

מניעה והתערבות מוקדמת בהפרעת אישיות גבולית

קיים כיום קונצנזוס המבוסס על ראיות, שלפיו הפרעת אישיות גבולית (BPD) היא הפרעה נפשית מהימנה, תקפה, ושכיחה אשר ניתנת לטיפול. ההשלכות האישיות, החברתיות והכלכליות השליליות של BPD חמורות. הן כוללות מוגבלות תפקודית מתמדת (2), נטל גבוה על המשפחה ועל המטפלים (3), לעתים תכופות, קושי ברכישת השכלה ובפיתוח כישורים הנדרשים לצורך השתלבות בשוק העבודה, שיעור אבטלה גבוה באופן לא פרופורציונאלי ביחס לשאר האוכלוסייה (4), בריאות גופנית פגומה (5), הפרעות נפשיות משמעותיות, נטייה לפגיעה עצמית חזרתית, ושיעור התאבדות גבוה יחסית של כ-8% (1). העלויות הכלכליות הגבוהות של BPD (המוערכות בכ- 16,852 לחולה בשנה בהולנד) מיוחסות לעלויות טיפול ישירות גבוהות ועלויות עקיפות גבוהות הנגרמות כתוצאה מהיכולת המוגבלת להשתלב בשוק העבודה (1). קיומה של הפרעת BPD מנבאת צורך בקצבת נכות לעיתים קרובות יותר מאשר הפרעות דיכאון או חרדה.

למרות שתסמונת BPD בדרך כלל מתפתחת בתקופה שבין גיל ההתבגרות לבין גיל הבגרות המוקדמת (גילאי 18-29) (7), לרוב יש עיכוב עד למועד ביצוע האבחון ותחילת הטיפול ולעיתים הטיפול בתיסמונת זו ירוד ביחס לטיפול בהפרעות אחרות. טיפול ספציפי וממוקד בדרך כלל ניתן רק בשלב מאוחר של ההפרעה, ניתן לאנשים מעטים, ולעיתים קרובות השירותים בלתי-נגישים ויקרים מאוד (4). ממצאים רבים מצביעים על כך שעיכוב זה בטיפול גורר על פיו פגיעה בתפקודו של המטופל ומלווה ניהליזם טיפולי.

המודעות הגוברת ל-BPD בקרב מתבגרים בשני העשורים האחרונים (8,9) השתיתה אבחון וטיפול מוקדם ("התערבות מוקדמת") ב-BPD, ואף טיפול מתאים לאלו הסובלים מתכונות BPD מתחת לסף הקליני (7). ישנן מספר סוגיות בולטות העולות מתוך הספרות העוסקת בהתערבות המוקדמת ב-BPD. ראשית, הפרעת אישיות מתחילה בילדות ובגיל ההתבגרות, והיא ניתנת לאבחון בקרב צעירים. שנית, ה-DSM-5 מכיר באבחון BPD המתבסס על דמיון בשכיחות, פנומנולוגיה, יציבות וגורמי סיכון, הפרדה ניכרת בין מהלך והתפתחות הפרעה זו לבין הפרעות אחרות, ויעילות הטיפול הממוקד בה. שלישית, BPD היא הפרעה שכיחה בקרב צעירים: השכיחות המשוערת היא 1-3% בקהילה עד ל-22% בקרב קליניקות, ו-33-49% בקרב חולים מאושפדים (7,8). רביעית, תסמונת זו גוררת פגיעה משמעותית בבריאות ובאיכות החיים של צעירים הסובלים ממנה, וזאת אף בהשוואה להפרעות נפשיות אחרות המבוססות על מדד ה-DALY (disability-adjusted life year). מ-BPD מהווה גם נטל כספי משמעותי למשפחות הצעירים, כאשר עלויות ממוצעות לשנה בארה"ב הן \$14,606 בהוצאות אישיות, בתוספת של כ-\$45,573 שחויבו לביטוח רפואי (10). חמישית, "הגל הראשון" של טיפולים מבוססי מחקר הוכיח כי טיפולים מובנים ל-BPD בקרב צעירים הם יעילים (4). לבסוף, משקל הממצאים האמפיריים הביא את ה-DSM-5 ואת הנחיות הטיפול הלאומי בבריטניה ואוסטרליה ל"לגיטימציה" של אבחון BPD לפני גיל 18.

