

A Publication of The **MEDICAL** Group

פסיכיאטריה

MEDICINE

רבעון בנושא פסיכיאטריה | ספטמבר-נובמבר 2007 | גיליון מס' 5

מוזנחים

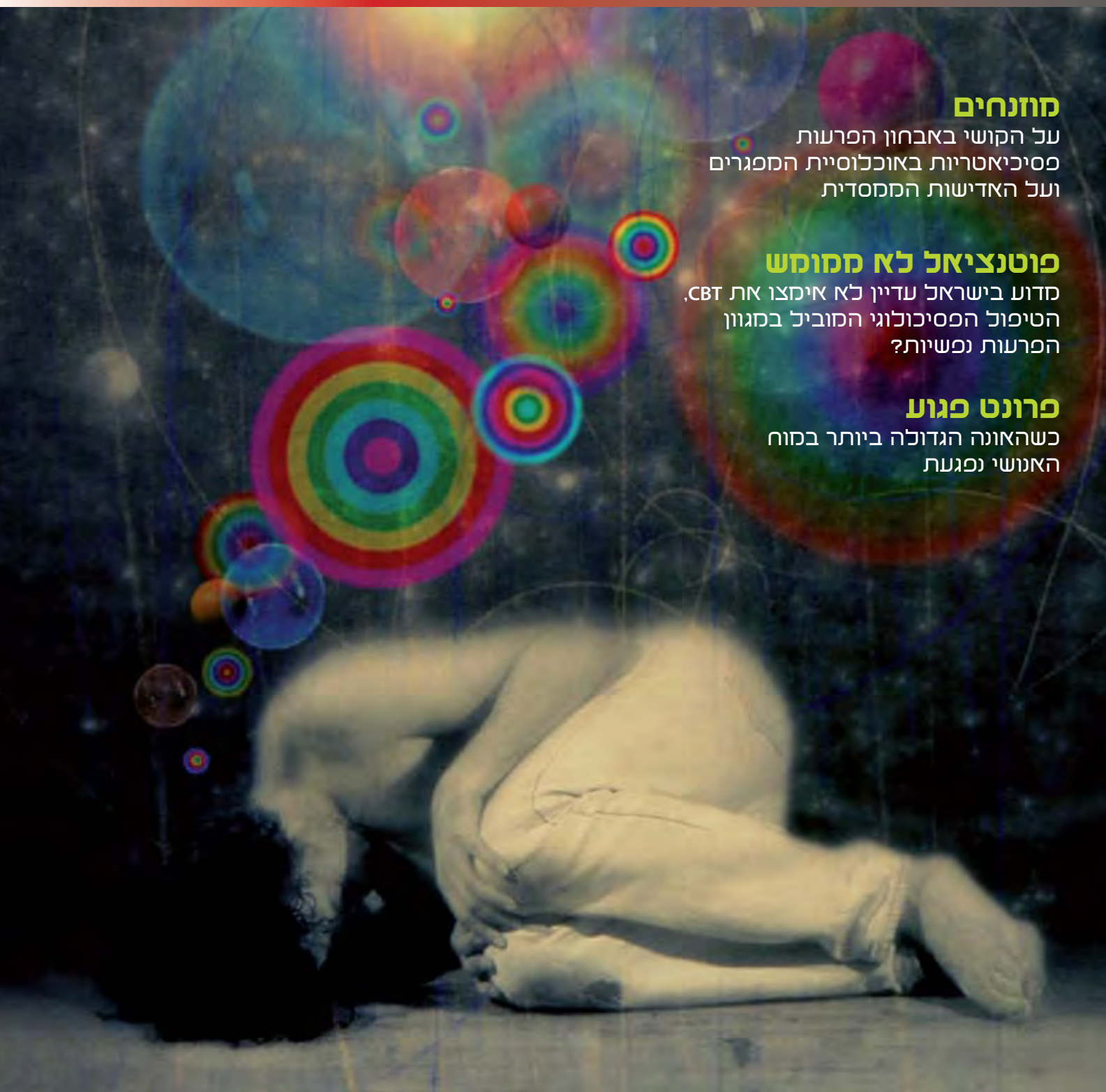
על הקושי באבחון הפרעות פסיכיאטריות באוכלוסיית המפגרים ועל האדישות הממסדית

פוטנציאל לא ממומש

מדוע בישראל עדיין לא אימצו את CBT, הטיפול הפסיכולוגי המוביל במגוון הפרעות נפשיות?

פרונט פגוע

כשהאונה הגדולה ביותר במוח האנושי נפגעת



דבר העורך



קוראים יקרים,

בשנים האחרונות אנו זוכים להרבה חידושים טיפוליים בתחום בריאות הנפש. ישנה הרגשה מעורבת של סיפוק וסקרנות לגבי הטיפולים החדשים ומאיך תחושה שרבים מהם לא תפסו עדיין את המקום הראוי להם. כנראה נדרשת מערכת שיווק משומנת כדי שהדבר יקרה. מצב זה גורם להעדפת תרופות המשווקות באגרסיביות ולעומתן טכניקות אחרות אינן זוכות לדחיפה המגיעה להן. לעתים נדמה שתרופות חדשות שהן בחזקת me too drugs זוכות להעדפה על פני טכניקות עם פוטנציאל רב לשינוי בטיפול בחולה הסובל מהפרעה נפשית.

בגיליון זה סדרת מאמרים העוסקים בגישות שלדעתי לא זכו עד עתה לתשומת לב מספקת. הכוונה היא לא רק להכנסתן לעשייה היומיומית אלא לעתים לחוסר בדיקה והערכה מספקת של טכניקות אלו. המפסיד הגדול הוא כמובן המטופל, שאינו זוכה למיטב הטיפול כמקובל ב-evidence based medicine.

מאמרו של ד"ר מירי קרן ופרופ' סם טיאנו, הדן בפסיכיאטריה של הילדים, הוא דוגמה לשטח שנראה כבעל פוטנציאל טיפולי ותיאורטי חשוב. מאמרו של ד"ר נחום כץ עוסק בעוד שטח מזוהה והוא הפסיכופתולוגיה והטיפול בה אצל המפגה ד"ר נעמי הדס לידור מצביעה על הצורך להקים מערכות הכשרה לגבי כל טכנולוגיה הנוכחית לשדה הטיפולי. מערכות אלו יכולות להיות ייחודיות או כחלק ממערכות הכשרה קיימות. מאמרו של ד"ר הדר שלו, ד"ר יצחק בן ציון וד"ר אשר שיבר מתאר את הבעיות והבעייתיות בטיפול באוכלוסיית הבדואים בנגב, אוכלוסייה המציבה דילמות טיפוליות רבות בתחום בריאות הנפש.

גב' מירי דנון מציגה את הגישות הטיפוליות בקטין. מדינת ישראל ענייה במשאבי אנוש לטיפול בבריאות הנפש של הקטין. רצוי לזכור שהגישות הטיפוליות בגיל זה ייעודיות ושונות מאלו של האדם הבוגר.

מאמרו של דפנה הירשמן וד"ר אילן טרבס מציג גישות לטיפול משפחתי בחולה הסובל מסכיזופרניה. למרות הוכחות מוצקות ליעילות טיפול כזה השווה לטיפול תרופתי, עדיין לא תפסה גישה טיפולית זו לטיפול במשפחות החולים את מקומה כרוטינה בכל המחלקות והמרפאות הפסיכיאטריות.

ד"ר צופי מרום מתארת את הטיפול ב-CBT, אך למרות מודעות גוברת לשיטה זו והוכחות אמפיריות ליעילותה בטיפול בתסמונות נפשיות נרחבות, אנו חסרים עדיין כוח אדם מיומן שיהפוך גישה זו לשכיחה ביותר בתחום הטיפול הקהילתי.

ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי מתאר טיפול חליפי למכורים להרואין. הוא מצביע בצדק רב על העמדות החברתיות השליליות כלפי הנושא הן בחברה והן בעשייה הרפואית. עד שלא נראה שינוי בעמדה בסיסית זו, לא נזכה לראות שינויים רבים בתחום.

ד"ר קרני רובין מתארת גישה של גירוי עצב הואגוס (Vagus) כטיפול בדיכאון עמיד. גם כאן, מדובר בגישה מבטיחה אך כזו הדורשת שיתוף פעולה בין-מקצועי וצורך בטיפול מתמשך במכשור, המהווה עוד דוגמה לגישות המתפתחות לטיפול נפשי בעזרת גירויים ישירים למוח או, במקרה זה, לעצב ספציפי.

ולסיום, כדאי מאוד לקרוא בתחילת הגיליון את הראיון עם פרופ' יורם יובל, המפגש את העיונות ששלטה שנים ארוכות בין הפסיכואנליזה והנוירולוגיה ומציע לנו גשר קונספטואלי שיחבר שוב שני עולמות המשתמשים בשפות שונות ולעתים נראים כזוג בהליכי גירושין. אולי נגיע לשלום בית סוף סוף.

בברכה,

פרופ' חנן מוניץ,

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

מו"ל: פורום מדיה

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ

עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

משתתפים: טל דניאל, גיא כהן, פרופ' יורם יובל, ד"ר מירי קרן, ד"ר סם טיאנו, ד"ר קרני רובין, פרופ' חנן מוניץ, ד"ר צופי מרום, מירי דנון, ד"ר נחום כץ, דפנה הירשמן, ד"ר אילן טרבס, ד"ר ירמי הראל, ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי, ד"ר הדר שלו, ד"ר יצחק בן ציון, ד"ר אשר שיבר, ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר מקס לכמן

מנכ"ל: שלמה בואנו

מנהלת הפקה: מגי ליצ'י

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור

מחלקת כנסים: יעל קורח, תמר בקר

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל. 03-6493666 פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

ת.ד. 53378 תל אביב 61534

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכויות שמורות לפורום מדיה בע"מ

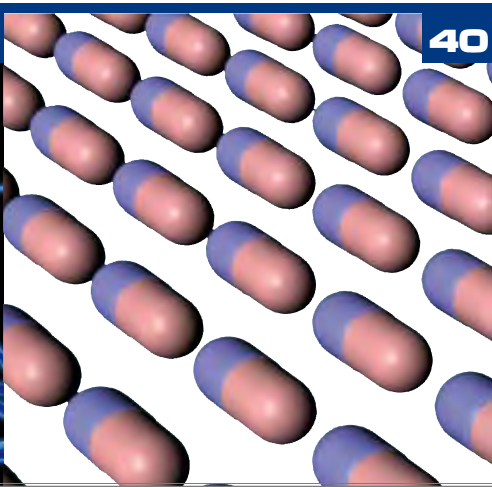
אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגזין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול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

ט.ל.ח

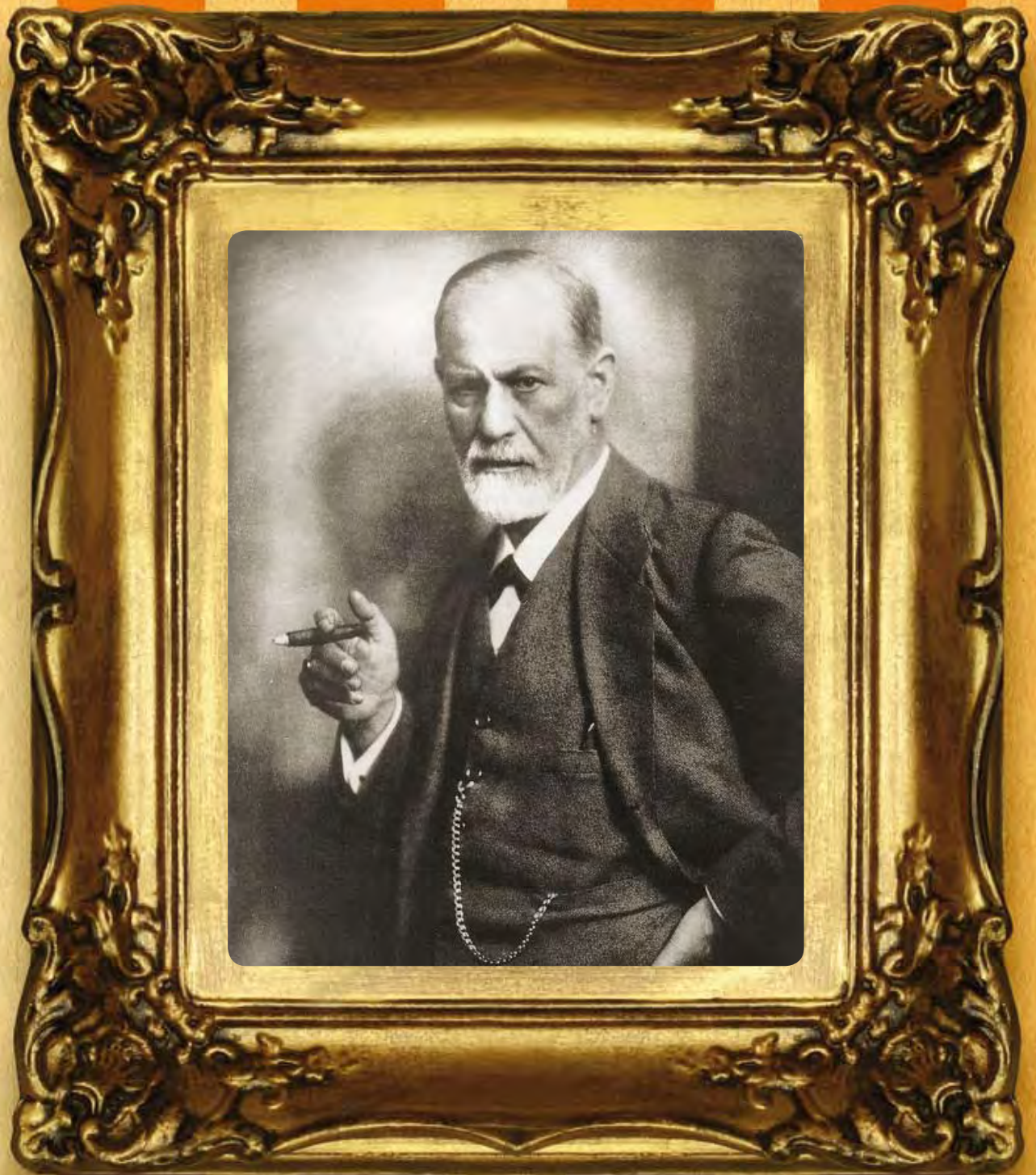
אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את

פרטיך, סלל כתובת, לפקס: 03-6493667

6	פרויד כנראה צדק טל דניאל ראיון עם הפסיכואנליטיקאי פרופ' יורם יובל
8	נוירוביולוגיה בינאישית ד"ר מירי קרן, ד"ר סם טיאנו על הקשרים בין מערכת ההתקשרות לבין התפתחות המוח בשנות החיים הראשונות
10	דיכאון מתוכנת ד"ר קרני רובין טיפול בגירוי וגאלי לחולים הסובלים מדיכאון עמיד
14	טראומה נפשית, פסיכוזות והקשר ביניהן פרופ' חנן מוניץ מאפייני הצירים בין סוגי טראומות ופסיכוזות
18	CBT, הפוטנציאל הטיפולי ד"ר צופי מרום יעילות הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי במגוון הפרעות נפשיות
24	חלון לילדות מירי דנון סקירת גישות טיפול בפסיכופתולוגיה של ילדים ונוער
28	פיגור ותחלואה נפשית ד"ר נחום כץ הפרעות פסיכיאטריות נלוות לפיגור שכלי, אבחון וטיפול
32	טיפול משפחתי בסכיזופרניה דפנה הירשמן, ד"ר אילן טרובס יעילותן של ההתערבויות המשפחתיות בקרב חולי סכיזופרניה
36	הפרעות התנהגותיות בפגיעות פרונטליות ד"ר ירמי הראל סקירת ההפרעות השונות והטיפול בפגיעות פרונטליות
40	טיפול תרופתי בהתמכרויות ד"ר סרגיי מרצ'בסקי כל הסיבות המוצדקות לטיפול מרפאתי בבופרנורפין במכורים לאופיואידים
44	מחוג לאוהל ד"ר הדר שלו, ד"ר יצחק בן ציון, ד"ר אשר שיבר המאפיינים התרבותיים והבעיה האבחונית והטיפולית באוכלוסיית הבדואים בנגב
48	רפורמה לבדה לא מספיקה ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר מקס לכמן מערך ההכשרה השיקומי - תמונת מצב



פרויד כנראה צדק



"העוינות בין הפסיכואנליזה והניורולוגיה, שאפיינה את היחסים בין שתי הדיסציפלינות הללו במהלך המאה ה-20, מתפוגגת עם התקדמות המדע ומציאת נקודות מפגש ביניהן", אומר הפסיכואנליטיקאי פרופ' יורם יובל, המציע התבוננות מחודשת על משנתו של פרויד

טל דינאל



פרופ' יובל: "פרויד מעולם לא שכח את העובדה שכל התהליכים הנפשיים, המודעים והבלתי מודעים, שייכים לחוץ ומעולם לא איבד את התקווה, המתגשמת בימים אלה, שניתן יהיה להבין תהליכים נפשיים מורכבים על רקע הבסיס הניור-ביולוגי שלהם"

דוגמא לדור חדש של מדענים, המעלים כעת שאלות שעד לפני זמן קצר היו נחלתן של פסיכואנליטיקאים בלבד, הוא חתן פרס נובל לכימיה פרופ' אריק קנדל. "פרופ' קנדל", אומר פרופ' יובל, "שהיה המורה שלי, שתרגם תרומה מכרעת להבנת הניור-ביולוגיה הבסיסית של הזיכרון, אמר לפני מספר שנים שהפסיכואנליזה היא עדיין התיאוריה המעמיקה והמספקת ביותר על נפש האדם ועל המוטיבציה האנושית".

ניורולוגים מודעים היום יותר למשמעות המודלים שהציעה הפסיכואנליזה, מדגיש פרופ' יובל, "לכן השאלה היום אינה 'האם פרויד צדק או טעה', אלא סיום העבודה שהוא התחיל, לבחינת הנפש בכלים ניור-ביולוגיים ואישר או דחיית התיאוריות המדעיות שלו, כפי שהחלו לעשות בעשור האחרון של המאה ה-20, ראשי תנועת הניור-פסיכואנליזה, המבקשים למפות את המושגים, המודלים הניור-ביולוגיים על מושגים ומודלים פסיכואנליטיים ולראות כיצד אפשר להשתמש במידע שמגיע מכל דיסציפלינה על משהיה. התהליך נמצא בתחילתו והוא מרגש כי יש את הכלים ומעניין לראות לאן זה יביא אותנו. אני חושב שזה יביא אותנו רחוק מאוד", הוא מסכם.

דוגמה לנפילת המחסומים בין שתי הדיסציפלינות מציע פרופ' יובל בנושא הלא מודע הדינמי: "תרומתו הגדולה של פרויד, ההבנה שהחלק העיקרי של התהליכים הנפשיים אצל האדם מתרחש בלא מודע, מקובלת כיום כמעט ללא ויכוח, זאת לאחר שבמהלך המאה ה-20, הרעיון לא היה מקובל בעולם המדע בכלל ובעולם הניורולוגיה בפרט.

"עצם הביטוי 'פסיכולוגיה', או 'מדעים קוגניטיביים', נגזר מתוך התנגדות לרעיון הפרוידיאני, שתהליכים נפשיים מתרחשים באופן לא מודע. המקור בפסיכולוגיה ההתנהגותית האמריקאית הציג מודל אחר לנפש האדם ובמהלך המאה הקודמת, עולם החשיבה המדעית הניורולוגית הושפע באופן מכריע מהזרם המדעי הזה, שאחד מאבותיו היה וויליאם ג'יימס. ג'יימס טען שרגשות הן תופעות לזוי של מחשבות. כלומר, שהמחשבות שלנו קובעות את רגשותינו ולא להפך. היום יש סיבות אבולוציוניות וניור-ביולוגיות לחשוב שהקביעה הזו אינה נכונה, ואל נוכח הידע שלנו על הניור-ביולוגיה של רגשות במוח, לא ניתן להחזיק יותר בדעה זו.

"דוגמה נוספת להנחה פרוידיאנית חשובה שאינה שנויה במחלוקת כיום, למרות שבמשך המאה ה-20 היא נחשבה לשגויה, היא שזכרונות לא מודעים, השמורים בצורה לא מודעת, יכולים להשפיע בצורה אדירה על ההתנהגות, על המחשבה ועל תחלואה ניור-פסיכיאטרית, מבלי שנהיה מודעים להשפעה עצמה אלא רק לתוצאותיה עליו. הידע שלנו בדבר הניור-ביולוגיה של הפרעות פוסט טראומטיות, מהילדות המקודמת בפרט, מאשש את הרעיון הזה".

פרופ' יובל מציין בנוסף כי בחינת תורתו של פרויד לאור התקדמות המדע אפשרה לראות גם דברים שנגזרים לחלוטין בתורתו, אולם הרעיונות בדבר קיומו של לא מודע דינמי ועל כך שמודעות אינה שווה לנפש הם שני רעיונות שנמצאו להם תימוכין מדעיים, לדבריו.

"יש היום השלמה, שילוב מחדש, דו שיח ענייני ופורה של עולם הניורולוגיה, הניור-ביולוגיה והפסיכיאטריה הביולוגית מצד אחד, ושל עולם הפסיכואנליזה מהצד האחר. היום הולך ומתברר שכל הדיסציפלינות הללו, החוקרות אותה מהות, שהיא נפש האדם, משני היבטים שונים, משלימות אלו את אלו. כשהמדענים הניור-ביולוגים חוקרים את ההיבט האובייקטיבי של נפש האדם, את המוח, והפסיכואנליטיקאים מתבוננים על ההיבט הסובייקטיבי שלה, של איך זה מרגיש להיות בנאדם.

פרופ' יורם יובל, אבי הפסיכואנליזה, היה מגדולי הניורולוגים, אם לא הגדול שבהם", אומר הפסיכואנליטיקאי פרופ' יורם יובל, השייך לסגל ההוראה של המכון הפסיכואנליטי ע"ש אייטנגון בירושלים, חבר בחברה הפסיכואנליטית בישראל והעומד בראש מכון המוח לחקר הרגשות באוניברסיטת חיפה. "כשמבקשים לתמצת את תרומתו להבנת נפש האדם, ניתן להצביע על שלוש נקודות: ההבנה שהמודעות אינה זהה לנפש, בניגוד לדעתם של מרבית הפילוסופים, עד כמעט לתקופתנו. תובנה זו היא פריצת דרך מדעית אדירה, הן מבחינה ביולוגית והן מהבחינה הקונספטואלית ועל פיה, המודעות היא רק עוד תכונה אחת של הנפש, וגם הכרתו של פרויד בחשיבותה של החוויה הסובייקטיבית, שניתנת וראויה לחקירה בכלים מדעיים, מייחדת אותו מרב הניורולוגים עד ימינו. הדבר השלישי המאפיין את תרומתו וקשור להיגד הראשון הוא מושג הלא מודע הדינמי. כלומר, שבתוך נפש האדם יכולים להתרחש תהליכים סמויים מורכבים מאוד מבחינה רגשית וקוגניטיבית, שהאדם מודע רק לתוצאותיהם מבלי שיהיה מודע לתהליכים עצמם.

"למרות שמקובל היה לחשוב שהפסיכואנליזה של פרויד מנוגדת לניורולוגיה, פרויד מעולם לא שכח את העובדה שכל התהליכים הנפשיים, המודעים והבלתי מודעים, שייכים לחוץ ומעולם לא איבד את התקווה, המתגשמת בימים אלה, שניתן יהיה להבין תהליכים נפשיים מורכבים על רקע הבסיס הניור-ביולוגי שלהם", מדגיש פרופ' יובל.

"פרויד", הוא מציין, "אמר פעמים רבות במהלך חייו המדעיים, שהוא יבחן את התהליכים המתרחשים בנפש האדם בכלים פסיכולוגיים, בצד החווייתי הסובייקטיבי שלהם, רק מכיוון שבזמנו העדר ידע וטכנולוגיה מתאימים הגבילו את יכולתו של המדע לחקור את התהליכים הנפשיים הללו בכלים ביולוגיים. רק ב-30 השנים האחרונות למדנו כיצד מקודדים רגשות במוח, למשל. אבל הוא מעולם לא איבד את התקווה שניתן יהיה יום אחד לחקור אותם תהליכים בכלים ביולוגיים".

אחד הדברים המרתקים כיום, לדבריו של פרופ' יובל, הוא מציאת המשותף בין מודל הנפש של פרויד לזה של הניורולוגיה. "אנו מתחילים לבנות מודל של נפש האדם המתבסס על ניור-ביולוגיה ומוצאים כי המודל דומה, בהיבטים רבים וחשובים שלו, למודל של הנפש שבנה פרויד, על סמך הסתכלויות ותצפיות בחוויה הסובייקטיבית של מטופליו ושל עצמו".

נוירו-ביולוגיה בינאישית

המוח נמצא בשיא התפתחותו בשלוש שנות החיים הראשונות, כשהילד חווה התנסויות של עצמו וגופו, עם הסביבה הפיזית ועם בני אדם. יחסי התקשרות הם אחת החוויות העיקריות שהילד פוגש בשנתו הראשונה ולכן, עוד ועוד קשרים בין מערכת ההתקשרות לבין התפתחות המוח התגלו בשנים האחרונות. על התקשרות, התפתחות המוח והעברה בין-דורית

ד"ר חירי קרן, ד"ר סם טיאנו | תרגום: גיא כהן

אמפתיה, היו עוינים כלפי ילדים אחרים וחיפשו את תשומת ליבה של הגננת. אלה שהפגינו התנהגות מתנגדת או מעורבת בגיל 12 חודשים, היו מתוחים, אימפולסיביים, מתוסכלים, או סבילים וחסרי אונים. ולבסוף, אלה שהיתה להם התקשרות חסרת ארגון וכיוון בגיל 12 חודשים, היו בעלי בעיות התנהגותיות חמורות בגיל 4.5.

הבסיס הנוירו-ביולוגי ו"הדהוד הקשר"

נחזור לנוירו-ביולוגיה, כירון ואל, בריין (1997) הראו כי החלק הימני של המוח דומיננטי אצל תינוקות של בני אדם. במקביל, מחקרים רבים (סקור, 1994. ריין ושותפיו, 1997. קיין ושותפיו, 2001) הראו כי חוויית התקשרות, שגם היא חזקה אצל פטוטרות, משפיעה באופן ישיר על התפתחות מערכת השפתית באונה הימנית של המוח של הפטוטרות. בנוסף, מתברר שהאונה הימנית של האם מעורבת בתפקודי יניחום (סיגל, 1999). ה"מקורות" הזו הובילה לתפישה של "הדהוד של הקשר", שבו הארגון הפנימי של המוח המתפתח מתרחש בהקשר של אי אחר, מוח נוסף (סקור, 1996). התקשרויות בטוחות נוצרות בתוך ההדהוד ההדדי של תקשורת בינאישית. מושג ההדהוד עשוי להסביר את השיעור המדהים של 75 אחוזי התאמה בין אופני ההתקשרות של התינוק להורה לבין סיווג ההתקשרות של ההורה (הנמדד באמצעות ראיון התקשרות למבוגר) (הסד, 1999). הממצא הזה ברמה העצבית: האינטגרציה הפנימית של ההורה את החוויות הרגשיות מנבאת את האינטגרציה של התינוק את התנסויותיו הבינאישיות. שרשרת ה"אירועים" מילדות לבגרות תהיו כזו: תקשורת רגשית מקרית המאפיינת התקשרות בטוחה, יחסים בינאישיים עקביים, אינטגרציה עצבית עקבית בילד, הסתגלות לחוקיות עצמית של הילד המתבגר, בריאות נפשית בוגרת (מוגדרת בידי בולבי כאדם שמסוגל לתת ולקבל תמיכה ושמעריך קירבה וחום).

שבו המתח של התינוק נוצר כתוצאה מהניתוק מהדמות המטפלת והתנהגויות של התקשרות נצפות במהלך המפגש המיוחד.

תינוק עם דפוס התקשרות בטוחה מגיב לפרידה, מקבל את ההורה במפגש המיוחד, מחפש קרבה וחוזר לרמה הרגילה שלו של חיפוש ומשחק. הוגדרו שני סוגים של התקשרות לא בטוחה: הנמנעת והמתנגדת. אסטרטגיית ההימנעות מהתמודדות עם מצוקה היא להפחית את עוצמת מערכת ההתקשרות ולכן, התינוק נראה אדיש לפרידה. סוג ההתקשרות הזה אופייני לתינוקות שהפנימו את הדמות המטפלת כחסרת יכולת להרגיע אותם בשעת מצוקה (למשל, אמהות דכאוניות או פסיכטיות).

ההתקשרות המתנגדת הפוכה, מערכת ההתקשרות של התינוקות נמצאת בפעילות יתר, התינוק חווה מצוקה קשה מהפירוד, אבל שובו של ההורה לא מרגיע אותו. הדפוס הזה אופייני לתינוקות של דמות מטפלת בלתי צפיה או בלתי יציבה (כמו הורים עם הפרעות אישיות).

יש סוג רביעי, התקשרות חסרת ארגון וכיוון, שאובחנה אצל אוכלוסיית המטופלים ונפוצה במיוחד במשפחות לא מתפקדות ובמערכות של ניצול. התינוק נמצא במצוקה, אבל נראה מבוהל מהדמות המטפלת ולכן מפגין התנהגויות התקשרות סותרות.

מערכת ההתקשרות נמצאת בהלימה עם מערכת החקירה, ככל שהילד מרגיש יותר מוגן ובטוח כלפי הדמות המטפלת שלו, הוא יהיה נכון יותר להתחיל בהתנהגות חקרית של הסביבה. מערכת החקירה בעצמה חיונית ללמידה ולהתפתחות הסקרנות. הילד בעל ההתקשרות הבטוחה יפתח מערך שלם של "עצמי עם דמות ההתקשרות" (סטון, ולכן זה קשור להתפתחות האמון הבסיסי, אחד מצירי האיכות של יחסי האובייקט. אכן, מחקרים ממושכים (סרף) הראו כי תינוקות שהיו בטוחים בגיל 12 חודשים הפכו לילדים משתפי פעולה, אהודים, בעלי גמישות רגשית ומקורות רגשיים רבים בגיל 4.5. אלה שפיתחו הימנעות בגיל 12 חודשים, הפגינו חוסר

גל (1999) הציע גישה משולבת להתפתחות המוח האנושי בתוך העולם החברתי במקביל לתפקודי המוח ולהתפתחות השכלית. המושג שלו, "נוירו-ביולוגיה בינאישית", מבוסס על הידע המתווסף על המערך המורכב והמתפתח בין התנסות לבין התפתחות המוח, שמתנהל משלב ההמשגה ובשלוש שנות החיים הראשונות. ואכן, קנדל (1998) תיאר כיצד ההתנסות גורמת להפעלה של גנים, שיוצרים חלבונים שמעצבים את מבנה המוח. גרינו ובלייק (1992) תיאר כיצד ההתנסות גורמת להתחזקות, דילול ויצירה של קשרים סינופטיים.

המוח נמצא בשיא התפתחותו בשלוש שנות החיים הראשונות, כשהילד חווה התנסויות של עצמו וגופו, עם הסביבה הפיזית ועם בני אדם ("תיאורים ראשוניים של להיות עם" ד. סטון, 1985). יחסי התקשרות הם אחת החוויות העיקריות שהילד פוגש בשנתו הראשונה ולכן, עוד ועוד קשרים בין מערכת ההתקשרות לבין התפתחות המוח התגלו בשנים האחרונות.

התקשרות

נתחיל בכמה אזכורים על ההתקשרות ונחזור לקשרים הנוירו-ביולוגיים שהתגלו לאחרונה:

בולבי טען כי קיים דחף מולד לחיפוש דמות מגנה בשעת מצוקה: "ההתקשרות בחרה ביותר בשלבים המוקדמים של הילדות, אבל ניתן להבחין בה בכל שלבי החיים, במיוחד במצבי חירום... התפקיד הביולוגי שלה הוא הגנה... בלא קשר לגיל שלנו" (1969). טווח הגילאים של שיא ההתפתחות הוא חודשיים עד שבעה חודשים, ומתח מעורר את ההפעלה של מערכת ההתקשרות. יש שני סוגים של התנהגויות התקשרות: התנהגויות איתות (בעיקר בכי והושטת ידיים בציפייה) וחיפוש קרבתן של דמויות התקשרות (חזילה, טיפוס על ברכיים והליכה לעבר הדמות המטפלת). על בסיס ההגדרות האלו, אינטוורת פיתחה את הפרדיגמה הידועה של המצב המשונה



מקרה קליני לדוגמה: הפרעת אישיות מילדות לבגרות

נציג מקרה קליני המדגים את התפתחותה של הפרעת אישיות גבולית אצל אם צעירה שעברה טראומה מילדות לבגרות, דרך החוקר של דינמיקות ההתקשחות הלא מאורגנת וההתערבות הטיפולית, המשתמשת בקונספטים המתוארים במאמר זה, ביחסי האם-תינוק, שסונו למניעת העברתן לבתה הבכורה.

רשום קליני: ס', תינוקת בת חודשיים ואמה, א', הופנו ליחידה לבריאות הנפש של תינוקות על ידי אחות בקהילה. היא דאגה כי היא ראתה את התינוקת בוכה הרבה בשעה שהאם נראתה מתוחה, עצובה וחסרת ישע. האחות חשדה בדיכאון בעקבות חוויה טראומטית. היא תיארה אותם גם כמשפחה "שקשה להגיע אליה" והביעה את התרשמותה שהאם והאב אינם בטוחים באיש.

