

A Publication of The MEDICAL Group

פסיכיאטריה

MEDICINE

רבעון בנושא פסיכיאטריה | מרץ-מאי 2008 | גיליון מס' 7

ילד הוא לא מבוגר קטן

מורכבות הטיפול
הפסיכו-פרמקולוגי
וגישה פסיכולוגית
לטיפול בילדים ונוער

55 שנה לבנוזדיאזפינים

יתרונות, מגבלות ותובנות
עדכניות לגבי השימוש ב-BZ

האדם שמאחורי המחלה

על יחסי מטפל-מטופל מפי צרכנית מומחית
ותכנית אקדמית ללמידה ממתמודדים



מו"ל: פורום מדיה
מנכ"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן
עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ
עיצוב גרפי: רונן סאס



דבר העורך

קוראים יקרים,

הדגש במהדורה זו הוא על המגבלות והיתרונות של הטיפולים בפסיכיאטריה. חשוב להכיר בנושא הטיפול את ההצלחות, ההצלחות לכאורה, הכשלונות והכשלונות לכאורה. אפשר לחלק את הטיפולים בתחום הבריאות לכאלה שמטרתם שיפור או היעלמות סימפטומים חולניים, לבין שיקום שעיקר מטרתו גיוס החלקים הבריאים כדי שיפצו על החלקים התפקודיים שאבדו. בפסיכיאטריה טיפולית אפשר למנות טיפולים ביולוגיים וטיפולים פסיכולוגיים. אנו עדים למחקרים המראים לנו יותר ויותר שהתוצאות האופטימליות מושגות על ידי שילוב שתי הגישות. לכן, מן הראוי לשמר את היכולות הדרושות לתת טיפולים בצורה שתהיה "Evidence based" תוך פיתוח מיומנויות וידע הנדרשים ויכולת לשנות בגלל מידע שהוא "new evidence based". לא תמיד זה המצב בעולם הטיפול. הרבה מהטיפולים אינם Evidence based אלא מתארים אמונות ותפישות עולם. כדי להסיר ספק, איננו מתייחס רק לפסיכופרמקוטיק שונות אלא גם לטיפולים תרופתיים.

פרופ' זוהר, פרופ' קליין וד"ר בן אמנון מתייחסים לאחת מקבוצות התרופות השכיחות, הבנזודיאזפינים. מאמריהם משלימים זה את זה. מאמרם של פרופ' קליין וד"ר בן אמנון מתאר את המגבלות בתרופות אלו שאחרי ירח דבש ראשוני השימוש בהן נמצא בירידה. נראה שתופעה זו של עלייה וירידה בשימוש בתרופה שכיחה דורשת בדיקה מעמיקה לסיבותיה. פרופ' בלמקך מצביע על הבעייתיות והמגבלות של טיפול בדיכאון והתקווה לטיפולים חדשים וטובים יותר. פרופ' ברק וחבריו מציעים אבחון יותר אובייקטיבי להחלמה בסכיזופרניה. הצעה כזו טומנת בחובה הנחה שישנה החלמה כזו ומשדרת תקווה שהדבר אמנם כך.

אחד השטחים הבעייתיים בטיפול הוא הטיפול בקטנים. מצד אחד יש מיעוט של מחקרים משמעותיים לגבי יעילות הטיפולים הניתנים לקטנים. ההנחה שמה שטוב למבוגרים טוב לקטנים איננה סבירה. מאידך, הצורך לטיפולים אפקטיביים ברור ובלוט. ד"ר מעוז וד"ר רצוני סוקרים את הנעשה בשטח זה. ד"ר סגל מתאר גישה פסיכולוגית לטיפול בילד. חסר לנו ידע עד כמה, אם בכלל, הטיפול בילד מונע הופעת פסיכופתולוגיה בגיל מאוחר יותר. ד"ר נעמי הדס-לידור מדגישה לפנינו שטיפול בשיקום הוא מיומנות מסובכת הדורשת מערכת מלמדת ספציפית. על מערכת זו להדגיש את הידע, המיומנות והפילוסופיה השיקומית כפי שבאה לידי ביטוי בתחום בריאות הנפש. אין ספק שהדבר משקף גישה רצינית ומעמיקה ומהווה תרומה ביצירת מאגר מטפלים שיקומיים מיומן שיוביל את עגלת השיקום קדימה בעתיד.

ד"ר פוליאקביץ מתאר לפנינו את התפתחות מדיניות בריאות הנפש ב-13 שנים השנים האחרונות. מאמרו מצביע על קשרי הגומלין ההכרחיים בין הרפואה הטיפולית והשיקומית ומתאר תהליכים שמתממשים בתקופה האחרונה ואת התקווה לתוצאות תהליכים נוספים, אשר מצבם בשלב זה דומה לתקוותנו למשיח. אנו כלנו מצפים שיבוא אף על פי שמתממה. עלינו לזכור שהמטרה העיקרית בטיפול היא שיפור מצבו הקיומי של המטופל. זוהי מטרה סובייקטיבית למטופל ולמטפל כאחד, ולא תמיד שני הצדדים שאמורים להיות באותו צד של המתרגם מסכימים על התוצאות. מאמרה של שולה אלפרוביץ משקף את חוויותיה של מטופלת. חוויות אלו ואחרות הדומות להן צריכות להוות קרקע למחשבה ולשינוי אצל כל מטפל. בסיכום, רק אם אנו מכירים במגבלותינו נוכל להתמודד עימם.

בברכה

פרופ' חנן מוניץ

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

משתתפים: ד"ר יעקב פוליאקביץ, שולה אלפרוביץ בן דעת, חמוטל גרייף-ירחון, ד"ר יובל בן אמנון, פרופ' אהוד קליין, פרופ' יוסף זהר, פרופ' חיים בלמקך, פרופ' יוסף לוי, פרופ' גלילה אגם, ד"ר חגי מעוז, ד"ר גדעון רצוני, ד"ר קובי סגל, ד"ר נעמי הדס-לידור, ד"ר מקס לכמן, עדנה אלון, שרון רוטשילד, עו"ד ענת מולסון, פרופ' יורם ברק, פרופ' דב אייזנברג, פרופ' אבי בלייך, גב' רויטל שני, ד"ר שולה גלרשטיין, גיא כהן

סמנכ"ל: רונית בואנו

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור
מנהלת הפקה: מגי ליצ'ר

מחלקת כנסים: יעל קורח, תמר בקר

מזכירות כנסים: קלודט בואנו

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברצל 34 תל אביב

טל' רב-קווי. 03-7650500

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. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנו באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

**אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את
פרטיך, כלל כתובת, לפקס: 03-6493667
ח.ל.ט**



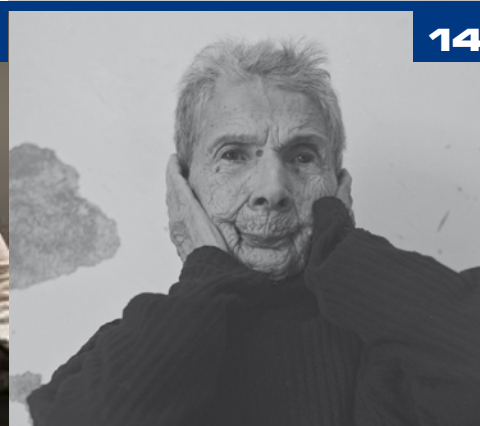
6	חדשות ראשונות
8	שיקום, טיפול ומה שביניהם מטרות העל ביישום חוק בריאות הנפש ד"ר יעקב פולאקביץ
10	עדות של מומחה על יחסי מטפל-מטופל שולה אלפרוביץ - בן דעת
14	בית החולים הפסיכיאטרי, בית לחם תמונות מתערוכתו של הצלם הפלשתיני ראאד בואיה חמוטל גרייף-ירון
18	בנזודיאזפינים, לקראת יובל ה-50 ה-82 כאופציה טיפולית חשובה בלוקים בהפרעות חרדה ד"ר יובל בן אמנון, פרופ' אהוד קליין
23	חרדה ותרופות תובנות עדכניות לגבי טיפול בבנזודיאזפינים בסוגי הפרעות חרדה פרופ' יוסף זהר
26	עתיד הפסיכופרמקולוגיה של דיכאון כיוונים עתידיים בגישה הפסיכופרמקולוגית לדיכאון פרופ' חיים בלמקר, פרופ' יוסף לוין, פרופ' גלילה אגם
30	טיפולים תרופתיים פסיכוטרוניים בקטינים מורכבות הטיפול הפסיכו-פרמקולוגי בילדים ונוער ד"ר חגי מעוז, ד"ר גדעון רצוני
36	מרחב מאיים למרחב פוטנציאלי הטיפול הנפשי ומעורבות המרכיב הגופני והטיפול התרופתי בילדים ד"ר קובי סגל
40	ללמוד עם המטופל - למידה אחרת הקשבה ומתן מקום של שותפות ללקוח - צרכנים מלמדים סטודנטים ד"ר נעמי הדס-לידור, ד"ר מקס לכמן, עדנה אלון, שרון רוטשילד
46	כיצד מודדים רמיסיה פסיכוסוציאלית בשסעת כלי חדש להערכת הפוגה פסיכו-סוציאלית בקרב חולי שסעת פרופ' יורם ברק, פרופ' דב אייזנברג, פרופ' אבי בלייך, גב' רויטל שני, ד"ר שולה גלרשטיין
48	פסק דין החולה הפסיכיאטרית קפצה אל מותה מחלון המחלקה הפנימית בבית החולים עו"ד ענת מולסון
50	מחקרים אחרונים גיא כהן



48



36



14



ד"ר גרינשפון, מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, אמר שהחולה צריך ליהנות מכל הטכנולוגיות הקיימות ויש לאפשר לצוות המקצועי לשמור על כבודו של החולה, גם כאשר הוא נמצא במצב קשה ועשוי להזיק לעצמו ולאחרים. כבוד הדדי הוא מרכיב חשוב בבניית האמון שבין מטפל למטופל.

מראה חדשה להפרעות חרדה והפרעות פסיכוסומטיות בילדים ונוער

הפרעות חרדה והפרעות פסיכוסומטיות שכיחות בשיעור של עשרה אחוזים עד 20 אחוז באוכלוסיה הכללית. אצל ילדים, הפרעות החרדה מתבטאות לעתים קרובות בסומאטיזציה כמו כאבי בטן וראש. אוכלוסיה זו ממעטת להגיע למרכזים של בריאות הנפש מחשש לסטיגמה. לשם כך מוקמות בימים אלה מרפאת "ר.ג.ש" (רפואה, גוף, נפש), מרפאה חדשה להפרעות חרדה והפרעות פסיכוסומטיות בילדים ונוער.

המרפאה מנהלת על ידי ד"ר גילה שן, פסיכיאטרית בכירה, מומחית לילדים ונוער ופסיכיאטרית צבאית בעברה, אשר מרכזת בשנים האחרונות את התחום הפסיכוסומטי בחטיבת ילדים ונוער בבית החולים גדה. המרפאה מוקמת בקהילה במחוז דן פתח תקוה ומסונפת למרכז בריאות הנפש גדה משירותי בריאות כללית.

המרפאה תפעל במסגרת הקהילה למען טיפוח המודעות לפסיכיאטריה הרכה בקרב האוכלוסיה בכלל וחיוק של שיתוף פעולה עם הגורמים המטפלים והחינכיים בקהילה בפרט. המרפאה מאמינה במתן שירות רב תחומי המשלב גוף ונפש בתחום הפסיכיאטריה הרכה ותשלב צוות מולטי דיסציפלינרי הכולל: פסיכיאטרים של הילד, רופאי ילדים, פסיכולוגים, עו"ס, מטפלים באמנות, תנועה, ביבליותרפיה ומטפלים מהרפואה המשלימה.

אוכלוסיית המטופלים - ילדים ונוער בגילאי שש עד 21, הסובלים



"חדר מרופד" לטיפול בחולים במצב סוער במחלקה פסיכוגריאטרית

במחלקה הפסיכוגריאטרית במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל הוקם חדר מרופד שאליו מכניסים חולים במצב נפשי סוער, במקום קשירת המטופל עד לרגיעתו. "החדר המרופד" מאפשר למטופל במצב סוער להיות חופשי בחדר מבלי יכולת להזיק לעצמו או לאחרים. בחדר המרופד יש אפשרות להנעים את זמנו במוזיקה לפי בחירתו.

חדר מרופד אינו מקובל במחלקות פסיכוגריאטריות בארץ, אולם במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל הוחלט על הקמתו בשל ירידת גיל אוכלוסיית המאושפזים במחלקה הפסיכוגריאטרית ובעקבות הניסיון החיובי שנצבר במחלקות אחרות.

החדר, שעלותו כ-45 אלף שקל, הוקם במימון משותף עם שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות וכולל: ריפוד החדר, מערכת מיזוג אוויר ואוורור עצמאית, מערכת מצלמות ומערכת שמע לתקשורת עם המטופל ולהשמעת מוזיקה.

ד"ר יוסף ברגמן, מנהל המחלקה הפסיכוגריאטרית, אמר כי "החדר המרופד מהווה שיפור נוסף שניתן לחולים במצב סוער. שיטה זו עדיפה על קשירת המטופל הן מבחינה טיפולית והן מבחינה אנושית". ד"ר ברגמן הוסיף כי גם החולים עצמם, שחלקם רואים בקשירה משום פגיעה בכבודם, הביעו שביעות רצון מהחדר המרופד.



IPEC - שיטה טיפולית בפסיכותרפיה אנרגטית

אייפק היא גישת טיפול מתקדמת בגוף ונפש אשר עוזרת להתמודד עם מגוון בעיות פיזיות ופסיכולוגיות אשר לא נמצא להן הרבה פעמים מענה ברפואה הקונבנציונלית. טיפול אייפק מתאים לכל הגילאים ולמגוון רחב של סינדרומים פיזיים ואו נפשיים. ברמה הרגשית, כאשר מדובר בקשיים פסיכולוגיים, אייפק היא גישה טיפולית ההולכת אל מעבר לטיפול השיחתי הקונבנציונלי. רוב האנשים הפונים לטיפול פסיכולוגי מודעים לקשייהם ומנסים באמצעות שיחה מודעת וכוה הרצון להבין את המקור הלא מודע לבעיותיהם, ועל ידי הבנה זו הם מרחיבים את הצדדים המודעים שלהם, מגבירים את עולם החוויה שלהם והגנות לא נחוצות משתחררות. עם זאת, יש רבדים באזורים הלא מודעים של האדם שאליהם השיחה אינה יכולה להגיע. רבדים אלה מכילים בתוכם טראומות ישנות שיצרו קודים אנרגטיים חבויים במערכת הגוף-נפש, קודים שלא המטופל ולא המטפל יודעים עליהם ואו יש להם איזו דרך להגיע לכיסים חבויים אלה. כיוון אנרגיה אלה פועלים על המערכות בטפטוף קבוע והם הופכים להיות חלק אינטגרלי מהמערכת הגופנית-נפשית. הרבה אנשים המגיעים לקודים אלה מרגישים רגשות שליליים חזקים במצבים לא רלבנטיים, כמו פוביות, חרדות, דכאוניות והתפרצויות זעם לא מוסברות.

לרשות גישת אייפק כלי טיפול מיוחדים שבחננים ומחשאלים באופן סימולטני את אופן האינטגרציה של הגוף והנפש וכיצד סינדרומים שונים מפרים את האיזון האנרגטי ומובילים ליצירת מחלות. כלי תשאול אלה תוכננו כדי למדוד את רמת האנרגיה באיברים ובמערכות השונות בגוף-נפש האדם, בין אם האנרגיה מבוססת על המערך הפסיכולוגי ובין אם היא מבוססת על המערך הפיזי. הצטברות של מדדים אנרגטיים אלה שופכת אור על המצב הבריאותי של המטופל ומרחיבה את יכולת האבחנה כאשר לדינמיקה של הסינדרומים מהם הוא סובל. מתקבלת תמונה באשר לטרומים הנסתרים שהביאו ליצירת המצב הבריאותי הקלוקל ודרכים להגברת האיזון האנרגטי בין כל המערכות, אשר בהכרח יפעילו את מנגנון הריפוי הטבעי שהוא חלק אינטגרלי בכל אדם חזי.

ד"ר אורי קניג, בעל דוקטורט בפסיכולוגיה קלינית, פסיכותרפיסט ישראלי שעבר בפרקטיקה בקליניקה בלוס אנג'לס ב-22 השנים האחרונות, פיתח את השיטה בעקבות היחשפותו אל שיטת NAET הלקוחה מעולם הקניסילוגיה, שיטה המאפשרת אבחון גופני בעזרת טונוס שרירים, אשר מחקרים אקדמיים רבים הוכיחו את מהימנותה, והתופעות שהיא מודדת מאפשרות בין השאר להפעיל את גלאי האמת השונים של האדם עצמו. קניג החל לשקוד על אימוץ הכלים הקניסילוגיים לטובת אבחון פסיכולוגי וכתוצאה מכך נולדה שיטת האבחון אייפק, המשלבת כלי אבחון מעמיקים, המאפשרים לחדור אל הרבדים העמוקים של המוח הלא מודע.

"הטיפול שאותו אני מעניק לנפגעי חרדה אינו שונה מהטיפול הפסיכולוגי המקובל לסובלים מהתופעה, אך הליך אבחון מוקד הבעיה שגרם להתקף הופך בעזרת השיטה למדויק ביותר ועל כן מתקצר הטיפול מחודשים ושנים לטיפול ממוקד וכתוצאה מכך יורד מספר הטיפולים בצורה משמעותית. הבעיות הרגשיות שניתנות לטיפול באמצעות אייפק הן מתח נפשי, דיכאון, חרדות ופחדים, הפרעות אכילה, התמכרות לסגריות, לאלכוהול ולסמים, קשיים באינטימיות ועוד", אומר ד"ר קניג. השיטה מגיעה למקסימום יעילות כאשר העבודה נעשית בשיתוף עם רופאים ופסיכולוגים.

מידע נוסף ב: www.ipecisrael.co.il

מהפרעות חרדה כגון חרדת פרידה, חרדה חברתית, פוביות פשוטות וחרדה כוללנית; הפרעות פסיכוסומטיות הכוללות שלוש קבוצות: מחלות גופניות עם מרכיב נפשי נלווה כמו אסטמה, מחלת כרוך, מחלות פסיכוקוטנאיות, מחלות נוירולוגיות; הפרעות סומאטופורמיות כגון מצבים קונברסיביים, הפוכונדריאזיס, הפרעה דיסמורפית וכאב ומחלות שיש בהן קשר בין גוף לנפש, כגון הפרעות אכילה, טורט, טריכוטילומניה, אנורזיס ואנקופרזיס.

היחידה מציעה מגוון שירותים ייחודיים: אבחונים של ילדים ונוער עם הפרעות חרדה והפרעות פסיכוסומטיות עם תחלואה נלווית, גופנית או נפשית; מתן חוות דעת לבית הספר, צה"ל, ביטוח לאומי, שירותי הרווחה ושירות פסיכולוגי; טיפולים פרטניים: טיפול קוגניטיבי התנהגותי, דינמי, טיפול בשילוב עם ביופידבק, טיפול בשילוב היפנוזה; טיפול משפחתי וטיפולים קבוצתיים, כגון קבוצת "גוף נפש" הכוללת הסבר על סומטיזציה וקבלת כלים לשליטה פסיכופיזיולוגית, על פי קבוצות גיל; קבוצת "כושר נפשי" המכונה להתמודדות נפשית בצה"ל לחוששים מפני הגיוס; וקבוצה לטיפול התנהגותי קוגניטיבי בהפרעות חרדה, על פי קבוצות גיל.

יחידת ר.ג.ש היא על-אזורית ומקבלת לאבחון וטיפול ילדים ונוער מכל קופות החולים. כמה מהשירותים הם מחוץ לסל הבריאות ותעריפם נקבע על פי תעריפי שירותי בריאות כללית.

יום עיון בנושא אתגר בהשגת רמיסה בפסיכיאטריה

איגוד הפסיכיאטריה בישראל, סניף חיפה והצפון, קיים בחודש פברואר האחרון יום עיון לזכרו של פרופ' אילן מודעי ז"ל, ששימש כמנהל המרכז לבריאות הנפש שער מנשה. נושא יום העיון היה "האתגר בהשגת רמיסה בפסיכיאטריה".

ד"ר צביקה קירש, מנהל מחלקה במרכז לבריאות הנפש טירת כרמל ויו"ר סניף חיפה והצפון של איגוד הפסיכיאטריה בישראל, שיזם את יום העיון, הסביר כי רמיסה בפסיכיאטריה היא מצב שבו חל שיפור בסימנים של תסמינים מרכזיים במחלתו ובאיכות החיים של מטופל, במידה כזו שהליקויים אינם משבשים את התנהגותו. כמו לדוגמה בחולה סכיזופרניה, שטיפול בסימפטומים החריפים של מחלתו, למשל בהזיות, מביא את החולה להתנהגות שאינה משבשת את תפקודו היומיומי. ד"ר דוד לייבה, מהמרכז לבריאות הנפש פליגלמן, דיבר על כלים לאומדן הרמיסה והציג טופס חדשני שפותח על ידי רופאים פסיכיאטרים של האיגוד המאפשר אבחון טוב יותר של חולה אם הגיע לרמיסה.

ד"ר אלון רשף מהמרפאה הפסיכיאטרית בבית החולים העמק הציג מקרה שבו הרמיסה התבטאה לאו דווקא בתעסוקה של האיש אלא בהתנהגותו המשופרת. ד"ר אילנה קרמר, מנהלת המערך הפסיכיאטרי בבית החולים העמק, דיברה על הגישה העכשווית לרמיסה בסכיזופרניה, שיש לה ביטויים רבים, הן חברתיים והן פסיכו-סוציאליים. ד"ר אלכסנדר גרינשפון, מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, הציג את תפקיד השירות האמבולטורי בשמירת הרמיסה. שירות זה שומר על הרמיסה שהושגה אצל החולים על ידי רצף טיפולי בקהילה ובכך חשיבותו. מיכה שנהב, מנכ"ל המרכז לטיפול מצוינות, הסביר שמטפל חייב לדעת כיצד "לשווק" למטופל את חשיבות הטיפול לצורך השגת רמיסה ולהשתמש בכלים שיווקיים כדי להשיג דבקות בטיפול.

שיקום, טיפול ומה שביניהם

לאן מובילים תהליכי החקיקה ומדיניות בריאות הנפש ב-13 השנים האחרונות

ד"ר יעקב פולאקביץ



הרפורמה המבנית בבריאות הנפש היתה המשכו של יישום חוק השיקום, שאפשר את הוצאת המטופלים לקהילה למסגרות של שיקום שכללו פתרונות דיור למיניהם ופתרונות תעסוקה, שעות פנאי והשכלה.

תהליך הרפורמה המבנית, שכלל צמצום מספר מיטות האשפוז בבתי החולים הציבוריים והתאפשר בין היתר בשל העברת חולים ממושכים שהוגדרו כחולים סיעודיים/ תשושי נפש/ תשושים למוסדות מתאימים, כאשר האבחנה העיקרית שנבחנה היתה מצבם הגופני ללא קשר לעברם הפסיכיאטרי. הוצאת החולים הממושכים ששהו שנים רבות במסגרות אשפוז בבתי החולים הציבוריים והפרטיים, הביאה לצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי עד ל-3,150 מיטות, כולל מיטות ילדים ונעור ומיטות לטיפול באסירים במב"ן ברמלה.

החלק שנותר ליישום מדו"ח ועדת נתניהו היה העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, תוך העברת המשקל משירותי האשפוז לשירותים מרפאתיים בקהילה - תכנית הרפורמה בבריאות הנפש: "בהחלטת הממשלה מיום 26.01.03 נקבע כי שירותי בריאות הנפש יועברו לאחריות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994".

תהליך החקיקה הנדרש להעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים החל בחתימת הסכם הבנות בין משרד הבריאות ומשרד האוצר בחודש ספטמבר 2006 ובו סוכמו עיקרי ההבנות בין המשרדים, והמשכו היה העברת החוק בקריאה

בחיפושו הבלתי נלאה אחרי חיים משמעותיים כפרט וכשייך למשפחתו ולסביבתו. חיפוש זה הוא תולדה של היות האדם יצור בעל מודעות עצמית המתפתחת תוך שיח עם עצמו ועם סביבתו החברתית הקרובה והרחוקה. לעתים קרובות מדי נמנעת מהאדם עם מוגבלות נפשית הבחירה וההכרה בזכותו למיזוי של הערכים האלה, מפני הפחד מהשונות שמוגבלות זו מייצגת ודחייתו עקב כך".

השיקום הוגדר: "שיקום הוא תהליך הכולל פעילויות המבוססות על משאבים קהילתיים שמטרתן לחזק את השתתפות המשתתף ולקדם את רמת החלמתו בתחומים כמו: עולמו הפנימי, גופו, ניהול חיי היום יום, משפחה, תעסוקה, חברה, אורחות, תרבות ולימודים. התהליך צריך להוביל לתכנית אשר תנהל מתוך בחירה ומעורבות של המשתתף ותוך תמיכה וליווי של המסגרת המסייעת בשיקומו".

שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל עברו במרוצת השנים האחרונות מהפך שתחילתו בוועדת נתניהו: "בשנת 1990 ציינה ועדת החקירה הממלכתית לבריאות תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל כי המגמה הרווחת בעולם בתחום הפסיכיאטריה היא להעביר חולים לטיפול קהילתי ולצמצם את מספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות".

המשכו של תהליך זה, שהיה מלווה בתהליך חקיקה ממושך שהחל ב-1997, היה בחקיקת חוק השיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000 והחל את מימושו בהסתמך על תקציב ייעודי שגדל במרוצת השנים ועומד כיום על סך של כ-386 מיליון שקל.

בריאות הנפש היא חלק מתחום הרפואה וכוללת בתוכה תהליכים של אבחון, טיפול ושיקום. היותו של חולה הנפש אדם הזכאי לקבלת טיפול במחלתו הנפשית ובקשייו הוסדה כבר לפני שנים רבות.

הטיפול הניתן כיום במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל בתוכו את הטיפולים שאותם זכאי האזרח לקבל במסגרת התוספת השנייה לחוק התוספת השלישית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק ב-1994 ויושם ב-1995 מקנה לכל אזרח במדינה את הזכות לקבל טיפול רפואי, בהתאם לסל השירותים שנקבע על ידי המדינה ומחייב את קופות החולים. סל שירותים זה מתעדכן מדי שנה, בהתאם לתקציב המדינה. סל שירותים זה ככולל בתוכו מיעוט שירותים בתחום בריאות הנפש, ועיקר השירות ניתן לאזרח בהתאם לחוק בתוספת השלישית לחוק, וזאת באחריות המדינה. שירותים אלה לא זוכים להתעדכן מדי שנה כמו סל השירותים בתוספת השנייה.

בשנת 2000 חוקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה: "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".

מתוך האמנה לשיקום האדם עם נכות נפשית בקהילה - 2003: "כולנו בני אדם וכל אחד הוא פרט שונה מהאחר ושואף למימוש עצמי. ערכי האדם מבוססים



בהתאמת שר העובדים המשתקמים לשכר הממוצע במשק ואף לשכר המינימום. אספקט זה של מתן מעמד נחות למשתקם מהווה גורם מוטיבציוני נמוך לקידומו של המשתקם בשוק העבודה החופשי וקידומו לקראת חיים עצמאיים בקהילה.

השירותים הניתנים למשתקמים בקהילה כוללים: דיור מוגן, תעסוקה, פעילות שעות הפנאי, השכלה ושירותים נוספים כחונכות, טיפולי סמך וטיפול שניים. יש לשים לב כי שירותים אלה אינם כוללים שירותים רפואיים גרידא, ואלה אמורים להינתן במסגרת המרפאות הקהילתיות.

העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים אמורה להביא לפיתוח השירותים הקהילתיים על ידי קופות החולים, פריסת שירותים רחבה יותר, במסגרות א-סטיגמטיות, תוך ראייה כלכלית של כדאיות הקופות למתן שירותים אמבולטוריים איכותיים ומניעת אשפוז.

שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל נמצאים כיום בתהליך משמעותי של שינוי, שלצערנו נמשך כבר 13 שנה, ורק איגום משאבים ושילוב ידיים מצד כל הגורמים השותפים - משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים - יוכל להביא למהפך הרצוי לטובת אוכלוסיית המטופלים.

ד"ר יעקב פולאקביץ, מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, M.A.H., בוגר מינהל מערכות בריאות, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות

יהיו תחליף לבתי החולים או למרפאות קהילתיות. אנו מחויבים בשמירת מסגרות הדיור בקהילה כמסגרות נורמטיביות ככל שניתן, וזאת במגמה למונע מצב שבו יהפכו מסגרות אלו ל"מיני" בתי חולים בקהילה.

המודל העומד לנגד עינינו כיום הוא הניסיון להבנות במסגרת הקהילה יחידות דיור במתכונת יחידות דיור משפחתיות, המפוזרות בין מבני מגורים רגילים, כאשר המשתקמים משולבים בחיי הקהילה הנורמטיבית ומהווים חלק ממנה. במקביל אנו שואפים לאפשר מסגרות תעסוקה בעבודות עמלניות ויצירתיות, מתוך מגמה לאפשר לכל אדם לממש את כישוריו ויכולותיו הקוגניטיביות לעבודה פרודוקטיבית לעצמו ולחברה. עדות להצלחת מסגרות אלו היא בהקמת מסגרות תעסוקה בשוק החופשי, כמו פתיחת בתי קפה המופעלים על ידי משתקמים, שילוב משתקמים בעבודה במפעלי היי-טק כשוויים בין שווים ועידוד משתקמים לפיתוח עצמי הן במסגרת אקדמית והן במסגרת עסקית. פרויקט נוסף שיש לראות בו העצמה של המשתקם הוא שילובם של נכי הנפש במסגרת שירות לאומי, מעמד המקנה לנכי הנפש מעמד של אזרחים מועילים לחברה ותורמים ככל יתר בני גילם, ובכך הם זוכים להכרה ותורמים מהיותם משולבים בין אנשים בריאים. שילוב זה תורם להפחתת הסטיגמה המלווה את אוכלוסיית נכי הנפש, דבר שאינו רק נחלתם של נכי הנפש בישראל.

יחד עם זאת אנו עדיין עומדים מספר שלבים מאחור

ראשונה בחודש יולי 2007. במסגרת ההסכם נקבע כי שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות יפסיקו את תפקידם כספק שירותים ויקבלו על עצמם את התפקיד העיקרי של רגולטור במשמעות של קביעת מדיניות, קביעת נהלים ופיקוח על השירותים.

יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחום בריאות הנפש תלוי ביכולת של מערך השיקום לתת מענה לאוכלוסיית המטופלים בהיותם חלק מהקהילה. מנגד, פיתוח שירותים מרפאתיים בקהילה יהווה את המרכיב העיקרי בהצלחת תהליך הטיפול באוכלוסייה. שירותים אלה אמורים לכלול מרפאות קהילתיות ויחידות לטיפול יום בקהילה שיהיו מסגרות טיפול אינטנסיביות (HALF WAY IN) שבהן יוכל המטופל לקבל טיפול על ידי צוות רב מקצועי במהלך שמונה שעות טיפול, ללא שימוש במלונאות המוצעת על ידי בתי החולים.

קשר זה בין שני התהליכים הוא הכרחי להצלחת כל אחד מהם בנפרד. ברור על פניו כי היעדר שירותים בקהילה עלול להביא להידרדרות במצבם הנפשי של נכי הנפש, עד הצורך בחזרתם לאשפוז.

עלייה בצריכת שירותי אשפוז לא תאפשר מימוש עקרונות הבקרה של הרפורמה הביטוחית, שקבעה כי משך האשפוז הממוצע בבתי החולים לא יעלה על 33 ימים, ומנגנון בקרה של חזרה לאשפוז בתוך 30 יום - 12 אחוז ובתוך 180 יום - 36 אחוז.

לפיכך ניתן להבין כי הגדרה של מסגרות שיקום כמסגרות טיפול היא היעדר, אך יחד עם זאת אל לנו להתפתש למחשבה שמסגרות שיקום בקהילה



על יחסי מטפל-מטופל

שולה אלפרוביץ "בילתה" שנים רבות אצל מטפלים. "אומרים", היא כותבת, "שאדם אינו מגיע לחומרים הקשים ביותר עד שאינו מוכן לכך, אבל השאלה שמנקרת בראשי היא האם אפשר היה להגיע קודם? האם אפשר היה כבר באשפוז הראשון ההוא להקשיב ולטפל כך שהאינפורמציה על הטרומות היתה עולה מוקדם יותר?"

שולה אלפרוביץ בן דעת

ל א מעט נכתב על פסיכותרפיה, על מערכת היחסים המיוחדת בין מטפל למטופל, מערכת שאמורה לאפשר החלמה. אחרי שנים של טיפולים עם שלושה מטפלים, פלוס רופאים פסיכיאטרים בעיקר לצורך טיפול תרופתי, יש לי לא מעט מה לומר על הנושא. למדתי הרבה. יש הרבה דברים חיוביים ומועילים בטיפול, אך לדעתי, יש דברים שהגיע הזמן לשנות. הרבה דברים לא הוכחו את עצמם, לא מעט נזקים נגרמו ובשירות הציבורי, שבו מטפלים מתחלפים חדשות לבקרים בכל מיני שלבים של הטיפול, המצב גרוע בהרבה. מה טוב ומה בעייתי בטיפול הפסיכותרפויטי? לדעתי, יש הרבה מאוד דברים שמקשים על הטיפול, מאריכים אותו שלא לצורך ובמקרה הטוב, שבו לא נגרם נזק, הטיפול סתם לא מביא לתוצאות המקוות. מטפל מסור וקשוב יכול לספק למטופל שלו מקום בטוח, שבו הוא יכול לספר כל דבר ולפתוח את ליבו. תהליכים כמו העברה יכולים להביא את המטופל לבטא רגשות שונים שבעצם היו אמורים להיות מכונים להורה או לדמות משמעותית אחרת. זה עוזר במקרה שיש עיבוד ותובנה לגבי הרגשות האלה. חסכים בחום, אהבה וקבלה בילדות, חרדת נטישה, טראומות מודחקות ועוד, יכולים להביא לתלות חזקה ביותר ולעוצמות רגשיות, שקשה לתפוס. לפעמים, התאהבותה של מטופלת במטפל או של מטופל במטפלת שלו נחשבת כמעט לחלק אינטגרלי מהטיפול. מה זה עושה למטופל, מה זה עושה למטפל ומה

זה עושה לטיפול? המטופל נחשף בפני המטפל שלו. הוא נותן לו לגעת בנפשו הנפש העדינים ביותר שלו. המטפל נערץ. הוא רשאי לשמור על עצמו כעל דף חלק ולא לספר למטופל דבר וחצי דבר על עצמו, מלבד מה שהמטופל מרגיש, ותחושות אלו הן הרי סובייקטיביות ובלתי ניתנות לאימות. רוב המטפלים לא ינדבו את התשובות לשאלות מסוג זה. מטופל לכן חשוף הרבה יותר לפגיעה. כיוון שהוא זקוק למטפל שלו, מעריך אותו, מחכה לפגישות איתו, קל מאוד לפגוע בו. אם קורי העכביש של התלות אינם מותרים בהצלחה לפני סיום הטיפול, המטופל יסחב איתו תחושות קשות והפרידה עלולה להוסיף מועקה רבה לחייו. המחיר הגבוה שגובים מטפלים בעבור שעת טיפול יוצר מצב שבו אנשים רבים אינם יכולים להרשות לעצמם טיפול פרטי. העובדה שטיפול אצל פסיכולוג הוא בדרך כלל ארוך מקשה מאוד מבחינה כלכלית ורגשית. גם העובדה שהמחיר מפעם לפעם עולה יוצרת מתח תמידי בין מטפל למטופל. ברור שמטופל מרגיש שלמטפל לא ממש אכפת ממנו, שכן הוא מקבל כסף כדי שידה לו אכפת. מה יקרה כשיגמר הטיפול? כל הנושא הכספי מכביד ובעייתי ולא מעט קורה שמטופל מרגיש צורך לבדוק ולבחון את האכפתיות של המטפל כלפיו בדרכים שונות. מובן שיש ערך לבדיקת הקשיים והמתחים האלה ואחרים בטיפול עצמו, אבל בעיני עדיף להתייחס לבעיות האמיתיות והקשות יותר של המטופל. מנסיני, יש מטפלים שממשיכים להתעניין ולחשוב על מטופלים שלהם גם אחרי סיום הטיפול ויש

אחרים שלא רוצים לשמוע דבר וחצי דבר על מטופל שסיים טיפול. כשאדם מגיע לרופא פרטי או לניתוח ונדרש לשלם סכום כסף, מדובר ברוב המקרים על משהו חד פעמי. טיפול נפשי הוא בדרך כלל ארוך, מעטים מאמינים בטיפול קצר מועד ולפעמים הוא באמת לא מספיק או לא מתאים. מי שאין לו ברירה ומגיע לשירות הציבורי, לא מעט פעמים יישב ויחכה ברשימת המתנה (במקרה הטוב, משום שלא מעט פעמים יאמרו לו שלא נחוצות לו או שלא יעזרו לו שיחות, יפנו אותו למעקב פסיכיאטרי או במצב הביניים לקבוצה טיפולית) או שיופנה לפסיכיאטר. אינני טוענת שמי שמופנה לרופא אינו זקוק לרופא, אך במקרים רבים שיחות נחוצות לא רק כדי לתמוך באדם ובטיפול הפסיכיאטרי שהוא מקבל אלא כדי לבדוק אם זו אכן הדרך הנכונה ביותר לטפל בו. ועוד למדתי שלא מעט פעמים מאחורי הדיכאון ולעתים אפילו מאחורי ההתקף הפסיכטי יש לחץ וקושי חריף שאי אפשר להגיע אליו, ברוב המקרים, ללא פסיכותרפיה ושהתרופות לפעמים מקהות ולא מאפשרות (בעיקר במינונים גבוהים) את התבהרותה של המצוקה שהיא ביסוד ההתפרקות הנפשית. כשמצבים נפשיים קשים נגרמים על ידי מקורות התפתחותיים, על ידי הזנחה, טראומות, התעללות, הלם קרב ועוד, טיפול נפשי הוא חיוני והכרחי ורצוי כזה שהתמחותה היא בתחומי הטרומה. טיפול תרופתי יכול לשמש כקבצים, במינונים נכונים ובתיאום בין פסיכולוג לרופא. מצבים רבים מתחפשים למחלות. היה רצוי לערוך מחקר בקרב

חולים פסיכיאטרים כדי לבדוק כמה מהם נטולי טראומות או ילדות בעייתית.

איני באה להאשים אף אחד ואני מודעת לכך שיש מחלות. סכיזופרניה היא ללא ספק מחלה ואף אחד לא אשם בה, אבל גם לחולה סכיזופרניה מגיע לדעתי טיפול בשיחות שיכול להקל על הרגשות הלא פשוטים שהוא מכיל ולאפשר לאדם לממש כמה שיותר מהפוטנציאל שלו, שכן ידוע לנו שגם מי שסובל מסכיזופרניה הוא בעל יכולות שונות ואסור לוותר עליו.

בעיני, ההקשבה היא ערך חשוב ביותר. כל מטפל חייב להכיר בכך שאפשר חיוני להקשיב לאדם בכל מצב. במצב הפסיכיאטרי במיוחד חשוב להקשיב משום שהתכנים שעולים שם הם אלה שיכולים לשמש פתרון לחידה, כיוון להחלמה. בהקשבה כזו אפשר לגלות אם יש במצב הזה רמזים לטראומות מודחקות, לשמוע אם הדברים שנאמרים הם חסרי הגיון לגמרי, לנסות לחפש בהם את ההגיון. זו אינה הקשבה פשוטה. לדעתי, חלק מהמצבים הפסיכיאטריים נובע ממחלה וחלקם הוא תוצאה של הצפה של חומרים מודחקים.

האבחנה שלי את המחלה שלי

הגעתי לאשפוז פסיכיאטרי בגיל 16 ומצבי הוגדר כהתקף פסיכיאטרי. לדעתי, התכנים שעלו אז נבעו מהצפה של חומרים מודחקים מהילדות, שעלו כמעט למועד ושקעו אחר כך שוב. חזרתי לחיים רגילים ולתפקוד קצת פחות טוב. רק 20 שנה אחר כך התחילו תגובות קשות במצב הרוח ואובחנתי כסובלת מהפרעה דו-קוטבית. לדעתי, ההפרעה המרכזית שממנה אני סובלת היא הפרעה דיסוציאטיבית, מה שנקרא - DDNOS, dissociative disorder not otherwise specified, כתוצאה מטרומות שעברתי בילדות. אובחנתי כסובלת מהפרעה דו קוטבית והיום ברור לי שזו נראה לא הבעיה היחידה ואולי לא העיקרית. ייתכן שהשינויים במצב הרוח נובעים מההפרעה האחרת, הדיסוציאטיבית או הפוסט טראומטית. זוהי המסקנה שלי. יכולתי להגיע אליה בזכות טיפול נפשי של פסיכולוג קליני שמשלב עבודה במגע ותנועה וזכות המון עבודה עצמית, בתיבה, בייעוץ הדדי, בסדנאות, בטיפולי שיאצו ועוד. הכל כאב. הכאב שסחבתי, חסום בפנים בתוך זכרונות מחוקים, היה כל כך בלתי נסבל שרוב חיי הבוגרים פשוט לא הרגשתי אותו כלל.

לפני כשמונה שנים היתה הצפה רגשית לא מובנת, שהעלתה את החומרים האלה לתוך הגוף, ברמה הסנסורית, מבלי יכולת להיזכר במה שקרה. בתוך שמונה שנים של עבודה קשה, שדרשה ממני לעבוד דרך הכאב, להרגיש דברים כאילו הם קורים ברגע זה (אברקציה), יכולתי להגיע למקום ברור יותר, לתובנות באשר למהות הסבל, הדיכאון ויצר השנאה וההרס העצמי שלי.

תפקידו של המטפל

מהו תפקידו של מטפל בתוך עבודה כזו? לדעתי, זה מסוג הטיפולים היותר קשים שיש. מטופל שנפגע חושש מנטישה ומרחיקה כל הזמן. הוא זקוק לקרבה ולמגע ועלול להיבהל או להרגיש כאב כשזה קורה. הוא מבקש לפגוע בעצמו, להרוג את עצמו ומצבי הרוח שלו משתנים תדיר. קשה להגיע להתקדמות. קשה להישאר בכאן ועכשיו וכן הלאה.

לפני הטיפול הנכחי, ביליתי שנים רבות אצל מטפלים. אומרים שאדם אינו מגיע לחומרים הקשים ביותר עד שאינו מוכן לכך - ייתכן. השאלה שמנקרת בראשי היא האם אפשר היה להגיע קודם? האם אפשר היה כבר באשפוז הראשון ההוא להקשיב ולטפל בצורה כזו כך שהאינפורמציה על הטראומות היתה עולה? האם בטיפולים הממושכים מאוד שעברתי אי אפשר היה להגיע למקורות הבעיה?

אחרי האשפוז הגעתי לפסיכולוגית שרק ביקשה לדעת מה חלמתי. פגישה אחרי פגישה זו היתה השאלה היחידה שלה: מה חלמתי? נפלא. ייתכן שזו היתה שיטת הטיפול היחידה באותן שנים אפילו לא נראה לי. מובן שעזבתי אותה מהר מאוד. אמא לא המשיכה לחפש טיפול. בזכות מזל מוצר לא חליתי שוב ולא היו משברים פסיכיאטריים נוספים. המשיכתי בחיי כאילו כלום, בלי שום טיפול במשך כ-20 שנה. לדעתי, הכאב שקע ועימו הדי זכרונות שעלו בפסיכוזא. המשך טיפול נכון היה מאפשר לדעתי עבודה על החומרים המודחקים ועיבוד שלהם ועקב כך מאפשר החלטות נכונות יותר באשר לנושאים מרכזיים בחיי.

לא התגייסתי לצבא (החלטה של אמא שלי, שהשתמשה לשם כך באשפוז), נישאתי בגיל 20, בגיל 21 כבר הייתי אמא ובגיל 22 עמדתי לפני כיתה כשיבידי תואר ראשון ורשיון הוראה. לא חסרו לי יכולות, רק לא ידעתי לכוון אותן למה שנכון ומתאים בשבילי. כלומר, מעולם לא ידעתי מה אני באמת רוצה. ההחלטות היו מצוקתיות, אימפולסיביות או פשוט לא שלי (אבא שלי, שנפטר כשהייתי בת שמונה, השאיר ביטוח חיים שלפיו קיבלנו סכום כסף חודשי, בתנאי שנלמד לימודים אקדמיים, בלי ללכת לצבא או להינשא...). ברור לי שמסלול חיי היה שונה אילו קיבלתי טיפול מתאים באותו זמן.

כשהגעתי לטיפול 20 שנה אחר כך, היו רוב זכרונות הילדות שלי רחוקים ממני מאוד וחלקם היה חסום ומנותק לחלוטין. אותם זכרונות טראומתיים שהיו מנותקים לחלוטין התחילו לעלות ולהציף רק בטיפול האחרון. מעט לפניו, המטפלת שהייתי אצלה באותה תקופה לא יכלה לקבל שקרו דברים מעבר למה שסיפרתי לה בשבוע (!) שנות הטיפול שהעברנו יחד. באותה תקופה החלה הפעילות שלי

בתחום בריאות הנפש, אבל הטיפול כלל בעיקר מעקב אחרי מצבי הרוח המתחלפים והקשים והמורדף אחרי התרופה שתאזן אותם.

המטפל האחרון לא ממש הבין מה קורה. התערבותו של מומחה לטיפול בטרומות אפשרה לשנינו להתחיל לעבוד באמת. ייאמר לזכותו של המטפל שלי, שהוא היה מוכן לשמוע משהו מומחה ממנו בנשוא. מה שאמר לי אותו מומחה כששאלתי אותו למה לא הפנט אותי, היה "את מתהפנטת לכך". וכשהמטפל שלי שאל אותו, "מה אני עושה?", הוא ענה לו: "דבר עם החלקים". שני משפטים פשוטים אלה פתחו את הדלת לעולם מופלא ונורא של סיפורים מן העבר, שעד היום איני יכולה לומר בוודאות מהו פירושם המדויק. בכל מקרה, אני מורידה את הכובע לפני שני המטפלים האלה שאפשרו לי את המסע הכואב והקשה לתוך תחושות הגוף. והאמינו לי, גם כשלא האמנתי לעצמי שלשניהם הקשבה עמוקה ונקייה ורצון אמיתי לעזור.

נכון, אני עדיין לא יודעת מהם הדברים שקרו לי בעבר הרחוק, שאותם אני לא ממש זוכרת, אבל אני יכולה לשער. היום, הזכרונות האלה הם בידיים שלי ולא אני בידיים שלהם. הכאב הזה לא מזנק עלי כל שנייה ומנסה לגזול ממני את חיי ושפיותי, ואני יכולה, למרות הרבה שנים מבוכות, לבדוק מה אני באמת רוצה לעשות בחיי, עם הכשרונות שאני יודעת שיש לי ועם השנים שנותרו לי להיות אדם פעיל ותורם בחברה.

לדעתי, מטפל טוב הוא זה שהקשבתו נקייה ועמוקה, שאינו מקבל החלטות ומייעץ למטופל שלו אלא עובד איתו ונמצא איתו באמת, גם ברגעים הכי קשים; שאינו כופה עליו סיום טיפול ומסוגל להכיל כעס גם אחרי שהטיפול הסתיים (התנסיתי בסיום טיפול שנכפה עלי בטריקת דלת ובכעס שבא בעקבותיו, וזוהי אחת החוויות היותר פוגעות וטראומטיות שאני מכירה).

לא תמיד קל לומר למטופל את האמת כשהוא שואל שאלות או מצהיר הצהרות כמו "אני מרגיש שנמאסתי עליך...". למטפל מצד אחד אסור לשקר ומצד שני הוא לא יכול לומר דברים פוגעים מאוד. אם המטופל באמת נמאס על המטפל, יש כאן בעיה קשה. מטפל טוב צריך להיות מסוגל לענות למטופל גם על שאלות אישיות על עצמו. גילוי לב במידה אינו פוגע בטיפול ובאפשרות להעברה.

שולה אלפרנץ בן דעת, בעלת תואר שני בחינוך, ציירת ומשוררת, לשעבר מנהלת שירות "בפשט" בירושלים, מרכזת קורסי הפעל להעצמת אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במכון מגיד באוניברסיטה העברית, סובלת ממגבלה פסיכיאטרית בעצמה

בית החולים הפסיכיאטרי, בית לחם



את תערוכת היחיד של הצלם הפלשתיני ראאד בואיה, "סדרת בית חולים", "פגשתי" אשתקד בגלריה סרז' אבוקרט (יהודי ממוצא אלג'ירי) בפרז, באמצעות האוצר שלו, ערן גוטמן (ישראלי שחי ועובד בפרז).

ראאד בן 36, נולד בכפר קטנה הסמוך לירושלים, הממוקם כיום בשטח C של הרשות הפלשתינית. כשהיה בן שבע נהרג אביו בתאונת דרכים והותיר אחריו שמונה ילדים ואלמנה הרה. בגיל עשר כבר סייע לפרנסת משפחתו בקטיף פירות במושב בישאל. כשסיים את לימודיו בתיכון, התחיל לעבוד כדי לפרנס את אחיו הקטנים ואת אמו.

לפני כשש שנים ראתה ידידה שאצלה עבד בניקיון מודעה בעיתון על סמינר כתיבה וצילום יהודי-ערבי בבית הספר לצילום מוסררה ועודדה אותו לנסות להתקבל. אף על פי שלא היה לו תיק עבודות וגם לא מצלמה, החליט מנהל בית הספר, אבי סבג, לתת לו הזדמנות. הוא התחיל ללמוד במוסררה במסלול של לימודים מלאים ואחרי הצהריים המשיך לנקות בתים לפרנסתו. בתקופת האינתיפאדה השנייה,

מעצם היותו הפלשתיני היחיד בכיתה ובבית הספר, הפך מעמדו כסטודנט פלשתיני בירושלים למורכב יותר. בשנה השלישית ללימודים נתפס, נעצר לשבוע ושוחרר בערבות לאחר שבית הספר התערב למענו. האירוע הזה הוליד את הסדרה השנייה שצילם, "ת.י. 925596611", על מה שמכונה בישראל "שוהים בלתי חוקיים".

כשסיים את הלימודים בהצטיינות קיבל מקרן ירושלים מלגה לשנת לימודים נוספת, בסיומה עמד למשפט על שהייה בלתי חוקית ונאסר עליו להיכנס לישראל במשך שנה. הוא חי בכפרו ואת השנה הקדיש לסדרה השלישית "בית החולים הפסיכיאטרי" - הוא ביקר כמה פעמים בשבוע בבית החולים לחולי נפש בבית לחם, התיידד עם השוהים במקום וצילם אותם. תמונות מהסדרה הוצגו בתערוכה בגלריה בפרז.

בכל סדרות הצילום שלו - שוהים בלתי חוקיים וחולי הנפש - הוא ממקד מבט ייחודי על נושאים קלאסיים, כשהוא לוכד את הרגע בתמונות לא מבריקות, מספר סיפורים באמצעות קומפוזיציה ויזואלית, והסיפור שלו אינו פוליטי אלא אנושי.

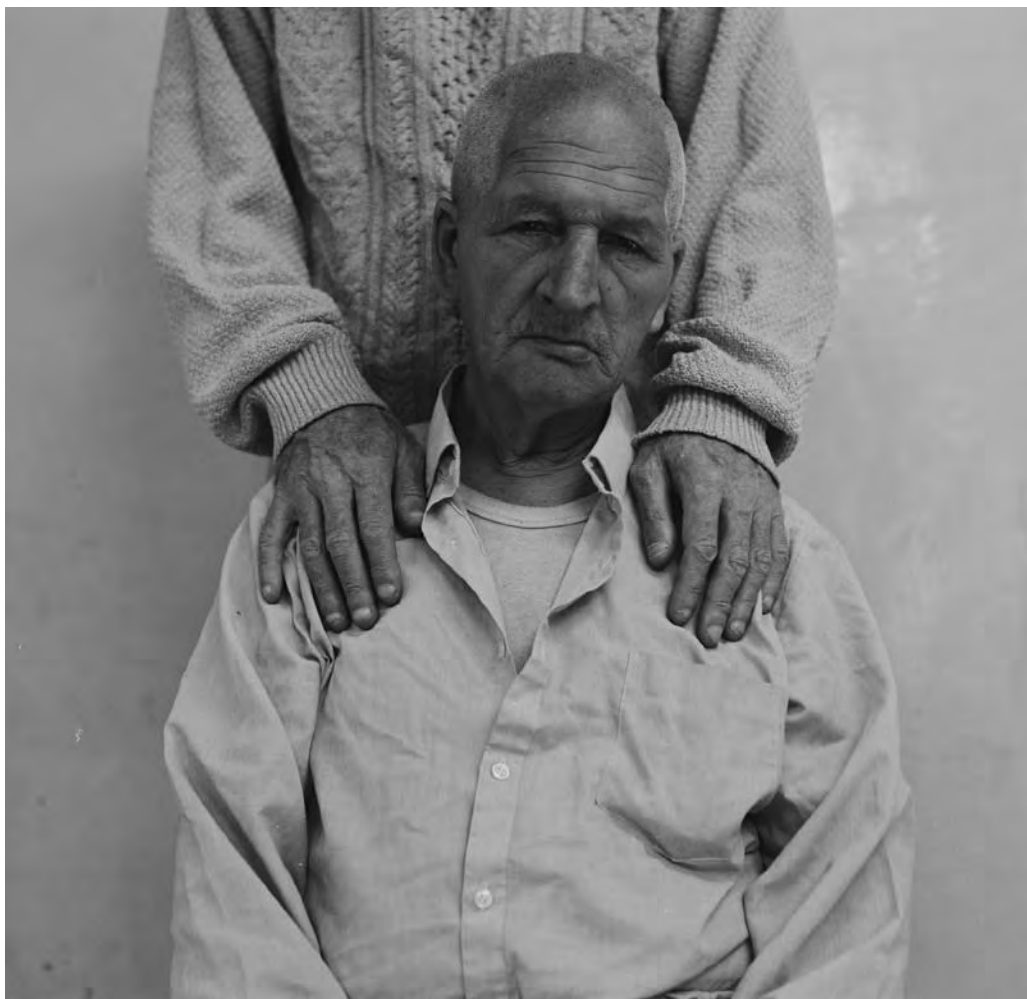
בחרתי להציג כאן כמה מצילומי סדרת בית החולים, המייצגים באופן אנושי ואישי את מבטו של בואיה על חיי חולי הנפש ועל תנאי החיים שלהם בבית חולים בשטחי הרשות. מבט רגיש של אמן על קבוצה אנושית שאינה מייצגת את החיים ביופיים: נכים, חולים, חסרי אונים, חולי נפש ומפגרים שחיים במקום שיוחד להם, בשולי החברה ובתנאי עליבות. מתוך העמדה הזו, שנואית לעין המערבית של המאה ה-21 כלקוחה ממקום ומזמנים אחרים, באותה נשימה לוכדת המצלמה את רגעי החסר והחמלה שבינם לבין עצמם ואת יכולתם ליצור יופי באנושיות שנקלטה בעין האמן ברגעים מקריים של צילום לא מובנים.

הזכריות על הצילומים שייכות לגלריה סרז' אבוקרט (Courtesy Serge Aboukrat Gallery Paris) ואני מציגה אותם ללא כל כיתובי הסבר. היוזאליה מדברת את עוצמתה בשם עצמה.

חמוטל גרייף-ירון, פסיכולוגית קלינית, בוגרת בית ספר גבוה לאמנות, עוסקת באמנות פלסטית ובעיקר צמאה לידע ולתרבות
<http://cafe.themarker.com/view.php?u=104080>









ד"ר יובל בן אמן פרופ' אהוד קליין

בנוודיאזפינים נמצאים בשימוש מזה קרוב ל-50 שנה. במהלך תקופה זאת הפכו להיות בין תרופות המרשם הנפוצות ביותר. הופעתם בסוף שנות ה-50 של המאה הקודמת היוותה מהפכה של ממש בהיותן תחליף מצוין לתרופות השינה וההרגעה הרווחות יותר באותה תקופה – הברביטורטים, בעיקר בכל הנוגע לבטיחות ותופעות לוואי. הפקת החומצה הברביטורית ב-1864 על ידי אדולף פון באיר ובהמשך התרופה Barbitol, אשר הופיעה לראשונה ב-1903, סימלו את תחילתו של העידן המודרני בפרמקולוגיה של הפרעות החרדה והשינה. עם זאת, פרופיל תופעות הלוואי והחלון התרופותי הצר יחסית שלהן היוו גורם מדרבן לחיפוש אחרי תרופות יעילות ובטוחות יותר. התכשיר הראשון ממשפחת הבנוודיאזפינים היה Chlordiazepoxide (Librium) ובהמשך הופיעו בשוק מספר רב של תכשירים נוספים, ההבדלים בין ה-BZ השונים הם פרמקוקינטיים בעיקרם ולכולם מנגנון פעולה משותף ומאפיינים דומים:

1. הם פועלים כאגוניסטים של הקולטן ל-GABA ומגבירים זרימת יוני כלור אל תוך התא דרך התעלה המבוקרת על ידי GABA וגורמים בכך להיפרפולריזציה של התא ולהורדת רמת פעילותו.
2. לכולם תכונות מרגיעות, מיישנות, מפיגות

Alpazolam ל-BZ, לא נמצא הבדל בייעילותם של שני התכשירים לטווח הקצר.

במטה-אנליזה שבדקה מחקרים העוסקים בטיפול תרופתי לחרדה חברתית (Social Anxiety Disorder) נבדקו מחקרים שהשוו בין BZ, SSRI, בטיפול קוגניטיבי התנהגותי ואינבו. מבין כל אופניות הטיפול נמצא כי בטווח הקצר, BZ הם בעלי היעילות הגבוהה ביותר (ראו טבלה מס' 2).

ניתן לומר אם כן, כי בכל הנוגע להשפעה קצרת טווח, יעילותם של BZ כנוגדי חרדה אינה מוטלת בספק. המחקרים שצוטטו לעיל מתייחסים בעיקר ב-BZ, ALP, זאת כיוון שרוב המחקרים המבוקרים ב-BZ, על פי הסטנדרטים המקובלים כיום, נערכו בשנות ה-80 כאשר ALP נהנה ממעמד של תרופת פטנט בעוד שרוב ה-BZ באותה תקופה כבר היו תכשירים גנריים.

יעילות ארוכת טווח של BZ - לא נערכו כמעט מחקרים מבוקרים שבדקו את היעילות ארוכת הטווח של BZ והדעה הרווחת היא ששימוש ארוך טווח בתכשירים אלה גורם להתפתחות סבילות ועל כן לאובדן יעילותם. בהתאם, ההמלצות המקובלות כיום גורסות ש-BZ אינם מתאימים לשימוש ארוך טווח והשימוש בהם צריך שיהיה מוגבל לתקופות קצרות.

יחד עם זאת, יש לא מעט עדויות קליניות התומכות בכך שקביעות אלו אינן נכונות תמיד וכי במקרים לא מעטים נשמרת יעילותם לאורך זמן, זאת מבלי שנדרשת עלייה במינון. כך למשל, Klein וחב' (1997) בדקו את מצבם הקליני של המטופלים כ-12 עד 18 חודשים לאחר שסיימו השתתפותם במחקר קורס שבו טופלו חולים עם הפרעת פאניקה או הפרעת חרדה כללית ב-BZ, ALP במשך כעשרה שבועות. אותרו 52 מתוך 71 המטופלים שהשתתפו במחקר הראשון ונמצא ש-25 אחוז לא נטלו באותה עת כל טיפול תרופתי והרגישו טוב, 50 אחוז עדיין נטלו ALP ו-25 אחוז נטלו BZ

זה אחראי במידה רבה לשם הרע שיצא לתרופות אלו בקרב חלק מאנשי המקצוע והמטופלים. מטרת סקירה זו, סמוך ליובל ה-50 להשקתם של ה-BZ, היא להעריך מחדש את מקומם ויעילותם בטיפול בהפרעות חרדה ראשוניות ולהציע התוויות לשימוש מושכל תוך שקילת מאזן עלות-תועלת.

היעילות הקלינית של BZ

היעילות לטווח קצר - דומה שהשפעתם המיידית כמעט של BZ כטיפול קצר טווח בהפרעות חרדה אינה שנויה במחלוקת ולמעשה מהווה היום את ההתוויה העיקרית לרישום תרופות אלו. יעילות זאת הוכחה במספר רב של מחקרים לאורך השנים. במחקרים שנערכו בשנות ה-80 נמצא כי (ALP) Alpazolam הביא לשיפור משמעותי מאוד בסימפטומים של אנשים הסובלים מהפרעת חרדה כללית ומתסמונת פאניקה, כפי שבא לידי ביטוי בידידת שיעור ההתקפים והפחתת תסמיני החרדה. השיפור הושג כבר בסוף השבוע הראשון לטיפול והיה יציב לכל אורך המחקר שנמשך תשעה שבועות.

