

# שיקום והחלמה בבריאות הנפש

קרואה לנפשו לנפש שנויה  
פריקטיקה, לנפשו ולנפש



עורכים: ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר מקס לכמן

ד"ר נהדס לידור, ד"ר מקס לכמן

שיקום והחלמה בבריאות הנפש

הספר מיועד לכל אדם המתעניין ועוסק בשינוי, באנושיות ובשילוב של אנשים עם מגבלה בחברה. הספר מיועד למתמודדים, למשפחות, לאנשי מקצוע, לסטודנטים, לחוקרים, לאנשי חוק וממשל העוסקים בחקיקה ובקבלת החלטות ולציבור הרחב.

בספר נקודות מבט שונות על החשיבה והעשייה בשטח, שבו פרקים שמתארים תהליכים מנקודת מבט אישית, פרקים שעוסקים בסקירת ספרות, תיאור תוצאות מחקריות ומהלכים שבפרקטיקה. הכותבים, גם הם, באים מעולמות שונים ומגוונים: אנשי ציבור, אנשי מקצוע, אקדמיה, מתמודדים, משפחות ואמנים.

במהלך כתיבת הספר התלבטנו איך להתחיל את הספר ועל ידי מי. בניגוד למקובל חשבנו שנוכח להתחיל מנקודת המבט האישית, אינטימית והסובייקטיבית. נראה לנו שבחירה זו היא חלק מהמהפכה שמתרחשת בשנים אלו, מבטאת את השקפת העולם שלנו, וממחישה עד כמה השינויים שהתרחשו ומתרחשים נובעים ממפגשים עם אנשים מיוחדים. אין ספק שאלמלא תרומתם לא היינו מגיעים לתוצאות אלו. בבחירה זו אנו מבטאים גם את תחושתנו ואמונתנו שנפלה בחלקינו זכות גדולה להיות שותפים בתהליך זה עם אנשים מאוד מיוחדים.

אין אנו רואים בספר סוף דבר, יש בו תיעוד של תהליך מדהים. בשש השנים האחרונות מאז נחקק חוק שיקום נכה הנפש בקהילה למדנו שאפשר בעזרת שינוי בגישה ופיתוח מגוון טכנולוגיות לאפשר לאנשים רבים, ששנים רבות חשבו שלעולם לא ישתפרו, להשתפר באופן משמעותי בצורה שמאפשרת להם לחיות חיים משולבים בעלי משמעות בסביבתם.

למדנו גם שעוד ארוכה הדרך וקשה, היא איננה פשוטה ואיננה ליניארית, אולי קצת מקבילה לתהליך ההחלמה, ויש בה עליות וירידות, הרבה עיכובים והרבה התפתחויות. בעיקר יש בה תקווה ואמונה ביכולת האדם ורצונו להשתנות.

הספר הזה הוא ביטוי לאמונתנו שאין עוד דרך חזרה, לנעשה ולצמיחה הזו, היציאה מן הארון, השמחה של השיפור, התקווה, השיתוף הזה בין הצרכנים לבין עצמם, המשפחות, אנשי מקצוע ואנשי ממשל ימשיך. על עורכי הספר:

ד"ר נעמי הדס לידור - מרצה ומרכזת את תחום השיקום בחוג לריפוי בעיסוק בבית הספר למקצועות הבריאות, בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב, יו"ר המועצה הארצית לשיקום נכה הנפש בקהילה - יועצת שר הבריאות, מנהלת בית הספר הגבוה להכשרה בשיקום, שילוב והחלמה, יוזמת ומקימה את פרויקט קש"ת - קורס להורים לילד עם מגבלה פסיכיאטרית. מחברת הספרים: "ספר קטן על שינוי" ו"ללמד מן הכאב".

ד"ר מקס לכמן - יום חברתי בתחום בריאות הנפש כמעט 30 שנה. מילא תפקידים בכירים במשרד הבריאות ובמשרד המשפטים. עובד סוציאלי בהכשרתו הבסיסית ומומחה בתחום השיקום וההחלמה בבריאות הנפש - בפרקטיקה, בהוראה, במחקר ובמדיניות. בין הראשונים שהטמיע את תפיסת ההחלמה בחשיבה המקצועית ובשדה. כיום מנהל מכון צוהר.



קריאה מנקודות מבט שונות בשיקום והחלמה בבריאות הנפש-  
פרקטיקה, מדיניות ומחקר  
עורכים: ד"ר מקס לכמן, ד"ר נעמי הדס לידור

המחבר	שם הפרק			
נעמי הדס-לידור ומקס לכמן	פתח דבר			1
		<b>ממבט אישי</b>	שער ראשון	
הרב נסים דהן	איך הגעתי מההכרה בחיוניות השיקום בבריאות הנפש עד לעיסוק בנושא כמטרה שיש לקדם ולהעדיף בהעדפה מתקנת במערכת הבריאות. ויש אומרים שליחות קודש			2
מיכל טבקמן	כשזה קורה זה מרגיש לי בפנים			3
יגאל גינת	ממנהל בי"ח למשקם בקהילה			4
דליה רופא	מכתב לעמוס עוז			5
נעמה כץ	על ההבדל בין איש שיקום למטפל-מדיבור על לעשייה את..			6
דניאלי עינת	חוסר אונים והצורך בשליטה עבודת שדה בשיקום פסיכיאטרי			7
עמירם שראל	המטפל הידען והמטפל החכם (שבתוכנו)			8
				9
חולוד פאום	שיקום נפגעי נפש במגזר הערבי- אתגר ומציאות			10
אבי אורן	מצרכנים לנותני שירותים – סיפורו של גשר			
		<b>מדיניות ופרקטיקה בשיקום בבריאות הנפש</b>	שער שני	
מקס לכמן ונעמי הדס-לידור	מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה			11
מקס לכמן	התפתחות הידע על החלמה בבריאות הנפש בצל המודל הרפואי, מהפכת האל מיסוד וזיהוי תופעת ההחלמה			12
שולה רמון, ביל הילי, ונואל רנוף	ההחלמה בבריאות הנפש - התהוות התפיסה והפרקטיקה באוסטרליה ובבריטניה			13
אורי אבירם	מביה"ח לקהילה: סוגיות ואתגרים בהסתת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לשירותי בריאות נפש קהילתיים			14
דינה פלדמן	זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל – מציאות ואתגרים			15

16			על הסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות	אמיר טל
17			הגורם האנושי בתחום הנגישות	יחיאל שרשבסקי
18			קולה של הבחירה וקבלת ההחלטה - ועדות השיקום ברוח גישת ההחלמה	ורד בלוש-קליינמן
	שער שלישי	הכשרה ומחקר		
19			חשיבותן של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום הפסיכיאטרי	דיוויד רועה, אילנית חסון, שלמה קרביץ
20			תפיסה של אנשי מקצוע את האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים בכריאות הנפש ואת הדילמות שביישומם	אנדראה פינראט עיני
21			התערבות קוגניטיבית דינאמית והשפעתה על התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של משתקמים הסובלים מסכיזופרניה בקהילה.	ורד שפיר קיסר, נעמי הדס לידור
22			מנהל יחידת השיקום בקהילה כמוביל שינוי – מודל הכשרה	נעמי הדס לידור, מקס לכמן ורד שפיר קיסר
23			הכשרת הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית- קש"ת- קידום שיתוף ותקשורת בדרך קוגניטיבית	נעמי הדס-לידור, איה חסדאי ודיוויד מוזס
24			ללמוד עם המטופל – למידה אחרת	נעמי הדס-לידור, מקס לכמן, עדנה אלון ושרון רוטשילד
25			חווית הסטיגמה וההתמודדות איתה מנקודת מבטם של הורים למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית	שטרן נעמי, יחיאל שרשבסקי, נגה שיגב, אלונה בידני אורבך ומקס לכמן
	שער רביעי	התערבויות		
26			העבודה כמפתח להחלמה	רונית דודאי, רות לייטנר וסיגל וקס
27			חונכות שיקומית- המסע אל החברות	יעל לפידות
28			פרויקט 'תהילה' - מתמודדים בהחלמה למען עשייה התנדבותית ומעורבות בקהילה מרכז 'קובו', 'אנוש' עפולה	מירה שרפשטיין
29			הגישה הקוגניטיבית דינאמית – בדרך אל ההחלמה	נעמי הדס לידור, מקס לכמן וורד שפיר קיסר
30			תמיד אפשר ללמוד- ההתערבות הקוגניטיבית עם אנשים שסובלים ממחלה פסיכיאטרית	נעמי הדס-לידור ופנינה וויס

31		יישום עקרונות התיווך בשיקום פסיכיאטרי- הספור של אמנון	דיוויד מוזס ונעמי הדס לידור
32		מה אפשר ללמוד מליווי סטודנט עם ליקויי למידה עבור סטודנט עם מוגבלות פסיכיאטרית- הנגשה והתאמה	אורית דהן, נעמי הדס לידור, ליאורה כסיף, מיכל טבקמן ומקס לכמן
33		הגלריה – מרכז אמנות ורוח	ז'ק יעקב דוייב

### פתח דבר

נעמי הדס - לידור, מקס לכמן

העשייה הרבה בשנים האחרונות בארץ בתחום השיקום בבריאות הנפש נעשית כדי לבנות, עבור אנשים המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטרית, מציאות שונה מזו שהייתה עד כה. ספר זה הוא יוזמה שמטרתה לשתף את המתמודדים ואת אלה שנמצאים במעגלים השונים של המתמודדים, כמו גם את הציבור כולו, בחוויה הבלתי רגילה שאנו חווים בשנים האחרונות, דהיינו להיות חלק ממה שקרוי היום "הרפורמה השיקומית".

העולם בכלל ומדינת ישראל בפרט עוברים בשנים האחרונות שינוי מהותי במדיניות ובפרקטיקה של בריאות הנפש, כשביסוד השינוי מוטמעים חשיבה ועמדות חדשות. השפעת השינוי בחקיקה ובזכויות האדם בתחום בריאות הנפש, ההסתכלות החברתית על ההתחרשויות והתפתחות הידע במדעי המוח, כל אלה אפשרו לראשונה להסתכל על האדם עם המגבלה הפסיכיאטרית באופן אופטימי יותר.

יכולתם של המתמודדים והמשפחות להפיק מניסיונם ידע, אמונה ויכולת לשינוי, היה ונשאר יותר מכול, הבסיס למהפכה בבריאות הנפש בכלל ולרפורמה השיקומית בפרט. הטיפול הפסיכיאטרי אופיין לאורך השנים בכפיה ופטרונות כלפי הציבור המתמודד, דבר שלא השאיר מקום רב לשותפות. בעבר, אי אפשר היה לראות עשייה משותפת בין צרכנים לאנשי המקצוע, היום לעומת זאת, קשה לדמיין תחום זה כמוביל שינוי ללא הימצאות נציגי המתמודדים ומשפחותיהם בחזית קבלת ההחלטות.

חשיבות הספר בעינינו היא בהיותו עדות ראשונית, חלקית ודינאמית, לעשייה הרבה של השנים האחרונות בשטח ולחשיבה המקצועית והאקדמית שמנחה אותה. כדי ליצור עשייה החדשה, היה צורך לפתח ולהטמיעה פרדיגמות חשיבה חדשות. עם הזמן נוצר קשר הדוק בין העשייה לבין החשיבה, ושני מרכיבים אלו תמכו זה בזה והתפתחו תוך הפריה הדדית, למשל אי אפשר היה לאמץ את עקרונות החשיבה של פרדיגמת ההחלמה מבלי שהשדה ראה והתנסה באמצעות העשייה בחוויית השיפור של האנשים.

מבחינה זו הספר מיועד לכל אדם המתעניין ועוסק בשינוי, באנושיות ובשילוב של אנשים עם מגבלה בחברה. הספר מיועד למתמודדים, למשפחות, לאנשי מקצוע, לסטודנטים, לחוקרים, לאנשי חוק וממשל העוסקים בחקיקה ובקבלת החלטות ולציבור הרחב.

הספר מציג נקודות מבט שונות על החשיבה והעשייה בשטח, קיימים בו פרקים שמתארים תהליכים מנקודת מבט אישית, פרקים שעוסקים בסקירת ספרות, תיאור תוצאות מחקריות ומהלכים שבפרקטיקה. הכותבים, גם הם, באים מעולמות שונים ומגוונים: אנשי ציבור, אנשי מקצוע, אקדמיה, מתמודדים, משפחות ואמנים.

במהלך כתיבת הספר התלבטנו איך להתחיל את הספר ועל ידי מי. בניגוד למקובל חשבנו שנכון להתחיל דווקא מנקודת המבט האישית, האינטימית והסובייקטיבית. נראה לנו שבחירה זו היא חלק מהמהפכה שמתרחשת בשנים אלו, מבטאת את השקפת העולם שלנו, וממחישה עד כמה השינויים שהתרחשו ומתרחשים נובעים ממפגשים עם אנשים מיוחדים. אין ספק שאלמלא תרומתם לא היינו מגיעים לתוצאות אלו. בבחירה זו אנו מבטאים גם את תחושתנו ואמונתנו שנפלה בחלקינו זכות גדולה להיות שותפים בתהליך זה עם אנשים מאוד מיוחדים.

### איך הספר בנוי?

לספר חמישה שערים:

השער הראשון בספר נקרא ממבט אישי בשער זה ניתנה במה לנקודות מבט אישיות שונות. הפרק הראשון נכתב על ידי מי שהיה שר הבריאות וחה"כ הרב נסים דהן והיה הראשון ליישם את חוק השיקום במשרד הבריאות, הוא עשה זאת במקצועיות, ברגישות ובחוכמה אין סופית. בתקופתו השיקום עשה התקדמות אדירה בכל התחומים, הפרק של הרב נסים דהן נקרא: איך הגעתי להכרה בחיוניות השיקום בבריאות הנפש עד לעיסוק בנושא כמטרה חיונית שיש לקדם ולהעדיף בהעדפה מתקנת במערכת הבריאות- ויש אומרים שליחות קודש. פרק נוסף עוסק בעשייתו של פסיכיאטר, מנהל בית חולים שהפך להיות בשנים האחרונות לאחד ממובילי השיקום בארץ, פרק על מרפאה בעיסוק שמרכזת את פרויקט הסטודנטים באוניברסיטה העברית והיא בעצמה לקויית למידה, מכתב נוגע ללב לעמוס עוז, פרק של סטודנטית שכותבת על חוסר האונים והצורך בשליטה- עבודת שדה בשיקום פסיכיאטרי, פרק על שיקום האדם עם מוגבלות פסיכיאטרית במגזר הערבי- אתגר ומציאות. פרק העוסק בהבדל בין איש שיקום למטפל- מדיבור על לעשייה את...- דרך תובנות של פרויקט שהוא קורס ראשון לצרכנים של בריאות הנפש – מטפלים בבתי אבות. הקורס נערך בבית אבות יוקרתי במיוחד- "פרוטיאה בכפר. פרק נוסף הוא של פסיכיאטר ועוסק ב מטפל הידען והמטפל החכם (שבתוכנו).

הפרק האחרון עוסק בנקודת מבט מאוד חשובה של צרכן ואיש מקצוע שהגה והפעיל את הקורס הראשון בארץ שמכשיר צרכנים להיות עובדי מקצוע במערכת השיקום-מצרכנים לנוותני שירותים השער השני עוסק במדיניות ופרקטיקה בשיקום בבריאות הנפש, בו פרקים העוסקים ב: שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה, מביה"ח לקהילה: סוגיות ואתגרים בהסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לשירותי בריאות נפש קהילתיים, ההחלמה בבריאות הנפש - התהוות התפיסה והפרקטיקה באוסטרליה ובבריטניה, התפתחות הידע על החלמה בבריאות הנפש בצל המודל הרפואי, מהפכת האל מיסוד בזיהוי תופעת ההחלמה פרק מרכזי עוסק בסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות, פרק זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל – מציאות ואתגרים, פרק נוסף עוסק בגורם האנושי בתחום הנגישות בבריאות הנפש, נושא שעוסקים בו רבות היום גם בפרקטיקה וגם בחקיקה. הפרק האחרון עוסק בקולה של הבחירה וקבלת ההחלטה - ועדות השיקום ברוח גישת ההחלמה.

השער השלישי עוסק בהכשרה ומחקר נושא שבעינינו מרכזי ומאפשר לעקוב אחרי תהליכים

ותוצאות בתהליכי השיקום והשילוב ולקבל בהמשך החלטות נכונות ובחירות נכונות במדיניות ובפרקטיקה. בשער זה מאמר מרכזי על חשיבות של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום הפסיכיאטרי, פרק שמתאר את תפיסת אנשי המקצוע את האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים בבריאות הנפש ואת הדילמות שביישומן, קורס מנהלי יחידות שיקום בקהילה - כמודל ליצירת שינוי, פרק על למידה בדרך אחרת: ללמוד עם המטופל שהוא קורס המתקיים כבר מספר שנים בבית הספר למקצועות הבריאות בחוג לריפוי בעיסוק בלימודי התואר השני, קורס ראשון מסוגו בארץ ועוסק בלמידה מאנשים בעלי מוגבלויות שהם בעלי ידע ייחודי שלא ניתן דרך הלמידה האקדמית, קורס זה הפך היום להיות מודל לקורס דומה שמתקיים בבית הספר לרפואה ומיועד לרופאי המשפחה. פרק העוסק במחקר בנושא של ההתערבות הקוגניטיבית והשפעתה על המיומנויות החברתיות והתפקוד, ופרק העוסק בהכשרת הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית- קש"ת- קידום שיתוף ותקשורת בדרך קוגניטיבית, הפרק האחרון עוסק בדוח מחקר על חווית הסטיגמה וההתמודדות איתה מנקודת מבטם של הורים למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית.

השער הרביעי עוסק בהתערבויות והוא מחולק לשלושה נושאים: הקוגניטיבי, תעסוקתי וליווי. בנושא הקוגניטיבי ארבעה מאמרים: הגישה הקוגניטיבית דינאמית – בדרך אל ההחלמה- פרק שעוסק בחיבור בין התפיסה ההחלמה לתפיסה הקוגניטיבית דינאמית כמאפשרת תהליכים של קידום לקראת ההחלמה. פרק אחר נקרא: תמיד אפשר ללמוד- ההתערבות הקוגניטיבית עם אנשים שסובלים ממחלה פסיכיאטרית. פרק אחר עוסק ביישום עקרונות התיווך הקוגניטיבי בשיקום פסיכיאטרי- הספור של אמנון. פרק שעוסק בלמידה שנעשתה מפרויקט התמיכה באוניברסיטת חיפה והאוניברסיטה העברית מליווי סטודנט עם ליקויי למידה עבור סטודנט עם מוגבלות פסיכיאטרית- הנגשה והתאמה. בנושא התעסוקה מאמר העוסק בעבודה כמפתח להחלמה, ומאמר על פרויקט 'תהילה' - מתמודדים בהחלמה למען עשייה התנדבותית ומעורבות בקהילה ב'אנוש' עפולה. בנושא הליווי יש פרק חשוב העוסק בחונכות שיקומית- המסע אל החברות. הספר מלווה בציורים של ציירים מוכשרים עם מוגבלות פסיכיאטרית היוצרים בגלריה בגדרה. אנחנו מאוד שמחים על האפשרות שניתנה לנו להציג אותם בספר.

לסכום, אין אנו רואים בספר סוף דבר, אנחנו רואים בו תיעוד של תהליך מדהים. בשש השנים האחרונות מאז נחקק חוק שיקום נכה הנפש בקהילה למדנו שאפשר בעזרת שינוי בגישה ופיתוח מגוון טכנולוגיות לאפשר לאנשים רבים, ששנים רבות חשבו שלעולם לא ישתפרו, להשתפר באופן משמעותי בצורה שמאפרת להם לחיות חיים משולבים בעלי משמעות בסביבתם.

למדנו גם שעוד ארוכה הדרך וקשה, היא איננה פשוטה ואיננה ליניארית, אולי קצת מקבילה לתהליך ההחלמה, ויש בה עליות וירידות, הרבה עיכובים והרבה התפתחויות. בעיקר יש בה תקווה ואמונה ביכולת האדם ורצונו להשתנות.

למרות הקשיים והעיכובים הספר הזה הוא ביטוי לאמונתנו שאין עוד דרך חזרה, לנעשה ולצמיחה הזו, היציאה מן הארון, השמחה של השיפור, התקווה, השיתוף הזה בין הצרכנים

לבין עצמם, המשפחות, אנשי מקצוע ואנשי ממשל ימשיך.

קריאה מהנה ומצמיחה  
מקס ונעמי





שער ראשון  
ממבט אישי

**איך הגעתי מההכרה בחיוניות השיקום בבריאות הנפש  
עד לעיסוק בנושא כמטרה שיש לקדם ולהעדיף  
בהעדפה מתקנת במערכת הבריאות.  
ויש אומרים שליחות קודש**

חה"כ הרב ניסים דהן

שר הבריאות (2001-2003), מקים והיו"ר הראשון של השדולה בכנסת לשילוב אנשים עם מוגבלות בחברה

**הרקע לרצון לכתוב את המאמר**

גדלתי בבית שאחד מבני המשפחה בו חלה ונפגע קשות בנפשו. שנים של אשפוזים לתקופות ארוכות וקצרות, ובאמצע הפוגות, תמיד קצרות, וגם בהפוגות, החיים כבר לא היו מה שהיו, כי מאז האשפוז הראשון ואולי מאז השני, כל העולם השתנה, כי כשבן המשפחה היה בבית לאחר אשפוז קצר או ארוך, כל הבית הפך למן תיאטרון וכולם היו בו שחקנים. האבא, האחים והאחיות הדודים והדודות, כולם שיחקו את המשחק, לכולם היה תפקיד בהצגה, בהצגה שלא נגמרת, שהייתה לה התחלה אבל לא נכתב לה סוף...

בן המשפחה אובחן כסובל מסכיזופרניה ועוד שמות מסובכים ולא ידועים. השמות המשונים לא אמרו לנו כלום, אבל התופעות וההתנהגות של בן המשפחה החולה, במיוחד כשהיה בבית, הכבידו עלינו מאוד, הכבידו על החיים, כי אסור לנגוע באף, תיכף הוא יפרש זאת כהתגרות, וגיב בקיצוניות של צעקות והערות מעליבות, ובאוזן חס וחלילה, הס מלנגוע, כי תיכף יתפרש על ידו שמישהו רמז שהוא מסובב, ושלוות הבית שזה מה שכל כך רצינו, שיהיה שקט, שלא יהיו צעקות, שלא יהיו ויכוחים, כי הרי הם בין אדם חולה לאדם בריא- ובכלל לך תתווכח כל היום על כל צעד, על כל תזוזה, ואם רצית לשתות מים, אז תיזהר שלא יראו אותך שותה, כי תיכף יאשימו אותך שניסית להרעיל חס וחלילה את החולה, ולאכול, אז מה מהר מהר שלא יתנפלו עליך כי אתה בטח זומם משהו. הכול משחק. שום דבר לא אמיתי, הדיבורים בבית בנוכחות החולה הם משהו סתמי שלא אומר כלום, שאי אפשר לפרש אותם כמעט, והכי טוב זה לשתוק כי כל מילה ותנועה תתפרש כרצון לפגוע להעליב, ואז מתחיל הריטואל של צעקות, ויכוחים ויותר מכך. אז השיחות עם הדוד הן בשקט על דא ועל הא רק לא בבעיות האמיתיות שבחיים. על בית הספר ועל המורה אפשר לדבר, אבל לא בנוכחות, כי בטח יפרש שמדברים על הרופא. ועל האחות שתכף תבוא לעשות זריקות שזה אמנם הטיפול, אבל החולה לא רוצה לקחת, ואתם רוצים לתת בכוח?? ואבא יוצא מוקדם לעבודה גם כשלא מוכרח, וחוזר מאוחר גם כשגמר מוקדם, העיקר לא להיות בבית. גם הוא מסכן, כל מה שיעשה יתפרש לא נכון, כל מה שיאמר יתפרש ככוונה להעליב להתגרות, ואם כבר רוצים לדבר איתו, כי המורה שלחה פתק או המנהל רוצה לשוחח או פשוט קיבלתי מאה במבחן, הכל עושים בשקט, ברמז או סתם מחכים בחוץ מחוץ לבית שהוא יגיע, ובדרך, במדרגות מגניבים כמה מילים, כי בבית כולם על קצות האצבעות, כאילו דורכים על מרבד של ביצים שצריך מאוד מאוד להיזהר שלא לשבור.

מוזרים היו ימי החופש. כשבן המשפחה אושפז בבית החולים הייתה איזו התפרקות בבית, מדברים בקול על הכול ואפילו קצת צוחקים ומתבדחים, ומזמינים חברים כי הוא לא בבית וזה הזמן הטוב ביותר, והדודים והדודות באים יותר לבקר ואנחנו הילדים לא מבינים ומתפללים שכך יימשך והוא יאושפז הכי הרבה זמן, ואחר כך מיד מתחילים הגעגועים והרצון להחזיר אותו הביתה, כי כשהולכים לבקר הוא נורא סובל ונותנים לו מכות חשמל והמון תרופות וחולים אחרים מתעללים בו, ובכל זאת הוא חולה ונורא מסכן, וצריך לרחם. והרופאים במשך הזמן אומרים שאולי ננסה שוב ואולי הפעם ירגיש יותר טוב גם בבית, ולאחר תקופה כבר לוחצים שהוא צריך להיות בבית, והכול חוזר להתחלה. בבית, בימים הראשונים נחמד, ממש נחמד, ואז לאט מרגישים את השינוי וכולם חוזרים להיות השקנים. הדודים חוזרים למשחקם ואבא לתפקיד הקבוע שלו, והאחים לפינתם ולסגירותם, עד לסיבוב הבא.

ורק אני לא הסכמתי להיות יותר שחקן בהצגה הזאת שלא מקובלת עלי ושלא מתאימה לי. בסך הכול רציתי, ילד בן שמונה, להתנהג כמו ילד בגיל שמונה, לדבר איך שבא לי ולא ברמזים ובשקט דווקא, ולהביא חברים מתי שבא לי ולהכין שיעורים עם ההורים ולא לבד כי אין מי שיעזור, ולצעוק לפעמים בבית ולהתפרץ, וגם לבכות כשבא לי, ושהאחים והאחיות לא יצטנפו כל פעם מחדש בפינתם ובחדרם, ובמגעם עם בני ובנות כיתתם יתנהגו כאילו שומרים סוד נורא. בסך הכול רציתי לחיות חיים נורמאליים. כשהמורה שואלת מי יכול להביא עוגה למסיבת כיתה, שיהיה מותר להרים את היד ולומר "גם אני המורה יכול לבקש בבית שיאפו עוגה", ולא ולעשות זאת, ובסוף לבקש מאיזו דודה רחוקה או מסבתא שהיא תאפה את העוגה כי אמרתי כבר בכיתה ולא נעים לבוא בלי. ובכלל מה יגידו, והחברים, ובית הספר. וכולם ידעו.

ולקחתי את העסק לידיים, ובאשפוז הבא אני בעצמי הלכתי עם בן המשפחה, ואני משכתי בכנף מעילו של הרופא וביקשתי, התחננתי, בכיתי שזו תהיה הפעם האחרונה של האשפוז ושיצאו מכאן בריאים כמו כל האדם, שבבית נפסיק להיות שחקנים כשהוא יגיע הביתה. ולראשונה שמעתי בחיי את המשפט המבהיל ההוא: "חמודי, תקשיב טוב, אי אפשר לרפא כי אין תרופה, זה המצב ותצטרכו להשלים עם זה ולהתמודד!". "איך?" שאלתי "איך מתמודדים בגיהנום הזה... איך יכול להיות שאין תרופה... איך יכול להיות שאין מה לעשות? למה כך נגזר עלינו?" והתשובה הייתה: "כי גם אנחנו הרופאים עדיין לא יודעים מספיק על המחלה ועל דרכי ההתמודדות איתה". ואז חוזרים הביתה שבורים ורצוצים, לא מהמחלה של בן המשפחה, אלא מחוסר האונים, מהאין מוצא שנגזר עלי, עלינו. האם לנצח נחיה במצב אבסורדי זה: שחקנים בעל כורחם, סובלים בעל כורחם, ובכלל איך יכול להיות שאין תרופה? רק לנו אין תרופה ולאחרים אולי יש?

להרים ידיים היה הכי קל, אחרים במשפחה פשוט הרימו ידיים, לא עשו כלום ואולי לא יכלו לעשות. מה שאני הבנתי זה שהם שחו עם הזרם, המשיכו את משחק החיים. מי שיכול היה לפרוש פרש, התנתק. הדודים נעלמו כלא היו, באו לבקר לעתים רחוקות, בדרך כלל כשבן המשפחה לא בבית. אבא שקע בכאבו ובעבודתו, האחים הקטנים נתלו עלי כמגן ומושיע

אחרון, ואני רק בן תשע.

