

שילוב טיפול מבוסס קשיבות בטיפול הכוללני במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע

תקציר:

טיפול מבוסס קשיבות (Mindfulness) צוברים פופולאריות וזוכים לעניין רב בשנים האחרונות. כך, תורות ופרקטיקות שנחשבו עד לפני עשורים ספורים כאזטריות והיו נחלתם של מטפלים בודדים, אשר שמרו על התרגול בצנעה, נכנסו יותר ויותר ללב העשייה הטיפולית הממוסדת. כיום זוכות תורות אלה לעניין גובר והולך, ולתיקוף נרחב במחקרים בנושא. תוצאות המחקרים הללו מצביעות על יעילותן של תורות אלה לשם טיפול במגוון הפרעות נפשיות, כמו התמודדות עם עקה (סטרט), הפרעות חרדה, דיכאון ומניעת הישנותו, הפרעות אישיות, הפרעות קשב וריכוז, והפרעות פסיכוטיות. תורות ופרקטיקות אלה פונות לקהל מטופלים מאושפזים ואמבולטוריים כאחד.

מדובר בהתערבויות פרטניות ו/או קבוצתיות, שבבסיסן אימון ולימוד טכניקות של ישיבה קשובה, פיתוח תשומת לב ומודעות, תנועה קשובה, התייחסות לממד הגופני ולמרכיב הפסיכו-חינוכי, והבניה קוגניטיבית. בנוסף, מוצגת הרלבנטיות של גישה זו לתחומים של מניעת שחיקה בקרב צוות רפואי, התמודדות עם שחיקה קיימת והכשרת מטפלים. המטרות בסקירה זו הן להציג את ההתפתחות שהתרחשה בעשורים האחרונים בנושא הקשיבות ואת המחקר העדכני בנושא, את התחומים שבהם התערבויות מסוג כזה הוכחו כמועילות, את הרקע הרעיוני ואת הרלבנטיות של גישות כאלו למערך בריאות הנפש בישראל.

עודד ארבל¹
ענת שלו²
זאב קפלן³

¹פרויקט הקשיבות, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע, ומכון פסיכודרמה, תל אביב
²הנהלת השירות הסוציאלי, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע, ואוניברסיטת בן גוריון, באר שבע
³הנהלה רפואית, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע, ואוניברסיטת בן גוריון, באר שבע

ר' מאמר מערכת של חיים קנובלר וחב' בעמ' 659.

מילות מפתח: קשיבות; פסיכיאטריה; מדיטציה; בריאות הנפש; שחיקה.
KEY WORDS: Mindfulness; Psychiatry; Meditation; Mental Health; Burnout

הקדמה

בעשורים האחרונים קיימת מגמה מתרחבת של הטמעת פרקטיקות וחשיבה, המבוססות על פילוסופיה מזרחית ועל תרגול קשיבות, בעשייה הטיפולית לסוגיה. גישות אלו חודרות ללב לבה של העשייה הטיפולית הממוסדת, עם תיקוף במחקרים, המצביע על כך שלימוד ותרגול של טכניקות קשיבות, באופן בלתי תלוי בדת או במקור תרבותי, מביא תועלת ומשתלב כחלק מתוכנית לבריאות נפשית במגוון אוכלוסיות רחב.

קבוצת משימה מטעם איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי בחנה יעילות של טיפולים חלופיים (אלטרנטיביים) ומשלימים, והצביעה על יעילות ותוצאות מביטוחות של התערבויות מבוססות קשיבות [1]. תופעה זו היא חלק ממגמה מתרחבת של טיפול ברפואה משלימה וחלופית לבריאות הנפש, בין השאר על רקע אכזבה מהטיפולים המסורתיים והתרופתיים, ומגישות פסיכואנליטיות, כטיפול בהפרעות נפשיות קשות.

טיפול בגישה מבוססת קשיבות אינם עומדים בסתירה לטיפולים אחרים ומוצעים בנוסף לטיפול תרופתי או פסיכותרפי. ההיבטים הניורו-פיסיולוגיים מושכים תשומת לב ומחקר תוך הסתייעות באמצעים שונים, כולל בדיקת מדדים פיזיולוגיים שונים ופעילות של המוח, אך אינם נכללים בסקירה זו.

