

# תוכנית הטיפול המלא – מודל הוליסטי קבוצתי לשיקום ניורופסיכולוגי אינטגרטיבי לנפגעי ראש בשלב הפוסט אקוטי

## אריאל יצחקי ונעמה קיבליס מאירי

### תקציר

פגיעה נרכשת ברקמת המוח מובילה לליקויים בתחומים רבים כגון ליקויים רגשיים-התנהגותיים, קוגניטיביים, תעסוקתיים וחברתיים, אשר עשויים להופיע כבר בשלב האקוטי שאחרי הפגיעה, ולהימשך גם במשך עשרות שנים לאחריה.

תוכנית השיקום הניורופסיכולוגית ההוליסטית המוצגת במאמר זה, "הטיפול המלא", באה לתת מענה טיפולי לליקויים אלו בשלב הפוסט אקוטי שלאחר פגיעת הראש. היא מאפשרת מפגש עם התפקודים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והרגשיים השונים, ההשלכות של ליקויים אלו והעיבוד הרגשי של משמעותם. על ידי כך, מתאפשרת עלייה במודעות ליכולות ולקשיים התפקודיים, ואימוץ דרכי התמודדות חדשות. במקביל, נעשית עבודה רגשית על תכנים של אבל ואובדן סביב היכולות שנפגעו.

במחקר אורך שנערך במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, אשר מטרתו לבדוק את תוצאות הטיפול מתחילתו ובטווח של כמה שנים לאחר סיומו, נצפתה מגמה חיובית במדדי תעסוקה, איכות חיים, מצב רוח, פעילות וניידות. מגמה זו נשארה יציבה כשנתיים לאחר תום הטיפול המלא, ומשקפת את התהליך המשמעותי שעוברים המטופלים במסגרת הטיפול ואת השפעותיו ארוכות הטווח.

### רקע

פגיעה נרכשת ברקמת המוח (Acquired Brain Injury) מובילה לליקויים בתחומים רבים כגון ליקויים פיזיים, רגשיים, התנהגותיים, קוגניטיביים וחברתיים (Yates, 2003). ליקויים אלו עשויים לבוא לידי ביטוי בסמוך למועד הפגיעה (השלב האקוטי), ואף להימשך שנים אחריה, לאורך השלב הפוסט אקוטי. לעתים בולטים הקשיים גם עשרות שנים אחרי הפגיעה, בדגש על הקשיים התעסוקתיים, החברתיים והתגובות הרגשיות של האדם ושל סביבתו הקרובה לו (Hoofien et al., 2001).

ניתן לחלק את הליקויים לליקויים ראשוניים, שהם תוצאה ישירה של הרס מבנים עצביים או תוצר לוואי קבוע של הרס זה, וליקויים משניים, שמופיעים בתגובה לליקויים הראשוניים (Hoofien, Becker & Vakil, 1991). הליקויים הראשוניים נחלקים לשני סוגים עיקריים: ליקויים קוגניטיביים וליקויים רגשיים-התנהגותיים. הליקויים הקוגניטיביים עשויים לכלול קשיים בקשב ובריכוז, ביכולת הפסיכו-מוטורית, ביכולת הזיכרון והלמידה, ביכולת ההפשטה וההבנה, בתפקודים הניהוליים ועוד. הליקויים הרגשיים-התנהגותיים עשויים אף הם לנבוע מפגיעה ברקמת המוח השונות, ונפוצים לאחר פגיעת ראש שיש בה מעורבות של האונות הפרונטליות. הם עשויים לבוא לידי ביטוי בהתנהגות על הרצף שבין אדישות לעוררות-יתר, חוסר שקט, תנודתיות רגשית והתפרצויות כעס וזעם.