ומה יעשה ילד בן תשע שרוצה להציל את העולם בכלל, ואת משפחתו בפרט, ואת עצמו עוד יותר בפרט? למדתי את שמות של כל הכדורים ומתי צריכים לקחת, מתי יש תור לזריקה, מתי תור לביקורת, ואיך מאבחנים הידרדרות במצב ולמי מטלפנים, ומה מסבירים. כל זה היה החלק הקל, הכי קשה לעמוד עם הכדור ביד ולהתחנן שיקח את התרופה, כי אמרו לי: "עם התרופות זמן ההפוגות יהיה יותר ארוך", ואני רק רציתי בית נורמאלי וילדות נורמאלית עם משפחה נורמאלית כדי שאוכל להביא חברים, וכדי להכין שיעורים, וסתם לשחק עם קובי, חברי הטוב, בלי להסתיר סודות.

ואמנם זה עזר. תקופת ההפוגה התארכה, ובן המשפחה היה לתקופה יותר ארוכה בבית והשקט של לפני הסערה היה ארוך יותר, אבל המתח, המאבק, לקיחת האחריות, אלו גזלו את ילדתי ובכלל לא פתרתי את הבעיה. כמה אפשר לריב על הכדורים, כן רוצה ולא רוצה, ובכלל, "כולכם לא מרגישים טוב ורק אני בסדר, תיקחו אתם את הטיפול", ו"אתם רוצים להרוג אותי, אתם רוצים להיפטר ממני", ועוד כל מיני דיבורים שקשה לשמוע, קשה לעכל וקשה עוד יותר אחרי זה לרדת לשחק עם חברים כאילו לא קרה כלום, ולא ארחיב על ניסיון ההתאבדות עם כל הטראומות, על הזהירות הגדולה שהאחים לא יהיו לבד כי זה מסוכן, ועל הגיהינום עד לאשפוז וחוזר חלילה.

והשנים עוברות וכבר אני בכיתה ח' ולמרות הכול תלמיד טוב אפילו מצטיין, מסיים מבחן סקר בציון מקסימאלי, ומקבל מילגה להמשך לימודים בבית ספר למחוננים, וצריך לעזוב את הבית לפנימייה, כי צריך ללמוד ולהתקדם בחיים. ומה יהיה על בן המשפחה החולה, מי יטפל מי ישיח על האחים הקטנים שעוד בבית, ואולי לוותר על המשך הלימודים בכלל?

עם המון קשיים והמון לבטים כשאין בלאו הכי פתרון, נסעתי ללמוד בפנימייה, אבל עם החלטה אחת גדולה: אם יתאפשר לי אעשה הכול שמצב אין האונים הזה של בית חולים לתקופה ואחר כך הביתה לתקופה קצרה, הסבב הזה בין אשפוזים לביקורים בבית ייפסק. אבל ידעתי גם ידעתי כי אני ומשפחתי כבר לא נהנה מזה, כי עד שאלמד ועד שאמציא, אם אצליח, איזו תרופת פלא או צורת בית חולים חדש אהיה גדול גדול, ורחוק מחוץ לבית כמו כל האחים והאחיות הסובלים בינתיים, אבל אולי לאחרים אביא ישועה ומזור.

המשכתי ללמוד בפנימייה בירושלים, ועקב נסיבות שלא אתעכב עליהן כאן, הגעתי לישיבה בירושלים במסגרת פנימייה. כך יכולתי גם להמשיך לשאת באחריות וגם להיות קצת רחוק. סידור מצוין בשבילי, אבל לא פתרון בבית, בטח לא לאחים הקטנים שנשארו בבית. כמובן שהסידור עבורי התאים גם לאחים, כך שבמשך השנים הקרובות גם הם יצאו מהבית ללימודים בפנימייה, נאחזים במוסדות תורניים, והאחיות מתפזרות בבתי ספר דתיים עם פנימייה, רחוק מהבית ורחוקים אחד מן השני.

אני בירושלים ושאר האחים בבני ברק ובעוד מקומות, כך שההפרדה המלאכותית עשתה את שלה, חוסר הלכידות של שנות הילדות והאחריות של אח גדול הדואג מרחוק ומנהל בשלט רחוק את ענייני המשפחה מחזקים את ההרגשה שב"ה בבוא היום אעשה הכול שמצב זה בו התנסינו כל המשפחה ואני בפרט לא יהיה מנת סבלם של אחרים, אם אזכה לכך.

בינתיים המצב בבית כשגרתו - אשפוזים ושוב חופשות וחוזר חלילה. הזיכרון העמוק משנות הילדות שלא היו הוא שאלה ענקית - איך זה שיש תרופה להמון מחלות: יש כדורים לכאב ראש ולהורדת חום, ויש ניתוח שמתקן ליקויים חמורים בגוף, וגם כשמוכרחים וכורתים אברים הרי שיש תהליך של שיקום ולמידה שבו מלמדים את המטופל לאחר שעבר טראומה כל כך קשה איך לחיות עם זה ואיך להסתדר עם מה שיש, וגם יש פרוטזות שמשלימות את החסר או כיסא גלגלים שמקל על החיים, וניתוח לב, יש כמובן, ומשתילים לבבות וכליות. ואנשים חוזרים לתפקד. ורק למחלות הנפש, אין תרופה. אין השתלה, אין שיקום, ולא יודעים להכין את החולה ובעיקר לא את המשפחה איך להתמודד ואיך להמשיך בשגרת החיים עם המחלה. האם על חולי הנפש ועל משפחתם נגזר לעצור את השעון של החיים ביום פרוץ המחלה של בן המשפחה? שאלות של ילד ונער מתבגר.

נכון, היו בתי חולים והיו רופאים טובים ואחיות ואחים נפלאים שעשו ככל יכולתם, אבל בשורה התחתונה אנחנו, משפחת דהן, נשארנו עם אותה בעיה עשרות שנים, עד היום. וכך עוברות להן השנים. אני ממשיך בלימודי, אחי גדלים בדרכם שלהם, נפגשים רק בחגים כשחוזרים מהפנימייה, לא תמיד החגים שמחים, כי זה תלוי במצב הרפואי של בן המשפחה, אבל אמרו כבר החכמים, ואנחנו על בשרנו חוונו זאת, שהאדם הוא סתגלן לכל מצב ולכל תרחיש, וגם אנחנו הסתגלנו לחיים של להיות ולא להיות, לשחק כל הזמן ובעל כורחנו בתיאטרון האבסורד בהתגלמותו.

היום אני יודע כי היו אופציות אחרות. לא משמעותיות במיוחד, לא איזו תרופה חדשנית או טיפול חדשני שהיה פותר את הבעיה, אבל אולי התערבויות של עובדות סוציאליות, מרפאות בעיסוק ואנשי מקצוע מתחומים אחרים, שאם היו משתפים פעולה ביחד, היה קל יותר. אבל אז, כל שידענו והכרנו היה את האחות בסניף קופת החולים, את הרופא בבית החולים ונהג האמבולנס שגם היה שכן.

הביקורים התכופים בבתי החולים עשו עלי רושם חזק של חידלון, רושם בל ימחה של חוסר אונים. ראיתי שם אנשים במחלקות סגורות קשורים פיזית למיטתם, אנשים שצועקים בליל של מלים, אנשים ההולכים סהרורים חצי לבושים ובוהים באוויר, יושבים שעות מבלי לעשות כלום, שלא לדבר על האיסור ליצור קשר עם אנשים, לא מטופלים ולא בריאים, בקושי עם בן משפחה שבא לבקר ורק בחדר מיוחד שנמצא בפאתי המחלקה ללא פרטיות. עם כל ההבנה לתנאים, המצב היה משאיר אותי עם נדודי שינה ולילות של בכי על הכרית. הצוות הרפואי שמגיע לתת את הכדור, את הזריקה, או לקחת לטיפול חשמל, שהוא כנראה נורא מכול, כי יותר מכל פחד בן משפחתנו מטיפולי החשמל. אם שפר חלקו של חולה והוא עבר למחלקה חצי פתוחה, התנאים היו קצת יותר אנושיים, והוא הורשה לטייל בגינה שעה שעתיים ביום, ואז

נשמעו פקודות: תצא , תחזור...תלך...ותיקח את התרופה...

שלא תהיה טעות, אני לא בא בתלונות על הצוות. הייתי רק ילד בן שמונה...ותשע...ועשר עד שמונה עשרה...אך זו התרשמותי וזה הזיכרון העמוק מצורת הטיפול. לימים, כשר בריאות ואבקר בבתי החולים הפסיכיאטריים, אמצא כי התנאים השתפרו, אבל לא הרבה. לצערי חלפו יותר משלושים שנה, העולם עבר שינויים דרמטיים ברפואה, אבל ברפואת הנפש כמעט שלא.

אם שפר חלקו של בן משפחתנו והוא עבר למחלקה פתוחה, אז הוא העביר את היום בסיוע הצוות הרפואי בעזרה במטבח או בריפוי בעיסוק, שבעיני דמה לשיעור מלאכה בבית הספר, גם לפי צורת ההשתתפות וגם לפי התוצאה הסופית. פעם סרגו לי סוודר, ופעם חזרו עם כרית מקושטת לספה בבית ופעם עם מפה מצוירת או רקומה או שניהם יחד.

עברו שנים. גדלתי, בגרתי, סיימתי את חוק לימודי נישאתי ונולדו ילדי. שירתתי בצבא, עסקתי בפעילות ציבורית ענפה, אחיי גדלו גם הם, בגרו, התחתנו וגידלו ילדים. כל העולם השתנה ורק הבעיה שלנו נשארה אותה בעיה בדיוק. בן המשפחה החולה נכנס ויוצא מבתי חולים, ובין יציאה לכניסה הבאה ממרר את החיים לכולם. עכשיו נוספו גם בני הדור השלישי שלמדו להיות שחקנים ולהתנהג בהתאם כשבן המשפחה נמצא על קצות האצבעות. זכור לי הזעזוע הראשון של בתי הגדולה, אז רק בת ארבע, כשהייתה עדה להתפרצות הראשונה, ולאשפוז הכפוי שנבע בעקבותיו. חודשים היא הזכירה את בן המשפחה ברטט, כי רק להזכיר את שמו וכינויו היה פחד בעיניה כשחשבה שאולי הוא יחזור לבקר אצלנו שוב.

ברור מאליו שבזרם החיים היו שמחות ועצב, היו חתונות ובחלקם לא השתתף, כי לא הזמינו אותו, או לא רצו שיבוא שלא יקלקל את האירוע, ואם כבר יכול היה קצת להשתתף, אז שמו עליו עשרה שומרים על כל צעד ושעל שלא יקלקל את האירוע, והחתן או הכלה או שניהם יחד היו במתח לא פשוט. מה יקרה ואיך יעבור. אימו נפטרה ולא הודיעו לו, כי בשביל מה להודיע לו ואיך הוא יגיב אם יגיב, מן חיימת שכזה, חי ונושם ונמצא איתנו, אבל בפועל לא שותף לכלום ממה שקורה במשפחתו שהייתה עד למחלתו כל עולמו ממש. את כל נשמתו נתן לטובת משפחתו והיום הוא מנותק מהכול. גם הביקורים בבתי החולים במקום אשפוזו נעשו לעתים רחוקות ועל פי תורנות כפוייה של בני המשפחה. כולם עסוקים בענייניהם, כולם טרודים בקשיים הפרטיים שלהם. למי יש זמן להתנדב? ואם כבר הולכים בתור הכפוי, יושבים שעה, יושבים מקסימום שעתיים, מדברים חמש דקות ושותקים שעה, כי מה תענה על השאלה: למה אני פה? ולמה הבאתם אותי לכאן? אני הרי בריא ואני רוצה לחזור הביתה ורוצה חופש, ותדברו עם הרופאים שלא יתנו לי כדורים ולא זריקות ...

השאלות חוזרות על עצמן כל ביקור, וכשרוצים לספר לו כי לפלוני נולד בן, בת, פלוני מתחתן, אלמונית מתחתנת, צריך לשחזר מחדש את כל עץ המשפחה, כי על חלקם החיים אצלו דילגו. הוא לא יודע ולא זוכר כי לא סיפרו לו, ורק אני בעקשנות מנסה למצוא מוצא להחזיר את החי-

המת, המת-החי לחיים לתפקוד רגיל שישמע את מה שמספרים לו, שיפנים, שיגלה מעורבות, שיהיה לו אכפת. היה קשה, קשה מאוד. הרמתי ידיים כי לא היו לי כלים, שהיום אני יודע שהם קיימים, שאפשר לשכלל, לפתח, שאפשר לתת, שאפשר שיגיעו לכל חולה וחולה, שלאחר המשבר הגדול והטיפול הראשוני ולאחר תקופה קצרה של אשפוז מתחיל תהליך שקוראים לו שיקום. שיקום למתמודדים בבריאות הנפש.

איך הגעתי לזה ואיך נחשפתי לאפשרות הקיימת הזאת, שרבים מסרו את נפשם עליה ליישומה גם במערכת בריאות הנפש ולא רק בנכויות אחרות, בעיקר נכויות גופניות ולאחר אשפוזים של ניתוחים וכדומה? ומה אני שתרמתי את חלקי הקטן, וכיצד זכיתי להיות זנב לאריות שעסקו בזה לפני? על הכול בעמודים הבאים. לסיכום התקופה הזאת שתיארתי, רציתי לציין כי כל מה שידעתי וכתבתי היה מהתרשמות אישית, מחוויות שחוויתי עם בני משפחתי: אחיי ואחיותיי, דודיי ודודותיי, בניי ובנותיי. היה כאן ניסיון לתת רקע, ולו על קצה המזלג, לחייה של משפחה ממוצעת החיה בישראל, על ההתמודדות שלה בחיי היום יום, מגיל הילדות ועד ההתבגרות, בצל בן משפחה חולה. לא כתבתי כאן במכוון סיפורים עם צבע, לא סיפרתי כאן על פרטים קטנים אך חשובים בהתמודדות היום-יומית ממש של משפחתנו. באתי לתת את הרקע שסיביר לאחר מכן את התמסרותי כאיש ציבור, כחבר כנסת וכשר בישראל למען העניין של שיקום נכי הנפש בישראל.

לאחר ההקדמה, שהיא הרקע לכל מאמרי כאן, אבוא אל העיקר. כמובן שחיי המשיכו לזרום. בנוסף לעבודתי כמחנך וכמנהל מוסדות חינוך, עסקתי גם בפעילות ציבורית ענפה. אולי האווירה בבית אולי נטיית חיים להיות בצד של אנשים סובלים ולנסות לעזור ואולי שניהם יחד, הביאו אותי גם לפעילות ציבורית מפלגתית, בהתחלה כדי לעזור לתנועת מחאה כמו ש"ס, שהזדהיתי איתה ברעיון המרכזי, בצורך לשנות מצב נתון של אוכלוסייה מקופחת, ובהמשך ברצון להוביל שינויים חברתיים בתחום החינוך, ההשכלה ועתיד קיומו של העם היהודי. כך או כך מצאתי את עצמי במרכז העשייה של תנועת ש"ס. בהתחלה בתפקידים בכירים במגזר הציבורי, כמו במשרד לענייני דתות בתפקיד המשנה למנכ"ל ולאחר מכן כחבר כנסת משנת 1996, וכחבר בוועדות חשובות, כגון ועדת כספים כלכלה. כחבר כנסת לא שכחתי לרגע את הבטחתי לעצמי כי כשאוכל, אסייע ככל יכולתי לסובלים ולמתמודדים עם בעיות נפשיות ועם מחלות נפש.

עם היבחרי לחבר כנסת התחיל להתגלגל בכנסת החוק לשיקום אנשים עם נכויות נפשיות של חברת הכנסת תמר גוז'נסקי ואחרים. בשבילי זו הייתה הפתעה גמורה. האם יתכן שבמשך השנים הרבות הללו מאז אנחנו מתמודדים עם הבעיה הכאובה הזו נמצא פתרון אחר מאשר אשפוזים חוזרים? הרי על כגון זה חלמתי שנים רבות. על תרופה שתפסיק את המעגל והסבב הזה של בתי חולים, ואם לא תרופה, לפחות טכנולוגיה או סוג של טיפול או עבודה עם מטופל שיוכל לתפקד כמה שיותר בסביבתו הטבעית, הביתית, המשפחתית והחברתית, בלא להיות מנותק מכל העולם, מבלי ששנים רבות יחלפו והוא כאילו לא היה כאן. תקראו לזה שיקום, תיקראו לזה מה שאתם רוצים, את זה בדיוק אני מחפש כבר שנים רבות, והנה זה נופל לידי

כחבר כנסת, מן המוכן. לא ידעתי את נפשי מרוב התרגשות רק למשמע הצעת החוק. רציתי להודות לכל האנשים הטובים ששנים רבות עשו את מלאכתם בשקט בשקט, כדי שהשיקום יקרום עור וגידים, וחלומם של רבים ואנחנו בתוכם, יתגשם. בהמשך עוד אזכיר את המלאכים, האנשים שעשו את המהפך הזה, אבל בשלב זה, כחבר כנסת טרי, זו הייתה ממש הפתעה נעימה ותקווה גדולה. זו הייתה הזדמנות בשבילי לסייע ולעזור ככל יכולתי לגיבוש החוק ולהעברתו בשלוש קריאות. זכורני ימים רבים של דיונים בוועדה ושמיעת מומחים, ומאבקים אין ספור על תכולת החוק והתקציב. דיונים רבים סבבו על העיקרון בכלל - האם באמת ניתן לשקם אנשים עם נכויות נפשיות? וזו מילה עדינה, שם בוועדה קראו לתינוק בשמו - 'משוגעים'. עם כל הכאב שבשמיעת המילה הקשה הזו, זו המציאות של הוועדה. חברי כנסת רבים בוועדה ובכנסת היו ספקנים בדיונים הראשונים עד לקריאה הראשונה. רק עקשנותם של מספר חברי כנסת, בראשם חברת הכנסת גוזנסקי ויו"ר הוועדה ידידי ורעי חבר הכנסת דוד טל ועוד עזרה לחוק להתקדם. גם השאלה של האחריות המיניסטרואלית שתהיה לחוק לא הייתה קלה. משרד הרווחה, שהיה כל כך טבעי שחוק כזה יהיה באחריות, לא ידע איך לבצע את החוק. לא פעם נאמר בדיונים כי אין לו את הכלים והמומחיות לבצע את החוק. בעיות כאלו דחו את החוק משנה לשנה, פעם בגלל תקציב ופעם בגלל אילוצים כאלה ואחרים והדיונים נמשכו ונמשכו. לפעמים היה נדמה כי החוק לא יעבור ואם יעבור - יהיה מצומצם ולא מעשי, מה שבאמת קרה. הוועדה וחברי הכנסת התפשרו על מספר סעיפים חשובים בחוק שלא באו לידי מיצויי וחקיקה, כגון הגידול הטבעי הקיים - כיצד הוא יכוסה תקציבית, כמו שאר זכויות המשוקם. חובת החברה לתת את הכלים החדשניים ביותר לזכות השיקום, וליצור כלים משלימים במשרדי ממשלה אחרים, המסייעים לשיקום. משרדי הממשלה הנוגעים בדבר לא תמיד ידעו איך לקבל את הרצון של המחוקק לשקם אנשים עם מוגבלות נפשית. היו שטענו שעם כל הכבוד לניסיונות בחו"ל, בארץ זה לא יעבוד, משום שאין ניסיון מספיק, אין מומחים בתחום השיקום, ועקב כך אנשים יחזרו לבתי חולים, ואפילו במצב חמור יותר.

בזכות אנשים טובים משרד הבריאות, שלקחו על עצמם ליישם את החוק לכשיחקק ומשיימצא לו תקציב נאות, התקדמה החקיקה עד לגיבוש הסופי. אציין כאן כי עקב תפקידי האחרים כחבר כנסת, שימשתי בשלב מסוים כסגן שר האוצר נבצר ממני להשתתף בדיוני הוועדה, לכן לא נחשפתי ישירות למאבקים של הישורת האחרונה, אבל אף בחלומותיי הורודים ביותר לא חלמתי שדווקא אני אהיה השר הממונה לביצוע החוק בשלב מסוים.

וכך אחרי תפקיד של סגן שר האוצר, המשכתי כמובן בפעילות הפוליטית, ולאחר הבחירות בשנת 2001 מצאתי עצמי כשר בריאות. זכורני כי לאחר כל הטקסים והחגיגות, אחד הדברים הראשונים שעשיתי כשר הבריאות היה לבקר את בן המשפחה המאושפז בבית החולים. אמרתי לו שבזמנו הבטחתי לעצמי ולמשפחה לעשות הכול כדי שלאחרים יהיה קל יותר להתמודד עם המחלה ועם האשפוזים החוזרים וההחלמה, וכעת, משזכיתי ב"ה להיות שר הבריאות אני הולך ליישם את הבטחתי ומקווה שאספיק להועיל ולהביא מזר למשפחתי, גם אחרי ארבעים שנות סבל.



לצערי, בן המשפחה לא הבין את דבריי, לא הבין על איזה סבל אני מדבר, מי סובל ובכלל, הוא הרי אינו חולה, סתם אשפזו אותו בבית החולים, ואם אני רוצה לעזור, שאוציא אותו משם כמה שיותר מהר. הוא חשב בוודאי שאם אני שר הבריאות, אפשר לעשות הוקוס-פוקוס והוא יהיה בריא, ואני התכוונתי שהוא יוכל להתמודד עם החיים ולהיות בריא אמיתי ולא הוקוס-פוקוס.

היום אני מודה לאל ששם אותי בצומת החשוב כשר בריאות ממש עם חקיקת החוק, ובעת המשא ומתן עם האוצר על ביצוע החוק וחתימת ההסכם לחמש השנים הראשונות, אך לא אקדים את המאוחר. בימים הראשונים לתפקידי כשר בריאות נודע לי מן המנכ"ל ד"ר בועז לב כי האוצר מבקש להגיע להסכמה על ביצוע חוק השיקום. כמו כן נודע לי כי יש בעיות קשות בהתנהלות של האוצר כלפי המשרד בנוגע לתקציבים כמו התקציב לבתי חולים, התקציב לקופות החולים, תוכניות הבראה לבתי החולים ותקציבי פיתוח. כמו כן עמדו במרכז הדיונים נושאים כמו הרפורמה המבנית, השיקומית והביטוחים בבריאות הנפש. אחת ההחלטות הראשונות שלי הייתה שאני רוצה להיות מעורב עד הפרט האחרון בדיונים, גם מול פקידים זוטרים באוצר, למרות שלא היה מקובל כל כך ששר ינהל דיונים מול פקידים.

החלטה זו לדעתי הייתה לברכה לחוק השיקום בפרט ולרפורמה בבריאות הנפש בכלל, משום שגם במשרד הבריאות וגם במשרד האוצר ידעו שהשר מעורב אישית ומעודכן בכל צעד ושעל בהתקדמות ההסכם וכמובן בחקיקה. כצעד ראשון היה על המשרד להגיע להסכם תקציבי על ביצוע החוק ועל תקופת מינימום של תקצוב. זכורני שההצעה הראשונה של האוצר הייתה הסכם לשנה, ודיונים מחדש כל שנה בצרכים ובהתקדמות בשטח, דבר שהתנגדתי לו נמרצות. חשבתי לנכון שחייבת להיות תקופת ניסיון ארוכה. מי כמוני מכיר את חוסר הרצון והקושי להיחשף של נכי הנפש ובני משפחותיהם. על שיתוף פעולה מידי יהיה קשה לדבר, מה גם שחשדנותם לכל מה שהמדינה מציעה חוץ מאשפוז לא תרמה לעניין. וכך, בסיוע אנשים מתוך המשרד ומחוצה לו גובש ההסכם לחמש שנים, כשהמשרד מקצה מתקציבו כשמונים וחמישה מיליון ש"ח והאוצר מקצה סכום דומה, וכל שנה עם התקדמות החוק תינתן על ידי האוצר תוספת של כשלושים מיליון ש"ח לבסיס התקציב עד לסכום של למעלה משלוש מאות מיליון ש"ח. לאף אחד לא היו נתונים אמיתיים ואפילו מתקרבים לאמת, כמה מאושפזים יתאימו בשלב הראשון להוצאה מבתי החולים ולהעברה לשיקום ומהם הצרכים בקהילה בכלל. בדיונים הראשונים נקבע כי בשלב הראשון כאלפיים מאושפזים יהיו היעד של ביצוע החוק, כמו כן נקבעו מספר צורות שיקום שהבולט בהם היה הקמת מסגרות הוסטלים למאושפזים בעבר שיחליפו את בתי החולים בבתים לכאורה עצמאיים בפיקוח אנשי מקצוע. כמו כן נקבע כי יפותחו מסגרות שיקום בתחום התעסוקה, בתחום החברה, בתחום הפנאי ובתחום ההשכלה. כל זה היה צריך להיעשות בליווי של המועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה, גוף שהיה קיים בהרצה של החוק וכעת היה עלי להקים גוף יציג ועצמאי מספיק עם יו"ר מועצה מתאים.

לא קל היה לבחור את יו"ר המועצה הארצית לשיקום כפי שנקבע בחוק. היו מועמדים רבים וכולם טובים ומוכשרים, אנשים העוסקים בתחום שנים רבות: פסיכיאטרים, מנהלי בתי חולים, לשעבר, עובדות סוציאליות, עובדות ועובדים עם תארים אקדמיים שעבדו בתחום שנים רבות,

חלקם פרשו לא מזמן וחלקם עדיין עובדים בתחום בריאות הנפש. לכולם היו המלצות נפלאות של חברים וידידים, וגם ידידים פוליטיים לא חסרו בהצעותיהם והמלצותיהם, גם לצוות המקצועי במשרד היו הצעות והמלצות.

ראשית קבעתי לעצמי דרגות סינון של רף שעליו לא אתפשר. כך חשבתי וסיכמתי לעצמי בתקווה שלא טעיתי בעבר ולא אתבדה בהווה, ובעתיד, והיום אני בטוח שלא טעיתי בבחירתי אך אל אקדים את המאוחר. קביעה ראשונה הייתה כי לתפקיד חייבים לבחור איש מקצוע שעולמו עוצב וגובש לא בתחום בתי החולים והאשפוז מסביבם, כלומר מי שלא היה מנהל בתי חולים או רופא בבית חולים פסיכיאטרי או פסיכיאטר מחוזי וכדומה, ובלי לפסול אישית אף אחד. חשבתי לעצמי שהשיקום הוא אנטי תזה לאשפוז. הוא אינו משלים אשפוז, הוא אינו פעולה שנעשית על יד האשפוז, אין הוא טכנולוגיה בבית חולים תוך כדי אשפוז, הוא אחר לגמרי. הוא בא למנוע את האשפוז הבא, את האשפוז הראשון אפילו. השיקום הוא לדעתי הטיפול הנכון בהעצמת הנפש, במקום בו היא חלשה, והוא נעשה על ידי עידוד החלקים הבריאים בנפש החולה, ויש רבים כאלה גם בנפש האדם החולה והלוקה בנפשו.

ולכן, בכל הראיונות שראיינתי את המועמדים, והם היו רבים, חיפשתי, כאמור, את הנקודה הזאת. חיפשתי את הברק בעיניים, את האמון, את הצדקת השיקום כעומד בפני עצמו. שיקום בבריאות הנפש לא יהיה מחלקה, חשובה ככול שתהיה, בבית חולים, בטח ובטח לא מחלקה זניחה ומשלימה לבית החולים. חיפשתי את האיש או האישה, שיכלו להוביל במדבר ובישימון של בריאות הנפש, את המחנה הגדול הזה של המתמודדים ובני משפחותיהם אל הארץ המובטחת, כי ידעתי מניסיון ומשמיעת אנשי המקצוע במהלך הדיונים בכנסת ובמשרד הבריאות, כי האמון בשיקום הוא קלוש, וכי הוא עוד ניסיון, שכשלא יצליח, את התקציב עלולים לסחוף ולהוסיף לתקציב האשפוז. את זה לא יכולתי להרשות שיקרה, כי השיקום הבטיח רבות. הא הבטיח לימוד והסתגלות לחיים עם המחלה. הוא אמנם לא הבטיח ריפוי, ולא תרופת קסם, הוא אפילו לא הבטיח מניעת אשפוזים, אך הוא הבטיח תקווה חדשה, הוא הבטיח שאפשר לסייע להתמודד לחולים במחלות נפש, ולאחר ייצוב תרופתי ויחד עם תרופות לחזור לתפקד בחיי היום-יום בבית, בחברה ובעיקר במשפחה, אבל צריך להשקיע. להשקיע בלימוד הטכניקה, להשקיע במשאבים נוספים ובעיקר לתת אמון בלתי מסויג באנשים שאכפת להם, שרוצים לשנות, והם היו מעטים. לצערי,

חלק מן המועמדים שנשאלו על ידי, למשל, כמה אנשים ניתן לשקם מתוך מצבת החולים הקיימים היום בחברה בישראל, ענו שהם יראו הישג אם יצליחו להגיע ולשקם עשרה אחוז מציבור החולים. צורת השיקום שנראתה להם הייתה העברה להוסטלים, ואני לתומי חשבתי שעם כל הכבוד להוסטל, שבכל זאת אינו בית חולים, הוא אינו הביטוי הגדול לשיקום. רציתי שהשיקום יהיה בביתו ובסביבתו הטבעית של האדם, ולא בהוסטל, או בכלוב של זהב.

