היחס של עובדי בתי חולים פסיכיאטריים לאשפוז וטיפול בחולים עם הפרעת אישיות גבולית

אהוד בודנר, שרה כהן-פרידל, מרדכי משיח, מיכאל סגל, אלכסנדר גרינשפון, צבי פישל, ויוליאן יאנקו

תקציר

**רקע**: עמדות שליליות כלפי מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית (BPD) עשויות להשפיע על הטיפול בהם. מטרתנו הייתה לזהות עמדות כלפי מטופלים עם BPD.

**שיטות**: 710 קלינאים מארבעה בתי חולים פסיכיאטריים בישראל (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועובדי סיעוד) מילאו שאלונים על היחס למטופלים אלו.

**תוצאות**: עובדי סיעוד ופסיכיאטרים דיווחו שנתקלו במספר גבוה יותר של חולים עם BPD במהלך החודש האחרון, והציגו עמדות שליליות יותר ופחות אמפתיה כלפי חולים אלה בהשוואה לשני המקצועות האחרים. המדגם כולו העריך את ההחלטה לאשפז מטופל כזה כמוצדקת פחות מההחלטה לאשפז מטופל עם הפרעת דיכאון מג'ורי. נמצא קשר חיובי בין עמדות שליליות לבין טיפול במספר רב יותר של חולים עם BPD בחודש האחרון וב-12 החודשים האחרונים. עובדי סיעוד הביעו את העניין הגבוה ביותר בלימוד שיטות מהירות לטיפול בחולים עם BPD ואחוז נמוך יותר מהפסיכיאטרים הביעו עניין בשיפור כישוריהם המקצועיים בטיפול בחולים אלו.

**מסקנות**: הממצאים מראים שעובדי סיעוד ופסיכיאטרים נבדלים משאר המקצועות בניסיונם עם מטופלים עם BPD ובעמדותיהם כלפיהם. אנו מסיקים שכדאי במחקרים עתידיים לבדוק את העמדות של עובדי סיעוד ופסיכיאטרים כלפי דפוסי התנהגות פרובוקטיביים (למשל, ניסיונות התאבדות) המאפיינים מטופלים אלו. אנו ממליצים גם על עריכת סדנאות לשיפור עמדות הצוות כלפי חולים עם BPD.

מילות מפתח: עמדות, הפרעת אישיות גבולית, אשפוז, בריאות הנפש, צוות, התאבדות 

[הערת המתרגם: דילגתי על החלק הסטטיסטי של השיטות והתוצאות]

רקע כללי

חולים עם הפרעת אישיות גבולית (BPD) מהווים אתגר למערכת בריאות הנפש.  הקשר שלהם עם הצוות הטיפולי שלילי, יש להם מוניטין רע, הם גורמים לעוינות ואלימות באופן לא מודע, פוגעים בעצמם, מאיימים להתאבד, בהתאבדות, משניאים את עצמם על הצוות, נושרים מטיפול ואפילו תובעים את המטפלים שלהם . הם נתפסים כקשים, מעצבנים, מניפולטיביים וכ"רעים" ולא "חולים".  סביר שהעמדה של הצוותים הטיפוליים כלפי אשפוז וטיפול בחולי BPD עשויה להשפיע על הדרך שבה הם מתמודדים עם חולים אלה, והדבר עלול לגרום להסלמה של מעגל קסמים של קצר בתקשורת, "דלת מסתובבת של אשפוזים" ושיעורי נשירה גבוהים.  המטרה שלנו הייתה לבצע מיפוי השוואתי של עמדותיהם של צוותי בריאות הנפש כלפי BPD בין ארבעה מקצועות (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועובדי סיעוד), בארבעה מרכזים פסיכיאטריים גדולים.

