

פסיכוסומטיקה ברפואה ראשונית מאפיינים ואתגרים ייחודיים

אורן להק, דוד מעוז ישראל

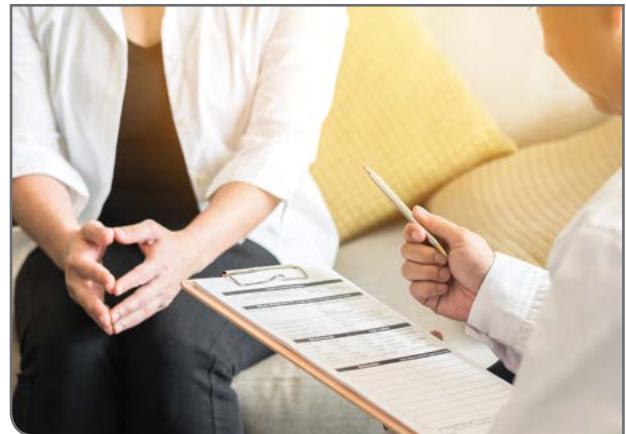
הרופא הראשוני, ובפסיכולוג המעורב בטיפול. מדריך האבחון הפסיכיאטרי (DSM) הציע במהלך השנים קטגוריות שונות להגדרה וסיווג של תופעות פסיכוסומטיות, כגון הפרעה סומטופורמית, סומטיזציה וכיום הפרעת תסמין סומטי. בסקירה קצרה זו מובאת ספרות מחקרית הבודקת תופעות אלו בהתאם להגדרה שהייתה מוסכמת בתקופה שבה נערכו. לשם נוחות בקריאת המאמר, ייעשה שימוש במינוח הכללי פסיכוסומטיקה.

רפואה ראשונית ופסיכוסומטיקה

טיפול רפואי ראשוני מוגדר על ידי המסד הרפואי כ"אספקת שירותי טיפול רפואי כוללני, גיש, על ידי קלינאים האחראים לתת מענה למגוון רחב של צרכים אישיים בטיפול רפואי, לפתח שותפות ממושכת עם המטופלים, ולפעול בהקשר של משפחה וקהילה" (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996). הגדרה זו מציבה רופאים ראשוניים, בהרבה מקרים, כחזית הראשונה והיחידה לאיתור ולטיפול ראשוני במצוקה נפשית של מטופלים. למעשה, חלק ניכר מהאנשים הסובלים מתסמינים נפשיים יפנו תחילה לרופא המשפחה שלהם, לעיתים ככתובת היחידה לקבלת עזרה. מקרב פונים אלו כ־20-30 אחוזים סובלים מדיכאון, דחק, חרדה ופסיכוסומטיקה (Ansseau et al., 2004; Kahn et al., 2004). כולם עשויים לבטא תלונות על תסמינים גופניים לא מוסברים, אולם רק חלק יענו על הקריטריונים הנדרשים למתן אבחנה פסיכוסומטית. החלק האחר יבטא תסמינים גופניים (כגון קצב לב מואץ, כאבי גב, עייפות כרונית, סחרחורת וכו') כחלק מאבחנה של חרדה או דיכאון או שניהם (Robbins & Kirmayer, 1991).

ככלל, נמצא שמטופלים החווים מצוקה פסיכולוגית גם חווים תסמינים גופניים בעוצמה גבוהה יותר (Kroenke et al., 1994). לאור זאת נמצא כי הם נוטים לפנות לרופא המשפחה בשיעור גבוה יותר משיעורי הפנייה באוכלוסייה הכללית (Spitzer, Williams & Kroenke, 1994), ובשל כך מהווים נתח נכבד

אייל, בן 37, נשוי טרי להדר ועובד במערכת הביטחון. לאחרונה פנה לרופא המשפחה בשל תלונה כי לפני שלושה חודשים, עת נישואיו להדר וכניסתו לתפקיד ניהולי בעבודתו, החל לחוות לחץ רב וקושי גובר בהטלת שתן: "הזרם חלש מדי ואני אף פעם לא מצליח להגיע לתחושת התרוקנות מלאה". הבעיה החלה בשנות שירותו הצבאי, אך מאחר שהצליח להתנהל באופן סביר ותפקודו לא נפגע, נמנע מלפנות לעזרה מקצועית. לאחרונה, עקב תחושת אי-נוחות באזור, נמנע מלקיחת חלק בפעילויות שונות אשר עלולות להציבו בתנאים שעשויים להגביל את האפשרות להטיל שתן ולהתרוקן, בעיקר במקומות ציבוריים.



