



יספרא האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A) ispraisrael.org.il

סיכום מאמר

מבוא לשיקום פסיכיאטרי/פסיכו-סוציאלי: היסטוריה ויסודות

מריאן פרקש

ארה"ב, 2013

Farkas, M. (2013). Introduction to psychiatric/psychosocial rehabilitation (PSR): History and foundations. *Current Psychiatry Reviews*, 9, 177-187.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספרא - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת אורן דרעי

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

כל הזכויות שמורות

© Copyright יספרא האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

מבוא

מציאת דרכים שיאפשרו לאנשים עם מחלות נפש ומגבלות פסיכיאטריות (להלן: מתמודדים) לחיות חיים מספקים ובעלי משמעות נתפשה לאורך זמן רב, כתקווה עמומה יותר מאשר כמציאות ממשית. תחום השיקום הפסיכיאטרי/פסיכו-סוציאלי החל להופיע בראשית שנות ה-70 כאשר לא היה קונצנזוס לגבי הפילוסופיה המבססת אותו, היה מיעוט של מחקרים ושל מודלים למתן שירותים, מעט מקורות מימון, ללא פרקטיקה שיקומית שיטתית ותהליך ברור. התבהרי לא ניתן לטפל במגבלות הרחבות הקשורות למחלות נפש באמצעות מיקוד על התערבות אחת יחידה. השיקום הפסיכיאטרי החל להיות מובן כתחום ולא רק כסדרה של התערבויות ייחודיות או מודלים של תכניות. התחום פיתח הסכמה לגבי יסודותיו הפילוסופיים והערכיים, לגבי הטכניקות, הפרקטיקות והתוצאות הרלוונטיות לאורך ארבעים שנות התערבות. בעוד שההתפתחות הממשית של השיקום הפסיכיאטרי משתנה על פני מדינות, רוב העוסקים בתחום מבינים את הפילוסופיה של התחום, ערכיו ושיטותיו הכלליות באופן דומה.

בסיס הידע והיישום של השיקום הפסיכיאטרי הוא קונסיסטנטי לרעיון ההחלמה, שהחל אף הוא בתקופה זו אך זכה להכרה והבנה פחותות בהרבה. הבסיס האמפירי להחלמה החל להתבסס בשנות ה-70 וה-80 אבל לא באמת השפיע במידה ניכרת על התחום עד לשנות ה-90. מחקרי אורך שבוצעו בין 1972 לבין 1987 במדינות שונות השיגו תוצאות דומות למדי, כאשר מחצית עד שני שלישים מהמדגמים הראו שיפור משמעותי במשתנים שנבדקו: החל מהפחתת סימפטומים ועד היעדר סימנים עכשוויים וסימפטומים כלשהם של מחלת נפש, ללא שימוש עכשווי בתרופות,

עבודה, התייחסות חיובית למשפחה והשתלבות בקהילה. ממצאים מוקדמים אלה קיבלו אישור נוסף במחקר אורך של ארגון הבריאות העולמי, שאסף נתונים במעקב לאחר 15 שנים ו-25 שנים עם ארבעים מדגמים מתרבויות שונות. לצד הטרוגניות בתוצאות חלק משמעותי מהנבדקים המאובחנים עם פסיכוזה הראו תוצאות ארוכות-טווח מעודדות התואמות למחקרים קודמים.

תוצאות החלמה כללו משתנים רב-ממדיים, בהם עלייה בבריאות הפיזית והרווחה הנפשית, השגה או השגה-מחדש של תפקידים חברתיים בעלי ערך והפחתת סימפטומים. במסגרת החשיבה העכשווית המדגישה שירותים מכווני-החלמה, מובלט היישום של תהליכי שיקום פסיכיאטרי, משום שתוצאותיו הולכות מעבר לתמיכה בהסתגלות או הישרדות בקהילה. שיקום פסיכיאטרי מקדם חזון של החלמה או השגת חיים בעלי משמעות באמצעות השמת הדגש על מימוש תפקידים מוערכים. תהליך השיקום מעוצב כדי לעזור לאנשים "להיות מצליחים ומרוצים בחיים, בעבודה, בלמידה ובסביבות חברתיות לפי בחירתם". דו"ח ועדת נשיא ארה"ב משנת 2003 ניתח את הסוגיות עימן מתמודדת מערכת בריאות הנפש בארה"ב בתחילת המילניום. לאחר תיאור מערכת, שלמעשה אינה פונקציונאלית, הציג הדו"ח חזון לעתיד שבו "כל האנשים המתמודדים עם מחלת נפש יחלימו" ויקבלו עזרה כדי "לחיות, לעבוד, ללמוד ולהשתתף באופן מלא בקהילותיהם", זאת בהלימה בולטת לתוצאות קשורות-תפקיד המודגשות בשיקום הפסיכיאטרי. על-מנת לקדם את יכולת השירותים לקיים את המלצות הועדה ולאפשר לאנשים להשיג חיים בעלי משמעות דרוש יישום רחב יותר של שירותים המתמקדים בעזרה לאנשים לפתח תפקידים בעלי משמעות וכן בשינוי של הסביבה להגברת ההזדמנויות לכך. הרחבת היישום דורשת בהירות לגבי ההיבטים הבסיסיים של שיקום פסיכיאטרי. הסקירה הנוכחית בוחנת את ההיסטוריה והיסודות הקונספטואליים של השיקום הפסיכיאטרי ומאירה ראיות אמפיריות רלוונטיות.