אחת המועמדות ליו"ר המועצה הייתה ד"ר נעמי הדס-לידור. השם לא אמר לי דבר בשלב זה. היא כנראה השתתפה בדיוני הכנסת על החוק וייעצה מאחורי הקלעים. את ההמלצה עליה

כמתאימה קיבלתי בעיקר ממר יחיאל שרשבסקי. יחיאל, המכונה במשרד הבריאות ואצל כל חבריו 'מר שיקום', מונה במשרד ללוות את חקיקת החוק, ויותר מכולם במשרד הוא נרתם בכל נשמתו ומהותו לחקיקת החוק ולביצועו בפועל לכשייחקה. האמת ניתנת להיאמר שקודם לחקיקת החוק ולביצועו בפועל כבר עסק יחיאל בשיקומם של מתמודדים בבריאות הנפש. כמובן שהכלים היו דלים והמשאבים עוד יותר, והידע היה בחיתוליו, בוודאי בארץ, אם כי בעולם דיברו בו רבות, אבל יחיאל, עם נשמה גדולה ולב רחב, נרתם כל כולו ונשמתו למען אוכלוסייה יקרה זו, שלא רבים ידעו, ועוד יותר רצו בטובתה האמיתית, לא מתוך פטרונות ועליונות מקצועית, אלא ממש כשווים בין שווים, בגובה העיניים. כאמור, הוא היה הממליץ העיקרי. לאחר בירור קצר בין אנשי המקצוע במשרד ומחוצה לו, לא היה גורם שלא חשב שהיא מתאימה לתפקיד אם תיבחר. בראיון שנקבע לה היא ענתה על כל הציפיות שלי מיו"ר המועצה ומעבר לכך, הברק בעיניים כשדיברה על שיקום, האמון בצדקת הדרך, האמונה והביטחון הגדול כי כל אדם הוא מועמד לשיקום, לא 'עשרה אחוז אולי' ולא מחסומים ופחדים של 'אולי' ו'נראה' ו'נסה', אלא ביטחון עצמי בצדקת הדרך, ביטחון עצמי של מפקד בבחינת 'לכו אחרי', עשו עלי רושם עצום של האדם הנכון לתפקיד הנכון, ואפילו חשבתי שהתפקיד קטן עליה ושהיא ראויה לתפקיד גדול יותר בתחום השיקום ובמערכת הבריאות בכלל. אני זוכר שאחת השאלות ששאלה הייתה מה החזון שלי ומה הציפיות שלי מהחוק ומהעומד בראש המועצה. עניתי - לסגור כמה שיותר בתי חולים פסיכיאטריים ולהעביר כמה שיותר מיטות למחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים כלליים. החיוך הביישני והמבט האמיץ כשהיא אמרה "זה ניתן להגשמה, זה לא חלום רחוק", אמרו שזו האישיות המתאימה. אמרתי ליחיאל, לאחר הראיון, שלדעתי היא המתאימה, ובטמפרמנט שלה הם יצטרכו לעבוד קשה מאוד, כי הם יצטרכו לעבוד לפי הקצב שלה, ויש לי חשש שהם לא יעמדו בזאת. בכל אופן ד"ר נעמי הדס-לידור נבחרה כמתאימה ביותר לתפקיד.

הזמן היה קצר והמלאכה מרובה. היה צריך להרכיב מועצה על פי החוק שבה נציגי כל המשרדים ונציגי ציבור, נציגי צרכנים ומשפחות, אנשי מקצוע מהשורה הראשונה בישראל ואנשי אקדמיה. מיד עם תחילת עבודתה של ד"ר נעמי הדס-לידור התפתחו קשרי עבודה מצוינים. המדיניות שהנהגתי בכל המשרד של דלת פתוחה לבכירי המשרד, בלי גינונים, תמיד אפשר לגשת ואם אני פנוי - להיכנס, לשאול, לעדכן, לקבל תשובה ולהמשיך הלאה. הנושאים של בריאות הנפש, ובוודאי של שיקום בבריאות הנפש קיבלו אצלי העדפה מתקנת, אחרי למעלה מארבעים שנה של כמעט חוסר התייחסות.

בראשית תפקידי כשר, קיבלתי על עצמי לבקר ולראות מקרוב את כל המקומות בהם המשרד ואני כשר מחויבים להם, גם במקומות הרחוקים והנידחים שבהם אולי לא ביקר שר בריאות מעולם. ביקרתי בכל בתי החולים ובכל המחוזות, פגשתי לדעתי את כל העובדים, ואלה שלא פגשתי בהם אישית, קיבלו ממני מכתבים, לפני חגים, לפני משימות מיוחדות כמו בתקופת הפיגועים הנוראה. כשביקרתי בכל בתי החולים לבריאות הנפש, ישבתי עם חברי הנהלת בית החולים על מצוקות ובעיות במטרה לפתור, לקדם ולהעמיד משאבים, לתת כתף מעודדת ואוהבת. ביקרתי בכל המחלקות בבתי חולים לבריאות הנפש, בפתוחות, בסגורות ובמחלקות

המיוחדות לילדים. במחלקות המוגנות והקשות ביותר, לא חששתי להתחכך, ללטף ולהתעכב כדי לשוחח ולשמוע את אשר על סגור ליבם של החולים ובני משפחותיהם. הסיורים לא היו קלים. רובם ככולם הסתיימו בהרבה בכי. כן, שר הבריאות עומד ובוכה בגלל המצב הנורא, המצוקות שהתגלו בכל המצבים והמחלקות, הצוות הנפלא, המלאכים בלבן, הרופאים האחיות והאחים שעשו מעבר לכוחותיהם. צריך היה שינויי גדול, שינוי של אדם מבחוץ, עם חזון, עם אומץ ורצון לשנות, שיראה אחרת שיתקבל אחרת, שיטפל אחרת, ובעיקר שיהיו לו שותפים לדרך כי לבד זה לא היה ניתן. עם תחילת עבודת המועצה ובכינוס הראשון שלה היה לי הכבוד לברך ולתת את ברכת הדרך למועצה ולעומדת בראשה

ולפרוש בפניה את ה'אני מאמין' שלי בתפקידנו כבני אדם וכחברה בכלל ביחסנו אל האחר - השונה, המוגבל. המוטו המרכזי של נאומי אז היה שלא נרגיש שאנחנו עושים טובה למישהו, שלא נרגיש פטרונים על מישהו. הם,

הזקוקים כל כך לעזרתנו, ישמחו עוד יותר אם ניתן מתוך הרגשת שותפות ונשתף מתוך הרגשת אחריות ובעיקר מתוך אושר פנימי שכך צריך להיות ולעשות, כי כך יהיו פניה של החברה בריאה ומתוקנת, ליברלית ופתוחה. מיד עם כינון המועצה ותחילת העבודה התברר לכולנו, לעוסקים במלאכה בפרט, כי נכונה לנו עבודה קשה, ואפילו קשה מאד, היה צורך מידי באיגום כול המשאבים העומדים לרשות השיקום, כמו כן גופים שונים שעסקו עד אז

בעזרה וסיוע למתמודדים בבריאות הנפש המשיכו לפעול בלי לתאם עמדות עם המועצה, והעומדת בראשה, כך שהיו כפילויות ובזבוז משאבים, ויתרה מכך מתמודדים רבים יכלו להפסיד את זכויותיהם הנובעות מהחוק ואופן ביצועו, יאמר לזכותה של יו"ר המועצה שהשכילה תוך זמן קצר לאחד ולהביא לשיתוף פעולה פורה של כול הגורמים שעסקו עד להקמת המועצה תחת קורת גג אחת מיתוך אימון והדדיות.

כן היה צורך לאתר את כול האנשים הזכאים לשיקום, ולהביאם בהקדם בפני ועדות שיקום כדי שיקבע להם מסלול השיקום ואופן ביצועו. המועצה קיימה ישיבות מסודרות בתדירות של פעם בחודש לפחות, כשרמת ההשתתפות של חברה מרשימים בניגוד לוועדות אחרות שמינית במשרד. המועצה הארצית לשיקום הייתה דומיננטית ופעילה מאד, ותוך תקופה קצרה נראו התוצאות בשטח, כול הנהלת המשרד ציינו לא פעם בפני ובכול פורום את הצלחתה הגדולה של המועצה ובמיוחד של העומדת בראשה.

לשמחתי המועצה לא הסתפקה בדיונים אקדמאים, ובלימודים תיאורטיים, אלא ירדה לשטח בכול הזדמנות ובכול מקום, בו התבקשה מעורבות ישירה של המועצה והעומדת בראשה היא הייתה שם. ברור לי היום לחלוטין שללא מעורבות המועצה בצורה אינטנסיבית לא היינו מגיעים להישגים המרשימים של הצלחות בשיקום.

גם כאן מצאה המועצה לנכון לערוך לי מספר סיורים להתרשמות בלתי אמצעית בעבודת השיקום ולשמחתי נוכחתי לראות את אותם אנשים, נשים כגברים שרק אתמול היו באשפוז בכול המחלקות, החל בפתוחה וכלה במחלקות סגורות, נערים כמתבגרים, רווקים ונשואים, משולבים באמצעות השיקום בחזרה בחברה ובחיק המשפחה בהצלחה לא מבוטלת בכול קנה מידה עולמי, וזאת לאור סיורים שערכתי בארצות העולם, ונתונים שהתקבלו בשיתוף פעולה עם ארצות רבות. היה לי את הזכות להציג את הישגי מדינת ישראל בשיקום בפני עצרת האום לבריאות שהתקיימה בזנבה שבשוויץ, והנתונים אותם הצגתי שם זכו לביקורת חיובית ואהדה רבה, כך שגם מדינות מפותחות, ומערביות, כמו בריטניה, ארה"ב, צרפת, ומדינות סקנדינביה ביקשו ללמוד על חוק השיקום בישראל, ועל אופן ביצועו, אין מה לומר אחת מהמפכות השקטות והחיוביות ביותר שנעשו בשנים האחרונות בישראל היה הטיפול בחולי הנפש ובעיקר בשיקום.

כול זאת נעשה הודות לאנשים שהזכרתי לעיל ולעוד אנשים, שאיני יכול לסיים את מאמרי בלי לצייןם לשבח, ולמען ידעו כול העוסקים במלאכה בדורות הבאים את מי שבזיעת אפו סלל את הדרך למען הדורות הבאים.

את הגברת רונית דודאי שמתמסרת ללא ליאות ימים ולילות לפתח ולייסד מקומות בהם המשוקמים יוכלו למצות את פוטנציאל העבודה החבויה בהם, ימים ולילות וריצות אין סוף בלי חשבון, אם משלמים לה או לא משלמים לה שעות נוספות והוצאות גדולות על חשבונה ועל חשבון בני משפחתה, לשכנע משקיעים ובעלי מפעלים לקחת את הסיכון ולהכשיר מקום עבודה שיתאים למתמודדים בשיקום, את ד"ר מקס לכמן, הצנוע והשקט, שמתאים להגדרה של "מים שקטים חודרים עמוק" להבנה העמוקה והבקיאות בדרכי הבירוקרטיה והשבילים הנפתולים, כדי להגיע לנתונים וממצאים שיכלו לעזור להתמודד בהקמת מערכת מסובכת שכזו, וליווי הצמוד ועצותיו החכמות שמו את השיקום, בדרך אל חזור ולמקום בו הוא נמצא היום, ואת כול הרכזים ורכזי המשנה האזוריים שעובדים לילות כימים בלי לאות, להגיע לעוד מתמודד, ולא נחים עד שרואים אותו משולב בשיקום הראוי לו, ולכול המעסיקים הראשונים שהרימו את הכפפה ומעסיקים מתמודדים בבריאות הנפש תוך לקיחת סיכון מסוים אבל מסירותם ועקשנותם אפשרה לכולנו להיווכח כי ניתן ואפשר לשקם ולשלב אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בחברה ובמשפחה כאחד האדם. ולעוד רבים שבלעדיהם לא היינו מגיעים כולנו למה שהגענו, יש לומר בוודאות כי בזכותם כולם כיפרה החברה ולו במעט על עוול מתמשך של עשרות שנים, שנעשה לחולים בבריאות הנפש ובני משפחותיהם.

מעולם לא היו אנשים רבים כול כך שחייבים חוב של כבוד לאנשים מועטים כל כך. תם ולא נשלם העבודה עוד לפנינו.

ואם תשאלו האם לי, אני, נסים הקטן שחלם לפתרון, האם חלומו התגשם? כן, ולא לאותו בן משפחה שלצערי כבר לא יכולנו לעזור הרבה, אבל לאחרים, רבים בחברה בישראל, וגם לבן משפחה קרוב אחר השיקום עזר ועוזר.

**למה החלטתי לספר את הספור שלי?**

הכתיבה שלי, הספור שלי הם בעצם מתנה ממני לכל העוסקים במלאכה, שאני מכיר רבים מהם באופן אישי ויודע שהטובים שבהם עובדים מהידע התיאורטי והשיקומי הרב שיש להם והרבה הרבה מליבם....

לכל המלאכים בכל הצבעים, ולא רק למלאכים בלבן. לאותם מעטים שכל כך רבים חייבים להם את אושרם לאחר שנגזל מהם- והם בחוכמתם, במסירותם השיבו להם אותו. לאלה שגרמו לי לחייך בתקווה לאחר שנים רבות של ייאוש.

אולי לומר שמכאבים....וגם הקשים ביותר אפשר לצמוח.....ולהחלים...האמינו בכך!!!  
אולי לבקש מכם, אנשי המקצוע, להקשיב לקולו של הילד הקטן הזה בן השמונה, תשע, עשר.....ולהקשיב לבדידות שלו....לחוסר האונים שלו....לכאב שלו....ולכוחות שלו....  
אולי לומר למתמודדים.....תקשיבו גם לאלה שסביבכם, קטנים וגדולים.....  
אולי לומר למשפחות.....תראינה כל אחד מבני המשפחה, כל ילד.....בנפרד...תקשיבו לכל אחד.....

ולהעביר את מה שלמדתי על בשרי, שעבודה מהבטן אולי לא מקובלת תמיד....אולי לא אקדמית מספיק.....אבל היא אוטנטית ונכונה....



## כשזה קורה זה מרגיש לי בפנים

מיכל טבקמן

כשזה קורה זה מתחיל בבטן, תחושה עמומה פועמת, מפחידה שהנה קורה עוד משהו שעלול לשמוט לי את הקרקע בין הרגליים. כן, אני יודעת שכולם טועים לפעמים, אני יודעת שכולם יש נקודות חוזק וחולשה, אני יודעת שאני יכולה ויש לי הישגים ושזה לא מגדיר את מי שאני. אני יודעת. אבל כשזה קורה זה בכלל לא משנה. המודעות לא תמיד מפצה על התסכול והאכזבה. לא תמיד אני רוצה להבין, בטח שלא לקבל והצורך הזה לאסוף, לארגן ולהתחיל מחדש הוא מתיש וסיזיפי.

קשה להסביר איך אפשר להרגיש ייאוש מוחלט יחד עם רצון אדיר להצליח, איך מגשרים על הפער שבין פחד מכישלון והתמודדות עם ההצלחה. הרי אני לא תמיד מצליחה להסביר את זה לעצמי, אז איך אני יכולה להסביר את זה לאחרים.

איך לספר את הסיפור שלי? האם הקשר שאני עושה בין ניסיון החיים שלי לעבודה בכלל נכון? האם זה קשור? יש לי זכות להשוות? ובעצם למה לא? מה עושה אותנו שונים? מה יקרה אם אני אגלה שהמרחק הזה שבין מטפל ומטופל הוא מרחק מלאכותי, הגנתי? מה יקרה אם אני אגלה שכולנו אנשים?

תמיד ידעתי שיש דברים שאני לא טובה בהם. ידעתי שאני לא טובה בחשבון ושאני לא טובה בלסדר ושדברים הולכים לי לאיבוד. ידעתי כי אמרו לי. אמרו לי להפסיק לחלום ולשים לב, לחשוב טוב ולספור עד עשר. אמרו לי שכשקשה צריך להתאמץ ושצריך להתרכז כי זה חשוב. אמרו לי שהחיים הם לא שחור לבן ושאני עושה דווקא. ואני האמנתי.

בתיכון, בצבא אפילו בלימודי התואר הראשון בריפוי בעיסוק לא נדלקו אצלי מנורות אזהרה. תמיד מצאתי דרך להסתדר. באותו זמן לא חשבתי שזה יצירתי, מצאתי פתרונות כי לא הייתה לי ברירה. אני בכלל לא בטוחה שחשבתי על זה בצורה מודעת- פעלתי כדי לשרוד. כשהיה לי משעמם בשיעורי ספרות בתיכון הודעתי למורה שאני לומדת דברים אחרים לבד והעברתי לה את הרשימה כדי שתאשר. כשהייתי צריכה ללמוד למבחנים בתואר ראשון החשכתי את החדר ולמדתי בשקט מוחלט עם מנורת לילה קטנה. לא חשבתי שזה מוזר, זה פשוט היה נוח. מצאתי חברות שעזרו לי לצלם חומר כי הם ידעו שזה גורם לי לאבד את העשתונות, הן גם ידעו שאם יש משהו חשוב שצריך לדעת כדאי להגיד לי כי בטח לא שמתי לב. הסתדרתי, זו מילת המפתח ידעתי להגיד את הדברים הנכונים גם כשעשיתי טעויות.

אחרי התואר הראשון התחלתי לעבוד כמרפאה בעיסוק במרכז שיקום פסיכו סוציאלי. בראיון הקבלה אמרתי למנהלת שהנושא של ניהול מעניין אותי. היא דווקא שמחה לשמוע והציעה לי להקים ביחד איתה שירות של השמה נתמכת. כשהסכמתי לא ממש ידעתי למה אני נכנסת, לא ידעתי שההתנסות הזו הולכת לשנות את חיי. השבועות הראשונים היו עבורי מרתקים,



העובדה שהשירות הזה חדש ושונה לחלוטין ממה שקורה במרכז השיקום רק הגדילה אצלי את תחושת האתגר. לא הייתה לי בעיה להבין את מהות השרות או מה צריך לעשות. הפרטים הקטנים, אלה הפכו להיות האויב. משימות פשוטות כמו לקבוע פגישה ולזכור להגיע אליה, להצליח לחשב נכון את הזמן הדרוש כדי להגיע ממקום למקום, להצליח לתייק או למלא דו"ח נוכחות.

בהתחלה, חשבתי שזה מקרי ושאני צריכה להתרגל לעבודה. אחר כך הסברתי לעצמי שזה לא בסדר ושאני צריכה לעבוד יותר מסודר ולזכור. די מהר התחלתי לפחד. הסתובבתי בתחושה של חוסר בטחון כי בטח שכחתי משהו, בטח עשיתי משהו לא בסדר. קשה לי להסביר כמה זה קשה להסתובב בתחושה מתמדת של חוסר ודאות. כמה זה מאכזב להתאמץ ובכל זאת להיכשל בלי לדעת למה, בלי להתכוון.

כל חיי היה לי קשה במסגרות, תמיד הרגשתי שיש משהו מפוספס, משהו שאני לא מבינה עד הסוף. הרבה פעמים מצאתי שאני לא יכולה לעשות את מה שמבקשים ממני, ולא ידעתי להגיד למה. החיים מבחינתי היו מלאי סתירות ופערים, עבדתי יפה ויצרתי קשר טוב עם מטופלים אבל לא יכולתי לכתוב על כך. הרגשתי שיש לי הרבה מה לתרום ומה להגיד אבל היה לי קשה לשבת בישיבות הצוות הארוכות.

באותה תקופה לא היו לי הסברים. לא ידעתי מה להגיד כשביקשו ממני לכתוב דו"ח או לתייק. לא ידעתי מה לענות כששאלו אותי איך זה שאחרי יום שלם של הסתובבות את לא עייפה ואחרי שתי ישיבות צוות את נראית גמורה. לא ידעתי מה לענות אז הסתירתי ואמרתי שהכול בסדר. אמרתי שלא אכפת לי שכועסים עלי ושאלו אחד לא יגיד לי מה לעשות.

כל החיים לימדו אותי שאם קשה לי לעשות משהו אני צריכה להתאמץ. הפעם הראשונה שבה התחלתי לחשוב אחרת הייתה דרך מפגש עם אחד המשתקמים במרכז השיקום. עבדתי עם בחור צעיר על מיומנויות ארגון דרך משימות של בישול ואפייה במטבח. במהלך העבודה הוא אמר לי שקשה לו לעשות את מה שאני מבקשת. כאשר שאלתי אותו מה הוא עושה כשקשה לו הוא אמר לי שהוא מבקש עזרה. חשבתי הרבה על התשובה הזו. תשובה פשוטה וכל כך לא מובנת מאלה והחלטתי שהגיע הזמן שגם אני אבקש עזרה. עשיתי אבחון לקויות למידה והבנתי שיש לי הפרעת קשב ADHD.

יש מעט מאוד אירועים בחיים שאנחנו יכולים להצביע עליהם ולאמר זה האירוע ששינה את חיי. האבחון מבחינתי היה רגע כזה. אני זוכרת שסיפרתי למאבחנת שאני מאוד מבולגנת ושכל הדפים מונחים בהמון ערימות או מפוזרים. כשהיא שאלה למה אני לא מסדרת עניתי כמעט באפן מוכני כי אני עצלנית ואז בפעם הראשונה שמעתי שאני לא. היא הסבירה לי שאני לא מסדרת כי קשה לי, כי אני לא יודעת איך.

אחרי האבחון רציתי לדעת כל מה שרק אפשר על ADHD. קראתי ספרים ומאמרים, נכנסתי

לפורומים באינטרנט וראיתי שיש עוד הרבה אנשים כמוני. יש משהו משחרר בידיעה שיש סיבה לקושי ושאני לא לבד. התחלתי לחפש בצורה מסודרת פתרונות למצבים בעיתיים- למדתי לכתוב דברים חשובים ולארגן זמן בצורה טובה יותר. שנתיים לאחר האבחון החלטתי לחזור לאוניברסיטה ללימודי מוסמך בריפוי בעיסוק. התלבטתי אם להביא למזכירות בית הספר את האבחון שלי על מנת לקבל התאמות. חששתי מכך שיגידו לי שאם את התואר הראשון עברתי בצורה טובה אין סיבה שבתואר השני אני אזדקק להתחשבות מיוחדת, פחדתי שלא יאמינו לי. לשמחתי האבחון התקבל בהבנה .

במסגרת התואר למדתי קורסים שעזרו לי להרחיב ולהעמיק את הידע שלי בתחום הקוגניטיבי. בהתחלה הרגשתי כמו סוכן כפול, למדתי על הילדים "ההם" ההיפר אקטיביים ועל שיטות שיכולות לעזור להם להתארגן. סטודנטיות שלמדו איתי סיפרו על הילדים בקליניקה ואני חשבתי על החיים שלי. בהדרגה למדתי להיפתח. באחד הקורסים בהם נדרשתי להציג גישת טיפול בחרתי להציג את גישת האימון בעבודה עם מבוגרים עם הפרעת קשב. בהרצאה סיפרתי על הניסיון האישי שלי עם הגישה ואיך היא סייעה לי להגיש את הצעת התזה שלי בזמן.

במהלך התואר, קיבלתי עזרה מהמרכז לקידום סטודנטים לקויי למידה. במסגרת קשר עם רכזת המרכז למדתי מחדש איך ללמוד באופן שתואם את יכולותיי, למדתי איך לכתוב ואולי אף חשוב מכך למדתי איך להתגבר על הפחד מפני כתיבה. אחד המרכיבים החשובים ביותר מבחינתי בתהליך זה היה הקשר עם הרכזת, התמיכה שלה והאמונה שלה ביכולת שלי גם כשאני כבר התייאשתי.

התנסות חיובית זו הביאה אותי לחשוב איך אני יכולה להשתמש בידע שלי כמרפאה בעיסוק ובניסיון שצברתי בעקבות הקשר עם מרכז הסיוע לסטודנטים לקויי למידה כדי לסייע לסטודנטים אחרים. בשנה השנייה ללימודים התחלתי לרכז תכנית תמיכה לסטודנטים עם מגבלה נפשית. ריכוז תכנית התמיכה היווה עבורי משימה חשובה ומאתגרת. ידעתי שמונחת על כתפיי אחריות רבה ורציתי מאוד להצליח. רציתי לתת לסטודנטים בית באוניברסיטה וקשר תומך כמו זה שהיה לי.

השנה הראשונה בתכנית לא הייתה קלה. לא הרבה סטודנטים הסכימו לפנות ולחשוף את העובדה שיש להם מחלה נפשית ואלה שהסכימו לדבר איתי לא רצו להשתתף בתכנית כי חששו מחשיפה בפני האוניברסיטה. לא פעם שאלתי את עצמי האם אני מתאימה לתפקיד, האם העובדה שאני עצמי חווה קשיים וזקוקה לעזרה מאפשרת לי לעזור לאחרים. פעמים רבות במהלך שנה זו רציתי לעזוב.

בשנה השנייה לתכנית ידעתי שאני רוצה להישאר. הבנתי שהידע הלא פורמאלי שצברתי והניסיון האישי שלי יכולים לסייע לקשר שלי עם הסטודנטים. דוגמא טובה לכך יכולה להיות ההתנסות שלי בקבלת חונכות. במהלך השנה השלישית שלי בלימודי התואר השני הוצע לי לקבל חונכת שתסייע לי בכתיבת תזה. הסכמתי להצעה והייתי שותפה לתהליך בחירת

החונכת. הכול היה בסדר עד ליום שבו הייתי צריכה לפגוש את החונכת בפעם הראשונה. אני זוכרת שהדבר היחיד שרציתי לעשות היה לבטל את הפגישה ולהגיד לכל המעורבים בעניין שבעצם אני לא צריכה חונכת, אני יכולה להסתדר לבד. באותו יום הבנתי קצת יותר את הסטודנטים שלי בתכנית, הבנתי כמה קשה להודות בפני עצמך שיש בעיה ויותר מזה כמה קשה להודות בכך בפני מישהו אחר ולבקש עזרה.

קבלת האבחון והבנת הבעיה יש בה קצת מן האשליה. הרבה זמן הייתי בטוחה שעכשיו שאני מודעת להפרעת הקשב ומכירה מספר סוגים של פתרונות הבעיה תיעלם. חשבתי שאני משאירה את כל התסכולים מאחור ויוצאת לדרך חדשה. כמובן שהמציאות טפחה על פניי רק שעכשיו הצטרפו לתסכולים הישנים גם אכזבה מאוד קשה. הפרעת הקשב לא נעלמת היא פה בכל משימה חדשה שאני צריכה לעשות, בכל פרויקט שצריך להתמיד בו לאורך זמן, בכל פעם שאני צריכה להתמצא מרחבית בסביבה שאני לא מכירה. בהתחלה כעסתי. כעסתי על עצמי כי המשכתי לעשות טעויות, כעסתי על מערכת החינוך על כך שאף אחד לא חשב לבדוק אם יש בעיה למרות שהיו כל הסימנים לכך, כעסתי על כך שלא מבינים אותי בעבודה ושאינן מי שיעזור לי. לאט לאט הבנתי שיש לי שליטה גם במצבים בהם אני לא יכולה להתמודד לבד. למדתי למקד בעיות ולחשוב על פתרונות או על אנשים שיכולים לעזור לי. הבנתי שיש לי היכולת לבחור בסוג הפתרון שמתאים לי. למדתי להסביר לאנשים מה העזרה שאני זקוקה לה ומה תהיה הדרך הטובה ביותר להגיש לי אותה.

השינוי הזה לא היה יכול להתרחש בלי אנשים חשובים שליוו אותי בדרך. אנשים כמו דר' נעמי הדס לידור ודר' אורית דהן שמדריכות אותי עד היום בתכנית השכלה אקדמאית נתמכת. הפעם הראשונה שפגשתי את נעמי הייתה כאשר ביקשתי ממנה להנחות אותי בעבודת המסטר שלי. אני זוכרת שהתלבטתי לפני הפגישה אם לספר לה שיש לי ליקוי למידה. החלטתי להעלות את הנושא כבדרך אגב ולראות מה תהיה התגובה. את אורית פגשתי שנה מאוחר יותר. שם לא היה מקום להתלבטות נעמי הציגה אותי כמיכל, סיפרה עלי קצת ומיד הזכירה שיש לי ליקוי למידה. משהו בדרך הכנה והישירה כל כך של נעמי גרם לי להרגיש טוב. אף פעם בעבר לא חשבתי להציג את עצמי באופן טבעי כל כך, תמיד התנצלתי הרגשתי לא נוח כאילו עשיתי משהו רע.