מהי קשיבות?

קשיבות (Mindfulness) מתוארת כ"הפניית תשומת לב מתוך כוונה, לרגע הנוכחי, בצורה לא שיפוטית ולא תגובתית", וגם כ"שליטה מכוונת, מודעת בתשומת לב מרגע לרגע", או "ראייה עמוקה,

חודרת וחסרת קונספציות אל תוך טבע התודעה וטבע העולם" [2]. פרקטיקה של התבוננות קשובה קיימת בתרבות האנושית מזה אלפי שנים, ובמגוון רחב מאוד של סוגים וגוונים; היא הפכה ללב

■ **טיפולים מבוססי קשיבות (Mindfulness) צוברים פופולאריות וזוכים לעניין רב. הם נכנסים ללב העשייה הטיפולית הממוסדת בהפרעות נפשיות מגוונות, וזוכים לתיקוף גדל והולך במחקר בתחום.**

■ **ההוריות לטיפול מבוססי קשיבות מתרחבות והולכות; הן כוללות כעת בהיבט הנפשי טיפול בהפרעות חרדה, דיכאון, הפרעות אישיות, הפרעה דו-קוטבית ואף הפרעות פסיכוטיות.**

■ **לגישות מבוססות קשיבות יש רלבנטיות לתהליכים של הכשרת מטפלים, איכות חיים ומניעת שחיקה בקרב צוותים רפואיים.**

הפועם של הפילוסופיה ודרך החיים הבודהיסטית, שממנה שואבים השראה הטיפולים מבוססי הקשיבות. האימון בקשיבות הוא ראשית כל אימון בחופש - חופש מההשתוקקות הבלתי נלאית להיות תמיד במקום אחר, בסיטואציה אחרת. הקשיבות מציעה דרך של השתהות מתוך תשומת לב עם מה שקיים במציאות של הרגע הזה, אפילו אם אינו נעים ומתוך הלך רוח של קבלה, סקרנות, פתיחה של מרחב אל מעבר למצוקה המיידית, הענקת משמעות, חמלה ונוכחות. הדבר רלבנטי אולי במיוחד עבור אנשים הלוקים בהפרעות נפשיות בעלות אופי של הפרעה ממושכת, עם מצוקה משמעותית ופגיעה נרחבת, יותר מאשר אירוע חד פעמי, הנדרשים לפתח גישה ואורח חיים אשר יקלו על ההתמודדות עם המצוקה.

מרכיבים עיקריים של קשיבות הם התבוננות, תשומת לב, פעולה מתוך מודעות וקבלה בלתי שיפוטית. זוהי תכונה שניתן לפתח ולשכלל, וניתן להצביע על עלייה ברמת

Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

גישה זו, שפותחה על ידי **מרשה לינהן** בתחילת שנות השמונים, נחשבת כאחת השיטות המתוקפות ביותר מחקרית לטיפול בהפרעת אישיות גבולית. **לינהן** הושפעה מתרגול ולימוד של זן בודהיזם, וכמטפלת התנהגותית חיפשה דרך לשלב בין השניים. **לינהן** טענה שהקשיבות מאפשרת ללמוד ולפתח "טכנולוגיה של קבלה", שהיא כאמור מבסיסי הגדרת הקשיבות. לפי **לינהן**, מיומנויות הקשיבות הנלמדות בטיפול הן החלק החשוב ביותר בהתערבות, והן נחשבות כחלק ממיומנויות הליבה של התוכנית.

המטרה בהקניית מיומנויות קשיבות אינה המדיטציה עצמה, או פרקטיקה דתית או רוחנית, אלא דרך לפתח גישה לא שיפוטית של המתרגל כלפי עצמו וכלפי הסביבה. ההנחה העומדת בבסיס גישה זו היא, כי הכרחי לאדם ללמוד כיצד לשאת מצבי חיים כואבים ובלתי נעימים בצורה מלאה (מה **שלינהן** מכנה **Radical Acceptance**), על מנת להתחיל לשנות בהם מרכיבים הניתנים לשינוי. בנוסף לתיקוף האמפירי של DBT בטיפול הפרעת אישיות גבולית, הוחל בשנים האחרונות לבחון את יעילותה של שיטה זו במגוון הפרעות אחרות כמו הפרעות אכילה, התמכרויות, תסמונת פוסט טראומטית, אובדנות, הפרעה דו־קוטבית ודיכאון [11-13].

