

לקבל בשבועיים את כל הטיפולים שבמקומות אחרים נמשכים כשנה צילום: AnkaFed / Shutterstock.com

קצר וממוקד: האם אשפוז אינטנסיבי הוא העתיד של טיפול בהפרעות נפשיות?

כ-20 אלף ישראלים מגיעים מדי שנה לאשפוז פסיכיאטרי של 40 יום בממוצע. מחסור בכוח אדם ובתקציבים גורם לתת-ניצול של זמן האשפוז לטובת טיפול שישפר את מצב המאושפזים ויקל עליהם לחזור לקהילה. האם מודל של אשפוז מקוצר, שכיום משמש בעיקר לטיפול בטראומה מינית, יוכל להתאים להפרעות נוספות?

שמואל הירשמן

03 במאי 2023

מדי שנה, מתאשפזים כ-20 אלף ישראלים בממוצע במחלקה או מוסד פסיכיאטרי. משך האשפוז הממוצע הוא 42 יום, וכ-40% ממי שמשתחררים מאשפוז יחזרו אליו בתוך שישה חודשים.

לפי השיטה הנהוגה בישראל, מטופל שמגיע לאשפוז פסיכיאטרי נבדק עם קבלתו, בתהליך אבחון שכולל בעיקר ראיון לצורך בדיקה פסיכיאטרית. לאחר מכן מותאמת לו תוכנית טיפולית שעל פי רוב תכלול בדיקות, טיפול תרופתי, הערכה פסיכולוגית מסוימת ואם שפר עליו גורלו – פגישה שבועית עם פסיכולוג או עובד סוציאלי. בנוסף, יעמדו לרשותו מכלול טיפולים קבוצתיים וריפוי בעיסוק.

באשפוז הממוצע, שנמשך כשישה שבועות, מטופלים רבים מלינים על בזבוז זמן. כך למשל, כל פעילויות הטיפול מסתיימות בשעה 16:00, מסיבות של מחסור כרוני בתקציבים ובכוח אדם. המחסור בפסיכיאטרים ובעובדי מקצועות בריאות הנפש מורגש היטב במחלקות ובבתי החולים. כלומר, משך האשפוז מתארך אך הזמן אינו משמש לטיפול ושיפור מצבם של המאושפזים.

ב-2011 התחלתי ליישם במרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מודל לאשפוז ממוקד למשך שבועיים בלבד, לנפגעות ונפגעי טראומה מינית. בשנים שעברו מאז, נמצא כי קיצור משך האשפוז מונע חלק ניכר מהתופעות הנלוות לאשפוזים פסיכיאטריים ממושכים – ניתוק המטופל מסביבתו הטבעית, ניתוק קשרים, פגיעה תעסוקתית ומצב של הוספיטליזציה (תהליך שבו המאושפז הופך תלוי במטפלים ובמוסד ומאבד את זהותו הייחודית).

כיום, מודל זה מיושם ברוב תוכניות הטיפול לנפגעות ונפגעי טראומה מינית בישראל. המודל נבדק ונמצא מתאים גם למטופלים עם הפרעת אישיות – הפרעה שבה המוקד הוא דפוסי אישיות המקשים על תפקוד תעסוקתי ובין-אישי ומובילים למשברי חיים. במקרים כאלה, מטרת האשפוז היא בעיקר ייצוב ולא שינוי אישיותי, ולכן מיקוד והאשפוז וקיצורו מייעלת אותו.

בישראל, טיפול פסיכולוגי רגיל בקהילה כולל מפגש פעם בשבוע, למשך כשנה. כלומר, כ-40 פגישות בהתאם ללוח החגים והחופשות. ואולם במקרה של הפרעות מסוימות, יש חשיבות עצומה בריכוז הטיפולים לכדי מסה קריטית, הן לטובת ניצול יעילות מקסימלי והן בשם צמצום המחיר האישי למאושפזים.

לשם כך, ב-2022 הוקם במרכז לבריאות הנפש "לב השרון" פרויקט האשפוז האינטנסיבי לנפגעות טראומה מינית, הראשון בישראל. הצוותים המטפלים הוכשרו בשיתוף מרכז Psytrec מהולנד, שהוא היחיד בעולם הפועל בשיטה זו, ובסיועו של פרופ' אד דה-יונג (Ad De Jongh), מומחה עולמי בתחום.

