

## Why Adding 'Recovery' to a Treatment Plan Does Not Make It a 'Recovery Plan'

by Larry Davidson, Ph.D., RTP Project Director

תורגם ע"י איילה פרידלנדר – כץ על פי מאמר שהתפרסם באינטרנט:

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

נדלה בתאריך: 15/5/2012

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

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

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

### מגבלות של תכנית הטיפול המסורתית

מודל זה, לאורך דורות, היה שימושי ביותר בהנחיית הטיפול הרפואי שניתן לאנשים עם מחלות אקוטיות ומצבים אחרים, והוא עשוי להיות יעיל במידה שווה בשלבים מסוימים של מצבים שקשורים לבריאות הנפש. מודל זה עשוי להתאים, למשל, כאשר רופא או אחות רושמים טיפול תרופתי לאפיזודה אקוטית בודדת של חרדה או דיכאון, או כאשר פסיכולוג העובד בגישה התנהגותית מציע למטופל חוזה לגבי טיפול בחשיפה והפחתת רמת רגישות לפוביה. באף אחד מהמקרים הללו התפקיד של האדם עצמו בתהליך הטיפול הוא בבסיסו לעשות את מה שממליץ המטפל – בין אם מדובר בנטילת כדור מדי בוקר או בביקור

בביתן הזוחלים בגן החיות (במקרה של פוביה מנחשים). עם זאת, גישה זו נמצאה כבלתי מתאימה במקרים של מחלות נפש ממושכות והתמכרויות, שבהן האדם חייב לקחת תפקיד משמעותי הרבה יותר בהתמודדות, ניהול והתגברות על מגבלותיו. כך או כך – ובמיוחד במקרה של מצבים חוזרים, אין זה מספיק פשוט לעקוב אחר המלצות של אנשי המקצוע מבחינת מה שנדרש מהאדם לעשות במסגרת העבודה הקשה והמאומצת של החלמה.

לכך יש כמה סיבות: ראשית, הטיפולים הזמינים כיום מוגבלים מאוד ביעילותם בטיפול במחלות נפש ומצבי שימוש בחומרים. בעוד שטיפולים מסוימים עשויים להיות יעילים לאנשים רבים בהפחתת ההיבטים הפעילים של מצבים אלו (כגון הפחתת סימפטומים פסיכיאטרים או שימוש בסמים), הם אינם מאופיינים כמוונים לאלמנטים המגבילים יותר (כגון קשיים נוירו-קוגניטיביים, דפוסי התנהגות מורשים במיוחד והקשרים חברתיים ובין-אישיים אשר מסכלים שיפור במצב).

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

### **החלמה היא מעבר לשיקום**

לא מדובר עם זאת רק בשילוב של התערבויות שיקומיות ותמיכות קהילתיות בתוך תכנית הטיפול המסורתית. בשני התחומים הללו, תפקידו של האדם מהווה שיקול חיוני ומרכזי. תפקידו אינו יכול להתבסס על הנחות מוקדמות או על התעלמות. בעוד שדרוש אורטופד מיומן על מנת לאחות עצם שבורה, הרי שנדרשת גם פעילות מצד האדם עצמו, לעתים בשילוב עם פיזיותרפיסט, על מנת שהאדם ישיג מחדש תפקוד מלא של היד או הרגל. הדבר נכון אף יותר בהקשר של בריאות הנפש. במצב של עצם שבורה ניתן יהיה למצוא הן תכנית טיפול (למשל: קיבוע וייצוב של העצם) והן תכנית שיקום (למשל: להגיע לטיפול פיזיותרפי שלוש פעמים בשבוע על מנת לבצע תרגילים מסוימים). אך אפילו בשילובן, שתי תכניות אלו אינן מכוונות למה שהאדם יצטרך לעשות על מנת לחזור להשתתף בקבוצת הכדורגל או לשוב ולנגן בכינור. במקרים אלו, עשויים להידרש גם מאמנים, מדריכים או מנחים (למשל: כנר מנוסה). האתגרים

הכרוכים בקיום חיים רגילים עם מחלת נפש דורשים לעתים קרובות רמה דומה של תמיכה, ניסיון ומומחיות. תכנון והובלה של מאמצים מסוג זה דוחפת אותנו אל מעבר למרחב של תכניות טיפול שבהן משתמשים עפ"י רוב אנשי מקצועות הבריאות, לתכנית שאותה יכול לפתח האדם לשימוש, בשיתוף עם אחרים, על מנת להשיג את החיים שאליהם הוא שואף. תכנית כזו נקראת תכנית החלמה.

