

סיכום מאמר

פסיכיאטריה מעבר לפרדיגמה הנוכחית

פאט בראקן, פיליפ ת'ומס, סאמי טימימי ושות'

בריטניה, 2012

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., et al. (2012).
Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

מיהו פסיכיאטר טוב? איזה מיומנויות ספציפיות נחוצות לפרקטיקה רפואית זו – "Medicine of the mind"? למרות שבלתי אפשרי להשיב על שאלות אלה במלואן, אנו מאמינים כי ישנן ראיות מצטברות לכך שפרקטיקה טובה בפסיכיאטריה קשורה בראש ובראשונה למעורבות במימדים לא-טכניים של העבודה כמו מערכות יחסים, משמעויות וערכים. פסיכיאטריה הונחתה מזה זמן רב על-ידי פרדיגמה טכנולוגית, אשר, אף שלא התעלמה מהיבטים אלה, שמרה אותם כמשניים. הדומיננטיות של פרדיגמה זו נראית בחשיבות המיוחסת למערכות של סיווג, מודלים של סיבתיות להבנת מצוקה נפשית ומסגור של הטיפול הפסיכיאטרי כסדרה של התערבויות מובחנות שניתנות לניתוח ומדידה באופן בלתי תלוי בקונטקסט.

בשנים האחרונות פרסם כתב העת "The British Journal of Psychiatry" סדרת מאמרי מערכת שטענו כי המקצוע צריך לאמץ זהות עוד יותר טכנולוגית וביו-רפואית וכי פסיכיאטרים צריכים להתמקד בשליטתם בטכנולוגיה כדי לקדם את חקר המוח, גנטיקה, פרמקולוגיה וניורו-רדילוגיה. עם זאת, ההבטחה להישגים תרפויטיים ממדעי המוח תמיד נראית כשייכת לעתיד. מדעני המוח עצמם נעשו זהירים יותר לגבי הערך של גישות מצמצמות להבנת טבען של מחשבות, רגשות והתנהגויות.

התגברות המיקוד על מדעי המוח משמעה כי התפתחויות חשובות אחרות במתן טיפול ותמיכה לאנשים עם בעיות נפשיות לאורך המאה האחרונה, הוזנחו. באופן היסטורי, התפתחויות אלה נבעו לרוב משינויים לא-טכניים שעודדו העצמה והכלה חברתית. ככלל, ישנה הסכמה כי סגירת המוסדות הפסיכיאטריים הגדולים שיפרה את איכות חייהם של מטופלים. עם זאת הדבר נבע בעיקר כתוצאה מכורח כלכלי במשולב עם הכרה גוברת בהשפעות השליליות של המיסוד, יותר מאשר השלכות של פיתוח תרופות חדשות. התפתחויות חיוביות אחרות נבעו מטיפול אינטר-דיסציפלינארי מבוסס-קהילה, מעלייתה של תנועת הצרכנים ומתמיכת הסקטור ההתנדבותי.

פסיכיאטרים רבים עבדו קשה כדי לקדם התפתחויות אלה אבל המיקוד הגובר על היבטים טכניים וביו-רפואיים של הטיפול דחק הצידה מאמצים מסוג זה.

הפרדיגמה הטכנולוגית

במהלך המאות ה-19 וה-20 החזיקה הפסיכיאטריה ברעיון כי הדרך הטובה ביותר להבין בעיות נפשיות היא באמצעות השפה הביו-רפואית: שניתן להבין באופן מלא בעיות עם רגשות, מחשבות, התנהגויות ומערכות יחסים באמצעות אותו מערך של כלים מדעיים שבהם אנו משתמשים לחקירת בעיות בכבד ובריאות. בעשורים מאוחרים יותר, מודלים של פסיכולוגיה קוגניטיבית כמו "עיבוד מידע" פותחו באמצעות אותה שפה טכנית. הפרדיגמה הטכנולוגית, שמנחה כיום את הפסיכיאטריה משלבת את הפרספקטיבות האלה. לפי פרדיגמה זו בעיות נפשיות ניתנות למיפוי וקטגוריזציה לפי אותה לוגיקה סיבתית המשמשת לשאר תחומי הרפואה וההתערבויות ניתנות להבנה כסדרה של טיפולים מובחנים המכוונים לסינדרומים או סימפטומים ספציפיים. מערכות יחסים, משמעויות, ערכים, אמונות ומנהגים תרבותיים אינם זוכים להתעלמות אך הופכים משניים בחשיבותם. סדר עדיפויות זה משתקף בהבנה לגבי צרכי ההכשרה של פסיכיאטרים לעתיד, במה שמתפרסם בכתבי עת, בנושאים שנבחרים להצגה בכנסים, בסוגי המחקר שמקודמים ובאופן שבו אנו ממשיגים את יחסינו עם תנועת הצרכנים.

