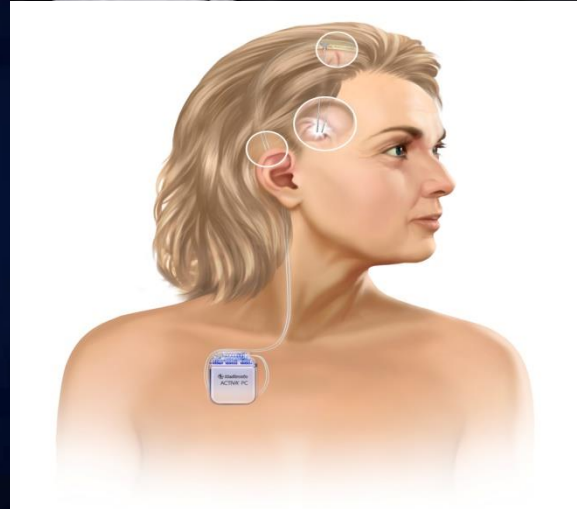




“THE SECRET OF  
CHANGE IS TO FOCUS  
ALL OF YOUR ENERGY,  
NOT ON FIGHTING THE  
OLD, BUT ON BUILDING  
THE NEW.”

— SOCRATES



# לנבא את העתיד זה מסוכן

- ▶ יש תחושה של שינוי...רוחות של שינוי
- ▶ השאלה היא לאן זה יוביל אותנו?
- ▶ האם נשכיל לקחת אותם למקומות טובים ושוניים?
- ▶ האם הפסיכיאטריה מסוגלת לעשות זאת ?
- ▶ האם החברה מסוגלת לעשות זאת ?
- ▶ האם נפחד להעיז ?
- ▶ האם נלך רחוק מדי ?





**איפה נטפל במי שהבית לא  
יכול להכיל את המצב החרیف?**

# אשפוד פסיכיאטרי

- ▶ הכי פחות
- ▶ הכי פחות סגור
- ▶ הכי בקהילה
- ▶ הכי בקשר עם הקהילה
- ▶ הכי מחבק את המטופל והמשפחה
- ▶ הכי מאפשר עצמאות
- ▶ הכי מעודד החלמה
- ▶ הכי מרפא את הנפש

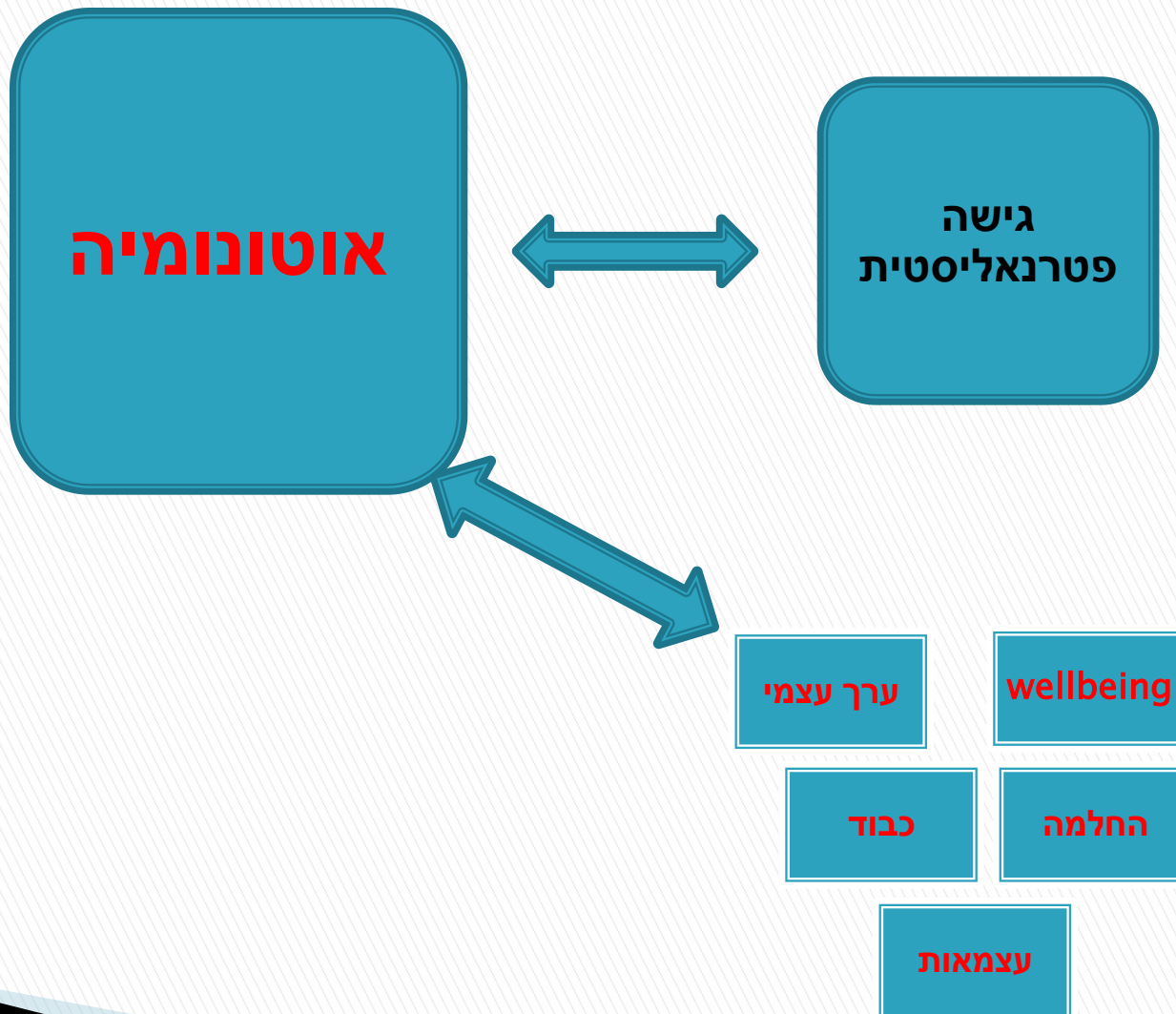
האם זה אפשרי ?

# אשפוז בהולנד-האם לזה התכוונו? האם לזה פינל התכוון?

• "כאשר מטופל מתאשפז במחלקה פסיכיאטרית חריפה , לעיתים קרובות זה לא מרצונו. גם אם בהסכמתו ולא בכפייה . לשים אותך בסיטואציה של חוסר אונים מלא הוא נחוה תמיד כחווית שוק, שיכולה להישאר הרבה זמן אחרי שהמצב משתפר . אין להתייחס למצב זה בצורה פחותה מאשר לטיפול בפסיכוזת עצמה . הרבה פעמים אשפוז זה קורה לאנשים בני עשרים.... מספר מטופלים מסתובבים חסרי מעש או ממלמלים לעצמם או לאחרים ... אחרים יושרים ורוהים ... וראים קפואים ."

• "כל יום צריכים להתמודד עם פרצופים חדשים . הרבה .  
המשמרות מתחלפות , הרופאים גם הם מתחלפים ...  
נשארים לבד וכלואים בתוך המחלה שלהם...חברים  
ומשפחה שבאים לבקר מבולבלים מהקושי לקבל מידע וגם  
מתקשים עם חוסר הפרטיות ובכלל עם זה שלמטופל אין  
עם מי לדבר והכל דל כל כך.."

