

פסיכיאטריה

MEDICINE

כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה | אוקטובר-נובמבר 2010 | גיליון מס' 16

A Publication of The MEDICAL Group



מחקר
48 איזה אמצעי הגבלה פיזית
מעדיפים חולי המחלקה הסגורה?

ריפוי בעיסוק

ייחודיות מקצוע הריפוי בעיסוק בשילוב
תפישות חדשות טיפוליות בבריאות הנפש

42

היבטים חדשים בפסיכותרפיה

פסיכותרפיה כטיפול ביולוגי וככלי מרכזי
במערך ההתערבויות הפסיכיאטריות

26

הורה מסוכן

רצח ילדים בידי הוריהם, סיווג המעשים
והפרופיל הפסיכודינמי של אמהות
ואבות אלה

18

קוראים יקרים,



התפישה הרב מקצועית היא חלק אינטגרלי של הגישה הטיפולית בבריאות הנפש. סביר שתפישת זו מניחה שכל בעל מקצוע מביא איתו לעולם הטיפולי משהו ייחודי וחשוב. עם זאת, אנו יותר ויותר מודעים לכך שחלק גדול מהמציאות הטיפולית מבטא חפיפה רבה בשאיפה ובגישה הטיפולית של בעלי המקצוע השונים. לעתים, חפיפה זו כה משמעותית שהחלק הייחודי הופך לפחות משמעותי בחיי היומיום הטיפולים. בנוסף, באם אנו מדברים על גישה רב טיפולית, הכרח הוא שתהיה קשורה לעבודת צוות מושלמת. לעבודת צוות זו יש שלושה היבטים: היבט החפיפה, היבט הספציפיות והיבט עבודה בצוות, הכוללת הגדרה של מה עושה בדיוק כל אדם בצוות.

היות שמלכתחילה מקובל שהרופא מכסה את ההיבטים הביולוגיים של הטיפול, בחרנו לבדוק את ההיבטים הלא ביולוגיים של הטיפול. בגיליון זה מציגים ארבעה אנשי מקצוע את תפישת עולמם לגבי הטיפולים הלא ביולוגיים בבריאות הנפש. אמנם קיים שוני אישי רב בקרב בעלי אותו מקצוע, אך עם זאת אפשר ללמוד רבות ממאמרים אלה על הנחות היסוד של המקצועות שאותם הם מייצגים, כלומר פסיכותרפיה (שהיא אולי המכנה המשותף לכל המקצועות), טיפול באמנויות, ריפוי בעיסוק ורפואה.

אי אפשר שלא להתרשם מהגרעין המשותף למקצועות השונים וגם מהשוני הקיצוני בתפישות העולם הבאות לידי ביטוי בכל מקצוע. לדעתי, נדרש דיון רב מקצועי אמיתי כדי להביא לידי ביטוי מקסימלי את הטמון בכל מקצוע ומקצוע.

בנוסף, ד"ר מרגולין ופרופ' ויצטום במאמרים על רצח ילדים מתארים את האספקטים השונים של תופעה מזוועה זו. מאמר נוסף של פרופ' ויצטום וד"ר מרגולין מתאר את תולדות חייו של הפסיכיאטר האמריקאי בנימין ראש, רופא דגול שעד היום מטביע חותמו על הפסיכיאטרים האמריקאים ועל המשך הדרך של העולם הפסיכיאטרי בכללותו. הרבה מרעיונותיו הם לחם חוקנו עד עצם היום הזה.

ד"ר דולב מצביעה על גישה ספציפית לבריאות האישה, הטיפול בתסמונת הטרנס וסתיבת ותסמונות גיל המעבר. באופן טבעי אלו תסמונות ספציפיות הקשורות לנשים.

גב' ברזילי מציגה מחד דילמה ידועה – הצורך להגביל חולים מאושפזים, ומאידך, מהי הטכניקה הרצויה להגבלה. רצוי לזכור שיש מספר מקומות הטוענים שאינם משתמשים כלל בהגבלות בזמן האשפוז. מן הראוי לציין שטכניקה כזו תלויה בכוח האדם במחלקות הן מבחינה מספרית והן מבחינת איכותה.

המדור "עדות אישית" מלמד אותנו הכי הרבה על עצמנו. תופעה זו חוזרת על עצמה גם במאמרה של גב' גולדברג, השמה ראי לפנינו ומצביעה על הדו ערכיות ודו הפרצופיות במקצועותינו. יש לזכור את ההבדל בין To teach (רצוי) To preach (ראו המאמר).

תגובות לכתובת esther@themedical.co.il

בברכה,

פרופ' חנן מוניץ

יועץ רפואי לפסיכיאטריה

שירותי בריאות כללית

עורכת: אסתר קטן **עורך מדעי:** פרופ' חנן מוניץ **עיצוב גרפי:** רונן סאס **חברי מערכת:** ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר עידו לוריא, מרים גולדברג, ד"ר ציפי דולב, טרגי וישיבצקי, ודים לייבוזיק, אולגה סוקולובסקי, מרסל מיטורי, דורית כהן, עליזה ברזילי, ד"ר טל אדיב, ד"ר דהור דולפין, פרופ' נתנאל לאור, ד"ר אורי ניצן, פרופ' שמואל פניג, ד"ר מיכל פרגן-קדרי, אורלי בוני, ד"ר לנה ליפסקיה, דורית חיים-ליטבסקי, ד"ר נעמי הדס-לידור **מנכ"ל:** שלמה בואנו **סמנכ"ל:** חנית בואנו **מנהלת שיווק ומכירות:** דנית אור **מנהלת הפקה:** שירה אביסור **מחלקת כנסים:** תמר בקר, ענת שורק **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 **לפורום 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, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנם באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן. **אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פרטיך** **טל.** 03-6493667 **כתובת לפקס:** 03-6493667 **טל.**

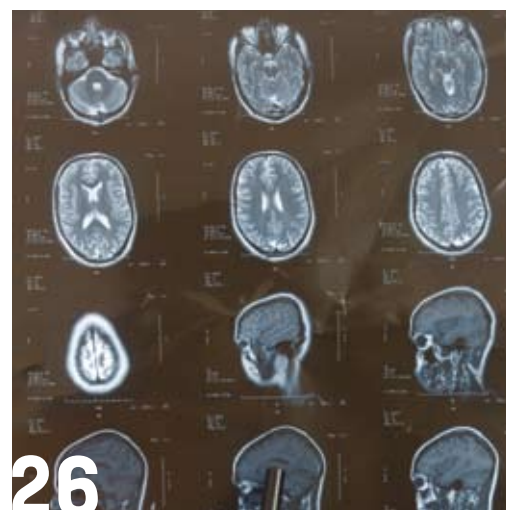
מדורים

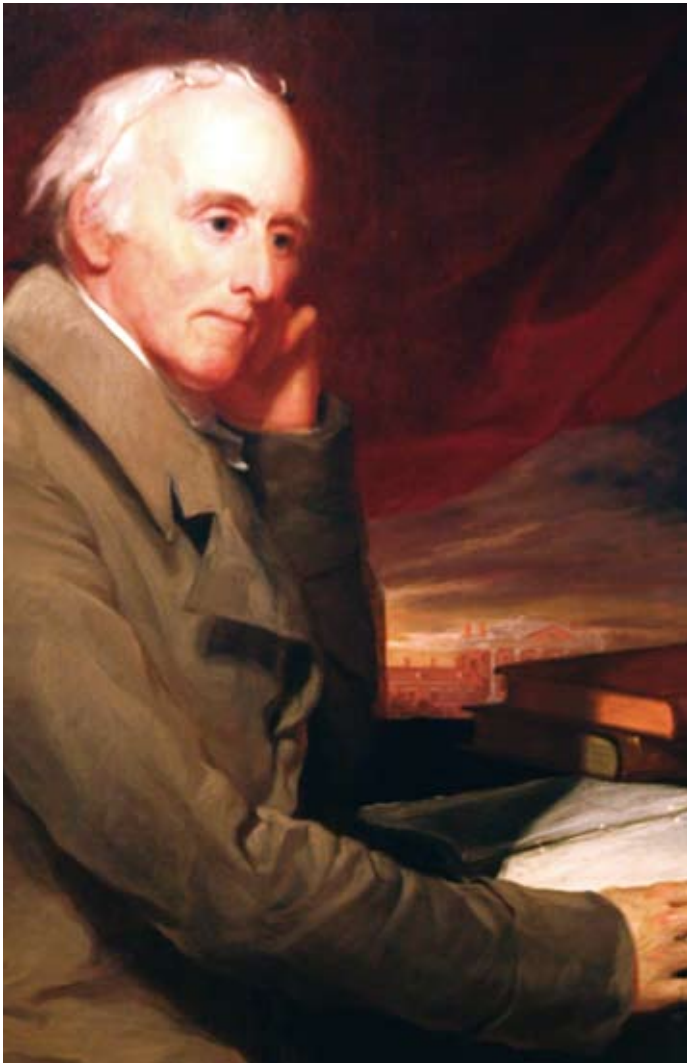
- 06 דמויות מעולם הפסיכיאטריה | ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום**
ד"ר בנג'מין ראש - מדינאי, מתקן חברתי, רופא ואבי הפסיכיאטריה האמריקאית
- 10 ספריה מקצועית | ד"ר עידו לוריא**
Psychiatric and behavioral Disorders in Israel -
From Epidemiology to Mental Health Action, בעריכת פרופ' יצחק לבב
- 12 עדות של מומחה | מרים גולדברג**
Not in my back yard
- 14 מגדר בפסיכיאטריה | ד"ר ציפי דולב**
על יעילות תרופות מקבוצת ה-SSRI/SNRI בטיפול בתסמונת הקדם וסתית ובתסמיני גיל המעבר
- 48 מחקרים אחרונים | סרגי וישניבצקי, ודים לייבוביץ, אולגה סוקולובסקי, מרסל מיטרני, דורית כהן, עליזה ברזילי**
איזה אמצעי הגבלה פיזית מעדיפים חולים במחלקה סגורה?



מאמרים

- 18 רצח ילדים על ידי הוריהם | ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום**
סקירת ספרות, סיווג המעשים והפרופיל הפסיכדינאמי של מבצעי העבירה
- 26 טיפולים לא ביולוגיים בפסיכיאטריה - היבטים חדשים | ד"ר טל אדיב, ד"ר דרור דולפין, פרופ' נתנאל לאור**
פסיכותרפיה כהתערבות ביולוגית וככלי מרכזי במערך ההתערבויות הפסיכיאטריות
- 32 אפקט הפלצבו ככלי טיפולי | ד"ר אורי ניצן, פרופ' שמואל פניג**
על חשיבות הממד הפסיכו-פיזי בעשייה הקלינית בכלל ובטיפול הפרמקולוגי/ ביולוגי בפרט
- 36 הפסיכולוג הקליני בבריאות הנפש | ד"ר מיכל פרנג-קדרי**
ייחודו של הפסיכולוג הקליני כמטפל ותרומתו לבריאות הנפש
- 42 ריפוי בעיסוק - תרומה, יעילות והשפעה | אורלי בוני, ד"ר לנה ליפסקיה, דורית חיים-ליטבסקי, ד"ר נעמי הדס-לידור**
ייחודיות מקצוע הריפוי בעיסוק בשילוב תפישות חדשות בהתערבויות טיפוליות בבריאות הנפש





ד"ר בנג'מין ראש (1745-1813)

מדינאי, מתקן חברתי, רופא
ואבי הפסיכיאטריה האמריקאית

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום

בנג'מין ראש (Benjamin Rush) היה הרופא המפורסם ביותר בארצות הברית בתקופתו. הוא היה גם מורה מחונן ולפי ההערכה, הוא לימד במהלך 45 שנות הקריירה שלו כ-3,000 סטודנטים לרפואה, וכל רופא אמריקאי בולט, עד למלחמת האזרחים שפרצה כ-50 שנה לאחר מותו, היה תלמידו של ראש או תלמיד של אחד מתלמידיו. הוא גם דגל במתן טיפול אנושי ללוקים בנפשם והיה בין הראשונים שטענו כי יש לטפל במחלות נפש כמו במחלות גופניות ולא לכלוא את החולים במוסדות מיוחדים. הוא חיבר את ספר הלימוד הראשון בפסיכיאטריה שיצא לאור בארצות הברית והוכר כ"אבי הפסיכיאטריה האמריקאית".

פעילותו הענפה של ראש לא הוגבלה לתחום הרפואה. הוא היה מדינאי, פטריוט, פילוסוף, סופר, מרצה, איש דת, ומתקן חברתי נלהב. הוא תמך בביטול העבדות ועונש המוות, הקים בתי ספר ציבוריים וקולג'ים חדשים, שיפר את איכות החינוך שניתן לנשים, תקף את השימוש המופרז בשתיית אלכוהול ובעישון טבק, היה אחד מראשוני התומכים בהקמת מוסדות שיקומיים לעבריינים ובין ראשוני האמריקאים בעלי ההשפעה שתמכו בהשגת עצמאות מהשלטון הבריטי, ואף שירת בצבא האמריקאי במלחמת העצמאות של ארצות הברית.

בנוסף לכל אלה, ראש נמנה עם אותם ה"אבות המייסדים" של ארצות הברית שחתומים על הכרזת העצמאות שלה. הוא החזיק בדעותיו מתוך אמונה פנימית שלא היתה ניתנת לערעור, היה משוכנע בצדקתו, נהג בשתלטנות ולא נרתע מוויכוחים מרים עם יריביו. הוא היה רופא מסור למטופליו לפי כל אמות המידה, אף אם היה פטרינליסטי, ותמיכתו הנלהבת בהקצת דם כשיטת ריפוי היתה שנויה במחלוקת במשך שנים רבות.

קורות חייו

ראש נולד ב-24 בדצמבר 1745 בעיירה קטנה הסמוכה לעיר פילדלפיה שבמדינת פנסילבניה, בן רביעי מתוך שבעה ילדים. אבי משפחתו, שהיה קצין פרשים בצבאו של אוילבר קרומול, היגר מאנגליה לפנסילבניה בשנת 1683 (Woodruff, 1977). אביו של בנג'מין ראש, שהיה בעל אחוזה ויצרן נשק, הלך לעולמו בגיל 39 כאשר ראש היה ילד כבן חמש ואמו פרנסה את המשפחה בעזרת חנות מכולת שאותה ניהלה בפילדלפיה. על מנת שיקבל חינוך הגון, ראש נשלח בגיל שמונה להתגורר עם דודתו ודודו (מצד אמו), הכומר סמואל פינלי (Samuel Finley) והוא קיבל חינוך נוצרי אוונגליסטי מסור.

בגיל תשע החל ללמוד, ובהצלחה רבה, לימודים מתקדמים באקדמיה בנטינגהאם, מריילנד, שנהלה בידי דודו, וכעבור חמש שנים, בשנת 1759, הוא החל ללמוד בקולג' של ניו ג'רסי בפרנסטון (אוניברסיטת פרנסטון של ימינו). כעבור שנה, בספטמבר 1760, בגיל 15, הוא היה כבר הבוגר הצעיר ביותר שסיים את לימודיו בקולג'. בהיכנסו

דיוקנו של בנג'מין ראש כפי שצויר לאחר מותו בידי צ'רלס וילסון פיל

לקולג', הוא לא ידע מה ברצונו לעשות לפרנסתו ובמשך החודשים האחרונים ללימודיו הוא חשב רבות על עתידו ולבסוף בחר (בגיל 16) בקריירה של רופא.

בהמלצת דודו הוא התקבל לעבוד כשוליה אצל ד"ר ג'ון רדמן (John Redman), שהיה אז הרופא הבכיר ביותר בפילדלפיה. באותו זמן היה בית הספר לרפואה של אוניברסיטת אדינבורג בסקוטלנד המוביל בעולם בתחומו, אך במושבות האמריקאיות של אותם ימים עדיין לא הוקם המרכז הראשון שהוקדש כולו אך ורק ללימודי רפואה. ראש עבד כשוליה במשך חמש שנים אצל רופאים מפורסמים בפילדלפיה ומסופר עליו כי בכל התקופה זו הוא נעדר מעבודתו רק 11 ימים ולן מחוץ לביתו רק שלושה לילות. כך היה סגנון עבודתו כאשר היה סטודנט לרפואה וכך עבד גם בבגרותו (Ruhrah, 1930). פרט לשנות שוליותו שבהן עסק בטיפולים פרקטיים, החינוך הרפואי הפורמלי היחיד של ראש היה נוכחותו בהרצאותיהם של הרופאים המפורסמים בפילדלפיה דאז. בגיל 20 (1765), ראש תכנן לנסוע לאירופה על מנת לקבל תואר של רופא באוניברסיטת אדינבורג, אך דחה זאת בשנה על מנת שיוכשר טוב יותר ללימודי הרפואה האקדמית.

בגיל 21 (1766), הוא התקבל לאוניברסיטת אדינבורג, למד בה אצל ויליאם קולן המפורסם (William Cullen, 1790-1710) וכעבור שנתיים (ביוני 1768), הוא הוכתר בה בתואר דוקטור לרפואה. בתקופה זו הוא גם למד צרפתית, איטלקית וספרדית. לאחר סיום לימודיו, הוא ביקר במוסדות רפואיים בלונדון ובפריז, חזר לפילדלפיה למונה בשנת 1769 (בגיל 24) לפרופסור לכימיה בקולג' של פילדלפיה. הוא חיבר

בית החולים של מדינת פנסילבניה, נעשה אחראי על הטיפול בחולי הנפש שאושפזו בו והמשיך לעבוד במסדר זה עד למותו. לראש היו, כאמור, דעות נחרצות כמעט בכל נושא שעלה על סדר היום: מתן חינוך אחיד (גם לבנות), קידום שירותי הבריאות, ביצוע רפורמות בבתי הכלא, ביטול העבדות ועונש המוות, הסתפקות במועט ומתן טיפול טוב יותר בהפרעות נפשיות. הוא לא היסס להילחם למען דעותיו על אף שלא כולן היו מקובלות. הוא כתב מכתבים רבים והיה סופר מוכשר ופורה מאוד. הוא הוכר כאחד הרופאים המובילים באומה החדשה. סגנון כתיבתו הדוגמטי, הסאטירי לעתים והבלתי מתפשר, הקים עליו אויבים רבים.

טיפוליו השניים במחלוקת במהלך מגיפות הקדחת הצהובה שפרצו בפילדלפיה בשנים 1793, 1794 ו-1797 (Holmes, 1966; North, 2000; Eisenberg, 2004; Kopperman, 2004), לצד התקפותיו הקולניות על מתנגדיו ותמיכתו בדברים שלא היו פופולריים, הביאו להתפטרותו ממוקולג' הרפואי של פילדלפיה. בסופו של דבר נפגעו קשות המוניטין והפרקטיקה הרפואית שלו, על אף שבמהלך



הכרזת העצמאות של ארצות הברית. חתימתו של ראש היא השנייה מלמעלה, בטור השלישי מימין

המגיפות בשנים 1793 ו-1797 הוא הפך את ביתו לבית חולים וטיפול ביותר מ-100 חולים במגיפה מדי יום (Woodruff, 1977). הנשיא ג'ון אדמס מינה אותו בשנת 1797 לאחראי על המטבעה, משרה שראש החזיק בה עד סוף ימיו. בנוסף, הוא המשיך בעבודתו האקדמית בבית הספר לרפואה באוניברסיטת פנסילבניה, שבה נחשב למרצה אהוד ביותר וכן המשיך לפרסם עבודות ברפואה ובפסיכיאטריה. ראש נפטר בביתו ב-19 באפריל 1813 בשנת חייו ה-68 לאחר מחלת חום קצרה, ככל הנראה דלקת ריאות. בשנים הראשונות של המאה ה-19 שוקמו המוניטין הציבוריים שלו, ובפילדלפיה התייחסו אל מותו כאל אירוע ציבורי חשוב ביותר. הוא נקבר בבית הקברות שבחצר ה-Christ Church בפילדלפיה, לא הרחק ממקום קבורתו של בנג'מין פרנקלין.

עבודתו הרפואית

ראש היה תומך נלהב בהקזת דם ובטיפול בקלומל (Calomel, כלוריד הכספית), שיטות טיפוליות שהיו נפוצות באמריקה באותם הזמנים (Greenstone, 2010). הוא טען כי "נוכחתי לדעת [במהלך הטיפול בחולי מגיפת הקדחת הצהובה שפרצה בפילדלפיה] כי הקזת דם היא יעילה לא רק במקרים שבהם הדופק מלא ומהיר, אלא גם כאשר הוא איטי. רבים מהחולים ביצעתי שתי הקזות דם, ובאחד המקרים הקשים ארבע פעמים, ובכולן התוצאה היתה טובה" (Rush, 1812). ראוי לציין כי אחדים מבני זמנו התנגדו לשימוש המופרז בהקזות דם שנעשה לטענתם בידי ראש (Bean, 1965) ואחד מהם (עיתונאי מפורסם בשם William Cobbett) אף האשימו בכך שהרג יותר חולים ממה שהציל. ראש הגיש נגדו תביעת דיבה וזכה בשנת 1797 לפיצוי כספי בסך 5,000 דולר, מהם קיבל לבסוף (בשנת 1801) 4,250 דולר, כסף שנתרם על ידי לצדקה (Davies et al., 1983; Veith, 1976). ראש יצא באומץ רב נגד השימוש המופרז שרווח בזמנו באלסיהול ובמזרזי השונים (Katcher, 1993), היה הראשון שהכניס לשימוש בספרות הרפואית האמריקאית את המונח "שיטת" (Dementia), שהוטבע במקורו על ידי הפסיכיאטר הצרפתי פיליפ פיןל (Friedenberg, 2003), והיה בין הראשונים שהדגישו את חשיבות הקשר שבין הרפואה והמשפט (Wecht, 2005) ואף האיצ בתלמידיו לגלות מעורבות בעבדותם

את ספר הלימוד האמריקאי הראשון בכימיה, שיצא לאור בהמשך השנים ב-85 מהדורות. בעת המיזוג של מוסד זה עם אוניברסיטת פנסילבניה ואיחוד בתי הספר לרפואה של שני מוסדות אלה, מונה ראש כפרופסור גם בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת פנסילבניה והרחיב בכך את השפעתו. לאחר שחזר מאירופה אל פילדלפיה ובמקביל להוראה בקולג' בעיר זו, הוא החל לפתח את הפרקטיקה הרפואית שלו. הוא היה רופא מסור לחולים שלו, רגיש, תומך וקשוב לבעיותיהם הרפואיות, ובדרך כלל הוא גם הצליח לסייע להם. בכתיבי ניכרת השקפה פטרנליסטית ברורה בכל הנוגע ליחס רופא-חולה.

ביטאור 1776, בהיותו בן 31 ולאחר הכרות של כחמישה חודשים, הוא נשא לאישה את ג'וליה סטוקטון (Julia Stockton, 1759-1848), שהיתה אז כבת 16, ואביה עורך הדין היה אף הוא אחד מהחותמים על הכרזת העצמאות של ארצות הברית. בני הזוג היו נשואים 37 שנה, ואשתו של ראש האריכה ימים אחרי מותו. היא נותרה אלמנה במשך 35 שנה והיא מתוארת כאישה רגישה מאוד, בעלת כושר הבעה ויכולת שכנוע, שהתמודדה עם מותו של בעלה האהוב בעזרת כתיבת יומן במשך יותר מ-30 שנה (Thielman and Melges, 1986). לבני הזוג נולדו 13 ילדים ורק תשעה מהם (שלוש בנות ושישה בנים) צלחו בשלום את שנת חייהם הראשונה. מבין ילדים אלה יצוין כי הבכור, ג'ון (1777-1837), הלך בעקבות אביו, למד רפואה והצטרף כקצין לחיל הים של ארצו. במהלך שירותו ובהיותו כבן 30, הוא זומן על ידי אחד מעמיתיו לוד קרב, במהלכו הוא נאלץ לירות בו למוות. כעבור זמן קצר הופיעו אצלו רגשי אשם שהלכו והוחמרו עד כי הוא לא היה מסוגל לדאוג לעצמו. הוא עזב את שירותו הצבאי לאחר כשנתיים, ואביו מוכה הצער התמסר לטיפול בו, לרבות אשפוז פסיכיאטרי ממושך מאוד, שבמהלכו הוא נפטר (Carlson and Wollock, 1975). מחלתו הנפשית של בנו הבכור החישה עוד יותר את עבודתו של ראש בתחום ההפרעות הנפשיות כפי שיפורט בהמשך.

במקביל לעבודתו כרופא, בנג'מין ראש גם היה פטריט ופוליטיקאי נלהב וגלוי לב, והיה מוערך על ידי רבים. ביוני 1776 הוא נבחר לקונגרס הקונטיננטלי, ונמנה עם 76 בכירי המושבות האמריקאיות שחתמו ביולי 1776 על הכרזת העצמאות של ארצות הברית. הוא נמנה עם הבולטים בחבורת ה"אבות המייסדים" שהאמריקאים כה גאים בהם (Adler, 2003). באפריל 1777, שנתיים לאחר פרוץ מלחמת העצמאות של ארצות הברית, מונה ראש כרופא הראשי של בית חולים צבאי גדול. שמונה חודשים לאחר מכן הוא התווכח עם הגנרל ג'ורג' וושינגטון והתבטא בצורה בוטה כנגד אי הסדר ששרר בצבא האמריקאי ואשר לטענתו הביא, בין היתר, לטיפול לקוי בפצועי המלחמה, ואף יצא כנגד יכולתו הצבאית והמנהלית של וושינגטון עצמו. וושינגטון האשים את ראש בחוסר נאמנות, אך לא העמידו לדין צבאי אלא נתן לו אפשרות להתפטר משירותו הצבאי (בשנת 1778). שנים לאחר מכן ראש התחרט על פעולותיו אלו, ובמכתב שכתב בשנת 1812 אל ג'ון אדמס (שהיה סגנו של וושינגטון וירש את מקומו כנשיאה השני של ארצות הברית), הוא תיאר את וושינגטון כ"אדם האהוד ביותר, ששמו והפטריטיות שלו תרמו רבות לייסודן ולעצמאותן של ארצות הברית" (Brodsky, 2004).

ראש חזר לפרקטיקה הרפואית שלו בפילדלפיה ובשנת 1780 הוא החל להרצות באוניברסיטה החדשה של מדינת פנסילבניה. בשנת 1783 הוא הצטרף לסגל

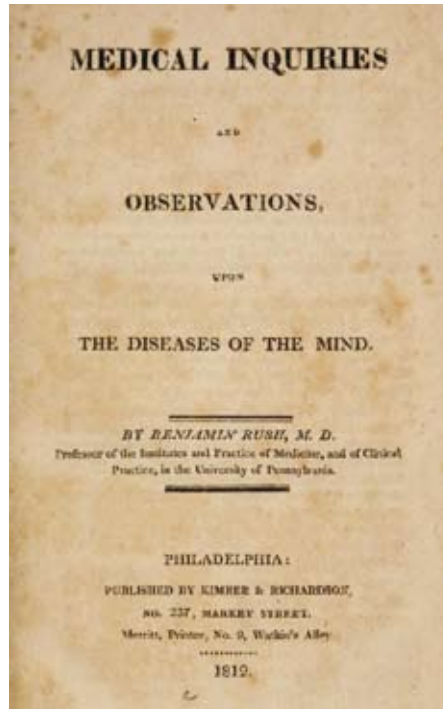
של בתי המשפט ולסייע להם בעשיית הצדק כעדים מומחים (Gold, 2005).

בריאות הנפש

תרומתו של בנג'מין ראש לפסיכיאטריה החלה בעקבות עבודתו בבית החולים של מדינת פנסילבניה בשנת 1783. בית חולים זה נוסד כ-30 שנה לפני כן, בין היתר גם במטרה לטפל בחולי הנפש ולרפא אותם, אולם ה"טיפול" שניתן בו והתנאים הקשים שבהם הוחזקו החולים הללו, לא היה בהם כדי להגשים מטרתו אלו. ראש בחן תחילה את המצב במשך שנים אחדות, ולאחר מכן פרסם את ביקורתו הן על תנאי האשפוז והן על שיטות הטיפול. בשנת 1789 הוא פנה בכתב אל מועצת המנהלים של בית החולים וביקש כי ישופרו תנאי הסניטציה של מגורי החולים וכי תאפשר יציאה לתעסוקה לאלה מביניהם שנמצאו מתאימים לכך. רפורמות אלו, שראות בימינו פשוטות ומובנות מאליהן, היו בזמנו חידוש גדול בתחום הטיפול במחלות הנפש בארצות הברית. גם הליך האשפוז עצמו היה אז קל למדי. קורבי משפחה, ידידים או שכנים היו צריכים לחתום על בקשה בכתב לשם אשפוז החולה ולהפנותה אל הנהלת בית החולים, ולחולה לא היתה זכות ערעור על כך. חולים שהיו חסרי אמצעים התקבלו לאשפוז ללא תשלום, וקורבי האחרים נדרשו לחתום על התחייבות לפיה ישלמו בגין הוצאות האשפוז ודמי הקברדה אם החולה ימות בעת האשפוז. כעבור שנים אחדות, ראש החל להתערב ולפעול נגד תנאי האשפוז הידורים והטיפולים שלא הביאו שום תועלת. בשל הכבוד והמוניטין שיצאו לו, בקשותיו של ראש התקבלו בחיוב מצד מועצת המנהלים של בית החולים, והוא אף הציע כי לצורך הטיפול בחולים יתקבלו אנשים מתאימים בלבד וחודרי המגורים ייהטו ויאורדו. בכל כתביו והוצאותיו הוא טען כי אין להפריד בין הנפש לבין הגוף, והוא אף פעל להכללת התחום הנפשי בתכניות הלימודים של סטודנטים לרפואה (Veith, 1976).

בנג'מין ראש היה בן זמנו וכן גילו של פיליפ פינל (Philippe Pinel, 1745-1826) בצרפת והוא הושפע כפינל מאותן דעות שרווחו בתקופת ההשכלה באירופה ביחס לשחרורם של חולי הנפש מכבליהם הפיזיים והמנטליים (Wittels, 1946). אולם ראש הקדים בהרבה את הרופאים האמריקאים בזמנו בכל הקשור לטיפול במחלות הנפש (Shryock, 1945). הוא הוכר כ"אבי הפסיכיאטריה האמריקאית", דיוקנו מוטבע על סמלו של איגוד הפסיכיאטריה בארצות הברית והוא אף הוציא לאור, שנה לפני מותו, את ספר הלימוד הראשון בארצות הברית בתחום מחלות הנפש (Rush, 1812).

בספר זה הוא כינס את דעותיו בתחום הפסיכיאטריה, והוא היה הראשון מסוגו ברחבי ארצות הברית ונותר כך במשך 70 שנה. אחת הדעות שחזרו ונשנות בספר קשורה ביכולתן של ההפרעות הנפשיות להתרפא. רעיון זה הוטבע בתלמידיו ובקהל הקוראים של ספרו ודחק את רגליו של רעיון שגור אחר, לפיו "פעם לקוי בנפשו, תמיד לקוי בנפשו". ראש התייחס אל החולי הנפשי כאל מחלה של המוח וטען בספרו כי הסיבה לו נעוצה בראש ובראשונה בכלי הדם של המוח וכי השיגעון מבטא מחלה כרונית הפוגעת באותו חלק של המוח שבו נמצאת הנפש. דוגמה אחרת מתבטאת באמונה שרווחה במשך מאות בשנים, כי ההחפרות במחלות הנפש קשורות במועדי הופעת הירח (מכאן הכינוי Lunacy שניתן להן). תצפיותיו של ראש הביאוהו להטיל ספק בקשר זה. מאחר שהוא לא הסתפק בספרות שהיתה קיימת בנושא, הוא הורה לרוקח של בית החולים לבחון את תגובות החולים ביחס לשמש העולה. הרוקח דיווח על מתח מוגבר בתחילת היום ועל נטייה כללית לשקט ולרגיעה עם רדת הלילה. ראש ראה בכך



שער ספרו של בנג'מין ראש על מחלות הנפש

הוכחה חותכת לחוסר נכונותו של הקשר עם הירח. גם בתחום המחלות הפסיכוסומטיות הקדים בנג'מין ראש את זמנו (Holmes, 1967). בהוצאותיו לסטודנטים לרפואה הוא יעץ להם תמיד לאמץ לעצמם השקפת עולם אופטימית, הואיל ו"השפעתו של כוח הרצון על גוף האדם עדיין לא התבררה במלואה" (Rush, 1812, p. 180). בהוצאותיו הוא גם המליץ לשומעיו כי לעולם לא יכעסו או ייעלבו ממה שאדם חולה אומר או עושה, שכן בשל "חולשתו ותלותו בו, אין הוא מסוגל להתמודד עימו בתנאים שווים".

בין הגורמים שמביאים למחלות הנפש, מנה ראש את הבאים: תורשה, גיל צעיר, מין נשי, העדר זוגיות, עיסוקים אינטלקטואליים, תנאי מזג אוויר קיצוניים, צורות ממשל מסוימות, מהפכות ועיקרים דתיים מסוימים. הוא טען כי ההשפעה החולנית של כלי הדם במוח פוגעת בתפקודי הנפש שנמצאים בו, ודהיינו הכוחות הפנימיים שלה. נראה כי חשיבותו של ראש אינה נעוצה בסיווג ההפרעות הנפשיות אלא בתפקיד שאותו ייחס להפרעה ברגשות ובדרך המיני בתיאורו הארוך על חלומות ושינה ובתיאור שנתן ביחס לתופעות קליניות מסוימות, כמו היסטריה. ללא קשר לשכנועו באשר לאופי האורגני של השיגעון, למעשה הוא האמין במקור הפסיכוגני של סוגים שונים של הפרעות נפשיות, לרבות חלק שיוחס לפגם מוסרי שכיום אינו

חלק מהחולי הפסיכיאטרי (Mora, 1980).

על אף ראייתו המפוקחת וגישותיו המתקדמות בכל הנוגע לתנאי אשפוזם של חולי הנפש, הוא לא יכול היה להשתחרר לחלוטין משיטות הטיפול שרווחו בתקופתו. הוא סבר כי רבות ממחלות הנפש נגרמו כתוצאה מהפרעות בזרימת הדם (Carlson and Simpson, 1964) וניסה לטפל בהן באמצעים שכוונו לשיפור זרימת הדם למוח, כגון "הלוח המסתובב" (Gyrater), לוח עץ שעליו הושכב ונקשר החולה ואשר הסתובב על ציר, שהיה בשימוש ראשוני באנגליה "בשיגעון כרוני, ובהצלחה גדולה". אמצעי טיפולי מכאני אחר שהומצא על ידו כונה בשם "הכיסא המרגיע" (Tranquilling Chair) ובו החולה הושב על כיסא מיוחד כאשר ראשו מוגבל מכל צדדיו ואינו יכול לנוע בחופשיות. אמצעי זה נועד לחולים סוערים במיוחד ובו הושגה, לדעת ראש, שליטה על זרימת הדם למוח והוקטנו תנועות השרירים והפעילות התנועתית של החולה לשם האטת הדופק. שיטות אלו אינן יכולות לקזז מתרומתו הרבה של ראש לפסיכיאטריה האמריקאית (Veith, 1976; Deutsch, 1967) ונראה כי הוא זכה בצדק להערכה שקיבל כ"אבי הפסיכיאטריה האמריקאית" (Meyer, 1945).

בנג'מין ראש כאדם

שנות חייו המוקדמות עיצבו את אופיו ואישיותו של בנג'מין ראש. ילדותו עברה עליו בסביבה שהיתה רוויה באמונה דתית עמוקה של עשיית חסד וטוב. עקרונותיו שגובשו בנעוריו לא הושפעו מפיתויי הערים הגדולות שבהן שהה. הוא לא שינה את שאיפתו להפוך למלומד גדול ולנצל את הכישורים והידע שרכש לטיפול בחולים שפנו לעזרתו. אדיקותו הדתית היתה תכונה בולטת באופיו. בכל מכתביו המרובים וספריו ובכל עיסוקיו הפרטיים הוא ביטא יחס עמוק מאוד של כבוד והערכה כלפי האל (Carlson, 1979). הוא נהג בקביעות לסיים את היום בהקראת פרק בתנ"ך לבני משפחתו המורחבת ולאחר מכן בתפילה פרטית לאלוהיו, שבה הוא הודה על הטוב שניתן לו וביקש את הגנתו וברכותיו של האל. מתוך אמונתו הדתית נבע גם יחס הכבוד שחלק למשרתי האל עלי אדמות, תוך תמיכה בהם ובכנסיות שניהלו. הוא ניהל את זמנו ביעילות רבה ותמיד היה עסוק בקריאה או בכתיבת מכתבים, תחילה באותו

200 שנה לאחר מותו (Shryock; Meyer, 1945) 1971; 1976). הוא היה פטריסט אמריקאי אך לא היסט לחתור תחת מנהיגותו של ג'ורג' וושינגטון. איש מדע חסר פניות אך גם מקיז דם דוגמטי. מחנך אך גם איש צר אפקים. אדם קוסמופוליטי אך גם שובניסט. עם זאת, פעולותיו המנוגדות בתחומים כרפואה, מדינאות, תיקון חברתי, חינוך ודת היו מרשימות ויש לשפוט אותן בראי התקופה והאמונות ששררו בחברה שבה חי ופעל (Carlson; D'Elia, 1974) (1977).

שמו של ראש הונצה רבות בארצות הברית ודיקנו מפיע בסמליל של איגוד הפסיכיאטרים האמריקאי, אשר מעניק פרס על שמו (Benjamin Rush Award).

אם ניתן לראות ולבנות מסוימת בפועל של בנג'מין ראש לימניו אנו, נראה כי הוא היה ממליץ לנו לכבד זה את זה ולחיות ולחשוב באומץ ובנחישות. הוא בודאי היה אומר כיום לבני עמו ואולי גם לאזרחי העולם כי מלחמת העצמאות אולי תמה אך המהפכה שהיא בישרה עליה והשאיפה לאיכות ולמצוינות עדיין נמשכות (Rohrich and Sullivan, 2004).



“הכיסא המרע” (Tranquillizing Chair)

חדר שבו שהו אשתו וילדיו, ומאוחר יותר בחדר מיוחד שנועד לצרכיו. הוא גם כתב כי לאחר שנת 1789 הוא שהה בערכים או אכל מחוץ לביתו לעתים נדירות. לדבריו, הוא מצא בכתיבה מנוחה מהעייפות שבקריאה, ובקריאה הוא היה נח מהעייפות שבכתיבה, וכך לא היה במנוחה אחרת במשך שעות רבות (Brodsky, 2004). סדר יום שכזה מתאים יותר לרווק מאשר לאיש משפחה, ואכן בצעירותו הוא כתב לאחר מחבריו: “הרפואה היא אשתי, המדע הוא המאהבת שלי, ספרים הם החברים, חדר עבודתי הוא קברי ובו אני ספון ושוכח מהעולם”. חיים אלה הסתיימו כאשר פגש בגיל 30 את ג'וליה סטוקטון בת ה-16, אשר שבתה את ליבו.

חיייו של בנג'מין ראש היו מורכבים גם מחלומות. חלומות על חינוך אוניברסלי, חלומות על שוויון זכויות לנשים, חלומות על שחרור עבדים ועל טיפול הוגן בהם, חלומות על רפורמות בניהול בתי חולים, חלומות על טיפול אנושי בלוקים בנפשו וחלומות על הודמנויות שוות לכל אחד. כבן לתקופת ההשכלה, הוא האמין כרכים מבני דורו הדגולים בערכים של חירות ושוויון. רבים מחלומותיו הוגשמו בארצות הברית ברכות השנים, אולם בנג'מין ראש, כאדם מציאותי, גם ידע את מה שכולנו יודעים: לא די בחלומות (Binger, 1969).

ד"ר יעקב מרגלין, לשעבר הפסיכיאטר המחוזי לתל אביב ומזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית

בישראל, פרופ' אליעזר ויצטום, מרכז לבריאות הנפש באר שבע, החטיבה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, פסיכיאטר בכיר במרכז הקהילתי לבריאות הנפש, עזרת נשים ירושלים

לסיכום, נראה כי בנג'מין ראש היה איש מרובה פנים וניגודים, שכן היכטים לא מעטים במעשיו היו שניים במחלוקת עוד בחייו ונותרו כך עד היום, כמעט

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

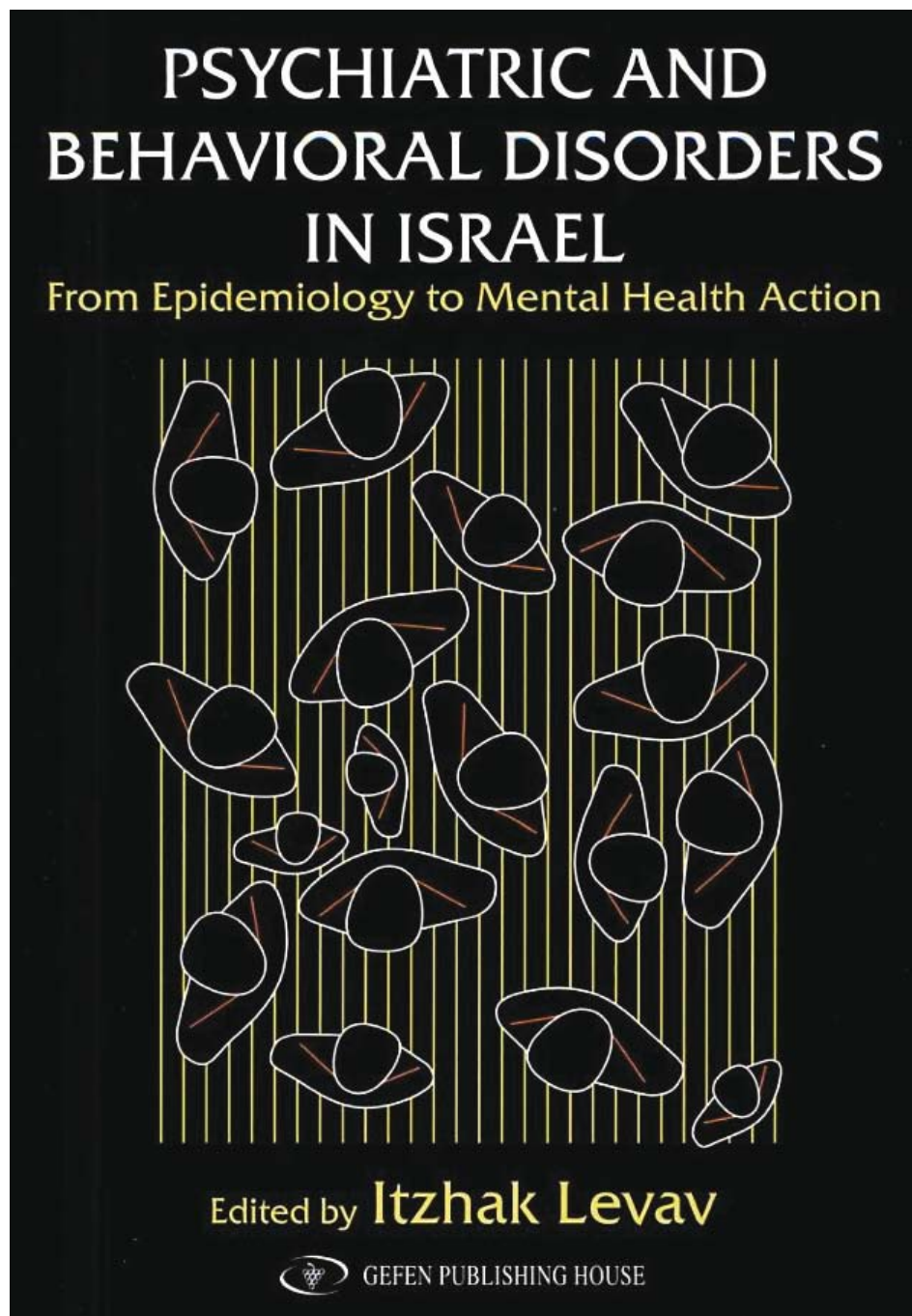
Adler B (2003). America's Founding Fathers: Their Uncommon Wisdom and Wit. Lanham, MD: Taylor Trade Publishing.
Bean WB (1965). Elisha Bartlett – his views of Benjamin Rush. Archives of Internal Medicine 116: 321-325.
Binger A (1969). The dreams of Benjamin Rush. American Journal of Psychiatry 125: 1653-1659.
Braceland FJ (1976). A bicentennial address: Benjamin Rush and those who came after him. American Journal of Psychiatry 133: 1251-1258.
Brodsky A (2004). Benjamin Rush: Patriot and Physician. New York: St. Martin's Press.
Carlson ET (1977). Benjamin Rush and mental health. Annals of the New York Academy of Sciences 291: 94-103.
Carlson ET (1979). Benjamin Rush and his friends on human nature. Psychiatric Quarterly 51: 300-306.
Carlson ET and Simpson MM (1964). The definition of mental illness: Benjamin Rush (1745-1813). American Journal of Psychiatry 121: 209-214.
Carlson ET and Wollock JL (1975). Benjamin Rush and his insane son. Bulletin of the New York Academy of Medicine 51: 1312-1330.
Davies NE, Davies GH and Sanders ED (1983). William Cobbett, Benjamin Rush, and the death of General Washington. Journal of the American Medical Association 249: 912-915.
D'Elia DJ (1974). Benjamin Rush: Philosopher of the American Revolution. Transactions of the American Philosophical Society (New Series) 64: 1-113.
Deutsch A (1967). The Mentally Ill in America: a History of Their Care and Treatment from Colonial Times, 2nd edition. New York: Columbia University Press.
Eisenberg L (2007). Furor Therapeuticus: Benjamin Rush and the Philadelphia yellow fever epidemic of 1793. American Journal of Psychiatry 164: 552-555.
Friedenberg RM (2003). Dementia: one of the greatest fears of aging. Radiology 229: 632-635.
Gold LH (2005). AAPL and the death penalty: a historical perspective on the debate. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 33: 6-7.
Greenstone G (2010). The history of bloodletting. British Columbia Medical Journal 52: 12-14.
Holmes C (1966). Benjamin Rush and the yellow fever. Bulletin of the History of Medicine 40: 246-263.

Holmes C (1967). A somatic interpretation of the psychiatry of Benjamin Rush. American Journal of Psychiatry 124: 825-831.
Katcher BS (1993). Benjamin Rush's educational campaign against hard drinking. American Journal of Public Health 83: 273-281.
Kopperman PE (2004). "Venerate the Lancet": Benjamin Rush's yellow fever therapy in context. Bulletin of the History of Medicine 78: 539-574.
Meyer A (1945). Reevaluation of Benjamin Rush. American Journal of Psychiatry 101: 433-442.
Mora G (1980). Historical and Theoretical Trends in Psychiatry. In: HI Kaplan, AM Freedman and BJ Sadock (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 3rd Edition. Baltimore, MD: Williams & Wilkins Co., pp. 60-62.
North RL (2000). Benjamin Rush, MD: assassin or beloved healer? Baylor University Medical Center Proceedings 13: 45-49.
Rohrich RJ and Sullivan D (2004). The revolution begins: reflections on Dr. Benjamin Rush. Plastic and Reconstructive Surgery 114: 753-755.
Ruhrah J (1930). Pediatrics biographies: Benjamin Rush, 1745-1813. American Journal of Diseases of Children 40: 389-393.
Rush B (1812). Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind. Philadelphia: Kimber & Richardson.
Shryock RH (1945). The psychiatry of Benjamin Rush. American Journal of Psychiatry 101: 429-432.
Shryock RH (1971). The medical reputation of Benjamin Rush: contrasts over two centuries. Bulletin of the History of Medicine 45: 507-552.
Thielman SB and Melges FT (1986). Julia Rush's diary: coping with loss in the early nineteenth century. American Journal of Psychiatry 143: 1144-1148.
Veith I (1976). Benjamin Rush and the beginnings of American medicine (Medicine in American history). Western Journal of Medicine 125: 17-27.
Wecht CH (2005). The history of legal medicine. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 33: 245-251.
Wittels F (1946). The contribution of Benjamin Rush to psychiatry. Bulletin of the History of Medicine 20: 157-166.
Woodruff AW (1977). Benjamin Rush, his work on yellow fever and his British connections. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 26: 1055-1059.

