



סיכום פרק מתוך ספר

שם הפרק: פרק 5: הסיכום הנרטיבי

מחברים: ניל אדמס ודיאן מ. גרידר

שנת פרסום: 2005

Adams, N., & Grieder, D.M. (2005). *Treatment planning for person-centered care: The road to mental health and addiction recovery: Mapping the Journey for individuals, families, and providers*. Burlington, MA.: Elsevier Academic Press.

במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א, סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ, על-פי תרגום באדיבות תלמידי ההתמחות בשיקום בבריאות הנפש ביה"ס לעבודה סוציאלית האוני' העברית.

פרק 5: הבנת צרכים - הסיכום הנרטיבי

Chapter 5

Understanding Needs: The Narrative Summary

איסוף האינפורמציה בשלב ההערכה הוא רק תחילת התהליך. שילוב וסיכום של המידע ושל התהליך הקליני הם צעדים הכרחיים, אם כי לעתים קרובות הם זוכים להתעלמות בתהליך הפיתוח של תוכנית אישית. הערכת המידע עוסקת בשאלה: "מה?", ואילו הסיכום הנרטיבי עוסק בשאלות: "איך?" ו-"למה?".

הבנת הבעיה מנקודת המבט של היחיד והמשפחה, כמו הבנת הצרכים, הכוחות והמשאבים, מהווה בסיס לזיהוי מחסומים ולפיתוח מטרות אישיות. הצעד הבא בהתקדמות לקראת בניית תוכנית אישית הוא במעקב אחר איסוף המידע להערכה, כהכנה לסיכום הנרטיבי. הסיכום הנרטיבי מתייחס לניסוח וסיכום פרשני של המידע, הנקרא לעתים סיכום דיאגנוסטי או התרשמות קלינית. איסוף המידע בסיכום הנרטיבי אין פירושו רק לספר שוב את המידע לגבי האדם, אלא להציג תמונה המשלבת בין מקורות המידע וכוללת את הראיה הפנימית והפרשנות של האדם. בדומה לפעולת אריגה, מתוך פיסות המידע אנו יכולים ליצור בהדרגה הבנה של היחיד ושל המשפחה, שנמצאת מעבר לפרטים היבשים.

תפקיד המטפל

ביצירת הסיכום הנרטיבי המטפל מביא לביטוי אינטלקט, ניסיון, אינטואיציה ויצירתיות. צעד זה מאפשר למטפל לתרום תרומה יוצאת דופן וחיונית בתהליך התכנון הכללי. אם המשפחה והיחיד הבינו את בעיותיהם וצורכיהם, ייתכן שלא יבקשו עזרה. פעמים רבות מצב זה מתרחש כיוון שהם אינם מבינים את הנושא או אינם יכולים לחזות את הפתרון שאותו הם מחפשים. הערך של המטפל במקרה כזה ביכולתו להפוך את המידע להבנה. שיתוף של התובנות שלו מתוך הבנת תפיסת העולם של היחיד והמשפחה, מהווה לעיתים קרובות התערבות

בעלת עוצמה, שמהותה אמפתיה, כמפתח ליצירת קשרים. המטפל אינו רק ספוג שסופג עובדות ופרטים אלא שותף מיומן הפועל בשיתוף פעולה עם היחיד ומשפחתו. שיתוף של ההבנה והניסוח אשר צפים במהלך יצירת הסיכום הנרטיבי, מספקים הזדמנות להמשך הברית הטיפולית. כיצד הובנה בקשתם לעזרה? כיצד איסוף המידע תורם ליחיד ולמשפחה? מה נלמד עליהם כדי לעזור להם להתכונן לתגובה יעילה?

על-פי גישת האדם במרכז, הבנה זו מקדמת את היכולות, הכישרונות והכוחות המיוחדים המשמשים כאבן פינה בהתפתחות והטמעה של תוכנית אישית. הסיכום הנרטיבי מתעד את הרציונליזציה וההצדקה להמלצות והצעות המטפל. בכך מתאפשר בסיס שממנו היחיד והצוות יוצרים את התוכנית הפרטנית ומתווים את הדרך להחלמה. הסיכום מסביר את המטרות, מגדיר את הגבולות, יוצר סדרי עדיפויות, מבהיר את ההבחנה ומסביר את תפקיד התרבות, ולבסוף, הוא מצדיק את ההתערבות או השירותים המסופקים לכל יחיד ומשפחה. התרומה המיוחדת של מטפלים מיומנים היא ביכולתם לפרש מידע, בעוד שחברי צוות פחות מיומנים ומנוסים מתמקדים באיסוף מידע. יכולת הניהול הקליני של המטפל המנוסה, מנחה את היכולת והאחריות של חברי הצוות לפתח ניסוח נרטיבי. שיתוף הפעולה עם היחיד והמשפחה בגישת האדם במרכז מתממשת כאשר נעשה סיכום משותף. בדרך זו הפרט והמשפחה הינם שותפים מלאים במידע וניתנת להם הזדמנות לתרום את נקודת מבטם, להוסיף לתובנות המטפל ולוודא שהראיה האישית שלהם בהחלמה אכן מובנת ומוערכת. שיתוף הסיכום הנרטיבי עם הפרט והמשפחה, יכול להוות דרך לתקשורת טובה ולהעלות את רמת המוטיבציה. גם כאן נוצרת הזדמנות לשיח ודיון על מטרותיהם, תקוותיהם וחלומותיהם.

