

סיקור הכנס פסיכולוגיה רפואית – מתיאוריה לפרקטיקה

יום חמישי, 11 ביוני 2015, כ"ד בסיון התשע"ה

המכללה האקדמית תל-אביב יפו

טל יעקבי, M.A

יום העיון נפתח בדברי ברכה. הראשון בהם, יורם בן-יהודה [יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית במשרד הבריאות] בירך על הנוכחות בכנס באמרו שמרגיש ממש כמו ארט גרפונקל בהופעתו. בן-יהודה ציין כי יכולתנו כפסיכולוגים רפואיים להתכנס כקבוצה, יחד עם מקצועיות ללא פשרות ואורך רוח, הם שיגרמו לקופות החולים לעמוד אצלנו בתור, על אף המצב העכשווי של דחיקת קבוצות מסוימות של פסיכולוגים מהרפורמה.

המברכת הבאה הייתה פרופ' רבקה יעקבי, ראש המגמה לפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית תל-אביב-יפו. פרופ' יעקבי חלקה עם הקהל את תחושת המשפחתיות שחווה עם פתיחת הכנס וציינה כי מאמצים רבים מושקעים בשיפור ושדרוג תכנית הלימודים להכשרת פסיכולוגים רפואיים, תוך שילוב גישות חדשות והידע המצטבר בתחום. בנוסף הזכירה את היתרון שקיים בתחום חדש זה, ואת תפקידו של הדור הנוכחי בעיצוב המקצוע העתידי.

בברכתו של ד"ר מאיר נעמן, יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים, האולם כבר התמלא עד אפס מקום, וחלק מהבאים מצאו מקומם על המדרגות. ד"ר נעמן התייחס לזיקתו החזקה לתחום הפסיכולוגיה הרפואית ואמר שימשיך לפעול לכך שהפסיכולוגיה הרפואית תיכלל תחת תחום בריאות הנפש לכל דבר ועניין, במסגרת הרפורמה, קופות החולים ובכל מסגרת אחרת.

אחרון המברכים היה פרופסור גיל גולדצוויג, דקן בית הספר למדעי ההתנהגות במכללה האקדמית, אשר ציין לטובה את הנוכחות המלאה בכנס, והקריא מכתביו של ויליאם שטקל, פסיכואנליטיקאי ורופא, על חשיבות התובנה הפסיכולוגית במצבי רתיעה מהליכים רפואיים.

פסיכוסומטיקה בעבודת הפסיכולוג במערכת הרפואית: איתור, טיפול ותקשורת עם הצוות

הרפואי

ד"ר חנה ויסמן, פסיכולוגית חינוכית ורפואית בכירה, מנהלת המרכז לפסיכולוגיה רפואית לילדים ונוער ביחידה לפסיכיאטריה של הילד, תל השומר

ההרצאה הראשונה בכנס עסקה בפסיכוסומטיקה במערכת הרפואית. פסיכוסומטיקה מוגדרת כתהליך בו אדם חש סימפטומים פיזיים, שאינם מוסברים על-ידי ממצאים פתולוגיים, בתגובה לסטרס. פסיכוסומטיקה מתחילה הרבה פעמים בילדות ואם לא מטופלת ממשיכה לבגרות. הסימפטומים הפיזיים השכיחים ביותר במבוגרים הינם תסמינים נוירולוגיים המתבטאים במערכת העיכול ובכאב. אצל ילדים נראה שכיחות גבוהה של כאבי בטן בילדות המוקדמת וכאב ראש מתחי (tension headache) בגילאי בית-הספר, בעקבות לחצים של הישגיות ולחצים חברתיים. ויסמן תיארה שקיבלה תימוך קליני לממצאים אלו בהרצאה שהעבירה לרופאי משפחה: רופאי משפחה העריכו כי כ-80% ממטופליהם מגיעים בעקבות כאבי בטן וראש ותחושתם היתה שמטופלים אלו מגיעים בעיקר על מנת לשתף בדאגותיהם.

וויסמן הזכירה שינוי בולט בהגדרת הפסיכוסומאטיות הנלווה ליציאתו לאור של ה-DSM-5 אשר מבטל את ההפרדה בין גוף ונפש שניכרה במהדורתו האחרונה. הפרעת סומטיזציה, היפוכונדרייה והפרעת כאב אוחדו כולן ל-SSD: Somatic Symptom Disorder. השוני מתבטא בצורת האבחון: לא עוד 'רשימת המכולת' המוכרת של סימפטומים אלא אבחנה על-פי ניסיון ושיפוט קליני של מחשבות, רגשות והתנהגויות הגורמים למצוקה ניכרת ופגיעה בתפקוד. בנוסף, ההגדה מתייחסת גם לסובלים מחולי מאובחן כגון מחלת לב או סרטן והפרעות פסיכיאטריות (בעיקר חרדה ודיכאון) כאשר המאבחן מתרשם שהם עסוקים במחשבות של קטסטרופיזציה ומביעים רגשות קשים לגבי המחלה והשלכותיה בתדירות וחומרה החורגים מהמצופה.

מחקר שהתבצע בהולנד מצא שורה של גורמי סיכון להפרעות פסיכוסומאטיות אצל ילדים, ביניהן דגם חיקוי של הורים הסובלים משיעור גבוה של סומטיזציה, קומורבידיות גבוהה של חרדה ודיכאון, חרדת בריאות, בעלי היסטוריה של כאב או מחלה כרונית משמעותית, חיזוקים הוריים לסימפטום וכן סטרסורים פסיכו-סוציאליים כגון מותו של אדם קרוב והתעללות מינית.

