14

www.ispraisrael.org.il

יספרא ISPRA

**יספר"א** האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי

**ISPRA** Israel Psychiatric Rehabilitation Association

עלון מס' 14 דצמבר 2015

# מהדורה מיוחדת: עוני ובריאות הנפש

## כנס יספרא 2015

השנה הוקדש הכנס השנתי של יספר"א להיבטים שונים הנוגעים לקשר בין עוני לבין בריאות הנפש. מציאות החיים בעוני הופכת כיום מוחשית לעוד ועוד אנשים, הפוגשים את השלכותיה על מצבם הנפשי. עבור מתמודדים, בהם רבים המתקשים להשתלב בשוק העבודה ונאלצים להישען על קצבת נכות, מציאות זו לעתים פוגעת קשות במאמצי ההחלמה והשיקום ומהווה מכשול בדרכם להשגת מטרות חיים. לקראת הכנס פורסמה באתר יספר"א (ispraisrael.org.il) שורת מאמרים העוסקים במגוון נקודות מבט על הקשר בין עוני לבין בריאות נפשית ואשר קובצו במהדורה מיוחדת של עלון יספר"א 14 למען באי הכנס, חברי יספר"א ולקהל המתעניין בנושא זה. יודגש כי הסיכומים מביאים את עיקרי המאמרים ואינם מהווים תחליף לקריאת המאמרים המקוריים במלואם.

לכל באי הכנס שלום,
השנה בחרנו להתמקד בנושא "עוני, בריאות נפש והדרה חברתית: למה לא מדברים על זה?" מכיוון שעוני הוא חסם לשילוב קהילתי ולהחלמה וישנן עדויות רבות על כך בשטח.
בהמשך לכנס אנו שמחים להגיש לכם מהדורה מיוחדת של עלון יספר"א אשר מלקט מספר סיכומים בעברית של מאמרים שהתפרסמו לאחרונה במקומות שונים בעולם. כל המאמרים מתייחסים לקשר בין עוני ובריאות נפש וכוונתנו היא להנגיש חומרים בנושא גם בשפה העברית.
מטרת הכנס היא לקרוא לכל בעלי העניין, מתמודדים, בני משפחה, אנשי מקצוע וקובעי מדיניות להתחיל לדבר על זה. אנו מבקשים לבחון את הקשר שבין עוני ובריאות נפשית אשר הופעתם יחדיו הופכת את ההתמודדות היומיומית למכבידה מאוד גם בישראל. אין בידנו תשובות ואנו אפילו לא בטוחים שבשלב זה אנו יודעים לשאול את השאלות הנכונות. עם זאת אנו בטוחים שצריך לפתוח את הנושא לדיון ציבורי, ללמוד אותו, לגבש שאלות, לחפש דרכי התמודדות ולבחון כיצד ניתן לצמצם את התופעה.
יספר"א תשמח לשתף פעולה עם כל מי שמוכן להתגייס ולתרום למיגור התופעה.
אנו מזמינים כל אחד ואחת מכם להיות שותף/ה לשיח ולמסע הזה שבסופו של דבר יתרום לאיכות חייהם של אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות, לשיקומם, להחלמתם ולשילובם בקהילה.

בברכה,

סילביה טסלר-לזוביק, יו"ר

האמור בעלון זה מופנה לגברים ולנשים כאחד, ומנוסח בחלקו בלשון זכר מחמת מגבלות השפה העברית.
הדעות המוצגות במאמרים הינן של הכותבים ואינן בהכרח הדעות המייצגות של יספר"א.

ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association
**יספר"א, האגודה הישראלית לשיקום הפסיכיאטרי**

רח' משה הס 12
ירושלים 9418513
טלפון 02-6249204
פקס: 02-6234326
דוא"ל: office@ispraisrael.org.il
www.ispraisrael.org.il

**מערכת:**
ד"ר מקס לכמן
סילביה טסלר-לזוביק
איילה פרידלנדר-כץ
אורן דרעי
oren@ispraisrael.org.il
עיצוב: יעל בוברמן

בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד
The Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare

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

## שמחים להזמינכם/ן לכנס יספר"א השנתי 2015 בנושא:

# עוני, בריאות הנפש והדרה חברתית: למה לא מדברים על זה?

הרשמה ותשלום

Honoré Daumier (1808–1879) The Third Class Carriage. commons.wikimedia.org

**16 בדצמבר 2015**
8:30–15:30
בניין טרומן, אולם הנדלר,
האוניברסיטה העברית בירושלים,
הר הצופים, ירושלים

עיצוב: יעל בוברמן

**דמי השתתפות**
בהרשמה מוקדמת - 120 ש"ח (150 ש"ח אחרי ה-6 בדצמבר)
סטודנטים, מתמודדים, משפחות - 80 ש"ח
לעובדים בארגונים חברים - 60 ש"ח

**ועדת היגוי:** דר' מקס לכמן (יספר"א), דר' חגית גור זיו (עוצמה),
דניאל לואיס (לשמ"ה), דר' רון שור (האוניברסיטה העברית בירושלים),
דר' רוני הולר (האוניברסיטה העברית בירושלים),
עפרה משיח (האגודה לבריאות הציבור), אורן דרעי (יספר"א)

www.ispraisrael.org.il oren@ispraisrael.org.il 02-6249204

החניה בחניון מדעי הרוח, הכניסה נמצאת 50 מ' מימין למנהרת האוטובוסים. יש לנסוע בהתאם לשילוט לביה"ס לע"ס ולעלות במעלית של בית הספר לעבודה סוציאלית/חינוך לקומה 3, שילוט יכוון את המשתתפים מהקומה ה-3 לאולם הנדלר בבניין טרומן. **הזמנה זו משמשת אישור כניסה חד פעמי, יש להצטייד בתעודה מזהה.** **מפת האוניברסיטה**

**בכל שאלה ניתן לדבר עם אורן דרעי, רכז יספר"א, 02-6249204, oren@ispraisrael.org.il**
**אנא יידעו אותנו על כל צורך בהנגשה על מנת שנוכל להערך בהתאם**

**יספר"א. בונים קהילה מקצועית לקידום השיקום הפסיכיאטרי בישראל.**

# עוני, בריאות הנפש והדרה חברתית: למה לא מדברים על זה?

האוניברסיטה העברית בירושלים, רביעי, 16 בדצמבר 2015 | 8:30-15:30

## תכנית הכנס

**8:30** קבלת פנים עם כיבוד קל

**9:30** ברכות

**סילביה טסלר-לזוביק**, יו"ר יספר"א

**פרופ' מימי אייזנשטדט**, דיקנית ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים

**דר' רון שור**, חבר סגל בבית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
עוסק בהוראה ומחקר בתחום השיקום בבריאות הנפש

**דייויד הריס**, יו"ר עמותת לשמ"ה לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש

**פרופ' אלי שמיר**, יו"ר עוצמה בדימוס

**10:00** פתיחה

**Poverty, Low Income and Mental Health Problems**
**Dr. Jed Boardman,** Consultant Psychiatrist and Senior Lecturer in Social Psychiatry at South London and Maudsley NHS Foundation Trust and the Institute of Psychiatry

**Weighted towards homelessness and no/low income**
**Waldo Roeg,** Peer Recovery Trainer with Central and North West London NHS Foundation Trust (CNWL)

ההרצאות יינתנו באנגלית עם תרגום לעברית

**11:30** הפסקה

**12:00** **מהזווית האקדמית לזווית האישית** - סרטון קצר

**12:15** **תמונת מצב של העוני בישראל**
**פרופ' ג'וני גל**, ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד האוניברסיטה העברית ומרכז טאוב לחקר מדיניות חברתית בישראל

**12:45** **עוני כחסם לשיקום פסיכיאטרי**
**מנקודת ראות של אשת מקצוע בתחום השיקום**
**יעל פיזם**, מדריכה מקצועית בתחום השיקום הפסיכיאטרי

**13:00** ארוחת צהריים קלה

**13:45** **מהזווית האקדמית לזווית האישית** - סרטון קצר

**14:00** **משטח הפקר להכלה חברתית**
**דר' מקס לכמן**, מרצה בכיר, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה, יועץ קרן לזלו נ. טאובר

**14:30** **משאלות להתחלת פתרונות**
**פאנל ודיון בהשתתפות הקהל בהנחייתו של דר' רוני הולר,**
מרצה וחבר סגל ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד

**משתתפים:**
**רונית דודאי** ממונת שיקום ארצית, אגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות
**אחיה קמארה** נציג שיוון זכויות אנשים עם מוגבלות
**אורנה חביב תמיר** המטה לשילוב אנשים עם מוגבלות בעבודה משרד הכלכלה
**עמרי מרידור** צרכנים נותני שירות
**מרים בר ניר** חברת ועד מנהל עוצמה
**דר' מקס לכמן** חבר ועד מנהל יספר"א

**15:30** שעת סיום

**Dr. Jed Boardman**
Dr. Jed Boardman is Consultant Psychiatrist and Senior Lecturer in Social Psychiatry at South London and Maudsley NHS Foundation Trust and the Institute of Psychiatry. He also works as Senior Policy Adviser at the Center for Mental Health, where he established the work on Recovery. He is now lead for Social Inclusion at the Royal College of Psychiatrists College where he advises on employment and welfare benefit matters. Jed has published widely on Social and Community Psychiatry and in 2010 published a book on Social Inclusion and Mental Health.

**Waldo Roeg**
Waldo is a Peer Recovery Trainer with Central and North West London NHS Foundation Trust (CNWL). After several years of accessing secondary mental health services, Waldo then completed a User Employment Placement in Westminster Community Day Services. Waldo has been employed as a Peer Recovery Trainer in the CNWL Recovery College since it opened in January 2012 and has taken an active role in co-developing and co-delivering the courses. With ImROC he has delivered presentations and training and is involved in the national promotion of peer support within the workforce. Waldo currently co - moderates the Recovery College Network for ImROC and the International Community of Practice.

# תוכן

## כנס עוני ובריאות הנפש


1. בריאות הנפש ועוני: קשר רעיל // Mason, 2011 — 5

2. מושגים של הדרה חברתית // Boardman, 2010 — 7

3. אי-שוויון, פרטיות ובריאות נפשית // Siegel, 2008 — 12

4. הפסיכיאטריזציה של העוני: חשיבה מחדש על מארג הקשרים של בריאות הנפש ועוני // Mills, 2015 — 16

5. פרספקטיבות של צדק חברתי בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ועוני: מחקר איכותני // Rudnick & Montgomery et al., 2014 — 20

6. בריאות ועוני בחיים צעירים: הצטלבויות וכוונים // Tilleczek, Ferguson, Campbell, & Lezeu, 2014 — 25

7. עוני ובריאות הנפש: כיצד מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה מסתדרים בטיפול? // DeCarlo Santiago, Kaltman, & Miranda, 2013 — 30

8. בריאות פיננסית והחלמה חברתית // Harper, 2014 — 34

9. פרקטיקה לשילוב קהילתי: קידום חיים בקהילה כמו כל אדם אחר // Salzer, Baron, Menkir, & Breen — 35

10. עוני כחסם לשיקום פסיכיאטרי: שיקום בבריאות הנפש על רקע מצבי עוני // פיזם, 2015 — 40

11. בריאות הנפש, עוני ופיתוח // Funk, Drew, & Knapp, 2012 — 45

טופס הצטרפות ליספרא — 52

# 1

# בריאות הנפש ועוני: קשר רעיל
## דיון בכנס המועצה האוסטרלית לשירותים חברתיים

מאת: אנדראה מייסון

אוסטרליה, 2011

Mason, A. (2011). Mental health and poverty: A poisonous relationship. ACOSS National Conference, Melbourne, Australia.

"אנשים המתמודדים עם מחלת נפש סובלים מניתוק, ניכור, הדרה ואפליה בוטה וגם חיים בעוני". כך נפתח הדיון העוסק בניתוח הקשר בין עוני לבין מחלות נפש בכנס המועצה האוסטרלית לשירותים חברתיים במלבורן, 2011. נטען כי כיום, אנשים המתמודדים עם מחלת נפש מוחלשים באמצעות מדיניות ממשלתית המובילה אותם לעוני. המילה "עוני" מעוררת דימויים מטרידים של ילדים רעבים במדינות העולם השלישי. כאומה המבוססת בעולם הראשון, רובנו מניחים באופן טבעי שאין אצלנו עוני. למעשה, המאבק לשים אוכל על השולחן הוא מנת חלקם וסבלם של האזרחים הפגיעים ביותר שלנו.

כמה מהדוברים אמרו כי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש נאבקים לשרוד כתוצאה מכשלים ממשלתיים. אחד הדוברים הסביר כי יותר משליש מהאנשים עם מחלות נפש שורדים עם פחות מ-20,000$ לשנה. הם חיים בעוני כתוצאה ישירה של מחלת הנפש שפגעה בהם. הגדרה של עוני בתור "מצב של נחיתות באיכות או בכמות בלתי מספקת" מתארת את הדרך שבה חיים מתמודדים באופן יומיומי. גם אם הם אינם מקבצי נדבות, הם חיים בעוני באופן מהותי, שכן אין בידם מספיק כסף כדי לספק צרכים חיוניים בסיסיים. בכנס הוצגו כמה נתונים סטטיסטיים:

העלות הממוצעת של תרופות לאנשים עם מחלת נפש עומדת על כ-100$ לחודש, שמהווים נתח עצום מהקצבה. 46% מהמתמודדים אינם מסוגלים להרשות לעצמם טיפול ותרופות.

54% יכולים להרשות לעצמם תרופות.

**קלי (28), אם חד-הורית עם סכיזופרניה: "אני לא חושבת שהחברה מבינה את המעגל הבוגדני שנוצר כשיש לך מחלת נפש ואת חיה על ההכנסה הנמוכה ביותר. כל יום עובר בניסיון להחליט איזה חשבון חייבים לשלם ואיזה יכול לחכות. זה מרוקן מבחינה מנטאלית ומכלה את הכל, מחמיר את הסימפטומים שלי..."**

96% אינם יכולים להרשות לעצמם את כל הצרכים הבסיסיים של דיור, מזון ואת התרופה המסוימת שיכולה לעזור להם.

אחת הדוברות תיארה את קיילי, בת 28, אם חד-הורית לשני ילדים, הסובלת מסכיזופרניה ואינה יכולה לעבוד עקב מצבה:

"אני לא חושבת שהחברה מבינה את המעגל הבוגדני שנוצר כשיש לך מחלת נפש ואת החיים על ההכנסה הנמוכה ביותר. כל יום עובר בניסיון להחליט איזה חשבון חייבים לשלם ואיזה יכול לחכות. זה מרוקן מבחינה מנטאלית ומכלה את הכל, מחמיר את הסימפטומים שלי... אני מרגישה נורא כשאני רואה עגלות עמוסות בבשר ומוצרים אחרים, שהם פריטי מותרות בשבילנו".

הסיפור של קיילי אינו ייחודי, ישנם רבים במצב דומה, שפשוט אינם יכולים להרשות לעצמם מצרכי יסוד שיעשו את חייהם נסבלים. המאבק לשים אוכל על השולחן או לטפל במחלה שגורמת למצבם היא מציאות עצובה של מתמודדים רבים. חברי הפאנל הסכימו כי קצבת הנכות הנוכחית מאפשרת לאנשים לרכוש כמה מהצרכים הבסיסיים אך לא את כולם.

דוברת המתמודדת עם סכיזופרניה, העוסקת בסנגור וחיה ללא קצבה מזה שנים רבות, דיברה על המציאות האכזרית שעימה התמודדה: "אם יש לך מחלת נפש כמו דיכאון חמור, סכיזופרניה ומחלות רבות אחרות, רוב הסיכויים שתחיי בעוני כתוצאה

מהמחלה". היא ציינה סוגים שונים של אובדן שעימם נפגשים מתמודדים, בהם אובדן של "אמינות, תפקיד, חברים, עבודה, בית, משפחה, בריאות גופנית, אמון ודימוי עצמי".

מדוע מתמודדים רבים כל כך באופן סיסטמתי גם חיים בעוני? התשובה הקצרה היא שהקצבה הנוכחית בלתי תואמת לעלויות המחייה העכשוויות. עם זאת, הדוברים הסכימו כי הדבר קשור במידה רבה לאופן שבו אנו כחברה רואים ושופטים מחלות נפש. הממשלות והחברה החלישו את חולי הנפש שלנו לאורך היסטוריה ארוכה. למרות שעשינו דרך ארוכה בהתייחסות למחלות נפש ולטיפול, דרך זו אינה ארוכה דיה. "יש להתייחס למחלת נפש באותו אופן שבו מתייחסים לפגיעה בגוף ורוב החברה עדיין אינה מבינה זאת". עדיין ישנה סטיגמה קשה המיוחסת למחלת נפש באוסטרליה. אחת הדוברות ציינה כי "רבים מאמינים שמתמודדים יכולים להוציא את עצמם מהמחלה, אם היו מאוד רוצים בכך".

חשיבותו של מקום עבודה והסטיגמות סביב בריאות הנפש במקומות עבודה היו סוגיות מפתח בדיון. מתמודדים רבים מוצאים עצמם בעוני כתוצאה מאובדן מקום עבודה והצורך לחיות רק על קצבת נכות. הדוברת הצביעה על כך שעבודה היא עדיין אחד התחומים הסטיגמטיים ביותר ביחס לבריאות הנפש, דבר שפוגע קשות במסוגלותם של אנשים להתמודד עם לחצים בעבודה ובאופן בלתי נמנע מוביל לאבטלה. דובר המכהן כשר לענייני בריאות הנפש והזקנה הדגיש גם הוא את חשיבותה של תעסוקה: "עדיין יש עבודה רבה לעשות בנוגע לאופן שבו מתייחסים למתמודדים במקומות עבודה. אנשים עם מחלות נפש אינם רוצים שעובדים אחרים או המנהל שלהם ידעו על מצבם, בגלל פחד משיפוטיות והתייחסות גרועה כתוצאה מכך". השר אמר כי הרפורמה בבריאות הנפש תתמקד בשינוי עמדות במקומות עבודה כאבן בניין של השינוי.

"טבעה הלא-שוויוני של החברה האוסטרלית מהווה גורם נוסף למחלות נפש. למעשה, אוסטרליה מדורגת בין חמש החברות הלא-שוויוניות ביותר בעולם. אי-שוויון משמעו שאנשים רבים חיים הרבה יותר טוב מבחינת תנאים ומשיגים תוצאות טובות יותר מאשר אחרים".

חבר בפאנל הדגיש את החשיבות של זיהוי מוקדם וטיפול נכון במחלות נפש. לדבריו, "אחד מכל ארבעה אוסטרלים בגילאים 16-24 חווים בעיה נפשית. מהם 700,000 אנשים אינם מקבלים עזרה". לטענתו, זוהי תוצאה של שירותים שאינם מותאמים לקהל בריאות הנפש, משום שהשירותים לעתים קרובות קשים לנגישות ויקרים.

טבעה הלא-שוויוני של החברה האוסטרלית מהווה גורם נוסף למחלות נפש. למעשה, אוסטרליה מדורגת בין חמש החברות הלא-שוויוניות ביותר בעולם. אי-שוויון משמעו שאנשים רבים חיים הרבה יותר טוב מבחינת תנאים ומשיגים תוצאות טובות יותר מאשר אחרים. אנשים המדורגים בטווח 20% העליונים של ההכנסות באוסטרליה, חיים בתנאים הטובים יותר פי 7 בממוצע מהמדורגים בטווח 20% הנמוכים של ההכנסות, שתנאי חייהם דומים לסטנדרט של העולם השלישי. באופן בלתי מפתיע, אנשים ב-20% הנמוכים נוטים יותר למחלות נפש, כתוצאה מהקשיים המאפיינים את חייהם. הוסבר כי לא זו בלבד שעוני מתרחש כתוצאה ממחלת נפש, אלא שעוני יכול גם להוות גורם להופעת מחלת נפש. "יותר אי-שוויון חברתי מוביל ליותר מחלות נפש".

חברי הפאנל הכירו בכך שרפורמה לא תהיה קלה להשגה בתחום זה, אבל נחיצותה דחופה ומיידית, אם בכוונתנו למזער את הנזק הנגרם לפרטים ולחברה כולה ממצבים המשפיעים על אוסטרלים רבים כל כך.

# 2

# מושגים של הדרה חברתית

## מתוך הספר: הכלה חברתית ובריאות הנפש

מאת: ג'ד בורדמן

בריטניה, 2010

Boardman, J. (2010). Concepts of social exclusion. In: J., Boardman, A. Currie, H. Killaspy, and G. Mezey, (Eds.). Social inclusion and mental health. Ch. 2, Pp. 10-21. London: RCPsych Publications.

מהי הדרה חברתית? הדרה חברתית והמושגים הקשורים אליה בעיקרם מתוארים בספרות העוסקת במדיניות חברתית. פרק זה מכוון לספק תמונה תמציתית של המושגים הנוגעים להדרה חברתית ולהחלתם על אנשים עם בעיות בבריאות הנפש (להלן: מתמודדים). הפרק גם מתייחס לשלושה תחומים רלוונטיים של פילוסופיה פוליטית: אזרחות, צדק וזכויות אדם.

### מהי הדרה חברתית?

הדרה חברתית הופיעה כמושג חדש באופן יחסי, לכן עדיין חסרה בהירות בהגדרתו. יש המאמינים כי לחוסר הבהירות יש יתרונות מסוימים, שכן עמימות הביטוי, רב-הממדיות שלו וגמישותו מאפשרים להגדירו בדרכים שונות וכך ביכולתו לשרת מגוון של מטרות פוליטיות. מקור השימוש המודרני במושג הדרה חברתית הוא בצרפת בשנות ה-70, בהתייחסו לאנשים אשר נשמטו מרשת מערכת הביטוח הסוציאלי וכך הוצאו מכלל התייחסות אדמיניסטרטיבית של המדינה, בהם, אנשים עם מוגבלויות, הורים יחידניים ומובטלים. גרסאות אחרות של המושג התמקדו בהיותו מאפיין אינהרנטי של הקפיטליזם, של אי-הכרה בזכויות יסוד ושל קיומו של מעמד נמוך, גרסא הנוטה למקם את האחריות להדרה על האנשים עצמם. בתחום הפוליטי, השימוש במושג הדרה חברתית סיפק אלטרנטיבה לדיבור על עוני, כאשר מושג זה לא היה מקובל על פוליטיקאים. הגדרה רווחת של הדרה חברתית מתייחסת למידה שבה אנשים אינם יכולים להשתתף בתחומי מפתח של החיים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים בחברה.

> "מקור השימוש המודרני במושג הדרה חברתית הוא בצרפת בשנות ה-70, בהתייחסו לאנשים אשר נשמטו מרשת מערכת הביטוח הסוציאלי וכך הוצאו מכלל התייחסות אדמיניסטרטיבית של המדינה, בהם, אנשים עם מוגבלויות, הורים יחידניים ומובטלים".

### סוגים שונים של שיח על הדרה חברתית

המשגות שונות של הדרה חברתית משקפות חלק מהמורכבות והסתירות הקיימות במושג ואף מאפשרות להשתמש בו בדרכים מאוד שונות בחקירה ובמדידה של בעיית ההדרה ובהתייחסות ליישומים במדיניות חברתית. ישנן לפחות שלוש דרכי חשיבה על הדרה חברתית, המבוססות על נקודות מבט שונות לגבי הדרכים שבהן הדרה יכולה להופיע. כל אחת מהדרכים הללו אחראית ליצירת סוגים שונים של מדיניות:

**שיח של חלוקה מחדש** - מדגיש את האופנים שבהם עוני מגביל השתתפות חברתית ומימוש זכויות אזרחיות. בעוד שעוני נתפש כחוסר במשאבים חומריים המגביל השתתפות, הדרה מתייחסת ל"תהליך הדינמי של הרחקה, חלקית או מלאה, מכל אחת מהמערכות החברתיות, כלכליות, פוליטיות ותרבותיות הקובעות את שילוב האדם בחברה" (Walker & Walker, 1997, p. 8). השיח על חלוקה מחדש מתייחס לעוני כסיבה עיקרית להדרה, למרות שנלווים אליו סוגים נוספים של אי-שוויון.

**שיח של שילוב חברתי** - המאפיין המרכזי הוא שילוב חברתי באמצעות תעסוקה בשכר. מעורבות בשוק העבודה היא אלמנט

מפתח של הכלה. הוצע כי שיח זה מתעלם מדרכים שבהן עבודה בשכר יכולה שלא למנוע הדרה או יכולה להגביל צורות אחרות של השתתפות חברתית. שיח של אינטגרציה חברתית נוטה להמעיט בערך תרומתה של עבודה ללא שכר, כמו מתן טיפול בלתי פורמאלי.

**שיח מוסרי על מעמד נמוך** - מדגיש את הסיבות המוסריות והתרבותיות לעוני, עם התייחסות ספציפית לתלות של אנשים בהטבות של המדינה.

כמובן ששלוש צורות שיח אלה הן הפשטת יתר של מגוון סוגיות מורכבות, אך הן מסכמות את הגישות לגבי מה שחסר לאנשים בהדרה: כסף, עבודה או מוסר. ניתן לראות אלמנטים של שלוש צורות השיח בפיתוח המדיניות העוסקת בהדרה חברתית תחת ממשלת הלייבור בבריטניה בשנים 1997-2010, מדיניות שהדגישה מצד אחד קידום השתתפות של מתמודדים בשוק העבודה, כמו ברפורמת הרווחה ומצד שני התקבלו החלטות של מדיניות הממוקדות בהתנהגותם של מתמודדים, כמו הרפורמה של חוק בריאות הנפש.

## הגדרות של הדרה חברתית

דרכי חשיבה שונות על הדרה חברתית מבהירות את הטווח הרחב והמורכבות של הקונספט. הן גם תורמות להבנת הגדרות של הדרה ויישומים אפשריים של רעיונות אלה לגבי מתמודדים. מסמכי מדיניות ממשלתית בבריטניה הגדירו הדרה חברתית במושגים תיאוריים והדגישו יחסי-גומלין בין בעיות שונות, למשל: התייחסות להדרה חברתית בתור "מה שיכול לקרות כאשר אנשים או אזורים סובלים מבעיות משולבות כמו אבטלה, מיומנויות ירודות, הכנסות נמוכות, ריבוי פשיעה, בריאות לקויה ומשבר משפחתי". זוהי הגדרה גמישה המפרטת רק כמה מתוך בעיות רבות הנקשרות להדרה. נקודת המפתח כאן היא תפישת הקשר בין הבעיות המצוטטות: "המאפיין החשוב ביותר של הדרה חברתית הוא שבעיות אלה קשורות ומעצימות זו את זו ויכולות להצטרף יחדיו וליצור מעגל קסמים מורכב הנע במהירות".

מרכז מחקר לונדוני הגדיר כי: "אדם הינו מודר חברתית אם הוא/היא אינם משתתפים בפעילויות מרכזיות של החברה שבה הם חיים". הגדרה זו מדגישה את הרעיון המרכזי של השתתפות ומכירה בכך שהדרה חברתית היא קונספט יחסי לזמן ולמקום מסוימים. בנוסף, מודגש חוסר בהשתתפות שנובע מהגבלות ולא מבחירה. הגדרה זו, עם התמה המרכזית של השתתפות, תורמת

> "בעוד שעוני נתפש כחוסר במשאבים חומריים המגביל השתתפות, הדרה מתייחסת ל"תהליך הדינמי של הרחקה, חלקית או מלאה, מכל אחת מהמערכות החברתיות, כלכליות, פוליטיות ותרבותיות הקובעות את שילוב האדם בחברה"

במיוחד להבנת עמדתם של מתמודדים בחברה המודרנית.

הדרה חברתית ממשיגה פגיעה והגבלות, אשר באופן מסורתי נדונו במושגים של עוני, מצוקה וקיפוח בחקר מדיניות חברתית. הפרדיגמה של הדרה חברתית מרחיבה את המבט אל מעבר לאי-השתתפות בשל חוסר במשאבים חומריים. היא מרחיבה את ההסתכלות לבחינת מחסורים מרובים ומגדילה את טווח האינדיקאטורים לזיהוי אנשים החסרים במשאבים להשתתפות גם מסיבות אחרות כמו אפליה, מחלה כרונית או הזדהות תרבותית. משמעות הדבר שאנו בוחנים גורמים שונים שמפרידים אנשים וקבוצות מהחברה הרחבה. ישנם שלושה מאפיינים חוזרים של הדרה חברתית שנובעים מסקירת הגדרותיה:

**1. יחסיות** - ניתן לשפוט אם אדם מודר או מוכל חברתית רק בקונטקסט של מצבו הכללי. הדרה מתייחסת למקום וזמן מסוימים. כמו כן, הדרה אינה מוחלטת וניתן להתייחס אליה על פני דרגות.

**2. תפקידן של סוכנויות** - סוכנות מתייחסת לעובדה שמישהו או משהו "עושה" את ההדרה. נקודות מבט שונות לגבי הסיבות להדרה נוטות לשקף זוויות שונות לגבי הסוכנות או מי "עושה" את ההדרה. הדרה עשויה להיראות כתוצאה של מערכת, אשר מרכיביה פועלים כסוכנים מדירים במכוון או שלא במכוון, כולל מוסדות פוליטיים, כלכליים וחברתיים. הדבר נוגע גם לכוח, כאשר לאדם המודר חסרה אוטונומיה או כוח לקבלת החלטות והוא נתון לחסדיהם של בעלי הכוח. אמנם, התפישה של הדרה חברתית צריכה להתמודד גם עם אפשרות של הדרה וולונטרית או הדרה-עצמית. למרות האפשרות שאדם ידיר עצמו, קשה לקבוע מתי הדרה-עצמית היא אכן וולונטרית, בהינתן הגבלות על השתתפות.

**3. דינאמיקה** - הדרה נראית כתהליך דינאמי שפועל על פני זמן ולעתים חוצה דורות. המודלים הסיבתיים של הדרה לעתים קרובות אינם פשוטים ומייצגים את השפעות העבר (הון אנושי, גופני וכלכלי) ואלה של ההווה (אילוצים ובחירות), לצד השפעות על הפרט ברמות רבות הכוללות משפחה, קהילה, כוחות מקומיים וגלובליים. הרמות הללו מקיימות קשרי גומלין ותוצאות הדינאמיקה ביניהן ובינן לבין האדם משפיעות על אילוצים והזדמנויות.

### יסודות פילוסופיים של הדרה חברתית

הדרה חברתית והכלה חברתית הם מושגים בעלי משמעויות מוסריות ופוליטיות ונוגעים בפרט לאזרחות, צדק וזכויות אדם. נתייחס בקצרה להיבטים אלה של פילוסופיה פוליטית, העשויים לעזור בזיהוי עקרונות שעל בסיסם ניתן לקדם הכלה חברתית ולהבין את הזכויות והמחויבויות הנגזרות מהם.

**"הדרה חברתית והכלה חברתית הם מושגים בעלי משמעויות מוסריות ופוליטיות ונוגעים בפרט לאזרחות, צדק וזכויות אדם. נתייחס בקצרה להיבטים אלה של פילוסופיה פוליטית, העשויים לעזור בזיהוי עקרונות שעל בסיסם ניתן לקדם הכלה חברתית ולהבין את הזכויות והמחויבויות הנגזרות מהם".**

### אזרחות

התבוננות על הפרט כסוכן פעיל ולא כמקבל פאסיבי ביחסו לחברה, מחייבת התייחסות לאדם כאזרח. באופן היסטורי, ישנן שתי מסורות רחבות של חשיבה על אזרחות: הרפובליקנית והליברלית. הראשונה מדגישה השתתפות של אזרחים בקהילה לטובתם המשותפת של כולם, השנייה מדגישה הגנה על החופש וחירות הפרט ביחס לפעולות של המדינה. שתי המסורות רלוונטיות לפסיכיאטריה בכלל ולהכלה חברתית ופסיכיאטריה בפרט.

### המסורת האזרחית הרפובליקנית

מסורת זו הוגדרה לראשונה על-ידי אריסטו והתפתחה לאורך מאות שנים בעבודתם של הוגים כגון קיקרו, מאקיאוולי ורוסו. בתקופה המודרנית, הגישה השפיעה בבריטניה על ההתייחסות לאזרחות, לרב-תרבותיות ולאינטגרציה חברתית. מסורת חשיבה זו מגדירה אזרחות כמעורבות אקטיבית בנושאים ציבוריים לטובת האזרח והקהילה. היא מדגישה את הרעיון של מחויבות מצד האזרח כלפי הקהילה. התמונה הכללית היא של אזרחים ישרים המפתחים הסכמה ביניהם ושל מוסדות חברתיים המתפקדים היטב ומבוססים על תבונה, דיאלוג ושיקול דעת. מסורת אזרחית רפובליקנית היא בעלת רלוונטיות מובנת מאליה בחשיבה על הכלה חברתית של מתמודדים והיא מציעה הן הזדמנויות והן אתגרים: מצד אחד, ההגדרה של אזרחות כהשתתפות בחברה מציבה מחויבות של המדינה ומוסדות אזרחיים לפעול באקטיביות כדי להבטיח שמתמודדים יוכלו לקחת חלק כאזרחים, לדוגמא, בעבודה ופנאי. מן הצד השני, תחושת המחויבות ביחס לאזרחות עשויה להיות נטל כבד מידי, למשל לאנשים עם הפרעות חמורות או ממושכות, אלא אם כן סוגיות רלוונטיות נלקחות בחשבון בדרך רגישה וקונסטרוקטיבית.