מחקרים רבים בחנו את עמדותיהם של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש כלפי חולי BPD.  במחקר שנערך בקרב 516 אנשי צוות פסיכיאטרי אוסטרלי (כלומר, עובדי סיעוד, פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק), רוב הנשאלים (80%) ציינו קשיים שמציבים מטופלים ותיארו את התקשורת עם מטופלים אלו כקשה יותר מאשר תקשורת עם קבוצות אחרות של חולים (84%). מחקר באירלנד על עובדי סיעוד פסיכיאטרים חשף ממצאים דומים: 80% התייחסו לחולים עם BPD כאל חולים שיותר קשה לטפל בהם, בעוד ש-81% סברו שהטיפול שהם מקבלים אינו מספק. מחקר אחר על עמדות של עובדי סיעוד פסיכיאטרים מצא שהם יותר שליליים ומרגישים פחות אמפטיה ואופטימיות כלפי חולי BPD בהשוואה לחולים עם סכיזופרניה או דיכאון . עובדי סיעוד גם תפסו חולי BPD כמסוכנים יותר ודחו אותם חברתית. בסקר גדול עם 706 קלינאי בריאות נפש אמריקאים (כולל פסיכיאטרים, מתמחים בפסיכיאטריה, עובדים סוציאליים, עובדי סיעוד ופסיכולוגים), כמעט מחציתם דיווחו שהם מעדיפים להימנע ממטופלים אלו. מקצועו של הקלינאי היה קשור באופן מובהק לעמדתו, כאשר עובדי הסיעוד הראו את הדירוג העצמי הנמוך ביותר לגבי עמדות אכפתיות כלליות והעובדים הסוציאליים היו בעלי הדירוג הגבוה ביותר. לעובדים סוציאליים ולאנשי פסיכולוגיה היה הדירוג הגבוה ביותר לגבי אופטימיות טיפולית. העובדים הסוציאליים והפסיכולוגים היו הכי אופטימיים לגבי היעילות של פסיכותרפיה, בעוד שהפסיכיאטרים היו הכי אופטימיים לגבי יעילות הטיפול התרופתי. לעובדי סיעוד היו הדירוגים הנמוכים ביותר לגבי אמפתיה כלפי מטופלים עם BPD ואופטימיות לגבי הטיפול. מעניין לציין שלמרות הקושי עם מטופלים אלו, עמדות האכפתיות, האמפתיה והאופטימיות הטיפולית היו גבוהות יותר בקרב הצוות שטיפל במספר רב יותר של חולים עם BPD בשנה האחרונה .

בבדיקה פסיכומטרית יסודית של תהליכי העברה נגדית כלפי מטופלים הסובלים מהפרעות אישיות(כולל BPD) החוקרים העריכו את התגובות הקוגניטיביות, הרגשיות וההתנהגותיות של הרופאים באינטראקציה עם מטופלים אלה. לצורך כך הם העבירו סדרה של כלים למדגם אקראי של 181 פסיכיאטרים ופסיכולוגים קליניים בצפון אמריקה כדי לפתח כלי פסיכומטרי למדידת תגובות העברה נגדית כלפי מטופלים עם הפרעות אישיות. הם מצאו שמונה תגובות העברה נגדית קוהרנטיות מבחינה קלינית ורעיונית (גורמים) שהיו בלתי תלויים באוריינטציה התיאורטית של הקלינאים והיו קשורות בדרכים צפויות להפרעות אישיות. בהתייחס ל-BPD, הקלינאים דיווחו על מעורבות יתר או בריחה (כלומר, הסכימו עם פריטים שמתארים רגשות שליליים עזים, כגון אימה, דחייה). הכותבים הגיעו למסקנה שתגובות העברה נגדית קשורות באופן שיטתי לנתיב האישיות של המטופלים ללא קשר לגישה הטיפולית של הרופאים. זה מדגיש את ההשפעה החזקה שיש לחולים עם הפרעות אישיות חמורות, כולל BPD, על הרופאים שלהם .