בנוסף, עשויים להופיע שינויים במצב הרוח אשר כוללים רמות שונות של דיכאון, חרדה ותגובת דחק פוסט-טראומטית (McAllister, 2007). הליקויים הרגשיים-התנהגותיים עשויים להיות דרמטיים ומשמעותיים, ולא פעם מדווח על שינוי אישיותי לאחר פגיעת ראש (Prigatano, 2005). בין הליקויים הקוגניטיביים לליקויים הרגשיים-התנהגותיים קיימים יחסי גומלין, והמענה הטיפולי, במקרה זה המענה הניורופסיכולוגי הקליני, צריך לזהות קשרים הדדיים אלו ולהתייחס אליהם כשזורים האחד בשני וכמשפיעים זה על זה. העבודה הטיפולית תתמקד באינטראקציה שבין הליקויים והשפעותיה על המטופל.

מקובל להבחין בין הליקויים הראשוניים, הנגרמים כתוצאה ישירה מהפגיעה ברקמת המוח, לבין הליקויים המשניים, המהווים תוצר והשלכות של הליקויים הראשוניים. אלה האחרונים באים לידי ביטוי בתחומים



אריאל יצחקי, ניורופסיכולוג, פסיכולוג שיקומי מומחה, המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, מרכז ריקנאטי לשיקום, תל-אביב, ariel@shikumil.org.il 050-8262778

נעמה קיבליס מאירי, ניורופסיכולוגית, פסיכולוגית שיקומית מתמחה, המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, מרכז ריקנאטי לשיקום, תל-אביב, naamak@shikumil.org.il 052-8237778



האדם. נוכח האינטראקציות האפשריות בין הליקויים הראשוניים והמשניים נדרש תהליך אבחון מקיף הממפה את היחסים בין הליקויים השונים. מתוך כך, גם התהליך הטיפולי ישאף לתת מענה כוללני עד כמה שניתן לקשיין של האדם המתמודד עם השלכות של פגיעת ראש. יש לזכור כי השלכות אלו משתנות מאדם לאדם. פגיעות ראש הדומות במאפייניהן האתילוגיים והפיזיולוגיים עשויות להוביל לדפוס ליקויים שונה אצל אנשים שונים, כתלות בגורמים משפיעים נוספים כגון מאפייני אישיות ויכולות פרה-מורבידיות, רקע סוציו-אקונומי, השכלה וכישורים חברתיים.

תהליך השיקום לאחר פגיעת ראש הוא ארוך ומורכב. הוא מתחיל על פי רוב במחלקות בית החולים, ומשם עובר, בשלב הפוסט אקוטי, למסגרות אמבולטוריות וקהילתיות. תקופת השיקום בשלב האקוטי המתרחשת בדרך כלל במסגרת מחלקות השיקום חופפת לתהליך הריפוי והשיקום הספונטני המתרחש במוח בחודשים הראשונים לאחר פגיעת הראש, ועד כשנה וחצי לאחר הפגיעה (Schretlen & Shapiro, 2003). לאחר סיום שלב הטיפול במחלקות השיקום בבית החולים, חלק ניכר מהמטופלים מוצא עצמו ללא יכולת לשוב למעגל החברתי והתעסוקתי בשל השפעות הפגיעה והשלכותיה, כפי שצוינו לעיל, על אף שיפור משמעותי במצבו של האדם בהשוואה למצבו בתחילת תהליך השיקום. במצב זה, על פי רוב, נדרשת התערבות טיפולית-שיקומית שמטרתה לתת מענה כוללני וארוך טווח, אשר יאפשר עבודה על הליקויים השונים ועל יחסי הגומלין ביניהם.