הברית העולמית למניעה והתערבות מוקדמת ב-BPD נולדה מפגישה שהתקיימה בחסות הארגון החינוכי למען טיפול בהפרעה אישיות גבולית (NEA-BPD) בניו יורק במאי 2014. הברית קוראת לפעולה באמצעות מערכות מדיניות והמלצות קליניות, מחקריות, וחברתיות המבוססות מדעית.

סדרי העדיפות הקליניים כוללים: א) התערבות מוקדמת (כלומר, אבחון וטיפול ב-BPD כאשר אדם עומד לראשונה בקריטריונים של DSM-5 להפרעה, ללא קשר לגילו) צריכה להיות חלק שגרתי בטיפול בריאות הנפש של ילדים ונוער; ב) יש לתעדף הכשרה של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בהתערבויות מוקדמות המבוססות על ראיות מדעיות; ג) נקודת המוצא הטובה ביותר לפיתוח אסטרטגיית מניעה מקיפה ל-BPD היא "מניעה ממוקדת" - מניעה של מקרים חדשים של BPD על ידי התמקדות באבחון וטיפול באנשים עם תכונות של BPD מתחת לסף הקליני; ד) יש לעודד זיהוי מוקדם של BPD באמצעות פיתוח כוח אדם מתאים, וזאת תוך הפצת מידע

על BPD בקרב קלינאים ואנשי מקצוע לבריאות נפש ילדים ובני נוער כהפרעה נפשית קשה הפוגעת בצעירים. התוכניות צריכות להתרכז באי הנוחות של המטפלים הנלווית לתווית של BPD, מחשבות שגויות של מטפלים, וגישות התנהגות המבוססות על דעות קדומות ומפלות); ה) אין לעכב את האבחנה של BPD, שהרי היעדרו של איבחון מתאים מפלה את המטופל ומונע ממנו לקבל החלטות מושכלות ומבוססות עובדות - ואף מונע התחשבות ב BPD מלהיות כלול בתכנון מדיניות ושירותי בריאות, באופן שבסופו של דבר פוגע בעתיד הצעירים); ו) יש להימנע ממונחים מטעים, או משימוש מכוון באבחנות תחליפיות (כאשר קיימים תסמיני BPD מתחת לסף קליני, עדיף לעשות שימוש במונחים כמו "תכונות BPD" או "פתולוגיה גבולית"); ז) יש לערב את משפחת המטופל ואת חבריו באופן פעיל כמשתפי פעולה במניעה ובהתערבות המוקדמת, מאחר שהם בדרך כלל "קו החזית" של המטופל וזקוקים לתמיכה מתאימה.

סדרי העדיפות במחקר BPD הם כדלקמן: א) יש לשלב מניעה והתערבות מוקדמת ל- BPD במאמצים הדומים לאלו של הפרעות נפשיות חמורות אחרות; ב) בסיס הידע שיוביל את מערכת הבריאות למניעה ולהתערבות מוקדמת של BPD יכול להתהוות הן באמצעות זיהוי גורמי סיכון להימשכות או החמרה של בעיות, והן באמצעות פיתוח טיפול יכול להיות מבוסס על מנגנונים סיבתיים המעמידים בסיכון את פיתוח ההפרעה, כגון מצוקה סביבתית; ג) יש לפתח ולהעריך את יעילותן של התערבויות חדשניות בעלות נמוכה אותן ניתן להפיץ באופן נרחב תוך התחשבות במשתנים שונים הדורשים התאמה מיוחדת (התערבות כזו תצטרך להתאים התפתחותית, ולהיות ממוקדת לפי חומרת/שלב המחלה, תוך שילוב מודלים של שירותי טיפול מדורג); ד) תוכניות לחינוך ופיתוח מיומנות למשפחות עם צעירים המתמודדים עם BPD הן בעדיפות עליונה למחקר טיפולים פסיכולוגיים; ה) מחקר צריך לכמת באופן מלא את התוצאות החינוכיות, התעסוקתיות והחברתיות של צעירים הסובלים מ- BPD; ו) יש צורך בפיתוח נוסף ובתיקוף כלי הערכה קצרים ו"ידידותיים למשתמש" לקידום השימוש השיטתי בהערכת סטנדרטית במחקרים ובמסגרות קליניות; ז) יש צורך בנתונים כלכליים מפורטים על מנת לתמוך בתוכניות מניעה והתערבות מוקדמת ל- BPD ויש לכלול אותם בכל הניסויים הקליניים; ח) מחקר העוסק בזיהוי שיטות לשיפור הגישה לטיפולים מבוססי ראיות ולהפחתת נשירה מטיפול הוא בראש סדר העדיפויות (רצוי לכלול מיקומים ופורמטים חדשים למסירת טיפולים, כגון בבתי ספר, טיפול מחוץ לבית או תכניות לנוער בסיכון).

