגונית ובכוח האדם המוקצה ליישום החוק, בידע הקיים

****סיכום בין משרד הבריאות והאוצר בנושא העברת מלאו האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. 17 בספטמבר, 2006, חתום ע"י פרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות ורביב סובל, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר. ****ראוי היה שיהיו נתונים מדויקים על ההיקף של הפרויקטים הנוספים ועל תקציבם על פי הגופים הממנים, אולם אלה לא פורסמו עד כה.

ובסדרי העדיפויות של המערכת המבצעת וכן, כמובן, בסביבה התפקודית של מערך השיקום, זו האחראית לתשומות ולתפוקות של שירותי השיקום וזו התומכת בפעולותיה. למשל, אין ספק שחולשתה של המערכת האמבולטורית משפיעה על מערך השיקום. הגדרת הזכאים תלויה לא מעט בהגדרות ובהסדרים של המוסד לביטוח לאומי וההפניות של נכי נפש לקבלת זכאות. כמו כן, בקשת סלי שיקום או מימוש הזכאות לסלי שיקום תלויים לא מעט במערך הבריאות, בריאות הנפש והשירותים החברתיים. ההערכה של תועלתו ותפקודו של מערך השיקום אינה יכולה להיעשות ללא התייחסות לסביבה התפקודית שלו ולתרומתה לשיקומם של נכי נפש בקהילה.

מערך השיקום אינו יכול להציע שירותים (פרט לניסויים בהיקף קטן) שלא הוגדרו בחוק כחלק מסל השיקום. יש אפוא לבחון קודם כל אם, לאור הניסיון של העשור האחרון והתפתחות הידע בתחום, ראוי היה להרחיב או לשנות את הגדרת הסל. בנוסף, עלינו להתייחס למה שלמדנו על יישומו של הסל הקיים והבעיות שהתגלו במהלך התקופה כדי לעמוד על התחומים שבהם ראוי היה לתקן. מובן שלפני כל שיפור, יש לשמור על הקיים. פגיעה כזו יכולה להתרחש מצמצום התקציב או כוח האדם המיועד ליישום החוק או משינויים בחוק עצמו.

חידוש הליך החקיקה של הרפורמה בבריאות הנפש, מעשה חיובי כשלעצמו, יעלה מחדש את הניסיון לשנות את חוק השיקום. יש לעשות כל מאמץ כדי לבטל את הזיקה הקיימת בין הרפורמה הביטוחית וחוק שיקום נכי נפש בקהילה על מנת שלא לפגוע פגיעה, אשר יכולה להתברר כאנושה, בחוק השיקום

ניסיון לשנות בחוק שיקום נכי נפש בקהילה נעשה במסגרת תכנית הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון 41 (הרפורמה בבריאות הנפש), 2007). תכנית הרפורמה בבריאות הנפש, שאושרה על ידי הכנסת ה-17 בקריאה ראשונה, מבקשת לשנות את חוק שיקום נכי נפש (ס' 12 בהצעת החוק) ולמעשה להתנות את הזכות היסודית לשירותי שיקום בתקציב, בהחלטה פקידותית וביצירת מגבלה או תמריץ שלילי לקופות החולים, להפנות את כל נכי הנפש הזקוקים לשיקום לקבלת שירותי שיקום בקהילה. למעשה, אישור השינוי יעקר את העיקרון היסודי של החוק המעניק זכות לסל שיקום בדומה לזכות לסל שירותי הבריאות המוענק על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הכללת הסעיף הקובע שינוי בחוק שיקום נכי נפש בקהילה במסגרת החוק לרפורמה הביטוחית היתה תנאי שדרש משרד האוצר. הדבר עורר התנגדות רבה של גורמים שונים העוסקים בנושא ובזכויות נכי נפש, לרבות ארגוני משפחות ומתמודדים (המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה, 2008, 2009א'). אמנם, לאור פיזור הכנסת ה-17, הנושא הוקפא, אך הוא לא ירד מסדר היום הציבורי. חידוש הליך החקיקה של הרפורמה בבריאות הנפש, מעשה חיובי כשלעצמו, יעלה מחדש את הניסיון לשנות את חוק השיקום. יש לעשות כל מאמץ כדי לבטל את הזיקה הקיימת בין הרפורמה הביטוחית וחוק שיקום נכי נפש בקהילה על מנת שלא לפגוע פגיעה, אשר יכולה להתברר כאנושה, בחוק השיקום.

התפלגות התקציב השנתי של מערך השיקום מעידה על כך ששני השירותים העיקריים שניתנים הם דיור ותעסוקה. לפי דו"ח ביצוע התקציב לשנת 2007, 80 אחוז מהתקציב השנתי לשיקום נכי נפש בקהילה הוצאו על שני שירותים אלה, כאשר חלקם של שירותי הדיור בתקציב השיקום היה 56 אחוז ושל שירותי התעסוקה 23 אחוז (דיווח, שירותי בריאות הנפש למועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 1/9/2008). יתרת התקציב הוצאה על חמשת השירותים האחרים, דהיינו, השלמת השכלה, חברה ופנאי, ייעוץ, הדרכה והנחיה למשפחות וכן סיוע בארגון ובמימון נופשונים עברון, טיפולי שיניים ותיאום טיפול. בנוסף, כמובן, הפעלת המערכת כולה והפעלת מטה השיקום נכללו בחלק זה של התקציב. אמנם, מטבע הדברים, שירותי הדיור דורשים משאבים רבים ובודאי שאי אפשר לשפוט על פי חלקו של התקציב של שירות מסוים בעוגת התקציב

אם שירות זה ניתן בהיקף ובאיכות ראוייה. אולם, דיווחי מטה השיקום למועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (2008, 2009) והבקשות של מערך השיקום לתוספות תקציביות לתחומים מסוימים מצביעים על כך ששירותים אלה לוקים בחסר.

היקף השירותים – כפי שראינו, מערך השיקום משרת כיום רק כחמישית או אף פחות מכך מאוכלוסיית היעד. גם אם לא יורחב סל השיקום או לא ישופר השירותים הניתנים בסל זה, היקף השירותים קטן בהרבה מהנדרש. גם אם נניח כי מחצית מאוכלוסיית הזכאים הפוטנציאליים לא יהיו זקוקים לסל שיקום (לדעתי, זו תהיה הנחה שגויה), הרי יש להגדיל את שירותי השיקום בקהילה פי שניים וחצי לפחות.

יישום הזכאות ל"לא ממשים" – על פי הנתונים המצויים, אחוז השירותים שמומשו על ידי נכי נפש במהלך 12 חודשים מאז שאושרו על ידי הוועדה האזורית לסל שיקום בשנים 2003 עד 2007 נע בין 60 אחוז ל-75 אחוז. אמנם אחוז המימוש השתפר בשנים האחרונות אך עדיין כרבע מתוך השירותים שאושרו לא מומשו (ר' למשל, מבקר המדינה, 2007). אין מידע האם נתון זה מייצג גם את אחוז אי המימוש הכולל של הסל של נכי הנפש מתוך סך כל אלה שאושר להם סל שיקום, אולם כפי הנראה, אחוז זה נמוך יותר (משרד הבריאות, 2009, עמ' 20). לא נעשה עדיין מחקר המנסה להסביר את הסיבות ל"אי מימוש", וחשוב שהערכה כזו תיעשה בהקדם. סביר להניח שגורמים כמו העדר מעקב הולם, חסר בהמשך טיפול קהילתי וייתכן גם התאמת ההקצאה של השירותים לצורכי נכי הנפש ואף איכות השירותים, מסבירים את התופעה. אין ספק שיש לשפר את השירותים ולצמצם את תופעת אי מימוש הקצאת סל שיקום, כולו או חלקו, על ידי חלק מהאוכלוסייה הזכאית.

שירותים ההולמים את האפיונים של האוכלוסייה המשתנה – כפי שצינו, הדור השני של זכאי סל שיקום כולל אנשים שמספרם בגל הראשון של המשתקמים היה קטן (אך הם היו קיימים). בעוד שחלק גדול מנכי הנפש שקיבלו סל שיקום בראשית התקופה ליישום החוק היו אנשים שהיו מאושפזים תקופות ארוכות בבתי החולים הפסיכיאטריים, כיום בולט יותר חלקם של הצעירים ללא רקע של אשפוזים ארוכי טווח אך עם בעיות נפשיות קשות. כמו כן, כפי שצינו, לרבים תחלואה כפולה הכוללת שימוש בסמים, בעיות אלימות וכן הפרעות אכילה (מבקר המדינה, 2007). צורכי אוכלוסייה זו מחייבים שירותים מיוחדים הדורשים ידע ספציפי והכשרת כוח אדם מיומן וכן, כמובן, עלותם היחסית גבוהה יותר מהעלות של מגוון השירותים הניתן כעת.

פריסת השירותים – לצער, אין היום נתונים מדויקים על היקף צורכי השיקום והמענה להם על ידי מערך השיקום. הרושם הוא שקיימת תופעה של חסר בשירותי שיקום בפריפריה הגיאוגרפית ודחיקת שירותי השיקום ממרכזי ישוב לפרפריות שלהם (המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009א'). הסיבות לכך הן בעיקרן סיבות תקציביות. ישוכים קטנים ומרוחקים ממרכזי אוכלוסייה אינם מצדיקים כלכלית הקמת שירותים בהם. הדבר נכון בעיקר במערכת מופרטת. יחד עם זה, חובתה של החברה לספק שירותי שיקום במרחק סביר ממקום מגוריו של האדם ובני משפחתו. מערך השיקום צריך לדאוג להיצע של שירותי שיקום גם למקומות קטנים בפריפריה, גם אם הדבר יחייב התאמות תקציביות וסבסוד.

בעיה דומה של חסר בשירותי שיקום קיימת גם בישובים במרכז הארץ, בעיקר באלה שמחירי הדיור בהם גבוהים. בעיר תל אביב ובסביבותיה, שירותי השיקום מעטים יחסית. בגלל העלויות הגבוהות, אין כדאיות כלכלית ליוזמים פרטיים או לעמותות להפעיל שירותי שיקום בערים במרכז הארץ. משרד השיכון מסבסד שכר דירה לנוקדים ברמה אחידה בכל חלקי הארץ, וזאת מבלי להביא בחשבון את השוני בעלויות הדיור במקומות השונים. אסור ששירותי השיקום יידחקו לשוליים. כפי שקרה במקומות אחרים בעולם, מחירי הדיור הגבוהים עלולים לדחוק את שירותי השיקום לשולי מקומות הישוב ולאזורים מסחריים. הדבר יפגע בסיבויי האינטגרציה החברתית של המשתמשים בשירותים אלה וכן ירחיק אותם מבני משפחותיהם, דבר שיכביד על המשפחות ויפגע בתהליך השיקום

(אבירם, 2001). משרד השיכון צריך לשקול סבסוד דיפרנציאלי של דיור לנוקמים בהתאמה לאזורי הארץ וכן מערך השיקום חייב למצוא דרך לסבסד את השירותים באזורים מסוימים על מנת להבטיח שהמשתקם יחיה ויפעל באזור מגוריו ובקרבת מקום למגורי משפחתו.

סיבה נוספת לדחיית שירותי שיקום לשוליים נובעת מהתנגדות תושבים לשילוב של נכי נפש באזור מגוריהם וקשורה, כמובן, לסטיגמה כלפי אנשים הסובלים ממחלות נפש. התופעה אינה חדשה. היא התגלתה במדינות רבות שיישמו מדיניות של אל מיסוד, בעיקר במחצית השנייה של המאה הקודמת אשר שחררו נכי נפש רבים מבתי החולים הפסיכיאטריים והחזירו אותם לקהילה (אבירם, 1988; Aviram & Segal, 1973). התמודדות עם תופעה זו אינה קלה. היא מחייבת שימוש עיקש ועקבי באמצעים חוקיים ומשפטיים כדי ליישם את זכויותיהם של נכי הנפש ולאפשר להם לממש זכויות אלה הלכה למעשה וכן, בעת ובעונה אחת, לסייע לקהילה לקבל את נכי הנפש במסגרתה, לתמוך בקהילה ולהיאבק בסטיגמה. מערך השיקום אינו יכול לעשות זאת לבדו ואינו אחראי לכך. הפעולות הדרושות מחייבות פעולתם של שירותים רבים והתמודדות חברתית רחבת היקף עם בעיה זו.

רגישות תרבותית בהתאמת שירותי שיקום לאוכלוסיות ספציפיות – השונות החברתית והתרבותית הגדולה הקיימת בחברה הישראלית מחייבת להתאים את השירותים לאופייה של האוכלוסייה. אין ספק שהמערכת לא תוכל להתאים עצמה לכל מגוון תרבותי קיים, אולם היא חייבת לתת את הדעת ולהתאים את השירותים לקבוצות ספציפיות באוכלוסייה שהן מבחינת מספרן והן בגלל השוני התרבותי בינן ובין שאר האוכלוסייה יש להן ודאי צרכים מיוחדים. אין בידינו נתונים על פריסת השירותים במגזר הערבי. מובן שיש לחקור ולבדוק מהו המצב לאשורו, אולם הרושם הוא שבהשוואה למגזר היהודי, היצע השירותים קטן יותר. ייתכן, כמובן, שהדבר נובע מסיבות תרבותיות וגורמות לביקוש קטן יותר, אולם בכל מקרה, במתן שירותי השיקום יהיה צורך להיות רגיש לדרישות התרבותיות של מגזר זה.

דוגמה נוספת לצורך לרגישות לצרכים תרבותיים של קבוצת אוכלוסייה ספציפית היא המגזר החרדי. ההתייחסות למחלות נפש בקרב מגזר זה שונה עדיין מזו הקיימת בקרב אנשים חילונים. כמו כן, דרישות תרבותיות של הימנעות מעירוב בין נשים וגברים מחייבות התאמות מצד שירותי השיקום. התאמת שירותי השיקום לצרכים של מגזרי אוכלוסייה ספציפיים, תוך רגישות תרבותית, היא אחד האתגרים העומדים בפני מערך השיקום בעשור הבא.

מערך ארגוני לוקה בחסר – מערכת השיקום התפתחה במהירות אולם מטה השירות לא התרחב במידה מספקת כדי לנהל כהלכה את המערכת. גם מבקר המדינה העיר על כך (מבקר המדינה, 2007). העדר תקנים ותנאי עבודה נאותים פוגע בתפקוד המערכת ומחייב תיקון. הדבר חשוב במיוחד כיוון שהשירותים מסופקים על ידי השוק הפרטי ומטה השיקום צריך להתמודד עם גורמים רבים ושונים.

ועדות השיקום האזוריות – חסר בכוח אדם הוא בוודאי הסיבה העיקרית לעובדה שוועדות השיקום האזוריות אינן מצליחות למלא את תפקידן במלואו בהתאם לנדרש בחוק. מבקר המדינה (2007) העיר לעניין זה וקבע כי במקרים לא מעטים הרכבן של ועדות השיקום האזוריות עלול ליצור ניגוד עניינים כיוון שלעתים המטפל הישיר של האדם הפונה לוועדה מהווה חלק מהוועדה. כמו כן, הוועדות אינן עומדות בדרישות החוק המחייב עיון (לצורך מעקב והערכה) בתכניות השיקום אחת לשישה חודשים. יש להניח כי תיקון המצב יחייב תוספת כוח אדם ותשלום לחברי הוועדה, שאינם חלק קבוע מוועדת השיקום האזורית, אשר נדרשים כיום למלא את התפקיד מעבר לתפקידים הרגילי. פיצוי כספי להשתתפות בוועדות מסוג זה נהוג בשירותים אחרים (דיווח דיון במועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009/12/2).

מעקב, פיקוח ובקרה – העדר מעקב הולם ופיקוח ובקרה נאותים הם מהחסרים הבולטים של המערכת. הדבר חשוב בכל מערכת שירותים ומהווה את אחד מתפקידיו המרכזיים של הרגולטור, אולם חשיבותו עולה כאשר המדובר

במערכת מופרטת לחלוטין. שירות זה חשוב כדי להבטיח שמפעיל השירות יעמוד בתנאי המכרוז הן התוכניים, הן הפיזיים וכן הכספיים. מבקר המדינה (2007) העיר כבר בעניין זה וכן גם המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה (2008, 2009א'). הגם שהוקצו לפני כשנה על ידי משרד הבריאות מספר תקנים לתגבור מערך הבקרה, לא נראה שחל שינוי מהותי במצב. אין ספק שהסדר נאות של נושא המעקב, הפיקוח והבקרה יצטרך להיות בראש סדר הקדימויות של המערכת בעשור הבא.

ועדות ערר מחוזיות – המחוקק קבע כי על השר הממונה על ביצוע חוק השיקום מוטלת החובה להקים ועדות ערר מחוזיות. כל אדם הנוגע לעניין רשאי לערער על החלטת ועדת השיקום האזורית. למרות חשיבות הנושא וביקורת מטעמו של מבקר המדינה (2007), עד היום, עשור לאחר חקיקת החוק, העניין לא הוסדר (סעור-בית אור, 2010).

סכנה לכשל שוק במערכת מופרטת – לאור מגמות ההפרטה וההסתמכות על השוק הפרטי, כפי שכל מערך השיקום הקהילתי פועל כעת, יכול להיווצר כשל שוק בו המדינה תהיה שבייה בידי הספקים. הגבלת גובה התשלומים בגין השירותים עלולה ליצור מצב שרק גורמים פרטיים מעטים יציעו את שירותיהם. כך לא תהיה תחרות בין הספקים, המערכת תהיה תלויה במעט ספקים שלא יהיה להם תחליף ורמת השירות תיפגע ולמעשה עלולה להעמיק את הונחתם של נכי הנפש. ייתכן כי המצב הקיים, לכאורה של תת תקצוב והעדר פיקוח ובקרה ראויים, הוא פונקציונלי לשני הצדדים. מצד אחד הוא מאפשר לספקים הפרטיים "לחתוך פינות" ולעמוד בתנאי המכרוז ומצד שני מאפשר למערך השיקום ולמשרד הבריאות לקיים את המערכת במצב של תקצוב חסר. כדי להבטיח רמת שירותים נאותה באמצעות תחרות הוגנת בשוק, אי תלות של מערך השיקום בספקים ויכולת בחירה אמיתית של המתמודדים, הפתרון המתחייב הוא הגברת הפיקוח והבקרה על איכות השירותים והכנסת מדי איכות אמנים, אך יחד עם זה הקצאה תקציבית נאותה אשר תביא לתחרות אמיתית בין ספקים שונים.

שינוי הרכב הסל – אחת המשימות בעשור הבא תהיה לבחון האם יש צורך לשנות את הרכב סל השיקום. ציינו כבר כי ראוי היה לכלול נערים מתבגרים באוכלוסייה הזכאית. בנוסף, להרחבת גיל הזכאות תהיה גם תועלת כלכלית, בכך שתמנע החמרה ותוכל למנוע הוצאות גדולות יותר למערכת בגיל בוגר יותר. ראוי היה להתחיל בניסוי מבקר ולבחון את תוצאותיו.

נושא נוסף אשר ראוי להיכלל בסל הוא הרחבת האפשרות להשלמת השכלה אקדמית ברמת התואר הראשון או הכשרה מקצועית על-תיכונית. כיום, סל השיקום מוגבל למתן אפשרות להשלמת השכלה תיכונית. בימנו אנו, השכלה ברמה של תואר ראשון הפכה להשכלה בסיסית. רכישתה עשויה להיות כלי שיקומי חשוב ביותר אשר יגדיל גם את הסיכויים להשתלבות נאותה בחברה הבוגרת. נסינות בארץ ובעולם בנושא זה של השכלה אקדמית נתמכת הוכחו כבר כמוצלחים (טלר, 2008א'). הדבר הופך ליותר ויותר רלבנטי גם לאור השינוי שחל באפיון אוכלוסיית המתמודדים והעובדה, כפי שציינו, שמספרם של הצעירים הזקוקים לשיקום הולך ועולה. ראוי היה אפוא להרחיב את הסל ולאפשר במסגרתו גם שירותי השלמת השכלה ברמת לימודי התואר הראשון או הכשרה מקצועית על-תיכונית.

שירותי מגורים נתמכים – מערך המגורים הנתמכים לסוגיהם מהווה מרכיב מרכזי במערך השיקום בקהילה, הן מבחינת ההיקף, הן מבחינת מספרם של נכי הנפש המתגוררים באחד מן הסוגים של המגורים הנתמכים והן, כפי שראינו, מבחינת חלקו הגבוה בתקציב הכולל של השיקום. בסוף נובמבר 2009, 54 אחוז (8,301) מנכי הנפש המקבלים כל סוג שהוא של סל השיקום קיבלו שירותי דיור (משרד הבריאות, 2010).

הנתונים האחרונים הזמינים בנושא המגורים מראים כי אין כיום מידע מהימן על תוצאות הדירור הנתמך ועל המעבר בין רמות שונות של דיור נתמך. משרד האוצר, בתשובתו למבקר המדינה בנובמבר 2006, טען כי "קשה לדעת היום האם חוק שיקום נכי נפש בקהילה אכן מביא ל'שיקומם' של נכי הנפש. מאז

חקיקת החוק ועד היום לא נקבעו יעדים מדידים שימדדו את מידת הקידום של בני הנפש ממסגרות שיקומיות מורכבות כגון הוסטלים מתוגברים למסגרות שיקומיות קלות יותר כגון מועדוני תעסוקה" (מבקר המדינה, 2007, עמ' 398).

למיטב ידיעתי, מאז שהתפרסם דו"ח מבקר המדינה (2007), לא חל שינוי בנושא זה. הרבר נובע הן מן הקושי להסכים על מדדים ראויים למדוד את הדינמיקה במערכת, הן מקשיים מתודולוגיים למדוד זאת והן מהעדר תקציב למחקר של הנושא. נעמוד על כך בהמשך.

בנוסף להערכה כללית של המעברים בין רמות שונות של דיור והגורמים המאפשרים או בולמים זאת, יצטרך מערך השיקום להתמודד עם מספר סוגיות שעלו במהלך העשור הראשון ליישום החוק. סוגיות אלו פורטו בהרחבה בדו"ח השנתי של המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה (2009):

א. **קשיים במעבר לדיור עצמאי** – מטרותם של שירותי השיקום בקהילה לאפשר לנכי נפש אשר מצבם השתפר לעבור למגורים פחות מגבילים ולהגיע לאפשרות של מגורים עצמאיים. אולם מתברר כי קיימים שלושה חסמים עיקריים: המעבר מההוסטל לדיור עצמאי כרוך בהגדלת ההוצאות לדיור, הן בגלל הגדלת העלות לארגון משק הבית בצורה עצמאית והן בגלל הגדלת ההוצאות לשכר דירה הרבה מעבר לגובה התמיכה מטעמו של משרד השיכון. בנוסף, המעבר לדיור עצמאי כרוך בהקטנת הליווי התמיכתי והרגשי המוענק על ידי מערך השיקום במסגרת ההוסטלים. כמו כן, ייתכן שמעבר לדיור עצמאי יותר נמנע מאחר שמפעילי ההוסטלים חוששים מתחלופת האנשים ושינוי המרקם האנושי במקום. מובן שנושאים אלה מחייבים מחקר על מנת לאשש הנחות אלו. אם אכן חסמים אלה קיימים, הם עומדים בניגוד למטרות השיקום ויש לפעול להסירם.

ב. **מיצוי הזכויות אינו אופטימלי באוכלוסיה באופן כללי, ובפרט בקרב האוכלוסיה הערבית** – נראה כי במגזר הערבי, שיעור הפניות לשיקום בדיוור נמוך יחסית וכן שיעור הלא מממשים זכויות לדיור גבוה בהשוואה לכלל האוכלוסיה.

ג. **העדר מודעות לזכויות בקרב משתקמים בדיוור בקהילה** – בקרב העוסקים בנושא ניצד הרושם כי שיעור גבוה מבין המשתקמים בדיוור אינם מודעים כהלכה לזכויותיהם, לרבות זכותם לבחור את מקום המגורים. אנשים הסובלים מנכות נפשית זקוקים לליווי ולתמיכה להכרה בזכויותיהם ולמיצוי.

ד. **העדר מסד נתונים זמין ונגיש על הדיור בידי הממונה על השיקום** – המועצה לשיקום (2009) התייחסה בדאגה רבה להעדר מסד נתונים מהימן על מערך הדיור בקהילה לרבות התפלגות על פי דרישות לדיור ואזורי הארץ, מוביליות בתוך מערך השיקום, רמת מוגבלות של האוכלוסיה במתקני דיור שיקומיים וכו'. העדר מערך נתונים מונע תכנון ראוי והערכה ופוגם בהליך קבלת ההחלטות. משרד הבריאות יצטרך להעמיד את האמצעים הדרושים לפיתוח מסד נתונים כזה ולהפעלתו על ידי מערך השיקום בקהילה.

ה. **זמן המתנה ארוך לפתרונות דיור והעדר בחירה באזורים מסוימים** – הביקוש לדיור בהוסטל כוללני בחדרים נפרדים עולה בהרבה על ההיצע. כמו כן, בגלל סיבות תקציביות ומנהליות, כמו למשל מספר מועט של פונים לדיור שיקומי באזורי הפרפריה, לא אחת נאלצים נכי נפש לחכות זמן רב לפתרון בתחום הדיור, חלק מהפונים מוותרים על כך בשל ההמתנה הארוכה. אין ספק שזוהו מצב לא סביר הנוגד את כוונת המחוקק. משרד הבריאות יצטרך למצוא פתרונות לבעיה.

ו. **"הוסטליזציה"** – המועצה לשיקום (2009) הצביעה על ראשיתה של תופעה שאנשים נשארים (נתקעים) בהוסטלים למרות שהיו יכולים לעבור למסגרות פחות מגבילות. זו בעיה המחייבת טיפול בין משרדי מייד ורחוק.

ז. **העדר תכנון רב שנתי** – הקמת הוסטל במסגרת השוק הפרטי מחייבת תכנון רב שנתי. העדר הסדרים רב שנתיים מכבידים על פיתוחם של פתרונות דיור לנכי נפש בקהילה. הנושא נוגע גם לשירותי שיקום אחרים.

ח. **אוכלוסיות מיוחדות** – הזכרנו כבר את החשיבות להתייחסות מיוחדת לאוכלוסיות מיוחדות. על מנת למצוא פתרונות הולמים לצורכיהן, משרד

הבריאות צריך לפעול בשיתוף פעולה עם משרדים אחרים. כמו כן, יש צורך בפיתוח מסד נתונים מסודר של אוכלוסיות מיוחדות שעד היום אין נתונים מסודרים לגביהן, כגון אוכלוסיות העולים בישראל הסובלות ממוגבלות על רקע נפשי.

ט. **טיפול מתאים לצרכים רפואיים שונים במועד ובמתכונת הדרושים במסגרת ההוסטלים** – יש צורך לוודא שצרכים רפואיים של משתקמים יקבלו מענה הולם מהשירותים הקהילתיים המוגדרים והמצצועיים לטיפול בנושאים הללו.

י. **רמת סבסוד הדיור והצורך בסבסוד דיפרנציאלי** – הערנו כבר כי מדיניות הסבסוד לדיור (של משרד השיכון), המעניקה סבסוד אחיד לנזקקים נכי נפש בכל אזורי הארץ, יוצרת מצב לפיו נכי נפש חסרי אמצעים כספיים יוכלו להתגורר בפריפריה ובשולי הערים בלבד. מצב זה אינו ראוי הן מבחינה חברתית-מוסרית והן מבחינה טיפולית ושיקומית. מציאת פתרון לבעיה על ידי הנהגת מדיניות סבסוד דיור דיפרנציאלית, המביאה בחשבון את מחירי הדיור במקום מגוריו הטבעי של הנכה, מחייבת שיתוף פעולה בין-משרדי.

שיקום תעסוקתי – שירותי השיקום התעסוקתי מהווים את השירות השני לאחר שירותי הדיור בגובה ההקצאות התקציביות של מערך השיקום והראשון במספר המתמודדים המעורבים בו. בסוף נובמבר 2009, קרוב ל-60 אחוז (8,684) מבין המקבלים שירותי שיקום בקהילה קיבלו שירותי שיקום תעסוקתי (משרד הבריאות, 2010). לנושא זה הוקצה כרבע מהתקציב השנתי של מערך השיקום (משרד הבריאות, 2009). לשיקום התעסוקתי בקהילה ולשילובם של נכי נפש בעולם העבודה חשיבות רבה בשיקום האיש של האדם ותועלת חברתית וכלכלית למשתקם ולחברה בכללותה. בתחום זה נרכש ידע רב וניסיון רב בעולם (הדס-לידור ולכמן 2007; Corrigan et al, 2008; Pratt et al., 2007). מחקרים מצביעים על התועלת הרבה הגלומה לכלכלה ולחברה באם נכי נפש יועסקו בשוק החופשי. בהתבסס על מחקר שנעשה לאחרונה בארצות הברית (Kessler et al., 2008) ובהתאמה לישראל (בן נון וקידר, 2007; למ"ס 2008), ההפסד השנתי לתוצר הלאומי הגולמי נאמד בכ-2.5 מיליון דולר (אברים, בדפוס).

אולם לעומת הפוטנציאל, הקשיים עדיין מרובים. עד כה, רק מיעוטם של המשתקמים מעורב בשוק החופשי (משרד הבריאות, 2009, עמ' 15). קיימות עדויות מחקריות על היתרונות הגלומים בשיקום תעסוקתי בשוק החופשי ועל האפשרות לעשות זאת (Bond & Jones, 2005; Corrigan et al., 2008, Ch.9). אולם כדי לממש זאת בארץ יהיה צורך בשיתוף פעולה עם גורמים אחרים, לקדם הסדרי חקיקה ומדיניות שתתמך מעסיקים לקלוט נכי נפש וכן הכשרת כוח אדם מיומן למתן תמיכה למשתקמים ולארגון והובלת פרויקטים בנושא זה. יש להניח שחקיקת "חוק לרון" (חוק הביטוח הלאומי, תיקון 109, 2009), המתמדת את הנכה להשתלב בשוק החופשי ומבטיחה את זכויותיו, תקדם את הנושא. מובן שבתכנון השיקום התעסוקתי המיועדות לנכי נפש יהיה צורך להקפיד על התייחסות נאותה לאופיין המחזורי של חלק ממחלות הנפש ולצרכים המיוחדים של נכי הנפש.

שירותי שיקום הכלולים בסל שאופן מימושו טעון תיקון משמעותי – חלק מהשירותים הניתנים במסגרת הסל אינו ניתן במידה מספקת או באיכות הולמת. אמנם אין מחקרי הערכה בעניין זה, אולם עדויות של עובדים, בני משפחה ומשתקמים וכן דו"ח מבקר המדינה (2007) והמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (2008, 2009) מחייבים תשומת לב לנושא. נראה שאין השקעה מספקת בתחום החברתי, שכן נשמעו תלונות של משתקמים שאין להם מספיק הדרכה חברתית ולכן נשור. גם בתחום הסיוע למשפחות יש חסרים. בחלק מהנושאים אין עדיין תקנות ברורות. למשל, טיפולי שיניים כלולים בסל השיקום אך עד כה לא הותקנו תקנות בנושא ואין מידע מהימן לגבי רמת השירות בתחום זה.

תיאום טיפול – תחום חיוני זה לוקה בחסר. לא בכדי נכלל בין התחומים בסל השיקום. בעוד שבעבר, כאשר מרבית האנשים שסבלו ממחלות נפש קשות ומומושכות היו מאושפזים וקיבלו את מגוון השירותים הדרושים ממסגרת

ארגונית אחת, כיום, עם השינוי בדפוסי הטיפול והשיקום, עליהם לקבל השירותים מגורמים שונים. גם אדם שאינו סובל מנכות נפשית נתקל לעתים בקושי להבטיח קבלת שירותים כנדרש וכפי שהוא או היא זכאים להם. קל וחומר אדם הסובל מנכות נפשית. לכן, הספרות שעוסקת בשיקום נכי נפש בקהילה מדגישה חשיבותו של שירות זה (טלר, 2006; Solomon, 1992). אכן, סל השיקום קובע כי יש למנות "מתאם טיפול" שהיה אחראי ליישום ולתיאום מתן כל השירותים הניתנים לנכה נפש". מבקר המדינה (2007) העיר על חסר בתחום זה. למרות שלאחרונה חל שיפור מה בשירות זה, לאור מיזם נסיוני משותף של משרד הבריאות וקרן טאובר, המצב רחוק מלהשביע רצון.

סיוע למשפחות ותכניות להעצמה של מתמודדים ובני משפחה – המשפחה היא משאב חשוב ביותר לשיקומו של נכי הנפש והעדר תמיכה, ייעוץ והדרכה נאותה פוגע ביכולת התפקוד שלה ובשיקומו של בן המשפחה הסובל ממחלת נפש (טלר, 2008; Hatfield & Lefley, 1987; Hatfield, 1987). אמנם בשנים האחרונות הוקמו והופעלו מספר מרכזי ייעוץ למשפחות אך ההיקף ועומק של שירות זה מחייב שיפור ניכר (המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009). בשנים האחרונות חל מפנה בהעצמתם ובמידת מעורבותם של ארגונים של בני משפחה וכן של מתמודדים במאמצים הציבוריים לשינוי מדיניות ולשיפור השירותים (רופא, 2006; Howe & Chamberlin, 1978, 1995; Howe, 1987), אך יש להמשיך ולטפח מגמה זו, שכן, שדולה ציבורית חזקה חיונית לקידום השיקום בקהילה. כיוון שבני המשפחה נושאים בחלק לא מבוטל מהאחריות ומהעול שבטיפול בבני הנפש וההצלחות בשיקומם בקהילה תלויות לא מעט בהם, המערכת חייבת למצוא דרכים לסייע ולתמוך בבני המשפחה בדרכים שונות כמו ייעוץ, הקלות מס והדרכה. זו לא רק חובה מוסרית; יש בה ללא ספק גם תועלת חברתית וכלכלית.

הכשרה מקצועית – אחד האתגרים של מערך השיקום הוא הכשרת כוח אדם למשימות השונות של השיקום בקהילה. כיוון שזו תכנית חדשה יחסית בארץ, המוסדות המסורתיים העוסקים בהכשרת כוח אדם מקצועי עבור שירותי בריאות הנפש לא היו מוכנים דיים לתכניות הכשרה מקצועית. אמנם פותחו כבר מספר קורסים, הופעל בית ספר לשיקום, ושתי אוניברסיטאות פתחו תכניות לימוד לתואר מוסמך המתמקדות בשיקום נכי נפש בקהילה, אולם זו רק ההתחלה. בית הספר לשיקום נתקל בקשיים ופעולתו הופסקה זמנית (המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009ב' סיכום ישיבת מועצה, 2.11.2009). פיתוח ידע ספציפי לנושא וטיפול כוח אדם מיומן, לרבות מסלול קידום מקצועי עבור העובדים בשיקום, הוא תנאי הכרחי לפעולה תקינה של מערך השיקום.

מחקר והערכה – אחד הנושאים שלא טופלו עד כה כראוי הוא נושא המחקר וההערכה. מערך השיקום התפתח במהירות והושגו בו הישגים לא מבוטלים. יחד עם זה, אין בידינו ידע האם התכניות פועלות על פי המתווה שלהן, האם הן מגיעות ליעדים שהוצבו והאם התכניות יעילות.

כדי להעריך את פעולתו של מערך השיקום ותכניותיו השונות, יש צורך קודם כל במסד נתונים מקיף. כיום מסד זה קיים רק בחלקו. קידום המחקר וההערכה יחייב את משרד הבריאות להקציב לכך תקציב ייעודי, להקים מערך ארגוני, לנסח נהלים אשר יבטיחו את אי תלותו של המחקר וההערכה בגוף המבצע, לפתח כוח אדם מיומן לנושא, לקבוע מטרות וסדרי עדיפויות ולבנות תכנית אופרטיבית לקידום הנושא. למעשה, ראוי היה להפעיל מחקר והערכה על פי הדגם של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) המקצה סכום ייעודי למחקר ומפעיל את המערכת באמצעות המכון לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. העדר מחקרים כנדרש על פי חוק השיקום וזכה לביקורת ברו"ח מבקר המדינה (2007), וכן הועלה מספר פעמים על ידי המועצה לשיקום (2008, 2009א'). למרות שהנהלת משרד הבריאות ראתה חשיבות בנושא ואף הנחתה לקדמו, עד כה לא נעשה דבר בעניין.

הדיון בסוגיות העומדות בפני מערך השיקום בעשור הבא לא יהיה שלם מבלי להתייחס לסביבה התפקודית של חוק השיקום ולאירועים בחברה בכללותה,

חלקם אף בלתי צפוי. מידת ההשפעה של מערך השיקום על מה שעשוי או עלול להתרחש מזערית, אם בכלל; אך השפעת האירועים החיצוניים עשויה להיות קריטית. אלה יכולים להיות שליליים מבחינת חוק השיקום ויישומו, כפי שראינו בהצעה הכלולה בחוק הרפורמה בבריאות הנפש לשינוי חוק השיקום, או חיוביים אם הרפורמה תעבור (ללא פגיעה בחוק השיקום) ושירותי בריאות הנפש ישולבו בשירותי הבריאות הכלליים. אחת הבעיות העומדת בפני מערכת שירותי בריאות הנפש כולה היא הנתק הקיים בין המערך הקליני ומערך השיקום ובין מקצוע הפסיכיאטריה ומקצועות השיקום (ר' למשל המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009ג', סיכום יום העיון, 29.12.2009). מערכת שירותי בריאות הנפש על כל מרכיביה היא ככלים שלובים כאשר כל מרכיב תלוי באחרים ובאינטראקציה הפורה ביניהם.

