



התאחדות
הרופאים בישראל
Israeli Medical
Association



איגוד
הפסיכיאטריה
בישראל

כנס איגוד הפסיכיאטריה התלת שנתי פסיכיאטריה בעידן החדשנות בצל מלחמה



מלון דניאל הרצליה | 28-30.5.2024



A1 - הטמעת טיפול DBT במערכת הפסיכיאטרית הציבורית - דוגמאות מהמערך בהלל יפה והיחידה האינטנסיבית בגדה

יו"ר: ד"ר אפרת סיטי אליפז

מציגים:

- ד"ר אפרת סיטי אליפז - מנהלת מערך הפסיכיאטריה ההלל יפה (כעת בהתמחות במנהל רפואי), יו"ר סניף חיפה וצפון באיגוד הפסיכיאטריה.
- דנה ספקטור - מנהלת מכון אופק (מדריכת צוות)
- ד"ר אלעד קורנט - מנחה קבוצה, ההלל יפה (מנהל יחידת טיפול יום)
- שלומית קורן - מנחה קבוצה, ההלל יפה (עו"סית במערך)
- ד"ר נסרין לובאד - מנהלת יחידה אינטנסיבית, ילדים ונוער, גדה

1. הקדמה, הצגת השיטה והפריקט -

DBT (טיפול דיאלקטי התנהגותי) הוא טיפול אינטגרטיבי מבוסס ראיות שפיתחה פרופ' מרשה לינהאן במטרה לשפר את איכות חייהם של אנשים הסובלים מהפרעות קשות בוויסות רגשי. הטיפול מוכח כיעיל במבחן אבחנות כולל הפרעת אישיות גבולית, טראומה מורכבת וכן התנהגויות של אובדנות וכגיעה עצמית, לטיפול בהפרעות אכילה, בהתמכרויות וכן במצבי דיכאון וחרדה.

מדובר בגישה טיפולית סיסטמית ומאורגנת, עם הנחות יסוד ברורות ואסטרטגיות מנחות לטיפול במצבי סערה ומצוקה על רקע קושי מתמשך בוויסות רגשי וחוסר היציבות המתלווה אליו. מטרת הטיפול המוצהרת היא: "בניית חיים ששווה לחיותם". העבודה הטיפולית מכוונת לזיהוי, קבלה והבנת הסיבות למצב, לצד לימוד מיומנויות שיאפשרו השגת השינוי הנדרש. כך שגם במצבי קיצון של מצוקה, פוסט טראומה וסבל - ניתן להשיג מטרות ולבנות את החיים הרצויים.

האלמנטים העיקריים המגדירים את הטיפול הדיאלקטי התנהגותי הם התיאוריה ההתנהגותית, הפילוסופיה הדיאלקטית וקשיבות (mindfulness), שמשמעותה התבוננות מכוונת ולא שיפוטית, המהווה עמדה טיפולית כמו גם מיומנות בסיסית עבור המטופלים והמטפלים כאחד.

המערך הטיפולי ב-DBT כולל ארבעה אלמנטים עיקריים: טיפול פרטני, לימוד מיומנויות עבור המטופלים והוריהם, יעוץ טלפוני וקבוצת הדרכה ותמיכה למטפלים.

- תחילה אציג את עיקרי השיטה ואת ההטמעה הייחודית שלה בהלל יפה, בכלל החלקים של המערך הפסיכיאטרי כולל מחלקת אשפוז, טיפול יום ומרפאה ועם כלל מרכיבי הטיפול.
- אציג את תפיסתי לגבי DBT והניסיון שלי בתחום, ומתוכו את תהליך ההטמעה של הטיפול בקרב צוות המערך הפסיכיאטרי במהלך השנים האחרונות.

- **ד"ר קורנט ושלומית קורן** יציגו לאחר מכן את הטיפול הקבוצתי ואת הייחוד של טיפול זה בהקשר להפרעות אישיות קשות עם פרוגנוזה גרועה במיוחד
- **גב' דנה ספקטור** תציג קבוצת העמיתים תוך התמקדות על הייחודיות של סוג זה של הדרכה ואיך תרמה ללכידות הצוות והתפתחות אישית של המטפלים בהתמודדות עם הפרעות אישיות קשות.
- **ד"ר נסרין** תציג את ההתנסות ביחידה החדשה לטיפול אינטנסיבי וממוקד נותנת מענה ראשוני לנערים ונערות שסובלים. וות מקשיי ויסות המלווה בהתנהגויות מסוכנות. הטיפול מבוסס על עקרונות הטיפול הדיאלקטי ההתנהגותי DBT בנוסף לכלל הטיפולים הקיימים במסגרת מחלקה אקוטית והדרכת הורים אינטנסיבית. לצורך כך, צוות היחידה עבר הכשרה ראשונית והחל בתהליך שינוי תוך כדי למידה והדרכה קבועה.

לסיכום:

נתמקד גם בעת הזו, המהווה מצב לא יציב עבור כולנו. ישנה עלייה מובנת בעוצמת הסבל, הכאב והייאוש. כמה טוב שיש לנו גישה טיפולית שנמצאה יעילה בהבנת מצבי מצוקה וייאוש אצל אנשים שהמציאות בלתי נסבלת עבורם אפילו עד כדי רצון למות. יש בגישה התייחסות גם לאתגר המקצועי ולמצוקת המטפל שפוגש מטופלים ומשפחותיהם בתקופת חיים קשה במיוחד ונדרש לתת מענה מקצועי, אחראי ויעיל. גישה ה-DBT מתמקדת בבניית חיים ששווה לחיות אותם, גם אל מול אירועי חיים קשים מנשוא.

A2 - מרחיבי תודעה בשירות הפסיכיאטריה- הזדמנויות, קשיים ואתגרים

**יו"רים: דר' נפיר כפר, מנהל המחלקה לטיפול בטראומה ומשבירי חיים,
מרכז לבריאות הנפש לב-השרון
ד"ר הרנן קוסובסקי, מתמחה בפסיכיאטריה, מרכז רפואי 'העמק'**

תקצירי ההרצאות:

1. פסיכותרפיה מלווה לטיפול באסקטמין -

גב' לי פרדו-אביב, פסיכולוגית קלינית מומחית, היחידה לטיפולים מתקדמים, מרכז לבריאות הנפש לב-השרון.

ההרצאה תתמקד בהזדמנויות הטיפוליות הטמונות בשילוב של אסקטמין, על המנגנונים הנירו-פיזיולוגיים המיוחסים לו, ופסיכותרפיה בפרספקטיבה של תיאוריית ההתקשרות.

דיכאון עמיד הינו הפרעה פסיכיאטרית המורכבת ממשתנים גנטיים, ביולוגיים וסביבתיים. אנשים המאובחנים עם דיכאון עמיד סובלים לעיתים קרובות מטראומה התפתחותית ובתוך כך מפצעי התקשרות המיוחסים לכלל משמעותי ביחסים הראשוניים בין הדמות המטפלת לילד. היסטוריה של פציעות התקשרות הינה גורם ידוע באטיולוגיה של עמידות לטיפול תרופתי בדיכאון והפרעות נפשיות אחרות.

לפי תיאוריית ההתקשרות, אנשים מפגימים דפוסים של מערכות יחסים ראשוניות ואלו מנבאים ומארגנים בהמשך חייהם את מערכות היחסים שלהם עם הזולת. דפוסי התקשרות חרדים או לא מאורגנים נמצאו כמנבאים מצוקה נפשית ופסיכופתולוגיות שונות. טיפולים מבוססי התקשרות עובדים על דפוסים אלו בתוך מערכת היחסים של המטופל עם המטפל ואו הקבוצה במקרה של טיפול קבוצתי, בניסיון לייצר מרחב בטוח בו יתאפשר שינוי במערכת ההתקשרות ותיקון. אתגרים מרכזיים בפסיכותרפיה מסוג זה כוללים עבודה עם טראומות ראשוניות לא מילוליות ועבודה עם מערכות הגנה ותבניות חשיבה נוקשות שנבנו לאורך חייו של אדם המקשות על שינוי הדפוסים. עדויות מחקריות שונות מלמדות כי קטמין, אנטגוניסט לרצפטור NMDA, מעודד סינפטוגנזה, גמישות מוחית ועלייה במצבים מוחיים אנטרופיים. תהליכים שונים אלו יכולים להסביר את חלון ההזדמנות שנתפתח בטיפול המאפשר גמישות, למידה ושינוי.

על בסיס הספרות התיאורטית והמחקרית והניסיון שלנו בטיפול פסיכותרפיה פרטניים וקבוצתיים ביחידה לטיפול באסקטמין בביה"ח לב השרון, נתייחס לקשר בין מנגנונים אלו להפחתת העוצמה של מנגנוני ההגנה ולאפשרות לשינוי בדפוסי התקשרות וחשיבה. בתוך כך, נדון בחשיבות הסטינג הטיפולי ליצירת בסיס בטוח וכן במערכות ההתקשרות השונות הנוצרות בטיפול האסקטמין בהתייחס לצוות המטפל, למטופלים הנוספים ואף לחוויות מיסטיות ואמונות.

2. Set & setting בטיפול במרחבי תודעה בקליניקה ומחוץ לה- נקודת המבט של המתמודדים:

גב' מרגניתה קלזנר, מטפלת באומנות

גב' סיון קוריש, מטפלת באמצעות כלבים

גב' שרה תמיר, צורפת וגב' עידית שמר, מוזיקאית

הרצאה תתחיל בנגינת יצירה מוזיקלית קצרה- עידית שמר, חליל

סרטון קצר בהשתתפות של מטופלים ואנשי צוות של מרפאת אסקטאמין בכפר שאול. בסרט יספרו מטופלים על הסטינג הייחודי של טיפול, השפעת הטיפול על מצבם, הליווי המשפחתי והקשוב של הצוות, על השפעה התומכת של קבוצה הטיפולית ועל הקשר המיוחד שנוצר בין חברי/ות הקבוצה הטיפולית בתוך הטיפול ומחוץ לו. הוצגו ראיונות קצרים של אנשי צוות-מנהל יחידה ד"ר ודים סבל, אח היחידה מוחמד חמדאן ומטפלת באומנות דסי נימני. בסיום הסרט- ביקור ווירטואלי קצר בתערוכת יצירות אומנות של מטופלי אסקטאמין בכפר שאול שנוצרו בהשפעת והשראת הטיפול.

הקראת קטע קצר- "חלום" (טריפ) של האסקטאמין שלי - מרגניתה קלזנר

3. טיפול במרחבי תודעה לטיפול בהפרעת דחק בתר חבלתית- אפשרויות ואתגרים.

ד"ר אורן סיני, מנהל מרפאת אסקטאמין והמרכז לטיפול בטרואמה באמצעות פסיכותרפיה משולבת 'מעייני הישועה'.

בשנים האחרונות, חלה התקדמות משמעותית, במודעות הציבורית והמקצועית ובמחקרים המצביעים על יעילות טיפולים בחומרים משני תודעה במצבים נפשיים שונים, כדוגמת פרוטוקול טיפול קטמין אינו חומר פסיכדלי במובן הרגיל, אך גם הוא משמש PTSD- ל MDMA בפסיכותרפיה משולבת

כחומר משנה תודעה במסגרת טיפולים פסיכדליים פורמליים ובלתי פורמליים מזה למעלה מ- 20 שנה.

ארצה להציג את המידע הקיים בספרות בנושא הטיפול באסקטאמין, עם וללא פסיכותרפיה במצבים של הפרעת דחק בתר חבלתית ואתמקד בפרוטוקולים עדכניים לטיפול בטרואמה באמצעות פסיכותרפיה משולבת קטמין. ואתייחס לאתגרים ותהליכים שמערכת הפסיכיאטריה הציבורית תדרש להם להבנתי לקראת כניסתן של גישות טיפול אינטגרטיביות אלו.

4. לא הכל רוד - על כישלונות בשימוש במרחבי תודעה בשדה הקליני והמחקרי - ומה ניתן ללמוד מהם.

דר' אביב שגב, מרכז לבריאות הנפש 'שלוותה'

בתחילת 2015 החל מחקר במרכז לבריאות הנפש שלוותה, שניסה לבחון את היעילות של מתן קטמין תוך-אפי אל מול קטמין תוך-וריד. מטרת המחקר הייתה לסלול את הדרך למתן קטמין "כעזרה ראשונה" לפיוני מיון במצבי דיכאון ואובדנות אקוטיים. המחקר נולד לאור פרסומים מדעיים מרובים שהראו תוצאות מהממות, ודיווחו לא רק יעילות

יוצאת דופן אלא גם על השפעה כמעט מיידית שיוצר קטמין על דיכאון ואובדנות. המחקר דרש משאבים רבים כמעט ללא מימון, וכלל 45 מטופלים עם דיכאון משמעותי. עם זאת, ולמרות המאמרים הרבים שהיללו את תוצאות הטיפול בקטמין, תוצאות המחקר בשלוותה היו מאכזבות למדי. מספר החולים שנעזרו בטיפול באופן משמעותי – היה נמוך. אמנם היו כמה מטופלים שהשתפרו וחלקם אף משמעותית, אך רבים מהמטופלים הפגינו שיפור שולי, חסר ערך קליני. ההתנסות המוקדמת הזו של שלוותה עם קטמין הותירה חותם סקפטי על רבים מהמעורבים בו, ובוודאי עדיין נושאת הדים על האופן בו נתפס הטיפול בקרב חלק מצוות המרכז.

באופן רחב יותר, הותיר המחקר תחושה צורבת ומוכרת של הבטחה ואכזבה – עוד טיפול אשר מדגים תוצאות מופלאות במחקר, אך עם המעבר ל"שטח" והניסיון שנצבר, מתחוויר כי מהווה רק עוד כלי מיני רבים, וללא יתרון משמעותי – אם בכלל.

בהתבוננות פנימה, אנחנו נותרים עם השאלה כיצד עלינו לקבל את ההבטחות שמתפרסמות מדי מספר שנים, כיצד לתרגם עבור המטופלים, וכיצד לנווט בין חשדנות בריאה לבין סקפטיות ניהילסטית.

A3 - פסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית ומומושכת בהפרעות נפשיות קשות, מורכבות ועמידות לטיפול הכוללות גם הפרעות פסיכוטיות

יו"רים: פרופ' יובל מלמד – מנהל המרכז לבריאות הנפש אברבנאל
פרופ' אילנה קרמר

תקציר הסימפוזיון:

בסימפוזיון זה נציג איך גישת הטיפול בפסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית ומומושכת, הניתנת במסגרת מתאימה, יכולה להוות סוג טיפול בעל השפעה מיטיבה ומשמעותית, עבור אוכלוסיית מטופלים המתמודדת עם מגוון רחב של הפרעות ומחלות נפשיות קשות ומורכבות, הכוללות גם משברים פסיכויים ממושכים ועמידים לטיפול. במהלך סימפוזיון זה, נדגים בעזרת תיאור טיפול ותוצאות מחקר שליווה את פעילותו הטיפולית של פרויקט לכל נפש, במסגרתו טופלו בגישה טיפולית זו יותר ממאה מטופלים המתמודדים עם הפרעות ומחלות נפשיות קשות, מורכבות ועמידות לכל סל הטיפולים שניתן להם במסגרות הציבוריות בהן הם טופלו, כיצד גישה טיפולית זו, שנתפסת אצל רבים כלא רלוונטית לאוכלוסיית מטופלים זו, מעניקה למטופלים סיכוי ממש להיחלץ ממעגל חיים של חולי, אשפוזים חוזרים, ייאוש, חוסר ערך, הזנחה וחוסר תפקוד. בנוסף, יוצג הקונספט הטיפולי בתמצית, ובכלל זה תינתן התייחסות להבנה מטה-פסיכולוגית אפשרית של המבנה הנפשי הפסיכוי ולעקרונות הבסיסיים של הטיפול במצבים אלה. עקרונות המקבלים מקום מזה מספר שנים בעבודה הטיפולית של חלק ממחלקות האשפוז הפעילות במרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבת-ים.

1. "אי אפשר להיות רופא בלי להקשיב לחולה – זוהי התחזות" תיאור של פסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית ומומושכת במטופל המתמודד עם סכיזופרניה פרנואידית כרונית ועמידה לטיפול.

ד"ר אילן אמיר – פסיכיאטר ופסיכואנליטיקאי מנחה בחברה הפסיכואנליטית בישראל ויו"ר עמותת "לכל נפש"

מטרותנו בהצגת תיאור הטיפול היא להראות כיצד פסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית ומומושכת הניתנת בתוך מסגרת מחזיקה ומכילה הן למטופל והן למטפל, יכולה לאפשר צמיחה רגשית ושינוי משמעותי אצל מטופלים שאובחנו כסובלים ממגוון רחב של הפרעות פסיכיאטריות הכוללות גם סכיזופרניה פרנואידית כרונית שנחשבה עד לקבלת הפסיכותרפיה לעמידה לטיפול.

בתחילת התיאור נדגים את האופן בו ההקשבה הפסיכואנליטית אפשרה לפסיכותרפיסט לחשוב, להכיר ולהכיל את החוויה הרגשית של המטופל ולהתחבר לאמת הרגשית המסתתרת מאחורי הכאב הנפשי שלו. בהמשך נראה איך המיכל וההחזקה הרגשית של המטופל התניעו תהליכים של עיבוד מנטלי, שתורגמו לרגעים בהם החוויה הרגשית של המטופל קיבלה משמעות והכרה בתוך המרחב והקשר הטיפולי, מה שאפשר לו להרגיש מובן ומוחזק על ידי הטיפול והמטפל.

לבסוף נראה איך פסיכותרפיה ייחודית זו והצמיחה הרגשית שנלוותה אליה, אפשרה למטופל המאובחן כסובל מסכיזופרניה פרנואידית כרונית ועמידה לטיפול, לפרוץ חומות אדירות של ניכור, חשדנות, חוסר אמון, הזנחה וחוסר תפקוד, פירוק, ובעיקר מערכת דלזיונאלית רב שכבתית שעטפה אותו, הגנה עליו, ובודדה אותו למשך שנים רבות מהעולם.

2. על עקרונות הטיפול הפסיכולוגי הפסיכואנליטי בפסיכזזה – או חתירה לאנושי במצבי ניכור.

ד"ר גיא אור – פסיכיאטר ופסיכואנליטיקאי מנחה בחברה הפסיכואנליטית בישראל. מדריך את הצוותים במחלקות הפעילות במרכז לבריאות הנפש אברבנאל ומדריך גם במסגרת פרויקט "לכל נפש".

ההרצאה זו תעסוק בקצרה בהבנה של מבנה פסיכויטי בשפה הפסיכואנליטית, שהוא מבנה הגנתי המגן מפני לא-כלום. כלומר מבנה הגנתי המגן על עצמי שבור ופרגמנטרי שחסר בו משהו מהותי, מבנה המגן מפני חוויה פנימית של "חור-שחור" כפי שמכנה זאת גרוטשטיין, חוויה שמגע רגשי איתה מעורר אימה וחרדת התפרקות. בהתאם להבנה זו, התסמינים הפסיכויטיים, בהם ההזיות, ההפרעה בחשיבה ומחשבות השווא מהווים בעצם הגנה מפני חוויה כזו בקשר עם הזולת. מדובר אם-כך במבנה ניכור, אך בו בזמן מבנה זה מחזיק בתוכו כמיהה נואשת למגע. בהמשך, תעסוק ההרצאה, באופן תמציתי, בעקרונות הבסיסיים של הטיפול הפסיכואנליטי, לפיהם הצורך להיות נראה והצורך להיות מובן כליטימי (במיוחד של מה שנתפש בתוך הסובייקט כלא כזה, כלומר כלא מובן ו/או כלא לגיטימי), הם צרכים אנושיים בסיסיים. וכי ההתפתחות הנפשית, כמו הריפוי, הם התהוות המתאפשרת על ידי זולת שבעיניו המטופל יכול להיות מובן כליטימי על חלקיו הדחויים והמפורקים. ניתן לומר כך: במקום שבו אתה מובן על ידי משהו, אתה יכול להיות מובן לעצמך, ואז, במקום ובזמן המסוים הזה, זהו כבר אינו ניכור, זו כבר לא פסיכזזה.

קיים כמובן קושי מובנה בטיפול במבנה הפסיכויטי, בו הקומוניקציה הגלויה היא בעצם התקפה על הקשר, שהיא הגנה מפני מגע. על כן נדרשת הקשבה אחרת, הקשבה לדבר הרוצה להישמע מאחורי ההגנות, מאחורי מחשבות השווא וההפרעה בחשיבה, שהיא הקשבה לחוויה הרגשית בקשר, מה שמכונה יחסי ההעברה. זוהי חתירה לאנושי במצבי הניכור המאפיינים את החולי הפסיכויטי. אך כבוננת ההרצאה להראות כי זוהי חתירה שיש פירות בעמלה. תהינה גם דוגמאות, בהן התייחסות למקרה הקליני שיוצג על ידי ד"ר אילן אמיר.

3. תוצאות ומסלולי שינוי אצל מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות ועמידות לטיפול שטופלו בפסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית וממושכת - ממצאים אמפיריים מפרויקט לכל נפש.

ד"ר רפאל יונתן-לאוס – פסיכולוג קליני מומחה-מדריך. מרצה בכיר במגמה לפסיכולוגיה קלינית במכללה למנהל.

מחקר זה בחן את יעילותה של פסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית וממושכת בהפחתת תסמינים ומספר

אשפוזים בקרב מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות ומורכבות המטופלים במרכזי בריאות נפש ציבוריים והשפעתה הכלכלית. כמו כן, נבחנו מסלולי השיפור השונים. השיטה כללה מעקב אחר 104 מטופלים ממרכזי בריאות נפש ציבוריים שטופלו בפרויקט "לכל נפש".

בתדירות של אחת לחצי שנה, 88 מהמטופלים דיווחו על חומרת תסמיניהם באמצעות שלושת המדדים: BDI, SCL-90, OQ-45. נתונים על אשפוזים לפני, במהלך ולאחר הטיפול נלקחו מהרשומות הרפואיות. התוצאות הראו שיפור מובהק בכל שלושת מדדי המצוקה לאורך הטיפול. מספר האשפוזים ומספר הימים הממוצע של אשפוז פחתו משמעותית בשלוש השנים הראשונות, וההשפעה נשמרה לפחות עד שמונה שנים מתחילת הטיפול. עלות הטיפול הממוצעת המהונות (26,770 ש"ח) הייתה נמוכה בהרבה מהחיסכון הממוצע המהווה בהוצאות אשפוז (115,850 ש"ח בממוצע).

ניתוח מסלולי השיפור העלה כי מטופלים עם חומרת תסמינים גבוהה ביותר בתחילה, החלו להפגין שיפור רק לאחר פרק זמן ממושך בטיפול. לעומתם, מטופלים עם חומרה ראשונית פחותה הראו שיפור כבר מתחילת הטיפול. ממצאים אלו מעידים כי פסיכותרפיה פסיכואנליטית אינטנסיבית וממושכת יעילה קלינית וכלכלית עבור מטופלים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות, מורכבות ועמידות לטיפול, ומדגישים את הצורך בהקצאת פסיכותרפיה ייחודית זו עבור מטופלים אלה.

A4 - התגייסות שירותי בריאות הנפש בפרוץ מלחמת חרבות ברזל

יו"רים: גב' ענבל ירקוני, משרד הבריאות
ד"ר עליה סקר המרכז לבריאות הנפש שלווה

1. גב' ענבל ירקוני

2. אתגרי ניהול אירוע-רב-נפגעים בברה"ן: חמ"ל הטיפול במפונים באילת במלחמת 'חרבות ברזל'

ד"ר אורי גנור, מרכז לבריאות הנפש שלווה, מרפאת הדקל, בריאות הנפש מרחב אילת
ד"ר עידו לוריא, המרכז לבריאות הנפש שלווה
ד"ר אריאל גאון מרפאת הדקל, בריאות הנפש מרחב אילת

מרחב אילת מונה בשגרה כ-65000 תושבים, ומקבל מענה ברה"ן ממרפאה יחידה ('הדקל', קופ"ח כללית). מייד לאחר אירועי ה-07/10 החלו להצטבר עשרות אלפי ניצולים ומפונים אשר הגיעו בזמן שיא לכ-68000, אשר התפזרו בכ-51 מלונות בעיר. ביניהם, אלפים רבים של ניצולי הטבח ביישובים במעגל הראשון, לצד מפונים מן המעגלים השני והשלישי. אלו הציבו דרישה אדירה וחסרת תקדים למענים אקוטיים בתחום בריאות הנפש. מן הצד השני, הצטברו בעיר מספר רב של גורמים נותני שירות, כמעט ללא תשתית של שיתוף פעולה או היכרות קודמת ביניהם: מרפאת הדקל, שירותי הרווחה המקומיים והארציים, שירותי 'חוסן' של הקהילות המפונות, מאות מטפלים מתנדבים עצמאיים, והמרכז לבריאות הנפש 'שלווה' אשר קיבל אחריות על המרחב מטעם משרד הבריאות והסדיר בהדרגה את פעילות התמנדבים במרחב. לאור כל זאת, הוקם על ידינו ובסיוע פיקוד העורף לצד גורמים אזוריים, חמ"ל אחוד אשר פעל למשך כחודשיים לשם תיאום וניהול הטיפול, הדרכה, ניהול משאבים, וסינכרון בין הגורמים השונים. בשיחה זו נציג את עיקרי הניסיון שלנו בתקופה זו, את מבנה העבודה שהתפתחה, ואת הלקחים האירגוניים המרכזיים.

3. סיכום פעילות המרכז הירושלמי במלונות ים המלח וירושלים 16/10/2023 – 30/11/2023

ד"ר גדי לובין, מנהל המרכז הירושלמי

4. שלווה אתכם גם מרחוק

ד"ר עליה סקר, ד"ר עדי נוי, ד"ר גדעון בקר

המרכז לבריאות הנפש שלווה, קיבל עליו את האחריות לדאוג לתושבי היישובים שנפגעו באופן נרחב במלחמה ושוכנו בעיר אילת, כ-60,000 אנשים – קשישים, מבוגרים וילדים. שלחנו צוותים אורגניים (מתוך צוות המטפלים של שלווה) לאילת על מנת לתת את המענה הטיפולי הנפשי הראשוני הנדרש בשטח. מהדיווחים של הצוותים שנמצאים באילת עלה צורך הכרחי עבור חלק מהמפונים להמשך טיפול ויצירת רצף טיפולי

טוב יותר. מתוך מחשבות אלו, הקמנו מרפאה מקוונת עבור מבוגרים נוער וילדים. המרפאה הוקמה לשעת חירום ונתנה מענה המשכי להתערבויות הראשוניות שניתנות ע"י אנשי הטיפול בשטח וגם לאפשר טיפול ראשוני הכרחי לנפגעי מלחמה שלא קיבלו התערבות ראשונית. הוקמה יחידה נפרדת אשר אפשרה רשומה דיסקרטית עבור המטופלים. המימון נעשה בתחילה ע"י ביטוח לאומי. הענקנו טיפול נפשי בשעת חירום נגיש, באופן יעיל, מקצועי ומדיר תוך שמירה על רצף טיפולי, ועל אבטחת מידע ותיעוד. הטיפול ניתן לכלל מבוסחי קופות החולים, דרך מרפאות החוץ של שלוותה.

5. עזרה נפשית ללא גבולות – מתן מענה למפוני הנגב המערבי בעקבות מלחמת "כרבות ברזל"

ד"ר שמעון בורשטיין, בית חולים מרחבים, ענבל ירקוני, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים משרד

הבריאות ד"ר גדי כהן ורפרט, בית חולים מרחבים, פרופ' חיליק לבקוביץ, בית חולים מרחבים

מתקפת הטרור של אירגון חמאס ב7.10.2024 תפסה את מדינת ישראל בהפתעה. איזור הנגב המערבי בו התרחשה עיקר הפגיעה, הוא איזור עימות, שחוזה מספר עימותים בשנים האחרונות. נוכח עובדה זו נבנו עבורו תוכניות חירום, לרבות למענה בתחומי בריאות הנפש.

תוכניות אלו כללו מתן מענה נפשי ע"י מרכזי החוסן האיזוריים בשעת חירום. מספר גורמים הובילו לכך שבפועל לא הצליחו מרכזי החוסן לתת מענה מלא למפונים.

ככלי, שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל ערב תחילת הלחימה היו בחסר ניכר. ובזמינות שאינה מיטבית.

אירועי 7.10 יצרו מציאות חדשה בה לא ניתן היה עוד להתבסס על מרכזי החוסן, שנפגעו אף הם באירועים.

המציאות בה עשרות אלפי אנשים נודדים לאיזורים שונים בפיזור רחב הצריכה ממשרד הבריאות היערכות חירום שונה. ב13.10.2024 התקבלה החלטה לפיה המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש יתנו מענה בחלוקה מרחבית למשך 4 שבועות עד להתאוששות מרכזי החוסן ו/או מתן מענה על-ידי קופות החולים.

כל בית חולים ששותף במתן המענה קיבל גיזרה איזורית, ובתי חולים שונים בחרו אסטרטגיות שונות למתן המענה, בהתאם לאוכלוסייה, לכוחות הקיימים בשטח וליכולות בית החולים.

בית החולים מרחבים כולל בתוכו מערך אישפוזי של למעלה מ450 מיטות ומערך אמבולטורי של 8 מרפאות וחמישה טיפולי יום.

לבית החולים הוקצתה גיזרת פעולה בערבה. התיחום הגיאוגרפי היה מדרום ים המלח ועד לאילות (קרוב ל200 ק"מ בנסיעה). האוכלוסיה באיזור עמדה על כ6000 מפונים.

נתאר את היערכות בית החולים "מרחבים" למתן מענה לאוכלוסיית המתפנים בעקבות אירועי 7.10.2024 בחבל הערבה הדרומית והתיכונה.

נביא בקצרה נתוני רקע על הנסיבות בהן נדרש מתן מענה מצד בית החולים לאוכלוסיה הנמצאת בערבה, על מערכת בריאות הנפש בישראל, על בית החולים מרחבים ועל אוכלוסיית המתפנים.

יפורטו הצעדים שנעשו על מנת לאפשר מתן הטיפול, החלטות שהתקבלו ולקחים והמלצות לטיפול באירועים חירום בגיזרה מרוחקת מבית החולים.

A5 - דיבייט: מחלקה ממוקדת בטיפול בצעירים, מחלקות מעורבות לאומת מחלקות נשים ומחלקות גברים, קונספט של מחלקה סגורה עם דלתות פתוחות. הצגת מערך הטיפול בצעירים, עם הסתמכות על הניסיון בארה"ב ובאירופה.