# לאן רוצים להגיע





# לאן רוצים להגיע...מה פה רוחות השינוי

- חוויה של טיפול, הכלה, רגיעה והקטנת סבל
- הרגשה של המטופל ומשפחתו שזה מקום בטוח ונוח
- פחות בדידות, יותר אפשרויות לאינטראקציה ושיח
- אפשרות לתנועה פיזית
- פעילות רב גונית
- מתן בחירה להיחשף לגירויים שונים חושיים ואינטלקטואלים

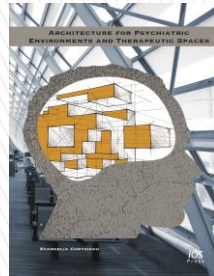


# לאן רוצים להגיע ...

- מתן עזרה מידית ותחושה של מידיות
- תחושה של אפשרות להיעזר בצוות במשבר
- תחושת רציפות ונגישות למטפלים במחלקה
- טיפול תרופתי מינימאלי נדרש
- סביבה התומכת רגיעה והורדת מתח ואלימות
- אפשרויות לעודד ולהתייחס לחלקים "הבריאים"

# שילוב כלים שונים להשגת המטרה - מבט אינטגרטיבי על מחלקה פסיכיאטרית

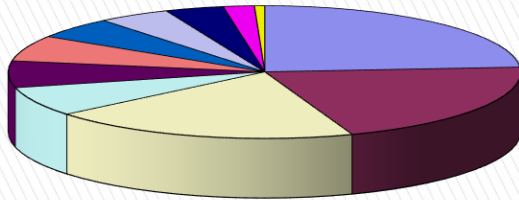
▶ ארכיטקטורה טיפולית - ידע תיאורטי מעולם התוכן



מזיאן השואה בברלין  
תוכן על ידי אדר' דניאל ליבסקינד

הארכיטקטוני

▶ עיצוב ופעילות מבוססות תצפיות - תצפיות סטודנטיים



פרופ גופר וניתוח התוצאות

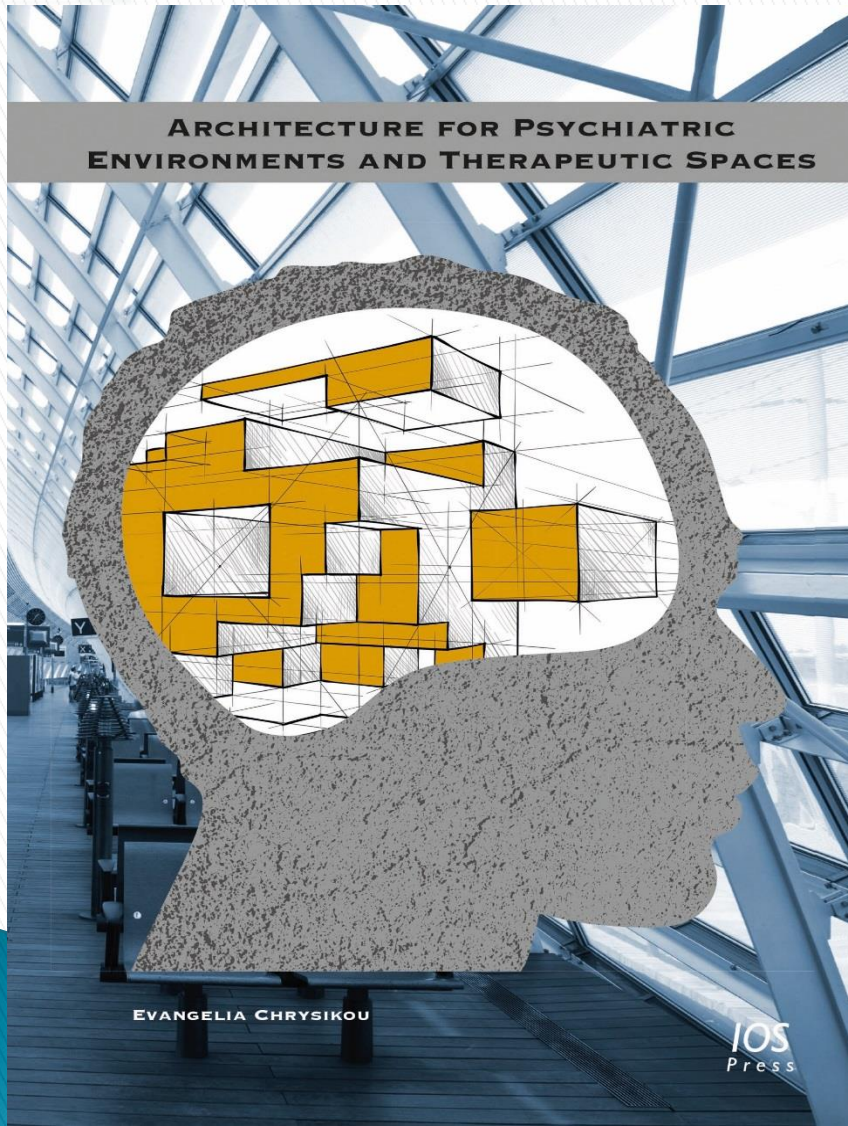
▶ עקרונות ההעסקה מותאמות לשלב המחלה, צרכי ויסות

עצמי, צרכי החלמה (בעיקרון ההחלמה) - PIVOT

ועקרונות גישת ההחלמה



# Therapeutic architecture



## Healthcare Leadership

Evidence-Based Design Resources  
for Healthcare Executives

WHITE PAPER SERIES

5 of 5

A REVIEW OF THE  
RESEARCH LITERATURE  
ON EVIDENCE-BASED  
HEALTHCARE DESIGN



# ארכיטקטורה טיפולית

- דיסציפלינה אשר מתפתחת בעשורים אחרונים
- דיסציפלינה מכוונת לאדם ובמרכזה האדם
- מבוססת מחקר
- מטרתה בניית סביבה שבה מגולמים אלמנטים מרחבים אשר ייצרו אינטראקציה מעודדת וחיובית עם הפסיכולוגיה והפיסיולוגיה של האדם
- תחום בכל תחומי הרפואה אך קריטיים וחיוניים יותר אצל המטופלים עם הפרעות נפשיות

# PIVOT – Participation in Vulnerability Occupational Therapy



- ▶ PIVOT = ציר סביבו מתקיימת תנועה ושינוי כיוון
- ▶ Participation = באיזה אופן יכול אדם להשתתף עם ולמרות מצבו הפגיע – נכון לנקודת זמן כלשהי
- ▶ Vulnerability = מתייחס לכל אוכלוסייה במצב מוחלש
- ▶ OT – מקצוע הריפוי בעיסוק, שחלקים מהידע שלו כלולים במערכת

מערכת המכוונת להשגת השתתפות בכבוד וב-WB

# עקרונות PIVOT

- ▶ בניית סביבה המבוססת על חשיבה שלאיכות הסביבה והעיצוב חשיבות עליונה לערך העצמי של המטופלים ולשמירה על זהות עצמית מסוימת
- ▶ מתן בחירה לשימוש בגירויים שונים ופעילויות שונות אשר יעלו את הערך העצמי, ואשר מהווים כלים טיפולים ושיקומים של המבנה הנפשי ויכולות קוגניטיביות וחברתיות
- ▶ סביבה מתאימה פיזית ורגשית המעודדת את המשפחות לשיתוף פעולה ממקום של אמון וללא חשש מיפני חשיפת החולשה
- ▶ סביבה פיזית מתאימה, אסטטית, מרגיעה וגירויים מתאימים תאפשר לצוות לעבוד בסביבה מכבדת, נעימה וזמינה



