התערבות קבוצתית להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות

עמית ימין, מ.א.[1,2], פרופ׳ דיויד רועה[1], פרופ׳ פיליפ ט. יאנוס[3], פרופ׳ פול ה. ליסאקר[4]

מחלת נפש טומנת בחובה את הסכנה שתגדיר את זהותו של האדם כזהות הכוללת רק את המחלה עצמה ולא היבטים נוספים בזהות ובתפיסת העצמי. לצד התחושה של אובדן העצמי כתוצאה מהמחלה, אדם המתמודד עם מחלת נפש חווה תכופות גם כרסום בתחושת העצמי שלו כתוצאה מקיום עמדות חברתיות של סטיגמה, אשר מופנמות (סטיגמה עצמית) ומשפיעות על תפיסתו את עצמו. ידוע כי סטיגמה עצמית מהווה מכשול בפני תהליכי החלמה של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. במטרה לסייע לאנשים להפחית את הסטיגמה העצמית, פותחה התערבות קבוצתית אשר מתמקדת בנושא זה. במאמר נתאר את מרכיבי ההתערבות: לימוד פסיכו־חינוכי, הבניה קוגניטיבית ועיבוד נארטיבי של סיפורים מהעבר וההווה של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. כמו כן, נביא תיאור מקרה של משתתפת מהקבוצה כדי להדגים את התהליך אשר עברה בקבוצה. באמצעות ההתערבות מתאפשרים הרחבה ועיבוי של נארטיבים אשר הפכו צרים ומצומצמים בעקבות המחלה והסטיגמה הנלווית לה, באופן שיכללו חלקים נוספים בזהותו של האדם מלבד המחלה.

כל מחלה, בעלת השפעות קשות ככל שתהיה, יכולה להפוך לאובייקט נפרד מהחוויה הסובייקטיבית ומזהותו של האדם. על־ידי פיתוח רגשות, תפיסות ופרשנויות כלפי המחלה ועל־ידי הכוונת פעילויות כלפיה, אדם יכול להפריד בין ה׳עצמי׳ (אשר מרגיש, חושב, מפרש ופועל) ובין ׳המחלה׳ (האובייקט של פעילות העצמי).

אך מה במקרה של מחלת נפש, אשר עשויה לנגוס בלב הסובייקטיביות של האדם, לפגוע בתחושת העצמי ולקחת בשבי את ההיבטים האינטימיים ביותר בעולמו הפנימי של האדם? את מחשבותיו, תפיסותיו ורגשותיו? האם פסיכוזה יכולה להכניע את האדם, לשבות את עולמו הפנימי ואת חווית העצמי שלו, עד אשר האדם ׳הופך׳ להיות המחלה עצמה, או שאדם עשוי להחזיק בעולמו הסובייקטיבי ובחוויית העצמי שלו למרות המחלה?

אסטרוף (1) התייחסה לסכיזופרניה, הקשה שבהפרעות הפסיכוטיות, כאל "I am Illness", כאל מחלה שטומנת בחובה סכנה שתגדיר מחדש את זהותו של האדם, כזהות שכוללת רק את המחלה עצמה ומוחקת היבטים אחרים בזהותו, עד אשר יחוש כי איבד את זהותו הקודמת. כתוצאה מאובדן הזהות עלול אדם המתמודד עם מחלת נפש לחוש כי איבד את מקומו בעולם וכן את תפקידיו החברתיים הקודמים. קין (2) מיטיבה לתאר תחושה זו:

"מאז שאובחנתי כסובלת מסכיזופרניה, הסימפטומים שלי גברו בכל פעם שאושפזתי. למרות הקולות ששמעתי, המחשבות המוזרות שהופיעו והפרנויה שחוויתי, מה שהפחיד אותי יותר מכול הייתה התחושה המתמדת שאיבדתי את עצמי, שהעצמי שלי אינו שייך לי כבר ("my self no longer belonged to me")... הרגשתי כי המחשבות, הרגשות והמעשים שלי אינם שייכים לי יותר, אני פועלת כאוטומט אבל שום דבר לא באמת עובד בתוכי. הסכיזופרניה הִשתיקה את העצמי האמיתי שלי" (2, עמ׳ 1).

תחושת האובדן של ׳מי שהייתי קודם׳, מלווָה פעמים רבות בתחושות של חוסר אונים, ייאוש ופסיביות, המובילות לתחושת היעדר יכולת להשפיע על מהלך החיים העכשוויים והעתידיים. כאילו ניטלו מהאדם כל יכולותיו, כמו גם תחושת המסוגלות האישית שלו.

לצד התחושה של אובדן העצמי כתוצאה מהמחלה, אדם המאובחן עם הפרעה נפשית קשה חווה תכופות גם כרסום בתחושת העצמי שלו כתוצאה מקיומן של עמדות סטיגמטיות מושרשות, הקיימות משחר ההיסטוריה כלפי אנשים המתמודדים עם מחלות נפש. סטיגמה מוגדרת כדרך שבה אנשים בחברה מתייחסים לקבוצה חברתית על פי הסטריאוטיפים והדעות הקדומות הקיימות כלפי אותה קבוצה. קוריגן (3) מציג מודל המתאר שלושה שלבים במעבר מקיום

[1] החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה.
[2] ביה"ס הארצי להכשרה, הדרכה והטמעת התערבויות שיקומיות מקדמות החלמה בבריאות הנפש, הקריה האקדמית אונו.
[3] המחלקה לפסיכולוגיה, אונ׳ ניו יורק, NYU.
[4] המרכז הרפואי רודבוש, המחלקה לפסיכיאטריה, ביה"ס לרפואה, אונ׳ אינדיאנה.
ymin@netvision.net.il

מילות מפתח: תפיסה עצמית, זהות, סטיגמה, סטיגמה עצמית, נארטיב.

sihot july 2012.indb 278 30/07/2012 14:58:56

סטריאוטיפים ועד להתנהגות מפלה כלפי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש:

1. שלב הזיהוי – כאשר חברים בקהילה מזהים כי האדם מתמודד עם מוגבלות נפשית;

2. שלב הסטריאוטיפים והדעות הקדומות – בו חברים בקהילה מייחסים לפרט המזוהה עם הקבוצה את התכונות הסטריאוטיפיות של החברים בה (למשל: "מתמודדים הם אנשים מסוכנים אשר לא ניתן לִצְפות את התנהגותם"). סטריאוטיפ מוגדר כתיאור מוגזם ומוכלל כלפי כל מי שמשתייך לקבוצה מסוימת. דעה קדומה מהווה הסכמה עם הסטריאוטיפ ומובילה לתגובה רגשית;

3. שלב האפליה – הדעה הקדומה הופכת להתנהגויות ולמעשים אשר נקטים באופן לא שוויוני כלפי קבוצות אנשים שונות. תהליך זה של תיוג שלילי וההשלכות החברתיות (התנהגויות מפלות) הקשות הנלוות לו, משפיעים על זהותו של האדם (1, 4).

ידוע כי סטריאוטיפים, דעות קדומות וכן האפליה הנלווית להם מופנמים והופכים להיות מרכיב מרכזי בזהותו של האדם המתמודד עם מחלת נפש. סטיגמה מופנמת, או כפי שנכנה אותה להלן 'סטיגמה עצמית', מתייחסת לתהליך בו אדם המתמודד עם מחלת נפש קשה מאמץ באופן לא־מודע דעות סטיגמטיות (כגון: מסוכנות, חוסר יכולת) אשר רווחות בחברה הכללית. כתוצאה מהפנמת עמדות אלו, מצטמצמת ולעתים אף נמחקת זהותו שקדמה לפרוץ המחלה (כגון, זהותו כסטודנט, כבן משפחה משמעותי, כאדם פעיל בחברה) (5). חשוב לציין כי תהליכי הפנמה של עמדות סטיגמטיות אינם נחלתם הבלעדית של אנשים המתמודדים עם מחלות נפש, למרות שבמאמר נתמקד באוכלוסייה זו. כולנו, ברמה כזו או אחרת, מושפעים מתפיסותיהם של אחרים אותנו וכן מעמדות חברתיות רוֲוחות. ראוי לציין בהקשר זה את 'פרדוקס ההכרה' אשר מתארת בנג'מין (6), אשר לפיו, כל אחד מאיתנו זקוק לאישורו של האחר כדי להתקיים. עם זאת, כדי לזכות באישורו של האחר, עלינו להכיר ראשית בקיומו של האחר בזכות עצמו ולא כאובייקט עצמי – self-object. כדי להכיר בקיומו של האחר עלינו להשלים עם מוגבלות העצמי שלנו ולהכיר בתלותנו באחר. בניית הזהות של כל אחד מאתנו, אם כך, מתקיימת במרחב בין־סובייקטיבי ונבנית בתוך קשר ודיאלוג עם תפיסת האחר, אשר מופנמת בתהליך הזהות. כאשר מדובר באנשים המתמודדים עם מחלת נפש, ידוע כי תפיסות 'האחר', רוויות על פי רוב בהכללות ועיוותים רבים, שלחלקם אין בסיס מציאותי. בשל כך, אנשים המתמודדים עם מחלת נפש מדווחים פעמים רבות כי השלכותיה של הסטיגמה והפנמתה קשות לא פחות מהשפעותיה של המחלה עצמה. הראיות מצביעות על כך כי לשליש מהאנשים המתמודדים עם מחלת נפש יש רמה גבוהה של סטיגמה מופנמת (7, 8). סטיגמה מופנמת זו משפיעה, הן על ההיבטים הסובייקטיביים והן על ההיבטים האובייקטיביים של ההחלמה, כולל חוסר תקווה (8, 9, 10) (Hopelessness), ביטחון עצמי ירוד (10, 11, 12) וקשרים חברתיים מצומצמים (8).

התהליכים הפנימיים של אובדן תחושת העצמי והזהות שתכופות נובעים מהמחלה ומועצמים על־ידי התהליכים החברתיים המקבילים של אובדן תפקידים חברתיים מוערכים, יחד עם היותו של אדם נתון לסטיגמה חברתית חזקה, תורמים לתהליך בו האדם הופך פגיע במיוחד לחוויית אובדן הליבה של זהותו הקודמת ואימוץ זהות החולה על־ידו (5).

מסע ההחלמה של אדם המתמודד עם מחלת נפש כרוך תכופות בחיפוש מחדש אחר תחושת העצמי והרחבת זהותו, באופן שתכלול הגדרה מחודשת של היבטים בזהות שלו (identity re-definition) וכן פיתוח מרכיבים חדשים אשר לא היוו חלק מזהותו הקודמת (identity growth) (13, 14, 15). חיפוש מחודש והרחבה של הזהות (identity) ושל תחושת העצמי (sense of self) הופכים להיות משימה מורכבת שבעתיים עבור אנשים שחווים סטיגמה חזקה, כפי שמתארת זאת דיגן, פסיכולוגית קלינית בארה"ב שאובחנה בצעירותה כסובלת מסכיזופרניה: "מצאתי את עצמי תוהה כיצד אלה מאיתנו שחוו באופן העמוק ביותר הפחתת ערך (דה־ולואציה) כתוצאה מתיוגם כחולי נפש, יוכלו לנוע מחשיבה שאין להם כמעט ערך או שום ערך בכלל, לגילוי הערך הייחודי שלהם" (16, עמ' 37). דיגן מניחה לפתחנו אתגר זה של גילוי עצמי מחודש.

על אף הראיות המוצקות אשר מעידות על השפעתה השלילית של הסטיגמה העצמית על הזהות ותחושת העצמי, דבר המהווה מכשול בתהליך ההחלמה של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש, מעטים המאמצים שנעשו עד כה לפתח התערבויות טיפוליות שיקומיות אשר יתמקדו בניסיון לתת מענה לתהליך זה. ידוע לנו על ארבע תוכניות התערבות בלבד, אשר ביקשו לעסוק בנושא הסטיגמה העצמית בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש קשה (17, 18, 19, 20, 21). ממצאים שעולים ממחקרים שליוו תוכניות התערבות אלו מצביעים על מגבלותיהן של התערבויות חינוכיות בצמצום הסטיגמה העצמית. עם זאת, הם תומכים בהצלחה הפוטנציאלית של התערבויות שמתקיימות במערך קבוצתי ואשר מתמקדות לא רק בחינוך, אלא אף בשינויים באופן שבו אנשים תופסים את עצמם ואת חייהם (22).

