

## תיאוריית ההגדרה העצמית: מסגרת עבודה לפרדיגמת ההחלמה

אנתוני ד. מנסיני

2008

Mnacini, A.D. (2008). Self-determination theory: A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 358-365.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספ"א - [ispraisrael.org.il](http://ispraisrael.org.il)  
סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ

למושג ההחלמה השפעה גוברת על שירותי בריאות הנפש ועיצוב מדיניות ברחבי העולם. השפעה זו כה נרחבת עד כי למעשה ניתן למצוא יוזמות העוסקות בהחלמה מצד רשויות ממשלתיות או קבוצות סגור בכל מדינה עם מערכת מודרנית של בריאות הנפש. מגוון של הצהרות מדיניות בארה"ב ובבריטניה תמכו בשינוי מערכת בריאות הנפש והתאמתה לעקרונות ההחלמה ( New Freedom commission on mental health, 2003; Scottish Executive, 2006). בהינתן העניין העצום במושג, ניתן היה לצפות למצוא הגדרות ברורות להחלמה, ספרות מדעית איתנה על החלמה ושיטות עבודה מתוקפות לתמיכה בהחלמה. בפועל, החלמה זכתה למגוון של משמעויות, שלעיתים זורעות בלבול בקרב מעצבי מדיניות, גורמי אדמיניסטרציה ואנשי מקצוע בבריאות הנפש. יתירה מכך, ישנו חוסר במחקר אמפירי על החלמה, למרות שהחל שיפור בכך. לבסוף, מאמצים מעטים בלבד הוקדשו לזיהוי פרקטיקות ארגוניות אשר מובילות להחלמה ופועלות בהלימה לעקרונותיה.

על מנת להתחיל לעסוק בחוסרים אלו, צעד חשוב הוא לשים את ההחלמה על בסיס אמפירי ותיאורי מוצק יותר. אחת ממסגרות העבודה התיאורטיות (Framework) שנחקרו היטב ושביכולתה להתחבר להבנת ההחלמה, היא תיאוריית ההגדרה העצמית (Self-determination theory). כתיאוריה מוטיבציונית אשר מניחה שלושה צרכים אנושיים בסיסיים (אוטונומיה (Autonomy), מסוגלות (Competence) וקשר לאחרים (Relatedness to others)), מראה תיאורית ההגדרה העצמית דמיון בולט לרעיונות היסוד של החלמה. לפיכך, מטרתו של מאמר זה היא להתייחס לרלוונטיות הפוטנציאלית של תיאוריית ההגדרה העצמית לפיתוח תכניות, תיאוריות ומחקר על החלמה. אני טוען כאן כי תיאוריית ההגדרה העצמית יכולה לסייע לנו להבהיר מה הכוונה במושג 'החלמה', להנחות את המדידה ולצייד אותנו בהיפותזות הניתנות לבדיקה אשר יקדמו את חקר ההחלמה.

## הגדרת החלמה

רעיונות לגבי החלמה הופיעו לראשונה מתוך תיאורים אישיים על מחלות נפש במהלך שנות ה-70 של המאה העשרים. נרטיבים אלו, שהיה להם קשר כלשהו לתנועת הצרכנים בבריאות הנפש (Consumer/Survivor Movement), עקבו אחר מסעות אישיים מאוד, שנעשו על ידי אנשים עם מחלות נפש במהלך מאמציהם לתבוע ולהחזיר לעצמם תפקידים חברתיים וזכויות אדם. נרטיבים אלו ביקשו להגדיר החלמה במושגים רחבים יותר מאשר שיפור בסימפטומים. לעתים קרובות הם תיארו החלמה כמוגדרת בהכרח על ידי העצמי, לא ליניארית, ומקבלת ביטויים שונים לאורך חייו של האדם. למרות שנרטיבים מוקדמים אלו, ורבים אחרים שבאו בעקבותיהם, תיארו החלמה כנתיב ייחודי לאדם, הרי שזוהו תמות משותפות. הפרספקטיבה שלי לגבי תמות אלו מוצגת בתיבה 1.

### תיבה 1: תמות של החלמה

- עיצוב זהות (Identity formation): מחלת נפש היא היבט אחד של עצמי מובחן יותר.
- אוטונומיה/הכוונה עצמית (Self-agency/Autonomy): יכולת גבוהה יותר לפעולה מתוך יוזמה עצמית.
- תקווה: תחושה מחודשת של אפשרויות.
- יחסים תומכים ומרפאים: מקצועיים ואישיים.
- תפקוד משופר בתפקידים חברתיים: תעסוקה, הורות וכד'.

למרות שאינן ממצות ומקיפות הכל, תמות רחבות אלו מגדירות את התנאים הפנימיים והחיצוניים הבסיסיים המובילים להחלמה.