ואכן, האם לא הגיעה לפגישות הראשונות שנקבעו לה. לאור חשד למקרה חירום, נקבע ביקור בית לפסיכולוגית (MK). כשנסתה לייתר החדר, היא נדהמה מהאווירה הלא מסודרת, דבר לא היה במקום, התינוקת בכתה, האם ניסתה להיניק אותה אך ללא הצלחה. היא היתה המומה עד שלא בירכה את הפסיכולוגית בשלום ומיד אמרה: "גם ההנקה לא מרגיעה אותה. אני גרועה, היא יודעת את זה".

האכזריות של ההשלכה הזו היתה קשה. שאלון שגרתי על מהלך ההריון והלידה עורר דמעות והאם התחילה לדבר במשך שתיים וחצי: המטפלת לא ניסתה לעצור אותה, היא חשה באופן אינטואיטיבי שמשוהו חריג במקרה הזה. בהתחלה שאלה לשמה של התינוקת וחשפה את האבל הפתולוגי של האם על אחותה היחידה שנהרגה בתאונת דרכים עשר שנים קודם לכן. לאחר שחלמה על אחותה המנוחה, שאמרה לה: "אני לא יכולה לחכות עוד", א' הרגישה שהיא חייבת "להרחות ושתהיה לי תינוקת כמו אחותי", על אף תחושתה הפנימית שהיא לא מוכנה לאימהות. שמה של התינוקת היה זהה לזה של "חודתה הקטנה", חוץ מאות אחת.

א' קישרה את חוסר מוכנותה לאימהות לחוויות ההתקשחות הטראומטיות שלה. היא גדלה עם אם מסורה לסמים ומופקרת, אביה עזב את הבית כשהיתה כבת שנתיים והתעלם ממנה והיא חוותה ניצול רגשי ולאחר מכן מיני מצד אביה החורג. כל זה הוביל להעברתה לפנימיה, בשעה שאחותה הצעירה והיחידה נשארה בבית. היא המשיכה לחוות חוויות שליליות עם דמויות סמכות בוגרות בפנימיה וחווה נעורים מלאי בידות וכעס. היחסים עם אחותה היו אמביוולנטיים, מעורבים בגשות של אחריות וכעס כלפיה.

ביום התאונה, א' היתה בת 15 ואחותה בת תשע. שתיהן ישבו במושב האחורי של הרכב ורכו. התאונה התרחשה כשאחותה של א' ניסתה להשלים איתה וא' סירבה. א' פיתחה תגובת אבל פתולוגית מאוד ובזמן ההפניה היא עדיין ביקרה את קברה של אחותה כמעט מדי יום. במהלך הפגישות הבאות זוהתה ההשלכה האימהית

הפתולוגית על התינוקת: ס' נולדה כדי להמשיך את הקיום של אחותה המנוחה של א' (ילד "חליפי") והכי שלה הזכיר לא את התנהגותה הנצמדת של אחותה. כתוצאה מכך, לא היתה תגובה מותאמת לכך הרגיל של ס', היא היתה מרצה אותה מיד או הופכת להיות נוקשה ודוחה אותה. ס' הגיבה לשתי הדרכים ברגשות או בהתנהגות צייתנית מוגזמת, במחיר ההתנהגות החקנית שלה. נהיה בחר כיצד ההשלכות של א' על ס' פגעו ביכולתה להיות דמות מגנה עקבית לילדה.

לאחר פגישה שבה דיברה על התאונה ורגשות האשם שלה, תאונת "פספוס" מכחידה קורתה לס'. א' "שסחה" לקשור את התינוקת לכיסא. גם יכולתה להציב גבולות לתינוקת היתה דלה ביותר, כי אמירת "לא" לילדה הזכיר לה שאמרה "לא" לאחותה ממש לפני התאונה. עוד התנהגות הורית מעוותת היתה קשורה להרגלי השינה. ס' ישנה עם האם כי לפי התפישה של א', "הלילות מסוכנים מכדי לישון לבד" (א' ראתה באופן לא מודע את בעלה כאיום אפשרי עליה ועל בתה).

לאביה של ס' היתה היסטוריית ילדות דרמטית פחות, אבל חוויות ההתקשחות שלו היו שליליות מאוד עם היסטוריה של ניצול גופי מצד אמו ואב חסר אונים. התפקוד הפסיכולוגי שלו היה כשל בעל הפרעת אישיות נרקיסטית, ושלא כמו אשתו, לא היתה לו כל תגובה בקשר להתנהגויות ההוריות הבעייתיות שלו. היחסים בין בי הזוג הפכו למתוחים והסתיימו בפרידה.

הטיפול הכפול אם-בת נמשך שלוש שנים. תיאור המלא הוא מעבר לדיקור המאמר הזה. נזכיר את ארבעת המרכיבים העיקריים שלו. 1. לצייד את האם ב"חוויות התקשחות מתקנות" באמצעות ביטוס יחסי אמון עם המטפלת. 2. זיהוי ההשלכות ההוריות המעוותות על הילדה. 3. זיהוי ההתנהגויות ההוריות הבלתי מסתגלות, מפחידות/מפחזות. 4. לספק הדרכה התפתחותית כדי להרחיב את הידע ולשפר את כישורי ההורות. המטרת האל מולאו באופן חלקי כי האב לא שיתף פעולה עם הטיפול והילדה מלכדה בסבך המאבק העז בין ההורים. ובכל זאת, הילדה הצליחה להגיע לציוני הדרך ההתפתחותיים שלה ולתפקד באופן נורמלי בגן הילדים. עדיין, היא נשארה ילדה פגיעה.

לסיים, המקרה הקליני הזה מתאר את ההבנה הטיפולית כיצד חוויות התקשחות טראומטיות מוקדמות הובילו לחוסר אמון בסיסי, חלחלו ליחסים קרובים לא יציבים (האופייניים למבוגרים עם הפרעת אישיות גבולית) והועברו מדור לדור, כיצד המעבר להורות מעורר השלכות מעוותות על התינוק, שהופך לתינוק שאינו מתפקד. אפשרי שזיהוי מוקדם של המשפחות הנמצאות בסיכון גבוה ימנע התפתחות של הפרעת אישיות מילדות לבגרות.

ד"ר מירי קרן, ד"ר סאם טיאנו, היחידה לבריאות הנפש של גיל הילדות, המרכז לבריאות הנפש "גוה" ובית הספר לרפואה ע"ש שאקלר, אוניברסיטת תל אביב

ברמה הנוירי-ביולוגית, "מודל עצבי של עקביות", על בסיס הקשרים התפקודיים בין שני חלקי המוח, הוצע בעבר. האונה השמאלית מפענחת את התהליכים הרגשיים הראשוניים של האונה הימנית ומייצרת ידע עצמי. האינטגרציה בין שתי האונות מאפשרת לאדם לעסוק בתקשורת ספונטנית כפולה (שהיא הסימן הבולט להתקשורת בטוחה).

מכאן והלאה, הקשר הקליני בין חוסר ביטחון בהתקשורת עם גורמים לא מאורגנים לבין ההתפתחות של הפרעות אישיות, במיוחד הפרעות אישיות גבוליות, קיבל בסיס נוירי-ביולוגי. פונגי (1999) סיכם את המשותף בין פסיכואנליזה לבין תיאוריות התקשורת והגדיל בהדרגה את המודעות הכללית לחשיבות של תהליכי התקשורת בשטח הפסיכולוגיה ההתפתחותית, במיוחד להתפתחות של הפרעות אישיות גבוליות. פונגי וגם סלייד הציעו לבדוק את סיווג ההתקשורת של המבוגר כרצף של מבנים לוויסות יעיל. מצד אחד, הטיפוס ההודף (מקביל לטיפוס הנמנע אצל התינוקות), שהמבנים שלו מדכאים השפעות באמצעות מבנים מאורגנים מאוד, אבל לא גמישים. מצד שני, נמצא הטיפוס המוטריד (מקביל למתנגד/חסר ארגון אצל התינוקות), שהמבנים שלו גורמים לפעילות יתר של אותות משפיעים כלפי דמויות מטפלות. פונגי השתמש במושגים האלה בפסיכותרפיה של מטופלים בעלי הפרעות אישיות. היא אמורה לכוון לשתי מטרות: 1. לסייע ביצירת עקביות, או אינטגרציה של חוויות רגשיות בינאישיות של עבר-הווה-עתיד. 2. להגביר "תפקודיות משקפת", ז"א התפקוד המפרש של האונה השמאלית של החוויות הנקלטות באונה הימנית.

לתכנת את הדיכאון

סקירת מחקרים בנושא
יעילות הטיפול באמצעות
השתלת קוצב לצורך השגת
גירוי וגאלי (VNS) בחולי
דיכאון עמיד

ד"ר קרני חובין



דיכאון מג'ורי (Major Depression) היא אחת מההפרעות הביולוגיות הקשות והשכיחות ביותר (15 אחוז lifetime prevalence), הגורמות למגבלות קשה, לסבל רב ולאחוזי תמותה גבוהים משניים להתאבדות ולסיכון המוגבר המוכח למחלות נלוות כגון התקפי לב ושכץ מוחי (Carney et al, 2003). נמצא כי אדם הסובל מדיכאון נמצא בסבירות הגבוהה פי 35 להתאבד מאדם שאינו דכאוני, ואכן כ-15 אחוז מכלל החולים המגיעים לאשפוז בשל הפרעה זו מתאבדים.

למרות ארסנל רחב של תרופות ונוגדות דיכאון וטיפולים פסיכותרפיים מסוגים שונים, רק כשני שלישים מהחולים הסובלים מ-Major Depressive Disorder ישיגו תוצאות משביעות רצון מהטיפול. שליש מהחולים לא יגיבו לטיפולים האמורים או יפתחו בהמשך עמידות או אי סבילות לטיפול. חולים מסוג זה, העמידים לטיפול, מוגדרים כ-TRD (Treatment Resistant Depression).

חולי ה-TRD מהווים את אוכלוסיית החולים הקשה ביותר, חלקם מגיע לאשפוזים ממושכים ונמצא בקבוצת סיכון גבוהה להתאבדות. מעבר לסבלם הקשה של חולים אלה ושל בני משפחותיהם, תפקודם החברתי והתעסוקתי נפגע קשות גם כאשר הפוטנציאל הבסיסי שלהם גבוה. קבוצת חולים זו צורכת פי שישה יותר טיפולים רפואיים מחולי דיכאון רגיל, ועל כן עלות הטיפול בה למערכת הבריאות גבוהה במיוחד. כנגד זאת, יותר מ-70 אחוז מהחולים מגיבים לטיפול בנזעי חשמל (ECT) כשהוא ניתן כטיפול משלים לטיפול התרופתי. אולם, ללא טיפול אחזקתי ב-ECT, אשר אינו מקובל כיום, יחזרו למעלה ממחציתם בתוך מספר חודשים למצבם הדכאוני. במילים אחרות, מדובר בטיפול יעיל אשר אין לו אפקט מתמשך, ומכאן עולה כי קיים צורך רב במציאת פתרון נוסף, גם אם הוא טיפול משלים, שיהיה בעל יעילות מתמשכת.

טיפול יעיל מסוג זה, שהוא בעל יעילות מתמשכת, ניתן למצוא בגירוי הואגוס באמצעות קוצב VNS (Vagus Nerve Stimulator).

הרציונל לטיפול ב-TRD בעזרת VNS

להגיון העומד מאחורי השימוש בקוצב הואגלי (VNS) לצורך השגת גירוי וגאלי כטיפול בחולי דיכאון עמיד, מרכיבים ידועים רבים, למרות שמנגנון השפעתו המוחי אינו ברור במלואו, וביניהם:

1. עצב הואגוס שולח מידע סנסורי מהפריפריה אל אזורים שונים במוח וביניהם אל ה-Locus Coeruleus, שהינו המקור העיקרי לנוראפיפרין במוח, אל ה-Raphe Nuclei, שהוא מקור עיקרי לסרטונין ואל ה-Nucleus Tractus Solitarius.
2. בדיקות הדמיה פונקציונליות של המוח הראו שקוצב ה-VNS משרה שינויים בזרימת הדם האזורית במוח (rCBF), הדומים לשינויים הנצפים בזמן שימוש בתרופות נוגדות דיכאון (Marangell et al, 2007).
3. בעקבות תצפיות שנעשו בחולי אפילפסיה עמידים, בהם הושטל קוצב וגאלי (VNS) ואשר סבלו בנוסף גם מדיכאון, נמצא כי חל שיפור גם במצב רוחם ובתסמיני הדיכאון מהם הם סבלו, מספר חודשים לאחר השתלת הקוצב.

הקוצב הושתל כבר ביותר מ-65 מדינות ברחבי העולם, סך הכל ביותר מ-50 אלף חולים, כטיפול באפילפסיה החל משנת 1994 ובכ-3,000 חולים הסובלים מדיכאון עמיד, החל מ-2001 ושעיקרם בוצעו משנת 2005

יעילות הטיפול ב-VNS

Harden et al, 2000 תיאר במחקרו, בעזרת שימוש בסקאלות הערכה שונות, את מידת השיפור במצב הרוח אצל חולי אפילפסיה מבוגרים לאחר השתלת קוצב וגאלי וטיפול ב-VNS.

Sackeim et al, 2001 – סקרו בעבודתם שנעשתה כ"פילוט" ב-60 חולי TRD בהם הושתל קוצב וגאלי וניתן טיפול ב-VNS כטיפול משלים. להשתלה קדמו שבועיים של הערכה בסיסית והקוצב הופעל לראשונה רק שבועיים לאחר ההשתלה. לאחר עשרה שבועות נוספים נערכה שוב הערכה רפואית לחולים והתקבלו התוצאות הבאות: מתוך 59 חולים שסיימו את המחקר (אחד החולים החלים עוד לפני הפעלת הקוצב), אחוז המגיבים לטיפול היה 30.5 לפי HRDS-28, 34 אחוז לפי MADRAS, ו-37.3 אחוז לפי CGI-I. חולים שמעולם לא טופלו בנזעי חשמל ECT נטו להגיב פי 3.9 יותר מאשר כאלה שעברו טיפול בנזעי חשמל ECT.

Nahas et al, 2005 – בדקו במשך תקופה של 24 חודשים את ההשפעה של השתלת קוצב וגאלי ומתן טיפול ב-VNS כטיפול משלים לתרופות ב-59 חולים דכאוניים כרוניים או חולים שסבלו מאפידורות חוזרות של דיכאון או חולים בעלי הפרעה דו קוטבית (II or I). שינויים בתרופות או בתכונות הקוצב הורשו רק לאחר שלושת החודשים הראשונים. תגובה ((response הוגדרה כהפחתה של 50 אחוז ויותר בסקאלת המילטון (HAM-D-28) ורמיסיה הוגדרה כפחות מעשר נקודות בסקאלת המילטון (HAM-D-28). אחוזי התגובה במחקר זה היו 31 אחוז (18/59) לאחר שלושה חודשים והשתפרו ל-44 אחוז (29/59) לאחר שנה ול-42 אחוז (25/59) לאחר שנתיים של טיפול. אחוזי הרמיסיה היו 15 אחוז (9/59) לאחר שלושה חודשים והשתפרו ל-27 אחוז (16/59) לאחר שנה ו-22 אחוז (13/59) לאחר שנתיים. תוצאות מחקר זה הראו כי חולי TRD המגיבים לטיפול של גירוי וגאלי צפויים לשמור את התגובה החיובית לאורך זמן.

Rush et al, 2005 – הציג את תוצאות המחקר המבוקר היחיד כפול הסמיות (Double blind) שערך השוואה לאורך עשרה שבועות בין קבוצת מושתלי קוצב וגאלי פעיל (VNS) לקבוצת בקרה שהושתל בה קוצב שאינו פעיל (Sham). במחקר נבדקו 235 חולי MDD, מתוכם 25 חולים עם הפרעה דו קוטבית. כל הנבדקים לא הגיבו לשינויים עד שישה טיפולים תרופתיים קודמים. לאחר

הטכנולוגיה מבוססת על גירוי חשמלי של עצב הוואגוס באזור הצווארי. גירוי זה מועבר למוח באמצעות סעיפי עצב הוואגוס. הגירוי, שהינו חשמלי, מושג באמצעות קוצב זעיר הפועל ללא התערבות החולה, באופן אוטומטי, במשך 24 שעות ביממה בדומה לקוצב לב. הקוצב מושתל משמאל, מתחת לעצם הבריח בסמוך לבית השחי, בדרך כלל תת עורית (בחולים רבים במיוחד, הקוצב מושתל תת שרירית באותו אזור). מהקוצב מועבר באופן תת עורי מוביל דק, המכיל שני חוטים סליים דקים (האלקטרודות) המתחברים לעצב הוואגוס באמצעות קצוות ספיראליים הניתנים לליפוף סביב העצב הוואגלי השמאלי, וזאת לאחר חשיפתו באמצעות חתך קטן נוסף בצוואר משמאל. החיבור הינו תמיד לעצב הוואגלי השמאלי ולא בצד הימני, כדי להקטין את הסיכוי לברדיקרדיה או להפרעות קצב. הפרוצדורה הניתוחית היא קצרה ובטוחה. לאחר ההשתלה מבקר החולה אצל הרופא המטפל, בתקופה הראשונה אחת לשבועיים וזאת כדי לתכנת את הקוצב באופן טלמטרי (באמצעות מחשב כף יד ייעודי ושרביט תכנות המונח על חזה החולה מעל אזור השתלת הקוצב) כדי להשיג עוצמת וקצב גירוי יעילים. לאחר שמושג הגירוי המתאים, מבוצעת בדיקת מעקב אחת לכמה חודשים.

הערכים המקובלים לתכנות ה-VNS:

א. עוצמת הזרם – תחום עוצמת הזרם הניתן לתכנות 0.25-3.5 mA (בדרך כלל יתחיל הרופא בתכנות של 0.25 mA ומדי ביקור יעלה בהדרגה בעוצמה עד להשגת המינון הרצוי).

ב. תדירות – תחום התדרים הניתן לתכנות הינו 1-30 Hz (ערך מקובל לתכנות הוא 20 Hz).

ג. רוחב הפעימה – תחום רוחב הפעימה הוא 130-1,000 microseconds (ערך מקובל לתכנות 500 microseconds).

ד. משך זמן הגירוי – משך זמן הגירוי הינו 7-60 שניות (זמן מקובל לתכנות הוא 30 שניות).

ה. משך זמן ההפסקה בין הגירויים – משך זמן ההפסקה בין הגירויים הינו 0.2-180 דקות (זמן מקובל לתכנות הוא 5 דקות).

במהלך השנתיים האחרונות (לאחר שהטיפול קיבל את אישור ה-FDA בארה"ב) בוצעו כבר כ-3,000 השתלות (כ-2,700 מהן באופן מסחרי) בטיפול בחולי TRD בעיקר בארה"ב. לאחרונה החל גם השיווק באירופה.

(Elger et al, Harden et al, 2000). ממצאים מפתיעים אלה הובילו לסדרת ניסויים קליניים שבחנה את השפעת הקוצב הוואגלי (VNS) על חולים הסובלים מדיכאון עמיד (TRD). הצלחת הניסויים הקליניים הביאה לקבלת אישור ה-CE MARK (השוק האירופאי והקנדי) בשנת 2001 וה-FDA בשנת 2005, לשימוש ב-VNS כטיפול בדיכאון העמיד. בעקבות כך קיבל הטיפול את אישור משרד הבריאות בישראל בשנת 2006 כטיפול בחולים הסובלים מדיכאון עמיד.

מערכת הקוצב הוואגלי ותהליך ההשתלה

בעקבות מחקרים המתנהלים מאז שנות ה-60 בנושא גירוי חשמלי של עצב הוואגוס, פיתחה חברת Cyberonics האמריקאית בשנת 1988 את קוצב עצב הוואגוס. קוצב זה הוא השתל היחיד שקיבל את אישור ה-FDA לטיפול בחולי TRD. טכנולוגיית קוצב ה-VNS ייחודית, בעלת פרופיל בטיחותי גבוה במיוחד. הקוצב הושתל כבר ביותר מ-65 מדינות ברחבי העולם, סך הכל ביותר מ-50 אלף חולים, כטיפול באפילפסיה (החל משנת 1994) ובכ-3,000 חולים הסובלים מדיכאון עמיד (החל מ-2001 ושעיקרם בוצעו משנת 2005). על פי נתוני החברה היצרנית, שלושה מתוך כל ארבעה חולים חוזרים לניתוח החלפת קוצב בתום חיי הסוללה (שש שנים עד 11 שנה).

תמונה 1. הקוצב generator 102



ה-VNS הוא טיפול בעל פרופיל בטיחותי גבוה. אין בטיפול כל אינטראקציה עם תרופות או תגובות מערכתיות קשות וכן אין כל דיווח על תופעות לוואי קוגניטיביות או סדטיביות

בקבוצות המגיבים לאט או מהר נערכו פחות שינויים בתרופות מאשר בקרב אלה שלא השיגו תגובה לטיפול. בשני המחקרים, ניתוח התוצאות שהתקבלו בעזרת שימוש במספר שיטות הערכה מראה שיפור יציב לאורך זמן בקרב קבוצת המגיבים מהר והמגיבים לאט. למרות שדרגת הכרוניות והעמידות לטיפול בין החולים השונים היתה שונה, אחוזים גבוהים מבין אלה שהצליחו להגיב לטיפול בגירוי הוגאלי (VNS) שמרו על התגובה בהמשך.

בטיחות ותופעות לוואי

ה-VNS הוא טיפול בעל פרופיל בטיחותי גבוה. אין בטיפול כל אינטראקציה עם תרופות או תגובות מערכתיות קשות וכן אין כל דיווח על תופעות לוואי קוגניטיביות או סדטיביות.

Ben Menachem & French, 2005 – תופעות לוואי קלות מוכרות בקרב חלק מהמושתלים הן בעיקר צרידות, שיעול קל, גירוי מקומי בצורת דגדוג באזור הגרון, המופיעים רק בזמן הגירוי. בנוסף היו מספר דיווחים על קשיים בבליעה בעת הגירוי החשמלי. תופעות אלו נוטות להיחלש ולהיעלם עם הזמן. באחוז אחד מהמושתלים הופיע זיהום מקומי ואחוז אחד סבל משיתוק חולף של מיתר קול אחד(חלף לאחר מספר חודשים).

לסיכום, ניתן לומר כי המידע הקליני המצטבר מצביע על יעילות הטיפול בגירוי וגאלי באמצעות השתלת קוצב וגאלי (VNS) ועל השפעתו בהפחתת מספר ההתאבדות בחולים הסובלים מדיכאון עמיד (TRD). הטיפול הוא בעל השפעה ארוכת טווח, בשל השפעתו האנטי דכאונית שהולכת ומתגברת עם הזמן ונשמרת לאורך זמן. כאמור, עלויות הטיפול הרפואיים בחולי דיכאון עמיד TRD הן גבוהות במיוחד עקב צריכה מוגברת של תרופות, אשפוזים וטיפולים רפואיים שונים. באנליזה כלכלית שנערכה בישראל לפי נתונים מארה"ב וארצות אירופה, נמצא כי החזר עלות השתלת הקוצב (ROI) בחולים המתאימים בישראל, מושג כבר אחרי שש שנים. בנוסף יש להדגיש כי הטיפול באמצעות השתלת קוצב וגאלי (VNS) הוא בעל פולשנות מינימלית ובטיחות גבוה ביותר.

ד"ר קרני רובין, פסיכיאטרית מומחית, נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות

מתגברת לאורך הזמן ואף נשמרת במשך תקופה ארוכה באחוז גבוה מהחולים שהגיבו לטיפול.

Burke 2007 – הציג בכנס APA (בפוסטר) נתונים ממחקר שבו נכללו 235 חולים שסבלו מדיכאון עמיד (TRD) אשר הושטל בהם קוצב VNS באמצעותו קיבלו טיפול בגירוי וגאלי. חולה אחד (0.27 אחוזי) התאבד עוד בשלב האקוטי של המחקר, שמונה חולים נוספים ביצעו עשרה נסיונות התאבדות. שמונה מנסיונות ההתאבדות אירעו במהלך 12 החודשים הראשונים של המחקר ושניים נוספים במהלך 12 החודשים שלאחר מכן. 32 מהחולים דיווחו על מחשבות אובדניות בשלב המקדים (baseline) של המחקר, רק ארבעה מתוך 32 חולים אלה המשיכו לדווח על מחשבות אובדניות שישה חודשים לאחר השתלת הקוצב. חולים רבים מתוך משתתפי המחקר היו בעלי היסטוריה של נסיונות התאבדות ואשפוזים פסיכיאטריים ונכללו בקבוצת חולים בעלי סיכון גבוה להתאבדות.

מחבר המחקר מסכם כי בקרב חולי ה-TRD אשר טופלו בקוצב וגאלי VNS במשך 24 חודשים, נרשמה הפחתה בנסיונות התאבדות, במחשבות אובדניות והפחתה באשפוזים כתוצאה מהחמרה במצב הדיכאון. לטיפול המשלים בגירוי וגאלי (VNS) תפקיד חשוב בהפחתת מספר התאבדות בחולים הסובלים מדיכאון עמיד (TRD).

Sackeim et al, 2007 – חוקרים אלה ביצעו שני מחקרים בחולי TRD שטופלו בגירוי וגאלי (VNS) אשר בדקו עד כמה נשמרת לאורך הזמן התגובה לטיפול שהושגה יחסית מהר לעומת אלה שהגיבו לאט יותר.

החולים שנבדקו בשני המחקרים נדרשו לשפר לפחות 50 אחוז מתסמיני הדיכאון כדי שהשינוי במצבם יוכר כתגובה לטיפול. המגיבים מהר השיגו יעד זה שלושה חודשים לאחר תחילת הטיפול והמגיבים לאט השיגו יעד זה לאחר שנה. בדיקות נוספות נערכו בשתי נקודות זמן נוספות, שנה ושנתיים לאחר השגת התגובה לטיפול.

מתוך קבוצת המגיבים מהר במחקר הראשון, 72.2 אחוז ו-61.1 אחוז המשיכו להגיב לטיפול גם לאחר שנה ושנתיים בהתאמה, ומקבוצת המגיבים לאט מאותו המחקר המשיכו להגיב לאחר שנתיים 78.8 אחוז (14). ואילו במחקר השני, מתוך קבוצת המגיבים מהר, 63.3 אחוז ו-76.7 אחוז המשיכו להגיב לטיפול גם לאחר שנה ושנתיים בהתאמה, ומקבוצת המגיבים לאט מאותו המחקר המשיכו להגיב לאחר שנתיים 65 אחוז (40).

עשרה שבועות אחוזי המגיבים בקבוצת הקוצב הוגאלי הפעיל (VNS) היו 15.2 אחוז (112) ואילו בקבוצת הביקורת (Sham) היו עשרה אחוזים (110).

במחקר זה לא הושגה תוצאה בעלת מובהקות סטטיסטית ולא נמצאו עדויות ליעילות קצרת טווח בטיפול בחולי TRD בעזרת השתלת קוצב וגאלי. יש לציין כי עוצמת הגירוי שבה השתמשו החוקרים היתה נמוכה וזאת כדי שהחולים לא יזהו לאיזו קבוצה הם משתייכים כתוצאה מהופעת תופעות הלוואי הקלות או מהעדרן.

במעקב ארוך טווח אחרי אותם חולים (185), משהועלתה עוצמת הגירוי, נצפתה שונות בעלת מובהקות סטטיסטית. לאחר שנה מיום השתלת הקוצב הוגאלי, VNS הגיבו לטיפול 27.2 אחוז (55/102) ולרמיסיה הגיעו 15.8 אחוז (32/202) מהחולים. תוצאות מחקר גלוי תויות (open label) זה שוב הראו כי ל-VNS פוטנציאל בטיפול ארוך טווח בחולי TRD המתגבר עם הזמן.

George et al, 2005 – במחקר זה נערכה השוואה בין קבוצת חולי TRD שטופלה ב-VNS בנוסף לטיפול התרופתי הרגיל TAU (Treatment As Usual) לבין קבוצת חולי TRD שקיבלה טיפול תרופתי רגיל בלבד (TAU). הקריטריונים להכללת החולים בקבוצת VNS+TAU היו כמעט זהים לקריטריונים בקבוצת TAU וכמו כן שתי קבוצות החולים היו דומות בנתונים דמוגרפיים, פסיכיאטריים, היסטוריה טיפולית וברמת חומרת העמידות לטיפול. לאחר שנה הגיבו לטיפול 27 אחוז בקבוצת VNS+TAU לעומת 13 אחוז בקבוצת TAU בלבד. תוצאות מחקר זה מצביעות על יעילות גבוהה יותר של הטיפול ב-VNS כתוספת לטיפול התרופתי הרגיל מאשר לטיפול בתרופות בלבד.

Frick et al, 2006 – מציג את תוצאות הביניים של מחקר גלוי תויות, רב מרכזי, הנערך באירופה, שבו משתתפים חולים הסובלים מדיכאון כרוני העמיד לטיפול או חולים שסובלים מגלים דכאוניים שחוזרים למרות הטיפול.

לאחר השתלת הקוצב והפעלתו, נערך מעקב של שנה אחרי החולים וחומרת הדיכאון הוערכה בעזרת סקאלת HRDS-28 ו-IDSR-1. בתום החלק האקוטי, לאחר שלושה חודשים, 44 אחוז מהחולים הגיבו לטיפול ו-21 אחוז נכנסו לרמיסיה. לאחר שנה עלו האחוזים ונמצא כי 58 אחוז מהנבדקים הגיבו ו-36 אחוז מהנבדקים נכנסו לרמיסיה. במהלך מחקר זה, סך הכל 48 אחוז מהחולים דיווחו בדיווח עצמי על תגובה יציבה, 33 אחוז דיווחו על תגובה חולפת ו-19 אחוז על כך שהם לא הגיבו כלל לטיפול. תוצאות אלו מצביעות על יעילות הטיפול ב-VNS בחולים הסובלים מדיכאון עמיד (TRD), וכי היעילות

טראומה נפשית, פסיכוזות

והקשר ביניהן

הקשר בין פסיכוזות וטראומה הוא קשר הדוק ורבגוני אשר נע על צירים שונים, דבר המקשה על ההפרדה בין שתי תסמונות הגורמות לנכות תפקודית קשה ולחוויות חודרניות מחשבתיות וחושיות. פרופ' חנן מוניץ ממפה את סוגי הקשר

פרופ' חנן מוניץ

קיימת נטייה היסטורית לראות את התסמונות הטראומטיות כשוונות מהותית מהתסמונות הפסיכיות. גם מערכות האבחון (ICD16, DSM4) מסווגות את התסמונות הנובעות מטרומה בפרק ה-4 בתסמונות חרדה. לעתים קרובות ההנחה הסמויה היא שמדובר בשתי תסמונות ללא קשר ביניהן, כל זאת למרות ספרות ענפה המצביעה על קשר הדוק בין טראומה ומצבים פסיכיים. נראה שמדובר במקרה פרטי, כאשר טראומה קשורה להתפתחות תסמונות נפשיות שונות. התסמונות השונות הן מצבי חרדה, דיכאון, סכיזופרניה, הפרעות אישיות ושימוש בחומרים ממכרים. במילים אחרות, טראומה היא גורם סיכון לא ספציפי להופעת פסיכופתולוגיה. לשאלת השאלות מדוע מתפתחות תסמונות כה שונות, יש להניח שלגורמים נוספים חלק נכבד בבחירת מסלול התגובה. בין הגורמים הללו אפשר למנות גורמים גנטיים, גורמים התפתחותיים, גורמים ביולוגיים, גורמים חברתיים ואפיון רשתות התמיכה להן זוכה האדם. אפשר לחלק את סוגי הקשר בין טראומה ופסיכוזות. הציר הראשון עליו יש לדון הוא ציר הזמן.

מטראומות מוקדמות לפסיכופתולוגיה פסיכית מאוחרת

טראומות מוקדמות הן גורמי סיכון לא ספציפיים שנקשרו לרוב התסמונות הנפשיות, כולל

מצבים פסיכיים. התמונה הפסיכופתולוגית יכולה להופיע בכל גיל, מילדות ועד זיקנה. יתר על כן, ביטוייה הפסיכופתולוגיים יכולים להיות שונים אצל אותו אדם בקבוצות גיל שונות. הטראומה יכולה להיות חד פעמית אך לעתים קרובות מדובר בטרומה מתמשכת כהתעללות מינית ואחרת, מלחמות, אלימות במשפחה ועזובה נפשית.

מטראומות חריפות לפסיכופתולוגיה פסיכית מיידית

הספרות תומכת באפשרות שאירועי חיים חדשים עלולים לגרום לפריצת פסיכוזות פחות מבוססת מאשר זו הקושרת טראומות מוקדמות לפסיכופתולוגיה מאוחרת. הספרות הדנה במצב זה מצמצמת אך קיימת (2, 3) וניתן להעריך שיש אמנם קשר בין טראומה לפסיכוזות.

להערכתי, כדי לבסס קשר בין טראומה ותגובה נפשית יש צורך להראות מספר מאפיינים: < קשר זמנים בין תחילת התהליך הפסיכוי והטראומה. למרות שהופעה מאוחרת מתועדת היא נדירה ויוצאת דופן. < קשר בתוכן הפסיכוי והטראומה. < טראומה משמעותית.

< הקשר בין מהלך סכיזופרניה ואירועי חיים מתואר ומתועד היטב. במיוחד יש להתייחס לקונספט ה-Expressed Emotions (EE) כפי שתואר על ידי וואן ולף המתעד בצורה משכנעת את

ההשפעה של אירועי חיים על הפרוגנוזה של סכיזופרניה.

החויה הפסיכית כגורם לתסמונת פוסט-טראומתית

ציר נוסף דן ביחסי הגומלין שבין תסמונות פוסט-טראומתיות ופסיכוזות. מתחילת שנות ה-90 של המאה ה-20 הופיעו מאמרים הטוענים כי עצם החוויה הפסיכית יכולה לגרום לתסמונת פוסט-טראומתית.