התפתחות ושימור הפסיכוסומאטיות מתרחשת בעיקר בעקבות שלושה מימדים של פגיעות. הראשונה היא פגיעות ביולוגית כללית המתבטאת ברגישות יתר לתחושות גופניות, כאשר יתכנו ברקע מחלה כרונית או אירוע רפואי. השנייה היא פגיעות פסיכולוגית כללית המתבטאת בקושי לזהות או לבטא עמדה רגשית, קושי לבטא רגש שלילי וסכמה של פגימות, והשלישית היא פגיעות פסיכולוגית ספציפית אשר בבסיסה עומדים אירועי חיים סטרסוגניים שתורמו לקיומה של פסיכוסומאטיות, כהגירה, גירושין, חרם בבית הספר וכדומה.

ד"ר ויסמן הציגה מודל המסכם רעיונות אלו: טריגר רפואי (אירוע, מחלה, ניתוח, תאונה וכדומה) אשר גרם להפרעה פיזיולוגית חובר לגורם דחק. יחד, הם מניבים מצב של קשב מוגבר לגוף, הגברת המצוקה הפיזית וייחוס התחושות הפיזיות למחלה. לכאן מצטרפות קטסטרופיזציה ודה-מורליזציה, והאדם מתחיל לפתח מחשבה ושיח סביב מחלתו העוסקים בהימנעויות וחוסר יכולת. הבדיקות הרפואיות מתרחבות לבריורים ואשפוזים וכך המחלה מקבלת מקום גדול יותר במציאות ומובילה להימנעות מתחומי עניין ולבידוד חברתי. אלמנטים במודל הקשורים ספציפית לילדים הינם תגובת ההורים ותגובת המסגרת החינוכית, אשר שניהם יכולים לסייע בהפסקת מעגל המחלה באמצעות הפעלת סמכותם.

המפגש בין הרופא והמטופל הפסיכוסומטי הינו מורכב. הרופא, מצידו, מתמודד עם דרישה לבדיקות מיותרות והרבה לחצים בעקבות חוסר אונים ואיום עקב כישלון קודם בתהליך הריפוי. בשל מגבלת הזמן של הרופא, המפגש מייצר לרוב כעס והסתייגות מהמטופל ותיתכן גם סרקסטיות כלפיו. המטופל מצידו, דואג ומוטרד, דורש הרבה בדיקות רפואיות, חש אשם, מואשם ולא מובן, מה שיכול להביא להחרפת הסימפטומים על מנת לגייס את תמיכת הסביבה והרופא.

ויסמן מציעה לרופאים לאמץ את המודל הביו-פסיכו-סוציאלי, המבוסס על מתן התייחסות לתפיסת הסימפטומים על-ידי המטופל לצד בדיקה של גורמי מצוקה ואירועים רפואיים בתקופה האחרונה ובכלל. כאשר מדובר בילדים הרופא יכול לבסס התרשמותו גם על ההורים כדמות חיקוי לסימפטומטיות, ובדיקה האם מעודדים ילדם להתמודדות או להימנעות. התעניינות זו תשפר את דפוס התקשורת בין הרופא למטופל, ותגרום למטופל להרגיש שהרופא מבין אותו יותר – מה שיעזור בהיענות לטיפול רפואי ופסיכולוגי. פנייתו של המטופל הפסיכוסומטי לפסיכולוג אינה קלה, ועל כן חשיבותו של הרופא כמתווך ביניהם היא רבה. הדרכה רפואית קצרה שתעסוק בקשר בין דחק למצב רפואי וסומטיזציה ובחשיבות הטיפול למניעת התדרדרות תגביר היענות

לטיפול פסיכולוגי.. וייסמן הדגישה את מקומם של הפסיכולוגים הרפואיים בקידום השימוש במודל הביו-פסיכו-סוציאלי ברפואה.

מבחינת הגישה הטיפולית, וייסמן ציינה כי חשוב לא להתווכח עם הכאב והסימפטומים של המטופל. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי יעיל במצבים של פסיכוסומאטיות דרך שינוי עמדות יסוד, מדיטציה וקשיבות (מיינדפולנס). אצל ילדים מקדישים תשומת לב להדרכת הורים, עם דגש על נוכחות וסמכות מותאמת מול האתגר של ילד פסיכוסומאטי. לצורך הגברת מוטיבציה לטיפול רצוי להתחיל באיזון והקלה של סימפטומים רפואיים באמצעות טכניקות של ביו-פידבק, ולהמשיך בפסיכו-הדרכה וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי.

