

סיכום מאמר:

ראיות אמפיריות על החלמה ובריאות הנפש

מייק סלייד ואלינור לונגדן

בריטניה, 2015

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 15, 1-14. DOI 10.1186/s12888-015-0678-4

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת פרופ' דיויד רועה

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

כל הזכויות שמורות

© copyright יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

כיצד צריכה להיקבע זכאות להטבות ולמשאבים חברתיים עקב מגבלה? מערכות הרווחה נוטות להיבנות על בסיס קטגורי כלומר: לא-מוגבל, לעומת מוגבל. לדוגמא, המערכת האוסטרלית דורשת "מוגבלות או לקות קבועה או שסביר שתהיה קבועה" כקריטריון לזכאות. בשנת 2014 בוצעה על ידי המרכז לבריאות הנפש באוניברסיטת מלבורן סקירת ספרות מחקרית שמטרתה להציג את הידע הקיים לצורך קביעת מדיניות לגבי זכאות להטבות עקב מגבלה. הסקירה בחנה את "המצב העכשווי של ראיות המתייחסות להשפעת מוגבלות פסיכו-סוציאלית", בהקשר של יישום חוק הביטוח הלאומי באוסטרליה. בסקירה נכללו גישות להבנת המושגים של "קביעות" ו"מוגבלות" בחקיקה בינלאומית, ראיות המתייחסות לתוצאות בשלוש אבחנות ספציפיות (סכיזופרניה, הפרעה ב-פולארית ודיכאון) וכיצד ניתן לתמוך באנשים החיים עם "מוגבלות פסיכו-סוציאלית".

סקירת 2014 כוללת אלמנטים של סקירה שיטתית השואפת ליצירת סינתזה של כלל הראיות המתייחסות לנושא. הסקירה לא פורסמה כמסמך אקדמי ולפיכך לא עברה הליך של ביקורת עמיתים (Peer review), שעשוי היה להאיר כמה מגבלות, בהן: היעדר רציונל לבחירת טווח הזמנים (1994-2014), טווח המוציא מן הסקירה כמה מחקרי תוצאה ארוכי טווח רבי-השפעה אשר מצאו שיעורי החלמה מסכיזופרניה בשיעור של 50%), השימוש במסד נתונים אלקטרוני בלבד, חוסר בהירות לגבי אופן השימוש בהגדרות החיפוש והיעדר הצגה ברורה של קריטריונים להכללה והוצאה מהסקירה. על אף זאת, אנו רואים את סקירת 2014 כאיתנה ואיכותית, כתובה היטב ובעלת שקיפות בשיטתה, חזקה בתוך מסגרת הספרות שבה השתמשה ואינה הולכת מעבר לנתונים. לפיכך היא מסייעת להאיר את תרומת הידע של צורה מדעית אחת. הסקירה כוללת את המסקנות הבאות:

1. הערכת מוגבלות והסבירות לקביעות נטה להיעשות תוך שימוש במערך של מבחנים.../או חוות דעת של מומחים.

2. ההשפעות השליליות של מחלת נפש, עבור חלק ניכר מהאנשים, הן מתמשכות ונרחבות.
 3. מחלת נפש לעתים קרובות אינה "קבועה" במובן זה שהשפעותיה אינן עקביות לאורך זמן, אף שדפוס המוגבלות והתפקוד יכולים להתמיד במשך שנים רבות.
 4. סביר כי גורמי הניבוי הטובים ביותר למהלך ארוך-טווח של צורה מסוימת של מחלת נפש הם המחלה עצמה, כאשר אנשים עם סכיזופרניה נוטים לחוות תוצאות גרועות יותר מאשר אנשים עם הפרעות אחרות ולהופעת מאפייני המחלה בשלבים מוקדמים.
 5. התוצאות לרוב מתמתנות באמצעות גורמים רבים כגון נגישות לטיפול איכותי ותמיכות.
 6. אנשים רבים עם מוגבלות פסיכו-סוציאלית מדווחים על צרכים בתמיכה שאינם מקבלים מענה. צרכיהם עשויים שלא לקבל מענה בשל היעדר שירותים מתאימים או משום שהשירותים לא תואמים במלואם לצרכיהם. לחלופין, צרכיהם של מתמודדים אינם זוכים למענה גם משום שאין ביכולתם להרשות לעצמם נגישות לשירותים התואמים לצרכיהם, או בגלל שאינם יודעים כיצד למצוא ולגשת לשירותים קיימים.
 7. ראיות מחקריות מראות כי אנשים עם מחלות נפש לעתים קרובות מושפעים ברמה כלשהי בכל התחומים בחיי היומיום שלהם, חווים קשיים בתפקוד חברתי ותעסוקתי, בהחזקת דיור ובביצוע משימות היומיום... רבים... חווים חוסר דיור... נראה כי האנשים עם סכיזופרניה הם המוגבלים באופן החמור ביותר.
- אנו מסכמים את שבע המסקנות הללו כשבעה מסרים:

1. החלמה מוערכת באופן הטוב ביותר על-ידי מומחים או באמצעות שימוש בהערכות סטנדרטיות.
 2. אנשים מעטים עם בעיות נפשיות מחלימים.
 3. אם אדם אינו עומד עוד בקריטריונים של מחלת נפש, הוא ברמיסיה.
 4. האבחנה היא בסיס איתן לאפיון קבוצות וניבוי צרכים.
 5. טיפול ותמיכות אחרות הם גורמים חשובים לשיפור תוצאות.
 6. החסמים לקבלת טיפול יעיל הם זמינות, מימון ומודעות הלקוח.
 7. השפעת מחלת נפש, בפרט סכיזופרניה, היא שלילית לחלוטין.
- כאמור, סקירה מחקרית זו מייצגת צורה מדעית אחת. עם זאת, אנו מאמינים כי ממצאיה מושפעים מההנחות הטבועות בה וכי ישנם סוגים אחרים של ראיות המובילים למסקנות אלטרנטיביות. אף שמטרת הסקירה מתייחסת למוגבלות פסיכו-סוציאלית, מסקנותיה קשורות במושגים המעוררים ויכוח תחת הנושא של "החלמה". מטרת מאמר זה לספק פרספקטיבה מאזנת באמצעות הצגת ראיות להחלמה בבריאות הנפש. זוהי הערכה סלקטיבית של טווח ראיות מדעיות רחב יותר ושונה בהנחותיו, המובילה לשבעה מסרים שונים.