דברי סיכום

אין עוררין שהרפורמה השיקומית היא הישג רב משמעות בשירותי בריאות הנפש בארץ, אולם המשך הצלחתה ופיתוחה אינו מובן מאליה. כפי שראינו, בפני מערך השיקום אתגרים כבדים שעיינו יצטרך להתמודד עם כניסת המערכת לעשור השני לקיומה. חלק מהפתרונות תלוי בשינויים שמערך השיקום צריך ויכול להתמודד בכוחות עצמו, אך מרביתם תלויים בגורמים שונים סביבו, במשרד הבריאות, בגורמי ממשל אחרים ובחברה בכללותה.

אחת הסיבות להצלחתה הראשונית של הרפורמה השיקומית נבעה מכך שלא רק שלא סיכנה את האינטרסים של בעלי העניין במערכת אלא שאלה ראו בה אף תועלת לעצמם. אולם הקואליציה שתמכה ברפורמה החלה לגלות סדקים. עמדתו העיקשת של משרד האוצר לשנות את חוק שיקום נכי נפש כתנאי לרפורמה הביטוחית, כפי שבאה לידי ביטוי בהצעת החוק לרפורמה בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון, בריאות הנפש, 2007) וכדינוי ועדת העבודה הרווחה והבריאות במהלך השנים 2007–2008 בכנסת, הן עדות לכך. אם אכן יתקבל השינוי, הוא יגביל את החוק ולמעשה יעקרו. גם הנתק הקיים למעשה בין מקצוע הפסיכיאטריה והשיקום אינו מבשר טובות.

אחת הסכנות של הרפורמה השיקומית היא שבגלל צמצום תמיכה תקציבית והעדר גיבוי ממשלתי וציבורי, הממד של חיסכון כספי יגבר על ממדים אחרים ברפורמה והיא תיאלץ לתפקד ברמה נמוכה כאשר השיקום האקטיבי נדחק לשוליים. יש לא מעט דוגמאות כיצד תכניות לשילוב בקהילה ולשיקום התמססו ואנשים הסובלים מנכות נפשית הודרו חברתית למרות שפזיזת חיו בקהילה. מוסדות למגורים בקהילה יכולים להפוך למיני מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי ואנשים הסובלים מנכות נפשית יכולים למעשה לעבור מ"המחלקות האחוריות (הכרוניות) של בתי החולים הפסיכיאטריים לשכונות האחוריות של הקהילה" (Isaac, 1974; Chu & Trotter, 1973; Aviram & Segal, 1990).

המשימה של שמירת ההישגים של הרפורמה השיקומית וקידום המערכת לא תהיה קלה. לצערנו, נושא בריאות הנפש נמצא בשולי העניין הציבורי. מידת הבולטות של הנושא ומידת החשיבות המעטה שהציבור מייחס לו בהקשר לבעיות האחרות שהחברה הישראלית נאלצת להתמודד עימן מציבות בפני העוסקים בתחום והחרדים לשיקומם ואיכות חייהם של נכי הנפש בחברה אתגר לא קטן (אבירם, 2007). אין ספק כי הן מבחינה מוסרית והן מבחינה חברתית וכלכלית הוא נושא ראוי למאמציו ואני מקווה שהעשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה יהיה מוצלח ויקדם את איכות חייהם של נכי נפש, בני משפחותיהם והחברה בכללותה.

פרופ' אורי אבירם, פרופסור אמריטוס, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים; פרופ', המחלקה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית ספיר; יו"ר המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, משרד הבריאות

(דעות הכותב אינן מייצגות בהכרח את המוסדות הנ"ל)

-(רשימת מקורות)
- אבירם, א. (1988). אל-מיסוד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית. חברה ורווחה, 8, 321-343.
- אבירם, א. (2001). אנטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש. ביטחון סוציאלי, 61, 42-64.
- אבירם, א. (2007). רפורמה מקרעט בשירותי בריאות הנפש בישראל חסמים ובלמים בהטות מוקד הטיפול לקהילה. חברה ורווחה, 27, 127-155.
- אבירם, א., גיא, ד. וסיקס, י. (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש: הזדמנות שהוחמצה. ביטחון סוציאלי, 71, 53-83.
- אבירם, א. (בדפוס). שיתוף ב"חצר האחורית" של מערכת הבריאות בישראל: סייסם וסיסם בדרך לרפורמה בשירותי בריאות הנפש. בוען ח. כץ וא. צפדיה (עורכים). מדינה משגיחה- מדינה מפקיחה: מדיניות חברתית בבריאות הנפש, 1985-2008. תל אביב: רסלינג.
- אבירם, א., זילבר, נ., לורר, י., פופר, מ' (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואפיונים. ביטחון סוציאלי, 53, 92-105.
- אבירם, א., ורון, ה. (2002). אומדן מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל ילדים קשישים וכל האוכלוסייה (דוח מחקר). ירושלים: ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אבירם, א., ורון, ה. (1998). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטחון בריאות ממלכתי. חברה ורווחה, 18, 161-190.
- אליצור, א. (1998). מיסוד ואל-מיסוד ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף. חברה ורווחה, 18, 32-13.
- אליצור, א., ברוך, י., לורר, י., ושי, מ. (2004). הרפורמה בבריאות הנפש בישראל. בוען הקצאת משאבים לשירותים חברתיים בישראל, י. קופ (עורך), ירושלים, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 332-301.
- בן-עון, ג., קוידר, ג. (2007). השוואת בינלאומיות במערכת בריאות OECD ישראל, 1970-2005. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- גיא, ד. וטלר, י. (2008). רפורמות במערכת בריאות הנפש בעולם. בוען י. טלר (עורך). בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית. חיפה: אחוה, עמ' 29-61.
- גל, ג., של, מ. ואיזנשטדט, מ. (2009). בזכות האוניברסליות: מציץ זכויות אוניברסליות במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל. בוען ג. גל ומ. איזנשטדט (עורכים). נגישות לצדק חברתי בישראל: ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 187-224.
- הרש, לירון, נ. ולמכן, מ. (עורכים). (2007). שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מתקדמת מבט שנותן- פרקטיקה, מדיניות ומחקר. כפר יונה: ליתם.
- המוסד לביטחון לאומי (2009). סקירה שנתי 2008. ירושלים: המוסד לביטחון לאומי, מיתול המחקר והתכנון.
- המוסד לביטחון לאומי (2009). מערכת הביטחון הלאומי בישראל בינאר 2009. ירושלים: המוסד לביטחון לאומי, מיתול המחקר והתכנון.
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. ד"ח שנתי (2008). בוען משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות, ד"ח פעילות שנתי, עמ' 75-80.
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. ד"ח שנתי (2009). בוען משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות, ד"ח פעילות שנתי, עמ' 95-103.
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (2009). סיכום ישיבת מועצה מתארגן 2.11.2009. www.health.gov.il/Download/pages/sikum_meet021109.pdf.
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (2009). סיכום יום העיון, 29.12.2009. www.health.gov.il/pages/default.asp?PageId=1656&parentId=1654&catId=29&mainCat=10.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות במדינת ישראל (2009). מדוע רפורמות לא מתבצעות? חסמים בפני תמורות במערכת הבריאות. כנס ים המלח העשירי, יוני 2009. (העברת התוכנית השלישית לאחריות קופות החולים: הרפורמות בבריאות הנפש), עמ' 39-78.
- וינברגר, ט., ויר, ז. ולואר, ג. (2008). תחלואה טופית ותמונה בסובלים מהפרעות בפסיכיאטריה. Medicine פסיכיאטריה, 9, 18-22.
- ועדת נתניהו (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודו ויעילותו של מערכת הבריאות בישראל: ד"ח. ירושלים: המדעים הממשלתי.
- חבר, א., שני, מ., קוטלר, מ., פסט, ד., אליצור, א. וברוך, י. (2005). הרפורמה בבריאות הנפש: מאין ולאן? הרפואה, 144, 327-331.
- חוק ביטחון בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994. ספר החוקים, 1469.
- חוק ביטחון בריאות ממלכתי, תיקון מס. 41 (2007) (בריאות הנפש) רשומות, הצעות חוק, הממשלה, 325, 872-897. (14/7/2007).
- חוק הביטחון הלאומי, תיקון 109 (2009). תיקון 109 לחוק הביטחון הלאומי, [נסח משולב 1995], עודד נכים לציגה לעבודה, (פרק ט', ביטחון נוכח, סימן ז', קצבת עודד השתלבות בשוק העבודה) bt.gov.il/laws/btl/Laws.aspx?lawid=361056&.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשס"ט (2000). כפר החוקים, 1746, 231.
- טלר, י. (2006). יהיה הטיפול מודל אלטרנטיבי לטיפול בנפשי נפש החיים בקהילה ולשיקום. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב, עמ' 333-348.
- טלר, י. (2008). יעילות השכלה ותמכת לבעלי הפרעות פסיכיאטריות. בוען י. טלר (עורך). בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית. חיפה: אחוה, עמ' 265-300.
- טלר, י. (2008). התמודדות משפחת נפשי נפש. בוען י. טלר (עורך). בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית. חיפה: אחוה, עמ' 101-148.
- יסעור בית אור, מ. (2010) בלי בשה: כך שוללים זכות בסיסית מנכי נפש www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3842117,00.html YNET 31/1/2010.
- לזין, ל. (2009). "קוגליציה של הדחה" - אי-מימוש זכות לסיוע מצד מערכת הביטחון הסוציאלי בקרב החיים בעור קצינו. בוען ג. גל ומ. איזנשטדט (עורכים). נגישות לצדק חברתי בישראל: ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 225-254.
- למכן, מ. (2006). שיקום פסיכ-סוציאלי במדינת ישראל: מודת מפתח? בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב, עמ' 305-321.
- לשכה מרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס] (2009). שנתון סטטיסטי מס. 60, 2009. ירושלים: למ"ס.
- מבקר המדינה (2007). ד"ח שנתי 157, שיקום נכי נפש עמ' 391.
- מזכירות ממשלת ישראל (2006). החלטה מס. 4702 של הממשלה מיום 12/2/2006, העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים.
- מזכירות ממשלת ישראל (2006). החלטה מס. 568 של הממשלה מיום 4/10/2006, העברת האחריות הביטחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים.
- מרק, מ., בקלר, ז. וגרינשפון, א. (2006). תהליך יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל: מד"ח מבקר המדינה 1991 לתמונת מצב 2002. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב, עמ' 96-81.
- מרק, מ., פלמן, ד. ורייבניץ, י. (1996). מד"ח נתניהו ועד חוק ביטחון בריאות ממלכתי: יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. חברה ורווחה, 16, 185-197.
- משרד האוצר (2009). תקציב המדינה (משרד הבריאות).
- משרד הבריאות (2001). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2001. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2006). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2006. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2009). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2008. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2010). המחלקה למידע והערכה, דיווח אישי, 18/10/2010.
- משרד העבודה והרווחה (1996). חוזר המנהל הכללי, נ"ו (30/4/96). שירותי בריאות הנפש - העברה לקופות החולים, ירושלים.
- משרד העבודה והרווחה (1997). תקנות עבודה סוציאלית [ת"ע] מס. 5, שירותי שיקום בקהילה, גילאי 21-65, 1/5/1997.
- סייקס, י. (2006). העברת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים: מדיניות במבני סתום. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב, עמ' 112-127.
- סער, ר. (1995, 16 במאי). השרה נמיה: שחרורם של אלפי חולי נפש יסכן אותם ואת הקהילה. הארץ, א' 6.
- פלמן, ד. ובר, א. (2001). תכנית סל שיקום לנפשי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בבריאות נוכח. ביטחון סוציאלי, 61, 80-107.
- קפלן, ז., קוטלר, מ. וויצטום, א. (2001). שירותי בריאות הנפש בישראל - כיוונים ותמורות. הרפואה, 140, 440-445.
- רובין, צ. (2006). התמודדות ב"התמודדות": אקטיביות מול פסיביות. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב, עמ' 349-356.
- שמיר, א. (2006). תחלואת הנפש: בת חורגת במערכת הבריאות בישראל. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב (עמ' 137-158).
- שרשבסקי, י. (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל - תהליכים ואתגרים. בוען א. אבירם ו. יגית (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות. תל אביב: צ'ריקוב (עמ' 357-387).
- Aviram, U. (in press). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. Israel Journal of Psychiatry.
- Aviram, U. & Segal, S.P. (1973). Exclusion of the mentally ill: Reflection on an old problem in a new context. Archives of General Psychiatry, 29, 126-131.
- Bassuk, E.L. & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. Scientific American, 238, 46-53.
- Benson, P.R. (Ed.) (1996). Mental health policy and practice: International perspectives (special issue), International Journal of Law and Psychiatry, 19.
- Bond, G.R. & Jones, A. (2005). Supported employment. In R.E. Drake, M.R. Merrens & D.W. Lynde (Eds.). Evidenced-based mental health practice: A textbook. New York: Norton.
- Burti, L., Benson, P.R. (1996). Psychiatric reform in Italy: Development since 1978. International Journal of Law Psychiatry, 19, 373-390.
- Chamberlin, J. (1978) On our own: Patient-controlled alternative to the mental health system. New York: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1995). Rehabilitating ourselves. The psychiatric survivor movement. International Journal of Mental Health, 24, 39-46.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Solomon, P. (2008). Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York: Guilford Press.
- Chu, F.D. 7 Trotter, S. (1974). The madness establishment: The Nader Study Group report on the National Institute of Menatl Health.
- Dill W.R. (1985). Environment as an influence on managerial autonomy. Administrative Science Quarterly, 2, 409-443.
- Emery, F.E. & Trist, E.L. (1965). The causal texture of organizational environment. Human Relations, 18, 21-32.
- Garpenby, P. (1993). From ideology to reality: Mental health in Sweden. European Journal of Public Health, 3(4), 296-298.
- Goodwin, S. (1997). Comparative mental health policy: From institutional to community care. London: Sage Publications.
- Grob, G.N. (1991). From asylum to community: Mental health policy in modern America. New Jersey: Princeton University Press.
- Haver, E., Y. Baruch, and M. Kotler. (2003). The structural reform of mental health services in Israel. Israel Journal of Psychiatry 40: 235-238.
- Hatfield, A.B. (Ed.) (1987). Families of the mentally ill: Meeting the challenge. (New Directions for Mental Health Services, No. 34). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hatfield, A.B. & Leffley, H.P. (Eds.) (1987). Families of the mentally ill: Coping and adaptation. New York: Guilford Press.
- Howe, C. & Howe, J. (1987). The national alliance for the mentally ill: History and ideology. In A.B. Hatfield. (Ed.) Families of the mentally ill: Meeting the challenge. (New Directions for Mental Health Services, No. 34). San Francisco: Jossey-Bass, pp. 23-33.
- Isaac R.J. & Armat, V.C. (1990). Madness in the streets: How psychiatry and the law abandoned the mentally ill. New York: The Free Press.
- Kessler, R.C., Heeringa, S., Lakoma, M.D., Petuchova, M., Rupp, A.E., Schoenbaum, M., Wang, P., Zaslavsky, A.M. (2008). Individual and Societal Effects of Mental Disorders on Earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry, 165, 703-711.
- Mechanic, D. (2008). Mental health and social policy: Beyond managed care. 5th ed. Boston: Pearson Education, Inc. & Allyn and Bacon.
- Mechanic, D. & Rochefort, D.A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. Annual review of Sociology, 16, 301-327.
- Pratt, C.W., Gill, K.J., Barrett, N.M., Roberts, M.M. (2007). Psychiatric rehabilitation (Second Ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Rosen B., Nirel N., Gross R., Bramali-Greenberg S., Ecker N. (2008). The Israeli mental health insurance reform. Journal of Mental Health Policy and Economics; 11: 201-208.
- Segal, S.P. & Aviram, U. (1978). The mentally ill in community based sheltered care: A study of community care and social integration. New York: John Wiley & Sons.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. Community Menatl Health Journal, 28, 163-180.
- Wing, J.K. (1962). Institutionalism in mental hospitals. British Journal of Social and Clinical Psychology, 1, 38-51.

האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל

למרות ההתקדמות במחקר על אובדנות בישראל, שאלות רבות נותרות פתוחות לגבי גורמי סיכון ולגבי גורמים מגנים בתת אוכלוסיות שונות. מחקרים עתידיים אשר יתמקדו בזיהוי גורמים אלה יעזרו לפתח תכניות אפקטיביות למניעה ולטיפול באובדנות

ד"ר אילה אורי, סנדרין בורשטיין, פרופ' אלן אפטר

התאבדות כרוכה בהטלת סטיגמה על השורדים⁵. שיעור האובדנות עלול להיות מעוות גם על ידי שיטת רישום המוות על פי "underlying cause", בהתאם לקו המנחה של ה-WHO⁴. למשל, כאשר חולה סרטן מתאבד, סיבת המוות נרשמת כסרטן ולא כהתאבדות. לגבי נסיונות התאבדות, מידע לגבי האוכלוסיה הכללית בישראל נשאב עד כה מבסיס המידע הארצי של המחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים^{7,8}, אשר קשור למשרד הבריאות. באופן דומה, גם מערכת זו נוטה לתת הערכה של שיעור נסיונות ההתאבדות, שכן בחלק מהמקרים הטיפול לאחר ניסיון אובדני

הספקטרום של התנהגות אובדנית נע בין מחשבות אובדניות דרך איומים אובדניים, נסיונות התאבדות "קלים", נסיונות התאבדות "חמורים" והתאבדות המסתיימת במוות. הן נסיונות אובדניים והן התאבדויות המסתיימות במוות מהווים בעיות משמעותיות מבחינת בריאות הציבור הדורשות התערבות, טיפול ומניעה. התנהגויות אובדניות הן, לעתים קרובות, אם כי לא תמיד, האינדיקציה החמורה ביותר לתחלואה נפשית ולסבל ו-15 אחוז מבין אלה שניסו להתאבד הם בסיכון "להצליח" ולמות בהתאבדות¹. לפיכך, גם כאשר אין אבידות בנפש, יש להתייחס להתנהגות אובדנית ולחקור אותה לעומקה.

אובדנות קשורה לגורמי סיכון רבים. דרך אחת לאפיין את גורמי הסיכון היא לחלקם לגורמי סיכון מרוחקים (דיסטליים) וקרובים (פרוקסימליים). גורמי סיכון מרוחקים – למשל פסיכופתולוגיה, מאפיינים אישיותיים, שימוש בסמים ואלכוהול ומאפיינים משפחתיים – מגדירים את הרקע עליו התנהגות אובדנית עלולה להתפתח. הקשר שלהם להתאבדות אינו קשר ישיר, אלא הם מורידים את סף הפגיעות של אדם לגורמי סיכון קרובים². גורמי סיכון קרובים הם הגורמים המידיים להתאבדות והם קורים זמן קצר לפני האירוע הטרגי. אלה כוללים אירועי חיים כגון מחלה חמורה ופתאומית או אבל. תת אוכלוסיות מסוימות פגיעות יותר להשפעה של גורמי סיכון קרובים. אחד מגורמי הסיכון הקרובים החזקים ביותר הוא הנגישות לאמצעי התאבדות. החזקה של כלי נשק בבית מעלה את הסיכון להתאבדות בקרב שני המגדרים ובכל קבוצות הגיל. ההשפעה של גורם סיכון זה היא בלתי תלויה בגורמי סיכון אחרים כגון שימוש בסמים, מגורים לבד או טיפול בתרופות פסיכטרופיות³.

מקורות המידע לגבי אובדנות בישראל

בישראל, אחראית הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) על איסוף המידע לגבי כל מקרי המוות, כולל התאבדות. גוף זה מקבל עדכונים שוטפים ממספר גורמים כגון משטרת ישראל ומשרד הבריאות⁴. משרד הבריאות מקבל מידע לגבי התאבדות בעיקר מהמכון הפתולוגי באבו כביר. אמנם סיבת המוות במאגר המידע של הלמ"ס תואמת את זו הרשומה בתעודת הפטירה, אולם תיתכן תת הערכה של מקרי מוות בהתאבדות בשל תת דיווח. בסיטואציות מסוימות, התאבדות אינה מזוהה והמוות משווה לתאונה או לנסיבות טבעיות (למשל, במקרה של תאונת דרכים, טביעה או תאונה ביתית בעלות אופי מעורפל). בנוסף, משפחה וחברים עלולים לנסות להסתיר את סיבת המוות מסיבות חברתיות, דתיות, חוקיות או כלכליות. מצב כזה אינו בלתי שכיח בקבוצות אוכלוסיה מסוימות כגון ערבים ישראלים ויהודים חרדים, שבהן

Table 1. Suicide by gender, 1981-2004, 15 year of age and older Age-standardized rates per 100,000

	Male	Female	Total
1981	10.4	5.9	8.1
1982	9.9	6.0	7.9
1983	12.9	5.9	9.2
1984	11.4	5.2	8.2
1985	11.8	5.2	8.4
1986	13.2	6.5	9.7
1987	15.3	5.5	10.3
1988	14.8	5.8	10.2
1989	17.0	6.6	11.6
1990	14.3	5.2	9.6
1991	16.0	5.5	10.6
1992	16.2	5.6	10.7
1993	15.6	5.1	10.1
1994	16.7	5.6	10.9
1995	13.8	4.9	9.2
1996	12.0	3.5	7.5
1997	15.2	3.5	9.1
1998	11.7	3.4	7.4
1999	13.8	3.0	8.2
2000	14.2	3.7	8.7
2001	14.6	2.9	8.5
2002	12.8	3.5	8.0
2003	14.7	2.8	8.5
2004	13.5	3.4	8.3

Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel

ממוצא אירופאי ואמריקאי. באמצע שנות ה-90 ירד שיעור ההתאבדות בקרב יהודים ילידי הארץ והיה לשיעור הנמוך ביותר בין כל הקבוצות האתניות בקרב יהודים⁴. מאז שנת 2000, שיעור ההתאבדות הגבוה ביותר הוא בקרב ילידי אפריקה, כפי שנפרט בהמשך⁴.

לגבי נסיונות אוברניים, השיעור בקרב בני עשר ומעלה היה יציב למדי מאז סוף שנות ה-90 בקרב גברים ונע בין 59 ל-67 ל-100,000, ואילו בנשים עלה שיעור נסיונות ההתאבדות בשנים אלה מ-76 ל-94 ל-100,000. בשנים 1999-2002, מספר הפניות הממוצע לחדר מיון עקב ניסיון אוברני עמד על 3,600 לשנה: 1,500 גברים ו-2,100 נשים. במהלך שנת 2003 עלה מספר נסיונות ההתאבדות המתועדים ובשנים 2004-2007 התייצב על כ-4,300

Table 3. Suicides by methods, 1981-2004 15 year of age and older. Rates per 100,000
Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel

Method	Age group				
	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
Males					
1981-1990					
Poisoning	(0.3)	0.6	1.1	(1.4)	(2.4)
Hanging, suffocation	2.4	4.1	4.3	8.8	13.0
Firearms	2.1	2.5	3.7	3.9	(1.5)
Jumping from height	(0.5)	1.1	1.6	4.8	9.6
Other	0.9	2.4	4.1	5.7	11.5
Total	6.1	10.7	14.8	24.7	38.0
1991-2000					
Poisoning	..	0.5	0.6	1.4	2.3
Hanging, suffocation	3.5	5.7	6.3	7.9	14.8
Firearms	5.6	2.8	3.4	3.6	4.4
Jumping from height	0.8	1.0	1.5	2.9	7.9
Other	1.0	1.9	2.5	4.2	8.4
Total	11.0	12.0	14.3	20.1	37.9
2001-2004					
Poisoning	(0.4)	0.6	(0.7)	(1.3)	(1.1)
Hanging, suffocation	3.8	5.7	6.5	4.7	7.4
Firearms	5.2	2.6	2.9	3.4	(3.4)
Jumping from height	(0.7)	1.6	1.7	(2.3)	5.5
Other	1.8	1.8	3.4	4.2	8.9
Total	11.9	12.3	15.2	15.9	26.3
Females					
1981-1990					
Poisoning	(0.4)	0.4	1.0	(1.4)	3.0
Hanging, suffocation	0.6	0.7	1.6	2.6	2.6
Firearms	(0.5)	0.5	..	..	..
Jumping from height	0.6	1.4	1.5	3.4	4.9
Other	0.7	1.2	2.1	4.6	6.6
Total	2.8	4.2	6.4	12.4	17.1
1991-2000					
Poisoning	..	0.3	0.5	(1.0)	2.6
Hanging, suffocation	0.6	0.9	1.5	2.7	3.7
Firearms	0.7	0.4	0.3	..	..
Jumping from height	0.5	0.6	1.0	1.8	4.1
Other	(0.3)	0.8	1.3	2.9	4.4
Total	2.1	3.0	4.6	8.4	15.0
2001-2004					
Poisoning	..	(0.3)	(0.2)	(0.9)	(1.3)
Hanging, suffocation	(0.6)	1.0	1.4	(0.6)	(1.6)
Firearms	(0.2)	(0.2)	..	..	..
Jumping from height	(0.4)	0.6	1.1	(1.0)	(1.8)
Other	(0.5)	0.6	1.1	(1.3)	3.0
Total	1.7	2.7	3.8	3.8	7.7

..Based on a number of cases too small to present

(.) Based on less than 20 cases

הוא במרפאות בקהילה או שכלל אינו מגיע לטיפול.

לאחרונה נערך סקר בריאות לאומי של משרד הבריאות שבו נאסף מידע לגבי השכיחות של שלושה מרכיבים בהתנהגות אוברנית, במדגם בקהילה: מחשבות אוברניות, תכנית אוברנית וניסיון התאבדות. סקר זה מספק מידע נוסף לגבי אוכלוסיית המנסים להתאבד, גם על אלה שאינם מגיעים לחדרי המיון⁹.

מעבר למחקרים אפידמיולוגיים הבוחנים את היקף הבעיה, מחקר על גורמי הסיכון להתנהגות אוברנית בישראל עדיין חסר. מחקרים כאלה הם חיוניים לצורך פיתוח תכנית יעילה למניעת אוברנות.

התאבדות בישראל ב-20 השנים האחרונות

כשבים לבחון את נושא האוברנות בישראל, יש להביא בחשבון את ההרכב והמגוון האתני-תרבותי-דתי של החברה בארץ. עלינו לשים לב לתת אוכלוסיות משמעותיות שבהן הסיכון האוברני גבוה, כגון: אוכלוסיית המתגייסים לצה"ל ואוכלוסיית העולים החדשים (במיוחד ב-20 השנים האחרונות). בנוסף, יש סיכון מוגבר בתת קבוצות של גיל ומגדר אשר אופייני לחברות שונות וחוצה גבולות דת ורקע אתני. רק על ידי בחינה של כל חתכי הרוחב החברתיים האלה נוכל לקבל תמונה מקיפה של האוברנות בישראל.

מתצפית אורך ניתן לראות כי שיעור ההתאבדות בישראל, בקרב בני 15 ומעלה, עלה במהלך שנות ה-80 והתייצב בשנות ה-90. מאז שנות ה-90, שיעור ההתאבדות בקרב בני 64-45 עלה במעט ואילו בקרב בני 75 ומעלה שיעור ההתאבדות ירד במעט⁴ (טבלה מס' 1, גרף 1).

ב-2004, שיעור ההתאבדות הרשמי בקרב בני 15 ומעלה עמד על 8.3 ל-100,000 איש. השיעור היה גבוה פי ארבעה בגברים לעומת נשים (13.5 ו-3.4 ל-100,000, בהתאמה)⁴. מספרים אלה מייצגים מעל 400 התאבדויות בשנה. על מנת להשלים את התמונה, יש להוסיף למספר זה את כל נסיונות ההתאבדות שעל פי נתוני בתי החולים הם בערך פי עשרה ממספר ההתאבדויות, ולכן יש להוסיף את המקרים שאינם מגיעים לטיפול בבית החולים ולגביהם אין מידע רשמי.

בהתאם לספרות לגבי מצב משפחתי והתאבדות¹⁰, הסיכון להתאבדות של גברים גרושים בגילאי 25-44 גבוה פי 6.2 מזה של גברים נשואים ופי 1.8 מזה של רווקים⁴ (טבלה מס' 2).

הפרדה על פי מוצא אתני מלמדת כי בשנות ה-80 שיעור ההתאבדות בקרב יהודים ממוצא אירופאי או אמריקאי היה גבוה מזה של יהודים שנולדו בישראל, באסיה או באפריקה. בשנות ה-90 עלה שיעור ההתאבדות בקרב יהודים ילידי הארץ ממוצא צפון אפריקאי והתקרב לשיעור בקרב יהודים

Table 2. Suicide by family status, 2000-2004, Age 25-64, Rates per 100,000

Family status	Total	Males	Females	Male/Female rate ratio
age 25-44				
Single	15.1	21.9	5.2	4.2
Married	3.8	6.4	1.3	4.9
Divorced	19.9	39.5	8.8	4.5
Widowed	(19.9)	(14.4)	..	..
Total	7.4	12.2	2.6	4.7
Age 45-64				
Single	23.9	46.3	9.0	5.1
Married	6.8	10.8	2.4	4.5
Divorced	20.9	40.2	9.9	4.0
Widowed	11.2	(50.2)	(4.5)	..
Total	9.3	15.1	3.9	3.9

Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel

(.) Based on less than 20 cases

עולה במידה ניכרת בשנות הנעורים המאוחרות וממשיכה לעלות עד שנות ה-20 המוקדמות¹². הנדירות של מוות בהתאבדות לפני גיל ההתבגרות היא ממצא אוניברסלי¹³. בניגוד להתאבדות, נסיונות התאבדות נחשבים לתופעה שכיחה בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים⁸. השיעור הגבוה ביותר בקרב בני נוער בישראל הוא עד גיל 20, אחר כך השיעור יורד. השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב מתבגרות בגילאי 15-20 ובמיוחד בגילאי 16-19 (249 ו-247 ל-100,000 בהתאמה, בשנים 2003-2007). בגברים, השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב בני 19-20 (187 ל-100,000)⁴.

בישראל, כמו במדינות אחרות, חלה במהלך השנים עלייה בשיעור ההתאבדות בקרב בני נוער ובהמשך היתה התייצבות. בתחילת שנות ה-80 התאבדות היתה סיבת המוות בשישה אחוזים ממקרי המוות בקרב מתבגרים ובשנות ה-90 מספר זה הכפיל עצמו והגיע ל-13 אחוז. כיום, התאבדות היא סיבת המוות השנייה בקרב גברים בגילאי 15-24 (אחרי תאונות), עם שיעור של 11.8 ל-100,000 והיא סיבת המוות השלישית בקרב נשים, עם שיעור של 1.8 ל-100,000⁴.

תופעת "פרדוקס המגדר" מוכרת מניתוחים רבים של התאבדויות בקרב בני נוער: בקבוצת גיל זו מוות בהתאבדות שכיח יותר בקרב גברים, בעוד שנסיונות התאבדות שכיחים יותר בקרב נשים^{15,16}. בישראל, לוינסון ועמיתיו⁸ מצאו שנשים לא ניסו להתאבד יותר מגברים, אלא בקבוצת הגיל 13-26.

בקרב מתבגרים, בנוסף למשתנים הדמוגרפיים, התנהגות אובדנית קשורה מאוד גם לגורמים חיצוניים כגון בעיות חיים אקוטיות וכוונות, ולבעיות פסיכיאטריות כמו דיכאון, חרדה והפרעות התנהגות¹⁷.

במחקר שנערך בישראל על 163 בני נוער מאושפזים במחלקה פסיכיאטרית, מצאו אסטר ועמיתיו שאגרסיה וקושי בשליטה בדחפים היו גורמי סיכון להתאבדות²⁰. הרצון למוות אפיין בני נוער עם הפרעה פסיכיאטרית שבה דיכאון הוא תסמין מרכזי (למשל, הפרעת דיכאון מאג'ורי ואנורקסיה נרבוזה), והרצון "לא להיות כאן לזמן מה" נמצא אופייני בהפרעת התנהגות (disorder conduct). כלומר, לא רק דיכאון אלא גם התנהגות אלימה קשורה להתנהגות אובדנית. התפקיד של הפרעות התנהגות בסיכון לאובדנות נתמך במחקרים נוספים בעולם. למשל, מחקר שנערך באנגליה על ידי קרפוט ועמיתיו ובו מצאו כי ל-35 אחוז מבין בני נוער אשר ניסו להתאבד על ידי בליעת כדורים היתה אבחנה של הפרעה התנהגותית מתמרדת (oppositional defiant disorder) ול-22 אחוז היתה אבחנה של disorder conduct²¹.

לפיכך, שני גורמי הסיכון המשמעותיים ביותר בקרב מתבגרים למוות מהתאבדות הם ניסיון התאבדות בעבר ואבחנה של אפיוודה דכאונית. ל-40 אחוז מבין אלה שמתו בהתאבדות היה בעברם ניסיון אובדני קודם^{18-19, 22-24}, ו-40-80 אחוז מבין המתבגרים שניסו להתאבד עמדו בקריטריונים לדיכאון בזמן הניסיון האובדני^{19, 24-28}.

כפי שמדגימים נתוני משרד הבריאות⁴ וכפי שהראו לוינסון ועמיתיו⁸, שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב בנות מגיע לשיא בשנות התיכון המאוחרות (גיל 16-17) ואילו בקרב בנים השיא מגיע כשלוש שנים מאוחר יותר, במהלך השירות הצבאי. הבדל זה עשוי לשקף את החשש של בנים בגיל התיכון להפגין התנהגות "שאינה גברית" ואת הצורך שלהם בדרך מפלט מהמסגרת הצבאית הנוקשה והמלחיצה (התייחסות נרחבת להתאבדות בקרב חיילים מופיעה בחלק הבא במאמר זה).

מחקרים אפידמיולוגיים לגבי פגיעה עצמית בקרב מתבגרים בישראל הראו שהרעלה עצמית (על ידי נטילת מינון יתר של תרופות) היא השיטה השכיחה ביותר (90 אחוז מהמקרים)²⁹⁻³³.

אובדנות בצו"ל

במדינות שונות במערב, למשל בסקנדינביה, שיעור ההתאבדויות בקרב חיילים נמוך בצורה משמעותית משיעור ההתאבדות בקרב האזרחים³⁴⁻³⁵. החוקרים משייכים זאת לכך שטרם הגיוס עוברים המועמדים מבחנים

Table 4. Suicides by immigrants By age, 1996-2004, 15 year of age and older Rates per 100,000
Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel

Age	2001-2004			1996-2000		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
Immigrants from Former USSR coming to Israel from 1990						
15-24	13.5	24.4	(2.2)	10.8	19.0	(2.3)
25-44	13.3	24.9	(2.8)	12.0	22.4	(2.8)
45-64	11.4	18.9	5.5	10.6	19.2	(3.6)
65+	12.9	21.3	7.7	13.3	22.7	7.6
Age standardized rate	12.8	22.9	3.9	11.6	20.9	3.5
Immigrants from Ethiopia coming to Israel from 1980						
15-24	40.0	68.9	..	(20.6)	(34.9)	..
25-44	31.5	50.3	(14.0)	(20.6)	(29.8)	..
45-64	(25.9)	(41.8)	..	(42.7)	(65.6)	..
65+	..	..	..	(47.4)	(77.1)	(20.2)
Age standardized rate	30.8	50.0	(11.6)	29.5	46.1	(12.7)
Jews and others without immigrants						
15-24	5.7	9.3	1.9	6.2	10.2	1.9
25-44	6.7	10.5	3.0	7.1	11.4	3.0
45-64	9.4	15.5	3.7	7.5	11.9	3.4
65+	12.6	21.6	5.6	16.5	25.7	9.4
Age standardized rate	7.8	12.8	3.2	8.2	13.1	3.7

() Based on less than 20 cases

..number of cases too small to show

1996 Israeli population was set as standard population

מקרים בשנה⁴. בשנת 2007, מעל לשליש מבין נסיונות ההתאבדות המתועדים בוצע על ידי בני נוער בגילאי 15-24⁴.

