

MI-CBT



טיפול קוגניטיבי התנהגותי בשילוב הגישה המוטיבציונית MOTIVATIONAL INTERVIEWING – COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY

הרב איילון מעודה M.S.C

מומחה בטיפול קוגניטיבי התנהגותי, מרצה ומדריך, ורכז התכנית MI-CBT במרכז י.ג.ר



שהשתנה זאת הפרשנות שלו ששינתה את התגובות שלו. אם כן, משמעות הדבר היא שיש לאדם כוח לשנות מקצה לקצה את אופן הרגשתו, התנהגותו ואת התחושות הגופניות שלו על ידי שינוי החשיבה שלו ושינוי הפרשנות שהוא נותן לאירוע שאירע לו.

אך רוב בני האדם אינם מודעים למחשבות הרבות שמתרוצצות במוחם. על פי מחקרים מסוימים לאדם ממוצע יש כ 70 אלף מחשבות ביום. בנוסף, רובנו גם לא מודעים לתוכן של אותן מחשבות, במיוחד שהפרשנויות שלנו הן סובייקטיביות והן בדרך כלל משקפות את השקפת עולמנו ואת אמונות היסוד שרכשנו במהלך השנים.

לכן, הקושי הגדול של האדם יתבטא בשאלות הבאות: כיצד נדע מה הן אותן מחשבות, ומה תוכנן? האם אותן מחשבות ופרשנויות סובייקטיביות הן פרשנויות נכונות ואמתיות או שהן בנויות על מסקנות חסרות בסיס? מתי יש צורך לשנות את הפרשנויות, אם בכלל? ובמידה וכן צריך לשנות - כיצד עושים זאת?

הממד השני - הצד ההתנהגותי: גם במידה והמטופל למד לשנות את מחשבותיו ואת פרשנויותיו ולהתאים אותן למציאות ללא עיוותי חשיבה, עדיין נכונה לו עבודה רבה בתחום ההתנהגותי. לרוב בני האדם יש התנהגויות אוטומטיות שהשתרשו במהלך החיים כתוצאה מאותן פרשנויות ועיוותי חשיבה. כל עוד האדם לא שינה גם את התנהגותו וחוה התנהגות שהיא התמודדות ולא הישרדות בה נהג עד היום, הרי שהשינוי המבוקש לא יתקיים. למרות שהמטופל ירגיש שינוי לטובה על ידי תיקון החשיבה והפרשנות, השינוי יהיה באופן זמני בלבד וקיים סיכוי גדול שהוא יחווה גרסיה מכיוון שהשינוי לא הוטמע ברמה המעשית אלא ברמה התיאורטית בלבד.

לדוגמה: אדם שיש לו פוביה ממעליות, חש רגש חרדה ובהלה כשצריך לעלות במעלית, מחשש שמא המעלית תיפול או שהיא תיתקע ואז לא יהיה לו חמצן וייחנק. כתוצאה מרגש זה, הוא ישתמש בהתנהגות המנועית ולא יעלה במעליות. גם אם אותו

טיפול CBT בשילוב הגישה המוטיבציונית מיועד לסייע לאנשים עם הפרעות מצבי רוח, חרדות, פוביות, דיכאון, דימוי עצמי וכדומה. הטיפול מאפשר הבנת הקונפליקטים הפנימיים של המטופל בהקשר לתהליך הטיפולי, הבנת ההפרעות שהוא חווה, ומסייע לו להבין ולהתמודד איתם. זאת כדי שילמד להתגבר על ההתנגדויות שיש לו הן בתוך חדר הטיפולים והן מחוצה לו וכך הטיפול יהיה מועיל ומשתמר לאורך זמן. על מנת להבין יותר את הגישה, ננסה להבין בקצרה מהי גישת טיפול של ה CBT, מהי הגישה המוטיבציונית, וכיצד בא לידי ביטוי שילוב שתי השיטות.

מהי גישת הטיפול CBT?

גישת ה CBT (טיפול קוגניטיבי התנהגותי) מתייחסת ונוגעת בשני מימדים חשובים של האדם: הצד הקוגניטיבי והצד ההתנהגותי.