קשרים קודמים שלי עם מנהלים או גורמי סמכות אחרים היו מאופיינים בקונפליקט מתמשך ובתחושה מתסכלת של חוסר הבנה. הקשר עם נעמי ואורית היה שונה כל כך מכל מה שהכרתי בעבר. בפעם הראשונה הרגשתי שיש לי מקור תמיכה מקצועי ואישי, יכולתי להיות אני ולנשום לרווחה.

בשנים האחרונות הוזמנתי מספר פעמים לספר את סיפור ההתמודדות שלי עם הליקוי למידה, בהקשר אישי וגם בהקשר לעבודה שלי עם הסטודנטים. אני יודעת שזה חשוב לאנשים לשמוע ולדעת שאפשר להצליח גם כאשר מתמודדים עם קושי. אני חייבת להגיד שאין משהו מיוחד בסיפור הזה שלי. בעיני אני לא שונה מהרבה אנשים אחרים שלומדים איך להתמודד עם החיים.

אולי כחברה אנחנו לא רגילים לזה, יותר מידי זמן הרגילו אותנו לחשוב בנוסחאות, בסכמות. יש בחשיבה הזו משהו נוח, היא מאפשרת לנו לצפות מצבים ומונעת את החרדה שיכולה להתעורר במצב של כאוס.

את הגבולות האלה אפשר לפרוץ! הם לא באמת קיימים. חברה שמקבלת שונות לא חייבת להיות חברת סעד, חברה שבה השונה הוא חסר אונים שזקוק לחמלה. החברה בה אני רוצה לחיות היא כזו שתוכל לתת קרש קפיצה ושוויון הזדמנויות כי במקום שבו גבולות נפרצים יכולה להיות יצירה חדשה.

## ממנהל בית חולים למשקם בקהילה

יגאל גינת

נתבקשתי על ידי עורכי הספר לכתוב על דרכי האישית- ממנהל בית חולים למשקם בקהילה ואני שמח על ההזדמנות, אך גם מתקשה בחשיפה האישית. התרגלתי שאחרים נחשפים אלי ואני נמצא במקום המוגן של המטפל. החלטתי הפעם לקפוץ למים העמוקים וברצוני להתחיל את הסיפור עוד הרבה לפני השלב הנוכחי בקריירה המקצועית הארוכה שלי.

בשנות הלימודים האחרונות כסטודנט בבית הספר לרפואה בירושלים התלבטתי מאוד באיזו דרך לבחור לאחר סיום הלימודים. עברנו בשנים הללו ברוב מחלקות בית החולים, ואפילו שהינו חודש במחיצת רופא משפחה. אז במה לבחור? יותר מדי דברים מעניינים. אחד הקשיים הגדולים שלי בכל החלטה שלקחתי במהלך חיי היה הצורך לוותר על האופציות שלא נבחרו. כל החלטה נראתה בעיני כוויתור כואב. התחלתי להחליט בדרך האלימינציה- במה לא לבחור. בסופו של דבר נשארתי עם שני תחומים שונים לחלוטין- כירורגיה ופסיכיאטריה. הכירורגיה סימלה בעיניי אז את המוחשי, הגלוי, מה שניתן לגעת בו בידיים, למשש, לתקן, לתפור, והפסיכיאטריה את כל מה שלא ניתן לגעת בו- הנסתר, הלא מודע, החמקמק, ה"לא מדעי". החלטתי, כפי שידוע כבר מראש, לכיוון הפסיכיאטריה. ניחמתי את עצמי כי כיוון זה כה רב בו הלא ידוע על הידוע- יש הרבה מקום לגילויים חדשים, ריתקה אותי גם המחשבה כי באנטומיה, בפיזיולוגיה ובביוכימיה שלהם יש דמיון רב בין בני האדם, אולי בנפשי קיימת רב גונית ואין אדם דומה לרעהו.

במבט אחורה אני יכול לומר שאיני מצטער על הבחירה הזו. הימים- אמצע שנות הששים, ימים שהתאפיינו בהתפתחות מהירה של הפסיכואנליזה, ראשיתה של הפסיכיאטריה הקהילתית, ועדיין – הילתה של הפסיכואנליזה זרחת. כל אלה עניינו אותי.

במהלך הלימודים השלמתי גם תואר שני במדעי הרפואה, כאשר התחום העיקרי היה הפסיכואנליזה, לאחר כשנה בהתמחותי כפסיכיאטר נכנסתי לאנליזה אישית ובעקבותיה השלמתי התמחות פסיכואנליטית. לימדתי "פיזיולוגיה של תהליכים נפשיים" במחלקה למדעי ההתנהגות באוניברסיטת בן גוריון, פסיכיאטריה בבית הספר לריפוי בעיסוק, והתחלתי לפזול לכיוון הפסיכיאטריה הקהילתית.

כבר אז, כמתמחה וכמומחה צעיר בבית חולים אוניברסיטאי עם אוריינטציה קהילתית הטרידה אותי העובדה שקיים פער ההולך ומתרחב בין יכולתנו הגדלה לטפל במצבים חריפים- פסיכויטיים, אפקטיביים ואורגניים- ואין האונים לגבי ההמשך. כאשר הובא לבית החולים צעיר במצב פסיכויטי חריף, יכולנו להרגיעו ולהביא לרמיסיה טובה- ברוב המקרים- תוך מספר שבועות, אבל לא היה לנו מה להציע לו אחר כך. בכיפה שלטה הגישה שיש משקל רב בפריצת המחלה לפתולוגיה משפחתית, ההורים הואשמו שהם גרמו לצעיר לחלות, ובייאושם וניסיונם לדחות מעליהם את האשמה הזו – התנתקו, הסתגרו, רצו "לאשפז" את הבעיה, את הכישלון,

את כתב האישום המהלך, ואנו סייענו בידם, וכך פגענו במשאב השיקומי העיקרי.

המילה "שיקום" לא היתה חלק מן הלקסיקון הפסיכיאטרי של שנות הששים ואפילו של שנות השבעים. ניסינו להדוף את התקפות הסוציולוגיים בדוגמת גופמן ומבקרי הפסיכיאטריה מבפנים, כדוגמת סאס ולאנג. הגדרנו אותם כלוקים ב" אנטי פסיכיאטריה" ואטמנו אוזנינו מביקורתם. אני חייב להודות שאישית חשתי אי נחת גוברת והולכת מכל זאת, ומצאתי עצמי בקונפליקט עם עמיתיי.

כך לדוגמא, בקיץ 1973 נפל לידיי, זמן קצר לאחר פרסומו, המאמר הפרובוקטיבי של רוזנהן: "On being Sane in insane Places" העוסק באנשים בריאים שאשפזו עצמם בבית חולים פסיכיאטרי, ומצאו עצמם משתחררים עם אבחנה פסיכיאטרית, כאשר איש לא הבחין שהם מתחזים. כמה ניתן לסמוך על יכולתנו האבחונתית? כמה אנו נוטים להתאים את העובדות לקונצפציה מסוימת? הצגתי את המאמר ב- Journal Club, הותקפתי קשות על יד רוב עמיתי. הרגשתי שאנחנו שבויי קונצפציה ואטומים לכל נקודת מבט אחרת ( זמן קצר לאחר זאת נשברה במלחמת יום הכיפורים, קונצפציה אחרת, אשר כמעט והביאה אותנו למפלה ניצחת, אולי אפשר היה להתנחם בכך שלא רק הפסיכיאטריה היא "שבויית קונצפציה").

באמצע שנות השבעים נסעתי לשנתיים לארצות הברית כ- Social and community Psychiatry Fellow בבית הספר לרפואה על שם אלברט איינשטיין בניו יורק. היתה זו מחלקה חדשנית אבל מובסת ומיואשת. רעיונותיהם החדשניים מדי לזמנם אודות מעורבות קהילתית יצרו ציפיות שלא יכלו לענות עליהן, והתעוררות המודעות השחורה יצאה בכוח כנגד הליברלים היהודיים דורשי הטוב וגירשה אותם, פיזית מן הקהילה.

לאחר שנה, עברתי למרכז חדשני שונה Connecticut Mental Health Center - שעסק, תוך שמירה על מצוינות קלינית- באשפוז יום ובהתערבויות קהילתיות ממוקדות בקהילת חסרי הביטוח הרפואי, והיה זה הרבה יותר קרוב למציאות שלנו. חזרתי מארצות הברית מודע לכך שהפסיכיאטריה הקהילתית בארצות הברית נכשלה בגלל העדר קהילה במשמעותה הבסיסית, ובגלל הנתק הכמעט מוחלט בין המערכות האישפוזיות ובין המערכות הקהילתיות.

ובארץ- אז ראשית ימי האיזורים, שעיקריה – אחריות כוללת של אוכלוסייה מוגדרת, ניסיון ליצור רצף טיפולי בין בית החולים והקהילה, ניסיון להתחיל לצמצם את מספר המיטות ההולך ועולה וראשית ההבנה שהבסיס לכך הוא שיקום בקהילה.

בשנת 1978 עזבתי את טלביה ואת ירושלים ועברתי לעבוד במרכז לבריאות הנפש באר שבע, שנפתח אז. זו היתה מערכת חדשה, פתוחה לחידושים ולניסיונות. אז התחלתי גם להבין שההבדלים בין המערכת הפסיכיאטרית שלנו וזו האמריקאית גדולים מאוד, וכי רבים מהחידושים שקראנו עליהם במאמרים ובספרים נתקיימו רק כל עוד נמשך ה- grant שמימן אותם ואחר כך הופסקו. לעומת זאת, מצאתי קרבה רבה יותר בין החשיבה שלנו לחשיבה האירופאית ( אנגליה, הולנד, סקנדינביה ועוד) . ברוב ארצות אירופה היה גם ביטוח רפואי

כולל, אשר כיסה גם את בריאות הנפש, ובחלקן היו לפסיכאטריה הקהילתית שורשים עמוקים (ראה למשל את ספרו של מנפרד בלולר, העוסק בעבודה קהילתית ממושכת עם סכיזופרנים ומשפחותיהם).

ב-1982 נסעתי, לראשונה, ללמוד שיקום בקהילה אצל ד"ר דאגלס בנט במודסלי, לונדון. שם נפתח בפני עולם שלא הכרתי- עולם של מרכזי יום, דיור מוגן בקהילה, שיקום באמצעות ארגונים וולנטריים, ארגוני סינגור קהילתי ועוד. בביקורים נוספים הכרתי גם את המערכת הגדולה של Richmond Fellowship שעסקה בהקמת הוסטלים וקהילות טיפוליות ובהכשרת עובדים למערכות אלו.

בעקבות זאת הבאתי להקמתה של מחלקה שיקומית במרכז לבריאות הנפש באר שבע. ומספר שנים אחר כך, כאשר חזרתי לירושלים וקיבלתי לניהולי את בית החולים טלביה – הקימותי גם בו מחלקה שיקומית.

מחלקה זו היוותה מסגרת להכנה ממושכת לשיקום והצלחנו במקרים רבים להפסיק את השחרורים ללא הכנה מספקת והאשפוזים החוזרים המרובים ( revolving door המושג שהשתרש לתיאור תופעה זו), אבל יותר ויותר נוכחתי שכיוון שאין בקהילה מערכות קולטות ומשקמות- באותם המקרים שאין אנו מצליחים לארגן מערכת כזו- או שאין משפחה המוכנה לקבל על עצמה את התפקיד- אין הרבה סיכוי להצלחה.

בשנות התשעים החל להסתמן שינוי- משרד הבריאות החל להקציב כספים לשיקום (חלק מן הכספים שנחסכו עקב צמצום מיטות האישפוז), ולקראת סופן החל לקרום עור וגידים " חוק שיקום נכי הנפש בקהילה" שנחקק ביוזמת חה"כ תמר גוז' נסקי בשנת 2000 ונכנס לתוקף בראשית 2001. ליוותי את תהליך החקיקה הזה, אשר פתח בפנינו עידן חדש.

עוד לפני כן, ב-1995, נפלה לידי ההזדמנות להיכנס באופן פעיל לתחום השיקום. גב' Elly Jensen. המייסדת המיתולוגית של Richmond Fellowship אספה כסף עבור קניית בניין להוסטל ראשון בארץ, וניסתה להקים בישראל סניף של Richmond Fellowship העולמית. הניסיון הראשון לא עלה יפה, ואז נעשה ניסיון נוסף, בשותפות עם הג'וינט, והפעם הניסיון הצליח, וכך הוקמה עמותת "רעות", עמותה שאני גאה לעמוד בראשה מיום היווסדה ועד היום.

בסוף 1997 פרשתי מעבודתי במערכת הפסיכיאטרית הציבורית, לאחר מעל שלושים שנה, וזאת לאחר ניסיון כושל לשכנע את חבריי ולהלהיבם לרעיון שלוויתור על אשפוז ועל הפיכת טלביה מבית חולים למרכז קהילתי. אמנם, הנסיבות החיצוניות ( הצורך להחזיר את המבנה למסדר הקתולוי) לחצו לכך, אבל הקהילה המקצועית עדיין לא בשלה למפנה כזה.

מאז הקדשתי חלק ניכר מזמני- בהתנדבות- לעבודה השיקומית ואני רואה בה ברכה רבה.

עמותת "רעות" גדלה, והיום נמנים על חברה אנשי מקצוע, אנשי ציבור ובני משפחה של האנשים עם המחלות הפסיכיאטריות, העמותה מפעילה כיום חמישה הוסטלים, ארבעה מועדונים תעסוקתיים, תוכנית השכלה נתמכת באוניברסיטאות והיא ממשיכה להתרחב הן בהיקף והן בתחומי פעילותה. מטופלים בה כיום כמה מאות אנשים עם מחלות פסיכיאטריות בירושלים רבתי, ועוד היד נטויה.

רציתי לסיים ב"אני מאמין" כפי שנתגבש מניסיוני האישי ומתוך השינוי האישי מקצועי שעברתי, ולמנות כאן את עקרונות השיקום ודרכי פעולתו העיקריות כפי שאני רואה אותם.

1. השיקום, דהיינו מתן האפשרות ויצירת התנאים שבהם יכול האדם עם המגבלה הפסיכיאטרית, להחזיר לעצמו את מקומו בחברה כאזרח שווה זכויות, הוא תהליך ארוך וממושך. הוא חייב להתחיל למן הרגע הראשון של המגע של המטופל עם מטפל או מערכת מטפלת.

2. השינוי הראשון צריך לחול אצל המטופלים. השיקום מחייב נטישת העמדה הפטרונית, מחייב שיתוף המטופל בתכנית הטיפול, שילוב גורמים רבים שלא תמיד המערכת הרפואית עומדת במרכזם. זהו שינוי עצום, הדורש מהפך פנימי אמיתי אשר, לצערי, לא רבים מעמית הרופאים מוכנים לעבור.

3. עיקר השיקום הינו בקהילה, דבר המחייב העברת מרכז הכובד האידיולוגי, היוקרתי, הארגוני והכספי מבתי החולים לקהילה, ושוב, זה תהליך שהמערכת הרפואית מתקשה להתמודד עמו, ומעורר התנגדות עזה.

4. השיקום, בהיותו מושתת על שיתוף פעולה, מעודד את הקמתם ושגשום של ארגוני הצרכנים/ מתמודדים וארגונים של משפחה כגון "עוצמה" העבודה המשותפת עמם מוסיפה מימד חשוב ביותר לתהליך השיקומי.

5. עם הזמן- וקיימים כבר כיום ניצנים ראשונים לכך- יתחילו מתמודדים/ אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית לקחת חלק כחברים במערכת המטפלת. מספר תוכניות הכשרה בכיוון זה פועלות כיום ובאחת מהן היה לי הכבוד להיות שותף במשך מספר שנים- תוכנית "הפעל".

6. אחד הגורמים המקשים על השיקום בארץ ובעולם הינו הסטיגמה הקשה של מחלות הנפש והחולים הפסיכיאטרים- סטיגמה שנפגעה לומדים לאמצה והמהווה מכשול קשה בשילובם בחברה. חשוב לפעול נמרצות למען הקטנתה ועד לסילוקה.

7. חשוב לעודד את תהליך ההחלמה שהוא תהליך צמיחה פנימי והכולל העצמה ( empowerment ) ועיקרו: השלמה עם המחלה יחד עם אי כניעה לה, נכונות להיות במצב של החלמה (Recovery), אף שאין זו הבראה מלאה, ולהפיק ממנו את



מירב האפשרויות. גם כאן שומה על אנשי המקצוע לסייע, לאפשר, להדריך ולקבל.

8. יש להכשיר אנשי מקצוע מכל מקצועות בריאות הנפש לראות בשיקום יעוד, וללמוד כיצד מבצעים אותו. דבר זה נכון הן לגבי אנשי מקצוע שכבר עובדים בו ( לדוגמא: קורס לפסיכאטרים, ביוזמת איגוד הפסיכיאטריה) והן להכשרת אנשי מקצוע צעירים המעוניינים להיכנס לתחום מרתק זה, כגון: תוכניות לתואר שני, בדרך כלל במסגרת לעבודה סוציאלית או בית הספר למקצועות הבריאות, קורסים למנהלי הוסטלים ובעתיד: תוכניות אקדמית לתואר ראשון וכדומה)

9. בימים אלו מסתיימות חמש השנים הראשונות להפעלת "חוק שיקום נכי הנפש בקהילה" ויש להבטיח שלרשות המערכת המשקמת יועמדו משאבים להמשך פיתוח מערך השיקום. על המערכת השיקומית בקהילה להיות מוכנה לקליטת המשתקמים החדשים ולהימנע מ"צוואר בקבוק" של אנשים שעברו ועדת סל שיקום, שגובשה עבורם תוכנית שיקומית ואין מקומות לקליטתם.

10. מערכת השיקום הצעירה עלולה להתמסד ולהתאבן כמו המערכת האישפוזית שקדמה לה. חשוב שהמערכת תמשיך, ככל האפשר ללמוד מניסיונה, ועם זאת, להמשיך ולהתפתח, לנסות דרכים ותכניות חדשניות ולהיות מסוגלת לאסוף נתונים, לנתחם, וליישם את ניסיונה המצטבר.

11. בראשית שנות הפעלת החוק, היו רוב הנהנים מתכניות השיקום המתפתחות מטופלים שהיו מאושפזים בבית החולים, חלקם לאחר אישפוזים בני עשרות שנים. בהדרגה מתמעטת אוכלוסיית זו וגדלה האוכלוסייה הפונה מבין האנשים עם המגבלות הפסיכיאטריות החיים בקהילה- חלקם כאלה שאף פעם לא היו באישפוז אבל אינם משוקמים. חשוב ללמוד יותר את מאפייני וצורכי אוכלוסייה זו. החדשה יחסים עבורנו.

12. עם התרחבותה המהירה של מערכת השיקום הקהילתי של האדם עם המגבלה הפסיכיאטרית, הולכת המערכת הארגונית במשרד הבריאות ונעשית לא מתאימה להיקף למורכבות ולדינאמיות של המערכת. חשוב לארגן מחדש את הבסיס הארגוני הזה. במסגרת אגף שיקום, אגף שיפעל בתחומי החשיבה, התכנון הכשרת כוח אדם, בדיקת כיווני התפתחות, ניסוי תוכניות חדשניות ויתאים עצמו להתרחבות הנמשכת הזו.

13. ואחרון, לגבי רוב המצטרפים למערכת השיקומית- הצטרפותם מלווה בעלייה משמעותית באיכות חייהם. חשוב לשמור לטפח ולהמשיך ולהיטיב אותה. איכות החיים חייבת להיות המדד העיקרי של הצלחת התהליך השיקומי. אסור להרשות שהמשתקמים בקהילה יתדרדרו מחדש לתרבות עוני כפי שהדבר קרה במשך שנים רבות בעבר.

## מכתב לעמוס עוז

דליה רופא

לעמוס עוז שלום רב,

ספרך "סיפור על אהבה וחושך" לא כבש אותי בסערה אלא חלחל טיפין טיפין, אבל כשסיימתי לקוראו עברתי מן המלה האחרונה היישר לראשונה ופתחתי בקריאה שנייה. הפעם הקודמת שעשיתי כך אירעה בילדותי (עם "נשים קטנות" מאת לואיזה מיי אלקוט). ספרים רבים נקראו על ידי יותר מפעם אחת, אך לא ברציפות.

במהלך הקריאה טולטלתי בין הזדהות עמוקה עמך לבין הזדהות לא פחות עמוקה עם אמך. מקורה של ההזדהות הראשונה הוא בכך שבארבעה באוגוסט 8691, עשרה באב תשכ"ח, ביום ראשון אחרי הצהריים "השחיל אבי כדור אל תוך מוחו", ואם לא די בכך הרי שהוא ביצע את מעשהו (איני נותנת שום שם תואר למעשה זה) בנוכחותנו (הייתי בת עשר וארבעה חודשים, אחי אילן – בן שבע עשרה, ואמי רוחל'ה – בת שלושים ושבע).

ההזדהות השנייה נובעת מכך שבדומה לאמך גם אני לקיתי בנפשי וסבלתי מסימפטומים דומים: נדודי שינה, מצבי רוח ודיכאון, אלא שאני אף הגדלתי לעשות וחוויתי גם מניות חריפות עד קריסה להתנתקות נעדרת תובנה. ארבעה משברים עברו עלי: בגיל שבע עשרה וחצי, עשרים ושתיים, שלושים ושבע, והאחרון לפני חמש שנים.

אתה מצטט מספרך "מתחילים סיפור": "אחרי מות האם תשאף תרצה להתמזג בדמותה עד כדי ביטול עצמי". אבל אצלי הדימוי הזה התממש לגמרי: כשפרץ ההתקף הראשון נלקחתי לאבחון במרכז הרפואי ברמת-חן שנוהל אז על-ידי פרופסור יהודה פריד. קיבלה אותי רופאה ושמה ד"ר סלונים. "מה שמך?" שאלה. "בני וירצברג", השבתי מיד ללא היסוס. אחר כך הוספתי כי ב-7691 כתבתי את הספר "מגיאה הריגה לשער הגיא"...

ספרו של אבי, ניצול השואה, שנועד מצד אחד לשחרר אותו סופית מן המשא הכבד של זיכרונותיו ומצד שני להפוך אותו לסופר שתהילתו חובקת כל, היה בעצם כישלון חרוץ. ראשית משום שהספר השליך אותו חזרה וללא שוב אל התופת ההיא, ושנית מפני שהספר נבלע בגל הספרים שכורי הניצחון שאחרי מלחמת ששת הימים. האופוריה ששררה אז ממש לא התאימה לקליטת ייסורי וירצברג הצעיר.

מאחר שכדברך מרכז העולם הוא סביב היד הכותבת, רצוני לשתף אותך בסיפורי. נולדתי בשנה שבה מתה סבתך שלומית, במושב קדרון. אבי ניסה לנטוע גפנים ולהפוך לכורם. מי שחווה את כשלון גינתו הקטנה והחולנית בירושלים יבין ללבו של אבי שתוכניותיו נחבטו בקרקע הקשה של המציאות ונכזבו. הזיכרון הראשון שלי מתמצה בכך שאני דוחפת אצבע לתוך עלי הכותרת הארוכים והוורודים של פרח, ופתאום סוגרים העלים על אצבעי כמנסים לטורפה.

ברור לי שהאירוע התקיים, אבל אולי דמיוני וחרדותי הוסיפו עליו.

הוריי עברו לבאר שבע בהיותי בת ארבע, שם התגוררנו שנים אחדות בצריף ששימש גם משרד של קרן קיימת לישראל – מקום עבודתו של אבי. הוא היה יערן, ובסופה של הקריירה שלו היה ממונה על מחקר יערני באזור הדרום (הוא האיש שהמציא ופיתח את תופעת ה"לימנים" בערבה, בהשראת שיטות השקיה נבטיות. הקרדיט לכך לא נשמר לו, בשל מותו המוקדם בגיל שלושים ותשע).

אמי הייתה תינוקת בזרועות אמה כאשר בשנת 1391 עשתה קבוצת יהודים גדולה את דרכה מתימן לארץ ישראל. שליחי הסוכנות היהודית הסבירו להם שהמשיח הגיע ולכן הגיע הזמן לחזור למולדת ההיסטורית.

בספרך כתבת שאנשי הישוב הוותיקים התייחסו לאודים המוצלים ברחמים ובסלידה מהטעמים שציננת. זה נכון, וזה פשוט הרג את אבא שלי. אבא ראה בספרו תשובה ניצחת לכל המלעיזים. הוא ציפה מספרו שיקנה לו תהילת עולם. בפתח הוא כותב: "רואה אני בחיבורי מעין המשך לספרו של ח. שורץ ברט 'אחרון הצדיקים'..." ועוד הוא כותב: "בעיקר ריחפה לפני עיני כל הזמן הנוסחה, המזעזעת אותי כל אימת שאשמענה, על אודות הליכתנו 'כצאן לטבח יובל' - נוסחת סלף המוכיחה מדי-פעם מחדש כי הבריות מתעלמים לחלוטין מן ההשמדה הנפשית שקדמה במחשבה תחילה ובתכנון שיטתי להשמדה הפיזית ואיפשרה אותה..."

ספרו של אבי קשה לעיכול. בירושלים של פעם יכלו לומר עליו שהוא מעורר פלצות, כי אבא לא חס על קוראיו כלל וכלל. גם לא על אלה ששמעו אותו בערבי ראיונות שנערכו במלונות גדולים בתל-אביב שאליהם הגענו מבאר-שבע. המנחה אריה אבנרי העביר לו פתק קטן מתחת לשולחן המסביר כי יש גבול לכמה אפשר לזעזע ביום שישי בערב אנשים יגעים מעמל השבוע. הזהירו את אבי מפני שמואל שי העלול לשאול אותו מהו המספר החקוק בזרועו, וכשאבי ישיב, יאמר שי שזהו שבוע השבוע בהגרלת מפעל הפיס. זה לא קרה.

אני ישבתי שם בכל האולמות במיטב בגדיי, זורחת מגאוה, נרגשת ומלאת חרדה. כבת תשע האזנתי לכל התיאורים המקאבריים אך המדויקים להפליא שהאיש הייקה הזה, יליד המבורג, סיפר לקהל ערל האוזניים וצמא השעשועים. פעם, כשעלה על הבמה, מעד קלות, אך שלח ידו קדימה אל גרם המדרגות והתייצב. התביישתי מאוד כאילו הדבר אירע לי.

באותו גיל בערך לקח אותי לבית העם להקשיב להרצאה ולדיון עם אחד – אורי אבנרי. לא הבנתי דבר, אבל חשבתי שהאיש הזה יפה. וגם פעם אחת הביא אבא את ספרו לספרייה העירונית, "בית יציב", ומאז נטתה לי הספרנית חסד, על אף שהייתה חמוצת סבר מטבעה.

פעם בא אבי לבית ספרי לשאת הרצאה על ייעור. רעדתי מהתרגשות ומגאוה. הרגיע אותי מגע ידיה של שכנתי לספסל הלימודים מאחור, שרצתה לקרב את עצמה למלכת היום ושזרה

לי צמות מאחור ופירקה ושוב שזרה ומגעה היה רך נעים ומלטף. כך יעשה לילדה המיוחדת שאביה החכם באדם בא אלינו לשרטט על הלוח חתכים רוחביים של גזעי עצים ולהרביץ בנו בינה.

\*

נשמעה ירייה מהחדר הסמוך. כמה שניות לפני כן נכנסתי לסלון ואבא ביצע תנועה מהירה של הסתרה של משהו מאחורי גבו. חשתי דחף לא מוסבר להיות רחוקה ממנו כמה שניתן וחזרתי לחדר הילדים שבו שהו אמי ואחי. הדחף הזה להתרחקות ממנו היה שריר, אם כי בעוצמה פחותה, במשך כל חודשי דכאונו העמוק. בספרך תיארתי שצער אביך על ספרו הבלתי נמכר מילא את הבית כמו ריח; דכאונו של אבי, בעקבות כישלון ספרו וחזרתו לגיהנום של אאושוויץ (עווית בלתי רצונית), היה כצחנה כבדה וקשה מנשוא, כריח באושים ופיגולים. כבר לא יכולנו לנשום בבית.

בתחילת הדיכאון עוד תקשרנו מעט. בית ספרי היה קרוב לביתנו. מדי פעם נתקפתי ברגע האחרון חרדה בשל אי הכנת שיעורי הבית והייתי רצה בהפסקה הביתה, מקימה את אבי השפוף במיטתו, מושיבה אותו לעשות את שיעורי הבית שלי ולאחר מכן חוזרת בריצה לבית הספר. כך אולי (הרעיון עולה בי כעת לראשונה) ביטאתי את הצורך שלי בו ואת הרצון לתת לו הרגשה שהוא עדיין נחוץ ותורם. אבל בסוף התנהגתי אליו כאל מצורע.

