

medicine

סמים ונגמרים

תופעת פגועי הנפש כתוצאה משימוש

בסמים בקרב התרמילאים במזרח

סמים ונגמלים

הטיפול במתמכרים כבהפרעה

בתפקוד מערכת העצבים

ילדים ונוער

תסמונת SMD

מרכז לטיפול בטרומה

טיפול בגרייה אלקטרומגנטית





דבר העורך

בגיליון זה מאמרים הדנים בבעיות ספציפיות לאבחון והטיפול הפסיכיאטרי בנוער ובמדיניות בריאות הנפש, אספקטים טיפוליים במחלות נפשיות בעייתיים במיוחד וכן תיאור של אחת האבחנות המופלאות ברפואה, תסמונת מינכהאוזן.

מאמרם של ד"ר זלצמן וד"ר שפיר מתאר אבחון מחלות אפקטיביות בבני נוער. מאמר זה נוגע בבעיה בסיסית באבחון הפסיכיאטרי. הבעיה היא שאין תמיד קשר ישיר בין האבחון בקטינים והאבחון במבוגרים. המצב הוא כאילו אנו עוסקים לפחות בשני זי: *Homo sapiens*. האחד, *Homo pediatricus*, והשני *Homo adulticus* – ואולי ישנו גם השלישי, *Homo Geriatricus*. מאמרם של ד"ר זלצמן וד"ר שפיר מטפל בשונות ובדמיון באבחנות האפקטיביות אצל בוגרים וקטינים ומקרב אותנו למטרה של אבחון אחיד בכל קבוצות הגיל. מאמרם של ד"ר שיבר וד"ר ארבל מעביר אותנו לעולם הטיפול במצב טראומה ומצביע שלמרות שהתסמונות דומות, לעיתים יש מקום לגישות טיפוליות שונות כשאנו עוסקים בקטינים.

מאמרו של ד"ר בלון מכניס אותנו לעולם של טכניקה טיפולית מעניינת. גישה זו עושה שימוש בגרייה אלקטרומגנטית של המוח. טכניקה זו נראה הוכחה כיעילה במבוגרים. ד"ר בלון מצביע על יעילותה גם במתבגרים, אך גם מצביע על הבדלים בתגובות הטיפוליות של קטינים בהשוואה לבוגרים. המאמר מצביע על הקשיים האתיים במחקר טיפולי בקטינים. דילמה זו, שבה הגישה האתית עשויה לבלום מחקר אך יוצרת בעיה אתית אחרת, שהיא שבהעדד מחקר יש קושי רב בהתקדמות הטיפולית לקבוצת הקטינים, ובסופו של תהליך, פחות טיפול יעיל בקבוצת גיל זו.

מאמרו של ד"ר ויסמן מצביע על גישה טיפולית ייחודית בטיפול בגמילה מסמים. גישה זו מעניינת ומלמדת ששינוי בחשיבה על מחלה מביא עימו גם חידושים מעניינים בטיפול. ד"ר מל מתאר את הבעיה של שימוש בסמים אצל מטיילים ישראלים במזרח. מעודד לקרוא את גישתו האופטימית לגבי התפתחות תסמונת זו.

ד"ר גולן מתארת גישה חדשנית לטיפול בהפרעות אכילה. הגישה המתוארת היא כללית. הדגש על הטיפול במוטיבציה הוא חשוב ובמקום. פרופ' ויצטום וד"ר לרנר נותנים תיאור על תסמונת מופלאה הגורמת לעתים לתוקפנות רבה אצל מטפלים שונים. נראה ששמה האקזוטי של התסמונות מתאים לטיבה.

ד"ר הדס-לידור מצביעה על החשיבות בשיתוף משפחות החולים בתסמונות פסיכיאטריות. המאמר מתאר גישה טיפולית המשלבת אלמנטים מגישתו של פרופ' פורשטיין, גישות קוגניטיביות וקבוצתיות.

מאמרו של ד"ר קראקרה מעלה את הבעיה הכאובה של טיפול נפשי באוכלוסייה הערבית במדינה. החסר באנשי מקצוע הוא אחד מאבני הנגף החשובות בפיתוח טיפולים מתאימים. נראה שסטיגמה משפיעה לא רק ישירות על החולה (סטיגמה ישירה) אלא גם על בחירת אנשים במקצועות המטפלים במצבים סטיגמטיים ויצירה של כשלים סטיגמטיים משניים. המאמר הדן בפסיכיאטריה במדינת ליליפוט מנסה להעמיד מראה לפני הקורא הישראלי ומהווה המשך למאמרים בהוצאה הקודמת, שדנו ברפורמה בתחום בריאות הנפש.

פרופ' חנן מוניץ

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

מו"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ

עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

איור שער: גיא מורד

משתתפים: ד"ר איתן נחשוני, פרופ' צבי זמישלני, פרופ' נתנאל לאור, ד"ר תאופיק קראקרה, ד"ר חיים מל, ד"ר אנדרה ויסמן, ד"ר ליאור שפיר, ד"ר גיל זלצמן, ד"ר יובל בלון, ד"ר שוש ארבל, ד"ר אשר שיבר, ד"ר נעמי הדס לידור, דורית רדליק, פנינה וייס, ד"ר ולדימיר לרנר, פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר מוריה גולן, טל דניאל חבקוק, ליליאנה ציבאן

מנהלת הפקה: מגי ליצי

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור

דפוס: רבגון

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל. 03-6493666 פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

ת.ד. 53378 תל אביב 61534

דוא"ל: info@f-media.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 אמצע, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנו באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

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

כלל כתובת, לפקס: 03-6493667

טל.ח.



תוכן עניינים

חדשות ראשונות

נדבכי הפסיכיאטריה במדינת ליליפוט

< פרופ' חנן מוניץ
רפורמה תחילה: כיצד נראית הפסיכיאטריה במדינת ליליפוט הדמיונית

מיליון ערבים ועשרה פסיכיאטרים מומחים

< ד"ר תאופיק קראקרה
על מצבה העגום של הרפואה הפסיכיאטרית במגזר הערבי

Fool moon party

< טל דניאל חבקוק
ד"ר חיים מל, הממונה על תחום הטיפול והשיקום ברשות למלחמה בסמים, מדווח מהשטח על תופעת פגועי הנפש כתוצאה משימוש בסמים בקרב התרמילאים במזרח

טיפול בתלות באופיאטים בגישת הנירורגולציה

< ד"ר אנדרה ויסמן
הכמיהה לאופיאטים כמצב ביולוגי והטיפול במתמכרים כבהפרעה בתפקוד מערכת העצבים

הפרעה חדשה או אותה גברת בשינוי אדרת

< ד"ר ליאור שפיר, ד"ר גיל זלצמן
תסמונת SMD - הפרעה חמורה בוויסות מצב הרוח בקטינים

האם באמת עדיף לנסות קודם על מבוגרים?

< ד"ר יובל בלון
הקשיים בשימוש ובמחקר בטיפול בגירוי המגנטי החוזר בילדים ובמתבגרים

מי ירחם על ילדי הגן

< ד"ר שוש ארבל, ד"ר אשר שיבר
על מרכז מילשטיין לטיפול בטרומה בילדים ונוער

קידום, שיתוף ותקשורת

< ד"ר נעמי הדס לידור, דורית רדליך, פנינה וייס
מודל התערבות ייחודי למשפחות פגועי הנפש בקורס האקדמי קשת

החולה המדומה

< ד"ר ולדימיר לרנר, פרופ' אליעזר ויצטום
תסמונת מינכהאוזן, צורותיה השונות ובעייתיות ההוכחה

קואליציה רחבה נגד הפרעות אכילה

< ד"ר מוריה גולן
שימוש בטכניקות מוטיבציוניות בטיפול בהפרעות אכילה

תרופה ושמה חיה

< ליליאנה ציביאן
השפעתן החיובית של חיות מחמד על בריאותם של בעליהן

6

12

14

16

20

20

24

30

32

34

38

38

44

48

44

גוף-נפש: מדדים חדשים להערכת הקשר שבין דיכאון ומחלות לב

בשנים האחרונות הולך ומתבסס הקשר הדו כיווני שבין דיכאון למחלות לב. קשר-גשר זה הביא להתפתחות שדה מחקרי וקליני, שמייצג גישה הוליסטית השואבת את מקורותיה מהפסיכיאטריה והקardiולוגיה. כרבע מחולי הלב סובלים מדיכאון, ומצד שני דיכאון מהווה גורם סיכון משמעותי לתחלואה ולתמותה מוגברים מסיבות קרדיאליות (התקפי לב חוזרים, הפרעות קצב ועוד).

מחקרים עדכניים משדה הפסיכיאטריה הביולוגית מצביעים על שורה של הפרעות פיזיולוגיות רב מערכתיות הקשורות למצב הדכאוני, כגון: השראת יתר שומן בדם (היפירליפידמיה), יתר לחץ דם, פגיעה בכלי הדם, עלייה בפעילות טסיות הדם ונטייה לקרישיות יתר, הפרעות בוויסות פעילות מערכת החיסון ועלייה של גורמי דלקת. הפרעות אלו מהוות גורמים להתפתחות ולהחמרה של מחלות לב. גורם אתיופולוגי אפשרי נוסף קשור בהפרעות בבקרת מערכת העצבים האוטונומית (המורכבת מהזרוע הסימפטטית והזרוע הפרהסימפטטית) על הלב בזמן דיכאון. ידוע כי ירידת הבקרה הפרהסימפטטית מורידה את הסף להופעת הפרעות קצב קטלניות.

המרכז לבריאות הנפש גהה, בשיתוף פעולה עם המרכז הרפואי רבין, הוביל סדרת מחקרים בחולי דיכאון, בהם נמדדה פעילות מערכת העצבים האוטונומית באמצעות הערכת השונות בקצב הלב (heart rate variability) בכלים מסורתיים וחדשניים (שנגזרו מתורת הכאוס). מהמחקרים עולה כי בזמן דיכאון בולטת הפרעה בבקרת מערכת עצבים האוטונומית על הלב, אשר מתבטאת בירידת הבקרה הפרהסימפטטית. ירידה זו מצידה יכולה להוריד את הסף להופעת הפרעות קצב קטלניות. ממחקרנו נמצא כי בחולי דיכאון שטופלו במצב חשכל ומצבם הקליני השתפר, עלתה הבקרה הפרהסימפטטית, המגנה על הלב מהפרעות קצב.

במחקר נוסף נעשה לראשונה שימוש בממד ביולוגי (השונות במקטעי QT בתרשים האק"ג, QT dispersion) מתחום הקרדיולוגיה, אשר גם מצידו מצביע על סיכון מוגבר להפרעות קצב קטלניות בדיכאון, כמו אצל חולי לב שבסיכון. מחקר נוסף השווה בין מושגתלי לב ללא כל מחלה נפשית למול חולים בדיכאון רבא ונבדקים בריאים. להפתעתנו, נמצא כי מדדי בקרת קצב הלב בקרב מושגתלי הלב לא היו שונים מאלה של חולי הדיכאון ושניהם היו נמוכים משמעותית מאלה של הנבדקים הבריאים!

נראה, אפוא, כי בדיכאון רבא, הלב יכול להיות שריר "בניתוק עצבי" פונקציונלי. ממצאים אלה, לגבי הירידה בפעילות הפרהסימפטטית בדיכאון עולים בקנה אחד עם גישה חדשנית לטיפול בדיכאון עמיד באמצעות גירוי עצב התועה (Vagal Nerve Stimulation), שבה מושגתלת אלקטרודה, שתפקידה לעורר את הפעילות הפרהסימפטטית.

ידוע כי התמותה הקרדיאלית הגבוהה בחולות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה יכולה לנבוע מהפרעות בפעילות מערכת העצבים האוטונומית, כמו גם מפגיעה בשריר הלב עקב המצב המטבולי. ממחקר נוסף שבוצע בשיתוף פעולה עם המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה בנערות מתבגרות, בבית החולים לילדים שבמרכז הרפואי שיבא, עולה כי מדדי הסיכון הקרדיאלי הגבוה (השונות במקטעי QT), שנגזרו מתרשימי האק"ג של קבוצת נערות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה, השתנו לטובה אחרי השיפור במצב התזונתי, מהשמעיד על שיפור אפשרי בפעילות מערכת העצבים האוטונומית ובמסת שריר הלב, הקשורים לאטיולוגיה של תמותה מוגברת בהפרעה נפשית קשה זו.

דיווחים אודות מוות פתאומי בילדים המטופלים בתרופות פסיכטרופיות העלו את הצורך בפיתוח אמצעי ניטור לסיכון קרדיאלי בקבוצה ייחודית זו. במחקר חדשני נעשה לראשונה שימוש במדדי השונות במקטעי QT מתרשימי האק"ג של ילדים (בני שש שנים לערך) המטופלים בטיפולים תרופתיים שונים (תרופות נוגדות-פסיכוזה ורטליון) במסגרת מרכזנו. ממצאי המחקר מצביעים על העדר השפעה של התרופות על מדד הסיכון הקרדיאלי שנמדד.

פיתוח ושימוש במדדים מתחום האלקטרופיזיולוגיה והקרדיולוגיה עשויים לסייע

בהבנת התהליכים הביולוגיים של מחלת הדיכאון ואת הקשר עם העלייה בתחלואה ובתמותה קרדיאלית. ללא ספק, הבנה זו תתרום לפיתוח גישות טיפוליות חדשניות למחלה קשה ושיכחה זו.

ד"ר איתן נחשוני, פרופ' צבי זמישלני, המרכז לבריאות הנפש גהה, מקבוצת שירותי בריאות כללית

ההשלכות הנפשיות ולקחים ממלחמת לבנון השנייה

ביום העיון בנושא "אוכלוסיה תחת טילים", שקיים לאחרונה איגוד הפסיכיאטריה בישראל, סניף חיפה והצפון, הוצגו ההשלכות הנפשיות של המלחמה על העורף והלקחים שהופקו.

ד"ר צביקה קירש, יו"ר האיגוד סניף חיפה והצפון ומנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, דיווח על נתונים שהוצגו: במהלך המלחמה נורו על חיפה והצפון יותר מ-1,500 טילים, כמות טילים גדולה יותר מזו שנפלה על לונדון לאורך כל שנות מלחמת העולם השנייה. כ-1.1 מיליון אזרחים בישראל עזבו בתקופת מלחמת לבנון השנייה את בתיהם ועבודותיהם למשך כחודש ימים והפכו לפליטים בארצם. כ-5,000 איש פיתחו "תגובות קרב" מסוגים שונים, מתוכם עשרה אחוזים עד 25 אחוז פיתחו צורות שונות של הפרעות פוסט-טראומתיות, חרדות ותגובות דכאוניות.

כיום נעשים במרפאות חיפה והצפון מעקבים אחרי כמה מאות אנשים שממשיכים לסבול מהפרעות נפשיות בעקבות אירועי המלחמה.

המסה העיקרית של התפרצות הפרעות נפשיות היתה בחודש הראשון של המלחמה. בחלוף הזמן, עם בוא הרגיעה ועם הטיפול הנפשי שניתן, הלכו המספרים וירדו.

הצוות המטפל והמטופלים היו חשופים לאותו איום מסיבי ולפגיעה פיזית ונפשית. העורף לא היה בטוח והמטופלים היו צריכים להגיב בצורה נורמטיבית למצב לא נורמלי, כשחוסר הוודאות המתמשכת השפיעה בצורה קשה הן על המטופלים והן על המטופלים. עיקר הפחד של הילדים הוא מהמלחמה הבאה.

ביום העיון הוצגו הלקחים שהופקו מהמלחמה האחרונה:

1. יש צורך ב"מרגיע לאומי", שיסביר בעת מלחמה את הקורה וישם דברים בפרופורציה. מצב של בלבול וחוסר ודאות מגבירים את הלחץ.
 2. נפגעי החרדה וההלם יטופלו במקום נפרד מחדרי המיון של בתי החולים, כדי שלא יתפסו את מקומם של פצועי הגוף הזקוקים לצוות הרפואי ולמכשור חדרי המיון.
 3. יוקם פורום קבוע לשעת חירום בתחום בריאות הנפש.
 4. ייערך מיפוי קבוע של כל חסרי הישע כמו: זקנים, נפגעי נפש, נכים ועוד, שמתקשים לפנות לעזרה בשעת חירום, כדי שאפשר יהיה להגיע אליהם במהירות ולטפל בהם.
- הפסיכיאטרים ממרכז הארץ שהשתתפו ביום העיון ציינו כי בזכות יום העיון הם הצליחו לחוש את מלוא משמעות המלחמה והשלכותיה הנפשיות על האוכלוסיה בצפון הארץ. ביום העיון השתתפו מנהלי מרכזים לבריאות הנפש טירת כרמל, מזרע, שער מנשה, אברבנאל ולב השרון, הפסיכיאטרים המחוזיים של חיפה והצפון, מנהלי יחידות ומרפאות פסיכיאטריות מבית החולים רמב"ם ומהמגר הערבי, מרצים אורחים מהאקדמיה וראש עיריית חיפה.



טור. בנוסף עלה לדיון נושא בריאותם הנפשית של הילדים הפלסטינים ועתידם אל מול הצורך להפסיק לחנכם לשנאה בלבד.

פסיכיאטרית הילדים הפלסטינית סיפרה על סקר שנערך לפני כשנתיים, בשיא האינתיפאדה, בקרב ילדים ברשות הפלסטינית, שבו נשאלו כיצד הם רואים את עתידם. מרביתם השיבו שהם רוצים להיות שאהידים. לאחרונה, לאחר רגיעה יחסית, נערך סקר נוסף דומה והתברר כי חל שינוי ומרבית הילדים הפלסטינים דיברו על תכניות להקים משפחה לכשיגדלו וראו עצמם עוסקים במקצועות שונים, ורק מיעוטם ביקשו להיות שאהידים.

ד"ר אלכסנדר גרינשפון, מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, אמר שהוא שואב עידוד מהסקר הפלסטיני האחרון ומהשיחות שנוהלו במפגש. הוא הוסיף שרצוי להרבות במפגשים מהסוג הזה וביקש לציין את פעילותו של פרופ' צבי זמישלני, אחראי על קשרי חו"ל של איגוד הפסיכיאטריה לישראל, לקיומו של המפגש המרתק הזה.

מוזיקה ככלי טיפולי במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל



קונצרט של מוזיקה צוענית יהודית לתלמידי בית הספר מאור של מחלקות הנוער במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, התקיים לאחרונה באודיטוריום של בית החולים. זהו אחד מסדרת קונצרטים שנתיים בת עשרה קונצרטים, עם מוזיקאים מהשורה הראשונה בתחום מוזיקת עולם, מוסיקה קלאסית וכליזמר. המתבגרים התלהבו מאוד וליוו את המוזיקה השמחה בריקודים, ובתום הקונצרט אף ביקשו הדרנים.

אורית מאירי, מטפלת במוזיקה בבית הספר, אמרה כי הרציונל לפיתוח הפרויקט הייחודי של סדרת הקונצרטים לבני הנוער שבמחלקת האשפוז ובמחלקת אשפוז

יום, מתבסס על מחקרים ועבודה קלינית המוכיחים שמוזיקה משפיעה על מצבו הנפשי, ההתנהגותי, החברתי והרוחני של האדם ומהווה כלי טיפולי שעשוי לשנות התנהגות הרסנית ולחזק צמיחה והתפתחות אישית. אל הקונצרטים מוזמנים גם בני משפחותיהם של המתבגרים ומאושפזים ממחלקות אחרות. **יעל לוי, מנהלת בית הספר,** אמרה כי ההשפעה החיובית של המוזיקה בקונצרט נראתה הן בשינויים במצב הרוח והן בטיב התקשורת של בני הנוער. הקונצרטים מלווים בדברי הסבר הנוגעים לכלי הנגינה המיוחדים, להיסטוריה של המוזיקה ולשילוב בין הסגנונות המוזיקליים. בבית הספר מאור לומדים ומטופלים מתבגרים הסובלים מבעיות נפשיות ורגשיות. ייחודו בשילוב בין טיפול פסיכיאטרי ורגשי לבין מערכת מסודרת של למידה, שברובה אישית ומותאמת לרמתו ולמצבו הנפשי של המתבגר.

אחרי המלחמה: מודל תעצומות למוכנות וחוסן אזרחי - "חוסן חיפה והצפון"

מרכז חוסן להתערבות בטראומה ואסון המוני ע"ש כהן-הריס הוקם בשנת 2000 על ידי העמותה לילדים בסיכון (עיר) בעקבות האינתיפאדה, ותוגבר לקראת מלחמת המפרץ, כדי לאגם את מוסדות הקהילה לטיפול באדם בעיר עם מכלול האוכלוסיה העירוני. המודל יושם בעיר תל אביב-יפו ופועל בשגרה ובחירום. רעיון ההפעלה מבוסס על הכשרת צוותים רב מקצועיים ומתווכים מוסדיים טבעיים (מורים, אחיות). על יסוד זה, ניתן להניח כי המודל יגביר את היחסן האזרחי וכך ישפר את המוכנות וכושר ההתמודדות של העיר בחירום. מרכז "חוסן" כולל את התכניות הבאות בתל אביב-יפו:

מכלול אוכלוסיה - פיתוח, הנחיה, ופיקוח מקצועי על המערך העירוני הרב מקצועי לטיפול באדם ובקהילה בחירום.

"חוסן חינוך" - להגברת החוסן האיש, איתור והתערבות במסגרת בית הספר בילדים הסובלים מתגובות פוסט-טראומטיות.

"חוסן מחלקתי" - במרכז הרפואי העירוני (איכילוב), לאיתור תגובות לטראומה והתערבות מונעת (מונחית פרוטוקול) על ידי צוות רב מקצועי של אחיות ועובדים סוציאליים.

מרכזי טראומה בקהילה - בשיתוף עם לשכות הרווחה, לקליטה וטיפול בנפגעי טרור ואסון המוני.

"חוסן מרפאות ראשוניות" - בקהילה, להתערבות קבוצתית המועברת על ידי אחיות ורופאים, לאנשים הסובלים מתגובות פוסט-טראומטיות, בשיתוף קופות החולים ומרכזי טראומה בקהילה.

רפואה בהקשר חברתי - לפיתוח סוציאליזציה חברתית במודל הבריאות של הרופא, המופעלת כקורס חובה לסטודנטים בשנה א' בבית הפר לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.

"חוסן לטף" - פיתוח צוותים רב מקצועיים הממוקמים בתוך טיפות החלב, המתמחים בטיפול בגיל הרך לשגרה ולחירום.

תוך כדי ובעקבות המלחמה האחרונה בצפון, התערב, הקים, ובימים אלה מפעיל מרכז חוסן, בשיתוף עם מרכז השלטון המקומי ובהובלת הרשויות המקומיות, מרכזי חוסן עירוניים ומרחביים בשלוש ערים בצפון: חיפה, כרמיאל ומגאר. מרכזים אלה יהיו מנופים להנחלת ידע ליישובים אחרים בצפון. זוהי תכנית "חוסן חיפה והצפון", המונחית על פי התרחישים הלאומיים כפי שמגובשים בדרג המדיני והבטחוני, ומכוונת להעצים את הרשות המקומית בכל הקשור לשיפור המוכנות ויכולת ההתמודדות בשעת משבר וחירום, איתור ואבחון נפגעי פוסט-טראומה, וטיפול באמצעות מרכזי טראומה בקהילה. לתכנית זו ועדת ליווי ברמה הלאומית ובה נציגי משרדי הממשלה, ביטוח לאומי וכוחות ההצלה, והיא מלווה במחקר הערכה.

בעקבות יישומו במרכז הארץ ובצפונה, מודל "תעצומות" למוכנות וחוסן אזרחי שתואר לעיל, יכול לשמש בסיס לפיתוח מרכזים דומים באזורים אחרים בארץ המתמודדים בימים אלה עם מצב של איום מתמשך.

פרופ' נתנאל לאור, מנהל מרכז חוסן ע"ש כהן-הריס, מנהל המרכז לבריאות הנפש תל אביב ע"ש בריל, שירותי בריאות כללית; אוניברסיטת תל אביב ואוניברסיטת ייל

ילדים פלסטינים יש כבר פחות רצון להיות שאהידים

במפגש משולש שנערך לאחרונה ועסק בנושא הטרור והשפעותיו, לקחו חלק ועד איגוד הפסיכיאטריה של ישראל, ועד איגוד הפסיכיאטריה היווני, האחראי על נושא ההתמודדות עם טראומה נפשית באיגוד הפסיכיאטריה העולמי, ופסיכיאטרית ילדים פלסטינית. המפגש התקיים במלון שרתון בתל אביב ומשתתפיו דנו בצורך להביא למודעות ממשלות ומוסדות מטפלים את נושא הטראומה הנפשית כתוצאה מפעולות

תקועים בהווה

חוקרים בריטים טוענים שאנשים הלוקים באמנזיה מתקשים לדמיין אירועים עתידיים עם פרטים ורגשות. המחקר שנערך במרכז וולקם טראסט בלונדון תומך בעדויות קודמות בדבר החשיבות של הזיכרון בדמיון העתיד. **אלינור מגויר** ועמיתיה בדקו חמישה מטופלים שסבלו מאמנזיה קלאסית עקב פגיעה באזור ההיפוקמפוס במוח. הפגיעה גרמה למטופלים לאובדן היכולת לזכור אירועים, אם כי הם זכרו עובדות מסוימות כמו שמות קרוביהם.

החוקרים גילו כי המטופלים התקשו לדמיין אירועים בעתיד, התיאור שלהם היה חסר סדר ורגשות. מגויר אומרת שהקבוצה שלה היא הראשונה שחקרה את הנושא באופן שיטתי. "התוצאות מראות שאמנזיה היא מחלה קשה מכפי שחשבנו", היא אומרת, "והחולים ממש תקועים בהווה".

סדנה להורים לילדים עם ADHD

תוצאות ראשוניות של מחקר שנערך באוניברסיטת וירג'יניה מצביעות על כך שהורים לילדים הסובלים מ-ADHD שעברו סדנה לטיפול בילדים הביאו לשיפור היכולות החברתיות של ילדיהם אלה, שסובלים לרוב מקשיים בתפקוד חברתי. "מדובר בילדים שרוצים לעמוד בראש תמיד, קשה להם להפסיד ולנצח, לציית לקודים חברתיים ולחוקים", אומרת **פרופ' אמורי יי מיקאמי**, החוקרת הראשית. "לילדים עם הפרעת קשב וריכוז יש קשיים חברתיים גדולים יותר מאשר ילדים עם כל הפרעה אחרת".

