



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

ispraisrael.org.il

סיכום מאמר

יספר"א - האגודה
הישראלית לשיקום
פסיכיאטרי (ע"ר)
רחוב הרכבים 3
ירושלים

Ispraisrael.org.il

02-6249204

© Copyright כל הזכויות שמורות
יספר"א האגודה הישראלית לשיקום
פסיכיאטרי (ע"ר)

מיינדפולנס וחמלה-עצמית בשיקום פסיכיאטרי: ניסוי קליני

גייסווינקלר, קאופמן, פולהיימר, אקרמן, הולאסק,
קאפפהאמר ואונטריינר

אוסטריה 2020

Gaiswinkler, L., Kaufmann, P., Pollheimer, E.,
Ackermann, A., Holasek, S., Kapfhammer, H. P., &
Unterrainer, H. F. (2020). Mindfulness and self-
compassion in clinical psychiatric rehabilitation: a clinical
trial. *Mindfulness*, 11(2), 374-383.

סוכם ע"י אילה פרידלנדר כץ

בהמלצת פרופ' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה

תחליף לקריאת המאמר המלא



בשנים האחרונות נמצאו ראיות משכנעות להשפעות החיוביות של התערבויות מבוססות-מיינדפולנס (קשיבות) על רווחה נפשית סובייקטיבית (Subjective well-being), כאשר שיטות משלימות ואלטרנטיביות, כגון מדיטציה מבוססת-מיינדפולנס, הופכות להיות חשובות יותר ויותר ברפואה. התערבויות טיפוליות כמו קבלה ומחויבות (acceptance and commitment therapy), טיפול דיאלקטי התנהגותי (dialectical behavioral therapy) או טיפול ממוקד-חמלה (compassion-focused therapy) נותנות מקום בולט לרגשות חיוביים בתהליך הטיפולי.

על רקע זה, התכנית לחמלה-עצמית קשובה (Mindful Self-Compassion: MSC) פותחה כסוג ספציפי של תרגול מיינדפולנס מבוסס-מדיטציה על מנת לשפר את החמלה העצמית. חמלה-עצמית משמעה לגעת ולהיות פתוח כלפי הסבל העצמי, מבלי להתעלם או להתנתק ממנו, וכך לחולל את התשוקה להקלת הסבל ולריפוי הכאב עם חמלה ונדיבות. חמלה-עצמית משמעה גם להציע הבנה לא-שיפוטית של הכאב, המגבלות והכישלונות של עצמי, כך שהחוויה של האדם נראית כחלק מחוויה אנושית גדולה יותר. תכנית MSC נובעת מתוך גוף הידע העוסק ב"הפחתת דחק מבוססת-מיינדפולנס" (Mindfulness-Based Stress Reduction) ו"אימון קוגניטיבי מבוסס מיינדפולנס" (Mindfulness-Based Cognitive Training), ומורכבת ממדיטציה, תרגילים בינאישיים, תרגול לא-פורמאלי, ומטלות בית, על מנת לאפשר לפרט להיות מעורב במגע קשוב ואוהב עם עצמו.

חמלה-עצמית כוללת שלושה אלמנטים חשובים: קשיבות (Mindfulness), נדיבות-עצמית (self-kindness), והרגשת אנושיות משותפת (common humanity). תכנית MSC מלמדת את האדם להיות נדיב ומבין כלפי עצמו בעת סבל, במקום להעצים את הרגשות הכואבים או לשקוע ברחמים עצמיים. האימון גם עוסק בלמידה ופיתוח של תחושת אנושיות משותפת, שמשמעה לזהות שאנחנו לא היחידים שסובלים, ושכאב, צער, ומגבלות אישיות הם כולם חלק מהמצב האנושי שכולנו חולקים. לבסוף, חמלה עצמית דורשת מודעות מאוזנת לרגשות – היכולת לפגוש (לעומת להימנע) ברגשות שליליים ומחשבות שליליות, אבל ללא הגזמה, דרמה או רחמים עצמיים.