בדיקה אצל אורולוג העלתה ממצא להגדלה מסוימת בבלוטת הערמונית, אך כזו העשויה להסביר רק באופן חלקי את התסמין המדווח. לאחר שני ניסיונות של טיפול תרופתי הושגה הקלה חלקית לבעיה, ואייל ממשיך להיות טרוד ממשמעותו של התסמין. הוא חושש שהדבר עשוי להעיד על קיומה של מחלה ממארת שטרם זוהתה בגופו, חווה תחושות של אי-ודאות, תסכול ולחץ, נוטה להימנע ממקומות שבהם אין שירותי נוחות, ופונה לרופא המשפחה בבקשה להמשיך בדיקות ובירורים רפואיים.

מקרים כאלו ודומים להם מתרחשים באופן שכיח במרפאות של רופאי משפחה ומתארים את קו התפר הדק שקיים בין ההיבט הגופני לנפשי. מה יקרה לאחר מכן, תלוי בהכשרה ובגישה של

אורן להק הוא פסיכולוג רפואי מומחה, מדריך, מנהל "מרפאה פסיכולוגית". דוד מעוז ישראל הוא פסיכולוג רפואי מומחה, בצוות "מרפאה פסיכולוגית". הפרטים האישיים שונו לשמירה על הפרטיות.



שונים, כדוריות דם לבנות ואדומות ואנדורפינים. אלו משפיעים על הרגשות שלנו וכך גם על תהליכים פיזיולוגים שונים כגון מתח השריר, דופק הלב, לחץ הדם, מערכת העיכול וכו'. במצבי רגיעה מערכת החיסון פועלת במיטבה אך גם להפך, במצבי דחק, דרך הפעלה של ציר ההיפותלמוס-היפופיזה-אדרנל (HPA) והמערכת הסימפטטית (SNS) מתחילה שרשרת תגובות המובילה דרך שינוי מספרם של תאי לימפוציטים ותאי ההרג הטבעיים (NK) להפחתת תפקודה היעיל של מערכת החיסון, ולפיכך לחשיפה מוגברת לגורמי מחלה כמו וירוסים וחיידקים. במטא-אנליזה מקיפה שבחנה יותר מ-300 מחקרים אמפיריים בנושא נמצא שגורמי לחץ אקוטיים (כאלה הנמשכים כמספר דקות) נמצאו קשורים להסתגלות טובה של מרכיבים של המערכת החיסונית, ברמה התאית. גורמי לחץ קצרי מועד פגעו במערכת החיסונית ברמה התאית תוך ששימרו גורמי חיסון בנוזלים בין-תאיים, ולבסוף גורמי לחץ כרוניים פגעו בכל הרמות של מערכת החיסון.

הפסיכולוג הרפואי שעובד בגישה אינטגרטיבית מחזיק בידע בפן הגופני-רפואי הכולל את מהלך המחלה, הטיפול ותופעות הלוואי של הטיפול הרפואי, וכן בפן הנפשי ובכיווני החשיבה השונים. כמו כן בשל שיתוף פעולתו עם המערכת הרפואית, הוא יכול לבנות מטרות משותפות עם הרופא הקשורות לטיפול הרפואי

אם נשוב למקרה של אייל, מצבו יוגדר על ידי המערכת הרפואית באבחנה הנקראת שגשוג שפיר של הערמונית (BPH, Benign Prostatic Hyperplasia), שבו היא גדלה. הגדלה שפירה של הערמונית היא מצב שבו בלוטת הערמונית צומחת לתוך חלל השופכה (הצינור שמוביל את השתן משלפוחית השתן החוצה). לאחר זמן מה עלולה הערמונית המוגדלת לגרום לחסימה במוצא של שלפוחית השתן ולהוביל להאטה במתן השתן וכן לתחושה של חוסר התרוקנות. מבחינת הפסיכולוגיה הרפואית, ניתן להתייחס לסוגיה שעימה אייל מתמודד משתי זוויות שונות: תחילה אייל מתמודד עם מצב רפואי ידוע המשפיע על מצבו הנפשי והתנהלותו, ולכן ההתייחסות להשלכות הרגשיות וההתנהגותיות הנובעות מכך משמעותיות בפני עצמן. יחד עם זאת, אין לשלול את האפשרות