ייצוגים קוגניטיביים של פציעה: ממודל תיאורטי ליישומים טיפוליים

ד"ר עירית חרותי, פסיכולוגית רפואית ושיקומית בכירה, מנהלת המערך הפסיכולוגי בב"ח בילינסון ומרצה באקדמית תל-אביב-יפו

הרצאתה של ד"ר חירותי עסקה במחקרה החלוצי בתחום תפיסת פציעה. פציעות מהוות גורם תמותה מוביל, ובישראל קיימת עליה מובהקת באחוז הפצועים מנשק חם משנת 2005. הרציונאל למחקר הינו הצדקות תיאורטיות וקליניות להפרדה בין מצבים של מחלה ופציעה. שאלת המחקר עסקה בקיומו של הבדל בייצוגים הקוגניטיביים של לקות הנגרמת מפציעה לעומת מחלה. המחקר כלל כמה שלבים והניב בנייה של שאלון תפיסת פציעה (injq) וכן ממצאים מעניינים: נבדקים (פצועים וצוות רפואי) ראו במחלה ובפציעה מצב שונה גם כאשר הלכות הגופנית היא זהה; בהשוואה לחולים במצב רפואי דומה, לפצועים רווחה נפשית גבוהה יותר המתבטאת בהערכה עצמית גבוהה יותר של בריאות, תפקוד פיזי, רגשי וחברתי ותחושת ויטליות גבוהים יותר, פחות מצוקה פסיכולוגית (במיוחד דיכאון וסומטיזציה), קבלת מגבלה טובה יותר ודימוי עצמי אשר מבוסס פחות על המגבלה מאשר אצל חולים; פציעה עוררה ייצוגים אינטרא-פסיכיים שליליים רבים יותר ממחלה, ונמצאה מועדפת לטיפול ממחלה בקרב צוותים רפואיים; ההבדלים ברווחה הנפשית בין פצועים לחולים מותנו על-ידי הייצוגים הרגשיים השליליים של הפצועים, משמע שרגשותיהם השליליים של פצועים מקשים עליהם לחוות את הרווחה הנפשית הטובה שלהם, בהשוואה לחולים.

ד"ר חירותי יצרה מודל של תפיסת פציעה המורכב מכמה ייצוגים, חלקם רלוונטיים הן למצבי פציעה ומחלה וחלקם ייחודיים עבור מצבים של פציעה.

זהות- זהות הפציעה כוללת סימפטומים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), זהות אנטומית (מיקום הפציעה בגוף) ותגית חברתית.

השלכות- השלכות הפציעה כוללות רגשות שליליים, בעיקר בכל הנושא של תלות באחר בעקבות הפציעה. יחד עם זאת, קיימות השלכות חיוביות של אפשרות לצמיחה וחיזוק אישי בעקבות הפציעה. דגש על נראות ואסתטיקה.

אחריות ואשמה- תפיסת השליטה בפציעה מתבטאת בעיקר במובנים של אחריות ואשמה. **מהלך בזמן**- הפציעה נתפסת בזמן עבר.

שני ייצוגים במודל רלוונטיים עבור מצבים של פציעה בלבד:

אירוע דרמה ואספקט רפואי- ייצוג הפציעה מאוד חושי ויכול לכלול חפצים שבורים, צעקות, דם, צוות רפואי וכדומה.

קשר פציעה-עצמי- המשקל שתופסת הפציעה בעצמי של הפצוע.

למחקר יישומים תיאורטיים וקליניים. היישומים התיאורטיים הינם ההבחנה בין ייצוגים קוגניטיביים ורגשיים של פציעה ומחלה, למרות חפיפה מסוימת ביניהם, וכן שאלון ייצוגי הפציעה (InjPQ) לזיהוי יעיל של תפיסת הפציעה וקשריה עם איכות החיים של הפצוע. היישומים הקליניים הינם הצורך להתמקד בגורמים שנמצאו מעכבי החלמה אצל פצועים: ייצוגים רגשיים עוצמתיים לפציעה, קשר פציעה-עצמי חזק, תפיסת מהלך בזמן עכשווית (ולא בעבר) וסימפטומים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית.

ד"ר חירותי ממליצה על שיטת ההתערבות (EFT) Emotion Focused Therapy שפותחה על-ידי גרינברג (Greenberg, 2002) ועוסקת במודעות לרגשות, חווייתם ונרמולם, יחד עם שילוב אפשרי של כלים חווייתיים ומשחקיים.

בהמשך היום נערכה חלוקה לסדנאות על-פי בחירת המשתתפים. כל הסדנאות עסקו ביישום פרוטוקול טיפולי בשדה הקליני.

סדנא – התמודדות עם תקיעות והתנגדות: ארגז הכלים הפסיכולוגי בטיפול פסיכולוגי-רפואי
ד"ר שאול נבון, פסיכולוג רפואי ושיקומי מומחה-מדריך, מורשה להפנוט ולמחקר מדעי
בהיפנוזה

ד"ר נבון חילק את הסדנא לשני חלקים. בחלקה הראשון הוצג מודל פסיכולוגי המוביל לטיפול במצבי תקיעות והתנגדות בחולים במחלה גופנית, ובחלקה השני הוצג ארגז כלים פסיכולוגי של שיטות טיפול מובילות.

חלק א': טיפול במצבי תקיעות והתנגדות בחולים במחלה גופנית

ד"ר נבון מגדיר מחלה גופנית כמצב בו שכיחים תקיעות והתנגדות בחיים. תקיעות מוגדרת כחוסר התקדמות או כתחושה של קושי לקבל החלטה בין אלטרנטיבות. במסגרת הטיפול הפסיכולוגי, גם המטפל וגם המטופל יכולים לייצר תקיעות והתנגדות, כאשר התנגדות המטופל יכולה להתבטא כלפי המטפל וכן כלפי תהליך השינוי. ביטויים נפוצים להתנגדות בטיפול הם שתיקות, איחורים והיעדרויות.