ראיות מחקריות מצביעות על קשר חיובי בין חמלה-עצמית לאינטליגנציה רגשית, אושר (happiness), אופטימיות, ויוזמה אישית. קשרים שליליים נמצאו בין חמלה-עצמית לבין דיכאון, חרדה, ביקורת-עצמית,

הדחקת רגשות שליליים, ודימוי גוף שלילי. במחקרים בעבר, משתתפים שהיו מאוד נוקשים וביקורתיים כלפי עצמם, הרוויחו פחות תועלת מהתערבויות טיפוליות. זאת ועוד, ביקורתיות-עצמית נמצאה כגורם מנבא עיקרי לחרדה ודיכאון ונמצאה קשורה לטווח רחב של פסיכופתולוגיה.

הספרות העוסקת בסיבה לכך שחמלה עצמית עשויה להוביל לפחות דיכאון וחרדה מראה כי באמצעות תרגול של יחס אוהד, עם נדיבות אוהבת (loving kindness), פוחתות הדאגה והחשיבה השלילית, הידועות כדומיננטיות אצל אנשים המתמודדים עם דיכאון וחרדה. כיוון שחיזוק החמלה העצמית נמצא יעיל במיוחד עבור אנשים המתמודדים עם חרדה ודיכאון, תכנית MSC עשויה לתרום לתוצאות חיוביות של התערבויות קליניות וראוי לבחון אותה בסביבות קליניות.

בהתבסס על ממצאים מבטיחים אלה באוכלוסיות בריאות, המראות קשר חיובי ברור בין חמלה-עצמית לבין פרמטרים שונים של רווחה פסיכולוגית ובריאות נפשית, מחקרנו בוחן את ההשפעות של אימון בתכנית MSC בסביבה קלינית. בניסוי קליני זה, נבחנה יעילותה של התערבות MSC מקוצרת בת שישה שבועות שאותה עיצבו נף ושותפיו (Neff et al., 2007), הנשענת על ההתערבות המקורית שהגו נף וגרמר (Neff & Germer, 2013), אל מול יעילותה של תכנית מבוססת-מחקר של הרפיית שרירים פרוגרסיבית (Progressive Muscle Relaxation: PMR) שהומצאה ע"י ג'קובסן (Jacobsen, 1929), כקבוצת ביקורת. שיערנו כי היישום של תכנית MSC יוביל לתוצאות טובות יותר בתום 6 שבועות של טיפול קליני. צפינו כי המשתתפים בקבוצת MSC יראו שיפור גדול יותר בחמלה-עצמית, תפקוד פיזי ונפשי והפחתה גדולה יותר של נטל הסימפטומים הפסיכיאטרים, לעומת קבוצת PMR.

השיטה

במחקר נכללו 200 משתתפים בגיל 18 ומעלה שנכנסו לטיפול של 6-שבועות במחלקה שיקומית באשפוז. לא נכללו אנשים הנמצאים באפיזודה פסיכוטית אקוטית, משתתפים עם נטיות אובדניות אקוטיות וכן משתתפים עם הפרעות התמכרות אקוטיות. המשתתפים חולקו באופן אקראי לשני סוגי הקבוצות, מדידות של משתני המחקר בוצעו ביום הראשון של הכניסה לתכנית וביום האחרון עם סיומה לאחר שישה שבועות. ההתערבויות עצמן ניתנו בקבוצות קטנות של 8-12 משתתפים. במפגש הראשון המשתתפים קיבלו הסבר על התיאוריה של חמלה עצמית ועקרונותיה. במפגשים הבאים המשתתפים ביצעו תרגילים

המתייחסים למצבים שונים, כמו התמודדות עם רגשות קשים (רגעים של סבל, צער, או שמחה) ומדיטציות (תרגול נשימה, מטה-מדיטציה, סקירת גוף ועוד) המייצגים את האלמנטים המרכזיים של תכנית MSC המקורית.

ביחידה הראשונה המשתתפים קיבלו הסבר בנוגע להתערבות הצפויה, התכלית של מיינדפולנס וחמלה עצמית, והגדרה של מיינדפולנס כתפיסה של מה שקורה ברגע הנוכחי ללא שיפוטיות. במפגשים הבאים, התקיימה ההכשרה עצמה, כולל מדיטציות ("נשימה אוהבת", "מטה-מדיטציה", "לתת ולקבל חמלה"), "סקירת גוף עם חמלה" ותרגילים לא פורמאליים (הפסקה של חמלה-עצמית, מגע עדין, הנאה עם כל החושים, חמלה עצמית בחיי היומיום, ומיינדפולנס בחיי היומיום).