יו"ר: ד"ר מרינה קופצ'יק, פרוכ' דורון תודור

משתתפות בדיבייט: ד"ר נטע עוזר, ד"ר אסתר בוקובסקי, המרכז הרפואי לטיפול במח ובנפש "מרחבים"

שאלות לדיון:

1. התמקצעות בתתי אוכלוסיות - בדומה לתחומי רפואה אחרים, הכרת התחום במיקרו מקדם את הידע בנושא ובכך משפר את הטיפול המוצע לתת האוכלוסייה בה מתמקדים. היתרון הגדול הוא בהכרת התחומים הרלוונטיים לאותה תת אוכלוסייה. לדוגמה- מבוגרים צעירים עוסקים במעבר לחיים בוגרים - יציאה מבית ההורים, בחירת מקצוע או מסלול לחיים, זהות מינית וזוגיות. החיסרון הוא צמצום ההיצע לטיפול באוכלוסיות אחרות שזקוקות לטיפול במערך הציבורי וצמצום השירותים הזמינים להם.
2. מסגרות משולבות נשים - גברים אל מול מסגרות מופרדות - מסגרות משולבות מייצרות סביבה "נורמלית" יותר ודומה יותר לחיים מחוץ לאשפוז. מצד שני החסרונות קשורים בהיבטים המיניים, אוכלוסיות מוחלשות במסגרת אחת-סיכון לניצול מיני, התנהגות מינית בלתי מווסתת והאשמות כלפי אנשי צוות מהמין השני.
3. מאמרים שנכתבו בנושא וניסיון של מחלקות סגורות רבות ברחבי העולם, מעידים על כך שניתן לטפל באופן מיטבי במטופלים עם פסיכופתולוגיה מאג'ורית, בתנאים מגבילים כחות מאלו הנהוגים ברוב המוסדות בישראל עד כה. הדבר נכון גם במצבים נפשיים אקוטיים. במרכז הרפואי לטיפול במח ובנפש "מרחבים" הוחלט להתחיל בפיילוט, תהליך פתיחת דלתות במחלקת נשים סגורה. זאת כחלק מתהליך כולל שמטרתו שיפור איכות חייהן ומצבן הנפשי של המטופלות בזמן שהייתן באשפוז. כחלק מתהליך הדרגתי ומתמשך במחלקה, כעת במחלקה 96% מהמטופלות מאושפזות בהסכמה ומקבלות טיפול מרצון. בעת הגשת התקציר המחלקה נמצאת בתקופת צבירת ניסיון תוך הסתמכות על ספרות ומחקרים הקיימים בנושא.

A6 - ריקוד המכונה - בינה מלאכותית בבריאות הנפש

יו"ר הסימפוזיון: גלעד אגר, ד"ר לוסיאנה קנט ריינה

הקדמה:

הבינה המלאכותית כאן ואי אפשר להתעלם ממנה, אבל מה אנחנו באמת יודעים עליה? במושב נעסוק בכוונתניאל הטיפולי הקיים לכלי AI בבריאות הנפש, בסיכונים הקיימים בתהליך ההטמעה, באתגרים המשפטיים והאתיים של כלים אלו, ונראה דוגמא לפיתוח קליני טיפולי לפיתוח חוסן אצל ילדים. המושב מיועד לכל מי שלא רוצה להישאר מאחור.

1. ריקוד המכונה – מהפכת הבינה המלאכותית – כלים מעשיים בבריאות הנפש

ד"ר גלעד אגר, מנהל מרכז החדשנות ומ"מ מנהל מחלקה, המרכז לבריאות הנפש גהה

האם בינה מלאכותית יכולה להיות אמפית? באיזה אופן היא תשתלב או תחליף את הטיפול הקיים היום? איך היא תשפיע על המחקר הקלאסי ועל דרכי הלימוד ברפואה? מהפכת הבינה המלאכותית משפיעה על כולנו ולא פוסחת גם על מטופלי בריאות הנפש ועל היכולת שלנו להעניק להם טיפול טוב יותר.

בהרצאה נסקור את השינוי הגדול בתחום בשנה החולפת, ונראה איך שינוי טכנולוגי כזה יכול להוביל לשינויים בתפיסות שקיימות שנים רבות.

נכיר כלים שימושיים ליעול הפעילויות היומיומיות שלנו ונסה להבין מהי הדרך הנכונה עבורנו, הפסיכיאטרים, לגשת אל הכלי ואיך נכון להשתמש בו.

הרצאה זו תיתן רקע ליתר ההרצאות במושב, שבסופו המאזין יקבל תמונה רחבה על בינה מלאכותית בתחום בריאות הנפש, אתגרים והזדמנויות, אתיקה ורגולציה ודוגמא לשימוש בפיתוח קליני בתחום הפסיכולוגיה.

2. בינה מלאכותית יוצרת להפחתת העומס הבירוקרטי במערכת בריאות הנפש: הזדמנויות

ואתגרים

ד"ר אמיר טל

מיזם סמואלי לבינה מלאכותית אחראית ברפואה, אונ' ת"א

אחד האתגרים המשמעותיים במערכת בריאות הנפש הוא הזמן הרב המושקע במשימות מנהליות ובירוקרטיות על חשבון מתן טיפול ישיר במטופלים. מחקרים מראים כי אנשי צוות טיפולי מבלים כשליש מזמנם במילוי טפסים, דיווחים, הזנת נתונים למחשב ותיאום בין גורמים. כתוצאה מכך, הזמן הניתן לכל מטופל בפועל אינו מספק. מצב זה פוגע באיכות הטיפול, שכן זמן קצר מגביל אפשרות לתת התייחסות מעמיקה לבעיות, צרכים ורצונות המטופל. כמו כן, הוא תורם לתחושות תסכול ושחיקה בקרב צוותי הטיפול.

שימוש ביישומי בינה מלאכותית יוצרת כגון יישומים המסייעים בתהליכי התיעוד והמטלות המנהליות המוטלות על מטפלים, עשויים להקל את הנטל המנהלי הקיים. עם זאת, אימוץ טכנולוגיות אלו טומן בחובו אתגרים אתיים שונים וכן עלול גם לשנות את תהליכי העבודה באופן שיגדיל את נטל הפיקוח, הדיווח ו/או התיעוד, לפגום באיכות הטיפול ואף להסב נזק למטופלים. יש, אפוא, צורך במציאת פתרונות טכנולוגיים יעילים לבעיית העומס הבירוקרטי במערכת, מחד, ולאמץ אותן באופן אחראי, מאידך. זאת על מנת שאנשי המקצוע בבריאות הנפש יוכלו להתפנות לטיפול איכותי במטופליהם.

מטרת ההרצאה המוצעת הנה לבחון כיצד ניתן לאמץ יישומי בינה מלאכותית יוצרת באופן אחראי על מנת להפחית את העומס הבירוקרטי במערכת בריאות הנפש מבלי לפגוע באיכות הטיפול והיבטים אתיים שונים בתהליך. ההרצאה תציג הזדמנויות ואתגרים בשימוש בבינה מלאכותית יוצרת ותציע קווי מדיניות לאימוץ אחראי ומבוקר.

3. רפואה דיגיטלית – היבטים משפטיים ואתיים בשילוב של בינה מלאכותית בבריאות הנפש

עו"ד תמר תבורי, יועצת מיוחדת, משרד עו"ד, ארנון-תדמור, לוי, מרצה בפקולטה לניהול אוניברסיטת תל אביב

הבינה המלאכותית מגיעה להישגים פורצי דרך בתחום הרפואה ובתחום בריאות הנפש בפרט, הכוללים אבחון מדויק יותר, בחירת אפשרות טיפול מותאמת אישית למטופלים, כלים למחקר והדרכה, כלים לצמצום העול הבירוקרטי, למשל, בתיעוד, סיכום וניתוח של הפגישות הטיפוליות או במיון ראשוני של מטופלים לפי דחיפות. בנוסף, מטופלים משתמשים בכלי בינה מלאכותית לשם קבלת ידע ותמיכה נפשית.

יחד עם זאת, השימוש בבינה המלאכותית כרוך באתגרים משמעותיים משפטיים ואתיים: שמירה על פרטיות בעת

אימון האלגוריתם על המידע הרגיש, קיומן של הטיות במידע אשר עלולות להביא להפליה ולהטיה בטיפול כלפי

אוכלוסיות הנמנות על קבוצות מוחלשות, קיומה של "קופסה שחורה" שאינה מאפשרת להבין את הקשר בין הקלט

לפלט של המכונה, התמודדות עם אלגוריתם לומד המשנה את הניבוי שלו מעת לעת, ה"הזיות" של הבינה

המלאכותית היוצרת ועוד. אתגרים נוספים עולים מהמשק בין הבינה המלאכותית לאדם המשתמש, מטפל או

מטופל, ויש להם חשיבות מיוחדת בתחום בריאות הנפש הנסמך על הקשר התרפויטי הבין-אישי. כך, למשל, במקרה

של בוט המעניק תמיכה נפשית למטופל (מתרגול מדיטציה, מיינדפולנס ל-CBT ולישיח טיפולי).

ההתפתחויות הרגולטוריות בארה"ב, באירופה ובארץ מתוות עקרונות ראשוניים להתמודדות עם אתגרים אלה וחשוב

להכירם. בד בבד, תחום בריאות הנפש מעלה קשיים אתיים אשר אינם זוכים למענה מלא רגולציה המוצעת כיום.

רצוי שמטפלים ומנהלים בתחום בריאות הנפש יכירו את אתגרי הבינה המלאכותית ואת הדרכים להתמודד עימן וכן

יקדישו מחשבה לשאלות האתיות העולות בתחום בריאות הנפש.

4. CANVASHERO בינה מלאכותית כמרחב משחקי מקדם חוסן בעבודה עם ילדים ונוער

מר יובל הבר, פסיכולוג חינוכי מומחה (מא פסיכולוגיה קלינית), דוקטורנט בתוכנית המצטיינים פסיכואנליזה ופרשנות באוניברסיטת בר אילן. מטפל בקליניקה פרטית ומייעץ לארגונים ומנהלים. מייסד ומנהל קהילת השלישי המלאכותי - בינה מלאכותית פוגשת את בריאות הנפש ומפתח כלים העוסקים בתחום. חוקר ועוסק בחיבורים בין אנשים, קהילות ובינות מלאכותיות.

בהרצאה הנוכחית יוצג כלי מבוסס בינה מלאכותית (AI) בה ילדים ונוער יכולים לצאת יחד עם מבוגר משמעותי שלצידם (מטפל, מורה, הורה) למסע בדמיון, באמצעותו הם יכולים לאתר ולפתח משאבי התמודדות תוך שימוש במודל החוסן גש"ר מאח"ד ובמתודת הסיפור ההשלכתי המבוססת עליו - "סיפור בשישה חלקים" (להד ואילון, 1991). בהרצאה יוצגו הרקע התאורטי של הכלי והמתודה ואת הסיבה והאופן שבו הפכנו את אלו לכלי מבוסס AI. בנוסף, יוצג בקצרה תיאור מקרה של שימוש בכלי. לסיכום, יוצגו שלושה אבני היסוד המרכזיים והייחודיים של הכלי: (1) משולש יחסים חדש AI, ילד ומבוגר משמעותי, (2) מרחב משחקי - פנטזמטי ו (3) חלון ויזואלי וטקסטואלי לחלקים נפשיים מודעים ולא מודעים של הילד. אטען כי יסודות אלו פותחים פתח לגישה משחקית דיגיטלית חדשה בעבודה עם ילדים ונוער, המתאימה לשדה הטיפול, החינוכי והמשפחתי.

Frontline Psychiatry במאה ה-21 בישראל - לקחים ממלחמת חרבות ברזל

**יו"רים: אל"מ ד"ר לוסיאן טצה-לאור, לשעבר ראש מחלקת בריאות הנפש בצה"ל.
אל"מ ד"ר יעקב רוטשילד, ראש המרכז לבריאות הנפש והחוסן בצה"ל.**

הסימפוזיום מיועד להצגה בכנס התלת-שנתי של האיגוד לפסיכיאטריה בישראל. קהל היעד הוא חברות וחברי האיגוד שישתתפו בכנס, והוא מכוון לפסיכיאטרים, מתמחים בפסיכיאטריה, חוקרים בתחום בריאות הנפש, וסטודנטים לפסיכולוגיה ופסיכיאטריה. מטרת הסימפוזיום היא להעמיק את הידע ולחלוק תובנות מתחום הפסיכיאטריה הצבאית והתמודדות עם מצבים בעלי פוטנציאל טראומטי במצבי לחימה, בהתבסס על ניסיון ממלחמת חרבות ברזל.

1. בריאות הנפש בזמן לחימה: בניין כוח והפעלתו במלחמת חרבות ברזל

סא"ל ד"ר מיכל ליפשיץ, רע"ן תעצומות במרכז לבריאות הנפש בצה"ל, ששירתה כרע"ן קליני במהלך מלחמת חרבות ברזל.

ההרצאה תפתח בסקירה היסטורית של האתגרים הייחודיים שהוצבו בפני בריאות הנפש הצבאית במהלך מלחמת חרבות ברזל. ד"ר ליפשיץ תדון בתהליכי בניין הכוח הנפשי, תוך שימת דגש על אסטרטגיות להכנת החיילים ללחימה, פיתוח מודעות לבעיות בריאות נפש והטמעת תוכניות תמיכה פסיכולוגית. בין היתר, ד"ר ליפשיץ תדבר על הקמת קו הסיוע (סיבות להקמתו, תובנות שעלו לאורך הפעלתו), הקמת המוקד הפראקטיבי, והצגת תוכניות ההתערבות הפסיכולוגית כחלק מהכנת הכוחות ללחימה ולאחר מכן כטיפול בתסמינים פוסט טראומטיים. ההרצאה תספק תובנות ולקחים שנלמדו במהלך הלחימה כמו גם את האתגרים שנוכחו לנו בעתיד - ביניהם, הקמת שני ענפים חדשים, שיעקר עיסוקם במניעת הפרעה פוסט טראומטית, ובטיפול בחיילים עם תסמינים פוסט טראומטיים (ענף תעצומות).

2. הטיפול בצל"תק (צוות לטיפול בתגובות קרב)

רס"ן (מיל) ד"ר עודד ארבל

צוות לטיפול בתגובות קרב (צל"תק) מייצג את המענה המקצועי הסמוך ביותר לזירת הלחימה ומהווה את נקודת הטיפול הראשונה לחיילים החווים תגובות קרביות בשטח. ד"ר ארבל ידון בגישות הטיפול שפותחו להתמודדות עם תסמינים טראומטיים בזמן אמת, התומכות בשיקום המהיר של הלוחמים ובחזרתם לתפקוד. ההרצאה תבחן את האתגרים שעומדים בפני צוותי הצל"תק, תוך הצגת סיפורי מקרה.

סימפטומים קונברסיביים ודיסוציאטיביים מוכרים בספרות כחלק ממגוון התסמינים המאפיינים תגובה פוסט טראומטית, ובמיוחד מוכרת בהקשר של טראומה מורכבת ופגיעה מינית בילדות המוקדמת. תופעות כאלו תוארו עוד בתיאורי המקרה של פרויד במחקרו "על ההיסטריה", אך נראה כי בעשורים האחרונים יש ירידה בשכיחותה ומדובר בתופעה נדירה יחסית באוכלוסייה ללא פסיכופתולוגיה מוכרת. הטיפול במקרים כאלו מהווה אתגר מרתק לצוות המטפל.

במסגרת הטיפול בצלת"ק, הצוות נתקל במספר מקרים של תופעות דיסוציאטיביות וקונברסיביות. ההרצאה תעסוק בקצרה בתיאוריות דינאמיות ובילוגיות, במספר תיאורי מקרה וסקירה של הטיפול שניתן ותוצאותיו.

3. מלש"ע (המרכז לשיקום עורפי) ומרחב הביניים

סרן (במיל) ד"ר דותן בראון, פסיכיאטר במלש"ע מרכז בזמן מלחמת חרבות ברזל.

תקציר: המרכז לשיקום עורפי (מלש"ע) מהווה חלק קריטי בתהליך השיקום של לוחמים לאחר חשיפה לאירוע בעל מאפיינים טראומטיים בשדה הקרב. ד"ר בראון יציג את התוכניות המיוחדות המיושמות במלש"ע, לצורך טיפול בחיילים עם תסמינים פוסט טראומטיים בולטים ופגיעה ניכרת בתפקוד. ההרצאה תציג פילוחים שונים של אוכלוסיית המטופלים ותתמקד בתובנות המתבססות על הנתונים שנאספו לאורך פעילות המלש"ע. עוד ידבר ד"ר בראון על שיטות הטיפול שהוכיחו את עצמן בשטח ותרומתן להפחתת השפעות הטראומה לטווח הארוך, וכיצד התמיכה המתמשכת מאפשרת למעורבים למצוא משמעות ומטרה חדשה לחייהם.

4. אירועי קצה במהלך מלחמת חרבות ברזל

סא"ל ד"ר כרמל קלה, רע"ן קליני במרכז לבריאות הנפש והחוסן של צה"ל.

בהרצאה זו, ד"ר קלה ישתף לקחים מהמלחמה, מתוך ניסיונו כרע"ן קליני בשטח, וראש מדור פסיכיאטריה במהלך חודשי המלחמה הראשונים. ד"ר קלה ידבר על המצבים הקליניים המורכבים שהתעוררו במהלך חודשי המלחמה הראשונים, בדגש על מצבי חירום כגון התפתחות מצבים פסיכויים ואירועי התאבדות. ההרצאה תתמקד בנתונים שנאספו לאורך המלחמה על שכיחות האירועים הללו בקרב חיילי חובה, אנשי קבע וחיילי מילואים, תציג השוואות לשנים קודמות ולמצבי משבר קודמים, ותספק תובנות ולקחים להמשך.

B2 - לקחים מתהליך קבלת השבים בבתי החולים מושב של איגוד פסיכיאטריה של הילד והמתבגר

יו"רים: פרופ' גיל זלצמן, פרופ' דורון גוטהלף

לקחים מהקליטה והטיפול בשבים משבי החמאס בבית חולים שיבא

פרופ' דורון גוטהלף, האגף לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בית חולים אדמונד וילי ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא-תל השומר, הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, אוניברסיטת תל אביב

פרופ' גוטהלף יסקור את תהליך הטיפול ב-29 חטופים (9 ילדים ו-20 מבוגרים, מגיל 4 עד 80) ששבו מעזה ונקלטו בביה"ח שיבא לאחר ששהו בשבי החמאס כ-50 ימים. כחודש לפני קליטתם הוכן פרוטוקול לקליטתם על ידי צוות רב-מקצועי. הצוותים הפסיכוסוציאליים תירגלו בסימולציה עם שחקנים את קבלת השבים. נתאר את הכנת המשכחות לבואם של השבים, את התגובות של השבים בהם צפינו בביה"ח כולל אופוריה ראשונית לפגוש את הקרובים ולהשתחרר מהשבי וצער עמוק על האובדנים שעליהם נתבשרו. נתאר את תהליך הבשורה המרה שהתקיים עם חלק מהמטופלים ואת האתגרים של השבים ומשפחותיהם בהחלטות שהיו צרכים לקבל כגון מגורים והמשך טיפול.

A Psychological First Aid (PFA)–Based Intervention for Children Released from War Captivity: Results of a Mixed-Methods Study

Silvana Fennig MD, Maayan Shorer PhD, Maya Fennig PhD, Avigal Snir PhD

Schneider Children's Medical Center of Israel, Petah Tiqwa, Israel

Objectives: Interventions directed to mitigate acute distress and enhance resilience in children released from war-captivity are sparse or non-existing. The vast majority of the literature on war captivity has focused on adult soldiers, while the unique circumstances of children in war captivity have been rarely studied. Given the paucity of prior research, this mixed method study, presents the results of an implementation analysis that explores a Psychological First Aid (PFA)–based intervention directed towards immediate distress reduction and facilitating adaptive coping and functioning in children and adolescents (aged 3–18 years) in the immediate aftermath of release from war captivity. Drawing on experiential insights from providers and a fidelity questionnaire, we evaluate the feasibility and acceptability of the crisis intervention and explore its potential in supporting the diverse immediate needs of children exposed to captivity trauma.

Methods: Drawing on a mixed method evaluation design, a subset of providers (n=40)–social workers, psychologists, psychiatrists, nurses, and paediatricians–who delivered the PFA-based intervention completed post-intervention qualitative interviews and a quantitative self-report measure. The interview explored providers' perceptions of the intervention implementation and its impact on children's mental health while the questionnaire focused providers fidelity to the intervention protocol.

Results: Results show that the principles and techniques of the PFA-based intervention for children released from war captivity met basic standards of care . Qualitative findings emphasize provider's perception of PFA as valuable, seen as a time-sensitive, supportive, and practical approach as well as linked to enhanced feelings of safety and connectedness.

Conclusion: The PFA model for children release from captivity is feasible, acceptable, meets standards of care and can be easily replicated. On the basis of our findings we propose practice parameters and guidelines for early intervention for children released from hostage.

תורת הטיפול בפדויי השבי - למידה תוך כדי תנועה

ד"ר רננה איתן, ד"ר ענבל ראובני, דר' צביה זליגמן

המרכז הרפואי תל אביב, בית החולים איכילוב

הטיפול בפדויי השבי בבריאות הנפש הביא לדילמות קליניות רבות, נוכח ייחודיות האירוע, מיעוט ידע רלבנטי בספרות המקצועית והעדר ניסיון קליני עדכני. בהרצאה אתאר כיצד נבנתה התורה לטיפול בפדויי השבי, תוך התבוננות ולמידה תוך כדי הטיפול, ומתוך שיתוף מידע בין מרכזים רפואיים.

הטיפול בחטופים ששבו בבית החולים הוגדר במהותו כאירוע אנשי, והתמקד בפגישה המחודשת עם בני המשפחה, ובמתן סיוע גופני. הניסיון לימד אותנו כי בנוסף לכך, מדובר באירוע מסעיר ומורכב מבחינה רגשית, הדורש אבחון וטיפול מידיים של אנשי המערך הפסיכיאטרי, מתוך רגישות ומקצועיות.

בהרצאה אתייחס לנושאים הבאים: היערכות הצוותים מראש, התמודדות עם מצב נפשי משתנה בין השבים, ניהול המתחם שבו נקלטים השבים, מהות הטיפול הנדרש בבית החולים ומשכן, הגדרת הטיפול על ידי אנשי מקצועות בריאות הנפש, שמירה על הצוות המטפלים, ליווי תשואו שב"כ ובדיקת רופאים משפטיים, ניהול תקשורת ודוברות בית החולים, המשך הטיפול לאחר השהות בבית החולים.

האחים הבדואים שנחטפו ושוב – הצגת ההתערבות בסורוקה

ד"ר למא אבו עג'אג, היחידה הפסיכיאטרית לילדים ונוער, המרכז הרפואי והאוניברסיטאי סורוקה

פרופ' גל מאירי, היחידה הפסיכיאטרית לילדים ונוער, המרכז הרפואי והאוניברסיטאי סורוקה,

המרכז הלאומי ע"ש עזריאלי לחקר אוטיזם וניויר-התפתחות, אוניברסיטת בן גוריון

הצגת מקרה של האחים ממשפחת א. שחזרו מהשבי של חמאס. ע. בת 17 וב. בן 18, ערבים, מוסלמים מהחברה

הבדואית בנגב, מתגוררים בכפר לא מוכר א. בסמיכות לעיר רהט. אב המשפחה והאח הגדול עדיין בשבי החמאס.

הצגת המקרה תהיה מראיה פסיכיאטרית ותכלול את תיאור ההתארגנות סביב חזרתם של האחים, קליטתם לבית

החולים סורוקה, הקשיים והאתגרים בימים הראשונים, תהליך החזרה לבית ולשבט שלהם והקושי לחזרה לחיים

הקודמים. האחים ממשיכים להיות בקשר עם המרפאה הפסיכיאטרית לילדים ונוער בסורוקה עד היום ויוצגו תיאורים

מהטיפולם שהם עוברים ומהמעקבים הפסיכיאטרים.

דרך המקרים תוצג התייחסות כללית וקצרה לגבי החברה הבדואית בנגב, היסטוריה, הייחודיות של החברה הבדואית,

נקודות חוזק, מצבם הסוציו-אקונומי בהשוואה לשאר האוכלוסיות במדינה. מצבם במלחמה, סיפורי גבורה

והקונפליקטים שעולים למטפלים ולמטופלים.

B3 - יד ביד למען המטופל: עמותות בריאות הנפש מציגות מודלים חדשניים לטיפול, שיכום ותמיכה

יו"רים: ד"ר אלכס טייטלבוים, מר אריק כהן, סמנכ"ל שירותי שיקום וטיפול, עמותת אנוש

במהלך פאנל נציגי העמותות תציגו מיטב פעילויות למען בריאות הנפש תוך שיתוף בפרויקטים /מודלים/ מחקרים חדשים וחדשניים:

1. מר אריק כהן, סמנכ"ל שירותי שיקום וטיפול, עמותת אנוש

עמותת אנוש - ארגון המוביל בישראל (מעל 40 שנה) במתן שירותי מניעה, שיקום וטיפול לאנשים עם מגבלה נפשית ובני משפחותיהם. אנוש פועלת לקידום חיים מלאים, משמעותיים ומשולבים בקהילה לנפגעי נפש. פרויקטים חדשניים:

- "אנושופ": חנות חברתית-מקוונת המעסיקה מתמודדים, ומוכרת מוצרים ייחודיים בעבודות יד
- "מקום של טוב": מיזם תעסוקתי-חברתי, פותח אירועים עסקיים במרכזי אנוש, תורם לקהילה
- "מרכז דניאל"-Mind & Fitness: מרכז חברתי בתל אביב, מציע פעילויות ספורט וחוגים מקדמי בריאות
- "עושים ליגה": ליגת כדורסל לאנשים עם מגבלה נפשית 14 קבוצות ברחבי הארץ
- "בית אנוש": מרכז טיפולי חדשני בירושלים, משלב טיפול, דיור ותמיכה רגשית
- "אנוש דיגיטלי": פלטפורמה מקוונת, מציעה מידע, תמיכה וסדנאות מקוונות

2. ד"ר שירי דניאלס, מנהלת מקצועית ארצית, עמותת ער"ן-עזרה ראשונה נפשית

עמותת ערן: עמותת ער"ן פועלת למעלה מ-50 שנה, 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע ומעניקה עזרה ראשונה נפשית אנונימית, מקצועית ומיידית לכל אדם, בכל גיל ובכל מצוקה. פרויקטים חדשניים:

- "ערן דיגיטלי": פלטפורמה מקוונת, מציעה צ'אט אנונימי, פורומים ותמיכה רגשית
- "ערן בקהילה"-הרחבת שירותי ער"ן לקהילות שונות, תוך שיתוף פעולה עם גורמים מקומיים
- "ערן נוער"-קו חם ייעודי לבני נוער, מעניק תמיכה וסיוע בנושאי משבר, בדידות ועוד
- "ערן חיילים": קו חם ייעודי לחיילים, מעניק תמיכה וסיוע בנושאי לחץ, קשיי הסתגלות ועוד
- "ערן מניעה": תוכנית הסברה והדרכה לקידום בריאות הנפש בקרב קהלים שונים
- ער"ן רואה חשיבות רבה בפעילות מחקרית, שתפקידה לאסוף נתונים ולפתח ידע בנוגע למצוקה נפשית, התערבות טיפולית יעילה והשפעתה

3. לונה בן דיין, מנהלת מקצועית עמותת סה"ר - סיוע והקשבה ברשת

עמותת סה"ר: עמותת סה"ר פועלת למעלה מ-20 שנה ומספקת סיוע נפשי בזמינות גבוהה באמצעות האינטרנט. פרויקטים חדשניים:

- "סה"ר צ'אט": שירות צ'אט אנונימי 24/7, מאפשר קבלת סיוע מידי מכל מקום ובכל זמן
- "סה"ר פורומים": פורומים מקוונים ייעודיים לנושאים שונים, מציעים תמיכה ועזרה הדדית
- "סה"ר סירות": פעילות סיור יזומה ברשתות חברתיות, איתור אנשים במצוקה והצעת סיוע
- "סה"ר מרחב בטוח": קהילה מקוונת ייעודית לנוער להט"בי, מציעה תמיכה וחיבורים
- "סה"ר מקצוענים": פלטפורמה מקוונת המאפשרת לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש להציע שירותיהם.

4. גב' אלישבע לוין, נציגת ועד משפחות של מרכז הירושלמי לברה"ן, מטעם עמותת משפחות לבריאות הנפש

עמותת משפחות בריאות הנפש פועלת למעלה מ-30 שנה למען בני משפחות המתמודדים עם תוכניות תמיכה, הסברה והדרכה להורים, אחים ואחיות של מתמודדים, מספקת שירותי הדרכה לצוותים מקצועיים העובדים עם משפחות.

מזה מספר שנים במרכז הירושלמי לברה"ן פועל ועד משפחות חברי העמותה המספק תמיכה רגשית, הדרכה והסברה לבני משפחה של מאושפזים במרכז הירושלמי, עם דגש על מטופלי אשפוז ראשון. ועד משפחות פוגש את בני משפחה של מאושפז במחלקה, מסייע ביצירת קשר מיטבי עם צוות במחלקה ומלווים בני משפחה במהלך אשפוז. במהלך הרצאה יוצגו מספר מקרים של התערבויות.

5. מר גדי רוזנטל - כלכלת בריאות הנפש בישראל - המצוי, בעיות יסוד, הנדרש

ההוצאה התבססה על מספר עבודות ראשוניות שפורסמו בשנה האחרונה, ואשר הובילתי את כתיבתן. נושאים שייכללו:

- היקף ומבנה של ההוצאה הציבורית הנוכחית לבריאות הנפש
- ישראל בהשוואה למדינות מערב אירופה והOECD - והמסקנה לגבי ההיקף הראוי כדי לעמוד בסטנדרטים מערב אירופיים
- ההוצאה הפרטית של משקי הבית והמשפחות: הסיפור שלא מסופר.
- פלחי העוגה הנדרשים: ההוצאה הציבורית בפרוט כמותי לפי סעיפים. הניתוח יתייחס לשרותים העיקריים הקיימים (אשפוז, טיפול מרפאתי, שיקום) וכן לשרותים שכמעט ולא קיימים.
- כשלים, תמריצים שליליים ואתגרים במערך בריאות הנפש מעבר להרחבה התקציבית.
- התכנית הכלכלית של משרדי הבריאות והאוצר בהשפעת המלחמה ובראי ההתייחסות הכוללת.