Alexander וחב' (1986) הדגימו יעילות גבוהה של ALP במניעת התקפי פאניקה במינונים של 4-6 מ"ג ביום לעומת אינבו וגם Stahl וחב' מצאו יעילות דומה. Schweizer וחב' (1993) בדקו את יעילותו של ALP בשחרור מושהה בהשוואה לאינבו במשך שמונה שבועות במטופלים שסבלו מתסמונת פאניקה ואגורפוביה או מתסמונת פאניקה עם הימנעות אגורפובית קלה, ומצאו יתרון מובהק סטטיסטי של ALP בהשוואה לאינבו. Pecknold וחבריו (1994) השוו את יעילותו של ALP במניעה ובהפחתה של התקפי פאניקה. הם השוו בין ALP רגיל לבין ALP בשחרור מושהה (ALP XR) ואינבו במחקר כפול סמיכות שנמשך שישה שבועות. שתי זרועות הטיפול הוכחו כיעילות בהשוואה לאינבו הן בהפחתת ההתקפים ב-50 אחוז והן במניעה מוחלטת שלהם. במחקר נוסף, שהשווה בין

חרדה, נוגדות פרכוס ומרפות שריר חלק. בטבלה מס' 1 מובא פירוט של ה-BZ הנפוצים ותכונותיהם העיקריות.

ככלל, ה-BZ הם תרופות בטוחות הפועלות מהר ונתונות מענה כמעט מיידי לתסמיני החרדה, תופעות הלוואי שלהם מועטות וקלות בדרך כלל, והדענות לטיפול בהם גבוהה מאוד. ההתוויות הנפוצות ביותר לשימוש ב-BZ הן טיפול בחרדה לסוגיה - בעיקר חרדה כללית (GAD) וכן בהפרעת פאניקה וחרדה חברתית. כמו כן הם משמשים להשריית שינה וכטיפול נוגד פרכוסים.

למרות יעילותם הרבה, ה-BZ אינם נטולי חסרונות: הם נחשבים לפחות יעילים מ-SSRI לטיפול בהפרעות חרדה.

- משך פעולתם קצר.
- הם מהווים טיפול סימפטומטי בלבד.
- הם גורמים עייפות ונמנם במשך היום.
- בקשישים הם עלולים לגרום לפגיעה בזיכרון, להפרעות קוגניטיביות הפיכות ולנפילות.
- בשימוש ממושך עלולה להתפתח סבילות וכתוצאה מכך ירידה ביעילותם.
- קיים סיכון לשימוש לרעה תוך יצירת תלות.
- הגמילה מתכשירים אלה לאחר שימוש ממושך עלולה להיות בעייתית.

לאור זאת ניתן היה לצפות כי הופעתם של נוגדי החרדה והדריכאון מקבוצת ה-SSRI לקראת סוף שנות ה-80 של המאה הקודמת תגרום לירידה משמעותית בשימוש ב-BZ. זאת בשל העובדה שהם נותנים מענה ארוך טווח, יעיל, בטוח ועם מיעוט יחסי של תופעות לוואי בהשוואה לתרופות ההטרופיקליות. לכן, מפתיעה העובדה כי היקף השימוש בתרופות אלו לא פחת עד היום.

הבטיחות הרבה והפופולריות של ה-BZ בקרב מטופלים ורופאים כאחד יצרה מצב בלתי רצוי, שבו רופאים רושמים לעתים טיפול בתרופות אלו בקלות יתרה וללא תכנית טיפולית של ממש. מצב

טבלה מס' 1: שמות התכשירים הנפוצים, זמני מחצית החיים שלהם, ספיגה ממערכת העיכול ומינונים מקובלים בבנודיאזפינים שונים (כולל מטבוליטים פעילים ומינון מקובל)

Drug	Equivalents	Half-Life (hours) + active metabolites	Absorption	Dosage	Dose Preparation
Clonazepam	0.5	Long (metabolite, > 20)	Rapid	1–6 mg/d b.i.d.	0.5-mg, 1.0-mg, and 2.0-mg tablets,
Diazepam	5	Long (>20) (Nordiazepam long > 20)	Rapid	4–40 mg/d b.i.d. to q.i.d.	2-mg, 5-mg, and 10-mg tablets (slow-release 15-mg capsules)
Alprazolam	0.25	Intermediate (6–20)	Medium	0.5–10 mg/d b.i.d. to q.i.d.	0.25-mg, 0.5-mg, 1.0-mg, and 2.0-mg tablets
Lorazepam	1	intermediate (6–20)	Medium	1–6 mg/d t.i.d.	0.5-mg, 1.0-mg, and 2.0-mg tablets, 2 mg/mL, 4 mg/mL Parenteral
Oxazepam	15	intermediate (6–20)	Slow	30–120 mg/d t.i.d. or q.i.d.	10-mg, 15-mg, and 30-mg capsules (15-mg tablets)
Temazepam	5	intermediate (6–20)	Medium	7.5–30 mg/d h.s.	7.5-mg, 15-mg, and 30-mg capsules
Chlordiazepoxide	10	intermediate, (6–20 Demethy/chlordiazepoxide) intermediate (6–20)	Medium	10–150 mg t.i.d. or q.i.d.	5-mg, 10-mg, and 25-mg tablets or capsules
		(Demoxepam—long > 20)			
		(Nordiazepam—long > 20)			
Flurazepam	5	short (< 6) N-hydroxyethylflurazepam desalkylflurazepam-long > 20	Rapid	15–30 mg h.s.	15-mg and 30-mg capsules
Triazolam	0.03-0.1	short (< 6)	Rapid	0.125 mg or 0.250 mg h.s.	0.125-mg or 0.250-mg tablets
Clorazepate	7.5	Short (<6) (Nordazepam long > 20)	Rapid	15–60 mg b.i.d. or q.i.d.	3.75-mg, 7.5-mg, and 15-mg tablets (slow release 11.25-mg and 22.5-mg tablets)
Halazepam	20	Short (<6) (Nordazepam long > 20)	Medium	60–160 mg/d t.i.d. or q.i.d.	20-mg and 40-mg tablets
Prazepam	10	Short (<6) (Nordazepam long > 20)	Slow	30 mg/d (20–60 mg/d) q.i.d. or t.i.d.	5-mg, 10-mg, or 20-mg capsules
Estazolam	0.33	intermediate (6–20 4-hydroxyestazolam) intermediate 6–20	Rapid	1.0 or 2.0 q.h.s.	1-mg and 2-mg tablets
Quazepam	5	Long (>20) (2-oxoquazepam-N-desalkylflurazepam long > 20)	Rapid	7.5 or 15 mg q.h.s.	7.5-mg and 15-mg tablets
Midazolam	1.7-1.25	Short (<6)	Rapid	5 to 50 mg parenteral	5 mg/mL parenteral, 1-mL, 2-mL, 5-mL, and 10-mL vials
Zolpidem	2.5	Short (<6)	Rapid	5 mg or 10 mg q.h.s.	5-mg or 10-mg tablets

איור מס' 1: תרשים סכמתי של הקולטן ל-GABA

אחרים או נוגדי דיכאון. מבין אלה שעדיין נטלו ALP נמצא כי המיטון הממוצע בעת המעקב היה נמוך משמעותית משהיה בתקופת המחקר ועמד על 1 מ"ג כיום בהשוואה לממוצע של 3.4 מ"ג בתקופת המחקר. איש מהמטופלים לא העלה את מיטון התרופה במהלך התקופה ורובם אף הפחיתו את המיטון, חלקם באופן עצמוני וחלקם בהמלצת הרופא המטפל. למרות הפחתת המיטון, מצבם הקליני של המטופלים בעת המעקב היה יציב ואצל חלקם אף השתפר בהשוואה למצבם בסיום המחקר המקורי. ממצאי מחקר זה תומכים באפשרות ש-BZ שומר על יעילותם לאורך זמן לפחות בחלק מהמטופלים, זאת ללא צורך בעלייה במיטון וללא תופעות לוואי משמעותיות.

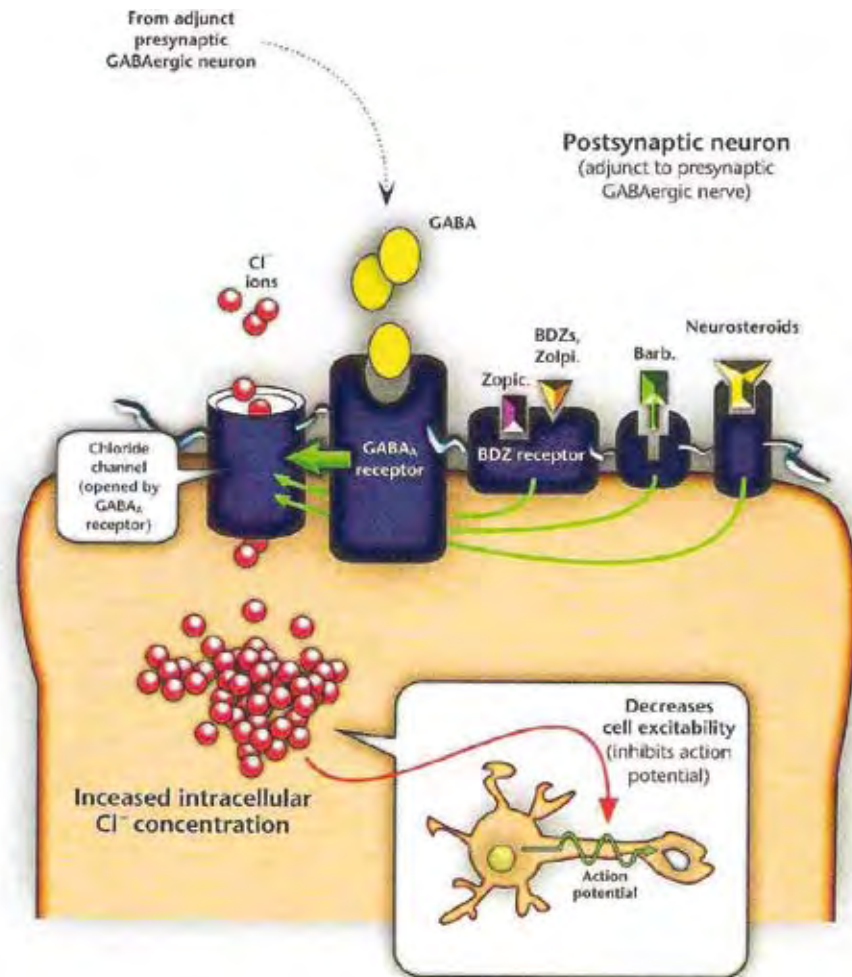
תלות, סבילות ותסמונות גמילה

סוגיית התלות והפוטנציאל הממכר של BZ היא ללא ספק שאלה רבת חשיבות שמחייבת שיקולים לשימוש מושכל בתרופות אלו. כפי שצוין קודם, שימוש לא נכון העלול לגרום לתלות, סבילות ותסמונת גמילה, מהווה את אחד הטיעונים המרכזיים בפי המתנגדים לשימוש ב-BZ.

תלות בתרופה או בסם מוגדרת כקיומם של שלושה או יותר קריטריונים מהמצוין להלן:

1. תשוקה עזה או דחף להשתמש בחומר.
2. קושי בשליטה על מינונים קבועים ועל הרגלי צריכה.
3. התפתחות של תסמונת גמילה הכרוכה בתופעות פיזיולוגיות בעת הפסקת השימוש.
4. סבילות לתרופה שבאה לידי ביטוי בצורך במינונים עולים על מנת להשיג אותו אפקט.
5. נטישת תחומי עניין והנאה והתמקדות בצורך להשיג את התרופה.
6. המשך השימוש למרות הבנת הנזק הבריאותי הנלווה.

כפי שיוגם בהמשך, קריטריונים אלה אינם מתמלאים במרבית המקרים אצל אנשים הנוטלים BZ על בסיס קבוע. כמו כן, הנטייה לראות כל החמרה במצבו הקליני של מטופל לאחר הפסקת טיפול ב-BZ כמעידה על התמכרות לתרופה אינה מביאה בחשבון שלהפסקת טיפול בתרופות פסיכטרופיות עלולה להיות השפעה שלילית שאינה תוצאה של תסמונת גמילה דווקא אלא הישנות של תסמיני ההפרעה המקורית. כך לדוגמה, ידוע שהפסקת טיפול בליתיום בחולים ביפולריים כרוכה בסיכון של כ-70 אחוז להישנות תסמיני המחלה במהלך השנה הראשונה להפסקת הטיפול. הפסקת טיפול בתרופות נוגדות דיכאון כרוכה אף היא בשיעור הישנות גבוה של סימפטומים דכאניים בשנה הראשונה לאחר הפסקת הטיפול וגם בחולים סכיזופרניים המפסיקים טיפול אנטי-פסיכטי קיים סיכון גבוה מאוד לחזרת תסמיני הפסיכוזה בתוך שלושה עד שישה חודשים לאחר הפסקת הטיפול.



הקולטן של GABA (Gamma amino butyric acid) הוא למעשה חלק מקבוצת קולטנים המגיבים ל-GABA. בקבוצה זו שלושה סוגי קולטן: GABA A, GABA B, GABA C. הם קולטנים המהווים שער לתעלות יוני כלוריד, B-1 הוא קולטן המופעל על ידי שפעול Protein G והוא מטבטרופי. הקולטן A מורכב מחמש תת יחידות שכאשר הן משופעלות על ידי ליגנד אגוניסט, הן מגבירות כניסה של יוני כלור (ובכמויות נמוכות יותר גם ביקרבונט) הגורמים להיפרפולריזציה של תא העצב, שאחראית לאפקט האינהיבטורי של GABA ושל האגוניסטים השונים המוכרים כיום.

גם באותם מקרים שבהם אכן קיימת תסמונת גמילה, הרי שמדובר בתסמונת שנחשבת לקלה יחסית, קצרת טווח ונעדרת סיכון, כפי שהראו Pecknold ו'חב' (1988), שמצאו כי 35 אחוז מהמטופלים שקיבלו ALP כטיפול בהפרעת פאניקה פיתחו תסמיני גמילה במהלך תקופת ההפחתה והפסקת הטיפול, בעוד שאף לא אחד מהמטופלים בקבוצת האינטר פיתח תסמינים דומים. במהלך תקופה זו דיווחו 27 אחוז גם על חזרה של התקפי פאניקה ובעשרה אחוזים מהמטופלים נמצא שילוב של החמרה בחרדה ותסמונת גמילה. יש לציין כי עוצמת הסימפטומים היתה קלה עד בינונית, לא היו מצבים מסכני חיים ובסוף השבוע השני להפסקת התרופה לא היה הברל בסימפטומים בין קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת. בנוסף יש לזכור

ניתן לכן לומר שהחמרה במצב הנפשי בעקבות הפסקת טיפול בתכשירים פסיכטרופיים היא הכלל ולא היוצא מן הכלל. גם הפסקת טיפול ב-BZ אצל אנשים הסובלים מהפרעות חרדה כרוכה בסיכון גבוה להישנות התסמינים החרדתיים, אלא שבמקרה זה קשה יותר להבחין אם מדובר בתסמונת גמילה או בחזרת הסימפטומים שבינם נלקח הטיפול מלכתחילה, שכן קיימת חפיפה בין תסמיני הגמילה לתסמיני החרדה הקשורים להפרעה המקורית. חשוב לכן במקרים אלה לנסות ולברר את מהות הסימפטומים: האם מדובר בחרדה ואי שקט בלבד או שמא גם בתסמינים המעידים על תסמונת גמילה, כגון כאבי ראש ושרירים, הזעה, סחרחורת, בחילה, ירידה בתיאבון ועלייה ברגישות לגירויים חושיים שונים.

טבלה מס' 2: יעילות BZ בהשוואה לטיפולים אחרים בהפרעת חרדה חברתית

טיפול	מס' מחקרים (מס' חולים)	משך טיפול (שבועות)	גודל אפקט
BZ	5 (100)	11	2.6
SSRI	12 (250)	11	1.6
CBT	35 (480)	10	1.56
Placebo	17 (610)	11	0.74

כי 65 אחוז מהמטופלים במחקר זה כלל לא פיתחו תסמיני גמילה. קיימים מספר גורמים המשפיעים על חומרת תסמונת הגמילה מ-BZ. 1. משך הטיפול. 2. מינון התרופה. 3. זמן מחצית חיים של התרופה. 4. האבחנה ראשונית (חולים בתסמונת פאניקה נוטים להיות רגישים יותר להפסקת טיפול בהשוואה לחולים הסובלים מ-GAD). 5. מרכיבי אישיות.

Dupont מצא שבין המטופלים ב-BZ לטיפול בחרדה, אין כמעט שימוש לא רפואי בתרופה ושהתמכרות אמיתית נדירה ביותר בחולים אלה ומוגבלת למעשה לאנשים בעלי התמכרויות קודמות לאלכוהול ולסמי רחוב. הוא מנה ארבעה "סימני אזהרה" לכך שמטופל מוכן לתרופה: 1. למטופל התמכרות ידועה לאלכוהול או לסמים. 2. הוא נוטל מינונים גבוהים מהמומלץ. 3. התגובה הקלינית שלו לטיפול אינה מיטבית. 4. הוא מתנהג באופן שמעלה חשד לשימוש יתר: איטיות, ישנוניות, דיבור משובש וכו'. כיוון שרוב המטופלים הנטלים BZ נוטים לדאגנות מעצם היותם חרדתיים, הוא מצא שחלק גדול מהקושי בהפסקת הטיפול נגרם עקב דאגה מופרזת מתוצאות הפסקת הטיפול שאותן חוו המטופלים כקטסטרופיות, מפחידות ומאיימות. רופאים רבים, כך אמר, נבהלים מפחדיו של המטופל ומשתכנעים כי הפסקת הטיפול אכן אינה אפשרית. לדעתו, הפסקת הטיפול צריכה להיות החלטה משותפת של המטופל והמטופל, ופנייה ישירה לדאגה של הפציינט והסבר של מתווה הפעולה הכרחיים. בחלק מתהליך הכנת המטופלים להפסקת הטיפול הוא מנה בפניהם את כל התסמינים, ציין שהם לא נעימים אך בשום אופן אינם מסוכנים, יופיעו בדרך כלל כאשר המינון המופחת מגיע למינון המינימלי ולאחר ההפסקה המוחלטת ויחלפו בתוך שבוע עד שבועיים. לדעתו, יש לשים דגש רב על לוח זמנים ברור ומוקפד להפחתת המינון ולתת אפשרות בחירה למטופל בהפחתה "קצרה" – במשך כשישה שבועות עם אי נוחות רבה יותר, אך מאידך סיום מהיר יותר של התהליך, או הפחתה "ממושכת" במשך 12 שבועות עם פחות תסמיני גמילה. כמו כן ניתן לשלב בתהליך תרופות אחרות אשר

עשויות להפחית את עוצמת הסימפטומים כגון חוסמי ביתא, SSRI וכו'. יש לציין כי אשפוז לצורך הפסקת טיפול ב-BZ נדרש לעתים רחוקות מאוד. Otto ממליץ לשלב בתהליך הגמילה גם טיפול ב-CBT תוך הבניה קוגניטיבית של אמונת יסוד וחשיבה קטסטרופלית סביב הגמילה והמשגה יותר רצינונית של התופעות הנלוות, וכן מרכיב התנהגותי שבו ילמד המטופל אמצעי הרגעה עצמיים כגון תרגילי הרפיית שרירים ונשימה סרעפתית.

בנוודיאופינים בטיפול בהפרעת דחק בתר חבלתית

עד כה התייחסנו לשימוש ב-BZ בהפרעת חרדה באופן כללי. מקומם של BZ בטיפול בהפרעת דחק בתר חבלתית מעורר עניין רב בשנים האחרונות בשל האפשרות שהועלתה כי ייתכן שהם מגדילים את הסיכון להתפתחות התסמונת כאשר הם ניתנים זמן קצר לאחר האירוע הטראומטי. מקומם של ה-BZ בטיפול התרופתי בשלבים השונים של תסמונת הדחק הבהר חבלתית, PTSD – Posttraumatic Stress Disorder, מעלה מספר שאלות: 1. השפעתם על מהלך ההתפתחות התסמונת כאשר הם ניתנים בזמנים שונים לאחר הטראומה. 2. יעילותם בהפגת הסימפטומים בטווח הקצר ולאורך זמן. 3. השפעתם על הפרעות השינה השכיחות בחולי PTSD.

Gelpin וחבריה (1996) בדקו השפעת טיפול ב-BZ במטופלים בשלב המימדי לאחר חשיפה לטראומה. הם השוו 13 מטופלים שקיבלו ALP או Clonazepam לעומת 13 מטופלים שחוו טראומה וטופלו באינר ומצאו כי תשעה מהמטופלים מקבוצת הטיפול ורק שלושה מקבוצת הביקורת ענו לקריטריונים של PTSD לאחר חצי שנה. מדובר אמנם בקבוצה קטנה של חולים ויש לפרש את הממצאים בהתאם, אך ממצא זה מקבל חיזוק ממחקר בבעלי חיים שערך Matar וחב' ב-2006. הם בדקו חולדות שקיבלו ALP לאחר חשיפה לשותן טורף במשך 15 דקות ומצאו אמנם שהתרופה גורמת ליידה בהתנהגות חרדתית של בעלי החיים בטווח הקצר, אולם בשלב מאוחר יותר, קיימת תגובה מוגברת לאזכור גורם הדחק בהשוואה לחולדות שלא טופלו בתרופה. ממצאים אלה מחייבים שיקול דעת זהירות יתרה בשימוש ב-BZ בשלב החריף לאחר טראומה.

מחקרים אחרים הראו כי Clonazepam לא היה יעיל בהפחתת תסמינים פוסט טראומטיים לאורך זמן ובשיפור הפרעות השינה בחולים פוסט טראומטיים. מהאמור לעיל עולה כי בניגוד להפרעות חרדה אחרות, יעילותם של ה-BZ בטיפול ב-PTSD מוטלת בספק.

לסיכום: BZ, במיוחד אלה בעלי משך פעולה ארוך ותכשירים לשחרור מושהה, ממשיכים להיות אפשרות טיפולית מועילה לאנשים הסובלים מחרדה פובית וחרדה כללית. תחילת פעולתם היא מהירה, פרופיל תופעות הלוואי שלהם נוח, הם בטוחים מאוד והאינדקס התרופתי שלהם רחב מאוד. יעילותם גבוהה במיוחד בתסמונת פאניקה, חרדה חברתית וחרדה כללית והם יעילים בעיקר בשלב הראשון של הטיפול התרופתי עד לתחילת השפעתן של התרופות מקבוצת ה-SSRI. הם עשויים להיות אלטרנטיבה לאנשים אשר אינם מסוגלים לסבול את תופעות הלוואי של SSRI. ממחקרים שבדקו יעילות ארוכת טווח של BZ עולה כי במקרים רבים היא נשמרת לאורך זמן באופן משיביע רצון ללא התפתחות של סבילות. בניגוד לדעה הרווחת, התמכרות ותסמונת גמילה אינן שכיחות כאשר הטיפול נעשה בהתוויות הנכונות ותוך פיקוח מתאים. יחד עם זאת, יש להביא בחשבון כי בחלק לא מבוטל של המטופלים עלולה להתפתח תלות והתמכרות לתרופה והדבר מחייב ערנות ושמירה על מספר עקרונות טיפוליים אשר מקטינים את הסיכון למצבים אלה:

1. טיפול מוגבל בזמן ויעד סיום שמוגדר למטופל.
 2. במקרים של טיפול ארוך טווח, יש להגיע למינון הנמוך ביותר האפקטיבי, תוך הנחיה לשימוש בתוספת מינון לפי צורך ושמירה על מינון קבוע נמוך יותר.
 3. יש להעדיף BZ בעלי זמן מחצית חיים ארוך או תכשירים של שחרור מושהה.
 4. יש מקום לשקול שילובים תרופתיים אשר יאפשרו טיפול במינון נמוך יותר.
 5. יש לשאוף לבניית קשר טיפולי יציב, אמפטי ותומך בין המטפל למטופל, שיכלול מתן אינפורמציה רלוונטית וחיוך לבריאות ולשימוש נכון ומושלם בתרופות.
- ניתן לסכם ולומר כי למרות מרכזיותם של נוגדי דיכאון בכלל ו-SSRI בפרט בטיפול בהפרעות חרדה, ה-BZ עדיין מהווים אופציה טיפולית חשובה באנשים הלוקים בהפרעות חרדה, כל עוד נעשה בהם שימוש נכון.

ד"ר יובל בן אמנון, פרופ' אהוד קליין,
החטיבה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי רמב"ם,
חיפה

חרדה ותרופות

הפרעות חרדה - תובנות עדכניות לגבי
טיפול בבנוזדיאזפינים



פרופ' יוסף זהר

חרדה יכולה להופיע ללא סיבה או יכולה להיות קשורה לאירוע מסוים, למשל לאחר חשיפה לאירוע טראומטי או במצב של חשיפה לקהל. במקרה הראשון, נדבר על הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD Post Traumatic Stress Disorder) ובמקרה השני על חרדה חברתית (להבדיל מחרדה פתאומית, שהיא למעשה התקפי פאניקה (התקפי בעתה)).

חרדה הופכת להפרעה כאשר היא קשורה ברמות לא מותאמות של מתח שגורמות להפרעה בתפקוד, משנות את ההתנהגות ובאופן טיפוס קשורות גם בהימנעות (ניסיון להימנע ממקומות או ממצבים מעוררי חרדה). ב-20-30 השנים האחרונות חלה התקדמות ניכרת בהבנת של הבסיס הנורוביולוגי של החרדה. אנחנו יודעים כעת שכאשר האדם נחשף לאירוע שקשור באיום, נכנסים לפעולה שני מנגנונים: המנגנון הראשון הוא מנגנון מיידי הקשור לצייר שבין התלמוס לאמיגדלה, למעשה המנגנון הזה מופעל עוד לפני שהאדם ער ומבין את מהות הסכנה. המנגנון השני הוא זה שמביא אותו לתודעה. במקרה הזה, המידע שנקלט בתלמוס, במקום להגיע ישירות לאמיגדלה, עובר לקורטקס שעושה את הניתוח ואז מתקבלת ההחלטה המודעת אם אכן נחוצה תגובה. אם ההחלטה היא שאכן נחוצה תגובה, נשלח אות מהקורטקס לאמיגדלה והגוף נכנס למוכנות בהתאם. תחושות ראייתיות ושמיעתיות מנותחות בהתחלה בתלמוס ובהתאם הן נשלחות לאמיגדלה או לחלקים המתאימים בקורטקס. לעומת זאת, תחושות ריח ומגע עוקפות את התלמוס ומגיעות ישירות לאמיגדלה. זו הסיבה שזכרונות של ריח וכאב לעתים קרובות קשורים בתחושות חזקות יותר מאשר זיכרון של מראה או קול.

התלמוס הוא, כאמור, המקום שבו מתרכזים המראות והקולות והוא מענה את התחושות היוזאוליות בהתאם לגודל, לצורה ולצבע ואת התחושות האודיטוריות בהתאם לעוצמה ולאיתות הצליל, ובהתאם מפעיל את החלקים המתאימים בקורטקס. ההיפוקמפוס הוא מרכז הזיכרון והוא בעל חשיבות רבה לאחסון המידע שמגיע מהחושים, יחד עם התחושות האמוצינליות הקשורות אליהם, תחושות שנצרות לאחר תוספת שנבעת מהעיבוד באמיגדלה.

מרכז חשוב אחר הוא הלוקוס סרוליוס (Locus Coeruleus) המקבל אותות מהאמיגדלה ואחראי

להתחלה של תגובת חרדה קלאסית, כמו עליית דופק, לחץ דם, הזעה, הרחבת אישונים, ה-Lacus Cerulions מהווה למעשה מעין מרכז אזהרה פנימי וקשור בעיקר להתקפי בעתה. האמיגדלה היא הגרעין שמרכז את האמוציות והוא ממלא תפקיד חשוב ביצירת תגובת פחד כיוון שהוא זה שמטביע את ה"תג האמוציונלי" על המידע.

שש הפרעות חרדה

בסיווג הנוכחי מוכרות שש הפרעות ממשפחת הפרעות החרדה: הפרעת פאניקה, עם או ללא אטרופוביה; הפרעת חרדה חברתית; הפרעת חרדה מוכללת; הפרעת דחק פוסט טראומטית; הפרעה טורדנית כפייתית; פוביה פשוטה/ספציפית. ייתכן עם זאת שבסיווג העתידי של ההפרעות הפסיכיאטריות (DSM-V), שאמור להופיע בשנת 2012, כמה מההפרעות יוצאו ממשפחת הפרעות החרדה ויועברו לקבוצות אחרות. לדוגמה, השאלה האם הפרעה טורדנית כפייתית (OCD Obsessive Compulsive Disorder) אכן שייכת להפרעות החרדה היא שאלה שעולה שוב ושוב כיוון שהן במישור הביולוגי, הן במחקרי משפחות ומבחנות המעגלים המוחיים הרלוונטיים ומבחינת התגובה לטיפול, ייתכן שהפרעה זו מן הראוי שתעמוד בפני עצמה כקבוצת אבחנות הנקראות הפרעות הקשורות להפרעה טורדנית כפייתית. מבחינה זו, שיטת הסיווג הנהוגה בארץ (ICD-10), המקובלת גם באירופה, כבר עשתה את הצעד הזה ובסיווג הזה, הפרעה טורדנית כפייתית מוכרת כהפרעה העומדת בפני עצמה. לגבי הפרעה אחרת, הפרעת חרדה מוכללת (GAD Generalized Anxiety Disorder), קיימים ממצאים המקשרים אותה לספקטרום של הפרעות אפקטיביות וייתכן שגם היא תועבר מקטגוריית הפרעות החרדה.

חשיבותן הקלינית של הפרעות חרדה

חשוב להכיר את הפרעות החרדה כיוון שהן שכיחות. שכיחות הפרעות חרדה היא יותר מאשר שכיחות דיכאון, ולמעשה אחד מתוך שלושה אנשים יסבל בשלב זה או אחר בחייו מהפרעת חרדה (טבלה 1). הפרעות החרדה קשורות מחד גיסא גם לעלייה באובדנות, לעלייה בצריכת סמים ולשימוש נרחב בחדרי מיון. מאידך גיסא, כלל האצבע הוא שאם לא שואלים באופן ספציפי על הפרעות חרדה, האבחנה לא תעלה, ולכן חשוב מאוד בכל בדיקה רפואית לכלול שאלות ספציפיות הקשורות להפרעות חרדה. גורם נוסף שמקשה על האבחון של הפרעות חרדה קשור לחפיפה הרבה של חלק מהתסמונות של חרדה ודיכאון. החפיפה בין התסמונות של חרדה ודיכאון היא בתסמונות של קוצר רוח, דאגנות, נסיגה חברתית, ירידה בתפקוד, אגטיציה, הפרעות בשינה, ירידה בריכוז, עייפות. כל התסמונות הללו

טבלה 1. שכיחות הפרעות חרדה

12-month (%)	Lifetime (%)	הפרעות חרדה
2.3	3.5	הפרעת פאניקה (בעתה)
3.1	5.1	הפרעת חרדה מוכללת
2.6	5.3	אטרופוביה ללא פאניקה
8.8	11.3	פוביה פשוטה
7.9	13.3	הפרעת חרדה חברתית
1.0	1.6	הפרעה טורדנית כפייתית
20.3	29.3	הפרעת חרדה (כלשהי)

(מתוך Kessler et al., Arch Gen Psychiatry 2005)

יכולים להופיע הן בדיכאון והן בחרדה. ואכן, יש גם שכיחות רבה של דיכאון בחרדה, ולהפך: 50 אחוז מחולי החרדה יסבלו מדיכאון וכ-50 אחוז מחולי הדיכאון יסבלו מחרדה.