### תוכנית "הטיפול מלא"

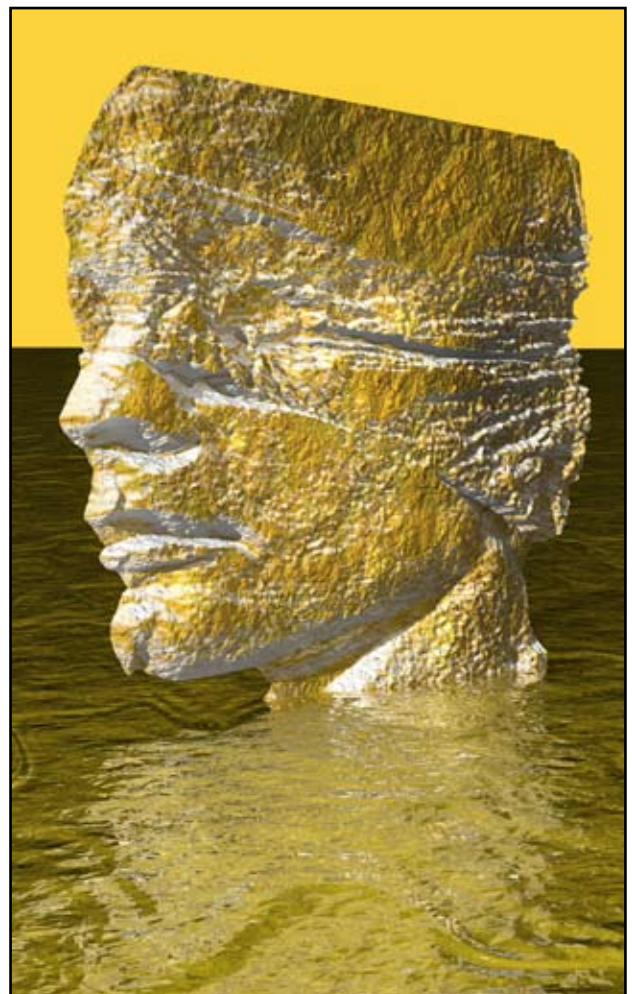
תוכנית השיקום הניורופסיכולוגית ההוליסטית המוצגת במאמר זה, "הטיפול המלא", באה לתת מענה טיפולי לקשיים אלו בשלב הפוסט אקוטי שלאחר פגיעת הראש. התוכנית, אשר נבנתה ומתקיימת במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, קיבלה מאפיינים ודגשים שונים, אך עקרונותיה נשמרו לאורך השנים. היא החלה להתהוות בשנים שלאחר מלחמת יום הכיפורים ואומצה במקומות נוספים ברחבי העולם (Daniels-Zide & Ben-Yishay, 2000).

בבסיס התוכנית עומדים כמה עקרונות: הראשון קובע כי ההשלכות של פגיעת ראש הן נרחבות וכוללות תחומים רבים בחיי היומיום של האדם וכי הן בעלות השפעה משמעותית על תחושת העצמי שלו. לצורך טיפול בתחומים אלו נדרש טיפול אינטנסיבי ואינטגרטיבי המביא בחשבון את הקשר בין הפגיעה המוחית ובין מצבו הרגשי והתפקודי של האדם (Ben-Yishay, 2000).

עיקרון נוסף עוסק במודעות לקשיים ולליקויים. מודעות (Awareness) וקבלת הפגיעה (Acceptance) מאפשרות התמודדות אדפטיבית עם המציאות החדשה שעמה מתמודד אדם לאחר פגיעת ראש. תהליך זה עשוי להיות כואב, מפרך ומורכב מבחינה רגשית, ובמהלכו האדם רוכש אסטרטגיות ודרכי פיצוי ומשתמש בהן. תהליך הקבלה וההסתגלות מתקיים בשני מישורים: חיצוני - התאמה לסביבה הפיזית, החיצונית; ופנימי - שבו מתרחשת הטמעה של תוכניות, ציפיות ותקוות שקדמו לפגיעה ומעובדות למשמעות קיומית חדשה. תהליך הקבלה הוא מעגלי ומתפתח בכל שלבי החיים שלאחר פגיעת ראש (Klonoff, 2010).

שונים כגון התחום החברתי והתחום התעסוקתי. הקשיים בפרן החברתי כוללים לעתים קרובות קשיים ביחסים הבין אישיים, ובעיקר ביצירה ובשמירה של קשרים אינטימיים, ובנטייה לניכור חברתי ולהימנעות מלקיחת חלק בפעילויות חברתיות שונות. בפרן התעסוקתי חווה האדם קושי בחזרה למעגל העבודה, קושי בהיענות לכללי המסגרת ולהרגלי עבודה וקושי בשמירה על מקום העבודה לאורך זמן. גם כאן ניתן לראות יחסי גומלין בין הליקויים: אדם שחווה פגיעה ביכולת ההבנה החברתית ובהתנהגות חברתית תואמת, יתקשה להסתגל למקום עבודה, יחווה תחושות ניכור, חוסר התאמה וחוסר שייכות, ועל רקע קשיים אלו סביר להניח שיחווה חוסר הצלחה ותסכול. בנוסף, הכישלונות התעסוקתיים החוזרים ונשנים עשויים לגרום לאדם להימנע מאינטראקציה חברתית וכך להוביל אותו למצב של צמצום חברתי והימנעות.

