appg for Prescribed Drug Dependence

THE NATIONAL COUNSELLING SOCIETY

professional standards authority accredited register

UKCP UK Council for Psychotherapy

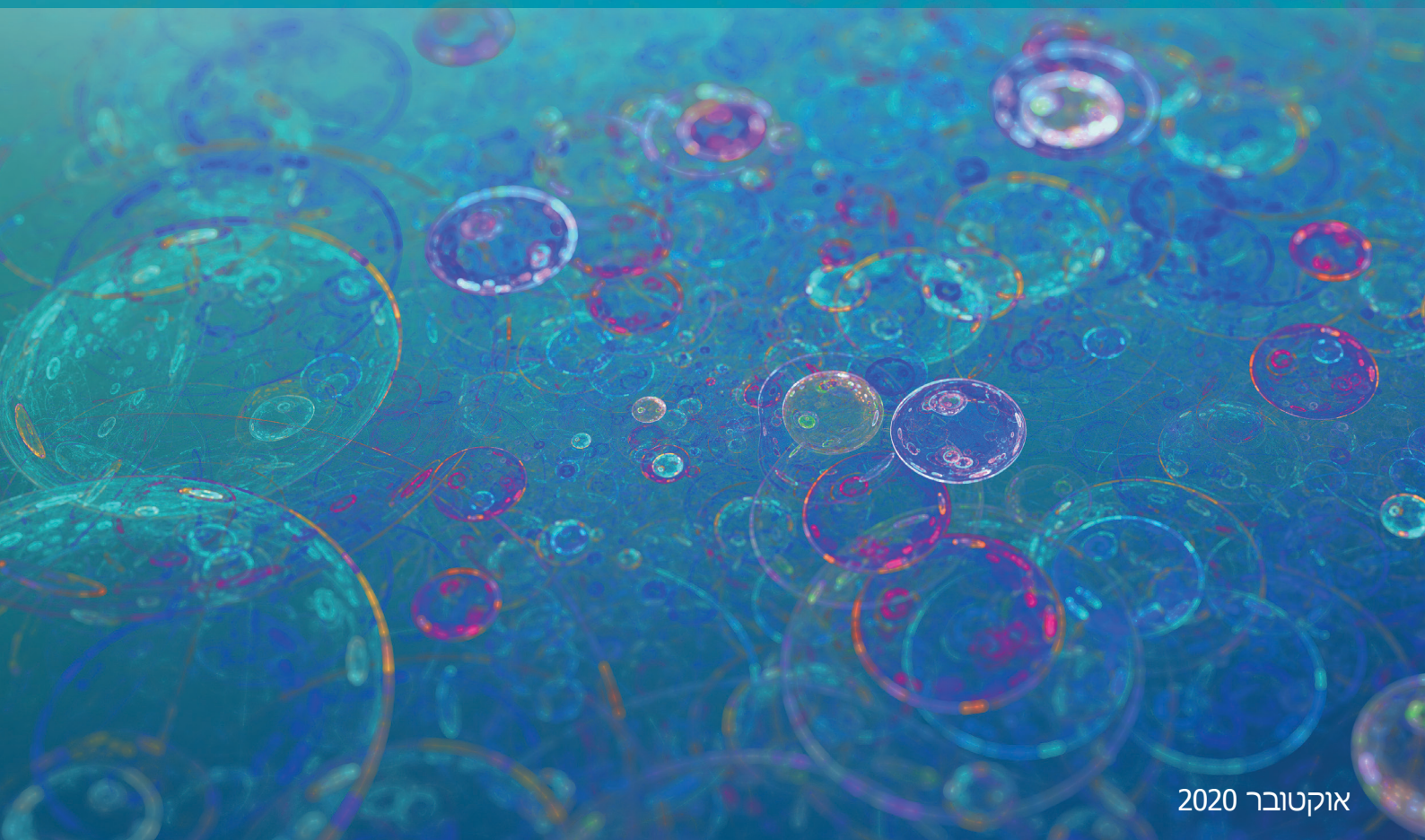
the british psychological society promoting excellence in psychology

LET'S TALK WITHDRAWAL

INTERNATIONAL INSTITUTE for IIPDW PSYCHIATRIC DRUG WITHDRAWAL

bacp counselling changes lives

מה שכל מטפל.ת נפשי צריכ.ה לדעת על שימוש בתרופות פסיכיאטריות



אוקטובר 2020

זהו אינו פרסום רשמי של בית הנבחרים או בית הלורדים. מסמך זה לא אושר על־ידי אף אחד משני הבתים או על־ידי ועדותיהם. קבוצות פרלמנטריות בין־מפלגתיות (All-Party Parliamentary Groups) הן קבוצות לא־פורמליות של חברי שני הבתים בעלי עניין משותף בנושאים מסוימים. הדעות המובעות בדו"ח זה הן דעות הקבוצה.

יצירה זו מופצת תחת רישיון Creative Commons ייחוס–לא מסחרי–ללא יצירות נגזרות 4.0 בינלאומי (CC BY-NC-ND 4.0). לצפייה בעותק של רישיון זה ניתן לבקר באתר:
creativecommons.org

או לשלוח מכתב ל־Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.
אם יש לכם/ן קושי בקריאת מסמך זה וברצונכם/ן לקבל אותו בפורמט אחר, אנא צרו איתנו קשר עם הדרישות הספציפיות שלכם/ן:
טל': 0116 252 9523; אימייל: P4P@bps.org.uk
© Council for Evidence-based Psychiatry, אוקטובר 2020.

ציטוט המסמך (Citation of document):
Rizq, R., Guy, A. with Stainsby, K. (2020) *A short guide to what every psychological therapist should know about working with psychiatric drugs.* London: APPG for Prescribed Drug Dependence.

הקדמה למהדורה העברית

אנחנו שמחים להנגיש לכם את התרגום העברי למדריך המקוצר לאנשי מקצוע, שמסביר באופן בהיר כיצד לעבוד עם אנשים הנוטלים טיפול תרופתי פסיכיאטרי ומעוניינים להיגמל ממנו או להפחית את מינונו.

בשנים האחרונות גוברת המודעות לסיכונים ולתלות הכרוכים בשימוש ממושך בתרופות פסיכיאטריות. כתוצאה מכך, קמו ארגונים ברחבי העולם – באירופה ובארה"ב – המעניקים תמיכה הן לאנשים הנוטלים תרופות אלה והן לאנשי מקצוע המלווים אותם.

כאשר נתקלנו במדריך זה, חשבנו שהוא יכול לסייע מאוד לאנשי מקצוע להתבונן מחדש בנושא ולבחון כיצד הם רוצים לגשת אליו. המדריך כתוב בצורה שמעניקה מידע, הנחיות וכלים מעשיים למטפל, אך גם מזמינה כל אחד ואחת מאיתנו לגבש עמדה מקצועית וערכית משלו ביחס לשימוש ולהפחתה של תרופות פסיכיאטריות.