מיקאמי וחבריה הדריכו 40 משפחות, כל הילדים טופלו בתרופות ועברו ייעוץ אישי לחיזוק הקשב ושליטה על דחפים. "אנחנו מדריכים הורים לעזור לילדים שלהם, להדריך אותם איך לשרוד", אומרת מיקאמי. אורך התכנית הוא

שמונה שבועות, ההורים נפגשים בקבוצה למשך 90 דקות ומקבלים הדרכה כיצד לעזור לילד לשחק בקבוצה וכיצד להתערב בצורה חיובית ברגעי משבר. ההורים צופים בילדים בשעת משחק ומבצעים משחק תפקידים כדי לראות את המצב דרך העיניים של הילד. ההורים מקבלים ביטחון גדול יותר ביכולת שלהם להתערב ולסייע לילד. הדיווחים הראשונים על הצלחת השיטה התחילו להגיע ממורי הילדים, שלא ידעו על הסדנאות של ההורים ודיווחו על שיפור במצבו של הילד.

מיקאמי אומרת שהיא לא מאמינה שהורים לילדים עם ADHD הם הורים גרועים. "אלה הילדים שזקוקים לעזרה רבה יותר וההורים זקוקים לכל סיוע אפשרי. הם צריכים להיות סופר-הורים, אבל אנחנו צריכים לעבוד עם הורים נוספים כדי לאשר את התוצאות הראשוניות".

כימיקל במוח קשור לתשוקה לאלכוהול

מדענים אוסטרליים ממכון האוורד במלבורן זיהו מערכת במוח שמקנה את התשוקה למשקה בקרב אלכוהוליסטים ויכולה לחולל גמילה מההתמכרות. המדענים גילו דרך לחסום את מערכת האורקסין במוח. תאי אורקסין, הידועים כהיפוקרטין, הם צמד נרופפטידים רגישים ביותר הנמצאים במוח. הכימיקל מעורב בתחושת ה"היי" שחווים לאחר שתיית אלכוהול או נטילת סמים, או ארוחה טובה.

ד"ר אנדרו לורנס השתמש בתרופה שחסמה את תחושת האופוריה. התוצאה היתה שעכברי מעבדה סירבו לשתות כמות לא מוגבלת של אלכוהול. "אורקסין מחזק את תחושת האופוריה לאחר שתיית אלכוהול, אז אם יהיה ניתן להתאים את התרופה לבני אדם, נוכל למנוע את התשוקה לאלכוהול", אמר לורנס.



בני נוער בארה"ב משתמשים בתרופות כדי להסתמם

המחקר השנתי של המכון הלאומי למניעת סמים שנערך באוניברסיטת מישיגן, הצביע על ירידה בשימוש באלכוהול ובסמים קשים בקרב בני נוער בארה"ב, אך על עלייה בשימוש בתרופות חוקיות כמו משככי כאבים, תרופות פסיכיאטריות וסירופ נגד שיעול. אחד מכל 14 בוגרי תיכון העיד על כך שהשתמש לאחרונה בתרופה כדי להסתמם.

"העלייה בשימוש לרעה בתרופות מרשם הוא ממצא מדאיג במחקר", אומר ג'ון פי וולטרס, מנהל המדיניות למלחמה בסמים של הבית הלבן, אבל הוא מצוין גם את הירידה בצריכת אלכוהול, סיגריות, מריחואנה וחומרים לא חוקיים אחרים: "היתה ירידה של 840 אלף בני נוער שצרכו סמים, בהשוואה למצב לפני חמש שנים".

המחקר נערך זו השנה ה-32 בקרב 50 אלף בני נוער בכיתות ח', י"ו ו-י"ב ביותר מ-400 בתי ספר בכל רחבי ארה"ב. הממצאים של השנה האחרונה מצביעים על ירידה קלה בשימוש בסמים: 36.5 אחוז מבוגרי התיכון דיווחו על שימוש אחד לפחות במהלך השנה; המריחואנה נשארה הסם הנפוץ ביותר בשימוש, אף על פי שחלה ירידה קלה בשימוש בו בכל הגילאים; כ-12 אחוז מהתלמידים בכיתה ח' דיווחו על שימוש במריחואנה, בהשוואה ל-25 אחוז מתלמידי כיתה י"ו ו-31 אחוז מבוגרי התיכון (כיתה י"ב); שליש מתלמידי כיתה ח' דיווחו על שימוש באלכוהול, בהשוואה לחצי מתלמידי כיתה י"ו ושליש מתלמידי כיתה י"ב. כאן היתה ירידה קלה באחוז המשתמשים בכיתה ח' לעומת עלייה קלה באחוז המשתמשים הבוגרים יותר. כעשרה אחוזים מבוגרי התיכון דיווחו על שימוש במינונים גבוהים של ויקודין, תשעה אחוז מתלמידי כיתה ח' הריחו דבק, צבעים, נוזלי ניקוי וחומרים אחרים. 3.6 אחוזים מתלמידי כיתה י"ו השתמשו ברטלין שלא לצורך.

במיוחד מדאיג המעבר של מתבגרים לשימוש בסירופ נגד שיעול, כי התרופה זולה וקלה להשגה. מעטים מבינים את ההשלכות של מנת יתר שלה וחושבים שעדיף לצרוך תרופות מרשם או תרופות הנמכרות לכל דורש מלצרוך סמים לא חוקיים.



הלם קרב מעלה את הסיכון למחלות לב

מחקר פורץ דרך שנערך בקרב 1,946 ותיקי מלחמת העולם השנייה וקוראיה מרמז לכך שמי שסבל מתסמונת חרדה פוסט טראומטית (הלם קרב) יהיה בעל סיכוי גבוה יותר ללקות במחלות לב ככל שיעדן. המחקר החדש הוא הראשון לתעד את הקשר בין הלם קרב למחלות לב ומחלות עצמיות נוספות כמו שיגרון ופסוריאזיס.

מחקר נוסף שמומן בידי הצבא האמריקאי גילה כי חיילים שחזרו מהקרב בעיראק וסבלו מהלם קרב, דיווחו על מצב בריאותי לקוי, ביקורים רבים אצל הרופא ואובדן ימי עבודה רבים יותר. המחקר הצבאי בדק 2,863 חיילים שנה לאחר הקרב.

החוקרים מאוניברסיטת הארוורד ובוסטון, בהנהגת **לורה קובזנסקי** מבית הספר לרפואה ציבורית בארוורד, שחקרה תופעות מתח, דיכאון וכעס כגורמי סיכון למחלות לב, ניתחו ממצאים ממחקר מקיף על הזדקנות ותיקי מלחמה באזור בוסטון. הם בדקו תיעוד רפואי של מי שהשלים שאלון של 46 שאלות שנועד למדוד תסמיני הלם קרב בשנת 1986, או שאלון דומה עם 35 שאלות בשנת 1990. שני השאלונים משמשים ככלים מקובלים לבדיקת תסמיני הלם קרב כמו הפרעות שינה, סיוטים, נמלול, דריכות יתר וזכרונות מטרידים.

עשר עד 15 שנים לאחר מילוי השאלון, ותיקי הקרבות עם יותר תסמינים של הלם קרב היו בעלי סיכון גבוה יותר ללקות בהתקפי לב. כל עלייה של מדרגה במדרג התסמינים בשאלון של שנת 1990, סימנה עלייה של 18 אחוז להתקפי לב, גם אחרי שהחוקרים חישוב גורמים מוכרים לסיכון למחלות לב כמו עישון, צריכת אלכוהול ולחץ דם גבוה.

"לרוב הנבדקים לא היו די תסמינים כדי להיות מאובחנים כלוקים בהלם קרב", אומרת קובזנסקי, "אז צריך לחזור על המחקר בקרב ותיקי מלחמה מאובחנים ונשים. כמו כן לא נבדקה רמת הפעילות הגופנית".



נדבכי הפסיכיאטריה במדינת

ליליפוט

אגדה על מדינה דמיונית בשם ליליפוט, שכל קשר בינה לבין המציאות מקרי בהחלט

פרופ' חנן מוניץ

המאמר הזה דן באגדה על מדינה דמיונית בשם ליליפוט. כל קשר בינו ובין המציאות הידועה לנו במדינתנו מקרי בהחלט. למדינת ליליפוט חוקי-על משלה. החלק הראשון של המאמר יתאר חלקים רלוונטיים המנחים את החיים במדינה. היות שהשירות הפסיכיאטרי שלה עובר טלטלות ושינויים רבים, החלק השני יתאר את נדבכי הפסיכיאטריה הבסיסיים ואת השינויים הדרושים כדי ליעל את המערכת הפסיכיאטרית במדינת ליליפוט.

חלקים רלוונטיים מחוקי מדינת ליליפוט:

- טובת הכלל קודמת לטובת הפרט.
- קיים איסור חמור להשתמש בסיסמאות. השימוש בסיסמאות כרוך בעונשים. יש דיוג סיסמאות לפיו נקבע העונש. העונש החמור ביותר הוא על הסיסמה המתחילה במילים "טובת החולה" (אלא אם המשתמש הוא עצמו או בן משפחתו הוא החולה). העונש על שימוש בסיסמה הוא הגליה לעמק הרינומה. העמק הוא רחב ידיים, המרחק מהבירה ומקום ההגליה הוא ביחס ישר לחומרת הסיסמה.
- במערכת הציבורית אסור להשתמש במונחים שאותם אין המשתמש יכול להגדיר. העונש על שימוש זה הוא הגליה רעיונית. כלומר, המשתמש חייב להשתמש בשפה מובנת במשך שנה שלמה.
- המערכות הציבוריות פועלות בטכנולוגיות שהן cost efficient – i evidence base.
- השירות ניתן לפי צרכי הציבור ולא נותני השירות.
- המערכות הציבוריות פועלות בצורה גמישה תוך השתנות מתמדת בהתאם לידע המצוי באותו זמן

הטיפול בחולי החריץ לבית החולים הכללי. סגירת המיטות הכרוניות וקיצור משך האשפוז גרמו לכך שהחולה הטיפוסי המאושפז הוא חולה במצב חריץ. מצבים אלה דורשים שינויים בצוות המחלקות החריפות. לעבודה במחלקות נדרש יחס גבוה בין הטיעוד למספר החולים ורפואה כוללת מתקדמת. לעומת זאת, אין מקום במחלקות לעובדי ריפוי בעיסוק ולפסיכולוגים. מומלץ שעובדי ריפוי בעיסוק יעברו הסבה תוך שימוש ביכולתם הטסטולוגית בתחום התפקוד.

תפקידו הראשי של העובד הסוציאלי במחלקה הוא שיפור המעבר בין תקופת האשפוז של החולה והקשר שלו למרפאה הקהילתית. האשפוז בכללותו נתפש כתקופה של דקומפנסציה זמנית של חולה השייך לקהילה. כלומר, השיקום (ראו בהמשך) צריך להתרחש בקהילה ועל ידי הקהילה ולא בבית החולים. בית החולים משחרר את החולה ברגע שאותו טיפול יכול להיות בקהילה. במחלקות הממושכות מאושפזים רק חולים שלמרות טיפול נאות אין אפשרות לשחררם. במחלקות אלו מומלץ להוריד את מספר האחיות והרופאים לעומת שימוש גדול יותר במרפאים בעיסוק. במחלקות אלו ייעשה שימוש במדידת רמת התרופות בדם, בירורים רפואיים מתקדמים. כל חולה יזכה לניסיון טיפולי על ידי קלזפין.

נדבך 2 – פסיכיאטריה קהילתית

זהו לב הטיפול בחולה הפסיכיאטרי. בניגוד לפסיכיאטריה אשפוזית, רוב המטופלים סובלים מתסמונות דיכאון, חרדה והפרעות אישיות. הפסיכיאטריה הקהילתית הציבורית צריכה לפעול עם צוות רב מקצועי. כדי שצוות זה יתפקד בצורה אופטימלית, רצוי להגדיר את יחסי הגומלין בתוך הצוות ולהימנע מפעילות כפולה, כגון: מטפל אחד מדבר והשני רושם תרופות. היות שהמרפאה מתפקדת בהתאם לתפישות המקובלות בבראות הציבור, היא מבינה שעליה לפתח טכנולוגיות קצרות

ולשינויים החברתיים. החברה בליליפוט עובדת אלילים רבים, היא אינה סוגדת לאל אחד – אל הממון – אלא לכמה וכמה אלים, ביניהם אל הממון אך גם אלי החשיבה החופשית, השוויון, המוסר והכבוד לזולת.

• במערכת הציבורית, העבודה היא עבודת צוות. חברי הצוות מייצגים מגוון מקצועות הפועלים בצורה משלימה ולא אנטגוניסטית.

• אסור למקצוע מסוים לשייך לעצמו ערכים אלוהיים כגון שהוא אנושי, רחום, כוללני ולא מתניג, בעוד שמקצוע אחר הוא מנוכר, קר, צר מוחין, סטיגמטי וחד כיווני.

החברה הליליפוטית מבינה את חשיבות הפסיכיאטריה כמקצוע רפואי העוסק בתחלואה בתחום ההתנהגות. התחלואה הנפשית נתפשת כבעלת ביטויים רבים הנוגעים לא רק לעוסקים בפסיכיאטריה אלא גם במקצועות הרפואה האחרים. הפסיכיאטריה בליליפוט היא מקצוע רפואי שניוני. לשם שיפור הרמה הטיפולית ומלחמה בסטיגמה, מבינה החברה הליליפוטית שעליה לקחת צעדים מעשיים לשם אינטגרציה של הפסיכיאטריה עם הרפואה בכלל, וזאת תוך שימור התרומה הייחודית של מקצוע זה. החברה הליליפוטית מבינה שרווחים קצרי מועד הגורמים לבידוד המקצוע אינם משתלמים, כיוון שבוא יבוא התשלום מאוחר יותר.

לשם תכנון השירות אותרו חמישה נדבכים. הנדבכים המתוארים כאן מאפיינים פסיכיאטריה של המבוגר בלבד:

נדבך 1 – פסיכיאטריה אשפוזית

החברה הליליפוטית עברה את המהפך המבני שכלל סגירה מסיבית של מיטות ממושכות תוך שימוש באלטרנטיבות של שיקום פסיכו-סוציאלי בקהילה. החברה הליליפוטית לא סיימה את המהפך המבני. בשלב זה מערכת הטיפול האמבולטורי נשארה נכה ומאחור. כמו כן לא מצאו במדינה משאבי ממן, רצון אמיתי ותעצומות נפש הנדרשים כדי להעביר את

לפסיכיאטר



שיקום רפואי. מודלים שיקומיים קיימים היום בחולים עם פגיעות מוחיות מצחיות. כמו כן יש בספרות טכנולוגיות שיקום תוך שימת דגש על התנהגויות חברתיות, אך גם על הפעלה של פונקציות בסיסיות מוחיות כגון יכולת אינטגרציה של גירויים פשוטים. התוצאה של אי השקעה בשיקום הפסיכו-סוציאלי היא סטגנציה בשיקום הפסיכו-סוציאלי ויכולת מועטה יחסית לקדם אוכלוסיית הנכים מעבר למצב השיקומי ההתחלתי. היות שהחשיבה בשיקום הרפואי שונה מזו ברפואה הטיפולית, מן הראוי לפתח את השיקום הרפואי הפסיכיאטרי אצל מומחים שהחלו התמחותם בשיקום כאשר התמחות העל שלהם תהיה בפסיכיאטריה. מדינת ליליפוט שוקלת לפתוח מסלול התמחות כזה.

נדבך 5 – פסיכיאטריה תלוית טכנולוגיות מתקדמות

טכנולוגיות שעיקר מטרותן אבחון והערכת הטיפול – לאור ההתפתחויות האחרונות ביכולת ההדמיה, עם היכולת להפגין את פעילות המוח בזמן אמת וכן את פעילות התרופות במוח, יש לצפות שטכנולוגיות אלו ימצאו דרך בעתיד הבינוני לפעילות השוטפת בפסיכיאטריה. טכנולוגיות מתקדמות נוספות הן שימוש בסימנים ביולוגיים ופיזיולוגיים לשם אבחון וטיפול. התפתחות זו מדגישה את הצורך בקרבה גיאוגרפית של הפסיכיאטריה למרכזים

טכנולוגיים רפואיים מתקדמים. טכנולוגיות אבחוניות וטיפוליות – כדי לענות על הפער בין הדרוש והמצוי, מתוכנן לפתח מערכות אבחון ממוחשבות (למשל MMPI) וכן טיפולים ממוחשבים (כגון טיפול CBT). כמו כן יעשה שימוש גובר בטלה-רפואה כדי לענות לצורכי אוכלוסיות מרוחקות. כל הטכניקות האלו דורשות הכשרת כוח אדם מתאים שיפקח ויפעיל מערכות אלו. מדינת ליליפוט מתכננת כבר עתה את מיקום השירות הפסיכיאטרי בהתייחס לצפי המתואר לעיל. יתר על כן, הוחלט להכשיר אנשים שיוכלו לעבוד עם מערכות טלה-רפואה ורפואה ממוחשבת.

לסיכום: למדינת ליליפוט תכניות רבות בתחום הפסיכיאטריה. בייחוד בולטת ההבנה אצל עושי המדיניות הליליפוטית, שטיפול נאות באנשים עם הפרעות נפשיות אפשרי, מועיל ומשפר את איכות החיים של האוכלוסייה בכלל.

מועד המתאימות לכל הקהילה ולא רק לחלק מובחר ממנה על המרפאה האזורית לפתח גשרים שונים. הבולטים בגשרים הם: גשר לפסיכיאטריה השיקומית, גשר לפסיכיאטריה האשפוזית, גשר לפסיכיאטריה במרפאה הראשונית וגשר לשירותי הרווחה. במונח "גשר", הכוונה למעבר הדדי של אינפורמציה, טיפול ודאגה לחולה כדי לגרום שה-*well being* של הקהילה והחולה האינדיבידואלי יהיו אופטימליים. המרפאה הקהילתית פועלת מתוך הנחה שהחולה שייך לה גם כאשר הוא עובר תקופות אשפוז או נזקק לשירותי שיקום או רווחה. על הרופא במרפאה הראשונית להיות מסוגל לאבחן ולטפל בתחלואה גופנית נלווית או שנגרמת על ידי טיפול. למעשה, המרפאה הקהילתית צריכה להיות ליבו של הטיפול הפסיכיאטרי במדינת ליליפוט. לשם כך יש להשקיע משאבים וכספים ארגוניים וחינוכיים וכן לשרש הרגלי עבודה שאינם תואמים את המטרות ודרכי הפעולה שתוארו.

נדבך 3 – פסיכיאטריה אצל הרופא הראשוני

חלק ניכר של האנשים הפונים לעזרה רפואית עקב מצוקה נפשית, פונים לרופא המשפחה. לרופא המשפחה יתרונות רבים. הוא מכיר את חוליו, משפחותיהם וחלק ניכר מתולדות חייהם. הגישה אל רופא המשפחה איננה סטיגמטית. תפקיד הרופא

כאדם שאליו פונים במצוקות הוא עתיד יומין וטבול במסורות של אלפי שנים. עם זאת, לאור העובדה שחלק ניכר של החולים עם אבחנה נפשית, לעתים לא מאובחנים נכון ולעתים לא מטופלים באופן אופטימלי, יש מקום להשקיע בהעצמת הרופא הראשוני ולהציג עמדה המתקפת את יכולתו של רופא המשפחה לטפל ברוב החולים הפונים אליו במצוקה נפשית בדומה ליכולתו לטפל בסוכרת, אי ספיקת לב ויתר לחץ דם.

המטרה ברפואה הראשונית צריכה להיות יכולת לאבחן, לטפל ולדעת מתי להפנות למערכת השניונית של הפסיכיאטריה האמבולטורית. אופטימיזציה של הטיפול בחולה תביא לחיסכון בזמן הרופא הראשוני, עלייה בשביעות רצון המטופל, המטפל והמערכת הביטוחית (עקב חיסכון בתרופות ובדיקות מיותרות). המערכת הראשונית תכשיר רופאים ראשוניים כדי לבנות תכניות העצמה שהם יובילו. תפקידם של

אנשי בריאות הנפש הוא להיות ברקע כיועצים ולא כמובילי התכנית.

נדבך 4 – שיקום

מן הראוי להפריד את השיקום לשני חלקים: החלק אשר בו הושקעו מאמץ וכסף רב עד עתה הוא השיקום הפסיכו-סוציאלי. גישה שיקומית חשובה זאת גורסת שלכל אדם, גם אם הוא נכה, זכות לממש את זכויות האזרח שלו. זכויות אלו כוללות נגישות, דיוק, עזרה בקשיים חברתיים, עבודה וזכות להשתתף בהליכים הדמוקרטיים. למימוש זכויות אלו חשיבות מרבית ל-*well being* של האדם ובמימוש יכולתו העצמית ויכולת השתלבותו בחברה.

השיקום הרפואי מנסה להפעיל חלקים בריאים בכדי לפצות על פונקציות שאבדו עקב המחלה. מדינת ליליפוט הקדישה את כל מרצה וממונה בשיקום הפסיכו-סוציאלי אך לא השכילה להפעיל מערכות

**מצבה של הרפואה
הפסיכיאטרית במגזר הערבי
הוא עגום. מעבר לבושה,
לסטיגמה ולמנטליות
בעייתית בתהליכי
טיפול, הנגישות לייעוץ
הפסיכיאטרי היא אפסית
כמעט, ואפשר לספור על יד
אחת את מספר המומחים
מהמגזר**

ד"ר תאופיק קראקרה

המגזר הערבי מהווה כיום 20 אחוז מכלל האוכלוסיה בישראל ובמספרים, יותר ממיליון תושבים. עד שנת 1980 הפסיכיאטריה היתה זניחה וסטיגמטית, לא יוקרתית ולא משכה רופאים להתמחות. הרופאים בחרו להתמחות במקצועות אחרים שענו על ציפיותיהם שלהם ושל משפחותיהם. בוגרי החוג לפסיכולוגיה בארץ ובחו"ל השתלבו מהר בשוק העבודה במועצות, בבתי הספר וגם כמטפלים, ולא היה צורך להתמחות על מנת להתקיים. בוגרי החוג לעבודה סוציאלית השתלבו גם הם בשוק העבודה בלשכות הרווחה, וגם כאן לא היה צורך להתמחות על מנת להתקיים.

עד שנה זו היה מומחה ערבי אחד בפסיכיאטריה בכל המדינה. אם איני טועה היה זה ד"ר חמדאן מלוד, שהתמחה בבית החולים פרדסיה, ומעט מאוד פסיכולוגים קליניים.

המודעות לתחום הפסיכיאטריה במגזר הערבי החלה בשנות ה-80. "מודעות", כיוון שהיה אפשר להתמחות בכל מקצוע אחר, אבל רופאים רבים בחרו דווקא להתמחות בפסיכיאטריה מתוך הבנת חשיבות מקצוע זה ומודעות לצורכי האוכלוסיה הערבית. בין השנים 1980 ל-1990 סיימו כעשרה רופאים ערבים את התמחותם בפסיכיאטריה. אפשר לומר שהיו אלה חלוצי המגזר, והיה זה העשור שהניב את המספר הרב ביותר של פסיכיאטרים מומחים ערבים. מאז תחילת שנות ה-90 עד היום, ההיענות הרופאים להתמחות זו היתה דלה ורק מעט רופאים התקבלו אליה. היו

**מיליון ערבים
ועשרה
פסיכיאטרים
מומחים**



כאלה שהתקבלו ללימודי ההתמחות אך לא סיימו אותם – ייתכן שהבחירה לא היתה טובה. לעומת זאת, אנו עדים לעליית הפופולריות של מקצועות פראפואיים, פסיכולוגים הפונים להתמחות קלינית ועובדים סוציאליים בוגרי החוגים לפסיכותרפיה.

עם הריבוי היחסי של הרופאים המומחים בפסיכיאטריה, הרופאים בקהילה והתודעה הציבורית, עלתה המודעות גם לתחום בריאות הנפש – יותר ויותר המבקשים או הפונים לייעוץ מקצועי.

האוכלוסיה הערבית היא אוכלוסיה ענייה ודלת אמצעים, רוב הפציינטים לא דוברים עברית על בוריה, ולכן פתיחת המרפאות לבריאות הנפש בקהילה וקרוב לבית, כמו בטייבה, באום אל פאחם, בעראבה, בסחנין, במג'אר ומקומות אחרים, תורמת להם מאוד. במרפאות לבריאות הנפש הנמצאות בערים הגדולות ומשרתות גם אוכלוסיה ערבית, כמו עכו, כרמיאל, עפולה, חדרה, טבריה ונצרת עילית, דאגו שיהיה לפחות איש צוות אחד דובר ערבית, לרבות רופא.

ככל שהמרפאות קרובות ונגישות יותר לקהילה, כך התרומה היא גדולה יותר. אולם, המצב במגזר הערבי הוא עגום ועל הממשלה וקופות החולים להגדיל את פיסת השירות הפסיכיאטרי במגזר הערבי ולהכשיר צוותים מהמגזר, רופאים מומחים לפסיכיאטריה כללית, פסיכיאטריית ילדים, פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים קליניים.

בעיות מיוחדות

הסטיגמה והבושה – עדיין קיימות רבים מהאנשים לא רוצים להיחשף ופונים לקבלת טיפול במקומות מרוחקים, לרבות בערים. מוצאו של הרופא פחות חשוב, העיקר שהסיכוי לחשיפה קלוש. יש כאלה הקובעים תורים בשעות מאוחרות ואו אחרי רדת החשיכה, כדי שלא יזוהו; דואגים שבאותו יום לא יהיו חולים מהאזור שלהם. בגלל הסטיגמה, רבים מהמגזר ממשיכים לסבול מבעיותיהם הנפשיות ואינם פונים לעזרה נפשית. הם אינם חוששים מהטיפול עצמו, אלא מהחשיפה והחברה. יש כאלה שדואגים גם לא ליידיע את רופא המשפחה ואף מוכנים לקנות תרופות באופן פרטי, העיקר שהכל יישאר סודי.