שבעה מסרים אלטרנטיביים מבוססי-ראיות

נציג את הטיעונים המדעיים עבור שבעה מסרים שונים. הידע שלנו, ולפיכך מירב העדויות שנצטט, מתייחסות בראש ובראשונה לסכיזופרניה. הסוגיות חופפות עם שתי האבחנות האחרות – הפרעה בי-פולארית ודיכאון.

מסר 1: החלמה מוערכת בצורה הטובה ביותר על-ידי האדם החווה אותה

השופט החשוב ביותר של החלמה הוא האדם המושפע ממנה ישירות. לכן, ערכיו והעדפותיו של האדם לגבי טיפולים ספציפיים או צורות אחרות של תמיכה צריכים לקבל מקום מרכזי. המשמעות של החלמה בקונטקסט של בעיות נפשיות משתנה. המשמעות הישנה - "החלמה קלינית", נבעה מתוך מחקר ופרקטיקה בהובלת אנשי מקצוע. יש לה ארבעה מאפייני מפתח:

א. החלמה היא תוצאה או מצב שהינם לרוב דיכוטומים – האדם נמצא "בהחלמה" או "לא בהחלמה".

ב. החלמה ניתנת לתצפית – בשפה הקלינית - היא אובייקטיבית לא סובייקטיבית.

ג. החלמה מוערכת על ידי קלינאים מומחים, לא המטופל.

ד. הגדרת החלמה אינה משתנה בין אנשים.

הגדרות שונות של החלמה קלינית הוצעו על ידי אנשי מקצוע בבריאות הנפש. הגדרה רווחת היא שהחלמה כוללת רמיסיה מלאה של סימפטומים, השתתפות בתעסוקה או לימודים באופן מלא או חלקי, חיים עצמאיים ללא השגחת מטפלים לא-פורמאליים, כאשר כל אלה נשמרים במשך שנתיים. ניתן לסכם זאת במושג: "להיות נורמאלי". ההגדרה של החלמה קלינית אינה משתנה על פני אינדיבידואלים, משמע שהיא ניתנת להגדרה, מדידה וחקירה בכלים אמפיריים. עם זאת, הנחות עמוקות לגבי נורמאליות טבועות בהחלמה קלינית ומעלות שאלות הנוגעות לראיית החלמה כתוצאה, למשל: כמה מטרות יש להשיג כדי להיחשב כמי שהחלים? כמה הצלחה בחיים תיחשב "נורמאלית"? משמעות שונה של החלמה נבעה מתוך תנועת הצרכנים בבריאות הנפש: "החלמה אישית". בניגוד להחלמה קלינית, החלמה אישית היא:

א. תהליך או רצף.

ב. מוגדרת באופן סובייקטיבי על-ידי האדם עצמו.

ג. "מוערכת" על-ידי האדם החווה את הקשיים הנפשיים, הנחשב כמומחה להחלמתו.

ד. להחלמה משמעות שונה עבור אנשים שונים, על אף היבטים המשותפים לאנשים רבים.

להחלמה אישית מיקוד שונה מהחלמה קלינית, לדוגמא, בהדגשת מרכזיותן של תקווה, זהות, משמעות ואחריות אישית. כיוון שלהחלמה משמעות אישית עבור כל אדם, קשה למצוא הגדרה משותפת. במחקר שבחן 381 משתתפים שהתנסו בפסיכזזה, מספר המשתתפים הגדול ביותר הסכימו עם הטענה כי "החלמה היא השגת איכות החיים המקובלת על האדם באופן אישי" וכי "החלמה היא להרגיש יותר טוב לגבי עצמך". הגדרות להחלמה אישית ממקדות את תשומת הלב על מה שמשותף לנו במקום על מה שמפריד: כולם, כולל אנשי צוות וצרכנים, מנסים לחיות טוב ככל האפשר. הגדרה זו גם משקפת את המציאות שבה לכולנו יש אתגרים המגבילים את חיינו, בין אם הם קשורים לבעיות בריאות, בעיות חברתיות (כמו עוני), בעיות בינאישיות, רוחניות, מיניות ועוד. ההתמקדות בתמיכה באנשים לחיות את חייהם מעבר לבעיות הנפשיות הופיעה ברחבי העולם כמרכיב מפתח של גישת החלמה.

הבחנה זו בין תפישות שונות של החלמה אופיינה בדרכים שונות: החלמה מ- לעומת החלמה ב-; מודלים מדעיים מול מודלים צרכניים של החלמה; החלמה קלינית לעומת החלמה אישית; או לעומת החלמה חברתית. החלמה אישית, היא זו שאליה מתכוונים מדיניות או שירותים המתייחסים לתמיכה בהחלמה, המשתמשים ב"גישת החלמה", או מתבססים על "מודל

ההחלמה". זוהי משמעות ההחלמה הטבועה במדיניות בריאות הנפש ובפרקטיקה ברחבי העולם, כולל באוסטרליה, קנדה, אנגליה ווילס, גרמניה, הונג-קונג, ישראל, איטליה, הולנד, ניו זילנד, צפון אירלנד וארה"ב.

