



המועצה הלאומית לפוסט טראומה

המלצות הוועדות 2023



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר





משרד הבריאות

המלצות ועדות המועצה הלאומית לפוסט טראומה



2023



תוכן עניינים

3.....	הקדמה יו"ר: פרופ' איל פרוכטר
5.....	הגדרת פוסט טראומה יו"ר: ד"ר לוסיאן טצה לאור
15.....	מניעה ראשונית יו"ר: ד"ר קרן גינת
21.....	שעות הזהב יו"ר: פרופ' יוסף זהר
27.....	טיפולים חדשניים יו"ר: פרופ' מולי להד
55.....	מניעה שניונית יו"ר: פרופ' אריה שלו
65.....	שיקום יו"ר: צו"ס יעל נרדי
71.....	קביעת הנכות יו"ר: פרופ' שלמה מנדלוביץ'
75.....	נפגעות/י תקיפה מינית יו"ר: ד"ר שמואל הירשמן



דברי פתיחה - פרופ' איל פרוכטר יו"ר המועצה הלאומית לפוסט טראומה

ההפרעה הפוסט טראומטית, הייתה מוכרת עוד משחר ההיסטוריה, אך לאורך השנים, העדיפו להתייחס אליה כאל תחלואה המלמדת על חולשת הפרט יותר מאשר משמעות הטראומה. ההכרה הראשונית בהפרעה זו, התאפשרה במחאות שאחרי מלחמת וייטנאם, ומאז החלה וצמחה הכרה מקצועית-מדעית ובעקבותיה שיח מקצועי גדל והולך. מאז, למרות שחלף זמן קצר בלבד, במונחים של אבחנות רפואיות, נראה בשיח הציבורי כאילו נדרשת ההכרה בהפרעה אחרי כל אירוע קשה או אתגר. הבמה שקיבלה ההפרעה, הניע את השיח עליה במטוטלת לצד השני, לפיו כל אירוע - מינורי ככל שיהיה - הינו פוסט טראומה, לשיח שגור. חדשות לבקרים, צצים בארץ גופים שעוסקים ב"טיפול חדשני ובלעדי" בהפרעה הפוסט טראומטית, ארגונים שיודעים איך להקל ועוד. גופים אלו, שהחלו בעיקר סביב גופי הביטחון (שם לחפש את הטראומה, זה ממש לחפש מתחת לפנס), הרחיבו בהדרגה את הפעילות, שכן טראומות ותוצאותיהן הנפשיות מופיעות גם בילדות (בריונות, אלימות רשתית, אלימות "סתם", פגיעות מיניות וכו'), בנשים, בקשישים, בחסרי ישע ובכלל. מכלל ההפרעות הפסיכיאטריות, מדובר בהפרעה שיש לה טריגר ברור, ולכן ניתן לדבר בה על מניעה ועל חיסון. יש גם גדילה מפוסט טראומה, אשר מתאפשרת בהתערבות הנכונה ובנתוני האישיות הנכונים - כך שלחוסן נפשי בתחום זה ערך בפני עצמו.

המועצה הלאומית לפוסט טראומה, קמה כגוף נפרד בעקבות האירוע הקשה של יצחק סעידיאן, כדי לאפשר ייעוץ להנהלת משרד הבריאות ולהנהלת משרד הביטחון באשר לאבחנה, לטיפול ולשיקום בהפרעה קשה זו. במועצה התרכזו אנשי מקצוע מובילים בתחום ממגוון מקצועות הטיפול, אנשים שנגעו בהפרעות משלל זוויות, בני משפחה של נפגעים ואף נפגעים עצמם, כדי לנסות ולבור את המוץ מן התבן ולהבנות תפיסה ברורה - של טיפול ומניעה. במקביל לפגישות ולקשב לגופים השונים, לגילאי הנפגעים המגוונים ולשלל הכותרות, נעשתה עבודה בצוותים שהתמקדו בזוויות השונות של ההפרעה, מניעתה והטיפול בה. ועדיין - חובה עלינו לדייק באבחנה, לזהות מי אמור לקבל טיפול ומתי, איזה טיפול נכון באמת ואיזה "טרם תוקף", ולנסות ולשמש כ"מורה נבוכים" בשלל הארגונים והגופים המעורבים בטיפול בהפרעה השקופה הזו פיזית, שפוגעת כל כך ברבים. חוברת זו הינה תוצר ראשון של עבודת הצוותים. ברצוני להודות לראשי הוועדות: ד"ר קרן גינת, פרופ' יוסף זהר, ד"ר לוצ'י טצה-לאור, פרופ' מולי להד, צו"ס יעל נרדי, ד"ר שלמה מנדלוביץ' ופרופ' אריה שלו. תודה לד"ר שמואל הירשמן שכתב את הפרק בנושא פגיעה מינית ופוסט טראומה. תודה לחברי המועצה הלאומית לפוסט טראומה והמשקיפים, שפעלו גם במסגרת הוועדות, וליועצי הוועדות. תודה לגרסיאלה ביל, מנהלת תחום בכיר המועצות הלאומיות, וצוות המועצות.





משרד הבריאות

הגדרת פוסט טראומה



יו"ר: ד"ר לוסיאן טצה לאור



הגדרת פוסט טראומה

מבוא

הוועדה ל"הגדרת הפרעת דחק פוסט טראומטית" (הפרעת דחק בתר חבלתית) ערכה סקירה מקיפה של הספרות והמחקר הקיימים במטרה לנסח המלצות רלבנטיות להנהלת משרד הבריאות הנוגעות למורכבות ההגדרה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. אנו ממליצים למשרד הבריאות לאמץ הגדרה ברורה ומדויקת, תוך שימוש בניסוחים אשר יש בהם כדי למנוע יצירת סטיגמות ולעודד פניה לטיפול וקבלת עזרה. לאור זאת אנו סבורים כי יש לאמץ את ההגדרה המקובלת של הפרעת דחק פוסט טראומטית כפי שמתווה ספר האבחנות העדכני של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי (DSM-5). הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) היא הפרעה הקשורה לדחק ומוגדרת בהמצאותם של סימפטומים מגוונים הכוללים חוויה מחדש, הימנעות, אמונות שליליות ועוררות יתר המתפתחים באנשים ששרדו אירועי דחק משמעותיים (2024). PTSD הוא תוצא שכיח לאחר חשיפה למגוון רחב של אירועי דחק, מהנוראיים ביותר, כמו אירועי לחימה, מצבים מסכני חיים, שבי ועינויים, לאירועים נפוצים יותר, כמו תאונות. בניגוד לשאר ההפרעות הנפשיות, האבחנה של הפרעת דחק פוסט טראומטית מחייבת קישור בין הסימפטומים הנוכחיים מהם סובל המטופל, לבין חשיפה לאירוע דחק מעורר. הקישור יכול להיות כרונולוגי (הופעת סימפטומים זמן קצר לאחר חשיפה לאירוע), או תוכני (זיכרונות חודרניים של אספקטים של האירוע טראומטי, או הימנעות מאספקטים מסוימים הקשורים לאירוע).

DSM-5 מחלק את הסימפטומים של ההפרעה לארבע קטגוריות: חוויה מחדש, הימנעות, תפיסות שליליות ועוררות יתר. על מנת לקבל את האבחנה על האדם שנחשף לאירוע דחק, לבטא מספר מינימלי מסוים של סימפטומים בכל קטגוריה. יש לשים לב לעובדה שהגדרה זו מאפשרת מתן אבחנה למגוון רחב של הסתמנויות קליניות. למרות שקיימת ביקורת על ההטרואגניות הזו מצד גורמים רבים, אנו מאמינים כי גיוון זה עולה בקנה אחד עם הגיוון באוכלוסייה, כמו גם עם הרעיון התיאורטי שבו פגיעות של מנגנונים מולקולריים ומוחיים ספציפיים, באים לידי ביטוי שונה באנשים שלהם משאבים נורו קוגניטיביים, רגשיים ובין-אישיים שונים, סיפור חיים שונה, לחצים סביבתיים, אמונות שונות והבנה שונה של סיבתיות. (Shalev AY, 2024). לדעתנו יש להבין את ההסתמנויות השונות של התסמונת הפוסט-טראומטית כשונות של אינדיקטורים התנהגותיים המייצגים את השינויים הנורו-ביולוגיים בבסיס ההפרעה ותוך התייחסות לכל טווח הגילאים.

כאשר קלינאים עושים שימוש בהגדרות ה-DSM-5 מצופה מהם להיות ערים להטרואגניות המובנית בתסמונות, לשונות בין פרטים שונים ולקיומם האפשרי של הפרעות פסיכיאטריות נוספות. באבחנה עליהם להסתמך על סימפטומים שלהם קשר ישיר לאירוע הטראומטי. ההנחה שלנו, כפי שגם מקובלת בכלל הספרות, שאבחנה פורמלית של PTSD ע"פ הקריטריונים של DSM-5 מזהה באופן ברור אנשים הזקוקים לעזרה. יחד עם זאת, יש להימנע משימוש באי עמידה בכלל הקריטריונים, בכדי למנוע עזרה, תמיכה וטיפול מאנשים המפגינים דפוסי מצוקה שונים בעקבות חשיפה לאירועי דחק.

עבודתה של הוועדה להגדרת הפרעה פוסט-טראומטית

בתאריך 25/11/2021 מינה פרופ' איל פרוכטר, יו"ר המועצה הלאומית לפוסט טראומה, מספר ועדות לבחינת המצב העדכני בנושא פוסט טראומה. ניתנה לי הזכות לעמוד בראש הוועדה לעניין הגדרת הפרעת דחק פוסט-טראומטית. הוועדה התכנסה מספר פעמים, בהם נכחו כל חברי הוועדה, כמו כן בוצעו התכתבויות נוספות עם חברי הוועדה והתייעצויות עם יועצים נוספים בתחומים הרלבנטיים.

הוועדה ערכה סקירה מקיפה של הספרות והמחקר העדכניים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. במהלך הדיונים בחנה הוועדה גם את ההקשר ההיסטורי, החברתי והתרבותי של האבחנה והשפעתה על נגישות לטיפול, עזרה ושיקום. הממצאים וההמלצות של עבודת הוועדה הוצגו בכנס ייעודי בה הוצגו הממצאים של כלל הוועדות בתאריך 19/06/2023. מסמך זה מהווה הרחבה של הצגה זו וסיכום ההמלצות.



חברי הוועדה

חברי הוועדה נבחרו מבין חברי המועצה הלאומית לפוסט טראומה ומייצגים אנשים בעלי הבנה עמוקה של המורכבות והדקויות של הפרעת דחק פוסט טראומטית וטראומה נפשית. הם בעלי רקע שונה ונקודות מבט מגוונות, כולל ניסיון קליני, מומחיות מחקרית, מומחיות משפטית, עיסוק במדיניות ציבורית בנושא זה ומייצגים אוכלוסיות שונות המושפעות מטראומה (צבא וגופי ביטחון נוספים, ילדים, נשים, להט"ב). אנו מאמינים כי הגיוון חשוב בעבודה עם הפרעה ואוכלוסייה כה מגוונת ובעלת ביטויים שונים וצורך בדרכי פעולה והתערבויות שונות. הגיוון גם מבטיח גישה (שגם אם אינה חפה מהטיות) מקיפה ומורכבת להגדרת הפרעת בדחק הפוסט-טראומטית.

1. אל"מ ד"ר **לוסיאן טצה-לאור**, פסיכיאטר - ראש מחלקת הבריאות, חיל הרפואה, צה"ל - **יו"ר הוועדה**
2. גב' **סיגל אלון-סידליק**, פסיכולוגית קלינית - פסיכולוגית ארצית, שירותי בריאות כללית
3. סנ"צ **רויטל נבות**, עובדת סוציאלית - ראש מערך בריאות הנפש, משטרת ישראל
4. סא"ל (מיל') **מר יורם בן-יהודה**, פסיכולוג קליני ורפואי מדריך - מפקד המלש"ע במילואים ומנהל מכון "דרכים"
5. גב' **רונית סנדרוביץ**, עובדת סוציאלית, מפקחת ארצית של אגף השיקום, משרד הביטחון
6. אל"מ (מיל') **עו"ד שלומי ציפורי**, יו"ר משותף של עמותת שותפות מגן ישראלית
7. סא"ל **עוזי בכור**, פסיכולוג קליני מדריך - ראש היחידה לתגובות קרב, מחלקת הבריאות, חיל הרפואה, צה"ל - **מזכיר הוועדה**

חשיבות ההגדרה

- הגדרה והבנה מדויקת של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) חיונית מכמה סיבות:
1. אבחון עקבי - כמו בכל מצב רפואי או פסיכולוגי, הגדרה סטנדרטית, ברורה ומדויקת מאפשרת לרופאים ולרופאות ולשאר המטפלים לאבחן באופן עקבי אנשים ממסגרות שונות. ללא הגדרה כזו, האבחנות עשויות להשתנות במידה רבה בהתבסס על פרשנויות אינדיבידואליות, מה שיוביל לפערים ביחס למקבל הטיפול וסוג הטיפול שיקבל.
 2. טיפול יעיל - הגדרה מדויקת של ההסתמנות מאפשרת התערבויות ממוקדות. כמו כן היא מסייעת לקלינאים להבין אילו גישות טיפוליות עשויות להיות המועילות ביותר ואילו לא מתאימות.
 3. קידום מחקר - הגדרה ברורה עשויה להוביל לניסוח קווים מנחים למחקר. ניתן להשוות מחקרים בקלות רבה יותר, ולעתים בקלות רבה יותר לשכפל ממצאים. זה מוביל ליצירת גוף חזק יותר של ספרות בנושא.
 4. מודעות ציבורית - הגדרה מדויקת ומקובלת ל-PTSD מאפשרת להעלות את המודעות בקרב הציבור הרחב, ומקלה על היכולת של אנשים לזהות תסמינים אצלם או אצל אחרים. כל אלו יכולים להוביל להתערבות טיפולית מוקדמת, שעשויה למנוע מצב כרוני, למתן סימפטומים ולגרום לירידה בסיטיגמה.
 5. מדיניות ומימון - ממשלות, מוסדות וארגונים משתמשים בהגדרות כדי לקבל החלטות מדיניות ולהקצות משאבים. הגדרה ברורה מבטיחה שהמשאבים, כספיים ואחרים, מופנים ביעילות לצרכיהם של אנשים הסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית.
 6. השלכות משפטיות - במסגרות משפטיות, מתביעות נכות ועד תיקים פליליים, להגדרה של PTSD יכולות להיות השלכות משמעותיות. הגדרה ברורה ומקובלת בכל העולם, מבטיחה שוויון בהכרה, הוגנות ובהירות במסגרות אלו.
 7. התפתחות בהבנת ההפרעה - PTSD, כמו הפרעות רבות, אינה סטטית בהגדרתה. ככל שאנו לומדים יותר על המאפיינים, המנגנונים הבסיסיים ועוד, ניתן לשנות את ההגדרה כדי לשקף טוב יותר את ההבנה שלנו ולהתאימה למציאות החברתית המשתנה, מה שיאפשר טיפול יעיל יותר באילו הסובלים מההפרעה.
 8. הפחתת סיטיגמה - הבנה ברורה של PTSD יכולה לעזור להילחם בתפיסות מוטעות ודעות קדומות. הבנה ברורה של מהי הפרעה פוסט-טראומטית ומה היא אינה בקרב הציבור הרחב ואנשי טיפול יכולה להפחית את הסיטיגמה הקשורה להפרעה. לסיכום, הגדרה מדויקת של PTSD חיונית לא רק עבור הסובלים מההפרעה אלא גם עבור הקהילה הרחבה יותר, שכן היא נוגעת במגוון רחב של תחומים, החל מהפרקטיקה הרפואית ועד למדיניות ציבורית. ככל שההבנה שלנו תהיה מדויקת ושלמה יותר, נוכל לתמוך טוב יותר באלו הנזקקים.



סקירה היסטורית קצרה של התפתחות מושג תסמונת הדחק הפוסט-טראומטית

הגדרה והבנה מדויקת של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) חיונית מכמה סיבות:

1. ספרות עתיקה עד המאה ה-19

- אירועי חיים טראומטיים והשפעותיהם השליליות תועדו מאז ימי קדם. מחברים בולטים כמו הומרוס, שייקספיר, טולסטוי, ודיקנס התייחסו לטראומה ביצירותיהם.
- עד אמצע המאה ה-19, נתונים ממלחמת האזרחים בארה"ב הצביעו על שיעורים גבוהים של חשיפה טראומטית המובילה לתחלואה פיזית ופסיכולוגית כאחד. (Pizarro et al, 2006)

2. תחילת המאה ה-20

- הופיעו מודלים שונים כדי לתאר תסמינים הקשורים לטראומה, כולל מודלים סומטיים כמו "לב חייל", "תסמונת מאמץ", "הלם פגז" ו-"אסתניה נזירה-מחזורית" ומודלים פסיכולוגיים כמו "נוסטליה", "צייפות קרב" ו-"נזירה טראומטית".
- DSM-I (American Psychiatric, 1952) הציג את "תגובת הדחק הגסה" כהפרעה חולפת בעקבות גורמי לחץ משמעותיים. עם זאת, קטגוריה זו הושמטה ב- DSM-II (American Psychiatric, 1968) אשר יצא בשנת 1968.

3. סוף המאה ה-20

- מלחמת וייטנאם מילאה תפקיד מכריע בעיצוב מחדש של ההבנה של טראומה. פסיכיאטרים צבאיים, ששמו לב לתוצאות הפסיכולוגיות של המלחמה, הביעו את הצורך בקיומה של אבחנה רלבנטית (Bloom, 2000; Figley, 1986; Friedman, 1981).
- תנועת זכויות הנשים של שנות ה-70 הפנתה את תשומת הלב לטראומה הנובעת מאלימות בין אישית, במיוחד תקיפה מינית ופיזית של נשים. בעידן זה התרחשו שינויים משפטיים וחברתיים משמעותיים, כולל הקמת חוקי מגן אונס, הכרה באונס בנישואין ודיווח חובה על התעללות בילדים (Burgess & Holmstrom, 1973; Burgess & Holstrom, 1974).
- PTSD הוצג ב-DSM-III (American Psychiatric, 1980) תוך שימת דגש על החשיבות האטיולוגית של חשיפה טראומטית. הכללה זו סימנה שינוי פרדיגמה בבריאות הנפש.
- DSM-III-R (American Psychiatric, 1987) חידד את הקריטריונים ל-PTSD, והציג שישה קריטריונים המסומנים A-E: גורם הלחץ, חוויה חוזרת של סימפטומים, תסמיני הימנעות/הרדמה, תסמיני עוררות, קריטריון משך של חודש אחד ומצוקה משמעותית או פגיעה תפקודית.

4. המאה ה-21

- המחקר על PTSD התרחב, תוך בחינת השפעתו ברמות שונות. החלו גם חקירות של אינטראקציות בין גנים לסביבה וביטויים אפיגנטיים בתוך פרדיגמת ה-PTSD.
- ההבנה של PTSD שוכללה עוד יותר במהדורות הבאות של ה-DSM. ה-DSM-5 (American Psychiatric, 2013) שפורסם ב-2013, המשיך לאמת את מבנה ה-PTSD, תוך שימת דגש על המהימנות, התקפות והערך היוריסטי שלו כאבחנה.
- 5. השינויים העיקריים במהדורה העדכנית של ה-DSM
 - ההפרעה אינה מוגדרת יותר כהפרעת חרדה אלא נמצאת בקטגוריה חדשה "Trauma and stressor related disorders" יחד עם הפרעת דחק חריפה (Acute stress disorder), הפרעת הסתגלות והפרעות נוספות.
 - הקונסטרוקט של PTSD הורחב כך שהוא מכיל ביטויים קליניים נוספים פרט להסתמנות מבוססת הפחד. ההגדרה החדשה כוללת פנוטיפים אנהדוניים/דיספורים, דיסוציאטיבים ומחצינים.
 - DSM-5 מחלק את הסימפטומים של ההפרעה לארבע קטגוריות במקום שלוש הקטגוריות שהיו קיימות ב-DSM-IV: חוויה מחדש, הימנעות, תפיסות שליליות ועוררות יתר.



- קריטריון A2 של DSM-IV, כלומר הדרישה להגיב לאירוע הטראומטי ב"פחד, חוסר אונים או אימה" בוטל, לאור התפתחות ההבנה שרגשות חזקים אחרים, כמו בושה וזעם, יכולים גם הם לתרום להתפתחות של PTSD.
- 17 הסימפטומים שהופיעו ב- DSM-IV נותרו על כנם אבל נוספו להם שלושה סימפטומים חדשים.
- שני תת-סוגים חדשים הוספו: תת-סוג דיסוציאטיבי לאנשים החווים תסמינים של דה-ריאליזציה או דה-פרסונליזציה וכן תת-סוג לילדים מתחת לגיל 6.

מיפוי המתחים והדילמות הנוגעים להגדרה

הוויכוח בנוגע להגדרה של תסמונת דחק פוסט-טראומטית הוא ארוך שנים וחווה עליות ומורדות. נתייחס בחלק זה לדילמות ולמתחים המאפיינים את הדיון בנושא:

1. אנשים תמיד חוו ויחוו תגובות רגשיות משמעותיות כלפי אירועי דחק, הכנסת תגובות אלו תחת המטריה של אבחנה פסיכיאטרית קלינית גורמת לפתולוגיזציה מיותרת של תגובות נורמטיביות. דעתנו בנושא זה היא כי ישנן אוכלוסיות אשר יתמודדו בצורה מוצלחת יותר עם אירועי דחק ולעומתן ישנם אנשים שהחשיפה מביאה לידי ביטוי סימפטומים בעלי משמעות קלינית עם נכות משמעותית.

המחקר בנושא זה מראה כי אנשים הממלאים קריטריונים לאבחנה של PTSD שונים מאנשים שנחשפו לאירוע דחק ולא פיתחו תסמינים אלו מבחינת חומרת התסמינים, הכרונות, הליקוי התפקודי, תחלואה נלוות והתנהגות אובדנית. מטרת האבחנה היא לאפשר קבלת החלטות רפואית וטיפולית ולא רק לתייג.

2. הטענה כי האבחנה היא קונסטרוקט תרבותי אירופאי-אמריקאי - אין ספק כי האבחנה והתפתחותה לאורך ההיסטוריה טבועה בקונטקסט התרבותי. יחד עם זאת ישנן עדויות ברורות לכך שההסתמנות נוכחת בכל העולם (בשכיחויות שונות), במדינות בעלות הכנסה גבוהה ונמוכה כאחד (Bromet et al., 2017; Kessler et al., 2017).

3. האבחנה משרתת בעיקרה מטרה משפטית ולא קלינית-טיפולית. לאבחנה אכן יש משקל משפטי משמעותי בישראל כבכל העולם. חלק מהסיבה למרכזיותה של האבחנה בתביעות להכרה בנכות ובתביעות משפטיות שונות, נובעת מהתפיסה שהאירוע הטראומטי קשור באופן סיבתי לביטוי הסימפטומטי ולפגיעה התפקודית בהפרעה. חשוב לציין כי למרות שחשיפה לסטרסור הינה מרכיב הכרחי באבחנה הרי שהיא אינה מרכיב מספק וישנה מורכבות אטיולוגית רבה בהתפתחות ההפרעה. יחד עם זאת לא ניתן להתעלם מהעובדה שקריטריון החשיפה מהווה גורם משפטי מרכזי בכלל התביעות שעניינן מתן ההכרה וזו בשל העובדה שהחשיפה הטראומטית יוצרת מעין אחריות לתוצרים הפסיכיאטרים שנגרמו כתוצאה מהחשיפה. אנו דוחים את הטענה כי מדובר באבחנה שכל מטרתה לקבל פיצויים - לאבחנה יש חשיבות ויעילות המוכחות קלינית והעובדה שיש כאלו שישתמשו באבחנה זו לרעה, אינה מורידה מעילותה הקלינית וממחויבותנו לעזור לאוכלוסייה ייחודית זו. צוותים קליניים ערים למורכבות של מתן אבחנה לצורך הכרה בזכאות שכלולים להשפיע על המוטיבציה לשיפור בעקבות טיפול, ואין בכך כדי לבטל את חשיבותו ויעילותו של הטיפול.

4. זיכרונות טראומטיים אינם מהימנים - לטענה זו היסטוריה ארוכה ואכן יש תנודתיות בהתנהגותם של הזיכרונות הטראומטיים. יחד עם זאת מרבית הספרות תומכת כיום כי זיכרונות טראומטיים מדויקים עשויים להיעלם ולהופיע בשנית, אך יש גם עדויות כי חלק מהזיכרונות המאוחרים אינם מהימנים. התקפות של כל זיכרון טראומטי צריכה להיבחן בכל מקרה לגופו (Roth & Friedman, 1998).



5. דיווחים מילוליים אינם מהימנים - אחת הבעיות המרכזיות של הפסיכיאטריה המודרנית היא חוסר היכולת שלה להישען על אינדיקטורים פתופיזיולוגיים או ביומרקרים ולא להישען רק על דיווחי מטופלים. מהבחינה הזו אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית אינה שונה מכל הפרעה פסיכיאטרית אחרת. למרות ההתקדמות הרבה במחקר בנושא זה יש לציין את העובדה שאין כיום תבחין חד משמעי שמאפשר אבחנה פרט לדיווח המטופלים. דיווחים אלו והצורה בה הם נמסרים מפי המטופלים מושפעים ממודעות עצמית, נורמות חברתיות, סטיגמה ועוד. בניגוד לדעה הרווחת בביקורת לגבי היות האבחנה קונסטרוקט פסיכו-סוציאלי, אנו מאמינים אחרת. אנו רואים בתסמונת הפרעה משמעותית במערכת העצבים המרכזית שבאה לידי ביטוי ברגישות מוגברת לאיומים, זיהוי איומים, ויסות רגשי ועיבוד תמריצים, אשר הופעלה או הוחמרה בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי והיא קיימת זמן רב טרם הפניה לעזרה. (Lubianiker et al., 2019; Marmar et al., 2015).

6. ההגדרה של אירוע טראומטי היא שרירותית (Brewin et al., 2009) - במהותה, ההגדרה של אירוע טראומטי היא מורכבת ורבת פנים. בעוד שאירועים מסוימים מוכרים באופן אוניברסלי כטראומטיים, חוויות ותגובות אינדיבידואליות ממלאות תפקיד מכריע בקביעת מה טראומטי עבור אדם ספציפי זה או אחר. האתגר טמון בחידוד הקריטריונים האבחוניים כדי לתפוש את מהות הטראומה תוך התחשבות בתגובות אינדיבידואליות.

א. לא כל אירוע משנה חיים נחשב לטראומטי על פי קריטריון A של ה-DSM. אירועים כמו דחיה רומנטית, השפלה פומבית, כישלון כלכלי או אקדמי עלולים לגרום למצוקה משמעותית. חוויות כאלו עלולות להוביל לקיומם של תסמינים הדומים ל-PTSD למרות שהם אינם ממלאים את קריטריון A (Boals & Schuettler, 2008; Mol et al., 2005).

ב. ניתן להתבונן על טראומה מנקודת המבט של האירוע (תכונותיו המובנות) או מנקודת המבט של הפרט (תגובתו הייחודית לאירוע).