באותו בוקר של היום המר והנמהר ההוא לא הצלחתי להתאפק וביקשתי ממנו שלושים אגורות לגלידה. בידיים רועדות מאוד פתח את פיו של ארנק עור בצורת פרסה והושיט לי את הכסף. הוא ניצל את ההזדמנות הנדירה של קרבתנו הכפויה כדי לשאול: "תגידי לי, דליה, המצב שלי מפריע לך ולאימא?" (אחי ייסד להקת קצב והופיע כל ערב. הוא פשוט לא היה שם. מילט את נפשו). אם הייתי נותנת דרור לדחפי (איזה מזל שלא עשיתי זאת), הייתי פורצת ביללות נוקבות ומטיחה בו שהוא מרעיל את האוויר בבית, אבל בגילוי מפתיע של בגרות וטאקט עניתי באיפוק: "לי זה לא מפריע בכלל, בקשר לאימא אני לא יודעת, אתה צריך לשאול אותה..." אוסקר מגיע לי. בשלב זה ודאי כבר כתב את מכתב ההתאבדות הקצר שלו ובא "לטמון לי מלכודת", שאולי אומר משהו שידחוף אותו לבצע את תוכניתו. אבל אני התנהגתי למופת. שום דבר שאמרת לא יכול היה להוות עילה לדרבון המוטיבציה האובדנית.

מובן שבמקביל לכעס הגדול שנמשך שנים ארוכות ואולי לא חלף עדיין ולצד רגשות האשמה המצמיתים ולצד הדמוניזציה שליוותה את דמותו, שמצאה את ביטויה גם בסיוטי לילה חוזרים ונשנים במשך שנים רבות, שבהם דמותו כענן-אד-גל שחור פורצת באחת כמו השד ממנורת הקסמים של אלאדין ואופפת את כולי עד מחנק, כאילו כדי לגנוב ממני את הנשמה או, אם לדייק יותר, כאילו כדי לאבן את רוחי – עם כל זה, עסקתי שוב ושוב בשחזור הסצינה של שאלתו האחרונה.

במקום לענות את התשובה הפורמאלית היבשה ולברוח ולהתנחם בגלידה, הייתי נוטלת את



לאחר כמה דקות נכנסה לחדר שבו שהייתי השכנה דבורה מהקומה הראשונה, שהייתה גם סגנית המנהלת בבית ספרי, ושאלה איפה אימא מחזיקה את פח הזבל. אוהו, ידעתי בדיוק בשביל מה, או אולי בשביל מי, היא צריכה את פח הזבל. קמתי ממקומי לצאת מהחדר ולהראות לה בדיוק איפה הפח (בשולי מרפסת המטבח, שמאלה מגופתו של אבא). היא הדפה אותי חזרה פנימה והתעקשה שאסתפק בהסבר. היא כבר תמצא בעצמה.

שוב נותרתי לבדי בחדר, ישובה על מיטת הוריי ושרויה במין תחושה מוזרה כבחלום משונה במיוחד, כאילו לא לי קורים הדברים, כאילו אני משקיפה על הכל ממרחק. לפתע קמתי, פתחתי את דלת ארון הבגדים של הורי שבה הייתה קבועה מראה גדולה. הבטתי בבבואתי וחייכתי ענוגות. החיוך הזה מירר את חיי בשנים הבאות, עד לפני שש שנים בערך. ילדה-מפלצת שמחייכת כשאבא שלה שוכב הרוג בחדר השני.

פסיכולוגית אחת שחררה אותי מהקיבעון הנורא של החיוך. היא עזרה לי להרגיש שהחיוך הזה נועד לעודד את רוחי המבועתת, כי הרי לא היה שם אף אחד שילטף את ראשי, ירגיע, יאמר מלה טובה, אפילו לא איזה בר-סמכא שיפשפש בגסות וללא בושה בחוויותי הכמוסות ביותר... אז אם אין אני לי מי לי, כמו במשק אוטרקי סיפקתי לעצמי גם את החיוך המיטיב והמשקיט.

לא יכולתי להתכחש לרגשות ההקלה שחוויתי מייד לאחר מותו. כאילו הצחנה חלפה בבת אחת, כאילו רוח רפאים גורשה מן הלימבו אל מקום משכנה הסופי, כאילו הסלע הכבד שרביץ על לבי הקט התפוגג באחת. אבל ברגעים ההם ניטעו בבשרי מורסות שיגירו במרוצת השנים נזלי אשמה דביקים ורעילים.

לכל אורך השנה שאחרי האסון אימא הייתה נתונה בדיכאון כבד ואף לקחה הרבה תרופות. פחדתי שאאבד גם אותה. לכן עשיתי משהו מוזר: בלעתי פטפון. כך נהוג היה לאפיין אז מצב של דיבור בלתי פוסק. השתיקה הייתה מאיימת ומסוכנת, אפילו המלים לא דחו לגמרי את הסכנה כי היו כאלה שאסור להגיד. טאבו מוחלט. עד היום. בחצי פה מתמלט מהפה – "לפני האסון", "אחרי האסון" ותו לא. כאשר אחי המופנם אילן, המוסיקאי, נתן לי לקרוא שיר שבו כתב על "המבט שבעיניך, אב", החלפנו הוא ואני מבטים רהויים של הבנה. ברור היה שאנו יודעים במה מדובר. אחי ואני נזכור לעולמים את המבט הפעור, המזוגג והמנופץ.

ושירו "מה שנשאר":

אור זר מתוך הלילה/

רוח ייללה/

אש גדולה מתוך היער/

מה – מה שנשרף/

מה – מה שנשאר

עדר אץ במנוסה/

זכר מזמן עבר/

החיה שפגעה בדרך/  
 מה – מה שנטרף/  
 מה – מה שנשאר  
 הו לילי השחור המתוק/  
 אם אשיר את השיר אודותיך/  
 את אבי החיזור/  
 איך אמצא אם נשאר דבר אחריך/  
 הו לילי השחור/  
 אם אדליק את הנר אחריך  
 תם. אך לא נשלם/  
 כעס שמסתתר/  
 יריעה נפרשה בינינו/  
 מה - מה שנגמר/  
 מה - מה שנשאר

\*

גם אני, כמורך, לא נלקחתי להלוויה ומאותם טעמים בדיוק. אלא שכך יצא שלא נפרדתי ממנו לעולם ואולי לעולם ימשיך לרדוף אותי? אני זוכרת היטב כיצד באחד מימי השבעה פתחה אמי מגירה בסלון ומצאה את מכתב ההתאבדות הקצר ונתקפה שוב היסטריה קשה. הפעם נלקחתי מייד לבית השכנים. בת השכנים, חברתי לכיתה, שעשעה את רוחי במין מתקן סריגה קטן ועגול שנועד לסריגת גרביים. וכך כתב אבי בכתב ידו המיוחד:

*למאליה אילן ופאיה היקרים,*

*לא יכולתי יותר לשאת זאת  
 ולזיום לכן צדד  
 לא להאשים אים  
 כל היכוס לאשתי  
 אשר גמלוט לה אדשוט 12  
 היו מאושרים  
 שאנס באהבה בני  
 אבא*

"היו מאושרים", הוא כתב לנו. חה-חה-חה.

על אף שטיפול פסיכולוגי לא היה מקובל בימים ההם, היו כאלה שהמליצו לאמי לשלוח אותי לפסיכולוג. אני סירבתי בנחישות חסרת פשרות. לא הייתי מוכנה לחזור ולהתעסק בעבר. אם יניחו לי לנפשי הכל יהיה בסדר גמור, כך סברתי בטעות גמורה.

האסון קרה בחופש הגדול ולאחריו השתפרו הישגיי בלימודים. פרחתי כביכול. כל היום דיברתי עם אמי ללא הפסקה. במובן מסוים הפכתי לילד הורה, הייתי אימא של אימא. כמעט כל יום גררתי אותה אתי לספריית "בית יציב". אימא הייתה מחכה לי בגן הצמוד לספרייה, שואפת אוויר צח, ואני נסתי לעיר המקלט. קראתי הכל מכל וכל. גם לפני האסון הייתי תולעת ספרים. תדירות ננזפתי על כך שאיני מדליקה אור לעת ערב, אלא מוציאה לי את העיניים בחושך. מי בכלל שם לב שהערב יורד כשדפי הספר זוהרים בעלילות מרתקות ומכמירות לב.

בספר אחד שקראתי בילדותי תואר הדבר הבא: במקום רחוק מאוד ישנו הר עצום, רם ונישא. פעם באלף שנה מגיעה ציפור קטנה ומשחיזה את מקורה הזעיר בזיז הפסגה. וכך שוב ושוב. כאשר ההר הענק יישחק עד דק ולא ייוותר ממנו דבר – חלף יום אחד בנצח. הסיפור הזה הטיל עלי אימה חשיכה. הטבע חדל להיות יפה בעיניי. עד היום עיניי כמעט עיוורות ליפי הטבע. היקום נראה לי עסוק כל הזמן בהמתה ובחיסול של כל מה ושל כל מי שעולה בידו לפרוח לזמן מה. מן הבחינה הזו האמן שמדבר אל לבי באופן החד ביותר הוא המנוח חנוך לוין.

עלה בידי לסיים בהצטיינות תואר ראשון בספרות השוואתית (החלטתי לדלג על קטעים נרחבים בסיפורי, אחרת לעולם לא אסיים את המכתב הזה, שאורכו מתחיל להוות פגיעה בטעם הטוב). אני מניחה שלולא משבריי הנפשיים (שכללו ארבעה אשפוזים) הייתי מסיימת, כדוגמת חברותיי, את לימודי התואר השני ואולי גם השלישי. שתי העבודות הסמינריוניות שלי יישארו כנראה פסגת הישגיי האקדמיים (הראשונה: "בעיות מעשיות ותיאורטיות בתרגום ובחקר התרגום של הרומן השירי על פי 'לוליטה' ושני תרגומי היצירה לעברית", והשנייה: "משבר נפשי בגיל ההתבגרות על פי 'התפסן בשדה השיפון' של ג. ד. סלינג'ר").

פרופסור טורי היה המרצה האהוב עלי ביותר. פעם אחת לקח עבודה שלי ולימד על פיה שיעור, לא לפני שהודיע כי מדובר בעבודה שלי והוסיף: "האומר דברים בשם אומרם כאילו הביא גאולה לעולם". הייתה זו עבודה בחקר התרגום שבה ניסיתי להוכיח על פי טיטות רבות של תרגומי שלונסקי את שיקספיר, כי תמיד נבחר לבסוף התרגום שבו הייתה האליטרציה רחבה יותר.

בשלושה מקומות בספרך החדש דמעתתי ובאחד צחקתי צחוק פרוע. הדמעות הראשונות בעמודים 542 עד 742. הדמעות השניות בערב כ"ט בנובמבר בגלל האושר שלך למראה הנדיר של ההורים החבוקים ובשל זעקתו ההיולית של הלמדן והדברן הבלתי נלאה. הפעם השלישית הייתה בעמוד שלפני האחרון, בחציו השני. הצחוק הפרוע היה כמובן בעצרת של בגין ובנאומו המזוין, סליחה המצוין... אבל גם אני כמעט נחנקתי מהצחוק הזה, כי בעלי שיחיה היה שרוע לצדי שרוי בשינה עמוקה וחששתי פן אפר את מנוחתו.

את ספרך כולו קראתי, שלא כמנהגי, לאט לאט, כדי לא לאבד אף ניואנס קטנטן. מדי פעם עצרתי כדי לחשוב על חיי שלי. למשל, כיצד ייתכן שהזאטוטה המפונקת ההיא כבר



זקנה מאביה ביותר מחמש שנים תמימות? כשהגעתי לגילו חששתי שיקרה אסון נורא, אך תחת זאת אירע הנפלא מכל: חודשיים לפני שמלאו לי ארבעים התחיל הקשר עם אישי הטוב, אבל לאחר חודשים אחדים התפרקתי שוב לרסיסים, שאותם אני אוספת עד היום בתקווה לא להתרסק שוב.

מלבד יצירתך להלן חמש היצירות האהובות עלי ביותר בספרות העברית: "בדרך אל החתולים" מאת יהושע קנז; "מר מאני" מאת א. ב. יהושע; "ספר הדקדוק הפנימי" מאת דויד גרוסמן; "ויקטוריה" מאת סמי מיכאל; "סיפור פשוט" מאת שמואל יוסף עגנון. כל היצירות הנ"ל (מלבד האחרונה) נחשבות בעיניי למיטב יצירותיהם של הסופרים הנ"ל שעד כה לא הצליחו לעניות דעתי לחזור על הקסם. "חמסין וציפורים משוגעות" עורר את התפעלותי אך לא את אהבתי.

ובעולם הגדול זוהר בעיניי בזוהר שלא יועם לעולם – הגדול מכולם – תומס מאן, וכמובן גם שני הרוסים הענקים (לווין ב"אנה קרנינה" אומר בערך כך: "באין סוף של החומר באין סוף של הזמן, באין סוף של החלל הריק – צצה בועה אורגנית זעירה. בועה זו מתקיימת זמן מה ואחר כך מתפקעת, ובעה זו היא אני" – אבל איך-איך-איך נפתרו כל התחבטויותיו האקזיסטנציאליסטיות באמונה הדתית?), קפקא, מרקס, סארמאגו, פרוסט, נבוקוב (הסדר אסוציאטיבי), רוברט מוסיל ("האיש ללא תכונות") וג'יימס ג'ויס (קובץ הסיפורים ובעיקר "דיוקן האמן כאיש צעיר" ובשום פנים ואופן לא "יוליסס"). וזה על קצה המזלג.

הייתי מוכנה להעביר את כל חיי בקריאה, אבל לפעמים צריך גם לעבוד. אני עורכת לשונית וספרותית. מובן שגם אני כתבתי מין שירים. בנעוריי אף הוצאתי לאור ספרון שירים קטן, "עמוסים ומפורדים" שמו. אבל אני חסה על זמנך, ולכן אחסוך אותם ממך.

לסיכום, סיפור חיי הקשה גמל אותי סופית מכל האספירציות שהיו לי. כל רצוני הוא להיות בריאה בנפשי ובגופי, להמשיך לעשות אקספרימנטים קולינאריים במטבחי ולהמשיך לחיות באהבה גדולה עם אישי היקר. באפריל 1002 הופענו בתוכניתו של מני פאר, בשידור חי, במסגרת שבוע בריאות הנפש. רצינו לתת נוק-אאוט לדעות הקדומות. הרי מצפים מחולי נפש שיפלבלו בעיניים ויגירו ריר. ובכן נא בעין לכם, המוני בית ישראל, היווכחו בבקשה לדעת שחולי הנפש יכולים להיות לא פחות מוצלחים מכם. לאישי ארבעה ילדים מנישואים קודמים, לי אין ולא יהיו ילדים, מתוך בחירה חופשית ומהעדפה ברורה. נכון להיום, ובעצם לשנים האחרונות - אני מאושרת. אני מקווה מאוד שגם אתה.

בהוקרה עמוקה,  
דליה וירצברג-רופא

## על ההבדל בין איש שיקום למטפל-מדיבור על לעשייה את.. תובנות בסיום...

נעמה כץ

### מבוא

בימים אלו הסתיים קורס ראשון – מטפלים בבתי אבות. הקורס נערך בבית אבות יוקרתי במיוחד- "פרוטיאה בכפר". הקורס הנו חלק ממערך רחב של קורסים אשר נבנים על ידי אנשי מקצוע בתחומי ההכשרה השונים ומותאמים ומופעלים על ידי חברת אשנב\*. בתהליך המימון שותפים משרד הבריאות ומיזם תב"ת - ג'וינט ישראל\*. הקורסים נבנים בשיתוף האגף להכשרה מקצועית בתמ"ת וחלקם אף מאושרים על ידו. הקורס נבנה כחלק מתפיסה הרואה בחשיבות הכשרה מקצועית במקום עבודה אמתי בקהילה בניגוד לסביבת לימודים מוגנת. משמעות סביבת הכשרה פתוחה חשובה להתמודדות הלקוח המתמודד עם עולם העבודה כבר מהיום הראשון לקורס תוך בניית מדרג מתואם של יכולות ומחויבות. כמו כן, יצירת תהליך התקשרות עם המעסיק לצורכי העסקה בסיום הקורס. הקורס נבנה לאחר איתור צרכים לאנשי מקצוע בתחום הטיפול על מנת לאפשר השמה מיטבית עם סיומו.

### מבנה הקורס:

הקורס נמשך ארבעה חודשים. שבועיים ראשונים שלו הוגדרו כאוריינטציה במטרה לתרגל שגרה וכניסה למערכת של דרישות. זאת מתוך הנחה שרבים מהמועמדים, לא נדרשו מזמן להרגלים אלו.

המשך הקורס בנוי במתכונת של ארבעה ימי עבודה מעשיים ברוטציה בין המחלקות ויום לימודים אקדמי. ביום האקדמי מקבלים הלומדים הרצאות חוץ הקשורות לעולם התוכן של הטיפול בקשיש, וקבוצות עבודה כמו סוגי תקשורת שונים הנדרשים בתפקיד, שיווק עצמי במקום עבודה וכו'.

צוות הקורס (תיאור חלקי):

איה חסדאי- מנהלת החברה, תמיכה, ליווי ואיש קשרי החוץ וההשמות.  
עופר- רכז משנה (מתמודד): מלווה את הסטודנטים בקורס יום יום במחלקות, נותן מענה מידי, עוזר כשצריך, קורא לסדר שצריך, בונה תוכניות יעדים יחד עם הסטודנטים- צינור קישור בין רכז הקורס לסטודנטים.  
רחל- מנהלת הסיעוד: מודל לדמות טיפולית בתחום, מורה, מקשרת ומגשרת בין אנשי המקצוע במקום לבין הסטודנטים.  
נעמה - רכזת קורס: מלווה את הסטודנטים תוך שימוש באמצעים שונים, תוכניות יעדים, ניתוח מצבים, תיווך, הנחיית קבוצות. עד כאן המידע, על הקורס.

**תובנות אישיות שלי כרכזת הקורס, תובנות שהתגבשו לאורך כל הקורס והתבהרו עם סיומו:**

כרכזת הקורס הבאתי איתי לקורס כמה עולמות תוכן: איש שיקום, ריפוי בעיסוק, התערבות קוגניטיבית דינאמית ואימון. אפשרתי לעצמי את הגמישות בין הכובעים הללו כל עוד זה מקדם את הלקוח, הוא הסטודנט.

את הקורס סיימו 8 סטודנטים מתוך 10. הסטודנטים עברו דרך ארוכה, כאשר בתחילתה עברו ראיון אישי. בראיון היו נוכחים צוות הקורס ולעיתים אנשי שיקום בקהילה. כאשר ניסנו להעריך בשלב זה ולנבא הצלחה/ התאמה – לגבי חלק מהסטודנטים תהינו האם עשינו את הבחירה הנכונה, האם אכן הם מתאימים. חלקם תוארו על ידי אנשי השיקום בהתנצלות "מעט נמוכים" חלקם תוארו על ידי אנשי השיקום "הוא אוהב אנשים אז חשבתי שזה יתאים." חלקם לא ידעו לענות על השאלה למה אני יכול להתאים? מה אני אוהב בטיפול? על אף השאלה וההתלבטות, בחרנו לתת הזדמנות מתוך הנחה שאם בחרת בתחום טיפולי שאינו קל, יש רמת מחויבות בסיסית מספיקה כדי לקבל את ההזדמנות הזו. ומעבר לזה מי שמנו לשלול את ההזדמנות הזו?

על אף שמספר הסטודנטים היה יחסית קטן, והתעוררו קשיים שיווקיים רבים שהקשו להרחיב את מספר הסטודנטים היה בנו רצון להתחיל וללמוד מהניסיון בחרנו להתחיל עם הסטודנטים הקיימים. בדיעבד נראה לי שעל אף הבחירה האחרת דווקא הבחירה הזו אפשרה לי למידה אחרת. בזכות הסטודנטים המסוימים האלה הבנתי עד כמה חשוב לשמור על גבולות תפקיד- היכן הוא מתחיל, לאן אני יכולה להגיע והיכן הוא נגמר. הבנתי בזכותם שאם כל הכוונות הטובות והרצון שלי/שלנו "להביא", "למשוך", "לדחוף", "לקדם" ועוד זה כנראה לא תלוי בי. הבנתי שהתפקיד הכי חשוב שלי הוא לפתוח דלתות וליצור הזדמנויות. בדרך היו לי גם תובנות נוספות:

**חשיבות האמונה ביכולת:** כולנו אומרים ואומרים שוב עד כמה חשובה האמונה, עד כמה חשובה האמירה. בקורס הזה הבנתי ממש- **בלי האמונה אי אפשר.** הסטודנטים שלנו לא האמינו שיסיימו, הסטודנטים שלנו הציגו בתחילת הקורס בעיקר את הכישלונות, ואת החולי. דיברו דרך "ההנחות" ואיפה אפשר להקל.

המסר העיקרי שלנו בקורס היה – אנחנו דורשים כי אנחנו מאמינים שכל אחד ואחד מכם מסוגל. בחודש הראשון היה דיאלוג שלי: "אבל אני לא יכול להגיע ב 7", ו"אני לא אצליח לעשות את העבודה", ו"בטח לא להיבחן", ו"מה יהיה אם אני לא אצליח", ומה יקרה אם ואם... . בחודש השלישי בערך התחלנו להיות שותפים גם בדיאלוגים אחרים, השפה הפכה להיות מה אני יכול לעשות כדי להצליח, מה תלוי בי מה בסביבה, איפה אני לוקח מחויבות.

**מחויבות אל מול אחריות:** אני רוצה לחדד את האבחנה בין שני המונחים הללו על פי תפיסתי כמאמנת. מחויבות היא המחויבות של הלקוח לתהליך. היא בדרך כלל רגשית, הלקוח מספר עד כמה הוא רוצה ומוכן ויעבוד. האחריות מתחברת אצל רבים מאיתנו אסוציאטיבית

לאשמה, לקיחת אחריות על משהו לא תקין שקרה- " אני לוקח אחריות על הפשלה" ... בשפה האימונית לקחת אחריות היא העשייה, מה אני הולך לעשות כדי לקיים את המחויבות שלי. ההבדל בין לדבר על הדברים לבין לרדת למגרש- לעשות את, הוא האיזון בין המחויבות ללקיחת האחריות. אצל הסטודנטים שלנו שמענו הרבה על המחויבות הגבוהה שלהם, על כמה הם רוצים, ועד כמה הם לא יכולים, ועד כמה הם חולים. בשלב די ראשוני התחלתי לשקף לחברים שיש מציאות אישית לכל אחד ואחד, קשיים אמיתיים אבל מה כל אחד ואחד מכם מוכן לעשות למען, או שאלת המיליון דולר מה אתה הולך לעשות מחר בבוקר ליישום המחויבות שלך, במי הדברים תלויים. כל יום התחלנו את הבוקר באותה שאלה מה אני הולך לעשות אחרת כדי לשפר את עצמי. בהתחלה אני מודה התשובות היו מאוד בנאליות מעין "מילים של שבת". "להיות קשוב, להיות מטפל טוב יותר... עם שאלות מכוונת ופריטה למשימות אופרטיביות התחילו הסטודנטים למקד: להגיע השבוע ב-8:00, לא לצחוק בהרצאות, לבקש עזר מהקבוצה ההבנה שגם לי יש אחריות על מצב ותפקוד, ויש לי את היכולת לשנות.

**נקודת ה G:** (נקודת ה Greatness) נקודת העוצמה. המונח העצמה שגור בפי אנשי מקצוע רבים. המשמעות שלה לגבי בקורס הזה התחדדה. כל סיום יום התכנסו הסטודנטים לסיכום הצלחות ומטרות אישיות. כל יום שאלו את עצמם במה הייתי מצוין היום, במה אני רוצה להשתפר מחר. מונח המצוינות אינו מובן מאליו. בתחילת הקורס נשאלתי מה זה בדיוק מצוין, למה את מתכוונת. לא הצליחו למצוא יותר מידי אמירות מצוינות, או משימות שבוצעו מצוין. לאט לאט התחלנו לבנות מדד הצלחות. איך אני יודע מתי אני מצליח, מהי הצלחה, מה בין הצלחה וכשלון, האם אני מצליח לראות גם הצלחות "קטנות" בדרך.. ועוד שאלות רבות ואחרות. המטרה הייתה לא לתת מחמאות בחסד, אבל לציין ולהוקיר הצלחות והישגים, לתת להם מקום גם אם הם לא בשמיים. גם ההצלחות היומיומיות וההתמודדויות הרוטיניות הן הצלחות. למדנו לחגוג עליהם.

**דרישה:** התחלתי את הקורס בשאיפה לא לפחד לדרוש. וזה לא היה פשוט. לא פשוט מהמקום של הרגלים שלי כאיש שיקום/טיפול. הזדהות עם הקושי, הרגלים ישנים של ויתור, הנחות... ואין ספק שהיו ניסיונות, היה יכול להיות מאוד פשוט להישאב למקום הזה. מתוך עבודה אישית שלי וגיבוש מדיניות עם חבריי לדרך החלטנו לא לוותר. ולא ויתרנו. דרשנו הגשת עבודה כולל הבאת מאמרים אקדמיים, דרשנו מבחן, דרשנו 85% נוכחות, דרשנו להגיע כל יום ב 7:00. בכל הסטודנטים הללו הסטודנטים עמדו וברובם בהצלחה רבה. כולם הגישו עבודה המבוססת על חומר תיאורטי וחיבור אישי שלהם: אני כמטפל. כולם ניגשו למבחן ועברו בהצלחה רבה., אחוז ההיעדרויות היה נמוך מאוד. ההגעה בבוקר הייתה מטרה לא פשוטה, אבל ממוצע ההגעה היה 8:00. הסטודנטים קיבלו את כל התמיכה הכלים והלווי שביקשו אבל דרישה הייתה, דרישה והאחריות לבקש הייתה שלהם.

**מקום המתמודד כשותף:** עופר הוגדר כרכז משנה. התפקיד העיקרי התמקד בליווי היומיומי אבל המהות היא בשותפות האמיתית שלו איתם, וב"אמירות" שהוא אומר ונשמעות אחרת לגמרי ממני. בדרך היומיומית שלי הלכתי יחד עם עופר, בוגר קורס צרכנים נותני שירות. אם

בתחילת הקורס המונח שותפות עם מתמודדים היה מונח, היום ברור לי שאי אפשר בלי. עופר היווה בשביל כל אחד ואחד מהם דוגמא מוחשית, שיתף אותם באופן הכי אותנטי בקשיים שלו ובהצלחות שלו. מה מאפשר לו להצליח. עופר דרש מהם להגיע ב 7:00 בבוקר כאשר הוא מגיע כל יום ב 6:45. נחוה כלגיטימי ואחר. כרכזת שותפה עם עופר היה לי ברור שהלמידה באמצעותו היא משמעותית הרבה יותר גם לסטודנטים וגם לי. קיבלתי משובים, צורת חשיבה שונות, התפתחתי רבות בזכותו בעיקר באמצעות היכולת שלו לתת משוב אותנטי וממוקד.

**איש השיקום ולא המטפל:** מאוד קל להישאב למקום של שיחות "טיפוליות", של למה, מאיפה, שם ואז. אני חייבת להודות שהיו פעמים שנשאבתי לשם מאוד מהר ובהנאה רבה. עד אותה נקודה שבה הבנתי זה לא מקדם את המטרה. למדתי מונח חדש- הקשבה ייעודית. בתחילת הקורס כל אחד הגדיר את התוכנית האישית שלו, מה המטרות שלו, מה הכוחות והקשיים שהוא צופה. באיזשהו שלב הבנתי שאם בחרו להגדיר את המטרה האישית, התפקיד שלי הוא להקשיב להם דרך היעדים הללו.

האם זה שאני יושבת אם אותה סטודנטית בחדר, והיא משתפת אותי בכל התכנים האישיים והחשובים שלה, מקדם אותה במטרה שלה שהיא לסיים פעם אחת קורס. האם זה שאני יושבת עם סטודנט והוא משתף אותי בסיבות המאוד כנות להתקפי החרדה שאותם הוא חווה מקדמים אותו לתפקוד אובייקטיבי טוב יותר. אחד מהכלים שעשיתי בהם שימוש הוא השיחה דרך שלוש נקודות מבט: אובייקטיבי, סובייקטיבי ועשייה. **אובייקטיבית** איך אני נראה התנהגותית כלפי חוץ, **סובייקטיבית** – מה המחשבות/ רגשות שעוברות לי בראש תוך כדי, **מעשית** איך אני רוצה להראות ומה אני הולך לעשות למען זה.