# חדר הכנת ארוחות/קבוצות מודולארי היכול להפוך אחר הצהרים לחדר משפחות





# Occupation, self regulation, cognitive skills





# חלל מרכזי - אזור רך









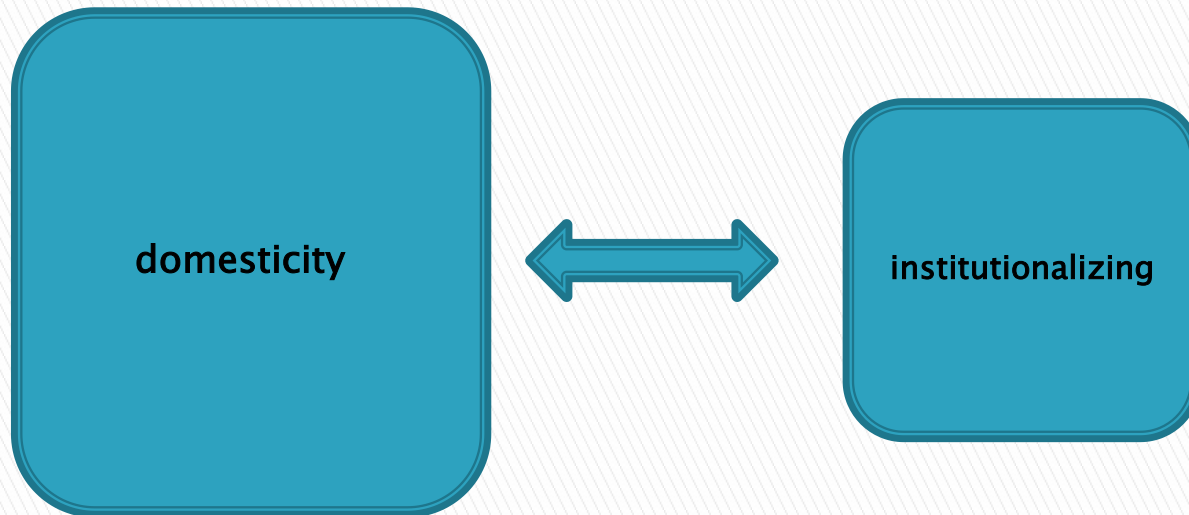






# האם זה מספיק ?

- ▶ פעילות מעשירה בכל שעות היום
- ▶ פעילות המפעילה את הגוף
- ▶ נוכחות מדריכים ועמיתים מומחים
- ▶ נוכחות צוות מוכוון ומכוון להחלמה



# הגבלה לקשירה אינו טיפול! –האם זאת

## עמדה חדשה ?

▶ "במרבית המדינות כיום קיימת מערכת חוקים ייחודית לחולי נפש. החברה המודרנית רואה בחולה הנפש אדם הסובל ממחלה ומקבלת על עצמה את התפקיד לטפל בו בצורה נאותה. יחד עם זאת, נוצרת לעתים דילמה אתית קשה מתוך תפישת המטופל הפסיכיאטרי, מצד אחד, כאלים ומסוכן, ומצד שני כחסר אונים וזקוק להגנה. תפישה דו ערכית זאת מוצאת את ביטויה במערכת חוקים אשר רוצה להגן על החברה מהחולה ויחד עם זאת רוצה להגן על החולה מפני החברה או מפני הגוף המטפל בו. " מוניץ

2004

▶ מנקודת מבט ביו-אתית, טיפול כוללני במטופל חייב להתבסס על ארבעה עקרונות עיקריים:

1. שמירה על אוטונומיה של הפרט

2. טובת המטופל

3. אי גרימת נזק

4. צדק (Leung, 2002)

ערכים אלה חשובים במיוחד כאשר מדובר במיסוד ובטיפול לטווח ארוך כגון אשפוזים בבתי חולים פסיכיאטריים.



# ישנו קשר ישיר ומסלול דו כיווני בין התפתחות אלימות לבין התמודדות \ מניעת קונפליקטים

במצבי תחלואה נפשיים שונים ובעקר במסגרת אשפוז הסיכוי ליצירת קונפליקטים גבוה ויש צורך להתייחס לכך כתנאי הכרחי למניעת אסקלציה ואלימות אשר תגרור אחריה צורך בהגבלה .

אין  
קונפליקט

פרה-  
קונפליקט

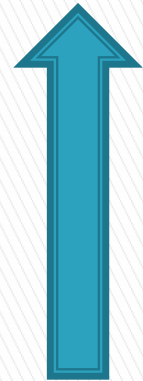
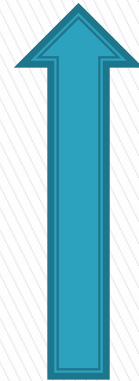
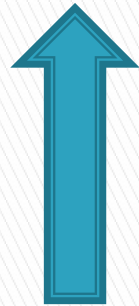
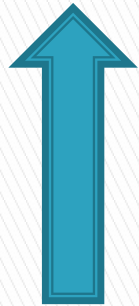
קונפליקט

תוצאות

מניעה  
ראשונית

מניעה  
שניונית

מניעה  
שלישונית



**מניעה ראשונית - הפחתת חשיפה  
לגורמי סיכון  
-ללא חוקים גורפים  
פעילות רציפה  
מגע רציף בין צוות למטופלים**

**מניעה שלישונית - התערבות  
במטרה להפחית את הסיבוכים  
-ניסיון לסיום קונפליקטים  
הורדת הפחד מענישה**

**מניעה שניונית - בשלב הפר-קליני  
ובעת המחלה**  
- גילוי מוקדם  
- הערכת סיכון  
- ידע וניסיון בניהול קונפליקטים  
ומשא ומתן



**עמיתים מומחים בבתי חולים  
פסיכיאטריים  
ובמרפאת נוויגייט**

**תמיכת עמיתים - ליווי של עמית מומחה  
"מאמינים במומחיות האדם לחייו"**

# עמיתים מומחים

## ידע מניסיון לצד ידע מקצועי

- ▶ עמית מומחה (peer specialist) הינו אדם שעבר משבר נפשי ותהליכי החלמה, רכש אסטרטגיות לניהול הקשיים איתם הוא מתמודד והוכשר לתת מניסיונו לטובת אדם אחר שנמצא בתהליך.
- ▶ העמית המומחה הינו אדם החשוף (מבחירה!) בהתמודדותו והמתמחה בסיוע על בסיס שותפות גורל, שימוש בפיסות מסיפורו האישי, מתן תקווה ומודל לאפשרות של החלמה וחזרה למסלול החיים!
- ▶ ידע מניסיון משולב היום במגוון תחומים לצד הידע המקצועי ומשלים אותו (תחום ההתמכרויות, תחום התזונה)

# "סוטריה"

בתים מאזנים



סוטריה - מילה ביוונית המתארת בימינו  
למעשה טיפול ייחודי למטופלים עם  
משברים נפשיים (פסיכויים בד"כ)  
המבוססים על עיקרון  
"milieu therapy"