בישראל, חולי BPD אינם מוכרים כסובלים ממחלת נפש, ובשל הבעייתיות של הפרעה זו הנהלת בתי החולים אינה רואה חובה לאשפזם, במיוחד לא אשפוזים ממושכים. הם בדרך כלל מתקבלים בעקבות משבר חריף ולאחר התייצבות מהירה הם משתחררים להמשך מעקב בקהילה. האשפוז הוא בדרך כלל וולונטרי ובמחלקה סגורה, שכן בישראל אשפוזי חובה שמורים רק לחולים פסיכוטיים שהם גם אובדניים או תוקפניים. יתר על כן, עם הרפורמה הישראלית לבריאות הנפש המתקרבת בשנת 2015, קופות החולים יהפכו לספקיות השירותים לחולים אמבולטוריים לא יקחו אחריות כלכלית מלאה עבור חולים אלו, במיוחד בכל הנוגע לאשפוזם (ששולמו עד כה על ידי משרד הבריאות). זה עשוי להעצים את היחס השלילי של צוותי בריאות הנפש כלפי קבלה וטיפול בחולים אלה. לכן, חשבנו שיהיה חשוב להעריך את עמדות הצוות כלפי חולים עם BPD בישראל.

במחקר קודם, יצרנו שני מבחנים פסיכומטריים למדידת עמדות קוגניטיביות ורגשיות כלפי חולים עם BPD והשווינו עמדות של בעלי מקצועות שונים בתחום בריאות הנפש כלפי מטופלים עםBPD. הראינו שבהשוואה לפסיכיאטרים ועובדי סיעוד, פסיכולוגים היו פחות שיפוטיים אנטגוניסטיים כלפי BPD ותפסו אותם כפחות מניפולטיביים וכשירים לאשפוז. מאחר שלא מצאנו דיווח דומה בספרות, פירשנו ממצא זה כנובע מהניסיון של הפסיכולוגים לקבל, להזדהות ולהבין את המטופלים בניגוד לסגנונות האוטוריטריים ומציבי הגבול של המקצועות האחרים. בהתאם לספרות, כל קבוצות המטפלים התייחסו לנטייה האובדנית בקרב חולים אלו ברצינות והתייחסו אליהם כנמצאים בסיכון גבוה. עם זאת, הממצא העיקרי שלנו, שזוכה לתמיכה רחבה בספרות, היה שעובדי סיעוד, בהיותם אנשי המקצוע שנחשפו לרוב לאינטראקציות מתמשכות עם מטופלים אלו, הביעו פחות אמפתיה, בהשוואה לפסיכיאטרים ופסיכולוגים. זאת בהתאם לסקירה עדכנית של מחקרים על עמדות עובדי סיעוד כלפי מטופלים עם BPD שדיווחה שעובדי סיעוד תופסים מטופלים עם BPD כמסוכנים, חזקים, לא מרפים וקשים יותר לטיפול. מחברי המחקר הגיעו למסקנה שכתוצאה מכך, עובדי סיעוד מגיבים למטופלים כאלה בכעס, ריחוק חברתי, פחות אמפתיה ויותר רגשות ועמדות שליליות. עם זאת, לא ברור האם לעובדי סיעוד כמקצוע יש עמדות גרועות יותר כלפי BPD או אם העמדות השליליות נובעות למשל מזמן רב יותר שהם מבלים עם חולים אלו במחלקה או ממספר גבוה יותר של חולי BPD המטופלים על ידם.

רוב המחקרים שנערכו עד כה לא השתמשו בכלי מדידה תקפים ומהימנים, לא במדגמים גדולים מאוד ולא דגמו מקצועות רבים.  אנחנו שאפנו לשפר את המדגם המקורי שלהם ולבדוק אם הנטייה של העובדי סיעוד להביע עמדות שליליות יותר כלפי BPD תיוצג גם במדגם חדש וגדול הרבה יותר. הוספנו קבוצה רביעית של קלינאים (עובדים סוציאליים) והשתמשנו בכלי מדידה מתוחכמים יותר לבדיקת עמדות לחולי BPD במחלקות.

בהתאם לספרות הנסקרת, גיבשנו שלוש השערות:

1. לעובדי סיעוד יהיו עמדות שליליות יותר בהשוואה לקלינאים אחרים, (גם אחרי שלוקחים בחשבון משתני תעסוקה ומשימות שונים)
2. כל המקצועות ידווחו על גישה שלילית יותר כלפי BPD בהשוואה למטופלים עם הפרעת דיכאון מג'ורי (MDD) או הפרעת חרדה כללית (GAD).
3. רק עובדי סיעוד ייחסו יותר תכונות שליליות לחולים עם BPD מאשר לחולים עם MDD אוGAD (אינטראקציה של מקצוע × אבחנה).