### המסורת האזרחית הליברלית

המסורת האלטרנטיבית בחשיבה על אזרחות היא המסורת הליברלית. זוהי מסורת חדשה יותר, שראשיתה בתנועת ההשכלה באירופה במאה ה-17 ואשר השפעתה גדולה יותר על העולם האנגלו-סקסי. ג'ון לוק, פילוסוף אנגלי בן המאה ה-17, מהווה מקור מרכזי למסורת זו. הוגים ליברלים אחרים כוללים את ג'ון סטיוארט מיל, פרנץ הייק, ישעיה ברלין, קרל פופר ועוד. המסורת הליברלית מתייחסת לאזרחות כהגנה מפני התערבות בלתי מוצדקת מצד המדינה. מסורת זו נקשרת לרעיונות ופעולות של זכויות אדם, בשל מרכזיותה של ההגנה על החירות והקניין של הפרט מפני התערבות מופרזת מצד המדינה. שיקולים אלה חשובים בהתייחסות להכלה חברתית של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. חשובה המודעות לכך שהכלה חברתית אינה יכולה להיות פעילות כפויה. במסורת הליברלית, עיקרון הפלורליזם של המוסדות הפוליטיים מבוסס על הנחת המגוון ביחס ל"תפישת הטוב" (אמונות לגבי מוסר, דת, פוליטיקה וכד'), מתוכו יכולים האזרחים לבחור בהתאם למטרות החיים שלהם. הפלורליזם מספק קרקע פורייה לא רק לבחירה האישית אלא גם לגמישות בחשיבה על אזרחותם של אנשים עם מגבלות נפשיות קשות. "תפישות לגבי הטוב" והכרה במגוון תכניות-חיים שבהן אנשים מעוניינים, או שביכולתם לאמץ, יכולות לסייע לנו לחשוב בגמישות והן מועילות גם לבחינת חשיבותם של כבוד עצמי, הדדיות, אוטונומיה ומימוש יכולותיהם של מתמודדים, למשל בקידום הבריאות הנפשית ובמעורבות בפעילות בעלת משמעות.

ניתן ללמוד כי המסורת הרפובליקנית עשויה לשגות בהסתכלותה על הכלה חברתית כאשר זו נחווית כחודרנית או אפילו כפויה. באופן הפוך, המסורת הליברלית עשויה לשגות כאשר ניסיונה להגן על אדם עם מוגבלות מפני התערבות בלתי צודקת, עלול לגרום להזנחה של אנשים נזקקים. בפועל, ההבחנה בין אזרחות רפובליקנית לבין ליברליזם היא מלאכותית ופשטנית מידי ונראות מחלוקות לא פחות מאשר הסכמות בקרב הוגים בתוך כל אחד מהזרמים. על אף שזכויות קניין וזכויות אדם הן בלב המסורת הליברלית, הרחבת זכויות האדם לזכויות חברתיות, אזרחיות ופוליטיות, מקרבת את המסורת הליברלית אל המסורת הרפובליקנית ומחזקת את ההבנה כי לא ניתן להפריד באופן נוקשה בין השתיים, אלא הן מצויות בדיאלוג מתמיד והפריה הדדית.

### צדק

צדק יכול להתייחס לפרטים, ליחסים בין פרטים וליחסים המתרחשים במסגרת מוסדות חברתיים, ברמה הממשלתית ומעבר לה. עבור אריסטו, צדק מכיל את כל האלמנטים של אופי, נטייה אישית והתנהגות אשר מהם מורכב האזרח הטוב והמוסרי. אריסטו טען כי אלמנטים אלה כוללים אומץ, מתינות, ליברליות (אך לא מוגזמת), גאווה (אך לא יוהרה), מזג טוב, כנות, מהימנות, אמינות ויושרה. יחסים בין פרטים גם כן יכולים להיות הוגנים או בלתי הוגנים. ביחסים בין אנשים הוגנות עשויה להתקשר לצדק חלוקתי (חלוקה הוגנת) או לצדק מתקן (עונש ופיצוי הוגנים).

### צדק חלוקתי

צדק חלוקתי נמצא בלב ההדרה וההכלה החברתית של אנשים עם בעיות בבריאות הנפש. אנשי מקצוע לעתים קרובות מניחים הנחות ושוקלים סוגיות שמתייחסות לנגישות למשאבים. כאשר הנחותיהם נובעות מדעות קדומות, הן עלולות להפלות אנשים ולהוביל ליחסים בלתי הוגנים בין איש המקצוע לבין המטופל ולתוצאות מזיקות למטופל. מכאן חשיבות הסוגיה של הכשרה ויישום פרקטיקה מקצועית על בסיס כישורים מקצועיים חיוניים. השאלה האם שיקולים הוגנים של אנשי מקצוע מובילים לתוצאות הוגנות לצרכני השירותים, תלויה בהזדמנויות חברתיות הוגנות ובקיומם של הסדרים המעניקים רווחה אישית. תפישה זו מדגישה את הצורך לסייע לאנשים עם מגבלות להתגבר על מכשולים המדירים אותם מחלוקה צודקת של פעילויות ומשאבים בחברה. להשגת תוצאות חיוביות נדרשים הסדרים מתוחכמים. לדוגמא, מעסיקים רבים מאשרים כי הם בעד העסקת אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, אבל הצלחת יוזמות מסוג זה עשויה לדרוש תמיכה נוספת, הולמת ומבוססת ראיות מהמדינה וממוסדות אזרחיים אחרים.

הנושא התעסוקתי הוא מרכזי להדרה חברתית ומציג כמה זוויות. לצד חשיבותה של תעסוקה למתמודדים, ישנם צרכנים החוששים מכך שיאולצו לעבוד או מאובדן הטבות עקב עבודה. נטען גם שהדגשת החזרה לעבודה עלולה להוביל להזנחת תחומים חשובים אחרים של הכלה חברתית. מעבר לחזרה לעבודה, עולה סוגיה של הטבות וקצבאות, זכאות לביטוח ולפנסיה בשל אי-יכולת לעבוד. לדוגמא, מומחי בריאות הנפש הואשמו בהנחיות סלקטיביות, בעקבותיהן נדחו בקשות של מתמודדים לזכאות לפרישה, פנסיה והטבות אחרות באופן פוגעני, על בסיס דעות קדומות. דחייה על בסיס דעה קדומה היא אפליה. דוגמא נוספת נראית בתכניות ביטוח פרטיות, אשר במפורש מדירות או מגבילות טיפול פסיכיאטרי בהטבות שהן מציעות.

**צדק חלוקתי נמצא בלב ההדרה וההכלה החברתית של אנשים עם בעיות בבריאות הנפש. אנשי מקצוע לעתים קרובות מניחים הנחות ושוקלים סוגיות שמתייחסות לנגישות למשאבים. כאשר הנחותיהם נובעות מדעות קדומות, הן עלולות להפלות אנשים ולהוביל ליחסים בלתי הוגנים בין איש המקצוע לבין המטופל ולתוצאות מזיקות למטופל. מכאן חשיבות הסוגיה של הכשרה ויישום פרקטיקה מקצועית על בסיס כישורים מקצועיים חיוניים.**

### צדק מתקן

צדק מתקן הינו משלים לצדק חלוקתי. אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות עשויים להיות מבצעי עבירה ו/או קורבנות של התנהגות פלילית, אף שלמעשה ישנם סיכויים גבוהים יותר לכך שיהיו קורבנות עבירה. הגנה על אנשים פגיעים ועל נגישותם הן למערכות אדמיניסטרטיביות והן למערכת המשפטית הינה רלוונטית. עם זאת, גם הנושא של צדק מתקן הוא רב-פנים. לדוגמא, על אף הסבירות הנמוכה, ישנם מתמודדים העלולים לנהוג בעבריינות ולבצע פשיעה אלימה חמורה. באשר לעברייני אלימות עם בעיות נפשיות, פחות עולה השאלה האם הם מעוניינים להיות מוכלים כחלק מהחברה, אלא האם החברה מוכנה ומעוניינת לקבל אותם. ניתן לטעון כי באמצעות התנהגות עבריינית, הם בחרו בפועל ב"הדרה עצמית". נקודת מבט אחרת יכולה להיות שהם מודרים בשל מחלת הנפש. סוגיות רלוונטיות לנושא עבריינות של מתמודדים כוללות את איכות הטיפול הפסיכיאטרי בבתי-הכלא, איכות הטיפול הניתן למתמודדים שביצעו עבירות פליליות וסוגיית העבריינות בחברה והשפעתה על הפרקטיקה הפסיכיאטרית. התייחסות לסוגיות של צדק מאירה את הצורך לאזן בין זכויות של פרטים לבין זכויות הציבור.

### זכויות אדם

זכויות אדם עשויות להיראות כנובעות מאלוהים, הטבע, מהכבוד האינהרנטי לאדם, או פשוט מתוך אמפתיה לסבלם של אחרים. יהיו מקורותיהן אשר יהיו, זכויות אדם מקודשות בהצהרות רשמיות ובחוק. ההצהרה האוניברסאלית של האו"ם בדבר זכויות אדם (1948) מצהירה כי כולם נולדו חופשיים ושווים בכבודם ובזכויותיהם ושום אדם לא יהיה נתון לטיפול בלתי הומאני או מבזה, או להתערבות שרירותית בפרטיותו, במשפחתו או בביתו. מוצהר גם כי לכולם הזכות לעבודה, למנוחה, לפנאי ולהשכלה ולהשתתפות חופשית בחיים התרבותיים של הקהילה, ליהנות

מחיי הרוח ולחלוק התקדמות מדעית ותועלות הנובעות ממנה. ההצהרה גם קובעת כי: "לכל אחד חובות כלפי הקהילה שבה מתאפשרת ההתפתחות החופשית והמלאה של אישיותו". מאז תום מלחמת העולם ה-II חלה אבולוציה של רעיונות על זכויות אדם, שמיקודה הן בהגנות על החירות והקניין של הפרט והן במחויבויות הדדיות בין פרטים. האמנה הבינלאומית של האו"ם בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (1966) מדגימה את הרחבת תפישת הזכויות, בהצהירה כי לכולם הזכות לצדק ולתנאים מעודדים בעבודה, לביטחון סוציאלי, לתנאי מגורים הולמים, לסטנדרט הבריאות הגופנית והנפשית הגבוה ביותר שניתן להשיג והזכות להשכלה, לחיי תרבות ומדע. באופן דומה, האמנה החברתית האירופית (1961) מצהירה כי לכולם הזכות לתנאים הוגנים בעבודה, הזכות לאמצעים ראויים להכשרה תעסוקתית והזכות "להפיק תועלת מכל האמצעים המאפשרים לאדם ליהנות מרמת הבריאות הגבוהה ביותר האפשרית הניתנת להשגה".

**"הדרה עשויה להיראות כתוצאה של מערכת, אשר מרכיביה פועלים כסוכנים מדירים במכוון או שלא במכוון, כולל מוסדות פוליטיים, כלכליים וחברתיים. הדבר נוגע גם לכוח, כאשר לאדם המודר חסרה אוטונומיה או כוח לקבלת החלטות והוא נתון לחסדיהם של בעלי הכוח".**

### סיכום

הדרה חברתית היא קונספט המתייחס למידה שבה אנשים אינם יכולים להשתתף בתחומי מפתח של חיי הכלכלה, החברה והתרבות בחברה. מודגשת אי-השתתפות הנובעת מהגבלות ולא מבחירה. הדרה חברתית הינה דרך חדשה יחסית להמשגת הגבלה או קיפוח, אשר באופן מסורתי הושמו במושגים של עוני, מצוקה ומחסור. היא מרחיבה את המבט אל מעבר לאי-השתתפות בשל חוסר במשאבים חומריים, לראיית סיבות כמו אפליה, סטיגמה, מחלה כרונית או הזדהות תרבותית המובילות לאי-השתתפות. הדרה חברתית והכלה חברתית הם מושגים בעלי משמעויות מוסריות ופוליטיות, הנוגעות לאזרחות, צדק וזכויות אדם.

## מאגר חומר מקצועי בעברית!!

יספר"א משקיעה מאמצים להנגשת חומר מקצועי בשיקום פסיכיאטרי והחלמה בשפה העברית דרך אתר האינטרנט. הצטרף/י למאמץ, סכם/י מאמר מקצועי חשוב בתחום השיקום וההחלמה בשפה העברית, שלח/י אלינו את הסיכום ושתף/י את חברי/ות יספר"א בידע רלוונטי. אנחנו נדאג לרכז, לערוך, לתקן ולהעלות לאתר האינטרנט באופן מסודר ליצירת מאגר סיכומים עשיר ומגוון וכמובן ניתן קרדיט למי שסיכם/ה.

**הנחיות לשליחת הסיכום:**

אנא צרף/י את ההפנייה המלאה של המאמר שסיכמת

אנא ציין/י אם מדובר בסיכום או בתרגום מלא (במידה ויישלח אלינו תרגום מלא אנו נערוך אותו כסיכום בלבד כדי להימנע מפגיעה בזכויות יוצרים)

את הסיכומים יש לשלוח אל אורן דרעי, רכז יספר"א, בכתובת oren@ispraisrael.org.il

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

# 3

# אי-שוויון, פרטיות ובריאות נפשית

מאת: אנדרו סיגל

ארה"ב, 2008

Siegel, A. W. (2008). Inequality, privacy, and mental health. International Journal of Law and Psychiatry, 31, 150–157.

## מבוא

הדרך הסטנדרטית להבנת כוחה של המדינה בבריאות הנפש היא במושגים של כוחה להתערב עם אנשים או אוכלוסיות בהתייחסה לבעיות בבריאות הנפש. הכוחות המרכזיים הם: א. כוח המשטרה, שכולל את הכוח להגן על בריאות הקהילה, ביטחונה וערכיה; ב. כוח האפוטרופסות של המדינה, המספק למדינות את הסמכות השיפוטית להגן על האינטרסים של קטינים וחסרי ישע. בתוך מסגרת זו, השאלות הפוליטיות לגבי כוחה של המדינה נוגעות באופן עקרוני לחובות המדינה לחקיקה ויישום מדיניות בבריאות הנפש. הכוונה היא למחויבויות המוסריות והחוקיות של המדינה לקדם את בריאות הנפש והחובה להימנע מפעולות של כפייה המתערבות באופן בלתי הולם באינטרסים של החופש והחירות של מתמודדים. מנקודת המבט המקובלת, פירוט מלא של תכני החובות האלה יספק את היקף הכוח וגבולותיו בבריאות הנפש.

בעוד שמסגרת זו מאפשרת להתייחס לעניינים בוערים רבים (למשל: חוסר שירותים לעניים, מדיניות של אשפוז כפוי וטיפול תרופתי כפוי), נרחיב את המבט על כוחה של המדינה בבריאות הנפש ונכלול גם את אותן פעולות של כוח שאינן מתייחסות ישירות לבריאות הנפש אך הן בעלות השפעה עמוקה על הרווחה הנפשית. כוח מפגין את עצמו לא רק ביחס לאובייקט אליו הוא מכוון אלא גם כתופעת לוואי. יידונו האופנים שבהם מימוש של קונספציות מסוימות של המדינה יכול לתרום להופעת בעיות בבריאות הנפש. כך, ייצוגים מסוימים של פילוסופיה פוליטית בארה"ב ממלאים תפקיד משמעותי ביצירת חרדה כרונית, דחק ודיכאון ומאיימים על האינטימיות והאינדיבידואליות. עובדה זו מאפשרת פרספקטיבה ביקורתית להערכת אותן תיאוריות פוליטיות: אם תיאוריה, בהיותה מיושמת בפרקטיקה, מזיקה לרווחה הנפשית של חלק ניכר מהאוכלוסייה, הדבר צריך להצביע כנגד אימוץ התיאוריה.

**"מחקר מצא כי אנשים עם הכנסה שנתית של משק בית הנמוכה מ-17,000$ הם בעלי סיכויים גבוהים פי 16 לעמוד בקריטריונים של דיכאון מג'ורי לעומת משקי בית שהכנסתם מעל 35,000$."**

נתייחס לשני אפיונים של החברה האמריקאית העכשווית המערבים את המדינה במצבים שמערערים או מאיימים לערער את הבריאות הנפשית: הראשון נוגע להשפעת העוני והפערים בחלוקת העושר והכוח על הבריאות הנפשית; השני נוגע לאיום על העצמי בעקבות שימוש באמצעים שמפוררים באופן משמעותי את הפרטיות, איום מציאותי מאוד באקלים של "מאבק בטרור" ומלחמות התרבות על סוגיות כמו הפלות וזכויות הומוסקסואליות. יוצג האופן שבו פילוסופיה פוליטית משויכת לנושאים אלה ותוסבר הטענה כי מחויבות גדולה יותר לעקרונות ליברליים של שוויון וסובלנות היא מכרעת להתגברות על הסכנות לבריאות הנפשית שמחוללים עוני ואובדן פרטיות.

## אי-שוויון ובריאות נפשית

על אף שארה"ב היא בין המדינות העשירות ביותר בעולם, היא גם בין הפחות שוויוניות שבהן במושגים של חלוקת העושר. 40%-50% מן העושר הלאומי נמצאים בבעלות 1% העליון של

האוכלוסייה האמריקאית. בין 1983 לבין 1998, 56% מהצמיחה הכוללת של ההון הפיננסי עברה ל-1% העליון ו-89% עברו ל-20% העליונים. ההכנסות של האחוז העליון צמחו ב-44%, בעוד שבקרב 80% הנמוכים של חלוקת ההכנסות נרשמה צמיחה ריאלית של פחות מ-6% בהכנסות. כיום ישנם כ-38 מיליון אמריקאים שהם עניים באופן רשמי.

מחקרים רבים מאז שנות ה-50 מצביעים על קשר הפוך בין מעמד חברתי לבין שכיחות של הפרעות נפשיות. נתונים עכשוויים על ריבוד חברתי מצביעים על כמה קשרים בולטים בין אי-שוויון בהכנסות לבין בריאות נפשית. למשל, מחקר מצא כי אנשים עם הכנסה שנתית של משק בית הנמוכה מ-17,000$ הם בעלי סיכויים גבוהים פי 16 לעמוד בקריטריונים של דיכאון מג'ורי לעומת משקי בית שהכנסתם מעל 35,000$. בעלי הכנסה משפחתית באמצע הטווח הם בעלי סיכויים גבוהים פי 11 לסבול מדיכאון מג'ורי. שיעור הפרעות החרדה בקרב קבוצת מעוטי-הכנסה היה בערך פי שלושה מזה של הקבוצה האחרת. בעוד שחלק מהשיעורים הגבוהים של הפרעות נפשיות בקבוצות מעוטות הכנסה יכול לנבוע מכך שאנשים עם מחלות נפש נעים במורד הסולם הסוציו-אקונומי, מחקרים פרוספקטיביים רבים מגלים שמעמד חברתי לרוב קודם להפרעה.

ההסבר הסיבתי המקובל ביותר לשיעורים גבוהים של הפרעות נפשיות בקרב מעמדות נמוכים הוא הדחק המוגבר. נמצאו מתאמים חזקים בין רמות גבוהות יותר של דחק לבין סיכון גבוה יותר למחלת נפש ולתוצאות בריאות ירודות יותר באופן כללי. עמדה נמוכה יותר בהיררכיה הסוציו-אקונומית יכולה להוביל לדחק מוגבר בשל התנאים החומריים של מחסור פיננסי, צפיפות בתנאי הדיור, רעב וכד', אבל יש סיבה טובה לחשוב שמחסור חומרי אינו הגורם היחיד להשפעות שליליות אלה. מחקרים רבים מציעים כי הבריאות של הפרט מושפעת מרמת אי-השוויון בהכנסות בחברה ככלל ולא רק מרמת ההכנסה האישית. מחסור מוחלט אינו מסביר במידה מספקת את הפערים בתוצאות הבריאות. רמת המחסור היחסי בתוך חברה משפיעה אף היא על הבריאות. רעיון זה מתייחס ל"הכנסה יחסית", לפיה אי-שוויון בהכנסות קשור באופן הדוק לתוחלת חיים ותמותה באוכלוסייה בכל הארצות. בעוד שבארצות עשירות יותר תוחלת חיים ממוצעת גבוהה יותר, תוחלת החיים במדינות אלה גם משתנה בהתאם להבדלים בחלוקת ההכנסות. במדינות עשירות שבהן יש יותר שוויון בחלוקת ההכנסות, כמו שוודיה או יפן, התוצר הגולמי המקומי לנפש נמוך יותר אך תוחלת החיים גבוהה יותר מאשר בארה"ב. גם במדינות עניות יותר עם תוחלת חיים גבוהה, כמו קוסטה ריקה, יש חלוקה הוגנת יותר של ההכנסות. ניתן למצוא דפוס דומה כאשר משווים בין מדינות בתוך ארה"ב ובין אזורים עירוניים שונים, כאשר אי-שוויון נרחב בהכנסות נקשר לשיעורי תמותה גבוהים יותר.

**"עמדה נמוכה יותר בהיררכיה הסוציו-אקונומית יכולה להוביל לדחק מוגבר בשל התנאים החומריים של מחסור פיננסי, צפיפות בתנאי הדיור, רעב וכד'"**

הבדלים גדולים יותר בהכנסות משמעותם שיותר אנשים מודרים מעבודות והכנסות, שהן המקור הרגיל למעמד חברתי ולכבוד עצמי. מחסור יחסי נובע מהפחתת הכבוד וייחוס של נחיתות הנלוות לעוני יחסי, יותר מאשר תנאי חיים ירודים יותר לכשעצמם. פערים גולמיים בעושר ובהכנסות יכולים להיות הרסניים לכבוד העצמי ולדימוי העצמי של העני. "כאשר אי-ההתאמה בין האדם לבין אחרים נראית לעין באמצעות מבנים חברתיים וסגנון חיים, האנשים הפחות אמידים מקבלים בכוח תזכורת לגבי מצבם, באופן שלעתים מוביל אותם להעריך עוד פחות את עצמם ואת סגנון חייהם". מנקודת מבט זו, אי-שוויון מהווה מכה לעצמי כאשר הוא נתפס כמאתגר את הערך שלנו כבני אדם. כיוון שתחושת הערך שלנו נשלטת בחלקה בידי האופן בו אנו משווים עצמנו לאחרים, פערים חברתיים עמוקים מקשים על אלה שפחות שפר מזלם, לשמור על תחושת הכבוד העצמי שלהם. מן הצד השני של המטבע, האמידים לעתים קרובות מחשיבים עצמם כבעלי ערך גבוה יותר כאנשים, בזכות העמדה הגבוהה שלהם בהיררכיה החברתית. נטען כי העשירים ובעלי הכוח מרוממים עצמם באמצעות שמירת האחרים בעמדתם הנחותה. מצב זה "מחולל בפרט קנאות להגדלת הרמה היחסית של העושר שלו, הנובעת לא רק מתוך צורך כלכלי אלא גם מתוך מניע חברתי, לשים עצמו מעל אחרים". לכן אי-שוויון מקדם את הסטאטוס החברתי של האמידים באמצעות הנמכת האחרים.

תיאורים אלה מספקים בסיס להבנת דרך חשובה שבה אי-שוויון יכול להשפיע על בריאות נפשית. כאשר המציאות היומיומית של אנשים החיים בעוני מונעת מהם בסיס חברתי חשוב של כבוד עצמי וכאשר אנשים חווים את זהותם כמוגדרת בחלקה באמצעות הפחתת ערכם, שימור הכבוד העצמי הופך למאבק קבוע. ניתן לצפות שתחת תנאים כאלה רבים יסבלו מחרדה כרונית, עוינות, דחק ודיכאון.

הפילוסופיה הליברלית חלוקה בדעותיה לגבי הדרכים לקדם חופש ושוויון. גישתו של הפילוסוף לוק גורסת כי השוק החופשי מאפשר את מימוש החופש, השוויון מובטח באמצעות פרוצדורות המעניקות זכויות חוקיות שוות של נגישות לכל העמדות החברתיות. העובדה שישנם אנשים המוצאים עצמם מרוששים תחת מערכת זו, היא מצערת אך לא בלתי הוגנת. בניגוד לכך,

ממשיכי דרכו של רוסו מחזיקים בדעה כי איננו יכולים להחשיב את האנשים המדוכאים תחת עוני כאנשים חופשיים. לפי השקפה זו, חלוקה מחדש של העושר היא חיונית למתן כבוד לאנשים כשווים בערכם. היא מאפשרת לנטרל מצבים שמעניקים לאנשים מסוימים יתרונות פוליטיים וכלכליים שהם שרירותיים מנקודת מבט מוסרית. חירות אינה יכולה להיות מובטחת ללא הבטחת המשאבים החומריים הנחוצים לניהול יעיל של החיים וללא משאבים פסיכולוגיים איתנים ומכאן הצורך הבוער להפחית אי-שוויון.

השפעת אי-השוויון על הפסיכולוגיה האנושית נובעת במידה משמעותית מרמת האוטונומיה של הפרט. אוטונומיה היא היכולת לשלוט בעצמי ביצירת תפישת הטוב, בחינתה והשגתה. אוטונומיה גם נחוצה לעמידה מוסרית ופוליטית שווה. מימוש אוטונומיה דורש יכולת לפעול מתוך מסוגלות ומתוך רצונות וערכים של האדם עצמו, הנתמכים במחשבה עצמית. מתוך הבנה זו, ברור שמחלת נפש יכולה לערער את האוטונומיה. אלה החווים סימפטומים כמו הזיות, קושי בארגון המחשבות וחיבורן באופן לוגי, מחשבות אובדניות, חרדה חמורה או קשיים בריכוז ובקבלת החלטות, עשויים להיות חלשים מידי כדי ליישם חשיבה רציונאלית או רפלקציה על רצונותיהם וערכיהם. עם זאת, יש הטוענים כי התנאים של מסוגלות ורפלקציה מחשבתית נחוצים אך אינם מספיקים לאוטונומיה - לפחות לא בכל ההקשרים. ישנם מצבי חיים מדכאים ומגבילים מאוד שמספקים תנאים אלה ויחד עם זאת נראים בלתי תואמים לאוטונומיה. לדוגמא, חוקרות פמיניסטיות טוענות כי אין זה נכון לייחס אוטונומיה לנשים שהסוציאליזציה שלהן ונסיבות של דיכוי הובילו אותן להפנים ערכים פטריארכאליים, אפילו שהן בעלות מסוגלות ותומכות בערכים אלה במחשבתן. כמו כן, חוקרים זיהו מאפיינים פסיכולוגיים השכיחים בקרב אנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, בהם תכונות של ראייה פטליסטית, דימוי עצמי נמוך עם רגשות נחיתות חזקים, הנובעים מהפנמת עמדות דחייה-עצמית של הורים במעמד נמוך, דחף שליטה נמוך וחשדנות. אלה הן בהחלט תכונות מדכאות. לאנשים שאינם מאמינים בערכם המוסרי השווה ושרואים את נסיבות חייהם כמחוץ לשליטתם, חסרה אוטונומיה בדומה לנשים עם אמונות פטריארכאליות. ישנן ראיות לכך שתכונות אלה נוטות לתרום לפערים בהכנסות בין המעמדות. למשל, מחקר מצא כי עליה של 10% בדימוי העצמי שיפרה את השכר הריאלי ב-13%; מחקר אחר הראה כי סטאטוס סוציו-אקונומי נוטה לעבור מדור לדור וכי העברת תכונות אישיות מסבירה כרבע מההעברה הבין-דורית של הכנסות בין אבות לבין בנים.

**"אי-שוויון מהווה מכה לעצמי כאשר הוא נתפס כמאתגר את הערך שלנו כבני אדם. כיוון שתחושת הערך שלנו נשלטת בחלקה בידי האופן בו אנו משווים עצמנו לאחרים, פערים חברתיים עמוקים מקשים על אלה שפחות שפר מזלם, לשמור על תחושת הכבוד העצמי שלהם".**

לפיכך, ישנם יחסי גומלין מורכבים בין אי-שוויון, אוטונומיה ובריאות נפשית. תנאים של אי-שוויון תורמים להופעת תכונות אישיות המחלישות את האוטונומיה בקרב מעמדות נמוכים. תכונות אלה מגבירות את אי-השוויון באמצעות הפחתת הסיכויים להצלחה כלכלית של אנשים במעמדות הנמוכים יותר. אי-שוויון גם יוצר לחצים רבים יותר במעמדות נמוכים, בהם לעתים קרובות אנשים אינם מצוידים בכלים להתמודדות. לחצים אלה תורמים לשיעורים גבוהים יותר של מחלות נפש בקהילות עניות. מחלת נפש מובילה לצמצום נוסף של האוטונומיה, לעתים מערערת את התנאים המאפשרים עמדה מוסרית או פוליטית אישית.

### פרטיות ובריאות נפשית

כמה סוגיות נוגעות לכוחה של המדינה ובריאות נפשית בהקשר לפרטיות. הספרות על פרטיות לרוב מבחינה בין שני סוגי פרטיות: פרטיות המידע ופרטיות של קבלת החלטות. פרטיות המידע עוסקת בשליטתנו על נגישותם ושימושם של אחרים במידע לגבינו. פרטיות בקבלת החלטות עוסקת בחופש שלנו לקבל החלטות בסיסיות לגבי חיינו ויחסינו האינטימיים ללא התערבות מצד המדינה. שני סוגי הפרטיות חיוניים לרווחה נפשית משום שהם מספקים תנאים שבהם אינטימיות ואינדיבידואליות יכולות לשגשג. לדוגמא, נושאי פרטיות בקבלת החלטות לגבי אינטימיות הומוסקסואלית, שהיו לאחרונה באור הזרקורים בבית המשפט העליון בארה"ב: ארגונים בבריאות הנפש הגישו לבית המשפט תסקיר המצביע על השפעתם של חוקים השוללים הומוסקסואליות על הבריאות הנפשית, בעידוד תרבות בלתי סובלנית כלפי הומוסקסואלים. מסמך זה מתייחס למחקרים המצביעים על השפעתן של דחייה חברתית, אפליה ואלימות שנקשרות למצוקה נפשית בקרב הומוסקסואלים ולסביות. חוקים אלה "מתירים התערבות המדינה באספקט של החיים שהינו מרכזי לזהות אישית, לתפקידים חברתיים, לחברות בקהילה ולקשרים קרובים שיוצרים בני אדם עם אחרים לסיפוק צרכים של אהבה, קשר ואינטימיות". הבעייתיות בחוקים המתערבים בבחירות של הפרט היא שהם מאיימים ליצור חברה המותאמת לסטנדרט, מנורמלת, שבה החיים מכוונים יתר על המידה ובנוקשות רבה מידי. מובן כי אלה המחזיקים באמונות

המתנגדות לפעולות כמו הפלות או יחסים הומוסקסואליים יטענו כי עיסוק זה בחיי הפרט הינו מוצדק לחלוטין. שאלת היסוד כאן היא האם מדינות יכולות להתערב בחופש של הפרט כדי לקדם השקפות מוסריות שנויות במחלוקת.

אמונה מרכזית של התיאוריה הפוליטית הליברלית היא שמדינות חייבות להישאר ניטרליות בין תפישות מתחרות לגבי הטוב. תיאוריות פוליטיות אחרות חולקות על כך ורואות חקיקה בסוגיות מוסריות כדבר רצוי. נטען כי לדרישה הליברלית לניטרליות בין תפישות הטוב יכולה להיות השלכה שלילית על הרווחה הנפשית של אנשים. מניעת חקיקה בסוגיות מוסריות בשל ניטרליות ליברלית, מספקת דלק לדעות קדומות חברתיות זדוניות, ממסדת את הזהות ורומסת אינטימיות. יחד עם זאת, התרת טיעונים לגבי מוסריותן של התנהגויות כדי להכתיב את טווח הזכויות החוקתיות היא מסלול הרבה יותר מסוכן, שכן טיעונים מוסריים יכולים להיות מושמים כדרך לזלזל ולהשפיל התנהגויות מסוימות ולחתור תחת זכויות שעליהן מגן הליברליזם. ניטרליות ליברלית מספקת את הבסיס הבטוח היחיד להגנה על זכויות כנגד תופעות כמו דחייה, אפליה ואלימות, המגבירות את המצוקה הנפשית.

ישנם גם הקשרים חשובים בין פרטיות המידע לבין בריאות הנפש. כמה תיאורטיקנים זיהו כי אדם יכול לייחד עצמו כאינדיבידואל רק אם ניתן לו מרחב חופשי מהתערבות ובחינה של אחרים. עבודתו של ארווין גופמן מגלה כי מניעה מוחלטת של פרטיות שחווים אסירים ומאושפזים בבתי חולים פסיכיאטרים מפרה את הגבולות של העצמי ומאיימת על הקוהרנטיות והיושרה של העצמי. חוקרים התייחסו לתצפיות אלה כבסיס לתיאוריה של פרטיות, לפיה פרטיות היא חיונית ליצירת העצמי ושמירתו. כדי להיות עצמי, אדם צריך לחוות את מחשבותיו, גופו ופעולותיו כשלו; כדי לחוות את אלה כשלו, אדם צריך שתהיה לו שליטה על מתי הם מוצגים ולמי יש גישה אליהם. פרטיות היא "ריטואל חברתי" המעניק את השליטה הזו. הפרות פחות מקיפות של הפרטיות מאשר אלה המתרחשות במוסדות טוטאליים יכולות גם כן להשפיע משמעותית על הבריאות הנפשית. למשל, חשיפה מבודדת של מידע אישי ביותר לגבי אנשים יכול לגרום לטלטלה נפשית. ישנן דוגמאות רבות של אובדנות והתמוטטות נפשית כתוצאה מחשיפות כאלה במסגרת חקירה ממשלתית, סיפורים בעיתונות ואף פרסומים מחקריים.

גם פעולות של פיקוח ומעקב אשר גברו בארה"ב בהקשר למאבק בטרור, יכולות להיות הרסניות בהשפעתן על הפרטיות. החוק הפטריוטי בארה"ב הרחיב את סמכותה של המדינה להשתמש בהאזנות, מעקבים וחקירת חשודים בטרור. פעולות כאלה משפיעות על הנסיבות שבהן אנשים מתנהגים ויכולות לשנות את התנהגותם באופן בעייתי. אחד הקשיים הוא לשמר יחסים חברתיים חשובים בתנאים כאלה, שכן אלה החוששים מכך שהם נתונים לפיקוח בידי צד שלישי ירגישו כי עליהם לבלום חשיפת מידע אישי. בעיה נוספת היא שאנשים המאמינים שהם נתונים לפיקוח יטו להתאים עצמם לנורמות חברתיות. נטען כי הנטייה של אנשים שחסרה להם פרטיות להתאים עצמם לציפיות חברתיות עשויה לאפשר התפתחות של מחלת נפש. דבקות נוקשה לנורמות חברתיות עלולה להוביל לעכבות ומעצורים, להדחקה, ניכור ואף להתמוטטות נפשית.