B4 - מהפכה באשפוז הפסיכיאטרי

יושבי ראש: דר' לורה שרוני, פרופ' פסח ליכטנברג

בשנים האחרונות חל שינוי במערכות לבריאות הנפש בארץ ובעולם. מאז שהוקם בית סוטריה הראשון ב-1971 קיימת מחשבה על אפשרות טיפול אשפוזי "אחר" למתמודדים עם פסיכוזה. בעשור האחרון בישראל חל שינוי בגישת האשפוז הפסיכיאטרי. ב-2016 החלו לפעול "בתי סוטריה" בהובלת עמותת סוטריה ופרופ' ליכטנברג, ומאז נפתחו בקהילה עשרות בתים מאזנים מבוססי-עקרונות סוטריה המטפלים באנשים המתמודדים עם מצבים נפשיים חריפים ומסכימים לשהות שם ולקבלת טיפול. לעומת זאת, מטופלים במצבים פסיכויטיים סוערים המסרבים לטיפול ולאשפוז, נאלצים להתאשפז במחלקות סגורות קונבנציונליות. אך לאחר פתיחת מחלקה סגורה למטופלים חריפים בברלין לפני כעשור והממצאים שהם הציגו לפני מספר שנים, נתונים המראים שזה אפשרי וזה יכול להיות טוב, נראה שהדרך נפתחה לעוד מחלקות כאלו. אז למה לא בישראל, בה כבר פועלת רשת נרחבת של יחידות סוטריה לבתים מאזנים בקהילה? ...וכך נוצר הרעיון לפתיחת מחלקות אשפוז סגורות בדגם סוטריה בבתי חולים פסיכיאטריים.

1. סוטריה במחלקה סגורה: מפנטזיה למציאות יום-יומית

ד"ר לורה שרוני, המרכז לבריאות הנפש "מזור", מר שי מור אח אחראי מחלקה, ד"ר חנין חמוד מתמחה לפסיכיאטריה במזור

ביוני 2023 נפתחה ב"מזור", לראשונה בישראל ובעולם, מחלקה סגורה בדגם סוטריה "עוגן" לגברים ונשים עם התקף פסיכויטי חריף, רובם בהוראת אשפוז במפגש הראשון שלהם עם הפסיכיאטריה. המטופלים מתאשפזים ישירות מהמיון ללא סינון מלבד האבחנה "פסיכוזה באשפוז ראשון".

למרות היותה מחלקה סגורה המטפלת במצבים סוערים, אין במחלקה אמצעי הגבלה מכל סוג שהוא וההתנהלות מבוססת על מודל סוטריה ועקרונות המודל המאפשרים ביטוי עצמי של המטופל ורצונותיו, שבירת ההיררכיה ביחסים בין המטופל ומשפחתו לבין הצוות, והחלמה בתוך המיליה הטיפולי והחברתי שנוצר. המחלקה מעוצבת כ"בית" עם "חיים נורמטיביים" ועצמאים בתוך המסגרת האשפוזית, כולל הכנת ארוחות על ידי המאושפזים והצוות. הצוות המקצועי מגוון ומועשר בצוות "מלווים" (כמספר אנשי הצוות הסייעודי), חלקם בעלי ידע מניסיון. ההתמודדות עם מצבים סוערים נעשית על ידי הכלה, מתן אמצעים חלופיים לרגיעה, הדגשת ה-"להיות עם ולעשות עם" ומתן טיפול פרמקולוגי. חלק מהאתגרים במחלקה הוא השינוי במבנה ההיררכי המקובל על כל המשתמע מכך: ללא תחנת אחות, צוות הנמצא עם המטופלים, עבודה בגובה העיניים, ארוחות משותפות. הצוות מתפקד בשיטיות תוך הבנה שההתנהלות היום יומית מהווה חלק קריטי מהטיפול ה"פורמאלי" ו"תורם רבות להתמודדות עם אחד האתגרים העיקריים של מחלקה סגורה, מצבי קיצון של אלימות ותוקפנות במרחב ותוך שאיפה להימנע ככל האפשר מטיפול תרופתי נגד רצון המטפל.

ההרצאה תתאר את המהפכה בטיפול במטופלים המאושפזים בהוראות אשפוז ובניגוד לרצונם, גיוס והכשרת הצוות,

הטמעת העקרונות והאתגרים בדרך, יצירת צוות כקהילה קרובה ומאוחדת שבתוכה נוח לשתף להשמיע ולהישמע וכן תוצאות מחקריות ראשוניות, ובכלל זה שניתן לטפל במטופלים אלו ללא הגבלה כלל וללא העברה למחלקה סגורה קובנציונלית, תוך ירידה באירועי אלימות והבעת אמון של המטופלים בטיפול בהם.

2 מלווים ידע מניסיון במחלקה סגורה בדגם סוטריה-עוגן אמיתי

מר עדי בר נוב גב' דניאל קרן, מלווים ואחראי מלווים במחלקת עוגן, ד"ר מריה שרוב -מנהלת היחידה

הצוות במחלקת "עוגן" במזרז דוגל בצורה אמיתית ועמוקה בהשטחת ההיררכיה ובכך נוצרה אפשרות לאינטגרציה של צוות המלווים לתוך המרקם ה"סגור" של מחלקה סגורה. המלווים נמצאים כל היום, עובדים יחד עם הצוות הסייעודי ומהווים מרכיב טיפולי משמעותי.

המלווים במזרז מגיעים מרקעים שונים, וכמחציתם בעלי ידע מניסיון, חשופים כצרכנים במערכת הפסיכיאטרית ומביאים את ניסיונם האישי לתפקיד. אין שווי ערך לנקודת המבט של שותפים לגורל וחברים לדרך, המטופלים רואים אותם כעמיתים למשא ונענים לקשר בגובה העיניים. עצם הידיעה שהמלווה עבר חוויות זהות או דומות מאפשר קשר קרוב ובלתי אמצעי. השימוש בידע מניסיון מותאם לכל מטופל וגם בהתאם ליכולת ורצון המלווה לחשוף.

ככלל, תפקיד המלווה במחלקה שונה ומיוחד ומהותו יישום העקרונות של "להיות ביחד" ו"לעשות ביחד" וכל מלווה מביא לתפקיד גם את כישוריו ויכולותיו. המאושפזים במחלקה הם במקרים רבים מאושפזים בניגוד לרצונם, ניסיון שמוכר להרבה מהמלווים מעצמם או מחשיפה של עמיתים שהתמודדו עם ניסיון זה וחוו אותו בצורה קשה לעיתים קרובות. מה שמהדהד במצב כזה הוא חוסר האונים וההתמודדות עם מצב מפחיד ולא מוכר והעשייה באה להפוך את הניסיון הקשה הזה לעשייה יום יומית משמעותית ומנרמלת חוויה. המטופלים משולבים ומהווים חלק פעיל בהתאם ליכולתם, מצליחים לקחת שליטה על חלק מהדברים והמלווים בעיקר אלו עם ידע מניסיון מיטיבים להעריך ולהגיב לחוויה של הצורך בכך אך גם הקושי של איסוף כוחות לצורך כך בעיקר כאשר החוויה המרכזית הנה הכפייה בהרצאה נציג הפעילות היום יומית לצד יחד עם הצוות הסייעודי ושאר הצוות הרב מקצועי, האתגרים, ההצלחות ואיך המלווים הפכו להיות "עוגן" למטופלים ולצוות. ולסיום מנהלת היחידה תציג את ההתבוננות שלה על הכנסת המלווים למחלקה סגורה.

3 שם ההרצאה: סוטריה בסגורה: המבט מבפנים של המתמודדים

המציבים: בעילום שם

החוויה בסוטריה אשפוזית שונה מאוד מאשר במחלקה סגורה רגילה. השהייה במסגרות סוטריה מפחיתה סטיגמה. הקול של המתמודד נשמע בהחלטות משותפות, על הטיפול ועל כלל ההתנהלות ביחידה. לכן חשוב להביא לכאן את הקול הזה. נשמע על כך מהמבט של מתמודד ששהה בסוטריה באשפוז ולא מבני משפחה. וכדי להמחיש על מה אנחנו מדברים להלן ציטוט ממכתב סיום האשפוז במחלקת "עוגן" במזרז:

"מחלקת עוגן היקרים, תודה רבה על הכל, הרגשתי שאני בבית, למדתי לא לפחד לפתוח את הלב וגם לא לפחד לספר בצורה הכי טבעית את המחשבות הכי קשות ומזוזות שלי, כי אם לא, המוח שלנו הוא הכלא. מחלקת עוגן טוב שהרמתם עוגן"

"כמעט חודש פה משחזרת את השיחה עם עמית ממומחה מה זה בכלל מחלה מול החלמה מול חמלה. אותם 4 אותיות בסדר שונה ומשמעות עצומה לתהליך שלי בעוגן. מה בעצם כל זה אומר? שאני כלפי עצמי וכלפי הסביבה, אני מסוגלת לכל החלמה ומכל מחלה, הכדורים עוזרים נכון, הצוות עוזר המון ויחד איתם הבנתי שאנחנו המפתח לכל דלת בתהליך..."

ולמרות שיש גם חוויות לא פשוטות ולפעמים רוצים "להשתחרר מהר מהטיפול בכפייה" עדיין נראה שהחוויה מעשירה, בונה ותומכת. אבל כמובן נשמע זאת ממי שחווה זאת.

4. היחידה הקטנה והחזון הגדול: הקמת יחידה ברוח סוטריה (יח"ס) בביה"ח כפר שאול

פרופ' פסח ליכטנברג

במערכת בריאות הנפש הציבורית מבינים היטב שמחלקות האשפוז זקוקות לריענון משמעותי, כדי להשתחרר ממציאות של תפיסה גדולה מדי מול צוות קטן מדי, וחוויות קשות שמדווחות על ידי מאושפדים רבים מדי. המודל של סוטריה מוכיחה את עצמה כבר 50 שנה, ומזה 8 שנים גם בארץ. עכשיו היא נכנסת לאשפוז, דווקא למצבים אקוטיים, בפיילוט ראשון של דר' לורה שרוני בביה"ח מזור, והשני בכפר שאול. בכך יש משום פריצת דרך עולמית: אמנם פועלות מחלקות אשפוז סוטריאניות באירופה, אך עם אוכלוסיות הרבה פחות אקוטיות. למסגרות שפועלות לפי העקרונות של סוטריה קיים פוטנציאל לפתור את קשיי המערכת ולהפוך את האשפוז לחוויה חיובית יותר, מחלימה יותר, וסטיגמטית פחות. נתאר את הניסיון להקים ולתפעל יחידה כזאת בביה"ח כפר שאול בירושלים.

B5 - Biomarkers in Psychiatry – Return of the Jedi

Co-Chairs:

Prof. Yoav Kohn, MD, MHA, Jerusalem Mental Health Center, Eitanim Psychiatric Hospital

Dr. Tanya Goltser- Dubner, Ph.D., Department of Psychiatry, Hadassah University Hospital

1. Biomarkers in psychiatry – past disappointments and future hopes

Yoav Kohn, MD, MHA

Jerusalem Mental Health Center, Eitanim Psychiatric Hospital

Hebrew University-Hadassah School of Medicine

The introduction of effective psychotropic drugs in the 1950's established the biological basis of psychiatric disorders. Soon after began the search for biomarkers for these disorders. This is obviously warranted as biomarkers can serve both for early and accurate diagnosis, and for improvement of treatment. The elucidation of the putative mechanisms of medications used in psychiatry first led researchers to study levels of neurotransmitters and their metabolites, as well second messengers, in blood and CSF. As results were inconclusive, researchers turned to endophenotypes, such as smooth pursuit eye movement (SPEM) and sensory gating defects (P150) in schizophrenia. Pharmacological challenges were proposed (dexamethasone suppression tests in depression), as well as imaging studies in various disorders. Still, none of these biomarkers proved to be sensitive and specific enough for diagnosis and treatment purposes. The promise of genetic testing in psychiatry has also not proved its efficacy yet. Seventy years after the beginning of the search for biomarkers in psychiatry, diagnosis is still based on subjective measures, and treatment on trial and error. Nevertheless, researchers are turning to new avenues and some intriguing findings raise new hopes for identification of valid biomarkers in psychiatry. In this symposium we present such findings from Israel: Yuval Dor et al., show evidence that cell free DNA can be a biomarker for psychosis. Tanya Goltser-Dubner et al., present their findings on Immune cell biomarkers for PTSD, and Amit Lotan et al., on iron as a biomarker for severe forms of schizophrenia.

2. Epigenetic liquid biopsy for psychosis

Shmuel Hart¹, Asael Lubotzky¹, Ilana Pelov², Ruth Shemer¹, Alex Teitelbaum², Yoav Kohn², Yuval Dor¹

¹The Hebrew University of Jerusalem and ²The Jerusalem Mental Health Center

Schizophrenia is a common, severe, and debilitating psychiatric disorder. Despite extensive research there is as yet no biological marker that can aid in its diagnosis and course prediction. This precludes early detection and intervention. Imaging studies suggest brain volume loss around the onset and over the first few years of schizophrenia, and apoptosis has been proposed as the underlying mechanism. Cell-free DNA (cfDNA) fragments are released into the bloodstream following cell death. Tissue-specific methylation patterns allow the identification of the tissue origins of cfDNA. We developed a cocktail of brain-specific DNA methylation markers, and used it to assess the presence of brain-derived cfDNA in the plasma of patients with a first psychotic episode. In a first cohort of patients, we detected a significant elevation of brain-derived cfDNA in the plasma of patients during their first psychotic episode (n=29), compared with healthy controls (n=31). Increased cfDNA levels were not correlated with psychotropic medications use. In addition, we observed a general increase in the concentration of cfDNA in patients, likely reflecting an inflammatory process. Potential interpretations of these findings include increased brain cell death, disruption of the blood-brain barrier, or a defect in clearance of material from dying brain cells. We are currently performing experiments on a second, larger cohort of patients, to extend and validate these findings. Brain-specific cfDNA methylation markers can potentially assist early detection and monitoring of schizophrenia and thus allow early intervention and adequate therapy.

3. Immune cell biomarkers for Posttraumatic stress disorder

Tanya Goltser-Dubner^{1,2}, Amit Shalev², Fortu Benarroch², Laura Canetti³, Maayan Yogev¹, Carmel Kalla¹, Ranin Masarwa², Josef Martin², Dalya Pevzner¹, Osnat Oz¹, Chen Saloner¹, Reaan Amer¹, Michal Lavon¹, Amit Lotan¹, Esti Galili-Weisstub², Ronen Segman^{1,2}

¹Molecular Psychiatry Laboratory, Department of Psychiatry, Hadassah Medical Organization and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Israel

²The Herman-Danna Division of Pediatric Psychiatry, Department of Psychiatry, Hadassah Medical Organization and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Israel

³Department of Psychology, Hebrew University of Jerusalem, Israel

Life threatening trauma and the development of PTSD, may each associate with transcriptional perturbation of immune cell glucocorticoid reactivity, yet their separable longer term contributions are less clear. We were first to demonstrate genome scale transcriptional perturbation in blood mononuclear cells harbors a specific signature that accompanies the development of PTSD among trauma survivors. More recently, we were able to demonstrate altered expression levels of genes encoding the glucocorticoid receptor and its co-chaperons in immune cells at rest predict blunted cortisol response as well as altered cognitive and emotional reactivity to simulated combat among parachute trainees exposed to trauma in childhood. We further found that altered expression levels among adult survivors of a suicide bombing terror attacks during childhood were associated with the development of subsequent PTSD beyond trauma exposure. Our data suggest long-term perturbations in the expression of immune cell glucocorticoid response transcripts persist into adulthood, denoting chronic dysregulation of immune stress reactivity. Beyond their obvious potential role as PTSD susceptibility biomarkers, targeting peripheral immune cell glucocorticoid reactivity abnormalities aimed at reducing pro-inflammatory sequel based upon specific transcriptional alterations, may plausibly help inform individually tailored future preventive intervention efforts, employing selective glucocorticoid receptor modulators based on individual patient profiling, refining current strategies that employ non-selective administration of a general synthetic cortisol analogue for PTSD prevention and treatment.

4. Brain iron dyshomeostasis as a novel biomarker in schizophrenia

Avigail Zucker¹, Sandra Luza², Carlos M. Opazo², Ashley I. Bush², Gilly Wolf¹, Yarden Brock¹, Jonathan Gurevitz¹, Ravid Granov¹, Shlomi Rachmani¹, Amit Lotan¹

¹Department of Psychiatry and the Biological Psychiatry Laboratory, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel

²Melbourne Neuropsychiatry Centre, Department of Psychiatry, The University of Melbourne & Melbourne Health, Carlton, VIC, Australia

Despite decades-long research, major culprits driving prefrontal deficits in individuals with schizophrenia remain elusive. Focusing on iron biology, we show that compared to matched controls, prefrontal tissue from schizophrenia cases was characterised by elevated iron,

diminished ferritin, and most notably, an elevated iron-to-ferritin ratio. Using a prediction model based on iron and ferritin, our data are consistent with a potential pathophysiologic link between perturbed cortical iron biology and schizophrenia. As a prognostic biomarker, imaging cortical iron in-vivo could shed light on a potential relationship between iron, clinical course and treatment response, as was recently reported with early psychosis glutathione imaging. Therapeutically, deferiprone, a BBB-permeating iron chelator traditionally used to treat peripheral iron overload, has been investigated for the treatment of aceruloplasminemia, pantothenate kinase-associated neurodegeneration, Friedreich's ataxia, and PD, with preliminary evidence indicating that removal of excess iron from disease-implicated brain regions is accompanied by slowing of disease progression. Taken together, our findings could provide a rationale for testing iron-modifying interventions, such as deferiprone, with the aim to restore healthy cortical iron biology and improve cortical function in schizophrenia.

B6 - היחידות להתערבות במשבר - מענה פסיכיאטרי זמין ואיכותי לילדים ולנוער בישראל - פרויקט רב מרכזי ביוזמת משרד הבריאות

יו"ר: ד"ר רות הללי אלון - פסיכיאטרית ילדים ונוער, מנהלת מח' נוער והיחידה למשבר בביה"ח מרחבים נס ציונה ד"ר יובל רוה

רקע: בריאותם הנפשית של הילדים והנוער במדינת ישראל הייתה במגמת החמרה, עוד ממשבר הקורונה. זמינות מערכת התמך פחתה, תורי ההמתנה לטיפולים נפשיים התארכו, ועומס הפניות לשירותי בריאות הנפש הורגש בכל רחבי הארץ ובכל מרכזי הטיפול, החל במיון הפסיכיאטרי וכלה בסקטור הפרטי. לפועל יוצא, צעירים וצעירות במצבי משבר הופנו לטיפול מרפאתי בתדירות שאינה מספקת, או, בצער, לאשפוז מלא שלעיתים נבחר רק בשל היעדר מענה הולם בקהילה, ולא מאחר וזוהי המסגרת הטיפולית שבאמת נדרשה מבחינה קלינית. משבר הקורונה ולאחריו מלחמת חרבות ברזל, הגדילו משמעותית את הצורך במענה פסיכיאטרי.

לפני כשנה, יזם משרד הבריאות את הקמתן של כעשר יחידות להתערבות במשבר לילדים ונוער, במטרה לתמוך במטופלים ובמשפחתם בתקופות סערה, מתוך הבנה שמתן שירותים אינטנסיביים יכול לשקם באופן מספק את המצב הנפשי מבלי לטלטלו או לגדעו שלא לצורך ע"י אשפוזים או הדרדרות תפקודית משמעותית. מטרת היחידות לספק שירות נפשי מהיר, אינטנסיבי, קצר-מועד ורב-מקצועי, במסגרת אמבולטורית, למניעת החרפה במצב הנפשי ובתפקוד הפסיכו-סוציאלי. כחלק מתוכנית הפעלתן, קלטו כל יחידה שלושה מתמחים חדשים בפסיכיאטריה של הילד, כך שהתוכנית הגדילה משמעותית את מספר המתמחים. (27 מתמחים חדשים). מטרתנו להציג בפני באי ובאות הכנס כמה מן היחידות שהוקמו בשנה האחרונה, ואת האתגרים הייחודיים בהן נתקלו בהקמתן ובפעילותן, כמו גם על האופן בו ניתן להקים יחידות דומות למבוגרים.

1. היחידה להתערבות במשבר – כחלק מהמערך הפסיכיאטרי הכולל בבית החולים – השתלבות במערך והתאמה טיפולית.

ד"ר מיה קופרברג - בית החולים מרחבים נס ציונה

בית חולים "מרחבים לצעירים" – המרכז לבריאות הנפש נס ציונה – הוא אחד ממרכזי בריאות הנפש הגדולים ביותר לילדים ונוער בישראל. הוא כולל מחלקת אשפוז לילדים בני 5-12, מחלקת אשפוז לנוער בני 12-18, יחידת טיפול יום לנוער בני 12-18, ומרפאה המטפלת בקטינים מתחת לגיל 18 ולה מספר מרפאות לוויין נוספות בקהילה. המיון הפסיכיאטרי במרחבים לצעירים קולט מדי שנה קרוב ל-2000 פניות של קטינים, ועליו למיין ולהפנות הלאה לטיפול המתאים כל אחת מפניות אלו.

העומס הגובר על שירותי בריאות הנפש בקהילה, שבא לידי ביטוי בתקנים חסרים, סגירת מרפאות וצמצום מענים גורף, מצמצם את מרווח התמרון של צוות בית החולים. היחידה להתערבות במשבר הוקמה על מנת לתת מענה

לאותם ילדים ונערות שזקוקים לעזרה עכשיו, כל אחת מסיבותיה, אך אינם מתאימים לאחת מארבעת המחלקות/יחידות הקיימות (מרפאה, טיפול יום או אשפוז מלא).

ככלי טיפול אינטנסיבי, היחידה להתערבות במשבר יכולה לקחת על עצמה כמעט כל פנייה דחופה או חירומית שאינה כוללת מרכיב של מסוכנות משמעותית, לבצע התערבויות ממוקדות ביו/פסיכו/סוציאליות, וכך למעשה לאפשר הגדלה מחודשת של מרווח התימרון המצומצם: במהלך 6 שבועות הטיפול לעיתים קרובות מתבהרת התמונה הקלינית, וניתן להבין מהי מסגרת הטיפול המשכית המתאימה – וכך להפחית מעומס הקבלות על שאר מחלקות או מרפאות המרכז. מהכיוון השני, לעיתים נראה כי ילדה או נער זקוקים לטיפול באינטנסיביות גבוהה או נמוכה וזו המוצעת באחת המחלקות, והם יכולים להגיע ליחידה להתערבות במשבר לצורך המשך הטיפול לטווח קצר, עד להתאמתם לטיפול בקהילה. עבודה זו דורשת שיתוף פעולה מלא בין הגורמים השונים בבית החולים, המבוסס על אמון ומתאפיין בגמישות.

2. פעילות המרכז הדרומי להתערבות במשבר בצל המלחמה

ד"ר הדר שדה, ד"ר קטרינה קובלונק, המרכז להתערבות במשבר, מרכז רפואי סורוקה

המרכז להתערבות במשבר בבית החולים סורוקה נפתח רק כחודש לפני ה-07.10. עם פרוץ המלחמה המרכז נסגר למשך כחודש בהתאם להנחיות, והצוות נקרא לעבודת החירום הטיפולית במסגרת המיזם והמחלקות. בזמן זה, ועד היום, נערכנו להמשך עם הכשרות רבות לצוות המרכז. עברנו הכשרה קצרה בהתערבות בטרומה אקוטית עם פרוץ' דיודיו מרנס מאוניברסיטת ייל, הועברו הכשרות IPT, TFCBT עם דגש על טיפול בטרומה, EMDR ועוד. בתקופה הסמוכה לפתיחה המחודשת של המרכז היה מיעוט של פניות למיזם ולמרכז, ומרבית הפונים היו ילדים מוכרים. בחודשים האחרונים אנחנו צופים עלייה משמעותית בהיקפי הפניות של ילדי הדרום למיזם ולמרכז להתערבות במשבר, כאשר ניתן לזהות מגמה של עלייה בשיעור הפניות של ילדים שלא היו מוכרים טרם לכן. בנוסף נראה כי סיבות הפנייה העיקריות למיזם ולמרכז הן אובדנות וחרדה ופחות PTSD, גם כאשר הייתה חשיפה יחסית ישירה לטרומה ב-07.10. הדבר נכון במיוחד לילדים תושבי אופקים, אשר אנו מזהים עלייה בשיעורם בקרב הפונים בחודשים האחרונים, ייתכן משום שתושבי העיר לא פנו בשום שלב, מיעוט יחסי של מענים בבריאות הנפש בעיר ומסגרת קהילתית פחות מובנית. אוכלוסייה נוספת שטופלה במרכז בחודשים אלו הם תושבי העוטף שפנו לבאר שבע וסביבותיה.

לסיכום, נציג תיאורי מקרה טיפוסיים לעבודת המרכז בחודשים האחרונים – האחד של נערה בת 16, תושבת אופקים, ללא רקע פסיכיאטרי קודם, שהופנתה למרכז לאחר ניסיון אובדני בבליעת כדורים וטופלה ב-IPT. השני – בת 10, תושבת קיבוץ ארז שפנו למצפה רמון, עם ASD בתפקוד גבוה ו-ADHD, שהופנתה בשל החמרה התנהגותית קשה לאחר הפיגוע הקיבוץ, ונער בן 14, שהופנה בשל PTSD לאחר חשיפה למתקפת הטרור בשדרות ב-07.10, וטופל ב-TFCBT לצד טיפול תרופתי.

3. ביה"ח שלוותה - "כלים שלובים": הצגת מודל ניהולי ותנועה באופני עבודה של מרפאת

משבר במערך הילדים והנוער בשלוותה

גב' ענבל קליין ביידר, פסיכולוגית קלינית, ד"ר טליה סקר - פסיכיאטרית מומחית של הילד והמתבגר, גב' יערה הלפרין

על פי נתוני משרד הבריאות משנת 2022 ועל פי מחקרים נוספים, 2,3 שנערכו בשנים האחרונות, אנו עדים לעליה מתמדת בפניות למיון פסיכיאטרי בכלל ובקרב ילדים ונוער בפרט במשך העשור האחרון. בשנת 2015 לאחר הרפורמה בבריאות הנפש נפתחה אצלנו "המרפאה הדחופה", ע"י ד"ר חגי מעוז וטלי ורנן, במטרה להפחית אשפוזים ולתת מענה פסיכיאטרי ופסיכותרפויטי מהיר בשעת משבר לפונים הצעירים למיון במוסדנו. לאורך השנים המרפאה עברה שינויים ותנועות קלות בכפיף לעומדים בראשה. בינואר 2023, יזם איגוד הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר בתמיכת משרד הבריאות את הקמתם של 9 מרכזי התערבות במשבר לילדים ונוער ברחבי הארץ. מרפאת המשבר שהקמנו במרפאתנו מבוססת על "מודל המרפאה הדחופה" שהוקמה אצלנו בשנת 2015.

מתוך הצורך לבנות מרפאה שתתן מענה לדרישות מבחן התמיכה הן בהיבטים הקליניים והן בהיבטים האדמיניסטרטיביים פיתחנו את מודל הניהול המשותף הנוכחי. המודל משקף צמיחה והתפתחות של יוזמות ומענים טיפוליים השזורים בהתפתחות האישית של כל אחת מאיתנו. זהו סיפור על שלוש אמהות ויובל אחד. נציג את התפתחות מרפאת המשבר ונתמקד בנושאים הבאים:

- * הצורך בניהול משותף רב סקטוריאלי מתוך הנסיבות הייחודיות למערך הילדים והנוער בשלוותה.
- * התמודדות בקליטת צוות חדש וצעיר בשילוב הצוות הוותיק.
- * בחינת תהליכי העבודה והתאמתם לצרכים מהשטח - דרישות משרד הבריאות, צרכי המטופלים והמטפלות.
- * אתגרים ודרכי התמודדות - חבלי לידה והתמודדות עם התמורות והשינויים בעקבות ה-7 באוקטובר.

4. "המסע בין הרצון למות לאפשרות לתת chance לחיים"

ד"ר פטרה זקהיים - בית החולים רמבם

המערך הפסיכיאטרי של הילד בב"ח רמב"ם מוצא את עצמו בצומת בו נושאים הגוף והנפש זה את זה במובן המוחשי ביותר. בשל מקומו הגיאוגרפי "צל המלחמה" נוגע בנו בצורה עקיפה- אירועי הדרום הטראומטיים רחוקים יחסית, לא חווית הפעם הזעקות אמת ולא נאלצנו להתפנות כמו תושבי הצפון. יחד-עם-זאת, הדריכות מחלחלת לעבודת היום-יום

ומחזקת את תחושת חוסר האונים שטרם עובדה אחרי משבר הקורונה. ה"little trauma" של נסיבות אלו יחד עם ה"big trauma" (Van der Kolk) של המלחמה מרוקנים את כוחות הילדים, המשפחות והחברה כולה. אנו עדים לעלייה מחרידה של כמות הפניות למיון, בפרט של ילדים ונוער בכל הגילאים על רקע תכנים אובדניים.

בהרצאה נציג את עבודתנו הממוקדת עם ילדים ומשפחותיהם מרגע קבלתם בחדר המיון דרך ההתערבות העמוקה וקצרת המועד, אל המקום שמאפשר לילד להעז להסתכל על החיים במבט מעט שונה.

בווינג'טה קצרה נביא דוגמא של התערבות עם נערה דיכאנית אחרי ניסיון אובדני קשה שהחלה בטיפול נמרץ והובילה להיווצרות של יציבות פנימית דייה ומעטפת חיצונית רב-תחומית מספיקה כדי לאפשר תיווך להמשך טיפול קהילתי.

ננסה להראות איך אינטנסיביות קצרת מועד מחדדת את הכלים הטיפוליים ומאתגרת את המטפל ואת המטופל כאחד. נתייחס לרקע התיאורטי של התהליך ונדגיש את חשיבות החשיבה וההחזקה של הצוות הרב-תחומי משהווה מקור לכוח להמשך.

C1 - "האם הדיסוציאציה אחרי טיפול בקטמין היא תופעת לוואי או מנגנון פעולה חיובי?"