בתחילת הסדנא ציין ד"ר נבון פרמטרים ייחודיים לפסיכותרפיה עם חולים במחלה גופנית: לפסיכולוג הרפואי **ידע** במונחים רפואיים ובמשמעותם. בטיפול קיים מימד של **קונקרטיזציה**, המטופל מספר על ניתוחים ובדיקות שעובר במציאות. המחלה היא שמביאה את המטופל לפנות לטיפול נפשי לכן קיימת **סיבתיות**. מצב רפואי הינו **בלתי הפיך** ומותיר חותם גם ברמיסיה. בחדר הטיפול מורגש **חוסר אונים** פסיכו-תרפויטי מצד המטפל ותחושה של חוסר בכלים לשיפור מצבו של המטופל. טיפולים רפואיים מביאים היבט **ציבורי** של עיסוק בגופו של האדם, חשיפה וחוסר באינטימיות. קיים פקטור של **זמן**, בהקבלה לטיפול הרפואי המידי, ולכך צריכה לשאוף גם הפסיכולוגיה הרפואית. כל אלו מובילים לתחושה של **תקיעות** בטיפול שחשים המטופל והמטפל כאחד.

מודל האי-מחלה שפיתח ד"ר נבון גורס כי אצל המטופל קיימות דואליות ודיאלקטיות. מחד, קיים מימד המחלה הכולל מידע שניתן לתעד אובייקטיבית (חוס, ממצאים רפואיים, בדיקות וכדומה), ומאידך קיים מימד האי-מחלה הכולל את הנרטיב של המטופל. מדובר בשני מימדים מנוגדים אך משלימים, המצויים תמיד במקביל. על המטפל לעשות עבודה של הפרדה וחיבור, חלוקת המידע מהמטופל למחלה ואי-מחלה והתמקדות באי-מחלה. כך, המטופל מגיע לטיפול בתקיעות עם מסגרת חשיבה מסויימת, והמטפל מציע מסגרת חשיבה אחרת.

ד"ר נבון דוגל בטיפול אסטרטגי בו שיטת הטיפול מותאמת למטופל ולרוח התקופה הדורשת טיפול קצר וחסכוני. חשיבות רבה בטיפול האסטרטגי מוקדשת לאינטייק. יש צורך במידע על מספר אלמנטים שביניהם: **היסטוריית הבעיה** (מתי החלה, האם שינתה צורה לאורך זמן, מדוע הוחלט להתחיל טיפול כבנקודת זמן זו ומי קיבל את ההחלטה), **הגדרת הבעיה** (תיאור הבעיה במילותיו של המטופל, מי מעורב בבעיה – לצורך טוויית רשת חברתית, מה תדירותה ושכיחותה, מה החוויה בעת התרחשותה ומה מתחזק אותה), **וניסיונות לפתרון הבעיה** (האם היה בטיפול קודם, מה היה בטיפול, מה למד על עצמו ומה מסקנותיו כעת. למטפל: חשוב לא לחזור על מה שכבר טופל בעבר על מנת של ליצור חוויה של תקיעות). **מטרות** יקבעו לפי הגדרת הצלחה על-פי המטופל והערכת המטפל את מטרותיו של המטופל כמציאותיות. על המטרות להיות קונקרטיות או התנהגותיות. בדרך זו לוקח המטופל אחריות לשינוי. תפקיד נוסף של המטרות הוא קביעת סופו של הטיפול.

ד"ר נבון מציג שלוש שיטות טיפוליות המתאימות למצבים של תקיעות בטיפול:

Paradoxical Therapy, Ordeal Therapy & Solution Focused Brief Therapy.
טיפול פרדוקסלי מתמקד בכריתת ברית שלום עם החשש הגדול ביותר של המטופל, כאשר באמצעות זאת הפחד מאבד ממשמעותו. המטופל מגיע עם בעיה בה הוא מבקש לטפל ומקבל מטלה אשר מעצימה אותה. דרך העצמה זו נוצר שינוי המביא לפתרון (לדוגמא, מטופל המתקשה להירדם יתבקש להישאר ער כמה שיוכל, מה שיגרום לכך שירדם ללא חשש).

Ordeal therapy (חוויה קשה). המטפל נותן מטלה קשה יותר מהסימפטום עמו הגיע המטופל. חשוב שהמטלה תותאם למטופל ותהיה אפשרית לביצוע. לדוגמא, ילד בוגר בעל בעיית הרטבה יתבקש לקום באמצע הלילה לחצי שעה על מנת לבצע מטלה שאינו אוהב.

שיטות אלו יעילות כי הן מייצרות שינוי, מציאות שלא התקיימה בטיפולים קודמים. המטופל מגיע הרבה פעמים עם חוויה של תקיעות ויאוש מטיפולים קודמים ולכן מתבקש לנסות משהו אחר. בנוסף, החוויה הקשה (ordeal) מסיטה את תשומת הלב מהסימפטום ומהרווחים הנלווים לקיומו. ד"ר נבון השיב לשאלה מהקהל לגבי שימור השינוי לאורך זמן, והציע כי יתכן כי לאחר הפסקת הסימפטום יהיה כדאי להתחיל בטיפול פסיכודינמי.

Solution Focused Brief Therapy טיפול ממוקד פתרון באמצעות "שאלת הקסם": מטופל מגיע עם בעיה לטיפול ונשאל על-ידי המטפל איך המצב היה שונה אם בעייתו הייתה נפתרת. ברוב המקרים, המטופל יכיר בכך שהמצב של פתרון הבעיה אינו כל כך רחוק כפי שהיה נדמה לו עד כה, מה שיעזור להתחיל ביצירת השינוי. בהתאם לכך נבנית תכנית הדרגתית שעוזרת להגיע למקום בו המטופל רוצה לראות עצמו, כך ששאלת הקסם מסמנת גם את סוף הטיפול.