Psychiatric and behavioral disorders in Israel - From epidemiology to mental health action

בעריכת פרופ' יצחק לבב. הוצאת גפן (2009)

ד"ר עידו לוריא



מדינת ישראל מאז הקמתה ואוכלוסייתה מהוות יעד מרתק ומלמד ביותר בתחומי המחקר בפסיכיאטריה בכלל, ובתחום האפידמיולוגיה הפסיכיאטרית בפרט. מספר נקודות חוזק, שאינן בנמצא במדינות אחרות בעולם ובוודאי לא על פני שטח מצומצם, מהוות את יתרונותיה של ישראל כיעד "נחשק" שכזה והן כוללות: א. אוכלוסיות מגוונות מבחינה חברתית, תרבותית, דתית וסוציאקונומית, עם גיוון גנטי רחב; ב. בסיס נתונים מבוססים, עשירים ומוסדרים על פי חוק (עם הבעייתיות הנגזרת מקיום מרשמים שכולה אל מול הנושא של זכויות אדם וצנעת הפרט), שכוללים את מרשם האשפוזים הפסיכיאטרי הלאומי (עם אבחנות פסיכיאטריות שניתנות על ידי פסיכיאטר מומחה), נתוני הצבא ולשכת גיוס (עם המבדקים הפסיכולוגיים והסינון הפסיכוטכני הנערכים לחלקים רחבים באוכלוסייה), רישום נשק וכלי ירייה ועוד; וכן לצערנו - ג. חשיפה לטראומות שונות, שחלקן התרחשו עוד טרם הקמת מדינת ישראל וחלקן מלווה את האוכלוסייה בישראל עד ימים אלה, כולל שואה, מלחמות, פיגועי טרור ועוד.

בנוסף, בישראל נערך סקר בריאות נפש בסטנדרט גבוה, שבמסגרתו נאספו נתונים לגבי התחלואה הפסיכיאטרית ברמה ארצית (Israel National Health Survey - INHS) וזאת כחלק מהסקר הפסיכיאטרי הבינלאומי של ארגון הבריאות העולמי. עם זאת ולמרות כל אלה, מעולם לא הופיע ספר המוקדש כולו למיפוי שיטתי ועדכון בכל הנוגע למחקר אפידמיולוגי פסיכיאטרי בישראל. על כן, הוצאתו של הספר היא יוזמה מבורכת, המשלימה חסר בידע הרפואי והפסיכיאטרי ואף מעלה תמיהה, כיצד לא נעשה דבר שכזה קודם לכן. הספר הוא ציון דרך חשוב מאוד בתחום הפסיכיאטריה האפידמיולוגית בישראל ומהווה הזדמנות לשוב ולהזכיר את חשיבות התחום הן בעולם הפסיכיאטריה, שמדגיש היבטים ביולוגיים גנטיים בשנים האחרונות, והן בישראל, כמדינה שדוגלת בערכים כגון סולידריות חברתית ומדיניות רווחה. למעשה, הספר ממפה את כלל הידע שהתפרסם בתחום

פוגמות בהנאה השלמה. לא אתעכב על הערות נקודתיות בפרקים השונים (כגון שגיאות כתיב, בלבול מסוים בפרק 1 בין לאום ערבי ודת איסלאם), אך אעלה מספר הערות חשובות: בצד הוויזואלי, הספר מודפס באותיות קטנות יחסית, עם דיאגרמות בשחור-לבן. מראי המקום וההפניות החשובות בסוף כל פרק מודפסים באותיות קטנות אף יותר, דבר המקשה על הקריאה והעיון השוטף בספר. ראוי לשקול במהדורות הבאות שינוי בעמוד הספר, כולל הגדלת האותיות, צירוף איורים באיכות גבוהה יותר ואולי אף בצבע כחלק מהפיכת הספר לנגיש ולקריא יותר. דבר זה יכבד את הספר ואת קוראיו. מי כמונו, כאנשי טיפול נפשי שיחתי, יודעים כי יש חשיבות רבה לתוכן אך גם לאופן העברתו.

בצד התוכן, יש צורך בעריכת הטקסט, במטרה לקצר במקומות מסוימים, למחוק חזרות מיותרות ולתקן שגיאות כתיב. אך מעבר לכך, ברמה התוכנית ולאור הסקירות המקיפות על פלחי אוכלוסיה מגוונים בישראל, בולט חוסר התייחסות לקבוצות אוכלוסיה מסוימות המתגוררות בקרבתנו בישראל, כולל נשים שעברו סחר, מהגרי עבודה, פליטים ועוד. אוכלוסיות אלו מהוות פעמים רבות "נוכחות-נפקדות". העדרו של פרק כזה כמוכן אינו קשור לכותבי הספר ועורכיו, אלא ביטוי להעדר התייחסות מחקרית כללית לגבי קבוצות אלו. נדמה שהמחויבות החברתית העולה מבין פרקי הספר ראוי לה שתתרחב גם לאוכלוסיות אלו.

למרות הדעות השונות, נדמה כי אפידמיולוגיה פסיכיאטרית מהווה תחום מחקר בסיסי ברפואה, כמו גנטיקה או מחקר מעבדה, למרות הקשיים המתודולוגיים והמחקריים הכרוכים בניסיון להבין תופעות בתחום הנפש וההתנהגות. אלו הן תופעות שאיתן אנו, כאנשים העוסקים בבריאות הציבור, פוגשים באופן יומי. מעבר לכך, אפידמיולוגיה פסיכיאטרית נשקת לתחומים רבים, ביניהם כלכלה, זכויות אדם, סוציולוגיה, עבודה סוציאלית, שיקום ועוד. במובן זה, נראה כי הביטוי "ידע הוא כוח" מקבל משמעות קונקרטית, המחייבת אותנו לפעולה בתחום.

כולי תקווה כי ספר זה יהפוך לספר חובה בארון הספרים הפסיכיאטרי של מומחים ומתמחים בישראל. נראה כי יש מקום להכרה מעמיקה עם המידע הנפרס בספר זה בקרב העוסקים בבריאות הנפש בישראל, במקצועות השונים, כולל פסיכיאטריה בפרט ורפואה בכלל (רפואת משפחה ועוד), פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית וכן בקרב מקבלי החלטות ומתווי מדיניות בתחום בריאות הנפש ברמה הלאומית. ייתכן שאף יש מקום לשקול שילוב של חלקים מספר זה בחומר הנדרש לבחינות ההתמחות בפסיכיאטריה בישראל.

הספר, כמו התחום עצמו, עשיר במידע, שלפעמים עלול להיראות מורכב ומרתיע, וכמו צדפה לא מזמינה, יש צורך להגיע לפנינה שמסתתרת בפנים. אחרי הכל, מהותה של האפידמיולוגיה הפסיכיאטרית היא תביעה חברתית ומחשבתית לכבוד האדם, שמזכירה לנו כי מאחורי המספרים יש אנשים, שאת קולם לא ניתן תמיד לשמוע.

זה על שדות המחקר השונים במהלך השנים בישראל.

מבחינת מבנהו, הספר מחולק לשלושה חלקים: החלק הראשון מוקדש להפרעות פסיכיאטריות והתנהגותיות בקבוצות מסוימות באוכלוסיה, כולל נשים, ילדים ומתבגרים (כולל פרק המיוחד להפרעות למידה), קשישים, ערבים, מהגרים, ניצולי שואה וצאצאיהם (דור שני). חלקו השני של הספר מוקדש לאפידמיולוגיה של הפרעות פסיכיאטריות והתנהגותיות בישראל, כולל שימוש ותלות באלכוהול, בסמים ועישון, סכיזופרניה, הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, הפרעת עקה בתר-חבלתית (PTSD), אובדנות, גנטיקה של סכיזופרניה באוכלוסיה הערבית. החלק השלישי מוקדש ליישומי האפידמיולוגיה בשירותי בריאות הנפש בישראל וכולל פרקים בנושאי הפרעות פסיכיאטריות במערך הטיפול הראשוני, פסיכו-פרמקו-אפידמיולוגיה והאפידמיולוגיה של הטיפול בהפרעות פסיכיאטריות בישראל.

כל פרק כשלעצמו מקיף מידע רב, עם סקירה תיאורטית ומחקרית באותו תחום ותיאור המחקרים הרלבנטיים שנערכו בישראל. ברוב הפרקים יש גם מקטע מסיים עם המלצות לפעולה בתחום בריאות הנפש. מקטע זה מגיש את המחויבות החברתית של כותבי הספר, הנגזרת מהעידוד הרפואי-פסיכיאטרי בתחום האפידמיולוגיה ובריאות הציבור. כך, הספר מבטא את משמעותה הלשונית הבסיסית של האפידמיולוגיה, מעבר להבנה כי עיסוקה של דיסציפלינה זו היא בריאות הציבור; ביוניות, "אפידמיה" משמעותה מגפה, אך מילולית - "אפי" - בתוך, "דמוס" - עם (כפי ש"דמוקרטיה" - שלטון העם) ו"לוגיה" - ידע.

פרקי הספר נכתבו בידי חוקרים ידועי שם מהמובילים בתחומם, בישראל ואף בעולם. עורך הספר, שהצליח לגייס אנשים כה רבים לתרום לספר זה, הוא אחד מעמודי התווך של המחקר הפסיכיאטרי האפידמיולוגי העולמי, ועד היום לא ברור מדוע פועלו לא זוכה לתהודה ולהוקרה לאומית רבה יותר.

מובן שסקירה קצרה זו לא תוכל להתייחס לכל פרקי הספר באופן נפרד מפורט. עם זאת, בין שאר הפרקים הבולטים בספר, ברצוני להתייחס לפרק מס' 2 העוסק באפידמיולוגיה של בעיות בריאות הנפש בקרב צעירים (ילדים ומתבגרים) בישראל. מדובר בפרק מרתק, גם לאלה שאינם עוסקים בתחום בריאות הנפש של ילדים ומתבגרים, המציג את מגוון המחקרים שהתבצעו בישראל, כולל את מחקר ה-ISMEHA (The Israeli Survey of Mental Health Among Adolescents) והוא מעלה שאלות קשות ביחס לעוני, תחלואה פסיכיאטרית ומניעה.

פרק מס' 7, העוסק באפידמיולוגיה פסיכיאטרית של השלכות השואה בקרב ניצולים (דור ראשון) וצאצאיהם (דור שני), הוא מקיף ושיטתי ומביא לקוראים בצורה בהירה את כלל המידע והמחקרים שנערכו בתחום זה בישראל ובעולם. פרק זה יכול בקלות להוות מצע לספר שלם בפני עצמו.

פרק 13, "האפידמיולוגיה של הפרעת עקה בתר חבלתית המושרה על ידי קרב" (Combat induced PTSD), סוקר בהרחבה היבטים שונים של "תגובת קרב", הן ממידע כללי והן ממחקרים שנערכו בישראל; רה-אקטיביזציה של PTSD, פגיעות לטראומה, PTSD Delayed Onset ועוד. במקטע של המלצות, הפרק גם סוקר את בחינת יעילות המלצות הקמ"ץ (קרב, מיידיות, ציפייה) לטיפול בטראומה ראשונית בקו החזית.

פרק 14, "אפידמיולוגיה של הפרעות סכיזופרניות בישראל", סוקר באופן מקיף את מגוון המחקרים שנערכו בישראל בתחום זה (כולל את ה-JPS (Israeli High-Risk Study, Jerusalem Perinatal Study) ועוד), ומדיין את הממצאים החשובים בכל מחקר ואת נקודות התורפה באותם המחקרים. לדוגמה, מחקר ה-JPD, שברק אוכלוסיה של 87,907 איש (!) מול מרשם האשפוזים הפסיכיאטרי, הדגים את חשיבות גיל האב כגורם סיכון לסכיזופרניה בצאצאי. הפרק גם מתייחס לסוגיה העקרונית והסבוכה של סכיזופרניה כתוצאה של השפעה סוציאקונומית (Social causation) או כגורם לידידה חברתית (Social drift), עם התייחסות למחקרים שנעשו בתחום זה בישראל.

בשולי ההתפעלות והברכות על הוצאתו של ספר זה לאור, נקודות ספורות

ד"ר עידו לוריא, פסיכיאטר, המנהל הרפואי של המרפאה הפתוחה של רופאים לזכויות אדם

Not in my back yard

ביום שבו פגעני נפש לא יצטרכו להשיג עזרה בסתר באקדמיה וכאשר כבר לא ירימו גבה לנוכח משתקמים שעובדים במקצועות ובמוסדות לבריאות הנפש, אז אפשר יהיה להגיד שהמקצועות הטיפולים באמת פועלים מתוך הסתכלות על האדם ולא על אבחנתו

מרס גולדברג

כבר הפסיקו להאמין. אבל ידעתי שלפעמים צריך אדם חיצוני שיחזיק את האמונה בשבילך. כל הכאב שחוויתי כמטופלת התנקז לתוך מסירות אינסופית לעבודה ולמטופלים.

“לא מתפקידנו לדעת”

תחילת שנת ההכשרה שלי לא היתה פשוטה כלל. לא מעט אצבעות מאשימות הופנו כלפי, הן מצד האוניברסיטה והן מתוך בית החולים. “התנהגות לא אתית”, “זה לא מקצועי”, “איך תוכלי להיות עובדת סוציאלית אם את מתנהגת ככה?” היו רק כמה מהאמירות ששמעתי. איך באמת העזתי לחשוב שמותר לי לחזור לאותו מקום שבו הייתי מטופלת אך הפעם כעובד אחר, הפעם כסטודנטית מן המניין לעבודה סוציאלית. הייתי צריכה לדעת שהעולם הטיפולי בנוי ממש כמו הקאסטות בהודו. למטפל ולמטופל מעמד זהות שונים ובלתי אפשרי לנוע בין המעמדות השונים. מי אני שאבוא ואנסה לשנות סדרי עולם.

יש גישה האומרת שהאקדמיה צריכה להתרחק מכל הקשור לחיי האישיים של הסטודנט. ברגע שהסטודנט נכנס למערכת הלימודים, כל השק שהוא סוחב איתו כלל לא רלוונטי. תפקידה של האקדמיה מתחיל ונגמר בהקניית הידע הלימודי לסטודנט. כל זה טוב ויפה ללימודי מתמטיקה למשל, אבל האם זה באמת אפשרי בלימודי עבודה סוציאלית, לימודים שבהם הסטודנט נדרש כחלק מההכשרה לפגוש את עצמו? הרי כחלק מלימודי העבודה הסוציאלית, הסטודנטים נדרשים לגעת גם בתכנים השייכים לחייהם האישיים. בקורסי המתודות למשל, זהו חלק מתכנית הקורס. הלמידה התיאורטית נעשית דרך התבוננות אישית והסתכלות על איפה כל סטודנט פוגש את הדברים. גם בהכשרה המעשית ובהדרכה הסטודנטים נדרשים לעשות עבודה על עצמם במקביל לעבודה על המטופלים שלהם. כלומר, למקום האיש שבו נמצא כל סטודנט יש תפקיד משמעותי הן במהלך הלמידה התיאורטית והן במהלך הפרקטיקה. בלתי אפשרי לעשות את הנתק הזה בין שני חלקיו של הסטודנט.

אולם, נראה שבחלק מבתי הספר לעבודה סוציאלית קיים קו גבול בלתי נראה בין חלקים בחייו של הסטודנט שכן נוגעים לבית הספר לבין חלקים שכביכול אינם רלוונטיים ללימודים. הגבול הזה נמצא אצל סטודנטים המתמודדים עם הפרעה או מחלה נפשית. אצלם, החיים האישיים, ההתמודדות, סיפור מחלתם – כל אלה אינם רלוונטיים לפי תפישת בית הספר. מובן שחשוב להם לדעת שאותו סטודנט עושה את תפקידו נאמנה בהכשרה המעשית ושהוא ממלא את חובותיו האקדמיים. כל עוד הוא מתפקד כראוי, מבחינתם התיק סגור. איזה מחיר נדרש ממנו? מהם הקונפליקטים שאיתם הוא מתמודד והדילמות שעומדות

לפני שנה בדיוק יצאתי משערי בית החולים וחשבתי שתהיה זו הפעם האחרונה שלי. בזמן שמסרתי לשומר את הפתק שמאשר את יציאתי לחופשי, הבטתי לאחור, נציתי את המקום בראשי ונשבתי שאעשה הכל כדי לא להגיע לשם שוב. אז עדיין לא ידעתי שכעבור זמן לא רב אכנס ואצא משערי אותו בית חולים פעמים רבות.

המבנה נשאר אותו מבנה. השינוי היה בי. בקרוב מאוד אני עומדת לצאת את שערי בית החולים כמה שנדמה לי שוב כפעם האחרונה. הפעם השומר בשער כבר לא יבקש ממני פתק. ניפרד כידידים. בכל זאת, נכנסתי ויצאתי באותו שער שלושה ימים בשבוע במשך השנה האחרונה. לפני שנה יצאתי ממנו כמטופלת. היום אני יוצאת ממנו כמטופלת. סטודנטית לעבודה סוציאלית שמסיימת את שנת ההכשרה האחרונה שלה.

אז מי אני באמת? מטופלת? מטופלת?

באשפוז, תוך כתיבת עבודת לאוניברסיטה בלפטופ האדום שלי, התלחששו סביבי שאר המאושפזים שאני בטח איזו סוכנת סמויה של הצוות. היום, כשאני בעצמי הצוות, אני חושבת שאולי הם צדקו. אולי אני באמת סוכנת סמויה. רק לא ברור של מי מהצדדים.

לפני שנה לבשתי פיג'מה. תחושות ההשפלה, הבושה והתבוסה האיזמות של אותם ימים חרוטות בי היטב. השנה קיבלתי תג עם שמי ותפקידי, שלא יהיה שום ספק לאיזה צד אני שייכת. אף לא פעם אחת ענדתי אותו. אם אענוד את התג, כאילו מחקתי את ימי הפיג'מה. ואסור לשכוח. הויכוח הוא מה שמנוע מאיתנו לחזור. אז זאת אני. יצור כלאיים קצת מוזר. בצד של הצוות, ללא ספק. אבל מבינה יותר מדי טוב גם את עולם המטופלים. הרי מי עוד יכול להתחרות עם המטופלים שלו ברשימת הכדורים האינסופית שהוא לוקח?

מובן שאף אחד לא ינחש. ולמה שיידעו? כלפי חוץ הייתי כמו כולם. את המערבולות וסערות הנפש שמרתי לעצמי. גם את מלחמות הצדק החלטתי לשמור לשנה אחרת. אז איש לא ידע. איש לא ידע שבזמן שמישהו מהצוות צחק על אחד המטופלים, הרגשתי שבאותה מידה הוא צוחק עלי. איש לא ידע איך כאשר נאלצנו לוותר על אחד המטופלים, כל עצב בי נקרע מזיכרון כל האנשים שוויתרו עלי. והם גם לא ידעו איך התכווצתי כל פעם מחדש למראה אדם מתהלך בפיג'מה.

היו עוד דברים רבים אחרים שלא יכלו לראות, כמו העובדה שבאמת הבנתי על מה מטופלים שלי מדברים. הבנה שמגיעה ממקום שרק אדם שבאמת היה שם יכול להבין. ניסיתי לגעת בכל אחד מתוך המקום שבו הוא נמצא, למצוא את הדבר האחד הזה שמחבר אותו חזרה לחיים. האמנתי בהם, גם כשהם בעצמם

הוא נפגש? כל הקשיים שעלולים להתעורר מעצם התמודדותו עם הפרעה או מחלה שיכולות להיות לא פשוטות בכלל – כל אלה לא משנים כלל. על כל אלה אומרים לו, לא מתפקידנו לדעת.

לכל אורך לימודי התמודדות עם הפרעות נפשיות שונות. אמנם התביישתי בזה אך כבר מהשנה הראשונה זה היה משהו שהיה גלוי לסגל הלימודים. בתחילה, לא כל כך מבחירה שלי. במהלך שנת הלימודים הראשונה אושפזתי במהלך חופשת הסמסטר, אשפוז שגשג קצת אל תוך הסמסטר השני. אני זוכרת כיצד התחננתי במחלקה להשתחרר לשעה רק כדי שאוכל להגיע לשיעור באוניברסיטה, כדי שחלילה לא אחרג ממספר ההיעדרויות המותר. אני זוכרת אותי מרגיעה את המורים שאמנם אני מאושפזת אבל זה בסדר. אני ניסיתי להרגיע אותם, אבל לא היה שם איש להרגיע אותי. איש לא שאל איך אני מסתדרת, איך אני מרגישה, אם אולי אפשר לעזור במשהו. ההרגשה היתה כאילו אני מצורעת, חריגה. עשיתי משהו שאסור לדבר עליו. עלי רק להעמיד פנים שרוב לא קרה ולחזור לשגרה כמה שיותר מהר. התחלתי לשמוע קולות סביבי שאמרו לי שאולי זה בכלל לא המקום שלי, שאולי כדאי לי לבחור תחום עיסוק אחר לחיים, שאיך בכלל אני יכולה להעלות על הדעת להיות עובדת סוציאלית כשאני בעצמי נזקקת לטיפול כל כך אינטנסיבי ואני, התחלתי לשאול את עצמי אותן שאלות ממש, האם אני באמת ראויה למקצוע? האם אני חזקה מספיק? האם יש חשש שאגרום נזק למטופלים שלי? מנגד קיננה בי תחושה חזקה, בלתי רגילה, שאסור לי לעזוב ושהוא המקום היחיד שבו עלי להיות.

עם השאלות נותרתי לבד. היה לי צורך אדיר במישהו שאוכל לשתף אותו בהתלבטויות, בחששות. חיפשתי לשמוע גישה מקצועית לדברים, חיפשתי נואשות עוד קול מלבד קולי שלי. כשבמערכת האקדמית לא הציעו לי דבר מאלה בצורה מסודרת, התחלתי לחפש בעצמי את הדברים להם הייתי זקוקה. בסופו של דבר זה מה שאנו מנסים להעביר למטופלים שלנו, לא? את היכולת לא להיות בנו בקבלת עזרה אלא לבדוק באילו משאבים בסביבתם הקרובה הם יכולים להיעזר. וזה בדיוק מה שעשיתי אני.

באמצע השנה השנייה, מרצה מקורס העו"ס הזמינה אותי לדיאלוג איתה בעקבות מה שהגדירה "הרגשתה שהתכנסים בקורס פוגשים אותי באופן אישי". נעתרתי מיד. הייתי סטודנטית מבלבלת, שהתמודדה עם קשיים לא פשוטים ובהחלט חיפשתי אופן קשבת מקצועית אצל כל מי שרק הציע אותה. כבר מהמפגשים הראשונים בינינו עלתה בי תחושה לא נוחה. מצידי תכננתי לנצל את השיח לדיבור על הדילמות והקונפליקטים שהתעוררו בי מעצם המצב הייחודי שבו ניצבתי – מצד אחד מטפלת, מצד שני מטופלת, אך המרצה, שהייתה מאוד דינאמית בהכשרתה, הסיטה את השיחה תמיד למוקד הזה, הדינאמי. השיא מבחינתי אירע באחד המפגשים איתה, שבו לרגע שתקתי. כנראה לא היתה לי תשובה מספיק טובה. "אנחנו לא בטיפול!" היא התרעמה עלי, "אי אפשר שיהיו פה שתיות!". נותרתי בהלם. היה ברור לי שאני לא בטיפול אצלה. היה לי את הטיפול שלי ולא היה לו שום קשר אליה, אבל הבנתי שלה הגבול הזה לא ברור. פעמים רבות לאורך הסמסטר אמרתי לעצמי לשים סוף לפגישות הללו, אך מה שתמיד החזיר אותי היה זה שכל מפגש היא סיימה באמירה שהיא כאן אם אני רוצה. הזמנה פתוחה עם מסר כפול.

סוף טוב לסיפור לא היה. בתחילת השנה השלישית קראו אותי לשיחה (אחת מיני רבות באותה שנה) והודיעו לי שנודע לבית ספר על הקשר ה"טיפול" שהיה. הטיחו בי שאני לא מקצועית ושיש לי בעיית גבולות קשה (גם זה עוד חיזור). אני אמנם הייתי זקוקה להרבה הקשבה והכלה, אבל "לא מקצועית"? נראה שמישהו התבלבל ושכח מי פה הסטודנט ומי המרצה ואיזה צד אמור לקחת את האחריות. לכל אורך תקופת לימודי היה לי ברור שהסיבה להימצאותי שם

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

היא רצוני להיות עובדת סוציאלית ובתקופת ההכשרה אני היא זאת שמקבלת מטופלים. עם זאת, הכניסה לשערי האוניברסיטה לא מוחקת חלקים אחרים שלי, החלקים המתמודדים, הכואבים, היוזרים קשים. במקביל להיותי דמות מטפלת קיימת גם בי הדמות המטופלת וכדי לצמוח ולהתפתח כאשת מקצוע עלי למצוא את האזיון המתאים בין שני החלקים, להתמודד איתם ולא להתעלם מאף צד. בחרתי לא לעצום עיניים אל מול כל החלקים שבי, אך אותם אנשים שתפקידם היה ללמד אותי, להדריך אותי ולהכשיר אותי כאשת מקצוע, לא עשו זאת. הם בחרו להתעלם, לעצום עיניים, לא לראות את ההתמודדות. לא בפעם הראשונה למדתי על ההפרדה הקיימת בין מטפלים למטופלים. זה "הם". זה לא "אנחנו", ואיך אפשר לקבל את העובדה שמישהו מהם הוא בעצם גם מישהו מאיתנו?

הסתייגה בתוכי המערכת

לצערי, נראה כי מקצוע העבודה הסוציאלית אינו בשל עדיין להתגבר על ההפרדה הזאת ולהכיל בשורותיו פגועי נפש. מחקרים מראים כי העבודה הסוציאלית לא מקדמת בברכה אל שורותיה אנשים המתמודדים עם הפרעה או מחלה נפשית ומערימה קשיים על המתמודדים החל מתהליך הקבלה ועד שלבי הסיום של התואר (Stromwall, 2002; Manthorpe & Stanley, 1999). נוצרה מציאות אבסורדית לפיה העובדים הסוציאליים, אלה העומדים בראש החניית במאבק בסטיגמה ובאפליה כלפי נפגעי נפש, אלה שמסגרים על לקוחותיהם ונלחמים עבורם לקבלת שוויון הזדמנויות – כשאותו רצון לשוויון הזדמנויות מגיע כבומרנג חזרה אליהם, הדברים נראים לפתע אחרת (Cole, Christ & Light, 1995; GlenMaye & Bolln, 2007; Manthorpe & Stanley, 1999). הם, כמובן, טוענים שהם לא סטיגמטיים. אבל אף אחד בוודאי לא רוצה להודות בזאת שהוא פועל מתוך סטריאוטיפים ודעות קדומות, במיוחד שאחת ממטרות המקצוע שלו היא להגן על לקוחותיו בדיוק מאותם דברים. אבל מה זה אם לא מחשבה סטיגמטית, הזעזוע מהרעיון שאדם שאושפז במחלקה פסיכיאטרית יוכשר ויעבוד בהמשך באותו בית חולים? האם אותו זעזוע היה עולה במקרה של סטודנט לרפואה שאושפז בעברו בשל מחלה גופנית? וזה בדיוק הסתייגמה: תפישת האדם על סמך סטריאוטיפים ודעות קדומות על אבחנתו/ מחלתו ולא על סמך תפקודו, כישוריו ומצבו הנוכחי.

למזלי, היו גם כאלה בסגל שלא ישרו קו עם המדיניות הזאת. הם אמנם היו בודדים והסיעו שלהם ניתן לי באופן לא רשמי ולעתים אף בניגוד להוראות מלמעלה, אך הראייה שלהם אותי כאדם היא זו שסייעה לי להמשיך קדימה במה שאני מאמינה בו ועזרה לי לא לאבד את האמון במקצוע שאותו אני לומדת. ביום שבו פגעי נפש לא יצטרכו להשיג עזרה בסתר באקדמיה וכאשר כבר לא ירדו גבה לטבח משתקמים שעובדים במקצועות ובמוסדות לבריאות הנפש, אז אפשר יהיה להגיד שהמקצועות הטיפוליים באמת פועלים מתוך הסתכלות על האדם ולא על אבחנתו. עד אז זה ימשיך להיות Not in my back yard – נמשיך לדבר על העצמת מטופלים והשאפה תהיה לקדמם, אבל אף פעם לא למקום שבו אנו נמצאים.

היום אני בדרך לסיום התואר וגאה להצטרף אל שורות העבודה הסוציאלית מתוך אמונה בערכיה – העדר אפליה, הזכות לשוויון, קיום אפשרות לבחירה עצמית של כל אדם ואדם (קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים בישראל, 1995). כולי תקווה שאותם ערכים ינחו אותנו בדרךנו המקצועית ונשכיל ליישם גם פניהם, אל תוך שורותינו.

מרים גולדברג סיימה תואר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן, פעילה בעמותת חברה טובה – רואים מעבר, מנהלת פורום סטודנטים ומטופלים המתמודדים עם פגיעה נפשית באתר "אביליון"

Cole, B.S., Christ, C.C., & Light, T.R. (1995). Social work education and students with disabilities: Implications of Section 504 and the ADA. *Journal of Social Work Education*, 31(2), 261–268.
GlenMaye, L., & Bolln, B. (2007). Students with psychiatric disabilities: an exploratory study of program practices. *Journal of Social Work Education*, 43(1), 117–132.

Manthorpe, J., & Stanley, N. (1999). Dilemmas in professional education: responding effectively to students with mental health problems. *Journal of Interprofessional Care*, 13(4), 355–365.
Stromwall, L. (2002). Is Social Works Door Open to People Recovering from Psychiatric Disabilities? *Social Work*, 47(1), 75–83.

לא רק לדיכאון

על יעילות תרופות מקבוצת ה-SNRI/SSRI בטיפול בתופעות התסמונת הקדם וסתית ובתסמיני גיל המעבר בנשים

ד"ר ציפי דולב

מקצוע הרפואה ניתן למצוא לא אחת שימוש בתרופות שלא למטרה העיקרית לה הן נועדו. דוגמה שכחה בפסיכיאטריה היא השימוש הנרחב בתרופות אנטי-אפילפטיות כמייצבות מצב רוח בחולים בפיזולריים. דוגמה נוספת היא תרופות מקבוצת ה-SNRI/SSRI שנועדו לטיפול בדיכאון ובחרדה אך נעשה בהן שימוש לטיפול בתסמיני גיל המעבר בנשים ובשינויים הורמונליים בתקופה הטרום וסתית בנשים.

התקופה הטרום וסתית (PMS/PMDD)

כ-75 אחוז מהנשים סובלות מתסמונת קדם וסתית מספר ימים לפני הופעת המחזור החודשי וכחמישה אחוזים מהנשים סובלות מתסמונת קשה יותר (PMDD) כשבועיים לאחר המחזור (לאחר הביוץ). תסמונת זו, המתבטאת בעיקר בדיכאון, בקושי בתפקוד ומלווה בסימפטומים הגופניים האופייניים ל-PMS (כאבי ראש, נפיחות, גודש בשדיים, צורך בפחמימות), נחקרה רבות בשנים האחרונות.

שימוש בתרופות מקבוצת ה-SSRI בלבד הוכח כיעיל לטיפול בתופעות PMDD, בנטילתן החל משלב הביוץ עד קבלת הווסת ו/או עם תחילת הסימפטומים. המינון לטיפול בתופעות אלו הוא לרוב מינון קטן יותר

מהמינון הנחוץ לטיפול בדיכאון ו/או חרדה, כגון: 5 מ"ג ל-Ciprex, 10 מ"ג ל-Prosak. זמן ההשפעה הוא מהיר, בתוך כמה שעות עד יממה. כידוע, זמן השפעת תרופות אלו בטיפול בדיכאון וחרדה הוא שלושה-ארבעה שבועות, ולכן נשאלת השאלה כיצד תרופות אלו משפיעות במהירות בטיפול בתופעות PMDD? מנגנון הפעולה של התרופות מקבוצת ה-SSRI, המשפיע על עלייה בייצור Alopregnanolone וכן על GABA receptor (גרף מס' 2), מסביר באופן חלקי את התופעה.

תקופת גיל המעבר (Perimenopause/Menopause)

סימפטומים פיזיים (גלי חום, הזעה, יובש בנרתיק) ונפשיים (דיכאון, עצבנות, הפרעות בריכוז, בכי בלתי נשלט, הפרעות שינה) אופייניים לתקופת גיל המעבר בנשים בשל השינויים ההורמונליים. כ-80 אחוז מהנשים סובלות מגלי חום (Hot flushes), כ-40 אחוז סובלות מהפרעות שינה וכ-35 אחוז מדיכאון. הטיפול ב-HRT מומלץ לכל אחת מהתופעות הללו (שלרוב גם קשורות זו לזו), אך גם טיפול בתרופות נוגדות דיכאון מקבוצת ה-SSRI/SSRI עשוי להיות יעיל לכל אחת מהתופעות (גרף מס' 1).

Loprinzi וחב' פרסמו ב-Lancet בשנת 2000 את עבודתם שבדקה השפעה

קבוצת גיל בנשים ובעיקר בנשים בגיל המעבר, כאשר החשק המיני יורד (עם ירידת האסטרוגן) וקיימת נטייה לעלייה במשקל.

סרטן השד, טמוקסיפן ו-SSRI/SNRI

סרטן השד הוא אחד מסוגי הסרטן השכיחים ביותר בנשים והערכה היא כי קרוב ל-1.5 מיליון מקרים חדשים יאובחנו במהלך שנת 2010. קבוצת הנשים המטופלת בעיקר ב-SSRI/SNRI ולא בהורמונים לעזרה בגלי חום היא נשים הסובלות מסרטן שד או בסיכון לסרטן שד.

מאמר שפורסם בתחילת השנה ב-Brithish Medical Journal נושא את הכותרת הבאה:

SSRI/ SNRI and breast cancer mortality in women receiving Tamoxifen מה אנו יודעים על שילוב של טמוקסיפן ו-SSRI/SNRI? טמוקסיפן היא תרופה ותיקה ממשפחת ה-SERM - Selective Estrogen Receptor Modulator, הניתנת למניעת סרטן השד בנשים עם סרטן בשלבים ראשוניים ועם רצפטורים חיוביים לאסטרוגן. הטמוקסיפן מוריד את הסיכון לחזרת מחלת הסרטן בכמה חציית ואת הסיכון לתמותה בכשליש. הטמוקסיפן מתפרקת על ידי אנזימי הכבד (System hepatic cytochrom p450) ל-Endoxifen ול-4-Hydroxytamoxifen. האנדוקסיפן נחשב למרכיב החשוב יותר, היות שריכוזו בדם הוא גבוה יותר בהרבה מה-4-Hydroxytamoxifen. הפיכת טמוקסיפן לאנדוקסיפן נעשית בעיקר על ידי CYP2D6 (Cytochrom P450 2D6) isoenzym. תרופות המונעות פעילות CYP2D6 ימנעו את יצירת האנדוקסיפן, בעיקר אם הן ניתנות לטווח ארוך, ובכך מעלות את הסיכון לחזרה של סרטן השד.

של Venlafaxine על קבוצת נשים שעברו סרטן שד וסבלו גם מדיכאון. למרבה הפלא, Venlafaxine הראתה יעילות בטיפול לא רק בדיכאון אלא גם בגלי חום, עם ירידה של כ-60 אחוז בתופעה, זאת לעומת ירידה של עד כ-100 אחוז בטיפול ב-HRT. מאז ועד היום נעשו עבודות שונות שהראו יעילות בטיפול בתרופות נוגדות דיכאון לגלי החום ולהפרעות שינה, שלרוב היו קשורות לגלי החום (טבלה מס' 1).

Newer antidepressants for hot flashes-should their efficacy still be up for debate? הוא מאמר עדכני שהתפרסם בנושא ב-Menopause על ידי Loprinzki וחב' בפברואר 2009. במאמרו מפרסם המחבר עבודות אחרונות שנעשו על מספר תרופות נוגדות דיכאון ומדווח על יעילותן בטיפול בגלי חום: Venlafaxine הראתה יעילות רבה בשיעור של 51 אחוז בירידה של גלי חום בשלושה חודשים ביחס ל-15 אחוז בקבוצת הפלצבו. Desvenlafaxine הראתה יעילות דומה מאוד ל-Venlafaxine בהורדת גלי חום. Citalopram, Fluoxetine, Sertaline לא הראו כלל יעילות לגלי חום. אין ספק שיעילות תרופות נוגדות דיכאון לטיפול בגלי חום אינה זהה לזו של טיפול בהורמונים, שיכולים להפחית את נוכחות גלי החום עד כ-80-90 אחוז, לעומת הפחתת של 50-60 אחוז של התרופות נוגדות דיכאון שהוזכרו.

היות שנשים בגיל המעבר סובלות בשכיחות גבוהה (כ-35 אחוז) גם מדיכאון, השימוש בתרופות נוגדות דיכאון לטיפול בגלי חום משיג מטרה כפולה. עם הגיל, אין שינוי ביעילות Venlafaxine בעוד ש-SSRI נמצאו פחות יעילים מעל גיל 50. כמו כן, אין השפעה על מיניות ומשקל, נושא משמעותי מאוד בכל

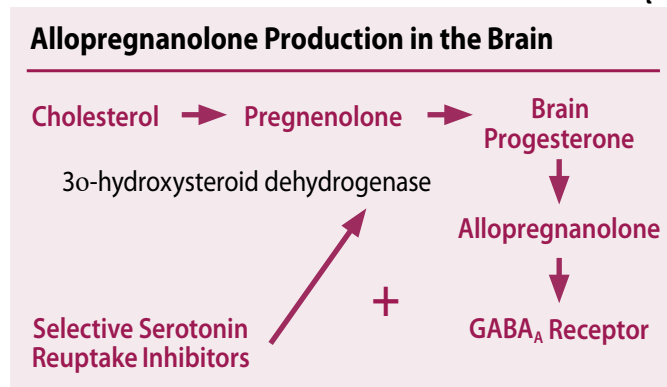
Table 1. Serotonergic treatments of hor flashes: Placebo-Controlled trials*

Drug	Sample Size	Population	Response
Venlafaxine XR 75-150 mg/day	191	Breast CA	+
Venlafaxine XR 75 mg/day	80	Postmenopausal	+
Paroxetine CR 10-20 mg/day	165	Postmenopausal	+
Paroxetine 10-20 mg/day	107	+ hot flashes	+
Fluoxetine 20 mg/day	150	Postmenopausal	-
Fluoxetine 20 mg/day	68	Postmenopausal or breast CA	+
Sertraline 50 mg/day	102	Menopausal	+
Sertraline 50 mg/day	62	Breast CA	+
Citalopram 10-30 mg/day	150	Postmenopausal	-

*Refers to unapproved use of an approved drug ("off label" use)

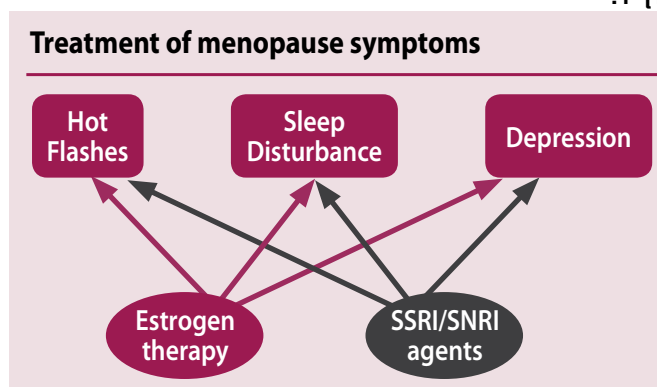
Adapted from Rapkin A. Am J. Obset Gynecol. 2001 Feb; 196(2):97-106.

גרף 2.



Adapted from Beaulieu EE. Recent Progress in Hormone Research. 1997;52:1-32

גרף 1.



עד כ-25 אחוז מנשים עם סרטן שד סובלות מהפרעות רכאוניות. התרופות מסוג SSRI/SNRI הן בשימוש נרחב לטיפול בגלי חום (עקב המלצה לא להשתמש בהורמונים חלופיים). ה-SSRI/SNRI ידועות כתרופות המונעות פעילות CYP2D6 בדרגות שונות. לדוגמה, Paroxetine ידועה כבעלת השפעה חזקה במניעת פעילות CYP2D6 והיא ה-SSRI היחידה שגורמת לאי פעילות מוחלטת של האנזים, עד ליצירתו המחודשת של ה-CYP2D6.

עבודה שפורסמה בפרוור 2010 ב-Brithish Medical Journal בדקה את דרגות הפעילות המניעתית של קבוצת ה-SSRI/SNRI על האנזים CYP2D6 וכתוצאה מכך גם את הסיכון לחזרת סרטן השד, ביחס לשילוב של טמוקסיפן עם כל אחת מהתרופות נוגדות הדיכאון (גרף מס' 3). המחקר מצביע על כך שהסיכון הנמוך ביותר לחזרה של סרטן השד היה בנשים שהשתמשו במהלך הטיפול בטמוקסיפן ו- Venlafaxine, שהיה בעל ההשפעה הנמוכה ביותר על ה-CYP2D6. תוצאה זו מעודדת היות שה- Venlafaxine נמצא בשימוש נרחב בטיפול בנשים הלוקות בסרטן השד, הן לטיפול בגלי חום והן לטיפול בדיכאון. מסקנת החוקרים היתה כי בחירת סוג התרופה נוגדת דיכאון בנשים המקבלות טיפול בטמוקסיפן לסרטן השד יכולה להשפיע באופן משמעותי על תוחלת החיים של החולות.

לסיכום, תופעות קדם וסתיות ובעיקר PMDD, דיכאון בגיל המעבר וגלי חום, קשורות במידה רבה לשינויים ההורמונליים ולפריות. בתקופות אלו בחי האשה, המתאפיינת בשינויים בהפרשת ההורמונים (אסטרדג'ן ופרוגסטרון) על ידי השחלות, לצד שינויים ברמות הסרוטונין, הרופאמין והנוראדרלין במוח, שימוש בתרופות ה-SSRI/SNRI נמצא יעיל ולא רק לדיכאון.

ד"ר ציפי דולב, פסיכיאטרית, מומחית לבריאות האישה

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

Menopause. 2009 Jan-Feb;16(1):184-7
Newer antidepressants for hot flashes--should their efficacy still be up for debate?
Loprinzi CL, Barton DL, Sloan JA, Novotny PJ, Wolf S.
Department of Oncology, Mayo Clinic, Rochester, MN 55905, USA.
clopinzi@mayo.edu

Lancet. 2000 Dec 16;356(9247):2059-63.
Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomized controlled trial.
Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, LaVasseur BI, Barton DL, Novotny PJ, Dakhil SR, Rodger K, Rummans TA, Christensen

BMJ. 2010 Feb 8;340:c693. doi: 10.1136/bmj.c693.
Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study.
Kelly CM, Juurink DN, Gomes T, Duong-Hua M, Pritchard KI, Austin PC, Paszat LF.
Department of Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canada
CNS Drugs. 2004;18(7):453-68
Luteal phase administration of agents for the treatment of premenstrual dysphoric disorder.
Freeman EW.
Departments of Obstetrics/Gynecology and Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, USA. freemane@med.upenn.edu

Psychopharmacol Bull. 2003 Spring;37 Suppl 1:135-47
Paroxetine treatment of mood disorders in women: premenstrual dysphoric disorder and hot flashes.
Yonkers KA.
Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510, USA.

Psychopharmacol Bull. 2008; 41(2):58-85.
Michael E. Thase, MD
Are SNRIs More Effective than SSRIs?
A Review of the Current State of the Controversy

Drugs that inhibit CYP2D6 that should be avoided while taking tamoxifen

Strong CYP2D6 Inhibitors

Generic Names	Brand Names
Fluoxetine	Prozac
Paroxetine	Paxxet, Seroxat
Quinidine	Cardioquin
Bupropion	Wellbutrin

Moderate CYP2D6 Inhibitors

Generic Names	Brand Names
Duloxetine	Cymbalta
Diphenhydramine	Benadryl
Thioridazine	Mellaril
Amiodarone	Cordarone
Cimetidine	Tagamet
Sertraline	Lustral

SNRIs that are not Inhibitors

Generic Names	Brand Names
Venlafaxine	Viepax XR

References

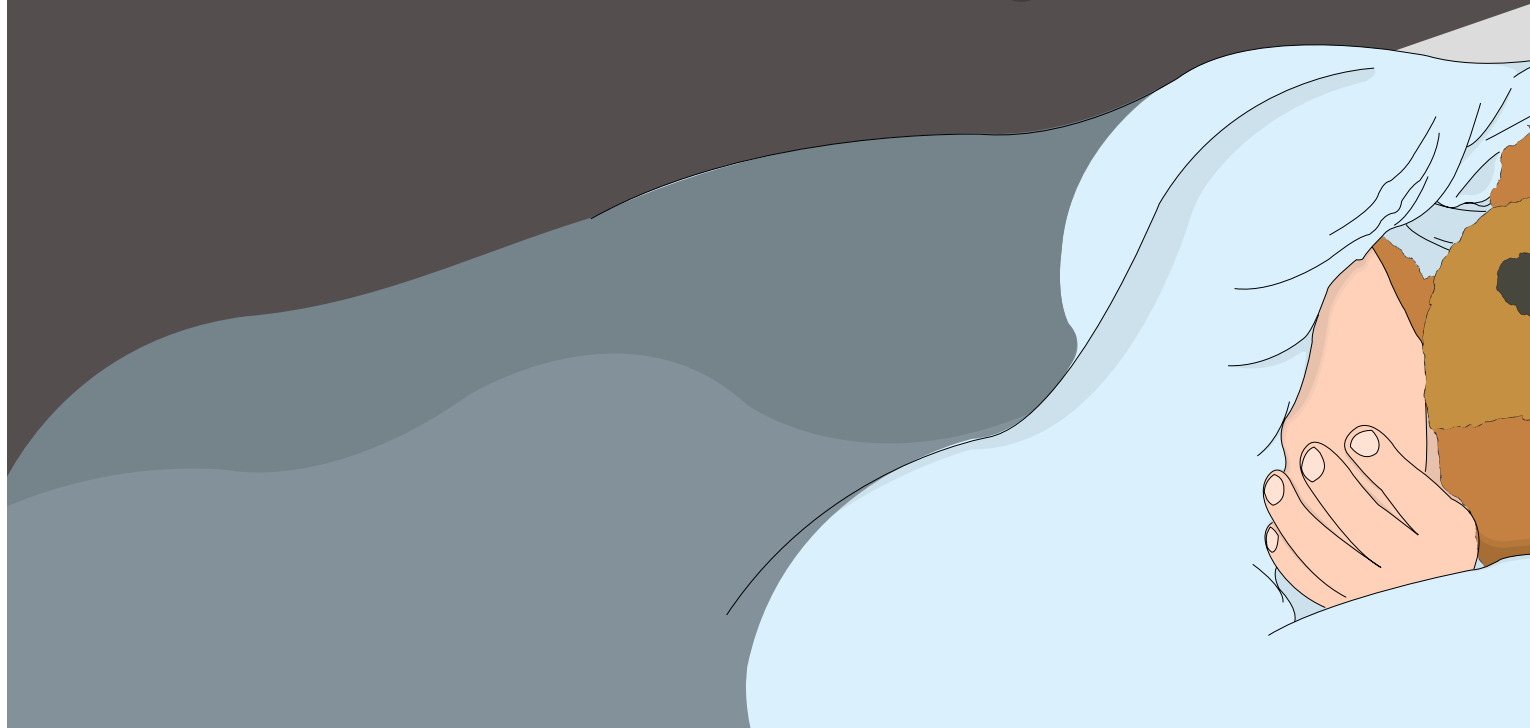
- Borges S et al. "Quantitative effect of CYP2D6 genotype and inhibitors on tamoxifen metabolism: Implication for optimization of breast cancer treatment." Clin Pharmacol Ther. 2006 Jul;80(1):61-74.
- Jin Y et al. "CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment." J Natl Cancer Inst. 2005 Jan 5;97(1):30-9.
- Goetz MP et al. "The impact of cytochrome P450 2D6 metabolism in women receiving adjuvant tamoxifen." Breast Cancer Res Treat. 2007 Jan;101(1):113-21.
- Gonzalez-Santiago S et al. "CYP2D6*4 polymorphism as blood predictive biomarker of breast cancer relapse in patients receiving adjuvant tamoxifen." ASCO Abstract 2007.