הפוסק האחרון של החלמה הוא, אם כן, האדם בעל הניסיון. זה לא נוח מנקודת מבט של מדיניות, שבאופן מסורתי נשענה על הערכת מומחים לקבלת החלטות על הקצאת משאבים. מכל מקום, כפי שאמר רוברט מקנמרה, "האתגר הוא לעשות את מה שחשוב לבר-מדידה, לא את מה שבר-מדידה לחשוב". נחוץ בסיס ראיות חדש כולל גישות חדשות, כמו גישה לקביעת זכאות להטבות הממקמת החלמה כהתנסות סובייקטיבית ולא כמצב הניתן לתצפית אובייקטיבית.

מסר 2: מתמודדים רבים מחלימים

סקירת 2014 אינה מספקת אמירה מקיפה לגבי שיעורי החלמה בשלוש ההפרעות שאליהן היא מתייחסת. עם זאת, מוצגים נתוני השכיחות של שתיים מההפרעות – סכיזופרניה ודיכאון, על בסיס ממצאי סקירות מחקריות. נדון כעת בסקירה מחקרית על סכיזופרניה משנת 2013. נצפה כי סוגיות דומות מתייחסות גם למדידת שיעורי החלמה בקבוצות אבחנה אחרות.

סקירה שיטתית של תוצאות בסכיזופרניה (2013) סיכמה ממצאים של 50 מחקרי תוצאה, מחקרים שהשתמשו בשיטות הטובות ביותר לדיווח ואשר פורסמו לאחר ביקורת עמיתים בכתבי עת אקדמיים בעלי מוניטין. המסר המרכזי היוצא מסיכום הממצאים הוא: "בהתבסס על הנתונים הזמינים הטובים ביותר, בערך 1 מתוך 7 אנשים עם סכיזופרניה ענה לקריטריונים של החלמה". במילים אחרות: רובם המכריע של האנשים שאובחנו עם סכיזופרניה אינם מחלימים. מסקנה זו גוומה משלוש סיבות: שיטת הדגימה, תקופת המעקב והערכת התוצאה:

בעיה 1: שיטת הדגימה. הדגימה מבוססת על 50 מחקרים. מאיזה מסגרות גויסו המשתתפים? מידע זה מופיע בטבלה אינטרנטית נלווית למחקר, אך המחברים אינם מחשבים או מעירים על היבט זה במסמך המרכזי. לפיכך, חישבנו באופן ידני כי 23 מתוך 50 המחקרים שנסקרו גייסו אנשים באשפוז ו-7 בעת שחרור מאשפוז. 4 מחקרים גייסו משתתפים ממרפאות חוץ ו-12 גייסו משילוב של מסגרות אשפוז ומרפאות-חוץ. נותרים בסך הכל 4 מחקרים (8%) שגייסו משתתפים מהאוכלוסייה הכללית, הכוללים אוכלוסייה של 434 נחקרים, המהווים 4.8% מתוך 8994 המשתתפים במדגם כולו. במילים אחרות, כמעט כל המחקרים שנכללו זיהו משתתפים פוטנציאליים שכבר היו במגע עם שירותי בריאות הנפש. כפי שנדון בהמשך (מסר 6), אנשים רבים חיים עם חוויות כמו-פסיכוטיות מחוץ לשירותי בריאות הנפש. יכולת הניהול-העצמי שלהם מבלי שימשכו את תשומת לב השירותים מצביעה על רמות נמוכות יותר של חומרה ושיעורי החלמה גבוהים יותר. משמעות הדבר כי אנשים עם קשיים פחות חמורים סיכוייהם נמוכים יותר באופן שיטתי לנכוח במדגמים שנכללו בסקירה. במילים אחרות, בסיס הראיות ששולב בסקירה שיטתית זו מצביע על הטיית חשיפה והפרזה בהערכת רמת המוגבלות הטיפוסית ומשך המוגבלות הנקשרים לאבחנה של סכיזופרניה.

בעיה 2: תקופת המעקב. שונות של משך המעקב במחקרים שנכללו בסקירה עולה ממידע המופיע רק בתוספת הטבלה האינטרנטית. לכן חישבנו כי ב-11 מחקרים תקופת המעקב הייתה קצרה מחמש שנים, 10 מחקרים ביצעו מעקב מעל חמש שנים אך פחות מעשר, 10 מחקרים עקבו מעל 10 שנים אך פחות מחמש-עשרה, 10 מחקרים עקבו מעל חמש-עשרה שנים אך פחות מעשרים ו-9 מחקרים ביצעו מעקב של 20 שנה או יותר. במילים אחרות, המחקרים היו שונים מאוד מבחינת תקופות המעקב. כיצד הניתוח הביא בחשבון דפוס זה? בשום צורה כמעט: "על-מנת לתאר החלמה

במחקרים עם משך מעקב שונה, גזרנו את שיעור ההחלמה השנתי באמצעות חילוק מספרם של אלה אשר עמדו בקריטריונים של החלמה במספר שנות המעקב". אם כך, משוער שהחלמה היא ליניארית, מתקדמת בשיעור שנתי קבוע. לא ניתנת כל הצדקה להנחה (בלתי מוצהרת) זו, שאותה מערער הממצא לפיו משך המעקב לא ניבא את אומדן ההחלמה. גישה זו מובילה למסקנה כי: "שיעור ההחלמה השנתי החציוני היה 1.4% לשנה (טווח בין-רבעוני: 0.7%-2.6%). עם אחוזי החלמה שנתיים אלה, לאחר 10 שנים כ-14% מהאנשים צפויים להחלים".

החלמה אינה ליניארית. העדויות האמפיריות הקיימות מצביעות על כך שהחלמה מושפעת באופן ניכר מההקשר, הן החברתי (למשל, מערכות יחסים חברתיות ומקצועיות) והן הפסיכולוגי (למשל, מיקום השליטה, רווחה נפשית). למרות שישנן ראיות להבחנה בין שלבים שונים של החלמה, שלבים אלה אינם ליניאריים. ככלל, צירוף מחקרים שונים מאוד במשך המעקב שלהם אל תוך ניתוח מדגם אחד, אינו מוצדק.