אותו סטודנט ששיתף אותי בהתקפי החרדה, תרגם את זה לסובייקטיבי, למיקוד האובייקטיבי יכול היה לראות שנחוה על ידי האחרים כלא מתפקד, פאסיבי, נמנע. ומכאן לעשייה- רוצה להראות מתפקד יותר, למי אני צריך לפנות שאני מצליח לאבחן את עצמי במקומות הללו, איזו עזרה אני מבקש, איך אזהה את המקומות הללו וכו.. את העיבודים הרגשיים שיש להם מקום וחשיבות העברתי למטפלת שלו שעשתה זאת בשמחה.

**שותפות אנשי השיקום:** ללא השותפות עם אנשי השיקום בקהילה אי אפשר – את זה כבר אמרנו. ההבנה שהשותפות היא לשני הכיוונים, דורשת מאיתנו המון עדכונים, עבודה שלא תמיד נוחה. במירוץ היומיומי מול המשימות השוטפות, הצורך להתקשר ולעדכן, להתלבט, להודות או לפעמים גם להוקיר- מתמוסס. אולי זו רק אני, אבל אני מוצאת את עצמי לא פעם חושבת- אני צריכה/רוצה/ כדאי ש/לא לשכוח .. ובלי שהנפתי עפעף עבר השבוע, זה כבר לא רלוונטי ויש כבר שינויים...

השותפות הזו על פי תפיסתי דורשת הדדיות. השותפות היא בטוב וברע. השותפות היא במספר מישורים- השתתפות, התלבטות, התחלקות, ולפעמים גם רק שחרור וסמפטיה. חשוב לזכור שהשותפות הזו היא גם באחריות שאנחנו לוקחים מול הלקוח שלנו. האם אנחנו כשותפים לדרך מעבירים את אותו מסר? האם ברגע שהלקוח עבר למסגרת הקורס, האחריות קטנה

במסגרת בה הוא גר? הרי ברור לכולנו שלא. בחוויה שלי במקומות בהם נוצרה שותפות כזו היה תהליך אחר. הלקוח הרגיש וחווה את השותפות, הלקוח הבין שיש מסר אחיד, הלקוח חווה את האחריות המשותפת של כל השותפים בתהליך השיקום שלו. שסטודנט ציין שהוא צריך לשפר את היכולת שלו להגיע בבוקר. מעבר לציון וסימון המטרה יצאנו לדרך של יישום ומיד התחלנו לחפש אמצעים שיעזרו לו להצליח. שחלק חשוב ומרכזי הוא הקהילה התומכת של אנשי שיקום בקהילה. הרי שהוא מסיים את הקורס ב 14:00 הוא חוזר לשם... ומחר בבוקר הוא יהיה שם...

כאשר הייתה שותפות והדדיות בין אנשי השיקום בכל המישורים היה מאוד ברור ללקוח (וגם לי) איך ומי הם הקהילה התומכת שתעזור לו ליישם את היעד הבא.

**הרחבת שימוש בכלים "מקצועיים" לעבודה עצמית** (מיומנויות עובד, ASIC) : אנחנו מדברים הרבה עם הסטודנטים על מונחים כמו תקשורת, אישיות עובד, הקשבה. מונחים שלנו אולי ברורים, ואנחנו מדברים אותם ביום שוטף. גם הסטודנטים שלנו למדו לדבר את השפה די מהר, אבל כשבודקים מה המשמעות של המונחים הללו זה לא כל כך ברור.

**לקחנו כלים כמו הערכת מיומנויות עובד** - כלי שמבוסס על תוכנית לחינוך לעבודה והותאם על ידינו לצרכי הלקוחות שלנו. הכלי מאפשר הערכה עצמית של יכולת העבודה. בכלי יש פירוק של המונח אישיות עובד למספר מישורים: דרישות המטלה, תקשורת בין אישית ומיומנויות תוך אישיות. הכלי פורט את המונח אישיות עובד- מה היא כוללת.

הכלי אפשר תקשורת אחידה. סטודנט שהעריך את עצמו כעובד יכול היה לראות בבהירות רבה איך מיומנויות העבודה שלו תקינות לחלוטין (מדויק, מגיע בזמן, מתמיד, מבצע משימות...) אבל בשל קושי שלו לנתק את עצמו ממחשבות אישיות נראה כלפי חוץ מנותק ופאסיבי. הסטודנט יכול היה להגדיר ולהבין את כיצד הקושי התוך אישי שלו משתק ומוריד את מיומנויות ביצוע המטלה. הגדרנו יחד איתם מה זה עובד, פרטנו למושגים. כל אחד מהם העריך את עצמו והגדיר לעצמו דרך הכלי מטרות ויעדים. באמצעות הכלי למדנו המה אנחנו טובים, ומה עוד ניתן לשפר.

**בדיון על סוגי תקשורת שונים הם קיבלו את ה ASIC** שהנו כלי שמשמש להערכת מיומנויות תקשורת ואינטראקציה בין אישית. מפרק את מונח התקשורת למרכיבי מגע, תקשורת ויחסי אנוש (שפיר, הדס – לידור 2006).

באמצעות הכלי יכולנו לדבר שוב באותה שפה- תקשורת כמכלול של מרכיבים שלכול מרכיב יש תגובה כלשהי. התבקשו להקשיב אחד לשני, וקיבלו משוב עד כמה היית אכן מאזין. מחוויה של אני מקשיב מצוין, אני יודע לתקשר לגמרי בסדר- לקבלת משוב ראיתי איך ניתקת קשר עין וזה העביר לי חוויה שלא הקשבת לי, הבנתי שאני צריך לסיים את השיחה...

**מתוך הכלי של הבנת הוראות שלקוח מבטריית הכלים של העשרה אינסטרומנטאלית**

(Feuerstein, Klein, & Tannenbaum, 1991). כלי הבנת הוראות עוסק במונח הוראה בכל הרמות. מזמין התנסות ולמידה של רמות שונות של נתינה וקבלת הוראות. מאפשר התמודדות עם מושגים שמרכיבים את מהות ההוראה ברורה. בדקו באמצעותו עד כמה הם מובנים ומדויקים בהוראה, מה אני צריך לעשות כדי לדייק יותר. מה המחיר של להגיד את הדברים בערך.

מתוך הערכה מוקדמת שלהם העריך סטודנט את יכולת העברת המסרים שלו: "אני תמיד ברור אבל הסביבה לא מבינה אותי" באמצעות דף מהבנת ההוראות יכולנו לנתח האומנם? בתרגיל בדיקה עצמית של מתן הוראה, התבקשו להעריך את רמת מתן ההוראה. רוב הסטודנטים הרגישו שאין להם שום קושי, ולא תהיה שום בעיה להבין למה הם מתכוונים. הסטודנטים קבלו תרגיל שמבקש מהם לתאר תרשים המורכב מכמה צורות גיאומטריות פשוטות ביחסים שונים במרחב. לאחר כתיבת ההוראות, העבירו את ההנחיה לסטודנט אחר שהתבקש לבצע את ההוראה. הפער בין ההוראה לביצוע באופן גורף היה גדול מאוד. מהחוויה הזו יכולנו להתייחס למימדים שונים בניהם- איך אני יודע שהבנתי, איך אני יודע שהבינו אותי, עיקר וטפל בהוראה, טכניקות של קבלה והבנה של הוראות ובמימד אחד התייחסות להוראות שהם נותנים ומקבלים במקום העבודה. מתוך הנחה שקיימת יכולת העברה ניתנו דוגמאות של מצבים בהם לא הובנתי, איך יכולתי להעביר את המסר אחרת על סמך הלמידה בקבוצה וכו'.

### לסיכום:

קורס ראשון זה היה קורס הדגל, ממנו יצאנו ונצא לעוד קורסים רבים אחרים דומים ושונים. מטרת הקורס המוצהרת הייתה להכשיר אנשי מקצוע, ללא הנחות אבל עם הקביים והתמיכות שיאפשרו הצלחה.

בדיעבד אני יכולה לומר שלמדנו ועוד נלמד. הייתה בו למידה משותפת של כולנו הסטודנטים, הרכזים, המורים. ברמות שונות ועמוקות שלא יכולנו לנבא מראש.

בחלקים שהבאתי לא התיימרתי לחדש/להוסיף מידע. אני מרגישה שהדברים שהבאתי הם דברים שהעסיקו אותי כאיש שיקום בעבר, ומתחדדים לי היום יותר.

המפגש שלי עם עצמי ועם הסטודנטים בתפקיד המסוים הזה הזמין הזדמנויות משמעותיות לי, מקווה שחدد גם לקורא..

השורה התחתונה – יש עוד כל כך הרבה מה ללמוד...

### ביבליוגרפיה:

שפיר קיסר ו, הדס לידור נ. (2006). התערבות קוגניטיבית דינאמית והשפעתה על התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של משתקמים הסובלים מסכיזופרניה בקהילה. (כאן)

**Feuerstein, R., Klein, P.S. & Tannenbaum, A.J. (1991).** *Mediated Learning Experience (MLE): Theoretical, psychosocial and learning implications.* London: Freund publishing house.

\* מיזם תב"ת (תנופה בתעסוקה) הינו פרויקט ארצי של ג'וינט ישראל, אשר שם לו למטרה להחזיר לעולם העבודה את כל מי שרוצה ומסוגל לכך.

\* ברת אשנב, נבחרה כמוציאה לפועל פלח מן הפרויקט, שבבסיסו שילוב בעבודה נתמכת באמצעות הכשרה מקצועית במגזר העסקי. התוכנית מיועדת להכשרה פנים מפעלית באמצעות מערכת קורסים אשר מועברים בתוך מקומות עבודה, על ידי צוותי העובדים של הארגון/מפעל או בשיתוף גורם לימוד חיצוני. מדובר בהכשרה עיונית ומעשית משולבות בו זמנית. בתום הקורס מקבלים תעודת סיום קורס, והמלצה של מקום עבודה ראשון מטעם המגזר העסקי בו נערכה ההכשרה. לקראת סיום הקורס, שירותי ההשמה הנתמכת של חברת אשנב מחפשים מקום עבודה קבוע על פי המיומנויות שנרכשו בקורס.



## חוסר אונים והצורך בשליטה עבודת שדה בשיקום פסיכיאטרי

דניאל עינת

*יש מקום אחד שאליו אף אחד לא רוצה להגיע,  
מקום חשוך, עם הרבה מראות שבורות,  
מקום נמוך, עמוק, עמוק בתוכנו  
מקום להתאמת בו עם האמת*

במאמר זה בחרתי לעסוק בנושא המהווה נתח עיקרי בהתמודדות שלי כאדם וכמטפלת, נושא השליטה וההתמודדות עם חוסר האונים בטיפול ובחיים בכלל. השימוש במונח 'התמודדות עם חוסר אונים' מצביע לדעתי על הקושי להודות בחוסר אונים, והצורך בשליטה נובע מהקושי בקבלת חוסר האונים, ועל כן הם קשורים יחד בקשר הדוק וסבוך.

משמעות השליטה עבורי היא מוכנות, כלומר היכולת לצפות את הקשיים מראש ולהיערך לקראתם. היא נובעת מהאמונה הבסיסית שיש בידי כוח לפתור כל בעיה ולהיחלץ מכל מצב, אך יש גם אותו צורך לנווט אירועים ומצבים בצורה שבה יידמו, עד כמה שניתן, לתכנית או לפנטזיה שעמה הגעתי מבעוד מועד.

בני אדם שאפו מאז ומעולם לשלוט באירועים המשפיעים על חייהם. המאבק לשליטה באירועי החיים חודר כמעט לכל דבר שבני אדם עושים לאורך מסלול חייהם, משום שהוא מספק יתרונות חברתיים ואישיים עצומים (אדלר, 1999). לאורך ההיסטוריה אנו עדים לאירועים רבים שנבעו מצורך האדם לשלוט. אנו יכולים לזהות גם במהלך חיינו ניצחונות קטנים וצמיחה להיות יצור שולט ומשפיע בסביבתו. ככל שאדם חווה הצלחות רבות יותר בחייו, תחושת השליטה והדימוי העצמי מתעצמים ומעודדים אותו להמשיך ולפעול, בעוד המפגש עם אירוע או גירוי שאינו בשליטתנו מעורר תחושה של בלבול, חוסר שליטה ומכאן גם חוסר אונים. מחקרים הראו כי נבדקים אשר נחשפו לגירוי אגרסיבי שאינו בר שליטה, נכשלו מאוחר יותר בהתמודדות עם גירוי דומה למרות שהיה באפשרותם לשלוט בו. תופעה זו הנקראת 'חוסר אונים נלמד' (פלח, 1984) נתפסת אצלי כקבלה של חוסר השליטה כמציאות ואני חוששת מפניה. אני, שהורגלתי לתכנן כל צעד בקפידה, לחשוב על כל האפשרויות מראש ולהכין גם את התשובות, מתקשה מעל לכל עם ההשלמה עם הידיעה שישנו מצב שאין ביכולתי לשנות אותו כרצוני ולפי התכנית או הפנטזיה שרקמתי לי. אני מתקשה לקבל את קיומו הן במציאות חיי והן בין כותלי המסגרת הטיפולית או השיקומית, משום שהורגלתי להתגונן מבעוד מועד מפני מצב שכזה.

מה קורה אם כן במפגש הטיפולי שבו אני פוגשת לא רק את הציפיות שלי מעצמי, אלא גם את ציפיות הסביבה מהתפקיד שאותו אני ממלאת?

לתפקיד המטפל יש פן מנהיגותי. בעת הגשת הסיוע לאחר, המטפל חש את עצמו פעיל ובעל משמעות. ההצלחה בטיפול מעלה את תחושת הסיפוק והערך העצמי שלו (משרד החינוך, 2003). זוהי תחושה שקשה לוותר עליה, והיא קשורה קשר הדוק לתפיסת המטפל את מושג ההצלחה בטיפול. תפיסה זו עלולה להתנגש עם תפיסות המטופל- הצרכן את הטיפול ועם צרכיו שלו לחוש בשליטה, ואנו עלולים להיגרר למערבולת של מאבקי כוח וחוסר אמון בינינו לבין הצרכן. היכן אם כן נמצא האיזון בין הצורך של המטפל לממש את עצמו ולעמוד בסטנדרטים המקצועיים לבין הזכות של הצרכן להיות במרכז הטיפול ולנתב את הטיפול או ההתערבות על פי בחירתו?

בשיחה שערכתי עם צביקה, משתקם שעבדתי עמו בהתנסותי הקלינית בהוסטל, הוא הטיח בי בצורה הכנה ביותר את חוסר אמונו ביכולת שלי לעזור לו בדברים אלו: " אני חולה כבר שנים רבות וטובים ומנוסים ממך ניסו לעזור לי ולא הצליחו, אז איך את מצפה לעזור לי? את בסך הכל סטודנטית ואת כאן לשלושה חודשים, אז מה הטעם?" בשלב זה חשתי חסרת אונים ומשותקת. צביקה דיבר מתוך חוסר האונים שלו ואני, מהמקום שלי, הייתי שותפה לתחושה זו. הייתה זו תחושה של שיתוק, שכן פנטזיית ה'גואלת' התחלפה בהבנה שאולי באמת אין ביכולתי לעזור לו. חשתי עצמי אפילו מעט מטופשת וחובבנית – מה חשבת לעצמי?, מאיפה ממשיכים עכשיו?, האם לברוח, לתת מענה ולהיראות בשליטה או להודות בחוסר השליטה שלי? הרי קל כל כך להרגיע אותו ולומר שיש לי תכנית ושאת יודעת בדיוק מה עלינו לעשות, אבל אז אבחר בהצלה של עצמי ושל כבודי ולא בטובתו של צביקה.

דווקא המפגש עם משתקמים בעלי מגבלות פסיכיאטריות לימד אותי עד כמה הצורך של המטפל בשליטה יכול להיות הרסני. גיליתי באיזו קלות מוכנים המשתקמים לוותר על השליטה ולשים את גורלם בידי המטפל כדי שיאהב אותם. זהו אותו מעגל של חוסר אונים נלמד שחוו המשתקמים פעם אחר פעם בדלת המסתובבת של כניסה ויציאה מבתי החולים (סלע, 1988). ניתן לקרוא לכך 'התמכרות לחוסר אונים'. קל מאוד למטפל להורות למשתקם להשתתף בסדנה ולקרוא לזה שיקום. קל לנווט אותו לשחק את התפקיד שיעד עבורו המטפל בציפיותיו, אך קשה לקבל אותו בצורה בלתי תלויה, לחפש את הציפיות והתקוות שלו ולעמוד לרגע בצד.

אי הקבלה שלנו את האחר כשונה היא חלק מאי הקבלה שלנו את החלק שבנו שאינו בשליטה. אי היכולת שלנו להיות עם הצרכן כאשר הוא מתנהג או בוחר אחרת ממה שציפינו היא חוסר יכולתנו להרפות מההתמכרותנו לשליטה. זוהי אותה אמת שאנו מתמודדים עמה במקום החשוך שנקרא חוסר אונים, כישלון או למעשה רגע של ערפול. נעדיף להגדיר דברים בצורה חד משמעית, נתייג ונשיים אותם כדי שלכל דבר יהיה מקום מוגדר בחיינו. אנו מתקשים לקבל מספר פתרונות לאותה השאלה או מספר זוויות ראייה לאותה התמונה, כיוון שקבלת הדואליות משמעותה עמימות, מצב של חוסר שליטה (פרנקנשטיין, 1981). בצורה זו אנו מסתכלים גם על עצמנו. אנו בוחרים להגדיר את עצמנו על ידי מספר תכונות נבחרות ואת השאר- מוקיעים מתוכנו או מדחיקים בתוכנו עד שמגיעים לאותו מקום חשוך ומביטים באותן מראות שבורות. כשמתבוננים באלו, אנו יכולים לראות את עצמנו מספר פעמים ובכל שבר - קצת אחרת.

באמצעות התבוננות זו אנו לומדים להכיר עוד חלק בתוכנו ומתעמתים עם שאלות כואבות, כגון: האם ייתכן שבחרתי לטפל כיוון שאני מחפשת שליטה? האם ההנאה שלי מהטיפול נובעת מיכולתי לשנות את המציאות של אדם אחר? והאם זה טוב או רע?

לא קל לענות על השאלות הללו כפי שלא קל להישאר במקום של חוסר שליטה וחוסר אונים. אולם אותה מחילה על הכבוד ואותו ויתור על פנטזיית ה'כל יכול' מאפשרים לנו דווקא את האומץ להישאר רגע בחוסר האונים ולא לברוח ממנו בבעתה. אותה עצירה היא המאפשרת לנו נקודת מבט עמוקה וברורה יותר, ומובילה אותנו לפיתרון המתאים ביותר, ולו רק משום שאינו מגיע ממקום של שליטה ואולי דווקא בעקבות כך שהצרכן הגה אותו ולא מוחנו ה'מלומד'.

החלטה מתוך מקום של חוסר שליטה משמעותה היכולת להרפות מהלחץ ומהמרוץ להישגיות ולחשוב על ההמשך בצורה כנה עם עצמנו ועם האדם העומד מולנו. אלו הם רגעים נדירים של למידה על עצמנו. מניסיוני האישי אני יכולה לומר שהצורך שלי בשליטה הביא אותי למחוזות טובים ורעים כאחד. מצד אחד השליטה מאפשרת לי לפרוץ גבולות, להגיע לדברים חדשים ולהגשים חלומות. מצד אחר היא מפריעה לי בהכרת האחר ובלמידה שלי מהאחר, בעיקר בלמידה שלי את עצמי במצבים פגיעים וחלשים יותר.

המפתח להערכתי הוא לא בהתמודדות עם חוסר אונים אלא בקבלה שלו, ולכך נדרשת מידה רבה של צניעות ומידה רבה של אומץ. מטפל אמיץ אינו פוחד לתת למטופל את ההגה לטיפול שלו עצמו, הוא לא יזדקק לאחוז בקצה החבל מפחד שיישמט מידי. מטפל אמיץ הוא זה המקבל באהבה את חוסר השליטה ואינו פוחד ממנה, משום שהוא כבר חווה אותה, היה בתוכה וצמח מתוכה. זהו לא רק מטפל אמיץ כי אם מטפל טוב. אני יכולה להצביע על אירועים רבים בחיי בהם נתקלתי בחומות ונאלצתי לעצור את הרצף, את המרוץ, לאסוף את עצמי מהאכזבה ולחשוב אחרת. היום אני יכולה לומר שזהו רגע חשוב של למידה, אבל לא למידה על איך להיות חזק יותר כי אם מציאת הכוח להיות חלש.

לסיום, כאשר חיפשתי בספרות חומר למאמר זה תחת הצירוף 'חוסר אונים', מצאתי שפע של מחקרים ומאמרים על חוסר אונים בקרב מטופלים ומעט על חוסר אונים בקרב מטופלים. האם זה מקרי? מדוע אנו ממהרים לכתוב על אין אונות במטופל וממעטים לעצור ולבדוק את הנקודות הרגישות שלנו? האם אין זה ראוי לדבר על חוסר האונים של המטפל? האם אנו פוחדים לאבד שליטה? אולי אנו פוחדים ללמוד את השיעור הקשה ביותר של החיים? ואולי אנחנו פשוט מפחדים ללמוד?

#### מקורות

אדלר, ק' (1999). **הקשר בין מרחב שליטה אובייקטיבי לבין תפיסת שליטה בעבודה. משקם של אפיונים אישיותיים.** עבודת גמר לתואר מוסמך בפסיכולוגיה, אוניברסיטת ת"א

משרד החינוך, (2003). **הסיוע מסייע**, חוזר שפורסם ב-19 בפברואר 2004, נדלה מתוך:

[www.education.gov.il](http://www.education.gov.il)

סלע, פ' (1984). שיקום חולי נפש - התערבות במעגל הכרוניות. **שיחות** 2 (3), 218-210.

פלאח, ב' (1984). **שליטה חלקית וחוסר אונים נלמד אצל בני אדם**. עבודת גמר לתואר מוסמך למדעי הרוח, אוניברסיטת ת"א.

פרנקנשטיין, ק' (1981). **עמימות**. תל אביב: ספריית הפועלים, הוצאת הקיבוץ המאוחד.

## המטפל הידען והמטפל החכם (שבתוכנו)

עמירם שראל

### דמות הרופא

"לשמחתי ראו בי הורי, כמו גם הרופא המלווה, ילדה בריאה שיש לה מחלה ולא ילדה חולה. זה מה שעשה את ההבדל". דברים אלה אמרה שחקנית צעירה ורבת עוצמה בתום מופע יחיד נוגע ללב. השחקנית לוקה ב'דיסאוטונומיה משפחתית' (Familial Dysautonomia), מחלה חשוכת מרפא של מערכת העצבים האוטונומית שתוחלת החיים של הלוקים בה אינה ארוכה. לאחר המופע, בו שיתפה באומץ את הצופים בחומרי חייה ואיפשרה הצצה נדירה לרגשותיה האינטימיים ביותר ולאתגרים המורכבים העומדים בפניה, התברר שהיא עובדת כיועצת לאנשים עם צרכים מיוחדים ואף הייתה ממקימי תכנית הכנה ייחודית לצעירים המתמודדים עם מוגבלויות גופניות. על אף היותה בת קיבוץ חילונית, הזכירה את האמונה המלווה אותה. אחד המסרים שהדגישה היה שהמחלה איננה ישות עצמאית המגדירה את זהותו של האדם. "אולי", היא הדגימה, "החולה במחלה ממושכת וחשוכת מרפא הכותב שירים נפלאים שמצליחים לגעת פנימה? אולי, למרות מומו או נכותו, הוא שחקן שח מצויין הצופה מהלכים ורואה למרחוק? ואולי יש ביכולתו להעניק חכמה מתוך הניסיון שצבר ומתוך הרגישות שפיתח ובכך לחולל שינוי תפיסתי?" המחלה אם כן אינה מכתובה זהות, אך היא חלק מהאדם. תכנית החיים של החולה מכירה במחלה כגורם מהותי, אך רותמת את המחלה לטובתה ולא את תכנית החיים למען המחלה.

מסר זה שהועבר על ידי השחקנית בצורה כה אמיצה עומד בבסיס כתיבתו של פרק זה. סיפורה מדגים את החשיבות המרכזית שבהתייחסות אל זהותו הייחודית של המטופל בנפרד ממחלתו. הוא מעלה שאלות אודות דמותו הרצויה של ה'מטפל' (בין אם הוא רופא סומטי או רופא נפש או כל מטפל אחר) ומחדד את הפערים שבין הדמויות הטיפוליות בהן אנו נתקלים בפרקטיקה ובמציאות היומיומית לבין הדמויות שאולי היינו רוצים לראות.

בנסותי לשרטט, יחד עם הסטודנטים שלי, את קווי המתאר של דמות הרופא, שאלתי את עצמי ואותם אילו מטפלים היינו רוצים להכשיר. כיצד היינו רוצים לראות את הרופא של שנת 2020? האם נהיה מעוניינים לפגוש ברופא שענינו ממוקדות במסך המחשב ותרות אחרי מאמר או שנרצה להיות מטופלים אצל רופא הפוגש אותנו באמת; רופא שיזכור אותנו בשמנו ולא בשמה של מחלתנו; רופא שיתרכז במחלה ובנתוני הבדיקות בלבד או רופא שיתרכז באדם החולה בשלמותו, בנתוניו ובבדיקותיו?

מי שברור לו כי על המטפל לראות את החולה באופן כוללני ולא רק את הנתונים הביולוגיים של מחלתו, שואל גם הוא את עצמו שאלות כמו מהי הגישה הכוללנית הנכונה – זו הרואה את החולה כמוטל בצל מחלתו או זו הרואה את החולה כמעצב זהות שיש בה אינטגרציה עם מחלתו, ועוד הוא שואל – מהו תפקידו של המטפל בעיצוב יחסי הגומלין במשולש 'חולה – מחלה – זהות אישית'.

שלחתי את הסטודנטים שלי ואת עצמי לתור אחר 'קווים' שיסייעו לנו לשרטט את דמותו של המטפל בו נהיה מעוניינים. בחלק מתהליך החיפוש, שעדיין לא נשלם, אשתף בפרק זה.

לאורך הפרק אטען שהרופא מחזיק בידע רב וחיוני המועבר ומתפתח מדור לדור, ולעתים, שלא בדומה לרופא שתואר לעיל על ידי השחקנית, אין הוא רואה לפניו מטופל אלא את תסמיניו ועל כן הוא מתמקד בידע אודות המחלה. עוד אדגיש שעלינו, רופאים ומטפלים, לעשות מאמץ על מנת להבין את האדם בשלמותו, כלומר להבין מהי תמצית מהותו. אל לנו להסתפק רק בפיצוח האתגר המורכב של אבחנה מדוייקת ואחראית, אלא לערוך מפגש אנושי פתוח של למידה עם האדם הפונה אלינו לקבלת עזרה.

יש הכרח ללמד סטודנטים שקשר אישי ויחס אנושי ואכפתי הם כלים משמעותיים מן המעלה הראשונה העומדים לרשותם בעבודתם הייחודית עם בני אדם המצויים ברגעי מצוקה, סבל, חוסר אונים וחוסר ודאות. יתרה מזאת, עליהם להפנים היטב את העובדה שלמהלך זה יש אפקט תרפויטי משמעותי ביותר, ומשום כך התעלמות מחשיבותו, כמוה כתקיעת מקל בגלגלי 'הפתרון הרפואי'.

### חשיבה בינארית

כ'תוצר' של בית ספר לרפואה, מוכרת לי היטב צורת החשיבה הבינארית-ליניארית-רדוקציונית ('ישנן כדוריות אדומות בשתן או אין', 'חולה או בריא'). צורת חשיבה זו מעודדת התבוננות בפרספקטיבה צרה: הרופא מחונך לחשוב ולקבל החלטות במונחים של 'בעייה' ו'פתרון'. זוהי מסורת המדגישה את חשיבות רכישת הידע העובדתי, שעל שתיים מהשלכותיה ברצוני להתעכב. ראשית, הסטודנט יכול לגזור ממסורת זו שהידע הוא סופי ושכל שלומדים ומשננים ידע רב יותר, ניתן להגדיר נכון יותר את הבעיות ולמצוא פתרונות מדויקים. כמה מאכזב לגלות שבמציאות, רבות מן המחלות הן כרוניות באופיין והן כוללות בעיות רבות וסבוכות שלרובן אין פתרון מושלם, אך הן מחייבות ליווי סבלני ותומך של החולים לאורך זמן. במציאות שבה אין ביכולתו של הרופא 'לפתור את הבעייה' באקט הרואי חד פעמי, עלולות להתעורר תחושות של תסכול וחוסר אונים. רופאים צעירים רבים, כמו גם מטפלים אחרים המונעים על ידי הרצון להציל (Rescue Phenomenon) ולעבור הלאה למקרה הבא, מתאכזבים כבר בראשית דרכם המקצועית ומגלים תופעות של התפכחות ושחיקה נפשית.