מהשתמשים התדירים בשירותי הבריאות (Demers, 1995). תדירות זו מגיעה לעיתים לפי 2 ובמקרים מיוחדים גם פי 9 מהנורמה באוכלוסייה הכללית (Smith et al., 2003). למרבה הצער, בין 30% ל-75% מהתסמינים הסומטיים נעדרים הסבר אורגני ברור, וגם לאחר בדיקות יקרות וניסיונות תרופתיים, לרוב לא מושגת הקלה מספקת (Kroenke & Mangelsdorff, 1989); מהווים אתגר בקרב הרופאים המטפלים במסגרות אלו (Smith et al., 2003), ולפי אוסליבן (O'Sullivan, 2015) בשל כך נמצא שהם נוטים להעניק לפונים אבחנה אורגנית, מבלי להצביע על ההיבט הנפשי הקיים בבסיס ההפרעה. נטייה זו מושפעת משתי סיבות: הראשונה כרוכה בהעדפתם של רופאים להימנע מהכעס הבלתי נמנע של מטופליהם כאשר מקשרים את תלונותיהם למצוקה נפשית, והשנייה קשורה בחשש שמא סיווג תלונותיהם של המטופלים למצוקה פסיכולוגית יתגלה מאוחר יותר כטעות באבחון ויוביל לתביעות משפטיות.

חשוב לציין שמלבד קיומה של אבחנה פסיכיאטרית ישנם משתנים נוספים שנמצאו קשורים בביטויים גופניים כגון מוצא אתני (Kirmayer & Young, 1998), רמה סוציו-אקונומית נמוכה (Fink, Sorensen, Engberg, 1999), נשים (Kroenke & Spitzer, 1999), והגירה (Ritzner Ponizovsky, Kurs & Modai, 2000).

המשגה

פסיכוסומטיקה היא תחום רפואי ומדעי ששואף להבין את תרומתו של הקשר בין הנפש (פסיכה) והגוף (סומה) בהתפתחותן של מחלות או תופעות גופניות. הידע המצטבר במהירות ובהתמדה על המוח ומערכת העצבים, על המערכת החיסונית ועל המערכת ההורמונלית, והתפקיד של המערכת האוטונומית האחראית על תגובת הדחק ביחסי הגומלין ביניהן, הביא את המדענים והתאורטיקנים למודעות ברורה ביחס למלאכותיות של ההבחנה הקרטזיאנית המסורתית בין גוף לנפש. מאחר שהמערכת החיסונית האנושית מושפעת מהיבטים נפשיים וממצוקה רגשית, אפיזודות של מחלות סומטיות (גופניות) רבות יתעוררו או יועצמו על ידי מרכיבים פסיכולוגיים. השדה המדעי שבו נחקרים הקשרים בין גורמים אלו נקרא פסיכונורואדואימונולוגיה. מושג זה משקף את התפיסה שהגוף והנפש הם יחידה אחת בלתי נפרדת.

במשך השנים הלכו והתרבו המחקרים שהצביעו על הקשר ההדוק בין הבריאות הגופנית והמצב הנפשי. בזכות הטכנולוגיה המתקדמת ואמצעים כמו מכשיר התהודה המגנטית (fMRI) או PET והביולוגיה המולקולרית, הולך ומתבהר הקשר בין מחשבות ורגשות לבין פיזיולוגיה של מערכות הגוף. כל מחשבה גורמת לשחרור חומרים בגוף כמו הורמונים, אנזימים, חלבונים

לתלונות אלה עשויה אף לחזק אותן. בתפיסתו של הפרט, "תפקיד החולה" יכול להציע שחרור מציפיות בינאישיות (רווח ראשוני) ולעיתים אף פרס כספי (רווח משני). אין מדובר ב"התחלות" (זיוף תסמינים), מאחר שהחולה אינו מודע לתהליך שבאמצעותו התסמין מופיע, אינו יכול לסלקו, ובאופן כן סובל ממנו. תאוריית הלמידה החברתית מסבירה גם את התורשתיות שבהפרעה: ילד עשוי, באמצעות חיקוי או הזדהות עם ההורה, לסגל לעצמו תסמינים סומטיים שיתפתחו בבגרותו להפרעה פסיכוסומטית.