ג. DSM-5 מגדיר אירוע טראומטי ככזה הכולל "מוות ממשי או איום במוות, פציעה חמורה או פגיעה מינית". יחד עם זאת הקו שמפריד בין אירועים טראומטיים שעומדים בקריטריון A לעומת אירועים שליליים משמעותיים שלא ממלאים קריטריון זה אינו מובהק בשל הבדלים אינדיבידואליים בחוסן, חוויות עבר, גורמי תמך וגורמים נוספים. נעשה ניסיון ב-DSM-IV להוסיף מרכיב סובייקטיבי חוויתי (קריטריון A2) להגדרה של טראומה. רכיב זה לא נמצא יעיל (Friedman et al., 2010) והוא חוסר במהדורה הנוכחית של ה-DSM. ההבחנה הנוכחית בנוגע להבדל בין אירוע טראומטי לכזה שאינו נתפשת כפתרון זמני.

ד. התגובה האנושית לאירועי דחק מאופיינת במרכיבים קוגניטיביים, רגשיים וביולוגיים. יש חשיבות רבה ליכולת שלנו לזהות אילו מרכיבים מצביעים על כשל בהתמודדות עם אירוע דחק. ניתן להגדיר אירוע טראומטי ככזה שמאתגר את מנגנוני ההתמודדות הרגילים.

האתגר הקליני הוא לשמור על שלמות אבחנת ה-PTSD תוך שילוב תגובות ייחודיות בתהליך האבחון. יתכן שבעתיד ניתן יהיה לכלול שימוש בטסטים פסיכולוגיים או סמנים ביולוגיים כדי להצביע על קיומן של תגובות דחק משמעותיות. המטרה הסופית היא לזהות מתי אדם חווה אירוע כטראומטי, תוך הבנה שתפיסות אישיות של טראומה יכולות להפגין שונות רבה.



המלצות הוועדה

1. אישור מחדש של אבחנת הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית - יש להתייחס להגדרה המקובלת של ההפרעה ב-DSM. הגדרה זו נתמכת בספרות נרחבת לגבי האופי השונה של האוכלוסייה ויכולתה להנות ממגוון רחב של טיפולים. ההגדרה גם מאפשרת לתווך את המורכבות שבהפרעה ואת היכולת לטפל בה ובכך עוזרת להפחית את הסטיגמה.¹
2. למרות ההמלצה הראשונה ולמרות תמיכתנו הבלתי מסויגת בשימוש בקונסטרוקט הזה, יש חשיבות גם לשימוש בטרמינולוגיה המדגישה אפשרות של החלמה והתמודדות בעקבות אירוע טראומתי, כגון "פציעה" או "תאונה". אספקט זה נכון גם לאנשים שאינם סובלים מהפרעה מלאה אך מתמודדים עם ההשפעות המגוונות של חשיפה לדחק.
3. יש לעודד חשיבה רגישת תרבות ביחס לטראומה - יש לשלב נקודות מבט רב תרבותיות המדגישות את השונות בחוויה ובביטוי בין קבוצות אוכלוסייה שונות, קבוצות גיל שונות ומגדרים שונים. הביטויים יכולים להיות מגוונים ויש לתת ביטוי לגיוון הקליני של ההסתמנויות השונות.
4. איזון בהגדרה - כפי שסקרנו לאורכו של המסמך, ההגדרה מורכבת ומחייבת התייחסות מורכבת - יש לאזן בין המרכיבים החיצוניים כגון אופי הטראומה, עוצמתה ומשכה, לבין הגורמים האישיים המעידים על פגיעות אינדיבידואלית. נטייה מוגזמת לכל קצה עשויה לגרום לחוויה של זרות וסטיגמטיזציה של חלקים מהאוכלוסייה המושפעת.
5. אנו ממליצים לפתח ולקיים קמפיין מתמשך להעלאת מודעות וחינוך להפרעות - על כל הניואנסים השונים ולאפשר התייחסות עניינית ובונה למחלוקות שממשיכות להדהד בשיח הציבורי על ההפרעה. כמו כן יש לשאוף לשנות את השיח הציבורי ממחלה חשוכת מרפא להפרעה שניתן לטפל בה ביעילות.
6. אנו ממליצים לבנות תוכנית חינוכית ייעודית לנושא זה לאוכלוסיות שונות - מטפלים ומטפלות, רופאים ורופאות, צוותי שיקום, שוטרים ושוטרות ומגיבים ראשוניים, לוחמים ולוחמות ואוכלוסיות נוספות הנמצאות בסיכון גבוה. על מנת לאפשר מניעה, איתור מוקדם והתערבות מתאימה בשלבים מוקדמים ככל הניתן.

¹ בוועדה הייתה התלבטות שלא הוכרעה, האם על מנת למתן סטיגמות ולעודד שיקום והחלמה, נכון להשתמש בביטוי "פציעת טראומה", חלף המונח המקובל "הפרעה פוסט טראומטית" הנתפס כמשוה כרוני המתקשר בתודעה הציבורית הרווחת, כמחלת נפש. בחרנו לציין התלבטות זו בהערת שוליים ולא בטקסט המרכזי כיוון שהספרות ומומחי התוכן תומכים ברובם המכריע בשימוש במונח "הפרעה פוסט טראומטית". יתכן ונכון לקיים דיון המשכי בנושא זה במליאה של המועצה הלאומית.



ביבליוגרפיה

American Psychiatric, A. (1952). Diagnostic and statistical manual : Mental disorders (1 ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric, A. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.) (2 ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric, A. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.) (3 ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric, A. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.) (3 ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric, A. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (5 ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bloom, S. L. (2000). Our Hearts and Our Hopes Are Turned to Peace. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane (Eds.), *International Handbook of Human Response to Trauma* (pp. 27-50). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4177-6_3

Boals, A., & Schuettler, D. (2008). PTSD symptoms in response to traumatic and non-traumatic events: the role of respondent perception and A2 criterion. *Journal of anxiety disorders*, 23(4), 458-462.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.09.003>

Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress*, 22(5), 366-373.
<https://doi.org/10.1002/jts.20443>

Bromet, E. J., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, A. J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gluzman, S., Haro, J. M., de Jonge, P., Karam, E. G., Lee, S., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., . . . Kessler, R. C. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 47(2), 227-241.
<https://doi.org/10.1017/s0033291716002026>

Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1973). The rape victim in the emergency ward. *Am J Nurs*, 73(10), 1740-1745.
Burgess, A. W., & Holstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American journal of Psychiatry*, 131.



Figley, C. R. (1986). Trauma and its wake. In Traumatic stress theory, research, and integration. Brunner/Mazel.
Friedman, M. J. (1984). Post-Vietnam syndrome: recognition and management. *Psychosomatics*, 22(11), 931-943.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(81\)73455-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(81)73455-8)

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2010). Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(9), 750-769.
<https://doi.org/10.1002/da.20767>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., & Cardoso, G. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health surveys. *Eur J Psychotraumatol*, 8.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Lubianiker, N., Goldway, N., Fruchtmann-Steinbok, T., Paret, C., Keynan, J. N., Singer, N., Cohen, A., Kadosh, K. C., Linden, D. E. J., & Hendler, T. (2019). Process-based framework for precise neuromodulation. *Nat Hum Behav*, 3(5), 436-445.
<https://doi.org/10.1038/s41562-019-0573-y>

Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C. L., Horesh, D., Karstoft, K. I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72(9), 875-881.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>

Mol, S., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G.-J., Montfort, P. A. P. V.-V., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry*, 186(6), 494-499.
<https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.494>

Pizarro, J., Silver, R. C., & Prause, J. (2006). Physical and mental health costs of traumatic war experiences among Civil War veterans. *Arch Gen Psychiatry*, 63(2), 193-200.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.193>

Roth, S., & Friedman, M. J. (1998). Childhood Trauma Remembered: A Report on the Current Scientific Knowledge Base and Its Applications. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(1), 83-109.
https://doi.org/10.1300/j070v07n01_07





משרד הבריאות

מניעה ראשונית



יו"ר: ד"ר קרן גינת



מניעה ראשונית

מניעה ראשונית מוגדרת כצעדים מקדימים שניתן לנקוט עוד טרם התרחש אירוע טראומטי.

חברי הוועדה

ד"ר קרן גינת מנהלת המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזור - יו"ר הוועדה
 פרופ' אבי בלייך, פרופ' לפסיכיאטריה, אוני' תל אביב ונט"ל
 ד"ר שירי דניאלס, מנהלת מקצועית ארצית, עמותת ער"ן
 ד"ר מיכל חפץ, מנהלת שירות לדיור בקהילה, מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי
 מר גבי פרץ, פסיכולוג ארצי, משרד הבריאות
 מר דוד קורן, מנכ"ל עמותת ער"ן
 ד"ר תמר לוי, מנהלת מחקר ופיתוח, בנט"ל
 הילה שבורן, עו"ס, סמנכ"לית ומנהלת תחום חוסן וקהילה, בנט"ל
 שרון טמיר, מזכיר הוועדה

הנחות עבודה להבנת חוסן וקידומו

חוסן מבטא התמודדות מוצלחת עם שינויים, ובהם גם מצבי משבר וחירום עם דחק טראומטי.
 ישנם שני אופני התייחסות עיקריים:
 - אפיון 'שלילי' בראי הטראומה - היעדר/מיעוט תסמיני מצוקה פוסט-טראומטית.
 - אפיון 'חיובי' - שמירה וקידום של בריאות נפשית/ יכולת הסתגלות טובה בעקבות מצבי דחק וטראומה.
 לחוסן יש מרכיב אינהרנטי, ועם זאת הינו משתנה נרכש/נלמד שניתן לפתח ולחזק אותו באמצעות למידה ותרגול.
 את בניית החוסן ראוי למקם במרחב הפראקטיבי בשונה מהמענה הטיפולי.

מה עשינו

 הצגת תפיסת החוסן של נט"ל (אבי בלייך)	 מצגת ראש ענף, כושר נפשי, צה"ל (סא"ל יואב לוינשטיין)	 מפגשי היכרות וסבב מקצועי
 מפגש הצגת פערים בסימון כיוון עתידי	 סקירת ספרות ושיתוף מצגות ומאגרי מידע	 הצגת תפיסת החוסן של משרד החינוך(גבי פרץ)



כמה זה עולה לנו?

The Economic Burden of Posttraumatic Stress Disorder in the United States From a Societal Perspective
Lori L. Davis, MDa,b,*; Jeff Schein, DrPH, MPHc; Martin Cloutier, MScd; Patrick Gagnon-Sanschagrin, MScd; Jessica Maitland, MScPHd; Annette Urganus, MPHe; Annie Guerin, MScd; Patrick Lefebvre, MAd; and Christy R. Houle, PhD, MPHe

Published: April 25, 2022

J Clin Psychiatry 2022;83(3):21m14116

\$232.2 billion per year

מיקוד בעיה במניעה ראשונית

במיקוד במניעה ישנו ערך טיפולי וכלכלי כאחד.

- מדיניות ממשלתית
- מיקוד אוכלוסיות בסיכון

ניתן להתמקד בבעיה באופנים שונים

1. מניעת אירועים טראומטיים:

צמצום האפשרויות לתאונות, מלחמות, עבירות ופגיעות באחר.

2. מצעור עוצמת אירוע:

על ידי אמצעים פיזיים או חינוכיים.

צמצום נשקים בחברה הוכחה כיעילה בהפחתה של אלימות, רצח והתאבדויות.

3. צמצום חשיפה לאירוע:

- חדשות
- מדיה חברתית
- סמים/אלכוהול
- טיפול נפשי מקדים לבעיות

4. מיקוד אוכלוסיות בסיכון:

פרט או אוכלוסייה. התייחסות לפי סבירויות והתאמת חליפה אישית.



בתוך כל התייחסות לאורך כרונולוגיית המניעה ישנם היבטים דומים להתייחס אליהם.

1. הגורם האנושי

- שימור
- הכנה
- העצמה
- ליווי
- משמעות - נרטיב משמעותי משותף אישי/חברתי
- גמישות ויצירתיות במרכיבי החוסן

2. מוכנות

- לפרט
- הכנה מנטאלית
- תרגול
- הטמעה

3. מנהיגות

- אמון
- בטחון
- נרטיב מאחד
- חזון
- תקווה



4. מחברות

- שייכות
- לכידות
- מחויבות
- סולידריות
- תובנות וכיווני המשך

5. לאומית

- בניית מאגר ממשלתי
- מיגור סמים
- הגברת טיפול נפשי
- צמצום חשיפה : תקשורת ורשתות חברתיות
- צמצום נשק

חתך נוסף של התייחסויות שונות נובעות מהיקף קהל היעד מהאדם הבודד ועד לקהל רחב.

1. ארגונית

- חיבור ידע
- מיקוד אוכלוסיות
- ניהול על ידי רשויות
- התאמה אישית לארגון
- BUDDY SYSTEM

2. פרטנית

- זיהוי חוזקות
- ידע
- טיפול מקדים
- חיבור למשמעות והנהגה
- חיבור חברתי

To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers

by Ghazi I. Al Jowf^{1,2,3,*}, Ziyad T. Ahmed⁴, Rick A. Reijnders^{1,3},
Laurence de Nijs^{1,3} and Lars M. T. Eijssen^{1,3,5,*}

¹ Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience (MHeNs), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University Medical Centre, 6200 MD Maastricht, The Netherlands

² Department of Public Health, College of Applied Medical Sciences, King Faisal University, Al-Ahsa 31982, Saudi Arabia

³ European Graduate School of Neuroscience, Maastricht University, 6200 MD Maastricht, The Netherlands

⁴ College of Medicine, Sulaiman Al Rajhi University, Al-Bukairyah 52726, Saudi Arabia

⁵ Department of Bioinformatics—BiGCaT, School of Nutrition and Translational Research in Metabolism (NUTRIM), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, 6200 MD Maastricht, The Netherlands

* Authors to whom correspondence should be addressed.

מרכיבי החוסן







משרד הבריאות



שעות הזהב



יו"ר: פרופ' יוסף זהר



שעות הזהב

תקציר מנהלים

מספר האנשים שידדקו לעזרה עשוי להיות גבוה ובהתאם ההמלצות מתמקדות על top-down approach:

1. פגישה עם ועדת העורכים על מנת להעביר ולהסביר את חשיבות הגישה הנכונה של המדיה בעידוד תגובה מותאמת (למדיה, בעיקר בשעות הראשונות לאחר האירוע, יש פוטנציאל לשנות, לשני הכיוונים, את ההתפתחות והמהלך של הפרעת דחק פוסט טראומטית).
2. פיתוח אפליקציה מבוססת מקום שתיתן הדרכה ותהווה פוטנציאל לזיהוי "טביעת אצבעות" של פיתוח תסמיני הפרעת דחק פוסט טראומטית. אפליקציה כזאת תוכל לכוון את המאמצים הטיפוליים לאותה תת קבוצה (כ-10%) שעלולה לפתח הפרעת דחק פוסט טראומטית.
3. עדכון הנושא הפרמקולוגי על ידי הפצה והנגשה של ההמלצה למניעת שימוש ב-GABA Enhancers (בנזודיאזפינים) בשעות הראשונות וביום הראשון לאחר האירוע הטרומטי (כולל הימנעות מתרופות שינה).
4. ביצוע מחקר הכולל בדיקה כמותית של ההתערבויות השונות על מנת לבחון את תקפות ההמלצות.
5. הפקת לקחים מהמלחמה באוקראינה על ידי שיתוף פעולה יזום, מובנה, עם מסגרת סיסטמית ללימוד מתמשך של הלקחים ומעקב אחר מערכת הבריאות באוקראינה לאורך זמן.

רקע כללי

"שעות הזהב" זהו מונח ידוע ברפואה המדגיש את החשיבות הקלינית של טיפול מדויק בשעות הראשונות שלאחר האירוע הרפואי, לדוגמה: טיפול באירוע שבץ מוחי בשעתיים וחצי הראשונות לאחר האירוע יכול לשנות מקצה לקצה את הפרוגנוזה של המטופל. הדבר הנכון גם באירוע לבבי.

בחלק ניכר מן המקרים של פיתוח הפרעת דחק פוסט טראומטית, אבל לא בכולם, ניתן לזהות בדיוק את זמן האירוע הטרומטי ולכן מושג "שעות הזהב" יכול להתאים גם בהקשר זה. הדיונים של הוועדה התמקדו במה שנכון ומה שלא נכון לעשות בשעות הראשונות וביום הראשון לאחר חשיפה לאירוע טראומטי.

הוועדה והרכבה

הרכב הוועדה

- פרופ' יוסף זוהר - יו"ר הוועדה
- פרופ' אריק שלו
- פרופ' זהבה סולומון
- ד"ר יעל שובל צוקרמן
- פרופ' מולי להד
- ד"ר משה איסרלס
- פרופ' שרה פרידמן
- גב' סתיו כהן - מתאמת הוועדה

יועצי הוועדה:

- נציגים ממערך ברה"ן של הצבא, אביתר אייזן ונועה רופא
- נציגת פיקוד העורף, איה דולב
- נציגת משרד הבריאות, בלה בן גרשון
- מפתח מודל מעש"ה, ד"ר משה פרחי

הוועדה התכנסה 10 פעמים, החל מינואר 2022.



הוועדה התמקדה בחמישה נושאים

1. ועדת העורכים - חשיבות הגישה הנכונה של המדיה לאירוע טראומטי
2. אפליקציה
3. עדכון ותמצות חומרים קיימים
4. מחקר
5. לקחים מאוקראינה ומטורקיה

1. ועדת העורכים - פנייה לוועדת העורכים. נושא של רה-טראומטיזציה על ידי אמצעי התקשורת, ובמקום שידור חומרים מתאימים (בדומה למה שנעשה לגבי אובדנות)

א. הימנעות מהצגה מעגלית-חוזרת לאירוע הטראומטי ובמקומו מתן מידע מהימן ומידי לציבור (על מנת להקטין את השפעת המידע הלא מדויק שניתן במדיה החברתית).

ב. שימוש בכלים קיימים כמו סרטון מעש"ה (לאחר עדכון וריענון שלו) היא דוגמה מצוינת למה שחשוב שיעשה מבחינת המדיה, כלומר להציג כלים פשוטים ומעשיים, באמצעותם אדם שנחשף לאירוע טראומטי יכול לקבל הדרכה "בגובה העיניים" עם יישום מעשי ומידי.

דוגמה נוספת לסרטון כזה הוא סרטון שהופק לאחרונה בנוגע לרעידות אדמה.

ג. שילוב מומחה בנושא טיפול ראשוני בטראומה בפאנלים הרלוונטיים בטלוויזיה (בדומה לשילוב פיקוד העורף בפאנלים אלו).

ד. סרטונים של מומחים לפוסט טראומה (לדוגמה: מנהלי מרכזי חוסן רלוונטיים) שיופצו במדיה וברשתות החברתיות (עם אפשרות להנגשה ממוקדת) עם הדרכה ועצות איך להגיב לאירוע טראומטי.

מסקנה אופרטיבית -

פגישה עם ועדת העורכים על מנת להעביר ולהסביר את חשיבות הגישה הנכונה של המדיה בעידוד תגובה מותאמת.

2. אפליקציה

פיתוח אפליקציה, כמו שפותחה ביחס לרעידות אדמה, בה יומלץ מה לעשות (כל זה במסגרת התערבות שמניחה שהכיוון צריך להיות bottom up approach כחלק מהבנה שיש לשאוף לפתרונות מערכתיים כי התערבות אישית אינה מעשית).

מטרות ואפיון האפליקציה:

- א. אפליקציה מבוססת מיקום
- ב. מתן הדרכה (ראה סעיף 1-ב, 1-ד בסעיף ועדת העורכים).
- ג. תהווה פוטנציאל לזיהוי האם מופיעה "טביעת אצבעות" דיגיטלית של פיתוח תסמיני הפרעת דחק פוסט טראומטית בימים הראשונים לאחר האירוע. בהתאם, אפליקציה כזו תאפשר לכוון את המאמצים הטיפוליים לאותה תת קבוצה (כ-10%) שעלולה לפתח הפרעת דחק פוסט טראומטית.

מסקנה אופרטיבית -

פיתוח אפליקציה מבוססת מקום שתיתן הדרכה ותהווה פוטנציאל לזיהוי "טביעת אצבעות" של פיתוח תסמיני הפרעת דחק פוסט טראומטית.



3. עדכון הנושא הפרמקולוגי

מסקנה אופרטיבית -

הפצה והנגשה של ההמלצה למניעת שימוש ב GABA Enhancers (בנזודיאזפינים) בשעות הראשונות וביום הראשון לאחר האירוע הטראומטי (כולל הימנעות מתרופות שינה).

4. מחקר

החשיבות של בחינה כמותית של ההתערבויות השונות על מנת לבחון את יעילותן (או היעדר היעילות) מובנת מאליה וצריכה להיות חלק אינטגרלי לגבי כל אחת מההמלצות.

מסקנה אופרטיבית -

ביצוע מחקר כמותי הבוחן את ההתערבויות השונות על מנת לבדוק את תקפות ההמלצות

5. לקחים מאוקראינה ומרעידת האדמה בטורקיה

החשיבות של למידת לקחים ממלחמה שמתרחשת כעת באירופה, כוללת אוכלוסייה אזרחית ו"מילואים" ופגיעות, הן בחזית והן בעורף, מובנית מאליה.

מסקנה אופרטיבית -

שיתוף פעולה יזום, מובנה, עם מסגרת סיסטמית ללימוד מתמשך של הלקחים ומעקב אחר מערכת הבריאות באוקראינה לאורך זמן.



מובאות

אגף לבריאות הנפש (30 במאי, 2023 [עדכון אחרון]). התמודדות עם חרדה: תמיכה טלפונית לסיוע נפשי וכלים יישומיים. משרד הבריאות.

<https://www.gov.il/he/departments/guides/containing-anxiety>

Carmi L, Fostick L, Burshtein S, Cwikel-Hamzany S, Zohar J. PTSD treatment in light of DSM-5 and the "golden hours" concept. CNS spectrums. 2016 Aug;21(4):279-82.

Carmi L, Zohar J, Weissman T, Juven-Wetzler A, Bierer L, Yehuda R, Cohen H. Hydrocortisone in the emergency department: a prospective, double-blind, randomized, controlled posttraumatic stress disorder study. Hydrocortisone during golden hours. CNS spectrums. 2022 Jun 9:1-7.

Frankova I, Klymchuck V, Nickerson A, Sijbrandij M, Amstadter AB. A summary of the 38th Annual International Society for Traumatic Stress Studies Presidential Panel: How the traumatic stress community can assist individuals affected by the war in Ukraine. Journal of Traumatic Stress. 2023 Jun 20.

Frankova I, Vermetten E, Shalev AY, Sijbrandij M, Holmes EA, Ursano R, Schmidt U, Zohar J. Digital psychological first aid for Ukraine. The Lancet Psychiatry. 2022 Jul 1;9(7):e33.

Frijling J, Olff M, van Zuiden M. Pharmacological prevention of PTSD: current evidence for clinical practice. Psychiatric Annals. 2019 Jul 1;49(7):307-13.

Vermetten E, Frankova I, Carmi L, Chaban O, Zohar J. Risk management of terrorism induced stress: guidelines for the golden hours (who, what and when). IOS Press; 2020 Feb 21.

Vermetten E, Zohar J, Krugers HJ. Pharmacotherapy in the aftermath of trauma; opportunities in the 'golden hours'. Current psychiatry reports. 2014 Jul;16:1-9.





משרד הבריאות

טיפולים חדשניים



יו"ר: פרופ' מולי להד



טיפול חדשניים

שמות חברי הוועדה

יו"ר פרופ' מולי להד - יו"ר הוועדה

חברים

ד"ר שי גור

ד"ר דני ברום

ד"ר שרון פלגי

ד"ר שירי דניאלס

ד"ר איתן נחשוני

מר מיקי דורון

גב' בלה בן גרשון

מרכזת הוועדה גב' לי רודד

מטרת הטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית אקוטית: הגעה לרמיסיה ומניעת הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית. מטרת הטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית: הגעה לרמיסיה או שיפור תפקודי וסימפטומטי משמעותי. הטיפול הפסיכולוגי המועדף יהיה טיפול ממוקד טראומה קצר מועד (עד שנה) המבוסס על אחת השיטות המפורטות לעיל ברמה אחת שקיימות עדויות אמפיריות לייעילותן.

משך ומינון

מינון טיפול ממוקד טראומה קצר מועד: לא יותר מ- 40 פגישות לסוג הטיפול שאושר. טיפולים לפי גישות של PE מצריכים לקיים חלק מהפגישות הטיפוליות בפורמט של פגישה כפולה (של שעה וחצי). במקרה של החרפה, ניתן לשקול שינוי של מינון הטיפול.

בתום הטיפול או לאחר חצי שנה מתחילת הטיפול תתקיים הערכה של רמת התסמינים באמצעות הריאיון המובנה 5-CAPS, יעילות והמשך הטיפול ייבחנו בהתאם.

במקרה של החלמה מהסימפטומים תישקל, במידת הצורך, הפנייה לצורך מעקב וניטור בתדירות של 3 פעמים בשנה, שמטרתו לשמר את השיפור הסימפטומטי ולסייע בתרגומו בשיפור תפקודי.

במקרה של תגובה חלקית

1. אם מדובר בניסיון טיפולי ראשון בגישה ממוקדת טראומה קצרת מועד, יש לשקול הפנייה לטיפול בגישה ממוקדת טראומה קצרת מועד אחרת

2. אם מדובר בניסיון טיפולי שני בגישה ממוקדת טראומה קצרת מועד, יופנה המטופל לטיפול ממוקד ברמה הראשונה או השנייה.

ניתן לשקול שינוי המינון במקרים של משבר או בעיות ספציפיות.

במקרה של חוסר תגובה יש לשקול טיפול בחומרים משני תודעה בפיקוח רפואי מלא.

בכל מקרה שמתאים מומלץ על שילוב של טיפולים תומכים כגון טיפול בעזרת בעלי חיים, טיפול באמנויות וכד'.

ראוי לשלב גישה כגון מיינדפולנס ככלי משלים לטיפולים.



במקרה של חוסר שיפור או החרפה

ס אם מדובר בניסיון טיפולי ראשון בגישה ממוקדת טראומה קצרת מועד, יש לשקול הפנייה לטיפול ממוקד טראומה קצר מועד בטכניקה אחרת.

ס אם מדובר בניסיון טיפולי שני בטיפול ממוקד טראומה קצר מועד, תיערך בחינה כוללת נוספת בשילוב טיפול משפחתי או קבוצתי

• במקרה של חוסר תגובה יש לשקול טיפול בחומרים משני תודעה [MDMA או קטמין] בפיקוח רפואי מלא.

ס במידה ולאחר 2-3 ניסיונות ממוקדים לא חל שיפור יש לשוב ולערוך הערכת המצוקה

וההפרעות בתפקוד ובהתאם לשקול טיפול תחזוקתי/ שיקומי, המכיל ארבעה מרכיבים עיקריים:

1. Psycho-Education.

2. הרחבת הסביבה החברתית איתה נמצא במגעיים בתחומי החיים השונים, שילוב חונכים או מתנדבים בחייו (על פי המודל השיקומי אדם/סביבה).

3. יצירת מקורות תמך באמצעות מסגרות תעסוקתיות או שיקומיות כמו מועדון או פעילות התנדבותית (על פי המודל השיקומי אדם/סביבה).

4. מעקב וטיפול פסיכיאטרי.

בכל הטיפולים יש להקפיד על הגדרה מראש של מטרות, מיקוד בהם והערכה תקופתית (בכל

רבעון) של תוצאות הטיפול בהתאם למטרות שהוגדרו.