איך להפוך תקיעות והתנגדות לשיתוף פעולה – ארגז הכלים

ד"ר נבון הציג בקצרה רשימה של כלים המסייעים בייצור שיתוף פעולה טיפולי:

דיפרנציאציה הבדלה בין מצבים הגיוניים ללא-הגיוניים, מחלה ואי-מחלה.

התחברות (joining) תנאי מוקדם והכרחי בתחילת טיפול, יצירת אווירה נוחה וברית בין המטפל למטופל.

הקשבה לשפת המטופל ולנרטיבים שלו, תשומת לב למילים הספציפיות בהן הוא עושה שימוש.

טכניקות לשינוי מצב התקיעות וההתנגדות

מסגור מחדש (reframing) ושינוי התווית (relabeling) הצגת דברי המטופל בצורה שונה מאפשרת גמישות ושינוי תפיסתי. ההצגה הינה חיובית ומחזקת את תחושת השליטה של המטופל. כך, אדם פאסיבי יוצג כמסוגל לקבל את המציאות כמות שהיא ואימפולסיבי יוצג כבעל ספונטאניות.

אתגור (challenging) אתגור המטופל בשאלות מבלי להגיע למסקנות בעצמנו, מה שיגרום לו להשמיע את בעייתו במילים שלו. כך למשל ניתן לשאול מטופל נכה בעל דיכאון מהי בעייתו. השאלות של המטפל יעזרו למטופל להבין את מצבו: המטפל אכן מבחין שהוא נכה, אך האם נכה חייב להיות בדיכאון?

שאלות עתידיות ומפה עתידית ניסוח שאלה עתידית המתארת מצב יותר טוב עבור המטופל. מה צריך להשתנות כדי שהמטופל ירגיש אחרת? אם היה בריא, או פחות חולה, מה היה עושה? כך ניתן להשיג מידע על תפיסה בעלת תקווה או ייאוש.

ירידה בדרגה One Down Position הכתרת המטופל כמומחה בסבל שלו. ציטוט לדוגמא – "כמי שמכיר את הבעיה זמן רב, ספר לי איך אתה מצליח להתמודד איתה". כלי זה מספק למטופל תחושה של מובנות וקשיבות מצד המטפל.

החצנת התסמין ניתוק הסימפטום מהקשרו, הפרדה בין האדם ומחלתו אשר עוזרת בפרשנות עצמית חיובית.

התווית התסמין הגברה מכוונת של הסימפטום אשר באופן פרדוקסלי עוזרת בפיתרתו.

אשליית החלופות כלי נפוץ בהיפנוזה. הצעת שתי חלופות טובות למטופל, כדוגמת "האם השיפור במצבך יתחיל עכשיו או מחר בבוקר?"

ריסון הרגעת המטופל לגבי משך הזמן שידרש לו לשינוי חיובי וניבוי נסיגה המתבטא ביידוע המטופל כי יתכן שבמהלך הטיפול ירגיש גרוע יותר ממצבו הנוכחי. אלו שני כלים שמעוררים במטופל צורך להוכיח למטפל שטעה לגביו, ובכך גם לשיפור מצבו.

מהיענות להתנגדות Compliance/Defiance נתינת מטלה למטופל במטרה להיכשל בה. למשל, מטופל חרד יתבקש ליצור התקף חרדה בשעה שמונה בערב. בין אם יצליח ובין אם לאו, הרי שהשיג שליטה על חרדתו.

סדנאות נוספות שניתנו בכנס עסקו בנושאים הבאים:

CBT For Chronic Pain - פרוטוקול טיפולי בהתמודדות עם כאב, בהנחיית ד"ר נצח גורן.

"ממתוק יצא עז" - קשיים מול משאבים בבריאותיה – מודל רב מימדי להתערבות, בהנחיית ד"ר רות שטיינמן.

קשיבות (mindfulness) בפסיכותרפיה עם ילדים, בהנחיית ד"ר חנה וייסמן ועדי בנארויה.
הולדה בטריאדה - אתגר טיפולי הפוריות למטופלת, בן הזוג והרופא, בהנחיית יעל סיון וד"ר מיכה באום.

לאחר הסדנאות חזרנו לפורום המלא לשלוש הרצאות נוספות.

מה הרופא הראשוני יכול לתת בתחום הרגשי ומה הוא יכול לקבל

ד"ר דני חמיאל, פסיכולוג קליני ורפואי מדריך, המרכז לברה"ן שרותי בריאות כללית ומרכז חוסן, המרכז הבינתחומי הרצליה.