3. **דיסוציאציה** - למטופלים עם סומטיזציה נטייה לשימוש בהגנות דיסוציאטיביות כגון פלאשבקים, חוויות חוץ גופניות ודפרסונליזציה. ישנה השערה שתסמינים סומטיים נובעים משימוש בדיסוציאציה הבאה לידי ביטוי בהפעלה של ייצוגים גופניים בהיעדר גירוי גופני.

אבחון

ה-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) מציע קריטריוני אבחון המבדילים מונחים מבלבלים ומפחיתים את מספר ההפרעות ותת-הקטגוריות שהיו במדריך הקודם במטרה להפוך את שיטת האבחון ליעילה עבור מספקי שירות שאינם נכללים במסגרות הפסיכיאטריות. לטובת מטרה זו הוא מייחד פרק בשם "תסמין סומטי והפרעות קשורות" המאגד אבחנות שונות לתיאור מגוון המופעים הגופניים העומדים לפתחן של המרפאות לרפואה ראשונית, בהן: הפרעת המרה (conversive disorder), חרדת בריאות (illness anxiety disorder), גורמים פסיכולוגיים המשפיעים על מצב רפואי (psychological factors affecting other medical conditions), מחלה מדומה (factitious illness). במקרה של אייל, קיים תסמין יחיד ולו הסבר אורגני. אולם הסבר זה לא מסביר את כל התסמין. לפי המדריך הקודם, אייל לא היה מקבל אבחנה פסיכיאטרית, והיה ככל הנראה נותר ללא מענה טיפולי מלא שמביא בחשבון גם את ההיבטים הפסיכולוגיים בתלונתו. במדריך הנוכחי נעשה תיקון למצב זה. לפי המדריך הנוכחי הרופא מביא בחשבון גם את המצוקה שאייל מבטא ואת הפגיעה בתפקוד, ועשוי לקבל אבחנה של Somatic symptom disorder. אבחנה זו מאפשרת מענה מתאים יותר על ידי הרופא הראשוני בכך שיפנה את המטופל להתערבות פסיכולוגית בקהילה.

המקרה של אייל מייצג את אחד השינויים המרכזיים שנעשו במעבר מהמדריך הרביעי לחמישי. השינוי שנערך מוביל לכך שאנשים שקיבלו לפי המדריך הקודם את אחת האבחנות הסומטופורמיות: הפרעת סומטיזציה, היפוכונדריה, הפרעת כאב והפרעה סומטופורמית בלתי מובחנת, כעת ברובם מתאימים

שמצבו הנפשי של אייל משפיע על מצבו הרפואי ותורם להחמרתו. במחקרים שנערכו בשדה המחקר שתואר (Ullrich, Lutgendorf & Leserman, 2005; & Kreder, 2007), נמצא שהתסמין של אייל הכרוך בקושי בהטלת שתן יכול להיות מוסבר גם על ידי קיומו של מצב דחק שמשפיע דרך שני מנגנוני פעולה שונים, הראשון ארוך טווח והשני קצר טווח:

1. פעילות אנדוקרינולוגית (ארוך טווח) - באמצעות הפעלת ציר HPA ההיפותלמוס מפעיל את יותרת הכליה המווסתת את רמות הטסטוסטרון בגוף. הטסטוסטרון מותמר להורמון דהידרוטסטוסטרון (DHT) על ידי אנזים אלפא-5 שבתאי בלוטת הערמונית. הטסטוסטרון ודהידרוטסטוסטרון מעודדים גדילה של בלוטת הערמונית ומובילים להפרשת טסטוסטרון ודהידרוטסטוסטרון נוספים, דבר שמוביל להגדלה של בלוטת הערמונית באופן שעוטף את צינורית השתן ומצר אותה, ומוביל גם להאטה בהטלת שתן והיעדר תחושת התרוקנות.