שיטות

משתתפים

המחקר נערך על מדגם מתנדבים פרופורציונלי של קלינאים העוסקים בבריאות הנפש (n=710) מארבעה מקצועות (פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, סיעוד) בארבעה בתי חולים פסיכיאטריים. מכיוון שיותר ממחצית מהמיטות הפסיכיאטריות ממוקמות במרכז ישראל, התרכזנו באזור זה של הארץ, באמצעות שיטת דגימה דומה לזו שבה השתמשו שפירא ועמיתיו. כמו במחקר הקודם שלנו, המשתתפים נכללו במחקר אם הם מילאו אחר התנאים הבאים:

קריטריונים: (1) הסכים לחתום בכתב על הסכמה מדעת להשתתף במחקר לאחר שההליך הוסבר באופן מלא; (2) היה מעל גיל 25;  (3) היה בעל רמה מינימלית של ניסיון אישי ומקצועי (מעל שנה); הפסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים או עובדי סיעוד היו מוסמכים.

 טבלה 1 מציגה את התפלגות משתני הרקע לפי מקצועות.

כלים

המשתתפים מילאו שני שאלונים למדידת עמדות קוגניטיביות ורגשיות כלפי חולים עם BPD ושאלון שבודק עמדות למטופלים עם BPD, MDD או GAD תוך שימוש בנרטיב קצר. שאלות לדוגמא: "מוות בהתאבדות אצל חולי BPD הוא נדיר מאוד", "סיבה לגיטימית לאשפוז חולה BPD היא לצורך שיקום", "כשחולה BPD מציג פחד, הזיות שמע, ואיומי התאבדות, יש לזהות את הרווח המשני ולטפל בו בהתאם", "אני מרגיש כועס כאשר חולה BPD מאיים להתאבד", "קל לי יותר לטפל בחולים סכיזופרניים מאשר בחולי BPD", "אני מרגיש אמפתיה לחולי BPD במחלקות."

בשאלון השלישי הוצג מקרה של ניסיון התאבדות על ידי אישה באמצע שנות העשרים לחייה, זמן אשפוז ארוך יחסית (שלושה חודשים), הישנות של מחשבות אובדניות לאחר השחרור והגעה חוזרת של החולה לחדר מיון. דפוס קליני זה עולה בקנה אחד עם הדפוס של מחשבות אובדניות חוזרות והתנהגויות אובדניות ב-BPD, אך עשוי להיות גם חלק מ-MDD או הפרעת חרדה. החשיפה של רופאים לתיאורים קליניים של מטופלים ואחריה בקשה להעריך את המטופלים שימשה בעבר כדרך למדידה השוואתית של עמדות רופאים כלפי BPD, אך במחקר הנוכחי, בעוד שכל המשתתפים נחשפו לאותו סיפור מקרה, כשליש (n = 244) סיפקו את תשובותיהם אחרי שנאמר להם שהאבחנה היא BPD, לשליש (n=214) נאמר שהאבחנה היא MDD, ולשליש (n=209) נאמר שהאבחנה היא GAD. מכיוון שהמשתתפים לא ידעו שההערכות שלהם לגבי חולים עם BPD מושוות להערכות של חולים עם אבחנות אחרות, אנו רואים בכך מדד מרומז.

לאחר קריאת תיאור המקרה, המשתתפים התבקשו לדווח אם ההחלטה לאשפז את החולה הייתה מוצדקת או לא מוצדקת, נכונה או שגויה, הגיונית או בלתי סבירה, מקצועית או לא מקצועית, יעילה או לא יעילה. המשתתפים התבקשו גם להעריך אם אשפוז של שלושה חודשים הוא החלטה סבירה או בלתי סבירה. בנוסף, מדדנו את הערכות המשתתפים לגבי איכות הטיפול שקיבל המטופל ולהעריך 13 תכונות של המטופל (למשל, שיתף פעולה-לא משתף פעולה, מסתגל לא מסתגל, טיפש חכם, אנוכי-לא אנוכי, מניפולטיבי-לא מניפולטיבי, נעים-לא נעים, רע-טוב). לבסוף, רופאים סיפקו פרטים על הרקע האישי שלהם (למשל, מין, גיל, ותק), ועל הניסיון שלהם עם חולי BPD (למשל, כמה שנות ניסיון יש להם עם חולים כאלה, היכרות עם טיפולים ל-BPD ועניין בלימוד טיפולים ל-BPD.