רמה נוספת של יחסי גומלין קיימת בין הליקויים הראשוניים לליקויים המשניים, כאשר לרוב מצב רגשי ירוד מתווך ביניהם. כך לדוגמא, אדם החווה ליקויים קוגניטיביים בעקבות הפגיעה, עשוי לחוות הידרדרות במצבו הרגשי, וזו עשויה להוביל לסימפטומים של דיכאון, צמצום חברתי והימנעות. בעקבות זאת, הוא עשוי לחוות קושי להשתלב, למשל, במקצועו טרם הפגיעה, והדבר אף עשוי להחמיר את רמת הדיכאון שבה הוא שרוי. יחסי גומלין אלו, בין סוגי הליקויים בתוך כל רמה ובין הליקויים הראשוניים והמשניים, מעצימים את השפעתם של הליקויים ועשויים להחמיר את מצבו הרגשי, ההתנהגותי והתפקודי של



בתחומים קוגניטיביים (קשב, זיכרון, תקשורת בין אישית ותפקודים ניהוליים) ורגשיים (טיפול קבוצתי), טיפול נפשי פרטני וטיפול פרטני הממוקד בשיפור התפקודים הקוגניטיביים. בנוסף מתקיימת קבוצה פסיכו-חינוכית המקנה למטופלים ידע בנוגע לפגיעות ראש והשלכותיהן. דגש נוסף ניתן לתחום התעסוקתי, במטרה לסייע למטופלים לשוב ולהשתלב בתעסוקה (לימודים או עבודה) על פי יכולותיהם. זאת, באמצעות קבוצה העוסקת בתכנים מעולם התעסוקה ותהליך ייעוץ תעסוקתי פרטני, כמו גם התנסות תעסוקתית המובנית בתוך התוכנית. התוכנית עצמה מחולקת לשלבים המסודרים בסדר היררכי (Daniels-Zide & Ben Yishay, 2000), כאשר בכל שלב ישנו דגש שונה. המעבר בין שלב לשלב מלווה בשיחת משו, שבה המטופל מקבל מאנשי הצוות המטפל משוב על התקדמותו בתהליך, ונקבעים באופן משותף מטרות ויעדים אישיים להמשך התוכנית.

### שלבי התוכנית הטיפול המלא

**• שלב ההיכרות** - שלב זה נמשך כחודשיים, ומוקדש להיכרות עם היכולות והקשיים בתחומים השונים של כל אחד מחברי הקבוצה. במהלך תקופה זו הקבוצה מבצעת מטלות שונות שמטרתן להכיר וללמוד באופן משותף על הקשיים ועל היכולות של המטופלים החברים בקבוצה. יש לציין כי בשונה מתהליך האבחון, המטרה בחלק זה היא העלאת המודעות והלמידה של הליקויים הראשוניים והמשניים אצל כל מטופל. שלב זה מוקדש גם ליצירת קשר טיפולי בין המטופל למטפל האישי שלו וליצירת קשר בין חברי הקבוצה. בסיום שלב זה מוגדרות יחד עם המטופל מטרות שיקומיות אשר ילוו אותו לאורך התוכנית.