# הפרעה נפשית-רק הפרעה מוחית?

או שכולל בתוכו היבט חשוב של  
היסטוריה של האדם

המעבר דרך המשבר הנפשי מתבסס  
על מינימום טיפול תרופתי ובעיקר  
על מקסימום תמיכה מהסובבים

- מבוסס על מודל ההחלמה וחיזוק הערך העצמי ותחושה סוביאקטיבית
- מבוסס על הכלה ורגיעה מעצם הסביבה התומכת החלמה ומיליה -תאפשר הפחתה בטיפול תרופתי
- ללא אמצעי הגבלה
- ריבוי צוות רפואי ולא רפואי (סטודנטים, מדריכים, מטפלים בתחומים שונים) לבניית המיליה וטיפול פרטני
- העצמת האדם במשבר ושימור "העוצמה האישית"

- עיצוב המאפשר ומעודד נטוורק חברתי
- שמירה על אחריות עצמית ומשותפת
- מציאת משמעות בחוויה הפסיכוטית הסובייקטיבית (טיפול פסיכולוגי , עמיתים מומחים וכ"ו)
- שימוש מינימאלי ככל האפשר בטיפול תרופתי
- מחלקה פתוחה לביקור משפחות בהתאם לרצון השוהים בה



# Soteria Paradigm

- ▶ פותח על ידי לורן מושר וחבריו בארה"ב קליפורניה
- ▶ זה נוסה במקומות שונים , לאורך שלושים שנה
- ▶ מנסה ליצור מיליה טיפולי מבוסס על עקרונות קהילתיים
- ▶ במחקר אשר פורסם ב-2007 נמצא שטיפול לפי עיקרונות אלו לא פחות טוב ובחלק מהדברים אף טוב יותר אם כי לא משמעותי סטטיסטי מאשר בטיפול "שגרתי" באשפוזים "רגילים"

▶ A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia( 2007)



SOTERIA  
ISRAEL

סוטריה

מתמודדים עם פסיכوزה - בקהילה

# לחפש את האדם מאחורי הפסיכודה

McGlashan MD ,Heinssen, PhD  
(Chestnut Lodge)



- ▶ 1975 – טיפול אנליטי ארוך טווח להבין את מה שעומד  
מהאחורי המחלה ובבסיס האדם ומשם לשנות
- ▶ הוכנס הטיפול התרופתי (עד אז הייתה התנגדות להכנסתו)
- ▶ 1988 – האנליזה שולבה בטיפול התנהגותי קוגניטיבי ,  
כישורי חיים ושיקום, יציאה לאשפוז חלקי ודיור מוגן
- ▶ מתחיל להיות הדיון על החשיבות בטיפול בהתקף פסיכוטי  
ראשון לשינוי מהלך המחלה ואף זיהוי אנשים עם גורמי  
סיכון וסימנים מקדימים לפסיכוזה והתערבות שם



# תוכנית טיפול ייחודית לאחר התקף NAVIGATE - פסיכוטי ראשון



# RAISE Outcomes in American Journal of Psychiatry

## Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program

John M. Kane, M.D., Delbert G. Robinson, M.D., Nina R. Schooler, Ph.D., Kim T. Mueser, Ph.D., David L. Penn, Ph.D., Robert A. Rosenheck, M.D., Jean Addington, Ph.D., Mary F. Brunette, M.D., Christoph U. Correll, M.D., Sue E. Estroff, Ph.D., Patricia Marcy, B.S.N., James Robinson, M.Ed., Piper S. Meyer-Kalos, Ph.D., L.P., Jennifer D. Gottlieb, Ph.D., Shirley M. Glynn, Ph.D., David W. Lynde, M.S.W., Ronny Pipes, M.A., L.P.C.-S., Benji T. Kurian, M.D., M.P.H., Alexander L. Miller, M.D., Susan T. Azrin, Ph.D., Amy B. Goldstein, Ph.D., Joanne B. Severe, M.S., Haiqun Lin, M.D., Ph.D., Kyaw J. Sint, M.P.H., Majnu John, Ph.D., Robert K. Heinsen, Ph.D., A.B.P.P.

**Objective:** The primary aim of this study was to compare the impact of NAVIGATE, a comprehensive, multidisciplinary, team-based treatment approach for first-episode psychosis designed for implementation in the U.S. health care system, with community care on quality of life.

**Results:** The 223 recipients of NAVIGATE remained in treatment longer, experienced greater improvement in quality of life and psychopathology, and experienced greater involvement in work and school compared with 181 participants in community care. The median duration of untreated psychosis was 74 weeks. NAVIGATE participants with duration of untreated psychosis of



# לשנות את המסלול אחרי התקף פסיכוטי ...מציאות או אגדה ?

- ▶ איכות חיים טובה
  - ▶ חיבור חברתי
  - ▶ תיקווה
  - ▶ אחראיות אישית
  - ▶ מעורבות בפעילויות חיים בעלות משמעות
  - ▶ תדמית עצמית חיובית
  - ▶ גדילה אישית
  - ▶ חוויה של חיים מלאים מעבר למחלה
- ▶ שיפור בסימפטומים, אחזקת שיפור ומניעת אשפוזים-מטרת משנה או אמצעי להשגת המטרות הנ"ל



# NAVIGATE

- ▶ מבוסס על מודל שפותח בארה"ב במטרה לצמצם נזקים שכיחים של פסיכوزה ראשונה ולשנות את מהלכה על ידי התערבות אינטנסיבית מוקדמת
- ▶ ההתערבות פתוחה על ידי המכון הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב (NIMH)-2008
- ▶ בישראל התוכנית מופעלת על ידי קרן לזלו נ. טאובר והעמותה ע"ש משה הס
- ▶ צוות פיתוח : פרופ דויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין (אוניברסיטת חיפה) ד"ר מקס לכמן, סילביה טסלר-לזוניק (קרן לזלו נ. טאובר)