בצורה מטפורית, אנו נזכרים בשאלה המפורסמת המוצגת בפני מטפסי הרים, מדוע הם ממשיכים לחוות את התשוקה והחיפוש המתמיד לאתגרים? התשובה הקלאסית תהיה: "בגלל שזה שם". התכנון הפרטני אולי פחות פילוסופי ויותר פרקטי. בקבוצה היוצאת למסע, אנו זקוקים לסיבה, להסבר ולהצדקה למסע. אנו זקוקים להבהרה, לא רק 'לאן אנו הולכים?', אלא גם 'מדוע אנו הולכים לשם ומה אנו מצפים למצוא?' זה מצריך הרבה החלטות-משנה: מה לקחת? איך לבחור מסלול? מה אופי הנסיעה ואיך לתכנן את המסע? שלא כמו בטיפוס הרים, הדבר חייב להיעשות כצוות, כשכל חבריו פועלים לעבר אותו כוון. זה לא יעבוד אם אחד המטפסים בקבוצה ילך לאברסט והשאר לקיי 2. במסע ההחלמה המטפל אינו יכול לעבוד לקראת מטרות המבוססות על תובנה שאינה משותפת עם הפרט, עם המשפחה וכל אחד אחר מחברי הקבוצה. הסיכום הנרטיבי עוזר להבטיח את ההבנה המשותפת ואת המטרה.

צרכים ונהלים

במשך שנים רבות היו נהוגים בארה"ב נהלים לבריאות הנפש (CARF). נהלים אלו מדגישים את החשיבות של הסיכום הנרטיבי, ומצהירים שהסיכום אמור לשלב ולפרש את כל ההיסטוריה והערכת המידע שנאסף. חוברת ההדרכה מציעה שהסיכום יכלול:

1. תמה מרכזית על הפרט
2. ממצאים מההיסטוריה ומנתוני ההערכה, כולל הערכה רפואית, פסיכולוגית וכד'
3. התפיסה של הפרט את צרכיו, כוחותיו ויכולותיו
4. נקודת המבט של המטפל לגבי הדברים שעשויים להשפיע על מסלול הטיפול

5. טיפולים מומלצים ורמת הליווי

6. משך השימוש הצפוי בשירותים

7. יעדי המפגש הטיפולי

אלמנטים נוספים שאפשר להוסיף:

1. התובנה של המטפל בהבנת הבעיה במושגים פסיכו-דינמיים, מערכת משפחתית, סגנונות קוגניטיביים, התנהגותיים, תכונות אישיות או כל פרספקטיבה רלוונטית.
2. השערות לגבי תוכנית תגובה יעילה.
3. השערות או הבנה לגבי הצלחה או כשלון של ניסיונות טיפול בעבר.
4. זיהוי של מחסומים להשגת מטרות של הפרט.

סיכום זה נובע מכלל המידע שנאסף על הפרט והמשפחה, ולא רק מתוצאות של מפגש פנים אל פנים והערכה ביו-פסיכו-סוציאלית. למשל, ממצאי בדיקות רפואיות שגרתיות, מידע רפואי, סיכומים מניסיונות טיפוליים קודמים וכד'. יש לזכור לכלול מסמכים אלו על מנת לקבל פרספקטיבה רחבה, ועל מנת שניתן יהיה לפרש את המידע. הסיכום הנרטיבי מספק הזדמנות להרכיב את המידע ממספר מרכיבים של הערכה, ממגוון דיסציפלינות, להערכה קוהרנטית וברורה.

למרות החשיבות והערך של סיכום נרטיבי בתכנון הפרטני, הניסיון מלמד שזהו הדבר ששמים לב אליו הכי פחות, והוא נוטה להיות מוזנח בתהליך. להלן כמה דוגמאות של בעיות שנתקלים בהן בהשלמת צעד זה:

1. הסיכום הנרטיבי נכתב רק מנקודת המבט של המטפל, שלמעשה מבצע הערכה פסיכו-סוציאלית או מראיין. כך הוא מתעלם מכל אינפורמציה נוספת, העשירה במידע ומשמעות, כיוון שאותו מטפל ספציפי לא אסף באופן אישי את המידע הנוסף (למשל: היסטוריה רפואית וגופנית, מבחנים פסיכולוגיים, הערכה תעסוקתית). אם המטפל אינו מצל את כל המידע הקיים, אין זה אפשרי ליצור מסקנות ולכתוב סיכום נרטיבי מלא.

2. לעתים לנותן השירות חסרה המיומנות והתחכום הנדרשים על מנת להכין סיכום נרטיבי. במסגרות מסוימות, כמו מסגרות קהילתיות בעלות תוכניות מרובות, הסיכום הנרטיבי הוא טופס נוסף שאותו נדרש להגיש מתאם הטיפול או עובד הקליטה. משרה זו מאוישת לרוב בעובדים ברמה מקצועית התחלתית, ולעתים אנשים במשרות אלה חסרים בהשכלה, הכשרה או ניסיון ואו בכישורים הנדרשים על מנת ליצור סיכום נרטיבי משמעותי. השאלה מי הוא העובד המקצועי המסוגל לפרש את כל המידע, מעלה שאלה בסוגיה החשובה של כשירות מקצועית.

3. לא ניתנים די זמן ומשאבים על מנת ליצור סיכום נרטיבי ראוי. למשל, ישיבת צוות ספציפית לצורך זה, שבה מובא כל המידע ומקורותיו השונים נאספים יחד, תוך יצירת היפותזה – יכולה להיות דרך יעילה להפיק את המרב ממגוון עשיר של פרספקטיבות וכישרונות של צוות רב-מקצועי. הדבר דורש מחויבות לערכו של ניסוח סיכום נרטיבי, ולציפייה לראות בו חלק מהליך התכנון.

בדרך זו או אחרת, בכל הדוגמאות הללו, מובא הצורך בזמן ומשאבי אנוש הנדרשים על מנת להשלים סיכום נרטיבי. אין ספק כי משימה זו דורשת מאמץ ומשאבים במערכת שממילא נתונה במגבלות ועובדיה לא אחת נמתחו אל מעבר לגבול היכולת, ואולם, האלטרנטיבה אינה יכולה להתקבל.