ההיסטוריה של השיקום הפסיכיאטרי/פסיכו-סוציאלי

הרבה לפני שהשפה של החלמה הפכה שכיחה בבריאות הנפש, זכה פיתוח השיקום הפסיכיאטרי לדרבון על ידי ניסיונות שנעשו להגדיל את טווח האפשרויות עבור מתמודדים. עידן הטיפול המוסרי (Moral therapy) במאה ה-19 היה תגובה לחוסר האנושיות של טיפולים מוקדמים יותר שניתנו לאנשים עם מחלות נפש והדגיש את הצורך בהערכה מקיפה. כגישה פרגמטית, טיפול מוסרי תרם גם לרעיון שפעילות מובנית של עבודה, משחק או חיים חברתיים, יכולה להיות בעלת ערך.

הטיפול המוסרי ביסס את המעבר לבניית בתי חולים באזורים כפריים מתוך כוונה לעצבם כאואזיס של שקט הרחק מגורמי לחץ של חיי היומיום. עם זאת, עד שנות ה-50 הפכו ה"אואזיס" להיות מקומות צפופים מידי ולעתים קרובות אף חסרי אנושיות. המדיניות הציבורית של העברת מספר גדול של מטופלים מבתי-חולים ממשלתיים ל"קהילה" החל מאמצע שנות ה-50 נוסדה תחילה כאמצעי להגדלת האפשרויות עבור מתמודדים. נוצרה חקיקה על-מנת להתמודד עם הבעיות שנגרמו בשל העומס והצפיפות, באמצעות מימון פדראלי לטיפול מבוסס-קהילה, כאלטרנטיבה למוסדות. החוק ל"מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש", (1963) בארה"ב נתן

לגיטימציה לרעיון כי אנשים יכולים לקבל טיפול ותמיכה מחוץ לבית-החולים, ליד הבית ומקומות העבודה שלהם. במדינות אחרות התרחשו תהליכי חקיקה דומים, שהובילו לצמצום הכניסה לאשפוז ולניסיון ליצור רשת שירותים מבוססי-קהילה, כולל שירותים פסיכו-סוציאליים כאלטרנטיבות.

יישום פילוסופיה זו, של מה שהפך להיות ה"אל מיסוד", החל להסתבך בתהליכים פוליטיים וכלכליים של שנות ה-70 וראשית שנות ה-80. למרבה הצער, "מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש", בארה"ב לדוגמא, הוכחו כמסויגים ממתן שירותים מקיפים הדרושים לאנשים עם המוגבלות החמורה ביותר. מטפלים לא נטו לעבוד עם אלה שהיו לקויים בצורה חמורה, הן משום שהסטאטוס של טיפול באוכלוסייה פחות פגועה היה גבוה יותר והן משום שהאמינו שמחלות נפש הן בעלות בסיס ביולוגי ולכן לא ניתנות להשפעה של טיפולים כגון טיפול התנהגותי, כך שפרט לטיפול תרופתי לא ניתן לצפות להתקדמות או שיפור אמיתיים. התוצאה הייתה שאנשים, שצריכים היו להפיק תועלת ממדיניות שמשחררת אותם ממה שלא ניתן לכנות אלא כליאה אזרחית, סבלו לעתים קרובות מצורות אחרות של קיפוח ב"קהילה". בעיות באל-מיסוד כללו חוסר בשירותים מאורגנים, חוסר בדו"ר, חוסר במערכות תמיכה וחוסר במודעות ציבורית.

אנשי מקצוע, מתכנני מדיניות חברתית ואחרים מתמודדים עם השאלה מהי הדרך הטובה ביותר לעזור למתמודדים להשיג חיים מספקים? חלקם הגיבו לבעיות שנבעו מהאל-מיסוד ב"מיסוד-מחדש" ("re-institutionalization") בטענה כי לפחות בבית-חולים או במקום "מוגן" יותר, האנשים יטופלו ולא יהפכו לקורבנות. עבור אחרים, כמו ג'ודי צ'מברלין (Judi Chamberlin) והפסיכיאטר תומס סאס (Thomas Szasz), מתומכי תנועת ה"מטופלים לשעבר" (ex-patient), תגובה זו הייתה שערורייתית. חיפוש פתרונות התמקד לעתים קרובות מידי במיקום השירות במקום שיתייחס ליעילותם של השירותים המוצעים במיקום זה.