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

פוחת על ידי קלינאים מתחום הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, אשר חיפשו דרך למנוע הישנות של דיכאון במטופלים עם הפוגה מהמחלה, לנוכח הבנה גוברת שדיכאון הוא הפרעה כרונית ולרוב נשנית (**Recurrent episodes**). השיטה מתבססת על ממצאיה של **לינהן**, טכניקות מ־MBSR ואינטגרציה של אלמנטים מטיפול קוגניטיבי התנהגותי. התוכנית כוללת שמונה מפגשים קבוצתיים שבועיים בני שעתיים כל אחד, הכוללים לימוד ותרגול של טכניקות קשיבות ושיעורי בית לתרגול יומיומי במקביל להבניה קוגניטיבית. במסגרת התוכנית, מעודדים את המטופלים לשנות את השקפותיהם כלפי מחשבות שליליות והרגשות לא נעימות, לראות אותן כאירועים חולפים בתודעה, שיכולים להיות קשורים או לא קשורים למציאות, ובנוסף "לקחת מרחק" ממחשבות אלו ולהיות קשובים לרגע הזה. טכניקה זו מוכרת בטיפול CBT מסורתי, אך במסגרת MBCT היא מהווה מנגנון מרכזי בשינוי [14-16].

מטופלים שהוכללו בקבוצת מחקר ב־MBCT ואשר היו להם שלוש אפיזודות דיכאוניות בעברם (או יותר), חזרו למצב של דיכאון (**Relapse**) בשיעור הנמוך ב־50% לעומת קבוצת בקרה שהמשיכה בטיפול המקובל בלבד. התוכנית נמצאה יעילה פחות עבור מטופלים שהיו בהפוגה לאחר מספר קטן יותר של אפיזודות. החוקרים שיערו, כי מטופלים כאלו לא התמסרו באופן מלא לתוכנית, כיוון שהאמינו יותר בסיכוייהם למצוא הקלה בדרכים אחרות, תובעניות פחות [17]. בעקבות תוצאות חיוביות במניעת הישנות דיכאון, הוחל בהרחבת ההוריות להתערבות כזו למטופלים הלוקים בדיכאון רב (**Major depression**) פעיל, באובדנות פעילה [18], הפרעה דו־קוטבית, בהפרעות חרדה ואף בסכיזופרניה, ונערכים כעת מחקרים על התאמתו של פרוטוקול כזה לאוכלוסייה של ילדים ובני נוער.

טיפול בהפרעות פסיכוסיות

בעשור האחרון, נערכו ניסיונות לטיפול בהפרעות פסיכוסיות בגישה מבוססת קשיבות. עולה, כי גישה זו בשילוב עם אלמנטים קוגניטיביים כטיפול בחולי סכיזופרניה, מפחיתה את רמת המתח

הקשיבות בעקבות התערבויות מבוססות קשיבות במסגרת מספר מפגשים מצומצם [4,3]. נכון להיום, רוב הניסיון הקליני בטיפולים מבוססי קשיבות מתמקד בשלוש תוכניות: (1) **Mindfulness (MBSR)**; (2) **Dialectical Behavioral Therapy (DBT)**; (3) **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)**.

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

התוכנית פותחה בסוף שנות השבעים על ידי **ג'ון קבטי־זין**, במרכז הרפואי של אוניברסיטת מסצ'וסטס. היא יועדה למטופלים שסבלו מכאבים כרוניים, אשר לא הוקל להם לאחר מגוון טיפולים במרפאות הכאב של בית החולים, והיוותה את ראש הגשר במדינות המערב לשילוב אימון בקשיבות כהתערבות טיפולית.