אין זה נדיר לשמוע את נותני השירות מביעים אי נוחות ממתן פרשנות למידע. הם מביעים ספק בנוגע לכישוריהם, מפחדים להגיע למסקנות שגויות המתבססות על מידע מוגבל בשלב ההערכה, ומודאגים מההשלכות של פירושים שגויים. העוסקים בהערכה דואגים שמא יוחזקו אחראים, ברמה מסוימת, להשלכות של קביעותיהם, וכן מדווחים על תחושת אי-נוחות לחלוק את ממצאיהם עם המטופלים ובני משפחותיהם. יש להזכיר למעריכים כי הליך ההערכה ויצירת הניסוח אינם אירוע חד פעמי, אלא הם חלק מהליך מתמשך ורציף של אומדנים וליטושים המובילים להגשמת מטרה. בהליך זה של סיוע לאדם ולמשפחתו, יש שפע של הזדמנויות לוודא ולהבהיר מידע ולבצע תיקונים לפי צורך. יש לשים את הדגש על מעורבות, הדדיות והעצמה, ולא דווקא על דיוק.

לעתים נראה, כי הניסוח והסיכום הנרטיבי הפכו ליצירה קלינית אבודה. מבחינה היסטורית, החשיבה הביקורתית המעורבת בניסוח הייתה ליבה של ההכשרה הקלינית. ללא קשר למסגרת התיאורטית, המעריכים קיבלו כישורים אנליטיים והוכשרו לראות מעבר לעובדות, על מנת להבין ולעצב את תגובותיהם בכדי לעזור לאנשים. יתכן שהלחץ בזמן, והדוחק במשאבים במהלך עשר עד עשרים השנים האחרונות, או הדגש הבלתי מאוזן על התנהגות ותוצאות, הם שתרמו להתפתחות זו של ההיסטוריה. כעת הגיע הזמן להחיות ולחדש את הפרקטיקה הטיפולית, ולגרום לכך שניסוח הסיכום הנרטיבי יהיה תפקידם המרכזי של המעריכים בתגובתם לבקשה לעזרה. בצורה כזאת, ניתן להפיח רוח חיים חדשה בתפקידם, יחד עם גישת "האדם במרכז" ומעורבות של האדם ובני משפחתו בליטוש הפורמולציה.

יצירת סדרי עדיפות

הסיכום הנרטיבי תומך בביצועה של משימה מוקדמת וחשובה של יצירת סדרי עדיפות. אפילו האנשים הטובים ביותר בביצוע משימות רבות בו-זמנית, יוכלו להתמודד רק עם דברים מסוימים בו-זמנית, וההחלטה מה לבצע קודם בהחלט מאתגרת. הדבר נכון הן עבור המטפל והן עבור האדם ומשפחתו. סידור וארגון פתרון בעיות בתוכנית פרטנית, מהווה תרומה משמעותית בסיוע לקראת הצלחה. היררכיית הצרכים של מאסלו מהווה סכמה יעילה ביותר על מנת לסייע בקביעת סדרי עדיפויות. לדוגמה, מאסלו הצביע על חשיבותם העליונה של ענייני בריאות ובטחון. אין כל ויכוח, שאם האדם הוא חסר בית, חולה, מובטל וחסר לו כסף, ואף אם הוא מכור לאלכוהול ומשתמש בסמים, המטרה המיידית לא תהיה הימנעות למשך כל החיים מאלכוהול וסמים. העדיפות ראשונה במעלה עבור אדם זה תהיה השגת קורת גג וטיפול רפואי.

כפי שצוין, לפעמים הסכמה על סדרי עדיפויות אינה קלה או חד משמעית. יתכן שלמטפל תהיה הבנה של צרכים המתבססת על פרספקטיבה של ניסיונו המקצועי, ואז יגלה כי לאדם ולמשפחתו עדיפויות וצרכים אחרים שהגדירו לעצמם. לעתים, אנשים פשוט מרגישים שאינם מוכנים או שהם מסתייגים מטיפול בבעיה או בתחום מסוים. לרוב הדבר קורה כאשר מדובר בשימוש באלכוהול וסמים, כאשר מסיבות שונות האדם והמשפחה אינם יכולים או מוכנים להודות בהשלכות של הבעיה. לכן מאמצי הניסוח צריכים לסייע להבין כיצד להמשיך לעבוד עם הפרט ומשפחתו. במקום זאת, מטפלים חווים הבדלים אלו כמחסומים וכמשבר בתהליך הטיפול, המונע ועוצר את ההתקדמות בתוכנית האישית.

גישה מכוונת-החלמה וממוקדת-אדם מציעה פתרון אלטרנטיבי, המתבסס על הפילוסופיה והפרקטיקה של העצמה ויצירת מוטיבציה. מסגרות עבודה שהוצעו בהקשר זה

התמקדו בקידום החלמה וחוסן נפשי. מרכיב חשוב בגישה זו הוא זיהוי העובדה שהחלטות הן בסופו של דבר של המטופל ומשפחתו. הבדלים בתפישה בין המטפל לבין לקוחותיו אינם צריכים להוביל לנטישת האדם ומשפחתו, בבחינת "השלכות טבעיות של בחירותיהם", ועם זאת אין משמעותם שעל המטפלים להפר את חובותיהם המקצועיות, האתיקה המקצועית, או במקרים מסוימים מחויבויות חוקיות. לדוגמא, שימוש בטכניקת הראיון המוטיבציוני יכול לעודד את האדם לנתח את ההתנהגויות שלו ולהסיק בעצמו מסקנות. המטפל נשאר בלתי שיפוטי, תוך מתן מידע ועידוד, המכוונים לסייע לאדם להתקדם לקראת השלב הבא בסיכום. טכניקות אלה יעילות במיוחד בשלבים המוקדמים, של בניית האמון בטיפול.

כיצד ניתן לפתח תוכנית יעילה ומשמעותית בהיעדר הבנה הודית לגבי צרכים, בעיות או מטרות וסדרי עדיפויות? זיהוי ההבדלים וניהול משא ומתן בין המטפל למטופל, ולעתים גם עם המשפחה, יכולים לתרום באופן משמעותי להבהרת המטרות וסדרי העדיפויות. חוסר הסכמה בין המטפל לבין המטופל יכול לקבל התייחסות כנושא נוסף לדיון, כאמצעי להגברת ההבנה והזדמנות לבנייה משותפת המבוססת על כבוד הדדי. לעתים מטפלים נוהרים מסוג כזה של מחויבות לדיון על פערים עם הלקוח, ולמעשה כך הם דוחים במגוון דרכים את הפונים לעזרה. כך לעתים המאמצים ליצירת סיכום נרטיבי והשגת הבנה הודית עם האדם ומשפחתו, מובילים לתוצאה והחלטה שלא להתקדם הלאה במשותף. במקום זאת, נראה שהבדלים בין הצדדים יכולים להוביל להבנה שמשקפת את האיזון הנכון בין דאגות הפרט ומשפחתו לבין השקפת המטפל.