גישה זו נוגדת את הגישה המסורתית הגורסת שיש להפריד בין שתי התסמונות. קיים קושי רב בקונספט זה במיוחד עקב הקריטריונים לאבחנה של PTSD. קריטריונים אלה כוללים חוויה חודרנית חוזרת של אלמנטים הקשורים לטראומה, דרישה להפרעה תפקודית וסימנים של עוררות יתר. למעשה, כמה מהסימפטומים האלה חופפים והדרישה לחוויות חוזרות חודרניות מעוררת קשיים אבחנתיים ניכרים. במילים אחרות, יש קושי רב להפריד בין שתי התסמונות אם וכאשר הן מופיעות בו זמנית.

המחשת פסיכיאטריות כגורם סיכון ל-PTSD

רוב הספרות מלמדת אותנו שאנשים הסובלים מתסמונת פסיכיאטרית כלשהי לפני הטראומה נמצאים בסיכון גבוה להופעת תסמונת פוסט-טראומתית. הספרות מתייחסת יותר להופעת חרדה, הפרעות אישיות ודיכאון, אך יש גם תיאורים של חולים עם מחלה פסיכיתית קודמת שפיתחו תמונה פוסט-טראומתית



קלאסית. למעשה נראה שקיום פסיכזה הוא גורם סיכון להתפתחות תסמונות פוסט-טראומתית בנוסף למצב הפסיכטי הקודם.

התפתחות פסיכוזות כחלק מהמהלך הטבעי של PTSD

אפשר לראות את התסמונות הפוסט-טראומתית כמצב דינמי ומשתנה. המהלך הטיפוסי הוא של החלמה אך לחלק מהמקרים מהלך כרוני ומתמשך. לעתים קרובות מופיעות תסמונות נוספות במהלך המחלה. התסמונות השכיחות הן דיכאון ושימוש לרעה בחומרים, במיוחד באלכוהול ובקניבואידים. חלק קטן מהסובלים מפתחים סימנים פסיכטיים טיפוסיים, במיוחד הלוצינציות שמיעה וראייה. סימפטומים אלה תמיד קשורים לחוויה הטראומתית ויש לראותם כמבטאים בצורה פסיכטית את החוויה החודרנית החוזרת של הטראומה. יש לציין הופעת פסיכוזות כתגובה לשימוש לרעה בחומרים. פסיכוזות אלו יכולות להיות פסיכוזות טוקסיות או בצורה של מחלה דכאונית פסיכטית או מחלה סכיזופרנית.

אבחנה מובדלת

קיים קושי רב בהפרדה בין שתי תסמונות הגורמות לנכות תפקודית קשה ולחוויות חודרניות מחשבתיות וחושיות. הנטייה לשימוש בחומרים, שבפני עצמם יכולים לגרום להופעת פסיכוזות, מקשה עוד יותר על האבחנה. כמו כן יש להבדיל בין מצבים פסיכטיים לבין מצבים דיסוציאטיביים השכיחים גם בתסמונות פוסט-טראומתיות.

לסיכום, יש קשר הדוק בין פסיכוזות וטראומה. הקשר בין שתי התופעות הוא רבגוני. לטראומות מוקדמות השפעה מאוחרת המלווה את האדם כגורם סיכון כל ימי חייו. הטראומות המיידיות יכולות להיות גורם מזרז להופעת פסיכזה, תגובה פוסט-טראומתית לחוויות הפסיכטיות או כחלק ממהלך התמונה הפוסט-טראומתית. נראה שתמונה זו מבטאת את הקושי בקשר הספציפי בין פנומנולוגיה והאטיולוגיה כפי שבאה לידי ביטוי בתסמונות הנפשיות השונות.

(רשימה ביבליוגרפית מלאה שמורה במערכת)

פרופ' חנן מוניץ, יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש, הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית



CBT, הפוטנציאל הטיפולי

הטיפול ההתנהגותי-
קוגניטיבי הפך לטיפול
מיינסטרים בארצות מערביות
רבות ולטיפול פסיכולוגי מוביל
בבעיות נפשיות בכלל ובהפרעות
חרדה בפרט. ד"ר צופי מרזם סוקרת את
מרכיביו העיקריים, יעילותו במגוון הפרעות
נפשיות ומצרה על השימוש המועט בו בישראל

ד"ר צופי מרזם

מחקרים

ה-FDA מחייב אזהרת סיכון להתאבדות בעלוני תרופות נוגדות דיכאון

מינהל המזון והתרופות בארה"ב (FDA) מחייב אזהרת סיכון להתאבדות של צעירים בתרופות נגד דיכאון. כל יצרניות התרופות נגד דיכאון חויבו לציין את האזהרה החדשה החל מחודש יוני 2007 על העטיפה ובעלון המצורף. האזהרה צריכה לציין את הסיכון לנטיות אובדניות (מחשבתיות והתנהגותיות) בשני חודשי הטיפול הראשונים במתבגרים בני 18 עד 24.

המחקר לא הראה נטיות כאלו אצל מבוגרים בני 24 ויותר והראה ירידה לנטייה לאובדניות אצל בני 64 ויותר. האזהרה צריכה לציין גם כי דיכאון והפרעות פסיכיאטריות אחרות הן בעצמן גורם סיכון להתאבדות.

האזהרה החדשה מחליפה את האזהרה הקודמת משנת 2005, שחייבה את החברות לציין את הסיכון להתאבדות בקרב ילדים ומתבגרים. המינהל בדק 24 מחקרים שבוצעו בתשע תרופות נוגדות דיכאון על יותר מ-4,400 ילדים ומתבגרים שסבלו מדיכאון או מהפרעות פסיכיאטריות אחרות.

משנת 2005, המינהל החל לבדוק מידע מדעי על מבוגרים שהשתמשו בתרופות הללו, הם בדקו 295 מחקרים קצרי טווח (משך ממוצע, כחודשיים) שבוצעו ב-11 תרופות על יותר מ-77 אלף מבוגרים. סקירת המידע המדעי העלתה כי אצל ילדים ומתבגרים עד גיל 18, על כל אלף מטופלים שקיבלו תרופה נוגדת דיכאון לעומת פלצבו, נוספו 14 מקרים של מחשבות או התנהגות אובדנית. בין הגילאים 18-24 נוספו חמישה מקרים, בין הגילאים 25-64 נוספו מקרה אחד ואצל בני 65 ויותר חלה ירידה של שישה מקרים.

ב-FDA מדגישים כי שינוי טרופות כאלו יש לו ספקות, צריך להתייחס עם הרופא ולא להפסיק ליטול אותן על דעת עצמו.

איסוף נתונים: גיא כהן

התרחב למה שבעבר הוגדר כ"נכסי צאן ברזל" של טיפול זה, דהיינו הפרעות חרדה ודיכאון. גם בהפרעות אלו חלה התרחבות בידע המצטבר, למשל תכניות CBT בקרב אוכלוסיות עם סיכון גבוה לאובדנות הראו יעילות בהפחתת שיעורי ההתאבדות.

כיום CBT, בווריאציות שונות, מטפל בקשת רחבה של הפרעות נפשיות, כגון: הפרעות אכילה ובעיקר בולמיה, הפרעות סומטופורמיות והפרעות שינה. CBT הוכח כטיפול יעיל כנגד הפרעות אישיות קשות. ה-CBT (dialectic behavior therapy) שהושתת על ידי M. Linehan, והטיפול בסכימות מיסודו של J. Young הוכחו יעילות רבה בשורה של מחקרים בהפרעות אישיות קשות, בעיקר בהפרעות אישיות גבולית. בשנים האחרונות מצטברים נתונים על יעילות CBT גם במצבים פסיכויים. CBT (Bateman et al, 2007) הוכיח יעילות במגוון גילאים, מילדות ועד זיקנה. למשל, בסקירת עבודות מבוקרות שנעשו בתחום נמצאה יעילות בקרב ילדים שסובלים מכפייתיות (O'Kearney, 2007).

יש ראיות כי לאורך זמן, CBT הוא טיפול יעיל יותר מאשר הטיפולים התרופתיים (בעיקר בהפרעות חרדה) שבהפקתם נשנות יותר הבעיות הנפשיות. היות שחלק ניכר מההפרעות הנפשיות שהוזכרו הן כרוניות, יש בכך יתרון ברור.

תחום ה-CBT דינמי מבחינת התרחבות של טיפולים ויעדים. למשל, נושא ה-Mindfulness מהווה כיום חלק מטיפולי CBT. תחום נוסף בהתהוות עם ממצאים אמפיריים שתומכים בו, מהווה חקר ה-Meta-מחשבות, דהיינו התזה שבטיפולים קוגניטיביים יש חשיבות למחשבות המטופל והערכתו את מחשבותיו (למשל ב-GAD, הפרעת חרדה כללית, האמונה ש"הדאגה מסייעת למנוע אסונות").

נושא נוסף שמתפתח בשנים האחרונות ובעקבות ההתקדמות הטכנולוגית הוא CBT ממוחשב - טיפול מול תוכנת מחשב ללא מטפל. מספר מחקרים מצאו יעילות שיטה זו בהפרעות חרדה, למשל בכפייתיות (Tumur et al. 2007).

הישענותו של CBT על מחקר מדעי גורמת לתרומתו ולמעורבותו במחקר מדעי. מחקרים על השינויים הפיזיולוגיים שמתרחשים בזמן CBT יכולים לעזור למדע להבין טוב יותר את השפעות הטיפול ולקדם מחקר פסיכולוגי ופסיכיאטרי. למשל, המטבוליזם של גלוקוז במוח, כפי שנמדד ב-PET (positron - emission tomography), ניתן היה לנרמול בחולים כפייתיים או על ידי טיפול תרופתי או על ידי טיפול התנהגותי (Baxter et al. 1992). במחקר שבדק דיכאון

בשנים האחרונות גובר העניין בטיפולים שמבוססים על ראיות (Evidence based). מקצוע הרפואה מתבסס בעיקר על גישה זו. מבין הפסיכותרפיות, CBT - Cognitive Behavior Therapy - היא העיקרית שמתבססת על ראיות וצוברת תאוצה בארבעת העשורים האחרונים. מדובר בפסיכותרפיה מבוססת לבעיות נפשיות ומהרווחות ביותר, שמוכרת כיום כטיפול הבחירה למגוון רב של הפרעות.

אפיונה מול מרבית הגישות הפסיכותרפיות האחרות הם:

- ◀ ממוקדת בטיפול בהפרעה הנפשית (לטיפול יש מטרות ברורות ומוסכמות).
- ◀ קצרת טווח.
- ◀ המטפל והמטופל עובדים בשיתוף פעולה הדוק.
- ◀ מפרט הטיפול הוא במונחים אופרטיביים ומדידים (הפורמולציה של הבעיה, תכנון הטיפול ותוצאותיו ניתנים לכימות ולהערכה).
- ◀ מאפשרת בקרה אם מתנהלת כהלכה (הערכת הטיפול נעשית בכלים מהימנים ואובייקטיביים).
- ◀ בעלת יעילות גבוהה ומוכחת למגוון רב של הפרעות נפשיות ובקבוצות גיל שונות.
- ◀ היעילות היא לטווח קצר ונשמרת לטווח ארוך (מניעת Relapse).
- ◀ היעילות גבוהה גם בהשוואה לטיפולים תרופתיים.
- ◀ היעילות נבדקה על מספר רב של מחקרים, עם מספר נבדקים גדול, כולל שימוש רב במטה-אנליזות.
- ◀ נפוצה במרבית המדינות המפותחות.
- ◀ מתאימה למחקרים השוואתיים.

יעילות הטיפול בהפרעות נפשיות מגוונות

ל-CBT ביסוס מדעי-מחקרי חזק על יעילותה בהפרעות נפשיות מגוונות. בכתבי העת המובילים בפסיכיאטריה ובפסיכולוגיה מופיעים דיווחים אודות הרלבנטיות הגבוהה שלה בהפרעות נפוצות כגון דיכאון, הפרעות חרדה שונות, לרבות פוביות ממוקדות, כפייתיות, התקפי אימה ואגורפוביה, פוביה חברתית, תסמונת בתר חבלתית והפרעת חרדה כללית וכן בהפרעות סומטופורמיות. הביסוס המדעי של CBT רב ביותר במגוון הפרעות החרדה, ושורה של מטה-אנליזות מצביעה על כך ש-CBT הוא הטיפול הפסיכולוגי המרבי שתוקף עבור הפרעות אלו (Norton & Price, 2007) ודומה ביעילותו לטיפול תרופתי (Bandelow et al, 2007).

בשורה של מחקרים מבוקרים נמצא ש-CBT הוא טיפול הבחירה למספר הפרעות, למשל לחרדה חברתית (Ponnia & Hollon, 2007). ה-CBT מזמן



הנחת היסוד של CBT היא שהפרעות נפשיות מתחזקות על ידי אמונות שגויות על איזמים שקיימים במצבים מסוימים, על ידי ניבויים שליליים לגבי התוצאה של מצבים אלה ועל עיבוד מוטה של תרחישים שעשויים להתרחש במצבים אלה

במצב שבאופן מקורי היווה איום לגביו עד אשר החרדה פוחדת. חשיפה מהווה מרכיב מרכזי בטיפול הכולל.

מניעת התנהגויות מגוננות (Safety behaviors)

– הסובלים מהפרעות שונות נוטים להשתמש ב"התנהגויות מגוננות" שעלולות להפחית את יעילות החשיפה. למשל, מטופל שסובל מהיפוכונדריה, שבדרך כלל פעם לפני ואחרי פעילות ספורט את לחץ דמו, או מטופל אגורופובי שאינו מעז כלל לצאת מביתו ללא טלפון נייד, למקרה שיחוש ברע. המטופלים מאמינים באופן שגוי שהתנהגויות אלו מאפשרות להם לשרוד את המצב המאיים עליהם באופן קל יותר, אולם בפועל התנהגויות אלו ממשיכות את עיסוק היתרבראיון ומונעות את הפרכת המחשבות הדיספונקציונליות. למשל, מטופל עם חרדה חברתית, ששותה בירה לפני מפגש עם בחורה, גם במפגשים הבאים על פי רוב ימשיך בשתייה, מתוך הנחה שמידת החרדה שלו היתה נסבלת בזכות האלכוהול וייתכן שהיתה מתרחשת "קטסטרופה" אלמלא שתה. לעתים ההתנהגויות המגוננות אף מגבירות את הסימפטומים החרדתיים בדרך שמגבירה את האמונה בהערכת האיום (למשל, אם רעדתי במעלית למרות שנולדתי כדור הרגעה, משמע שבאמת אסור לי להימצא במעליות). כלומר, להתנהגויות המגוננות תפקוד מרכזי בקיבוע המצב החרדתי. זיהוי התנהגויות אלו ובעקבותיהן הפחתתן במשך החשיפה מאפשר טיפולי חשיפה יעילים יותר.

מרכיבים קוגניטיביים

הבניה קוגניטיבית (Cognitive restructuring)

– הנחת היסוד של CBT היא שהפרעות נפשיות מתחזקות על ידי אמונות שגויות על איזמים שקיימים במצבים מסוימים, על ידי ניבויים שליליים לגבי התוצאה של מצבים אלה ועל עיבוד מוטה של תרחישים שעשויים להתרחש במצבים אלה.

בטיפול קוגניטיבי מטופלים לומדים:

1. לזהות מחשבות אוטומטיות שעולות במצב הנתון (למשל, מטופל עם חרדה חברתית שמציג נתונים בפני מועצת מנהלים עשוי לחשוב, "אני ודאי אסמיק ואז יחשבו שאני בקיא בחומר ואולי ישקלו לפטר אותי").

2. להעריך את מידת הדיוק של מחשבות אלו בהשוואה לאינפורמציה אובייקטיבית (למשל, "האם אנשים אחרים בחברה, במידה שהסמיקו, האם היתה זו עילה לשופטם לשלילה או לפטרם מהעבודה?").

3. להפיק מחשבות רציונליות אלטרנטיביות מותאמות יותר, כדי שיחליפו את המחשבות המקוריות הדיספונקציונליות (למשל, "עשויים לחשוב שאני מתרגש, אולם כיוון שאני מוערך בעבודה, לא תהיה לכך שום השפעה על מעמדי בעבודה...").

מוקד הטיפול הראשוני בטיפול קוגניטיבי הוא המחשבות האוטומטיות ואחר כך באמונות, שמהוות את התשתית למחשבות האוטומטיות הדיספונקציונליות. האמונות הבסיסיות הללו קיימות אצל המטופל מעבר למצבים (למשל האמונה: "אני חייב תמיד להצליח, כל כישלון הוא קטלני"). שינוי באמונות הבסיסיות גורם למטופלים לשינוי יציב יותר על פני זמן.

הסטת קשב – במספר רב של הפרעות נפשיות קיימת בקרב הסובלים נטייה לקשב מוגבר דווקא לאותם גירויים שמעוררים חרדה או מהווים סיגנלים של מצב סכנה. למשל, אנשים עם פוביה מכלבים, בצאתם לרחוב על פי רוב סורקים בהתמדה גבהים נמוכים, או היפוכונדרים קשובים במיוחד למתחולל בגופם. אסטרטגיה נוספת היא הסחה מכוונת של הסובלים מגירויי חרדה כדי לא לחוש אי נוחות בעת חשיפה. אסטרטגיות קשב אלו נוטות לשמר ולקבע את ההפרעה. אימון קשב מכוון לשנות אסטרטגיות שגויות של קשב ולכוון את המטופל להתמקד בעולם המציאותי ולשנות דפוסי קשב כלפי גירויי סכנה פוטנציאליים. אימון כזה מגביר את יעילות הטיפול.

מחקר נוכחי ועתידי של CBT מתמקד ב:

✦ מחקרי השוואה על יעילות CBT מול טיפולים תרופתיים ומול שילובים של שני הטיפולים.

✦ הגברת יעילות של שימור הישגי הטיפול ומניעת הישנות הבעיה; הרחבה של אוכלוסיות יעד וטיפול ייחודי לאבחנות נוספות.

✦ בדיקת משתנים פיזיולוגיים ומשתנים מתווכים פיזיולוגיים (כולל שימוש באמצעי הדמיה מוחיים) שקשורים ל-CBT.

✦ צמצום משך טיפול ללא אובדן היעילות הטיפולית.

✦ פיתוח אמצעי טיפול חדשנים וחסכוניים בכוח אדם, למשל טיפולים עם מציאות מדומה או באמצעות מחשב, או טיפולים עצמיים על ידי חוברות הכוונה.

CBT במערכת הבריאות בארץ

שינויים דרמטיים התרחשו במערכת הבריאות בעשור האחרון. כיום, מערכת הבריאות מכתובה

(Kennedy et al, 2007) נמצא שהן בטיפול תרופתי והן ב-CBT קיימת הפחתה של המטבוליזם במספר אזורים פרה-פרונטליים, עם השפעה דיפרנציאלית של סוג טיפול. מחקרים כגון אלה, שהולכים ומתרחבים, מאשרים את ההנחה ש-CBT יכולה לגרום לשינויים נוירו-כימיים במוח, שקודם לכן יוחסו לטיפולים תרופתיים באופן בלעדי.

משך ההכשרה של כוח אדם מיומן ב-CBT הוא סביר (כשנה-שנתיים), בהשוואה לזמן הארוך מאוד הנדרש בפסיכותרפיות האחרות (כארבע עד שש שנים). הבהירות של הקונספטים שבבסיס התיאוריות של CBT (כגון תיאוריות למידה), יחד עם הפשטות (לא פשטנות) של הטכניקות הטיפוליות, מזרזות ומסייעות הן בהכשרה והן בטיפולים עצמם.

המרכיבים הבסיסיים של CBT - מרכיבים התנהגותיים

חשיפה (Exposure) – מטרתה לגרום למטופלים להימצא באותם מצבים שמאיימים עליהם ולהישאר בהם עד שמתרחשת הביטויציה למצב והכחדה של תחושות החרדה. חשיפה מתאימה בעיקר למגוון הפרעות החרדה. בחשיפה, הן in vivo והן בדמיון, המטופל עובד על מדרג מצבי חרדה. המדרג מתבסס על דרגת הקושי של המטופל להימצא במצבים שהם מעוררי חרדה עבורו. למשל, עבור מטופל אגורופובי, ללכת למרכז קניות שמרוחק קמעה מביתו, או עבור מטופל עם חרדה חברתית, להשאיר הודעה מוקלטת ב"מזכירה אלקטרונית". חשיפה נעשית כלפי גירויי פחד חיצוניים (למשל, טיסה במטוס אצל מטופל עם פוביה מטיסות) ואף כלפי גירויים פנימיים (למשל, חשש מסחרחורת, שיכול להוות עבור מטופל שסובל מהתקפי אימה סימן להתקף חרדה מתקרב). המטופל נחשף בתחילה לגירויים הקלים יותר עבורו ובאופן הדרגתי נחשף למטלות קשות יותר. הוא לומד להימצא

מחקרים

סטטינים יכולים להגן בפני התפרצות של מחלת האלצהיימר

השימוש בסטטינים בארה"ב ובגורמים זינק בשנים האחרונות בעקבות הרצון להפחית את מספר התקפי הלב, ולדברי חוקרים מבית הספר לרפואה באוניברסיטת וושינגטון, סיאטל, סטטינים יכולים להגן גם התפרצות של מחלת האלצהיימר. בדיקה של 110 רקמות מוח של תורמים למטרות מחקר סיפקה את העדות הישירה הראשונה לכך שסטטינים, הניתנים לטיפול ברמות גבוהות של כולסטרול ובמניעת מחלות לב, יכולים להגן גם בפני דמוציא ואובדן זיכרון, אבל החוקרים מזהירים שעדיין מוקדם להתחיל לטפל סטטינים רק כאמצעי למניעת אלצהיימר ודחש מחקר נוסף.

הצוות בראשותו של ד"ר גיל לי בדק את הקשר בין רקמות המוח של התורמים לבין אלצהיימר באמצעות בדיקת ההיווצרות של שכבות וחסימות של החלבון בתא עמילואי. השינויים האלה מתרחשים במוח הרבה לפני הופעת התסמינים לדמוציא, הם פוגעים בתאי המוח עד שנוצר בלבול, אובדן זיכרון ולבסוף מוות. החוקרים גילו הרבה פחות חסימות במוחם של אנשים שטופלו בסטטינים, בהשוואה לאלה שלא טופלו. הממצאים היו נכונים גם בשלל הגיל, המין וההיסטוריה של התקפי לב. זהו המחקר הראשון שמשווה מוחות של אנשים שטופלו בסטטינים לאלה שלא טופלו. "תוצאות המחקר מרגשות ויש להן השלכות חשובות לתכנון מניעת המחלה", אמר ד"ר אריק לרסון, שותף במחקר שפורסם לאחרונה בירחון האמריקאי לנירולוגיה. החוקרים משערים שזרימת הדם התקינה למוח, הנוצרת בעקבות השימוש בסטטינים, היא המפתח למניעת המחלה, אבל החוקרים מסייגים מזהירים שלא כולם נהנים מהשימוש בתרופות. "סטטינים יסייעו במניעת המחלה אצל אנשים מסוימים יותר מאשר אצל אחרים" אומר ד"ר לי. "יום יבוא ומע בטר דיוק איזה אדם ירוויח יותר מהשימוש בסוג סטטינים מסוים למניעת מחלת האלצהיימר". יש לצייץ כי לפני חמש שנים, מחקר באוניברסיטת בסטון גילה כי שימוש בסטטינים עשוי להפחית את הסיכון לאלצהיימר ב-79 אחוז גם אצל אנשים עם היסטוריה משפחתית של המחלה. מחקרים אחרים גילו קשר בין סטטינים לבין מניעת סרטן ומחלת הפרקינסון.

איסוף נתונים: גיא כהן

באירופה, בארה"ב, באוסטרליה ובמרבית מדינות המערב, CBT הוא מיינסטרים והטיפול העיקרי מבין הפסיכותרפיות. באנגליה ובהולנד, משרדי הבריאות מחייבים מטפלים לטפל ב-CBT כבחירה ראשונה במספר הפרעות נפשיות לגביהן קיימת הוכחה מדעית על יעילות השיטה (למשל, הפרעות חרדה). מטפלים אשר לא מציעים טיפול זה כבחירה ראשונה מסתכנים בתביעות משפטיות על רקע רשלנות רפואית

השימוש ב-CBT ובפסיכותרפיות שמושגות על ראיות עדיין מיוזר מול הקורה בעולם המערבי. יחד עם זאת, בשנים האחרונות ניכר שינוי בכך שיותר מטפלים מתעניינים ורוצים ללמוד CBT, ניכרת התעניינות גוברת גם מצד מתמחים שרוצים להתמחות ב-CBT. לאור מיעוט המומחים בתחום זה בארץ, חשוב להנחיל שיטה זו ולחנך דור עתידי שיהיה מיומן בה ויהיה זמין לדורשים. כך אמור להיווצר בסיס להמשך גדילה וגם להקמת גרעין של מערכת הכשרה בכל מרפאה ובית חולים. יש צורך להטמיע CBT בתכניות התמחות של פסיכולוגים ופסיכיאטרים.

צריך לזכור ש-CBT הוא במיוחד (cost-effective Otto et al, 2000), בעיקר עקב העבודה הממוקדת, טיפול יחסית קצר מועד, ויעילות גבוהה במניעת הישנות סימפטומים. בנוסף, חלה התקדמות רבה בתחום שכוללת פחות צורך במטפלים ומתבססת יותר על המטופל (Kenwright et al, 2001). צורה זו מספקת מודל חדשני למתן שירותים פסיכולוגיים ויש להמשיך לחקור אותה בהתייחס לשורה של הפרעות. גם קהל הצרכנים צריך להכיר שקיימים טיפולים בעלי יעילות גבוהה, ותפקיד רשויות הבריאות לספק מידע זה. אני מציעה לאמץ את הכיוון הטיפולי שמקובל באירופה ובארה"ב גם בישראל ולהרחיב את ההדרכה והדגש בכיוון זה.

ד"ר צופי מרום, ראש תחום CBT בהפרעות חרדה, בית החולים געה, פתח תקווה

שהטיפולים השונים יינתנו בדרך היעילה ביותר מחד וחסכונית מאידך (Cost-effective). יותר מיתר הפסיכותרפיות, הבסיס האמפירי והטיפול התכליתי של CBT מתאימים לדרישות אלו. משך הזמן של קורס טיפול ב-CBT, שנמשך בדרך כלל חודשים ספורים (כשמונה עד 20 מפגשים), קצר לעומת הפסיכותרפיות האקספלורטיביות הקלאסיות הרווחות. ההיסכון בזמן מגדיל את הסיכוי של כל מטופל להשלים בהצלחה את הטיפול מחד גיסא, ומאפשר לטפל ביותר מטופלים נזקקים באותה יחידת זמן מאידך גיסא. במערכות הציבוריות, המטפלות כיום רק בכשמונה אחוזים מהנזקקים בקרב הקהל הרחב, יש בכך יתרון חשוב.

למרות יעילותו הגבוהה של CBT, השימוש בו אינו נפוץ במידה הראויה בארץ. ממצא זה בולט בישראל בהשוואה למדינות מערביות. משורה של מחקרים עולה שהשימוש ב-CBT הוא פחות מפסיכותרפיות אחרות אשר חסרות ביסוס אמפירי. ברור שיש פער בין ההכרה ביעילות הגישה לבין היקף השימוש בה. אחת הסיבות לכך היא שלמרבית הצער, למרות כל המתואר לעיל, לא התפתח בישראל קאדר גדול דיו של מטפלים מומחים ב-CBT ולימודי גישה זו אינם חלק מהקוריקולום של התמחות כלשהי. שמרנות יחד עם מכשולים פוליטיים וארגוניים גרמו לכך שישאר טרם הצטרפה לארצות המתקדמות דוגמת הולנד, בריטניה, דנמרק, אוסטרליה, ניו זילנד וארה"ב. באירופה, בארה"ב, באוסטרליה ובמרבית מדינות המערב, CBT הוא מיינסטרים והטיפול העיקרי מבין הפסיכותרפיות. באנגליה ובהולנד, למשל, משרדי הבריאות מחייבים מטפלים לטפל ב-CBT כבחירה ראשונה במספר הפרעות נפשיות לגביהן קיימת הוכחה מדעית על יעילות השיטה (למשל, הפרעות חרדה). מטפלים אשר לא מציעים טיפול זה כבחירה ראשונה מסתכנים בתביעות משפטיות על רשלנות. במקביל, מרבית האוניברסיטאות מכשירות סטודנטים בטיפול ומחקר בתחום ה-CBT.

בישראל, בשלושת העשורים האחרונים קיים שימוש רחב בטיפולים פסיכו-פרמקולוגיים עדכניים להפרעות חרדה, אולם בעוד ששיטות טיפול פרמקולוגי השתנו באופן גורף, אופן הטיפול הפסיכותרפויטי בהפרעות חרדה לא השתנה. למרות הכרה מקצועית גוברת ביעילות CBT, בישראל השימוש ב-CBT מצומצם למדי. אנשים שסובלים מהפרעות חרדה, על פי רוב אינם זוכים לקבל טיפולים פסיכולוגיים שרלבנטיים להפרעתם. יש מעט מרפאות ל-CBT בסקטור הציבורי ובפרט. במהלך הלימודים וההתמחות, הן בפסיכולוגיה והן בפסיכיאטריה, מקומו של ה-CBT זניח, אם בכלל קיים. בארץ,

אלון עילאציו



**הטיפול בילד, כמו הטיפול
במבוגר, כולל טיפול
פרטני, טיפול קבוצתי
וטיפול משפחתי. המוצא
התיאורטי הוא מהעולם
הפסיכודינמי או מהעולם
ההתנהגותי-קוגניטיבי עם
התאמות בטכניקה על פי
הגיל ורמת ההתפתחות
של הילד. על גישות טיפול
בפסיכופתולוגיה של
ילדים ונוער**

חירי דנון

לאורך ההיסטוריה של האנושות, היילוד והילד נתפשו באופנים שונים ומגוונים. תפישות אלו היו פרי של החשיבה הפילוסופית של התקופה ובהמשך, עם זיגמונד פרויד וממשיכיו הן התבססו על עמדת המטפלים בהתפתחות האישיות והפסיכופתולוגיה ולא על מחקר או תצפית ישירה של הילדים עצמם. השיח המדעי על התפתחות הילד היה סביב הניגוד בין תכונות מולדות אצל הילד לבין השפעת החברה עליו ויחסי הגומלין ביניהן. כמו כן הילד לא נתפש כבעל עולם רגשי ומנטלי שונה מזה של המבוגר. זיגמונד פרויד היה הראשון שאמר "הילד אינו מבוגר קטן" ופיתח את תורתו על התפתחות הילד כהתפתחות פסיכו-סקסואלית. בהדרגה, דרך הפרקטיקה הקלינית עם ילדים ובהמשך דרך תצפיות ישירות ומחקרים על גנטיקה ומוח האדם, נוצרה התפישה העכשווית הרואה את הילד דרך תיאוריה משלימה, המאחדת את הביולוגיה והפסיכולוגיה עם משמעות הסביבה בהתפתחות הילד.

ב-1979 גילה קנדל שמבנה המוח משתנה על פי התנסויות, קרי, חשיפת הילד לסביבה ולקשרים בינאישיים. כמו כן, קלינאים ותאורטיקנים החלו להתייחס לגילאים שונים בראייה שונה ולראות את הייחודיות ההתפתחותית הנורמלית של כל גיל, יחד עם הפתולוגיות הנפשיות שלו. על כן, התפתחותו של הילד והתפתחות המחלה אצלו שזוהתו זו בזו. הבנת עובדת דרך שילוב התיאוריות הביולוגיות, החברתיות, התרבותיות, הפסיכודינמיות וההתנהגותיות. על פי התפישה העכשווית, הילד מתפתח בו זמנית על פני רצף של שלושה צירים: הביולוגי, הפסיכולוגי והחברתי. צירים אלה יוצרים מעגלים דינמיים בקשר זה עם זה ונמצאים בתנועה מתמדת. "התפתחות היא השדה שבו נעים המעגלים השונים, משיקים זה לזה ומתייחסים זה לזה" (ש. טיאנו, 1999). מטרתו הסופית של הילד היא אינטגרציה של כל המעגלים לאישיות בוגרת וברירה. כל מעגל עצמו או צומת של נגיעה בין מעגלים יכולים להיות טראומטיים לילד וליצור פתולוגיה.

מסיבות אלו ומסיבות היסטוריות, כמו פרסומו של פרויד את הטיפול בפוביה של הנס הקטן דרך אביו, ועבודתו של מלאני קליין ושל אנה פרויד על המשחק ככלי טיפולי בילדים, התפתחה הפסיכותרפיה הדינמית כטיפול השלט בפתולוגיות של ילדים. ב-20 השנים האחרונות, התפתחה הפסיכופארמקולוגיה עבור פתולוגיות של ילדים. יעילות הטיפול התרופתי פתחה תקוות חדשות ודחקה את הפסיכותרפיה הצידה. אולם בשנים האחרונות, הדילמות סביב סכנות (כמו הגברת האובדנות, עצירה התפתחותית ועוד) הטמנות במתן טיפול תרופתי לילדים ומחקרים המראים שלפסיכותרפיה תוצאות לא פחות טובות מאלו של הטיפול התרופתי, החזירו את הפסיכותרפיה בהתאמות מסוימות למקום ראשון בטיפול בילדים.

הקשר ההורי

ילדים הם שונים ממבוגרים וכל הטכניקות הלקוחות מטיפולים במבוגרים חייבות לעבור התאמה לרמת ההתפתחות המוטורית, הרגשית, הקוגניטיבית והחברתית של הילד, כמו כן לקצב השינויים השונה מזה של מבוגר. אישיותם של הילדים ושל המתבגרים נמצאת בהתפתחות

טיפול בין-אישי למתבגרים הוא טיפול קצר טווח בן 12 מפגשים שבועיים, המיועד לטפל במתבגרים בני 12 עד 18, הסובלים מדיכאון מגורי. הטיפול אינו מתאים כטיפול בדיכאון פסיכוטי או בהפרעה דו קוטבית. כמו כן אינו מומלץ אצל מתבגרים אובדיניים מאוד

הפנימי של ההורה ועולמו הפנימי המתפתח של הילד. תפישות מעוותות של ההורה את התינוק ישפיעו על התפתחות עולמו הפנימי של התינוק דרך תהליכים של הזדהות השלכתית.