אנו מציעים כי פרדיגמה זו לא שירתה היטב את הפסיכיאטריה. התעלמות מסוגיות אפיסטמולוגיות בסיסיות שנמצאות בלב המודלים שלנו, לא גורמת להן להיעלם. יתרה מזו, היא אינה מניבה תוצאות שהן קונסיסטנטיות עם הדרישות של רפואה מבוססת-ראיות. רבים מתוך המקצוע ומחוצה לו שואלים שאלות שמאתגרות את התיאוריה והפרקטיקה העכשוויות. הפרדיגמה הטכנולוגית מבליטה נטייה לעבר מדיקליזציה של חיי היומיום, הנקשרת לשווקים המתרחבים של תעשיית התרופות. הדבר גרר ביקורת נרחבת, כולל מצד יושב-ראש צוות המשימה של ה-DSM-IV. תהליך זה גם הוביל לשחיתות בחלקים של הפסיכיאטריה האקדמית בתסבוכת עם תעשיית התרופות, הפוגעת במהימנות המקצוע.

הפסיכיאטריה מתמודדת כעת עם שני אתגרים שאין להתעלם מהם. ראשית, גוף מצטבר של עדויות אמפיריות המצביעות לחשיבות המרכזית של היבטים לא-טכניים של טיפול נפשי. אם אנו כנים לגבי רצוננו לקדם פרקטיקה מבוססת-ראיות נצטרך לקחת זאת ברצינות. שנית, שותפות אמיתית עם תנועת הצרכנים תוכל להתרחש רק כאשר הפסיכיאטריה תהיה מוכנה לנוע מעבר לעליונות של הפרדיגמה הטכנולוגית. בניגוד לדחיפה של מאמרי המערכת אנו טוענים כי התקדמות ממשית בשדה שלנו לא תבוא מתוך מדעי-המוח והתרופות (חשובים ככל שיהיו) אלא מתוך בחינה מחדש של בסיס ההבנה לגבי מהו בכלל טיפול בבריאות הנפש וחשיבה מחדש לגבי האופן שבו ניתן לפתח ידע ומומחיות אותנטיים בתחום זה.

ראיות אמפיריות המאתגרות את הפרדיגמה הנוכחית

רבים מהמטופלים שלנו מפיקים תועלת מהטיפול הפסיכיאטרי ומדווחים על שיפור בטיפול התרופתי ובצורות שונות של פסיכותרפיה - אין ספק בכך. כיצד שיפורים כאלה מתרחשים? נתבונן על הראיות המתמייחסות לשינוי תרפויטי בדיכאון ועל אלה הנוגעות ל"מחלות נפש חמורות", המתמייחסות לרוב לאבחנות כגון סכיזופרניה והפרעה בי-פולארית.

שינוי תרפויטי בדיכאון

ישנן ראיות חזקות לכך ששיפור בדיכאון מגיע בעיקר מתוך היבטים לא-טכניים של התערבויות. מטה-אנליזה שבוצעה לאחרונה לגבי טיפול תרופתי לדיכאון המחישה כי הבדלים בין שימוש בתרופה לבין פלסבו היו מינימאליים. אפקט הפלסבו הוא תופעה מורכבת שקשורה לחוויה מודעת ולא-מודעת, הנוגעת, בעיקרה, למוביליזציה של תחושת תקווה ומשמעות. ככלל, ראיות קיימות אינן תומכות ברעיון שנוגדי דיכאון עובדים באמצעות תיקון "חוסר-איזון כימי". סקירות מחקריות של השוואה בין טיפול ECT אמיתי ו"מזויף" גם כן מדגישות את חשיבותם של היבטים לא-טכניים של טיפול זה. נמצא כי "חלק ניכר מאלה שנראו כחולים קשים הגיבו לטיפול מזויף בצורה איתנה". לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין ECT אמיתי ומזויף לאחר תקופת הטיפול. מחקר ניסויי ב-ECT שנחשב על-ידי רבים כמערך הטוב ביותר, והמצוטט לעתים קרובות כתומך בטיפול זה, לא מצא הבדל משמעותי על פני 4 שבועות של תקופת הטיפול בין הטיפול האמיתי והפיקטיבי מבחינת הערכת המטופלים או האחיות. ההבדל היחידי שנמצא (בקבוצת אנשים עם הזיות ואשר דווח רק על-ידי פסיכיאטרים) נעלם חודש אחד לאחר תום הטיפול. לאחר 6 חודשים נמצא הבדל של שתי נקודות בציונים של סולם להערכת דיכאון לטובת הטיפול המזויף.