קושי נוסף בפיתוח תוכנית יעילה ומשמעותית נוצר כאשר הצורך ביצירת תוכניות ובהתקדמות עלול לגרום לכך שהמטפל יצור תוכנית שאיננה משמעותית או רלוונטית עבור האדם ומשפחתו. למרבה הצער, פעמים רבות זהו הבסיס לקביעת מתן שירותים, וכך נוצרת המשכיות על בסיס של חוסר התאמה לצרכים ולמטרות אינדיבידואליות. לכן אין להתפלא כאשר נמצא רמות גבוהות של תסכול, חוסר סיפוק ואכזבה מן התוצאה. אם למטפל או לארגון נותן השירות ישנו קריטריון בסיסי לקבלה שהמטופל לא עומד בו, או שמטפל לא התמחה בתחום בו נדרשת עזרה, או שלתוכנית ישנן ציפיות טיפוליות שלא מותאמות לאדם, אזי יתכן ויהיה צורך בהפניה לתוכנית אחרת או למטפל אחר.

מחסומים

הסיכום הנרטיבי מסייע בזיהויים של מחסומים שיתכן ויעמדו בדרכו של המטופל ומשפחתו בהשגת מטרותיהם. מחסומים קיימים במגוון צורות וכוללים צרכים אישיים, סוגיות משפחתיות, צורך במשאבים ואתגרים אחרים. המחסומים המזוהים, בין אם הם קשורים לצורך ברכישת כישורים ובתמיכה, פתרון של קונפליקט בין-אישי, או חוסר בנגישות לתחבורה - צריכים לבוא לביטוי בסיכום הנרטיבי. זהו צעד חיוני בפיתוחה של תוכנית המגיבה ומותאמת למטרות והיעדים של האדם. השפעתם של מחסומים אלו בפיתוח תוכנית אישית היא נרחבת, ודורשת דיון ופירוט יתר.

האבחנה

תהליך ההערכה והניסוח צריך לספק למטפל את כל המידע הנדרש על מנת לקבוע לפחות תוכנית עבודה זמנית. רוב המידע לגבי אבחנה מגיע מן הבדיקה לקביעת סטאטוס נפשי וזיהוי הסימפטומים, אך צריך לכלול גם מידע רלוונטי נוסף. הסיכום הנרטיבי נותן הזדמנות לשלב מידע

לגבי סימפטומים והתנהגויות יחד עם כל שאר המידע על האדם, משפחתו וצרכיהם. דגש על האבחנה עלול להראות כסותר את עקרונות השיקום הממוקד-אדם, ולעורר תמונה של סיווג וקטלוג של האדם על פני הבנתו כייחודי, כבעל חוזקות ומשאבים, תוך התייחסות להקשר התרבותי והקהילתי. אולם, במציאות האבחנה מוטבעת ומושרשת בהליך הקליני הקיים, כמו גם בהיבטים של ביטוח ודיווח, הן בשירות הציבורי והן בפרטי, עד כי הדבר הוא בלתי נמנע. אמנם גישת האדם במרכז בפיתוחה של תוכנית אינה בהכרח מתבססת על אבחנה, אך לרוב נדרש להגיע לאבחנה כדי לקבל החזר הוצאות עבור המטופל, לקבל טיפול תרופתי, ולנהל בייעילות את הטיפול. למערכות האבחון הקיימות (ICD-10 ; DSM-IV) נקודות חוזק ותועלת כמו גם מגבלות.

לעתים קרובות מדי, האבחנה מושגת או נרשמת, בלי הרבה התבוננות בחשיבה הקלינית, כמו גם צידוק והסבר להחלטה. הסיכום הנרטיבי מציע הזדמנות למטפל לכתוב את הרציונל לאבחנה. בשיתוף של הסיכום עם האדם ומשפחתו, האבחנה יכולה להיות כלי המסייע להם להבין בצורה טובה יותר את טבעם של הצרכים שלהם ואת האתגרים. הדבר יכול לעתים קרובות לתמוך בקבלת החלטות בנוגע לסדרי עדיפויות, מטרות, יעדים, והתערבויות. בעבר, היו מצבים שבהם המטפל התנגד לשיתוף האדם ומשפחתו באבחנה. הימנעות משיתוף במידע זה, עומד בניגוד לעקרונות גישת האדם במרכז, בה המידע הוא שקוף, גלוי ונגיש לאדם המחפש טיפול. כפי שצוין קודם לכן, שיתוף בהבנה שעולה מהמידע לעתים קרובות מסייע בבניית שותפות חזקה בין המטפל, האדם ומשפחתו. בה בעת יש להבהיר כי אם האדם מבקש שלא לקבל את המידע, יש לכבד את רצונו.

האבחנה צריכה להיות חלק אך לא הכוח המניע בפיתוחה של תוכנית הטיפול האישית. הספרות עוסקת בתכנון תוכנית טיפולית סטנדרטית עם מטרות, יעדים והתערבויות ידועות, המתבססת בעיקרה על האבחנה או על סוג השירות. מודלים רבים של תוכניות טיפול במערכות אלקטרוניות לרישומים קליניים מבוססות על אותה גישה ופילוסופיה, עם תפריט של מטרות ויעדים נבחרים עבור כל אבחנה. אף כי תתכן תועלת בגישה זו, היא אינה מכילה באופייה את התכנון הממוקד בהלך הרוח של האדם ומשפחתו, והיא אינה יעילה ביצירת תוכנית אישית. החשיבות בהקשר זה היא לסגנון עבודה שבו "האדם ראשון". האדם אינו המחלה, והמחלה היא חלק אך לא כל המכלול של האדם. בנוגע לאבחנה, לפי גישה זו "הנטל צריך להיות על בעל המקצוע, שלא ללכת בעקבות רעיון מגובש מראש אודות אבחנה, שכן התווית נצמדת לאדם". גם כאשר האבחנה נדרשת לצורך עמידה בנהלים, הרי שהסיכום הנרטיבי צריך לשקף את האבחנה באופן שמתחשב בתפישתם של האדם ומשפחתו, כצעד לקראת יצירת התוכנית.