כאשר המטרה של שירותי בריאות הנפש הייתה צמצום מחלת הנפש, נראה הגיוני להסתכל על הטיפול כמוביל להחלמה. כתוצאה מכך, נראה הגיוני לשלב החלמה וכוחות אישיים בתוך תכניות הטיפול. כיום, עם זאת, מטרתם של שירותי בריאות הנפש השתנתה, והיא לאפשר לאנשים להוביל חיים מלאים מתוך הכוונה עצמית בקהילה, למרות נוכחותה וחומרתה של המחלה. ומטרה זו עבור אנשים רבים אינה יכולה לבוא למימוש באמצעות תכנון ומתן שירותי טיפול ושיקום לבדם.

טיפול אקטיבי בתרופות ופסיכותרפיה, אפילו כאשר משולב בהכשרה לרכישת מיומנויות, עשוי להיות חיוני לאנשים מסוימים כהזדמנות לחיות חיים מלאים, אבל, טיפול זה לבדו אינו מספיק עבור רבים אחרים. מה שדרוש הוא שהאדם ייקח אחריות ותפקיד פעיל, ילמד, יתמודד ויתגבר על מגוון של השפעות – רפואיות, חברתיות ופסיכולוגיות של מחלת הנפש, בתוך הקונטקסט הכלכלי, הפוליטי והתרבותי העכשווי – על מנת שיהיה 'בהחלמה' אל מול האתגרים המתמשכים שלגביהם אין בידינו עדיין פתרונות מוגדרים. עבור אנשים כאלה, החלמה אינה באה אחרי ואינה התוצאה הישירה של טיפול. לאנשים המתמודדים עם מצבים מתמשכים, טיפול, או אפילו תכנית שיקום שמציינת רק את מה שעל המטפלים לעשות, אינה מספיקה בהתייחס למטרות החיים שלהם: לחיות חיים מלאים בקהילה.

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

### **הבהרה לגבי תמיכה במטרות האדם**

ההתייחסות למצב זה בתוך הקונטקסט של תכנית החלמה אינו דורש לשכוח או להתעלם מההכשרה הקלינית שלי: אני צריך לשקר למטופל או להעמיד פנים שאין ל/ה הפרעה פסיכוטית. במקום זאת, מה שעלי לעשות זה לנסות להבין כיצד ליישם את המומחיות הרפואית או הקלינית שלי באופן היעיל ביותר בתוך מצב מסוים זה. עלי לפענח כיצד לשים את המיומנות הקלינית והידע המקצועי שלי כך שהאדם ישתמש בהם במהלכים להשגת מטרות חיי היומיום שלו עצמו. לשם כך עשויה להידרש תבונה קלינית על

מנת להתאים את פרופיל הסימפטומים של המטופל לדיאגנוזה המתאימה, ולתת למטופל ולמשפחתו מידע מהי הפרעה או המחלה המסוימת שיש לאדם. אבל, הדבר דורש הן ניסיון והן יותר חוכמה קלינית על מנת למצוא דרך אפקטיבית לעזור לאדם להבין כיצד האבחנה המסוימת הזו מפריעה ועומדת בדרכו, מקשה על חייו או מערערת את מאמציו לקיים את החיים שאליהם הוא שואף.

'לפי האופנים שבהם התרבות שלנו כיום תופסת מחלות נפש, יש לי מוטיבציה נמוכה להאמין לך כשאתה אומר לי שיש לי שיש לי הפרעה פסיכוטית. אינני מתאים לסטריאוטיפים של "חולה נפש", ואני לא מוכן לוותר על חיים טובים ומכובדים. אבל אם אתה אומר לי שנטילת תרופה מסוימת עשויה להקל עלי להתרכז בלימודים, ולקבל שוב ציונים גבוהים כפי שהיו לפני שהקולות האלה החלו להפריע לי, אני עשוי לנסות אותה. או אם תאמר לי שעישון סמים מקשה עלי עוד יותר לצאת מהמיטה בבוקר, ושאם אמשך לעשן זה יסכן את המשך העבודה שלי, אני עשוי לשקול לעשן פחות. אתה עדיין יכול להשתמש במושגים כמו "פסיכוזת" או "התמכרות לקנאביס" בהקשר הזה; זה לא שהמילים אינן נכונות או לא הולמות. זה רק שאתה לא יכול פשוט להשתמש במילים האלה ולצפות שהן יספיקו.'