2. פעילות של המערכת האוטונומית (קצר טווח) - דחק גורם להפעלה של המערכת הסימפתטית ולהפרשת אדרנלין. בלוטת הערמונית ושלפוחית השתן המכילות קולטני אלפא מגיבות לאדרנלין על ידי גירוי תאי השריר החלקיים בבלוטת הערמונית ושלפוחית השתן. כאשר תאי השריר מתכווצים, הם מצרים את צינורית השתן, מאטים את זרימת השתן ומונעים מהשלפוחית להתרוקן במלואה. בנוסף בכך הם גורמים לכיווץ כלי דם והצרה של צינורית השתן, באופן שמוביל להאטה בהטלת השתן.

דוגמה תמציתית זו היא רק אחת מבין דוגמאות רבות המשקפות את הקשר בין דחק נפשי למצב גופני. תפקידו של הפסיכולוג ברפואה ראשונית לעמוד בתפר החיבור ביניהם, ולתרגם את יחסי הגומלין לרופא ולמטופל למען בניית התערבות טיפולית מתאימה. מלבד השפעותיו האנדוקריניות של הדחק התורמות להיווצרותו של התסמין, ישנם היבטים פסיכולוגיים נוספים התורמים לרמת המצוקה הנחווית במצבים פסיכוסומטיים. העיקריים הם:

1. **מיקוד קשב בגוף** - דאגה לגבי מחלות גופניות מובילה להעצמת הקשב לתחושות גוף הנחוות כמטרידות ולא נעימות. אלו מהוות ראיה מאששת לקיומה של פתולוגיה גופנית, ותפיסה זו מובילה להגברה של החרדה וכך להעצמה נוספת של תחושות הגוף.

2. **אימוץ תפקיד החולה** - החולה הפסיכוסומטי מבטא מצוקה נפשית דרך תלונות גופניות ולכן נפוץ בעיקר בקרב אלו שאין להם אוצר מילים או לגיטימציה חברתית להביע את המצוקה שלהם בדרך אחרת. ישנה השערה שהפרט גדל בסביבה שמתעלמת מביטוי מצוקה רגשית אך מעניקה תשומת לב לתלונות גופניות. חשוב לציין שהקדימות שהרופא נותן



טיפול פסיכולוגי ברפואה ראשונית

הספרות המחקרית בתחום הרפואה הראשונית מראה שמטופלים נוטים שלא לבטא את צוריהם הפסיכולוגיים בפני רופאי המשפחה, והרופאים מצידם נוטים להתמקד יותר בהיבטים הגופניים של המחלה והטיפול, ופחות בהשלכותיה הרגשיות (Hack, Degner & Parker, 2005). מובן שבקרב אנשים המבטאים תסמינים גופניים לצד או במקום מצוקה פסיכולוגית, מתן מענה לסוגיה זו מקבל חשיבות רבה. בהתאם לכך, המלצת האגודה האמריקנית לפסיכולוגיה (APA) היא לקדם עבודה אינטגרטיבית של פסיכולוגים רפואיים במסגרות הרפואה הראשונית (Bray, 2010). האגודה האמריקנית לפסיכולוגיה הקימה בשנת 2012 ועדה שמטרתה זיהוי הכישורים הנדרשים לפסיכולוג העובד ברפואה ראשונית (McDaniel et al., 2014). הצרכים העיקריים שעלו היו בידע מדעי בתחומים הרלוונטיים, מיומנויות של חשיבה מערכתית, הבנת הסטיג של רפואה ראשונית, שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע אחרים, תקשורת יעילה בצוות ברמות הקליניות והארגוניות ופיתוח אסטרטגיות להערכה והתערבות בהתאם למיקום על סולם בריאות-חולי. ממצאים אלו מדגישים את הצורך המקצועי בשילוב פסיכולוגים שהוכשרו לעבודה בפסיכולוגיה רפואית ברפואה ראשונית.