הממד הראשון - הצד הקוגניטיבי: אלו הן "מחשבות ופרשנויות" של האדם על כל סיטואציה המתרחשת בחייו. ההבנה על פי שיטה זו היא שהאדם מגיב בשלוש תגובות אינסטינקטיביות - רגשית, התנהגותית, וגופנית: האדם מרגיש רגשות - כעס, חרדה, תסכול, דיכאון וכו', מתנהג בהתנהגות הישרדותית - מלחמה, בריחה, קיפאון, וחש תחושות גופניות - דופק לב מואץ, סחרחורת, וכו'. רצף זה נובע אך ורק כתוצאה מהמחשבות והפרשנויות שהוא נתן לאירוע כמו שנאמר "סוף מעשה (תגובה) במחשבה תחילה".

לדוגמה: אדם הרואה נחש שנכנס לחדרו - האירוע, יתמלא ברגש חרדה, יתנהג באופן הישרדותי של מלחמה, בריחה, או קיפאון במקום, ויחוש תחושות גופניות של זיעה, דופק לב מהיר, שרירים קפוצים. המערכת הסימפטטית שלו פועלת בתגובה לפרשנות שנתן לאירוע - שיש כאן איום וסכנה. אולם אם באותו אירוע בדיוק משהו ילחש באוזנו ויאיר את עיניו שמדובר בנחש צעצוע, כמובן שהרגשות, ההתנהגויות והתחושות הגופניות שלו ישתנו מקצה אל הקצה כתוצאה מהפרשנות החדשה שנתן לאותו אירוע בדיוק - שאין כאן איום או סכנה. האירוע לא השתנה, מה

תחום חדש חקצוע מבוקש!



MI-CBT עקרונות הטיפול בCBT בשילוב הגישה המוטיבציונית

בחסות האוני' הפתוחה מערך לימודי החוץ

בשיתוף אגודת היועצים והמטפלים במשפחה בישראל

התכנית תעניק ידע מקצועי ומעשי בCBT
המסייע בשינוי דפוסי חשיבה והתנהגות
בשילוב הגישה המוטיבציונית המשמשת
להפעלה ולהגברת המוכנות לשינוי.

התכנית מיועדת
לעוסקים בתחומי החינוך והחברה, יועצים ומטפלים

מרכז י.נ.ר.

מובילים חזון ומציאות

לפרטים והרשמה: 02-6321603

YNRCOLLEGE.ORG • RISHUM@YNRCOLLEGE.ORG

מרכז י.נ.ר. - המרכז המוביל והמקצועי ללימודי יעוץ והנחייה
בית הדפוס 30, ירושלים | ז'בוטינסקי 100, פתח תקווה | האבות 64 באר שבע

אדם יבסס לעצמו טכניקות חשיבה מועילות, מעשיות וחיוניות, כל עוד הוא לא למד להתמודד בשטח - לעלות במעלית ולשנות את ההתנהגות ההימנעותית שלו להתנהגות של התמודדות, הטיפול לא הושלם. החרדה תחזור ותישמר אצלו עד שישנה גם את ההתנהגותו בשטח.

שני הממדים - הקוגניטיבי וההתנהגותי יחדיו חשובים ביותר להצלחת הטיפול. ללא שינוי חשיבה לא יחול שינוי ברגשות ובהתנהגויות, וללא הטמעה של ההתנהגות "מתמודדת" האדם יישאר בהתנהגות ההימנעותית שלו ולא יחוה את השינוי המיוחל לאורך זמן.

גם כאן השאלות הגדולות הן כיצד נפטרים מהתנהגות הימנעותית? מהי התנהגות "מתמודדת"? וכיצד מטמיעים ומלמדים את המטופל לבצע את השינוי? מעל הכל, הרי כל שינוי בהתנהגות שהשתרשה לאורך שנים קשה ואפילו לעיתים מאיים. לעיתים האדם יוותר על האפשרות מראש ויעדיף לשמר את אותם הרגליים לא נעימים. כאן נכנסת הגישה המוטיבציונית המייצרת אצל המטופל את המוטיבציה לשינוי הרצוי.

גישת הריאיון המוטיבציוני (MI) - המטרה - הגברת המוטיבציה לשינוי.

Motivational Interviewing היא גישת טיפול ממוקדת באדם, שפותחה בשנות ה-80 על ידי הפסיכולוגים הקליניים ויליאם מילר (William R. Miller) וסטיבן רולניק (Stephen Rollnick). בבסיס הגישה עומד הרעיון שאי אפשר להביא את האדם לשינוי בהיעדרה של מוטיבציה פנימית. קיומה של מוטיבציה פנימית לפעולה ורצון אמיתי לשינוי הכרחיים להשגת שיפור אצל המטופל.

למעשה, גם כשאנחנו מצהירים שברצוננו להשתנות ואף משקיעים אנרגיה בטיפול, קיימים בנו גם כוחות מנוגדים המסיטים אותנו ממימוש המטרות הצבנו לעצמנו.