מטרתנו במאמר הנוכחי לתאר התערבות טיפולית שיקומית חדשה שפותחה בשנים האחרונות, שמטרתה להיענות לאתגר זה שמציבה דיגן בפנינו. ההתערבות שתתואר להלן מתמקדת בניסיון להשתחרר מכבלי הסטיגמה העצמית, במטרה לאפשר הבניה מחודשת של הזהות ותחושת העצמי של האדם המתמודד עם מחלת נפש.

ההתערבות, אשר פותחה בתמיכת מענק מארגון הבריאות הלאומי בארה"ב (NIMH) שניתן למחברים 2, 3, 4 של מאמר זה, מתקיימת במערך קבוצתי ונקראת "הטבה נארטיבית וטיפול קוגניטיבי" – Narrative Enhancement and Cognitive Therapy for Self Stigma (NECT) (22), או כפי שידועה בישראל: "הקבוצה להפחתת סטיגמה עצמית".

sihot july 2012.indb 279 30/07/2012 14:58:57

'הקבוצה להפחתת סטיגמה עצמית' (להלן NECT) מהווה הזמנה לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש קשה (SMI – severe mental illness) לשוב ולקחת חלק אקטיבי במסע ההחלמה שלהם, שבמהלכו יוכלו לחקור איך הסטיגמה החברתית משפיעה על תפיסתם את עצמם וללמוד דרכים לאתגר תפיסה עצמית זו. בבסיס ההתערבות נמצאת ההכרה כי הסטיגמה העצמית המופנמת אינה דבר שיש להשלים איתו וכי ניתן לשנותו. בהיעדר יכולת מלאה להשפיע על הסטיגמה החברתית הרווחת, המוזנת בין היתר מפחד ובורות, נטען כי קיימת בידי האדם המתמודד עם מחלת נפש היכולת לשנות את האופן בו הוא תופס את עצמו. כל זאת במטרה להרחיב את זהותו מזהות צרה ומצומצמת, בה המחלה מהווה לעתים מרכיב מרכזי, לזהות עשירה ומלאה יותר. באמצעות ההזמנה לאנשים לשוב ולספר את הסיפור שלהם ולצקת לתוכו משמעויות חדשות, עשוי הנארטיב של האדם להתרחב ולכלול בתוכו היבטים רחבים יותר של זהות שאינה נשלטת כולה על־ידי המחלה.

הבסיס התיאורטי של ההתערבות

התערבות קבוצתית זו נשענת על שלוש גישות מרכזיות המיושמות כיום בפרקטיקה העוסקת בליווי תהליכי החלמה בתחום השיקום בבריאות הנפש: הגישה הפסיכו־חינוכית, הגישה הקוגניטיבית והגישה הנארטיבית.

1. **הגישה הפסיכו־חינוכית** עוסקת במתן מידע אובייקטיבי המבוסס על עובדות, במטרה לאתגר עמדות רוויות בסטיגמה עצמית, שמיתוסים חברתיים רווחים מזינים אותן (למשל, "אנשים עם מחלת נפש הם אלימים ומסוכנים"). גישה זו מעודדת דיאלוג בין הידע הקיים ברשות איש המקצוע לידע הקיים ברשות המתמודד, מעמדה של כבוד והדדיות (23). הגישה מניחה כי ידע מהווה כוח ומעצים את האוחז בו וכי למתמודד זכות מלאה לרכוש ידע זה ולבחור איזה שימוש לעשות בו בתהליך ההחלמה שלו.

2. **הגישה הקוגניטיבית** עוסקת באתגור אמונות מוטות, שליליות ולא סתגליות של האדם ובהבניה קוגניטיבית (24) במחשבות חילופיות, גמישות ותואמות מציאות. הבניה קוגניטיבית מהווה מרכיב מרכזי ברוב הטיפולים הקוגניטיביים־התנהגותיים (CBT) ומסייעת לאנשים להיות מודעים יותר למחשבותיהם האוטומטיות במטרה ללמוד לאתגר אותן, על־ידי בחינת הראיות אשר תומכות במחשבות אלו או שוללות אותן.

הבניה קוגניטיבית רלוונטית להפחתת סטיגמה עצמית, היות שסטיגמה עצמית כוללת מערך של אמונות שליליות לא סתגליות אשר אנשים מפתחים ומחזיקים בהן ביחס לעצמם (כגון, "אינני מסוגל לנהל את חיי", "אני מהווה סכנה לאחרים" או "איני יכול לסמוך על רגשותיי כי אני חולה"). בנוסף, CBT הותאם בהצלחה על־ידי מיגוון חוקרים ומטפלים לטפל בתפיסות לא סתגליות בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש קשה. כמו כן, מחקרים מבוקרים הראו ש־CBT הוביל להפחתת הסימפטומים ולשיפור התפקודים הקשורים לטיפולים הרגילים (25, 26, 27) בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. ההנחה כי התערבות זו עשויה לסייע לאנשים לזהות סטיגמה עצמית כקשורה לאמונות שליליות ושגויות שפיתחו ולאתגר אמונות אלו, תואמת מסקנות תיאורטיות קודמות (28) וניתוחי מקרה (29).

3. **הגישה הנארטיבית** – לפיה אנשים מבנים באופן אקטיבי את סיפור חייהם על־ידי המשמעות שהם מייחסים לאירועים שהם חווים – היא 'סיפור המסגרת' של ההתערבות (30, 31, 32). מחקרים רבים מצביעים על כך שחווייתם של אנשים את זהותם העצמית אינה מושפעת רק או אפילו בעיקר מהאמונות המסוימות שיש להם על עצמם, אלא מהמשמעות שהם נותנים לאירועים בחייהם אשר נאספים לסיפור שמגדיר את זהותם (33, 34, 35). ידוע כי מחלת נפש עלולה לקטוע רצף של סיפור חיים ולצמצם את זהותו של האדם ל'זהות דקה' וחד־מימדית, אשר משמיטה היבטים שהיו משמעותיים בהגדרת זהותו הקודמת (36). תצפיות פנומנולוגיות שנערכו מראות כי מחלות נפש קשות מערבות לרוב צמצום משמעותי ביכולתו של האדם לספר את סיפור חייו כסיפור מתפתח (37, 38).

בנוסף, ידוע כי לסטיגמה כוח רב בצמצום הנארטיב שאדם מחזיק ביחס לעצמו. אי לכך, הפנמת הסטיגמה איננה רק עניין של אמונות שגויות שאדם מחזיק ביחס לעצמו, אלא שאמונות שגויות אלו צובעות באור שלילי ומשנות את הסיפור שהאדם מספר על עצמו וכן את זהותו. למשל, אדם המפנים את עמדת הסביבה כי הוא 'סכיזופרן' או 'מקרה אבוד', יסבול מטווח רחב של רגשות, כגון ייאוש, צער, חוסר מסוגלות והיעדר תקווה. רגשות אלה עלולים להשפיע על האופן בו יחווה ויחיה את חייו. יש להניח כי אדם שזהו הנארטיב שלו יימנע מליזום קשרים חברתיים, מליצור לעצמו הזדמנויות תעסוקתיות ומלשאוף לחיות חיים בעלי משמעות וערך.

מחקרים שנערכו על־ידי דיוידסון (39) ואחרים (40) הראו כי כאשר אדם מקבל על עצמו את הסטיגמה החברתית לפיה הוא אינו כשיר או מסוכן, הוא עלול להסיק כי אין עתיד ממשי בסיפורו, אשר הופך להיות סיפור צר של כישלון וייאוש. ייתכן כי יחשוב שאינו ראוי אפילו לסיפור חיים ולעתיד משלו או שיפסיק לראות עצמו כגיבור הסיפור של חייו (41, 42).

דבריה של אילאיל צין, עובדת סוציאלית במקצועה (43), מבטאים זאת היטב: "תוך כדי השתלבותי המוצלחת בתפקיד החולה, הפסקתי לראות את עצמי כמו שהייתי קודם, כאדם בעל יכולות. יותר נכון, ידעתי שהיכולות קיימות בתוכי, אבל איש אינו מאמין בהן או יכול לראותן. גם אני התחלתי להסתכל על עצמי כעל אדם חולה שאינו מסוגל לעשות כלום וחמור מכך – כאדם שאינו מעניין איש. הפכתי לעציץ. עציץ שיש להשקותו ולשים בשמש. וזהו" (43, עמ' 10).

ההנחה בבסיס ההתערבות היא כי נארטיבים שמחלישים את האדם המחזיק בהם ואשר נשלטים על־ידי סטיגמה עצמית חזקה (שמקורה בסטיגמה החברתית הרווחת) עשויים לעבור

sihot july 2012.indb 280 30/07/2012 14:58:57

בהדרגה תהליך של הבנייה מחדש, הרחבה ועיבוי, כך שיעובדו לסיפורים המושתתים על תפיסה אינטגרטיבית יותר של העצמי. תפיסה זו עשויה להיות יותר עשירה ורב־מימדית ופחות מושפעת מהסטיגמה החברתית.

ההנחה שלנו, כי התערבויות אשר מכוונות לשינוי נארטיבי יהוו מאפיין חשוב בטיפול בסטיגמה מופנמת, תואמת ממצאי מחקרים המעידים כי עבודה נארטיבית בטיפול פסיכותרפויטי היא יעילה (40, 44, 45). מחקרים מראים כי פסיכותרפיה עשויה לסייע למתמודדים להבנות מחדש נארטיב העוסק בהיבטים של משמעות, תקווה וזהות בחייהם (40, 46).

לאור כל האמור לעיל, אנו מניחים כי להתערבות המתוארת יש יכולת לסייע באתגור אמונות שליליות לא סתגליות והחלפתן באמונות חיוביות יותר, כמו גם לסייע בהבניה מחודשת של זהות עשירה ומלאה יותר, אשר כוללת בתוכה היבטים נוספים מלבד המחלה, בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת נפש.

תיאור ההתערבות

מדובר בהתערבות הבנויה מעשרים מפגשים שמתקיימים אחת לשבוע במערך קבוצתי, בני שעה כל אחד. התערבות טיפולית־שיקומית זו היא מובנית ונשענת על הידע הקיים ברשותנו בנוגע לטיפול קוגניטיבי־התנהגותי (CBT) וטיפול נארטיבי. מרכיבי ההתערבות הם:

1. **מרכיבים פסיכו־חינוכיים,** שמטרתם לאתגר עמדות סטיגמטיות לגבי מחלות נפש והחלמה ולהחליפן בעובדות המתבססות על ממצאים אמפיריים.
2. **הבניה קוגניטיבית מחדש,** המכוונת ללמידת כישורים לאתגור אמונות שליליות לגבי העצמי ולהציע דרכי חשיבה חילופיות, דרך למידה ותרגול בקבוצה.
3. **עיבוד נארטיבי,** המתמקד ביכולתו של האדם להרחיב את הנארטיב של עצמו באופן שיכליל היבטים נוספים, כולל התמודדות ותקווה.

ההתערבות שפותחה מתקיימת במערך קבוצתי מתוך אמונה שלמערך קבוצתי כמה יתרונות בולטים. ראשית, אנו מאמינים כי גיבוש זהות דרך בניית הנארטיב האישי נעשה תמיד בתוך הקשר קבוצתי ומושפע ממנו (המשפחה, קבוצת השווים ומעגלים חברתיים רחבים יותר). אי לכך, לקבוצה יש כוח עצום גם בהרחבת הזהות מחדש, באמצעות הנארטיב שמסופר מחדש באופן אקטיבי על־ידי 'גיבור' הסיפור לקהל שומעים (30).

שנית, לקבוצה יש יכולת לתת תמיכה לעמיתיה (47), אשר משמשים קבוצת עדים בתהליך העיבוד הנארטיבי והסיפור מחדש (30). הקבוצה מקנה הזדמנות לאינטראקציה עם קהל שומעים, אשר מסייע בהרחבת סיפורים צרים ורוויים בסטיגמה עצמית לסיפורים עשירים יותר. כך, למשל, משתתף אשר מתאר את עצמו כמי ש"בחיים לא מצליח להתמיד לאורך זמן בשום דבר" עשוי לקבל משוב מחברי הקבוצה על נחישותו להגיע לקבוצה או על הצלחתו להגיע לעבודה שבה הוא עובד ארבע שעות כל יום, למרות הקושי הכרוך בכך. משוב זה עשוי לאתגר את הנארטיב הדומיננטי של הכישלון ולהזמין את המשתתף לבחון סיפורים אלטרנטיביים עבור עצמו.