נקודות לשקול זehירות

במקרים הבאים יש לנקוט זehירות ולשקול את התאמת הטיפול, בהתאם להנחיות הספציפיות של הטיפול:

- הפרעות דיסוציאטיביות ברמה חריפה

- סכיזופרניה

- פסיכוזה פעילה

- Major Depression

- Substance Abuse Disorder

- נטייה חזקה לאלימות כלפי אחרים

- Antisocial Personality Disorder

- נטייה לאובדנות ופגיעה עצמית

במקרים אלה יחל הטיפול רק לאחר חלוף המצב המתואר. לאחר החלמה או הקלה סימפטומטית המטופל יופנה לטיפול ממוקד קצר מועד.

בנוסף, Psycho-education מומלצת בעקביות כמרכיב חשוב ומשמעותי כחלק מטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית עבור כלל המטופלים, וחשוב שתכלול גם את בני המשפחה הנוגעים לעניין. במידה ומתגלים סימפטומים של טראומטיזציה משנית אצל בן/בת הזוג יש לעשות הערכה לאפיון ההפרעה. במידה והאבחון הינו של הפרעת דחק פוסט-טראומטית, ניתן להציע אחת משיטות הטיפול המומלצות לעיל. כמו כן מומלץ לשקול הפניה לטיפול זוגי ממוקד טראומה. אם קיימים סימפטומים אחרים של בן/בת הזוג יש לשקול מענה טיפולי אחר.



סוג המטפל והכשרתו

פסיכיאטרים ופסיכיאטריות, פסיכולוגים ופסיכולוגיות, עובדים ועובדות סוציאליים, קרימינולוגים וקרימינולוגיות ומטפלים ומטפלות מוסמכים ביצירה והבעה עם הכשרה וניסיון ספציפיים בטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית, בהתאם לדרישות המקובלות בכל אחת מן הטכניקות הטיפוליות. קיימת חשיבות גדולה להדרכה והרחבת הידע של המטפל באמצעות קריאה, התנסות והשתתפות בהשתלמויות ספציפיות בנושא הטיפול בהפרעות דחק שלאחר טראומה. חשוב מאוד שהמטפל יהיה במסגרת הדרכתית בדגש על הרגישות לטראומטיזציה משנית או תשישות מחמלה.

כלי הערכה

להערכת תסמיני הפרעת דחק פוסט-טראומטית, יש להשתמש בראיון המובנה (CAPS (Clinician Adminstrated PTSD Scale 5) לפחות בתחילה ובסיום טיפול ו/או לפחות פעם בשנה. לצורך הערכות לתקופות קצרות יותר, ניתן להשתמש בשאלון PCL 5 - כמזכר מומלץ להשתמש בשאלון BECK להערכת דיכאון (Beck Depression Inventory[BDI]).

הערה

מעבודות שנעשו בארה"ב נראה כי לוחמים שעברו אירועים טראומטיים מגיבים פחות ממי שעברו טראומה על רקע אזרחי, לכן מומלץ שילוב של גישות ממוקדות בשילוב עם גישות טיפוליות תומכות כגון טיפול נתמך בבעלי חיים. נתמך פעילות ספורט או פנאי או אמנות וכמוכן שימוש במתודות של תמיכה מרחוק ויעוץ טלפוני. ככלל זו המלצתנו גם למי שאינו משוחרר משירות צבאי ושילוב שכזה יכול להוות תמיכה נוספת בתהליך ההחלמה.

רקע

הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) היא הפרעה נפשית כרונית, לעיתים קרובות מתישה, שעלולה להתפתח לאחר אירוע חיים טראומטי. למרבה המזל, קיימים טיפולים פסיכולוגיים יעילים ל-PTSD. בשנת 2017, מינהל הבריאות וארגון הוותיקים ומחלקת ההגנה (VA/DoD) והאיגוד הפסיכולוגי האמריקאי (APA) פרסמו כל אחד הנחיות טיפול ל-PTSD, שהן אוסף של המלצות למטפלים באנשים עם PTSD. בשתי קבוצות הקווים המנחים המליצו בחום על שימוש בחשיפה ממושכת (PE), טיפול בעיבוד קוגניטיבי (CPT) וטיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד טראומה (CBT) וכן EMDR. לכל אחד מהטיפולים הללו יש בסיס ראיות גדול והוא ממוקד בטראומה, מה שאומר שהם מתייחסים ישירות לזיכרונות של האירוע הטראומטי או למחשבות ורגשות הקשורים לאירוע הטראומטי. אלו שיטות שקבוצת העבודה הנוכחית החליטה לקבל את ההמלצה עליהן ללא עוררין. אולם בשנים האחרונות עלה הצורך למצוא דרכים נוספות העומדות בפני עצמן או משלימות את הטיפול ב-PTSD במתודות וכלים מגוונים.

שוק המומחים והמומחים מטעם עצמם רווי וחשוב היה לוועדה לבחון חידושים תוך בחינתם ברמות:

- רמה ראשונה - שיטות אשר עמדו במבחן הביקורת ונהלו עם קבוצות ביקורת.
- רמה שניה - מחקרים ראשוניים ללא קבוצות ביקורת שנעשו בבקרה סבירה ובכלים מתוקפים.
- רמה שלישית - טיפולים תומכים שבוצעו בתחומם מחקרי שדה בלבד.

הערה: המחקר האמריקאי מצביע על כך שטיפולים ממוקדים ב-PTSD על רקע צבאי אינם יעילים באותה מידה עמו טיפולי PTSD לשאר הרקעים.

ההמלצה העיקרית היא לשלב גישה ממוקדת EBT עם גישות מסייעות [רמה שלוש].



רמה ראשונה - מחקרי תמיכה: מחקרים בעלי קבוצת ביקורת - Evidence based treatment

להלן טבלה המסכמת את הטיפולים המוצעים ברמה הראשונה. טיפולים אלה הם המומלצים ביותר על ידי הוועדה לטיפול ב-PTSD שכן הם נמצאו כמוכחים מחקרית ונעשו בהשוואה לקבוצות ביקורת. פירוט נוסף על כל אחד מהטיפולים נמצא מתחת לטבלה, עבור טיפולים בעלי סימן (*) ישנה הרחבה נוספת הנמצאת בנספחי המסמך.

שם הטיפול	המלצה
נירוחידבק	בשימוש בשנים האחרונות כשיטת טיפול, מאפשרת חשיפה לגירויים אברסיביים. בשיטה זו נרשמה ירידה בחומרת ה-PTSD. נמצא כי שיטה חדשנית בתחום (DecNef) אפקטיבית אף יותר אך ישנו צורך במחקר המשך.
MDMA assisted therapy	מחקרים ברמת phase 2&3 מצאו שטיפול ב-MDMA יחד עם פסיכותרפיה הינם בעלי יעילות גבוהה בטיפול ב-PTSD, גם כאשר קיימת קומורבידיות. לא היו אירועים של אובדנות ולא נרשם פוטנציאל ל-abuse בחומר בעת הטיפול.
DBT פרטני וקבוצתי	נמצא כאפקטיבי מאוד לטיפול בתסמינים הנוגעים להפרעות ביחסים, אלימות, פגיעה עצמית ואובדנות ושימוש בחומרים. טיפול אשר נמצא יעיל גם באופן פרטני וגם קבוצתי. באופן הקבוצתי ניתן להמליץ על קבוצת מיומנויות חברתיות למטופלים ובפרט לאלו בעלי נטייה מופחתת לפגיעה עצמית ולאובדנות.
מיינדפולנס*	ניתן להמליץ על הטיפול שכן במחקרים נמצא שמיינדפולנס מסייע בירידה בחומרת ה-PTSD וכן בירידה בקוגניציות שליליות. רוב הירידה היתה באשכול ההימנעות בהקשר לתסמיני המחלה.
טיפול זוגי	טיפול זוגי קצר מועד נמצא כמסייע בהפחתת המצוקה הזוגית והמשפחתית מערכתית, צמצום הסבל של בן/ת הזוג והקטנת מצוקה ותסמיני PTSD אצל האדם המתמודד.
Cognitive Behavioral Conjoint Treatment (CBCT)	טיפול קוגניטיבי זוגי שנמצא כבעל התמיכה האמפירית החזקה ביותר בהשוואה להתערבויות זוגיות אחרות. מתמקד בלימוד מעגל הסימפטומים, יצירת בסיס בטוח, אסטרטגיות התנהגותיות ותיקון דפוסי חשיבה שליליים.
EMDR & PE	תכנית משולבת אשר נמצאה כיעילה אמפירית. שילוב של EMDR, PE, טיפול פסיכו-חינוכי ופעילות גופנית. נמצא כי היתה ירידה בחומרת ה-PTSD ולא נרשמו ניסיונות פגיעה עצמית ואובדנות.
CPP Child – Parent Psychotherapy	מודל טיפולי מבוסס מחקר, ממוקד יחסים, המיועד לטיפול בילדים מגיל לידה עד גיל 5 (כולל) שחוו טראומה. זהו מודל שפותח על ידי Alicia Lieberman ו- Patricia Van Horn.



- **ניורופידבק -** ניורופידבק מסתמך בשנים האחרונות כשיטת טיפול ב-PTSD. באמצעות שיטה זו ניתן לחשוף את המתמודדים לגירויים אברסיביים ללא התרעה. בטיפול ניורופידבק קונבנציונלי יש קושי לשייך את הסימנים הניורנליים לטראומה מסוימת שכן הפידבק מבוסס על סיגנלים באזור שלם במוח. שיטת ניורופידבק חדשנית מאפשרת למטופלים לשים לב לדפוסים בתוך הסיגנלים שקשורים לאירוע האברסיבי - (Decoded Neurofeedback DecNef). בסקירה של DecNef לעומת שיטת ניורופידבק בסיסית נמצא כי לעומת שיטת הניורופידבק המסורתית, ל-DecNef הייתה ירידה גדולה יותר בחומרת ה-PTSD. המסקנה היא שלמרות שיש צורך בעוד מחקר, שיטה חדשנית זו יכולה להיות טיפול מבטיח שעוקף את אי הנעימות של חשיפה מודעת, הקשורה לטיפולים קונבנציונליים להפרעות הקשורות לפחד, כולל PTSD (Chiba et al., 2019).
- טיפול חדשני, שאושר רק בפברואר 2023 ב-FDA כטיפול להפרעה הפוסט טראומטית, הינו טיפול במערכת ניורופידבק אשר המשוב לה מגיע מהאמיגדלה ומהמסילות ממנה לאזור הפרה-פרונטלי במח. מערכת, מבוססת על הממצאים במחקרה של פרופ' תלמה הנדלר ושות', פועלת כדי לאפשר למתאמן לשלוט טוב יותר בפעילותה של האמיגדלה שלו, וללמוד כיצד להרגיע את הפעילות בה. במהלך האימונים, לאחר שמושגת שליטה באמיגדלה, ניתן בפרוטוקול לבצע חשיפות לטראומה, בדומה לנעשה ב-PE, אך החשיפה כעת הינה תוך המשך הרגעת האמיגדלה באמצעות המשוב, ולמעשה פועלת כדי לאפשר ארגון של הזיכרון בלי העומס הרגשי הצמוד אליו. הטיפול נמצא יעיל במחקר גדול חד זרועי שטרם פורסם, אך שתוצאותיו נמצאו בפני ה-FDA בעת אישורו כטיפול יעיל.
- **MDMA - MDMA** כטיפול ב-PTSD נמצא בבחינה בשנים האחרונות. מחקר קליני phase 2 בשנת 2018 מצא כי מנות של MDMA יחד עם פסיכותרפיה בסביבה מבוקרת היו יעילות בהורדת סימפטומים של PTSD בקרב אוכלוסייה של יוצאי צבא, לוחמי אש ושוטרים שנבדקה (mithoefer et al., 2018). בשנת 2021 בוצע מחקר קליני phase 3 על יעילות ובטיחות טיפול ב-MDMA ופסיכותרפיה לאנשים בעלי PTSD חמור וקומורבידיות של דיכאון, דיסוציאציה, התמכרות לאלכוהול, חומרים אסורים וטראומות ילדות. הנבדקים החלו בטיפול לאחר הפסקת כלל התרופות הפסיכיאטריות. הנבדקים עברו שלושה מפגשי הכנה ותשעה מפגשי טיפול אינטגרטיבי, יחד עם נתינת MDMA או פלסבו. בבדיקה שנעשתה חודשיים לאחר המפגש האחרון נמצא ש-MDMA הוריד את רמות ה-PTSD באופן מובהק ($P < 0.0001$, $d = 0.91$). בנוסף, השימוש בו לא גרם לאירועים של אובדנות או פוטנציאל של ניצול לרעה. המידע מעיד על כך שפסיכותרפיה יחד עם MDMA הינם בעלי יעילות גבוהה בטיפול ב-PTSD, גם באנשים עם קומורבידיות (Mitchell et al., 2021).
- **DBT** - טיפול פרטני/קבוצתי מיומנויות ב-DBT למטופלים אשר סובלים מ-PTSD, הוצע כבר לפני כעשור או יותר (Sharpless & Barber, 2011), אבל המחקר והפרקטיקה בנושא עדיין בתחילתם. קיים פרוטוקול לטיפול אשר מתאים את ה-DBT-PTSD, אשר נבנה תחילה בעיקר למטופלים אשר סובלים מ-CPTSD ובעיקר למטופלים אשר סובלים מ-PTSD בעקבות טראומות ביחסים/מיניות בגילאים מוקדמים. הכותבים המובילים בתחום הינם Steil ו-Harned, Harned. כאשר חלק מהכתיבה בנושא ופיתוח הפרוטוקולים לטיפול נעשתה בשיתוף פעולה עם עדנה פואה ועם מרשה לינהם (Harned et al., 2012). מחקרים מראים כי הטיפול נמצא יעיל ואפקטיבי לעבודה עם מטופלים הסובלים מ-PTSD (לדוגמא: Görg et al., 2017; Harned et al., 2012; 2014; 2019; 2020; Bohus et al., 2013; 2018; Steil et al., 2011; 2018; Krüger et al., 2014).



לאחרונה, פרסמו גם מחקרים אשר מראים כי הטיפול יכול להתאים גם לסובלים מ-PTSD בעקבות טראומה צבאית וללוחמים (veterans). זאת באופן ספציפי לתסמינים הקשורים להפרעות ביחסים ובכלל זה אלימות, פגיעה עצמית ואובדנות ושימוש באלכוהול (Mastin et al., 2020; Murphy et al. 2017; Westphal, et al., 2017). בנוסף, מחקרים שפורסמו בשנה האחרונה מראים כי הטיפול יכול להתאים לשירות הציבורי, ולטיפול במרפאות בריאות הנפש בקהילה (Harned, Schmidt et al., 2021), וכי אימון והכשרה של אמון והכשרה של מטפלים בטיפול יכול להגביר את יעילות הטיפול (Harned, Ritschel et al., 2021). מאמר שהתפרסם השנה הראה כי לטיפול ב-DBT יש אפקט רב יותר לעומת קבוצת ביקורת, בשני מחקרים שונים (Bohus, 2022).

o טיפול בקבוצת מיומנות DBT העומד בפני עצמו - טיפול DBT מתבסס על 4 אלמנטים: טיפול פרטני בגישת DBT, קבוצת מיומנויות חברתיות (psychosocial skills training group), קבוצת עמיתים למטפלים, והיכולת של המטפלים לצור קשר טלפוני מתמשך עם המטפלים. הטיפול נמצא כאמור יעיל למגוון גדול של הפרעות, אך שילוב של אלו מהווה טיפול הדורש משאבים מרובים. בשנים האחרונות התפרסמו שורה ארוכה של מחקרים אשר הראו כי גם טיפול המבוסס על קבוצת מיומנויות בלבד (skills training group stand along), מהווה אף הוא טיפול אפקטיבי, למגוון רחב של הפרעות זאת הן אצל מבוגרים והן אצל מתבגרים עם כי נמצא פחות יעיל לאנשים הסובלים מתסמינים חמורים של אובדנות או פגיעה עצמית (ראו לדוגמה, Pardo et al., 2020; Murphy et al., 2018; Lyng, et al. 2020), לסקירה עכשווית ראו (Valentine et al. 2020). בסקירה ראשונית שבצענו, לא מצאנו מחקר הבוחן את השפעת קבוצת מיומנויות חברתית המבוססת על DBT העומדת בפני עצמה על PTSD, אך השילוב בין הממצאים המצביעים על השפעה חיובית של הטיפול ב-DBT על מטופלים הסובלים מ-PTSD, לבין המחקרים המצביעים על השפעת קבוצת מיומנויות העומדת בפני עצמה כאסטרטגיית טיפול אפקטיבית, מאפשרים לנו להמליץ על בחינת השפעת קבוצת מיומנויות העומדת בפני עצמה על מטופלים הסובלים מ-PTSD, ובפרט אלו בעלי נטייה מופחתת יותר לפגיעה עצמית ולאובדנות.

• מיינדפולנס* (טיפול משפחתי וקבוצתי) - התערבויות המבוססות על מיינדפולנס יכולות לשמש כהכנה נלווית לחשיפה (על ידי הגדלת היכולת לסבול חוויות רגשות),

וכן להתערבות עצמאית כדי לכוון את התגובות הרגשיות הנלוות להפרעה הפוסט-טראומטית. המחקר בחן את הנגישות והאפקטיביות של קבוצת התערבות מבוססת מיינדפולנס (MBCT) כטיפול בסימפטומים של PTSD אשר התעוררו עקב לחימה צבאית (King et al., 2013). תוצאות המחקר: טיפול בקבוצת MCBT ממוקדת עבור PTSD נמצאה כגישה טיפולית חדשנית פוטנציאלית עבור סימפטומים PTSD וקוגניציות שליליות הקשורות לטראומה, שכן קבוצת ה-MBCT הראתה ירידה משמעותית בסימפטומים של PTSD. בהשוואה לקבוצות האחרות, MCBT הראה הפחתה משמעותית באופן מובהק (73% מהמטופלים) בסימפטומים של PTSD, הם הראו בעיקר ירידה באשכול תגובות ההימנעות (להרחבה על טיפול זה ראו בסופה א').

• טיפול זוגי לזוגות בהם אחד מבני הזוג סובל מ-PTSD (couple PTSD-CPTSD)

הוא מחקר משמעותי מצביע על כך כי אנשים הסובלים מ-PTSD סובלים מקשיים נמשכים וגוברים במערך הקשרים משפחתיים והזוגיים (לסקירות, ראו: Monson et al., 2009; Galovski, & Lyons, 2004), ובכלל זה לחוסר סיפוק מהנישואין המדווח על ידי שני בני הזוג, למריבות מרובות ולאחוז גירושין גבוה (לדוגמה, Kuhn et al., 2003; Ruscio et al., 2002; Solomon et al., 2008; Zerach, Solomon, Horesh, & Ein-Dor, 2013). בהמשך לכך, נראה כי יש חשיבות רבה לכך, כי במקרים של PTSD כרוני ומתמשך הטיפול הנפשי שיינתן יהיה לא רק לאדם הסובל מ-PTSD אלא גם למערכת הזוגית כולה - טיפול שכזה יכול לסייע במספר מישורים, הפחתת המצוקה הזוגית והמשפחתית-מערכתית, צמצום הסבל הנגרם לבן/בת הזוג של האדם הסובל מ-PTSD והקטנת המצוקה והתסמינים של המטופל הסובל מ-PTSD, בעקבות השינוי המערכתי שנעשה.



בעקבות הבנה זו, פותחו בעשור האחרון מספר טיפולים זוגיים קצרי מועד בבני זוג אשר אחד מהם סובל מ-PTSD כחלק מהקו הטיפולי לסובלים מההפרעה.

• **Cognitive Behavioral Conjoint Treatment (CBCT)** - הינו טיפול קצר טווח, אשר פותח על ידי מונסון ועמיתיה (Brown-Bowers et al., 2012; Monson et al., 2012), ויעילותו היא בעלת התמיכה האמפירית החזקה ביותר בהשוואה להתערבויות זוגיות אחרות (Pukay-Martin, Macdonald, Fredman & Monson, 2016). ההתערבות כוללת 15 מפגשים בשלושה שלבים עיקריים: (א) לימוד של מעגל הסימפטומים וההבנה של ההשלכות על הזוגיות ויצירת בסיס בטוח של הזוג לטיפול. (ב) אסטרטגיות התנהגותיות הממוקדות בהעצמת חוזק הקשר הזוגי בכדי לשפר את התקשורת ולהעלות את רמת שביעות הרצון ההקשר. (ג) ביצוע התערבות קוגניטיבית שמתמקדת ב-כאן-ועכשיו לתיקון של דפוסי חשיבה שליליים שנוצרו בעקבות הטראומה ופוגעים בזוגיות, ולימוד אסטרטגיות המסייעות לשינוי הדפוסיים הזוגיים והפרטניים. במחקרים קודמים בעולם, ערכו השוואה בין זוגות שמקבלים טיפול קוגניטיבי-זוגי לבין כאלו שהיו ברשימת ההמתנה, ונמצאו הבדלים מובהקים בהפחתת הסימפטומים של ההפרעה וחיזוק של שביעות רצון מהאינטימיות בקשר ושביעות רצון כללי מהחיים (ראו לדוגמא: Monson, C. M., Fredman, J., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Torbit, L., Landy, H. S. M., & Monson, M. C., 2017; S. J. Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P., 2012). כיום, נערך בארץ בדיקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן מחקר רנדומלי מבוקר (Random Controlled Trial) אשר בוחן את יעילות מערך טיפול זה באופן מקוון, בטיפול הנעשה מרחוק. מחקר פיילוט שנערך ביצע התאמה של ההתערבות למאפייני התרבות והחשיפה לטראומה בישראל והכשיר צוות מטפלים. הטיפול הוגש בהצלחה, גם לסובלים מהתסמונת מעל ארבעה עשורים וגם לצעירים, גם כהתערבות ראשונית וגם כקו טיפולי נוסף. המלצתנו הינה להכליל את טיפול זה כחלק מהטיפולים החדשניים יותר לסובלים מ-PTSD. ההצעה לכן להוסיף טיפול זוגי קצר מועד בבני זוג אשר אחד מהם סובל מ-PTSD כחלק מהקו הטיפולי לסובלים מההפרעה.

• **EMDR&PE** - שיטת טיפול בה אנשים אשר סווגו כבעלי פוסט טראומה מורכבת יכולים להיעזר בטיפולים עבור פוסט טראומה כדי להפחית את התסמינים. תכנית טיפול (trauma-focused treatment) בת 8 ימים אשר משלבת 90 דקות של PE בבוקר, 90 דקות של EMDR אחר הצהריים ו-psycho-education ופעילות גופנית. בנוסף, התבצעה רוטציית מטפלים, כאשר כל ששן היה עם מטפל אחר, כדי לשפר את הדבקות בטיפול ולהפחית התנהגות של פחד והימנעות מצד המטפלים. בין הטיפולים הללו הנבדקים השתתפו בפעילויות גופניות ותוכנית פסיכו-חינוכית אשר התבצעה בקבוצות. מטרת התוכנית הפסיכו-חינוכית היתה לקדם ידע אצל הנבדקים על נושאים הקשורים ל-PTSD, כמו סימפטומים, טריגרים וגם על התוכנית עצמה, עם מקום לשיח פתוח. חשוב לציין שלא היו אימונים או העברת ידע בנוגע לוויסות רגשי או הירגעות. תוצאות: בבדיקה לפני תחילת התוכנית ותשעה ימים לאחר סיומה, התוצאות הראו כי סימפטומים של PTSD ופוסט טראומה מורכבת ירדו באופן מובהק מלפני לאחר הטיפול. לא התרחשו אירועים של התאבדויות או ניסיונות להתאבד וגם לא אשפוזים בבי"ח.

• **מודל ה-CPP Child-Parent Psychotherapy** - הנו מודל טיפולי מבוסס מחקר, ממוקד יחסים, המיועד לטיפול בילדים מגיל לידה עד גיל 5 (כולל) שחוו טראומה. זהו מודל שפותח על ידי Patricia Van Horn ו-Alicia Lieberman. שורשי המודל נעוצים במודל Infant - Parent Psychotherapy, שפותח לראשונה על ידי Selma Fraiberg, אך הוא שונה ממנו בשני אספקטים עיקריים: ראשית הוא הרחיב את יריעת גיל הילדים המתאימים לטיפול ל-6 השנים הראשונות.



שנית, הטראומה העכשווית (ולא רק העברה של טראומה מן העבר) מקבלת מקום מכריע בהתייחסות, והאינטראקציה הורה - ילד כפי שנבצעת בידי הטראומה, ניצבת במרכז תשומת הלב הטיפולית. עקרונות החשיבה התאורטיים של ה - CPP מעוגנים בהמשגות היסוד העיוניות של כמה בתי מדרש: תיאוריות הפסיכואנליטיות, תיאוריות התפתחותיות, תיאוריות התקשרות, ותיאוריות על טראומה.

ה-CPP כולל כמה עקרונות יסוד: הנחת יסוד עיקרית היא שניתן להפחית את ההשפעות המזיקות של הטראומה בתוך קונטקסט של יחסים משמעותיים. היינו, ליחסים של הילד עם ההורה יש תפקיד מרכזי בכוח של הילד להשתקם מהטראומה. הנחת יסוד מרכזית נוספת היא, שילד לא יוכל להשיב לעצמו את הביטחון והאמון בעולם, ביחסים, בטבע האנושי ובעצמו, אם הוא לא יוכל לקבל היתר לדעת ולהרגיש את מה שקרה. ולכן מרכיב מרכזי הוא הדיבור על החוויה הלא מדוברת:

"SPEAK THE UNSPEAKABLE". המטפל וההורה בונים יחד את "סיפור הטראומה", אשר נותן פשר לאירועים מפחידים שלא עובדו. הסיפור שנבנה - מסופר לילד באופן אידיאלי על ידי ההורה, בתמיכה ותיווך של המטפל, כבר למן ההתחלה. דרכי ההתערבות מגוונות ונעות מהדרכה פסיכו-חינוכית, שיקוף, פירוש, התערבות גופנית לשם וויסות, תמיכה רגשית, התערבות בשעת משבר, ועזרה ממשית עם קשיים של החיים.

היעילות של CPP תועדה במספר ניסויים קליניים, ונמצאו שיפור בסימפטומים ותסמינים אצל ההורה ואצל הילד: סימפטומים של PTSD אצל ילדים, סימפטומים של PTSD, דיכאון וחרדה אצל אימהות, הפחתה בבעיות התנהגות של ילדים, שינוי בייצוג פנימי של ילדים, והעלאת ביטחון בהתקשרות.

Lieberman, I.F., Ippen, C.J., and Van Horn P.J.D. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Month Follow-up of a Randomized Controlled Trial. The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol. 45, Issue 8. Pages 913-918



רמה שניה - מחקרים ראשוניים ללא קבוצות ביקורת

להלן טבלה המסכמת את הטיפולים, חוזק הראיות הוא ברמה שנייה. טיפולים אלה מומלצים ברמה שנייה על ידי הוועדה לטיפול ב-PTSD שכן בוצעו בתחומם מחקרים ראשוניים בלבד, ללא קבוצות ביקורת. פירוט נוסף על כל אחד מהטיפולים נמצא מתחת לטבלה, עבור טיפולים בעלי סימן (*) ישנה הרחבה נוספת הנמצאת בנספחי המסמך.