בעיה 3: הערכת התוצאות. כיצד הוגדרה החלמה בסקירה המחקרית? "המחברים ניסו להעריך החלמה באופן האובייקטיבי ביותר האפשרי". גישתם דרשה (1) רמיסיה קלינית, (2) תוצאה מקיפה של תפקוד חברתי ו-(3) סימפטומים מתונים (mild) לכל היותר, עם התמדה בתוצאות החיוביות במשך שנתיים לפחות. נעשה שימוש במדדים שונים על-פני המחקרים, בהם פסיכופתולוגיה וקבלת מרשם לטיפול, תעסוקה, חיים עצמאיים וסולם להערכה תפקודית עבור תפקוד חברתי. המחברים מכירים בכך שהגדרה זו היא "מחמירה יותר מהמדד הרווח המוסכם לרמיסיה", כפי הנראה כדי להבטיח כי המשתתפים אכן החלימו ולא רק היו ברמיסיה.

איזה שיעורי החלמה נמצאו? על-פני 50 המחקרים שנסקרו נעו שיעורי החלמה בין 0% לבין 58%. אפילו לצופה הרגיל, הדבר עשוי להעלות כמה דאגות לגבי צירוף הנתונים להפקת אומדן יחיד כולל של שיעור החלמה. בעיה זו של שילוב תפוחים ותפוזים יחדיו ידועה בתחום הסקירות המחקריות כהטרוגניות: המידה שבה ישנם הבדלים אמיתיים המחלישים את התוצאות. התמודדות עם הטרוגניות היא אתגר סטנדרטי בסקירות שיטתיות. האם המחקרים הנסקרים דומים באופן מספיק כדי שיהיו מצורפים יחדיו למטה-אנליזה כך שיפיקו אומדן כללי של שיעור החלמה? שתי גישות מתודולוגיות לבחינת ההטרוגניות הצביעו על אי-הצדקה לצירוף המחקרים בשל הטרוגניות גבוהה. בכל זאת, כל המחקרים שימשו לניתוח יחיד, לפיו 14% מהאנשים עם סכיזופרניה מחלימים. המחברים אמנם מודעים לסוגיה ומנסים לפתור אותה על-ידי שימוש בגישת ניתוח ספציפית אך גישה זו משלבת הנחות שאינן נבחנות. ניסיון לחקור את מקורות ההטרוגניות באמצעות ניתוחים אחרים, אינו מוביל לממצאים ברורים.

טענתנו הכללית אינה סטטיסטית, אלא שכל ההחלטות החשובות בביצוע הסקירה הובילו לממצאים פסימיים יותר. מתוך כלל האנשים באוכלוסייה העונים לקריטריונים של סכיזופרניה, הפוקוס הוא על אלה שיש להם בעיות חמורות יותר, הנמצאים במגע עם שירותי בריאות הנפש. למרות ההבחנה המובנית מאליה בכך שהחלמה דורשת זמן ולעתים זמן ממושך, המחברים התייחסו באופן זהה למחקרים עם משך מעקב שונה באופן בולט. הסף שנקבע להגדרת אדם כ"מחלים" הוצב גבוה באופן מכוון. המחקרים נאספו כך שהפיקו הערכת פרופורציה גלובאלית מטעה של החלמה, ללא הצדקה מדעית. מסקנת המסמך כי "לא נמצאו ראיות המציעות כי "אנו משתפרים" בקידום המטופלים שלנו" אולי מצביעה כי הסקירה בוצעה מתוך ההנחות של פרספקטיבת החלמה הקלינית. מנקודת מבט זו עולה הרצון להפיק מספר – תשובה אמפירית מבוססת לשאלה "כמה אנשים מחלימים?". ההנחה המובלעת לפיה "מחלת נפש היא מחלה ככל

המחלות" תואמת לפרספקטיבת ההחלמה הקלינית, אבל בעלת השלכות שליליות על העמדות בקהילה. הראיות לפיהן זהו מסר בלתי מועיל הן כה חזקות עד כי לא משתמשים בו יותר בקמפיינים להפחתת סטיגמה בבריאות הנפש.

מנקודת המבט של החלמה אישית (ההבנה החדשה יותר והדומיננטית כיום להחלמה ברחבי העולם), ישנו פער ידע גדול, עם בסיס קטן ולא חד משמעי, של עדויות אמפיריות לקשר בין החלמה קלינית לבין החלמה אישית. מחקר שערך מעקב במשך 10 שנים (פורסם לאחר סקירת 2013) בחן תוצאות תמותה, תוצאות קליניות וחברתיות בקרב 557 אנשים עם פסיכזוה ראשונה. המחקר הדגיש את השונות בין החלמה קלינית מבוססת-סימפטומים לבין החלמה חברתית. בניתוח זה, 213 משתתפים לא חוו סימפטומים פסיכזוהיים במעקב ו-140 היו ללא סימפטומים במשך שנתיים או יותר. המחקרים סיכמו כי מחקרים שהתייחסו בעבר לתוצאות בסכיזופרניה ופסיכוזות אחרות ציירו תמונה כללית פסימית יותר על המידה של המהלך הקליני. בנוסף, השיעורים הנמוכים של תעסוקה (22%) ומערכת יחסים זוגית (32%) הצביעו על כך שהדרה חברתית יכולה להישאר סוגיה בעייתית אפילו אם התרחשה החלמה קלינית. כמה מחקרי אורך (20 שנים או יותר) מראים כי יותר ממחצית מהאנשים שאובחנו עם סכיזופרניה חוו החלמה קלינית. ברמת הפרט, יותר ויותר אנשים מספרים את סיפוריהם האישיים על החלמה. עולה כי החלמה שכיחה הרבה יותר מכפי שהובן בעבר. אין הצדקה מדעית לקביעת הטענה הכמותית לגבי שיעורי החלמה. הקביעות שנעשו הן בהחלט הערכות-חסר לעומת הסבירות האמיתית של החלמה.