בפתח גישה עומד הריאיון המוטיבציוני המתבטא בעיקר בחשיבות בניית הקשר בין המטפל למטופל, וכינון הברית הטיפולית. הטיפול מתבסס על הקשבה אמפתית, העצמת המטופל ובחינת עמדותיו.

מטפל שעובד בגישת הריאיון המוטיבציוני מתעכב ומתמקד בזיהוי מקורות האמביוולנציה של המטופל: הקולות שתומכים בשינוי והקולות שמתנגדים לו. לאחר מכן הוא משקיע יחד עם המטופל מאמצים משותפים במטרה לפתור את הדילמות הכרוכות בשינוי פסיכולוגי. האמביוולנטיות של המטופל היא תחושה המוכרת לכולנו: התקיימות בו זמנית של רגשות מעורבים לגבי השינוי הרצוי.

לדוגמה: אדם ששרוי בדיכאון עלול להיות אמביוולנטי לגבי הטיפול מכמה בחינות. ייתכן שהוא באמת מעוניין בטיפול ורוצה לצאת מהתחושה הקשה והרגשות הקשים הנלווים אליה, אך מצד שני הוא עלול לאבד את ה"הטבות" שיש לו כשהוא נמצא בדיכאון, כגון: הסרת אחריות. כשהוא בדיכאון לא דורשים ממנו כלום, הוא יכול להישאר במיטה ללא עשייה, וברגע שיתרפא

זה. ולכן זוהה צורך במודל טיפולי שיתמקד באבחון מדויק של מיקום המטופל במודל המוטיבציוני ויפעל על מנת להגביר את המוטיבציה שלו לגייס משאבים כדי לעבור לשלבים הבאים בדרך לשינוי.

שילוב של גישת CBT עם הריאיון המוטיבציוני - MI-CBT

הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (CBT) יעיל ביותר בהפרעות חרדה ודכאון וכדומה. יחד עם זאת, מכיוון שטיפול זה עושה שימוש בצד ההתנהגותי ומשלב מרכיבי חשיפה לגורמי ההפרעה, המטופלים חווים לעיתים קרובות אמביוולנטיות לגבי הטיפול. על כן מתמודדים המטופלים עם התנגדות מצד המטופל הן לשינוי עצמו ו/או לתהליך. בנוסף לכך, טיפול CBT דורש עבודה מצד המטופלים - הם נדרשים לתרגול הן במהלך הפגישה והן לאחריה, כולל שיעורי בית בין הפגישות, וביצוע שינויים התנהגותיים בתחומים שהיו קשים למטופל לשלוט בהם בעבר. לכן הגישה המוטיבציונית (MI) היא אסטרטגיה טיפולית המתייחסת לאמביוולנטיות לגבי שינוי בהתערבויות קליניות. המטפל בגישה זו מאמץ סגנון תקשורת אמפתי, המעביר מסר אותנטי של קבלה כלפי המטופל, כאשר הוא מועד להתנהגויות הרסניות.

MI מיושם כתוספת לטיפול CBT על מנת להגביר את המוטיבציה והמחויבות של המטופל להתערבות, במיוחד כאשר מרכיבי הטיפול עשויים להיות מאתגרים. הגישה משמשת להפעלת המטופל לפרק את ההתנגדויות שלו ולהגברת הרצון והמוכנות שלו לשינוי. היא מעודדת את המטפל לפגוש את המטופל בתהליך השינוי הייחודי שהוא עובר וליצור סינרגיה מצוינת. כל זאת בזמן שה CBT משמש כדרך לסייע למטופל לשנות באופן אקטיבי את ההתנהגויות ודפוסי החשיבה שלו. מחקרים מוכיחים שבשילוב שתי גישות הטיפול ישנה תועלת עצומה - המטופל ישתף פעולה מתוך מוטיבציה ורצון פנימי בתהליך, אחוזי הפרישה יהיו נמוכים, ותוצאות הטיפול והשינויים שנעשו בו ישתמרו לאורך זמן.

שיטת ה MI-CBT רואה את הטיפול בעיניים חיוביות ומכבדות. על פי השיטה, המטפל והמטופל הם שותפים שווים בדרך להשגת המטרה, ועליהם ליצור ברית טיפולית חזקה, אמפתית ותומכת כדי להשיג את השינוי המיוחל בטיפול בהפרעות ובקשיים הרגשיים שהמטופל חווה.