ד"ר חמיאל פתח בהקדמה אשר נתנה רקע לשיטת העבודה שלו: עבודתנו הפסיכולוגית נעשית באופן פרטני עם כל מטופל, כאשר הגדרת עבודה זו מאפשרת השפעה מצומצמת יחסית ביחס לכך שכשני מיליון ישראלים סובלים מקשיים נפשיים. יתר על-כן, אנו רואים בטיפול פעמים רבות שינוי שמתחולל כבר בתחילתו, ונשאלת השאלה האם יצירת שינוי זה מחייבת הכשרה כפסיכולוג. מכאן שקו המחשבה של ד"ר חמיאל הוא פיתוח של התערבויות מניעתיות, דרך מתווכים שאינם אנשי פסיכותרפיה בהכרח. ההתערבויות אינן טיפוליות אלא בתחום של Low Intensity CBT, כשהרעיון הוא לחסוך בכוח אדם של בריאות הנפש ולטפל באחוז רחב יותר של האוכלוסייה. ד"ר חמיאל הציג מחקר בו נעשתה רדוקציה של הכלים הפסיכולוגיים לכלים פסיכו-חינוכיים שהופעלו על-ידי מורות בכיתות בית ספר. המחקר נערך באשקלון כהתערבות מניעתית בתקופה שקדמה למבצע "עופרת יצוקה". תופעלו סטרסורים נורמטיביים של גילאי בית הספר (מריבה עם ההורים, פגיעה חברתית ולימודית) ונלמדו דרכי התמודדות עמם. לאחר המבצע הצבאי הועברו שאלונים אשר הצביעו על פער של 50% בסימפטומים של פוסט טראומה בין הילדים שהיו בקבוצת ההתערבות לאלו שהיו בקבוצת הביקורת.

ההרצאה התמקדה בנושא של הכשרת רופאים בטכניקה של Low Intensity CBT. מדובר ברדוקציה של כלים טיפוליים לכלים שרופא יכול להשתמש בהם בקליניקה. כלים אלו כוללים הקניית שפה רגשית מחד, וזמן קצר לצורך ההתערבות מאידך. ההשתלמות הבסיסית כללה שש הרצאות ושתי הדרכות בקבוצות קטנות יותר שעסקו בהטמעת הכלים במרפאה. מתוך הקבוצה הזו נוצרה קבוצת העמקה שביצעה השתלמות מקיפה יותר שכללה שלוש הרצאות ושמונה הדרכות. ד"ר חמיאל ציין כי הופתע מכך שכמעט כל המשתתפים בהשתלמות הבסיסית המשיכו להשתלמות המקיפה. על אף הזמן הדל שעמד לרשות הרופאים, נראה היה כי הפיקו תועלת רבה מהידע והכלים שקיבלו, אשר תרמו לקיצור זמן העבודה השוטפת.

טכניקת ההתערבות עושה שימוש באלמנטים של הגל השלישי בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. משמע, אין ניסיון לשנות את תוכן המחשבות של מטופלים אלא להפנות את תשומת ליבם לכך שמעבר לבעיה במציאות, יש בעיה של מחשבות עריצות ומטרידות אשר, קרוב לוודאי, מהוות את מרכז הבעיה. אנחנו מנסים להתבסס על ההבנה שכמעט תמיד בתוך קושי קיימת אמביוולנציה. כאשר מטופל אינו מעוניין להתחסן מפני שפעת כי שמע על שני נפטרים מהחיסון,

רופא ימשיך את השיח בכיוון הסטטיסטי, אבל כנראה שהמטופל זקוק להתמודדות עם הפחד שלו מהמוות.

מודל העבודה הוא מודל ארבעת הצעדים, אשר נועד לזיהוי חשיבה קיצונית ("בחיים לא אצא מזה", "המחלה הזאת תהרוג אותי", "יותר לא אהנה משום דבר"). הצעד הראשון הוא זיהוי המחשבה: [בעקבות המחלה] "החיים שלי נהרסו". הצעד השני הוא לשים סימן שאלה: "החיים שלי נהרסו?". הצעד השלישי הוא תיאור המחשבה בצורה עכשווית: "אני מרגיש כרגע שהחיים שלי נהרסו". כך הופכת המחשבה ממציאיות משתקת שאין מה לעשות איתה להרגשה הממוקמת בזמן. הצעד הרביעי הוא הפרדה. לא לתת למחשבה או התחושה לנהל את העצמי. צריך לחשוב מה עדיף כרגע, האם להתעסק יותר במחשבה או להניח לה להתאוורר. התאמת הגישה לילדים מתבצעת על-ידי חבישת שלושה כובעים. בתחילה, הילד מתבקש לחבוש את הכובע האדום, כובע הדאגות, ולומר את כל המחשבות המטרידות אותו ("איך אני אדע שלא יקרה להורים שום דבר רע היום? שיקחו אותי בזמן מהגן? שיהיה לי כיף?"). לאחר מכן חובשים את כובע הקסמים, עמו ניתן לטפל בדאגות בצורה שהילד בוחר (לנשוף עליהן כדי שיעופו, לצייר אותן וכדומה). הכובע האחרון הוא הכובע הירוק – כובע הפעולה, עמו שואלים את הילד לאיזה פינה ירצה ללכת בגן ובמה ירצה לשחק כעת. ד"ר חמיאל מציין כי ב-90% מהמקרים הבעיה המדוברת נפתרת בהליך זה. כך עזרנו לילד לא להיות מנוהל על-ידי מחשבותיו או רגשותיו בטכניקה שלוקחת דקות ספורות, מבלי לעסוק בתוכן של הבעיות. מדובר בגישה מעט פשטנית, היות והיא מבטלת את המחשבות ללא בדיקה של הסיבה שהופיעו. לצורך בדיקת הגורם למחשבה ניתן להתבסס על הגישה המטא-קוגניטיבית.

ד"ר חמיאל ממליץ ללמד רופאים פסיכו-אדיוקציה בנושאים נפוצים בהם הם פוגשים, כחרדה ודיכאון. למטופל מדוכא ניתן להסביר כי ככל הנראה אחוז נכבד מהדיכאון שלו נגרם בשל מחשבותיו בנושא, ואת החלק הזה רצוי וכדאי לבטל. ניתן לראות את ההקבלה הרעיונית למודל המחלה ואי-מחלה בסדנא שהעביר ד"ר שאול נבון המתוארת מעלה.