סקר בריאות לאומי של משרד הבריאות סיפק מידע נוסף לגבי lifetime prevalence rates של מחשבות, כוונות ונסיונות אובדניים בקרב אוכלוסיה שאינה מאושפזת בגילאי 21 ומעלה⁹. המדגם בסקר נבחר כך שייצג את האוכלוסיה בישראל על פי גיל, מגדר וקבוצות אוכלוסיה (ערבים ישראלים, מהגרים מברית המועצות לשעבר מאז 1990, יהודים ישראלים ואחרים שאינם נכללים בשתי הקבוצות הראשונות). התוצאות הראו ש-5.5 אחוזים מבין האוכלוסיה הבוגרת בישראל דיווחו על כך שהיו להם מחשבות אובדניות במהלך חייהם, בעוד ש-1.4 אחוזים ניסו להתאבד. כ-60 אחוז מבין אלה שחשבו על התאבדות גם תכננו או ניסו להתאבד לפני גיל 35. בשנה הראשונה לאחר הופעת המחשבות על התאבדות, הסיכוי שתהיה תכנית כיצד להתאבד גבוה פי 99 מאשר עשר שנים מאוחר יותר; הסיכוי לניסיון התאבדות מבלי שהיתה תכנית להתאבד גבוה פי 107 והסיכוי לניסיון התאבדות עם תכנית גבוה פי 24,540 מאשר עשור מאוחר יותר. בקרב קבוצת הגיל הצעירה ביותר במדגם, גילאי 21-34, נמצא השיעור הגבוה ביותר של מחשבות אובדניות, של תכנית התאבדות ושל נסיונות התאבדות, והשיעור הלך וירד בקבוצות הגיל המבוגרות יותר. בקבוצת הגיל הצעירה נמצא גם השיעור הגבוה ביותר של נסיונות התאבדות אימפולסיביים, כלומר ניסיון התאבדות שקדמו לו רק מחשבות על התאבדות, ללא תכנית מוקדמת⁹. בנוסף, בהתאם לספרות לגבי גורמי סיכון להתנהגות אובדנית, הסיכון לניסיון אובדני היה הגבוה ביותר בקרב אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות. אנשים אלה היו פגיעים יותר למחשבות אובדניות והמעבר אצלם ממחשבות אובדניות לניסיון התאבדות היה לרוב מתוכנן⁹.

התאבדות בקרב צעירים

בישראל, התאבדות אינה שכיחה בגיל הילדות ובקרב מתבגרים צעירים. בקבוצת הגיל 10-14, רוב מקרי ההתאבדות הם בגילאי 12-14¹¹. ההיארעות

פסיכולוגיים ובדיקות רפואיות מקיפות. בישראל לעומת זאת, בזמנים שאינם זמני מלחמה, סיבת המוות המובילה בקרב חיילי צה"ל היא התאבדות. יש לזכור, כמובן, שבארץ הגיוס הוא חובה עבור כל אזרח יהודי או דרוזי בגיל 18. הגיוס והשירות הצבאי מהווים גורם לחץ משמעותי ביותר ובמיוחד עבור אנשים צעירים הנמצאים בדיוק בשלב התפתחותי בחייהם שבו הם נאבקים על עצמאותם ועל הגדרתם העצמית. בצבא מוצא עצמו האדם הצעיר מנותק ממערכת התמיכה החברתית והמשפחתית שלו וניצב בפני מערכת היררכית המציבה דרישות נוקשות לצדינות. השילוב של משבר כזה עם זמינות של כלי נשק מציב אוכלוסיה זו בסיכון גבוה במיוחד^{5,36}.

ואכן, בישראל, הסיכון להתאבדות בקרב גברים הוא הגבוה ביותר בגילאי 18-21 (15.7 ל-100,000)⁴. בשנים האחרונות, בממוצע, התאבדו 35 חיילים בצה"ל מדי שנה, ממוצע של חייל אחד מדי שבועיים³⁷. בשנת 2006 התאבדו בצה"ל 26 חיילים, כלומר ירידה של כ-20 אחוז³⁸. ייתכן שירידה זו קשורה לתכנית מניעת התאבדות שהונהגה בצבא, אולם מוקדם עדיין לקבוע זאת. השירות בצה"ל הוא חובה גם לנשים, אולם בפועל מספר הנשים המשרות בצבא נמוך בהרבה ממספר הגברים והן לרוב מוצבות בתפקידים שאינם קרביים והגישו שלהן נשק מוגבל יותר.

בנוסף ועמיתים דיווחו כי הסיבות להתאבדות שונות בין חיילים קרביים וחיילים שאינם קרביים. הם הציעו שהסיבה לכך היא שחיילים קרביים הם בעלי חוזק פסיכולוגי רב יותר לעומת חיילים שאינם קרביים, אך הם משרתים בתנאים ובסיטואציות מלחיצות יותר. כלומר, בקבוצה זו ההתאבדות קשורה יותר למצב הסביבתי (situationally based). אלה הם "החיילים הטובים" שנוטים להימנע מבקשת עזרה בעת מצוקה נפשית³⁹. אפשר ועמיתים הראו שאחד מגורמי העקה השכיחים המקדימים התאבדות בקרב חיילים קרביים הוא אירוע שנתפש ככישלון לעמוד בציפיות⁴⁰. מאפיינים נוספים של חיילים שהתאבדו היו מוטיבציה גבוהה לשירות ותחושת אחריות גבוהה. ממצאים אלה מצביעים על נטייה לפרפקציוניזם ועל שאיפה למצוינות, אשר עלולים להוביל לקושי ניכר בהתמודדות עם עקה ועם כישלון.

(הנתונים על צה"ל נלקחו מהספר: Psychiatric and Behavioral Disorders in Israel. I Levav. Gefen Jerusalem. 2009 pp267-286)

אובדנות בקרב קשישים

למרות הבדלים תרבותיים בין המדינות השונות, שיעור התאבדות גבוה בקרב קשישים הוא ממצא אוניברסלי. בגילאי 75 ומעלה התאבדות היא השכיחה ביותר, במיוחד בגברים, ובמיוחד במדינות המערב⁴¹. על פי נתונים שפרסם משרד הבריאות לגבי השנים 2004-2006, שיעור ההתאבדות בקרב גברים בגילאי 75 ומעלה גבוה פי 2.5 מאשר בגילאי 15-24 (26.1 ל-100,000 לעומת 11.8 ל-100,000). שיעורי ההתאבדות בקרב נשים מבוגרות גבוהים מאשר בקרב נשים צעירות, אך נמוכים מאשר בקרב גברים. בישראל, השיעור הגבוה ביותר של התאבדות בקרב נשים נמצא בגילאי 75 ומעלה (11.8 ל-100,000), והשיעור הנמוך ביותר נמצא בגילאי 15-24 (1.8 ל-100,000).

בשנים האחרונות נצפתה ירידה בשיעור ההתאבדות בקרב קשישים, נשים וגברים כאחד (36 ל-100,000 בגברים ו-11.8 ל-100,000 בנשים בשנים 1996-2000, לעומת 26.1 ל-100,000 בגברים ו-8.1 ל-100,000 בנשים בשנים 2000-2004).

אוכלוסיית הקשישים נאלצת להתמודד עם כמה גורמים מעוררי עקה המאפיינים תקופה זו בחיים: אובדן יכולות גופניות ותפקודיות, ירידה ביכולת הקוגניטיבית, פגיעה בתפקוד החברתי, באוטונומיה, במעמד החברתי ובעצמאות. שינויים אלה עלולים להוביל לתחושות של חוסר תקווה וריקנות, לדיכאון ולמחשבות אובדניות^{42,43}. רון⁴⁴ הדגיש את חשיבותן של בעיות רפואיות, כגון השלבים המוקדמים של מחלת אלצהיימר, כגורם סיכון לדיכאון ולהתאבדות בקרב קשישים.

כפי שהוזכר קודם, מחקרים מאנגליה ומישראל הראו שאנשים ללא בן זוג

(אלמן, גרוש או רווק), משני המגדרים, נמצאים בסיכון גבוה יותר לדיכאון ולהתאבדות מאשר אלה שיש להם שותף לחיים^{44,45}.

אוכלוסיית הקשישים בישראל ייחודית בכך שאחוז ניכר ממנה הם אנשים אשר שרדו את השואה. ידוע שהזיקנה קשורה ל"הפעלה מחדש" של תסמונות טראומטיות. ברק ועמיתים⁴⁸ ניתחו נתונים ממדגם גדול של קשישים אשר אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים במהלך תקופה של חמש שנים. 135 מתוכם (14.6 אחוז) ניסו להתאבד לפני האשפוז. ביניהם היו 90 מתוך 374 ניצולי שואה שהיו במדגם (24 אחוז), לעומת 45 מתוך 502 מטופלים (8.2 אחוזים) שלא היו בשואה).

לעתים קרובות יש תת הערכה של שיעור ההתאבדויות בקרב קשישים. סיבה אחת לכך היא שפעמים רבות המוות נגרם על ידי האדם בצורה בלתי ישירה, למשל סירוב לאכול או סירוב לקחת תרופות, ואז לא מזהים את המקרה כהתאבדות.

עובדה מעניינת היא שקשישים (גם נשים) לעתים קרובות בוחרים דווקא בשיטות התאבדות אלימות, דבר המעיד על כך שהכוונה האובדנית חזקה. מנתוני משרד הבריאות עולה כי שיטות ההתאבדות השכיחות ביותר בקרב בני 75 ומעלה בשנים 2000-2004 היו חניקה (7.4 ל-100,000 בגברים, 1.6 ל-100,000 בנשים) וקפיצה מגובה (5.5 ל-100,000 בגברים, 1.8 ל-100,000 בנשים). בקבוצות גיל צעירות יותר, השיעור של שימוש בשיטות אלו היה נמוך יותר בשני המגדרים⁴⁹.

נסינות התאבדות (שאינם מסתיימים במוות) הם אמנם נדירים בקרב קשישים אך מהווים אינדיקטור חשוב לסיכון אובדני. ניתן להסביר את השיעור הנמוך של נסינות התאבדות בקרב קשישים בכך שאדם קשיש אשר מחליט להתאבד יש לו כוונה חזקה למוות והוא נחוש שההתאבדות תסתיים במוות. בקבוצת גיל זו, שלא כמו בקרב צעירים, נסינות התאבדות הם בגדר "התאבדות שנכשלה" ולא בגדר "זעקה לעזרה"³⁸. ברוב המקרים של מקרי התאבדות בקשישים לא היה ניסיון אובדני קודם, ולכן איתור מוקדם הוא בעייתי⁴¹.

התאבדות בקרב ערבים ישראלים ובקרב יהודים

המגזר הערבי בישראל אינו מהווה קבוצה הומוגנית. לבב ואייזנברג⁴⁷ מצאו ששיעור ההתאבדות בקרב ערבים מוסלמים הוא הנמוך ביותר בהשוואה ליהודים, דרוזים וערבים נוצרים. לפי נתוני משרד הבריאות בשנים 2000-2004 מספר ההתאבדויות במגזר היהודי עמד על ממוצע של 370 לשנה לעומת 30 במגזר הערבי. בגילאי 15-24, שיעור ההתאבדות במגזר הערבי היה 7.9 ל-100,000 בגברים ולא היו התאבדויות בקרב נשים בגילאים אלה. המספרים המקבילים במגזר היהודי היו 12.8 ל-100,000 ו-2.1 ל-100,000 בהתאמה. מניתוח על פי גיל ניתן לראות עלייה בשיעור ההתאבדויות בעשור האחרון בקרב בני נוער ערבים, במיוחד התאבדויות באמצעות נשק חם⁴⁹. שיעור ההתאבדויות הגבוה ביותר בקרב ערבים ישראלים הוא בגילאי 15-24, בעוד שבקרב יהודים השיעור הגבוה ביותר הוא מעל גיל 75. כשליש ממקרי ההתאבדות באוכלוסיית הערבים הישראלים הוא של בני נוער, בהשוואה לחמישית באוכלוסייה היהודית והדרוזית. לפיכך, בעלי מקצוע אשר עובדים עם בני נוער ערבים חייבים להיות ערים לסיכון המוגבר בקרב אוכלוסיה זו ולגבש אסטרטגיות למניעת התאבדות.

בניגוד לממצאים לגבי התאבדות (6.2 ל-100,000 בקרב ערבים ישראלים, לעומת 15.1 ל-100,000 בקרב יהודים ישראלים), השוואה של שיעורי נסינות ההתאבדות בין יהודים וערבים אינה זמינה בפרסום הרשמי של משרד הבריאות. מחקר שנערך בקרב מטופלים שהגיעו לחדר מיון בבית חולים בגליל המערבי הראה שיעור גבוה יותר של נסינות התאבדות בקרב ערבים לעומת יהודים (24.4 ל-100,000 לעומת 11.0 ל-100,000 בהתאמה)³⁰. ממצא חשוב נוסף במחקר זה היה ההבדלים בין האוכלוסיות מבחינת גיל, מגדר ומספר המקרים של פגיעה עצמית. בקרב גברים יהודים עלה מספר הפגיעות העצמיות באופן משמעותי אחרי גיל 40, בעוד שבקרב הערבים לא

בתבניות האובדנות, הן בקרב מתגברים והן בקרב מבוגרים, בהשוואה לילידי הארץ.

בסקר הראשון⁵¹ השוו בין 406 מתבגרים ילידי ברית המועצות אשר היגרו לישראל בשנים 1989-1993 (בגילאי 11-18), לבין 203 מתבגרים יהודים מבתי ספר ומהאוניברסיטה היהודית במוסקבה, לבין קבוצה שלישית של 104 מתבגרים ילידי הארץ. בכל המדגמים השתמשו באותה שיטה של סקר מדלת לדלת ובאותם שאלונים. הממצאים הראו שכל מתבגר עשירי בקבוצת העולים (10.9 אחוזים) דווח על מחשבות אובדניות בששת החודשים שקדמו לסקר. שיעור זה היה גבוה בצורה משמעותית משיעור המחשבות האובדניות בקרב המתבגרים החיים ברוסיה, אך לא שונה בצורה משמעותית משיעור בקרב המתבגרים ילידי הארץ (8.7 אחוזים). בנוסף, 95.4 אחוז (42/44) מבין אלה שהיו להם מחשבות אובדניות גם ניסו להתאבד בתקופה הנ"ל, וזאת בהשוואה ל-0.5 אחוז (2/360) מבין אלה שלא היו להם מחשבות אובדניות⁵¹. אלה שהיו להם מחשבות אובדניות דיווחו על רמות גבוהות יותר של מצוקה נפשית, וסבלו יותר מבעיות התנהגות לעומת אלה שלא היו להם מחשבות אובדניות, וכן היו להם יותר בעיות הקשורות להגירה כגון בעיות שפה, יותר בעיות בריאות ובעיות משפחתיות, ופחות תמיכה חברתית ומשפחתית⁵¹.

הסקר השני⁵² השווה בין מדגם נרדומי של עולים מברית המועצות לשעבר (N=800) לבין מדגם של יהודים ברוסיה. כמעט כל המשיכים חיו בישראל במשך פחות מחמש שנים בעת עריכת הסקר. קבוצת ההשוואה הרוסית (n = 411) הותאמה מבחינת גיל ומגדר ולא היו הבדלים משמעותיים בין הקבוצות מבחינת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים. ניתוח הנתונים העלה שההיארעות בחודש של מחשבות אובדניות בקרב קבוצת העולים (15.1 אחוז) היתה גבוהה באופן משמעותי מאשר בקבוצת הביקורת (6.6 אחוזים). מבין העולים, 5.5 אחוזים ביצעו אי פעם ניסיון אובדני, בהשוואה ל-0.5 אחוז בקבוצת הביקורת. גורמי סיכון למחשבות אובדניות היו: גיל צעיר, חיים ללא בן זוג, רמה נמוכה של תמיכה חברתית, הגירה מארץ מוצא שבה שיעור ההתאבדות גבוה (רוסיה והמדינות הבלטיות) וחיים בישראל במשך שנתיים-שלוש. גורמי הסיכון החזקים ביותר היו מידת המצוקה הפסיכולוגית ותסמינים כגון דיכאון, עיינות ומחשבות רדיפה, כמו גם תמיכה חברתית נמוכה.

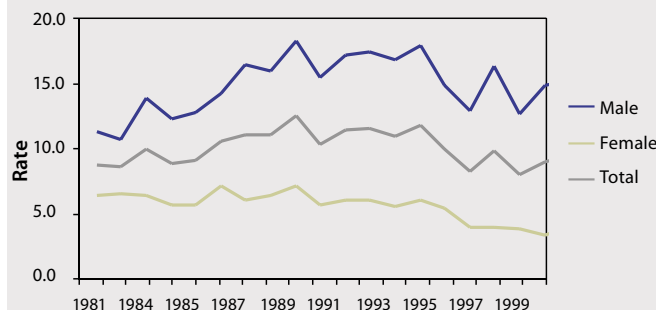
גם משרד הבריאות דיווח על שיעור גבוה יותר של אובדנות בקרב עולים מברית המועצות לשעבר בהשוואה ליהודים ילידי הארץ, בכל קבוצות הגיל למעט בגילאי 65 ומעלה. לדוגמה, בשנים 2000-2004, שיעור ההתאבדות בקרב גברים ילידי רוסיה בגילאי 15-24 היה גבוה פי 2.6 משיעור בקרב ילידי הארץ, בגילאי 25-44 פי 2.4 ובגילאי 45-64 פי 1.2⁴¹. לגבי אוכלוסיית העולים מאתיופיה, יש מעט מאוד מחקרים בנושא אובדנות. הנתונים האחרונים שפורסמו על ידי משרד הבריאות מצביעים על שיעור נמוך יותר של אובדנות (מחשבות אובדניות או נסיונות אובדניים) בקרב אוכלוסייה זו לעומת אוכלוסיית העולים מברית המועצות לשעבר בכל קבוצות הגיל, שיעור דומה לזה שבקרב יהודים ואחרים שאינם מהגרים⁴. לגבי התאבדויות שהסתיימו במוות, השיעור בקרב עולים מאתיופיה גבוה בצורה בולטת לעומת האוכלוסייה הכללית בישראל^{52-2, 28, 55}. למשל, בשנת 1984, שיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה היה 25 ל-100,000 לעומת שישה ל-100,000 באוכלוסייה הכללית, וב-1986 השיעור היה גבוה פי שבעה בקרב קבוצת העולים. עשור מאוחר יותר, הברל זה נמשך⁵⁶. הנתונים האחרונים ממשרד הבריאות מראים עלייה מדאיגה: שיעור ההתאבדות בקרב גברים אתיופים בגילאי 15-44 היה 59.1 ל-100,000 בשנים 2000-2004, לעומת 32.4 ל-100,000 בשנים 1996-2000. בקרב גברים אתיופים צעירים בגילאי 15-24 היה שיעור ההתאבדות גבוה פי 7.4 בהשוואה ליהודים ואחרים שאינם מהגרים, וגבוה פי 2.8 בהשוואה לעולים מברית המועצות לשעבר (טבלה מס' 4).

נתון משמעותי נוסף מראה שבקרב גברים אתיופים אחוז ההתאבדויות המסתיימות במוות, מתוך סך ההתנהגויות האובדניות (נסיונות התאבדות והתאבדויות) גבוה באופן משמעותי (43 אחוז) בהשוואה לעולים מברית

Graph 1

Suicide by age, 1981-2000, 15 year of age and older, Age-standardized rates per 100,000, 3 years moving average

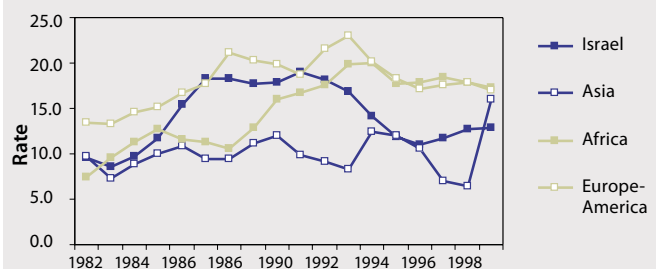
Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel



Graph 2

Suicide by Jewish males, 15 year of age and older, Age-standardized rates per 100,000, 3 years moving average

Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel



היו הבדלים בגילאים השונים. בקרב נשים יהודיות, מספר האשפוזים עקב פגיעה עצמית עלה עם הגיל, בעוד שבקרב נשים ערביות השיא היה בגילאי 20-29. ממצאים אלה מרמזים כי בקבוצות אתניות שונות קיימות תבניות שונות של גורמי סיכון.

ההשוואה בין ערבים ויהודים מבחינת שיעור ההתאבדויות ושיעור נסיונות ההתאבדות מלמדת שבקרב הערבים, יותר מאשר בקרב היהודים, פגיעה עצמית מכוונת היא ביטוי למצוקה רגשית יותר מאשר רצון למות³⁰. יותר מכך, בקרב נשים ערביות ישראליות, אשר מהוות מיעוט בתוך חברה פטריארכאלית⁵⁰, פגיעה עצמית מכוונת היא לעתים אמצעי מחאה כנגד דיכוי.

אובדנות בקרב מהגרים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה

הסתגלות לתרבות חדשה מהווה אתגר בפני מהגרים. אובדן של מעמד חברתי ושל מערכות תמיכה חברתיות ומשפחתיות, בלכול זוהות, בדידות ושינוי תרבותי עלולים להוביל לתחושות ייאוש וחוסר תקווה, ולבסוף להתנהגות אובדנית.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי בשנים 2000-2007 היה שיעור ההתאבדות בקרב עולים מברית המועצות לשעבר גבוה בכל קבוצות הגיל משיעור ההתאבדות בקרב יהודים שאינם עולים חדשים וכן משיעור ההתאבדות בקרב עולים מאתיופיה. ההבדל היה משמעותי במיוחד בקבוצת הגיל 15-24⁴. שני סקרים לגבי אובדנות בקרב עולים מברית המועצות מצאו הבדלים

המועצות לשעבר (21 אחוז) ובהשוואה ליהודים ואחרים שאינם עולים (17 אחוז).

אריאלי ועמיתים⁵⁷ ערכו מחקר שבו ביצעו "בדיקה פסיכולוגית לאחר המוות" (psychological autopsy) של מקרי התאבדות בקרב עולים מאתיופיה. הם ראינו קרובי משפחה וחברים של 44 מתוך 49 עולים מאתיופיה אשר התאבדו בתקופה בין ינואר 1983 לספטמבר 1992. הם בדקו גם דו"חות לגבי ההתאבדויות וסיכומים רפואיים של טיפול במרפאות בריאות הנפש כאשר היו כאלה. הם מצאו שהיחס בין גברים ונשים היה פי שניים מאשר במקרי ההתאבדות באוכלוסיה הכללית. שיעור ההתאבדויות היה הגבוה ביותר בקבוצת הגיל 20-39. שתי שיטות ההתאבדות היחידות היו תלייה וקפיצה מגובה, ולא היה הבדל בין גברים ונשים מבחינת שיטת ההתאבדות.

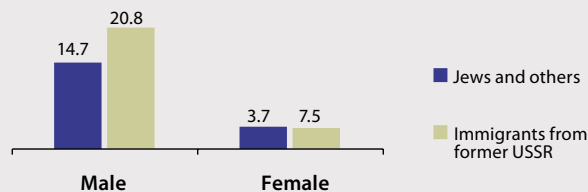
העקה הנגרמת על ידי תהליך ההגירה אינה מהווה הסבר יחיד להבדל בנטייה להתאבדות בין אוכלוסיית העולים מאתיופיה ומברית המועצות לשעבר. ייתכן שיש תת אבחון של הפרעות פסיכיאטריות מסוימות בקרב ישראלים ילידי אתיופיה, ככל הנראה משום שהפסיכיאטרים בארץ אינם מודעים מספיק להסתמנות תליות התרבות בקרב אוכלוסיה זו, וכתוצאה מכך יש כמובן תת טיפול⁵⁸. אחרים הציעו שהסיכון המוגבר בקרב עולים מאתיופיה קשור להבדלים בתפקיד הגבר כראש המשפחה בארץ המוצא לעומת תפקידו בישראל, אשר מובילים למתח בקרב גברים אתיופים נשואים כשהם מאבדים את מעמדם בתוך המשפחה בארץ. שני הדברים עלולים להוביל בסופו של דבר לדיכאון ולהתאבדות. כתוצאה מההגירה לישראל נפגעו גם הנשים האתיופיות אשר איבדו את ההגנה שסיפקו להן מנהיגי הקהילה באתיופיה מפני אלימות בתוך המשפחה, וכאן הן נותרו חשופות ופגיעות.

מעובדות להתערבות

בשל המגוון האתני והתרבותי הייחודי בישראל ועל מנת לקבל תמונה מקיפה לגבי האובדנות, יש צורך במחקר של חתכים חברתיים ספציפיים. בסקירה זו סיכמנו חלק מהמחקר שנערך בארץ ב-20 השנים האחרונות. התמקדנו בכמה קבוצות שבהן הסיכון האובדני גבוה במיוחד, כגון אוכלוסיית העולים מברית המועצות לשעבר, אוכלוסיית העולים מאתיופיה, ניצולי שואה וחילי צה"ל, וכן בתת קבוצות על פי גיל ומגדר, החותכות הבדלים אתניים ודתיים.

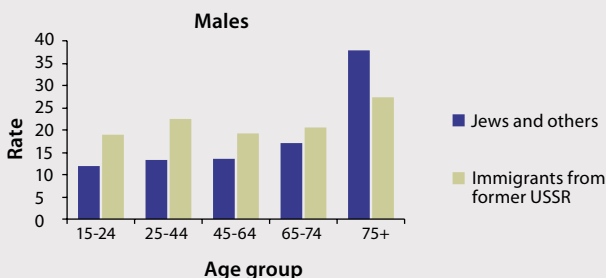
במרכזים בארצות הברית ובחלק ממדינות אירופה פועלות תכניות מניעה מבוססות עובדות הכוללות מגוון פעולות: הקמת מאגר מידע אפידמיולוגי לגבי נסיונות התאבדות והתאבדות, קמפינים להעלאת המודעות לבריאות הנפש ולאובדנות, תכניות מניעה לסטודנטים, בדיקות סקר בקרב בני נוער בסיכון, הגברת המודעות ומתן כלים בידי רופאים ראשוניים לאיתור וטיפול בדיכאון ובאובדנות, חינוך דרך התקשורת, והגבלות לגבי נשיאת נשק⁵⁸.

Graph 3
Comparison between immigrants from former USSR and Jews and others*, Age-standardized rates per 100,000

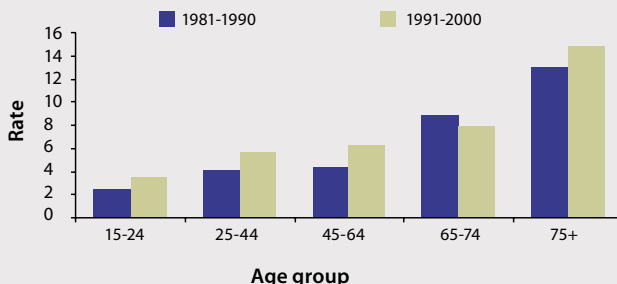


Jews and others: include Jews, non-Arab Christians and no religious classification

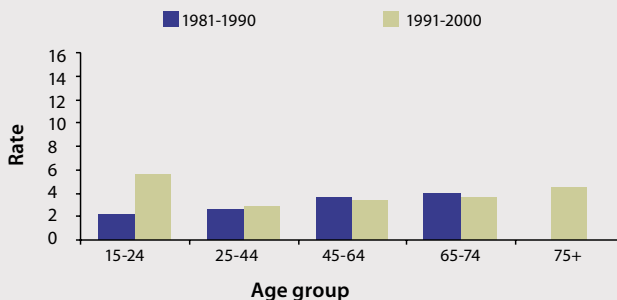
Graph 4
Comparison between immigrants from former USSR and Jews and others*, Age-standardized rates per 100,000



Graph 5
Suicide by hanging, suffocation, Males age 15 and over, Rates per 100,000
Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel



Graph 6
Suicide by firearms, Males age 15 and over, Rates per 100,000
Source: "Suicidality in Israel", Health Information and Computer Services, Ministry of Health, State of Israel



1. Maris R. The relationship of nonfatal attempts to completed suicides, In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, et al. (Eds.) Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press, 1992.
2. Lubin G, Glasser S, Boyko V, et al. Epidemiology of suicide in Israel: A nationwide population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 123-127.
3. Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine* 1992; 327: 467-472.
4. Haklai Z, Aburbeh M, Stein N. Suicidality in Israel. Jerusalem: Health Ministry. Health Information and Computer Services. Health Information Department. State of Israel, 2008.
5. Kohn R, Levav I, Chang B, et al. Epidemiology of youth suicide in Israel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1,537-1,542.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version for 2007 (online). 2007 (cited 2007 Nov 5). Available from URL: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
7. Health Ministry. Suicidality in Israel (Hebrew) (online). 2007 (cited 2007 Nov 5). Available from URL: <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catId=396&Pa geld=2707>
8. Levinson D, Haklai Z, Stein N, et al. Suicide attempts in Israel: Age by gender analysis of a National Emergency Departments Database. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36: 97-102.
9. Levinson D, Haklai Z, Stein N, et al. Suicide ideation, planning and attempts: Results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2007; 44: 136-143.
10. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 254-261.
11. Gould M, Greenberg T, Velting D, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 386-405.
12. Anderson RN. Deaths: leading causes for 2000. *National Vital Statistics Report* 2002; 50 (16).
13. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (online). 2002 (cited 2002 August 1). Available from URL: http://www.who.int/mental_health.
15. Williams M. Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain. London: Penguin Books, 2001.
16. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1998; 28: 1-23.
17. Brent DA. The aftercare of adolescents with deliberate self harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 277-286.
18. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 339-348.
19. Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34: 420-436.
20. Apter A, Gothelf D, Orbach I, et al. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 912-918.
21. Herrington R, Saleem Y. Cognitive behavioral therapy after deliberate self-harm in adolescence. In: King R, Apter A (Eds.). *Adolescent suicide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.
22. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors of adolescent suicide: A case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 521-529.
23. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 581-588.
24. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1996; 3: 25-46.
25. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 599-611.
26. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 915-923.
27. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* 2000; 30: 23-39.
28. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1,308-1,317.
29. Farbstein I, Dycian A, Gothelf D, et al. A follow-up study of adolescent attempted suicide in Israel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 1342-1349.
30. Ashkar K, Giloni C, Grinshpoon A, et al. Suicidal attempts admitted to a general hospital in the Western Galilee: An inter-ethnic comparison study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2006; 43: 137-145.
31. Iancu I, Laufer N, Dannon PN, et al. A general hospital study of attempted suicide in adolescence: Age and methods of attempt. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1997; 34: 228-34.
32. Gofin R, Avitzour M, Haklai Z, et al. Intentional injuries among the young: Presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health* 2000; 27: 434-442.
33. Lifshitz M, Gavrilov V. Deliberate self-poisoning in adolescents. *Israel Medical Association Journal* 2002; 4: 252-254.
34. Marttunen M, Henriksson M, Pelkonen S, et al. Suicide among military conscripts in Finland: A psychological autopsy study. *Military Medicine* 1997; 162: 14-18.
35. Schoderus M, Lonnqvist JK, Aro HM. Trends in suicide rates among military conscripts. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 86: 233-235.
36. Bleich A, Chen E, Levy A. Conflictual areas in the interaction between the Israeli adolescent and compulsory military service: A possible source of crisis situations. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1986; 23: 29-37.
37. Every two weeks a soldier commits suicide (Hebrew). NRG Ma'ariv 2007 (cited 2007 Nov 3). Available from URL: <http://www.nrg.co.il/online/43/art1/052/775.html> (Hebrew)
38. Path-to-Life. Summary of meeting of the lobby for the struggle against suicidality in Israel 2007 (cited 2007 Nov 2). Available from URL: [http://path-to-life.org/index.php?cookie_lang=he&page_type=1&page_data\[id\]=4081&type=get_page#](http://path-to-life.org/index.php?cookie_lang=he&page_type=1&page_data[id]=4081&type=get_page#) (Hebrew)
39. Bodner E, Ben-Artzi E, Kaplan Z. Soldiers who kill themselves: Contribution of dispositional and situational factors. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 29-43.
40. Apter A, Bleich A, King RA, et al. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 138-142.
41. De Leo D, Meneghel G. The elderly and suicide. In: Wasserman D (Ed.). *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz, 2001. pp. 195-207.
42. Moscicki EK. Epidemiology of suicide. *International Psychogeriatrics* 1995; 7: 137-148.
43. Osgood NJ. Suicide in the elderly: Etiology and assessment. *International Review of Psychiatry* 1992; 4: 217-223.
44. Ron R. Depression and suicide among community elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 2002; 38: 53-71.
45. Ziv-Beyman S. Aged widows and married women: A multidimensional comparison. *Survey Review of Gerontology* 1996/7; 101: 20-23.
46. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 322-326.
47. Levav I, Aisenberg E. The epidemiology of suicide in Israel: International and intranational comparisons. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1989; 19: 184-200.
48. Barak Y, Aizenberg D, Szor H, et al. Increased suicidal risk amongst aging Holocaust survivors. *General Hospital Psychiatry* 2003; 2(Suppl 1): S151.
49. Lester D. Islam and suicide. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 77-97.
50. Elnekave E, Gross R. The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. *Health Policy* 2004; 69: 101-116.
51. Ponizovsky AM, Ritsner A, Modai I. Suicide ideation and suicide attempts among adolescent immigrants from the former Soviet Union to Israel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 1,433-1,441.
52. Ponizovsky AM, Ritsner MS. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: An epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1999; 29: 376-392.
53. Ratzoni G, Apter A, Blumensohn R, et al. Psychopathology and management of hospitalized Ethiopian immigrant adolescents in Israel. *Journal of Adolescence* 1988; 11: 231-236.
54. Arieli A, Gilat I, Aycheh S. Suicide by Ethiopian immigrants in Israel. *Harefuah* 1994; 123: 45-70 (Hebrew).
55. Nachman R, Yanai O, Goldin I, et al. Suicide in Israel: 1985-1997. *Journal of Psychiatry and Neurosciences* 2002; 27: 423-428.
56. Shoval G, Schoen G, Vardi N, et al. Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: A case for study of the genetic-environmental relation in suicide. *Archives of Suicide Research* 2007; 11: 1-7.
57. Arieli A, Gilat I, Aycheh S. Suicide among Ethiopian Jews: A survey conducted by means of a psychological autopsy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 317-319.
58. Mann JJ, Apter A, Bertolote JM, et al. Suicide prevention strategies: A systemic review. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 2,064-2,074.