רצח ילדים בידי הוריהם (Filicide)

תופעת רצח ילדים בידי הוריהם: רקע היסטורי, סיווג המעשים, הפרופיל הפסיכודינאמי של מבצעי העבירה, התייחסות החברה ואמצעי התקשורת אל הורים אלה, מקומם של שירותי הרווחה והיבטים חוקיים של התופעה

ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום



בתו של מלך קורינת והתכוון להינשא לה. מצוקתה של מדיאה היתה גדולה מאוד: היא נותרה אישה עזובה ונטושה שבעלה בגד בה, בודדה בארץ זרה ואם לילדים עזובים ואומללים שאביהם מתכחש להם. אמנם יאסון הבטיח לה כי הוא ידאג לעתיד הילדים, אך מדיאה לא האמינה לו. בייאוש הרב היא החליטה לנקום ביאסון ובכלתו והיא הרעילה את אהובתו של יאסון והרגה את ילדיהם המשותפים. סיפורה של מדיאה מתואר במחזה הנושא את שמה אשר חובר בידי אאוריפידס והוצג לראשונה בשנת 431 לפנה"ס. במחזהו הציג אאוריפידס את מדיאה מתוך גישה המסבירה את רציחת ילדיה בבגידתו של יאסון ולא בשיגעון של מדיאה.

ציורו של דלקרואה משנת 1838. מדיאה עומדת להרוג את ילדיה



רקע היסטורי

הקרבנות קרבת אדם היתה נהוגה בתקופות קדומות ובכלל זה הקרבתם של ילדים בידי הוריהם מסוימים כאמצעי פולחן שנועדו לשכך את זעם האלים. בארצות המזרח הקדמון, מנהג זה היה מקובל אצל בני מואב ועמון (לבעל ולמולך) וכן במצרים. הנביא ירמיהו הזוהר את שומעיו שלא יקיימו פולחן זה אשר נאסר בידי האל, והדגיש כי עשייתו עלולה להביא לעונש נורא (ירמיהו י"ט, ז). נראה כי הנביא הוטרד גם מעניין אחר – זיכרון פרשת העקידה, אשר עומד בסתירה לאיסור החמור של הקרבת הבנים, וירמיהו רומז לעניין זה בפסוק בעל משמעות מיוחדת: "ובנו את במות הבעל לשרוף את בניהם באש עולות לבעל, אשר לא ציווית ולא דיברתי ולא עלתה על ליבי" (פסוק ה'). פסוק עמום זה מקבל את הסברו במדרש: "לא ציווית – ליפתח שיקריב את בתו, ולא דיברתי – למלך מואב שיקריב את בנו, ולא עלתה על ליבי – לומר לאברהם שישחוט את בנו" (מדרש תנחומא, מהדורת בובר, פרשת וירא, סימן מ). השופט יפתח קיים מצוות רבות, אך לא נצטוו כלל להקריב את בתו היחידה (שופטים י"א); האל מעולם לא דיבר עם מישע מלך מואב ובוודאי שלא אמר לו להקריב את בנו (מלכים ב' ג'); ולמרות שהאל ניסה את אברהם וביקש ממנו לקחת את בנו לעולה, הרי שמעולם לא עלה

ב יולי 2010 התפרסם בישראל מעשהו של איתי בן דרור מתנגיה, שטופל הן על ידי שירותי הרווחה והן על ידי גורמי בריאות הנפש, אשר הרג את שלושת ילדיו הקטנים ובהמשך ביצע ניסיון אוברני כושל. האירוע קיבל חשיפה תקשורתית רחבה ביותר, בדומה לאירועים דומים אחרים שהתרחשו במדינה בעשורים האחרונים², לרבות תיאורים אודות עברו הנפשי, המשפחתי והזוגי והדגשת חריגתו הקיצונית של המעשה הנורא. בספטמבר 2010 פורסם כי אישה בבת 39 מדרום תל אביב השליכה את שני ילדיה הקטנים מדירתה שבקומה הרביעית בבניין שבו התגוררה ולאחר מכן קפצה בעקבותיהם. הפעם, למרבה המזל, האירוע לא הסתיים בצורה קטלנית.

לאלימות יש, כידוע, היסטוריה ארוכה אשר מתחילה בראשית ימייה של האנושות; כבר בספר בראשית אנו קוראים כי ילד האישה הראשון היה גם הרוצח הראשון. לאלימות סיבות רבות – ביולוגיות, חברתיות ופסיכולוגיות. אחד מסוגי האלימות הוא האלימות במשפחה, אשר הגיעה בשנים האחרונות בארץ ובעולם לממדים של מגיפה. בדרך כלל מיוחס למשפחה ממד של קדושה, וחברי התא המשפחתי, החולקים ביניהם רקע ביולוגי, קשרים רגשיים ואינטרסים משותפים, מקווים למצוא בו אהבה, תמיכה וכבוד. במציאות קורה לא אחת כי היחידה החברתית הבסיסית הזו מתפקדת בצורה כה גרועה, שהיא מהווה איום לחבריה. ילדים, שהם פגיעים במיוחד, עלולים להפוך לקורבן של מצבי הרוח וההפרעות האחרות של הוריהם, דבר שפוגע לעתים קרובות בטיפול בהם, גורם להם נזקים ולפעמים אף עלול להסתיים ברצח ובמוות (Palermo, 2002). רצח, או המתה מכוונת ומתוכננת של אדם בידי אדם אחר, מהווה אחת מהעבירות החמורות ביותר שבספר החוקים בכל מדינה. בכמה מהמדינות עונשה מוות ובאחרות – מאסר עולם. חוש הצדק של כל אדם מתקומם כאשר הוא שומע על רצח. תחושה קשה במיוחד מתעוררת כאשר מדובר ברצח שנעשה בתוך המשפחה. אולם, נראה שאין תחושה עזה ומקוממת יותר מזו שמופיעה כאשר מדובר ברצח של ילדים חסרי ישע בידי הוריהם, אלה אשר הביאום לעולם ומסיבות אלו ואחרות בחרו גם להוציאם ממנו ולשים קץ לחייהם. רצח ילדים בידי הוריהם מהווה תופעה נפוצה שאינה מוגבלת למעמד חברתי מסוים. גם אבות וגם אמהות יכולים לבצע מעשה זה, אם כי אמהות נוטות להרג של ילדים צעירים יותר מאשר אבות. במאמר זה נסקר הנושא של רצח ילדים בידי הוריהם. לאחר הצגת השמות וההגדרות של התופעה ותיאור הרקע ההיסטורי שלה, יובאו סקירת ספרות וסיווג המעשים האלה וכן דיון בפרופיל הפסיכודינאמי של מבצעי העבירה. בהמשך תיסקר ההתייחסות של החברה ואמצעי התקשורת אל הורים אלה, תוך ציון מקומם של שירותי הרווחה ויתוארו היבטים חוקיים אחדים של התופעה. כן ייסקר המידע הקשור לאפשרויות איתור מוקדם של הורים בעלי פוטנציאל סיכונים משמעותי לילדיהם.

שמות והגדרות

מבחינת גילוי של הקורבן, רצח ילדים בידי הוריהם מתייחס לתופעה של רצח של יילוד המבוצע בתוך 24 השעות הראשונות ללידתו והמכונה בספרות המקצועית בשם Neonaticide ולרצח של תינוקות בוגרים יותר, עד לגיל שנה, המכונה בשם Infanticide. המונח הכולל של תופעה זו קרוי Filicide והוא מתייחס לרצח ילדים בידי הוריהם כאשר גיל הילדים הוא בין שנה ל-18 שנה, אם כי יש הנוהגים להשתמש במונח בהכללה גם כאשר גיל הנרצחים הוא פחות משנה. מונח נוסף שמופיע בספרות המקצועית לרצח ילדים בידי הוריהם, במיוחד כאשר כוונת הרוצח/ת לפגוע בכך הזוג ולנקום בו, הוא תסביך מדיאה (Stern, 1948; McCloskey, 2001), הקרוי על שם דמותה המיתולוגית של מדיאה, בתו היפה והחכמה של אייטס מלך קולכיס ונכדתו של אל השמש, אשר התאהבה ביאסון, מנהיג הארגונאוטים שחיפשו אחרי גיזת הזהב, וסייעה לו במציאתה. יאסון בתמורה נשאה לאישה ובני הזוג הפליגו לתסאליה והתגוררו בה. כעבור שנים אחדות, כאשר לבני הזוג היו כבר שני ילדים, התאהב יאסון בקריאונה,

על לבו שישחט את בנו (בראשית כ"ב). הקרבת הבנים לבצל ולמולך היא פסגת החטא ביהדות, והסכמתו של אברהם להעלות את יצחק לעולה היא שיא אמונתו ויסוד קבוע בהשקפת היהדות. הקרבת הבנים למולך היא פסגת האטימות ועוברת האלילים. הנביא ירמיהו היה צריך להסביר לעם את ההבדל שבין השניים.

היוונים והרומאים הגבילו את מספר הילדים לשלושה. המחזאי היווני הנודע אאוריפידס מתאר היטב את מנהג ה-Infanticide שהיה מקובל ביוון במאה הרביעית לפנה"ס, ואף פילון האלכסנדרוני (20 לפנה"ס - 50 לספירה) יצא בכתביו כנגד מנהג זה (deMause, 1974). ברומא היה נפוץ מאוד המנהג של נטישת ילדים, בנים ובנות כאחד, ובדרך כלל היתה לאב זכות חוקית ("כוחו של האב", או Patria potestas) להחליט על גורלו של כל יילוד. זכות זו נבעה מהתפישה כי מי שיצר יכול להרוס את מה שיצר. אריסטו ביוון (384-322 לפנה"ס) וסנקה ברומא (3 לפנה"ס - 65 לספירה) תמכו בהריגת ילדים בעלי מום. ילדים כאלה נדחו על ידי החברה והם הומתו בידי המיילדות מיד לאחר לידתם. לעתים קרובות ראו בהם חוטאים, ובכיים ודמעותיהם פורשו כסימן של רוע. הרג תינוקות היה כה שכיח, עד כי בשנת 315 לספירה אסר הקיסר קונסטנטינוס (272-337 לספירה) על ביצועו באמצעות חוק והוציא צו שחייב לספק לעניים מזון ובגדים עבור התינוקות שלהם במטרה להפסיק מנהג זה. באופן רשמי, רק בשנת 374 לספירה הכיר החוק הרומי בהרג ילדים כמעשה של רצח, אולם אף לאחר נפילתה של האימפריה הרומית המשיכה המתת ילדים, חוקיים ובלתי חוקיים, ובעיקר יילודים, להיות שכיחה. הבישוף סט. אוגוסטין מהיפו שבצפון אפריקה (354-430 לספירה) האמין כי ילדים בעלי פיגור שכלי נשלטו על ידי השטן, ואף במוצאי ימי הביניים, סביב שנת 1300, עדיין נחשבו ילדים אלה לחוטאים, במיוחד כאשר הבכי שלהם לא פסק (אף כימינו יש הורים אשר מגיעים למצב שבו הם ממיתים את ילדיהם משום שהבכי החזק והמתמשך שלהם מפריע להם). שכיחות המתת התינוקות ירדה במהלך ימי הביניים והמשיכה לרדת במאות שלאחריהם, אך התופעה נמשכה ברחבי העולם עד למאה ה-18 (deMause, 1974).

רצח תינוקות היה שכיח באנגליה, בצרפת וברוסיה. באנגליה של תחילת המאה ה-17 היו נהוגות שיטות מגוונות להמתת התינוקות. בצרפת באותה תקופה היתה לאבות סמכות מוחלטת על בני משפחתם, בדומה לרומא העתיקה, וסמכות זו כללה גם את הכח לבחור בחיים או במוות עבור ילדיהם. על שני שלישים רוסים, איוון הרביעי (המכונה גם איוון האיום, 1530-1584) ופטר הגדול (1672-1725) מסופר כי היו מעורבים ברציחת בניהם. ברוסיה של המאה ה-19, למרות דיווחים על כך כי רצח ילדים בידי הוריהם לא היה שכיח בה בתקופה זו, סופרים כטולסטוי, ודסטויבסקי וצ'יכוב ציינו את התופעה בכתביהם. נטישת ילדים שהביאה למותם היתה כה שכיחה באנגליה במאה ה-18, עד שבשנת 1741 פתח הפילנתרופ האנגלי תומאס קוראם (Thomas Coram, 1751-1668), שנתיים לאחר שהצליח לקבל מהמלך ג'ורג' השני מנשר מלכותי התומך בתכניתו, בית חולים ובית מחסה מיוחד שנועד "לגידולם ולחינוכם של ילדים עוזבים ונטושים". באתר שבו נבנה בזמנו בית החולים מצוי כיום גן משחקים וגן עם חיות מחמד לילדים הקוריים על שמו (Coram Fields) והכניסה אליהם אסורה למבוגרים שאינם מלווים בילדים (Amos and Mayers, 2005). רק במאה ה-20 הפך להיות סוג זה של המתת ממעשה בלתי מוסרי לפשע פלילי, ובדומה לתקופת הקיסר קונסטנטינוס, המתת ילדים בידי הוריהם הפכה להיות מעשה רצח (deMause, 1974).

בשנים האחרונות חלה ירידה בשיעור של רצח ילדים בידי הוריהם. קשה לקבוע את הסיבה המדויקת לכך ונראה שמדובר בשילוב של גורמים אחדים. בין הגורמים הללו ניתן למנות גורמים דתיים, נסיונות להעצמה מוסרית של החברה, גישה הומניסטית יותר לחיים, תנאים חברתיים טובים יותר והיעלמותן של דעות קדומות חברתיות, נכונות רבה יותר לקבל תופעות כהפלות וכאמהות חד הוריות, וקיומם של משאבים חברתיים טובים יותר (כגון מדיניות אימוץ קלה יותר וזמינות רבה של גלולות למניעת הריון). עם זאת, עדיין קיימים דיווחים על רצח ילדים בידי הוריהם, למרות ששכיחים

יותר מקרים של מוות פתאומי של תינוקות ושל תסמונת הילד המוכה, כאשר הראשון יכול לעתים לשקף צורה של המתה רשלנית והשני יכול לעתים להוות סימן מקדים להמתת ילדים.

סקירת ספרות

בספרות המקצועית, המונח המתמייח לרצח ילדים בידי הוריהם הוא Filicide, שמקף וכולל כפי שהוזכר גם רצח יילודים ותינוקות. פרסום חלוצי בנושא היה מאמרו של רוניק שפורסם לפני יותר מ-40 שנה (Resnick, 1969) והוא מהווה ניתוח רטרופקטיבי ומקיף של הספרות הקשורה בנושא משנת 1751 ועד 1967. רוניק קיבץ נתונים מתוך 131 מקרים, ולאחר שניתח את ממצאיו, הוא הגיע למספר מסקנות. כך, למשל, נמצא כי הרוצחים כללו 88 אמהות ו-43 אבות; התקופה המסוכנת ביותר לקורבנות היא מחצית השנה הראשונה לחייהם; ככל שהילד צעיר יותר, כך האם רואה אותו יותר כרכושה האישי. במקרים שבהם רצח התינוק נעשה לאחר לידתו, היא חווה את תינוקה כשלוחה של עצמה.

רוניק הציע לחלק את רצח הילדים בידי הוריהם לחמש קטגוריות הבאות: א. אלטרואיסטית, הכוללת רצח הקשור בהתאבדות ובכוונה להקל על סבלו של הילד; ב. מעשי רצח על רקע של פסיכוזה חריפה, שבהם ההורים מבצעים את המעשה בהשפעתן של הזיות שמיעה פוקדות או כחלק ממערכת פרנואידית דלוזיונלית; ג. רצח ילדים שאינם רצויים; ד. רצח ילדים שמקורו בתאונה; ה. רצח ילדים הקשור לנקמה כלפי בן/ בת הזוג.

רוניק תיאר שיטות מגוונות שבהן נעשה שימוש ברצח. אמהות השתמשו בעיקר בחניקה, בהטבעה, או בהרעלה באמצעות גז, ואילו אבות השתמשו בעיקר בהכאה, במעיקה ובדקירה. חבלת ראש דווחה גם כן כסיבת מוות שכיחה. במקרים שבהם נמצא כי ההורים, ובמיוחד האמהות, לקו במחלת נפש בזמן ביצוע המעשה, האבחנות נחלקו באופן כמעט שווה בין סכיזופרניה, דיכאון והפרעה דו-קוטבית וכן הפרעת אישיות. מצבים פסיכטיים נמצאו יותר בקרב האמהות מאשר בקרב האבות. רוניק סבר כי הסיכון לרצח הילדים בידי הוריהם הלך ופחת ככל שהילדים בגרו יותר. התקופה הרגילה ביותר היתה כאשר הקשר הדיאדי "אם-ילד" עדיין לא התבגש. גם ממחקר שפורסם לאחרונה (Dave et al., 2010) עולה כי הסיכון להופעת דיכאון אצל הורים מגיע לשיאו בשנת החיים הראשונה של צאצאם, ורגישות מיוחדת קיימת בקרב הורים שסבלו בעבר מדיכאון, בקרב הורים בגיל צעיר יחסית וכן בקרב הורים שבאים מרקע של עזובה רגשית. לפיכך ברורה החשיבות של אבחון וטיפול תנאימים אצל הורים כאלה אף ברפואה הראשונית.

נעשו גם נסיונות סיווג אחרים. סקוט (Scott, 1973) הציע לסווג הורים שרצחו את ילדיהם לפי המניע והוא תיאר חמש קטגוריות: א. סילוק ילדים שאינם רצויים; ב. רצח מתוך רחמים; ג. תוקפנות שמקורה בהפרעה נפשית קשה; ד. מניע שמקורו אינו קשור לקורבן (התקה של כעס, הימנעות מבקורת, אובדן סטטוס, אובדן של חפץ אהוב); ה. מניע שמקורו בקורבן (הורים מכים). בסקירתו נמצא כי אף לא אחד ממבצעי הרצח של תינוקות בשנת חייהם הראשונה היה נשוי. מבחינת האבחנות שנבקעו לרוצחים, הן כללו הפרעת אישיות, דיכאון תגובתי או מחלה פסיכוטית.

בסקירה רטרופקטיבית של שש שנים (1970-1975), שכללה 86 אמהות שהאשמו בהריגת ילדיהן או בניסיון להרגתם ואשר נבדקו במהלך ריצוי מאסרן, נמצאו המאפיינים הבאים: אם מכה (36 נשים), אם הלוקה במחלת נפש (פסיכוזה), 20, דיכאון חריף, 24, אם נוקמת (9), אם לילד בלתי רצוי (8) ואם שביצעה רצח מתוך רחמים (1). המחבר העלה השערה לפיה הורים שרוצחים את ילדיהם, בעיקר אמהות, יכולים להימצא במצב דיסוציאטיבי בזמן ביצוע המעשה (d'Orban, 1979).

דיוקן הרוצחים

במחקר רטרופקטיבי אשר התבסס על מסד נתונים רחב יותר וכלל תקופה של עשר שנים, משנת 1976 ועד 1985 (Kunz and Bahr, 1996), תואר הדיוקן של הרוצחים ושל הקורבנות מתוך 3,459 מקרים שבהם האם או האב רצחו את ילדם

שהיה מתחת לגיל 18. נמצא כי 46 אחוז מההורים היו מתחת לגיל 25, ו-15 אחוז היו בגיל העשרה. בביצוע המעשה היה לאמהות רוב זעום ביחס לאבות (52.5 אחוז לעומת 47 אחוז). למרות השוני מבחינת הגיל והמין של הקורבנות, הרי שבמהלך השבוע הראשון לחייהם הומתו מספר שווה של בנים ובנות. מעבר לגיל זה ועד לגיל 15, מספר הבנים שרצחו בידי הוריהם היה מעט גבוה יותר ממספר הבנות. בין גיל 16 לגיל 18, נרצחו הרבה יותר בנים (77 אחוז). הרוב המכריע של האמהות (95 אחוז) רצחו את ילדיהן במהלך השבוע הראשון לחייהם. מחברי המחקר ציינו כי האמהות השתמשו בחניקה ובהטבעה להריגת הוולדות שלהן, בעוד שילדים בגיל בוגר יותר נרצחו לרוב על ידי אביהם תוך שימוש בסכין או באקדח.

שיטת הרצח

במחקר שנערך לבחון את כלי הנשק (סכין או אקדח) שבהם השתמשו 60 אמהות שרצחו את ילדיהן ואשר התבסס על נתונים שהופקו משתי מדינות בארצות הברית בתקופה משנת 1970 ועד 1996 (Lewis et al., 1998), נמצא כי אחת מכל ארבע נשים השתמשה בכלי נשק. אקדחים שימשו 13 אחוז מהקורבנות וסכינים - 12 אחוז. מחברי המחקר ציינו גם כי נשים פסיכיות נטו יותר מאחרות להשתמש בכלי נשק, אולם השימוש בו הוגבל בעיקר לילדים בוגרים יותר. האמהות אשר השתמשו בסכין לרצח ילדיהן היו כולן פסיכיות, אך רק שבע מתוך שמונה האמהות שהשתמשו באקדח היו פסיכיות.

היבטים חברתיים ודמוגרפיים

כאשר עוסקים ברצח של ילדים בידי הוריהם, יש להביא בחשבון את ההיבט החברתי. בסקירה של רציחות ילדים בעיר דטרויט במשך חמש שנים (1982-1986) נמצא כי מרבית ההורים שרצחו את ילדיהם היו שחורים, צעירים ובעלי השכלה נמוכה, שלעתים קרובות היה להם עבר פלילי. גיל הקורבנות היה מתחת לשש שנים ולעתים קרובות הרצח היה תוצאה סופית של הכאות, טלטולים או התעללות (Goetting, 1990). בסקירה אחרת שכללה ניתוח דמוגרפי, קיום או העדר של התעללות בילדות וסוג הרצח בקרב קבוצה של 48 אמהות מפילנד אשר ניסו להרוג את ילדיהן או שהצליחו בכך בשנים 1970-1996, נמצא כי כל הקורבנות היו מתחת לגיל 12 וכי 15 מהם היו ולדות בני יום (Neonaticide). הורי הקבוצה האחרונה היו אמהות צעירות, בלתי נשואות, תלויות במשפחת המוצא שלהן, הכחישו את הריגתו או שניסו להסתירו והיו בעלות מספר קטן יותר של בעיות פסיכולוגיות מאשר האמהות שרצחו ילדים בגיל בוגר יותר. אלו האחרונות היו נשואות, בעלות קשיים בחיי הנישואין ודיווחו על קיום מתחים בחיי הנישואין שלהן. בשתי הקבוצות דווח על התעללות פיזית בילדות בידי הוריהן ועל קיום הפרעות נפשיות, דיכאון או פסיכוזה ולחוינות וכן על נטייה לאלימות אימפולסיבית (Haapasalo and Petaja, 1999). חוקרים אחרים (Simpson and Stanton, 2000) ציינו מספר גורמים אשר מתקיימים ברצח ילדים בידי אמהותיהם, ביניהם בידוד חברתי, קושי ביצירת קשרים בין-אישיים טובים ויציבים וקיומה של הפרעה נפשית אצל האם, שגורמת להגברת רגישותה לביצוע מעשה שכזה.

מנקודת מבט סוציולוגית וכפי שנמצא גם במחקרים שזוטטו לעיל (d'Orban, 1979; Resnick, 1969), רצח של ילדים קטנים מבוצע יותר בידי אמהות צעירות מאוד, בעוד שאבות, אשר שולטים בדרך כלל על התנהגותם של הילדים הבוגרים יותר, נוטים יותר לפגוע בילדים בוגרים אלה. ואכן, במחקר שבו נעשתה הפרדה בין רצח ילדים לבין רצח ולדות ורצח תינוקות (Bourget and Bradford, 1990), דווח כי רצח ילדים מבוצע בעיקר בידי אבותיהם. במחקר זה, שהתבסס על ניתוח המאפיינים של הורים שרצחו 14 ילדים (שמונה אבות ושש אמהות), אוששה האקסיומה לפיה אמהות רוצחות את ילדיהן הקטנים מאוד יותר מאשר אבות, וזאת בעיקר על רקע של פסיכוזה שלאחר הלידה. עוד נמצא כי ל-61.5 אחוז מבין המבצעים היתה מצוקה פסיכולוגית לפני ביצוע המעשה, הפרעת אישיות גבולית היתה שכיחה יותר מאשר דיכאון רב (Major depression) אצל ההורים, והפרעות אפקטיביות

ונסיונות אובדניים היו משמעותיים בקרב אוכלוסיה זו. חוקרים אלה הבחינו בחמש קבוצות של רצח ילדים בידי הוריהם: א. רצח ילדים תתולוגי (מניעים אלטרואיסטיים ורצח התאבדות); ב. רצח ילדים מקרי (תסמונת הילד המוכה, טלטולים, וכיו"ב, שהסתיימו במות הילד ללא כוונה מראש); ג. רצח ילדים מתוך נקמה; ד. רצח של וולד שאינו רצוי; ה. רצח ילדים בידי אבותיהם. ממחקר זה עולה המסר החשוב כי לרגישות אינדיבידואלית יש תפקיד חשוב בתופעה זו של Filicide, שהיא מרובת גורמים.

היבטים אבחוניים

מבחינה אבחנתית, ציין (Sadoff, 1995) כי אמהות צעירות הרוצחות את ילדיהן עושות זאת בדרך כלל כשהן במצב של פחד, אימה, דיכאון או פסיכוזה, או כשהן שרויות במצב דיסוציאטיבי. אבות שרוצחים את ילדיהם מצויים לעיתים קרובות בהשפעת אלכוהול או סמים ואין להם כל יכולת לסבול את בכי של התינוק. ניתן, לדברי החוקר, לטפל במצבים אלה ולמנוע את הסיכון לתוצאה הפטאלית בהרחקת הילדים מהוריהם ובצמצום הדחק שנגרם להורים אלה על רקע גידולם. במחקר שכלל 12 גברים אשר הורשעו ברצח ילדיהם (Campion et al., 1988), הסיקו החוקרים כי כ-11 מבין 12 הגברים נצפו הפרעות פסיכיאטריות משמעותיות, שנעו בטווח שבין הפרעות אישיות ועד לפסיכוזות. מניעיהם למעשה שבו הורשעו התבססו על הבנה לקויה של התנהגות הילדים, ודפוס התנהגות האימפולסיבי שלהם נבע לעיתים קרובות משימוש בסמים. גורמים נוספים שנמצאו כללו, כצפוי, בידוד חברתי והעדר תמיכה חברתית במשפחתם או בגורמים קהילתיים וממסדיים.

בחקר שאין מערכות, כמו באי פיג'י, נמצא כי נשים צעירות ובלתי נשואות רוצחות את צאצאיהן בנסיבות מיוחדות. נשים אלו משתייכות למעמד סוציאקונומי נמוך, וכאשר הוריהן אינו רצוי, קיים סיכון מוגבר לילוד ולתנוק. שיטות ההריגה הן דקירה, הכאה בידים, הטחת התינוק במשטחים קשים, חניקה והטבעה (Adinkrah, 2001). גם בפיג'י תוארו מקרים של רצח ילדים בידי גברים, ובדומה לארצות המערב, מדובר בגברים ממעמד חברתי נמוך, עם מתחים ובעיות שהיו קשורים בחיי הנישואין ועם נרמות של ענישה גופנית של ילדים (Adinkrah, 2003). התופעה של רצח ילדים בידי הוריהם תוארה גם במדינות אחרות: באירלנד (Mulryan et al., 2002), באוסטרליה (Nielssen et al., 2009), בתורכיה (Karakus et al., 2010), בפילנד (Kauppi et al., 2010) ובמקומות רבים אחרים. מעבר לרבגוניות התרבותית שבין מדינה למדינה ולשוני שקיים ביחס לנסיבות של רצח ילדים בידי הוריהם, ובמיוחד אמהותיהם, הרי שהמאפיינים הפסיכולוגיים והסוציולוגיים הם זהים למדי. במיוחד נכונים הדברים כאשר נזכר כי כמעט בכל מקרה של אם ההורגת את ילדיה הקטנים, המעשה מבוצע בידי אמהות אשר אינן יכולות לגדל את ילדיהן בתנאים אשר מוכתבים להן עקב מקומן המיוחד במקום ובזמן (Oberman, 2003).

פרופיל פסיכודינאמי

לצד התגובות הרגשיות העוזות שמעורר בציבור כל אירוע של רצח ילדים בידי הוריהם וההסברים המלומדים שמציעים אודות מצבם הנפשי של הורים אלה (ולרוב בידי אנשי מקצוע שלא בדקו אותם כלל), יש הסבורים כי לו היו מזהים מוקדם ומראש את התסמינים הפסיכיאטריים, ניתן היה אולי למנוע את המעשה הנורא. מאחר שהניסיון הכללי מראה כי לא כל הורה אשר לוקה בנפשו פוגע בילדיו או הורג אותם, ראוי לחפש הבנה מעמיקה יותר של המארג הפסיכודינאמי הייחודי של הורים אלה, מעבר לקטלוג סתמי של תסמינים הפסיכיאטריים או מניעיהם הסוציומטיים, אם ברצוננו לזהות בצורה טובה יותר הורים שנמצאים בסיכון להמתת ילדיהם.

בעקבות חלוקתו הראשונית של רוניק את מעשי הרצח לחמש קבוצות כמתואר לעיל, היו שהרחיבו חלוקה זו. בסופו של דבר, ניתן לחלק את ההורים שרוצחים את ילדיהם לשתי קטגוריות קונסטואליות רחבות - הפסיכופתים או הפסיכויטים (Kunst, 2002). בקבוצה הראשונה ניתן לכלול את ההורים הסדיסטים, הסוציומטים, הנוקמים או הנציסטיים, אשר באופן טיפוסי

התייחסות החברה והתקשורת

רצח ילדים בידי הוריהם מאתגר ערכים רבים בחברה שבה הוא מבוצע. הוא מעמיד בספק מושגים בסיסיים כמו משפחה, תא משפחתי, והורים כרמויות של סמכות מגוננת, תומכת, עוזרת ומכסה מפני דברים רעים שקורים מחוץ למשפחה. הוא גם נוטע בציבור תחושה של מבוכה וחוסר ביטחון בהיותו מעין תמרור אזהרה ביחס למהימנותם של ההורים וליכולתם לספק הגנה לילדיהם. בדיווחים תקשורתיים אודות רצח ילדים מעורב מגוון רחב של היבטים אידיאולוגיים, חברתיים, תרבותיים, דתיים ואתניים אשר עומדים מאחורי ההחלטה כיצד לדווח עליהם לציבור.

מבחינתו של האדם הפשוט, התנהגות קיצונית ונדירה זו של רצח ילדים בידי אמהותיהם נתפשת באופן סטריאוטיפי ופשטני הנובע מההנחה כי אלימות של נשים אינה "נורמטיבית" כזו של גברים, ולכן על פי רוב האם הרוצחת נראית יותר מופרעת מאשר האב הרוצח (Motz, 2008). כתוצאה מהלך חשיבה זה, האם הרוצחת אשר מושפעת מכוחות שהם מעבר לשליטתה, מטופלת ונמצאת במעקב של גורמי רפואה ורווחה ומחוץ למערכת אכיפת החוק (Ewing, 1997). התייחסות דומה כלפי נשים שרצחו את ילדיהן לעומת אבות שרצחו את ילדיהם הודגמה גם בסקר שנערך בקרב 150 סטודנטים בישראל, ובו נמצא כי האמהות, בניגוד לאבות, נתפסו כמושפעות יותר מבעיות נפשיות ולכן זקוקות לטיפול ולהשגחה מאשר לעונש (שפון, 2004). ניתן ליחס ממצאים אלה לאופי המשפחתי והפטרנליסטי של החברה הישראלית, בניגוד למדינות מערביות מתועשות אחרות.

דיווחי התקשורת בישראל על רצח ילדים נחקרו הן ביחס לרצח שמבוצע בידי אמהות (Cavaglion, 2008) והן ביחס לרצח שמבוצע בידי אבות (Cavaglion, 2009). ביחס לאמהות, הדיווחים שנסקרו כללו 19 מאמרים שפורסמו בשלושה העיתונים הנפוצים במדינה ואשר סיקרו שישה מקרים בולטים של רצח ילדים בידי אמהותיהם שנעשו בין השנים 1992 ו-2001. שתיים מהנשים היו ילדות הארץ, שתיים עלו ממדינות ברית המועצות לשעבר ושתיים היו ערביות, וטווח הגילאים שלהן נע מסוף שנות העשרה ועד לסוף שנות ה-30. דרכי ההמתה היו שונות ומגוונות, בדומה לתיאורים שהובאו לעיל. בניגוד לאבות, נראה כי כל האמהות שרצחו את ילדיהן עשו זאת תוך שימוש בידיהן בלבד ככלי הרצח. החוקר מציין ארבעה ממצאים שעלו במחקר: א. נמצא כי במקרים אלה של רצח ילדים בידי אמהותיהם, אבי הקורבן לא היה נוכח. בחמישה מבין ששת המקרים האב לא היה חלק מהטרגדיה ואף לא היה מושא לנקמה מצד האם. מעשי האמהות כוונו כלפי הילדים בלבד, וזאת בניגוד לאבות שרצחו את ילדיהם, שמעשיהם היו מכוונים יותר כלפי האם בתיוכם של הילדים. ב. ממצא נוסף היה כי במחצית מהמקרים שבהם האם הרוצחת היתה יהודיה ונשואה, הכתבות נטו להסביר את המעשים בהפרעה נפשית שבה לקחה האם; במקרה אחד הודגש מצבה החברתי והכלכלי הבלתי נסבל של האם, ובשני המקרים של אמהות ערביות בלטו התייחסויות שליליות. ג. ממצא שלישי היה שתהליך תיוג זה החל כבר בשלבים הראשונים של ההסברים הרטרופקטיביים שניתנו ובהתבטאויותיהם של קרובי משפחה, שכנים וכתבים. ביחס לאמהות היהודיות, ניתנו תיאורים של הבעות פנים ותנחות גוף ואלו אף פורשו בתקשורת ואצל המרואיינים כסימן לאי שפיות ולכאב אמיתי. אמהות אלו לא תוארו כרובוטים, מכונות, מפלצות או חיות, כפי שנמצא בתיאורים שהובאו ביחס לאם ערבית שרצחה את תינוקה בן השנתיים, או ביחס לאבות שרצחו את ילדיהם. ד. ממצא רביעי היה שלכד מצוין הבעת הפנים, כלי התקשורת יצרו בציבור רגישות והזדהות במיוחד כאשר האם הרוצחת ביטאה צער וכאב והודתה במעשה שבציעה. בכמה תיאורים של אם מופרעת (Mad) ועצובה (Sad), רוככה הופעתה החיצונית על ידי שימוש בסטריאוטיפים נשיים ("לבוש מסודר", "אישה נאה, שקטה, עדינה ושכירה, שאינה מסוגלת לפגוע בזוכה"), לעומת הדימוי הבלתי אנושי שניתן לאבות אשר רצחו את ילדיהם ("שטני", "מעשה אכזרי שתוכנן מראש ובאופן רציונלי").

האמהות נתפשת כתופעה טבעית וביולוגית, ואמהות שרוצחות את ילדיהן

מורשעים בעבירת רצח או הריגה. בקטגוריה השנייה ניתן לכלול אותם הורים שהיו בעת המעשה במצב פסיכוטי, רכאוני או מאני עם מחשבות שווא מסוג רדיפה או גרלות, ואשר בעטיו חלקם נהנה בסופו של דבר מהגנת אי השפיות. ההורים מקבוצה זו הם נשוא הדברים שבהמשך.

מעבר לזיהוי התסמינים הפסיכיאטריים שהיו קיימים ופעלו בזמן ביצוע המעשה, לא רבות נעשה במטרה לברר כיצד יכולות היו הבעיות הפסיכודינאמיות והאישיותיות של ההורים לתרום למעשה. רק התבוננות מעמיקה אל תוך נבכי נפשו של רוצח ילדיו, אל ארץ המאפליה שלו או שלה, יכולה להסביר ולהבין כיצד יכול הורה לבצע מעשה נורא זה של רצח ילדיו. מתברר (Papapietro and Barbo, 2005) כי תחילת התסמינים ברצחים-חוליים אלה נעשית בצורה עדינה והיא הולכת ומתפתחת מבלי למשוך תשומת לב כלשהי במשך מספר ימים או שבועות, ואז מופיעה במהירות פסיכזה ברורה. המעשה הפסיכוטי הסופי של הרצח (או הניסיון לרצח) מתבצע בצורה אימפולסיבית, מבלי שקדמו לו כעס או מחשבות רצחניות, והוא מונע מאמונה דלחזונית כי המתה הילד או הילדים היא מעשה אלטרואיסטי שנועד להציל אותם או את העולם מקטסטרופה הממשמשת ובאה. ברוב המקרים, מעשה זה של אלימות אינו אופייני להורים הרוצחים ואינו עולה בקנה אחד עם אורח חייהם שקדם למעשה העבירה. על אף שהמעשה הרצחני הפתאומי נעשה במצב פסיכוטי, נראה כי לפחות בחלקו הוא נובע כתוצאה מהפרעות קשות בשליטה על האני, אשר מאפשרות הבעה גלויה של אלימות פרימיטיבית שהדחקה מהמודעות במשך תקופה ארוכה. תפקיד נוסף ניתן ליחס לדחק המציאותי והרגשי המצטבר של מצב ההורות עבור אנשים פגיעים ורגישים אלה והשלכותיו על הקריסה הפסיכולוגית הפתאומית והמוזעזעת של אגו שהיה שביד ופגום מלכתחילה. באנשים אלה, הכעס המודחק משתחרר בצורה אלימה בפסיכזה שלהם. את האישיות והחסינים התוך-נפשיים הפרי-מורדיים של הורים-רוצחים אלה אפשר לבחון באמצעות הבנה פסיכודינאמית של טראומות או אוברנים שהם חוו בילדותם ואשר באו לביטוי בפגיעות ביחסי האובייקט שלהם, במנגנוני הגנה בלתי אדקוואטיים של האני שלהם, או בתסביכים בלתי פתורים שנטרו להם. תסכול ילדותי שאינו מטופל הופך לכעס, וכעס שאין אפשרות להתמודד עימו הופך לאלימות כלפי האובייקט המתסכל (לרוב ההורה הראשון), וזו - ששואפת להעלמת האובייקט - נותרת מודחקת ובלתי מודעת. אלימות מודחקת זו מביאה לפנטזיות ולפחדים שקשורים בהרס האובייקט, אך אלה חייבים להישאר מודחקים. מההיבט הפסיכודינאמי, אלימות מודחקת זו נותרת בלתי מודעת עד שההדחקה מוסרת על ידי הדיכאון או הפסיכזה, ואז היא מופעלת באמצעות רצח הילד או הניסיון לרצח אותו.

המניעה צריכה להתבסס, לפי תפישה זו, על זיהוי אותם הורים שאוצרים בקרבם אלימות מודחקת לפני קריסת המשאבים הפסיכולוגיים שלהם. מכאן שיש לזהות, או לפחות לנסות ולזהות, אותם אנשים אשר הטראומות, האובדנים והחסכים הרגשיים האחרים שעברו בילדותם הפכו אותם לרגישים להפרעות נפשיות ולבלתי מסוגלים לפתח יחסי אובייקט תקינים, וכהורים הם יכולים לפתח אפידורות פסיכוטיות ולהפעיל אלימות קשה כלפי צאצאיהם, שעומים אין הם מסוגלים לפתח יחסי הורה-ילד תקינים. בהורים אלה, הפסיכזה מסירה את המחסום הפסיכולוגי הסופי מפני רצח ילדיהם.

תמיכה ברעיון זה, לפיו תפקודים קוגניטיביים מסוימים מתפתחים עם הגיל, ניתן למצוא גם במחקרים נוירולוגיים המראים כי התפתחות תקינה של האונות הפרונטאליות חיונית להתפתחות תפקודים אלה המביאים לידי קביעות האובייקט. התפתחות לקייה של אונות אלו עלולה להביא לידי התנהגות תוקפנית, אימפולסיבית ונטולת עכבות (Baird et al., 2002). בכל הורה אשר מטופל בשל דיכאון, מאניה או שימוש בסמים, או בבני זוג המצפים ללידה, יש לבדוק קיומם של קשיי הסתגלות שמקורם בחסכים שונים בתקופת הילדות, ובמידת הצורך להפנותם לטיפול נפשי שמטרתו לזהות, להעריך ולסייע בפתרון של בעיות התפתחותיות. כך ניתן יהיה לשפר את יכולתם בתחום יחסים בין-אישיים ואת כושר התמודדותם עם מצבי דחק. בכל מקרה, לפחות ניתן יהיה לאפשר להם לזהות בצורה טובה יותר סימני אזהרה מפני אסון רגשי הממשמש ובא ולפנות לעזרה מבעוד מועד.

יכולות לעורר בציבור דיסוננס קוגניטיבי. בחברה ובתרבות האמהות נחוצות כבלתי אלימות, וזאת אף בתנאים קשים ביותר. מצופה מנשים לספוג תסכול, השפלה, אבטלה, עוני ובידודות קיצוניות מבלי לאבד את הקונטציה ה"טבעית" של אימהות טובה. לפיכך, כאשר אם רוצחת את ילדה, המעשה נתפש כחסר הלימה עם התפקיד הביולוגי הטבעי של סיפוק צרכיו של הילד, והוא מצביע על חסר פסיכולוגי מסוים במסוגלותה ההורית. האבהות, לעומת זאת, אינה נתפשת כתופעה מובנת מאליה אלא כתופעה נרכשת ונלמדת. הדימוי של גברים אשר מבצעים מעשי רצח עולה לרוב בקנה אחד עם התפקידים המסורתיים והסטריאוטיפיים של גבריות. בקרב האבות יש יותר מקום לרצון, לכוונה ולהיגיון. הם מסוגלים גם לקבלת החלטות מושכלת וגם לפעול מתוך כעס וזעם. משום כך, האבות שרוצחים את ילדיהם נתפשים בצורה שטחית בציבור הרחב כ"רוצחים בדם קר" שמגיע להם מאסר ממושך, אף באותם מקרים מעטים יחסית שבהם נטענה ונתקבלה טענת אי שפיות.

שירותי הרווחה ורצח ילדים בידי הוריהם

הרצח הברוטאלי של ילד מעורר תגובות ציבוריות נועמות. הציבור מבקש לדעת מה נעשה כדי למנוע את המעשה ומדוע לא הגנו על הילד. חלק גדול מהזעם מופנה אל הכתובת של שירותי הרווחה, הנתפשים כמי שתפקידם למנוע אירועים כאלה (Trocmé and Lindsey, 1996). אחת השאלות החשובות היא האם שיעור מקרי רצח כאלה הוא מרד לטיבם וליעילותם של שירותי רווחה. אחד המחקרים הבוחרים שבו נעשה ניסיון לבחון שאלה זו הוא המחקר אשר הוזכר לעיל, שבו מסקנת החוקרים היו ברורות וחד משמעיות – שיעורי רצח ילדים הם בעלי ערך מוגבל ביותר להערכת טיבם ויעילותם של שירותי הרווחה. הנימוקים העיקריים שמובאים במחקר זה הם אלה: הסיווג של רוצחי הילדים אינו מהימן, ורצח הילד בדרך כלל אינו משקף רצף של אלימות אשר מתחיל מטיפול הורי כושל דרך הזנחת הילד וסופו ברצח. רצח ילדים הוא נדיר (למרבית המזל) ואינו אירוע תדיר מספיק על מנת להעריך נכון את יעילותם של שירותי הרווחה ולהשפיע על מדיניותם. מסיבות אלו, ואפילו אם יחול בעתיד שיפור בדיווח ובסיווג, עדיין לא יהיה זה נכון להשתמש בשיעורים של רצח הילדים ככלי להערכת טיבם של שירותי הרווחה (Trocmé and Lindsey, 1996).

היבטים חוקיים

התייחסותה של מערכת המשפט כלפי הורים שהאשמו באלימות קשה ואף קטלנית כלפי ילדיהם שיקפה במהלך ההיסטוריה את המוסכמות והמקובלות ששררו באותה חברה, על החרדות וההטיות שבהן וכן את השינויים שעברו על אותה חברה מבחינת המשגת הערך של ילדים (Gurevich, 2010). החוק הראשון שהכיר ברצח של תינוקות כעבירה פלילית נחקק באנגליה בשנת 1623 (O'Donovan, 1984). זו היתה עבירה הקשורה במינו של המבצע אותה – נשים – ואשר הוגבלה לתינוקות שנולדו כממזרים. עצם העבירה היתה הסתרת ההמתה ולא הרצח עצמו, אם כי ההסתרה שימשה כהנחה משפטית לקיומה של אשמה של רצח. על מנת לסתור הנחה משפטית זו, היה צורך בקיומו של עד שיעיד כי התינוק נולד מת. לנוכח העובדה שעצם הקיום של ההריון והלידה היו מוסתרים במקרים רבים מסוג זה, ברור שהיה קשה למצוא עד מסוג זה. לעומת זאת, רצח תינוקות שנולדו מנישואים חוקיים טופל בידי החוק ככל רצח אחר עד לשנת 1922. נטל ההוכחה היה מוטל על התביעה והיה עליה להוכיח כי התינוק נולד חי וכי המוות נגרם לו לאחר שהופרד מגופה של אמו. בשנת 1803 בוטל החוק משנת 1623 ורצח של תינוקות הושווה לכל רצח אחר. שינוי זה ביטא את התחושה הקשה כי רצח תינוקות עבר למעשה ללא עונש. במהלך המאה ה-19 הוטחה ביקורת קשה על השינוי והיו זיכויים רבים בשל העדר הוכחות לכך שהתינוק נולד חי. החוק של 1803 כלל תנאי מיוחד, לפיו חבר המושבעים יכול היה, בעת זיכוי הנאשמת מאשמת רצח, למצוא אותה אשמה בהסתרת הלידה, עבירה שעונשה המרבי היה שנתיים מאסר.

במאה ה-20 אומצה באנגליה גישה משפטית חדשה כלפי רצח של תינוקות,

וזו באה לביטוי בשנת 1922 עם קבלתו של ה-Infanticide Act אשר יצר הגנה חלקית לעבירת רצח עבור אישה שהמיתה את וולדה בזמן שהופרע האיזון הנפשי שלה כתוצאה מהלידה. העבירה הופחתה מרצח להריגה. הרציונל שנשען לשינוי החוק היה משפטי – להימנע ממתן גורל דין של מוות שלא היו ממומשים – אם כי אין לשלול את הטיעון הרפואי של השפעות הלידה על האם. בשנת 1938 התקבל באנגליה תיקון לחוק זה אשר הרחיב את תחולתו למקרים שבהם גיל התינוק הוא עד שנה והאם עדיין לא החלימה מהשפעות הלידה או ההנקה (Ward, 1999). חוקים דומים קיימים גם בקנדה, באוסטרליה ובניו זילנד, אם כי יש המותחים ביקורת על העמדת התנהגותן הפלילית של נשים על תשתית ביולוגית (McSherry, 1993). כמו כן יש המבקרים את עצם ההכרה בהמתת תינוקות בשנת חייהם הראשונה בידי אמה כמצויה במעמד ייחודי ונפרד (Arboleda-Florez, 1975), לעומת אחרים המחזיקים בדעה הפוכה (Resnick, 1970). גם במדינת ישראל קיים חוק דומה. סעיף 303 לחוק העונשין, התשל"ז-1977, דן ב"המתת תינוק", וזו לשונו:

"א. אישה שגרמה במזיד, במעשה או במחדל, למות ולדה שלא מלאו לו שניים עשר חודשים, ובשעת המעשה או המחדל היתה במצב של ערעור שיקול הדעת, משום שעדיין לא החלימה לגמרי מתוצאות הלידה או משום תוצאות ההנקה לאחר הלידה, הרי עף אף היות העבירה לפי הנסיבות בגדר רצח או הריגה, דינה מאסר חמש שנים.

2. האמור בסעיף זה אינו בא לגרוע מסמכות בית המשפט להרשיע את מי שהאשם ברצח של ילד שלא מלאו לו שניים עשר חודשים בעבירה של הריגה או של העלמת לידה, או לקבוע שאינו נושא באחריות פלילית מחמת אי שפיותו או ליקוי בכשרו השכלי לפי סעיף 19."