חוברת העבודה הטיפולית

ההתערבות מלווה **בחוברת עבודה** (manual) אשר המשתתפים בקבוצה מקבלים במפגש הראשון ועובדים בה עד סופה לאורך התהליך. החוברת מאפשרת ללמוד יחד מידע אשר סותר מיתוסים קיימים, ללמוד מיומנויות קוגניטיביות חדשות ולתרגל אותן וכן לכתוב סיפורים בנוגע לעצמם ולתת להם משמעות מחודשת. העבודה עם חוברת מעבירה מסר של כבוד והדדיות, תוך התייחסות אל המשתתף כאל אדם חושב ולומד וכאל שותף פעיל בתהליך ההחלמה שלו.

לצד הכתיבה בחוברת מתקיים דיון פתוח בסוגיות המועלות לאורך ההתערבות, תוך שימת דגש על המשוב הניתן בין חברי הקבוצה על התכנים המועלים.

בנוסף לחוברת העבודה למשתתף, מצויד המנחה גם **בחוברת הדרכה למנחה** (practitioner's guide) אשר מפרטת את הרציונל של כל פרק ואת המיומנויות והפרקטיקה הנדרשות בו. חוברת ההדרכה מלווה את המנחה במהלך כל ההתערבות ומהווה 'מפת דרכים' אשר מתווה את דרכו. הנחיית הקבוצה, תוך שימוש בחוברות העבודה, נעשית על־ידי אנשי מקצוע אשר עברו הכשרה מוקדמת ומקבלים הדרכה שוטפת לאורך הפעלת ההתערבות. העבודה עם החוברות מאפשרת נאמנות למודל (fidelity) והטמעה רחבה בשירותי השיקום השונים, אשר עוסקים בליווי תהליכי החלמה ושיקום של אנשים המתמודדים עם מחלות נפש.

מבנה ההתערבות

1. **יחידת ההנחיה** – מומלץ כי את הקבוצה ינחו שני מנחים, כדי שיוכלו להעניק את תשומת הלב האישית הרצויה לכל אחד מהמשתתפים. כמו כן, שני מנחים יוכלו לחזק ולספק תמיכה אחד לשני וליצור המשכיות בתהליך. מיומנויות ההנחיה כוללות יכולת ללמד, לתמוך ולעבד רגשית תהליכים ולכן רצוי ששני מנחים ייקחו חלק בהתערבות. הכרחי כי מנחי הקבוצה יקבלו הדרכה שוטפת מאיש מקצוע בכיר במהלך הנחיית הקבוצה.
2. **גודל הקבוצה** – הגודל האידיאלי של הקבוצה הוא בין 6-8 משתתפים, לא כולל המנחים.
3. **Setting** – ההתערבות מונה עשרים מפגשים שבועיים. אורך כל מפגש קבוצתי שעה.

כל מפגש מתחיל בהתחברות ראשונית של כמה דקות, הכולל בדיקת שלומם של המשתתפים שהגיעו, אזכור אלה שלא הגיעו, אזכור תוכן המפגש הקודם בקצרה ותיאור תכני המפגש הנוכחי. פתיחה זו מהווה הזמנה ל'בדיקת דופק' אישי וקבוצתי,

sihot july 2012.indb 281 30/07/2012 14:58:57

כאשר המשתתפים מוזמנים לספר בקצרה על חוויותיהם מאותו השבוע ועל מחשבות ורגשות שעלו בהם בעקבות המפגש הקודם. לאחר חלק זה מגיע 'לב המפגש' אשר במהלכו חברי הקבוצה עובדים יחד על החומר, דרך קריאה משותפת, תרגול בכתב ודיון בעל פה של הנושאים הנלמדים. חברים המתקשים לכתוב בעצמם מוזמנים להסתייע בחבר קבוצה אחר או באחד המנחים. מי שחפץ מוזמן לשתף את יתר החברים במה שכתב וכן במחשבותיו ורגשותיו. חלק זה מוקדש גם להדהוד קבוצתי ובו מוזמנים חברי הקבוצה להגיב האחד על דבריו של השני, מתוך עמדה מכבדת וסובלנית כלפי דעות ועמדות שונות של האחר. סיום המפגש מוקדש לסיכום התכנים שעלו, כאשר לעתים, לפי שיקול דעתם של המנחים, מוזמנים המשתתפים לעשות משימות בית מתוך החוברת.

להלן תיאור חמשת חלקי ההתערבות:

1. היכרות ובניית חוזה קבוצתי

מטרת הפרק להזמין את האנשים להתחיל לחקור איך הם תופסים וחווים את עצמם, את המחלה עימה מתמודדים ואת 'מערכת היחסים' בינם לבין המחלה. עצם ההזמנה יוצרת עמדה רפלקטיבית בה האדם מוזמן להתבונן על עצמו ולנקוט עמדה אקטיבית ביחס לעצמו ולזהותו. השאלות בפרק זה מזמינות הזדמנות ליצור הפרדה בין האדם למחלה כבר מהאופן בו הן נשאלות, כך שהאדם יכול לחוות את העצמי שלו, לעתים אחרי שנים מרגע שקיבל את האבחנה, כנפרד מהמחלה. האדם נשאל על עצמו ("כיצד אתה תופס את עצמך בנקודה זו בחייך?"), רק אחר כך על מחלתו ("כיצד אתה תופס את המחלה עימה אתה מתמודד?") ובסיום הפרק על מערכת היחסים בינו ובין המחלה ("כיצד אתה תופס את מערכת היחסים בינך ובין המחלה עימה אתה מתמודד?"). כלומר, ישנו **האדם** וישנה **המחלה**, כשתי ישויות שונות ומובחנות, שהאדם מוזמן להתבונן על אופי הקשר ביניהן. זו עמדה חדשה עבור אנשים רבים שתוייגו על־ידי החברה לאורך זמן כ'משוגעים' ושהפנימו תיוג זה ותופסים את עצמם כ'סכיזופרנים', כשהמחלה הפכה להיות הזהות המרכזית ולעתים אף היחידה שלהם. ההזמנה לרפלקציה אקטיבית, סוללת כבר בשלב זה את הדרך להבניה נארטיבית שאנשים עושים ביחס למציאות חייהם. ההנחה כי לאדם היכולת להיות בעל השפעה על עצמו, על זהותו כמו גם על מחלה עימה הוא מתמודד (ולא רק להיות נתון לחסדיה של המחלה), אשר נמצאת בבסיס הגישה הנארטיבית, מהווה מרכיב מרפא ומעצים בהתערבות זו. בעוד שאנשים מתבקשים לעתים לדון בהשפעותיה של המחלה על חייהם, כאן הם מוזמנים לחקור גם את השפעתם על המחלה.

במהלך הפעלת ההתערבות מצאנו שלושה אופנים שכיחים בהם אנשים הגדירו את הקשר (מערכת היחסים) שלהם עם המחלה עימה הם מתמודדים. **האופן הראשון** כולל תיאור לא מובחן של הקשר בין האדם למחלה, כאשר עצם השאלה וניסיון להגדיר את הקשר מעוררים מבוכה ובלבול ("איך אני יכולה לדעת מה אני מרגישה כלפי המחלה אם אני לא יודעת מה המחלה שלי?! אני מרגישה עצמאית, אבל אני בכל זאת לוקחת כדור פסיכיאטרי, אז באיזה מובן יש לי מחלת נפש?"). לעתים מדובר באנשים אשר לא נשאלו או שאלו את עצמם מאז שחלו כיצד היו מגדירים את עצמם. עבורם, עצם ההזמנה להתבוננות אינטרוספקטיבית מהווה אפשרות להתחלה של בניית נארטיב אחר, בו האדם קיים והמחלה קיימת, כשהאדם מוזמן לחקור את הקשר עימה ולהשפיע על מהלך הקשר העתידי ביניהן.

באופן השני, מתוארת המחלה כחלק מרכזי ובלתי נפרד מזהותו של האדם ("המחלה היא כמו שכבות שכבות שמכסות אותי, כמו עשרה סוודרים עליי"). במקרה זה המחלה 'צובעת' את כל זהותם של האנשים ומגדירה את מי שהם כאשר אין הפרדה בינם לבין המחלה, אשר הפכה להיות 'גיבורת' הסיפור שלהם ונתפסת כקובעת את מהלך החיים וההגדרה העצמית שלהם. **באופן השלישי**, מתוארת המחלה כמרכיב מסוים בזהות, אך לא בהכרח כמרכיב שמשתלט או 'שובה' מרכיבי זהות נוספים ("אני רוקד עם המחלה שלי, זהו הריקוד של חיי בצל המחלה, שתלוי במצבי הנפשי בכל רגע נתון"). במקרה זה, חש האדם כי יש לזהותו קיום עצמאי אף מעבר למחלה. שאיפתנו היא לאפשר לאדם, באמצעות ההתערבות והתהליך הקבוצתי אשר מתחילים כבר בשלב זה, לשוב ולהיות הפרוטגוניסט, גיבור הסיפור של עצמו, אשר יש לו השפעה אקטיבית על מהלך חייו.

כאמור, מתחילת ההתערבות המשתתפים מוזמנים לחקור שאלות אלו, כאשר אין 'נכון' או 'לא נכון' או תשובה שמצופים לענות. אין דרך אחת לתאר את המחלה או את 'מערכת היחסים' עימה. קיימות דרכים שונות בין אנשים שונים וכן דרכים שונות אצל אותו אדם, בזמנים שונים. יש חלקים רבים לסיפור ומתנהל ביניהם משא ומתן מתמשך, כאשר האדם מוזמן לקחת חלק פעיל במשא ומתן על המקום שכל חלק יתפוס בנארטיב שלו. אנשים מוזמנים להתחיל 'להרכיב מחדש את הפאזל', לאחות בין חלקים שהיתה ביניהם פרגמנטציה, כדי לצקת משמעות וליצור רצף מחודש בסיפור שנקטע עקב פרוץ המחלה. ההתמודדות עם שאלות אלו עשויה להיות טעונה רגשית, מבלבלת ומאיימת לעתים, מעצימה ומעוררת תקווה פעמים אחרות. גם מנחים ותיקים ומנוסים, אשר לא הורגלו בעבר לדבר באופן ישיר על המחלה והשלכותיה מעמדה מכבדת ואמיתית של שותפות עם המתמודדים, עשויים לחוש מבוכה ובלבול, תחושות שהם מוזמנים לעבד בהדרכה שלהם על ההתערבות.

אורך פרק זה כשני מפגשים.

2. למידה פסיכו־חינוכית

החלק השני כולל מרכיב פסיכו־חינוכי המורכב מידע מחקרי, שעשוי לחזק ולתרום להרחבת הסיפור של המשתתפים את עצמם. ידע זה מהווה כוח ויש לו פוטנציאל לסייע לאנשים על־ידי תיקוף חלק מחוויותיהם ומתן תחושת ביטחון ביחס לחוויות קודמות ולאירועים שחוו. מטרת הידע הנלמד, אינו להחליף 'תסריט' ישן, אלא לאתגר תפיסות סטיגמטיות שהופנמו עם

sihot july 2012.indb 282 30/07/2012 14:58:57

השנים כתוצאה ממפגש עם מיתוסים חסרי בסיס ועמדות חברתיות מוטעות. תהליך הלמידה הוא הדדי ומתרחש תוך שותפות ודיאלוג בין שני מומחים (15, 23). האחד, האדם עצמו – יש הכרה במומחיותו ביחס לחוויותיו ולניסיון החיים שלו. השני, המנחה, אשר מציע את הידע המחקרי ואובייקטיבי יותר באופן מכבד ונגיש עבור האדם בקבוצה, אשר יבחר אם ואיזה שימוש לעשות בידע זה.

פרק זה מתמקד יותר בלמידה ופחות בהתבוננות אישית, אם כי ניתן בו גם מקום לחקור את השפעת הידע החדש על כל אחד מהמשתתפים. ההנחה היא כי למידה משותפת במסגרת הקבוצה תקדם תהליכים של העצמה אישית ואיתגור סיפורים צרים וסטיגמטיים. אלה עשויים לסייע בפיתוח דיאלוג חדש של האדם עם עצמו ועם סביבתו, שבמהלכו יוכל לקחת תפקיד מוביל בעזרת הידע שרכש.