לאחר זיהוי מרכיבי היסוד של החלמה, הצעד החשוב הבא הוא לקבוע כיצד תכניות בבריאות הנפש יכולות לספק שירותים ספציפיים לקידום החלמה. תיאורטיקנים, חוקרים וצרכנים הציעו כמה הגדרות של פרקטיקה מכוונת החלמה (Recovery-oriented practice). למרות שהמשגות אלו שונות זו מזו במידה מסוימת, הרי שתמה משותפת לכולן היא התפקיד הקריטי של הסביבה החיצונית, בכך שתאפשר את התנאים הפנימיים להחלמה. כלומר, החלמה לא יכולה להתרחש רק מתוך כוח רצון; היא חייבת להסתייע בגורמים חיצוניים לאדם. למרבה הצער, תנאים מאפשרים אלו לרוב מצויים בחוסר עבור אנשים עם מחלות נפש, במידה רבה בגלל שמחלות אלו שמות את האנשים בסיכון להימצא בסביבות שאינן אופטימאליות לתפקוד בריא.

ניתן לטעון כי אנשים עם מחלות נפש באופן ייחודי חשופים לכוחות חברתיים אשר השפעתם לא אחת פוגעת בתפקוד, אפילו כאשר היא מכוונת להיות טיפולית. לדוגמא, הם עשויים להיות נתונים לקבלת טיפול מרפאתי כפוי, להידרש ליטול תרופות כתנאי לקבלת שירותים פסיכו-סוציאליים, לקבל דיור ברמה ירודה מרוחק ממשפחתם עם אנשים זרים, להיחשף לסיכון מוגבר למעצר ולאשפוז בכפייה. התנסויות כאלה הן שגרתיות, למרבה הצער, עבור אנשים עם מחלות נפש, מערערות את יכולתם לפעול באופן

עצמאי, מעמיקות את הבידוד מאחרים ומסבכות את חזרתם מחדש לתפקידים חברתיים. אכן, נרטיבים של החלמה תיעדו את ההשפעה המחלישה והמאכלת של המעורבות במערכות העזרה והשליטה החברתית. אף על פי כן, עבור אנשים רבים עם מחלות נפש, מקומות הטיפול, כחלק מהמערכת הרחבה יותר של רשויות הבריאות, יכולים להוות מקור לתמיכה אמיתית ומרכיב חשוב בתהליך ההחלמה.

כיצד אם כן נזהה אספקטים של טיפול ותכנון בבריאות הנפש היכולים לשפר הן את ההשלכות הראשוניות (כגון סימפטומים) והן את ההשלכות המשניות (השפעות מחלישות של מעורבות המערכת) של מחלות נפש וכך לקדם את החלמתו של האדם? בהתייחסות לשאלה זו, אני מציע כי השלכה משנית מרכזית של מחלות נפש, שאליה בעיקר מתייחס רעיון ההחלמה, הוא אובדן תחושת האוטונומיה האישית. רעיונות בנוגע לאוטונומיה הם מרכזיים לתיאוריית ההגדרה העצמית, וביכולתם להאיר את ההיבט הקריטי הזה בתכנון ובטיפול בבריאות הנפש.

### **תיאוריית ההגדרה העצמית ופרקטיקה מכוונת החלמה**

תיאוריית ההגדרה העצמית מניחה כי בני אדם משגשגים וצומחים, משיגים מטרות ומרגישים יותר רווחה אישית (Well-being) תחת תנאים התומכים במימוש של צרכים אנושיים בסיסיים. חוקרים זיהו באמצעות מחקר אמפירי נרחב שלושה צרכים אנושיים שמהווים יסוד למוטיבציה אנושית ולרווחה אישית: הצורך באוטונומיה (Autonomy), תחושת מסוגלות (competence) וקשר לאחרים (Relatedness to others). התיאוריה מניחה כי בכלנו טבועה נטייה אינהרנטית לממש צרכים אלו. מכל מקום, סביבות חברתיות ואחרות נבדלות במידה רבה במידה שבה הן תומכות במימוש צרכים בסיסיים. נמצא כי תפקודו של אדם ורווחתו בעבודה ובלימודים, וכי שיפור ושמירת התפקוד והרווחה האישית דרך מסגרות של עזרה וטיפול, תלויים במידה רבה במידה שבה צרכים אנושיים בסיסיים זוכים למימוש. במילים אחרות, המידה שבה סביבת מקום הטיפול תומכת או חוסמת את האוטונומיה של האדם, את תחושת המסוגלות ואת הקשר שלו לאחרים, תשפיע באופן ניכר על השגת תוצאות רצויות אחרות. בעיקרו של דבר, כל ההתערבויות אשר הוערכו כמכוונות-החלמה, מתייחסות לצרכים בסיסיים אלו המתווים בתיאוריית ההגדרה העצמית.

למרות חשיבותו של כל אחד מהצרכים, הייתי מציע כי החדרת תחושה של אוטונומיה היא תנאי בל יעבור בפרקטיקה מכוונת החלמה, זאת משלוש סיבות לפחות: ראשית, תחושת אוטונומיה היא תנאי בסיסי להתנהגות מתוך הנעה עצמית (Self-motivated behaviour), כמרכיב קריטי בהחלמה וברוחה אישית. שנית, כיוון שמחלות נפש עשויות לעיתים להחליש את האדם ולפגוע ביכולתו ליזום התנהגויות רצויות ולבטא העדפות, הרי שתמיכה מכוונת ביכולת זו חייבת להיות אספקט בסיסי בטיפול במחלות מסוג זה. שלישית, סביר כי הפרת האוטונומיה שאליה חשופים אנשים עם מחלות נפש באורח שגרת, תגרום עוד יותר לשחיקת תחושת האוטונומיה. לפיכך, החדרת תחושת אוטונומיה באמצעות מגוון מרכיבים של טיפול ושל סביבת הטיפול, היא קריטית להחלמתם של אנשים עם מחלות נפש.