מסקנות דומות נובעות מהספרות על פסיכותרפיה. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) הוא צורת הפסיכותרפיה שזוכה לקידום הנרחב ביותר כיום. עם זאת, כמה מחקרים הראו כי ניתן לוותר על רוב המאפיינים הספציפיים של CBT מבלי שהדבר יפגע בתוצאות. סקירה מחקרית מקיפה של מחקרים על מרכיבים שונים של CBT הסיקה כי ישנן ראיות מעטות לכך שהתערבויות קוגניטיביות ספציפיות הגבירו משמעותית את יעילות הטיפול. מרשימות ביותר הראיות לפיהן גורמים לא-ספציפיים, בניגוד לטכניקות ספציפיות, אחראים כמעט לכל השינוי שחל בטיפול. בסקירה מחקרית של ראיות ליעילותה של פסיכותרפיה כתבו החוקרים כי לא עלה דפוס ברור של עליונות של טיפול כלשהו. בחינה מחקרית עדכנית מקיפה של מחקרים אמפיריים על פסיכותרפיה באופן כללי העלתה כי גורמים לא-ספציפיים (מאפייני הלקוח, אירועים שמחוץ לטיפול, מערכות יחסים) אחראים לכ-85% מהשונות בתוצאות תרפויטיות - בפרט, הקשר בין ברית טיפולית לבין תוצאות נראה איתן במידה ניכרת על-פני סוגי טיפול ומצבים קליניים שונים. בסקירת מעל 5000 מקרים שטופלו באנגליה לא נמצא הבדל משמעותי בתוצאות שניתן היה לייחס לשימוש במודל פסיכו-תרפויטי ספציפי ואילו גורמים לא-ספציפיים, כמו יחסים טיפוליים, היו אחראים למירב ההבדלים בתוצאות. הדבר גרם קושי לפתח הנחיות ברמה הארצית. למרות מסמך רשמי המפרט המלצות ברורות לגבי איזה טיפולים מומלצים במצבי דיכאון, בחינת ההנחיות במלואן חושפת כי במציאות, הראיות לעליונות של גישה ספציפית רחוקות מלהיות מוחלטות.

החלמה ממחלות נפש

המעבר מפרדיגמה טכנולוגית מהדהד בחזקה אל מול תובנות מרכזיות מתוך "גישת ההחלמה" לטיפול בבריאות הנפש, שהשפעתה מתחזקת כיום. גוברת ההכרה בכך שהחלמה אישית משמעותית ממחלת נפש אינה בהכרח קשורה לטיפולים הספציפיים שניתנים. מחקרים הצביעו על חשיבות הברית הטיפולית בקביעת תוצאות. מחקרים אחרים הצביעו על חשיבותם של דימוי עצמי ושל "מיקוד שליטה פנימי". נראה כי יצירת קונטקסט תרפויטי שמקדם העצמה והתחברות (Connectedness) ומסייע בבנייה מחדש של זהות עצמית חיובית, היא חשובה ביותר.

הקונספט של החלמה עודנו מתפתח. ראיות מחוץ לעולם המערבי חושפות כי אנשים מחלימים ממחלות נפש באמצעות נתיבים שונים ומצביעות על חשיבות מכרעת של מתן כבוד לגיוון (diversity) בעבודה בבריאות הנפש, הן מבחינה תיאורטית והן מבחינה טיפולית. בו בזמן, גוברת ההכרה בכך שלהתערבויות טכניות ספציפיות, כמו תרופות, ישנה השפעה מוגבלת על הנטל הכללי של מחלת נפש. מטה-אנליזה של מחקרי ניסוי מבוקרים שבחנו את יעילותן של תרופות נוגדות פסיכזה מהדור הראשון והשני מצאה כי במקרה הטוב ביותר השיפור שנראה בשני סולמות מקובלים להערכת סימפטומים היה "מוגבל באופן מאכזב". ממצאים אלה ונוספים מצביעים על אפשרות שהשפעת התרופות על שיפור בסימפטומים זניחה.