אבחנה משותפת של הפרעה נפשית והתמכרות

קליין ואחרים טענו שההתרחשות המשותפת של הפרעות נפשיות והתמכרויות צריכה להיחשב כציפייה ולא כיוצאת דופן. נראה כי אין כמעט כל חשיבות אם האדם ומשפחתו מזהים את צרכיהם בתחום אחד או באחר, ההערכה לרוב מגלה שישנם צרכים ובעיות בשני המימדים, וישנן ראיות אפידמיולוגיות התומכות בטענה זו. הבעיה איננה בהכרח מוגבלת לנסיבות מיידיות. בהתחשב במעבר שבין השתיים, אדם עם בעיית התמכרויות בהווה, צריך להיחשב בסיכון משמעותי לפתח בעיה נפשית בעתיד וכן להיפך. המערכת דוגלת בגישת "אין דלת לא נכונה", תוך התמקדות בארגון ומימון של שירותים משולבים טובים יותר. ללא קשר לנושאים מערכתיים

נרחבים יותר, חשוב ביותר כי בשני התחומים הסיכום נרטיבי יכלול התייחסות הן לצרכים בעבר ובהווה, והן לדאגות וסיכונים פוטנציאליים עתידיים.

מומחים בתחום זה הציעו מטריצה הלוקחת בחשבון התרחשות בו זמנית של צרכים הנובעים מבעיות נפשיות ומהתמכרות. מודל זה מדגים כיצד צרכים נפשיים וצרכים הנובעים מהתמכרות יכולים להיות מאורגנים בארבע צורות שונות, בהתאם לחומרת המצב בכל אחת מן ההפרעות. מטריצה זו ופירושה בסיכום הנרטיבי יכולים לשמש כמדריך לקראת תכנון תוכנית טיפול. הדבר יכול לסייע בקבלת החלטות בנוגע למיקום הטיפול והאינטנסיביות של הטיפול. כך, הצרכים בטיפול יכולים להיות מזוהים ומחולקים בטווח שבין נמוך לבין גבוה בכל אחת מההפרעות. אדם עם צרכים גבוהים בתחום בריאות הנפש מתמודד לרוב עם הפרעה נפשית חמורה, הדורשת טיפול מתמשך ומשולב במסגרות טיפול נפשי רב-מקצועי. יהיה נכון לטפל באדם עם צרכים גבוהים בתחום ההתמכרות באמצעות מומחים להתמכרות, יחד עם רמות נדרשות של שילוב עם טיפול נפשי. האתגר הגדול ביותר הוא התאמת התגובה לצרכיהם של אנשים בעלי צרכים מרובים בשני התחומים, לגביהם נדרשת רמה גבוהה של שילוב ושיתוף פעולה בין הגורמים המטפלים בקשיים הנפשיים ואלו המטפלים בהתמכרות. הסיכום המשולב צריך לקחת בחשבון התרחשות של שתי ההפרעות, ואת מערכת היחסים ביניהן. התאמה למשבצת במטריצה יכולה לסייע בקביעת רמת הטיפול הנדרשת, כמו גם בקביעת סדרי עדיפויות בטיפול.

ניסוח תרבותי

למרות שספר האבחנות DSM-IV כולל המלצות ספציפיות להכללת ניסוח תרבותי כחלק מן האבחנה, הרי שהללו נדחקו לנספחים, ומטפלים רבים כלל אינם מודעים לקיומן. אם מטרתו של הסיכום הנרטיבי היא לוודא כי אנו מבינים את האדם, אזי קריטי ביותר לקחת בחשבון את תפקידם של התרבות והרקע האתני כדי להגיע להערכה אמיתית של האדם. יישום המלצות אלה והכללת מידע לגבי תרבות בסיכום הנרטיבי ובשיקולים למתן אבחנה, עולה בקנה אחד עם גישת האדם במרכז. הדגש על שיתוף הסיכום הנרטיבי עם האדם ומשפחתו, תוך הכללת גורמים תרבותיים באבחנה ובניסוח, מאפשר פתח והזדמנות לדיאלוג, הבנה ושותפות. רגישות תרבותית הינה גורם מרכזי בכשירות תרבותית של אנשי מקצוע.

תוכנית טיפול – התייחסות לשינויים ושחרורים

הסיכום הנרטיבי צריך לכלול התייחסות לרמת הטיפול, מידת האינטנסיביות ואורכו של הטיפול, ובאופן אידיאלי, גם התייחסות כלשהי למעבר לרמת טיפול אחרת או סיום הטיפול/שחרור. רשויות ומסגרות ארגוניות לרוב ממליצות על תוכניות מעבר או שחרור. הכנתו של הסיכום הנרטיבי יוצרת הזדמנות עבור המטפל לזהות את הקריטריון לשינוי ולמעבר או לשחרור מאשפוז, אף אם המטופל יזדקק לטיפול ארוך טווח במסגרת אחרת. הבנת צרכים פרטניים קובעת את משך השהייה המצופה. במקום לצפות מכולם "לסיים את התוכנית" – בגישה הנוגדת שירות ממוקד-אדם, סוג ומשך הטיפול צריכים להיות מאורגנים ומותאמים לצרכים האישיים והייחודיים של כל אדם.