פרספקטיבה זו נתמכת על ידי ספרות נרחבת אשר מתעדת את ההשפעה החיובית של סביבות 'תומכות-אוטונומיה'. במוסדות סיעודיים, לדוגמא, תמיכה באוטונומיה לפי תפיסת הלקוחות (לעומת שליטה על התנהגות) נמצאה קשורה לרווחה אישית רבה יותר; במקומות עבודה נמצא כי עובדים שדיווחו על סיפוק צרכים של אוטונומיה הראו ביצוע טוב יותר ושביעות רצון גבוהה יותר בעבודה; בניהול של מחלה, אנשים עם סוכרת מסוג 2 שתפסו את הטיפול כיותר תומך באוטונומיה שלהם, הראו שליטה גליקמית טובה יותר, ותפיסת הרופא המטפל כיותר תומך באוטונומיה, נמצאה קשורה לדבקות טובה יותר בטיפול התרופתי; בטיפול בהתמכרות לאלכוהול, יותר מוטיבציה אוטונומית להיכנס לטיפול נמצאה קשורה ליותר מעורבות ויותר התמדה בטיפול; ובמסגרות השכלה, יותר תמיכה באוטונומיה (לעומת שליטה) נמצאה קשורה לעיבוד מעמיק יותר, הישגים גבוהים יותר בבחינות, יותר התמדה ויותר תהליכי למידה עצמאיים. ממצאים אלו הדגישו את התפקיד המכריע של הסביבה בתמיכה במוטיבציה של אנשים להשגת תוצאות רצויות.

### **תפקידה של הסביבה הטיפולית בחיזוק המוטיבציה להחלמה**

מוטיבציה היא מרכיב קריטי בהחלמה, אשר זכה במידה רבה להתעלמות מצד חוקרי מחלות נפש. ההסבר של תיאוריית ההגדרה העצמית לגבי מוטיבציה אנושית טומן בחובו השלכות משמעותיות לגבי הפרקטיקה בבריאות הנפש. לכן, השימוש במסגרת החשיבה המוטיבציונית של תיאוריית ההגדרה העצמית יאפשר לבחון את תפקידם הנרחב של שני סוגים של מוטיבציה: פנימית וחיצונית.

#### **מוטיבציה פנימית**

מוטיבציה פנימית מתייחסת לנטייה האינהרנטית של אדם לחפש חידושים ואתגרים, להרחיב ולתרגל יכולות, לגלות וללמוד. פעילות מתוך מוטיבציה פנימית מתבצעת משום התענוג והסיפוק הנובעים מהפעילות עצמה. מוטיבציה כזו משקפת את היכולות האנושיות הגבוהות ביותר, את הצורך לחקור, לגלות סקרנות, לבטא התעניינות ולבקש להגיע למומחיות ושליטה בביצוע (Mastery). השגת מוטיבציה פנימית מתרחשת באופן דומה כאשר אנשים נעים לעבר שלבים מתקדמים יותר של החלמה.

#### **מוטיבציה חיצונית**

מגוון סוגי המוטיבציה החיצונית רלוונטיים אף הם להחלמה. באופן כללי, מוטיבציה חיצונית מתייחסת להתנהגויות המתבצעות על מנת להשיג תוצאה חיצונית, בין אם להשגת תגמול חיובי או כדי להימנע מסנקציות. התנהגויות רבות, אולי מירב ההתנהגויות היומיומיות, מתבצעות מתוך סיבות חיצוניות. אף על פי כן, אפילו כאשר התנהגויותינו מונעות ממוטיבציה חיצונית, יכולים להיות הבדלים ניכרים בטבעה של המוטיבציה הזו. לדוגמא, אדם עם מחלת נפש עשוי ליטול תרופות אך ורק על מנת להיענות ללחצים ולתלות או שעשוי ליטול אותן מתוך אמונה אמיתית כי היא מועילה ועוזרת לו להשיג מטרות אחרות. בכל אחד מהמקרים המוטיבציה היא חיצונית. מכל מקום, במקרה הראשון האדם מבצע את ההתנהגות רק כדי להרגיע סמכות חיצונית ולהימנע מהשלכות שליליות, ואילו במקרה השני האדם מאמץ לעצמו מטרה

ומבטא בחירה אישית. קרוב לודאי כי לשתי אוריינטציות מוטיבציוניות שונות אלו השלכות משמעותיות לגבי דבקות עתידית בטיפול התרופתי ולרגשות של אוטונומיה ורווחה אישית (Well-being).

### סביבת הטיפול

אוריינטציות מוטיבציוניות אלו אינן מתרחשות בתוך וואקום. תכניות בבריאות הנפש משחקות תפקיד בסיסי בקידום והעלאה הן של מוטיבציה פנימית והן של צורות בריאות יותר של מוטיבציה חיצונית. אני מציע כי פרקטיקות מכוונות-החלמה קשורות באופן עמוק ויסודי לשאלה כיצד צרכים בסיסיים יכולים לקדם החלמה. סקירה קצרה של התערבויות וסוגיות שבדרך כלל מזוהות כמכוונות-החלמה, מדגישה את הקשר לצרכים בסיסיים שאותם מזהה תיאוריית ההגדרה העצמית. לדוגמא, הרעיון של אנתוני (Anthony, 2004) שהציע את המושג "היות אדם" – "Personhood" בהקשר של החלמה, אשר מניח כי 'אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית רוצים את אותם הדברים שאותם רוצים רוב האנשים', מדהד עם הרעיון של תיאוריית ההגדרה העצמית בדבר צרכים אנושיים בסיסיים. הכוונה-עצמית (Self-agency) ובחירה, נושאים מהותיים בנרטיבים של החלמה ובהתערבויות מכוונות-החלמה, מתייחסים לתפקידה הקריטי של אוטונומיה, שהיא מרכיב מרכזי בתיאוריית ההגדרה העצמית. תפקידה של תעסוקה ותפקידים חברתיים אחרים בתהליכי החלמה מציע כי תחושות של מסוגלות הם היבט חשוב בהחלמה. ולבסוף, חשיבותו של הצורך בקשר וביחסים (Relatedness) משתקף בדגש על שילוב קהילתי ותמיכות חברתיות בהחלמה. לסיכום, תיאוריית ההגדרה העצמית מחזיקה בהיבטים מקבילים משמעותיים לפרקטיקה מכוונת-החלמה, והבסיס האמפירי המוצק שלה מציע כי תכניות המיישמות פרקטיקה מסוג זה, מבטיחות סיכויים רבים הרבה יותר להשיג תוצאות טובות יותר עבור לקוחות, מאשר תכניות המיישמות אותה באופן מופחת.

### טיפולוגיה של תכניות בהתערבויות מכוונות-החלמה

מתוך הקווים המקבילים בין תיאוריית ההגדרה-העצמית לבין התערבויות מכוונות החלמה, מתחייב לבחון מה ניתן ללמוד מתוך תיאוריה זו על התערבויות בבריאות הנפש. כדי להשיג מטרה זו, אני מציע שלושה סוגים היפותטיים של תכניות הניצבות על פני רצף של פרקטיקה מכוונת החלמה: תכניות של שליטה (Controlling); תכניות של טיפול מסורתי/פטרנליסטי; ותכניות מכוונות-החלמה. נבחן בהתאמה את מנגנוני הויסות (Regulatory mechanisms) הבסיסיים של סוגי תכניות אלו, את הפרקטיקה הקלינית והארגונית שלהן, ואת פוטנציאל ההשפעה שלהן על המוטיבציה של הלקוח והויסות העצמי שלו (Self-regulation). טיפולוגיה זו שואבת מעבודתם של Ryan & Deci (2000) ומוצגת בטבלה מס' 1 באמצעות דוגמאות היפותטיות ולא תכניות ממשיות, שבהן עשויים להתערב היבטים של סוגי תכניות שונים.

## טבלה מס' 1: רצף טיפולוגי של התערבויות מכוונות החלמה

מכוון-החלמה	מסורתי/פטרנליסטי	שליטה (Controlling)	
ללא תגמול ישיר	מיקוד בתגמול חיובי	מיקוד בענישה	מנגנוני וויסות התנהגות
			סוגי התערבות
משולב	מודגש	מחויב	תפקיד התרופות
מודגשת	מתונה	נעדרת	אינדבידואליזציה
מיקוד במטרה חיצונית	מיקוד בסימפטומים	תבנית קבועה	תכנון טיפול
הובלה ע"י הלקוח	הובלה ע"י המטפל	הובלה ע"י התכנית	הובלת הלקוח/המטפל
בסיסיים לתכנית	"למען הסדר הטוב"	נעדרים	מנגנוני משוב של לקוחות
נוכח בכל ההיבטים	מוגבל	מינימאלי	תפקיד הבחירה
קידום החלמה	שמירה על יציבות	שליטה בהתנהגות	מוקד הטיפול
			השפעה על הכוונה עצמית
פנימי	חיצוני	היעדר מוטיבציה (Amotivation)	פרופיל מוטיבציוני
הגדרה-עצמית	ערך עצמי מקרי	תחושות של חוסר מסוגלות	עמדות לגבי העצמי
רמות של עצמאות	תלות	חוסר אונים	תפקוד אוטונומי
נקבע ע"י הלקוח		נקבע ע"י נותן השירות	

## מנגנוני וויסות של התכנית

תכניות בבריאות הנפש יכולות להפיק תועלת ממגוון של מנגנונים רגולטורים על מנת לקדם את ההכוונה העצמית של מקבלי השירות. הרגולציה המיושמת נוכחת בכל מימדי התפקוד של התכנית, כולל מדיניות ונהלים, התערבויות, התערבות תרופתית, תיעוד השירותים, תכנון הטיפול והפילוסופיה המנחה בתכנית. כיצד, אם כן, נבדלות התכניות זו מזו בהתייחס למנגנוני הוויסות? טענתי כי ההבדל הקריטי הוא כיצד והאם נעשה שימוש במערכת של תגמולים (גמול חיובי וסנקציות) על מנת לנהל את התנהגות הלקוח. לדוגמא, בתכנית המבוססת על שליטה (Controlling program) מנגנון השליטה העיקרי יהיה האיום בסנקציות על התנהגות שנראית כבלתי רצויה. בטבען, סנקציות מכוונות את האדם לדרישות או ציפיות חיצוניות, ומקדמות התנהגות מתוך הנעה חיצונית, שמטרתה העיקרית היא לנהל את אותן סנקציות. בצורתם הקיצונית ביותר, תגמולים שליליים יכולים להיראות כביטוי של כוח נוקשה, שמעבר לשליטתו של האדם, שתוצאתו תחושות של חוסר מסוגלות מוחלטת והיעדר כל מוטיבציה. מצבים פנימיים כאלה הם כמובן בבחינת אנטי-תזה להחלמה אישית.

לעומת זאת, תכנית מכוונת-החלמה לעתים קרובות תימנע מתגמולים בהתייחסה לבעיות של הלקוח (אם כי לא אפשרי או רצוי להסיר לחלוטין תגמולים) ובמקום זאת תנסה לווסת את התנהגות הלקוח באמצעים אחרים, תבקש לראות את פרספקטיבת הלקוח לגבי בעיות, תאפשר ביטוי של העדפות ותעודד קבלת החלטות עצמאית, אפילו כאשר החלטות אלו עשויות להיראות כלא מומלצות. ניתן לטעון כי האפשרות הניתנת ללקוחות לעשות טעויות ולהתנסות בהשלכות של שגיאותיהם, היא חותמת איכות וסימן היכר של מכוונות להחלמה. זאת ועוד, ההיענות והפְּכוּד לִיכוּלֵת של הלקוח לקבל החלטות, מקדמת תחושות של אוטונומיה אשר תורמות לבריאות ונחוצות להחלמה.

שביל ביניים בין שני הקצוות הללו ניתן למצוא בתכניות מסורתיות/פטרנליסטיות. תכניות מסוג זה יאופיינו בכך שיישמו תגמולים חיוביים על מנת לקדם התנהגות רצויה וכן יאמצו אסטרטגיות נוספות במידה מסוימת (למשל, לאפשר בחירה בנוגע לסוגי תרופות). וויסות התנהגות הלקוחות בצורה זו נוטה לחזק רגשות של תלות, אך לא יגרמו לתחושה של חוסר מסוגלות מוחלטת או היעדר מוטיבציה מוחלטת (Amotivation). למרות היותן נעימות יותר מתכניות מסוג של שליטה, תכניות מסורתיות/פטרנליסטיות מאופיינות כמחלישות פעולה עצמאית ונטילת סיכונים מצד הלקוח, לעתים קרובות מתוך חשש שהדבר יסכן את יציבותו. סוג המוטיבציה הנובע כתוצאה ממיקוד בתגמול חיובי הוא גם חיצוני בעיקרו. ראוי לציין כי ספרות נרחבת הראתה כי תגמול חיצוני מפחית את ההנאה המופקת מהפעילות ומכוון את האדם אל הגמול, ולא לפעילות עצמה (Ryan & Deci, 2000). מנגנון הוויסות בתכניות מסורתיות/פטרנליסטיות (מינוף התגמולים) אינו מיועד לקידום החלמה, אלא לשמירה על יציבות ומניעת החמרה.

### פרקטיקה קלינית וארגונית

מנגנוני הוויסות שתוארו לעיל מתקשרים לסוגים שונים של פרקטיקה קלינית וארגונית (טבלה 1). נתייחס להיבט אחד בתפקוד של תכניות: תכנון טיפול (Care planning). בתכנית של שליטה כמו באשפוז פסיכיאטרי, תכניות הטיפול מתבססות על מסמך בתבנית קבועה שמתמקד בתהליכי הטיפול ולא בצרכיו ומטרותיו של האדם. לדוגמא, השתתפות בטיפול קבוצתי או היענות לטיפול תרופתי עשויים להיות מטרות עיקריות, כך שמטרות תכנית הטיפול הן הטיפול עצמו. גישה זו לתכנון טיפול מחזקת את התכנית ואת הטיפול כסמכות מעל האדם, מקדמת מוטיבציה חיצונית ומסבכת את ההתפתחות של מטרות שהן בעלות משמעות אישית ומונעות ממוטיבציה פנימית. בניגוד לכך, בתכנית מכוונת-החלמה, תעודף המטרות בתכנית הטיפול יגלם את העדפותיו ורצונותיו הייחודיים של האדם עצמו, המשתקפים במטרות במיקוד החיצוני (לדוגמא: פיתוח חברויות מחוץ לתכנית, כניסה למעורבות כעמית-תומך, מציאת דיור עצמאי). מטרות אלו יבקשו לדחוף את האדם החוצה אל העולם, להרחיב ולפתח את יכולתו לפעול מתוך יוזמה עצמית ומוטיבציה פנימית. סביר כי מיקוד מטרה זה יקדם את החלמה על ידי כך שיפחית ויצמצם את התלות של האדם בתכנית וישפר את השתלבותו בקהילה הרחבה יותר. בניגוד לכך, הדגש על פעילויות חיצוניות כמטרה ראויה לטיפול לרוב אינו קיים בתכניות מסורתיות/פטרנליסטיות, שבהן ייצוב הוא מוקד עיקרי של תכנית הטיפול (למשל: הפחתת סימפטומים, מניעת הישנות המחלה) ((Relapse)).