החוק בישראל מאפשר הגנה מיוחדת לאישה שביצעה Infanticide ומתן עונש מופחת בהרבה מהצפוי בעבירת רצח (מאסר עולם חובה) או הריגה (מאסר לתקופה של עד 20 שנה). זאת, אם מצא בית המשפט כי בשעת המעשה או המחדל, שבעטיים מת התינוק, היא היתה במצב של "ערעור שיקול הדעת" שמקורו בהעדר החלמה מלאה מתוצאות הלידה או מתוצאות ההנקה שלאחר הלידה (כלומר, בחוסר איזון הורמונלי אשר הביא לערעור שיקול דעתה). סעיף זה מופעל באותם מקרים ספורים שבהם משתכנע בית המשפט על סמך ראיות ברורות, כי נסיבות העבירה אכן עולות בקנה אחד עם הנדרש בחוק.

ההליכים המשפטיים במדינת ישראל מתנהלים, כידוע, בפני שופטים מקצועיים, שחוקה עליהם כי ישפטו אך ורק על פי הראיות שמובאות בפניהם ובהתאם לסדרי הדין המקובלים. במדינות אחרות מתקיימים בתי משפט של מושבעים, ובמחקרים שנערכו נמצא כי דעתם של מושבעים עלולה להיות מוטת במשפטים פליליים בהתאם לסטריאוטיפים הקשורים במינו או במוצאו של הנאשם. כך למשל, נמצא כי במצבים שבהם עובדות מעשי העבירה היו זהות, נאשמים (גברים) נשפטו ביתר חומרה מנאשמות (נשים) במקרים של אלימות במשפחה (Ferguson and Negy, 2004). עם זאת, במחקר שבו נבדקו יותר מ-200 סטודנטים שנבחרו אקראית ויכלו לענות על הפרופיל של "מושבע ממוצע", נמצא כי במקרים של רצח ילדים בידי הוריהם, ובניגוד לפשעים אלימים אחרים, לא נצפו הטיות מבחינת מין הנאשם או מוצאו בתהליך הכרעת הדין (Ferguson et al., 2008).

איתור מוקדם

מהאמור לעיל ניתן להציע כמה עקרונות שאותם אפשר ליישם כאשר מבקשים לנסות ולהגיע לאיתור מוקדם של הורים בעלי סיכון לגרימת נזק בלתי הפיך לילדיהם. בראש ובראשונה, כל בעל מקצוע אשר עוסק בטיפול בקטינים (רופאים למיניהם, עובדי סיעוד, פסיכולוגים, עובדי חינוך ורווחה וכיו"ב) חייב לשקול את הסיכון שהורים ספציפיים מהווים לילדיהם. למרות שהתופעה יכולה להיות קשורה בקיום בעיות נפשיות בקרב מי מההורים, נמצא בסקר שנערך בקרב 220 פסיכיאטרים כי רובם המעטים בהערכה נכונה של שכיחות התופעה אצל אמהות, וכמחציתם אף ציינו כי אינם נוהגים לשאול שאלות ספציפיות אודות רעיונות לפגיעה בילדים (Friedman et al., 2008).

או בעל מום, מצוקה חברתית וכלכלית. מסקירת הספרות עולה כי חלק ניכר מההורים הרוצחים לוקים בהפרעות אישיות, ואחדים מהם (בעיקר האמהות) לוקים במחלות נפש משמעותיות. האיתור והמניעה של תופעה טראגית זו הם קשים בשל העובדה שגורמי הסיכון הם מרובים ואינם ייחודיים. מעשהו המחריד של איתי בן דרור, שהוזכר בתחילת המאמר, מהווה תזכורת לכך שהורים מסוגלים לפגוע בילדיהם פגיעה קטלנית וסימן אזהרה לצורך בעשיית כל מאמץ אפשרי, על אף הקשיים שתוארו, לנסות לאתר ולמנוע מעשים מסוג זה.

ד"ר יעקב מרגלין, לשעבר הפסיכיאטר המחוזי לחל אבי ומזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל, פופ' אילעזר ויצטום, המרכז לבריאות הנפש באר שבע, החטיבה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, ופסיכיאטר בכיר במרכז הקהילתי לבריאות הנפש עזרת נשים, ירושלים

הערות

- (1) אנרי ברגסון (1859–1941), פילוסוף יהודי-צרפתי וחתן פרס נובל לספרות משנת 1927.
- (2) במדינת ישראל עצמה, לפי נתוני משטרת ישראל, בשנים 2003–2008 אירעו 18 מקרים של גרימת מוות של קטינים בידי קרובי משפחתם (רונן וטל, 2008).

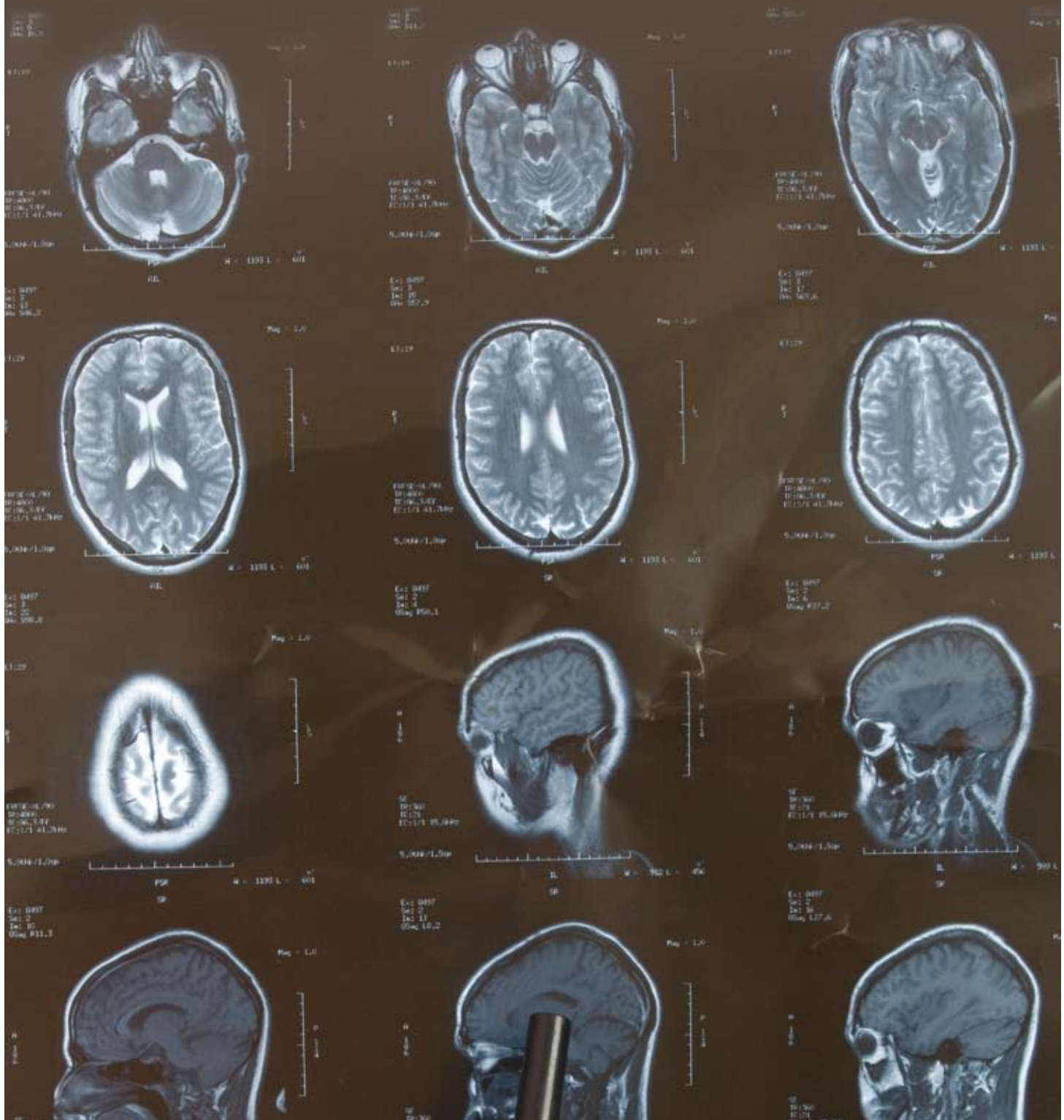
- רונן י וטל א (2008). גרימת מוות של ילדים בידי קרובי משפחתם. הנסג - מרכז המחקר והמידע (<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/docs/m02144.doc>).
- שפון ד (2004). אימהות הממיתות ילדיהן: לעומת אבות הממיתים ילדיהם: סטריאטיפים בחברה הישראלית. עבודת תזה לתואר מוסמך. ירושלים: האוניברסיטה העברית, הפקולטה למשפטים, המכון לקרימינולוגיה.
- Adinkrah M (2001). When parents kill: An analysis of filicides in Fiji. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 45:144-158.
- Adinkrah M (2003). Men who kill their own children: Paternal filicide incidents in contemporary Fiji. *Child Abuse & Neglect* 27: 557-568.
- Amos H and Mayers A (2005). Thomas Coram: The Man Who Saved Children. London: The Foundling Museum.
- Arboleda-Florez J (1975). Infanticide: Some medicolegal considerations. *Canadian Psychiatric Association Journal* 20: 55-60.
- Baird AA, Kagan J, Gaudette T, Walz KA, Hershlag N and Boas DA (2002). Frontal lobe activation during object permanence: Data from near infrared spectroscopy. *Neuroimage* 16:1120-1126.
- Bourget D and Bradford JMW (1990). Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry* 35: 233-238.
- Campion JF, Cravens JM and Covan F (1988). A study of filicidal men. *American Journal of Psychiatry* 145: 1141-1144.
- Cavaglion G (2008). Bad, mad or sad? Mothers who kill and press coverage in Israel. *Crime, Media, Culture* 4: 271-278.
- Cavaglion G (2009). Fathers who kill and press coverage in Israel. *Child Abuse Review* 18: 127-143.
- d'Orban PT (1979). Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry* 134: 560-571.
- Dave S, Petersen I, Sherr L and Nazareth I (2010). Incidence of maternal and paternal depression in primary care: A cohort study using a primary care database. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. Published online September 6, 2010. doi:10.1001/archpediatrics.2010.184. Retrieved on September 24, 2010.
- deMause L (1974). *History of Childhood*. New York: Psychohistory Press.
- Ewing CP (1997). *Fatal Families: The Dynamics of Intrafamilial Homicide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Ferguson CJ and Negy C (2004). The influence of gender and ethnicity on judgments of culpability in a domestic violence scenario. *Violence and Victims* 19: 203-220.
- Ferguson CJ, Miller-Stratton H, Heinrich E, Fritz S and Smith S (2008). Judgments of culpability in a filicide scenario. *International Journal of Law and Psychiatry* 31: 41-50.
- Friedman SH and Friedman JB (2010). Parents who kill their children. *Pediatrics in Review* 31: e10-e16.
- Friedman SH and Resnick PJ (2007). Child murder by mothers: Patterns and prevention. *World Psychiatry* 6: 137-141.
- Friedman SH and Resnick PJ (2009). Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry* 32: 43-47.
- Friedman SH, Horwitz SM and Resnick PJ (2005). Child murder by mothers: A critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *American Journal of Psychiatry* 162: 1578-1587.
- Friedman SH, Sorrentino RM, Stankowski JF, Holden CE and Resnick PJ (2008). Psychiatrists' knowledge about maternal filicide thoughts. *Comprehensive Psychiatry* 49: 106-110.
- Goetting A (1990). Child victims of homicide: A portrait of their killers and the circumstances of their deaths. *Violence and Victims* 5: 287-296.
- Gurevich L (2010). Parental child murder and child abuse in Anglo-American legal

גורמים שנמצאו יעילים במניעה של Neonaticide כוללים חינך מיני, זמינות אמצעים למניעת הריון, רגישות גבוהה באבחון הריון ובהגברת ההשגחה והשמירה על האישה ההרה לפני הלידה (Friedman and Resnick, 2009). בתקופה של 12 החודשים הראשונים לחיי התינוק, ניתן לבצע בדיקות סקר לגילויים של דיכאון ופסיכוזא שלאחר לידה ולתת הדרכה להורים בכל הקשור לכאבים קוליקיים בתינוק ולמתחים ביניהם (Friedman et al., 2005). בגיל הגן ובגיל בית הספר, אמצעי המניעה של רצח ילדים בידי הוריהם כוללים הדרכה מקדימה של ההורים ביחס לבעיות משמעת בילדים ובעיות אצל ההורים, שמירה על ערנות בכל הנוגע לחולי נפשי, שימוש בסמים וגורמי דחק אצל ההורים, ומתן טיפול מתאים במידת הצורך (Friedman and Resnick, 2007). ולבסוף, הגברת ההבנה של תופעה זו יכולה להביא להצלת חיים, ולו של ילד אחד (Friedman and Friedman, 2010).

לסיכום, ילדים נהרגים בצורה אלימה במגוון מצבים המופיעים בתוך המשפחה ומחוצה לה. התופעה של רצח ילדים בידי הוריהם קיימת לאורך ההיסטוריה של המין האנושי. מרבית הילדים שנפלים קורבן לרצח נרצחים בידי הוריהם. בארצות הברית לדוגמה, נרצחים בממוצע מדי שנה 344 ילדים בידי הוריהם (הטוח נע בין 246 ל-426) (Friedman and Friedman, 2010). לרצח מסוג זה יש מניעים מגוונים, כמו חולי נפשי, קנאה, חשד לבגידת בן הזוג, תינוק נכה

-(השיחה ביבליוגרפית).....
- system. *Trauma, Violence, & Abuse* 11: 18-26.
- Haapasalo J and Petaja S (1999). Mothers who killed or attempted to kill their child: Life circumstances, child abuse, and types of killing. *Violence and Victims* 14: 219-239.
- Karakus M, Ince H, Ince N, Arican N and Sozen S (2003). Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croatian Medical Journal* 44: 592-595.
- Kauppi A, Kumpulainen K, Karkola K, Vanamo T and Merikanto J (2010). Maternal and paternal filicides: A retrospective review of filicides in Finland. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38: 229-238.
- Kunst JL (2002). Fraught with the utmost danger: The object relations of mothers who kill their children. *Bulletin of the Menninger Clinic* 66: 19-38.
- Kunz J and Bahr SJ (1996). A profile of parental homicide against children. *Journal of Family Violence* 11: 347-362.
- Lewis CF, Baranoski MV, Buchanan JA and Benedek EP (1998). Factors associated with weapon use in maternal filicide. *Journal of Forensic Sciences* 43: 613-618.
- McCloskey LA (2001). The "Medea Complex" among men: The instrumental abuse of children to injure wives. *Violence and Victims* 16: 19-37.
- McSherry B (1993). The return of the raging hormones theory: Premenstrual syndrome, postpartum disorders and criminal responsibility. *Sydney Law Review* 15: 292-316.
- Motz A (2008). *The Psychology of Female Violence: Crimes against the Body*, 2nd Edition. New York: Routledge.
- Mulryan N, Gibbons P and O'Connor A (2002). Infanticide and child murder – admissions to the central mental hospital 1850-2000. *Irish Journal of Psychological Medicine* 19: 8-12, 2002.
- Nielsen OB, Large MM, Westmore BD and Lackersteen SM (2009). Child homicide in New South Wales from 1991 to 2005. *Medical Journal of Australia* 190: 7-11.
- Oberman M (2003). Mothers who kill: Cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. *International Journal of Law and Psychiatry* 26: 493-514.
- O'Donovan K (1984). The medicalisation of infanticide. *The Criminal Law Review* 259-264.
- Palermo GB (2002). Murderous parents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 46: 123-143.
- Papapietro DJ and Barbo E (2005). Commentary: Toward a psychodynamic understanding of filicide – beyond psychosis and into the heart of darkness. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 33: 505-508.
- Resnick PJ (1969). Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry* 126: 73-82.
- Resnick PJ (1970). Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *American Journal of Psychiatry* 126: 1414-1420.
- Sadoff RL (1995). Mothers who kill their children. *Psychiatric Annals* 25: 601-605.
- Scott PD (1973). Parents who kill their children. *Medicine, Science and the Law* 13: 120-126.
- Simpson AIF and Stanton J (2000). Maternal filicide: A reformulation of factors relevant to risk. *Criminal Behavior and Mental Health* 10: 136-147.
- Stern ES (1948). The Medea Complex: The mother's homicidal wishes to her child. *Journal of Mental Science* 94:321-331.
- Trocme N and Lindsey G (1996). What can child homicide rates tell us about the effectiveness of child welfare services? *Child Abuse & Neglect* 20: 171-184.
- Ward T (1999). The sad subject of infanticide: Law, medicine and child murder, 1860-1938. *Social & Legal Studies* 8: 163-180.

היבטים חדשים על אודות טיפולים לא ביולוגיים בפסיכיאטריה



סקירת עבודות מתחום ההדמיה המוחית וכן מתחום המחקר הקליני מעידה על כך כי הפסיכותרפיה היא גם התערבות ביולוגית ואחד הכלים המרכזיים במערך ההתערבויות הפסיכיאטריות. תוצאות עבודות אלו מחייבות את הפסיכותרפיה לעבור אדפטציה ושללול בדומה להתקדמות העצומה של העשורים האחרונים בתחום ניתוחי הלב והצנתורים, הניתוחים הפרוסקופיים וכיוצא באלה

ד"ר טל אדיב, ד"ר דרור דולפין, פרופ' נתנאל לאור

הסברים שמטרתם לשמש כתשתית לניסוח התערבות, מבטאת אתגר לקהילת בריאות הנפש ומאומית תדיר בפיצול רדוקציוניסטי חוזר.⁶ כמעט מאה שנה מאוחר יותר, בשנים 1896-1897 הציגו שני רופאים, שלא הכירו זה את זה, ניסוחים אפשריים להבנת ההפרעה הנפשית. זיגמונד פרויד טבע לראשונה במאמר "Heredity and the Aetiology of the Neuroses" את המונח "פסיכואנליזה", מונח המגלם הבנה של ההפרעה הנפשית ושיטת טיפול מנטליסטית חדשה, ואמיל קרפלין ניסח לראשונה את הקטגוריה האבחנתית של שיטיון הנעורים (Dementia praecox) ואיתנה את ההסתכלות התסמינית על ההפרעה הנפשית שתשמש בעתיד תשתית למהפכה התרופתית והאבחנתית-אמפיריציסטית בפסיכיאטריה. משני הניסוחים עתידות להיגור שתי מגמות בטיפול הפסיכיאטרי המתפתח: אל מול ההנחה שעמדה בבסיס כינון ההתמחות הפסיכיאטרית כרפואה, אפשרו מגמות אלו לפעול לפיצול קרטזיאני של האדם ל"נפש" (Mind) מול "מוח" (Brain), פיצול המבטא הנחה שטיפול תרופתי מכון למוח לשם שינוי עובדות הניתנות לצפייה, בעוד שפסיכותרפיה מכונת לנפש. פיצול זה מכנה Gabbard במאמרו A house divided against itself⁶ ומוסיף:

"While we know that mind and brain are inseparable, our literature and our practice do not always reflect that".

התהליכים ההיסטוריים שבצילם עוצבה הפסיכיאטריה המודרנית השרישו הטיות תפישתיות המבחינות בין טיפול תרופתי כהתערבות ביולוגית באופן מובהק, לבין ההתערבות הפסיכותרפית שנתפשת כהתערבות פסיכו-סוציאלית באופן מובהק.⁷ הנחת היסוד של סקירה זו היא כי פסיכותרפיה, כמו כל התערבות אחרת בתחום בריאות הנפש, היא גם טיפול ביולוגי, וייתכן שהתערבות זו היא אף ספציפית יותר מרוב הטיפולים הביולוגיים האחרים שבידינו כיום.⁸ אנו מאמצים עמדה גנרליסטית רחבה אם כן, כזו המאפשרת, לדעתנו, מחקר חופשי ופעילות קלינית אחראית:

"We need to transcend... the reductionist mythic framework altogether. When we accept a generalist framework, the problem of the division of the field of intellectual interest into professional domains does not come up – only interesting questions remain in focus"⁹.

מטרת הסקירה

בחלק הראשון נסקור בקצרה מחקרים שונים מתחום ההדמיה המוחית העוסקים בהשפעה של פסיכותרפיה על שינויים נוירוביולוגיים. מטרתנו בחלק זה איננה מיצוי הידע המחקרי הקיים, אלא הדגמה של מה שניתן לקוות לו מהמחקר, שיכול להגשים בעתיד מספר מטרות:⁷ דה-מיסטיפיקציה ותיקוף של הטיפול הפסיכותרפי, תיקוף חשיבותו היא לאין ערוך עבור מטופלים וקלינאים כאחד; תמיכה בבחירת טיפול אופטימלי, כך שיבטא התאמה בין מטופל וטיפול (Treatment selection)^{10,11}; וכן יצירת אפשרות לשפה עשירה יותר מזו הנוכחית, המאפשרת דיון במושגי יסוד של הפסיכותרפיה.

לאור העובדה שאיננו מקבלים מודל רדוקציוניסטי של ההפרעה הנפשית והטיפול בה, נסקור בחלק השני מחקרים מטא-אנליטיים ערכניים הבוחנים בכלים של Evidence Based Practice את ההשפעה של טיפולים פסיכותרפיים על הבניות של מחשבה, רגש, תפישה וכיוצא באלה, דרך בדיקה מחקרית של

העיקרון המניע והמאחד את תחום בריאות הנפש כפרקטיקה רפואית הוא הקליניקה. מטרת היסוד של כל קלינאי הן סילוק מושכל של סבל נפשי והשבת המטופל לתפקוד אופטימלי. זוהי מחויבות להישגים אובייקטיביים במציאות חייו של המטופל. למטפל בתחום בריאות הנפש יש ארגון כלים של התערבויות שונות המכוונות להשגת המטרות. איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי הגדיר בשנת 1995 את הפסיכותרפיה כ"שיטה המשמשת לטיפול בהפרעות נפשיות ומצוקות רגשיות ופסיכולוגיות, אשר מבוססת על הקשר הייחודי בין המטפל למטופל ומשתמשת באמצעים מילוליים להשגת מטרותיה"¹². גורמים שונים יכולים לתרום לתוצאת הטיפול הפסיכותרפי, בהם תכונותיו ויכולותיו של המטופל, מאפייני המטפל וכן התיאוריה והשיטה הטיפולית. יש לכאורה מספר רב של טכניקות פסיכותרפיות, אך על פי רוב אלו הנלמדות והמושמות באופן שכיח נגזרות מאחד משני מודלים תיאורטיים: המודל הפסיכואנליטי ותיאוריית הלמידה. הטיפול הפסיכואנליטי (קצר וארוך מועד), ששורשיו בטיפול הפסיכואנליטי, מבוסס על הבנת התפקוד הנפשי המודע והלא מודע. טיפול המבוסס על תיאוריית הלמידה פועל באמצעים שמטרתם לעזור למטופל לשנות דפוסי חשיבה, רגש והתנהגות אשר אינם יעילים עבורו ו/או הם מקור למצוקה.

הפסיכותרפיה לסוגיה היוותה לאורך שנים אחת מאופניו הטיפול המרכזיות, שהגדירו את שדה ההתערבות בתחום בריאות הנפש. הנתונים מלמדים על ירידה מתמשכת בשכיחות טיפולים אלה בקרב הפונים למרפאות בריאות הנפש בארצות הברית.^{3,2} בעוד שאחוז המטופלים בפסיכותרפיה מתוך האוכלוסיה הכללית שומר על יציבות יחסית בעשורים האחרונים, הרי שחלקם של המטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות ומטופלים בפסיכותרפיה, במקביל או בנפרד מטיפול תרופתי, נמצא בירידה מתמדת. למעשה, מתרחש תהליך הפוך של עלייה במספר המטופלים הפסיכיאטריים המטופלים בטיפול תרופתי בלבד.⁴ בשנים של הרחבה משמעותית של הטיפול הפסיכיאטרי תוך צמצום הדעות הקדומות שמנעו ממטופלים להגיע לטיפול, בולטת מגמת הצמצום בשימוש בפסיכותרפיה. למגמה זו השלכות על זהותו של הפסיכיאטר, ובכך, בפועל, היא מגדירה מחדש את התחום. מה צריכה להיות תגובתו של הפסיכיאטר אל מול עובדות אלו? מה בכלל צריך להיות היחס של הפסיכיאטר לטיפול בדיבור?

רנה דקארט סבר כי האדם הוא שילוב של שתי מהויות חומר שונות המתבטאות ב"גוף" וב"נפש". המדע המודרני, שאימץ תפישה זו, מבטא על פי רוב, מאז דקארט, תפישה רדוקציוניסטית: המציאות הנפשית תוסבר על יסוד עיקרון אחד – מנטלי; המציאות הגופנית תוסבר על יסוד עיקרון אחד אחר – מטרילי. על רקע זה, חשובה העובדה כי המילה "פסיכיאטריה" הומצאה לראשונה בשנת 1808 באוניברסיטת Halle בגרמניה בידי יוהאן כריסטיאן רייל (Reil), שהיה רופא ומורה באותה אוניברסיטה.⁵ במאמר בן 118 העמודים שפרסם הוא הציג את הנסיבות שלדעתו חייבו מיסוד תחום רפואי חדש שאותו כינה, כאמור, "פסיכיאטריה" (Iatros, ריפוי). יצירת המילה לא היתה מקרית אלא גילמה עבורו את שני הטיעונים המרכזיים שהציג במאמר – הרצף שראה בין גוף ונפש ומתוך כך הדרישה שהרופא יהיה אחראי על הטיפול בסובל מההפרעה נפשית. צורת חשיבה אנטי-רדוקציוניסטית זו (תפישה גנרליסטית), המקבלת אפשרות קיומן במקביל של התייחסויות קונספטואליות שונות כהסברים לאותה מציאות,

ופסיכותרפיה), הגדרה של יעדים טיפוליים ברורים וברי הדגמה ואפילו פיתוח של שיטות טיפול חדשות.

בשימוש בשיטות הדמיה מוחית פונקציונליות, ניתן לאתר כיום מקבילות ביולוגיות משוערות התואמות הן לדפוסים קוגניטיביים ורגשיים הנפשיים כעומדים במוקד הפרעות נפשיות שונות, והן לכאלו המשמשים כאבני יסוד בטכניקות הטיפול הפסיכותרפיה. שיטות ההדמיה הנפוצות ביותר בסוג מחקר זה מודדות נתונים הנוגעים לזרימת דם או מטבוליזם של גלוקוז באזורים שונים במוח, מתוך הנחה שזרימת דם מואצת כמו גם מטבוליזם מוגבר של גלוקוז מהווים עדות ישירה לפעילות מוחית מוגברת. כלי ההדמיה הנפוצים הם ה-MRI הפונקציונלי וה-PET. המחקר בתחום משתמש כיום בשתי טכניקות מחקריות עיקריות. הראשונה היא יצירה מכוונת של התסמינים (Symptom provocation), שיטה שהשימוש העיקרי בה הוא בתחום הפרעות החרדה, והשנייה היא חיפוש שינויים הדמייניים בנחקר מסוים בין תחילת הטיפול לסופו.

כדוגמה ניתן להביא מחקר משנת 2004 שפורסם ב-Science ועסק בהשערות לגבי מנגנון ההרחקה (Repression)¹⁷. במחקר של אנדרסון ושותפיו, משתתפי קבוצת המחקר (נחקרים ללא פתולוגיה נפשית מתועדת) נבקשו לקרוא רשימת מילים ואת חלקן התבקשו "לזכור" ואת חלקן "לשכוח". כאשר התבקשו לחזור על המילים שאותן התבקשו "לשכוח", ניכר קושי בזכירתן בהשוואה למילים שאותן התבקשו "לזכור". במקביל לקושי השליפה של המילים מהזיכרון נצפתה עלייה תואמת בפעילות של הקורטקס הפרה-פרונטלי וירידה בפעילות ההיפוקמפוס. מחקר זה שכפל תוצאות דומות ממחקרים שנעשו לפניו בכל הנוגע לתהליך המכונה "שיכחה פעילה" (Active forgetting), אשר הראו בנוסף מעורבות של ה-Anterior cingulate gyrus, ובכך ייתכן כי שיכחה פעילה המווסתת על ידי הקורטקס הפרה-פרונטלי וה-Anterior cingulate gyrus קשורה למושג ההדחקה.

אנדרסון ושותפיו הצליחו להרגיש במחקר אחר¹⁸ כי קיים הבדל במפגש של פסיכותרפיסט עם מטופל בשלבים שונים של המפגש. בעוד שבשלב שבו עוסק המטפל בשאלות מכוונות הנוגעות לתולדות חייו ועברו של המטופל מופעלים אזורים ממוקדים, בהם למשל אזורי שפה (לדוגמה, אזור ברוקה ב-Left frontal operculum), כאשר המפגש עובר למתכונת של אסוציאציות חופשיות וזכרונות מקריים, מופעלים אזורים נרחבים יותר בקורטקס הפרונטלי, פריאטלי וטמפורלי המאפשרים, להשערת החוקרים, עיסוק בהיבטים חבויים של התסמינים או של אישיותו של המטופל.

מחקר אחר עסק בהדמיה fMRI של נשים הסובלות מפוביה ספציפית לעכבישים לפני ואחרי טיפול CBT (מול הדמיה דומה של קבוצת ביקורת אשר כללה 13 נשים ללא פוביה דומה וללא טיפול). הטיפול כלל חשיפה הדרגתית לעכבישים והבניה קוגניטיבית מחודשת (Cognitive restructuring). הנשים במחקר הגיבו היטב לטיפול שהוגדר כמוצלח. מבחינה הדמיינית, בעוד שלפני ההתערבות נשים שסבלו מפוביה הראו פעילות יתר של הקורטקס הדורסולטרלי הפרה-פרונטלי וה-Parahippocampal gyrus, הרי שלאחר הטיפול לא נמצאה פעילות יתר באזורים הנ"ל. ממצא זה מהווה ביסוס ביולוגי משמעותי להיפותזה שטיפול CBT יכול לטפל בהימנעות פובית על ידי הכחדה של ה-Contextual fear שממופה זה מכבר לאזור ה-Hippocampal/parahippocampal והפחתה בעוצמת המחשבות הקטסטרופליות והלא פונקציונליות הממופות לקורטקס הפרה-פרונטלי^{15,16}.

מחקרי הדמיה רבים הדגימו כי בבסיס ההפרעה הטורדנית-כפייתית (OCD) קיימת פגיעה ברגולציה של המעגל ה-Cortico-striato-thalamico (שבאה לידי ביטוי הדמייני בורימת דם מוגברת בקורטקס הפרה-פרונטלי, ב-Anterior cingulate cortex, בסטריאטום ובתלמוס). לאחר טיפול בפרוטוקול CBT מוכוון ל-OCD, נרשמה ירידה בורימת הדם ב-Caudate nucleus בקורלציה לרמת השיפור התסמיני. גם טיפול תרופתי ב-SSRI הראה תוצאה דומה. שימוש נוסף שנעשה בהדמיה בהקשר ל-OCD היה ניסיון לזהות גורמים לניכוי תגובה של מטופל להתערבות טיפולית ספציפית. ברודי ושותפיו השוו בין

השפעתם על תסמינים, ותוך כך הבנת יעילותם הקלינית.

נציין כי לסקירה הנוכחית שתי מגבלות: נעסוק בפסיכותרפיה במבוגרים בלבד וכן, לאור מטרת הסקירה כשלב מקדים בלבד בביסוס הנחת היסוד, נגביל עצמנו למחקר העוסק בהשפעות של פסיכותרפיה כטיפול יחיד ולא כטיפול משולב עם טיפול תרופתי. לסיכום הסקירה ננסה לנסח, כמסקנה הנגזרת מקבלת הנחת היסוד, את האופן שבו תחום הפסיכותרפיה אינו משוחרר מהאחריות לחקר המנגנונים הביולוגיים שבבסיס התהליכים המופעלים בטיפול, או מהאחריות לסטנדרטים הרפואיים המצופים מכל התערבות רפואית.

"Clinical audit of therapy delivery involves choosing the criteria for judging service quality, defining the norms for good care, and setting specific standards of performance. Adherence to these standards is then monitored to establish whether the therapy has been delivered to an acceptable quality"¹².

פסיכותרפיה והדמיה מוחית

אריק קנדל (Kandel), רופא פסיכיאטר, חלוץ ומוכיל בניירוביולוגיה של הפלסטיות העצבית ושל הזיכרון, זוכה פרס נובל לשנת 2000 בתחום הפיזיולוגיה או הרפואה על מחקריו שאפיינו את הבסיס הפיזיולוגי של הזיכרון הנירונלי, פרסם בשנת 1998 ב-American Journal of Psychiatry מאמר שהיווה ניסיון להגדיר מחדש את המקצוע הפסיכיאטרי¹⁴. המסגרת שהציע הניחה חמש נקודות: 1. לתהליכים מנטליים וגם לתהליכים נפשיים מורכבים ביותר יסודות בפעולות המוח. 2. לייצור חלבונים על ידי גנים מסוימים בתוך ניירונים יש השפעה מכרעת על הקשרים שבין ניירונים שונים ועל תפקודם. 3. שינויים גנטיים כשלעצמם אינם יכולים להיות הסבר לשונות של הפרעה נפשית ספציפית בקרב האוכלוסייה. לגורמים התפתחותיים, חברתיים וסביבתיים יש השפעה משמעותית מעבר לגנטיקה. 4. תהליכי למידה מניעים שינויים בביטויים של גנים בניירונים. שינויים אחרונים אלה מייצרים שינויים בקישורים ניירונליים. אלה, לא רק שתורמים לבסיס הביולוגי של הייחודיות האנושית אלא אחראים גם, ככל הנראה, על יצירתם ושימורם של התנהגויות אבנורמליות שנגרמות עקב אירועי חיים. 5. ככל שהתערבות פסיכותרפית היא יעילה ויכולה להביא לשינויים התנהגותיים ארוכי טווח, יש להניח שהיא משיגה זאת דרך תהליכי למידה, תהליכים הגורמים לשינויים בביטויים של גנים שבתורם משנים קישורים ניירונליים מוחיים.

המסגרת שאותה הגדיר קנדל מניחה בבסיסה מודל של המוח האנושי כפלסטית. כלומר, כאיבר אורגני הנבנה ונבנה-מחדש באופן מתמיד בהתאם לאינטראקציה שבין המצע הגנטי/ ביולוגי והמפגש עם העולם. התופעות המנטליות צומחות מהמוח, אך התנסות משפיעה על המוח. נובע מכך שלשינויים באפקט, התנהגות וקוגניציה המתווכים על ידי פסיכותרפיה צריך להיות ביסוס ביולוגי^{15,16}. ניתן להניח את קיומן של מקבילות ניירואנטומיות לדפוסים הקוגניטיביים והרגשיים המביאים אדם להזדקק לטיפול, וכן להתערבויות הבסיסיות של הטיפול הפסיכותרפיה, על בסיס לפחות שני מודלים לשינויים מוחיים - פסיכותרפיה יכולה להוביל לנורמליזציה של פעילות מוחית אבנורמלית, או לגיוס אזורים מוחיים נוספים שיתמכו בעידון של התסמינים⁷.

כלי המחקר ההדמייני הפונקציונלי החדשים מספקים הזדמנות לאפיין מתוך תצפית את השינויים המוחיים כתוצאה מהתערבות פסיכותרפית. המחקר ההדמייני יכול לנסות ולאפיין את השינויים הניירוביולוגיים המקבילים לשינויים ברמת התסמינים הפסיכיאטרי. בעוד שמחקרי הדמיה מוחיים פונקציונליים שימשו ככלי להתקדמות כמעט מהפכנית בתחום הטיפול הפסיכיאטרי התרופתי, הפוטנציאל שיש בכלים אלה למחקר ושכלול של ההתערבויות ה"פסיכו-סוציאליות" טרם החל להיות ממוצה⁷. ניתן לצפות מהצטברות עתידית של מחקר בתחום זה לתרומה בשיפור ההתוויות לטיפולים שונים (דרך הפרדה ואפיין של טכניקות טיפוליות שונות והשפעתן הסלקטיבית באזורים מוחיים שונים) וכן בדיוק הפרוגנוזה, שכלול הבחירות של טיפול משולב (תרופתי

שתי קבוצות אנשים הסובלים מ-OCD. הראשונה (18 נחקרים) טופלה בטיפול CBT ללא טיפול תרופתי ואילו הקבוצה השנייה (תשעה נחקרים) טופלה אך ורק תרופתית. המטופלים עצמם בחרו לאיזו קבוצה להשתייך ושתי הקבוצות כללו אנשים עם קומורבידיות מהתחום האפקטיבי/ חרדתי. המרדים שנאספו לגבי שתי הקבוצות היו המטבוליזם של הקורטקס הפרונטו-אורביטלי השמאלי ומדד מקובל להערכת תסמיני ההפרעה (סרגל ה-Y-BOCS - Yale Brown Obsessions-Compulsions Scale). בקבוצה שעברה התערבות CBT נראה כי יש קורלציה בין פעילות קורטיקלית פרונטו-אורביטלית שמאלית גבוהה טרם הטיפול ושיפור בתסמינים ואילו בקבוצה שעברה התערבות תרופתית נמצאה קורלציה בין מטבוליזם נמוך בקורטקס הפרונטו-אורביטלי השמאלי טרם הטיפול ושיפור בתסמינים. מסקנת החוקרים הייתה כי מטבוליזם גבוה טרם הטיפול יכול לבוא תגובה טובה יותר להתערבות התנהגותית קוגניטיבית מאשר טיפול תרופתי ולהפך. למרות שבספרות הערכית פורסם מעט חומר בנוגע לתחום מחקר זה, הרי שתוצאותיו הן חשובות ומהוות קריאת כיוון למחקר עתידי¹⁸.

מספר מחקרי הדמיה ניסו לבדוק קשרים דומים שבין התערבות ושינויים נוירוביולוגיים בתחום הפרעת הריכאון. מחקרים שונים שבהם בוצעה הדמיה לאחר טיפול מוצלח בריכאון - פסיכותרפיה או תרופות - הדגימו ככלל תוצאות הפוכות. בבדיקות ההדמיה לאחר התערבות קוגניטיבית התנהגותית בחולים הסובלים מדיכאון נרשמה ירידה בפעילות הקורטקס הפרה-פרונטלי ועלייה בפעילות ההיפוקמפוס ואילו כתוצאה של טיפול תרופתי הודגמה תמונה הפוכה. להבדלים אלה הוצע ההסבר כי הטיפול ההתנהגותי קוגניטיבי משפר את תסמיני דיכאון על ידי הפחתה של החשיבה הרומינטיבית ומחשבות לא פונקציונליות נוספות, בזמן שהטיפול התרופתי פועל דרך דיכוי הפעילות הלימבית ובכך שולט בתגובות האפקטיביות^{16,15}.

לסיכום, חשוב לציין כי במחקרי ההדמיה המתבצעים כיום קיימות מגבלות מתודולוגיות רבות, כמו הטרוגניות רבה הפוגעת ביכולת ההשוואה בין הקבוצות השונות (מספר פגישות שונה, כלי הדמיה שונים ופרוטוקול התערבות שונה). בעיות נוספות הן מדגמים קטנים אשר פוגעים בדיוק הסטטיסטי ומקשים על הכללה של תוצאות אלו למחקרים אחרים ולקליניקה. לאור האמור, ברור הצורך במחקרים המבוססים על מתודולוגיה מוצקה יותר, כאלו שישללו קבוצת ביקורת טובה. למרות זאת, אין להתעלם מכך כי השינויים הנוירוביולוגיים שנצפו בהפרעות השונות הודגמו במחקרים חוזרים, ומהווים עובדות הדרושות.

פסיכותרפיה 1-Evidence Based Practice

האחריות הרפואית תכונן אותנו לאימוץ עמדה גנרליסטית להפרעה הנפשית. עמדה כזו תאפשר להוסיף על האמור לעיל ולשאל גם לגבי יעילות הטיפול כשיטת סילוק מושכל של סבל נפשי והשבת המטופל לתפקוד אופטימלי. לצורך הערכת יעילותו של טיפול, נפנה לסקירה של מחקרים מסוג של Evidence Based Practice.

הרעיון של EBP מהווה היום עקרון מכוון עבור העוסקים במקצועות הבריאות, קופות החולים וקובעי המדיניות. מה הכוונה ב-EBP? ראשית, יש להבדיל את EBP מההגדרה של "טיפולים בעלי ביסוס אמפירי", שמהווים רק חלק מהתפישה המגולמת ברעיון ה-EBP¹⁹. ההגדרה הראשונית של EBP שהופיעה בשנת 1996 הייתה:

"the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients".

הגדרה זו עודכנה בשנת 2001 בידי The Institute of Medicine וכיום ההגדרה המוסכמת היא:

"Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values".

יש חשיבות לכך שבשתי ההגדרות אין קריאה לאימוץ שרירותי של מסקנות סטטיסטיות מחקריות אלא לשילוב שבין הממצאים המחקריים ובין מיומנויות קליניות.

אם לסכם בקצרה את המחקרים בתחומנו שפורסמו ב-30 השנים האחרונות, הרי שניתן לומר כי כלל ההתערבויות הפסיכותרפיות נמצאו כהתערבויות יעילות (Efficacious). ביחס לכשלושת רבעי מהפונים לטיפול פסיכותרפי, על סוגיו השונים, ניתן לומר כי הטיפול הראה תרומת מה ("Some benefit") למצבים¹⁹, ללא קשר לסוג הטיפול הספציפי שבו הם טופלו. נתון זה נמצא מחקרית נכון למספר רב של הפרעות פסיכיאטריות, להוציא הפרעות דוגמת ההפרעה הדו-קוטבית וסכיזופרניה, שבהן ההשפעה של התערבות פסיכותרפית היא משנית ביחס לטיפול התרופתי. בניגוד לזרוע הקוגניטיבית של הטיפול הפסיכותרפי שמבוססת מחקרית מראשית (ועל כך נרחיב בהמשך), הרי שהעיסוק המחקרי בטיפול הפסיכודינאמי היה מועט באופן יחסי עד לשנים האחרונות.

כאשר ניגשים לחקור את יעילות הפסיכותרפיות הפסיכודינאמיות, מתעוררות מספר שאלות מקדימות לגבי התאמתה של שיטת המחקר הנוכחית למטרת בדיקת היעילות. כלל לא ברור שאפשר או רצוי להשתמש במחקרים נרדמאליים מבוקרים (RCT) ובסקירות שיטתיות (מטה-אנליזה) לבדיקת היעילות של שיטת טיפול זו, והאם אלה טובים יותר ממחקרי אפקטיביות (מחקרים הנעשים בתנאי שדה ומדמים את המציאות הקלינית) או Observational Studies לקביעת יעילותו של טיפול ארוך מועד. רוב העיתונים החשובים בתחום הרפואה המערבים את איכותו של מחקר משתמשים בסולם הערכה המכונה CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)²⁰. הסולם פורסם בשנת 2001 מהווה תבנית של 25 פריטים מומלצים בעת דיווח על תוצאות מחקר. הוא עוצב בעיקר להערכה של מחקרים בתחום הפרמקולוגי. רשימת הפריטים המקורית הכוללת פריטים המתאימים להערכה של מחקרים תרופתיים אך אינם שמישים בצורה נוחה למחקרים הנוגעים להתערבויות לא תרופתיות (דוגמת ניתוחים או תהליכי שיקום למשל). סולם זה הורחב אמנם בשנת 2008 למחקרים לא פרמקולוגיים, אך גם לאחר הרחבה זו יש קושי ליישמו בתחום מחקר הפסיכותרפיה ארוכת מועד. הסולם אינו מדגיש מאפיינים ספציפיים וחיוניים למחקרי יעילות של פסיכותרפיה כגון אורך המעקב לאחר סיום הטיפול, מקצועיותו של המטפל ומקצועיותו של ההדרכה. בנוסף, בניגוד למחקרי RCT רגילים, השמים דגש על תיאור התהליך אך לא על תוכנו, במחקרים הנוגעים לפסיכותרפיה יש צורך במעקב לגבי מה נעשה בתוך חדר הטיפולים, ולבדיקה האם המטפל נצמד לשיטת הטיפול בה אמור להשתמש בצורה מתאימה. קושי נוסף בסוג מחקר זה כשהוא משמש להערכת הטיפולים הפסיכותרפיים הוא הקושי לייצר קבוצת ביקורת²¹. קבוצת ביקורת טובה נחשבת לכזאת המקנה תוקף אמפירי משמעותי למחקר RCT, כאשר היא מאפשרת השוואה של השיטה הנחקרת לשיטה מקבילה, שעברה ביסוס מדעי שיטתי (Well established alternative treatment). במחקר הנוגע לטיפול פסיכותרפי, המשמעות היא השוואה של טיפול המחקר לטיפול אחר מבוסס, השוואה שאולי אפשרית היום בהפרעות מסוימות בלבד, כאשר בטיפול קוגניטיבי התנהגותי עסקינן²². מבחינת אלטרנטיבות לקבוצה מועדפת זו, ניתן לציין בסדר יורד השוואה לקבוצה המטופלת בטיפול פלצבו (כיצד להגדיר פלצבו? Strupp and Hadley למשל השוו בין קבוצה שטופלה בידי מטפלים מנוסים לקבוצה ששוחחה עם מורים במכללה שנועדו בחום ובאמפטיה שלהם), השוואה לקבוצת Treatment as usual (כאן הבעיה העיקרית היא חוסר מידע סיסטמטי בכל הנוגע למה שנעשה בטיפול, עובדה הפוגעת בקביעת תקפות הטיפול) והשוואה לקבוצת המתנה לטיפול אשר אינה מקבלת טיפול כלל. הבעיה העיקרית בהערכה של יעילות טיפול ללא קבוצת ביקורת היא שאין אפשרות להבדיל בין תוצאות הטיפול הנבדק למהלך הטבעי של ההפרעה הנפשית.

אישוש מחקרי לגבי יעילותו של טיפול פסיכודינאמי ארוך מועד (Long term psychodynamic psychotherapy) קיים אך לוקה בחסר. למרות הקושי ביישום מתווה של RCT בפסיכותרפיה ארוכת מועד, נעשו בשנים האחרונות מספר מחקרים בשיטה זאת. בשנת 2008 התפרסמה ב-Journal of the American Medical Association - המטא-אנליזה הראשונה בנוגע ליעילות הטיפול הפסיכודינאמי ארוך המועד^{24,23}. שסקרה 23 מחקרים שהתפרסמו בין השנים 1960 ו-2008 ובדקו 1,053 מטופלים ו-257 מטופלים בקבוצת הביקורת.

לשתיים בשבוע, המטפלים נוקטים בדרך כלל בעמדה אקטיבית ומעודדים יצירת העברה טיפולית חיובית ורביית טיפולית משמעותית כבר בשלב מוקדם של הטיפול. הטיפול מתמקד בקונפליקט מרכזי אחד או יותר, אשר מוגדר בשלבי הראשונים של הטיפול. במהלך הטיפול מושם דגש על היצמדות לקונפליקט המרכזי, השגת מטרות ריאליות ותהליכי פרידה, תוך דגש על חווית ה"כאן ועכשיו" של המטופל (בין היתר בהתייחסות להעברה עם דגש על הקשר הנוכחי בין המטפל והמטופל ובדרך כלל, פחות על הניסיון לאיתור שורשי ההעברה בעברו של המטופל) ועיסוק בתסמינים המדווחים. בהשוואה לטיפולים קצרים אחרים (לא דינאמיים) דוגמת הטיפול הקוגניטיבי, מושם דגש רב יותר לדגשות, התנגדות, זיהוי של דפוסי חוזרים ביחסים הבין-אישיים, חוויות עבר, חוויות בין-אישיות, הקשר הטיפולי, פנטזיות, חלומות ומשאלות.