הפסיכולוגית דורית שייקרסקי (ז"ל) כתבה במאמרה* (2013) כי אנו, המטפלים, לעיתים קרובות מוצאים את עצמנו בין הפטיש לסדן – בין המחויבות האתית שלנו למטופלים ולטיפול הנפשי שלהם, לבין המחויבות הקולגיאלית לעמיתינו הפסיכיאטרים. שייקרסקי תיארה כיצד מתוך המתח הזה נוטים מטפלים רבים לאמץ מדיניות של אי-התערבות בנושא התרופות – עמדה שהיא ביקרה בחריפות. היא קראה לנו לבחון מחדש את האחריות שלנו ולאמץ עמדה מעורבת, אמיצה ומודעת.

אנו מקווים שמדריך זה יסייע לכם לגבש עמדה מקצועית משלכם – הן בנוגע לשימוש ולהפחתה של תרופות פסיכיאטריות, והן בנוגע לאופן ההתערבות שלכם בתהליך – עמדה שיכולה להיות משמעותית ואף משנה חיים עבור המטופלים שלכם.

אנו מודים מעומק הלב ל־**Anne Guy** ולכל צוות **IPre-scribed Drug** על חיבור המדריך החשוב הזה ועל נדיבותם באשר לתרגומו. תודה לצוות הארגון הבין־לאומי **IIPDW**, העושה עבודה רבת ערך בנושא זה ומאפשר לנו להישען על פועלם. תודה מיוחדת למתרגמים נועם בייטנר ו־עמית תלם על עבודתם המדויקת והרגישה בתרגום מדריך זה.

תודה מיוחדת לתורמים שלנו שבזכותם אנחנו יכולים להמשיך הפעילות, ולתמיכתה של קרן טאובר בפרט.

תרגום: נועם בייטנר, עמית תלם
עריכה והגהה: גולן רוטר־הולץ, איתי אהרון זיו בברכה,
גולן רוטר־הולץ בשם צוות עמותת הפחתה אחראית.

למידע נוסף, להרצאות ולהכשרות לאנשי מקצוע, אנא בקרו באתר שלנו: www.yerida.co.il

או צרו קשר: afhataisrael@gmail.com

*שיקיירסקי, ד' (10 בנובמבר 2013). תרופות פסיכואקטיביות – לא מה שחשבתם: מבוא. פסיכולוגיה עברית. https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3044

אם אתם מתקשים לקרוא מסמך זה ומעוניינים בפורמט אחר, אנא צרו עמנו קשר כדי ליידע אותנו על הצרכים הספציפיים שלכם.
t: 0116 252 9523; **e:** P4P@bps.org.uk

הפחתה אחראית

תוכן עניינים

4	**1.0**	מבוא
5	**2.0**	כיצד פועלות תרופות פסיכיאטריות? מודל "ממוקד־מחלה" לעומת מודל "ממוקד־תרופה"
5	**2.1**	התרופות הפסיכיאטריות העיקריות: תופעות לוואי אפשריות ותסמיני גמילה
7	**3.0**	מה האמונות של מטפלים כלפי תרופות פסיכיאטריות?
7	**3.1**	היבטים אתיים שיש לשקול: ייעוץ רפואי לעומת מידע רפואי
8	**3.2**	כיצד משפיעות תרופות פסיכיאטריות על הקשר והתהליך הטיפולי?
9	**4.0**	השלכות על הפרקטיקה הטיפולית
9	**5.0**	הפחתה/גמילה מתרופות פסיכיאטריות שנרשמו: גישת "חוכמה מצטברת"
11	**6.0**	השלכות נוספות לפרקטיקה שכדאי לשקול
12	**7.0**	סיכום והצעדים האפשריים הבאים

1.0 מבוא

תרופות פסיכיאטריות נחשבו בעבר לעמוד התווך של הטיפול הפסיכיאטרי, ואף על פי כן, עדויות חדשות מצביעות על כך שהן נרשמות יתר על המידה וכי שיעור גבוה של אנשים מתקשים להפחיתן או להיגמל מהן. עם העלייה הגדולה של המרשמים לתרופות אלו בעשור האחרון, רוב אנשי הטיפול עובדים כיום עם מטופלים שנטלו בעבר או נוטלים כעת תרופות פסיכיאטריות. עם זאת, סקר שנערך בקרב יותר מ-1,200 מטפלים השייכים לארגוני פסיכולוגים שונים בבריטניה (BACP, BPS ו-UKCP) מצא שרובם חשים צורך בתמיכה בעבודה עם סוגיות הנוגעות לתלות בתרופות מרשם. רק 7% מהנשאלים האמינו שהכשרתם ציידה אותם בכלים "טובים מאוד" בתחום זה, ו-93% דיווחו שהנחיה מקצועית שתסייע להם לעבוד עם מטופלים הנוטלים תרופות, תהיה "שימושית" או "שימושית מאוד" עבורם.

בתגובה לצורך בתמיכה, במסגרת פעילות הפרלמנט הבריטי בשנים 2017-19, "הקבוצה הפרלמנטרית הרב-מפלגתית לתלות בתרופות מרשם" (APPG) פעלה ליצירת המסמך: "מדריך לאנשי טיפול: הנחיות לשיחות תומכות עם מטופלים הנוטלים או נמצאים בתהליך גמילה מתרופות פסיכיאטריות"[1]. מסמך זה, מספק עדויות ומידע עדכני על ההשפעות העיקריות של תרופות פסיכיאטריות ותגובות הגמילה האפשריות הקשורות אליהן. הוא גם מזמין מטפלים לשקול לעבוד עם טווח רחב של סוגיות הקשורות לתרופות מרשם פסיכיאטריות כאשר הן עולות במרחב הטיפולי. המדריך המלא הינו ארוך ונרחב. יצרנו מדריך מקוצר זה על מנת לסכם את הנושאים וההשלכות המרכזיים לפרקטיקה בצורה נוחה ונגישה יותר. למידע נוסף, מומלץ לעיין בגרסה המלאה של המדריך כאן (באנגלית).

לאור המגוון הרחב של רקעים טיפוליים, הכשרות מקצועיות וסביבות עבודה, המדריך המלא כמו גם התקציר לא נועדו לספק הנחיות מדויקות לטיפול. אין המלצות או הנחיות רשמיות לדיאלוג עם המטופלים בנושא. במקום זאת, הנכם מוזמנים לשקול האם וכיצד תוכלו להתחיל לשלב בפרקטיקה הטיפולית שלכם שיח על סוגיות הנוגעות בשימוש והפחתה בתרופות מרשם פסיכיאטריות.