דוגמא נוספת ניתן למצוא בתפקידן של התרופות. לקוח שמסרב לקחת טיפול תרופתי בתכנית של שליטה, עשוי להיתקל במגוון של השלכות שליליות גלויות ומרומזות, הכוללות גינוי או מורת רוח, נטילת תרופות תחת פיקוח, אפשרות להוצאתו משירותים, או אפילו אבדן של מקום דיור. סנקציות אלו כמובן יחזקו את הסמכות החיצונית של התכנית, יפחיתו מתחושת האחריות של האדם לגבי התרופות, וכך יגבירו את הסבירות לחוסר היענות עתידית לטיפול התרופתי. בניגוד לכך, תכנית מכוונת-החלמה תימנע מלהשתמש בתגמולים שליליים מתוך הכרה בכך שזכותו של האדם לסרב לתרופות. אין בכך כדי למנוע דיון וגילוי של סיבותיו של האדם לסירוב לתרופות ומאמצים לשכנעו לשקול זאת. יתירה מכך, תכניות מכוונת-החלמה נוטות לשלב טיפול תרופתי בתוך תכנית טיפול רחבה יותר, בניגוד להתייחסות לתרופות כהתערבות היעילה היחידה. אסטרטגיה אחרת בנוגע לתרופות תימצא בתכנית מסורתית/פטרנליסטית, שתשאף ליצור תמריצים לנטילת תרופות כגון קישור התרופות לפריבילגיות, שילומים או הטבות אחרות.

### וויסות-עצמי של הלקוח

לכל אחד מסוגי התכניות הללו – גישתן הרגולטורית והפרקטיקה הקלינית והארגונית – השפעות שונות מאוד על הוויסות העצמי (Self-regulation) של הלקוח. ההבחנה הראשונה נובעת מהשימוש שנעשה במנגנוני גמול (Contingencies) והשפעותיהם הנלוות על יכולתו של הלקוח לפתח ולשמר צורות בריאות יותר של מוטיבציה. לתכניות שמאמצות גישה של שליטה יהיו ההשלכות המזיקות ביותר על המוטיבציה של הלקוח, הן יפיקו דבקות, חוסר אונים, רגשות של חוסר מסוגלות ושל חוסר הערכה. הסוג המסורתי/פטרנליסטי נוטה לקדם התנהגות שפחות מונעת ממקור חיצוני אך מתמקדת בתגמולים חיוביים. כיוון שהחלמה חייבת לכלול דרגה מספקת של מוטיבציה, הרי שתכנית כזו לא תשלב את המוטיבציה הפנימית של הלקוח להחלמה. תכנית מכוונת-החלמה, לעומת זאת, תביא לשיפור בערך העצמי באמצעות עידוד להתנהגות עצמאית, עם נטייה לקדם הפנמה של מטרות חיים ופיתוח תחושות של אוטונומיה, כתנאי מוקדם הנדרש להחלמה.

כיצד ניתן לתמוך בתכניות מכוונת-החלמה? דרך אחת היא באמצעות הערכה ארגונית של פרקטיקה מכוונת-החלמה. בהמשך אדון בכמה גישות שונות למדידת פרקטיקה מכוונת-החלמה, בהתייחס לתפקידן הפוטנציאלי בפיתוח מדיניות, מחקר ושיפור איכות.

### מדידה של פרקטיקה מכוונת-החלמה

בניגוד לפסיכותרפיה הממוקמת במשרד, למצבים כמו הפרעות דיכאון וחרדה, הטיפול במחלות נפש חמורות (Severe mental illness) ממוקם בתוך סביבת הקונטקסט של "תכנית". לסביבה זו מגוון של אלמנטים, רבים מהם לא מיועדים או מכוונים ספציפית להשפעה טיפולית (תרפויטית) (למשל: יחס חמים של פקיד/ת הקבלה, מסמכי התייעוד של השירותים, מיקום השירותים, כללי התנהגות, אמצעי תחבורה לתכנית). בפסיכותרפיה מסורתית במשרד, אלמנטים אלו הם לעתים קרובות שוליים או לא קיימים. מכל מקום, בתכניות טיפול לאנשים עם מחלות נפש, האלמנטים הלא-תרפויטיים עשויים להיות בעלי חשיבות



שווה ואף עולה על האלמנטים הטיפוליים עבור הלקוח. אני טוען כי הסך הכולל של התכנית – אלמנטים טיפוליים ולא-טיפוליים – הוא שקובע את היעילות שלה לקידום החלמה. לכן, זה לא רק האם, למשל, נעשה שימוש בגישות מבוססות ראיות לשיקום תעסוקתי, אלא האם המדיניות תומכת בהשתתפות הלקוחות בהפעלת התכנית, האם נעשה שימוש בתכנון טיפול מבוסס-כוחות או אולי אפילו האם ללקוחות ולאנשי צוות ישנה גישה לאותם חדרי שירותים.