תהליך

המחקר אושר על ידי ועדות הביקורת של המוסדות (בתי החולים באר יעקב, אברבנאל, גהה ושער מנשה). עוזרי מחקר פנו לכל בעלי המקצוע העומדים בקריטריונים הנ"ל במהלך משמרת במחלקה. בעזרת מסמך ההסכמה מדעת, עוזר המחקר הסביר את מטרת המחקר ומסר את השאלונים לנבדקים. המשתתפים מילאו את השאלונים בנוכחות עוזר המחקר או מאוחר יותר.  שאלונים שהושלמו צורפו לשאלונים שמילאו אחרים כדי להבטיח אנונימיות. שיעור מילוי השאלונים היה גבוה בהרבה מזה שדווח במחקרי עמדות אחרים של צוותים פסיכיאטריים ונע בין 40.91% באחד מבתי החולים ל-70.5% באחר. גם הייצוג היחסי של המשתתפים מכל מקצוע היה גבוה, ונע בין 49.05% (סיעוד) ל-75.6% (עבודה סוציאלית). הנתונים נאספו בין יולי 2012 לספטמבר 2013. 

**דִיוּן**

הממצאים העיקריים שלנו כוללים:

1. עובדים סיעוד הפגינו עמדות קוגניטיביות שליליות יותר כלפי חולים עם BPD ופחות אמפתיה מאשר פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, אך לא בהשוואה לפסיכיאטרים.
2. חוסר ההתאמה של ההחלטה לאשפז חולה והייחוס של תכונות שליליות היו בולטים יותר עבור חולה עם BPD מאשר עבור חולה עם MDD.
3. עובדי סיעוד לא ייחסו יותר תכונות שליליות למטופלים עם BPD מאשר למטופלים עם MDD או GAD, בניגוד לשלושת המקצועות האחרים.
4. עובדי סיעוד ופסיכיאטרים דיווחו כי הם נתקלו במספר גבוה משמעותית של חולים עם BPD במהלך החודש האחרון, ועובדי סיעוד הביעו את העניין הגבוה ביותר בלימוד שיטות קצרות טווח לטיפול בחולים עם BPD, ואחוז נמוך יותר של פסיכיאטרים הביעו עניין בשיפור המיומנויות הטיפוליות והאבחוניות שלהם עבור BPD.

השתמשנו בשאלונים תקפים ובמדגם גדול של רופאים מארבעה מקצועות בתחום בריאות הנפש. מצאנו הבדלים משמעותיים ביחס לאנשים עם BPD בארבעת המקצועות. עובדי סיעוד דיווחו על עמדות שליליות יותר (חשש יותר מסיכון אובדני של חולים עם BPD, יותר אנטגוניזם ופחות אמפתיה כלפיהם, אך לא תפיסה שלילית יותר של תכונות של חולי BPD). נמצא כי עובדי סיעוד מתייחסים לחולי BPD כבעלי שליטה רבה יותר בהתנהגות שלילית מאשר חולים עם סכיזופרניה או דיכאון. ייחוס השליטה היה ביחס הפוך לאהדת הצוות. ואכן, במחקר קודם (Black et al.), לעובדי סיעוד פסיכיאטרים היו הדירוגים הנמוכים ביותר לגבי עמדות אכפתיות כלליות כלפי מטופלים עם BPD , והם גם היו בעלי הדירוג הנמוך ביותר לגבי אמפתיה. עם זאת, אנו מסכימים עם הקביעה של Sansone and Sansone לפיה עמדות עובדי הסיעוד הנוכחיות פשוט משקפות תגובה אנושית מאוד להתנהגויות המורכבות והפתולוגיות של חולים אלה..