ממטרותיו העיקריות של פסיכולוג בכניסתו למערך הרפואה הראשונית היא בניית מערכת יחסים משולשת של רופא-חולה-פסיכולוג. אחד מתפקידיה העיקריים של מערכת היחסים הזו להציע ראייה אינטגרטיבית למצבו של המטופל ולסייע בביסוס קשר תקין ותקשורת מיטבית בין הרופא לחולה. בקרב מטופלים שמדווחים על קשר ותקשורת טובה עם רופאיהם, ניתן למצוא שביעות רצון רבה יותר מהטיפול, שיתוף נרחב יותר במידע הרלוונטי לאבחנה והיענות טובה יותר לטיפול (Ha & Longnecker, 2010).

במטרה להשיג מטרות אלה הפסיכולוג הרפואי פועל בהשראת מודל אינטגרטיבי ברפואה ראשונית, המבוסס על הרעיון של שילוב שירותים על מנת לשרת את המטופל באופן הנכון ביותר דרך שיתוף פעולה וטיפול בצרכים הרפואיים והפסיכולוגיים יחדיו. מודל כזה פועל תחת השאיפה שפסיכולוגים יעבדו עם רופאי משפחה על מנת לזהות מטופלים שיש להם צרכים רגשיים ולספק להם טיפול מקיף (Blount, 2003). האבולוציה המקצועית-אינטגרטיבית בתחום הרפואה כללה בראשיתה את היסוד הביולוגי-רפואי בלבד, כמודל חד-גורמי. בשנת 1977 אתגר אנגל (Engel, 1977) את עולם הרפואה בהציעו מודל חדש ואינטגרטיבי - המודל הביופסיכוסוציאלי, הגורס שבריאות האדם מורכבת מחלקים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים-תרבותיים, ושרכיבים רבים מרמת התא ועד הרמה החברתית מקיימים

לאבחנה של "הפרעת תסמין סומטי". על כן ראוי להתייחס באופן רחב יותר לאבחנה זו ולתרומתה.

ראשית, המדריך הרביעי המשיג וסיווג תלונות גופניות מהסוג הנדון במאמר זה תחת ההגדרה של "הפרעת סומטיזציה" והתבסס על הגדרה על דרך השלילה, כלומר מתן אבחנה רק בהיעדר פתולוגיה אורגנית. אבחנת תסמין סומטי אינה דורשת זאת. במילים אחרות, תסמינים יכולים להיות קשורים במצב רפואי אחר או לא. שנית, התוספת החשובה של התסמין הסומטי היא הדרישה שהתסמין המוצג יעורר מצוקה משמעותית או יפריע לתפקוד בחיי היומיום וילווה במחשבות חודרניות, רגשות והתנהגויות. אפשר לזהות כאן שינוי ממתן חשיבות לסוג התסמין אל מתן חשיבות לאדם שמאחוריו, ולמצוקה שהוא מפגין. שינוי זה בדגש מסיר את ההפרדה בין גוף ונפש שהוצעה על ידי המדריך האבחוני הרביעי ומעודדת קלינאים לבצע הערכה תוך שימוש בשיקול דעת קליני, במקום לערוך "רשימת מכולת" שיכולה לשלול באופן אקראי מטופלים רבים הסובלים ממצוקה נפשית לצד מצבים רפואיים אחרים, ולמנוע מהם את העזרה שלהם הם זקוקים.

לצד היתרונות באבחון החדש ישנן גם מגבלות (Mayou, 2014). המגבלה הראשונה נוגעת לטענה שיש לה חפיפה כמעט בלתי מובחנת עם שתי קטגוריות אחרות: אחת היא "הפרעת הסתגלות" אשר יכולה להינתן גם היא כאשר האדם מראה תסמינים פסיכולוגיים או התנהגותיים בתגובה למצב רפואי קיים, והשנייה היא האבחנה "היבטים פסיכולוגיים המשפיעים על מצב רפואי" אשר ניתנת למצבים שבהם משתנים פסיכולוגיים מחמירים מצב רפואי כגון הסעיף הקיים בהפרעת תסמין סומטי לגבי מחשבות, רגשות והתנהגויות בלתי מסתגלות אל מול התסמין המוצג.