במסגרת האשפוז האינטנסיבי, המאושפזות משתתפות בפעילות מתוכננת ומוסדרת שבה, במשך שבועיים, יינתנו כל הטיפולים שבמקומות אחרים נמשכים כשנה. מדי יום, כל מטופלת תשתתף ב**ארבעה סוגי טיפול פסיכו-תרפויטי -** טיפול פרטני שיחתי בחשיפה ממושכת (Prolonged Exposure); טיפול חשיפה התנהגותי פרטני; טיפול פרטני בשיטת EMDR (הקהיה ועיבוד מחדש בעזרת תנועות עיניים); וקבוצה פסיכו-חינוכית, שבה לומדים על ההפרעה ומקבלים כלים להתמודד עמה; **שלושה שיעורי פעילות גופנית אינטנסיבית** של שעה וחצי, בהנחיה אישית; ו**פגישה אישית** עם מרכזת הטיפול.

כך, במהלך שבועיים מקבלות המאושפזות 55 שעות טיפול פסיכו-תרפויטי ממוקד, 45 שעות פעילות גופנית משקמת גוף-נפש, ועשר פגישות עם מתאמת טיפול. במקביל, מתבצע ניטור ברמה יומיומית לסימפטומים של הטראומה, באמצעות שאלונים. הפעילות הטיפולית באשפוז האינטנסיבי מתחילה ב-8:00 בבוקר ומסתיימת ב-21:30 בערב, וניצול זמן האשפוז הוא מלא ואופטימלי.

עד כה, התקיימה התוכנית בשני מחזורים של ארבע מטופלות, סך הכל שמונה מטופלות. בהולנד כבר טופלו 5,000 מטופלים באשפוז אינטנסיבי, והתוצאות מעידות על הפחתת סימפטומים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) מתחת לרף האבחנה ביותר מ-60% מהמטופלים.

בדיקת השיטה לצורך טיפול במצבים נוספים

לאור הצלחת התוכנית, התחדד הפער בינה לבין תוכניות הטיפול הקיימות, ועלה רעיון לנסות את המודל של אשפוז אינטנסיבי גם בתחומים נוספים מעבר לטראומה מינית ו-PTSD.

לשם כך, יחידת הטיפול בדיכאון עמיד ב"לב השרון" נרתמה לבחינת המודל, ובשנה החולפת החל שם מחקר שבו ניתנים 30 טיפולי גרייה מוחית על ידי מגנט (TMS) בפרק זמן של שבועיים, במקום שישה שבועות כמקובל במסגרות אחרות. שישה מטופלים סיימו את הטיפול עד כה, ובסך הכל אמורים להשתתף במחקר 60 מטופלים. לפי מודל האשפוז האינטנסיבי, במקביל לטיפול בגרייה מוחית מקבלים המשתתפים כמה שיחות פסיכו-תרפויטיות ביום.

בהמשך, הכוונה היא לבחון את יעילות מודל האשפוז האינטנסיבי בטיפול בתחלואה כפולה (שילוב של תחלואה נפשית ושימוש בסמים) ובפסיכוזה ראשונה (הפרעה של אובדן בוחן המציאות וקושי להבדיל בין דמיון למציאות).

מובן כי המודל עדיין נמצא בתהליכי שיפור. בתחום הטיפול בהפרעות אישיות וטראומה, נראו תוצאות מצוינות אצל חלק מהמטופלות ואצל אחרות – פחות. ואולם שביעות הרצון של כלל המשתתפות גבוהה מאוד, ללא קשר למידת ההצלחה בהפחתת סימני PTSD. שביעות הרצון הזאת מתבטאת גם בירידה בכמות האירועים החריגים בזמן האשפוז האינטנסיבי, בהשוואה לאשפוז רגיל. יישום המודל בטיפול במצבי דיכאון עמיד ואבחנות נוספות עדיין בשלבי למידה.

חשוב לומר כי חלק הארי של 20 אלף המגיעים לאשפוז פסיכיאטרי בישראל מדי שנה אינם מתאימים ליישום מודל האשפוז האינטנסיבי, ומדובר בשיטה המתאימה לפלח מצומצם. עם זאת, גם יישום של 10% מכלל המאושפזות והמאושפזים בישראל יחסוך כ-80 אלף ימי אשפוז וכ-100 מיליון שקל בשנה. חלק מהחיסכון הזה יוכל לכסות את העלויות הנדרשות לשם אימוץ השיטה.

היתרונות של המודל ברורים, וכוללים החזרת מטופלים למעגל העבודה, שיפור ברמות התחלואה הנפשית ובחוסן הלאומי, שיפור שביעות הרצון של מטופלים, מניעת התאבדויות וצמצום של מקרי אלימות במוסדות לבריאות הנפש.

ד"ר שמואל הירשמן הוא מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון