



יספרא האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A) [ispraisrael.org.il](http://ispraisrael.org.il)

## מדוע הוספת המילה 'החלמה' לתכנית טיפול אינה עושה אותה ל'תכנית החלמה' פרופ' לארי דייווידסון

Why Adding 'Recovery' to a Treatment Plan Does Not Make It a 'Recovery Plan'/ by Larry

Davidson, Ph.D., RTP Project Director

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספרא - [ispraisrael.org.il](http://ispraisrael.org.il)

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ, על-פי מאמר שהתפרסם באינטרנט:

<http://www.dsgonline.com/rtp/resources.html>

מרכיב מרכזי בהשתנות של מערכות שירותים הוא התמודדות עם האתגר של הפיכת "התכניות הטיפוליות" המסורתיות ליותר מכוונות-החלמה. בנוסף לשינוי שם המסמך מ"תכנית טיפול" ל"תכנית החלמה", ננקטים על פי רוב שני צעדים נוספים על ידי מערכות העזרה: 1. הוספת מקום בטופס למילוי מטרותיו של האדם על ידו, 2. הוספת מקום בטופס לזיהוי הכוחות של האדם (במידה שלא נכללו קודם לכן). בעוד ששני צעדים אלו תואמים להתקדמות לעבר פרקטיקה מכוונת-החלמה, חשוב להצביע על כך שצעדים אלו לבדם אינם הופכים את תכנית הטיפול המסורתית לתכנית החלמה. מהי אפוא תכנית החלמה, אם לא תוצאה של שילוב ההחלמה בתכנית הטיפול? אילו צעדים נוספים צריכים להינקט על מנת להשפיע על תוצאות השינוי הרצוי לעבר תכנית החלמה? מאמר זה עוסק בשתי שאלות חשובות ומאתגרות אלו.

תכניות טיפול פותחו בראש ובראשונה על מנת להנחות ולתעד את הטיפול במחלה או במצבים רפואיים אחרים (לדוגמא, שברים, דלקות). הטיפול המתוכנן יינתן בעיקר על ידי אנשי מקצועות הבריאות, והתכנית הכתובה מפותחת בעיקר לשימושם של אותם אנשי מקצוע, ומשרתת מספר פונקציות כגון: הנחיות לטיפול, הערכת אפקטיביות הטיפול, והצדקה ותיעוד של הטיפול לצרכים פורמאליים כמו הכרה רשמית או החזר הוצאות. רק לאחרונה החלו לדרוש לצורך הכרה רשמית בגופים שונים כי מטופלים ימלאו מסמכים נוספים המצהירים על כך שהם מקבלים החלטות מבוססות מידע לגבי הטיפולים המוצעים להם. חתימה על טפסים כאלה אינה דורשת או משקפת יותר מאשר את הסכמת המטופל עם התכנית של איש המקצוע. במילים אחרות, חתימה על טופס אינה הופכת את התכנית לתכניתו של הלקוח. היא נשארת תכניתו של המטפל לגבי אופן הטיפול שייתן למטופל.

### מגבלות של תכנית הטיפול המסורתית

מודל זה, לאורך דורות, היה שימושי ביותר בהנחיית הטיפול הרפואי שניתן לאנשים עם מחלות אקוטיות ומצבים אחרים, ואף עשוי להועיל במצבים פסיכיאטריים מסוימים. למשל, כאשר

רופא או אחות רושמים טיפול תרופתי לאפיזודה אקוטית בודדת של חרדה או דיכאון, או כאשר פסיכולוג העובד בגישה התנהגותית מציע למטופל חוזה לגבי טיפול בחשיפה להפחתת רמת רגישות לפוביה. בכל המקרים הללו התפקיד של האדם בתהליך הטיפול הוא בבסיסו לעשות את מה שממליץ המטפל- בין אם מדובר בנטילת כדור מדי בוקר או בביקור בביתן הזוחלים בגן החיות (במקרה של פוביה מנחשים). עם זאת, גישה זו נמצאה כבלתי מתאימה במקרים של מחלות נפש ממושכות והתמכרויות, שבהן האדם חייב לקחת תפקיד משמעותי הרבה יותר בהתמודדות, ניהול והתגברות על מגבלותיו. מבחינת מה שנדרש מהאדם לעשות במסגרת מאמצי ההחלמה, לא די במעקב אחר המלצות אנשי המקצוע,

מצב זה נובע מכמה סיבות:

ראשית, הטיפולים הזמינים כיום מוגבלים מאוד ביעילותם לטיפול במחלות נפש והתמכרויות. בעוד שטיפולים מסוימים עשויים להיות יעילים להפחתת סימפטומים פסיכיאטרים או שימוש בסמים, הם אינם מכוונים לאלמנטים המגבילים יותר, כגון: קשיים נוירו-קוגניטיביים, דפוסי התנהגות, והקשרים חברתיים ובין-אישיים המסכלים שיפור במצב.

שנית, מירב האתגרים עימם נפגשים אנשים בהחלמה מתרחשים מחוץ ומעבר לתחום של שירותי הבריאות המסורתיים כמו בתי-חולים, מרפאות, אשפוז יום וכד'. אתגרים אלו מתרחשים, ודורשים התייחסות בתוך קונטקסט חיי היומיום של האדם בקהילה. צוותי טיפול קהילתי אסרטיבי (Assertive Community Treatment – ACT) התפתחו לפני 40 שנה בניסיון לסייע לאנשים עם מחלות נפש להתמודד עם אתגרים אלו, על-ידי פריסת צוותים המלמדים ומשמשים מודל לביצוע מיומנויות חיים בהקשרים יומיומיים. אנשי צוות במודל זה ילוו את האדם למכולת, למכבסה, לבנק או לקולנוע, על מנת שהאדם יוכל ללמוד כיצד להתמודד בהצלחה עם מקומות מסוגים אלה. התפתחויות עכשוויות יותר של "אימון", "Mentoring" ותמיכת עמיתים בהחלמה, מנסות לספק סוגים דומים של עזרה לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות או התמכרויות. פעילויות כאלו אינן תואמות את מסגרת העבודה הקונבנציונאלית של תכניות טיפול, והן רחבות וחורגות בהרבה מתחום הטיפול לעבר תחומי השיקום והתמיכה הקהילתית.

### **החלמה היא מעבר לשיקום**

עם זאת, לא מדובר רק בשילוב של התערבויות שיקומיות ותמיכות קהילתיות בתוך תכנית הטיפול המסורתית. בשני התחומים הללו, תפקידו של האדם מהווה שיקול חיוני ומרכזי. תפקידו אינו יכול להתבסס על הנחות מוקדמות או על התעלמות. בעוד שדרוש אורטופד מיומן על מנת לאחות עצם שבורה, הרי שנדרשת גם פעילות מצד האדם עצמו, לעתים בשילוב עם פיזיותרפיסט, על מנת שהאדם ישיג מחדש תפקוד מלא של היד או הרגל. הדבר נכון אף יותר בהקשר של בריאות הנפש. במצב של עצם שבורה ניתן יהיה למצוא הן תכנית טיפול (למשל: קיבוע וייצוב של העצם) והן תכנית שיקום (למשל: להגיע לטיפול פיזיותרפי). אך אפילו בשילוב, שתי תכניות אלו אינן מכוונות למה שהאדם יצטרך לעשות על מנת לחזור לשחק כדורגל או לנגן בכינור. במקרים אלו, עשויים להידרש גם מאמנים או מדריכים (למשל: כנר מנוסה). האתגרים הכרוכים בקיום חיים רגילים עם מחלת נפש דורשים לעתים קרובות רמה דומה של תמיכה, ניסיון ומומחיות. תכנון והובלה של מאמצים מסוג זה דוחפת אותנו אל מעבר למרחב של תכניות טיפול שבהן משתמשים

עפ"י רוב אנשי מקצועות הבריאות, לתכנית שאותה יכול האדם לפתח לשימוש, בשיתוף עם אחרים, על מנת להשיג את החיים שאליהם הוא שואף. תכנית כזו נקראת תכנית החלמה.

כאשר המטרה של שירותי בריאות הנפש הייתה צמצום מחלת הנפש, נראה הגיוני להסתכל על הטיפול כמוביל להחלמה. כתוצאה מכך, נראה הגיוני לשלב החלמה וכוחות אישיים בתוך תכנית הטיפול. כיום, מטרתם של שירותי בריאות הנפש השתנתה, והיא לאפשר לאנשים להוביל חיים מלאים מתוך הכוונה עצמית בקהילה, למרות נוכחותה וחומרתה של המחלה. עבור אנשים רבים מטרה זו אינה יכולה להתממש באמצעות תכנון ומתן שירותי טיפול ושיקום לבדם. טיפול אקטיבי בתרופות ופסיכותרפיה, ואף בשילוב הכשרה לרכישת מיומנויות, עשוי להיות חיוני לאנשים מסוימים כהזדמנות לחיות חיים מלאים, אבל, טיפול זה לבדו אינו מספיק עבור רבים אחרים. מה שדרוש הוא שהאדם ייקח אחריות ותפקיד פעיל, ילמד, יתמודד ויתגבר על מגוון של השפעות – רפואיות, חברתיות ופסיכולוגיות של מחלת הנפש, בתוך הקונטקסט הכלכלי, הפוליטי והתרבותי העכשווי – על מנת שיהיה 'בהחלמה' אל מול האתגרים המתמשכים שלגביהם אין בידינו עדיין פתרונות מוגדרים. עבור אנשים כאלה, החלמה אינה באה בעקבות טיפול או כתוצאה ישירה שלו. לאנשים המתמודדים עם מצבים מתמשכים, טיפול, או תכנית שיקום שמציינת רק את מה שעל המטפלים לעשות, אינה מספיקה בהתייחס למטרות החיים שלהם: לחיות חיים מלאים בקהילה.

ההבנה כי מירב המאמץ הכרוך בחיים עם נוכחותה של מחלת נפש, הוא של האדם עצמו, משמעותה שתכניות החלמה נבנות ככל האפשר מנקודת מבטו של האדם עצמו. גם כאן, אין זה מספיק פשוט לתאר את הצגת התלונה או את מטרות ההחלמה של האדם במילים שלו, ואז לחזור לקונספט הקליני הקונבנציונאלי. מה שדרוש הוא לתת מסגרת חדשה (Reframe) אפילו להתערבויות ופעולות של אנשי המקצוע עצמם, ושל אחרים המעורבים בתהליך מנקודת המבט של האדם. 'רופא או אחות יוכלו לרשום לי תרופה נוגדת פסיכოזה, משום שיש לי הפרעה פסיכוטית או משום שאני שומע קולות מטרידים. אבל למה אני צריך לקחת תרופה נוגדת פסיכוזה אם אינני מאמין שיש לי הפרעה פסיכוטית, או אם הקולות האלו, רק הם שמשמשים לי לחברה כיום (שלא לציין את העובדה שהם מוחים כנגד לקיחת תרופות)?'.

### **הבהרה לגבי תמיכה במטרות האדם**

ההתייחסות למצב זה בקונטקסט של תכנית החלמה אינו דורש לשכוח או להתעלם מההכשרה הקלינית שלי כעובד/ת: איני צריך לשקר למטופל או להעמיד פנים שאין ל/ה הפרעה פסיכוטית. במקום זאת, עלי לנסות להבין כיצד ליישם את המומחיות הקלינית שלי באופן היעיל ביותר בתוך מצב מסוים זה. עלי לפענח כיצד לשים את המיומנות הקלינית והידע המקצועי שלי כך שהאדם ישתמש בהם במהלכים להשגת מטרות חיו. תבונה קלינית תאפשר להתאים את פרופיל הסימפטומים של המטופל לדיאגנוזה המתאימה, ולתת למטופל ולמשפחתו מידע מהי הפרעה או המחלה המסוימת שיש לאדם. אבל, דרוש ניסיון ויותר תבונה קלינית על מנת למצוא דרך אפקטיבית לעזור לאדם להבין כיצד האבחנה המסוימת הזו מפריעה ועומדת בדרכו, מקשה על חיו או מערערת את מאמציו לקיים את החיים שאליהם הוא שואף. למשל, אדם עשוי לבחור לנסות טיפול בתרופה אם ישתכנע כי עשויה לסייע לו להתרכז בלימודים, או לחדול מעישון סמים

על מנת לשמור על מקום העבודה, ולאזן דווקא בגלל מושגים כמו "פסיכוזה" או "התמכרות לקנאביס". אנשים רבים יזדקקו לדעת מה משמעות המילים האלה, וכיצד הן מסבירות אספקטים חשובים בחייהם היומיומיים, כמו קשיים בריכוז או יציאה מהמיטה.

באומנות תכנון ההחלמה מעורבת היכולת לדמיין ולשרטט את הצעדים שבהם האדם יכול לנקוט במהלך 3-6 החודשים הבאים, לצד ההתערבויות שאנשים אחרים יכולים לספק על מנת לאפשר ולתמוך בצעדים אלו, כדי לשפר את חייו ולהניע אותם לעבר שאיפותיו לטווח הרחוק יותר. העובדה כי לאדם יש סכיזופרניה, עשויה לא להשתנות בתקופה זו, אבל דברים רבים אחרים בחייו יכולים להשתנות. כאשר המטרה היחידה בתכנית הטיפול היא הפחתת סימפטומים פסיכיאטריים, תפקידם של אנשי המקצוע מסתיים עם השגת תועלת מקסימאלית מטיפול תרופתי או מפסיכותרפיה קוגניטיבית. למרות זאת, הרבה תכניות טיפול בעבר המשיכו להגדיר הפחתת סימפטומים כמטרה, ואת היענות המטופל כיעד, עם שינויים מעטים בסטאטוס הקליני המתועד במסמכים הרפואיים, ומעט אם בכלל נעשו שינויים בתכנית הטיפול לאורך תקופות של חודשים, שנים ואפילו עשורים. שינוי המטרה מהפחתת סימפטומים לשימור היציבות הקלינית אינו משפר בהרבה את המצב הזה, לא מנקודת מבט קלינית ולא מזוויות אחרות (כמו עלות-תועלת).

#### **פוטנציאל התוצאות של טיפול ממוקד-אדם**

נשארים דברים רבים שהאדם יכול לעשות בעצמו כדי להשיג שליטה ולבסוף הפחתה של הסימפטומים, או של ההפרעה שהם גורמים לחייו, או שניהם. התנסות עם אסטרטגיות לטיפול-עצמי ומציאת השיטות שעובדות עבור אדם מסוים, כמו גם גילוי ומציאת פעילויות ומערכות יחסים משמעותיות, הן פעולות אפשריות למישהו שהסימפטומים שלו לא הגיבו באופן מלא לטיפולים הקיימים. התערבויות שבהן יכולים להשתמש נותני שירותים על מנת לאפשר התנסויות וגילויים כאלה, תלויים כמעט לחלוטין ברצון והמעורבות של האדם, הרבה מעבר למושגים הקונבנציונאליים של 'היענות' או 'דבקות' בטיפול. למידת מיומנויות לטיפול-עצמי, או מציאת פעילויות חברתיות, לימודיות או תעסוקתיות משמעותיות לא יתאפשרו בלי מעורבות פעילה של האדם. כאן האדם חייב למלא תפקיד מוביל, עם איש המקצוע שפועל פחות באופן ישיר ויותר בתפקיד מיעץ ומאפשר. כתוצאה מכך, תכניות החלמה מתמקדות באופן הדוק יותר במה שהאדם מעוניין להשיג בטווח של עד 6 חודשים, ולא מכילות רשימה של כל הדברים שנותני שירותים היו רוצים שיקרה, אך בפועל קורה רק לעתים רחוקות.

במצב זה הלקוח הוא הדמות העיקרית שמובילה את תכנית ההחלמה, הממוקדת ברצונותיו לגבי החודשים הקרובים. אין בכך כדי להגביל את תכנית ההחלמה רק לדברים שאותם יעשה האדם עצמו, שכן אנשי מקצוע ואחרים יכולים להיות שותפים בעלי ערך עצום בעידוד, תמיכה והדרכת מאמציו של האדם. נותני שירותים בתכניות החלמה יכולים אף לטפח את העניין והמוטיבציה של האדם לפעילויות מסוימות, בעזרת ראיון מוטיבציוני. אבל שילוב אלמנטים כאלה בתכנית הטיפול עדיין דורש את הסכמתו של האדם, גם אם מדובר בתוצאה של פשרה מוסכמת. באמצעות הגבלת תכניות החלמה למה שאכן ניתן לצפות שיתרחש במהלך מספר חודשים, התכניות הופכות

למסמכים שימושיים הן עבור האדם והן עבור צוות הטיפול שלו, וכן מהוות אסטרטגיה ההולמת את הרפורמה במערכת הבריאות.

*בעבר, תכנית טיפול הגדירה מהם הטיפולים שיינתנו ועל ידי מי. תכנית החלמה היא תכנית עבורי ועבור צוות הטיפול או התמיכה שלי, המכוונת לעזור לי לחיות את חיי באופן המלא ביותר האפשרי, בדרך שאני רוצה. זה לא אומר שתכנית טיפול אינה רלוונטית או לא נחוצה יותר. אלא, שתכנית טיפול הופכת להיות מרכיב אחד של תכנית החלמה מקיפה - אותו מרכיב המתאר איזה טיפולים יסופקו על ידי איזה אנשי מקצוע ולאיזה מטרות. אך טיפול הופך להיות רק כלי אחד - גם אם בעל ערך רב ביותר - להחלמה המתמשכת שלי. 'מנקודת המבט של האדם, השאלה היא כיצד (ואיזה) טיפולים, שירותים ו/או תמיכות עשויים להתאים ולתמוך בהחלמה שלי. בעוד שמנקודת מבט של מטפל אני עשוי להיראות ראשית כל כמטופל שיש לו מחלה ובאופן משני כמי שמנסה לחיות את חייו, הרי שמנקודת המבט שלי אני קודם כל אדם שחי את חייו ובאופן משני צריך להתמודד עם מצב בריאותי נפשי או התנהגותי בקונטקסט הזה'.*

הרעיון של תכנית החלמה מאתגר אנשי מקצוע להתייחס לפרקטיקה הרפואית והקלינית שלהם מנקודת מבט של האדם עם המחלה, מתוך הבנה כי הוא זה שמוביל את התהליך ומקבל ההחלטות העיקרי. זו המשמעות לכך שהחלמה היא מה שהאדם עושה. תכנון החלמה הינו כלי אחד אשר מעודד ותומך באדם כשהוא עושה זאת.