יושב ראש הסימפוזיון: פרופסור חיים בלמקר

תקציר:

דיסוציאציה היא תופעה מוכרת נידונה ויסודית בפסיכיאטריה במיוחד מאז העבודות של שרקו על היפנוזה. לימים, התופעה של דיסוציאציה נכנסה כמושג יסודי בהבנת התגובה הנפשית לטראומה כגון אונס כאשר הנפגעת רואה את עצמה במקום אחר בזמן קיום החוויה הטראומטית. תופעת הדיסוציאציה גם מאפיינת את החוויה המושרית על ידי מספר תרופות פסיכודליות ולפעמים היא חוויה חיובית ואפילו המטרה של המשתמש בסם. בטיפול על ידי קטמין תופעת הדיסוציאציה נחשבת על ידי חלק מהמטפלים כתופעת לוואי בלתי רצויה. אך לחלק מהחוקרים של שימוש בחומרים פסיכודליים בפסיכופרמקולוגיה תופעת הדיסוציאציה נותנת למטופל העובר חוויה עם סם פסיכודלי הזדמנות לצאת מהעולם החולי שלו ולהסתכל על עצמו ממקום אחר ובדרך שיכול להפיק תובנות טיפוליות עם הדרכה וליווי נכונים. מחקרים בדמות מוח לאחרונה שופכים אור על דפוסים של זרימת דם במוח הקשורים בתודעה עצמית (consciousness, default network) ואולי יעזרו לנו להחליט אם השפעות על דיסוציאציה הם מכנה משותף של חומרים פסיכודליים בעלי פוטנציאל טיפולי. הסימפוזיון הזה ינסה לחבר בין הזרמים השונים האלו בהיסטוריה של הפסיכיאטריה ולקדם את הבנתנו את הדיסוציאציה כתופעת לוואי או כמנגנון טיפולי.

1. דיסוציאציה: בהיפנוזה, בפסיכוטראומה ובפסיכיאטריה בת ימינו.

ד"ר איתן אברמוביץ, MD MHA

המושג "דיסוציאציה" (הפרדות / ניתוק), הוטמע בתחום הפסיכיאטריה במאה ה-19, ע"י אחד מאבות פסיכואנליזה Pierre Janet, ונודע להסביר מגוון תופעות קליניות של בעיית אינטגרציה תקינה בין תודעה עצמית, זיכרון, זהות, קלט, רגשות, חוויות הגוף וההתנהגות. דיסוציאציה היא מנגנון הגנה הסתגלותי, בתגובה למצבי דחק וטראומה, עם מגוון תופעות קליניות, המרוכזות תחת שתי קטגוריות עיקריות: (1) דה פרסונליזציה (שינוי בחווית "עצמי"), ו (2) דה ריאליזציה (שינוי בחווית ה"עולם החוץ").

שיטתו של Janet, ושמה "פסיכואנליזה ופסיכוסנתזה", נועדה להתמודד עם השלכות הטראומה ולהשיג אינטגרציה, בעזרת הפקת דיסוציאטיביות נשלטות. עם הזמן פותחו שיטות טיפול יעילות, בעלות אותו גרעין טיפולי מאחד: עקרון דיסוציאציה נשלטת, ע"י שימוש בסוגסטיביות וניהול ערוצי הקשב סומטיים ומנטליים.

מורכבות הזיהוי, אבחון וטיפול בהפרעות דיסוציאטיביות מחד, והעליה בפופולריות של שימוש בחומרים פסיכודליים מאידך, הביאו לפלישת המושג "דיסוציאציה" לתחום פרמקולוגי ופורה-רפואי רחב.

DSM V, המגדר הפרעות דיסוציאטיביות, מדגיש כי אין לכלול תסמינים דמוי דיסוציאטיביים אשר נלווים להפרעה רפואית, כגון: הרעלה, פגיעת ראש, אפילפסיה, שימוש בחומרים פסיכו-טרופיים וכו'.

דוגמה של פלישת המושג "דיסוציאציה" מעבר לביתו הגדרתו? הקליני המקורי, היא שימוש בשאלוני ערכה עצמית,

במסגרת מחקר ופיתוח של תרופות נזיר-טרופיות חדשות וחומרים פסיכודליים: במתן הסבר למשתתף במחקר, חלק מהשאלות הן בעלות אופי סוגסטיבי (Presupposition), אשר עלולות ליצור בחלק בלתי מבוטל של הנחקרים או מטופלים, תופעת ה-Nocebo (ציפייה שלילית מהשפעת התרופה או פרוצדורה אשר מגשימה את עצמה). עצם השאלות אשר יוצרות דמיון ומכוונות קשב כההליך פעיל (המכונה Create & Verify Principle), גורמות לנחקר ליצור הזדהות? ולדווח על מגוון תופעות צפיות, וביניהן תופעות דמוי דיסוציאטיביות.

2. מחקרים קליניים על השאלה אם דיסוציאציה היא תופעת לוואי או מנגנון פעולה של קטמי דוקטור יואב דומאני

3. מה יכולים להגיד לנו מחקרי דמות מוח על מנגנון הפעולה של חומרים פסיכודליים? פרופסור תלמה הנדלר

C2 - מושב של החברה לפסיכיאטריה של הזיקנה על דכאון, טירוף, ניתוק וחמלה - מושב החברה לפסיכיאטריה של הזיקנה

יו"רים: ד"ר דפנה שפט, ד"ר מחמוד נאסר

הקדמה

שמו של המושב משקף את הפנים המגוונות, מרתקות ותכופות מאתגרות של פסיכיאטריה של הזיקנה. החמלה תעלה בתיאור המקרה של אשה זקנה, המתאשפזת לראשונה בחייה במצב של חרדה ואובדנות במחלקה פסיכיאטרית. ד"ר רחל גולדשטיין, מתמחה בפסיכיאטריה, תספר על האתגר שמציב המפגש באדם בגיל השלישי למטפלת הצעירה.

ניתוק או פגיעה בתקשורת היא תסמין שעשוי להיות חלק ממגוון הפרעות פסיכיאטריות, כגון ירידה קוגניטיבית ודכאון, אולם מהווה גם מאפיין ליבה של אנשים על הקשת האוטיסטית. אוטיזם מאובחן על פי רוב בילדות, אך בשנים בהם בני הגיל השלישי היו ילדים, התמונה לא היתה מוכרת. ד"ר פאול טורקלטאוב ידון באתגרים באבחון אוטיזם בגיל השלישי ובמופעייו.

דכאון מהווה אתגר טיפולי בכל גיל, כאשר בשנים האחרונות הצטרף האסקטמין לכלים הטיפולים, אך הספרות עד כה מצביעה על יעילות מופחתת בגיל השלישי. במושב יציג ד"ר אסף שלף מחקר הדן בביטחון וביעילות של כלי זה במרכז רפואי בארץ.

בדומה לדכאון, גם פסיכوزה עשויה להופיע כחלק מהפרעות פסיכיאטריות רבות, ובמושב זה נדון בפסיכוזת כחלק מהפרעה נירוקוגניטיבית. בעוד בקליניקה ההתייחסות למופעי פסיכוזת שונים זהה מבחינת הטיפול התרופתי, עולה כי הם נבדלים ביניהם במאפיינים פתולוגיים וקליניים, ומכאן יתכן שנבדלים גם בתגובה הקלינית. הרצאתה של פרופ' רמית רבונה שפרינגר תסקור את הערך האבחנתי והפרוגנוסטי של סוגי פסיכוזת, ואת השוני הטיפולי שעשוי להגזר מהם.

1. טיפול באסקטמין בדיכאון עמיד בקשישים-מחקר תצפיתי רטרוספקטיבי על בטיחות, סבילות ויעילות

ד"ר אסף שלף, סגן מנהל מרכז ברה"נ לב השרון

נציג מחקר רטרוספקטיבי תצפיתי של בטיחות, סבילות ויעילות הטיפול באסקטמין במטופלים קשישים הסובלים מדיכאון עמיד. נאספו נתונים אודות 15 מטופלים מעל גיל 60 (גיל ממוצע 70 ± 6 , 60% נשים), אשר טופלו בתרסיס לאף של אסקטמין ביחידה לטיפול מתקדמים של מרכז לבריאות הנפש לב השרון. נאספו נתונים דמוגרפים, נתוני בטיחות וסבילות ומדד יעילות על ידי שאלון QIDS.

ניתן מינון התחלתי של 56 מ"ג בחולים מתחת לגיל 65 ו-28 מ"ג בחולים מעל 65 שנים. בהמשך המינון עבר טיטרציה של עד 84 מ"ג בהתאם ליעילות ולסבילות. המטופלים קיבלו בממוצע 27 ± 15 טיפולים, כאשר שבעה מהם עדיין בטיפול פעיל. ארבעה מטופלים 26% הגיעו לרמיסה. חמישה 33% הפסיקו בשל חוסר יעילות והיתר הראו הטבה.

תופעות הלוואי הנפוצות ביותר הינן עליית לחץ דם זמנית (40%), בחילות (13.3%), סחרחורות (60%), עייפות (27%), וחרדה (20%).
נראה כי אסקטמין הינו תכשיר יעיל, בטוח ונסבל באוכלוסייה קשישה.

2. חווית המטפל - "מה קרה לסבתא שמחה?"

ד"ר רחל גולדשטיין – רופאה מתמחה במחלקה לגיל השלישי מרכז ירושלמי לבריאות הנפש

ההרצאה תעסוק בהצגת מקרה של אשה בת 73, ללא רקע פסיכיאטרי, אם וסבתא, אשה עם היסטוריית חיים עשירה וזיקנה פעילה – מלאה בהתנדבויות, חוגים, משפחה וחברים. סבתא טיפוסית – מעורבת ומארוחת. מתארת הופעה של התקפי חרדה יש מאיין, עד כדי ירידה בתפקוד ומחשבות אובדניות. אושפזה במחלקתנו, אשפוז ראשון בחייה, למשך שלושה שבועות. במהלך האשפוז עברה תהליך אבחון ואיזון תרופתי ושחררה להמשך מעקב וטיפול במרפאת כנים. במסגרת המרפאה, נעשה ניסיון בטיפול קוגניטיבי התנהגותי, התערבות משפחתית ולבסוף התמודדות עם בשורה מרה.

סיפור המקרה מובא על מנת להציג את המפגש הראשון של מתמחה בפסיכיאטריה עם תהליך ההתבגרות, האתגרים הדיאגנוסטיים והטיפוליים במטופלים מבוגרים ובעיקר המפגש האנושי.

3. לעולם לא מאוחר מדי – אבחון הקשת האוטיסטית בגיל הזקנה

ד"ר פאול טורקלטאוב, פסיכיאטר מומחה, המרכז הגריאטרי השיקומי הרצפלד, גדרה.

הפרעות על הקשת האוטיסטית מאובחנות על פי רוב בילדות ובגיל ההתבגרות. עם השיפור בהבנה של ההפרעה ובהשפעותיה, מבוגרים רבים פונים לאבחון כדי להסביר אתגרים בהם נתקלו לאורך חייהם. עם זאת, אבחנה של הקשת האוטיסטית בגיל הזקנה עדיין אינה שכיחה ונתקלת לעיתים בביטול. אבחון בגיל זה נתקל באתגרים רבים, החל מהעדר מחקר מספק בתחום וכלה בקושי באבחנה המבדלת ממצבים גריאטריים נוספים. העדר מודעות מוליק להעדר אבחון, ומכאן לאי-מתן רשת התמיכה הנדרשת, עליה בתחלואה ופגיעה באיכות החיים. כלים דיאגנוסטיים שכיחים מסתמכים על קשיים התפתחותיים, אשר לא בהכרח מתאימים לאבחון בגיל המבוגר. שיפור האבחון של הפרעות בקשת האוטיסטית דרך עליה במודעות והתאמת כלי האבחון, תאפשר גישה להתערבות מתאימה ולשיפור חייהם של המטופלים הזקנים שלא אובחנו עד כה.

4. פסיכוזא בדמנציה – שיקולים באבחנה, פרוגנוזה וטיפול

פרופ' רמית רבונה-שפרינגר, מנהלת מרפאת זכרון ופסיכוגריאטריה, המרכז הרפואי שיבא תל השומר

האבחנה של דמנציה מתבססת על ירידה קוגניטיבית המובילה לפגיעה תפקודית. עם זאת, תסמינים נפשיים והתנהגותיים נוכחים ב 90% מהאנשים הלוקים בדמנציה, ומקדימים את הופעתה בשליש מהמקרים. שכיחות ומועד הופעת הפסיכוזא, המוגדרת כמחשבות שווא או הזיות, תלויה בסוג הדמנציה וחומרתה, ומגיעה עד 40% במחלת אלצהיימר

ומעל 80% בדמנציה של מחלת פרקינסון. הופעת הפסיכوزה בדמנציה כרוכה במצוקה משמעותית לחולה ולמטפלי, האצת הירידה הקוגניטיבית, החמרה בפגיעה התפקודית, סיכון מוגבר למיסוד וסיכון מוגבר לתחלואה ולתמותה. לאור כך, חשוב לפתח טיפולים יעילים. למרות יחס יעילות:סיכון מורכב, תרופות אנטי פסיכוטיות ניתנות לכשליש מהמטופלים. מחקרים קודמים להערכת יעילות התרופות התייחסו לפסיכוזה כמקשה אחת. עם זאת, ממצאים מוקדמים מצביעים על כך שתת סוגים של פסיכוזה (לדוגמה, פרנויה מול זיהוי לקוי) נבדלים ביניהם במאפיינים פתולוגיים וקליניים, ומכאן יתכן שנבדלים גם בתגובה הקלינית. גישה פרטנית לטיפול בתסמינים פסיכוטיים, המבוססת על אופי הפסיכוזה ואופי המחלה בה מופיעה, היא בעלת היגיון ביולוגי ועשויה להוביל לפיתוח התערבויות יעילות יותר. מטרת ההרצאה לסקור את הערך האבחנתי והפרוגנוסטי של סוגי פסיכוזה בדמנציות השונות, ולדון בשיקולים בטיפול בהן.

C3 - דיבייט: מודל תומכי בריאות הנפש וחוסן במערכת הציבורית בישראל: הזדמנויות, אתגרים וסיכונים?

יושבי ראש הדיבייט ד"ר חגי מעוז, ד"ר אילן טל

רקע

הדרישה לשירותי בריאות הנפש נמצאת בעליה מתמדת בשנים האחרונות, בין היתר בעקבות מגפת הקורונה, אשר הביאה לעליה של 30% בפניות לטיפול נפשי. מאז ה-7 באוקטובר נראה שיש עליה נוספת בצרכי האוכלוסייה המתבטאת במצוקה משמעותית וצורך במענה נפשי שיחתי. מערך בריאות הנפש בישראל, בדומה למערכים בעולם, סובל מתת-תקינה של אנשי מקצוע ותורי המתנה אשר לעתים קרובות אינם מאפשרים מתן מענה אופטימלי. כחלק מהניסיון לגשר על פערים אלו, בשנים האחרונות עולה האפשרות להטמיע מודלי דירוג וריבוד למערכת בריאות הנפש בישראל. מודלים אלו מכוונים להרחבת מאגר נותני השרות במסגרת הציבורית דרך קליטתם של אנשי צוות, לצורך מתן מענה בעצימות נמוכה לאנשים עם דרגות מצוקה קלות וללא הסתמנות פסיכיאטרית משמעותית. על אף הפוטנציאל הטמון בהרחבת המענה השיחתי בבריאות הנפש הציבורית, קיימים מספר אתגרים משמעותיים הנוגעים לשמירה על איכות ומקצועיות השירות, סוגיות משפטיות ואתיות ואתגרי רגולציה. נקיים דיון שיציג את הסוגיה מנקודות מבט מקצועיות שונות.

דיבייט

בעד: יתרונות והזדמנויות פרוץ' דייויד רועה - החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה; פרופ' שלמה מנדלוביץ - המרכז לבריאות הנפש "שלווה", אוניברסיטת ת"א
נגד: אתגרים וסיכונים ד"ר רפאל יונתן לאוס - המסלול האקדמי של המכללה למנהל, המרכז לבריאות הנפש "טלביה"; ד"ר ירדן מנדלסון, ארגון "בנפשנו" - פסיכולוגים קליניים למען מערך ברה"ן הציבורי

C4 - דיבייט: יציאת הפסיכיאטריה מחוץ לחדר הטיפולים, האם ולאן? עבר, הווה, עתיד יושב ראש הדיבייט פרופ' יובל מלמד

דיבייט

בעד: ד"ר צבי פישל - לפסיכיאטריה יש תפקיד בעיצוב פני החברה
נגד: ד"ר קרן גינת - המאבק העיקרי הוא שיפור מעמד הפסיכיאטריה ולא החברה הישראלית

C5 - הורות בצל מלחמה: מחקרים בתחום הטראומה והחוסן בקרב הורים נפגעי אירועי ה-7 באוקטובר והתערבויות טיפוליות עם הורים וילדים. מפונים ופדויי שבי

יושבות ראש: ד"ר יעל מאיר וד"ר יעל ענב, החוג לייעוץ והתפתחות האדם, אוניברסיטת חיפה

אירועי השביעי באוקטובר הביאו לפגיעה רבת היקף בילדי.ות והורי ישראל במעגלי השפעה שונים. ההרצאות בסימפוזיון יציגו את השפעות המלחמה על אוכלוסיות ברמות ההשפעה השונות, תוך התייחסות להיבטים קליניים ולהתערבויות טיפוליות מתאימות מבחינה מערכתית והתפתחותית להורים וילדים.ות בגילאים השונים. שתי ההרצאות הראשונות יציגו את העבודה הטיפולית שנעשתה בשניידר עם משפחות נפגעות המלחמה ועם ילדים.ות והורים פדויי שבי, כולל טיפול בהורים לילדים.ות פדויי שבי בגיל הרך אשר דורשים התייחסות טיפולית ייחודית ומאתגמת. ההרצאה השלישית תציג תוכנית דיאדית קבוצתית שנועדה להורים וילדים.ות בגיל הרך במשפחות מפונות ושורדות ארועי הטרור. לבסוף, ההרצאה הרביעית תציג את השפעת המלחמה על המעגל הרחב של הורי ישראל ובחינה של אסטרטגיות התערבות מתאימות לתמיכה בויסות רגשי של הורים.

1. תפקודים הוריים במצבי טראומה: התערבות פסיכולוגית ראשונית להורים וילדים.ות שחזרו משבי חמאס ולמשפחות נפגעות מלחמה בישראל

מציאות: ד"ר אביגיל שניר, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, ד"ר מעין שורר, המרכז האקדמי רופין ומרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

ב-7 לאוקטובר פתח חמאס במתקפת טרור מסיבית על ישראל, שהביאה לקורבנות רבים ולפריצתה של מלחמת "חרבות ברזל". אירועים אלה הביאו לפגיעה רבת היקף בילדי.ות והורי ישראל. במרכז שניידר טופלו ילדים.ות ומשפחות ברמות פגיעה שונות: ילדים.ות אשר נחטפו והיו בשבי בידי חמאס לתקופה ממושכת, ילדים.ות שחוו סכנת חיים מיידית וממושכת, ילדים.ות שפונות מבתיהם, ילדים.ות שחוו נפילות טילים, ילדים.ות שאיבדו קרובי משפחה ועוד. מרכיב מרכזי בטיפול בילדים.ות הינו הסיוע וההדרכה להורים או לדמויות הטיפול העיקריות. בהרצאה זו נציג מודל טיפולי להתערבות ראשונית קצרת מועד אשר ממוקדת בהדרכה להורים. המודל מתבסס על חמשת העקרונות של עזרה ראשונה פסיכולוגית (Psychological First Aid; Hobfoll et al., 2021) - הכוללים - קידום תחושות ביטחון, רגיעה, מסוגלות אישית וקולקטיבית, לכידות, ותקווה. עזרה ראשונה פסיכולוגית, הינה התערבות מבוססת מחקר ומכוונת הפחתת מצוקה מיידית וקידום התמודדות אדפטיבית במצבי אסון או פעולות טרור (Gilbert et al., 2021). המודל עבר התאמה והרחבה לצרכיהם הייחודיים של הורים בעקבות אירועי ה-7 באוקטובר תוך שימוש בכלים מעולם הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, והטיפול הממוקד בטראומה. כך למשל הודגשו רכיבים של ניהול חרדה, עיבוד נרטיב טראומתי, ועיבוד אבל בנסיבות טראומתיות. מטרת ההתערבות הייתה הפחתה מיידית של מצוקה וקידום מנגנוני הסתגלות ותפקוד בקרב ילדים.ות בתקופה הקרובה שלאחר הטראומה. כמו כן, מטרת ההתערבות הייתה מניעה של התפתחות הפרעה פוסט-טראומתית והפרעות נלוות נוספות.

בהרצאה נציג את המודל הטיפולי המלא, תוך שימוש בדוגמאות קליניות להתערבויות טיפוליות בקרב הורים וילדים. ות פדויי שבי. כמו כן יוצגו נתונים תיאוריים ביחס למאפייני המטופלים. ואופי ההתערבויות שבוצעו. לבסוף, נציע מסקנות ראשוניות והנחיות ביחס למתן התערבויות פסיכולוגיות ראשוניות במצבי טראומה רב-שכבתית בקרב ילדים. ות תוך מיקוד במרכיב ההורות והדרכת ההורים.

2. "לרקום פשר מטלאים": עבודה טיפולית עם הורים לילדים. ות בגיל הרך בעקבות אירועי ה-7 באוקטובר והחזרה משבי החמאס

מציגות: ד"ר דנה אהרד-וייס, דגנית בן ניסן, עדי שמיע-עצמון, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

הרצאה זו מבקשת להציג את הטיפול בהוריהם של ילדים. ות בגיל הרך והוריהם שפנו מקיבוצים בעוטף בעקבות אירועי ה-7 באוקטובר, וכן בהורים ובילדים. ות בגיל הרך ששבו משבי חמאס ונקלטו בבית החולים שניידר. הנחת היסוד בבסיס העבודה הטיפולית עם ילדים. ות צעירים. ות אלה ועם הוריהם הינה כי ביטויי הטרומה, השלכותיה ומשמעויותיה בגיל הרך הינן ייחודיות, ועל כן יש לתת תשומת לב מותאמת בגישות ובכלים מותאמים לעבודה עם הורים וילדים. ות בגיל הרך.

ילדי הגיל הרך חומקים לא פעם "מתחת לרדאר" במצבי דחק וטרומה. ממציאים מחקריים וניסיון קליני מעידים כי אירועים טראומטיים משפיעים על ילדים. ות ותינוקות מגיל צעיר ביותר, עוד לפני התפתחות הדיבור וגם ללא זיכרון מודע. החוויות הקשות נרשמות בנפשם של הפעוטות, אך בשל בוסריותה, חוויות מורכבות אלו נותרות ללא פשר ועלולות לפגוע בהתפתחות התקינה. יתר על כן, בשל התרחשויות האירוע הטרומטי במהלך התחוללות התפתחותית מואצת, היא עלולה לגרום לעצירה, נסיגה ואף לפגיעה מתמשכת בהתפתחות, ולכן יש חשיבות רבה לתת מענה מותאם למניעת היווצרות הטרומה ולהשבת הילדים. ות הרכים. ות למסלול התפתחותי תקין גם בעזרת התמיכה בהורים.

מענה מותאם בבילאים אלו כולל תיווך ותיקוף האירועים באופן המותאם ליכולתם הקוגניטיבית, הוורבלית והרגשית של הילדים הרכים, חיזוק דפוסי התקשרות בטוחה ילד-ה-הורה, הגברת הוויסות הרגשי של בני המשפחה כמו גם קידום הרפלקטיביות ההורית להבנת העולם הפנימי של ילדים צעירים וכיצד הם תופסים, חווים ומבינים את המתרחש, ולחוויותיהם עצמם מול ילדיהם.

בהרצאה נציג את הרציונל ובניית התכנית הטיפולית עבור ילדים וילדות בגיל הרך והוריהם מפוני העוטף ופדויי שבי ונדגים תכנים ותמות שעלו במפגשים עמם.

3. "בית בלב": טיפול דיאדי קבוצתי לחיזוק קשר הורה-ילד.ה במשפחות מפונות ושורדות אירועי ה-7 באוקטובר

מציגות: ד"ר יעל ענב וד"ר יעל מאיר, החוג לייעוץ והתפתחות האדם, אוניברסיטת חיפה

בעקבות מתקפת הטרור ומלחמת חרבות ברזל נאלצו עשרות אלפי משפחות לעזוב את בתיהן לפרק זמן לא ידוע. לעקירה הפתאומית והממושכת מהבית יש השפעה משמעותית על בריאותם הנפשית של ילדים, ילדות והוריהם. תוכנית ההתערבות "בית בלב" נבנתה על בסיס ידע מחקרי וקליני רחב אודות החשיבות של קשר הורה-ילד.ה כגורם מגן וכמעוז חוסן, לתחושת שייכות ובטחון עבור ילדים וילדות בפרט בתקופות של שינוי, משבר וטלטלה. התוכנית נועדה לדיאדות של הורים וילדים.ות צעירים בגילאי 3 עד 6, בקבוצות קטנות, וניתנת במלונות ובמקומות שבהם שוהות משפחות מפונות ושורדות אירועי המלחמה. המרחב הקבוצתי מאפשר נרמול ומקל על הבדידות בהתמודדות עם המצב המאתגר. העבודה הטיפולית ממוקדת בחיזוק הקשר בין הורים וילדים.ות דרך משחק, עבודה נרטיבית וחיזוק הרפלקטיביות ההורית. המפגשים מתקיימים אחת לשבוע למשך ארבעה שבועות ומונחים על ידי מטפלות מנוסות בעבודה דיאדית. יעילות התוכנית החדשנית נבחנה בעזרת מחקר אורך אקספלורטיבי לבחינת ישימות התוכנית והשפעתה. מחקר אקספלורטיבי זה מציע כי לתוכנית "בית בלב" יש השפעה חיובית על יכולת ההתמודדות והחוסן של ההורים והילדים.ות כאחד. המחקר מציע כיוון מעודד לאפשרות לחזק את החוסן הנפשי של משפחות מפונות ושורדות ארועי הטרור הקשים באמצעות תוכנית התערבות דיאדית וקבוצתית קצרת מועד. אתר התוכנית

4. טראומה, דכאון וחרדה בקרב הורים בישראל במהלך מלחמת "חרבות ברזל": וויסות רגשות כגורם מגן

מציגה: ד"ר ג'וי בנטוב, החוג לחינוך מיוחד, אוניברסיטת חיפה

שותפות: מור קלייניקוב, החוג לחינוך מיוחד, אוניברסיטת חיפה, ד"ר דנה לסרי, ביה"ס לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית, האוניברסיטה העברית ואוניברסיטת לונדון קולג', פרופ' נגה כהן, החוג לחינוך מיוחד, אוניברסיטת חיפה, ד"ר ראומה גדיס-פולק, ביה"ס למדעי ההתנהגות, המכללה האקדמית תל אביב-יפו

הורים לילדים וילדות בכל רחבי ישראל חשופים לחוויות לחץ משמעותיות בזמן המלחמה. זאת בין היתר בעקבות סגירת מערכות החינוך לפרקים, אזהקות וירי טילים, אובדנים במשפחה, ולעיתים פרידה ממושכת מאחד ההורים עקב שירות מילואים. המחקר הנוכחי ביקש לבחון את מידת המצוקה הפסיכולוגית בקרב הורים בתחילת המלחמה, גם בהקשר לשירות מילואים של ההורים. בסקר אינטרנטי שבו השתתפו 588 הורים לילדים (78% נשים) בשבועות הראשונים למלחמה, נמצאו מדדי מצוקה פסיכולוגית גבוהים בקרב הורים. בקרב 41% מהמשתתפים שבני זוגם היו במילואים, ו-30% מקרב ההורים שהיו שניהם בבית נמצאו תסמיני PTSD מעל הסף הקליני. בקרב 40% מהמשתתפים שבני זוגם היו במילואים, ו-19% מקרב ההורים שהיו שניהם בבית נמצאו תסמיני דיכאון חמורים. בקרב 38% מהמשתתפים שבני זוגם היו במילואים, ו-20% מקרב ההורים שהיו שניהם בבית נמצאו תסמיני חרדה חמורים.

מעבר לעומס הנפשי על הורים, לחץ הקשור למלחמה עלול להשפיע לרעה על יכולתם של ההורים לווסת את רגשותיהם, ובכך לסכן עוד יותר את בריאותם הנפשית של הילדים והילדות. לפיכך, במחקר המשך נבדקו נטיות ויסות רגשות של ההורים ואת הקשר שלהן למצוקה פסיכולוגית הורית. מדגם של 150 הורים הוקצו באופן אקראי לאחת משלוש קבוצות ניסוי: קבוצה שעברה מפגש אימון בחמלה עצמית, קבוצה שעברה אימון בהערכה מחדש קוגניטיבית וקבוצת ביקורת. שני האימונים - חמלה עצמית והערכה מחדש קוגניטיבית היו יעילים בהפחתת מצב רוח שלילי שהיה קשור במלחמה בקרב ההורים, השפעה זו לא נצפתה בקבוצת הביקורת.

ממצאים אלה מדגישים את כגיעותם הכללית של הורים בזמן מלחמה למצוקה פסיכולוגית. לצד זאת, הממצאים תומכים בצורך לסייע להורים בוויסות רגשות, ולפיכך בעלי משמעות קלינית חשובה לבניית פרוטוקולים לטיפול בהורים בקהילה הרחבה בזמן מלחמה.

C6 - סוגיות טיפוליות בפסיכיאטריה במגזר החרדי ("אשא עיני אל ההרים, מאין יבוא עזרי?")

יו"רים: פרופ' דניאל שטיין, פסיכיאטר מומחה, מנהל המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי מעייני הישועה. מנהל המרפאה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים בבית החולים ספרא לילדים בשיבא.
ד"ר ליהי רוזנר, מתמחה בפסיכיאטריה של המבוגר, המערך הפסיכיאטרי, המרכז הרפואי מעייני הישועה

רקע: בשנים האחרונות הולכת ומתרחבת ההכרה בחשיבותה של רגישות תרבותית והתאמת שירותים בבריאות הנפש לאוכלוסיות מגוונות. במקביל, גוברת והולכת המודעות למחלות פסיכיאטריות ולטיפול פסיכיאטרי גם בקרב האוכלוסייה החרדית, ומתפתחים שירותים ייחודיים ומותאמים לקהילה. זאת, לצד התמודדות עם סטיגמה וסודיות הנשמרת בקהילה החרדית ביחס למחלות נפש, בשל השפעתן על המעמד החברתי (לדוגמה בתחום השידוכים) גורמים לא מקצועיים המעורבים בטיפול (רבנים, עסקנים ומנהיגי קהילות) וכן ייחודיות הטיפול והשיקום (כמו הימנעות מחילול שבת, שיקום בתחומי עיסוק ייחודיים כגון לימוד תורה ועוד). בית החולים "מעייני הישועה" שהוקם בבני ברק רואה בפסיכיאטריה מוקד מרכזי של בית החולים ומשאבים רבים מושקעים בפיתוח המערך הפסיכיאטרי ובהנגשתו לציבור אשר עד עתה נרתע מאוד מלצרוך שירותי בריאות נפש. במפגש בן מטופל דתי-חרדי לבן איש המקצוע עולות סוגיות רבות הקשורות בדת ובהשתייכותו החברתית – תרבותית של המטופל. ביטויים ייחודיים למטופל הדתי – חרדי באים לידי ביטוי בעיקר בהפרעות פסיכיאטריות מסוימות כמו בהפרעות אכילה, פסיכוזה והפרעה טורדנית כפייתית, הן בביטויים הקליניים והן בתהליכי המחלה והשיקום. סימפוזיון זה ינסה לתאר את עבודת המערך הפסיכיאטרי במעייני הישועה. בהרצאות השונות יוצגו היבטים שונים של הטיפול באוכלוסיה זו, והניסיון לתת מענה כולל למטופלים, תוך כדי התאמה תרבותית, ועל רקע המצוקה הקיימת של שירותי בריאות נפש. יתוארו דילמות אתיות ומקרים קליניים שונים, והעבודה השוטפת במפגש רב תרבותי שכזה.