עקרון חשוב בעבודה עם מבוגרים הוא הסכמתם להיות בהליך טיפולי אשר יתכן ומפחית את תחושת השליטה בחייהם. ד"ר חמיאל עורך את "מבחן היד" לחלק מהמטופלים: המטופל מתבקש לתת למטפל את ידו לצורך הרמתה. אצל חלק גדול מהמטופלים היד נשאר באוויר גם לאחר שהמטפל עוזב אותה. כששואל המטפל מדוע ידו של המטופל נשארה באוויר, התשובה הנפוצה היא "אני פריק של שליטה", על אף שהתשובה ההגיונית היא חוסר יכולת להחליט אם להשאיר את היד באוויר או להחזירה למקומה. ד"ר חמיאל הציע כי שליטה זו היכולת לבחור מתי להחזיק ומתי לשחרר: באילו נקודות להתעקש להמשיך את החיים כפי שהיו לפני המחלה, ועל מה לא כדאי להתעקש. פעמים רבות הוויתור הוא הגורם לחוויה של שליטה. בשימוש בטכניקה של ביו-פידבק (בחיישן של מתח שרירים) מטופל יכול לרכוש את ההבנה כי שליטה משמעה שחרור. הדריכות היא הגנתית ולא ההרפיה.

סיומו של הכנס התמקד במודלים עכשוויים ברפואה ראשונית ושניונית, וכלל שתי הרצאות.

פסיכולוגיה רפואית ברפואה ראשונית: מודל עבודה ואתגרים ייחודיים

אורן להק, פסיכולוג רפואי מומחה, מנהל "מרפאה פסיכולוגית" מוכרת להתמחות

להק פתח את הרצאתו בסרטון על האופן שבו מגיעים מטופלים לרפואה ראשונית (רפואת משפחה). בסרטון נראית פציינטית חרדה ודיכאונית בביקור אצל רופאת המשפחה שלה. הן משוחחות ובסוף הפגישה ניתן לה מרשם לתרופות שינה למשך שבוע. הרופאה מציינת כי אם יהיה רצון לחדש את המרשם על המטופלת להיפגש עם פסיכולוג היושב במרפאה.

להק מציג תפיסה הגורסת כי No Health Without Mental Health – על המטופל לקבל את צרכי הבריאות שלו – הן הפיזית והן הנפשית – באותו המקום. רוב המצוקה מצד מטופלים נמצאת ברפואה הראשונית, ועל כן הרצון הוא לייצר עבורם מענה פסיכולוגי במקום המוכר להם, במצבי דחק שכנראה נחווים בו. כמו ברפואת משפחה, כך גם במרפאה הפסיכולוגית: האוריינטציה היא כלל-משפחתית והטיפול מבוסס על עבודת צוות. ברפואה הראשונית קיימים תרחישים שונים ומגוונים כמשברים בחיים ובזוגיות וקבלת בשורות מרות. בהתאם לכך, קיימות שיטות התערבות שונות ומגוונות.

שיטות ההתערבות מבוססות על המודל הבריטי (IAPT). מודל זה מציע כי לצורך ייעול כלכלי יש לדרג מטפלים על-פי הכשרתם וזמינותם, וככל שהמטופל אינו מצליח להיעזר הוא מתקדם הלאה בפירמידה. בשלב הראשוני קיימת הנחיה של הצוותים הרפואיים (כפי שתואר בהרצאתו של דני חמיאל). בהמשך הפירמידה, לפי צרכי המטופל, ניתן להשתתף בסדנאות ופסיכואדיקציה המועברים על ידי מטפלים זוטרים. בשלב הבא מצויים מטפלים בכירים (דרגה שאינה מצויה בארץ), ואחריהם המטופל מופנה אל טיפול פסיכולוגי ובמידה וגם זה לא מסייע-מוצע אשפוז פסיכיאטרי. התכנית מונעת התפתחות פסיכופתולוגיות ונוחה למטופל אשר מקבל מענה פסיכולוגי במקום בו נמצא רופא המשפחה אליו הוא משויך.

התערבותו הראשונית של הרופא כוללת הסבר על הקשר מחשבות-רגשות-התנהגות ובכך מתווך את דרכו של המטופל אל הפסיכולוג בעת הצורך. המטופל מקבל טיפול פסיכולוגי המחובר לבריאותו הפיזית, ומתווך אליו על ידי רופא המשפחה עמו מתקיים קשר בטוח וארוך טווח. תיתכן אף פגישה משותפת של הרופא, הפסיכולוג והמטופל. בטיפול הפסיכולוגי קיים חלק של פסיכואדיקציה וכן נעשה שימוש בטכניקות של ביו-פידבק ומיינדפולנס. הטיפול הינו קצר וממוקד, בעלות סבירה. בחלק מהמקרים טיפול גורם לויתור על תרופות כפתרון ראשוני, ובוודאי משהה את הצורך בהן עד לעיכול המצב המשברי.