אם נשוב למקרה של אייל, נראה שבמקום האבחנה של תסמין סומטי הוא היה יכול לקבל כל אחת משתי האבחנות דלעיל. הראשונה הייתה משתנה בחלוף הזמן (כלומר לאחר כשלושה חודשי אי-הסתגלות), ואילו השנייה הייתה נותרת בעינה. לפיכך מאיו (Mayou, 2014) מציע כי ייתכן שמדובר באבחנה מיותרת. מגבלה נוספת נוגעת לאבחנה המבדלת אל מול אבחנה של חרדת בריאות הדורשת כי כאשר המטופל דואג למצבו הבריאותי אך אין לו תסמין סומטי או שהתסמין הסומטי שמציג הוא שולי (כלומר בעוצמה מתונה) והסבל שעליו מדווח נובע מהחרדה לקיומה של מחלה, כדאי לשקול שמדובר בהפרעת חרדת בריאות. אולם הספרות המחקרית מעידה שההגבלות באבחנה לקיומו של תסמין בעוצמה מתונה הולך נגד כל הניסיון הקליני והראיות שיש בתחום (Starevic, 2013). במקרה של אייל, לדוגמה, אפשר לתהות אם מדובר בתסמין שולי או לא, ובכל אופן, גם כאשר התסמינים הסומטיים הלא מוסברים לעיתים שוליים וארעיים, תסמינים אלו לרוב מקושרים עם רמת מצוקה ופגיעה תפקודית באופן שמספיק כדי להתייחס אליהם כמחלה לכל דבר (Kupfer, First & Regier, 2002).

(הקהיה שיטתית), ובהמשך עבודה על טעויות חשיבה והפחתת התנהגויות של הימנעות במטרה לשוב לתפקוד יחסי בהיבטי החיים השונים ולהגביר את תחושת השליטה במצבו. אינטגרציה שנייה בפן הפסיכולוגי נעשתה בהמשך, לאור עלייתה של תמה נפשית הקשורה בתסמין שאייל ביטא. בשלב זה הוחלט לעבור לטיפול בעצמות גבוהה יותר, בהתאם לבחירתו, ולכן נערכה התערבות בפסיכותרפיה דינמית במטרה להעמיק את היכרותו עם תמה זו ולהביא לשינוי מעמיק יותר. תמה זו ביטאה את יחסיו הקונפליקטואליים המודעים והלא מודעים סביב כניסתו לתפקידים החדשים בחייו: הראשון כמנהל צוות, והשני כבן זוג לאשתו ואבא לעתיד.

להתערבות הפסיכולוגית במקרה של אייל יש השלכות חשובות, מכיוון שסוגיה נוספת שמוסיפה מורכבות למצב היא הטיפול התרופתי הניתן למצבו בחוסמי אלפא. תרופות ממשפחה זו משמשות לטיפול בבעיות במתן שתן כתוצאה מהגדלת הערמונית, ובמקביל עלולות לגרום גם לקשיי פליטה ולהקטין את נפח הזרע בכל פליטה. לפיכך מובן איך מצב שכזה פוגע באופן ממשי במטרותיו, המודעות לפחות, להביא ילד לעולם. הפסיכולוג הרפואי שעובד בגישה אינטגרטיבית מחזיק בידע בפן הגופני-רפואי הכולל את מהלך המחלה, הטיפול ותופעות הלוואי של הטיפול הרפואי, וכן בפן הנפשי ובכיווני החשיבה השונים. כמו כן בשל שיתוף פעולתו עם המערכת הרפואית, הוא יכול לבנות מטרות משותפות עם הרופא הקשורות לטיפול הרפואי. במקרה של אייל, אחת המטרות הייתה הפחתה הדרגתית בחוסמי אלפא כדי לתמוך במטרותיו להביא ילד לעולם.