במובן מסוים, אמצעים כאלה מתאימים לגמרי למדינה הליברלית, אשר נטען כי מקורה ברצון שלנו בשימור-עצמי. כמובן שחופש ואינדיבידואליות גם הם זוכים להוקרה באידיאלים הליברליים והתערבות בפרטיות בהחלט מאיימת עליהם. המלחמה בטרור עשויה אם כך להגביר את המתח בתוך התיאוריה הליברלית. תקופת מקארת'י מספקת תזכורת בוטה למה שיכול לקרות כאשר פחד ואי-סובלנות מתחברים זה לזה. בתקופה הנוכחית אנו זקוקים יותר מכל לאמץ אל ליבנו את הפלורליזם ולהיות סובלניים לסוגים שונים של חיים.

### מסקנות

המדינה יכולה להשפיע באופן עמוק על הבריאות הנפשית באמצעות מדיניות שאינה מתייחסת ישירות לבריאות הנפש. לחלוקת העושר במדינה ולרמת המחויבות לניטרליות וסובלנות יש השלכות ניכרות על הרווחה הנפשית של רבים. תיאורית הכוח בבריאות הנפש צריכה להקיף את כל הפעולות של כוח-המדינה שהן בעלות השלכות חשובות על הבריאות הנפשית. אלה המחויבים לקידום בריאות הנפש חייבים להיות מוכנים להכיר ברלוונטיות של דיונים על נושאים רחבים של מדיניות ואזרחות המעוררים שאלות עמוקות של פילוסופיה פוליטית.

**אתר יספר"א מזמין אתכם**
**לקרוא עשרות סיכומי מאמרים מקצועיים בעברית** ואכ וצחל
**לצפות בעשרות הרצאות מצולמות מאירועי יספר"א בשנים האחרונות** לחצו כאן
ispraisrael.org.il

# 4

# הפסיכיאטריזציה של העוני: השיבה מהדש על מארג הקשרים של בריאות הנפש ועוני

מאת: צ'יינה מילס

בריטניה, 2015

Mills, C. (2015). The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health-poverty nexus. Social and Personality Psychology Compass, 9/5, 213–222.

כאשר אנשים החיים בעוני נשאלים על המציאות שלהם, חלקם אומרים כי היא גורמת להם ייאוש, כאב, מובילה אותם להשתגע ולאבד תשוקה לחיות. אנשים מבטאים מצוקה עצומה לנוכח תנאי החיים שלהם. אבל עד כמה מועיל להבין את המצוקה שעליה הם מדברים כמכוננת דבר שנקרא "מחלת נפש"? האם מצוקה זו היא פתולוגית ודורשת טיפול פסיכיאטרי או שאנו עשויים להבינה כביטוי "נורמאלי" של עצבות לנוכח החיים בסביבות אכזריות? האסוציאציה החיובית בין עוני לבין בעיות נפשיות היא מההנחות המבוססות ביותר בכל הפסיכיאטריה האפידמיולוגית. עם זאת, יש מעט עדויות פסקניות לגבי טבעו של הקשר הזה ומירב הספרות מתמקדת בתהליכים נפשיים אינדיבידואליים של אנשים החיים בעוני ולא בתנאים הפוליטיים-כלכליים שמשמרים את העוני.

המאמר הנוכחי שואב ממסגרת קונספטואלית של מדיקליזציה ופסיכיאטריזציה על מנת לעקוב ולחלץ את סבך היחסים המורכבים בין עוני ומצוקה הקשורה אליו לבין הדיסציפלינות בבריאות הנפש. באופן ספציפי, המאמר בוחן האם רלוונטי יותר למסגר מחדש את המארג של בריאות הנפש ועוני כמכונן את התוצאה של הגברת הפסיכיאטריזציה של עוני ברחבי העולם, שכן לעתים נראה כי הרבה יותר נוח לחברה לעסוק בעוני כבעיה נפשית במקום כבעיה חברתית.

**"השימוש בקטגוריות דיאגנוסטיות פסיכיאטריות לחקירת היחסים בין גורמים חברתיים כמו עוני לבין בריאות נפשית יכול להיות בעייתי, הן משום שהוא ממקם השקפת עולם מסוימת באופן אוניברסאלי והן משום שקטגוריות אלה פועלות למיקום המצוקה בתוך האינדיבידואל".**

ממצאים מרחבי העולם מציעים כי לגבי רוב ההפרעות הנפשיות, הקשר בין מעמד סוציו-אקונומי נמוך בין תחלואה פסיכיאטרית הוא חזק ומשמעותי. כך, מחקרים מצאו כי דיכאון שכיח פי 1.5-2 וסיכון לסכיזופרניה גבוה פי 8 בקרב אוכלוסיות מעוטות הכנסה. עוד נמצא כי ארבעה מכל עשרה אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות חיים בארצות בעלות הכנסה בינונית-נמוכה. למרות הקשר המבוסס בין עוני לבין בריאות נפשית, העדויות אינן מכריעות ולעתים סותרות לגבי טבעו, כיוונו ומנגנוניו של קשר זה. חלק ניכר מהספרות בנוי סביב השאלה: "האם עוני או הדרה חברתית גורמים לבריאות נפשית לקויה, או שבריאות נפשית לקויה מובילה לעוני ולהדרה חברתית?". על-פי רוב, המחקר מציב שתי השערות: סיבתיות חברתית וברירה חברתית. גישת הסיבתיות החברתית מציעה כי עוני יכול להוביל להפרעות נפשיות באמצעות נתיבים של דחק או מחסור או בהפחתת הסיכויים של אנשים להשיג טיפול. הברירה החברתית מציעה כי אנשים בעלי נטייה גנטית לפתח הפרעה נפשית נסחפים מטה או אינם מצליחים להתעלות ולצאת מעוני, משמע שמוביליות כלפי מטה קשורה לאחריות המשפחתית למחלת נפש.

ארגון הבריאות העולמי מכיר במחלוקת לגבי איזה משני המנגנונים הללו אחראי לשכיחות הגבוהה של בריאות נפשית לקויה בקרב עניים אך מסיק כי ישנן עדויות לכך ששניהם רלוונטיים. מירב הספרות מתמקדת בדרכים שבהן הפרעה נפשית בלתי מטופלת

**מנגנונים של קשר בין עוני לבין בריאות נפשית**

מהווה נטל כלכלי ולפיכך מזיקה להתפתחות במדינות מעוטות הכנסה. כך, בעיות נפשיות מתהוות כמעצור להתפתחות, שכן הן גורמות לעוני ונגרמות על-ידו. הפרובלמטיזציה המורכבת מעוני, התפתחות ובריאות נפשית מתוארת באמצעות שיח פסיכולוגי-פסיכיאטרי ונראית כפסיכולוגיזציה או פסיכיאטריזציה של פיתוח בינלאומי. היא נוטה להתמקד בהסברים והתערבויות ברמת הפרט, במקום במבנים שיוצרים ומשמרים עוני. היגיון זה מונע מאיתנו לחקור האם ייתכן שהפיתוח עצמו מזיק לבריאות הנפשית. הוא גם מונע מאיתנו לבחון האם הקטגוריות הדיאגנוסטיות שמתייגות מצוקה כ"הפרעה נפשית" והטיפולים הנמצאים בשימוש, עשויים להזיק לרווחה הנפשית של אנשים וקהילות. מסגרות-חשיבה אלה לעתים קרובות אינן מכירות בכך שהניסיון שלנו עצמנו, ההבנה שלנו ודרכי ההתערבות במצוקה נקבעות בתוך קונטקסט חברתי, תרבותי והיסטורי ולעתים מועברות יחד עם גזענות, קולוניאליזם, או קפיטליזם.

### המבנים של עוני ו"מחלת נפש"

הן עוני והן "מחלת נפש" הם מבנים שמתפקדים בהקשרים חברתיים מסוימים וברגעים היסטוריים מסוימים. לעתים קרובות עוני נמדד באמצעות הסתכלות על הכנסה וצריכה של משקי הבית. מכל מקום, כמה מחקרים מצאו עדויות חלשות לקשרים ספציפיים בין הפרעה נפשית לבין הכנסה והובילו למסקנה כי עוני לכשעצמו אינו גורם מכריע בבריאות נפשית. המודעות לכך שהכנסה לבדה אינה משקפת את הביטויים הרבים של עוני, שינתה את ההבנה לכך שעוני הוא תופעה רב-מימדית. בעוד שמחקרים כאלה עושים עבודה חשובה בחשיפת הצורך במדדים הכוללים ניואנסים רבים יותר של עוני, הם מסתמכים על קטגוריות דיאגנוסטיות של הפרעות נפשיות שהן תוצרי מדינות המערב העשירות, הקשורות באופן הדוק לתעשיית התרופות הבינלאומית. הדבר בעייתי משום שמה שאנו מכנים כיום "הפרעות נפשיות" (א) לא תמיד נראו ככאלה, (ב) אינן מובנות ככאלה בכל רחבי העולם משום שהן תוצרי מסלולים חברתיים, תרבותיים וכלכליים ספציפיים, (ג) אינן עשויות מקשה אחת, כלומר, חוויות ומופעים שונים של מצוקה יכולים להיות בעלי סטאטוס שונה מבחינת עוני וצורות של דיכוי וכן (ד) אבחנות נפשיות רבות והאפשרויות הטיפוליות השולטות מצויות במחלוקת ותחת ביקורת ניכרת.

"עוני יכול לגרום למצוקה בצורה כה אקוטית וכרונית שהוא מוביל לסימפטומים שעשויים להתאים לקטגוריות הדיאגנוסטיות הפסיכיאטריות; אין משמעות הדבר ש"סימפטומים" אלה הם "סימפטומים" של הפרעות ולא תגובות "נורמאליות" לתנאים מתמשכים של עוני או אי-שוויון".

ביקורת מרכזית על האבחנה והטיפול הפסיכיאטרי מונחת בדה-קונטקסטואליזציה ואינדיבידואליזציה של מצוקה: המקום בו נוצרת "הפרעה" מתואר כתוך-מוחי ולא בחוץ, במסגרת כלכלה פוליטית. למעשה, כלי המחקר של אפידמיולוגיה פסיכיאטרית (המבוססים על סיווג אבחנות "מערבי") ושיטות לקביעת מי נחשב כעני, נראים ככלים שמוציאים מהקונטקסט ומחלצים את חייהם של אנשים ממשמעותם בתוך מרחב מקומי תרבותי. ההבניה של עוני כתופעה פתולוגית אוניברסאלית, שניתן לטפל בה באמצעות מרשם אַ-תרבותי, מופיעה גם בהתייחסות של ארגון הבריאות העולמי לגבי הפרעות נפשיות כבעלות בסיס פיזיולוגי מוחי וכיכולות להשפיע על כולם בכל מקום בעולם.

חקירת הגורמים החברתיים של מחלות נפש ממחישה כיצד קטגוריות דיאגנוסטיות פסיכיאטריות יוצרות אינדיבידואליזציה של מצוקה ופועלות להבנות מחדש סימפטומים של דיכוי, עוני ואי-שוויון כסימפטומים של הפרעה נוירו-פסיכיאטרית. השימוש בקטגוריות דיאגנוסטיות פסיכיאטריות לחקירת היחסים בין גורמים חברתיים כמו עוני לבין בריאות נפשית יכול להיות בעייתי, הן משום שהוא ממקם השקפת עולם מסוימת באופן אוניברסאלי והן משום שקטגוריות אלה פועלות למיקום המצוקה בתוך האינדיבידואל. ניתן לומר שגישה זו מטה באופן מיידי ממצאים כלשהם לעבר הבנות אינדיבידואליות של מצוקה ועוני במקום הבנות מערכתיות.

### "עוני הוא כאב; הוא מרגיש כמו מחלה"

למרות כל זאת, ישנה ספרות המשתמשת בגישות אחרות מאשר סיווג פסיכיאטרי לתיעוד תגובותיהם של אנשים לעוני. למשל, מחקרים-משתתפים (Participatory studies) שעסקו בעוני הדגישו את ה"כאב" של עוני, שיכול להוביל אנשים לייאוש ולקחת מהם את הרצון לחיות. מחקרים כאלה הם עדות לצורך לקחת ברצינות את הכאב והמצוקה שעליהם אנשים מדברים בדיווחיהם לגבי מציאות החיים בעוני. עולה השאלה האם כאב ומצוקה אלה צריכים להיות מסווגים כמכוננים מחלת נפש? מחקרים כאלה מלמדים כי אנשים החיים בעוני יכולים אמנם לחוות רמות של מצוקה הניתנות לאבחנה כדיכאון, אך הסיבה שהם מייחסים לעצבות שלהם היא עוני. עוני יכול לגרום למצוקה בצורה כה אקוטית וכרונית שהוא מוביל לסימפטומים שעשויים להתאים לקטגוריות הדיאגנוסטיות הפסיכיאטריות; אין משמעות הדבר ש"סימפטומים" אלה הם "סימפטומים" של הפרעות ולא

תגובות "נורמאליות" לתנאים מתמשכים של עוני או אי-שוויון.

השימוש במערכות הסיווג הדיאגנוסטי כמו DSM ו-ICD לניסוח שאלות מחקריות ולחישוב שיעור ההפרעות הנפשיות ברמה ארצית או בינלאומית ובפרט בקונטקסט של עוני, לעתים קרובות מתעלם מההקשר שבו "סימפטומים" מופיעים ואף מתעלם מסוגיה רחבה יותר: האם הפרעות המופיעות במדינה אחת יכולות או צריכות להיות מושמות על תרבויות אחרות? חוקרים טענו כי השימוש בסיווגים כאלה במסגרת חקירות אפידמיולוגיות מאפשר ליצור פתולוגיזציה מאסיבית של עצבות נורמאלית ואף להציג את חוויותיהם של אנשים בעוני כאבחנות פסיכיאטריות דיסקרטיות ו א-פוליטיות. לפיכך, בעוד שחקירת המשתנים הקשורים למחלות נפש ועוני יכולה להועיל במתן תשומת לב להשפעות הפסיכולוגיות של חיים בעוני, חקירה כזו היא בעלת אוריינטציה פסיכולוגית והתנהגותית: היא ממקמת את הסיבות לעוני בפתולוגיה אינדיבידואלית, משמע שהתערבויות להתגברות על עוני מתרכזות בשינוי ההתנהגות של אנשים עניים. הדבר משכתב את הפרדיגמה הישנה של "האשמת העני" הטבועה בתרבויות שרואות אנשים עניים, שכונות וארצות עניות כלוקות בחסר וצריכות "טיפול". באופן דומה, הדגש המושם כיום על אינטראקציה של תורשה וסביבה ופגיעות גנטית להסברת הקשר בין מחלות נפש לבין עוני, עשוי לפעול למיקום מחדש של האשמה והעברתה מהתרבות לגנים.

## פסיכיאטריזציה של עוני

מעקב אחר סבך הקשרים בין עוני לבין בריאות נפשית מאפשר לנו להתבונן מחוץ לטענת "מעגל הקסמים" של עוני כגורם להפרעות נפשיות או כתוצאה שלהן. הוא מאפשר לבחון את הקונטקסט הפוליטי-כלכלי של אבחנות, בהעברת השאלה מ: 'מדוע לאנשים רבים החיים בעוני יש בעיות נפשיות' לשאלה 'האם לאנשים עניים יש סיכויים גבוהים יותר מאשר לאנשים בקבוצות סוציו-אקונומיות גבוהות יותר להיות מאובחנים עם הפרעה נפשית ומדוע?'

מחקרים שבחנו גזענות מוסדית, סקסיזם ופטריארכיה בפסיכיאטריה, מובילים לשאלה האם קבוצות ספציפיות, כמו בעלי שיוך גזעי ונשים, חווים סבירות מוגברת הן לחיים בעוני והן לקבלת אבחנה נפשית. ממצאים הראו שילדים מרקע של הכנסה נמוכה בארה"ב הם בעלי סיכויים גבוהים משמעותית להיות מאובחנים ולקבל מרשמים לתרופות נוגדות-פסיכוזה לעומת נוער מבתים בעלי הכנסה גבוהה. ממצאים אלה תומכים אמפירית ברלוונטיות של זווית הפסיכיאטריזציה. לכן עולה השאלה האם אנו עדים למדיקליזציה של העוני לעומת ראייתו כבעיה כלכלית וסוללים את הדרך להגברת הגישות הקליניות ביחס לעוני והצבת התערבויות נפשיות כפתרונות (טכניים ורפואיים) ל"בעיות" (פוליטיות).

"ממצאים הראו שילדים מרקע של הכנסה נמוכה בארה"ב הם בעלי סיכויים גבוהים משמעותית להיות מאובחנים ולקבל מרשמים לתרופות נוגדות-פסיכוזה מאשר נוער מבתים בעלי הכנסה גבוהה. ממצאים אלה תומכים אמפירית ברלוונטיות של זווית הפסיכיאטריזציה".

מדיקליזציה היא התהליך שבאמצעותו כל חוויית חיים העולה וגוברת מובילה להגדרתה ולטיפול בה במושגים רפואיים, דבר המתאפשר באמצעות סדרה נוספת של מושגים בולטים: אינדיבידואליזציה, ביולוגיזציה ופתולוגיזציה. פסיכיאטריזציה היא התהליך שבאמצעותו יותר ויותר היבטים מחיינו נראים, באופן גלובאלי, כסוגיות הנוגעות לפסיכיאטריה. דוגמאות בספרות כוללות, למשל, פסיכיאטריזציה של ילדים, אי-קונפורמיות של ג'נדר, התאבדויות של חקלאים בהודו ונשים אסירות. בעוד שנעשו כמה מחקרים על המדיקליזציה והפתולוגיזציה של עוני, יש ספרות מעטה על הפסיכיאטריזציה של אנשים החיים בעוני ועל הקשר בין פסיכיאטריזציה לבין הגורמים המבניים והחברתיים של בריאות נפשית.

באופן היסטורי, מחלת נפש הובנה כמחלה של הציביליזציה והשפע. הנחות גזעניות וקולוניאליות לפיהן מצוקה רגשית אינה רלוונטית או מהווה מותרות עבור אנשים עניים, השתנו באמצעות הרעיון ש"עוני הוא מחלה", שהסימפטומים שלה ניתנים לטיפול עם תרופות, משמע שעוני הופך למחלת נפש. כך, בעיה שבאופן עקרוני היא חברתית ופוליטית מטופלת כסימפטומים פסיכיאטריים.

## תופעות לוואי של פסיכיאטריזציה

נטען כי ישנן סכנות אמיתיות באפיון אוכלוסיית העוני בעיקרה כאוכלוסייה של אנשים מוגבלים מבחינה פסיכולוגית. אחת הסכנות היא בהשפעות שנובעות מהמדיקליזציה והפתולוגיזציה והגברתן באמצעות אבחנות פסיכיאטריות ומרשמים של תרופות נוגדות פסיכוזה. חוקרים דנו באופן שבו הנסיגה במתן שירותי רווחה לקבוצות מעוטות הכנסה בארה"ב הובילה לעליה דרמטית בתמיכה הרפואית באמצעות הטבות עקב מוגבלויות פסיכיאטריות (אבחנה פסיכיאטרית מהווה כיום את הקטגוריה הגדולה ביותר של אבחנה המזכה בתשלומי קצבה). אבחנה פסיכיאטרית והיענות לתרופות פסיכו-טרופיות (על-אף תופעות לוואי מזיקות לעתים), כמו גם בדיקות סינון לאבחנה נפשית, הן דרישות לזכאות לקבלת שירותי

רווחה. זוהי דוגמא אחת של פתולוגיזציה של עוני, כאשר הרצון לקבל אבחנה פסיכיאטרית וליטול תרופות בעלות פוטנציאל לנזק, הפך להיות אחת מאסטרטגיות ההישרדות שנותרו לאנשים עניים בעידן של "עוני רפואי".

גישות אינדיבידואליות, רפואיות לעוני מחזקות את בידודם, הדרתם והשתקתם של אנשים וקהילות מעוטות הכנסה ומכפיפות אנשים לשיח של מומחים. כך, אנשים החיים בעוני ואלה שמאובחנים כ"חולי נפש" (ואלה המחזיקים בשתי הקטגוריות) מוגדרים כבלתי מסוגלים וכנשענים על מומחים הפועלים "לטובתם".

ההבניה הפסיכיאטרית של עוני מעודדת אנשים לראות עצמם ולפעול ביחס לעצמם כאילו היו חולניים מבחינה פסיכולוגית, מוגבלים מבחינה ביוכימית וזקוקים לתרופות. נטען כי הדבר יוצר מקום לכך שאנשים יחוו את המצוקה הכלכלית שלהם כבעיה פסיכולוגית, ויסתכלו לתוך עצמם כאילו הם היו הסיבה לחוליים חברתיים. כך, רבים מהקמפיינים נגד עוני מתייחסים כיום להשפעות העוני על הדימוי העצמי של הפרט ובמהותו של דבר מקדמים נורמליזציה של עוני באמצעות התערבות פסיכולוגית. לפיכך, הסכנה החמורה במדיקליזציה ופסיכיאטריזציה של עוני היא הבלבול בין סיבה לבין תוצאה - בעוד שעוני יכול להוביל למצוקה פסיכולוגית, תיקון רק של הסוגיות הפסיכולוגיות לא בהכרח יתקן את תנאי העוני שמובילים למצוקה מלכתחילה, או את הכוחות הפוליטיים-כלכליים שיוצרים ומשמרים עוני ודחיקה לשוליים. לכן, לא רק שפסיכיאטריזציה כזו מתעלמת מתנאי אי-השוויון והעוני שיכולים להוביל למצוקה, היא גם מאפשרת בפועל התמשכות או הרעה של תנאים אלה.

### מארג הקשרים של פסיכיאטריזציה ועוני

הסתכלות על מארג הקשרים של בריאות הנפש ועוני מזווית של פסיכיאטריזציה מאפשרת להתרחק מהנטייה להבנות בעיות כפתולוגיה אישית. היא מאפשרת לבחון את האופנים דרכם מכ ונות דיסציפלינות נפשיות וכיצד הן מפעילות בעצמן מערכות של אפליה ודיכוי. צריכה להיות מודעות לאופן שבו צורות שונות של דיכוי מתחברות בשיתוף פעולה נוראי שאותו חווים אנשים בעוני. פסיכיאטריזציה ועוני יכולים להיות אחד משיתופי הפעולה הללו. יתרה מזאת, אם אכן עוני נתון יותר ויותר לפסיכיאטריזציה (ועוד קודם לכן נתון להבחנה גזעית) הרי שיש לכך השלכות עצומות לא רק לקבוצות מעוטות הכנסה במדינות עשירות, אלא גם לעניים במדינות עניות, בהן יש כיום דחיפה חזקה להגדיל את הנגישות לשירותי בריאות הנפש ולתרופות פסיכו-טרופיות. הסתכלות על עוני מהזווית של פסיכיאטריזציה גם מעלה את המודעות ליחסים גיאו-פוליטיים וכלכלה פוליטית שיוצרים ומנציחים עוני. הדבר מרמז על צורך בכלים שונים באופן רדיקלי, כדי לעקוב אחרי סבך היחסים בין עוני לבין מצוקה. הדבר גם מרמז לצורך בהתערבויות שונות באופן רדיקלי בבריאות הנפש ועוני - הרחקת המבט מתבנית גנטית וחוסר איזון ביו-כימי של פרטים החיים בעוני; התרחקות מהתנהגות ופסיכולוגיה; הגעה להכרה במבנים הרחבים שבהם מציאויות החיים של עוני מקובעות, בהם הכלכלה הפוליטית של אבחנה פסיכיאטרית והפרקטיקה של מרשמים תרופתיים; ובסופו של דבר התייחסות לסיבות השורש המערכתיות של עוני ואי-שוויון.

# 5

# פרספקטיבות של צדק הברתי בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ועוני: מחקר איכותני

מאת: אברהם רודניק, פיליס מונטגומרי ושות'

קנדה, 2014

Rudnick, A., Montgomery, P., Coatsworth-Puspoky., R., Cohen, B., Forchuk., C., Lahey, P., Perry, S. (2014). Perspectives of social justice among people living with mental illness and poverty: A qualitative study. Journal of Poverty and Social Justice, 22(2), 147–57.

## מבוא

מאמר זה מתאר את נקודת מבטם וחווייתם של אנשים המתמודדים עם מחלות נפש ועם עוני ביחס לסוגיות של צדק חברתי, כגון חלוקת משאבים ונגישות למשאבים (כספים, שירותי בריאות, דיור, תעסוקה) ונושאים רלוונטיים נוספים.

סטאטוס סוציו-אקונומי נמוך פוגע בבריאות הנפשית ובהיבטים אחרים של חיים טובים. "חיים טובים" הוא מושג שהוגדר בדרכים שונות, אך לרוב מוגדר כחיים שבהם לאדם ישנם האמצעים לשגשג. נגישות לאמצעים אלה יכולה להיתפש כזכות מוסרית וכך השגשוג נראה כמטרה מוסרית. כדי לקדם דרכים להפחתת השפעות מזיקות של סטאטוס סוציו-אקונומי נמוך על אנשים עם מחלות נפש, קרא ארגון הבריאות העולמי לממשלות ולחברה להנגיש אמצעים ומשאבים ולעשותם זמינים למטרה זו. אחת הדרכים לכוון מאמצים כאלה היא להתמקד בצדק חברתי. צדק חברתי לרוב מתייחס להפחתת חוסר שוויון בחברה וכן לצרכיהם השונים של אנשים. ביחס לבריאות הנפש, מירב המחקרים התמקדו בצדק חברתי מנקודת מבטם של אנשי אקדמיה, נותני שירותים וקובעי מדיניות. מירב התפישות על צדק חברתי מייחסות חשיבות לקולם ובחירתם של בעלי עניין מרכזיים אלה בהפעלת שיקולים של צדק. היבט שנחקר פחות הוא בחינת הפרספקטיבות של מתמודדים על צדק חברתי, בפרט ביחס לקשרים בין מחלות נפש ועוני. המחקר הנוכחי התמקד בבחינת צדק חברתי בחווייתם וניסיונם של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ועוני. הבנת משמעותו של צדק חברתי מנקודת מבטם עשויה לספק תרומה רבת ערך להבנה מקיפה יותר על צדק חברתי בהקשר של בריאות הנפש וכך לתרום לשירותים ומדיניות טובים יותר וצודקים יותר.

> נסיבות חיים מונוטוניות, שתוארו כ"כל יום אותו הדבר"; "אין לאן ללכת"; "אין מה לעשות"; "אין כסף בשביל לעשות שום דבר" - תוארו כ"מאסר עולם" והמענה האופייני של שירותים היה ב"יותר כדורים כדי למסך את הבעיה".

## שיטה

מחקר זה מהווה חלק מפרויקט מחקר משתתף (Participatory research) שבוצע במשך שנתיים בשיטה מחקרית מעורבת ושעסק בעוני ובריאות הנפש. המאמר הנוכחי בוחן נתונים איכותניים שנאספו בקבוצות מיקוד בגישה אתנוגראפית. גישה זו מרכזת את תשומת הלב המחקרית בתופעה חברתית ספציפית באוכלוסיה פגיעה בתקופת זמן קצרה. המחקר בוצע בעיר קנדית בינונית בגודלה, עם אוכלוסיה של כ-350,000 תושבים, עם הכנסה שנתית ממוצעת של 35,549$ לתושב. שיעור האבטלה עומד על כ-7%, כ-10% מהתושבים הם בקבוצת מעוטי-הכנסה.

משתתפי המחקר כללו מבוגרים בגיל 18-73, המתמודדים עם מחלת נפש במשך שנה לפחות טרם איסוף הנתונים. אנשים עם אבחנה כפולה של מחלת נפש ושימוש בסמים נכללו במחקר. האבחנה הפסיכיאטרית המדווחת ביותר הייתה הפרעת מצב רוח (64.4%) ולאחריה הפרעת שימוש בסמים (36.8%), הפרעת חרדה (32.4%) וסכיזופרניה (18.8%). רק 25.2% מהמשתתפים עבדו במועד ביצוע המחקר.

בקבוצות המיקוד השתתפו 34 מתמודדים, 17 נשים ו-17 גברים. בסך הכל התקיימו חמש קבוצות מיקוד, בהן נעשה דיון מעמיק שעסק בהבנתם של המשתתפים בנוגע לקשר בין מצבם

הכלכלי לבין מחלת הנפש. כל מפגש החל בשאלות מבוא רחבות לגבי תפישת המצב הכלכלי (משתפר, מתערער או יציב) ובקשה מהמשתתפים לדון בגורמים שעוזרים וגורמים שמפריעים להתקדמותם הכלכלית. הערכת פרספקטיבות המשתתפים לגבי צדק חברתי והרחבת הדיאלוג על סוגיות הנוגעות לעוני ובריאות הנפש נעשו בעזרת שאלות כגון: "מניסיונך, מהו הקשר בין עוני לבין בריאות הנפש?"; "תאר כיצד השתנתה הכנסתך לאורך הזמן והנסיבות"; על מנת להשתמש בשפה יומיומית, המשתתפים לא נשאלו ישירות על "צדק חברתי" אלא הסוגיה נבחנה באמצעות חקירת נושאים כגון הגינות, חלוקת משאבים ונגישות למשאבים (אמצעי מימון, שירותי בריאות, דיור, תעסוקה).

תמלולי קבוצות המיקוד במשולב עם נתונים לא-מילוליים שנרשמו במהלך המפגשים קודדו על-פי הנושאים שנדונו. שני זוגות חוקרים ביצעו ניתוח מעמיק בנפרד ולאחר מכן הניתוחים והפרשנויות המוצעות נדונו במפגשים משותפים בצוות המחקר. בסופו של הניתוח הושגה הסכמה בין החוקרים לגבי פירוש הנתונים ואיסופם תחת שש תמות.

### ממצאים

הכוונה עצמית (Self-determination)

בריאות שלמה (Wellness) נתפשה כתהליך הדורש זמן ואשר נובע מתוך האדם עצמו. בשאיפה להשגת בריאות תיארו המשתתפים עמדות, התנהגויות וקשרים חברתיים שהפחיתו את הסיכון להישחק במאבקים היומיומיים. נסיבות חיים מונוטוניות, שתוארו כ"כל יום אותו הדבר"; "אין לאן ללכת"; "אין מה לעשות"; "אין כסף בשביל לעשות שום דבר" - תוארו כ"מאסר עולם" והמענה האופייני של שירותים היה ב"יותר כדורים כדי למסך את הבעיה". כדי להפחית התחפרות בבעיות, משתתפים הדגישו קבלת אחריות על החיים שלהם, אמונה שמחזיקה אותם במאמציהם "למצוא את המקום שלהם בעולם בחוץ". למרות המאבקים הכלכליים, המשתתפים הכירו בכך שהרווחה הנפשית הכללית שלהם תלויה בהכוונה עצמית שלהם. כמה משתתפים הכירו ביתרונות הבריאותיים שנובעים מהחלטותיהם העצמיות, למשל:

**כדי שיהיו זכאים לכיסוי הוצאות שכר דירה ומצרכים, המשתתפים התבקשו להצהיר על כל הנכסים ומקורות המימון שלהם, נוהל שהגביר את תחושת הדחק הכלכלי. כמה משתתפים ראו בכך השפלה להישאל שוב ושוב "האם קיבלת מתנות ליום הולדת, כסף כלשהו בדואר, $5 מקרוב משפחה?". העובדה שאינם מורשים לחסוך או לשמור על נכסים בזמן שהם מקבלים הכנסה שהיא "הרבה מתחת לקו העוני" הפכה את התקציב לכמעט בלתי אפשרי.**

"אני נקי כבר כמעט שנה עכשיו...דברים מייד נפתחו בפניי...אני עדיין בעוני ומקבל קצבה...אבל אני לא מרגיש כל כך עני מבפנים יותר...זה הולך טוב לא בגלל הכוחות החיצוניים...יותר בגלל מה שקורה בתוכי".

"אני חי עם מחלה כרונית...עוצר ומתקדם... למעלה ולמטה...אני מקווה שלא לאחור... לאט קדימה...זה לקח לי הרבה שנים להתחיל לזוז מהפינה...אבל זה חיובי... כאילו, וואו, עם התמיכה של החבר'ה... אני פותח לגמרי את הוילונות כי הכל היה חשוך בשבילי...".

### תזונה מספקת ומזינה

תזונה מספקת היא יותר מאשר רק הכסף המספיק לרכישת אוכל. להיות "רעב כל הזמן" הפך ל"סגנון חיים בפני עצמו". משתתפים חיפשו חופש מסגנון החיים הזה שמאופיין בדאגה מתמדת בנוגע למיקום, רכישה, חלוקה והגדלת הספקת המזון שלהם למשך החודש. משתתפים מודעים לשירותים המספקים מזון והם מבקרים מידי חודש בכל אחד מהמקומות האלה ברחבי העיר. הם החשיבו את עצמם "ברי מזל" אם גרו בקרבה גיאוגרפית ליותר ממקום אחד לחלוקת מזון. ביקור חודשי במרכזי חלוקת מזון כדי לקבל "שתי קופסאות (שימורים) של מרק, שתי קופסאות מקרוני, קופסת רוטב, טונה, שמונה ביצים וכיכר לחם", הפך שגרתי. המשתתפים יכלו לנבא מה הם צפויים לאכול ביום מסוים בכל חודש. הכנסות בלתי מספיקות היוו קושי ממשי ברכישת הכמות והאיכות של מזון הדרושה לשמירת רווחתם שלהם ובכמה מקרים של ילדיהם של משתתפים. כדי להגדיל את כמות המזון, המשתתפים קנו לרוב מצרכים אחת לחודש עם הכספים הזמינים לאחר תשלום שכר דירה.