הסתמכות-יתר על פסיכו-פרמקולוגיה כמענה עיקרי למחלות נפש יצרה את התנאים לעיוורון ביחס להשפעות מזיקות ביותר של חלק מהתרופות ולקנוניה מבישה עם קמפיינים שיווקיים של תעשיית התרופות, שמכרה את האשליה של חידושים משמעותיים בתרופות אנטי-פסיכוטיות. מה שהוצג כהתקדמות תרפויטית היה למעשה "מלאכותי". תרופות אלה נקשרות לסיכון קרדיו-וסקולרי גבוה, שדווח כאחת הסיבות לתוחלת החיים הנמוכה משמעותית בקרב אנשים עם מחלות נפש.

מאזן הראיות אינו תומך ברעיון שבעיות נפשיות ניתנות להבנה בעיקר באמצעות שפה טכנית או שעבודה טובה בבריאות הנפש יכולה להתאפיין כסדרה של התערבויות מובחנות. אין בכך כדי לומר שהידע והמומחיות הרפואית אינם רלוונטיים ו/או חיוניים בבריאות הנפש. מכל מקום, הבעיות שעמן אנו נאבקים זועקות לצורה שהינה שונה ובעלת ניואנסים של ההבנה והפרקטיקה הרפואית. עלינו לפתח גישה לבעיות נפשיות שתהיה רגישה באמת ליחסי הגומלין המורכבים של כוחות שונים (ביולוגיים, פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים) שמונחים ביסודן ושניתן להשתמש בהם באופן תרפויטי. הראיות מבהירות כי על מנת לשפר תוצאות בקרב מטופלים אנו חייבים להתמקד יותר בהקשרים, במערכות היחסים וביצירת שירותים שבהם כבוד, משמעות ומעורבות מקבלים עדיפות. עלינו להפוך להיות נוחים יותר עם גיוון תרבותי, עם העצמת הצרכן ועם חשיבותה של תמיכת עמיתים.

שיתוף פעולה עם תנועת הצרכנים

למרות שמטופלים עם מחלות נפש פעלו באופן קולקטיבי להשגת מטרותיהם כבר במאה ה-17, הרי שרק משנות ה-80 של המאה העשרים הופיעו ארגוני צרכנים אפקטיביים. מאז, עלייתה של התנועה הצרכנית התרחשה במהירות. בבריטניה לבדה מוערך כי ישנן לפחות 300 קבוצות שבהן כ-9000 חברים. תנועת הצרכנים כיום היא כלל-עולמית, ארגוני צרכנים מהווים מקור להתייעצות עבור ממשלות, ארגון הבריאות העולמי, האו"ם והאגודה הפסיכיאטרית העולמית.

למרות שישנם צרכנים השמחים להגדיר את עצמם ואת בעיותיהם באמצעות עולם מושגים ביו-כימי רבים אחרים אינם כך. קבוצות ואנשים אלה מחזיקים בדעות מגוונות אך הם לרוב מאוחדים בהתנגדותם כלפי עולם מושגים טכנולוגי והאופן שבו הוא מגדיר את בעיותיהם מתוך חשיבה ושפה של מומחים. דוגמא טובה לכך היא "רשת של שמיעת קולות" (Hearing Voices Network: HVN), אשר הופיעה תחילה בהולנד בשלהי שנות ה-80 ביוזמת פסיכיאטר והופצה ברחבי אירופה ואמריקה בעיקר על-יד אנשים השומעים קולות. ה-HVN אינו רק ארגון של תמיכת עמיתים אלא אף מציע דרך שונה להבנה והתייחסות לשמיעת קולות. גם ארגונים אחרים