סיבות נוספות הקשורות לחשיבות הקלינית של הפרעות חרדה הן שהן גורמות להפרעה ניכרת בתפקוד וכרוכות במחיר חברתי כבד. יתר על כן, הפרעות החרדה פוגעות בעיקר באנשים צעירים, כך שחשוב לאתר, לאבחן ולטפל בהם בהתאם, על מנת לצמצם את הנזק המשני הנגרם עקב איחור באבחנה ואיחור בטיפול. הפרעות החרדה קשורות גם לעלייה ניכרת באובדנות ולעלייה ניכרת בשימוש בסמים. לעתים קרובות אנשים עם הפרעות חרדה ישתמשו באלכוהול או בסמים אחרים על מנת להתגבר על הפרעות אלו ועקב כך יתפתח גם סיכור נוסף בדמות שימוש בסמים. סיכור אחר, שכיח למדי, הוא, כאמור, דיכאון. במקרה כזה, מדובר בדיכאון משני, ודיינר דיכאון שנובע מהפרעת החרדה (אדם שמרגיש שהוא "מבזבז" את חייו על רחצה חסרת שחר אך "טבעי" הוא שיפתח דיכאון).

נושא התחלואה הגלוית - חרדה ודיכאון - קשור בעלייה ניכרת בתופעה שמדאיגה במיוחד את המטפלים, האובדנות; שילוב של דיכאון וחרדה קשור בשכיחות גבוהה של אובדנות עד פי חמישה בהשוואה לשילוב של דיכאון ללא פאניקה, וכמעט פי שניים מדיכאון ללא שילוב של הפרעות חרדה אחרות. אי לכך, כיוון שמצד אחד כ-50 אחוז מחולי החרדה סובלים מדיכאון (ולהפך) וכיוון שהתחלואה הכפולה הזו קשורה בעלייה ברורה בסיכון האובדני, מומלץ כאשר מזוהה הפרעת חרדה, לשאול גם על דיכאון ולהפך.

לגבי השאלה האם אכן אנו מחפשים ומאבחנים אנשים הסובלים מתסמונות גלויות זו, מחקרים בנושא, שנערכו באנגליה ובארצ"ב, מעלים ממצאים

מפתיעים: באנגליה, רק כעשרה אחוזים מהאנשים הסובלים מהשילוב דיכאון-חרדה אכן מטופלים והרוב המכריע (כ-90 אחוז) אינם מטופלים. המצב טוב יותר רק במעט בארצ"ב, אך גם שם רק כשליש מהאנשים שסובלים מדיכאון או דיכאון וחרדה מטופלים בצורה תואמת.

כאשר נבדקה כמות המרשמים של אנשים הסובלים מהפרעות במצב רוח או בחרדה, עלה כי תרופות מסוג הבנזודיאזפינים (benzodiazepines) נמצאות בשימוש נרחב ומהוות את הטיפול המקובל והשכיח בהפרעות אלו.

שימוש בתרופות מסוג הבנזודיאזפינים וטיפולם אחרים

האם יש מקום לשימוש בתרופות מסוג הבנזודיאזפינים בהפרעות חרדה? אם בודקים את הנגש ומתמקדים על הפרעה טורדנית כפייתית, התשובה היא ברורה: בהפרעה טורדנית כפייתית, הפרעה ששכיחותה היא כשני אחוזים מהאוכלוסיה, הטיפולים הפרמקולוגיים היחידים שנמצאו יעילים הם טיפולים שקשורים למניעת ספיגה חוזרת של סרוטונין (SRI Serotonin Reuptake Inhibitors), Clomipramine, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine (טבלה 2). התרופות הן: Escitalopram, Sertraline Citalopram, Escitalopram-1.

טבלה 2. טיפולים תרופתיים בהפרעה טורדנית כפייתית, תרופות ממשפחת מעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין, SRI (Serotonin Reuptake Inhibitors)

Clomipramine	◀
Fluoxetine	◀
Fluvoxamine	◀
Paroxetine	◀
Sertraline	◀
Citalopram	◀
Escitalopram	◀

טיפול אחר שנמצא יעיל בהפרעה זו הוא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive Behavioral Therapy) CBT, הממוקד בחשיפה המותאמת לתוכן המחשבות והתקסים של המטופל, ומניעת התגובה שאותה האדם נוהג לעשות. לדוגמה, באדם הסובל מ"מחלת הניקיון", הטיפול ההתנהגותי יהיה קשור בחשיפה ללכלוך, ומה שחשוב באותה מידה ואולי אף יותר, הוא מניעת הרחצה שהאדם מרגיש דחף לעשותה. בכל מקרה, הטיפול בבנזודיאזפינים אינו יעיל בהפרעה טורדנית כפייתית.

במשך כל ההיסטוריה, האדם שאף להבין טוב יותר את התהליכים המתרחשים במוחו. רק בשנים האחרונות, עם פיתוח טכניקות של הדמיה מוחית פונקציונלית כמו PET (Positron emission tomography), SPECT (Single emission tomography), fMRI (functional computed Tomography)

(magnetic resonance imaging) וכו', יש לחוקרים אפשרות לבחון את המוח בשעת פעולה. כיוון שבפרעה טורדנית כפייתית קיים מערך מוחי מוגדר היטב, המעגל הפרה-פרונטלי-טמפורלי-תלמי-באזאלי, וכיוון שהפרעה זו היא תלוית גירוי, ניתן לראות בתנאי מעבדה את התפקוד המוחי ואת הביטוי הפונקציונלי של אובססיה ו/או קומפולסיה (טקס) בשעה שאדם הסובל מהפרעה טורדנית כפייתית נחשף לגירוי מתאים.

מבחינה זאת, ניתנת לנו גם אפשרות מעניינת לבדוק את השפעתו של טיפול פסיכולוגי על התפקוד המוחי. השילוב של טכנולוגיה המאפשרת חשיפה המותאמת לאדם הנבדק (שגורמת ליצירת אובססיה) עם הרמיה מוחית מתקדמת נותן לנו אפשרות לשאול שאלות כמו האם ההשפעה של טיפולים פסיכולוגיים ממוקדים על התפקוד המוחי שונה או דומה להשפעה של טיפולים פרמקולוגיים ספציפיים (קבוצת התרופות הקשורה בלבימה של ספיגה חוזרת של סרוטונין) בחולים הסובלים מ-OCD. מספר עבודות שבדקו את הנושא מצאו כולן אותה תשובה: טיפול התנהגותי ספציפי שמותאם לפרופיל המחלה הספציפי של המטופל, במקרים שאנשים מגיבים לטיפול, קשור בירידה בפעילות הבאזאלית (בעיקר באזור גרעין הקאודט), ירידה המביאה לפעילות "נורמלית" באזור. מבחינה זאת, אפקט של טיפול התנהגותי על התפקוד המוחי אינו שונה מהאפקט המודגם במקרה של טיפול תרופתי ספציפי (טיפול בחוסמי ספיגה חוזרת של סרוטונין) בהפרעה טורדנית כפייתית. כלומר, חששות בנוסח "אני לא רוצה לקחת תרופות כי הן משנות את המוח" מחד, והנכונות לקבל טיפול פסיכולוגי שנתפש כ"רך" יותר מבחינת השפעתו על המוח, אינם עומדים במבחן המציאות, שכן גם טיפולים פסיכולוגיים ספציפיים (CBT) וגם טיפולים פרמקולוגיים ספציפיים (SRI) משפיעים באותו כיוון ובאותה צורה על פעילות האזורים הנוגעים לעניין במוח.

הפרעה טורדנית כפייתית

הפרעה טורדנית כפייתית היא הפרעה מיוחדת בהשוואה להפרעות אחרות במידת הסלקטיביות של התגובה הבלעדית שלהן לתרופות סרטוטרגיות. תרופות אחרות כתרופות הקשורות בבלימת הספיגה החוזרת של מונואמינים אחרים, נרדארנלין לדוגמה, נמצאו בלתי יעילות לחלוטין בהפרעה זו. גם טיפול בננוזיאופינים אינו יעיל בהפרעה טורדנית כפייתית. יתר על כן, כיוון שמדובר במצב כרוני, הנושא המודאי הקשור בפיתוח סבילות (צורך בכמות הולכת וגדלה של תרופות על מנת להשיג אותו אפקט) מצד אחד, ונושא תסמיני הגמילה מנגד, מחזירים את הבעייתיות בשימוש בננוזיאופינים בהפרעה טורדנית כפייתית. שימוש נפוץ בננוזיאופינים קיים גם בהפרעת דחק

פוסט טראומטית. הפרעת דחק פוסט טראומטית שונה מהפרעות אחרות בכך שברור לנו מתי ההפרעה החלה (לפי ההגדרה, בעקבות החשיפה לטראומה). מאפיין שני של ההפרעה הוא השיעור הגבוה של החלמה ספונטנית – רק עשרה אחוזים עד 20 אחוז מהאנשים שנחשפו לטראומה יפתחו הפרעת דחק פוסט טראומטית (כלומר, יהיו רדופים על ידי האירוע שאותו הם חוו).

השילוב של אחוז קטן יחסית של אנשים שהזיכרון שלהם מתקבע על האירוע הטראומטי מבלי יכולת להחליץ ממנו, בנוסף על אחוז גבוה יחסית של ההחלמה הספונטנית, מעלה את האפשרות שהפרעת דחק פוסט טראומטית היא למעשה הפרעה שקשורה בכישלון בהחלמה. אם אננם כך הוא המצב, הרי שהטיפול צריך להתמקד בעזרה לתהליך החלמה זה, או לחלופין בהימנעות מהתערבות שמפריעה לתהליך ההחלמה הטבעי.

במקומות רבים מקובל לתת טיפול בננוזיאופינים לאנשים שנחשפו לאירוע טראומטי, עקב תמונה קלינית המאופיינת בהתרגשות ניכרת, בפחד ובאי שקט. למרות שמדובר בפרקטיקה מקובלת, נמצא במחקרים כפולי סימות כי למעשה בננוזיאופינים אינם יעילים יותר מאיננו בטיפול בהפרעת דחק פוסט טראומטית. יחד עם זאת, ידוע כי בננוזיאופינים קשורים בהגברה של חזירות לזכרונות אמוציונליים. מבחינה זאת, ניתן לנבא כי אם תרופות מסוג מממשפחת הבננוזיאופינים עשויות לגרום להצפה של זכרונות טראומטיים, הרי שמתן התרופה עשוי למנוע את תהליך ההחלמה הספונטנית (שקשור דווקא בריכוז הזכרונות הטראומטיים). אישוש להשערה זו נמצא בשתי עבודות שבשיתוק מתן של בננוזיאופינים מיד לאחר האירוע היה קשור לעלייה בשכיחות של הפרעת דחק פוסט טראומטית במעקב ארוך טווח. ממצא דומה לגבי מתן מוקדם של בננוזיאופינים כגורם המפריע לתהליך ההחלמה הספונטנית, מאריך ומסבך אותו, נמצא גם במחקר חיות (Cohen, Zohar et al., submitted). מבחינה זאת, הממצאים הנוגעים לפוטנציאל הבעייתי של מתן בננוזיאופינים מיד לאחר אירוע חריף עולים בקנה אחד גם עם הממצא של הבעייתיות בשימוש בננוזיאופינים בתגובת אבל, והחשש שמתן בננוזיאופינים עלול לעכב את תהליך האבל הנורמלי (על פי המלצות British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2000; Committee on Safety of Medicines, 1988).

מדוע בננוזיאופינים לעתים קשורים בהאטה של תגובת ההחלמה הספונטנית? בעבודות שנעשו נמצא כי בננוזיאופינים קשורים בהפחתה של ההפרשה של ההורמון קורטיזול. בנוסף, הקורטיזול נמצא קשור בעמעום ובמחיקה של הזיכרון הטראומטי (לדוגמה, מחקר שנעשה על ידי Soravia et al

2006, שבו מתן קורטיזול לפני חשיפה לגירוי מפחיד לאנשים עם פוביה לעכבישים הוריד את רמת הפחד שלהם מהגירוי). אם כך הוא הדבר, הרי שמתן בננוזיאופינים הגורם לירידה בהפרשה של קורטיזול עלול למנוע את "העמעום" של הזיכרון הטראומטי. בדרך זו ניתן אולי להבין את הבעייתיות והסיכון בשימוש בננוזיאופינים מיד לאחר אירוע טראומטי, כאשר הזיכרון נמצא עדיין בתהליכי קונסולידציה: מתן הבננוזיאופינים עשוי בשלב זה אולי להרגיע אך גם עלול למנוע (עקב הורדת הפרשת הקורטיזול) את העמעום והמחיקה הטבעיים של הזיכרון הטראומטי, ובכך לתרום להתפתחות של הפרעת דחק פוסט טראומטית.

לסיכום: בהרכה מקרים קיים קשר בין מתן בננוזיאופינים לבין הפרעות חרדה. בננוזיאופינים אינם יעילים בטיפול בהפרעה טורדנית כפייתית והם יכולים להפריע לתהליך ההחלמה הטבעי בהפרעת דחק פוסט טראומטית. בננוזיאופינים קשורים גם בירידה בחזות הקוגניטיבית. מנת הרגעה מקובלת של בננוזיאופינים שווה לירידה קוגניטיבית השקולה כנגד שתיית משקאות אלכוהוליים בכמות העלולה לגרום לנהיגה מסוכנת. נוסף על כך, בננוזיאופינים קשורים גם בסבילות (יש צורך בכמות הולכת וגדלה של התרופה כדי להשיג אותו האפקט) ובתסמיני גמילה (יש קושי להפסיק את התרופה עקב תופעה של rebound, "מכת נגד", של החרדה). מבחינת אלו, מומלץ לקחת בננוזיאופינים רק לזמן קצר (לא יותר משבועיים-שלושה ברצף).

כיוון שהפרעות החרדה הן בדרך כלל הפרעות כרוניות, הרי ששימוש שגרתי ארוך טווח בננוזיאופינים בסוג מחלות כרוניות אלו הוא מוגבל ומצומצם רק לאותם המקרים שבהם ניתן להשתמש באופן נקודתי (כמו בהתקפי פאניקה או בחרדה חברתית), אך ודאי שלא במקרים שבהם הם עלולים למנוע את תהליך ההחלמה (מיד לאחר אירוע טראומטי) או בהפרעות שאין הוכחה ליעילותם (הפרעה טורדנית כפייתית).

יחד עם זאת, אין כאן המלצה "לזרוק את התינוק עם המים". בננוזיאופינים הם תרופות יעילות, אך יש להקפיד להגביל את השימוש בהן לפרקי זמן קצרים ורק לאותן הפרעות שבהן הן נמצאו יעילות. מבחינת הפרעות החרדה, השימוש בננוזיאופינים הוא מוגבל בזמן ומצומצם מבחינת האנטיקציה להפרעות כמו התקפי פאניקה או חרדה חברתית ובלבד שגם אז השימוש בהם יהיה נקודתי ובהתוויה ברורה (תחילת טיפול, חשיפה לאירוע ספציפי וכו').

פרופ' יוסף זהר, מנהל מחלקה פסיכיאטרית ומרפאת חרדה, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר, בית הספר לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

עתיד הפסיכופרמקולוגיה של דיכאון



מספר מחשבות אודות כיוונים עתידיים בגישה הפסיכופרמקולוגית לדיכאון

פרופ' חיים בלמק, פרופ' יוסף לוי, פרופ' גלילה אגם

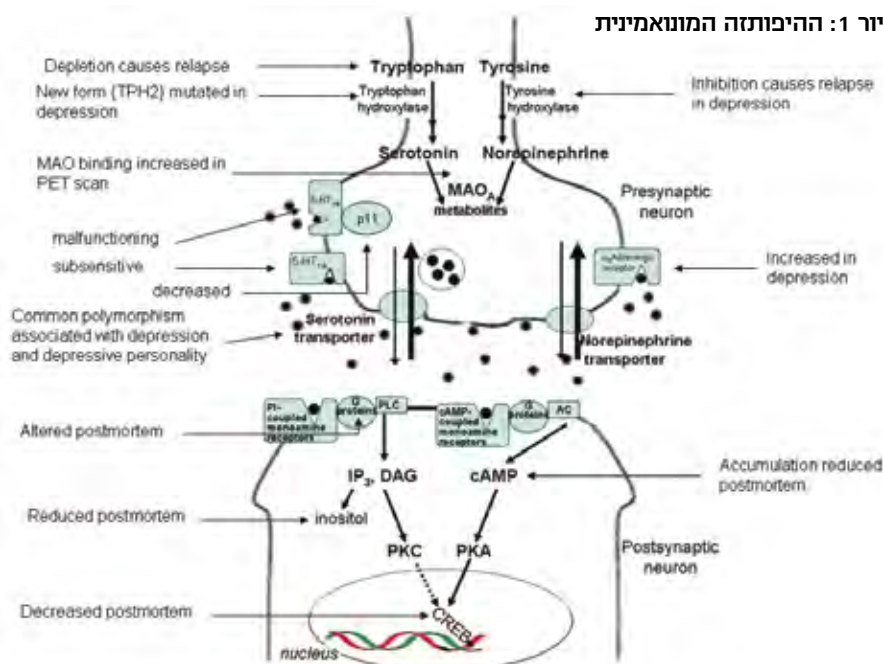
כל פסיכיאטר קלינאי משוכנע שיש חולים עבורם תרופות אנטי-דכאוניות מהוות את ההבדל בין חיים למוות. עם זאת ידוע שהפסיכולוגיה של קלינאים פסיכיאטרים מבוססת לעתים קרובות על הכללה בלתי מוצדקת של מקרים דרמטיים בודדים לקבוצות אבחנותיות גדולות בהרבה. האם כך קורה גם לגבי דיכאון? האם ייתכן שדיכאון המגיב לטיפול תרופתי מייצג תת קבוצה קטנה מתוך כלל העצב האנושי שברובו אינו קשור למונאמינים ומגיב לטיפול אנטי-דכאוני רק כלאיבוי? מספר מחשבות אודות כיוונים עתידיים בגישה הפסיכופרמקולוגית לדיכאון.

Yogi Berra התבטא בזמנו כי "ניבוי הינו מלאכה קשה למדי ובמיוחד לגבי העתיד". בשנות ה-50 למאה ה-20, איש לא יכול היה לחזות את גילויין של

התרופות האנטי-דכאוניות או האנטי-פסיכוטיות, שכן ההתפתחויות בתחום מדעי המוח שקדמו לגילויים אלה לא טוו כלל חוטים מקשרים אל גילויים אלה, ולמעשה תרופות אלו נטגלו באקראי (by serendipity). היקף התרופות החדשות המצוי ב"קנה" של חברות התרופות הלך והידלדל בשנים האחרונות ונראה שקיימות פחות ופחות פריצות דרך מהסוג שהביא את הפסיכופרמקולוגיה למה שהיא כיום. הסיבות למצב דברים זה נסקרו בהרצאתו ההיסטורית של Donald Klein בכנס Boca Raton, פלורידה, ארה"ב, בדצמבר 2007. לעומת זאת נעשה אופנתי לדבר אודות פריצת דרך של טיפולים חדשים חשובים ואפילו על פתיחת הצוהר לפרדיגמות טיפוליות חדשות המתבססות

על מדעי המוח הבסיסיים. עירור עמוק של המוח, חומרים המעודדים צמיחת תאי עצב, חוסמי קולטנים גלומטאטרגיים – לכולם בסיס מדעי סביר לצד הפוטנציאל להוות גישות חדשות מהפכניות. אולם, האפשרות לחזות כיום באם כיוונים אלה אכן יתממשו כטיפולים בפועל היא כמעט בלתי אפשרית. דרגת מורכבות המוח גורמת לכך שקשה לנבא איזה שלב של התפתחות הבנת מדעי המוח יידרש למציאת תרופות מתקדמות לבני אדם. 50 השנים מאז גילויים של נוגדי הדיכאון ipramine-1 וiproniazide אופיינו בהופעת מגוון תרופות אנטי-דכאוניות חדשות כמעט מדי שנה. טבלה מס' 1 מסכמת את כניסתן של תרכובות אלו במהלך מחצית המאה שחלפה. עם הגילוי ש-imipramine חוסם את הקליטה מחדש אל

איור 1: ההיפותזה המונואמינית



טבלה 1: האם יש התקדמות בטיפול התרופתי בדיכאון במהלך היובל האחרון?

שנות הכניסה לשוק	התרופה
1970-1960	Amitriptyline
1970-1960	Phenelzine
1970-1960	Imipramine
1970-1960	Clomipramine
1970-1960	Trimipramine
1980-1970	Amoxapine
1980-1970	Desipramine
1980-1970	Maprotiline
1980-1970	Nortriptyline
1980-1970	Protriptyline
1990-1980	Fluoxetine
1990-1980	Fluvoxamine
1990-1980	Paroxetine
1990-1980	Venlafaxine
2000-1990	Sertraline
2000-1990	Mirtazapine
2000-1990	Nefazodone
2000-1990	Bupropion
-2000	Duloxetine
-2000	Citalopram
-2000	Selegiline
-2000	Escitalopram

בפער בין השפעת אינבו (פלצבו) לבין השפעת התרופה הפעילה במחקרים מבוקרים. רבות מהתרופות האנטי-דכאניות החדשות נמכרות בהיקפים עצומים אף כי אינן מהוות בהכרח שיפור ברור לעומת הטיפולים הקודמים. כשברחמים את סיסם הנתונים משנות ה-60 המוקדמות של המאה ה-20, לפיהם כשליש מהחולים הדכאניים משתפרים במתן אינבו ושני שלישים במתן התרופה הפעילה, מחקרים מבוקרים כיום מציעים שלא חל כל שיפור מבחינה זו. תרבות מסוימות עשויות להיות יעילות לאחר כישלון בשימוש בתרופה אנטי-דכאנית קודמת, אך מחקר ה-STAR*D, המשקף את תמונת המצב ב"חיים האמיתיים", מצא שיעורי תגובה נמוכים לתרופות אנטי-דכאניות שניתנו לאחר כשלון טיפולי בתרופה אנטי-דכאנית קודמת.

שבו משתמשים. כשמשמשים בכזה הנותן משקל יתר לתופעות לוואי אנטיכולינרגיות כגון יובש בפה, עצירות ושטוש ראייה, מוצאים יתרון ברור לחוסמים הסלקטיביים של קליטה מחדש של סרוטנין (SSRIs), אך אם בונים סולם המדרג תופעות לוואי הכוללות הפרעות במערכת העיכול, חרדה, חוסר שינה והפרעות בתפקוד המיני, הרי שה-SSRIs קבלו דירוג גרוע. לא כל מחקרי השטח מצביעים על שביעות רצון רבה יותר של מטופלים מ-SSRIs לעומת תרופות אנטי-דכאניות אחרות או על שיעורי נשירה נמוכים יותר בטיפול ב-SSRIs. סקירה שהתפרסמה לאחרונה ב-New England Journal of Medicine מציעה שבד בבד עם פיתוחן של תרופות ה-SSRIs חלה הרחבה ניכרת בהגדרה האבחנתית של דיכאון ובמקביל, ירידה מרשימה

תא העצב, הן של סרוטונין והן של נוראדרנלין, היה סביר לשער שחוסמי קליטה מחדש סגוליים (ספציפיים) של סרוטונין יהיו תרופות "נקיות" ויעילות יותר מ-imipramine. רוב המומחים בתחום חשים כיום כי השערה זו לא אומתה. בעוד שאמונה שכיחה מציעה שלחוסמי קליטה מחדש של סרוטונין בלבד יש פחות תופעות לוואי מאשר לתרופות הטריציקליות, נראה כי דבר זה תלוי במידה ניכרת בסוג הדירוג של תופעות הלוואי

טבלה 2: בעייתיות הכרוכה בהיפותוזה המונואמינית

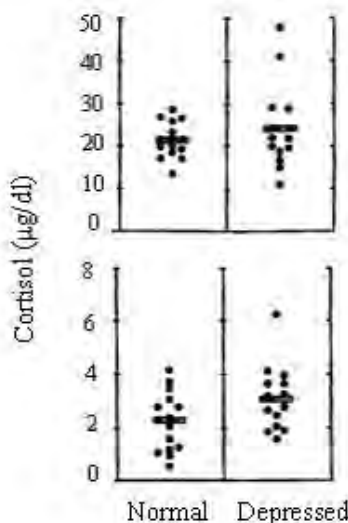
- חוסמי קליטה מחדש של מונואמינים אינם סגולים (ספציפיים) לדיכאון ויעילים גם בטיפול בחרדה, בכאובי חברתית, בתסמונת האובססיבית-קומפולסיבית, בבולימיה, ועוד.
- מתן מונואמינים במודל חיה משרה קשת רחבה של התנהגויות.
- הפער בין השפעת התרופות להשפעת האיכו במחקרים מבוקרים מציע שייתכן שרק שליש ממקרי הדיכאון קשור להפרעות במונואמינים.

PET. בעוד שממוצע צפיפות האנזים גבוה בכ-30 אחוז באזורי מוח רבים של החולים והממצא משמעותי מבחינה סטטיסטית, הרי שאיור 2 מדגים חפיפה בין הערכים בחולים ובנבדקי הביקורת ולא ניתן להשתמש במודל זה לצורך אבחון דיכאון. זאת, על אף ההתקדמות הטכנולוגית המשמעותית שישמה ולמרות שנעשתה בחירה קפדנית של הנבדקים שאובחנו כדאונים. טבלה 2 מסכמת את הבעייתיות הכרוכה כיום בהיפותוזה המונואמינית.

היפותוזה מרכזית שניה ב-50 השנים האחרונות בדבר הבסיס המדעי של דיכאון היא היפותוזה העקה (סטרס)-קורטיזול. העובדה שנראה שחשיפה לעקה מקדימה הופעת דיכאון היתה מאז ומתמיד ברורה לקלינאים אף כי עקה מהווה קרקע פורייה גם להפרעות פסיכולוגיות וגופניות אחרות. צעד הגיוני, בעקבות הגילוי שקורטיזול הוא הורמון המפתח של מערכת התגובה לסטרס, היה לחקור את הקורטיזול והבקרה שלו בחולי דיכאון. אולם, כבר בשלבי המחקר המוקדמים היה ברור כי הקשר בין סטרס לדיכאון אינו חד-חד ערכי. חולים רבים מפתחים דיכאון ללא סיבה נראית לעין וללא כל סמנים של עקה. אנשים רבים חיים בתנאים סטרוגניים קשים ובכל זאת כלל לא מפתחים דיכאון. יתר על כן, לעתים סיטואציות כגון דיבור בפני קהל, או צניחה ממטוס, יכולות להשרות עליה ברמות הקורטיזול בדם הגבוהה במספר סדרי גודל לעומת זו שמוצאים בחולי דיכאון.

בדומה לאמור לעיל לגבי ההיפותוזה המונואמינית, כל חידוש טכנולוגי שהוביל לפיתוח מבחנים חדשים לגבי היפותוזה הקורטיזול לדיכאון מצא עדויות כלשהן התומכות בקשר בין קורטיזול לדיכאון. לדוגמה, קליפת האדרנל המפרישה את הקורטיזול מוגדלת במקצת בחולים דאונים כשמשמשים בשיטות הדמיה מתוחכמות. בלוטת יותרת המוח הקדמית, ממנה מופרש ה-ACTH, נמצאה אף היא מוגדלת מעט. ההיפוקמפוס, הידוע ממחקרים בחיות כרגיש במיוחד לעורפי קורטיזול ומגיב לכך בשינויים

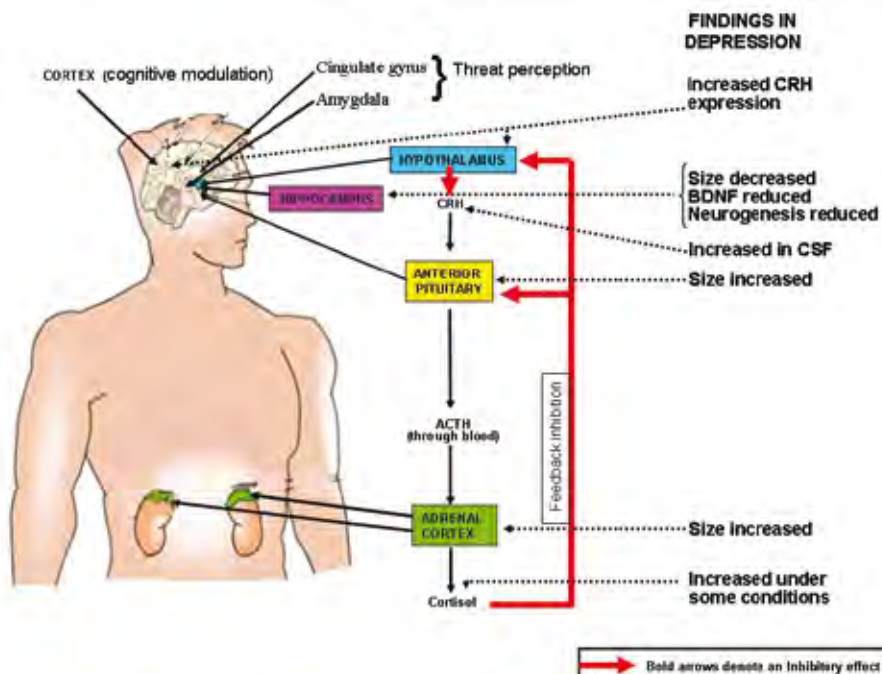
איור 4: קורטיזול בפלסמה בחולי דיכאון לעומת נבדקי ביקורת



איור 2: "צפיפות MAO במוח של חולי דיכאון"



איור 3: מערכת ההיפותלמוס-יותרת המוח-קורטיזול בדיכאון



היפותוזה המונואמינים והיפותוזה הקורטיזול

מבחינת ההבנה המדעית של דיכאון, ההיפותוזה המונואמינית נוסחה באמצע שנות ה-60 של המאה הקודמת כשהיא מתבססת על יעילותן הטיפולית של תרופות מהסוג של חוסמי קליטה מחדש של מונואמינים, או של מעכבי פעילות האנזים מונואמין אוקסידז (MAOI) ועל ההשפעה הדאונית של זרפין, הגורם לירידה ברמת מונואמינים.