מטרת הטיפול בגיל הניקוט היא לזהות את התפישות המעוותות של ההורה המושלכות על התינוק מצד אחד, ואת האפיונים של התינוק אשר עוררו את ההשלכות הפתולוגיות של ההורה מצד שני, על מנת לשחרר את התינוק ואת ההורה דרך הקישור של תהליכים אלה לתסמינים של התינוק.

טיפול במשחק עם ילדים

תיאוריות של משחק גורסות שמשחק הוא גורם חשוב מאוד בהתפתחות הילד ומעניק לו אפשרות והזדמנות להתנסות במגננוי התמודדות רבים בתהליך הגדילה. דרך משחק, ילדים בריאים או חולים לומדים להתמודד עם בעיות וקונפליקטים יומיומיים בצורה ספונטנית. הם מפתחים יצירתיות וקומפוטטיות ועל ידי כך בונים תחושה של ערך עצמי. המשחק הוא תהליך נפשי מורכב המכליל תהליכים נפשיים רבים, כמו חשיבה, דמיון, תכנון, סקנון, זיכרון, חזרתיות ועוד. ילדים הופכים חוויות ואירועים מחייהם לנגשים יותר דרך הכנסתם לעולם המשחק. כמו כן, משחק משמש כאמצעי תקשורת ושיח בין הילד לסביבתו. התבוננות במשחק של ילד מהווה כלי חשוב לצורך הצצה לעולמו הפנימי. מכאן חשיבותו של המשחק ככלי אבחון וטיפול בקרב ילדים. למשל, ילדים שעברו התעללות פיזית או מינית, המתקשים לספר את המעשים והחוויות שעברו, "מספרים" אותם דרך משחק סמלי באופן גלוי או מוסתר.

כתוצאה מהבנות ותצפיות אלו, התפתחה הטכניקה הטיפולית של "טיפול במשחק", שבה המשחק משמש מנוף להתערבות טיפולית. המשחק עם הילד הוא מדיום טיפולי ואינו מטרה בפני עצמו. רוב הגישות בטיפול במשחק הן פרטניות והגישה התיאורטית היא לרוב פסיכודינמית עם הדגשים שונים (חינוכיים, תמיכתיים ועוד). מטרת הטיפול במשחק היא זיהוי הקונפליקטים הפנימיים הבאים לידי ביטוי באופן סמלי דרך המשחק וטיפול בהם בעזרת פירושם מילוליים בזמן המשחק עם הילד. אקסליין ואנה פריד אף גרסו שטיפול המעודד משחק ומאפשר אותו בתנאים נוחים ומקבילים לילד יכול להביא לשינוי ללא פירושם.

טיפול במשחק הוא כלי טיפולי מועדף אצל ילדים. עם זאת, על המטפל להיזהר לא "להיתקע" במשחק אינסופי חסר משמעות עם הילד, שבו שניהם נהנים והילד נראה נענה לטיפול, אך זו היענות מדומה. במצב

שונות. הטיפול בילד, כמו הטיפול במבוגר, כולל טיפול פרטני, טיפול קבוצתי וטיפול משפחתי. המוצא התיאורטי הוא מהעולם הפסיכודינמי או מהעולם ההתנהגותי קוגניטיבי עם התאמות בטכניקה על פי הגיל ורמת ההתפתחות של הילד.

טיפול בגישה דינמית

בשנת 1910, הפסיכיאטר השווייצרי בלילר השתמש לראשונה בביטוי "פסיכולוגיית העומק". ב-1913, זיגמונד פרויד השתמש גם הוא באותו ביטוי על מנת להבדיל את הרעיונות שלו מן הפסיכולוגיה של המודע, שהיתה דומיננטית באותה תקופה (Pongratz, 1983). היום הביטוי "פסיכולוגיית העומק" מכיל בתוכו גישות שונות של פסיכותרפיה המבוססות על הנחות תיאורטיות דומות. פסיכותרפיה דינמית ופסיכותרפיה באוריינטציה פסיכואנליטית נחשבות, לרוב, כמילים נרדפות. ההנחה הבסיסית של הפסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית היא שתסמינים אינם עומדים בפני עצמם, הם נוצרים על ידי קונפליקטים לא מודעים בין מוקדים ותפקודים נפשיים שונים. הכלי הטיפולי העיקרי הוא הפיחש של המטפל הן את ההעברה (transference) שבה המטופל משליך על המטפל רגשות וחוויות מן העבר ואת ההעברה הנגדית (counter transference), המכלילה את הרגשות של המטפל כלפי המטופל והן את האסוציאציות החופשיות, החלומות והמחשבות שלו.

המוצא התיאורטי וההבנה של התהליכים בפסיכותרפיה הדינמית אינם שונים אצל מבוגרים, ילדים או מתבגרים. עם זאת, אי אפשר לטפל בילדים ובמתבגרים באותן טכניקות מבלי לעשות התאמות על פי שלבי ההתפתחות של המטופלים.

כפי ש-Peter Fonagy (1988) אומר, פסיכותרפיה באוריינטציה אנליטית עם ילדים ומתבגרים מבוססת על החשיבה האנליטית וכוללת הדרכה בניתוח של ההעברה וההעברה הנגדית, המאפשרות למטפל להשתמש בתגובותיו הרגשיות על מנת להבין טוב יותר את עולמו הסובייקטיבי של המטופל. גמישות בטכניקה ובאופן יצירת הקשר היא הכרחית בטיפול בילדים ובמתבגרים. גישה זו מאפשרת שימוש בפסיכותרפיה דינמית בהפרעות נפשיות קשות מאוד, כמו כן בהדרכת הורים, בטיפולים מניעתיים ועוד.

פסיכותרפיה בגיל הניקוט

בגיל הניקוט, הטיפול בתינוקות המראים תסמינים של חריגות מתבצע בנוכחות התינוק וההורים בחדר הטיפולים, כאשר "המטופל הוא הקשר הורה-תינוק" (דניאל שטרן, 1998). קיים קשר הדוק בין עולמו

ואינה קבועה ויציבה. מצב זה מאפשר פרוגנוזה טובה מאוד לשינוי, אך מצריך אבחנה רחבה ומחזיקת והתערבות מהירה וממוקדת.

ילדים, באופן טבעי, מפתחים את עולמם הרגשי ומביעים אותו דרך משחק אקטיבי ומילוליות חלקית. הם מתקשים להביע מילולית את הפחדים והחרדות שלהם ונוטים להראות את בעיותיהם דרך פעולה ישירה או משחק. מכאן, חשיבותו של המשחק, על כל צורותיו, ככלי בטיפול בילדים.

ילדים, במידה רבה, תלויים פיזית ורגשית בהוריהם. הקשר עם ההורים הוא המנוף העיקרי להתפתחות וגדילה של הילד, אך באותה מידה הוא גם מקור לפחדים ולחרדות. כל שינוי אצל הילד משתקף בהורים, וכל שינוי אצל ההורים משפיע על הילד. אצל תינוקות במיוחד, הקשר הורה-ילד משמעותי ביותר בהיווצרות פתולוגיה, והעבודה הטיפולית היא דרך ההורים.

לרוב ההורים הם אלה החשים בשינויים אצל ילדיהם, ראים את הבעיות ומפרשים את ההתנהגויות החריגות של ילדיהם. הם גם מביאים אותם לטיפול. ילדים בדרך כלל אינם מודעים לקשייהם ואינם רוצים שינוי (Anna Freud), על כן, המוטביציה הראשונית לטיפול היא לרוב של ההורים. מכאן שההורים והמשפחה מהווים חלק בלתי נפרד מהטיפול בילדים. כל תכנית טיפולית עם ילדים אשר אינה מוסכמת על ההורים ואינה כלולת קשר טיפולי או הדרכתי עימם, נידונה לכישלון. טיפול בילדים חייב להתייחס במידה רבה לרצונות, לתכניות ולהשקפות של ההורים, אך עם זאת מבלי לפגוע באמונתו המקצועית ועמדתו האתית של המטפל.

פסיכופתולוגיה אצל ילדים

פסיכופתולוגיה אצל ילדים אינה בהכרח מנבאת פסיכופתולוגיה בגיל המבוגר. תסמונות מסוימות אצל ילדים אינן בהכרח ביטויים של תסמונות המבוגרים אצל הילד. פסיכופתולוגיה אצל ילדים מתבטאת לרוב בקשיים בתפקוד החברתי ומוצאת את ביטוייה במסגרות החינוכיות או ביחסים עם קבוצת השווים. תהליך האבחון והטיפול אצל ילדים חייב להתייחס באופן אינטגרטיבי למידע מגורמים אלה ולהכלילם בחשיבה על בחירת הטיפול המתאים.

ההבנה שלילדים עולם משל עצמם, פתולוגיה משל עצמם, יחד עם ההבנה שקיימת האפשרות למנוע פתולוגיות ולהחזיר את הרצף והקצב ההתפתחותיים של הילד המפתח תסמינים לנורמליים דרך התערבויות מתאימות ומוקדמות, גרמה להגברת הצורך והבקשה ליעוץ ולטיפול. ממשלות במדינות רבות פיתחו תכניות ייעוץ לטיפול בילדים על מנת לתת מענה. תכניות אלו השפיעו רבות על הגישות הטיפוליות, לצד הפסיכותרפיה הדינמית-אנליטית במשחק או בשיח.

בהתחשב במאפיינים ייחודיים אלה, פותחו שיטות טיפול מיוחדות לילדים הסובלים מהפרעות נפשיות

בהפרעות החרדה המונו-סימפטומטיות, בהפרעה טורדנית כפייתית בילדים, באנוחיס ובאנוקופחיס, טכניקות התנהגותיות קוגניטיביות חתגלות כיעילות ביותר, בשילוב עם טיפול משפחתי או הדרכת הורים. במצבים שתסמינים אלה הם ביטוי להפרעה רחבה יותר, טיפול פסיכודינמי במשחק או בשיחות מהווה תשובה

כזה, הילד סוחף את המטפל ומרחיק אותו ממטרותיו, והמטפל מצידו משכנע את עצמו שהילד מטופל. למרות העדר גבולות נוקשים בנוגע לגיל המתאים לשימוש בטכניקה זו, טיפול במשחק מתאים בעיקר לטיפול בילדים בגילאים שלוש עד 12. השימוש בטיפול במשחק מתאים לספקטרום רחב של הפרעות, אולם האינדיקציה השכיחה ביותר לשימוש במשחק היא הפרעות גשיות חרדיות ומעכבות, ללא תסמינים ספציפיים, המעריכים תפקודים רחבים של האישיות. כמו כן, היא מתאימה ביותר לילדים הסובלים מהפרעות הסתגלות (adjustment disorder) ומקשיים בין-אישיים. ילדים הסובלים מהפרעות התנהגות יכולים גם ליהנות מטיפול במשחק בתנאי שההתנהגות אינה תוקפנית ואלימה מאוד. הטכניקה אינה מתאימה לילדים בעלי תפקוד אינטלקטואלי נמוך. כמו בכל טיפול בילדים, הדרכת ההורים היא הכרחית.

טיפול בגישה התנהגותית קוגניטיבית

התפישה הקוגניטיבית של פסיכופתולוגיה גורסת שילדים ומתבגרים בונים את המציאות שלהם בעצמם ובאופן פעיל. מכאן ההנחה כי הפרעות נפשיות אצל ילדים נגרמות, לפחות חלקית, עקב כשלים וליקויים בעיבוד הקוגניטיבי. מטפלים קוגניטיביים מניחים ששינויים בחשיבה יביאו לשינויים ניכרים במצב הרוח, בהתנהגות ובקוגניציה. בתפישה טיפולית זאת, המותאמת לילדים, ניתן מקום נכבד לתהליכי למידה ולהשפעת המשפחה והסביבה על הקוגניציה ועל ההתנהגות. טיפול ב-CBT אצל ילדים צעירים מבוסס בעיקר על טכניקות התנהגותיות עם מיעוט שימוש בטכניקות קוגניטיביות בהתחשב בבשלות הקוגניטיבית שלהם. ככל שהילדים מתקדמים לגיל ההתבגרות, השימוש בטכניקות קוגניטיביות גובר. הטיפול ההתנהגותי קוגניטיבי, שהחל כטיפול פרטני המותאם לילדים, מתפתח לטיפולים המעריכים את ההורים ואת הסביבה הקרובה בטיפול. במצבים רבים, טיפול



ב-CBT משלב גם את המסגרת החינוכית שבה לומד הילד.

כיום משתמשים בטכניקות של CBT בטיפול כמעט בכל ההפרעות הפסיכיאטריות של ילדים, אולם טכניקה זו מתאימה ביותר לטיפול בפוביה חברתית ובפוביות מונוסימפטומטיות, כמו למשל פוביות מחיות. על פי מחקרים, נראה כי גישה זו יעילה מאוד בטיפול בהפרעות חרדה, בהפרעות דיכאון, בהתנהגות תוקפנית ובהפרעות קשב וריכוז. משתמשים בטכניקות של טיפול התנהגותי באנווריס ואנוקופרסיה אצל ילדים.

בשנים האחרונות פותחו טכניקות רבות לטיפול גם בפתולוגיות קשות כמו פסיכוזות, סכיזופרניה והפרעות אישיות קשות.

טיפול התנהגותי מתמקד בהתנהגות הגלויה של המטופל. מטרת טיפול זה היא העלמת התסמינים הגלויים והחלפת התנהגויות שאינן תואמות בהתנהגויות תואמות יותר. טיפול התנהגותי מבוסס על העקרונות של תיאוריות למידה.

מטרתו של טיפול קוגניטיבי היא גרימת שינויים בדפוסי חשיבה על מנת לחולל שינויים ניכרים במצב רוח, בהתנהגות ובקוגניציה. הטיפול הוא לרוב קצר-טווח, מובנה ומתמקד בפתרון בעיות בהווה. לטיפול הקוגניטיבי שלושה מרכיבים: מרכיב דידקטי, טכניקות קוגניטיביות וטכניקות התנהגותיות. הטכניקות המובילות בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הן:

◀ **הפחתת רגישות שיטתית (systematic desensitization)** – המטופל נחשף באופן הדרגתי לאובייקט המעורר חרדה, בתחילה בדמיון, ובהדרגה ובשיטתיות למצבים המעוררים חרדה בעוצמה גוברת, ולומד איך להתמודד אתם. שיטות אלו פועלות טוב עם ילדים גדולים ועם מתבגרים. אצל ילדים צעירים קשה להגיע לרגיעה בשרירים

ולהביא אותם לדמות בבהירות את המצב המעורר חרדה. במקרים כאלה משתמשים בטכניקה של דסנסיטיזציה בתנאי מציאות.

◀ **"הצפה"** – שבה המטופל נחשף בשלב מוקדם בצורה מסיבית לאובייקט המעורר חרדה עד להרגעה ולימוד רגישות שליטה במצב.

◀ **"טיפול אברסיבי"** – על ידי יצירת אסוציאציה לא נעימה (ענישה) כאשר התסמינים או ההתנהגויות הלא רצויים מופיעים.

◀ **חיזוק חיובי** – המטופל מקבל פרס על התנהגות רצויה.

◀ **מדגים-משתתף** – המטופל לומד בדרך של חיקוי.

◀ **אימון הורים** – משתמשים בטכניקה זו בעיקר עם הורים לילדים עם בעיות התנהגות, ומלמדים הורים חסרי מיומנויות הוריות להשתמש בדרכים חינוכיות יעילות ומתאימות יותר.

◀ **אימון לאסרטיביות ולכישורים חברתיים** – מלמד את המטופל להגיב בצורה תואמת במצבים חברתיים משתנים ולבטא את עצמו על מנת להשיג את המטרות שלו.

◀ **טכניקות של הרפיה.**

◀ **טכניקות קוגניטיביות קלאסיות.**

◀ **הפקת מחשבות אוטומטיות** – מחשבות אוטומטיות הן מחשבות המתווכות או מתערבות בין אירוע חיצוני לבין תגובת המטופל לאותו אירוע ויוצרות פער בין המציאות ותפישת המציאות של אותו המטופל.

◀ **בדיקת החשיבה האוטומטית** – המטפל יעזור למטופל לבחון את המחשבות ולדחותן לאחר בחינה.

◀ **זיהוי הנחות לא-סתגלניות** – הנחות המייצגות את המחשבות האוטומטיות של המטופל.

◀ **בחינת תקפות ההנחות הלא-סתגלניות** – מטרת הבחינה היא לעמת את המטופל עם אי-תקפותן של הנחות אלו ולעזור לו להפריח אותן.

טכניקות של טיפול התנהגותי-קוגניטיבי מעודדות עצמאות במטופל והן עוזרות להסתגלות חברתית, לכן הן מתאימות לילדים ולמתבגרים הנמצאים בתהליך התפתחותי בכיוון רגישות עצמאות.

טיפול בין-אישי למתבגרים (IPT-A)

טיפול בין-אישי למתבגרים הוא טיפול קצר טווח בן 12 מפגשים שבועיים, המיועד לטפל במתבגרים בני 12 עד 18, הסובלים מדיכאון מגורי. הטיפול אינו מתאים כטיפול בדיכאון פסיכטי או בהפרעה דו קוטבית. כמו כן אינו מומלץ אצל מתבגרים אובדיניים מאוד.

IPT-A היא גישה טיפולית אקספרסיבית תמיכתית הנמצאת תיאורטית בין הגישה הפסיכודינמית לבין הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית. הטיפול הוא מתוקן וכולל ספר הוראות (Mufson et al, 1993) ותכנית הדרכה ספציפית למטפל. מטרת הטיפול היא להקל על התסמינים הדכאוניים ולשפר את התפקוד

הבין-אישי של המתבגר הדכאני. הטיפול הבין-אישי מתבצע בשלושה שלבים.

מטרת השלב הראשון היא לבדוק את התאמת המתבגר לסוג זה של טיפול, לספק מידע על אודות מחלת הדיכאון למתבגר ולמבוגרים המשמעותיים בחייו. בשלב זה המטפל מעריך את איכותם ומהותם של היחסים הבין-אישיים של המטפל יחד עם ציפיותיו מקשרים אלה. כמו כן, המטפל בודק ומעריך את בעיות התקשורת הבין-אישית של המתבגר; הוא מזהה את נקודות הכוח באישיותו ובסביבתו. כל אלה מסייעים למטפל להבין את מהות הדיכאון של המטופל בקונטקסט החיים הבין-אישיים שלו ולזהות מספר בעיות מפתח שבהן יתמקד הטיפול בהמשך. השלב השני מתמקד בעבודה על הנושאים והבעיות שנבחרו בשלב הקודם בהתייחסות לחמשת שטחי הבעיות המוגדרים בגישה טיפולית זו: 1. צער, 2. מאבקיו כוח, 3. החלפת תפקידים, 4. ליקויים בין-אישיים, 5. משפחה חד הורית.

כפי שאפשר לראות, יש התאמה גדולה בין שטחי בעיות אלו לבין הבעיות המעסיקות את המתבגרים. למשל, אם הבעיה הנבחרת כגורמת לדיכאון היא תפישה מעוותת של פרידה מדמות אהובה, העבודה תיעשה דרך השטח הראשון שהוא צער. המטרה תהיה לעזור למתבגר לקבל את האובדן, לעבד את גרשות הדחייה והנטישה המתלווים, לאמוד מחדש את מהות הקשר האבוד ולהעריך באופן מציאותי את הקשרים החברתיים הנוותרים.

השלב האחרון הוא שלב הסיום בן ארבעה מפגשים. בשלב זה מסכמים את תהליך הטיפול ומעריכים את תוצאותיו עם המתבגר ועם הוריו. השלב כולל עבודה על פרידה שבה דנים בין היתר גם על האפשרות של הישנות הדיכאון, זיהוי הסימנים הראשונים וצורת הטיפול במצב זה.

הטיפול IPT-A היא גישה טיפולית ממוקדת מאוד ומכוונת תסמינים. המוקד העיקרי של ההתערבות הטיפולית הוא הדיכאון העכשווי, ללא ניסיון לטפל באישיות כולה.

טיפולנים קבוצתיים בקרב ילדים ומתבגרים

באופן טבעי, ילדים ומתבגרים חיים רוב הזמן בקבוצה בבית הספר, בתנועות הנוער ועוד. אינטראקציות חברתיות הן חלק ניכר וחשוב בתהליך ההתפתחות של הילד ושל המתבגר. רוב הלמידה בכלל והחברתית בפרט מתבצעת דרך התבוננות באחרים (Bandura, 1989). בנוסף, מתבגרים נוטים להיפתח ולדבר בקלות רבה יותר בקרב בני גילם מאשר מול מבוגרים. מסיבות אלו טיפול קבוצתי הוא כלי טיפולי חזק ויעיל מאוד בקרב ילדים ומתבגרים. טיפול קבוצתי על פי "Leader (1991) מהווה סביבה טיפולית בה המתבגרים יכולים לשים במוקד העבודה את בעיותיהם הבין-אישיות ולבחון ביחס לאחרים את עמדותיהם בנוגע לשאלות זהות כגון "מי אני?", "עם מי אני מזדהה?", "במה

אני מאמין?" ו"לאן אני הולך?". בנוסף, הם לומדים לשתף פעולה בקבוצה ולהתמודד עם סוגיות של קנאה, תוקפנות, כעס, מיניות, אהבה ופרידה. רוב המתבגרים מוכנים לטיפול עקב בעיות ביחסייהם עם אחרים בחייהם. טיפול בסוגיות אלו בקבוצה הוא יעיל מאוד.

יש סוגים שונים של קבוצות, שמתבססות על תיאוריות פסיכולוגיות שונות בעלות מאפיינים מגוונים. בכל סוג של קבוצה על המטפל לקבל על עצמו תפקיד פעיל יותר ומארגן יותר, זאת על מנת להפחית את החרדה הפוגעת ביעילות הקבוצה ולעודד תהליכים של מודלינג והזדהות. טיפול קבוצתי מתאים לטיפול בכל ההפרעות הנפשויות בקרב ילדים ומתבגרים, בתנאי שסוג הקבוצה מותאם לצרכים וליכולות של המטופל.

טיפול משפחתי

אחת הגישות לטיפול בילדים ובמתבגרים היא הטיפול המשפחתי. טיפול זה מהווה טיפול עיקרי או טיפול עזר לטיפולים פרטניים או לטיפולים תרופתיים. הטיפול המשפחתי יעיל בהפרעות נפשיות קשות כגון סכיזופרניה, דיכאון, הפרעות התנהגות, הפרעות קשב וריכוז, הפרעות אכילה וסירוב ללכת לבית הספר (school phobia, school refusal), כמו גם בטיפול במשברי חיים כרוניים או אקוטיים. הטיפול המשפחתי אינו רואה בפרט את המטופל, אלא את המשפחה כולה ואת מערכת היחסים ביניהם.

מטפלים משפחתיים גורסים כי בעיות במשפחה אינן תוצאה של הפרעה של פרט זה או אחר במשפחה, אלא הן תוצאה של אינטראקציות מערכתיות בתולוגיות במשפחה. כמו כן, קיים יחס הדוק בין תהליכים משפחתיים והפרעות נפשיות. הפרעה של פרט במשפחה מפרה את האיזון המשפחתי, ובאותה מידה אינטראקציות משפחתיות מופרות מגבירות ומחריפות בתוך את ההפרעה של הפרט. על פי מטפלים משפחתיים, הפרעות נפשיות בקרב ילדים ומתבגרים עלולות להצביע על הפרעות ביחסים הבין-אישיים במשפחה. בו זמנית, תסמינים אצל פרט זה או אחר עלולים להיתפש כמארגנים ושומרים על האיזון המשפחתי.

התמרץ הראשוני לטיפול המשפחתי היה תיאוריית ה-"double-bind" כהסבר לסיבת היווצרותה של מחלת הסכיזופרניה (Bateson et al, 1956) ותיאוריות משפחתיות אחרות העוסקות במחלה זו (Lidz and Singer, 1963, Wynne, 1958). בהמשך, התפתחו טכניקות רבות ממוקדות משפחה.

יש גישות שונות לטיפול המשפחתי, החשובות ביניהן הן הטיפול המשפחתי המערכתי של מינושין (1981), טיפול משפחתי התנהגותי, טיפול משפחתי בתפישה פסיכודינמית וטיפול משפחתי אסטרטגי.

טיפול בהפרעות נפשיות קשות

הפרעות נפשיות קשות של ילדים ומתבגרים, כמו

אוטיזם של גיל הילדות, סכיזופרניה של גיל הילדות, אנורקסיה, הפרעות התנהגות, הפרעות קשב וריכוז וחרדת פרידה המתבטאת בסירוב ללכת לבית הספר, הן הפרעות הפוגעות בכל הפונקציות והתחומים של אישיות הילד ועלולות לגרום לעצירה או לגרסיה התפתחותית קשה. כמו כן, הן פוגעות בתפקוד המשפחה כולה, או נגרמות חלקית כתוצאה מהורות לקויה. תכנית טיפולית אינטגרטיבית המשלבת בתוכה טכניקות ותפישות מגוונות על פי הצורך היא התשובה לתסמונות קשות אלו.

לעומתן, בהפרעות החרדה המונו-סימפטומטיות, בהפרעה טורדנית כפייתית בילדים, באנורקסיה ובאנקופריזיס, טכניקות התנהגותיות קוגניטיביות מתגלות כיעילות ביותר, בשילוב עם טיפול משפחתי או הדרכת הורים. במצבים שתסמינים אלה הם ביטוי להפרעה רחבה יותר, טיפול פסיכודינמי במשחק או בשיחות מהווה תשובה.

לסיכום, הטיפול הנפשי בפתולוגיה של הילד והמתבגר כולל טכניקות וגישות טיפוליות שונות ומגוונות. הוא בעיקר נשען על התיאוריה הפסיכודינמית ועל התיאוריה ההתנהגותית-קוגניטיבית ועושה שימוש בטכניקות של טיפול פרטני, קבוצתי, משפחתי ובטיפול במשחק ככלי אבחוני וטיפולי המאפשר מפגש עם עולמו הפנימי של הילד. בפתולוגיות הדורשות זאת, טיפול תרופתי משולב בפסיכותרפיה. הבסיס לבניית תכנית טיפולית מתאימה לילד נוצר דרך תהליך ארוך ומורכב של הערכה ואבחון, המתייחס למעגלים השונים בחיי הילד, באופן רחב וכוללי. בתהליך זה יש חשיבות רבה לגילו של הילד ולשלב ההתפתחותי שבו הוא נמצא.

הטיפול בפסיכופתולוגיה בילדות נוגע בעולמו הרגשי של הילד, בפנטזיות, בחרדות ובמשאלות מעולמו הפנימי, כמו גם בתכנים הקשורים בעולם המציאות ובתפקודו היומיומי של הילד במסגרות השונות. מתוך כך, הטיפול בילד הוא מורכב וכולל מפגש עם עולמות שונים כמו המשפחה, בית הספר, קבוצת השווים, זאת באופן אינטגרטיבי ומשולב. הגישות השונות לטיפול בפתולוגיות של ילדים רואות את הוריו של הילד כחלק מהתמונה הקלינית ומגישות את שילובם של ההורים בתוך התהליך הטיפולי. הטיפול בילד בהכרח קשור בטיפול או בהדרכה להורים והוא מתאפשר דרך הסכמתם ומחויבותם של ההורים לתהליך הטיפול.

קיומן של גישות טיפוליות שונות והצורך בהתייחסות כוללת ואינטגרטיבית לחיי הילד דורשים מן המטפל מידה רבה של גמישות ויצירתיות בתהליך הטיפול ויכולת להישען על מגוון אפשרויות טיפול, בהתאם לצרכים הספציפיים של המטופל.

מירי דנון, פסיכולוגית קלינית מדריכה, מנהלת השירות הפסיכולוגי, בית החולים גוה, פסיכולוגית ארצית, שירותי בריאות כללית

אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי נמצאת בסיכון גבוה לפתח הפרעות נפשיות. במדינות שונות בעולם קיימת תכנית הכשרה לפסיכיאטרים המטפלים באוכלוסיה זו ואף הוקמה מערכת טיפולית ייעודית הכוללת מרפאות ומסגרות אשפוז. בישראל, אין כיום מערכת כזו. ד"ר נחום כץ על הקושי בהתמודדות עם אבחנה כפולה והטיפול בהפרעות פסיכיאטריות נלוות לפיגור שכלי

פיגור ותחלואה נפשית

ד"ר נחום כץ

ההפרעות המאובחנות נע בטווח רחב מעשרה אחוזים עד 60 אחוז. ניתן להסיק שהשייכות היא גבוהה יותר מאשר באוכלוסיה הכללית. כלומר, אוכלוסיה זו נמצאת בסיכון גבוה לפתח הפרעות נפשיות. כן נמצא שכלל שחומרת הפיגור עולה, הסיכון להפרעה פסיכיאטרית נלוות עולה.

ההתמודדות עם אבחנה כפולה, *dual diagnosis*, פיגור שכלי והפרעות פסיכיאטריות, היא מרכיב מרכזי בטיפול באנשים עם פיגור שכלי. כאמור, הפרעות אלו יכולות להתבטא כהפרעות התנהגות לא ספציפיות שאופייניות לאנשים עם פיגור, אך בהחלט גם בסימפטומים האופייניים לכל הפרעה נפרדת.

אוטזם

ב-75 אחוז מכלל הסובלים מאוטזם יש גם פיגור שכלי בדרגות שונות. ב-20 אחוז מהאנשים עם פיגור יש דרגות שונות של אוטזם. מכאן האבחנה הכפולה של פיגור ואוטזם היא שכיחה וקיים קושי רב להבחין ביניהם. רוב האנשים עם פיגור הם בעלי מיומנויות בין-אישיות סבירות, רצון ויכולת לקשר וכישורי שפה. בכך ניתן להיעזר באבחנה בין הפרעות אלו, מאחר שאנשים עם אוטזם ולוקים בתקשורת החברתית וכישורי השפה שלהם פגועים. כאמור, קיימת אבחנה כפולה בשיעור גבוה וחפיפה רבה בביטויים ההתנהגותיים. לכן, ניתן לראות בנאמר על ההתמודדות עם פיגור שכלי כרלבנטי גם לאוטזם.

לב, התנהגות סטריאוטיפית – מעשים חוזרים על עצמם שוב ושוב ללא תכלית ומטרה כמו קפיצות, חיכוך, מחיאות כפיים, נגיעות; התנהגות מינית לא תואמת, גרימת רעש רב והפרעות אכילה, שיתבטאו בשינויים בתיאבון, בדחף למוצרי מזון מסוימים כמו קפה ופחמימות ואכילה של מוצרים שאינם מזון. כן יופיעו הפרעות בשינה. התנהגויות אלו יכולות להופיע בצורה המשכיית או התקפית.

הסיבות למצוקה הן רבות ומגוונות ונובעות במידה רבה מהקושי להבין את ההתרחשויות סביב ולהסתגל לשינויים. לכן, קיימת רגישות ניכרת לשינויים בסביבה ובגוף (בעיות גופניות, החל מגרד וכאבי ראש, יהיו אף הן מקור למצוקה); לשינויים בקרב האנשים הקרובים – משפחה, חברים, מטפלים; לשינויי מזג האוויר ולשינויים פיזיים שונים.

הפרעות פסיכיאטריות וההתמודדות עם אבחנה כפולה

ההפרעות פסיכיאטריות שונות הן מהגורמים השכיחים למצוקה ולהפרעות התנהגות באוכלוסיה זו. במשך שנים רבות ראו בכל ביטויי המצוקה והפרעות ההתנהגות של אנשים עם פיגור שכלי כחלק מהפיגור עצמו, ללא ניסיון ויכולת להבחין בהפרעות נוספות, נלוות לפיגור השכלי, מצב שמכונה *Diagnostic overshadowing*.

החל משנות ה-70 פורסמו מחקרים רבים שמוכיחים כי בקרב אנשים עם פיגור שכלי מופיעות כל ההפרעות הפסיכיאטריות המוכרות. שיעור

פיגור שכלי, או *Intellectual disability* – המונח המקובל כיום בספרות המקצועית, מופיע בשיעור של 0.5–1.5 אחוזים מכלל האוכלוסיה במדינות המפותחות. בישראל מוכרים כ-25 אלף אנשים עם פיגור שכלי (כ-0.4 אחוזים מכלל האוכלוסיה), אך סביר שמספרם גבוה יותר ומסיבות שונות לא אובחנו ולא זכו להכרה הראויה. רוב האנשים עם פיגור שכלי בישראל חיים בקהילה, כ-8,000 חיים במסגרות שונות.