1. סוגיות אתיות בטיפול מחלת נפש בתת האוכלוסייה החרדית והדתית בישראל פרופ' ישראל שטראוס, מנהל המערך הפסיכיאטרי, המרכז רפואי מעייני הישועה, פקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

רגישות תרבותית הוגדרה כיכולת להכיר, להבין ולהגיב כראוי לאמונות, ערכים, נורמות והתנהגויות של אנשים השייכים לקבוצה תרבותית או אתנית השונה באופן מהותי משלך, מבלי להקצות ערך מסוים (חיובי או שלילי) להבדלים האלה. בעוד שלרגישות תרבותית בעיסוק בפסיכיאטריה יש חשיבות קריטית להבנת מחלות נפש בקהילות שונות ולטיפול המתאים, היא חשובה לא פחות ביחס לניהול אתי של מצבים אלו. הקהילה החרדית היא דוגמה ייחודית שבה רגישות תרבותית הופכת לתנאי אתי לטיפול מתאים. לא פחות חשוב להתייחס לדילמות ולקונפליקטים אתיים בניהול מצבים

פסיכיאטרים. קונפליקטים אתיים אלה כוללים סוגיות של הפרת גבולות, אוטונומיה, סודיות רפואית, כלל של השפעה כפולה (double effect), עקרון פאולין, אפיקה וצדק. סוגיות אתיות אלו ויישומן בטיפול באוכלוסייה החרדית והיהודית האורתודוקסית יידונו מנקודת מבט תיאורית ומעשית כאחד. גישה עקרונית, תוך כיבוד רגישויות תרבותיות ואי התעלמות מערכים וסטנדרטים אתיים רפואיים בסיסיים ועקרוניים, ניתן להשיג במאמץ מסוים. אנחנו יכולים לעשות יותר טוב.

2. מרפאה קהילתית בני ברק – האם יש לפרויד מקום בני ברק?

ד"ר ענת עבודי – ששר, סגנית מנהל המערך הפסיכיאטרי, המרכז הרפואי מעייני הישועה.

בהרצאתה ד"ר עבודי תסקור את העבודה במרפאה, מה קורה במפגש בן מטפלת חילונית לאוכלוסייה חרדית, האם אפשר לעשות טיפול דינמי מבוסס על תאוריות פסיכואנליטיות באוכלוסייה שאינה מאמינה בפרויד, מה המקום של האמונה והרב בטיפול, המטופל הפסיכיאטרי ושמירת מצוות, וסוגיות שונות נוספות.

3. "שקר החן והבל היופי?" – דילמות בטיפול בצעירות וצעירים מהחברה החרדית הסובלים מהפרעות אכילה

פרופ' דניאל שטיין, מנהל המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי מעייני הישועה.

ד"ר צופיה לאופר, סגנית מנהל המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, המרכז הרפואי מעייני הישועה.

בשנים האחרונות עלה שיעור הפרעות האכילה בחברות מסורתיות ובקבוצות מיעוט בתוך חברות מערביות הנמצאות בתהליך "התמערבות" עקב חשיפה גוברת לערכים מערביים. מגמה דומה נצפתה גם בישראל בכלל ובחברה החרדית בפרט.

במסגרת הרצאה זו נסקור את תופעת הפרעות האכילה בקרב צעירות דתיות וחרדיות ונדון בשאלה – האם קיים מגזר החסין בפני הפרעות אכילה? נבדוק את ההשפעה המגנה מפני התפתחות הפרעת אכילה של האמונה הדתית אל מול השתייכות למסגרת קהילתית דתית.

לסיום, נציג מאמר עדכני שפורסם לאחרונה בנושא תיאורי מקרה של הפרעות אכילה בקרב גברים חרדים. באמצעות הצגת מקרה נדון באבחנה המבדלת הקיימת בין אכילה מדוקדקת על רקע אמונה דתית לעומת קשיי אכילה כחלק מהפרעה כפייתית.

4. "עמו אנוכי בצרה" – תהליכי שיקום במתמודדים המשתייכים לחברה החרדית

ד"ר יואב דומאני, ד"ר שמעון בורשטיין

שיקום והחלמה בבריאות הנפש הפכו כיום לאחת המטרות המרכזיות בטיפול הפסיכיאטרי. תהליך השיקום של כל מטופל מושפע מהיבטים תרבותיים שונים בהתאם לקהילה אליה הוא משתייך. אצל גברים מהמגזר החרדי, למשל, לימוד תורה מהווה עיסוק מרכזי ושגרת הימים מלאה בפעילויות ובתפקודים הנגזרים משמירת מצוות. בתהליך

השיקום מושם דגש על חזרה של המטופל לעיסוקים משמעותיים ולתפקידיו בקהילה, ובשל כך תהליך שיקום המותאם לחברה החרדית חייב לקחת בחשבון את הרגישות התרבותית המאפיינת את החברה החרדית. בהרצאה זו יסקור וד"ר חן מוסקו את ההתאמות הנדרשות במסגרת שירותי השיקום והטיפול המיועדים לחברה החרדית, החל מחלופת אשפוז ייעודית לקהילה החרדית וכלה בהתאמה של קבוצות טיפוליות במסגרת האשפוז ולאחריו.

יו"רים - פרופ' מרק וייזר, ד"ר תמר קורנרייך

1. Long-term exposure to anti-psychotic medications and incident breast cancer in women with and without schizophrenia: a population-based cohort study

Sharon Taub PhD, Geha Mental Health Center, Petah-Tikva, Israel.

The presentation addresses a critical issue in psychiatric care. The study, conducted in Israel, examines the potential link between long-term exposure to antipsychotic medications and the risk of breast cancer in women, with a focus on those diagnosed with schizophrenia.

The study utilized a longitudinal, nested case-control cohort design, drawing data from a population-based database of over 4.8 million individuals. Women aged 40 and above diagnosed with schizophrenia or other psychiatric disorders were included in the analysis.

Controls were randomly selected and matched for age and socio-economic status.

Results revealed a significant association between antipsychotic exposure and breast cancer risk. Women with schizophrenia who were exposed to any antipsychotic medication exhibited an increased risk of breast cancer compared to those not exposed. Furthermore, exposure to prolactin-elevating antipsychotics was specifically associated with a higher risk of breast cancer, with a dose-response relationship observed.

Notably, the study also found an increased risk of breast cancer in women without schizophrenia who were prescribed antipsychotic medications for other psychiatric diagnoses. This suggests that the observed association may extend beyond schizophrenia to other psychiatric conditions.

The findings underscore the importance of considering the potential risks associated with long-term antipsychotic use, particularly in women aged 40 and above. Clinicians should be vigilant in monitoring breast health in this population and consider alternative treatment options, especially for individuals at higher risk.

Overall, the study contributes valuable insights into the complex interplay between psychiatric medication use and physical health outcomes, highlighting the need for further research and informed clinical practice in this area.

2. אל תפחדו מהקשישה הזו – מחקרים חדשים על קלזופין

ד"ר אביב שגב, המרכז לבריאות הנפש "שלווה", הפקולטה לרפואה, אוני' ת"א.

פסיכיאטרים בוחרים טיפול תרופתי על סמך מחקר (רפואה מבוססת-ראיות), אך לעיתים קרובות ההעדפה למתן טיפול מסוים הוא הניסיון האישי שצבר המטפל. הספרות המחקרית משחזרת שוב ושוב – קלזופין היא התרופה האנטי-פסיכוטית היחידה שיש לה עליונות ברורה על פני האחרות. הדבר נכון לא רק לתסמינים פסיכוטיים, אלא גם להיבטים נוספים, כמו הפחתת אובדנות ואלימות, שמירת על תוחלת החיים ועוד. אף על פי כן, השימוש בקלזופין במרבית העולם נמצא הרבה מתחת לפוטנציאל הצפוי: אם 30% מהמטופלים אינם מגיבים לטיפול נוגד-פסיכוזזה "סטנדרטי", וכחצי מהם צפויים להגיב לקלזופין, כ-15% מחולים הסכיזופרניה היו צריכים לקבל אותה. בישראל – כמו בעולם – המספרים האמיתיים הם נמוכים הרבה יותר (בישראל, רק ל-6.5% מהמטופלים נרשם קלזופין). הסיבה לכך ברורה, לכאורה: פרופיל תופעות לוואי בלתי-נעים, הכולל גם שתי תופעות לוואי מאיימות במיוחד – לויקופניה ומיוקרדיטיס. תופעות אלו מחייבות בנסף במעקב ארוך טווח, שמרתיע מטופלים ומטפלים כאחד. וכך, אחד הטיפולים הפסיכיאטריים היעילים ביותר לסכיזופרניה, נשאר לעיתים קרובות מדי "להעלות אבק" בבית המרקחת.

מכיוון שטרם פותחה תרופה טובה יותר מקלזופין, יש חשיבות רבה למידע שעוזר לנהל את הטיפול בה בצורה המיטבית. בהרצאה אציג ממצאים ממספר מחקרים, אשר חלקם נערכו בבריטניה על-ידי קבוצת המחקר שלנו, על יתרונות פחות מוכרים של התרופה, וכן מידע נוסף על ניהול הסיכונים הכרוכים בשימוש בה: על האפשרות של קלזופין "לעקוף" התנגדות ולאפשר דבקות בטיפול; על חלונות הסיכון השונים של מיוקרדיטיס ו-נייטרופניה והירידה הדומטית לאחר חלון זה; ועל אחוזי ההצלחה הגבוהים של ניסיון חוזר (Re-challenge) אחרי נייטרופניה. מחקרים אלה מצטרפים למחקרים אחרים מסביב לעולם, שמעלים את האפשרות כי ניתן להיות קצת יותר גמישים ונעזים בשימוש בקלזופין מכפי שהיה נדמה ב-50 השנה האחרונות.

3. Drug development in schizophrenia: Past, present and future

Prof. Mark Weiser MD, Chairman- Division of Psychiatry, Sheba Medical Center. Associate Director of Treatment Trials, Stanley Medical Research Institute.

In recent times, a renaissance in drug development for schizophrenia has emerged, marked by significant advancements. The forefront contender, "KarXT," a combination of tropisium and xanomeline—a cholinergic antagonist and M1/M4 preferring agonist, respectively—is currently under FDA consideration for approval, anticipated in September 2024. Demonstrating efficacy in addressing both positive and negative symptoms of schizophrenia, this novel compound

represents a transformative breakthrough in the field.

Notably, "Craval," a company recently acquired by "AbbVie," is actively engaged in developing a cholinergic agonist for schizophrenia treatment. Concurrently, "Sumitomo" is pioneering a Taar1 inhibitor aimed at the treatment of schizophrenia. Moreover, "Acadia" is currently developing "Pimavanserin" a serotonergic antagonist is undergoing testing specifically for negative symptoms, with anticipated results in 2024. "Merck" is contributing to this renaissance with the development of a PDE10A antagonist, with results expected by the summer.

This talk explores new directions in schizophrenia research, highlighting exciting pharmaceutical developments. These compounds, in various stages of development, signify a collective effort to reshape treatments and improve outcomes in managing schizophrenia.

D2 - פסיכותרפיה 2030:

יו"רים: פרופ' שלמהדלוביץ, ד"ר יעל דליהו

1. הוראת פסיכותרפיה-דינמית-מבוססת-כשירויות (Competence based): מתיאוריה לטכניקה, ובחזרה...

מראה: פרופ' שלמה מנדלוביץ, המרכז לבריאות הנפש שלוותה והפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א שותפים: ד"ר חגי מעוז, ד"ר עדיאל דורון, המרכז לבריאות הנפש שלוותה

באופן מסורתי, הוראת הפסיכותרפיה היא מבוססת-תיאוריה (Theory based). המשתלמים בתחום הפסיכותרפיה מעמיקים בתיאוריה נתונה, וגוזרים ממנה את תפיסת האדם, המחלה והריפוי. מאלו, נגזרים כלים טיפולים, ואלו באים לידי ביטוי בעבודתם הקלינית של המטפלים.

בשנים האחרונות, עם התבססותה של הפסיכותרפיה כשיטת טיפול המחזיקה עושר ורב-גוניות תיאורטית, הוגדרו עקרונות היסוד של הפסיכותרפיה הדינמית ויסודות הטכניקה הטיפולית. הדבר מאפשר, ב-15 השנים האחרונות, למקד את ההכשרה הפסיכותרפיה דינמית במספר מצומצם של כשירויות אותן על המשתלם ללמוד לבצע (הגדרת setting, ביצוע פורמולציה דינמית, עבודה מדייקת על הברית הטיפולית, פרשנות, ניהול הזדהויות השלכתיות, ניהול גילוי עצמי [self-disclosure], סיום). לימוד הכשירויות מתבסס על אימון-מכוון (deliberate practice), המאפשר, תוך מדידה חוזרת, לשפר את הכשירויות המבוצעות, ולשכללם.

בהרצאה, יוצגו עקרונות הוראת הפסיכותרפיה-הדינמית-מבוססת-כשירויות, המודגלים המרכזיים בה, ועקרונות שיכלול הכשירויות תוך אימון-מכוון.

2. פסיכותרפיה מדידה ומנטרית: אתגרים והזדמנויות בהטמעת ניטור תוצאי ניטור בתהליכי פסיכותרפיה בישראל

פרופ' דנה צור ביתן, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה; מחלקת מיון והשהייה, המרכז לבריאות הנפש שלוותה

שותפים: מר ליאור בירן, ד"ר אורי גנון, פרופ' יובל בלוק, המרכז לבריאות הנפש שלוותה

בשנים האחרונות גוברת ההכרה בחשיבותה של מדידה סדורה של שינויים בתהליכי ותוצאות הטיפול. מחקרים שנעשו בשלושת העשורים האחרונים מעידים כי ללא מדידה, רבים מהמטפלים מבצעים הערכת יתר של הישגי הטיפול השיחתי ומתקשים לזהות מטופלים הנמצאים בסיכון לנשירה מטיפול. השלכותיה הרחבות של נשירה מטיפול תועדו רבות, הן למטופל המתקשה לשוב ולבקש עזרה לאחר חוסר הצלחה טיפולית, הן למערכת המבזבזת משאבי טיפול יקרים, והן לחברה ודעת הקהל כלפי יעילות המענים הקיימים. משום כך, בשנים האחרונות נעשים מאמצים להטמיע תהליכי מדידה בתוך תהליכים טיפוליים ולאפשר למטפלים לבחון את מידת השיפור (או ההחמרה) במצב המטופל דרך כלי הערכה מתוקפים. בתהליך זה, המכונה ניטור תוצאי טיפול (Routine Outcome Monitoring), מטופלים

ממלאים כלי הערכה מתוקפים לאורך התהליך השיחתי, ומטפליהם מקבלים משוב ממוחשב בנוגע לשינויים בעוצמות התסמינים ורמת המצוקה. כך, מטפלים יכולים להתאים את ההתערבויות שהם מבצעים במהלך הטיפול באופן שיהיה מותאם גם למצבו התסמיני של המטופל. מחקרים שנעשו בשנים האחרונות מצביעים כי טיפול שיחתי המלווה בניטור מוביל לתוצאות טובות יותר מטיפול שאינו מנוטר, עם מטא אנליזות רבות המעידות על גדלי אפקט הנעים בין קטן לבינוני. למרות זאת, בישראל רבות מהיזמות טרם בשלו להטמעה מלאה במערכת הציבורית, ורבים ממרכזי הטיפול בישראל אינם מודדים את תוצאות ותהליכי הטיפול הפסיכותרפואטי. במהלך הרצאה זו אדון באתגרים ובהזדמנויות של הטמעת ניטור תוצאי טיפול בתהליכי פסיכותרפיה במערכת בריאות הנפש הציבורית בישראל, תוך הצגת ממצאי ההטמעה שנעשתה במרכז לבריאות הנפש שלווה. יוצגו לקחי ההטמעה בבריאות הנפש הציבורית תוך השוואה למערכות ניטור דומות בעולם, ומיקומם של ממצאי המחקר הישראלי בהשוואה למדינות אחרות. מגבלות הידע הקיים, הצעות למחקר והטמעות עתידיות וכן השלכות יישומיות ידונו בהרחבה.

3. ריבוד מענים בפסיכותרפיה

מרצה: ד"ר ירון לוינסקי, הכללית

קיים מחסור רב שנים של אנשי טיפול מקצועיים בבריאות הנפש ברחבי העולם. בישראל, הרפורמה בבריאות הנפש הובילה לירידה בסטיגמה ולעליה משמעותית בפניות לטיפול במסגרת שירותי בריאות הנפש, אולם זו לא לוותה בעליה מקבילה באנשי טיפול. הזליגה לשירות הפרטי לא יכולה לתת מענה למחסור בשירות הציבורי כיוון שהביקוש עולה על ההיצע הכללי של המטפלים. אם כן, יש לנקוט גישות של ריבוד מענים וללמוד מפתרונות שקיימים בארץ ובעולם, שנבדקו מחקרית על מנת להצליח לתת מענה לצרכים הגוברים בשנים שלאחר מגפת הקורונה ולאחר פרוץ מלחמת חרבות ברזל.

"רב-שיח מרצים:

מה הבלימות המרכזיות שמונעות מאיתנו לחדש את תחום הפסיכותרפיה?..."

3D - פגיעות מיניות בשבעה באוקטובר: עדות, עדים ונוכחותה הרדיאקטיבית של הטראומה

**יו"רים ד"ר שמואל הירשמן, מנהל המרכז לבריאות הנפש לב השרון,
ד"ר יערה בן ארי - מתמחה, המרכז לבריאות הנפש לב השרון.**

הקדמה:

השבעה באוקטובר והמלחמה העוקבת מיקמו במרכז הבמה הציבורית תפקיד חדש-ישן, תפקיד "העד". תפקיד זה בו מצאו עצמם גופים ויחידים, מתוקף תפקידם או מתוקף גורלם, במסגרת חובות תפקידם או מבחירה, הציב אותם בצומת של כוחות שונים ולעיתים מנוגדי אינטרסים – פוליטיים, חברתיים, מדיניים, הסברתיים, רגשיים ועוד, כשהם פועלים לעיתים מתוך הזדהות עם אחד מאותם כוחות ולעיתים מופעלים באין יודעין על ידם. הרעיון לסימפוזיון זה, נולד מתוך המפגש בין משתתפי הסימפוזיון שלקחו חלק במשלחת הסברה לאירופה שנהגתה ונוהלה בשיתוף בין שריל סנדברג, מנכ"לית מטא לשעבר, ומשרד החוץ הישראלי ושמטרתו הייתה לקדם הכרה בינלאומית בפשעים מבוססי המגדר שבצע החמאס.

הסימפוזיון מציע התבוננות "ארבע שכבתית" בתפקיד העד החדש-ישן, ובאופן ספציפי במתן עדות על מקרי אלימות מינית: עדות, עדות שצולמה ונערכה במסגרת סרט תיעודי הסברתי, חווית העד הסובייקטיבית סביב מעמד מתן העדות וניתוח תפקיד העד והכוחות הפועלים עליו כמשחזרים דינאמיקות טראומטיות.

1. עדות חיה

סנ"צ מירית בן מיר, מדוברת משטרת ישראל, תציג את עדותה, עדות שמסרה כבר בפני פורומים שונים – בארץ ובחו"ל, המסכמת את הממצאים שנאספו על ידי משטרת ישראל והמבוססים, בין השאר, על חקירת עדי ראייה לפגיעות המיניות שבוצעו בזירות הטבח השונות וכן על חקירות מחבלי החמאס שנתפסו.

2. עדות מצולמת מתוך סרטה התיעודי של שריל סנדברג "Screams before Silence"

בסרט מראינת שריל סנדברג עדים שונים לפגיעות המיניות שביצעו מחבלי החמאס במהלך השבעה באוקטובר. הקרנת הקטע תלויה במועד סיום הפקתו של הסרט (כרגע מוערך לחודש אפריל השנה).

3. חווית העד

גב' שרי מנדס, אדריכלית במקצועה, אשר בשבעה באוקטובר גויסה בצו 8 למילואים במחנה שורה, חזתה מתוקף תפקידה כחברה בצוות שהכין את גופות החיילות שנרצחו בטבח לקבורה, בעדויות לזוועות שביצעו מחבלי בחמאס. מאז השבעה באוקטובר נתנה שרי את עדותה מעל במות רבות בארץ ובחו"ל, אך בסימפוזיון זה תספר על חוויתה הסובייקטיבית סביב מתן העדות בתלות במועד ובמעמד מתן העדות.

4. התבוננות בתפקיד העד מתוך חשיבה פסיכודינמית על טראומה מינית

ד"ר שרון גל-ון-ראלטה, פסיכולוגית קלינית במרפאה המולטי-דיסציפלינרית לטיפול בשורדות טראומה מינית, לב השרון, שליוותה את משלחת העדים של שריל סנדברג לאירופה, תדבר על האופנים בהם נוכחותה הרדיאקטיבית של הטראומה המינית מובילה לכך שדינאמיקות המוכרות מעולמן הפנימי והבינאישי של נפגעות טראומה משתחזרות באופנים בהם כוחות שונים פועלים על, ומפעילים את העדים למעשי האלימות המינית במעמד מתן העדות. ההרצאה תציע כי גלגול חדש של "בלבול שפוח", מושג יסודי בתחום הטראומה המינית הנוגע למפגש ההרסני בין השפכות השונות של פוגע ונפגעת, נוצר כתוצאה מההתנגשות בין הכוחות השונים ומנוגדי האינטרסים הפועלים על העדים.

D4 - סימפוזיון של החברה לפסיכיאטריה משפטית

יו"ר: פרופ' אלכסנדר גרינשפון, ד"ר שמואל הס

1. ייפיו כוח מתמשך מזווית הפסיכיאטרי בקליניקה

פרופ' יובל מלמד, מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש אברבנאל, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל ייפיו כוח מתמשך הוא נושא חדשני, שיכול מאוד להתאים למתמודדים עם התמכרויות, אוכלוסייה שלעיתים עושה מעשים כה חסרי שיפוט עד שעולה הרצון למנות לה אפוסטרופוס, אבל בית המשפט לא ימהר למנות אפוסטרופוס לאדם כשיר שאינו מוכר כמתמודד עם מחלה קבועה או ליקוי - זהו מהלך פטרנליסטי מדי.

ייפיו כוח מתמשך הינו הליך בו האדם עצמו ממנה לעצמו בעל תפקיד אשר יקבל סמכויות לפעול בשמו ובמקומו בשעת משבר, כאשר במצבים של הטבה ושיפור ניתן להשיב את הסמכויות אל האדם באופן שימשיך לנהל את ענייניו כבעבר.

ייפיו כוח מתמשך אל מול הצורך עבור מתמודדי הנפש - הוא חידוש אשר התברר בשנה האחרונה בדיאלוג שלנו עם האפוסטרופוס הכללי, הם הרימו את הכפפה. נותר קושי נוסף והוא עלות עריכת ייפיו כוח מתמשך) אלפי שקלים.(הסיוע המשפטי של משרד המשפטים מעניק שירות של עריכת ייפיו כוח מתמשך ללא תשלום לציבור המתמודדים אשר עומדים בתנאי הזכאות הכלכלית של הסיוע המשפטי - מדובר בנושא חדשני שחשוב להציגו למטפלים רבים.

2. כל מתמודד נפש צריך ייפיו כוח מתמשך - מאפוסטרופוסות לאוטונומיה

עו"ד עדנה שקל, יו"ר ועדת קידום זכויות אנשים עם מוגבלויות, לשכת עורכי הדין בישראל

א. פערים בין עולם הפסיכיאטריה לבין עולם המשפט - מתח שבין פטרנליזם לאוטונומיה

1. הפערים בין עולם הפסיכיאטריה לבין עולם המשפט קיבעו דימויים חד ממדיים ושטוחים, בהשראת מדיה פופולרית, והפסיכיאטר נתפס כמי שכולא את המטופל ועורך הדין כמי שמשחרר ומגן על חירותו וכבודו.

2. הפערים מתחדדים לנוכח המגמה האוניברסלית לנוע מפטרנליזם לאוטונומיה, מעולם של אפוסטרופוסות לעולם של שליחות. הפסיכיאטריה משקפת פטרנליזם בעוד המשפט חותר לאוטונומיה של האדם. בזירת ההתגוששות ובעימות ישיר בין הפרופסיות - נתפס הפסיכיאטר לעיתים כפוגע בכבוד האדם וחירותו. אמנם הקונפליקט בין האינטרסים השונים קיים בכל אחת מהפרופסיות, אך ההבדל נעוץ במשקל שניתן לכל אינטרס.

3. האם הגיעה השעה להשתחרר מתפיסה זו ומחלוקת התפקידים הקטגורית? האם הפסיכיאטריה קשובה לתמורות והאם היא ערוכה לבחון מחדש את גבולות הטיפול בכפיה? האם היא בשלה להצטרף למגמה לעבור מפרטנליזם לאוטונומיה? במילים אחרות: האם אפשר לצמצם פערים בפעולה משותפת על מנת להגביר את "הריבונות האישית" של המטופל?

ב. פערים בין החקיקה הנשגבה לבין המציאות בשטח

1. פערים נוספים וקשים קיימים בין הלשון המליצית של החקיקה לבין המציאות בשטח.
2. החקיקה של 30 השנים האחרונות משקפת את המגמה לעבור מפרטנליזם לאוטונומיה. זכויות האדם בכלל וזכויות החולה בפרט זוכות לקידום גובר והולך בחקיקה הישראלית, כמשתקף גם בחוקים הבאים: **חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996; חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998; חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000; חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, וכמובן "חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.**
3. אליה וקוץ בה: בעוד שהחקיקה נוקטת לשון גבוהה והדורה, הרי המציאות מפגרת הרחק מאחור. דוגמה לשבג לשוני מצינו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות הקובע: זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות ומחויבותה של החברה בישראל לזכויות אלה, מושתתות על ההכרה בעקרון השוויון, על ההכרה בערך האדם שנברא בצלם ועל עקרון כבוד הבריות. הוראות מעין אלה זקוקות לכלים מעשיים אחרת הן נשחקות ומאבדות ערך.

ג. כלים מעשיים ליישום הרחבת האוטונומיה של המטופל

1. הכלים המעשיים למימוש היעדים עתירי הפאתוס שנוסחו בחקיקה מצומצמים לפי שעה, אבל ישנם כלים שהפסיכיאטריה יכולה להפיק מהם תועלת עצומה לטובת המטופלים והמטפלים וגם לטובת המערכת הודות לחיסכון במשאבים.
2. הכוונה הינה לאימוץ חלופות לאפטרופסות - ובראשן ייפוי כוח מתמשך - שנקבעו ברפורמה על פי חוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות (תיקון מס' 18 משנת 2016). חלופות אלה מבטאות קדמה משפטית וחברתית והן מספקות כלים מעשיים שיש בכוחם לצקת תוכן ומשמעות לאותן הוראות חוק עילאיות על כבוד האדם.
3. הגישה החדשה רואה במיני אפטרופוס - מוצא אחרון, והחלופות משנת 2016 מציגות קשת של אפשרויות שאפשר להעמידן לרשות המטופל הפסיכיאטרי (ייפוי כוח מתמשך, תומך בקבלת החלטות, הנחיות מקדימות למיני אפטרופוס).
4. בעוד שבציבור נתקבע ייפוי כוח מתמשך כמכוון לאוכלוסיית המבוגרים הנערכים מבעוד מועד למצב של איבוד שליטה על גורלם (דמנציה), ראוי שגם אוכלוסיית מתמודדי הנפש תהנה מהפיתרון החקיקתי החדש. עבר זמנה של התפיסה הרואה באפטרופסות פתרון בלבדי למתמודד נפש שאיבד מסוגלות להחליט על גורלו.

5. חשוב שהכלים הללו יאומצו גם על ידי הפסיכיאטרים ולא יישארו נחלת המשפטים בלבד. אנשי מקצוע בכירים במשרד המשפטים אשר תומכים במאמץ המשותף התרשמו שהפסיכיאטרים זקוקים לזמן ארוך יותר כדי להבשיל לידי מעשה. האם יש סיכוי שהפסיכיאטרים בכל זאת יזרזו את הירתמותם לשם הפעלת הכלים המעשיים להרחבת האוטונומיה? זו נקודת מבחן קריטית בשאלה המכרעת: האם הפסיכיאטריה תשנה את פניה ותסכים לצמצם את כוחה הפטרנליסטי במסגרת המעבר לאוטונומיה כשותפה מלאה וכחלק מהאמנה המקצועית החדשה?

*ע"כ

3. חובת דיווח עפ"י חוק כלי הירייה או ישירות לצה"ל לגבי בני נוער שבאים לטיפול מרפאתי.