המדריך הבא:

- יספק מידע על ההשפעות העיקריות, התוצאות השליליות ותגובות הגמילה האפשריות עבור כל אחת מקבוצות התרופות הפסיכיאטריות המרכזיות.
- יסייע לכם להבין כיצד ומתי תרופות מרשם פסיכיאטריות עשויות להשפיע על הקשר והתהליך הטיפולי.
- ייתן תמיכה והעצמה ליכולת שלכם לשוחח עם מטופלים ועם פסיכיאטרים על תרופות פסיכיאטריות.
- יאפשר תמיכה במטופלים בכל החלטה שיגיעו אליה בשיתוף פסיכיאטרים לגבי נטילה או גמילה מתרופות פסיכיאטריות.
- יעודד בחינה של העמדות והאמונות שלכם לגבי שימוש בתרופות פסיכיאטריות.

מטרת ההנחיות הללו הינה להעצים ולתמוך בשיחות שכבר מתקיימות ביניכם ובין המטופלים שלכם. עליכם להחליט בעצמכם האם, ובאיזו מידה תרצו להשתמש בה במסגרת העבודה הטיפולית שלכם. החלטה זו תלויה בשיטת הטיפול, בסביבה ובצרכים האישיים של המטופלים שלכם. כתמיד, עלינו לתמוך ולכבד את תחושת הסוכנות (agency) של המטופל. עלינו לעודד את המטופלים לדון בגמילה מתרופות פסיכיאטריות עם פסיכיאטר מנוסה שיכול לתת ייעוץ רפואי, ללוות ולעזור לנהל כראוי את תהליך גמילה. למרות שמדריך זה תומך בחשיבות הבחירה המושכלת של המטופל בהתבסס על מידע מלא על יתרונות וסיכונים אפשריים, הוא לא מעודד לשכנע מטופלים לקחת, לא לקחת, להמשיך או להיגמל מתרופות פסיכיאטריות. יש להשאיר את העניינים הללו להחלטת הרופא נותן המרשם ולמטופל עצמו.

1. Guy, A., Davies J., Rizq, R. (Eds.) (2019) Guidance for Psychological Therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.

2.0 כיצד פועלות תרופות פסיכיאטריות? "מודל ממוקד מחלה" לעומת "מודל ממוקד תרופה" (לקריאה נוספת, עיינו בסעיף 2 במדריך המלא).

אחרי עשרות שנים של מחקר אינטנסיבי על מוליכים עצביים שונים, גנטיקה ורשתות נוירונים, עדיין לא נקבעה סיבה בלעדית לכל צורה של מצוקה נפשית. לאור אי ודאות זו, הוצעו שני מודלים לפעולה תרופתית. המודל "ממוקד המחלה" מניח שתרופות פסיכיאטריות מטפלות בחריגה אֶבְּנוֹרְמָלִית הנמצאת בבסיס תהליך המחלה אשר גורם לסימפטומים של ההפרעה. מודל זה קשור באופן הדוק תיאוריות לפיהן חלק ממצבים נפשיים נובעים מ"חוסר איזון כימי" במוליכים עצביים במוח. כתוצאה מכך, נאמר לאנשים רבים שיש סיבה ביולוגית לדיכאון שלהם (כגון שינוי ביוכימי במוח או גורם גנטי). ה"מסר" הפסיכולוגי העוצמתי שלפיו יש להם שליטה מועטה, אינו עולה בקנה אחד עם הרעיון שהטיפול התרופתי מסייע לאנשים לקבל שליטה רבה יותר על הרגשות שלהם ועל הדרך בה הם מתנהגים.

מכיוון שיש מעט ראיות מהימנות התומכות במודל הנ"ל, המודל "ממוקד התרופה" הוצע לאחרונה. המודל מדגיש שתרופות פסיכיאטריות מייצרות מצב חלופי כולל הכרוך בשינויים פיזיולוגיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים. שינויים אלה נראים כתסמינים של "הפרעות" נפשיות, ונחווים באופנים שאדם עשוי לתפוס כמועילים או שלא-מועילים. דוגמה לכך היא ההשפעות של תרופות מסוג בנזודיאזפינים על חרדה. תרופות מקבוצה זו מפחיתות את העוררות ומשרות מצב של רוגע. אדם הסובל מחרדה עשוי לחוות השפעה זו כהקלה, אך אין זה אומר שהאדם חוזר למצבו ה"נורמלי" או הפרה-סימפטומטי. יתרה מכך, הוא עלול לסבול מנמנום וערפול מנטלי שעלולים להיות בעייתיים. מכיוון שהתרופות משנות את תפקודי הגוף הנורמליים, יש להן השפעות שליליות והן עלולות להזיק יותר מלהועיל במיוחד אם משתמשים בהן לטווח ארוך. תרופות פסיכיאטריות עלולות לפגוע ולדכא היבטים בתפקוד הנפשי והרגשי של האדם. על המטופלים להחליט ולהעריך מחדש מעת לעת אם סך-כל ההשפעות של התרופה עדיפות על המצוקה או הקשיים המקוריים שחוו.

מובן שחלק מהמטופלים לא רוצים לחוות רגשות מצוקה חזקים ועשויים להניח שתרופות יביאו להם הקלה במהירות ובמאמץ מועט. מטפלים צריכים לבחון לא רק את המסרים המרומזים והמפורשים שמטופלים מקבלים לגבי תרופות פסיכיאטריות, אלא גם את האמונות והמשמעויות הקשורות בהן, שכן הן עשויות למנוע מהם לנסח השקפה חלופית בנוגע למה שיכול לתמוך בהם.

האגודה הפסיכולוגית הבריטית (BPS) פירסמה מאמר המתריע כי "מטופלים והציבור הרחב מושפעים לרעה ממגמת המדיקליזציה הממושכת של התגובות הטבעיות והנורמליות שלהם לחוויותיהם; תגובות [...] אשר אינן משקפות כל-כך מצב של מחלה, כמו שונות אינדיבידואלית רגילה. [...] זה מחמיץ את ההקשר הבין-אישי של בעיות והסיבה החברתית הבלתי ניתנת להכחשה של בעיות אלו".[2]

2.1 התרופות הפסיכיאטריות העיקריות: תופעות לוואי אפשריות ותגובות גמילה

למידע נוסף עיינו בסעיף 4 במדריך המלא.

להלן סיכום של כמה מהתרופות הפסיכיאטריות העיקריות, השימושים הנפוצים בהן, תופעות הלוואי ותגובות הגמילה שלהן*.

*לפעמים ניתן מרשם ליותר מתרופה פסיכיאטרית אחת בזמן נתון. לדוגמה, רושמים לאדם מרשם לתרופה נוגדת דיכאון במקביל לבנזודיאזפין. כמו כן, תרופות מסוימות המסווגות בעיקר כ"פסיכיאטריות" עשויות לשמש לטיפול במצבי בריאות גופניים. לדוגמה, לעתים רושמים טגרטול (Tegretol) כדי לעזור במצבים של מיגרנה.