בעבר, אבחון של פיגור שכלי התבסס בעיקר על הציון שהתקבל במבחני ה-IQ, כאשר מציון 70 ומטה, ככל שהערך נמוך יותר, הפיגור קשה יותר. במהלך השנים חל שינוי בהתייחסות החברתית, החוקית והמקצועית לאוכלוסיה זו, בציפייה לשילוב מרבי של מפגרים בקהילה וניהול אורח חיים עצמאי ככל שניתן. לכן, האבחון כיום עדיין מייחס חשיבות לציון ה-IQ אך גם חשיבות גוברת ליכולת התפקודית במסגרות השונות ובקהילה. זו הגישה הן ב-DSM-IV והן ב-ICD-10, שמתבטאת בהתייחסות למיומנויות בין-אישיות, שימוש במשאבים חברתיים, כישורי למידה, יכולת לעבוד, למגורים עצמאיים, דאגה לבטיחות וניהול זמן פנוי. באנשים עם פיגור שכלי, על רקע הפגיעה המוחית הראשונית, קיים קושי בוויסות דחפים ויכולת תקשורתית פגועה. חלקם מפתח דפוסי התנהגות אופייניים בהתמודדות עם מצוקה שמתבטאת בתוקפנות כלפי אנשים ורוש, פגיעה עצמית (*self injurious behavior - SIB*), חיפוש תשומת

הפרעות קשב וריכוז

הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה פסיכיאטרית נוספת המופיעה בשיעור גבוה מאוד באוכלוסייה זו. מחקרים שנעשו בקרב ילדים ובני נוער עם פיגור מצאו שיעור של 35 אחוז הפרעות קשב וריכוז. עדיין אין עבודות מקבילות בקרב המבוגרים, אך באוכלוסייה הכללית ניתן להסיק ששיעור גבוה בילדות יתבטא בשיעור גבוה גם בבגרות. האבחנה היא קשה ולעתים תכופות לא ניתן להשתמש בשיטות המקובלות לצורך אבחון. בעזרת מודעות גבוהה והשוואת הנבדקים לרמת הגיל והתפקוד הרלבנטי, ניתן לזהות קשיי קשב וריכוז חריגים. חלק מהחולים מגיב היטב לטיפול בתכשירים סימפטומטיים.

הפרעות במצב הרוח

רבים מהאנשים עם פיגור שכלי מודעים למצבם, למגבלות התפקודיות, לקשיים בהשתלבות בקהילה ולדימוי הנמוך שלהם. הם חשופים להתייחסות פוגעת, מעליבה ואף תוקפנית. מצב מתמשך זה מעלה את שיעור התגובה הדכאונית וכלל השכיחות של דיכאון היא גבוהה ונאמדת ב-40 אחוז. הסימפטומים האופייניים לדיכאון קיימים גם באוכלוסייה זו אך שיעור הדיכאון האטיפי גבוה במיוחד. הסתגרות, חוסר עניין בסביבה, תפקוד ירוד, הפרעות בתיאבון ובשינה הם ביטויים התנהגותיים שכיחים באנשים אלה ולכן ניתן בקלות לפספס סימפטומים מובהקים של דיכאון. לכן, למרות שבמחקרים מזהים שיעור גבוה של דיכאון, בפועל רובם אינם מאובחנים ולא זוכים לטיפול הראוי. היכרות ממושכת עם אנשים אלה, בעיקר על ידי המערכת התומכת, היכולת לזהות שינויים לאורך ציר הזמן ומודעות גבוהה יכולות להעלות את החשד להתפתחות מצב דכאוני. בבדיקה מקיפה ותוך הצגת שאלות ישירות ניתן אף לקבל מידע על מצב רוחם, מחשבות עם תכנים דכאוניים ואף אובדנות.

הפרעה דו קוטבית

הפרעה דו קוטבית אף היא שכיחה יותר מאשר באוכלוסייה ומופיעה בשיעור של שני אחוזים. גם באנשים אלה הפרעות בשינה, פעילות יתר, התנהגות חסרת שיפוט בהיבט החברתי והמיני, אפקט מרומם, מחשבות גדולות, סף גירוי נמוך ותוקפנות ייתכנו כביטויים למצב מאני.

סכיזופרניה

כבר בשנת 1919 Kraepelin זיהה ותיעד אנשים עם פיגור שכלי הסובלים מסכיזופרניה. הוא ייחס חשיבות רבה לממצא זה וראה בו אפשרות ללמוד על תהליך התפתחות הסכיזופרניה. הוא כינה שילוב זה בשם Pfpopschizophrenia. העבודות האפידמיולוגיות שנעשות כיום מזהות כשני אחוזים



לאור הליקוי המוחי הבסיסי, התגובה לתכשירים רפואיים יכולה להיות שונה. אנשים עם פיגור שכלי עלולים להגיב לחימונים נמוכים מהרגיל, לפתח תופעות לוואי בשיעור גבוה מהמקובל ואף לפתח תגובות פרדוקסליות ובלתי צפויות. לכן, יש לנקוט משנה זהירות במתן תכשירים אלה

מאנשים עם פיגור שכלי כסובלים מסכיזופרניה. קיים קושי רב ולעתים לא ניתן להבחין בין ביטויי הפיגור לסימנים השליליים של הסכיזופרניה, אך הזיות השמיעה והראייה, הפרעות בולטות במהלך החשיבה ומחשבות שווא שונות, הן שכיחות. כלי עזר מרכזי באבחון מצב פסיכטי הוא ההסתכלות, בהבנה שלא כל התנהגות חריגה היא ביטוי לפיגור והתנהגות שבמטופלים אחרים אנו מזהים כהתנהגות הלוצינטורית, אבחנה זו יכולה להתאים גם באנשים אלה באותה מידה. המשך הבירור על ידי אנומזה מפורטת יכול לאשש קיומן של מחשבות שווא שונות.

הפרעות חרדה

הפרעות החרדה השונות הן שכיחות והבולטת ביניהן היא הכפייתיות. כחלק מההתמודדות של אנשים עם פיגור עם מציאות לא מובנת, מאימת ולא צפויה, הם מנסים לשמר אחידות וקביעות, נמנעים משינויים ומטפחים דפוסי התנהגות קבועים וטקסים. התנהגות אופיינית היא חזרה על תנועות שונות. התנהגות זו מהווה רקע להתפתחות הפרעה כפייתית שמתבטאת אף באמביוולנטיות רבה, שאלות חוזרות ונשנות, חזרה על מילים ומשפטים, הקפדה קיצונית על סדר וניקיון, ותוקפנות כאשר לא ניתן לקיים טקסים אלה. הפרעות אלו מגיבות לטיפול תרופתי מקובל אך גם לטיפול התנהגותי המותאם ליכולת הקוגניטיבית.

מגבלותיהם השכליות, תמימותם ודפוסי ההתנהגות שלעיתים תכופות לא מובנים על ידי החברה, חושפים אותם לתוקפנות חוזרת, מילולית, פיזית ומינית. על רקע זה רבים מפתחים תסמונות בתר חבלתית, אחת מההפרעות הפחות מאובחנות למרות שכיחותה הרבה. לרבים מהם חלומות הקשורים לאירועים שחוו, מחשבות חודרתיות והתנהגות הימנעותית מובהקת. ברבים מהמקרים, גם כאשר עולה החשד ונעשה בירור מקיף עם הנבדקים, הם ישללו את הסימפטומים מחשש שייפגעו שוב, מה שמקשה על האבחנה ומחייב מידה רבה של סבלנות ובניית אמון עם המטופלים עד לקבלת מידע מפורט יותר.

הפרעות הסתגלות

הסתגלות למצבים משתנים היא אחד האתגרים

בתשומת לב ויחס, קנאה באחרים, תחושה של ערך עצמי וחשיבות, חוסר אמפטיה לאחר, התנהגות מוחצנת, מוגזמת, תיאטרלית ופתיינית, קושי להשתלב במסגרות, לקבל מרות, אימפולסיביות ופגיעה עצמית.

מאחר שמדובר בהפרעות שכיחות, הן מהוות גורמים עיקריים להפרעות התנהגות שונות ולעיוותים מתמידים עם הסביבה. יש חשיבות רבה באבחון נכון מאחר שטיפול לא מתאים, כמו מתן תכשירים שונים, אינו מסייע ואף עשוי להחמיר את ההפרעות עקב תופעות לוואי קשות. לעומת זאת, הבנת ההפרעה והתארגנות טיפולית מתאימה הכוללת מדיניות טיפולית אחידה של כל המטפלים, מרכיבי טיפול התנהגותיים ולעיתים פסיכותרפיה פרטית, עשויה לשפר באופן ניכר את הפרעות ההתנהגות, גם אם לא גורמים לשינוי אישיותי משמעותי.

הפרעות קוגניטיביות

באנשים עם פיגור שכלי, עקב הפגיעה הראשונית במוח, קיימת רגישות נירת להשפעתם של חומרים שונים ולשינויים מטבוליים. לכן, הם יכולים לפתח מצבי דליריום בשכיחות גבוהה, תחת השפעת חום גבוהה, שינויים גופניים שונים והשפעתם של תכשירים שונים גם במינוניים מקובלים. לכן, יש חשיבות רבה לזהות שינויי התנהגות הנובעים מבלבול, חוסר התמצאות וירידה קוגניטיבית חדה ולפעול לזיהוי מהיר של הגורם להידרדרות זו.

במהלך השנים האחרונות חל שינוי ניכר בהתייחסות ובטיפול של זוכים אנשים אלה. הדבר בא לידי ביטוי בתזונה טובה, בדאגה לבריאותם, בטיפול מתאים ובמינע מצבי סיכון. טיפול זה באלה החיים בקהילה וגם במסגרות הטיפוליות השונות מעלה באופן עקבי את תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי. כמו באוכלוסיה הכללית, העלייה בתוחלת החיים כרוכה בעליית שיעור הדמנציה, הפרעה שהיתה מוכרת בעבר בעיקר בקרב אלה עם תסמונת דאון, זאת מאחר שהדמנציה מתפתחת בתסמונת זו בשיעור גבוה ומגיל צעיר, כ-50 אחוז מעל גיל 45 שנה. בקרב כלל האנשים עם פיגור, הדמנציה מופיעה ב-22 אחוז מהאוכלוסיה מעל גיל 65 שנה.

לכאורה, קשה לזהות פגיעה קוגניטיבית במי שכבר לוקה בפגיעה כזו, אך במעקב מתמשך אחרי התפקוד הקוגניטיבי, ניתן לזהות ירידה בתפקוד כאשר משווים כל אחד לעצמו. לצערנו, גם לאנשים אלה אין כיום טיפול הולם והם מיועדים למסגרות גריאטריות.

אובדנות

Merrick וחבריו, במאמר סקירה מקיף בנושא, מתארים כי אובדנות קיימת גם באוכלוסיה זו

היומיומיים והקשים העומדים בפני אדם עם פיגור שכלי. הם נאחזים בשגרה ובמוכר ככלים ראשוניים במעלה בהתמודדות עם עולם מורכב מדי, מתוחכם, לא מובן ולא צפוי מבחינתם. לכן, כל שינוי שחל סביבם מהווה מקור למצוקה וסבל. הם יכולים לפתח ביטויי הסתגלות על כל מאפייניהם המוכרים כתגובה לגירויים ושינויים שרוב האנשים כלל לא יתייחסו אליהם כקושי, כגון שינוי מזג אוויר או היעדרות זמנית של דמות מוכרת. הם בוודאי יגיבו למצבי דחק קשים יותר ובשיעור גבוה מהמקובל באוכלוסיה.

מאחר שמדובר בתגובה שכיחה מאוד, יש לחפש ביטויים לכך כדרך שגרה, כאשר ניכר שהם חשופים לשינויים ולמצבי דחק אופייניים. אחד ממצבי הדחק הללו הוא מעבר למקום מגורים ומסגרת חדשה. במצב כזה ניתן לצפות לשינויים התנהגותיים אופייניים שעשויים להימשך תקופה ממושכת. ההתערבות הטיפולית הרצויה היא הבנה והכלה ככל שניתן, להימנע מהתערבות תרופתית ובלית ברירה להוסיף תרופות מעט ככל שניתן ולפרק זמן מוגבל.

הפרעות אישיות

אנשי המקצוע, בהתייחסותם הגורפת לכך שכל ביטויי ההתנהגות נובעים מהפיגור עצמו, נוטים להתעלם מכך שגם לאנשים עם פיגור שכלי יש אישיות ונטייה לפתח הפרעות אישיות. Moss אף טוען ששיעור האנשים עם הפרעות אישיות באוכלוסיה זו הוא גבוה במיוחד, עד כדי כך שהפרעות אלו הן מהסיבות העיקריות לשכיחות הגבוהה של הפרעות פסיכיאטריות בכלל באוכלוסיה זו.

כל הפרעות האישיות המוכרות קיימות גם בקרב אוכלוסיה זו, אך כמובן שהפרעות האישיות מצבר A ו-C קשות מאוד לזיהוי מאחר שההתנהגות הנמנעת, המסתגרת, נטמעת בדפוסי ההתנהגות האופייניים של אנשים עם פיגור. כמו בכלל האוכלוסיה, הפרעות האישיות מצבר B הן הבולטות יותר, אלה האנשים המגיעים לכדי עימות עם הסביבה וההפרעה מהווה נטל וגורם חיכוך מתמיד. העבודות המעטות שפורסמו עוסקות בעיקר בהפרעת אישיות נוגדת חברה. זאת מאחר שחלק מאנשים אלה מגיע לכדי עבירות פליליות. בבדיקה מדוקדקת ניתן לזהות דפוסי התנהגות אופייניים להפרעות אישיות אלו כמו צורך מתמיד

ומתאפיינת באותם דפוסים מוכרים של אובדנות. לאנשים עם פיגור יש מחשבות אובדניות והם אף מנסים וחלקם מצליח להתאבד. הנשים מנסות יותר, הגברים מצליחים יותר. האובדנות שכיחה במצבים דכאוניים ואופיינית לאנשים אלה, כאשר מחשבות אובדניות יופיעו בהקשר לשינויים משמעותיים בסביבה התומכת, העדר דמות משמעותית ושינוי מסגרת. לכן, כאשר מאבחים אצלם דיכאון, מצב תגובתי, קשיי הסתגלות והפרעות התנהגות כחלק מהערכת מצבם הנפשי, יש לברר סיכון אובדני. הערכת האובדנות כוללת גם עבר של נסיונות אובדניים, התנהגות אימפולסיבית, פגיעה עצמית וביטוי מילולי לרצון למות. הנמצאים בסיכון גבוה זקוקים להשגחה ולטיפול בהפרעה הנפשית במידה שקיימת.

אבחון

תהליך האבחון של הפרעות נפשיות באנשים עם פיגור שכלי הוא מורכב וממושך מהמקובל. מגבלותיהם הראשוניות מונעות מהם לשתף פעולה במידה הרצויה במהלך הערכה הפסיכיאטרית. הם מתקשים להבין את הנאמר להם, מוגבלים ביכולת להסביר את מצבם, רגשותיהם ומחשבותיהם. היכולת השפתית לקויה לעתים תכופות ומהווה מכשול נוסף. בקרב אלה היכולים להתבטא בצורה טובה יותר קיימת הנטייה לרצות את הדמויות הסמכותיות סביבם, דבר הפוגע באמינות המידע שהם מוסרים. לכן, למרות שלקחת אנמנזה היא מרכיב חיוני, יש לעשות זאת בהירות רבה, לשאול את השאלות בדרך שבה הם יכולים להבין, להתייחס לתשובותיהם בביקורתיות ולבדוק את המידע שוב ושוב בדרכים שונות.

הטראומנזה היא חשובה תמיד אך בהערכה הפסיכיאטרית באוכלוסייה זו יש לה חשיבות יתר. מערכת התמיכה, המורכבת מבני משפחה ואו מטפלים, מעורבת מאוד בחייהם היומיומיים, זאת לאור התלות הרבה שיש לאנשים אלה בסובבים אותם. המטפלים מכירים היטב את מטופליהם במידה רבה יותר מהמקובל והמידע שיש להם הוא רב ורב ערך. המטפלים גם רגישים לדקויות ולשינויים ההתנהגותיים המתרחשים לאורך הזמן ולכן מרכיב מרכזי והכרחי בהערכה הוא המידע המתקבל מהם. במידה רבה יש לקחת מהם אנמנזה כאילו הם הנבדקים עצמם.

ההסתכלות היא מרכיב חיוני נוסף בהערכה זו. לעתים, כל המידע שיתקבל על היות הנבדק פסיכוט, דכאוני, חרדתי או מאני יהיה מהאפקט וההתנהגות בלבד. הדבר מצריך בדיקות חוזרות ולאורך זמן ואין להזדרז בקביעת האבחנה.

שאלונים שונים שנבחנו ככלי עזר באבחון לא נמצאו יעילים מספיק.

הפרעות התנהגות באוכלוסייה זו יכולות להיות

הטראומנזה היא חשובה תמיד אך בהערכה הפסיכיאטרית באוכלוסיית המפגרים זו יש לה חשיבות יתר מערכת התמיכה, המורכבת מבני משפחה ואו מטפלים, מעורבת מאוד בחייהם היומיומיים, זאת לאור התלות הרבה שיש לאנשים אלה בסובבים אותם. המטפלים מכירים היטב את מטופליהם במידה רבה יותר מהמקובל והמידע שיש להם הוא רב ורב ערך

ביטויים, כאמור, לגורמי מצוקה שונים. הבירור מתייחס בראש ובראשונה לשינויים שהתרחשו בחייהם ובסביבתם של הנבדקים, גם כאלה שלבדוק עצמו נראים שוליים. הערכה גופנית מלאה ושקילת האפשרות שבעיה גופנית מהווה את הסיבה לקשיים הן הכרחיות.

עקרונות הטיפול

הטיפול מבוסס על זיהוי הגורמים לשינויים ההתנהגותיים וביטויי המצוקה של הנבדק. בחלק ניכר מהמקרים מדובר בתגובה ותהליך הסתגלות לשינויים. יש לזהות שינויים אלה, להקל ככל שניתן על תהליך ההסתגלות ולהכיל את הקושי והמצוקה. לעתים נדרשת סבלנות רבה כדי "לתת לזמן לעשות את שלו". מרכיב חיוני הוא הדרכה של המערכת המטפלת. במידה שזוהתה בעיה גופנית יש, כמובן, לטפל בה בהקדם.

בהפרעות התנהגות שסיבתן לא זוהתה או כאשר מרכיבי ההכלה והתמיכה אינם מספקים, יש לשלב טיפול התנהגותי מותאם שבו המטפלים העיקריים הם חברי מערכת התמיכה עצמם, בני המשפחה והמטפלים במסגרות השונות. אלה זקוקים לליווי והדרכה לאורך כל הדרך. כאשר תהליך זה מתבצע בשיתוף פעולה והבנה, התוצאות הטיפוליות טובות.

במידה שכל הנסיונות הטיפוליים הללו לא יעילים וזוהתה הפרעה נפשית מסוימת, יש לשלב טיפול תרופתי מתאים. לאור הליקוי המוחי הבסיסי, התגובה לתכשירים רפואיים יכולה להיות שונה. אנשים עם פיגור שכלי עלולים להגיב למינונים נמוכים מהרגיל, לפתח תופעות לוואי בשיעור גבוה מהמקובל ואף לפתח תגובות פרדוקסליות ובלתי צפויות. לכן, יש לנקוט משנה זהירות במתן תכשירים אלה.

מתחילים במינונים נמוכים ככל שניתן, עולים

באיטיות במינון, משתדלים להימנע משילוב תכשירים שונים ועוקבים אחרי כל שינוי. למרות זאת, יש שידקדקו למינונים גבוהים מהמקובל ושילוב של מספר תכשירים.

בהפרעות התנהגות שסיבתן לא זוהתה, נוסו כל התכשירים המקובלים ובשילובים שונים. לא הוכחה יעילות משמעותית של תכשיר זה או אחר. לכן, יש להתוות תכנית טיפולית בהירות רבה, לכל מקרה לגופו.

באותם מקרים שבהם אובחנה הפרעה פסיכיאטרית, יש לטפל בתכשירים המקובלים, שוב, בהנהגה שבחלק מהמקרים התגובה תהיה חריגה ובלתי צפויה.

תופעות לוואי מופיעות בשכיחות גבוהה מאוד, לעתים המטופלים נקלעים למצוקה רבה יותר עקב תופעות הלוואי וההתמודדות עם תופעות אלו מהווה אתגר קשה יותר מאשר ההתמודדות עם ההפרעה הראשונית. לכן, יש לעקוב אחרי התפתחות תופעות לוואי במשנה זהירות, לנטר את מתן התרופות בהתאם, לטפל בתופעות הלוואי ולעתים להימנע מטיפול בתכשירים אלה. בטיפולים התרופתיים, ההתוויה בחלק מהמקרים היא לפרק זמן מוגבל. יש לשקול הפחתת מינון וניסיון הפסקת טיפול בעבור הזמן הדרוש והמקובל.

במקרים שבהם קיימת החרפה התנהגותית ניכרת, המחייבת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, למרות חומרת המצב יש לשקול אפשרות זו בהירות רבה, מאחר שאשפוז במחלקות פסיכיאטריות רגילות חושף אנשים עם פיגור שכלי לקושי רב יותר ולמצוקה גדולה יותר, דבר שגורם להחרפה במצבם. בנוסף, הצוותים העובדים במחלקות אלו אינם, במקרים רבים, בעלי ההכשרה הנדרשת והם אינם ערוכים ומתקשים לתת את המענה הרפואי הרצוי לאנשים עם פיגור שכלי.

השירותים הפסיכיאטריים

לאוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי קשיים וביטויים ייחודיים וצרכים טיפוליים בהתאם. מצב זה מחייב מטפלים, כולל פסיכיאטרים, בעלי הכשרה וניסיון מתאימים. במדינות שונות קיימת תכנית הכשרה לפסיכיאטרים המטפלים באוכלוסייה זו ואף הוקמה מערכת טיפולית ייעודית הכוללת מרפאות ומסגרות אשפוז. במדינת ישראל אין כיום מערכת כזו. עדיין לא קיימת תכנית הכשרה, אין מסגרות אשפוזיות עם היערכות מתאימה וברור המקרים הטיפול האמבולטורי משולב במסגרות הפסיכיאטריות הרגילות ואינו נותן את המענה הנדרש.

ד"ר נחום כץ, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש גיה של קופת חולים כללית

טיפול משפחתי בסכיזופרניה

על מקומן ויעילותן של ההתערבויות המשפחתיות בקרב חולי סכיזופרניה, הרקע ההיסטורי של טיפול משפחתי עם חולים אלה, הטיפולים המומלצים כיום ועל מודל לטיפול משפחתי הפועל בהצלחה במרכז לבריאות הנפש שלוותה

דפנה הירשמן, ד"ר אילן טרובס

הטיפול המשפחתי, בראשית הדרך, ראה לא פעם את המשפחות כאויבות ויריבות. הדבר בלט במיוחד בתחום בריאות הנפש, לטענתו של מינוחין (Minuchin S, et al. 2007), למרות הרקע המדעי של הגישה המבנית בטיפול משפחתי, תמיד שררה בה השפעות פוליטיות ועמדות מוסריות-חברתיות שהאשימו את המשפחה כמערכת שנושאת באחריות או באשמה לחולי הנפש. מגמת הטיפול המשפחתי בעבר הסבירה הפרעה סכיזופרנית כהתנהגות בלתי שפויה שמהווה פתרון נואש למצב משפחתי מופרע. כלומר, לא המטופל סבל מהפרעה אלא המשפחה כולה. הטענה אז הייתה שגם אם הפרט רוצה להשתכח, המשפחה עשויה להזדקק ל"שעיר לעזאזל" שימלא את תפקיד ה"חולה", כל זאת כדי להימנע משינוי מטופלים הפכו ל"מטופלים מזוהים" – שעירים לעזאזל משפחתיים, שהועלו כקורבן כדי לשמור על האיזון הרופף במשפחה. המטפלים המשפחתיים ראו את עצמם כמצילים קורבנות חפים מפשע מידי המשפחה (ראו עבודתו של R.D. Laing). השפה "המדעית" של הטיפול המשפחתי הייתה שפה מתעמתת ומלחמתית שנקטה במונחים כמו: "הקשר הכובל" בעבודתו של בטסון, האגו המשפחתי "הדיפוזי והבלתי מובחן" של בואי, "המשפחה הלכודת" של מינוחין, ו"משחק המלוכלך" של המשפחה במונחים של אסכולת מילון. חלו שינויים משמעותיים, כפי שמינוחין מונה אותם, בתחום הטיפול המשפחתי וביניהם השפעות הזרם הפוסט-מודרניסטי בטיפול המשפחתי בהווה. שיתוף הפעולה בין המשפחה למטפל המשפחתי מדגיש את הוויתור על המודל הסמכותי. כלומר, חל שינוי מהותי במקומו של המטפל "הכל-יודע" שהמשפחה מחכה לתשובותיו. בנוסף, המטפלים המשפחתיים של ימינו קוראים לגישה של שיתוף פעולה עם המשפחות, כשהם חותרים להתרחק מהתוקפנות של הגישות המוקדמות יותר.

יעילות טיפול משפחתי עם חולי סכיזופרניה במניעת relapse

סכיזופרניה היא מחלה כרונית בעלת סימפטומים שמשפיעים על האדם באופן מורכב שמשלב תחומים רבים. ההתערבויות פסיכ-חברתיות משחקות תפקיד

קריטי בתכנית השיקום של חולים סכיזופרניים. ההתערבויות המשפחתיות הפסיכ-חברתיות נמצאו כסוג התערבות יעיל במספר מחקרים ארוכי טווח. ההתערבויות פסיכ-חברתיות התבלטו כטיפול מועדף עבור סכיזופרניה, הפרעות ביפולריות, דיכאון מזוין והפרעות נוספות. יותר מ-30 מחקרים קליניים רנדומליים הוכיחו הפחתה בממדי ה-relapse, שיפרו את ההחלמה של המטופלים ושיפרו את יכולת ההתמודדות של המשפחות (McFarlane, 2003).

חוקרים נוספים בדקו את ההשפעה של ההתערבויות משפחתיות על מהלך המחלה, אחד מהם (Gabi Pitschel-Walz, 2001) ערך מטה-אנליזה של 25 מחקרים הבודקים השפעת מעורבות קרובים בטיפול בסכיזופרניה. במחקרים שנסקרו במטה-אנליזה הוגדר ה-relapse כחמרה משמעותית של הסימפטומים או כאשפוז חוזר. התוצאה המרכזית הייתה שמידת ה-relapse יכולה להיות מופחתת ב-20 אחוז כאשר נכללים קרובי החולה הסובל מסכיזופרניה בטיפול. כאשר משך ההתערבות עם המשפחות נמשך מעבר לשלושה חודשים, ההשפעה הייתה עוד יותר ברורה. יתרה מכך, סוגים שונים של התערבויות כלליות הביאו לתוצאות דומות. הגישה בעלת שני מוקדים המציעה תמיכה פסיכוסוציאלית למשפחות ולחולי סכיזופרניה בנוסף לטיפול תרופתי הייתה באופן מובהק טובה יותר מהטיפול הסטנדרטי שכלל טיפול תרופתי בלבד. מאמר זה מצביע על כך שההתערבות הפסיכ-חברתית היא חיונית לטיפול בסכיזופרניה.

במאמר נוסף שכולל עדכון לגבי הספרות בתחום הטיפול הפסיכוסוציאלי לחולי סכיזופרניה, J.R. Bustillo (M.D. and al, 2001), נסקרו המחקרים הרנדומליים שנעשו מאז 1996 בתחום הטיפולים הפסיכוסוציאליים בסכיזופרניה. התוצאות מראות שטיפול משפחתי וטיפול קהילתי אסרטיבי הם בעלי השפעה על מניעה של ה-relapse הפסיכיאטרי ועל אשפוזים חוזרים. יחד עם זאת, טיפולים אלה אינם מראים השפעות עקביות על פרמטרים נוספים (כגון: סימפטומים לא מוגדרים חיוניים ושליליים, תפקוד חברתי כללי ויכולת למצוא עבודה בשוק החופשי). גם סקירה זו מגיעה למסקנה שההתערבות משפחתית פסיכ-חברתית פשוטה ולטווח ארוך צריכה להיות זמינה לרוב האנשים הסובלים מסכיזופרניה.

הגוף המחקרי הנקרא: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (A.F. Lehman et al. 2004) הגיע אף הוא למסקנה שהממצאים תומכים ביעילות ההתערבות משפחתית פסיכ-חברתית באופן שאינו משתמע לשתי פנים, ושתכניות אלו חייבות להיות כלולות כחלק מהמלצות הטיפול. יחד עם זאת, לגבי כל משפחה יש לערוך הערכה לגבי מידת התאמתם להתערבות פסיכ-חברתית תוך הבאה בחשבון של הגורמים הבאים: מידת העניין של המטופל ומשפחתו בהתערבות זו, מידת המעורבות ואיכות המעורבות של המטופל ומשפחתו, הסכמה של מטפלים וחברי משפחה ושל המטופלים עצמם לגבי מטרות משותפות, והעדפה שלהם בהתערבות המשפחתית הפסיכ-חברתית לעומת אלטרנטיבות אחרות כדי להשיג את היעדים המבקשים.

ההתערבויות המשפחתיות שהוכחו כמשפיעות לחיוב כלולות מספר גורמים משותפים:

✦ מתן ידע למטופלים ולמשפחותיהם על הבסיס הביולוגי של המחלה ועקרונות הטיפול בה (במיוחד היענות לתרופות, רגישות לסימנים מקדימים, הפחתת מתח, ודאגה לכך שתהיה סביבה תומכת).

✦ המשפחה משמשת כבת ברית עבור הצוות המטפל וכמה מההתערבויות שואפות להבחיין תחושות אשמה, במונח שאין מאשימים את המשפחה למחלת המטופל ומהלכה.

✦ מתן סדנה פסיכ-חברתית בתחילת התכנית מקיימים מפגשים קבועים של המשפחה בתדירות שבועית עד חודשית. התמיכה ניתנת על ידי מטפלים ובמקרים רבים גם על ידי משפחות אחרות בפורמט קבוצתי.

✦ ההתערבות צריכה להיות ארוכת טווח, לפחות במשך שנתיים.

✦ עוזרים למשפחות לשפר את התקשורת ואת דרכי ההתמודדות שלהן.

✦ הצוות המטפל הוא מולטי-דיסציפלינרי.

✦ נעשה מעקב תרופתי צמוד תוך מאמץ לשמור על ההיענות.

לא נמצא הבדל משמעותי במחקרים שהשוו התערבויות שנעשו במסגרת קבוצת משפחות לעומת התערבות משפחתית פרטית, או כאשר מקום ההתערבות הוא בבית המשפחה או בקליניקה. כמו

כן לא נמצאו הבדלים בין המקצועות של איש הטיפול שביצע את ההתערבות.

רב המחקרים על ההתערבויות השונות מתמקדים בבדיקת התוצאות בקרב המטופלים, וכוחות בשיפור העומס של המשפחה, שגם הוא הוכח במחקרים כבעל השפעה חיובית על רווחתו של המטופל.

ההתערבויות שנמצאו יעילות מתרכזות בכוחות ובחוסנה ועמידותה של המשפחה, בניגוד לטיפול משפחתי קלאסי. הטיפול המשפחתי הקלאסי ראה, כאמור, בסימפטום של אחד מבני המשפחה סימן לכך שהמשפחה אינה מתפקדת ולפיכך הטיפול נעד לבחון מהם הדפוסים הפתולוגיים המשפחתיים ומהן הבעיות המבניות ובתקשורת בתוך המשפחה.

בטיפול הפסיכ-חינוכי, שנמצא יעיל בהתערבות עם חולים הסובלים מסכיזופרניה, חותרים לכך שהמשפחה תצליח ליצור סביבה אופטימלית ככל שניתן להחלמה, מצבים מהמשפחה ליצור אקלים שקט יותר, להפחית מתחים, להוריד את המורכבויות, לשפר את המסרים הבהורים והפשוטים ולעודד בקצב איטי יותר בעולם באופן כללי. בהתערבויות אלו מתייחסים אל המשפחה מראש כאל משפחה מתפקדת רגילה ולמעשה מבקשים מהם לערוך שינוי בסגנון האינטראקציה ביניהם, ליצור סביבה שונה כדי לסייע בהסתגלות בן המשפחה המטופל ולפצות על מאפיינים סטוריים וקוגניטיביים של ההפרעה שבה הוא לוקה.

תמונת מצב עכשווית

חוק שיקום וכי נפש בקהילה, אשר התקבל בנסת בשנת 2000, כלל בתוכו סעיף של פיתוח תכניות חינוך והסברה כמו גם תמיכה למשפחות. משרד הבריאות פתח מרכזים בקהילה שנותנים שירותי תמיכה וייעוץ למשפחות. מרכזי מידע צמחו מתוך בית החולים הממשלתי בבאר שבע ומשם הופצו לעוד מקומות שבהם הוקמו מרכזים שנותנים מענה למשפחות מאושפזים. כיום, יש גם מרכזי תמיכה בתוך הקהילה שמנוהלים על ידי עמותות שזכו במכרז לפעילותן (ביניהן ויצ"ו ואנוש). למרכזים אלה יכולת לפנות למשפחות ללא צורך בוועדת סל שיקום. "עוצמה", שהינו פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש, מפעיל אתר באינטרנט ופעילויות שונות שנועדו לשמור על זכויותיהם של נפגעי הנפש ובני משפחותיהם. עמותת אנוש מפעילה מערך של תמיכה למשפחות בסניפי אנוש, שכלל הרצאות, קבוצות וכו', זאת בנוסף למרכזי הייעוץ למשפחות שפתחה במסגרת מכרז של משרד הבריאות.

המודל של מרכזי הייעוץ למשפחות נותן מענה למשפחות בקהילה או בבתי החולים, אולם ההתערבויות נעשות מחוץ למחלקות האשפוז.

מודל נוסף להתערבות משפחתית הוא התערבות משפחתית במסגרת מחלקת אשפוז, אנו רואים חשיבות רבה במתן מענה למשפחות בתוך המחלקה על ידי אנשי צוות של המחלקה. תקופת האשפוז יכולה להיות הזדמנות להתחיל התערבות עם משפחות.

בתקופה זו המשפחה זקוקה באופן מיוחד לליווי. בן המשפחה מתאשפז לעיתים קרובות אחרי תקופה שוחקת עבור בני המשפחה ויש תחושות מעורבות של הקלה ושל אשמה, רצון להיעזר וקושי להיות קשורים למערכת הפסיכיאטרית. המשפחה לרוב זקוקה לסיוע, מתגייסת ומגלה נכונות להיכנס למעורבות טיפולית. כאשר ההתערבות נעשית בתוך המחלקה, הדבר מאפשר לאנשי הצוות להכיר טוב יותר את סביבת החיים של המטופל ולהמליץ על המשך טיפול / שיקום באופן מבוסס יותר.