איור 1 מסכם מחקרים עדכניים אודות היפותוזה זו. היפותוזה המונואמינים ממשיכה לעורר יוזמות מחקריות מצוינות ובכל פעם שצצות טכנולוגיות הפותחות צוהר חדש אל המוח, מתקבלים ממצאים חדשים התומכים במעורבות המונואמינים בדיכאון. עם זאת, אף לא אחד מהממצאים מהווה כלי אבחנתי לדיכאון. איור 2 מראה את תוצאותיו של מחקר שבדק את צפיפות האנזים MAO במוחם של חולים דאונים באמצעות הדמיה ממוחשבת מסוג



טיפול תרופתי פסיכותרפיים בקטינים

על מורכבות הטיפול
הפסיכו-פרמקולוגי בילדים ונוער

ד"ר חגי מענה, ד"ר גדעון רצוני

טיפול הפסיכיאטרי באוכלוסיית הילדים הנוער הוא מורכב ומסוכן. על אף שהקריטריונים לאבחנת ההפרעות השונות דומים בדרך כלל עבור מבוגרים וילדים נוער, ההופעה הקלינית של ההפרעות הפסיכיאטריות היא שונה וככל הנראה כך גם חלק מהתופעות והגורמים שלהן. עובדה זו מצריכה חשיבה שונה בקביעת אסטרטגיית הטיפול הכללי ובכלל הטיפול התרופתי בילדים ונוער לעומת הטיפול במבוגרים.

על אף שבשנים האחרונות חלה התקדמות במחקר הקליני באוכלוסיות אלו, יש עדיין מיעוט מחקרים והוכחות מדעיות לעילות ובטיחותן של התרופות השונות. מעבר לקושי בגיוס משתתפים למחקר, גם הבחירה הסלקטיבית של החולים מהווה בעיה משמעותית במחקרים הקליניים באוכלוסייה זו ומביאה לכך שהאוכלוסייה הנחקרת אינה תואמת בהכרח את האוכלוסייה שעבורה מכונים מרבית הטיפולים. כך למשל, חלק ניכר מהמחקרים לגבי ילדים ונוער מתבצע במסגרת אשפוז יום או מרפאות לבריאות הנפש, בעוד שחלק הארי של החולים מטופל במסגרות אחרות. ביצוע מחקרים כפולי סמיות, שבהם נעשה שימוש בתרופות מחקר מול תרופות פלצבו, הוא בעייתי במיוחד בקביעה זו. התוצאה של בעייתיות זו היא קושי ניכר במתן המלצות שהן Evidence based ובשרה הקליני - ביצוע התערבויות רבות שהן Off label, כלומר שימוש בטיפולים שלא הוכחו כיעילים במחקרים גדולים. יתרה מכך, לא ניתן להשליך ממידע קיים לגבי התכונות הפרמקולוגיות של תרופות מסוימות במבוגרים על הפרמקוקינטיקה, הפרמקודינמיקה, היעילות ותופעות הלוואי בילדים ונוער. לדוגמה, בילדים יש פירוק אנזימטי מהיר יותר בכבד, פילטרציה גלומרולרית מהירה יותר ואחוזי שומן נמוכים יותר, התורמים כולם לזירוז של קצב הפיני וקיצור זמן מחצית החיים של התרופות לעומת מבוגרים. מכאן, שתרופות מסוג סטימולנטים, נוגדי פסיכוחה ו-TCA מתפנות בקצב מהיר יותר בילדים לעומת מבוגרים. ליתום גם הוא מתפנה בקצב מהיר יותר ככל הנראה ונאגר פחות ברקמות שומן. בנוסף כאמור, יש כמוכן הבדל ניכר באופי המחלה והסימפטומים בילדים ובנוער לעומת מבוגרים, כזה שעשוי להיות בעל משמעות רבה בבחירת הטיפול התרופתי.

בעשור האחרון חלה התקדמות ניכרת בכל הקשור לטיפול התרופתי הפסיכיאטרי בקטינים, הן מבחינת הוכחת יעילותן של תרופות פסיכיאטריות שונות והן מבחינת הוכחת בטיחות השימוש בהן.

מחקרים כפולי סמיות נערכו על מנת להעריך את יעילותן ובטיחותן של תרופות שונות כולל Fluoxetine (פרוזאק), Sertraline (לוסטרל), Paroxetine (סרוקסאט), Escitalopram (ציפרלקס), Quetiapine (סרוקוול), Olanzapine (ויפרקסה), Risperidone (ריספרדל), Mirazapine (רמרון) ו-Venlafaxine (אפקסור). דיווחים שונים התפרסמו לגבי יעילותן של פרוזאק, לוסטרל וציפרלקס לטיפול בריכאון בילדים ומתבגרים ולטיפול בסרוקסאט להפרעה אובססיבית קומפולסיבית.

המחקרים הגדולים ביותר בעשור האחרון בנוגע לטיפול התרופתי בילדים ונוער היו ה-POTS (Pediatric OCD Treatment Study) וה-TADS (Treatment of Adolescents with Depression Study). מחקרים אלה שפכו אור על יעילות הטיפול התרופתי בשילוב וללא שילוב של טיפול קוגניטיבי התנהגותי בילדים ונוער הסובלים מדיכאון ומהפרעה אובססיבית קומפולסיבית.

תחום התקדמות נוסף הוא בדיקת יעילות ובטיחות התרופות בקבוצות גילאים צעירים יותר. למשל, מחקר ה-PATS (Preschooler with ADHD Treatment Study) שהיה המחקר הגדול הראשון אשר בדק טיפול בילדים שלפני גיל בית הספר הסובלים מהפרעת קשב והתנהגות, על ידי הדרכה הורית בשלב הראשון ו-Methylphenidate בשלב השני.

השימוש בחסמי ספיגה חוזרת של סרוטונין (SSRI) הולך ותופס תאוצה כחלק מהטיפול בהפרעות שונות בילדים ונוער, כולל דיכאון, הפרעה אובססיבית קומפולסיבית והפרעות חרדה שונות. שימוש זה נתמך בכמות הולכת וגוברת של מחקרים קליניים. בשנת 2004 הוציא מינהל התרופות האמריקאי (FDA) אזהרה מסוג "Black Box Warning" לגבי השימוש בתרופות אלו, לאחר שמחקרים שונים הדגימו עלייה בסיכון האובדני בילדים ונוער הנוטלים תרופות מסוג זה. מחקרים של השנים האחרונות מצביעים על כך שככל הנראה ישנה עלייה בהתנהגות האובדנית וברחפים האובדניים, אולם לא נמצאה עלייה באובדנות ממש. כל התרופות נוגדות הדיכאון מסומנות באזהרה זו עבור קבוצת הגיל של ילדים ונוער, גם תרופות שלא נבדקו באופן ספציפי.

הטיפול בהפרעות מהספקטרום הפסיכוטי

האנטי פסיכיים האטיפיים מהווים התקדמות משמעותית בטיפול בסכיזופרניה ובשאר ההפרעות

הפסיכוטיות בילדים ונוער, כמו גם במבוגרים. תרופות אלו החליפו את התרופות המסורתיות כעמוד התווך של הטיפול התרופתי בהפרעות הפסיכוטיות. זאת, בשל פרופיל תופעות לוואי טוב יותר, בשל ההשפעה על ייצוב מצב הרוח וככל הנראה בשל השפעה מסוימת על סימנים שליליים.

מספר מחקרים וסקירות פורסמו במטרה להעריך את המידע הקליני המועט הקיים עד כה. הבדלים ניכרים קיימים בין המחקרים השונים מבחינת המודלים הנמצאים בשימוש, הקריטריונים לשיפור הקליני, בחירת החולים ומעורבות המחקר. כתוצאה מכך, היעילות האמיתית לטווח קצר ולטווח ארוך של התרופות האנטי-פסיכוטיות בילדים ובני נוער הלוקים בסכיזופרניה עדיין אינה ידועה ברובה.

שכיחות תופעות הלוואי האקסטרא-פירמידליות בשימוש בתרופות אלו היא נמוכה באופן משמעותי לעומת התרופות מהדור הישן. ריספרדל, זיפרקסה ולפונקס הוכחו גם כמפחיתות התנהגות אגרסיבית מלבד האפקט נוגד הפסיכוחה. מאפיין זה של התרופות הוא חיוני בעיקר בקבוצת גילאים זו, שבה מצבים פסיכיים מלווים לעתים קרובות בהתנהגות תוקפנית ואלימה. מחקרים שונים מצביעים על כך שההיענות לטיפול מהדור החדש היא גבוהה יותר לעומת ההיענות לטיפול בתרופות מהדור הישן. בין השנים 1976 ל-2003 בוצעו 176 מחקרים לגבי שימוש בתרופות אטיפיות בילדים ונוער. מרבית המחקרים הם מחקרים קטנים מסוג Open label ואינם מחקרים כפולי סמיות בעלי סדר גודל משמעותי. מחקרים אלה הוכיחו יעילות של התרופות האטיפיות לטיפול במצבי פסיכוחה, מאניה, PDD ותסמונת טורט. כמו כן, נמצאה יעילות גבוהה בשימוש בתרופות אלו לטיפול בפיגור שכלי, הפרעות התנהגות ו-ADHD. מחקר חשוב שבוצע ב-NIMH (National Institute of Mental Health) השווה טיפול ב-Clozapine (לפונקס) לטיפול ב-Haloperidol (הלידול) עבור סכיזופרניה בבני נוער. מחקר זה מצא עליונות של לפונקס על הלידול בטיפול הן בסימנים החיוביים והן בסימנים השליליים. עם זאת, פרופיל תופעות הלוואי של הלפונקס אינו מאפשר שימוש בתרופה זו כקו טיפולי ראשון (במחקר זה, מתוך 21 חולים אשר טופלו בלפונקס, חמישה סבלו מנזיטורפניה משמעותית ושניים סבלו מפרקוסים). לכן, שימוש בלפונקס שמור לחולים עם מחלה עמידה לטיפול תרופתי, כמו בקבוצת המבוגרים.

מתוך קבוצת נוגדי הפסיכוחה האטיפיים, ה-Ziprazidone (גיאדון) הוא בעל השפעה מעכבת

על האנזים MAO (Mono-Amine Oxidase). תכונה זו הופכת את השימוש בתרופה זו ליעיל במיוחד כאשר יש הפרעה פסיכיתית המשולבת בהפרעת מצב רוח או הפרעת חרדה.

למרות יתרון של התרופות האטיפיות בטיפול בספקטרום ההפרעות הפסיכיות, תופעות הלוואי של תרופות אלו הן משמעותיות וכוללות תופעות קרדיווסקולריות, סדציה, ריוור (בעיקר בלפונקס). אחת מתופעות הלוואי המטרידות ביותר היא העלייה במשקל והשינויים המטבוליים (עלייה ברמת הגלוקוז, עלייה בכולסטרול). העלייה במשקל עלולה להביא לירידה משמעותית בהיענות לטיפול התרופתי, בעיקר בקרב בני נוער, קבוצת גיל שבה דימוי הגוף הוא משמעותי במיוחד. השמנת היתר בולטת בעיקר בשימוש ב-Clozapine ו-Olanzapine. בילדים ובמתבגרים הנטלים תרופות אלו, בעיקר בעלי היסטוריה משפחתית של השמנת יתר, יש לבצע מעקב קפדני אחרי רמות סוכר בצום ורמות שומנים בדם בתדירות קבועה. השליטה במשקל עשויה להיות טובה יותר במידה שההורים והילד יהיו מודעים לסיכון ויבצעו התאמה של דיאטה בטרם מתחילה השמנת היתר. בנוסף לעלייה במשקל, בתרופות אלו (בעיקר בריספרידל) נמצאה בבני נוער אסוציאציה משמעותית עם עלייה ברמת הפרולקטין אשר עשויה להתבטא בהיפוגונדיזם, אוסטיופורוזיס, גלקטוריה, גינקומסטיה, אונגות לא רגילה והפרעות בתפקוד המיני. לכן, מומלץ לנטר את רמות הפרולקטין באופן שגרתי בילדים המטופלים בתרופות אטיפיות.

בשנים האחרונות פורסמו שני מחקרים משמעותיים אשר הטילו ספק בעדיפותן של התרופות האנטי פסיכיות מהדור החדש לעומת אלו של הדור הישן עבור אוכלוסיית המבוגרים הלוקים בסכיזופרניה. מחקר CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) השווה בין טיפולים בתרופות מהדור השני - Olanzapine, Quetiapine ו-Risperidone, Ziprazidone לבין תרופה בעלת עם פוטנציאל בינוני מהדור הישן - Perphenazine. מלבד הממצא הבולט ביותר, אשר הראה כי לאורך 18 חודשי המחקר מעל 74 אחוז מהחולים הפסיקו את נטילת התרופות מכל סיבה שהיא, הראה מחקר זה כי לתרופות מהדור החדש אין עדיפות על פני התרופות החדשות במונחים של יעילות ותופעות לוואי אקסטרה-פירמידליות. כמו כן, לא נמצא כי לתרופות החדשות ישנה יעילות גבוהה יותר בטיפול בסימנים השליליים של המחלה או בחסרים הקוגניטיביים. מחקר נוסף אשר נערך בבריטניה, ה-CULASS (Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drug In Schizophrenia Study) כלל למעשה שני מחקרים פתוחים אשר השוו טיפול בתרופות מהדור הראשון לטיפול בתרופות מהדור השני, כולל Clozapine בקבוצה

של 1,227 חולים. 81 אחוז מהחולים סיימו את תקופת המחקר אשר נמשכה שנה. תוצאות המחקר לא הוכיחו יתרון לשימוש בתרופות האטיפיות מבחינת איכות החיים הסובייקטיבית של החולים או מבחינת הסימפטומים של המחלה. למעשה, חולים אשר טופלו בתרופות מהדור הראשון דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר. יתרה מכך, לא נמצאו הבדלים אובייקטיביים בשיעורי תופעות הלוואי האקסטרה-פירמידליות. התרופה היחידה אשר הראתה יתרון ברור מבחינת שיפור בסימפטומים היתה Clozapine. על אף ששני המחקרים הנ"ל ברצונו באוכלוסיות גדולות של חולים בוגרים, לא ניתן להתעלם מהשלכותיהם על הטיפול האפשרי בבני נוער ובקטינים. עם זאת, יש לציין, כי למרות שמחקרים אלה ברצונו לפרקי זמן ממושכים, לא הוערכו בהם שיעורי Tardive Dyskinesia, תופעה מטרידה ומשמעותית המתרחשת לאחר שימוש בתרופות לאורך זמן ממושך. בקטינים המתחילים טיפול תרופתי, יש להניח כי ייטלו את התרופות לפרק זמן ממושך ולכן יש לשקול היטב את סיכויי הופעתה של תופעה זו אל מול סיכונים אחרים הקיימים בשימוש ממושך בתרופות אנטי-פסיכיות מהדור החדש ובעיקר הפרעות מטבוליות.

במטה-אנליזה שבחנה טיפול אנטי-פסיכטי מהדור הישן ומהדור החדש בילדים עם Early Onset Schizophrenia נמצאה רמיסה ראשונית לאחר טיפול בתרופה אחת ב-55.7 אחוז (טווח 13-75 אחוז) מהחולים שטופלו בתרופות אטיפיות וב-72 אחוז (טווח 35-93 אחוז) מהחולים שטופלו בתרופות טיפוסיות. על אף ההבדל בנתונים, לא נמצאה יעילות טובה יותר של התרופות מהדור הראשון בניתוחים הסטטיסטיים השונים אולם המסקנה המתבקשת היא כי לתרופות מהדור החדש אין יתרון מבחינת השיפור הקליני. באופן מפתיע, מחקר זה לא מצא הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות בשיעור תופעות הלוואי האקסטרה פירמידליות בין קבוצת החולים שנטלו תרופות טיפיות לעומת קבוצת החולים שנטלו תרופות אטיפיות. עם זאת יש לציין כי נסקרו מחקרים שנמשכו זמן קצר יחסית (ארבעה עד 12 שבועות בלבד) ויש להניח כי השכיחות הנמוכה יותר של תופעות אלו בתרופות אטיפיות במבוגרים אופיינית גם לטיפול בילדים ובמתבגרים לאורך זמן. העלייה הממוצעת במשקל היתה של 1.4 ק"ג בקבוצת התרופות הטיפוסיות ושל 4.5 ק"ג בקבוצת התרופות האטיפיות לאורך תקופת המחקרים השונים. יש לציין כי פוטנציאל השפעתן של תרופות אלו על מהלך התפתחותן של הילד עדיין לא נחקר בצורה מספקת ולמעשה אינו ברור דיה.

במכלול שיקול הדעת של בחירת תרופה אנטי-פסיכטית, מקובל כיום להתחיל טיפול בוגרי פסיכיה מהדור החדש. שימוש בתרופות טיפוסיות שמור לילדים ובני נוער אשר אינם מגיבים לטיפול

אטיפי, הזקוקים לטיפול ארוך טווח (זריקות Depot) או שאינם סובלים את תופעות הלוואי של הטיפול האטיפי. עם זאת, אין לנטוש את הטיפול בתרופות מהדור הישן, הן מכיוון שמבחינה מחקרית הן אינן נפלות מהתרופות החדשות והן כיוון שבפרקטיקה הקלינית יש מקרים רבים בהם חולים ספציפיים נעזרים בתרופות אלו יותר מאשר בתרופות מהדור החדש.

הטיפול התרופתי בדיכאון

שכיחותן של הפרעות הדיכאון בילדים ונוער עולה עם הגיל. בילדים לפני גיל בית ספר הפרעות אלו נדירות מאוד (0.3 אחוז באוכלוסייה). בילדי בית הספר היסודי שכיחות התופעה היא אחוז אחד עד שני אחוזים. נראה שהשכיחות בבנים ובבנות דומה או שההפרעה מעט נפוצה יותר בבנים בגילאים אלה. במתבגרים, שכיחות התופעה היא ארבעה עד שמונה אחוזים והיא נפוצה פי שניים בבנות לעומת בנים. במתבגרים מבוגרים יותר, שכיחות התופעה היא 14-25 אחוז, בדומה למבוגרים. הטיפול בדיכאון בילדים ונוער דומה מאוד לטיפול במבוגרים. עם זאת, יש מיעוט של מחקרים קליניים בסדר גודל משמעותי לגבי יעילות הטיפולים השונים. מחקרים אלה מתגלים לעתים כבעייתיים מבחינה מתודולוגית, בשל בחירת חולים סלקטיבית אשר אינה מאפיינת בהכרח את אוכלוסיית החולים האמיתית. כך למשל, מסיבות אתיות, מחקרים אלה אינם מכלילים בקבוצות המחקר חולים עם סיכון אובדני גבוה, ששיעורם בקבוצת בני הנוער הסובלים מדיכאון הוא גבוה במיוחד, או חולים עם הפרעות פסיכיאטריות נוספות (Comorbidity), המהווים גם הם חלק נכבד מאוכלוסיית הסובלים מדיכאון בקבוצת גיל זו.

המחקר המשמעותי ביותר שבחן טיפול בדיכאון בילדים הוא ה-TADS (Treatment for Adolescents with Depression Study). מחקר זה השווה בין טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), טיפול תרופתי בפרוזאק וטיפול משולב. זרוע נוספת של המחקר היתה קבוצת נערים אשר טופלו בפלצבו. מחקר זה מצא כי השילוב של טיפול בפרוזאק עם טיפול קוגניטיבי התנהגותי הוא היעיל ביותר לטיפול בבני נוער הלוקים בדיכאון. פרוזאק לבד נמצא יעיל לטיפול בדיכאון אך יעיל פחות מאשר השילוב בין שני הטיפולים. טיפול קוגניטיבי התנהגותי לבדו נמצא פחות יעיל מאשר טיפול תרופתי. מחקרים כפולי סמיות נוספים הוכיחו את יעילותן של תרופות נוספות מקבוצת ה-SSRI, כולל Citalopram (ציפרמיל, רסילט) ו-sertraline (לוסטרל) לעומת פלצבו.

עם זאת, עדיין יתרון של התרופות נוגדות הדיכאון עבור ילדים ונוער הוא שני במחלוקת. במטה-אנליזה שאיגדה שישה מחקרים כפולי סמיות של טיפול בוגרי דיכאון מסוג SSRI לעומת פלצבו (Jureidini et al, BMJ, 2004) נמצא כי ארבעה

הטיפול התרופתי בהפרעה ביפולארית

הפרעה ביפולארית עם האירועות מוקדמת היא נדירה. מתחת לגיל 13, הפרעה ביפולארית קלאסית היא נדירה ביותר. מעל גיל 13, שכיחות ההפרעה הולכת ועולה עד שכיחות של אחד אחד באוכלוסיית המתבגרים המבוגרים. מבחינה קלינית, מאופיינת ההפרעה הביפולארית בילדים ונער בשניים קיצוניים ומהירים במצב הרוח, בהתנהגות אגרסיבית חולפת, ברמות גבוהות של מוסחות ובטווח קשב קצר. כאשר אפיוודה מאנית מופיעה בבני נער, יש סיכון גבוה יותר מאשר במבוגרים להתפתחות סימנים פסיכיאטריים ודרוש אשפוז לעתים קרובות. דליות של גדלות ושל רדיפה הן נפוצות. באופן כללי, פגיעה בכוון המציאות היא נפוצה בבני נער מאניים. אחוז ניכר מהחולים סובלים מאפיוודות מעורבות.

בדומה לטיפול בהפרעה ביפולארית במבוגרים, נחלק הטיפול בהפרעה הביפולארית בילדים ונער לטיפול בשלב האקוטי ולטיפול Maintenance. כמו בהפרעות האחרות המתוארות לעיל, קיים מיעוט משמעותי של מחקרים גם לגבי הטיפול התרופתי בהפרעה ביפולארית בילדים ונער. מרבית המחקרים שפורסמו עד היום הם מחקרים פתוחים ובסדרי גודל קטנים יחסית. מחקרים אלה מצאו כי התגובה האקוטית לטיפול במייצבים מסוג ליתיום או נוגדי פרוססים היא של כ-40-80 אחוז. מחקרים מהשנים האחרונות מצביעים גם על יעילות של טיפול בנוגדי פרוססיה מהדור החדש כגון Olanzapine (זיפרקסה) ו-Quetiapine (סרוקוול). במחקר שפורסם לאחרונה נמצא כי סרוקוול יעיל כמו Valproic acid (דפלט) לטיפול במאניה חריפה וכל הנראה פועל מהר יותר לעומת דפלט. Lamotrigine (למיקלט) יעיל ככל הנראה לטיפול בהפרעה ביפולארית בעלת מרכיב דכאוני משמעותי בילדים ונער כמו במבוגרים. ליתיום הוכח כמפחית התנהגות אגרסיבית הן במבוגרים והן בילדים ונער. במחקר שפורסם בשנת 2000 (Kovatch et al) והשווה טיפול בליתיום מול טיפול בדפלט ובטרגטל ב-42 מתבגרים הסובלים מאפיוודה מאנית או היפומאנית, נמצא כי אחוזי התגובה לכל אחת מהתרופות נעו בין 38 אחוז ל-53 אחוז וכי יותר ממחצית מהחולים נזקקו לתרופות נוספות כגון מייצב נוסף, אנטי-פסיכיאטרי אטיפי או סטימוולנט במהלך כשישה שבועות מתחילת המחקר. נתון מרשים נוסף שנמצא במחקר זה הוא אחוזי ההיענות הנמוכים לטיפול התרופתי, הנבעים ככל הנראה מפרופיל תופעות לוואי בעייתי של התרופות, בעיקר עבור קבוצת הילדים והנער. במחקר כפול סמיות אשר פורסם לאחרונה והשווה טיפול ב-oxcarbazepine לטיפול בפלצבו למשך שבועה שבעות נמצא כי לא היה הבדל משמעותי

מתוך ששת המחקרים שנבדקו לא הוכיחו יתרון משמעותי לתרופות נוגדות הדיכאון לעומת הפלצבו וכי מתוך 42 המדדים שנבדקו, רק ב-14 היה שיפור משמעותי כתוצאה מהשימוש בנוגד הדיכאון.

בספטמבר 2004 הוצאה ה-Black box warning עקב עלייה קטנה במחשבות האובדניות ובהתנהגות האובדנית, על אף שבכל המחקרים לא היה אפילו מקרה התאבדות אחד (שני אחוזים מהנבדקים דיווחו על מחשבות והתנהגות אובדנית תחת טיפול בפלצבו לעומת ארבעה אחוזים באלה שנטלו פרוזאק). אזהרה זו הוצגה לכל התרופות נוגדות הדיכאון מכל הקבוצות הניתנות לילדים. העלייה לכאורה בשיעור האובדנות בשבועות הראשונים לטיפול בנוגדי הדיכאון נבעת ככל הנראה מעלייה באגרסיביות בשבוע הראשון לטיפול ושיפור קל באגרסיביות, במקביל לחוסר שיפור במצב הרוח בשבועות הראשונים לטיפול.

מיוני התרופות המקובלים בשימוש בילדים לפני גיל ההתבגרות הם נמוכים מאשר המינונים במבוגרים ואילו בבני נער המינון דומה למבוגרים. כאשר יש כשלון טיפולי ב-SSRI ניתן לנסות טיפול בתרופה אחרת, על אף שלא הוכחה בשימוש בילדים אלא רק במבוגרים. כך למשל, ל-Bupropion יש אפקט סטימוולנטי בנוסף לאפקט נוגד הדיכאון ולכן הוא טוב לדיכאון המשולב עם ADHD. טיפול זה טוב גם כיוון שיש לו מעט תופעות לוואי אנטיכולינרגיות והוא אינו סרטיבי. טיפול נוסף אשר הוכח במחקר אחד בבני נער בהצלחה הוא טיפול ב-Venlafaxine (Efexor). עם זאת, טיפול ב-SNRI אינו מקובל בשדה הקליני של הטיפול בילדים ונער הסובלים מדיכאון בשל היעדר מספיק מחקרים קליניים התומכים בטיפול זה.

אסטרטגיות הטיפול בדיכאון עמיד בבני נער דומות לאלו הננקטות במבוגרים. ההמלצות המקובלות כיום לטיפול בדיכאון הן SSRI כקו ראשון לטיפול ובמידה שאין תגובה מעבר ל-SSRI אחר. במידה שגם ניסיון טיפול שני ב-SSRI אינו מביא להטבה, יש לשקול שילוב של שני נוגדי דיכאון או אוגמנטציה עם מייצב.

טיפול ב-Tricyclic antidepressants נמצא במרבית המחקרים כבעל יעילות נמוכה או כלא יעיל יותר מאשר פלצבו לטיפול בדיכאון בילדים ובמתבגרים ולכן אינו מקובל כחלק אינטגרלי ממהלך הטיפול, למעט מקרים יוצאי דופן.

שימוש בנוזעי חשמל באוכלוסיית הילדים והנער הוא מוצא אחרון לטיפול. טיפול זה שמור בעיקר לבני נער הסובלים מדיכאון פסיכיאטרי חמור או מאובדנות מתמשכת. בספרות המודרנית קיים מספר מועט של מחקרים לגבי טיפול בנוזעי חשמל בקבוצת הילדים והנער. מחקרים אלה הצביעו בדרך כלל הן על יעילות דומה והן על פרופיל תופעות לוואי דומה בטיפול בנוזעי חשמל בין מתבגרים ומבוגרים.

בהפחתת סימפטומים מאניים (Wagner et al, 2006). מחקרים לגבי הטיפול בדיכאון ביפולארית הם ספורים. מקובל כיום להמשיך טיפול במייצב וכן לשקול טיפול בנוגד דיכאון, אם כי תוספת זו מעלה באופן משמעותי את הסיכון להתפתחות מאניה חריפה או Rapid cycling.

בהחלטה לגבי הטיפול התרופתי בהפרעה ביפולארית בילדים ונער יש לזכור כי באוכלוסייה זו של הסובלים מהפרעה ביפולארית יש קומורבידיות משמעותיות על הפרעות נוספות כגון הפרעת קשב וריכוז (ב-60-90 אחוז מהמקרים), הפרעות התנהגות (ב-48-69 אחוז מהמקרים) והפרעות חרדה נוספות. השילוב של ההפרעה הביפולארית עם הפרעות פסיכיאטריות נוספות מקשה הן על האבחנה והן על אסטרטגיית הטיפול.

בקביעת הטיפול הפרמקולוגי בהפרעה הביפולארית יש להביא כמובן בחשבון את הטיפול בהפרעות הנספות. יש לשקול הטב אינטראקציה בין התרופות השונות. כך למשל, טיפול בטרגטל גורם לאינטראקציה של אנזימי הכבד המעורבים בפירוק ולכן מגביר את קצב הפינוי של תרופות אחרות, כולל את קצב הפינוי שלו עצמו, דבר המצריך בדיקה מחודשת של המינון הטיפולי הדרוש מדי פעם. שילוב של מייצב מצב רוח ואנטי-פסיכיאטרי אטיפי הוא שילוב מקובל באסטרטגיית הטיפול בהפרעה ביפולארית בילדים ונער, על אף היעדר מספיק מחקרים קליניים התומכים בשילוב זה, זאת כיוון שלעתים קרובות הטיפול במייצב בלבד אינו מספק. לסיכום, הטיפול הפסיכו-פרמקולוגי בילדים ונער הוא מורכב במיוחד, הן בשל המאפיינים הקליניים השונים של ההפרעות, אשר מקורם בין היתר בהבדלים בתופיזיולוגיה של ההפרעות לעומת אותן הפרעות במבוגרים, והן בהבדלים בפרמקוקינטיקה ובפרמקודינמיקה של התרופות השונות. תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי מקבלות דגש מיוחד באוכלוסייה זו בשל היענות נמוכה לטיפול התרופתי. יש להביא בחשבון כי ההפרעות הפסיכיאטריות המופיעות בגילאים מוקדמים נוטות להיות חמורות יותר מבחינה קלינית ובעלות מהלך כרוני יותר. משמעות עובדה זו, בין היתר, היא אחוזים גבוהים יותר של כשלונות טיפוליים מחד וצורך בשימוש בתרופות לאורך זמן ממושך מאידך. תרופות רבות לא נחקרו מספיק באוכלוסיית הילדים והנער ולכן אינן לנו כיום מידע מספיק לגבי השפעתן לאורך זמן על התפתחותן של הילד. כל אלה צריכים להישקל לפני התחלת טיפול תרופתי פסיכו-פרמקולוגי בילדים ונער ובמהלך הטיפול.