אובדנות וטיפול תרופתי בנוגדי דיכאון מעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין בקטינים

הנתונים לגבי טיפול תרופתי אנטי דכאוני בקטינים הם סותרים. מחד, קיים סיכון של עלייה במחשבות אובדניות דווקא במהלך טיפול בתכשירים שמעכבים את הספיגה מחדש של סרוטונין. מאידך, מדובר בהפרעה שכיחה, מסוכנת, עם תוצאות הרסניות. זאת ועוד, התכשירים הללו מראים תועלת טיפולית וקיים חשש שירידה בשימוש בתכשירים אלה מעלה השכיחות לאובדנות בקטינים. נכון לעכשיו, אין לנו דרך טובה לחזות למי יעזור הטיפול ואצל מי עלולה להופיע החמרה אובדנית

ד"ר יובל בלור

מ וקד מרכזי בעבודה הטיפולית בבריאות הנפש בכלל ובטיפול בקטינים בפרט הוא הטיפול והמניעה של אובדנות. חרדה ודיכאון בקטינים מהווים הפרעות מרכזיות הקשורות לאובדנות. לאור מיעוט יחסי של תופעות לואי ועדויות לתועלת בקטינים, התרחב השימוש בתכשירים אנטי דכאוניים מעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין (Serotonin Specific Reuptake Inhibitors) SSRIs. נתונים על עלייה במחשבות אובדניות במטופלים בזרוע הפעילה של מחקרי אינבו כפולי סמויות, בהשוואה לזרוע האינבו, גרמו ב-2003 לרשויות הבריאות ברחבי העולם להוציא אזהרה לגבי השימוש בתכשירים אלה בקטינים, אזהרה שהורחבה בהמשך גם למבוגרים צעירים¹⁻⁵. מאידך, יש עדויות לכך שצמצום השימוש בתכשירים אלה בקטינים קשור לעלייה באובדנות⁶⁻⁸. בסקירה זו ננסה לבחון את העדויות הקיימות למנגנונים שונים שהוצעו להשפעה תלוית גיל של תכשירים ממשפחת ה-SSRIs ונתייחס להמלצות הטיפוליות העכשוויות. בעשורים האחרונים אנו מודעים לשכיחות הגבוהה של מחלת הדיכאון בקטינים. במתבגרים השכיחות היא חמישה עד שמונה אחוזים. הדיכאון בקבוצת גיל זו גורם לתחלואה קשה ולתמותה. מחקרי אורך מדגימים ש-20-25 אחוז מהמתבגרים הלוקים בדיכאון יפתחו הפרעה של שימוש לרעה בסמים, וחמישה עד עשרה אחוזים יתאבדו במהלך 15 השנים מאז האירוע הראשון⁹. התוצאות של טיפול בתרופות ממשפחת האנטי-דכאוניים הטריציקליים הן מאכזבות. ממטה-אנליזה שנעשתה ב-2003 עולה שתרופות אלו אינן יעילות בילדים, במתבגרים האפקט הוא גבולי ויש ספק לגבי משמעותו הקלינית¹⁰. בניגוד לכך, התוצאות של טיפול בתרופות ממשפחת ה-SSRIs תומכות בתועלת שבטיפול הן בילדים והן במתבגרים¹⁻⁵. ראוי לציין שהתועלת היא יותר מובהקת במחקרים הבודקים יעילות בהפרעות חרדה מאשר במחקרים הבודקים יעילות בדיכאון. כך, במטה-אנליזה מ-2008 עולה שמספר המטופלים בגילאים 12-18 שנים שיפיקו תועלת סגולית מטיפול בתרופה מול באינבו (number needed to treat) NNT הוא 10 עבור הטיפול בדיכאון, 6 עבור הטיפול בהפרעה כפייתית טורדנית ו-3 עבור הפרעות חרדה אחרות¹¹. מעניין להתייחס לכך שמרכיב מרכזי בהבדלי התועלת הוא תגובה גבוהה יותר לאינבו במחקרים על דיכאון. כמה מהחוקרים קושרים זאת לגיוס של מטופלים פחות קשים למחקרי

הדיכאון¹¹. כאשר לוקחים את הנתונים של המטופלים הקשים יותר, ההבדלים מתחדרים עוד יותר. ההמלצות מתייחסות ספציפית ל-Fluoxetine-פרוזאק שלגביו העדויות הן המבוססות ביותר ומשוחזרות על ידי חוקרים שונים⁶⁻⁷. ראוי לציין שטיפול פסיכותראפויטי, בעיקר קוגניטיבי-התנהגותיים, CBT (cognitive behavioral therapy), מראים תועלת משמעותית בטיפול בדיכאון בקטינים, בעיקר ברמות חומרה קלה-בינונית¹². מחקרים עדכניים מכונים לכך שמידת התועלת היא נמוכה יותר ממה שהסתמן ממחקרים יותר ותיקים, הבדלים ששייכים, ככל הנראה, לשינויים במתודולוגיית המחקר והסקירה¹². המחקרים המרכזיים בתחום, הן מחקר ה-TADS (טיפול ראשון בדיכאון במתבגרים)⁵ והן מחקר ה-TORDIA (מתבגרים בדיכאון לאחר כישלון של טיפול תרופתי ראשון)¹³, כללו מאות מתבגרים כל אחד וממצאיהם תומכים ביעילות מוגברת של טיפול משולב ב-SSRIs וב-CBT על פני כל אחת מהגישות הטיפוליות בנפרד. ממצאי המטה-אנליזות של רשויות הפיקוח⁶⁻⁷, שבהמשך שוחזרו במטה-אנליזות נוספות¹⁴⁻²⁰, הצביעו על כך שבהשוואה בין הזרוע הפעילה לזרוע האינבו של המחקרים כפולי הסמויות, ב-SSRIs בקטינים יש עלייה במחשבות אובדניות משני אחוזים לארבעה אחוזים. למרות שלא היה שום דיווח על מקרה של התאבדות, הבדל זה הוא משמעותי. כתוצאה מכך הוצאה אזהרה חמורה לגבי השימוש במעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין בקטינים (black box warning)⁶⁻⁷. אזהרה זו גררה שינוי בשימוש בתכשירים מעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין. מ-2003 חלה ירידה משמעותית במתן תכשירים אלה, בפרט לקטינים. אבל, מופיעות עדויות לכך ששינוי זה גרר דווקא עלייה בשכיחות של התאבדויות בקטינים. כך, גיבנס ועמיתיו ב-2007 מראים שאחרי עלייה מתמדת בשכיחות התאבדויות בקטינים על פני רוב המאה ה-20; בהמשך מסוף שנות ה-80 של המאה הקודמת ועד 2003, חלה ירידה בשכיחות של התאבדויות בקטינים, ואילו מגמה זו התהפכה ב-2003-2005. שינוי אחרון זה מצוי במתאם עם צמצום השימוש בתכשירים מעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין⁸. להערכתנו, חיוני להבין את המנגנונים האפשריים של עלייה במחשבות אובדניות תחת טיפול במעכבי ספיגה מחדש של סרוטונין כדי לקדם את הזהירות בטיפול מבלי למנוע טיפול מקטינים שזקוקים לו.

המנגנונים האפשריים לעלייה במחשבות אוברניות בטיפול באנטי-דכאונטיים ספיגה מחדש של סרטונין בקטנים הם:

הסבר השני בכוחות – העמדה הקלינית המקובלת מתייחסת לתקופה שלקראת היציאה מדיכאון, כלומר התקופה של תחילת טיפול אנטי-דכאונטי יעיל בתקופה מסוכנת מבחינת אוברנות. הסבר מקובל לסיכון זה הוא שהשינוי בכוחות וביצימה של המטופל מקדים את השיפור בחשיבה ובתכנים הדכאונטיים. כך השילוב של "כוחות בריאים" עם "תכנים ותחושות של דיכאון" מעלה את הסיכון לאוברנות. למרות שאין סימוכין ברורים להסבר זה, הוא מועלה בספרות כהסבר לחשיבה אוברנית המושרית על ידי מעכבי ספיגה מחדש של סרטונין. חשוב לזכור שהסבר זה מתאים לדיכאון הפסיכי הברדיקנטי שפחות אופייני ושכיח במתבגרים.²¹

הסבר אי השקט ועלייה בתוקפנות – בין תופעות הלואה של מעכבי הספיגה מחדש של סרטונין, מודוח על עלייה באי שקט, אגרסיביות, עצבנות וחורדה.²¹ טרינר ועמיתיה פרסמו ב-1997 מטה-אנליזה שהשוותה את תופעות הלואה של האנטי-דכאונטיים הטריציקליים לאלה של ה-SSRI's והדגימה שלגבי מרבית התכשירים, השכיחות של תופעות אלו גבוהה יותר ב-SSRI's.²² סביב תופעות אלו יש המדווחים על תסמונת האקטיבציה, או על תמונה של אקטיביות. ניסיון לקשור בין SSRI's לבין "רעלת התנהגותית" ותוקפנות שימש במערכת המשפטית בעיקר בארצות הברית כהסבר לאלימות ולמקרי רצח.²¹ מחקרם של פאל וחבריו²³ מ-2007 ניסה לבדוק תיקוף של עמדה זו באופן מקורי. היות שבשבדיה קיים דיווח ורישום מסודר מאוד של מקרי התאבדות ובכל מקרה של אוברנות נבדקים רמות של סמים ותורופות בדם, התאפשר להם להשוות באופן מהימן בין מקרי התאבדות שבהם נמצאו SSRI's בדם הנפטר (ללא נוגד דיכאון בדם הנפטר, נוגד דיכאון אחר בדם הנפטר). הם השוו התאבדות אלימה וכו' שאינה אלימה מתוך כלל מקרי ההתאבדות בשבדיה בין השנים 1992-2004. באוכלוסייה זו, בתוך קבוצת הגיל 15-24 שנים נמצאו יותר מ-1,000 מקרי התאבדות. בקבוצת שבהם נמצאו SSRI's בדם היו משמעותית פחות מקרי מוות אליים מאשר באלו שלא טופלו. כך ממצאיהם לא תמכו בהשערה שמעכבי ספיגה מחדש של סרטונין מעלים תוקפנות ואלימות ובמנגנון זה עולות מחשבות אוברניות.

חשוב לציין בהקשר זה את עבודותיו של קוקר²⁴ עם אנשים הסובלים מהפרעה מתפרצת לסירוגין, intermittent explosive disorder. הוא מראה שטיפול בפלוקסטין מוריד תוקפנות במטופליו. יותר מכך, הוא הדגים לאחרונה קשר אצל מטופליו בין היסטוריה של אוברנות ובין תפקודים סרטונינטיים מרכזיים כפי שמבטאים על ידי שחרור פרולקטין בתגובה לפנפלוורמין.²⁵ במטה-אנליזה שנמתכה על ידי תעשיית אילי-לילי (יצרנית פרוזאק) מ-2007, נבדקו עבודות עם אינבו לגבי פלוקסטין ולא נמצאה תמיכה לעלייה בתוקפנות בקבוצה שטופלה בפרוזאק. מתקבל הרושם שכדי לבסס שינוי התנהגותי זה כהסבר לעלייה במחשבות האוברניות, יש צורך לאפיין טוב יותר אותה אוכלוסייה שלגביה הוא רלבנטי.²⁶

היפוך למצב מאני או היפומאני המושרה על ידי מעכבי הספיגה מחדש של סרטונין – קיימות עדויות לכך שדיכאון ביפולרי ומצבים מעורבים, בפרט בקטנים, הם מצבים מורכבים יותר טיפולית ועם סיכון למחשבות אוברניות עוד יותר מדיכאון חד קוטבי. ההסתמנות הברורה הראשונה של מחלה ביפולרית היא במקרים רבים גל דכאון. כך בקטנים שבהם ההיסטוריה של המחלה קצרה יותר יש ייצוג יתר למטופלים ביפולריים לעומת אוכלוסיית מבוגרים.²⁷ ביסודו ב-2009²⁸ מראה במעקב של עשור אחר על 3,000 מטופלים שבתחילה מאובחנים כסובלים מדיכאון חד קוטבי, מעבר להפרעה דו קוטבית ביותר משלושה אחים מהמטופלים בכלל ובקטנים השכיחות של שינוי זה במהלך היא כמעט פי שלושה. מרטין ב-2004²⁹ בדק את שכיחות מעבר למאניה או היפומאניה בחלוקה לקבוצות גיל ולחשיפה או העדר חשיפה לתורופות אנטי דכאונטיות על בסיס נתוני ביטוח בריאות של שבעה מיליון אמריקאים. ממצאיו תומכים בכך שהשילוב של גיל צעיר (קטנים ובפרט קבוצת הגיל של עד גיל 14) וחשיפה לאנטי דכאונטיים מעלה באופן משמעותי את הסיכון להיפוך המתואר. חשוב אמנם לזכור שלמרות שהוא מנסה לבטל ביתוח גורמים מתערבים דוגמת חומרת מחלה, סביד שהטיפול התרופתי החל במטופלים

הקשים יותר, שביניהם יש יותר חולים ביפולריים. מנגנון זה להסבר הוא חשוב כי הוא מבהיר את הפער בממצאים בין קטנים למבוגרים. הרושם שעולה מהספרות הוא שיש חשיבות רבה למעקב, למודעות ולזיהוי לגבי היפוך למצב מאני או היפומאני תחת טיפול אנטי דכאונטי בקטנים.

הבדלים ברמות התרופה בדם – ייתכן שתנודות קיצוניות יותר ברמת התרופה בדם מהוות הסבר לעלייה במחשבות אוברניות בקטנים בהשוואה למבוגרים המטופלים במעכבי ספיגה מחדש של סרטונין. הסבר זה מתבסס על כך שעיקר העלייה במחשבות אוברניות ואו בחבלה עצמית מופיעה בשבועות הראשונים לטיפול, כאשר הרמה בדם עדיין לא התאזנה. זמן מחצית החיים של מעכבי הספיגה מחדש של סרטונין הוא קצר יותר בקטנים מול מבוגרים – נתון שיכול להסביר את התנודות הבלטות יותר ברמות בדם אצל קטנים.³⁰ התרופות שהראו יעילות גדולה יותר בטיפול בקטנים הן אלו עם זמן מחצית חיים ארוך ביותר ובפרט הפלוקסטין (זמן מחצית חיים של כשבוע ושל כעשרה ימים למטבוליט הפעיל). סמית ב-2009³⁰ ערך מטה-אנליזה שמאשרת ממצאים קודמים על מתאם בין זמן מחצית חיים קצר של תכשיר לבין יתר סיכון למחשבות אוברניות. כך למרות מגבלות האנפורמציה, קיימת תמיכה למנגנון זה. אם ממצאים אלה יושחזרו, ייתכן שתודה הצדקה למעקב אחרי רמות בדם במהלך טיפול בעיקר של מטופלים בסיכון גבוה.

הבדלים בגנטיים אישיים הניתנים לזיהוי – הפרמקוגנטיקה קושרת הבדלים בגנטיים הקשורים למנגנוני ההשפעה של טיפולים תרופתיים (למשל הגן לטרנספורטר של סרטונין) לתועלת הספציפית לאדם מאותו טיפול ולתופעות לוואי. קרונברג ועמיתיו מבית החולים שניידר (2007)³¹ הראו שקטנים שטופלו בציטופורם בשל דיכאון ואו חורדה ונשאו את הזרוע הקצרה בפולימורפיזם לגן של טרנספורטר לסרטונין הגיבו פחות טוב וסבלו מיותר מחשבות אוברניות מאשר קטנים שלא נשאו צורה זו. מחקר בכיוון זה עשוי לעזור לנו לזהות את המטופלים בסיכון יתר לפתח עלייה במחשבות אוברניות.

טיפול או לא לטפל

בתחום זה של טיפול תרופתי אנטי דכאונטי בקטנים או מתמודדים עם נתונים סותרים. מחז, קיים סיכון של עלייה במחשבות אוברניות דווקא במהלך טיפול בתכשירים שמעכבים את הספיגה מחדש של סרטונין. מאידך, מדובר בהפרעה שכיחה, מסוכנת עם תוצאות הרסניות הן לטווח הקרוב הן לטווח הרחוק. התכשירים המעכבים ספיגה מחדשת של סרטונין, ובעיקר הפלוקסטין, מראים תועלת טיפולית. עוד יותר מכך, עולה חשש שירידה בשימוש בתכשירים אלה מעלה את השכיחות של אוברנות בקטנים^{11,13}. נכון לעכשיו, אין לנו דרך טובה לחזות למי יעזור הטיפול ואצל מי עלולה להופיע החמרה אוברנית.

ברידג' ועמיתיו במטה-אנליזה מ-2007¹¹ מנסים לעזור בהחלטה על ידי כימות של נזק מול תועלת. בדומה לנתון לגבי מספר המטופלים שנטפל בהם כדי לקבל ערך סגולי מהתרופה בהשוואה לאינבו (NNT), הם חישוב את מספר המטופלים שיטופלו על ידי עד אותו מטופל שבו ניתקל בחשיבה אוברנית או מחווה אוברנית שהן פועל יוצא של הטיפול: NNH (number needed to harm). לגבי דיכאון, הם מגיעים בחישובם ל-112 (מול 10 שהיה מספר המטופלים שיטופלו כדי לקבל תועלת סגולית מהטיפול, NNT). לגבי הפרעה כפייתית, הם מגיעים ל-200 (מול NNT של 6) ולגבי חרדה אחרת, 143 (מול NTT של 3). הסתכלות זו אמנם עוזרת לנו ומחזקת את הרושם שהיכוי של טיפול עולה בערך בסדר גודל על הסיכון בו, ההתערבות היא כדאית מאוד. מאידך, חשוב שנזכור לסייג את המשמעות של הסתכלות זו כי כמו שהתועלת האפשרית של הטיפול אינן מיוצגות כולן בשאלון קצר ובטוח שבו משתמשים במטה-אנליזה, גם הנזקים האפשריים של הטיפול אינם מיוצגים במלואם דרך החישוב המתואר.

בהדרגה, יותר מחקרים מנסים לעזור בזיהוי גורמי סיכון לפגיעות עצמיות ומחשבות אוברניות.²⁰ למרות שיש גורמים המוכחים בהקשר של חשיבה אוברנית אך לא אוברנות מלאה, או גורמים שאופייניים יותר לחבלות עצמיות, נראה שכדי להצליח לטפל תרופתית חשוב להוכיח את גורמי הסיכון הראשיים ביניהם. גורמים המנבאים סיכון לאוברנות ופגיעה עצמית הם: חומרת הדיכאון, חומרת המחשבות האוברניות,

במעקב שבועי בארבעת השבועות הראשונים לטיפול ובמעקב דו שבועי בארבעת השבועות שלאחר מכן, עם תשאל ובידור מוקדם לגבי מצב נפשי (כולל חשש ממאניה או היפומאניה), אובדנות ופגיעות עצמיות.

לסיכום, הטיפול התרופתי במעקבי ספיגה מחדש של סרטונים בקטינים הוא יעיל, אך מעלה סיכון נמוך בהרבה לעלייה במחשבות אובדניות. ייתכן שסיכון זה נובע מהשיפור עצמו, מעלייה באי שקט בחלק מהמטופלים, במעבר למצב היפומאני או מאני בחלקם או מגורמים הקשורים לזמן מחצית חיים ולפרמקוקינטיקה ספציפית של המטופל. הידע העכשווי תומך באבחון מוקדם, חיטוך הקטין והוריו, ובמידת האפשר שילוב של טיפול בניה קוגניטיבית-התנהגותית (או גישה אחרת מבוססת מחקר) עם טיפול תרופתי, תוך מעקב אקטיבי זהיר ותכוף.

ד"ר יובל בלון, מנהל מרפאת ילדים ונוער, המרכז לבריאות הנפש שלוותה, הוד השרון

נסיונות קודמים, יחסים משבריים במשפחה, שימוש לרעה בסמים ובאלכוהול, תחלואה נוספת, זמינות של אמצעים (בפרט להתאבדות מלאה), גיל (יותר מבוגרים) מגדר (בבנים יותר סיכון להשלמת אובדנות).

ברנט ועמיתיו במחקר ה-TORDIA²⁰ מרחיבים על ממצא מקרי בעל משמעות קלינית. בתחילת מחקרם, איסוף הנתונים לגבי פגיעות עצמיות ואובדנות היה על בסיס של דיווח המטופל. בחציו השני של המחקר, הדיווח היה מובנה על בסיס שאלונים. בחלק השני, הדיווח על מחשבות אובדניות עלה ל-20.8 מול 8.8 אחוזים בחלק הראשון (הבדל משמעותי) והדיווח על פגיעות עצמיות עלה ל-17.6 אחוז מול 2.2 אחוזים בחלק הראשון (שוב משמעותי).

ההמלצות המקובלות כיום^{20,32} מתייחסות לבידור ולאבחון קפדני של דיכאון בקטינים ושל תחלואה נלווית. יש חשיבות להסבר לקטין ולהוריו לגבי ההפרעה ואפשרויות הטיפול, בעיקר טיפול תרופתי מול טיפול פסיכותרפויטי קוגניטיבי-התנהגותי.

במידה שהחלטת הטיפול ראשוני היא לטפל תרופתית, יש לבחור בפלוקסטין, לאור העדויות הברורות יותר לגבי זמן מחצית החיים הארוך יותר שלו. יש צורך

-{רשימה ביבליוגרפית}.....
1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39
 2. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, Hoog SL, Ernest DE, Brown E, Nilsson M, Jacobson JG. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Oct;41(10):1205-15.
 3. Keller MB, Ryan ND, Strober M, Klein RG, Kutcher SP, Birmaher B, Hagino OR, Koplewicz H, Carlson GA, Clarke GN, Emslie GJ, Feinberg D, Geller B, Kusumakar V, Papatheodorou G, Sack WH, Sweeney M, Wagner KD, Weller EB, Winters NC, Oakes R, McCafferty JP. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jul;40(7):762-72.
 4. Wagner KD, Robb AS, Findling RL, Jin J, Gutierrez MM, Heydorn WE. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2004 Jun;161(6):1079-83.
 5. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J; Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:807-20
 6. Committee on Safety of Medicines (December 2003) contra-indicated all SSRI's for depressed children, except fluoxetine. medicines.mhra.gov.uk/ourworkmonitorsafequalmed/safetymessages/ssrioverview_101203.pdf
 7. FDA issues Public Health Advice on cautions for use of antidepressants in adults and children. March 2004 www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANSO1283.html
 8. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, Herings RM, Mann JJ. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9):1356-63.
 9. Birmaher B, Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
 10. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD002317
 11. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007 Apr 18;297(15):1683-96.
 12. Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1403-13.
 13. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN, Asarnow J, Spirito A, Ritz L, Vitiello B, Iyengar S, Birmaher B, Ryan ND, Zelazny J, Onorato M, Kennard B, Mayes TL, Debar LL, McCracken JT, Strober M, Suddath R, Leonard H, Porta G, Keller MB. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009 Apr;166(4):418-26. Epub 2009 Feb 17.
 14. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328: 879-883
 15. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Antidepressants and suicide: what is the balance of benefit and harm. *BMJ* 2004;329:34-8.
 16. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*. 2004;363:1341-5.
 17. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:978-82
 18. Isacson G, Homgren P, Ahlner J. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14857 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:286-90.
 19. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *CMAJ*. 2006 Jan 17;174:193-200
 20. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD004851. Review
 21. Larry Culpepper, M.D.; Jonathan R. T. Davidson, M.D.; Allen J. Dietrich, M.D.; Wayne K. Goodman, M.D.; Kurt Kroenke, M.D.; and Thomas L. Schwenk, Suicidality as a Possible Side Effect of Antidepressant Treatment *J Clin Psychiatry* 2004;65:742-749
 22. Evelinda Trindade, Devidas Menon, Leigh-Ann Topfer, Carlos Coloma, Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis *CMAJ* 1998;159:1245-52
 23. Fazel, Seena; Grann, Martin; Ahlner, Johan; Goodwin, Guy; Suicides by Violent Means in Individuals Taking SSRIs and Other Antidepressants: A Postmortem Study in Sweden, 1992-2004. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 27(5):503-506, October 2007.
 24. Coccaro EF, Lee RJ, Kavoussi RJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009 May;70(5):653-62.
 25. Coccaro EF, Lee RJ, Kavoussi RJ. Aggression, suicidality, and intermittent explosive disorder: serotonergic correlates in personality disorder and healthy control subjects. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Jan;35(2):435-44. Epub
 26. Tauscher-Wisniewski S, Nilsson M, Caldwell C, Plewes J, Allen AJ. Meta-analysis of aggression and/or hostility-related events in children and adolescents treated with fluoxetine compared with placebo. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Oct;17(5):713-8.
 27. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M; Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;44:213-35.
 28. Beesdo K, Höfler M, Leibenluft E, Lieb R, Bauer M, Pfennig A. Mood episodes and mood disorders: patterns of incidence and conversion in the first three decades of life. *Bipolar Disord*. 2009 Sep;11(6):637-49
 29. Martin A, Young C, Leckman JF, Mukonoweshuro C, Rosenheck R, Leslie D. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Aug;158(8):773-80.
 30. Smith E G. Association between antidepressant half-life and the risk of suicidal ideation or behavior among children and adolescents: Confirmatory analysis and research implications. *Journal of Affective Disorders* 114 (2009) 143-148
 31. Kronenberg S, Apter A, Brent D, Schirman S, Melhem N, Pick N, Gothelf D, Carmel M, Frisch A, Weizman A. Serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and citalopram effectiveness and side effects in children with depression and/or anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Dec;17(6):741-50.
 32. US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4):1223-8.

הפרעות חרדה במעגל החיים

תיאוריות רבות ניסו להסביר את הפרעות החרדה ועל אף עבודות מחקר רבות, עדיין אין תיאוריה אחת שמעניקה הסבר אטיולוגי מספק. על הסיווג והאבחון המורכב של הפרעות חרדה בילדות והתפתחותן לאורך החיים, ההקשר הגנטי והטיפוליים המוצעים לבעיה

ד"ר אילן טל

להן לשרוד. כלומר, תגובת החרדה היא אדפטיבית כאשר היא מסייעת לנו להימנע מסכנה אמיתית. בקרב מבוגרים, קל להבחין בין חרדה "נורמלית" לבין הפרעת חרדה המשפיעה על התפקוד, כלומר כאשר התפקוד נפגע אנו נוטים לסווג את החרדה כלא נורמלית. עם זאת, יש המעדיפים להתייחס לחרדה כאל בעיה כאשר המצוקה הסובייקטיבית של האדם היא רבה, ללא קשר לקיומה של הפרעה תפקודית.

אבחנה

הסיווג מורכב יותר בילדים בעיקר כיוון שחרדה יכולה להופיע ולחלוף אצל רובם ולהוות חלק מהתפתחות נורמלית. למשל, בגילאי 12-18 חודשים, Separation Anxiety היא תופעה נורמלית, כך גם פחד מברקים ורעמים בגילאי שנתיים עד ארבע שנים. לפיכך, אבחון חרדה בגילאים צעירים מהווה אתגר שכן הוא מושפע מהקוגניציה, מיכולות השפה ומיכולת התובנה הרגשית של הילד. מקובל להגדיר את הילדות עד גיל 12 ואת גיל ההתבגרות מגיל 13 עד 17, אך הגדרה חדה זו אינה מבטאת כלל את הבעייתיות הקיימת כאשר הגיל הכרונולוגי אינו תואם את ההתפתחות הרגשית ואת ההתנהגות הנגזרת ממנה.

האבחון הולך ומסתבך כאשר קיימים תסמינים תת קליניים וכאשר לא קיימת הפרעה full blown. יש לציין כי גם כאשר קיימת חרדה מלאה אצל ילדים, פעמים רבות לא קיימים קווים מנחים ברורים ומוסכמים כיצד לטפל. בקרב פסיכיאטרים של מבוגרים, גם כאשר הם מאבחנים הפרעת פאניקה למשל, ההמלצות הטיפוליות יכולות להיות שונות מפסיכיאטר אחד למשנהו. כך, אחד ימליץ על טיפול תרופתי ואחר על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, כפי שנגזר מהניסיון הקליני של כל אחד ואחת. בקרב פסיכיאטרים של ילדים ונוער, השונות יכולה להיות אף גדולה יותר, שכן שיקולים רבים יותר מעורבים באבחנה, כמו המצב המשפחתי, היחסים בין ההורים, גיל הילד, השלב ההתפתחותי שבו נמצא המטופל ועוד. קושי נוסף באבחון בילדים הוא המידע המגיע ממקורות שונים שעשוי להועיל או עלול להפריע בעת ההחלטה על טיפול בילדים הסובלים מחרדה. מידע זה מאפשר מחד תמונה רחבה על הילד ומצבו, ומאידך, מקורות המידע לעיתים אינם תואמים זה לזה ועלולים ליצור בלבול ולהקשות על בחירת הטיפול.

המאפיינים המשותפים לכל הפרעות החרדה המוגדרות ב-DSM, בין אם בילדות בין אם בבגרות, הם תחושת חרדה קשה (רגשית וקוגניטיבית), סימנים פיזיולוגיים אופייניים ושינויים התנהגותיים, כלומר הימנעות. כמה מתסמינים אלה לכאורה ברורים יותר אצל מבוגרים, כמו סימנים גופניים

הילדות וההתבגרות הן תקופות שבהן עלולים להתפתח סימפטומים וסינדרומים של חרדה, בין אם מדובר בתסמינים קלים, חלקיים או מלאים, ובין אם מדובר בהפרעות חרדה של ממש. פסיכיאטרים של הילד והמתבגר מטפלים בהפרעות המופיעות בגילאים אלה עד הגיעם של המטופלים לבגרות, ולרוב אינם נחשפים למטופלים אלה בבגרותם. מאידך, פסיכיאטרים של המבוגר מנסים להתחקות לעתים אחרי עקבותיהן של הפרעות אלו בגיל הצעיר. הבנת הקשר בין ההפרעות בבגרות לתסמינים או להפרעות בילדות אינה פשוטה, שכן נדרשים עדיין מחקרים רבים ובעלי ולידציה קלינית טובה.

השימוש ב-DSM כמקור לולידיציה מהימנה גם הוא בעייתי, שכן מעבר לניסיון הטכני של ספר הגדרות זה להגדיר הפרעות לפי מקבץ תסמינים, קיימת דינמיות בהגדרות לאורך השנים. שינוי פעוט לכאורה בהגדרת הפרעה, כמו קיצור התקופה הנחוצה לאבחון משישה חודשים לשלושה חודשים במקרה של הפרעת חרדה כללית, עלול לשנות באופן מהותי את ההימצאות של הפרעה זו. מבחינה מחקרית, קיימים כלים אבחנתיים בצורת שאלונים אצל מבוגרים, ניתן לאשר או לשלול אבחנה בקלות יחסית. בילדים צעירים בעיקר, השימוש בשאלונים אלה כמעט ואינו יעיל, כיוון שהאבחנה מתבצעת לרוב לאחר קבלת מידע מפורט ממקורות שונים, להם קשה לערוך ולידציה מחקרית נאותה. לכן, גם תוצאות מחקרים על הפרעות חרדה בילדים צעירים במדינות שונות קשות להשוואה. עם זאת, בשני העשורים האחרונים חל שיפור ב-Reliability and Validity של שאלונים מובנים מבוססי ראיונות מובנים לאבחון הפרעות חרדה בקרב ילדים ומתבגרים.

מאמר זה ינסה להתחקות אחרי הפרעות החרדה במעגל החיים ולסכם את הסקירה הרחבה על הפרעות חרדה אשר התפרסמה בגיליון ספטמבר 2009 של הירחון Psychiatric Clinics of North America. העדפתי שלא לדון בהפרעה טורדנית כפייתית, כיוון שנושא זה כוסה היטב בגליונות קודמים וכיוון שבמקרה של הפרעה טורדנית כפייתית קיים מחקר רב יותר המאפשר תמונה ברורה יחסית לגבי גיל ההתחלה, ההתפתחות לאורך החיים וההקשר הגנטי. במקרה של שאר הפרעות החרדה, התמונה מעורפלת יותר ובהן נעסוק.

חרדה מוגדרת כתגובה מוחית לסכנה (מדומינת או אמיתית), אשר ממנה האדם מנסה להימנע באופן אקטיבי. התגובה המוחית הזו היא רגש בסיסי הקיים כבר בגיל הינקות והיא אינה פתולוגית בבסיסה. תגובת ה-Fight or flight אינה ייחודית לבני אדם והיא נוכחת גם אצל חיות שונות ומסייעת

כיוון שמבוגרים יכולים להגדירם בצורה טובה יותר מאשר ילדים צעירים. יחד עם זאת אנו פוגשים לעתים מבוגרים שמתלוננים על כאבים שונים ומשונים שלכאורה אינם סימנים קלאסיים של חרדה, כמו דפיקות לב למשל. השינויים ההתנהגותיים לכאורה אמורים להיות ברורים יותר אצל ילדים צעירים, שכן קל יותר להתחקות אחרי התנהגותם ואחרי שינויים בהתנהגותם, בעוד מבוגרים מנסים לעתים להצניע את השינוי ההתנהגותי. מבחינת אבחנתית, ה-DSM לא מפריד בין הפרעת חרדה בילדות ובגרות (פרט לאחת), כמעין רמז לתפישה שמדובר בתהליך שבו עלולה להתפתח חרדה בגיל צעיר אשר תקדים הופעת החרדה בגיל המבוגר. ב-DSM, בשונה מ-Separation Anxiety Disorder אשר חייבת להתחיל בתקופת הילדות, שאר הפרעות החרדה מקובצות יחדיו ללא קשר לגיל. עם זאת קיימים הבדלים אבחוניים ב-DSM בין הפרעות חרדה שהחלו בילדות לכאלו שהחלו בגיל מבוגר. לדוגמה, במקרה של הפרעת חרדה כללית המאובחנת בילדות, יש רק צורך בתסמין אחד מתוך שישה, ולא בשלושה מתוך שישה כמו במבוגרים. במקרים של פוביות, ילד אינו נדרש להבין כי החרדה שממנה הוא סובל היא מוגזמת או לא הגיונית. יש לציין כי ה-ICD מפריד באופן מלא את הפירוש האבחנותי של הפרעות חרדה של ילדים ושל מבוגרים. ה-ICD במקרה זה מייצג גישה אשר משייכת חרדות בגיל צעיר לתהליך התפתחותי, "נורמלי". אולם, אף לא אחד מהסיווגים התייחס לבעיה הכרונולוגית שהוזכרה קודם לכן, כאשר אנו פוגשים ילד או מבוגר אשר התפתחותו הרגשית צעירה מכפי גילו.

חרדה לאורך החיים

קיים מידע מחקרי רב כי הפרעת חרדה היא ההפרעה הנפשית השכיחה ביותר בקרב ילדים ומתבגרים ולפיכך היא כנראה האופן הראשוני ביותר לביטוי של פסיכופתולוגיה כלשהי. ממצאים נוספים מצביעים כי בקרב רוב המבוגרים הסובלים מהפרעות חרדה קיימת עדות להפרעת חרדה כלשהי כבר בילדות.

מהילדות עד לבגרות מופיעים תסמינים חרדתיים שונים, בהתאם לגיל. הפרעת החרדה המוקדמת ביותר היא Separation Anxiety Disorder וסוגים של פוביה ספציפית (בעיקר מחיות ומזריקות). בשני מקרים אלה שכיח שהחרדה תחל לפני גיל 12. בגיל ההתבגרות והבגרות המוקדמת, תפתח חרדה חברתית. נדיר לראות חרדה חברתית שהופיעה לראשונה לאחר גיל 25 למשל. לעומת זאת, גיל ההתחלה של הפרעות פאניקה ושל הפרעת חרדה כללית הוא לרוב בתחילת הבגרות. במקרה של הפרעת חרדה כללית, אין זה נדיר לראות גיל התחלה מאוחר אף יותר.

ההבדל בין נשים לגברים מבחינת גיל תחילת החרדה נחקר, בין השאר, במחקר פרוספקטיבי לונגיטודינאלי בשם EDSP (Early Developmental Stages of Psychopathology). מחקר זה בדק מתבגרים מתחילת גיל ההתבגרות ועד גיל 34. במחקר לא נמצאו הבדלים משמעותיים בגיל ההתחלה בין גברים ונשים, להוציא שני מקרים: גברים נוטים לפתח פוביה ספציפית הקשורה לסביבה בגיל צעיר יותר והפרעת חרדה כללית בגיל מאוחר יותר. יש לציין כי קיים ויכוח בספרות לגבי אגורפוביה והאם בכלל היא מופיעה בגיל הילדות כהפרעה בפני עצמה שאינה קשורה להפרעת פאניקה. תוצאות מחקר זה מובילות למסקנה כי אגורפוביה יכולה להופיע באופן עצמאי בילדות, ללא הופעה של התקפי חרדה במקביל.

למרות בעיות מתודולוגיות בחקר חרדה, שיעור LPT לכל הפרעת חרדה שהיא בילדים ובמתבגרים הוא 15-20 אחוז. שיעורים אלה נבדקו בעיקר במדינות מערביות ואין מידע לגבי שכיחותן של הפרעות חרדה במדינות לא מפותחות. מעניין כי שיעור ההימצאות לחצי שנה, למשל, דומה לשיעור ההימצאות לחודש, מה שמעיד כי להפרעות החרדה באופן כללי יש מהלך כרוני יותר מאשר אפיזודי.

ניתן לחלק את הפרעות החרדה להפרעות אשר מתחילות בגיל הילדות, כמו פוביה ספציפית ו-Separation Anxiety ולהפרעות אשר נוטות להתחיל מגיל ההתבגרות ואילך, כמו הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה כללית ואגורפוביה. שיעורי ההפרעות השונות נעים בטווחים שלעיתים נראים גדולים מדי, כמו למשל ההערכה כי שיעור Separation Anxiety בילדים ונוער נע בין 2.8 אחוזים לשמונה אחוזים. השיעורים האחרים בקרב ילדים ונוער הם כשבעה אחוזים חרדה חברתית ועשרה אחוזים לפוביה ספציפית. אגורפוביה והפרעת פאניקה יופיעו בגילאים אלה בשיעור של כאחוז אחד ויטפסו עד שלושה אחוזים להפרעת פאניקה ועד ארבעה אחוזים לאגורפוביה במבוגרים.

אין מספיק מידע לגבי הפרעת חרדה כללית בגילאים צעירים, שכן הפרעה זו הוגדרה בילדים ונוער רק בשנת 1994. ממחקר EDSP עולה כי השכיחות של הפרעת חרדה כללית בגיל 34 היא סביב 4.3 אחוזים. נשים נוטות לסבול יותר מחרדה מאשר גברים, יחס זה נוטה להשתנות עם עליית הגיל, וההבדל בין המינים גדל עם הגיל ומגיע ליחס שבין 1:2 ועד 1:3 בגיל מבוגר. ההבדל בולט במיוחד במקרה של הפרעת פאניקה (אשר, אגב, שונה מהתקפי פאניקה אשר אינם מתגבשים לכדי הפרעה מלאה). במקרה של הפרעת פאניקה טרם גיל 14, השכיחות של גברים ונשים דומה, ואילו החל מגיל 13 ועד גיל 26, רוב האנשים אשר מצטרפים למעגל הסובלים מהפרעה זו הן נערות ונשים, בעוד השיעור בקרב נערים וגברים אינו עולה דרמטית.

במבט לאורך השנים, להפרעות חרדה יש מהלך כרוני ואפיזודי כאחד, כאשר אם קיימת הפרעה חרדה אחת, מירב הסיכויים שהיא זו שתשוב מאוחר יותר. במחקר EDSP שהוזכר קודם לכן, נמצא כי רק לעשרה אחוזים מהילדים ובני הנוער אשר סבלו מפוביה ספציפית בזמן תחילת המחקר, לא היתה כל הפרעה מנטלית בהמשך. 41 אחוז דיווחו על חזרה או על הפרעה במצב הרוח. הפרעות במצב הרוח הן הקומורבידיות השכיחה ביותר בהפרעות חרדה. הסיכוי לדיכאון גדל אם יש מספר הפרעות חרדה, כאשר קיימת פגיעה תפקודית משמעותית או כאשר יש חזרה מרובה של התקפי חרדה בהפרעת פאניקה.