ד"ר איגור ברש, סגן מנהל בית החולים איתנים, יו"ר סניף ירושלים של איגוד הפסיכיאטריה בישראל, יו"ר נבחר של החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל

מקרה:

נער בן 16 ממוצא אתיופי, תלמיד טוב בביה"ס תיכון, בן לאח ואחות מביה"ח כללי, הגיע לטיפול במרפאה לבריאות הנפש באחת מבתי החולים. הגיע למרפאה והתנה את שת"פ בטיפול בהתחייבות המרפאה להימנע מלדווח על הטיפול לצה"ל. הי הוא רוצה להיות חייל לוחם וחושש שדיווח לצה"ל יגרם לזימון לפסיכיאטרי, וכתוצאה מכך – שחרור מהצבא או הורדת פרופיל ופסילה מלחימה. המטפל הסכים, אחרת המטול לא היה מוכן לשתף פעולה בטיפול. בין תלונותיו – מצב רוח ירוד, ירידה בתפקוד, חשיבה אוברדנית עם תכנון קונקרטי – לעלות לגג הבניין ולקפוץ משם. הרגיש שהוא נכשל, שאף אחד לא רוצה להיות חבר שלו, שמתרחקים ממנו כי לא נעים לאנשים להיות במחיצתו. לא הסכים לטיפות תרופתי, טופל בפסיכותרפיה במשך שנה, מצבו הוטב חלקית, בגיל 17, לקראת הגעתו לבדיקת של צו ראשון, הפסיק את הטיפול על דעת עצמו. בל"ג לא סיפר על הטיפול, המידע עליו לא הגיע אוטומטית לגורמי ברה"ן בצה"ל. הבחור התגייס בתור לוחם הנדסה קרבית, מספר שבועות אחרי תחילת הטיירות עלה לגג הבניין בבהל"צ, ירה בראשו ונפל מהגג ירי.

פניתי למנהל ביה"ח בו טופל וקיבלתי תשובה שהמרפאה לא מדווחת לצה"ל ולא תדווח, אחרת בני נוער כאלה לא יסיכמו להגיע לטיפול.

השאלות:

1. האם יש חובה לדווח לצה"ל
2. האם נכון היה לדווח לפי חוק כלי הירייה בגיל שאין למטופל רישיון לכלי הירייה
3. איך היה נכון לנהל את הסיטואציה?

4. פוסט-טראומה - היבטים משפטיים

ד"ר עזגד גולד, מנהל היחידה לפסיכיאטריה משפטית, המרכז לבריאות הנפש באר יעקב

ההרצאה תעסוק בסקירה של נקודות ההשקה של ההפרעה הפוסט-טראומטית (PTSD) עם מערכת המשפט. בתוך כך, תוצגנה סוגיות מרכזיות רלוונטיות בהקשר הפילי והאזרחי. כמו כן, תינתן התייחסות לאתגרים שעומדים לפתחם של פסיכיאטרים, שנדרשים לכתוב חוות דעת בהקשר להפרעה זו. יוצע, שעמדות שונות בנוגע להפרעה הפוסט-טראומטית בזירה המשפטית קשורות, בין השאר, למחלוקות עקרוניות בנוגע לטיבה ואופייה של ההפרעה הפוסט-טראומטית, שהיו קיימות החל מהמאה ה-19.

D5 - עבודות מדעי יסוד של מתמחים בפסיכיאטריה

יו"ר: ד"ר גל טויטו המרכז לבריאות הנפש לב השרון, ד"ר עמית ניב רוזנפלד המרכז לבריאות הנפש שלווה

מחקר הוא חלק בלתי נפרד מהכשרת הרופאה. פסיכיאטריה. במסגרת סימפוזיון זה יוצגו עבודות מחקר שבוצעו על ידי מתמחים ומתמחות במסגרת רוטציה מדעי יסוד בהנחייתם של רופאים בכירים מובילים מבתי חולים שונים בישראל. עבודות אלה מציגות את מניפת נושאי המחקר של קהילת חוקרי העתיד.

1. הצלחת האשפוז במחלקה הפסיכיאטרית: האם יש הבדל בין מתמחים ומתמחות?

ד"ר עמית ניב-רוזנפלד בהנחיית ד"ר חגי מעוז, המרכז לבריאות הנפש שלווה

רקע: לאחרונה מספר מחקרים הצביעו על תוצאות טיפול טובות יותר עבור מטופלים שטופלו בידי רופאות לעומת אלו שטופלו בידי רופאים. מחקרים אלו התרכזו בהצלחה הטיפול במחלות פיסיות והצביעו, למשל, על שיעורי תמותה ואשפוזים חוזרים נמוכים יותר במחלקות הפנימיות והכירורגיות. במחקר זה אנו בוחנים האם תופעה דומה קיימת בקרב מטופלים המאושפזים במחלקה פסיכיאטרית ומטופלים על ידי מתמחים ומתמחות בפסיכיאטריה. שיטות: בחנו מדגם של 300 מטופלים ומטופלות שאושפזו במחלקה סגורה בבית החולים שלווה. הצלחת האשפוז נבחנה בין המתמחים ומתמחות על פני מספר פרמטרים: משך האשפוז, זמן בין אשפוזים, שיעור אשפוזים חוזרים תוך 30 יום, מעורבות משפחתית במהלך האשפוז וקבלת סל שיקום. בנוסף, בוצע ראיון חצי מובנה בקרב 40 מתמחים ומתמחות על מנת לזהות הסברים אפשריים להבדלים. תוצאות: מטופלים ומטופלות אשר טופלו בידי מתמחות הציגו זמן אשפוז קצר יותר, זמן ארוך יותר בין אשפוזים, שיעור אשפוז חוזר תוך 30 יום נמוך יותר, מעורבות משפחתית גבוהה יותר ושיעור קבלת סל שיקום גבוה יותר. תוצאות הראיון מצביעות על דפוסי עבודה עצמאיים יותר, זמן מועט יותר בתקשורת עם וסביב המטופל ותפיסת מסוגלות עצמית גבוהה יותר בקרב מתמחים מול מתמחות. דיון ומסקנות: מטופלים ומטופלות של מתמחות מציגים תוצאות אשפוז טובות יותר מאלו המטופלים על ידי מתמחים. מסתמן כי ההבדלים, לפחות באופן חלקי, נעוצים בפרקטיקות הקשורות באופן מובהק להצלחת הטיפול כגון עבודות צוות, תקשורת עם וסביב המטופל ותפיסה עצמית צנועה של המטפל. אנו מאמינים כי אלו ניתנים לשיפור הן בקרב מתמחים והן בקרב מתמחות על ידי הנחיה, מעקב ומודעות גבוהה יותר של הצוות הבכיר.

2. הפגיעה הלא מדוברת- מיפוי מאפיינים דמוגרפיים וקליניים של מטופלים גברים עם היסטוריה של טראומה מינית המאושפזים באשפוז אקוטי במחלקה פתוחה ד"ר גל טויטו בהנחיית ד"ר כפיר פפר, המרכז לבריאות הנפש לב השרון

רקע: פגיעה מינית מהווה את אחת מצורותיה הנפוצות של טראומה, ולה מאפיינים ייחודיים שעשויים לגרום להשלכות נפשיות וגופניות רחבות היקף. הגם שההכרה בגברים כנפגעי טראומה מינית הולכת ועולה בשנים האחרונות - היא קיבלה עד כה התייחסות מועטה מבחינה חברתית ומבחינה מחקרית. נוכח ידע תיאורטי דל ולא עקבי בנושא קיים קושי להתאים התערבויות קליניות טיפוליות יעודיות לנפגעים גברים. מטרת המחקר: מיפוי דמוגרפי וקליני של גברים נפגעי טראומה מינית כחלק מתהליך שמטרתו ביסוס גוף ידע בנושא. שיטות: מחקר רטרוספקטיבי, איסוף וניתוח מידע מתיקים רפואיים ממוחשבים של כל המטופלים הגברים בעלי הסטוריה של טראומה מינית שאושפזו במחלקה הפתוחה בבית חולים לב השרון בין השנים 2019 ל 2022 (41 מטופלים). תוצאות: מדובר באוכלוסיה שמתמודדת עם פגיעה תפקודית במישורים שונים. קיים שיעור גבוה של שימוש בחומרים פסיכואקטיביים. מעל שלוש תרופות פסיכותרופיות בממוצע בשחרור מאשפוז. ברוב המקרים הפוגע מחוץ למשפחה ובכ-20% מהמקרים מדובר בפוגעת אשה, כמעט שלושה מכל ארבעה מטופלים דווחו על טראומות נוספות- ורובן אלימות פיזית (90%). נצפתה מובהקות סטטיסטית בין קיומה של טראומה נוספת בעבר לבין אובדנות לפני האשפוז ($P < 0.05$). טרם האשפוז מחצית מהמטופלים דווחו על ביצוע נסיון אובדני או מעורבות באלימות פיזית, במהלך האשפוז אירועים בודדים של מסוכנות מכל סוג. מסקנות ודיון: ממציא מחקר זה מצביעים על מאפיינים ייחודיים של גברים נפגעי טראומה מינית, ומדגישים את הצורך לעבור ממצב בו טיפול בגברים נפגעי טראומה נגזר מתוך הטיפול בנפגעות נשים- למציאות בה צרכי הטיפול הייחודיים של אוכלוסיה זו מקבלים מענה ראוי. המידע המועט הקיים בספרות, יחד עם הסטיגמה החברתית ומיעוט השירותים היעודיים מחייבים השקעה משמעותית בקליניקה ובמחקר על מנת לשפר את איכות הטיפול למטופלים אלו. האם אשפוזים חוזרים הם ביטוי לכשלון טיפולי או מהווים חלק מהפתרון?

3. הקשר בין פגיעות מיניות בילדות לבין גיל התפתחות סכיזופרניה בקרב גברים ובין שימוש בחומרים ממכרים במהלך החיים

ד"ר נסרין בדרנה בהנחיית ד"ר מרינה קופצ'יק, מרחבים- המרכז הרפואי לטיפול במח ובנפש באר יעקב - נס ציונה.

מבוא: מחקרים רבים בספרות עוסקים בנושא פגיעות מיניות בילדות, כאשר ניתן דגש גדול על חתך מסוים באוכלוסייה (נשים). לא קיימת כמות מספקת של ספרות העוסקת בהשפעות פגיעות מיניות בילדות על גברים ובגרותם ועל מצבם הנפשי. מחלת הסכיזופרניה הינה מחלה בה לוקים לא מעט גברים באוכלוסייה, היכולה לנבוע מגורמים שונים. אחד מהדברים אשר משפיעים על אופן המחלה והסימפטומים הוא הילדות ומעבר טראומות כלשהן

במהלך תקופה זו. לכן, המחקר הנוכחי בחן את ההשפעה של פגיעות מיניות בילדות אצל גברים אשר מאובחנים בסכיזופרניה ומאושפזים במחלקה סגורה. קשר זה נבחן במחקר לפי גיל אשפוזם הראשון של המטופלים. מעבר לכן, לפגיעות מיניות בילדות יש השפעה על מגוון נרחב של תחומים בחיים שיש להעמיק את ההבנה בהם בכל הנוגע לאוכלוסיית הגברים. לכן, גורם נוסף אותו המחקר בחן הינו השימוש בחומרים ממכרים עקב טראומה של פגיעה מינית בילדות. שלושת הגורמים האלו הם גורמים שיכולים להיות בקורלציה ואף בקשר משולש והדדי ביניהם. שיטות: המשתתפים במחקר הינם מטופלים המאושפזים במרחבים, במחלקות סגורות לגברים בין הגילאים 18-50. 50 משתתפים עברו פגישה חד פעמית עם צוות המחקר (מתמחים בפסיכיאטריה), הכללה מספר שאלונים בנוגע למצבם ולחוויות ילדותם. תוצאות: נראה כי מטופלים שעברו פגיעות מיניות בילדות, הראו גיל אשפוז ראשון מוקדם יותר מכאלה שלא עברו. בנוסף, מהתוצאות עלה כי מטופלים שעברו פגיעות מיניות בילדות, הראו אחוז גבוה יותר של שימוש בחומרים ממכרים מאשר אלו שלא עברו. מסקנות: מתוצאות אלו ניתן להסיק כי לפגיעות מיניות בילדות ישנה השפעה מובהקת על מצבם של המטופלים בהקשר של הופעת הסימפטומים לסכיזופרניה (גיל אשפוז ראשון) ועל שימוש בחומרים ממכרים במהלך החיים. מחקר זה מראה את ההשפעה הרבה שיש לחוויות טראומטיות בילדות על הסימפטומים הנפשיים המופיעים בברורות וכן על מנהגים שונים במהלך החיים.

4. GPT Versus Resident Physicians: A Benchmark Based on Official Board Scores

ד"ר ערן כהן המרכז לבריאות הנפש לב השרון, ד"ר אוריאל כץ סטאז'ר לרפואה

Artificial intelligence (AI) represents a burgeoning technological advancement with considerable promise for influencing the field of medicine. As a preliminary step toward integrating AI into medical practice, it is imperative to ascertain whether the model's performance is comparable to that of physicians. In this presentation, we will present a nationwide comparison of the performance by a large language model (LLM) versus that of a large cohort of resident physicians. The cohort includes all residents who took the medical specialist license examination in Israel in 2022, spanning core medical disciplines: psychiatry, internal medicine, general surgery, pediatrics, and obstetrics and gynecology (OB/GYN). We evaluated the performance of GPT models on the 2022 Israeli board residency examinations and compared the results with those of 849 practicing physicians. To compare GPT and physician performance, we computed the model's percentiles among physicians for each examination. We accounted for model stochasticity by applying the model to each examination 120 times to investigate its variance. We also represented the performance of the model using different parameter values as the standard. The presentation aims to highlight the comparative performance of GPT models and medical professionals, underscoring the models' potential

to match or surpass physicians. The study's findings encourage the medical community to consider the broad applications of LLM technology, suggesting a point is nearing where AI could serve as an assistance tool in clinical practice. The advancement from GPT-3.5 to GPT-4 illustrates a pivotal moment in AI's journey toward integration into healthcare

D6 - The association between ADHD and genetic-driven inflammatory disorders **Israeli Association of ADHD- ISAD**

Chair: Professor A Weizman, Co-chair: Professor I. Manor

ADHD is known to be associated with various medical disorders. The immune system is intricately involved in the development of the CNS. As such, misfunctions of the immune system are associated with neurodevelopmental (NDD) and psychiatric disorders. The known genetic contributors to ADHD are pleiotropic, and in recent years, their essential involvement in immune functioning has become more evident. This symposium discusses the association between ADHD and various aspects of inflammatory/immune disorders, well-defined genetic inflammatory disorders, and the symptom of fever as a signal of inflammation at a young age and its possible meaning.

Two sessions will discuss two common genetic inflammations that are common in the Mediterranean: The association of ADHD with glucose 6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency will be presented by Professor Iris Manor, and the association between ADHD and Ms. Shani Medvejer will present Familial Mediterranean Fever (FMF). Dr. Eugene Merzon will present his study about the association between fever in young children (<4 years) and a subsequent diagnosis of ADHD. In the last session that concludes the symposium, Professor Abraham Weizman will hold a discussion. It will include a short summation of the recent findings in this field and open the subject of debate.

1. Febrile Repeated Episodes During Early Childhood Are Associated with Increased Rates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Eugene Merzon, MD. Lehumit Health Services, Tel-Aviv, Israel. Adelson School of Medicine, Ariel University, Ariel, Israel

Objective: We examined the association between the number, magnitude, and frequency of febrile episodes during the 0-4 years of life and subsequent diagnosis of ADHD.

Methods: This population-based case-control study in an Israeli HMO, Leumit Health Services (LHS), uses a database for all LHS members aged 5-18 between 1/1/2002 and 1/30/2022. The number and magnitude of measured fever episodes during the 0-4 years were recorded in individuals with ADHD (N=18,558) and individually matched non-ADHD controls in a 1:2 ratio (N=37,116).

Results: A significant, independent association was found between the number and magnitude of febrile episodes during the 0-4 years and the probability of a later diagnosis of ADHD. Children who never had a measured temperature $>37.5^{\circ}\text{C}$ had a significantly lower rate of ADHD (OR=.834,95% CI 0.802-0.866, $p<.0001$).

Conclusions: Febrile episodes during 0-4 years are associated with a significantly increased rate of a later diagnosis of ADHD in a dose-response relationship.

2. A Bidirectional Association Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Familial Mediterranean Fever.

Shani Medvejer, MD student, Tel Aviv University, Israel

Objective: There is growing evidence of involvement of inflammatory mechanisms in ADHD. Previous studies found significantly higher rates of ADHD among children with FMF. The present study examined the rate of exposure to FMF in children with a later (within a 5-year period) diagnosis of ADHD compared to non-ADHD children.

Methods: A population-based case-control study of all children (<18 years) registered in Leumit Health Services during 01.01.2006-06.30.2021. All cases met ICD-9/10 criteria for ADHD. They were matched by age, sex, and socioeconomic status on a 1:2 rate to randomly selected non-ADHD controls.

Results: Fifty-six (0.30%) children with ADHD ($N=18,756$) were previously diagnosed with FMF compared to 65 of 37,512 controls (0.17%). There was a significant, independent association between a preceding FMF diagnosis and a later ADHD diagnosis [OR=1.72(95%CI 1.18-2.51); $p=0.003$].

Conclusions: The mechanisms underlying the association w between FMF and later ADHD diagnosis merit further elucidation.

3. The association between G6PD deficiency and attention-deficit/hyperactivity disorder

Iris Manor, MD. ADHD Unit, Geha Mental Health Center, Petah Tikva, Israel. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.

Background: Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency is the most common

enzymopathy of humans, impacting 4.9% of the population, with higher rates among Mediterranean populations. G6PD deficiency (G6PDD) is crucial to several metabolic pathways, each with a possible role in the etiology of ADHD.

Methods: The study was a population-based, case-controlled study using electronic health records (EHRs) of Leumit Health Services (LHS), a health maintenance organization (HMO) in Israel. The study group comprised individuals with G6PDD (n=7,473) strictly matching the control group, which was non-G6PDD and randomly selected by an algorithm in a 1:4 ratio (N = 29,892). Matching included age, sex, and Socioeconomic Status (SES). The diagnosis was established according to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-4 or 5, depending on the diagnosis' year) criteria. Clinical descriptors, Fisher's Exact Tests for categorical variables, and Mann-Whitney U tests for continuous variables were computed using R statistical software, version 4.0.4.

Results: All the sociodemographic data were exact ($p=1.00$). The average follow-up time was 14.3 ± 6.2 years. G6PDD conferred a significant 16% greater risk of having a diagnosis of adult ADHD (OR =1.16 [95% CI, 1.08-1.25], $p<0.001$). Use of stimulants among the G6PDD subjects for ADHD was 17-fold for methylphenidate class drugs (OR=1.17 [95% CI, 1.08, 1.27] $p<0.001$), and 16-fold for amphetamines (OR= 1.16 [95% CI, 1.03,1.37], $p=0.047$).

Conclusion: Adults with G6PD deficiency were significantly more likely to be diagnosed with and treated for ADHD. Further research is required.

4. The Immune and the Inflammatory Pathways Associated with ADHD: A discussion

Abraham Weizman, MD Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

The role of inflammatory and immune pathways has reemerged as a "hot topic" in the pathogenesis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). While researchers separate these immune-inflammatory mechanisms conceptually, in clinical reality, they are complex systems that intertwine and communicate with each other in a multi-directional complex of mechanisms. This symposium presents some of these associations and overviews these immune-inflammatory pathways while touching on their complex communication.

E1 - החברה לאבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית: טראומה מינית- בין המלחמה שבחוץ למלחמה שבבית.

החברה לאבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית <https://www.isst-il.com> / פועלת תחת הר"י משנת 2019 כחברה אינטרדיסציפלינרית העוסקת בכלל הממשקים שבין פגיעה מינית ובריאות וכן בהטמעת טיפול מותאם טראומה במערכת הבריאות בישראל. המושב המוצע יכלול הרצאות קצרות של חברי וועד היפ"ם וכן עדות של שורדת פגיעה מינית, יוציג אספקטים שונים הנוגעים לאבחון וטיפול בשורדותי. טראומה ובעיקר טראומה מינית ו-CPTSD, הן בזמן שגרה והן בהשפעת המלחמה.

יו"ר המושב: יו"ר בכיר- ד"ר ענבל ברנר, מייסדת שותפה ויו"ר היפ"ם. מנהלת מרפאת טראומה מינית ועוזרת מנהל המרכז לברה"ן, לב השרון.
יו"ר מתמחה- ד"ר שירה דן, מתמחה במרכז לבריאות הנפש שלוותה. פסיכיאטרית ב"הופכות את היוצרות" עמותה המסייעת לנשים שורדות זנות. תלמידה בתכנית לימודי התעודה לטיפול בטראומה מינית, ביה"ס ללימודי המשך, הפקולטה לרפואה אוני"ת א.

1. טיפול מותאם טראומה בפסיכיאטריה, הלכה למעשה

ד"ר דפנה ערמון, מנהלת מחלקת "בדרכי"- אשפוז ממוקד לאנשים עם פוסט טראומה מורכבת, "מרחבים" קמפוס באר יעקב, ויו"ר משותפת של הפורום לקידום מערכת בריאות מותאמת טראומה מטעם היפ"ם. מחקרים מצביעים על כך ששיעור האנשים שעברו טראומה בחייהם הוא בין 70% ל-90% מהאוכלוסייה. טראומה, ובעיקר טראומה בין-אישית, משפיעה על בריאות הגוף והנפש ועל דפוסי התנהגות, כולל על האפשרות לתת אמון. מבין שורדי טראומה, יש שצורכים שרותי בריאות ביתר ויש שנמנעים מטיפול. במהלך השנים שלפנינו תתמודד מערכת הבריאות עם סוגיית הטרומה בהיקפים חסרי תקדים, הן בקרב המטופלים והן בקרב צוותי הבריאות. **טיפול מותאם טראומה (Trauma informed care), אינו טיפול בטראומה עצמה.** טיפול מותאם טראומה היא גישה אשר מניחה כי מרבית האנשים עברו אירועים טראומטיים במהלך חייהם ולוקחת בחשבון את השפעתם של אירועים אלו פיזית, נפשית והתנהגותית. מערכת מותאמת טראומה פועלת אקטיבית ליצור סביבה בטוחה לכל מי שבתוכה, להפחתת שחזור הטרומה בעת המפגש ולמניעת טראומטיזציה משנית ושחיקה אצל הצוות. הגישה נלמדת כיום בבתי הספר לבריאות הציבור הנחשבים בעולם ואף יש נסיונות להטמיעה במערכות בריאות (כגון בסן פרנסיסקו). בשנים האחרונות ארגוני בריאות ממשלתיים ואיגודים רפואיים בינלאומיים פרסמו ניירות עמדה וקווים מנחים בנושא הטמעת טיפול מותאם טראומה. הפורום לקידום מערכת בריאות מותאמת טראומה <https://www.traumainformedcareisrael.com> / הוקם בישראל ביוני 2023 בהובלה מקצועית של היפ"ם, ומורכב כיום מ-11 ארגונים מובילים מהחברה האזרחית, מערכת הבריאות והאקדמיה, ופועל במספר איפיקים להטמעת עקרונות הגישה במערכת הבריאות בישראל. בהרצאה אציג את עקרונות הגישה ואת פעילות הפורום, ונמשיג מחדש את אופן ההתנהלות שלנו כמטפלים/ות,

כצוותים וכפסיכיאטרים/יות כאשר אנו מטפלים/ות במי שעברו טראומות, אם בילדות ואם כעת, מאז ה' באוקטובר, כולל עקרונות עשה ואל-תעשה ליישום בעבודה היומיומית במחלקה ובמרפאה.

2. סוגיות באבחון ובטיפול התרופתי בנפגעי/ות טראומה מינית ו PTSD.

ד"ר מולי לינדר, סגן מנהל המרכז לבריאות הנפש שער מנשה, ראש החוג לפסיכיאטריה בפקולטה לרפואה בטכניון וחבר ועד היפ"ם.

פגיעה מינית היא חווית חיים טראומטית מהחמורות המוכרות לנו. השלכותיה עשויות לכלול תסמינים של PTSD או CPTSD וכן מחשבות פולשניות, פלאשבקים, דריכות יתר, הימנעות מתזכורת לטראומה, מצבים דיסוציאטיביים, הפרעות סומטופורמיות, הפרעות שינה, שימוש בחומרים פסיכואקטיביים, פגיעה עצמית ואובדנות. תחום האבחון והטיפול בנפגעי/ות טראומה מינית עבר אבולוציה מהירה ומשמעותית בעשור האחרון. לעיתים, שינויים מהירים כגון זה, מוטמעים בשטח בקצב איטי יותר, וכיום אנו במצב ביניים, בו העוסקים בתחום מובילים את השינוי, בעוד חלק אחר מהמטפלים עדיין בתהליכי למידה של משמעויות האבחון והסוגיות בטיפול בכלל ובטיפול התרופתי בפרט.

בהרצאה זו, נשתדל לגשר עוד יותר על הפער ולהביא על קצה המזלג טעימה משמעותית הנוגעת לאבחון ולטיפול ב-CPTSD כולל נגיעות בעולם הפסיכודינאמי, אך במיוחד בתפיסה הפרמקו-תרופתית של הטיפול, תוך התייחסות גם לעולם הטיפולים בחומרים פסיכואקטיביים.

בהרצאה נביא סקירת ספרות עדכנית בתחום, ולמרות הזמן הקצר, נשתדל לתת לקהל לשתף מנסיונו בלמידת עמיתים.

3. עדות - ליון גאי מאיר

שורת טראומה מינית

המפגש עם מערכת בריאות הנפש מפרספקטיבה של בעלת ידע מנסיון חיים.

4. טראומטיזציה משנית ועקיפה בארגון המטפל בטראומה מינית

בן דוד דרור יפעת, MSW. מנהלת טיפול יום עוגן והאשפוז האינטנסיבי, המרכז הישראלי לטיפול בטראומה מינית, לב' השרון. מנכ"לית היפ"ם ויו"ר משותפת של הפורום לקידום מערכת בריאות מותאמת טראומה מטעם היפ"ם.

בשנים האחרונות נפתחו בישראל תכניות טיפול ייעודיות רבות לשורדות. טראומה מינית, דוגמת מחלקות אשפוז או טיפולי יום יעודיים. תהליכים של טראומטיזציה משנית ועקיפה בטיפול בשורדות. טראומה מינית מתרחשים לא רק במרחב שבין מטופלת/מטפלת אלא גם במרחב ארגוני/מחלקתי, והיכרות עםם חיונית לשרידות הטיפול והמרחב המחלקתי.

פגיעה מינית, במיוחד זו המתקיימת בילדות המוקדמת, משפיעה על הנפש, תחומי החיים, יחסים עם אחרים ועם

העצמי. בתהליך הטיפול במסגרת אשפוז או טיפול יום, חלקיקים טראומטיים כגון כאב, אובדן, חוסר אונים, ייאוש ורוע אנושי, מושלכים ומועברים הן למטפל הפרטני והן לחלל הארגוני ומשפיעים על נפש המטפל ונפש הארגון. תהליכים אלה עלולים לגרום לפגיעה ביכולת ההתמודדות של המטפלת והארגון, המתאפיינים בניתוק ופגיעה ביכולת ההכלה וההקשבה, פגיעה באומנות יסוד בסיסיות, דיסוציאציה ותסמינים פוסט - טראומטיים. שימור עובדים, הפחתת טראומטיזציה משנית והתמודדות עם השפעות הטראומה המינית, דורשות יצירת מרחבי הכלה ייעודיים עבור המטפלים, כדוגמת הדרכות פרטניות וקבוצתיות וכן התייחסות לנושאים אלו במסגרת ישיבות הצוות ודאגה לרווחת העובד. ההרצאה תכלול המשגה של טראומה משנית ועקיפה בהתייחסות לחוויה הארגונית, תוך שימוש בדוגמאות קליניות. כמו כן נתייחס לנקודות הרלוונטיות לתהליכי טראומטיזציה משנית בעבודה הפרטנית והארגונית עם שורדי טראומה בין-אישית לסוגיה השונים (ולא רק טראומה מינית), החיוניים כיום בעבודה עם שורדות. י/ ונפגעות. ה7 באוקטובר.

**E2 - מושב של החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות (אילסם),
הר"י "ישבנו שבעה באוקטובר" - השימוש בחומרים פסיכואקטיביים לפני, במהלך,
ולאחר טראומה**

**יו"ר: ד"ר איתי בסר, מנהל מערך אמבולטורי, המרכז לברה"ן ב"ש, יו"ר אילסם
ד"ר דורית פורת, סגנית מנהל המרכז ומנהלת היחידה לתחלואה כפולה בנוער,
המרכז לברה"ן לב השרון**

1. שכיחות הפרעה פוסט-טראומטית, מצוקה רגשית ושימוש בחומרים ממכרים בישראל חודש לאחר מתקפת השביעי באוקטובר

ד"ר דניאל פיינגולד, ראש התוכנית לפסיכולוגיה שיקומית, המכללה האקדמית אחוה

מתקפת הטרור של השביעי באוקטובר אופיינה בהיקף ועוצמה חסרי תקדים בישראל. מטרת המחקר הנוכחי הייתה לאמוד את השכיחות והגורמים המנבאים הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), מצוקה רגשית ושימוש בחומרים ממכרים בקרב מבוגרים תושבי ישראל, בערך חודש לאחר המתקפה. הפרעה פוסט טראומטית נמדדה באמצעות שאלון Posttraumatic Stress Disorder Checklist PCL-5 ומצוקה רגשית נמדדה באמצעות גרסה מקוצרת של Hopkins Symptom Checklist (HSC-25). נבדקים גם דיוונו את המידה שבה השתנתה תדירות השימוש שלהם בשישה חומרים ממכרים. המדגם הסופי כלל 415 מבוגרים תושבי ישראל, יהודים וערבים. הממצאים הראו כי חודש לאחר המתקפה, 31.4% מכלל המדגם ענו לאבחנה משוערת של PTSD. עליה בתדירות השימוש בחומר ממכר אחד לפחות דווחה על ידי 34% מהמדגם, כאשר 8.7% דיווחו על עליה משמעותית בתדירות השימוש בחומר ממכר אחד לפחות. עליה בתדירות שימוש בטבק, אלכוהול, תרופות הרגעה ותרופות שינה דווחה על ידי 16.5%, 11%, 11.1% ו-10.6% בהתאמה. גיל צעיר, נשים ורמת חשיפה גבוהה למתקפת הטרור היו קשורים לרמות גבוהות יותר של PTSD. גברים היו בסיכון גבוה יותר במובהק לעליה בתדירות השימוש בקנבים (Adjusted Odds Ratio (AOR)=4.73, 95% Confidence Interval (CI)=1.70-13.13, p=.003) ורמת החשיפה לאירועי הטרור הייתה קשורה באופן מובהק לעליה בתדירות השימוש בתרופות הרגעה (AOR=1.58, 95% CI=1.17-2.13, p=.003). לאור ממצאים אלו, יש לספק מענים מתאימים בתחום בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה בישראל, זאת על מנת למזער השלכות שליליות ארוכות טווח של אירועי השביעי באוקטובר

2. תובנות ממחקר אתנוגרפי במתחם תמיכה-טיפול ראשוני 'איזונובה'

ד"ר חגית בוני נח, החוג לקרימינולוגיה, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת אריאל
צוות המחקר:

ד"ר חגית בוני-נח - החוג לקרימינולוגיה הפקולטה למדעי החברה - עורכת האתנוגרפיה בפועל
פרופ' ליאת קורן - הפקולטה לבריאות, אוניברסיטת אריאל
פרופ' ריקי טסלר - הפקולטה לבריאות, אוניברסיטת אריאל
ד"ר אבי זיגדון - הפקולטה לבריאות, אוניברסיטת אריאל
ד"ר אורית שפירו - מנכ"לית עמותת איזון
עו"ס עומרי פריש - מייסד כפר איזון (לתרמילאים נפגעי סמים)

בהרצאה אתמקד בממצאי מחקר ראשוניים של אתנוגרפיה מהירה במתחם 'איזונובה' - מתחם לשורדי המסיבות ברעים/פסטיבל נובה. מתחם 'איזונובה' הינו מתחם ספונטני שנוסד כצורך שעלה מהשטח, כשהמובילים והיזמים הם מפיקי הנובה אשר בחרו לחבור גם לעמותת איזון (לצורך הנגשת הפן התמיכתי-"טיפולי" ראשוני), שילוב ייחודי ולא ברור מאליו.