שם הטיפול	המלצה
קנביס*	השכיחות של שימוש זה עלתה בשנים האחרונות. קנביס לא נמצא כטיפול יעיל ל-PTSD, יתרה מכך, הוא נמצא כקשור להחמרת תסמיני PTSD ותופעות לוואי אחרות. המלצת הוועדה היא להימנע ממתן קנביס כטיפול, עד אשר מוצו כל האפשרויות האחרות: טיפוליות ותרפויטיות.
טיפול באמצעות קטמין Ketamine	נסקרו שלושה מאמרים, מהם אחד שעשה מטא אנליזה, התוצאות הן כי לעת הזאת קטמין לא היה יעיל בהורדת שכיחות ה-PTSD עבור חיילים בשדה הקרב, וגם לא על ציוני סולם בחולי PTSD כלליים. עם זאת, זה עשוי לשפר את ציוני סולם PTSD עבור מצבים כרוניים. המלצה להמשיך במחקר.
טיפול בתא לחץ (היפרברי)*	נמצא כי טיפול זה מאפשר ריפוי של הפצע הביולוגי ברמה המוחית אשר נגרם מהטראומה הנפשית. ביחד עם טיפול פסיכותרפי נמצא כי זה משפר את תסמיני ה-PTSD.
See Far CBT	מודל המציע שילוב של SE, FR ו-CBT. הוא נמצא כיעיל באופן דומה ל-EMDR בהפחתת תסמיני PTSD. נרשמו ירידות בחודרנות, הימנעות, עוררות ועוד.
EFT	שיטה המתמקדת ברפואה סינית וחסיונות אנרגטיות. נמצאה כיעילה בהפחתת תסמינים של PTSD.
טיפול קבוצתי*	טיפולים הכוללים לרוב גישות ממוקדות טראומה המשלבים חשיפה, פסיכו-חינוך, הבניה מחדש ועוד. טיב הראיות עבור הטיפול הקבוצתי בהשוואה ללא טיפול או לטיפולים אחרים הוא ברמה מתונה/נמוכה. בהנחיות של האגודה האמריקאית הפסיכיאטרית לטיפול בהפרעה פוסט טראומטית שנכתב ב-2017 אין אזכור של טיפול קבוצתי.
Somatic Experiencing	שיטת טיפול המבוססת על ההנחה שמצב טראומתי גורם לתקיעות של אנרגיית הישרדות במערכת העצבים. בשיטה מלמדים את המטופלים לשים לב למתרחש בגוף בעת שמעלים זיכרונות טראומטיים. כשהעוררות הפיזית עולה נותנים לזה להתפוגג בדרכים שונות של התרכזות בגוף וחיפוש אחרי "משאבים" גופניים או חיצוניים שמשפיעים לטובה על העוררות. כך דואגים לשמירה על איזון במערכת העצבים בין עוררות לבין שחרור.
IN3 גישת האשפוז האינטנסיבי	זוהי תוכנית טיפול אשפוזי אינטנסיבית ואינטגרטיבית בטרואמה מורכבת CPTSD המיושמת בבית החולים לב השרון בישראל. התוכנית נועדה לעזור לנשים הסובלות מ-CPTSD על ידי שילוב EMDR, PE, פסיכו-אדוקציה ופעילות גופנית. התוכנית נמשכת 10 ימים והיא מתקיימת במסגרת אשפוזית.



• קנבים כטיפול ב-PTSD* - שימוש בקנבים נפוץ בקרב הסובלים מ PTSD.

שכיחות השימוש עלתה בעשור האחרון, הן באוכלוסייה זו והן באוכלוסייה הכללית. כותבי מסמך זה, כמו מרבית אנשי הטיפול, נחשפו לדיווחים ישירים ממטופלים רבים על כך שהקנבים הפחית את תסמיני ה-PTSD (בעיקר תסמיני עוררות יתר - בדגש על הפרעה בהרדמות וברצף השינה, סיוטים ומתח. לצד זה גם יש דיווחים על שיפור ב-[Schlag] well being. פורסמו 10 מחקרים תצפיתיים שכללו סה"כ כ-5,000 נבדקים. תוצאות מרבית המחקרים האלה היו ששימוש בקנבים שיפר תסמיני PTSD. כל המחקרים הללו היו ללא בקרה סמויה, כללו מספר קטן של נבדקים והוגדרו כבעלי בעיות מתודולוגיות, חוזק עובדתי נמוך ולעיתים קרובות גם סיכוי גבוה להטיה.

קיימים רק 2 מחקרים מבוקרים וכפולי סמיות שבדקו יעילות קנבים מול פלצבו ובהם לא נמצא הבדל בשינוי בתסמיני ה-PTSD בין המטופלים שטופלו בתערובות שונות של קנבים לבין אלה שטופלו בפלצבו. במחקר השני נמצא כי כן היתה ירידה משמעותית בסיוטים והרגשה כללית אולם יש צורך במחקרי המשך. יתרה על כך קיימים מחקרים מבוקרים המעידים על כך כי שימוש בקנבים מלווה בהחמרת תסמיני PTSD ויש קשר בין השימוש לבין פסיכוזה, תסמיני חרדה, דכאון ועוד.

סיכום והמלצות -

אין ביסוס מחקרי עובדתי (evidence based) המתקף יעילות של קנבים כטיפול ב-PTSD. יש ביסוס מחקרי עובדתי לכך שקנבים קשור בהחמרת תסמינים של PTSD ובתופעות לוואי אחרות. ממצאים אלה עומדים בסתירה לחוויה הסובייקטיבית של מרבית המשתמשים בקנבים. הוועדה סבורה כי במצב הנוכחי אין הצדקה להכללת הטיפול בקנבים ב-PTSD בסל התרופות ויש להימנע ממתן קנבים לסובלים מ-PTSD בטרם מוצו כל האפשרויות הטיפוליות האחרות, תרופתיות ופסיכותרפוטיות. מסקנה זו תואמת מסקנות של מאמרי סקירה שפורסמו בנושא

[Hill2] (VA). נראה כי הדיון הנוכחי מהווה "סגירת האורווה לאחר שהסוסים כבר ברחו", כיוון שמשרד הבריאות אישר מתן קנבים כטיפול לגיטימי ל-PTSD, והדבר השתרש כנוהל מקובל. משרד הבריאות כיום מסתמך על המלצות פסיכיאטרים למתן הטיפול מאשר על הקריטריונים הנדרשים ואנו ממליצים שהוא יסתמך על תיעוד מקורי מתיקים רפואיים ומטיפולים פסיכולוגיים ולא על מכתבי סיכום (להרחבה על טיפול זה ראו נספח ב').

• **טיפול בקטמין 2023 Sanacora et al.** ערכו מחקר משווה בין טיפול ECT וקטמין בחולים עם דכאון מג'ורי. ממצאיהם מצביעים כי במהלך שלב טיפול ראשוני של 3 שבועות, החולים קיבלו ECT שלוש פעמים בשבוע או קטמין (0.5 מ"ג לכל קילוגרם משקל גוף מעל 40 דקות) פעמיים בשבוע. בסך הכל 403 חולים עברו אקראית בחמישה אתרים קליניים; ל-55.4% מהמטופלים בקבוצת הקטמין ול-41.2% מאלו בקבוצת ה-ECT הייתה תגובה. מסקנתם קטמין לא היה נחות מ-ECT כטיפול בדיכאון מג'ורי עמיד לטיפול ללא פסיכוזה. **קטמין ו-PTSD** Lee et al 2022. ערכו מטא אנליזה על שימושים שונים בקטמין ב-PTSD ומצאו 3 מחקרים שענו על קריטריונים של מחקר מוצלב, אקראי, כפול סמיות. בחלק שעוסק ב-PTSD החומרה נמדדה על ידי סולם (IES-R). בהשוואה ל-midazolam, קטמין באופן משמעותי הפחיתה את חומרת הסימפטומים של PTSD ב-24 שעות לאחר העירוי בהפרש ממוצע של 12.7 נקודות ב-IES-R.

מחקר אקראי שני אף הוא כפול סמיות, מבוקר פלצבו פעיל העריך את היעילות של מינון חוזר עירוי קטמין IV ב-30 חולים עם PTSD. המשתתפים קיבלו 6 עירויים של קטמין IV (0.5 מ"ג/ק"ג) או midazolam (0.045 מ"ג/ק"ג) במשך שבועיים רצופים. נקודת הסיום העיקרית הוגדרה כשינוי מקו הבסיס לשבועיים בחומרת הסימפטומים של PTSD, כפי שנמדדה על ידי סולם PTSD על ידי קלינאי (CAPS-5).

בהשוואה לפלצבו פעיל, קטמין שיפר משמעותית את חומרת הסימפטומים של PTSD עם הבדל ממוצע של 11.9 נקודות בין קבוצות הקטמין והפלצבו. במגיבים לקטמין, הזמן החציוני לאובדן התגובה היה 27.5 ימים.



למרות שהממצאים מבטיחים, יש צורך במחקרים נוספים כדי להעריך את היעילות והבטיחות של קטמין לטיפול ב-PTSD כרוני. ואכן מחקר אחר מ-2022 של Du et al. מצא כי לקטמין לא הייתה השפעה על התפתחות PTSD עבור חיילים פצועים (למשל, מירי, פציעה מחומר נפץ, כוויה או תאונה) בשדות הקרב. התסמינים הוחמרו בחולים שאובחנו עם PTSD מוקדם לאחר מתן קטמין. עם זאת, התסמינים שופרו בחולים עם PTSD כרוני לאחר טיפול בקטמין. התוצאות מצביעות על כך שטיפול בקטמין לא היה קשור להתפתחות PTSD אלא היה קשור למשך המחלה בחולי PTSD.

• **טיפול בתא לחץ (היפרברי*)** - הטיפול ההיפרברי עושה שימוש בלחץ הגבוה מלחץ אטמוספרי ובחמצן בריכוז של 100% על מנת להעלות את כמות החמצן המסיס המגיע לרקמות השונות. במהלך הטיפול עולה ריווי החמצן ברקמות השונות מ-200 ממ"ל עד ל-2,000 ממ"ל ואף יותר. מצב זה קשור בעליה בביטוי של תאי גזע, ביצור כלי דם חדשים ולמעשה בהפעלה כללית של מגוון תהליכים תומכי ריפוי. בשנים האחרונות מודגמת בסדרה של מחקרים היעילות של הטיפול ההיפרברי בטיפול במגוון פגיעות, "פצעים", מוחיים. אנו מבינים כיום כי החשיפה לקסקדת התהליכים הביולוגים הקשורים בסטרס מביאה לפגיעה ביולוגית מוחית כרונית - צוואר בקבוק ביולוגי המגביל את תהליך השיקום. הכרה במקומו של מחסום ביולוגי זה מזמינה שילוב של התערבות ביולוגית ל-PTSD. במחקר נמצא שתחת הטיפול בתא לחץ הוצג שיפור משמעותי בתסמיני פוסט טראומה. בכ-70% ממשתתפי המחקר הודגמה ירידה של יותר מ-30% בציון CAPS לאחר 3 חודשי הטיפול. 50% ממשתתפי המחקר לא ענו עוד על קריטריונים של הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר הטיפול. השיפור הקליני לוהו בשיפור בתפקוד ובקישוריות של אזורי מוח שונים, עם מתאם מצוין בין השיפור הקליני ובין השיפור בפעילות הפרה פרונטלית, וזו של ההיפוקמפוס. במחקר שנערך על נשים עם פיברומיאלגיה ו-PTSD על רקע פגיעה טראומה מינית בילדות, תחת הטיפול בתא לחץ הודגם שיפור דרמטי בתסמיני פיברומיאלגיה, בתסמינים הפוסט טראומטיים לצד השיפור בתפקוד והקישוריות באזורי מוח שונים. מסלול המחקר החדש מדגים את יעילות הטיפול בתא לחץ בריפוי הפצע הביולוגי הנגרם כתוצאה מטראומה נפשית קשה. ממצאי המחקרים פותחים לראשונה דרך טיפולית ביולוגית שבשילוב עם תמיכה נפשית מתאימה מובילים לשיפור בתסמינים ובאיכות החיים של הסובלים מ-PTSD (להרחבה על טיפול זה ראו נספח ג').

• **Somatic Experience-Fantastic Reality-Cognitive Behavioral Therapy (SEE FAR CBT)** - מודל המציע שילוב בין שלוש מתודות עדכניות ואפקטיביות לטיפול בטראומה: SE - Somatic Experience - היא טכניקה המתרכזת בזיכרון הגופני, FR - Fantastic Reality - היא טכניקה שביסודה מרחב ה"כאילו" והשימוש בדמיון, ו-CBT-Cognitive Behavioral Therapy - היא מתודה הממוקדת בשחזור בדמיון, חשיפה במציאות, והבניה קוגניטיבית מחדשת. בנוסף, בטיפול בשיטת SEE FAR CBT נעשה שימוש בקלפים טיפוליים. ב-3 מחקרי semi structured שהשווה בין טיפולים בהפרעת דחק פוסט טראומטית, מודל CBT-FAR-SEE נמצא כיעיל ברמה דומה לטיפול EMDR עם המשך השיפור אצל המטופל ב-SEE FAR CBT לאורך המעקב הקליני (Lahad et al., 2010). במחקר על ילדי שדרות נמצא כי בהשוואה לטיפול קוגניטיבי SEE FAR CBT היתה ירידה אל מתחת לסף הקליני בציון הכללי ובתת הסולמות חודרנות, הימנעות ועוררות ביחס לקבוצת ה-CBT וכן ירידה בסומטיזציה ועליה במסוגלות העצמי (ego resilience) (Lahad et al., 2016). מחקר מ-2021 הצביע על אפקטיביות השימוש בקלפים בטיפול הנ"ל על HRV ועל EEG (Raz & Lahad, 2022).

• **EFT** - שיטה טיפולית משלימה שפותחה בשנות ה-80 בארצות הברית. השיטה מסתמכת על אזכורים ברפואה הסינית אודות "חסימות אנרגטיות" כסיבה למחלות ולבעיות. במחקר אחד, נבדקה יעילותה של השיטה על חיילים שחזרו מהמלחמה בעיראק ובעלי סימפטומים של PTSD. לאחר 6 טיפולים בלבד חלה ירידה ניכרת בסימפטומים השונים, סימפטומים של PTSD ירדו בכ-50%. תוצאות אלו נשמרו אף בבדיקת המשך שנערכה 90 יום לאחר תום הטיפול (Church, Geronilla & Dinter, 2009).



במחקר דומה, טיפול ב-EFT נבדק על ותיקי מלחמות עיראק ואפגניסטן, וכן על קרובי משפחה החווים סימפטומים של PTSD והפרעות דומות. במחקר זה הנבדקים עברו טיפול אינטנסיבי אך קצר בן חמישה ימים בלבד, תוך שילוב טכניקות חשיפה. מדידת השיפור נעשה בשני סולמות: SA-45 (Symptom Assessment 45) ו-PCL-M (Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military). ניכר שיפור משמעותי בסימפטומים בשני סולמות המדידה, הן בתום הטיפול והן כ-30 ו-90 יום לאחר מכן. כשנה לאחר מכן, מצבם של חיילים אלו כבר לא תאם את הקריטריונים של PTSD (Church, 2010).

• **טיפול קבוצתי** - הטיפול נפוץ ברחבי העולם והוצהר כיעיל על ידי קלינאים רבים אך ללא ביסוס מחקרי. ההתערבויות הקבוצתיות כוללות טיפול קוגניטיבי התנהגותי, גישות מבוססות מיומנויות, גישות בינאישיות או מבוססות יחסים, גישות מבוססות כוחות, תומכות ופסיכודינמיות. יש לא מעט מחקרים על היעילות של הטיפול הקבוצתי וניתוח-על (meta-analysis) אחד לגבי המחקרים האלה.

המסקנות של מחקרים אלה הן: לטיפול הקבוצתי תוצאות יותר טובות בהשוואה לקבוצות שלא קיבלו טיפול בהורדת סימפטומים של הפרעה פוסט טראומתית.

לא נמצאו הבדלי תוצאות משמעותיות בין הטיפול הקבוצתי לבין טיפולים אחרים, כולל טיפול קבוצתי תמיכתי, הרפיה או טיפול פרטני. אין מספיק מחקרים כדי להכריע איזה סוג של טיפול קבוצתי יותר יעיל. טיב הראיות עבור הטיפול הקבוצתי בהשוואה ללא טיפול הוא ברמה מתונה וטיב הראיות של ההשוואה בין טיפול קבוצתי מול טיפולים אחרים הוא נמוך. בסקירה מקיפה של טיפולים יעילים עבור אנשים שסובלים מהפרעה פוסט טראומתית משנת 2000 נכתב על הטיפול הקבוצתי שהוא "טיפול מומלץ כיעיל באופן פוטנציאלי" (Foy, 2000). בהנחיות של האגודה האמריקאית הפסיכיאטרית לטיפול בהפרעה פוסט טראומתית שנכתב ב-2017 אין אזכור של טיפול קבוצתי (APA, 2017) (להרחבה על טיפול זה ראו נספח ד').

• **Somatic Experiencing** - שיטת טיפול שמבוססת על ההנחה שמצב טראומתי גורם לתקיעות של אנרגיית הישרדות במערכת העצבים. בשיטה מלמדים את המטופלים לשים לב למתרחש בגוף בעת שמעלים זיכרונות טראומתיים. כשהעוררות הפיזית עולה נותנים לזה להתפוגג בדרכים שונות של התרכזות בגוף וחיפוש אחרי "משאבים" גופניים או חיצוניים שמשפיעים לטובה על העוררות. כך דואגים לשמירה על איזון במערכת העצבים בין עוררות לבין שחרור. כך בהתמקדות בתהליכים פיזיים ופיזיולוגיים נותנים לתקיעות להשתחרר. מחקר מבוקר (Brom, Stokar, Lawi, et al., 2017) הראה תוצאה טובה של הטיפול, כאשר 70% מהמשתתפים מדווחים על ירידה בסימפטומים וכ-40% כבר לא ימלאו את הקריטריונים של PTSD אחרי הטיפול. בינתיים זה המחקר המבוקר היחיד שנעשה על Somatic Experiencing וחץ מזה יש עוד כמה מחקרים לא מבוקרים שהראו תוצאות יפות.

• **IN3** - גישת האשפוז האינטנסיבי, זוהי תוכנית טיפול אשפוזי אינטנסיבית ואינטגרטיבית בטרומה מורכבת (CPTSD) המיושמת בבית החולים לב השרון בישראל.

התוכנית נועדה לעזור לנשים הסובלות מ-CPTSD על ידי שילוב, EMDR, PE, פסיכו-אדוקציה ופעילות גופנית. התוכנית נמשכת 10 ימים והיא מתקיימת במסגרת אשפוזית. במהלך התוכנית, המטופלות עובדות עם צוות טיפולי רב-תחומי הכולל מטפלים ומטפלות, רופאים ורופאות, פסיכולוגים ופסיכולוגיות, עו"ס, אחים ואחיות ומטפלים בתנועה. שימוש ב-EMDR2.0 שהיא שיטה חדשה לטיפול בטרומה, שפותחה על ידי פרופ' אד דה-יונג.

EMDR2.0 מבוססת על תיאוריית הזיכרון העובד, שלפיה זיכרון טראומטי מאוחסן בזיכרון ארוך טווח, אך כאשר הוא עולה לזיכרון העובד, הוא הופך פחות עמוס ומפעיל רגשית. EMDR2.0 משתמשת בגירויים מוחיים כדי לעזור למטופלים לעבד את הזיכרונות הטרומטיים שלהם, ולהפחית את הסימפטומים שלהם.



• Exposure Vivo In - בכל יום מתורגלת חשיפה מול הימנעויות נבחרות • פעילות גופנית: פעילות גופנית היא דרך יעילה להפחית מתח וחרדה, והיא יכולה גם לעזור למטופלות להתחבר לגוף שלהן ולרגשות שלהן. שש שעות יומיות. • שיחה פרטנית קצרה עם מטפל אישי. בנוסף לטיפולים היעילים, התוכנית IN3 מתמקדת גם ביצירת תחושת קהילה וחיוזק האמון בין המטופלות.

רמה שלישית - טיפולים תומכים שבוצעו בתחומם מחקרי שדה בלבד

להלן טבלה המסכמת את הטיפולים. חוזק הראיות הוא ברמה השלישית. טיפולים אלה מומלצים ברמה שלישית על ידי הוועדה לטיפול ב-PTSD שכן בוצעו בתחומם מחקרי שדה בלבד. פירוט נוסף על כל אחד מהטיפולים נמצא מתחת לטבלה, עבור טיפולים בעלי סימן (*) ישנה הרחבה נוספת הנמצאת בנספחי המסמך.

שם הטיפול	המלצה
חוויית בילוי בחיק הטבע	נמצאו כי חוויות שונות בטבע, כגון ציד, חץ וקשת ועוד, שיפרו תסמיני PTSD ביחס לקבוצה שלא קיבלה את הטיפול. חוויות אלה ליוצאי צבא מועילות ומציעות פוטנציאל להשלים את ההיצע הקיים עבורם בהפחתת הפרעת הדחק הפוסט טראומטית.
AAT - טיפול בבעלי חיים	נמצא כי באמצעות טיפול זה השתפרו תסמיני PTSD, הפחתה בתחושת האשמה ושיפור בשיתוף פעולה, איכות חיים ויכולת להיעזר באחרים. שינויים חיוביים נוספים נרשמו במחקרים רבים. בפרט, טיפול באמצעות סוסים נמצא כיעיל במידה דומה ל-CBT לטיפול ב-PTSD.
עזרה ראשונה נפשית טלפונית ומקוונת באמצעות קו חם ושירות אונליין*	הסיוע נמצא כאפקטיבי במרכיבים שונים כמו יצירת סביבה רגשית תומכת, אסטרטגיות תמיכה ממוקדות רגש/קוגניציה/התנהגות ועוד.
טיפול קשבי ממוקד	נמצא כיעיל באופן חלקי עבור טיפול ב-PTSD. הטיפול מאפשר מגע עם האסוציאציות של הטראומה באופן עדין ובלתי חודרני. הטיפול הינו קצר וממוקד.
טיפול באומנויות	מאפשר טיפול לא מילולי וחוויתי. הטיפול נמצא כבעל פוטנציאל לטיפול בטראומה אולם המחקרים אינם מספקים. הסקירה האחרונה בתחום (2021) מעידה כי איכות המחקרים הקיימים אינה מספקת ויש צורך במחקרי המשך, אולם ניתן לשער באופן טנטטיבי כי טיפול זה יהיה אפקטיבי עבור PTSD.



• **חוויית בילוי בחיק הטבע** - המחקר על הפוטנציאל הטיפולי של חוויות בילוי בחיק הטבע עבור יוצאי צבא עם PTSD נמצא בחיתוליו. מטרת המחקרים הנוכחית הייתה לספק הערכה פורמלית של ההשפעה הפוטנציאלית של חוויות פעילות חיצוניות קצרות בקרב ותיקים צבאיים עם PTSD מאובחנים שלא קיבלו טיפול פסיכולוגי כלשהו. תוצאות שני הניסויים, הכוללים התערבויות בילוי בחיק הטבע בקרב בני גילם הוותיקים, מדגימות לא רק את הפוטנציאל של הנעת ותיקים עם PTSD לעסוק בגישה כזו, אלא גם את התועלת הקלינית הפוטנציאלית שלה. בשני המחקרים ובהתאם להשערותינו, הוותיקים הראו שיפור ברור ומתמשך בסימפטומטולוגיה הקשורה ל-PTSD, דיכאון, חרדה ולחץ כתוצאה מהחוויה. בנוסף, בניסוי השני נמצאו מדדי צמיחה פוסט טראומטית לצד עבודה והתאמה חברתית משתפרים בעקבות ההתערבות. ניסוי שני סיפק גם ראיות חשובות לכך שהמשתתפים שהוקצו באקראי לחווית הבילוי הטיפולי חוו שינוי סימפטומטי שנבדל באופן משמעותי מאלו שהיו אקראיים לקבוצת ביקורת ברשימת ההמתנה.

שני מחקרים שנערכו ב-2020 [1] על מנת להעריך אפשרות זו נועדו לבדוק את ההשערה שפעילות קבוצתית קצרה בחוץ תפחית את תסמיני המשתתפים כפי שהוערכו על ידי מדדים מבוססים של PTSD, דיכאון, חרדה ולחץ נתפס, ויגבירו את תחושת התפקוד החברתי הכללי והצמיחה הפסיכולוגית של המשתתפים.

ניסוי ראשון השתמש בבחינת מדדים חוזרת על יוצאי צבא גברים ונשים בבריטניה עם PTSD. במחקר השתתפו 30 איש בפעילות חיצונית קבוצתית (ציד, טיפול בסוסים, או חץ וקשת ושילוב). מדידה פסיכולוגית נלקחה שבועיים לפני, שבועיים לאחר ובמעקב בארבעה חודשים.

נמצאה השפעה עיקרית משמעותית בקרב המשתתפים המעידה על ירידה משמעותית בתסמיני PTSD. בניסוי שני השתתפו יוצאי צבא שהיו ברשימת המתנה (N = 18) כשהפעילות שלהם ערכה שבועיים. בניסוי 2 התקבלה האינטראקציה החזויה של קבוצת ניסוי (לעומת בקרת רשימת המתנה) זמן X הניסוי איתם הביא להפחתה משמעותית בתסמיני PTSD ביחס לקבוצת הבקרת ולרשימת ההמתנה. לסיכום, חוויות חוץ של יוצאי צבא מועילות ומציעות פוטנציאל להשלים את ההיצע הקיים עבורם בהפחתת הפרעת הדחק הפוסט טראומטית.

• **Animal Assisted Therapy - AA** - Goetter et al. (2015) מציגים אחוזי נשירה גבוהים בקרב יוצאי כוחות הביטחון בהשוואה ליתר האוכלוסייה; Steenkamp et al. (2015) מראים שלפחות 60% מהמטופלים סובלים מהתחדשות הסימפטומים לאחר זמן מה מסיום הטיפול. אחד הטיפולים האפשריים במצב זה הוא טיפול בעזרת בעלי חיים (AAT; animal-assisted therapy). AAT מוגדרת כשיטת טיפול המתבססת על שימוש בבעלי חיים כאמצעי טיפולי מרכזי. לרוב נעשה שימוש בכלבים אך ניתן למצוא מגוון רחב של בעלי חיים דוגמת סוסים ועוד. מטרת הטיפול היא לשפר את תפקודו של המטופל בתחומי חייו תוך השענות על בעל החיים כמקור לתמיכה ונחת (Fine, 2006). Yetz וחב' (2015) בחנו את השפעתם של 6 מפגשים שבועיים בני שעתיים על 16 משתתפים בעלי סימפטומים של PTSD. בסיום התוכנית המשתתפים הציגו הפחתה הסימפטומים של PTSD ודיכאון, תגובה נינוחה יותר לגירויים הנוגעים לטראומה ושימוש מופחת באלכוהול. מחקר איכותני בנושא (Gomez, 2016) שנערך בקרב 7 חיילים לשעבר, העלה שיפור במגוון רחב של תחומים. המשתתפים תארו שיפור ביחסיהם הבין אישיים (בנושאים דוגמת אמון, תקשורת בין אישית ונכונות לפתיחות) ודיווחו על שינוי חיובי בהבנה וקבלה של מצבם מצד קרוביהם. עוד תוארו שינויים חיוביים במצבם המנטאלי של המשתתפים בין השאר בנוגע לדימוי עצמי, התמודדות עם קשיים רגשיים, הפחתה בנטייה לאגרסיביות וכעס, ירידה בסימפטומים של חרדה ודיכאון ועליה כללית בתחושות חיוביות. מחקר נוסף הכולל 48 חיילים לשעבר המתמודדים עם סימפטומים של PTSD מציג גם הוא שיפור סימפטומטי הן בסימפטומים של PTSD והן של דיכאון. בנוסף נמצא שיפור ביכולתם של המשתתפים להיעזר באחרים וכן שיפור כללי באיכות חייהם. מחקרים נוספים דוגמת Arnon et al. ו-Burton, Qeadan, & Burge, 2019 מציגים מוספים לאיש את יעילותה של השיטה. מחקרם של (Wharton, Whitworth, Macauley, & Malone, 2019) עוסק בשילוב של CPT ל-EAT.