בפועל, מועד השחרור או המעבר המצופה מעצבים את התוכנית האישית ואת יעדיה, ומסייעים בזיהויים של מחסומים. לכן ציון מפורש של הקריטריון לשחרור ומעבר הינו קריטי,

ובעזרתו מיושם בפועל הרעיון של מסע: שילובו של כל המידע שנאסף ויצירת הבנה נרטיבית, מאפשרים למסע להתחיל, עם משאבים המוכנים לתנועה. כך, התוכנית האישית היא המפה, והסיכום הנרטיבי הוא ספר הטיול.

יצירת הפתרון

מטפלים רבים מרגישים שלא בנוח בכתיבת הניסוח והסיכום הנרטיבי. מהם הידע והכישורים הנדרשים ממטפל ליצירת ניסוח זה בגישה ממוקדת אדם ומכוונת החלמה? לפנינו כמה הצעות ליכולות ופעילויות שיסייעו להשיב על כך:

- יכולת להיות אמפאתי ובלתי שיפוטי בסקירת המידע להערכה, כך שתבוצע בגישה כוללת המקדמת דיאלוג אודות המסקנות.

- יכולת לעבוד בשיתוף עם האדם ומשפחתו על מנת ליצור ולהמשיך בבניית שותפות מסייעת, ולא להיות בעמדת יודע-כל, לפיה "אני המומחה ואני אגיד לך מה עליך לעשות".

- השתמש בשפה מכובדת ופנה בגוף ראשון. הימנע משימוש במונחים רפואיים או תוויות. דוגמא לשימוש בשפה ממוקדת אדם תהיה: "אדם עם אבחנה בי-פולארית", ולא "אדם בי-פולארי" או "אדם עם היסטוריה של דיכאון" ולא "סובל מדיכאון".

- שלב ועורר מעורבות של האדם ומשפחתו, תוך שימוש בטכניקת הראיון המוטיבציוני.

- עודד את המטופל לקבוע מי יהיה נוכח במהלך פגישות ההערכה והתכנון, ואסוף מידע ופרספקטיבה מכל הנוכחים.

- צור התאמה תרבותית והיה רגיש להשפעות של גורמים תרבותיים בהבנת צרכי האדם ומשפחתו.

- יישם גישה של עבודת צוות שתכלול את האדם, בני משפחתו, והמטפל בהגעה להסכם אודות יצירת הניסוח וקביעת התכנית.

- תמוך באופן אקטיבי בבחירותיהם של האדם ומשפחתו, אף אם ישנה הבנה שחלק מבחירות אלה אינו ניתן להשגה.

- חפש משוב לגבי השירות דרך קבוצות מיקוד, סקרים שמולאו על-ידי צרכנים וכד'.

- השתתף באופן קבוע בקבוצות עמיתים והדרכה, בהן ניתן לסקור את הרישומים לטובת קבלת משוב אודות הסיכום הנרטיבי, ועל מנת לבחון האם המטרות שנכתבו בתוכנית אכן עולות בקנה אחד עם מסקנות הסיכום הנרטיבי.

סיכום נרטיבי שמתאר היטב את צרכי האדם ומשפחתו, נקודות חוזק, יכולות ואתגרים יסייע בהכנת תוכנית אישית שתהיה רלוונטית ותקדם אותם לקראת התוצאות הרצויות מבחינתם. התוצאות המזוהות על ידי התוכנית, בהן ניהול עצמי, שיפור איכות החיים, הפחתת סימפטומים, מטרות החלמה כלליות, פעילות בעלת משמעות ועבודה וכד', כוללות את תמצית

החווה הטיפולי בין המטפל לבין האדם. התוצאות לא יוכלו להיות מזוהות באופן מדויק באם לא מתרחשת הבנה מעמיקה של המטופל, שתשתקף בסיכום הנרטיבי. בכך לוקחים חלק מרכזי הכישורים שתוארו לעיל, הדרושים להצלחת המטפל.

תיאום בין חברי הצוות

כיצד נוצר סיכום נרטיבי מוצלח? מהו ההליך האנליטי הנדרש? כיצד המידע משולב? כיצד נוצר שילוב בין פעולות של אנשי הצוות? נתאר בהמשך שלושה מודלים ליצירת סיכום נרטיבי. כל אחד מהם מציע למטפל תגובה מיידית ומסייע בהבניית המשימה. לא כל מודל מתאים בכל מקרה, וכל תחום עשוי להיות מתואר במשפטים בודדים, או באריכות. החשיבות היא בפרשנות של המידע. מודלים אלו לא צריכים להיות מיושמים באופן נוקשה, ובכל גישה משובצים עקרונות וכלים שיכולים להתערבב ולעבור התאמה על מנת לסייע למטפלים לשפר את כישוריהם ביצירת ניסוח והכנת סיכום נרטיבי.

ללא קשר לסוג המודל, ראוי להקדיש זמן לחשיבה כיצד להתאים ולשלב את המידע הרב מפרספקטיבות שונות ממגוון המשתתפים בצוות. עבור צוות שבו צמד של מטפל ומטופל, זוהי משימה יחסית פשוטה, אולם נדרשת מחויבות והשקעה של המטפל, המטופל ומשפחתו על מנת לפתח ולסקור את המידע. עבור צוות רב תחומי בן 6 או 8 משתתפים, מציאת זמן והליך לשילוב והתאמת ההערכות השונות ופיתוח קונצנזוס, יכולה להיות אתגר אמיתי. להלן הצעה ליצירת ניסוח מתואם בצוות רב-מקצועי:

- כל מטפל מבצע הערכה לתחום ספציפי, מסכם מסקנות ומעביר עותק מהן לראש הצוות לפני הפגישה הצוותית.
- ראש הצוות משלב את המידע מההערכות השונות עבור כל תחום ומכין טיוטה לסיכום נרטיבי כוללת הצעה לניסוח.
- בפגישה הקבוצתית כל חבר צוות מציג בקצרה (2-3 דקות) תקציר של ממצאי המפתח בהערכה שכתב.
- ראש הצוות מציג את הטיוטה לסיכום הנרטיבי והנוסחא שהתהוותה לדיון והערכה על ידי הקבוצה, ומסייע לקבוצה להגיע לקונצנזוס על הסיכום הסופי.
- ראש הצוות או חבר אחר בקבוצה מציג את הסיכום והנוסחא הסופיים וממצאי המפתח למטופל ומשפחתו כחלק מהליך של יצירת תוכנית.