ישנן שתי מתודות עיקריות למדידת פרקטיקה מכוונת-החלמה: סולמות של הרמה הארגונית (נמדדים באופן עקיף באמצעות הערכה של התערבויות, מדיניות, תיעוד וכד') וסולמות לדיווח עצמי (המועברים ישירות למטפלים ואנשי אדמיניסטרציה). הטכנולוגיה של הערכה ברמה הארגונית התפתחה באופן ניכר בעשור האחרון, וקיבלה תאוצה על ידי תנועת הפרקטיקה המבוססת-ראיות בבריאות הנפש. סולמות של מהימנות יישום של מודלים (Fidelity scales), המהווים הערכה ברמה הארגונית של רמת הדיוק ביישום מהימן של התערבויות מבוססות ראיות, מילאו תפקיד מרכזי בחקר שירותי בריאות הנפש וקביעת מדיניות בארה"ב. עבודה זו מציעה את האפשרות ליישם בהצלחה מתודולוגיה של סולמות מהימנות למדידת פרקטיקות ארגוניות מכוונת-החלמה.

### סולם מדידה לרמה הארגונית

קולגה ואנוכי פיתחנו לאחרונה מדד ארגוני, אינדקס של התערבויות מכוונת-החלמה (The Recovery-Oriented Practices Index – ROPI). באמצעות גישה איכותנית, הופקו קטגוריות רחבות של פרקטיקה מכוונת-החלמה מתוך מדדים קיימים של החלמה. לאחר מכן עשינו שימוש בתיאוריית ההגדרה העצמית כדי לזהות עקרונות יסוד של פרקטיקה מכוונת-החלמה (תיבה 2).

### תיבה 2: עקרונות של פרקטיקה מכוונת החלמה

- מענה לצרכים בסיסיים: הערכה, תכנון ומתן השירות בכל השירותים צריכים להתייחס תחילה לצרכים בסיסיים.
- שירותים מקיפים: הספקת מגוון של שירותי טיפול (תרופתי, תעסוקתי, משפחתי, טיפול להתמכרויות, סגנון חיים בריא (Wellness), ייעוץ, טיפול בטראומה) ושימוש בסוגי התערבות שונים (פרטני, קבוצתי, תמיכת עמיתים).
- התאמה אישית ובחירה: תכנון ומתן השירותים צריכים להיות מכוונים לתת מענה לנסיבות הייחודיות, לצרכים, העדפות ויכולות של כל לקוח.
- מעורבות והשתתפות של הלקוח: מעורבות הלקוח צריכה להיות משולבת בתכנון ומתן כל השירותים ולקביעת מדיניות ונהלים להפעלת התכנית, כולל העסקה של צרכנים בתנאים שווים מבחינת תשלום, הטבות ואחריות.
- רשת תמיכות ושילוב קהילתי: נדרשים מאמצים אקטיביים בתכנון ומתן השירותים על מנת לערב תמיכות סביבתיות בהחלמה של הלקוח, ולקדם אינטגרציה קהילתית.

- גישה מבוססת-כוחות: תכנון ומתן השירות צריכים להתבסס על מכוונות לכוחות של הלקוח על פני מגבלות.
- הגדרה-עצמית: פיתוח של מוטיבציה אוטונומית ותחושות של מכוונות-עצמית (Self agency) צריכים להיות חלק אינטגרלי בתכנון ומתן כל השירותים, עם הישענות מינימאלית על טיפול בכפייה.
- מיקוד על החלמה: שירותים צריכים להיות מכוונים לתפקידי חיים, לשאיפות של הלקוח ולעצמאות משימוש בשירותים, כולל טכניקות לניהול-עצמי של סימפטומים, פיתוח פעילויות בעלות משמעות, סיוע בתעסוקה, הורות ויחסים זוגיים.

לאחר זיהוי העקרונות, ניתנו להם הגדרות אופרטיביות בעזרת שימוש בסולמות מהימנות ( Fidelity scales), ובוצעו תהליכי תיקוף אל מול סולם להערכת החלמה ( The Recovery Self-Assessment Scale) שהצביעו על קורלציה משמעותית. מדד האינדקס שפותח משמש כיום ככלי הערכה במדינת ניו-יורק ובסקוטלנד, אם כי נחוצה עבודה נוספת כדי להעריך את תוקף הניבוי (המידה שבה מכוונות להחלמה קשורה לתוצאות טובות יותר).

#### סולמות לדיווח-עצמי

כפי שצוין, פותחו גם מדדים לדיווח עצמי של התערבויות וגישות מכוונות-החלמה. אלה כוללות את המדד הנקרא: Recovery Self-Assessment Scale - RSAS ואת הכלי ההשוואתי שלו – Recovery Knowledge Inventory. מדדים אלה מעריכים עד כמה אנשי צוות או אנשי אדמיניסטרציה בתכנית מקיימים התערבויות ומחזיקים בגישות שזוהו כמכווני-החלמה. מדד ה- RSAS מעריך מגוון של התערבויות וקווי מדיניות בתכנית, כולל האם אנשי צוות מדגישים את ההעדפות של המשתתפים, האם לקוחות שותפים לוועדות היגוי או ייעוץ לתכנית, והאם נעשה שימוש בשפה המשויכת להחלמה. המיקוד בכלי השני (RKI) הוא על גישות מכוונות-החלמה של הצוות, כולל האם לצוות ציפיות גבוהות מהלקוחות, האם מאמינים בנטילת סיכונים לקידום החלמה מצד לקוחות והאם מאמינים כי לקוחות צריכים לקבוע את הטיפול שלהם. למרות שימוש מחקרי מועט בכלי זה עד כה, הרי שהוא קיבל זה מכבר תמיכה סטטיסטית ראשונית. צירוף ציוני הנבדקים במדדים אלו יכול לספק מדד של אימוץ התערבויות וגישות מכוונות-החלמה בתכנית.