**• שלב הטיפול** - לאחר קביעת המטרות ועיבודן הרגשי בטיפול הרגשי הפרטני, מתחילה עבודה הממוקדת בתפקודים הקוגניטיביים וההתנהגותיים השונים. בשלב זה רוכש המטופל כלים ואסטרטגיות לשיפור התפקוד, ומתאפשר לו זמן ומרחב להתאמן ולבחון את הכלים השונים שאותם הוא רוכש. למעשה, בשלב זה נעשית עבודה דרך המרחב הקבוצתי על המטרות האישיות של כל מטופל. כך לדוגמא, שני מטופלים יכולים לבצע מטלה דומה הקשורה לתפקודי הזיכרון שלהם. אך בעוד לאחד הדגש עשוי להיות סביב ניטור והתמודדות עם קשיים בתחום הקשב, לאחר הדגש יהיה על ביצוע בקרה יעילה על תפקודו. משקל רב בתוכנית ניתן לשיבות צוות שבה נערך דיון על משתתפי התוכנית ומגובשים מסרים ודרכי התמודדות. בנוסף, הדיון בשיבת הצוות מאפשר התמודדות עם קשיים ומשברים טיפוליים העשויים להתרחש במהלך התוכנית. במקביל, בשלב זה מתקיים תהליך קבוצתי רגשי העוסק באינטראקציות הנוצרות בתוך הקבוצה, כמו גם תכנים משותפים כגון עיבוד האבל ובחינה של שינויים בתחומי העניין והעיסוק. כמו כן, הקבוצה עוברת תהליך של ייעוץ תעסוקתי הכולל בחינה של יכולות ושיאיות קודמות כמו גם יכולות והתאמה של המציאות לתפקוד הנדרש.

**• התנסות תעסוקתית** - כחצי שנה לאחר תחילת התוכנית מתחיל שלב ההתנסות התעסוקתית. בשלב זה היקף התוכנית עולה לחמישה ימים בשבוע וכולל שלושה ימי טיפול במכון ויומיים של התנסות תעסוקתית. בשלב זה, כל מטופל יוצא להתנדבות במקום עבודה בשוק הפתוח. הדגש בשלב זה הוא תרגול ובחינה של היכולות והכלים שאותם רכש המטופל בשלבים הקודמים,

אחד הקשיים המשמעותיים בעבודה טיפולית עם אנשים אשר עברו פגיעת ראש הוא הקושי באינטגרציה של היכולות והקשיים, ומתוך כך גם קושי במודעות. תוכנית הטיפול המלא נותנת מענה לכך על ידי שימוש במרחב הקבוצתי. במפגש עם עמיתים שחווים קשיים דומים מתאפשרים שיקוף ובחינה של דרכי התמודדות כמו גם בדיקה של השיאיות והציפיות של כל אחד מחברי הקבוצה. בנוסף לכך, ההימצאות בקבוצת עמיתים מאפשרת לא פעם הגברה של המוטיבציה לשיקום ולקבלת תמיכה ואמפתיה מהקבוצה. ההימצאות בקבוצה מאפשרת גם התנסות ותרגול של יכולות בין אישיות (Ben-Yishay, 2000).

בצד התהליך המשמעותי המתרחש בתוך הקבוצה, לצוות המעורב בתוכנית יש משקל רב, וההתערבויות הטיפוליות המערכתיות מהוות חלק חשוב ועיקרי בתוכנית. על ידי יצירת סביבה בטוחה ומאפשרת, מתרחש תהליך של מתן משוב קונקרטי על מצבים בחיי היומיום, ואף ניתן לדון בכך במסגרת הקבוצתית. עבודת הצוות והאינטראקציה השוטפת עם המטופל מסייעת להדגשת המסר המועבר אליו, ולהדהוד על ידי אנשי צוות שונים, דבר שמעצים את המסר ומאפשר קבלה והפנמה שלו. נושא זה מהווה אבן בסיס משמעותית לקידום תהליך של מודעות, אינטגרציה וקבלת הפגיעה.