למרות שאישרנו מחדש את העמדות השליליות הגבוהות יותר בקרב עובדי סיעוד שנמצאו במחקרים הנ"ל, מצאנו גם שבהשוואה לפסיכולוגים ועובדים סוציאליים, גם הפסיכיאטרים החזיקו בעמדות שליליות, ובמיוחד לא תמכו באשפוז של חולים אלה. עובדי סיעוד ופסיכיאטרים נתקלים יותר בחולי BPD וזה מסביר את היחס השלילי הגבוה יותר שלהם (בהשוואה לפסיכולוגים ועובדים סוציאליים). הפסיכיאטרים מופקדים על האשפוזים והשחרורים, ואחריות זו קשה ליישום עם חולי BPD הנוטים להציג החמרה במהלך תהליך השחרור. עובדי סיעוד, שומרו הגבולות במחלקה, מקיימים אינטראקציה אינטנסיבית עם חולים אלו על בסיס שעתי. האינטראקציה האינטנסיבית הזו עשויה לגרום לפחות אמפתיה ולעמדות אנטגוניסטיות יותר. מעניין שבעוד שבמחקר הקודם שלנו, עובדי סיעוד דיווחו על הרבה פחות אמפתיה ורמה דומה של אנטגוניזם כלפי חוליBPD , במחקר הנוכחי ההבדל בין עובדי סיעוד לפסיכיאטרים ברמת חוסר האמפתיה לא היה משמעותי, ועובדי סיעוד הפגינו רמה גבוהה יותר של אנטגוניזם כלפי חולי . BPD מכיוון שהמחקר הנוכחי מבוסס על מדגם גדול ומייצג הרבה יותר (710 לעומת 57 רופאים), אנו מאמינים שהממצאים הנוכחיים אמינים יותר. בניגוד לעובדי סיעוד, פסיכיאטרים אינם נדרשים להיות בקשר רציף וישיר עם חולים אלו. יתרה מכך, פסיכיאטרים מקבלים יותר השכלה רפואית והם בעלי ניסיון קליני רב יותר, בהשוואה לעובדי סיעוד. משום כך, פסיכיאטרים יכולים לאזן קוגניטיבית את עמדותיהם לחולי BPD במחלקה ולהפגין עמדות פחות אנטגוניסטיות. עם זאת, הם עלולים עדיין להתקשות לווסת את רגשותיהם כלפי מטופלים אלו שעליהם לאשפז וסובלים מהפרעת אישיות, ולא מהפרעה פסיכיאטרית מובהקת. לכן, בדומה לעובדי סיעוד, הם מדווחים על חוסר אמפתיה כלפי מטופלים אלו. מעניין שלמרות הדיווח של עובדי סיעוד על פחות אמפתיה ויותר אנטגוניזם, עובדי הסיעוד לא תפסו את המטופלים הללו כ"רעים" בהשוואה למקצועות האחרים או בהשוואה לאבחנות אחרות. עובדי סיעוד מבינים את האתגרים שמציבים חולים עם BPD וגם מבינים שהם קיבלו פחות הכשרה כדי להתמודד עם אתגרים אלו. ואכן, העובדי סיעוד הביעו עניין בלימוד התערבויות לטווח קצר. אפשר להבין את הצורך הזה מכיוון שהכשרתם היא "רפואית" ואינה מושפעת מרעיונות של תהליכים פסיכולוגיים ארוכים (נושא נפוץ בפסיכולוגיה ובעבודה סוציאלית ). יתרה מכך, בעוד שההכשרה שלהם בהפרעות אישיות היא הכי פחות מעמיקה בהשוואה למקצועות אחרים, הם צריכים לנהל מספר גדול יותר של חולים עם BPD והמגע שלהם איתם הוא אינטנסיבי יותר. סביר שבהשוואה למקצועות האחרים, פסיכיאטרים מתייחסים אחרת לסבלם של חולים אלו מכיוון שהוא אינו מבוסס על מודל מחלה. כמו כן, כרופאים, לפסיכיאטרים יש את האחריות הגבוהה ביותר לבטיחות המטופלים שלהם, והם חשופים לתביעות משפטיות יותר משאר המקצועות. לכן, הם עשויים להיות מתגוננים יותר, להיות מרוחקים יותר מהחולים פחות אמפתיים כלפי מטופלים אלו. מאחר שמטופלים אלו אינם מתאימים למודל הרפואי, פסיכיאטרים מביעים פחות עניין משאר המקצועות בשיפור כישוריהם הפסיכותרפויטיים והאבחוניים בהקשר של BPD. הסבר נוסף הוא שהם כן קיבלו הכשרה טובה יותר בנושאים אלו.