ההתערבות בנויה משמונה עד עשרה מפגשים קבוצתיים שבועיים, בני שעתיים כל אחד, ומיום מרוכז; במהלכם, נלמדים שיטות ועקרונות של קשיבות הכוללים לימוד ותרגול של טכניקות קשיבות ממספר סוגים, מדיטציה, התרגעות (רלקסציה), מודעות לנשימה, תנועה ומתיחות בתרגילי יוגה, שיחות וחקירה של התנסויות, והבנייה קוגניטיבית. המשתתפים מתבקשים לתרגל בין המפגשים, ומקבלים שיעורי בית מובנים והקלטות הכוללות הנחיה לתרגול ישיבה קשובה. בעבודה משנת 1982 [5] הוכללו 51 מטופלים שסבלו מכאבים מסוגים שונים ולא הגיבו לטיפול רפואי מקובל. בתום עשרה שבועות, דיווחו 50% מהחולים על ירידה של מעל 50% בעוצמת הכאב שחשו. נראה כי התרגול בקשיבות סייע למטופלים לפתח גישה של התבוננות בתחושותיהם מתוך מרחק מסוים, אשר תרם לניתוק בצימוד שנוצר בין תחושות גופניות של כאב לבין התגובה הרגשית שהביאה לתחושת סבל. ניתן לכתוב מהלך זה: "להפוך מסובל לחוקר". דרך ההתנסות האישית של המשתתפים, מתחדדת ההכרה המהווה אבן יסוד בעולם הקשיבות, כי אי נוחות (כאב, עצב, מתח, אובדן וכיוצא באלו) אינה בהכרח סבל, וכי תחושת הסבל קשורה לפירוש שאנו נותנים לחוויה (לדוגמה, נשים רבות מתארות את כאבי הלידה כחזקים מאוד, אך פעמים רבות אינן מתארות זאת כסבל).

בעקבות התוצאות המעודדות במישור הכאבים הגופניים, הוחל בניסיון ליישם את הפרוטוקול הנ"ל בהפרעות חרדה. תשעים ושניים אחוזים (92%) מהמשתתפים סיימו את התוכנית, ונצפתה ירידה משמעותית ברמות החרדה ובמספר התקפי הבעת (האימה). הירידה ברמות החרדה נשמרה בבדיקת מעקב לאחר שלושה חודשים ואף לאחר שלוש שנים [6]. מחקרים רבים שפורסמו מאז אותו מחקר חלוץ לפני 20 שנה, חזרו ואיששו את היעילות של גישות כאלו בהפרעות חרדה; יתרה מזו, במטה אנליזה שתוצאותיה פורסמו בשנת 2010, נקבע כי טיפול זה יעיל ומבטיח בסוג זה של הפרעות [8,7].

קיימים בתוכנית מימדים המשותפים לטיפול קוגניטיבי והתנהגותי, אך גם מספר הבדלים מהותיים; ההבדלים העיקריים הם המרכזיות של התרגול בקשיבות כאורח חיים והדגש על קבלה מלאה של הרגע הזה, על כל מה שקורה בו – מחשבות, תחושות, ורגשות – בצורה לא שיפוטית, ומבלי לבחון את התוקף או היעילות שלהם (כפי שמקובל בטיפול קוגניטיבי מסורתי). במחקר אחר נבדקה השפעת ההתערבות בקבוצה הטרוגנית של מטופלים, הסובלים ממגוון בעיות נפשיות וגופניות (החל מכאבי ראש, שאתות ממאירות, מחלות לב ויתר לחץ דם, וכלה בדיכאון וחרדה, הפרעות שינה ועוד), על מדדים של איכות חיים ותסמינים גופניים ונפשיים, והודגמו תוצאות חיוביות [9]. בסקירה ומטה אנליזה נבחנה השפעת התוכנית על איכות החיים של אנשים בריאים עם תוצאות הכוללות הפחתת חרדה ומתח, הפחתת מחשבות טורדניות, עלייה בשיעורים של אמפתיה וטיפוח גישה חומלת של האדם כלפי עצמו [10].

השפעה ארוכת טווח, נדרשות קבוצות המשך אשר תתרגלנה יחד באופן קבוע [28].

הנשרת מטפלים

אחד האתגרים הקשים בהכשרתם של מטפלים צעירים הוא פיתוח איכויות של נוכחות טיפולית, הקשבה, אמפתיה וחמלה. נוכחות טיפולית היא איכות של הוויה, הכוללת זמינות ופתיחות של המטפל לכל ההיבטים בחוויית החיים של המטופל, ומבוססת על יכולתו של המטפל לעבור למצב של "להיות" במקום מצב של "לעשות" – מרכיב מרכזי בתפיסה של הקשיבות. איכויות אלו כוללות גם השהיה של תגובה, פיתוח היכולת להתבונן בצורה לא שיפוטית ולקבל את החוויה של המטופל כפי שהיא, איכות המהווה אבן יסוד גם בטיפולים מסורתיים בפסיכותרפיה.