הפרעה קומורבידית שכיחה אחרת היא שימוש בחומרים, והסברה היא כי אנשים נוטים לתפוש שימוש בחומרים מסוימים כ"דרך טבעית" להתמודדות עם חרדה. אין זה נדיר לפגוש בקליניקה אנשים אשר מדווחים על תחילת שימוש בגראס או בחשיש כעל ניסיון להרגיש רגועים יותר. על פי הנתונים המחקריים, רוב המוחלט של המקרים, השימוש בחומרים החל לפני הופעת החרדה, אם כי לא פעם יש המתארים התקפי חרדה שהופיעו לאחר ניסיון להשתמש בסמים. הסיכוי לשימוש בסמים עולה כאשר קיימות אבחנות נוספות אשר בהן שכיח לראות שימוש בסמים, כמו הפרעת קשב וריכוז (כנראה בעיקר כזו שלא טופלה) ו-Conduct ובוודאי אישיות אנטי-סוציאלית.

הפלוקטואציות במצב הקליני של הסובלים מהפרעות חרדה הן רבות, ובמקרים רבים אנו רואים, גם בקליניקה, שקיימות תקופות ארוכות עם תסמינים, לעתים חלקיים, ותקופות ארוכות שחופשיות מתסמינים. במחקרים שונים הדבר מתבטא בשיעורים גבוהים של רמיסה כאשר מחקר המעקב קצר יחסית.

גורמי סיכון

מבחינת הקשרים סיבתיים וגנטיים, יש להבחין בין מחקרים שמצאו "קשר" בין גורם כזה או אחר לבין הפרעת חרדה, כלומר שהם יכולים להופיע יחדיו אך אין ביניהם בהכרח קשר סיבתי, לבין זיהוי של גורם סיכון, כלומר גורם אשר נוכחותו מגבירה את הסיכון ללקות בחרדה. קל להגדיר גורמי סיכון כאשר הגורם אינו משתנה לאורך זמן, כדוגמת מין. בשאר המקרים נדרשים מחקרים לונגיטודינליים גדולים וארוכים לשם

הגדרת גורמי סיכון.

מגדר הוא גורם סיכון ברור ולאורך החיים הסיכון של אישה ללקות בהפרעת חרדה כפול מזה של גבר. כפי שצוין קודם, בגיל צעיר ההבדל קטן יותר והפער גדל עם השנים. קשר להפרעות חרדה נמצא גם מצב סוציו-אקונומי נמוך. קרוב לוודאי שאין קשר בין אורבניזציה לבין חרדה והשכיחות אינה שונה בין הספר לעיר.

מחקרים משפחתיים מוכיחים כי הפרעות חרדה "עוברות במשפחה". הסיכון ללקות בהפרעת חרדה גדל משמעותית אם אחד מההורים סובל מהפרעת חרדה אחת לפחות. הסיכון עולה במיוחד כאשר לשני ההורים הפרעות חרדה, כאשר קיימות מספר הפרעות, כאשר חומרתן קשה וכאשר גיל ההתחלה שלהן אצל ההורים היה נמוך. יש לציין כי אין הדבר מבטא בהכרח נטייה גנטית. התיאוריה ההתנהגותית מסבירה תוצאות אלו בכך שהפרעות חרדה קשורות ללימוד של מנגנוני התמודדות שאינם אדפטיביים, ולמעשה מדובר ביצירת התניות כושלות ומעוררות פחד אצל הילדים כאשר אלו קיימות אצל הוריהם. הקשר החזק בין חרדה להפרעות במצב הרוח (דיכאון ולא הפרעה דו-קוטבית) מוצא את ביטוי גם כאן, כאשר הסיכוי לחרדה גבוה יותר כאשר אחד ההורים או שניהם סובלים מדיכאון. הסיכוי לדיכאון, אגב, גבוה יותר גם בקרב ילדים להורים אשר סובלים מהפרעות חרדה. התיאוריות הקוגניטיביות יכולות במקרה זה להסביר את הממצאים באמצעות הסברה כי דפוסי חשיבה קטסטרופליים ופסימיים הם הגורמים לקשר הנצפה הזה. יש לציין כי קיימת ספציפיות מסוימת בסוג הפרעות החרדה (או בדיכאון) בקרב משפחות וקיימים מחקרים אשר הוכיחו כי במשפחות מסוימות קיימות הפרעות מסוימות כמו חרדה חברתית, אבל לא הפרעות חרדה אחרות.

במחקרי תאומים נמצא קשר חזק בין neuroticism לבין התפתחות חרדה ודיכאון וגם הופעה של שניהם יחדיו. כנראה ו-neuroticism הוא הגורם המשמעותי לקורלציה הגנטית במחקרים אלה.

לגבי הקשר בין הפרעות חרדה לבין התנהגות ההורים, נמצא במחקר ה-EDSP כי הנטייה של הורים לגונן באופן מוגזם על ילדיהם או לדחות אותם היתה קשורה להתפתחות של חרדה חברתית בילדיהם המתבגרים. ניתוח מעמיק יותר של נתונים אלה מרמז כי סוג הורות מגונן יתר (over protective) קשור יותר להופעה של הפרעות חרדה, בעוד סוג הורות דוחה או מרחיק קשור כנראה להופעה של דיכאון. במחקר אחר אשר בדק מעל 1,000 זוגות תאומים, נמצא כי הורות מגוננת יתר קשורה להופעת פוביות, הפרעת חרדה כללית, הפרעת פאניקה ודיכאון.

אירועים "טראומתיים" בילדות, כמו איבוד הורה, גירושי ההורים והתעללות מינית או פיזית קשורים להופעה של כל הפרעה נפשית ובכלל זה הפרעות חרדה, ונכון להיום, לא קיימת ספציפיות מוכחת לנוכחות אירוע מסוים בהיסטוריה ולהופעת הפרעות חרדה בבגרות כמו הקשר הברור בין איבוד הורה בגיל צעיר ודיכאון. אמנם מחקרים שונים מצאו הקשרים שונים אך פרט לכך שיתכן שקיים קשר מסוים בין הופעת דיכאון לבין הופעה של הפרעת חרדה כללית ביחס לאירועי עבר, קשה להסיק מסקנות חד משמעיות.

מבחינה ביולוגית, לאמיגדלה תפקיד חשוב בהפיכת אירוע או גורם תמים לאירוע מפחיד ומעורר חרדה, דבר העולה באופן ברור ממחקרים בחיות. המחקרים הללו הדגימו כי קיימים גורמים משמעותיים כמו הציר

ההיפותלמי-פיט ואיטרי, וכן הקשר בין האמיגדלה לקורטקס הפרה-פרונטלי. במחקרים בבני אדם, לאמיגדלה, כמובן, תפקיד חשוב גם כן ואולם לא ברור עד כמה הדבר מהווה גורם סיכון. ייתכן שרגישות יתר של האמיגדלה היא גורם סיכון להתפתחות חרדה בגיל הנעורים, ואולם עדיין אין מספיק מידע מחקרי בנושא.

לסיכום, על אף המידע אשר הולך ומצטבר בנושא, בחירת הטיפול עבור הפרעות חרדה שונות היא מורכבת. מחקרים ביולוגיים מנסים אמנם להתחקות אחרי מעגלים נוירונאליים רלבנטיים, אך ארוכה עדיין הדרך לקשור מממצאים לטיפול כלשהו, קיים או עתיד. עם זאת, בבואנו להעריך אדם מבוגר הסובל מחרדה, ניתן לייחס חשיבות לגורמים נלמדים בעברו כמו אופן ההורות שחוה, כדי להציע אפשרויות טיפוליות העוסקות בהליכי חשיבה נלמדים כטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. הרושם הוא כי רוב הפסיכיאטרים יטו להציע פתרונות תרופתיים כאשר קיימת קומורבידיות של דיכאון, או כאשר המטופל אינו בעל מוטיבציה או יכולת להתחיל טיפול קוגניטיבי-התנהגותי. יש לציין כי שכיח לראות בקליניקה אנשים אשר אינם מעוניינים ללמוד תהליכי חשיבה או התנהגות אדפטיביים יותר, ומגיעים עם בקשה ברורה לקבל טיפול תרופתי.

במקרים של חרדה בילדות, כאמור, ההתלבטות עלולה להיות רחבה אף יותר. טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים שכיחים בילדים, כאשר הם מותאמים לילד, לגילו ולשלב ההתפתחות שבו הוא נמצא. ברם, בהתאם להפרעה, לגיל ההופעה, למצב המשפחתי ולגורמים רבים אחרים, ניתן לעיתים לבצע אפילו הדרכת הורים בלבד וכמובן, לשלב גישות טיפוליות שונות. אנו, כמובן, פוגשים את הפרעות החרדה כאשר הן מגיעות למצב קליני אשר מגביל את המבוגר או מעורר את תשומת ליבו של ההורה, ונושא החרדה התת ספית בילדות ובבגרות נחקר הרבה פחות. למרות הסברה האינטואיטיבית כי ניתן יהיה לצמצם תחלואה באמצעות לימוד של שיטות קוגניטיביות, התנהגותיות והרפיטיות להפחתת מתח, עדיין לא הוכח באופן ברור כי התערבות כלשהי במקרים תת קליניים בילדות משפרת תוצאות בגיל מבוגר והאם חינוך להתמודדות עם לחץ ומתח תת ספיים בגיל צעיר עשוי לסייע ולמנוע התפתחות של בעיות דומות או אחרות בעתיד.

התקווה היא שכלל שהמחקר יעמיק, ניתן יהיה לזהות הפרעות חרדה בגיל צעיר ואף לצפות בצורה מדויקת יותר את הלך הופעתן ולהתאים טיפול או מניעה מבעוד מועד. ייתכן שבעתיד, עם הגדלת ההיצע הפסיכולוגי והפרמקולוגי של הטיפולים האפשריים, ניתן יהיה להתאים למטופל טיפול הקשור גם להופעה או אי הופעה של סממנים בגיל צעיר, לחוויות השליליות והחיוביות שחוה ועוד.

ד"ר אילן טל, פסיכיאטר מומחה, מנהל מרכז טל, מרכז מומחים ליעוץ וחוות דעת בבריאות הנפש, רמת אביב

..... (רשימה ביבליוגרפית)

טיפול משפחתי במשפחות של חולי סכיזופרניה

הטיפול המשפחתי בסכיזופרניה משלב כיום את הידע ההולך ומצטבר על הקשיים והבעיות של החולה עם הקשיים והבעיות שיש למשפחה בהתמודדות עם מחלה כה קשה. על שתי שיטות לטיפול משפחתי במחלת הסכיזופרניה, האחת מהרקע הפסיכו-דינמי והשנייה המושפעת יותר מהגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית

פרופ' אבנר אליצור

האסכולה המשפחתית הביאה לתפנית בדרך החשיבה בהתייחסות לטיפול הנפשי ולמעבר למיקוד בהבנת התנהגות האדם כחלק מתוך מערכת חברתית התנהגותית. במקום לפרש את ההתנהגות הפתולוגית והנורמטיבית רק מנקודת המבט של מאון הכוחות הדינמיים התוך אישיים הפועלים בפרט, הוסבה ההסתכלות גם אל נקודת המבט המערכתית. כלומר, אל יחסי הגומלין הבין-אישיים במסגרת החברתית, ובמיוחד אל אלה הפועלים בתוך המשפחה הגרעינית. ההנחה היתה שלהתנהגות הפרט יש משמעות נוספת כחלק ממערכת החוקים הפועלים בחיי המשפחה. המשפחה הפכה, אם כך, למוקד ההסתכלות. היא הומשגה כ"מערכת חברתית התנהגותית פתוחה, האחראית על התפתחות של התנהגות החברים בה, על עיצוב, על בקרה ועל ויסות התנהגות חברי המשפחה. הכוחות הדינמיים הפועלים במשפחה הם מעל ומעבר לתרומות של כל חבר בודד בתוכה. כוחות אלה חשובים ביותר בתהליך הסוציאליזציה ועיצוב דמותו של הילד בשנות חייו הראשונות, ויש להם השפעה מרכזית גם בעיצוב ההתנהגות של שאר בני המשפחה הבוגרים". גישה זו מרחיבה לא במעט את הבנת המושגים הבסיסיים של משמעות, הסמפטומים, האבחנה וההתערבות הטיפולית.

התיאוריות הפסיכולוגיות מנסות לאתר את הגורמים הפסיכודינמיים, המשפחתיים והחברתיים, אשר במהלך ההתפתחות הראשונית השפיעו על התפתחות תפקודי "האני" ותרמו להתפתחות מחלת הסכיזופרניה. ההסברים הפסיכולוגיים אינם עשויים מקשה אחת והם משתנים לפי התיאוריות הפסיכולוגיות השונות הנמצאות ברקע, כגון: התיאוריות הפסיכואנליטיות, המודלים ההתנהגותיים-קוגניטיביים או המודל הפסיכו-חברתי והמשפחתי. המשותף לכולם הוא התיאור, שהחולה בסכיזופרניה סובל מפגיעה חמורה בתפקודי "האני". עקב כך, אין הוא מסוגל לטפל ביעילות בקונפליקטים פנימיים וחיצוניים של חייו היומיום, אין הוא מצליח בהתמודדות בתפקודים החברתיים ואין הוא מסוגל להתמיד ולהגיע לפתרון יעיל של בעיותיו. על רקע זה, אין הוא מסוגל להתמודד ביעילות עם דרישות הסביבה והתפקוד בקהילה. הקשיים של החולה אינם רק בחשיפה ללחצים ולקונפליקטים מיוחדים יוצאי דופן; לגבי החולים, גם מצבי דחק ואירועי חיים רגילים נתפשים כאימים. החולים רגישים במיוחד לפרידה מקשרים בעלי משמעות, ללחצים של שלבי מעבר בחיים ולמשימות ההתפתחות לעצמאות וליחזמה אישית.

מעבר לסמפטומים הפסיכויטיים החריפים, יש כמה קשיים ובעיות בתחום ההתנהגותי המקשים על תפקודו התקין של החולה. ראשית, ההפרעות הקוגניטיביות בחשיבה, המאפיינות את החולה, מביאות אותו להכללות ולהקצנות מסוג של "הכל או לא כלום", "תמיד או אף פעם", "עתה או לעולם

לא" וכדומה. אלו מונעות מהחולה את מנגנוני הריסון בדחיית סיפוקים מידיים. שנית, קיים קושי קוגניטיבי משמעותי ביכולת לפתור בעיות במציאות. מנגנוני ההגנה הם פרימיטיביים ולא יעילים כגון: השלכה, פיצול והכחשה. ה"אני" אינו מסוגל להתמודד ביעילות כנגד הדחפים. התוצאה היא שהחולה אינו מסוגל להגיע לפתרונות יעילים בהתאמה למציאות. שלישית, קיימת תלות רבה בזולת, ההערכה העצמית לא מבוקרת ונעה בין אומניפוטנטיות לבין חוסר הערכה עצמית, עם רגישות רבה לביקורת ולשיפוט, עד לחוסר הבחנה בגבולות שבין העצמי לזולת.

התפתחות הטיפול המשפחתי

תפקיד המשפחה בהתפתחות הפסיכו-גנטית של האדם תואר לראשונה בעבודותיו של פרויד. הוא הדגיש את חשיבות חוויות הילדות בעיצוב דמותו ואישיותו של הבוגר. אולם פרויד שם הדגש על תהליכים תוך-אישיים. ההנחה היא כי הליקוי המרכזי בסכיזופרניה הוא בחולשת "האני", המוצא את ביטוי במספר הפרעות טיפוסיות למחלה. אולם, גישתו לטיפול בסכיזופרניה היתה שלילית. הוא סבר כי הליקוי החמור של החולה הפסיכויטי – חוסר-יכולתו לפתח יחסי אובייקט בעלי משמעות – מקשה על הטיפול. מסיבה זו הוא קרא למחלה זו "גירוד נרציסטי", כלומר החולה משקיע את כל האנרגיה הנפשית שלו בעצמו ואינו מתפנה לפתח יחס העברה למטפל. התיאוריות הפסיכואנליטיות המאוחרות יותר מדגישות כי מקור ההפרעה ב"אני" הוא בשלבי ההתפתחות הראשוניים. בעקבות מרגרט מאהלר (Margaret Mahler) מיקדו את ההפרעה במעבר ההתפתחותי מהשלב הסימביוטי (Symbiosis) לשלב של אינדיבידואציה (Seperation-Individuation) ולכישלון בפיתוח יחסי אובייקט קבועים ושלמים. לפי תיאור זה, החולה המוצף חרדה אינו מסוגל להתמודד עימה והוא נסוג להתנהגות אוטיסטית מכונסת ומנותקת, או נצמד רגשית באופן סימביוטי לאובייקט חשוב בחייו בלא יכולת להיפרד ממנו. תיאור זה מסביר את התופעה, שהמסבר הראשון של המחלה פורץ בעיקר בגיל ההתבגרות – גיל שיש בו התמודדות עם התפתחות הזהות האישית ועם משימת הפרידה מהקשרים המשפחתיים על סף הבגרות והעצמאות. שלב התפתחות פסיכו-חברתי שתואר על ידי אריק אריקסון (Erik Erikson).

הטיפול המשפחתי החל להתפתח בשנות ה-50 של המאה ה-20. התפתחות נעוצה במהפכה החברתית של אותם ימים, בהתפתחות הפסיכיאטריה החברתית ובאי שביעות הרצון הגוברת והולכת ממידת היכולת של גישות הטיפול הפרטניות, ובמיוחד הפסיכואנליזה דאז, להתמודד בטיפול בסכיזופרניה. התיאוריה המערכתית-משפחתית ראתה במחלת הסכיזופרניה, בראשית

- Attachment care and bonding giving projective processes
- Cognitive and emotional attitude and communication skill
- Joint goal setting problem solving
- Mutuality

ניתן לתאר עיוותים בתהליכי החשיכה והתקשורת הרגשית במשפחות שונות כאשר הן נשארות תקועות באחד משלבי תהליך התפתחות אפי-גנטית נורמטיבית זו. לגבי מחלת הסכיזופרניה, הממצאים הדגימו כי המשפחות נשארות תקועות באחד משלושת השלבים הראשונים ולעיתים קרובות בתמוהיל הפרעה משולב בן כמה שלבים.

הפרעה בהתפתחות התקשורת החשיבתית והרגשית הנורמטיבית מאפיינת משפחה עם חולה סכיזופרני גם לפני פרוץ המחלה.

בשלב הראשון של ההתפתחות האפי-גנטית של מערכות יחסים, ההפרעה בתקשורת מתבססת על תצפיות בזוג אם-בן של ג'ון בולבי (John Bowlby)⁵ ולאחריו של דניאל שטרן (Daniel Stern). התצפיות התמקדו בכשל האמפטי ובתהליך ההתקשורת (Attachment) בין אם לבנה או בתה בינקות.

יישם רעיונות אלה להערכת תפקוד המשפחה⁶ נעשה באמצעות ממד המשקף ליכודיות על פי Olson⁷. ממד זה אמור לשקף את מידת האינטנסיביות של ליכוד הקשרים הרב צדדיים בתוך המשפחה. ניתן לאפיין משפחות שונות בשלוש צורות של ליכודיות: בקוטב האחד, תחושת ליכוד חיובי המשרה ביטחון. בקוטב השני, תחושת ליכוד מדומה ושלילי המשרה אי ביטחון, ניכור והימנעות, ובתווך תחושת ליכוד המשרה אי ביטחון ואמביוולנטיות. מידת החומרה של סגנון התקשורת הרגשית משקפת את חומרת הבעיה בתקשורת האפקטיבית במשפחה. ככל שקשיי התקשורת חמורים, קשה יותר בטיפול להתמודד עימה ביעילות. הממצאים הראו כי בסכיזופרנים עם פרונוזה רעה להתקף פסיכיאטרי חוזר קיימת שליטה גבוהה במשפחה לצד קשיים ניכרים בליכודיות.

שלב ההתפתחות האפי-גנטי השני של התקשורת. מיקוד הדגש בהפרעה בתקשורת המשפחתית פותח על ידי ג'וליאן לף (Julian Leff)⁸. הוא התבסס על ראיות מובנים על שם קמברול עם הורי חולים בסכיזופרניה. הוא תיאר ואבחן ממדים של ביקורתיות וחודרנות ותמיכה רגשית מתוך תמליל של הורי החולה בסכיזופרניה. תקשורת רגשית בעלת אפיונים שליליים ביותר נקראת על ידו Expressed Emotion E.High E. התקשורת במשפחה מתאפיינת מחד ברמה גבוהה של ביקורת, עוינות והאשמה. ההורים נוטים לשללנות רגשית, למתן חסות יתר ולחידות יתר לעולמם הפנימי-הרגשי של שאר בני המשפחה. מאידך, יש בתקשורת מעט מאוד ביטויים של תמיכה רגשית, התייחסות והבנה אמפאטית. במחקרים מבוקרים הוכח כי אווירה רגשית זו גורמת באופן מובהק לעלייה ניכרת בהסתברות להתקף פסיכיאטרי חוזר אצל חולה שהחלים, שוחרר מאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי וחזר לגור עם משפחתו. כל זאת בהשפעה פתוגנית של תקשורת בעלת ביטויי אפקט שליליים (High-EE). התופעה קיבלה תמיכה במחקרים מבוקרים חוזרים כאשר בקבוצות הביקורת היו אנשים עם טיפול תרופתי ואחרים ללא טיפול תרופתי.

צורת תקשורת דומה, הפעם מתוך דיאלוג, תוארה על ידי מייק גולדשטיין (M.J. Goldstein) ונקראה A.S. Affective Style⁹ - סגנון תקשורת קוגניטיבית ואפקטיבית הנמדדת בעת שיחה חופשית בת כמה דקות של המשפחה עם החולה, בינם לבין עצמם כאשר הם התבקשו לערוך דיון משותף בבעיה המעסיקה אותם, כפי שהם בוחרים לדון בה, ובניסיון לפתור אותה. המדדים החיוביים כוללים: הקשבה נינוחה, התייחסות וקבלת דברי הזולת, הבעת הערכה, מחמאה וביקורת חיובית. מדדים שליליים כוללים: התעלמות, ביקורתיות, אישית וישירה, כלליות, יצירת רגשות אשם, חודרנות רגשית ישירה, ביקורת ישירה על תכונות החולה וחודרנות כללית אודות מחשבות ורגשות הזולת. שקלול הסטייה בתקשורת הקוגניטיבית ואפקטיבית נקרא Communication Deviance - C.D.

בשלב ההתפתחות האפי-גנטי השלישי מתואר הקושי של החולה ומשפחתו להגיע לפתרון יעיל של בעיותיהם. יכולת זו מותנית ביכולת להגדיר ברור את

דרכה, ביטוי לפתולוגיה ברמה משפחתית. המשפחה אינה מסוגלת למלא את תפקידה בתהליכי הסוציאליזציה של החולה. על פי גישה זו, הסביבה, ובמיוחד ההורים, אחראים לעיצוב הפנוטיפ של "התנהגות המחלה" שיש לה גורמי רקע גנטיים.

כמה אסכולות מרכזיות התפתחו בטיפול במשפחות שבהן חולה בסכיזופרניה. המיקוד היה בתפישת החולה כבעיה משותפת לכל המשפחה והורדת תחושות האשמה כאילו ההורים, ובמיוחד האם, אשמים בהתפרצות המחלה. ראוי להזכיר כמה מהרעיונות הראשונים של החוקרים והמטפלים במשפחות עם חולה בסכיזופרניה, כי הם הניחו את הבסיס להתפתחות הגישות הנהוגות כיום בטיפול במשפחות כאלו.

אסכולה אחת בטיפול משפחתי התבססה על הגישה הפסיכו-דינמית בטיפול בסכיזופרניה. ביסוסה בעבודותיו של תיאודור לידז (Theodore Lidz)¹, שמיקד את הפתולוגיה המשפחתית בפיצול בין ההורים ובאי יכולתם ליצור הפרדה ברורה בין דור ההורים לדור הילדים. ההורים, ובמיוחד האם, מאפשרים פריצת גבולות ויצירת קשר סימביוטי בין החולה להורה בן המין השני. במשפחות כאלו, האם מתוארת כמעניקת יחס אמביוולנטי של חסות יתר המהולה בחודרנות רגשית ועוינות. אין היא מסוגלת לחוש באופן אמפאטי את צורכי החולה. לעומתה, האב נשאר פסיבי ומרוחק אנטגוניסט לאשתו. בין ההורים קיימים קונפליקטים קשים ביחס לטיפול בחולה. לידז הדגיש את החשיבות שיש בטיפול בחיזוק הקואליציה בין שני ההורים וגיוסם יחד להתמודד במשותף עם הבעיה של החולה.

נציגי האסכולה החברתית הם באון (Bowen)² וויטקר (Whitaker) שהדגישו את חשיבות חיזוק כוחות ההתמודדות וההסתגלות של חברי משפחה באופן יעיל יותר במפגש עם המערכות החברתיות האמורות לעזור, לתמוך ולשקם. גישתו הטיפולית של באון נובעת מתוך נסיונו במשפחות שבהן יש חולה סכיזופרניה. התיאוריה של באון מתבססת על תיאור של רצף של תפקוד משפחתי בין התפקוד הנורמטיבי לתפקוד הפתולוגי. הוא מתאר במשפחה סולם של רמות דיפרנציאליות, ורמות חדרה המשפיעות על רמות התפקוד וההסתגלות. התמודדות נורמטיבית של משפחה מותנית ברמת דיפרנציאליות גבוהה של בני המשפחה, במיוחד של ההורים, ובאיון שבין התפקוד האינטלקטואלי לתפקוד האמוציונלי. רמת הדיפרנציאליות גבוהה קובעת את יכולת האדם ומשפחתו להתמודד במצבי דחק באופן מסתגל ולהתאושש ממשברים. לעומת זאת, החרדה מורידה את רמת הדיפרנציאליות ומחבלת ביכולת התפקוד. הטיפול ממוקד בשחרור מקשר משולש פורץ גבולות בין הורים לילדיהם וממעורבות יתר רגשית מול ניכור וניתוק ובעידוד הדיפרנציאליות של הפרט בקרב משפחתו, תוך שיפור התפקוד ממישור הקוגניטיבי והאפקטיבי.

הגישה השלישית, המשפחתית-מערכתית, ממקדת את ההפרעה בתהליכי הארגון של המשפחה כיחידה חברתית, ובמיוחד בתקשורת הלוקיה, המתבטאת במסרים מבלבלים וכפולים. גישה זו התפתחה מעבודותיהם של האסכולה הקומוניקטיבית שנציגיה הראשונים הם גריגורי בטסון (Gregory Bateson) ודון ג'קסון (Don Jackson).

ג'איי הילי (Haly Jay) פאול ווצלוביץ (Watzlawick Paul)³ גרסו כי במערכת משפחתית מבלבלת וחולנית זו, החולה מוצא במחלתו את הדרך הפרדוקסלית הפרטית שלו להשתחרר מהכבלים המעיקים. הם הניחו את היסודות למחקר תהליכי תקשורת במשפחה והשפעתם על ההתפתחות הפרט, מחקרים אשר הדגישו את חשיבות שיפור התקשורת החיובית והקטנת תקשורת שלילית בין חברי המשפחה.

תהליכי תקשורת, חשיבה ומערכות יחסים במשפחה

פיתוח תיאורטי על בסיס עבודות רבות שקדמו לו נוסח על ידי ליונל ויין (Lionel Wynne)⁴. הוא תיאר ארבעה שלבים בתהליך התפתחות אפי-גנטי נורמטיבי של תהליכי תקשורת חשיבה ומערכות יחסים בקרב המשפחה:

הבעיה, לשקול את דרכי ההתמודדות, לחפש מקורות בקהילה שיכולים לעזור בהתמודדות, ולקבל חיון חוזר מנסינות רלבנטיות להתמודד עם הפתרון האפשרי.

הגישות החדשות בטיפול משפחתי בסכיזופרניה

הגישה כיום בטיפול משפחתי בסכיזופרניה היא לשלב את הידע ההולך ומצטבר על הקשיים והבעיות של החולה עם הקשיים והבעיות שיש למשפחה בהתמודדות עם מחלה כה קשה. ההבנות הקודמות בתהליכים המשפחתיים שולבו עם הבנה מעמיקה יותר בקשיים שהם גורמים בהתמודדות החולים. הנתונים הבאים תרמו להתפתחות מיקוד המאמץ לפתח גישות טיפול במשפחות של סכיזופרנים ונמצא כי הטיפול התרופתי בלבד הוא חשוב ביותר להחלמה, אולם יעילות הטיפול התרופתי מהדור הראשון וגם מהדור השני היא מוגבלת ל-60 אחוז מהחולים. התברר כי לא די ברישום תרופה, יש צורך להשקיע רבות באופן פסיכולוגי כדי להביא את החולה להיענות לטיפול תרופתי מול העובדה שהיענות זו היא מוגבלת מאוד וחלקית. בנוסף התברר כי עם כל החידושים של סדרות התרופות האנטי פסיכוטיות מהדור החדש, יעילותן האנטי פסיכוטית נגד סימנים שליליים, ובמיוחד בקשיים הקוגניטיביים ובמגבלות ביחסים הבין-אישיים המאפיינים את החולה בסכיזופרניה, עדיין קטנה.

המאמץ להקל ולהפחית את טווח הסימפטומים החיוביים המאפיינים את החולה בשלב החריף של המחלה איננו מספיק מול הטווח הרחב ביותר של צרכים רגשיים ותפקודיים שהם מעבר להישג של הפחתת סימפטומים בלבד. ולבסוף, הצטברו עדויות ממחקרים מבוקרים שהדגימו כי התערבויות בטיפול משפחתי במודלים השונים שהוצעו נמצאו יעילות.

במאמר זה אתמקד בשתי שיטות המיישמות, כל אחת על פי דרכה, את המידע שנצבר בעבר אודות הבעיות ברמה המשפחתית יחד עם גישות טיפול הבאות להקל על החולה ומשפחתו בהתמודדות הקשה עם המגבלות והסבל הכרוך במחלה קשה זו. גישה אחת תהיה של אנדרסון (Anderson), המושפעת יותר מהרקע הפסיכ-דינמי, והגישה השנייה, של פאללון, המושפעת יותר מהגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית.

טיפול משפחתי במודל הדינמי של אנדרסון

הרקע התיאורטי והגישה בטיפול במשפחות של אנדרסון¹⁰ מושפעת מאוריינטציה פסיכו-דינמית. המודל התיאורטי נשען על הגדרת מחלת הסכיזופרניה במודל הבא: stress Vulnerability Coping model.

הפגיעות (Vulnerability), המאפיינת את מחלת הסכיזופרניה כמחלה עם רקע ביולוגי משפחתי, מתבטאת בקשיים הבאים: קשיים קוגניטיביים בריכוז וזיכרון, קושי במיקוד הקשב בגירויים רלבנטיים ובאינהיביציה של גירויים לא רלבנטיים ודיס-פונקציה בעוררות. רגישות זו קשורה בפגם פיזיולוגי ברגולציה של העוררות והקשב, שמקורו בקליפה הדרורו-ונטרלית של מוח פרה-פרונטלי והיפוקמפוס, פגם נוסף-התפתחותי הפוגע במערכת הדופמינרגית.

גורמי דחק – משפחות רגישות לביקורת, לאינטנסיביות ביחסים הבין-אישיים, לרמת ציפיות גבוהה ולירידה בתמיכה חברתית. גורמי דחק פסיכו-סוציאליים משפיעים לרעה על החולה. על רקע הפגיעות במשפחה, תוארו הלחצים הבאים: רמת ציפיות גבוהה – אישית, משפחתית ושל המטפלים; הפרעות ברמות התקשורת המשפחתית כפי שנמדדים במדדים הבאים: High Express Emotion, Affective Style, Communication Deviance. התמודדות יעילה בקשיים אלה מותנית ביצירת אווירה רגשית חמה, תומכת, בתקשורת ברורה ופשוטה וישירה, בהכלה של אירועי חיים סטרוגנים ובהתאמת הציפיות ליכולת.

המטרה היא לעזור למשפחה להיות פחות בחרדה ויותר מאורגנת על ידי מתן מידע רחב על המחלה, הדרכה מקצועית, פתרון בעיות ותמיכה חברתית.

מטרות הטיפול המשפחתי:

הקטנת עודף גירוי הדחק – מתן ביטוי למצוקות הרגשיות כמו רגישות לפרידה ולאובדן, אי יכולת לאינדידואציה, קושי בהתמודדות עם התנהגות אלימה, מבולבלות, נסוגה ולא צפויה. זאת, בלימוד דרכי התמודדות, בפתרון בעיות וקונפליקטים, הצבת גבולות ותקשורת בהירה וישירה.

הגדלת יכולת הסבילות וההתמודדות עם גירוי הדחק – מתן מידע אובייקטיבי להקטנת רגשות אשמה, כעס, תסכול, חוסר אונים, אשמה וביקורת, חסות יתר, נסיגה חברתית, צפיות לא ריאליות וייאוש.

הגברת המעורבות החברתית – יציאה מהבידוד, קבלת תמיכה, שיפור מיומנויות חברתיות ותפקודיות, הקטנת גורמי דחק כרוניים במשפחה.

משימות ארוכות טווח – הקטנת בעיות ארוכות טווח כמו קונפליקטים לא פתורים, הפרעות במבנה ובתפקוד המשפחה.

הטכניקה – המטרות כפי שהוגדרו מאורגנות כך שהן יוכלו להיות מיושמות כשלב בהתערבויות קצרות טווח וארוכות יותר. כמו כן מוצעות מספר מסגרות מגוונות לטיפול להתאמה הן באשפוז במחלקה פסיכיאטרית והן במרפאה פסיכיאטרית בשירות הציבורי, כגון טיפול אישי, טיפול משפחתי וטיפול בקבוצת הורים.

שלבי הטיפול:

שלב ראשון – יצירת קשר וברית טיפולית, עד ארבע פגישות. היכרות עם המסגרת המטפלת. המטפל מוצג כבעל ברית אמפאטי, זמין, מתעניין ומושקע. יחסי המטפל-מטופל ומשפחה הם של שותפות תומכת, מבלי הנחות מקדימות אודות פתולוגיה משפחתית. ניתנת הדרכה אודות המחלה והטיפול בה. נעשה עיבוד ראשוני של החוויה הטראומטית של המחלה והאשפוז. נלמד סגנון המשפחה שמגויסת בכוחות חיוביים כמערכת תמיכה. הבניית חוזה להמשך טיפול.

שלב שני – לימוד מיומנויות הישרדות ותקשורת עם חולה בסכיזופרניה, עד 12 פגישות. מתן מידע אודות המחלה, תהליך הטיפול והפרוגנוזה. הדרכה אודות הגישה להתנהגויות חריגות כמו אלימות, חשדנות, נסיגה, אפטיה, צרכים וציפיות. שיפור דרכי התקשורת האפקטיבית והקוגניטיבית, כמו תיאור התנהגות מול הערכת התנהגות. התייחסות קונקרטית מול מופשטת. דיפרנציאציה בין ביטויי רגש להבעת חשיבה. קבלת אחריות אישיות והימנעות מחודרנות.

שלב שלישי – יישום מיומנויות חברתיות ושיקומיות, עד 12 חודשים. אלו הן מטרות ארוכות טווח, כמו חיון הקואליציה בין ההורים, צמצום הגבולות בין הדורות, שיפור התקשורת הקוגניטיבית והאפקטיבית, כגון הימנעות מביקורת ומחודרנות יתר, ומיומנויות בפתרון בעיות. הגדלת היכולת והכוון לקחת אחריות והעצמה ושיקום התפקוד בחברה בעיסוק בלימוד ובשעות הפנאי.

שלב רביעי – מעקב. מאחר שמדובר במחלה כרונית ממושכת, יש צורך לתת מדי פעם תמיכה לחולה ולבני המשפחה. על כן, הקשר הטיפולי צריך להיות ארוך במשמעות של התערבויות קצרות מועד ובמידה שיתעורר צורך, מחויבות לקשר טיפולי ארוך טווח.