במהלך שנות ה-80 עבר מיקוד המאמצים ממעבר של אנשים אל מחוץ לבתי החולים לפיתוח של מקומות אליהם יוכלו ללכת. הדגש על חיים בקהילה כלל יצירת מערך של בתים קבוצתיים ו"בתי אמצע הדרך" (Halfway homes). עם זאת, חוקרים הראו כי על אף שמעבר זה הצליח להגדיל את אפשרויות הדיור מחוץ לבתי-החולים, למעשה הוא יצר תחליף בדמות "מיני-מוסדות". בנוסף לבעיות הדיור חוקרים הצביעו על כך שהתמיכות שנוצרו בפועל לא נוצלו כראוי, היו מקוטעות ובחלק מהאזורים פשוט לא קיימות.

שתי התפתחויות מוקדמות הרבה יותר - הכללת מתמודדים עם מחלת נפש בשירותי התעסוקה הציבוריים והשגשוג המהיר של שרותי הקלאבהאוס - יצרו שירותים שחיזקו את תחום השיקום, שהחל להתפתח תוך כדי המעבר מאשפוז לקהילה. תכניות ממשלתיות ראשוניות לתעסוקה של אנשים עם מוגבלות זכו לתמיכה ציבורית מתוך תפישת אחריות חברתית. למרות שתכניות אלה התמקדו באנשים עם מגבלות גופניות, החקיקה הפדראלית בארה"ב, כמו גם התיקונים לחוק השיקום התעסוקתי, הרחיבו את התמיכה הכספית ואת שירותי השיקום התעסוקתי גם לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. פעולות ממשלתיות אלה שירתו את הרעיון של הכשרה ושיקום של מתמודדים וביססו את הפרקטיקה של שיקום פסיכיאטרי בתחום התעסוקתי. במשך הזמן נע

טווח השיקום אל מעבר להתייחסות בלעדית לתפקוד תעסוקתי, תוך הוספת תחומים של תפקוד חברתי, לימודי וקהילתי. למרות זאת פעילות תעסוקתית נותרה כמרכיב בולט בפרקטיקות שיקומיות.

התפתחות מוקדמת שנייה שחיזקה את צמיחתו של השיקום הפסיכיאטרי בשנות ה-80 היתה קיומן של קהילות קלאבהאוס. תכניות קלאבהאוס וותיקות הפכו חלק אינטגרלי ממאמצי הזרם המרכזי לספק תמיכה בעקבות יציאת מטופלים מבתי החולים. מרכזים שיקומיים אלה נפתחו לראשונה בסוף שנות ה-40 על ידי קבוצות של מטופלים-לשעבר במטרה להציע עזרה ותמיכה הדדית. מרכזים גדולים המקיפים מגוון שירותים התפתחו מתוך מודל הקלאבהאוס המוקדם. כבר מראשיתם הדגישו מרכזים אלה את האסטרטגיות שבלב הפילוסופיה של השיקום הפסיכיאטרי ועזרו לאנשים לשפר את יכולתם לעשות משהו בסביבה ספציפית במקום נקודת מבט פאסיבית של חוסר-אונים לגבי מחלתם. מכל מקום, גרעינים אלה של פרקטיקה שיקומית עדיין היו מועטים.

הן באשפוז והן בקהילה, נותני שירותים התנגדו להתמקדות השיקום הפסיכיאטרי בשיפור מיומנויות ותמיכות, במקום להתמקד פשוט בהפחתת סימפטומים. היו מטפלים, בהם מטפלים התנהגותיים, שפחות או יותר נטשו את אוכלוסיית המתמודדים. מגמה זו, יחד עם הבעיות שנבעו מאל-מיסוד והחיים בקהילה, הובילו לתחייה מחדש של שני פתרונות - אשפוז חוזר או התמקדות על "ריפוי ביולוגי". על אף התקדמות מוצלחת בהבנת הביו-כימיה והאלקטרו-פיזיולוגיה של המוח הסכימו מירב החוקרים כי "ריפוי" מוחלט כלשהו יהיה רק בעתיד הרחוק. מעבר לכך, הטיפולים הפסיכו-פרמקולוגיים הזמינים לא הוכחו כ"כדור הקסם" לו קיוו בשנות ה-50: לדוגמא, במהלך שנות ה-80 הובהר כי לא קיימים נתונים עקביים לפיהם תרופה אנטי-פסיכוטית כלשהי טובה יותר מאחרות לטיפול בסכיזופרניה. מחקרים רחבי היקף הראו כי למרות פיתוחים והתקדמות בתרופות האנטי-פסיכוטיות, תרופות ישנות יותר היו טובות באותה מידה כמו התרופות החדשות יותר מבחינת שליטה בסימפטומים פסיכוטיים בעוד ששיפור בתפקוד הקהילתי דרש יותר מאשר תרופות. ברור כי יציאת אנשים מבתי-החולים, הקמת בתים קבוצתיים או בתי אמצע-הדרך ומתן טיפולים רפואיים היו בלתי מספיקים כדי להשיג את מטרת העזרה למתמודדים להשתלב בקהילתם ולחיות חיים מספקים ובעלי משמעות. בשנת 1977, בתגובה ישירה לרבות מבעיות אלה, יצרה ממשלת ארה"ב את מערכת התמיכה הקהילתית (Community Support System). מערכת זו נשאה במשימה של תמיכה קהילתית במתמודדים, מתוך מבט על "אנשים בקהילה" במקום "מטופלים". מערכת זו הדגישה את ה"צרכים" וה"פוטנציאל" של האנשים במקום את הפתולוגיה שלהם ואת תפקידם של "שירותים מקיפים", מעבר למערכת בריאות הנפש. אלה האחרונים כללו שירותי בריאות, השכלה, דיור ותעסוקה. אז החל השיקום הפסיכיאטרי, יחד עם מערכת התמיכה הקהילתית, לנסות לפתוח את דלתות הקהילה ולעזור לאנשים לפתח "מרשמים" לחייהם.