מגבלות כספיות מאתגרות גם את האפשרות לדבוק בטיפול עצמי בהתאם להמלצות אנשי המקצוע, כדי למזער את השפעות הלוואי של תרופות. למשל, למשתתפת שנוטלת נוגדי פסיכוזה ואינסולין, תזונה נכונה היא בבחינת "פינוק":

"זה קשה...אני רוצה לאכול פירות לפחות פעם בשבוע בחורף... אני מדברת על פירות טריים לא מקופסא....פירות טריים הפכו לפינוק בגלל שאני לא יכולה להרשות לעצמי. במקום זה יש לי חמאת בוטנים ולחם".

### דיור הולם ובטוח

חלק מהמשתתפים זיהו דיור בר השגה ובטיחותי כהשקעה לטווח קצר ולטווח ארוך בצמיחתם האישית. בטווח הקצר, המגורים המועדפים מעניקים יתרונות שיקומיים כאשר הם מספקים ביטחון ותקווה. עם התגברות הביטחון יכלו משתתפים להגביר את מעורבותם בהזדמנויות להצלחה. במקרים אלה, היקשרות למקום מגורים נראתה אינטגראלית ליכולת לקדם החלמה: "איפה שאתה גר זה הגורם הקובע לבריאות הנפשית שלך". אחרים תיארו מקומות דיור ציבורי כמגורים ב"חורבה" ה"זקוקה לשיפוץ", כמקום "מלא רעש כל הזמן", "מלא שרצים", "...אתה רק רוצה לשכב על הספה ולמות", "תנאים נוראיים למגורים". מגורים בתנאים כאלה, לטווח קצר או ארוך, לא היו מבחירה. לפי מדיניות סוכנות הדיור, ניתנו שלוש אפשרויות לבחירת דיור מוזל, אך אלה לא נראו כבחירה אמיתית. הבחירה מתוך שלוש דירות פנויות אך בלתי מקובלות בתוך "שכונות גטו" תרמה לתחושת חוסר אונים. זאת ועוד, הכתובת שלהם זיהתה אותם אוטומטית בתור "התחתית של התחתית" בחברה. ללא הון אישי או חברתי, המשתתפים תפשו את עתידם כחסר תקווה בדיור מסוג זה: "אני יוצא מהדירה שלי ורואה מישהו עם כאבים בגלל שהוא לא אכל כל כך הרבה זמן...לשים שם בנאדם עם מחלת נפש עם אנשים אחרים שיש להם בעיות קשות...האדם לא יצליח...בלי חבר או אנשים שעוזרים...".

לסיכונים הנקשרים ל"דיור מתחת לסטנדרט" הצטרפו קשיים של רשימות המתנה לדיור "חירום" ובעלי בית "שמאיימים או מנצלים" את הפגיעות הבריאותית והחברתית של המשתתפים. בהיעדר אכיפת סטנדרטים של דיור, המחסור הוא מבייש, מבודד ולא הוגן. כך אחד המשתתפים תיאר מגורים ב"חדר קטן עם מיטה" שעלותו 300$ לחודש, שהם 75% ממשכורתו החודשית ואמר: "זה נורא בודד להיות מוקף במיליון אנשים".

### תנאים כלכליים מספיקים

אלמנט של צדק חברתי נמצא בתנאים כלכליים מספיקים שכוללים את האפשרות לצבור חסכונות ולשאת באחריות להוצאות בלתי צפויות ובמחויבויות לאחרים. מקורות ההכנסה העיקריים של המשתתפים היו שני סוגי קצבאות. אחת הקצבאות אפשרה "קצת יותר כסף, קצת פחות סטרס" ופחות התערבות של שירותים בהשוואה לקצבה האחרת. אחד המשתתפים אמר כי הקצבה הראשונה מספקת "קצת יותר שקט נפשי...אין לך את העובדים שבאים לדפוק לך על הדלת...אומרים לך לעשות משהו, למלא טפסים...אתה מקבל את הצ'ק כל חודש ואתה צריך להניע את עצמך לעשות משהו מעבר לזה...".

**שיפור אוריינות תעסוקתית חיוני למעבר מהישענות על סיוע ממשלתי בלבד לעבר הכנסה ממשכורת, ההולמת את הצרכים והיכולות שלהם. בהקשר זה משתתפים הדגישו את חשיבותם של יחסי "מנטורינג" עם מעסיקים ועובדים. מנטור מתאים יכול "לפתוח דלתות", "לעזור לך להכיר את החבלים ולהגיד, 'אתה יכול ללמוד לטפס'".**

כדי שיהיו זכאים לכיסוי הוצאות שכר דירה ומצרכים, המשתתפים התבקשו להצהיר על כל הנכסים ומקורות המימון שלהם, נוהל שהגביר את תחושת הדחק הכלכלי. כמה משתתפים ראו בכך השפלה להישאל שוב ושוב "האם קיבלת מתנות ליום הולדת, כסף כלשהו בדואר, 5$ מקרוב משפחה?". העובדה שאינם מורשים לחסוך או לשמור על נכסים בזמן שהם מקבלים הכנסה שהיא "הרבה מתחת לקו העוני" הפכה את התקציב לכמעט בלתי אפשרי. למרות שמשתתפים מכירים בעלייה מתונה לאורך זמן של סכומי הכסף שקיבלו, הכנסתם החודשית (בין 150$ לבין 1,100$) לא השתוותה לעליה בעלויות המחייה. רבים רצו להשלים את הכנסתם מקצבה עם עבודה חלקית. עם זאת, הם היו צריכים לשקול את היתרונות הכלכליים הסופיים, כפי שהסביר אחד מהם: "התחלתי לעשות צעד קדימה...להשיג קצת עבודה, לעשות קצת יותר כסף, לשמור חלק, ואז המערכת מתחילה להפחית דולר לדולר מהצ'ק שלי...אני לא רואה למה הם צריכים לעשות את זה אלא אם כן הם מנסים להעניש אותך". היכולת לשרוד עם ההכנסה הנתונה תוארה כ"ברכה וקללה". המשתתפים נשענו על הקצבה החודשית, ללא משאבים כספיים נוספים, וחשו לכודים בסוג הקצבה שנקבע להם:

"זה מלכוד 22. אם אתה מוסר דיווחי אמת על כל הכספים שלך, הם עושים את זה יותר קשה. הם יכולים שלא לרצות לתת כסף שאתה לחלוטין צריך אותו...אני לא רוצה להישמע כפוי טובה, אבל היו דברים מסוימים שהייתי צריך לאורך הזמן שלא נתנו לי להשיג וזאת הייתה ממש הגבלה".

למרות רצונם בתנאים כלכליים מספיקים, המשתתפים התייחסו לכך כדבר בלתי ישים, במיוחד בראיית העלויות הקשורות לטיפול:

"אני חושב שאולי אני מוכן...אני לא צריך להיות על קצבה, אני יכול לצאת לעולם הגדול..ואז אני מסתכל על חשבון המרשמים של התרופות שלי, עלויות של 1000$, 2000$, אז אני מבין שאני נשאר על הקצבה. אין שום דרך שאוכל לשלם על הכדורים שלי בעבודה בשכר מינימום".

משתתפים לא יכלו להרשות לעצמם את הסיכון של הפחתה או אובדן של ההטבות ובעקבותיהם אובדן הדיור. למשל, הם הסבירו כי האפשרות לחיות עם אדם נוסף המשתכר מקצבה כדי לחסוך בהוצאות, למעשה לא הייתה אסטרטגיה כלכלית מועילה משום שההכנסה המשותפת שלהם הייתה מופחתת, בהתאם למדיניות הקצבאות.

ללא הכנסות מספיקות, "חיים חברתיים הם טאבו...החברים שלי הזמינו אותי לבלות איתם בחופשה ואני מרגישה מחויבת לשלם חצי מהוצאות הדלק... אני לא יכולה להרשות לעצמי לנסוע. אני צריכה אוכל על השולחן ואין לי כסף לתרום". החופש ליהנות עם חברים "רק פעם אחת", כמו ללכת לקולנוע, הקביל לתפישת היציבות הכלכלית כחלק מבריאות שלמה. מימוש זכותם להשתתף בתפקידים כגון "מפרנס לילדי" או כ"אדם עובד" היה אינדיקציה להצלחה.

### תעסוקה משמעותית

תעסוקה משמעותית טיפחה תקווה ל"חיים טובים יותר". רבים מהמשתתפים חיפשו כיצד לשפר את האוריינות התעסוקתית שלהם - בהכשרה במסגרת מכינה, בלימודים פרגמאטיים ובהכשרה במיומנויות. שיפור אוריינות תעסוקתית חיוני למעבר מהישענות על סיוע ממשלתי בלבד לעבר הכנסה ממשכורת, ההולמת את הצרכים והיכולות שלהם. בהקשר זה משתתפים הדגישו את חשיבותם של יחסי "מנטורינג" עם מעסיקים ועובדים. מנטור מתאים יכול "לפתוח דלתות", "לעזור לך להכיר את החבלים ולהגיד, 'אתה יכול ללמוד לטפס'". ללא עבודה משותפת "עם אדם שמנחה אותי להגיע לדלת של עבודה ולעבור אותה", גובר הסיכון להרחקה מעבודה ולאפליה על רקע של קבלת קצבה או מחלת נפש. אחד המשתתפים תיאר:

"...שלא צריכים אותך, שאין לך תכלית... שאנשים מסתכלים עלי ואומרים, 'אתה חסר תועלת', 'אתה טיפש'. 'אתה לא קם בבוקר ללכת לעבודה'. הלכתי למשרדי הסוכנות ואמרתי, תחברו אותי למישהו. תעזרו לי למצוא מעסיק שייקח אותי ואני אהיה שם. אני בריא, יכול לעבוד ואני לא יכול להרשות לעצמי לשבת בבית ולא לעשות כלום. הפקיד אמר 'אתה לא צריך לעבוד'. אני לא רוצה ליפול בין הכיסאות".

### נגישות לשירותים איכותיים

רבים מהמשתתפים תיארו את הקונטקסט של שירותים במושגים כגון: "בלתי גמיש", "בירוקראטי", "מאורגן מלמעלה", "מגוחך", "מבלבל", "מסובך", "חידה", "מתסכל", "מחליש במיוחד בגלל שאנחנו לא נראים כמסוגלים" ובחלק מהמקרים "לא נראים כבני אדם". נותני שירות תוארו כמצויים "בעומס יתר של אנשים ושל דרישות", עם מימון מינימאלי וחוסר בשיתוף-פעולה בין סוכנויות. בהקשר כזה, היחסים עם נותני שירותים היו מאתגרים במיוחד, כאשר כמה משתתפים הרגישו שנותני השירות שלהם לא חשו "דאגה אמיתית" לעזור להם להשיג שינוי חיובי. ניתן היה לצפות מנותני שירות לתגובות שממוקדות במדיניות ולא באדם: "'לא', התשובה הכי נפוצה של העובד...בטלפון. אנחנו מבקשים, מתחננים בפני זרים מוחלטים לעוד 10$ בקצבה, 'לא, אתה לא יכול לקבל את זה'. 'לא, אתה לא יכול לעשות את זה'. יש לי רק שני סנט בחשבון הבנק".

משתתפים הדגישו קשרים "פנים אל פנים" עם נותן שירות אחד לפחות שהוא אמין ואמפאתי כדי להבטיח שותפות אפקטיבית. עובד שמחויב להציע מידע רלוונטי בזמן הנכון תואר על-ידי אחד המשתתפים כ"קו-החיים" ששמר על ההתקדמות שלו למרות נסיבות מייאשות. דיאלוג פתוח עם נותן שירות "לא שיפוטי" ובעל יכולת, תמך בהשתתפות הפעילה של הלקוח בפתרון בעיות וקבלת החלטות לגבי רווחתו הנפשית, מבלי לחשוש מהפחתת ההטבות או הפסקתן. מתן שירות איכותי "אפשר לי להאמין בעצמי. הייתי בנקודה שבה לא יכולתי לעשות שום דבר לבד. לא ידעתי באיזה רחוב ללכת...העובד יצר קשרים...המשיך לשמור על הקשר איתי ובהדרגה הייתי מסוגל לראות שאני יכול לעשות דברים. יש לי מסוגלות".

עובד שמחויב להציע מידע רלוונטי בזמן הנכון תואר על-ידי אחד המשתתפים כ"קו-החיים" ששמר על ההתקדמות שלו למרות נסיבות מייאשות. דיאלוג פתוח עם נותן שירות "לא שיפוטי" ובעל יכולת, תמך בהשתתפות הפעילה של הלקוח בפתרון בעיות וקבלת החלטות לגבי רווחתו הנפשית, מבלי לחשוש מהפחתת ההטבות או הפסקתן.

### דיון ומסקנות

צדק חברתי לאנשים עם מחלות נפש המתמודדים עם עוני הוא קריטי לשמירה על הומאניות אישית וקולקטיבית. במחקר זה, נסיבות ומבנים שנראו כמענישים,

בריאות שלמה נראתה על-ידי משתתפים באופן הוליסטי וכוללת בריאות גופנית, נפשית ורווחה חברתית וסביבתית. צדק חברתי אופיין כחיים מעבר להישרדות היומיומית, מורכב מהכוונה עצמית, תעסוקה משמעותית ונגישות לשירותים באיכות גבוהה הכוללים תמיכה ומתן מידע.

מפלים ונוקשים, מנעו הזדמנויות להתפתחות של בריאות ורווחה ולשמירה על טיפול-עצמי ואחריוויות חברתיות. בריאות שלמה נראתה על-ידי משתתפים באופן הוליסטי וכוללת בריאות גופנית, נפשית ורווחה חברתית וסביבתית. צדק חברתי אופיין כחיים מעבר להישרדות היומיומית, מורכב מהכוונה עצמית, תעסוקה משמעותית ונגישות לשירותים באיכות גבוהה הכוללים תמיכה ומתן מידע. שירותים ומדיניות צריכים להתייחס לצרכים מרובים אלה של מתמודדים החיים בעוני.

הממצאים תומכים בצורך לערב אנשים החיים בעוני ונשענים על קצבאות בתכנון השירותים שיסייעו להם וכנראה גם ביישום והערכה של שירותים כאלה. כקונטקסט לממצאים, יש לציין כי רפורמות משמעותיות במדיניות החברתית נדונו בקנדה ברמת הממשל המקומי, אף שלא יושמו עד כה. למשל, במדינת אונטריו פורסמו המלצות המציגות את הקונספט של צדק חברתי, חלקן קוראות לצמצום פערי ההכנסות בין סוגי הקצבאות, הרחבת התעסוקה וההזדמנויות להכשרה מקצועית והכללת אנשים החיים בעוני בתהליכי קבלת החלטות. רפורמות אלה נותנות תקווה לכך שהמערכת תשאב ידע מהאנשים שנשענים עליה להישרדותם וכך תספק הסתכלות על צדק חברתי בניהול הטבות כמו קצבאות ותעסוקה.

## קול קורא לעלון יספר"א 15

אנו מזמינים אתכם/ן לכתוב לנו מתוך תחום המומחיות והידע שלכם/ן מאמר לעלון מספר 15 מזווית הפרקטיקה, המחקר והמדיניות. עלון המידע מהווה הזדמנות להשמיע קול ולהתעדכן בפעילות הענפה המתרחשת בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

מאמרים ניתן לשלוח

לאורן דרעי, רכז יספר"א oren@ispraisrael.org.il עד **ל-1 בפברואר 2016**.

עדיפות תינתן למאמרים מקוריים שיגיעו בשלב מוקדם.

הנחיות לכתיבה:

1. אורך המאמר לא יעלה על 500 מילים
2. ציינו את שמכם/ן, תפקידכם וכתובת אימייל לתגובות
3. ציינו עבור איזה מדור ממדורי העלון ברצונכם/ן לכוון את המאמר
4. צרפו תמונות רלוונטיות
5. הימנעו מכתיבה שיווקית והצמדו לנושא העקרוני עליו בחרתם להתמקד.
6. הימנעו משימוש במושגים סטיגמטיים ושמרו על שפה ברורה ועדכנית.

עלון המידע יפורסם באתר יספר"א ויישלח באופן אלקטרוני לאנשים רבים המתעניינים בקידום התחום.

6

# בריאות ועוני בחיים צעירים: הצטלבויות וכוונים

מאת: קייט טילצק, מוירה פרגסון, ואלרי קמפבל וקתרין ליזו

קנדה, 2014

Tilleczek, K., Ferguson, M., Campbell, V., & Lezeu, K. E. (2014). Health and poverty in young lives: Intersections and directions. Canadian Journal of Community Mental Health, 33(1), 63-76.

עליית אי-השוויון בהכנסות ואתגרי הבריאות הנפשית בקרב אנשים צעירים הומשגו כתחלואת המילניום, כדי לאותת על הקשר הבעייתי המתמשך בין עוני לבין בריאות נפשית. תכנית הפעולה האירופית בבריאות הנפש קוראת לתכנון נרחב של השקעה, התערבות, מניעה ומדיניות בתחום זה. הקשר המתמשך בין עוני לבין בריאות נפשית הוא הנושא הקריטי ביותר בקרב ילדים ונוער, ברמה הארצית והגלובאלית. בקנדה כיום כמעט לכל המחוזות יש מסגרות עבודה חדשות ומתפתחות בתחום בריאות הנפש עם ילדים ונוער, המתמקדות על סוגיות הספציפיות לבני הנוער. באוסטרליה מושם דגש מוגבר על מתבגרים, שם הגדירו את המעברים שחווים צעירים בגילאי 12-25 כנקודה החלשה ביותר במערכת בריאות הנפש. המאמר הנוכחי מספק סינתזה קונספטואלית של מחקרים הבוחנים את חייהם של ילדים ונוער בעוני ו/או המתמודדים עם בעיות נפשיות בתקופת בית הספר. נראה כיצד חוויות אלה משפיעות עמוקות על אנשים צעירים בחייהם היומיומיים בבית הספר, באמצעות אינטראקציות בין תהליכים חברתיים וביולוגיים; ונראה כי מתבגרים הבאים מקבוצות אוכלוסייה מוחלשות הם הפגיעים ביותר לחוסר איזון בין מצבי סיכון לבין הגנה בחייהם.

סטיגמה חברתית, הבחנה מעמדית וצורות אחרות של הדרה חברתית שאותן פוגשים נערים ונערות, מובילות לחוויות חיים ויחס מצד אחרים העלולים לגרום להתרחקותם מבית הספר. חלקם נכנסים לסחרור במדרון, אחרים יכולים להתמודד עם קשיים יומיומיים מרובים ותרבויות של שתיקה, בעזרת אנשים תומכים וגמישים שמשתפים עימם פעולה, חבריהם ומשפחותיהם. בנוסף, המבנים ו/או היחסים שעימם נפגשים בני נוער בבתי הספר ובסוכנויות אחרות, יכולים להחמיר את המצב וליצור עוד בעיות, המתווספות לעוני ולאתגרים נפשיים, המובילים לכישלון לימודי. עם זאת, המאמר גם מדגים דרכים להקל על הנטל המושם על ילדים ונוער.

**"ארגון הבריאות העולמי התייחס להשפעת אי-השוויון על רווחתם הנפשית של צעירים במאה האחרונה ומתאר אותה כתחלואה החדשה, המאופיינת בקשיים רגשיים, חברתיים ולימודיים בקרב צעירים. תחלואת המילניום היא המושג החדש המתאר את הקשרים העמידים בין עלייה באי-שוויון בהכנסות לבין תוצאות בריאות נפשיות וגופניות של צעירים".**

### מגמות עכשוויות בנעורים

ישנן סיבות חברתיות וכלכליות לשינויים שאנו עדים להם בחייהם ומסלוליהם של צעירים. המדיניות בקנדה כיום מתמקדת בארבעה סוגי מסלולים עיקריים: (א) אוטונומיה ביחס של הנוער כלפי משפחת המוצא, (ב) מערכת יחסים אוהדת עם עולם העבודה, (ג) אחריות פיננסית, (ד) התפתחות של תפקידים וזהויות אזרחיות. מחקר הראה כי מעברים אלה מהווים קושי לצעירים עניים, הנכנסים מוקדם לסטאטוס של בוגרים ואינם יכולים ליהנות ממעבר ממושך יותר, עם תקופת גילוי וחקירה או המשך רכישת השכלה, בדומה לבני נוער אחרים. המעבר לבגרות הוא ממושך עבור רוב האנשים הצעירים ומצריך תמיכה

מהבית, הנענית לדרישות החברתיות ליותר השכלה ופחות עבודה זמינה. "משטר המעבר" של בני נוער משתנה על פני תרבויות ונבנה בכל מקום על-פי הסדרים חברתיים, כלכליים, תרבותיים ומוסדיים מורכבים. הנחיות המדיניות הקנדית מזהות תת-קבוצות של צעירים פגיעים, החווים יותר בעיות בשל מצבי סיכון אלה.

בנוסף, פערי הכנסות הולכים וגדלים גורמים להתרוששות ודחיקה לשולי החברה. לחלוקת ההכנסות בחברה ולרמות אי-השוויון היחסי יש את ההשפעה הגדולה ביותר על בריאות ותוצאות חברתיות. אי שוויון בהכנסות נמדד לפי החלק היחסי של הכנסות שעובר לעשירים ביותר ולעניים ביותר בחברה. ככל שפער ההכנסות גדול יותר, כך גדול יותר אי-השוויון. בין הארצות העשירות שבהן רמת אי-שוויון גבוהה נמצאות סינגפור, ארה"ב, פורטוגל ובריטניה ואילו קנדה בערך באמצע הסולם. ארגון ה-OECD הראה כי פער זה בהכנסות גדל בקנדה בעשור האחרון. אם הפער בין עשיר לבין עני שולח בקצב מהיר עוד משפחות לעוני ויותר מבוגרים מתחרים על פחות תעסוקה זמינה, היכן זה משאיר את הצעירים, במיוחד את אלה שכבר מצויים בשוליים של העוני? ילדים וצעירים נושאים בנטל השינוי הזה והם כעת בעלי סיכויים גבוהים יותר להיות עניים מאשר אנשים המתקרבים לגיל פרישה.

דו"ח ה-OECD מראה כי ההכנסות בכל הרמות עלו לעומת שני העשורים הקודמים, בעוד שפער ההכנסות בין 10% העשירים לעומת 10% העניים באוכלוסייה גדל. הדו"ח מציין כי ב-20 השנים האחרונות חלה עלייה ניכרת באי-השוויון בהכנסות, המשפיע על יותר משלושת-רבעי ממדינות ה-OECD, כאשר קנדה, פינלנד, גרמניה, איטליה וארה"ב מראות פערים הולכים וגדלים גם בין עשירים לבין מעמד הביניים. ילדים ובוגרים צעירים חווים את השינוי בצורה העמוקה ביותר. מסמך קנדי מראה כי "הן אי-השוויון והן שיעורי העוני עלו במהירות בעשור האחרון ומגיעים כעת לרמות שמעל ממוצע ה-OECD". אבל מגמה זו אינה בלתי נמנעת: ממשלות יכולות לסגור את הפער עם מדיניות חברתית יעילה. המצב הקנדי מדגים כיצד ממשלות צריכות להגביר את הוצאותיהן על הילדות המוקדמת ולהבטיח שהוצאה על צעירים תתועל לעבר אוכלוסיית הצעירים שמתמודדת עם הקיפוח העמוק ביותר.

עוני אינו מתחלק באופן שווה בכל קבוצות האוכלוסייה. בשנת 2001 18.4% מכלל הילדים הקנדים חיו בעוני. בשנת 2006 שיעור העוני בקרב ילדים בגילאי 0-14 עמד על 48% בקרב מהגרים חדשים, 41% בקרב כלל המהגרים, 36% בקרב ילדים ממוצא אבוריג'יני ו-33% בקרב בני מיעוטים. נטען כי אי-שוויון חברתי כזה מבזבז את כישרונותיהם של צעירים ומוביל לשאלה האם צעירים שכבר כעת חייהם משוללי זכויות, הופכים במהרה למודרים ביותר בחברה.

**"כמעט כל סוגי מחלות הנפש מוגברות עם עוני ולנוער מרקע של מחסור סיכויים גבוהים פי שלושה לחוות אתגרים נפשיים. עיקר גורמי הסיכון לבריאות נפשית לקויה הם עוני, קשיי למידה, ניצול, הזנחה, תמיכה לא-עקבית, בידוד וחוסר בנגישות לטיפול רפואי ראוי והשכלה נאותה".**

פרסום העוסק בשינויים בתחום בריאות הנפש מדגים את דחיפות העיסוק בבריאות נפשית של ילדים ונוער. שיעור ההפרעות הנפשיות משמעותי: 15%-30% מהתלמידים מצביעים על מצוקה נפשית ורק מיעוטם מקבלים תמיכות פורמאליות. מסמך מדיניות ממדינת אונטריו מצהיר כי 15%-21% מהילדים והנוער מושפעים מהפרעות נפשיות הגורמות לסימפטומים או מוגבלות משמעותית. אוכלוסיית הנוער בגילאים 14-19 הם החשופים ביותר לבעיות אלה. ככלל, 15% מהנוער באונטריו נכנסים לבתי חולים עם הפרעה נפשית כאבחנה עיקרית. נתון זה עולה ל-21% כאשר כוללים את כלל האבחנות הידועות, התפתחותיות או רגשיות, כהגדרתן ב-DSM-IV. מחקר אף דיווח כי 61,200 מהנוער בגילאי 12-19 באונטריו שוחחו עם איש מקצוע בתחום בריאות הנפש בנוגע לבריאותם הנפשית או הרגשית בשנה האחרונה. מספר זה מסתכם ב-5.2% מהנוער בגילאים אלה. כיוון שהגישה לשירותי בריאות הנפש מוגבלת בצפון אונטריו, סביר כי זוהי הערכת חסר של אומדן הממתינים לטיפול.

### קשרים בין עוני לבין בריאות נפשית

המגמות שצוינו מדגימות כי עוני ובריאות נפשית הם שניים מהסמנים הקריטיים של חיי צעירים כיום. מודלים אינטר-דיסציפלינאריים ואקולוגיים בוחנים רמות שונות של השפעות חברתיות וביולוגיות וממפים את טווח גורמי הסיכון או גורמי החוסן בכל רמה. מדינות וארגונים בינלאומיים מתייחסים כיום להקשר התרבותי שבו חיים צעירים ומשפחותיהם ולמחסור המצטבר והולך. ארגון הבריאות העולמי התייחס להשפעת אי-השוויון על רווחתם הנפשית של צעירים במאה האחרונה ומתאר אותה כתחלואה החדשה, המאופיינת בקשיים רגשיים, חברתיים ולימודיים בקרב צעירים. תחלואת המילניום היא המושג החדש המתאר את הקשרים העמידים בין עלייה באי-שוויון בהכנסות לבין תוצאות בריאות נפשיות וגופניות של צעירים. בריאות הנפש של נוער זוכה לתשומת לב גוברת בקנדה, באירופה ובאוסטרליה. ארגון הבריאות העולמי הכריז על "צורך דחוף במדיניות,

בהתערבות ובהשקעה" בקידום בריאות נפשית של ילדים ונוער ומתן שירותים. סקירה נרחבת באירופה מעידה "שילדים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך מציגים סימפטומים של הפרעה פסיכיאטרית לעתים קרובות יותר" וכי אי-שוויון סוציו-אקונומי מתבטא ביתר שאת באמצע הילדות ובגיל ההתבגרות. מחקרים אף מראים כי שכיחות נמוכה יותר של דיכאון והפרעות רגשיות קשורה למעמד סוציו-אקונומי גבוה. בקנדה נמצא כי לצעירים במשפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך יותר היו שיעורים גבוהים יותר של דיווח עצמי על דיכאון וחרדה לעומת עמיתיהם ממעמד סוציו-אקונומי גבוה.

אף שידוע כי הכנסה משפחתית נמוכה משפיעה על ילדים, איננו יודעים הרבה על הקשר בין הכנסה משפחתית לבין תוצאות התנהגותיות וקוגניטיביות בבית הספר. אחד הקשיים בחקירת תפקידו של העוני בהישגים לימודיים היא שרבים מהמשתנים הקשורים להכנסה משפיעים גם על התפתחות הילד. הכנסה נמוכה מקיימת יחסי גומלין עם גורמים אחרים, כגון אזור מגורים, תרבות, הורים שבריאותם הנפשית אינה יציבה, או תנאי מגורים ירודים. לפיכך, כיוון הקשר אינו ברור. זהו המקרה גם בקשרים בין עוני לבין בריאות נפשית. נמצאו קשרים חזקים, יציבים ועקביים בין עוני לבין בריאות נפשית ברמת המשפחה ושכונת המגורים, אבל המנגנונים שבאמצעותם קשרים אלה מתרחשים ומתקבעים בתהליך הביולוגי או החברתי, אינם מובנים היטב.

ידוע כי סטאטוס הבריאות הנפשית של צעירים יכול לבשר על תוצאות מאוחרות יותר בחייהם, אך לא תמיד באופן שניתן לניבוי בקלות. ישנם מסלולים שונים לבריאות נפשית של צעירים, הקשורים לרקע של מעמד חברתי ושל ג'נדר. כך, נמצאו סימפטומים דיכאוניים פחותים בקרב צעירים להורים בעלי השכלה גבוהה לעומת משפחות מעוטות השכלה; נמצא כי הישגים אקדמיים נמוכים עם אירועי חיים שליליים בילדות מנבאים עלייה בסימפטומים דיכאוניים בגילאים 15-24; עוד נמצא כי סטאטוס נפשי בנקודה מסוימת בזמן שינויים ומעברים, עשוי שלא לשקף באופן מלא את יכולת ההתמודדות העתידית. כמו כן נמצאו הבדלים בשכיחות ובתזמון של הופעת קשיים נפשיים בין נשים לבין גברים. בעוד שאין הבדלי ג'נדר בשיעור הופעת הפרעות חרדה ודיכאון בקרב ילדים צעירים, הרי שנמצאה התגברות של שכיחות הסימפטומים הדיכאוניים בקרב בנות מתבגרות. בגיל ההתבגרות לבנות יש שיעורים גבוהים יותר של דיכאון וחרדה לעומת בנים ולבנות מעל גיל 13 שיעורים גבוהים יותר של דיכאון מאשר לצעירות יותר. בניגוד לשיעורי דיכאון גבוהים בקרב מתבגרות, לבנים שיעורים גבוהים יותר של ADHD לעומת בנות, לבנים צעירים שיעורי ADHD גבוהים יותר לעומת בנים מתבגרים. הפרעות התנהגות והיפראקטיביות שכיחות יותר בקרב בנים לעומת בנות. בקרב בני נוער במאסר, נמצא כי 84% מהבנות סבלו מהפרעה נפשית לעומת 27% מהבנים. נראים הבדלים ג'נדריאליים גם בשימוש בתרופות ושירותים. תרופות פסיכו-טרופיות לרוב ניתנות לילדים ונוער המקבלים טיפול ב-ADHD ו/או לטיפול בבעיות התנהגות, מצב רוח או חרדה. מחקרים מצאו כי לבנים בגילאי 6-12 סיכויים גבוהים יותר ליטול תרופות פסיכיאטריות לעומת בנות וכי יש להם יותר ימים בטיפול תרופתי ויותר חודשים של דבקות בטיפול התרופתי.

**"כאשר ילדים מגיעים לתיכון, מתערער הדימוי העצמי שלהם ופוחתת נגישותם לדמויות מסייעות. דווח כי כל מדדי המעורבות בבית הספר הצביעו על ירידה ניכרת במהלך חטיבת הביניים והתיכון, אשר נקשרה לירידה בתחושת המעורבות החברתית והשייכות. רבים מהתלמידים גם מדווחים על רמות גבוהות של חרדה (11%) ודיכאון (65%) וחלקם מדווחים על תגובות גופניות כמו פאניקה וסחרחורת".**

ככלל, כמעט כל סוגי מחלות הנפש מוגברות עם עוני ולנוער מרקע של מחסור סיכויים גבוהים פי שלושה לחוות אתגרים נפשיים. עיקר גורמי הסיכון לבריאות נפשית לקויה הם עוני, קשיי למידה, ניצול, הזנחה, תמיכה לא-עקבית, בידוד וחוסר בנגישות לטיפול רפואי ראוי והשכלה נאותה. חשיבותה של בריאות נפשית טובה להתפתחות ומורכבות מסלולם הנפשי של נערים ונערות, מובילות לצורך מתמשך ודחוף במחקר ומדיניות.

### חווייתם של ילדים ונוער בבית הספר

חשיבות תפקידו של בית הספר הולכת וגוברת כקונטקסט לחייהם של אנשים צעירים, כתוצאה מדרישות ההשכלה הגבוהות בחברה המודרנית. מרבית הצעירים בקנדה עוברים דרך מערכת החינוך, בין אם הם עוזבים אותה מוקדם, עוזבים וחוזרים, נכנסים למאסר, נכנסים למערכת הרווחה, מסיימים את לימודיהם ופונים ללימודים גבוהים או מסיימים ונכנסים לעולם העבודה. רבים חווים קשיים חברתיים או לימודיים במעבר לבית הספר התיכון: 25%-80% עוזבים את התיכון לפני השלמת לימודיהם; לנוער מקבוצות מיעוטים הסיכויים הגבוהים ביותר לעזוב מוקדם את ספסל הלימודים; אוכלוסיות אלה מצויות בייצוג-חסר בקולג'ים ובאוניברסיטאות; ושיעורי אבטלה גבוהים בקרב בני נוער מהווים נורמה בחברה המודרנית.