טיפול משפחתי במודל קוגניטיבי-התנהגותי של פאללון

ההנחה הבסיסית של פאללון^{11,12} היא שהמשפחה יכולה להיות משאב חשוב ביותר בהתמודדות עם הקשיים שמציג החולה. גישתו של פאללון בטיפול משפחתי מתמקדת בשיפור יכולת ההתמודדות של המשפחה בפתרון בעיות. הגישה היא קוגניטיבית-התנהגותית טיפוסית. בטיפול לומדת המשפחה טכניקות וגישות התמודדות במצבי דחק. דגש מיוחד ניתן להפחתת עוצמת הדחק במשפחה הנובע מנכחות חולה כרוני קשה, דחק שמקטין את יעילות ההתמודדות. כך שעל מנת לאפשר התמודדות יעילה יותר, יש לשפר את התקשורת ולהקטין את עוצמת הרגשות השליליים ולעודד התייחסויות והרגשות חיוביות. הקשר עם המשפחה מתחיל רק לאחר שהחולה מסוגל להשתתף בישיבה משפחתית בת

שעה, מצבו הנפשי והתרופתי יציב והוא מסוגל לקשר ורבלי עם בני משפחתו. הטכניקה- משך הטיפול הוא כשעה עם כל חברי המשפחה, כולל החולה עצמו. מוצע לקיים עשר עד 12 פגישות חד שבועיות ולאחר מכן פעם בחודש במשך שנה ופעם בחודשיים עד שלושה חודשים בשנה השנייה. בכל פגישה ארבעה חלקים: מתחילים בסקירת ההתקדמות בהתמודדות עם הבעיות, הערכת תוצאות שיעורי הבית שניתנו, המשך תדריך בשיטות התמודדות וניסוח שיעורי בית לפעם הבאה.

אלמנטים, סמים ואלימות נאסרים והפרת איסורים אלה מביאה להפסקת הטיפול. מעורבים את המשפחה לארגן מפגש של כשעה אחת לשבוע, כדי לדון יחדיו, ללא המטפל, בבעיות ובהצעות לפתרון. הערכה של מימוש מפגשים כאלה נותנת אינדיקציה למידת ההתקדמות ושיתוף הפעולה.

שלבי הטיפול:

שלב ראשון - יצירת ברית טיפול והבניית חוזה טיפולי בהסכמה על המטרות הבאות של הטיפול, כאשר החוזה הוא מול כל אחד מחברי המשפחה. הטיפול מתמקד בלימוד ובהדרכה של המשפחה אודות מחלת הסכיזופרניה, חשיבות ואופן הטיפול התרופתי, דרכי התמודדות עם מצבי דחק, עם תופעות לוואי של התרופות, עם סימני המחלה החריפים - חיוביים ושליילים, התנהגותיים קוגניטיביים ומוטיבציוניים. כמו כן מוקדש זמן ללימוד של כל חברי המשפחה תהליכים וטכניקות לפתרון בעיות.

שלב שני - הערכה התנהגותית של המשפחה. הדגש מושם על ניסוח והבנת הבעיות והלחצים שמחלת הסכיזופרניה מציבה בפני כל חבר במשפחה. הדרכים שבהן חברי המשפחה מתמודדים עם פתרון בעיות המחלה ובעיות אחרות. ביור הכוחות והחולשות בתהליך ההתמודדות עם הבעיות. במידה שיש צורך, נערכים מפגשים עם כל אחד מחברי המשפחה שבהם ניתן להעריך את נקודת המבט של כל פרט אודות הבעיות, הכוחות והחולשות שלו בפתרון. ניסוח שתי מטרות שיכולות לשפר באופן משמעותי את האווירה ואיכות החיים במשפחה, בתנאי שהן ניתנות להשגה. לצורך הערכה זו מוצע ראיון מובנה.

שלב שלישי - לימוד המשפחה אודות מחלת הסכיזופרניה. האטיולוגיה, המהלך, הטיפול התרופתי ותופעות לוואי והטיפול הפסיכוסוציאלי והשיקומי. לימוד זה הוא אינטראקטיבי ומעודד את חברי המשפחה להעלות שאלות, הבהרות ובעיות הנובעות מהנושאים המועלים. חשוב להתייחס לתופעות המחלה באופן ענייני תוך התמודדות עם דעות קדומות, חששות, פחדים וסטיגמה. הדיון מתמקד גם בסימנים מברשים של החרפה אפשרית וביור מוקדי דחק שעלולים להשפיע לרעה על מצב החולה.

שלב רביעי - לימוד מיומנויות תקשורת. בני המשפחה לומדים להקשיב, להבין ולהתייחס לזולת בסבלנות, בלא הפרעה, עד סיום דברי הזולת, תוך הימנעות מהבעת עוינות, השפלה, ביקורת אישית ורגשות שליליים קשים. הבעת כעס מובעת באופן ענייני ולגופו של עניין ולא לאופיו של אדם. חשוב לדעת לבקש הבהרות ולנסח הסכמות או חילוקי דעות תוך מתן משוב על התגובות הרגשיות ובקשת משוב מהזולת על הרגשותיו. נלמדות שיטות להבעת בקשות באופן חיובי, להתמודדות עם סירוב ולהבעת תמיכה ורגשות חיוביים. חשוב ללמד את חברי המשפחה מיקוד שליטה וקבלת אחריות גם על אשמה.

שלב חמישי - לימוד פתרון בעיות. לימוד הגדרת הבעיה במונחים אופרטיביים, מקורות הבעיה, הגדרת מטרות אפשריות ריאליות, דרכים אלטרנטיביות להתמודדות, מקורות עזרה ותמיכה כעזר לפתרון, התמודדות עם קונפליקטים ואי הסכמות במטרות ובתכנון, מידת הצורך בשיתוף פעולה עם עוד חברים במשפחה ואף גורמים חיצוניים, תכנון פעילות מעשית לפתרון וביצוע, קבלת משוב למידת ההצלחה בביצוע הפתרון המוצע, והצורך בשינויים נדרשים. חשוב לשתף את כל המשפחה בדיון על פתרון הבעיות ובתהליך זה להתייחס גם לשיפור התקשורת הרגשית והמעשית.

טיפול משולב

Psycho-educational multiple family group therapy היא שיטה אחרת

שהוצעה לטיפול בקבוצה של משפחות או בקבוצה של הורים ובה משלבים את הגישות שתוארו. יתרונה הוא בכך שהיא כוללת כמה מרכיבים טיפוליים בעת ובעונה אחת:

- ◀ מעקב אחרי היענות וויסות המינן של הטיפול התרופתי.
- ◀ טיפול פסיכו-חינוכי תוך דגש על הדרכה במחלת הסכיזופרניה והטיפול בה.
- ◀ טיפול לפתרון בעיות רלבנטיות כאן ועכשיו בחיי המשפחות.
- ◀ טיפול במיומנויות חברתיות תוך דגש על שיפור דרכי התקשורת הקוגניטיבית והאפקטיבית במשפחה.
- ◀ טיפול המגדיל את הריבוד והקשרים החברתיים של משפחות אלו, שהן בדרך כלל בודדות. הקבוצה משפרת את המורל, את יכולת ההתמודדות בבעיות, את הכישורים ביחסים הבין-אישיים ומאפשרת טווח רחב יותר של עזרה הדדית בהעלאת מגוון רחב יותר של התנסויות ופתרונות הסתכלותיים.
- ◀ יעילה מבחינת עלות-תועלת וכיכולת היישום בשירות הציבורי.

התערבות קצרת מועד במשבר פסיכוי חריף על פי גולדשטיין

נוכח הלחצים הרבים בטיפול קצר מועד בחולה באשפוז, יש מקום להזכיר את גישת הטיפול של גולדשטיין Goldstein¹³ במקרים אלה. תוארו שישה שלבים בטיפול ממוקד קצר מועד במשבר פעיל במשפחות של חולי סכיזופרניה:

המטרה - שילוב החולה והמשפחה ליחידת התמודדות מלוכדת ומיומנת במצוקתו של החולה.

שלב אינפורמטיבי - מתן מידע אודות המחלה, מהלך התפתחותה, הפרוגנוזה, דרכי טיפול, התמודדות עם קבלה והשלמה עם העובדה שיש אדם חולה במחלה קשה במשפחה.

שלב אבחנתי - זיהוי ואיתור גורמי דחק מזוהים פסיכו-סוציאליים המעורבים בהופעת המחלה והחמרתה. זיהוי, איתור חיזוי וניבוי של גורמי דחק המופעלים בהווה על ידי המשפחה או שאליהם המשפחה עלולה להיחשף בעתיד.

שלב טיפולי - מיקוד בשיפור הכישורים והכלים הניתנים למשפחה בהתמודדות ובהסתגלות לגורמי הדחק בחיי המשפחה, בהווה ובתכנון לעתיד.

עקרונות כלליים בטיפול משפחתי

העקרונות הבאים מומלצים ליישום בטיפול משפחתי בחולים עם הפרעה נפשית קשה פסיכוטית, החל משלב האשפוז.

שלב ראשון - אבחון. זהו שלב של יצירת קשר של ברית (Joining) טיפולית עם המשפחה. הגישה צריכה להיות מקבלת, מכילה, תומכת, בטוחה ואמפאטית. יש להביא בחשבון שהמשפחה נמצאת במשבר. היא פגיעה מאוד, רגישה לביקורת, ביקורתית, מבולבלת ולא מאורגנת. שלב זה אמנם מתמקד באיסוף מידע ובהערכת תפקוד המשפחה, אך הוא יכול להיות גם חוויה טיפולית ראשונית. חשוב להתמקד בה, למנוע נשירה מוקדמת מהטיפול ופגיעה נרציסטית. הפגיעות יכולה לנבוע גם מהזדהות יתר של המטפל והצוות עם החולה נגד הוריו והעברה נגדית של הצוות כלפי גישה ביקורתית של המשפחה, המופנית לא אחת כלפי הצוות המטפל. כמו כן, יש לשים גבולות לביטויים עוינים ותוקפניים. יש להבין ולהתייחס לכך שמאחורי גישה עוינת כזו לרוב יש תחושות קשות של חוסר אונים, ייאוש, אכזבה וקושי להכיל את הכאב, שמעוררים תחושות אשמה המושלכים על האחר.

בשלב ראשוני זה נעשית הערכה של רמת ההתפתחות האפי-גנטית של המשפחה ואופן תפקודה בכל שלב בהתפתחות זו. בהערכת זו יש לבחון גם את רמת הקשר לחולה וגם את רמת הקשר של ההורה למשפחת המקור שלו. במשפחות שבהן קיים ניכור וריחוק, יש להתמקד בהיבט זה בתחילת הטיפול. בהערכה זו יש גם לשים לב למידה הברית בין ההורים ולהבדלים ביחס שבין כל אחד מההורים לחולה נוכח הנטייה לפיצול ביניהם.

שלב שני - כאשר נוצרה כבר אווירה של אמון וביטחון במטפל, ניתן להעריך את סגנונות התקשורת הרגשית ואו למקד את הטיפול בלימוד סגנונות תקשורת

רגשית תומכת וסגנון הבעת רגשות חיוביים וגם שליליים בצורה בונה. יש לגלות הבנה ואמפטיה עם העומס הרגשי והתפקודי שמוטל על ההורים נוכח הטיפול במחלה כה קשה. יש גם להבין שנוכח הפגיעות הנרציסטית ודימוי עצמי נמוך של ההורים, הם נפגעים מאוד מהתוקפנות של החולה כלפיהם.

שלב שלישי – בשלב זה יש לתת להורים הזדמנות להיפגש עם המטפל שלא בנוכחות החולה, לפרוש בפניו את מסכת הקשיים שלהם, תחושות התסכול, הכעס, האכזבה והעוינות. זהו שלב מתאים לגישה פסיכו-חינוכית וללימוד פתרון בעיות. גישה זו נותנת למשפחה כלים להתמודדות עם הבעיות התפקודיות הרבות בחיי היומיום. ניתן להפנות את המשפחה לטיפול של קבוצת משפחות, ויחד עם הפחתת הביטויים השליליים, יש להדריך את המשפחה במיסוד דרכי הנאה משותפים וריטואלים משפחתיים משותפים להגברת הליכוד ביניהם וליכולת הנאה משותפת.

בשלב מתקדם של אומן ניתן ליוזם חשיפה של מערכת היחסים במשפחה המורחבת עם משפחת המקור. שיחות אלו צריכות להתבצע ברמת ההורים בלבד. זוהי סיטואציה קשה להורה, שצריך להתקלף מהשלכות הגנתיות ולחשוף חלקים כואבים בעברו. בשלב מתקדם ניתן לערוך מפגש כזה בין אחד ההורים והחולה, זאת כדי לאפשר גילוי לב ללא הגנתיות יתר מול בן הזוג. החולה משמש צופה מקשיב. המטפל עושה אנאלוגיות בין הקשיים במשפחת המקור של ההורה לבין היחס לחולה ומאפשר לחולה להזדהות אמפאטית עם ההורה. אחת הטעויות הנפוצות היא להיגרר אחרי תחושות הביקורת והרצון להציל את החולה מהלכיד הסימביוטי להורה וליוזם מוקדם מדי פרידה מההורים עוד בטרם התפתחו כוחות עצמאיים לפרידה מוקדמת כזו. התוצאה יכולה להיות חשיפה של החולה לפחד פרידה, לתחושות דחייה מצד ההורים, לכדידות ולניכור ולגרור תגובה נגדית של התנהגות הגרמית להורים להקצין את ביקורתם ודחייתם.

משתני תוצאה בהערכת טיפול משפחתי

בשנים האחרונות בוצעו מחקרים חוזרים שבהם נערכה השוואה של היעילות והמעילות בין שיטות התערבות מגוונות בחולים הסובלים מסכיזופרניה ומשפחותיהם^{14,15,16,17}. ההשוואה היתה בין טיפולי מעקב אישיים וקבוצתיים, עם ובלי תרופות, וטיפולים משפחתיים וקבוצתיים בשיטות פסיכו-חינוכיות. במחקרים מבוקרים והשוואתיים נבדקו כמה מדדים מבין המדדים הרלבנטיים הבאים: מדדים קליניים כמו קיצור משך האשפוז הנוכחי, מניעת התקף חוזר, משך הזמן עד האשפוז החוזר, מידת היענות לטיפול תרופתי, שיפור הסימפטומים הקליניים והקטנת שכירות ההתאבדות. בנוסף נבדקו מדדים פסיכו-חינוכיים כמו רמת הידע הנוסף אודות המחלה ורמת השיפור בתפקוד

הקוגניטיבי, במיוחד היעילות במיתון האווירה הרגשית השלילית והפחתת ביטויים אפקטיביים שליליים, שיפור ביכולת להשתמש בסגנון תקשורת יעיל יותר לפתרון בעיות, רמת שיפור ההסתגלות והתפקוד החברתי ורמת הנטל והמצוקה המשפחתית.

התוצאות הראו כי יש הוכחות חוזרות לכך כי תוספת של טיפולים תרופתיים לטיפולים פסיכו-חינוכיים מקטינה את ההפרעה החוזרת של הפסיכוזא ואת הצורך באשפוז חוזר. טיפול פסיכו-חינוכי במשפחה על פי פאללון נמצא יעיל ביותר בשנה הראשונה לטיפול ומסייע לשיפור בתפקוד הרגשי והתקשורתי של המשפחה ובמידת התמיכה ההדדית בתוכה. נמצא גם כי סגנון תקשורת שלילי בסוף הטיפול קשור משמעותית בירידה בתפקוד החברתי ובקשיים ביכולת להתמודד עם מצבי דחק יום-יומיים.

בשנים שלאחר השנה הראשונה ובמעקב שנעשה עד ארבע שנים אחרי תחילת הטיפול, יעילותו של הטיפול הפסיכו-חינוכי קטנה מזו של הגישה ארוכת הטווח של אנדרסון.

הגישה הדינמית שנמצאה יעילה מאוד היא בטיפול הקבוצתי החינוכי הן של החולים והן של הורים ובני משפחה. תופעה זו מדגישה את החשיבות של התמיכה והליכודיות החברתית והיצאה מתוך ההסגר של הסטיגמה בתוך ובין חברי הקבוצה. למרות שלא נוצרים בהכרח קשרים חברתיים אינטימיים, עצם התמיכה נובעת מהיצאה מהבדידות, הניכור והאיזולציה החברתית שבהם נמצאות המשפחות. כמו כן, יש חשיבות לדיון בבעיות שמתגלות כמשפחות לכולם, כמו סטיגמה, היפוך דורות בהורות, קשיי תקשורת ולהתמודדות מול משברים. במיוחד חשובה יכולת היישום של השיטה במסגרות ציבוריות, הכוללת חולים עם היסטוריה אשפוז ארוכה ומאפשרת השמה בעלות נמוכה יחסית. מול הישגים אלה, התוצאות מראות כי הפרוגנוזה הכי רעה שייכת למשפחות עם Affective Style גבוה לפני טיפול ובמיוחד לאלו שלאחר טיפול משפחתי של שלושה חודשים ותשעה חודשים, עדיין נותר גבוה. ערך גבוה זה מנבא קשיים ביכולת השיקום החברתי והתפקודי.

יחד עם זאת, יש כמה סוגיות שעדיין מעלות צורך להמשיך וללכת במחקרים השוואתיים ביקורתיים נוספים. חשוב למקד את המחקר במדדים אשר יכולים להיות משמעותיים בשיפור תוצאות הטיפול המוצע. לדוגמה, משך הטיפול הנדרש, האופניות השונות המוצעות, תכיפות הטיפול, מסגרת הטיפול – בקבוצה או בטיפול אישי, וכן המרכיב הטיפולי מבין השלבים השונים שתוארו, היעיל יותר.

פרופ' אבנר אליצור, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב;

לשעבר מנהל המרכז לבריאות הנפש, אברבנאל, בת ים

..... {רשימה ביבליוגרפית}

1. Lidz T. Fleck S., and Cornelison A. R. Schizophrenia and the Family Manchester, CT, U.S.A.)1965
2. Miller RB, Anderson S, Keala DK Is Bowen theory valid? A review of basic research J Marital Fam Ther. 2004 Oct;30(4): 453-66.
3. Watzlawick P. Weakland J. Fisch R. Change Principles of problem Formation and Problem Resolution Norton W.W. and Company INC. 1974
4. Wynne L Epigenetic of relational systems Family Process 23:297-318:1984
5. John Bowlby and Attachment Theory Jeremy Holmes; Routledge, 1993..
6. Doane . Hill Diamond A developmental view of therapeutic bonding in the family- Treatment of the disconnected family Fam. Proc. 30:155-175 1991
7. Olson D.H. Sprenkle D.H. Russell C.S. Olson circumflex model of family system. Family process 18, 1, 9-28 1979
8. Leff J. Family work for schizophrenia: practical application. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum. 102(407):78-82, 2000.
9. Doane Falloon I.R.H. Goldstein M.J. Parental affective style and the treatment of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 42: 34-42 1985
10. Anderson C. M., Hogarty G.E. and Reiss D.J. Family treatment of adult Schizophrenic patients: Psycho-educational approach Schizophrenia Bulletin 6:3:P 1980
11. Falloon I.R.H. Family Management of Schizophrenia Baltimore: Johns Hopkins University Press
12. Falloon I. Mueser K. Gingerich S. Rappaport S. McGill C. Hole V. Behavioral Family Therapy A Workbook Buckingham Mental Health Service Buckingham 1988
13. Goldstein M.J., Miklowitz D.J. The effectiveness of psycho-educational family therapy in the treatment of Schizophrenia Journal of Marital and Family Therapy 21 4, 361 - 376 1995
14. Zastowny T. R. Lehman A. F, Cole R. E. and Kane A. Family management of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment Psychiatric Quarterly 63, 2 159-186, 1992
15. McFarlane et. al.. Psycho-educational multiple family group therapy four year relapse outcome in Schizophrenia. Fam. Proc. 34: 127-144, 1995
16. McFarlane W.R. Dixon L. Lukens E. Lucksted A. Family psycho-education and schizophrenia: a review of the literature Journal of Marital & Family Therapy. 29(2):223-45, 2003 Apr.
17. Huxley N.A. Rendall M. Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. Journal of Nervous & Mental Disease. 188(4):187-201, 2000 Apr.

טיפול יום פסיכיאטרי פעיל כחלופה לאשפוז מלא

למרות יתרונותיו הבולטים של טיפול היום ועלותו הנמוכה יותר בהשוואה לאשפוז מלא, משרד הבריאות אינו מעודד באופן נמרץ שיטת טיפול זו. קצב הגדילה של היקף השירות הניתן על ידי מחלקות היום לעומת קצב הסגירה של מחלקות האשפוז הרגילות אינו תואם, כך שבפועל, אין הכרה ממשית בידע שהצטבר על חיוניותו של שירות זה. על מחלקת היום כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי מלא, יתרונותיה וחסרונותיה

טלי וישנה, איילה שוכוביצקי, שגית משגב, ורד רייטר, פרופ' נתנאל לאור

במינימום (least restricted environment) כחלופה קודמת למחלקות אשפוז פתוחות.

האשפוז הפסיכיאטרי

אשפוז הוא אופציה אחת מני רבות לטיפול בתחלואה נפשית. ככל הטיפולים במחלות נפש, גם האשפוז עבר שינויים מרחיקי לכת ב-30 השנים האחרונות. בעוד שבעבר היה הטיפול הנפשי במסגרת בית החולים דרך להגן על החולה מפני פגיעה עצמית ולבודד אותו מלחצי החברה, הרי שכיום מוצע למאושפז הפסיכיאטרי מגוון רחב של אפשרויות טיפול, והחידושים בתחום הטיפול התרופתי שינו את מהות האשפוז מאשפוז כרוני ממושך-אחזקתי לאשפוז קצר יותר שמטרתו טיפולית-מיידית.

גם כיום עומדות בפני חולי הנפש אפשרויות טיפול מגוונות, התלויות בצורך הרפואי: אפשרויות אלו כוללות אשפוז במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים; בתי חולים פסיכיאטריים; אשפוז חלקי או טיפול יום; דיור מוגן; מרכזים קהילתיים לטיפול בחולי נפש; פסיכיאטרים פרטיים; מטפלים אחרים; וקבוצות תמיכה. בכל המסגרות הטיפוליות האלו, המטרה היא לשקם במהירות האפשרית את החולה ולהחזיר אותו לחיים עצמאיים בקהילה, תוך המשך מתן טיפול מתאים במסגרת זו.

מגוון רחב של חולים פונה לאשפוז במסגרת המחלקות הפסיכיאטריות, כשרק מיעוטם זקוק לאשפוז בכפייה. רוב האשפוזים מתבצעים מרצון, אפילו כשהם באים על רקע של מצוקה קשה של החולה ושל משפחתו. גם מגוון המחלות הוא רחב וכולל למשל מחלות קשות וכרוניות כמו סכיזופרניה, או מחלות אקוטיות וחולפות כמו הפרעה הסתגלותית.

ההחלטה על אשפוז פסיכיאטרי תלויה קודם כל בחומרת המחלה ובשאלה האם טיפול בבית או במסגרת קהילתית אחרת יכולה לתת מענה טוב יותר למצבו של החולה. מעגל חברתי תומך ומשפחה תומכת יכולים להשפיע על ההחלטה לאשפוז. חולה שמלווה במשפחה או בחברה תומכת יכול לעתים להימנע מאשפוז ולהישאר במסגרת הקהילה.

למחלקה פעילה לטיפול יום (half-way in) מתקבלים על פי אותם קריטריונים לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית פתוחה בבית חולים, למעט מקרים קיצוניים. המחלקה מאפשרת טיפול אינטנסיבי במערך קהילה טיפולית וצוותים רב מקצועיים כמקובל גם במחלקות אשפוז פתוחות. כל זאת, ללא שבירת רצף סביבת חיי של המטופל, תוך שיתוף גורמי התמיכה שלו בקהילה.

מחקרים אמפיריים על פני שנים רבות ומטה-אנליזה של קבוצת Cochrane הדגימו כי טיפול יום פעיל הוא יעיל קלינית וכלכלית, מוביל לשביעות רצון גבוהה יותר ומקטין הצורך באשפוז בבית חולים (Creed et al., 1997; Marshall et al., 2003; Priebe et al., 2006). לא בכדי, קיימת מגמה בתוך מערכת בריאות הנפש בישראל לפתיחה של מחלקות טיפול יום, ואמנם מספר מחלקות כאלה נפתחו בשנים האחרונות (למשל, בבתי החולים גהה, שלוותה ובקמפוס נס ציונה של המרכז לבריאות הנפש באר יעקב-נס ציונה). כמו כן, בנתניה, תחת החסות של האגודה לבריאות הציבור. מעניין לציין בהקשר זה, כי מחלקות הממוקמות בתוך מסגרת בית החולים אינן עונות להגדרה של מחלקות טיפול יום, המוגדרות ככאלו בתנאי שהן ממוקמות בקהילה.

מחלקת היום הראשונה הוקמה בישראל במרכז לבריאות הנפש ביופ. מחלקה זו הוקמה בעקבות הלחץ הציבורי האמריקאי להעברת הטיפול בחולי הנפש לקהילה שהובילה לחקיקה בתקופתו של קנדי (Community Mental Health Act, 1963). מחלקת טיפול היום שבמרכז לבריאות הנפש ע"ש בריל (רמת חן) הוקמה בשנת 1969 והיתה אף היא בין המחלקות הראשונות מסוג זה בישראל.

למרות המגמה האמורה, במדינת ישראל קיים חוסר ניכר בעמדות טיפול יום בתחום בריאות הנפש. הדבר בולט אפילו יותר לאור העקרונות ליישום הרפורמה בבריאות הנפש המכוונים להפניית משאבים לפיתוח שירותים בקהילה, כאשר מחלקות טיפול היום הן הדוגמה המובהקת לטיפול קהילתי אינטנסיבי שיכול לתת מענה על הדרישה לספק למטופל סביבה מגבילה

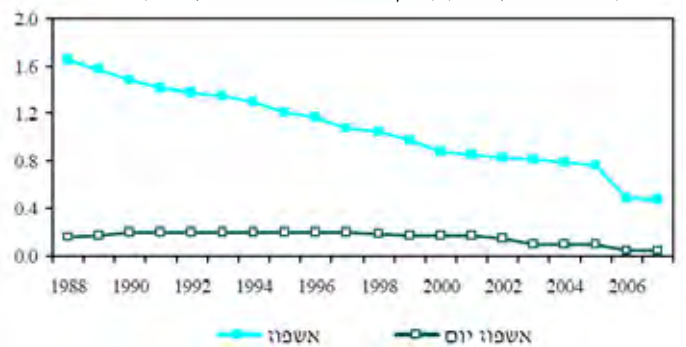
בתי החולים הפסיכיאטריים והיחידות לרפואת הנפש בבתי החולים הכלליים מספקים מכלול טיפולים, ביניהם פסיכותרפיה, טיפולים תרופתיים וכן שירותים חברתיים שונים. האשפוז משמש פעמים רבות דרך להתגבר על תקופת משבר כדי לאפשר לחולה לחזור לקהילה במצב טוב ויציב יותר. העובדים הסוציאליים במחלקה יעזרו פעמים רבות לחולה להשתלב בחברה שמחוץ למחלקה וישלבו אותו בתכניות שיקום שונות.

נתונים לגבי האשפוז פסיכיאטרי בישראל

קשה מאוד למצוא נתונים המפרדים בין האשפוז במחלקה סגורה לטיפול במחלקה פתוחה. בשנת 2007 פרסם משרד הבריאות את ממצאיו בנוגע למגמות אשפוזיות בישראל ובין היתר ציין את מגמות האשפוז במחלקות לבריאות הנפש באופן כללי.

על פי פרסום משרד הבריאות, בסוף שנת 2006 הוקצו לבריאות הנפש 4,240 מיטות, כשני שלישים מהן בבעלות ממשלתית. המגמות העיקריות שנמצאו היו ירידה בתקינת המיטות וירידה ניכרת במשך האשפוזים (מ-204 בשנת 1995 ועד 91 בשנת 2005). בסוף 2007 חלה ירידה נוספת במיטות שהוקצו לבריאות הנפש - 3,150 מיטות. לפיכך, משנת 2000 ועד שנת 2007 חלה ירידה של 39 אחוז במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי. מגמת משרד הבריאות בשנים האחרונות מאז שנות ה-90 היא צמצום מספר המיטות של בריאות הנפש והעברת שירותים שונים למסגרת הקהילה (דירוג מוגן, הוסטלים וכדומה) (להרחבה בנוגע למגמה זו, ראו אליצור, 1998) (תרשים מס' 1).

תרשים 1: צמצום המיטות בבריאות הנפש (אשפוז יום ואשפוז פעיל) במהלך השנים (מיטות ל-1,000 נפש) (מתוך פרסום משרד הבריאות, 2007)



מנתוני משרד הבריאות עולה כי לא רק מספר המיטות הצטמצם בשנים האחרונות אלא גם תפוסת המיטות, אחוז המאושפזים מכלל האוכלוסיה (0.82 ל-1,000 נפש בשנת 2000, לעומת 0.48 ל-1,000 נפש בשנת 2007) וכן משכבם של האשפוזים ירד באופן משמעותי ביותר. בשנת 2000 היה משך האשפוז הממוצע במחלקות פסיכיאטריות 232 יום ואילו בשנת 2007 היה משך האשפוז הממוצע 67 יום. מגמה זו עדיין ממשיכה.

הרפורמה במערכת בריאות הנפש והשפעתה על שירותי האשפוז

מערכת הבריאות פועלת כיום בתנאים של מציאות משתנה. העשורים האחרונים מתאפיינים במגמה של רפורמה במערכות הבריאות ברבות ממדינות העולם. המניעים לרפורמות הם בראש וראשונה פוליטיים וכלכליים, משברים וקשיים מתמשכים תוך חוץ מערכתיים. גם מערכת הבריאות במדינת ישראל התמודדה עם קשיים דומים ולכן נערכה גם בה רפורמה (שלא הושלמה במלואה) שמגמתה ופרטיה דומים לאלה שנערכו בעולם. בישראל התכנסה ועדת נתניהו בשנת 1988 במטרה לבדוק את תפקוד ויעילות מערכת הבריאות בישראל. דו"ח הוועדה הוגש בשנת

1990 והוא כלל שורה של המלצות לרפורמה בתחום הבריאות. בעקבות דו"ח זה נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994. המגמה הכללית של הרפורמות היא ריסון עלויות, ייעול השירותים והתאמת מבנה שירותי הבריאות לצורכיה של האוכלוסיה (בן נון, ברלוביץ ושני, 2005).

הרפורמה ביקשה לערוך מהפך מיוחד בתחום בריאות הנפש. במשך שנים, ועל רקע חשש והסטיגמה שאפפו את נושא חולי הנפש, המגמה היתה דווקא להרחיב את אופציית האשפוז ולהוסיף מיטות אשפוז, וזאת על מנת להוציא את חולה הנפש מהקהילה (מיסטר וויטצ'וס, 1988; אליצור, 1988). בשנת 1955 עבר בכנסת החוק לטיפול בחולי נפש, שביטא את תחילת השינוי במעמדו של חולה הנפש בישראל. חוק זה הופיע במקביל למגמה כלל עולמית לשילוב חולה הנפש בקהילה במקום נידוי והרחקתו ממנה (אבירם, 1988). תהליך נוסף שהתחולל באותן שנים הוא מציאה של תרופות יעילות לחולי נפש, מה שאפשר בפועל קיצור של אשפוזים ושחרור של חולים לקהילה (פרידמן, 2002; קפלן ועמיתיו, 2001). אלא שהתשתית בקהילה לא היתה מפותחת דיה ולא פעם חולי הנפש נאלצו להתמודד עם תנאים בקהילה שלא תאמו את צורכיהם (אבירם ועמיתיו, 1996). בשנות ה-70 נעשה ניסיון לפתור בעייתיות זו באמצעות בנייה של מערכת מרפאות קהילתיות על פי אזורים לחולי נפש (גינת, 1992).

ביוני 1988 הוקמה ועדת חקירה ממשלתית לבחינת שירותי בריאות הנפש בישראל. המסקנות פורסמו בשנת 1990. הוועדה תמכה בהוספת משאבים ייחודיים לתחום בריאות הנפש בקהילה ובשילוב של שירותי בריאות הנפש בתוך שירותי הרפואה הכלליים (הן מרפאות והן בתי חולים). תחום בריאות הנפש היה התחום היחיד שקיבל תוספת תקצוב בוועדה, למרות שהוועדה דנה בכל תחומי הרפואה. בשנת 1991 נחקק חוק טיפול בחולי הנפש שהשווה את זכויותיו של חולה הנפש לאלה של החולה הגופני. אלא שרוב מסקנותיה של הוועדה נותרו ללא יישום והתקצוב של תחום בריאות הנפש המשיך להיות ירוד ובלתי הולם (חבר ועמיתיו, 2005).

בשנת 1999 הוקמה על ידי משרד הבריאות ועדת היגוי ברשות פרופ' משה קוטלר, אשר תפקידה לבחון את המלצות ועדת נתניהו בהתייחס לשירותי בריאות הנפש. המלצות הוועדה היו (חבר ועמיתיו, 2005):

ארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש, תוך צמצום מערך האשפוז והרחבת שירותי הקהילה. מטרת שינוי זה היתה לצמצם את מספר מיטות האשפוז הפעילות ובמקומן להפעיל מערכת קהילתית רחבה שתכלול מרפאות רבות יותר, שירותים מסוג טיפול יום וכן הרחבת מערכות השיקום בקהילה במסגרות כמו מסגרות דיר ייחודיות ומסגרות עבודה ייחודיות.

חלוקה אזורית של הארץ. הכוונה היתה לחלק את המדינה למספר מחוזות בנוגע לבריאות הנפש. כבר היום פועל בכל מחוז פסיכיאטר מחוזי נפרד, האחראי על הפעילות במחוז. בנוסף, חולים יופנו לבתי חולים על פי אזור מגוריהם, בלי אפשרות לעבור מבית חולים אחד לאחר. גם שירותי הקהילה יהיו צמודים לשירותים אלה וינתנו על פי איזורי מגורים, זאת מתוך מטרה לשמור על הרצף הטיפולי של החולים.

קביעת אמות מידה קליניות להחלטה על אשפוזים ועל טיפולים בקהילה. מטרת שינוי זה היתה למנוע אשפוזים מיותרים וארוכים ולהעביר ככל האפשר את השירותים לקהילה, בהתאם להמלצה הראשונה של הרפורמה. אמות המידה הקליניות יאפשרו לרופאים לבצע החלטות ברורות בנוגע למי יישלח לאשפוז ומי ניתן להשאיר לטיפול בקהילה. אמות מידה אלו נחוצות הן בגלל הנטייה לאשפוזים כרוניים שהיתה נפוצה מאוד בעבר והן מפאת העובדה שלוקח זמן להחזיר לתודעה את קיומם של שירותים אחרים בקהילה אשר יכולים לבוא במקום אשפוז.

הכשרת כוח אדם לביצוע שינויים אלה. כיוון שישינה תנודה לכיוון של פעילות בקהילה, יש מקום להכשיר כוח אדם לפעילויות שיקומיות (חונכים, סומכים, מדריכים, עובדים סוציאליים בקהילה וכדומה) ולצמצם כוח אדם הדרוש לאשפוזים. כמו כן, בתוך מסגרות האשפוז שיהפכו להיות חריפות

וקשות יותר, יש צורך בכוח אדם מיומן להתמודד עם השינוי בתמהיל החולים המאושפזים.

העברת האחיות מהמדינה לקופות החולים. כידוע, כל שירותי הבריאות במדינה מסורים בידי קופות החולים, ומבחינה זו בריאות הנפש הופלתה לרעה כבת חורגת והשירותים ניתנו ישירות על ידי המדינה. אחת ממטרות הרפורמה היתה לתקן את האנומליה הזו ולתת למערכת בריאות הנפש מקום מקביל כמו ליתר השירותים הרפואיים, הניתנים על ידי קופות החולים. המלצות הוועדה התקבלו פה אחד והוגשו למנכ"ל משרד הבריאות דאז, בועז לב (חבר ועמיתיו, 2005). כמובן, יש להדגיש, צמצום מיטות האשפוז חייב להיות מלווה בשיפור השירותים בקהילה. אחרת, כל הטיה של מרכז הטיפול לקהילה תרע את מצבם של חולי הנפש, כפי שנמצא בעבודות ממקומות שונים (Scott, 1993).

רפורמה, בישראל בכלל ובמערכת הבריאות בפרט, היא קשה ליישום עקב כוח רב שנצבר בידי ועדי העובדים. צמצום מערך אשפוזי ופתיחת מערכי טיפול מקבילים בקהילה סביב שיזכו להתנגדות רבה מצד עובדי בתי החולים, כפי שאכן קרה בפועל. זאת ועוד, בניגוד לתחומי רפואה אחרים שבהם יש בקרה של קופות החולים על אורכי האשפוז והצדקתם, כיוון שהקופות הן המממנות של טיפולים אלה, הרי היותו של תחום בריאות הנפש "ילד חורג" של מערכת הבריאות, הנמצא ישירות תחת פיקוחו של משרד הבריאות, הוריד במשך תקופה ארוכה את המוטיבציה של בתי החולים להתייעל ולקצר את משכי האשפוז. התשלום הגיע ישירות מהמדינה, ובקרי קופות החולים לא לחצו לכיוון של הוזלת הטיפול.

כצפוי, לשינויים שיושמו במערכת בריאות הנפש היו השלכות אפילו ברמה המיידית. העקרונות שהנחו את השינוי היו מתן דגש על שביעות רצון הלקוח, שיתופו בהקצאת המשאבים ובכלל הרחבת הנגישות לשירותי הבריאות. יצירת סביבה ארגונית הממקסמת הזדמנויות לעובדים, מתחשבת בצורכיהם ומקדמת למצוינות. שינוי מערכים ארגוניים בעלי דגשים בירוקרטיים על מנת שיהפכו לסביבה המקדמת התמקצעות. שינויים אלה יושמו ללא הסבת משאבים ושינויים מערכתיים משמעותיים, ללא הכנסת אמצעי יעול ניהולי וללא בקרה.