ברור כי מהלך עבודה זה אינו יתאים בכל מקרה או בכל מסגרת. אולם זוהי דוגמא שבה ניתן לראות כי צורה כזו של ארגון, חלוקת אחריות, משימות ושיתוף פעולה, יכולים לסייע להפוך את כתיבת הסיכום הנרטיבי למשימה ניתנת לביצוע, משמעותית ורלוונטית. להלן שלושה מודלים ליצירת סיכום נרטיבי:

מודל 1: ששת ה"פ"

גישה זו מזהה שישה רכיבים שיש לקחת בחשבון ולכלול ביצירת הסיכום הנרטיבי, כמסגרת המסייעת בארגון המידע הרלוונטי ביותר לגבי האדם. באופן נוח ביותר, כל מוקד בגישה זו מתחיל באות P. בכל קטגוריה מספר גורמים שיש לשים לב אליהם, אם כי ברור כי הצעות אלו אינן ממצות ומקיפות את הכל. רשימה זו כוללת את האפיונים הבאים:

1. היסטוריה רלוונטית (Pertinent history): גיל, סטאטוס אישי, ילדים, השכלה, ניסיון תעסוקתי, רקע תרבותי, שפות מדוברות, היסטוריה ומשך המחלה הנפשית, אשפוז ראשון, מספר האשפוזים, הסיבות לאשפוזים, משך האשפוז הארוך ביותר, היסטוריה תרופתית, היסטוריה טיפולית, אובדנות, אלימות, מעצרים, התמכרויות וכן הלאה.

2. הצגת סימפטומים (Presenting symptoms): תאור תמציתי של הסימפטומים העיקריים התומכים בדיאגנוזה ויכולים לעזור להבין מדוע פונים האדם ומשפחתו לקבלת עזרה. התנסות בהלוצינציות, דלוזיות, דיכאון, חרדה, טראומה, הפרעת אישיות, והתנהגויות אחרות. יש מקום לברר מידע לגבי התפרצות המחלה, משכה, מהלך המחלה והסימפטומים.

3. גורמים מאיצים (Precipitating Factors): פרמטרים העשויים להסביר מדוע התופעה הופיעה עכשיו. בכך יש להתייחס לאירועי-חיים ולמרכיבי לחץ ודחק כמו אובדנים, עוני, הגירה, טראומה, חוסר בתמיכה משפחתית או מאחרים משמעותיים, מרכיבים ביולוגיים כמו שימוש בחומרים, מצב רפואי או מצב פיזי טראומטי, שימוש בלתי סדיר בתרופות וכד'. התכנית תתייחס להבנה שהאדם נתון למצבים מסוימים, בהם גורמים מאיצים, התורמים לזירוז והחמרת הבעיה.

4. גורמי פגיעות וסיכון (Predisposing Factors): קיימים גורמים ביולוגיים המהווים נטייה מוקדמת לפריצת מחלה כמו גנטיקה, לכן יש לקחת בחשבון היסטוריה משפחתית, צרכים רפואיים (טראומה, רמת בריאות כללית), שימוש באלכוהול, סמים ותרופות. גורמים סיכון פסיכו-סוציאליים עשויים לכלול דינאמיקה משפחתית מוקדמת, נטישה, אובדן, הזנחה, ניצול, חוויות טראומטיות, וחשיפה לאלימות.

5. גורמים מנציחים (Perpetuating Factors): לדוגמא, אופיה או טבעה של מחלת הנפש/בעיית התמכרות, בעיה רפואית כרונית, אי נטילה סדירה של תרופות, קושי להיקלט במסגרות טיפול באופן סדיר, חוסר בתמיכה או מערך תמיכתי דל, חוסר בהתייחסות להימנעות ולמניעת הישנות המחלה. כאשר גורמים מנציחים המשמרים את הבעיה נראים כנוטלים חלק משמעותי בסיפורו של האדם, הם יופיעו במערך התכנון כנסיבות שתומכות בהבנת הצרכים.

6. שירותים קודמים (Previous Treatment and Response): אילו שירותים והתערבויות האדם קיבל בעבר, האפקטיביות שלהם, וכל בעיה שעלתה בשימוש בשירותים אלו. לעיתים ההצלחה או אי ההצלחה של גורמי טיפול קודמים עשויה לעזור לתכנון הטיפול העכשווי.

ריבוי מרכיבים, בהם מרכיבים אלה, עשויים לשפוך אור על תהליך ההערכה ולסייע לפיתוח סיכום נרטיבי.

מודל 2: מתווה נרטיבי (Narrative outline)

גישה זו מציעה הבנייה רחבה של הסיכום הנרטיבי, וסיכום של כל הידע שעלה מההערכה. היא כוללת אסטרטגיות לתגובה ונושאים שאותם יש לכלול בטיפול. באופן כללי, הנרטיב מתחיל עם תאור קצר על האדם או המשפחה, וכולל התייחסות לשימונה היבטים:

1. הסיבות לכך שהאדם ו/או משפחתו זקוקים לעזרת הארגון/השרות.
2. הבנת האדם ו/או משפחתו לגבי הבעיה והצרכים, יחסם לבעיה ואופן הקבלה של הבעיה.
3. אסטרטגיות לתכניות מניעה
4. הכוחות העכשוויים של האדם, האתגרים והמגבלות
5. השגה מוצלחת של מטרות והתקדמות לעבר החלמה
6. תשומת לב לנוכחות מחלה פיזית, שימוש לרעה בחומרים ממכרים
7. בחירה במטרות
8. איזון בין סיכונים מושכלים ובחירה

מודל זה נותן מסגרת לבחירת נושאים חשובים. למרות ארגונו השונה ממודל 1, נראה כי הוא מוביל לתוצאות דומות. הפריט הראשון הוא החשוב ביותר - הסיבה לחיפוש שירותים, שכן "סיבה" יכולה ללמד ולהסביר צרכים עכשוויים. יחד עם זאת, יש חשיבות להבין את הנושא מעבר לתיאורו האישי של האדם, ולפתח הסבר מעמיק יותר - כיצד הבעיות התפתחו ומדוע האדם והמשפחה זקוקים לעזרה. זוהי מהות ההבנה והבסיס לבניית תכנית אפקטיבית.