במחקר איכותני [29] נבדק תרגול קשיבות כחלק מהכשרתם של מטפלים, ובמסגרתו נערך מעקב אחר דיווחיהם של מטפלים שנטלו חלק בסדנאות קשיבות. מסקנת החוקרים הייתה, כי אימון כזה תרם לפיתוח איכויות טיפוליות, וכן לגישה רגועה ושקולה יותר בקרב מטפלים צעירים.

במסגרת סדנאות קשיבות מטפלים מתבטאים לא אחת, כי על אף שהטיפול שלהם אינו "טיפול מבוסס קשיבות" באופן פורמאלי, משהו מסוג הנוכחות, אשר תורגל במהלך המפגשים, חלחל לעשייה הטיפולית ולעיתים שינה את איכות הנוכחות במפגש [30]. בשנים האחרונות נחשפו מאות רבות של מטפלים בישראל לגישות כאלו במסגרות כמו מכון פסיכודרמה, והתוכנית לפסיכותרפיה אינטגרטיבית באוניברסיטת תל אביב.

יישום והטמעה כלל ארגונית בבריאות הנפש

במסגרת מרכז בריאות הנפש באר שבע, הוחל בתהליך הטמעה של גישות מבוססות קשיבות בטיפול הכוללני, ומוצע שינוי ארגוני אינטגרטיבי המיועד למטופלים ולצוות בית החולים. זהו מהלך שיש בו חידוש בקנה מידה ארצי ובמובנים מסוימים אף חלוצי בקנה מידה עולמי, בהיבט של הפריסה הרחבה של הגישה בפני מטופלים מכל קשת ההפרעות, בד בבד עם אימון, הכשרה, ותמיכה בכלל צוות בית החולים. הכלי הטיפולי המשמעותי ביותר הוא המטפל עצמו ויכולתו לעבור שינוי פנימי יחד עם מטופליו. שינוי כזה מבוסס, בראש ובראשונה, על התנסות והבנה הנובעות מהמימד החווייתי של הרעיונות שמציעה הקשיבות. במרכז מתקיימות סדרות של מפגשי חשיפה בנושא הקשיבות, אשר מוצעות לצוותים האורגניים של מחלקות בית החולים, ליחידות המרפאה למבוגרים ולנוער, ולמרכז התמיכה למשפחות שמפעיל בית החולים.

במפגשים אלו מוצעת היכרות עם נושא הקשיבות, כולל תרגול וחקירה של ההתרחשות, היכרות עם חשיבות המימד הגופני של החוויה האנושית, קטעי קריאה וחשיפה למושגים כמו קבלה, השתנות, נוכחות טיפולית, קשב פתוח וגישה לא שיפוטית. מפגשים אלו מעוררים סקרנות ועניין בנושא הקשיבות, מעודדים העמקה נוספת, ובמקביל מהווים התערבות חשובה בהתמודדות עם שחיקה נפשית, תחושות של מתח וחוסר אוניס. משתתפים ציינו, כי הם חשים שהמפגשים מעוררים מחשבה, וכי אלמנטים של קשיבות מחלחלים לחייהם המקצועיים והאישיים כאחד.

מטפלים המעוניינים בכך יכולים להשתלב בתוכנית הכשרה מעמיקה ויסודית יותר, אשר משלבת בין לימוד תיאורטי לאימון מעשי. נפתחה מרפאת "מיינדפולנס", אשר פונה לאוכלוסיות השונות שבהן מטפל בית החולים – החל מבני משפחה ואוכלוסייה כללית

הנובעת ממחשבות שווא והזיות שמיעה, ואת רמת המשוכנעות של מטופלים אלו באמיתותן של תופעות אלו [20,19].