מן הראוי שצוות המחלקה יעבור קורס מבוא בנושא טיפול משפחתי. ההתערבויות המשפחתיות במחלקה מאפשרות לאנשי צוות רבים, בתוכם מתמחים וסטודנטים מתחומים שונים, להיחשף לתחום הטיפול המשפחתי. רצוי שאחד מחברי הצוות יתמחה בתחום ויהווה רפתט להדרכה, קו הנחיה ולליווי אנשי צוות מתחילים. מההתנסויות ניכר כי רוב אנשי הצוות חוששים ממכש עם משפחות של מטופלים. אנשי צוות צעירים פעמים רבות חשים חסרי ידע על אופן ההתערבות/ התמודדות עם משפחות וכן חסרה להם הדרכה והכנה לקראת מפגשים אלה. אנשי הצוות שנחשפו להתערבויות משפחתיות עם הדרכה וליווי הגיבו לכך בעניין והתלהבות.

ההתערבויות במחלקה כוללות קבוצת משפחות פסיכ-חינוכית וכגישות פרטיות של משפחות עם מטפל או קו-מטפלים. הקבוצה הפסיכ-חינוכית כוללת עשרה מפגשים, חלק מהמפגשים מוקדש להרצאות וחלק לשיוות. ההרצאות ניתנות בנושאי חולי, אטיולוגיה, פרוגנוזה, סימפטומים, טיפול, תרופות, חשיבות היענות לטיפול התרופתי ותופעות לוואי, והרצאות בנושאי שיקום כלל שיקום דיורי ותעסוקות. מפגשי השיוות מיועדים לבחינת האקלים המשפחתי, שימת דגש על תיאום ציפיות של בני המשפחה מהמטופל, הפחתת תחושות אשם של בני המשפחה, למידה על דרכי התמודדות במצבי לחץ ועוד.

בקבוצת המשפחות חלק ניכר מהלמידה נעשה מתוך הקשבה של המשתתפים זה לזה. הקבוצה מהווה מקור לתמיכה עבור המשתתפים, פעמים רבות המשתתפים בוחרים להישאר לאחר תום הקבוצה ואף משמרים קשרים ביניהם מחוץ לפגישות.

מפגשי המשפחות עם המטפל האישי תואמים את המודל של Family consultation. מודל זה יכול להתאים לעבודת הפסיכיאטר (או המטפל האישי) הן במוסדות ציבוריים כגון מחלקות אשפוז, מרפאות והן בקליניקה הפרטית. המודל פותח על ידי וויין (Wynne et al, 1994). בגישה זו, משפחות בודדות נפגשות עם יועץ מקצועי, שלרוב הוא המטפל האישי או הפסיכיאטר, שנותן מידע והדרכה. המפגשים מתואמים על פי הצורך. המודל מדגיש את חיזוק החוסן הטבעי של המשפחה. גישה זו מתאימה במיוחד כאשר פגישות מתוכננות אינן מתאפשרות, במקרים שיש בעיות מתמשכות או כשיש משבר אקוטי שאיתו המשפחה מתמודדת. המודל הוא גמיש ופרקטי. לעיתים קרובות

זוהי הגישה שמיושמת בבעל למעקבים לטווח ארוך אחרי שהמשפחה השתתפה בטיפול במודל מובנה יותר כגון קבוצת הורים פסיכ-חינוכית או טיפול משפחתי.

מודל דומה מציע גם יורם צדיק במאמרו "טיפול פרטני ומשפחתי משולב במצבי אשפוז ובפרקטיקה פרטית" (2003), שמדבר על שילוב של טיפול פרטני עם מפגשים משפחתיים. לדבריו, "למטופלים עם חולשות אגו קבועות או זמניות (עקב מצב משברי), שחיים עם בני משפחותיהם באווירה מתוחה, טיפול פרטני איננו מספיק. במקרים כאלה יש להוסיף את הטיפול המשפחתי כטיפול מסייע ותומך בטיפול הפרטני, שהוא הטיפול העיקרי. טיפול משולב נועד להבטיח שבמקביל לשינוי ההדרגתי של המטופל הפרטני, גם משפחתו תשתנה במקביל ובהתאמה. חשוב לטפל בקשיים עכשוויים (קומוניקציה לקויה, אווירה משפחתית לחוצת, אי מתן עצמאות ודיפרנציאציה) כיוון שהמטופל לא יצליח לשנות את משפחתו בכוחות עצמו. הטיפול המשולב יאפשר להגיע להבנה בין ההורים כאנשים אמיתיים וריאליים, לבין הדמויות המופנמות, ולדון בכך בטיפול הפרטני. מטרה נוספת, לתמוך במשפחה ולהקדיש תשומת לב גם לצרכיה ולמחיר (הנפשי, החברתי והכלכלי) שבני המשפחה משלמים בשל שמירה על המטופל במסגרת המשפחתית. יש לבנות בצורה שיטתית טיפול משולב, ולא להגיע למכש עם בני משפחה רק עקב לחצים של המטופל או בני משפחתו".

לסיכום, המשפחה יכולה להוות גורם מפתח בתהליכי ההחלמה ובשמירה על בריאותם של חולים סכיזופרניים. המחקרים הוכיחו יעילות של התערבויות משפחתיות במניעת אשפוזים חוזרים וחזרה של התקפים פסיכוטיים בקרב חולי סכיזופרניה. לדעתנו, יש חשיבות מיוחדת לשפר את הכשרת המתמחים בפסיכיאטריה בתחום הטיפול המשפחתי. במחלקות האשפוז, המתמחים מזמינים את המשפחות כדי לקחת אגמדה, לתאם חופשות, למסור מידע, אולם מתמחים רבים חוששים לעשות התערבויות עם המשפחות עקב העדר הדרכה בנושא זה.

מנסיונו, מתמחים שהתנסו בהתערבויות משפחתיות דרך קו-הנחיה של קבוצת משפחות או של התערבויות פרטיות או בעזרת הדרכה, הגיבו בהתלהבות ובמוטיבציה להמשיך. אנו קוראים לאנשי מקצוע ללמוד להשתמש בכלי חשוב זה, ובאופן מיוחד לחפאים פסיכיאטרים שעוסקים דרך קבע במתן טיפול לחולי סכיזופרניה, לשלב התערבויות משפחתיות במהלך הטיפול וזאת כדי לשפר את מהלך המחלה מעבר לשיפור שמציע טיפול תרופתי בלבד.

דפנה הירשמן, מרפאה בעיסוק, מטפלת משפחתית מוסמכת, ד"ר אילן טרובס, מנהל מחלקה, מרכז לבריאות הנפש שלווה, הוד השרון, מסוף לאוניברסיטת תל אביב

הפרעות התנהגותיות בפגיעות פרונטליות



**שלוש תסמונות
התנהגותיות
(אורביטו-פרונטלית,
דורסו-לטרלית
ופרונטלית מדיאלית)
וסימפטומים
התנהגותיים
נוספים קשורים
כולם לתפקוד לקוי
ולפגיעה באונות
הפרונטליות. סקירת
ההפרעות השונות**

ד"ר ירמי הראל

שני אירועים בתולדות הרפואה המודרנית ב-150 השנים האחרונות מלמדים אותנו על הקשר הרב בין האונות המצחיות של המוח והתנהגות. האירוע הראשון התרחש בשנות ה-40 של המאה ה-19, כאשר מנהל עבודה אמריקאי בשם פיינאס גייג' (Phineas Gage) נפצע, כתוצאה מפיצוץ שלא תחמן כהלכה. מוט מתכת פילח את ראשו וחדר מתחת לעצם הלחי לאונה המצחית של מוחו, עבר דרכה ויצא מבדל לגולגולת. המוט חלף במהירות רבה ופגע ברקמות הסמוכות, תוך שאין הוא גורם לנזק דיכוי במוח. גייג' לא איבד את הכרתו והחלמתו הגופנית הייתה מצוינת, אבל הפגיעה הפכה אותו מאדם שהיה מנהל ועובד למובט, עם יכולות ניהול ותכנון מצוינות, לנווד שיכור. הרופא שלו תיאר את גייג' כ"עקשן, טרחן ועם זאת נחמני, הפכפך, מתנודד, אשר בתכונותו חקם תכניות רבות לעתיד אשר ננטשות עוד טרם שסיים לתכנן... ילד ביכולתו השכלית, אך עם התשוקות החייתיות

של גבר חזק". הוא מסיים באומרו שחבריו ומכריו של גייג' לא מכירים כלל את האדם שנולד עם הפגיעה – "Gage was no longer Gage".

האירוע השני התרחש בשנת 1936, בעידן שקדם להופעת התרופות הנוירולפטיות, כאשר נוירולוג פורטוגזי בשם אגס מוניז החגיג ניתוח חדשני "ליקוטומיה פרה-פונטלית", שבהמשך כונתה גם לובוטומיה, כדרך טיפולית בחולים הסובלים מסכיזופרניה כרונית. בניתוח חותכים חתך באונה הפונטלית ומנותקים קשרים שלה עם חלקים אחרים של המוח. תוצאת הניתוח היתה שינוי התנהגותי בחולים וירידה בהתנהגות התוקפנית שלהם. הניתוח הפך לפופולרי בשנות ה-40 של המאה הקודמת וזיכה

את ממצאיו בפרס נובל לרפואה בתחום הפיזיולוגיה בשנת 1947. מעניין לציין שמוניז נורה בעמוד השדרה על ידי אחד ממטופליו וסיים את חייו בכיסא גלגלים כשהוא סובל מפאראפלגיה. בהמשך, בשנות ה-50 וה-60, עם הכנסת התרופות הנוירולפטיות, וההתנגדות הרבה שהובעה כנגד התהליך הזה, חלה ירידה דרסטית בביצוע ניתוחים אלה.

הופמן (1949) מסכם את הקליניקה והתוצאות של ניתוחים אלה: "חולים אלה הפסיקו להיות נסערים מהקונפליקטים הנפשיים שלהם וכן הראו יכולת מועטה בלבד לכל חוויה רגשית כלשהי. הם מתוארים על ידי הצוות המטפל בהם כמשעממים, אכזריים, מחוסרי אנרגיה, ללא כל הנעה, שקטים ומאלכיים, ילדותיים, פסיביים, חסרי מטרה והתכוונות, ללא כל ספונטניות ותלותיים עד מאוד".

הפרעות בתפקוד האונה הפונטלית

האונה הפונטלית היא האונה המדולה ביותר במוח האנושי והיא תופסת כשליש מכלל נפחו של המוח. מבחינה פילוגנטית, היא מתפתחת ומבשילה ועוברת מיליניציה מאוחר יותר משאר חלקי המוח. האונות הפונטליות גדלות במהלך חייו מן הלידה עד סביבות גיל 25. כדי לבצע כל פעילות רצונית מאורגנת, יש צורך בהערכה של מצב הסביבה, אינטגרציה של הפרספציה הנוכחית עם מידע צבור מהעבר, וכן ניתוח המצב הרגשי שבו מצוי הפרט. האונה הפונטלית מתווכת התנהגויות שהן מיוחדות לבני האדם. היא נקודת המוקד לשילוב בין מידע מהסביבה החיצונית, המילייה הפנימי של הגוף והעולם הרגשי של הפרט. האונה הפונטלית מניעה התנהגויות שפועלות על הסביבה ומשנות אותה. היא אחראית לטווח רחב של התנהגויות, ואי תפקודה יגרם לבעיות תפקוד בתחומים רבים: תפקוד העצבים הקרביאליים, יכולת התנועה, שפה וזיכרון וכמובן התנהגות, מוטיבציה, מצב רוח וקוגניציה (ראו טבלה מס' 1).

תסמונת פרה-פונטליות

שלוש תסמונות התנהגותיות קשורות לפגיעה באונות הפונטליות (ראו טבלה מס' 2):

- ✦ תסמונת אורביטו-פונטלית המאופיינת בחוסר עקבות ואימפולסיביות.
- ✦ תסמונת חרסו-לטרלית המאופיינת בפגיעה בתפקודים הקוגניטיביים והתפקודים הניהוליים.
- ✦ תסמונת פונטלית מדיאלית המתבטאת בעיקר באכזריות ואקזיטיות.

כל אחת מהתסמונות הללו מופיעה כאשר יש פגיעה מותאמת באזור המיוחד באונה הפונטלית. לפעמים נראה התנהגויות דומות לתסמונות אלו בפגיעות בגרעין הקאודט, בגלובוס פלידוס ובתלמוס, שהם האזורים המקושרים לאונות הפונטליות. לכן, תסמונות אלו הן סימנים לפגיעה גם במערכת הקשרים הפונטליים-סוב

קורטיקליים, ולא מיוחדות לפגיעה פונטלית בלבד. חשוב לציין שתסמונות פונטליות במבדדת היא נדירה. מעט מחלות גורמות לפגיעה רק באזור אחד באונה הפונטלית. לכן, לרוב נראה תסמונות מעורבות המשלבות סימנים מכל אחת מהתסמונות השונות. כמו כן, במרבית המקרים ובעיקר בחבלות מוח טראומטיות, הפגיעה הפונטלית היאה דו-צדדית.

התסמונת האורביטו-פונטלית

מבחינה התנהגותית, המאפיין העיקרי בתסמונת זו הוא חוסר העכבות של החולה. חולים אלה לוקים בשיפוט החברתי, מתנהגים בחוסר טקט ובצורה שאינה ראויה. הם מעירים הערות לא תואמות, יכולים להתנהג באופן אנטי סוציאלי ומציגים סגנון מחוספס ולא אישי ביחסים בינאישיים. הם מכנינים אאופוריה (Witzelsucht). לפיכך עלציות וצחקנות מלאכותית (יש להם התעסקות מינית מוגברת עם ג'סטות מיניות לא תואמות והערות מילוליות מיניות לא תואמות. לרוב, אין התנהגות מינית אגרסיבית. תסמונת אורביטו-פונטלית קשורה גם עם התנהגויות חילוקי (Utilization behavior) ודחף בלתי רצוני לעת ולחרים חפצים בסביבה החולה ולהשתמש בהם, ללא כל תובנה. חולים הלוקים בתסמונת זו לקויים ביכולתם לגלות אמפתיה לזולת, הם סובלים מלביוליות רגשית ואפקטיבית, ממעברים מאוד מהירים בין מצבי רוח מנוגדים, ולפיקים ממצבים מאניים או היפומאניים. אימפולסיביות וקושי בתובנה ובבקרה על ההתנהגות קיימים אף הם.

מבחינה נוירופסיכולוגית כמעט שאין פגיעה. תפקודי שפה, זיכרון ויכולות קוגניטיביות לרוב שמורות. אם תהיה בכל זאת פגיעה קוגניטיבית, היא תתבטא באימפולסיביות, במסוחות יתר ובחוסר אכפתיות לגבי איכות ביצוע המטלות.

חולים הסובלים מפגיעה אורביטופונטלית כתוצאה מחבלה או גידול תופס מקום, יסבלו לרוב גם מאנאוסמיה (תתרתות).

תסמונת ההתקמחות המצחית (Frontal Convexity)

הפגיעה באזור הדורסולטרלי תגרם להפרעות בתפקוד הקוגניטיבי ובתפקודים הניהוליים (Executive Functions). הפגיעה המשמעותית ביותר הקשורה בפגיעה באזור זה היא הפגיעה ביכולת התכנון וצפיית העתיד. החולה חי את חייו הרגע ואינו מסוגל לתכנן כל מהלך חדש, לשמור אותו במוחו ולהביא אותו לידי ביצוע. הדבר מתבטא במרבית התחומים: שפה, התנהגות וחשיבה לוגית.

ברור כיום שאזור זה נוטל תפקיד מרכזי גם בארגון ההתנהגות בזמן. תפקיד זה מתרחב לכל הפעולות הרצוניות של בן האדם, בכל המקומות, תנועת השלל, תנועות העיניים, הדיבור וכמובן החשיבה הלוגית. בכל מקום שיש צורך לתאם פעולות, הדבר קשור לאזור



הדורסו-לטרי של האונה הפרונטלית. הדבר חשוב שבטניים כאשר מדובר בהתנהגות חדשה ויש אי בהירות בדרך. האזור הדורסולטרי הוא האזור האחראי על זיכרון העבודה (Working Memory), המאפשר להגיב על המתרחש מידע מגוון בזמנית במוח ומאפשר להגיב על המתרחש בעולם החיצוני על סמך ייצוגים מן העבר. זיכרון העבודה משחרר אותנו מן התלות המיידית בסביבה והופך את היצור האנושי לחופשי וליצירתי יותר.

התסמונת הפונטלית מדיאלית

אפסיות היא הסימן האופייני לתסמונת זו והיא קשורה לפגיעה באזור ה-Anterior Cingulate Cortex. לאפסיות יש מרכיבים אפקטיביים, רגשיים, קוגניטיביים ומוטוריים. המרכיבים האפקטיביים כוללים הבעת פנים שטוחה ולא משתנה. המרכיב הרגשי לאפסיה מתבטא בהשטחה רגשית ובחוסר עניין והתרגשות או כל מרכיב רגשי אחר לגבי כל גירוי או איתע (שלילי או חיובי). המרכיב הקוגניטיבי לאפסיה מתבטא בהפחתה של חשיבה יצירתית ויחמת, ירידה בסקרנות, הפחתה בעיסוקים הקודמים (חברתיים, תעסוקתיים ועיסוקי פנאי), חוסר רצון ללמוד דברים חדשים והתנסות בחוויות חדשות; חוסר עניין בעתיד בהתחייבויות הקודמות וחוסר דאגה לשלמות הגופנית ולבריאות. המרכיבים המוטוריים לאפסיה כוללים חוסר מאמץ ופחדוקטיביות; קושי בהתמדה בפעילויות ותלות באחרים כדי להיות פעיל.

כאשר יש מעורבות של האזור ה-Supplementary Motor של האונה הפרונטלית-מדיאלית תתלווה לתסמונת זו גם אקיזיה. באקיזיה יש הפחתה בתנועות הספונטניות של הגוף. פגיעה דו-צדדית באזורים אלה תגרום ל-Akinetic Mutism. מבחינה ניוורופסיכולוגית נראה כמובן את ההשלכות של הפגיעה ביזימה ובמוטיבציה, וזוהי הפחתה בהתנהגות מכוונת מטרד, פגיעה בשטף המילולי ולפרקים פרסברציות (חוסר יכולת לעצור ולשנות מטרה).

סימפטומים התנהגותיים הקשורים לתפקוד לקוי של האונה הפרונטלית

בנוסף לשלוש התסמונות הפרונטליות שהזכרנו לעיל, יש מספר סימפטומים ותסמינים התנהגותיים שיכולים להתלוות לפגיעה באונה הפרונטלית. לא אתייחס בסקירה זו להפרעות בשפה ובזיכרון אלא להפרעות בהתנהגות.

קונפבלציות ופאראמניה רה-דפליקטיבית הן הפרעות שקשורות גם להפרעות בזיכרון ויכולות לקרות כתוצאה מפגיעה פרונטלית. קונפבלציות יכולות להיות משני סוגים: מן הסוג של "בושה", "רגעיות", שבהם החולה מפתק ותשובה המבוססת על עבר, או מהסוג ה"פנטסטי" שבהם החולה מעלה תוכן ביארי, מקאברי ובלתי אפשרי. מחקרים הראו שקונפבלציות נמצאות ביותר קולרציה למצבים שבהם אין בקרה עצמית

שינוי התנהגותי	אזור באונה הפרונטלית של חוסר תפקוד
הפרעה בתפקודים ניהוליים	אזור דורסו לטרי פרה-פרונטלי
הפרעות בזיכרון	
הפרעה ביכולת שליפת המידע	אזור דורסו לטרי פרה-פרונטלי
אמנזיה	פונטיקס א Medial Forebrain
קונפבלציות	אזור דורסו לטרי פרה-פרונטלי
Reduplicate paramnesia	פרונטלי ימני
תפקודי שפה	
אפזיה של ברקה	קורטקס פרה-מוטורי פרה-פרונטלי שמאלי תחתון
אפזיה מוטורית טרט-קורטיקלית	אזור מדיאלי או מעל אזור ברקה
אפמיה	אזור ברקה
דיספרוזדיה	קורטקס פרה-מוטורי פרה-פרונטלי ימני
אפקסיה אידיאומטורית	
אפקסיה סימפטטית	אזור פרה מוטורי שמאלי
אפקסיה קלזלית	קורפוס קלזום
הפרעות ניוורופסיכיאטריות	
חוסר עכבות	אזור אורביטו-פרונטלי
אפסיה	אזור מדיאלי פרונטלי
מניה	אזור פרונטלי מדיאלי תחתון ימני
דיכאון	אזור דורסו לטרי פרה-פרונטלי, קאודט אורביטו פרונטלי
הפרעה טורדנית כפייתית	אזור אורביטו-פרונטלי
סכיזופניה	אזור דורסו לטרי פרה-פרונטלי
קטטניה	אזורים פרונטליים שונים ורבים
שונות	
פרסברציות	אזורים פרונטליים שונים ורבים
הזנחה (Neglect) מוטורית	אזורים פרה פרונטליים דורסו-לטריים ומדיאליים
הפרעות ניוורולוגיות אלמנטריות	
המיפריזיס	קורטקס מוטורי
הפרעות במבט (Gaze)	Frontal eye fields
רפלקסים פרימיטיביים	אזורים פרונטליים שונים ורבים

טבלה מס' 1. סימפטומים וסינדרומים התנהגותיים עיקריים הקשורים בחוסר תפקוד האונה הפרונטלית

ביכולת בדיבור ספונטני (הנור ביחס לסכמות הפנימית), אבל עם חזרתיות מוגברת, פרסברטיות ואקולליה (חזרה על גירי חיצוני). לחולים עם תסמונת דורסו-לטריית יש יכולת שליפת מידע מופחתת ואיטית וכן יצירת רשימת מילים על פי קריטריון (הקשורה להסתכלות פנימה), בעוד שהם משמרים את יכולת הזיכרון לזיהוי על פי תמונה חיצונית ועל פי רשימת מילים (הקשורה לגירי הבא מבחוץ). כך שכל שלוש התסמונות משתפות אובדן השליטה הרצונית והבקה על ההתנהגות והן יוצרות תלות בסביבה החיצונית כדי להגיב.

הבנה זו היא חשובה באספקט הטיפולי כיוון שהכלל הראשון בטיפול בחולים עם פגיעה פרונטלית הוא הבניית המסגרת החיצונית שלהם.

אטיולוגיה של פגיעות פרונטליות

כמעט כל המצבים המשפיעים על האונה הפרונטלית, כולל חבלת ראש, גידול, זיהום ודה-מילאנציה, יכולים לפגוע בשתי האונות הפרונטליות. לכן, מרבית התסמונות הפרה-פרונטליות כוללות פגיעה דו-צדדית.

טובה, מאשר למצבי הפרעה בזיכרון אצל חולים עם פגיעה פרונטלית.

פאראמניה רה-דפליקטיבית היא הפרעה בהתמצאות המרחבית, כאשר החולה משוכנע שהסביבה הנוכחית שלו ממוקמת במקום אחר, לרוב קרוב לביתו. בחב המקרים מדובר בפגיעה פרונטלית המשולבת עם פגיעה פראטלית ימנית.

הפרעות במצב הרוח הן אופייניות לפגיעה פרונטלית, בעיקר באזור האורביטו-פרונטלי. חולים אלה יכולים להפגין אאופוריה, אי שקט, גליות ולבילות אפקטיביות. כמו כן אפקט לא תואם, צחקנות ועליצות מלאכותית (jocularity).

פגיעה משותפת נוספת לכל אחת מן התסמונות הללו היא אובדן היכולת לייצר סכמה פנימית התנהגותית, המסוגלת להשתנות על פי דרישות המציאות החיצונית. לפיכך, האימפולסיות של אנשים הסובלים מהתסמונת האורביטו-פרונטלית מתרחשת בתגובה לאירועים הבאים מבחוץ ללא יכולת התבוננות על התוצאות. האפזיה הטרט-קורטיקלית הקורית בתסמונת הפרונטלית המדיאלית מאופיינת בהפחתה

מחקרים

לגשות יש תפקיד חשוב בהחלמה מניתוח בירך

חוקרים מאוניברסיטת סנט לואיס גילו כי איכות ההחלמה מניתוח בירך עשויה להיות תלויה בראש כמעט כמו בירך וכי ייעוץ רגשי עשוי להגביר את קצב ההחלמה הגופנית.

מנתחים אורטופדים משתמשים בשני מבחנים כדי לקבוע האם המטופל החלים מניתוח בירך. המבחן ראשון הוא בדיקה פיזית של תפקודי הירך המתבצעת בידי הרופא. המבחן השני, החדש יותר, הוא שאלון במגוון תחומים הקובעים את ההצלחה הכללית של הניתוח. "הממצאים היו מפתיעים", אומר ד"ר ברטון מועד, נשיא מחלקת הניתוחים האורטופדיים בסנט לואיס, "המבחן הקליני מצביע על תוצאות טובות עד מצוינות, בשעה שהמבחן העצמי, השאלון שמילאו אותם חולים, מצביע על החלמה גרועה בהרבה".

ניתן להסביר את ההבדלים בשורה של שאלות שהבדיקה הפיזית לא בוחנת בקשר למצבו הרגשי של המטופל. "מתברר שהמצב הרגשי הוא שני בחשיבות להערכת ההחלמה", אומר מועד, "רק יכולת התנועה של המטופל היתה חשובה יותר. זהו תחום שהרופאים צריכים להתייחס אליו ביתר חשיבות. נראה לי שנהיה חייבים להתערב גם בתחומים נוספים ולהביא עובדים סוציאליים ופסיכולוגים שיעבדו עם המטופלים על תחומים שאנחנו לא יכולים להתמודד איתם.

"כשאדם פעיל מרותק למיטה או שפעילותו מוגבלת, זה עלול לגבות מחיר", אומר מועד. "ייתכן שלחוסר היכולת לעשות דברים שעשית ותחושת אובדן הכוח הקשורה לכך הם בעלי השפעה גדולה משחשבונו על תחושת המטופל בקשר להחלמתו". מועד וצוותו בדקו 46 מטופלים במשך לפחות שנתיים לאחר ניתוח שבר בירך.

איסוף נתונים: גיא כהן

אזור פרה פרונטלי	הפרעה קלינית
קורטקס אורביטו-פרונטלי	חוסר עכבות וירידה בבקרה העצמית על ההתנהגות אימפולסיביות
	התנהגות חסרת טאקט וירידה ברגישות הבינאישית
	שיפוט חברתי פגום
	הפחתה בתובנה וביכולת האינטרוספקציה
	אי שקט
	גליות אפקטיביות, היפומניה ודכאון
	הגיינה עצמית ירודה הזנחה בטיפוח העצמי
ההתקמרות הדורסו-לטרלית הפרעה בשליפת המידע	הפרעה בשליפת המידע
	הפרעה ביכולת לשנות דפוס חשיבה כתגוב לשינוי המשימה הסביבתית
	הפרעה בתכנון, בצפיית העתיד ובפתרון בעיות
	ירידה ביכולת החשיבה המופשטת, קונקרטיות
	הפחתה בבקרה ובשליטה הקוגניטיבית
	ירידה בקשב ובזכרון העבודה
	דכאון
קורטקס פרונטלי מדיאלי ירידה בעניין	ירידה בעניין
	ירידה במוטיבציה ובשאתנות
	ירידה ביצימה
	ירידה בפעילות, אפסיות
	ירידה בהתמדה וביכולת לשמר משימות
	צמצום והשטחת העניין הרגשי
	קהות רגשית

טבלה מס' 2. מאפיינים התנהגותיים של תסמונות פרה-פרונטליות

תרופות פסיכיאטריות יכולות לשפר את ההפרעות הקשביות שמתלוות לתסמונות הללו. מספר רב של תרופות נוסו כדי לטפל בהתנהגות חסרת עכבות אצל חולים הסובלים מפגיעה אורביטו-פרונטלית; תרופות נוגדות פסיכזה, במזוידאפנים, בספירון, ליתיום טגרטול ושאר התרופות מייצבות מצב הרוח, דפירל, חוסמי בתא ותרופות נוגדות דיכאון. בחלק מן המקרים דווח על הצלחה חלקית, אבל אף מדיניות טיפול לא זוכה להעדפה.

חולים אפטיים וחשירי מוטיבציה מגיבים לתרופות דופימנטיות כמו אמנטין ודופיקר וכן לתרופות פסיכיאטריות כמו ריטלין. כמו כן דווח על שיפור מסוים עם תרופות נוגדות דיכאון הפועלות על המערכת האדרנרגית כמו נורטילין.

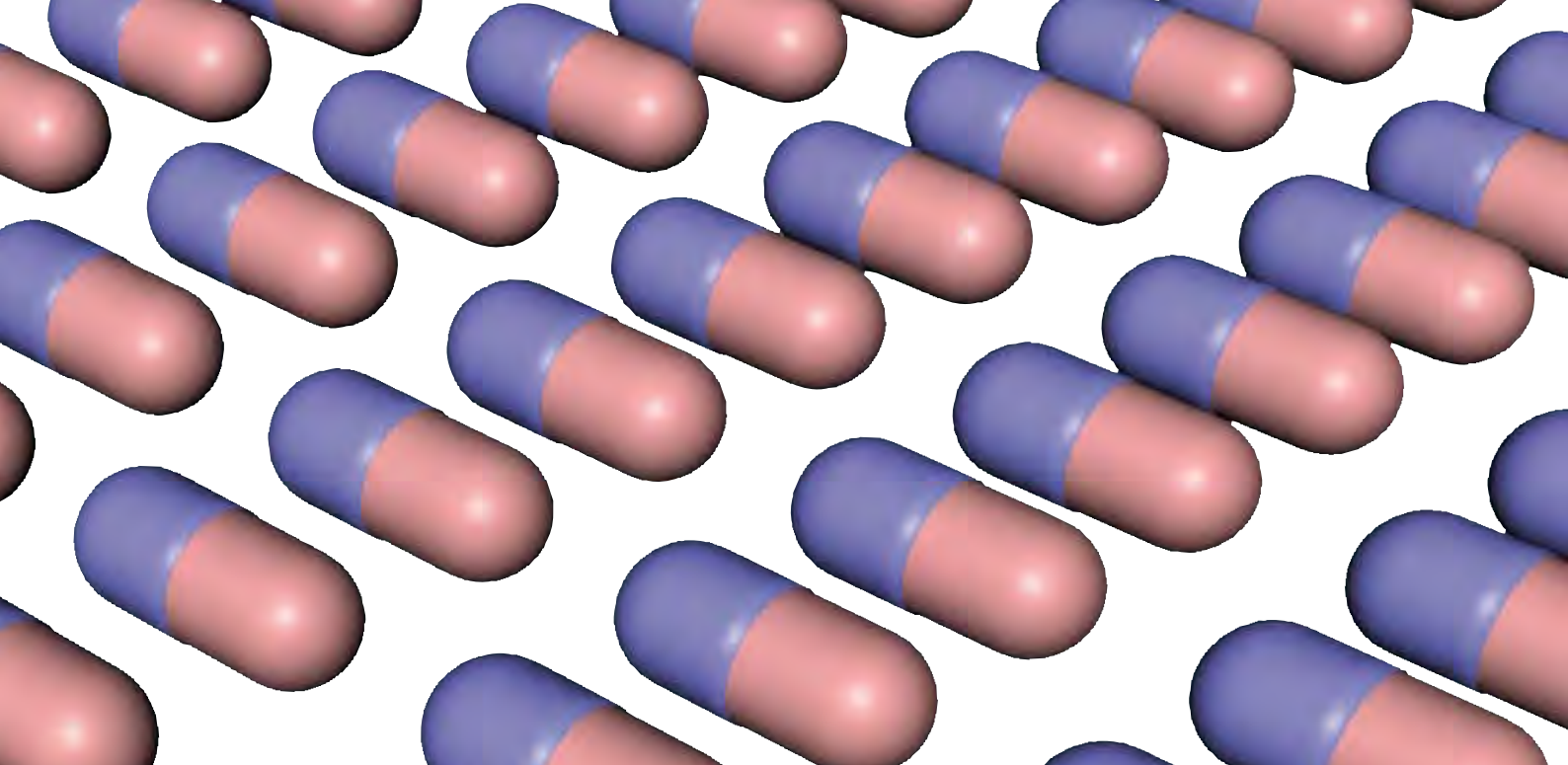
הטיפול התרופתי צריך להיות משולב עם טיפול פסיכותרפי התנהגותי, שבו יש לנסות להבנות את הסביבה החיצונית של החולה ולנסות למנוע ממנו מצבים פתוחים ומצבים שבהם נזקק לתפקודים ניהוליים ולפתרון בעיות. כמו כן יש להיעזר במידע שמספק למשפחה, טיפול משפחתי ו/או טיפול לכן הזוג.

ד"ר ירמי הראל, פסיכיאטר, ב"ח השיקומי לוינסטיין, רעננה

גם חסימה וסקולרית המערבת את העורק הקדמי או האמצעי יכולה לגרום לפגיעה פרונטלית חד-צדדית. התסמונות האורביטו-פרונטלית נגרמת מנזק לחלק התחתון של האונה הפרונטלית המונח על הגג הגרמי של האורביטה. גג האורביטה משמש כרצפת החלק הקדמי של ה-Cranial fossa. הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה באזור זה הוא חבלת מוח קלה עם קונוטויה לקורטקס המצחי התחתון. הסיבה השנייה בשכיחותה לפגיעה באזור זה היא גידול מוחי שמתחיל באזור ההיפופיזה, ה-olfactory groove או ה-sphenoid ridge. הגידול השכיח הוא מניגימה או אדנומה. מפרצת של העורק המקשר הקדמי יכולה אף היא לשמש כתופסת נפח ולחצות על האזור הזה. כמו כן, דימום ממפרצת כזו יכול לגרום לנזק באזור האורביטופרונטלי וכן לאזור מדיאלי. דמנציה פרונטו-טמפורלית יכולה גם היא לגרום לתסמונות אורביטופרונטלית.