השלכה נוספת של החשיבה הבינארית היא שבשל המשאבים העצומים שיש להשקיע לשם רכישת הידע המסועף בבית הספר לרפואה, נדמה לפרקים שהסטודנטים מתעלמים מן העובדה שבין שתי נקודות החשיבה האלה ('בעייה' ו'פתרון') עובר בן אדם...

הפסיכואנליטיקאי פאולו סזר סנדלר השואב ממשנתו של ביון (Bion), מדגים כיצד השאיפה לידע טומנת בחובה את השאיפה לתשובות סופיות ולהמשגתם של יחסים במונחים של 'סיבה' ו'תוצאה'. הוא מצביע על היעדר מרכיב רגשי המלווה חשיבה זו ודן בהרחבה בשאיפה לידע

(בצורתה הטהורה), המובילה להתעלמות מהיחס הרגשי בין האדם השואף לדעת ובין אובייקט הידיעה שאותו הוא מבקש לדעת, (Sandler 1997).

מטופלים אינם חושבים במונחים זהים לאלו של רופאיהם. 'בעיה' עבור הרופאים ו'תוצאה' עבור החוקרים מכונים אצל המטופלים 'החיים שלי'. על אף שהרופאים ומערכת הרפואה מכירים בחשיבות של הצבת החולה במרכז, לעתים המטופלים אינם חשים זאת. מרי בייקר (Baker) שעמדה בראש איגוד חולי הפרקינסון באנגליה אמרה: "עבור הרופאים פרקינסון היא מחלה שממוקמת מעל הצוואר, בסבסנציה-ניגרה שבמוח. עבור חולי הפרקינסון, המחלה ממוקמת ברובה מתחת למוחניים: 'האם אצליח לשרוך את נעליי? האם אצליח לשלוט על מתן השתן?' הבדל זה אכן צפוי, אך הרופאים הטובים ביותר הם אלה המתחילים לראות את העולם כפי שהמטופל שלהם רואה אותו" (Smith, 2003).

אין די בהעמסת עובדות, נתונים וידע על סטודנטים לרפואה, עלינו גם לעודד אותם ולעזור להם 'לחפש חכמה' כהגדרתה של דיגן (Deegan, 1994). השימוש במונח 'חכמה', בו בחרה דיגן, נראה לי בתחילה מעט יומרני או לכל הפחות לא רלוונטי בהקשר זה ועל כן החלטתי, מתוך סקרנות, לבדוק היטב את כוונתה.

### מהי החכמה הטיפולית?

החכמה, על פי דיגן, דורשת שנבחין במהות הכללית (Essence). 'הסכיזופרנים', 'הביפולריים' ו'הגבוליים' אינם קיימים לדבריה מחוץ לספרי הלימוד המקצועיים, מה שקיים במובן האמיתי של המילה אינו מחלה או חולי אלא בן אדם. החכמה, לפי דיגן, דורשת שנתפוס בראש ובראשונה את מהותו ואת אנושיותו של האדם העומד בפנינו, שניצור קשר אמיתי עם בני אדם על מנת להבין אותם ואת חוויותיהם.

כאמור, רוב הסטודנטים מסיימים את תקופת הלימודים עמוסי ידע עם יכולת זיהוי טובה, אך הם נעדרי חכמה, כפי שממשיגה זאת דיגן, במובן זה שחסרה להם מיומנות המשגה של המהות הכללית של האדם השלם על עמדותיו, על תפיסת החולי והבריאות שלו, על תרבותו, אמונתו, מאוויו וחששותיו (Deegan, 1994). מכאן ועד התמקדות בכף היד במקום בבעל היד, במחלה במקום בחולה, הדרך קצרה. האם מחונך הרופא לעתיד להיות רגיש מספיק לעובדה שזו יד שאינה מסוגלת לגרד את קצה החוטם? האם ישנה משמעות מיוחדת עבורו לעובדה שמדובר ביד של כנר, של פסל או אולי של כירורג כף יד? האם בתודעת הרופא הצעיר מושרשת החשיבות העליונה הטמונה בלמידה מתמדת של המשמעויות המסוימות שהאדם המסויים מעניק לליקוי או לאובדן המסויים עקב מחלתו?

### על תבונה ורגישות

המונחים 'חכמה' ו'ידע' מוזכרים אצל דיגן בשתי קטגוריות נפרדות. היא טוענת ובצדק, שסטודנטים לרפואה ולמקצועות בריאות הנפש נדרשים להקיף תחום ידע מסוים ולשלוט בו; עליהם לדעת כיצד לערוך ראיון קליני, כיצד לנסח ממצאים, להיות בקיאים במודלים תאורטיים

שונים ולרכוש מיומנויות קליניות בסיסיות. עם זאת הם אינם נדרשים לחפש חכמה (Deegan, 1994).

לימודי רפואה מחייבים יכולות קוגניטיביות גבוהות אשר תאפשרנה לחלוש על כמויות אדירות של ידע ולהכילן, אך נראה שעדיין מועטה בהם הכוונה מערכתית לחשיבה אינטגרטיבית שתעודד, לצד אצירת הידע, גם פיתוח חשיבה יצירתית, פתיחות, הסתכלות הומניסטית כוללנית ואף רכישה של מיומנויות בין-אישיות ליצירת קשר, זאת על אף שנעשים בשנים האחרונות נסיונות מוצלחים, אם כי נקודתיים, לחולל שינוי משמעותי בכיוון זה. בדוגמה מצוינת לניסיון כזה נתקלתי בעת שלימדתי סטודנטים לרפואה בשנים הפרה-קליניות. כל סטודנט התבקש להיפגש במהלך שנת הלימודים עם חולה בביתו, בסביבתו הטבעית, כדי ללמוד ממנו וממשפחתו על תפיסת מחלתו ועל אופן התמודדותו עמה. הסטודנטים באו אל החולים ואל משפחותיהם כתלמידים ולא כיודעי כול, ואלו שימשו להם מורים. הסטודנטים נדרשו לחפש חכמה (Gaver, Borkan & Weingarten, 2005). פרוייקט חינוכי זה לסטודנטים נוהל על ידי ענת גבר, רופאת משפחה. כיום אנו מנחים יחד רופאים מתמחים לרפואת משפחה ואחד האתגרים המרכזיים העומדים לנגד עינינו בהנחייה המשותפת הינו כיצד לעודד את הרופאים הצעירים לגלות סקרנות ולשאוף כל העת לחפש חכמה.

### חשיבות הידע

הידע והשאיפה אליו מהווים תשתית חיונית בגיבוש מקצועיותו של הרופא ואין הדעת מניחה שתהיה על כך מחלוקת. האתגר שבשמירה על ידע עדכני בעולם הרפואה המתפתח כל העת, הוא אתגר הדורש השקעת משאבים עצומה לאורך כל חייו המקצועיים של הרופא. כמויות הידע שעל רופא אחראי לשאת ולהמשיך לטפח במהלך שנות עבודתו הן חריגות בהיקפן בהשוואה ל-evidence-based medicine (Sackett), לבעלי מקצועות אחרים. כמה אירוני, על פי דייב סאקט מחצית מהידע שסטודנטים רוכשים בבית ספר לרפואה, מתגלה כמוטעה, מתגלה כרופאים. הבעיה היא שאיש אינו יכול או כמיושן חמש שנים בלבד לאחר שהם מוסמכים כרופאים. הבעיה היא שאיש אינו יכול לדעת איזו מחצית תהפוך ללא רלוונטית. לכן הדבר החשוב ביותר ללמד הוא כיצד ללמוד ראוי אף לזכור שדווקא בענייני הלב האמיתות אינן משתנות כה מהר, כפי (Smith, 2003). "about suffering they were never wrong, the old masters."

הידע, אם כן, מהווה תשתית חיונית בעלת חשיבות עליונה, אך אין להסתפק בה, וטוב יעשה המטפל אם ישכיל ללמוד את מטופליו ומהם.

אין די בידע - ה'חכמה' כעמדה טיפולית, שיקומית ואנושית סטודנטים מסיימים את לימודי הפסיכיאטריה כשבידיהם ידע רב אודות נוירורנסמיטורים, כגון: סרטונין, דופאמין, נוראדרנלין, אצטיל-כולין ואחרים. הם בקיאים בחידושים האחרונים, זוכרים לצטט מאמרים המתפרסמים בעיתונים רפואיים רבי יוקרה, מסוגלים לדקלם (ללא מתום) את הקריטריונים האבחנתיים השונים של הפרעה אובססיבית כפייתית למשל, והמצטיינים שבהם אף יכולים להתייחס במקצועיות מרשימה למונחים אופנתיים חדשניים דוגמת 'Schizo-



O.C.D. הם אוצרים בתוכם ידע רב ויקר מפז והופכים למומחים מצטיינים בזיהוי מחלות, אך כאן, טוענת דיגן, אנו מכשילים אותם, שכן לא לימדנו אותם לכבד את האדם שהיה קיים לפני האבחנה ושקיים ללא קשר אליה. החכמה דורשת שניצור קשר אמיתי עם בני אדם, שנישאר פתוחים וקשובים על מנת לקלוט ולהבין אותם ואת חוויותיהם. רק אז נוכל לעזור בדרך שהאדם עצמו יחוש כי אכן עוזרים לו. דיגן מדגישה את חשיבות ההתעניינות במטופל, לאו דווקא התעניינות על מנת לשנות אותו, אלא התעניינות כנה בו כאדם מתוך רצון להבינו ולתקשר עמו באופן פתוח ומאפשר (Deegan, 1994).

### המחלה כמטאפורה

ההתייחסות למר מזור כאל 'סרטן הערמונית במיטה ארבע' או 'הסכיזופרן שהתקבל בבוקר', מעידה על התייחסות מכנית ומתייגת שאין בה כלל לעודד מזור. התייחסות כזו היא בעלת השפעה הרת אסון על המטופל וגורמת לו עצמו להילכד לעתים ברשת הסטיגמה ממנה הוא מתקשה להיחלץ. בספרה 'המחלה כמטאפורה', טענה הסופרת ומבקרת התרבות סוזן זונטאג (Sontag, 2001) הענתקת תקווה הינה מרכיב מהותי וחיוני, ויש לה ערך תרפויטי והומני בכל מפגש טיפולי. לעתים התקווה או היעדרה הם המכריעים את תוצאות הטיפול. לאמונה בתהליך הריפוי או השיקום יש אם כן חשיבות מרכזית בהצלחתו.

### גוף ונפש

פסיכונורוימונולוגיה (Psychoneuroimmunology) והפסיכולוגיה הרפואית (Health Psychology), עוסקות באופיים של הקשרים בין מצבו הנפשי והרגשי של האדם לבין מצבו הגופני, מידת בריאותו וכושר החלמתו. מושגים כגון תקווה, אמונה, אופטימיות והומור, שגורים בשיח המקצועי בתחומים אלה. על אף המשמעויות הטיפוליות המעשיות, לא ניתנת לכך תשומת לב מספקת בבית הספר לרפואה. היעדרם של לימודים אלה בפקולטה לרפואה יכול להצביע על קיומו של פיצול תפיסתי בין גוף לנפש. על מנת להדגיש את חשיבותה של התפיסה הכוללנית ואת עדיפותה על פני זו המפוצלת, העדפתי להשתמש לעתים במונח 'מטפל' מבלי לפרט האם הכוונה לרופא אף אוזן וגרון או לרופא פסיכיאטר, פסיכולוג, מרפא בעיסוק או מטפל באמצעות הבעה ויצירה.

### על חשיבותו של הקשר הטיפולי

האמירה 'הוא רופא טוב אבל ממש לא בן אדם' היא לתפיסתי אוכסימורון. ההבחנה הנשמעת לעתים מפי רופאים אודות עמיתיהם: "דוקטור X הוא רופא טוב, ממש 'אנציקלופדיה מהלכת' ודוקטור Y רופא נחמד", כאילו היה מדובר בהייד ובדוקטור ג'קיל, אין בה ממש, שהרי אין מדובר בדימויים הפוכים או ניגודים פנימיים שאינם יכולים להתבטא ולהתממש באותה עת. בכל אחד מאתנו - המטפלים, קיים מטפל 'ידען' ומטפל 'אנושי'. החכמה היא פועל יוצא של אינטגרציה בין השניים. אנו זקוקים לשניהם: לאיש המדע שבוחן את המקרה מתוך ריחוק וללא מעורבות רגשית ולאיש הקשר הבין-אישי, המעורב, המרגיש ומציע הבנה וחום. כל אחד כשלעצמו הוא

חסר, אולם שילובם של השניים: מדע והומניות, קוגניציה ורגש, הוא-הוא החכמה. החכמה הינה ידע אינטגרטיבי שאינו מפוצל, ידע הוליסטי ורחב.

אל לנו להסתפק בשליפת נתוני הידע הרלוונטיים (אתגר לא פשוט בפני עצמו), הסקת המסקנות המקצועיות והתמקדות באתגרים ה'משימתיים' בלבד. יש להפנים את העובדה שהתמסרות ל'משימתיות' תוך התעלמות או אף ריחוק מנשוא ה'משימה', מחבלת למעשה במימושה. עלינו להתמיד לשוחח עם מטופלינו בשפה אנושית ופתוחה ולהימנע ככל שניתן מלתקשר עמם בשפה 'משימתית' גרידא. מסירת בשורה רפואית לחולה אינה עניין פרוצדורלי, זהו מעשה אמנות שצריך ללמוד איך לעשותו. רכישת מיומנויות תקשורת הינה חיונית. זהו כלי בסיסי שעל הסטודנטים לרכוש במסגרת לימודי הרפואה ועל הרופאים להתמיד לפתח במסגרת השתלמויות חובה. כלי זה יעיל במיוחד כאשר הוא מהווה נדבך על גבי עמדת מוצא מתעניינת ואמפתית שכל ייעודה להיטיב. כלומר יש לעשות הבחנה בין מיומנויות תקשורת לבין קשר ויחס, שכן לעתים נוטים להחליף בין השניים. אם היחס הוא נקודת מוצא, הרי מיומנות התקשורת היא אחד הכלים למימוש; אם יצירת הקשר היא בבחינת אסטרטגיה, מיומנות התקשורת היא טקטיקה. יחד עם זאת עלינו להימנע מדוגמטיות גם בהקשר זה. אחד הקשיים שעמדו בפני, ושלא הייתי ער לו די צרכו בתחילה, היה לאפשר לסטודנטים לראות גישות אפשריות נוספות לצד אלו האמורות להוות את שביל הגישה המרכזי המוביל את הרופא אל המטופל. לדוגמה, הרופא מתבקש לעתים על ידי החולה להסתפק בתיקון 'פגם' באופן טכני גרידא, אז היחס רופא-חולה יותר פורמלי וזמני כפי שהדבר בא לידי ביטוי מובהק ברפואת חירום אך בהחלט לא רק בה.

### להתמודד עם עמימות

דיגן רואה את חכמת המטפל ביכולתו להבין את המהות הכוללנית של המטופל כאדם מתוך התייחסות אנושית ויצירת קשר הומני ואכפתי. לשם כך יש צורך באינטגרציה בין הקוגניציה ובין הרגש. נראה שישנם רופאים צעירים וחסרי ניסיון הנוטים להסתמך לעתים על מערכות מורכבות של ידע כפיצוי על אי יכולתם להכיל מצוקה, סבל וחוסר אונים ומתוך קושי להתמודד כראוי עם האספקטים הרגשיים המורכבים של מקצועם. הם שואפים למסרים לינאריים ברורים והם פחות סובלניים כלפי 'מצבי ביניים' מעורפלים ובלתי ברורים או כלפי חוסר הצלחה בטיפול. לחלק גדול מן החולים המגיעים למרפאות הרפואה הראשונית יש תסמינים שאין להם הסבר שלם. מצב כזה של עמימות וחוסר ודאות מעורר מעצם טיבו קושי רב בקרב המטופל אך גם אצל המטפל. אחד האתגרים העומדים בפניו הוא ללמוד להתמודד עם מצבים עמומים למען עצמו ולטובת מטופליו.

### נקודת מבטו של מטפל העוסק בשיקום

הרופא לומד להפנים כל העת פרטי פרטים המרכיבים את הפתולוגיה והמאפיינים אותה, ולכן הוא מורגל להתמקד בחסר, ב'חצי הכוס הריקה'. לעומתו, מטפל העוסק בשיקום מתמקד ב'חצי הכוס המלאה' - בכוחות ובתפקודים הקיימים של המשתקם ומעודד אותו בתהליך חיפוש

הכלים להעצמת יכולותיו, על מנת שיפתח לעצמו 'מעקפים' יעילים שיאפילו על החסר ויאפשרו לו תפקוד ואיכות חיים אופטימליים כפי שהוא תופס אותם. גישתו היא כזו: כשיש מחלה, נכות, מום או פגם, ראוי להגביר את ההתמקדות בחלקים הבריאים, ה'נורמליים', המסתגלים והמתפקדים ולפתחם. מטפל-משקם אינו דמות מרוחקת, אלא דמות אנושית ומאוד מעורבת בפרטים היומיומיים של חיי המטופל.

להערכתו, נוצרת בעיה כאשר הרופא רואה את הפתולוגיה לפני שהוא רואה את האדם. זכור לי לילה אחד בו סטאג'ר צעיר בחדר מיון, מתוך להט לאבחן ולפתור את הבעייה הסבוכה, מצא עצמו לפתע מתעלם מהאשה שמולו ומתמקד בבדיקות הדם שלה. הסטאג'ר הזה, הייתי אני.

דיגן מתמקדת בתהליך השיקום ומוסיפה שאנשים בעלי מוגבלות פיזית או נפשית אינם 'משתקמים' באופן שבו מתקנים מכוניות או טלויזיות. אנשים עם מוגבלות אינם כלי קיבול פסיביים של שירותי השיקום, הם לא חפצים שעליהם פועלים, אלא בני אנוש היודעים לקבוע מה מפריע להם ולהשתתף באופן פעיל בתהליך ההחלמה שלהם (Deegan, 1988, 1990, 1994).

#### ייצוגים של מטפלים (או: על עכברים ואנשים)

בעת שהתבקשתי לכתוב פרק לספר זה ולהתייחס בו מזווית אישית לעומד בבסיס גישתי כלפי מטופליי וכן לדמותו של הרופא על פי תפיסתי, התגלגל לידי ספר ילדים ישן אותו קראתי בילדותי. צדה את עיני אגדת הילדים המוכרת אודות 'עכבר העיר ועכבר הכפר', וכמי ששואב השראה מסיפורי ילדים ולעתים אף עושה שימוש טיפולי במטאפורות ובסיפורים כאלה ואחרים, התחלתי לקרוא בה. תוך התחקות אחר קורותיהם רבי המעללים של העכברים, התחוור לי עד כמה חלקים בתוכי חפצים להתגורר ולחיות בסמוך לאדמה, להתהלך בחופשיות במרחבים מוריקים, קשוב למה שיקרה בדרכי ולמי שייקרה בה; לגדל את אט ובתשומת לב צמחי מרפא ופרחי בר; לטפח גינת ירק, להשקותה ולהזינה ולחלוק מפרי גני עם שכניי הכפריים. עוד התברר לי עד כמה חלקים אחרים אצלי 'מתחברים' למגורים בדירת גג המשקיפה בריחוק על ההתרחשות האורבנית הסואנת ולחיים המהירים כקליפ בטבורה של העיר הגדולה במרחק פסיעה מאולם הקונגרסים והכנסים המדעיים ובנגישות למאגרי המידע המתוחכמים שבספרייה הרפואית של מגדל השן האקדמי.

כשהתחוור לי באופן כה ציורי, במהלך העלעול בדפיו המצהיבים של ספרון הילדים, ששוכנות בתוכי שתי ישויות מעין אלה, כפרית ועירונית, ניסיתי לבחון האם שוכנות בתוכי גם ישויות 'טיפוליות' ואם כן, אילו הן ומה טיבן.

מתוך שקט פנימי, הבחנתי בשפמים ארוכים המחברים לחוטמים מחודדים, מרחרחים ומחפשים. היו אלה עכברים. עכברים מטאפוריים, דינמיים ודעתנים. אלה לימדו אותי דבר או שניים על מורכבותו של דמות המטפל. בראשונה הבחנתי בעכבר זקוף ששפמו גזוז בקפידה, חנוט בחליפה מחוייטת באפור-עכבר. היה זה עכבר עירוני שצעדיו מדודים. 'דג קר', שקדן

ולמדני, מחושב, יעיל ותכליתי. לצדו הופיע עכבר אחר, יחף, שפמו פרא, זנבו נע אנה ואנה בעליצות ועל פרוותו הזהובה שרידי חציר מאסם התבואה. זה היה העכבר הכפרי. עכבר חם, פתוח, רגיש ו'עכברי' (המקבילה ל'אנושי'). הצלחתי לזהות בתוכי בבירור את שני אלה, שבוודאי שוכנים בתוך כל מטפל ומטפל, ובמעורפל יכולתי להבחין בדמויות עכבריות נוספות.

העכברים שבסיפור לימדו אותי דבר או שניים על מורכבותה של דמות המטפל: מצד אחד, אדם אנושי, קשוב, נגיש, פתוח ומתעניין, רגיש ואינטואיטיבי, חם ו'אדמתי', בעל חום אמהי שמגלה רוחב לב, מחובר לצד ה'נשי' שלו ומכיר בחשיבותם של תהליכים. מצד אחר, ידען, אנליטי, חד ומהוקצע, מרוחק, קר ו'מתכתי', דמות אב המקפיד לשמור על גבולות ברורים, ממוקד מטרה המכוון למצוא פתרונות מעשיים. אין מדובר כאן בשני סוגים שונים של מטפלים, אלא בשני ייצוגים פנימיים של מטפלים הנמצאים למעשה ברפרטואר הטיפול של כל מטפל ומטפל.

כך, בהשראת האגדה אודות העכבר העירוני והעכבר הכפרי, 'נולדה' לה ובאותו משקל (תחבירי) כותרת הפרק הזה. ייצוגים אלו המשיכו להעסיק אותי ואף לעורר בי תהיות: האם קיימת בקרב מטפלים מסוימים נטייה להתמקד בייצוג מסוים על חשבון הזנחת האחר? והאם יכולים בכלל ייצוגים שונים אלה לפעול יחד? ואולי אין הדבר אפשרי, ממש כשם שאי אפשר לגור בעיר ובכפר בה בעת?

מחקרים רבים בפסיכולוגיה קוגניטיבית מראים שהמחשבה האנושית פועלת כמערכת דואלית בשני מסלולים מקבילים: המסלול האנליטי והמסלול האינטואיטיבי, מסלול לוגי ומסלול מיתי, הפועלים באופן שונה ומופעלים על ידי איזורים מוחיים שונים. האם ניתן לגשר בין שני מסלולים מקבילים כאלה ולנסות להפגיש ביניהם? במשך שנים נחשבו החוויה והאמוציה כנטולות כל חשיבות, למשל בכל מה שנוגע להצלחת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי CBT, ( ואילו כיום השתנתה הגישה לחלוטין והתפיסה האינטגרטיבית היא השלטת, Samoilov & Goldfried, 2000 ).

לאחר ששורטטו קווי מתאר כלליים לדמותו של המטפל הידען' והוצגו מאפיינים סטאריטיפיים למטפל ה'אנושי' החם, נותר עלום מטפל נוסף - המטפל ה'חכם'. מיהו מטפל זה ובמה מתאפיינת חכמתו? שאלות מורכבות ומוכרות אלו אודות טיבה של החכמה ובמיוחד אודות חכמת הטיפול, התעוררו בי שוב כאשר התבקשתי לכתוב דבר מה בנימה אישית על עמדת מטפל ואודות האדם העוסק במקצוע הרפואה והמשא ומתן שלו עם עצמו. שאלות רבות ומציפות. שאלות סביב הדילמה לגבי אופי הרכיבים ששילובם מאפשר להביא להתפתחותה. שאלות המנסות לבחון האם מקורה של החכמה בידע, אולי בנסיון חיים מצטבר ושמה בכאב? האם מקורה בתפיסה אנליטית או אולי בראייה הוליסטית?

השאלה היכן נמצאת החכמה העסיקה את התרבות האנושית מאז ומעולם. נדרשו לכך כוהני הדתות השונות ואנשי המדע. החיפוש אחר החכמה, המשגתה, הגדרת מרכיביה ומיקומה

מסעיר ומעסיק את הדמיון האנושי. בימי יוון העתיקה נהגו לעלות לרגל לאורקל ולהתמודד עם חידות שפתרון חייב רמת חשיבה גבוהה. כיום עסוקים טובי המוחות בפתרון התעלומה היכן בדיוק מתרחשים התהליכים הקוגניטיביים המוחיים בניסיון להתחקות אחר מסלולים נוירולוגיים אשר יסייעו במיקומה המדויק של החכמה. הניסיון לשמר את מוחו של איינשטיין, אשר הפך בעיני רבים לסמל לגאונות האנושית, יש בו כדי להמחיש את מידת החשיבות שמייחסים בני האדם לחכמה. שאלות אלו ואחרות העסיקו אותי, ויותר מכל נותרה מטרידה השאלה האם יתכן שהחכמה נמצאת דווקא היכן שישנו כיעור, עיוות, פצע וכאב?

העיסוק בשאלות אודות חכמת הטיפול מספק הזדמנות להתבוננות נוספת בגישות ובעמדות טיפוליות המשלימות זו את זו. אנסה לגעת בחלק מן השאלות הללו גם אם לא להשיב עליהן נחרצות. אעשה זאת מתוך נקודת מבט סובייקטיבית תוך אזכור אסוציאטיבי למדי של ספרים ואנשים שהשפיעו על חוויית הלמידה המתמשכת שלי (למזלי, במקצוע שלי אסוציאציות חופשיות אינן נחשבות להרגל מגונה, להפך...).

### הבנת המהות

בבואנו להשקיף, ולו מרחוק, במושג כה רחב ואף מאיים במקצת כחכמה, עלינו לעשות זאת בזהירות רבה ומתוך צניעות. תחילה ננסה להבדילו ממושגים משיקים דוגמת ידע. ידע (Knowledge) מתקשר באנגלית עם הפועל 'לזהות', 'להכיר' (to recognize). השאיפה לרכוש ידע מתאפיינת ברצון להמשיג יחסים במונחים לינאריים של 'סיבה' ו'תוצאה', והמשהגה זו נעשית לרוב תוך בידוד רגשי מהאובייקטים המומשגים, (Sandler 1997).

שורש המלה 'חכמה' באנגלית (wisdom) הוא יווני, ומשמעותו- היכולת להבין לעומק את מהות הדבר. חכמה הינה מושג אשר מעסיק את התרבות האנושית מזה מאות אלפי שנים. לאחרונה פנתה גם הפסיכולוגיה לעסוק בו באופן מדעי כחלק מהעיסוק העכשווי בפסיכולוגיה חיובית (Dahlsgaard, Peterson & Seligman, 2005). עקב מורכבותו ועמימותו של המושג, מספר הגדרותיו ואפיוניו הוא רב. מבחינת משמעותו ההיסטורית-תרבותית של המושג, מתייחסת החכמה לשאלות אנושיות אודות מצבו של האדם ולאופן ניהול החיים. כמו כן עוסקת החכמה בבעיות קיומיות וברגעים בהם אנו נתקלים במגבלות היכולת לדעת ולהבין.

### מגבלות הידע

חכמה מכילה כאמור מודעות למגבלות האנושיות והכרה במגבלותיו של הידע האנושי (Linley, 2003). אלברט איינשטיין המחיש את מוגבלותו של הידע באמרו: "דמיון חשוב יותר מידע, ידע הוא מוגבל, דמיון יכול להפליג סביב העולם...".

חכמה וידע אינם ניגודים. חכמה היא סוג של ידע, אך ידע שונה. זהו ידע הוליסטי ולא צר, ידע הלוקח בחשבון מרכיבים מרובים תוך התבוננות בפרספקטיבה רחבה על התמונה בכללותה ועל מאפייניה השונים. החכמה שונה מידע עקר, ללא קישור חווייתי פנימי, ללא מעוגנות בהתנסות או בחוויה רגשית. לשם התפתחותה של חכמה נדרש בסיס ידע מסוים ויש צורך בהשכלה אך גם בהתנסויות חיים משמעותיות. החכמה מכילה את הידע ו'מתעלה' מעליו.

אין היא 'נאמנה' לו באופן עיוור אלא 'רואה' אותו על יכולותיו ומגבלותיו. ניתן לומר שהחכמה נמצאת בעמדת התבוננות גבוהה יותר יחסית לידע ומאפשרת ראייה רחבה גם של אלמנטים נוספים פרט לו. אנו מצפים מן החכמה להדרכה ולכך ש'תשמור עלינו' מפני פתרונות מהירים מדי או כאלה המוכנים מראש.