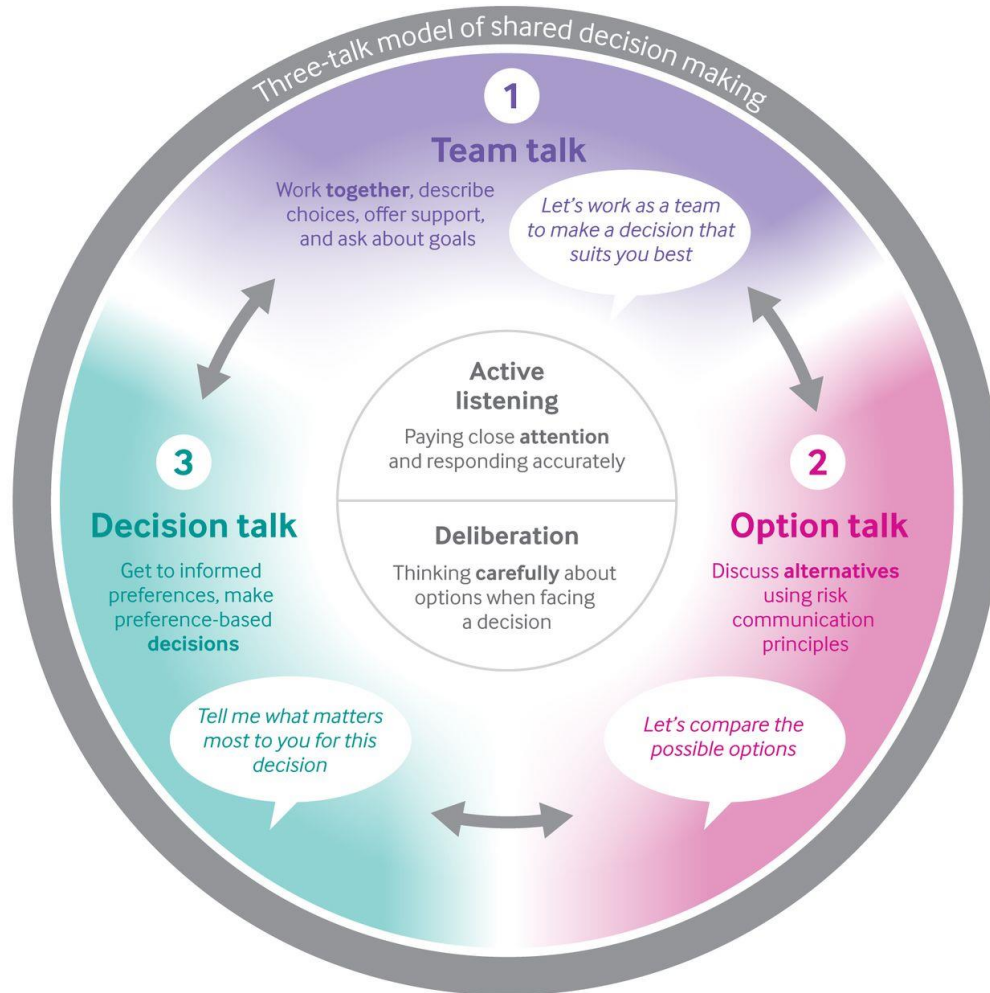


# טיפול רב צוותי

- ▶ מולטידיסציפלינארי
- ▶ רב כלי
- ▶ התאמת טיפול אישית
- ▶ יצירת קשר
- ▶ קבלת החלטות משותפת
- ▶ המטופל במרכז
- ▶ משפחה כמרכיב קריטי
- ▶ פוקוס על חוסן וחוזק
- ▶ חזרה לתיפקוד "נורמאטיבי" ככל האפשר (לאו דווקא שיקומי)
- ▶ ליווי עמיתים מומחים

# Three-talk model of shared decision making, 2017.

אוטונומיה



גישה  
פטרנאליסטית



## ומה באמת לגבי הטיפול התרופתי



# טיפול אנטיפסיכוטי

- ▶ **כמעט ואין ויכוח לגבי היעילות לתסמינים פסיכוטיים בהתקף החריף**
- ▶ **אך מה לגבי המשך טיפול לאורך זמן ?**
- ▶ **האם יש מספיק עדויות לקיום תיאורית הרגישות "Antipsychotic induced" "dopamine super sensitivity psychosis"**
- ▶ **האם טיפולים בזריקות ארוכות טווח טובות יותר ?**
- ▶ **זריקה פעם בשלושה חודשים? האם זה ייעשה את העבודה?**



לאחרונה פורסמו מאמרים על כך  
שלא כל המטופלים עם התקף  
פסיכוטי ראשון זקוקים לטיפול  
אנטיפסיכוטי לאחר חלוף  
התסמינים החרויפים

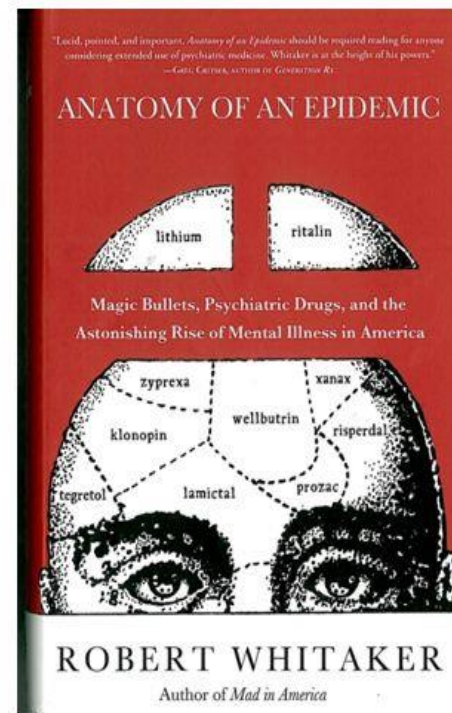
למרות זאת רוב המחקרים מראים יעילות טיפולי  
אורך במניעת ההתפרצות המחודשת  
קיימת ככל הנראה קבוצה של 20-30% אחוז  
שחשוב לזהות אותה היכולה להמשיך ללא טיפול  
אנטיפסיכוטי או במינונים מאוד נמוכים  
בכל השאר יש לבחון את המינון המינימאלי האפשרי  
אשר לא משנה את המהלך

# בסיכום והמלצות האיגוד האמריקאי וכן האירופאי של 2018

עדיין הטיפול האנטי פסיכוטי נחשב קו  
הבסיס לטיפול בפסיכוזה  
וכן למניעת חזרת הפסיכוזה

# Psychiatric Drugs Causing Massive Harm with Little Benefit

- 6-fold Increase in Mental Illness Disability Rate
- Neuroleptics Cut the Recovery Rate At Least in Half
- Prospects for Drugged Children Dismal
- Neuroleptics Double Mortality in Elderly
- Life Spans Now 25 Years Shorter





# האם אכן כך ?

- ▶ האם אכן הטענה שלו שהמהלך של הסכיזופרניה בשני העשורים האחרונים גרוע יותר מאשר בעשורים הקודמים?
- ▶ והאם התרופות אשמות בכך ?
- ▶ האם אכן הטענה שלו שהמהלך של הסכיזופרניה גרוע יותר במדינות מפותחות מאשר במדינות מתפתחות ?
- ▶ והאם התרופות אשמות בכך ?
- ▶ האם לפני קיום התרופות לא היו "סכיזופרניים" ? והמוסדות לא היו מלאות במטופלים פסיכיאטרים ?
- ▶ המחקר מראה שהתשובה היא חלקית....
- ▶ ישנן סיבות נוספות היכולות ומסבירות זאת (סביבה, איבחון יותר רחב, ביצוע מחקרים לא מדויקים ....)

# האם לתרופות הפסיכיאטריות יש תופעות גמילה

SSRI ▶

SNRI ▶

BZ ▶

AP ▶

LITHIUM ▶

יש צורך בהפחתה הדרגתית מאוד תוך מעקב צמוד והכלת  
ההחמרות בתוך מסגרת טיפולית מותאמת אישית  
כל הפחתה תביא להחמרה בתסמינים ויש לבחון בכל עת  
האם מדובר בחזרת התסמינים או "תופעות גמילה"

- ▶ מודל התערבותי מכוון משפחה וסביבה קרובה למתמודד עם הפרעה נפשית אשר פותחה במחוז לפלנד מערבי בפינלנד (63000 תושבים)
- ▶ ניסיון נוכחי 1992-2015 (ב-2005 נמצא שתוך שנתיים מעקב 84% חזרו לתעסוקה מילאה ורק 33% נטלו טיפול)
- ▶ התמודדות עם "דלת מסתובבת" אשר נוצרה לכאורה לאחר הדה-התמסדות (הפחתת מיטות אשפוז פסיכיאטרים)
- ▶ העיקרון הוא מתן טיפול פסיכותרפויטי למטופל בתוך הנטוורק החברתי והמשפחתי שלו
- ▶ רצף ההתערבות בקהילה ובתוך בית החולים במקרה של אשפוז