המחקר מציג ממצאי מחקר בקרב 27 יוצאי כוחות הביטחון המתמודדים עם PTSD ומצביע על פוטנציאל מבטיח: ממצאי המחקר מצביעים על שיפור בסימפטומים של PTSD, הפחתה בתחושת האשמה של המשתתפים ושיפור בשיתוף הפעולה ובהיקשרות למטפל ולבעל החיים.

• EFP - פסיכותרפיה בהנחיית סוסים (EFP) היא סוג של טיפול באמצעות בעלי חיים המשמש לטיפול פסיכולוגי אנושי. במחקר אורך הבוחן את יעילות שיטת EFP על מתבגרים עם PTSD (Mueller & McCullough, 2017) גויסו נבדקים בגילאי 10-18 משני מוסדות לבריאות הנפש בארצות הברית, וחולקו לשני סוגי טיפולים: קבוצה אחת קיבלה טיפול בהנחיית סוסים (EFP) וקבוצה שנייה טיפול מסורתי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT). לאחר מספר בדיקות של רמת הסימפטומים, לפני הטיפול, תוך כדי הטיפול ולאחר הטיפול, נמצא כי חלה ירידה משמעותית בסימפטומים של PTSD במידה דומה בשתי הקבוצות. ממצא זה מצביע על כך ש-EFP עשויה להוות אפשרות יעילה נוספת לטיפול ב-PTSD.

• עזרה ראשונה נפשית טלפונית ומקוונת באמצעות קו חם ושירות אונליין* - תמיכה טלפונית ומקוונת בתהליך ההתמודדות עם טראומה ופוסט טראומה.

מרכיבי השירות: (1) תמיכה רגשית (2) מתן מידע (3) זיהוי סימני מצוקה והערכת סיכון ראשונית לאובדנות. מאפייניו הייחודיים של הטלפון והאינטרנט כסביבה אינטראקטיבית, הביאו להרחבת טווח האפשרויות לקבלת סיוע נפשי והנגשתן לקהל הרחב. נמצא כי בין הגורמים המרכזיים שמספיעים על הנכונות לפנות לעזרה באינטרנט נמצאים שמירה על האנונימיות והביטחון הפסיכולוגי, שהנו פועל יוצא של האלמוניות ברשת, המהווה פיצוי על היעדר מסרים לא מילוליים (מבט, אינטונציה, שפת גוף), הקיימים במפגש פנים אל פנים. כאמור, שירותים של עזרה ראשונה נפשית באמצעות הטלפון והאינטרנט מהווים מקור חשוב וייחודי של מניעת התאבדות וניסיונות התאבדות בכל העולם. ממצאי מחקר מלמדים על כך שהמענה הטלפוני מהווה טיפול מציל חיים עבור אנשים אובדניים וניסיונות התאבדות (להרחבה על טיפול זה ראו נספח ה').

• טיפול קשבי ממוחשב - הפרוטוקול הטיפולי הממוחשב הנפוץ ביותר הוא באמצעות "מטלת הדוט-פרוב" (Dot Probe) (16), והשימוש העיקרי של מטלה זו היא מדידה ואימון של הטיות קשב (Bar-Haim, 2010; Hakamata et al., 2010). המטלה מתחילה בפיסקציה, ולאחר מכן מופיעים שני גירויים בו-זמנית, זה מעל זה: גירוי אחד בעל תוכן רגשי ומאיים ואילו גירוי אחר בעל תוכן רגשי וניטרלי. למשל- פיוגוע ושולחן. לאחר שניה הגירויים יעלמו ותופיע מטרה (חץ ימינה או חץ שמאלה-במיקום של הגירוי המאיים או הגירוי הניטרלי), אותה הנבדק מתבקש לזהות באמצעות לחיצה על מקשים. רצף זה חוזר על עצמו פעמים רבות לאורך המטלה, כמובן תוך שינוי מילות הגירוי. גרסה זו של הטיפול הממוחשב נמצאה יעילה להפחתת הסימפטומים של הפרעות חרדה (Price et al. 2016; Bar-Haim, 2010) ואף הציגה יעילות חלקית במחקרים על טיפול ב-PTSD (Schrool, Putnam & Van Der Does, 2013; Kuckertz et al. 2014; Badura-Brack et al. 2015). הטיפול הקשבי הממוחשב מאפשר מגע עם עולם האסוציאציות הקשורות לטראומה באופן עקיף ובלתי חודרני. יש מטופלים החוששים מטיפולים המקושרים לטראומה ועיבוד מעמיק של הקשיים הנלווים אליה ולכן יש הנמנעים מטיפולים מסוג זה, ועבורם יש לפתח לקיים טיפולים מסוגים שונים, כמו הטיפול הקשבי הממוחשב.

הטיפול הקשבי הממוחשב הוא יחסית קצר וממוקד. פגישות הטיפול הממוחשבות מתקיימות בתדירות של פעם או פעמיים בשבוע, למשך 4 עד 8 שבועות.

• טיפול באומנויות - טיפול באומנויות מהווה צורת טיפול המאפשרת טיפול לא מילולי וחוויתי. הטיפול כולל בתוכו תחומים כמו ציור, צביעה, פיסול ועוד. הטיפול מתאפיין בכך שעובדים בו עם חומר ושבסופו יוצא תוצר שנוצר דרך הטיפול. מחקרים קודמים מציעים כי טיפול באומנות יכול לסייע לטיפול ב-PTSD באמצעות דרכים שונות: חווית רגיעה, תקשורת בלתי מילולית, תחושת אייג'נסי ושליטה על החומר הפיזי ודרכו גם הטראומטי, בניית הערכה עצמית בעקבות יצירה אישית ועיבוד רגשי-חשוי דרך החומר (Baker et al., 2017). בסקירה של 6 מחקרים של טיפול בטרומה דרך



אומנות נמצא כי במחצית מהם היתה ירידה משמעותית בתסמיני הטראומה בעקבות הטיפול, עם זאת, ישנו צורך במחקרי המשך שכן המחקרים הנ"ל היו מוגבלים מבחינת כמות נבדקים, הטרוגניות ובעיות מתודולוגיות (Schouten et al., 2014). במחקר על PTSD שבוצע בשנת 2017 נבדק טיפול באומנויות יחד עם CPT, לעומת קבוצת ביקורת אשר עברה רק טיפול ב-CPT. נמצא כי לא היה הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות בירידת התסמינים. כן נמצא כי הטיפול המשולב סייע בהורדת התסמינים, אך כך גם הטיפול ב-CPT בלבד (Campbell et al., 2016). סקירה נוספת שבוצעה בשנת 2017 מצאה כי איכות המחקרים המבוצעים לבדיקת טיפול באומנויות ל-PTSD אינה מספקת וכי יש צורך בהמשך מחקר של התחום (Baker et al., 2017). מהסקירה האחרונה בתחום בשנת 2021 נמצא כי עדיין ישנו צורך במחקרי המשך בעלי אמפיריות, אולם ניתן לשער באופן טנטטיבי שטיפול באומנויות יכול להיות אפקטיבי עבור הפחתת תסמיני טראומה (Morison et al., 2021).



נספחים

נספח א'

מיינדפולנס (טיפול משפחתי וקבוצתי)

התערבויות המבוססות על מיינדפולנס יכולות לשמש כהכנה נלווית לחשיפה (על ידי הגדלת היכולת לסבול חוויות רגשות), וכן כהתערבות עצמאית כדי לכוון את התגובות הרגשיות הנלוות להפרעה הפוסט-טראומטית. המחקר בחן את הנגישות והאפקטיביות של קבוצת התערבות מבוססת מיינדפולנס (MBCT) כטיפול בסימפטומים של PTSD אשר התעוררו עקב לחימה צבאית (King et al., 2013). המשתתפים במחקר היו פרטים שאובחנו כ-PTSD - כתוצאה מהשתתפות במלחמה, ולוקים בהפרעה במשך יותר מ-10 שנים, אשר גויסו ממרפאת החוץ של PTSD של מערכת הבריאות של אן הארבור, המבוססת על הפניה על ידי המטפל הקליני.

המחקר חולק ל-7 קבוצות אשר השתתפו במחקר לאורך 4 שנים: ארבע קבוצות של MBCT, קבוצה אחת של טיפול פסיכולוגי ממוקד PTSD, שתי קבוצות של טיפול קבוצתי מסוג "חזרה בדמיון" (Imagery Rehearsal Therapy groups IRT).

השיטה

קבוצת ה-Mindfulness - שמונה מפגשים קבוצתיים - שבועיים, של 8 שעות, אשר בכל מפגש הייתה הקניית מיומנויות ותרגול בכיתה: (1) טכניקות תשומת - לב (2); Mindfulness) פסיכו חינוך לגבי תגובות פוסט-טראומטיות ותגובות מתח; (3) משוב וקבוצות דיון תומכת בנושא התרגילים שתורגלו. התכנית כללה משימות יומיום של תרגול מובנה של טכניקות מיינדפולנס (בשימוש קלטת באורך 15-20 דקות), כמו גם תרגול לא-מובנה, על מנת לבסס את הטכניקות בתוך משימות היום-יום (אכילה, הליכה, מקלחת), ושימוש ב"מרווחי נשימה של 3 דקות" כחלק משיטת המיינדפולנס, בזמנים מוקצבים מראש, וכן כאשר ישנו עימות עם סיטואציות מעוררות (זיכרונות טראומה, חרדה, וסימפטומי PTSD אחרים) במהלך היום.

קבוצות ההשוואה: TAU - Treatment as Usual - בקבוצה זו נעשו התערבויות קבוצתיות קצרות, של "טיפול כרגיל" (TAU) על מנת להשפיע השפעות לא ספציפיות של טיפול קבוצתי (תמיכה חברתית, נורמליזציה, תוחלת, קשר מטפל), אך לא תאמו את זמני או צורות התרגול של קבוצת הניסוי.

קבוצת הטיפול הפסיכולוגי ממוקד PTSD - בקבוצה זו עברו הנחקרים 8 מפגשים שבועיים באורך שעה עם פסיכו חינוך לגבי סימפטומים של PTSD, כעס, רגשות, שינה, צורות התמודדות עם סימפטומים, פסיכותרפיה, תרופות ועוד.

קבוצת "חזרה בדמיון" (IRT) - קבוצה זו התבססה על עבודה מוקדמת עם חיילים שלחמו בווייטנאם. נערכו 6 פגישות קבוצתיות-שבועיות של שעה וחצי. הרציונל של "חזרות בדמיון" הוסבר כתהליך של שינויים בתוכן של סיוט חוזר ונשנה, המקדמים שליטה או שליטה בסיטואציות (שינוי של סיוטים אלימים לגרסה של חלום לא-אלימים) כשיטה של הפחתה במתח בעקבות החלום. השינויים הפוטנציאליים בכל סיוט של הפרט נדונו בקבוצה, וכל פרט בחר צורות חלופיות של הסיוט שלו, שכתב את התסריט הנדון בו, וחזר על התסריט הזה בדמיון כל לילה לפני השינה.

מדידה

התגובות הטיפוליות הוערכו לאחר סיום תקופת הטיפול, באמצעות ראיון חצי-מובנה (CAPS). מטופלים בקבוצת MBCT השלימו בנוסף סולם דיאגנוזה של PTSD בצורה של דיווח עצמי (PDS), ושאלון קוגניציה-פוסט טראומטית (PTCI) אשר מדדה קוגניציה פוסט-טראומטית שלילית הכוללת: עצמי שלילי (לא מסוגל), עולם שלילי (מסוכן) והאשמה עצמית.



תוצאות המחקר

טיפול בקבוצה MCBT ממוקדת עבור PTSD נמצאה כגישה טיפולית חדשנית פוטנציאלית עבור סימפטומים של PTSD וקוגניציות שליליות הקשורות לטראומה, שכן קבוצת ה-MBCT הראתה ירידה משמעותית בסימפטומים של PTSD לאחר ההתערבות, על פי הערכת ראיון של קלינאי (CAPS). בהשוואה לקבוצות האחרות, MCBT הראה הפחתה משמעותית באופן מובהק (73% מהמטופלים) בסימפטומים של PTSD בהשוואה לקבוצת ה-TAU (33% מהמטופלים). קבוצת ה-MCBT הראו בעיקר ירידה באשכול תגובות ההימנעות כפי שנמדד ב-CAPS, מה שמצביע על עקביות בשימת הדגש בטיפול על תופעת ההימנעות (King et al., 2013).



נספח ב'

קנבים כטיפול ב-PTSD

המצב הקיים - שימוש בקנבים נפוץ בקרב הסובלים מ-PTSD. שכיחות השימוש עלתה בעשור האחרון, הן באוכלוסייה זו והן באוכלוסייה הכללית. בכמה מדינות, כולל בישראל, אישרו הרשויות את השימוש בקנבים כטיפול ב-PTSD. ברקע קיים גם דיון על לגליזציה של השימוש בקנבים, ללא קשר להתוויות רפואיות. כותבי מסמך זה, כמו מרבית אנשי הטיפול, נחשפו לדיווחים ישירים ממטופלים רבים על כך שהקנבים הפחית את תסמיני ה-PTSD (בעיקר תסמיני עוררות יתר - בדגש על הפרעה בהרדמות וברצף השינה, סיוטים ומתח. לצד זה גם יש דיווחים על שיפור ב-[Schlag] well being).

העדויות המחקריות - כוועדה מקצועית אנו קשובים לדיווחי המטופלים, אך כמקובל המלצותינו תתבססנה על עדויות מחקריות מבוססות עובדות (evidence based medicine). ממצאים בעלי תקפות ע"פ גישה זו מסומנים ב-**bold**.

מחקרים על יעילות קנבים כטיפול ב-PTSD - פורסמו 10 מחקרים תצפיתיים שכללו סה"כ כ-5,000 נבדקים. תוצאות מרבית המחקרים האלה היו ששימוש בקנבים שיפר תסמיני PTSD.

כל המחקרים האלה היו ללא בקרה סמויה, כללו מספר קטן של נבדקים והוגדרו כבעלי בעיות מתודולוגיות, חוזק עובדתי נמוך ולעתים קרובות גם סיכוי גבוה להטיה (Risk of Bias). למשל, מעורבות אנשי תעשיית הקנבים בפרסום המאמר [Bonn-Miller 2022]. מחקר שהשווה בין אנשים עם PTSD המשתמשים בקנאביס לבין כאלה שאינם משתמשים [LaFrance, 2020], מצא שמשתמשי קנאביס דיווחו על שיפור גדול יותר בתסמיני PTSD לאחר שנה.

עם זאת, מחקר זה גייס אנשים שהשתמשו בקנאביס עוד טרם הכניסה למחקר. מכיוון שאנשים אלה לא התחילו קנאביס כטיפול חדש, לא ברור מדוע תסמיני ה-PTSD שלהם פחתו בתחילת המחקר, ולא מוקדם יותר במהלך השימוש בקנאביס. ייתכן שהכללת אנשים שהאמינו שקנאביס מועיל ל-PTSD שלהם גרמה להטיה שנובעת מכך שהם בעלי סיכוי גבוה יותר לדווח על שיפור גדול יותר עקב קנאביס. בנוסף, במחקר זה היו גם בעיות מתודולוגיות נוספות. מחקר אחר מצא שאצל משתמשי קנאביס רפואי עם PTSD שדווחו על הקלה בתסמינים לטווח קצר בעת שימוש בקנאביס, לא היו שינויים ארוכי טווח בתסמיני PTSD [Metrik, 2018]. קיימים רק 2 מחקרים מבוקרים וכפולי סמיות שבדקו יעילות קנבים מול פלצבו: המחקר הראשון כלל 80 נבדקים ונערך כחלק ממחקר דו-שלבי שערכה רשות ה-MAPS. בפאזה המבוקרת והסמויה **לא נמצא הבדל בשינוי בתסמיני ה-PTSD בין המטופלים שטופלו בתערובות שונות של קנבים (3 תערובות עם יחסים שונים של רכיבים פעילים) לבין אלה שטופלו בפלצבו. למחקר זה היתה גם פאזה שניה ללא פלצבו**, שבה מטופלים שטופלו בתערובת מאוזנת של THC+CBD (ר' להלן) דיווחו על שיפור משמעותי בהשוואה לתערובת שכללה בעיקר CBD ולתערובת שכללה בעיקר [THC Bonn-Miller 2021].

המחקר השני כלל 10 נבדקים. הם חולקו לקבוצה שקיבלה Nabilone (קנבינואיד סינתטי המדמה THC) וקבוצה שקיבלה פלצבו, ובהמשך נעשה switch-over בין הקבוצות.

נמצא כי בקבוצת ה-nabilone היתה ירידה משמעותית בתדירות הסיוטים ובהרגשה כללית לאחר 7 שבועות יחסית לקבוצת הביקורת. [Jetly, 2015] המחקרים מציינים שלתיקוף התוצאות נדרש שחזור במדגם גדול יותר.

מחקרים על תופעות לוואי של שימוש בקנבים - קיימים מחקרים מבוקרים המעידים על כך כי שימוש בקנבים מלווה בהחמרת תסמיני PTSD (בעיקר תוקפנות [Dillon, 2021]). במספר מחקרים נמצא כי שימוש בקנבים פוגע ביעילות טיפולים קונבנציונליים, אך ממצא זה לא שוחזר במחקרים אחרים. דיווחי קלינאים שמטפלים במטופלי PTSD מלמדים שבחלק מהמקרים עצם השימוש בקנבים מעלה את צוצמת ההימנעות ופוגע פגיעה משנית בתפקוד.



כמו כן קיימים מחקרים מבוקרים המעידים על כך **שקיים קשר בין שימוש בקנביס לבין פסיכוזה, תסמיני חרדה, דכאון, חשיבה אובדנית, הפרעה בקואורדינציה (כולל בנהיגה) הפרעה בזיכרון לטווח קצר, ירידה בצינוי IQ ומחלות דרכי הנשימה** [Hill, 2022]. קשר זה איננו מעיד על סיבתיות או על הכיוון שלה. בעבר התפיסה המקובלת היתה ששימוש בקנביס מהווה סיבוך של PTSD ומצדיק אבחנה נוספת של התמכרות או שימוש לרעה. על פי תפיסה זו ההקלה שחשים המטופלים עקב נטילת קנביס נובעת מהקלה של תסמיני גמילה.

רקע נוירוביולוגי - צמח הקנביס מכיל מספר מרכיבים פעילים, והשפעתו תלויה בריכוזם וביחס בין ריכוזיהם. המרכיב הפעיל העיקרי הוא **delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)**. מרכיבים פעילים אחרים הם **cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN), cannabigerol (CBG)**. בנוסף לתערובות עלים ולתכשירים לבליעה (בד"כ שמן) קיימים גם תכשירים פרמצבטיים הכוללים רק חלק קטן ממרכיבי הקנביס. ביחס לאוכלוסייה הכללית, **לסובלים מ-PTSD יש זמינות גדולה יותר של קולטנים לאנדוקנבינואידים מסוג CB-1**. עובדה זו יכולה להסביר את ההקלה שחשים המטופלים לאחר שימוש בקנביס, אך מחקרים הדגימו כי **שימוש חוזר בקנביס באוכלוסיית הסובלים מ-PTSD גורם לסבילות מהירה** עקב ירידה בפעילות הקולטנים הנ"ל. עובדה זו מסבירה גם את יצירת התלות בחומר. מחקרים הראו כי לטווח הקצר קנביס מפחית תגובתיות של האמיגדלה לאיום [Rabinak, 2013] ו-THC ו-CBD מסייעים בהכחדת זיכרונות טראומטיים. [Han, Raymundi].

הרגולציה בישראל - בישראל קבע משרד הבריאות התוויות והתוויות נגד למתן קנביס, שמטרתם שימוש בפתרון זה רק אצל מטופלים העמידים לטיפול קונבנציונלי (תרופתי ושיחתי) והימנעות משימוש ע"י מטופלים שקנביס עלול להחמיר את מצבם (פסיכוזה, התמכרות בעבר).

בפועל, במקרים רבים אין ברור מלא של קיום הקריטריונים לפני מתן המלצות על מתן קנביס. הבקרה על קבלת רישיון לשימוש בקנביס והמעקב בהמשך כרוכים בטיפול במנהלות רבות. מסיבה זו, ובגלל העדר תמיכה מבוססת עובדות לטיפול זה, מרבית הפסיכיאטרים נמנעים ממתן המלצות לקנביס.

סיכום והמלצות - אין ביסוס מחקרי עובדתי (evidence based) המתקף יעילות של קנביס כטיפול ב-PTSD. יש ביסוס מחקרי עובדתי לכך שקנביס קשור בהחמרת תסמינים של PTSD ובתופעות לוואי אחרות. ממצאים אלה עומדים בסתירה לחוויה הסובייקטיבית של מרבית המשתמשים בקנביס. הוועדה סבורה כי במצב הנוכחי אין הצדקה להכללת הטיפול בקנביס ב-PTSD בסל התרופות ויש להימנע ממתן קנביס לסובלים מ-PTSD בטרם מוצו כל האפשרויות הטיפוליות האחרות, תרופתיות ופסיכותרפויטיות. מסקנה זו תואמת מסקנות של מאמרי סקירה שפורסמו בנושא [Rehman, 2021; Silczuk, 2022; Kirkland, 2022; McKee, 2021] ושל רשות הטיפול בוותיקי מלחמה בארה"ב [Hill2] (VA). נראה כי הדיון הנוכחי מהווה "סגירת האורווה לאחר שהסוסים כבר ברחו", כיוון שמשרד הבריאות אישר מתן קנביס כטיפול לגיטימי ל-PTSD, והדבר השתרש כנוהל מקובל. ליחידה לקנביס רפואי במשרד הבריאות (היק"ר) אין אמצעים לוודא עמידה בקריטריונים והיא נסמכת על המלצות פסיכיאטרים, שלצתם קרובות מאד אינם המטופלים הקבועים של המטופל. מצב זה עלול לגרום לא רק למתן אישורים למטופלים המועדים לפתח פסיכוזה או התמכרות, אלא גם לפגיעה בטיפול הקונבנציונלי-מטופלים פונים בבקשה לקבל תרופות כאשר מראש מטרתם היא שיהיה רישום של נטילת התרופה, ללא כוונה ליטול אותה. לכן אנו ממליצים שהיק"ר יסתמך על **תיעוד מקורי** מתיקים רפואיים ומטיפולים פסיכולוגיים ולא על מכתבי סיכום, ויבדוק מדגמית את ההתאמה בין ההמלצות לבין הממצאים בתיעוד המקורי. במקרה של פערים חוזרים מומלץ להסיר את הממליץ מרשימת המורשים להמליץ על מתן קנביס.



נספח ג'

טיפול בתא לחץ - הטיפול ההיפרברי עושה שימוש בלחץ הגבוה מהלחץ האטמוספרי ובחמצן בריכוז של 100%, על מנת להעלות את כמות החמצן המסיס המגיע לרקמות השונות. במהלך הטיפול עולה ריווי החמצן ברקמות השונות מ-200 ממ"כ עד ל-2,000 ממ"כ ואף יותר [1]. החמצן מאפשר יצור יעיל של אנרגיה תאית, אך רבות מההשפעות המיטיבות שלו קשורות דווקא בתנודות בריווי ובמעבר החוזר מריווי חמצן גבוה מאוד בתוך תא הלחץ לזה התקין שמחוץ לתא. הירידה בחמצן מהחמצון המאפיין את התנאים ההיפרבריים לזה האטמוספרי מתורגם על ידי התאים כהיפוקסיה, וקשורה בביטוי של גנים המושרים על ידי

HIF (hypoxic induced factor), בעליה בביטוי של תאי גזע, ביצור כלי דם חדשים ולמעשה בהפעלה כללית של מגוון תהליכים תומכי ריפוי [11-2]. הטיפול בתא לחץ הודגם לפני שנים כיעיל בטיפול בפצע קשה ריפוי סוכרתי או בפצע הקשור בנזקי קרינה (התוויות רשומות בסל הבריאות), פצעים שבמהותם קשורים בהיפוקסיה רקמתית [12, 13]. בשנים האחרונות מודגמת בסדרה של מחקרים היעילות של הטיפול ההיפרברי בטיפול במגוון פגיעות, "פצעים", מוחיים [14]. מחקרים אלה מדגימים שיפור בפרפוזיה ובפעילות המוחית לצד שיפור קליני תחת טיפול בתא לחץ במצבים הנגרמים על ידי אירוע וסקולרי [15] (stroke), או נזק מכאני [16-18] (traumatic brain injury post-concussion syndrome או blast injury). הטיפול בתא לחץ מאפשר neuroplasticity שביטויה חזרה לפעילות של אזורי מוח לא פעילים, יצור כלי דם חדשים, הגברה של זרימת הדם המוחית, ושיפור בקישוריות המוחית [14].

PTSD - תגובת דחק פוסט טראומטית משקפת את ההשלכות ארוכות הטווח של אירוע או רצף אירועים טראומטיים. בשנים האחרונות מצטבר ידע רב בנוגע לשינויים המוחיים המאפיינים את התסמונת. מודלים שונים בבעלי חיים מדגימים שינויים כרוניים בפעילות המוחית לאחר חשיפה לאירועים טראומטיים. גם מחקרים בבני אדם מדגימים שינויים בפרפוזיה ובפעילות של אזורי מוח שונים ושינויים מבניים, בעיקר בקורטקס הפרה פרונטלי, ובהיפוקמפוס [19-22]. שינויים אלה עומדים בקורלציה לחומרת התסמינים, וקשורים בסיכוי נמוך להגיב לטיפול. כלומר, אנו מבינים כיום כי החשיפה לקסקדת התהליכים הביולוגיים הקשורים בסטרס מביאה לפגיעה ביולוגית מוחית כרונית - צוואר בקבוק ביולוגי המגביל את תהליך השיקום [23]. הכרה במקומו של מחסום ביולוגי זה מזמינה שילוב של התערבות ביולוגית ל-PTSD. התערבות לתיקון הנזק "הפצע" הביולוגי שלאחריו ניתן יהיה להמשיך את דרך השיקום להחלמה וחזרה לשגרת חיים בריאה.

PTSD צבאי - למחקר [24], שנערך במרכז סגול ובחן את השפעות הטיפול בתא לחץ בקרב הלומי קרב גויסו 35 לוחמים ישראלים עם PTSD שלא השתפר תחת הטיפול המקובל בפסיכותרפיה ובתרופות (PTSD עמיד לטיפול).

הלוחמים חולקו לקבוצת טיפול אל מול קבוצת ביקורת. קבוצת הטיפול טופלה ב-60 טיפולים יומימיים בני 90 דקות כל אחד, במסגרתם קיבלו 100% חמצן באינטרוולים של 20 דקות ו-5 דקות הפסקה לסירוגין. בקבוצת הביקורת בוצע מעקב בלבד. הן בקבוצת הביקורת והן בקבוצת הטיפול המשיכו מטופלי המחקר טיפול פסיכותרפי שקיבלו טרם גיוסם למחקר, במסגרת המחקר לא ניתן טיפול פסיכותרפי או אחר, לצד הטיפול ההיפרברי. תחת הטיפול בתא לחץ הוצג שיפור משמעותי בתסמיני פוסט טראומה. בכ-70% ממשתתפי המחקר הודגמה ירידה של יותר מ-30% בציון CAPS לאחר 3 חודשי הטיפול. 50% ממשתתפי המחקר לא ענו עוד על קריטריונים של הפרעת דחק פוסט טראומטית לאחר הטיפול. השיפור הקליני לוהה בשיפור בתפקוד ובקישוריות של אזורי מוח שונים, עם מתאם מצוין בין השיפור הקליני ובין השיפור בפעילות הפרה פרונטלית, וזו של ההיפוקמפוס.