מסר 3: אם אדם אינו עונה עוד לקריטריונים של מחלת נפש, הוא אינו חולה

ההנחה הטבועה בסקירת 2014, כמו בחלק ניכר של הפרקטיקה בבריאות הנפש, היא שלאחר שאדם אובחן פעם אחת, אם לא יאובחן שוב, משמע שהוא ברמיסיה ולא שאינו חולה. בעוד שהדבר יכול להיות נכון, שאדם שקיבל אבחנה מסוימת (למשל, דיכאון, סכיזופרניה) סיכוייו גבוהים יותר לעומת הציבור הכללי להיות מאובחן בשנית, הרי שהמסגור מחדש של "בריאה" (well) במערכת קטגוריות דיכוטומית כ"לא חולה" היא הטיה של הקשה. בריאה משמעו בריאה. הטיית הקשה זו משקפת הנחות של כרוניות והידרדרות, לדוגמא: בדיון על מחקרים של אנשים שחוו אפיזודה יחידה שלא חזרה על עצמה, מזהירה סקירת 2014 כי מחקר שעקב במשך שלוש שנים עשוי להיות קצר מכדי לשקף אפיזודות חוזרות. במילים אחרות, ישנה ביקורת על מחקרים כקצרים מדי מכדי לזהות את הישנות המחלה אבל האפשרות של היותם קצרים מדי מכדי לזהות החלמה אינה נשקלת.

המושג של רמיסיה רווח בתחומי הבריאות ויכול להיות מועיל, לדוגמא, בהקשרים שבהם מעקב ארוך-טווח אחר מטופלים עם מחלות חוזרות מאפשר שימוש הגיוני במשאבים. מכל מקום, השימוש בגישה זו בהקשר של בריאות הנפש הוא בעייתי. אחת מצורות הסטיגמה מכונה האפלה-אבחנתית, תהליך שבאמצעותו סימפטומים גופניים מיוחסים באופן שגוי למחלת נפש. זהו גורם אחד המבסס את פער התמותה השערורייתי של 20 שנה לגברים ו-15 שנה לנשים בין אנשים עם מחלת נפש לבין אנשים ללא מחלת נפש במדינות עשירות. למבט לפיו "פעם חולה תמיד חולה" השלכות רעילות בהקשר של בריאות הנפש, ויש לאתגר אותו. ככל שהאדם יכול לפתח זהות עשירה ומרובדת כאדם בהחלמה, ולא זהות דקה כ"פצינט", כך יוכל יותר לפתח חוסן נפשי ויכולת להתגבר על אתגרי החיים. ביחס לזכאות להטבות, הקריטריון של "נכות קבועה" בהקשר של בריאות הנפש הוא מרעיל וצריך שלא להשתמש בו. אם נחוץ קריטריון של זמן הרי שיש להשתמש בהתייחסות לתקופת מעקב סבירה, כגון "צפוי להתמשך לאורך שנה לפחות".

מסר 4: אבחנה אינה בסיס איתן

השימוש במושגים דיאגנוסטיים תואם לפרספקטיבת ההחלמה הקלינית, אך מושגים אלה שנויים במחלוקת, לדוגמא: הקריטריונים לסכיזופרניה ב-DSM-V הופיעו בכל המהדורות הקודמות של ה-DSM כמאפיינים מרכזיים אך שני סימפטומים מהדרגה הראשונה (דלוזיות ביזאריות וקולות מבקרים ו/או משוחחים) הוסרו כעת מרשימה זו בשל מהימנותם הנמוכה. קריטריונים אבחנתיים לסכיזופרניה הנכללים ב-DSM-V התחרו במידה רבה במהלך השנים עד לפרסומו. בשבוע טרם השקת ה-DSM-V הודיע ראש המכון האמריקאי לבריאות הנפש (גוף המימון העיקרי של חקר בריאות הנפש בצפון אמריקה) כי המוסד שהוא עומד בראשו עתיד לנטוש את ה-DSM משום שהוא עוסק רק בסימפטומים ולא במחקרים גנטיים ונוירולוגיים, שהוא מאמין שצריך להשתמש בהם להגדרת מחלות. דיווח של החברה הפסיכולוגית הבריטית שנקרא "להבין פסיכזזה" מסכם:

"המהימנות עודנה נמוכה עבור רוב האבחנות, לפחות בפרקטיקה הקלינית היומיומית שבה אבחנות לעתים קרובות נעשות מבלי הפניה מפורטת להנחיות הרשמיות. קלינאים נוטים ל"העדפות" אבחנתיות ולעתים קרובות ניתן לאנשים טווח של אבחנות במהלך המגע שלהם עם שרותי בריאות הנפש. שימוש באבחנות משתנה בין רופאים, בתי-חולים וארצות. אפילו קלינאים מנוסים, שקיבלו הכשרה נוספת לשימוש בקריטריונים, מסכימים על קטגוריה רחבה רק כ-50% מהזמן".

אחרים הרחיקו לכת וטענו כי יש לבטל לגמרי את המושג סכיזופרניה.

מדוע ישנו חוסר בהירות כזה לגבי אבחנה? אחד ההסברים הוא שקטגוריות אבחנתיות בבריאות הנפש מקיפות טווח גדול והולך של חוויות אנושיות. ההבניה החברתית של פסיכופתולוגיה מתרחשת כאשר מישהו מבחין בדפוס של התנהגות, חשיבה, הרגשה או רצון שמסיט מנורמה חברתית או אידיאל כלשהם, הוא מזהה חולשה אנושית או פגם, אשר, כצפוי, מופיעים בתדירות או חומרה גבוהות יותר אצל אנשים מסוימים לעומת אחרים. קבוצה בעלת השפעה וכוח מחליטה ששליטה, מניעה או "טיפול" בעיה זו הוא רצוי או משתלם. לאחר שניתן לדפוס שם שנשמע מדעי מקבלת ההפרעה החדשה קיום משל עצמה והופכת לישות דמוית-מחלה. "עם התפשטות השמועה על "זה", אנשים מתחילים לחשוב שיש להם "את זה"; אנשי מקצוע בתחומי הרפואה ובריאות הנפש מתחילים לאבחן ולטפל "בזה" וקלינאים ולקוחות מתחילים לדרוש שמדיניות ביטוחי הבריאות תכסה את הטיפול ב"זה". מרגע שה"הפרעה" נבנתה והוגדרה באופן חברתי ניתן ליישם שיטות מדעיות כדי לחקור אותה, אבל ההבניה עצמה היא תהליך חברתי, לא מדעי. למעשה, ככל ש"זה" נחקר יותר, כך כולם יותר משתכנעים כי "זה" הוא באמת "משהו".