ד"ר חגי מעוז, מתמחה בפסיכיאטריה, בית החולים שלוחתה. ד"ר גדעון רצוני, מנהל מחלקת הנער בית החולים שלוחתה ומנהל מרכז גשר להתערבות קצרת מועד במצבי משבר בילדים ונער

פסיכותרפיה עם ילדים - מרחב מאיים למרחב פוטנציאלי

המפגש של הטיפול הנפשי ומעורבות המרכיב הגופני והטיפול התרופתי בילדים, כפי שהם נראים מהצד של הפסיכולוג הקליני הנפגש בקליניקה עם ילדים

ד"ר קובי סגל

הטיפול הנפשי עם ילדים מפגיש מבוגר שהוא פסיכותרפיסט בהכשרתו עם ילד שסובל מכאב נפשי, מחרדות מודעות או לא מודעות ומבעיות רגשיות נוספות. המפגש הוא תמיד גם עם הורה או הורים נוכחים או חסרים, שהטיפול מכון ליצור שינוי משמעותי גם אצלם. המפגש של שפות שונות - שפת הפסיכותרפיסט המבוגר ושפת הילד - הוא חלק מהקושי בטיפול נפשי עם ילדים. אנטואן דה סנט-אכזופרי (1981) מתאר את הקושי במפגש מנקודת מבטו של הילד:

"פעם בדיותי בן שש, ראיתי תמונה בספר המתאר יערות עד בשם 'מעשים שהיו'. היתה זו תמונת נחש בריח הכולע איזו חיה. הצלחתי בעזרת עיפרון לצייר את ציורי הראשון והראיתי למבוגרים ושאלתי אם ציורי מטיל אימה עליהם. הם השיבו לי: 'כלום צריך אדם לפחד מפני כובע?'. לאמיתו של דבר, לא היה זה כובע אלא דמותו של נחש בריח בעכלו פיל."

"במשך שנות חיי באתי במגע עם אנשים רבים ורציניים. חייתי שנים רבות בין מבוגרים. הכרתים מקרוב ומשום כך לא הוקרתים ביותר. בכל פעם שנודמן לי מבוגר שנראה נאור, הייתי בוחן אותו לפי הצורך שהיה שמור עימי, אך תשובה אחת היתה בפייהם תמיד: 'אין זה אלא כובע'. אחרי הדברים הללו הייתי נמנע מלדבר עימו על נחשים בריחים, על יערות עד או על כוכבים ומזלות. הייתי יורד לרמתו ומשוחח עימו על גולף, קלפים, פוליטיקה ועניבות. אז היה איש שיחי המבוגר שמח מאוד על כי נודמן לו להתוודע לאדם נבון כמוני."

טיאנו, הטב, אפטר וויצמן (1997) כתבים כי הצעד הראשון בטיפול בילד יהיה להביאו להבנה בשפתו

ובהתאם לשלב ההתפתחותי שבו הוא נמצא לגבי המשימה הניצבת לפני המטפל והמטופל. הילד זכאי להסבר, לפיו הקשיים שלו ושל משפחתו יוכלו להשתפר אם ידבר, יצייר, ישחק והמטפל יעזור לו למצוא ולהגיד את "הדברים שעושים לו רע". לדבריהם, המשחק בטיפול הנפשי בילד יכול לא רק שלא לתרום לתהליך הטיפולי אלא אף להפוך למלכודת עבור המטפל והמטופל אם ייתקעו שניהם במשחק אינסופי, קונקרטי שעלול להיראות כהעברה חיובית אך לא יתרום להתפתחות ולשינוי נפשי. המטפל במקרים אלה משתף פעולה עם ההימנעות של הילד תוך שימוש ברצינוליזציה ושכנוע עצמי שהילד מטופל גם כאשר הוא משחק דוק או כדורסל בחדר הטיפול במשך שבעות או חודשים ואין מגע עם החלקים של העצמי או עם המציאות שיוצרים את הסימפטום או ההפרעה הנפשית. מובן שבמקרים אלה לא ייווצר שינוי משמעותי בסבל הנפשי של המטופל.

טיפול דינמי ומרחב משחק

יש החורשים בטעות שהטיפול הנפשי בילדים קל יותר עבור המטפל לעומת הטיפול במבוגרים, שכן משחקים בצעצועים, הילד פחות גדול פיזית, פחות חזק פיזית ומנטלית והמטפל מרגיש יותר בטוח לטעות מבלי שייתפס במוגבלותו.

מלאני קליין (1932), מחלוצות הטיפול בילד דרך משחק ופרשנות עמוקה של הפנטזיות הלא מודעות והדינמיקה המורכבת של העולם הרגשי, אומרת על טיפול פסיכולוגי בילדים: "באופן כללי, אני חושבת שאיש המקצוע שבא לעשות טיפול נפשי לילד צריך לעבור את המסלול של לימוד טיפול במבוגרים כבסיס הכרחי ליכולתו לעבור את

ההכשרה המיוחדת של טיפול בילדים. מטפל אשר לא רכש ניסיון מספיק בפסיכותרפיה עם מבוגרים, לא כדאי שייכנס לשדה המסובך הרבה יותר מבחינת טכניקה של טיפול בילדים."

קליין ראתה בפירושים שהמטפל נותן לילד לגבי המשמעות הלא מודעת של מעשיו, המשחק הסמלי ודיבורו, כלי מרכזי בטיפול בילד. המטרה המרכזית היתה להפוך את הרגשות והפנטזיות הלא מודעות למודעות.

אחד השינויים המרכזיים בטיפול דינמי עם ילדים בשנים האחרונות מבוסס על מחקרים תצפיתיים על יחסי אם-תינוק ומערכות דינמיות לא לינאריות והקשר שלהן לתיאוריות של תודעה (שטרן ושות'), (1998). שטרן ושות' טבעו מושגים כמו "Now moments" ו"Moments of meeting", אשר מתארים את ההבנה ששינוי נפשי עמוק יכול להתחולל בטיפול הנפשי לא רק דרך מילים ופירושים אלא גם דרך אקטים בעלי משמעות פסיכולוגית ורגעי מפגש אינטרסובייקטיביים מפתיעים, לא צפויים, שמרחחים בין הילד למטפל.

וינקוט (1971) מבקש מהמטפל בילדים שייתן מקום ליכולתו של המטופל לשחק, כלומר להיות יצירתי. הרצוג (2001) טובע את המושג "מרחב משחק", שהוא מרחב ביניים אשר נוצר בסטיגט המיוחד של הטיפול בילד. מה שמייחד מרחב זה, לדבריו, הוא הגילוי המשותף של המטפל ושל הילד את הדרכים שבהן הם יכולים לשחק, לא באופן סימטרי, שכן המטפל נשאר המבוגר האחראי בחדר הטיפול, אך בצורה שתהיה בטוחה מספיק ומכילה מספיק כך שהכאב האישי והקונפליקט הפנימי העמוק ביותר של הילד יוכל להתגלות, לקבל יחס מכבד ולעבור



– האם איברתי את העין? אני שוכח לרגע את זה שאני מטפל, שילדה קטנה שם לידי. אני חושב על העין ועל למה הגעתי למקצוע הזה. אני מצליח בתוך זמן לא ידוע להתעשת וכשידי על העין, אני יוצא עם אור למסדרון ומבקש מאמה שיחזרו בשבוע הבא, מנסה להרגיע אותן שאהיה בסדר.

העיבוד של הטראומה מתחיל כאן. מנקודה זו אני פוחד יותר אך גם מבין יותר את האימה וחרדת האובדן שאור חיה בצלן. כל המילים שנאמרו לא העבירו מקצת ממה שאותו אקט אלים וחסר שליטה העביר לי. המפגש האינטרסובייקטיבי השתנה. אני בכוננות מתמדת אך גם מצליח יותר לעזור לאור לגעת דרך המשחק בפחד ובכאב. המגע האלים של הרובוט הקר והעצום עם העין הפגיעה מאפשר מגע רגשי עם הטראומה שאור חווה.

של הילדה, היא בורחת מהבית ומשאירה אותה לבד. פעם אחת כאשר התרגזה, היא לקחה את אור איתה במכונית, השאירה את הדלתות פתוחות והתנגשה בכוח במכל אשפה כדי שהילדה תעוף החוצה. אור נאחזה חזק במושב והצליחה להישאר בחיים. במשחק של אור אין סימן לאימה, אין כמעט רגש, די משעמם בחדר.

הפעם אור בחרה ברובוט ברזל גדול. עד היום לא שמתי לב אליו, זורק בפנית חדר המשחקים. היא לוקחת את הרובוט בידה הקטנה, משחקת איתו ואני מסתכל ותוהה מדי המשמעות הסמלית של בחירת הרובוט – אולי ניתוק רגשי? נגיעה במקום לא אנשי? לפתע, בתנועה חזקה ומהירה, כמעט מיומנת, אור מטיחה את רובוט הברזל הענק לתוך העין שלי. דבר כזה עוד לא קרה לי בטיפול. אני מרגיש כאב חד וצורב. אחר כך אימה מזדחלת לתודעתי

לא רק שחוזר אלא שיני דרך משחק חדש ויצירתי. אביא ארבע דוגמאות קצרות שנוגעות ברגעים של שינוי במרחב הטיפול הנפשי בילד. הדוגמאות הן של רגע מפתיע במפגש עם ההורה או הילד שבו המטפל מוצא את עצמו מול הזדמנות לשינוי שהוא צריך לממש. המקרים שאציג נוגעים גם במעורבות של המרכיב הגופני, כולל הטיפול התרופתי בילדים, כפי שהיא נראית מהצד של הפסיכולוג הקליני הנפגש בקליניקה עם ילדים.

מקרה ו: הרובוט

עוד פגישה טיפולית עם אור בת הארבע. ילדה קטנה עם שיער בהיר שמשחקת איתי על השטיח. לאור אין אבא. אמא שלה סובלת מהפרעות חרדה קשות, מבעיות הורמונליות, אינה ישנה בלילות, מתפרצת על אור. לעתים, כשאין לה כוח לצרכים

מקרה 2: נועם, המלך השולט

נועם, בן שמונה, הופנה אלי לאחר שנה קשה בבית הספר שכללה הפרעות התנהגות, חוסר ריכוז, רגישות נרצסטיט ובעיות חברתיות.

הטיפול התחיל באופן לא צפוי בשיחת הטלפון הראשונה עם האב, שנמשכה הרבה יותר ממה שאני נוהג לעשות. האב תיאר בפני בהרחבה את קשייו של בנו, את ההתנהגות של נועם בבית הספר, וסיפר שהמנהלת קראה לו ואמרה שאם לא היתה מכירה אותו ואת המשפחה שנועם ואחיו הגדולים באו ממנה, היתה דורשת כבר באמצע השנה שהילד יעבר לבית ספר לילדים עם בעיות התנהגות. זו היתה הסיבה שהאב הבין שאין ברירה וצריך להפנות את הילד לטיפול נפשי. הוא תיאר את קשיי המשפחה עם מצבו של הילד והזכיר גם שאמו התאשפזה לחודש בבית חולים וחסרה בבית, מה שהגביר את הקשיים.

בנקודה זו, כשהאב המשיך לדבר, מצאתי את עצמי נקרע בין רצון להמשיך להקשיב, רצון להציע לו שנועם ונמשך בפגישה פנים אל פנים, וצורך לבקש לחזור רגע לאחר ולשאל על המחלה שגרמה לאשפוז האם. עלו אצלי מחשבות על אפשרויות שעוררו בי חרדה, שאולי האם לא עברה ניתוח קל אלא עברה מחלה או פגיעה שסיכנה את חייה. השתקתי את המחשבה הזו בהנחה שאם היה זה עניין כה קשה, האב בודאי היה מתעכב ומפרט יותר וגם מראה סימנים קליניים של מצוקה או קושי. כל השיחה הפנימית הזו ביני לבין עצמי ערכה שניות וההכרעה היתה לשאול...

שאלתי: "סליחה שאני קוטע אותך, אבל הזכרת אשפוז של האם?".

האב שתק לרגע ואז אמר: "זה היה דיכאון. היא התאשפזה במחלקה פסיכיאטרית ושוחררה תוך חודש. עכשיו היא בסדר, כך שזה לא קשור למצבו של נועם".

במפגש הראשון כבר ניגשתי מיד לנושא והאב סיפר לי בחרדה ובקושי רב את הסיפור: לפני כשנה האם נסעה עם נועם לכבוד יום הולדתו לחופשה של שבוע בחו"ל. שם קרה לה משהו. היא לא יצאה מהחדר כל ימי החופשה, ישבה מול הטלוויזיה עם פחדים שרודפים אחריה ומשדרים לה אנרגיות עוינות מהטלוויזיה. נועם היה איתה בחדר. מה קרה שם כל השבוע? לא לגמרי ברור. הוא רק ידע שהאם חזרה איתו ובשדה התעופה היתה מפורקת לחלוטין, צחקה ובכתה חליפות, היתה הלוסית ודלוחינית בצורה בוטה, כך שהם נסעו מהשדה ישירות לפסיכיאטר, שהפנה אותם מיידית למיון בבית החולים. האם אושפזה במחלקה סגורה ובעצם "נעלמה" לנועם למשך חודש.

האב סיפר שנועם שאל הרבה איפה אמא ומתי תחזור, אבל לא סיפר דבר על מה שקרה בחו"ל. האב אמר שהוא מדבר עם נועם על הכל, כך שאם היה קורה משהו מיוחד, נועם ודאי היה מספר לו.

בפגישה הבאה הזמנתי את האב יחד עם האם. האם אמרה שלא רצתה לבוא לטיפול, שהיה לה מספיק, אבל באה בשביל נועם. כאשר שאלתי אותה מה קרה בחו"ל, ענתה: "הרגשתי שכולי מתפוצצת מבפנים, שהעולם מתמוטט. לא ישנתי בכלל בלילות. הייתי בסיט מתמשך".

שאלתי, מה לגבי הילד? והיא ענתה: "הילד לא הרגיש כלום, התאפקתי ושמרתי הכל בפנים. רק ברגע שנחתנו, הכל התפרץ החוצה כמו צונאמי. כאן התפרקתי גם בחוץ".

בשל קוצר הידיעה, לא אוכל להיכנס לפרטי הטיפול בילד. רק אומר שהילד ביקש לצאת מהחדר באמצע הפגישה ולפני שהספקתי לעצור אותו, רץ לכביש וחצה אותו. השנתי אותו רק בקצה הרחוב. הוא צייר מפלצות ולא הסכים לומר מילה על הטראומה שעבר. אחד הציירים שהספיק לצייר בטיפול היה של לוחם מכוסה שריון ועטור כלי נשק, אותו כינה "נועם המלך השולט". כאשר היה עסוק בציור, חשבתי על הילד הקטן וחצר האונים בארץ רחוקה ליד אם במצב פסיכטי, על חוסר השליטה וחוסר הערך שנועם חש עם החוויות הקשות שאירעו זה מסמל בחייו ובחיי משפחתו.

בין היתר שלחתי את נועם לבדיקת קשב וריכוז, שם אוכזב כסובל מ-ADHD והחל בטיפול תרופתי. האב דיווח על שיפור מידי גם בהתנהגות וגם בתחושת השליטה והריכוז של נועם. בשיחת הסיכום עם האב הוא השאיר פתח לחזור אך הרגשות היתה שהתרופות אפשרו לנועם לחוש יותר שליטה, מה שגם שיפר את הדימוי העצמי שלו, הוא פחות הפריע, הצליח יותר בלימודים וכרגע ההורים החליטו להפסיק את הטיפול הנפשי.

מקרה 3: פצע

דורון בן 16 הופנה אלי על ידי פסיכיאטרית שאחיו הצעיר נבדק אצלה בשל בעיה של כאבי ראש ללא ממצא פיזיולוגי. הדבר הראשון אשר תפס את עיני כאשר נכנס הנער לחדר הטיפול היתה תחבושת מרובעת שהודבקה על ידו השמאלית. כאשר שאלתי מה זה, הסביר דורון שברח יום קודם מהבית אחרי מריבה עם אמו. ברחוב נתקל בבחור אחר והתפתחה קטטה שבה הבחור שלף מפתח ושרט אותו. דורון סיפר שאמו אמרה לו אתמול שהמקרה קרה כנראה לא סתם ביום שלפני הפגישה הראשונה בטיפול. דורון הסכים איתה שצירוף מקרים זה הוא בעל משמעות אך לא ידע להגדיר במילים את המשמעות.

בפגישה הראשונה תיאר דורון שרשרת של טראומות שעבר בשנים האחרונות, כלול גירוש הוריים וחירתו מפנימיה שאלה הגיע לפני שנה וחצי ומאד רצה להשתלב בה. הדרחתו מהפנימיה הוציאה אותו מהחברה וממסלול הלימודים ומאז התקשה להשתלב בבית ספר חדש שאליו עבר. בסוף הפגישה הכנסתי לרגע את האם לתאם עוד

פגישה ובדרך אגב שאלתי אותה בהצבעי על התחבשות: "מה את אומרת על זה?". האם השיבה: "זה כואב לי יותר נפשית ממה שכוואב לו הפצע הפיזי. זה הפצע הנפשי שלו, אני רואה את זה וכואב לי". עניתי לדורון ולאמו ליד הדלת שבשביל זה באו לכאן.

נראה לי שבמקרה הזה, המטפל, ההורה והנער יצאו מהפגישה הראשונה עם הבנה שהפצע הפיזי מהווה ביטוי קונקרטי לא מודע לפצע הנפשי שהנער סובל ממנו ועדות לחוסר העיבוד של החוויות הרגשיות הקשות שהנער עבר, ולכן שחלק גדול מרגשות הסבל של אותו נער עדיין לא מודע ולא עבר מנטליזציה ועיבוד. הפצע הפיזי החלים אך נותר כזכרון מטאפורי לפצע הנפשי שליווה את הטיפול בחודשים בהם דורון החל לתת מילים ולעבד את הכאב הנפשי שהיה בלתי נסבל, נותר מחוץ לתודעה והוא דרך הפצע הגופני המכוסה.

מקרה 4: כאב בטן או כאב נפשי

לפני מספר שנים, במסגרת עבודתי בקופת חולים "מרכז הילד" בפתח תקוה, הופנתה אלי נועה בת ה-12 על ידי רופא המשפחה. נועה סבלה במשך כשנתיים מכאבי בטן קשים ומסחרחורות שגרמו לה ולמשפחתה קשיים רבים. היא הופנתה אחרי בדיקות רבות, כולל CT ו-MRI, והרופא הגדיר את הבדיקה הפסיכולוגית כבידור לפני תחילת התערבות חודרנית יותר.

בשיחה הראשונה עם נועה התברר שמדובר בבת זקונים עם שלושה אחים גדולים, אשר עד לתחילת המחלה תפקדה כתלמידה טובה, רקדה ג'אז, היתה חברותית ולולא הבעיה הפיזית הקשה והמתמשכת שגרמה לידידה כללית בתפקוד, היתה נראית כילדה בריאה ומתפקדת מעל לממוצע. באותה שיחה התברר כבדרך אגב שקיימת אצל נועה בעיה עם אמה אשר עייפה מגידול ארבעה ילדים ובנוסף חזרה אחרי שנים לעבוד בתפירה, המקצוע שבו עסקה בצעירותה.

לאחר כשלושה חודשים של טיפול שכיוון לעבודה אינטנסיבית על הקשר אם-בת, כלל משימות של יציאה משותפת שלהן ושיחות ביניהן, נפסקו התופעות הסומטיות לחלוטין וההתערבות הכירורגית נמנעה.

מקרה זה זכור לי בשל ההפתעה הגדולה שחשתי לגבי המהירות שבה ניתן היה להתגבר, אחרי איתור הקושי הנפשי שעמד מאחורי הסימפטום הסומטי, על בעיה שנמשכה זמן רב כל כך מבלי שהילדה, המשפחה או הגורמים המטפלים יהיו מודעים למרכיב הנפשי שעמד מאחוריה. המקרה הזה הוכיח לי שניתן לעזור לילד או מבוגר ה"מורכב" דרך הגוף, גם מבלי שאותו אדם יעבור תהליך שבו הוא מתרגם את השפה הגופנית לשפה של חוויה נפשית מודעת המבוטאת במילים. מבחינה טיפולית, נראה שציפייה לכך שהילדה

תצליח לבטא את מה שהיא מבטאה דרך הגוף במילים תיאורך זמן רב בהרבה מאשר השינוי שיכול להיווצר מעצם תחושתה שמישהו שומע ומבין את השפה שבה היא מדברת ואת הצרכים שלה המובעים בשפה זו. ההבדל מבחינת הטכניקה הטיפולית הוא כמעט כמו ההבדל בין ללמד אדם שפה חדשה ולחכות שיכול לבטא בעזרתה חוויה סובייקטיבית, לעומת לדעת לדבר בשפתו ולהבין אותה מיד כשהוא מדבר בה.

בניית הפונקציה המנטלית

בעבודתי עם ילדים אני מקבל את אמירתם של ויניקוט (1952), "אין כזה דבר תינק" ושל ג'ון (1975), "אין כזה דבר אם ותינק". המשמעות היא שחידת המחקר הטיפול בילד היא היחידה אב-אם-ילד. בכל המקרים שתיאורתי במאמר, ההורה היה חלק מהטיפול הנפשי בילד וגורם חשוב ביכולת של המטפל לעשות דיאגנוזה, להתמודד עם הסבל הנפשי של הילד וליצור שינוי בזמן קצר יחסית. הטיפול בילדים קשור כמעט תמיד למפגש בין הגופני לנפשי. מדובר על סימפטומים סומטיים כמו כאבי בטן, מחלות עור (מקדוגל, 1982) ומחלות אחרות שפורצות לפני הטיפול הנפשי או במהלכו. השפה הגופנית-נפשית בולטת בטיפול בילדים.

בכל המקרים שתוארו, הגוף היה אלמנט חשוב בטיפול הנפשי עם הילד.

הממד הגופני נכנס לטיפול הנפשי בילד דרך התנועה בחדר המשחקים שבו נערך הטיפול, או מחוצה לו, כמו בריצה של נועם אל הכביש שליד חדר הטיפול. הממד הגופני נכנס גם כמעט של ילד שיכול לפרוץ בריצה לחדר הטיפול ולהתיישב על ברכיו של המטפל או להשליך על המטפל כדור או צעצוע אחר, כמו בטיפול של אור.

גם הטיפול התרופתי הוא התערבות גופנית אשר מתווספת לעתים לטיפול הנפשי בילד ואף מחליפה אותו. הטיפול התרופתי יכול להתווסף כאשר ההפרעה ממנה סובל הילד מונעת ממנו להיעזר בתהליך פסיכותרפויטי (טיאנו ושות', 1997). במקרים מסוימים, הטיפול התרופתי יוצר שינוי מספק לדעת המטפל או ההורים, כך שהטיפול הנפשי יכול להיפסק. במקרים אחרים, ההורים נעזרים בטיפול תרופתי כדרך ל"בריחה לבריאות", מבלי שהקשיים הנפשיים העמוקים טופלו. במקרים אלה קיים סיכוי סביר לחזרה של הסימפטומים או הקשיים בעתיד. בטיפול של נועם, הטיפול

התרופתי עזר בוודאות להפרעת הקשב והריכוז ודרך כך למרכיבים נפשיים כמו הערכה עצמית, תחושת שליטה ושיפור במצב החברתי. עדיין נשארה השאלה האם היתה כאן בריחה לבריאות היות שלא ברור כמה הטראומה שהובאה על ידי ההורים וגם דרך ההתנהגות והיצור של הילד עברה מנטליזציה בטיפול הנפשי.

מטרות הפסיכותרפיה של הילד הן כיום רחבות ושונות מאוד שהוצגו על ידי הפסיכואנליזה במאה שעברה. הטכניקה של פרשנות של קונפליקטים לא מודעים, במטרה להשיג תובנה, נראית כבעלת ערך מוגבל לילדים עם בעיות מגוונות המגיעים כיום לקליניקה (פונגי וטארגט, 1998).

פונגי וטארגט (1998) מתארים את המנטליזציה או הפונקציה הרפלקטיבית שמתפתחת בטיפול בילדים כתוצאה מהמוכנות של הפסיכותרפיסט להכיל ולתת מילים לתהליכים רגשיים אינטנסיביים שמתרחשים בדרמה הטיפולית המומחזת על ידי הילד בחדר המשחקים. בתוך מסגרת (סטינג) קבועה ומוחזקת היטב, הילד מביא לקשר עם המטפל התנהגויות ומשחקים מפחידים, מאיימים, מפתים ומשפילים, ששמים את המטפל במצב של פגיעות או חוסר אונים. דרך קבלת תהליכי הזדהות השלכתית, ורבליוזציה והיכולת לשלב את החרדות ואת העוצמות הרגשיות הלא מווסתות לתוך משחק יצירתי, המטפל מסייע בהדרגה לילד להפוך את המרחב המאיים למרחב פוטנציאלי (אוגדן, 1983) ולהפנים יכולת לתת מילים ולמצוא משמעות לחוויה הפסיכולוגית של האחר ושל עצמו.

ארבעת הילדים שתוארו במאמר ביטאו כאב נפשי דרך ייצוג גופני או דרך אקטים לא מודעים. העבודה הטיפולית במקרים של אור ודורון, למשל, היתה לסייע להם לעבור מתקשורת טראומטית של פגיעה בגופם (דורון) או בגוף המטפל (אור), לאינטראקציה שיש בה עבודה עם הטראנספרנס, לא במובן הקלאסי של העברת המחשבות והרגשות כלפי ההורים אל המטפל אלא כמרחב משחק אינטרסובייקטיבי שבו מתבחרים הרגשות של הילד לגבי עצמו ולגבי המטפל. עבודה מסוג זה עם הטראנספרנס מהווה נתיב יעיל לרכישת היכולת למנטליזציה, היכולת של הילד להבין את המשמעות של ההתנהגות שלו ושל אחרים ואת החוויה הרגשית העומדת מאחוריה.

אוגדן (2005) מתאר כמטרה מרכזית בטיפול

את בניית הפונקציה המנטלית אשר נהרסה או נפגמה חלקית אצל המטופל. בניית הפונקציה המנטלית והרפלקטיבית מאפשרת לילד להפוך חי יותר, חווה יותר את עצמו ואת האחרים בסביבתו.

המקרה של אור מראה כיצד ילדה שמתקשה לחשוב, לדבר ואפילו לשחק את האימה מבטאת דרך אקט אלים כלפי המטפל את העוצמות הרגשיות הלא מווסתות שלה ושל האם. תהליך המנטליזציה מתחיל במקום הזה וביכולת של המטפל לשאת את הכאב והאימה ולבנות עם הילדה מרחב משחקי שבו ניתן יהיה לעשות רפלקציה ולתת מילים לסבל הנפשי שמבקש לקבל ביטוי משחקי ופחות הרסני.

אלברז (1992) הוסיפה לטיפול בילדים המשנה לגבי הצד האקטיבי של הפסיכותרפיסט אשר לא רק מכיל ומאפשר לילד להביא בקצב שלו את קשייו הרגשיים והבינאישיים. המטפל צריך, לדבריה, לא רק לאפשר התפתחות אלא גם לעזור לחיים, להכניס מתח בריא ומגדל לחדר הטיפול. כמו האם המסייעת לתינוק לגדול, כך המטפל בנפש הילד צריך לעתים לרחוף אותו לפעולה, לעזור ולמשוך אותו על מנת לעזור לו להתפתח ולהתגבר על קשיים נפשיים. בטיפול של נועה, למשל, השילוב של ההכנה הדינמית עם התערבות התנהגותית ומשימות להורה ולילדה מחוץ לחדר הטיפול אפשר עבודה מהירה ויעילה יותר.

בקליניקה הציבורית, כאשר אנו משתדלים להיענות למגוון עצום של פניות ולתת מענה מהיר וחסכוני למצוקות של הילדים המופנים אלינו, הדרך לטפל בילדים ביעילות יחסית היא לאפשר טיפולים מגוונים, חלקם תרופתי, חלקם נפשי וחלקם משולב. עלינו להשקיע בהכשרה של מטפלים מיומנים בעבודה נפשית עם מבוגרים וילדים, אשר נסיונם יאפשר להם להכיל את קשיי הילד אך גם לאפשר לו להתנסות בדברים חדשים, להתעורר לחיים בחדר הטיפול. המטפל בנפש הילד חייב להיעזר בהורים ולעבוד בשיתוף פעולה עם רופאי ילדים ומקצועות אחרים על מנת לאפשר לילד להמשיך מהר ככל האפשר בזרימה האופטימלית של ההתפתחות לפי אישיותו וסביבתו, לכיוון של גדילה וצמיחה.

ד"ר קובי סגל, אוניברסיטת בר אילן

רשימת מקורות

- אפרת א., הטב י., ויצמן א., טיאנו ש. (1997). פסיכיאטריה של הילד והמתבגר. הוצאת דיונון - אוניברסיטת תל אביב.
מקדוגל ג. (1989). תיאורטי הגוף. דברי הוצאה לאור, תל אביב.
סנט אקוברה, א. (1979). הסיק הקטן. הוצאת עם עובד, תל אביב.
ויניקוט, דו. (1971). משחק ותצאית. הוצאת עם עובד, תל אביב, 1996.
Alvarez, A. (1992). Reclamation and Live Company. London and New York: Routledge.
Fonagy, P. and Target, M. (1998). Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis.
Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. International Journal of Psychoanalysis. 56 : 1-22.

- Herzog, J.M. (2001). Father Hunger: Explorations with Adults and Children. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
Klein, M. (1932). The Psychoanalysis of Children. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
Ogden, T.H. (1985). On Potential Space. International Journal of Psychoanalysis. 66:129-141.
Ogden, T.H. (2005). This Art of Psychoanalysis. Routledge: London and New York.
Stern, D. (1998). Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. International Journal of Psychoanalysis, 79, 903-921.
Winnicott, D.W. (1952). "The Theory of the Parent-Infant Relationship". In: The Maturational Process and the Facilitating Environment, London, The Hogarth Press, (1965).

ללמוד עם המטופל למידה אחרת

על ההכרה במומחיותם ויכולתם של צרכנים ללמד את הסטודנטים כפי שעולה מקורס לתואר שני המפגיש ישירות בין סטודנטים לבין אנשים בעלי צרכים מיוחדים. קורס שבו זה ניתן ביטוי להכרת סיפור חייהם של המתמודדים, לתיאוריה העומדת בבסיס החלמתם ולדרכי התמודדותם



ד"ר נעמי הדס-לידור, ד"ר מקס לכמן, עדנה אלון, שרון רוטשילד

במאמר זה נתאר את חוויית ההקשבה כפי שנחוותה ונלמדה במהלך קורס שמתקיים כבר מספר שנים במסגרת לימודי התואר השני בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב ומאומץ היום למסגרות אקדמיות נוספות

בארץ. נערוך סקירה קצרה של הרקע התיאורטי העומד מאחורי תפישת זו ונציג את הרציונל לקיום קורס מסוג זה במסגרת אקדמית, נתאר את הקורס והשפעתו על הסטודנטים שלומדים בו.