גברים לעומת נשים – הגברים מתלוננים פחות ופונים יותר לעזרה נפשית. הם עצמאים וחופשיים יותר, חשים שהם "אדון על עצמם", "אף אחד לא יגיד להם מה לעשות", והם אינם צריכים לבקש רשות מאף אחד. האישה הערבית, למרות שהיא זו הזקוקה יותר לעזרה נפשית, פונה פחות לעזרה

מקצועית, כי היא אינה עצמאית ועליה לבקש את הסכמת הבעל והורים לשם כך. הבעל הוא גם זה שמלווה אותה לטיפול הפסיכיאטרי. הוא יודע עליה הכל והוא "המסביר הלאומי" שלה מול הצוות המטפל. כדי שהבעל לא ימאס בתפקידו כמלווה ומטפל לאישה, מתגייסים הוריה ועוזרים בטיפולה, אם זה בליווי או בתמיכה כספית.

מצב סוציאקונומי – בעלי מעמד חברתי-כלכלי גבוהה פונים לטיפולים פרטיים ואלה מהמעמד הנמוך פונים לשירות הציבורי. המעמד הנמוך מעדיף תרופות זולות ואינו קוונות תרופות מסובדות ויקרות יחסית.

גיל – במקומות רבים טיפול פסיכיאטרי בילדים ובנוער כמעט ואינו קיים בשל מחסור באנשי מקצוע. למיטב ידיעתי, יש רק שני מומחים ערבים בפסיכיאטריית ילדים, בחיפה ובנצרת. הקשישים, גם הם סובלים מחסור יד באבחון הפרעות נפשיות. תלונותיו של הקשיש מיוחסות בדרך כלל לגילו, מצבו הבריאותי ולסיטואציה שבה הוא חי. עם זאת, קשישים מופנים במהירות לטיפול רק כאשר מופיעות התבטאויות והתנהגויות מוזרות ומבישות.

הקשר לרופא המשפחה – ברוב המקרים המטופלים הם ממשפחת הרופא, שכנו או ידידיו. הקירבה וההיכרות האישית מפריעות, ולכן לא תמיד ששים להפנות לייעוץ פסיכיאטרי.

המצב המשפחתי – המצב חמור יותר אצל רווקות. רווקה שמטופלת על ידי רופא פסיכיאטר עלולה לאבד את סיכוייה למצוא בן זוג ולהתחתן. כל המשפחה נכנסת לחרדה ובעיניהם היא נדונה להיות רווקה זקנה היושבת בבית ההורים ומהווה עול על צווארם. עם הרווקים יש פחות בעיות מהסוג הזה, ורובם, בסופו של דבר, מתחתנים.

המשפחה – למשפחה תפקיד מכריע בטיפול בחולה, לעתים על ידי התערבות יתר בנושא התרופות ובמסגרת הטיפולית, ללא כל התחשבות בצורכי החולה. בני המשפחה הם הקובעים עבורו ובאים להתייעץ ולדבר בשמו, ללא ידיעתו. אם צורת טיפול או גישה טיפולית מסוימת אינה לרוחם, הם לעתים מפסיקים את הטיפול ועוברים לטפל במסגרת אחרת. כאשר חולה מגיע לבדיקה, הוא בדרך כלל יהיה מלווה על ידי קובץ מבני משפחתו וחבריו – כולם רוצים לדבר ולהסביר את מצבו, ובסופה של הבדיקה, כולם רוצים לדעת מה היו ממצאי הבדיקה ולשאל עוד כמה שאלות... המעורבות המשפחתית עלולה לעתים להיות הרסנית. כאמור, יש אלה המעודדים לא לקחת תרופות, לא לפנות כלל לעזרה נפשית – לעתים

הדבר כרוך במסעי הפחדות ואיומים, או לוקחים את הטיפול על עצמם – הרבה קולות של "אני אדבר", "אני אעשה", "אני אגרום".

דת – לדת תפקיד חשוב בטיפול של החולה. עם או בלי טיפול תרופתי, נלקח החולה לאיש דת שקורא עבורו פסוקים מהקוראן או מכין עבורו קמיע לגירוש הדיבוק או השד שאחז בו.

תפיסת הטיפול הפסיכיאטרי – רוב האוכלוסיה הערבית מאמינה יותר בטיפול תרופתי ופונה פחות לטיפול בשיחות. יחד עם זאת, החולים חסרי סבלנות ומצפים לתוצאות מיידיות, ואם אין שיפור בתוך כמה ימים מתחילת הטיפול, הם מפסיקים על דעת עצמם את הטיפול ופונים למטפל אחר. הם אינם עקביים בנטילת התרופות, לא מחדשים את המרשמים, ולא רואים חשיבות במינונים ובמועדי הלקיחה. רוב המטופלים מחליטים על דעת עצמם לגבי הטיפול ומסגרתו, ללא תיאום עם הפסיכיאטר המטפל.

עם כל זאת, יש גם אלה המכירים בפסיכיאטריה כמקצוע רפואה, פונים לעזרה, נוטלים תרופות, מקפידים על מעקב ומשתתפים פעולה בטיפול. קיימת גם עלייה בפניות לטיפולים פסיכולוגיים.

חמש עובדות הממחישות את מצבה העגום של הרפואה הפסיכיאטרית במגזר הערבי:

❖ כותב שורות אלו הוא הרופא הערבי המומחה היחידי בשירותי בריאות כללית ממרכז הארץ ועד גבול הלבנון.

❖ במחוז חיפה קיימים שלושה מרכזים רפואיים הכוללים מרפאות ומחלקות אשפוז: טירת הכרמל, רמב"ם ובני ציון. באף לא אחד מהמרכזים הללו יש רופא מומחה בפסיכיאטריה מהמגזר, פרט למומחה לפסיכיאטריית ילדים בבית החולים טירת הכרמל.

❖ במרכז לבריאות הנפש בבית החולים עפולה לא הוכשר עד היום אף רופא מומחה בפסיכיאטריה מהמגזר.

❖ בכל הגליל, התחתון והעליון, מנצרת ועד קריית שמונה, בכל המסגרות הציבוריות הממשלתיות ושל קופות החולים, יש רק רופא אחד מומחה בפסיכיאטריה מהמגזר, העובד בבית החולים צפת.

❖ בכל מדינת ישראל יש רק שני רופאים מומחים בפסיכיאטריה של ילדים ונוער מהמגזר.

ד"ר תאופיק קראקרה, פסיכיאטר מומחה, מנהל המרפאה לבריאות הנפש מרכז, קריית חיים

fool moon party

כי גרף הנפגעים בקרב התרמילאים הולך ויורד בשנים האחרונות ולהערכתו, הסיבות לכך הן במענה המהיר שניתן ב"בית החם" שמפעילה הרשות בהודו, מענה שמונע החמרה של מצבים אקוטיים. הסברה, סדנאות ליוצאי צבא, פעילויות בקרב בני נוער ומודעות לבעיה שנולדה עם העלאתה לסדר היום הלאומי, צמצמו גם הם לדעתו את התופעה. לדבריו, "מספר הנפגעים, שהגיעו לפני שלוש-ארבע שנים לבית החם, עמד על 500-600 איש לשנה. היום מדובר על כ-200 נפגעים בלבד".

התרמילאות היא אינה תופעה חדשה, אולם מסת הנוסעים למזרח ולדרום אמריקה, ל"טיול הגדול", לניקוי הראש לפני תחילת החיים הבוגרים אחרי השירות הצבאי, התגברה בתחילת שנות ה-90. קו פרשת המים בגידול מספר התרמילאים השבים כגועים בשל התנסויות בסמים במזרח החל לדעתו של ד"ר מל לפני כעשר שנים. "בעשר השנים האחרונות, הישראלים מתנסים ומעזים יותר למרות שגם אצל היפנים גדל מספרם של תרמילאים המתנסים בשימוש בסמים, יחסית לגודל האוכלוסייה, אצל הישראלים מדובר בתופעה. כל מי שהסתובב במזרח בעשר השנים האחרונות יכול לספר שהוא נתקל במישהו שסבל מהתקף פסיכוטי", הוא אומר. "כמו שבשנות ה-60 היתה תקופה של ביטניקים, הארי קרישנה, ילדי הפרחים, אז אמריקאים צעירים הסתובבו ועשו הרבה מוזיקה וסמים, אנו מתמודדים עכשיו עם אותה תופעה של סמים, ואם אז הרקע היה נגד מלחמת ויטנאם, אני הייתי אומר שזו הבריחה של הצעירים שלנו מהמציאות, שהתופעה הזו היא הויטנאם שלנו".

הסיפור של חיליק

ד"ר מל מתאר מקרה שבו התלווה לחילוף של צעיר בן 21 שסבל מהתקף פסיכוטי לאחר

כ-60-70 אלף ישראלים מטיילים בדרום אמריקה ובמזרח מדי שנה, רובם עושים זאת בסיום השירות הצבאי. ניסיון לקבל נתונים ממוסד ממשלתי ביחס להיקף התופעה של תרמילאים ישראלים הנפגעים משימוש בסמים, אינו פשוט. במשרד הבריאות אומרים כי אין בידם נתונים ארציים ביחס למטיילים שחזרו מארצות המזרח ולקו במשבר נפשי או שטופלו בגמילה מסמים עקב שימוש בפטריות הזיה או סמים אחרים. דוברי המשרד הפנו את השאלה לרשות למלחמה בסמים ואמרו כי אין מי שאמון אצלם על הטיפול בתופעה, מניעתה או ניסיון לאמוד את היקפה. בנוסף ציינו כי רוב הלוקים במצבים פסיכוטיים כתרמילאים במהלך שהותם בהודו, מופנים לטיפול במסגרת כפר איזון, הנמצא תחת פיקוח משולב של משרדי הבריאות והרווחה.

ד"ר חיים מל, פסיכיאטר בכיר הממונה על תחום הטיפול והשיקום ברשות למלחמה בסמים, אומר שניתן ללמוד על התופעה באמצעות מספר המטיילים שמגיעים לבית החם המופעל ע"י הרשות בהודו (ראו בהמשך), מספר הפניות הקטן ל"כפר איזון" בשדות ים, המטפל בתרמילאים נפגעים משימוש בסמים ומסוגל לאכלס עד ל-140 איש, או באמצעות רישום הפונים לחדרי המיון. "אין כמעט מחלקה במחלקות החריפות של בתי החולים בישראל שאין בה מאושפזים על רקע שימוש בסם", אומר מל.

"למרות שיש אומדנים המדברים על כ-2,000 תרמילאים הנפגעים משימוש בסמים בשנה, אני סבור שהמספר הזה מוגזם", אומר ד"ר מל. הוא מעריך כי כ-600-700 תרמילאים עשויים ללקות בהתקף פסיכוטי כזה או אחר מדי שנה, בשל שימוש בסמים במזרח ובדרום אמריקה.

חיים מסינג, מנכ"ל הרשות למלחמה בסמים, אומר

"כל מי שהסתובב במזרח בעשר השנים האחרונות יכול לספר שהוא נתקל במישהו שסבל מהתקף פסיכוטי", אומר ד"ר חיים מל, פסיכיאטר בכיר הממונה על תחום הטיפול והשיקום ברשות למלחמה בסמים. הבעיה היא שזה יכול לקרות גם לילדים שלכם

טל דניאל חבקוק



שלו השתכר, למרות שלא נתנו לו דבר חוץ מואליום. ראיתי שהסימנים הוחלשו והוא לא היה זקוק לאשפוז.

פסיכוזות תלויות סם

הבית החם שמפעילה הרשות למלחמה בסמים בהודו הוקם בשנת 2004, לאחר ביקור משלחת שבראשה עמד מסינג, מנכ"ל הרשות ונציגים ממשרד ראש הממשלה ההודית, כדי לסקור את התופעה מקרוב. הבית נועד למזער את הנזק של פגיעה מסמים אצל תרמילאים ישראלים באמצעות אבחון ראשוני וסיוע מיידי. לעתים ההודים אינם מציעים את הטיפול הראשוני המתאים ועל פי עדויות, אשפוזם של צעירים הלוקים בפסיכוזות בשל שימוש בסמים בבתי חולים לחולי נפש, עלול לגרום להחמרת מצבם, אם בשל הזרות ואם בשל העדר טיפול תרופתי או טיפול תרופתי לא מתאים. לנוכח אלה הוחלט על פתרון שיציע

הזה הרגיע אותנו מהמקום כדי

שיתרחק מהשפעת הסמים ולקחנו אותו למלון כדי שיתרחץ ויאכל. נתנו לו ואליום כדי שישן כמו שצריך וכבר שם חל שיפור. אבל, כשהוא היה שומע את המילה ג'ארס, העיניים שלו היו מבריקות. כשהגענו לשדה התעופה בדרך חזרה הביתה, בדקנו היטב את חפציו כדי שלא יהיו שם שאריות סם, אבל למרבה ההפתעה, בשדה התעופה מצא השוטר שני ג'וינטים בכיסו. השוטר לקח אותם, אבל איך שהשוטר סובב את הגב, הצעיר ניסה להשיג את הג'וינטים בחזרה. זו היתה הפעם הראשונה שנתתי לפציינט מכה, כדי שימשיך ללכת וישכח מהתכניות שלו. בטיסה הוא המשיך להיות פסיכוטי ודובר עם מוחמד ומשה ואט אט המצב

שהשתמש בג'ארס (חשיש הודי). "זה היה לפני כשנתיים, רציתי לראות את עבודת החילוץ של חיליק מגנוס, שהוא חקלאי ולא פסיכולוג

בהכשרתו. הגענו להודו לבקשת הוריו של בחור שנאסף על ידי צעירים שלא הכירו אותו וחילצו אותו מידי המשטרה ההודית, לאחר שיומיים קודם לכן עמד על שפת הגנגס, זרק את חפציו למים ונפרד מהעולם. הישראלים שאספו אותו התקשרו להוריו ושמו עליו עד שהגענו למקום. הוריו הסבירו שכשהוא שמע שבאים לקחת אותו, הוא צעק והשתולל ואמר שלא ילך.

"כשהגענו לגסט האוס שבו הוחזק, ציפיתי שהבחור יילחם כפי שאמרו הוריו, אולם כשחיליק חיבק אותו חיבוק גדול ואמר לו, 'אל תדאג. אני אדאג לך', הוא התמסר לחיבוק, לא נלחם ולא נאבק. אז הבנתי שהוא היה בחרדה גדולה והחיבוק

כשבאנו לחלץ את הצעיר וסירב לשתף עימנו פעולה.

האם האפשרות להיפגע במזרח גדולה יותר מזו של הנוסעים לדרום אמריקה?

ד"ר מל סבור בהחלט שכן. "אין כיום מי שטייל במזרח שלא ראה או שמע מחברים על מישו שנוכח. להודו נוסעים לטייל או להסתלבט בגסט האוס שהסמים הם חלק ממנו. התופעה פחות מוכרת לנו בדרום אמריקה, ורוב הצעירים הנוסעים לשם עושים זאת למטרות טיול."

מי יציל את הילד שלי

מה הדבר הראשון שצריך לעשות כשהחברים מצלצים להודיע שהבן מתנהג בצורה מוזרה בעקבות שימוש בסמים? ד"ר מל, שנחשב לאחד המומחים המובילים בארץ בתחום הטיפול בנפגעי סמים, אומר: "כאמור, האנשים הללו צריכים טיפול. למרות שאצל חלקם זה עובר אחרי זמן מה, לפעמים אפילו בלי טיפול, אנו ממליצים להביא אותם הכי מהר הביתה, וזאת בגלל החרפה שעשויה להיגרם כתוצאה מהשהות במקום לא מוכר."

"יש צעירים שבגלל פסיכזה לא אוכלים ולא שותים. במצבים כאלה עשויות להיווצר בעיות שקשורות לפסיכזה באופן עקיף, אולם מוחמרות בגלל המרחק, כתוצאה מהסביבה. אני חושב שהורים צריכים לממן כרטיס נסיעה לחבר שיחזיר את הבן או הבת במהירות הביתה. כי אם הוא הילד נמצא בהודו ושמים אותו, בגלל ההתקף, בבית חולים פסיכיאטרי וקושרים אותו כי הוא משתולל או אלים, עלולים להתעורר דברים הרבה יותר קשים."

האם אתה ממליץ להורים לעלות למטוס ולהביא את הבן במקרים כאלה?

"נתקלנו במקרים שבהם ההורים נסעו להחזיר הביתה את הבן או הבת שנמצאו בפסיכזה שנגרמה כתוצאה משימוש בסם, וכבר בשדה התעופה התחילה השתוללות והתחשבות מול ההורים על כל האפיזודות שנצברו במהלך החיים. במצב כזה עלולה לעלות תוקפנות נוראה ולכן, כשמתייעצים איתי, אני אומר שעדיף שייסע חבר טוב או אח בוגר, כי אי אפשר לדעת אילו קונפליקטים יתעוררו שם."

"היה לי פעם מקרה שאמא התקשרה להתייעץ ביחס לצעדים הראשונים שעליה לנקוט ביחס לבן שלקה בפסיכזה בחו"ל, ואחרי חצי שעה של הסברים סבלניים של כל הפרטים, התקשר האב. כשתמהתי מדוע אינו מקבל את המידע מאשתו, אמר האב שהוא אינו מדבר עם אמו של הבן מזה כמה שנים. לפעמים קונפליקטים משפחתיים מנותבים לתוך המצבים האקוטיים הללו."



ד"ר מל: "נעשרה אחוזים מהמשתמשים הכבדים בחשיש ובגראס מתמכרים אליו. מדובר בשכבה גדולה של אנשים בשנות ה-30 לחייהם, 'משתמשים כבדים' בגראס, שאין שום יצירה בחיים שלהם. לכאורה הם לא מפריעים לאיש, אבל הם לא תורמים דבר לחברה. הם סובלים מסינדרום העדר מוטיבציה, והמשפחה לא קושרת את זה לשימוש בגראס"

של החומר, הסוג שלו, הכמות והריכוז שלו". ד"ר מל מתאר מקרים שבהם השיפור במצב קורה בטווח קצר ואז ההורים לא מבינים מדוע בכלל הזעיקו אותם לאסוף את הבן. "שמעתי הורים שאומרים, 'מה החזירו אותו?! הרי הוא בסדר...', אבל ההורים לא מסוגלים לתאר לעצמם את המצב של בנם סמוך להתקף. הרבה פעמים מדובר בחבר'ה צעירים, לא 'סגורים' עם עצמם, המושפעים מהסביבה ויכול להיות שאם הייתה התחלה של מצב פסיכטי בסביבה מוכרת, כשהם מוקפים במשפחה ובחברה מוכרת, שמחבבת, המצב לא היה מידרדר."

על השפעה הסביבתית שקיימת במזרח הוא אומר: "כשהגענו לגסט האוס, אמרה אחת הבנות בקבוצת הישראלים ששמרו על הבחור שחילצנו: 'תראה, אני היחידה שלא משתמשת פה. לפני כמה ימים היו פה כמה חבר'ה מבוגרים ובתוכם הייתה רופאה עם שיער לבן מישראל, וכולם ישבו על הנהר, שתו ועישנו. אז אולי אני לא בסדר שאני לא מעשנת?'. אפילו מנהיג הקבוצה הזו, שבהתחלה כיוון אותנו למקום שבו הם שהו, נכנס לפרנויה

מיידיות בטיפול ואבחון ראשוני, כדי לצמצם את מידת ההחמרה במצב ואת התפתחות הפרעות הנפש בעתיד."

"אל הבית החם שאנו מפעילים בהודו, הפועל חצי שנה במנאלי וחצי שנה בגואה, מגיעים הרבה ישראלים אבל אי אפשר לומר שכולם פגועים", אומר ד"ר מל. "לפעמים מדובר בצעירים שזקוקים לבית חם, יש נפגעים ממש שפונים לטיפול, בתוכם יש כאלה שהפסיכזה חולפת אצלם לאחר טיפול קצר. הפגיעות עשויות להתעורר משימוש בסמי הזיה דוגמת אקסטזי, אל.אס.די, קקטוס ופטריות הזיה למיניהן. בחלק מהמקרים, למשל בשימוש באל.אס.די, שימוש בודד עלול לגרום לפסיכזה. יש מי שבעקבות שימוש כבד בג'ארס, חשיש הרבה יותר מרוכז מזה המוכר בישראל, עלול לקבל התקף. ראיתי אנשים שהשתמשו במשך שנים במריחואנה ובחשיש והגיעו אחרי פעם אחת של שימוש באל.אס.די למחלקה סגורה", אומר ד"ר מל. הוא מציין כי בתקופה שבה הגיע ארצה אל.אס.די בנוזל ושטיפה אחת ממנו, שאותה היו מלקקים מבול, הייתה גורמת להזיות, היו מקרים של צעירים שהשתמשו בסם בנדיבות ונכנסו לפסיכוזות נוראיות. "ההשפעה של הסם על המשתמש אינה אחידה והיא תלויה סוג וכמות", הוא מציין.

בהתייחסות לאוכלוסיית סיכון ללקות בפסיכזה בעקבות שימוש בסם אומר ד"ר מל כי בדרך כלל מדובר במטיילים שלהם רקע נפשי בעייתי, או במי שאין לו רקע בעייתי, אבל יש משהו חבוי שעשוי להתפרץ בשל הגירוי שיוצר הסם. "לפעמים, יולדות נכנסות לפסיכזה בעקבות הלידה והשאלה היא האם לא היו נכנסות לפסיכזה אילו לא היו יולדות. אותו דבר קורה פה. נכון שלפעמים מחלת נפש חבויה פורצת גם ללא שימוש בסם, אבל יכול להיות שבחור צעיר לעולם לא היה מגיע למצב שאילו הגיע, אם לא היה משתמש בסם. אנו רואים שאנשים שתפקדו היטב קודם לצריכת הסמים, שירתו ביחידות מובחרות בצבא, היו תלמידים טובים ולמדו באוניברסיטה, מגיבים בצורה קשה מאוד לסם. תופעות כאלו מעלות ספק גדול האם ללא סם, הפסיכוזות הללו היו פורצות."

למרות שכאמור יש קבוצות סיכון של מי שעשוי ללקות בפסיכזה בשל שימוש בסם, ד"ר מל מציין כי אצל לפחות ממחצית מהנפגעים, אם לא יותר מכך, לא היו שום הפרעות קודם לכן. "51 אחוזים מהשוהים בכפר איזון שירתו בצבא וכמחציתם שירתו שירות קרבי מלא, אז מה אפשר לגזור מכך? יש קבוצות סיכון, אבל למרות זאת, יש גם השפעה

כפר איזון

הטיפול בתרמילאים שסבלו מתופעה של התפרצות פסיכוטית על רקע שימוש בסמים בחול כלל בעבר, במקרים הקלים, שיחות עם פסיכיאטרים וטיפול תרופתי מרפאתי בבית. את מי שהיה זקוק ליותר, בשל פריצת מחלת נפש עקב השימוש בסם, היו מאשפדים במחלקות סגורות בבתי חולים פסיכיאטריים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים. המצב הזה נמשך עד לראשית שנות ה-2000, למרות שלחלק מהסובלים מהתופעה הטיפול הזה לא התאים, הן כיוון שצוות המטפלים בבתי החולים הפסיכיאטריים לא היה מיומן בטיפול במקרים כאלה והן בגלל שהסביבה והמטופלים האחרים לא התאימו להם. בנוסף, בגלל שחלק מהפסיכוזא מתגלמת כסכיזופרניה, הסבירות שההתוויה בבתי החולים הפסיכיאטריים תהיה שגויה היא יותר מסבירה. "כבר ראיתי צעירים רבים שהגיעו לבתי החולים הפסיכיאטרים בהתקף פסיכוטי על רקע שימוש בסמים ותיוגו כסכיזופרנים", אומר ד"ר מל.

לפני כשש שנים, בשנת 2001, הוקם בשדות ים כפר איזון לטיפול בתרמילאים נפגעים משימוש בסמים. הרשות למלחמה בסמים תומכת בכפר ומממנת חלק קטן מאוד מתקציבו, החלק הניכר של המימון מוטל על ההורים. כפר איזון טיפל מאז היווסדו בכמה מאות צעירים.

"כפר איזון הוקם ככורח המציאות, לאחר שנמצא שהתרמילאים הנפגעים מסמים אינם מהווים את הטיפוס הקלאסי של נרקומן המכור לסמים והם זקוקים למענה טיפולי שונה לגמרי מנפגעים אחרים מסמים", אומר מסיג. "התרמילאים הנפגעים משימוש בסמים סובלים מתופעות פסיכו-אקטיביות, תופעות של סכיזופרניה והזיות, וכפר איזון מתמחה במתן מענה לחבר'ה האלה, מציע התערבות ממוקדת זמן וטיפול".

כאמור, לפני שהוקם כפר איזון היה הטיפול הפסיכיאטרי בבית חולים לחולי נפש הפתרון היחידי בעבור תרמילאים צעירים ששבו ארצה לאחר שנפגעו מצריכת סמים. מי שרצה להימנע משימוש בשירותים ממשלתיים בשל הסטיגמה ויכול היה לעמוד בעלות הטיפול הפרטי, היה פונה לטיפול פסיכיאטרי פרטי שכלל מפגשי שיחות שבועיים ותמיכה של המשפחה עד להחלמה. יוזמתו של **עומרי פריש, עובד סוציאלי** שפעל ברשות למלחמה בסמים ונתקל במצוקה של המשפחות, הולידה את הקמת כפר איזון, כפר טיפולי לנפגעי סמים, חלקם תרמילאים וחלקם נפגעי שימוש בסמים במסיבות בארץ וכן צרכנים

כבדים של חשיש וקוקאין.

הכפר הוא המענה היחידי מסוגו בעולם לטיפול בתרמילאים שנפגעו משימוש בסמים. סדר היום בכפר איזון מתחיל בשמונה בבוקר ומסתיים אחרי שמונה בערב. במהלך היום עוברים המטופלים פעילויות שונות החל מפעילות ספורטיבית, טיפולים קונבנציונליים, אלטרנטיביים, ריפוי בעיסוק ועוד. בין השאר עומדים לרשותם פעילויות של יוגה, פסיכודרמה, שיטת אלבאום, נגינה בדרבוקות, עבודה בחימק, טיפול בחממה, סדנת אפייה ומשחקי שחמט, בטיפולים קבוצתיים או פרטיים. המטופלים, 80 אחוז מהם בני 18-20 אחוז בנות, בגילאי 18-35, מסייעים בנקיונות ובהכנת ארוחות. רופא ופסיכיאטר מסייעים לצוות הכפר בשיחות עם המטופלים ונעשה שימוש גם בשיטות "12 הצעדים".