ההתערבות כללה עשר פגישות בתדירות של פעמיים בשבוע, במקביל לטיפול הרגיל. מטופלים שנכללו במחקר המשיכו לדווח על הזיות שמיעה, אך תגובתם לכך הייתה כרוכה במצוקה קטנה בהרבה משחשו לפני ההתערבות. במחקר איכותני העידו מטופלים על יכולת גוברת "לקחת מרחק" מהמחשבות ולחזור לרגע הזה; על פתיחה של אפשרות להניח למחשבות ולהזיות להיות, מבלי לפעול על פיהם, להילחם בהם או להגיב להם (תופעה המוכרת ממטופלים הנמצאים בתהליכים של החלמה ממצב פסיכוטי, "הקולות נמצאים, אבל כבר לא כל כך מפריעים..."). דווח גם על טיפוח איכויות של קבלה והיעדר שיפוטיות כלפי התופעות המתרחשות – מוזרות ולא נעימות ככל שתהיינה. בתוך כך דיווחו החולים על תחושה של שליטה מלאה יותר בתגובות התגובתיות מול תופעות פסיכוטיות [21].

התוצאות ממחקרים אלו מעודדות, אך היקף המחקרים הללו קטן (מספר נכללים מצומצם), ונדרש מחקר נוסף נרחב יותר בנושא. יש הטוענים כי אימון בקשיבות עלול לסכן חיים ולגרום להתלקחות פסיכוטיות בקרב אנשים המועדים לכך. לכאורה, אימון כזה עלול לגרום לעומס רגשי משמעותי ולבלבול, אולם סקירת הספרות בנושא מעלה ממצאים דלים, המבוססים בעיקר על פרשות חולים. בחינת מצבים כאלו מעלה פעמים רבות חשיפה לתרגול אינטנסיבי מאוד, אשר לא נבנה בצורה הדרגתית; חסך חושי; נוכחות חסרה של מנחה; תנאים של חוסר שינה; ולעיתים רעב. במערך טיפולי, לעומת זאת, מושם דגש על אימון בקשיבות, שמטרתו דווקא ליצור מגע עם ההתרחשות שקיימת במציאות ברגע הזה (להבדיל מניתוק ממנה). חשובה נוכחותו של מדריך, הזמין לשאלות ובדיקה, וחשובה גם מסגרת זמן מתאימה. נודעת חשיבות רבה להתאמה של ההתערבות לאוכלוסיית היעד, ועל כן התערבות מבוססת קשיבות במחלקה פסיכיאטרית סגורה שונה בפרמטרים רבים מכזו המיועדת למטופלים הלוקים בחרדה או בדיכאון. לעומת תיאורי פרשות חולים ספורות, בספרות הרפואית מצטברים מחקרים מבוקרים, רבי נכללים, המצביעים דווקא על השפעות מיטביות של תרגול קשיבות על מגוון הפרעות נפשיות, כולל טיפול בהפרעות פסיכוטיות בשיטות שתוארו [22–26].

מניעה וטיפול בשחיקה

עבודה טיפולית יוצרת עומס רגשי על המטפל ובעלת מרכיב שחיקה נפשית משמעותי ביותר. עובדה זו גורמת לירידה בהנעה (מוטיבציה) של המטפל, לפגיעה קשה באיכות חייו, ובעקבות זאת לפגיעה באיכות הטיפול שמקבלים המטופלים.

בעבודה שהתפרסמה ב-JAMA, נבדקה ההשפעה של שמונה מפגשים שבועיים, בגישה מבוססת קשיבות, בני שעתיים וחצי ועוד יום מרוכז, על מדדים של איכות חיים, אמפתיה, מצב רוח ושחיקה בקרב רופאים ברפואה ראשונית [27]. הודגמה עלייה במדדים של קשיבות, ונמצא מתאם (Correlation) עם שיפור במדדים של מצב הרוח, שחיקה, אמפתיה ויציבות רגשית בסיום ההתערבות, שנמשכה גם 15 חודשים לאחר מכן.

במחקר אחר נבדקה ההשפעה של קבוצת MBSR על רמת שחיקה של צוות סיעודי, עם תוצאות חיוביות שכללו עלייה משמעותית במדדי קשיבות בעקבות ההתערבות וירידה תואמת במדדי שחיקה. החוקרים הסיקו, כי התערבות מבוססת קשיבות במבנה של שמונה שבועות יעילה בטיפול נגד שחיקה, וכי קיימת השפעה נמשכת במעקב שנערך שלושה חודשים לאחר מכן. החוקרים הניחו, כי על מנת ליצור

בכוונתנו לתרום למחקר, להכניס את ההתערבויות המוצעות לפרוטוקולי מחקר, ובזכות המודל הייחודי שהוצג, להפוך למוקד של פיתוח ומחקר בתחום הקשיבות במגוון רחב של אוכלוסיות והפרעות.