הפרק עוסק בתחילה בלמידת המושגים 'החלמה', 'סטיגמה' ו'סטיגמה עצמית', שמהווים את אבני היסוד לידע הנוסף ולדיאלוג הקבוצתי שיתפתח בהמשך. אחר־כך, בא איתגור מיתוסים חברתיים רווחים, כדוגמת 'אנשים המתמודדים עם מחלת נפש הם אלימים' או 'אנשים המתמודדים עם מחלת נפש אינם מסוגלים לעבוד בשום עבודה', על־ידי לימוד משותף של עובדות הסותרות מיתוסים אלה. חברי הקבוצה מוזמנים לחקור את המיתוסים שהופנמו על־ידם והפכו למה שאנו מכנים 'סטיגמה עצמית'. שוב, כמו בפרק הראשון, גם כאן מוזמן האדם להפריד בין קיומן של עמדות סטיגמטיות חברתיות לעמדות שלו עצמו, כאשר עצם ההזמנה טומנת בחובה אפשרות להפרדה בין שתיהן, מתוך עמדה אקטיבית שאדם מוזמן לקחת. המסר המועבר בחלק זה של ההתערבות הוא כי גם אם אין ביכולתו של אדם לשנות מיתוסים חברתיים רווחים וסטיגמה חזקה, יש ביכולתו לשנות את האופן בו **הוא** תופס את עצמו. לאדם הזכות לבחון אילו עמדות סטיגמטיות הפנים ומאילו היה רוצה 'להיפטר', כעת כשיש בידו ידע אובייקטיבי יותר ויכולת לעשות שימוש אקטיבי בידע זה.

הדיאלוג הקבוצתי מתקיים על פי עקרונות הגישה הפסיכו־חינוכית ועוסק בין היתר בדיון על המפגש של אנשים עם עמדות סטיגמטיות ומיתוסים רווחים בחיי היום־יום. המפגש עם הסטיגמה החברתית מעורר רגשות ותפיסות מגוונים, אותם מוזמנים המשתתפים לזהות, לשתף ולחקור את השפעתם.

במהלך הפעלת ההתערבות מצאנו קשת רחבה ביותר של רגשות אשר הביעו המשתתפים בנוגע למפגש שלהם עם הסטיגמה, כגון ייאוש וחוסר אונים ("כשבאתי לתרום דם לא רצו לקבל את תרומת הדם שלי כי אני חולה נפש... הרגשתי ש'דבשת הסטיגמה' שעל גבי מובילה לייאוש וחוסר תקווה"), כעס ("פעם הייתי ממש צריך לשכנע מטפלת שלי שאני לא אלים, היא לא האמינה לי! ואני לא האמנתי עד כמה היא יכולה להיות בּוּרָה וסטיגמטית!"), אשמה ובושה ("עד היום אני חושבת שאבא שלי מת מבושה. אני גרמתי לו להתבייש כי חליתי ואני בטוחה שהוא מת כועס. עליי") ואף התקוממות כנגד הסטיגמה ("חברה שניתקה איתי קשר כשחליתי פגשה אותי ברחוב ושאלה אם אני רוצה לחדש את הקשר. עניתי לה: כשהייתי חולה לא הייתי מספיק טובה בשבילך ועכשיו כשאני בסדר, אני כן?!"). אלה הם רק חלק ממגוון רגשות שעולים במפגש עם עמדות סטיגמטיות רווחות.

לצד זיהוי ומתן לגיטימציה לספקטרום הרחב של הרגשות שעולים במפגש עם הסטיגמה, הפרק מסייע להבין כיצד עמדות סטיגמטיות הופנמו (הפכו מסטיגמה לסטיגמה עצמית) וצמצמו את הזהות ואת תפיסת העצמי של האדם, כאשר אנשים מוזמנים לבדוק האם גם הם הפנימו עמדות כאלו ואחרות. כמו כן, אנשים מוזמנים להתחיל 'למיין' מחדש באילו מהעמדות הללו הם מעוניינים להמשיך להחזיק ועל אילו היו רוצים לוותר, היות שהן אינן נתמכות עובדתית וברור כעת שמקורן בהפנמה של הסטיגמה החזקה.

הדיאלוג המחודש שאדם מוזמן לקיים בנוגע לתפיסות סטיגמטיות שהופנמו, מתקיים הן בינו לבין עצמו והן בינו לבין יתר חברי הקבוצה. דוגמה לקיום הדיאלוג **בין האדם לבין עצמו** ניתן למצוא בדבריו של משתתף אשר אמר בקבוצה "מי שנפגע נפשית מרגיש הכי נמוך. כאילו אין לו יכולות בכלל. קשה לשים את המחלה בצד. אתה מקבל מסר שאתה לא מסוגל לכלום – וזה באמת נכון" או בדברי משתתפת אחרת ששיתפה כי "בכיתה ז' אמרו עליי שהבאתי את המחלה על עצמי ומאז אני בטוחה שאני אשמה בזה שאני חולה". דוגמה לקיום הדיאלוג **בין האדם לחברי הקבוצה** האחרים ניתן למצוא בדבריה של משתתפת באחת הקבוצות, אשר משתפת כי חוששת שהיא "מנותקת מהמציאות", כי אמרו לה שמי שישן הרבה מנותק מהמציאות. משתתף אחר אומר לה: "אם אני לא טועה, את מתפקדת והולכת לעבודה כל יום. אמרת בעצמך שזה קורה בימי חופש בלבד. אז למה לא לישון ביום חופש?!" ומשתתפת נוספת מגיבה: "אם את צריכה לישון הרבה שעות, האם זה בהכרח אומר שאת מנותקת מהמציאות?!". תגובת המשתתפת היא כי חשוב לה מה חושבים עליה וכי היא חוששת מהסטיגמה. אם חס וחלילה תישן הרבה, יגידו לה לדבריה, כי היא "חולה ופחות טובה מאחרים".

אורך חלק זה כשלושה מפגשים.

3. עיצוב קוגניטיבי

לאחר ההזמנה לבחון את הקשר בין האדם למחלתו וללמוד ידע עובדתי שעשוי לאתגר מיתוסים בהקשר למחלה, המיקוד עובר ללמידה ולתרגול של אסטרטגיות חשיבה שמטרתן לסייע לאדם לרכוש כלים לזהות ולהתנגד להפנמת הסטיגמה. כפי שטענו קודם, סטיגמה עצמית כוללת מערך של אמונות שליליות לא סתגלניות אשר אנשים מפתחים ומחזיקים ביחס לעצמם (כגון "איני יכול לסמוך על רגשותיי כי אני חולה") ולכן יש חשיבות רבה בלימוד אסטרטגיות חשיבה שיאתגרו מערך חשיבה זה, הכולל אמונות שליליות רוויות בסטיגמה עצמית. פרק זה נפתח בלימוד העקרונות הבסיסיים של עיצוב קוגניטיבי מחדש, הכוללים לימוד ההבדלים בין מחשבות לרגשות, לימוד הקשר ביניהם ולמידה על יחסי הגומלין והשפעות

sihot july 2012.indb 283 30/07/2012 14:58:58

הדדיות של מחשבות ורגשות. בהמשך הפרק לומדים חברי הקבוצה יחד לזהות מחשבות שליליות אוטומטיות וטעויות חשיבה נפוצות, הניזונות מסטיגמה עצמית, במטרה לפתח דרכי חשיבה חילופיות אשר יכולות לתפוס את מקומן של מחשבות שליליות בלתי סתגלניות. הדבר נעשה על־ידי תרגול אישי וקבוצתי שדרכו יכולים האנשים לזהות ולאתגר מחשבות שליליות אלו שמקורן בעמדות סטיגמטיות שהופנמו, תוך כדי הפיכת הקבוצה למעין מעבדה אנושית, בה אנשים חוקרים את דפוסי החשיבה שלהם ולומדים להשתמש בדפוסי חשיבה חילופיים ביחס לעצמם.

כך, למשל, נלמד דפוס החשיבה האוטומטי השלילי של 'הגרוע מכול יקרה' (קטסטרופיזציה – מחשבה כי הנורא מכול יקרה גם כאשר הסבירות לכך נמוכה) ואנשים מוזמנים לבחון עד כמה הוא קיים בחייהם, באמצעות ניתוח אירועים מחיי היום־יום בקבוצה. בהמשך, נלמדות אסטרטגיות לחשיבה חילופית, כדוגמת 'אני כמדען חוקר' (חקירת העדויות התומכות במחשבה השלילית האוטומטית והעדויות השוללות אותה) ומתקיים תרגול במסגרת הקבוצה ובבית, בין המפגשים.

דוגמה לכך ניתן למצוא בניתוח אירוע שאותו הביאה משתתפת למפגש קבוצתי. היא סיפרה כי פגשה לאחרונה חברה מהתיכון, אשר לא התראתה עימה מזמן. החברה אמרה לה שלום מהוסס ומיהרה ללכת, מותירה את המשתתפת עם מחשבות שליליות אוטומטיות, רוויות בסטיגמה עצמית, על כך שהחברה "בוודאי מיהרה ללכת כי מתביישת להיראות בחברתה", כי "פוחדת ממנה" וכי "אינה רוצה שום קשר עם אדם חולה". באמצעות הקבוצה נבחנו המחשבות האוטומטיות ובאמצעות תרגול של אסטרטגיות חשיבה חילופיות הוצעו מחשבות חילופיות למשתתפת, על־ידי חברי הקבוצה, כגון "אולי היא מיהרה לעבודה ולכן לא נשארה איתך" או "אולי לא רצתה להביך אותך ולכן לא יצרה קשר מעבר לאמירת שלום".

ההנחה היא כי מחשבה אחרת, רוויה פחות בסטיגמה עצמית, תייצר רגש שונה והתנהגות שונים. כך, במקום לחוש בושה או חוסר אונים, רגש שנגרם כתוצאה ממערך האמונות השליליות ואשר עלול להוביל להתנהגות של נסיגה אל תוך עצמה או לפגיעה בשיגרת יומה, עשויה המשתתפת לחוש כעת פחות בושה ולהמשיך את התנהלות היום־יום עם משא מעט פחות כבד על כתפיה.

חשוב לומר כי עיצוב קוגניטיבי דורש תרגול ואימון רבים, אשר המשתתפים מוזמנים לעשות הן במסגרת הקבוצה והן בבית, בין מפגש למפגש. אי לכך אורך חלק זה כשמונה מפגשים, כדי לאפשר תרגול ותחילת הטמעה של אסטרטגיות חשיבה חילופיות.

4. עיבוד נארטיבי

לאחר שניתנה למשתתפים ההזדמנות לאתגר תפיסות סטיגמטיות שהופנמו (סטיגמה עצמית), באמצעות מידע נרכש (החלק הפסיכו־חינוכי) ועיצוב קוגניטיבי (החלק הקוגניטיבי), עוסקת ההתערבות, בחלקה האחרון, בעיבוד נארטיבי. בשלב זה, הקבוצה לרוב כבר פיתחה לכידות קבוצתית משמעותית (significant group cohesiveness) (47) המאפשרת עיבוד רגשי. הרציונל העומד בבסיס מיקום פרק זה בשלב מתקדם של הקבוצה הוא כי חבריה מרגישים כעת שיכולים לחקור נושאים משמעותיים ביחס לעצמם במרחב בטוח, אשר מרגישים בו יותר בנוח עם יתר חברי הקבוצה ועם המנחים. במצב זה, המשתתפים יכולים להיתמך ולתמוך ומוכנים יותר לקחת צעד נוסף במשימת השיתוף בקבוצה בסיפורים אישיים. פרק זה מתמקד בתהליך ההבניה המחודשת של נארטיבים בנוגע לעצמי, למחלה ולהתמודדות עימה, נארטיבים שהיו עד כה לרוב רוויים בסטיגמה עצמית. המשתתפים מוזמנים לכתוב (או לספר) ולשתף את הקבוצה בסיפורים אלה, הנוגעים למאורעות עכשוויים ולסיפורים מהעבר. אחד התרגילים למשל, מתייחס להתמודדות עם המחלה:

"כעת נבקש ממך לחשוב על סיפור הקשור להתמודדותך עם מחלת הנפש. תוכל להתייחס לאחד מהסעיפים הבאים ולכתוב על כך" (מה השתנה בחיי בעקבות ההתמודדות עם המחלה/ עד כמה אני מרגיש שאני יכול לשלוט במחלתי כיום ולא היא בי/ כיצד התמודדותי עם המחלה משפיעה על אנשים אחרים וכיצד אנשים אחרים משפיעים על התמודדותי עם המחלה/ שינויים שהמחלה הביאה איתה לחיי/ מסע ההחלמה שלי).