השפעתו של הטיפול ההיפרברי על תסמיני PTSD - הודגמה גם במספר מחקרים מחוץ לישראל אליהם גויסו מטופלים עם TBI ו-PTSD [18, 25-29]. ההיארעות של PTSD בקרב הסובלים מ-TBI גבוה, ובמקרי לוחמים, בהם מדובר בחבלת ראש שאירעה בשדה הקרב, עשויה להגיע לכ-50%. השפעת הטיפול ההיפרברי על תסמיני TBI נחקרה רבות, תוך שימוש בפרוטוקולים שונים, ובד"כ הודגמה השפעה חיובית על הפתופיזיולוגיה והסימפטומים המאפיינים [30] TBI. בחלק מהמחקרים הוערכה כ-secondary endpoint השפעת הטיפול ההיפרברי גם על תסמיני PTSD וניתן ללמוד על השפעה חיובית על התסמינים במקרים בהם קיים שילוב של PTSD ו-TBI.

PTSD אזרחי משני לפגיעה מינית בילדות - מחקר על נשים שסבלו מפיברומיאלגיה כתוצאה מטראומה מינית בילדות הדגים שיפור משמעותי בתסמיני הכאב ותסמיני ה-PTSD תחת טיפול בתא לחץ [31]. במחקר שנערך במרכזנו, נכללו 30 נשים עם פיברומיאלגיה ו-PTSD על רקע פגיעת טראומה מינית בילדות. תחת הטיפול בתא לחץ הודגם שיפור דרמטי בתסמיני פיברומיאלגיה, בתסמינים הפוסט טראומטיים לצד השיפור בתפקוד והקישוריות באזורי מוח שונים. המשתתפות דיווחו על שינוי בתפיסת הזמן - העבר נותר בעבר, נפתח עיסוק בעתיד, שמחת חיים שלא הכירו לפני כן, ורצון לחיות [32]. במעקב שנעשה שלוש שנים אחרי סיום המחקר עם המשתתפות, דווחו על כך שהתוצאות המיטיבות נשמרות ומאפשרות להן שגרת חיים בריאה. במחקר נוסף הציגו מקרים של 3 נשים בעלות פיברומיאלגיה כתוצאה מטראומה מינית בילדות שבמהלך טיפול בתא לחץ נזכרו בטרומות מיניות בילדות שהיו מודחקים. הזיכרונות צפו באופן מפתיע ולא התבצע טיפול פסיכולוגי או כל דבר אחר מלבד תא לחץ. במטופלת אחת ניתן היה לראות שהקורטקס הפרה-קדמי חזר לעבוד ביתר פעילות לאחר טיפול בתא הלחץ. [33] במחקר נוסף 30 נשים בעלות פיברומיאלגיה וטראומה מינית בילדות טופלו בתא לחץ. נמצא שבעקבות טיפול זה ירדו באופן מובהק תסמיני פיברומיאלגיה ותסמיני PTSD. לאחר הטיפול מצאו פעילות מחודשת prefrontal cortex, orbital frontal cortex, and subgenual area ($p < 0.05$). מסקנות המחקר היו שטיפול בתא לחץ הינו בעל יעילות קלינית מובהקת עבור מטופלים בעלי פיברומיאלגיה בעקבות טראומה מינית בילדות [34].

סיכום - מסלול המחקר החדש מדגים את יעילות הטיפול בתא לחץ בריפוי הפצע הביולוגי הנגרם כתוצאה מטראומה נפשית קשה. ממצאי המחקרים פותחים לראשונה דרך טיפולית ביולוגית שבשילוב עם תמיכה נפשית מתאימה מובילים לשיפור בתסמינים ובאיכות החיים של הסובלים מ-PTSD.



נספח ד' טיפול קבוצתי

מה אנחנו יודעים: פותחו והופצו במסגרות מיוחדות לבריאות הנפש, מספר מודלים של טיפול קבוצתי בהפרעה פוסט טראומתית. אפילו אומרים (שוורץ, ברקובסקי, שטראוס, קנאבלסרוד & רונדאהל, 2019) שטיפול קבוצתי הוא אחד הטיפולים הכי נפוצים. בשנת 2000 יצא ספר על טיפול קבוצתי לטראומה בו ניתנו סיבות שונות לשימוש בטיפול קבוצתי אשר יוצאות מניסיון קליני ולא עברו ביסוס מחקרי: הטיפול יעיל מבחינה כלכלית. הקבוצה יכולה להעניק תמיכה חברתית ומעודדת כישורים חברתיים. הקבוצה יכולה לתת הזדמנות לרכוש מידע חדש, כישורי התמודדות וציפיות עצמיות. משוב מהמשתתפים לעיתים יותר קל לקבל מאשר מסמכות כמו מטפל. האקספלורציה של תהליכים קבוצתיים מאפשרת צמיחה אישית ותובנות לגבי תהליכים בינאישיים שלא אפשרי בטיפול פרטני.

ההתערבויות הקבוצתיות כוללות טיפול קוגניטיבי התנהגותי, גישות מבוססות מיומנויות, גישות בינאישיות או מבוססות יחסים, גישות מבוססות כוחות, תומכות ופסיכודינמיות.

טיפול PTSD מסווגים לעתים קרובות כממוקדי טראומה או ממוקדי הווה; טיפולים ממוקדי טראומה כוללים סוג מסוים של תשומת לב לאירועים הטראומטיים ולהשפעתם, בעוד שטיפולים ממוקדי הווה מבוססים לרוב על מיומנויות ועשויים לטפל בהשפעת הטראומה בחייהם הנוכחיים של המטופלים, אך אינם מתמקדים במפורש בזיכרונות הטראומתיות. חוויות הטיפולים הנלמדים ביותר ב-PTSD בפורמטים אישיים וקבוצתיים הם התערבויות CBT ממוקדות טראומה. טיפולים קבוצתיים אחרים של CBT עבור PTSD (למשל, Seeking Safety, STAIR, TARGET) מתמקדים יותר באימון מיומנויות ומדגישים מידע פסיכו-חינוכי וויסות השפעות ומיומנויות בין-אישיות ליישום בחייהם הנוכחיים של המטופלים. מודלים נוספים של טיפול קבוצתי (למשל, TCGP, TIG, TREM) כוללים מרכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים, תוך שימוש בעיקר בגישות התייחסותיות ופסיכודינמיות לטיפול בהשפעה הבין-אישית של טראומה, לשפר את הבטיחות בחייהם הנוכחיים של המטופלים ולהעצים ניצולי טראומה בהחלמתם. חלק מטיפולי PTSD קבוצתיים משלבים היבטים של סוגי טיפול שונים, הכוללים לרוב גישות ממוקדות טראומה. לדוגמה, טיפול קבוצתי ממוקד טראומה (TFGT) של פואה ועמיתיו משלב חשיפה, פסיכו-חינוך, הבניה קוגניטיבית מחדש, מניעת הישנות ואימון מיומנויות חברתיות. כמו בכל התחום של הטיפול הפסיכותרפויטי, גם עבור הטיפול הקבוצתי יש דעות על היעילות של טיפול זה או אחר וגם על היתרונות של הטיפול הקבוצתי לעומת הטיפול הפרטני. יש לא מעט מחקרים על היעילות של הטיפול הקבוצתי וניתוח-על (meta-analysis) אחד לגבי מחקרים אלה. מסקנות מחקרים אלה הן: לטיפול הקבוצתי תוצאות יותר טובות, בהשוואה לקבוצות שלא קיבלו טיפול בהורדת סימפטומים של הפרעה פוסט טראומתית. לא נמצאו הבדלי תוצאות משמעותיות בין הטיפול הקבוצתי לבין טיפולים אחרים, כולל טיפול קבוצתי תמיכתי, הרפיה או טיפול פרטני. אין מספיק מחקרים כדי להכריע איזה סוג של טיפול קבוצתי יותר יעיל. טיב הראיות עבור הטפול הקבוצתי בהשוואה ללא טיפול הוא ברמה מתונה וטיב הראיות של ההשוואה בין טיפול קבוצתי מול טיפולים אחרים הוא נמוך. אחרי שנת 2019 פורסמו עוד כמה מחקרים, וביניהם מחקר שמשווה בין טיפול קוגניטיבי התנהגותי קבוצתי לבין טיפול קבוצתי ממוקד הווה עבור ווטרינים (Haynes et al., 2020). המסקנות של המחקר הן שהטיפולים לא הראו הבדלים משמעותיים בתוצאות ושלטיפול הקוגניטיבי התנהגותי הייתה נוכחות יותר גבוהה ולגבי זה המחברים הסיקו שלטיפול זה היתכנות יותר טובה. סקירת ספרות על טיפול בהפרעות פוסט טראומתיות במסגרת של מרפאות לרפואה ראשונית מראה שהטיפול הקבוצתי יכול להיות אופציה טובה ויעילה ליישום. סקירה זאת יכלה בסופו של דבר להכניס רק 4 מחקרים ולכן צרכה מוגבל (Schleyer, 2022). בסקירה מקיפה של טיפולים יעילים עבור אנשים שסובלים מהפרעה פוסט טראומתית משנת 2000 נכתב על הטיפול הקבוצתי שהוא "טיפול מומלץ כיעיל באופן פוטנציאלי" (Foy, 2000). בהנחיות של האגודה האמריקאית הפסיכיאטרית לטיפול בהפרעה פוסט טראומתית שנכתב ב-2017 אין אזכור של טיפול קבוצתי (APA, 2017).



נספח ה

עזרה ראשונה נפשית טלפונית ומקוונת באמצעות קו חם ושירות אונליין - תמיכה טלפונית ומקוונת בתהליך ההתמודדות עם טראומה ופוסט טראומה. לקווי סיוע טלפוניים ולשירותי תמיכה מקוונים תפקיד חשוב ומשמעותי בהגשת עזרה ראשונה נפשית בעת משבר ומצוקה רגשית ברחבי העולם. שירותי התמיכה הטלפוניים צמחו בתחילת המאה העשרים בארה"ב, במטרה למנוע התאבדויות בשל בעיות ומצוקות אנושיות (גילת 2013). ציבור הפונים לא הגביל את עצמו לנושא זה וביקש עזרה במגוון רחב של בעיות ומצוקות אנושיות, לרבות ההתמודדות עם אירועי משבר, טראומה, מוות, שכול ואובדן. השימוש בטלפון למטרות של סיוע נפשי חולל מהפיכה בכך שעיצב סוג חדש של התערבות טיפולית - עזרה ראשונה נפשית, הניתנת על ידי מתנדבים מיומנים בשיחות בטלפון. כניסתה של התקשורת הטלפונית לזירת הסיוע הנפשי התחילה בשנות החמישים של המאה העשרים במרכזי סיוע טלפוניים (hotlines) שייצגו המקורי היה מניעת התאבדות והסיוע בהם ניתן על ידי מתנדבים שעברו הכשרה מיוחדת. במקביל להתפתחותו של הטיפול הנפשי המקצועי באינטרנט כבר בשנות השבעים ובעיקר בשנות התשעים, החלו גם ארגונים התנדבותיים, המציעים עזרה ראשונה נפשית טלפונית, להרחיב את השירותים שלהם לסביבה המקוונת (גילת 2013).

מרכיבי השירות - (1) תמיכה רגשית: הקשבה, אמפתיה, הרגעה, העצמה והנעה לחשיבה על משאבים ויישום דרכי התמודדות עם קושי ומשבר. (2) מתן מידע: מתן מידע לפונים על שירותים טיפוליים קהילתיים והפנייה לסיוע מקצועי בעת הצורך. (3) זיהוי סימני מצוקה והערכת סיכון ראשונית לאובדנות: הפעלת נהל חירום, באמצעות צוות כוננים והצוות המקצועי בשיתוף כוחות הצלה, בעת הצורך. מאפייניו הייחודיים של הטלפון והאינטרנט כסביבה אינטראקטיבית, הביאו להרחבת טווח האפשרויות לקבלת סיוע נפשי והנגשתן לקהל הרחב. בקרב רבים קיימת רתיעה מפנייה אל מקורות מסורתיים של עזרה. הספרות המקצועית מציגת שכשני שלישי מבין הסובלים מבעיות רגשיות אינם פונים לעזרה. הסיבות העיקריות הן פסיכולוגיות, לרבות בושה, חשש מתיוג וחשש מאי שמירת סודיות וכן, סיבות נוספות הנוגעות למחסור בשירותי סיוע נגישים וזמינים. הפחד ממפגש פנים אל פנים של עוזר-נעזר יכול להיות כה עצום עד כי יש הבוחרים להימנע מפניה לטיפול ונשארים עם מטען כבד של כאב ומצוקה. האינטרנט שובר מחסומים של זמן, מרחק וחשש מחשיפה ולפיכך עשוי להוות עבור רבים, מקור אטרקטיבי של סיוע נפשי. מעגל הפונים והנעזרים בסביבה המקוונת כערוץ תמיכתי הולך ומתרחב בשל התכונות הייחודיות שלה ובעיקר: האפשרות לשמור על אנונימיות מלאה, השימוש בשפה כתובה שמקדם פתיחות וחשיפה אישית ובעל ערך תרפויטי, היעדר מחסום המראה החיצוני והזמינות הגבוהה של קבלת העזרה. המאפיינים הייחודיים של התקשורת הטלפונית והתקשורת המקוונת תורמים להגשת סיוע רגשי ייחודי ובעל ערך לאנשים המתמודדים עם טראומה ופוסט טראומה.

מאפייני תקשורת בין אישית בטלפון ובאינטרנט המקדמים סיוע נפשי - היעדר שימוש במידע ויזואלי: נטרול השפעת מראה חיצוני ושפת גוף. העדר שימוש במידע שמיעתי בסיוע מקוון: נטרול השפעת הקול והאינטונציה. לבדיות - האדם נמצא לבד עם הטלפון או המחשב. האדם מתקשר מתוך מרחב אישי, גם כאשר התקשורת היא בין אישית. היעדר נוכחות פיזית של השותף לתקשורת מונעת הסחות ו"רעשים" ומאפשרת להגיע לריכוז גבוה יותר ולמעורבות רגשית. זמינות, מידיות ונגישות: שבירת מחסומים של זמן, מרחק וניידות. שימוש בדמיון לעיצוב דמותו של השותף לתקשורת (Barak 2007). אנונימיות ואפקט הסרת עכבות המאפשרים ביטוי של תכנים אישיים ורבים עמוקים (Suler 2004). המרחב המקוון, על מגוון ערוצי התקשורת שבו ומאפייניהם (דואר אלקטרוני, צ'ט, פורום, בלוג, וואטסאפ, רשתות חברתיות ועוד), מעניק לכל אחד את חופש הבחירה במדיום העונה בצורה הטובה ביותר על צרכיו האישיים. השימוש בשפה הכתובה בפניה לסיוע באינטרנט מאפשר לנסח מחשבות ורגשות בצורה בהירה ומאורגנת, מקדם פתיחות וחשיפה אישית, ובעל ערך תרפויטי.



כמו כן בשל תיעוד התקשורת, ניתן לחזור ולקרוא את הדברים בכל עת (גילת 2013, דניאלס 2018). מאפיינים אלו, מעניקים תחושת שליטה, מוגנות וביטחון רגשי ובכך מקלים על ההחלטה לפנות לקבלת תמיכה ללא חשש מביקורת, משיפוטיות ומתיוג (גרין 2005, גילת עזר ושגיא 2011, רוזנאו וגילת 2011, דניאלס 2016).

במחקר שבחן עמדות של מתבגרים וצעירים בישראל כלפי פנייה לעזרה (גילת, עזר ושגיא, 2011) נמצא כי בין הגורמים המרכזיים שמשפיעים על הנכונות לפנות לעזרה באינטרנט נמצאים שמירה על האנונימיות (לא רואים אותי, אני יכול להופיע בשם אחר), היכולת לחזור ולקרוא את הכתוב והאפשרות לעזור לאחרים. במחקרים נוספים בעולם נמצא כי יתרון בולט של הסיוע באינטרנט הוא הביטחון הרגשי שמעניקה הסביבה המקוונת. הביטחון הפסיכולוגי, שהנו פועל יוצא של האלמוניות ברשת, מהווה פיצוי על היעדר מסרים לא מילוליים (מבט, אינטונציה, שפת גוף), הקיימים במפגש פנים אל פנים.

מרכיבים המשפיעים על תפיסת יעילות הסיוע - במחקרים שנערכו במטרה להעריך את יעילות הסיוע, זוהו ארבעה מרכיבים מרכזיים אשר תורמים להערכת הסיוע כאפקטיבי על ידי הפונים. מרכיבים אלו כוללים: מיקוד השיחה לבעיה מרכזית, התאמת קצב ומשך השיחה לצרכי הפונה, יצירת סביבה רגשית תומכת ובטוחה ושימוש במגוון אסטרטגיות תמיכה: ממוקדות רגש, ממוקדות קוגניציה וממוקדות התנהגות. עוד נמצא כי הפונים תופסים את יעילות השיחה כגבוהה יותר ביחס למתנדבים (גילת ורוזנאו 2008, Gilat & Reshef 2012). בסקר השוואתי של הפניות לער"ן באינטרנט לעומת הטלפון (עולה כי רוב הפונים לעזרה באינטרנט הם צעירים וכי הפניות לשירות המקוון התאפיינו ברמה גבוהה יותר של חומרה לרבות דיכאון, חרדה ותגובות בעקבות אירוע טראומתי. בנוסף, שיעור הפניות האובדניות גבוה יותר באינטרנט מאשר בטלפון.

סיכום - כאמור, שירותים של עזרה ראשונה נפשית באמצעות הטלפון והאינטרנט מהווים מקור חשוב וייחודי של מניעת התאבדות וניסיונות התאבדות בכל העולם. ממצאי מחקר בישראל מלמדים שלער"ן ישנה תרומה ייחודית במתן מענה לשיחות אובדניות ושמטנדבי ער"ן מצילים חיים, הלכה למעשה, ביותר מ-800 פניות מדי שנה (Gilat & Tobin 2009).



נספח ו'

האשפוז האינטנסיבי בלב השרון תוכנית IN3 [נפגעות פגיעה מינית] - האשפוז האינטנסיבי בלב השרון תוכנית IN3 זו תוכנית טיפול אשפוזי אינטנסיבית ואינטגרטיבית בטרומה מורכבת (CPTSD) המיושמת בבית החולים לב השרון בישראל. התוכנית נועדה לעזור לנשים הסובלות מ-CPTSD על ידי שילוב של טיפולים יעילים רבים, כולל EMDR, PE, פסיכו-אדוקציה ופעילות גופנית. התוכנית נמשכת 10 ימים והיא מתקיימת במסגרת אשפוזית. במהלך התוכנית, המטופלות עובדות עם צוות טיפולי רב-תחומי הכולל מטפלים ומטפלות, רופאים ורופאות, פסיכולוגים ופסיכולוגיות, עו"ס, אחים ואחיות ומטפלים בתנועה. התוכנית דומה לתוכנית ממרכז פסיטק בהולנד שם טופלו במתכונת דומה כ-6,000 מטופלים. בכל יום טיפולים מתקיימות המודלות הבאות:

• PROLONGED EXPOSURE

PE הוא טיפול יעיל נוסף לטיפול בטרומה, והוא מסייע למטופלות להתמודד עם הפחדים והחרדות. מפגש בן שעה וחצי ביום. מחקר של דה-יונג בדק האם יש עדיפות לסדר הטיפולים ביום EMDR - או PE תחילה? המחקר גילה כי התחלת היום ב-PE והמשך ב-EMDR מובילה ליעילות גבוהה יותר. זאת, כיוון שנראה כי PE מעלה את הזיכרון, "מפעיל" אותו ומתחיל את העיבוד באופן שמייצל את ה-EMDR.

• EMDR - Reprocessing and Desensitization Movement Eye

הוא טיפול יעיל לטרומה, והוא מסייע למטופלות לעבד ולהשתחרר מזיכרונות טראומטיים. מפגש בן שעה וחצי ביום. במודולה זו שימוש ב-EMDR2.0 (שהיא שיטה חדשה לטיפול בטרומה, שפותחה על ידי פרופ' אד דה-יונג). EMDR2.0 מבוססת על תיאוריית הזיכרון העובד, שלפיה זיכרון טראומטי מאוחסן בזיכרון ארוך טווח, אך כאשר הוא עולה לזיכרון העובד, הוא הופך פחות עמוס ומפעיל רגשית. EMDR2.0 משתמשת בגירויים מוחיים כדי לעזור למטופלים לעבד את הזיכרונות הטרומטיים שלהם, ולהפחית את הסימפטומים שלהם.

• Psychoeducation

פסיכו-אדוקציה היא טיפול המסייע למטופלות להבין את הטרומה שלהן ולפתח מנגנוני התמודדות יעילים. מפגש בן שעה וחצי ביום.

• In Vivo Exposure

בכל יום מתורגלת חשיפה מול הימנעויות נבחרות. פעילות גופנית: פעילות גופנית היא דרך יעילה להפחית מתח וחרדה, והיא יכולה גם לעזור למטופלות להתחבר לגוף שלהן ולרגשות שלהן. שש שעות יומיות. שיחה פרטנית קצרה עם מטפל אישי. בנוסף לטיפולים היעילים, התוכנית IN3 מתמקדת גם ביצירת תחושת קהילה וחיזוק האמון בין המטופלות. התוכנית כוללת מגוון פעילויות קבוצתיות, ומטופלות מעודדות לשתף את החוויות שלהן זו עם זו. יצירת תחושת קהילה חשובה מאוד לנשים הסובלות מ-CPTSD, שכן הן לעתים קרובות מרגישות בידוד וניתוק. תהליך האינטייק לתוכנית IN3 הינו יצירת בנק של 8-10 זיכרונות עליהם נעשה תהליך העיבוד במהלך התוכנית. לצורך כך נבנה שאלון ייחודי העובר תיקוף מחקרי. בכל יום מתקיימת ישיבת צוות מתכללת.



מקורות

Voorendonk, E. M., De Jongh, A., Rozendaal, L., & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: Results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1783955.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7473266/>

Matthijssen, S. J., Brouwers, T., van Roozendaal, C., Vuister, T., & de Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1956793.

van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C., & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1917876.

Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. *Treatments That Work*



משרד הבריאות

מניעה שניונית

יו"ר: פרופ' אריה שלו





מניעה שניונית

חברי הוועדה

פרופ' אריה שלו	יו"ר הוועדה
פרופ' איל פרוכטר	יו"ר המועצה הלאומית לפוסט טראומה
ד"ר קרן גינת	מנהלת המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזר
גב' סיגל אלון סידליק	פסיכולוגית ארצית, שירותי בריאות כללית

תקציר מנהלים

נקודות עיקריות

1. מניעה שניונית היא מאמץ למנוע התפשטות, החמרה והתקבצות של הפרעה פוסט טראומטית מתמשכת בנפגעי טראומה שפיתחו תסמונות פוסט טראומטיות חריפות.
2. להתערבויות קליניות מוסדרות בימים ובחודשים שלאחר חשיפה לאירוע טראומטי יתרון ייחודי, מהותי ומוכח במניעת תחלואה ונכות מתמשכות, יקרות, ומסכנות חיים.
3. להתערבויות כאלה מחירים ואתגרים ארגוניים ומקצועיים: מדובר במיקוד מאמץ על האוכלוסייה הנכונה (אלו שנחשפו לטראומה ומבטאים סימני מצוקה פוסט טראומטית) ובעיתוי הנכון (לפני פיתוח מחלה כרונית ומגבילה).
4. שיעורי הנזקים לטיפול מניעתי שניוני באירועים טראומטיים עתירי נפגעים, וצורת ההתערבות הנדרשת מחייבים תשתית, הכנה, התגייסות, והפעלה של מערכות קליניות קיימות.
5. מטלה כזו מחייבת תכנון, הכשרה, וארגון ברמה ארצית.

משמעות ואפיון הפגיעה הטראומטית המוקדמת

- בשלהי אירועים טראומטיים נשארים נפגעים רבים עם תסמינים פוסט טראומטיים חריפים (acute) הגורמים למצוקה קלינית והפרעה תפקודית ניכרת.
- נפגעים אלה נמצאים בסיכון גבוה להתפתחות תחלואה פוסט טראומטית מתמשכת (chronic) קשה לטיפול, וכרוכה בנכות וסבל.
- בהיעדר התערבות, שיעור התחלואה הכרונית בנפגעים אלה הוא 20% לאחר תאונות ו-38% בנפגעי טרור.
- אחוז המבטאים סימני פוסט טראומה 4-6 חודשים לאחר אירוע, מתוך כל אלה שהיו להם סימנים מוקדמים שבועיים עד חודש לאחר האירוע.
- התערבויות קליניות בחודשים הראשונים להופעת התסמונת החריפה מונעות תחלואה כרונית אצל למעלה ממחצית המטופלים.
- ההחלמה שמושגת בהתערבויות מוקדמות יציבה לאורך שנים.
- יש יתרון מובהק לטיפול שיטתי על ידי קלינאים שהוכשרו לכך, בשיטות טיפול בדוקות, ולאחר אבחון שיטתי.
- טיפולים חלקיים, תומכים בלבד, מייצגים או אינטרנטיים אינם יעילים בנפגעים עם תסמונות קליניות חריפות.
- נפגעים רבים מפתחים מצבי מצוקה חולפים. טיפול קליני בנפגעים אלה אינו נחוץ ואינו מועיל יותר מתמיכה והמתנה.
- משום כך נכון למקד את המאמצים הקליניים באנשים שסובלים מהפרעה חריפה ברת אבחון (בילדים ההסתמנות קלינית יכולה להיות שונה).



הצורך במערכת מניעתית ציבורית והיתכנותה

- מניעה שניונית של הפרעה פוסט טראומטית היא אתגר אשר מעט מדינות או ארגונים הצליחו להתמודד אתו. למדינת ישראל יתרונות מהותיים בנושא, ובהם מערכת בריאות ציבורית ענפה, ביטוח בריאות לכל, תודעה והיכרות עם טראומה ופוסט טראומה, התנסויות במניעת תחלואה, זיקה של האוכלוסייה למקורות טיפוליים קיימים (מרפאות, קופות חולים, בתי חולים).
- מכאן שבמאמץ שיטתי ניתן להקים במדינה מערכת מניעתית אוניברסלית לנפגעי טראומה נפשית.

אתגרים מהותיים ביישום מערכת מניעתית שיטתית הם:

- בגלל נפח העבודה והסיכון לאוכלוסיות רחבות, מניעה שניונית של תחלואה פוסט טראומטית יכולה להיעשות רק בתוך מערכות טיפוליות מנוסות וקיימות.
- ניצולים רבים שנפגעו קלות יחלימו ללא טיפול ולכן יש צורך באבחון כ"שער" לטיפול.
- טיפולים חלקיים, יעוץ או תמיכה אינם יעילים במניעת תחלואה אצל אלה שכבר מבטאים תסמונת מלאה ולכן יש צורך בהכשרה ואימון שיטתיים של מטפלים מיומנים.
- נפגעים רבים דוחים פנייה לטיפול עד לשלב הכרוני ולכן יש לפעול להורדת הסטיגמה של טיפול נפשי וחשוב לבנות, לפרסם ולהנגיש שירותים.