מטרת המחקר היתה ללוות את התנהלות עמותת איזון במתחם איזונובה, לנסות להבין ולזהות את הצרכים (בעיקר הטיפולים) העולים מהשטח - להאיר בעיות ונקודות תורפה - להציף את מה שלא ידוע לפני השטח - ולהוות כעין אתנוגרפיה יישומית.

מה-7 לאוקטובר הבינו מפיקי הנובה מהר מאוד כי הם חייבים להוביל. לשם כך התאחדו והחלו לדאוג ל"אסוף את השברים, לרפא את הקהילה, לרפא את עצמנו, ובעיקר לצמוח מחדש ולבחור בחיים".
בהובלת המפיקים (שאליהם מצטרפים לתמוך גם גופים ממסדיים דוגמת משרד הבריאות, משרד הרווחה והביטוח הלאומי), מתחם איזונובה התגלה כמתחם פונקציונאלי עבור שורדי הפסטיבל ושבת הטראנס, מתחם של חוסן, תקווה, מקום התכנסות של מרחב בטוח עבור שורדי האירועים.

3. "נתיבי בריחה" - דפוסי השימוש סביב ותוך כדי חווית הטראומה של אסון השביעי באוקטובר

ד"ר עמוס עברי, פסיכיאטר מומחה, המרכז לברה"ן לב השרון והמרכז הישראלי להתמכרויות (ICA)
תרבות מסיבות הטבע בישראל השתנתה ללא היכר בשביעי באוקטובר ועמה גם היחס לשימוש בחומרים של חברי

הקהילה שקיימו וחיו אותה. במסגרת המרפאה הייעודית לניצולי מסיבת נובה שהקמנו במרכז לברה"נ לב-השרון נפגשנו עם הניצולים ושמענו את סיפורי הבריחה מן התופת שחוו תחת השפעת החומרים. בהמשך למדנו גם כיצד השתנה יחסם לחומרים וביחד במסגרת הטיפול אנו דנים גם על תפיסתם לגבי שימוש עתידי בחומרים מרחיבי תודעה וחומרים מעוררים.

Use of Stimulants and Performance Enhancers During and After Trauma Exposure in a Combat Veteran: A Risk Factor for Posttraumatic Stress Symptoms?. AJP, Feb 2018

4. חוויתיה של מתמחה בפסיכיאטריית מבוגרים ביחידה לתחלואה כפולה נוער – "נשה - 7.10 פגש אותנו"

ד"ר מריה קובזר, המרכז לברה"נ לב השרון

כמתמחה בפסיכיאטריית מבוגרים עם זיקה למתמודדים עם תחלואה כפולה, וכפסיכיאטרית ילדים ונוער מארץ מולדתי, ביקשתי לשלב בין שני נושאים אלו היקרים לליבי ברוטציה בת חצי שנה במסגרת היחידה להתמכרויות נוער במרכז לבריאות הנפש לב השרון תחת ניהולה של ד"ר דורית פורת. בהרצאתי אתאר, כיצד בפרק הזמן הראשון ברוטציה נחשפתי לעולם טיפולי מיוחד תוך היכרות עם תחום השימוש בחומרים בבני נוער. למדתי בין היתר מהם החומרים השכיחים בשימוש ומהם הקשיים הרגשיים המובילים להתמכרות כולל הבנת מערכת היחסים המורכבת עם התא המשפחתי, מערכת החינוך וכור ההיתוך החברתי. אירועי ה-7.10.23 "טרפו את הקלפים" כך שהחוויה והלמידה קיבלו זווית אחרת ומאתגרת יותר. היתה לי הזכות (והחובה) ללוות נערות ונערים המטופלים ביחידה, כולל היכרות עם בני משפחתם, כל זאת כשלהתמודדויות "הרגילות" נוספו השלכות האירועים, חלקן טרגיות במיוחד. בסיכום, אשווה את הנתונים הידועים עד כה לגבי פסיכופתולוגיה בבני נוער בצל אירועי ה-7.10.23, ובכלל זה התמכרויות, לנתונים המוכרים בארץ ובעולם בעת מגפת הקורונה (COVID 19), ואסיים במספר ויניטות מחדר הטיפול המשקפות את היחסים המיוחדים שנרקמו בין בני הנוער לבני, ובנים לבין עצמם.

E3 - מושב של האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה ביולוגית

The Stress-Brain Connection: Implications for Psychiatric Disorders**Chair: Prof. Ravid Doron and Dr. Alon Shamir**

As stress-vulnerability theory suggests, the cascade of biological-psychological events triggered by intense stress plays a pivotal role in the onset of full-blown mental disorders. Post-traumatic stress disorder is a typical example of how psychological trauma can lead to such an onset. However, it has become increasingly evident that all psychiatric conditions can be affected by stress experience. For instance, an increased emotional reaction to stressful life events is associated with a higher risk of developing psychosis.

Dr. Alon Shamir will report on a novel way to measure stress quickly, non-invasively, and accurately. He will show the temporal shift of volatile organic compounds (VOC) patterns before, during, and after stress induction and discuss the potential of VOCs as a non-invasive real-time stress prediction for mental health.

Prof. Ravid Doron will discuss the biological mechanism and the anxiolytic and antidepressant efficacy of *Crataegus pinnatifida* as a novel natural treatment for anxiety and depression.

Dr. Michal Taler will share her findings on the relationship between 22q11.2DS, oxidative stress, and schizophrenia. She will provide evidence for the dysregulation of oxidative stress mechanisms and suggest that it may contribute to the increased prevalence of psychotic disorders in the 22q11.2DS phenotype.

Dr. Inbal Reuveni will discuss how trauma events may affect functional brain networks and whether it is related to increased risk for depressive and anxiety symptoms in women's

reproductive life-cycle.

E4 - מושב מטעם האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר: הערכה וטיפול מודע טראומה בצל מלחמה

**יו"ר: דר' אורי יצק - יו"ר נבחר של האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר,
דר' שלומית צפרי - מזכירת האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר**

מבוא:

בעקבות מתקפת חמאס ב-7 לאוקטובר ומלחמת חרבות ברזל שבאה בעקבותיה כלל אוכלוסיית ילדי ישראל נחשפה לטראומה לאומית נרחבת, בדרגות חשיפה שונות. האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר וחבריו יזמו פעילות נרחבת בעבודה קלינית, בפיתוח מודלים והתערבויות באוכלוסיות מפונים, בלמידה והוראה של טכניקות טיפול בטרומה, בביצוע התאמות למודלים טיפוליים קיימים במסגרות הציבוריות ובמחקר. מקצת מן העשייה העניפה יוצג במושב זה.

1. מדברים את השבי עם אמא ושני ילדים צעירים ואת היעדרות של אבא שעדיין בשבי.

כרופ' מירי קרן, ב"ח זין, אונ' בר אילן

כיצד מדברים חוויות קיצון, מבעיטות, של שבי, פחד מוות ואבל עם ילדים מאוד צעירים? מדוע חשוב בכלל לדבר אותן? מהו מקומו של ההורה/המבוגר האחראי על הילד בתהליך הטיפול? אלה סוגיות ייחודיות לגיל המאוד צעיר, אשר הובילו לפיתוח של שיטה טיפולית ספציפית למצבי טראומה, בשם TF CPP (Trauma focused Child Parent Psychotherapy). אציג את עקרונות הגישה הטיפולית הזו, אשר המטרה העיקרית שלה הנה לעזור להורה להעזר לדבר את מה שקרה, ולחבר את התנהגויות הילד לחוויות הטראומתיות שעבר ולעזור לו להבדיל בין העבר להווה כל פעם שנחשף לתזכורות (reminders). דרך מקרה של התערבות טיפולית משפחתית באם שחזרה עם שני ילדיה משבי בזמן שאב המשפחה עדיין בעזה, אתאר את האופן בו כל אחד מהילדים יצר נרטיב של האירועים, את תפקיד המטפל לשים מילים איפה שההורה הנוכח לא יכול, ואת תרומה הסטינג המשפחתי. אתייחס גם לאתגרים הייחודיים, כולל כללי העבודה הקלינית אשר משתנים ללא היכר במצבי קיצון לאומיים ואלה כוללים אופן הפניה, מיקום, זמני וגבולות הטיפול. דרך המקרה הספציפי, נגע גם סוגיות של התוויה לטיפול פרטני, הורה-ילד, משפחתי, ולא פחות חשוב לסיום הטיפול בילד לצד המשך ליווי ההורה. אסיים עם הצורך של הקלינאי העובד במצבים הללו בקבוצת עמיתים.

2. הורות רחוקה מהבית

דר' שלומית צפרי, גב' נורית סער, מרפאה פסיכיאטרית לילדים ונוער, שיבא, תל השומר

בבוקר שבת, ה-7.10.23 ארגון חמאס פתח במתקפה על יישובי עוטף עזה. התוצאות הרוות האסון כללו יותר מ-1300

הרוגים, 3000 פצועים ומעל 200 חטופים. באותו הערב עזבו משפחות רבות את בתיהן ומצאו מפלט במלונות ברחבי הארץ, כאשר זמן קצר לאחר מכן פינו אזרחים רבים גם מגבול הצפון. סך הכל כ- 130,000 אזרחים נעקרו מביתם, רבים מהם ממשיכים להתגורר רחוק מבתיהם, קהילות המקור שלהם, מקורות התמיכה והפרנסה שלהם גם היום. באותו ערב כ-550 תושבים, מחציתם קטינים, הגיעו למלון יערים בקיבוץ מעלה החמישה והתמקמו בו לתקופה לא ידועה. המעבר למגורים זמניים במסגרת מלון, 5-6 נפשות בחדר, יצר מצב חדש ומורכב בו נדרשו הקהילות והמשפחות להתמקם מחדש.

בהרצאה זו נבקש להציג את האתגרים המיוחדים שיצרה העקירה מבית ושיבוש סדרי החיים על ההורות ועל תפקידי ההורים והילדים במשפחותיהם, בהקשר של טראומה לאומית רחבה. יתוארו השינויים העיקריים מבחינת שגרת החיים והתפקודים המשפחתיים במלון, תמות הקשורות בהורות ותפקוד הורי שעלו בעת התערבויות פסיכו-סוציאליות פרטניות וקבוצתיות, דילמות וסיטואציות מחיי היומיום של ההורים והילדים לאורך החדשים הראשונים לשהותם במלון והתערבויות טיפוליות שנעשו. יוצג ניתוח מפרספקטיבות תאורטיות שונות של הקונסטלציה הייחודית, גורמי החוסן וגורמי הסיכון עימם התמודדו המשפחות ותפקידי המטפלים בקונסטלציה זו. נדון בדוגמאות שיוצגו דרך היבטים מתיאוריות שונות לטיפול בהורות ובניהן: טיפול אינטגרטיבי מבוסס התקשרות של אסתר כהן, טיפול במנטליזציה הורית של פרופ' פונג, הורות על פי גישת אייכה – הקשר המגדל של ד"ר איתן לבוב וכן התבוננות מהזווית של גישת הסמכות ההורית החדשה של פרופ' חיים עומר.

3. חממה כמודל מרכזים אינטגרטיבים לילדים ובני נוער מפונים במצבים נפשיים קשים מקריית שמונה ויישובי גבול הצפון.

ד"ר אורי יצקר, מנהל המערך הפסיכיאטרי לילדים ונוער במרכז הרפואי זין, הפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי-אוניברסיטת בר אילן
עד כה מפונים מגבול הצפון כ- 80 אלף תושבים. רבים מהם נמצאים במלונות בטבריה וסובב כנרת, אשר מתנהלים, כידוע, בתנאי חיים מאתגרים: בצפיפות, חסרי בית ופרטיות, מנותקים ממערכות התמיכה וללא אופק. ריבוי הפניות של ילדים ובני נוער מפונים, במצבי קיצון לחדר מיון, והדרדרות חדה במצבם הנפשי, אותתו לנו, במערך הפסיכיאטרי לילדים ונוער במרכז הרפואי זין, כי יש לעשות מעשה. יצאנו אל קהילות המפונים וזיהינו שילדים ובני נוער רבים "אבדו" בחדרי המלון והקשיים המאפיינים של הילדים הינם רב מימדיים משפחתיים, חברתיים, לימודיים והדרדרות נפשית. ולכן הקמנו מודל ייחודי אשר נותן מענה לכלל מרכיבים אלו. התאמנו את מודל החממות – מרכזים אינטגרטיביים אשר פיתחנו, עבור ילדים אלו. דרך תיאורי מקרים של ילדים ובני נוער מפונים במצבים קשים אציג מודל החממה אשר כולל מעטפת נפשית, חינוכית, חברתית ומשפחתית (בשותפות משרד החינוך, הרווחה והבריאות), ואת איכותו וחשיבותו למצבים מורכבים אלו.

4. Shifting the Responsibility: Implementation of a Comprehensive Trauma - informed Screening for Children Seeking Treatment in an Outpatient Psychiatric Public Health Setting

מציגה: דר' נעמה דה לה פונטיין, מרכז פסיכיאטרית לילדים ונוער, שיבא, תל השומר

Naama de la Fontaine^{1,2}, Shlomit Tsafrir,^{1,3} Michal Taler^{1,3}, Noa Rubin¹, Maya Lifshitz¹ & Doron Gothelf^{1,3}

¹Sheba Medical Center, The Edmond and Lily Safra Children's Hospital

²Yale University Child Study Center

³Tel Aviv University

Childhood trauma repeatedly goes unnoticed. However, given traumatized children's externalized behavioral difficulties, they are habitually misdiagnosed. As a direct result, children are referred to inappropriate and ineffective treatments which hinder their recovery. Likewise, social, familial and parental risk factors, shown to be associated with the maintenance and exacerbation of PTSD in children, also go unnoticed. Trauma-informed care recognizes the importance of preventing the negative sequelae linked to traumatic exposure by placing the responsibility for early identification of childhood exposure to violence on the various systems responsible for their ongoing care and wellbeing. As such, the Child and Adolescent Psychiatric Division at the Sheba Medical Center, has implemented a wide-spread, ecologically informed and trauma-focused screening procedure. The screening, to be administered to all referred children (n=800 annually), is implemented in a stepwise manner. Validated measures, pertinent to social, parental and individual risk factors include the Psychosocial Assessment Tool (PAT), the Posttraumatic Symptom Scale- (PSS-5), and the The Child PTSD Symptom Scale (CPSS), respectively. Additionally, a trauma-focused adaptation of the Family Accommodation Scale - Anxiety (FASA) captures problematic parental responses to children's exposure to trauma. The current presentation will offer a) a review of this well-rounded, trauma-informed evaluation process, b) initial findings from a sample of self-referred patients (n=60) and, c) future steps towards early identification and prevention utilizing evidence-based screening within public health.

5E - אירועי ה-7 באוקטובר והמלחמה: מחקרים לגבי השפעות נפשיות על האוכלוסייה בישראל ובחץ לארץ החברה לבריאות הנפש בקהילה

יושבי ראש: ד"ר עידו לוריא, ד"ר נדב אמיתי

1. טראומה, מצוקה ושימוש בסמים לאחר אירועי ה-7 באוקטובר

פרופ' דנה צור ביתן, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה; המרכז לבריאות הנפש שלוותה שותפים: ד"ר דניאל פיינגולד, המחלקה לפסיכולוגיה, המכללה אקדמית אחוזה; פרופ' יובל נריה, המחלקה לפסיכיאטריה, אוניברסיטת קולומביה

מבוא: הערכות קודמות של השפעות אירועי טרור בעולם מצביעים על עליה בתסמיני טראומה, חרדה ודיכאון, וכן שימוש מוגבר בחומרים. עם זאת, אירועי ה-7 באוקטובר אופיינו בעוצמות שאינן מוכרות אפילו לאוכלוסייה בישראל, המורגלת בהתמודדות מול אירועי טרור. במחקר זה נבחנה ההשפעה המיידית של אירועי ה-7 באוקטובר באמצעות סקר אינטרנטי שהופץ בין ה-30 באוקטובר ל-9 בנובמבר 2023.

שיטה: כ-660 משתתפים הגיבו לסקר, מתוכם 415 מילאו את כלל ההערכות, בהם דיווחו על תסמיני דחק בתר-חבלתי, מצוקה, מידת החשיפה לאירועי ה-7 באוקטובר ושינויים בדפוסי צריכת חומרים. על מנת לבחון את היקף המצוקה, וכן את ההשפעה האפשרית של מאפייני המשתתפים על הסבירות לפיתוח מצוקה חריפה בוצעו ניתוחי רגרסיה לוגיסטית חד ורב-משתניים.

תוצאות: 31.4% מכלל המשתתפים עברו את הסף הנדרש לאבחון הפרעת דחק בתר-חבלתית (probable PTSD), כאשר גיל צעיר, מין נשי וחשיפה מוגברת לאירועי הטרור ניבאו תסמינים משמעותיים יותר של הסתמנות בתר-חבלתית. כ-63% מכלל המדגם דיווחו על ערנות-יתר, ו-58% דיווחו על קשיי שינה. עליה בשימוש בחומרים ממכרים דווחה בקרב 34% מכלל המדגם; העלייה המשמעותית ביותר שדווחה הייתה בתדירות עישון סיגריות (16.5%), ולאחריה שימוש בתרופות הרגעה (11.1%), במשככי כאבים (10.6%) ובאלכוהול (10.6%). בניתוחים מבוקרים עלה כי מין גברי וחשיפה מוגברת לאירועי הטרור ניבאו שימוש מוגבר בחומרים.

דיון: ממצאים ראשוניים של מחקר זה אלו מצביעים על עוצמת ההשפעה הנפשית של אירועי ה-7 באוקטובר על אזרחים בישראל. משמעויות קליניות, מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך ידונו במהלך ההרצאה.

2. השפעת זהות חברתית על לחץ ומצוקה נפשית בחברה הערבית והיהודית בישראל ובקרב

ישראלים בחוץ לארץ לאחר ה-7 באוקטובר

ד"ר יעל מאיר, ד"ר יעל ענב, אוניברסיטת חיפה

שותפים: ד"ר נגה שיפמן, המרכז הרפואי מעייני הישועה, ד"ר עידו לוריא; המרכז לבריאות הנפש שלוותה, בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב

בהרצאה יוצגו שני מחקרים שבדקו את השלכות אירועי ה-7 באוקטובר והמלחמה על המצב הנפשי בקרב אוכלוסיות ישראליות, בישראל ובחוץ לארץ. המחקר הראשון התבסס על מדגם אינטנרטי מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (N=517, 79.1% יהודים, 20.9% ערבים). במחקר נמצא כי ביחס לערבים, יהודים דיווחו על חשיפה גבוהה יותר לאירועים הקשורים למלחמה. בקרב שתי האוכלוסיות נמצאו רמות דומות של תסמיני PTSD (12-15.4%) וחרדה חמורה (10-15%). ביחס למקור המצוקה הנפשית, המשתתפים ציינו את הסיבות הבאות (בשכיחות יורדת): הדאגה לחטופים, תחושת אי-וודאות, אובדן הכנסות ודאגות כלכליות, דאגה לחיילים, והידעות השוטפות על הרוגים. מבחינת חסמים לטיפול; כמחצית מהמשתתפים דיווחו שאין להם אמצעים כלכליים לטיפול נפשי (53.3% באוכלוסייה היהודית ו-56.1% באוכלוסייה הערבית). כרבע מהמשתתפים מקרב האוכלוסייה היהודית וכמחצית מהמשתתפים מהאוכלוסייה הערבית דיווחו כי לא מקבלים סיוע בגלל מחסור במטפלים באזור מגוריהם. המחקר השני נערך במדגם של ישראלים (N=504) המתגוררים מחוץ לישראל, בהתפלגות הבאה: 64.3% - ארה"ב וקנדה, 28.6% - אירופה, 7% - במדינות אחרות. משתני הזהות שנקשרו לרמות חרדה חמורות: מגדר (נשים, 37% לעומת גברים 20%), חיים עם מגבלה (44.2%), ומיקום גיאוגרפי (ישראלים באירופה חוו חרדה בשכיחות גבוהה יותר ממדינות אחרות). חמשת האירועים שגרמו לרמות לחץ הגבוהות ביותר: קרוב משפחה המשתתף כעת בלחימה; חשיפה לתכנים אנטישמיים; חשש לצאת למקומות המזוהים כיהודים או ישראלים; אובדן קשר או הכנסה כתוצאה מזיהוי כיהודי או כישראלי; והסתרת סממני דת מחשש לפגיעה. 66.4% מהמשיבים נמצאו כסובלים מתסמיני PTSD מעל הסף הקליני. הממצאים מצביעים על היקף הפגיעה הנפשית בחברה הישראלית בארץ ובחו"ל, ועל חשיבותם של מאפייני זהות ומיקום במיכוי מצוקה נפשית ובפיתוח מענים תואמים.

3. כאב נפשי ופסיכופתולוגיה לאחר טבח השבעה באוקטובר: מחקר אורך פרוספקטיבי במדגם

מייצג של האוכלוסייה הישראלית

פרופ' יוסי לוי בלז, המרכז לחקר האובדנות והכאב הנפשי ע"ש ליאור צפתי, המרכז האקדמי רופין

שותפים: ד"ר כרמל בלנק, ד"ר יואב גרובייס, פרופ' יובל נריה

אירועי הטבח של השבעה באוקטובר היו אירועים חריפים בסדר גודל בינלאומי. ובהתייחסות לגודל האוכלוסייה, זהו

אירוע הטרור הבווד הקטלני ביותר אי-פעם. לכן, ולהשפעה העמוקה של האירועים על הלך הרוח בישראל יכולות להיות השלכות חריפות ביותר בכל הקשור למצב נפשי ולפתולוגיה נפשית בקרב האזרחים בישראל. במחקר הנוכחי, ראשון מסוגו בישראל, בחנו את רמת התסמינים הפוסט-טראומטיים, הדיכאוניים והחרדתיים במדגם מייצג של החברה הישראלית (N=710), שנבדק שלוש פעמים: באוגוסט 2023 (7 שבועות לפני הטבח), בנובמבר (5 שבועות לאחר הטבח) ובפברואר 2024 (15 שבועות לאחר הטבח). כל המשתתפים ענו על סדרת שאלונים הקשורים לקשיים נפשיים שונים כמו גם לחשיפה ישירה לטראומה, אובדן והתמודדות נפשית לאורך התקופה.

ממצאי המחקר מלמדים על עלייה משמעותית בעוצמת התסמינים וההפרעות הפסיכיאטריות של PTSD, דיכאון וחרדה לאחר הטבח. כך לדוגמה, שיעור ה- PTSD הוכפל (ל 29.6% במדידה השנייה), שיעור הדיכאון והחרדה הגיע קרוב ל 50% מהאוכלוסייה. ממצאי המחקר מלמדים על קבוצות סיכון ייחודיות כגון נשים, ערבים אזרחי ישראל ואזרחים שחשו בגידת מנהיגים בשל הטבח. כמו כן, הם מצביעים על תפקידה החשוב של תחושת השינוי, שממתנת את ההשפעה של רמת הדיכאון על סיכון אובדני בקרב משתתפי המחקר.

לממצאי המחקר השלכות קריטיות על תהליכי זיהוי והתערבות ראשוניים בקבוצות סיכון ובאוכלוסייה הכללית. תהליכי זיהוי מוקדם של אוכלוסיות סיכון, והתערבות ממוקדת טראומה ודיכאון באוכלוסיות אלו יוכלו למנוע התפתחות הפרעות כרוניות וכאב נפשי מוגבר באוכלוסייה הישראלית.

4. הערכת צריכת שירותי בריאות הנפש ברמת האוכלוסייה : נתונים חדר מחקר "כללית"

ד"ר נעמה דרזנר בארי, המרכז לבריאות הנפש "שלווה"

שותפים: ד"ר עידו לוריא, פרופ' דנה צור ביתן, פרופ' אמיר קריבוי, ד"ר נעה מנקס-כספי, ד"ר עינת טילבור

תקציר: בעקבות אירועי ה- 7 באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל, התקבלו דיווחים על גידול ניכר בבקשות לסיוע נפשי מצד קופיות החולים ועליה בשימוש בתרופות הרגעה. דיווחים בספרות מאירועי טראומה רחבת-היקף מצביעים על עליה בשיעור באבחנות פסיכיאטריות בזמני טראומה-רחבת היקף, אך יש עדויות סותרות לגבי השימוש בשירותי בריאות הנפש.

מטרת המחקר: למפות את השימוש בשירותי בריאות הנפש ואבחון פסיכיאטרי בישראל החל מה- 7 באוקטובר,

באוכלוסייה הכללית ובאנשים עם אבחנה של תחלואה נפשית חמורה קודמת.

שיטות: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי בין אוקטובר 2022 ועד ינואר 2024 במאגר הנתונים האלקטרוני של חדרי המחקר של שירותי בריאות "כללית" (המבטחת 52% מהאוכלוסייה בישראל) לגבי: א) שימוש בתרופות פסיכיאטריות ומשככי-כאב; ב) התפלגות האבחונים הפסיכיאטריים; ג) פניות לחדרי מיון פסיכיאטריים וכלליים; ד) אשפוזים פסיכיאטריים; ה) טיפולים במרפאות בריאות הנפש.

תוצאות: מניתוח הנתונים הראשוני עד כה, עולה שהייתה עליה באבחון הפסיכיאטרי במהלך אוקטובר-נובמבר 2023 (עליה של 45% באבחנות חרדה, 905% באבחון ASR), עליה בצריכת תרופות פסיכיאטריות (נוגדי דיכאון, נוגדי

חרדה ופסיכوزה) ועליה בפניות לטיפול מרפאתי (25%).

מסקנות: ברמת האוכלוסייה, יש עליה ניכרת בשימוש בצריכת שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל, בעקבות אירועי טראומה המונית. יש חשיבות להערכות של מערך בריאות הנפש הציבורי למתן מענה מדויק ומתאים לצרכי האוכלוסייה.

E6 - חוויות רופאים פסיכיאטרים בלחימה

יו"ר: ד"ר שירלי פורטוג

מלחמת חרבות ברזל הפכה סדרי עולם במדינת ישראל. כמו רבים וטובים, אנשי בריאות הנפש התגייסו, כארגונים וכפרטים, להעניק עזרה לאזרחי מדינת ישראל. חוויות ההרס, הרוע האנושי וקריסת קונספציות מתחו עד הקצה את משאבי ומנגנוני ההסתגלות שלנו כאזרחים, כחברים בקהילות, כבעלי משפחות, ומייצגי פרופסיה. בפרפראזה על מישל פוקו קשה מאוד להיות סגור של החיים במציאות כזו.

עקב המאפיינים הייחודיים של מלחמה זו נדרשו מענים ייחודיים שפיתחו ושוכללו תוך כדי תנועה. כל אחד מהפסיכיאטרים שהסכימו לשאת אותנו בנדיבות ובאומץ בחוויות האישיות שלהם נדרש לתעוזה, לגמישות ולמסירות יוצאות דופן כדי להעניק טיפול בריאות נפש מיטבי. כל אחד מהם גיבש קול ייחודי בגישות ובפיתרונות כדי להתמודד באופן מיטבי עם האתגרים הייחודיים שעמדו בפניו.

1. החוויה שלי בהלחימה כרופא קרבי ולא כפסיכיאטר

ד"ר דוד פיש, מתמחה, בית חולים מרחבים, באר יעקב נס ציונה

שלום, נשאלתי האם אני יכול לדבר איתכם על החוויה שלי מהלחימה.

אז אשמח להציג את עצמי בהתחלה שמי דוד פיש, מתמחה בפסיכיאטריה במי חולים "מרחבים" באר יעקב נס

ציונה שנה 3.5 בהתמחות, אתמול נגשתי לשלב א'. בן 35, נשואי לסימונה ללא ילדים.... עדין

11.2.24, 710.231 "יום שבת השחורה" גויסתי למילואים, עם תחילת מלחמת "חרבות ברז" שחורתי ממילואים ב

שרתתי במילואים 128 יום (4 חודשים וקצת). מרבית התקופה הייתי בעזה כשלושה חודשים). מהצפון עד לדרום.

אני מתפקד בצבא במילואים כרופא גדודי, בהנדסה קרבית גדוד 8170, רופא קרבי אשר נמצא במהלך הלחימה עם

החיילים בשטח, חלק מחוליה רפואית קדמית (חר"ק) אשר הייתה בפועל מורכבת ממני וחובש שאיתי. אני והחובש

הינו מצורפים כל פעם לפלוגה שונה אשר הייתה מצורפת לכוח אחר (יחידות שונות) אשר היו צריך שות"פ עם כוח

הנדסה, חלק מהשימוט כללו פיצוץ מנהרות, פירים, המל"ח לחימה אשר נמצא, בתי מבוקשים, טיפול מטעני חבלה

ופיצוץ משגרים ועוד.... התפקיד של החר"ק הוא להיות בשטח עם הלוחמים בשטח ובמדיה וקורה משהו ויש פצועים

התפקיד הוא לתת מענה רפואי מדי.

קשה לסכם לתאר את החוויה הכולל של הלחימה, יש פה ערוב של המון רגשות ואירועים. החוויה היא לא שלי בלבד

כי אני הייתי חלק מכוח בשטח, שתמיד ביחד, כמו "גוף אחד" ישנים, אוכלים, בוכים, צוחקים, כועסים, נלחמים ביחד,

דואגים אחד לשני בכל.