בחשבון פשוט, אם כפר איזון מסוגל לקלוט מדי שנה עד 140 נפגעים ויש כ-400 נפגעים בשנה שזקוקים לפתרון כזה, עשויה להתעורר מצוקה. כיוון שלפגיעה מסמים בטוילים אין כיסוי ביטוחי, יהיו מי שיתקשו לעמוד במימון עלות השהות בכפר, העומדת על כ-9,000 שקל בחודש. ואם התערבות עד להחלמה כוללת שהות של ארבעה חודשים, מדובר בסכום נכבד. לסכום זה יש להוסיף לעתים את החילוף, שעלותו כ-5,000 דולר. הבשורה היא שלאחרונה החלו מתנהלים מגעים להסדרת ביטוח לחילוף נפגעי סמים.

הטיפול בכפר איזון, הייעודי לנושא פגיעה של תרמילאים על רקע שימוש בסם, נמשך, כאמור כארבעה-חמישה חודשים. ד"ר מל מעריך כי הסיכוי של מי שונס במצב של פסיכוזא לכפר לצאת ממנו בלעדיה בתום התקופה הוא טוב. הנתונים מדברים על כ-80 אחוזי הצלחה, אולם האפשרות שההפרעה תתעורר שוב במהלך החיים קיימת. "מי שיש אצלו מתחת לפסיכוזא מחלת נפש, עשוי להישאר במצב הזה כל החיים", אומר מל. "התגובה לטיפול יכולה ללמד אותנו על אפשרות ההחלמה. אם הפסיכוזא היא על רקע שימוש בסמים, יש להניח שהחלק הפסיכוטי יחלוף בתוך כמה ימים, אבל אם יש מחלה ברקע, התגובה תהיה הרבה יותר איטית".

תופעת הסמויים

תופעה נוספת שד"ר מל מפנה אליה – פגיעה שונה מהמצב אקוטי של פסיכוזא – היא תופעה שהוא פוגש אצל שכבה של צעירים, "סמויים" הוא מכנה אותם, שאינם מגיעים לטיפול אולם במקביל גם לא חיים באופן יצרני ותורם לחברה.

"צעירים בני 28-32 שנוסעים להודו וחוזרים, מתחילים לעבוד ומפסיקים, מתחילים ללמוד ונושרים, בדרך כלל חיים על חשבון ההורים ומעשנים גראס בשימוש יומיומי. ההורים לא קושרים את זה עם שימוש בגראס ולפעמים אחד מהם יגיד שגם הוא עישן גראס כשהיה צעיר, מבלי לדעת שהגראס אז היה הרבה פחות מרוכז וההשפעות שלו היו פחות מזיקות בצורה משמעותית".

בהתייחסות לשלל הרעות החולות העשויות להגרם משימוש בסמים, אומר ד"ר מל שחוץ מפסיכוזות, בהפסקת שימוש באקסטזי של כשנה (אפילו אם הוא לא יומיומי) נוצרים מצבים של דיכאון, אפטיה, אד-הדוניה וקושי תפקודי שעלול להימשך חודשים. "זה לא תופעת גמילה של קריז", הוא מציין, "כעשרה אחוזים מהמשתמשים הכבדים בחשיש ובגראס מתמכרים אליו. מדובר בשכבה גדולה של אנשים בשנות ה-30 לחייהם, 'משתמשים כבדים' בגראס, שאין שום יצירה בחיים שלהם. לכאורה הם לא מפריעים לאיש, אבל הם לא תורמים דבר לחברה. הם סובלים מסינדרום העדר מוטיבציה, והמשפחה, כאמור, לא קושרת את זה לשימוש בגראס. בדרך כלל ההורים לא מבינים מה קורה. הילד היה בסדר בבית, הם אומרים לי".

לסיכום, ד"ר מל שולל את האפשרות שתופעת התרמילאים נפגעי הסמים תמשיך ותגדל. "אני חושב שהתופעה עברה את השיא שלה. יש היום יותר מודעות ואני חושב להוציא ידעון שיחולק לתרמילאים ויהיה בו מידע שימושי בנושא. יהיו בו תשובות לשאלות כמו מה קורה כשאתה או חבריך נפגעים מסמים, למי פונים, מה עושים, איך מתנהלים; למשל, למי שנפגע בעקבות שימוש באקסטזי, יש לתת נוזלים בכמות מבוקרת. בנוסף, יש כיום סדנאות להכנה לאזרחות שהצבא עורך לחיילים קרביים על רקע נסיעה לחו"ל. בין השאר הם פוגשים צעירים שנפגעו מסמים.

"יחד עם זאת, אני שואל את עצמי כמה אפשר כבר להזהיר בני נוער ולהגיד להם מה לעשות כשהם נמצאים רחוק מפה ויש לחץ חברתי לשימוש בסם. אני סבור שעל מנת למזער את הנוק ניתן להפיץ מידע שכולל כללים של מה צריך לעשות במקרה שמשוה לא טוב קורה, מתוך תפישה שגם בידיעה הזו יש משהו מניעת".

כיום ניתן למצוא נפגעי תלות באופיאטים מטופלים בידי מכורים לשעבר, בידי עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים. אפשרויות הטיפול כוללות מרכזי שיקום ואשפוז, מרכזי חלוקת מתדון, גופים דתיים ועוד. אולם, ההתמכרות לאופיאטים הוכרה סוף סוף כבעיה של מערכת העצבים המרכזית הנגרמת עקב שימוש ממושך, ובבית החולים ברזילי באשקלון הרימו את הכפפה עם פתיחתה של יחידה ל-ANR (ויסות עצבי מהיר), המטפלת בחולים המכורים למשככי כאבים, מתדון, סובוטקס והרואין

ד"ר אנדרה ויסמן

סיליוני אנשים בעולם סובלים ממחלת ההתמכרות לחומרים אופיאטים. תפישות מוטעות ומדיניות שגויה מונעות מחולים אלה טיפול רפואי הולם. הכלים הרפואיים המתאימים קיימים, נגישים ויעילותם הוכחה, אך נדרש שינוי בגישה. האופיאטים הם חומרים הפועלים על מערכת העצבים ולהם השפעה ממכרת. מדובר בחומרים טבעיים המופקים מפרג השינה – אופיום, כגון מורפין (מורפיום) וקודאין, באופיאטים שעבר שינוי כימי, כמו הרואין, ובחומרים סינתטיים, כמו מתדון. מספר הסובלים מתלות באופיאטים גדל והלך, בעוד קורבנותיה של תלות זו אינם נתפשים כרגיל כחולים אלא כפורעי חוק. החברה דחקה אותם לשוליים, לסימטאות האפלולת של החיים, ואז גילתה כי היא צריכה להתגונן מפניהם.

הטיפול בתלות באופיאטים כבהפרעה בתפקוד מערכת העצבים המרכזית פותח אפשרויות חדשות להתמודד עם בעיית ההתמכרות. ההתמכרות לסמים מעוררת דאגה בישראל ובעולם, ומיליוני דולרים מושקעים בניסיון לפתור את הבעיה. המחיר שמשלמת החברה בצורת פשע, הרס משפחות, אובדן כושר ייצור ותחלואה, הוא עצום. מחלות כמו הפטיטיס C ואיידס מתפשטות בקהילות המכורים לאופיאטים. יותר ויותר תינוקות נולדים כשהם מכורים להרואין, בהיות אמם ההרה סובלת מתלות באופיאטים.

הטיפול המסורתי בהתמכרות מתמקד בהתמכרות להרואין, והטיפול הפסיכוסוציאלי תופס נפח מרכזי במדיניות הטיפולית בתחום זה. חולים הסובלים מהתלות עקב שימוש בתרופות הנפוצות בקרב מרפאות הכאב ובין כותלי בתי החולים אינם מוצאים עצמם

A silhouette of a person in a boxing stance, wearing a cap and gloves, set against a blue-tinted background of a gym with a mirror and a light fixture.

טיפול בתלות באופיאטים בגישת הנוירורגולציה

הסבל הרב בתסמונת הגמילה נתפש אצל רבים כחלק הכרחי של הטיפול. מומחים שונים מנסים ליחס ערכים תרופטיים להקאה, לכאב, לשלשולים ולתסמיני גמילה קשים אחרים. סיסמאות כגון: "ללא כאב אין הישג" (No pain no gain) הפכו לחלק מאוצר המילים של מרפאים למיניהן. קהילת המטפלים ממשיכה להתעלם מהצורך לשנות את תפישת התלות באופיאטים והטיפול בה

מועמדים לטיפולים הקיימים, ולמרות שהפציונולוגיה של המחלה הינה זהה, אחוזים הולכים וגדלים של חולים מוצאים עצמם ללא פתרון ומוצא. הטיפול המוצע להם מתבסס בתחליפים כגון מתדון ועל הרחקה מהחברה תוך החזקתם במרכזים שמחוץ לכותלי בתי החולים. בנוסף, מרכזים שהוקמו מציעים לאוכלוסיית המכורים לאופיאטים תהליכי גמילה הכרוכים בסבל ובכאב – תסמיני הגמילה.

טיפול גמילה דורשים לעיתים שהות ממושכת ויקרה במרכז גמילה, עם שיעורי נשירה של 30-50 אחוז, כאשר הנשירה מגמילה ללא אשפוז במרכז גמילה מגיעה עד כדי 70 אחוז. למרות סטטיסטיקות אלו, גורמים ממשלתיים ממשיכים לתמוך במרכזים המטפלים במכורים לאופיאטים מחוץ לבתי החולים הכלליים. מרכזים אלה אינם מתאימים למכורים לחומרים אופיאטים אשר מקיימים אורח חיים הכולל תפקוד חברתי ותעסוקות.

מתדון, שהוא אופיאט סינתטי, נחשב על ידי הממסד לאמצעי מקובל לטיפול בתלות באופיאטים, ונחשב על ידי הקהילה המקצועית ליעיל בריפוי והתמכרות להחזין. למעשה, מתדון מטשטש את הבעיה ומחליף התמכרות אחת באחרת: המתדון עצמו גורם להתמכרות, ותהליך הגמילה מהתמכרות זו ממושך במיוחד. הניסיון מלמד כי טיפולי הגמילה המסורתיים – פסיכותרפיה וצריכה קבועה ומדודה של מתדון – הם כלים בלתי יעילים בהתמודדות עם הבעיה המחריפה והולכת ברחבי העולם.

במהלך השנים, ככל שמספר המכורים גדל, אפשרויות הטיפול הזמינות דווקא מצטמצמות, מאחר שמרבית המטופלים חצים להשתחרר מן התלות באופיאטים, וכאשר אפשרויות הטיפול הן מוגבלות, רוב החולים מנסים להשתחרר מן ההתמכרות ללא עזרה רפואית.

הסבל הרב בתסמונת הגמילה נתפש אצל רבים כחלק הכרחי של הטיפול, ואכן, מומחים שונים מנסים ליחס ערכים תרופטיים להקאה, לכאב, לשלשולים ולתסמיני גמילה קשים אחרים. סיסמאות כגון: "ללא כאב אין הישג" (No pain no gain) הפכו לחלק מאוצר המילים של מרפאים למיניהן. קהילת המטפלים ממשיכה להתעלם מהצורך לשנות את תפישת התלות באופיאטים והטיפול בה.

הכמיהה אינה רק פסיכולוגית

הביוטכנולוגיה הניבה הישגים רפואיים כבירים בעשורים

נוכח הסימנים הראשונים של המחלה, כשהמטופל נוכח שהתפתחה בו תלות באופיאט, כרגיל אין הוא שוקל פנייה למרכז מתדון או שהייה מרחבת סבל במרכז שיקום, אלא מנסה להיגמל בעצמו, לעבור את תסמונת הגמילה בעצמו. למרבה הצער, רוב המטופלים מנסים שוב ושוב להיגמל בכוחות עצמם אך ללא הצלחה. כל פעם שהחולה מנסה להתגבר על תלות ונכשל, הוא חווה ייאוש, לעיתים בעוצמה כזו עד שהוא מעדיף שתלותו תימשך מאשר לחוות את הסבל הכרוך בניסיון גמילה נוסף. רצף איחודים כזה גורם לתופעות הפסיכוסוציאליות הנלוות. על פי ניסיון, ההיבטים הפסיכוסוציאליים של תלות באופיאטים אינם הגורם למחלה, אלא הם תוצרי לזוי משניים של התלות.

מערכת החוק והמשפט צריכות לאמץ פרייגמה חדשה, לפיה הכמיהה לאופיאטים מוגדרת כמצב ביולוגי. על בסיס כזה, עונש או מאסר אינם שיטות מספיקות למניעת חזרה לשימוש. במקום זאת יש לתת טיפול רפואי יעיל.

טיפול הניורוגלציה

טיפול הניורוגלציה שפיתחתי מבוססים על חסימת קולטני האופיאטים במוח כדי להאיץ את תסמונת הגמילה, אך זאת תוך כדי שליטה בה. האצת תסמונת הגמילה פירושה ריכוז התסמינים, מה שעלול להיתפש כפעולה אכזרית. ואולם, תהליך הגמילה המזורז נעשה תוך שימוש בתרופות הרדמה, כך שהגמילה הקשה מתרחשת כשהמטופל לא חשף לסבל הגמילה הקשה. לפי הטיפול עובר המטופל בדיקות רפואיות, והטיפול עצמו נעשה ביחידת טיפול נמרץ של בית חולים. המטופל מתאשפז למשך 24-36 שעות, מתוכן כארבע שעות הוא נמצא תחת הרדמה שטחית (סדציה). לאחר השחרור מבית החולים ממשיך המטופל בבטילת נלטרקסון. מדובר בתרופה לא ממכרת, שאינה משפיעה על מצב הרוח.

הנלטרקסון נקשר לקולטני האופיאטים תוך סילוק האופיאטים מהם. נטילת הנלטרקסון מפחיתה באופן מהותי את הכמיהה לאופיאטים בהופכה כל שימוש אפשרי באופיאטים לחסר השפעה על מצב רוחו של החולה, כך שהוא מנטרל את השפעת הסם המוכרת. החולים המתמידים בבטילת נלטרקסון מדווחים שאינם חווים כמיהה. ההשערה היא שנלטרקסון מאפשר איזון מחדש בין ייצור של אופיאטים פנימיים בגוף (אנדורפינים) לכמות הקולטנים הפנויים.

באדם הנוטל מיליגרמים או גרמים של אופיאטים ביום (הגוף מייצר כמות יומית של אופיאטים אנדוגניים הנמדדת במיקרוגרמים בלבד), חלה הגדלה בכמות קולטני האופיאטים. לכן, בעקבות גמילה, ייצור האופיאטים האנדוגניים חוזר לערכי הרגילים ונוצר חוסר איזון בין האנדורפינים לבין הקולטנים. נלטרקסון חוסם

האחורונים, אך למרבה הצער רק מעט השתנה בעקבות זאת ברמת הטיפול בנפגעי התלות באופיאטים, והדבר נכון, למרבה הצער, אפילו במרכזים הנוודעים ביותר.

במהלך יותר מ-30 שנה נצבר ידע מדעי בסיסי רב וידע רפואי יישומי אודות קולטני האופיאטים (Opiod receptors). המידע נתקבל בין השאר תוך שימוש באנטגוניסטים – חומרים המחקים ומגבירים את השפעת האופיאטים על הקולטנים שלהם, בצד חומרים אנטגוניסטים – המעכבים את פעולת קולטני האופיאטים. בעקבות זאת פותחו טכניקות יעילות המשמשות רופאים מרדמים וצוותים רפואיים המטפלים בבעיות של כאב ואולם, הידע והטכניקות הללו לא יושמו כשיטות טיפול בתלות באופיאטים. אחת הסיבות העיקריות לכך היא שהתמכרות לאופיאטים לא סווגה כבעיה רפואית, כמחלה, אלא קודם כל כהפרעה פסיכוסוציאלית.

כיום ניתן למצוא נפגעי תלות באופיאטים מטופלים בידי מכורים לשעבר, בידי עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים. אפשרויות הטיפול כוללות מרכזי שיקום ואשפוז, מרכזי חלוקת מתדון, גופים דתיים ועוד. למרות זאת, לא מוצעת האפשרות הבסיסית, הפתוחה בפני כל מי שסובל ממחלה, לגשת לבית חולים ולקבל את הטיפול הרפואי המקצועי, ובצורה מסובדת.

התמכרות לאופיאטים היא הפרעה של מערכת העצבים המרכזית. השלב הראשון של המחלה מתבטא בתסמונת גמילה, המופיעה בהדרגה אופיאט ונעלמת בעקבות צריכת האופיאט. כלומר, נולד מרכיב חדש וחשוב – הכמיהה (תשוקה – craving). הכמיהה מובנת ברמה הפסיכולוגית (הסם מצטייר כריפוי), אך יחד עם זאת, בעקבות שימוש קבוע באופיאט חלים שינויים בכמות הקולטנים, וגם להם תפקיד חשוב בכמיהה. לא פלא, לפיכך, ששיטות לטיפול גמילה המשולבות ביעילות כזה או אחר לא יכולות לפתור ביעילות את הבעיה.

במקום שיטות מסורתיות אלו יש, לערתי ומנסיון, ליישם את גישת הניורוגלציה – גישה לפיה הטיפול בתסמונת הגמילה משולב בצמצום הכמיהה לאופיאטים. הפירוש המילולי של המונח ניורוגלציה – לדעתי, מונח מפתח בריפוי תלות באופיאטים – הוא ויסות עצבי.

תפקיד הרופא לספק למטופל, מיד עם הופעת המחלה, טיפול הומאני, בטוח ויעיל לתקון המצב. מנסיון בתחום, תופעות לוואי פסיכוסוציאליות ניתנות למניעה.

את הקולטנים, וכך מאפשר חזרה מהירה למצב פיזיולוגי (כלומר תקין). וברמה הפסיכולוגית: לאחר הנטילה היומית של נלטרקסון, המטופל יודע שאין טעם להתלבט במשך היום בשאלה "להשתמש או לא", כי בכל מקרה הסם לא ישפיע עליו.

מרבית המטופלים צריכים ליטול מנה יומית קבועה של נלטרקסון, כאשר מיון התכשיר ייקבע על ידי הרופא המטפל בהתאם להערכה קלינית לכמות החסימה הנדרשת לכל חולה בנפרד. נלטרקסון מוכר על ידי רשות המזון והתרופות האמריקאית (FDA) ומאושר על ידי משרד הבריאות. נלטרקסון אומץ על ידי מספר לא רב של מטופלים בתחום, אך עד היום ניתן לחולים במיון יחיד וקבוע לכל חולה, ללא התייחסות לכמות הרצפטורים שהתפתחה אצל כל חולה. עקב כך אין לייחס לתוצאות הטיפול שום חשיבות לגבי יעילות התרופה, כיוון שמרבית החולים טופלו במינויים לא מתאימים ואין סבלו מתופעות לוואי.

במיון הנכון נלטרקסון משחרר את המטופל שלקח בהתמכרות, כך שהוא יכול להתפנות באופן כמעט מיידי לנהל חיים תקינים ויצריים. גישה זו פתחה גם שער לשיכון כאבים קשים ממושכים בעזרת אופיאטים, כמו מורפין. אנשים הסובלים מכאבים קשים ממושכים ומטופלים באופיאטים עלולים לפתח תלות באופיאטים, וכמו כן יש להגדיל מעט לעת את המינון כדי להגיע לאותה רמה של שיכון הכאב. עם ביטול התלות בעזרת נויורגולציה ושימוש בנלטרקסון, יכול המטופל לשוב לתכנית טיפול בכאב שהיא יותר מתאימה ויעילה. ואכן, טיפולים כאלה נעשים ובהצלחה במטופלים הסובלים מכאב כרוני המופיע בעקבות תאונות, פציעות קרב או מחלות מטורפיות.

חלצים בבית החולים בריזלי: יחידה ייעודית ל-ANR

ההתמודדות עם בעיית ההתמכרות נעשית בשלושה תחומים עיקריים: מניעה, טיפול רפואי ושיקום חברתי. הרשות למלחמה בסמים היא גוף שהוקם לפני שנים רבות, במטרה לתאם בין הגורמים המטפלים. עם השנים נטל לעצמו גוף זה סמכויות רבות בתחומים המקצועיים, וכיום הרשות מובילה למעשה מהלכים ומדיניות בכל התחומים הרלבנטיים, כאשר הגופים המקצועיים מוותרים אולי אפילו מרצון על הזכות להכריע את המדיניות הנדרשת, כל אחד בתחומו.

הרשות למלחמה בסמים נהנית מתקציבים נכבדים המושקעים בתחומי מניעה, טיפול ושיקום. ואולם, התחומים המקצועיים – חינוך, רפואה ושיקום – אינם יכולים, לדעת, להתפתח באופן חופשי במסגרת המוסדות הרלבנטיים: אקדמיה, בתי חולים ומערכות שיקום. ההצלחה המוגבלת מאוד של הרשות בפעולותיה



הנלטרקסון מפחיתה באופן מהותי את הכמיהה לאופיאטים בהופכה כל שימוש אפשרי באופיאטים לחסר השפעה על מצב רוחו של החולה, כך שהוא מנטרל את השפעת הסם המוכרת. החולים המתמידים בנטילת נלטרקסון מדווחים שאינם חווים כמיהה. ההשערה היא שנלטרקסון מאפשרת איזון מחודש בין ייצור של אופיאטים פנימיים בגוף (אנדורפינים) לכמות הקולטנים הפנויים

בתחומים הרפואיים והשיקומיים גורמת לבריחה מהתמודדות עם הבעיה הקשה של התפשטות ההתמכרות לאופיאטים ומפנה את אור הזרקורים לתחומים של איכפה ולמלחמת חורמה בסמים אחרים, כגון גראס (מריחואנה) ואקסטזי, שאינם מתקרבים לאיום החברתי ולנזק הקשה הנגרם משימוש באופיאטים.

מוטב ללמוד מטעויות העבר ולאפשר להכאים לעסוק ברפואה. בחברה דמוקרטית, נאורה ומתקדמת חייבת להיות הפרדה בין התחומים. אנשי חינוך או אקדמיה יהיו עצמאיים לבנות תכניות מניעה, משרד החינוך יקבל אחריות תקציבית ומעשית להתמודד עם

הבעיה החינוכית, משרד הבריאות יאפשר לחולי התלות להתקבל לבתי חולים כלליים ללא תהליך שיפוט מקדים וליהנות מכל הישגי הרפואה והמדע. משרד הרווחה יקבל על עצמו אחריות בלעדית בתחום השיקום החברתי, שיקום מעשי וענייני. המטרה שאני רואה, ויש דרכים מעשיות להשגתה לפחות אצל רבים מבין המכורים, היא שילובו המהיר של המטופל בחברה והימנעות מהליכים שיקומיים שמתמשכים שנים, תהליכים שלדעותי, ועל כך מצביעות העובדות, הם בלתי יעילים.

לא נוכל לשנות את ההיסטוריה ואת טעויות העבר. ואולם הזמנים השתנו וההתמכרות לאופיאטים הוכרה סוף סוף כבעיה של מערכת העצבים המרכזית הנגרמת עקב שימוש ממושך באופיאטים. אל לנו להעניש מוסרית את המכורים לאופיאטים, אלא לספק להם את הטיפול הרפואי ההולם כדי לרפאם בצורה אנושית.

במשך שנים אני משמש מרצה ויועץ בתחום הרפואי של התלות באופיאטים ברחבי תבל, הייתי עד למנהיגים ולראשי מדינות שהכריזו מלחמה על סמים, והייתי עד לתבוסתם. אני מציע לחדול מלהילחם בחולה ולהתחיל להילחם לאלתר במחלה, מחלת התלות באופיאטים. הכלים הרפואיים לכך קיימים, נגישים ויעילים!

החולים הללו אינם סובלים באופן הגדרתי ממחלת נפש והוכח בעבר שאחוז המכורים לאופיאטים הסובלים ממחלות נפש הוא זהה לכלל האוכלוסייה. יש דחיפות להעביר את התחום של ההתמכרות לחומרים אופיאטים מקרב אגפי בריאות הנפש לאחריות המחלקות העוסקות יום יום, גם כן, באגונים ובאנטגוניזם של החומרים הללו, דהיינו: מחלקות הרדמה וטיפול נמרץ. הגיע הזמן לאפשר לחולים הללו להתקבל לבתי חולים כלליים, היכן שניתן יהיה לטפל במחלה הבסיסית שפותחה אצל האדם, עקב שימוש באותם חומרים וללא קשר אם השימוש נעשה כתוצאה ממסככי כאבים שניתנו לחולה על ידי רופאים, אופיאטים חופשיים שקיבל העובר מאמו או סמי רחוב שנלקחו על ידי החולה מרצון החופשי.

בסוף שנת 2006, בית חולים הממשלתי בריזלי באשקלון נענה לאתגר ופתח את שעריו לחולים הללו. לצורך כך הוקמה יחידה ייעודית ל-ANR (ויסות עצבי מהיר), המנוהלת על ידי בשידוק עם הצוות הבכיר של מחלקת ההרדמה שבה טופלו בהצלחה עשרות חולים מהארץ ומהעולם, ביניהם חולים המכורים למשככי כאבים, מתדון, סובוטקס והרואין, כלל חולים עם מחלות נלוות אחרות כגון מחלות לב סכמיות, איידס, הפטיטיס, מחלות ריאה ומטבוליות שונות.

אנו מעוניינים ונוכנים לשיתוף פעולה עם כל גוף אקדמי או ממלכתי שידקדק לייעוץ והדרכה.

ד"ר אנדרה ויסמן, מנהל יחידת ANR, בית החולים בריזלי, אשקלון



הפרעה חדשה או: אותה גברת בשינוי אדור

שבועיים רצופים המהווים שינוי מתפקוד קודם וכוללים: מצב רוח דכאוני רוב היום, או לחלופין עצבנות משמעותית מבחינה קלינית, ירידה בעניין ו/או הנאה כמעט מכל פעילות, ירידה או עלייה משמעותית במשקל, הפרעת שינה, ירידה או עלייה בתנועתיות פסיכומטרית, עייפות ואובדן אנרגיה, תחושת חוסר ערך עצמית או אשמה קיצונית, ירידה בריכוז, מחשבות על מוות או התאבדות. בילדים הנמצאים בגדילה, אי עליית משקל כצפוי לגיל נחשבת לעמידה בקריטריון המשקל. במתבגרים, עליית משקל ועודף שינה אינם נדירים ("דיכאון אטיפי") אך קשים להבדלה מהתנהגויות נורמטיביות לגיל זה.