מומחים הן ב-CBT והן ב-MI מעידים כי השילוב עשוי לשפר הן את שיעורי התגובה הראשונית והן את שימור השינוי לאחר השלמת הטיפול. לפיכך, MI יכול לגרום ל-CBT לעבוד טוב יותר.

מקורות: בוחרים להרגיש טוב, ברנס דוויד, 2007, תל אביב, הוצאת פסגות
טיפול קוגניטיבי התנהגותי: מבוא לשיטה, כלים למטפלים ועוד. ג'ודית ס. בק, 2011.
הוצאת "אח"
הגישה המוטיבציונית: הגברת מוטיבציה לשינוי, ויליאם מילר, פרופ' סטיבן רולניק.
הוצאת אח 2009
מחשבות ורגשות, ד"ר מתי מקיי & ד"ר מרתה דייוויס & פטריק פנינג. הוצאת פוקוס 2003
הפרעות חרדה ובעת, התאוריה והטיפול ההכרני, ד"ר אהרון ט. בק & ד"ר גרי אמרי & ד"ר רות גרינברג 2009 מכון פסגות

מהדיכאון הוא עלול לאבד את "ההטבות" הללו. וזוהי רק דוגמה אחת לאמביוולנטיות של מטופלים.

אכן, מטפלים רבים לדאבונם מוצאים שהמטופלים שלהם אינם מגיבים לטיפול, אינם דבקים במשימות הטיפול, מפסיקים טיפול בטרם עת או לאחר הצלחה ראשונית, ואינם מסוגלים לשמור על שינוי לאורך זמן וזאת כתוצאה מהאמביוולנטיות של המטופל שמתבטאת בהתנגדות הן לתהליך הטיפולי והן לשינוי המתבקש.

ששת שלבי הטיפול בגישת הריאיון המוטיבציוני

הוגי הגישה פיתחו מודל התפתחותי המתאר את תהליך השינוי ההתנהגותי, המכונה גם "המודל המוטיבציוני". המודל מתאר שישה שלבים אותם עוברים המטופלים בשיטה בדרך לשינוי:

1. שלב הטרם-התלבטות
2. שלב ההתלבטות
3. שלב קבלת החלטות והכנה
4. שלב הפעולה
5. שלב השימור
6. שלב הסיום

שלב הטרם-התלבטות: שלב זה מאופיין במעין עיוורון וחוסר מודעות לקיומה של הבעיה. בשלב זה כמובן שאין עדיין מחשבה על שינוי.

שלב ההתלבטות: המטופל מתודע למצבו, מכיר בו כבעייתי ומתחיל לחשוב על הצורך בשינוי. עם זאת, מדובר בשלב אמביוולנטי ובלתי יציב, האדם איננו מוכן עדיין לשינוי ונוטה לדחות כל עשייה הקשורה בו.

שלב קבלת החלטות והכנה: זהו השלב שלפני השינוי המעשי, בו האדם מחליט לשנות ומתכוון לקראת השינוי. שלב זה מתאפיין ראשית בשקילה סופית של השלכות השינוי, וקבלת ההחלטה לשנות. לאחר שהתקבלה החלטה, האדם מגבש את מטרותיו ואת תוכנית הפעולה להשגתן.

שלב הפעולה: זהו שלב היישום. שלב זה הוא אקטיבי וכולל מעקב אחר המטרות ושינוי ההתנהגות באופן המכוון למטרה בהתאם לתוכנית שגובשה.

שלב השימור: בשלב זה השינוי כבר הושג אך מושקעים מאמצים בשימורו ובמניעה של נסיגות חזרה למצב שהיה בטרם השינוי. זהו שלב קשה ביותר המאלץ את האדם להשקיע משאבים רבים בשליטה עצמית. שלב זה גם מאופיין בכישלונות מקומיים ובנסיגות. חוויות הצלחה ושליטה עצמית ישלימו את תהליך השינוי, אך חוויות מרובות של נסיגה ושל חוסר שליטה עשויות לגרום לרגרסיה מוחלטת לשלבים מוקדמים יותר.

שלב הסיום: כאשר השינוי הושלם, ההתנהגות החדשה כבר הפכה לטבעית עבור האדם, והוא אינו נסוג עוד להתנהגות העבר. לא כל אדם מגיע לשלב הזה.

אבות הגישה המוטיבציונית הבינו כי רבות מהגישות הטיפוליות מותאמות למטופלים שנמצאים בשלב הפעולה, בעוד מרבית המטופלים מגיעים לטיפול כאשר הם עדיין רחוקים משלב