מאמר זה נכתב במשותף על ידי שני המרצים שיזמו את הקורס "ללמוד עם המטופל" לראשונה בארץ יחד עם שתיים מתלמידותיו. שרון (הכותבת השלישית במאמר), תלמידה בקורס, מספרת: "לפני מספר שבועות פנה אלי דני, אחד

מדריי הוסטל לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות שאותו אני מנהלת ואמר לי: 'שרון, את אחת מאיתנו'. התגובה הספונטנית שלי היתה להודות לו על המחמאה האישית הגדולה עבורי, אולם לא הגבתי. עצרתי לרגע וחשבתי מה אומרת אמירה מסוג זה. יכולתי להתייחס לכך מנקודת מבט של גבולות. אמירה מסוג זה יכולה להעיד על בעיה של הצבת גבולות מצדי - האם לא ברור שאני שייכת לצוות ואילו הוא דייר? האם המקום שלי כמנהלת אינו מופנם דיו? יכולתי גם להיעלב - מה פירוש 'אחת מהם'? אבל בחרתי שלא להיעלב. האמנתי בכנות שזו מחמאה גדולה ביותר. היתה זו אמירה שחיוקה את רצוני להיות שותפה ללקוחות שלי, שהבהירה לי כי ניתן לשנתף אותי, ניתן לזרם איתי. בתוך בית של משתקמים זה היה מבחינתי מה שנקרא קשר איכותי.

"מחמאה מסוג זה היתה ודאי מעליבה אותי שנתיים לפני כן, כאשר השקעתי הרבה אנרגיה במטרה להיות חלק מצוות ידעני. האמנתי, כבוגרת תואר ראשון באוניברסיטה וכאשת טיפול צעירה וחודרת מוטיבציה, שיש לי כישורים ייחודיים לטיפול. מעצם הגדרת התפקיד, האמנתי כי אני אמורה לדעת מה טוב בשביל לקוחותי. מהר למדי, עם השתלבותי בתחום העבודה, חשתי שמטפל טוב הוא לא המטפל הידעני. מטפל טוב הוא קודם כל שותף עם המטופל לעבודה על מטרות. בשל צעירותי, לא חשתי שתחושות הבטן שלי מעוגנות מספיק בתאוריה, שהרי כל דבר מקצועי צריך להיות מדעי - הלא כן?

"אחת הסיבות להמשך לימודי לתואר השני", מספרת שרון, "היתה לגבש אישיות טיפולית שתתאים למקצוע שלי, ובעיקר שתתאים ל'אני מאמין' הפנימי שלי במטרה ליצור אינטגרציה פנימית. במסגרת לימודי התואר השני נחשפתי לגישות עבודה חדשניות רבות. הפנמתי את המגמה הכללית של הצבת הלקוח במרכז; למדתי אבחונים והערכות חדשות שיסייעו בידי להבין טוב יותר מה הלקוח שלי צריך; הרגשתי שהגדלתי את מגוון הכלים היעילים לעבודה הטיפולית, אולם החיבור לדרך שבה אני רוצה לעשות את הדברים התאפשר לי רק לאחר שהאוניברסיטה הפגישה אותי עם הצרכנים - הלקוחות שלי. הם עמדו מולי והסבירו לי, מה שאף מרצה לא עשה עבורי. הם אמרו כי על מנת להיות מקצועית יותר ולהצליח בטיפול, אני צריכה קודם כל להקשיב להם. להקשיב לפני כל הערכה, לפני הסקת מסקנות וריצה מיידית לעשייה. הם דיברו על

הקשבה שונה מזו שלמדתי עד כה, הקשבה מתוך נקודת מבטו של הלקוח ולא מתוך נקודת המבט הידענית שלי כאיש מקצוע".

מבוא תיאורטי

בשנים האחרונות הולכת ומתעצמת הידיעה שהמעשה הטיפולי לא יכול להיעשות ללא שיתוף מלא של הצרכן. האדם במסגרת הטיפולית הופך להיות נושא - subject. מתוך מצבו הוא רוכש לעצמו "ידע פנימי", הסברים ומשמעויות ואותם הוא מייחס לצרכיו ולשירותים הניתנים לו. אנו עדים לשימוש פחות במושגים "מטופל" ו"חולה" ולהחלפתם במושגים כמו: "לקוח", "מתמודד", "צרכן" או "פציינט", הצורך שירותים והוא בעל זכויות (לאורך המאמר נשתמש במושגים אלה לחלופין). שינויים אלה נעשים במקביל להתפתחות תיאוריות וטכניקות טיפוליות המשתתפות את הלקוח בשלבים השונים של ההתערבות ולאורך כל התהליך, תיאוריות המדגישות את התפישה שעשייה אקטיבית מתוך מאגר הכוחות הפנימיים היא אחד המרכיבים המשמעותיים בהחלמת החולה הסובל מנכות קשה.

פרופ' שולה רמון סיפרה בביקורה האחרון בארץ השנה, שבאמצעות מערכיות רבות מאמינים היום שלאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית יש התמחויות מיוחדות. המגמה שרואה את המתמודד כאדם בעל ידע ייחודי, שיכול לבוא לידי ביטוי בתחומים רבים, חשוכה ומתרחבת ביותר. היום צרכנים שותפים מלאים להוראה בחוגים טיפוליים רבים, שותפים למחקרים הנוגעים לעניינים ורבים מהם משמשים כנותני שירות במערכת. כמו כן, הם נמצאים היום כשותפים ברמות שונות בתוך מערך מקבלי ההחלטות במדינות השונות וגם בישראל. בארץ, אנו רואים בשנים האחרונות ביטויים שונים למגמה זו: הקורס "ללמוד עם המטופל", שמאמר זה עוסק בו, הפריקט "מצרכנים לנותני שירות", פריקט סוקרי איכות. אנו נתקלים יותר ויותר בלקוחות "ידעניים" המעורבים בעשייה טיפולית, בוועדות המקבלות החלטות חוקיות וקובעות זכויות, במועצות הפועלות למען אנשים עם צרכים מיוחדים טון המועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה והמועצה הלאומית לבריאות הנפש, בקבוצות לעזרה עצמית, טון: "בזכות", "התמודדות", "עוצמה לשמה" וקבוצות תמיכה להורים ולמשתקמים - כל אלה הם ביטויים לאותה מגמה.

גישות המעמידות את האדם במרכז הטיפול קיימות בשנים האחרונות במסגרות התייחסות שונות.

המונח "הלקוח במרכז" הוזכר לראשונה על ידי Carl Rogers ב-1939, בהתייחסו לטיפול כאל לקוח מקבל שירות (Law, 1998). הלקוח נתפש כבעל יכולת לקחת תפקיד פעיל בהגדרה ובפתרון הבעיות שאותן הוא מעלה.

מקצועות שונים כגון עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק ועוד, עובדים על פי מודלים שונים המעמידים את האדם במרכז. ההנחה היא כי יש בידי הלקוח תיאוריות שלא טרחו לחקור ולדעת אותן. המפתח לעבודה עם אותם הלקוחות, הוא ההתוודעות לתיאוריות שלהם יותר מאשר לאלה המתפתחות במקצועות השונים או באקדמיה. כך מתאפשרת עבודה מתואמת בין ציפיות הצרכנים לבין השירותים עצמם. נותני השירותים מחויבים לרכישת ידע ולפיתוחו על מנת להעניק פרקטיקה איכותית יותר.

קורס "ללמוד עם המטופל"

במקביל לתמורות החלות בתחום הרפואה והשיקום, החל להתקיים לראשונה באקדמיה בשנת תשס"א קורס לתואר השני המפגיש ישירות בין הסטודנטים לבין אנשים בעלי צרכים מיוחדים. בקורס זה ניתן ביטוי להכרת סיפור חייהם של המתמודדים, לתיאוריה העומדת בבסיס החלמתם ולדרכי התמודדותם. לראשונה ניתנה ההכרה למומחיותם וליכולתם של צרכנים ללמוד את הסטודנטים.

הקורס נערך במסגרת התכנית לתואר מוסמך בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. בתהליך הבקשה להכרה בקורס ולאישורו, עבר שמו "ללמוד עם המטופל" שינויים רבים על ידי הוועדה המאשרת. הוצע לכנותו "ללמוד את המטופל" או "ללמוד מהמטופל". יוזמי הקורס והמנחים ראו בשם "ללמוד עם המטופל" שם המייצג את העמדה הייחודית של הקורס. בעמדה זו נתפש המטופל כמומחה בתחומו, והמטפל כבעל ידע מקצועי. הלמידה המשותפת ביניהם נחשבת כלמידה הנכונה והמקדמת ביותר.

חשוב לציין שהיום הפך הקורס למודל ואומץ במסגרת לימודי הרפואה לרופאי המשפחה באוניברסיטת תל אביב. מאמר זה מציג את הקורס, כפי שניתן בשנתו הראשונה, והוא נכתב כאמור בשיתוף של מנחי הקורס וסטודנטיות שלמדו בו. הוא מחולק לשני חלקים: הפרק התיאורטי נכתב בשיתוף של כל כותבי המאמר והפרק התיאורי נכתב על בסיס חוויותיהן של משתתפות הקורס וזכרונותיהן.

מטרות הקורס - לחשוף את הסטודנטיות לטכניקת

סיפורי חיים - Narrative; להכיר את התיאוריה העומדת מאחורייה וללמוד את הכלים הייחודיים לה ואת הכלים הניתוחיים העומדים לרשותה. להתנסות בחוויית הקשבה שונה, לחדד את משמעותה ולשפר את יכולת ההקשבה האקטיבית ללא התערבויות אבחוניות או טיפוליות כלשהן. להעניק לסטודנטיות את ההזדמנות לפגוש עורך עבודה אחר ממקום של שותפות לעומת פטרוניות טיפולית. זהו הערך המוסף של הקורס. מבנה הקורס - זהו קורס סימטריאלי שנערך בהנחיית מרצה מהחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב ומנהלת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש, ומרצה מהחוג לבריאות הנפש הקהילה באוניברסיטת חיפה ומבית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש. בקורס השתתפו גם מרצים אורחים - צרכנים אשר סיפרו את סיפור התמודדותם עם מגבלה או נכות כלשהי, שלהם או של בן משפחתם. הקורס מנה כעשרה סטודנטים לתואר מוסמך לריפוי בעיסוק מתחומי התמחויות שונים (ילדים, פסיכיאטריה, שיקום) ובעלי ותק שונה. דרישות הקורס כללו נוכחות חובה ועבודה מסכמת הכוללת ראיון עם אדם בעל צרכים מיוחדים וניתוחו. הקורס שילב הרצאות פרונטליות וצפייה בסרטי וידיאו. המפגשים במהלך הסימסטר התקיימו אחת לשבוע וארכו שתיים אקדמיות. הקורס כלל תכנים תיאורטיים ומפגשים עם צרכנים אשר סיפרו את סיפור חייהם.

תיאוריית ה-Narrative

במסגרת השיעורים הראשונים הוצגה תיאוריה על אודות ה-Narrative והטכניקה לניתוחו. השימוש בסיפורי חיים כאמצעי לאיסוף ידע החל למעשה בשנות ה-80. משימתו העיקרית של המראיין בשיטה זו היא לאפשר הבעת רצף סיפורי זורם ככל האפשר, ללא התערבות, זאת באמצעות שאלת פתיחה פתוחה וכללית. החשיבה העומדת מאחורי תיאוריית ה-Narrative מייחסת לאדם את היכולת להבין ולבטא את המציאות אך ורק דרך התפישתה שלו. השפה משמשת אמצעי לבטא ולהסביר את המציאות הסובייקטיבית של האדם ביחס למציאות האובייקטיבית החיצונית ומאפשרת סדר במציאות. השפה מציינת את המציאות כעצמאית ביחס לאדם וכסופה עצמה עליו.

המתודולוגיה של שחזור מקרה ביוגרפי (Biographical Case Reconstruction), דהיינו שחזור סיפור החיים כמבנה חברתי, פותחה על ידי הזוג רחנטל. היא מבוססת על חשיפת המשמעות החבויה, כלומר המבנה האובייקטיבי שמניע את מערכת הפעולה. הפרשנות צריכה להיות מקיפה ולאפשר זיהוי של כלל המשמעות האפשריות של הטקסט. התוצאה של פרשנות מקיפה זו היא ניסיון לשחזר את הכרונולוגיה של הביוגרפיה עצמה.

אחת המרצות, בחורה צעירה המתמודדת עם בעיה נפשית לא פשוטה, דיברה על הנזקים שחוותה מטיפולים לא מתאימים. היא דיברה על ניכור ושיתפה אותנו בפנטזיה שלה לפתוח מקום ששיטת הטיפול בו תהיה של חיבוק ואהבה

קיימים שלושה סגנונות ניתוח לסיפור חיים: ניתוח גאנרי (ביוגרפי) - ארגון הטקסט על פי הרצף הכרונולוגי של המאורעות מול הרצף האישי של המספר, מידע המסייע לקבל פרספקטיבה אודות התכנים שנבחרו לעלות וסדרם.

ניתוח על פי נושאים (תוכני) - לקיחת טקסט כפי שהוא וניתוחו על פי מקטעים. החיתוך נקבע על פי השערות וספקולציות של המנתחים עצמם. מיקרואנליז (לשוני) - ניתוח קטע מסוים הנראה למנתח משמעותי בטקסט. לכל קטע נקבע אופי הלשוני הייחודי לו ונשאלות לגביו השאלות: מתי ועל מה המראיין מספר, מה הוא מתאר או על מה הוא מדווח, על מה הוא מתוכנן ומדוע (בר-און, 1994; לכמן, 2000).

לאחר הוראת פרק התיאוריה הוצג סרט וידיאו שבו מצולמת הרצאתו של פרופ' יונה רחנפלד, שניתנה במסגרת כנס מדעי בשנת 2000. בהרצאתו הציג פרופ' רחנפלד את ה"אני מאמץ" הטיפולי שלו בלמידה אלטרנטיבית, לא קונבנציונלית ושאינה תלויה בידע אקדמי. למידה זו תלויה באינטראקציות ובעבודת שטח. לדבריו, מקור הידע הוא אוכלוסיית היעד לטיפול. הדינמיקה לפי רחנפלד צריכה להיות אינטימית, עם נכונות לשינוי של שני הצדדים: הלקוח והמטפל.

המעבר מהחלק התיאורטי של הקורס למפגשים עם הצרכנים היה הדרגתי ועדין. הרצאה מצולמת זו סיכמה למעשה את החלק התיאורטי של הקורס והוסיפה פן נוסף לחשיבותה של ההקשבה ושל העבודה השיתופית. במפגש שלאחר מכן נערכה צפייה נוספת בסרט וידיאו, הפעם עם צרכנית - ד"ר פ' דיגן, ד"ר לפסיכולוגיה, אשר מגדירה עצמה כמחלימה ממחלת הסכיזופרניה. הרצאתה המצולמת בווידיאו ניתנה לאוכלוסיית מטפלים בכנס של ארגון בריאות הנפש העולמי WHO בהולנד בשנת 1994. היא הציגה את סיפור התמודדותה הכואב עם מחלת הנפש שממנה סבלה שנים רבות. הרצאה זו הגדירה בצורה הטובה ביותר לקהל המטפלים את חשיבות ההליכה עם הקצב האישי של כל מטופל ומטופל. היא העבירה מסר חד וברור שמהלך מחלה והתנהלות בה הם אישיים. היחיד המסוגל, לדבריה, להתוות את הדרך הנכונה להחלמה הוא המטופל עצמו, ולכן

יש להקשיב לאסטרטגיות האישיות שלו. הקשבה זו כוללת התבוננות מהצד תוך מתן כבוד רב לאדם. לאחר מפגש ראשוני זה עם צרכנים דרך סרט וידיאו, החלו מפגשים עם צרכנים אשר באו לחדר ההרצאות וסיפרו שם את סיפוריהם.

מפגשים עם צרכנים

במהלך הקורס השתתפו מרצים שונים בהרצאות והם שיתפו את הסטודנטים בידע המקצועי שלהם שאותו רכשו כצרכנים. כל אחד מהמרצים האורחים הגיע מרקע שונה. היו להם סגנונות חיים, תפקידים ומקצועות שונים, דרכי התמודדות ייחודיות, סוגי פגיעה שונים וכמובן סגנון הבעה שונה. המרצים התכוננו מראש לספר את סיפור חייהם ובחרו לתאר את סיפורם מנקודת זמן שונת, מרחבי חיים שונים, תפקיד שונה ביחס למגבלה ולנכות וציפיות שונות להמשך.

כאמור, המרצים הגיעו לאוניברסיטה במטרה לחשוף את סיפוריהם. כל מרצה בנה את סיפורו על סמך התיאוריה האישית שלו ובחר להעביר מסר משמעותי עבורו, מתוך ידיעה שהישובות מולו הן מטפלות - מרפאות בעיסוק.

אנחנו, הסטודנטיות, ישבנו מולם חשופות, ללא הכלים ה"טיפוליים" שלנו וללא המובנות הקבועה שכל אחת בנתה לעצמה. נמצאנו בתוך מרחב אחר השונה מהמרחב המקצועי המצוי בסביבת העבודה. תפקידנו היה להקשיב לצרכנים ולשמע מה יש להם לספר. כמאזינות, חוונו עוצמות רגשיות חזקות מול הכנות והישירות, ללא המגבלות המוכרות במסגרת הטיפול הרגילות.

בדברי המרצים היה מסר, היתה ביקורת והיתה תחושה של שליחות מסוימת - להפוך אותנו למטפלות טובות יותר, כמו מעט המטפלים שפגשו בדרכם הארוכה. אותם המטפלים היו מאוד משמעותיים להם בתהליך ההחלמה. הם מתוארים כמי שהפכו אותם לאקטיביים בתוך התהליך המשותף. כל חמשת המרצים דיברו על האחד המשמעותי הזה שפתח למעשה את התהליך והוביל אותם לשביל שבו הם יכולים לצעוד בבטחה עם תחושת שליטה. המשותף לאותן דמויות, על פי תיאור המרצים, היה היותן דמויות לא קונבנציונליות שעברו מחוץ למסגרת הטיפולית המקובעת והנוקשה. אותן דמויות שהיו מעבר למפגש הטיפולי הפרומלי, שהיו מסוגלות להקשיב, להבין ולא רק להיות ליד.

אחת המרצות, בחורה צעירה המתמודדת עם בעיה נפשית לא פשוטה, דיברה על הנזקים שחוותה מטיפולים לא מתאימים. היא דיברה על ניכור ושיתפה אותנו בפנטזיה שלה לפתוח מקום ששיטת הטיפול בו תהיה של חיבוק ואהבה.

אנא של ילד הסובל מבעיה התפתחותית קשה שיתפה אותנו בקשי שלה להילחם לבד על הבן שלה. היא דיברה על חוויה של אטימות במערכת, חוסר הקשבה

מעט המטפלים הטובים שפגשו המתמודדים בדרכם הארוכה מתוארים כמי שהפכו אותם לאקטיביים בתוך התהליך המשותף, פתחו למעשה את התהליך והובילו אותם לשביל שבו הם יכולים לצעוד בבטחה עם תחושת שליטה. המשותף לאותן דמויות היה היותן דמויות לא קונבנציונליות שעבדו מחוץ למסגרת הטיפולית המקובעת והנוקשה, אותן דמויות שהיו מעבר למפגש הטיפולי הפורמלי, שהיו מסוגלות להקשיב, להבין ולא רק להיות ליד

והתייחסות ייחודית לה, לבנה ולכל המשפחה.

בחור הסובל משיתוק מוחין וליקוי למידה הרצה לפנינו והטיף על ביצוע מטלות טיפוליות הנעשות בניתוק מהצרכים האמיתיים של הצרכנים.

דברי המרצים עוררו תחושות שונות. הבחור שהעביר מסר נוקב ומטיף עורר הגנתיים רבה אצל השומעים. הבקשה לחוס ולאהבה מצידה של הבחורה הצעירה היתה מוכנית יותר, אם כי עוררה תחושה של אובדן גבולות והעלטה שאלה כיצד ניתן לשים אותם בקשרים כה אינטימיים. האם לילד עם בעיית התפתחות דיכורה על ההצפה שלה מתוך קושי לשים גבול שמטרתו לשמור על עצמה, ונתנה תחושה של פנייה ברורה למטפלים להיות עם הלקוחות.

המרצים דיברו על אינטליגנציה של מטפל הקשוב לקצב האישי, קצב שהוא אינדיבידואלי ולא ניתן להכניסו לנסחה אחידה. אחת המרצות, אישה בשנות ה-40 לחייה הסובלת מנכות פיזית, הבהירה דרך סיפור חייה שההכחשות הקיימות הן חלק מתהליך ההחלמה. אי מתן כבוד וחוסר התייחסות לאותן הכחשות עלול למנוע התחלה של תהליך השלמה וקבלה.

המסר האחד אצל כל הדוברים היה שבמידה שאין סנכרון בין קצב המטפל לקצב המטופל, תהליך הטיפול לא יוכל להיות אמיתי ואפקטיבי, ולבטח לא יתקיים שינוי אקטיבי. על פי הדובר עם שיתוק המוחין, עלול להיווצר נזק אם קצב המטפל שונה במהותו מקצב המטופל.

בשנה הראשונה לקורס הסתיים המפגש עם הצרכנים בסוף סיפוריהם. לא נערכה שיחה כלשהי או ניתוח הסיפור עצמו, לא הוצמדה מטלה קונקרטית והחווייה נשארה אישית ואוטנטית. ההישארות עם החוויה האישית היתה לעתים קשה, יחד עם זאת היא אפשרה עיבוד עצמי אצל כל אחת מהסטודנטיות. זה התבטא בפיתוח תובנות לגבי יכולות ההקשבה שלה, מידת ההגנתיים שלה למול מטופליה והמידה שבה התכנסים עוברים לידה או מציפים אותה ומתישים. בשיחה ספונטנית שהתעוררה באחד המפגשים בין מנחת הקורס לסטודנטיות נשמעו הדים חיוביים על כך שהעיבודים נשארים אישיים ושמאפשרת חשיבה עצמית כשהמרחב האישי של כל אחת ואחת מובא בחשבון. במהלך ההתמודדות עם מטלת הקורס,

טלפון שהתרחשה במהלך קניית עם בני משפחתה, שיחה שבדרך כלל היא אינה מתפנה אליה ואינה קשובה בה. לטענתה, במהלך שיחה זו קיבלה מידע משמעותי ביותר למהלך כל הטיפול העתיד. בשיחת הסיכום דובר גם על הרווח שהתקבל מזהותנות של ההקשבה, התנסות שבניגוד לשיעורים תיאורטיים היתה חווייתית והשאירה חותם משמעותי.

תרומתו הייחודית של קורס זה היא בשני תחומים עיקריים: מתן לגיטימציה אקדמית לשינויים ההולכים ומתעצמים בתהליך המעשה הטיפולי. בקורס זה אפשרה האקדמיה שיטת לימוד קלינית אחרת, השונה מהמקובל ומהנלמד במסגרות של מקצועות הטיפול. השילוב של ידע תיאורטי ומדעי עם חוויה רגשית סיפק לכל אחת מהסטודנטיות מתכון לעבודה מעט שונה. את טעמו של התוצר הסופי כל אחת תקבע על פי אישיותה, סגנון עבודתה והרגליה.

בקורס זה צרכנים של מקצועות הבריאות קיבלו מעמד של מומחים ובעלי ידע. התייחסות זו על ידי האקדמיה מהווה צעד מהפכני המאפשר התקדמות לכיוון התייחסות ללקוח כבעל תפקיד שווה לאיש המקצוע בתהליך הטיפולי.

במהלך כתיבת המאמר ניכר היה שהסטודנטיות שהשתתפו בכתיבתו עסקו בעיבוד החוויה שעברה עליהן ובהיבטים הדינמיים והיו בשלות פחות לחברם אל המרכיבים התיאורטיים. בלטו ההבדלים בין ההגנות של הסטודנטיות לבין אלו של מנחי הקורס המאמינים בעבודה מסוג זה ומודעים לעוצמה שבה. הבדלים אלה, שבאו לידי ביטוי במהלך כתיבת המאמר, חידדו את העובדה שגישה זו של הקשבה ומתן מקום של שותפות ללקוח דורשת תהליך של צמיחה ובגרות מקצועית וכן פתיחות וגמישות בתהליך הטיפולי, המושגים רק לאחר תהליך ארוך של התנסות טיפולית.

ד"ר נעמי הדס-לידור, ד"ר מקס לכמן, עדנה אלון, שרון רוטשילד
ד"ר נעמי הדס-לידור, אוניברסיטת תל אביב, החוג לריפוי בעיסוק, מנהלת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש; ד"ר מקס לכמן, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה, בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה; שרון רוטשילד, רכזת שיקום; עדנה אלון, מרפאה בעיסוק, מרכז השיקום לנער, הקרן למפעלי שיקום, יפו

(גירסה של מאמר זה פורסמה לראשונה בספר "שיקום והחלמה בבריאות הנפש - קריאה מנקודות מבט שונות, פרקטיקה, מדיניות ומחקר", בעריכת ד"ר נעמי הדס לידור וד"ר מקס לכמן, 2007)

שהיתה ביצוע ראיון וניתוחו, עלתה התחושה של מחסור בכלים לניתוח וייתכן שהיה חסר עיבוד משותף של המידע הרב שנלמד. לקורס הבא נוספה שבה מתנהל דיון בין המרצה-הצרכן לבין הקבוצה על סיפורו ועוליו נשאים תיאורטיים שונים הנוגעים לנושא. ייתכן שתוספת זו מסייעת בשלב העיבוד של הראיון.

תרומתו של הקורס

המפגשים עם המרצים האורחים היו משמעותיים וחזקים מאוד עבור הסטודנטיות. לראשונה התאפשרה למטפלות היכרות אחרת עם צרכנים הצורכים את שירותיהן כמטפלות. המפגש אפשר הקשבה אמיתית, לימודית ואקטיבית, בניגוד להקשבה שאליה היו מורגלות. הקשבה זו אפשרה לכבד את סגנון האחר ללא הגנות, ללא הבניות וללא הפגנת שליטה. ההקשבה הופכת את התפקיד הטיפולי לפסיכי, ללא בניית תכנית טיפול ועם מטרה אחרת - להכיר את האחר, לדעת וללמוד אותו ואת עולמו. מפגש ייחודי זה עורר שאלות ותהיות לגבי אופי הקשר הטיפולי הקיים והמוכר, ואלו הכריחו את המטפלות לעשות בדיקה חוזרת לגבי עבודתן היומיומית.

בשיחת סיכום של הקורס אמרו הסטודנטים שמטרת הקורס היתה ברורה ומוכנת לכלם. הם דיברו על ייחודיותו של הקורס ועל משמעותו עבורם כמטפלים. עלו שאלות לגבי היכולת לפעול על פי כלים אלה במציאות הקיימת, נשמעה תלונה אודות היכולת ליישם את הדברים בפועל ועלתה השאלה האם יש בידי המטפל כלים להכיל כך את לקוחותיו, כלים שיסייעו בידיו לא לחוש מוצף ושחוק; האם יש בידי המטפל, העובד בתוך מערכת מוגדרת של זמנים והגדרות, תנאים טכניים לטפל באופן אחר ולהתגמש.

בשיחת הסיכום היו שתיארו את ההשפעות המיידיות של הקורס על עבודתם השוטפת. אחת הסטודנטיות אמרה שהיא פנתה ללימודי התואר השני על מנת לעצב טוב יותר את אישיותה כמטפלת וחשה שקורס זה עורר נקודות משמעותיות באיכות הקשר שלה עם מטופליה. אחרת נתנה דוגמה ממשית לשינוי שחל בה בעקבות הקורס, שינוי שבא לידי ביטוי בסבלנות שהפגינה כלפי אם של אחד הילדים המטופל על ידה. היא תיארה שיחת

כיצד מודדים רמיסיה פסיכוסוציאלית בשסעת?

על פיתוח כלי קצר,
תקף ומהימן להערכת
הפוגה פסיכו-סוציאלית
בקרוב חולי שסעת

פרופ' יורם ברק, פרופ' דב אייזנברג, פרופ' אבי בלייך, גב' רויטל שני וד"ר שולה גלרשטיין

של הסולם באנגלית הם PSRS). על הסולם להיות בהלימה לסולם האמריקאי למדידת הפוגה סימפטומטית ותקוותיו כי הכלי יאפשר הערכה קלינית ויתמוך בגישה חיובית ארוכת טווח למדידת תוצאים בטיפול בחולים הסובלים משסעת.

שלבי פיתוח סולם ה-PSRS

סולם הערכת הפוגה פסיכו-סוציאלית בקרב חולי שסעת פותח בשלושה שלבים עוקבים ועיקריים. שלבים אלה מוסדו על ידי קבוצתנו בפיתוח סולמות הערכה אחרים, ובין השאר הסולם להערכת איכות חיים בקרב חולי טרשת נפוצה בארץ.

שלב 1: יצירת פריטים – מטרת השלב הראשון היתה ליצור "בנק" של שאלות אשר ייקפו את תחומי איכות החיים ופעילות יומיות (I-ADL) הקשורות להפוגה פסיכו-סוציאלית. מטרת השלב הוסגה דרך איסוף שאלות מסולמות הערכה מפורסמים וקיימים בספרות הפומבית. זיהינו גרעין של שבעה סולמות הקשורים להפוגה בשסעת ומהם מוצו סך של 124 פריטים. מ"בנק" זה נחלקו הפריטים לשתי קבוצות התייחסות ראשיות: איכות החיים ופעילויות יומיומיות.

שלב 2: בניית סולם ראשוני – פנינו לקבוצת מומחים אשר דיוגו את כל הפריטים ב"בנק" בהקשר לבהירות, חשיבות, רלוונטיות וייחודיות. בכל תחום צוין כל פריט ופריט במידע בין "גרוע" עד "מצוין". רק פריטים שזכו לצינונים גבוהים נכללו בסולם הראשוני. כך נוצר סולם ראשוני בין 20 פריטים. כל פריט נוסח כך שדירוגו יתן ביטוי לשבע דרגות חומרה

פסיכוכו, סימנים שליליים וחוסר ארגון. הסולם כולל שמונה שאלות קצרות הממפות את תחומי התחלואה שהוזכרו. בכל שאלה, הציון נע בין 1 = אין כלל סימפטום פעיל ועד 7 = מצב קיצוני בחומרתו. כדי להיות מוגדר כחולה שסעת בהפוגה, על הפרט להיות במשך שישה חודשים לפחות בציון 3 (או נמוך מכך) בכל אחד ואחד מהסימפטומים שבסולם ההערכה.