דיכאון פסיכוטי בילדים מופיע בכ-30 אחוז מהמתבגרים, בחלק מהילדים עם דיכאון בקטינים, ופעמים רבות מבשר הפרעה דו קוטבית.

הפרעה הדו קוטבית מתאפיינת באפיזודות של דיכאון, שיכול להתחלף במצב מאני המאופיין בירידה בצורך לישון, יתר אנרגיה, אופוריה ונטייה להתנהגויות של סיכון עצמי. בילדים נוער, מאניה ודיכאון נוטים להופיע כמצבים מעורבים (mixed state) ולא כאפיזודות נבדלות וברורות, או כמצב מתחלף במהירות בין דיכאון ומאניה, מה שמקשה את האבחון.

הפרעה חמורה בוויסות מצב הרוח בקטינים (Severe Mood Dysregulation - SMD) היא תסמונת חדשה שתוארה לאחרונה ומעוררת עניין רב בקהילת הפסיכיאטרים של הילד. כדי להבין את המושג, חשוב לדון ראשית בנושא ההפרעות במצב רוח בילדים באופן כללי. הפרעות במצב הרוח כוללות את הדיכאון המז'ורי, דיסתימיה (דכדוך כרוני) הפרעה דו קוטבית (הד"ק) והפרעות במצב רוח אחרות הנובעות מסיבות רפואיות או משימוש בחומרים ואלכוהול. הפרעות אלו מוכרות וידועות היטב באוכלוסיה הבגירה אך מוכרות פחות בקטינים. קיים תת איחון של הפרעות אלו בקטינים בעולם בכלל ובישראל בפרט. הסיבה קשורה למודעות נמוכה לשכיחות ההפרעות והעדר מחקר ומידע קליני מספיק.

בעשור האחרון חלה התקדמות במחקר ובידע המצטבר לגבי הפרעת דיכאון חד קוטבית (דיכאון מז'ורי) והפרעה דו קוטבית (מאניה דיפרסיה) בקטינים.

אבחון דיכאון בקטין מצריך ניסיון ואימון מקצועי. על פי ה-DSM IV, הקריטריונים לאבחון דיכאון בקטינים אינם שונים מאלה של המבוגר, קרי, לפחות חמישה תסמינים כמעט כל יום במהלך

**הפרעות במצב הרוח
הן שכיחות ונמצאות
בתת אבחון באוכלוסיה
הפדיאטרית. ההפרעה
הדו קוטבית בילדים
מאופיינת בפנוטיפ צר,
הדומה להסתמנות
במבוגרים, ובפנוטיפ רחב
הכולל גם את התסמונת
המתוארת כ-SMD –
הפרעה חמורה בוויסות
מצב הרוח בקטינים.
האם האבחנה עומדת
בפני עצמה או שמדובר
בשם חדש לתסמונת
קיימת?**

ד"ר ליאור שפיר, ד"ר גיל זלצמן

בין הפרעה דו קוטבית ל-SMD

הפרעה חמורה בוויסות מצב הרוח בקטינים היא הפרעה ביכולת לווסת מצבי רוח ורגשות נלווים כמו תוקפנות או חרדה אל מול אירועי חיים בחייו של הילד והמתבגר.

תיאור הפרעה זו הופיע לראשונה בספרות המקצועית ב-2003 על ידי לייבן לופט, פיון וחבריהם. הפרעה זו מתאפיינת בהפרעה קיצונית וחרונית מגבילה, המלווה בתסמיני עוררות יתר נפשית וגופנית. אפשר לראות את ה-SMD כתת סוג של הפנוטיפ הרחב של הפרעה ביפולרית בקטינים, הפרעה הזוכה לתחיה מחודשת בתודעה הקלינית והמחקרית. היא חזרה למוקד ההתעניינות הציבורית בארה"ב עם עליית המודעות והשיפור באבחון ההפרעה.

עדיין אין קריטריונים ברורים לאבחון SMD, אך מהמחקרים שנערכו בנושא עולה שאבחנה זו ניתן לתת לילדים שבהם קיימת עצבנות כרונית, המלווה בתגובתיות יתר לגירויים רגשיים (התפרצויות טנטורם לפחות שלוש פעמים בשבוע), עוררות יתר הכוללת לפחות שלושה מתוך: הפרעה בשינה, חודרנות יתר (intrusiveness), לחץ דיבור, מעוף מחשבות/מרוץ מחשבות, מוסחות יתר ועוררות פסיכומטורית

על פי בדיקה שנעשתה לאחרונה על ידי צוות המרכז לחקר הילד באוניברסיטת ייל לגבי 1.7 מיליון תביעות פרטיות מחברות הביטוח, שיעורי האבחון של ההפרעה הדו קוטבית הוכפל ביותר מפי שניים בקרב ילדים בני שבע עד 12 בין השנים 1995-2000. נראה כי העלייה בשיעור האבחון נובעת משיפור במידע לגבי הפרעה דו קוטבית בקרב הקהילה הרפואית.

SMD היא בעיה נפוצה, אך עדיין לא ברור איך לסווג את הקטינים הסובלים מבעיה זו. רוב המחקרים על הפנוטיפים השונים של ה"ד"ק" בילדים נועדו מתבססים על מטופלים המאושפזים במוסדות לבריאות הנפש. נראה כי באוכלוסייה הכללית, היארעות של SMD היא כ-3.3 אחוזים. קיימים חילוקי דעות בספרות המקצועית לגבי ההופעה הקלינית של ה"ד"ק בילדים ונוער, אך

על פי בדיקה שנעשתה לאחרונה על ידי צוות המרכז לחקר הילד באוניברסיטת ייל לגבי 1.7 מיליון תביעות פרטיות מחברות הביטוח, שיעורי האבחון של ההפרעה הדו קוטבית הוכפל ביותר מפי שניים בקרב ילדים בני שבע עד 12 בין השנים 1995-2000. נראה כי העלייה בשיעור האבחון נובעת משיפור במידע לגבי הפרעה דו קוטבית בקרב הקהילה הרפואית

בהשוואה בין ילדים עם SMD לילדים עם פנוטיפ צר של ה"ד"ק עולה, כי הילדים עם SMD נוטים יותר להפרעת התנהגות ואלימות, ונוטים יותר לפתח בהמשך הפרעת קשב וריכוז ודיכאון מז'ורי מאשר ילדים הלוקים בה"ד"ק מסוג הפנוטיפ הצר, הנוטים יותר לפתח הפרעת בעת פשוטה (simple phobia), הפרעת חרדה כללית (GAD) ובהמשך מאניה. יש הסוברים שחלק מהילדים הסובלים מ-SMD יפתחו בעתיד הפרעת קשב וריכוז (ADHD) או הפרעת אישיות גבולית (borderline personality disorder). שתי הפרעות אלו מתאפיינות בקושי משמעותי בוויסות רגשי. בהפרעת קשב וריכוז מדובר בעיקר בקשיי ויסות בריכוז וקשב, באימפולסיביות גבוהה ובתחלואה נלווית של הפרעות בהתנהגות. בהפרעת האישיות הגבולית בולט יותר הקושי בוויסות כעס ותוקפנות וקשיים ביחסים בינאישיים המתאפיינים בחוסר יציבות ובהתנהגות מסוכנת.

לסיכום: הפרעות במצב הרוח הן שכיחות ונמצאות בתת אבחון באוכלוסייה הפדיאטרית. ההפרעה הדו קוטבית בילדים מאופיינת בפנוטיפ צר, הדומה להסתמנות במבוגרים, ובפנוטיפ רחב הכולל גם את התסמונת המתוארת כ-SMD. לאחרונה נראה כי ה-SMD היא תסמונת "סל" הכוללת הפרעת ויסות היכולה להתפתח לכיוונים שונים בהמשך, בעיקר לדיכאון במתבגרים. הראייה החדשנית של הנוזולוגיה פסיכיאטרית כתופעה התפתחותית ולא סטטית מאפשרת לכלול תסמונות כאלו בסל האפשרויות האבחנתיות. ברור כי יש עדיין צורך במחקרי שטח ומחקר אפידמיולוגי כדי לבחון את השאלה האם זו אבחנה העומדת בפני עצמה או שם חדש לתסמונת קיימת.

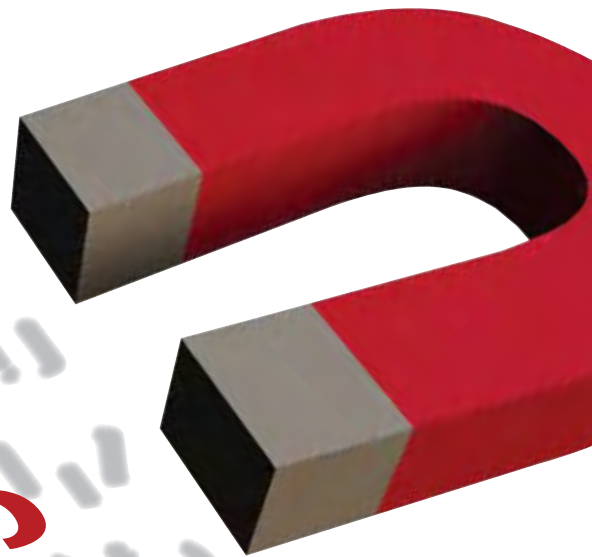
ד"ר ליאור שפיר, מתמחה בפסיכיאטריה, ד"ר גיל זלצמן, ממלא מקום וסגן מנהל בית החולים גה, מנהל חטיבת הילדים ונוער ומנהל מחלקת אשכז יום נוער, המרכז לבריאות הנפש גה והפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר אוניברסיטת תל אביב

יש הסכמה שקיימים פנוטיפ צר ופנוטיפ רחב. הפנוטיפ הצר של ה"ד"ק מתייחס להופעה קלינית המתאימה לחלוטין לכל הקריטריונים של ה-DSM לאבחנה של ה"ד"ק ומתאפיינת באפיזודות מובחנות וברורות הנמשכות מעל ארבעה ימים של עצבנות יתר (איריטביליות) או מצב רוח מרומם. הפנוטיפ הרחב מתייחס למקרים שבהם יש הפרעה ברורה, אך יש צורך בהגמשת הקריטריונים כדי להכליל תחת האבחנה של ה"ד"ק. מקרים אלה מאופיינים בעצבנות כרונית, ללא אפיזודות מובחנות וללא מצב רוח מרומם.

SMD הוא מושג המתאר אותם הילדים עם עוררות יתר ועצבנות, הנמצא קשור לסיכון גבוה להתפתחות דיכאון בבגרות המוקדמת. עדיין אין קריטריונים ברורים לאבחון SMD, אך מהמחקרים שנערכו בנושא עולה שאבחנה זו ניתן לתת לילדים שבהם קיימת עצבנות כרונית, המלווה בתגובתיות יתר לגירויים רגשיים (התפרצויות טנטורם לפחות שלוש פעמים בשבוע), עוררות יתר (הכוללת לפחות שלושה מתוך: הפרעה בשינה, חודרנות יתר (intrusiveness), לחץ דיבור, מעוף מחשבות/מרוץ מחשבות, מוסחות יתר ועוררות פסיכומטורית).

הסימפטומים מתחילים לפני גיל 12 והם כרוניים (משך מעל שנה ללא רמיסיה מעל חודשיים). על הסימפטומים לגרום הפרעה ניכרת (עד כדי צורך באשפוז) בתפקוד לפחות באחד מתוך: בית, יחסים עם בני אותו הגיל או בית הספר, והפרעה קלה יותר בתחומים נוספים (ירידה בלימודים, בעיות משמעת, הפרעה בתפקוד בתוך המשפחה). מצב רוח אופורי או אפיזודות ברורות הנמשכות מעל ארבעה ימים פוסלות אבחנה זו ומרמזות על אבחנה של הפרעה דו קוטבית מהפנוטיפ הצר. עדיין לא ברור האם SMD היא הופעה מוקדמת של ה"ד"ק, הפרעה מהספקטרום הדו קוטבי, או תת סוג של הפרעת קשב וריכוז, הפרעה מרדנית התנגדותית (ODD), או/ו של דיכאון. מספר מחקרים חלוציים ניסו להשוות בין ילדים עם הפנוטיפ הצר של ה"ד"ק לילדים עם SMD והמידע שנצבר עד כה מרמז על כך שכנראה כי מדובר בשתי אבחנות שונות.

האם באמת עדיף לנסות הודם על מבוגרים?



תועלת של rTMS (גירוי מגנטי מוחי חוזר - Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) בהשוואה לגירוי איננו. חשוב לציין שגודל האפקט נע בין 0.53 עד 0.81 במטא אנליזות השונות. נתון זה חובר לכך שבעיבוד שונה הראו שרק 22 אחוז מהמטופלים בגירוי מגנטי פעיל הגיעו לירידה בהמילטון של מעל 50 אחוז, בהשוואה ל-7.9 אחוזים שטופלו בזרועות האינבו.

מתקבל הרושם שברמת הידע הקיימת כיום, קיים לגירוי המגנטי בטיפול בדיכאון עמיד, אפקט משמעותי אך מתון. כמה מהחוקרים תומכים בטיפול "אגרסיבי" יותר, כלומר משך ארוך יותר ועוצמה גדולה יותר כפרידיקטורים לשיפור התוצאות. כמו כן, יש מחקרים שמכוונים לכך שקיימים מאפיינים שמורידים את הסיכוי לתועלת. למשל, הטיפול אינו יעיל בדיכאון פסיכטי, אך מביא לתועלת משמעותית דומה לזו של נזעי חשמל בדיכאון לא פסיכטי.

תופעות לוואי

המיעוט היחסי בתופעות לוואי מהווה יתרון חשוב של הגירוי המגנטי בהשוואה לטיפולים אחרים. תופעות הלוואי השכיחה ביותר שדווחה היא כאב ראש קל. קיימים דיווחים בודדים על היפוך גלג מאני, אך בכך אין הגירוי המגנטי שונה מכל טיפול אנטי-דכאוני אחר. למרות שהועלו חששות לגבי פגיעה בשמיעה מהגירוי המגנטי החוזר והומלץ על שימוש באטמי אוזניים בכל אלפי המקרים שדווחו, אין אף דיווח על אובדן שמיעה קבוע. בעוד שבתחילת השימוש היו חששות רבים לגבי התפתחות פרכוס תחת הגירוי המגנטי, למעשה דווחו אך ורק מקרים בודדים של התפתחות פרכוס ואפילו בטיפול בחולים הסובלים מאפילפסיה, השכיחות של התפתחות פרכוס היתה נדירה.

בסקירה בילדים ונוער, שכיסתה 850 מטופלים, לא נמצא אף איחור של פרכוס או כל תופעת לוואי משמעותית אחרת. כמו כן, במחקר שנערך על 40 ילדים (20 ששבול

עוצמת הגירוי - מבוססת על אחוזים מהסך המוטורי. הסף מוגדר כאנרגיה הנמוכה ביותר המצליחה לגרום לתנועה נצפית בשריר בכף היד (bductor pollicis brevis) לפחות חמש פעמים מתוך עשרה נסיונות, כאשר הסליל מונח מעל הקורטקס המוטורי. במטא אנליזה שנעשתה לאחרונה נראה שעוצמת גירוי גבוה (מעל 90 אחוז מהסף) היא מנבא להצלחה של הטיפול.

עשרה גירויים בשנייה ויותר (10 הרץ ויותר) נחשבים לתדירות גבוה, שגורמת להפעלה של האזור המגורה. גירוי בודד לשנייה נחשב לגירוי מעכב. כמו כן, קיימים כיום גירויים הנותנים תדירויות מורכבות יותר, חלקן מחקות מצבים פיזיולוגיים, דוגמת גירוי בצורת גל הטתה (theta burst).

מספר הגירויים הניתנים ביום ומהמרווחים ביניהם, ומספר הימים בהם ניתן הגירוי - שילוב נתונים אלה יחד עם התדירות מגדיר את מספר הטיפולים הכללי שהמטופל מקבל.

חשוב להדגיש שמדדים אלה, שניתן במידה מסוימת להשוותם ל"מרשם" הנכון לתרופה, שונים בין מרכזים ועבודות שונות. כך ייתכן שאנחנו עדיין לא משתמשים באופן נכון בגירוי המגנטי. בכל אופן, קיימים נתונים מסוימים שנחשבים למקובלים ומשתמשים ברוב המחקרים. לדוגמה, רוב מחקרי הטיפול בדיכאון השתמשו בגירוי בתדירות גבוה ל-DLPC, מצד שמאל. מאידך, קיימים מרכזים שהראו תועלת לגירוי בתדירות נמוכה ל-DLPC הימני.

תועלת טיפולית

המורכבות של המחקרים השונים וההבדלים הטכניים ביניהם הביאו לפרסומים של מטא אנליזות שמנסות לברר את התועלת הטיפולית. שש מתוך שבע מטא אנליזות, כולל סקירה ב-Cochrane library מראות

הטיפול בגירוי המגנטי החוזר כטיפול אנטי דכאוני בנוער, והקשיים בשימוש ובמחקר בכלי זה בילדים ובמתבגרים

ד"ר יובל בלוק

הגירוי המגנטי המוחי Transcranial-Magnetic Stimulation הוא דרך לא פולשנית לגירוי תאי המוח. בשיטה זו אנרגיה חשמלית עוברת את המוח כמעט ללא כאב, מבלי לגרום לפרכוסים או להפרעות קוגניטיביות, אבל גורמת לדפולריזציה של נוירונים, עם שינויים מוחיים במונח אמינים. קיימות הוכחות משכנעות לכך שהגירוי פועל באופן מקומי, וזאת בניגוד לצורות הטיפול המצויות בשימוש שכיח (דוגמת טיפולים תרופתיים או נזעי חשמל). משתמשים בגירוי המגנטי הן כגירוי בודד, הן כזוג גירויים, והן בצורה של גירוי חוזר. צורת גירוי זו (גירוי חוזר) מוצעת בשנים האחרונות כאפשרות טיפולית יעילה בהפרעות שונות ובפרט בדיכאון. חשוב להדגיש שקיימים משתנים רבים בדרך שבה ניתן הגירוי המגנטי. משתנים אלה כוללים:

סוג הסליל שבצורתו ניתן הגירוי - סליל עגול, סליל בצורת שמונה או לאחרונה סליל דמוי האות H המאפשר גירוי עמוק יותר.

מיקום הגירוי - בדיכאון שכיח השימוש ב-DLPFC - dorsolateral prefrontal cortex. השימוש באזור זה מבוסס הן על עבודות הדמיה שקושרות אזור זה למסלולים הנוירואנטומיים שתפקודם נפגע בדיכאון, והן על נגישות האפשרות למיקום זה בעזרת הגירוי המגנטי (יש לציין שזהו אזור שיחיתית ממוקם בפני השטח של המוח).

מהפרעת ריכוז וקשב ו-20 ילדים שהשתייכו לקבוצת ביקורת) דיווחו הילדים שאי הנוחות שנגרמת מהגירוי המגנטי היא פחותה מנטיעה ממושכת ברכב.

דיכאון בנער והקושי הטיפולי

בעשורים האחרונים אנו מודעים לשכיחות הגבוהה של מחלת הדיכאון בילדים ונעור. במתבגרים השכיחות היא חמישה עד שמונה אחוזים. הדיכאון בקבוצת גיל זו גורם לתחלואה קשה ולתמותה. מחקרי אורך מדגימים ש-25% מהמתבגרים הלוקים בדיכאון יפתחו הפרעה של שימוש לרעה בסמים, וחמישה אחוזים עד עשרה אחוזים יתאבדו במהלך 15 השנים מאז האפיזודה הראשונה.

למרות דמיון למבוגרים במהלך ובהסתמנות הקלינית, קיימים מספר הבדלים משמעותיים:

הבדלים בממצאים ביולוגיים – במרבית המחקרים, בילדים ומתבגרים בניגוד למבוגרים, לא נמצא עודף קורטיזול בדם ולא נמצאה השטחה של הפרשת קורטיקוטרופין בתגובה להורמון האחראי על שחרור (CRH). כמו כן, בעוד שבמבוגרים מתן פרקורטורים של סרוטונין או אגוניסטים שלו גורמים להשטחת ההפרשה של פרולקטין כשקיים מתאם שלילי בין רמות פרולקטין לאחר הגירוי עם מדדים קליניים של דיכאון, תוקפנות ואובדנות, בילדים ונער מסתמנת תמונה הפוכה.

הבדלים משמעותיים בתגובה הטיפולית – הטיפול בתרופות טריציקליות נמצא כלא יעיל. בעוד שקיימים מחקרים בודדים המראים תועלת לתרופות ממשפחת ה-SSRI, לאחרונה התפרסמו על ידי איגוד הבריאות האנגלי וה-FDA, התרעות לגבי השימוש ב-paroxetine ובהמשך גם לגבי תרופות נוספות ממשפחת חוסמי הסרוטונין, סביב עלייה בשכיחות של מחשבות אובדניות בחולים מטופלים בהשוואה למטופלים בקבוצת הביקורת. בעוד שעדיין לא ברור מה תהיה המשמעות הקלינית ארוכת הטווח של אזהרות אלו, נראה שהן מחדדות את הצורך בבדיקה ספציפית של טיפולים יעילים אנו-דכאוניים בילדים ונעור. עד כה, הטיפול הביולוגי המבוסס ביותר בנער הוא השימוש בפרחאק. מאידך, גם כאשר ניתן הטיפול שהוכח כיעיל ביותר בטיפול בדיכאון במתבגרים, כלומר שילוב של פסיכותרפיה (בגישת קוגניטיבית-התנהגותית) עם טיפול בפרחאק, רק 70 אחוז מהמטופלים יגיעו לרמיסה. כך, גם בנער קיימת קבוצה גדולה של מתבגרים שהטיפולים המוצעים כיום לא מצליחים לעזור להם.

בשנים האחרונות עולה המודעות למהלך הממושך והכרוני של ההפרעה הדכאונית אצל חלק מהמתבגרים. מצבים קליניים אלה של הפרעה דכאונית קשה מצריכים חשיבה על אמצעי טיפול נוספים, כולל אלה שבהם משתמשים לעזרה בדיכאון עמיד. לא פחות חשוב

מכך מסתמנות עדויות לכך שגם מצבים של הפוגה חלקית או מצבים שהם מתחת לסף החומרה המגדיר הפרעה (מצבים תת סטירומליים) הם בעלי משמעות פרוגנוסטית וייתכן שטיפול נכון בהם ימנע התפתחות של מחלה דכאונית מלאה.

לאור מצב דברים זה, היינו מצפים למידע ונסיונות טיפוליים רבים ב-TMS.

מחקרים בנער ושימושים באינדיקציות אחרות

בסקירה שבחנה את השימוש בגירוי המגנטי בילדים ונער נסקרו כל הפרסומים שהופיעו עד אוגוסט 2004. נמצאו 48 מחקרים עם מספר כללי של 1,034 ילדים ומתבגרים שעברו טפול בגירוי מגנטי. טווח הגילאים היה בין שבועיים ועד גיל 18 שנה. נכללו בסקירה זו עבודות שהשתמשו בגירוי בודד (single pulse) – 980 ילדים, בגירוי כפול (paired pulse) – 20 ילדים, ובגירוי חוזר (repetitive pulse) – 34 ילדים. חשוב לציין שרוב העבודות היו קשורות לבדיקה או למחקר לגבי תפקודים שונים בילדים ונעור לכך בגירוי המגנטי. בין אוכלוסיות הילדים שקיבלו גירוי מגנטי מחזרים כאלה שסבלו משינתק מוחי, אפילפסיה, הפרעת ריכוז וקשב, וילדים ללא כל הפרעה.

רק עבודה אחת תיארה שימוש בגירוי המגנטי כטיפול במתבגרים. עבודה זו היא סדרה של תיאורי מקרה שכללה שבעה מתבגרים, רק שלושה סבלו מדיכאון יוניפולרי ומתוכנס, שניים הגיבו לטיפול. לאחרונה התפרסמו עוד שני תיאורי מקרה של מתבגרים שסבלו מדיכאון מזויר והגיבו היטב לטיפול בגירוי המגנטי.

אנו עובדים כיום במסגרת מחקר ופיתוח על טיפול בדיכאון עמיד במתבגרים בעזרת גירוי מגנטי. עד כה טופלו תשעה מתבגרים במסגרת פרוטוקול זה והתוצאות הראשוניות נראות מבטיחות.

במבוגרים מתרחבים הנסיונות הטיפוליים עם גירוי מגנטי לאינדיקציות נוספות. בספקטרום הפסיכיאטרי יש כיום מספר עבודות שנעזרות בגירוי המגנטי בעיקר לטיפול בהזיות מתמידות, עם תוצאות טובות. קיימות עבודות שבוחות תועלת של השימוש בגירוי במצבים מאנים. מהפרעות החרדה מחזרת בפרט הפרעה הפוסט טראומטית והפרעה כפיית טורדנית. כמו כן קיימים דיווחים על טיפולים בהפרעות טיק ובהפרעות אכילה. כמו כן קיימות עבודות ראשוניות לגבי טיפול בהתמכרויות שונות. במקביל, מתקדם השימוש בגירוי לטיפול במצבי כאב, בפרקינסון ובאפילפסיה. בילדים ונער כפי שצוין קודם, המחקר בכיוון הטיפולי מוגבל ביותר, אך רוב האינדיקציות המוזכרות נראות רלבנטיות גם בילדים ונעור.

הקושי במחקר קליני בילדים ונער

מה מקשה על המחקר בתחום בילדים ונעור? נראה שניתן לדון על שילוב של שאלות אתיות, קליניות והתפתחותיות כעומדות ביסוד הקושי של המחקר הקליני בילדים ונעור.