תכנית PMR היא טכניקת הירגעות מבוססת וותיקה שבה המשתתפים לומדים לזהות את ההבדלים בין מתח שרירים לבין הרפיה על ידי מתיחה ושחרור של כל קבוצות השרירים השונות. בכל מפגש הנחה פסיכולוג קליני את המשתתפים במתיחה של כל קבוצת שרירים בגוף, החזקת המתח למשך 7 שניות לכל היותר ולאחר מכן שחרור למשך כ-30 שניות. המשתתפים הונחו לשים לב לרגשות שקשורים לכווץ ולשחרור של השרירים וליהנות מהירגעות.

שתי ההתערבויות התקיימו אחת לשבוע למשך 6 שבועות וכל מפגש נמשך כשעה ורבע. כל המשתתפים קיבלו CD וחוברת לתרגול עצמי. המנחים עודדו את המשתתפים לתרגל PMR/MSR בזמן הפנוי בנוסף לזמן ההתערבות.

נעשה מעקב אחר תדירות ומשך התרגול הנוסף, כמו גם צורת התרגול (בזמן ומקום קבוע לעומת בכל זמן לפי צורך), דירוג שביעות רצון מהתכנית, ודירוג האמון במנחה. המדד העיקרי היה שינוי בציון סולם להערכת חמלה עצמית (Self-Compassion Scale). זהו כלי רב-מימדי מבוסס מחקרית, אשר מתייחס לחמלה-עצמית באמצעות 26 פריטים לדירוג, כאשר ציון גבוה מצביע על יותר חמלה-עצמית. הקטגוריות בסולם כוללות self-kindness, שיפוט-עצמי, אנושיות משותפת, בידוד, מיינדפולנס, והזדהות-יתר, המסתכמות לכדי ציון כולל. בהתאם להמלצת חוקרים בעבר, נוצרו שני תת-סולמות - חמלה עצמית וביקורת עצמית.

מדדים משניים כללו סולמות להערכת בריאות גופנית ונפשית. סולם מצב בריאותי הכולל 36 פריטים המכסים תחומים שונים: תפקוד גופני, כאב גופני, בריאות כללית, חיוניות, תפקוד חברתי, תפקוד רגשי, ובריאות נפשית. ציון גבוה מצביע על בריאות טובה יותר. בנוסף, המשתתפים מילאו שאלון מקוצר להערכת סימפטומים פסיכיאטרים, ושאלון להערכת חומרת הסימפטומים. ולבסוף, המשתתפים התבקשו לדרג רמת אושר סובייקטיבי (פריט יחיד לדירוג 1-10). הנתונים נותחו בשיטות סטטיסטיות עבור המשיבים שהשתתפו בכל מפגשי התכניות במשך 6 שבועות. נבדקו שינויים בתוצאות בין קבוצות ובתוך הקבוצות לאחר 6 שבועות.

הממצאים

במחקר נכללו 200 משתתפים, מהם 114 השתתפו בקבוצות ההתערבות MSC ו-86 בקבוצת הביקורת PMR. ככלל, מאפייני המשתתפים בשתי הקבוצות היו דומים. האבחנה השכיחה ביותר הייתה הפרעות אפקטיביות, וכן טווח רחב של אבחנות נוספות (בהן הפרעות אישיות, התמכרויות, הפרעות חרדה ועוד). עבור 157 משתתפים (78.5%) ניתנו שתי אבחנות או יותר.

שינויים במדדי התוצאה

בתום ההתערבות נמצא הבדל מובהק בציון סולם חמלה-עצמית בין קבוצת התערבות בשיטת מיינדפולנס (MSC) לקבוצת התערבות בשיטת PMR להרפיית שרירים. קבוצת המיינדפולנס הראתה שיפור משמעותי בציון הכולל בין שתי המדידות בהשוואה לקבוצת PMR. נמצא גם הבדל מובהק בשינוי שחל בתת-הסולמות "חמלה עצמית" מול "ביקורת עצמית". נמצא הבדל מובהק בהרגשה סובייקטיבית של אושר לאחר 6 שבועות. בקבוצת המיינדפולנס נמצא שיפור גדול יותר בתחושת אושר סובייקטיבית לעומת קבוצת PMR, למרות שבשתי הקבוצות נראתה עלייה במדד זה לאחר 6 שבועות. לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות במרכיבי הבריאות הנפשית והפיזית.