יצא לטפל במספר לא מאט של חיילים פצועים בשטח, טיפילתי באירוע רב נפגעים כרופא מטפל בכיר לבד וקבעתי

מוות בשטח יוצא לי גם לטפל באירועי דחק ראשוני (הלם קרב)

מעבר לרפואת החרום גם הייתי מטפל ברפואת שגרה בשטח עצמו כאשר לא היינו בפעילויות שזה דרש ממני להוריד ציוד רפואי נוסף, תרופות שגרה מעבר לציוד רפואת החרום שאיתי בכל רגע נתון, וזה דרש ממני לוותר על ציוד אישי ואף לגרום לחובש שלי לשנוא אותי מאט ולעזור לי לסחוב את הכל

אתם בטח שואלים את עצמכם איך מתמחה בפסיכיאטריה בסוף נמצא בעזה בשטח בתפקיד רופא קרבי ונותן מענה במצבי חרום? זו בהחלט שאלה שעברה לא למאט אנשים שאני משרת איתם, פקודים שלי, רופאים אחרים שפגשתי (רובם מתחומי רפואת החרום והכירורגיה) פרמדיקים וקבנים... שאלה שנשאלה אף הרבה פעמים בצורה ישירה.... ולא אשקר גם לי עברה השאלה הזו בראש ברגעים שונים....

אחד הזכרונות שלי לשאלה זו הייתה לאחר היציאה הראשונה מעזה, לאחר שלושה שבועות שהיינו בעזה יצאנו להתרענות, התארגנות לפני חזרה להכנסה מחדש, שמעתי מגורמים שונים על כך שיש רופאים ופרמדיקים שזה העיסוק שלהם בשגרה טיפול ברפואת חרום עוזבים את התפקידים שלהם בשל מראות שראו, אירועים שיצאו להם לטפל בהם בלחימה ואני עומד שם מתמחה בפסיכיאטריה שזה לא המקצוע שלי רפואת חרום ועוברת לי בראש אותה שאלה. אני בראש אמרתי שאני התאמנתי עם החיילים שלי באימונים שכדמו למלחמה, ומ 7.10 התאמנו כל רגע אפשרי לעלות את הכשירות ולהיות הכי מוכני שיש עד לפקודה שנכנסים. אני כמפקד בתאג"ד, יש לי תפקיד גם כלהיות דוגמה אישית, ראיתי שלהרבה מחילי גם לא היה פשוט והבנה שאם נכנסים יש מצב שחלקנו לא נחזור. לפעולות שלי יש השלכות ולכן אמרתי לעצמי שאני נשאר לא משנה מה, האמנתי בחיילים שלי, ידעתי שהם מסוגלים לעשות כל מה שצריך בצורה הטובה ביותר ולהציל חיים ברגע שהיה צריך.... הם פחות האמינו בי בהתחלה, שאלו תשאלה "אתה מודע שאתה פסיכיאטר" (בדיחה)... אבל מהר מאוד הגישה הזו השתנתה במיוחד אחרי מספר אירועים שיצאו לי לטפל והראיתי לכולם שגם פסיכיאטרים יודעים לתת מענה ברפואת חרום לא רק נפשית אלה גם גופנית.

כמובן שגם יצא לי להחליף בין הכובעים השונים, מרופא הקרבי וגם לפעמים לפסיכיאטר (למרות שזה תפקיד בצבא), אבל היו אירועים שהייתי צריך, כמו כן גם היו חיילים כאשר ששמעו שאני מתמחה בפסיכיאטר (אותה שמוע על חייה כזו שנמצא בשטח חוץ) פנו אלי בבקשה פשוט לדבר, לשתף, חפשו אוזן קשבת וכמובן שאני לא יכולתי ולומר לא.

נושא בריאות הנפש בצבא השתנה בצורה מדהימה, ושמחתי לראות אז במיוחד כמי שבא תחום בריאות הנפש ושמעו כמה לא היה מענה לחיילים בשטח או באזרחות לאחר השחרור. היו קבנים שירדו לשטח לעזה עצמה ואף לאזורי הלחימה ונתנו מהנהג לחיילים שבקשו. כל חייל שרצה לראות קבן בדרך כלל ראה קבן 24 שעות מהבקשה ואף לפעמים במייד, היה אפשרות ליצירת קשר טלפוני 24/7. גם מענה פסיכיאטר היה בבסיס. חיילים בקשו ויזמו שהתרגל איתם מענה לחיילים במצב דחק ראשוני (נהל ילום בצבא) כל חייל עובר הכשרה זו בדגש על לוחמים.

בשחרור היו ימי איבוד מרוכזים עם קבנים ונתנו טלפונים ומוקדים שאליהם יהיה אפשר לפנות בכל רגע נתון גם לאחר השחרור

הייתה תקופה שהיין 8 חיילים בתוך כלי משוריין בשם פומה 1.5 מטר על 2.5 (לא יצאנו מהכלי פעם אחת 5 ימים ברצף וכל מה שמשותמע מכך)

לפעמים לא ישנו ולפעמים ישנו גם בתנאים שהם לא תנאים.
תקופות אורכות היו ללא קשר עם המשפחה, האישה וחברים.
היו רגעים קשים, והיו רגעים גם טובים....

בסוף יצא לי להיות חלק מגדוד, להכיר אנשים מדהימים, את חלקם לא הייתי פוגש בחיים באזרחות. גדוד שמורכב מאנשים מכל האוכלוסיה בישראל, משמאלנים, לימניים, מיהודים, נוצרים, דרוזים, בדואים, אתיופים, חברה כאלו שמוכנים את עצמם "נערי גבעות", דתים כפה שרוגה וגם דתים חסידים. היו גם חברה שגרים בחול ובאו להתנדב אחרי שנים שלא גרו בארץ. אנשים מכל הארץ מקרית שמונה, אילת, נתניה, ראשון, תל אביב, בקעת הירדן ועוד.... היינו כולם מאוחדים, כולם ביחד ללא שוני, ורק במטרה אחת להחזיר את הבטחון ואת השקט לאזרחים ושהמשפט "NEVER AGAIN" בהחלט לא יחזור על עצמו שוב והיה הפעם חד וסופי.

2. ד"ר יען שרייבמן, אבא לשלוש, נשוי לדורין מומחה בפסיכיאטריה של המבוגר, ס.מנהלת מחלקת מיון וטיפול במשבר בבית חולים שלווה, רופא במילואים ביחידת הרפואה האווירית של צנחנים במילואים.

07.10 התגייסתי כרופא ופסיכיאטר למלחמת חרבות ברזל. שני גדודים של החטיבה וחצי מהכוח הרפואי שלנו ירדו לעוטף עזה להדוף את המרצחים ולחלץ אזרחים ישראלים מתוך התופת. שאר הכוח החל בהכנות מבצעיות ללחימה מול חיזבאללה בצפון. באותו הערב, כשגודל הזוועה החל להיחשף מולנו, פניתי לקב"ן האוגדה שלי ושאלתי אותו מי אחראי על הבריאות הנפשית של החטיבה שלי? "אתה" הוא ענה. ברגע זה מבחינתי התחיל סיפור מערך בריאות הנפש של חטיבה 55. מתוך הזוועה והטראומה איתה התמודדו הלוחמים ולאור עלייה בשטף הפניות היה ברור שיש לשפר ולייעל את המענה הנפשי שניתן. לוחמים בעלי הכשרה בטיפול, פסיכולוגים ועו"סים הרימו ראשם והתגייסו למערך על מנת לתת מענה איכותי וזמין לכלל חיילי החטיבה. לאורך הלחימה למדנו ושינינו את שיטת העבודה תדיר על מנת להיות מסוגלים לתת מענה מותאם. הנחת העבודה עליה התבססנו הייתה שמסגרת הטיפול הטובה ביותר לחייל עם תגובת דחק אקוטית היא המסגרת האורגנית. קב"ני היחידה נעו בין הבסיסים של החיילים וביצעו הערכות, הדרכות והתערבויות קצרות מועד, היינו כתובת זמינה להתייעצויות של הפיקוד ובמידת הצורך נכנסנו לעומק הלחימה לצורך ייעוץ, הערכה והתערבויות קבוצתיות ופרטניות. מתוך צורך עז שעלה ממשפחות הלוחמים גויסה קב"נית שתפקידה הייתה לרכז את הטיפול המשפחתי, תפקיד שלא קיים במערך הצבאי או האזרחי והוכח כקריטי. צוות הקב"נים של החטיבה ראה מאות חיילים, עשרות רבות של התערבויות קבוצתיות, עשרות קבוצות פסיכו-חינוכיות ללוחמים ובני משפחותיהם. בהרצאה אספר את סיפור בריאות הנפש ביחידה ואדגיש את הלקחים שאפשר

לקחת מניסיון זה לניהול בריאות הנפש בלחימה ואולי גם באזרחות.

3. ד"ר ברוך שי נוישטטר, מ"פ צוות לטיפול בתגובות קרב, פיקוד דרום, אחראי מערך החירום בבריאות הנפש, ביה"ח סורוקה

שבת. שמחת תורה. 7 באוקטובר. עוד מעט תתחיל התפילה בבית הכנסת. ילדים, הקפות, קידוש. "חגיגה". השכנה דופקת בדלת. "יש טילים בכל הארץ. מעבירים את התפילה לפארק". השמועות מתחילות לזרום. "אומרים שיש יריות בשדרות". פותח את הסלולרי. מצטברות הודעות בקבוצת וואטסאפ-חירום של המחלקה לפסיכיאטריה בסורוקה. לפני כמה שנים ביקשו שאהיה אחראי מערך החירום. תפקיד שהסיכוי שיקפיצו אותך, ועוד בשבת, כשיש כבר כונן, ממש קטן. מקפיץ את המעגל הראשון. בקבוצת החירום של סורוקה נכתב לפתע "אר"ן 2". את זה מעולם לא יצא לי לראות. ודאי שלא אר"ן 3. מדבר עם הכוננית לגבי הגעתו. "נראה לי שכדאי". מה כבר יכול להיות שלא מספיקים כל הכוננים?

נוסע ברכב. הרדיו דלוק. הידיעות הנוראיות מתחילות לזרום. נכנס למיון. מבקשים לשלוח מישור לראות רופא מברזילי שיצא בחיים ממחסום ביד מרדכי של החמאס. של החמאס??? מגיעה בחורה צעירה ממסיבה. "חטפו אותו" היא זועקת. מצב דיסוציאטיבי? ASR עם סימנים פסיכויים? תחת השפעת חומרים פסיכואקטיביים? אחרי כמה דקות המטפלת ניגשת ואומרת שבלייב פייסבוק אכן רואים את החבר שלה בעזה. מה עושים? מגוחך להגיד כמו בתרגולים "סביר שבתוך מספר ימים תרגישו הקלה בתסמינים". מסמס לליאור קב"נית הפיקוד. נצורה בממ"ד בעוטף. אין קליטה. אחרי יום שנגמר מאוחר בלילה ומתחיל מוקדם ליאור יוצרת קשר. הצלת"ק מוקפץ. איפה ימוקס? האוגדה ברעים כבושה וג'וליס לא מאובטחת.

עודד ואני מגיעים. מגיע אלי אדם עם זקן לבן לצלת"ק. מיחידת סילוק גופות ברבנות. "אתה הרב? חייל?" לא. אני הקב"ן. מרגיש שאולי אני בדיסוציאציה.. "תקשיב, אני שולח לך כמה חיילים אבל אתה לא יכול לשחרר אף אחד. כולנו שרוטים. גם אני, כינתי 32 גופות. יש לטפל בעוד 1500 עדיין שחררתי אחד. את המראות המזוועים של הגופות המרוטשות שתיאר אחסוך מכם. הוא כבר לא תפקד.

מכאן מתחיל מסע לגיוס פסיכיאטרים וקב"נים רבים לטובת מתן מענה לחיילים רבים בכל החודשים לאחר מכן. הם יביאו עימם אם חוויות היום הנורא בתולדות המדינה ובהמשך את מאורעות וצללקות המלחמה.

4. ד"ר בני גרינבאג, פסיכיאטר בכיר ילדים ונוער ומכבי ובחיים מפקד המרכז לשיקום עורפי מרכז בתחילת מלחמת "חרבות ברזל", הופעל לראשונה אי פעם מערך למתן מענה ולטיפול בחיילות וחיילים ששובלים מתגובות קרב בעקבות אירועי המלחמה. המלש"ע- מרכז לשיקום עורפי- קולט אליו חיילים שעברו התערבות ראשונית בחזית אצל קב"ני יחידות ונצוותים לתגובות קרב ("צלת"ק), ונמצא שמצבם מצריך טיפול ממושך יותר. משך הטיפול במלש"ע נמשך בממוצע כחודש, במתכונת של מרפאה אינטנסיבית/אשפוז יום- כאשר החיילים מסופחים למלש"ע לתקופה זו במקביל ללינה בבית. המלש"ע נפרס בשלושה מוקדים- צפון, מרכז ודרום, וצוות המלש"ע כולל אנשי מקצוע משלל תחומים- פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עו"סיות, מדריכי אימון גופני, ליצנים רפואיים

ומדקרת. במהלך תקופת השהיה החיילים משתתפים במגוון רחב של טיפולים- פרטניים וקבוצתיים. עקרונות הטיפול בחיילים הסובלים מהפרעת דחק אקוטית כוללת התערבויות ראשוניות שנועדו לחיזוק משאבים, רכישת כלים לויסות, התערבויות פסיכוינוכיות ועידוד לחזרה לתפקוד. הושם דגש משמעותי להפיכת מרחב המלש"ע למקום נעים ומכיל, שמזמין ומאפשר מפגש בלתי אמצעי עם האחר- מרחב מעוצב הכולל כלי נגינה, משחקים ואוכל. חיילים רבים הגיעו לשהות במרחבים אלו במשך שעות היום, בין כניסה לקבוצות וטיפולים.

הקבוצות הטיפוליות כוללות שלושה עוגנים מרכזיים- 1. פיתוח **מיומנויות** והבנה לפיסיולוגיה של מנגנונים כגון חרדה, מתח וניתוק ומתן כלים בסיסיים להתמודדות. 2. קבוצות **גופנפש** - חיבור לגוף, אימונים גופניים (בחוץ, בחדר כושר) ואימוני קרב מגע 3. חיזוק **משאבים** פנימיים וחיצוניים. מעבר לכך, קבוצות לעיבוד ראשוני - "אלבום תמונות", "לעכל בשלום את האירוע", וקבוצות נוספות כגון שינה ומרגוע, שינה וחלומות, "זר לא יבין זאת", ניהול כעסים, קבוצת ייחודית לאנשי מילואים, וקבוצת "משתחררים" לסיכום התהליך הטיפולי.

במהלך המלחמה עד כה טופלו במרכזים אלו כ-1,500 חיילות וחיילים. מתוך החיילים הסדירים שטופלו, כ-15-18% שוחררו משרות (פרופיל 21), כ-40% חזרו להמשיך שרות ביחידתם, וכ-40% המשיכו שרות בתנאים מוקלים לאחר התאמת פרופיל והגנות, לרוב בתפקיד עורפי.

F3 - בין מיטוכונדריה למח: הפרעות נפשיות בראי הפסיכיאטריה המטבולית

פרופ' אמיר קריבוי, ראש רשות המחקר ומנהל מחלקה, המרכז לבריאות הנפש גהה' הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

פסיכיאטריה מטבולית הינה פרדיגמה חדשה בהבנת הפרעות נפשיות, בה שמים דגש על התפקוד המטבולי והאנרגטי של המוח כחלק מהסיבות לתסמינים ובהתאמת הטיפול. מחקרים אחרונים מצביעים על קשר הדוק בין הפרעות מטבוליות במוח לבין התפתחות מגוון הפרעות נפשיות, כולל דיכאון, מחלות פסיכוטיות, והפרעות חרדה. הפרעות אלו נקשרות בשינויים במטבוליזם של גלוקוז במיטוכונדריה ובמשק האנרגיה של נוירונים, מה שמשפיע על תפקודם ועל האותות החשמליים והכימיים שהם משדרים. הסתכלות דרך פסיכיאטריה מטבולית מובילה לפיתוח טכנולוגיות חדשות למדידה וניתוח מטבוליזם נוירנלי, ופורצת דרך בהשפעות של תזונה, תרופות והתערבויות התנהגותיות על המטבוליזם המוחי. בהרצאה נבין כיצד הפרעות מטבוליות משפיעות על התפתחות וניהול הפרעות נפשיות ונדגים אפשרויות אבחון וטיפול חדשות המתמקדות בשיקום המטבוליזם הנוירנלי.

F4 - נגישות לשירותי בריאות הנפש בחברה הערבית בעקבות הרפורמה: עמדות, חסמים וגורמים תומכים לשימוש בשירותים*

צוות המחקר: פרופ' ניהאיה דאוד, ד"ר נביל ג'ראסי, ד"ר אומיימה פרחאת, ד"ר סאמי רחאל, ד"ר ניווין עלי סאלח, ד"ר יגבי קנייפל, גב' מיראז השול, דורטורנטית ביאטריס אגרונסקי.

תקציר

רקע: הרפורמה בבריאות הנפש (ברה"ן) שהחלה בישראל ב-2015 העבירה האחריות לשירותי ברה"ן ממשרד הבריאות לקופות החולים. הרפורמה שואפת לשיפור איכות ורצף הטיפול, הסרת הסטיגמה והגדלת הזמינות והנגישות לשירותי ברה"ן באוכלוסיות בהן השימוש נמוך, כמו באוכלוסייה הערבית.

מטרות מחקר: לבדוק שינויים בשירותי ברה"ן בחברה הערבית, ולבדוק שיעור המצוקה הנפשית, פניה לטיפול, דפוסי שימוש וחסמים.

שיטות: מחקר משולב שיטות שנערך ב-2020 - 2023. בחלק הכמותי ערכנו סקר טלפוני אוכלוסייתי בערבית במדגם שכבתי של 507. בחלק האיכותי, ערכנו 60 ראיונות עומק עם: 12 קובעי מדיניות ובכירים ממשרד הבריאות וקופות-חולים, 8 מטפלים, 40 מטופלים.

ממצאי הסקר הראו כי 35.9% דווחו על מצוקה נפשית, מתוכם 39% פנו לסיוע, ומתוכם 18 פנו לשירותי ברה"ן. כ-54.9% דיווחו על חסמים כמו: זמני המתנה ארוכים, קשיים בקביעת תור, קושי להגיע למרפאה, פערים תרבותיים, יחס לא טובלני, לא אמפתי, גזעני ואוריינות נמוכה.

ממצאים איכותניים הראו שהרפורמה הביאה לפיתוח ופריסה גדולים יותר של שירותי ברה"ן בקהילה, שימוש מוגבר בשירותים, והפחתת סטיגמה. זה הביא להתארכות התורים, אם כי רצף הטיפול בקהילה השתפר. בחברה הערבית בהעדר פיתוח היסטורי של שירותי ברה"ן, החלת הרפורמה הבליטה את הפערים בשירותים. התארכות התורים הביאה לירידה באיכות הטיפול. רוב המטופלים הערבים מקבלים טיפול תרופתי בלי טיפול תומך, לא מכירים את הזכויות שלהם ולא מקבלים סל שיקום. הרפורמה יצרה חסמים וקשיים בירוקרטיים מערכתיים מצד הקופות אשר מקשים על החולים והמשפחות.

מסקנות והמלצות: הרפורמה הביאה לשיפור בנגישות וזמינות שירותי ברה"ן בחברה הערבית, שיפור בעמדות, דפוסי פניה ושימוש בשירותים. אולם, עלו לא מעט חסמים מערכתיים, פוליטיים, כלכליים, ארגוניים וחברתיים שחשוב להתגבר עליהם כדי לשפר מערך שירותי ברה"ן בחברה זו.

*המחקר קיבל מימון של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות.

Prolonged Exposure Therapy (PE): State of the Science

Edna B. Foa

Professor of Psychiatry
University of Pennsylvania

Abstract

Prolonged exposure therapy (PE) is a well-established first line treatment for PTSD that is based on emotional processing theory. PE has been rigorously evaluated and tested in a large number of clinical trials covering a wide range of trauma populations. In this lecture, I will begin with a brief description of the PTSD symptomatology followed by a presentation of emotional processing theory. I will then present evidence supporting the efficacy of PE on PTSD and on its most common comorbid conditions. There are now several trials testing PE in novel formats that may have advantages over standard in - person PE, such as lower dropout and greater scalability. I will present this more recent work on new models of delivering PE, including 60-sessions, massed treatment, telehealth, and brief adaptations for primary care, all of which have potential to increase access to PE among underserved individuals. Finally, I will discuss the dissemination of PE across countries.

How effective is maintenance treatment with antipsychotics, or who has poor insight, my patient suffering from schizophrenia or myself?

Prof. Michael Davidson

The target population and the duration of antipsychotic maintenance treatment in schizophrenia continues to be a matter of debate between all patients will eventually experience symptoms relapse/exacerbations if not treated (Gitlin et al., 2001), to drug free patients have a better prognosis than patients on maintenance therapy (Harrow et al., 2012; Wunderink et al., 2013). The debate is fuel on one hand by metanalysis of RCT which unequivocally indicate that patients assigned to active drug are less likely to relapse/exacerbation than patients assigned to placebo (Leucht et al., 2012) and on the other hand, by methodologic criticism of the same RCT. The criticisms assert that the trials are too short to infer about a life-long chronic disease, have a too small effect size, are biased by functional drug/placebo unmasking, patients participating in RCT might not be representative of patients seen in clinical practice and that the rate of relapse/exacerbation on placebo is artificially increased by abrupt rather than slow antipsychotic discontinuation before switching to placebo (Horowitz et al., 2022).

Regardless of the debate, in real life, less than 40% of the patients adhere to maintenance treatment as prescribed. It is assumed that because flawed judgment associated with the schizophrenic illness, patients tend to deny or downplay the existence and consequences of the illness as well as to misjudge the benefits/risk assessment of antipsychotic maintenance treatment.

For both psychiatrists and patients improving quality of life is the ultimate aim of treatment. However, it is possible that rather than poor patients' insight the different attitudes of patients and prescribing psychiatrists towards antipsychotic maintenance medication derives from the different point of view from which each side assesses the benefit/risk. (Agid et al., 2015; Krzyzanowski et al., 2021).

Biases in risk assessment such as availability of an event in recent memory, tendency to personalize and be influenced by anecdotes, overweighting rare but impactful events and underweighting frequent events of low impact is normative human behaviour of which prescribing psychiatrists are not immune. Even the most emphatic prescribing

psychiatrists would not feel accountable for the common but unavoidable adverse effects of the antipsychotic drugs while if medication discontinuation is followed by a violent act or hospitalization, the psychiatrist might feel accountable for her/his "mistake".

Patients on the other hand, who are experts by experience, might consider different components in the benefit/risk assessment and attribute different weights to each risk/event. The most common risk related to medication discontinuation is hospitalization. For some patients, hospitalization constitutes disruption of normal life, yet, for others, occasional hospitalization is processed as part of one's life routine and delaying it by few months is not necessarily worth the adverse effects of medication (Agid et al., 2015; Krzyzanowski et al., 2021; Roe et al., 2021).

For the overwhelming majority of patients the common adverse effects such as akathisia, stiffness, sedation, sexual dysfunction, weight gain, avolition/anhedonia, are a certainty rather than a risk and, in addition to the subjective distress, these adverse effects might be as disruptive to patient social and vocational life as hospitalization. Therefore, with full insight some patients might prefer the risk of earlier hospitalization rather than the certainty of adverse effects.

This presentation is in no way an attempt to minimize the role of antipsychotic medication maintenance treatment in schizophrenia or to claim that poor judgment and lack of insight is not commune in patients suffering from schizophrenia. Rather it is an attempt to raise awareness that for some of the patients the decisions to reduce or discontinue medication - whether right or wrong-, might be a rational decision, and that insight is a two-way road.

היעילות ארוכת הטווח של מודל רצף טיפולי בחולים עם הפרעות נפשיות קשות העוברים מאשפוז לטיפול אמבולטורי

המרצה: ד"ר חגי מעוז, המרכז לבריאות הנפש "שלוותה", בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
שותפים: ד"ר רוני סבג, ד"ר דפנה שפט, ד"ר ישראל קריגו, פרופ' שלמה מנדלוביץ, ד"ר עידו לוריא, המרכז לבריאות הנפש "שלוותה"

תקציר

למרות חשיבותה הרבה של שמירה על רצף טיפולי במטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות קשות העוברים מאשפוז לטיפול אמבולטורי, הבטחתו של כיום רצף זה דורשת משאבים משמעותיים, שאינם תמיד נגישים במערכות בריאות הנפש בארץ ובעולם. מטרתו המחקר הנוכחי הייתה לבחון מודל חדשני של הבטחת רצף טיפולי למטופלים אלה, המבטיח המשך טיפול פסיכיאטרי ופארא-רפואי למשך זמן ממושך לאחר שחרור המטופלים מהמחלקות הסגורות. מודל זה, אשר הוטמע בהדרגה בשנים האחרונות בכלל מחלקות האשפוז בבית החולים "שלוותה", מספק טיפול פסיכיאטרי, לצד המשך טיפול פסיכותרפויטי ושיקומי לאחר השחרור.

במחקר המוצג נערכה השוואה בפרמטרים שונים של איכות טיפול באשפוז ולאחר השחרור לפני (1/1/2018-31/12/2018) ואחרי (1/6/2021-31/5/2022) הטמעת "מודל הרצף". ממצאי המחקר מדגימים כי הטמעת המודל זה הביאה לקיצור משכי האשפוז, קיצור משך הזמן משחרור המטופל ועד קליטתו למרפאה, הפחתה משמעותית בשיעור הפניות למיון בשלושת החודשים שלאחר השחרור וכן הפחתה משמעותית של שיעור האשפוזים החוזרים. יתרה מכך, הטמעתו של המודל הביאה לעלייה ניכרת בשיעור המטופלים הניגשים לוועדת סל שיקום במהלך האשפוז או זמן קצר לאחריו.

בהרצאה יוצג "מודל הרצף" כפי שמישם בבית החולים, עם הדגמת הפוטנציאל הקליני והכלכלי של המודל והדגשת הרלוונטיות למטופלים, לרופאים ולקובעי מדיניות בריאות הנפש. בהרצאה ייסקרו יתרונות המודל לצד קשיים אפשריים בהטמעתו לאורך הזמן.

ברבי ומשמעות המגדר והמיניות- מבט אחר - הרצאת Keynote

ההרצאה מיועדת ליום ה' 30 במאי 2024 בין השעות 11:05-11:30

הסימפוזיון תתקיים באולם 1, מושב 6

הסרט ברבי שטף את העולם בקיץ 2023 ומאות מיליוני אנשים - ילדים, נוער ובוגרים ראו את הסרט. הסרט הופק ובוים כערבוביה בין פנטזיה ומציאות והיה ניתן להבין ברמות שונות לכל הגילאים. הוא הציג את השינויים שעברו על האנושות, המשפחה, הזוגיות, המיניות והמגדר מאז הפצת גלולות למניעת הריון בשנות ה-60, העלייה ביחסי מין לפני ומחוץ לנישואין בשנות ה-70, העלייה בגירושין בשנות ה-90, הקבלה החברתית של נטייה חד-מינית בשנות האלפיים המוקדמות והקשיים העכשוויים בהגדרת מגדר. חמישה קליפים של דקה אחת מתוך הסרט יוקרנו אבל רצוי מאוד לראות את הסרט לפני ההרצאה. ההרצאה תכלול את הבסיס הביולוגי של זוגי, המשמעות של רבייה מינית באבולוציה, השאלה אם "שחרור האישה" ושוויון האישה הביא לפתרון של הבעיות של נשים והמשפחה, והכל עם דגש על הדקה האחרונה של הסרט שרוב הישראלים מפסידים כאשר יוצאים מהאולם לפני הסוף כידוע.

טיפול מקוצר בחשיפה ממושכת למניעת PTSD בניצולי מתקפת הטרור במסיבת נובה

דר' ניצה נקש

מרפאת דרור - מרפאה לטיפול התנהגותי קוגניטיבי, מרפאה פסיכיאטרית ע"ש זכאי, ביה"ח שיבא

ב-7 באוקטובר 2023 יזם ארגון הטרור חמאס פלישה מפתיעה לישראל מרצועת עזה ומתקפת טרור אכזרית ביישובים, בבסיסי צה"ל ובאזורים הסמוכים לגבול. אחד ממתקפות הטרור התרחשה בפסטיבל נובה למזיקה סמוך לקיבוץ רעים. בפסטיבל, השתתפו באותו זמן, יותר מ-3000 צעירים וצעירות שחגגו ורקדו לצלילי מזיקת טראנס, כשחלקם היו תחת השפעת חומרים. במהלך הטבח, המחבלים פשטו על הפסטיבל, רצחו 364 אזרחים ופצעו מאות אחרים. כמו כן, 44 נחטפו על ידי המחבלים לרצועת עזה, כשרובם עדיין מוחזקים כחטופים בעזה. בתגובה לאירועים הקשים ב-7 באוקטובר, התארגן במרפאת דרור בביה"ח שיבא, צוות של מטפלים שעברו הכשרה בטיפול בחשיפה ממושכת Prolonged Exposure Therapy-PE ובמהלך השבועיים הראשונים של המלחמה, הם עברו הכשרה לטפל בפרוטוקול מקוצר של PE שנכתב והותאם למצב המלחמה ששרר בארץ וכונה בשם Brief Prolonged Exposure BPE. באמצעות רשתות חברתיות, פנו ניצולי הפסטיבל נובה לבית החולים שיבא לקבלת עזרה נפשית וחלקם אובחנו עם ASD. Acute Stress Disorder – ASD הינה הפרעה המתפתחת ב-3 ימים עד חודש מהאירוע הטראומטי והינה גורם סיכון להתפתחות של הפרעת דחק פוסט טראומטית כרונית. תוך שבועיים עד חודש מהטראומה, עשרות ניצולי מתקפת הטרור בפסטיבל נובה, שסבלו מתסמיני ASD, עברו 5-7 מפגשים של פרוטוקול BPE מקוצר. הטיפול ניתן תחת ירי טילים והזעקות ובמצב של מלחמה מתמשכת. מטרת ההתערבות הייתה למנוע התפתחות של PTSD כרוני ולבדוק את היעילות של פרוטוקול טיפול BPE חשיפה ממושך קצר, במהלך מלחמה ואיום מתמשך.

בהרצאתי אתאר את הפרוטוקול המקוצר, את הקשיים בטיפול תחת איום מתמשך ומצב מלחמתי ואת תוצאות ההתערבות. בנוסף אתאר את השפעת החומרים, שנלקחו במהלך הטראומה עצמה, על התגובות הנפשיות לטראומה.