א. מבוא

מטרות המסמך הזה הן לתאר ולבחון את נושא המניעה השניונית של הפרעה פוסט טראומטית, ובכלל זה לבחון את ישימותה, להגדיר ולהעריך את מקומה וחשיבותה בשרשרת ההתערבויות הקליניות בתסמונות פוסט טראומטיות, לבחון את האתגרים והסיכויים ביישומה השיטתי של מניעה שניונית במדינת ישראל ולנסח המלצות לגופים הרגולטוריים והמבצעים. האמירה הגרעינית במסמך זה היא כי **להתערבויות קליניות מוסדרות בחודשים שלאחר חשיפה לאירוע טראומטי (להלן "חלון ההזדמנויות") יתרון ייחודי, מהותי, מוכח ותלוי-זמן במניעת תחלואה ונכות מתמשכות יקרות ומסכנות חיים. במקביל, יש להתערבויות כאלה מחירים ואתגרים ארגוניים ומקצועיים אשר דורשים החלטה, מאמץ והקצאת משאבים. תפקיד המסמך הזה הוא להוות בסיס מושתת-ידע ותובנות לתכנון והקמה של של תכנית ארצית למניעת תחלואה פוסט טראומטית כרונית.**

לישראל יתרון מהותי ביכולת להניע וליישם מערך של מניעה שניונית משום שיש כאן מערכות רפואה ציבורית מפותחות ומבוזרות בכל הישובים, קיימת זיקה של התושבים למערכות אלה ולטיפולים שיינתנו דרכן (דרך מרפאות ובתי חולים מוכרים), ויש למרבה הצער היכרות של הציבור עם מצבים טראומטיים ותחלואה פוסט טראומטית.

ב. רקע וסקירת ספרות

מניעה שניונית¹

אנו מגדירים מניעה שניונית **כמאמץ למנוע התפשטות, החמרה וקיצוץ של הפרעה פוסט טראומטית** בנפגעי טראומה שפיתחו תסמונות פוסט טראומטיות חריפות בשבועות או בחודשים שלאחר חשיפה לאירוע טראומטי.

¹ רוב הידע על מניעה שניונית מוצלחת של פוסט טראומה כרונית מגיע מספרות על מבוגרים ולכן המסמך עוסק במבוגרים להמחשת ותיאור הידע הקיים. למניעה בילדים יש ממדים משלה וצורך במיומנויות קליניות וארגוניות נוספות (כגון גישה לילדה) ולמבוגרים (סביבוה) – אך העקרונות המובאים פה לגבי מבוגרים לפיהם מניעה מונעת תחלואה מתמשכת קשה (ובילדים כמובן הפרעות התפתחותיות ניכרות) שריר וקיים לכל גיל. לכן, למרות העיסוק בפתולוגיה של מבוגרים, עקרונות המסמך הזה, והגדרת המשאבים הנחוצים נעשים תוך הבנה שהם שרירים לכל גיל.



תסמונות חריפות וכרוניות

נפגעי טראומה רבים סובלים ממצוקה רגשית לאחר האירוע הטראומטי ורובם מחלימים ללא התערבות טיפולית. הספרות מלמדת **שקבוצה משמעותית מתוכם מפתחת תסמונות פוסט טראומטיות חריפות** אותן ניתן לאבחן בימים, שבועות או חדשים הראשונים לאחר חשיפה לאירוע טראומטי. **ניצולים שמפתחים תסמונות קליניות חריפות הם בסיכון גבוה לתחלואה מתמשכת** ובלתי הפיכה (1, 2).

הספרות גם מלמדת שמרבית הלוקים בהפרעה פוסט-טראומטית כרונית ביטאו סימנים ראשוניים בסמוך לאירוע הטראומטי - ורק מיעוט מפתח תסמינים כרוניים מושהים ללא עדות למצוקה ראשונית (3-5). הסיכון לפתח תחלואה מתמשכת גדל עם הזמן: כ-95% ממקרי ההחלמה מהפרעה פוסט טראומטית חריפה קורים בשנה הראשונה לאחר האירוע הטראומטי. בהעדר טיפול במרווח הזמנים הזה כ-30% מאלה שיבטאו סימנים של הפרעה חריפה יפתחו הפרעה כרונית עמידה לטיפול (4) (6).

טיפול מניעתי מוקדם

מחקרים רבים ומתכנסים מראים **שטיפול קליני מוקדם מקטין את הסיכון לפתח הפרעה פוסט טראומטית כרונית אצל ניצולים עם הפרעה חריפה מאובחנת**.

ספציפית המחקרים מראים כי **לטיפול מוקדם יתרון משמעותי בניצולים אשר פיתחו הפרעה פוסט טראומטית מאובחנת** (כלומר, הפרעה אשר עונה לקריטריונים אבחנתיים מלאים) (7, 8).

טיפול מוקדם באוכלוסייה זו **מקטין ב-60% את המעבר לתסמונות פוסט טראומטית כרונית** כלומר מונע מחלה כרונית ביותר ממחצית המטופלים (9-11).

המחקרים מראים **יתרון מובהק לטיפול שיטתי על ידי קלינאים שהוכשרו לכך, בשיטות טיפול בדוקות ולאחר אבחון שיטתי (11), ותוצאות יציבות לאורך שנים (12)**.

סקירת ספרות מקיפה משנת 2021 (13) מטילה ספק ביעילות טיפולים שמטרתם למנוע תסמונות פוסט טראומטית בכל האוכלוסייה, או בכל האנשים שנחשפו לאירוע טראומטי או באלה שנחשפו ופיתחו תסמונות חלקית בלבד וממליצה **למקד את המאמצים הקליניים באנשים שסובלים, כחודש לאחר אירוע מהפרעה חריפה ברת אבחון**. סקירה קודמת על ידי קבוצה עצמאית (14) חוזרת על ממצאים דומים.

עבודות קליניות וסקירות מראות שניצולים אשר מבטאים תסמונות חלקיות מחלימים באותם שעורים עם או בלי טיפול מוקדם (9, 15). יעילותה של התערבות קלינית באנשים עם תסמונות חלקיות אינה עולה על זאת של החלמה ספונטאנית. מכאן נובע צורך באבחון והערכה לפני התערבות.

שיטות טיפוליות

שיטות קליניות אחדות הוכחו כיעילות בהפרעה חריפה מאובחנת ובהן טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים ממוקדים בטרומה (Trauma Focused CBT or TF-CBT) ובכלל זה prolonged exposure וטיפול קוגניטיבי ממוקד בטרומה, mindfulness ו-EMDR. העדות הקונסיסטנטית ביותר קיימת לגבי (7, 8) TF-CBT.

בלי להיכנס לדיון על היתרון היחסי של כל אחת מהשיטות הקליניות יש ממצא חוזר בספרות לפיו 'חצי-טיפול' או ייעוץ (supportive counseling) (7, 15) או טיפול בעזרים טיפוליים כגון relaxation training או ביופידבק או טיפול תרופתי בכל תרופה שהיא (כולל נוגדי חרדה, נוגדי דיכאון או תרופות לשינה) אינם מונעים הפרעה פוסט טראומטית כרונית גם כאשר הם מלווים בהקלה זמנית בסימפטומים ואף עלולים (נוגדי חרדה) לפגוע בסיכויי ההחלמה (16).



מכאן כי בניגוד לגישה למצוקה פוסט טראומטית מידית או לטיפול מניעתי ראשוני (לפני התגבשות התסמונת המלאה) **מניעה שניונית ללוקים בהפרעה פוסט-טראומטית חריפה מחייבת מאמץ מרוכז ומיומן של הקלינאי, הניצול ומערכת מתן השירותים.**

בהינתן מאמץ כזה התוצאות הן טובות, כאמור, ויותר ממחצית מהמטופלים בשלב המוקדם מחלימים ולא ישובו לסבול מהפרעה פוסט טראומטית. חלון ההזדמנויות לטיפול מניעתי מוקדם הוא עד 6 חודשים לפי עדות מחקרית וייתכן גם עד שנה לאחר האירוע (לפי מהלך המחלה).

ג. אתגרים ובעיות במניעה שניונית של הפרעה פוסט טראומטית

יעילותה המוכחת של מניעה שניונית, בשיטות שכבר קימות היום ויכולתה להקטין את שעורי התחלואה והנכות באוכלוסייה מהוות אתגר משמעותי וחסכון משאבים משמעותי (דרך מניעת תחלואה ונכות מתמשכת) למדינה תחת איום מתמיד ולמערכות בריאות ציבוריות.

להלן **ארבעת האתגרים** המהותיים ביישום מערכת או תפיסה מניעתית שיטתית:

- איתור ואבחון
- יצירת מיומנויות קליניות רלוונטיות
- הורדת רף ההימנעות מפנייה לעזרה
- בנייה והנגשה של שירותים

1. איתור ואבחון

מתן התערבות יעילה מחייב **לאתר להעריך ולאבחן ניצולים אשר עבורם הטיפול יהיה יעיל והכרחי**. היעדר איתור ואבחון גורם לבזבז משאבים טיפוליים - שגם כך יש בהם מחסור - על מתן טיפולים לא נחוצים למרבית הניצולים (רק 15% בערך מס' ניצולי אירוע אכן זקוקים לטיפול כדי למנוע מהלך כרוני) ולעלויות בלתי נסבלות.

לאיתור ואבחון שיטתי יש מחירים משמעותיים אשר צריך להקטין אותם כדי שתהיה לכך היתכנות כלשהי. מחקר האורך הישראלי J-TOPS מצא כי התשומות הנדרשות (יחידות זמן מול מטופל) לאיתור ואבחון אינדיבידואלי על ידי מראיינים טלפוניים וקליניים בנפגעים שהגיעו לחדר מיון בעקבות טראומה שוות לאלה שנדרשות לטיפול עצמו (17).

הניסיון של צה"ל בעקבות צוק איתן, בהובלה של ד"ר גינת, פרופ' לאור ופרופ' מנדלוביץ' לבנות מערך שאלות טלפוני ואז הזמנה למרכז אבחון חד יומי אינטנסיבי, לא הגיע לפרסום ובחינה מדעית של יעילות.

הנחיות משרד הבריאות לאיתור מוקדם של נפגעים בסיכון חלות על פיגועי טרור המוניים, בהם שיעור התחלואה הפוסט טראומטית המצופה (predicted prevalence) (38%) מצדיק השקעה באיתור שיטתי ואבחון מהיר.

השיעור המקביל בתאונות דרכים (10%-18%) ומספר תאונות הדרכים הופכים את האיתור הראשוני השיטתי בנפגעים אלה, ובשיטות הנוכחיות, לבלתי ישים ואת מחירו, בטכנולוגיות הקיימות, לבלתי מתקבל על הדעת.

הנגשה ממוחשבת של כלי אבחון ראשוניים, כגון הערכה עצמית מובנית אשר כבר זמינה ברשתות (19) או הערכה של סמני סיכון התנהגותיים (digital biomarkers, 18) והערכה של גורמי סיכון (2) עשויות, בעתיד, לפתור בעיה זו או להקל עליה.

אחת המטלות של תכנית מניעה ארצית תהיה לייצר להריץ ולהעריך כלי איתור, לבחון ולהפיץ קריטריונים פשוטים וברורים להפניה עצמית (ראה אתגרים 3 ו-4 בהמשך).



2. יצירת מיומנויות קליניות רלוונטיות

טיפול יעיל בנפגעי טראומה עם הפרעה חריפה מחייב **מיומנויות ספציפיות** (בעיקר בשיטות התנהגותיות ואינטנסיביות), **הדרכה ותמיכה למטפלים**, ניסיון קליני אישי של מטפלים **והתארגנות של שירותים** (למשל: אבחון ומתן טיפול תוך זמן קצר מפנייה). מיומנויות כאלה אינן זמינות ובהעדרן אין תכלית להתארגנות למניעה שניונית.

רכיב התמיכה הארגונית והמקצועית - וההנחיה למטפלים קריטי כי בהעדרו נחשפים מטפלים לתיאורים ולתגובות רגשיות טראומטיות שעלולים לגרום לשחיקה ולהימנעות ממגע עם חוויות אינטנסיביות של המטופל. נראה (למרות שאין נתונים מובהקים) שלטיפול במסגרת קבוצת מטפלים או מרפאה ייעודית יש יתרון ועשויה להיות שרידות גבוהה יותר.

מרפאה ייעודית כזו הוקמה בבית החולים רמב"ם, בהובלה של פרופ' איל פרוכטר וד"ר תלמה כהן. המרפאה פעלה בתחום הטיפול המוקדם, בטכניקות טיפוליות מתקופות רבות טיפול קבוצתי, טיפלה במאות רבות של אנשים עם שיפור יפה, אך נסגרה לאחר שלוש שנות פעילות בהיעדר מקורות תקציביים. עוד נציין כי תחלופת העובדים במרפאה הייתה גבוהה יחסית, בשל שחיקה. העיסוק בלב הטרומה החריפה, והטיפולים האינטנסיביים, מחייבים פעילות ייעודית למניעת שחיקה והופעת ותשישות-חמלה (compassion fatigue). זמן זה חייב להיות מתומחר.

3. הורדת רף הסטיגמה של טיפול נפשי והקטנת ההימנעות מפנייה לעזרה - חינוך ודברור

כמו בהרבה מחלות והפרעות רפואיות או פסיכולוגיות, **למשך הזמן בין הופעת סימני ההפרעה/מחלה והפנייה לאבחון ולעזרה השפעה קריטית** על סיכויי המניעה והטיפול.

מהספרות הקיימת משתמע כי **חלון הזמן לטיפול אפקטיבי הוא בין שישה חדשים לשנה לאחר חשיפה לטראומה**, עם יתרון מסוים לתחילת טיפול בחודשים הראשונים לאחר התפרצות הסימפטומים. לעומת זאת **הזמן הממוצע בין הופעת תסמינים לפנייה עצמית לאבחון וטיפול בתחלואה פוסט טראומטית עולה על שנתיים**.

גם בין נבדקים שאותרו ואובחנו זמן קצר לאחר טראומה, וקלינאי המליץ להם על טיפול, 50% בחרו לא להתחיל טיפול. מחקרים נוספים הראו שיעורים דומים ואף גבוהים יותר של הימנעות מטיפול למרות סימנים מובהקים של הפרעה פוסט טראומטית (למשל באנשי צבא באזורי לחימה).

הסיבות להימנעות, בנוסף לחשש מסטיגמה של טיפול פסיכיאטרי, אינן שונות מאלה שניתנו על ידי נשים שאיחרו ללכת להיבדק בקליניקה לטיפול בסרטן השד לאחר איתור עצמי של גידול בשד: "לא העריכו שזה רציני, האמינו שהתסמינים יחלפו או חששו מאבחנה וטיפול". בסרטן השד כל חודש של איחור בטיפול מעלה ב-26% את הסיכון למחלה ממושטת. משום כך, ללא מערך הסברה, שיתוף מידע והקטנת ההימנעות לא ניתן להגיע בזמן ריאלי לאנשים אשר מחלתם משתלטת על שטחים הולכים וגדלים בחיים וסיכויי ההחלמה ממנה נעלמים.

בהקשר זה יש חשיבות רבה **ליצירת שיח חדש ומינוח חדש להצגת התסמונת הפוסט טראומטית כבעיה נורו-פסיכו-חברתית שכיחה, ניתנת לזיהוי וברת טיפול** אשר עם הזמן עלולה להתבסס, לשעבד את החיים ולגרום לנכויות ומגבלות קבועות - וזאת בניגוד ל-"מחלת נפש" או "מחלה פסיכיאטרית".

חינוך ומתן כלים לאבחון עצמי והפצת קריטריונים להערכה עצמית של חומרת התסמינים יכולים להקל על הקושי הזה. יש לציין כי בקבוצה קטנה אך משמעותית מופיעים סימפטומים של הפרעה פוסט טראומטית חודשים ואף שנים לאחר האירוע. קבוצה זאת לא ניתן לזהות לצורך טיפול מוקדם אבל גם בה ניתן לעודד פנייה מהירה לעזרה מרגע התפרצות הסימפטומים.



4. בנייה והנגשה של שירותים

בנייה והנגשה של שירותים הם תנאי הכרחי ליישום של מניעה שניונית בכל הפרעה ומחלה - ובוודאי בהפרעות נפשיות. השירותים הקיימים (מרפאות, מרכזי טיפול) פועלים על פי רוב כשירותים אוניברסליים לכל סוגי התחלואה הנפשית והעומס עליהם רב. קיימים ניסיונות בודדים ליצור מסגרות מניעתיות כאלה אשר ניתן ללמוד מניסיונם ולהערכתנו יש מקום ליצירת מסגרות מתמחות בפוסט טראומה בצד ובמקביל למסגרות הקיימות.

ד. סיכום

מבין כל ההפרעות הנפשיות, התסמונת הפוסט טראומטית בולטת בכך שיש לה תאריך תחילה מוגדר (אירוע טראומטי) סימנים ראשוניים מובהקים ועימם מצוקה סובייקטיבית ניכרת, מהלך מתועד היטב, טיפול יעיל ומובהק בשלביה הראשונים, ובשלביה הכרוניים נכות ומצוקה ניכרות, צריכת-יתר שירותי בריאות, סעד וחברה, אובדנות ומחירים אישיים וציבוריים אדירים. המאפיינים הייחודיים של התסמונת הזאת מאפשרים (ולדעתנו מחייבים) יצירת, בתוך המערכות הציבוריות ולידן, **מרכזי התמחות מיומנים**, נפוצים ונגישים עם התמחות באבחון ובמניעה שיטתית של תחלואה פוסט טראומטית, בסדר גודל שיאפשר נגישות ונפח עבודה שיתאימו לצרכים שוטפים (טראומות ביומיום) ולאירועים מיוחדים (לחימה, גל טרור, אסון המוני). ברור לחברי הוועדה, **כי יש צורך בהפניית משאבים משמעותית** למניעה שיטתית של PTSD כרוני בניצולים בסיכון מהותי - אתגר אשר חברות אחרות התקשו לעמוד בו - אך יש כאן צורך ברור, **סיכויי הצלחה ברורים ואתגר ייחודי ובהינתן הידע המצטבר היום גם חידוש בעל היתכנות סבירה וערך מוסף ציבורי (חוסן) וכלכלי (מניעת נכות ועומס מתמשך על שירותים) ניכר.**

נראה גם כי, אם יוקם, מערך טראומה כזה יחייב יצירת **מנהלת מקצועית וגוף מנחה מרכזי** - אולי דרך רכיב ברה"נ של האגף לשעת חירום בשגרה, ואולי דרך פעילות במימון משותף של האגף לשיקום נכים והביטוח הלאומי - שני הגופים שנושאים בעול הכלכלי העיקרי של הנזק.

הערה על גבולות המסמך

צריך שוב לציין כי המסמך נמנע מלדון בתת אוכלוסיות ספציפיות, כגון נפגעי לחימה וטרור, קרבנות תקיפה מינית, נפגעי אלימות משפחתית מתמשכת, או ילדים ומתבגרים. הגישה המניעתית השניונית בכל קטגוריה כזאת תחייב יישומים יעודיים, ידע והתארגנות מיוחדת, אשר נכון יהיה לדון בכל אחד מהם בהרחבה ובפורום מורחב לאחר המלצת המועצה והמשרד בחשיבות הנושא ובצורך בהפניית משאבים ראויים.



פניות

1. Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M. Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;248:316-321.
2. Shalev AY, Gevonden M, Ratanatharathorn A, Laska E, van der Mei WF, Qi W, Lowe S, Lai BS, Bryant RA, Delahanty D, Matsuoka YJ, Olff M, Schnyder U, Seedat S, deRoos-Cassini TA, Kessler RC, Koenen KC, International Consortium to Predict P. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry.* 2019;18:77-87.
3. Galatzer-Levy IR, Ankri Y, Freedman S, Israeli-Shalev Y, Roitman P, Gilad M, Shalev AY. Early PTSD Symptom Trajectories: Persistence, Recovery, and Response to Treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study (J-TOPS). *PloS one.* 2013;8:e70084.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:1048-1060.
5. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, McFarlane AC, Silove D, Hadzi-Pavlovic D. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Symptoms in the Emergence of Posttraumatic Stress Disorder: A Network Analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:135-142.
6. Bryant RA, Nickerson A, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Galatzer-Levy I, McFarlane AC, Silove D. Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 2015;206:417-423.
7. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioural therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1998;66:862-866.
8. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3:CD007944.
9. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009:CD006869.
10. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment: Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Archives of General Psychiatry.*



2011:archgenpsychiatry. 2011;2127 v2011.

11. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IV, de Vries MH, Gersons BP. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:82-90.

12. Shalev AY, Ankri Y, Gilad M, Israeli-Shalev Y, Adessky R, Qian M, Freedman S. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016;77:e580-587.

13. Bisson JJ, Wright LA, Jones KA, Lewis C, Phelps AJ, Sijbrandij M, Varker T, Roberts NP. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:102004.

14. Skeffington PM, Rees CS, Kane R. The primary prevention of PTSD: a systematic review. *J Trauma Dissociation*. 2013;14:404-422.

15. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Archives of general psychiatry*. 2012;69:166-176.

16. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:390-394.

17. Shalev AY, Ankri YL, Peleg T, Israeli-Shalev Y, Freedman S. Barriers to receiving early care for PTSD: results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study. *Psychiatric Services*. 2011;62:765-773.

18. Schultebraucks K, Shalev AY, Michopoulos V, Grudzen CR, Shin SM, Stevens JS, Maples-Keller JL, Jovanovic T, Bonanno GA, Rothbaum BO, Marmar CR, Nemeroff CB, Ressler KJ, Galatzer-Levy IR. A validated predictive algorithm of post-traumatic stress course following emergency department admission after a traumatic stressor. *Nat Med*. 2020;26:1084-1088.

19. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>





משרד הבריאות

שיקום



יו"ר: עו"ס יעל נרדי



שיקום

חברי הוועדה

יעל נרדי - ס. מנהלת המחלקה לברה"נ, מכבי שירותי בריאות - יו"ר הוועדה
פרופ' זהבה סלומון - פרופ' אמריטוס, אוני' תל אביב
ד"ר גדי לובין - מנהל המרכז הירושלמי איתנים-כפר שאול
צורית גוטפריד - מנהלת שירותי ריפוי בעיסוק, מזור
אלונית טל - ס. עו"ס ראשית, קופ"ח לאומית
ורד שפיר - קיסר מנהלת תחום בכיר (השכלה חברה ופנאי) האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
גיא דואק - חברת שילת - שיקום לוחמים
רחלי שרון גרטי - מנהלת השירות לעו"ס, גהה
נופית אהרונסון - נציגת משפחות

מבוא

תפקיד הוועדה היה להתייחס לתחום שיקום אנשים הסובלים מפוסט טראומה (פ"ט), לתת עקרונות מנחים ולמפות מה קיים ומה חסר.

הוועדה מבקשת להודות על השיתוף בידע ובחשיבה ל:
יו"ר ארגון נכי צה"ל

מנהלת מחלקת שיקום, המוסד לביטוח לאומי
הרופא הראשי של משרד הביטחון
ראש היחידה לשירותי שיקום של משרד הביטחון
מנכ"לית היפ"מ-החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית
מנכ"לית מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית
ממונת שיקום ארצית, משרד הבריאות

במהלך העבודה הוועדה עסקה רבות בממשק בין שיקום וטיפול ומהו הגבול בין התחומים. ברור כי במצבים רבים האחד לא יכול ללא נוכחות האחר ולהפך והגבול אינו חד משמעי.

לא נתייחס להמלצות טיפוליות, ועדות אחרות עוסקות בכך, אך חשוב להדגיש את הממשקים. הוועדה מעדיפה לדבר על טיפול שיקומי, מונח הרואה את השיקום כתהליך נפשי ולא כתהליך טכני וכמובן כולל את הביו הפסיכו והסוציאלי. נפגעי פ"ט דורשים טיפול שיקומי ייחודי ומותאם לצרכיהם בשל אופי הפגיעה. מדובר בפגיעה שאינה "מחלת נפש" ויש לתקף זאת, על מנת לסייע לאדם לקבל את המצב החדש אליו נקלע. לעיתים הפגיעה מערבת פגיעה גופנית בנוסף לפגיעה הנפשית ויש להתייחס לכלל הפגיעות גם בהיבט הטיפול הנפשי ולהתחשב בכך גם בטיפול השיקומי. הטיפול השיקומי מטבעו, ובנפגעי פ"ט באופן מיוחד, הוא ארוך טווח ויש לקחת זאת בחשבון בתכנון השירותים ולמנוע צורך באשרור התכנית כל שנה מחדש. כל אלה גוזרים תכניות שיקום ייעודיות.

שיקום פסיכו-סוציאלי כולל:

היבט פסיכיאטרי - ניהול התסמינים
פעילויות פנאי וחברה - שילוב בקהילה, בלימודים, בתעסוקה משמעותית
מיומנויות מחייה בסיסיות - ניהול עצמי, ניהול משק בית
רווחה כלכלית - ניהול תקציב



דיור - תחושת בטחון במקום דיור הולם
בעקרונות המנחים לטיפול שיקומי ניתן להתבסס על מודל ניהול מחלה המתאים לכלל תהליכי שיקום.
ערכי הליבה במודל:

- תקווה - היכולת של אדם להשפיע על גורלו שלו היא הבסיס לתקווה ולאופטימיות לגבי העתיד. אנשי המקצוע צריכים להחזיק בתקווה ובאופטימיות על מנת להעביר אותן לאנשים איתם הם עובדים.
- האדם הוא מומחה בחוויה שלו את המחלה הנפשית - בעוד שאנשי המקצוע מומחים בידע ובמיומנויות של ניהול והחלמה ממחלה נפשית, האנשים החווים תסמינים פסיכיאטריים מומחים בחוויה שלהם את המחלה הנפשית ובאסטרטגיות שעובדות עבורם.
- בחירה אישית - מטרת התוכנית היא לספק לאנשים את הידע ואת המיומנויות הנדרשים כדי שיוכלו לעשות בחירות בנוגע לטיפול שלהם, גם אם יהיו שונות ממה שהומלץ להם על ידי מספקי הטיפול.
- אנשי מקצוע הם משתפי פעולה - אנשי המקצוע הם מורים אך גם משתפי פעולה. איש המקצוע והאיש החווה תסמינים פסיכיאטריים עובדים יחד, זה לצד זה, במערכת יחסים לא היררכית.
- על אנשי המקצוע להפגין כבוד לאנשים החווים תסמינים פסיכיאטריים.
- מצ"ב קישור המפרט את התכנית:

https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A0%D7%99%D7%94%D7%95%D7%9C_%D7%9E%D7%97%D7%9C%D7%94_%D7%95%D7%94%D7%97%D7%9C%D7%9E%D7%94

הוועדה בחרה לבדוק ולהציג את הנתונים על פי סוג הפגיעה והגורם המבטח/מטפל:

- נכיות צה"ל - משרד הביטחון
- נפגעים פגיעה מינית - המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות
- נפגעים עבודה/תאונות דרכים וכד' - המוסד לביטוח לאומי
- הכתוב מופיע בלשון זכר אך הכוונה לשני המגדרים.

נכי צה"ל - משרד הביטחון:

רפורמת נפש אחת - קישור :

https://www.btl.gov.il/benefits/Victims_of_Hostilities/Pages/NefeshAhat.aspx?gclid=CjoKCQjw6KunBhDxA RIIsAKFUGs8wsN0kIj-E_xdg9juUxQZmXwMT6FrlolEQEvZel7f5ldLXsxpnHYgaAqUbEALw_wcB

אזרחים הסובלים ממצוקה בעקבות השתתפות בלחימה או בפעילות מבצעית בזמן השירות הצבאי (סדיר או מילואים) ניתן טיפול נפשי ביחידה לתגובות קרב. ללא תשלום, ללא הגבלת זמן מאז הפגיעה.