השיקום הפסיכיאטרי התפתח לאורך כמה עשורים וכך אסף כמה מסרים מתוך ההיסטוריה שלו: פרגמטיזם בחיי היומיום, שילוב קהילתי, דגש על אנשים וחירויות אזרחיות והחשיבות של עבודה, עזרה הדדית, תמיכה ושירותים שמתייחסים לצרכים ההוליסטיים של אנשים. מסרים

אלה התמזגו אל תוך המודל והפילוסופיה הקוהרנטיים שמהווים את יסודות השיקום הפסיכיאטרי-פסיכו-סוציאלי.

יסודות השיקום הפסיכיאטרי-פסיכו-סוציאלי

השימוש במטאפורה של מגבלות גופניות ושיקום עוזר להפוך את התחום של שיקום פסיכיאטרי לניתן יותר להבנה ולקבלה לטווח רחב של בעלי עניין. למרות הבדלים ברורים בין שיקום גופני לבין שיקום פסיכיאטרי, שני התחומים ביססו את התערבויותיהם על ההבנה כי אנשים יכולים לתפקד למרות מגבלותיהם. שניהם מבחינים בין שלושה מושגים: *לקות (impairment)* שהיא אובדן או אב-נורמאליות של מבנה או תפקוד כמו פגיעה בעמוד השדרה או הלוצינציות; *מוגבלות (disability)* שהיא הגבלה ביכולת לבצע תפקיד הנובעת מחוסר מיומנות כמו עבודה או מיומנויות חברתיות ו-*Disadvantage* שהיא הגבלה בהזדמנויות או גבולות חברתיים שמפריעים לביצוע של תפקיד כמו חוסר בתמריצי מס עבור העסקת מתמודדים או סטיגמה. מיקודו של השיקום הפסיכיאטרי היה על פיתוח של ידע והתערבויות כדי להתגבר על המוגבלות הפסיכיאטרית ועל השלכות חברתיות שליליות או כדי לקדם פעילות והשתתפות של מתמודדים בחברה. המשגה זו פותחה ועובדה לאורך שנים כחלק מתיאור האינטראקציות האפשריות בין לקות, מוגבלות ו-*Disadvantage* וזיהוי גורמי חוסן וגורמי דחק הקשורים לתוצאות שיקומיות. התפתחות זו כללה את מודל פגיעות-דחק-התמודדות ומסוגלות: *vulnerability-stress-coping and competency-model*, כחלק מתפישת השיקום הפסיכיאטרי. רעיונות אלה התמזגו עם המודל השיקומי המקורי לתיאור אינטראקציות אפשריות בין גורמים של לקות, מוגבלות ו-*Disadvantage*,

השיקום הפסיכיאטרי, בהתבסס על עקרונות השיקום מכל הסוגים (גופני, חושי או שכלי), פיתח התערבויות שמיקודן בהתגברות על מוגבלות ומחסור. ההנחה של גישה זו היא כי באמצעות שיפור המיומנויות והתמיכות הסביבתיות, אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות יהיו מסוגלים יותר לבצע את אותן פעילויות הדרושות להצלחה בתפקידים בעלי-ערך ספציפיים לפי בחירתם. חוקרים מובילים ציינו כי תחום השיקום הפסיכיאטרי, בהשימו את הדגש על טיפול בהשלכות המחלה ולא רק במחלה עצמה, עזר להביא לתחום בריאות הנפש הבנה שלמה יותר של ההשפעה הכוללת של מחלות נפש חמורות.