תהליך העיבוד הנארטיבי מתמקד בניסיון להרחיב את התפיסה העצמית באמצעות הכללת סיפורים בעלי היבטים של העצמי אשר אבדו או בודדו בעבר מהנארטיב של האדם. נוכחות הקבוצה, כקהל עדים לסיפור שבו לוקח כעת האדם תפקיד פעיל בהבנייתו מחדש, מאפשרת למשתתפים הזדמנות ליצור ולהרחיב את סיפוריהם האישיים אל מעבר למחלה ולסטיגמה. פרק זה מתמקד גם באופן בו הסיפורים הללו עלולים להיות מושפעים על־ידי מחשבות שליליות קוגניטיביות, שמקורן באמונות רווחות מוטעות בנוגע למחלות נפש. המטרה היא לאפשר למשתתפים ללמוד ולתרגל כישורים אשר מספקים הזדמנויות לדון ולשכתב את סיפוריהם האישיים וכן לחוות ולהפנים את התפקיד המעצים של היותם מספרי הסיפור של עצמם וגיבוריהם של סיפורים אלה.

כך, למשל, סיפור רווי כישלון וסטיגמה עצמית כגון "היה לי חלום ללמוד באוניברסיטה אבל חליתי בזמן הלימודים ואני אף פעם לא אצליח שוב ללמוד" נבחן מחדש בקבוצה, בעזרת הידע הנרכש (לאנשים עם מחלת נפש היכולת להתקדם בחייהם, ללמוד ולעבוד) ואסטרטגיות החשיבה החילופיות שנלמדו בפרקים הקודמים ("נכון שלא למדתי לימודים אקדמיים כבר שנים רבות, אך אני למדתי מהר את עבודתי וכאן בקבוצה אני מקשיבה ולומדת את כל החומר בלי לאבד ריכוז").

פרק העיבוד הנארטיבי מציע תוספת חשובה לכל מה שנעשה עד כה, בהיותו פרק שמאפשר למשתתפים לאסוף את כל חלקי הסיפור, שעד כה נגעו בהם, לנארטיב קוהרנטי אשר המשתתפים יוצקים לתוכו משמעויות נוספות. בתהליך זה

sihot july 2012.indb 284 30/07/2012 14:58:58

מתאפשרת צמיחה והרחבה של הזהות (15). בשלב זה, מתחילים להתפתח סיפורים נוספים, רחבים ועשירים יותר, הכוללים היבטים של יכולת, התמודדות ותקווה. לחברי הקבוצה האחרים ולמנחים תפקיד חשוב בתהליך העיבוד הנארטיבי, בהיותם עדים קשובים וסקרנים לסיפור המתפתח ובכך שלוקחים חלק פעיל בהרחבת האלטרנטיבות לנארטיב המתפתח (כפי שמשתתף אמר למשתתפת אחרת: "בקבוצה את התלמידה המצטיינת שלנו, את מצליחה להתרכז ולהקשיב יותר טוב מכולנו, אולי אם את יכולה ללמוד כאן תוכלי ללמוד גם בעוד מסגרות").

מיומנות טיפולית מרכזית בחלק זה היא של שאילת שאלות מרחיבות, המכוונות את האדם להתבונן על היבטים שונים בחייו באופן שונה מזה שהיה רגיל ולהאירם באור חדש. שאלות כגון "מה החוויות שעברת לימדו אותך על עצמך?", "איך התגברת על זמנים קשים בחייך?", "מה היה אומר עלייך מישהו שמכיר אותך היטב ואוהב אותך?" או "מה מניע אותך להמשיך למרות הסטיגמה החזקה?" מכוונות את האדם להתבונן על עצמו באופן אחר מזה שרגיל ולחבר את חלקי הפאזל של סיפור חייו באופן יותר קוהרנטי ורציף. הפרק מזמין את האדם לקחת חלק אקטיבי בבניית הנארטיב והמשמעויות הנלוות לו, בעוד שלעתים בעבר חש כי אחרים מכתיבים את הסיפור שלו. כפי שניתן לראות בסיפור הבא שהובא לקבוצה בשלב זה, להזמנה זו עשויות להיות משמעויות גם במציאות חייו של האדם ובבחירות אותן עושה עבור עצמו.

כך, למשל, בחרה משתתפת בקבוצה לשתף בשלב העיבוד הנארטיבי בחוויות מן האמהות שלה לבת מתבגרת אשר נלקחה ממנה כשחלתה, חוויות אשר השפיעו על תפיסתה כאשה וכאם. השיתוף בסיפור וההתייחסויות אליו איפשרו למשתתפת לקראת סיום הקבוצה לראות עצמה באור אחר ולקחת תפקיד אקטיבי יותר כאם. היא סיפרה בקבוצה: "לפני שבוע הבת שלי באה לבקר מהפנימייה. בשלב מסוים היא אמרה שהיא עייפה והצעתי לה להישאר לישון, אחרי שנים שהגרוש שלי לא הסכים שתישן אצלי. לפני שמונה שנים לקחו ממני את המשמורת ומאז הוא פוחד שאם תישאר לישון אצלי אפגע בה. גם אמא שלי תמיד אמרה שאני עלולה להידרדר נפשית אם אארח אותה לבד. כשהצעתי לבת שלי לישון אצלי, היא שאלה: "זה לא מסוכן?!" ואני, בפעם הראשונה בחיים, עניתי שלא. אמרתי לה שתעיר אותי בכל רגע שתרצה, היא הסכימה... והלכנו לישון. שנים חייתי עם התחושה הזו שאני מסוכנת, ככה התרגלתי לחשוב, עד כדי כך שהייתי בטוחה שאם אבלה עם בתי לילה לבד אסכן אותה. אבל בעקבות מה שלמדתי ומה שהבנתי על עצמי בקבוצה, הבנתי שאני לא מסוכנת. ידעתי שאין סיכוי שאפגע בבת שלי, להיפך. הקבוצה עזרה לי לראות שאני מטפלת בעצמי, מפרנסת את עצמי, יש לי דירה משלי וחברים... אז נכון, אני לא בריאה, אבל זה לא אומר שאני מסוכנת".

השינוי בתפיסה העצמית, כאמור, איפשר למשתתפת להשיג שינוי במציאות חייה ולבחור בעמדה אקטיבית כאמא. בהמשך המפגש סיפרה כי במהלך אותו לילה שבתה ישנה אצלה שתיהן התקשו להירדם. במהרה הן מצאו עצמן מבלות עם ארוחת בוקר לילית, יושבות ומדברות מחובקות. המשתתפת סיפרה בדמעות בקבוצה: "**נזכרתי מה זה להיות אמא, כבר חשבתי שלעולם לא אזכר**".

הקבוצה מהווה קהל ומתקפת את הנארטיב הנוסף שמתפתח, דרך מתן אישור והדהוד לסיפור. כך יכול הסיפור להתרחב בתוך הקבוצה ומעבר לה, כפי שתואר בדוגמה שהובאה. כפי שניתן לראות, הסיפור יוכל כעת להכליל בתוכו היבטים נוספים שאבדו או צומצמו (זהות הורית), הן בשל המחלה והשפעותיה והן בשל השפעות הסטיגמה המופנמת.

אורך הפרק כחמישה מפגשים.

5. סיכום ופרידה

פרק זה עוסק בסיכום התהליך אותו עבר כל משתתף בקבוצה. הפרק עוסק בהתבוננות רטרוספקטיבית על הלמידה הקוגניטיבית, על החוויה הרגשית ועל הדרך האישית אותה עבר כל חבר בקבוצה. המשתתפים מוזמנים לענות שוב על אותן שאלות עליהן ענו בתחילת ההתערבות, אשר נוגעות לתפיסה העצמית שלהם, לתפיסתם את המחלה עימה מתמודדים ולקשר בין תפיסות אלו. המשתתפים מתבקשים להתבונן כעת על הדמיון והשוני בין תפיסותיהם את עצמם בתחילת ההתערבות לתפיסותיהם בשלב זה. החברים אף מתבקשים לתאר מה היה משמעותי עבורם בתהליך ומה הם בוחרים לקחת עימם כ'צידה לדרך' להתמודדויות עתידיות בחייהם. הפרק מזמין את המשתתפים להיפרד זה מזה ומהמנחים ולסגור את התהליך שעברו בקבוצה, במטרה שתהליך זה יהפוך להיות פרק משמעותי נוסף בסיפור חייו של כל אחד מהם.

אורך הפרק כשני מפגשים.

תיאור מקרה

כדי להדגים את הנאמר לעיל, מובא תיאור מקרה של משתתפת מתוך אחת הקבוצות שהתקיימו (השם בדוי והפרטים שונו במטרה למנוע זיהוי אפשרי).

מירה

בת 35, רווקה, גרה בבית אמה. מירה לבושה בגדים גדולים שמכסים את גופה המלא, עיניה סקרניות ומבטה חם ומלא רגש. מחלת הסכיזופרניה פרצה אצל מירה בגיל 21, בעת לימודיה האקדמיים. עד אז מתארת מירה את עצמה כילדה שמחה, תלמידה שקדנית, קשורה מאוד לאמה ולאחיותיה. מירה גרה בקהילה קטנה שבה קשרים ענפים בין בני המשפחה המורחבת.

מאז שחלתה עשתה מירה ניסיונות שיקומיים רבים, מידי פעם אושפזה וכיום לוקחת טיפול תרופתי באופן קבוע. קשה לה מאוד לקום בבוקר, לכן היא עובדת מספר שעות מצומצם, במשמרת הערב על פי רוב. בשנים האחרונות מירה עובדת כמוכרת בחנות, בליווי עובדת השמה של שירות שיקום. ניסיון שעשתה לצאת מהבית למסגרת של דיור מוגן נתקל בקושי ומירה שבה הביתה. החיים בבית נוחים לה, אך היא מביעה רצון לצאת לעצמאות, לצד חשש שלא תוכל להתמודד עם 'החיים בחוץ' בכוחות עצמה.

מירה הגיעה לקבוצה בעידוד הצוות שמלווה אותה בתעסוקה, למרות חששות רבים שהביעה בפניהם. לפני רבים מהמפגשים מירה התקשרה למנחה כדי לומר שאינה מרגישה טוב ושכנראה לא תוכל להגיע. ברוב המקרים, לאחר שיחה קצרה, הצליחה מירה לגייס כוחות ולהגיע למפגשים.

תיאור התהליך שמירה עברה בקבוצה: לשאלה איך תופסת את עצמה ענתה מירה במפגש הראשון כי היא חושבת שהיא מאוד נשית, היא אוהבת את משפחתה והצליחה לעשות דברים רבים בחייה. היא הוסיפה שכיום היא מחפשת בן זוג. במבט ראשון ניתן היה לחשוב כי

sihot july 2012.indb 285 30/07/2012 14:58:58

מירה תופסת את עצמה באופן חיובי כל כך ונטול סטיגמה עצמית, שאולי הקבוצה לא תתרום לה כלל. במבט שני, חשבנו שייתכן כי האופן בו הציגה מירה את עצמה נבע דווקא מסטיגמה עצמית ומחשש לומר מה באמת חושבת על עצמה, כפי שנשמע בהמשך התהליך.