דרך אחרת לקדם את ההתפתחות של פרקטיקה מכוונת-החלמה, היא להעריך התערבויות השואבות מעקרונות של תיאוריית ההגדרה-העצמית. לדוגמא, ההבחנה העיקרית בין תמיכה באוטונומיה לבין שליטה ובין התערבויות תלויות-תגמול לבין התערבויות שאינן כאלה, ניתנת להערכה במגוון של אמצעים (מדדים לדיווח-עצמי, מחקרים איכותניים ומדדים ארגוניים). חוקרי תיאוריית ההגדרה העצמית פיתחו מגוון של מדדים הניתנים להתאמה למדידת תכניות ואנשי מקצוע בבריאות הנפש. לדוגמא, המידה שבה אנשי מקצוע מקיימים התערבויות של תמיכה באוטונומיה אל מול שליטה באוטונומיה עשויה להשתייך

למידה שבה הם מיישמים גישה מכוונת-החלמה. אמונות ותפיסות של אנשי צוות לגבי יכולתם של לקוחות לקיים הגדרה-עצמית, עשויות אף להשפיע על ההתערבויות שלהם או על מידת השותפות בעבודתם עם לקוחות.

מחקר לגבי מבנים אלו יכול לסייע לקשור ישירות בין היבטים כלליים של התכניות לבין תוצאות של הלקוח. במילים אחרות, תכניות שבהן אנשי המקצוע מאמצים יותר התערבויות התומכות באוטונומיה, ומאמצים גישות התומכות בהגדרה-עצמית, עשויות להפיק תוצאות טובות יותר ללקוחותיהן. אך החוסר בכלי מדידה למבנים אלו, עיכב את המחקר. אכן, ישנו חסר בולט במחקרי תוצאה בחקר התערבויות מכוונות-החלמה. זאת ועוד, בהינתן מחלוקות סביב השימוש באמצעי כפייה בטיפול באנשים עם מחלות נפש, מחקר שיכול לזהות את השלכותיה של כפייה או לספק הבנה מעמיקה יותר לגבי טבעה, עשוי רק להועיל.

### **תפקיד בעיצוב-המדיניות**

השאלה החשובה הבאה היא כיצד ניתן לקדם אוריינטציה של החלמה כיעד לאפיון התכנית. דרך אחת היא לפתח מנגנונים של הערכה ומשוב לביצועי התכנית בהתייחס למכוונות להחלמה. מנגנונים כאלו ניתן להטמיע בהליכים של הכרה או הסמכה של תכניות או בגישות אחרות של פיקוח ובקרה. במדינת ניו-יורק, למשל, פותח סוג של רישוי לתכניות של טיפול קהילתי אסרטיבי ( Assertive community treatment), מודל של טיפול מבוסס-קהילה לאנשים עם מחלות נפש. על מנת לתמוך ביישום נאמן של המודל, שולבו הסטנדרטים של הטיפול בתכנית בבקרה השגרתית, כאשר התכניות מצופות לעמוד בסטנדרטים אלו. גישה דומה ניתנת לשימוש לגבי מכוונות להחלמה, דרך הצהרה לגבי הסטנדרטים של התכנית ופיתוח תהליכי בקרה להערכת הדבקות בסטנדרטים. עם זאת, אחד הקשיים בגישה זו הוא שבקרה חיצונית על סטנדרטים עשויה להיחווה כסוג של ענישה, ועלולה להיות מיושמת בצורה בלתי גמישה. קידום מכוונות להחלמה צריך להיות בהלימה לרעיונות ולרוח ההחלמה, כלומר, תמיכה בתפקוד אוטונומי לא רק של האנשים אלא גם של התכניות. לפיכך, גישה אלטרנטיבית היא תמיכה רעיונית ומקצועית, יצירת מודעות לגבי התערבויות מכוונות-החלמה וקידום דיאלוג לגבי אופן יישומן. גישה זו נתמכת במחקר שהובילתי לאחרונה עם קולגה, שבו מצאנו כי פסיכיאטרים שהיו בעלי מודעות גבוהה יותר למושגים של החלמה, השתמשו יותר בהתערבויות מכוונות-החלמה.

### **מסקנות**

כפי שמעידים הניסיונות שתוארו ורבים אחרים, החלמה והתערבויות מכוונות-החלמה אינן גחמה חולפת. בעזרת האינטרנט ורשתות הולכות וגדלות של צרכנים ובעלי עניין, רעיונות ההחלמה נעשו כה נהוגים עד כי לא ניתן כיום לדבר על שינוי ברמה המערכתית מבלי להעלותם. אך למרות שהמרשמים להחלמה מופנמים בהדרגה על ידי אנשי מקצוע, אנשי מנהל וקובעי מדיניות, נותרת אי-בהירות כיצד יש לפתח ולתמוך בהתערבויות כאלה. עדיפות דחופה במחקר צריכה למקד תשומת לב רבה יותר למאפיינים ספציפיים של תכניות מכוונות-החלמה ומטפלים מכווני-החלמה, ובשיטות מיטביות לתמיכה בהם.