2. British Psychological Society (2011) Response to the American Psychiatric Association DSM-5 Development.

טבלה 1: תרופות פסיכיאטריות, השפעותיהן ותגובות הגמילה

סוג התרופה	השפעות שעלולות להיתפס כשליליות	תגובות גמילה אפשריות
בנזודיאזפינים ותרופות Z בנזודיאזפינים: בשימוש עבור חרדה, הרגעה, גמילה מאלכוהול. למשל: רסטוריל (Temazepam), ואליום (Diazepam) **תרופות Z:** בשימוש עבור נדודי שינה. למשל: נוקטורנו (Zopiclone) **Pregbalin, Gabapentin:** בשימוש עבור חרדה, כאב כרוני. למשל: ליריקה (Lyrica), נאורונטין (Neurontin)	• מרדימות • סיכון משמעותי לפיתוח תלות • ישנוניות ופגיעה ביכולת הקוגניטיבית	• הזעה, בחילות, סחרחורת, התכווצויות בטן • חרדה, אי-שקט, נדודי שינה, נוקשות שרירים • עקצוץ, תחושת של זרמים חשמליים. סיכון לאפילפסיה • התקפי פאניקה, זיכרון לקוי • הזיות, אשליות • סיוטים
תרופות נוגדות דיכאון בשימוש עבור דיכאון וחרדה למשל: סרוקסט (Paroxetine), פרוזק (Fluoxetine)	• מרדימות • תרופות SSRI/SNRI: בחילות, נמנום, נדודי שינה • הפרעה בתפקוד המיני • חרדה ואי-שקט • קהות רגשית • אובדנות	• חרדה • בחילות, סחרחורת, נדודי שינה • שינויים במצב הרוח • הזיות • חלומות צלולים • בלבול
ממריצים בשימוש עבור הפרעת קשב וריכוז, היפראקטיביות. למשל: ריטלין (Ritalin)	• נדודי שינה • דיכוי גדילה בילדים	• אפקטי הישנות, הכוללים בכי, עצבנות, אי-יציבות רגשית
מייצבי מצב רוח בשימוש עבור הפרעה דו-קוטבית למשל: טגרטול (Tegretol), ליתיום (Lithium)	• מרדימות • ישנוניות, רעד, תשישות, ירידה ביכולת ללמוד מידע חדש, זמן תגובה ממושך, זיכרון ירוד, ספונטניות מופחתת • עלייה במשקל • תגובות רגשיות מופחתות • מצב רעיל: יש לנטר רמות באופן קבוע	• אין השפעות גמילה פיזיות • נסיגה או הישנות של • מאניה
תרופת אנטי-פסיכוטיות בשימוש עבור: הפרעות פסיכוטיות (כולל סכיזופרניה), מאניה חריפה, הרגעה למשל: טרוקטיל (Chlorpromazine), זיפרקסה (Olanzapine), הלדול (Haloperidol), ריספרדל (Risperidone)	• מרדימות • מפחיתות תגובות רגשיות ומוטיבציה • סחרחורת, הפרעה בתפקוד המיני, עלייה במשקל • השפעות קרדיו-וסקולריות (לב וכלי דם) • אקטיזיה והשפעות חוץ-פירמידליות • דיסקינזיה מאוחרת (Tardive dyskinesia) • השפעות אנטיכולינרגיות: יובש בפה, טשטוש ראייה, עצירות • אי שקט • אובדנות	• בחילות, כאבי ראש, רעד • הפרעות שינה, עצבנות, תוקפנות, דיכאון • אפשרות של 'supersensitivity psychosis', במיוחד בגמילה מ-clozapine • התקף חוזר ('ריבאונד')

3.0 במה מאמינים מטפלים לגבי תרופות פסיכיאטריות?

כפי שצויין קודם, המודל ממוקד-מחלה המסביר את פעילות התרופות, כרוך באופן הדוק בגישה הביו-רפואית בתחום הבריאות. הדומיננטיות המתמשכת של גישה זו, עשויה לעצב את העמדות, האמונות והערכים של מטפלים מגישות פסיכותרפויטיות שונות ולכוון את דרך עבודתם. לפני שניגש לעבודה עם מטופלים שיש להם תלות בתרופות מרשם, כדאי לבחון את ההשקפה שלכם בנוגע ל"מודל הרפואי" או הביו-רפואי ולתפקידו בעבודה הטיפולית שלכם. זה יעזור לכם לבדוק באיזו מידה, אם בכלל, יש למודל זה השפעה על האמונות שלכם לגבי תרופות מרשם פסיכיאטריות.

כמובן, אמונות ועמדות לא מעוצבות רק על ידי המודל הרפואי; הן מושפעות מהרקע המקצועי שלכם, מההכשרה ומהעבודה שלכם, כמו גם מכל התנסות אישית שהייתה לכם עם תרופות מרשם. האמונות שלכם מושפעות גם מהסביבה שבה אתם עובדים. ישנם מטפלים העובדים במסגרות אשר מעדיפות את הגישה הביו-רפואית ומחייבות אותם להשתמש בשפה של סיווג פסיכיאטרי, הערכות סטנדרטיות וטכניקות קליניות מתוקננות. התייחסות זו מתיישבת יותר עם המודל "ממוקד המחלה" המדגיש מושגים של חוסר, סימפטומטולוגיה ומדיקליזציה (המכונה לפעמים גישת "מה לא בסדר איתך"). מטפלים אחרים עובדים במסגרות אשר מתעדפות דרכי חשיבה תיאורטיות, המדגישות היבטים פסיכולוגיים, מערכתיים ופסיכו-חברתיים, שנחשבים לגורמים המרכזיים במצבי מצוקה רגשית (וקרובים יותר לגישת "מה קרה לך"). יתכן שיהיה לכם מועיל לבחון את המסגרת והשפה המקצועית בה אתם משתמשים בסביבת העבודה שלכם, וכיצד הן עשויות להשפיע על האמונות והעמדות שלכם לגבי תרופות המרשם.

ישנה חשיבות גם לסוגים שונים של שיטות טיפול. בתוך המסורות ההומניסטיות והפסיכודינמיות, למצוקה יש פוטנציאל להיות בעלת ערך ותכלית. במקום להיתפס כ"פתולוגית" (ובעלת תועלת מועטה), ניתן להתייחס אליה כהזדמנות לשינוי וטרנספורמציה. מנגד, גישות קוגניטיביות-התנהגותיות מתמקדות בעיקר בהסרת סימפטומים של מצוקה על ידי שינוי דפוסים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים שעשויים לגרום לסבל רגשי. שוב, ייתכן שתרצו לשקול כיצד העמדה התיאורטית שלכם מעצבת את הבנתכם לגבי מצוקה נפשית, וכיצד היא משפיעה על נקודת המבט שלכם על השימוש בתרופות מרשם.