סדרי העדיפויות החברתיים והמדיניים כוללים את הדברים הבאים: א) יש להכיר ב- BPD כהפרעה נפשית קשה בכל רמות מערכת הבריאות; ב) נדרשת מדיניות מבוססת ראיות כדי להתמודד עם BPD החל מהטיפול הראשוני ועד לטיפול מומחי, במטרה לבנות מערכת בריאות העונה לצורך מניעה והתערבות מוקדמת עם צעירים ואלה המטפלים בהם, ויש להכליל את משפחות הצעירים כשותפות בתכנון מערכות כאלה; ג) יש לבטל נהלים מפלים במערכות שירותי הבריאות, במיוחד כאלו הגורמים להרחקה משירותים ולסירוב כסוי ביטוחי בריאות לאנשים עם BPD.

Andrew M. Chanen¹, Carla Sharp², Perry Hoffman³ and the Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder

¹Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health & Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; ²University of Houston, Houston, TX, USA; ³National Education Alliance for Borderline Personality Disorder, USA

A. Chanen and C. Sharp are joint first authors of this letter. The Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder includes: B. Aguirre, G. Andersen, R. Barkauskiene, A. Bateman, E. Bleiberg, M. Bohus, R. Brunner, A. Chanen, L. Courey, S. Crowell, F. de Fruyt, M.-P. De Valdivia, M. Debbané, B. De Clercq, K. Ensink, D. Flynn, P. Fonagy, A. Fossati, A. Fruzzetti, L. Gervinskaite-Paulaitiene, M. Goodman, K. Goth, K. Gratz, J. Gunderson, K. Hall, S.B. Hansen, S. Herpertz, H. Herrman, C. Hessels, P. Hoffman, J. Hutsebaut, M. Jacobsen, M. Kaess, C. Kaplan, C. Kempinsky, R. Kissell, M. Kongerslev, B. Krueger, P. Luyten, K. Lyons-Ruth, J. Mazza, L. McCutcheon, P. McGorry, L. Mehlum, A. Miller, C. Mirapeix, A. New, J. Oldham, J. Paris, J. Rathus, M.E. Ridolfi, T. Rossouw, S. Schläuter-Müller, C. Schmahl, K. Schmeck, C. Sharp, R. Shiner, E. Simonsen, M. Speranza, B. Stanley, S. Stepp, J. Tackett, Ø. Urnes, R. Verheul, M. Wells, C. Winsper, S. Yen, M. Zanarini; the International Society for the Study of Personality Disorders, the European Society for the Study of Personality Disorders, the North American Society for the Study of

Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority World Psychiatry 16:2 (215-216) - June 2017

זכויות שמורות לארגון הישראלי החינוכי למען טיפול בהפרעת אישיות גבולית, ע"ר, תורגם על ידי לביאה שריקי

Personality Disorders, the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder USA, the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder Australia, the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder Israel, the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder Italy, and the Sashbear Foundation.

1. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J et al. Lancet 2011;377:74-84.
2. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Arch Gen Psychiatry 2011; 68:827-37.
3. Bailey RC, Grenyer BF. Harv Rev Psychiatry 2013;21:248-58.
4. Chanen AM. J Clin Psychol 2015;71:778-91.
5. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Psychosom Med 2010;72:641-7.
6. Ostby KA, Czajkowski N, Knudsen GP et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:2003-11.
7. Chanen AM, McCutcheon LK. Br J Psychiatry 2013;202:s24-9.
8. Sharp C, Fonagy P. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:1266-88.
9. The Public Health Group. The Victorian burden of disease study. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services, 2005.
10. Goodman M, Patil U, Triebwasser J et al. J Person Disord 2011;25:59-74. DOI:10.1002/wps.20429