במפגשים הבאים מירה סיפרה איך היא חושבת שרואים אותה אחרים. כדוגמה לכך סיפרה שבאחד הביקורים אצל הפסיכיאטרית שלה בעבר נאמר לה כי היא אשמה במצב שלה. היא מעלה בזיכרונה, שנים רבות אחרי, את דברי הפסיכיאטרית, שנותרו עדות לעלבון הצורב ולתחושת האשמה שחשה אז: "תראי איך את נראית! עם החולצה המלוכלכת הזו ועם השומנים שלך! תיקחי את עצמך בידיים. איך לא תהיי חולה ככה?!" מירה מספרת גם כיצד דרשו ממנה במשפחה לא לספר כי היא חולה, כדי לא לפגוע בסיכוייהן של אחיה ואחיותיה להינשא. בחצי חיוך מוסיפה ואומרת: "מזל שלפחות הם נשואים היום, אחרת הייתי מרגישה אשמה גם על כך שהם לא נשואים..." מירה ממשיכה ושואלת בקול רם, את הקבוצה ואת עצמה: "מה גרם למחלת הנפש שלי? האם הייתי יכולה למנוע אותה? אמרו לי שזה פיסיולוגי ושיש גורמים שבגללם המחלה פורצת. אבל אולי זה כן קרה באשמתי?! שמעתי בקולה של חברה שלי ללימודים שלקחה חופשה כי היה לה קשה וזה מה שעשיתי גם אני. אז פרצה המחלה ועד היום אני חושבת שאולי אני גרמתי לזה לקרות. אני חושבת שאני אשמה שזה קרה, כי הפסקתי ללמוד".

נדמה היה כאילו מירה אמרה בקול לראשונה דברים שנשאה עימה שנים 'בבטן', בינה לבין עצמה. תחושת הביטחון שהחלה להיבנות בקבוצה, יחד עם הרשות שחשה להביא את עצמה ולחלוק תפיסות ורגשות שלה עם יתר חברי הקבוצה, העלו על פני השטח תפיסות רוויות בסטיגמה עצמית (למשל "אני אשמה בכך שחליתי כי הקשבתי לחברה") שהופנמו על־ידה, כתוצאה מעמדות סטיגמטיות חברתיות רווחות שהיתה חשופה אליהן במשך שנים, הן בתוך המשפחה והן במעגלים חברתיים רחבים יותר. מיותר לציין כי הנארטיב שהחזיקה בו לגבי אשמתה בפרוץ המחלה הביא לתחושות חזקות של אשמה ובושה.

כשתפיסות עצמיות אלו של מירה מונחות לפתחנו, התחלנו את הלמידה המשותפת בפרק הפסיכו־חינוכי. מירה פגשה בחוברת מיתוסים רווחים ועובדות הסותרות אותם והרגישה כאילו היא זו שכתבה חלק ממיתוסים אלה (למשל: "מחלות נפש הן תוצר של אופי חלש" או "אנשים לעולם לא מחלימים ממחלת נפש"). מירה ראתה עד כמה חלק מהעמדות הסטיגמטיות האלו הופנמו באופן לא־מודע עד שהפכו להיות חלק מהנארטיב שהיא מחזיקה ביחס לעצמה. מירה הביאה עוד ועוד דוגמאות לאשמה שחשה כתוצאה מעמדות מוטעות שהפנימה, כשהסיפור הכואב ביותר עבורה קשור באדם אותו מאוד אהבה והעריכה, אבא שלה. מירה סיפרה על הגאווה שחש אביה כשהיתה תלמידה מצטיינת בלימודיה האקדמיים, הוא היה כל כך גאה בה ששיתף את כל חבריו בכך. כשמירה הפסיקה את לימודיה הוא כעס מאוד ולא יכול היה לשאת את הבושה שגרמה לו. תקופה קצרה אחר כך נפטר ומירה חיה עד היום, כמעט שני עשורים אחרי, בתחושה כי הוא מת כועס, עליה. יתרה מכך, היא חושבת שבמידה מסוימת היא זו ש"הרגה" אותו, בכך שחלתה.

בקבוצה התנהל דיון בין מירה ויתר חברי הקבוצה על התפיסה שמירה מחזיקה בה. נאמר לה כי לא יכול להיות שהיא גרמה למותו של אביה וכי הסיבות למחלה הן בכלל בעיה בחילוף החומרים הביוכימי במוח ולא העובדה שהפסיקה את לימודיה. מירה החלה לנהל דיאלוג עם עמדות אלו וכן עם העובדות המובאות בחוברת (למשל: "מחלות נפש הן תוצר של שילוב בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים ולא של אופי חלש"), אך נראה כי לא קל לה לקבל נארטיב שונה ופחות רווי בסטיגמה עצמית. כל כך הרבה שנים התרגלה לשמוע כי היא אשמה במחלתה, עד שלמדה להסכים עם עמדה זו והפנימה אותה. אם כך נאמר לה אפילו על־ידי אנשי מקצוע מלומדים ובעלי סמכות מקצועית, זה כנראה "מוכרח להיות נכון".

בהמשך נסב הדיון בקבוצה על האפשרות להתפייס עם אביה, למרות שנפטר לפני שנים, הפעם מתוך ידיעה אפשרית שלא היא גרמה למחלה שלה עצמה. כשמירה נשאלה על־ידי המנחה מה לדעתה אביה היה אומר לה היום לו שמע את דבריה, ענתה בדמעות: "הוא היה סולח לי". לשאלת המנחה מה היתה היא רוצה לומר לו, אילו פגשה אותו כיום, ענתה: "הייתי אומרת לו שאני לא אשמה, שעד היום אני עושה הכול במשפחה כדי להוכיח לו שאני בת טובה". מירה אמרה כי היא מרגישה עכשיו את הסליחה שלו בגוף שלה, בבית החזה. היא שמה את שתי ידיה קרוב לליבה, נושמת נשימה עמוקה ועיניה דומעות. אחד מחברי הקבוצה שיקף למירה את התחושה כי נדמה שקל לה לסלוח לאביה על הכעס שלו כלפיה, אך כל כך קשה לה לסלוח לעצמה...

התייחסויותיה של מירה, כמו גם של חברי קבוצה אחרים, מלמדים עד כמה קשה לאתגר תפיסות שליליות עצמיות שהשתרשו עם השנים, בין היתר כתוצאה מהפנמה של עמדות סטיגמטיות רווחות. זיהינו יחד עם חברי הקבוצה כיצד עמדות אלו הופנמו ודנו באפשרות לקחת כעת תפקיד אקטיבי יותר באיתגור תפיסות אלו ובהרחבת הסיפור העצמי והזהות, שצומצמו בעקבות ההתמודדות עם המחלה ועם הסטיגמה הנלווית לה. עצם ההזמנה לקחת תפקיד פעיל בסיפור ולהפוך להיות שוב הגיבור שלו ולא אובייקט סביל שמקבל באופן פסיבי את מה שאומרים עליו ומייחסים לו, היתה חדשה ומטלטלת עבור חלק מחברי הקבוצה. עם זאת, הידע שכעת החזיקו בידם, לצד ידיעה ברורה יותר של התפיסות העצמיות שלהם, הפך אפשרות זו ליותר מציאותית.

למפגש הבא מירה לא הגיעה, היא חשה שהיתה חשופה בפני יתר חברי הקבוצה ושהיתה זקוקה לזמן נוסף לעכל את מה שעלה בקבוצה.

הכניסה לפרק הבא בהתערבות, של העיצוב הקוגניטיבי, לווה באמירה כי פרק זה משלב יותר למידה אובייקטיבית ועורר במירה לחץ רב. בסיפור שלה היא היתה כישלון בלימודים ולכן חשה כעת כי משימה לימודית תהיה כמעט בלתי אפשרית עבורה. המחשבה הלא סתגלנית של היותה "כישלון לימודי" הביא כעת לרצונה לנוס, כל עוד נפשה בה, ממפגש עם כישלון נוסף. מאז שחלתה החזיקה חלום לחזור וללמוד, אך היה נדמה כי ככל שנקפו השנים הלך חלום זה והתרחק עד שהפך בעיניה למשימה בלתי אפשרית. למרות הפחד מירה בחרה להישאר. היה לה לא קל והיא ביטאה קושי זה בדרכים שונות. בין היתר אמרה כי "הקבוצה מוציאה דברים מתחת לאבק", כמו את החלום שכבר כמעט נשכח לשוב ללמוד וזה מפחיד אותה.

פרק העיצוב הקוגניטיבי מערב תרגול ואימון רבים בקבוצה ובבית. מירה חזרה למפגשים עמוסה בדוגמאות באמצעותן למדה לזהות את דפוסי החשיבה האוטומטיים השליליים, להבדיל בין רגש למחשבה, לראות את השפעת המחשבה על הרגש וההתנהגות בעקבותיו ולאט לאט ניסתה לאתגר דפוסי חשיבה אלה בעזרת הקבוצה. כך, למשל, באחד המפגשים סיפרה מירה כי בכינוס משפחתי בו השתתפה לאחרונה הונח כיבוד על השולחן והיא היתה הראשונה לטעום ממנו. כשפנתה להציע לאחותה להתכבד, ענתה אחותה כי אינה רעבה. המחשבה האוטומטית השלילית שזיהתה מירה היתה: "בטח אני מגעילה אותה, כמו מפלצת, אני שמנה ואוכלת הרבה ובגללי היא איבדה את התיאבון" (ביקורת עצמית ושיפוטיות). מירה חשה כיצד "המחשבה משתוללת" אך נזכרה באסטרטגיות החשיבה החילופיות ואמרה לעצמה, למרות הכיווץ בבטן: "אולי היא פשוט לא רעבה...".

מירה בחנה בעזרת הקבוצה את מחשבותיה השליליות לגבי יכולתה ללמוד ולהצליח בכך (כדוגמת "חליתי בזמן שלמדתי, אם אלמד שוב בטוח אתאשפז" – "הגרוע מכל יקרה") ולמדה להיעזר בדרכי חשיבה

sihot july 2012.indb 286 30/07/2012 14:58:58

חילופיות ("במקום להסתכל על מה שלא הספקתי, אני יכולה לומר לעצמי שאני מוכשרת, שכבר הוכחתי את עצמי בעבר לפני שחליתי ואם אאסוף כוחות ואקבל עזרה מתאימה, אולי אוכל להצליח שוב").

בסיום הלמידה והניתוח של האירועים שהובאו לקבוצה בפרק זה, אמרה משתתפת אחרת למירה: "חששת שלא תצליחי בפרק כי לא למדת מזמן, בסוף את זו שהצלחת יותר מכולם!". מירה הודתה לה בהתרגשות ונדמה היה באותו רגע כי סדק נפער בסיפור הדומיננטי של היותה "כישלון בלימודים". למרות דפוס החשיבה השלילי של "הגרוע מכול יקרה" (קטסטרופיזציה) בו החזיקה מירה לגבי האפשרות שאי פעם תממש את החלום לשוב ללמוד, הצלחה אחת קטנה כבר היתה לה, שהיוותה בסיס להיווצרותו של סיפור אלטרנטיבי ופתח להצלחות עתידיות.

יחד עם הפתח שנפתח לאט לאט לנארטיב פחות צר ומצומצם, חזרה מירה ובדקה בקבוצה איך היא נתפסת ונראית, היא חשה מלאה רגשות אשם על המקום שתופסת בקבוצה והתביישה במחשבות השליליות שהביאה. היא בחנה מחשבה שלילית נוספת בקבוצה: "בטח אתם חושבים שאני שטותית כי חשפתי את עצמי ודיברתי יותר מדי בקבוצה היום". מירה יכלה לבחון את העדויות למחשבה זו בעזרת הקבוצה, שהיוותה מעין מעבדה אנושית שמתקיימת במרחב בטוח עבור חבריה. שב ועלה הקושי להיפרד מתפיסות שליליות, שמוזנות גם מהסטיגמה החברתית וגם ממה שכל אחד חושב על עצמו כתוצאה מהתמודדותו עם מחלת נפש. העדויות למחשבה החילופית שמירה הוזמנה לבחון בעזרת חברי הקבוצה היו: "א) עזר לי שדיברתי. ב) זה לגיטימי לשתף בקבוצה. ג) טבעי שנחשפים בקבוצה, גם אחרים עושים זאת. ד) אין שום עדות בקבוצה למחשבה השלילית שלי (אף אחד לא הגיב אליי בזלזול). ה) שני אנשים בקבוצה אמרו לי באופן ברור כי אני תורמת לקבוצה וכי הם מעריכים אותי מאוד". בסיום אותו מפגש מירה שיתפה כי אי השקט עימו הגיעה לפגישה התחלף כעת בתחושה יותר נינוחה ופחות חסרת אונים.

ניכר שמירה למדה לעשות שימוש במיומנויות הקוגניטיבית שלמדה בקבוצה. יחד עם זאת, ברור כי דרוש תרגול נוסף לאורך זמן כדי שמיומנויות אלו יוטמעו באופן שיהפכו לכלי שימושי עבור ומירה וחברי הקבוצה האחרים.