לסיכום

גישות מבוססות קשיבות תופסות מקום גדל והולך במגוון הפרעות נפשיות וגופניות, במסגרות הכשרה ואימון של צוותים טיפוליים, ובמסגרת תמיכה וסיוע לאוכלוסייה שאינה לוקה בהפרעות נפשיות. לרוב אלו התערבויות קבוצתיות, אשר מספקות מענה זול ומין לצורך בהנחלת כלים להתמודדות עם מצוקה נפשית של מטופלים במגוון הפרעות נפשיות.

בסקירת הספרות נפרסה העשייה המחקרית המרשימה בתחום בעשורים האחרונים. בנוסף, הוצג במאמרנו מעט מהעשייה במרכז הקשיבות, שבמרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. התפיסה היא אינטגרטיבית, וכוללת אוכלוסיות מטופלים מכל גווי ההפרעות הנפשיות, יחד עם התערבויות ברמת צוות בית החולים. בגישה זו, ניתנים דגשים בראייה ארגונית לכלל אנשי המקצוע של בית החולים, אשר מקדמת ראייה אוטנטית של המטופלים; מיצוי הכלים הטיפוליים העומדים לרשות המערכת; מתן כלי נוסף להתמודדות עם שחיקה; הכשרה; ומתן הזדמנות לשיפור באיכות החיים, הן של הצוות והן של המטופלים.

אנו מקווים, כי בהמשך נוכל להציג תוצאות של מחקרים מתוקפים על עבודתנו.

תודות: תודה מעומק הלב ללורה ארבל, ד"ר שלמה מנדלוביץ' ולפרופ' יעקב רז - על עזרתכם בהכנת מאמר זה.

מחבר מכותב: עודד ארבל

טלפון: 050-6576691

דוא"ל: oded.arbel@gmail.com

עם בעיות חיים יומיומיות הגורמות למתח ועצבנות; המשך בקבוצות אמבולטוריות, למטופלים הלוקים בהפרעות חרדה ודיכאון, מטופלי יום ומטופלים במרפאות; וכלה בטיפול בהפרעות פסיכוטיות בעיצומו של אשפוז.

באחת מהמחלקות הסגורות התקיימה קבוצת קשיבות שבועית. המפגש הקבוצתי נמשך חצי שעה, ומשתתפים בו מטופלים הנמצאים באשפוז חד (Acute), רובם בשל החמרה במחלת הסכיזופרניה ובמצב הפסיכוטי. במסגרת הקבוצה מושם דגש על הבאת תשומת הלב לגוף ובמיוחד לנשימה, תוך התייחסות בלתי שיפוטית ולא תגובתית להתרחשות של הרגע הזה, על כל מה שקורה בו – רעשים, ציוץ ציפורים, כאב גופני, תחושת פחד, הזיות שמיעה וקולות דיבור מהמטבח הסמוך לחדר בו נערכת הקבוצה.

במפגש מתבצעת פתיחה עדינה ומצומצמת בזמן של מרחב שקט ולימוד של טכניקות להרגעה עצמית, תוך שימת לב לתחושות הגוף ולנשימה. בסיומה של כל קבוצה מתקיימת שיחה ובה חולקים המשתתפים את חוויותיהם. מרגש במיוחד היה לשמוע את אחד המשתתפים שהודה בסיומה של אחת הקבוצות ואמר: "אני מרגיש שאפילו שאני בתוך המקום הסגור הזה, היו לי כמה רגעים של חופש ושקט, הייתי רוצה להיות מסוגל לעשות את זה גם לבד..." בנוסף, מתקיימת בבית החולים אחת לשבוע למשך שעה קבוצת קשיבות, הפתוחה לכל עובדי בית החולים ומציעה אימון בישיבה קשובה, אימון בתנועה, ושיחה על היבטים של התרגול ועולם החשיבה של הקשיבות. אנו רואים בקיומה של קבוצה פתוחה כזו מרכיב נוסף בהתמודדות עם שחיקה ועם אי נחת, שכפי שידוע, אינה נחלתם הבלעדית של אלו המוגדרים כמטופלים בבית החולים.