שאלות שיעזרו לכם להרהר על עמדתכם כמטפלים, לשימוש עצמי או בזמן הדרכה:

- מה אני מבין/ה מהמונח "מודל רפואי"?
- מהי עמדתי ביחס למודל הרפואי? איפה אני ממקם/ת את עצמי?
- כיצד ההכשרה המקצועית והפרקטיקה שלי משפיעות על האופן שבו אני מבינ/ה ועובד/ת עם נושאים הקשורים לנטילת תרופות פסיכיאטריות או גמילה מהן?
- האם יש לי ניסיון בנטילת תרופות פסיכיאטריות בעצמי? האם אני מודע/ת לבני משפחה או חברים שנטלו תרופות מרשם?
- אם כן, מה אני חושב/ת ו/או מרגיש/ה לגבי תרופות אלו, בהתבסס על הידע והניסיון שלי, האישי והמקצועי?

3.1 השלכות אתיות שיש לקחת בחשבון: ייעוץ רפואי מול מידע רפואי

הצמיחה המהירה של הידע המדעי והרפואי עלולה להקשות על ההנחיות המקצועיות לעמוד בקצב השינויים. המשמעות היא שיש מקום לחילוקי דעות בין המטפלים השונים של המטופל. למרבה הצער, אין הדרכה ספציפית זמינה בנוגע לאופן שבו מטפלים צריכים להתמודד עם סוגיות אתיות הנוגעות לנטילת תרופות פסיכיאטריות או גמילה מהן. עם זאת, העקרונות האתיים הכלליים של כל הגופים המקצועיים המוסמכים מהווים עדיין נקודות התייחסות חשובות. עקרונות אלה כוללים:

- עבודה בהסכמה מדעת
- כיבוד טובת המטופל
- שמירה על ידע ומיומנויות עדכניות
- הפגנת אחריות ויושרה
- עבודה בכבוד עם עמיתים

עבודה בטיפול עם סוגיות הנוגעות לתרופות פסיכיאטריות מעלה שאלות אתיות ייחודיות הנוגעות לגבולות המיומנות המקצועית, הגישה הטיפולית

והתפקיד. לדוגמה, מטופלים עשויים לבקש מכם ייעוץ ומידע רפואי ואתם עלולים למצוא את עצמכם במהירות בדיונים על בחירת תרופות, מינונים ותדירות. כאן חשוב להבחין בין מתן ייעוץ רפואי לבין מתן מידע רפואי. דיון בראיות מדעיות, שיתוף מידע ממקור מהימן, או כשזה מתאים עם מטופלים מסויימים, מתן פרספקטיבה שונה במידת הצורך, אלה דברים שונים מהותית ממתן אבחון, מרשם תרופות או ייעוץ לגבי הפסקתן. חשוב להבהיר הבחנה זו למטופלים ויתכן שכדאי לחזור עליה. מטופלים הזקוקים לייעוץ לגבי תרופות פסיכיאטריות צריכים להיות מופנים תמיד לרופא המטפל שלהם או למי שמוסמך לתת מרשמים. עם זאת, לסייע למטופל להבין את היתרונות והחסרונות הפוטנציאליים של נטילת תרופות פסיכיאטריות במהלך הטיפול, יכול להיחשב כחלק מאחריותכם להבטיח שהוא ייתן הסכמה מדעת לעבודה המשותפת שלכם. זה שונה מאחריותו של הפסיכיאטר ליידע את המטופל על ההשפעות הפיזיולוגיות והפסיכולוגיות של התרופות שנרשמו לו. מתן מידע למטופל יכול לסייע לכם לתמוך בו בתהליך זה במידת הצורך, למשל דרך הפנייה למקורות מידע רלוונטיים.

3.2 כיצד משפיעות תרופות פסיכיאטריות על הקשר והתהליך הטיפולי?

מטופלים מגיעים לטיפול עם אמונות והנחות רבות לגבי תרופות פסיכיאטריות. אנשים רבים מאמינים, או שאמרו להם, שדיכאון, חרדה ובעיות פסיכולוגיות אחרות נגרמות משינויים ביוכימיים במוח, בעוד שאחרים מאמינים שישנם גורמים גנטיים העומדים בבסיס המצוקה הרגשית שלהם. במקרים אלו, תרופות פסיכיאטריות נושאות "מסר" פסיכולוגי חזק לפיו לאדם יש "מחלה" ודרוש "טיפול" רפואי לצורך התמודדות. בנוסף, מטופלים עשויים להאמין שלא טוב להם לחוות רגשות מצוקה עזים, ושתרופות פסיכיאטריות יפטרו אותם במהירות וללא מאמץ מתחושות עצב או כעס. במצבים אלה ובמצבים רבים אחרים, תידרשו לחקור ברגישות את האמונות והמשמעויות שבהן מחזיק המטופל תוך התחשבות בחוויותיו המיוחדות, וכן בכל ציפיות לא מציאותיות שיש לו לגבי תרופות פסיכיאטריות.

כפי שהבנו, תרופות מרשם פסיכיאטריות פועלות על המוח כדי לשנות את מצב הרוח והתודעה, ולפעמים עוזרות לשלוט בתגובות למצוקה רגשית על ידי אלחוש, הרדמה או הרגעה. בעוד שחלק מהמטופלים ימצאו את ההשפעות של תרופות פסיכיאטריות כמועילות, הן יכולות לגרום למגוון תופעות שליליות, שעשויות להשפיע באופן משמעותי על הקשר והתהליך הטיפולי. כמה מההשפעות האפשריות על חשיבה, תחושה והתנהגות מפורטות להלן:

השפעות שליליות על החשיבה עשויות לכלול:

- פגיעה בזיכרון
- זיכרון לקוי
- ריכוז ירוד
- בלבול
- איבוד תחושת רעיונות
- קשיים בקישוריות מוחית
- קשיים בבניית מחשבה
- בעיות בשמירה על ריכוז
- חוסר יכולת לשמור על תובנות לאורך זמן

השפעות שליליות על החוויה הרגשית עשויות לכלול:

- נסיגה רגשית, יכולת או רצון פחותים להתחבר למטפל
- להיות לא מעורב, מנותק, מרוחק או 'לא ממש כאן'
- חוסר יכולת להתחבר מחדש לרגשות הנוגעים לחוויות העבר
- כעס, עצב או פחד מדוכא
- חוסר התאמה רגשית

השפעות שליליות על התנהגות עשויות לכלול:

- פסיביות מול המטפל
- פסיביות מחוץ לפגישות טיפוליות
- חוסר שיתוף פעולה או ציות יתר
- שלילת אחריות
- היעדרויות עקב איחורים, ביטולים או החמצת פגישות
- מוטיבציה ירודה
- דיבור או התנהגות חוזרים ונשנים
- התנתקות מעבודה או מפעילויות חברתיות.