אנשים רבים יזדקקו לדעת מה משמעות המילים האלו, וכיצד הן מסבירות אספקטים חשובים בחייהם היומיומיים, כמו קשיים בריכוז או יציאה מהמיטה.

באומנות תכנון ההחלמה מעורבת היכולת לדמיין ולשרטט את הצעדים שבהם האדם יכול לנקוט במהלך 3-6 החודשים הבאים, לצד ההתערבויות שאנשים אחרים יכולים לספק על מנת לאפשר ולתמוך בצעדים אלו, כדי לשפר את חייו ולהניע אותם לעבר שאיפותיו לטווח הרחוק יותר. העובדה כי לאדם יש מחלה שאנו קוראים לה סכיזופרניה, עשויה לא להשתנות במהלך תקופה של 3-6 חודשים, אבל דברים רבים אחרים בחייו יכולים להשתנות. זו אחת מהסיבות הרבות לכך שגורמי מימון, חשבונאות וגופים מוסמכים מעדיפים לראות תכניות טיפול ממוקדות-אדם בתיעוד הרפואי, כיוון שתכניות אלו משרטטות בבירור איזה מטרות המטפלים מבקשים להשיג באמצעות מתן השירותים והתמיכות. על מנת לעמוד בדרישות הביקורת החשבונאית, מטרות אלו צריכות להיות לא רק מדידות, אלא גם מצופה שישתנו לאורך התקופה הרלוונטית לתכנית הטיפול. אם המטרה היחידה שמצינת בתכנית טיפול היא לטפל בסכיזופרניה של מישו, והיעד היחידי להשגה בעקבות זאת הוא לראות הפחתה בסימפטומים הפסיכוטיים, הרי שתכנית זו תהיה שימושית אך ורק למעגלים ראשוניים אחדים של תכנית הטיפול. ברגע שהאדם מפיק תועלת אופטימאלית מתרופה נוגדת פסיכוזת ו/או פסיכותרפיה קוגניטיבית התנהגותית, לא נשאר לאנשי המקצוע הרבה מה לעשות ישירות כדי להפחית סימפטומים פסיכוטיים. למרות עובדה זו, הרבה תכניות טיפול בעבר המשיכו להגדיר הפחתת סימפטומים כמטרה, ואת היענות המטופל כיעד, עם שינויים מעטים בסטאטוס הקליני המתועד במסמכים הרפואיים, ומעט אם בכלל נעשו שינויים בתכנית הטיפול לאורך תקופות של חודשים, שנים ואפילו עשורים. שינוי המטרה מהפחתת סימפטומים לשימור היציבות הקלינית אינו משפר בהרבה את המצב הזה, לא מנקודת מבט קלינית ולא מהזווית החשבונאית.