ניתוח הבדלים בתוך הקבוצות הראה שיפור מובהק בכל התוצאות בשתי הקבוצות. נצפו כמה הבדלים רלוונטיים בתדירות ובמשך התרגול הנוסף של המשתתפים. במבט על שתי הקבוצות, בסה"כ 149

משתתפים (74.5%) הצהירו על תרגול נוסף מעבר לזמן ההתערבות. בקבוצת המיינדפולנס 92 משתתפים (80.7%) דיווחו על תרגול נוסף לעומת 57 (66.3%) ממשתתפי קבוצת PMR. נמצאו הבדלים מובהקים בתדירות התרגול: 21.1% ממשתתפי המיינדפולנס הצהירו על תרגול יומי, לעומת 5.8% בלבד מקבוצת PMR. בסה"כ 120 משתתפים (60%) תרגלו באופן לא קבוע (על פי צורך) ו-29 (14.5%) תרגלו בזמנים ובמקומות קבועים. בקבוצת המיינדפולנס 75 משתתפים (65.8%) ובקבוצת PMR 45 (52.3%) הצהירו שהם מתרגלים באופן לא סדיר, בעוד ש-17 משתתפים (14.9%) בקבוצת המיינדפולנס ו-12 (14%) בקבוצת PMR תרגלו באופן סדיר. באשר לאמון במורה, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות. בנוגע לשביעות רצון מהתרגול, בקבוצת המיינדפולנס שביעות הרצון הייתה גבוהה יותר באופן מובהק.

דיון

במחקר זה כוונתנו הייתה לבחון את האפקטיביות של גרסה מותאמת של הכשרה בתרגול מיינדפולנס בהשוואה ל-PMR במרכז לשיקום פסיכיאטרי. המחקר מייצג ניסיון ליישם את תכנית MSC לתרגול מיינדפולנס בהקשר של טיפול במסגרת אשפוז במחלקה שיקומית. מחקר קודם הראה בהקשר זה כי התערבות MSC יעילה במיוחד בהשגת הקלה בקרב אנשים בריאים הסובלים מחשיבה שלילית נוקשה וביקורת עצמית. אין זה מפתיע כי התערבות MSC הובילה לשיפור בחמלה עצמית בהשוואה לקבוצת PMR לאחר שישה שבועות של הכשרה, אך לא בהשוואה לאוכלוסייה הכללית לאחר 8 שבועות של MSC שנמצאה במחקר קודם. בהקשר זה, קבוצת המיינדפולנס דיווחה על הגברת רגשות של אושר לאחר 6 שבועות. מכל מקום, בשתי הקבוצות נמצאה עלייה בחמלה עצמית ובאושר סובייקטיבי לאחר 6 שבועות.

בניגוד להשערה, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בכל הנוגע לשינוי בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים ובמרכיבי הבריאות הנפשית והגופנית - בשתי הקבוצות חל שיפור מובהק באותה מידה בין שתי המדידות. בשתי המשתתפים דיווחו על פחות נטל של סימפטומים פסיכיאטריים וציונים משופרים במרכיבים הנפשיים והגופניים, וכן הפחתה בכמות הסיגריות שעישנו ביום. בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, ציוני חומרת הסימפטומים לא השתנו באופן מובהק לאחר שישה שבועות של

התערבות. בנוסף, המרכיב הגופני השתפר בשתי הקבוצות בהשוואה לממצאים מהאוכלוסייה הכללית. המרכיב הנפשי עדיין היה נמוך יותר בהשוואה לאוכלוסייה נורמטיבית. ניתן לטעון כי בהינתן הכמות העצומה של טיפול כרגיל שהיה זהה בשתי הקבוצות אל מול ההתערבויות שניתנו במסגרת המחקר (שעה ורבע בשבוע לעומת יותר מ-30 שעות של טיפולים אחרים באשפוז) הציפייה למצוא הבדלים בחומרת הסימפטומים ובמדדי הבריאות כנראה שאפתנית למדי. בניגוד לספרות, מחקר זה לא מצא השפעה של השיפור בחמלה עצמית על פסיכופתולוגיה. הסבר אפשרי לכך הוא שמחקר זה לא ביצע מעקב ארוך טווח והשפעות כאלה עשויות להתפתח מאוחר יותר.