התוצאות לא איחרו לבוא: ארגונים שקיומם הובטח תמיד בשל היותם חלק מהמדינה או מקופת החולים נדרשו להפעיל אסטרטגיות הישרדות, הכוללות פיקוח על עלויות משאבי האנוש ועלייה בתפוסה. הורחב מאוד השימוש בטכנולוגיות מחשוב מתקדמות, וידועים הקשיים הכרוכים בהסתגלות לעבודה בעיקר מול מערכות מחשוב. הורחבו השירותים האמבולטוריים והשיקומיים והעומס הנוסף הוטל גם על כוח האדם הסייעני שצומצם ממילא. הורחבה המסגרת הטיפולית בבית הלקוח, היינו כוח האדם המקצועי נדרש להשיג תוצאות טובות לא פחות מבעבר בזמן קצר יותר. כל המערכת נדרשת לקיצור זמני התגובה, מה שמגביר את לחץ העבודה. הוספת בקרה למשך האשפוז בשנת 1998 היוותה גורם מניע לקיצור אשפוזים ולשינוי טכניקות הטיפול בארץ, בדומה למה שקרה בארצות הברית בשנת 1989, אז החלה בקרה על אורכי האשפוז שם.

מחלקת אשפוז יום מול מחלקת טיפול יום

בניגוד למחלקה הפתוחה, אשר מטבעה, ככל מחלקת אשפוז אחרת, מנתקת את החולה מסביבתו הרגילה ומעבירה אותו לסביבה רפואית, מחלקת טיפול יום מאפשרת את הותרת החולה במסגרת הקהילה. לחולה הנתון בסביבתו הטבעית יש סיכוי גבוה לשמר ולעודד את התפקודים המבריאיים ובכך למנוע נסיגה שאשפוז עלול ליצור. השתלבות החולה בקהילה טיפולית מאפשרת תהליכים נוספים של רה-סוציאליזציה ומונעת את הבידוד. המחלקה הופכת להיות חברה בוער אנפין המשכית לסביבה הטבעית של המטופל ולא מנותקת ממנו.

עד פרסום נוהל משרד הבריאות בשנת 2007, הוגדרו מחלקות היום

בישראל כמחלקות אשפוז יום. מחלקות אלו בהגדרתן היום הן מחלקות half-way out ומטרתן ללוות את החולה בדרכו מהאשפוז לחיי קהילה. מדובר במחלקות ברמת פעילות רפואית נמוכה יחסית. מיטות יום כאלו התקיימו בעבר, וכך גם היום, בסמוך למחלקות אשפוז בבתי החולים. גם כיום מוקצות חלק ממיטות האשפוז (כשישית ממיטות האשפוז) לצורכי שיקום ושילוב בקהילה. המטופלים שלהם מוקצות מיטות אשפוז אלו ימשיכו להגיע למחלקה במסגרת של אשפוז יום או בהסדר הגעה חלקי אחר למשך תקופה נוספת מעבר לתקופת האשפוז המלא, עד לשילובם הסופי בקהילה. לעומת זאת, מחלקות טיפול יום הן מחלקות half-way in. מחלקות אלו הן פעילות, כלומר פועלות באינטנסיביות גבוהה, ומטרתן לתת מענה לחולים שהיו עלולים להגיע לאשפוז, אך ניתן עדיין לטפל בהם באופן מידי ויעיל במסגרת הקהילה (דאו גם Shek et al., 2009). לשני סוגי המחלקות הקצה משרד הבריאות משך שהות ממוצע של 60 יום, אך חשוב לציין כי משך שהות זהה זה אינו מבטא את הפונקציות השונות של כל אחת מהמחלקות.

בנוהל מחלקת טיפול יום בקהילה (2007) מוגדרת מטרת מסגרת טיפול היום כך: "להביא לאיוון נפשי ותפקודי של המטופלים, למניעת אשפוז מלא (half way in) ולאפשר המשך חיים בקהילה והשתתפות בתכניות טיפול ושיקום. מחלקת טיפול יום בקהילה פועלת כסביבה טיפולית (Therapeutic Milieu) ומיועדת להציע טיפול אנטגרטיבי תוך מיוזג ותרונותיהם של סוגי טיפול שונים בבריאות הנפש במודל ביו-פסיכו-חברתי. תכנית הטיפול מאורגנת סביב מערך רפואי הכולל סיעוד וצוות רב מקצועי שבמרכזו שגרת מחלקה רפואית פעילה בבריאות הנפש. המיוחד למחלקת טיפול יום בקהילה הוא הקשר ההדוק עם גורמי טיפול בקהילה (רפואה ראשונית, שיקום ורווחה) המאפשר הפניות ישירות, דחופות ואלקטיביות והבטחת רצף הטיפול. אין ספק כי מדובר ברמת פעילות גבוהה, שבאה כחלופה לאשפוז. למרות זאת, בניגוד לאשפוזים במחלקות הפתוחות, הוקצו המשאבים למחלקת טיפול היום בצמצום רב, ללא התחשבות באינטנסיביות הטיפול ותוך הקצאה של מעט מדי ימי אשפוז (אותו מספר ימי אשפוז כמו של מחלקות אשפוז יום), שאינם מביאים בחשבון כי הטיפול במחלקה צריך לתת מענה גם לפונקציה של טיפול יום (half way in) וגם בהמשך לפונקציה של אשפוז יום (half way out), דהיינו חזרה הדרגתית לקהילה, פונקציה שאותה ממלא אשפוז היום כמחלקה משלימה לאשפוז המלא, לפחות עבור חלק מהחולים.

הקהילה הטיפולית שעזמה נפגש המטופל במסגרת טיפול יום מורכבת מחולים ומצוות רב מקצועי, המנסה ביחד ליצור אוירה מאורגנת יותר ופתוחה, המשמשת לעיצוב התנהגות. אמנם נשמרת ההיררכיה - אנשי הצוות לעומת המטופלים - אך יחד עם זאת יש עידוד להשתתפות אקטיבית של המטופלים בהחלטות שונות. לדוגמה, מטופלים משתתפים בהחלטות כמו סדר הקבוצות, פעילויות מיוחדות וכדומה. הקהילה הטיפולית מציעה לחולים פסיכותרפיה, דכאוניים, חדרתיים ואחרים הכלה וקבלה של החריות ההתנהגותיות שלהם. היחסים בין החולה לקהילה מאפשרים לחולה מצד אחד להיות אקטיבי ולגלות מנהיגות, ומאידך, לגלות סובלנות לעצמי ולאחר בעת חולשה, באופן טבעי ומבלי להיהרס על ידי סביבה עוינת ובלתי מכילה. הקהילה משמשת כאמור לעיצוב התנהגות ומאפשרת למטופלים להחליף התנהגויות לא הסתגלותיות בהתנהגויות הסתגלותיות יותר.

הנוהל מגדיר את מיקום מסגרת טיפול היום כמסגרת שהיא מחוץ למתחם בית החולים הפסיכיאטרי, דהיינו מסגרת עצמאית העומדת בזכות עצמה, הנתמכת בחדר מיון (של המרכז לבריאות הנפש) ובמעבדות (בקהילה). נוהל משרד הבריאות אף מגדיר את הצוות המטפל במסגרת טיפול היום. הצוות, על פי הגדרות משרד הבריאות, כולל שני פסיכיאטרים מומחים (אחד בתפקיד מנהל), שתי משרות סיעוד וכן כוח אדם בתחום הריפוי בעיסוק, העבודה הסוציאלית, הפסיכולוגיה ומקצועות פרא-רפואיים נוספים.

קריטריונים לקבלה למחלקת טיפול יום

לא כל מטופל מתאים למסגרת האשפוזית של מחלקת טיפול יום. בהערכה גסה, כ-40 אחוז מהחולים הפסיכיאטרים החריפים המופנים לאשפוז מתאימים למסגרת אשפוזית זו (Creed et al., 1990).

כדי לאתר את החולים המתאימים לאשפוז במסגרת טיפול יום, הוצעו מספר קריטריונים לקבלה למסגרת זו:

באופן עקרוני, מציעה מחלקת טיפול היום מענה לכל מצוקה נפשית חריפה המחייבת אבחון, הערכה וטיפול.

הערכת מסוכנות - שלילת מסוכנות מיידית - אובדנות ואלימות. הערכת המסוכנות היא קריטית במיוחד במסגרת טיפול יום, משום שהמטופל נותר ללא השגחה במהלך שעות אחר הצהריים. המטופלים במסגרת טיפול היום מוכרחים להעריך את המסוכנות בכל יום מחדש ולבדוק האם המטופל מתאים עדיין למסגרת פתוחה זו. מסוכנות החולה ניתנת לטיפול במחלקה גם במסגרת קבוצות ייחודיות. בדיקות חוזרות ונשנות אלו והאחריות הכבדה המוטלת על המטפל עלולות לגרום לשחיקה. חשוב לציין כי למטופלים במסגרת טיפול יום פתוחה הדרך לפנות לטיפול במסגרת חדר המיון כדי לתת להם מענה סביב השעון.

קיום של מערכת תמיכה - במצב האידיאלי, המשפחה מעורבת בכל ההליכים, מקבלת המטופל למחלקת טיפול היום ועד לשחרורו. בפועל, לרבים מהחולים אין משפחות תומכות. לא פעם נתקלים במטופלים שהוריהם גרושים, שהיחסים במשפחה נותקו, או שהחולים מנותקים רגשית או גיאוגרפית מבני משפחתם. העדר גורם תומך מקשה מאוד על הטיפול ועדיין אי אפשר להזניח ולא לטפל במטופלים המצויים בסיטואציות משפחתיות-חברתיות האלו.

שלילת שימוש בחומרים ממכרים כמו אלכוהול או סמים, אלא אם כן מתקיימת גמילה במקביל במרכז גמילה או בתכנית ייחודית במחלקת היום. קיימת אוכלוסייה גדולה אשר משתמשת בסוגים מגוונים של הקנבינואידים באופנים השונים או בתרופות מסוג בנווריאזופינים, שלא לפי המלצת הרופאים, הנוקטת לתכנית האחרונות.

גורם סוציאקונומי - המטופלים במסגרת טיפול היום צריכים להיות בעלי מקום מגורים קבוע ולהיות מסוגלים לממן לעצמם תזונה ונסיעות. כאשר החולה אינו יכול לאפשר לעצמו תנאים אלה, ניתן לפנות לגורמים שונים בקהילה (כמו מחלקות הרווחה) על מנת לעזור למטופל באמצעים כלכליים שיאפשרו לו לקבל את הטיפול.

למרות כללים אלה, נראה שלעיתים קרובות המטופלים במחלקות טיפול היום חורגות מהקריטריונים הבסיסיים וניתן לטפל במסגרת טיפול היום במגוון רחב של מטופלים, חלקם מטופלים קשים ואובדניים. כך למשל, בעבודה שבוצעה על ידי Mazza ועמיתיו (2006) נמצא כי מסגרת של טיפול יום יכולה לספק טיפול מיטבי גם עבור חולים אובדניים. במחקר השתתפו 70 מטופלים שהופנו לטיפול במסגרת טיפול יום עקב ניסיון אובדני לבית חולים ברומא. שמונה מהם פרשו מהמחקר (11.4 אחוז), בעוד שרובם (88.5 אחוז) השלימו את המחקר. 24 אחוז אמנם גילו מחשבות אובדן לאחר שנה, אך אף אחד מן המטופלים לא ביצע ניסיון אובדני אפילו שנה לאחר השלמת הניסיון.

במקומות שונים בעולם אף הוצעו מחלקות טיפול יום ייחודיות לתת אוכלוסיות, כמו מכורים לסמים, קשישים הסובלים מאלצהיימר ועוד. בעבודתם של Howard ועמיתיו (2006) הוצגה למשל מחלקת טיפול יום המתמחה בטיפול בנשים במהלך הריון ולאחר לידה, ביחידה משותפת לאם ולתינוק. החוקרים מתארים את נסיונם הקליני ביחידה ייחודית זו ומציגים תוצאות טובות, יעילות ועדיפות כלכלית.

מודל למחלקת טיפול יום

העיקרון הבסיסי שהנחה את מקימי מחלקת טיפול היום במרכז הקהילתי

בריל ברמת חן, בראשותו של פרופ' יהודה פריד ז"ל ובהנהלת פרופ' פרנץ בריל ז"ל, היה הומניזציה של הטיפול בחולה והוצאתו מבתי החולים, שבהם נעשה שימוש בשיטות מגבילות ולעיתים אף כאלו שנתפשו כאלימות.

המחלקה האמורה מבוססת על 30 עמדות יום ומאוישת על פי תקני משרד הבריאות. כרבות ממחלקות היום, בנויה גם המחלקה ברמת חן, מאז סוף שנות ה-80 של המאה הקודמת, במודל של מכוונות בעיה (problem oriented). מודל זה מכיל צרכים ובעיות, מטלות לטווח קצר וארוך, שיטות כיצד להגיע למטרה, אחראי ביצוע וזמן משוער להשגה. באופן זה נכתבת תכנית הטיפול של המטופל. לתכנית הטיפול שלושה שלבים: השלב הראשון כולל תמיד תכנית הערכה ובה אנמנזה, הטראומנזה, הערכה משפחתית ובדיקות עזר כמו טסטים והתייעצויות. לעיתים נדרשת בניית תכנית טיפול ראשונית, המתמקדת במטופל המצב משבר וייצוב ראשוני. השלב השני הוא הרחבת תכנית הטיפול, מתוך ההבנה האבחנתית ותוך חלוקת מטרות לטווח זמן קצר וארוך. בשלב השלישי והאחרון נקבעת תכנית שחרור, המכילה המלצות והפניות להמשך טיפול ושיקום. לתכנית התייחסות רחבת אופקים והיא כוללת התייחסות לאורחות חיים, הרגלי בריאות, פנאי, תרבות, יחסים בין-אישיים וכדומה. כפי שיוגש להלן, לאורך כל האינטראקציה עם המטופל, קיים ידוע מלא של המטופל בנוגע לטיפול שניתן לו, תרופות ואחר, ושיתופו בטיפול, תוך יצירת ברית טיפולית המבוססת על שקיפות המידע.

כיוון שהטיפול במחלקה הוא קצר ומוגבל בזמן, על הטיפולים במחלקה להתאים עצמם למשך זמן זה. כך גם על הפסיכותרפיה הניתנת במחלקה להיות מותאמת וממוקדת למסגרת הזמן המוגבלת של האשפוז. במחלקה ניתנים פסיכותרפיה פרטנית, קבוצתית ומשפחתית. בחירת הסוג או הסוגים של הפסיכותרפיה היא בהתאם לצורכי המטופל. הפסיכותרפיה הפרטנית בוחרת מוקדים וסוגיות מרכזיות להתערבות ועושה שימוש בעקרונות של התערבות בזמן משבר באוריינטציות שונות, דינמיות, קוגניטיבית-התנהגותית, פסיכופיזיולוגית ועוד.

מחלקת טיפול יום מתבססת במידה רבה על קבוצות טיפוליות. עצם ההשייה המשותפת של האנשים וההשתתפות באותן הקבוצות לאורכו של כל היום, כל השבוע, יוצרת תהליכים קבוצתיים, שהם מעבר לתהליך, ככל קבוצה ספציפית, דבר המאפשר את יישום הרעיון של עבודה בתוך קהילה טיפולית.

חלוקת הקבוצות המקובלת היא החלוקה המתייחסת לשני מרכיבים בסיסיים: תוכן ותהליך. על פי חלוקה זו יש סיווג לשלושה סוגים של קבוצות:

קבוצות משימה - Task Oriented - בהן מובאים ידע ומיומנויות מבחוץ אל הקבוצה על ידי המנחה. התהליך הוא משני ואין קשר מחייב בין מפגש למפגש.

קבוצות צמיחה אישית - Personal Growth - בהן תוכן העבודה הקבוצתי הוא התהליך בפני עצמו. הנושאים שמעלים חברי הקבוצה והאינטראקציות ביניהם מהווים את נושא העבודה בקבוצה, ללא הבאת תכנים מבחוץ על ידי המנחה. משתנה התהליך הוא הדומיננטי ומשתנה התוכן המובא מבחוץ הוא המשני. הקבוצה עוסקת בתהליכים בין אישיים ובהרחבת המודעות העצמית והתוך אישית.

קבוצות פסיכו חינוכיות, בהן משתנה התהליך והתוכן שווים בעוצמתם. קבוצות אלו עוסקות הן בתוכן מסוים שהמנחה מציגו והן בתהליך המתרחש בין חברי הקבוצה עצמם ובינם למנחה. לדוגמה, קידום בריאות, תרופות, קבוצות מיומנויות חברתיות. בקבוצות אלו התוכן שמובא על ידי המנחים מעלה תגובות המעוררות את האינטראקציה בין המשתתפים וכך ישנו עיסוק הן בתהליך והן בתוכן במקביל.

עוד לפני שהתפתח רעיון סל השיקום, המחלקה תמכה ברצף פעילות בין המחלה לבין השיקום, ולמעשה המחלקה פעלה בתחילה במקביל ליחידה שיקומית, שהיוותה את קו התפר בין האשפוז לבין השחרור לקהילה. העבודה

שבמסגרת הקהילתית מתאפשרת גם על ידי הקשר ההדוק עם המשפחה, המהווה גורם מכיל, מיידע ומגן. המשפחה ממשיכה לשאת בנטל הטיפול במצבים אקוטיים והיא חשופה למצבים רגשיים קיצוניים ולהתנהגויות חריגות. המחיר הוא מתח, עייפות ותסכול. במקרים רבים מהווה המשפחה את המשך הזרוע הטיפולית של המחלקה. תפקיד המחלקה כלפי המשפחה היא בעדכון, העברה והדרכה, כמובן בכפוף להסכמה ושיתוף פעולה של המטופל. עם זאת, בפועל, המשפחה יכולה להיות הן גורם תמיכה והן מוקד להתרפת הקונפליקטים. יש משפחות אשר מתקשות לקבל את הצורך בטיפול במטופל ואפילו מחבלות בטיפול ומשמרות בכך את הפתולוגיה. משפחות אלו זקוקות להתערבות טיפולית. ההערכה והטיפול המשפחתי נעשות על עקרונות החשיבה המערכתית בחשיבה זו, הסימפטום הוא בעל משמעות בהקשר המשפחתי והוא מחוץ על ידה ומתחזק אותה. המשפחה מתפקדת לשמירה ההומאוסטזיס שלה, שאותו צריך לשמור בכל מחיר. בחלק ממחקרים בהם נבדקה תועלת ועלות במערכות אשפוז וטיפול פסיכיאטרי, נמצאה יעילות לטיפול משפחתי ממוקד בפתרון בעיות, או לטיפול התנהגותי משפחתי. בנוסף, המשפחה משמשת לחקירה באשר למצבו של הפרט והתערבות מכוונת המתמקדת בפתרון בעיות מוגדרות כפי שנקבע בתכנית הטיפול.

מסירת מידע למטופל אודות מחלתו, סיבות להחרפה, מהלך, דרכי טיפול, תופעות לוואי, גורמי סיכון וגורמי חוסן הופכים את המטופל לשותף פעיל ואחראי לגורלו. הגישה הפסיכו-חינוכית משנה את התפישה שהחולה הוא אדם פסיכי והידיע נמצא באופן בלעדי אצל המטפלים. התכנית מכילה תכנים כגון הכרת המחלה, הכרת הסימפטומים, התמודדות עם מצבי חרדה ודכאון, מיומנויות חברתיות, פתרון בעיות, פעילות שעות פנאי, כמו גם בעיות רפואיות כלליות כגון דיאטה, עישון, סוכרת, לחץ דם, סוגיות קשורות לחיי מין ועוד. גישה זו מחזקת את התובנה להפרעה, מחזקת את ההיענות ועוזרת במניעה החרפות חוזרות של הסימפטומים.

כאמור, התפתחותה של הפסיכו-פרמקולוגיה שינתה את הפסיכיאטריה מקצה לקצה. במסגרת הפתוחה, יש חשיבות גדולה עוד יותר להיענות של המטופל לטיפול התרופתי ולהתמדתו בטיפול. נדרשת השקעה רבה ושיתוף פעולה עם רופא המשפחה, אשר מיועד על קבלת החולה למחלקה. רופא המשפחה חיוני גם בהשלמת הבידור האורגני והוא גם מקבל אינפורמציה על שחרור החולה מהמחלקה. במסגרת המחלקה נערך מעקב אחרי תופעות הלוואי ומבוצעות בדיקות עזר שונות כמו אק"ג ובדיקות דם.

המבנה הייחודי של המחלקה המתקיימת בתוך המסגרת הקהילתית, אך תוך אינטראקציה עם בתי החולים בסביבה, מאפשר מתן טיפולים רחבים מאוד לחולים, מטיפולים במסגרות שיקומיות וקהילתיות ועד טיפולים רפואיים הדורשים ציוד רפואי והשגחה אינטנסיבית יותר כמו טיפולים בנוזעי חשמל. ואכן, חלק מהטופלים השוהים במחלקת טיפול היום יכול לקבל במקביל טיפול בנוזעי חשמל בבית החולים או כל טיפול גרייה מוחית אחר ובמקביל, ליהנות מהשירותים הניתנים במחלקה.

מאידך, הטיפול במסגרת הקהילתית מאפשר למטופלים שמירה על קשר עם הקהילה. דוגמה מאלפת לכך היא המקרה של ל', אישה בשנות ה-40, חד הורית ואם לארבעה ילדים, הסובלת מהפרעת אישיות קשה עם גלישות פסיכוטיות תכופות, שהגיעה לחדר המיון של המרכז כשהיא מאיימת ואובדנית, סביב משבר עם הרשויות. כיוון שהחולה היתה במצב דחק קיצוני ולאור המסוכנות הרבה לכאורה, קל היה לבחור בפתרון הקל של בקשה להוראת אשפוז בכפייה. אלא שהמחיר של בחירה כזו היה עלול להיות גבוה – המטופלת היתה מתנתקת מילדיה, שהיו נאלצים להתפזר במוסדות של הרווחה; היא גם היתה מאבדת את האמון המועט שהיה לה במערכת ומוצאת את עצמה נמנעת מלקבל את שירותי בריאות הנפש שלהם היא כל כך זקוקה. הרופא בחדר המיון גייס לעזרתו את צוות טיפול היום, אשר דאג לקבלת המטופלת למחלקה בהליך מזורז. במהלך שהותה במחלקה המטופלת

קיבלה טיפול אינטנסיבי שכלל, בין היתר, ביקורי בית, התייעצויות תכופות עם נציגי מינהל הרווחה העירוניים, ויחד עם זאת טיפול פסיכולוגי ותרופתי למטופלת עצמה. לאחר מספר שבועות חזרה המטופלת לביתה, זאת מבלי שניתק הקשר עם הילדים ומבלי שאלה חוו טראומה נוספת. גישה זו גם אפשרה למטופלת להמשיך ולקבל שירותים במסגרת בריאות הנפש.

במקרה אחר, ד', בשנות ה-50 לחייו, שהה במחלקה במצב דכאוני עם תכנים אובדניים. לאחר שהות קצרה במחלקה, שבה קיבל פסיכותרפיה קצרת מועד אינטנסיבית, טיפול קבוצתי וטיפול תרופתי, היה רושם שהוא זקוק לסיוע נוסף. מתוך המחלקה הוא יצא פעמיים בשבוע לטיפול ECT וביתר הימים קיבל את שירותי המחלקה. בדרך זו ד' נותר בקהילה וחסך מעצמו את הצורך להתנתק מגורמי התמיכה שלו וכן נהנה מהטיפול האינטנסיבי שניתן במחלקה.

חשוב לציין כי המחלקה המדוברת היא מחלקה בעלת סינוף אקדמי (תקנות משרד הבריאות מאפשרות למחלקות יום פעילות שני תקני מתמחים לצורך כינון תכנית ההתמחות). המחלקה מוכרת להתמחות ולהכשרת סטודנטים ומאפשרת הטמעת מחקר במסגרתה. למרות שמוקד הפעילות הפסיכיאטרית עובר כיום לקהילה, הרי שרוב מקומות ההכשרה לרופאים צעירים נמצאים בבתי החולים, שם הם נחשפים בדרך כלל לפסיכופתולוגיות קשות וקיצוניות, אך הרבה פחות לאותן הפרעות שכיחות שאינן גורמות בדרך כלל לאשפוז. מבחינה זו, מחלקת טיפול היום ברמת חן היא הדגמה חיה לכך שניתן ליצור מחלקה בעלת אוריינטציה אקדמית ומחקרית, יחד עם מתן טיפול פעיל לטווח מטופלים רחב ביותר בקהילה.

יעילות הטיפול במסגרת טיפול יום

מספר עבודות בדקו בעבר את היעילות הקלינית של מחלקות היום לעומת האשפוז הקונבנציונלי (נציין כי בסקירה שלהלן יתורגם המושג Day Hospital למחלקת טיפול יום או מחלקת יום). Priebe ועמיתיו (2006) בחנו את היעילות של טיפול נפשי במסגרת יומית במצבים אקוטיים. החוקרים ערכו מחקר אקראי מבוקר, שכלל 206 חולים שפנו לאשפוז והסכימו להשתתף במחקר. החולים הופנו לטיפול במחלקת יום או למחלקה פתוחה רגילה. החוקרים בחנו את הפסיכופתולוגיה, שביעת הרצון מהטיפול ואיכות החיים הסובייקטיבית בשחרור, שלושה חודשים ו-12 חודשים לאחר השחרור. תוצאות המחקר הראו כי החולים ששהו במסגרת יום הראו שינויים משמעותיים יותר בפסיכופתולוגיה שלהם בעת השחרור, אך פערים אלה הצטמצמו עם המעקב. החוקרים גם דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול בשחרור ולאחר שלושה חודשים בקבוצת מטופלי מחלקת היום. לא היו הבדלים משמעותיים באיכות החיים הסובייקטיבית או בהפניות מחדש לאשפוז במהלך המעקב בין שתי הקבוצות.

Kallert et al (2007) ערכו מחקר רב-מרכזי אקראי מבוקר כדי לבחון את היעילות של טיפול יום במדגם גדול ובטווח רחב של הפרעות פסיכיאטריות. המחקר בוצע החל מדצמבר 2000 ועד ספטמבר 2003 בחמש ארצות אירופאיות וכלל מדגם של 1,117 חולים שפנו מרצונם לאשפוז. מיד לפני הקבלה לאשפוז או זמן קצר אחריה, החולים חולקו באקראי לטיפול במסגרת אשפוז יום או במחלקה פתוחה רגילה. החוקרים בדקו את הפסיכופתולוגיה, את שביעות הרצון מהטיפול, איכות החיים הסובייקטיבית והלקות החברתית בקבלה ובשחרור, וכן שלושה חודשים ו-12 חודשים לאחר השחרור. התוצאות של המחקר הצביעו על כך שמחלקת היום היתה יעילה באותה מידה כמו המחלקה הפתוחה הקונבנציונלית ביחס לסימפטומים פסיכופתולוגיים, שביעות הרצון מהטיפול ואיכות החיים. מחלקת היום היתה יעילה יותר בכל הנוגע לתפקוד חברתי בשחרור ושלושה חודשים ו-12 חודשים לאחר השחרור. תוצאות המחקר מצביעות על כך שמחלקת טיפול יום יעילה יותר מהמחלקה הפתוחה הסטנדרטית בכל הנוגע לתפקוד חברתי, בעוד שהיא אינה נופלת ממחלקה זו בכל המדדים האחרים של הטיפול.

המלא בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים, ומחלקות היום היו אמורות לכסות על הפערים שנוצרו.

מחלקת טיפול יום פעילה כבר הוצעה בעבר על ידי חוקרים שונים כאלטרנטיבה טובה יותר למטופל וזולה יותר לנותן השירות עבור חולים פסיכיאטרים חריפים (ראו למשל, Creed et al., 1997; Marshall et al., 2001; Marshall et al., 2003; Priebe et al., 2006). למרות שמחלקות אלו תוארו בתחילה עבור מגוון מצומצם יחסית של חולים, ברור היום כי המחלקות הללו יכולות לתת מענה למגוון רחב יותר של חולים ולהתאים עצמן לצרכים שונים ומגוונים. חשוב לזכור כי החלופה של מחלקת טיפול יום מהווה מציגו גם מענה אתי הוגן יותר, שכן אין סיבה לנתק את החולה מסביבתו ולאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, על כל המשמעותיות החברתיות הנגזרות מכך, בעוד שקיימת חלופה טובה בקהילה, ללא ניתוק ועם צמצום רמת התיגו החברתי.

ועם זאת, למרות יתרונותיו הבולטים של טיפול היום ועלותו הנמוכה יותר בהשוואה לאשפוז מלא, משרד הבריאות עדיין אינו מעודד באופן נמרץ שיטות טיפול זו כפי שהדבר בא לידי ביטוי בהקצאת משאבים (תקצוב ומיטות). קצב הגדילה של היקף השירות הניתן על ידי מחלקות היום לעומת קצב הסגירה של מחלקות האשפוז הרגילות אינו תואם, כך שבפועל, מבחינת נקודת המבט של בריאות הציבור, אין הכרה ממשית בידע שהצטבר בעולם ובארץ בחיוניותו של שירות זה. ההתראה על אפשרות מצב עניינים כגון זה ניתנה כבר בישיבתה הראשונה של ועדת הרפורמה, מתוך תת ועדת החזון. הפער בין אפשרות יישום החזון למציאות העגומה המוכרת ככולנו העוסקים במלאכה יכול עדיין, בשלב מאוחר זה של הדיון והטיפול בנושא, לעורר לתקווה ופעולה על ידי המחוקק ומשרד הבריאות. אין כל הגיון בהמשך בזבוז של משאב חשוב זה של בריאות הנפש היעיל הן קלינית והן כלכלית. מחקרים אשר יבחנו את היעילות הקלינית של מחלקות טיפול היום בארץ כחלופה ממשית לאשפוז המלא, את היעילות הכלכלית של חלופה זו, ואת ההתאמה או חוסר ההתאמה בין התקצוב של מחלקות טיפול היום על ידי משרד הבריאות לבין עלות הפעלתן בפועל, עשויים לבסס את מעמדה של מחלקת טיפול היום כחלופה הולמת לאשפוז מלא ולעודד את תקצובן האחראי של מחלקות אלו.

Creed ועמיתיו (1997) השוו הוצאות ישירות ועקיפות של טיפול בחולים פסיכיאטרים חריפים במסגרת טיפול יום לעומת אלו הקשורות באשפוז המלא. המחקר בוצע כמחקר אקראי ומבוקר, שבסופו הוערכו תוצאות וכן בוצעה הערכת עלויות במהלך 12 חודשים לאחר הקבלה. השתתפו במחקר 179 מטופלים שסבלו מהפרעה פסיכיאטרית חריפה והתאימו להפניה למסגרת של טיפול יום. מתוך חולים אלה, 43 אחוז סבלו מסכיזופרניה. החוקרים לא מצאו הבדל בין שתי הקבוצות בתוצאות הקליניות והחברתיות, פרט לכך שהשיפור של החולים במחלקה הרגילה היה מהיר יותר. העומס על המשפחה היה נמוך באופן ניכר דווקא בקבוצת אשפוז היום.

במחלקת היום העלות הישירה הממוצעת למטופל לשנה היתה נמוכה באופן ניכר (1923 פאונד פחות) במחלקת אשפוז היום בהשוואה למחלקה הפתוחה הרגילה. עם זאת, הוצאות לא ישירות היו גבוהות יותר במחלקת היום, ועדיין, בחישוב כולל השהות במסגרת היום היתה זולה באופן ניכר מאשר האשפוז הפתוח הרגיל. החוקרים הסיקו שב-30-40 אחוז מהמקרים, מחלקת היום היא זולה באופן ניכר בהשוואה לאשפוז הרגיל. לדבר יש השפעה על תקציב הבריאות, זמינות השירות והעומס הכלכלי המוטל על המטפלים הקבועים של החולה.

ממצאים דומים בנוגע לעלויות הנמוכות יותר של מחלקת טיפול יום, בהשוואה למחלקה פסיכיאטרית רגילה, במיוחד עבור קבוצות חולים מסוימות שבהן הפער בעלויות ניכר ביותר, נמצאה על ידי Sledge ועמיתיו (1996). החיסכון במסגרת טיפול יום עמד על כ-20 אחוז. למרות שבמסגרת טיפול יום ההשקעה הקלינית בחולה, מבחינת אינטנסיביות הטיפול, גבוהה ולכן סביר שתהא אף דומה לזו המושקעת בטיפול בחולה במחלקה הפתוחה, הוצאות התקורה הנדרשות בטיפול במסגרת בית החולים הכללי (למשל צוותים הפעילים סביב השעון) יוצרות את ההטיה המתוארת לעיל לטובת מחלקות היום, שבהן עלויות תקורה אלו אינן נדרשות ואחוז גבוה יותר של העלויות מופנה לטיפול ישיר בחולה. מכל הבחינות הללו, נראה כי מסגרת היום הפעילה מהווה חלופה טובה יותר, קלינית וכלכלית, למחלקת האשפוז הפתוחה.

לסיכום, הרפורמה בבריאות הנפש בישראל, שעקבה אחרי רפורמות דומות בעולם, העתיקה את מרכז הכובד של הטיפול בחולי הנפש מבתי החולים לקהילה, מה שהעלה את החשיבות של מחלקות טיפול היום המספקות שירותים כוללניים למטפלים האקוטים, תוך שמירה על רצף הטיפול בקהילה. ואכן, בשנים האחרונות בישראל הלכו והצטמצמו מספר מיטות האשפוז

טלי וישנה MD, איילה שוכוביצקי MD, שגית משגב MD, ורד רייטר MA, פרופ' נתנאל לאור, המרכז הקהילתי לבריאות הנפש תל אביב ע"ש בריק, מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

mother-baby day hospital for pregnant and postpartum women. Arch Womens Ment Health 9(4), 213-218.

11. Kallert, T.W., Priebe, S., McCabe, R. Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., Ocvár, L., Raboch, J., Stárková-Kalisová, L., Koch, R., Schützwohl, M. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry, 68(2), 278-287.

12. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluitert, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database Syst Rev. 1, CD004026.

13. Mazza, M., Capitani, S., Barbarino, E., De Risio, S., Bria, P. (2006). A treatment protocol for suicidal patients in a day hospital setting: preliminary results. Psychiatry Res., 143(2-3), 307-310.

14. Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Sleed, M., Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 188, 243-249.

15. Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. Br J Psychiatry, 162, 314-324.

16. Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N., Helminiak, T.W. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. Am J Psychiatry, 153(8), 1074-1083.

17. Shek, E., Stein, A.T., Shanasis, F.M., Marshall, M., Crowther R, Tyrer P. (2009). Day hospital versus outpatients care for people with schizophrenia. The Cochrane Library, Wiley.

1. אבירם, א. (1988). אל מימסוד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארץ. חברה ורווחה, כרך ח', 321-343.

2. אבירם, א., זילבר, נ., לרר, י., פופר, מ. (1996). חולי נפש כרוניים בישראל הגדה היקף ואפיונים. המחלקה למידע ולהערכה, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ג'וינט ישראל, מכון פאלק, בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.

3. אליצור, א. (1988). מיסוד ואל מיסוד: ארגונים שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף. חברה ורווחה, כרך י"ח, 32-13.

4. בן נון, ג., ברלוביץ, י., שני, מ. (2005). מערכת הבריאות בישראל. משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

5. גינת, י. (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. הרפואה, 123, 7-8.

6. חבר, א., שני, מ., קוטלר, מ., פסט, ד., אליצור, א., ברוך, י. (2005). הרפואה בבריאות הנפש - מאין ולכן. הרפואה, 144, 327-331.

7. מיסטר, ו., ויצטום, א. (1988). שאלת תקצוב השירותים הפסיכיאטריים והומנים בטיפול. עיר ואזור, 18, 65-72.

8. פרידמן, מ. (2002). בלי הרפורמה בריאות הנפש תתמוטט. זמן הרפואה, נובמבר-דצמבר, 32-3.

9. קפלן, ז., קוטלר, מ., ויצטום, א. (2001). שירותי בריאות הנפש בישראל - כיוונים ותמורות. הרפואה, 140, 440-445.

8. Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. BMJ, 300(6731), 1033-1037.

9. Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., Holme, S. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. BMJ, 314, 1381-1385.

10. Howard, M., Battle, C.L., Pearlstein, T., Rosene-Montella, K. (2006). A psychiatric

הסיכון לקבלה חוזרת בחולים שהתקבלו בכפייה ומרצון

ד"ר אבי ולבסקי, ד"ר רוני שילה, פרופ' אברהם ויצמן, מארק אולפסון

כולל מרפאות חוץ ושירותי טיפול שניוניים. מטופלים בכל שלוש הקבוצות התקבלו דרך חדר המיון. כל חולה אובחן, בהתאם לקריטריוני ICD, על ידי שני פסיכיאטרים מומחים לאחר ראיון (קליטה, intake). האבחנה והראיון תועדו במסד נתונים ממוחשב.