בשנת 2009 התפרסמה מטה-אנליזה מטעם Cochrane בנושא טיפולים דינאמיים קצרי מועד²⁷. בסקירה הוגדרו טיפולים קצרי מועד כטיפולים אשר אורך הטיפול איננו עולה על 40 פגישות (ופגישה טיפולית אורכה בין שלושת רבעי שעה לשעה). הוכללו על בסיס הגדרה זאת 23 מחקרים שבדקו 1,431 מטופלים. חשיבות הסקירה היא בכך שיעילות הטיפול נבחנה לאבחנות ספציפיות ולא יעילות כלליות. בסקירה זו נמצאה יעילות נמוכה עד בינונית למגוון רחב של הפרעות נפשיות (בפרט הפרעות סומטיות, דכאוניות וחברתיות) בהשוואה לקבוצת ביקורת, עם עלייה ביעילות במעקב ארוך טווח, לאחר תום הטיפול. בנוסף ציינו מחברי המחקר כי עלות הטיפול מעצם היותו קצר מועד נמוכה יותר לעתים אפילו משנה של טיפול תרופתי. לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים משמעותיים בהשוואה לשיטות טיפול אחרות. במסגרת ההמלצות למחקר נוסף ועל מנת להפוך את הנתונים למשמעותיים סטטיסטית בהשוואה לטיפולים אחרים, קוראים עורכי הסקירה לשיפור איכות המחקר על ידי שימוש בפרוטוקולים טיפוליים ספציפיים, צילום הפגישות במצלמת וידאו ומעקב אחרי ההיצמדות של המטפל לשיטת הטיפול הספציפית, וכן מדידות של עלות מול תועלת של שיטות טיפול ספציפיות ומטפלים מנוסים יותר.

הטיפול הפסיכותרפי בעל הביסוס המחקרי הרב ביותר הוא הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (Cognitive Behavioural Therapy או CBT). ראשית המחקר בתחום ה-CBT עסק במודל הקוגניטיבי של בק לדיכאון, שהחל להיבדק מחקרית כבר משנת 1967 ואף זכה את בק עצמו בשנת 2006 בפרס ע"ש Lasker למחקר רפואי. לאחר ביסוס המודל בהפרעה הדכאונית, הושקע מאמץ מחקרי רב על מנת להדגים את קיומם של מודלים קוגניטיביים ייחודיים לכל אחת מן ההפרעות הפסיכיאטריות. מאז 1967 ועד 2003 פורסמו 15 מטה-אנליזות שנמצאו מאושרות ומבוססות היטב, הכוללות נתונים הנוגעים ל-332 מחקרים שברצו וכללו 9,138 מטופלים. בהכללה ניתן לומר כי בהשוואה לקבוצת ביקורת יש יעילות מובהקת לטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי וכי נמצא Effect size של 0.9 בטיפול בהפרעת דכאונית חד קוטבית, הפרעת חרדה כללנית, הפרעת פאניקה עם או בלי אגרופוביה, פוביה חברתית הפרעות דכאוניות/חרדתיות של הילדות. כמו כן נמצא יעילות מתונה יותר עם Effect size של 0.62 בטיפול בקשיים בזוגיות, ניהול כעסים, הפרעות סומטיות של הילדות והפרעות כאב כרוני²⁸. ב-RCT משנת 2005 שפורסמה ב-Journal of the American Medical Association²⁹ הודגמה הפחתה של 50 אחוז במספר מקרי האובדנות החוזרים בנחקרים שביצעו ניסיון אובדני כושל לאורך מעקב של שנה וחצי, לאחר התערבות קוגניטיבית של עשרה טיפולים בלבד. בקווים המנחים שפורסמו על-ידי ה-NICE (National Institute for Clinical Excellence) בבריטניה, הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מוצע כטיפול הבחירה לדיכאון קל (כטיפול יחיד ללא התערבות תרופתית), כאפשרות לטיפול יחיד בדיכאון בינוני ובשילוב עם תרופות אנטי דיכאוניות לדיכאון קשה. ה-NICE ממליץ על הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי גם כטיפול בחירה בהפרעת חרדה כללנית.

טיפול CBT נמצא גם כיעילים להפרעה טורדנית כפייתית. בטיפול בהפרעה זו זכתה טכניקת ה-ERP (Exposure with Response Prevention) למעמד של טיפול פסיכותרפי אשר הוכר כ-Empirically supported psychological treatment בשנת 1995 על ידי כוח המשימה לקידום והפצה של פרוצדורות

במטה-אנליזה זו הוכללו מחקרי RCT וכן מחקרי אפקטיביות אשר עמדו בקריטריונים לבניסה להכללה במחקר. ההגדרה ששימשה את עורכי המחקר לטיפול פסיכודינאמי ארוך מועד היתה טיפולים שארכו לפחות שנה או 50 שעות טיפוליות ויותר ושאוּפיים הוגדר בהתבסס על הגדרה של Gabbard & Gunderson:

"a therapy that involves careful attention to the therapist-patient interaction, with thoughtfully timed interpretation of transference and resistance embedded in a sophisticated appreciation of the therapist's contribution to the two person field."

הסקירה הציבה שלוש שאלות שעליהן ניסתה לענות: (1) האם יש יתרון בטיפול פסיכודינאמי ארוך מועד מעבר לטיפולים אחרים, קצרים יותר, בעיקר בהפרעות נפשיות מורכבות דוגמת הפרעות אישיות, הפרעות כרוניות (הפרעות שמשכן מעל שנה), במטופלים עם ריבוי אבחנות פסיכיאטריות? (2) עד כמה יעיל טיפול דינאמי ארוך מועד באופן כללי (Overall outcome) וכן אם נבדקים פרמטרים ספציפיים של הבעיה העיקרית שהובילה לתחילת הטיפול, תסמינים פסיכיאטריים נוספים באופן כללי, רמה תפקודית (בינאישית וחברתית) בפרט במטופלים עם הפרעות נפשיות מורכבות? (3) מה הם הגורמים (מין, גיל, אבחנה, שימוש בפרוטוקולים, ניסיון המטפל, אורך הטיפול ושימוש במקביל בטיפול תרופתי) שמראים את ההשפעה המשמעותית ביותר על תוצאות הטיפול?

הסקירה הצליחה לבסס כי בהפרעות נפשיות מורכבות (כפי שהוגדרו) נמצאה יעילות בעלת משמעות סטטיסטית לטיפול דינאמי ארוך מועד בהשוואה לטיפולים פסיכותרפיים קצרים. מסקנה זו נכונה בכל הנוגע להערכה כללית של תוצאות הטיפול (Pre-post-treatment 0.96 Effect Size) וכן לבעיה העיקרית ולרמת התפקוד הבינאישית. לא נמצאה קורלציה לגורמים שנבדקו בשאלת המחקר השלישית. תוצאות המטה-אנליזה הן משמעותיות בכל הנוגע ליעילות הטיפול. עם זאת יש לזכור כי הסקירה כללה מעט מחקרים באופן יחסי וגם אלה שנכללו בחלקם מחקרי אפקטיביות ובחלקם מחקרים שברצו בתחילת שנות ה-80, כאשר מחקרי ה-RCT עדיין היו בתחילת הדרך. כפי שהוזכר, גם במטה-אנליזה זו היה קושי במציאת מחקרים אשר השתמשו בקבוצת ביקורת אשר עברה טיפולים פסיכולוגיים אחרים (מתוך 23 מחקרים שנכללו בסקירה רק לשמונה מחקרים היו הנתונים המתאימים להשוואה בין טיפול דינאמי ארוך מועד ושיטות טיפול אחרות, וגם באלה השתמשו החוקרים בשיטות טיפול שונות ומגוונות כביקורת, עובדה שלא אפשרה השוואה בין הטיפול הנבדק לשיטה ספציפית אחרת).

כחלק מהניסיון לשפר את איכות המחקרים בפסיכותרפיה דינאמית, פרסם איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי בספטמבר 2010 כללי הערכה חדש שנקרא PQRs-RCT (Randomized Controlled Trial Psychotherapy Quality Rating) Scale). במקביל לפרסום הכללי, פורסם מחקר ראשון שעשה בו שימוש²⁵. המחקר בדק את כל 94 מחקרי ה-RCT הנוגעים לפסיכותרפיה דינאמית ארוכת מועד שפורסמו בין השנים 1974-2010 וקבע כי יותר מ-50 אחוז מהמחקרים שנסקרו הם באיכות מחקרית-אמפירית גבוהה. בשקלול תוצאות מחקרים אלה שנמצאו טובים, ניתן להסיק כי טיפול ארוך מועד הוכח כיעיל אל מול Inactive comparator אך לא הודגמה יעילות ביחס לטיפולים פסיכולוגיים אחרים. מסקנת המחקר היתה כי על מנת להפוך את הפסיכותרפיה הדינאמית ארוכת המועד ל"Empirically validated", יש לערוך בדחיפות מחקרים נוספים אשר יראו יעילות מובהקת ביחס להפרעות ספציפיות (הדחיות, כנראה על רקע נפוצות השימוש בשיטה).

במקביל למחקרים שעסקו בטיפול דינאמי ארוך מועד, פורסמו בשנים האחרונות מספר סקירות חשובות שעסקו ביעילותה של שיטת הטיפול הדינאמי קצר המועד (Short term dynamic psychotherapy)²⁶. טיפולים דינאמיים קצרי מועד התפתחו ב-40 השנים האחרונות בידי מספר דמויות מובילות (בעיקר מאן, מאלן, ראבנול וסיפנאוס).

למרות הבדלים קונספטואליים וטכניים בין שיטות שונות של הטיפול הדינאמי קצר המועד, ניתן לאפיין מספר רכיבים טיפוליים המשותפים לכולן: הטיפול מוגבל בזמן, פרטני בלבד (לא קבוצתי), תדירות הפגישות היא בין פגישה

המרכזיים במערך ההתערביות הפסיכיאטריות. ההדגמה היתה באמצעות סקירת עובדות מתחום ההרמיה המוחית וכן מתחום המחקר הקליני (יעילות). קבלת הנחת יסוד זו מחייבת את הפסיכותרפיה לעבור אדפטציה ושכלול^{31,32}, בדומה אולי להתקדמות העצומה של העשורים האחרונים בתחום ניתוחי הלב והצנתורים, הניתוחים הלפרוסקופיים וכיוצא באלה.

ניתן להגדיר את הרפואה כסוג של טכנולוגיה אחרת, או טכנולוגיה שבמרכזה אחריות מקצועית ייחודית. האחריות הרפואית באה לידי ביטוי באופן שבו המחויבות הקלינית לסילוק מושכל של סבל והשבת המטופל לתפקוד אופטימלי קודמת לכל מחויבות אידיאלוגית. רפואה איננה יכול להתעלם מעובדות. הנחה זו היא חלק הן מהפן המדעי והן מהפן האתי של המקצוע. מחקר מבוסס המצביע על התערבות כבעלת ערך בהקלה על תסמינים או ריפוי חייב לשמש הכוונה ליישום, ללא תלות בעמדות אידיאלוגיות של הרופא המטפל. אם בכלל יכולות העובדות להזמין את הרופא לנסות ולהסביר, ולעודדו לבקר בעזרתן את תפישותיו המסורתיות³⁵. אם בעבר היתה השאלה מה עובר ועל מה ניתן לוותר, היום, לאור גוף המחקר שהצטבר, תופסת את מוקד העניין השאלה ממה מותר לרופא להתעלם ומתי ההתעלמות הופכת להיות חסרת אחריות. בסופו של דבר אפשר לנסח את המסקנה המתבקשת כדרישה לאחריות – אחריות על הטיפול ויעילותו³⁶ תוך מאמץ מתמשך של ייעולו כדי שיהפוך נגיש וזמין לציבור²⁸. אחריות מסוג זה דורשת תכנון והתכוונות של מכלול הקהילה הטיפולית.

ד"ר טל אדיב, ד"ר דרור דולפין, פרופ' נתנאל לאור, המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ע"ש בריל, שירותי בריאות כללית, מחוז תל אביב

פסיכולוגיות בארצות הברית³⁰. משמעות ההכרה היא כי מעתה כל שיטה מוצעת חדשה צריכה להימדד מחקרית אל מול טכניקה זו כדי להוכיח עדיפות. במטה-אנליזה שפורסמה מטעם Cochrane בשנת 2009, אשר סקרה שבעה מחקרים³¹, הדגימו החוקרים כי טכניקות שונות מבוססות CBT יעילות במידה דומה, אך ציינו כי ההפרעה מתאפיינת בשונות רחבה של חומרתה ובמחקרים שבהם קבוצת המחקר התבססה על מקרים קשים יותר, לא הוכחה עדיפות של טיפול פסיכותרפי על-פני Treatment as usual.

יש לציין בסיכום את הופעתן בשנים האחרונות של טכניקות טיפוליות השואבות מהתחום הקוגניטיבי אך מהוות פיתוחים ספציפיים להפרעות שונות המהוות אתגר טיפולי משמעותי ומצליחות להראות יעילות מרשימה. כדוגמאות בולטות אפשר לציין את טכניקות הטיפול המובנות בהפרעת האישיות הגבולית (למשל שיטת ה-Mentalization של Fonagy)³² וכן את הטכניקות השונות מבוססות החשיפה לטיפול בהפרעה חברתית הכרונית. מטה-אנליזה שפורסמה ב-2010 שסקרה את יעילות שיטת ה-Prolonged Exposure או PE, סקרה 13 מאמרים שכללו 657 נחקרים שטופלו בשיטה מול קבוצת ביקורת³³. השיטה הדגימה יעילות גבוהה (Effect size של 1.08 בסיום הטיפול ו-0.68 במעקב ארוך טווח). הסקירה מציינת כי השיטה לא הדגימה יעילות עודפת לשיטות מקבילות כגון Stress Inoculation Therapy Cognitive Processing Therapy, Cognitive Therapy, וכן Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy.

סיכום ומסקנות

ניסינו בסקירה ראשונית זו להניח בפני הקורא עובדות שיבהירו את הנחת היסוד של המאמר הרואה בפסיכותרפיה גם התערבות ביולוגית ואחד מהכלים

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

1. APA: Medical psychotherapy. APA Document Reference No. 960003
2. Mojtabai R, Olfson M: National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(8):962-970.
3. Olfson M, Marcus SC: National trends in outpatient psychotherapy. Am J Psychiatry in Advance. Published August 4, 2010.
4. Gabbard GO: Psychotherapy in psychiatry. International Review of Psychiatry, February 2007; 19(1): 5-12.
5. Marneros A: Psychiatry's 200th birthday. The British Journal of Psychiatry (2008) 193, 1-3.
6. Gabbard GO: A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. The British Journal of Psychiatry (2000); 177, 117-122.
7. Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL: Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. Psychological Medicine, 2005, 35, 1385-1398.
8. Landau EM, personal communication, 1985.
9. Laor N: Review of 'psychiatry as medicine'. Am J Psychiatry 1985; 142:1216-1217.
10. Watzke B, Ruddel H, Jurgensen R, Koch U, Kriston L, Grothgar B, Schulz H: Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. The British Journal of Psychiatry (2010) 196, 96-105.
11. Fonagy P: Psychotherapy research: do we know what works for whom? The British Journal of Psychiatry (2010); 197, 83-85.
12. Roth A, Fonagy P: What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research (2nd edn). Guilford Press, 2005.
13. Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155:457-469.
14. Kandel ER: Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999; 156:505-524.
15. Linden DEJ: How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. Molecular Psychiatry (2006) 11, 528-538.
16. Linden DEJ: Brain imaging and psychotherapy: methodological considerations and practical implications. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2008) 258 [Suppl 5]:71-75.
17. Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E., Gabrieli, SW, Glover GH, Gabrieli DE: Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. Science, 2004, 303, 232-235.
18. Porto, PR, Oliveira L, Mari J, Volchan E, Figueira I, Ventura P: Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2009; 21:114-125.
19. Goodheart CD, Kazdin AE, Sternberg RJ (eds.): Evidence Based Psychotherapy Where Practice and Research Meet. American Psychological Association, 2006.
20. Moher D, Schulz KF, Altman DG: The CONSORT statement: revised recommenda-

- tions for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. JAMA 2001; 285:1987-1991.
21. Jensen PS, Weersing R, Hoagwood KE, Goldman E: What is the evidence for evidence-based treatments? a hard look at our soft underbelly. Mental Health Services Research 2005; 7(1) 53-74.
22. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P: The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:505-510.
23. Leichsenring F, Rabung S: Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA 2008; 300:1551-1565.
24. Glass RM: Psychodynamic psychotherapy and research evidence bambi survives godzilla? JAMA. 2008;300(13):1587-1589.
25. Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, Perkins P, Leon AC: A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. Am J Psychiatry in Advance. Published September 15, 2010.
26. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E: The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:1208-1216.
27. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S: Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006; 4:CD004687.
28. Beck AT: The current state of cognitive therapy, a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:953-959.
29. Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts a randomized controlled trial. JAMA. 2005;294(5):563-570.
30. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F: Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 28 (2008) 1310-1325.
31. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333.
32. Bateman AW, Fonagy P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2009; 166:1355-1364.
33. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB: A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. Clinical Psychology Review 30 (2010) 635-641.
34. Bateman AW: Psychotherapy in psychiatry: Integration and assimilation. International Review of Psychiatry, February 2007; 19(1): 1-4.
35. Agassi J, Science in Flux. Boston Studies in the Philosophy of Science, Dordrecht, Reidel, 28, 1975.
36. Kazdin AE: Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. Annu Rev Clin Psychol 2007; 3:1-27.

אפקט הפלצבו ככלי טיפולי

הריבוי של מחקרים קליניים כפולי סמיות עם זרוע פלצבו, מחקרים מעבדתיים ומחקרי הדמיה, עדויות מהקליניקה, חוויות אישיות ודיווחים של מטופלים מאששים את קיומו של אפקט הפלצבו. על השימושים המגוונים שניתן לעשות בו בקליניקה, מלבד תפקידו המוכר כזרוע הנוספת במחקר ועל חשיבות הממד הפסיכו-פיזי בעשייה הקלינית בכלל ובטיפול הפרמקולוגי/ ביולוגי בפרט

ד"ר אורי ניצן, פרופ' שמואל פניג

מספר מאמרים בחוברת זו מוקדשים לטיפולים לא פרמקולוגיים בפסיכיאטריה. ראיתם חשיבות, דווקא בחוברת מסוג זה, להקדיש מאמר לאפקט הפלצבו – כלי טיפולי שלעיתים נשכח בעשייה היומיומית אך מחזיר אותנו לדיון הבסיסי של משמעות הקשר בין הרופא לחולה. גם ביחס לפסיכותרפיות למיניהן, הדיון חוזר ומתמקד בגורמים "הלא ספציפיים" המרפאים, ואנו נכחים שוב ושוב עד כמה הם משמעותיים בתרומה לתוצאות הטיפול ולריפוי, מעבר לטכניקה זו או אחרת. תיאור של אפקט הפלצבו והשימושים המגוונים שניתן לעשות בו בקליניקה, מלבד תפקידו המוכר כזרוע הנוספת במחקר, מדגיש את חשיבות הממד הפסיכו-פיזי בעשייה הקלינית בכלל ובטיפול הפרמקולוגי/ ביולוגי בפרט.

הגדרות

מהו אפקט הפלצבו (אינבו)? לשאלה זו ניתנו תשובות רבות, וריבוי נסיונות ההגדרה מעיד על מורכבות התופעה והחמקמקות שלה. במקור, "פלצבו" היא מילה בלטינית שפירושה "אני אשיב רצון". מילה זו מופיעה לראשונה בפסוק מספר תהלים, פרק קט"ז, פסוק ט': "אתהלך לפני ה' בארצות החיים". בתרגום כתבי הקודש ללטינית נפלה טעות ובמקום המילה הראשונה מוצאים את המילה "פלצבו": "Placebo domino in regione vivorum"¹. פסוק זה גם פתח את התפילה שהכמרים היו מלחשים באופן מסורתי עבור נשמות המתים, אולי כטיפול פלצבו שנועד להקל על סבלם של המתפללים שהמוות עוד לפניהם. במילון אוקספורד, פלצבו מוגדר כ"טבליה, תרופה ודומיהן, הנרשמות מסיבות פסיכולוגיות, אך נעדרות השפעות גופניות"² – הגדרה עמומה ובלתי מפורענת לטעמנו. Johnson³ לוקח צעד קדימה ומגדיר את אפקט הפלצבו כ"כל השפעה המיוחסת לגלולה, שיקוי או הליך, אך לא לתכונות הפארמקודינאמיות הסגוליות המיוחסות לאותה תרופה". הגדרה זו מתמקדת בתרופות הפלצבו אך מתעלמת מאפקט הפלצבו במובן הרחב של המילה – זה הכולל את ציפיות המטופל, ההתנאות שהגיע עימן לטיפול, תנאי הטיפול, סוגסטיית של הרופא, יחסי רופא-מטפל וכו'.

הגדרות כלליות יותר מסיטות את הדגש מהפלצבו כחומר אינרטי, לאפקט פלצבו הכולל בתוכו את טיפולי הפלצבו התרופתיים והכירורגיים אך גם את ההשפעות של הסביבה וההקשר הקליני עם המטופל. כיום ברור שאפקט הפלצבו מתבסס על אינטראקציה לא מודעת בין הרופא, הליך הטיפול והמטופל⁴.

מנגנונים

חקר המנגנונים המוחיים של אפקט הפלצבו מצוי בחיתוליו אך במרוצת השנים הועלו מספר תיאוריות המבקשות להסביר את התופעה ואנו נציג אותן בקיצור: התיאוריה הקוגניטיבית, לפיה אפקט הפלצבו הוא תוצאה של ציפייה ואמון של המטופל בתוצאות הטיפול. הציפייה רלוונטית לשימוש בגלולות פלצבו, אך גם במתן של תרופה רגילה. האפקט הכולל מורכב מהפעולה הפרמקולוגית הספציפית של התרופה, אך גם מאפקט הפלצבו הכרוך באקט הטיפולי ותלוי בציפייה ובאמונה של המטופל בכך שהוא מקבל טיפול יעיל ממטפל מנוסה ומקצועי⁵.

תיאוריית ההתניה, לפיה אפקט הפלצבו תלוי בהתנסויות מוקדמות יותר של המטופל עם המערכת הרפואית בכלל ועם טיפולים ספציפיים בפרט. כלומר, הצלחת הטיפול בפלצבו תלויה באסוציאציה שנוצרה במוחו של המטופל בין נטילת טיפול תרופתי של גלולה X להתגברות או הפחתה של סימפטום Y. לדוגמה, מטופל הנוטל קלונקס (גירוי בלתי מותנה) כנגד התקף חרדה (תגובה בלתי מותנית) לומד לאחר מספר טיפולים לייחס את הפחתת החרדה לצורה, לשם, לצבע של הכדור (גירוי מותנה). אם ניתן למטופל גלולת פלצבו שדומה לקלונקס ונגיד לו שמדובר בקלונקס, הוא יחוש בהפחתת רמת החרדה ממנה הוא סובל (תגובה מותנית)⁶.

תיאוריית התגובה-תואמת-הגירוי גורסת שהמודעות לכאב מוגברת או מופחתת בהתאם לתנאים הסביבתיים של המטופל⁷. אפקט הפלצבו מייצר סביבה המשפיעה על מודעות המטופל כך שעוצמת הכאב שהוא חש מופחתת. דוגמה לכך היא חוסר המודעות לכאב של חיילים שנפגעים במהלך קרב. בזמן לחימה, הסכנה לחיים משתלטת על המודעות, התגובה לכאב מושהית ורק בגמר הלחימה החייל הפצוע יחוש בכאב במלוא עוצמתו. באופן דומה, גלולת הפלצבו מתקיימת באסוציאציה להפחתת של הכאב, ונטילת הגלולה משפיעה על המודעות באופן שמעכב את תחושת הכאב.

תיאוריית החרדה רלוונטית בעיקר להשפעה האנלגטית של הפלצבו, כשהנחת המוצא היא שאפקט הפלצבו מפחית חרדה והפחתת רמת החרדה משרה סבילות גבוה יותר לכאב וכך מפחיתה בעקיפין את רמת הכאב⁸.

התיאוריות השונות חופפות במידה כזאת או אחרת, אך נראה שהשחקנים המרכזיים באפקט הפלצבו הם הציפייה של המטופל ומנגנון ההתניה הקלאסית.

היסטוריה

אפקט הפלצבו משמש את בני האדם כבר אלפי שנים, ודוגמה מוקדמת לכך הוא סיפור נחש הנחשת המופיע בספר במדבר, פרק כ"א: "וישלח יהוה בעם את הנחשים השרפים, וינשכו את העם; וימת עם-רב מישראל. (ז) ויבוא העם אל משה ויאמרו חטאנו, כי דיברנו ביהוה וכך - התפלל אל-יהוה ויסר מעלינו את-הנחש; ויתפלל משה בעד העם. (ח) ויאמר יהוה אל משה, עשה לך שרף ושים אותו על נס; והיה, כל הנשך, וראה אותו וחי. (ט) ויעש משה נחש נחושת וישמחו על הנס; והיה, אם נשך הנחש את איש והביט אל נחש הנחושת, וחי". בני ישראל נושאים מבט אל נחש הנחושת והציפייה שלהם להירפא מביאה לעצירת המגיפה. התנ"ך לא מפרט את אחוזי הרמיסה במקרה זה, אך היה מעניין לדעת אם מדובר באומדן דומה לזה של "מגיבי פלצבו" המקובל כיום ויפורט בהמשך.

אפקט הוודו המוכר בחברות שבטיות בהאיטי ובמקומות אחרים הוא דוגמה קיצונית לעוצמתו של אפקט הפלצבו. במקרה זה, עוצמת האמונה של האדם בכוחו של המכשף, בכך שמכשף הוודו רוצה במותו, יכולה להביא למותו בפועל. מנגנון המוות במקרים אלה מיוחס למעברים חדים ומהירים בין פעילות סימפטטית לפעילות פארהסימפטטית של המערכת הקרדיווסקולרית⁸. השימוש בקבוצת ביקורת המתבסס על אפקט הפלצבו צץ לראשונה במאה ה-16 דווקא בהקשר אבחוני, כחלק מהמאבק של הכנסייה הקתולית בכפירה ובכישוף ובניסיון לזהות את מי שהשטן השתלט עליו⁹. במקרים אלה נתנו לחשודים תשמישי קדושה מזויפים ובמידה שהם הגיבו לכך באופן המצופה מאדם שהשטן השתלט על נשמתו, אז היה ברור שהם חפים מפשע.

גם בעולם הקבלה היהודי נעשה שימוש נרחב באפקט הפלצבו, בין היתר כדי להוציא דיבורים מגופם של הקורבנות. דוגמה מפורסמת לכך היא הפרקטיקה של המקובל האלוף רבי יהודה פתיה שנפטר בירושלים ב-1941. בספרו "מנחת יהודה" (נקרא גם "רוחות מספרות"), ספר שחלקים גדולים ממנו עוסקים ברפואה העממית דאז, מתואר כיצד הניח הרב את אוזניות המסכת (סטטוסקופ) על אוזניו של אדם אחוז דיכוי (שבתאי צבי דיבר מגורנו), הוא עצמו דיבר אל הפעמון, ובאמצעות סוגסטיית הצליח לשכנע את הדיכוי לצאת מגופו של הקורבן.

בשלהי המאה ה-18 נעשה בפריז שימוש פורץ דרך בקבוצת ביקורת של פלצבו כדרך לבדוק יעילות של טיפול ובמטרה להפריך שיטות טיפול היפנוטיות שצצו כחלק מגל המסמרים ששטף את פריז¹. השימוש הראשון בפלצבו כחלק ממחקר רפואי התבצע ככל הנראה רק ב-1931 ובמטרה לבדוק את יעילות הטיפול ב-Sanocrysin בחולי שחפת¹⁰. לאחר מלחמת העולם השנייה, העניין של הממסד הרפואי באפקט הפלצבו צבר תאוצה הודות להתפתחות תעשיית התרופות והתפשטות השימוש בקבוצות פלצבו כחלק מניסויים קליניים.

ב-1955 פרסם Beecher את מאמר המפתח שלו¹¹ שבו קבע שאחוז התגובה לפלצבו בקרב האוכלוסייה הוא 33 אחוז, וזאת בהתבסס על ממוצע המגיבים לפלצבו ב-15 מחקרים מבוקרים שכללו 1,082 מטופלים. טענה זו הופרכה במרוצת השנים וכיום ברור שאחוז משמעותי של האוכלוסייה מגיב לפלצבו, אך לא לכל פתולוגיה, לא כל אדם ולא בכל זמן. המחקר הניירוביולוגי של הפלצבו יצא לדרך ב-1978 עם פרסום מחקרו של Levine וחב' ב-LANCET¹². במחקר זה Levine הראה שגוללות פלצבו הניתנות כמשכך כאב לאחר ניתוחי שיניים פועלות במנגנון המתבסס על שחרור אנדוגני של אנדורפינים. לראשונה הודגם קשר בין הציפייה של מטופלים להטבה במצבם למנגנון נירוי-כימי מוחי המתרגם את הציפייה להטבה ממשית במצבם. תוצאה זו זכתה לאישוש במחקרים של Benedetti-1 Amanzio⁸ והם גם הדגימו את ההשפעה הישירה של תהליכי ציפייה ואו התניה קלאסית על מנגנון השחרור של אופיאטים אנדוגניים⁸. Benedetti וחב' הראו בנוסף כי באמצעות התניה קלאסית ניתן להשרות תגובת פלצבו גם על המנגנון המתווך תהליכים של דיכוי נשימה - מדר הניתן למדידה אובייקטיבית¹⁴. הם הדגימו גם את פעולת אפקט הפלצבו בדיכוי מערכת החיסון, כאשר מתן פלצבו לחולה שציפה לקבל ציקלוספורין גרר דיכוי

זמני של מערכת החיסון שלו¹⁵. מאז נערכו מחקרים רבים במטרה לפענח את המנגנונים המוחיים של אפקט הפלצבו ויעילותו הוכחה בענפים שונים של הרפואה, החל מפסיכיאטריה¹⁶, נירולוגיה¹⁷, קרדיולוגיה¹⁸ וכלה בכירורגיה¹⁹ ובהרדמה²⁰.

עם זאת, הספקנות בנוגע לעצם קיומו של אפקט הפלצבו רוחשת ברקע ובשנת 2001 אף זכתה לאישוש עם פרסום המטא-אנליזה של Hrobjartsson וחב' ב-N Engl J Med²¹. במחקר זה נסקרו המחקרים הבודקים השוואה בין קבוצות נבדקים שקיבלו פלצבו לקבוצות מטופלים שלא קיבלו טיפול כלל. התוצאות הצביעו על כך שיש עדויות מועטות התומכות ביעילות של פלצבו ככלי טיפולי, להוציא מחקרים שבדקו את יעילותו במצבים כמו כאב שההערכה שלהם היא סובייקטיבית. בתגובה לעבודה זו התפרסם מאמר נוסף שכותרתו "The Powerful placebo and the wizard of ozz" ובו מביעים המחקרים עמדה שמרנית קיצונית, לפיה אפקט הפלצבו הוא מיתוס ותו לא²². המאמר של Hrobjartsson וחב' עורר הדים רבים, אך הועלו גם סימני שאלה הנוגעים לתקפות שלו - במטא-אנליזה אחת הוכללו מחקרים שהתבססו על מתודולוגיות שונות ועסקו בהפרעות רבות ומגוונות, ובאופן תמוה הוכלל גם מחקר שבדק יעילות הטיפול בפלצבו בחולים מחוסרי הכרה.

אולם, הריבוי של מחקרים קליניים כפולי סמיות עם זרוע פלצבו, מחקרים מעבדתיים ומחקרי הדמיה, עדויות מהקליניקה, חוויות אישיות ודיווחים של מטופלים מאששים את קיומו של אפקט הפלצבו ולא מאפשרים לנו להתעלם מקיום התופעה ומהתועלת שניתן להפיק ממנה הן במחקר והן בעבודה הקלינית²³.

במאמר מיוני 2010 נוסיעוביץ וחב'²⁴ דנים בהרחבה במקומה של זרוע פלצבו במחקרים קליניים ובדיון האתי רב השנים שמתנהל בנושא. השאלה העקרונית היא האם מותר להשתמש בזרוע פלצבו גם כשכבר קיים טיפול שהוכח כיעיל? המורכבות האתית נובעת, בין היתר, מהצהרת הלסינקי הראשונה מ-1964, לפיה "בכל מחקר, כל נבדק - כולל אלה שבקבוצת הביקורת - יטופל בשיטות הטיפול והאבחון הטובות ביותר". על פניו, השימוש בפלצבו מוצדק במקרים רבים והתנאים המקובלים לכך מפורטים במאמר, כולל ההנחיות בנושא על פי הגירסה המעודכנת של הצהרת הלסינקי משנת 2000 וההבהרה להצהרת האתיקה של הוועדה משנת 2002, ההתייחסות לסוגיה של הארגון האירופאי להערכת מוצרים רפואיים (European agency for the evaluation of medicinal products), ההנחיות הבינלאומיות למחקר ביו-רפואי בבני אדם (International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects), הנחיות ועדת הבדיקה הלאומית הקנדית מ-2004 שהוקמה לצורך בדיקת הנושא ונייר העמדה של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) משנת 2004. המשותף לכל ההצהרות הללו הוא שבכפוף לתנאים מסוימים מותר, מן ההיבט המוסרי, להשתמש בטיפול פלצבו לצרכי מחקרים קליניים, גם כשקיימת תרופה יעילה.

גם Emanuel-1 Miller¹⁰, שמתארים במאמרם המכונן את שביל הביניים בין האורתודוקסיה הדוגלת בזרוע פלצבו במחקרים קליניים לאורתודוקסיה הדוגלת בזרוע פעילה במחקרים אלה, מכירים ביעילות הפלצבו כטיפול פתולוגיות רבות, ובכפוף להנחיות המפורסות במאמר, תומכים בשילובה של זרוע פלצבו במחקרים קליניים.

עם זאת, הפוטנציאל התרופותי של הפלצבו אינו ממומש כיום מחוץ לתחום המחקרי. חסרה מודעות בקרב רופאים ואחיות לפוטנציאל התרופותי של אפקט הפלצבו במובן הרחב שלו בטיפול בחולים, והשימוש בטיפול פלצבו פרמקולוגיים או כיורוגיים בעבודה הקלינית הוא עדיין בגדר טאבו.

שימוש באפקט הפלצבו בקליניקה

בניגוד לשימוש בטיפול פלצבו, השימוש באפקט הפלצבו, במובן הרחב של המושג, זמין לכל רופא באשר הוא ולרוב אינו כפוף למגבלות אתיות או משפטיות. בהקשר זה, הבנה של מנגנוני הפלצבו תאפשר לרופא לנצל את

שימוש בטיפולי פלצבו בקליניקה

במקביל לשימוש הנרחב בטיפולי פלצבו במחקרים קליניים ולמחקר הבסיסי הנרחב בנושא, החל משנות ה-50 של המאה הקודמת התרחשו דה-לגיטימציה והדרה קיצונית של טיפולי הפלצבו מהקליניקה, בין אם מדובר בגוללות פלצבו או בניתוחי פלצבו^{32,31}. הסיבות העיקריות שגרמו לכך הן^{33,23}:

1. קיומם של טיפולים פרמקולוגיים וכיורוגיים ספציפיים, שהוכחו כיעילים במחקרים קליניים וזכו לאישור רשמי של מוסדות הבריאות.
2. השימוש בטיפולי פלצבו בקליניקה כרוך בתרמית ובפגיעה בהליך קבלת ההסכמה מדעת - הרופא מנע מלחשוף בפני המטופל את מנגנון הפעולה של התרופה כיוון שחשיפת המנגנון תפגע ביעילות הפלצבו.
3. שימוש בפלצבו יכול לפגוע באמון המטופל ברופא ולערער את מערכת היחסים ביניהם.

4. שימוש בפלצבו עלול לפגוע בתחושת האוטונומיה של המטופל. הסוגיה זוכה להתייחסות במאמרו של Thomas³⁴ שסבור שרופאים מעדיפים לתפוס את עצמם כמי שמיישמים את הקידמה, שאחד המאפיינים שלה הוא המחקר המדעי הרפואי בכלל ורפואה מבוססת ראיות בפרט. הרופא המודרני נוטה להתנער מאפקט הפלצבו כיוון שהוא לא נתפס ככלי רפואי אלא כמעשה רמייה, כפעולה מאגית כמעט, שמקומה אסור שיימצא בארגון הכלים של הרופא. לכן, אנו מניחים, מתווספת ההנחה הלא מבוססת, שגם המטופל המודרני סולד מטיפולים מסוג זה, שיכולה להיות לכך השפעה רעה על יחסי רופא-מטופל ושיטופל בפלצבו יכול להוביל לתביעות משפטיות על הונאה, גם אם מדובר, בניסוחו של תומס ג'פרסון, ב"הונאה רחומה"³².

למרות זאת, נראה שמתנהל שימוש מחתרני נרחב למדי בתרופות פלצבו במערכת הבריאות³⁵ ושכיחותו מגיעה ל-60 אחוז בקרב רופאים ואחיות לפי מחקר שבוצע בארץ³⁶. לחלופין, גוללות פלצבו ניתנות באופן פתוח (Open label) והודגמה יעילות שלהן גם במתאר מסוג זה שבו אלמנט הציפייה של המטופל מופחת, אך ההתניה שלו שרירות וקיימות^{38,37}. לדוגמה, במחקר שהתפרסם לאחרונה נמצא שמתן ריטלין בשילוב עם גוללות פלצבו יעיל יותר ממתן של ריטלין בלבד³⁹. אופן אחר של התמודדות עם המכשולים האתיים הכרוכים בשימוש בטיפולי פלצבו הוא לבצע מניפולציות מילוליות בהליך קבלת ההסכמה מדעת וכך להכשיר את ההליך²³. בחירה של מילים מסוימות חוסכת מהרופא את הצורך להנות את המטופל במהלך קבלת ההסכמה מדעת, כל זאת במטרה למקסם את האפקט התרופתי מבלי למעול באמונו של המטופל. כך למשל יכול להישמע ההסבר למטופל ביחס לטיפול פלצבו: "אני רוצה להציע לך כדור שיוכל לעזור בהפחתת הסבל שלך. אנחנו לא יודעים איך בדיוק הוא פועל, יש תרופות אחרות שמנגנון הפעולה שלהן ברור יותר, אבל אני לא בטוח שהן יעילו לך יותר וייתכן שגם יגרמו לך לתופעות לוואי רבות יותר"²³. אפשרות אחרת למתן הפלצבו יכולה להיעשות בהתאמה למודלים תיאורטיים אחרים שמנסים להתמודד עם הבעיה דוגמת "הסכמה מדעת שלילית"⁴⁰.

באופן מפתיע, הדיון האתי בנוגע לשימוש בפלצבו בקליניקה הוגבל עד היום למיליה האקדמי ולא נעשה ניסיון לברר את עמדתם של המטופלים בסוגיה זו. למעשה, מבלי שנשאלו על כך, נשללת מהמטופלים הזכות ש"לא לדעת" את מנגנון הפעולה של תרופה וההנחה שבלקחת תרופה יעילה, זולה, עם מיעוט תופעות לוואי והשפעה ארוכת טווח^{41,42}. דוגמה מובהקת למצב מסוג זה היא הטיפול התרופתי הניתן כיום לדיכאון בדרגת חומרה קלה-בינונית. בעשור האחרון התפרסמו מספר מטה-אנליזות בכתבי העת המכובדים ביותר ברפואה שמדגימים יעילות גבוהה של טיפולי פלצבו בדיכאון, עד כדי טשטוש הפער בין היעילות של תרופות נוגדות דיכאון לתרופות פלצבו⁴³⁻⁴⁶. מחקרים אלה מראים שהיתרון של נוגדי הדיכאון לעומת תרופת פלצבו הוא מזערי כשמדובר בדיכאון קל-בינוני וככל שחומרת הדיכאון גדלה יותר, כך התרופות הופכות יעילות לעומת תרופות הפלצבו. ניתן לזקוף לזכות התרופות את היתרון המובהק שלהן כטיפול בדיכאון קשה, אך באותה מידה ניתן להניח שהסיבה לפער היא שעוצמת אפקט הפלצבו פוחתת באנשים השרויים בדיכאון

המאפיינים של המפגש הקליני כדי להעצים את אפקט הפלצבו ולהיטיב עם המטופל.

רופא המבקש לנצל את אפקט הפלצבו צריך להתייחס בראש ובראשונה לסביבה הפסיכוסוציאלית של המפגש הטיפולי. ברמה הבסיסית ביותר, נוכחות הרופא לבדה, החלוק, הסטטוסקופ, השקט בחדר, טון הדיבור, סוג המגע - כולם מייצרים אפקט פלצבו. בהמשך לכך, על הרופא להגביר את האמון והביטחון של המטופל ברופא ובמערכת הבריאות וזאת על ידי שיתוף החולה בפרטים על המהלך הטבעי של המחלה, מתן הסבר מפורט ומציאותי על הטיפול המוצע, הבעת ביטחון ביעילות הטיפול, התייחסות לאפשרות לתופעות לוואי ואו תקופות קשות הצפויות במהלך המחלה, אנמנזה יסודית, בדיקה גופנית, החצנת הכשירות המקצועית של המטפל בעזרת תג ואו תעודות ממוסגרות על הקיר וכו'^{26,25}.

ברמה מורכבת יותר, הסוגסטיית של הרופא למטופל וההתניה שהוא מייצר יכולות גם הן להעצים את האפקט המתבקש⁶. לדוגמה, מתן הטיפול על ידי הרופא לעיני המטופל הוכח כמשמעותי²⁷. כך למשל, מתן של משככי כאבים בצורה גלויה, המייצרת ציפייה אצל המטופל להטבה במצבו, הוכח כיעיל יותר ממתן סמוי ולא ישיר של התרופה. לכן יכולה להתלוות סוגסטיה בזמן אמת של המטפל לגבי יעילות הטיפול המדובר. במקביל, חשוב לייצר עבור המטופל חוויות חיוביות הקשורות בהתניה למפגש הטיפולי ולמתן התרופות גופא. חוויות מסוג זה מחזקות את אפקט הפלצבו בדרך של למידה וזיכרון. מרכיב נוסף של אפקט הפלצבו הוא הרצון של המטופל עצמו, בין אם מדובר ברצון להימנע מסימפטום (כאב למשל) ובין אם מדובר ברצון להעצים תחושה קיימת (תשוקה מינית או רמת אנרגיה), שגם היא תלויה במידת מה ברופא המטפל. היבט נוסף של הפלצבו הוא תשומת הלב שהמטופל מקדיש למהלך המחלה שלו - תשומת לב לשיפור שחל במצבו מעצימה את אפקט הפלצבו של הטיפול שאותו הוא מקבל. יוצא מכך כי אם חל שיפור במצב הקליני, מומלץ לרופא להעיר את תשומת ליבו של המטופל להתקדמות שחלה במצבו²⁸.

למעשה, אפילו השם, הגודל והצבע של תרופה יכולים להיות מעורבים באפקט הפלצבו. קפסולות גדולות יעילות יותר מקפסולות קטנות, וזריקות יעילות יותר מכדורים. במטה-אנליזה של De Craen וחב'²⁸ הם מראים שלצבע יש השפעה על תפישת המטופל את פעולת התרופה ועל יעילות התרופה. כדורים אדומים, צהובים וכתומים מגבירים השפעה מעוררת של תרופה, בעוד שכדורים כחולים וירוקים קשורים בהשפעה מרגיעה. Evans ו-Holms²⁹ דנים בתקניות השמות שאותם מעניקות חברות הפארמה לתרופות. שם התרופה יכול לתרום במידת מה לתגובות הפלצבו, אך לעתים קרובות נראה שהוא מבטיח יותר ממה שהתרופה יכולה לקיים בפועל. לדוגמה, שם כמו אפקסור (Effexor) מכיל בתוכו הבטחה אפרירית ליעילות מסוימת (Efficacy), למרות שאנחנו יודעים שחלק מהמטופלים לא מגיב לתרופה. באופן דומה, הורמון המכונה פרטירל (Fertiral) מזוהה באופן מיידי עם פוריות (Fertility) ויכול לעורר ציפיית לא מותאמת בקרב המטופלים.

ברמת המערכת, Herxheimer ו-Chaput de Saintonge¹ ממליצים להציג את שירותי הבריאות כיעילים ומקצועיים, להגדיל פרסום הנוגע להצלחות ולהפחית פרסום הנוגע לכשלונות של הצוות המטפל. הטענה שלהם היא שפרסומים שליליים משפיעים לרעה על הציפייה והאמונה של הציבור במערכת הבריאות ובסופו של דבר, בריאות הציבור תצא נשכרת דווקא ממנימיזציה של החשיפה הניתנת לתאונות וכשלים רפואיים²⁸.

לא ניתן כיום לחזות מראש מי מהמטופלים מגיב לפלצבו ומי לא³⁰, אך באנשים עם נטייה לחרדתיות ואו רמות תלות גבוהות נצפות במקרים רבים תגובות חיוביות. בנוסף, ידוע שהפלצבו יעיל במיוחד כטיפול בכאב, הפרעות סנסוריות אוטונומיות כמו בחילה, הפרעות פסיכיאטריות כמו חרדה ודיכאון והפרעות במדרים הנתונים לשליטה ניר-הורמונלית כמו יתר לחץ דם. פלצבו לרוב אינו יעיל כטיפול במצבים אקוטיים כמו התקף לב או שבץ מוח או בכל מצב שבו יש פגיעה במדרים חיוניים⁴.

בין הצדקת מתן פלצבו לנבדקים כחלק ממחקרים קליניים לשלילה מוחלטת של השימוש בו בעבודה הקלינית חייב לעורר סימני שאלה. מוקד המורכבות האתית בהקשר זה הוא איכות ההסכמה מדעת שמטופל יכול לתת לטיפול בפלצבו, אך הדיון האתי-מקצועי בנושא זניח ומוגבל למיליה האקדמי. עמדתה של אוכלוסיית המטופלים בנדון לא נבדקה מעולם, ואפריורית נשללת מאנשים הזכות ש"לא לדעת" הכל על התרופה אך ליהנות בתנאים מסוימים מטיפול פלצבו יעילים, זולים, עם מיעוט תופעות לוואי והשפעה ארוכת טווח. כחלק מהדיון האתי והמעשי במקומו של הפלצבו בעשייה הטיפולית, אנו עורכים בשלוותה סדרת מחקרים, חלקם בודק עמדות לגבי השימוש בפלצבו בקרב מטופלים, מטופלים ובאוכלוסייה הכללית, וחלקם כולל התערבות והערכה של אפקט הפלצבו בקרב מטופלים. אנו תקווה שמאמר זה יעורר מחשבה ונשמח לתגובות קוראים הן ביחס לכיווני מחקר אפשריים והן בביקורת ביחס לעמדות שאנו מציגים.

ד"ר אורי ניצן, MD, מרפאות החוץ, המרכז לבריאות הנפש שלוחות.

urini@clalit.org.il. פרופ' שמואל פניג, MD, מרפאות החוץ, המרכז לבריאות הנפש שלוחות, הפקולטה לרפואה סאקל, אוניברסיטת תל אביב

חמור. באחת המטה-אנליזות הודגמה גם הסלקטיביות שבה חוקרים וחברות תרופות מפרסמים בכתבי עת מדעיים תוצאות של ניסויים⁴⁷. החוקרים בדקו את מאגר הנתונים של ה-FDA בהתייחס למחקרים קליניים שנעשו ב-12 תרופות נוגדות דיכאון ושהשתתפו בהם 12,564 נבדקים. בסך הכל נבחנו 74 מחקרים קליניים ונמצא שהתוצאות של 31 אחוז מתוכם לא פורסמו. תוצאות של 37 מחקרים עם תוצאות חיוביות פורסמו ורק תוצאות של מחקר אחד עם תוצאות חיוביות לא פורסמו. מנגד, מלבד שלושה חריגים, תוצאות שליליות של 22 מחקרים לא פורסמו כלל ו-11 מחקרים עם תוצאות שליליות הוצגו במאמר כאילו תוצאותיהם חיוביות. ייתכן, אפוא, שמלבד המכשולים האתיים, גם תעשיית התרופות וחוקרים רבים אינם מוצאים עניין רב בחקר הפלצבו ואו בקידום השימוש בטיפול פלצבו.