מטרת הפרק הנארטיבי היה להזמין את מירה לחבר מחדש חלקים מהסיפור ה'ישן' והמוכר עם חלקים נוספים מהסיפור שהלך ונבנה במהלך הקבוצה. סיפור זה כלל כעת את הזכות של מירה לחלום, כמו גם את היכולת האפשרית שלה להגשים חלק מחלומותיה, כל זה לצד הידיעה כי יש לה מגבלות שהמחלה מביאה, אותן היא חשה כל יום וכואבת. לפרק זה נכנסה מירה עם ידע יותר אובייקטיבי ופחות רווי בסטיגמה לגבי מחלת נפש וההתמודדות עימה, עם יותר מיומנויות לאתגור תפיסה עצמית שלילית, כשכעת מונחת לפתחה ההזמנה לחבר את 'החלקים בפאזל' לנארטיב אינטגרטיבי ומלא יותר.

תהליך הבנייתו של הנארטיב מחדש ועיבויו, כפי שניתן לראות, אינו תהליך ליניארי, אלא מדובר בסיפור שמתפתח לכיוונים שונים בזמנים שונים, כאשר יש הזדמנות לחבר חלקים שונים לכדי נארטיב רציף שכולל חווית עצמי מתמשכת, אשר לעתים נקטעה בשל המחלה ואובדן חווית העצמי. נארטיב זה אשר יש בו קוהסיביות והמשכיות, עשוי לכלול בתוכו כעת הן חלקים שאבדו, כאלה שמעולם לא סופרו והן חלקים חדשים שלא היו קודם, כולם חלקים של אותו סיפור ולא פרגמנטים של עצמי מפורק.

מירה יכלה בשלב זה, כפי שנראה להלן, להחזיק עמדה יותר אינטגרטיבית ביחס לעצמה, אשר יש בה מקום למה שהיה בעבר, יחד עם מה שאולי יוכל להיות, בזכות עוד חלקים בתפיסה העצמית שלה ש"הוצאו מהאבק" כדבריה והובאו בזכות התהליך אל קדמת הבמה.

בפרק זה מירה וחברי הקבוצה האחרים הוזמנו לספר סיפורים הנוגעים למי שהם, למחלה עימה מתמודדים, כמו גם לכוחות ולמשאלות שיש ברשותם. מירה סיפרה כי בני משפחתה עד היום לא מקבלים את המחלה עימה מתמודדת ומגיבים אליה לעתים בצורה פוגעת ומשפילה. כעת מירה מבינה כי תגובתם מוזנת, הן מהתסכול והכאב שלהם והן מעמדות סטיגמטיות שמחזיקים ביחס אליה ("תפסיקי להתעצל ותקומי לעבודה כבר!"). הבנה זו מאפשרת למירה, לדבריה, להפריד בין מה שחושבים עליה ובין מה שהיא יודעת כיום בזכות הלמידה בקבוצה. כך היא יכולה פחות להתייחס ולקחת ללב את דבריהם, באופן שלטענתה גורם לה להרגיש טוב יותר עם עצמה. תחושות הבושה והאשמה לא נעלמו, אך נוצר בהן כעת סדק צר, שאיפשר לתחושה חדשה להציץ, של הערכה עצמית שחשה מירה כלפי עצמה, על כך שמתאמצת ועושה ככול שביכולתה להתקדם בחייה, לצד המגבלות והקשיים שהיא מתמודדת עימם.

סיפור נוסף אשר מירה סיפרה בפרק זה, קשור לתקופה בה חלתה ומדגים את תפקידם של חברי הקבוצה בתהליך. ההדהוד הקבוצתי מסייע להרחבת הנארטיב המתפתח, כאשר מישהו מחברי הקבוצה מספר סיפור, מוזמנים החברים האחרים להגיב לסיפור ולומר מה משמעותי עבורם בסיפור שסופר.

כפי שהתפיסה העצמית הרוויה בסטיגמה עצמית נוצרת בתוך הֶקשר אשר גורם להצרת הנארטיב, כך בכוחו של ההדהוד הקבוצתי שניתן על־ידי 'העדים החיצוניים' (30) להרחיב נארטיב שהצטמצם.

כך סיפרה מירה: "כשחליתי בגיל 18 והתחלתי לקבל תרופות, המטפלים והמשפחה אמרו לי כל הזמן שאני לא צריכה לחשוב שאני חולה ולתת למחלה להשתלט עליי. אבל הם שידרו לי משהו אחר... שאני נכה וחסרת כוחות. הם חזרו ואמרו שאני מוותרת לעצמי. כל הזמן הזה חשבתי שאני חולת הנפש היחידה בעולם. רק כשהגעתי לאשפוז יום, גיליתי שיש עוד אנשים חולים ושלחלקם בעיות קשות יותר. זו היתה הפעם הראשונה, מזה זמן רב, שהרגשתי שאין לי קרניים. רק היום אני מבינה שלמרות המחלה והתרופות שאני מקבלת אני יותר בריאה".

חברי הקבוצה שיקפו למירה בשלב זה את השינוי שהם רואים בה במהלך הקבוצה:

א': "אני רוצה להגיד לך משהו, מירה. מאז תחילת הקבוצה את השתנית, משהו בך השתנה. אני חוזר בי, הרבה בך השתנה!"

מנחה: "מה אתה רואה שהשתנה במירה?"

א': "יש לך יותר כוחות ויכולת, אני חושב שאת יכולה להצליח למרות שאת מפחדת. יהיו לך כוחות להצליח, את יותר פתוחה היום".

ד': "אני מכירה אותך מהעבודה ביחד. אני מרגישה שאת יותר פתוחה היום, שאת יכולה להעיז לעשות דברים שתמיד רצית ולא העזת לנסות כי פחדת להיכשל".

מירה (מחייכת): "אני יותר בטוחה בעצמי ויותר נינוחה בזכות הקבוצה. אבל אני גם מתה מפחד ולא יודעת איך אעשה את זה".

ד': "אולי תתחילי ממשהו קטן, לאט לאט. אולי תיעזרי בהשכלה נתמכת כדי לנסות ללמוד משהו קטן, עוד לא אוניברסיטה".

מירה: "אני רוצה לקרוע את המחלה מעל עצמי, להחלים כבר! אבל היום אני יודעת שזה תהליך. רגשות האשמה שלי על מה שעשיתי

sihot july 2012.indb 287 30/07/2012 14:58:58

למשפחה שלי ילוו אותי כנראה, אבל אני לא צריכה להעניש את עצמי על משהו שלא אני גרמתי לו".

מנחה: "נשמע שאת מרגישה שמתחיל להיבנות אצלך סיפור נוסף, שאת מקבלת לו אישור מחברי הקבוצה. זה סיפור שמקבל חיים, לצד הסיפור שהיית רגילה לספר לעצמך על המחלה ועל כל מה שלעולם לא תצליחי לעשות בגללה. במפגש הקודם אמרת שאת מרגישה אחרי הרבה שנים שאת שולטת על החיים שלך היום ולא המחלה. דיברת על הרגשת ניצחון אדירה. אבל לסיפור הישן יש עדיין מקום מרכזי, הוא בילה במחיצתך שנים רבות ולא יעשה מקום לעוד סיפורים בקלות".

א': "האם את רוצה להישאר מאחור או ללכת קדימה?"

מירה: "אני רוצה ללמוד, להתקדם, להגשים את החלום שלי".

א': "מותר לך להעיז לחלום את החלום שלך! את יכולה ללמוד".

כפי שניתן לראות, הסיפור החדש אינו מחליף סיפור ישן, אלא מעבה אותו ומביא עימו אפשריות חדשות עבור המספר שלוקח עמדה אקטיבית ביחס לסיפור שלו ובוחר את כיוון התפתחותו. הרחבה ועיבוי של סיפור, כפי שניתן לראות, אינם תהליך קל או מובן מאליו וכיוון ההתפתחות אינו ליניארי או בעל סיום צפוי וידוע מראש. אך בבסיס העבודה הנארטיבית מונחת ההכרה בזכותו של המספר להיות בעל סיפור, אשר הוא הכותב והגיבור שלו. זכות זו, אשר נלקחה בתקופות מסוימות על־ידי המחלה ולעתים כתוצאה מחוויות של מפגש כואב עם הסטיגמה החברתית שמחלישה ומתייגת, מבקשת להיות מושבת לבעליה.

חברי הקבוצה מספקים תמיכה אחד לשני בתהליך העיבוד הנארטיבי, אשר באמצעות המשוב יכולים לסייע בעיבוי הסיפור של אחרים כמו גם של עצמם. יכולתם לראות את הכוחות אצל חבריהם, אשר חשים לעתים כי אינם נראים על־ידי אחרים בשל עמדות רוויות בסטיגמה, מהווה עדות להעצמה שלהם וליכולתם להוביל תהליכים אנטי סטיגמטיים, שבכוחם לקעקע את כוחה ההרסני של הסטיגמה.

השחרור האפשרי מכבלי הסטיגמה שהיו לכודים בהם, מאפשר לאנשים לשוב ולהיות זכאים לסיפור משלהם, סיפור אשר כולל היבטים ש"כוסו באבק", כפי שאמרה מירה, שגילויים מאפשר לשקול מחדש הכללת היבטים אלו לתוך העצמי והרחבתו. המיקוד אשר מציעה ההתערבות בתפיסה העצמית והמיומנויות שמאתגרות תפיסה עצמית שלילית, הם אלה שמאפשרים לאנשים, לדעתנו, לחוות את עצמם בצורה שונה ולאפשר לעצמם "לנקות את האבק" מעל תפיסה עצמית רוויה בסטיגמה עצמית, כפי שהגדירה זאת מירה, במטרה לבחון אפשרות לאמץ לעצמם תפיסה עצמית רחבה ועשירה יותר של מי שהם. תפיסה עצמית זו עשויה לכלול בתוכה עם סיום התהליך לא רק את סיפור המחלה, אלא אף סיפורים נוספים שגם הם חלק מזהותו ומתפיסת העצמי של האדם כעת.

על כל אלה מלמדת אותנו מירה. על דרך רצופה בקשיים, אך גם בכוחות ומשאלות, שכעת נגאלו משכבת האבק שכוסו בה, בשל המחלה והסטיגמה המתלווה לה.

קשיים ואתגרים

ההתערבות מוצעת לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש, כחלק מתכנית השיקום שלהם. כמובן שההשתתפות בקבוצה היא על בסיס וולונטרי ואינה מתאימה לכל אדם בכל מצב.

אנשים שנמצאים במצב פסיכוטי פעיל יתקשו להתרכז בלמידה ובעיבוד הרגשי ולכן לא רצוי להציע להם להשתתף בקבוצה בשלב פסיכוטי אקוטי. כמו כן, מצאנו כי יש ערך מוסף בשילוב אנשים אשר יש ביניהם שונות במרכיבים כמו גיל, מין, אבחנה נפשית ושלב בהתמודדות עם המחלה באותה קבוצה. עם זאת, כאשר קיימת הטרוגניות רבה מדי ברמת התפקוד הקוגניטיבי בין האנשים, ייתכן שאנשים בעלי יכולת גבוהה או נמוכה יחושו תסכול אם ישתתפו יחד באותה קבוצה.

אורכה של ההתערבות מאפשר היווצרות תהליך שמניע שינוי בתפיסה העצמית, אך ברור שלא די בהתערבות זו כדי להעלים כבמטה קסם תפיסות עצמיות רוויות בסטיגמה עצמית, אשר לעתים התהוו ותפסו אחיזה אצל האדם המתמודד עם מחלת נפש במשך שנים רבות. ההתערבות אינה מתיימרת לעשות זאת, אלא מזמינה אנשים להרחיב את האופן שבו הם מסתכלים על עצמם ולהמשיך לעבוד על עיבוי תפיסות אלו במרחבים השונים בהם לוקחים חלק בחייהם.

עדיין עומד בפנינו האתגר ליצור המשכיות ביכולתו של האדם להמשיך לעסוק באופן מובנה בתכנים בהם עסק בקבוצה משזו הסתיימה. למרות שהחוברת נשארת בידו להמשך עיון ותרגול, אנו מקווים כי בעתיד ייווצר מערך שיאפשר קבוצות המשך ומפגשי follow up לצורך המשך הטמעת דרכי החשיבה החילופיות והרחבת הנארטיב של האדם, אשר משתנה לאורך זמן.