מדוע לעובדי סיעוד יש עמדות שליליות יותר כלפי חולים עם BPD?  האם זה תוצאה של המקצוע שלהם, או בגלל שהם מבלים איתם יותר זמן? האם זה בגלל שהם יודעים פחות על הפסיכופתולוגיה של האישיות ולכן מתקשים יותר לעשות מנטליזציה של מטופלים אלו? בניתוחים שלנו, ההבדלים בין המקצועות נותרו משמעותיים, גם לאחר שמקזזים עבור הסברים אלטרנטיביים כאלה, וזה עשוי לרמוז שניתן לקשר את עמדותיהם רק למקצוע שלהם. מחקרים עתידיים יכולים לבחון באופן ספציפי יותר אילו תכונות של המקצוע שלהם קשורות לעמדות שלהם.

בהתאם לממצאים של Black et al.  אשר הראה שלעובדים סוציאליים יש את הגישות האכפתיות הכוללות הגבוהות ביותר וגם את האופטימיות הטיפולית הגבוהה ביותר (לפסיכולוגים גם יש אופטימיות גבוהה לגבי יעילות הטיפול הפסיכותרפי), מצאנו שעובדים סוציאליים דיווחו על הערכות גבוהות יותר מעובדי סיעוד ופסיכיאטרים לגבי נחיצות האשפוז. ורמת חוסר האמפתיה היתה הנמוכה ביותר אצלם (כלומר, הם יותר אמפתיים) כלפי החולים, בדומה לפסיכולוגים. עם זאת, לא מצאנו הבדלים בין עובדים סוציאליים לפסיכולוגים. ייתכן שההבדל הזה נובע מהמתודולוגיה השונה בה השתמשנו. Black et al הראו שעובדים סוציאליים ופסיכולוגים נוטים יותר לתמוך בערך של טיפולים פסיכו-סוציאליים. ייתכן שהדבר נובע מההכשרה בסיסית של שני המקצועות אשר המדגישה את עקרונות הקבלה, האמפתיה וההבנה בניגוד לסגנונות האוטוריטריים ומציבי הגבול של המקצועות האחרים.

ממצא נוסף במחקר שלנו דורש תשומת לב. מצאנו מתאם חיובי בין מספר המטופלים עם BPD שטופלו במהלך החודש האחרון או במהלך 12 החודשים האחרונים לבין גישה שלילית ל-BPD. אצל Black et al הממצאים היו הפוכים, וצויין שלא הצליחו לקבוע אם טיפול בחולים רבים יותר עם BPD משפיע באופן חיובי על עמדותיו של האדם, או שקלינאים בעלי עמדות חיוביות נוטים יותר לטפל ביותר חולים לפי העדפה אישית (דילמת הביצה או התרנגולת). עם זאת, כשחילקנו את הנתונים שלנו לפי מקצועות, מצאנו שרק עובדי סיעוד הוכיחו מתאם חיובי בין מספר חולי BPD שטיפלו בהם לבין עמדות שליליות כלפי חולים אלה, בעוד שהמקצועות האחרים הוכיחו מתאם שלילי בין השניים. במילים אחרות, בעוד שטיפול ביותר חולים עם BPD היה בקורלציה עם עמדות שליליות יותר כלפי חולים אלו בקרב עובדי סיעוד, אצל בעלי המקצועות האחרים המתאם היה הפוך (מי שטיפל ביותר חולים היו לו פחות עמדות שליליות). יתכן שבין אם בגלל שעובדי סיעוד פחות יכולים לבחור אם לטפל בחולים עם BPD או בגלל שהם נתקלים ביותר חולי BPD, ,כל שהם פוגשים יותר חולים עם BPD כך הם הופכים שליליים יותר כלפיהם.  עם זאת, מכיוון ששלושת המקצועות האחרים יכולים לבחור את מספר החולים בהם הם צריכים לטפל, או מכיוון שהם מטפלים בפחות חולים, ככל שהם מטפלים יותר בחולים, כך הם הופכים פחות שליליים. מחקרים עתידיים יכולים לספק תשובות לממצאים אלו.