טיפול בפגיעות פרונטליות

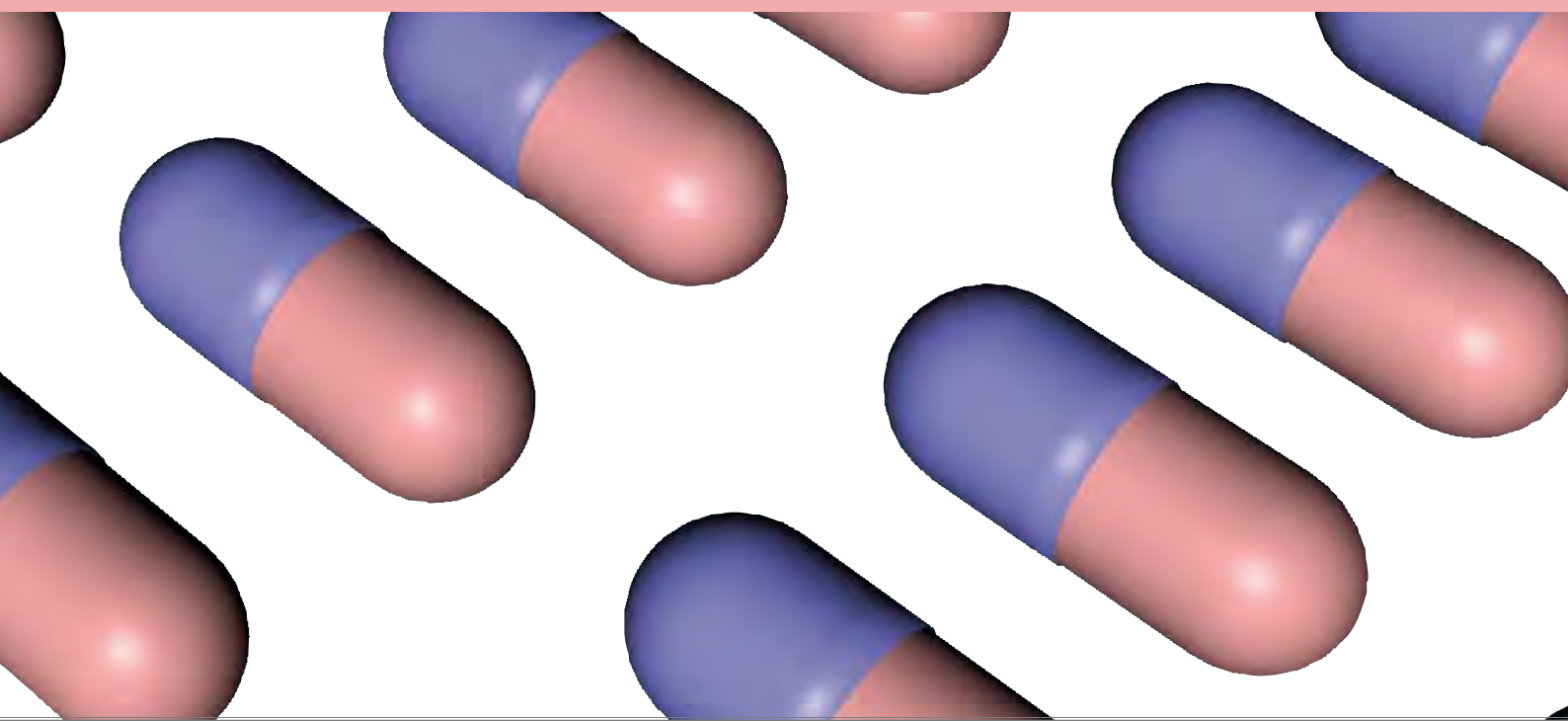
אין כל טיפול ספציפי להפרעות, לפגיעות של האונה הפרונטלית ולתסמונות השונות שהוזכרו. בכל המקרים יש לעשות מאמץ כדי למצוא את האטיולוגיה להפרעה. במקרים של גידולים והידרצפלוס, ניתוח הוצאת הגידול או הכנסת דלף יכולים לגרום לשיפור ניכר בהפרעת ההתנהגות.



טיפול תרופתי בהתמכרויות

מדע הרפואה מצאה פתרון ראוי, יעיל, זול יחסית ובטוח לבעיית ההתמכרות להרואין ואופיואיטים אחרים. במדינות רבות נעשים מאמצים להפיץ את הטיפול בבופרנורפין, תחליף סם אשר תכונותיו הפסיכופרמקולוגיות הופכות אותו למתאים לטיפול מרפאתי

ד"ר סרג'יו מרצבסקי



בצרפת, התרופה ניתנת זה כעשר שנים על ידי רופאי המשפחה, וגרמה לירידה ניכרת בתמותה ממת יתר של סמים. לירידה בפשע ולתוצאות חברתיות חיוביות. במחקרי עלות-תועלת של התרופה, התועלת היא הרבה יותר מהעלות. בגרמניה, התרופה ניתנת על ידי רופא המשפחה, כאשר אין חובה של מתן טיפול פסיכוסוציאלי, אלא על פי שיקול הרופא. בשבדיה, בניו זילנד, באנגליה ובארצות רבות אחרות, בסופו של תהליך, רופא המשפחה הוא זה שרושם את התרופה

✦ היא אגוניסטית חלקית של קולטן מו לאופיואיטים.

✦ היא בעלת קשירות גבוהה מאוד לקולטן.

✦ יש לה שחרור איטי מהקולטן, עד 72 שעות.

✦ מתן התרופה אינו מסוכן. מנת יתר של התרופה לא תגרום למוות כיוון שהקולטנים יהיו תכוסים כולם ומופעלים באופן חלקי. בנוסף לכך, אם יתווסף מינון כלשהו של אופיואיטים על הבופרנורפין, הם לא ישפיעו עליו כיוון שהקולטן תפוס על ידי הבופרנורפין.

✦ פרופיל תופעות הלוואי שלה הוא חיובי מאוד (אם כי יש מקרים יוצאי דופן של בלבול או שיתוק הקיבה) ותופעות הגמילה ממנה הן קלות יחסית ולכן היא תרופה בטוחה לטיפול בגמילה מהרואין.

✦ על פי מחקרים שבוצעו, גם בישראל, בופרנורפין היא התרופה היעילה והבטוחה ביותר לביצוע דטוקסיפיקציה מהרואין. מחקרים מראים שהתרופה יעילה כמו מטדון למתן טיפול תחזוקתי כתחליף סם, אך בטוחה הרבה יותר ממטדון.

טיפול

טיפול דטוקסיפיקציה – כיום, ברוב מרכזי הדטוקסיפיקציה בעולם וגם בישראל, הדטוקסיפיקציה הרפואית של אופיואיטים נעשית באמצעות טיפול בתרופת הבופרנורפין במתן תת לשוני. הטיפול בטוח ויעיל ולמעשה החליף כל שיטה אחרת כגון טיפול בקלונדיין, במטדון או בדטוקסיפיקציה מהירה באמצעות הרדמה כללית וטיפול בנלוקסון. מהלך הטיפול: המטופל עובר אבחון ובדיקה של

יש מערכות נמוכות, אשר לרוב הן מערכות אקסיטטוריות, ומערכות עליונות, אשר לרוב הן מווסתות ומעכבות. במבנה קלאסי זה ניתן לראות ולהארות בשיטות הדמיה קיימות שתי מערכות במחנות, מערכת "לך על זה", אשר ממוקמת במערכת של גרעינים בזאליים ובעיקר סביב מערכות דופמינרגיות ב-Nucleous Acumbents, ומערכת "עצור", אשר ממוקמת בקליפת המוח הפרה-פונטלית.

חלקו של המוח אשר נותן את הפקודה "לך על זה" מגיב לגירויים סביבתיים ופנימיים במהירות של שברירי שניות ומדליק אותם אזורים במוח אשר נותנים את הפקודה. זהו הביטוי הניורופיזיולוגי של דחף השימוש. הפעלה של אותם מרכזים נמוכים במוח גורמת לאדם לפעול ולבצע דברים שהוא יודע כי אינם טובים עבורו. מערכות "עצור" הן איטיות וחלשות הרבה יותר ממערכות "לך על זה". הבנה ביולוגית זאת, אשר ניתנת גם להדמיה ולהדגמה בפני המטופלים, יכולה לעזור לטיפול במובן הטיפולי הצר בגישה התנהגותית-קוגניטיבית וגם ובעיקר בהורדת הסטיגמה של אוכלוסיה זאת.

ודאי שהבנת הבסיס המוחי של מחלת ההתמכרות אינה מורידה מההיבטים המוסריים ומאחריותו האישית של המטופל כלפי עצמו, משפחתו והחברה שבה הוא חי, אך היא יכולה להעמיד כלים בפני המטופל והמטפל להילחם בבעיה.

הרפואה מנסה לפתח שורה של תרופות שיפחיתו אותו דחף שימוש בסם. לסובלים מהתמכרות לאופיואיטים, אשר אינם מסוגלים לעבור את הגמילה וחוזרים שוב ושוב לשימוש, יש להציע טיפול תחזוקתי בתחליפי סם.

דטוקסיפיקציה כאופציה אחרונה

אחד המיתוסים לגבי טיפול במכורים לסמים גורס כי טיפול גמילה צריך להיות הצעד הראשון בכל מפגש טיפולי בין החולה לבין מערכת הבריאות. דהיינו, כאשר אדם הסובל מהתמכרות להרואין, עליו לפנות לרופא ועל הרופא להפנותו תחילה לטיפול דטוקסיפיקציה. גישה זאת איננה יעילה, איננה נוחה ולמעשה ההיגיון הפשוט אומר שלאור העובדה שהרואין איננו סם משכך, אין שום דחיפות בביצוע דטוקסיפיקציה ועדיף להציע טיפול תחזוקתי בתחליפי סם שיהיה מקובל על המטופל, ובהמשך טיפול נפשי ושיקומי. בסוף, אם בכלל, ניתן להציע טיפול דטוקסיפיקציה.

בין החומרים הנפוצים כיום בעולם לטיפול כתחליפי סם נמצאת תרופת הבופרנורפין, אשר תכונותיה הפסיכופרמקולוגיות הופכות אותה מתאימה לטיפול מרפאתי:

א וכלוסיית החולים הסובלים מהתמכרות להרואין ואופיואיטים אחרים מהווה, ללא ספק, את אחת הבעיות המרכזיות בבריאות הציבור. אוכלוסיה זאת סובלת, על פי כל העדויות המצטברות, ממחלה נפשית/מוחית הדומה במהותה לכל מחלה נפשית אחרת. לעומת זאת, ההתייחסות של החברה אליה היא סטיגמטית, פלילית ולמעשה של רדיפה בלתי מוצדקת.

אנשים הסובלים מהתמכרות להרואין סובלים ממחלה בעלת בסיס גנטי ברור ומוכח, אשר גורמת למערכת העצבים לתגובה התנהגותית של חיפוש וצריכת הסם, למרות הנוזקים הקשורים לכך. החברה מצידה אוסרת על אותם מכורים את הנגישות לחומר שמהווה עבורם בסיס לאיזון תפקודי נורופיזיולוגי. במצב כזה, אנשים הסובלים מהתמכרות וזקוקים לשימוש בחומר, במובן מסוים כמו "אוויר לנשימה", יעשו הכל כדי להשיג אותו ואף יבצעו מעשים פליליים ואנטי-סוציאליים.

את הסיפור החברתי העצוב הזה מנסים היום לנסח מחדש, לא כבעיה מוסרית, פלילית, אלא כהתנהגות מובנת הנובעת ממכלול גנטי/ניורופיזיולוגי. בהקשר החשיבתי-מוסרי המאשים, מנסים להביא את החולים לגמילה ולוויתור מוחלט על שימוש בסם, אשר לו הם כה זקוקים.

נראה שאין שום הגיון בגמילת החולים מהשימוש בסם, אלא שיש לספק להם את הצורך שלהם בתכשירים מתאימים מבחינה פרמקולוגית.

דחף השימוש כתופעה ביולוגית

אופיואיטים אינם חומרים שגורמים להפרעה תפקודית משמעותית. התמכרות לאופיואיטים קשורה למבנה גנטי, כאשר התורשתיות של המחלה היא בין הגבוהות ברפואה. אותו מבנה גנטי מתבטא בכך שכאשר אדם בעל גנים מתאימים נחשף לשימוש באופיואיטים, מערכת העצבים שלו, קרוב לוודאי ברמה של קולטני דופאמי, משתנה כך שמתפתח אצלו דחף חזק מאוד להשיג ולצרוך את החומר, למרות שהוא יודע שהדבר מזיק.

השינויים המוחיים הללו מוכרים היום היטב וניתן להדגים בשיטות הדמיה שונות.

שינויים מוחיים אלה גורמים לאדם שנגמל מהשימוש באופיואיטים לשינויים קשים בתחושה הכללית שלו, לתחושה פנימית של ריקנות ואי שקט, מול גירויים המזכירים את הסם ומפעילים פקודות "עשה" חזקות ביותר. כל אלה גורמים לנגמל הטרי תופעות שכתוצאה מהן, בסופו של דבר, הוא חוזר לשימוש בסם.

מערכת העצבים מאורגנת בצורה היררכית.

הסכנה היחידה הטמונה בטיפול מרפאתי בבופרופרין היא סכנה חברתית הכרוכה בהפצה בלתי חוקית ובלתי מבוקרת של בופרופרין כסם רחוב. עם זאת, על כך מחקרים מראים כי גם סכנה זו אינה גדולה והזליגה לרחוב עומדת על כעשרה אחוזים

טיפול מרפאתי בקנה מידה עולמי

רוב מדינות המערב אימצו את הטיפול במטדון ובבופרופרין כטיפול עיקרי לטיפול באנשים הסובלים מהתמכרות לאופיואידים, כאשר מגמה הולכת וגוברת היא של הכנסת טיפול מרפאתי בבופרופרין בקנה מידה גדול.

בארצות הברית נחקק חוק הנקרא Acta 2000 שבעקבותיו כל רופא יכול לפנות ולבקש רשות לטפל טיפול מרפאתי בבופרופרין, 30 חולים בשנה הראשונה ובהמשך עד 100 חולים. הטיפול נעשה בהתאם לתקנות ובפיקוח ה-DEA, אשר מפקחות על הרופאים. כדי שרופא יהיה רשאי לטפל בחולים תחת רשיון מיוחד זה, עליו להשתתף בקורס בן שמונה שעות, ללא מבחן. רופאים חברים באיגוד האמריקאי לרפואת התמכרויות או פסיכיאטרים מומחים פטורים מחובת הקורס. יש כיום בארצות הברית כעשרת אלפים רופאים הרשומים בבופרופרין, מהם כ-2,000 שעברו את הקורס.

על פי הצריכה בבתי מרקחות, יש כיום כ-200 אלף משתמשי בופרופרין בארצות הברית. מחקר שנעשה בארצות הברית עוקב אחרי יעילות ובטיחות התרופה ב-47 אלף משתמשים ראשוניים. תוצאות מחקר זה פורסמו (ניתן לצפות בהן ברשת באתר www.umkc.edu/is/mts/attc/smack.aspx). התוצאות מצביעות על הצלחה גדולה מאד של התרופה, עד 80 אחוז בדיקות שדון נקיות בחודש הראשון ומעל 60 אחוז אחרי חצי שנה. שביעות רצון המטופלים מגיעה ליותר מ-90 אחוז והבטיחות מרשימה כאשר אחוז האשפוזים בגלל תופעות לוואי היוו מזער וקטנות תופעות הלוואי מכל סוג נמוכה ביותר.

בצרפת, התרופה ניתנת זה כעשר שנים על ידי רופאי המשפחה, וגרמה לירידה ניכרת בתמותה ממנת יתר של סמים, לירידה בפישע ולתוצאות חברתיות חיוביות. במחקר עלות-תועלת של התרופה, התועלת היא

התועלת נגד, שכמעט ואינן קיימות. המטופל חייב להיכנס למצב של תסמונת גמילה ביוני למשך כשעה-שעתיים. המטופל עושה אידוקציה של בופרופרין כאשר כעבור כשעתיים הוא חופשי מרוב סימני תסמונת הגמילה. בהמשך הוא לוקח את הבופרופרין במינון המתאים במשך יומיים-שלושה להתייצבות. בשלב הבא מורידים את מינון הבופרופרין בהדרגה במשך עשרה ימים עד 30 יום ובסופו של דבר תהליך הגמילה חולף בסבל מועט ביותר.

טיפול כזה יכול להיעשות באופן אמבולטורי בבטיחות גבוהה. המשתנה העיקרי אשר יקבע האם אדם זקוק לאשפוז לצורך קבלת טיפול זה הוא גורם שיתוף הפעולה והיסטוריה קודמת של המטופל.

בזכות פרופיל הבטיחות הגבוה של התרופה, טיפול מסוג זה יכול להינתן על ידי כל רופא אשר מעוניין לטפל באוכלוסייה זאת, לרבות רופא משפחה.

טיפול תחזוקתי על ידי בופרופרין – כאשר המטופל או המטפל מגיעים למסקנה שהטיפול העדיף בשלב זה של חיי המטופל הוא מתן תחליפי סם, הטיפול יכול להתבצע באותה בטיחות באופן מרפאתי כמו טיפול הדטוקסיפיקציה. למעשה, הטיפול הזה לטיפול הדטוקסיפיקציה עד לשלב הרביעי. משם המטופל ממשיך לקחת את הטיפול באופן קבוע באותו מינון. מניסיון קליני שלנו, בחודשים הראשונים המינון הולך ויורד עד למינון של 8-12 מ"ג ליום אצל רוב המטופלים.

אדם הנמצא תחת טיפול תחזוקתי בבופרופרין מתפקד היטב בכל מישורי החיים, כולל לימודים, עבודה, חיי משפחה וכדומה. למעשה תפקודו הוא נורמטיבי לכל דבר בכל מישורי החיים.

"סובוקסון"

השם המסחרי של בופרופרין הוא "סובוטקס". ברוב ארצות העולם התרופה נמכרת לצורך טיפול מרפאתי בתרופות יחד עם מלוקסון. שילוב של בופרופרין עם מלוקסון נקרא "סובוקסון". יתרונה של תרכובת זאת הוא בכך שבמידה שהחולה יחליט לרסק את התרופה ולהזריק אותה, הנלוקסון ינטרל את השפעת הבופרופרין וגם סכנה קטנה אפשרית של הרעלה. מבחינה זאת עדיף לתת את הסובוקסון, אך ההבדל אינו משמעותי כל כך והסכנה שהסובוקסון מונעת אינה בעלת חשיבות כה גבוהה עד שיש להתנות את מתן הטיפול המרפאתי בקיום תרכובת זאת בשוק. אחוז המטופלים אשר ישתמשו בכדורי בופרופרין רגילים ("סובוטקס") לצורך פירור והזרקה, הוא קרוב לוודאי אינו גבוה במיוחד.

הרבה יותר מהעלות. בגרמניה, התרופה ניתנת על ידי רופא המשפחה, כאשר אין חובה של מתן טיפול פסיכיאטרי, אלא על פי שיקול הרופא. בשבדיה, בניו זילנד, באנגליה ובארצות רבות אחרות, בסופו של תהליך, רופא המשפחה הוא זה שרשם את התרופה.

בישראל, אפשר להקים מרפאה של מתן מרפאתי לבופרופרין, אך הדבר מסובך כי צריך לעמוד בתקנות בלתי מעודנות של "מוסדות לטיפול בנפגעי סמים", כאשר הדרישה למוסד אמבולטורי רפואי הן כאלו שמדעניות את רוב הרופאים מלבקש רשיון. למיטב ידיעתי, שוקדים בימים אלה במשרד הבריאות וברשות למלחמה בסמים על שינוי התקנות כדי לאפשר לחופאים רבים לספק את התרופה ללא עיכובים ביוחקריים.

הסכנה החברתית

הסכנה היחידה הטמונה בטיפול מרפאתי בבופרופרין היא סכנה חברתית הכרוכה בהפצה בלתי חוקית ובלתי מבוקרת של בופרופרין כסם רחוב. עם זאת, על כך מחקרים מראים כי גם סכנה זו אינה גדולה והזליגה לרחוב עומדת על כעשרה אחוזים מאספקת התרופה לאנשים הזקוקים לה. גם אם תהיה קיימת זליגה לרחוב של מרשמים שסופקו על ידי רופאים לחולים, הדבר יהיה מוגבל במחיר: כאשר תרופה הופכת לנפוצה וכל אחד יכול לקבלה אצל הרופא בעיטבים לא גדולים, פוחת מאוד הביקוש שלה בשוק שחור מאידך ניתן לעונן שאם יש כבר סמי רחוב, עדיף שתהיה זו תרופה מבית חרשת לתרופות ולא סם שמיוצר בלוגנים בתאילנד או בהרי אפגניסטן.

לסיכום, יש להמשיך ולחנך את הציבור בישראל בכלל ואת ציבור הרופאים בפרט בכך שאנשים הסובלים מהתמכרות לסמים בכלל ולאופיואידים בפרט אינם פושעים במהותם, אלא שמעשי הפישע של רבים מהם נובעים מתחושה של צורך הישרדותי מהבסיסיים ביותר במה הביולוגית, כמו צורך של חיפוש אחרי מים או מזון.

במקביל, יש להמשיך ולפתח שיחיו טיפול אשר יאפשר לאותם אנשים לקבל את המענה לצרכים הביולוגיים העמוקים שלהם, מבלי להיגרר למעשים הפוגעים בחברה. מדע הרפואה מצאה פתרון ראוי, יעיל, זול יחסית ובטוח לבעיית ההתמכרות להרואין. הטיפול המרפאתי בתחליפי סם יכול לספק כיום מענה לאלפי אנשים הסובלים מהתמכרות להרואין, להוריד את אחוזי התמותה בצורה ניכרת וגם להיטיב עם החברה כולה על ידי הורדת שיעורי הפישע אצל המסורים הגונבים לצורך השגת הסם הנחוץ להם לאיזון ביולוגי.

ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי, מנהל יחידת המחקרים הקליניים במרכז לבריאות הנפש באר יעקב, מרצה ומטפל בתחום ההתמכרויות

מחץ לאורה

**לחברה הבדואית
בארץ בכלל ובנגב
בפרט יש צרכים
ייחודיים, בהתייחסות
ממוקדת לבריאות
הנפש. השינויים
שחלו בחברה זו
בעשור האחרון יחד
עם המאפיינים
התרבותיים והבעיה
האבחונית והטיפולית
באוכלוסיה זו, הובילו
להקמתה של המרפאה
רגישת התרבות
ובכלל זה המרפאה
הבדואית במחלקה
לפסיכיאטריה במרכז
הרפואי סורוקה**

ד"ר הדר שלו, ד"ר יצחק בן
ציון, ד"ר אשר שיבר

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש סורוקה הוא בית החולים השני בגודלו בישראל והגדול ביותר באזור הדרום. הבדואים מהווים חלק ניכר מאוכלוסיית הנגב ומספרם באזור מוערך בכ-190 אלף. מחצית האוכלוסייה הבדואית מיושבת בעיר רהט וביתר יישובי הקבע הכללים, בין היתר, את: כסיפה, ערערה, שגב שלום, חורה, לקייה ותל שבע, והשאר הם תושבים ביישובים שאינם מוכרים, קרי הפזורה הבדואית. בשלושת העשורים האחרונים חל שינוי משמעותי באורח החיים של הבדואים בנגב, המתבטא במעבר מאורח חיים נוודי להתיישבות בבתי קבע, יחד עם שינוי תעסוקתי מעיסוק בחקלאות לעבודות בתחום התעשייה. החשיפה הגדלה לאורח החיים העירוני הובילה לשינוי באורחות החיים, כולל תזונה, השכלה ועוד. יחד עם זאת, מצבם הכלכלי והסוציאלקונומי של הבדואים בנגב אינו טוב ויישובי הקבע נמצאים בעשירותם התחתונים, בדיוק הסוציאלקונומי וברמת החיים בישראל.

אחד התחומים המשמעותיים שבו חל שינוי בקרב אוכלוסייה ייחודית זו הוא החשיפה לרפואה המערבית והשימוש בה. בעוד שבבעבר נשען הטיפול על מטפלים

מוגבל. בעיה נוספת היא קביעת תכנית טיפולית ממושכת, שכן ההתמדה בטיפול ובהגעה לפגישות טיפוליות נמוכה מאוד.

לצורך מתן מענה פסיכיאטרי הולם לאוכלוסייה הבדואית ותוך ההבנה של שירותי בריאות כללית כי האוכלוסייה הזו היא בעלת צרכים ייחודיים שמן הראוי לספקם, הוקמה בסורוקה המרפאה רגישת התרבות. הצוות כולל שלושה רופאים, מתוכם שניים דוברי ערבית, ושתי עובדות סוציאליות, אחת מהן דוברת ערבית. הצוות בקיא באורח החיים הבדואי בנגב ובתרבות הבדואית ואף מכיר את השימוש במרפאים המסורתיים ומאפשר עבודה בשילוב ולעתים אף בעזרתו של שייח או דרוויש. החולים מוכנים דרך גורמים טיפוליים בקהילה, מטפלים מהמרפאה הפסיכיאטרית ומבית החולים וגורמים טיפוליים נוספים כגון שירותי רווחה אזוריים ועוד. נעשה שימוש בשירותים המיוחדים שהונהגו באזור כגון "ניידת הבדואים" הנמצאת בקשר עם הפזורה באזור, שנותנת שירותים רפואיים.

האבחנה של "בהלה" או "פחד" ניתנה על ידי דרוויש לחולים בסכיזופרניה כמו גם לחולים בהפרעות חרדה שונות. מטופל שמגיע לרופא לאחר שהיה אצל דרוויש משתמש לעתים קרובות במונחים של "בהלה" או "פחד" כשהוא מתאר את ההפרעה היות ששמע אותם מ"מטפל מוסמך" קודם

דרכי העבודה וההתנהלות במרפאה זו עברו שינוי והותאמו לאוכלוסייה הבדואית. כך למשל, התקשורת עם המטופלים נעשית בעת ובעונה אחת בטלפון ובאמצעות הדואר. היות שישנה בעיה של היענות וההתמדה בביקורים במרפאה, הוארך משך הפגישות עם המטופלים, ובעיקר הפגישות הראשונות, על מנת לכלול את כל מרכיבי התכנית הטיפולית (איסוף נתונים, אבחון וטיפול) במספר מצומצם של פגישות ולעתים אף בפגישה אחת. לשם כך נערכת הפגישה הטיפולית בנוחות רופא ועובדת סוציאלית במקביל, אלא אם יש התנגדות לך מהמטופל או משפחתו ויש השתדלות של התאמת סדר התורים לאופי המתקבלים. כמו כן משולבות במרפאה מרפאות מצוינות אחרות, הקשורות לאופי הבעיה. למשל, המרפאה להפרעות בתפקוד מיני או המרפאה להפרעות אכילה, כשהמרפאה רגישת התרבות מהווה עוגן ומרכז טיפולי מתאם – קואורדינטור.

עם תחילתה של עבודת המרפאה הרב תרבותית ניתן היה להתאים טוב יותר את הטיפול לאופי האוכלוסייה. כך למשל, בעוד שברוב המקרים שירותי סמך כגון חונך או סומך ניתנים על ידי גורם חיצוני שעל פי הגדרה

מסורתיים או על בעלי סמכות בהיררכיה השבטית כגון שייח, דרוויש, ח'טיב – כותב קמיעות, מרפא בעשבים או מרפא בעזרת כוח מאגי, או מכוח הקוראן, הרי שבשנים האחרונות יש שילוב של טיפול מסורתי לצד שימוש בשירותי הרפואה הקונבנציונלית ומספר הפניות למרפאות השונות בבית החולים, ובכלל זה גם למרפאה הפסיכיאטרית, נמצא במגמת עלייה מתמדת. אופי ההפרעות או התלונות בעטיין נעשית הפנייה לשירותים הפסיכיאטריים השתנה גם הוא. בעבר, היתה הפנייה לשירותי בריאות הנפש סוג של מוצא אחרון. לאחר שקורבי המשפחה או בני השבט חשו כי אין עוד מנוס מקבלת עזרה חיצונית, כגון במקרים של הפרעות התנהגות קשות, פסיכזה ומסוכנות לסביבה, ואילו היום ניתן לראות יותר ויותר פניות עקב בעיות פסיכוסוציאליות, הפרעות מצב רוח והפרעות הסתגלות וחרדה. יש לציין כי גם השימוש בשירותי הרווחה עלה וכתוצאה מכך יש יותר ויותר פניות לבקשת אישורים והמלצות לקבלת קיצבאות נכות והכרה במוגבלות פיזית ונפשית.

קשיים בטיפול והמרפאה רגישת התרבות

הטיפול באוכלוסייה הבדואית מהווה אתגר לחפא ולצוות: אין די בדיעת השפה הערבית, יש צורך להכיר את התרבות הבדואית לעומק. הדימויים הרבים שבהם נעשה שימוש, הנשענים על רקע תרבותי עשיר ומערכת מורכבת של אמונות, זרים לרופא המטפל ופעמים רבות נוצר פער בין כוונת המטופל ותלונותיו לבין תפישתו של הרופא אודות ההפרעה. פרט לכך, המדרג ההיררכי בתוך השבט ובתוך המשפחה מהווים גורם מכתיב באשר לאופן שבו התערבות טיפולית תתקבל ותתאפשר על ידי המטופלים. כך למשל, התערבות שעלולה לפגוע במעמדו או דימויו של אבי המשפחה, לא תתקבל. כך גם תישלל כל התערבות או חשיפה העלולות לפגוע בשמה הטוב של המשפחה. אמנם בעיות כגון אלו מוכרות גם ממגזרים אחרים באוכלוסייה הכללית, אולם בקרב הבדואים עוצמתן גדולה יותר. לפיכך, יש צורך בצוות מטפל המכיר את האוכלוסייה הבדואית, תרבותה ואורח חייה, ששולט בשפה הערבית, בתרבות המיוחדת ובניב המאפיין את הבדואים בנגב, ומכיר גם את דרכי הטיפול הנוספים שבהן משתמשת האוכלוסייה לשם מציאת מזור.

קשיים טכניים מהווים מגבלה נוספת. סידורי התחבורה ליישובים הבדואיים בכלל ולתושבי הפזורה בעיקר לוקים בחסר ויש קושי של מטופלים להתחייב לשעת הגעה מדויקת למרפאה. פעמים רבות מגיעים המטופלים למפגש במרפאה מספר שעות לאחר השעה הנקובה. נוצרת גם בעיה של המתנה משותפת של נשים וגברים ממשפחות שונות ומשבטים שונים, בכפיפה אחת, כך שלעתים המטופלים עוזבים את התור בלי להיכנס לטיפול. שירותי הדואר נתקלים בבעיה באיתור משפחות מטופלים ובמסירת דברי דואר, כך שאופן התקשורת עם אוכלוסיית המטופלים

סידורי התחבורה ליישובים הבדואיים בכלל ולתושבי הפזורה בעיקר לוקים בחסר ויש קושי של מטופלים להתחייב לשעת הגעה מדויקת למרפאה. פעמים רבות מגיעים המטופלים למפגש במרפאה מספר שעות לאחר השעה הנקובה

בפניות נשים לשירותי הבריאות, שכן סוג זה של הפרעות שכיח יותר בנשים לעומת גברים. 8.5 אחוזים מהמטופלים במדגם אובחנו כבעלי הפרעת הסתגלות. הפרעה זו נובעת לעיתים קרובות משינויים בתא המשפחתי כגון נישואי הבעל לאישה נוספת, אלימות במשפחה, קושי כלכלי או חברתי ועוד. סיבות אלו לא נדונו מחוץ לתא המשפחתי או השבטי בעבר. יתרה מכך, לאישה הבדואית לא היתה כל לגיטימציה להתלונן על קושי בשל בעיות כגון אלו, שכן הן נחשבות למקובלות בחברה. היכולת של האישה הבדואית להביע את הקושי ואף להיחשף במרפאה ציבורית או להביע תסכול או מצוקה הנובעת במידה מסוימת מהתנהגותו של אבי המשפחה, מצביעה על השינוי הגדול והמהותי שמתחולל בחברה הבדואית.