לסיכום, אפקט הפלצבו נוצל במשך אלפי שנים על ידי רופאים כדי להיטיב עם המטופלים. מאמצע המאה ה-20, עם עליית תעשיית התרופות ותרבות התקינות הפוליטית, השימוש בטיפול פלצבו במסגרת הקליניקה הלך והצטמצם והוכנס למשבצת של מעשה רמייה, וכך בכך השימוש בטיפול פלצבו במחקרים הקליניים הלך והתרחב וזכה לגיבוי אתי ומקצועי של הממסד הרפואי. הפער

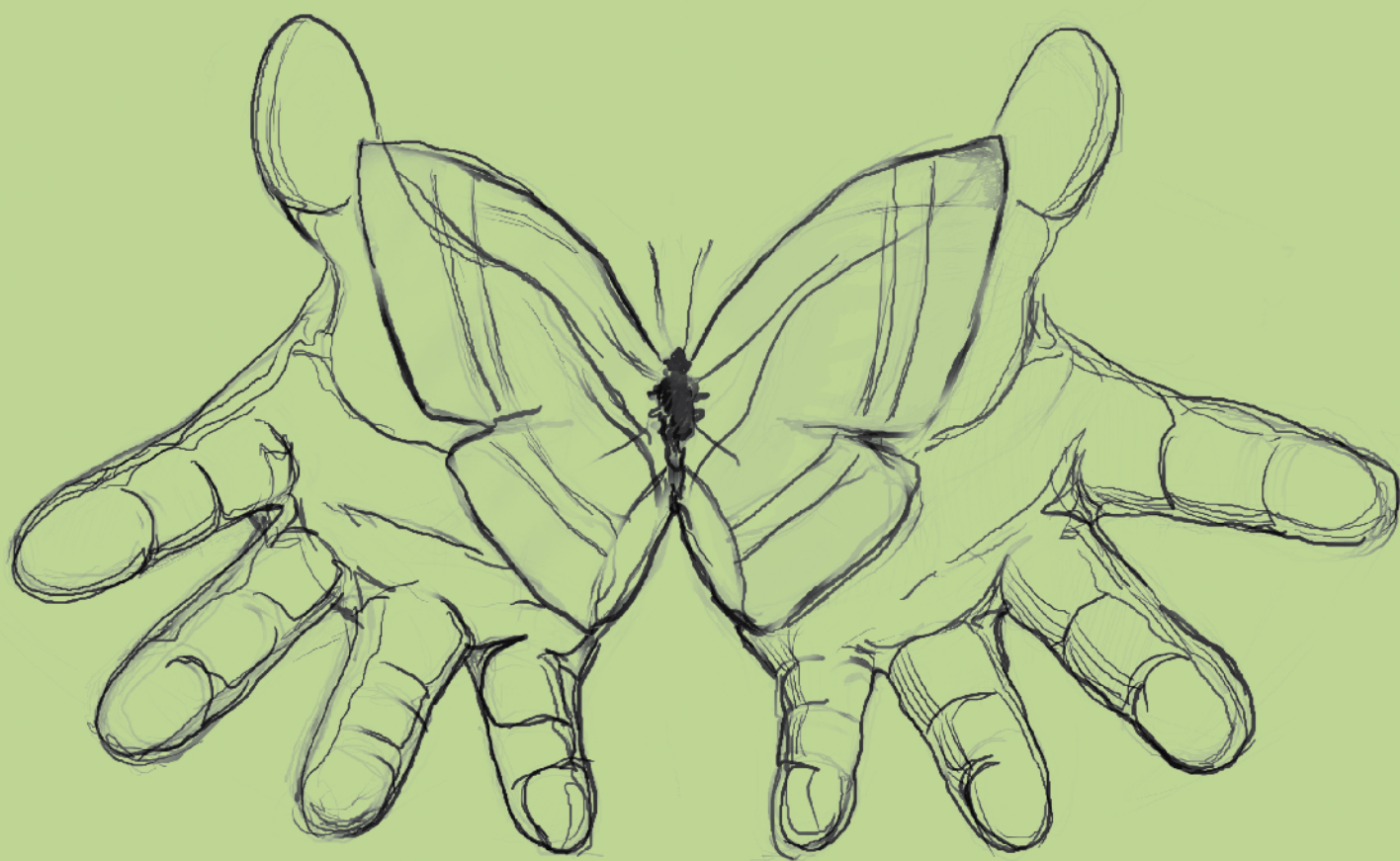
.....(רשימה ביבליוגרפית).....

1. Finniss DG, Daptchuk TJ, Miller F & Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010; 375:686-695.
2. Barrett B, Muller D, Rakel D, et al. Placebo, meaning and health. *Perspect Biol Med*. 2006; 49:178-98.
3. Johnson A. Surgery as a placebo. *Lancet*, 1994; 344:1140-42.
4. Vernon MS. The placebo effect: can we use it better? *BMJ* 1994; 309: 69-70.
5. Nitzan U, Heresco-Levy U, Lichtenberg P. The placebo effect - a biochemical basis for a psychosomatic phenomenon. *Progress Neurobiol* 1997; 51:109-25.
6. Price DD, Finniss DG, Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. *Annu. Rev. Psychol.* 2008; 59:565-90.
7. Wall PD, Pain and the placebo response. *Experimental and theoretical studies of consciousness*. Ciba Foundation Symposium Wiley: New-York, 1993, pp 187-216.
8. Benedetti F & Amnazio M, The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin. *Progress Neurobiol* 1997; 51:109-25.
9. Kaptchuk TJ, Kerr CE, Zanger A. Placebo controls, exorcisms, and the devil. *Lancet* 2009; 374:1234-5.
10. Emanuel EJ, Miller FG. The ethics of placebo controlled trials. *A middle ground*, *N Engl J Med* 2001; 345: 915-19.
11. Beecher HK, The powerful placebo. *JAMA* 1955; 159:1602-6.
12. Levine JD, Gordon NC & Fields HL, The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 1978; 23:654-7.
13. Amanzio M & Benedetti F, Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: Expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. *J Neurosci*, 1990; 19:484-494.
14. Benedetti F, Amanzio M, Baldi S et al. Inducing placebo respiratory depressant responses in humans via opioid receptors. *Eur Neurosci Associat*, 1999; 11:625-31.
15. Benedetti F, Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2008; 48:33-60.
16. Laporte J, Figueras A. Placebo effects in psychiatry. *Lancet* 1994; 344: 1206-9.
17. De La Fuente-Fernandez R, Ruth TJ, Sossi V, et al. Placebo Effect in Parkinson's disease. *Science* 2001; 293:1164-6.
18. Bienenfeld L, Frishman W, Glasser SP. The placebo effect in cardiovascular disease. *Am Heart J* 1996; 132:1207-21.
19. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 347: 81-88.
20. Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain* 2001; 93:77-84.
21. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001; 344:1594-602.
22. Bailar JC, The powerful placebo and the wizard of oz, *N Engl J Med* 2001; 344:1630-1632.
23. Lichtenberg P, Heresco-Levy U, Nitzan U. The ethics of the placebo in clinical practice. *J Med Ethics* 2004; 30:551-554.
24. d
25. Chaput De Saintonge DM, Herxheimer A. Harnessing placebo effects in health care. *Lancet* 1994; 344: 995-998.
26. Ernst E, Herxheimer A. The Power of Placebo. *BMJ* 1996; 313: 1569.
27. De Craen AJ, Roos PJ, Leonard de Vries A., Kleijnen J. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ* 1996; 313(7072): 1624-6.

28. De Craen AJ, Roos PJ, Leonard de Vries A., Kleijnen J. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ* 1996; 313(7072): 1624-6.
29. Holm S, Evans M. Product names, proper claims? More ethical issues in the marketing of drugs. *BMJ* 1996; 313(7072):1627-9.
30. Honifield G. Non-specific factors in treatment, II: review of social and psychological factors. *Dis Nervous System* 1964; 25: 145-56.
31. Shapiro AK, Shapiro E. The powerful placebo: from ancient priest to modern physician. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1997.
32. Wall P. The placebo and the Placebo Response. Text Book: Pain, 1994, pp 1297-1307.
33. Hill J. Placebo in clinical care: for whose pleasure? *Lancet* 2003; 362: 354.
34. Thomas KB, The placebo in general practice. *Lancet* 1994; 344:1066-7.
35. Margrit F, Meissner K., Schneider A & Linde Klaus. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice - a systematic review of empirical studies. *BMC Medicine* 2010; 8:15.
36. Nitzan U, Lichtenberg P. Questionnaire survey on use of placebo. *Bmj* 2004; 329: 944-946.
37. Park LC, Covi L. Non-Blind placebo trial. An exploration of neurotic patients responses to placebo when its inert content is disclosed. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 336-45.
38. Aulas JJ, Rosner I. Efficacy of a non blind placebo prescription. *Encephale* 2003; 29:68-71.
39. Sandler AD, Bodfish JW. Open-label use of placebos in the treatment of ADHD: a pilot study. *Child Care Health Dev* 2008; 34(1): 104-10.
40. Kihlbohm U. Autonomy and negatively informed consent. *J Med Ethics* 2008; 34:146-9.
41. Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S., et al. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *Journal of Affective disorders* 2009; 118:1-8.
42. Montgomery SA, Reimtz PE., Zivkov M. Mirtazapine versus amitriptyline in the long-term treatment of depression: A double-blind placebo controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13:63-73.
43. Kirsch I., Deacon BJ., Huedo-Medina TB., et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5(2):260-8.
44. Joffe R., Sokolov S., Streiner D. Antidepressant treatment of depression: A meta analysis. *Can J Psychiatry* 1996; 31: 613-6.
45. Kirsch I., Sapirstein G. Listening to Prozac and hearing placebo: a meta analysis of antidepressant medication. *Prevent Treat* 1:1-17.
46. Fournier JC., DeRubeis RJ., Hollon SD., et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. *JAMA* 2010; 303(1): 47-53.
47. Turner EH., Annette M., Matthews AM., Linardatos E., et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252-60.

הפסיכולוג הקליני בבריאות הנפש

האם יהיה הבדל בין טיפולים של פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי המגישים אותו טיפול? האם יש ערך מוסף לפסיכולוג ומה יכול הפסיכולוג הקליני להציע בבריאות הנפש?



ד"ר מיכל פרנק-קדרי

הו טיפול בבריאות הנפש? הגדרה כללית לטיפול בבריאות הנפש גורסת כי משמעו "להביא לשינוי התנהגותי, מחשבותי ורגשי, באופן שיטתי, בהקשר של מערכת יחסים מקצועית, במטרה לפתור או למנוע בעיה" (Trull, Durand & Barlow 2006).

מי מטפל? על מנת לקבל טיפול נפשי, ניתן לפנות למגוון סוגי המטפלים, בתוכם הפסיכולוג, עליו יתמקד המאמר אך קודם לכן נסקור בקצרה לצד מי הוא עובד ונדגיש להלן את הייחוד בכל מקצוע.

פסיכיאטר – טיפול תרופתי וטיפול בשיחות.

עובד סוציאלי – הגברת נגישות של לקוחות למשאבי סיוע פורמאליים וטיפול בשיחות.

מטפל באמנות – טיפול לא ורבלי בכלים של הבעה ויצירה.

פסיכולוג – תחום עבודתו של הפסיכולוג מורכב מתחומי התמחות שונים:

פסיכולוג קליני – אבחון וטיפול פסיכולוגי בשיטות שונות ובגישות שונות, כפי שיפורט בהמשך.

פסיכולוג רפואי – טיפול במצבי חולי לחולה, בני משפחתו והצוות הרפואי.

פסיכולוג התפתחותי – אבחון וטיפול בתנודות עד גילאי בית הספר המוקדמים.

פסיכולוג חינוכי – אבחון פסיכו-דידקטי לאיתור לקויות למידה, בעיות קשב וריכוז ואבחון לבדיקת בשלות לבית הספר. כמו כן ייעוץ לתלמידים ומורים במסגרת בית הספר.

פסיכולוג שיקומי – טיפול באנשים שנפגעו ממחלות או תאונות, העוסק במרכיב הנפשי בתוך תהליך השיקום.

פסיכולוג ארגוני – ייעוץ לארגונים ועסקים בנושאים של השמת עובדים, השתלבות הפרט בארגון ויעילות ארגונית.

איך מטפלים?

בטיפול נפשי גישות ושיטות טיפול שונות:

פסיכואנליזה – שיטת הטיפול שאותה פיתח פרויד בסוף המאה ה-19. בשיטה זו המטופל שוכב על ספה והאנליטיקאי יושב מאחוריו, כך שמטופל אינו רואה אותו. כאן נעשה שימוש בטכניקות של אסוציאציות חופשיות וחלומות, כשהמטפל מפרש אותם. כמו כן יש דגש על יחסי ההעברה שנוצרים בחדר (הנקראים בעגה המקצועית טרנספרנס וקאונטרטרנספרנס). כלומר, ליחסים בין המטפל למטופל כפי שהם משקפים דפוסי יחסים מוקדמים בין המטופל לדמויות משמעותיות בחייו. הפרשנויות מתבססות על ההנחה המרכזית, לפיה סימפטומים נפשיים הם תוצאה של דחפים, משאלות או רצונות מודחקים. הריפוי מתאפשר באמצעות העלאת הדחפים הללו למודעות, הנגשה שלהם והגדלה של יכולת השליטה עליהם. טיפול פסיכואנליטי נערך מספר פעמים בשבוע, 50 דקות בכל פעם, למשך מספר שנים. כוחה של הפסיכואנליזה ירד במאה השנים האחרונות, וכיום היא תופסת נתח שוק מזערני בתחום הטיפול הנפשי.

טיפול קוגניטיבי והתנהגותי (CBT) – החל להתבסס בשנות ה-60 של המאה שעברה. בטיפול ההתנהגותי המטרה היא לשנות את ההתנהגות הבלתי מסתגלת של המטופל באמצעות הכחדת תגובות שליליות, חיזוק תגובות חיוביות ולמידת מיומנויות חדשות. בטיפול הקוגניטיבי נעשה ניסיון להחליף את אופני החשיבה

הבלתי מסתגלים של המטופל במחשבות בריאות ויעילות יותר. כיום, רוב הטיפולים הם משולבים וכוללים טכניקות קוגניטיביות והתנהגותיות כאחד. הטיפולים הם קצרים (לרוב בין 12 ל-30 פגישות), נערכים אחת לשבוע וכוללים מעורבות גדולה של המטפל, לעתים עד כדי ליווי המטופל מחוץ לחדר הטיפולים לשם חשיפה והתמודדות ההתנהגות הבעייתית בפועל.

טיפול דינאמי – מתבסס על עקרונות הפסיכואנליזה, אולם בשינויים מסוימים. למשל, בטיפול זה יושב המטפל מול המטופל ודואה אותו, והטיפול מתקיים לרוב אחת לשבוע לתקופה של בין מספר חודשים למספר שנים. לעומת הפסיכואנליזה, כאן המטפל מעורב יותר בטיפול, נוקט עמדה ישירה יותר ומתייחס יותר לבעיות חייו העכשוויות של המטופל. הטיפול דינאמי כולל כמה זרמים כגון פסיכולוגיית העצמי, הגישה ההתייחסותית והאינטרסובייקטיבית, הנבדלים בדגש שהם נותנים למתן מענה אמפתי לצרכים וחסרים של המטופל, לחוויותו הסובייקטיביות, או למידה שבה המטפל אינו דמות נייטרלית אלא מביא גם הוא את עולמו הסובייקטיבי לטיפול. יחד עם זאת, לכל הזרמים מאפיינים משותפים:

1. המטפל מנסה לסייע למטופל לתאר ולהביע את רגשותיו במילים, כולל רגשות מנוגדים, מכאיבים ומאיימים, ועוזר לו בזיהוי רגשות שהמטופל אינו יכול לזהות. זאת, בניגוד לטיפול קוגניטיבי שבו מתמקדים במחשבות ובאמונות.

2. המטפל עוזר למטופל לחקור כיצד הוא מונע על ידי מחשבות ורגשות מאיימים בדרכים מודעות ולא מודעות, בנסותו להגן על עצמו בפני חרדה וכאב. ההנחה היא כי האדם משתמש במה שנקרא הגנות וכי אלו יעילות רק עד גבול מסוים, ומעבר לכך אינן אדפטביות וגובות מחיר כבד. זיהוי ההגנות והעלאתן למודעות יכול להגמיש אותן ולהגביר את ההסתגלות.

3. המטפל מסייע למטופל לזהות נושאים ודפוסים חוזרים על עצמם, הנקראים התנהגויות של שחזור. לעתים המטופל אינו מודע לאלה ופעמים אחרות, אף שהוא מודע לשחזור התנהגות מכאיבה והרסנית לעצמו, הוא עדיין חסר כוח למנוע זאת.

4. באמצעות שיחה מתרחש עיבוד של חוויות מהעבר, במיוחד עם דמויות ההתקשרות הראשוניות כגון הורים, ומתאפשרת התבוננות כיצד הן משפיעות על הקשרים והחוויות בהווה.

להלן דוגמה: משה, מהגרס בן 35, רווק. בעבודתו מנהל צוות עובדים, עובד מסור ומצליח. משה מגיע לטיפול בעקבות תקופה ארוכה של מצב רוח ירוד, בדידות וייאוש, שהחלה עם פרידתו מבת זוג לאחר קשר של שלוש שנים. משה אדם רגיש, בעל עולם פנימי עשיר, אינטליגנט, יצירתי וחינוי. הוא מתאר קשרים ארוכים ומספקים עם חברים, אולם לא עם משפחה. הוא החליט בצער רב שאינו מעוניין בקשר עם בת זוג, כי "לא בנוי לכך". משה מתאר שבקשרים אינטימיים עם בנות זוג תמיד מצמצם את עצמו ואת צרכיו, כולו עסוק בתניה לבת הזוג ואינו מאפשר לעצמו להתבטא בחופשיות. בשיחות מתברר שאמו נפטרה בעודו נער, לאחר ששנים היתה תוקפנית כלפיו: נהגה לבקר אותו, דרשה שיהיה תלמיד מצטיין, כפתה עליו עם מי יתחבר. נראה שלמשה אבל בלתי גמור מלא כעסים וכאב, שקשור לדמות האם. בכל התקרבות לבת זוג, הוא חש מוצץ במטענים אלה, ואלה אינם מאפשרים התפתחות קשר זוגי בריא ומהנה. בטיפול משה חושף חלקים ילדיים ופגיעים שלו ומתמודד עם ערעור הגנות שהיה רגיל אליהן שנים ועוזר לו לחיות למרות חוויות הדחייה מהאם והאובדן

שלה. הגנות אלו עוזרו לו לתפקד ולהתקדם, מבלי לכאוב את האובדנים שחוזה. יחד עם זאת, בתקופה שבה המשימה היא יצירת קשר זוגי, הגנות אלו כבר לא משרתות אותו ואף תוקפות כל ניסיון ליצור קשר יציב ומספק, ולכן יש צורך והכרח להגיע לאיזון שונה. נראה שהדפוסים הבעייתיים עם בנות זוג בהווה מקורם ביחסים בין-אישיים ודפוסי התקשורת מהעבר. הדגש אינו על העבר של משה אלא כיצד העבר "חי" נוכח בהווה. המטרה היא לאפשר למשה לבחור את התנהלותו מבלי להיות נתון לכפייה של חוויותיו מהעבר.

5. בטיפול קיימת התמקדות ביחסים בין-אישיים וחוויות בין-אישיות (יחסי אובייקט והתקשורת).

6. הטיפול מתמקד ביחסים בין המטפל למטופל, מתוך הנחה כי יחסים אלה יכולים להיות למשמעותיים וטעונים רגשית וכי הם מכילים שחזור של נושאים מהיחסים המוקדמים של האדם. ההזדהות של נושאים בין-אישיים בתוך יחסים הטיפוליים (טרנספרנס וקאונטרנספרנס) מאפשרת הזדהות ייחודית לחקור ולעבד נושאים אלה בזמן אמת. כך, השימוש במה שקורה בקשר בין הפציינט לבין הפסיכולוג מהווה כלי טיפולי ונעשה שימוש בקשיים של המטופל המתבטאים בקשר על מנת לעזור לו לעשות שינוי.

לדוגמה: חיה, מזכירה במקצועה, מספרת שבעבודתה חשה שמנהליה לא מעריכים אותה מספיק. באחת הפגישות חיה נפגעת מהערה של המטפלת, ממנה חוותה שהמטפלת לא מתפעלת מיכולותיה ומכשרונה. הטיפול מהווה הזדמנות לחיה לבחון את תחושותיה כלפי המטפלת כבתוך מעבדה. בעיבוד עולה שבתור ילדה חיה זוכרת שאמה אהבה אותה, אולם יחד עם זה היתה תחושה שאינה באמת מעריכה את יכולותיה, למרות מאמציה שוב ושוב להרשים את האם. בטיפול חיה עושה תהליך שבסופו היא מזהה את ההשלכות שהיא עושה מעולמה הפנימי על העולם החיצוני, כלומר את הפרשנות שהיא נותנת למאורעות הפוקדים אותה, הלקוחה מתוך חוויותיה המוקדמות, ויכולה להפריד בינן לבין היחס הממשי לו וזכה ממנהליה.

7. בניגוד לטיפולים שבהם הפגישה מובנית, הרי שבטיפול דינאמי מעודדים את המטופל לדבר בחופשיות על מה שעולה על דעתו. כך מתאפשר דיבור על טווח רחב של חיי הנפש כמו חוויות, צרכים, פנטזיות, חלומות וחלומות בהקיץ. דוגמה: שלמה, בן 50, מתפקד מצוין בעבודתו כמנהל חברת פינגסים נמרץ. הוא מגיע לטיפול בהמלצת מומחה לגסטרו אצלו טופל בעבר עקב תסמונת המעי הרגיוז, עם הטבה ניכרת. בתקופה האחרונה חזרו כאבים עזים שמפריעים לו בתפקוד. שלמה איש חביב, בפגישות מדבר הרבה, אולם לא אומר דבר על חייו הרגשיים. לשאלות המטפלת מה הוא חש, מה הוא מרמז, מה זה מזכיר לו, הוא עונה ב"לא יודע". איך אני צריך להרגיש? הוא מתמיד בטיפול אך עדיין ממשיך לסבול מכאבים. באחת הפגישות שיתפה אותו המטפלת בהתלבטויותיה לגבי המשך הטיפול ואמרה לו שאולי כדאי לנסות טיפול אחר שיעיל יותר. באותה פגישה שאלה גם אם הוא חולם והוא ענה שאינו זוכר שום חלומות. עם זאת, בפגישה הבאה החל להביא חלומות שזוכר, אולם לא ידע כיצד להתייחס אליהם, הם לא הזכירו לו כלום, כאילו מביא טקסט של מישהו אחר. הפעם יצרה איתו המטפלת דיאלוג על החומרים שלו וביחד ניסו לבנות חלקים מסיפור חייו. באיטיות, התבהרה תמונה המורכבת מחוויות כואבות ומזכרונות לא פשוטים. בהדרגה הכאבים פחתו. שלמה החל להכיר את האדם שבתוכו, זה שכל שנותיו כיסה בחזות כל כך מרשימה ובטוחה בעצמה.

8. לבסוף, מטרת הטיפול הדינאמי כוללת שאיפה לא רק להפחית סימפטומים אלא גם לפתח את ההימצאות החיובית של היכולות והמשאבים הפסיכולוגיים של האדם (Shedler, 2010).

טיפול באמנות – מקצוע צעיר יחסית שהתפתח בעיקר ב-20 השנים האחרונות. טיפול ביצירה והבעה כולל טיפול באמנות חזותית, טיפול במוזיקה, בתנועה ובדרמה, פסיכודרמה וביבליותרפיה. זהו טיפול המאפשר ביטוי רגשי למטופלים המתקשים להביע את עצמם בשפה מילולית, או לחלופין מיעד לאנשים בעלי כושר הבעה מילולית מעולה, אולם חסרי הקשר הרגשי למילים אלו. בטיפול זה נעשה שימוש בתהליך היצירתי ובחוויה האסתטית. תחום זה כולל

גישה לאמנות כטיפול, הטוענת שעצם הפעולה היצירתית מברירה בכך שהיא מאפשרת העלאת תכנים לא מודעים ועיבודם, גם ללא עיבוד מילולי, וכן גישה אחרת הרואה באמנות כלי בתוך הטיפול הנפשי המסורתי והמילולי.

טיפול זוגי וטיפול משפחתי – התפישה היא שהזוג או המשפחה הם מערכת בעלת דינאמיקה ותהליכים משל עצמה שמייצרת דפוסי התקשורת לא מודעים. על בסיס תפישה זו, הטיפול עוסק בפתרון קונפליקטים זוגיים ומשפחתיים על ידי זיהוי ושיפור דפוסי תקשורת והתנהגות המקשים על חיי המשפחה, וזיהוי גורמי פגיעות וחוסן וכן סיוע בתהליכי מעבר ומשבר במשפחה.

טיפול קבוצתי – מתאים לסוגים שונים של הפרעות ולמגוון גילאים. גם בטיפול זה מטפלים לפי גישות שונות. נוכחות הקבוצה מאפשרת שימוש בטכניקות ייחודיות: האינטראקציות בין משתתפי הקבוצה השונים מאפשרות למטופל לבחון את דפוס יחסי עם מגוון דמויות וללמוד מהתבוננות זו על מערכות יחסים, קשיים ודפוסי התנהגות וחשיבה המאפיינים אותו בחיי היומיום. כמו כן, המסגרת הקבוצתית יכולה ליצור רשת תמיכה רחבה במשתתפיה.

יש טיפולים דינאמיים נוספים כמו טיפול דינאמי ממוקד מוגבל בזמן, טיפולים דינאמיים אנליטיים שבהם מנסים להגשים את ההגנות של המטופל ולהגיע לתובנות חדשות, לעומת טיפולים תמיכתיים שבהם מחזקים ומארגנים את ההגנות. כמו כן, טיפולים לא דינאמיים מסוגים שונים כמו ביופידבק, היפנוזה ועוד שיטות חדשות שמתפתחות כל הזמן במשך השנים. כמו כן, יש לציין כי מטפלים רבים משלבים בין השיטות השונות בטיפולים.

מי מטפל במי וכיצד

כאמור, הפסיכולוגיה כוללת זרמים ושיטות שונות, הנבדלים בהנחות היסוד שלהם, בתפישת האדם והנפש שלהם, באמונתם בנוגע לשיטות הטיפול הנכונות, במשך הטיפול ובאינטנסיביות שלו ועוד. יש גלריה רחבה של מטפלים, גישות וכלים טיפוליים. אם כן, מי יטפל במי, ובאילו כלים?

תשובה לכך ניתנת בסימו של תהליך הערכה, שבו בעזרת הכלים שבידינו ניתן לאבחן את המועמד לטיפול באופן יסודי ומקיף. תהליך זה כולל ראיון, ומעבר לכך, על פי הצורך, עשוי לכלול גם אבחון פסיכולוגי או פסיכיאטרי ואו אבחון נירד-פסיכולוגי קוגניטיבי. לעתים יש צורך לקבל מידע ממקורות נוספים, כמו מטפולים קודמים, ממקום עבודה או מבני משפחה, עד שמתקבלת תמונה ברורה לגבי המועמד לטיפול. לאחר שנקבע מצב המועמד, נשאלת השאלה איזה טיפול ואצל איזה מטפל. כאן צריך להיעשות שקלול של מכלול שיקולים הכוללים את הערכת ההפרעה, מה אנוני יודעים עליה, מהי הפרוגנוזה במקרים דומים. כמו כן צריכה להישקל יכולת המטופל המסוים שלפנינו לשינוי ולעבודה טיפולית, מטרות המטופל שאליהן הוא שואף להגיע בעזרת הטיפול, מידת המוטיבציה שלו, רמת הכוחות שיש לו על מנת להשיג את מטרותיו, היכולת שלו לשאת חדרה, טיב ההגנות ומידת הנקשות שלהן ושיקולים נוספים. דרוש שיקול דעת מורכב, מאוזן, בעל ראייה רחבה, במיוחד אם קיימות כמה דרכי פעולה. כמו כן, ניתן ורצוי לבחון מחדש בהמשך את יעילותה של כל החלטה ובהתאם להמשיך את הטיפול.

ברצוני לציין כאן שרבים מהפסיכולוגים שואפים להתחיל בטיפול הטוב ביותר, אולם חשוב לחשוב על טיפול גם בהקשר של מציאות שמגבילה לעתים. לעתים כדאי להתחיל טיפול אופטימלי ממקום צנוע יותר, אבל נחוש ובטוח. למשל, אם מדובר בהתחלת טיפול ממושך, מי ישלם עבור הטיפול? העלות היא גם גורם במקום הטיפול. או למשל, אם מדובר בטיפול לנער מתבגר, חשוב להתחשב במקום הגיאוגרפי ובנגישות המטופל אל המטפל. דווקא בשל העובדה שטיפול הוא מהלך כל כך משמעותי בחיי המטופל, שטומן בחובו לצד ההקלה גם קשיים ופחדים משינוי, כדאי לשאוף לתנאים כמה שיותר נוחים ומתאימים למטופל כדי להגביר את ההתמדה והסיכויים להצלחת הטיפול. בשלב זה כדאי, אם כן, לערוך שיקולי רווח מול הפסד, טובת המטופל ובחירתו. כאן ראוי לנהל עימו דיון לגבי האפשרויות השונות מתוך עקרון השקיפות ומתוך עמדה שוויונית ולא פטרנליסטית ומתנשאת. זה לא אומר שעמדת המטפל צריכה

להיות סימטרית לזו של המטופל. להפך, עדיין מדובר במטופל שבא לבקש שירות מאיש מקצוע האמור להעניק אותו. במסגרת זו יביע המטופל את דעתו המקצועית מתוך נסינו, אולם השוויוניות אמורה להתבטא בשיתוף בריאולוג ובהכרת ערכו של המטופל כשותף פעיל ובעל אחריות להחלטתו.

איך לבחור מטפל

מקצוע המטפל – מאיזה מקצוע כדאי לבחור מטפל? כאמור, לכל מקצוע תרומה ייחודית משלו ויש להתאים את תחום מומחיות המטפל לצורכי המטופל. מתי כדאי לפנות למערכת של בריאות הנפש ולא למטפל יחיד? במקרים של פסיכופתולוגיה כבדה, כמו מטופלים הסובלים ממחלות נפש או הפרעות אישיות קשות ביותר, בעלי התפרצויות, נסינות אובדניים או התנהגות אלימה. מערכת פסיכיאטרית שבתוכה קהילה טיפולית כמו מחלקה או מרפאה, הסללת צוות הרב מקצועי, הנגיש ברמה ימיומית, תוכל לטפל ולהכיל את המטופל בצורה המיטבית. דוגמה: אורה, בת 38, אם חד הורית המאובחנת כהפרעת אישיות גבולית. תפקודה הכללי ירוד וכוללות בעיות קשות בקשר עם בתה בת התשע, שלמרות שאוהבת אותה, הטיפול בה גובל לעתים בהזנחה ונפול בעיקר על הוריה המבוגרים. היא סובלת מהתפרצויות זעם, נהגת ברכבה בחוסר זהירות. אורה מטופלת בטיפול תרופתי על ידי פסיכיאטר, בטיפול בפסיכותרפיה על ידי עובדת סוציאלית, ובתה מטופלת במרפאת ילדים בפסיכותרפיה. במהלך הטיפול באורה מעורבים גורמי רווחה, גורמי חוק ועוד.

במקרים של פסיכיאטריה רכה, למשל כשמטופל רוצה לעשות שינוי בחייו או להכיר ולהעשיר את עולמו הפנימי, הנטייה תהיה פנייה לפסיכולוג. נפנה לפסיכיאטר כאשר הטיפול נסוב בעיקר סביב תרופות.

לדוגמה: דויד, איש עסקים בן 60, פונה לטיפול בשל דיכאון. לאחרונה נערכו חילופי תפקידים בעבודה והוא חושש למעמדו. בעברו אח שנהרג במלחמת יום כיפור. בתהליך ההערכה אומר בהחלטות שאינו רוצה "לחפור" ומעוניין בהטבה מיידית. המטפל מפנה את דויד לטיפול אצל פסיכיאטר.

מתי כדאי לפנות לטיפול באמנות? במקרה של מטופל המתקשה לדבר ולהתבטא, ננסה לעזור לו להביע את עצמו בדרכים לא מילוליות. או להפך, לעתים מטופלים שמתבטאים באופן מילולי בצורה מבריקה אך לא רגשית, נארג אותם להתבטא דווקא דרך ציור, נשימות או תנועה. בתחום קיימות טכניקות מגוונות כגון משחק תפקידים בפסיכודרמה, שבעזרתן ניתן לחוות במקום לדבר על הדברים.

דוגמה: שולה, בת 37, עובדת כפועלת ייצור במפעל ואחראית ועד העובדים. בעלת תפקוד גבוה. זה כמה חודשים היא נמצאת באי שקט קשה, מתקשה לישון, ומאשה בריאה וחזקה שלא ביקרה אצל רופא המשפחה כלל, הפכה למדוכאת והיא פונה לרופא המשפחה שוב ושוב בחשד למחלות אצל אחד מילדיה. היא מופנית על ידי הרופא לקבוצת טיפול באמנות במרפאת קופת החולים בקהילה. בפגישה הראשונה שולה מתבקשת להציג את עצמה על ידי ציור של כרטיס ביקור שלה. היא מציירת את משפחת המקור שלה: את הוריה שנפטרו לפני שנים, את עצמה ואת ששת אחיה. אולם, לידם היא מציירת שני עיגולים לא ברורים ומשקיעה בציור זמן רב. כשהיא מספרת על הציור שלה, היא אינה מתייחסת לעיגולים והמטפלת שואלת אותה עליהם. שולה מספרת שאמה ילדה עוד שני ילדים, שמתו בעודם תינוקות. זה היה לפני שנולדה, לכן לדבריה הדבר לא משמעותי לחייה. היא זוכרת שאמה סיפרה לה שכשהתינוקות היו חולים, ביקשה מהאב לרוץ איתם למרפאה במעברה ולהתחנן לרופא שיציל אותם, אך זה לא עזר והם מתו בבורעותיה. האם היתה אז בת גילה של שולה כיום. בהמשך דבריה מתברר שבחודשים האחרונים שולה מנסה להיכנס להריון ללא הצלחה. הציור אפשר לשולה לעקוף הגנות ולחשוף חלקים מאימים הגורמים לה מצוקה, כמו החרדות שילדיה עלולים לחלות ולא יקבלו טיפול ראוי ולכן היא צריכה לדאוג למנוע את מחלתם. וכן, הדאגה שאם תיכנס להריון, התינוק עלול למות כמו שקרה לאמה כשהיתה בגילה. יש לזכור שהכלי של ההבעה והיצירה בטיפול באמנות עד כמה שיהיה בעל כוח, מהווה רק נקודת התחלה בתהליך הטיפולי.

דוגמה: יעקב סובל מסכיזופרניה. בעל לקיני ניכר. בעברו היה מדרוך לריקודי עם.

הוא מאושפז במחלקה פסיכיאטרית, מסוגר בעצמו וכמעט אינו מגיב לסביבה. באחד המפגשים של קבוצה טיפולית בתנועה הושמע שיר ריקודי עם ידוע, כאשר ההנחיה היתה לנוע בתנועה חופשית. יעקב קם ממקומו לאיטו ולתדהמת כולם החל לרקוד בחינניות מדהימה עם תנועות מדויקות ובקצב מעולה. ההבעה בתנועה אפשרה לו לבטא ברמה הגופנית יכולות ותחושות מעברו, שביטויים לא התאפשר עוד בכלים הוורבליים.

מאפייני המטפל – כיוון שטיפול פסיכולוגי מתרחש במרחב הקשר בין המטפל למטופל, הרי שאישיות המטפל ומאפייניה רלוונטיים להצלחת הטיפול. לכן, יש מטופלים שלמשל יבחרו דווקא במטפל גבר, או מטופלים דתיים שיבחרו מטופלים דתיים, או דווקא חילונים. מעניין להזכיר שארמיניו ורומינה (Gius & Coin, 2000) מצאו במחקרן שאמונות הפסיכולוג וערכיו משפיעים על תפקודו כמטפל ועל הידע המקצועי שלו. לדעתן, יש מעט עיסוק בכך כיוון שהתרחקות בסובייקטיביות של המטפל והצבתה במרכז השיח הציבורי מהוות איום על תפישת המקצועיות והמהימנות המקצועית של המטפל כאיש מקצוע מדעי. יש לציין כי שאלת השפעת ערכי המטפל על התנהגותו חריפה עוד יותר לאור מסקנת מחקרים שונים, לפיה מטופלים מושפעים ממערכת הערכים של המטפלים שלהם, כך שנמצא שבקבלם טיפול רפואי או פסיכולוגי מתרחש אט אט שינוי במערכת הערכים המוסרית שלהם המתקרבת לזו של מטפלים (Gius & Coin, 2000).

מאפייני הבעיה ויעדי הטיפול – כפי שניתן לראות מהאמור לעיל, אין טיפול אחד טוב. הבחירה תלויה במטרות הטיפול, עבור מי ובאיזה זמן.

דוגמה: רועי הוא ילד בן עשר הסובל מהפרעות התנהגות קשות. בתהליך ההערכה מתברר שאחד המוקדים בבעיותיו הוא הדחיה מאמו. האם מתייחסת אליו בחוסר סבלנות בולט בעיקר בהשוואה ליחסה כלפי בתותיה. היא דורשת ממנו עזרה במטלות הבית, מענישה בעונשים מוגזמים וקצרת רוח לבקשותיו. בשיחה עם האם היא מספרת שאכן מאז שרועי נולד היא מתקשה בהורות כלפיו ומקשרת זאת לקשיים שלה עם אביה. בסוף תהליך האבחון, כשהתמונה היתה ברורה, עלו כמה אפשרויות לטיפול: ראשית, מוצע טיפול פרטני ברועי כדי לשקם את הדימוי העצמי שלו ולעבד את הדחיה שעבר מאמו וכן לשפר את הסתגלותו במשימות ההתפתחותיות שלפניו. בנוסף מוצע לאם טיפול פרטני שבו תוכל לעבד את יחסיה עם משפחת המקור שלה ולהקטין את השלכותיהם על יחסיה עם בנה. למרות שהאם היתה מעוניינת לטפל בעצמה, בשיחה עימה עלה כי היא חשה מאוימת מחשיפת רגשות השנאה שלה לבנה, חששה שיאשימו אותה בהזנחה ולא היתה מסוגלת להגיע לטיפול פרטני. לאור זאת הוצע להורים תהליך טיפולי משותף שבו שניהם יעברו הדרכה הורית, תוך הגברת מעורבות האב בתפקוד ההורי, במיוחד לנוכח הקושי של האם עם רועי. בטיפול זה נוצר בהדרגה קשר אמפתי, תומך ולא שיפוטי בין המטפלת להורים, עד שהאם הרגשה בטוחה מספיק על מנת להתחיל בתהליך טיפולי פרטני של הסתכלות פנימית, בירור חוויות מהעבר וקישורן להווה, ובמיוחד ביחס כלפי בנה.

דוגמה נוספת: דויד, בן 38, איש עסקים מרשים ומצליח, שלאחרונה נולד לו בן. במהלך השבועיים האחרונים סבל מהתקפי חרדה, חשב שמדובר בהתקף לב, וממיון נשלח לטיפול פסיכולוגי. הוא מתאר ילדות מאושרת, היה תלמיד בינוני, כשבתחומים של חברה, צבא ועבודה בהמשך חייו הצליח והצטיין. הוא מספר שכשאביו היה עצבני, נהג להכותו בחגורה בקור רוח. הוא לא מייחס לכך חשיבות, כמעט שכח מכך, ואז וגם היום זה אמנם לא סוד, אולם לא דבר שמדברים עליו. במהלך השיחות דויד נזכר בחוויות של השפלה ובעיקר בחוסר האונים שלו מול דמות האב הכוחני והמאיים. כעת, משהפך להיות אב לבן, החרדה עולה ביחס לאיך הוא יתפקד כאב ועד כמה הוא עלול להזיק לבנו. לאחר תהליך ההערכה מוצע לו טיפול תרופתי וכן טיפול CBT, שיביא לשיפור מהיר לפי בקשתו, כך שתפקודו בעבודה לא ייפגע. יחד עם זה מוסברת לו גם האופציה של טיפול דינמי. בעיבוד השיקולים של איזה טיפול להתחיל, דויד מספר שהחוויות של המכות מצד אביו מאד מבודדות מחיי הדימויים, אולם אחת לכמה שנים צפות וגורמות לחרדה גבוהה. לדבריו, הוא עוניין לעבד חוויות אלו אחת

ולתמיד ולהפסיק "לסחוב" אותן כך שיתקפו בצורה לא צפויה. לכן סוכם שבשלב ראשון יתחיל טיפול דינאמי ותיבחן תגובתו לכך. במידה שהתכנים שיעלו בטיפול יפגעו בתפקודו מעבר למידה שיוכל לשאת, ניתן יהיה להוסיף טיפול תרופתי וכן טיפול CBT. הגנתו של דויד, ששירתו אותו היטב כל השנים, התערערו עקב הולדת בנו. גם בטיפול היה צורך לשמור על ההגנה ולעבוד באיטיות, צעד אחרי צעד, כדי לחזור לאיזון ולשיווי משקל מחודש לאחר כל פגישה טיפולית. בטיפול היו מרכיבים של עבודה על אמונות שליליות וגם מרכיבים של שיטות הרפיה כדי לשלוט על התקפי החרדה. כעבור כמה חודשים חלפו התקפי החרדה כמעט לחלוטין ודויד בחר להמשיך בשיחות בנושא הווגיות. זאת, על רקע השינוי שעבר בטיפול אשר השפיע גם על הקשר הווגי: מאדם המפגין ביטחון עצמי, החלטיות וסמכותיות, הוא הפך למבטא חלקים רכים יותר, חששות, לעתים פחדים. שינוי זה חייב הסתגלות גם מצד אשתו של דויד. כעבור כמה חודשים נוספים הוא חש שמצבו טוב ויציב והחליט לסיים את הטיפול.

האם הטיפול שאנו מציעים יעיל

בעידן של החולה במרכז, כשהטיפול אמור לשרת אותו ואת צרכיו, וכן בעידן של צרכנות, כשכל השקעה דורשת זמן וכסף והמידע מהרשת נגיש לכל מטופל לעתים יותר מהר מאשר למטפל, גובר הצורך בכך שהטיפול שאנו מציעים יהיה יעיל ונתמך ראיות.

טיפול ה-CBT הוא בעל יעילות מוכחת (למשל, 2004, Eysenck) ולכן אטיחוס בדברי הבאים לטיפול הדינאמי. לדברי קורטנה (2010, Cortina), בדורות האחרונים יצא שם רע לפסיכותרפיה הדינאמית בגלל נקודות המיוחסות לה וכן בשל חוסר העניין של אנשי המקצוע הנמנים על גישה זו בתיקוף ההנחות המרכזיות שלהם או בבדיקת יעילות הטיפול הדינאמי בהשוואה לשיטות פסיכותרפיה אחרות. חוקרים מעוניינים להכליל ממצאים ותובנות שהתקבלו ממקרה יחיד לאוכלוסיות רחבות יותר, ואילו למטפלים הדינאמיים יש, בדרך כלל, עמדה ספקנית ואף עוינת לעתים כלפי ניסיון כזה בהדגישם את נקודת המבט והחוויה הייחודית של כל פרט ופרט. למרות זאת, בזמן האחרון נעשה תיקוף מחקרי להרכה מהנחות היסוד המרכזיות של המודל המורכב, השכבתי של הנפש, שמהווה את הבסיס לטיפול הפסיכואנליטי. אלו כלולות את קיומם של תהליכים לא מודעים, תהליכים רגשיים, תהליכים של הגנה ותהליכים התפתחותיים וחברתיים. לכל ההנחות הללו יש כעת הוכחות מחקריות רחבות ועמוקות שמגיעות משטחים ומגופי ידע שונים שאינם בהכרח מושפעים וקשורים לפסיכואנליזה, כמו למשל טכנולוגיות חדשות מתוחכמות של הרמיות מוח. שיטות וכלים אלה יכולים היום לחקור לעומק באופן שיטתי את מורכבות התהליכים המתרחשים בטיפול דינאמי ולתקף אותו. הוכחות אלו תומכות בתחייה של התיאוריה והטיפול הפסיכואנליטיים ולטיפול הדינאמי שנשען עליהם, לה אנו עדים היום. לצד זאת, עדיין קיימות אמונות בקרב מטפלים ואנשי אקדמיה, לפיהן המושגים והטיפול הפסיכודינאמיים חסרים תמיכה מחקרית, או שטיפולים אחרים יעילים יותר (2010, Shedler).

בשנים האחרונות התפתחה שיטה סטטיסטית של ניתוחי מטה-אנליזה שבה משווים תוצאות של מחקרים רבים השונים זה מזה. מהשוואה של תוצאות טיפול דינאמי מול טיפולים אחרים נמצא במספר מחקרים שהמדד שמצביע על יעילות הטיפול שווה בטיפול דינאמי לזה המדווח לגבי טיפולים לא דינאמיים שנחשבים למבוססי ראיות. למשל, מטה-אנליזה שנעשתה ב-2006 וכללה 1,431 מטופלים, או מחקר שפורסם ב-2008 ובדק יעילות של טיפול דינאמי ארוך טווח של שנה לפחות, לעומת יעילות טיפול דינאמי קצר טווח, להפרעות נפשיות מסוגים שונים, והראה יעילות ככל שהטיפול היה ארוך יותר. יותר מכך, מחמישה מחקרי מטה-אנליזה בלתי תלויים עולה שלעומת טיפולים אחרים לא דינאמיים ומבוססי ראיות, שבהם לאחר סיום הטיפול ההישגים יורדים, הרי שבטיפולים הדינאמיים, ההישגים מחזיקים מעמד וחלק מהם אף ממשיך להשתפר גם זמן רב לאחר סיום הטיפול, במטופלים שסבלו מדיכאון ומחרדה (2010, Shedler).

תמיכה מחקרית מגיעה גם מתחום חדש יחסית הנקרא נייורופסיכואנליזה, הבוחן את יחסי הגומלין בין מושגי הפסיכואנליזה לבין מדעי המוח. במחקרים בתחום נמצא שפעילות יתר באזורים המוחיים של מטופלים הסובלים מדיכאון דעכה עם חלוף הדיכאון, הן כאשר ההחלמה מן הדיכאון הושגה בעזרת פסיכותרפיה והן כאשר היא הושגה בעקבות מתן תרופות נוגדות דיכאון (יורם יובל, 2007). בנוסף, בשורת מחקרים נמצא שגם בטיפולים לא דינאמיים מטפלים משתמשים למעשה בטכניקות ובתהליכים שמהווים את הליבה של טיפולים דינאמיים (2010, Shedler).

מה יכול הפסיכולוג הקליני להציע בבריאות הנפש

פסיכולוגים קליניים, של מבוגרים ושל ילדים כאחד, עוסקים באבחון ובטיפול פסיכולוגי בשיטות שונות, בגישות שונות ובהפרעות שונות.

אבחון – ייחודו של הפסיכולוג הקליני הוא באבחון. אבחון פסיכולוגי כולל סוללה של מבחנים המועברים בכמה מפגשים אישיים ומהווים כלים לבדיקה של תחומים שונים באישיות ובעולם הרגש של האדם. המבחנים השונים הם כלים בעלי רגישות שונות ופונים לרבדים מודעים וקוגניטיביים או לרבדים פחות מודעים של האדם. כך יוצרים מעין מיפוי, תהליך הערכה מקיף, יסודי ומעמיק שבסופו מתקבלת "תמונה פסיכולוגית", מעין רנטגן של הנפש, או של החלק המנטלי. האבחון מאפשר קבלת מידע על מבנה האישיות, כוחות, חולשות, רמת השליטה בדחפים, צרכים עיקריים, מוקדי קונפליקטים, אופן תפישתו של האדם את המציאות, יכולת הזיכרון והיכוח שלו, הדרך שבה הוא יוצר קשר עם אנשים, כושר השיפוט שלו ועוד. מבחן הרוורש, למשל, בודק מוקדי קושי, חרדות, סגנון ההתקשרות עם הזולת ואיכות היחסים, קונפליקטים פנימיים, דרכי התמודדות עם קשיים וגורמים לא מודעים המשפיעים על התנהגותו, מחשבותיו ורגשותיו של האדם; מבחן הווקסלר למדידת רמת המשכל כולל גם חלקים מילוליים וגם חלקים ביצועיים; מבחן ה-TAT הוא מבחן השלכתי הבוחן גם התנהגותיות ובחירות לא מודעות וכן צדדים אישיות כגון הצורך בהישגיות או בכוח, היכולת ליצירת אינטימיות והיכולת לפתור בעיות; מבחן הבגד מיועד להערכה של תפקודים נייורולוגיים וגרופומטוריים ויכולת התמודדות במרחב; מבחן ה-MMPI הוא שאלון אישיות רב-שלבי שנועד לגלות פסיכופתולוגיות והפרעות בהתנהגות; ועוד.