# נוירופידבק

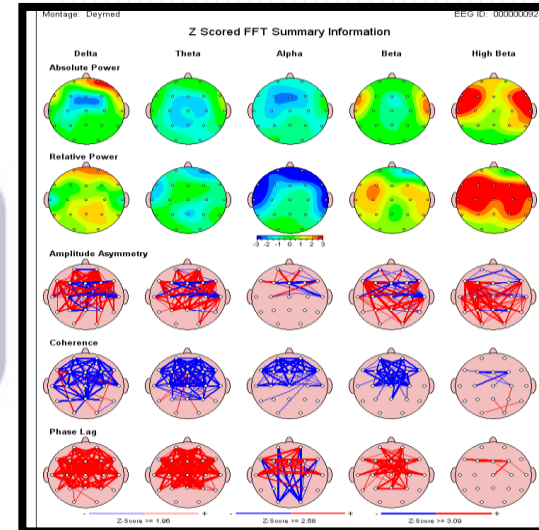
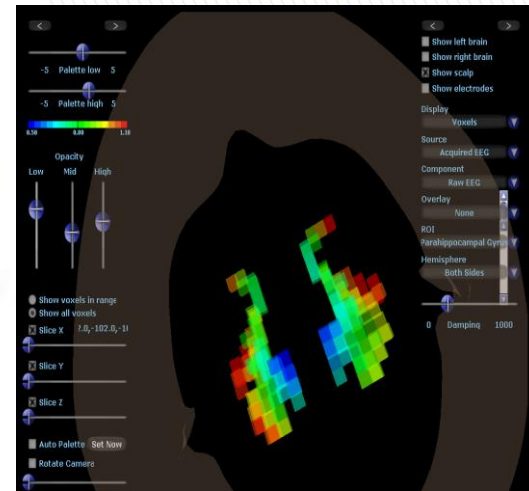
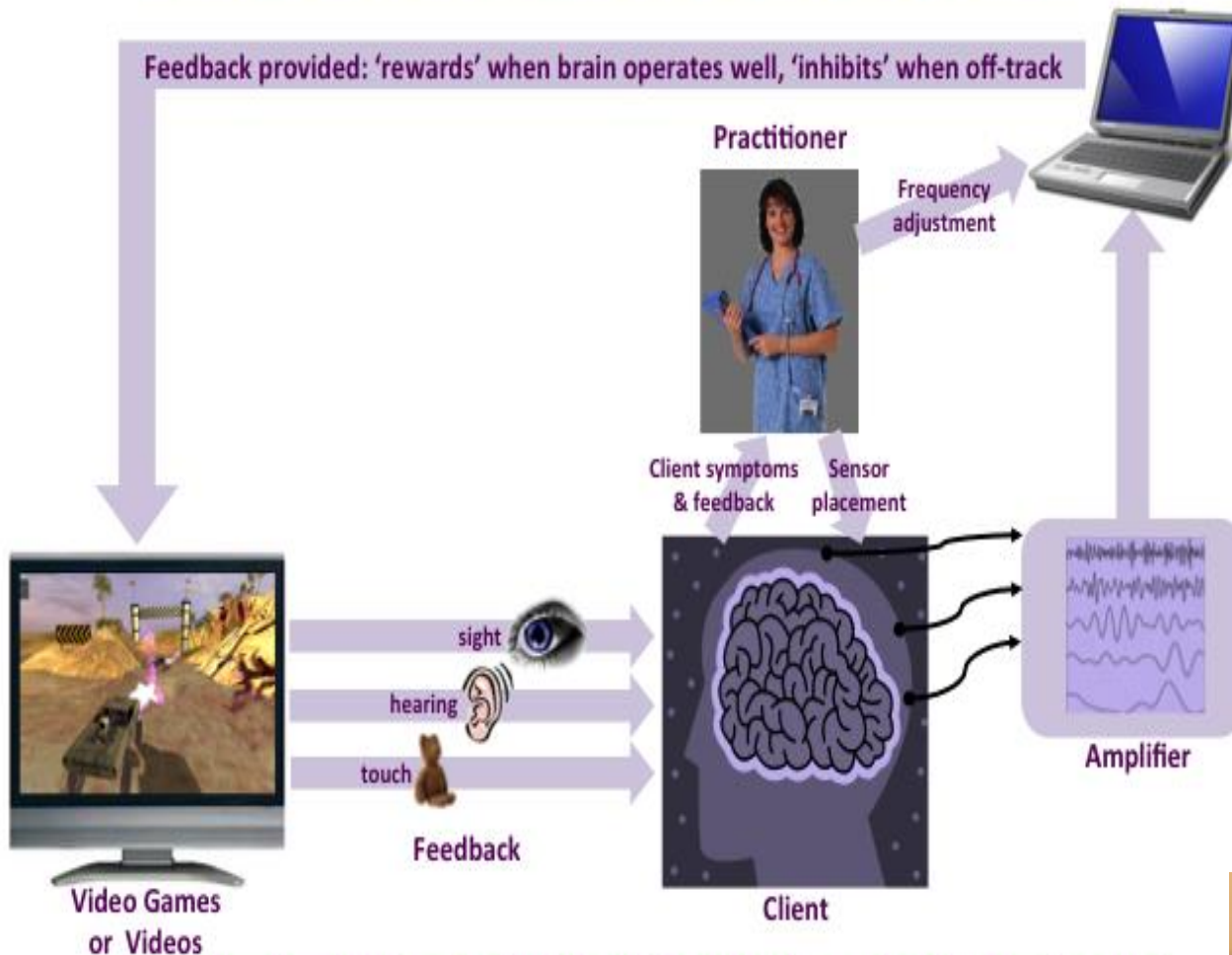
הפרעת קשב וריכוז  
הפרעה פוסט טראומטית  
הפרעות חרדה  
הפרעה אפקטיבית



שיטת טיפול המשתמשת בעקרונות של התניה אופרנטית כדי ל"התנות" ול"אמן" את המוח בעזרת מכשור פשוט וזמין יחסית עם התאמת תוכנות מחשב המותאמות לכך בצורה ייחודית והמשתכללות בצורה מהירה בשנים אחרונות.

הטיפול מאפשר "שיקום" של המוח על ידי אימון מחדש (retraining) של הפעילות חשמלית של המוח כאשר ההדגמה נעשית על גבי EEG, QEEG, ותוך כדי תירגום התרשימים להדגמת פעילות המוחית.

# What is Neurofeedback ?



*Neurofeedback trains the brain's ability to self-regulate by feeding back information on selected EEG rhythms related to regulation*



The Deep Brain Stimulation (DBS) system is used to help control tremors and chronic movement disorders. Tiny electrodes are surgically implanted in the brain and are connected via a subcutaneous wire to a neurostimulator (or two, for some diseases) implanted under the skin near the clavicle.

**DBS lead**

Thin, insulated, coiled wires, each ending in a 1.5 mm electrode, that deliver stimulation to the targeted areas.