אתיקה או ערכים של שיקום פסיכיאטרי

אתיקה מוגדרת כ"מערכת של ערכים מוסריים, פילוסופיה מנחה". שמונת ערכי הליבה, שיוצרים את הבסיס לאתיקה של השיקום הפסיכיאטרי ומנחים את השדה, משתקפים בפיתוח ובפרקטיקה של התחום וכוללים:

- **אוריינטציה ממוקדת-אדם**: התמקדות באדם כשלם, עם כוחות, כישרונות ותחומי עניין ולא רק אוסף של סימפטומים או תווית אבחנתית.
- **תיפקוד**: התמקדות בביצוע פעילויות יומיומיות.
- **תמיכה**: התמקדות במתן סיוע למשך הזמן שהוא נחוץ ורצוי.
- **ספציפיות סביבתית** (Environmental specificity): התמקדות על הקונטקסט הספציפי של המקום שבו האדם גר, לומד, עובד או מתחבר לאנשים.
- **אוריינטציה של תוצאות**: התמקדות בהערכת השיקום מבחינת השפעתו על התוצאות של האדם.
- **שותפות מלאה**: התמקדות בהכללת האנשים בכל היבטי השיקום, הן מבחינת השיקום של הפרט והן ברמה של שירותים ומערכות.
- **בחירה**: התמקדות בהעדפותיו של האדם לאורך התהליך ובקידום הכוונה-עצמית (Self-determination).
- **תקווה**: התמקדות ביכולת האינהרנטית של כל אדם לצמוח, כלומר על שיפור בהצלחתו של האדם ושביעות רצונו האישית, על-אף קשייו העכשוויים.

בראשית שנות ה-80 זיהו חוקרים את ערכי היסוד באמצעות ניתוח אלמנטים שכיחים המשותפים לפרקטיקת השיקום הפסיכיאטרי. ערכים אלה נתמכו מאוחר יותר והורחבו באמצעות סקר שנערך בקרב מומחים מובילים בשיקום הפסיכיאטרי. סקר חוזר שבוצע ב-1992 לא זיהה עקרונות חדשים כלשהם (על-אף הבדלים במשקל חשיבותו של ערך כלשהו בקרב קבוצות שונות לאורך זמן).

אוריינטציה ממוקדת-אדם משמעה התמקדות במערכות יחסים עם אנשים בעלי רצונות, כישורים וכוחות שצריכים להיכלל בתהליך במקום הדגש ההיסטורי על תיאור הפרט כאוסף של לקויות המסתכמות בתגית דיאגנוסטית. טרם הופעתו של השיקום הפסיכיאטרי נעשה שימוש במושגים כמו "סכיזופרני" או "חולה נפש" מבלי להתייחס להשפעה הסטריאוטיפית והדה-הומאנית שהייתה לכך על גישתו של נותן השירות כלפי האדם או על הפרט עצמו. אחת ההשלכות של ערך זה היא שביחסי עובד-לקוח ישנם גבולות שאינם דבקים בהבדלה המסורתית של הטיפול הקליני הקלאסי. במקום גבולות מוקפדים שבהם המטפל יוצר מרחק מבוקש באמצעות הקשבה, מבלי לשתף בכל מידע אישי, הרי שעובד מקצועי בשיקום פסיכיאטרי עשוי לשתף בחוויות אישיות כדי להבהיר או לחזק תהליכי גילוי וחקירה של הלקוח או כדי להגיב באופן אותנטי לדברי הלקוח. יתרה מזאת, מעבר מאוריינטציה ממוקדת-לקוח לאוריינטציה ממוקדת-אדם משליך על הצורך של אנשי מקצוע למסגר מחדש את המידע שהם מחפשים או מספקים, לדוגמא: כאשר מתמודד מגלה אמביציה לגבי מסלול של השכלה גבוהה, במקום לראות את רצונו להשלים דוקטוראט כסימפטום של שיפוט גרוע או חשיבה גרנדיוזית, עובד שיקום פסיכיאטרי ימסגר מחדש את

הסוגיה במושגים של מיומנויות ותמיכות הנדרשות להשגת מטרה כזו. הוא יוכל לעבוד עם האדם על הערכה של סוגי המיומנויות והתמיכות שדרושים לו להשגת החזון המוצהר וכך להבהיר את ההחלטה של האדם.

ההתפתחויות והפרקטיקה של השיקום הפסיכיאטרי מונחים מתוך הדגשת הפיתוח של **תיפקוד** או התנהגויות ומיומנויות חיוביות הקשורות לפעילות יומיומית בניגוד להתערבויות של שליטה בהתנהגות שלילית או הפחתת סימפטומים כפי שהיה בעבר. התנגדות מוקדמת של צוותים כלפי שיקום פסיכיאטרי נבעה לעתים קרובות מהעובדה שהצוות מעולם לא ראה אנשים המתפקדים בתפקיד כלשהו מלבד תפקיד המטופל ואיבדו את האמונה בכך שלקוחותיהם יכולים לתפקד.

תמיכה היא אכן תמיכה רק כאשר היא נתפשת ככזו על ידי האדם המקבל אותה. כאשר מוצעת עזרה שאינה רצויה או שהיא ניתנת בדרך שאינה רצויה בנקודת זמן מסוימת, היא אינה נחוות כתמיכה אלא כהתערבות מפריעה. תמיכה בשיקום פסיכיאטרי מבוססת על הרעיון שפעולה היא תומכת או בלתי תומכת בהתבסס על ההתאמה בין מה שהאדם רוצה או צריך לבין מה שהוא מקבל. שירותי דיור נתמך, השכלה נתמכת, תמיכה חברתית ותעסוקתית – שירותים מסורתיים שבהם מתרחשות התערבויות שיקומיות – מאפשרים רמות שונות של תלות יותר מאשר מקומות ללא תמיכה. למרות שחובתנו להכיר בסכנה של תלות-יתר, הפילוסופיה של השיקום הפסיכיאטרי תמיד הבחינה בין סוגים של תלות. תלות אינה "מלוכלכת" משום שהישענות על תמיכתם של אנשים, מקומות, פעילויות או דברים היא מצב עניינים נורמאלי, שצריך להיראות בקונטקסט של התועלת שלו להשגת מטרות אישיות.