השפעת המדרון הסוציו-אקונומי של אי-השוויון בהכנסות על

תוצאות לימודיות, כמו אוריינות קריאה וחשבון, נראית במדינות רבות. בקנדה ובניו-זילנד נמצא כי תלמידי בית-ספר באזורים מעוטי הכנסה הראו הישגים פחות טובים במתמטיקה, בלימודי חברה ובמיומנויות למידה. כאשר ילדים מגיעים לתיכון, מתערער הדימוי העצמי שלהם ופוחתת נגישותם לדמויות מסייעות. דווח כי כל מדדי המעורבות בבית הספר הצביעו על ירידה ניכרת במהלך חטיבת הביניים והתיכון, אשר נקשרה לירידה בתחושת המעורבות החברתית והשייכות. רבים מהתלמידים גם מדווחים על רמות גבוהות של חרדה (11%) ודיכאון (65%) וחלקם מדווחים על תגובות גופניות כמו פאניקה וסחרחורת. תלמידים בעלי רמה נמוכה של מחויבות לימודית היו בעלי סבירות גבוהה פי 1.2 לחוות חרדה לעומת תלמידים בעלי רמת מחויבות לימודית גבוהה. אלה המדווחים על רמות נמוכות של תחושת שייכות היו בעלי סיכויים גבוהים פי 4 לחוות חרדה ופי 6 לחוות דיכאון בהשוואה לילדים שהרגישו שייכות לבית הספר. כמובן שכיוון הקשר לא תמיד ברור, אך ברור שבני נוער הבאים מרקע של מחסור מתקשים בבית הספר וכי קשייהם הנפשיים מוגברים בשל עוני.

הקשר שנמצא בין סטאטוס סוציו-אקונומי לבין הדרכים שבהן מתייחסים ומלמדים בבתי הספר והקשרים בין סטאטוס סוציו-אקונומי לבין בריאות נפשית של מתבגרים, מלמדים כי המבנה היומיומי של בתי הספר (כללים, רגולציות וכד') ויחסי מורה-תלמיד, חייבים לזכות ביתר התייחסות. יחסי אנוש הם אבן הפינה של הצלחת בית הספר, אך לעתים קרובות בתיכון יחסי מורה-תלמיד יכולים להפוך פחות אישיים, פחות חיוביים, תומכים ואכפתיים ונמצא כי מורים בתיכון פחות נותנים אמון בתלמידיהם. השינוי שנחווה ביחסי מורה-תלמיד ובקבלת תמיכה בתיכון מסביר באופן מובהק שינויים בתפקוד הלימודי והבין-אישי. מורים מאמינים כי הם פחות יעילים עם תלמידים המתקשים מבחינה לימודית ותלמידים מתקשים יותר עם מורים שהם פחות מיומנים. כך, התנתקות מבית הספר יכולה להפוך לאסטרטגיית התמודדות, כאשר יותר מידי בני נוער מוצאים או מועברים מבית הספר.

דוחות הסוקרים התערבויות מצליחות ומדיניות בבריאות הנפש בבתי הספר בקנדה מעלים את הצורך בבחינה מעמיקה יותר של השפעת חוויות הקשורות לבריאות הנפשית על ההתנסות בבית הספר. חלק מהתלמידים מתנתקים מבית הספר בגלל הסטיגמה הנקשרת לבריאות הנפש, הם מתגלגלים למקומות אחרים ולבסוף מתבגרים ויוצאים מסקטור השירותים לילדים ונוער. עמדות של סטודנטים כלפי חברים לכיתה המתמודדים עם מחלה נפשית מראים דפוסים של התרחקות חברתית הקשורה לגיל ולידע על סכיזופרניה. עמדות סטיגמטיות גוברות עם הגיל, מתגבשות בגיל הנעורים וממשיכות אל תוך הבגרות. עמדות כאלה מתפתחות לכדי דעות קדומות והתנהגות מפלה עם השלכות חברתיות שליליות. בקרב סטודנטים נמצא כי 32.8% דיווחו כי לא יהיו מעוניינים ליצור חברויות עם אדם עם סכיזופרניה ו-26.2% דיווחו כי יחששו לדבר עם אדם שיש לו סכיזופרניה.

"יחסי אנוש הם אבן הפינה של הצלחת בית הספר, אך לעתים קרובות בתיכון יחסי מורה-תלמיד יכולים להפוך פחות אישיים, פחות חיוביים, תומכים ואכפתיים ונמצא כי מורים בתיכון פחות נותנים אמון בתלמידיהם. השינוי שנחווה ביחסי מורה-תלמיד ובקבלת תמיכה בתיכון מסביר באופן מובהק שינויים בתפקוד הלימודי והבין-אישי".

בריאות נפשית משפיעה על הלמידה בבית הספר באמצעות מערכות של רגשות, סטיגמטיזציות, בידוד וניתוקים. לדוגמא, תחושת מסוגלות, תחושת קוהרנטיות, אוטונומיה וסוכניות לעתים קרובות עומדות בסכנה עבור צעירים המתמודדים עם אתגרים נפשיים, ממש באותו הזמן שבו דרושים משאבים אלה לתהליכים של התדיינות לימודית ובית-ספרית. סטיגמטיזציה בבית הספר מובילה נערים ונערות עם בעיות נפשיות להתמודד עם בידוד והדרה חברתית, העלולים לגבור לכדי תחושת חוסר אונים כוללת והרגשה שאין מוצא מהמצב.

ראוי כי יוזמות כנגד סטיגמה, השכלה בבריאות הנפש ופעילויות לקידום בריאות נפשית יתבססו בתוך בתי ספר וארגוני נוער. דו"ח המתאר פרויקט לצמצום הסטיגמה בבתי-ספר מציין כי הפחתת הסטיגמה הובילה להגברת התמיכה החברתית והנגישות לשירותים נדרשים. ילדים שהשתתפו בפרויקט דיווחו על קושי בנגישות לעזרה במגוון מערכות והצביעו על צורך בהשקעת מאמצים להפחתת סטיגמה, כך שכאשר מתעוררות בעיות נפשיות, ילדים ונוער ומשפחותיהם לא יחושו בושה או רתיעה מלפנות לקבלת תמיכה. דו"ח זה אף מלמד כי סטיגמה מביאה איתה "תרבות של שתיקה" וחוסר ידע על בריאות הנפש מכריח את הצעירים לעבור הכל לבדם. חוקרים ציינו כי מחנכים נמצאים בעמדה ייחודית כדי להציע עזרה ועלתה המלצה לכך ששירותי בריאות הנפש לילדים ונוער יסופקו באמצעות צוותי בריאות הנפש שמבוססים בבתי הספר. לשם כך דרושה הכשרה של מורים כך שיוכלו להיות מעורבים בזיהוי מוקדם של בעיות נפשיות, עם משאבים ותמיכות הנדרשים ללקיחת תפקיד חדש זה. המלצות למדיניות ופרקטיקה כוללות ביסוס של גוף בין-משרדי מוביל; פיתוח מקצועי ושימוש בתכניות מבוססות-ראיות בבתי הספר ובסוכנויות חברתיות.

בעייתיות נוספת נוצרת במעבר מקבלת תמיכה בשירותי בריאות הנפש לילדים ונוער לשירותים למבוגרים בגיל 18. מעבר זה מוביל לעתים קרובות לנשירה מטיפול, לשירותים מקוטעים ותהליכי הפנייה מסורבלים לצעירים הנדרשים לעבור דרך ובין שירותים. עולה צורך בשיתוף פעולה מתמשך ומשופר על פני סקטורים של שירותים כדי לעזור לצעירים ולמשפחותיהם למנוע טיפול מקוטע ולנווט במערכות המקומיות. הוצע כי על מנת למנוע מילדים ונוער "ליפול בין הכיסאות", יש לחזק את הקשרים, שיתופי הפעולה, התיאום ובפרט את המחויבות לאחריות משותפת לבריאות נפשית של ילדים ונוער.

"בעייתיות נוספת נוצרת במעבר מקבלת תמיכה בשירותי בריאות הנפש לילדים ונוער לשירותים למבוגרים בגיל 18. מעבר זה מוביל לעתים קרובות לנשירה מטיפול, לשירותים מקוטעים ותהליכי הפנייה מסורבלים לצעירים הנדרשים לעבור דרך ובין שירותים. עולה צורך בשיתוף פעולה מתמשך ומשופר על פני סקטורים של שירותים כדי לעזור לצעירים ולמשפחותיהם למנוע טיפול מקוטע ולנווט במערכות המקומיות".

### סיכום והשלכות

ניתן לראות כי מצד אחד ישנו סיפור פשוט ומתמשך שבו עוני ואי-שוויון בהכנסות משפיעים באופן שלילי על בריאות נפשית ועל תוצאות בית-ספריות. אי-שוויון בחברה חודר לחיי היומיום של אנשים באמצעות תהליכים של השוואה חברתית וכתוצאה מכך נוצרות חוויות של פגיעות, חרדה, אפליה ואיום. מצד שני, ישנו בסיס תיאורטי ואמפירי המפרט את המורכבות של מצבים אלה ומצביע על אפשרויות להשיג יותר חוסן נפשי באמצעות מענים של בתי הספר ותמיכת המשפחות והקהילות. ניתן לראות כיצד התערבויות משנות וכיצד ניתן ליישם אותן בצורה הטובה ביותר, אם כי הדבר אינו קורה בחינוך הציבורי באופן רגיל או באופנים מתמשכים ומעמיקים. מדיניות טובה יותר ופרקטיקה משופרת מלמדות על הצורך בשותפויות חזקות יותר, מדיניות חדשה ויותר אינטגרציה של שירותים. שיתופי הפעולה בין בתי-ספר, שירותים לנוער ושירותי הבריאות הם קריטיים. צעד בכוון זה ניתן לראות בהצהרת הארגונים הקנדיים המציגה תפישה מבוססת-כוחות, ממוקדת-נוער, הנשענת על חשיבות ההגדרה העצמית של בני נוער, עם עזרתם של אחרים. כבוד, בטיחות, איזון, אחריות, קול משותף ודיאלוג הם בין העקרונות המקודמים בהצהרה זו, רובם משתקפים גם בספרות המחקרית. הצורך המתמשך לעבוד עם ולמען נוער בצוותי חינוך, בריאות ורווחה מעולם לא היה בוער יותר. כמעט לא קיים דו"ח מחקרי או מסמך מדיניות המתייחס לנוער אשר אינו מזכיר את הצורך בשירותים אינטגרטיביים המשתפים פעולה.

## זה הזמן לחדש חברות ליספר"א לשנת 2016!!!

**תוקף החברות היא מה- 31/12/16 - 1/1/16**

- יספר"א היא עמותת חברים אשר פועלת לקידום תחום השיקום הפסיכיאטרי. הצטרפותכם ופעילותכם ביספר"א כאנשי מקצוע, חוקרים, יזמים, מתמודדים, בני משפחה וכו' הן משמעותיות ותורמות רבות לביסוסה של יספר"א כבית מקצועי, ולקידום התחום כולו.

**למילוי טופס הצטרפות כחבר/ה ← לחצו כאן**

- **הצטרפות ארגונית** - הצטרפות ארגונית ליספר"א מהווה צעד משמעותי לעבר חיזוק מקצועי של תחום השיקום הפסיכיאטרי וההחלמה. ההצטרפות תזכה את עובדיכם/ן בהנחה של 50% לכנס השנתי ו/או בהצטרפות כחברים ביספר"א, והנחה לאירועים נוספים במהלך השנה.

**למילוי טופס הצטרפות ארגונית ← ispraisrael.org.il**

ארגונים המעוניינים להצטרף ליספר"א ולחזק את תחום השיקום, מוזמנים ליצור קשר עם אורן דרעי. רכז יספר"א בטלפון **02-6249204** או במייל oren@ispraisrael.org.il

7

# עוני ובריאות הנפש: כיצד מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה מסתדרים בטיפול?

מאת: קת'רין דה-קרלו סנטיאגו, סטייסי קלטמן וג'אן מירנדה

ארה"ב, 2013

DeCarlo Santiago, C., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? Journal of Clinical Psychology, 69, 115–126.

עוני נקשר באופן עקבי לבעיות בבריאות הנפש. למרות הצורך בטיפול, רבים מהילדים והמבוגרים העניים אינם מקבלים שירותים בבריאות הנפש. עם זאת, מחקרים מראים כי כאשר אנשים מעוטי-הכנסה מקבלים טיפול נפשי מבוסס-ראיות, הם מגיבים אליו היטב. ראשית, יוצג הקשר בין עוני לבין בריאות נפשית ולאחר מכן ידונו חסמים להשגת שירותים בבריאות הנפש. בהמשך לכך, ייסקרו מחקרים על טיפולים שבוצעו עם קבוצות מעוטות-הכנסה המספקים המלצות למטפלים העובדים עם אוכלוסיות אלה.

### עוני ובריאות נפשית

בארה"ב, 46.2 מיליון אנשים (15.1%) חיים מתחת לקו העוני, מספר שגדל בהתמדה מאז 2007. שיעור הילדים האמריקאים החיים בעוני מגיע ל-22%. שיעורי העוני גבוהים יותר בקרב אנשים מקבוצות מיעוטים אתניים, עם 27.4% מהאפרו-אמריקאים, 26.6% מההיספאנים/לטינים, 27% מבעלי מוצא אינדיאני/ילידים מאלסקה ו-12.1% מבעלי מוצא אסייתי חיים בעוני בהשוואה ל-9.9% מהלבנים. בתנאים הכלכליים העכשוויים בארה"ב, הרבה יותר מבוגרים וילדים מתמודדים עם קשיים כלכליים ורמות העוני עולות. מספרים אלה מטרידים משום שעוני נקשר לבריאות ורווחה נפשית ירודות אצל מבוגרים וילדים כאחד.

"עוני יוצר קונטקסט של דחק, שבו גורמי הדחק נבנים האחד על גבי השני...גורמי דחק שכיחים כוללים מתח כלכלי, קונפליקט בין בני משפחה, חשיפה לאלימות, מעברים תכופים, חשיפה לאפליה וחוויות טראומטיות אחרות. דחק הנובע מעוני נקשר לסימפטומים של דיכאון, חרדה, עוינות ותוקפנות בקרב משפחות עניות".

עוני נקשר בעקביות לתוצאות פסיכולוגיות ירודות. חיים תחת דחק עקב עוני מגבירים את הסיכון להפרעות פסיכולוגיות ומאידך מחלות נפש מגבירות את הסיכויים לחוות עוני. תיאוריית הסיבה החברתית מציעה כי אנשים עניים מפתחים בעיות נפשיות וגופניות כתוצאה מהקשיים הנובעים מעוני. כך, מחקרים מצאו כי עוני קדם להתפתחות של בעיות נפשיות כמו דיכאון וחרדה. סטאטוס סוציו-אקונומי נמוך משפיע על ילדים ומתבגרים ונמצא כמנבא חרדה בקרב בני/ות 15. בנוסף, עלייה בהכנסות או היחלצות מעוני נקשרו לירידה בבעיות פסיכולוגיות. בכיוון ההפוך, הופעת הפרעות נפשיות מצמצמת השגת השכלה ומנבאת ירידה בהכנסות, תוך בקרה על משתנים סוציו-דמוגרפיים. בהינתן הסיכון הדו-כיווני הזה, שירותים איכותיים בבריאות הנפש נחוצים עבור אוכלוסיות מעוטות-הכנסה.

חלק ניכר מהסיכון לבעיות נפשיות נקשר לרמות גבוהות של דחק בקרב עניים, אשר חווים יותר אירועים וגורמי דחק כרוניים ובלתי ניתנים לשליטה לעומת האוכלוסייה הכללית. לחצים יומיומיים אלה נקשרים לבריאות פסיכולוגית ירודה. עוני יוצר קונטקסט של דחק, שבו גורמי הדחק נבנים האחד על גבי השני ומעצימים את חוויית הדחק. גורמי דחק שכיחים כוללים מתח כלכלי, קונפליקט בין בני משפחה, חשיפה לאלימות, מעברים תכופים, חשיפה לאפליה וחוויות טראומטיות אחרות. דחק הנובע מעוני נקשר לסימפטומים של דיכאון, חרדה, עוינות ותוקפנות

בקרב משפחות עניות. עוני הוא גורם סיכון חזק לחשיפה לטראומה ואלימות, המגבירות את הסיכון להפרעה פוסט-טראומטית, חרדה ודיכאון. אנשים עניים ובני מיעוטים הם בסיכון הגבוה ביותר לחשיפה לאלימות. בנוסף לסיכון המוגבר לבעיות נפשיות, חשיפה לטראומה תורמת גם לתוקפנות ועבריינות, לשימוש באלכוהול וסמים ולבעיות לימודיות.

מעוטי-הכנסה הם בעלי סיכויים גבוהים יותר לגור בשכונות עם משאבים פחותים ושיעורי עוני גבוהים יותר. גורמי-דחק ברמת הקהילה כגון שיעורי אבטלה גבוהים, רמות השכלה נמוכות וניידות מרובה של מגורים הם כרוניים ומשפיעים על כל חברי הקהילה. ילדים משכונות עשירות יותר עם יותר משאבים קהילתיים היו בעלי סיכויים נמוכים יותר למעורבות בעבריינות נוער, בעוד שניידות מגורים ועוני שכונתי נמצאו כמנבאים תפקוד ירוד יותר בקרב מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה.

**"מחקרים זיהו כי ילדים ממוצא לטיני ו/או אפרו-אמריקאי היו בעלי סיכויים נמוכים יותר לקבל טיפול נחוץ בהשוואה לילדים לבנים. במחקר ארצי ילדים לטיניים היו בעלי הרמה הגבוהה ביותר של צרכים ללא מענה, עם 88% הזקוקים לטיפול נפשי שלא קיבלו אותו. מחקר על שימוש בשירותים בקרב בוגרים ממיעוטים אתניים משקף ממצאים דומים".**

## נגישות לטיפול נפשי

### שימוש בשירותי בריאות הנפש

למרות נחיצותו של טיפול נפשי, לאנשים מעוטי-הכנסה לעתים קרובות נגישות מופחתת לשירותים באיכות גבוהה. רבים ממעוטי ההכנסה, ילדים ומבוגרים, אינם מקבלים טיפול נפשי התואם לצורכיהם. בקרב ילדים עניים הזקוקים לטיפול נפשי 75%-80% אינם מקבלים את הטיפול. לילדים שאינם מבוטחים יש יותר צרכים בלתי מטופלים בבריאות הנפש, עם אומדן של 87% מהילדים הלא-מבוטחים שאינם מקבלים טיפול דרוש. בקרב מבוגרים מעוטי-הכנסה בעלי סיכון גבוה לחשיפה לטראומה, 22% התאימו לקריטריונים של PTSD אבל רק 13% קיבלו טיפול לטראומה. גורמים אחרים כגון סטאטוס חד-הורי, מגרעות שכונתיות ובידוד חברתי נקשרים לשימוש מופחת בשירותים.

מבוגרים וילדים ממיעוטים אתניים זוהו גם הם כבעלי שיעור נמוך יותר של שימוש בשירותי בריאות הנפש והם עניים באופן לא-פרופורציונאלי. מחקרים זיהו כי ילדים ממוצא לטיני ו/או אפרו-אמריקאי היו בעלי סיכויים נמוכים יותר לקבל טיפול נחוץ בהשוואה לילדים לבנים. במחקר ארצי ילדים לטיניים היו בעלי הרמה הגבוהה ביותר של צרכים ללא מענה, עם 88% הזקוקים לטיפול נפשי שלא קיבלו אותו. מחקר על שימוש בשירותים בקרב בוגרים ממיעוטים אתניים משקף ממצאים דומים. נמצא כי לטינים ואפרו-אמריקאים היו בעלי סיכויים נמוכים יותר להגיע לטיפול נפשי מומחה לעומת לבנים; עוד נמצא כי נשים ממוצא לטיני ואפרו-אמריקאי היו בעלות סיכויים מופחתים להתחיל טיפול בדיכאון לאחר לידה, לקבל טיפול מעקב או להמשיך בטיפול לעומת נשים לבנות; וכן ראיות מצביעות על שימוש נמוך במיוחד בשירותי בריאות הנפש בקרב מהגרים. פערים מטרידים אלה בשימוש בשירותים יכולים להיקשר למגוון חסמים הנוגעים ללוגיסטיקה, לעמדות ולחסמים ברמה המערכתית.

### חסמים לוגיסטיים

חסמים הקשורים לדחק עקב עוני לרוב מונעים שימוש בשירותים ומנבאים מעורבות ירודה בשירותי בריאות הנפש. עלות והיעדר ביטוח מהווים חסמים משמעותיים בקרב מעוטי-הכנסה. בוגרים מעוטי-הכנסה מדווחים על צורך לתמרן בין מחויבויות מתחרות, העשויות להגביל את יכולתם לתעדף טיפול נפשי על פני דאגות מיידיות יותר. תחבורה, מימון וילדים גם הם חסמים המצוטטים לעתים קרובות. לדוגמא, אנשים מעוטי-הכנסה פעמים רבות צריכים לנסוע מרחקים גדולים יותר לטיפול; יש אנשים שאינם מודעים לאופן השגת הטיפול או מאמינים שאינם זכאים לשירותים; ביקורים שבועיים עשויים להיות קשים למעוטי-הכנסה העובדים במשמרות או לאלה החייבים להסתמך על תחבורה ציבורית. מכל מקום, ישנם מחקרים לפיהם הצעת אמצעי תחבורה, טיפול לילדים ושירותים בעלות נמוכה מפחיתים חסמי נגישות ומגבירים את יכולתם של נותני שירותים ליצור התקשרות עם משפחות שאינן מקבלות טיפול. לפיכך, התייחסות לחסמים לוגיסטיים היא מרכזית להתערבויות עם אוכלוסיות מעוטות הכנסה.

### חסמים הקשורים לעמדות ביחס לטיפול

חוקרים זיהו חסמים בעמדות של משפחות מעוטות-הכנסה ביחס למעורבות בשירותים. לדוגמא, דאגות הנוגעות לסטיגמה מפחיתות את הרצון בטיפול בקרב נשים מהגרות מאפריקה ומדינות לטיניות ועשויות לתרום לשימוש מופחת בשירותי בריאות הנפש. מעוטי-הכנסה ומיעוטים אתניים עשויים להסס בפנייה לטיפול בשירותים המסורתיים בשל חוסר אמון הנובע מרדיפה היסטורית וגזענות. לטינים ואפרו-אמריקאים לעתים קרובות מדווחים על יחס גרוע או הערכה שגויה לגביהם בגלל

הרקע הגזעי או האתני שלהם. בנוסף, ישנן קבוצות מעוטות-הכנסה המדווחות על פחדים ספציפיים המונעים שימוש בשירותים, כגון הפחד מאובדן משמורת על ילדיהם. מהגרים מדווחים על דאגה לגבי הסטאטוס שלהם, שמוביל להסתייגות מפנייה לטיפול. כמו כן גינוי מהקהילה והתנסויות שליליות של אחרים בטיפול דווחו כחסמים בקרב נשים אפרו-אמריקאיות מעוטות הכנסה ועשויים להוביל לכך שיחושו יותר נוחות בפנייה לעזרה בלתי-פורמאלית במקום שימוש בשירות פורמאלי. לבסוף, ישנן קבוצות התומכות בעמדות כגון הסתמכות-עצמית ואמונות כי המחלה תשתפר מעצמה, המשפיעות על החלטות לגבי פניה לטיפול.

**חסמים ברמה המערכתית**

חסמים ברמה המערכתית תורמים לפערים בנגישות לשירותי טיפול נאותים. לדוגמא, ישנו מספר בלתי תואם של נותני שירות דוברי שפות נוספות וממוצא של מיעוטים אתניים ואי-הלימה תרבותית של שירותים. יש מקרים בהם אמונות, דעות קדומות וחוסר במסוגלות תרבותית של מטפלים משפיעות באופן שלילי על שימוש בטיפול. נותני שירותים ראשוניים או צוותי תמיכה האחראים למיון ראשוני והפניות לשירותים, מדווחים על חוסר בהכשרה פורמאלית ותמיכה להתמודדות עם סוגיות שכיחות בקרב מטופלים מעוטי-הכנסה, כמו טראומה. נותני שירות החשים בלתי מוכנים להתמודד עם סוגיות כאלה, עשויים להיות פחות יעילים בהערכה וביצירת מעורבות בטיפול. יתירה מזאת, נותני טיפול ראשוני עשויים שלא להיות מודעים לזמינותם של משאבים בעלות נמוכה בבריאות הנפש ולתרום עוד יותר לתת-שימוש בשירותים. אפילו במרפאות לבריאות הנפש עשויה להיות תמיכה מוגבלת במאמצים להשגת מגע וקשר. בנוסף, ישנם מטפלים העשויים למהר לתייג לקוחות כ"מתנגדים" או כלא מחויבים לטיפול לאחר ניסיונות מוגבלים להשגת מגע.

**תוצאות טיפול והתערבויות בקרב מעוטי-הכנסה**

שאלות לגבי יעילותם של טיפולים מבוססי-ראיות עבור אוכלוסיות מעוטות-הכנסה ומיעוטים אתניים עולות משום שטיפולים אלה לעתים קרובות נחקרים במסגרות אוניברסיטאיות שבהן רוב האוכלוסייה לבנה ממעמד הביניים. עם זאת, כמה מחקרים בחנו טיפולים מבוססי-ראיות עם מעוטי-הכנסה ומצאו כי כאשר הם מקבלים טיפול איכותי, התוצאות חיוביות. לדוגמא, מחקר בקרב נשים מעוטות הכנסה ממיעוטים אתניים הצביע על יעילות של טיפול תרופתי וטיפול CBT לדיכאון; פסיכותרפיה בין-אישית הועילה להפחתת סימפטומים ותפקוד בין-אישי בקרב נשים מעוטות הכנסה עם PTSD; מחקר התערבות הצביע על יעילותה של התערבות בית-ספרית לטיפול בטראומה, תרומתה לשיפור בסימפטומים של PTSD ודיכאון והשפעה חיובית על ביצועים לימודיים בקרב תלמידים עניים ממוצא לטיני אשר נחשפו לאלימות; התערבות שניתנה להורים לילדים הנמצאים בטיפול הצביעה על שיפור בהתמודדות ובתפקוד ההורי, כתוצאה של התערבות קצרה של הכשרה במיומנויות הוריות; גם תכניות מניעה בקרב ילדים ונוער נמצאו יעילות לשיפור ההתמודדות עם גורמי דחק, הפחתת מקרי אובדנות, הפחתת בעיות התנהגות, שיפור בוויסות הרגשי ובמיומנויות לפתרון בעיות, הפחתת עבריינות והתנהגות תוקפנית ועוד.

> "שימוש בגישות טיפול בעלות בסיס ראיות מוצק, יעזור להבטיח כי אנשים מעוטי-הכנסה יקבלו טיפול באיכות גבוהה. על אף החשיבות הברורה של טיפול מבוסס-ראיות, בעבודה עם אנשים מעוטי-הכנסה דרושה גמישות והתאמה אישית של הטיפול..".

**סיכום ומסקנות**

בהסתכלות על כלל המחקרים, גוף ידע הולך וגדל מציע כי כאשר ניתנים טיפולים מבוססי-ראיות, הם יעילים בקרב מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה. עם זאת, מירב ההתערבויות שנחקרו יישמו אסטרטגיות של מעורבות אינטנסיבית ליצירת מגע ושמירתו, הדרושות לטיפול באוכלוסיות אלה. הן סיפקו מסגרות טיפול לילדים, אמצעי תחבורה, הציעו מזון ולוח זמנים גמיש כדי להיענות לצרכי האוכלוסייה. בהתערבויות אחרות מציאת מקומות נוחים למתן טיפול (למשל: כנסיות, מרפאות לטיפול ראשוני) הייתה חיונית למתן הטיפול. זאת ועוד, למרות שהתאמות תרבותיות לבדן אינן יכולות לשפר תוצאות של טיפולים מבוססי-ראיות, הן עשויות להיות חשובות להתחברות ולהתמדה של אוכלוסיות מעוטות-הכנסה בטיפולים אלה.

**המלצות למטפלים**

עבור מטפלים העובדים עם אנשים מעוטי-הכנסה יש כמה המלצות חשובות העולות מגוף הידע המחקרי בנוגע להתערבויות עם קבוצות אלה. ראשית, שימוש בגישות טיפול בעלות בסיס ראיות מוצק, יעזור להבטיח כי אנשים מעוטי-הכנסה יקבלו טיפול באיכות גבוהה. על אף החשיבות הברורה של טיפול מבוסס-ראיות, בעבודה עם אנשים מעוטי-הכנסה

דרושה גמישות והתאמה אישית של הטיפול בתוך הגישה. גמישות זו כוללת הבנה של רמות הדחק הגבוהות שחוות משפחות מעוטות-הכנסה ומתן אפשרות לזמני טיפול שונים מהמקובל. לצד הבנה אמפאתית, רמה גבוהה של מאמצים להשגת קשר (Outreach) נחוצה ליצירת מעורבות ראשונית בטיפול ולאחזקתו. ישנם אנשים העשויים שלא להכיר את שירותי בריאות הנפש ולהסתייג ממתן עדיפות לטיפול על פני דאגות מיידיות. עם זאת, כאשר מטפלים וכל צוות התמיכה בתכנית מקבלים הכשרה להיות מודעים לחסמים אלה ומשתמשים באסטרטגיות להתגברות על החסמים, מעורבות הלקוחות בשירותים משתפרת.

הפחתה משמעותית בשיעור ההיעדרות מפגישה ראשונה בטיפול נמצאה כאשר מטפלים הפעילו אסטרטגיות כגון שיחה טלפונית המכוונת לארגון של חסמים לוגיסטיים, לגילוי דאגות הוריות ואמונות לגבי הגעה לטיפול ולהדגשת הכוחות ההוריים. באחד המחקרים, נוצר קשר עם נשים מעוטות-הכנסה כתשע פעמים בממוצע לפני כניסה לטיפול תרופתי וכעשר פעמים לפני התחלת פסיכותרפיה. מאמצי ההתקשרות האינטנסיביים הובילו למעורבות בשירות ולבסוף לתוצאות משופרות. לנשים שהסתייגו מהתחלת טיפול תרופתי או פסיכותרפיה הוצע מפגש הסברתי לפני מתן הסכמה לטיפול. לפיכך, מטפלים העובדים עם אנשים מעוטי הכנסה יכולים להגביר את המעורבות וההשתתפות בשירותים באמצעות שימוש באסטרטגיות אינטנסיביות של מתן מידע ויצירת קשר באופן מתמשך ותכוף.

שמירת עמדה של הבנה וכבוד היא חיונית לבניית אמון ומתן

"מאמצי התקשרות אינטנסיביים ובניית אמון בקשר טלפוני הגבירו את הקבלה של שירותים. נראה שתקשורת לגבי הרצון לפגוש את האנשים במקום בו הם נמצאים, מגבירה את השימוש בשירותים - בין אם משמעות הדבר פגישה הסברתית מקדימה, קביעת זמן או מקום ספציפיים שנוחים למטופל, או שיחות טלפון מרובות ומאמצי התקשרות עקביים".

טיפול. אנשים מעוטי-הכנסה ומקבוצות מיעוטים עשויים להיות חסרי אמון באופן מובן כלפי הטיפול המסורתי, הורים עשויים לשאת חוויות עבר שליליות במציאת טיפול לילד או להרגיש מואשמים בקשיים של הילד. מאמצי התקשרות אינטנסיביים ובניית אמון בקשר טלפוני הגבירו את הקבלה של שירותים. נראה שתקשורת לגבי הרצון לפגוש את האנשים במקום בו הם נמצאים, מגבירה את השימוש בשירותים - בין אם משמעות הדבר פגישה הסברתית מקדימה, קביעת זמן או מקום ספציפיים שנוחים למטופל, או שיחות טלפון מרובות ומאמצי התקשרות עקביים.

רגישות תרבותית יכולה גם כן לשפר התחברות לטיפול. באמצעות מודעות לגורמים תרבותיים, מטפלים יכולים לתפור את ההתערבות בדרך שמקובלת יותר בהינתן אמונות או ערכים מסוימים. לדוגמא, בעבודה עם משפחות מהגרים דרושה מודעות לסוגיות של טראומה של הגירה וגורמי דחק של הסתגלות תרבותית ודרושה למטפלים יכולת להעריך ולטפל בסוגיות אלה. מעורבות והתמדה בטיפול עשויים להשתפר כאשר מטפלים פתוחים לגילוי ספקות או אמביוולנציה לגבי קבלת הטיפול, שעשויים לנבוע מרקע תרבותי.

למאמצים כאלה מצד נותני שירותים ומערכות גדולות יותר של עזרה יש פוטנציאל לתרום לשיפור הבריאות הנפשית של ילדים ומבוגרים מעוטי-הכנסה, שאם לא כן עלולה להפריע להצלחתם בתחומים הבין-אישיים, בהשכלה ובתעסוקה.

# 8

# בריאות פיננסית וההלמה הברתית

אנני הרפר ומייקל רוו

ארה"ב, 2014

Harper, A., & Rowe, M. (2014). Financial health & social recovery. Psychiatric Services, 65(6), 707.

חיים בעוני מגבירים את הסיכויים להופעת מחלת נפש, תורמים להחמרת הסימפטומים הפסיכיאטריים ומגבירים את הסיכויים לבריאות כללית ירודה. ייעוץ לגבי הטבות ותמיכה תעסוקתית יכולים להשפיע לטובה על חוסר יציבות פיננסית ועל החרדה הנלווית לכך, באמצעות הגדלת הכנסה. מינוי אפוטרופוס או נציג, יכול אף הוא להוביל לתוצאות חיוביות עבור אלה המקבלים החלטות פיננסיות גרועות. עם זאת, התערבויות שמסירות שליטה פיננסית מלקוחות לרוב אינן משלבות את עמדותיהם ביחס לכניסתם להסדרים ואינן כוללות תכנית לגבי יציאה עתידית מההסדר.

לאחרונה הוצגו בתחום בריאות הנפש התערבויות של "בריאות פיננסית", הכוללות רכישת השכלה פיננסית, תמיכה בבניית-נכסים, תמיכה בפיתוח חשבון וקישור לשירותי בנקאות, במטרה לסייע למשתתפים להשיג יותר יציבות וביטחון פיננסי בניהול כספיהם. התערבויות אלה מבוססות על שני עשורים של ניסיון בהתערבויות של מיקרו-מימון (Microfinance) לאנשים החיים בעוני בארה"ב.