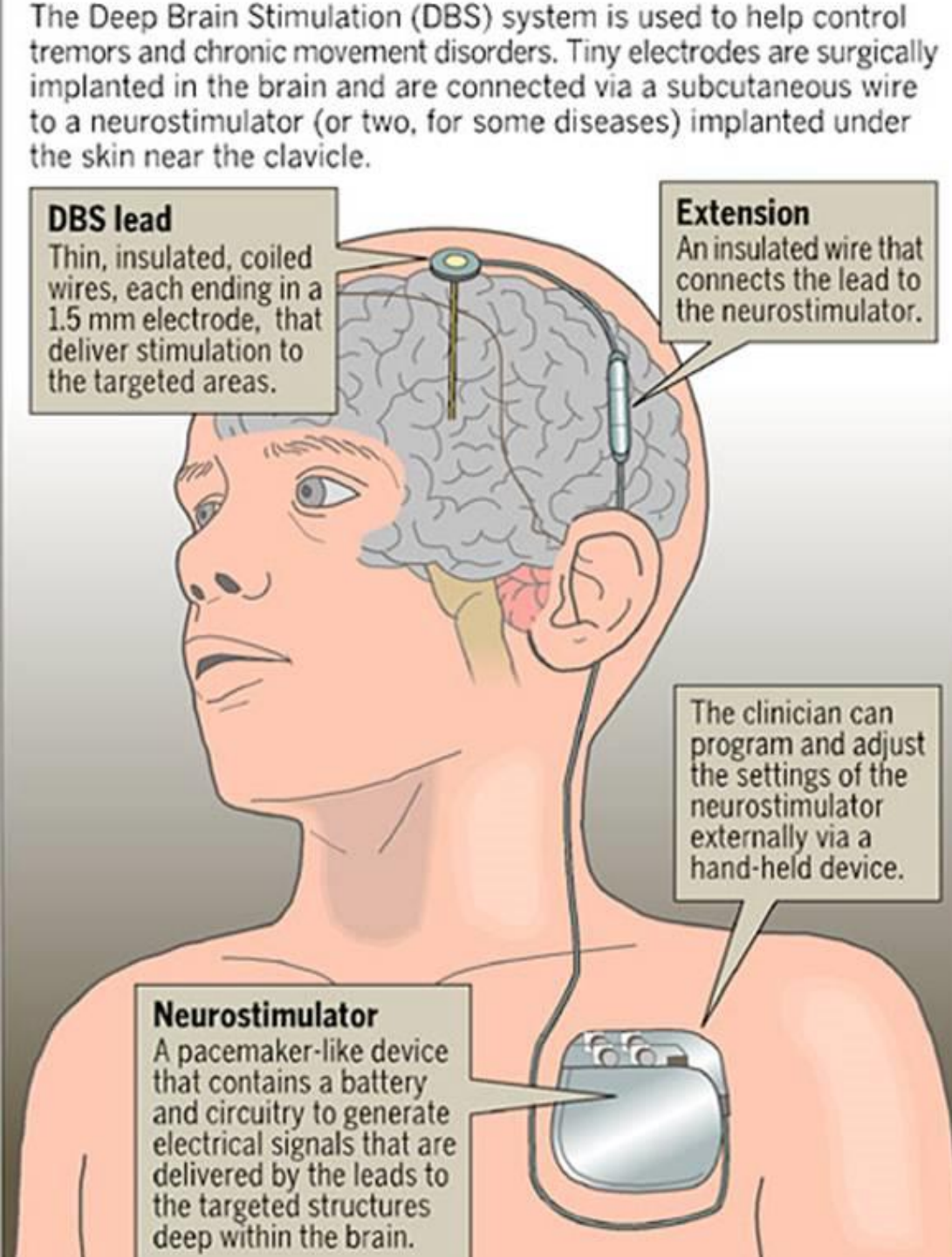
**Extension**

An insulated wire that connects the lead to the neurostimulator.

The clinician can program and adjust the settings of the neurostimulator externally via a hand-held device.

**Neurostimulator**

A pacemaker-like device that contains a battery and circuitry to generate electrical signals that are delivered by the leads to the targeted structures deep within the brain.





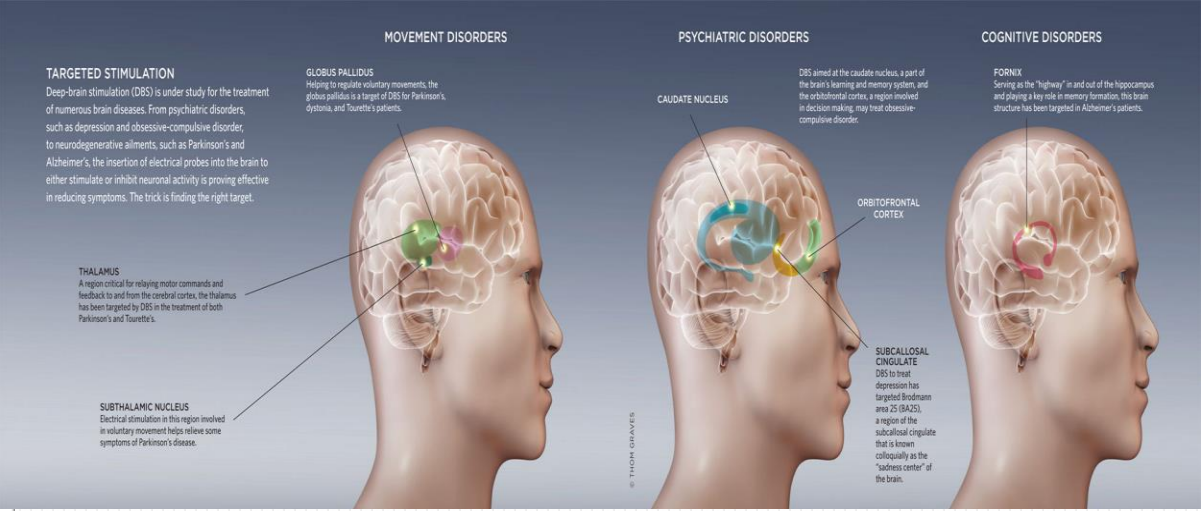
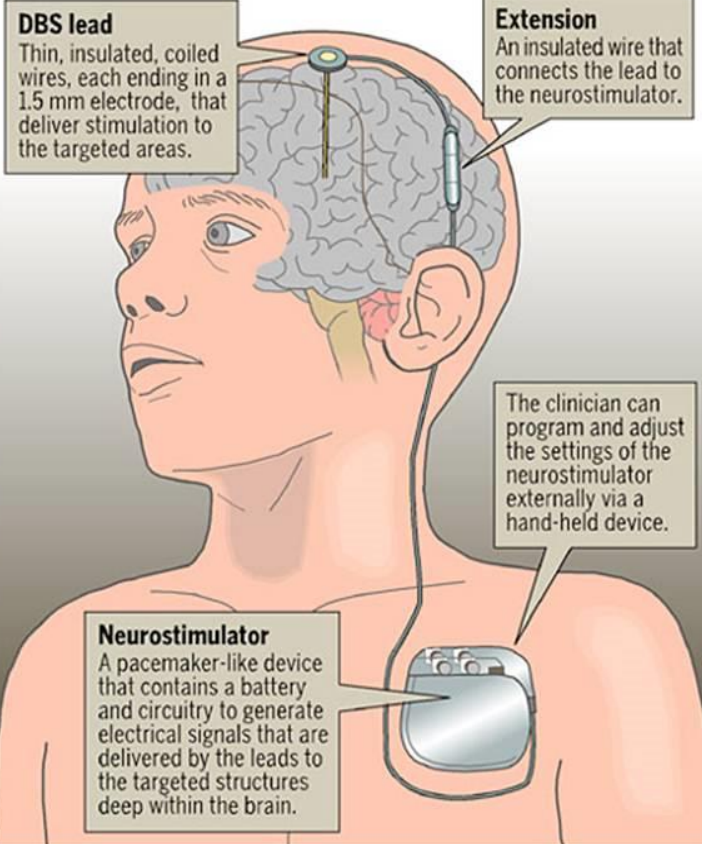
# Deep TMS-DEPRESSION