מבחינה אתית, חחרת ומועלית השאלה של הסכמה מדעת לטיפול ועוד יותר מכך למחקר בקבוצת גיל זאת. מי רשאי וצריך לתת את ההסכמה מדעת לטיפול המחקרי? מקובל וכך גם נהוג במחקרי הגירוי המגנטי, שנוכן לקבל את ההסכמה מדעת של שני ההורים ושל הקטין. בהתרחשות של, מידת ההזיהות והחשש, המאוד מובנים, של הורים כלפי טיפול חדשני ומחקרי בילדיהם, גורמים במידה רבה לכך שפחות ילדים ומתבגרים מוכנים למחקר בתחום, ואלה שמוכנים הם במצב קשה יותר יחסית למבוגרים שמוכנים למחקרים דומים. בהקשר זה מושמעת לעיתים הטענה ש"עדיף שינסו את זה קודם על אוכלוסיית מבוגרים". חשוב לזכור שלאור החומרה של ההפרעות שבהן אנו דנים (דיכאון והתוויות אחרות), ניתן להתייחס גם לשאלה האתית מהכיוון ההפוך – האם זה אתי למנוע מחקר בטיפול שעשוי להיות יעיל ועם מיעוט תופעות לוואי בקבוצת הגיל הצעירה? יותר מכך, אנו לומדים דווקא מהמחקר בתחום הטיפולים הביולוגיים בדיכאון בילדים ונעור, שממצאים במבוגרים אינם יכולים להחליף את המחקר הייעודי בקבוצת הגיל של ילדים ומתבגרים. דיון דומה ניתן לעשות לגבי השאלה של ההשפעה ההתפתחותית של הגירוי המגנטי. מחד עולה השאלה לגבי האפשרות של השפעות הגירוי על המוח המתפתח. נתונים שלא נוכל למצוא להם ביסוס או סימוכין מהמחקר במבוגרים. מאידך, חשוב לזכור שגם המשבר הדכאוני עצמו עלול לגרום לנזק על המוח המתפתח. קיימים מחקרים על גירוי מגנטי בפרמיטים צעירים, התומכים בכך שגם למוח המתפתח לא קיים נזק.

לסיכום: הגירוי המגנטי החוזר מסתמן כשיטת טיפול חדשה ומבטיחה, שמאפשרת גירוי של אזורי מוח מסוימים ובכך טיפול בהפרעות נפשיות שונות עם מיעוט תופעות לוואי. התחום מצוי עדיין בלימוד של צורות הטיפול היעילות ביותר. בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, קיימים קשיים ייחודיים בטיפול, והמידע המתקבל ממחקר באוכלוסיית מבוגרים הוא מוגבל בתקופתו. לכן, קיימת חשיבות רבה למחקרים ספציפיים בילדים ונעור בתחום הגירוי המגנטי.

ד"ר יובל בלוק, מנהל מרפאת ילדים ונער, מרכז לבריאות הנפש "שלוותה"

מי ירחם על ילדי הגן

התנהגותי, במקביל לטיפול הרפואי שניתן בצורה המהירה והטובה ביותר. מתוך השקפת עולם זו קם מרכז מילשטיין לטיפול בטרומה בילדים ונוער. המרכז הוקם בכספי תרומה וממוקם בשטח בית החולים.

הצוות המטפל במרכז הוא מולטי-דיסציפלינרי וכולל פסיכיאטר לילדים ונוער, עובדות סוציאליות קליניות, פסיכולוגית שיקומית ומטפלת בתנועה. בימים אלה נקלטה גם עובדת סוציאלית דוברת ערבית.

המטרות שעומדות בפני צוות המרכז הן: 1. מתן מענה מקצועי ומהיר לנפגעי טראומה על כל קשת גווניה. 2. טיפול במגוון כלים טיפוליים בהתאם לסוג הטרומה והנפגע הספציפי. 3. יצירת מערכת איתור נפגעי טראומה בילדים ונוער במסגרת בית החולים והקהילה. 4. התייחסות לצוות המטפל, שגם הוא עובר חוויות קשות חוזרות ומגיב לעתים בתגובות רגשיות העלולות להשפיע ישירות על תפקודו ועל תחושת ה-well being הכללית שלו. הגישה הטיפולית העיקרית היא התערבות קצרת טווח בטכניקות הטיפוליות השונות. הגישה השלטת היא בטכניקות קוגניטיביות התנהגותיות תוך עבודה עם ההורים באופן שוטף.

כוויות ותאונות דרכים

למרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה פונים כל שנה כ-38 אלף ילדים לצורך טיפול ראשוני. מתוכם מאושפזים במהלך השנה כ-17 אלף ילדים ומתבצעים יותר מ-10,000 ניתוחים. האוכלוסיה מגוונת מאוד, הן מבחינה תרבותית והן מבחינה סוציאקונומית. ילדים רבים והורים חווים את החשיפה למערכת חדר המיון ו/או האשפוז כאירוע טראומטי המעורר חרדה. במערכת כיום, הפועלת תחת עומס עצום, יש התייחסות מועטה בלבד למרכיב זה, למרות מחקרים ופרסומים שהראו את הקשר שבין החלמה מהירה יותר וטובה יותר כשיש סביבה רפואית תומכת ומכילה.

בנוסף לכך, מגיעים בכל שנה כ-7,000 פונים לחדר המיון בשל תאונות דרכים, 20 אחוז מהם

המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, כמו שאר בתי החולים בארץ ובעולם, התפתח מאד ביכולות האבחון, הטיפול והמחקר. יחד עם זאת, ההתקדמות האדירה בכל התחומים פסחה מעט על הפן הנפשי-רגשי של המטופלים ומשפחותיהם ושל אנשי הצוות המטפלים. הטיפולים המאוד טובים ויעילים מביאים להבראה מלאה או חלקית אך משאירים אחריהם לא פעם ילדים ומשפחות עם קשיים עצומים בהתמודדות עם הטיפולים עצמם ועם תוצאות הטיפולים שלעתים אף גורמים לנכות פיזית או נפשית. תחום זה, הנקרא Medical Trauma, מתחיל לקבל התייחסות הולמת יותר במרכזים הרפואיים הגדולים בעולם.

בשנים האחרונות קמו מספר מרכזים לטיפול בטרומה בילדים ונוער הן בשל הצורך המוגבר המוכתב על ידי המציאות הקשה שבה אנו חיים והן בשל המודעות הגוברת לצורך והחשיבות שבהתערבות מוקדמת. מוקד ההתערבות ברוב המרכזים מופנה מטבע הדברים לטרומה הקשורה לטרור ומלחמה.

כשירות פסיכיאטרי לילדים ונוער בתוך מערך של בית חולים כללי, עלה בצורה מאוד ברורה הקשר שבין שני התחומים הללו, שלכאורה אינם קשורים. עובדה ידועה היא שאירועים טראומטיים בעבר מהווים גורם סיכון להיווצרות תגובה פוסט טראומטית חוזרת. כמו כן ידוע שהטריגר להיווצרות תגובה פוסט טראומטית חוזרת אינו בהכרח קשור לאירוע הטרומטי הראשון ושעוצמת החשיפה הטרומטית החוזרת יכולה להיות קלה אך מאוד משמעותית. לדוגמה, ילדים ונוער שחוו אירוע טראומטי בעקבות אירוע חבלני עלולים להגיב בצורה קשה לצורך בהתערבות רפואית או לעצם הצורך בהגעה לבית חולים.

מתוך העבודה השוטפת עם אוכלוסיה גדולה והטרונגית ובהיותנו חלק ממרכז רפואי גדול המנקז את מרבית התחלואה הקשה באזור הדרום, עלה הצורך היומיומי בהתערבות מוקדמת וממוקדת בנושא הטרומה ורה-טרומה מהפן הרגשי-

Medical Trauma
הוא תחום חדש
ברפואה שמתחיל לקבל
התייחסות הולמת יותר
במרכזים הרפואיים
הגדולים בעולם.
בשנים האחרונות קמו
מספר מרכזים לטיפול
בטרומה בילדים ונוער
בשל הצורך המוכתב על
ידי המציאות הקשה
שבה אנו חיים והן בשל
המודעות הגוברת לצורך
בהתערבות מוקדמת.
אחד כזה הוא מרכז
מילשטיין, הפועל מתוך
בית החולים סורוקה
וכלל צוות מולטי-
דיסציפלינרי

ד"ר שוש ארבל, ד"ר אשר שיבר



גלויה המחולקת בחדר מיון לכל קטן שזוהה מעורב בתאונה ודרכים

כ-40 אחוז מאלה הנחשפים לטראומה יפתחו הפרעה תגובתית כלשהי עם פגיעה תפקודית משמעותית בתחום הרגשי, אקדמי או חברתי. עד 15 אחוז יפתחו הפרעה בעוצמה של Acute Stress Reaction וכחמישה אחוזים מתוכם יפתחו הפרעה פוסט טראומטית ממושכת. עד היום לא היה מערך טיפולי יעיל המאתר את הילדים הנפגעים ומטפל בהם

ליכורוגיית ילדים וטיפול נמרץ ילדים. מודל זה של התערבות רב מערכתית ממוקדת וזמניה יאפשר מתן מענה לצרכים הייחודיים של ילדים ונוער ובני משפחותיהם בכל הקשור להתמודדות עם מחלה חריפה ו/או אירוע טראומטי. הבנת החשיבות בשילוב הפן הרגשי-נפשי עם הפן הרפואי-גופני בכל שלבי ההתערבות הרפואית עומדת בבסיס הרציונל הטיפולי בהקמת המרכז ודרך עבודתו בהווה ובעתיד.

לסיכום: הטיפול היעיל בטראומה של הילד דורש משאבים ארגוניים, כספיים ורגשיים. עבודת צוות מהווה כורח טיפולי באוכלוסיה זו ומודגשת המיומנות הספציפית הנדרשת.

ד"ר שוש ארבל, מנהלת היחידה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, ד"ר אשר שיבר, מנהל המחלקה לפסיכיאטריה, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה

מקיים צוות המרכז התערבויות רב מערכתיות, למשל מול מערכות החינוך בקהילה.

בנוסף, מרכז מילשטיין מוביל מהלך ייחודי בבית החולים לעבודה מערכתית מול המחלקה והמרפאה לכירורגיה פלסטית. ההנחה הראשונית היא שהילדים שמטופלים בשל כוויות זקוקים לטיפולים חודרניים ממושכים וכואבים ושרובם חווים פגיעה ראשונית בדימוי הגוף. לאור הנחה זו נעשית התערבות ברמה של הסבר על הכוויה ועל הטיפול הצפוי לכל הילדים והוריהם ובמידת הצורך המשך טיפול. במקביל נעשית עבודה של צוות המרכז עם כל הצוות הרפואי והפארא-רפואי של המחלקה לכירורגיה פלסטית. מתקיימת למידה משותפת והדדית עם דגש על הצד הרפואי לצוות מרכז הטראומה ועל הצרכים ההתפתחותיים של הילדים בגילאים השונים ושל הוריהם, לצוותי המחלקות.

מודל התערבות זה ייבחן בהמשך ועל פי לקחיו ייושם במחלקות ובמרפאות האחרות שבהן מאושפזים ילדים אחרי טראומה, כמו המחלקות

קטינים. מתוך סטטיסטיקות ארציות ועולמיות, כ-40 אחוז מאלה הנחשפים לטראומה יפתחו הפרעה תגובתית כלשהי עם פגיעה תפקודית משמעותית בתחום הרגשי, אקדמי או חברתי. עד 15 אחוז יפתחו הפרעה בעוצמה של Acute Stress Reaction וכחמישה אחוזים מתוכם יפתחו הפרעה פוסט טראומטית ממושכת. עד היום לא היה מערך טיפולי יעיל המאתר את הילדים הנפגעים ומטפל בהם.

לאור נתונים אלה, מרכז מילשטיין שם לעצמו כמטרה ראשונית להתמודד עם נושא זה, ובשלב ראשון הוחלט להתרכז במכת תאונות הדרכים וכן התערבות אינטנסיבית לטיפול בנושא כוויות אצל ילדים. בנושא תאונות הדרכים הוכנה גלויה להורים ובני הנוער, המחולקת בחדר המיון לכל קטין המעורב בתאונה ומאפשרת התערבות לא ישירה ברמת ה-Psycho education. התערבות זו גם פותחת אפשרות לפנייה במקרה הצורך. במקביל הופץ מכתב לכל רופאי המשפחה ורופאי הילדים בקהילה המיידע על פתיחת המרכז. ההיערכות היא להיענות כמעט מיידית לכל פנייה אחרי מעורבות בתאונות דרכים או תאונות ביתיות.

קטינים המתאשפזים במחלקות בית החולים מאותרים דרך העובדת הסוציאלית של המחלקה ומופנים למרכז בהתאם לצורך. ילדים ובני נוער מהקהילה מופנים ישירות על ידי רופאי המשפחה ורופאי הילדים ומתקבלים מיידית. לעתים קרובות

קידום, שיתוף ותקשורת



ההורים ובני המשפחה הקרובים הם המטפלים הראשונים של פגוע הנפש. קורס קשת, הנלמד במסגרת אקדמית ומבוסס על גישת ההתערבות הקוגניטיבית דינמית, מהווה מודל התערבות ייחודי למשפחות אלו

ד"ר נעמי הדס לידור, דורית רדליך, פנינה וייס

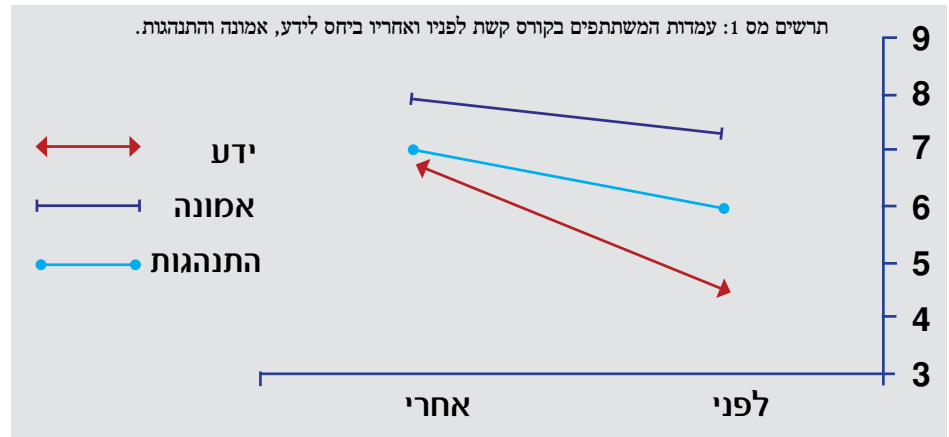
בארץ חיים היום כ-100 אלף אנשים עם מחלות נפשיות קשות, כחמישה אחוזים מתוכם בבתי חולים פסיכיאטריים, והיתר חיים בקהילה, בדרך כלל במסגרת משפחתית. החולה והמשפחה הם השותפים העיקריים לטיפול ולמעקב. בשנים האחרונות פותח קורס אקדמי בשם קשת (קידום, שיתוף ותקשורת) שמיועד להורים ובני משפחה של האדם הסובל ממחלה פסיכיאטרית ומטרתו לשפר תקשורת ותפקוד במשפחה ומול השירותים הרפואיים והשיקומיים. הקורס מבוסס על גישת ההתערבות הקוגניטיבית דינמית. מטרת המאמר היא להציג את הקורס ויעילותו למשפחת החולה, לקהילה הרפואית, הטיפולית והשיקומית.

השכיחות הכללית לתחלואת נפש בעולם ובארץ היא כ-25 אחוז. אחד מארבעה יזדקק במהלך חייו לטיפול קליני נפשי. יתרה מזו, תחלואת הנפש נמנית כמו תחלואת הלב והסרטן עם "שלושת הגדולים" ב"עומס התחלואה הכללי" (לפחות 15 אחוז כל אחת). נפוצות תחלואת נפש קשה וכרונית בישראל היא לפחות 1.5 אחוזים מכלל האוכלוסייה, כלומר כ-100 אלף חולים בכל רגע נתון, חמישה אחוזים מאוכלוסיית החולים הקשים והכרוניים נמצאים באשפוז ו-95 אחוז מתגוררים בקהילה, מתוכם כ-14 אלף מקבלים שירותי שיקום שונים והיתר נמצאים בבתיים, בדרך כלל במשפחותיהם.

מאז החלתו בישראל של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, קיימת מגמה ברורה ומואצת להעביר את הטיפול באנשים הסובלים ממצבים נפשיים חמורים ומתמשכים לקהילה. המודל הקהילתי שם את הדגש על החלקים הבריאים, המתפקדים, ועל איכות חייו של



תרשים מס 1: עמודות המשתתפים בקורס קשת לפניו ואחריו ביחס לידע, אמונה והתנהגות.



הערכת יעילות

בתחילת הקורס ובסופו הוורדה ממלא שאלון לתיאור עמדותיו לגבי יכולת ההשתנות של ילדו ויכולתו שלו לתרום להחלמתו. עיבוד שאלוני העמדות מצביע על הממצאים הבאים: נמצא שינוי סטטיסטי מובהק בהשוואה בין רמות הידע לפני תחילת הקורס והידע שנרכש לאחריו (Manova $t=0.020$; T-test $a=0.031005$). כמו כן, נמצא שינוי סטטיסטי מובהק בדפוסי התנהגות שנרכשו במהלך הקורס (Manova $t=0.019$). בציון הממוצע של שלושת הפרמטרים נמצא הבדל מובהק שמראה על שיפור כללי בכל שלושת התחומים כולל אמונה (Manova $t=0.001$). האינטראקציה לא יצאה מובהקת. (ראו תרשים מספר 1)

לגיל ולמצב בריאותי. האדם הוא מערכת פתוחה, שיכולת הלמידה שלה משתנה בהתאם לאיכות ההתערבות והתווך שנעשו עבורה. השינוי שיווצר על ידי התערבות נכונה יביא להמשך תהליך השינוי וההתקדמות גם לאחר סיום ההתערבות והוא ילך ויגבר עם הזמן.

הלמידה האנושית נעשית בשתי דרכים עיקריות: 1. על ידי חשיפה ישירה לגירויים; 2. על ידי התנסות בלמידה מתווכת – Mediated Learning Experience (התיווך), המוגדרת כאינטראקציה איכותית מיוחדת בין האדם לסביבתו. מטרתו של המתווך היא להתאים את הגירוי, לסנן, להדגיש, להחליש, לשנות ולעבד אותו בצורה שתהיה קליטה על ידי הלומד. התיווך חשוב במיוחד לאנשים בעלי צרכים מיוחדים שהלמידה דרך חשיפה ישירה אינה מספיקה להם.

הגישה שמה דגש על חיבור בין רגש, קוגניציה והתנהגות, ודרך ניתוח אירועי חיים של המשתתפים מלמד, ממחישה ומיישמת את אפשרות תהליך ההשתנות בתקשורת במשפחה ומחוצה לה. מתוך עקרונות התיווך שהוזכרו לעיל, בניתוח האירועים יש שימת דגש מיוחדת על כוונה והדדיות בין המשתתפים באינטראקציה, על כיבוד המשמעות של כל אדם מנקודת מבטו בסיטואציה, הגברת תחושת המסוגלות על ידי שימת זרקור על יכולות ומרכיבים בריאים בתפקוד ושיתוף מלא בין כל המשתתפים באינטראקציה. בשנים האחרונות הוכחה יעילותה של ההתערבות הקוגניטיבית דינמית במחקרים שונים בבריאות הנפש.

יעדי קורס קשת

קורס קשת הוא קורס אקדמי מובנה, שמטרתו הקניית התפישה, הגישה וכלים לתקשורת קוגניטיבית בתוך המשפחה ומחוצה לה. הייחודיות של קורס זה מתבטאת במספר מרכיבים: שייכות הקורס למסגרת אוניברסיטאית, ולא למסגרת רפואית, בית חולים או מרפאה; אוכלוסיית היעד של הקורס היא לא החולים עצמם, אלא הוריהם, והמטרה היא להעצים ולהפכם לשותפים פעילים ויעילים יותר בתהליכם שילדיהם עוברים; שיתוף ההורים עצמם בהנחיה בקורס, מה שהופך את הלמידה למאוד אותנטית ורלוונטית לחייהם של האנשים. הקורס הוא אקדמי בנושא של ההתערבות הקוגניטיבית-דינמית, וספציפי יותר בנושא התיווך. במסגרת הקורס עולים תכנים ייחודיים והמשתתפים מקבלים כלים יישומיים קונקרטיים בליווי ניתוח אירועים, המאפשר הדגמה והמחשה לתהליך השינוי שניתן לחולל במערך המשפחתי

כל בני המשפחה ומאפשרים התמודדות טובה יותר בתוך המשפחה ומול גורמים בקהילה.

תכניות התערבות שונות שהוכנו בעבר עבור משפחות המתמודדות עם מחלת הנפש כלל, בין השאר: תכניות תמיכה הנותנות מידע על המחלה, תרופות ושירותים בקהילה; תכניות כוללניות המעורבות רכישת מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות, כגון: ייסוד כבוד הדדי, רכישת כבוד לעצתו של האחר ופתרון בעיות. תכניות אלו נמצאו יעילות עבור משפחות לאנשים הסובלים ממגוון של מחלות נפש: סכיזופרניה, הפרעה בפיולרית, דיכאון והפרעות סכיזו-אפקטיביות.

מתוך ראיית הקיים, פותח בשנים האחרונות בישראל קורס התערבות ייחודי למשפחות המבוסס על עקרונות תיאוריות ההשתנות הקוגניטיבית-מבנית ויישומם במודל ההתערבות הקוגניטיבית דינמית, Dynamic Cognitive Intervention (DCI) ובהתאמתו לאוכלוסייה ספציפית זו.

התערבות קוגניטיבית-דינמית (הק"ד)

תפישת ההשתנות הקוגניטיבית-מבנית פותחה על ידי וויגוצקי, פוירשטיין, הדס לידור ווייס. תפישה זו מאמינה ביכולת הפרט להשתנות, מעבר

האדם בסביבות חיים טבעיות.

מעורבותם של מתמודדים ומשפחות נמצאת בבסיסם של פיתוחים ויוזמות חדשות במדיניות השיקום. חוק השיקום כולל בתוכו סעיף של פיתוח תכניות, חינוך הסברה ותמיכה למשפחות. המשפחה עבור אוכלוסיית החולה הפסיכיאטרי מהווה מסגרת תמיכה עיקרית. תמיכה משפחתית הכוללת: ידע, אמונה בהחלמה, הקניית כלים לקידומה והפחת התקווה בעתיד ילדיהם – כל אלה ידועים כמקדמי שיקום והחלמה בקרב אנשים הסובלים ממגבלות נפשיות. יחד עם זאת, לעיתים, בני המשפחה (הורים, אחים, סבים ואומטפלים) חשים שאין בידיהם הכלים והכישורים לתקשר עם בן המשפחה בעל הצרכים המיוחדים ועם המערכת הרפואית והשיקומית.

משפחות צרכי בריאות הנפש מאופיינות ברמת פגיעות גבוהה – התמודדות עם המחלה הפסיכיאטרית היא מורכבת מאוד ומשפיעה על כל בני המשפחה ולעיתים קרובות אף גורמת לפירוקה. ההתמודדות מושפעת רבות מהסטיגמה הנולוית למחלה ובכך משאירה את המשפחה להתמודד בחשאי ולהסתיר את ה"קלון". מחקרים מראים כי הפחתת המתח ושיפור התקשורת עם אנשים עם מחלות פסיכיאטריות משפרים את איכות החיים של

ומחוצה לו, תוך הדגשת נושא השיתוף ושינוי נקודת המבט.

מטרת הקורס היא להקנות להורים ו/או בני משפחה אחרים את הגישה ואת היכולת להגיב ולהתנהג במצבי חיים שונים: עם הבן החולה, עם המחלה הפסיכיאטרית, במשפחה, מול השירותים ובקהילה, באופן קוגניטיבי, נשלט ומובנה, כך שהשינוי המצופה יוכל להיווצר.

בקורס נלמדים עקרונות הגישה הקוגניטיבית-דינמית והתיווך תוך כדי התנסות בהם הלכה למעשה בתרגול של ניתוח אירועים יומיומיים. במהלך הקורס הופך בן המשפחה להורה מתווך, כשהמתווך-המומחה מנחה אותו בהדרכה החוזרת. יעדיו הספציפיים של הקורס הם: היכרות עם התפישה והמושגים הבסיסיים בתיאוריה הקוגניטיבית-דינמית; הכרת מושגי התיווך העיקריים ויישומם באוכלוסייה של אנשים עם צרכים מיוחדים; הבנה, ניתוח והתמודדות עם מצבים הקשורים ללקות של בן המשפחה כפי שהם באים לידי ביטוי במשפחה, בקהילה, מול השירותים וכדומה. כלומר, ההורים לומדים להסתכל על מצבים בחיי היומיום ממספר נקודות מבט ובכך לחוש שיש מספר פתרונות למצבים שבעבר אולי נראו ללא מוצא; הגברת המעורבות והאחריות לחייו של כל פרט ולטיפול בבן המשפחה; הכשרת הורים מנחים שיעבדו בצמוד למנחים מהאקדמיה, במטרה להמשיך את השרשרת עוד ועוד; העצמה של ההורים על ידי למידה אקטיבית, תיאורטית, הכנת תרגילים וניתוח אירועים.

חשוב לציין שלמרות שזו לא היתה הכוונה המקורית, הקורס פועל גם כקבוצת תמיכה מיוחדת ומשמעותית עבור משתתפיו. ההורים באים מלכתחילה מתוך צורך לפתור בעיה בבית ורצון לקבל כלים קונקרטיים להתמודדות. יחד

עם זאת, הם באים עם תחושה של חוסר אונים וחוסר תקווה לגבי יכולת השינוי. במהלך הקורס האינטגרציה בין הלמידה האקדמית, ההתנסות דרך ניתוחי אירועי חיים של משתתפי הקורס, ומרכיבי התמיכה והעזרה ההדדית שנוצרים, יוצרים בקרב המשתתפים תחושות של שינוי, תקווה, העצמה ויכולת ליישום פעיל בחייהם.

בין הנושאים הנלמדים בקורס: מהי קוגניציה – איך אנו חושבים? הקשר בין חשיבה, רגש והתנהגות; תקשורת במשפחה, מול הצוות הרפואי והשיקום בדרך קוגניטיבית – התיווך; אני (בן המשפחה) כמלווה? כשותף? כמטפל? איך אעביר את מה שלמדתי הביתה? מודעות, תקווה ועקרונות ההחלמה (תרשים מס' 1). הממצאים מצביעים על יעילותו של הקורס בשינוי התפישות וגם בהתנהגות בפועל.