על אף שהכללת התערבויות של בריאות פיננסית ומיקרו-מימון בבריאות הנפש נראית מבטיחה, עלינו להתייחס בזהירות לשתי סוגיות הנוגעות לאימוץ התערבויות אלה. ראשית, הכרה בגבולותיו של מימון-מיקרו בהפחתת העוני תסייע למיצוי הפוטנציאל שלו, לדוגמא: מחקר הראה כי לרכישת השכלה פיננסית השפעה מועטה, אלא אם כן היא מקושרת לנקיטת צעדים מיידיים בעקבותיה (למשל: פתיחת תכנית חיסכון); נמצא שהקבוצות העניות והפגיעות ביותר מתקשות להפיק תועלת מתכניות לתמיכה בפיתוח חשבון; ושתכניות המקשרות אוכלוסיות פגיעות עם בנקים לעתים קרובות נכשלות בשל העלויות הגבוהות הכרוכות במענה לצרכים של אוכלוסיות אלה וחוסר ברווח פיננסי עבור הבנקים. שנית, השפעות חיוביות של התערבויות לבריאות פיננסית לרוב מושגות אם הן מקושרות במפורש לגישות של החלמה חברתית המקדמות הכלה חברתית, יכולות אישיות והשתתפות אזרחית. מאמצים אינדיבידואליים, כגון פתיחת חשבון בנק, הפקדה לתכנית חיסכון וביסוס הרגלים פיננסיים טובים, יהיו אפקטיביים וקבועים יותר אם יתרחשו בתוך הקשר של חיזוק רשתות חברתיות והשגת תפקידים בעלי ערך.

> "השפעות חיוביות של התערבויות לבריאות פיננסית לרוב מושגות אם הן מקושרות במפורש לגישות של החלמה חברתית המקדמות הכלה חברתית, יכולות אישיות והשתתפות אזרחית. מאמצים אינדיבידואליים... יהיו אפקטיביים וקבועים יותר אם יתרחשו בתוך הקשר של חיזוק רשתות חברתיות והשגת תפקידים בעלי ערך".

הטמעת בריאות פיננסית במסגרת גישת ההחלמה החברתית עשויה לקדם שיפור בהכנסות ובבניית נכסים ולעזור לאנשים להבין את התנאים הסוציו-אקונומיים שמעצבים את המאבק שלהם בעוני. כך ניתן להפחית את הנטל של תחושת הכישלון האישי ולהעצים את אותם אנשים עם צעדים פרקטיים לקראת יציבות פיננסית.

9

# פרקטיקה לשילוב קהילתי: קידום היים בקהילה כמו כל אדם אחר

## מתוך הספר: ההתערבויות הטובות ביותר בשיקום פסיכיאטרי

מחברים: מרק זלצר, ריצ'רד ברון, סבל-מרים מנקיר ולורי ברין

ארה"ב, In press

Salzer, M.S., Baron, R.C., Menkir, S-M A., & Breen, L. (in press). Community integration practice: Promoting life in the community like everyone else. In: P. Nemec & K. Furlong Norman (Eds.). Best practices in Psychiatric Rehabilitation. Columbia, MD: United States Psychiatric Rehabilitation Association.

### שילוב קהילתי

שילוב קהילתי מהווה קונספט מרכזי ומאחד במערכות הציבוריות של בריאות הנפש וזוהה כערך ומטרה חשובה במדיניות ובפרקטיקה של שיקום פסיכיאטרי. שילוב (אינטגרציה) קהילתי הוגדר כהזדמנות לחיות בקהילה ולהיות מוערך כאדם ייחודי ובעל יכולות, ככל אדם אחר. המיקוד בהזדמנויות להשתתפות מדגיש הכוונה-עצמית (Self-determination) ובחירה ושולל כפייה של השתתפות שאינה לפי רצון האדם, או השתתפות במסגרות מופרדות.

מטרת השילוב הקהילתי היא לסייע לאנשים לבטא את עצמם בקהילות שאותן הם בחרו. הדבר קשור ליכולת להביע רצונות, תקוות וחלומות ולהגדיר מטרות להשגה. בהסתמכות על תמיכות טבעיות בקהילה, מתאפשר תהליך אידיאלי שבו האדם לא צריך להישען על שירותים מקצועיים.

כל התנסות חדשה כוללת בתוכה סיכונים והשלכות חיוביות ומאתגרות כאחד. התגברות על פחדים משמעה שבירת מחסומים והשגת תחושת הישג מעצם הניסיון ו/או ההצלחה. השפעה שלילית של נטילת סיכונים כוללת פחדים וחששות העלולים להתממש, כמו פחד מכישלון או פחד מהישנות המחלה העלולה להוביל לאובדן השתתפות משמעותית שהושגה. כל צעד לעבר הגברת ההשתתפות הקהילתית מביא עימו רווחים והפסדים. המאבק לשמירה על הבריאות מאתגר יותר כאשר מתרחשים שינויים באספקטים שונים של החיים.

> "נורמליזציה מתייחסת ליצירת תנאים ודפוסים של החיים היומיומיים באופן דומה ככל הניתן לנסיבות ודרכי החיים בחברה. שילוב קהילתי, לפי גישה זו, מתייחס למידה שבה לאנשים ניתנת הזדמנות להשתתף באופן מלא בקהילה, בדומה למידה המתאפשרת לאזרחים אחרים".

### פרספקטיבה היסטורית של שילוב קהילתי

שילוב קהילתי מבוסס בזכויותיהם של אנשים להזדמנות ולצמיחה בקהילה. באופן היסטורי, יסודות השילוב הקהילתי מצויים במאבק של "תנועת הנורמליזציה" ("Normalization movement") למען אנשים עם מגבלות מנטאליות והתפתחותיות. תנועה זו נוצרה בדנמרק בשנות ה-50 ובעקבותיה התפתח המודל החברתי של מוגבלות במהלך שנות ה-60. תנועות אלה הובילו לפיתוח יוזמות שנועדו לתמוך ולאפשר לאנשים עם מוגבלויות לתפקד בדרכים הנחשבות כמקובלות במסגרת הנורמות של החברה בה הם חיים. נורמליזציה התייחסה ליצירת תנאים ודפוסים של החיים היומיומיים באופן דומה ככל הניתן לנסיבות ודרכי החיים בחברה. שילוב קהילתי, לפי גישה זו, מתייחס למידה שבה לאנשים ניתנת הזדמנות להשתתף באופן מלא בקהילה, בדומה למידה המתאפשרת לאזרחים אחרים.

שילוב קהילתי כולל את המידה שבה אנשים נוכחים באופן פיזי במסגרות רגילות, בפעילויות והקשרים יומיומיים (שילוב פיזי) וכן את המידה שבה הם יכולים לקחת חלק באינטראקציות ומערכות יחסים (שילוב חברתי). שילוב קהילתי כולל גם את החוויה והתחושה האינדיבידואלית של כל אדם ביחס לקהילה ולשייכות. המודל החברתי של מוגבלות אינו מתכחש לליקויים אך מכיר בכך שהגבלת הפעילות וההשתתפות הקהילתית נובעת מחברה שנכשלת בהבטחת הזדמנויות למילוי תפקידים

מלאים ומשמעותיים עבור כל האזרחים. מוגבלות לפי גישה זו נובעת מיחסי אדם-סביבה שאינם יוצרים את מקסימום ההזדמנויות להשתתפות מלאה.

פעילותן של תנועות חברתיות למען זכויות אנשים עם מוגבלות הובילו לייסודו של החוק לאנשים עם מוגבלות בארה"ב (Americans with Disabilities Act) בשנת 1990. חוק זה קובע את חובת הממשל לספק לאנשים עם מוגבלות הזדמנויות שוות ליהנות מכל התכניות, השירותים והפעילויות הקיימות בחברה (כגון: חינוך והשכלה, תעסוקה, הצבעה, ניידות, פנאי וכד'). ציון דרך חשוב נוסף התרחש בקביעת בית המשפט העליון ב-1999 שקיבלה את עתירתם של זוג אנשים שאולצו לחיות במוסד למרות בקשתם להתגורר בקהילה. בית המשפט הכריע כי השמה בלתי חיונית במוסד היא צורה של אפליה האסורה על פי החוק לאנשים עם מוגבלות. בעקבות קביעה משפטית זו בוצעו שינויים מנהליים שחייבו מתן תכניות, שירותים ופעילויות בדרך המאפשרת לאנשים עם מוגבלויות לבוא באינטראקציה עם אנשים ללא מוגבלויות באופן מירבי. תהליכים אלה ביססו את השילוב הקהילתי כזכות אינהרנטית לכלל האנשים עם מוגבלויות והרחיבו את זכותם לחיות, ללמוד, לעבוד ולבלות, לצד ובאותו אופן כמו אנשים ללא מוגבלויות. תהליכים אלה תרמו לעיצוב דו"ח הוועדה הנשיאותית בנושא בריאות הנפש (2003) ולהתייחסותו לחובת השילוב הקהילתי.

### אינדיקאטורים של הזדמנויות מוגבלות לשילוב קהילתי

בחמישים השנים האחרונות חלה הפחתה דרמטית של מספר המתמודדים השוהים במוסדות ופותחו מסגרות שיקום ושירותים בקהילה. הושקעו משאבים עצומים בפיתוח ומחקר של שיטות התערבות מכוונות החלמה; מאמצי סנגור ומעורבות של אנשים בעלי ניסיון אישי במערכות בריאות הנפש השפיעו על מדיניות והובילו להגברת המיקוד בפיתוח תכניות המדגישות החלמה, השתתפות מלאה וחיים עצמאיים. למרות זאת, בעוד שכיום למתמודדים יותר סיכויים להיות באופן פיזי בקהילה ולא במוסד, לעתים קרובות הם אינם שייכים לקהילה כמו כל אדם אחר. רוב הראיות המחקריות מצביעות על רמות יציבות של בידוד, עוני וייאוש. הזדמנות לחיים מלאים ומספקים יותר נראית מעבר להישג ידם של רבים. הדבר מודגש במגוון תחומים:

**תעסוקה:** למרות שאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות יכולים וצריכים לעבוד, בפועל רק כ-25% מהם עובדים או מחפשים עבודה. מספר זה נותר יציב ונמוך משמעותית לעומת כל קבוצה אחרת של אנשים עם מוגבלות. אמנם, מודלים של תעסוקה נתמכת הראו תוצאות חיוביות אך גם הצביעו על תקופות קצרות של תעסוקה, עליות קלות בלבד ברמת ההכנסה וקושי לצאת מעוני.

**עצמאות כלכלית:** קרוב ל-70% מהמתמודדים תלויים כמעט לגמרי בביטוח סוציאלי ומהווים את הקבוצה הגדולה ביותר המקבלת קצבאות ותמיכה רפואית מבין בעלי המוגבלויות וכן את הקבוצה בעלת הסיכויים הגבוהים ביותר להישאר תלויה בתמיכות אלה לאורך החיים.

**השכלה:** שיעור המתמודדים הפונים להשכלה גבוהה נמצא בעליה לאורך זמן. עם זאת, נמצא כי 84% מהסטודנטים המתמודדים נשרו מהלימודים בטרם השלימו את חובות התואר, לעומת כ- 37% נשירה בקרב כלל אוכלוסיית הסטודנטים.

**דיור:** מחקרים העלו כי אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות מרוכזים במיוחד באזורים ובשכונות העירוניות העניות ביותר וחסרות המשאבים, בהן הזדמנויות מוגבלות להשתתפות קהילתית.

**רשתות חברתיות:** לצד החשיבות של תפקידים בעלי ערך חברתי ורשתות חברתיות של משפחה וחברים, מתמודדים תופשים את הרשתות החברתיות כמוגבלות מבחינת הטווח והגודל שלהן. מערכות יחסים נתפשות כפחות תומכות ופחות מספקות בהשוואה לתפישתן של קבוצות אחרות. לאימהות עם מגבלות פסיכיאטריות סיכויים גבוהים פי 3 לאבד משמורת על ילדיהן בהשוואה לאימהות אחרות, גם תוך בקרה על משתנה של עוני.

**פנאי:** ישנן פחות הזדמנויות פנאי לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות וכתוצאה מכך פעילות גופנית מופחתת והשפעה שלילית על הבריאות הכללית והרווחה הנפשית. נטען כי הגבלות אלה אחראיות באופן חלקי לשיעורי תחלואה ותמותה באוכלוסיה זו.

**דעות קדומות ואפליה:** למרות הגברת יוזמות של מתן מידע לציבור, אנשים עם מחלות נפשיות ממשיכים להיראות בדרכים שליליות על ידי הציבור הרחב ונתפשים על-ידי רבים כבלתי צפויים ו/או אלימים. הדבר מוביל לאפליה בתעסוקה, בדיור וביחסים חברתיים.

**העצמה:** למרות ההזדמנויות הרבות להעצמה, הגדרה עצמית מוסיפה להיתפש יותר כפריבילגיה מאשר כזכות ואנשים מדווחים על תחושתם כבלתי נראים ובלתי רצויים בשירותי קהילה. למרות שינויי האל-מיסוד, נתונים עכשוויים מצביעים על כך שלראשונה זה חמישים שנה נראתה עלייה במספר האנשים המתאשפזים עם מגבלות פסיכיאטריות.

"בעוד שכיום למתמודדים יותר סיכויים להיות באופן פיזי בקהילה ולא במוסד, לעתים קרובות הם אינם שייכים לקהילה כמו כל אדם אחר. רוב הראיות המחקריות מצביעות על רמות יציבות של בידוד, עוני וייאוש. הזדמנות לחיים מלאים ומספקים יותר נראית מעבר להישג ידם של רבים."

### מסגרת עבודה לשילוב קהילתי

ליבו של קידום שילוב קהילתי הוא במחויבות עקבית להרחבת הזדמנויות בכל תחומי החיים, השארת האחריות בידי האנשים לתעדף את סוגי ההשתתפות בעלי המשמעות עבורם וקביעת רמת ההשתתפות הרצויה להם. מסגרת העבודה המוצעת מזהה 12 תחומים של חיי קהילה ומאפיינת מהי "הזדמנות מלאה להשתתפות קהילתית כמו כל אדם אחר" בכל תחום:

**הזדמנויות דיור** - בהן אנשים גרים היכן שהם בוחרים ויכולים להרשות לעצמם לגור, בחירת השכונות, שירותי הדיור, השותפים ו/או הקרובים ונגישות למשאבי דיור מקומיים בדרכים המתאימות להם.

**הזדמנויות השכלה** - בהן אנשים פועלים להשגת מטרות משלהם, של צמיחה אישית ו/או הכשרה מקצועית, הן במסגרות המיועדות למתמודדים והן בתכניות השכלה רגילות.

**יחסים חברתיים ואינטימיים** - בהם אנשים יכולים לממש איזון של חברויות הן עם מתמודדים אחרים והן עם אנשים שאינם מתמודדים, יכולים לסמוך על חברויות אלה לקבלת תמיכה וכן לתת בחזרה ככל האפשר. לאנשים גם הזדמנות לשאוף, ליהנות ולהיתרם מיחסים רומנטיים ואינטימיים.

**יחסים במשפחה** - במסגרתם אנשים יכולים להיעזר ולתרום לחיי המשפחה במילוי תפקידים נורמטיביים ותומכים כהורים, בני/ות זוג וילדים.

**יחסי עמיתים** - בהם לאנשים ניתנת הזדמנות הן להפיק תועלת מהניסיון והעזרה של מתמודדים אחרים והן לתת שירות כעמיתים בעצמם.

**דת ורוחניות** - המספקות לאנשים הזדמנות להשתתף בפעילויות דתיות ורוחניות שאותן הם מוצאים כמועילות ותומכות, המאפשרות לקבל ולתרום לחיי הקהילה.

**הזדמנויות פנאי** - בהן אנשים יכולים להשתתף במגוון רחב של תחביבים, פעילויות ספורט, טיולים וכד' בקהילותיהם, הן ליהנות והן לתרום מעצמם לפעילויות אלה.

**חיים אזרחיים** - שבהם לאנשים הזדמנות להשתתף במגוון פעילויות אזרחיות (כמו לשרת כמתנדבים, כאנשי סנגור, כבוחרים) התורמות לעיצוב וחיזוק קהילותיהם.

**בריאות ורווחה אישית** - להבטיח כי אנשים יקבלו שירותי בריאות איכותיים הנדרשים לשמירה על חיים בריאים וייקחו אחריות לשמירה על בריאותם ובריאות קרוביהם, מבחינה גופנית ורגשית.

"קרוב ל-70% מהמתמודדים תלויים כמעט לגמרי בביטוח סוציאלי ומהווים את הקבוצה הגדולה ביותר המקבלת קצבאות ותמיכה רפואית מבין בעלי המוגבלויות וכן את הקבוצה בעלת הסיכויים הגבוהים ביותר להישאר תלויה בתמיכות אלה לאורך החיים".

**משאבים כספיים** - בעזרתם אנשים יכולים לנהל בעצמם את כספיהם, עם העזרה שבה יבחרו, לבצע בחירות אישיות לגבי הכנסות, הוצאות וחיסכון.

**הכוונה עצמית** - הדרושה כדי להבטיח כי אנשים מקבלים החלטות לגבי סוגיות המפתח המשפיעות על חייהם.

מסגרת העבודה לקידום הזדמנויות בכל אחד מתחומים אלה מבוססת במודל החברתי של מוגבלות. זהו מודל אקולוגי המדגיש את חשיבותם של יחסי הגומלין בין הסביבה או גורמים חיצוניים (חסמים) לבין אפיונים אינדיבידואליים (כוחות ומגבלות) להבנת מצבים של הגבלה וחוסר בהזדמנות להשתתף. התערבות נוכח אי-השתתפות דורשת הבנה מתוחכמת לגבי הדרך שבה חסמים חיצוניים וליקויים אינדיבידואליים מגבילים את ההזדמנות, הן באופן נפרד והן באינטראקציה ביניהם. הגברת ההזדמנויות יכולה לנבוע מפעולות ממוקדות-מטרה אל מול החסמים החיצוניים או הליקויים האינדיבידואליים. ניתן לצפות להשגת מירב ההזדמנויות כאשר מתמקדים בשניהם.

חסמים שכיחים במימד החברתי-סביבתי כוללים סטיגמה ואפליה, Disempowerment, עוני, תחבורה וניידות, חוקים ומדיניות. צרכים אינדיבידואליים שכיחים כוללים סטיגמה עצמית ודמורליזציה, חוסר במבט על מטרות, מיומנויות שהידלדלו או שלא הושגו מעולם וסימפטומים אשר מפריעים להשגת מטרות חיים. מענים לצרכים ומתן תמיכות ברמה הפרטנית יכולים לסייע רבות להסרת מחסומים. שימוש בתמיכת עמיתים ותמיכות טבעיות; הצבת מטרות וסדרי עדיפויות; הערכת משאבי הקהילה; הכשרה במיומנויות וסיוע אישי; - כל אלה יכולים לתרום באופן משמעותי להרחבת ההזדמנויות להשתתפות קהילתית.

הזדמנות (Opportunity) ניתן לראות כרצף בעל רמות שונות בכל תחום-חיים. כלומר, לאדם יכולה להיות יותר הזדמנות בתחום של דיור ותעסוקה אך פחות בתחום של פנאי, או רוחניות/דת. עם זאת, הזדמנות על פני תחומים אינה בהכרח פועלת באופן נפרד ובלתי תלוי, לדוגמא, חסמים חיצוניים מסוימים וחסמים אינדיבידואליים עשויים להשפיע באופן דומה על הזדמנות בתחומים מרובים. המטרה הסופית בפרקטיקה של שילוב קהילתי היא קידום של הזדמנויות עד לנקודה שמאפשרת השתתפות על פני כל התחומים תוך הבנה שדרגת ההשתתפות בפועל אינה מדד מוחלט להערכת הצלחה. בחירה אינדיבידואלית והגדרה עצמית לגבי סוג השתתפות ורמת ההשתתפות הן בעלות חשיבות עליונה במסגרת העבודה של שילוב קהילתי. כפייה של השתתפות תהיה מנוגדת לעקרונות השילוב הקהילתי.

חוקרים, אנשי מקצוע, קובעי מדיניות, בני משפחה או כל אדם אחר אינם יכולים לנבא מי מהאנשים יוכל לנצל הזדמנויות לטובתו כך שיהיה מעורב יותר בחיים בקהילה. סימפטומים, דבקות בטיפול, או כישלונות עבר - אף אחד ממשתנים אלה לא נמצא כמנבא הצלחה עתידית. לכן הגישה של שילוב קהילתי טוענת כי יש להבטיח כי כל האנשים עם מגבלות פסיכיאטריות חייבים לקבל הזדמנות לשאוף להשגת מטרותיהם - לעבוד או לרכוש בית או להתנדב או כל מטרה משמעותית אישית אחרת. יתרה מכך, אנשים בהחלמה הוכיחו עצמם באופן עקבי כמסוגלים לנהל את חייהם ולהשיג את מטרותיהם, הרבה יותר מכפי שאחרים דמיינו, כאשר יש להם הזדמנות לעשות זאת. העלאת ההזדמנויות למקסימום נראית כחיונית ליצירת סביבות המקדמות השתתפות מלאה בתפקידים חברתיים בעלי משמעות, להשגת רווחה נפשית והחלמה. לכן יוזמות לקידום שילוב קהילתי יכולות וצריכות להתרחש בכל הרמות - ברמת המדיניות, במסגרת התכניות ובפרקטיקה הפרטנית.

### שילוב קהילתי: עקרונות ופרקטיקה

פרקטיקה של שילוב קהילתי ניתנת ליישום באמצעות 10 עקרונות שניתן לחלקם לשלושה תחומים: הכרה בזכויות, תפקידים ואחריויות; קידום הזדמנויות להשתתפות כמו כל אדם אחר; ושימוש באסטרטגיות אפקטיביות מבוססות ראיות.

### הכרה בזכויות, תפקידים ואחריויות

**עיקרון 1:** שילוב קהילתי הינו זכות. לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות הזכות, כמו לכל אדם אחר, להשתתף באותם אספקטים של חיי הקהילה שאותם הם מוצאים כבעלי משמעות. הדרה, הן כתוצאה של מדיניות ציבורית והן על בסיס ערכים חברתיים, חייבת להיות מאותגרת כל העת ודורשת התנגדות על בסיס חוקי, כלכלי ומוסרי.

**עיקרון 2:** שילוב קהילתי מציע הזדמנויות להשתתפות במגוון של תפקידים. אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות מבקשים הזדמנויות לקחת תפקידים בקהילותיהם, בכל התחומים של חיי הקהילה - כשכנים, כעובדים, כחברים ומשפחה, כמתנדבים ופעילים אזרחיים, כמתפללים, כסטודנטים ועוד.

**עיקרון 3:** שילוב קהילתי מקדם תחושת אחריות. כמו כל אדם אחר בקהילה, מצופה מאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות שיישאו באחריויות מגוונות, לא רק בהשגחה על בריאותם ורווחתם שלהם, אלא גם בהיענות לצרכים ודאגות של קהילותיהם.

> "המטרה הסופית בפרקטיקה של שילוב קהילתי היא קידום של הזדמנויות עד לנקודה שמאפשרת השתתפות על פני כל התחומים תוך הבנה שדרגת ההשתתפות בפועל אינה מדד מוחלט להערכת הצלחה. בחירה אינדיבידואלית והגדרה עצמית לגבי סוג ההשתתפות ורמת ההשתתפות הן בעלות חשיבות עליונה במסגרת העבודה של שילוב קהילתי".

### קידום הזדמנויות להשתתפות

**עיקרון 4:** שילוב קהילתי מאפשר הזדמנויות להשתתפות בקהילה במקום השתתפות במוסד/מסגרת: תעסוקה תחרותית על פני עבודה מוגנת; ללכת לסרט בקולנוע במקום לצפות בטלוויזיה בתוך המסגרת; ללכת לחדר כושר במקום להשתמש בציוד הנמצא במסגרת; לצאת למשחק בינגו במרכז קהילתי במקום בינגו במסגרת; תחבורה ציבורית במקום הסעה פרטית של התכנית וכד'.

**עיקרון 5:** שילוב קהילתי מאפשר הזדמנויות להכוונה עצמית במקום פעילויות בהכוונת הצוות. לאנשים יש אותן הזדמנויות לבחור מה הם עושים באותה מידה כמו כל אדם אחר.

**עיקרון 6:** שילוב קהילתי מאפשר הזדמנויות להשתתפות יחד עם מלוא מגוון חברי הקהילה, במקום רק עם מתמודדים אחרים מהתכנית או מקהילת האנשים עם מוגבלויות.

### שימוש בפרקטיקה אפקטיבית מבוססת ראיות

**עיקרון 7:** שילוב קהילתי מקדם הגדרה עצמית. אנשים בוחרים באיזה תחומים בחיי הקהילה ברצונם לעסוק, באיזה קצב ועם איזו רמה של תמיכה.

**עיקרון 8:** שילוב קהילתי עושה שימוש בתמיכות טבעיות (משפחה, חברים, שכנים וכד') ובמשאבים ושירותים קהילתיים הזמינים לכלל האוכלוסייה, במקום הישענות בלעדית על אנשי מקצוע בבריאות הנפש.

**עיקרון 9:** שילוב קהילתי שואף לזהות מחסומים להזדמנויות ולפתח אסטרטגיות כדי להתגבר עליהם. זיהוי חסמים של גישות, תפיסות מקצועיות ושל מדיניות אשר מגבילים או בולמים השתתפות קהילתית, מאפשר לאנשים ולתכניות לפעול על מנת להסירם.

**עיקרון 10:** שילוב קהילתי מבקש לזהות תמיכות להן זקוקים אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות, על מנת להשתתף באופן אקטיבי ומוצלח בחיי הקהילה. אנשי מקצוע ותכניות יספקו את מגוון התמיכות והשירותים שאנשים עשויים להזדקק להם על מנת להשתתף באופן אקטיבי ומוצלח.

### אתגרים ביישום פרקטיקה של שילוב קהילתי

בעוד שהקונספט של שילוב קהילתי הוא מרכזי לשיקום פסיכיאטרי, תכניות יצטרכו להמשיך ולהתפתח בתגובה לריבוי הראיות לכך שהחלמה והשתתפות קהילתית הן אפשריות לכל אדם עם מגבלה פסיכיאטרית. יתרה מכך, אסטרטגיות יעילות המתייחסות לחסמים חיצוניים, אשר נמצאו כגורמים עיקריים המגבילים את ההשתתפות הקהילתית, צריכות להיות משולבות באופן מלא לתוך הפרקטיקה של שיקום פסיכיאטרי. אנשי מקצוע צריכים גם לפתח דרכים חדשות לעבודה בקהילה על פני פעילויות ותמיכות הניתנות במסגרת. נראה שנותני שירות בשיקום פסיכיאטרי נדרשים לבחון את המידה שבה תכניות לדיור קבוצתי, עסקים המופעלים על-ידי הסוכנות, מרכזי יום, מועדונים חברתיים ויציאות משותפות בקבוצה נוטים לאשרר את המרחק שבין אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות לבין הקהילה ותוך כך מגבילים את ההזדמנויות לחיות כמו כל אדם אחר, במקום להרחיבן.

חלק מהתכניות יתקשו לזהות דרכים חדשות לעודד את לקוחותיהן לשקול אופציות לנוע אל מעבר לחיבוק החם של התכנית, לחיי הקהילה. תכניות יצטרכו להתייחס לדרכים המוצלחות ביותר לאפשר הזדמנויות להשתתפות בקהילה, מבלי לנטוש את האנשים אשר בוחרים שלא לקחת חלק בהזדמנויות אלה בשלב נוכחי. אנשי מקצוע יצטרכו ללמוד אף יותר על סוגי משאבים קהילתיים זמינים ולהעריך מחדש את התפקיד שביכולתם לקחת, על מנת לסייע לאנשים להשיג את המירב מהזדמנויות בקהילה. גם כאשר המשימה ברורה, הרי שהנטייה, המסורת ואזור הנוחות של אנשי מקצוע ותכניות שיקום, עשויים להוביל לנסיגה בחזרה למתן שירותים מסורתי בתוך מקום בטוח. מתן תמיכה בעלת ניידות, עשוי להיות מאתגר אפילו עבור צוות מכוון ומתואם. תמיכה ניידת דורשת לעתים קרובות לא רק שינויים משמעותיים בחשיבה על העבודה שאנו עושים, אלא גם כיצד נוכל לעשות זאת. יישום עקבי של פרקטיקות לשילוב קהילתי דורש מאיתנו ליצור או לזהות את התמיכות שנדרשות עבורנו ואת הצעדים לפעולה. קל להתרכז בתכנית, בקבוצה או בבעיה, יותר מאשר במיקוד המכוון שלנו על האנשים שעימם אנו שותפים, על תקוותיהם וחלומותיהם בקהילות שלהם. אנו זקוקים להזכיר לעצמנו באופן קבוע את המשימה ולבקש משוב מאנשים בהחלמה ומעמיתים לעבודה כדי לשמור על עצמנו במסלול זה.

> "שילוב קהילתי מאפשר הזדמנויות להשתתפות בקהילה במקום השתתפות במוסד/מסגרת: תעסוקה תחרותית על פני עבודה מוגנת; ללכת לסרט בקולנוע במקום לצפות בטלוויזיה בתוך המסגרת; ללכת לחדר כושר במקום להשתמש בציוד הנמצא במסגרת; לצאת למשחק בינגו במרכז קהילתי במקום בינגו במסגרת; תחבורה ציבורית במקום הסעה פרטית של התכנית וכד'".

קידום שילוב קהילתי משמעו גם לבחון את עמדותינו לגבי אחריויות מקצועיות, מתוך כבוד לסיכון הבא יחד עם בחירה מתוך מלוא-טווח ההזדמנויות. לחיות בקהילה כמו כל האנשים משמעותו חשיפה לסיכונים כמו כל האנשים. בחירה משמעותה היכולת לבחור כמו כולם, אפילו אם אנו מאמינים שבחירה מסוימת אינה רצויה או מיטיבה עם האדם. כבוד לסיכונים אינו פוטר אותנו מאחריותנו המקצועית. במקום זאת, נדרשים מאמצים להעריך ולנהל סיכונים, כולל זיהוי סיכונים פוטנציאליים, הערכת הסבירות והחומרה של פגיעה ופיתוח ויישום פתרונות פרו-אקטיביים כדי למזער סיכונים ופתרונות ריאקטיביים בהתרחש אירוע של סיכון.

### סיכום וכיוונים עתידיים

השדה של שיקום פסיכיאטרי נולד לאורך זמן, כאשר האל-מיסוד צבר תאוצה כיוזמה רחבה של שילוב קהילתי, אשר סיפקה לאנשים הזדמנויות לחיות בקהילה. כיום השדה מצוי שוב בחזית התיאוריה, המחקר והפרקטיקה, כאשר מאמצים ליצירת מערכות המקדמות החלמה הם הפרדיגמה המניעה את מתן השירותים. דגש על קידום שילוב קהילתי - הגברת ההזדמנויות לחיות בקהילה כמו כל אדם אחר - הוא מרכזי לשיקום פסיכיאטרי וקריטי לקידום החלמה. שיקום פסיכיאטרי ביסס עצמו בצורה איתנה כדיסציפלינה מובילה בפיתוח, מחקר ויישום שירותי תמיכה המגבירים הזדמנויות. כדי להישאר קונסיסטנטיים עם דרכי החשיבה שלנו וכישורינו המקצועיים, חייב השיקום הפסיכיאטרי להגביר את ההכרה בהשפעת חסמים חברתיים-סביבתיים להשתתפות קהילתית, לפתח ולחקור אסטרטגיות אפקטיביות כדי להתגבר עליהם, הן באופן מערכתי והן ברמת הפרט ולהבטיח שהמדיניות, התכניות וההתערבויות שלנו אכן מטפלים בחסמים אלה. ללא צעדים אלה, שילוב קהילתי, השתתפות ולבסוף הזדמנויות להחלמה, לא יוכלו להתגשם במלואם.

> "לחיות בקהילה כמו כל האנשים משמעותו חשיפה לסיכונים כמו כל האנשים. בחירה משמעותה היכולת לבחור כמו כולם, אפילו אם אנו מאמינים שבחירה מסוימת אינה רצויה או מיטיבה עם האדם. כבוד לסיכונים אינו פוטר אותנו מאחריותנו המקצועית, במקום זאת, נדרשים מאמצים להעריך ולנהל סיכונים...".

# 10

# עוני כהסם לשיקום פסיכיאטרי: שיקום בבריאות הנפש על רקע מצבי עוני

יעל פיזם, M.S.W, מדריכה מקצועית בתחום השיקום בבריאות הנפש, מאמנת תעסוקתית
ישראל, 2015

## רקע

בשנים האחרונות דובר רבות על הקשר בין בריאות נפשית למצבי עוני. מחקרים רבים ניסו לבדוק את איכות הקשר בין שני הגורמים וכן את כיוון הקשר - האם עוני גורם לבריאות נפשית ירודה, או להיפך (Jenkins et al, 2008). המצדדים בסיבת קיום המחלה כגורם ישיר לעוני, מציינים במיוחד את השפעת המחלה כגורם העלול לפגוע בסיכוי להשגת השכלה (DeCarlo Santiago, Kaltman & Miranda, 2013) ובסיכוי להשתלבות ממושכת בתעסוקה בעלת הכנסה מתאימה (Mason, 2011). למצב זה של הכנסה מועטה או קיום מקצבת נכות, מתווספות ההוצאות הרפואיות הרבות הנדרשות מהם ובסופו של דבר, לעיתים לא נותרים משאבים כלכליים מספקים אף לצרכים הבסיסיים של חיי היום-יום (Jenkins et al, 2008).