התנהגות בתחום אחד אינה מנבאת התנהגות בתחום אחר. הצלחה בעבודה לדוגמה, אין משמעה שהאדם בהכרח יצליח גם בבית ובמשפחה. השיקום הפסיכיאטרי עוסק ב**סביבה ספציפית** או ביכולת של אנשים לשפר את האינטראקציות שלהם במקום מסוים של מגורים, לימודים, עבודה ו/או חיי חברה, שהן סביבות טבעיות בהתרחשותן או "העולם האמיתי". ללא תהליך המחויב לתמוך בתפקידים ספציפיים או מקומות ספציפיים שנבחרו, התפקוד עשוי להשתפר אך אפשר שחזונו של האדם לגבי חיים בעלי משמעות עדיין לא יושג.

שיקום פסיכיאטרי, כמו צורות שיקום אחרות, **מכוון לתוצאות** ולא מונחה מתוך תיאוריה. בעוד שתיאוריות מסייעות בתור כלי למתן הסברים ומועילות בבניית השערות מחקריות שיכולות להוביל לסוגי פרקטיקה חדשים, הפרקטיקה עצמה מונעת מהתקדמות לעבר ביצוע מוצלח של תפקיד, באופן שמאפשר הן למתמודדים והן למעריכי התכנית לזהות את הצלחתה. כל אלמנט בתהליך מעוצב כך שיוביל לתוצאה נראית שניתן להעריכה בקלות, בהתייחס להשגת הצלחה גוברת וסיפוק בסביבה הנבחרת. לדוגמה, הצבת מטרות כרוכה בפירוט ספציפי של תפקידים סביבתיים מועדפים (למשל: "לגור בדירה עם שותף אחד"), כאשר תהליך ההערכה מזהה מיומנויות ספציפיות שקשורות למטרה (למשל: "מספר הפעמים בחודש שבהם אני יכול לזהות פתרון מקובל, בעת חילוקי דעות עם השותף שלי על האחריות למטלות הבית"). בעוד שתהליך ההגעה לתוצאה כזו יכול להיעזר בשיטות שונות, המכוונות לתוצאה מובילה את אנשי המקצוע לתעד ולהעריך את **התוצאה הסופית** של התהליך באופן בהיר, הניתן לצפייה ומדידה.

שותפות מלאה הינה חיונית לפיתוח תחושת העצמה. העצמה ושינוי בזהות העצמית הם מרכיבים קריטיים של שיקום פסיכיאטרי כדי לסייע לאנשים להפוך לסוכנים אקטיביים בחייהם, במקום להישאר כמקבלים פאסיביים של שירותים. אין משמעות הדבר ששיקום יכול להיעשות רק עם אנשים שיכולים לתאר את העדפותיהם ולעשות את בחירותיהם ללא עזרה. המשמעות היא כי זוהי אחריותו של עובד מקצועי לעזור לפתח ולשמר את המיומנויות או התמיכות שנחוצות לאדם כדי להיות מעורב, ללא קשר לרמת המוגבלות התפקודית. נתונים מחקריים מצביעים על תוצאות טובות יותר אצל אנשים שיש להם הזדמנות למעורבות בעלת משמעות בתכנון ומתן השירותים שלהם. מעורבות צרכני השירות בעיצוב ומתן שירותי בריאות הנפש (כמו תכנון, יישום והערכה של תכניות) הייתה רעיון מהפכני בשנות ה-80 המזוהה כיום כמרכיב קריטי של כל שירות איכותי בבריאות הנפש. שותפות מלאה הינה ערך של שיקום פסיכיאטרי המשתקף בתהליך ההחלמה, אשר שינה את הפרדיגמה שבאמצעותה הוכשרו נותני שירותים באופן מסורתי. רוב נותני השירותים בשנות ה-70 וה-80 לא הוכשרו במיומנויות של פיתוח שותפויות אלא, במקרה הטוב ביותר, הוכשרו במיומנויות של יצירת ברית טיפולית. כתוצאה טבעית של ערך בסיסי זה, תכניות לשיקום פסיכיאטרי מערבות באופן פעיל עובדים בעלי ניסיון אישי עם התמודדות נפשית ומומחי תמיכת עמיתים בבנייה ומתן שירותים. הספרות המחקרית מראה כי עובדי תמיכת עמיתים בעלי הכשרה נותנים שירותים ברמה טובה, לפחות כמו עובדים ללא ניסיון אישי.