תיאורי מקרה

ננסה להמחיש את הדברים בדוגמה הבאה: ס', בת 30, ממוצא בדואי, לא למדה כלל בבית ספר ואינה יודעת לקרוא וכתוב. היא אישה רביעית לבעלה וגרה בבנין משותף שבו התגוררו גם יתר נשותיו של בעלה, כל אחת גרה עם ילדיה בקומה נפרדת. ס', שהיתה האישה האחרונה בסדר הנישואין, התגוררה בקומה הרביעית. ללא רקע פסיכיאטרי קודם אצלה או במשפחתה. הופנתה למרפאה הפסיכיאטרית על ידי רופא המשפחה בשל ירידה במצב רוחה וברמת תפקודה בבית, שהחלה מספר חודשים טרם הפנייה. עד לפנייה טופלה בנוגדי דיכאון וחרדה במשך תשעה שבועות. לבדיקה השנייה במרפאה הגיעה יחד עם בעלה שנתבקש להמתין מחוץ לחדר הבדיקה. במהלך הבדיקה התרשם הרופא המטפל כי מצב רוחה טוב יותר ושאל אותה למקור השינוי לדעתה. ס' סיפרה כי בילתה את סוף השבוע האחרון בבנין המשותף עם יתר נשות בעלה, חזת לאחר שכחודש טרם השינוי במצב רוחה עברה לבקשתה לבית נפרד. לדבריה, מספר חודשים טרם פנייתה למרפאתו, ביקשה מבעלה לעבור לבית נפרד מיתר נשותיו. בעלה הסכים ודאג לכך, אולם כשלושה שבועות לאחר המעבר חלה ירידה במצב רוחה ולאחר מכן גם פגיעה בתפקודה. הרגישה בדידות והתקשתה לעמוד בפרידה מנשותיו האחרות של בעלה, שהיו גם



הרושם של החמרת סימפטומים או התחזות היות שהמניע של הפנייה הוא השגת רווח משני, בעוד שהדבר אינו מפחית מעוצמת המצוקה של המטופל הבדואי שאינו גיל לפחש אותה בפני המטפל. בעייתיות אפשרית נוספת בהגעה לאבחנה היא השימוש במטבעות לשון ושפה וכן דימויים שאינם מאפיינים את האוכלוסייה היהודית. כך למשל, במחקר שנעשה במחלקה לפסיכיאטריה ב-1990, נבדקו האבחנות שקיבלו מטופלים בדואים מזרועות לעומת אלו שקיבלו מרופא פסיכיאטר. האבחנה של "בהלה" או "פחד" ניתנה על ידי דוויש לחולים בסכיזופרניה כמו גם לחולים בהפרעות חרדה שונות. מטופל שמגיע לחפא לאחר שהיה אצל דוויש משתמש לעיתים קרובות במונחים של "בהלה" או "פחד" כשהוא מתאר את ההפרעה היות ששמע אותם מ"מטפל מוסמך" קודם, והדבר עלול להוביל לבלבול אצל מטפל שאינו מכיר את הנושא.

קושי נוסף נובע מהפער התרבותי וממערך האמונות של המטופלים הבדואים. מטופלים המתלוננים על "ראיית שדים" או היותם קורבן לקללה יכולים להשתמש במונחים המקובלים תרבותית ואינם מעידים בהכרח על הפרעה בתכני החשיבה, אולם הדבר יכול להיות גם חלק ממערכת פסיכטית, כך שלעיתים נדרש זמן רב יותר לשם אבחנה מדויקת. מתוך המדגם ל-164 מטופלים (12.6 אחוז) ניתנה אבחנה מהספקטרום הפסיכטי של ההפרעות הפסיכיאטריות. זאת לעומת 40 אחוז מהמטופלים במחקר שנערך ב-1990. עובדה זו ממחישה את ההבדל שבשימוש ובפניות הנעשות למערכת בריאות הנפש. כיום ניתן לראות פניות רבות עקב הפרעות מצב רוח והפרעות חרדה. ייתכן שהעלייה בשכיחותן של הפרעות אלו בקרב הפונים מהווה ביטוי לעלייה

אינו בן משפחה, הרי שבחברה הבדואית הכנסתו של גורם זר אל תוך המשפחה אינה מקובלת. הדבר הוביל לכך שבפועל, אחוזי הפנייה לשירותי הרווחה לשם קבלת "סל שיקום" לאותם מטופלים הזכאים לכך היתה נמוכה מאוד. לאחר התאמת התנאים במשרד הבריאות והתאמת הטיפול לאוכלוסייה הייעודית, נמצא מספר הזכאים שאושר להם "סל שיקום" במגמת עלייה.

קשיים באבחון והשינויים שחלו בחברה הבדואית בעשור האחרון

מתוך מדגם אקראי של 1,300 מטופלים במרפאה בין השנים 2004-2007, 52 אחוז היו גברים ו-48 אחוז נשים. נתונים אלה ממחישים את השינוי שהתחולל בחברה הבדואית, שכן בעבר היתה פניית נשים מועטה ביותר לשירותי בריאות הנפש. נתון מעניין נוסף ניתן לקבל מהסתכלות על אופי הפניות. מתוך 1,300 המטופלים במדגם, ל-378 (30 אחוז) אין אבחנה בחרדה. הקושי בהגעה לאבחנה נובע הן מבעיות הקשורות למטפל, הן מכאלו הקשורות למטופל והן מבעיות הנוצרות בשל קושי בתקשורת בין השניים. כך למשל, פנייה לשירותי בריאות הנפש לאחר תאונות דרכים או אירוע טראומתי אחר לא היתה שכיחה בקרב הבדואים גם במקרים שבהם היה המטופל במצוקה ניכרת. ברוב המקרים היו המטופלים פונים למטפל מסורתי או שהבעיות היו נפתרות בתוך המשפחה. עם העלייה בתדירות התביעות אל מול חברות הביטוח והביטוח הלאומי, חלה עלייה גם במספר הפונים למרפאות הפסיכיאטריות, אולם פניות אלו היו בעידודם של עורכי דין שטיפלו בנושא התביעה. אצל הרופא המטפל, שאינו מכיר את אופי ההתמודדות של האוכלוסייה הבדואית, יכול להתעורר

ירידה בכמות המרשמים לתחופות נוגדות דיכאון בילדים בעקבות אזהרה

אזהרה על תחופות נגד דיכאון נראות כקשורות לירידה בכמות המרשמים בקרב ילדי טנסי, כך לדברי מחקר חדש ומקיף שפורסם בגיליון יולי של הירחון לרפואת ילדים ומתבגרים.

האזהרה מפני מחשבות והתנהגויות אובדניות נראות כקשורות לירידה בכמות המרשמים שניתנו לילדים ומתבגרים במערכת הבריאות של מדינת טנסי בארה"ב. תחופות נגד דיכאון ומצאות בשימוש נרחב אצל ילדים ובני נוער הסובלים מדיכאון, אבל בשנת 2003 הופיע מידע בקשר לסכסוך מוגבר למחשבות והתנהגויות אובדניות אצל מטופלים צעירים שהשתמשו בתחופות האלו. בדצמבר 2003, הוועדה הבריטית לבטיחות בתחופות הכריזה על הסיכון בשימוש בתחופות נגד דיכאון מסוג SSRI. מינהל המזון והתרופות האמריקאי הלי בעקבותיה ובאוקטובר 2004 דרש מדבקת אזהרה על כל התחופות מסוג זה.

ד"ר בנג'י טי. קוריאן, MPH ומרצה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת ונדרבילט בנאשוויל, טנסי, בדק את הכמות החודשית של מרשמים לתחופות נגד דיכאון בקרב מטופלים בי שנתיים עד 17. המחקר נערך במשך 45 חודשים, מינואר 2002 ועד 30 בספטמבר 2005, 12 חודשים לאחר ההוראה של המינהל להדביק אזהרה. המחקר חולק לשתי תקופות, לפני פרסום האזהרה הבריטית הראשונה, 24 חודשים, ואחרי פרסום האזהרה הראשונה, 21 חודשים. מדי חודש הצטרפו למחקר בממוצע 405 אלף ילדים.

בתקופה שלפני פרסום האזהרה, כמעט ולא היה שינוי חודשי בכמות המרשמים לתחופות נגד דיכאון, עם ממוצע של 23 מרשמים לעשרת אלפים מטופלים. בסוף המחקר, חלה ירידה של 33 אחוז עד ל-15 מרשמים לעשרת אלפים מטופלים. השימוש בתחופה מסוג פלוקסטין (fluoxetine), התחפה היחידה שאושרה לשימוש, עלה ב-60 אחוז. לא נמצא גידול בהפסקת השימוש בתחופות הללו, דבר המרמז לכך שההשפעה הראשונית של האזהרה היתה בשינוי ההחלטה על מתן טיפול אצל חולים חדשים.

מחקרים קודמים הראו שהשימוש בתחופות נגד דיכאון אצל מטופלים במערכת הבריאות של טנסי זהה לשימוש אצל ילדים ומתבגרים בכלל ארה"ב ולפיכך, סביר שתגולה ירידה בכלל אוכלוסיית ארה"ב. "המחקר מוכיח שהתערבות גופי פיקוח יכולה לשנות דרכי פעולה של חפאים, גם אם זה לא רצוי או לא בטוח", כתבים מחברי המחקר. "בדור שיש צורך במידע טוב יותר בקשר לבטיחות וליעילות של תחופות נגד דיכאון".

איסוף נתונים: גיא כהן

לאחר שהמשיכה מגמת החמרה הופנו על ידי פסיכיאטר למרפאה ייעודית.

עם קבלתה למרפאה המיוחדת שלנו, שובצה המטופלת לטיפול על ידי עובדת סוציאלית ממרפאה זו. בתחילת הטיפול היו הקשיים דומים לאלה שהיו גם עם הרפאים דוברי העברית והמטופלת השתמשה בכתיבה כצורת תקשורת. היות שהמטופלת היתה אישה מאמינה, השתמשה המטופלת בסיפורים מהדת והקוראן אשר מדברים על קשיי אובדן ומוות ככלי דיכוי ובכדי לעזור לה לדבר ולהביע את רגשותיה ומחשבותיה. בצורה זו החלה המטופלת להגיע יותר למטופלת ובהדרגה לשתי בתכני מחשבותיה וכן הרגשותיה והאבל הקשה. בשלב זה ניתן היה להתחיל טיפול ממוקד באבל שבו שותפו גם בני משפחתה. לאחר מספר פגישות נוספות שבהן נערכה פרידה מבתה המנוחה בבית העלמין, חל שיפור ניכר במצבה וחזרה הדרגתית לתפקוד.

בחינה של מקרה זה מצביעה על החשיבות שיש לא רק בהכרת השפה אלא גם בהבנת התרבות ורזי המסורת והדת. ידעויותיה של המטופלת והבנתה רגשית התרבות אפשרו לה ליצור קשר עם עולמה הרוחני-דתי של המטופלת ולהשתמש בזיקה שבין המטופלת לדת לשם מציאת נקודות חוסן, ולסייע בהבנת ובהבניית האירוע הטראגי שאליו נחשפה המטופלת.

נראה כי במקרים כגון זה מידת יעילותו של הטיפול התרופתי לא היתה גבוהה וכי היה צורך בהתערבות טיפולית כדי שנושנתה במסגרת המרפאה הרגישית לתרבות הבדואית. יתרה מכך, היכולת לשתי את המשפחה בתהליך הטיפול, כדי שנושנתה פעמים קרובות בטיפול ממוקד באבל, ותאפשרה בזכות ההיכרות עם מנהגי האבלות המאפיינים את האיסלאם בכלל והמגזר הבדואי בפרט.

לסיכום, לחברה הבדואית בארץ בכלל ובנגב בפרט יש צרכים ייחודיים, בהתייחסות ממוקדת לבריאות הנפש. השינויים שחלו בחברה זו בעשור האחרון יחד עם המאפיינים התרבותיים והבעיה האבחונית והטיפולית באוכלוסייה זו, הובילו להקמתה של המרפאה רגשית התרבות ובכלל זה המרפאה הבדואית במחלקה לפסיכיאטריה במרכז הרפואי סורוקה. המרפאה עושה שימוש בהבנת התרבות והשפה ומאפשרת שימוש ונגישות תוך הגברת היעילות הטיפולית בהתמודדות עם המגזר הבדואי. אנו סבורים כי הכללת הידע גם במגזרים נוספים, תוך שימוש בכלים ובידע שנרכשו עד כה, יוכלו לשפר את מתן השירות גם במרכזים רפואיים אחרים.

ד"ר הדר שלו, המחלקה לפסיכיאטריה, ד"ר יצחק בן-ציון, ד"ר אשר שיבר, המחלקה לפסיכיאטריה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

חברותיה. ס' חשה במלכוד היות שלא יכלה לשתף איש בבעייתתה. מחד הרגישו אי נעימות ואשמה כלפי בעלה, שכן היא זו שביקשה ממנו לעבור למגורים אחרים, ולבני משפחתה לא יכולה היתה לספר היות שבכך היא היתה מביישת את משפחת אביה, הן משום שהיא באה בתלונות על החיים עם בעלה והן משום שבעלה דאג לה ועשה כבקשתה ואילו היא נתפשת ככפויית טובה.

הרופא המטפל ביקש את רשותה לשוחח עם בעלה והיא הסכימה. מעצם תפקידו והשכלתו זוכה הרופא לכבוד במגזר הבדואי. הכרת התרבות אפשרה לו להציג את התמונה באופן שלא יפגע במעמדו של אבי המשפחה מחד, אולם מצד שני הבהיר כי יציאתה של ס' מהבית הובילה לפגיעה במצבה הנפשי והבריאותי, כך שהמהלך המתבקש הוא החזרתה לבניין המגורים המשותף. הבעל הסכים לחזרתה. שבועיים לאחר מכן נערכה פגישת ביקורת במרפאה והרופא המטפל התרשם משיפור ניכר במצבה עם חזרה של רמת התפקוד לזו שאפיינה אותה טרם יציאתה מהבית. הטיפול והמפגשים הפסיכיאטריים הופסקו.

מקרה זה של הפרעת הסתגלות (Adjustment Disorder) מהווה דוגמה לחשיבות הכרת המערכת ההיררכית במשפחה, על מורכבותה העדינה והמסרים שמקבל כל אחד מהשותפים למערכת בעזרת מחוות השותפים האחרים. יכולתו של הרופא להבין את הסיטואציה ולהתערב בה מבלי לפגוע במעמדו של מי מהצדדים היא זו שהובילה לשינוי ולשיפור במצבה של המטופלת.

בהקשר למקרה זה אנו מוצאים לנכון לציין כי במקרים רבים, נישואים שניים או שלישיים של אבי המשפחה מובילים להפרעות נפשיות מגוונות אצל יתר נשותיו ובעיקר שכיחה פגיעה באישה הראשונה. ההפרעות השכיחות לאחר נישואים שניים הן הפרעת הסתגלות, דיכאון והפרעות סומטופורמיות.

דוגמה נוספת לחשיבות העבודה במרפאה ניתן לקבל מהתיאור הבא: אישה בדואית בת 35 הופנתה למרפאה רגשית התרבות כחודשיים לאחר שהיתה עדה למותה של בתה הקטנה מרכב שפגע בה. במהלך חודשיים אלו חלה התנתקות של האישה מסביבתה וממשפחתה, עד הסתגרות מוחלטת ומצב קטטוני מוחלט שבו לא יצרה כל קשר עם אחרים ומיעטה לאכול ולשתות. טרם הפנייה למרפאה רגשית התרבות היו מספר פניות לרופאים פסיכיאטרים דוברי עברית, אולם המטופלת לא שיתפה פעולה, לא דיברה או יצרה קשר עין ונראתה מפוחדת ועצובה. היא טופלה בתרופות הרגעה יחד עם נוגדי פסיכזה ונוגדי דיכאון וחרדה (haloperidol, clonazepam, fluoxetine). מספר פעמים הוצעה למשפחה אפשרות של טיפול במסגרת אשפוז, אולם המשפחה סירבה בכל תוקף וביקשו להמשיך טיפול אצל מרפאים מסורתיים.

רפורמה לבדה לא מספיקה

בישראל, אין שום דיון, ברמת המדיניות הארצית, לגיבוש מערך הכשרות נחוצות בבריאות הנפש, אך הצלחות הרפורמה תלויות בהרבה ביצירת מערכות הכשרה אלו. מה בכל זאת נעשה במערך השיקומי

ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר חקס לכמן

שירותי השיקום עסקו בעיקר בניסיון לבנות חלופה לאשפוז. החוק הרחיב את מטרות העל של השיקום בבריאות הנפש והציג את היעד העיקרי להגיע לשילובו האופטימלי של כל אדם עם מגבלות פסיכיאטריות בקהילה. כמו כן, החוק קובע את זכות האדם לשיקום כחובה של המדינה. הוא הראשון בתחום בריאות הנפש שמיישם את חוק זכויות האדם לאנשים עם מוגבלויות וחוק יסוד כבוד האדם וחירותו ופונה אל האדם ולא אל המערכת (אל שירותים).

"מטרתו של חוק זה לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו"

(חוק שיקום נכה הנפש בקהילה, התש"ס-2000).

בישראל נהוג להעריך שחיים יותר מ-80 אלף אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות חמורות הזקוקים לשירותי שיקום שונים כדי לקדם את השתלבותם בקהילה. למרות זאת, רק חמישה אחוזים מהם נמצאים באשפוז והשאר חיים בקהילה בצורות שונות. לכן, האתגר של החוק הוא להרחיב את טווח הפעילות המקצועית-שיקומית לאוכלוסיות הנמצאות בקהילה ולרוב חיות שנים רבות בהדרה חברתית. יש להדגיש ולומר שידוע שרוב האנשים החיים בקהילה נמצאים במסגרת משפחתית ולא תמיד מתוך בחירה, עובדה שיוצרת עומס רב על המשפחות.

על מנת להשיג את מטרות העל שהגדיר החוק, יישום הרפורמה השיקומית התבסס על עיצוב החשיבה מחדש. בהרבה בחינות,

תחום בריאות הנפש עובר בשנים האחרונות שינויים רבים בעולם כולו. גם בישראל מתרחשות

מספר רפורמות שמהוות את תהליכי השינוי. השינויים הללו לא מתייחסים רק לשינוי במדיניות ובאופן אספקת השירותים הנדרשים לאנשים המתמודדים עם מצוקות נפשיות ונגישותם למענים מקצועיים מגוונים בתחום. השינויים מחייבים שינוי אמונות, תפישות, גישות ומיומנויות של אנשי המקצוע, עיצוב שירותים והתערבויות חדשות, חשיבה אחרת על מקום המשתמש בשירותים, סוגי ידע נוספים וכדומה.

בדרך כלל, הרפורמות אינן מתייחסות לצורך בהכשרה כמרכיב מרכזי והכרחי בהטמעת השינויים במדיניות ובפרקטיקה.

במאמר זה נציג את מודל ההכשרה שנבנה בארץ בשנים האחרונות במערך השיקום בבריאות הנפש, מודל שליווה את הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש, הפך למרכיב מרכזי במהפך ואפשר אותו. אנחנו חושבים שניתן ללמוד מהתהליך שהתרחש בתחום השיקום בבריאות הנפש עבור רפורמות אחרות המתרחשות היום במקביל בתחום. הגישה שאומצה בשיקום התייחסה לכל המעגלים המעורבים בתהליך השינוי: אנשי המקצוע, צוותי שיקום למיניהם, צרכנים ומשפחות.

עקרונות הרפורמה השיקומית

מאז תחילת שנת 2001 משרד הבריאות נמצא בתהליך מואץ של פיתוח שירותי שיקום בקהילה, במסגרת אחריותו ליישום את חוק שיקום נכה נפש בקהילה, התש"ס-2000. החוק הוא נקודת מפנה בתפישת תפקיד השיקום במערך בריאות הנפש. עד לחקיקתו,



שיקום, שילוב והחלמה במסגרת אקדמית

במהלך השנים התברר שהלימודים באקדמיה במקצועות הקלאסיים שקשורים לתחום הטיפול והשיקום בבריאות הנפש לא מכשירים את האנשים לעבוד ולהשתלב בתפקידים ובטכנולוגיות החדשות שמובילות את תחום השיקום. היה צורך לפתח הכשרות וקורסים שנועדו לקדם ולפתח חשיבה מקצועית נכונה וחדשנית על מנת לשרת ולעזור בקידום אוכלוסיית היעד, ודרכם להקנות מיומנויות הקשורות לתפקידים ולהפעלת טכנולוגיות התערבותיות חדשות בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

בימים אלה הבשיל התהליך ונפתח בית ספר ארצי ייעודי במסגרת אקדמית שעוסק בשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש. בית ספר פועל במרכז האוניברסיטאי אריאל בתל אביב ופונה לכל הנוגעים בתחום: עובדי שיקום, צרכנים, משפחות ובהמשך אחרים.

באקדמיה לא מלמדים היום מספיק את מקצועות בריאות נפש בכלל ואת מקצוע השיקום בפרט על בסיס ידע עדכני מהפרקטיקה בשיקום בבריאות הנפש, ולכן תפקיד בית הספר הארצי הוא להשלים את החסר. בית הספר הארצי פועל, גם אצל הלומדים וגם בצוותי ההוראה, בתפישה אינטרדיסציפלינרית, בניגוד לרוב שאר המסגרות ההכשרות הדוגלות בתפישה סקטוריאלית. ההכשרה מערבת בתוכה תיאוריות ומעשה, הקורסים מהווים עבורנו, קובעי המדיניות, המרצים, והמנחים, דרך להתעדכן ואמצעי נוסף ליצירת ידע אותנטי לעבודה. בית הספר הארצי מחובר ומתעדכן כל הזמן בסוגי הידע הקיימים בעולם ומקיים מפגשים קבועים עם מובילי התחום בארצות הברית וגם באירופה. בית הספר פועל כארגון לומד בעצמו, לומד מהלומדים על התיאוריות שפותחו במהלך העשייה ועוזר לשדה לגבש לעצמו כלים חשיבתיים ומיומנויות מקצועיות בהתאם.

מודל ההכשרה בשיקום שילוב והחלמה בבריאות הנפש קיבל את השראתו מהמודלים שמתקיימים כבר שנים רבות בבוסטון או בניו ג'רסי וראה

בנוסף, היה צורך לשנות עמדות של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, בתחום של השירותים החברתיים, עמדות של הקהילה האקדמית בפרט והציבור בכלל. שינויים מסוג זה לא יכולים להתרחש ללא זימה של התנסויות למידתיות של קהלים שונים ולכן פותחו והחלו לפעול תכניות הכשרה בתחום השיקום. תכניות אלו נועדו להכשיר אנשי מקצוע שונים לעשייה המיוחדת בשיקום ולהעמידם כסוכני שינוי בארגון. התכניות מגוונות ומופנות לאוכלוסיות יעד רבות, כולן אינטרדיסציפלינריות, מתוך התפישה שעבודת השיקום עוסקת בתחומי חיים שונים של האדם בו בזמן ומגוון המקצועות יכול להוסיף לעבודה בשדה כמו גם לשיח המקצועי.

חשוב אף לציין שחלק גדול משירותי השיקום מבוססים על כוח אדם שאין לו רקע של הכשרה אקדמית בתחום בריאות הנפש. מדובר על אוכלוסיה גדולה שתורמת רבות לעשייה השיקומית שמקורותיה הם: אנושיות, ניסיון חיים ומוטיבציה. כמו כן מתקיימות הכשרות לפעילים בתחום בריאות הנפש ולמשפחות. שותפים רבים לבניית מודל ההכשרה בשיקום ולהצלחתו: אנשי משרד הבריאות, היחידה לשיקום בבריאות הנפש, אנשים מהאקדמיה, עובדי שיקום וצרכנים רבים, משפחות ומוסדות כמו הביטוח הלאומי והג'וינט.

היום, המערך השיקומי כולל יותר מ-600 יחידות שיקום הנותנות שירותים עבור יותר מ-14 אלף משתתפים בכל רחבי המדינה. מערך זה צפוי להמשיך ולהתפתח בשנים הקרובות.

במערך השיקומי מעורבים כיום אלפי אנשי מקצוע מסקטורים מקצועיים שונים (עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, אנשי סיעוד, פסיכולוגים, מטפלים באמנויות, אנשי חינוך, פסיכיאטרים, מדריכי שיקום, חונכים, עובדי סמך ואחרים). מדובר במערך של שירותים המבוסס על מעורבות ושותפות עם המשתתפים (מתמודדים) ומשפחותיהם. חלק מהם משמשים היום בעצמם כספקי שירות.

הכשרת צרכנים ובני משפחות

בימים אלה נפתח המחזור השלישי של קורס להכשרת צרכנים כנותני שירות בחיפה, קורס המיועד לצרכנים (מתמודדים) המעוניינים ויכולים למלא תפקידים כנותני שירותים במערך השיקום הפסיכיאטרי. קורס זה מלווה בפרויקט המשך שמעורבים בו משרד הבריאות והג'וינט. מטרת השירות לעזור לבוגרי הקורס במציאת עבודה במערך השיקום וללוות אותם בקליטה ובהמשך העבודה במידת הצורך.

בנוסף, מתקיים מזה השנה החמישית במקומות שונים בארץ קורס שמיועד להורים לאנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות – קש"ת – קידום, שיתוף ותקשורת. מדובר בקורס להכשרת הורים, בני משפחה ומטפלים, לתקשורת בדרך קוגניטיבית. הקורס בתחילת דרכו פותח בשיתוף עם משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי (קרן למפעלים מיוחדים) ואף לוותו במחקר שהראה את תרומתו הרבה להתמודדות המשפחה עם בן המשפחה ומול המערכת הפסיכיאטרית והקהילה.

החשיבה והחזון שהוגדרו כבסיס לשינוי היו שונים ואף מנוגדים לתפישות המקצועיות שהיו קיימות בשדה והיו עד אז בסיס להכשרות בתחום. נציג כאן מספר עקרונות שגובשו וליוו את ההטמעה של הרפורמה השיקומית מאז שנת 2000:

- ❖ האדם יכול וצריך להוביל את שיקומו.
- ❖ אדם המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית חמורה יכול להשתפר ולהחלים.
- ❖ הבסיס לכל עבודה שיקומית הוא גיבוש של תכנית שיקום פרטנית.
- ❖ השירותים הניתנים לאדם מכוונים לעזור לו לממש מטרות חיים שהוא הגדיר (Self-Determination) במסגרת התכנית השיקומית הפרטנית שלו.
- ❖ חשוב לשתף את המשפחה בכל שלבי השיקום ולגייס אותה למען השגת המטרות שהוגדרו על ידי המשתתף.
- ❖ קיימות התערבויות מבוססות ראיות שיכולות לעזור למשתתפים להשיג את מטרותיהם.
- ❖ העשייה השיקומית היא לא סקטוריאלית, היא משלבת עבודה בין ורב מקצועית, והעשייה השיקומית היא בעלת אפיון ביתחומי (משלבת תחומי טיפול, שיקום, חוק, עבודה ותעשייה, חינוך, ארגון, מינהל וכדומה).
- ❖ הידע שהצרכנים רוכשים במהלך התמודדותם יקר וחשוב ולכן ארגוני צרכנים (מתמודדים ומשפחות) שותפים ברמת קביעת המדיניות ולוקחים אף חלק משמעותי בפרקטיקה.
- ❖ תוצאות הסטיגמה ממחלות נפש הן חלק מהמוגבלות הפסיכיאטרית, תוצאות שלעיתים מזיקות יותר מהמחלה עצמה, ולכן יש לצמצם את השפעת הסטיגמה על ידי הפעלת תכניות למען אנשי מקצוע, הצרכנים והחברה כולה.
- ❖ שילוב קהילתי מתגשם יותר ככל שההתערבויות השיקומיות הן נתמכות ומתרחשות בתוך סביבות רגילות.
- ❖ יש צורך ליזום חקיקה מתאימה על מנת ליצור שוויוניות וחזיונות אדם לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטריות ובכך למנוע המשך אפלייתם בכל תחומי החיים.

הכשרה רב מערכתית

יישום חוק שיקום נכה הנפש בקהילה הוא ניסיון לתת למשתתפים את הכלים ואת ההזדמנויות לקדם תכניות אישיות להגברת איכות חייהם ושילובם בקהילה. כל מערך השיקום עבר שינויים גדולים בחשיבה בגיבוש ערכי וקבע לעצמו עקרונות לעשייה. בשדה הוטמעו שירותים שכוללים מודלים חדשים, שירותים שאמורים לקדם את תכניות המשתתפים באופן יעיל ככל האפשר וכמובן שמים דגש על השיתוף ההדוק בין מתמודדים, משפחות ואנשי מקצוע.

סיכון נמוך משמעותית של נסיונות התאבדות לנטלי SSRI

צעירים לא נמצאים בסיכון להתנהגות אובדנית מתרופות נגד דיכאון. לדברי מחקר שפורסם בגיליון יולי של "הירחון האמריקאי לפסיכיאטריה", תרופות נוגדות דיכאון מפחיתות את הסיכון לנסיונות התאבדות במבוגרים שסובלים מדיכאון והנתונים נכונים גם לצעירים בגילאי 18-25.

"הסיכון לנסיונות התאבדות בקרב חולים הסובלים מדיכאון ומטופלים בתרופות נגד דיכאון מסוג SSRI היה כשליש מאצל חולים שלא קיבלו טיפול תרופתי כזה", אמר המחקר הראשי, פחפי חברת גיבנס, מנהל המכון לסטטיסטיקה רפואית ומרצה לביו-סטטיסטיקה ופסיכיאטריה באוניברסיטת אילינוי, שיקגו. "לא נמצא סיכון פחות יותר באוכלוסייה הזו, כי חולים המטופלים בתרופות מסוג SSRI דכאוניים יותר ויש להם נטייה גדולה יותר לנסיונות התאבדות".

המחקר בדק 226,866 מטופלים שאובחנו כסובלים מדיכאון בשנים 2003 ו-2004 במערכת הטיפול הרפואי לוחיתיקי מלחמה. הם השוו את הסיכון להתאבדות בארבע קבוצות גיל, 18-25, 26-45, 46-65 ו-65 ויותר, לפני ואחרי קבלת טיפול בתרופות נוגדות דיכאון מסוג SSRI, מעכבות ספיגת סרטונין סלקטיביות. כל קבוצות הגיל של מטופלים הסובלים מדיכאון שקיבלו תרופות מסוג SSRI, התרופות נוגדות הדיכאון הנרשמות ביותר, הראו סיכון נמוך משמעותית של נסיונות התאבדות בהשוואה לאלה שלא קיבלו טיפול כזה. בקרב 82,828 מטופלים היו 183 נסיונות התאבדות לפני קבלת הטיפול בתרופות מסוג SSRI ו-102 נסיונות התאבדות לאחר קבלת הטיפול בתרופות מסוג זה.

בשנת 2004, מינהל המזון והתרופות חייב את היצרניות להדביק על הקופסה אזהרה על כך שתרופות מסוג SSRI מגבירות את הסיכון לנסיונות אובדניות אצל ילדים ומתבגרים. לאחרונה, ועדה מיעצת של המינהל המליצה להגביל את האזהרה לצעירים בלבד (בני 18 עד 24). גיבנס מזכיר כי הגבלת האזהרה לצעירים תפחית את השימוש בתרופות נוגדות דיכאון ותתרום לשיעור התאבדות גבוהים יותר. במחקרים קודמים, גיבנס זיהה יחס הפוך בין מספר המרשמים לתרופות נגד דיכאון לבין שיעור ההתאבדות אצל ילדים ומתבגרים. המחקר נערך במימון המכון הלאומי האמריקאי לבריאות הנפש.

איסוף נתונים: גיא כהן

לסיכום, הצלחות הרפורמות תלויות בהרבה ביצירת מערכת הכשרה.

עד כמה שידוע לנו, אין שום דיון, ברמת המדיניות הארצית סביב הרפורמות, לציבש אותו מערך ההכשרות הנחוצות. לדוגמה, אם הרפורמה המבנית נותנת חשיבות רבה בצמצום המערך האשפוזי במערך הקליני לטובת המערך הקהילתי, יש לחשוב על ההתערבויות, מיומנויות וחשיבה מקצועית שתאפשר אותו שינוי ארגוני. לא מספיק לסגור או להזיז שיחותים, יש צורך לצייד את אנשי המקצוע בכלים חדשים לאופן השיחות ההולך להיותן ובאופן איכותי. מדובר בשינויים משמעותיים בסביבות הטיפוליות, בגישה לאדם המתמודד. החשיבה צריכה להיות סקטוריאלית ואינטרדיסציפלינרית לגבי ההגדרות והגבלות החדשים שהשינוי יוצר. הצלחותיהן של הרפורמות המתרחשות היום בבריאות הנפש בארץ, המתייחסות למעגלים רבים שלא היו מעורבים עד היום במערך בריאות הנפש, תלויות בליווי ובבניית תהליך של מערך הכשרתי מקיף ותואם.

ד"ר נעמי הדס-ליזר, אוניברסיטת תל אביב, בית ספר למקצועות הבריאות, החוג לרפואה בעיסוק ומשרד הבריאות, מנהלת בית הספר הארצי לשיקום, והחלמה בבריאות הנפש, המרכז האוניברסיטאי אריאל, תל אביב. ד"ר מקס לכמן, מנהל מסן צוהר וחבר סגל בכיר בבית הספר הארצי לשיקום, שלוח והחלמה בבריאות הנפש במרכז האוניברסיטאי אריאל, תל אביב.

עצמו מרכזי כמוביל התפתחויות בתחום השיקום, לשם כך תפקידיו רבים וביניהם:

- ❖ לקיים קורסים והכשרות עבור אנשי שיקום למיניהם העוסקים בתחום בריאות הנפש (אנשי מקצוע, צרכנים ומשפחות).
 - ❖ ליזום ולקיים ימי עיון/ כינוסים וסדנאות לימודיות בהתאם לצורך.
 - ❖ ללוות בהדרכה וייעוץ פרויקטים חדשים.
 - ❖ ליצור חומרי לימוד, לרבות הפקת סרטים.
 - ❖ לקיים מערך הערכה ומחקר על תכניות ההכשרה החדשות.
 - ❖ לבנות תכנית אב להכשרה רב שנתית לאור צורכי השיקום בבריאות הנפש.
 - ❖ ליצור קשרים עם מרכזי הכשרה דומים הפועלים בחו"ל.
- בין הקורסים שמתקיימים כבר היום בבית הספר יש כאלה המיועדים לאנשי מקצוע בתחום השיקום, כגון: קורס בסיסי להכשרת מנהלי יחידות שיקום פסיכיאטרי בקהילה, קורס הדרכה (Supervision) בשיקום פסיכיאטרי, קורס לעובדי השמה בתעסוקה ותמכת בבריאות הנפש, הפעלת והטמעת תכנית "ניהול מחלה והחלמה" כהתערבות המבוססת על ראיות בשיקום בבריאות הנפש, קורס הכשרה בסיסית עבור מדריכי שיקום בבריאות הנפש, קורס "ניהול תכניות שיקום פרטניות" בבריאות הנפש.