יש לציין שיש המבקרים את האבחונים בכך שהם חסרי תקפות והמהימנות. ברצוני להדגיש שאבחון אינו עומד בפני עצמו אלא תמיד מלווה בראיון, ולעתים במקורות מידע נוספים. רק אינטגרציה של כל אלה יכולה לתת תמונה מקיפה על האדם. ביקורת נוספת היא שלעיתים הפסיכולוגים מתרכזים בבעייתיות של האדם ומתארים קשיים נורמטיביים כאילו מדובר בסטייה קשה. כדאי לזכור שוב שאת תוצאות האבחון יש לשקלל עם התמונה של התפקוד במציאות ועם מערכת הכוחות של האדם.

אבחון נערך במצבים שהאבחנה אינה ברורה דיה, או כדי להחליט על הטיפול המתאים ביותר. בנוסף, לעתים יש צורך באבחון לבדיקת מסוגלות הורית, או כחלק מנהל משפטי לקביעת מסוכנות האדם או האחריות הפלילית של אדם שביצע פשע.

מהו ייחודו של הפסיכולוג הקליני כמטפל

האם יהיה הברל בין טיפולים של פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי המגישים אותו טיפול? האם יש ערך מוסף לפסיכולוג? לכל מקצוע טיפולי דגשים ויתרונות משלו, והמפתח הוא בהתאמת כישורי המטפל לצורכי המטופל. אשר לפסיכולוג, טענתי היא שהייחוד של הפסיכולוג נעוץ בהכשרתו הארוכה והיסודית בתחום הספציפי של הטיפול הנפשי, ובמקצועות אחרים זמן ההכשרה קצר יותר או מוקדם גם לממדים גופניים או סוציאליים.

לפסיכולוג הכשרה רב ממדית שכוללת מחד למידת פסיכופתולוגיה, מרכיבים רפואיים, מחקר ביופסיכולוגי עם התייחסות לממדים גופניים ומוחיים, ומאידך הכשרה בתחום של הטיפול הנפשי. במקביל, מתחילת החינוך המקצועי שלו, הפסיכולוג מתחנך לראות באישיותו עצמה כלי טיפולי. דהיינו, לפתח את המיומנות הרפלקטיבית וההתבוננות על ממדים כגון הטרגספרנס

הרהורים על השאיפות לעתיד

כפסיכולוגים, יש בידנו כלים יעילים ורבי עוצמה אשר כדאי להשתמש בהם גם מחוץ לחדר הטיפול, למטרות שונות ובשטחים שונים, כמו למשל פיתוח יחסי גומלין ועניין משותף עם מקצועות בריאות נוספים, השפעה בפוליטיקה במערכות של ניהול מחלות ומדיניות ציבורית של בריאות, או השתתפות בוועדות רב-מקצועיות בפריקטים שונים (Schneller & Ott, 1996; DeLeon et al., 2003; Drum & Sekel, 2003). מטרה אחרת היא פיתוח מרכזים לבריאות הנפש בעלי גישה של החולה במרכז, שבהם יעברו פסיכולוגים ואנשי בריאות הנפש יחד עם רופאים במתן טיפול גופני ונפשי משולב. הדבר עשוי לסייע בפתרון מצב מדאיג, לפיו חולי נפש חיים כיום כ-25 שנים פחות מן הממוצע הארצי באוכלוסיה הכללית (Peterson, 2003).

כמו כן, ראוי להציב את הפסיכולוגיה בקו הראשון של הרפואה, לצד רופא המשפחה, ולעסוק בשינוי התנהגות בריאות בקהילה (Frank, Farmer, & Klapow, 2003). על הפסיכולוגיה לעסוק בבריאות ולא רק בחולי. עלינו לעסוק בפסיכולוגיה חיובית, חזקות והתערבויות "בריאות", כמו למשל להיות מעורבים בהתמכרויות לעישון, חוסר פעילות גופנית והשמנה בהדרכת הורים ומורים (Bray, 2010). בנוסף, רצוי לדעת לפתח את יחסי גומלין בין פרקטיקה לאקדמיה כדי לפתח את זהות הפסיכולוג כמטפל-חוקר המסתמך על ידע ומדע, ולא רק כבעל מיומנויות הנותן שירות (DeLeon, & all, 2003).

לסיכום ובנימה אישית, בטיפול בנפש האדם מוטלת על הפסיכולוג אחריות ומחויבות. הפסיכולוג עובד בצורה ישירה ובלתי אמצעית עם המטופל, מה שמחייב שכלול של המיומנויות הבין-אישיות של האינטראקציה באופן מתמיד, כך שנהיה במיטבנו, רעננים, פרודוקטיביים.

הטיפול הוא קשר אנושי מקצועי שבו אני כפסיכולוגית שותפה לפרויקט שהוא רוחות המטופל וקידומו. צרכי במרכז, וההתנהלות הטיפולית נגזרת מכך. בהתאם לזה יש לבדוק איתו מה הוא רוצה, לא לקחת דבר כמובן מאילוי, ולברר שוב ושוב את כוונותי. לעשות זאת בשקיפות ולתת את הבחירה בידי בכל רגע. המטופל מגיע לטיפול כדי לעבור תהליך הדורש השקעה עצומה מצידו. אני אמורה לאפשר לשנינו להימצא בחדרי החדרים של נפשו, מתוך שתי עמדות בו זמנית. מעמדה של זהירות ועדינות, שהרי זהו אזור מלא סיכון, ומעמדה של אמונה ותקווה, שהרי זהו אזור מלא סיכוי.

דברים אלה מבטאים את דרך ההסתכלות שלי ומשקפים את התפתחותי המקצועית ואת המקומות שבהם "גרת" בתקופות שונות בהתפתחותי כאיש מקצוע וכאדם. אני משערת שיש שידורו ויש שיחלקו על הנכתב. אני מקווה שבכל מקרה, כל עוד ניתן יהיה לקיים דיאלוג על הדברים, ייתרם השיח המקצועי בסוגיות החשובות הדנות בתפקיד הפסיכולוג הקליני בבריאות הנפש.

ד"ר מיכל פרנק-קדרי, פסיכולוגית קלינית מדריכה, מטפלת באמנות

(M.A., ATR), חברה בוועדת אתיקה במרכז לבריאות הנפש גהה, השלוחה הישראלית של אוניברסיטת לסלי, קליניקה פרטית כפר סבא

וקאונטרטרנספרס. רוב הפסיכולוגים עוברים בעצמם טיפול נפשי וחווים בגוף ראשון את חווית המטופל. כמו כן, הדרכות צמודות נמשכות שנים ארוכות, החל מתחילת דרכו של הפסיכולוג הצעיר ועד לאנשי המקצוע הוותיקים. לדעתי, למרות שקיים שטח חופף בין טיפולם של אנשי מקצוע שונים, יכול להתבטא גם שוני ביניהם. גם אם פסיכיאטר ופסיכולוג יטפלו שניהם בגישה דינאמית, עדיין יהיה ביניהם הבדל בשל הליכה המקצועית השונה, הבסיס שעליו נשען החינוך המקצועי שעל גביו נערכה ההכשרה המקצועית המתקדמת. גם אם במסלול ההכשרה המקצועית מגיע שלב בהכשרה המקצועית המתקדמת יותר, שבו הפסיכולוג ואנשי המקצוע האחרים עוברים אותה הכשרה, כמו בתי ספר לפסיכותרפיה שבהם לומדים פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים, עדיין לדעתי החומר הנלמד עובר אינטגרציה עם הזהות המקצועית הבסיסית שעוצבה בתחילה והיא שצובעת את הטיפול בפועל בצורה שונה.

דוגמה לכך יכולה להתבטא בתפישותיהם הבסיסיות השונות של רופאים ופסיכולוגים. דובל (Double, 2001), פסיכיאטר במקצועו, מאיר שוני זה בטענתו כי הפסיכיאטרים חונכו בתפישת רפואית, לפיה חוסר רדאות הוא ביטוי לבורות ולחולשה, ולעובדות ולידע יש עדיפות על פני אומץ והערכה. לדבריו, תפישה זו טובה ברוב שטחי הרפואה, אולם בפסיכיאטריה היא מהווה מגבלה, כיוון ששם המטופלים מבטאים את הרצונות שלהם ואת טראומות העבר בדרכים מעורפלות. מעניין לציין שמגד פטרסון, שהוא רופא משפחה, גורס כי מה שמייחד את הפסיכולוגים משאר המטפלים הוא דווקא הבסיס המדעי שלהם. בלעדיו, לדבריו, הם היו עוד מקצוע של נותני שירות, או נותני שירות מסחרי (Peterson, 2008). כך, על פי תפישה אחת, הפסיכולוגים לעומת הרופאים אינם רואים יותר ביחס לשאר המטפלים, לדעתי, הפסיכולוגים משלבים את שתי מדעים יותר ביחס לשאר המטפלים. לדעתי, הפסיכולוגים משלבים את שתי נקודות המבט בעבודתם ומכאן גם ייחודם. הם עובדים בתחום הנפש, אולם כחלק מהגוף ותוך התייחסות למרכיבים גופניים, וכן בונים בסיס משמעותי לעבודה בהשתמשם באישיותם ככלי.

כדי להיות פסיכולוג קליני דרושות שנות השקעה רבות, שלמעשה אינן מסתיימות. האם הדבר מוצדק? לדעתי, כן. הרי לא נשאל אותה שאלה על רופא שמתמחה בניתוחי כבד למשל, ומובן מאילוי שמקובל שייסע להתמחות במקומות המצוינים בעולם. לדעתי, הפסיכולוג עובד בתחום לא פחות מורכב ומתוחכם – הוא מטפל בנפש. לכן, ההשקעה במטפל הכרחית על מנת להבטיח טיפול מיטבי.

יש לציין שבשנים האחרונות קיימת מגמה במדינות מסוימות להרחיב את סמכות הפסיכולוגים למתן תרופות (Snyder & Elliott, 2005). חילוקי הדעות על כך רבים בין הפסיכולוגים לבין עצמם, ומזכירים את הוויכוחים בשנות ה-60 של המאה הקודמת, בין הזרם הפסיכואנליטי לבין הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית שהלכה והתפתחה. ברי מזכיר את דברי ויליאם גיימס, נשיא הסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית משנת 1879, שהתייחס לרעיונות חדשים וטען שבתחילה הם נחשבים למגוחכים, לאחר מכן טריוויאליים ולבסוף הם מהווים משהו שכולם מסכימים על קיומו ומודים ביתרונותיו (Bray, 2010).

.....(רשימה ביבליוגרפית).....
Frank, R.G., Farmer, J., & Klapow, J. (2003). The relevance of health policy to the future of clinical health psychology. In S. Llewellyn & P. Kennedy (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 547–561). Oxford, UK: Wiley.
Gius, E., & Coin, R. (2000). Ethics between norms and values: A study of Italian psychotherapists. *European Psychologist*, 5(4), 326.
Peterson, D. R. (2003). Unintended consequences: Ventures and misadventures in the education of professional psychologists. *American Psychologist*, 58, 791–800.
Peterson, S.M., & Phillips, R.L., & Bazemore, A.W., & Doodoo, M.S., & Zhang, X., & Green, L.A., (2008). Why there must be room for mental health in the medical home. *American Academy of Family Physicians*, 15, 77(6), 757.
Schneller, E.S., & Ott, J.B. (1996). Contemporary models of change in the health professions. *Hospital & Health Services Administration*, 41, 121–136.
Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, American Psychological Association.
Snyder, C. R. & Elliott, T. R. (2005). Twenty-First century graduate education in clinical psychology: A four level matrix model. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1033–1054.
Trull, T.J., Durand, V.M., & Barlow, D.H. (2006). *Introduction to clinical psychology*. Belmont, CA: Thomson.

יובל, י. (2007). צילול של האובייקט - על המידעפסיכואנליזה של חדרה, אובדן וצער. תקציר הרצאה שניתנה בפני המכון הפסיכואנליטי ע"ש אייזנמן בירושלים ומכון המוח לחקר רגשות - אוניברסיטת חיפה.
Bray, J. H. (2010). The Future of Psychology Practice and Science. *American Psychologist*, 65(5), 335–369.
Cortina, M. (2010). The Future of Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatry*, 73(1), 43–56.
DeLeon, P.H., & Hagglund, K., & Ragusea, S., & Sammons, M., (2003). Expanding roles for psychologists in the twenty-first century. In G. Stricker & T.A. Widiger (Vol. Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 551–568). New York: Wiley.
Double, D. B. (2001). Can psychiatry be retrieved from a biological approach? *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 1, 28–31.
Drum, D.J., & Sekel, A. (2003). Health care marketplace in the United States. In G. Stricker & T.A. Widiger (Vol. Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 511–531). New York: Wiley.
Eysenck, M. W. (2004). Applied Cognitive Psychology: Implications of Cognitive Psychology for Clinical Psychology and Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 393–404.

ריפוי בעיסוק - תרומה, יעילות והשפעה

על ייחודיות מקצוע הריפוי בעיסוק בשילוב תפישות חדשות בהתערבויות טיפוליות בבריאות הנפש

אורלי בוני, ד"ר לנה ליפסקה, דורית חיים-ליטבסקי, ד"ר נעמי הדס-לידור

עקרונות מנחים ומושגים בסיסיים בעבודת הריפוי בעיסוק

ריפוי בעיסוק הוא מקצוע טיפולי-שיקומי, מקבוצת מקצועות הבריאות. מקצוע זה שואב את הידע ממדעי העיסוק, הרפואה, החברה וההתנהגות (משרד הבריאות, 2006).

השינוי שחל בעולם במעבר מהמודל הרפואי למודל החברתי בשילוב המודל הביז-פסיכו-סוציאלי, התקבל באופן טבעי בתיאוריה ובפרקטיקה של מקצוע הריפוי בעיסוק. בד בבד עם אימוץ מודלים רפואיים ושיטות מדעיות רדוקציוניסטיות, שומר מקצוע הריפוי בעיסוק על ראיית האדם בתפישה כוללת (הוליסטית), על חשיבות ההקשר למסגרת התרבותית-חברתית שממנה בא האדם ועל מרכזיות העיסוק ככלי מהותי לשיפור בריאותו. כל זאת מתקיים תוך ניתוח והבנת מושג העיסוק, משמעותו ויישומו בתחומי החיים השונים (זק"ש, 2002; Kielhofner, 2002; 2001; Hadas Lidor & Katz, 1993).

המונחים שבבסיס האבחון והטיפול של מקצוע הריפוי בעיסוק הם "אדם", "עיסוק" ו"סביבה", כאשר כל אחד מהמונחים הללו מנותח לעומק (ילון-חיימוביץ ושות', מתע"מ, 2006). שילוב והתאמה בין שלושת המונחים מאפשרים ביצוע עיסוקי אופטימלי (Law, Steinwender, & Leclair, 1998), כמו גם מאפשרים למרפאים בעיסוק להבין את השלכות המחלה ו/או המגבלה על תפקודי היומיום של האדם ומהווים בסיס לבניית תכנית התערבות-טיפולית המבוססת על חשיבה קלינית.

בניית תכנית התערבות כוללת קביעת מטרות תפקודיות ומדידות, קביעת תדירות קבלת השירות, משך קבלת השירות, בחירת סוגי ההתערבות וסוגי הפעילויות שבהן ניתן להשתמש להשגת המטרות, תוך הקפדה על מדדי תוצאה (ילון-חיימוביץ ושות', מתע"מ, 2006). מטרת העל בהתערבות טיפולית בריפוי בעיסוק היא לסייע לאנשים למצוא את הדרך למעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה עבורם, על מנת לאפשר להם להשתתף במארג החיים מתוך אמונה כי מעורבות בעיסוקים מקדמת בריאות ורווחה אישית (ילון-חיימוביץ ושות', מתע"מ, 2006; Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 1997). הנחת היסוד היא שפעילות אקטיבית במגוון עיסוקים מקדמת ותומכת בבריאות פיזית, קוגניטיבית ורגשית; ולהפך, חוסר פעילות מוביל להידרדרות ולחוסר תפקוד (Kielhofner, 1997).

התוצאות המצופות של ההתערבות כוללות, בין היתר, שיפור הבריאות הכללית של האדם, מניעת פגיעה או מוגבלות והעלאת רמת הסיפוק של האדם ומשפחתו. שיפור איכות חיים, העלאת התפישה העצמית ותחושת האנרגיה והחיות מובילים את האדם להיות משתתף פעיל בקהילתו לשיעור רצונו, תוך

"עיסוק הוא זכותו של אדם וחוסר בעיסוק שקול להפרה של זכויות אדם"
Recovering ordinary lives, 2006

במאמר זה בחרנו להתייחס להתערבויות בתחום בריאות הנפש הנסמכות על השינוי המהותי שחל בשנים האחרונות בתפישת האדם עם מוגבלות, דרכי ההערכה והטיפול בו. שינוי זה בא לביטוי בתפישות מרכזיות המובילות היום בעולם הבריאות, המשלבות היבטים בריאותיים וחברתיים גם יחד. מביניהן בחרנו להתמקד בסיג ICF, תפישת ההחלמה, גישת "הלקוח במרכז" והדרך שבה תפישות אלו משתלבות במודלים הממוקדים בעיסוק האנושי, המודלים הבסיסיים המובילים את מקצוע הריפוי בעיסוק. מושגים בסיסיים מתוך תפישות חדשות אלו היו כבר קיימים במונחי היסוד המובילים את התיאוריה והפרקטיקה של מקצוע הריפוי בעיסוק, תוך שהם מעצבים את האפיון והתרומה הייחודיים של המקצוע בהערכה, באבחון ובדרכי ההתערבות הטיפולית.

התפתחות עולם הרפואה והתרופות מאפשרת היום לאנשים עם מוגבלות נפשית לחיות לאורך זמן תוך הקלה בסימפטומים פעילים של המחלה, מניעת אשפוז או הפחתה בזמן שהות בבית חולים, כמו גם הפחתה בסיכון להוספיטליזציה (Cook, et. al., 2009). כל זאת אינו מספיק כדי לנבא או ליצור שינוי במדרגם שונים הקשורים בבריאות, תפקוד, שביעות רצון ואיכות חיים וכן למנוע היווצרות מוגבלויות אשר להן השפעה ישירה על יכולת האדם להשתלב בקהילתו.

חשוב לזכור כי כאשר מדובר על אוכלוסיית האנשים עם המוגבלויות הנפשיות, מדובר על אנשים עם מגוון אבחנות ומצבי בריאות. עם זאת, ככל שהמחלה נמשכת זמן רב יותר, לחלקם נוצרים חסכים קוגניטיביים, חברתיים ורגשיים שעלולים לגרום לחוסר אנרגיה וחוסר יכולת ליוזם ולקיים פעילויות תכליתיות. אנשים עם מגבלות נפשיות חווים, באופן זמני או קבוע, קשיים בטיפול עצמי, בהשתלבות חברתית ותעסוקתית (Cook, et al, 2009).

תחום בריאות הנפש הוא אחד התחומים שבמהלך השנים התפתחו בו הבנות, תפישות חדשות, גישות, טכנולוגיות וכלים - החל מהפיתוח הפסיכו-פרמקולוגי, טיפולים פסיכו-דינאמיים, טיפולים פסיכו-חברתיים ועד טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים, קוגניטיביים-דינאמיים ואחרים.

קיימת חשיבות רבה ללוות מהלך זה בהערכה וחקירה לביסוס ראיות מחקריות, המוכיחות יעילות והשפעה על תהליך ההחלמה של אנשים עם מוגבלות נפשית ומידת המעורבות וההשתתפות הפעילה שלהם בכל תחומי החיים, כמדרי תוצאה להצלחת ההתערבות המקצועית.

שהוא מצליח להגיע לאיזון בחיי היומיום בין פעילות, פנאי ומנוחה. מטרות ודרכי התערבות אלו משתלבים במטרות המוצהרות של כלל שירותי הבריאות, שזן: שיפור איכות שירותי הבריאות, העלאת רמת הסיפוק של הלקוח, שימוש מותאם בשירותי הבריאות, צמצום עלויות, מניעת מוגבלות ולקוח, קידום בריאות ושביעות רצון (Moyer, et al, 1999).

מודלים הממוקדים בעיסוק האנושי בהתערבויות ריפוי בעיסוק

כפי שתואר קודם, ריפוי בעיסוק הוא מקצוע טיפולי ושיקומי, אשר העיסוק האנושי ומרכיביו מהווים את מוקד העשייה בו. השקפת העולם של המקצוע מתייחסת אל יחסי הגומלין בין המרכיבים אדם-עיסוק-סביבה במטרה לקדם השתתפות בעיסוקים, רווחה אישית ובריאות (Cole & Tufano, 2008). לעיסוק האנושי השפעה מכרעת על בריאות ורווחה אישית, כאשר מתקיים יחס ישיר בין היות האדם מעורב בעיסוקים ובין מצב בריאותו ורווחתו האישית (Law, et al, 1998). ההתייחסות היא לאיכויות הטובות באדם, תפקידי חיים, עיסוקים פנימיים וחיצוניים (Intrinsic and extrinsic pursuits) ובחירות של האדם (Cole & Tufano, 2008).

בריפוי בעיסוק מתמקדים בסיוע לאנשים במציאת הדרך למעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה עבורם, על מנת לאפשר להם להשתתף במארג החיים (לון-חיימוביץ ושות', מתע"מ, 2006).

חמש הנחות בסיסיות מנחות את עבודת המרפאים בעיסוק:

1. עיסוק הוא צורך אנושי בסיסי.
2. העיסוק הוא מרכיב הכרחי בחיי האדם.
3. עיסוק מארגן התנהגות.
4. עיסוק נותן משמעות בחיים.
5. עיסוק משפר את איכות החיים של האדם (Reed, 2005).

"ביצוע עיסוק" הוא מונח מרכזי נוסף בשפת המקצוע, אשר מושפע אף הוא מהאינטראקציה בין האדם, עיסוקי והסביבה שבה הוא חי. התערבות טיפולית, הממוקדת בביצוע העיסוק, מכוננת את האדם לביצוע עיסוקים ו/או פעילויות בעלי תכלית ומשמעות עבורו, תוך זיהוי תחומי התפקוד (Performance areas), מרכיבי התפקוד (performance components) והקשרי התפקוד (Performance contexts). תחומי התפקוד כוללים: פעילויות יומיום (Activities of daily living - ADL) כגון: טיפול עצמי, לבוש, אכילה, היגיינה אישית; פעילויות אינסטרומנטליות אחרות (Instrumental activities of daily living - IADL), כגון: הכנת ארוחות, ניהול כספים, ניהול בקהילה; לימודים; עבודה; משחק, בילוי שעות פנאי ופעילויות חברתיות. מרכיבי התפקוד הם האלמנטים שיוצרים ו/או מספקים את היכולת לבצע פעילויות אלו, כגון: אינטגרציה סנסורית-מוטורית, תפקוד נירומוסקולרי, קוגניטיבי, נפשי וחברתי. הקשרי תפקוד כוללים את מרכיבי הסביבה הפנימית והחיצונית של האדם, מצבים או גורמים המשפיעים על יכולת האדם לבצע משימה כלשהי. הקשרי התפקוד יכולים לכלול אספקטים הקשורים לאדם עצמו, או גורמים הקשורים לסביבה.

הביצוע העיסוקי כולל בתוכו שני מונחים, עיסוק ופעילות, אשר יחד מתארים אותם הדברים שהאדם רוצה או צריך לעשות. הביצוע העיסוקי הוא דינאמי ומשתנה לאורך מעגל החיים, כאשר כל אדם מביא עימו, בכל מצב שבו עליו להתמודד, סט תכונות, יכולות אישיות (רגשיות, קוגניטיביות וסנסומוטוריות), נטיות, רצונות, חלומות, חוויות אישיות והתנסויות קודמות.

קיימות מסגרות התייחסות רבות ושונות בריפוי בעיסוק אשר ממקמות את העיסוק כמקור מרכזי בהערכה וטיפול, ביניהן: מודל העיסוק האנושי (Kielhofner, 1995); אדם, סביבה וביצוע עיסוקי (Christiansen, 1997); הסתגלות עיסוקית (Schkade & Schult, 1992); האקולוגיה של הביצוע האנושי (Dunn, et al, 1994); אדם-עיסוק-סביבה (המודל הקנדי) (Law et al, 1998) וגישות עדכניות נוספות (מתוך: זק"ש, 2001). לפי אחרות מהן, המקור לקושי

בתפקוד יכול להיות ברצייה של האדם (Kielhofner, 2002). לפי אחרות, מקור הקושי קשור לתפקוד הקוגניטיבי של האדם (Toglia, 2005), וגישות אחרות מניחות כי הקשיים נובעים מהתאמה לא מספקת בין דרישות הסביבה ליכולות האדם (Christiansen & Baum, 1997).

שיטות ההערכה והטיפול אשר מוצעות על ידי כל גישה יהיו שונות זו מזו, כיוון שהגורם המזוהה כמקדם או כמעכב ביצוע עיסוקי הוא שונה. יחד עם זאת, מוגדרת מטרה משותפת לכל הגישות והיא עידוד ביצוע עיסוקים בחיי היומיום של האדם על פי רצונו ובסביבתו הטבעית (Cole & Tufano, 2008). מכאן, ששאלות רלוונטיות בתהליך ההערכה והטיפול בריפוי בעיסוק הן: מהם העיסוקים שאדם צריך להיות מעורב בהם? מה הוא מעוניין לעשות? מהן הבחירות שאדם עושה לגבי עיסוקי וכיצד הבחירות האלו תורמות לתחושת רווחה אישית?

הדגש על עיסוק, בהקשר של תפקוד ופעילות, תואם למושגים המהווים את המוקד והבסיס לסיווג ICF של ארגון הבריאות העולמי, מודל שאומץ ונטמע בשפה המקצועית של מקצוע הריפוי בעיסוק.

הקשר בין הגדרות סיווג ה-ICF למונחי היסוד של הריפוי בעיסוק

סיווג ICF - International Classification of Functioning, Disability and - WHO (Health, 2001) - הוא מדריך לסיווג ממדי התפקוד, המוגבלות והבריאות. מדובר על סיווג המתאר את תהליך "גרימת מוגבלות" (Disablement), אותו תהליך שמוביל את האדם מסטטוס בריאותי אחד לסטטוס בריאותי אחר והשלכות שינוי זה. הסיווג אינו מייין אנשים על פי מוגבלותם אלא מתאר את הנסיבות שבהן יימצאו אנשים בעלי מגבלה, בקונטקסט הסביבתי שבו הם חיים ובהתחשב בגורמים אישיתיים. גישה זו מייחסת חשיבות לתפקוד האדם עם המגבלה תוך איתור תפקידי הסביבה הפיזית והחברתית של האדם בתהליך גרימת המוגבלות.

לאיתור השלכות השינוי במצב הבריאותי על האדם חשיבות רבה, בהתייחס לעובדה כי מצב של חולי או התפתחות מגבלה מפריע לאדם לממש את יכולתו לבצע אותם תפקידים ותחייבויות המצופים ממנו. הוא אינו מסוגל להתמיד ולמלא את התפקיד החברתי שאלי הוא מורגל ואינו יכול להמשיך במערכת היחסים הרגילות שלו עם אחרים (בוני, הדס-לידור, 2001).

הסיווג, בגירסאות השונות, ציין שלושה ממדים שאליהם יש להתייחס בהערכת כל אדם עם מוגבלות:

ממד הלקות (Impairment) - כל אובדן או חריגה במבנה או בתפקוד הפיזיולוגי, האנטומי ו/או הפסיכולוגי של הגוף.

ממד המוגבלות (Disability), שהוחלף עם השנים לממד הפעילות (Activities) - הפרופיל התפקודי העכשווי של האדם בביצוע פעילויות אינטגרטיביות המצופות ממנו במילוי משימות היומיום.

ממד הנכות (Handicap), שהוחלף עם השנים לממד ההשתתפות (Participation) - משך, טיב והיקף המעורבות של האדם במצבי חיים שונים, בהתייחס ללקות, פעילות, מצב בריאותי וגורמים הקשריים (Contextual factors). גורמים הקשריים הם גורמים סביבתיים (תכונות העולם הפיזי, התרבותי והחברתי) (Environmental factors) וגורמים אישיתיים, הקשורים לאישיות הפרט (גיל, גזע, מין, השכלה, סגנון חיים, סגנון התמודדות, תחביבים, סביבת גידול) (Personal factors).

ההשתתפות מייצגת את ההשלכות של מצבי בריאות ברמה החברתית ועד כמה החברה מאפשרת או מונעת השתתפות. להגבלה בהשתתפות מוצמד לרוב ערך התלוי בנורמות חברתיות ותרבותיות, במקום, בזמן ובסטטוס האדם, ערך המעמיד את האדם לרוב בעמדה נחותה ביחס לאחרים.

מטרת העל של סיווג ICF היא לשרת דיסציפלינות וסקטורים שונים ולהציע מסגרת משותפת להבנת הרצף שבין תפקוד, מוגבלות ובריאות. ממד הלקות, הנסמך על הגירסאות השונות של סיווג ICD International Classification of

(diseases), מתאר מצבי חולי או מגבלה ברמת מבני או תפקודי הגוף, כאשר השלכות מצבים אלה על תפקוד והשתתפות האדם בתורארים בגירסאות השונות של סיווג ICF. שני סיווגים אלה משלימים זה את זה, כאשר סיווג ה-ICD מספק "אבחנות" (סימנים וסימפטומים) וסיווג ה-ICF מעשיר מידע זה בתאור את האדם הפגוע ברמת הגוף, האדם והחברה, כלומר הסטטוס התפקודי של האדם. מדובר על דיאלקטיקה בין "המודל הרפואי" לבין "המודל החברתי", כאשר שילוב מידע משני הסיווגים גם יחד מספק תמונה רחבה ומשמעותית יותר על מצבו הבריאותי של האדם.

סיווג ICF משמש ככלי יעיל להערכת מצבו הקליני של האדם, שירותי הבריאות הניתנים, מערכות התמיכה החברתיות וסגנון חייו של האדם. כלי זה מספק תיאור טוב של תהליך גרימת המוגבלות, תפקוד האדם המוגבל ותגובת החברה לתופעת המוגבלות. מידע מדויק יקל על קביעת תכנית ההתערבות טיפולית ושיקומית, כאשר התוצאה המצופה היא העצמה של מידת ההשתתפות/המעורבות של האנשים עם מוגבלויות בחברה, תוך מתן הדומנויות שוות, הגברת עצמאות ובחירה, שיפור תנאי חיים ואיכות חיים, שינוי עמדות חברתיות (בוני, הדס-לידור, 2001). בדרך זו ניתן לראות בסיווג זה שפה, כאשר הטקסטים שניתן ליצור משפה זו תלויים במשתמשים, ביצירתיות שלהם ובאוריינטציה הייחודית שלהם.

בהתייחס לאוריינטציה הייחודית של מקצוע הריפוי בעיסוק, שפת הסיווג ושפת הריפוי בעיסוק משקפות בעצם את חוויות חייו של האדם ואת מערכת היחסים המורכבת בין מצבו הבריאותי העכשווי, תפקודו, פעילותו והשתתפותו, כתלויים בגורמים הקשורים - גורמים אישיים להם השפעה פנימית על תפקודו וגורמים סביבתיים שלהם השפעה חיצונית על תפקודו.

עם השנים אימץ מקצוע הריפוי בעיסוק את הגדרות הסיווג וכיום הוא מיושם בשפה המקצועית ובפרקטיקה עם הדגשת התרומה הייחודית של המקצוע בהסתכלות כוללת על תפקוד האדם בתחומי החיים השונים כבסיס להערכה, אבחון והתערבות טיפולית ושיקומית.

במהות ההתערבות, הנסמכת בין היתר על מונחי היסוד של סיווג ICF, בוחנים המרפאים בעיסוק את יכולת ההשתתפות של האדם אל מול שינויים אפשריים שאותם ניתן לבצע בסביבה נורמטיבית נתונה, תוך שימוש והתאמת טכנולוגיות מסייעות, במטרה להסיר מחסומים ולהקטין מוגבלות בתפקוד. על פי Nelson (1996), ייחוד עבודת המרפאים בעיסוק היא בביצוע סיתוזה עיסוקית, משמע ניתוח ותכנון התבנית העיסוקית, הכוללת את הנסיבות הפיזיות האובייקטיביות יחד עם הנסיבות החברתיות-תרבותיות שמחוץ לאדם המשפיעות על הביצוע העיסוקי שלו, כדי לקדם את האדם לקראת השגת מטרה טיפולית. המטרה הטיפולית היא היעד שאליה רוצה האדם להגיע אחרי שהבין את משמעות מצבו הבריאותי, החוויות והרגשות הסובייקטיביים הקשורים למצב ו/או השינוי במצבו הבריאותי.

בנקודה זו אנו מזהים את הקשר בין מודל ההתערבות הטיפולית של ריפוי בעיסוק לתפישת ההחלמה.

הקשר בין תפישת ההחלמה למונחי היסוד של הריפוי בעיסוק

"החלמה" היא תפישת עולם שפותחה לראשונה על ידי הצרכנים עצמם. על פי פטריסיה דיגן, "החלמה" איננה תוצאה אלא תהליך שבאמצעותו אנשים בעלי מוגבלויות נפשיות בונים מחדש גישים לעצמם, לחברתם, לסביבתם ולעולמם הרוחני, תוך התמודדות עם תוצאות הסטיגמה הקיימת סביבם (Deegan, 2001). החלמה היא תהליך שאותו עובר האדם עם עצמו: תהליך של העצמה אישית, הטמעת עמדות, רגשות, תפישות ואמונות שלו כלפי עצמו, אחרים וכלפי החיים באופן כללי; תהליך של התחדשות, התגלות ושינוי, הכרוך בתהליכים פנימיים, רגשיים עמוקים הדורשים שינוי בתפישת העצמית. כלומר, מדובר על תהליך ייחודי, לרוב ארוך, ואף פעם לא ליניארי (לכמן, 2000; לכמן, הדס-לידור, 2003). תהליך ההחלמה מחייב את האדם לצאת מהאמונה בכוונות של מחלת הנפש.

החלמה אין פירושה שהמוגבלות נעלמת, אלא שמתרחשת בנייה של זהות אישית וחברתית מתוך הכרה במוגבלות. תיאוריות ההחלמה מוברות על שני מרכיבים מהותיים: האחד, הימצאות אנשים המאמינים בהחלמה סביב האדם המחלים; והשני, מתן חופש בחירה אמיתי המאפשר לאדם לבחור את מקום מגוריו, את עיסוקיו ואת חבריו (Anthony et al., 2002).

מאפייני גישת ההחלמה כוללים מאפיינים אישיים וסביבתיים, שיקבעו את המידה והאופי של האינטראקציה בין האדם לסביבתו. המאפיינים האישיים כוללים: תקווה, מטרה, משמעות וכוללניות; בעוד המאפיינים הסביבתיים כוללים: משאבים בסיסיים, קשרים חברתיים, פעילויות משמעותיות, תמיכה, חברות ועזרה פורמלית. האינטראקציה בין האדם לסביבתו תבוא לביטוי באפשרות הבחירה, ההעצמה, העצמאות והתקווה. מודל זה מורה על האפשרות לצאת מן המקום של המחלה, אם יינתנו התמיכות הדרושות (בוני, הדס-לידור, 2007).

כיצד משתלבת תפיסת ההחלמה בתיאוריה ובפרקטיקה של מקצוע הריפוי בעיסוק? Stewart (1994) מציין שני מושגים מובילים בפרקטיקה של מקצוע הריפוי בעיסוק:

העצמה (Empowerment) - תמיכה באדם ומתן הזדמנות לקחת שליטה ואחריות על חייו, לקבל החלטות, להאמין ביכולותיו, ובמקביל - לחץ על החברה לשנות עמדות והתנהגויות. ההנחה הבסיסית היא שלאדם עם המוגבלות זכות ופוטנציאל לארגן את חייו, להיות שותף שווה (מעורב) בכל אספקט בחי החברה.

אפשרויות (Enablement) - לעזור לאדם להשיג מה שחשוב בעיניו, להגיב לנסיבות חייו, לתבוע אינדיבידואליות, לבסס מטרות. ההנחה הבסיסית היא שיש לבסס מערכות יחסים שיתופיות, להזיז גבולות וליצור הזדמנויות, שיאפשרו לאדם עם המגבלה לבחון שטחים חדשים, לפתח מיומנויות, לרכוש שליטה על סביבתו תוך שמירה על שאיפותיו.

אימון מושגים אלה מהווה את ההקבלה, שהולכת ומתחדדת עם השנים, בין מטרת העל של מקצוע הריפוי בעיסוק לבין מטרת העל של תפישת ההחלמה. "החלמה", כמו גם התערבות טיפולית בריפוי בעיסוק, דורשת קבלה שהמחלה קיימת ושהיא מצביה פגיעות מסוימת מחד, ומאידך, יש לפתח חיים מחוץ למחלה (Living outside the illness). משמע, לדבר במונחים של עוצמות (Strengths), לעומת דיבור במונחים של חסכים (Deficits).

בהתבסס על הנאמר, כל מעורבות מקצועית מכוונת להגדרה עצמית מחדשת; ללמידה כיצד חיים עם הכוחות והמוגבלות, תוך הדגשת הכוחות; לבניית מטרות עם הגדרה של זמן ותנאים לביצוע, כולל התייחסות לסביבות אנושיות ופיזיות וגורמים מעוררים או מעכבים; להדגשת הבחירה האישית, כאשר לכל אדם תהליך החלמה אישי משלו והוא זה שמוביל אותו; למעקב אחרי שלבי השתתפות ומוכנות לשיקום, תוך מיקוד ועידוד של תקווה; ויותר מכל, לשתוף האדם בכל שלב בתהליך.

בנקודה זו אנו מזהים את הקשר בין מודל ההתערבות הטיפולית של ריפוי בעיסוק לגישת "הלקוח במרכז".

הקשר בין גישת "הלקוח במרכז" למונחי היסוד של הריפוי בעיסוק

גישת "הלקוח במרכז" (Client Centered Approach), כפי שנוסחה לראשונה בהקשר של ריפוי בעיסוק במודל הקנדי (Law & Mills, 1998), שמה את הלקוח במרכז ההתערבות. העקרונות המובילים את הגישה הם: אוטונומיה של הלקוח והכרה בזכותו לבחור, מעורבות פעילה של הלקוח, שותפות ואחריות הדדית, מתן אפשרויות, התאמה לתוכן חייו וסביבתו העיסוק של הלקוח, נגישות לטיפול וגמישות בו וגם כבוד לשונו (Law & Mills, 1998; מתוך: זק"ש, 2001).

המסמך "מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל" (מתע"מ), המספק קווים מנחים לעשייה המקצועית, מדגיש את גישת "הלקוח במרכז" כבסיס להתערבות של ריפוי בעיסוק (לון-חיימוביץ ושות', מתע"מ, 2006). על פי גישה זו, ההתערבות מתמקדת בקביעת סדרי העדיפויות של הלקוח מקבל השירות, כולל

יעילות ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק בבריאות הנפש - ממצאי מחקרים

יש ממצאים בספרות אודות יעילות ההתערבות בריפוי בעיסוק עבור אנשים עם מוגבלות נפשית.

במחקר ישן שחקר את מידת ההצלחה הטיפולית של מרכזי יום בקהילה לאנשים עם סכיזופרניה, נבדקו האנשים בעשרה מרכזים קהילתיים לטיפול אחרי אשפוז בארבעה מועדים: אחרי 6, 12, 18 ו-24 חודשים. נבדקו שלושה פרמטרים: תפקוד חברתי, עוצמת סימפטומים ועמדות. בחלק מהמרכזים האנשים קיבלו רק טיפול תרופתי ובאחרים קיבלו בנוסף גם טיפולים שאינם ביולוגיים. נמצא שבמרכזים שבהם סיפקו יותר Occupational & recreational therapy הושגו תוצאות טובות יותר מאשר אלו שהושגו במרכזים שבהם הועסקו יותר צוות מקצועי ייעוצי. על פי החוקרים, יש נטייה של חלק מאנשי המקצוע להוריד מערך ה-Occupational & recreational therapy ולראות בפסיכותרפיה אשית וקבוצתית את אבן היסוד של הטיפול. החוקרים ממשיכים ומדגישים כי לתכנית טיפולית הכוללת פעילות תפקיד חשוב כמו כל מודל טיפולי אחר ופעמים רבות היא נותנת את הטון במרכז (Lumb as cited at Linn et al., 1979).

מחקר אחר, שבו נבדק שילוב של טיפול בריפוי בעיסוק ומעורבות בתכנית של תעסוקה נתמכת עבור 52 אנשים עם סכיזופרניה, הראה שיפור בתפקוד חברתי, צמצום בזמן אשפוז וירידה בסיכוי לאשפוז (Oka, et. al., 2004). במחקרם של (Cook & Howe 2003) נמצא כי טיפול של ריפוי בעיסוק, המשלב גם Case-management, תרם לשיפור במודדים תפקודיים כפי שנמדדים ב-Social Functioning Scale (Linn et al., 1979). (9.5-4.2 CI; 0.01 > p).

מחקר נוסף בדק התערבות טיפולית של ריפוי בעיסוק במהלך 12 מפגשים, המכוונת לתרגול מיומנויות חיים המותאמות לצרכים האישיים של אנשים עם סכיזופרניה. על פי החוקרים, כל אדם בנה לעצמו, בעזרת המרפאה/בעיסוק, תכנית הבניה ממטרות ויעדים המתאימים לאורחות חייו הייחודיים. נמצא שהתערבות זו עזרה להפחית את עוצמת הסימפטומים השליליים של המחלה (p=0.059). יחד עם זאת, לא נצפה במחקר המתואר שינוי במודדים של Social Functioning Scale (Mairs, & Bradshaw, 2004).

מחקר נוסף נערך בקהילה ובדק טיפול בריפוי בעיסוק במהלך 12 חודשים לעומת טיפול מולטי-דיסציפלינרי שגרתי תמיכתי, מניעתי ומשפחתי. במחקר זה נמצא כי חל שיפור משמעותי בשתי קבוצות המחקר, אך מבחינה קלינית, בקבוצה שטופלה בריפוי בעיסוק נצפה שיפור קליני, אם כי לא מובהק סטטיסטית, במודדים הבאים של Social Functioning Scale: יחסים בין-אישיים, עצמאות הביצוע ופנאי, כמו גם בעוצמת הסימפטומים השליליים (Cook, et al, 2009). קרן ועמיתיה (2008) בדקו שתי תכניות טיפול המתמקדות בליקויים בתפקודים אקוטיביים של אנשים עם סכיזופרניה. התכנית שונת זו מזו בבסיס התיאורטי, בשיטת הלימוד ובאמצעי הטיפול. האחת מבוססת על "הגישה הרמידיאלית", העושה שימוש בדפי עבודה כאמצעי לתרגול, והשנייה היא תכנית המבוססת על "הגישה המפצה", העושה שימוש בפעילויות שונות כאמצעי טיפול. נמצא כי שתי השיטות מועילות לשיפור של התפקודים הקוגניטיביים-האקוטיביים, כאשר הטיפול על פי התכנית האחרונה הועיל גם לשיפור רמת התפקוד היומיומית של המשתתפים במחקר (קרן ועמיתיה, 2008).

מחקר נוסף שנערך בישראל היה מחקר תיקים מגשש. ממצאיו הראו שכל שמידת המעורבות של ריפוי בעיסוק במהלך האשפוז היתה אינטנסיבית יותר, כך משך הזמן משחרור האדם ועד האשפוז הבא, אם בכלל, היה ארוך יותר (וידאן, מנסור וליפסקיה, 2009).

מחקרים ראשוניים ופורצי דרך, שעסקו בהתערבות קוגניטיבית דינאמית באוכלוסיית נפגעי נפש בקהילה, הראו שיפור תפקודי, קוגניטיבי, תעסוקתי וחברתי משמעותי בקבוצות המחקר לעומת קבוצת ביקורת (Hadas-Lidor et al., 2001; Hadas-Lidor and Weiss; al., 2005; Keisar- Speier, and Lahman, 2007).

מעבר לידע אמפירי המתקבל ממחקרים, חשוב לציין גם את המידע המתקבל

זיהוי עיסוקים ופעילויות מועדפים וקביעת רמת המעורבות בכל עיסוק. בתהליך ההתערבות הטיפולית עושה המרפא בעיסוק שימוש בחשיבה קלינית המבוססת על ידע לגבי יחסי הגומלין בין מעורבות בעיסוק ובריאות. חשיבה זו מאפשרת ניתוח ופירוש של הביצוע האנושי בעוד המטופל מקבל השירות חולק עם המטפל חוויות חיים, תקוות וחלומות מנקודת מבטו. שיתוף פעולה זה מאפשר את הכוונת תהליך ההתערבות אל סדרי העדיפויות של האדם. כיוון שמעורבות בעיסוק מונעת במהותה ממוטיבציה פנימית, הרי שהוא זה שחייב להיות שותף פעיל בתהליך.

מתוך תפישה זו פותחו טכנולוגיות התערבות חדשות, שמיקדו את האדם/הלקוח במרכז, תוך אמונה ביכולתו לבצע שינויים בכל גיל ובכל מצב.

תהליך ההערכה והטיפול של ריפוי בעיסוק בבריאות הנפש

תרומת המקצוע בטיפול ראשוני ושינוי באנשים עם בעיות נפשיות חמורות הוכחה כבר בתחילת המאה ה-20 במדינות שונות, ביניהן ארצות הברית, אנגליה ויפן, והפכה לפרקטיקה פורמלית וממוסדת. זאת למרות שבדיקה מחקרית של יעילות ההתערבות הטיפולית עדיין נמשכת באמצעות מחקרים קליניים מבוקרים (Cook, et. al., 2009).

תהליך ההערכה בריפוי בעיסוק כולל שילוב בין ידע תיאורטי, ראיות מדעיות, ניסיון קליני והתייחסות לסוגיה הייחודית שאותה בודקים כפי שהיא מוגדרת או מוצגת על ידי האדם עצמו. ההערכה וההתערבות הטיפולית ממקורות בתפקוד ובדרכים שבהן ניתן לאפשר השתתפות בעיסוקים, כמו גם בתפקיד הסביבה והשפעתה המתמדת על תוצרים התנהגותיים של האדם. כל אלה תופסים מקום משמעותי בהתערבות, כאשר הקונטקסט יכול להיות פיזי, חברתי, תרבותי, אישי, רוחני, טמפוראלי וזיטואלי (Cole & Tufano, 2008).

בהתייחס לאוכלוסייה עם מוגבלות נפשית, כאשר עושים שימוש באבחונים סטנדרטים בלבד, מקבלים "תמונת רנטגן" עכשווית מדויקת למדי הממוקרת באופי המגבלה והשפעתיה על תפקוד האדם. בדרך כלל יוצאים האנשים מאבחון בידיעה ברורה של מה שהם יכולים או לא יכולים לעשות, אך אין מענה זה מאפשר להם לזהות את מידת המסוגלות שלהם להשתנות וללמוד.

בבטריית האבחון והערכה של ריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש משולבות שלוש גישות: סטנדרטית, דינאמית ואקולוגית, כאשר לכל גישה אמונות, מטרות וכלים משלה. בתהליך הערכה ניתן דגש לשילוב של אבחונים במבנה של Bottom up-1 Top down. כך מתקבלת תמונה רחבה, לא רק על תפקוד העכשווי של הנבדק אלא על פוטנציאל השינוי ואסטרטגיות ההתערבות להן הוא זקוק. מערכת אבחונים, המשלבת התבוננות על האדם בפרספקטיבה מקיפה, מאפשרת פיתוח יחסי גומלין אינטראקטיביים בין האדם ובין הסביבה. יחסי גומלין אלה מאפשרים הכוונה ובדיקה עצמית של הנבדק, פיתוח דיאלוג ו/או משא ומתן עם המאבחן תוך היכרות עם יכולות וחסמים, נטיות ורצונות. הנבדק צריך להרגיש שהאבחון מוביל לקביעת מטרות תפקודיות-עיסוקיות נבחרות ואיתור המתווה הנכון ביותר ליישום התכנית האישית שלו.