מאז פרסום הסולם האמריקאי בשנת 2005 בוצעו כבר יותר מ-250 מחקרים ברחבי העולם שעשו שימוש בכלי זה. אולם, השבחת הערכת הפוגה בחולי שסעת נדרשת, בעיקר בתחום הפסיכו-סוציאלי והקוגניטיבי. רבים מחולי השסעת עשויים להשיג הפוגה סימפטומטית ודמות גבוהות של תפקוד חברתי. בהתחשב בתהליך שתואר עד עתה, בתחילת שנת 2007 החלט על ידי הוועד המרכזי של האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה לאמץ את הגדרת ומדידת ההפוגה הסימפטומטית שפותחה באמריקה. בנוסף, בצעד חדשני וחשוב החליט הוועד המרכזי למנות סח משימה שיפתח, בהלימה מלאה לסולם ההערכה האמריקאי, סולם ההערכה לכימות הפוגת חולי שסעת בתחום הפסיכו-סוציאלי.

סולמות הערכה המתקדמים בהתנהגות ותפקוד מטופלים שכיחים מאוד, בדרך כלל מתבססים על מגע קצר עם הנבדק וקשורים ליכולתו לתפקד בעולם ה"אמיתי". לאור זאת, מטרת האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה היתה לפתח סולם הערכה ידידותי, קצר ומבוסס על ניקוד מהמטפל, שיכמת הפוגה פסיכו-סוציאלית בשסעת (ראשי התיבות

ה תקדמות ומידע חדש ורב בהבנת הסיבה לשסעת (סקיזופרניה), מהלכה הטבעי של מחלה זו ואפשרויות טיפוליות חדשות, הן בתחום התרופתי והן בתחומי שיקום ופסיכותרפיה, הגביר עניין בפיתוח והגדרת סטנדרטים מוסכמים לרמיסיה (נסיגה/ הפוגה) סימפטומטית במחלה קשה זו. איגודי צרכנים, חולים ומשפחותיהם, מרכזי מחקר והוראה וכמובן שמטפלים, כולם מביעים רצון להשגת הגדרות ביצועיות (אופרטיביות) וכלים כמותיים למדידת הפוגה בשסעת. בכלים מסוג זה ניתן יהיה להשוות בין סוגי התערבויות שונות, לכמת השפעת תרופות לאורך זמן ולמדוד גודל השפעת התערבויות פסיכו-סוציאליות.

בשנת 2005 מינה איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי קבוצת עבודה לפיתוח קריטריונים להערכת הפוגה קלינית-סימפטומטית בקרב חולי שסעת. הקבוצה החליטה על מספר עקרונות מנחים בעבודתה:

- קריטריוני הפוגה סימפטומטית ייקבעו בהסתמך על סולמות הערכה מוכרים.
- צוות המומחים יבחר את הקריטריונים.
- יש לשאוף ליצירת סולם הערכה קצר וכמותי.
- סולם הערכת הפוגה סימפטומטית ינוקד על ידי המטפל.

בנוסף הדגישה קבוצת העבודה את ההכרחיות של שילוב מדד חומרה בסולם ההערכה ביחד עם מדד זמן, זאת כדי לשקף הפוגה כתהליך ולא כמצב נקודתי.

סולם הערכה שעליו המליצה האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה מתמקד אך ורק בכימות הפוגה סימפטומטית כפי שזו משתקפת בשלושה תחומים:

ומעונים, כחלק מהערכת תגובה לטיפול, מוכנת מטופלים לשיטת מסגרת או בהפניה למקור תעסוקה.

יישום

בחודשים שחלפו מאז פיתוח ה-PSRS ברצף בארץ מחקר-סקר (Survey) כוללני שתוכנן לבדוק את קצב וכדאיות הטמעת הסולם בקרב אנשי בריאות הנפש המטפלים בחולים הסובלים משסעת. במהלך הסקר פנו אנשי חברת HealthCare JC למטפלים רבים בכל רחבי הארץ, במסגרות מגוונות: קופות החולים, מרפאות חוץ, בתי חולים, הוסטלים ומרכזי יום. בכל מסגרת נתבקשו מטפלים לדרג את ה-PSRS ביחס לחולה שסעת שנמצא בטיפולם האיש במשך שישה חודשים לפחות. בנוסף לדרג ה-PSRS נתבקשו המטפלים למסור מידע דמוגרפי לא מזהה, דירוג הסולם להפוגה סימפטומטית וכן את אופי הטיפול התרופתי (פומי, זריקה, אורכת טווח, קונסטטה). לשמחתנו, נענו לבקשה 445 מטפלים, מהם 268 פסיכיאטרים, 161 אחיות ו-16 עובדים סוציאליים.

מחקר-סקר ראשוני מסוגו בעולם זה מדגיש מספר ממצאים חשובים: א. ככל שהמטופל שווה זמן רב יותר בקהילה, כך עולה שיעור ההפוגה הסימפטומטית והפסיכו-סוציאלית. ב. שיעור גבוה יותר של חולים משיג

הפוגה סימפטומטית לעומת פסיכו-סוציאלית. ג. מתן טיפול קפדני ארוך טווח בוריקה מביא לשיעורי הפוגה גבוהים בהרבה מטיפול פומי. לסיכום, פיתוח כלי קצר, תקף ומדימן להערכת הפוגה פסיכו-סוציאלית בקרב חולי שסעת הוא הישג נכבד של איגוד הפסיכיאטריה בישראל, בשיתוף עם חברת יאנסן-סילג. יותר מ-800 אנשי בריאות הנפש השתתפו בתהליך פיתוח סולם זה וביישומו. הגברת המודעות שהושגה במבצע שנתי מקיף זה מתבטאת באפשרות להגדיר מחדש את מטרת הטיפול בחולי שסעת - השגת הפוגה למרבית המטופלים.

פרופ' יורם ברק, פרופ' דב אייזנברג,

פרופ' אבי בליין, גב' ריטל שני וד"ר

שולה גלרשטיין, מטעם האיגוד הישראלי

לפסיכיאטריה וחב' J-C Health Care, ישראל

רשימת מקורות

1. Nancy C. Andreasen et al Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am J Psychiatry 2005; 162:441-449

סולם דירוג לרמיסה בחולי סכיזופרניה

תאריך: _____ גיל: _____

ראשי תיבות של שם המטופל/ת: _____

מין: ☐ נקבה ☐ זכר

מטפלת: ☐ פסיכיאטריה ☐ אחות ☐ ערסית ☐ פסיכולוגית ☐ אחר: _____

טיפול תרופתי אנטיפסיכטי: ☐ פומי ☐ דפו ☐ קונסטטה

הקרי/י בעיגול את הדירוג המתאים בכל אחד מ-16 הקריטריונים מטה

רמיסה סימפטומטית								דירוג לתסמיני רמיסה סימפטומטית							
P1	דליות	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
P2	חוסר ארגון תפיסתי	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
P3	התנהגות הלוצינטורית	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
N1	אפקט שטוח	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
N4	נסיגה חברתית פסיבית/אפית	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
N6	דיבור לא ספונטני ומקוטע	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
G5	מניירות ותנוחות	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
G9	תוכן חשיבה חריג	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

סה"כ: _____

PSRS								דירוג לתסמיני רמיסה פסיכוסוציאלית							
Q1	לקות ביחסים משפחתיים	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Q2	לקות בהבנה ומודעות עצמית	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Q3	לקות באגרזיה	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Q4	לקות בעניין בחיי היום יום	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
F1	לקות בסיכוח עצמי	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
F2	לקות בפעלתנות	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
F3	לקות באחריות לטיפול תרופתי	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
F4	לקות בשימוש בשרות קהילה	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

סה"כ: _____

☐ קיים במשך 6 חודשים לפחות ☐ קיים פחות מ-6 חודשים

מודעות והעדר כלי הערכה נחים.

סולם הערכה לכימות הפוגה פסיכו-סוציאלית צריך באופן אידיאלי להיות קצר, תקף ובעל מהימנות מוכחת. המשימה של איגוד הפסיכיאטרי בישראל היתה לפתח סולם כזה. ה-PSRS תוכנן לתת תשובה להעדר כלי כזה ב"נשקיה" של סולמות ההערכה המשמשים את אנשי בריאות הנפש בשגרת עבודתם. הסקר שנערך בקרב יותר מ-400 משתתפים הדגים מראש גבוה יחסית בין בחירת פריטי ההפוגה על ידי אחיות, מתמחים וממחים בפסיכיאטריה. שילוב תוצאות הסקר לתהליך יצירת הסולם מאפשר מגע אמיתי וישרי עם תפישות וגישות המטפלים בחולי שסעת. יש מספר יתרונות בפיתוח סולם הערכה קצר. ניתן להעביר ולדרג את ה-PSRS בעשר דקות לערך. לזמן כזה יתרון הן מבחינת נתון השירות והן מבחינת החולה שלעתים מתקשה בשמירת קשב לתקופות ארוכות יותר. קלינאים וחוקרים נהנים גם הם מתמציתיות הסולם ומיכולתם לחלק משאבים גם לתחומי הערכה נוספים. בנוסף, קלינאים יוכלו לבחור להשתמש ב-PSRS בשילוב עם מדדי תוצאה נוספים

שוות של ליקוי, באופן ההולם את דירוג החומרה בסולם האיגוד האמריקאי. ככל שהציון המצטבר גבוה יותר, כך מבטא הדבר רמת לקות חמורה יותר.

שלב 3: תקפות (Validity) - הסולם הראשוני (ובו 20 פריטים) הופץ בקרב ארבעה קבוצות של אנשי בריאות הנפש: פסיכיאטרים, מתמחים בפסיכיאטריה, אחיות בריאות הנפש ואחיות קהילה. כל משתתף במחקר התקפות של הסולם התבקש לבחור בשמונה פריטים המייצגים לדעתו באופן מיטבי את תמצית ההפוגה הפסיכו-סוציאלית בקרב חולים בשסעת. הסולם הראשוני הופץ בקרב 429 אנשי תחום בריאות הנפש. בקבוצה זו היו: 158 פסיכיאטרים, 90 מתמחים בפסיכיאטריה, 63 אחיות בריאות הנפש ו-118 אחיות קהילה בקרב שירותי בריאות. כדי לתקן ההבדלים הנובעים משוני בגודל הקבוצות במהדורה הסופית (ובנה שמונה פריטים) של סולם הערכה הובאו בחשבון ממוצעים משוקללים של בחירת הפריטים.

ארבעת הפריטים שנבחרו כמתמציתים הפוגה בתחום איכות חיי החולים הם: יחסים במשפחה, הבנה ומודעות עצמית, אגרזיה ועניין בחיי היומיום. ארבעת הפריטים שנבחרו כמתמציתים הפוגה בתחום פעילויות היומיום הם: טיפוח עצמי, פעלתנות, אחריות לטיפול הרפואי ושימוש בשירותי קהילה. כדי להקל על המשתמשים,

המהדורה הסופית של ה-PSRS מלווה במילון מונחים והוראות לדיירוג.

שלב 4: מהימנות (Reliability) - מהימנות הסולם נבדטתה הסופית נבדקה על ידי הצגת מקרה מפורט של חולה הסובל משסעת ל-70 פסיכיאטרים מומחים. אלה דירגו את חומרת הליקוי בכל אחד ואחד מפרטי ה-PSRS. חישוב סטטיסטי הדגים כי מהימנות המדרגים השונים נעה בטווח שבין 0.66 ועד 0.83. כאשר הוגדרה הפוגה פסיכו-סוציאלית כמדרג דיסטומי היתה המהימנות בין הבדקים 0.80.

דיון

חולי שסעת סובלים לעיתים מליקוי במגוון תחומי תפקוד בחייהם. הערכת סימנים וסימפטומים פתולוגיים לא משקפת את מלא טווח ההפוגה או הליקוי של חולה שסעת. אחד ממדדי ההפוגה במחלת נפש ממושתת הוא יסלת ההסתגלות לדרגות חיים חברתית התחרותית והחופשית. אנשי מערכת בריאות הנפש לא מכמתים באופן שגרתי את הביצועים בתחום הפסיכו-סוציאלי של חולי שסעת, בשל מגבלות זמן,



החולה הפסיכיאטרית קפצה אל

עו"ד ענת מולסון

X וגם שתי האחיות דווחו על התנהגות נורמלית...
ד"ר Y וד"ר X תפקדו לדעתנו בצורה סבירה".
(שם, בעמ' 8).

הוועדה הגיעה למסקנות הבאות באשר לתפקודה של הרופאה המתמחה (נתבעת 2, שם): "הדוקטור שגתה בכך שלא המליצה על שמירה מיוחדת של המטופל בהמשך בדיקתה. היא כנראה לא היתה בטוחה שהיא תתאשפז בכלל, עובדה שהיא כתבה בהמלצותיה, 'אם תתאשפז'. שגיאה זו נובעת לדעתנו מהעדר פלט מחשב (שממנו יכלה לקבל מידע על עברה הפסיכיאטרי של המטופל), האנמנזה המאוד לא מלאה שנמסרה לה על ידי אם המטופל וחוסר התייעצות עם הכותן שעמד למעשה לרשותה.

כתוצאה מכך, חומרת מצבה הנפשי של המטופל והטיפול הפסיכיאטרי בה נדחו למקום שני ובמקומם הועדף המצב והטיפול הגופני. לדעת חברי הוועדה, "מדובר בטעות בשיקול דעת. במחלקה פנימית א' המיועדת לאשפוז חולים עם נסיגות אובדניות ואשר היו בה כבר בעבר קפיצות דרך חלונות, לא ננקטו מספיק אמצעי בטיחות כגון סגירת חלונות או העברת המחלקה לקומת קרקע. התרשמו של חולים אובדניים אלא הסתמכו על בני משפחה. כמו כן, למרות שקיבלו פרטים חדשים, הצוות הרפואי והסיעודי לא היו מספיק ערים לאספקטים הנפשיים של המטופלים האובדניים. לא היו קיימים נהלים ברורים לגבי האניפורמציה בין המיון למחלקה ובין הדיועצים הפסיכיאטרים של מחלקות האשפוז. כנראה בגלל חוסר הזמן, לא הספיקו לערוך מעקב פסיכיאטרי אחרי המטופל במחלקה פנימית א'".

אמה למיון הכללי והמליצה על השגחה של בן משפחה. במיון הכללי נבדקה המטופל על ידי רופא פנימי ולאחר מכן הוחלט לשלוח אותה להמשך אשפוז במחלקה "פנימית א'".

האנמנזה שהיתה אצל התורן הפנימי (נתבע מס' 3) במחלקה הפנימית היתה שונה מזו של המתמחה, וזאת מאחר שהמטופל עצמה דיווחה לו כי בלעה כ-20 כדורים ושהיו לה היות שמיעה. היא תרצה את ניסיון ההתאבדות על רקע סכסוך עם בעלה וציינה שזוהו ניסיון אובדני שני שביצעה. למחרת בבוקר, בסביבות השעה 10:30, המטופל פתחה את החלון בפרוורדור המחלקה וקפצה אל מותה.

עוד עולה מממצאי הוועדה, כי המטופל חלתה במחלת נפש בגיל ההתבגרות, עברה אשפוזים פסיכיאטריים רבים וכי מדובר "במחלה סכיזופרנית עם התקפים פסיכיים דכאוניים ומניפורמים, כולל נסיגות אובדניות" (שם, בעמ' 5). התברר כי ביום אשפוזיה של המטופל היא בלעה 20 כדורי פנוגן בניסיון לאבד עצמה לדעת; כדורים אלה גרמו כנראה למצב בלבולי דילרנטי (המצב שבו היתה שרידה עת הגיעה לבית החולים). לאחר מספר שעות המטופל התעוררה מהמצב הבלבולי וכשנבדקה על ידי התורן הפנימי, היא היתה בהכרה מלאה ומסרה לו פרטים מלאים על עצמה ועל מצבה המשפחתי. התורן התרשם שהיא היתה רגועה, לא פסיכיתית וגם לא סבלה מהזיות.

הוועדה ציינה כי לא ברור מה היתה הסיבה לקפיצה הפתאומית של המטופל, משום שלא היו סימנים פסיכיים קודמים עובר לכך. חברי הוועדה ציינו גם כי "גם לא מתקבל על הדעת שמדובר בקפיצה כאילו מתוך מצב נפשי של בלבול, היות שגם ד"ר

ח ולה פסיכיאטרית התאבדה (בגיל 24) בין כותלי בית החולים בעת אשפוזיה. התובעים הם בנה הקטין ובעלה. נקודת המוצא בדיון היא כי התובעים לשאלת האשם התורם וגובה הפיצוי. הצדדים נגיעות לשאלת האשם התורם וגובה הפיצוי. לטענת התובעים, יש לייחס למטופל 50 אחוז רשלנות תורמת בעניין התאבדותה. מאחר שבעת שהמטופל התקבלה לחדר מיון היא היתה במצב בלסלי ושינוף הפעולה שלה היה חלקי. אולם, בעת שהיא נבדקה במחלקה על ידי רופא תורן פנימי, מצבה כבר השתפר, דיסה לעניין, שיתפה פעולה והשיבה לשאלות הרופא, והאשם התורם התבטא בכך שסיפקה רק מידע חלקי לגבי עברה האובדני. בקיץ '98 קפצה המטופל אל מותה מחלון המחלקה הפנימית במרכז רפואי גדול במרכז הארץ. במותה הותירה אחריה בן, שהיה אז תינוק בן שלושה חודשים (תובע מס' 1) ובעל (תובע מס' 2).

משרד הבריאות מינה ועדה לבדיקת הטיפול במטופל. מממצאי הוועדה ניתן לקבוע את העובדות הבאות: המטופל הגיעה בלוויית אמה לחדר מיון בבית החולים. היא היתה ידועה כחולה פסיכיאטרית שבעברה אשפוזים פסיכיאטריים רבים; לבית החולים הגיעה בשל הפרעות בהתנהגות. אמה של המטופל רמזה על האפשרות שהיא בלעה כדורים לא ידועים. המטופל נבדקה על ידי מתמחה בפסיכיאטריה (נתבעת 2) שהיתה תורנית מיון באותו לילה. המתמחה לא הכירה את המטופל מאשפוזיה הקודמים. אמה של המטופל מסרה אניפורמציה חלקית למתמחה. כך למשל, לא דיווחה על הנסיגות האובדניות הקודמים של המטופל. המתמחה העבירה את המטופל בליווי

לאור הודעת הנתבעים כי "לפנים משורת הדין אנחנו לא נטען בתיק זה טענות התרשלות שמיוחסות לבית החולים", הדיון בשאלת אחריותם של הנתבעים מתייתר. נקודת המוצא, אם כן, היא שאכן התרשלו הנתבעים. הפלוגתאות שנתרו בין הצדדים נוגעות לשאלת האשם התורם וגובה הפיצוי.

בית המשפט המחוזי קיבל את התביעה בחלקה ופסק כי די היה במה שכן רווח לבית החולים כדי ליצור אחריות למנוע נסיון התאבדות נוסף. אשמו של בית החולים הוא שהמידע שנמסר לו, לא גרם לנקיטת אמצעי ביטחון בסיסיים כמו שמירה, הלנה בחדר מסורג ו/או חלונות נעולים. המדובר בחולה מאושפז במצב לא יציב, שאפילו לא ניתן לייחס לה רצון קונקרטי איזוהו ובוודאי שלא אשם תורם. הנתבע 3 (התורן הפנימי) אבחן נכונה את מצבה של המנוחה על אף ריווחה החלקי, ולמרות זאת אירוע התאבדותה הטראגי של המנוחה לא נמנע. בית המשפט קובע כי לא נמצאו במקרה דנן נסיבות אחרות המצדיקות סטייה מהעקרונות שנקבעו בפס"ד הסתדרות מדיצינית הדסה (ע"א 96/6649) ולפיכך אין לייחס למנוחה רשלנות תורמת.

גובה הפיצוי כללי: בעוד שהעיצובן זכאי לפיצויים בשל הנזק שנגרם למנוחה, אזי התלויים במנוחה זכאים לפיצויים בשל הנזק שנגרם להם עקב המוות. תביעת העיצובן כוללת שלושה פרטי נזק: אוברן כושר השתכרות "כשנים האבודות", קיצור תוחלת חייה של המנוחה, הוצאות לווייה, מצבה ואבל.

בתביעת העיצובן נקבע בין היתר, כי למרות טענת הנתבעים כי מצבה הרפואי של המנוחה על רקע נסיגות ההתאבדות השונים מחייב הפחתה בתוחלת החיים, הרי שהנתבעים לא הוכיחו מעבר לסטטיסטיקה כי המנוחה היתה בקבוצת האנשים שהיתה מצליחה לשים קץ לחייה, ומת. ולפיכך, לחישוב הפיצויים הוכא בחשבון תוחלת חיים רגילה בהקשר למנוחה.

בסופו של דבר נקבע כי התובעים זכאים לפיצוי בתביעת העיצובן, כאשר לסכום זה יש להוסיף את הפיצוי בגין הפסד שירותי רעיה ואם, והפיצוי בגין הוצאות לווייה, מצבה ואבל. כמו כן יש לנכות את גימלאות המל"ל מן הפיצויים שנקבעו לעיצובן, לאור הזהות בין התלויים ליורשים המתקיימת בענייננו. וכן, הניכויים יכללו את קצבת השארים, לא כולל השלמת ההכנסה לתובע 2 באשר השלמת ההכנסה איננה שייכת לעוברת מותה של המנוחה.

לפסה"ד המלא: ת.א מחוזי ת"א 00/3073 אזוראי שי נגד מדינת ישראל משרד הבריאות

עו"ד ענת מולסון, משרד עורכי דין נבו, מולסון ושות'



ניצול מיני של ילדים קשור

להופעה מאוחרת יותר של בולמיה

במחקר אוסטרלי על קבוצת אוכלוסייה דומה, מקרי הבולמיה קושרו לניצול מיני בילדות, אבל לא מקרי האנורקסיה נרבוזה. מקרי הבולמיה היו גדולים פי 4.9 בקרב המשתתפות שדיווחו על מקרים רבים של ניצול מיני בילדות לעומת אלה שדיווחו שלא חוו זאת כלל, לאחר ניקוי השפעות כמו גירושי הורים ורמת החינוך.

המחקר, בראשותה של פרופ' לנה סנסי, נערך באוניברסיטת מלבורן, אוסטרליה, ופורסם בחודש מרץ. "המחקר הזה הוא צעד קרימה באישור החשד הישן שניצול מיני הוא תופעה נפוצה בקרב חולות בולמיה צעירות", אמר ד"ר ג'ורג' פאטון, ממחברי המחקר. "ניצול מיני של ילדות דוח אצל אחת מכל חמש נשים צעירות בקהילה האוסטרלית הזו, אבל הוא דוח אצל אחת מתוך שתי נשים עם בולמיה וייתכן שהמספר גדול יותר. לכן, חשוב להיות רגישים לאפשרות של ניצול מיני בגיל צעיר אצל מטופלות אלו".

מחברי המחקר טוענים כי מחקרים קודמים שבדקו את הקשר בין ניצול מיני בילדות לבין הפרעות אכילה דיווחו על ממצאים סותרים בשל חולשות מתודולוגיות. המחקר צריך לכלול מידע שנאסף בגילאי 14-16, התקופה שבה בולמיה פורצת בדרך כלל.

1,044 נבחרו באקראי מתוך 60,905 תלמידות ב-44 כיתות. הכיתה הראשונה נבדקה בגיל 14, לקראת סוף כיתה ט', והכיתה השנייה, כעבור שישה חודשים, בתחילת כיתה י', בגיל ממוצע של 14.9. אלף נבחרו על שאלון מחשב אחד לפחות, מתוך שישה שאלונים במרווחים של שישה חודשים. השאלונים כללו מבדקים לגילוי הפרעות אכילה, סולם לזיהוי דיאטות ובדיקות לגילוי דיכאון וחורדה. 824 נערות השיבו על השאלה על ניצול מיני לפני גיל 16. 12.1 אחוז דיווחו על מקרה אחד של ניצול מיני, 8.2 אחוזים דיווחו על שני מקרים או יותר. במהלך המחקר התגלו 35 מקרים חדשים של בולמיה ו-32 מקרים של אנורקסיה. ארבע נערות סבלו מאנורקסיה ומבולמיה. גירושי הורים ורמת השכלה נמוכה היו נפוצים יותר אצל נערות שדיווחו על ניצול מיני בילדות.

אחרי התאמת גורמי הרקע, כמו הפרעות פסיכיאטריות קודמות ודיאטה, נערות שדיווחו על מקרה אחד של ניצול מיני לעומת אלו שדיווחו על אפס מקרים סבלו מבולמיה פי 2.5 ואלו שדיווחו על שני מקרים או יותר, לעומת אפס מקרים, סבלו מבולמיה פי 4.9.

החוקרים השתמשו במידע שנאסף משנת 1992 ועד שנת 2003 במשרד הבריאות של ויקטוריה. "המחקר מצביע על כך שניצול מיני עלול להצית דפוס של דיאטה ומצוקה רגשית שיוצרים אפשרות להופעת בולמיה", אמר ד"ר פאטון.

מחברי המחקר סיכמו: "אנו מסכימים עם אחרים הטוענים שיש קשר בין ניצול מיני בילדות לבין הפרעות אכילה. בכל הקשור לשקילת האפשרות לניצול מיני בילדות, כשטופלים במקרה קשה של הפרעת אכילה, כדאי לטפל בבעיית הילדות לפני שמתחילים לטפל בהפרעת האכילה".

נמצא קשר בין רמות נמוכות של

טסטוסטרון לבין סיכון גבוה לדיכאון

המחקר, שהתפרסם בחודש מרץ מראה כי גברים מבוגרים עם רמות נמוכות באופן חריג של טסטוסטרון היו בסיכון גבוה ב-271 אחוז בממוצע ללקות בתסמיני דיכאון מובהקים מגברים עם רמות טסטוסטרון רגילות.

"התוצאות לא יכולות להיות מוסברות מגורמי הגיל, רמת ההשכלה, עישון, השמנה או כושר גופני ירוד - כל אלה גורמים ידועים לרמות טסטוסטרון נמוכות וקשורים לדיכאון", אמר המחבר הראשי, ד"ר אוסבאלדו אלמידה, מנהל מחלקת המחקר במרכז הבריאות והזיקנה של מערב אוסטרליה ופרופ' ומנהל בית הספר לפסיכיאטריה ומדע עצבי קליני באוניברסיטת מערב אוסטרליה, פרת. "לתוצאות המחקר יכולות להיות השלכות חשובות על הטיפול בדיכאון בגברים מסוימים", הוסיף. "גברים מבוגרים עם דיכאון צריכים להישלח לבדיקת בלוטת המין וגברים שסובלים מבעיות בבלוטת המין ולא מגיבים לטיפול תרופתי נגד דיכאון יכולים להשתקם בעזרת תחליפי טסטוסטרון".

המחקר בדק 3,987 גברים בגילאי 71 עד 89 במגורים לקשישים בפרת, אוסטרליה, שהיו חלק ממחקר גדול יותר על בריאות הגבר. החוקרים העריכו את מצבם הבריאותי באמצעות 17 מרכיבים רפואיים שגורמים, כולל אוטם שריר הלב, מחלות עורקים ומחלות ריאה כרוניות. הם השוו את הנתונים שאספו למחקר המקיף. המשתתפים עברו בדיקות לקביעת תפקודם הקוגניטיבי ודיכאון בסולם של 1 עד 15 (סולם דיכאון גריאטרי). נמצא שהגברים סבלו מדיכאון ככל שהיו מבוגרים יותר, הם היו משכילים פחות וסביר שהם מעשנים או עישנו וסבלו מהשמנה. החוקרים נטלו דגימות דם לבדיקת רמות הטסטוסטרון וחילקו את הגברים לפי הרמות האלו.

הסיכון לדיכאון אצל גברים בקבוצה עם הרמות הנמוכות של טסטוסטרון, בהשוואה לגברים בקבוצה עם הרמות הגבוהות היה גדול פי 1.94. אבל הקשר בין דיכאון לבין רמות הטסטוסטרון הפך לחסר משמעות בנשים השפעות הגיל, רמת ההשכלה, עישון, השמנה וגורמים אחרים.

כשבדקו את רמות הטסטוסטרון החופשי, החוקרים גילו שגברים בקבוצת הרמה הנמוכה היו בסיכון גבוה לדיכאון ביחס לגברים בקבוצת הרמות הגבוהות בשיעור של פי 3.12, אך הקשר הזה נשאר משמעותי גם בניכוי כל ההשפעות - פי 2.71. "ממצאי המחקר מצביעים על קשר בין רמות נמוכות של טסטוסטרון חופשי לבין דיכאון אצל גברים מבוגרים", אמר ד"ר אלמידה, "הקשר הזה אפשרי מבחינה ביולוגית, יש עדויות מעבדה לכך שטסטוסטרון יכול להעלות את יכולת הספיגה של הסרטנוגן במוח וזה יכול להסביר את השפעתו נוגדת הדיכאון".

"תוצאות המחקר לא מחייבות מתן תחליפי טסטוסטרון לכל הגברים המבוגרים, אבל הן מרמזות שיש לשקול את הטיפול הזה למספר משמעותי של גברים מבוגרים עם רמות נמוכות של הורמון גברי", אמר ד"ר אלמידה. "הקשר בין דיכאון לבין טסטוסטרון חופשי מוגבל לגברים הסובלים מבעיות בבלוטת המין, או רמות נמוכות במיוחד של טסטוסטרון חופשי. כ-20 אחוז מהגברים בני 70 ויותר סובלים מבעיות בבלוטת המין. טיפול בתחליף טסטוסטרון יכול להועיל לקבוצה הזו".

כעת דרוש מחקר שיקבע אם טיפול בתחליף טסטוסטרון יעיל ו בטוח לטיפול בדיכאון בקבוצה הזו. ד"ר אלמידה הדגיש שהקשר בין טסטוסטרון חופשי לבין דיכאון הוא כ"סיכון" ולא כ"סיבה ותוצאה". "לא כל הגברים המבוגרים שסובלים מדיכאון סובלים גם מבעיות בבלוטת המין ולא כל הגברים שסובלים מבעיות בבלוטת המין סובלים גם מדיכאון, אבל יש אצלם עלייה דרמטית בסיכון ללקות בדיכאון", אמר ד"ר אלמידה. "ככל שהאכילוסיה מזדקנת, סביר שתהיה עלייה במספר הגברים שסובלים מבעיות בבלוטת המין. כמו כן, דיכאון שכיח יותר אצל נשים צעירות, אבל הפער הזה נעלם בגיל המבוגר. הממצאים שלנו מסבירים את הסיבה לכך באופן חלקי".

איסוף נתונים: גיא כהן