על מנת להמחיש את הממצאים הללו, ניתן לתת התייחסות איכותנית להשתתפות בקורס קשת מנקודת מבטו של דייוויד שהשתתף בקורס כהורה והפך להורה מנחה בקורסים של קשת: "אני מניח שהטענה של ההורים אשר אינם שותפים ואינם משולבים בתוך תהליך הטיפול והשיקום מוכרת לכם. עם זאת, ברצוני להדגיש עובדה בסיסית ביותר אשר לא תשתנה: ההורים יהיו מעורבים, בכל מקרה, בתהליך השיקום של הבן או הבת שלהם! אם כך, מה הטעם ומה ההיגיון להמשיך ולקיים מעגלים נפרדים? האם לא כדאי יותר לכוון ולהדריך את ההורים כך שמעורבותם תהיה נכונה יותר, מוצלחת יותר, מתואמת וממשיכה את הדרך והכיוון של המטפל המקצועי? מנקודה זאת, של שיתוף, אני רוצה לספר על קורס קשת:

"עבורי קורס קשת היווה נקודת מפנה בכל הקשור לתהליך השיקום של הבן. כפי שצינתי קודם לכן, לגבי מעורבות ההורים בתהליך השיקום, המעורבות

שלי בתהליך היתה רבה ביותר, גם לפני הקורס. עם זאת, בקורס עצמו קיבלתי ידע חדש, כלים לעשייה, רכשתי שפה חדשה, קיבלתי אישורים רבים לעבודה שנעשתה קודם לכן בדרך עצמאית ובמידה רבה של אינטואיציה. אני עושה שימוש רב בעקרונות התיווך כדי למקם את עצמי בצורה נכונה יותר, להגיב נכון יותר מול בני, משפחתי, המערכת הרפואית והשיקומית. בכך קיבלתי כרטיס כניסה למעגל אשר היה סגור בפני קודם לכן."

לסיכום: קורס קשת ייחודי בגישתו לניתוח והתמודדות עם מצבי חיים בדרך קוגניטיבית ובכך שהוא מאפשר להורה ללמוד ולהרחיב את יכולת ההתמודדות שלו במשפחה ובקהילה בכלל ומול גורמים טיפוליים בפרט, ועל ידי כך לשפר את איכות חייו ומשפחתו.

תוצאות המחקר הראשוני שנעשה על הקורס הראו כי יש שינוי בעמדות של ההורים ביחס ליכולתם לתקשר באירועי חיים שונים, במישורים: קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. יחד עם זאת, יש מקום להמשיך ולבדוק את משמעות גישת ה-DCI עבור ההורים בשיפור חייהם ובקידום מטרות החלמה אצל הילדים הסובלים ממחלת נפשית ובמשפחתם.

עבור הצוות הרפואי, השינוי המתרחש בעקבות קורס קשת בתוך המשפחה עשוי להיות משמעותי בשיתוף הפעולה של הלקוח, בהיענות לטיפול הרפואי ולקיימת התרופות, בהיענות למעקב הרפואי, ובתקשורת בין המשפחה, הצרכן והצוות הרפואי. יחד עם זה, יש בשינוי הזה בכדי להוביל להפחתה בצורך ובתלות של המשפחה בצוות הרפואי. אנו רואים בקורס זה פריצת דרך בגישה אל משפחת הצרכן בבריאות הנפש.

מסגרת הקורסים

כל קורס קשת מורכב מ-12 מפגשים, אחת לשבועיים ועוד שלושה מפגשי מעקב אחת לחודש. כל מפגש נמשך שלוש שעות אקדמאיות. לקיום הקורס במסגרת אקדמית יש חשיבות רבה הטמונה בעובדות הבאות: מסגרות אקדמיות הן מסגרות שאינן מזוהות עם המחלה ולכן אינן סטיגמטיות; מסגרת לימודית אקדמית מעצימה את ההורים הלומדים בה ופונה אל החלקים הבריאים שבמשפחה ולא למחלה; מסגרת לימודית אקדמית מאמינה ביכולת ההורה, הלומד לרכוש כלים לשינוי משמעותי ואינה מהווה מסגרת תומכת בלבד; הלימודים במסגרת האוניברסיטה וקבלת תעודה מטעמה מקנה הכרה בקורס ובתעודה שורכשת בה. זוהי מסגרת חיצונית פורמלית של לימודים המקנה יוקרה עבור ההורה, הלומד בה ומסיים את הקורס.

ב-12 הקורסים שהתקיימו עד כה (תשעה בתל אביב, אחד בירושלים, אחד במגזר החרדי בבני ברק, אחד בחיפה) למדו למעלה מ-200 הורים שדיווחו על שינוי ביחסים בבית בכלל ובהתנהגותם שלהם בפרט, באירועים הקשורים למחלת ילדם בפרט ובחיי היומיום שלהם בכלל.

ד"ר נעמי הדס לידור, אוניברסיטת תל אביב, בית ספר למקצועות הבריאות, החוג לריפוי בעיסוק, ומשרד הבריאות. דורית רדליך, מכון מגיד, האוניברסיטה העברית, פנינה וייס, המכון לריפוי בעיסוק, מרכז רפואי רבין ואוניברסיטת תל אביב, בית ספר למקצועות הבריאות, החוג לריפוי בעיסוק

תודות לחברת אל-לילי ישראל, על עזרתה במימון שני הקורסים הראשונים באוניברסיטת תל אביב. תודה לביטוח הלאומי, למכון מגיד, האוניברסיטה העברית ולמשרד הבריאות, שבלעדיהם קשת לא היתה יוצאת לדרך

החולה המדומה



חלק גדול מן הרופאים והצוות הרפואי, גם במקרים שקיים חשד סביר, מתקשים מאוד לקבל ולהאמין בקיומה של תסמונת מינכהאוזן על צורתיה השונות. ואמנם, אין לשלול או לאשר אבחנה כזו אלא רק לאחר שמושגות הוכחות ועדויות מספקות ומוצקות. על הפרעות זיוף, צורותיהן השונות ובעייתיות ההוכחה

ד"ר ולדימיר לרנר, פרופ' אליעזר ויצטום

בשנת 1951 פרסם כירורג אנגלי בשם אשר בעיתון הרפואי החשוב "Lancet" מאמר על תסמונת מיוחדת שהוא כינה "תסמונת מינכהאוזן". התסמונת התבטאה בסיפורים דרמטיים וכוזבים של חולים שהזכירו מאוד את סיפורי הברון הידוע. הופעת המאמר הביאה לגל של תיאורי חולים שהתלוננו על תלונות דמיוניות, גופניות ונפשיות, ובעקבות כך לשורה של אשפוזים, בדיקות מרובות ופעולות רפואיות מורכבות שכללו אף ניתוחים מסוכנים. בלטו מאוד אצל חולים אלה חוסר של רווח חומרי ורווח משני כתוצאה ממעשיהם. יתרה מזו, לעתים קרובות גרמו חולים אלה לעצמם נזקים כבדים על למנת להתאשפז ולהוכיח לרופאים שהם אכן חולים קשים ומסוכנים.

אצל חולים אלה קיימת נטייה, לאחר שהם מזוהים במקום אחד, לנדוד ולהחליף מקומות טיפול ובתי חולים. כן נמצאה אצלם תבנית של שימוש במספר רב של תרופות. יש לציין שמספר משמעותי של חולים אלה נמצא כבעל עבר של מעצרים, שהות בכלא ואשפוזים פסיכיאטריים.

ברון הכזבים

שם התסמונת קשור לדמות היסטורית, הלא היא דמותו של הברון קארל הירונימוס פון מינכהאוזן,

שחי בדרום האנובר בשנים 1720–1797. קיימות עדויות שהוא שירת בצבא הצארי ברוסיה ולאחר שחזר לאחוזתו בשנת 1750 נודע כגוזמאי ובעל חוש הומור מפותח. במיוחד התפרסמו סיפורי התפארות שלו לאחר הארוחות. במשך 30 שנה נהג הברון לספר את סיפוריו, שמעו יצא לתהילה בקרב האצולה ואחוזתו שימשה כמקום עלייה לרגל.

בשנת 1775 הגיע לאחת הארוחות הללו גיאולוג בשם רודולף אריך ראספה (Raspe) שהתפעל מהסיפורים. תקופה קצרה אחר כך הסתבך ראספה במעילה והואשם בתרמית ובגניבת כספים ממשלתיים. הוא נמלט לאנגליה, שם ניסה להמשיך את חייו המקצועיים והצטרף לאגודה המדעית המלכותית. אולם, השמועות על מעשיו ועברו המפוקפק לא איחרו להגיע ללונדון והוא נותר מובטל ודחוי. כדי להתפרנס החל לפרסם בצורה אנונימית את גרסתו לסיפורי הברון. הסיפורים זכו להצלחה כה אדירה עד כי הוזמן בשנת 1785 להוציאם בספר בשם "הרפתקאותיו המפתיעות של הברון מינכהאוזן". המחבר בחר להעלים בתחילה את זהותו אך לא את זהותו של גיבור מעשיו, הברון מינכהאוזן, ופרסם את הספר שזכה לתהילה ובתוך שנה אף תורגם לצרפתית, גרמנית וספרדית. מעניין לציין כי הסופר ראספה המשיך להסתיר את זהותו כמחבר הספר עד זמן קצר לפני מותו בשנת 1795.

מאז, השם מינכהאוזן הפך לשם נרדף לכזבן וגוזמאי. כאשר הספר פורסם היה הברון מינכהאוזן עדיין בחיים. התרגום לגרמנית הביא לו פרסום שלילי, שגרם לו נזק קשה. הוא ראה את הפרסום כלא מדויק ובעצם כרמאות הפוגעת בכבודו. בפרק החיים עד למותו הוא נעשה ממורמר, החל להתבודד והפסיק לספר את הסיפורים המפורסמים שלו. עד היום אחוזתו היא מקום עלייה לרגל בגרמניה ומכונה אחוזתו של "ברון הכזבים".

הפרעות זיוף

בספרות הרפואית העולמית מופיעים בצורה מתמדת סקירות, מאמרי מערכת ותיאורים המוקדשים לנושא תסמונת מינכהאוזן, וכן לצורה חדשה יחסית המעוררת ויכוחים רבים – "תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח". מתברר שחולים הלוקים בתסמונות אלו גורמים לנזקים רבים ויוצרים עומס קשה על המערכת הרפואית. בעוד שעד שנת 1968 הופיעו בספרות רק 38 מאמרים בנושא זה, הרי שבסקירת ספרות נמצא

שבשנים האחרונות הופיעו בנושא של הפרעות זיוף ותסמונות מינכהאוזן למעלה מ-400 מאמרים.

ההמשגה הפסיכיאטרית רואה בתסמונת זו חלק משורת הפרעות המכונה הפרעות של זיוף (Factitious disorder), המתבטאת בסימנים גופניים או נפשיים המופקים בצורה מכוונת על ידי החולים כדי שיוכלו לקבל את תפקיד "החולה". תופעה זו מכונה גם התמכרות לבית החולים, התמכרות לניתוחים מרובים ואף "חולה מקצועי".

התמונה הקלינית כוללת כאבים בבטן ימנית תחתונה יחד עם בחילות והקאות, סחרחורת והתעלפויות, פליטה מסיבית של כיח דמי, פריחה ממושטת על כל הגוף והופעת מורסות מוגלתיות. סימפטום שכיח נוסף הוא חום גבוה ללא סיבה, דימומים במקומות שונים (עקב בליעת חומרים נוגדי קרישה) ותסמונות גופניות המזכירות זאבת ארגמנית.

התלונות לגבי הסימנים שתוארו הן מתמשכות ולמרות שכל הבדיקות המבוצעות הן שליליות, החולה ממשיך להתעקש שהוא סובל ממחלה קשה וממשיך לעבור בירורים חוזרים וניתוחים בבתי חולים שונים, תוך שהוא מערב גורמים רפואיים רבים במחלותיו. התלונות, כאמור, הן רב מערכתיות ולרוב הן תולדה של הידע שלו ברפואה ובפרמקולוגיה.

הטיפוסים והנסיבות

לפי הסיווג הפסיכיאטרי המודרני DSM-IV, ניתן לחלק את תסמונת מינכהאוזן לשלושה טיפוסים:

- א. הצורה שבה בולטים במיוחד סימנים פסיכולוגיים.
- ב. הצורה שבה בולטים במיוחד סימנים גופניים – צורה זו היא המכונה תסמונת מינכהאוזן.
- ג. צורה מעורבת שבה קיימים שני המרכיבים כאחד.

ההוכחה שסימן מיוחד הוא אכן מלאכותי ומופק על ידי החולה נעשית הן על ידי עדות ישירה לכך או בדרך השלילה של כל אפשרות אחרת שיוכלה לגרום לסימן המיוחד הזה.

תסמונת זו חייבים להבדיל מתסמונת של התחלות. ב"התחלות", הפונה מייצר במכוון סימנים או מדווח על סימפטומים, כאשר יש לו בכך מטרה ברורה לקבל רווח משני בצורות מרובות (שחרור מכלא או שירות צבאי, פיצויים או תגמול כספי ולעתים אף סתם מיטה ללילה).

4. הסימפטומים והסימנים החריפים של מחלת הילד שוכנים בעוצמתם או אף נעלמים כאשר מפרידים את הילד מן ההורה "הפוגע".

את תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח אפשר לחלק למספר טיפוסים: "מחפשי העזרה" (help seekers), אלה שגורמים למחלה בצורה פעילה (active inducers) והמתמכרים לרופאים (addicts). שתי הצורות האחרונות הן המזוהות בדרך כלל כתסמונת מינכהאוזן על ידי שליח. "הפוגע" יכול ליצור את הנזקים בכל מערכות הגוף: רגישות יתר, שותן דמי, התכווצויות, הפסקות נשימה, בחילות והקאות וכו'.

לפי ממצאי הספרות, רוב המבוגרים הפוגעים (90 אחוז) הם אמהותיהם של הילדים, האבות הפוגעים מונים חמישה אחוזים ועוד מיעוט קטן (חמישה אחוזים) של פוגעים מורכב ממטפלות ושמרטפיות.

במקרים שהוכחו, הפסיכופתולוגיה שנמצאה אצל האמהות היתה רחבה ביותר ומהווה קשת רחבה החל מהפרעות של זיוף (Factitious disorder), דרך הפרעות אישיות קשות ועד למצבים פסיכויים.

ברשיית ד"ר מידאו

את הבעייתיות הקיימת בקשר לתסמונת זאת והוכחתה ניתן לראות במקרה של מידאו עצמו, כאמור מחלוצי התחום שהסתבך (עם עוד רופא ילדים נודע ופתולוג). במשך למעלה מעשור נתן מידאו עדויות כמומחה משפטי מרכזי נגד אמהות שנחשדו בתסמונת מינכהאוזן על ידי שליח. עדות כזאת, למשל, היתה עדות שנתן כנגד אם ששני תינוקות שלה מתו בצורה פתאומית מסיבה לא ברורה בגיל שלושה חודשים והיא הואשמה ברצח, וכן עדות במשפט האזרחי שנועד להגן על התינוק השלישי שנולד לה ולהוציא מחזקתה. האם הורשעה ובילתה שלוש שנים בכלא, ואז בית המשפט הגבוה לערעורים בבריטניה ביטל את הרשעתה תוך שהוא מותח ביקורת על עדותם של המומחים. אביה של האם התלונן על תפקידם של מידאו וחבריו בהרשעה המוטעית לפני המועצה הרפואית הכללית (General Medical Council) בבריטניה, ומידאו הואשם והורשע בהתנהגות מקצועית בלתי הולמת חמורה בשלושה מקרים (כולל המקרה שפורט) שבהם שימש כעד מקצועי חשוב במשפטן של אמהות שהואשמו בהריגת ילדיהן ואחר כך זוכו. ד"ר מידאו הסביר לחבר המושבעים, כי למרות שלא היו הוכחות חותכות או הוכחות ישירות



התמונה הקלינית כוללת כאבים בבטן ימנית תחתונה יחד עם בחילות והקאות, סחרחורת והתעלפויות, פליטה מסיבית של כיח דמי, פריחה ממושטת על כל הגוף והופעת מורסות מוגלתיות. סימפטום שכיח נוסף הוא חום גבוה ללא סיבה, דימומים במקומות שונים (עקב בליעת חומרים נוגדי קרישה) ותסמונות גופניות המזכירות זאבת ארגמנית

הרבה של האבחנה הזאת ניתן לראות לפי מספר המאמרים הרב המוקדש לה: מתוך 144 מאמרים שהקדשו לתסמונת מינכהאוזן בשנים האחרונות, 86 עסקו בתסמונת מינכהאוזן על ידי שליח.

נהוג לאבחן תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח בילדים כאשר מתמלאים הקריטריונים הבאים:

1. המחלה אצל הילד מופקת על ידי הורה או דמות של מבוגר, הממלאת מקום זה וזה.
2. הילד מגיע למערכת רפואית לשם אבחון וטיפול לעתים קרובות ועובר בדיקות והערכות רפואיות מרובות.
3. ההורה "הפוגע", אשר גורם למחלה, מכחיש וטוען שאינו יודע מהם הגורמים למחלתו של הילד.

לעומת זאת, חשד להפרעה של זיוף מתעורר כאשר נוצרות הנסיבות הבאות:

< המחלה פורצת בצורה דרמטית ולא טיפוסית, ללא כל הוכחות הקשורות לגורמים ידועים של מחלות גופניות או נפשיות, סימנים או התנהגויות שמופיעים רק כאשר הצוות צופה בחולה, ונעלמים לעתים כאשר אין מסתכלים על הפונה.

< התנהגות הכרוכה בהפרעה קשה לעבודת במחלקה בבית החולים וידע נרחב הקשור למינוח רפואי, מידע על מחלות וטיפול בהן ועל השגרה וסדר העבודה בבית החולים.

< שימוש סמוי בחומרים רפואיים, ותרופות ועדויות הקשורות לטיפולים וניתוחים מרובים בעבר (למשל, צלקות ניתוח מרובות על פני הגוף).

< היסטוריה של חוסר יציבות ונדודים מרובים, מספר קטן של מבקרים אצל הפונה (לעתים קרובות אין בכלל מבקרים).

< תמונה קלינית שמשתנה במהירות תוך הופעת סיבוכים קשים ולא טיפוסיים, או הופעות סימנים חדשים מיד לאחר כל שיפור במצב או קבלת תשובות שליליות של הבדיקות.

תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח

צורה קשה וחמורה במיוחד של תסמונת זו מכונה תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח (by proxy). צורה זו מופיעה בספרות המקצועית החל משנת 1977, כאשר רופא ילדים אנגלי נודע, סיר רוי מידאו (Meadow) תיאר אותה בעיתון הרפואי הנודע "Lancet". גם מידאו עצמו הופתע מהפופולריות שלה זכתה אבחנתו ומצא מקום אף להזהיר בשנת 1995 מהבנה לא נכונה ומשימוש יתר וניצול לרעה של אבחנה זו על ידי גורמים משפטיים ועובדים סוציאליים במה שקשור להאשמת הורים בפגיעה בילדיהם.

כדי לנסות להוכיח קיומה של התסמונת, השתמשו לעתים אף במעקבים סמויים של מצלמות וידיאו עם חדירה לפרטיות, בטענה שזה נועד להציל חיים. הדבר עורר ביקורת חריפה בחוגים רפואיים.

הכוונה בצורה המכונה תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח היא למצבים שבהם בדרך כלל האם גורמת להופעת מחלה אצל ילדיה ואף עלולה לגרום למותם. מצבים כאלה נחשבים היום גם כצורה חמורה של התעללות בילדים (child abuse), שלעתים קרובות הם מטופלים גם במסגרת המערכת המשפטית. את הפופולריות

לגבי המצב בישראל, לפי מיטב ידיעתנו, טרם נערך מחקר שיטתי על הנושא. התפרסמו מספר תיאורי מקרים וסדרות של חולים כאלה וכן התפרסמו סקירות המתייחסות לאחריות המשפטית הרפואית ולטיפול. התיאורים היו מכל שטחי הרפואה וכוללים סימנים מייצגים מגוונים, כגון: תסמונת תעוקתית, שחרת הכרכשת, יד ספטית, בצקת חוזרת של הגף העליון, בעיות א.א.ג, שימוש בנוגדי קרישה שגרמו לדימומים קשים, כאבי פרקים, בחילה קשה ועוד.

ד"ר ולדימיר לרנר, פרופ' אליעזר ויצטום, מרכז
לבריאות הנפש, באר שבע, אוניברסיטת בן
גוריון, באר שבע

41 MEDICINE

קואליציה רחבה נגד הפרעות אכילה - טיפול בקהילה

השמנה, הרזיה. איך לעצור את המפולת מבלי לפגוע ב"אני", איך להגיע לשורש הבעיה מבלי לפגוע בתחושת ההצלחה הנפשית-אופנתית

ד"ר מוריה גולן

הפרעות אכילה הפכו בעשורים האחרונים לבעיה בריאותית וחברתית שכיחה. הפרעות אכילה הן תוצר של קשרים הדדיים ומורכבים בין מאפיינים ביולוגיים, פסיכולוגיים, משפחתיים וסוציו-תרבותיים. התמורות החברתיות הביאו עימן בצד הקידמה והרחבת האפשרויות, גם מכלול לחצים ומתחים, אשר אצל פרטים בעלי בסיס ביולוגי רגיש עשויים להיות מושלכים על המראה כחלק מתרבות הרזון.

הלחץ החברתי והלחץ המשפחתי סביב ערכי הנהגות, לצד ערכי המראה הצנום הנערץ שמבטא ערכי יופי והצלחה, תומכים בקיומו של קונפליקט ערכי שלעיתים מוצא את פתורו בדפוסי התנהגות מזיקים, המעמידים את הפרט והחברה בעמדה אמביוולנטית מול הפרעות האכילה.^{2,1}

משלשלים, הקאות וצומות הפכו לאמצעים מקובלים אצל בעלי תיאבון המתקשים לאזן את משקל הגוף כמו גם בקרב

המתעמתים עם היעד של השגת "גוף מושלם" ו/או "כיבוש היצר". בקרב חולות בהפרעות אכילה, העיסוק האובססיבי באוכל ורזון הוא צורך הגנתי מפני שנאה, דיכאון, בושה, אשמה כמו גם מפני תחושת החסך ביחס לצורך להיות מוזן, מוגן ומנוחם ועוד מגוון תחושות שליליות המייצגות עולם רגשי מסוכסך וכגיע. מבחינת החולות בהפרעת אכילה, הרזון מספק עוגן ביטחון, הבטחה (אשליה) של תחושת שליטה, הצלחה, סיפוק גרנדיוזי, תחושת עליונות, מיוחדות, ערך עצמי ואופוריה, כשבפועל הפרט משתעבד לאורח חיים סגפני או לחלופין התקפי, המשתלט על ישות הפרט, מצמצם אותה ומנשל אותה מהתנהלות משוחררת על פי ערכיו.^{4,3}

מבחינת החולות בהפרעת אכילה, ויתור על המחלה הוא בבחינת ויתור על ההגנה של העצמי מפני תחושת התרוקנות, התפרקות, דיכאון, חרדה, חוסר אונים ומפני קונפליקטים נפשיים בלתי פתורים אחרים.³⁻⁵

הגישה הנרטיבית מסייעת לחולה לנהל שיח שונה ביחס להפרעת האכילה, להתייחס אל המחלה כאל רע שגם אם בתחילת הדרך נחוה כהכרחי, בהמשכה נבנית תשתית להגנות יעילות, כלומר לאפשרויות שונות ואף טובות ממנו

הקושי לוותר

הצורך בשליטה, בפרפקציוניזם ובהגנות אובססיביות וכפייתיות מסביר את ההתנגדות של החולות לוותר על הסימפטומים. הן מתקשות לוותר על הפנטזיה של היותן "על-אנושיות", אלו שהולכות עם מאווייהן עד הסוף, בעלות הגוף ה"מושלם" והייחודיות. מנקודת המבט של רוב החולות, נורמליזציה של אכילה היא מסע מסויט לנבכי התיאבון, התשוקות והיצרים, מסע שממנו הן חוששות מאוד ולעתים חייבות לסגת ממנו⁶⁻⁷. יתר על כן, התפישה המעוותת שלהן ביחס לגופן מניעה אותן לעמדה פרנואידית המייחסת לסביבה נסיונות להונות אותן, כאשר קיים עליהן לחץ לעלות במשקל בעוד הן עצמן חשות שמנות. מבחינתן, העלייה במשקל או הוויתור על ההקאות הם בבחינת ויתור בלתי נסבל על האמת שלהן, השיפוט שלהן והבחירה המשתלמת באמצעי ה"יעיל" לתיקון אירועי זלילה. לעתים, המאבק הניטש בין לבין הצוות הרפואי או משפחותיהן מזין את הצורך שלהן בחוויית שליטה והצלחה במבחן הכוחניות ובדיקת הגבולות⁸.

הפעלת עמדה מתעמתת שבה החולה נדחקת לקבל הנחיות אלו או אחרות, להבדיל מעמדה בה היא מסכימה לקבל התנהגויות אלו או אחרות, תוביל להתנגדות לשיוני. המאבקים מפנים חלק מהתוקפנות אל הסביבה, אך המחיר עשוי להיות באובדן האמון באחר, בהיעדר תשובה אחת נכונה למצבים מקשים. לעתים, התעקשות על התנהגות זו או אחרת עשויה להיחוות כהצבת גבולות ומקנה תחושת ביטחון, ולעתים אותה התנהלות עשויה להיחוות כגזלת את הידע של הפרט ביחס לעצמו ונובעת ממשאלות שליטה בו.

יחסי אמון תחילה

כשלונות חוזרים ונשנים בטיפולים בהפרעת אכילה נובעים במקרים רבים מטיפול שנותן



התפישה המעוותת שלהן ביחס לגופן מניעה אותן לעמדה פרנואידית המייחסת לסביבה נסיגנות להונות אותן, כאשר קיים עליהן לחץ לעלות במשקל בעוד הן עצמן חשות שמנות

מענה חלקי בלבד (רק פיזיולוגי או רק פסיכולוגי) למכלול הבעיות המסתתר מאחורי הפרעה מורכבת זו. המכון הבריטי הלאומי למצוינות קלינית¹⁰ המליץ על טיפול כוללני בהפרעות אכילה, הניתן על ידי צוות רב מקצועי, שנותן מענה להיבטים הפיזיולוגיים והפסיכולוגיים כאחד. מתברר שהמערך הטיפולי הזה אינו מספיק, שכן שיעור ההחלמה ממחלות אלו נשאר חלקי⁹. החולות מתקשות להצטרף לקואליציה כנגד הפרעת האכילה.