מחשבות להמשך

מטרת המאמר הנוכחי היתה לתאר התערבות חדשה שפותחה במטרה לתת מענה לאחד מהמכשולים הגדולים ביותר העומדים בפני אדם המתמודד עם מחלת נפש, הסטיגמה העצמית. ההתערבות היא ייחודית במיקוד שלה בנושא, ביסודות התיאורטיים האינטגרטיביים שבבסיסה ובמבנה שלה (פורמט קבוצתי מובנה הכולל סולם נאמנות למודל).

למרות ייחודיותה של התערבות מובנית זו בנוף השיקום, חשוב לציין כי התמודדות עם המכשולים שמציבה הסטיגמה והסטיגמה העצמית בתהליכי החלמה, קיימת ברבדים שונים בארץ, הן ברמת השירותים הניתנים והן ברמת המדיניות. הנושא מקבל הכרה הולכת וגוברת ונדון בקבוצות השונות העוסקות בתחום השיקום בבריאות הנפש, כגון צרכנים, בני משפחות ואנשי מקצוע (48, 49). דוגמה לשירות שחרט על דגלו את המלחמה בסטיגמה ניתן למצוא בפעילותה של עמותת "בחברה טובה: רואים מעבר" העוסקת במיגור הסטיגמה (50).

כדי לבדוק את יעילותה של ההתערבות המוצגת במאמר, מתקיימים במהלך השנים האחרונות מחקרים לאורך הפעלת

sihot july 2012.indb 288 30/07/2012 14:58:59

ההתערבות והטמעתה. ממצאים ממחקרים ראשונים שנערכו, תומכים בהשפעותיה החיוביות של ההתערבות (51, 52, 53). ראשית הפעלתה של ההתערבות נעשתה בשנת 2009 בארה"ב (ניו יורק ואינדיאנה) ובישראל, בפיילוט משותף. לאחר התאמת ההתערבות לישראל, נערך בשנת 2009 פיילוט שכלל הכשרה למנחי קבוצות NECT והדרכה שליוותה ארבע קבוצות שהתקיימו בקבוצת "שכולו טוב" שעוסקת בליווי ושיקום תעסוקתי לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש.

כתוצאה מההדים החיוביים וההתעניינות הרבה שעורר הפיילוט, נפתחה הכשרה בעמותת "אנוש" במהלך 2010, אשר במהלכה הוכשרו מנחים נוספים מטעם המרכז להכשרה ולחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה להנחיה. 13 קבוצות, אשר לקחו בהן חלק עשרות מתמודדים מהמועדונים החברתיים של אנוש, התקיימו בעמותה. הצלחתן הביאה לפתיחת מחזור הכשרה נוסף למנחים בתחום הדיור המוגן בעמותה, אשר הנחו שמונה קבוצות נוספות. כיום נכללת ההתערבות ברשימת הקורסים של החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה ובבית הספר הארצי להכשרה, הדרכה והטמעת התערבויות שיקומיות מקדמות החלמה בבריאות הנפש, בקריה האקדמית אונו, דבר שמשקף את העניין וההכרה שקיבלה ההתערבות בזמן קצר יחסית. בימים אלו מסתיים הקורס הראשון בבית הספר הארצי לשיקום, שהכשיר עשרים וחמישה מנחים נוספים, אשר הנחו חמש עשרה קבוצות NECT בשירותי שיקום שונים ברחבי הארץ.

חשוב לציין כי הגיבוש התיאורטי והכנסת ההתערבות לשדה כפרקטיקה מכוונת החלמה, כמו גם למידת ההתערבות בערוצים שונים, מהווה חלק ממגמה של עשייה שיקומית רחבה שמתפתחת בארץ בקצב מואץ בשנים האחרונות. יותר ויותר התערבויות מוכללות במארג העשייה השיקומית הקיים ומטרתן לעבות את העבודה המקצועית שנעשית בשטח, במטרה לקדם תהליכי שיקום והחלמה.

במקביל להכנסת ההתערבות לשירותים שונים וללמידתה בהכשרות, עברה ההתערבות התאמה, על־ידי שני המחברים הראשונים, להתמודדות עם סטיגמה עצמית של בני משפחה של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש, מתוך הכרה בצורך שלהם למענה בתחום.

הפורמט הותאם לבני משפחה (Family NECT) ובמהלך 2010 התקיימה קבוצת פיילוט ב"אנוש" לבני משפחה מרחבי הארץ, אשר חשו בעקבות ההשתתפות בקבוצה כי להתערבות פוטנציאל גדול עבור בני משפחה. כתוצאה מכך, נפתחה הכשרה לעובדי משפחות ב"אנוש" ושמונה קבוצות F-NECT לבני משפחה, התקיימו במרכזי הייעוץ השונים של עמותת "אנוש" ברחבי הארץ.

הניסיון שהולך ומצטבר כתוצאה מיישום ההתערבות בפרקטיקת השיקום ומהמחקרים המלווים אותה, יוביל בוודאי לשיפור ההתערבות, כמו גם להמשך הטמעתה, באופן שיסייע למתמודדים במסע ההחלמה שלהם.

ספרות:

1. Estroff S.E., Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia. Schizophrenia Bull., 15(2): 189-196, 1989.
2. Kean C., Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. Schizophrenia Bull., 35(6): 1034-1036, 2009.
3. Corrigan P.W., Roe D., Tsang H., Challenging the stigma of mental illness: lessons for advocates and therapists. London, Wiley, 2011.
4. Goffman E., Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York, Anchor Books, 1961.
5. Yanos P.T., Roe D., Lysaker P.H., The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. Am. J. Psychiatric Rehab., 13: 73-93, 2010.
6. בנג'מין ג'., כבלי האהבה. תל־אביב, הוצאת דביר, 2005.
7. Ritsher J.B., Phelan J.C., Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Research, 129: 257-265, 2004.
8. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T., Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bull., 33(1): 192-199, 2007.
9. McCay E.A. Seeman M.V., A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. Arch. Psychiatric Nursing, 12: 41-49, 1998.
10. Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H., Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. Psychiatric Services, 59: 1437-1442, 2008.
11. Watson A.C., Corrigan P., Larson J.E., Sells M., Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia Bull., 33: 1312-1318, 2007.
12. Corrigan P.W., Watson A.C., Barr L., The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. J. Social and Clin. Psychology, 25: 875-884, 2006.
13. Davidson L., Strauss J.S., Sense of self in recovery from severe mental illness. Brit. J. Med. Psychology, 65: 131-145, 1992.
14. Roe D., Davidson L., Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. J. Med. Humanities, 31: 89-94, 2005.
15. Slade M., Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2009.
16. Deegan P.E., Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. J. Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 31(4): 7-11, 1993.
17. Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S. et al., The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. Psychiatric Services, 52: 1621-1626, 2001.
18. Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S. et al., On describing and seeking to change the experience of stigma. Psychiatric Rehab. Skills, 6: 201-231, 2002.
19. McCay E., Beanlands H., Leszcz M. et al., Group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first

sihot july 2012.indb 289 30/07/2012 14:58:59

episode schizophrenia: a pilot study. Psychiatric Rehab. J., 30: 105-111, 2006.
20. Knight M.T.D., Wykes T., Hayward P., Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. Behav. and Cognitive Psychotherapy, 34: 305-318, 2006.
21. Wieczynski D.M., Effects of a stigma management group for individuals with mental illnesses. Dissertation Abstracts Int.: The Sciences and Engineering, 61(5-B), 2786, US: Univ. Microfilms Int., 2000.
22. Yanos P.T., Roe D., Lysaker P.H., Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. Int. J. Group Psychotherapy, 61: 577-595, 2011.
23. Roe D., Yanos P.T., Psychoeducation for people with psychotic symptoms: Moving beyond education and towards inspiration. The Behav. Therapist, 29: 53-56, 2006.
24. Beck A., Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. Behav. Therapy, 1: 184-200, 1970.
25. Drury V., Birchwood M., Cochrane R. et al., Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. Brit. J. Psychiatry, 169: 593-601, 1996.
26. Haddock G., Tarrier N., Spaulding W. et al., Individual cognitive behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions. Clin. Psychology Rev., 7: 821-838, 1998.
27. Sensky T., Turkington D., Kingdom D. et al., A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Arch. Gen. Psychiatry, 57: 165-172, 2000.
28. Corrigan P.W., Calabrese J.D., Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In: Corrigan P.W. (Ed.), On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington, DC, APA, 2005.
29. Holmes E.P., River L.P., Individual strategies for coping with the stigma of serious mental illness. Cognitive and Behav. Practice, 5: 231-239, 1998.
30. White M., Maps of narrative practice. New York, W.W. Norton, 2007.
31. וייט מ., אפסטון ד., אמצעים סיפוריים למטרות טיפוליות. תל־אביב, צ'ריקובר, 1999.
32. אלון נ., עומר ח., מעשה הסיפור הטיפולי. בן־שמן, מודן, 1997.
33. White M., Selected papers. Adelaide, Dulwich Centre Pub., 1989.
34. Lysaker P.H., Clements C.A., Placak-Hallberg C. et al., Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. Psychiatry, 65: 197-206, 2002.
35. Polkinghorne D.E., Transformative narratives: From victimic to agenic life plots. Am. J. Occup. Therapy, 50: 299-305, 1995.
36. Roe D., Ben-Yishai A., Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitalized for psychosis. Psychiatry, 62: 370-380, 1999.
37. Gallagher S., Self-narrative in schizophrenia. In: Kircher T., David A. (Eds.), The self in neuroscience and psychiatry. pp 336-357. New York, Cambridge Univ. Press, 2003.
38. Lysaker P.H., Wickett A.M., Wilke N. et al., Narrative incoherence in schizophrenia: The absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. Am. J. Psychotherapy, 57: 153-166, 2003.
39. Davidson L., Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York, NYU Press, 2003.
40. Lysaker P.H., Lysaker J.T., Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38: 252-261, 2001.
41. Holma J., Aaltonen J., Narrative understanding in acute psychosis. Cont. Family Therapy: An Int. J., 20: 253-263, 1998.
42. Young S.L., Ensing D.S., Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. Psy. Rehab. J., 22: 219-231, 1999.
43. צין א., מאדם אבוד לחיים בעלי משמעות. הרצאה בכנס בנושא סטיגמה באוניברסיטת חיפה, יוני 2008.
44. Lysaker P.H., Davis L.D., Eckert G.J. et al., Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: A single case study. Clin. Psychology and Psychotherapy, 12: 406-416, 2005.
45. Lysaker P.H., Davis L.W., Jones A.M. et al., The interplay of relationship and technique in the long-term psychotherapy of schizophrenia: A single case study. Counsel. and Psychotherapy Research. 7: 79-85, 2007.
46. Lysaker P.H., Buck K.D., Roe D., Psychotherapy and recovery in schizophrenia: A proposal of critical elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. Psychological Services, 4: 28-37, 2007.
47. Yalom I.D., The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed., New York, Basic Books, 1995.
48. שטרוך נ., שרשבסקי י., בידני־אורבך א. וחב', סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסויות והתמודדויות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. ירושלים, הוצאת מאיירס־ג'וינט־מכון ברוקדייל ושירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, 2007.
49. פלדמן ד., זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל – מציאות ואתגרים. בתוך: הדס־לידור נ., לכמן מ. (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. עמ' 203-270. הוצאת ליתם, 2007.
50. טל א., הסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. בתוך: הדס־לידור נ, לכמן מ. (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. עמ' 273-289. הוצאת ליתם, 2007.
51. Roe D., Hasson-Ohayon I., Derhy O., Yanos P.T. et al., Talking about life and finding solutions to different hardships: A qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. J. Nerv. Ment. Dis., 198: 807-812, 2010.
52. Yanos P.T., Roe D., Lysaker P.H. et al., Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial, Psychological Services (In Press).
53. Roe D., Hasson-Ohayon I., Mashiach–Eizenberg M. et al., The effectiveness of the narrative enhancement and cognitive therapy (NECT): a quasi-experimental study, (Under Review).

sihot july 2012.indb 290 30/07/2012 14:58:59