



משרד הבריאות

מניעה שניונית

יו"ר: פרופ' אריה שלו





מניעה שניונית

חברי הוועדה

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

תקציר מנהלים

נקודות עיקריות

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

משמעות ואפיון הפגיעה הטראומטית המוקדמת

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



הצורך במערכת מניעתית ציבורית והיתכנותה

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

אתגרים מהותיים ביישום מערכת מניעתית שיטתית הם:

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

א. מבוא

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

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

ב. רקע וסקירת ספרות

מניעה שניונית¹

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

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



תסמונות חריפות וכרוניות

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

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

טיפול מניעתי מוקדם

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

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

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

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

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

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

שיטות טיפוליות

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

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



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

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

ג. אתגרים ובעיות במניעה שניונית של הפרעה פוסט טראומטית

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

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

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

1. איתור ואבחון

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

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

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

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

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

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

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



2. יצירת מיומנויות קליניות רלוונטיות

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



4. בנייה והנגשה של שירותים

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

ד. סיכום

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

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

הערה על גבולות המסמך

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



פניות

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



2011:archgenpsychiatry. 2011;2127 v2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





משרד הבריאות

שיקום



יו"ר: עו"ס יעל נרדי



שיקום

חברי הוועדה

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

מבוא

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

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

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

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

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

שיקום פסיכו-סוציאלי כולל:

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



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

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

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

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

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

נכי צה"ל - משרד הביטחון:

רפורמת נפש אחת - קישור :

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

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



השירותים הניתנים:

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

מה חסר:

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

נפגעי פעולות איבה - המוסד לביטוח לאומי

https://www.btl.gov.il/benefits/Victims_of_Hostilities/Pages/NefeshAhat.aspx?gclid=Cj0KCQjw6KunBhDxA RI sAKFUGs9AH-ZbMFgkRy5KJXSWioLBBYbgZ_kavXhMrzPGIYB6sQ6l6fJ18kMaApZsEALw_wcB

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



נפגעות פגיעה מינית - המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות

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

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

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

זכויות שיקום

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

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

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



ביטוח לאומי - נפגעי תאונות עבודה/דרכים

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

המלצות

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

מקורות ללמידה לעבודה זו:

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



משרד הבריאות

קביעת הנכות



יו"ר: פרופ' שלמה מנדלוביץ'



קביעת הנכות

חברי הוועדה

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

נוסח המינוי

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

תחומים בהם התמקדה הוועדה:

הכרת נכות דיפרנציאלית

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

פירוט:

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



הכרת נכות זמנית/לצמיתות

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

פירוט:

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

ממדי נכות

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

פירוט:

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



אמצעים לקביעת נכות

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

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

חיזוקים חיוביים לתפקוד

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

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



משרד הבריאות

נפגעות/י תקיפה מינית



יו"ר: ד"ר שמואל הירשמן



פגיעה מינית ופוסט טראומה

עורך ההמלצות:

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

רקע

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

הפגיעה מהטראומה המינית היא ייחודית (בעיקר אם הייתה ממושכת והתרחשה בילדות), מערבת את כל תחומי החיים ובעלת השלכות גם שנים לאחר הפגיעה. בעקבותיה עלולה להתפתח פסיכופתולוגיה בוגרות, בעיקר: הפרעה בתר-חבלתית (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), הפרעות דיסוציאטיביות, דכאון, הפרעות חרדה, פגיעות עצמיות והתנהגות אובדנית, שימוש בחומרים וכן קשיים בין אישיים ותפקודיים, והפרעה בתר-חבלתית מורכבת (Complex PTSD (4,5)). עוד נמצא כי בין שליש לשני מקורבנות פגיעה מינית בילדות חשופים לפגיעה מינית חוזרת (רה ויקטימיזציה) בהמשך חייהם (6,7).

בנוסף נמצא כי בקרב נפגעים מינית בילדות קיימת צריכה מוגברת של שירותי בריאות ראשוניים, ריבוי פניות לרפואה יועצת, תחלואה גופנית מוגברת ופניות רבות יותר לחדרי מיון כלליים לעומת אנשים שלא עברו פגיעה מינית בעברם (8,9). תשאול טראומה מינית בישראל הוא חלקי וחסר בכל תחנות הטיפול (20). דו"ח סקר תחלואה נלווית לאומי בארה"ב מעריך את שכיחות החיים של PTSD בקרב צפון אמריקאים ב-7.8% (21). השכיחות לכל החיים של PTSD לנשים שעברו תקיפה מינית היא 50% (22). יתרה מכך, תקיפה מינית היא הגורם השכיח ביותר ל-PTSD בנשים, כאשר מחקר אחד דיווח כי 94% מהנשים חוו תסמיני PTSD במהלך השבועיים הראשונים לאחר התקיפה (21).

טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית

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



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

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

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

השיקולים בבניית שירותי טיפול במערכת הבריאות

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

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





הכשרה

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

סיכום

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

המלצות

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



References

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



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



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