תצטרכו לזכור שרבות מההשפעות המפורטות כאן יכולות להיות גם חלק מהחוויה של מצוקה רגשית. לכן, ייתכן שתרצו לשקול לבחון עם המטופל שלכם האם ניתן היה להבחין בהשפעה כלשהי על חשיבה, תחושה והתנהגות לפני שהוא נטל את התרופה שנרשמה לו.

4.0 השפעות של הפרקטיקה הטיפולית

כאשר מתחילים לעבוד עם מטופלים שנוטלים, או חושבים ליטול, תרופה פסיכיאטרית:

- ייתכן שתרצו לחקור ברגישות ובתשומת לב כיצד המטופל שלכם מבין את הקשיים הפסיכולוגיים שלו והאם הוא מוכן לדון בנטילת תרופות מרשם.
- ייתכן שתרצו לשאול את הרופא המטפל אשר נתן למטופל שלכם את המרשם - האם הוא שוחח איתו על כל ההשפעות האפשריות של תרופת המרשם ועל פוטנציאל התלות בה. חשוב לעודד את המטופל שלכם לשוחח על כך עם הרופא שלו אם הוא עדיין לא עשה זאת.
- ייתכן שתרצו לחשוב האם ובאיזה מידה צפויה נטילת תרופות פסיכיאטריות להשפיע על חווית הטיפול של המטופל שלכם. אם זו פגישה ראשונה, אתם יכולים להחליט שזה לא לטובתו להתחיל בטיפול. אתם יכולים לבחור במקום זאת להפנות אותו למקורות חלופיים של עזרה ותמיכה בכדי להתמודד עם מצוקה או לחילופין להיגמל מתרופות אלה. עם זאת, לאור היעדר השירותים הזמינים כעת, אתם צריכים להיזהר עם ההנחה שאנשי מקצוע אחרים מסוגלים להציע טיפול רגשי או פסיכולוגי טוב יותר. מטפלים נמצאים בדרך כלל בעמדה טובה להציע תמיכה בעת גמילה (באופן אידיאלי בנוסף לרופא מטפל שמייעץ לגבי תוכנית הפחתה), אם כי ייתכן ותהיה נחיצות לתאם ציפיות טיפוליות לסוג העבודה המתאים בזמן שהיא קורית.

בנוסף, חשוב שתשימו לב לא להציע הצעות אישיות בנוגע לכדאיות של נטילת תרופות מרשם פסיכיאטריות. כל שאלה ספציפית לגבי סוג, מינון או תדירות השימוש בתרופות אלה, יש להפנות חזרה לרופא אשר רשם את התרופה בשביל ייעוץ רפואי. עם זאת, מכיוון שזהו תחום ידע אשר נמצא בשלבי התפתחות, לא כל הרופאים המטפלים יהיו בהכרח מודעים לצורך בהפחתה איטית מדורגת וכיצד לתכנן אותה. מטופלים עשויים להזדקק להכוונה למידע רלוונטי שייתן להם את הביטחון לבקש את תמיכת הרופא המטפל בכך.

שאלות אשר יעזרו לך להרהר בפרקטיקה הטיפולית שלכם, עם עצמכם או בעזרת הדרכה:

- מה המטופל שלי חושב או מרגיש בנוגע לנטילת תרופות מרשם פסיכיאטריות?
- מדוע המטופל שלי רוצה, או מרגיש שהוא צריך, לקחת (או שלא לקחת) תרופות?
- מהי מערכת היחסים של המטופל שלי עם רופא המשפחה שלו או הרופא אשר רשם לו את התרופה? איך אוכל לתמוך בצורה הטובה ביותר בבחירה של המטופל שלי להתחיל ליטול תרופות מרשם, או לחזור לרופא המשפחה או הרופא אשר רשם את התרופה בשביל לשקול חלופות לתרופה?
- האם המטופל שלי מבקש ישירות ייעוץ לגבי תרופות? אם כן, האם אוכל לתמוך בלקיחת האחריות האישית שלו בנוגע לנטילת התרופה? האם הוא צריך מידע נוסף?
- האם הייתי ברור בנוגע להבחנה בין מתן מידע רפואי ליעוץ רפואי?
- מהי ההשפעה הרצויה של התרופה המוצעת על יכולתו של המטופל שלי להתחבר לטיפול פסיכולוגי?

5.0 גמילה מתרופות מרשם פסיכיאטריות: גישת "התבונה המשולבת" (Combined Wisdom)

למרות ראיות מוגבלות ליתרונות של טיפול ממושך, עדיין ממליצים לחלק מהאנשים להמשיך ליטול תרופות פסיכיאטריות זמן רב אחרי שהמצוקה איתה התמודדו נרגעה. חלקם ירצו להפסיק ליטול את התרופות שלהם, בין אם בגלל שהם יציבים, או בגלל שהם מודאגים מהשפעות מזיקות אפשריות. אחרים עשויים להרגיש שהתרופות שנטלו לא עזרו להם כפי שקיוו. כאשר אדם נוטל תרופה פסיכיאטרית, הגוף שלו רואה בה כגורם זר, ומנסה להתמודד עם השפעותיה על ידי הסתגלות אליה. המשמעות היא שעם הזמן, ייתכן שיהיה צורך במינונים גבוהים יותר של התרופה כדי להשיג את אותו האפקט (סבילות). זה גם אומר שכאשר מפסיקים ליטול תרופה שנלקחה למשך תקופה, מנגנון ההסתגלות של הגוף כבר לא

מתנגד לנוכחות התרופה. זה יכול להוביל לתחושות ולחוויות לא נעימות הנקראות "תסמיני גמילה".

במהלך העבודה הטיפולית, מטופלים עשויים לשקול להפסיק את נטילת התרופות הפסיכיאטריות שלהם. הם עשויים לחשוב על מעבר לטיפול בדיבור בלבד או אפילו לסיים כל התערבות טיפולית אם הם מרגישים טוב יותר. עם זאת, תהליך הגמילה עשוי להיות רצוף בקשיים (מידע נוסף בסעיף 5 של המדריך המלא). הוא דורש תכנון והכנה ויכול לקחת זמן רב. לא מדובר בימים או שבועות. הוא עשוי לקחת חודשים או אפילו שנים. רוב הסיכויים שתהליך גמילה מהיר ולא מתוכנן לא יצלח. תהליך גמילה מוצלח, יושג לרוב על-ידי הפחתה הדרגתית ואיטית לאורך זמן של מינון התרופה (tapering), המלווה על-ידי רופא מטפל מוסמך שלרוב פועל לפי פרוטוקול מומלץ ומוכח. בעוד שחשוב להזכיר למטופלים את הסיכונים של הפסקה או הפחתה פתאומיות של תרופה פסיכיאטרית, צריך לקחת בחשבון שעל רופא בעל ידע בתחום לתת הצעות ספציפיות בנוגע להפחתה.