נקודה ספציפית שנויה במחלוקת ביחס לחוויות פסיכוטיות היא תפקידה של טראומה. ראיות מדעיות מבהירות כי אנשים רבים המפתחים פסיכזזה (ולכן מאובחנים עם סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת) חוו אירועי חיים טראומטיים. עדויות רבות הצטברו כיום כדי להציע כי כמו בעיות נפשיות אחרות, פסיכזזה יכולה להיות תגובה לאירועי-חיים ונסיבות קיצוניות, בפרט צורות שונות של פגיעה וטראומה. סקירה מחקרית משנת 2008 מצאה כי בין מחצית לבין שלושה רבעים מהמאושפזים במחלקות פסיכיאטריות עברו פגיעה גופנית או מינית בילדותם. נראה כי חוויות

מרבוב של טראומה בילדות גורמות לסיכון לפתח פסיכוזה בערך באותה רמה שעישון גורם לסיכון לפתח את סרטן הראות.

סיבה נוספת היא שמערכת בריאות הנפש נתמכת על-ידי הנחות שונות עדיפות לגנטי, לביולוגי ולאחרונה לפסיכולוגי ומזניחות את ההבנות החברתיות של מצוקה נפשית. הוכח כי קשה למערכת בריאות הנפש להרפות מההנחה כי מחלת נפש שוכנת בתוך האדם, לדוגמא: אחת התגובות לממצא שצוין לעיל לפיו סכיזופרניה רווחת יותר בקרב אנשים שחוו טראומה בילדות הייתה לחפש את ההבדל הגנטי המשפיע על תגובה לטראומה בילדות. אף שלכל מחקר מדעי יש ערך המאמצים המתמשכים להתייחס לתופעה כנובעת מסיבה אינדיבידואלית-חברתית מייצגים הטיה של ייחוס סיבתיות בחקר בריאות הנפש. גורמים חברתיים אחרים, המשפיעים על בריאות נפשית, כוללים עוני, אבטלה ורשתות חברתיות מצומצמות. כאשר סיבות חברתיות אלה ממוסגרות כ"גורמי פגיעות", כלומר, כמשהו שנוגע לפרט, הרי שהסוגיות האמיתיות של צדק, הדרה, כוח ושוליות חברתית - נחסמות. ניתן לראות זאת כבלתי מקובל, כמו לדוגמא חיפוש אחר פגיעות לגזענות בקרב מיעוטים אתניים. אם הבעיה היא חברתית, הרי שפתרונות חברתיים צריכים להיות המפלט הראשון. בשפה של זכויות אדם, "תקנו את החברה, לא את האנשים".

להדגשת-יתר של אבחנות ישנן השלכות שליליות. היא מובילה להתפתחות תת-תרבויות נפרדות שבהן פתרונות מיוחדים נוצרים למען אנשים עם בעיות נפשיות המתקשים בחיי היומיום במקום פתרונות מתוך הזרם המרכזי, לדוגמא: למתמודד המעוניין במערכת יחסים מוצעת הכשרה במיומנויות חברתיות או לזה שרוצה עבודה מוצעת הכשרה טרום-תעסוקתית או למי שמבקש לשכור דירה מוצעת הכשרה כיצד להיות דייר טוב. אוריינטציה כלפי החלמה משמעה להתחיל עם ההנחה כי אנשים עם מחלת נפש הם בראש ובראשונה אנשים כך שהמענה המועיל לבעיותיהם היומיומיות הוא לתמוך בנגישותם לפתרונות מהזרם המרכזי, לדוגמא: ישנן ראיות מרשימות לכך שתעסוקה נתמכת משיגה תוצאות טובות יותר מהכשרה טרום-תעסוקתית (הכנה לעולם העבודה). סקירה מחקרית שבחנה 18 מחקרי ניסוי רנדומאליים מבוקרים הצביעה על התמדה בתעסוקה לאורך שנה וחצי בשיעור של 34% בקרב משתתפי תעסוקה נתמכת לעומת 12% בקרב משתתפי הכשרה טרום-תעסוקתית. מחקר שבוצע בשש מדינות אירופאיות הראה כי השמה פרטנית עם תמיכה הייתה עדיפה על-פני האלטרנטיבות בכל אתרי המחקר מבחינת עזרה במציאת עבודה בשכר ושמירתה. ראיות דומות עלו ביחס לדיור כאשר השגת דירה ותמיכה בהחזקתה יעילות יותר מהכשרת הכנה לדיור או מהעמדת דרישות של כשירות כתנאי ראשוני (כמו הימנעות מאלכוהול).

הדגשת-יתר של אבחנה גם מגבירה את הסטיגמה הקשורה לבריאות הנפש. המציאות היא שכולנו פגועים בדרך כלשהי. השימוש הבלתי מסתייג באבחנות פסיכיאטריות ברמה האינדיבידואלית, כאילו שהן בלתי-מעוררות ומבטאות מחלות משמעותיות שאינן נתונות לשינויים, קשה להצדקה ועלולות להיות לו השלכות מזיקות. סביר כי חברות יחפשו גישות ברורות-הגנה ושקופות להקצאת משאבים אבל השימוש באבחנה מהווה בסיס בעייתי. דרושות גישות חדשות להקצאת משאבים חברתיים, כאלה המצמצמות ולא מגבירות סטיגמה. בטווח הקצר, צעד לקראת הפחתת סטיגמה הקשורה להטבות יהיה לאפשר תיעוד אי-הסכמה על אבחנה בטפסי הבקשה מבלי שהדבר ישפיע על הזכאות. בטווח הארוך יותר דרושות גישות פחות מעוררות מחלוקת מאשר אבחנה.