היותה של הקבוצה פתוחה לכל המגזרים, מדגישה את תחושת השותפות, הגיבוש והלכידות של הצוות, ואת ההכרה שבסופו של יום כולנו – מטפלים, אנשי אדמיניסטרציה, אנשי שירות ומטופלים – מתמודדים מול קשיים, מחפשים ומתקשים למצוא שלוה.

המחקר בנושא בספרות העולמית אומנם גדל והולך, אך עדיין אין בו די מחקרים קליניים מבוקרים באיכות טובה. לכן,

ביבליוגרפיה

- Gelenberg AJ, Complementary and alternative medicine in psychiatry. *J Clin Psychiatry*, 2010;71:667-8.
- Kabat-Zinn J, Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clin Psycho Sci and Prac*, 2003;10:144-156.
- Carlson LE & Brown KW, Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosom Res*, 2005;58:29-33.
- Baer RA, Smith GT & Allen KB, Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 2004;11:191-206.
- Kabat-Zinn J, An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 1982;4(1):33-47.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Santorelli SF & al, Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 1992;149:936-43.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA & al, The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 2010;78:169-83.
- Miller JJ, Fletcher K & Kabat-Zinn J, Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 1995;17:192-200.
- Reibel DK, Greeson JM, Rosenzweig S & al, Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry*, 2001;23:183-192.
- Chiesa A & Serretti A, Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*, 2009;15:593-600.
- Linehan MM, Skills training manual for treating borderline personality disorder. 1993 New York: Guilford Press.
- Dimeff LA & Linehan MM, Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract*, 2008;4:39-47.

13. *Wagner AW, Rizvi SL & Harned MS, Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. J Trauma Stress, 2007;20: 391-400.*
14. *Fresco DM, Segal Z, Kennedy S & al, Relationship of Posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. J Consult Clin Psychol, 2007;75:447-455.*
15. *Bishop SR, Devins G, Lau M & al, Mindfulness: a proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 2004;11: 230-241.*
16. *Teasdale JD, Williams S, Segal Z & al, Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. J Consult Clin Psychol, 2002;70: 275-287.*
17. *Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM & al, Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. J Consult Clin Psychol, 2000;68: 615-623.*
18. *Williams JM & Swales M, The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. Arch Suicide Res, 2004;8:315-29.*
19. *Newman Taylor K, Harper S & Chadwick P, Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. Behav Cogn Psychother, 2009;37:397-402.*
20. *Chadwick P, Hughes S, Dagnan D & al, Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. Behav Cogn Psychother, 2009;37: 403-12.*
21. *Abba N, Chadwick P & Stevenson C, Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. Psychother Res, 2008;18:77-87.*
22. *Lukoff D, Wallace CJ, Burke K & al, Holistic program for chronic schizophrenic patients. Schizophr bull, 1986;12:274-82.*
23. *Kuijpers HJ, van der Heijden FM, Verhoeven WM & al, Meditation-Induced Psychosis. Psychopathology, 2007;40:461-464.*
24. *Yorston GA, Mania precipitated by meditation: a case report and literature review. Mental Health, Religion & Culture; 2001 Nov; Vol. 4; pp 209-213.*
25. *Gaudio BA & Herbert JD, Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. Behav Res Ther, 2006;44:415-37.*
26. *Bach P & Hayes SC, The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol, 2002;70:1129-39.*
27. *Krasner MS, Epstein RM, Quill TE & al, Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. JAMA, 2009;302:1284-1293.*
28. *Cohen-Katz J, Wiley S, Shapiro S & al, The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout: A Quantitative and Qualitative Study. Holist Nurs Pract, 2004;8:302-308.*
29. *Eric E, McCollum, Diane R. Gehart. Using Mindfulness Meditation To Teach Beginning Therapists Therapeutic Presence: A Qualitative Study, J Marital Fam Ther, 2010;36:347-360.*
30. *Mollino A, The Couch and The Tree: Dialogues in Psychoanalysis and Buddhism, 1998; New York: North Point Press.*