למרות שחסר מחקר רשמי לגבי אילו אסטרטגיות טיפוליות תומכות בצורה הטובה ביותר בגמילה, ניתן לאמץ את גישת "התבונה המשולבת". היא כוללת שלושה שלבים:

שלב 1: לפני תחילת הגמילה

ניתן לעזור למטופל להתכונן לגמילה על-ידי:

- שמירה על גישה של מקבלת ולא-שיפוטית.
- בדיקה האם המטופל "מוכן" לתהליך גמילה. למה עכשיו? האם יש תוכנית כלשהי? מי אמון על תמיכה רפואית?
- דיון על היתרונות והחסרונות של הגמילה. מה הן המוטיבציות, המטרות ומה הם הפחדים של המטופל? מה ההיתכנות לתסמיני גמילה וכיצד הם יכולים לבוא לידי ביטוי? מה הזמינות לקיום מפגשים נוספים עתידיים או ליצירת קשר בין מפגשים אם נחוץ?
- הפנייה למקורות מידע.מתן מידע רלוונטי על גמילה, על דרכי התמודדות יעילות, ו/או שינויים תומכים באורח החיים אשר עשויים לעזור. לחלק מהאנשים תופעות הגמילה יכולות להיות חמורות. מטופלים אלה עשויים להזדקק לתמיכה טיפולית לשם בחירת דרכי פעולה התואמות את צרכיהם, מציאותיות וניתנות להשגה בהתחשב ביכולותיהם הנוכחיות.
- בהירות. חשוב שגם המטופל וגם אתה תבינו בבירור את ההגדרות החשובות של המושגים: הרעה (relapse), ריבאונד (rebound), הישנות (re-currence) וגמילה (withdrawal) שיכולות להיחשב בטעות כנסיגה במצב. (ראו סעיף 5.4.2 במדריך המלא)
- זיהוי חששות: כולל דרכים אפשריות לחבל בניסיונות הגמילה, בין אם על-ידי המטופל או על-ידי אחרים. בנוסף, מועיל לזהות רשתות תמיכה ואת ההשפעה האפשרית של תסמיני הגמילה על משפחת המטופל ועל רשתות חברתיות אליהן הוא משתייך (רלוונטי במיוחד עבור אנשים מבוגרים בגיל השלישי ובעלי לקויות למידה או בעיות תקשורת).

חשוב לדבר עם המטופל על כך שהגמילה צריכה להיות מתוכננת, לא פתאומית ושהיא תתבצע בצורה הטובה ביותר תחת פיקוחו של רופא מטפל בעל ידע ספציפי בנושא זה. יתכן וצריך יהיה להפחית את התרופות לאט מאוד על פני תקופה של חודשים או יותר, במיוחד אם האדם נטל את התרופה במשך זמן רב. במקרים אלה, תרופות בצורתן הנוזלית (בהכנה רוקחית או ביתית) מאפשרים הפחתות מדויקות בכמויות קטנות יכולות להועיל.

שלב 2: במהלך תהליך הגמילה

אתה יכול לעזור למטופל תוך כדי תהליך הגמילה על-ידי:

- שמירה על גישה אמפתית של קבלה לא-שיפוטית.
- זיהוי ונירמול של תסמינים הנובעים מהגמילה (למשל, חרדה עזה) ומתן תחושת ביטחון שתסמינים אלה יחלפו.
- סיוע למטופל שלך להתנהל עם תסמיני גמילה שיכולים לבוא וללכת עם הזמן.
- עידוד המטופל שלך לנהל יומן מעקב אחר תסמינים וחוויות.
- השהיה של כל ניסיון להבין חומר פסיכולוגי עמוק יותר אם תסמיני הגמילה חזקים, ובמקום זאת, מעבר לעבודה רגשית תמיכתית.
- סיוע למטופל שלך לזהות פרקטיקות תומכות כמו מיינדפולנס, תמיכה עצמית ודיבור עצמי חיוביים, תרגילי נשימה, טכניקות של שחרור רגשי, מדיטציה, עבודת חמלה עצמית, ניהול יומן, עבודת דמיון ו-עבודה של דה- קטסטרופה. (ראה סעיף

6.1.2 ונספח א' של המדריך המלא לרשימה ארוכה יותר של אסטרטגיות).

תסמיני גמילה המופיעים בשלב זה, ובמיוחד אלו שנמשכים זמן מה, יכולים להתפרש לעיתים קרובות על ידי מטופלים ורופאים מטפלים בתור חזרה של בעיות נפשיות (החמרה, נסיגה) אשר דורשות נטילה של תרופות מרשם נוספות. במקרים אלה, ייתכן שתצטרך לעזור למטופל שלך להבין שאלו הן תגובות פיזיולוגיות לגמילה, ולא הופעתן מחדש של בעיות נפשיות. חשוב גם להכיר בכך שמספר תסמיני גמילה כגון אקטיזיה (אי שקט קיצוני) יכולים להיות חמורים ועלולים להוביל לחשיבה אובדנית ולפעולות הנלוות אליה.

ככל שהמטופלים ממשיכים להפחית את מינון התרופות שלהם, עלולים להופיע גם רגשות חזקים מאוד. בתחילה, ייתכן שלא ניתן יהיה לדעת אילו רגשות קשורים לגמילה ואילו קשורים להתעוררות רגשית כלשהי. המטופל שלך עשוי להזדקק לעזרה בהתנהלות עם אי-הוודאות הזו, ובהתמודדות עם הרגשות שלו לראשונה בלי תרופות. כתוצאה מכך, חשוב יהיה להגדיר ביחד עם המטופל שלך על מה ריאלי שתעבדו ביחד מבחינת מטרות טיפוליות.

שלב 3: לאחר השלמת תהליך הגמילה

אתה יכול לסייע למטופל שלך להתמיד בתהליך הגמילה על-ידי:

- המשך שמירה על גישה אמפתית של קבלה לא-שיפוטית.
- שיחה על חוויית הגמילה של המטופל שלך ועל צרכים טיפוליים נוספים.
- חקירה של סוגיות העולות סביב תהליך גמילה טראומטי, וכיצד יש לתת עליהן את הדעת בעבודה טיפולית עתידית.
- זיהוי ועבודה עם תסמיני פוסט-גמילה (post-with-drawal reactions) (שיכולים להמשיך להופיע במשך זמן מה).
- זיהוי כל צורך בתמיכה נוספת ובדרכים להביא אותה לידי מימוש.