בחירה היא קריטית לשיקום פסיכיאטרי ואבן הפינה של תהליך השיקום. ההזדמנות של אדם לבחור את מטרותיו לטווח הארוך, השיטות שישמשו כדי להגיע לבחירת מטרות והגורמים שסייעו בתהליך, כולם מרכיבים של שירות המכיר בערך זה. כפייה יוצרת השפעה של צמצום במקום חיזוק ההיענות-העצמית לתכנית טיפול או היענות לראיית איש המקצוע ביחס למטרות "הולמות". כפייה אינה מקדמת פיתוח של משמעות ותכנית בחייו של האדם, לכן היא מהווה חסם להחלמה ולהשגה מחדש של תפקידים מוערכים. השמה של אדם במקום כמו עבודה או מסגרת לימודים ומתן מרשמים לתרופות - מבלי לבחון את העדפותיו, עלולים להוביל לתוצאה של הפחתת הסימפטומים או השגת תפקיד בחברה, מבלי שיקדמו את תחושת-העצמי של האדם, העצמתו, חיזוק או קידום (לבחירה) הרווחה הנפשית וההחלמה שלו. עזרה לאדם לקחת על עצמו תפקיד מוערך בחברה דורשת תמיכה בהכוונה העצמית שלו וכן, אם נחוץ, פעולה אקטיבית ליצירת הזדמנויות וסיוע לפיתוח ניסיון בקבלת החלטות מושכלות. בנוסף, אנשים אינם יכולים להתקדם באופן מלא אם הם אינם מורשים לעשות טעויות, שמהן ניתן ללמוד. הסוגיה של מתן בחירה כאבן פינה של שיקום היא בבסיסה שאלה של זכויות ונגישות לאזרחות מלאה בחברה. לבסוף, ישנן ראיות לכך שמתן בחירה וקבלת החלטות משותפת אינן רק עניין של זכויות אלא גם של יעילות גבוהה יותר לעומת גישות מסורתיות אוטוריטאריות לטיפול.

הערך המיוחס ל**תקווה** מניע את איש המקצוע ואת התכנית אל מעבר לשימור תפקודי או התמקדות רק בתבוסות העבר. תהליך ההחלמה עשוי לדרוש הקדשת זמן לדריכה במקום לפני שניתן להמשיך לשלב הבא של שיפור. עזרה לאנשים לייצב את עצמם, שעשויה להיות מטרה מיידית חשובה, לעולם אינה הדגש הכולל של עובד השיקום. תקווה היא מרכיב קריטי בתהליכי החלמה והיכולת המקצועית להשרות תקווה היא בעלת תפקיד חשוב בהשגת תוצאות שיקומיות. מחויבות ליצירת תחושת תקווה (Hopefulness) והחזקתה עבור צרכנים ונותני שירותים היא

חיונית בבחירת אנשי צוות, הכשרתם והדרכתם, כמו גם בפיתוח הפעילויות בשירותי שיקום פסיכיאטרי. ישנם אנשי צוות שעשויים להאמין שאין זה מציאותי לצפות מהמטופלים שלהם להחלים משום שהם "יותר מידי חולים" או "יותר מידי מוגבלים". הספרות התייחסה להשפעות המגבילות של חוסר-תקווה מסוג זה מצד נותן השרות, כאשר השימוש במושגים כגון "חולה כרוני" מדגיש את ציפיותיו של איש המקצוע לכך שאנשים לא יחלימו, ציפיות שעוברות הלאה אל האדם. מיקודו של השיקום הפסיכיאטרי הינו על הצלחה ושביעות רצון אישית בסביבה נבחרת, ללא קשר לרמת התפקוד העכשווית של האדם. מסר יסודי הוא "אמונה בפרודוקטיביות הפוטנציאלית" של אנשים, אפילו עם המגבלות הפסיכיאטריות החמורות ביותר. אנשי צוות באשפוז ובקהילה לעתים קרובות התנגדו לכניסת השיקום הפסיכיאטרי משום שהרגישו שהתמקדות על הצלחה אינה מציאותית עבור מתמודדים. הופעת השיקום הפסיכיאטרי כשירות של הזרם המרכזי התרחשה כאשר אנשי צוות יכלו לקבל הכשרה בהתערבויות ובשיטות ספציפיות שנתנו להם כלים המאפשרים ללקוחות את היכולת לקבל החלטות מושכלות ולקחת על עצמם את התפקידים שבחרו.

המסגרת הערכית המקיפה שמניעה את השיקום הפסיכיאטרי משקפת אמונות פנימיות היוצרות את הבסיס האתי של התחום. הן האגודה לשיקום פסיכו-סוציאלי של קנדה והן האגודה האמריקאית לשיקום פסיכיאטרי אימצו קוד אתי שמתבסס על ערכים מקיפים אלה ושילבו אותם בתהליכי ההסמכה לעובדי שיקום פסיכיאטרי.