השאלה האם חולים אלה צריכים להיות באשפוז מלא לא קיבלה תשובה בספרות.  רבים ממליצים להימנע מאשפוז חולים אלה במיוחד כאשר המטרה היא למנוע התאבדות. שיטת הטיפול היעילה יותר כוללת אשפוז חלקי ושהות קצרה במגורים עם טיפול קהילתי ב-DBT.  בישראל אין מדיניות אחידה לגבי הקבלה למחלקות פסיכיאטריות. יתרה מכך, בעוד ש-DBT היא שיטת טיפול שהולכת והופכת למקובלת יותר, רוב המטפלים אינם מכירים היטב שיטה זו. כך, מערכת אשפוז עם מדיניות לא ברורה ומסגרת קהילתית עם חוסר מומחיות ב-DBT (והיעדר משאבים כלליים) יצרו ביחד ואקום בנושא זה. מטופלים אלו מאושפזים בישראל עקב מצבי משבר ורבים ממצבים אלו כוללים נטיות להתאבדות.

למחקר שלנו יש מספר מגבלות, כגון הטיית דיווח אפשרית המסתירה עמדות שליליות והטיית השתתפות הגורסת כי אלו שהשתתפו בסקר שלנו החזיקו בעמדות שונות בהשוואה לאלו שלא השתתפו. עם זאת, מכיוון ששיעורי ההשתתפות שלנו היו גבוהים מאוד (40.71% עד 70.5%), אנו רואים את המדגם כמייצג ורואים את הממצאים שלנו כניתנים להכללה.

מכיוון שעמדות משפיעות על תוצאות הטיפול, חיוני שהקלינאים ילמדו להתמודד עם עמדות שליליות. הצעד הראשון הדרוש הוא להיות מודע לאותם רגשות המתעוררים על ידי מטופלים עם BPD , וכן להיות מודעים למצוקה הנגרמת על ידי BPD ולהערכה העצמית הנמוכה הקשורה להפרעה. מחקר עם 271 אנשי צוות [ראה שסדנה של יום אחד הייתה יעילה בשיפור פתרון בעיות והבנת המצב הרגשי של מטופלים אלו. הסדנה הגבירה את האמפתיה כלפי המטופלים האלה והפחיתה את העוינות מצד הצוות וגם הגבירה את יכולתם להתמודד ולעבוד איתם. אנו ממליצים ליישם בבתי החולים שלנו סדנאות עבור פסיכיאטרים ועובדי סיעוד, ביחד עם הכשרת DBT. ההדרכה יכולה להתבסס על שיטות טיפוליות יעילות לטיפול בחולים עם BPD כמו טיפול ממוקד העברה, טיפול מבוסס מנטליזציה, טיפול סכמה ו-DBT. יישום ההמלצות שלנו עשוי לשפר את היחס ל-BPD ולטיפול הניתן.

מסקנות

כיצד ניתן לשנות את הגישות השליליות הנ"ל? הראינו בעבר שכל בעלי המקצוע תמכו ברעיון שהטיפול בחולי BPD מאושפזים צריך לשלב תמיכה רגשית, הכלה, פסיכותרפיה ותרופות. לכן, למרות שלרופאים רבים יש דעות שליליות על אנשים עם BPD, הם עדיין מכירים במורכבות ההפרעה ובצורך בדיסציפלינות שונות בטיפול ב-BPD.. חשוב שכל בעלי המקצוע הרלבנטיים יקבלו הכשרת DBT, אך אנו ממליצים להפחית את נטל הטיפול בחולים אלו ולחלק אותו בצורה שווה יותר בין ארבעת המקצועות (כיום הנטל הוא על עובדי סיעוד ופסיכיאטרים).