מציעים מעבר לתמיכת עמיתים, תפישות המאתגרות את עולם המושגים הדומיננטי של הפסיכופתולוגיה. לפיכך, חלקים גדולים של תנועת הצרכנים מחפשים דרכים למסגר מחדש את חוויית מחלת הנפש, המצוקה והניכור, על ידי הפיכתם לקשיים ואתגרים אנושיים, ולא טכניים. ישנן גם ראיות לכך שמטופלים רבים, שאינם פעילים בתנועת הצרכנים, מוצאים את ההתערבויות הפסיכיאטריות כבעייתיות ולעתים כמזיקות. חוקרים שבחנו את תפישותיהם של צרכנים מצאו כי רבים מהם לא באמת העריכו את המומחיות הטכנית של אנשי המקצוע. במקום זה הם התייחסו יותר להיבטים אנושיים של המפגשים עימם, כמו להרגיש שמקשיבים להם, לוקחים אותך ברצינות, מתייחסים בכבוד ובאדיבות.

מסקנות

פסיכיאטריה אינה נוירולוגיה. היא אינה רפואת המוח. למרות שללא ספק ישנו מימד ביולוגי בבעיות נפשיות, הן קשורות בעצם טבען מעבר למוח, במימדים חברתיים, תרבותיים ופסיכולוגיים. אלה לא תמיד יכולים להיתפש באמצעות האפיסטמולוגיה הביו-רפואית. חוקרים ציינו כי: "אנו חייבים ללמוד לראות את ה-mind כנקודת המפגש של מגוון השפעות מבנות, שטבען יכול להצטייר רק על גבי קנבס רחב יותר מאשר זה שמספק חקר אורגניזמים אינדיבידואליים". מודלים רדוקציוניים (מצמצמים) אינם יכולים להקיף בהבנתם את הדברים החשובים ביותר במושגי החלמה. בסיס הראיות מספר לנו כי אנו צריכים שינוי רדיקלי בהבנתנו לגבי מה שנמצא בלב הפרקטיקה בבריאות הנפש. אם ברצוננו לפעול באופן מבוסס-ראיות ולעבוד בשותפות עם כל חלקי התנועה הצרכנית אנו זקוקים לפסיכיאטריה הולמת מבחינה אינטלקטואלית ואתית, כדי לעסוק בסוג הבעיות שמוצגות בפניה. איננו מבקשים להחליף פרדיגמה אחת באחרת. פסיכיאטריה פוסט-טכנולוגית לא תנטוש את הכלים של המדע האמפירי או תדחה טכניקות רפואיות או פסיכו-תרפויטיות אלא תתחיל להציב את ההיבטים האתיים וההרמוניים (פרשניים) של עבודתנו במקום ראשוני וכך תדגיש את חשיבות בחינתם של ערכים, מערכות יחסים, פוליטיקה והבסיס האתי של טיפול.

לשינוי כזה תהיינה השלכות עצומות על עדיפויות מחקריות, מיומנויות שנלמד בהכשרות, סוגי השירותים שנפתח והתפקיד שאנו ממלאים בניהול סיכונים. יש בכך אתגר גדול אך מרגש, אתגר למקצוע שלנו להכיר במה שהוא עושה באופן הטוב ביותר. תמיד נצטרך להשתמש בידע שלנו על המוח והגוף כדי לזהות סיבות אורגניות להפרעות נפשיות. כמו כן נצטרך ידע פסיכו-פרמקולוגי כדי לספק הקלה מצורות מסוימות של מצוקה אך פסיכיאטריה טובה קשורה למעורבות פעילה עם טבען המורכב של בעיות בבריאות הנפש, ספקנות בריאה לגבי צמצום ביולוגי, סובלנות כלפי טבען המסובך של מערכות יחסים ומשמעויות ויכולת לנהל משא ומתן על סוגיות אלה בדרך שמעצימה את הצרכנים ותומכיהם. בדיוק כפי שמיומנויות של ניתוח מצויות בליבה של הפרקטיקה הכירורגית כך מיומנויות של עבודה עם שכבות מרובות של ידע ומערכות רבות של משמעות הן בלב העבודה שלנו. נסיגה לעבר זהות שהינה יותר ביו-רפואית לא רק מובילה להמעטה בערכם של המטופלים שלנו אלא לסיכון להובלת המקצוע במורד סמטה צרה יחידה, בעוד שמה שדרוש הוא פתיחות לנתיבים אלטרנטיביים.