להק הציג פרוייקט מערכתי שפותח במרפאתו. מדובר בפורום אינטרנטי המשמש רופאים לשיתוף, תמיכה וייעוץ. רופאים אשר מעוניינים להיוועץ כותבים תיאור מקרה עליו מגיבים רופאים אחרים וכמובן פסיכולוגים. ההתייחסות מטעם הפסיכולוגים כוללת לעיתים רפרנס ומציידת את הרופאים במיומנויות. כך נמנעת שחיקת הרופאים, ללא צורך במשאבי זמן רבים כיאה למקצועם, והתגובות העולות מהשטח נלהבות.

פסיכולוגיה רפואית עולה על מדים – פסיכולוגיה רפואית ברפואה שניונית בצה"ל

אורית בן-אבי הרשקו, פסיכולוגית רפואית מומחית, מרכזת תחום פסיכולוגי רפואית בצה"ל

ההרצאה האחרונה בכנס עסקה בפסיכולוגיה רפואית בצה"ל. עיכוב בסדר היום הוביל לפרישה של חלק מהנוכחים טרם ההרצאה, והמרצה התייחסה לקושי לשרוד ביום העיון כאנקדוטה לקושי של הפסיכולוגיה הרפואית לשרוד בתוך המסגרת הצבאית. ההרצאה כולה עסקה בצורך הקיים בפסיכולוגיה רפואית בצה"ל, אשר הודגם באמצעות נתונים מהשטח.

רבע מהחיילים שפונים למרפאות מומחים מצויים במצוקה נפשית, אולם הרופאים הצבאיים מזהים כשליש מהם בלבד. בנוסף, נגיסה בתקציבים מצד ענפים אחרים וחוסר היכרות עם תחום הפסיכולוגיה הרפואית מקשים מאוד על הטיפול בחיילים הזקוקים לו. מנגד לכך עומדת תחושת השליחות, אשר נשמעה היטב בקולה של בן-אבי הרשקו, והידיעה כי אין לחיילים יכולת להסתייע בטיפול פסיכולוגי ללא שתי הפסיכולוגיות הרפואיות הקיימות בצה"ל.

הטיפול הפסיכולוגי-רפואי המתקיים מתוך המערכת הצבאית חשוב במיוחד. טיפול זה חוסך בזמן הנדרש ליציאה להפניות, מסייע בתיאום בין מטפלים שונים בחייל ובמניעת התחלות (malingering) ורווחים משניים באמצעות תיעוד במערכת הצבאית. בנוסף, יכולות להתקיים שעות טיפול משותפות (פסיכולוגית ופיזיותרפיה למשל) והפסיכולוגיות זמינות לצוות הרפואי המטפל לייעוץ בעת הצורך. לבסוף, קיימת חשיבות רבה להיכרות ספציפית עם סוגיות צבאיות: קשר עם מפקדים, מערך בריאות הנפש הקיים וכן תסמונות מיוחדות הספציפיות לשירות הצבאי.

התהליך הטיפולי כולל סיווג של פניות לפי רמת הדחיפות (באמצעות נתונים מהתיק הרפואי של החייל, רמת התפקוד, שיעור היעדרותו מהשירות ובעייתו). קריטריונים לאי-הכללה בטיפול הם חוסר רצון והתמדה מצד החייל, ניסיון לרווחים משניים (כשינוי שיבוץ) ומצבים נפשיים אורגניים.

בתחילת הטיפול נאסף מידע משאלונים (שאלון דמוגרפי, BDI, BSI) ומוגדרות מטרה ותכנית טיפולית. התיעוד ממוחשב וזמין לכל תחום בריאות הנפש בצה"ל. בסיום הטיפול נערכת פרידה ומילוי שאלונים חוזר. מדובר בממוצע של חמש וחצי פגישות טיפוליות.

החיילים מגיעים חשדניים ופגועים מהמערכת הצבאית, על כן יש צורך בשקיפות טיפולית ובשיתופם בתכנית הטיפולית ובשלביה. במקרים של התחלות (malingering) מדובר במיומנות עדינה של רכישת אמון החייל ובניסיון להראות שקיימת הבנה על מצוקתו, אך מקורה אחר מהמתואר. בנוסף, קיים ניסיון ליצור חוויה מיטיבה בטיפול, שיתכן והוא הראשון עבור החייל, ובמתן כתובת עתידית לפניות בעת הצורך.

היעילות הטיפולית נמדדת, מעבר לתחושה המשופרת של החיילים המטופלים, באמצעות נתונים סטטיסטיים שנאספים באופן תדיר: מאפייני מטופלים, מקור ההפניה, מספר מטופלים חדשים לחודש, סיבת סיום הטפול וכמות ההפניות לגורמים אחרים. עבור כל חייל מטופל נאספים פרמטרים לפני ואחרי טיפולו: כמות התרופות שצורך, ימי גימלים, ביקורי רופא, בדיקות עזר ורשימת אבחנות. הישגים בולטים ומרשימים של הפסיכולוגיה הרפואית בצה"ל כוללים מניעת אבחנות נפשיות בשחרור, המשך שירות במקום שחרור מתוכנן ורופאים צבאיים המדווחים על יעילות הטיפול הפסיכולוגי.

לסיום, מדובר בכנס אשר תרם למפגש בין-אישי של העוסקים בפסיכולוגיה רפואית. הכנס עסק והעלה על פני השטח נושאים חשובים ויום-יומיים בעבודת הפסיכולוג הרפואי, ודן כלים

לשיפורה. הכנס נערך תחת בצילה של הרפורמה המתקרבת, ויתכן שזו הסיבה לעיסוק הרב ביעילותה המוכחת של הפסיכולוגיה הרפואית כתחום טיפולי חדש, אך נדרש.