6.0 השלכות נוספות של העבודה הטיפולית שיש לקחת בחשבון

עבודה עם בני/ות זוג, משפחות ומטפלים

נטילת תרופות פסיכיאטריות וגמילה מהן יכולה להיות בעלת השלכות משמעותיות על בני ובנות זוג, משפחה, מטפלים ואנשים אחרים המעורבים בחיי המטופל. לדוגמה, במקרה של אנשים בגילאים מבוגרים, או כאלה עם לקויות למידה או קשיי תקשורת - סביר להניח שמטפלים, בני ובנות זוג ומשפחות יהיו מעורבים בתמיכה במטופל. חשוב לקחת בחשבון, תוך התחשבות במסגרת ובדרך הטיפולית שאתה מציע, את מגוון הסוגיות שיכולות לעלות בעבודה עם מטפלים ו/או בני משפחה. (ראה במדריך המלא, סעיף 3.3).

עבודה עם הרופא של המטופל שלך

במידה ועולה בך דאגה לגבי מטופל שלך שנוטל תרופות פסיכיאטריות או שנמצא בתהליך גמילה, אתה יכול לשקול פנייה לרופא המטפל. החלטה זו תהיה תלויה בגורמים מורכבים וחופפים רבים: האם יצירת הקשר היא לבקשת המטופל שלך ומיטיבה איתו; האם המטופל נתן את הסכמתו; מה המודל הטיפולי המועדף עליך ומה הרציונל אשר עומד מאחורי הבחירה ליצור קשר - או לא - עם הרופא המטפל; סביבת העבודה הטיפולית שלך והניסיון הקודם שלך ביצירת קשר עם רופאים ומטפלים מקצועיים אחרים. לאחר שנוצר קשר, חשוב לא לערער את מערכת היחסים של המטופל שלך עם הרופא המטפל שלו. עם זאת, ייתכן ויהיה עליך להיות מוכן לתמוך בצורה מכבדת בזכותו של המטופל שלך לקיים בחירות מושכלות.

ייתכן שתרצה לזכור גם את הדיונים הנרחבים בתחום על רישום יתר של תרופות פסיכיאטריות בקבוצות מיעוטים, כמו שחורים, להט"בים ומיעוטים אתניים. חשוב גם להיות מודעים להשלכות של השפעות שליליות של התרופות על קבוצות מסוימות של מטופלות, כגון אלו המתכננות להיכנס להריון או שהן כבר בהריון, ומבוגרים בגיל השלישי בעלי יכולות פיזיות פחותות אשר נוטים יותר לנפילות.

ההשפעות של מסגרות משפטיות

ישנן סוגיות מורכבות שיש לקחת בחשבון כאשר עובדים עם מטופלים הנדרשים ליטול תרופות בכפייה בין אם הם במוסד שיקומי ובין אם בקהילה.

בנסיבות אלה, תצטרך להיות מודע לדרך בה טיפולים תרופתיים עשויים להשפיע על הקשר הטיפולי, בכדי לתמוך במטופלים במסגרת המגבלות המוטלות על ידי מערכות החוק הרלוונטיות. קשיים צפויים להתעורר גם כאשר מטופלים מסתמכים על מרשם לתרופות פסיכיאטריות בכדי להוכיח זכאות להטבות, כגון קצבת נכות, ביטוח לאומי וסל שיקום. במצבים אלה, תצטרך להבין ברגישות ובזהירות עד כמה חרדה מאובדן אפשרי של הטבות גורמת למטופל שלך למצוקה רגשית, ומניעה את החלטותיו לגבי גמילה מהתרופות שנרשמו לו. אלו תרחישים מורכבים, שידרשו ממך להקפיד להישאר בעמדה המכבדת את נקודת המבט של המטופל שלך ולהעריך את הבחירות שהוא מסוגל לעשות בכל זמן נתון לאורך התהליך.

7.0 מסקנות וצעדים אפשריים להמשך

בהינתן כי רבע מאוכלוסיית המבוגרים בבריטניה מקבלת מרשמים לתרופות פסיכיאטריות, ובישראל מעל 20% נוטלים תרופה נוגדת דיכאון או נוגדת חרדה (נכון לשנת 2022), מעולם לא היה חשוב לנו יותר כאנשי טיפול להבין ולעסוק באופן אקטיבי בהשפעות שיכולות להיות לתרופות אלו על העבודה שלנו עם מטופלים. למידה על השפעות התרופות ומודעות למה שעלול לקרות במהלך הגמילה, מאפשרות לנו לעזור למטופלינו טוב יותר. אם אתה רוצה לכלול את מה שלמדת בתוך המעשה הטיפולי, אתה יכול להתחיל ב:

- ליידע את המטופלים שלך שאתה מודע ו/או עובד עם בעיות הקשורות לתלות וגמילה מתרופות מרשם פסיכיאטרית.
- להציע מדריך קצר זה כנושא לדיון עבור המדריך או קבוצת הדרכה שלך.
- להעמיק את ההבנה שלך על ידי קריאה נוספת או הדרכה. כנס אל www.prescribeddrug.info, שם תוכל לגשת למדריך המלא (הכולל רשימת מקורות נוספים בנספח א') ולמצוא אירועים קרובים מתוכננים בנושא.

מקורות ביבליוגרפיים

1. Guy, A., Davies J., Rizq, R. (Eds.) (2019). *Guidance for Psychological Therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs.* London: APPG for Prescribed Drug Dependence.

2. British Psychological Society (2011) Response to the American Psychiatric Association DSM-5 Development.

3. British Psychological Society (2017) *Understanding psychosis and schizophrenia (revised)*. A report by the Division of Clinical Psychology. Ed. Anne Cooke.

4. Taylor, S., Annand, F., Burkinshaw, P., Greaves, F., Kelleher, M., Knight, J., Perkins, C., Tran, A., White, M. & Marsden, J. (2019) *Dependence and withdrawal associated with some prescribed medicines: An evidence review.* London: Public Health England.

עבור APPG לתלות בתרופות מרשם
REP132a/10.20

מופץ תחת רישיון CC BY-NC-ND 4.0 על־ידי:

APPG for Prescribed Drug Dependence
http://prescribeddrug.org

זהו אינו פרסום רשמי של בית הנבחרים או בית הלורדים. מסמך זה לא אושר על־ידי אף אחד משני הבתים או על־ידי ועדותיהם. קבוצות פרלמנטריות בין־מפלגתיות (All-Party Parliamentary Groups) הן קבוצות לא־פורמליות של חברי שני הבתים בעלי עניין משותף בנושאים מסוימים. הדעות המובעות בדו"ח זה הן דעות העורכים וצוות הכותבים.

appg

for Prescribed Drug Dependence