מגבלות ומחקר עתידי

מסיבות שונות, ההתערבות הייתה צריכה להיות מיושמת בצורה מקוצרת במסגרת הקלינית. בגרסתה המקורית, תכנית MSC מתקיימת על פני 8 שבועות עם 150 דקות לכל מפגש. עם זאת, האשפוז במחלקה השיקומית נמשך רק שישה שבועות ובשל מגבלות מעשיות של המטופלים המפגשים קוצרו ל-75 דקות. עובדה זו מגבילה את יכולת ההכללה של הממצאים, שכן לא ניתן לומר אם תכנית MSC המקורית, המציעה מינון גבוה יותר של ההתערבות, עשויה הייתה להוביל לתוצאות משכנעות יותר או לא. סיבות פרקטיות בהקשר הקליני הובילו לצורך בהתאמות של מערך המחקר, באופן שעשוי להשפיע על מהימנות הממצאים. ראינו עלייה של התרגול הנוסף בקרב משתתפים בקבוצת מיינדפולנס, בהשוואה לקבוצת PMR. לכך עשויה להיות השפעה גדולה על הממצאים, שכן מחקר קודם הצביע על קשר חיובי בין משך ומספר החזרות על תרגולים של מדיטציה לבין כמה פרמטרים של רווחה נפשית. יתירה מזאת, מרכיב חברתי יכולה להיות בולט יותר בקבוצת מיינדפולנס לעומת קבוצת PMR, שכן תכנית MSC מספקת הרבה תרגול בינאישי. בהלימה לספרות, חוויות חיוביות אלה של קשר חברתי, יכולות לטפח רווחה נפשית באופן משמעותי. ניתן לראות כי קשרים חיוביים בין חמלה עצמית לבין אושר דווחו בעבר בפרקטיקה דתית בודהיסטית.

במחקר עתידי, ראוי להוסיף ראיון חצי מובנה כדי להעמיק את הידע לגבי השימות של תכנית MSC המקוצרת. כעת, אנו יודעים מדיווחיהם של כמה ממשתתפי קבוצת MSC כי רובם התלהבו מתכנית ההתערבות המקוצרת. נראה שהערכה זו משתקפת רק באופן חלקי בציוני המדדים הכמותיים. מחקרים

קודמים ציינו כי בשימוש בהתערבות עם קבוצת ביקורת, חשוב להבטיח כי הקבוצות יהיו שוות מבחינת האינטראקציות החברתיות בין המשתתפים והמנחים, כמות התרגול הביתי, פעילות גופנית והיבטים פסיכו-חינוכיים. במחקר הנוכחי, אף שייתכן כי קבוצת MSC התמקדה יותר בתודעה (Mind) בעוד שקבוצת PMR התמקדה יותר בגוף, הרי שהמשתתפים בשתי הקבוצות קיימו אינטראקציה חברתית עם המנחה, קיבלו עידוד לתרגל מחוץ לזמן ההתערבות, וקיבלו אלמנטים פסיכו-חינוכיים. כמו כן, שתי הקבוצות קיבלו חוברות ו-CD עם מוסיקה מרגיעה ותרגילים מונחים. מכל מקום, גם מחקרים קודמים השתמשו בתרגול הירגעות כקבוצת ביקורת לצורך השוואה לתרגול מדיטציה, לכן הבחירה להשתמש ב-PMR כהתערבות בקבוצת ביקורת נראית מקובלת, למרות ההבדל בטבען של שתי הפרקטיקות. לסיכום, ממצאים ראשוניים שהוצגו במחקר זה מציעים את הצורך בבחינה נוספת של השימות הקלינית של תכנית MSC מקוצרת למטופלים פסיכיאטרים, שכן לא זיהינו כל הבדל במרכיבים הגופניים והנפשיים או בסימפטומים הפסיכיאטרים בין קבוצת MSC לקבוצת PMR. בנוסף, ישנן ראיות לכך שמשתתפים בקבוצת MSC טיפלו בעצמם ביתר חמלה והרגישו שמחים יותר לאחר השתתפותם בתכנית. אומדן זה מקבל אישור נוסף באמצעות הספרות הנרחבת שמדגימה את חשיבותן ותפקידן של טכניקות מבוססות-מינדפולנס בטיפול. ראוי כי מחקר עתידי יתמקד בתיקוף נוסף לממצאים ראשוניים ומבטיחים אלה, ובפרט במדגמים גדולים יותר.