השירותים הניתנים:

- הליך הכרה במסלול מהיר
- טיפול נפשי מיום הגשת הבקשה, גם טרם הכרה
- בית בטוח בתל השומר - חלופת אשפוז בעת משבר ובחירום
- בית מאזן - חלופת אשפוז
- תהליך טרום שיקום כהכנה להשתלבות במסגרות לימודים ואו תעסוקה
- ליווי בשיקום תעסוקתי
- כלב שירות
- מימון טיפול נפשי לבני משפחה
- מימון טיפולים אלטרנטיביים
- שירותי חונכות לנכים
- שירותי חונכות לילדים
- קו תמיכה 24/7 למתמודדים עם פוסט טראומה
- קבוצות פעילות Outdoor חווייתיות

מה חסר:

- הרחבת היצע הבתים המאזנים - הרחבת המענה עפ"י סוגי פגיעה, מגדר וגיל
- מרכזי יום - התאמה לאנשים בגילאים צעירים (25-40)
- מענה למשפחות צעירות
- צוותי משבר - מתן מענה טיפולי אינטנסיבי הכולל מענה טלפוני וצוות טיפולי המיועד להתערבות
- מענה טיפולי - שיקומי לאוכלוסיות ייעודיות - נשים, משפחות צעירות, גיל שלישי
- הרחבת המענים התעסוקתיים המוגנים, נדרש אבחון וליווי
- מענים קהילתיים מגוונים המתאימים לרמות תפקוד שונות ותחומי עניין שונים
- תעסוקה - פיתוח מקומות עבודה מותאמים, השמות וליווי - חקיקה
- הקמת מערך מתנדבים - עמיתים מומחים מתוך אוכלוסיית נכי צה"ל המוכרים בגין פוסט טראומה

נפגעי פעולות איבה - המוסד לביטוח לאומי

https://www.btl.gov.il/benefits/Victims_of_Hostilities/Pages/NefeshAhat.aspx?gclid=Cj0KCQjw6KunBhDxARIsAKFUGs9AH-ZbMFgkRy5KJXSWioLBBYbgZ_kavXhMrzPGIYB6sQ6l6fJ18kMaApZsEALw_wcB

- הזכויות הקיימות ברפורמת "נפש אחת" של משרד הביטחון חלות גם על נפגעי פעולות איבה, המקבלים תגמול חודשי בשל הפגיעות הבאות: פוסט טראומה, פגיעה נפשית ופגיעת ראש.



נפגעות פגיעה מינית - המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות

<https://www.btl.gov.il/benefits/Disability/Pages/sexual-assault.aspx>

במוסד לביטוח לאומי קיים מסלול ועדות ייעודי לתובעים בשל פגיעה מינית. נדרש מכתב המתאר את המצב הנפשי מפסיכיאטר/עובד סוציאלי/פסיכולוג או כל גורם אחר שיכול להעיד על המצב הנפשי/תפקודי. (לפחות אחד מהמסמכים חייב להיות מרופא או מפסיכיאטר). זימון לוועדה רפואית ייעודית לנפגעי ונפגעות תקיפה מינית שתתקיים בחיפה, תל אביב, באר שבע או ירושלים. ניתן לבקש שהוועדה תתקיים בסניף הקרוב למקום המגורים. בוועדה יהיו רופאה פסיכיאטרית שעברו הכשרה ייעודית להתייחסות רגישה. אם מעדיפים ניתן להציג לוועדה מכתב שנכתב ע"י הפונה ומסביר את הקשיים.

קצבת הנכות הכללית משולמת במקרים שבהם קיימת ירידה משמעותית ביכולת לעבוד בעקבות הפגיעה המינית, ולא על צמם ההתמודדות עם הקשיים עקב הפגיעה המינית. ניתן להגיש תביעה לקצבת נכות, גם אם לא הוגשה תלונה במשטרה. ניתן להגיש את התביעה ללא הגבלה לזמן שעבר מאז הפגיעה. ניתן להגיש את התביעה על כל סוג של פגיעה מינית.

זכויות שיקום

דרך ביטוח לאומי במסלולי השיקום המקובלים להשכלה ושילוב בעבודה בהתאם לאחוזי הנכות. דרך משרד הבריאות - סל שיקום : כלל הזכויות + שירותים ייעודיים : דיור מוגן המיועד לנפגעות ונפגעים ונמצא בו צוות בעל הכשרה ייעודית לטיפול בנפגעות ונפגעי טראומה מינית. מה חסר:

דיור מוגן לגברים. במרכזי הסיוע אין תהליך שיקום, יש תהליך טיפול וחסר הרצף טיפול - שיקום. חסרות מסגרות הכוללות טיפול אינטנסיבי ושיקום - טיפול/אשפוז יום. טיפול שיינתן באינטנסיביות משתנה לפי הצורך של המטופלת. בניית תכניות סל שיקום לטווח ארוך ללא צורך באשרור כל שנה. מענה למשפחות - המשפחה היא משאב בתהליך השיקום ויש להתייחס לצרכים השונים. מענים לנפגעות/י טראומה מינית - ריכוז שירותים במערכות הבריאות והרווחה

https://www.wikirefua.org.il/w/index.php?title=%D7%A2%D7%A0%D7%99%D7%9D_%D7%9C%D7%A0%D7%A4%D7%92%D7%A2%D7%95%D7%AA/%D7%99_%D7%98%D7%A8%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%94_%D7%9E%D7%99%D7%A0%D7%99%D7%AA-%D7%A8%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%96_%D7%A9%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%AA%D7%99%D7%9D_%D7%91%D7%9E%D7%A2%D7%A8%D7%9B%D7%95%D7%AA_%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA_%D7%95%D7%94%D7%A8%D7%95%D7%95%D7%97%D7%94



ביטוח לאומי - נפגעי תאונות עבודה/דרכים

בנפגעי עבודה ונפגעי תאונות דרכים אין תת אבחנה של פוסט טראומה וכל פגיעה מעבודה, בין אם פיזית ובין אם נפשית - תזכה בתהליך שיקום ללא דגשים מיוחדים.

המלצות

- נדרש תקציב ייעודי לשיפור המענים לתהליכי שיקום של אנשים עם פ"ט
- תקציב "צבוע" ינתן למשרד הביטחון, המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות ולקופות החולים
- יש חשיבות לשמירה על הרצף טיפול - שיקום כדי לתת מענה טיפולי מקצועי מיטבי
- נדרשות מסגרות שיקום ייעודיות לאנשים עם פ"ט
- השירות השיקומי יותאם לסוג הפגיעה
- הטיפול השיקומי יתבצע ע"י צוות רב מקצועי
- שיקום אנשים הסובלים מפ"ט דורש מהמטפלים ידע ספציפי ולכן יש לדאוג להכשרה בשיטות טיפול מתאימות ועדכניות
- הצוות המטפל צריך להיות מלווה בהדרכה מתאימה למניעת טראומטיזציה משנית
- מימון ליווי תהליך שיקום ממושך מתוך הבנה שפ"ט היא פתולוגיה "עקשנית"
- המשפחה היא חלק ממעגל הנפגעים ונדרש לתת לה מענה
- יש לוודא קיום מערך שיעסוק בהערכת יעילות התכניות
- רגולציה על כל העמותות שעוסקות בתחום
- למניעת פ"ט בכלל האוכלוסייה - פרסום סרטונים ודרכים לעזרה עצמית באמצעי התקשורת

מקורות ללמידה לעבודה זו:

- משחזור לזיכרון, יעל להב, זהבה סלומון, 2019
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 11



משרד הבריאות

קביעת הנכות



יו"ר: פרופ' שלמה מנדלוביץ'



קביעת הנכות

חברי הוועדה

פרופ' שלמה מנדלוביץ - יו"ר הוועדה
גב' צורית גוטפריד
גב' בלה בן גרשון
ד"ר גדי לובין
פרופ' זהבה סולומון
עו"ד שלומי ציפורי
ד"ר מרנינה שוורץ
ד"ר יהודה ששון

נוסח המיני

"הוועדה תעסוק בנושא עקרונות קיימים בארץ ובעולם, כלים והסתכלויות אחרות על התחום לכיוון של חיזוקים חיוביים לתפקוד".

תחומים בהם התמקדה הוועדה:

הכרת נכות דיפרנציאלית

המלצת הוועדה היא לקבוע מנגנוני נכות קבועים ואחידים תוך שיפוי דיפרנציאלי לחיילים (שלא עומדת להם האפשרות לתבוע אזרחית את משרד הביטחון).

פירוט:

- הוועדה בחנה את המשותף והשונה שבין מערכות הכרת הנכות השכיחות בישראל. דגש רב הושם על השוואה בין תהליך הכרת הנכות במוסד לביטוח הלאומי לבין תהליך זה באגף השיקום במשרד הביטחון.
- ניכר כי שבעוד תהליך הכרת הנכות במוסד לביטוח הלאומי הוא תהליך מתגמל התקדמות ושיקום, הרי שהתהליך באגף השיקום במשרד הביטחון נוטה לקבע נכות קיימת.
- המלצת הוועדה ליצור תהליך הכרת נכות אחיד, בכל מגזרי המטופלים, ובכל המערכות הרלוונטיות. זאת, תוך הקפדה על כך שהתהליך הוא תומך שיקום, ותלוי אך ורק בפגיעה התפקודית של הסובל מהפרעה פוסט-טראומטית.
- יודגש כי בדיוני הוועדה היו שהדגישו הכרח בהעדפת לוחמים (העדפה הנוצרת בתפיסה חברתית ובאתוס החברתי שאין בו פסול); מנגד, היו שטענו שההעדפה המוצעת היא דווקא חסרון היות והוא לא מאפשר ללוחמים לקבל את כלל מעטפת השיקום הראויה.
- מכאן ההמלצה לאחידות בתהליך הכרת הנכות (כלומר, לקיבוע מנגנוני נכות קבועים ואחידים).
- נוכח ההמלצה לאחידות בתהליך הכרת הנכות, ולאור העובדה שללוחמים לא עומדת אפשרות השיפוי שאינו במסגרת נכות (שקיים, לדוגמא, בתהליכים אזרחיים של תובעי פוגעים בפוסט טראומה שאינה לחימתית), הומלץ על יצירת מנגנון שיפוי דיפרנציאלי ללוחמים.



הכרת נכות זמנית/לצמיתות

המלצת הוועדה היא כי צמיתות תקבע לאחר שנתיים (מעת הפנייה הראשונה לטיפול), וזאת תוך מהלך טיפולי משמעותי המכוון להתמודדות עם ההסתמנות הקלינית תוך מתן קצבה מלאה; יש לשקול מענק מתמך חד-פעמי במקרה של הורדת אחוזי הנכות במעבר מזמניות לצמיתות.

פירוט:

- הוועדה ערכה דיון מעמיק במורכבות המעבר מנכות זמנית לנכות צמיתת. הודגש כי מחד מעבר איטי מדי יוצר מוטיבציה שלילית לשיקום (מחשש לשיפור שיביא להורדה באחוזי הנכות) ומאידך, תהליך מהיר מדי לנכות צמיתת מפחית מוטיבציה שיקומית המשכית.
- הומלץ לשקול את הנוהג הקובע שצמיתות תקבע לאחר שנתיים.
- בדיון שנערך בוועדה, הודגש כי פרק הזמן שנקבע (שנתיים) מחייב בתוכו מאמץ טיפולי ושיקומי משמעותי, שיש בו בכדי לשכנע את התקבעות המצב הקליני. מטעם זה, פרק הזמן יימדד או מעת הפנייה הראשונה לטיפול, או מעת הגשת תביעת הנכות, המאוחר מבין השניים.
- בפרק זמן שבין הנכות הזמנית לנכות הצמיתת (שאורכו המינימלי הוא שנתיים; בהתמהמהות בהפעלת מנפי טיפול ושיקום אורכו יכול להיות גדול יותר) יש לאפשר כל מנוף טיפולי ושיקומי אפשרי (ובכלל: טיפול תרופתי ופסיכולוגי, מהלך שיקומי [תעסוקתי/אקדמי/ליווי-חונכות]) וזאת- תוך מתן קצבה מלאה.
- נוכח הצעה לאפשר צמיתות מעת תביעת הנכות, על מנת למנוע בלימה טיפולית ושיקומית, נערך דיון עקרוני, האם נקודת המבט הראויה לסוגיה היא של אתיקה פרטנית (המצדיקה מעבר מהיר לצמיתות, על מנת למנוע הדרדרות לצורך הוכחת נכות) או אתיקה ציבורית (המגדישה צדק חלוקתי, המבקש לשמר את משאבי הטיפול והשיקום של המערכת, ולחלקם באופן המיטיב האפשרי).
- צוינה האפשרות למהלך המשפה, במענק חד פעמי, במקרה של הורדת אחוזי הנכות ממעבר מזמניות לצמיתות. אפשרות זו מוזכרת בהמלצות הוועדה כראויה לבחינה.

ממדי נכות

המלצת הוועדה היא כי נכות תקבע על בסיס שקלול כלל ממדיה (תעסוקה, ממד זוגי - משפחתי - בין אישי - פנאי - אקדמי), וזאת- ללא העדפת תפקוד זה על האחר.

פירוט:

- הוועדה רואה נכות ערך רב ממדי (וזאת, בהסתמך על הגדרת הנכות על פי חוק הנכים: "איבוד כושר לפעול פעולה רגילה, גופנית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, או פחיתותו של כושר זה") הראוי להערכה מקפת.
- הודגש כי המונח "נכות" נגזר מכושר התפקוד. עם זאת, הוסכם על חברי הוועדה כי אין לראות "תפקוד" כמוגבל לתפקוד תעסוקתי, אלא כולל את התפקוד חברתי, משפחתי, זוגי, בן-אישי, פנאי, אקדמי וזאת - ללא העדפת תפקוד זה על האחר (ובכלל זה, מבלי לתעדף את התפקוד התעסוקתי).



אמצעים לקביעת נכות

קביעת הנכות תערך על ידי גורמים מומחים בתחום ה-PTSD.
פירוט:

- חברי הוועדה רואים הכרח בתהליך קביעת נכות הנעשה על בסיס מומחיות שהיא ספציפית לתחום ה-PTSD. החברים הדגישו כי תהליך שאינו נסמך על מומחיות ספציפית פגיעתו קשה, הן בשלילת נכות לפונים העונים על קריטריוני האבחנה והנכות (false positive), והן במתן נכות-שאינה-רלוונטית לפונים שאינם עונים על קריטריוני האבחנה והנכות (false positive).
- קביעת נכות דורשת מהלך רב מקצועי (פסיכיאטר, רפוי בעיסוק, עו"ס, פסיכולוג שקומי, שמתבסס על כלים אובייקטיביים (לדוגמא, הערכה קוגניטיבית בהתייחס לקריטריונים אבחנתיים) וסובייקטיביים; זאת, בהעדפת כלים תקפים, ככל שקיימים.
- נערך דיון האם בכלל קביעת הנכות גם המלצות לטיפול ולשיקום; הומלץ להכליל בתהליך קביעת הנכות גם את אישור אמצעי המנוף על מנת לאגד את הסמכות (לקביעת הנכות) והאחריות (על מנופי הטפול המוצעים למוערך); על אף תמיכה נלהבת ברעיון, נראה שקיימת בעיה במימושו, ועל כן הוא לא שולב בהמלצות.

חיזוקים חיוביים לתפקוד

החלת "חוק לרון" על כלל מערך הכרת הנכות ב-PTSD.
פירוט:

- חברי הוועדה רואים בחיזוקים חיוביים להחלמה כאבן יסוד בכל מערך שיקומי.
- מכאן ההמלצה להחיל את "חוק לרון" על מערך הכרת הנכות ב-PTSD, זאת, תוך הדגשת סעיפיו המרכזיים (ככל שאדם הזכאי לקצבת נכות ישתכר יותר מעבודתו, כך הכנסתו הכוללת (צירוף קצבת נכות וההכנסה מהעבודה) תהא גדולה יותר; אדם שזכאי לקצבת נכות והפסיק לקבלה מכיוון שהתחיל לעבוד או כתוצאה מעליית הכנסותיו מהעבודה - יזכה לרשת ביטחון שתגן עליו (ההגדרה ב-"חוק לרון" היא לתקופה של שלוש שנים). עם היציאה לעבודה לא תופסק הזכאות להטבות נלוות).



משרד הבריאות

נפגעות/י תקיפה מינית



יו"ר: ד"ר שמואל הירשמן



פגיעה מינית ופוסט טראומה

עורך ההמלצות:

ד"ר שמואל הירשמן מנהל המרכז לבריאות הנפש לב השרון ומנהל מערך טראומה מינית לב השרון

רקע

תקיפה מינית הינה לדאבוננו תופעה שכיחה ביותר. ההערכה בעולם המערבי ש-1 מכל 3 נשים היתה קרבן לתקיפה מינית כלשהי במהלך חייה. 1 מכל 4 נשים ו-1 מכל 5 גברים היו קורבן לפגיעה מינית בילדותם. 1 מבין 7 נשים ו-1 מכל 11 גברים היו קורבן לגילוי עריות (1-3). התופעה שכיחה בכל שכבות האוכלוסייה ללא קשר למצב הסוציו-אקונומי, לרמת ההשכלה, רמת השמרנות או למוצא אתני ודתי. מרבית הפגיעות המיניות מתרחשות לפני גיל 18 ונמשכות לאורך זמן, לעיתים שנים רבות.

הפגיעה מהטראומה המינית היא ייחודית (בעיקר אם הייתה ממושכת והתרחשה בילדות), מערבת את כל תחומי החיים ובעלת השלכות גם שנים לאחר הפגיעה. בעקבותיה עלולה להתפתח פסיכופתולוגיה בוגרות, בעיקר: הפרעה בתר-חבלתית (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), הפרעות דיסוציאטיביות, דכאון, הפרעות חרדה, פגיעות עצמיות והתנהגות אובדנית, שימוש בחומרים וכן קשיים בין אישיים ותפקודיים, והפרעה בתר-חבלתית מורכבת (Complex PTSD (4,5)). עוד נמצא כי בין שליש לשני שליש מקורבנות פגיעה מינית בילדות חשופים לפגיעה מינית חוזרת (רה ויקטימיזציה) בהמשך חייהם (6,7). בנוסף נמצא כי בקרב נפגעות פגיעה מינית בילדות קיימת צריכה מוגברת של שירותי בריאות ראשוניים, ריבוי פניות לרפואה יועצת, תחלואה גופנית מוגברת ופניות רבות יותר לחדרי מיון כלליים לעומת אנשים שלא עברו פגיעה מינית בעברם (8,9). תשאול טראומה מינית בישראל הוא חלקי וחסר בכל תחנות הטיפול (20). דו"ח סקר תחלואה נלווית לאומי בארה"ב מעריך את שכיחות החיים של PTSD בקרב צפון אמריקאים ב-7.8% (21). השכיחות לכל החיים של PTSD לנשים שעברו תקיפה מינית היא 50% (22). יתרה מכך, תקיפה מינית היא הגורם השכיח ביותר ל-PTSD בנשים, כאשר מחקר אחד דיווח כי 94% מהנשים חוו תסמיני PTSD במהלך השבועיים הראשונים לאחר התקיפה (21).

טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית

השכיחות של היסטוריה של פגיעה מינית בתקופת הילדות ופגיעה חוזרת בבגרות גבוהה יותר אצל גברים ונשים הסובלים מבעיות נפשיות מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית. כך למשל ידוע כי בקרב אוכלוסייה הנזקקת לשירותים פסיכיאטריים, השכיחות של היסטוריה של פגיעה מינית בילדות וגילוי עריות גבוהה במיוחד ומגיעה לשיעור של כ-36%-70% במרפאות חוץ ומחלקות האשפוז (10,11). יתרה מכך, מטופלים בעלי אבחנות פסיכיאטריות שונות נמצאים בסיכון גבוה להיפגע מינית שוב במהלך חייהם ולהתפתחות תסמונת פוסט טראומטית כתוצאה מהפגיעה. כך למשל נמצא כי חולים המאובחנים עם הפרעה דו-קוטבית נמצאים בסיכון של פי 2.6 לפגיעה מינית וגופנית בבגרותם לעומת בריאים (12). מחקר אחר שנערך בקרב מאושפזים מצא כי הן גברים והן נשים המאובחנים עם הפרעת אישיות גבולית נמצאו בסיכון מוגבר לפגיעה מינית ו/או גופנית בבגרותם (13).



נשים עם מוגבלות נפשית, חשופות יותר מהאוכלוסייה הכללית לאללימות בכלל ולאללימות מינית בפרט בשל מספר סיבות הקשורות למוגבלות שלהן, כגון: קשיים בתקשורת, קשיים התנהגותיים, בידוד חברתי, ותלות באנשים אחרים. כמו קורבנות תקיפה אחרים, גם נשים עם מוגבלות חשופות באופן מיוחד לפגיעה חוזרת ואו מתמשכת, אך גם לפגיעה וניצול על ידי מספר גדול יותר של פוגעים ולאורך תקופות יותר ארוכות. יתרה מכך, היכולת של אישה עם מוגבלות להכיר בחוויותיה כפגיעה, ניצול או כפייה, לחפש עזרה, להגן על עצמה, להוציא עצמה מסיטואציה פוגענית, או למצוא דרך אחרת לפתרון המצב, מצומצמת יותר ומושפעת ישירות או בעקיפין מהמוגבלות שלה ומהמגבלות המוצבות לה על ידי הסביבה (14).

מידע לגבי היסטוריה של טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית עשוי להיות קריטי, מאחר ונמצא קשר בין היסטוריה של טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית הן לגבי מהלך מחלתם והן לגבי הסיכון האבדני. כך למשל נמצא שמטופלים המאובחנים כלוקים בהפרעה פסיכוטית, אשר חוו טראומה מינית בילדותם, מתאפיינים בפרופיל קליני חמור יותר מאשר מטופלים עם הפרעות פסיכוטיות שלא עברו טראומה מינית בילדותם (15). הם נוטים יותר להשתמש בחומרים (16,17) וסובלים יותר מדיכאון וחרדה (18, 19). מחקר אחר מצא בקרב הלוקים בהפרעה דו-קוטבית סיכון של פי 2.9 לפתח תסמונת בתר חבלתית (PTSD) כתוצאה מפגיעה מינית או פיזית בבגרותם, וכי קו-מורבידיות עם PTSD קשורה בתפקוד חברתי לקוי יותר בקרב מטופלים אלה (12).

כמו כן, נמצא קשר בין היסטוריה של טראומה מינית לבין סיכון אבדני גבוה יותר וכרוני יותר אצל מטופלים הלוקים באפיזודה פסיכוטית ראשונה, ועל כן הומלץ על תשאול רוטיני אודות טראומה מינית בקרב אוכלוסייה זו (16).

השיקולים בבניית שירותי טיפול במערכת הבריאות

בלב השרון נבנה מודל למערך טראומה מינית המדגים מרפאות אקוטיות, ממושכת, טיפולי יום ו-5 סוגי אשפוז שונים. חוברת המענים הקיימים היום בישראל, מתפרסמת על ידי החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית (היפ"ם), היפ"ם הוקמה במרץ 2019 והינה חברת בת אינטרדיסציפלינרית הפועלת תחת ההסתדרות הרפואית.

https://www.isst-il.com/files/ugd/8070fa_633dc9b7c0384cc8ad9a6be8127b4e82.pdf





הכשרה

לטיפול בטרומה מינית נדרשת הכשרה ייחודית ויסודית. המודל המומלץ הוא מודל אינטגרטיבי כפי שניתן בתוכנית בלימודי ההמשך של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. התוכנית כוללת הכשרה של שנתיים התנסות קלינית והדרכות אישיות וקבוצתיות.

סיכום

טרומה מינית שכיחה מאוד בקרב הפונים לטיפול בבריאות הנפש ועם זאת עדיין רמת התשואול בתחום נמוכה. לטרומה מינית מאפיינים ספציפיים, מבין האירועים הטרומטיים היא מהגורמים המובילים לגרימת PTSD מכלל אירועי הדחק. היא מצריכה התמקצעות והכשרה שונה וייחודית. היא מצריכה פיתוח מערך שירותים. כל הטיפולים בטרומה מינית דורשים תשומות כוח אדם גדולות יותר מהרגיל, בכל רמה מרפאת טיפול יום או אשפוז.

המלצות

- מדד איכות לאומי לתשואול טרומה מינית.
- הקמת מסגרות טיפול ברצף המלא מרפאתי, טיפולי יום, אשפוז ושיקום.
- תמחור תוספתי לכל טיפולי הטרומה המינית.
- לימודי חובה בתחום בתוכניות הבסיס של מקצועות הרפואה.
- עידוד לימודים מתקדמים להכשרת מטפלים בתחום.



References

1. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl.* 1997 Apr;21(4):391-8.
2. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2013 Jun;58(3):469-83.
3. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA.* 1998 Dec 2;280(21):1855-62.
4. Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; daCosta, G.A.; Akman, D.; and Cassavia, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect.* 1992; 16:101-118.
5. Neumann, D.A.; Houskamp, B.M.; Pollock, V.E.; and Briere, J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment.* 1996; 1:6-16.
6. Russell, D. E. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women.* New York: Basic Books.
7. Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., & Stein, J. A. (1991). Repeated sexual victimization. *Violence and Victims*, 6(4), 299-308.
8. Newman MG, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B, Dea R, et al. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine* 2000;30:1063-1077.
9. Sickel AE, Noll JG, Moore PJ, Putnam F, Trickett PK. The long-term physical health and healthcare utilization of women who were sexually abused as children. *Journal of Health Psychology* 2002;7:583-597
10. Jacobson et al, "Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry", *American Journal of Psychiatry* 144 (1987):1426-30.
11. Briere et al, "Sexual abuse histories and sequelae in Female Psychiatric Emergency Room Patients", *American Journal of Psychiatry* 146 (1989):1602-06.
12. Neria Y, Olfson M, Gamaroff MJ, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among primary care patients with bipolar spectrum disorder. *Bipolar disorders.* 2008;10(4):503-510



13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Feb;187(2):65-71.
14. פרימור, ש. ולרנר, נ. (2012). פגיעות מיניות באנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית - היבטים משפטיים ייחודיים. בתוך: התמודדות עם פגיעה מינית בקרב אנשים עם מוגבלויות. ארגון בזכות - המרכז לאנשים עם מוגבלויות ואיגוד מרכז הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל. ירושלים
15. Schafer, I, Fisher, H.L. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. *Current opinions in Psychiatry*, 2011. 24; 514-518
16. Conus, P. et al. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first - episode psychosis patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2010. 36(6) 1105-1114
17. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186:121-125.
18. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res* 2005; 15:273-286.
19. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:290-298
20. Brenner, I, Seligman, Z., Bloemhof-Bris, E., & Hirschmann, S. (2023). SEXUAL TRAUMA INQUIRY DURING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN ISRAEL: FACILITATORS AND BARRIERS TO IMPLEMENTATION OF TRAUMA-INFORMED CARE. *Harefuah*, 162(8), 518-523.
21. National Center for Post Traumatic Stress Disorder. Epidemiological Facts About PTSD - A National Center for PTSD Fact Sheet. Retrieved April 1, 2005 from http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_epidemiological.html; 2005.
22. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* 2001;31(7):1237-1247.



מועצות לאומיות לבריאות, משרד הבריאות
moatzot@moh.gov.il