בסיס אמפירי של שיקום פסיכיאטרי

הבסיס האמפירי של תהליך השיקום הפסיכיאטרי שואב מכמה תחומי מחקר. ראשית, התבסס התהליך על ספרות מחקרית שהצביעה על מספר אלמנטים:

- הקשר החלש בין סימפטומים לבין תוצאות בביצוע תפקידים, המבליט את הצורך בכך שהשיקום יתמקד על תפקוד;
- חשיבותה של למידת מיומנויות והראיות לכך שאנשים עם מחלות נפש יכולים, למעשה, ללמוד מיומנויות גופניות, רגשיות וקוגניטיביות.
- חשיבותה של תמיכה ורשתות תומכות לביצוע מוצלח של תפקידים.
- חשיבותן של העדפות אישיות לתוצאות וההכרה בכך שפרספקטיבות מקצועיות ופרספקטיבות של לקוחות לעתים קרובות שונות מאוד ביחסן לסוגיות מפתח.
- חשיבות הצבת מטרות ותחושת מסוגלות עצמית כדי לחולל תוצאות.
- אלמנטים קריטיים של שותפות, כמו אמפתיה, הם מפתח ליצירת ברית של עבודה משותפת בין לקוח לבין נותן שירות בשיקום פסיכיאטרי.

מחקרים אלה עזרו לעצב את התהליך הכולל של השיקום הפסיכיאטרי כאלמנטים שמהם נוסדו כמעט כל הטכניקות שמתוארות כשיטות בשיקום פסיכיאטרי, לדוגמא: המרכז לשיקום

פסיכיאטרי בבוסטון פיתח מודל התערבות שמתמקד בעזרה למתמודדים לבחור, להשיג ולשמור על תפקיד מועדף. הדבר מושג באמצעות יצירת קשרי שותפות, הערכה ופיתוח מוכנות לשינוי, בחירת תפקיד-היעד של האדם בסביבה ספציפית והערכה ופיתוח מיומנויות ותמיכות הדרושות למטרה זו. מודל זה אף מפרט את מרכיבי הכשירות המקצועית הנדרשים מעובדי שיקום וכולל תכנית הכשרה לנותני שירותים, עמיתים, בני משפחה ומתמודדים. המודל יושם במדינות בחמש יבשות וקיבל את אישור המשרד לרישום התערבויות מבוססות ראיות ופרקטיקה מבטיחה הנפש בארה"ב (SAMHSA). (National Registry of Evidenced Based and Promising Practices) של שירותי בריאות

דוגמאות בולטות של מודלים ספציפיים בשיקום פסיכיאטרי הן: דיור נתמך, תעסוקה נתמכת והשכלה נתמכת. סוגים אלה של התערבויות נוטים לשלב תמיכה יחד עם פיתוח מיומנות. שלושתן יוצאות מנקודת הנחה כי טוב יותר לעזור לאנשים להשיג נגישות מהירה לסביבת "העולם האמיתי" של דיור, עבודה ולימודים ולספק תמיכות אינטנסיביות בסביבות אלה, במקום להקדיש זמן רב להכנה לקראת כניסה למסגרות.

מסקנות

השיקום הפסיכיאטרי התבגר והבשיל לאורך ארבעים השנים האחרונות כתחום בעל פילוסופיה וערכים משלו ומערך של ממצאים אמפיריים. תחום זה פיתח תהליך מובחן שמכוון לשיפור המיומנויות והתמיכות הנחוצות להשגת תפקידים מוערכים לפי בחירת הפרט. השיקום הפסיכיאטרי אף ביצע והפיץ מחקרים על יעילותן של טכניקות והתערבויות להשגת תהליך זה ותכניות הכשרה ברמות שונות על פני דיסציפלינות שונות כדי ללמד את מיומנויות היסוד לנותני שירותים, מדריכים ואנשי מנהלה. תחומי פיתוח עתידיים כוללים יותר מחקרים על מודלים שמשלבים התערבויות שונות לקידום החלמה (כמו השכלה נתמכת ותעסוקה נתמכת). התפתחויות בתחום מדעי המוח והקוגניציה הופיעו במקביל לפרקטיקת השיקום הפסיכיאטרי (למשל, הבנת הפונקציות המוחיות לפיה סימפטומים ותפקוד ממוקדמים באזורים שונים של המוח; הבנה גוברת של סוגיות הקשורות לתפקוד הביצועי) והפוטנציאל לשילוב של מאמצים על פני תחומים אלה עשוי להתממש בעשורים הקרובים. בנוסף, השפעתם של מצבים רפואיים על אנשים עם מחלות נפש, מבחינת תוחלת חיים קצרה יותר, מצביעה על צורך לחזק את החיבורים של השיקום הפסיכיאטרי עם תחומי בריאות אחרים מתוך גישה מקיפה וכוללת לבריאות ושיקום. השיקום הפסיכיאטרי-פסיכו-סוציאלי התבגר ועודנו מוסיף להתפתח בתרומותיו לקידום רווחה נפשית והחלמה של מתמודדים.