לעומתם, אלה הגורסים כי העוני גורם להתפתחות מחלות נפש, טוענים כי עוני יוצר קונטקסט של דחק, שבו גורמי דחק רבים מצטברים האחד אל השני ומשפיעים עוד יותר על עוצמתו. לטענתם, ריבוי גורמי הלחץ והמצוקה המתמשכים, עלול להוביל לפיתוח דיכאון והפרעות נפשיות נוספות (DeCarlo Santiago et al, 2013). הארפר ורואו (Harper & Rowe, 2014) טוענים כי חיים במצבי עוני מגבירים את הסיכויים להופעת מחלות נפש, תורמים להחמרת הסימפטומים הפסיכיאטריים ומגבירים את הסיכויים לבריאות נפשית ירודה (Harper & Rowe, 2014).

> "כיצד ניתן לצפות מאדם החי בעוני חמור, להתפנות לתהליכי שיקום בתחום ההתפתחות האישית שלו? איך אפשר לבקש מאדם שאינו יודע מהיכן ישיג מצרכים לארוחות לילדיו, להתמסר לבניית תוכנית שיקום בתחום החברתי, הקהילתי, או אפילו בתחום התפקודי? האם אפשר בכלל לצפות מאדם, המוטרד בשאלות קיומיות והרות גורל הקשורות בפרנסה או בחובות, להתפנות טכנית ונפשית לתוכנית שיקום העוסקת ברבדים מתקדמים יותר בחייו?"

כיום, מקובל להניח כי הקשר הינו דו-כיווני: חיים במצבי עוני המאופיינים בריבוי מצבי דחק, מגבירים את הסיכון לפיתוח הפרעות נפשיות ומאידך, התמודדות עם מחלה נפשית מגבירה את הסיכויים לחיים בעוני מתמשך (DeCarlo Santiago et al, 2013). על כל פנים, מכל כיוון בו נבחר להסתכל על התופעה, נגלה כי השילוב בין שני הגורמים הללו, עלול להיות קשה עד הרסני עבור האדם המתמודד.

עוני הינו מצב שבו אין לאדם די אמצעים לקיים את עצמו, או לחילופין, מצב שבו אדם נאלץ להסתפק ברמת חיים נמוכה במידה רבה מזו של יתר האנשים בסביבתו הקרובה (גוטליב וקלינר-קסיר, 2004; Jenkins et al, 2008). על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, דלות האמצעים, המחסור והפערים הרבים בין הצרכים למשאבים - קיימים באופן נרחב בקרב מתמודדים עם הפרעה נפשית וקיומן של מחלות נפש בתוך מצבי עוני אקוטיים וממושכים, הן מנת חלקם של מתמודדים רבים (האתר הרשמי של ארגון הבריאות העולמי - W.H.O.). אם תופעת העוני נחשבת קשה באוכלוסייה הכללית, הרי שקיומה בצל מחלה נפשית, עשויה להפוך התמודדות זו לכבדה מנשוא.

### כיצד משפיע העוני על תהליכי השיקום?

מהפכת השיקום בישראל קיבלה תאוצה החל משנות התשעים והגיעה לנקודת מפנה עם חקיקת החוק לשיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000 ועם החלתו של סל השיקום, הנגזר ממנו. במקביל, גישת ההחלמה הולכת ומתפתחת ומוטמעת היטב בתוך תהליכי השיקום המחוללים שינויים משמעותיים אצל אנשים רבים (בלוש-קליינמן, 2013). מאידך, תהליכי שינוי אינם תמיד קלים לביצוע, מסיבות רבות, ורבים מהניסיונות מסתיימים בחוסר הצלחה, בהצלחה חלקית או בדשדוש ארוך בדרך אל המטרה. על פי רוב, התופעה מחמירה במקרים של התמודדות עם קשיים כלכליים משמעותיים, הקיימים בנוסף להתמודדות הנפשית (Mason, 2011). אנשים רבים השרויים במצבי עוני, מתקשים להתמסר לתהליכי שיקום התובעים מהם משאבים וכוחות רבים. אדם המתמודד עם עוני חריף, בנוסף למחלתו הנפשית, יתקשה בדרך כלל לעבור שינויים מרחיקי לכת, במידה ומצב העוני לא יטופל כראוי. קיום המחלה כשלעצמו, עלול לפגוע במשאבים ובמוטיבציה של האדם בדרך לשינוי; קל וחומר כשמצבי העוני והדחק תובעים מהאדם את המשאבים הנותרים.

לאור הדברים, האם ניתן להניח כי קיים קשר בין מצב כלכלי ירוד לסיכויי הצלחה נמוכים בתהליכי שיקום? האם יתכן וחיים של עוני מונעים מהאדם לעבור שינוי משמעותי בחייו? מהו הדבר שגורם למתמודדים רבים החיים במצבי עוני, להתחיל תהליכי שיקום ולא להתמיד בהם?

הטיעון שיעלה במאמר זה, עולה מתוך ניסיון רב שנים במערכת השיקום בבריאות הנפש ומתוך היכרות רחבה עם מתמודדים רבים, הן באופן ישיר והן בליווי עקיף, ע"י מתן הדרכות לצוותים מקצועיים וסמך מקצועיים. המאמר מהווה קריאת כיוון, והדברים דורשים המשך חקירה ובירור בשדה האמפירי. ברור ומובן כי היוצאים מהכלל הם רבים, וכי השערות ותיאוריות יכולות לאפיין תופעה, אך לא בהכרח יחידים.

### האם שיקום אפשרי בתנאים של עוני ומחסור?

במצבי עוני ממושכים, אנשים חווים תחושות של מצוקה, של חוסר אונים, של חוסר שליטה בחייהם ושל מחסור בכלי התמודדות עם מצבם. לעיתים קיימים פערי ענק בין צרכיו של האדם לבין המשאבים הקיימים בחייו. ככל שפערים אלה גדלים, כך עלולה להחמיר תחושת הדחק שנוצרת בעקבותיהם

**"יש לנסות לאתר חסמים אישיים וסביבתיים המונעים מהאדם להשתלב בעבודה, ולנסות לסייע ככל שניתן כדי לאפשר לו להתמיד בשינוי התעסוקתי. למשל, סיוע בארגון וניהול הזמן בשילוב בית-עבודה, סיוע בגיוס המשפחה לטובת השינוי, תמיכה בהשתלבות הראשונית במקום העבודה ועוד".**

(DeCarlo Santiago et al, 2013). ההנחה היא, שכאשר אדם נמצא במצוקה כלכלית משמעותית וכשהוא חווה פערים אלה באופן יומיומי, הוא יתקשה להצליח להתקדם לעבר מטרות אחרות בחייו, גם אם הוא אכן מעוניין בהן.

ובאמת, כיצד ניתן לצפות מאדם החי בעוני חמור, להתפנות לתהליכי שיקום בתחום ההתפתחות האישית שלו? איך אפשר לבקש מאדם שאינו יודע מהיכן ישיג מצרכים לארוחות לילדיו, להתמסר לבניית תוכנית שיקום בתחום החברתי, הקהילתי, או אפילו בתחום התפקודי? האם אפשר בכלל לצפות מאדם, המוטרד בשאלות קיומיות והרות גורל הקשורות בפרנסה או בחובות, להתפנות טכנית ונפשית לתוכנית שיקום העוסקת ברבדים מתקדמים יותר בחייו?

אדם השרוי בניסיונות הישרדות, עסוק בדרך כלל רק בהם ויקשה עליו להתפנות להגשמת מטרות אישיות בכל תחום שמעבר לצרכיו הבסיסיים והאלמנטאריים. אדם השרוי באי ודאות כלכלית, בתחושות של חוסר שליטה על חייו, במצוקות יום יומיות הנובעות מחובות-ענק, מניתוקי חשמל, גז, מים וטלפון וממחסור מתמשך במשאבים בסיסיים לקניית אוכל, תרופות, ביגוד בסיסי לבני המשפחה ולתחזוקת הבית - עסוק בדרך כלל, בעיקר באלה. במצב כזה, יהיה לו קשה מאד לנהל שיח שיקומי הנוגע במטרות אחרות בחייו, אשר כרגע עשויות להיתפש בעיניו כמותרות.

באופן שיכול להיראות כאבסורדי, גם התקדמות למקום תעסוקתי רווחי יותר, עשויה להיתפש במצב כזה כמשימה הדורשת משאבים רבים מדי ומשם הדרך לויתור על השינוי התעסוקתי, קצרה ביותר. לעיתים, קשה לנו להבין כיצד אדם שכל כך זקוק לכסף, מוותר על הזדמנויות תעסוקתיות ולא רץ אליהן בזרועות פתוחות; אך במצב של חוסר מתמשך, כל שינוי יכול להיתפש כמשימה תובענית מדי, הדורשת כוחות שאינם זמינים עבורו בשלב זה. אנו רואים, כי גם במקרים בהם האדם מביע נכונות לתהליך שיקום, המחסור היומיומי שהוא שרוי בו, יקשה עליו להשקיע בתהליך שכזה לאורך זמן.

### חסך בצרכי הבסיס

ניתן לנסות להבין תופעה זו באמצעות תיאוריית הצרכים של מאסלו (Maslow, 1943). מאסלו הגדיר חמש דרגות בסולם הצרכים שלנו, כאשר הדרגות הראשונות, מייצגות את הצרכים הבסיסים של האדם, הנחשבים "צרכי חסך", והדרגות העליונות מייצגות את צרכי הגדילה וההתפתחות. על פי מאסלו, כל עוד לא מילאנו את

צרכי החסך הבסיסיים (צרכים פיזיולוגיים, ביטחון), לא נוכל, בדרך כלל, להתפנות לצרכים העליונים, כמו הגשמה עצמית.

במצבי חיים של עוני ממושך, שני השלבים הראשונים בסולם הצרכים לוקים בחסך מהותי. חוסרים במזון, בכסף, בביגוד, בריהוט בסיסי, בדיור קבוע (או בתקציב לתשלום שכר דירה), במקום תעסוקה ובמשאבים לניהול בית שוטף - יגרמו בדרך כלל לאדם להיות טרוד רק בהם. כמו בסולם הצרכים של מאסלו, יהיה קשה מאד לפתח מוטיבציה אמיתית למילוי הצרכים המתקדמים יותר, אם לא השלמנו את החוסרים בשלבים הבסיסיים, המעניקים לאדם ביטחון, חוסן ושלווה קיומית.

באופן מפתיע, על אף שהנחה זו נראית כה הגיונית וטריוויאלית, במציאות - המצב לעיתים שונה מאד. תהליכי השיקום ובניית תוכניות השיקום, הפכו להיות חלק הארי בשירותים הניתנים היום במערכת סל שיקום, כיוון שבאמצעותם יכול המתמודד, כמו כל אדם, לבצע שינויים משמעותיים בחייו. הבעיה נמצאת באותם מקומות בהם אין מספיק רגישות או תשומת לב למצב הכלכלי עימו האדם מתמודד בחיי היום-יום. הצורך שלנו, דווקא כאנשי מקצוע המאמינים מאד ברוח ההחלמה, לעזור לאדם לנוע קדימה, להוציא מעצמו את המיטב, להתפתח ולהיות עצמאי בכל תחומי חייו - לעיתים מסנוור אותנו ומונע מאיתנו לשהות לרגע, לבדוק, לברר, להרגיש ולחוש את המצב האמיתי בו האדם נמצא כעת. חוסר הדיוק הזה יכול להיות מאד מתעתע עבורנו, כיוון שהרצון שלנו כאנשי מקצוע מגיע ממקום טוב, שרוצה להיטיב, ולא מתוך מקום של חוסר רגישות. דווקא משום כך, עלול להתפספס כל כך בקלות, הצורך הקיומי, הבסיסי והאמיתי של המתמודד.

### מצבי עוני כחסמים בתהליכי שיקום

לאור הדברים, ניתן להבין מדוע אדם הנמצא בתוך מורכבות חיים עצומה הנובעת מעוני וממצבי הדחק הנלווים למצבים כאלו, בדרך כלל אינו פנוי לתהליכי שיקום משמעותיים. יש להדגיש, כי בחלק ניכר מן המקרים, האדם כן רוצה לבצע תהליך שינוי ואף להתמיד בו, אך גם מחסור במשאבים חומריים בסיסיים (כמו כסף לנסיעות, לשירותי שמרטפות לילדים, לתשלום עבור שירותים או לקניית מוצרים נדרשים), מונע ממנו בסופו של דבר את הירתמותו לתהליך.

**"לאחרונה החלו להירקם שיתופי פעולה בין מערך שירותי השיקום לבין מערכת העבודה הסוציאלית הקהילתית בארץ. העבודה הקהילתית צברה מומחיות של עשרות שנים בהנעת תהליכים קהילתיים וציבוריים. שיתופי פעולה יזומים בין מומחיות השיקום בבריאות הנפש לבין מומחיות העבודה הסוציאלית הקהילתית, יוכלו לסייע בהחלת תהליך השינוי".**

לעיתים, האדם ישתף פעולה בתחילת הדרך, אולי כי ירצה לרצות את גורם השיקום, או כי אכן נוצרה אצלו התלהבות אמיתית לקראת המטרה. אך הסיכוי שתהליך כזה יצליח גם בהמשך יהיה קטן ביותר, אם מצב העוני בו הוא חי לא ישתנה. שינוי הנעשה על קרקע שאינה בשלה לכך ושחסרה כרגע את המשאבים הבסיסיים המספקים להצמחת פירות, לא יוכל להחזיק מעמד לאורך זמן. תהליכי שיקום מבוססים על אמונה בקיום משאבים הנמצאים אצל האדם; מחסור במשאבים, חומריים ונפשיים, הנגרם כתוצאה מעוני, הנוסף להתמודדות הנפשית, עלול לפגוע בתהליך ולהפריע מאד להצלחתו.

אם כך, האם אנשים דלי אמצעים לא יוכלו לעבור תהליך שיקומי משמעותי? האם נגזר עליהם עונש כפול בגלל חוסר פניותם למימוש תהליך שכזה? האם מערכת סל שיקום מתאימה רק לאנשים בעלי משאבים נפשיים וכלכליים מספקים, ואינה מתאימה לאנשים מעוטי יכולת?

גישת ההחלמה וערכי השיקום דוגלים באמונה שאנו צריכים לסייע לאדם למצוא מענים המתאימים למצבו הנוכחי, לצרכיו האמיתיים, לרצונותיו ולשאיפותיו, ולא להחיל את רצונותינו-אנו על חייו, אם הדבר אינו מתאים לו (בלוש-קליינמן, 2013; לכמן, 1998; Slade, 2009). המתמודד, כמומחה לחייו, יקבע מהם צרכיו הנוכחיים המטרידים אותו באמת ועל פיהם, מתוך כבוד אמיתי, נסייע לו לבנות את מטרותיו בתהליך השיקום (פלניצקי ופרבשטיין, 2005; Rapp, 1998). בהתאם לכך, גישה זו אינה סותרת את הסיוע במצבי עוני, אלא להיפך - היא יכולה להתחיל דווקא משם.

### כיצד בונים תהליך שיקומי בתוך מצבי עוני?

חיים בתוך עוני מתמשך עלולים לגרום לייאוש ולתחושת חוסר אונים, לנוכח מצבי הדחק ההולכים ומתרבים. תחושת הייאוש הזו מחלחלת ומשפיעה על הסביבה, כמו גם על אנשי המקצוע המלווים את האדם. על מנת שנוכל לסייע בתהליך השינוי, אסור לנו להניח לייאוש להכריע. אנו צריכים להשתמש כל הזמן ביצירתיות, לחשוב מחוץ לקופסא, ותמיד להחזיק את התקווה עבור האדם המתמודד. היצירתיות הזו תאפשר לנו לסייע לאדם להוציא מתוכו משאבים חבויים, לגייס בסביבתו גורמי תמיכה שהוא לא נעזר בהם קודם, לחשוב על רעיונות חדשים, ולמצוא את ה"יש", בתוך מה שנראה כמו אַין...

בכדי שנוכל להכשיר את הקרקע לקראת תהליכי שינוי ושיקום, נוכל לעבוד עם האדם בתהליכי העצמה. המונח "העצמה" מקורו בעבודה הסוציאלית הקהילתית, ופירושו, מעבר ממצב של חוסר אונים למצב של יותר שליטה בחיים, בגורל ובסביבה (סדן, 1997). תהליך העצמה מכוון לשנות שלושה מימדים של מצב חברתי: לחולל שינוי בתחושה וביכולת של אנשים; בחיי הקולקטיב שהם שייכים אליו; ובעשייה המקצועית המתערבת במצב. להלן תוצענה מספר דרכים לפעולה, אשר תהיינה מכוונות לשלושה מימדים אלה:

### השלמת החוסרים הבסיסיים

בהתאם להנחה כי אדם השרוי במצוקה כלכלית מהותית, יתקשה להתפנות לתהליך שיקומי המותאם לשלבים מתקדמים יותר, מחובתנו כאנשי מקצוע לסייע לו למצוא את הדרך למלא את צרכיו וחוסריו במידת האפשר. הצעד הראשון בבניית תוכנית השיקום, צריך להיות מוכוון למילוי צרכיו הבסיסיים של האדם. יש להדגיש, כי כמו בכל תוכנית שיקום, הרצון להתמקד במטרה זו צריך להגיע מן האדם עצמו, אך תפקידנו כאנשי מקצוע הוא לאפשר את השיח השיקומי, ברגישות רבה, גם על המטרות הקיומיות הבסיסיות שלו, שלא תמיד באות לידי ביטוי בשיח שכזה.

כמו בכל מערכת השיקום, תפקידו של איש המקצוע הוא לסייע לאדם לקבל כלים להתמודדות עם מצבו ולגייס כל גורם תמיכה רלוונטי. במצב הראשוני יש ללוות, להדריך ולכוון את המתמודד לפנות לגורמי רווחה ושיקום, למצות זכויות מול רשויות, משרדים ממשלתיים או ארגונים, ולהנחות את האדם בסנגור עצמי מול גורמים אלו. עלינו לשמש כמתאמי טיפול לאדם המתמודד, או לדאוג לפונקציה כזו ולסייע לו למצות את זכויותיו גם בתוך מערכת סל שיקום (כמו קרן שיקום, מימון טיפולי שיניים, הכשרה תעסוקתית ועוד). במקרה הצורך, לא לפסול ליווי לעמותות וארגונים חברתיים העוסקים במתן עזרה וסיוע כלכלי, בהלוואות נוחות, במוצרי מזון או בארוחות. בנוסף, מומלץ להיעזר בארגונים שיקומיים משלימים, ביניהם עמותות המסייעות בהתנהלות כלכלית נבונה וביציאה ממעגל העוני.

מעבר למתן המענה הכלכלי המיידי, כלי התמודדות אלו יוכלו לסייע לאדם להחזיר לעצמו את תחושת השליטה על חייו, להפיג אט-אט את תחושת חוסר האונים שמביא איתו העוני, ולנסוך בו תקווה וכוחות מחודשים בתוך תהליך ההעצמה.

### הגדלת הכנסות, על ידי שילוב והתפתחות בעולם העבודה

אנשים רבים המשתמשים בשירותי השיקום, אינם עובדים ומתמודדים עם מצב כלכלי ירוד. מתפקידנו לנסות ולפתוח בפניהם את האפשרות להשתלבות בתעסוקה מתאימה, שתאפשר להם לשפר את מצבם הכלכלי. לשם כך יש להתאמץ לסייע להם בחיפוש מקום תעסוקה, או לפנות לחברות תעסוקה נתמכת או מוגנת בתוך מערך השיקום. חלק מאותם אנשים העובדים במפעלים מוגנים או בתעסוקה מעברית, מסוגלים להתקדם לתעסוקה עם הכנסה גבוהה יותר. מתפקידנו לזהות את יכולותיהם ולסייע להם בתהליך השינוי, על אף הקשיים והחסמים שעשויים להתלוות לכך. ככל שנתאמץ למצוא מקום עבודה התואם באופן ייחודי את שאיפותיו וכישוריו של האדם, כך נעלה את הסיכוי להשתלבות מיטבית, להתמדה במקום העבודה ולשיפור מצבו הכלכלי.

בנוסף, יש לנסות לאתר חסמים אישיים וסביבתיים המונעים מהאדם להשתלב בעבודה, ולנסות לסייע ככל שניתן כדי לאפשר לו להתמיד בשינוי התעסוקתי. למשל, סיוע בארגון וניהול הזמן בשילוב בית-עבודה, סיוע בגיוס המשפחה לטובת השינוי, תמיכה בהשתלבות הראשונית במקום העבודה ועוד.

### העלאת נושא העוני למודעות בתוך מערכת השיקום

על אף שהדברים ידועים ומוכרים ולמרות היקף התופעה הנרחב בתוך בריאות הנפש, עדיין אין מודעות מספקת לתופעת העוני והשפעותיה בתוך תהליכי השיקום. בעקבות המצב המורכב הנוצר משילוב של עוני ומחלה נפשית, לא נוכל להתייחס למודל ההחלמה מבלי להתחשב במימדי העוני ובהשלכותיהם. יש להשקיע למידה בתוך צוותי השיקום, שתכלול מתן ידע מקצועי ותיאורטי וכן כלים להתמודדות שיסייעו לאדם להיחלץ מתוך מצבי העוני. חלק נכבד מבעיות העוני היו יכולות להיפתר בקלות יחסית, אילו היה לאנשי השיקום מידע מספק על זכויות וגורמי תמיכה וסיוע וכן על דרכי פנייה לרשויות ממשלתיות ולגורמי רווחה. מעבר לכך, ואולי החשוב מכל, העלאת המודעות לנושא תאפשר לגיטימציה לבניית תוכניות שיקום בתחום היציאה ממעגל העוני, ותסייע לחידוד הרגישות באבחון מצבים הדורשים תוכניות מעין אלה.

### יצירת שינוי ברמה הציבורית

על מנת שנוכל לקדם את הנעת תהליכי השינוי ברמת הפרט, יש לפעול לשינוי גם ברמת הכלל - הקהילה, החברה והמדינה. לאחרונה החלו להירקם שיתופי פעולה בין מערך שירותי השיקום לבין מערכת העבודה הסוציאלית הקהילתית בארץ. העבודה הקהילתית צברה מומחיות של עשרות שנים בהנעת תהליכים קהילתיים וציבוריים. שיתופי פעולה יזומים בין מומחיות השיקום בבריאות הנפש לבין מומחיות העבודה הסוציאלית הקהילתית,

יוכלו לסייע בהחלת תהליך השינוי. השינוי צריך לכלול הנגשת דרכים למיצוי זכויות ולקבלת מידע וסיוע עבור האדם המתמודד וכן, העלאת המודעות הציבורית והמקצועית (כולל בקרב גורמי הרווחה) לקושי הכפול המאפיין מתמודדים החיים בעוני.

בנוסף, שימוש בכלי העבודה הקהילתית בתוך מערך השיקום, יקל על החלת תהליכי העצמה בתוך קהילת המתמודדים. העצמה תוכל להתרחש באמצעות הקמת קבוצות לעזרה עצמית, העצמת פעילים ושיתוף לקוחות, על מנת לצבור כח שיעמוד מול רשויות ממשלתיות וייאבק על מעמדם וזכויותיהם בתוך מורכבות חייהם.

**לסיכום:**

חיים במצבי עוני ודחק בצל קיומה של מחלה נפשית, מזמנים התמודדות כפולה ומורכבת. ההתעסקות בצרכי הבסיס החסרים של האדם, עשויה לפגוע בסיכוייו להצליח לעבור תהליך שיקום משמעותי. כל עוד האדם יהיה טרוד בהם, יקשה עליו להתפנות לתהליכי שיקום מפותחים יותר. מודעות נמוכה שלנו, כאנשי מקצוע, לעוצמת הקושי ולהשפעותיו של העוני על האדם, עלולה לפגום ביכולתנו לאבחן נכון את מצבו ולבנות איתו תוכנית שיקום מותאמת. העלאת המודעות המקצועית שלנו לקיומה של התופעה ולהשלכותיה, תסייע לנו לבנות תוכניות שיקום המותאמות לצרכיו ולמצבו הנוכחי של האדם. מילוי צרכי הבסיס כשלב ראשון, יוכל לסייע בהמשך תהליך השיקום לעבודה על צרכים גבוהים יותר ועל מטרות של צמיחה והתפתחות. במקביל, העלאת המודעות הציבורית להיקף ולעוצמת התופעה, תסייע בהנגשת שירותים ובהתאמת מעני תמיכה וסיוע, ותוכל לשפר את מצבם ומעמדם של אלפי מתמודדים בישראל.

**ביבליוגרפיה:**

בלוש-קליינמן, ו., 2013. ייחודיות ההדרכה בשיקום מוכוון החלמה. בתוך, ירושלמי, ח. ובלוש-קליינמן, ו. (עורכים). הדרכה בשיקום מוכוון החלמה בבריאות הנפש (עמ' 40-11). הוצאת הקריה האקדמית אונו.

גוטליב, ד. וקלינר-קסיר, נ., 2004. העוני בישראל ואסטרטגיה מוצעת לצמצומו, ניירות עמדה, בנק ישראל.

לכמן, מ. (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? חברה ורווחה י"ח (1), 64-45.

סדן, א. (1997). העצמה ותכנון קהילתי - תיאוריה ופרקטיקה של פתרונות חברתיים אנושיים. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

פלניצקי, א. ופרבשטיין, מ. (2005). אימוץ גישת הכוחות בשיקום והחלמה של נפגעי נפש בקהילה. בתוך, כהן, ב.צ. ובוכבינדר, א. (עורכים). מן הכוח אל הפועל, גישת הכוחות בעבודה סוציאלית. (עמ' 208-173). אונ' ת"א: הוצאת רמות.

האתר הרשמי של ארגון הבריאות העולמי: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en

DeCarlo Santiago, C., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? Journal of Clinical Psychology, 69, 115–126.

Harper, A., & Rowe, M. (2014). Financial health & social recovery. Psychiatric Services, 65(6), 707.

Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income, and mental disorder in the general population. Psychological Medicine, 38, 1485–1493.

Mills, C. (2015).The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health poverty nexus. Social and Personality Psychology Compass 9(5), 213–222.

Maslow, A.H. (1943) A Theory of human motivation. Psychological Review, 50, 370-396.

Mason, A. (2011). Mental health and poverty: A poisonous relationship. ACOSS National Conference, Melbourne, Australia.

Rapp, C.A. (1998). The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. New York, NY: Oxford University Press.

Slade, M. (2009). 100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals. London: Rethink.

# 11

# בריאות הנפש, עוני ופיתוח

מישל פאנק, נטלי דרו ומרטין נאפ

קנדה, 2014

Funk, M., Drew, N., & Knapp, M. (2012) Mental health, poverty, and development. Journal of Public Mental Health, 11(4), 166-185.

## מבוא

ארבעה מתוך כל עשרה אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות כמו סכיזופרניה, דיכאון, מוגבלות שכלית, התמכרות, אפילפסיה ואנשים שהתאבדו, חיים במדינות המאופיינות בהכנסה בינונית-נמוכה. יתירה מזאת, העניים מושפעים באופן לא פרופורציונאלי מהפרעות נפשיות. לאנשים בסטאטוס הכנסה הנמוך ביותר יש סיכון יחסי גבוה פי שמונה לסכיזופרניה לעומת אנשים בסטאטוס הכנסה הגבוה ביותר. אנשים עם הפרעות נפשיות הם בעלי סיכויים גבוהים פי ארבעה להיות מובטלים או מועסקים באופן חלקי, סיכוייהם גבוהים בשליש להיות ללא השכלה תיכונית מלאה וסיכוייהם גבוהים פי שלושה להיות גרושים. סקירה מחקרית הראתה כי במדינות המאופיינות בהכנסה נמוכה-בינונית נמצא קשר חזק מאוד בין אינדיקאטורים רבים של עוני לבין מחלות נפש רווחות. שיעורי הפרעות נפשיות נמצאו בתדירות גבוהה פי שתיים בערך בקרב העניים לעומת העשירים בברזיל, צ'ילה, הודו וזימבבווה. מחקרים במגוון מדינות הראו כי לאנשים המאבדים את מקור מחייתם סיכויים גבוהים יותר לפתח בעיות נפשיות או להתאבד. באוסטרליה, בריטניה וארה"ב, ארבעה מכל עשרה אנשים עם מחלת נפש חיים במשק בית שהכנסותיו נמוכות מסף העוני. ראיות אלה מספקות משקל לטיעון כי הפרעות נפשיות צריכות להוות נושא חשוב עבור ממשלות הנוקטות באסטרטגיות של פיתוח ויישום, עבור ארגונים ללא כוונת רווח, סוכנויות בי-לטרליות, שותפויות בינלאומיות, קרנות פרטיות ובעלי עניין אחרים.

מאמר זה, המתבסס על דו"ח ממצאי ארגון הבריאות העולמי על בריאות הנפש ופיתוח (2010), דן במגוון ההשפעות המזיקות של הפרעות נפשיות על התפתחות של מדינות: השפעות בריאותיות, חברתיות, השפעה על זכויות אדם והשפעות כלכליות. לאחר מכן יתוארו אסטרטגיות התערבות יעילות וכדאיות מבחינה כלכלית לטיפול בהפרעות נפשיות, כחלק מפעילות כוללת של פיתוח.

> "לאנשים בסטאטוס הכנסה הנמוך ביותר יש סיכון יחסי גבוה פי שמונה לסכיזופרניה לעומת אנשים בסטאטוס הכנסה הגבוה ביותר. אנשים עם הפרעות נפשיות הם בעלי סיכויים גבוהים פי ארבעה להיות מובטלים או מועסקים באופן חלקי, סיכוייהם גבוהים בשליש להיות ללא השכלה תיכונית מלאה וסיכוייהם גבוהים פי שלושה להיות גרושים".

## השפעות בריאותיות

### נטל הבריאות

הפרעות נפשיות והתמכרויות מהוות סיבות חשובות לנטל בריאותי בהיותן אחראיות ל-8.8% ו-16.6% (בהתאמה) מנטל המחלה במדינות מעוטות ובינוניות-הכנסה. דיכאון מהווה הסיבה השלישית בין הסיבות המובילות לנטל המחלה ואחראית ל-4.3% מהנטל הכולל של מחלות. במדינות מעוטות-הכנסה דיכאון מייצג בעיה גדולה כמעט כמו מלריה (3.2% לעומת 4% מכלל נטל המחלה). אבל, כספים המושקעים במאבק בדיכאון זעירים לעומת אלה המוקדשים למאבק במלריה. במדינות בינוניות-הכנסה דיכאון מהווה את הגורם התורם הגדול ביותר לנטל המחלה והוא אחראי לנטל כפול מזה שנגרם מאיידס ועם זאת תקציבים אינם מכוונים לעדיפות זו.

בהסתכלות רק על מרכיב המוגבלות בחישוב נטל המחלה, הפרעות נפשיות אחראיות לרבע עד שליש מכלל שנות החיים עם מוגבלות בארצות מעוטות ובינוניות הכנסה. דיכאון, סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית והפרעות שימוש באלכוהול הן בין עשר הסיבות הראשיות למוגבלות עקב בעיה בריאותית בכל המדינות. הדבר משמעותי משום שמוגבלות מפחיתה את יכולתו של הפרט לתרום לחיי המשפחה והקהילה ובכך משפיעה לרעה על הפיתוח הכלכלי והחברתי כאחד.

**"דיכאון, סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית והפרעות שימוש באלכוהול הן בין עשר הסיבות הראשיות למוגבלות עקב בעיה בריאותית בכל המדינות. הדבר משמעותי משום שמוגבלות מפחיתה את יכולתו של הפרט לתרום לחיי המשפחה והקהילה ובכך משפיעה לרעה על הפיתוח הכלכלי והחברתי כאחד".**

### שיעורי תחלואה ותמותה

לאנשים עם מחלות נפש כמו סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית ודיכאון סיכויים גבוהים הרבה יותר מכלל האוכלוסייה למות כתוצאה מבעיה נפשית או גופנית בלתי מטופלת. לדוגמא, לאנשים עם סכיזופרניה שיעורי תמותה גבוהים פי שניים עד שלושה יותר מהאוכלוסייה הכללית (10-25 שנים פחות בתוחלת החיים), כאשר מוות מסיבות טבעיות אחראי למירב ההפחתה בתוחלת החיים. מחלת נפש יחד עם איידס מובילה לתמותה מוגברת במדינות מעוטות-בינוניות-הכנסה, כאשר נשאי איידס מצויים בסיכון גבוה יותר להתאבדות ונמצא שיעור גבוה של תחלואה כפולה של מחלות נפש ואיידס: בין 11% לבין 63% מהמטופלים באיידס במדינות מעוטות-בינוניות-הכנסה סובלים גם מדיכאון. הופעה משותפת של הפרעות גופניות ונפשיות הקשורה לשיעורים גבוהים יותר של תחלואה ושל תמותה, מעלה את הצורך לשלב את מתן שירותי הבריאות לגוף ולנפש שכיום מפוצל. הפרעות נפשיות מחמירות את תוצאותיהן של מחלות כרוניות כמו סרטן, מחלות לב, סכרת ואיידס, בפרט באמצעות השפעתן על התנהגות לא בריאה ומסוכנת, חוסר היענות לטיפול ומשטר רפואי ותפקוד ירוד של מערכת החיסון. בנוסף, 30%-40% מהאנשים עם הפרעות נפשיות סובלים משתי הפרעות נפשיות לפחות והם בעלי סיכויים גבוהים יותר לחוות החמרה ולחוות יותר ליקויים בתפקודים חיוניים.

### נגישות לקויה לשירותי בריאות איכותיים

אחת הסיבות החשובות ביותר לשיעורי התחלואה והתמותה הגבוהים בקרב מתמודדים היא הטיפול הלא-שוויוני שהם מקבלים הן למחלות הגוף והן למחלות הנפש. בין 75% לבין 85% מהמתמודדים אינם יכולים להגיע לטיפול שלו הם זקוקים בבריאות הנפש במדינות מעוטות-בינוניות הכנסה, בהשוואה ל-35% עד 50% מהאנשים במדינות גבוהות-הכנסה. זו אף עשויה להיות הערכת חסר של פערי הטיפול. בנוסף לנגישות מוגבלת או חסומה, אנשים רבים יכולים להשיג רק טיפול בלתי הולם. מחקר בינלאומי מצא כי כ-50% מהנבדקים ביקשו טיפול לדיכאון אך רק 42% מאלה שטופלו קיבלו טיפול הולם. מחקר של ארגון הבריאות העולמי שכלל 50 מדינות הראה כי 69% מהאנשים עם הפרעות על ספקטרום הסכיזופרניה אינם מקבלים טיפול. פערי הטיפול לסכיזופרניה היו גדולים יותר במדינות שבהן הכנסה נמוכה יותר (עד 89%).