- ▶ גרייה מוחית עמוקה היא אחת הטכנולוגיות המתקדמות ביותר בהתמודדות עם דיכאון עמיד הוא נמצאת כיום בחזית המחקר והיישום הקליני במטופלים אלה.
- ▶ הטיפול אושר לשימוש על ידי סוכנות התרופות של האיחוד האירופי וסוכנות התרופות האמריקאית
- ▶ בישראל המכשיר נמצא בשימוש מחקרי זה כמה שנים, ולאחרונה התקבל אישור של משרד הבריאות להפעיל אותו במסגרת של בתי חולים ומרפאות.
- ▶ חובשים על הראש קסדה המפעיל הגירוי מגנטי מוחי עמוק באזורים באונה הקדמית של המוח המעורבים בהפרעת הדיכאון.
- ▶ 20 מפגשים שאורכו של כל אחד מהם הוא כחצי שעה.
- ▶ במרבית המקרים החולה מגיע ליחידה, מקבל את הטיפול, ומייד לאחר מכן יכול לנהוג בחזרה הביתה או לעבודה



# Deep brain stimulation

The Deep Brain Stimulation (DBS) system is used to help control tremors and chronic movement disorders. Tiny electrodes are surgically implanted in the brain and are connected via a subcutaneous wire to a neurostimulator (or two, for some diseases) implanted under the skin near the clavicle.



לקוח מהעולם הנוירולוגי  
עדיין מחקרי בפסיכיאטריה  
בהפרעה אובססיבית  
קומפולסיבית עמידה וקשה  
בדכאון עמיד

Source: Medtronic Inc.

Steve Greenberg / Star staff

- ▶ הנפש או המדע של הפסיכה (פסיכיאטריה) איננו נחשב עד לאחרונה כאובייקט הניתן לצפייה ולמדידה חוזרת. הנפש הוא מושג מופשט, שאין לו הגדרה חד-משמעית המתורגמת למדדים גופניים.
- ▶ אך האם זה אכן כך?
- ▶ פרויד בעצמו אימץ את נקודת המוצא הדואליסטית, המפרידה בין גוף לנפש. "בקרב יהיה לכם ברור מהו המנגנון הנפשי; אבל אני מפציר בכם לא לשאול מהו החומר ממנו הוא מורכב...." (פרויד, ז' -1920, מבוא לפסיכואנליזה).
- ▶ עד היום אינם קיימים כלים אובייקטיביים חד משמעיים המאבחנים את ההפרעות הנפשיות .
- ▶ מצד שני בשנים האחרונות במקביל להתפתחות טכנולוגית והתפתחות במדע המוח החלו להופיע כלים אבחנתיים וטיפולים המנסים "לפלס" את דרכם בעולם הפסיכיאטרי.

# Open Dialogue-OD



צפיפות מפגשים גבוהה  
במשברים פסיכוסים והכלת  
המשבר והחוסר וודאות.

**הפוקוס לפתח דיאלוג  
פתוח ושיוויוני בין  
המטופל, הסביבה  
הקורבה שלו והצוות  
המטפל.**

Guiding Principles of the  
Open Dialogue Approach:

1. IMMEDIATE HELP
2. FAMILY / SOCIAL NETWORK PERSPECTIVE
3. FLEXIBILITY AND MOBILITY
4. RESPONSIBILITY
5. PSYCHOLOGICAL CONTINUITY
6. TOLERANCE OF UNCERTAINTY
7. DIALOGUE (& POLYPHONY)

**יצירת הבנה משותפת של  
הבעיה ויצירת שפה  
משותפת של כל  
המעורבים**

לא מחליטים אף החלטה  
מחוץ למפגשים

**הפסיכזה כאסטרטגיה  
הישרדותית לאחר חוויה  
טראומה רגשית**



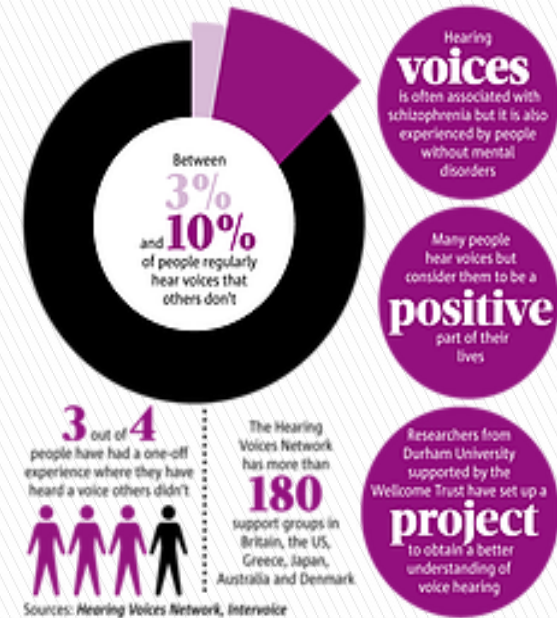


# ומה המצב ב-2015 עם מעקב ארוך טווח

- ▶ רוב המטופלים אושפזו רק פעם אחת
- ▶ 95% אושפזו סה"כ פחות משנה בכל תקופת המעקב -10-23 שנה
- ▶ רוב מפגשי הטיפול התקיימו עם המשפחה \החברה הקרובה בתחילת הטיפול
- ▶ המטופלים אשר אושפזו מהתחלה \טיפול אנטיפסיכוטי נזקקו ליותר אשפוזים (האם הקשר זה חומרת המחלה?)
- ▶ ירידה במפגשי הנטוורק לאורך השנים למול מפגשים פרטניים (פחות צורך במפגשים אלו בתקופת המעקב או התעייפות הנטוורק ? )

# Hearing voices

Hearing voices network groups



שמיעת קולות לא תמיד אומרת פסיכוזא

שמיעת קולות לא תמיד אומרת סכיזופרניה

75 אחוז מהילדים מתחת לגיל 12 שומעים קולות

10(25%) אחוז מהאוכלוסייה שומעת קולות ללא תחלואה

שמיעת קולות יכולה להיות תופעה תרבותית

מצבי חרדה יכולים להביא לשמיכת קולות



# Hearing Voices Movement–1987

Patsy Hage ▶

Sandra Escher ▶

Marius Romme ▶

מתייחס לשמיעת קולות כתופעה משמעותית , מובנת ולא של  
תחלואה בהכרח אלא כווריאנט אנושי

שמיעת הקולות קשורה לעיתים קרובות לקשיים ובעיות בחיי  
האדם

אם "הקולות" גורמים לסטרס אצל האדם הוא יכול ללמוד  
אסטרטגיות התמודדות איתם

ההתמודדות היא במסגרת קבוצות תמיכה והתמודדות עם  
הקשיים שמאחורי החוויה



**לאן כל זה מוביל אותנו?**