מודל 3: גישה אקלקטית (Eclectic)

הגישה האקלקטית שואבת מניסיון מוכח של מספר מסגרות ומספר גישות. גישה זו עשויה להיות משלימה לגישות שתוארו קודם, ובה הסיכום הנרטיבי צריך לכלול את המרכיבים הבאים:

1. סיכום הצרכים הנוגעים למצב בריאות הנפש של האדם ושימוש בסמים אם קיים, יחד עם ציון מטרות (בהתחשב בהיבטי חיים נוספים רלוונטיים), תוך שימוש במלוא היקף נתוני ההערכה.
2. הערכת שלב ההחלמה בו נמצא האדם או המשפחה, בהתבסס על תפיסותיהם לגבי צרכיהם, ובהתחשב בבעיות חיים אחרות, וכן במוטיבציה, ובמחויבות לפתור את הבעיות.
3. הסבר למקור הבעיה או הצרכים, והבנה לגבי חסמים המונעים מהאדם או המשפחה להשיג מענים הולמים. בניית התכנית תתייחס לזיהוי גורמים חוסמים המנציחים צרכים ומונעים צמיחה.
4. סיכום הגורמים החיוביים והשליליים העשויים להשפיע על מהלך הטיפול והתוצאות, כגון: זיהוי צרכים, יכולות, הצלחות קודמות, נסיגות, וגורמי תרבות.
5. תאור מציאותי של מצב הבריאות הנפשית ו/או ההתמכרות לטובת מיקוד במטרות שיוגדרו בתכנית האישית. תיאור זה יכלול התייחסות לסוג השרות שלו זקוק הלקוח, רמת אינטנסיביות, משך הזמן וכד'.
6. זיהוי מסגרות ושירותים נוספים שהאדם או משפחתו יזדקקו להם לשיפור איכות חייהם.

סיכום נרטיבי: שלב הביצוע

כתיבת הסיכום הנרטיבי צריכה להיות חלק מכל הערכה או הערכה מחודשת באופן תקופתי. המסמך יכול להיות מתועד בתכנית האישית של האדם, או כחלק מחומר ההערכה, או כחלק מהערות כלליות. הוא אינו צריך להיות ארוך, ועם זאת צריך להיות מלא, ולכלול את האלמנטים הבאים:

1. דיאגנוזה, רקע תרבותי, הצדקה של מסקנות האבחון המבוססות על אלמנטים מרכזיים בהערכה ובדיקת הסטאטוס הנפשי.
2. הסבר לגבי צרכים ומטרות של האדם ומשפחתו בקונטקסט התרבות שלהם (בהתחשב בדת, מאפיינים רוחניים), עם תובנה לגבי המרכיבים המנציחים, המאיצים וגורמים מורכבים נוספים.
3. זיהוי כוחות, יכולות ומשאבים של האדם ומשפחתו
4. זיהוי חסמים להשגת מטרות
5. זיהוי רמת הטיפול המתאימה ומשך מתן השרות
6. סדרי העדיפויות בעזרה לאדם ולמשפחתו כדי להשיג את המטרות
7. תיאור העדפות האדם ומשפחתו לגבי השתתפותם בתכנון שרותי השיקום, והעדפות לגבי מרכיבים נוספים בתהליך העזרה.

הערכת סיכום נרטיבי

מאגר אינפורמציה הנאספת בהערכה הוא רחב, ולא תמיד כל סוג של מידע הוא רלוונטי בכל תקופת חיים. לכן, לא קיים סיכום נרטיבי מושלם, גם כאשר הנרטיב כולל את כל הקריטריונים המוזכרים לעיל. להערכת הסיכום הנרטיבי מוצע תהליך של משוב שבו ניתן להיעזר בצוות, באדם ובמשפחה. הרשימה הבאה מציינת נקודות להתייחסות בהערכת הסיכום הנרטיבי:

1. מעבר מ"מה" ל"למה" (נתונים) ל"למה" (הבנה), הכולל:

- א. הסבר ברור לגבי משמעות הנתונים
- ב. תאור תמה מרכזית של האדם והמשפחה
- ג. זיהוי של זרזים וגורמי דחק

2. אינטגרציה של הנתונים שנאספו, הכוללים:

- א. תוצאות ממבחנים סטנדרטיים
- ב. ניסיון טיפולי קודם
- ג. סיכומי שחרור מאשפוז
- ד. דיווחי בית ספר
- ה. ראיונות פסיכו-סוציאליים פרטניים
- ו. הערכת המצב הנפשי
- ז. דיאגנוזה

3. סיכום התפיסה של האדם:

- א. תאור בחירות וקדימויות
- ב. דרוג חשיבויות בהתאם לרצון והעדפה של האדם

4. זיהוי אפיונים מרכזיים:

- א. כוחות
- ב. ערכים משפחתיים
- ג. היבטים תרבותיים
- ד. יכולות והישגים קודמים
- ה. שאיפות
- ו. משאבים
- ז. מסוגלות ויכולות אישיות

5. נותני שירותים (Providers):

- א. תאור התנהגותי של צרכים ובעיות
- ב. פיתוח מטרות התכנית על-ידי בחירת סדרי עדיפויות

6. זיהוי חסמים להשגת מטרות

7. שיקוף האיזון בין תפיסות המטפל לבין תפיסות האדם מקבל השרות

8. זיהוי של בעיות נוספות - כמו תחלואה כפולה

9. המלצה על מהלך הטיפול וקביעת רמת אינטנסיביות הטיפול

- א. הגדרת השלב מבחינת החלמה ושיקום
- ב. משך זמן מתן שרות
- ג. המלצה לגבי הפניות, ביצוע מבחנים
- ד. תיעוד של רמת אינטנסיביות השרות