לסיכום, שילוב הפסיכולוגיה הרפואית ברפואה הראשונית הוכיח את עצמו במודלים השונים ובאכזריות שונות, ובפרט באוכלוסיית המטופלים המציגים תסמינים סומטיים שלא נמצא להם הסבר רפואי (Cooper, Abbass & Town, 2017). ממצאים מהשנים האחרונות מצביעים על החלמה של כ-46% מהמטופלים שטופלו ברפואה ראשונית בדיכאון וחרדה (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti & Berardi, 2008) בעצמות נמוכה של פרטוקול Brief CBT, וכן שהטיפול ממוקד, יעיל ומתאים למערכת הרפואית המתמודדת עם עומס מטופלים. הפסיכולוג הרפואי המחזיק בגישה אינטגרטיבית הן בהבנת המנגנונים הגופניים והפסיכולוגיים במצבי דחק והאינטראקציה שלהם עם מצב רפואי, לצד שימוש בכלים מגוונים בפסיכותרפיה, יכול להעניק טיפול רחב אך גם מעמיק במצבים אלו המהווים אתגר משמעותי למערכת הרפואית.

ביניהם יחסי גומלין ומשפיעים על הבריאות והחולי. ברוח מודלים שכאלו המציעים שילוב של הטיפולים והשירותים הניתנים על ידי המערכת הרפואית ניתן להגביר יעילות ולשפר את היחס עלות-תועלת.

פסיכולוגים רפואיים במסגרות רפואה ראשונית בארץ משתמשים במודל IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), אשר מטרתו להגביר את הנגישות של טיפול פסיכולוגי להפרעות נפשיות שכיחות כגון דחק, דיכאון וחרדה במסגרת מערכות הרפואה הכללית. למטופל מוצע בשלב ראשון טיפול בעצמות נמוכה (4-6 מפגשים) ובשלב שני, במידת הצורך, מעבר לטיפול בעצמות גבוהה יותר (12-16 מפגשים). למודל שני עקרונות מרכזיים: הראשון, על הטיפול להיות בעל הסיכוי הטוב ביותר לספק את התוצאה החיובית לצד היכולת להקטין את המעמסה על המטופל, עד כמה שאפשר. השני, קיום ראיון הערכה המאפשר לזהות מצבים של חוסר שיפור ולפעול על מנת לאפשר הגברת העצמות לטיפול אינטנסיבי יותר או הפחתת העצמות לטיפול אינטנסיבי פחות, כאשר הוא מתאים יותר, וכמובן הפסקת הטיפול כאשר טיפול אחר או הימנעות מטיפול מתאימים יותר.

לאור מודל IAPT המציע מעבר מטיפול בעצמות נמוכה לגבוהה, הפסיכולוג ברפואה הראשונית מצויד במודלים של התערבות פסיכולוגית אינטגרטיבית המשלבת גישות טיפוליות שונות שהוכחו כיעילות מחקרית. דוגמה למודל שכזה הוא המודל של פרי (2008) שמציע שילוב עוקב המתחיל התערבות קוגניטיבית-התנהגותית להשגת שינוי בתסמינים המוצגים, ובהמשך עובר לטיפול בגישה פסיכודינמית להרחבת התובנה וטווח החוויה של המטופל בתחומי הרגש, היחסים הבינאישיים וחוויות העבר שלו. זאת, מתוך כוונה לשפר את איכות חייו של המטופל ולייצב את השינוי שהושג בהטבה בתסמינים.

במקרה של אייל, אינטגרציה ראשונה נערכה בין הפן הרפואי לפסיכולוגי - הקו הטיפולי הראשון הוא תרופתי. קו זה סייע לו באופן חלקי ולכן אם קו זה אינו מסייע די הצורך עוברים לקו שני הדורש טיפול אנדוסקופי הכולל תהליך כירורגי של צנתור הערמונית. על מנת להימנע ממעבר לקו שני, אשר כשלעצמו עורר חששות, ובמטרה למצות את יעילות הקו הראשון, אייל הופנה לפסיכולוג הרפואי במרפאה. לאחר הערכה באמצעות ראיון והעברת שאלון דיווח עצמי לבדיקת אבחנה של תסמין סומטי SSD-12 (Toussaint et al, 2016), התחלנו בהתערבות קוגניטיבית-התנהגותית שכללה תחילה פסיכודוקציה וטכניקות פסיכו-פיזיולוגיות הכוללות תרגול נשימות, הרפיה ומדיטציית קשיבות (Mindfulness) במטרה לסייע בהפחתה של מיקוד הקשב בתסמין המטריד ויצירה של דה-סנסיטיזציה