מסר 5: טיפול הינו נתיב אחד מיני רבים להחלמה

השקפת עולם של החלמה קלינית מבוססת על מה שניתן לתאר כמטאפורה כירורגית: אדם הוא בריא ואז הופך להיות חולה (כפי שמעידה הפרעה באיזון באחת ממערכות הגוף אשר אינה מסתדרת מעצמה). התערבות קלינית (למשל: ניתוח, טיפול תרופתי) משיבה את האיזון והבריאות. מפרספקטיבה זו, טיפול הוא אינסטרומנטאלי לצורך שיפור התוצאה. בניגוד לכך, פרספקטיבה של החלמה אישית אינה מניחה כי טיפול נחוץ להחלמה. העדויות האמפיריות מעלות כי אנשים החווים פסיכוזת מפתחים זהות של אנשים בהחלמה באמצעות נתיבים שונים. סקירה מחקרית שיטתית של 97 מחקרים שבחנו תהליכי החלמה זיהתה כי מאפיין אחד של מסע ההחלמה הוא שהחלמה יכולה להתרחש ללא התערבות מקצועית. מחקר המתאר את ניסיונם של 381 אנשים המתמודדים עם פסיכוזת מצא כי 82% מהם הסכימו עם הטענה כי "החלמה היא לדעת שאתה יכול לעזור לעצמך להשתפר". נתונים אלה אינם בגדר טיעון לצמצום מתן שירותים בבריאות הנפש. הפרעות נפשיות אחראיות ל-13% מנטל המחלה הגלובאלי. דיכאון מגיורי לבדו צפוי להיות הגורם התורם הגדול ביותר לנטל עד 2030. הפרעות נפשיות צפויות עד 2030 להיות אחראיות לכמעט שליש מההוצאות על סך 47 מיליארד דולר שנגרמות מכל מצבי הבריאות שאינם מחלות מדבקות. למרות זאת, רובן המכריע של המדינות מקצות פחות מ-2% מתקציב הבריאות שלהן לבריאות הנפש. הדבר יוצר "פער טיפול" בין אותם 2% לבין ה-13% הדרושים, אותו יש לצמצם ולא להרחיב. סקר שנערך ב-58 מדינות לגבי פער הטיפול הראה קונצנזוס עולמי לפיו יש להקצות סביב 10% מהוצאות הבריאות עבור בריאות הנפש. הגדלת שירותי בריאות הנפש נדרשת במיוחד במדינות שבהן הכנסה נמוכה ובינונית.

בנוסף, נתונים אלה תומכים בטענה לצורך בהקצאת יותר משאבים לגורמים הרחבים התורמים להחלמה, למשל: תמיכה במשפחות-מסייעות, מתן דיור נאות, קשר עם מעסיקים כדי לשפר את השכלתם בהתאמות הנדרשות למתמודדים במקומות עבודה, פיתוח הזדמנויות למתמודדים להיות מעורבים ולהוביל בכל הרמות במערכת בריאות הנפש, פעילות פוליטית של אנשי מקצוע, שימוש בתמיכת עמיתים והפעלת קמפיילים חברתיים למאבק בסטיגמה במערכת בריאות הנפש והחברה הרחבה. היעד הכולל הוא הכוונה מחדש של מערכת בריאות הנפש סביב המטרה להבטיח נגישות למתמודדים לזכויות הרגילות של אזרחות. בהמשך לכך, יש גם צורך בהקצאת משאבים למאמצי מניעה כגון טיפול באלימות במשפחה, בריונות והתעללות בילדים.

הדגשת יתר של חשיבות הטיפול כנתיב יחידי להחלמה היא גם בלתי מוצדקת מבחינה אמפירית וגם משמרת חסמים קונטקסטואליים רבים להחלמה. תהליכי מפתח של החלמה כוללים חיבור לאחרים (Connectedness), תקווה, זהות חיובית, משמעות והעצמה. תהליכים אלה יכולים להתרחש ואכן מתרחשים מחוץ למערכת בריאות הנפש.

מסר 6: יש אנשים הבוחרים שלא להשתמש בשירותי בריאות הנפש

רבים מתמודדים עם חוויות כמו-פסיכוטיות מבלי שיבקשו (או ירצו) תשומות משירותי בריאות הנפש, לדוגמא: שמיעת קולות יכולה להיות מדווחת לעתים קרובות בקרב אנשים שבריאותם הפסיכולוגית טובה וללא היסטוריה של מגע עם שירותי בריאות הנפש. שכיחות התופעה משתנה בהתאם לטווח הגילאים שנבדק ולאופן ההגדרה של שמיעת קולות אך מוערך כי היא מגיעה לחציון של 13.2% בקרב המבוגרים באוכלוסיה הכללית. בהתחשב בכך ששיעורי הפסיכוזת לאורך החיים מוערכים בטווח של 0.2% (עם הגדרת קריטריונים צרה) עד 0.7% (בהגדרה רחבה), ברור כי הרבה יותר אנשים שומעים קולות מאשר רק אלה המאובחנים עם פסיכוזת. שמיעת קולות מופיעה

באופנים דומים מאוד בקרב אנשים עם וללא צורך בטיפול פסיכיאטרי. גורם מנבא עקבי יותר של מצוקה וצורך קליני נראה בתגובות רגשיות ואמונות שליליות ביחס לקולות שאדם שומע ולא נוכחותם האובייקטיבית בלבד, אשר לפחות בחלק מהמקרים עשויה להיות מושפעת מחשיפה לטראומה ומצוקה חברתית. בדומה לכך, מחשבות רדיפה ואמונות דלוזיונאליות נמצאו בספקטרום נרחב באוכלוסייה הכללית והפרנויה הן בקבוצות הקליניות והן בקבוצות הלא-קליניות נקשרה לאותם גורמים פסיכולוגיים (כגון: דיכאון, חרדה, רגישות בינאישית, טראומה). ישנן עדויות סבירות לכך שפסיכוזה היא תופעה המקיימת רצף עם התנסות אנושית נורמאלית ולא אירוע קטגורי של "קיים" או "לא-קיים".