שיעורי קבלת טיפול לבעיות גופניות גבוהים בהרבה לעומת טיפול לבעיות נפשיות. במדינות מעוטות-בינוניות-הכנסה הפער היה בולט (92% טיפול בבעיות גופניות לעומת 47% בבעיות נפשיות), יותר מאשר במדינות גבוהות-הכנסה (76% ו-35% בהתאמה). פערי טיפול גדולים בקרב אנשים עם מגבלות נפשיות אינם מפתיעים בהינתן כי קרוב לשליש מהמדינות ברחבי העולם אינן מקדישות תקציבים לבריאות הנפש וחמישית מאלה שהפנו לכך תקציבים הוציאו פחות מאחוז אחד מסך תקציב הבריאות שלהן על בריאות הנפש. לא רק שהשירותים מועטים, אלא שממשלות רבות במדינות מעוטות-בינוניות-הכנסה דורשות מאנשים לשלם עבור הטיפול הנפשי, בעוד שטיפול בבעיות גופניות ניתן חינם. הדבר מהווה חיסרון ברור עבור אנשים עניים המתמודדים עם בעיות נפשיות.

שירותי בריאות כלליים מהווים חלק מרכזי של הבעיה בכך שלעתים קרובות הם אינם מזהים ומטפלים במחלות גופניות כאשר למטופלים יש בעיות נפשיות, בעוד ששירותים מומחים של בריאות הנפש מתעלמים כמעט לחלוטין מצרכי הבריאות הגופנית של מטופלים. דוחות ממדינות מעוטות-בינוניות-הכנסה מתעדים חוסר בנגישות של מתמודדים לטיפול רפואי בסיסי, כמו בדיקות מעקב בריאות כלליות, טיפולי שיניים, חיסונים, תרופות וטיפול בחתכים או פצעי לחץ.

### השפעות חברתיות

להפרעות נפשיות השפעות חברתיות מגוונות ומרחיקות לכת, כולל חוסר דיור, שיעור גבוה של מאסרים, הזדמנויות ותוצאות דלות בהשכלה, חוסר בתעסוקה והזדמנויות מוגבלות ליצירת הכנסות.

### חוסר דיור

מחקרים תיעדו שכיחות גבוהה של הפרעות נפשיות (כמו סכיזופרניה, דיכאון, חרדה, ניסיונות אובדניים, בעיות רגשיות ושימוש בסמים) בקרב מחוסרי דיור, כולל ילדים החיים ברחוב. השכיחות הגבוהה נובעת במידה רבה מסיכון מוגבר להפוך למחוסרי בית, מחוסר בטיפול וממיעוט הזדמנויות ליצירת הכנסה. חוסר דיור נמצא שכיח יחסית בקרב אנשים עם סכיזופרניה.

אנשים החיים ברחוב נמצאים גם בסיכון מוגבר לפתח מחלת נפש. תנאים כלכליים וחברתיים קשים (עוני, חוסר תעסוקה ובעיות משפחתיות) מובילים לתנועה של אוכלוסיות מאזורים כפריים לערים ובעקבותיה התמודדות עם ארעיות ומחסור בדיור, רמות גבוהות של דחק, אלימות, חוסר בנגישות ללימודים ותעסוקה וסיכונים לבריאות הנפשית הקשורים לכך.

### אוכלוסיית בתי הכלא

דיווחים ממגוון מדינות מצביעים על כך שלאסירים סיכויים גבוהים יותר להתמודד עם מחלות נפש ושימוש בסמים לעומת אנשים החיים מחוץ לכלא. לדוגמא, מחקר שבדק 193 אסירים בדרום אפריקה הראה כי 23.3% מהם אובחנו עם פסיכוזה, הפרעה בי-פולארית, דיכאון או חרדה. רובם כלל לא אובחנו או טופלו בכלא. אנשים עם מחלות נפש ו/או בעיות התמכרות מצויים בסבירות גבוהה יותר להיכנס למאסר מאשר למוסדות טיפול, במיוחד במדינות שבהן חסרים שירותים נאותים בבריאות הנפש. תנאים ירודים בבתי הכלא וחוסר בטיפול פסיכיאטרי יכולים לגרום להחמרה נוספת בבריאות הנפשית.

### הזדמנויות ותוצאות בהשכלה

נגישות להשכלה מוכרת כאבן בניין חיונית לפיתוח אנושי וכלכלי, בשל השפעותיה הנרחבות על בריאות, תעסוקה, עוני והון חברתי. ברחבי העולם, רק 5% מהילדים עם מוגבלויות גופניות או נפשיות משלימים בית ספר יסודי, בהשוואה לכמעט 90% מהילדים ללא מוגבלות. במדינות מתפתחות, 98% מהילדים עם מוגבלויות אינם משולבים בבית ספר. כאשר לילדים ומבוגרים עם מגבלות נפשיות ניתנות הזדמנויות לרכישת השכלה, הם לעתים קרובות מופלים לרעה, נדחים ומושפלים במסגרות הלימודים, במקום שיקבלו תמיכה שהם זקוקים לה.

**"שירותי בריאות כלליים מהווים חלק מרכזי של הבעיה בכך שלעתים קרובות הם אינם מזהים ומטפלים במחלות גופניות כאשר למטופלים יש בעיות נפשיות, בעוד ששירותים מומחים של בריאות הנפש מתעלמים כמעט לחלוטין מצרכי הבריאות הגופנית של מטופלים".**

מחקר שבוצע ב-21 מדינות האיחוד האירופי מצא כי 26% מהאנשים עם מחלות נפש עזבו מסגרות לימודים לפני גיל 15, בהשוואה ל-14% מהאנשים ללא הפרעות נפשיות. נתונים ארוכי טווח מאוסטרליה וארה"ב מראים כי בערך רבע מהאנשים עם מחלות נפש בגילאי 18 עזבו את בית הספר ולא השיגו תעודת סיום תיכון עד גיל 20. מחקרים בדרום אפריקה, ברזיל, הודו, פורטו-ריקו ואתיופיה מצאו כי ל- 6% עד 18% מהילדים והמתבגרים היו הפרעות נפשיות, שנקשרו לשיעורים גבוהים של נשירה מבית הספר, הישגים לימודיים ירודים, ריכוז ירוד, מוטיבציה נמוכה ושנות השכלה מועטות.

בהינתן הקשר החזק בין הפרעות נפשיות, עוני וחוסר בהשכלה והשכיחות הגבוהה של מחלות נפש, הפרעות נפשיות בלתי מטופלות בילדים הו בעלות השלכות שליליות משמעותיות ארוכות-טווח על פיתוח חברתי וכלכלי. כישלון בזיהוי וטיפול בהפרעות נפשיות בשנות הילדות משפיע באופן מזיק על תוצאות לימודיות של ילדים ועל תוצאות תעסוקה עתידיות עבור עד 20% מאוכלוסיית המבוגרים.

### יצירת הכנסות והזדמנויות תעסוקה

מחלת נפש נקשרת לשיעורים גבוהים של אבטלה, המובילה אנשים לעוני ומונעת מהם רשתות חברתיות ומעמד בקהילה. במדינות ה-OECD לאנשים עם מחלות נפש סיכויים גבוהים פי 6-7 להיות מובטלים לעומת אנשים ללא בעיות נפשיות. שיעור החוויות של אפליה בקרב אנשים עם סכיזופרניה המחפשים עבודה גבוה ועקבי בכל המדינות, על פני רמות שכר שונות. מחקר שבוצע ב-27 מדינות בדק 732 משתתפים המאובחנים עם סכיזופרניה, בהם 70% היו מובטלים וכמעט מחציתם דיווחו כי התנסו במצבי אפליה במציאת עבודה או בשמירה על מקום עבודה. אפליה תועדה בהסתייגות של מעסיקים מלהעסיק אנשים עם מחלות נפש ובסירוב של חברות אשראי למתן הלוואות למתמודדים בשל אמונה שתפקודם לקוי ואין ביכולתם לעבוד ולהחזיר הלוואה. מצבי אפליה אלה מונעים מאנשים הזדמנות לצאת מהעוני באמצעות פעילויות המייצרות הכנסה.

למרות שאנשים עם מגבלות נפשיות עשויים שלא להיות מסוגלים לעבוד בתקופות של מחלה בלתי מטופלת המגבילה את יכולתם להרוויח הכנסות מעבודה, עבור רבים, אפיזודות אקוטיות מופיעות במרווחים של בריאות טובה ורוב רובם של המתמודדים יכולים לנהל את מחלתם בעזרת טיפול ותמיכה.

כאשר מתמודדים יכולים להגיע להזדמנויות תעסוקה, לעתים קרובות הם מרוויחים פחות משאר האוכלוסייה. מחקר של ארגון הבריאות העולמי הראה כי מתמודדים הרוויחו בממוצע כשליש פחות מההכנסה החציונית, ללא הבדלים משמעותיים בין מדינות.

### השפעה על זכויות אדם

סטיגמה, מיתוסים ותפישות שגויות על מחלות נפש הם עיקר שורש האפליה והפרות זכויות האדם שחווים מתמודדים על בסיס יומיומי. חוסר ידע על מחלת נפש, סיבותיה, הסימפטומים והאפשרויות לטיפול מכוון-החלמה, מוביל לאמונות רווחות אך שגויות לפיהן מחלת נפש נגרמת על-ידי האנשים עצמם או על ידי כוחות על-טבעיים, רוחות רעות או עונש מאלוהים. במקרים רבים תפישות שליליות אלה מובילות לאלימות. סקירה מחקרית העלתה כי אחד מכל ארבעה אנשים עם הפרעה נפשית חווה אלימות בשנה האחרונה. תפישות שגויות על מחלת נפש גם מובילות לעתים קרובות להנחה כי מצבים אלה אינם ניתנים לטיפול, מתמודדים אינם נחשבים כחברים בעלי ערך בקהילותיהם ולא מוקצים משאבים כדי לספק להם שירותים או תמיכה. נטישתם כנגד רצונם לתקופות ממושכות במוסדות או בתי-כלא דלי משאבים, בלתי היגייניים ופוגעניים מהווה תוצאה נפוצה. לעתים קרובות המערכת מתעלמת מהצורך בהסכמה מדעת לטיפול, או שהטיפול פשוט אינו זמין. זכויות בסיסיות לשמירת סודיות, מידע (כולל תיקים רפואיים), פרטיות ותקשורת לעתים קרובות מופרות. במוסדות רבים תנאי המחייה אינם אנושיים ומשפילים בשל צפיפות יתר, תנאים לא סניטריים, תשתית רעועה, מזון עתיר קלוריות ועישון סיגריות נרחב.

גורם אחר שמצטרף לפגיעות אלה הוא העובדה שלאנשים עם מגבלות נפשיות חסרה נגישות למנגנוני החוק על מנת להגן על זכויותיהם, כמו מנגנוני הגשת תלונה וערעור על ריתוקם למוסד. משמעות הדבר שזכויותיהם הבסיסיות כמו הזכות למימוש סמכות חוקית והזכות להיות חופשי מעינויים, מטיפול אכזרי, לא אנושי ומשפיל ומענישה, ממשיכות להיות מופרות באופן שרירותי, כשהגורמים הפוגעים פטורים מעונש.

מתמודדים לעתים קרובות חווים הפרה של זכויות אדם גם בחיי היומיום שלהם בקהילה, עם העברת אחריות לאפוטרופוסים לקבל עבורם החלטות לגבי מקום מגורים, מעברים, עניינים אישיים וכספיים וטיפול רפואי. מתמודדים חווים גם הגבלות בנוגע לזכותם לעבוד, להשיג השכלה וכן להינשא ולהקים משפחה.

"מתמודדים לעתים קרובות חווים הפרה של זכויות אדם גם בחיי היומיום שלהם בקהילה, עם העברת אחריות לאפוטרופוסים לקבל עבורם החלטות לגבי מקום מגורים, מעברים, עניינים אישיים וכספיים וטיפול רפואי. מתמודדים חווים גם הגבלות בנוגע לזכותם לעבוד, להשיג השכלה וכן להינשא ולהקים משפחה."

בבולגריה, למשל, מתמודדים אינם יכולים לאמץ או לשמש משפחת אומנה לילדים. ברוסיה, הם אינם יכולים להגיש תביעת גירושין ועלולים לאבד משמורת על ילדיהם. במדינות רבות נמנעות ממתמודדים זכויות של השתתפות אזרחית, כמו הזכות להצביע. בתאילנד, כל מי שמוגדר בעל מוגבלות נפשית אינו יכול להצביע בבחירות. גם מאנשים תחת אפוטרופסות נמנעת זכות ההצבעה במדינות רבות. מצב זה תורם להדרה פוליטית, שלילת זכויות ואי-נראות של אנשים עם מוגבלויות.

השתתפות אין משמעותה רק הזכות לבחור ולהיבחר, אלא גם להשתתף באופן פעיל בניהול החיים הציבוריים. השתתפות מאפשרת ליצור חברה אזרחית פעילה, היכולה להשמיע את קולם של העניים ואוכלוסיות המצויות בשוליים ולהניע שינויים ברמה הארצית. יחד עם זאת, ברוב המדינות, בפרט במדינות שבהן הכנסה נמוכה-בינונית, אנשים עם מגבלות נפשיות ומשפחותיהם אינם יכולים להשתתף באופן פעיל בתהליכי קבלת החלטות לגבי סוגיות המשפיעות עליהם. הדבר שונה מאיידס ומגבלות גופניות, שבהן האנשים המושפעים באופן הישיר ביותר מהמגבלה השמיעו את דעתם והשפיעו על עיצוב המדיניות ועל אופן השימוש בכספי סיוע. כישלון זה יכול להיות מוסבר בחלקו בהיעדר התארגנות של מתמודדים בחלקים רבים של העולם, במיוחד במדינות מתפתחות. מכל מקום, ההנחה כי לאנשים עם מגבלות נפשיות חסרה יכולת לתרום באופן משמעותי לחברה בגלל מחלת הנפש, גם היא מהווה חסם משמעותי להשתתפותם בתהליכי קבלת החלטות.

### השפעה כלכלית

**עוני**

אנשים עם הפרעות נפשיות נמצאים בסיכון הרבה יותר גבוה להידרדר לעוני לעומת אנשים אחרים. לעתים אין ביכולתם לעבוד בגלל המחלה. אם הם מועסקים, הסימפטומים עלולים לגרום ליותר ניצול של ימי מחלה, או יצרנות מופחתת המובילה להפחתת הכנסות, הזדמנויות לקידום, זכאות להטבות פרישה, או להפחתת כיסוי בביטוחי בריאות. לאדם עם היסטוריה של מחלת נפש לא יהיו אותן הזדמנויות כמו לאנשים אחרים לצבור הון אנושי (כמו רכישת מיומנויות), המאפשרות לאנשים תחרותיות בחיפוש עבודה או בקידום. ההשפעה על הון אנושי יכולה להיות מזיקה במיוחד אם המחלה החלה בילדות או בנעורים, כפי

שקורה עם הרבה מההפרעות הנפשיות. בנוסף, אפליה, שהיא חזקה במיוחד ביחס להפרעות נפשיות, יכולה למנוע מאנשים באופן שיטתי הרבה הזדמנויות תעסוקתיות.

עוני גם חושף אנשים לגורמי סיכון לפתח או להחמיר הפרעות נפשיות. לדוגמא, הגבלת הזדמנויות של השכלה ותעסוקה, חשיפה לסביבות חיים מסוכנות, חובות, שימוש בסמים ואלימות, כולם נמצאו קשורים לבריאות נפשית לקויה. יתירה מזאת, אנשים החיים בעוני לעתים קרובות אינם יכולים להגיע לטיפול או שעליהם להוציא חלק יחסי גבוה מהכנסתם עבור טיפול וכך מחמיר עוד יותר מצבם הכספי הבלתי יציב ממילא. אנשים עם הפרעה בלתי מטופלת לעתים קרובות צריכים להישען על תמיכה כספית מבני משפחה כדי לספק צרכים בסיסיים ולשלם עבור טיפול כלשהו. בני משפחה לעתים צריכים לפנות זמן כדי לטפל ולתמוך בבן/ת המשפחה החולה באופן שמצמצם את יכולתם לעבוד ומשפיע לרעה על הכנסתם, על תנאי הפרישה וזכאויות הביטוח שלהם וכך מגביר עוד יותר את הסיכון לעוני. ההשפעות הכלכליות, אם כך, מפושטות אף מעבר לאדם המתמודד, עם השפעה משמעותית על כלל הכנסות משק הבית. מחלות כרוניות אחרות יכולות אף הן להוביל לעוני, אך במקרה של הפרעות נפשיות ישנו אתגר נוסף של סטיגמה ואפליה, המגבירות עוד יותר את הסיכון לפגיעה בבריאות הנפשית, להישנות המחלה ולעוני.

### פיתוח כלכלי

ככלל, אי-טיפול במחלת נפש יקר יותר מאשר מתן טיפול, בשל העלויות העקיפות הנקשרות לתחלואה. עלויות רבות של מחלות נפש בלתי מטופלות מתרחשות מחוץ למגזר שירותי הבריאות, באובדן תעסוקה, היעדרות מעבודה, תפקוד גרוע בעבודה ופרישה מוקדמת. מחקר העריך את העלות השנתית הכוללת של דיכאון ב-28 מדינות אירופיות ב-118 מיליארד יורו, מהם 36% נבעו ישירות מעלויות הטיפול (תרופות, אשפוזים) ו-64% נבעו מאובדן תעסוקה, יצרנות מופחתת ותשלומים מוגדלים לביטוחים והטבות. הפורום הכלכלי העולמי העריך את העלות הגלובאלית הנובעת מהפרעות נפשיות בסכום של 2.5 טריליון דולר לשנת 2010 (ועלייה ל- 6 טריליון $ עד 2030), מהם כשני שליש עלויות עקיפות. להפרעות נפשיות השפעות משמעותיות על העבודה וההון, בהפחתת התוצר הכלכלי הגלובאלי. בין 2011 לבין 2030, הפרעות נפשיות יהוו גורם לאובדן מצטבר של 16.3 טריליון דולר, שיוביל להשפעה דרמטית על איכות החיים, יותר מהעלות הצפויה של מחלות לב (15.6 טריליון $) ויותר מהנטל הכלכלי המשותף של מחלות סכרת, סרטן ודרכי הנשימה (14.8 טריליון $).

**"השתתפות אין משמעותה רק הזכות לבחור ולהיבחר, אלא גם להשתתף באופן פעיל בניהול החיים הציבוריים. השתתפות מאפשרת ליצור חברה אזרחית פעילה, היכולה להשמיע את קולם של העניים ואוכלוסיות המצויות בשוליים ולהניע שינויים ברמה הארצית".**

### התערבויות מומלצות בבריאות הנפש לשיפור הפיתוח

הון הנוצר במדינות לא תמיד חודר עמוק מספיק כך שהעניים ביותר והפגיעים ביותר יוכלו ליהנות ממנו; אי-שוויון כלכלי הולך וגובר בחלק מהמדינות. כיוון שמטרה ראשונית של תכניות פיתוח היא לעזור לעניים ביותר והפגועים ביותר, אנשים עם הפרעות נפשיות מהווים מוקד חשוב להתערבות.

כפי שצוין, ישנן סוגיות עצומות הדורשות התייחסות בתחום הבריאותי, החברתי, הכלכלי ובתחום זכויות האדם, אבל יש גם התערבויות עם יעילות מוכחת שיכולות לסייע לשיפור המצב. תכניות המכוונות לצמצום העוני נחוצות כדי לשבור את המעגל בין מחלות נפש ועוני. אלה חייבות לכלול מדדים המתייחסים ספציפית לצרכיהם של מתמודדים, כמו נגישות ויעילות של שירותים ותמיכות, הזדמנויות לתעסוקה, השכלה ודיור ואכיפת הגנה על זכויות אדם. הרבה מדינות שבהן הכנסה נמוכה זיהו את בריאות הנפש כסוגיה חשובה ועם זאת אין להן משאבים ומומחיות כדי לטפל בבעיה. כמו-כן, לא תמיד נעשה שימוש יעיל בהשקעות כספיות, לדוגמא, מוסדות פסיכיאטריים נבנו כאשר הראיות הטובות ביותר הצביעו על הצורך בהעברת השירותים לקהילה. הצבת מחלות נפש על סדר היום של ארגוני הפיתוח יהווה צעד מכריע בכוון הנכון.

### קידום השכלה

במירב המדינות שבהן הכנסות נמוכות, שירותי בריאות הנפש לילדים ומתבגרים נעדרים כמעט לחלוטין. הדרת ילדים עם מוגבלויות מלימודים מהווה אפליה ומובילה להחרפת השוליות וההדרה שלהם. יתירה מזאת, אנשים עם מגבלות נפשיות (וכן אנשים עם בעיות רגשיות ולקויות למידה שאינם מגיעים לקריטריונים של אבחנה קלינית) זקוקים לתמיכה בבריאותם הנפשית על מנת שיוכלו להשיג השכלה אופטימאלית. מוסדות לימוד חייבים לזהות ולסייע לילדים ומתבגרים אלה.

ישנן כיום ראיות גוברות ליעילותן של התערבויות חינוכיות והוריות בגיל הצעיר. לדוגמא, תכניות לגיל הרך התומכות בהתפתחות

קוגניטיבית, סנסו-מוטורית ופסיכו-סוציאלית וביחסי הורה-ילד. ישנן עדויות מוצקות לכך שהשקעה בהתפתחות בגיל הצעיר היא יעילה ביותר וגם עומדת במבחן עלות-תועלת, עם שיפור במצב הנפשי והקוגניטיבי בטווח הקצר, חיזוק הביטחון העצמי, מערכות יחסים ומוטיבציה. יתרונות ספציפיים כוללים שיפור בשיעור ההרשמה ללימודים, כניסה בגיל מוקדם יותר לבית הספר, שיעורי התמדה וביצועים לימודיים גבוהים יותר. יתרונות לטווח-הארוך כוללים הפחתת הצורך במאסרים, בטיפול בהתמכרויות, בדמי אבטלה ותועדו השפעות חיוביות רבות על חיי הבגרות. התערבויות בילדות המוקדמת ובהורות מהוות בבירור הזדמנות מרכזית להשקעה בפיתוח.

**שירותי טיפול ומניעה**

התערבויות, כולל תרופתיות, פסיכו סוציאליות וגישות של ניהול טיפול לאנשים עם סכיזופרניה, דיכאון, שימוש באלכוהול, אפילפסיה ומניעת אובדנות, הוכחו כיעילות במקומות שונים בעולם. התערבויות אלה הפחיתו את חומרת הסימפטומים, את השפעת המוגבלות ואת הנטל על המשפחות. שיפור בקוגניציה, בפעילויות חיים ובהשתתפות חברתית (כולל שימוש בתמיכת עמיתים) נמצאו משמעותיים ונשמרו לאורך זמן. השיפורים נראו בתפקודים בתחומים שאותם הגדירו המשתתפים כחשובים בחיי היומיום (עבודה, חיי משפחה וחברה, טיפול בילדים ועבודות הבית), כך שטיפול יכול להועיל הן למתמודדים והן לקהילות; בתחום ההתמכרויות, דרושה התייחסות דיפרנציאלית המזהה אוכלוסיות יעד ספציפיות להתערבות (כמו צעירים) ומתייחסת למאפיינים ודפוסים מקומיים הקשורים לצריכת אלכוהול וסמים; מניעת אובדנות דורשת פעולה מקיפה, הצריכה לכלול לפחות את ההתערבויות היעילות הבאות: הפחתת הגישה לאמצעים אובדניים, דיווח תקשורתי אחראי, זיהוי מוקדם וטיפול באנשים עם הפרעות נפשיות והתמכרויות.

**התערבות במסגרת טיפול רפואי ראשוני**

מחקרים הראו כי שירותי בריאות הנפש המסופקים במסגרת רפואה ראשונית מובילים לתוצאות בריאות טובות, כולל שירות המכוון לאוכלוסיות עניות. הגדלת חבילת ההתערבות הראשונית לטיפול בסכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית, דיכאון ושימוש מסוכן באלכוהול על פני 10 שנים ידרוש השקעה נוספת של 0.20$ לנפש בלבד בשנה במדינות שבהן הכנסה נמוכה ו-0.30$ במדינות בהן ההכנסה בינונית-נמוכה.

הוצעו עשרה עקרונות לשילוב מוצלח של בריאות הנפש בתוך הטיפול הראשוני, החל מהנחיות מדיניות ברורות והקצאת משאבים ברמה הלאומית ועד מחויבות ובניית יכולות ברמה המקומית. ההתערבויות הטובות ביותר שתוארו בדו"ח ארגון הבריאות העולמי הראו כיצד מדינות יכולות לשפר את הידע והמיומנויות של עובדי הבריאות ואת הביטחון שלהם במתן התערבויות בבריאות הנפש וכך להוביל לשיפור בתוצאות בריאותיות וחברתיות של מטופלים. הדו"ח אף מספק הנחייה מפורטת כיצד ניתן לשלב ולהרחיב את הטיפול בבריאות הנפש במסגרת הרפואה הראשונית.

**צמצום העוני ויצירת הכנסות**

אנשים עם הפרעות נפשיות יכולים לעבוד ולהיות יצרניים, במיוחד כאשר ניתנת להם נגישות לשירותים ותמיכה, כולל טיפול וייעוץ, תרופות, פיתוח מיומנויות תעסוקתיות ותמיכה חברתית, כמו תמיכת עמיתים וביקורי בית. יחד עם זאת, יש להתגבר על חסמים משמעותיים לתעסוקה כמו סטיגמה ואפליה. במדינות ה-OECD, תכניות לתעסוקה נתמכת, בעזרתן מתמודדים מבצעים עבודה בשכר בליווי תמיכה והכשרה מתמשכת, מובילות לשיעורי תעסוקה גבוהים יותר, שכר גבוה יותר, יותר שעות עבודה חודשיות ושיפור בבריאות הנפשית.

למרות שעבודה בשכר היא הדרך היעילה ביותר למניעת נסיגה של מתמודדים לחיי עוני, לעתים, כאשר אנשים מאבדים את עבודתם או אינם יכולים להיכנס (או לחזור) לעולם העבודה, הם זקוקים לרשת ביטחון כלכלית כמו קצבאות נכות או דמי אבטלה. מענקים וקצבאות זמינים ברוב המדינות המפותחות אך לא במדינות עניות. החלטת האו"ם בדבר זכויות של אנשים עם מוגבלויות מבליטה את החשיבות של מתן הכנסה הולמת, עם רשת ביטחון כלכלית למתמודדים

"אי-טיפול במחלת נפש יקר יותר מאשר מתן טיפול, בשל העלויות העקיפות הנקשרות לתחלואה. עלויות רבות של מחלות נפש בלתי מטופלות מתרחשות מחוץ למגזר שירותי הבריאות, באובדן תעסוקה, היעדרות מעבודה, תפקוד גרוע בעבודה ופרישה מוקדמת".

"התערבויות, כולל תרופתיות, פסיכו סוציאליות וגישות של ניהול טיפול לאנשים עם סכיזופרניה, דיכאון, שימוש באלכוהול, אפילפסיה ומניעת אובדנות, הוכחו כיעילות במקומות שונים בעולם. התערבויות אלה הפחיתו את חומרת הסימפטומים, את השפעת המוגבלות ואת הנטל על המשפחות".

ומשפחותיהם. מחקרים שעסקו באוכלוסיות פגיעות אחרות הראו כי לקבלת תשלומי קצבה השפעה חיובית על הבריאות הנפשית.

**זכויות אדם**

אמצעים עיקריים שניתן לנקוט כדי לקדם ולהגן על זכויות של אנשים עם מגבלות נפשיות כוללים אשרור ויישום של הצהרת האו"ם בדבר זכויות של אנשים עם מוגבלויות. הצהרה זו מטילה מחויבויות על ממשלות ועל הקהילה הבינלאומית לקדם הכלה והשתתפות מלאה של אנשים עם מגבלות נפשיות בחיי הקהילה, כולל שירותים המכוונים למניעת ניצול ופגיעה בהקשרים של טיפול וחיי הקהילה. החלטת האו"ם מגינה על כלל טווח הזכויות, כולל הזכות של אדם לנהל את ענייניו הכספיים, להינשא ולהקים משפחה, להשתתף בחיים הציבוריים והפוליטיים, להשיג נגישות להשכלה ועבודה, תנאי מחייה הולמים והזכות לקבלת שירותי בריאות ושיקום.

פיתוח ויישום של מדיניות וחוקים בבריאות הנפש מהווים זרז נוסף ביצירת שינוי. לדוגמא, החוק לטיפול בבריאות הנפש בדרום אפריקה, המשלב זכויות אדם בינלאומיות וסטנדרטים של ההתערבויות הטובות ביותר, הוביל לרפורמה של השירותים ברמה המחוזית והמקומית. מדיניות וחקיקה המנוסחות היטב, באוריינטציה של זכויות אדם, יכולות לסייע להבטיח נגישות לשירותי בריאות נפש איכותיים בקהילה. מדיניות וחקיקה יכולות למנוע פגיעה בצרכני השירותים ולקדם את זכויותיהם. ביכולתן לאפשר מנגנוני תלונה וערעור ופרוצדורות להפסקת פעולות שרירותיות של מעצר או החזקה באשפוז כפוי. מדיניות וחקיקה מקיפה וכוללנית יכולות להעצים אנשים עם מגבלות נפשיות לבחור עבור עצמם ולקדם שילוב והשתתפות מלאה בקהילה. מנגנונים עצמאיים של מערכות השירותים מאפשרים פיקוח על התנאים במסגרות ומוסדות ומסייעים להבטיח כי התנאים מקובלים, מציעים איכות טובה של טיפול ומכבדים זכויות אדם.

**"ההתערבויות הטובות ביותר שתוארו בדו"ח ארגון הבריאות העולמי הראו כיצד מדיניות יכולות לשפר את הידע והמיומנויות של עובדי הבריאות ואת הביטחון שלהם במתן התערבויות בבריאות הנפש וכך להוביל לשיפור בתוצאות בריאותיות וחברתיות של מטופלים. הדו"ח אף מספק הנחייה מפורטת כיצד ניתן לשלב ולהרחיב את הטיפול בבריאות הנפש במסגרת הרפואה הראשונית".**

נושא מרכזי נוסף לשמירה על זכויות אדם הוא חיזוק החברה האזרחית בתחום בריאות הנפש, בפרט במתן שירותי תמיכה הדדית ועזרה עצמית. קבוצות לעזרה עצמית יכולות להוות מרכיב מרכזי בתכניות בריאות הנפש במסגרות דלות משאבים. קבוצות כאלה נקשרו מחקרית לתוצאות בריאות טובות יותר.

ארגוני החברה האזרחית של מתמודדים גם הם קריטיים להבטחת השתתפותם האקטיבית והמשמעותית בעניינים ציבוריים וליצירת שינוי חיובי בבריאות הנפש. הפרספקטיבה הייחודית שלהם משמעה שהם נמצאים בעמדת מפתח לזהות את האסטרטגיות היכולות לתת את המענה הטוב יותר לצרכיהם. באמצעות שדולות ממשלתיות, השתתפות בתהליכי קבלת החלטות, הגברת מודעות לגבי זכויות אדם וגינוי לפגיעתן, תנועת הצרכנים בבריאות הנפש יכולה להשתתף באופן אקטיבי ביצירת שינוי.

יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

רח' משה הס 12, ירושלים 9418513 | טלפון 02-6249204 | פקס: 02-6234326 | דוא"ל: office@ispraisrael.org.il

# טופס הצטרפות ליספר"א

לחץ/י כאן למילוי טופס הצטרפות אינטרנטי ← www.ispraisrael.org.il

שם משפחה _____ שם פרטי _____

כתובת למשלוח קבלה _____

טלפון _____ סלולרי _____

דוא"ל _____

ארגון/שירות _____ תפקיד: _____

מספר שנות ניסיון בתחום השיקום הפסיכיאטרי _____

מהן הציפיות שלך מארגון יספר"א? אנא, ציין עד שלוש ציפיות:

1. _____

2. _____

3. _____

**דמי חבר לשנת 2016:**
**איש/אשת מקצוע: 120 ₪**
**מתמודד/ת / מדריך/ה / בן/בת משפחה / סטודנט/ית: 80 ₪**
**דמי החברות כוללים השתתפות בכנס השנתי**

<u>אופן התשלום:</u> את הטופס יש לשלוח לפקס: 02-6234326 או באמצעות דוא"ל office@ispraisrael.org.il

1. ניתן לשלם באמצעות שיק לפקודת יספר"א ולשלוח בצירוף הטופס/ים שמילאתם לכתובת:
יספר"א, האגודה הישראלית לשיקום פסיכאטרי, רח' משה הס 12, ירושלים 9418513.

2. תשלום באמצעות כרטיס אשראי (ישראכרט, דיינרס או ויזה) בטל': 02-6249204 בין השעות 9:00 - 15:00

**הצהרה:** אני מצהיר/ה בזאת שאני מזדהה עם מטרות האגודה וערכיה המבוססים על עקרונות ההחלמה והשיקום ושאפעל לקידומן.

חתימה _____ תאריך _____

הטופס מופנה לגברים ולנשים כאחד, ומנוסח בחלקו בלשון זכר מחמת מגבלות השפה העברית.

**יספר"א. בונים קהילה מקצועית**
**לקידום השיקום הפסיכיאטרי בישראל.**
www.ispraisrael.org.il