בניית סביבה אבחונת מותאמת ונוחה, כחלק מהסתכלות תפקודית אקולוגית ומתן תיווך באבחונים מצביים, נותנת משמעות ותקווה לנבדק ומספקת לו הזדמנות, כבר בתהליך האבחון, ללמוד ולהשתנות מחד, ומאידך, מאפשרת למאבחן ללמוד על פוטנציאל הלמידה והשיקום של הנבדק וזיהוי ההתאמות להן זקוק על מנת להשיג תפקוד מיטבי. שימוש במגוון כלים ושיטות הערכה, המנחים ומשולבים בתהליך ההתערבות הטיפולית, יכול לאפשר לאדם עם המגבלה הנפשית לקבוע מטרות טיפוליות המאפשרות לו לממש את יכולותיו, על פי רצונו, ולפעול להשגתן בצורה אופטימלית, תוך שילוב עבודה בקליניקה ובסביבת חייו הנורמטיבית בו זמנית.

חשוב להדגיש שהספרות של השנים האחרונות ונסיוגו הקליני מעידים על כך שחוויות התערבות מסוג זה נוחה יותר לאדם ונותנת לו תחושה של שיתוף בתהליך מכון מטר, ולא עמידה במבחן עם תחושה של ניכור ואי ודאות.

מצרכני השירות. בשנת 2006 פורסמו תוצאות של קבוצת מיקוד של צרכני שירותים בבריאות הנפש בבריטניה בהתייחס להתערבות טיפולית של ריפוי בעיסוק. הקבוצה כללה 11 משתתפים בגילאי 30-60, שש נשים וחמישה גברים, כמעט כולם נחשפו ישירות לריפוי בעיסוק. כמעט כולם חוו אשפוז האבחנות נעו מסכיזופרניה, דיכאון, ביפולאריות, בולימיה, חרדה, פוסט טראומה והפרעות אישיות. נערכה הצגה של מהות הריפוי בעיסוק על ידי שתי מרפאות בעיסוק, שעזבו את המקום לאחר שענו על שאלות הלקוחות. משימת הקבוצה היתה לדרג את התערבות ריפוי בעיסוק בתחומי ההערכה, הטיפול והייעוץ. להלן סולם הדירוג של הקבוצה, על פי סדר החשיבות: הערכת הצרכים העיסוקיים והתפקודיים; שיפור איכות חיים; קידום בריאות ומניעת מחלה; מניעת מוגבלות (Disability); שיפור יכולת תפקודית; קידום השתתפות חברתית; העלאת נגישות לעיסוק כולל עבודה; פיתוח הקהילה. כמו כן ציינה הקבוצה את הצורך בנגישות לטיפול בריפוי בעיסוק במיוחד בקהילה. מבין הדברים שנאמרו: "שירות זה עוזר לנו מאוד באשפוז, אך אנו מאוכזבים מכך שלאחר השחרור אין לנו גישה אליו, אם בגלל שלא הפנו אותנו אליו או בגלל שאינו קיים באזור מגורינו". ממצא מעניין שנמצא הוא הצהרת המשתתפים בקבוצת המיקוד לגבי החשיבות הרבה של הריפוי בעיסוק בזמן המעבר מבית חולים חזרה לקהילה. בנוסף, נאמר בקבוצה: "אנו מודאגים מההכרה המוגבלת בחשיבות המקצוע" (Recovering ordinary lives, 2006).

התערבות טיפולית - תיאורי מקרה

המודל "אדם-עיסוק-סביבה", המבוסס על המודל שפותח על ידי ארגון המרפאים בעיסוק הקנדי (1997), מתאר את הביצוע העיסוקי כתוצר של היחסים הדינאמיים הקיימים בין בני האדם, עיסוקיהם ותפקידיהם, ובין הסביבה שבה הם חיים, עובדים, משחקים, יוצרים ופועלים (Canadian Association of O.T., 1997). התפתחות הביצוע העיסוקי מופיע במודל כתרישים מעגלי, המתאר כל מרכיב בנפרד והאינטראקציה הדינאמית בין שלושת המרכיבים. המעגל הפנימי מציין את מרכיבי האדם המשפיעים על תפקודו הפיזי, הקוגניטיבי והרגשי, יכולותיו ומגבלותיו. התערבות הטיפולית במעגל זה נסמכת על תיאוריות ופרקטיקות הלקוחות לרוב מעולם הרפואה והבריאות, ברובן מעוגנת מבחינה תיאורית ומחקרית.

המעגל השני כולל את תחומי העיסוק ופעילויות שבהם אנשים מעורבים, כולל: פעילויות יומיום, לימודים, עבודה, משחק, פנאי, והשתתפות חברתית. תחומי העיסוק מהווים לרוב את מוקד ההתערבות והגדרת מטרת ההתערבות. המעגל השלישי כולל את סביבות החיים של האדם - פיזית, תרבותית, חברתית וממסדית - כלומר המרחב שבו האדם מוציא לפועל את הביצוע העיסוקי. התערבות המרפאים בעיסוק בשינוי התאמת הסביבה מהווה אף היא מוקד להתערבות טיפולית.

עבודה על כל מעגל בנפרד ושילוב שלושת המעגלים גם יחד מהווה את מרכז העשייה הטיפולית של המרפאים בעיסוק.

להלן דוגמאות להתערבויות ריפוי בעיסוק בבריאות הנפש, שהובילו לשינוי במרכיבים המשפיעים על ביצוע עיסוקי:

שינוי במרכיבי האדם: ר', בן 25, אושפז לראשונה בעקבות התקף פסיכוטי. טרם אשפוזו עבד כטכנאי בוק, נהג לצפות בסרטים והתעניין בספורט הן באינטרנט והן במדורי הספורט בעיתון היומי. חי בבית הוריו, שם לא נדרש לעיסוקים הקשורים באחזקת הבית. את חשבון הבנק שלו ניהל באופן עצמאי ולשביעות רצונו. עם שיבוך הסימנים החיוביים של ההתקף הפסיכוטי, התלונן ר' על קשיים חמורים בריכוז, מה שלא אפשר לו להיות מעורב בעשייה שגרתית מעבר לחמש דקות.

בטיפול נעשה שימוש בעזרים שונים על מנת לתרגל קשב וריכוז. הושם דגש על עלייה הדרגתית הן במשך הזמן הנדרש והן במידת מורכבות המטלות. העזרים ששימשו בתחילת הטיפול היו נייטרליים (קלפים, משחקי חשיבה ושילוב בקבוצות עשייה). בהמשך, ניתנו לו תרגילים המדמים מצבי חיים אותנטיים

שעזרים נהג להתמודד, תוך עלייה הדרגתית במגוון הבעיות שעלו בה בעת ולהן נדרש פתרון. לקראת סוף הטיפול נשלח ר' לביצוע משימות אמיתיות בסביבת חייו תוך ניתור רמת הקשב והריכוז להם נדרש. בנוסף למד ר' "לפרק" כל מטלה לשלבים על מנת להצליח לבצע שלב שלב בשלמותו, כל עוד הוא יכול להתרכז ולהשלים את המשימה בהדרגה.

שינוי בדרישות הפעילות/העיסוק: ד', בן 26, סטודנט לראיית חשבון, אושפז פעמים רבות בשל התקפים פסיכויטיים ואובחן כסובל מסכיזופרניה. ד' ראה בלימודים האקדמיים חשיבות עליונה ולאחר כל אשפוז חזר ללימודיו. היות שהלימודים דרשו ממנו מאמץ רב, הוחנחו שאר שטחי החיים וד' נשאר מבודד מבחינה חברתית ומוות מעומס דרישות הלימודים וההתקפים החוזרים. במהלך ההערכה והטיפול בריפוי בעיסוק נמצא כי יש צורך לעשות התאמה מחודשת של העיסוק המרכזי - לימודים. היה ברור כי מבחינת הערכים שבהם החזיק ותחומי העניין שלו, עליו להישאר בתחום בעיסוק בו בחר, קרי לימודים.

במהלך הטיפול נבחנו יחד עם ד' האפשרויות המתאימות ונמצא כי לימודים נתמכים של הנחלת חשבונות יספקו אותו מחד, ולא יתישו אותו מאידך. למרות שד' חזר לעוד אשפוז לאחר תחילת הלימודים החדשים, מסר כי הוא מרוצה מהלימודים ומהתמיכה וכי מידת המתח שנלוותה ללמידה פחתה בהרבה.

שינוי בגורמי הסביבה: י', בת 32, רווקה, חיה לבדה בדירה בבעלות המשפחה בתל אביב. מאובחנת כסובלת ממחלה ביפולארית. לי' השכלה רחבה בתחום המחשבים - ניהול רשתות, תכנות וטכנאות מחשבים. י' היתה מאושפזת בעבר פעמיים בעקבות התקפים מאנים קשים. בעת ההיא עבדה בחברת מחשבים קטנה שבה עסקה בכל תחומי הידע שלה ונדרשה לחשיבה יצירתית, לפתרון בעיות ולקשר עם לקוחות. י' נהנתה מאוד מהעבודה והרגישה שהיא מממשת את יכולותיה המקצועיות כמו גם מאותגרת אינטלקטואלית. סביבת עבודתה היתה דירת מגורים קטנה שבה חי ועבד מנהל החברה. בין י' לבין מנהל החברה שררו קשרים טובים. היות שמדובר היה בדירה ששימשה גם למגורים וגם לעבודה, היו התרחשויות שלא היו קשורות לעבודה. במהלך עבודתה שם חוותה י' אפידורות מאניות בעוצמה בינונית. בטיפול עלתה הסביבה - אנושית ופיזית - כגורם משפיע על העומס הרגשי, אך י' חששה להעלות את הקשיים הללו בפני המעסיק ונעדרה מהעבודה כשהרגישה שמצב רוחה המרומם עלול לפגוע בה. דבר זה העלה מורת רוח אצל המעסיק. לאחר תקופה של מספר שבועות שבהם לא היתה מאוזנת במצב רוחה ותפקודה ירד, יומה בעידוד המרפאה בעיסוק שיחה עם המעסיק ופידטה בפניו את הגורמים הסביבתיים שמשפיעים עליה. הוא מצידו עשה רבות לתחום לה אזור עבודה מנותק במידה רבה משאר הדירה וביקש מחבריו להימנע מביקורים ומהרעשה בשעות העבודה. בהדרגה חל שיפור ואיוון וי' חזרה לתפקוד מספק לתקופה ארוכה.

על פי התפישה הבסיסית, הביצוע העיסוקי של האדם מושפע מאינטראקציה בין מרכיבי האדם, דרישות הפעילות ומיומנויות ביצוע (Cole & Tufano, 2008). ככל שיש התאמה טובה יותר בין האדם, העיסוק והסביבה, כך גדל מרחב הביצוע העיסוקי של האדם. מתוך כך, ההתערבות בריפוי בעיסוק, לרבות הערכה, טיפול וא/או ייעוץ, עשויה לכוון לשינוי באדם עצמו, בדרישות הפעילות/העיסוק או בדרישות הסביבה, במטרה להביא לביצוע עיסוקי אופטימלי וא/או לתפקוד מספק.

מרחב ההתייחסות של כל מקצוע כולל את שטחי הקיום האנושי שבהם מציעים בעלי המקצוע שירות לאחרים (Mosey, 1981). מאמר זה מתאר את העיסוק האנושי כמוקד העשייה הטיפולית של מקצוע הריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש ובכלל.

בתפישת העולם של מקצוע הריפוי בעיסוק, ביצוע עיסוקים בחיי היומיום הוא הבסיס לקיום בריאות וסיפוק עצמי. לכל אדם דחף מולד לעיסוק, כאשר חוסר עיסוק יכול בטווח הארוך להשפיע לרעה על בריאותו ורווחתו של האדם. הרגש הוא על הבנת ההשפעה של עיסוק בשיפור כישורים ויכולת התמודדות והסתגלות כבסיס לבריאות (Law, et al., 1998; Hadas-Lidor & Katz, 1993).

לסיכום, למקצוע הריפוי בעיסוק תרומה ייחודית בהערכה הכוללת של אנשים בעלי מוגבלות נפשית. אין ספק, כי שימוש באבחונים ובהתערבויות טיפוליות של ריפוי בעיסוק בשילוב תפישות, גישות ומודלים חדשים, תורם רבות להגדרה ולאפיון מצבו התפקודי-עיסוקי היחודי של כל אדם בעל מגבלה, מעבר להגדרת המגבלה בלבד. כמו כן, תורם שילוב זה לתקשורת טובה בין מקצוע הריפוי בעיסוק למקצועות השונים, בין אנשי המקצוע והצרכן, וביניהם לבין הקהילה.

.....
אולי בוני, מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק, משרד הבריאות, ד"ר לנה ליפסקיה, מרפאה בעיסוק, המרכז לבריאות הנפש באר יעקב, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב; דורית חיים-ליטבנסקי, מנהלת שירות ריפוי בעיסוק, המרכז לבריאות הנפש באר יעקב, נס ציונה, מב"ן, שב"ס והמערך הקהילתי; ד"ר נעמי הדס לידור, מרכז תחום השיקום בבריאות הנפש ומרצה בחוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב, לשעבר יו"ר המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה

הנחת היסוד היא כי תפקוד ועיסוק מהווים קריטריונים המנבאים בריאות ורווחה, כאשר אופן התפקוד של האדם בתחומי העיסוק השונים מושפע בו בזמן מיכולותיו וממגבלותיו הפיזיות והנפשיות כמו גם מהסביבה המאפשרת או מעכבת. המקצוע מייחס חשיבות לתפקוד האדם עם המגבלה תוך התייחסות לנסיבות שבהן מוצא עצמו האדם במצבי חיים שונים ובסביבות שונות.

ה"אני מאמין" של מקצוע הריפוי בעיסוק מסב את תשומת הלב מהסתכלות על ממדי הפגיעה או המגבלה להסתכלות על ממדי התפקוד וההשתתפות כממדי תוצאה ליעילות הטיפול. ב'זרעון המקצועי של ריפוי בעיסוק, המשקל שניתן למגבלות וחולשות האדם ניתן במידה שווה ואולי מרובה יותר לכוחות, לעוצמות וליכולות האדם. אלה האחרונים משקפים את מידת הפוטנציאל השיקומי של האדם ויכולת הניבוי להשתלבותו בקהילתו, כשהוא פעיל בה באופן עצמאי מרבי ולשביעות רצונו.

במאמרה ציינה Reed (2005), שה"עשייה בידור" (של מטפל ולקוח) מאפשרת למרפאה/ה בעיסוק לצפות ולעצב את הפעילות. בנוסף, ללמד, להעצים ולאפשר למטופל/ת הישג:

.....{רשימה ביבליוגרפית}.....

בניא, הדס-לידור, נ. (2001). תפקיד הריפוי בעיסוק בהערכה, אבחון וטיפול על-פי העקרונות של הסיווג הבינלאומי לתפקוד, מוגבלות ובריאות (ICIDH). כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 10 (4), 167-179.
בניא, א. הדס-לידור, נ. (2007). השתתפות, החלמה ומה שבין: תפיסות חדשות בעולם הבריאות. בתוך: גישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21, פלדמן, ד., דניאל-לה, ג. (עריכת), חימוכין, ש. הוצאת לשכת הפרסום המרכזי, 805-820.
ידאן, ה.ת., מנסור, ר., ליפסקיה, ל. (2009). השפעת ההתערבות של ריפוי בעיסוק בזמן אשפוז על מידת השתלבות בקהילה וחזרה לאשפוזים בקרב אנשים בגרים עם הפרעות נפשיות. עבודת גמר במסגרת לימודי ריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב, לא פורסם.
וק"ש, ד. (2001). תיאוריה, עשייה ומחויבות חברתית בריפוי בעיסוק. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 10 (4), 147-166.
לון-חימוכין, וק"ש, ש., ויינראוב, ד., נוטה, נ., חזור, א' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
לנמן, מ. (2000). נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, 1-7, 277-285.
לנמן, מ. והדס לידור, נ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלפות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. הדעה החוזת: ביטאון האיגוד הישראלי לחינוך חברתי, 35.
משרד הבריאות (2006). נהלי עבודה - השירות לריפוי בעיסוק. נהל מנהל הרפואה, 2006/48.
קורן, גל, דן, ר., קואל, ש., כץ, נ. (2008). טיפול בלקויים בתפקודים אקוטיביים בקרב אנשים המתמודדים עם סכיזופרניה: הצגת שתי גישות טיפול באמצעות תיאורי מקרה. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 17 (2), 97-111.
Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002). Psychiatric Rehabilitation, Second Edition. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
Canadian Association of Occupational Therapist, (1997). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa, On: Canadian Association of Occupational Therapy Publication.
Christiansen, C., Baum, C., Bass-Haugen, J. (1997). Person-environment occupational performance: A conceptual model for practice. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.). Occupational therapy: Enabling function and well-being (2nd ed., pp. 46-70). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
Cole, M., Tufano, R. (2008). Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare, NJ: SLACK.
Cook, S., Howe, A. (2003). Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy, 66, 236-46.
Cook, S., Chambers, E., Coleman, J. H. (2009). Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation, 23, 40-52.
Deegan, P. (2001). Intentional Care: Employee Performance Standards For Client Choice. Advocates, Inc. Framingham.
Dunn, W., Brown, C., McGuigan, A. (1994). Ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy, 48, 595-607.
Hadas-Lidor, N. & Katz, N., (1993). Worker role and work related needs of mentally ill and healthy people Work. A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 26-33.
Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tiano, S., Weizman, A. (2001). Effectiveness of Dynamic Cognitive Intervention in Rehabilitation of Clients with Schizophrenia Clinical Rehabilitation: 15 (4), 349-359.
Hadas-Lidor, N., and Weiss, P. (2005). Dynamic Cognitive Intervention (DCI): Applica-

tion in Occupational Therapy Naomi in Cognition & occupation across life span. Katz N. (ed).
Kielhofner, G. (1995). A model of human occupation: Theory and application. Baltimore: Williams & Wilkins.
Kielhofner, G. (1997). Conceptual foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.
Kielhofner, G. (2002). A model of human occupation: Theory and practice (3rd. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Keisar-Speier, V., Hadas-Lidor, N., Lachman, M., Tal, A. (2007). The Efficacy of Dynamic-Cognitive Intervention on the Cognitive and Social Functioning of Persons with Schizophrenia in the Community. Israel Journal of Occupational Therapy. Vol. 16(1), 3-25.
Law, M., Steinwender, S. & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well being. Canadian Journal of Occupational Therapy. 65 (2) 81-91.
Linn, M.W., Caffey, E. M., Klett, C.J., Hogarty, G.E., & Lamb, H.R., (1979). Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry, 36, 1055-1066.
Mairs, H., Bradshaw, T. (2004). Life skills training in schizophrenia. British Journal of Occupational Therapy, 67, 217-24.
Moyer, P.A., et al (1999). The Guide to Occupational Therapy Practice. American Journal of Occupational Therapy, 251-262.
Mosey, A.C. (1981). Occupational therapy: Configuration of profession. New York: Raven Press.
Nelson, D.L. (1996). Therapeutic Occupation: A Definition. American Journal of Occupational Therapy, 50(10), pp. 775-782.
Oka, M., Otsuka, K., Yokoyama, N. et. al (2004). An evaluation of a hybrid occupational therapy and supported employment program in Japan for persons with schizophrenia. American Journal of Occupational Therapy, 58, 466-75.
Recovering ordinary lives, The strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017, Results from service user and carer focus groups. College of Occupational Therapists. London, 2006.
Reed, K. L., (2005). An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.). Occupational therapy: Performance, Participation, and well-being. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
Sckade, J.K., Schult, S. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach to contemporary practice. Part 1. American Journal of Occupational Therapy, 46, 829-837.
Stewart, A. (1994). Empowerment and Enablement: Occupation Therapy 2001. British Journal of Occupational Therapy, July, 57(7), pp. 248-254.
Toglia, J. P. (2005). A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. In N. Katz (Ed.), Cognition and occupation across the life span: intervention in occupational therapy. (pp. 29-72). Bethesda MD: American Occupational Therapy Association.
WHO (2004). ICD-10 - International Classification of Diseases and Related Health Problems.
http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf
WHO (2000, 2001). ICIDH-2 - International Classification of Impairment, Activities, and Participation. A manual of Dimensions of Functioning and Disability; ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/icidh/>
WHO (2001). ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization (WHO), Geneva, 2001.
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

אופציה טיפולית מועדפת - בידוד בחדר רגיעה או קשירה למיטה

איזה אמצעי הגבלה פיזית מעדיפים מטופלים במחלקה פסיכיאטרית סגורה לנוער? איזו אופציה מפחידה יותר ואיזו יעילה יותר בעיניהם ואילו תחושות עולות במטופל בעת שמוחלים עליו אמצעי כפייה?

סרגי ושינבצקי, ודים לייבוביץ, אולגה סוקולובסקי, מרסל מיטרני, דורית כהן, עליזה ברזילי

מטופלים בבריאות הנפש, לרבות במצבים שבהם קיימת סכנה ברורה ומיידית למטופל עצמו או לסביבתו (Beauchamp and Childress, 1989). לעומת זאת, אחרים טוענים שזכות לאוטונומיה מוחלטת אמורה להינתן לכל אדם, גם לאלה המוגדרים כסובלים ממחלות נפש (Szasz, 1983). כאשר יש אי הסכמה בין הצוות המטפל לבין מטופל במחלקה פסיכיאטרית על דרך הטיפול הטובה בשבילו, אסור להחליט מראש שמטופל טועה או לא רציונלי. חובה להשתמש בחשיבה ביקורתית ולהתבסס על עקרונות של כיו-אתיקה; (Balevre, 2001) (Breeze, 1997).

שיטה

מטרת המחקר המוצג היתה בחינת עמדות של מטופלים במחלקה פסיכיאטרית סגורה לנוער, בנוגע לשימוש כלפיהם באמצעים להגבלה פיזית. הונחו שלוש השערות:

1. שימוש בחדר רגיעה נתפש בעיני המטופל כאופציה מועדפת על פני שימוש בקשירה.
2. שימוש בקשירה נתפש מפחיד יותר בעיני המטופל מאשר שימוש בחדר רגיעה.
3. שימוש בחדר רגיעה נתפש בעיני המטופל כטיפול יעיל יותר מאשר שימוש בקשירה.

המחקר נערך בקרב 50 מתבגרים שהיו מאושפזים במחלקת נוער בבית החולים גהה, החל מחודש דצמבר 2003 עד חודש אפריל 2005. כל המשתתפים נקשרו והוכנסו לחדר רגיעה לפחות פעם אחת במהלך אשפוזם. הגיל הממוצע 16.8 ± 2.1 . טווח הגילאים: 13-24, 48 אחוז בנים ו-52 אחוז בנות. 54 אחוז מתוך המשתתפים נקשרו עד שלוש פעמים, 46 אחוז נקשרו מעל שלוש פעמים, מספר קשירות ממוצע היה 5.2 ± 5.6 . 54 אחוז מתוך המשתתפים הוכנסו לחדר רגיעה עד שלוש פעמים, 46 אחוז - מעל שלוש פעמים, כאשר הממוצע היה 4.5 ± 4.4 . מתוך כלל הנשאלים, 32.6 אחוז אושפזו בשל החמרה בתסמינים של מחלת הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות, 39.1 אחוז בשל החמרה בתסמינים של הפרעות במצב הרוח ועוד 28.3 אחוז בשל החמרה בתסמינים של הפרעות פסיכיאטריות אחרות.

המשתתפים רואיינו על ידי עוזרי מחקר באמצעות שאלון מובנה, בעזרתו נאסף מידע אודות הנתונים הדמוגרפיים, מספר פעמים של שימוש בקשירה ובחדר רגיעה, העדפה אישית כלפי סוג אמצעי הגבלה ותחושות סובייקטיביות שהתעוררו במתבגרים בעקבות שימוש כלפיהם הן בקשירה והן בחדר רגיעה. רמת המובהקות נקבעה לחמישה אחוזים ($p < 0.05$).

ניתוח ממצאים

בהתייחס להשערה הראשונה (שימוש בחדר רגיעה נתפש בעיני המטופל כאופציה מועדפת על פני שימוש בקשירה): 70 אחוז מהנשאלים העדיפו שימוש בחדר רגיעה כאמצעי להגבלה פיזית על פני קשירה למיטה, 22 אחוז בחרו בקשירה, ארבעה אחוזים טענו ש"לא משנה להם" ועוד ארבעה אחוזים נתנו תשובות אחרות שונות

טיפול באוכלוסיית בני הנוער במסגרת אשפוז פסיכיאטרי מהווה אתגר מקצועי מורכב, המציג דילמות אתיות רבות. אחת מהן היא צורך בשימוש באמצעים להגבלה פיזית, לרבות קשירה למיטה ובידוד בחדר רגיעה. סוגיה זו נבחנה מספר רב של פעמים בספרות המקצועית הן מנקודת מבטם של הצוותים המטפלים והן מנקודת מבטם של מטופלים עצמם אך לא זכתה עד כה לבדיקה סטטיסטית המתייחסת להעדפתם של מתבגרים לסוג של אמצעי הגבלה מסוים. מחקר זה, ראשון מסוגו, בא לשקף את ההבדלים בעמדותיהם של בני נוער בהתייחס לסוגיית השימוש כלפיהם בקשירה לעומת חדר רגיעה, תוך הדגשה של העדפותיהם.

סקירת ספרות

במסגרת עבודת הצוות הסייעדי במחלקות פסיכיאטריות סגורות, הצוות נדרש פעמים רבות לטפל באירועים שבהם מופיעות התנהגויות מטופלים מסכנות. התנהגויות אלו עלולות לסכן הן את בריאותם הנפשית והגופנית של המטופלים עצמם והן את בטיחותם של הסובבים אותם ולעתים מצריכות שימוש באמצעי הגבלה פיזית שונים ואף בהעדר הסכמתו של המטופל.

אסטרטגיה טיפולית במקרים אלה, המכוונת להפחתת מצבי משבר ולמניעת פגיעה במטופל ובסביבתו, חייבת להתבסס על קביעות החוק לטיפול בחולי הנפש מ-1991 ועל עקרונות של כיו-אתיקה.

לפי מוניץ (2004), במרבית המדינות כיום קיימת מערכת חוקים ייחודית לחולי נפש. החברה המודרנית רואה בחולה הנפש אדם הסובל ממחלה ומקבלת על עצמה את התפקיד לטפל בו בצורה נאותה. יחד עם זאת, נוצרת לעיתים דילמה אתית קשה מתוך תפישת המטופל הפסיכיאטרי, מצד אחד, כאלים ומסוכן, ומצד שני כחסר אונים וזקוק להגנה. תפישה דו ערכית זאת מוצאת את ביטוייה במערכת חוקים אשר רוצה להגן על החברה מהחולה ויחד עם זאת רוצה להגן על החולה מפני החברה או מפני הגוף המטופל בו.

בהתייחס לסוגיית השימוש באמצעי הגבלה פיזית, מתיר החוק לטיפול בחולי הנפש מ-1991 לצוותים הרפואיים והסייעדיים בבתי חולים פסיכיאטריים להגביל את החופש הפיזי של המטופל במצבים שבהם קיימת סכנה למטופל עצמו ו/או לסביבתו. בחוק מפורטים התנאים הנדרשים לביצוע התערבות זאת (שצמן וחב', 1999). חשוב לציין שהחוק אינו מבדיל בין מטופל מבוגר לבין קטין בכל הנוגע להפעלת אמצעי הגבלה ואינו דורש הסדרים מיוחדים במקרים של קשירה, או הכנסה לחדר רגיעה של ילדים ומתבגרים.

מנקודת מבט כיו-אתית, טיפול כוללני במטופל חייב להתבסס על ארבעה עקרונות עיקריים: שמירה על אוטונומיה של הפרט, טובת המטופל, אי גרימת נזק וצדק (Leung, 2002). ערכים אלה חשובים במיוחד כאשר מדובר במיסוד ובטיפול לטווח ארוך כגון אשפוזים בבתי חולים פסיכיאטריים. חוקרים רבים טוענים שגישה פטרנליסטית מאפיינת מוסדות לטיפול ממושך ובמיוחד מוסדות פסיכיאטריים, שבהם היא לעיתים נחשבת למוצדקת (Childress, 1982). יש חוקרים הטוענים שבמקרים מסוימים ניתן להשתמש בגישה פטרנליסטית כלפי

(גרף מס' 1). בטוסף, נבדקה השפעתם של משתני גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית, מספר קשירות ומספר הכנסות לחדר רגיעה שחוו במהלך אשפוחם עד כה, על ממצאים אלה. לא נמצאו קשרים משמעותיים ברמת מובהקות נדרשת.

בהתייחס להשערה השנייה של המחקר (שימוש בקשירה נתפס מפחיד יותר בעיני המטופל מאשר שימוש בחדר רגיעה): 26 אחוז מכלל הנשאלים הגדירו את השהייה בחדר רגיעה בהשוואה לקשירה למיטה כ"לא מפחידה כלל", 44 אחוז כ"הרבה פחות מפחידה מקשירה", 12 אחוז כ"קצת פחות מפחידה מקשירה", ארבעה אחוזים כמפחידה באותה מידה כמו קשירה, עשרה אחוזים הגדירו את השהייה בחדר רגיעה כ"קצת יותר מפחידה מקשירה" וארבעה אחוזים כ"הרבה יותר מפחידה מקשירה" (גרף מס' 2). בסך הכל, 82 אחוז מהנשאלים הגדירו את השהייה בחדר רגיעה כפחות מפחידה מקשירה לעומת 14 אחוז שהגדירו אותה כיותר מפחידה מקשירה. בבדיקת השפעתם של משתני גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית, מספר קשירות ומספר הכנסות לחדר רגיעה שחוו במהלך אשפוחם, על אופן התפלגות זו, לא נמצאו קשרים משמעותיים ברמת מובהקות נדרשת.

בנוגע להשערה השלישית של המחקר (שימוש בחדר רגיעה נתפס בעיני המטופל כטיפול יעיל יותר מאשר שימוש בקשירה), 44 מהנשאלים הגדירו את השהייה בחדר רגיעה בהשוואה לקשירה כ"משפרת מאוד" את מצבם הנפשי, 30 אחוז הגדירו כ"מספרת במעט" את מצבם הנפשי, 20 אחוז טענו שהשהייה בחדר רגיעה "אינה משפרת" כלל על מצבם הנפשי, שישה אחוזים דיווחו על הרעה במצבם הנפשי כתוצאה משהייה בחדר רגיעה (גרף מס' 3).

בסך הכל, 74 אחוז מכלל הנשאלים הגדירו את השהייה בחדר רגיעה כאמצעי טיפול שמשפר את מצבם יותר מאשר קשירה. בבדיקת השפעתם של משתני גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית, מספר קשירות ומספר הכנסות לחדר רגיעה שחוו במהלך אשפוחם, על אופן התפלגות זו, לא נמצאו קשרים משמעותיים ברמת מובהקות נדרשת, פרט להשפעה של משתנה "מספר קשירות במהלך האשפוח" ($p=0.01$, $r=0.363$).

בהמשך המחקר נבדקו סיבות אפשריות נוספות שיכולות היו לתרום לגיבוש העמדה של המטופלים כלפי סוג ההגבלה הפיזית. נמצא קשר מובהק ($p=0.000$) בין בחירה של סוג הגבלה פיזית לבין תחושות הנוחות של המטופל בנוגע לשימוש בה. כמו כן, נמצא קשר בין עוצמת תחושת הכעס ($p=0.000$) ועוצמת תחושות עלבון ובושה ($p=0.007$) המתעוררים בקרב המתבגרים בעקבות שימוש כלפיהם באמצעים להגבלה פיזית לבין בחירה של סוג האמצעי. עוד נמצא קשר מובהק ($p=0.000$) בין תחושה סובייקטיבית של המטופל בנוגע לפרק הזמן שבו מושגת רגיעה במצבו, לבין בחירה של סוג ההגבלה פיזית. כמו כן, נמצא קשר מובהק בין תחושה סובייקטיבית של המטופל בנוגע לשיקול אשר בעקבותיו נעשה שימוש באמצעי להגבלה פיזית, לבין בחירה של סוג האמצעי הן בנוגע לשימוש בחדר רגיעה ($p=0.013$) והן בנוגע לשימוש בקשירה ($p=0.003$).

דיון

בהתבסס על הממצאים של המחקר ניתן להסיק מספר מסקנות:

1. בני הנוער המאושפוזים במסגרת פסיכיאטרית אקוטית סגורה מעדיפים יותר את השימוש בחדר רגיעה על פני קשירה למיטה כדרך טיפולית במצבים המסכנים את בריאותם או/ו את סביבתם. העדפה זו אינה מושפעת ממשתנים של גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית, מספר קשירות ומספר הכנסות לחדר רגיעה שחוו במהלך אשפוחם עד כה.
2. בקרב בני הנוער המאושפוזים במסגרת פסיכיאטרית אקוטית סגורה, שימוש בקשירה נתפס מפחיד יותר מאשר שימוש בחדר רגיעה. תפישה זו אינה מושפעת ממשתני גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית, מספר קשירות ומספר הכנסות לחדר רגיעה שחוו במהלך אשפוחם עד כה.
3. בקרב בני הנוער המאושפוזים במסגרת פסיכיאטרית אקוטית סגורה, שימוש בחדר רגיעה נתפס כטיפול יעיל יותר מאשר שימוש בקשירה. גם תפישה זו אינה מושפעת ממשתני גיל, מין, אבחנה פסיכיאטרית ומספר הכנסות לחדר רגיעה, אך תלויה במספר הקשירות שחוו במהלך אשפוחם עד כה.

4. עמדתם של בני הנוער המאושפוזים במסגרת פסיכיאטרית אקוטית כלפי סוג של הגבלה פיזית מתגבשת על סמך תחושות סובייקטיביות של נוחות, פרק הזמן שבו מושגת הרגיעה במצבם והשיקולים שהובילו לשימוש בהגבלה, וגם מושפעת מעוצמת רגשות כעס, עלבון ובושה המתעוררים אצל המטופל. מחקרים רבים מציגים מגוון רחב של עמדות מטופלים בנוגע לשימוש כלפיהם הן בקשירה והן בחדר רגיעה, אך לא נמצאו עבודות שבוחנות את ההבדלים בין העמדות המתייחסות לשתי שיטות אמצעי כפייה שצוינו.

לדעתם של Gair (1984) ו-Fisher (1994), הכנסת המתבגר לחדר בידוד היא טיפול מקובל ושיטה יעילה כדי לעזור לו להירגע ולהימנע מהאירועים שבהם הוא עלול לפגוע בעצמו או בסביבתו. מודגשות מספר המלצות לבידוד המטופל והן: הכנסה לחדר רגיעה על ידי איש צוות מוכר; שימוש בחדר רגיעה המאפשר אוטונומיה מרבית למטופל השהוה בו; עידוד כניסה עצמאית לחדר רגיעה כאשר חולים אחרים מורחקים ממקום האירוע; שימוש במספר רב של אנשי צוות במקרים שבהם המתבגר מתנגד נחרצות לבידוד; לקיחה מהמטופל כל חפץ אישי, הורדת נעליים ואף הלבשתו בפיג'מה, עשיית צרכים פיזיולוגיים טרם כניסה לחדר רגיעה במידת האפשר.

במחקרם של Plutchik et al. (1978) נבחנו עמדות ורגשות של מטופלים לגבי הכנסתם לחדר רגיעה. רוב הנשאלים טענו ששהייה בחדר רגיעה עזרה להם להירגע ולרכוש שליטה עצמית, אך הם התלוננו שהקריטריונים להכנסה לחדר רגיעה זומן השהייה בו היו מעורפלים מאוד וגרמו להם בלבול.

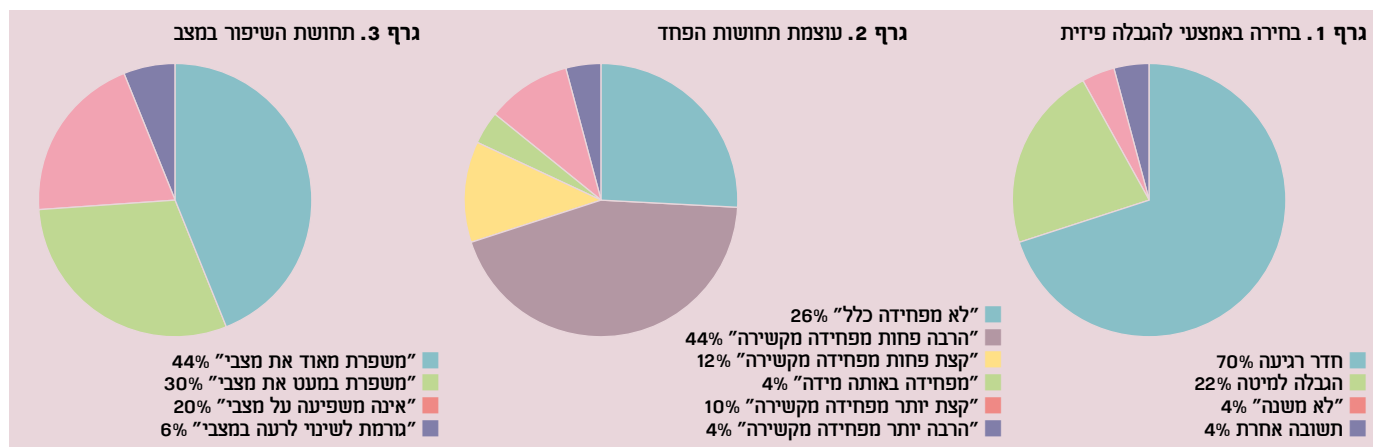
ניתן להשוות ממצאים אלה עם מסקנות המחקר הנוכחי. בדומה לטענות של Gair (1984) ו-Fisher (1994) ו-Plutchik et al. (1978), ניכר ששימוש בחדר רגיעה מהווה כלי טיפולי יעיל במצבים של סיכון מיידי עצמי או סביבתי בקרב המתבגרים המאושפוזים במחלקות הפסיכיאטריות. מסקנות המחקר לגבי ההשערות הראשונה והשלישית מלמדות על בחירת בני הנוער המאושפוזים בחדר רגיעה ככלי טיפולי מועדף ויעיל יותר, על פני קשירה למיטה. יש לציין שעמדות בנוגע ליעילות השימוש בחדר רגיעה על פני שימוש בקשירה למיטה הושפעו על ידי נתון של מספר קשירות שחוזה המטופל במהלך אשפוח. ממצאים שהתקבלו מלמדים שככל שגודל מספר האירועים של קשירה אצל המטופל, כך הוא נוטה לתפוש את השהייה בחדר רגיעה כאמצעי טיפול שפחות תורם לשיפור במצבו הנפשי יחסית לקשירה. ככל הנראה, מדובר בקבוצת מטופלים שאושפוזו בשל מצב נפשי מורכב במיוחד ולגביהם שימוש בחדר בידוד אינו מספיק לצורך רכישת שליטה עצמית במקרים של סיכון מיידי עצמי או סביבתי.

Soliday (1985) במחקרו הגיע למסקנה ששהייה ממושכת בחדר רגיעה נתפשת על ידי מטופלים כבלתי יעילה וגורמת לתחושות של חוסר אמון מצידם באנשי הצוות המטפל ובכך פוגעת בהליכים של בניית הקשר הטיפולי.

גם במחקרו של Heyman (1987) דווח על תחושות של מטופלים שצינו שהשהייה בחדר רגיעה היתה ארוכה מדי והודגשה העדפתם לשהייה מוגבלת ל-15 דקות בלבד בתור אופציה טיפולית יעילה.

בשונה מעבודות אלו, במחקר הנוכחי המתבגרים לא התבקשו להביע את דעתם לגבי פרק הזמן הנדרש לשהייה בחדר רגיעה, אך נעשתה השוואה המתייחסת לתחושתם הסובייקטיבית לגבי פרק זמן שבו מושגת רגיעה במצבם בשימוש בחדר רגיעה לעומת שימוש בקשירה למיטה. ממצאים שהתקבלו מלמדים על נטייה כללית בקרב הנחקרים לראות בחדר רגיעה אמצעי "מאפשר להירגע מהר יותר" בהשוואה לקשירה, ועל קשר בין תחושה סובייקטיבית זו לבין העדפה כלפי סוג האמצעי להגבלה פיזית.

במאמרו של Aschen (1995) דווח על תחושות שליליות רבות המתעוררות בקרב המטופלים בעקבות שימוש בקשירה, שמתבטאות ברגשות זעם, בחוסר אונים, בעצבות ובושה. הם תופשים את הקשירה כעונש ולא כאמצעי טיפולי, מפתחים התנהגויות של חוסר שיתוף פעולה ומטילים ספק בכוונות הצוות להעניק להם טיפול איכותי. במחקרם של Wadeson & Carpenter (1976) טענו מספר מטופלים ששהייה ממושכת בתוך חדר רגיעה אינה מרגיעה את המתבגר אלא גורמת לתחושות של כעס ותסכול, מעלה מחשבות שהצוות מנסה



הטיפוליים האמיתיים (Soliday, 1985; Heyman, 1987). במחקר של Meehan et al. (2000) טוענים מטופלים שבידודם בחדר רגיעה משרת בעיקר את האינטרסים של הצוות המטפל, להגבלה אין הצדקה מבחינה טיפולית, המטופלים הביעו התנגדות לשימוש בכוח על מנת לסדרם, להורדת פריטי לבוש ולמתן תרופות הרגעה. במחקר של Martinez et al. (1999) דיווחו מטופלים רבים על מאמציהם להתאים את התנהגותם לציפיות של הצוות המטפל על מנת להשתחרר מחדר רגיעה - דבר שנתפש, לדעתם, בעיני הצוות כסימן לרגיעה במצבם, תוך שהם מסתירים מהמטפלים את הסערה הרגשית שבה היו שרויים באותה עת. במחקר הנוכחי נבחנו סוגיית השיקול לשימוש באמצעים להגבלה פיזית כלפי המתבגרים. ממצאים שהתקבלו מלמדים על קיום קשרים בין האופן שבו תופש המתבגר את השיקול לשימוש באמצעי להגבלה פיזית, לבין בחירת סוג האמצעי, הן ביחס לשימוש בחדר רגיעה והן בנוגע לשימוש בקשירה.

המלצות

בהתבסס על ממצאי המחקר המוצג, מומלץ לשקול שימוש בחדר רגיעה ככלי טיפולי יעיל במצבים שבהם המטופל עלול לסכן את עצמו או את סביבתו. גם במחלקות המבוגרים בדומה למחלקת הנוער, אפשר לראות בו אופציה טיפולית מועדפת להגבלה פיזית. במיוחד יש להביא בחשבון את חשיבות שמירת הקשר הרציף עם המטופל המבודד בחדר רגיעה או המוגבל למיטה, במטרה להפחית תחושות של חרדה ופחד.

סרגי ויטניצקי - אח, ודים לייבוביץ - סגן אחות אחראית, אולגה סוקולובסקי - אחות, מרסל מיטרי - אחות אחראית, מחלקת נוער, דורית כהן - מנהלת סיעוד, עליזה ברזילי - פסיכותרפיסטית התנהגותית קוגניטיבית, לשעבר מנהלת סיעוד, המרכז לבריאות הנפש גנה, פתח תקוה

להשתלט עליו ושזכויותיו נשללות ממנו. במחקר של Meehan et al. (2000) תיארו מטופלים רבים רגשות של כעס המופנה בעיקר כלפי אנשי הצוות, תחושות של חוסר אונים והשפלה מול מערכת השוללת את עצמאותם.

גם במחקר הנוכחי היתה התייחסות לתחושות השליליות המתעוררות במתבגרים בעקבות שימוש כלפיהם באמצעים להגבלה פיזית, תוך עריכת השוואה בין שימוש בחדר רגיעה לבין שימוש בקשירה ובחינת הקשר בין התחושות הללו לבין גיבוש העמדה לגבי אמצעי הגבלה המועדף. ממצאי המחקר מלמדים על נטייה כללית בקרב הנשאלים לראות בחדר רגיעה אמצעי שגורם פחות לתחושות עלבון, בושה וכעס בהשוואה לקשירה, ועל קיום קשר בין עוצמת התחושות לבין בחירה של סוג ההגבלה הפיזית.

התייחסות מיוחדת לשימוש באמצעי הגבלה פיזית בקרב ילדים ומתבגרים מופיעה במאמרו של Cotton (1993). לטענתו, שימוש בהגבלה פיזית עלול להיות עבורם גורם לדחק נפשי ואף לעורר תגובות של פחד. כמו כן, פוסל החוקר אפשרות של שימוש בסוג זה של טיפול בילדים ובמתבגרים אשר נחשפו בעבר לאירועים של התעללות מינית. בעבודתם של Binder & McCoy (1983), מטופלים מתארים את חדר הרגיעה כמקום קר, קטן, מבנה מאיים עם קירות אפורים ומסוכנים, ואף ציינו את נטייתם לפתח תסמינים של קלאוסטרופוביה בעקבות שהייה ממושכת בחדר רגיעה. אחד החוקרים במחקר של Wadeson & Carpenter (1976) השווה את חדר הבידוד לתא גזים ותיאר תחושות של פחד ובהלה כתוצאה משהייה בו. במחקר הנוכחי נבחנו סוגיית תחושת הפחד שמתעורר במתבגרים כתוצאה משימוש כלפיהם באמצעים להגבלה פיזית. הממצאים מלמדים על נטייתם לתפוש את הקשירה כמפחידה יותר בהשוואה לשהייה בחדר רגיעה.

בספרות המקצועית מתוארים מקרים רבים שבהם תופשים המטופלים את קשירתם כאמצעי המשרת את האינטרסים של הצוות המטפל בלבד. צוין שאנשי צוות משתמשים בקשירות לצורך השגת שליטה עליהם, ללא כל התחשבות בצרכיהם

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

1. מוניץ, ח. (עורך) (2004). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. ת"א: פפירוס, בית הוצאה באוניברסיטת תל-אביב.
2. שצון, ח., כץ, ג., אורן, (1999). סיעוד חולה הנפש, הוצאת דיון-אוניברסיטת תל-אביב.
3. Aschen, S.R. (1995). Restraints: Does position make a difference? Issues in Mental Health Nursing, 16(1), 87-92.
4. Balevre, P. (2001). Is it legal to be crazy: an ethical dilemma. Archives of Psychiatric Nursing, 15(5), 241-244.
5. Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). Principles of biomedical ethics. (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
6. Binder, R.L. & McCoy, S.M. (1983). A study of patient attitudes toward placement in seclusion. Hospitals and Community Psychiatry, 34, 1052-1054.
7. Breeze, J. (1997). Can Paternalism be justified in mental health care? Journal of Advanced Nursing, 28(2), 260-265.
8. Childress, J. F. (1982). Who should decide? Paternalism in health care. Oxford: Oxford University Press.
9. Fisher, W.A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. American Journal of Psychiatry, 151(11), 1584-1591.

10. Gair, D.S. (1984). Guidelines for children and adolescents. The psychiatric uses of seclusion and restraint. Washington, DC: American Psychiatric Association.
11. Heyman, E. (1987). Seclusion. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 25(11), 9-12.
12. Leung, W.C. (2002). Why the professional-client ethic is inadequate in mental health care. Nursing Ethics, 9(1), 51-60.
13. Martinez, R.J., Grimm, M., Adamson, M. (1999). Patient views of seclusion. Journal of Psychosocial Nursing, 37(3), 13-22.
14. Meehan, T., Vermeer, C., Windsor, C. (2000). Patient's perception of seclusion: a qualitative investigation. Advanced Nurse, 31, 370-377.
15. Plutchik, R., Karasu, T.B., Conte, H.R., Jerret, I. (1978). Toward a rationale for the seclusion process. The Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 571-579.
16. Soliday, S.M. (1985). A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 282-286.
17. Szasz, T. S. (1983). Ideology and Insanity of term care. New York: Oxford University Press.
18. Wadeson, H. & Carpenter, W.I. (1976). Impact of the seclusion room experience. The Journal of Nervous and Mental Disease, 163, 318-328.