אנשים המתמודדים עם חוויות הנחשבות אופייניות לפסיכוזה יכולים שלא להיות במגע עם שירותי בריאות הנפש מתוך שורה של סיבות בהן: בחירה מודעת להימנע ממגע עם המערכת; היעדר תחושת מצוקה עקב החוויות או מציאת ערך בחוויות; מערכת תמיכה טובה; בחירה שלא לשתף עקב חשש מסטיגמה בהינתן אבחנה; תפישה לא-רפואית או לא-פסיכולוגית של החוויות (למשל: על-טבעי, רוחני, תרבותי, טכנולוגי), ללא הזדהות עם המודלים של שירותי בריאות הנפש. רבים בוחרים לחיות עם "סימפטומים" של פסיכוזה מחוץ למערכת בריאות הנפש. ההשתמעות כי כולם צריכים להיות במגע עם שירותי בריאות הנפש ולפיכך ששימוש בשירותים צריך להיות דרישה או אינדיקציה לזכאות להטבות, אינה מוצדקת.

מסר 7: השפעתן של בעיות נפשיות היא מעורבת

התמונה המועברת בסקירת 2014 היא שהשפעתה של מחלת נפש שלילית בלבד ובאופן בלתי נמנע. מבלי להתכחש לכאב והמצוקה של מתמודדים רבים, פרספקטיבה זו אינה מוצדקת כמו גם פסימית באופן מוגזם. נהפוך הוא, עדויות של אנשים ששרדו מחלות נפש מצביעות על כך שתהליך ההישרדות באתגרים נפשיים – כולל פסיכוזה – יכול בסופו של דבר להיות טרנספורמטיבי, מעשיר ומקור לצמיחה אישית וחברתית. לדוגמא:

◆ "החלמה בשבילי זה לא רק להשלים עם מה שקרה בחיים שלי...אלא זה שצמחתי כאדם בגלל מה שחוויתי...אני יכולה להסתכל אחורה בזמן ולדעת שכל מה שקרה עזר לי להפוך לאדם שאני היום".

◆ "אז למה שאני ארצה קשר כלשהו עם המחלה? בגלל שבכנות אני מאמין שכתוצאה ממנה הרגשתי יותר דברים, יותר עמוק; היו לי יותר חוויות, ביתר אינטנסיביות; אהבתי יותר, והייתי יותר אהוב. צחקתי לעתים יותר קרובות כי בכיתי יותר; הערכתני יותר את תקופות האביב בגלל כל החורפים; ...ולאט למדתי את הערכים של אכפתיות, נאמנות, ולראות מבעד לדברים".

החלמה קשורה להכרה בכך שישנם היבטים באתגרי מחלת הנפש שיכולים לספק צמיחה ורווח חיובי. התנועה הבינלאומית לשמיעת קולות מדגישה פרספקטיבה זו. דעה מרכזית של תנועה זו היא ששמיעת קולות היא התנסות בעלת משמעות סובייקטיבית אשר, עם התמיכה הנכונה, אפשר לחיות איתה בשלום ובתחושת תועלת. בהלימה לכך התנועה מדגישה את האפשרות של העצמה וצמיחה פסיכולוגית וגילוי של ההשלכות הבינאישיות והסוציו-פוליטיות של זהותו של "שומע קולות". אף שהתנועה מדגישה שותפות וברית בין "מומחים בעלי מקצוע" לבין "מומחים בעלי ניסיון" רבים מחבריה הבולטים היו בעבר מטופלים פסיכיאטריים שהעידו על האופן שבו חוויותיהם הקשות תרמו והגדילו לבסוף את רווחתם הנפשית (למשל, באמצעות יכולת מוגברת למעורבות פוליטית,

יצירתיות, תשוקה, כוח, וידע-עצמי). ממצאי מחקרים מאמתים כי בעיות נפשיות יכולות להיות הרסניות ומשנות-חיים ויכולות גם להוביל לצמיחה ולתחושה מוגברת של תכלית לחיים. החלמה אין בהכרח משמעה להשיג את החיים הקודמים בחזרה – איש מאיתנו אינו יכול ללכת לאחור – אלא רבים מזהים כי להתנסותם עם מחלת נפש יתרונות בלתי צפויים.

סיכום

כל סוגי השיח, כולל אלה המדעיים, פגיעים להטיית אשרור (Confirmation bias) שבה סבירות גבוהה יותר להבחין ולקבל ראיות התומכות בשיח מאשר ראיות המפריכות אותו. אנו מאמינים כי השיח הדומיננטי בתוך בריאות הנפש לוקה במגבלות כך שמיומנויות קליניות ומחקריות מכוונות יותר כלפי זיהוי מגבלות לעומת כוחות, גורמי סיכון לעומת גורמי חוסן, פגיעות לעומת עמידות ואיום לעומת הזדמנות. לשיח מסוג זה סיכויים גבוהים יותר להפיק תוצאות פסימיות. מאמר זה זיהה שבעה מסרים על החלמה שהם מבוססים מדעית, רלוונטיים ומועילים. מסרים אלה מכוונים להיות ישימים עבור אנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות, משפחותיהם ותומכים לא-פורמאליים אחרים ועובדי בריאות הנפש.