הקמת קואליציה רחבה כנגד הפרעת האכילה וגיוס החולות להילחם במחלה, יחד עם הצוות הטיפולי והמשפחה, מתאפשרת כשנוקטת עמדה ברורה כנגד הפרעת האכילה וכשקיים שימוש בטכניקות מוטיבציוניות.

יתר על כן, יצירת קואליציה רחבה כנגד הפרעת האכילה דורשת ביסוס יחסי אמון בין החולה לסביבה הטיפולית. יחסי אמון שכאלה מתאפשרים כאשר החולה חשה את האמפתיה של הסביבה לכך שהסימפטומים משמשים עבורה הם בבחינת פונקציה הגנתית, וכשקיימת הכרה בצרכיה המורכבים ביחס לתחושת נוחם, שליטה, הצלחה, מיוחדות ועוד¹¹.

כדי לנשל את הסימפטומים של הפרעת אכילה מכוחם המשלה, יש לספק לחולות את ההגנה הנחוצה עבור העצמי הפגיע, חסר האונים, החרד והתלוצץ. לספק מענה לתחושת חוסר הערך, חוסר הייחודיות והצורך בנוחם, הרגעה ותחושת שליטה. לפיכך, כדי שהעוסקים בטיפול בהפרעות אכילה (צוות ומשפחה) יצורפו לקואליציה, הם נדרשים לבסס יחסים של שיתוף פעולה, יחסים שבבסיסם קיימת אמפתיה להיגיון שעומד מאחורי דפוסי ההתנהגות המזיקים ולכבד את הצרכים שכביכול מסופקים על ידי הסימפטומים של המחלה.

במקביל, יש לפעול להפניית ההתרסה של הנערה כנגד המחלה והמגבלות שהיא מטילה על החולה, להכרה במחלה כמזיקה, כמו גם לתת מענה לסכסוך הרגשי לו נתונה החולה. התהליך הטיפולי חותר לתיקון המצב התזונתי והמשקל, להשגת נורמליזציה של התנהגות האכילה ובעיקר לבניית הגנות יעילות מול מכלול

הקונפליקטים הרגשיים להם נתונה החולה. נוכחות סיכונים פיזיולוגיים לעתים גוררת התמקדות במצב הרפואי ובתיקון המשקל. מאחר שמיגור הסימפטומים אינו בהכרח בסדר עדיפות עליון מבחינת החולות, הרי שקיים שיעור נשירה גדול בקרב חלק ממאפייני הטיפול בהפרעות אכילה⁹.

ברוב המקרים, החולות שמגיעות למיון על רקע עילפון, הפרעת קצב או דופק נמוך, מיוצבות ונשלחות לביתן. רובן מוותרות על המעקב המומלץ במרפאה קהילתית. הישנות אירועים שכאלה תורמת למעגל של טיפול לא אפקטיבי המנציח את עצמו.

גישות וטכניקות טיבוליות

הגישות הפוסט-מודרניסטיות מתייחסות אל המציאות כפועל יוצא של תפישתו, פועלו וחוויתו של האדם, ולא כאל תופעה אובייקטיבית, ומתייחסות אל העבר לא כאל מקום לחיפוש סיבות אלא כמקום לחיפוש למידה, הישגים וחוויות מעשירות שתרמו למאגר ההתמודדויות והכוחות בהווה. הן מזמינות תהליך של שיתוף פעולה בין החולה לצוות הטיפולי תוך כדי השטחת היררכיות¹².

הגישה הנרטיבית – גישת טיפול זו מתייחסת אל הבעיה כחיצונית לאדם, ומתעניינת באופן שבו הבעיה משפיעה על תחומים שונים בחייו. בטיפול הנרטיבי מנסים לספר את סיפור הבעיה באופן כזה שהאדם יתגייס להילחם בבעיה ולא בצוות. המטפל סקרן ביחס לטקטיקות השונות בהן נוקטת "הבעיה" כאשר היא משתלטת על האדם וביחס לכוונותיה. תשומת הלב של החולה מופנית לכך שהפרעת האכילה (הבעיה) משכנעת אותה לרזות, להקיא, להפריז בספורט או בפעילות אובססיבית אחרת ולראות את עצמה בלעדיה כחסרת ערך ובעלת ביטחון עצמי ירוד¹³.

כבר במפגש הראשון מספרים את סיפור המחלה קצת אחרת. משחזרים איך המחלה ניצלה שורה של חולשות אצל האדם והתפרצה עם סדרה של אשליות והבטחות שווא. באופן הזה החולה חשה כי הרגישויות שלה מובנות, היא איננה מואשמת בבעיה, ומבינה כי קיימת אופציה לפרוץ את



מבחנית החולות בהפרעת אכילה, הרזון מספק עוגן ביטחון, הבטחה (אשליה) של תחושת שליטה, הצלחה, סיפוק גרנדיוזי, תחושת עליונות, מיוחדות, ערך עצמי ואופוריה, כשבפועל הפרט משתעבד לאורח חיים סגפני או לחלופין התקפי, המשתלט על ישות הפרט, מצמצם אותה ומנשל אותה מהתנהלות משוחררת על פי ערכיו

הנחות ידועות מראש והעברת האחריות לשינוי לידי החולה.

אני נוהגת להבטיח לחולות שלנו ש"לא יקרה כאן דבר שהן אינן רוצות". יחד עם זאת, אני מראש מבקשת מהן את הרשות להסב את תשומת ליבן לאופציות נוספות שאולי לא ראו קודם לכן, ומדגישה שהן בעלות האחריות להחליט מה הן רוצות לעשות עם אופציות אלו. לעתים, הצוות משתף את החולות בנסיונם של אחרים ומצביע על השינויים של פתרונות אלה או אחרים, כמסייעים יותר או פחות, תוך הדגשת האפשרות שאצל חולה מסוימת המשמעות עשויה להיות שונה. באופן הזה, המטפל אינו נשמע מעמדת היררכית של "הידוע" והבחירה נתונה בידי החולה שכאמור, שליטה היא אחת מהסוגיות הלא פתורות עבורה.

לסיכום: בכדי ליצור קואליציה רחבה כנגד הפרעות אכילה נדרש הצוות הטיפולי והמשפחה לספק לחולה סביבה רגשית מזינה. סביבה שכזו כוללת אמפתיה לצרכים המיוחדים של החולות, הבנה להגיון המייצג ערכים שחשובים להן, ונסיגות לתת מענה לעולם הרגשי המסוכסך הן באמצעות הימנעות ממאבקי כוח המאתגרים את קונפליקט השליטה שלהן והן באמצעות יצירת יחסים טיפוליים המבוססים על פתיחות, אמון והכרה בידע ובאוטונומיה שיש לחולה ביחס לעצמה ולמה שטוב לה.

יחד עם זאת, כחלק מהצורך לחשוף את הטקטיקות באמצעותן החולות נשאבות אל חיק המחלה, יש להיעזר בידע שיש לחולה ביחס לעצמה, להשתמש בעולם המושגים שלה, בשפתה בערכיה ובאמונותיה, לחקור את המחשבות עליהן מבוססות ההתנהגויות ולארגן אותן באמצעות שאלות פתוחות, שיח שיתופי והומור. קשר אינטנסיבי, שמדגיש ומעצים את היכולות של החולה לדעת מה נכון עבורה ולבצע שינוי, יסייע לתהליך החלמה יציב.

(רשימה ביבליוגרפית מלאה נמצאת במערכת)

ד"ר מוריה גולן, מנהלת מקצועית של שחף, מרכז לטיפול כוללני בהפרעות אכילה בקהילה

החולה. הפרט מפרט איך הנאמר נגע בו באופן אישי ומביא את האסוציאציה האישית שלו ביחס לנאמר. באופן הזה מועשר הסיפור או הראיון הראשוני ברעיונות נוספים ביחס למשמעויות של התכנים שעלו בו¹⁶.

הגישה הממוקדת בפתרונות (Solution Focused Therapy) – גם גישה זו שייכת לזרם הפוסט מודרניסטי ובניגוד לגישות המודרניות, איננה עוסקת בהגדרת הבעיה אלא בעיצוב השינוי הרצוי ובהגדרת המטרות. עיקר המאמצים מושקעים באיתור מצבים "נעדרי בעיה" (Exception). הכרה, הערכה, שחזור והרחבת אותם מצבים נעדרי בעיה יובילו להתרחקות ממנה ולהתקרבות לפתרון. הגישה ממוקדת הפתרון ניסחה שאלות מפתח המשמשות אותה לאורך תהליך הסיוע כמו שאלת הנסדל ("אם מחר היה מתרחש נס והבעיה הייתה נעלמת, איך תדעי בבוקר שהתרחש נס? איך ייראה היום שלך ללא הבעיה?"; "מי היה מזהה ראשון את התמורה?"), זיהוי מצבים נעדרי בעיה, שאלות סקאלה ("כיצד היית מדרגת את מידת הקושי שלך להתאפק מלהקיא") ושאלות התמודדות ("מה למדת על עצמך מהדרך בה התמודדת עם...?"; מה הדברים שיכולים לעזור?).

גישת הראיון המוטיבציוני – טכניקות מסוג זה מסייעות אף הן בהרחבת הקואליציה מול הפרעת האכילה. הראיון המוטיבציוני מבוסס על ההנחה כי התנגדות היא התנהלות שמתרחשת כפונקציה של היחסים בין המטפל למטופל. מטרת הראיון המוטיבציוני היא לקדם יחסי אמון ותמיכה שמקדמים את מודעות המטופל, את הקבלה העצמית שלו ואת האחריות שלו לתהליך השינוי^{18,19}. למרות שמטפלים רבים מזדהים עם מטרות אלו, מעטים מצליחים ליישם אותן²⁰. הראיון המוטיבציוני כולל הקשבה פעילה, סקרנות ביחס לעמדות ולידע של החולה, עידוד לדיאלוג פתוח ביחס לאמביוולנציה של החולה בהתייחס לתהליך השינוי, שיקוף תחושות וכוונות, הימנעות מהתבססות על

מעגל הבדידות. החולה והמטפל בתהליך של שיתוף פעולה חוקרים ובודקים אילו מסרים חברתיים ומשפחתיים ואילו אירועים אישיים נוצלו על ידי הפרעת האכילה כדי לבסס את ההערכה העצמית הירודה של האדם ולשכנע אותו להצמצם (למשל, כאשר הצלחה מוגדרת במונחים של משקל) – חוקרים כיצד הפרעת האכילה משלה את האדם ומעוותת אותו לסכנות שמתלוות¹⁴.

בטיפול הנרטיבי מנהלים משא ומתן עם הבעיה במטרה להחליש את כוח השפעתה על החולה¹⁵. הליך הטיפול הוא מסע שבו ההחלטות וההתלבטויות הן משותפות לחולה, לצוות ולמשפחה, תוך התמקדות באירועים ייחודיים שבהם הצליחה החולה לפעול בניגוד לכוונות של הפרעת האכילה ואירועים ייחודיים שבהם הצליחה המשפחה להשתחרר ממאבק הכוחות שנכפה על ידי המחלה ומצאה דרכים אלטרנטיביות לתקשר תמיכה וקירבה.

הגישה הנרטיבית מסייעת לחולה לנהל שיח שונה ביחס להפרעת האכילה, להתייחס אל המחלה כאל רע שגם אם בתחילת הדרך נחוה כהכרחי, בהמשכה נבנית תשתית להגנות יעילות, כלומר לאפשרויות שונות ואף טובות ממנו.

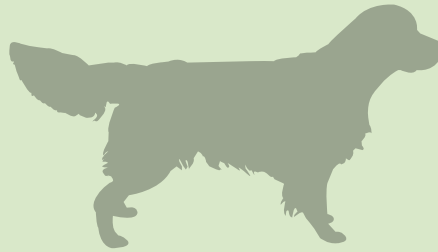
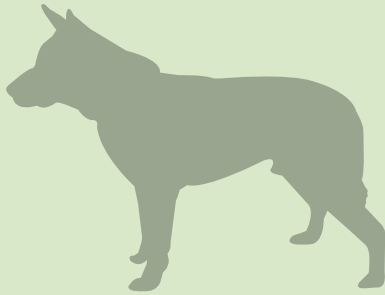
אחד האמצעים הנפוצים בגישה הנרטיבית לחיזוק הקואליציה הוא הרחבתה באמצעות קולות נוספים (Peopling the work). בעת הראיון ניתן להזמין את המטופל להשמיע את דעתו של אדם המוערך על ידו, לשאול מה היה אומר חבר זה או אחר, או עדים חיצוניים וירטואליים. יש הנעזרים בצוות מהדהד (Reflecting team). הרעיון הוא ליצור הזדמנות לקהילה של אנשים להצטרף לקואליציה הטיפולית באמצעות גילוי משמעויות חדשות נוספות לתוכן זה או אחר שעלה בשיח עם המטופל. בתהליך ההדהד, כל פרט בצוות המהדהד מתייחס למילה או לתוכן שנגעו בו במהלך הראיון עם



תרופה ושמה חיה

כל הסיבות לאמץ חיית מחמד, ובעיקר בגיל הקשיש

ליליאנה ציבאן



הכלבים (Allen and Blascovich, 1996) נראו יתרונות כלכליים ופסיכולוגיים של נכים בתכניות מהסוג הזה. כלבים שאומנו לזיהוי מוקדם של התקפים אצל חולים אפילפטיים הקנו להם תחושת ביטחון ואפשרו להם להישאר פעילים ללא פחד מהתקפים פתאומיים (Brown and Strong, 2001; Ortiz and Liporace, 2005). כתוצאה מכך ירדה גם תדירות ההתקפים (Strong et al, 2002).

השפעת חיות המחמד על אנשים מבוגרים

הקשר עם חיות מחמד מקבל חשיבות נוספת כאשר מדובר באוכלוסיה מבוגרת, במיוחד באנשים שאיבדו את משפחותיהם וחבריהם, חסרי ילדים או עבודה. היעדרות של גורמים אלה מנתקת אותם אנשים מפעילות חברתית ומגבילה את קשריהם עם בני גילם. יש כמה דרכים שבהן חיות מחמד עוזרות לאנשים מבוגרים: ראשית, בניית קשרים חדשים, כמו למשל טיולים משותפים של בעלי הכלבים, שיחות טלפוניות עם וטרינר ואפילו חברה של החיות עצמן יכולה להוריד בצורה משמעותית את הרגשת הבדידות (Hunt et al., 1992). במקרים מסוימים קשרים בין חיות מחמד ובעליהם אפילו חזקים יותר מאשר הקשרים של אותם אנשים עם משפחותיהם (Barker and Barker, 1988; Albert and Bulkroft, 1988). לפי אחד מהמחקרים, ל-75 אחוז מהגברים ו-67 אחוז מנשים המתגוררים בגפם, חיות המחמד הן החברים היחידים שאנשים אלה קשורים אליהם (Peretti, 1990).

דרך שנייה שבה חיות מחמד עוזרות למבוגרים היא בהורדת סימני סטרס בעת אובדן בני הזוג או חברים. במקרים האלה, החיות משחקות תפקיד של מוטיבטור שגורם לאנשים להמשיך בחיי היומיום.

קטנות (אוגרים, ציפורים) (Niitsuma et al, 2004). יתרה מכך, אנשים שהצטרפו להתמודד עם סטרס מבנים (פתירת תרגילים בחשבון או העברת הרצאות) הראו ירידה בלחץ הדם הסיסטולי (Katcher et al, 1983) וטריגליצרידים (Allen et al, 1992; Dembicki and Anderson, 1996; Friedmann et al., 1983; Wilson 1987).

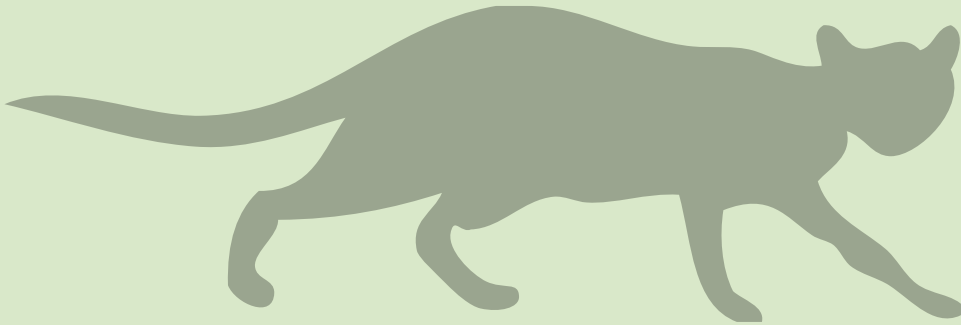
אנשים שעברו ניתוחי לב הראו הישרדות גבוהה יותר במשך השנה הראשונה לאחר הניתוח בנוכחות חיות מחמד (Friedmann et al, 1980; 1983, Katcher et al). ליטוף ודיבור עם חיות הורידו בצורה ניכרת את לחץ הדם של המטופלים (Vombrock and Grossberg, 1988).

למרות שחיות מחמד בעצמן עלולות להוות מקור למחלות זיהומיות, ראו את ההשפעה החיובית של חברתן על חולי AIDS. לאנשים הללו חיות הבית עזרו להתגבר על תחושת הבדידות (Conti et al., 1995; Castelli et al 2001) וסיפקו תעסוקה במשך שעות היום (Allen et al, 2000).

בערך מאותה תקופה התחיל שימוש ממוקד בחיות כעזרה לשיפור בבעיות ספציפיות של אנשים. למשל, כלבים מאומנים לליווי עיוורים (Naderi et, 2000) כלבי נכים, טיפולים בעזרת סוסים באנשים עם מגבלות תנועה, טיפולים בילדים עם התנהגות אגרסיבית, שיפור בחוזק שרירים, שליטה מוטורית ואפילו התבטאות מילולית טובה יותר לאחר שיעורי רכיבה (Biery and Kauffman, 1989; Dismitke, 1984) וירידה בהתנהגות האנטי-סוציאלית של ילדים ובני נוער בעקבות הקשר שלהם עם החיות (Ascione, 1992; Daniel et al., 1988).

תחילת שנות ה-80 התחילו להופיע בספרות עדויות על השפעה חיובית של חיות מחמד על בריאותם של בעליהן. המחקרים התייחסו לסוגים שונים של חיות ולסוגים שונים של מצבים פסיכולוגיים ופיזיולוגיים של בני אדם. החוקרים טענו שמחזיקי חיות מחמד היו בעלי איכות חיים טובה יותר, הסתגלו קל יותר למצבים קשים ויצרו קשרים חברתיים בקלות יותר (Siegel, 1995; Burke et al, 1988; Siegel, 1993). מחקרים שנעשו באוכלוסיה בריאה הראו שאנשים אשר מחזיקים חיות בית פעילים יותר במשך היום (Raina et al, 1999), עושים הליכות רגליות ארוכות והם בעלי נטייה פחותה לבעיות בריאותיות רציניות מאשר אלה שאינם מחזיקים חיות מחמד (Serpell, 1991; Motooka et al). לעומת זאת, בחלק מהמחקרים לא בלטו היתרונות למחזיקי חיות מחמד מבחינת מספר הביקורים אצל רופאים (Parslow, 2003) ואף נמצא שבחלק מהמקרים מצב הנפשי של נשים המטפלות בחיות מחמד ירד לעומת אילו שאינן מחזיקות חיות (Parslow et al, 2005; Parslow, 2003).

מהמחקרים שהתייחסו להשפעתן של חיות מחמד על תהליכי מחלה או גורמים למחלות (אלרגיות, אסטמה, סטרס) הגיעו למסקנה על השפעה חיובית של חיות מחמד. למרות שבעבר חיות הבית נחשבו לגורם סיכון להופעה של אסטמה וריניטיס, לאחר המחקרים התברר שאין הבדל בתהליך המחלה אצל אנשים שחולים באסטמה בין אלה שהחזיקו בביתם חיות לבין אלה שלא (Prodanovoch et al, 2002). יתרה מכך, חשיפה לכלבים בגיל הרך יכולה למנוע התפתחות של אסטמה אצל ילדים שאין להם היסטוריה משפחתית של מחלה זו (Remes et, 2002) אך הנתונים הללו לא התאמתו לגבי חתולים וחיות



אצל מחזיקי חיות המחמד נצפתה תופעת דיכאון קצרה יותר, פחות סימנים פסיכוגנים ושימוש מופחת בתרופות הרגעה, מאשר באלה שלא החזיקו חיות בבתייהם (Garrity, 1989). הימצאות חיה במצבים כאלה משרה אווירה ביתית (Savshinsky, 1986). בנוסף, חיות מחמד מחייבות לעסוק בדברים שבשגרה – פעילות חשובה לאנשים שיצאו לפנסיה אחרי שנים רבות של עבודה (Levinson, 1969).

לעזרה בטיפולים של אנשים השוהים תקופה ארוכה בבתי חולים או בתי אבות, נפתחו מרכזים המאמנים כלבים לביקורים אצל חולים (Therapy – PAT – Pets and dogs). הענף הזה התפתח מאוד בזמן האחרון וקיבל את השם "תרפיה בעזרת חיות" (animal-assistant therapy). נכון להיום, קיימים ארגונים כאלה בארצות הברית, בקנדה, בצרפת, באיטליה, בספרד ובארצות אחרות. המרכזים מאחדים את הכלבים ובעליהם אשר מוכנים להשתתף בתכניות טיפול. בתי חולים משתמשים בטיפולים של ארגונים אלה ומפתחים תכניות המתאימות לחולים ספציפיים לפי סוג המחלה. לדוגמה, Edward Hospital, המשתמש בכלבים בטיפול בילדים חולים, חולים אורטופדיים, חולים לאחר ניתוחים וחולים אונקולוגיים. הכלבים אפשרו מגע פיזי ומנעו תחושת בדידות שהתפתחה בחולים אלה (Robb, 1990). מחקרים שנעשו על חולים המארחים אצלם חיות מהמרכזים הללו הראו שמצבם הנפשי השתפר, הופחתו סימנים נפשיים והתנהגותיים וכן נראה שיפור בחיי החברה בחולי דמנציה שמחזיקים חיות מחמד (Burke et al., 1988; Raina et al., 1999). חיות בית החזירו לאנשים שמחת חיים וגרמו להם להתעניין באנשים אחרים (Filan and Llewellyn, 2006).

מחקר שנעשה על נשים מבוגרות הנמצאות תקופה ארוכה ביחידות טיפול בבתי חולים בדק השפעה של הקשר בין ארבע לבין המטופלות על פעילותן לעומת מטופלות ללא קשר עם ארבע. בשישה שבועות הראשונים ראו השפעה יותר גדולה של משחקים עם ארבע על מצב רוחן של המטופלות. לאחר שישה שבועות היעילות של שעות הפנאי עלתה, אך עדיין

(Fritz et al., 1995). ירידה בהתרגשות של חולים הנמצאים ביחידות טיפול למחלה נעשית אפילו לאחר קשרים קצרים עם חיות טיפוליות (Churchill, 1999). et al., אך ירידה משמעותית בכמות הבעיות נצפתה לאחר ארבעה שבועות של טיפולים בכלבים (McCabe et al., 2002). לא נראה הבדל ברמת השיפור ביחסים חברתיים בניסויים שבהם חיות מחמד שהו באופן קבוע עם חולי אלצהיימר, או כאשר חיות הגיעו לביקורים זמניים בלבד (Kongable et al., 1989), אך נראו הבדלים משמעותיים בקבוצות של חולים שהיו בקשר קבוע או זמני עם חיות טיפוליות לעומת ביקורים של בני אדם.

קבוצות מטופלות בעזרת כלבים הראו ירידה משמעותית יותר בדיכאון, עייפות, מתח ובלבול ביחס לקבוצה שאותה ביקרו אנשים (Crowley et al., 1996). קשרים עם חיות מחמד היו חשובים לא רק לחולי אלצהיימר, אלא גם לצוות המטפל בהם.

לסיכום: יש לעודד אנשים קשישים לאמץ חיות מחמד, שיכולות להפיג את תחושת הבדידות ולשפר סימפטומים נפשיים אך גם את הבריאות הגופנית במצבי מחלה הקשורים בגיל.

תרפיה בחיית מחמד השפיעה לטובה על מצב הרוח החיובי של מטופלות (Kalfon, 1991). הליכה עם כלבים שיפרה את בריאותם של אנשים מבוגרים יותר מאשר הליכה ללא כלב. ליטוף ודיבור עימם שיפרו את הפעילות העצבית הפרא-סימפתטית (Neer et al., 1987).

השפעת חיות מחמד על חולי דמנציה

גם אצל חולי דמנציה ניתן היה לראות את השפעתן של חיות המחמד. החיות עוזרות לחולי אלצהיימר לחזור לעצמם. הן גם יכולות להודיע לאנשים אחרים על שינויי התנהגות אצל החולים ולהזעיק עזרה.

סגן הנשיא של ארגון אלצהיימר אמר שחיות יכולות להיות מדד לביטחון של החולים. התנהגות לא רגועה ואף אגרסיבית היא תופעה ידועה אצל חולים הנמצאים במרכזים לטיפול במחלה. הגברת ההתנהגות הזאת היא תוצאה של החמרת המחלה. השפעתם של גורמים סביבתיים במצבים אלה נבדקה במחקרים שונים (Sloane et al., 1998). ביקורים של כלבים טיפוליים מהווים מבחינה זו גורם מרגיע ויכולים לשפר את מצבם המנטלי של החולים. ביקורים אלה הראו שיפור ביחסי אנוש בין החולים לבין עצמם וגם עם צוות בית אבות (Beyersdorfer and Birkenhauer, 1990). המחקרים הראו הפחתה באגרסיה מילולית, שיפור במצבי רוח והתנהגות לא רגועה אצל חולים שהיו קשורים לחיותיהם ביחס לאלה שלא החזיקו חיות מחמד

ליליאנה ציבאן, דוקטורנטית לאפידמיולוגיה,

אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע

הכתבה פורסמה לראשונה ב"מדעין נירחלוגיה", 2007