בתוכנית מושם דגש רב על יצירת מרחב המאפשר מפגש עם התפקודים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים והרגשיים השונים, ההשלכות של ליקויים אלו והעיבוד הרגשי של משמעותם. מפגש זה מאפשר עלייה במודעות ליכולות ולקשיים התפקודיים, ואימוץ דרכי התמודדות חדשות. יש לציין כי לאורך כל התוכנית מודגש הפן הרגשי ומתבצעת עבודה רגשית על תכנים עיקריים שעשויים לאפיין אנשים לאחר פגיעת ראש. תכנים אלו כוללים תגובות הנעות בטווח שבין אבל לדיכאון, בין תגובה פוסט טראומטית להפרעה פוסט טראומטית ובין פגיעה נרקסיסטית להפרעה נרקסיסטית. למעשה, תוכנית הטיפול המלא באה לתת מענה טיפולי הן לליקויים הראשוניים והן לליקויים המשניים כפי שתוארו.

### מיון לפני הכניסה לתוכנית

בשל מורכבותם של הליקויים והאינטראקציה ביניהם, טרם הכניסה לתוכנית מושם דגש על ביצוע אבחון נורופסיכולוגי מקיף. האבחון נועד לתת תמונה מקיפה על האדם, על יכולותיו טרם הפגיעה, על תפקודו הקוגניטיבי הנוכחי, על התגובה הנפשית לפגיעה ועל משאבי ההתמודדות שלו. באופן זה ניתן לאמוד את האינטראקציה בין הליקויים השונים ומשמעותם התפקודית על חייו של האדם. במסגרת תהליך האבחון נבחנת מידת התאמתו של האדם לתוכנית הטיפול. לתוכנית מתקבלים מועמדים בשלב הפוסט אקוטי לאחר פגיעת הראש, בממוצע כשלוש שנים לאחר הפגיעה (Hoofien et al., 2014), אשר רמת האינטליגנציה שלהם בטווח הממוצע לפחות והם בעלי פרוגנוזה תעסוקתית חיובית. במקביל נבחנת רמת המודעות שלהם ויכולתם להיתרם מתהליך קבוצתי.

### מבנה התוכנית

תוכנית הטיפול המלא מתקיימת במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש. זוהי תוכנית יום קבוצתית הנמשכת עשרה חודשים. בתחילה בהיקף של ארבעה ימים בשבוע ולאחר מכן בהיקף של חמישה ימים בשבוע. התוכנית כוללת טיפולים קבוצתיים



## טבלה 2

ממצאי שאלוני דיווח עצמי, ממוצעים וסטיות תקן, לפי נקודות זמן (n=13)\*

T4	T3	T2	T1	
5.33 (2.12)	5.00 (1.92)	5.00 (1.92)	3.80 (1.62)	איכות חיים
42.60 (18.83)	42.80 (23.27)	43.20 (17.17)	37.30 (12.88)	מצב רוח
3.98 (3.21)	3.45 (1.17)	3.18 (1.74)	1.59 (1.37)	פעילות בית
5.15 (3.85)	5.77 (2.20)	4.92 (2.93)	4.08 (2.14)	פעילות חברה
3.94 (2.29)	4.56 (2.06)	4.28 (2.19)	1.89 (0.90)	פעילות פרודקטיבית
13.77 (4.58)	14.69 (3.96)	13.13 (4.34)	9.28 (4.06)	פעילות כללי
3.95 (0.69)	3.45 (0.61)	3.14 (0.73)	2.86 (0.68)	ניידות

\* ניתוחים אלו נערכו על אותו חלק מהמטופלים שדיווחו על תפקוד נמוך מהאחוזון ה-66 ב-T1. מיון זה נעשה במטרה למנוע צמצום טווח ההשתנות, מחמת אפקט תקרה הנובע ממטופלים שמלכתחילה דיווחו על מדדים גבוהים יחסית.