## פוטנציאל התוצאות של טיפול ממוקד-אדם

נשארים דברים רבים שהאדם יכול לעשות בעצמו כדי להשיג שליטה ולבסוף הפחתה של הסימפטומים, או של ההפרעה שהם גורמים לחייו, או שניהם. התנסות עם אסטרטגיות לטיפול-עצמי ומציאת השיטות שעובדות עבור אדם מסוים, כמו גם גילוי ומציאת פעילויות ומערכות יחסים משמעותיות, אשר מתחילות להפחית את נוכחות הקולות בחייו, הן פעולות אפשריות למישהו שהסימפטומים שלו לא הגיבו באופן מלא לטיפולים הקיימים. התערבויות שבהן יכולים להשתמש נותני שירותים על מנת לאפשר התנסויות וגילויים כאלה, אמנם מוכרים במסגרת הביטוח הרפואי האמריקאי במדינות רבות, אך אינם נחשבים כטיפול בפני עצמו, ותלויים כמעט לחלוטין ברצון ובפעילות של האדם, הרבה מעבר למושגים הקונבנציונאליים של 'היענות' או 'דבקות' בטיפול. אנשי מקצוע יכולים לתכנן ולדרוש תשלום עבור ביצוע של הערכות וביצוע מעקב תרופתי, בין אם האדם מסכים או אינו מסכים להשתתף או להיענות לטיפול. לא ניתן לומר את אותו הדבר לגבי למידת מיומנויות לטיפול-עצמי, או לגבי מציאת פעילויות חברתיות, לימודיות או תעסוקתיות משמעותיות. כאן האדם חייב למלא תפקיד מוביל, עם איש המקצוע שפועל פחות באופן ישיר ויותר בתפקיד מייעץ ומאפשר. כתוצאה מכך, תכניות החלמה מתמקדות באופן הדוק יותר במה שהאדם וגורמי תמיכה אחרים יכולים לקוות להשיג במשך 3-6 החודשים הבאים, ולא מכילות רשימה של כל הדברים שנותני שירותים היו רוצים שיקרה, אך קורה רק לעתים רחוקות.

כיוון שהדבר תלוי במה שהאדם יתעניין וירצה לעשות במהלך החודשים הקרובים, היותו הדמות העיקרית שמובילה את עיצוב ויישום תכנית החלמה היא נקודה מכרעת. אין בכך כדי להגביל את תכנית החלמה רק לאותם דברים שאותם יעשה האדם עצמו, שכן אנשי מקצוע ואחרים יכולים להיות שותפים בעלי ערך עצום בעידוד, תמיכה והדרכת מאמציו של האדם עצמו. יש אפילו מקום לנותני שירותים בתוך תכניות החלמה לנסות להגביר את העניין של האדם או את המוטיבציה שלו לפעילויות מסוימות (בעזרת ראיון מוטיבציוני). אבל הכנסת מאמצים כאלו לתכנית הטיפול עדיין דורשת את הסכמתו של האדם, אפילו אם זוהי תוצאה של פשרה מוסכמת. באמצעות הגבלת תכניות החלמה למה שאכן ניתן לצפות שיתרחש במהלך מספר חודשים, התכניות הופכות למסמכים שימושיים הן עבור האדם והן עבור צוות הטיפול שלו, וכן נעשות לאסטרטגיה מושכת ומשתלמת עבור הרפורמה במערכת הבריאות.

*'בעבר, מה שהפך תכנית טיפול לתכנית טיפול, היה שזו הייתה תכנית שהגדירה מהם הטיפולים שיינתנו ועל ידי מי. מה שהופך תכנית החלמה לתכנית החלמה הוא שזוהי תכנית עבורי ועבור צוות הטיפול או התמיכה שלי, המכוונת לעזור לי לחיות את חיי באופן המלא ביותר האפשרי, בדרך שאני רוצה. זה לא אומר שתכנית טיפול אינה רלוונטית או לא נחוצה יותר. במקום זאת, זה אומר שתכנית טיפול הופכת להיות מרכיב אחד של תכנית החלמה מקיפה - אותו מרכיב אשר מתאר איזה טיפולים יסופקו על ידי איזה אנשי מקצוע ולאיזה מטרת (ואשר עומדים בדרישות הביטוח הרפואי). אך בהיפוך להיגיון המסורתי, טיפול הופך להיות רק כלי אחד - גם אם בעל ערך רב ביותר - להחלמה המתמשכת שלי.'*

'הוספת החלמה על גבי תכנית טיפול הייתה אולי הגיונית מנקודת מבטו של המטפל. אבל מנקודת המבט של האדם, השאלה היא כיצד (ואיזה) טיפולים, שירותים ו/או תמיכות עשויים להתאים ולתמוך בהחלמה שלי. בעוד שמנקודת מבט של מטפל אני עשוי להיראות ראשית כל כמטופל שיש לו מחלה ובאופן משני כמי שמנסה לחיות את חייו, הרי שמנקודת המבט שלי אני קודם כל אדם שחי את חייו ובאופן משני צריך להתמודד עם מצב בריאותי נפשי או התנהגותי בתוך הקונטקסט הזה!'

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