המספר הכולל של קבלות לבית החולים במהלך תקופת המחקר עמד על 16,016 (6,656 מטופלים), מתוכם 312 (1.9 אחוזים) בוצעו בצו בית משפט, 2,127 (13.3 אחוז) בהוראת פסיכיאטר מחוזי ו-13,577 (84.7 אחוז) היו מרצון. גרף מס' 1 מראה כי שיעור הקבלות הכפויות עלה בין השנים 1994 ו-2005, בעיקר הודות לקבלות לבית החולים בהוראת פסיכיאטר מחוזי.

בניתוח של הקבלה לאשפוז הראשונה ($n = 6,656$) במהלך תקופת המחקר עולה כי 137 (2.2 אחוזים) מהמטופלים התקבלו בצו בית משפט, 1,067 (16 אחוז) בהוראת פסיכיאטר מחוזי ו-5,442 (81.8 אחוז) התקבלו מרצונם. האחוז השנתי הממוצע של האשפוזים הכפויים עמד על 15.2 אחוז (טווח: 8-21 אחוז לשנה).

שיטות - הרשומות של שלוש קבוצות המחקר הושוו בהתייחס למאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, כולל מגדר המטופל, גיל בקבלה הראשונה, מצב משפחתי, סטטוס הגירה ושנות לימוד. הקבוצות הושוו גם בהתייחס למשתנים קליניים,

שנים האחרונות נצפתה עלייה כללית בשיעור אשפוזים פסיכיאטריים בהוראת בתי משפט עקב התנהגות עבריינית כתוצאה של חוסר יכולת להבדיל בין טוב לרע ואשפוז כפוי על רקע מסוכנות. העלייה נצפתה במדינות שונות^{4,11,24}. שיעורי המעצר נמצאים בעלייה באנגליה, באוסטריה ובהולנד²⁹ והסיבות למגמה הזו יכולות להיבדל בין מדינה לרעותה²⁹. קבלה חוזרת לבית חולים פסיכיאטרי, הן רצונית והן בכפייה, יכולה להיות מדד לטיפול לא מוצלח או לניצול לא יעיל של משאבי בריאות הנפש בקהילה¹³. מספר גורמים נקשרו לסיכון מוגבר לקבלה מחודש, כולל גיל צעיר בהופעת ההפרעה²³, מין גברי, שימוש לרעה בחומרים²¹, רוקחות⁹, מספר גבוה של אשפוזים קודמים²⁸ ושהות קודמת קצרה במשכב בבית החולים²⁰. אבחנות פסיכיאטריות קליניות, כגון סכיזופרניה²⁵, מצב פסיכטי או הפרעות אישיות, כמו גם סוג התרופה¹⁵ ואי דבקות בטיפול¹⁷ נקשרו גם הם לקבלות חוזרות לאשפוז. מספר מחקרים הראו כי המגבא הטוב ביותר לקבלה חוזרת עתידית הוא מספר הקבלות הקודמות^{8,28}.

רק מעט ידוע על הקשר שבין המצב החוקי בקבלה הראשונה לסיכון לקבלות חוזרות לאשפוז^{5,6,13}. באופן ספציפי, לא ידוע האם שיעור גבוה יותר של קבלות כפויות של חולים פסיכיאטרים תרמו לשיעור נמוך יותר של קבלות חוזרות. בישראל, הוראה לאשפוז כפוי ניתנת על ידי הפסיכיאטר המחוזי, כאשר מטופלים סובלים ממחלת נפש ומהווים סכנה לעצמם או לאחרים. בנוסף, במידה שמטופלים מואשמים בעבירה פלילית אך נמצאים על ידי המערכת המשפטית כזכאים עקב אי-שפיות, הם מאושפזים במרכז פסיכיאטרי בצו בית משפט¹⁸. הוצע כי גורמים שונים, כגון מוצא אתני, מצב הגירה או גורמים תרבותיים אחרים יכולים לשחק תפקיד בשיעור הקבלה והשחרור של חולים המוחזקים כנגד רצונם¹⁴.

מחקר זה משווה את מאפייני הרקע, משך השהות בבית החולים ושיעור הקבלות מחודש לבית חולים בקרב שלוש קבוצות מטופלים: מאושפזים מרצון, בצו בית משפט ובהוראת הפסיכיאטר המחוזי. המחקר בוצע על מנת לסייע לקובעי מדיניות בריאות הנפש בסוגיית היחס שבין הסטטוס החוקי, משך האשפוז ושיעור הקבלה מחודש. הונח כי למטופלים בצו בית משפט תהיה השהות הארוכה ביותר כמאושפזים ושיעור הגבוה ביותר של קבלה מחודש לבית החולים.

חומרים ושיטות

נבדקים - סקרנו את כל הרשומות הממוחשבות של קבלות עוקבות למרכז בריאות הנפש גהה מהשנים 1994-2005, תוך התמקדות בקבלות מרצון, בהוראת פסיכיאטר מחוזי ובצו בית משפט. המרכז לבריאות הנפש גהה ממוקם בקמפוס המרכז הרפואי הגדול בישראל (המרכז הרפואי רבין). הוא נוסד בשנת 1934 כמתקן בריאות הנפש וכולל חדר מיון פסיכיאטרי, מחלקות מאושפזים ומטופלי חוץ, שירותי שיקום ויחידת יום. המרכז משרת אוכלוסייה בת כחצי מיליון תושבים ומסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר של אוניברסיטת תל אביב. כל החולים בשלוש קבוצות המחקר שוחררו לשירותי קהילה דומים,

גרף 1.

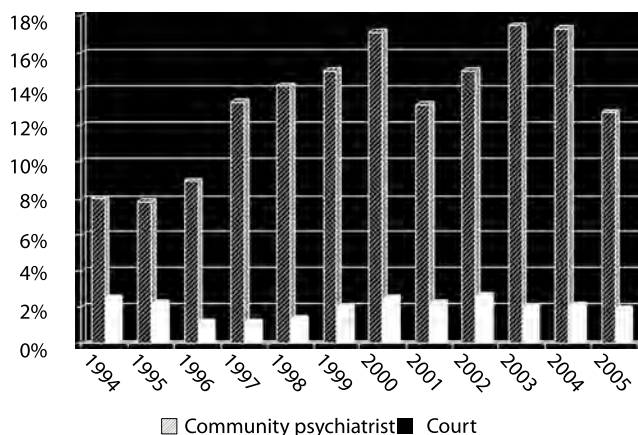


Fig. 1 Comparative rate of compulsory admissions 1994-2005 (percentage of all admissions). Data from computerized records of consecutive admissions to the Mental Health Center

כולל אבחנה בשחרור בהתבסס על קריטריוני האבחנה של ICD-10 27 שנקבעה על ידי שני פסיכיאטרים בכירים, סוג הקבלה (מרצון או לא), שיעור הקבלה מחדש, משך השהות בבית החולים, מספר האשפוזים וגיל ושיעור התמותה.

ניתוח הנתונים

טבלאות אפשרויות (Contingency tables) שימשו להשוואת שלוש קבוצות המטופלים בהתייחס למגדר, מצב משפחתי, סטטוס הגירה ושיעור אבחנות פסיכיאטריות ספציפיות. גיל בעת הקבלה הראשונה, שנות לימוד ומשך השהות בבית החולים הושוו בעזרת מבחן ניתוח שונות חדר כיווני (one-way analysis of variance, ANOVA) עם מבחן Scheffe להשוואת זוגות בדיעבד (post hoc). טרנספורמציה לוגריתמית שימשה לניתוח אורך השהות עקב ההתפלגות הלא-תאומות מאוד של משתנה זה. שיטת Kruskal-Wallis שימשה לניתוח מספר הקבלות וממוצע גיל התמותה עקב השונות המגוונות של משתנים אלה.

השפעת הסטטוס החוקי בעת הקבלה על משך השהות והקביעות בקהילה. ניתוח הישרדות בשיטת Kaplan-Meier שימש להשוואת שלוש קבוצות המחקר בהתייחס לסיכון לקבלה חוזרת לבית החולים (בין הקבלה הראשונה והשנייה). מקרים מצונזרים הוגדרו כאלה שבהם הנבדק לא התקבל חזרה לבית חולים פסיכיאטרי קודם ל-30 בספטמבר 2005. בהשוואה בין שלוש הקבוצות, נעשה שימוש במבחן השוואה זוגית בשיטת Log Rank (Mantel-Cox). רגריסיה מדורגת של Cox שימשה להערכת הקשר שבין הסטטוס החוקי וזמן לקבלה חוזרת בקבלות חוזרות. במודל זה, הזמן לקבלה חוזרת היה המשתנה התלוי והמצב החוקי, משך השהייה, מספר הקבלות, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ואבחנות קליניות היו המשתנים הבלתי-תלויים. רגריסיה פואסון (Poisson) שימשה להערכת ההשפעה של הסטטוס החוקי על מספר הקבלות החוזרות בשלוש קבוצות המחקר. בניתוח זה, מספר הקבלות (אירועים) היה המשתנה התלוי וגיל בעת הקבלה שימש כמשתנה המפוקח (covariate).

ניתוח רגריסיה מדורגת ליניארית שימש להערכת הקשר שבין מאפייני מטופל (משתנים בלתי-תלויים) ומשך השהות בבית החולים (המשתנה התלוי). משתנים בלתי תלויים כללו קבלה בצו בית משפט, גיל בקבלה הראשונה, מגדר, מצב משפחתי, סטטוס הגירה, שנות לימוד, מספר האשפוזים ואבחנות פסיכיאטריות (סכיופריה, הפרעה סכיואפקטיבית, הפרעות פסיכיות חריפות וחולפות, הפרעות של מחשבות שוא, הפרעה אפקטיבית דו-קוטבית, הפרעה דכאונית, הפרעת אישיות, הפרעת הסתגלות, שימוש לרעה בחומרים, הפרעה נפשית אורגנית ופיגור שכלי). יחס התמותה המתוקנן SMR (standardized mortality ratio) חושב תוך שימוש בקבוצת המאושפזים מרצון כקבוצת הייחוס. גיל התמותה הממוצע והשווה בעזרת שיטה לא-פרמטרית (Kruskal-Wallis) על מנת להתאים לגודלו הקטן של המדגם.

חומרת המחלה הוערכה, במקרה שהיא אפשרי, בעזרת סולם הדירוג הפסיכיאטרי המתומצת BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) 22. ניתוח שונות שימש להשוואת שקבוצות המחקר בהתייחס להבדלים בשינוי מהקבלה ועד לשחרור בציון BPRS הכולל. תת הקבוצה עבורה ציוני CPRS היו זמינים לא נבדלה באופן מובהק מאלה ללא ציוני BPRS בהתייחס להתפלגות מגדר, גיל בקבלה הראשונה ומשך השהות.

רמת המובהקות נקבעה כ-0.05 עבור כל המבחנים הסטטיסטיים.

תוצאות

המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והקליניים של שלוש הקבוצות מוצגות בטבלה מס' 1. הבדלים מובהקים נמצאו בגיל ובהישגים לימודיים בעת הקבלה הראשונה, וניתוח בדיעבד הראה כי מטופלים בצו בית משפט היו צעירים יותר ובעלי פחות שנות לימוד בהשוואה לשאר הקבוצות ($P < 0.001$). הבדלים מובהקים נמצאו גם בהתייחס למגדר וסטטוס ההגירה. לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות במצב המשפחתי. מספר האשפוזים הממוצע נבדל באופן מובהק

Table 1 Characteristics of the three study groups at first hospital admission to a psychiatric facility ($n = 6,656$)

טבלה 1.

Characteristics	1. Court-ordered group ($n = 147$)	2. Community psychiatrist ordered group ($n = 1,067$)	3. Voluntarily admitted group ($n = 5,442$)	P	Post hoc Scheffe
<i>Socio-demographic</i>					
Age at first admission (yr.)	27.1 ± 13.0	38.9 ± 17.0	38.3 ± 20.0	$F = 22.8, df = 2$	$P < 0.001$
Gender	4.25:1	1.35:1	1.11:1	$\chi^2 = 51.6, df = 2$	$P < 0.001$
(male: female ratio)					
Marital status	126 (85.7%)	878 (82.3%)	4,483 (82.4%)		NS
(single: non single)					
Education (yr.)	9.8 ± 3.0	11.2 ± 2.9	10.6 ± 2.8	$F = 23.14, df = 2$	$P < 0.001$
Immigration, %	27.2	37.5	41	$\chi^2 = 15.1, df = 2$	$P < 0.05$
<i>Clinical</i>					
Length of stay ^a	3.74 ± 1.79	3.18 ± 1.20	3.2 ± 1.47	$F = 34.4, df = 2$	$P < 0.001$
<i>Selected primary discharge psychiatric diagnoses (n, %)</i>					
Schizophrenia	65 (42.0%)	700 (65.6%)	2462 (45.3%)	$\chi^2 = 148.6, df = 2$	$P < 0.001$
Schizoaffective disorders	3 (2.1%)	47 (4.4%)	245 (4.5%)		NS
Acute and transient psychotic disorders	2 (1.4%)	125 (11.7%)	315 (5.8%)	$\chi^2 = 57.3, df = 2$	$P < 0.001$
Delusional disorders	4 (2.8%)	21 (2%)	70 (1.3%)		NS
Bipolar affective disorder	1 (0.7%)	16 (1.5%)	383 (7%)	$\chi^2 = 56, df = 2$	$P < 0.001$
Depressive disorder	7 (4.8%)	64 (6%)	954 (17.5%)	$\chi^2 = 104, df = 2$	$P < 0.001$
Personality disorder	16 (10.9%)	44 (4.1%)	415 (7.6%)	$\chi^2 = 19.6, df = 2$	$P < 0.001$
Adjustment disorders	7 (4.8%)	24 (2.2%)	440 (8.1%)	$\chi^2 = 47.5, df = 2$	$P < 0.001$
Substance abuse	16 (10.9%)	44 (4.5%)	415 (7.6%)	$\chi^2 = 19.6, df = 2$	$P < 0.001$
Organic mental disorders	1 (0.7%)	65 (6.1%)	228 (4.2%)	$\chi^2 = 12.6, df = 2$	$P < 0.05$
Mental retardation	4 (2.7%)	10 (0.9%)	86 (1.6%)		NS

Data from computerized records of consecutive admissions to the Mental Health Center between 1994 and 2005

F = ANOVA

χ^2 = Chi square test

^aNatural logarithm transformation due to skewed data

מוציגים בטבלה מס' 2. הסטטוס החוקי (קבלה בהוראת פסיכיאטר מחוזי ובצו בית משפט) היה קשור באופן מובהק למשך שהייה.

הסבירות לקבלה חוזרת

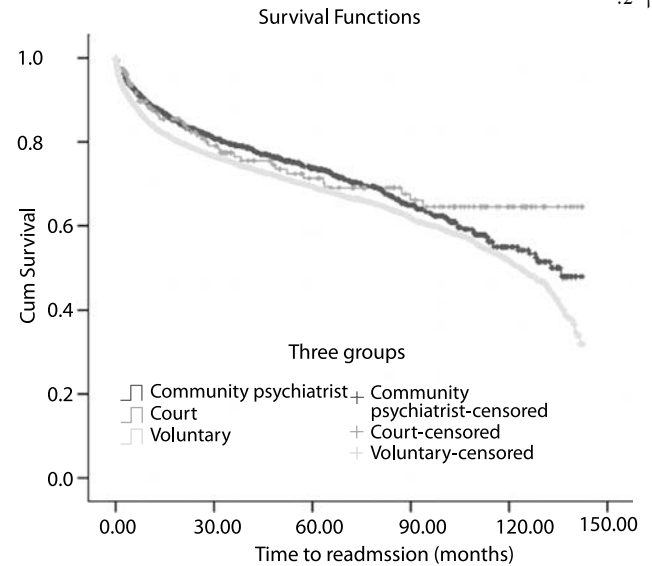
גרף מס' 2 משווה את שיעורי הקבלה מחדש של מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי ובצו בית משפט בין הקבלה הראשונה והשנייה. הסבירות לקבלה מחדש במהלך תקופת המעקב היתה נמוכה ביותר בקבוצת המופלים בצו בית משפט ובהוראת פסיכיאטר מחוזי, בהשוואה למטופלים שהתקבלו מרצונם. ממוצע זמן ההישרדות (בחדשים) ורווח בר סמך של מטופלים שהתקבלו בצו בית משפט, בהוראת פסיכיאטר מחוזי ומרצונם היה $103.1 (93.4-112.8)$; $99.7 (95.8-103.1)$ ו- $93.8 (92.2-95.3)$, בהתאמה ($P < 0.05$). לא נמצא הבדל מובהק בין קבוצת המטופלים בצו בית משפט לקבוצת המטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי. גרסיית פואסון (תוך שימוש בגיל כמשתנה המפוקח covariate) הראתה גם כן כי שתי הקבוצות שהתקבלו בכפייה נבדלו באופן מובהק מהקבוצה שהתקבלה מרצון במספר הקבלות החוזרות (בטא = 0.196 ובטא = 0.47 עבור מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי ובצו בית משפט, בהתאמה, $P < 0.001$ עבור שתייה). מודל גרסיית Cox של הזמן עד לקבלה חוזרת לבית החולים הראה כי לסטטוס החוקי (חולים שהתקבלו מכוח צו בית משפט והוראת פסיכיאטר מחוזי) היתה השפעה מובהקת על משך הקביעות בקהילה (יחס סיכון 1.28 , $P < 0.005$; יחס סיכון = 1.23 , $P < 0.001$, בהתאמה). מודלי גרסיה מלאה מוצגים בטבלה מס' 3.

שיעור וגיל התמותה

בהשוואת שיעור וגיל התמותה של שלוש קבוצות המחקר המקוריות, ה-SMR (רווח בר סמך של 95 אחוז), יחס לקבוצת המטופלים מרצון ששימשה כקבוצת הייחוס, היה $1.07 (0.88-1.26)$ עבור מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי ו- $0.73 (0.37-1.09)$ עבור מטופלים בצו בית משפט. כשהשווה גיל התמותה נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות ($\chi^2 = 12.76$, דרגות חופש = 2 , $P < 0.005$). גילאי התמותה הממוצעים היו 42 ± 11.2 ($n = 121$) ו- 59.2 ± 11.2 ($n = 5$) ו- 19.3 ± 64.2 ($n = 671$) שנים, בקבוצת המטופלים בצו בית משפט, בהוראת פסיכיאטר מחוזי ומרצון, בהתאמה.

טיפול תרופתי

במטרה להעריך האם טיפול תרופתי ערפל קשרים בין קבוצות המחקר ומשתנים תלויים, השווינו את הטיפול התרופתי בשלוש קבוצות המחקר. לא נמצאו הבדלים מובהקים בשימוש בתרופות אנטי-פסיכטיות פומיות מהדור הראשון או השני, מייצבי מצב רוח (ליתיום, קרבמזפין, חומצה וולפרואית, למוטרגיין) או תכשירי מאגר (depot) אנטי-פסיכטיים (haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate או zuclopenthixol decanoate). בהשוואת הירידה בציון BPRS (ההתחלתי לעומת השחזור) בקבלה הראשונה בין



inpatients admitted to psychiatric facility by court order, by community
בין שלוש הקבוצות: מטופלים בצו בית-משפט (1.7 ± 1.9), מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי (2.1 ± 2.5) ומטופלים מרצון (2.4 ± 3.6).

אבחנות קליניות

קבוצת המטופלים מרצון כללה חלק גבוה יותר באופן מובהק של מטופלים הסובלים משימוש לרעה בחומרים, הפרעת אישיות, דיכאון והפרעת הסתגלות (40.8 אחוז) בהשוואה למטופלי בהוראת פסיכיאטר מחוזי (16.8 אחוז) ובצו בית משפט (31.4 אחוז). קבוצת המטופלים בצו בית משפט כללה שיעור נמוך יותר באופן מובהק של מטופלים הסובלים מסכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולפות, הפרעות של מחשבות שווא והפרעה אפקטיבית דו-קוטבית (48.9 אחוז) בהשוואה לקבוצות המטופלים ביוזמת הפסיכיאטר המחוזי (85.2 אחוז) או מרצון (63.9 אחוז), כפי שרואה בטבלה מס' 1.

משך שהייה

שלוש הקבוצות נבדלו באופן מובהק אחת מרעותה במשך שהייה הממוצע של שהות המפתח או הראשונה בבית החולים: מבחנים בדיעבר הראו כי מטופלים בצו בית משפט שהו זמן ארוך יותר באופן מובהק בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות ($P < 0.001$) (טבלה מס' 1). הקשר שבין מאפיינים סוציודמוגרפיים, אבחנתיים ומאפייני מטופלים מנהלתיים נבחרים ומשך שהות באשפוז המפתח

Table 2 Predictors of length of inpatient stay to a psychiatric facility ($n = 6,656$)^a

	Standardized Coefficients Beta	T	Sig.	R Square	R Square Change
Age at admission (years)	-0.172	-12.8	<0.001	0.025	0.025
Schizophrenia	0.142	10.8	<0.001	0.038	0.013
Substance abuse	-0.086	-6.6	<0.001	0.047	0.009
Schizoaffective disorders	0.081	6.3	<0.001	0.058	0.005
Legal status (community psychiatrist order)	-0.070	-5.4	<0.001	0.053	0.006
Legal status (court order)	0.063	4.9	<0.001	0.062	0.004
Depressive disorder	0.062	4.9	<0.001	0.066	0.004
Bipolar affective disorder	0.056	4.1	<0.001	0.068	0.003
Education (years)	-0.049	-3.8	<0.001	0.071	0.002

^aStepwise linear regression of clinical and demographic variables on length of hospital stay

שלוש הקבוצות (מאושפזים מרצון: 10.3 ± 11.6 , בהוראת פסיכיאטר מחוזי: 10.9 ± 14.7 ובצו בית משפט: 10.1 ± 14.0), נמצא הבדל מובהק ($F = 12.68$, $P < 0.001$, $2 =$) אשר התמיד לאחר תיקון לגיל, משך הקבלה הראשונה לאשפוז ולציון BPRS ההתחלתי. השיפור בקרב מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי היה באופן מובהק גדול יותר מהשיפור בקרב מאושפזים מרצון, אולם לא נבדל באופן מובהק מזה של מטופלים בצו בית משפט.

דיון

הממצא העיקרי של מחקר זה, בניגוד להיפותזה שלנו, הוא שקבלה כפויה לבית חולים, הן בהוראת פסיכיאטר מחוזי והן בצו בית משפט, קשורה לסבירות נמוכה יותר של קבלה מחדש לבית החולים בהשוואה לקבלה מרצון. ממצאיו תואמים לאלה מדיווח קודם על כך שלמטופלים המתקבלים מרצונם שיעור גבוה יותר של קבלות חוזרות בהשוואה למטופלים המתקבלים באופן כפוי¹³. הוצע כי טיפול חזן כפוי יכול להפחית את מספר הקבלות החוזרות בהוראת פסיכיאטר מחוזי^{7,26}. בניגוד לכך, Hays-1 Feigon מצאו כי הקבלה הכפויה הראשונה קשורה לסיכון מוגבר לקבלות חוזרות⁵. ייתכן שההבחנה בין הסטטוסים החוקיים השונים של קבלות כפויות (כלומר, בהוראת פסיכיאטר מחוזי ובצו בית משפט), הכללתם של כל האשפוזים החוזרים, מעקב ארוך יותר ומגדל גדול יותר במחקר שלנו אחראים להבדל בין שני המחקרים⁵. ייתכן שיש צורך בהבחנה מדויקת יותר בין הסטטוסים החוקיים השונים על מנת לתפוס במדויק את ההבדלים בשיעור הקבלות החוזרות. אפשר שהשיפור הקטן יותר בציוני BPRS של המטופלים מרצון, בהשוואה לאלה של מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי, מסייע בהסברת השיעור הגבוה יותר של קבלות חוזרות בקרב מטופלים מרצון.

במחקרנו, מטופלים בצו בית משפט נבדלו משאר הקבוצות במספר מאפיינים סוציודמוגרפיים וקליניים: מטופלים אלה היו צעירים יותר בעת הקבלה הראשונה ואלו שבעקבותיה, ברובם גברים ובעלי שיעור גבוה יותר של שימוש לרעה בחומרים. על אף פרופיל המשיך לסיכון גבוה לקבלה חוזרת לבית החולים, כולל גיל מבוגר-צעיר, מגדר גברי ושימוש לרעה בחומרים¹², לקבוצה זו היה שיעור נמוך באופן יחסי של קבלה מחדש לבית החולים. ממצא זה מציע כי הסטטוס החוקי משפיע על שיעור הקבלות החוזרות לבית החולים. Fenning ואחרים דיווחו כי שיעור האשפוזים החוזרים הכפויים נמצא במתאם לגיל מטופל צעיר יותר, חומרת המחלה והיענות נמוכה לטיפול, ונמצא במתאם הפוך לתמיכה סוציאלית¹³.

שהותם בבית החולים של מטופלים בצו בית משפט היתה ארוכה יותר מזו של מטופלים בהוראת פסיכיאטר מחוזי ומרצון. ממצא זה התמיד גם לאחר תיקון להבדלים בין הקבוצות במאפייני רקע רלוונטיים. ייתכן שהשהות הארוכה יותר של מטופלים בצו בית משפט תרמה לקביעות הארוכה יחסית שלהם בקהילה. Appelby ואחרים הראו כי מטופלים מאושפזים שטופלו למשך 30 ימים או פחות חוו התלקחות מוקדם יותר מאשר אלה שאושפזו למשך יותר מ-30 ימים¹.

הגיל בעת הקבלה, שנות לימוד ונכחות שימוש לרעה בחומרים נמצאו, כל אחד מהם בפני עצמו, במתאם הפוך למשך השהות באשפוז. הקשר לשימוש לרעה בחומרים יכול להיות מוסבר על ידי נטייתם של קלינאים לשחרר מטופלים הסובלים במקביל משימוש לרעה בסמים, כפי שדווח במחקר מוקדם יותר¹⁰. האבחנה בעת השחרור נבדלה בין מטופלים בצו בתי משפט ובהוראת פסיכיאטר מחוזי, כאשר בקבוצה האחרונה נמצא שיעור גבוה יותר של מטופלים הסובלים מסכיזופרניה ומצב פסיכוטי אקוטי וחולף, בעוד שהפרעות אישיות ושימוש לרעה בחומרים היו נפוצים יותר בקרב מטופלים בצו בית משפט. ממצאים אלה מצביעים על כך כי אפשר ובית המשפט משתמש בכינוי "מחלת נפש" (mental illness) במובן רחב יחסית בהתייחס לציווי על אשפוז כפוי.

שיעור התמותה היה נמוך ביותר בקרב מטופלים בצו בית משפט. מחקר קודם אחד³ לא מצא עדות לכך שמטופלים המאושפזים בכפייה נמצאו בסיכון גבוה יותר לתמותה בהשוואה לאלה שהסכימו לאשפוז. עם זאת, מחקר זה לא מצא הבדל בין מטופלים בצו בית משפט או בהוראת פסיכיאטר מחוזי. במחקרנו, ה-SMR של מטופלים שהתקבלו בהוראת פסיכיאטר מחוזי היה גבוה אך כמעט ביחס לקבוצת המטופלים מרצון. באופן מעניין, ה-SMR של מטופלים בצו בית משפט היה הנמוך מזה של שלוש הקבוצות. ייתכן ששהות ארוכה יותר בבית החולים משרתת כגורם מגן. למרבה הצער, גורם המוות לא היה זמין בכל הרשומות וייתכן כי הונחה עצמית או נטייה מוגברת לפעולות אוברדניות בקרב מטופלים בצו בית משפט תרמו להבדל בגיל התמותה של קבוצה זו. מחקרם נוספים נחוצים על מנת לבחון היפותזה זו.

קבוצת המטופלים מרצון כללה שיעור גבוה יותר של מהגרים בהשוואה לשתי קבוצות המטופלים שהתקבלו בכפייה. ממצא זה עומד בניגוד לזה של Lay, Mulder ואחרים אשר מצאו כי בצירוף, שיעור הקבלות הכפויות של רוב קבוצות המהגרים היה גבוה מזה של לא-מהגרים^{14,19}. אין ברשותנו הסבר להבדל בין-תרבותי זה, אך עם זאת, אוכלוסיות מיעוטיות שונות, רקע הגירה שונה, הבדלים בדרישות חוקיות לאשפוז כפוי ושונות בנתיבים לגישה לטיפול

טבלה 3.

Table 3 Cox proportional hazard models for tenure in the community (time to readmission)

Category	Exp(B)	Sig.	95% Hazard Ratio Confidence Limits	
			Lower	Upper
Admission's number	1.07	<0.001	1.07	1.07
Schizophrenia	0.48	<0.001	0.46	0.51
Schizoaffective disorders	0.44	<0.001	0.41	0.48
Bipolar affective disorder	0.60	<0.001	0.55	0.67
Personality disorder	0.67	<0.001	0.61	0.74
Substance abuse	0.79	<0.001	0.75	0.84
Immigration status	1.24	<0.001	1.18	1.31
length of stay (days)	1.00	<0.001	1.00	1.00
Legal status (community psychiatrist)	1.23	<0.001	1.15	1.32
Acute and transient psychotic disorders	1.68	<0.001	1.39	2.03
Age at 1 st admission (yr.)	1.00	<0.001	1.00	1.01
Gender	0.93	0.0036	0.89	0.98
Legal status (court ordered)	1.28	0.0043	1.08	1.51
Family status (single vs. not single)	1.06	0.0340	1.00	1.13
Delusional disorder	1.40	0.0387	1.02	1.93
Depressive disorder	7.15	0.0492	1.01	50.81

להתקבל מחדש לבית החולים. אנו מניחים בנוסף לכך, שלא היה הבדל מובהק בין הקבוצות בשיעור המטופלים שאבדו ממעקב, עקב הוראות קפדניות לגבי אזור הכיסוי של מתקני האשפוז. למרות זאת, לממצאי מחקר זה יכולות להיות השלכות קליניות בעידוד אשפוז ארוך יותר למטופלים בצו בית משפט, בניסיון למנוע אשפוז חוזר מהיר של מטופלים מאוכלוסייה זו. נתונים אלה מבוססים על רשומות מרכז בריאות נפש בודד, ועל כן אין ודאות באפשרות של הכללת תוצאות אלו. עם זאת, נתוני מחקר זה מייצגים את השיעור הארצי של אשפוזים כפויים ומשך השהות במרכז בריאות הנפש בישראל (משרד הבריאות, שנתון סטטיסטי 2006).

מסקנה

מטופלים בצו בית משפט מייצגים קבוצה הטרוגנית עם מאפיינים קליניים וסוציודמוגרפיים נבדלים. שהותם הארוכה יותר באשפוז והשיעור הנמוך יותר של קבלה חוזרת יכולים להיות קשורים להליכי שחרור מגבילים יותר, מה שמגרש את התועלת האפשרית למטופלים אלה מאשפוז ארוך יותר. בנוסף, ייתכן שהשהות הארוכה יותר של מטופלים אלה תרמה להקטנת שיעור הקבלה מחדש של מטופלים פגיעים אלה. מחקרים פרוספקטיביים אורכיים נחוצים לבחינת הקשר שבין הסטטוס החוקי, טיפול באשפוז והמהלך הקליני במסגרת הטיפול בקהילה במבוגרים הסובלים ממחלת נפש קשה.

ד"ר אבי ולבסקי, ד"ר רוני שילה, בית החולים גהה,
פרופ' אברהם יצמן, בית החולים גהה, מכון מחקר פלונשטיין,
מארק אולפסון, קולומביה, ארצות הברית

נפשי יכולים להיות אחראים לאי-העקביות. יתר על כן, יש עדויות שמיעוטים אתניים כגון שחורים נוטים יותר להתקבל באופן כפוי.²

ההסתברות המצטברת של קבלה מחדש לבית החולים בקרב מטופלים מרצון היתה גבוהה יותר מזו של מטופלים בכפייה ושהותם בבית החולים היתה קצרה יותר באופן מובהק. ממצאי אלה יכולים להיות מוסברים על ידי דרישת המטופלים מרצון להשתחרר לפני השגת נסיגה מלאה. בשילוב חוק לאומי חדש הנותן למטופל זכויות בחירה רחבות יותר בהתייחס לשחרורם¹⁶. ייתכן שחוק טיפול בחולי נפש שנחקק בישראל ב-1991 לשחרור מוקדם של מטופלים. החוק החדש כולל אמצעי הגנה נרחבים יותר לזכויות החולים בהשוואה לחוק הקודם. בנוסף, ייתכן שעקב הביקורת הרחבת על ידי בתי המשפט, התקשורת ופוליטיקאים לגבי ניצול אפשרי לרעה של כוח על ידי פסיכיאטרים לאחר 1991, חלק מהקלינאים הפכו נלהבים פחות להחזיק בחולים כנגד רצונם. באופן כולל, אפשר ששחרור מוקדם ונסיגה לא מלאה קשורים לשיעור מוגבר של הבאה כפוייה למוסד פסיכיאטרי.

מגבלה חשובה של מחקר זה היא מיעוט המשתנים הקליניים. כך למשל, אין בידינו מודל לתפישת המטופלים את מחלתם, הפרעות נפשיות מקבילות ונכונות להישאר בטיפול. כל אלה יכולים להשפיע על הסיכון לקבלה חוזרת לבית החולים²¹. כיוון שלא היה זמין מידע כלשהו לגבי איכות וכמות טיפול החוץ, הן קודם לקבלה הראשונה או לאחר השחרור עד לקבלה הבאה, ייתכן שמטופלים בצו בית משפט ובהוראות פסיכיאטר מחוץ קיבלו פגישות מעקב תכופות יותר, רבות יותר או טיפול מקיף יותר כמטופלי חוץ שהובילו לשיעור נמוך יותר של קבלה חוזרת. בנוסף, קבוצות המחקר יכלו להיבדל בתשומת הלב המיוחדת שקיבלו מנותני הטיפול בקהילה, שתרמה לסבירות של מטופלים אלה

..... {רשימה ביבליוגרפית}

1. Appleby L, Desai PN, Luchins DJ, Gibbons RD, Hedeker DR (1993) Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. *Am J Psychiatry* 150:72-76
2. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G (2003) Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *System Rev Br J Psychiatry* 182:105-116
3. Crisanti AS, Love EJ (1999) Mortality among involuntarily admitted psychiatric patients: a survival analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34:627-633
4. Darsow-Schutte KI, Muller P (2001) Number of hospitalizations according to German "PsychKG" legislation has doubled in 10 years. *Psychiatr Prax* 28:226-229
5. Feigon S, Hays JR (2003) Prediction of readmission of psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 93: 816-818
6. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S (1999) Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv* 50:1049-1052
7. Frank D, Perry JC, Kean D, Sigman M, Geagea K (2005) Effects of compulsory treatment orders on time to hospital readmission. *Psychiatr Serv* 56:867-869
8. Havassy BE, Hopkin JT (1989) Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Hosp Comm Psychiatry* 40:820-823
9. Hodgson RE, Lewis M, Boardman AP (2001) Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:304-309
10. Huntley DA, Cho DW, Christman J, Csernansky JG (1998) Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 49:1049-1053 921
11. Jacob C, Freer T (2005) Cross-sectional survey of the use of section 5(2), Mental Health Act 1983, within a psychiatric hospital. *Med Sci Law* 45:129-134
12. Kastrup M (1987) The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving doorpatient". A nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 76:552-560
13. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H (1998) Frequently hospitalized psychiatric patients: a study of predictive factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:528-534
14. Lay B, Lauber C, Rossler W (2005) Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand* 11:358-366
15. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK (2005) Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. *N Engl J Med* 353:1209-1223
16. Mardis R, Brownson K (2003) Length of stay at an all-time low. *Health Care*

- Manag (Frederick) 22:122-127
17. McEvoy JP, Howe AC, Hogarty GE (1984) Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication-compliant and noncompliant schizophrenic patients. *J Nerv Mental Dis* 172:412-416
18. Mester R, Pinals D (2004) Comparing aspects of mental health legislation of Israel and Massachusetts. *Isr J Psychiatry Rel Sci* 41:133-139
19. Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP (2006) Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry* 188:386-391
20. Munk-Jorgensen P, Mortensen PB, Machon RA (1991) Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up. *Schizophr Res* 4:1-9
21. Olsson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ (1999) Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 187:721-729
22. Overall JE, Gorham DR (1988) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin* 24:97-99
23. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey J, Raue P (1999) Symptoms predicting inpatient service use among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 50:806-812
24. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres- Gonzales F, Turner T, Wiersma D (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330:123-126
25. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. (1996) Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *Am J Psychiatry* 153:392-396
26. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 156:1968-1975
27. The ICD-10 classification of mental, behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992
28. Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S (2003) Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 54:1271-1276
29. Zinkler M, Priebe S (2002) Detention of the mentally ill in Europe—A review. *Acta Psychiatrica Scand* 106:3-8