## סיכום

הליקויים הנלווים לפגיעת ראש נרכשת מחייבים מענה אינטגרטיבי וכוללני, החל מרגע הפגיעה ועד לשלב הפוסט אקוטי. תוכנית הטיפול המלא מהווה מודל אינטגרטיבי לעבודה נורופסיכולוגית קלינית בסביבה שיקומית, אשר מגלם בתוכו עקרונות רבים בעבודה עם אוכלוסייה זו. מעבר לאינטנסיביות ולעבודה הקוגניטיבית המעמיקה, הצוות המעורב בתוכנית מהווה כלי משמעותי לביצוע אינטגרציה ולמתן משותף קונקרטי וממוקד בסביבה מכילה ותומכת. אופן הפעילות, כפי שהוצג במאמר זה, מלמד כי התוכנית מאפשרת למטופל לעבור תהליך משמעותי של מודעות, קבלה והסתגלות הנדרשים להתמודדות עם השלכותיה של פגיעת ראש. תהליך זה בא לידי ביטוי בהיבטים תפקודיים שונים ונראה כי הוא יציב לאורך זמן, כפי שנתמך על ידי המחקר שהוצג.

כמו גם התאמה של כלים אלו למציאות התעסוקתית. התנסות זו נעשת בתיווך, ליווי והדרכה של אנשי צוות המכון. מטרתו של שלב זה להרחיב את המרחב השיקומי-טיפול אל מרחב חיצוני על ידי תרגול המיומנויות שנלמדו בתנאי מציאות, וכן גיבוש כיוון תעסוקתי להמשך. בשלב זה יש גם הזדמנות לצבירת הצלחות שיחזקו את הביטחון העצמי ביכולות הקיימות לאחר הפגיעה.

**• הכנה לסיים** - בחודש האחרון של התוכנית, לאחר סיום ההתנסות התעסוקתית, נעשה תהליך של סיכום וגיבוש מסגרת המשך המתאימה ליכולותיו ולשאיפותיו של המטופל מבחינה תעסוקתית או לימודית.

לאחר סיום התוכנית המטופל ממשיך בטיפול נפשי שיקומי אישי ובייעוץ תעסוקתי הנועד לסייע ולתמוך בו לממש את הכיוון התעסוקתי או הלימודי שגובש במהלך התוכנית. ליווי זה ניתן לתקופה ממושכת של עד ארבע שנים מסיום תוכנית הטיפול המלא.

## ממצאים בדבר יעילות הטיפול

במכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש נערך מאז שנת 2005 מחקר אורך, אשר מטרתו לבדוק את תוצאות הטיפול מתחילתו ובטווח של כמה שנים לאחר סיומו, בכמה תוכניות שיקום שונות הנערכות במכון (Hoofien et al., 2014). הנתונים שיוצגו להלן מתייחסים למטופלי תוכנית הטיפול המלא במרכז ריקנאטי לשיקום בתל-אביב, בכמה נקודות זמן לאורך הטיפול: בתחילתו [T1], מיד בסיומו [T2], כשנה לאחר סיומו [T3] וכשנתיים לאחר סיומו [T4].

בהיבט התעסוקתי, מתוך 19 מטופלים אשר לא היו מועסקים ב-T1, מחצית מהם היו מועסקים מיד בסיומה של התוכנית [T2]. מגמה זו נמשכה גם שנה לאחר סיום התוכנית. כשנתיים לאחר סיום התוכנית אחוז המועסקים היה גבוה מ-60% (ראו טבלה 1). שאלוני דיווח עצמי נוספים שהועברו בנקודות זמן אלו, הצביעו על מגמת עלייה באיכות החיים הנתפסת, מצב הרוח, הפעילות והניידות. מגמה זו נשארה יציבה גם כשנתיים לאחר תום הטיפול המלא (ראו טבלה 2).

## טבלה 1

השתנות לאורך זמן של אחוז המועסקים בקרב מטופלי הטיפול המלא שהיו מובטלים בתחילת הטיפול (n=19)

T4	T3	T2	
12 (63.2%)	10 (52.6%)	10 (52.6%)	מועסק
7 (36.8%)	9 (47.4%)	9 (47.4%)	לא מועסק



1. Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute Neuropsychological Rehabilitation: A Holistic Perspective. In: Christensen, A.L. & Uzell, B.P. (eds.). International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation. New York, Kluwer Academic Plenum Publishers. Chap. 8, 127-137.
2. Daniels-Zide, E. & Ben Yishay, Y. (2000). Therapeutic Milieu Day Program. In: Christensen, A.L. & Uzell, B.P. (eds.). International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation. New York, Kluwer Academic Plenum Publishers. Chap. 12, 183-195.
3. Hoofien, D., Becker, M. & Vakil, E. (1991). Rehabilitation communities of the brain-injured patient - The National Institute for the Rehabilitation of the Brain Injured. In: Katz, S. & Florian, V. (Eds.). Returning the Individual with Traumatic Brain Injury to the Community: An Overview of Programs and Services in Israel. N.Y. World Rehabilitation Fund Publication.
4. Hoofien D., Gilboa A., Vakil E. & Donovick P.J. (2001). Traumatic Brain Injury (TBI) 10-20 Years Later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. Brain Injury, 15:189-209
5. Hoofien, D., Salomon-Shushan, T., Weisman, D., Bar-Lev, N., Sharoni, L. & Ben-Moshe, S. (2014). Examination of the Long-Term Efficacy of Three Out-Patient Neuropsychological Rehabilitation Programs for Patients with Acquired Brain Injuries. Journal of the International Neuropsychological Society, 20, S2:18.
6. Klonoff, P.S. (2010). Psychotherapy after Brain Injury. Principles and Techniques. The Guilford press, New York.
7. McAllister, T.W. (2007). Neuropsychiatric aspects of TBI. Brain Injury Medicine: Principles and Practice, New York, Demos Medical Publishing, 835.
8. Prigatano, G.P. (2005). Therapy for emotional and motivational disorders. In: High, W.M. Jr., Sander, A., Struchen M & Hart K., (eds.). Rehabilitation for Traumatic Brain Injury. New York: Oxford University Press Inc, 118-130.
9. Schretlen, D.J. & Shapiro, A.M. (2003). A Quantitative Review of the Effects of Traumatic Brain Injury on Cognitive Functioning. International Review of Psychiatry, 15(4),341-349.
10. Yates, P.J. (2003). Psychological Adjustment, Social Enablement and Community Integration Following Acquired Brain Injury. Neuropsychology Rehabilitation, 13:291-306.

וככאי!

## למה חשוב להיות חבר בהפ"י?

- להיות חלק מארגון המייצג את ציבור הפסיכולוגים בישראל ומקדם את הפסיכולוגיה כמדע.
- להפ"י אתר אינטרנט [www.psychology.org.il](http://www.psychology.org.il) הכולל מידע לקהל הרחב ולציבור הפסיכולוגים: מאמרים מקצועיים, קוד אתי, מידע על החטיבות, לוח אירועים שבו מפורסמים כנסים וימי עיון, קישורים לאתרים בפסיכולוגיה ועוד.
- להשתתף בפורומים מקצועיים, לקיים דיאלוג מקצועי ולתרום להרחבת הידע המקצועי.
- ועדת האתיקה אמונה על עקרונות האתיקה המקצועית והקוד האתי, נותנת ייעוץ בסוגיות אתיות ומטפלת בתלונות.

### כחבר/ת הפ"י אני מקבל/ת:

- גישה בחינם למאגרי מידע מקצועיים.
- רבעון "פסיכואקטואליה", הכולל מידע שוטף ועדכני מהשדה המקצועי ועדכון בנושאים רבים הרלוונטיים לפסיכולוגים.
- ייעוץ משפטי ראשוני בחינם.
- הנחות בכנסים מקצועיים וימי עיון שמארגנת הפ"י.
- מידע שוטף ועדכונים על הפעילות הציבורית והמקצועית של הפ"י, וכן מידעון אלקטרוני חודשי.
- הופעה באלפון הפסיכולוגים החברים בהפ"י.
- השתתפות בהנחה משמעותית בכנסים השנתיים של החטיבות.
- ביטוח אחריות מקצועית לפסיכולוג - במחיר ללא תחרות!
- יומן עבודה שנתי לפסיכולוג.
- הנחות והטבות ייחודיות ושיתופי פעולה שהפ"י יוזמת, כמו ביטוח רפואי משלים ועוד.
- חברות במועדון צרכנות "יחד" הייחודי לרופאים ופסיכולוגים.