חכמה מתאפיינת בשילוב סינרגטי של ידע ושל 'המידה הטובה' במובנה הקלאסי (אותה איכות לה שאפו היוונים). חכמה הינה שילוב של האספקטים הקוגניטיביים, הרגשיים והחברתיים של האדם והיא מכוונת לטובת העצמי והזולת. ראוי להדגיש את הסכנה בזיהוי הידע כחכמה ואל לו ל'עכבר העיר' השקדן המלקט בחריצות פירורי מידע לשגות בכך באומרו: "אני יודע יותר, משמע אני חכם יותר".

החכם הסיני לאו-טצה היה בן זמנו של קונפוציוס, אך תורתו, תורת הטאו (תורה מדינית לצד תורה רוחנית), שונה מתורת קונפוציוס. אל מול הלמדנות הקונפוציאנית מציג הטאו איזם את החכם-הנאור כאנטי-למדן מובהק (היעדר חשיבה והיעדר תגובה מהווים את היסוד המוצק של הטאו).

### יחסיות של ערכים

אלמוג סוקר בעבודתו את ממצאיה של קבוצת חוקרים ממכון פלנק להתפתחות האדם בברלין (Max Planck Institute for Human Development) העוסקת בהמשגת מאפייניה של החכמה (אלמוג, 2005). על פי המודל שפיתחה הקבוצה הברלינאית, נתפסת החכמה כקשורה ליכולת בין-אישית גבוהה וככוללת יכולת הקשבה, הערכה ומתן עצה. החכמה קשורה בכוונה טובה ומטרתה היא להקנות רווחה אישית (Well Being) לפרט ולזולת. אחד מהמאפיינים הרבים של חכמה על פי מודל זה מוגדר כהכרה ביחסיות של ערכים (Value Relativism). מונח זה מתייחס למודעות להבדלים שיתכנו בין הערכים ומטרות החיים של הפרט לבין הערכים התרבותיים של החברה ושהבדלים אלה באים לידי ביטוי בשיפוטיות תרבותיים ובציפיות חברתיות. רמה גבוהה של מודעות והבנה בתחום זה תתבטא ביכולתו של 'החכם' לקחת לעתים מרחק מערכיו האישיים, לשקול עמדות אלטרנטיביות ולכבד אותן. היכולת לקחת בחשבון ערכים ומטרות של אדם אחר המתמודד עם בעיית חיים מסוימת ולהציע לו סיוע המותאם לערכיו באופן שאינו מוטה בהתאם לערכיו של נותן העצה, מכונה על ידי החוקרים 'דהסנטרליזציה' (Decentralization) Baltes & Staudinger, 2000).

מעניין לבחון את מידת הפתיחות שמגלה הרופא לאמונות, לתפיסות ולעמדות השונות מאלו שלו בקרב מטופליו, עמיתיו, מטפלים מן הרפואה המשלימה או אנשי דת (שראל בורקן, ברנשטיין ורוזובסקי, 1998). בעת ש'עכבר העיר' בא לבקר במושב ו'עכבר הכפר' מתארח במטרופולין, מתעוררות שאלות אודות היחס לשונה (בכל מה שקשור לסגנון חיים, תפיסת עולם וערכים תרבותיים ואישיים) ואודות הצורך לכבד את האחר ואת עמדותיו. 'עכבר הכפר' קרוב אל הטבע, אל חומה של האדמה ואל ניחוח החציר והתבוננותו הבלתי אמצעית בטבע של הדברים כפי שהם, משולה להקשבה פתוחה, להתעניינות כנה, להכרה בעמדות אחרות ולכיבודן (דהסנטרליזציה).

**'פסיכולוגיה ללא הנפשי'**

הספר 'מהעצמיות אל ההוויה', מציע פרשנות ביקורתית ליצירתו המגוונת של קרל יאספרס. יאספרס, בן תקופתו של היידגר, החל את דרכו כפסיכאטר עד להיותו פילוסוף אקזיסטנציאליסטי. הוא התייחס להיבטים הקשורים בעצמיותו של החולה ובעולמו הפרטי וביקר את 'הפסיכולוגיה האובייקטיבית' המבוססת אך ורק על זיהוי תסמינים אובייקטיביים באמצעות חשיבה רציונלית וכינה אותה 'פסיכולוגיה ללא הנפשי'. לעומת זאת, מה שכינה 'הפסיכולוגיה הסובייקטיבית', כלומר זו שמעוגנת בסובייקטיביות של הפסיכאטר ופונה אל הסובייקטיביות של החולה, מדגישה לתפיסתו את הייחוד של התופעה הנפשית. אותו ייחוד שהוא בעיניו בעל משקל וערך להבנה של התופעה הנפשית (גם בהיעדרו של עוגן אובייקטיבי המגדיר אותו ייחוד). כישורי אישיותו של הפסיכאטר, ובייחוד האמפתיה, מגלמים באופן מוחשי את החלופה או את התוספת שביקש יאספרס להציע למערכת המושגית של המדע. התוספת הדגישה את הצורך בעיבודן של החוויות הנפשיות-רגשיות שבהן הפסיכאטר מתנסה במפגש עם פגוע הנפש. בשונה מהכישורים הדרושים לחקר הסימפטומים האובייקטיביים המבוססים בעיקרם על רציונליות, הכישורים המסייעים לפסיכאטר להתוודע אל היבטיה הרחבים והמגוונים של הסובייקטיביות, נוגעים, על פי יאספרס, לאישיותו של הפסיכאטר. מכאן מובנת גם התנגדותו לדטרמיניזם של הפסיכואנליזה הגורס ש'הכל נקבע בילדות'.

בדומה ל'עכבר הבית', שזנח את השימוש בחושיו או עכבר המעבדה המתגורר בכלוב של מושגים מדעיים והנחות כובלות ומגבילות, הפסיכאטר ה'אובייקטיבי' על פי יאספרס, עסוק בחשיבה רציונלית וזיהוי תסמינים אובייקטיביים. לעומתו, הפסיכאטר ה'סובייקטיבי', 'עכבר השדה', מתרוצץ בחופשיות בשדות הבור, משוחרר מכבליו של הכלוב המושגי, תר אחר רמזים למזון תוך הסתמכות על חושיו המיוחדים ובראשם חוש הריח המפותח שלו.

יאספר שאף 'למלט' את פגוע הנפש, ולא פחות מכך - את הרופא המטפל בו, מעולן של הגדרות כלליות, אשר מחמיצות, לתפיסתו, את האופי הפרטיקולרי של היחסים הבין-אישיים ושל המגע האנושי עם המציאות. הדגשתו את ההיבט האינדיבידואלי שבמחלות הנפש נועדה, אם כן, 'להגן' על פגועי הנפש ועל רופאיהם מפני כוחן השואב של ההגדרות הכלליות של מדע הפסיכופתולוגיה. הוא חתר להשיג נקודת מבט רחבה יותר על האדם מעבר לגבולות הפתולוגיה הנפשית ובחר להתבונן בהווייתו הסובייקטיבית של היחיד מנקודת המבט של הנורמליות (מירון, 2006).

גם הפסיכואנליזה ההתייחסותית (Relational Psychoanalysis), הזוכה לפופולריות הולכת וגדלה בארצות הברית בשנים האחרונות, נוגעת בסוגיות דומות. המלה התייחסותית (Relational) מציינת את הדגש הרב שאנליטיקאים ופסיכותרפיסטים אלה שמים על הקשר האנושי כמוטיבציה מרכזית של האדם, לעומת תפיסות קודמות בפסיכואנליזה שהדגישו את הדחף המיני, ההסתגלות לסביבה או השגת אוטונומיה ועצמאות. תפיסת הטיפול של אנשי האיגוד לפסיכואנליזה ופסיכותרפיה התייחסותית (IARPP) מבטאת את המהפך הרעיוני הדרמטי שפקד את הפסיכואנליזה האמריקאית בעשורים האחרונים.

בספרו 'תקווה ופחד בפסיכואנליזה' תולה הפסיכולוג סטיבן מיטשל (Mitchell), אבי הגישה ההתייחסותית, את התקבלותו של המודל ההתייחסותי בשינוי שהביאה אתה הרוח הפוסט-מודרנית. (מיטשל, 2003). התפיסה שאנו מכנים 'פוסט-מודרנית', בדבר היעדרה של אמת אובייקטיבית, מתחברת להתנגדות של הגישה ההתייחסותית לסמכותנות המדעית של שיטת הטיפול הפרוידיאנית. ה'ביולוגיזם' של פרויד גרס שאנחנו יצירים של הטבע, ולכן יש לנו טבע מהותי, אובייקטיבי וקבוע שהמדע יכול לגלות. מכאן נגזרה התפיסה של 'חולה סובייקטיבי', אשר 'מטפל אובייקטיבי' צריך להחזירו אל קרקע המציאות, להובילו אל ה'אמת'. לעומת זאת, האקזיסטנציאליזם (שיאספרס הוא אחד מהוגיו המרכזיים), שם במרכז את האדם כחסר מהות נתונה, וטוען כי על האדם להגדיר עצמו. היפוכו של הביולוגיזם הפרוידיאני מוצא את ביטוי גם אצל הפסיכולוגים ההתייחסותיים אשר ויתרו על מושג האובייקטיביות. הם גורסים שאנו פרי של הבנייה חברתית ולא של טבע ביולוגי, שאנחנו מטבענו חברתיים. ומכאן נגזר כבוד רב לסובייקטיביות של המטופל ואף לזה של המטפל. הטיפול, לפי התפיסה ההתייחסותית, הינו למעשה מפגש של שני סובייקטים. לפי גישה זו, אין אמת מידה לנורמליות אובייקטיבית אחידה. להפך, הטיפול על פי הפסיכותרפיה ההתייחסותית, משקם את הסובייקטיביות של כל מטופל ומטופל או מטפח אותה. אם המחנה הפרוידיאני גורס: 'טבע, אובייקטיביות, אחידות וטיפול סמכותני', הרי המחנה ההתייחסותי טוען: 'היעדר טבע קבוע והיעדר אמת אובייקטיבית, חברתיות, פתיחות, גיוון, שוויון ואוטונומיות של המטופל' (טאוב, 2004).

הפסיכיאטריה כמקצוע הומניסטי שבו האדם באשר הוא אדם עומד במוקד, הייתה אחראית כבר בעת המהפכה הצרפתית (באמצעותו של פינל) לשחרור פגועי הנפש מבתי האסורים, העניקה להם מעמד של חולים, ובכך פעלה להסרתה של סטיגמה חברתית כוללת ושיפוטית בדרך המתבקשת להפיכתם לבני אדם פרטיים, אוטונומיים ושווי זכויות. איש איש והייחוד המאפיין אותו בתוך מרקם אנושי מגוון של חברה פלורליסטית ורבת פנים (וינר וספנסר, 1998). התייחסות מעמיקה לחוויה הסובייקטיבית של הלוקה בנפשו הינה אלמנט שחשיבותו רבה מן ההיבט האנושי-טיפול-שיקומי (Roe & Lachman 2005). רוח ההומניזם הולידה את האינדיבידואל, וברוח זו עלינו להתבונן בו. משימה לא פשוטה היא להעביר לסטודנטים את המסר שעליהם לזנוח את שאיפתם להגיע עם 'פורמולה' מוכנה מראש, בבחינת 'זהו סגנוני וכך אני מדבר עם חולים', ולעודד אותם לשאוף להרחיב כל העת את הרפרטואר הטיפולי שלהם כך שיוכלו להתאים עצמם למטופל שלהם ולצרכיו המשתנים: לעתים לייעץ, לעתים לתמוך, לעתים להנחות, לעתים להציב גבולות, אך תמיד להקשיב. התייחסות מעמיקה לחוויה הסובייקטיבית של האחר מצריכה יכולות בין-אישיות גבוהות כמו יכולת הקשבה, כיבוד האחר וכיבוד עמדותיו, הערכה ומתן עיצה. היא מצריכה חכמה.

### דמותו של החכם

כיצד מצטיירת לכל אחד מאתנו דמותו של החכם?

אנו יכולים להעלות בתודעתנו דמויות אשר השפיעו עלינו במהלך התפתחותנו האישית או המקצועית בזכות חכמתן. דמות החכם מופיעה באין ספור סיפורים, אגדות עם, מיתוסים



ויצירות אמנות בהתגלמויות שונות. היא יכולה להופיע כמלך נאור, נזיר או איש דת, סופר או איש רוח, הוגה דעות, משורר, גורו, שמאן או קוסם. החכם יכול להיות מדען, רופא, מורה רוחני, מנטור או פרופסור. זקן השבט או כל דמות אחרת.

יונג (Jung) מתייחס בהרחבה לדמות ה'זקן החכם'. דמותו היא תמצית רוח האדם וחכמתו. גילוייו השונים והכה מקוריים של יונג עצמו אינם נושאים אופי של תאוריה (בדומה לאלו של מורו זיגמונד פרויד). הגותו נראית יותר כחכמת חיים מאשר כמודל מדעי. משום כך נדחתה תורתו על ידי הממסד הפסיכולוגי, במיוחד האקדמי. בשנים האחרונות, עם הירידה בכוחו של הרציונליזם, הולכת וגוברת ההתעניינות בחכמתו. על פי שפתו ותורתו של יונג, מגלמת דמותו של החכם תבנית ארכיטיפית מולדת המצויה בנפשנו או בלא מודע הקולקטיבי של כולנו. לתוך התבנית הנפשית המולדת נוצקים במהלך החיים תכנים ודימויים של חכמה ושל משמעות החיים. החכם הטמון במעמקי הלא מודע הקולקטיבי שלנו, מייצג כסמל את קולו של הניסיון האנושי המצטבר משחר האנושות. דימוי 'הזקן החכם', הינו דימוי רוח האדם השואפת לחיות בקרבה למקורות הרוחניים של החכמה והשואפת להתפתחות ולמציאת משמעות (יונג, 1973, 1975).

מיתוסים לא מעטים התהוו סביב דמותו של החכם בתרבות היהודית. חכמתו של ה'חכם מכל אדם' התגלתה לראשונה לעיני כל במשפט המפורסם המכונה 'משפט שלמה'. משפט שתי הנשים המתואר בפרק ג' במלכים א' היה המבחן הציבורי הראשון של המלך שלמה ("וישמעו כל ישראל את המשפט אשר שפט המלך, ויראו מפני המלך, כי ראו כי חכמת אלוהים בקרבם..."). היה עליו להסיק ללא עדים וללא אפשרות של סיוע מן החוץ, כלומר תוך ניטרול הידע, מי מבין הנשים היא הדוברת אמת ומי משקרת. באמצעות אמפתיה והתקרבות לחוויות הרגשיות של האמהות, התעלה שלמה מעל פני הידע הקונקרטי וקרא את האמת מתוך לבבן. 'גזרו את הילד לשניים, תנו את החצי לאחת ואת החצי לאחת'. בבית המשפט חשבה כל אחת מהנשים על בנה, אם החי הייתה מרוכזת בבנה החי ואם הנפטר בילדה המת. 'ותאמר האשה אשר בנה החי אל המלך כי נכמרו רחמיה על בנה, ותאמר: בי אדוני תנו לה את הילוד החי והמת אל תמיתוהו."

החכם בהגדה של פסח מתואר כידען הבקיא בהלכות פסח והיודע לפרט ולשאול על העדות, החוקים והמשפטים אך יש המבחינים בו במימדים נוספים. זמר הנשמה הרב שלמה קרליבך מעיר ב'הגדת קרליבך': "רבותנו הקדושים אומרים לנו שהחכם הינו הידען, השכלתן. האם אתם חושבים שזה הכי חשוב בעולם? אולי ראוי להפסיק להיות רק איש השכל? אולי כדאי לטעום את האפיקומן, לטעום את מעמקי החיים, להרגיש רגש עמוק וכך לעבוד את השם?" (קרליבך, 2003).

רבי נחמן מברסלב מצוטט כך בהגדה עם פירושו: "החכם למד להקשיב...למד לחוש ולהתייחס. כשאחרים מדברים, החכם אינו ממיין ושופט, הוא שומע. הוא מקשיב כדי לשמוע את המסרים הסמויים המועברים כדי שיוכל לסייע לנצרכים, לעזור למי שחסר להם. אנחנו צריכים גם לשמוע

את עצמנו, לשמוע את קולנו הפנימי האמיתי" (רבי נחמן מברסלב, 1999).

ארכיטיפ 'הזקן החכם' של יונג מופיע גם באגדות ובסיפורי עמים. הישיש שבע הנסיון ורב החכמה נחלץ לסייע לגיבור בשעה שזה נקלע למצב קשה וחסר תקווה. כשאין לגיבור כל דרך וסיכוי לפתור את הבעיה מולה הוא ניצב, מופיעה לפתע רפלקציה עמוקה או הבהוב של רעיון, איזו ישות רוחנית תוך נפשית המחלצת אותו מן הסבך חסר הסיכוי. הידע הדרוש לגיבור על מנת להצליח במשימתו, מגיע אליו בצורת מחשבות ורעיונות המגולמים בדמות אנושית - דמותו של הזקן הנבון, כל כולו כוונות טובות. הידע שיעניק לו החכם יוביל את הגיבור להצלחה במשימתו (הצלת הנסיכה וגאולתה ממשכנה במרום המגדל, הבסתה של המכשפה וכיוצ"ב). יתר על כן, הידע שיוענק לגיבור יאפשר לו להשלים את תהליך האינדיבידואציה שלו ולהגשים נפרדות בוגרת ועצמאית. לכן, על פי יונג, יזכה הגיבור בייעוץ של הזקן החכם, רק לאחר שכבר החל במסע האינדיבידואציה שלו. לכן ישאל תמיד הזקן החכם את הגיבור, בטרם יעניק לו את המפתח להצלחתו הקונקרטי, שאלות שמטרתן לעורר התבוננות עצמית והנעת כוחות נפשיים (מעוז, 2005).

אולם החכמה בספרות אינה מתמצית בסוגייה קווית של בעייה ספציפית ופתרונה הקונקרטי. לעתים, כמו בחיים, האתגרים מחייבים פתרונות מסוג אחר. גיבורו של סולז'ניצין למשל בנובלה 'יום בחייו של איוון דניסביץ', אינו מנסה ליישם מערכת חוקים או ידע נוקשה בבואו להתמודד עם תהפוכות חייו. להיפך, חכמתו מאפשרת לו לשמור על גמישות מחשבתית ולהסתגל למציאות הקשה של החיים בגולאג הסובייטי. חכמתו נובעת, אם כן, מיכולתו לקחת חלק, באופן הרמוני, במציאות בה הוא חי, לא להתנגד לה אלא לקבלה ולהפיק ממנה את המיטב.

### **'מה שאינו מחסל, מחשל'**

לעתים נקנית החכמה בייסורים. די להיזכר בתיאורים הדרמטיים מן המיתולוגיה היוונית על נידוי, סבל והגעה להארה או במשלי עמים וכמובן באגדות הילדים, בהן נגזר על הגיבור להתייסר על מנת להזדכך ולהגיע באמצעות חוויה קשה ומתוך שבר לתובנות משמעותיות אודות אופן ניהול חייו שלו ואודות החיים בכלל.

סלמה לגרלף (Lagerlöf), האישה הראשונה שזכתה בפרס נובל לספרות (בשנת 1909), מתארת בספרה הידוע 'מסע הפלאים של נילס הולגרסן' כיצד נגזר על הגיבור, כעונש על אכזריותו כלפי הגמד שנגלה לו, להפוך לננס זעיר מידות בעצמו. כשהוא שב מן המסע על גבם של אווזי הבר, הוא שב להיות אדם. אדם שונה, חכם, נאור ורגיש מכפי שהיה.

לגרלף שנולדה בחווה בדרום שבדיה התמודדה מגיל צעיר עם נכות ואובדן. היא חלתה בשיתוק ילדים בהיותה בת שלוש ובמשך רוב שנות ילדותה לא הלכה לבית הספר כילדים אחרים. האם ישנו קשר בין האוטוביוגרפיה המוקדמת שלה לבין הישגיה בהמשך? האם ישנו קשר בין העובדה שחווה סבל רב לבין הרגישות הרבה שהפגינה כלפי סבלם של היהודים והפעילות שלה למען הפליטים היהודים שמצאו מקלט בארצה?

בסיפור 'היפה והחיה', כעונש על אכזריותו של הנסיך, הוטל כישוף רב עוצמה עליו ועל יושבי טירתו. ה'תיקון' התרחש באמצעות חוויית הכיעור והנידוי שאיפשרה רכישת חכמה, במובן של פתיחת הלב, ואת הסרת הכישוף. גיבורים אלו רוכשים את חכמתם במחיר סבל ומשבר אישי עמוק. הסבל והמשבר הם אלה המאפשרים להם הזדמנות ללמוד שיעור שנראה שלא היו מודעים לעצם קיומו בדרך אחרת.

### בניית חכמה מתוך ההריסות

בסינית, המלה 'משבר', משמעותה גם 'הזדמנות'. בעברית 'משבר' היא האבן שעליה היו כורעות נשים ללדת. הססמה 'מה שלא הורג, מחשל', יש בה לעודד התנסות אף במחיר סבל לשם שכלול מיומנויות ופיתוח עמידות. רבות נכתב אודות הקשר בין התמודדות עם אתגר, דחק (Stress), טראומה, משבר, אובדן או מחלה קשה לבין פוטנציאל לצמיחה אישית. פילוסופים אקזיסטנציאליסטיים דוגמת קירקגארד (Kierkegaard) וניטשה (Nietzsche) תיארו את חשיבות הסבל לצמיחה אישית. כותבים מאוחרים יותר כפרום (Fromm), טיליך (Tillich) ומיי (May), תיארו השלה של דפוסים לא אותנטיים ואת החשיפה של גרעין הקיום האותנטי בעקבות התמודדות עם טראומה (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). אף נוסחה טענה שדחק (ברמה בינונית או גבוהה) הוא בבחינת תנאי הכרחי על מנת לצמוח כבני אנוש (Aldwin, 1994), והיו שהציעו שימוש במושג חדש: 'צמיחה בעקבות פורענות' (Linley & Joseph, 2004). (Adversarial Growth) צמיחה, אם כן, עשויה ללוות חשיפה למצבים מעוררי דחק. האם אותה חשיפה נדרשת גם לשם התפתחותה של חכמה?

### מקומו של הדחק בהתפתחותה של חכמה

שלמה גיורא שוהם, עוסק בספרו 'גאולה דרך הביבים' בהגעה לגאולה כתוצאה מהתפלשות בעפר תוך סבל ויסורים (שוהם, 1980). המודל של יסורים שבאחריתם הגעה לתובנה ואולי אף להארה קנה לו אחיזה מכובדת באתוס האנושי. למותר להזכיר את 'הפסיון', סיפור ייסוריו של ישו הערוך במתכונת של מסלול יסורים, גאולה וחסד. הספרות העוסקת ב-'Resilience' (חוסן וגמישות) מצביעה על כך שדווקא אלה שעברו ילדות עשוקה ורוויית חוויות קשות, מפתחים חוסן וגמישות המאפשרים להם להגיע להישגים מרשימים.

לפי סוזאן קובסה, העוסקת במונח 'Hardiness' (עמידות) מתחום הפסיכולוגיה הרפואית, אלה הבנויים להתמודד היטב עם קושי ומתח אף זקוקים לו, וגופם כושל דווקא בעת שהם מאבדים את סביבתם הקשה, הלוחצת, המתגרת עבורם. (Kobasa, 1979)

ואכן, בספרות אודות החכמה מובעת תדיר התפיסה לפיה חוויות מאתגרות או משברי חיים, חוויות אשר מאיימות על חיו או על כבודו של האדם הן קריטיות להתפתחותה של חכמה. יתירה מזאת, ישנן הנחות הגורסות כי חכמה התפתחה על מנת להתמודד עם החוויה המאיימת מכולן - המוות, וכי המודעות למוות הינה למעשה הגורם העמוק העומד בבסיס הדחף להתפתחותה של חכמה (Assman 1994).

### המחלה כפתח לרכישת חכמה

"אף אחד לא רוצה את המחלה, אבל משהו בנו נפתח בעקבותיה" אמרה פעם אינטלקטואלית האמריקאית סוזן זונטאג. סיפורי התמודדות עם מחלה קשה אשר היוו נקודת זינוק לצמיחה אישית משמעותית ומנוף להתפתחות חכמה מופיעים למשל בספר 'סרטן כנקודת מפנה' של הפסיכולוג לורנס לה-שאן (LeShan) (לה-שאן, 2000) או בספריו של הכירורג ברני סיגל (Siegel) (סיגל, 1994, 1997). סיגל, אשר מוקדש לו תת פרק בספרה החשוב של הפסיכיאטרית האמריקאית קובלר-רוס (Kobler-Ross) 'המוות חשוב לחיים' (קובלר - רוס, 2002), עבד כמנתח בניו הייבן ומתאר בספרו 'אהבה, רפואה ונסים' (סיגל, 1997) חולי סרטן המתייצבים מול מחלתם, מתעמתים עמה באומץ וביחד עם רופאיהם משפיעים על מהלכה. סטיבן לוין (Levine), משורר ומתרגל מדיטציה בודהיסטית המשרת בנאמנות אנשים שעומדים אל מול פני המוות, משתף בספרו 'מי מת? המוות כמורה לחיים' את הקוראים בהתנסותו וטוען שבמקרים רבים הייתה זו המחלה שגרמה לאנשים להביט פנימה אל תוך עצמם בפעם הראשונה. היא היוותה סדק המאפשר לאנשים להתחבר אל עצמם. "זהו הישג שכל תהפוכות החיים וכל נסיונות השימור של הדימוי העצמי לא הצליחו להשיג. היו מי שכל חייהם חיפשו מורה או תורה שיביאו אותם לידי שלמות עמוקה יותר, ולבסוף התברר שמחלת הסרטן שבה לקו הייתה המורה הטוב מכולם. עבור רבים המחלה היא הדרך חזרה לחיים" (לוין, 2001).

יש המצביעים על קיומו של דמיון בין אנשים שחוו צמיחה פוסט טראומטית לבין אנשים המציגים רמה גבוהה של חכמה. ההישג ההתפתחותי המאפיין את שתי הקבוצות, הינו היכולת להשתמש בחשיבה דיאלקטית ולהתמודד עם פרדוקסים (כגון: יש להשאיר את הטראומה בעבר, אך גם להפוך אותה למשמעותית על ידי השימוש בה להארת העתיד או האדם צריך להכיר בצורך לקבל עזרה ובה בעת להכיר בכך שהריפוי מתרחש בתוכו ולא מחוצה לו). (Tedeschi., 1998 Park & Calhoun) לדחק יש, אם כן, מקום בהתפתחותה של חכמה. התפתחותה של חכמה עשויה להביא למעורבות גדולה יותר בחיים, ועקב כך להתמודדות עם רמות גבוהות יותר של דחק. זו תאפשר צמיחה של חכמה שתביא ליותר מעורבות וחוזר חלילה. הקשר בין חכמה לבין דחק נושא אופי מורכב ודיאלקטי. מחד תורמת החכמה לשינוי אופן ההערכה של סיטואציית הדחק ואולי אף להפחתתו, ומאידך צומחת החכמה מתוך התמודדות עם דחק, וניתן אף לשער כי התפתחותה מלווה בפתיחות הולכת וגוברת להתנסות בדחק (אלמוג, 2005). המתנסה בדחק, אי ודאות ומתח, והמאפשר לעצמו להכיר בסבל ובכאב, אינו 'עכבר אורבני' המסתתר מאחורי מגדלי בטון עירוניים, קירות זכוכית ועמודי פלדה, אלא 'עכבר שטח' החושף עצמו למשוגות הטבע, לסופה, לשרב ולקרה. הוא חווה את הטבע באופן בלתי אמצעי, קרוב אל טבע הדברים, אל ריחה של האדמה. 'עכבר הכפר' הינו עכבר בר המכיר מהתנסות אישית את איתני הטבע ושגיונותיהם ומכיר במוגבלותו העכברית למולם. 'עכבר העיר' נמנע מחשיפה אליהם וממגע עמם. הוא מסתיר עצמו תחת אמצעים טכנולוגיים מלאכותיים, ואלה מפחיתים את יכולתו לפתח עמידות, חוסן וגמישות (Resilience) ובכך את ההזדמנות לרכוש חכמה. ומה באשר למגע עם סבל עמוק של האחר? האם, במובן מסויים, כמוהו כחשיפה אישית לסבל? האם מגע כזה יכול להוות קרקע פוטנציאלית להעמקת חכמה? נראה שמגע קרוב עם סבלו העמוק של האחר מחייב מגע עם סבל אישי. על כן, כשמגע כזה הינו קרוב, הוא מאיים

מאוד וגורם להפעלת מנגנוני הגנה ולהקמת ביצורים בלתי חדירים. 'עכבר הכפר' נמנע מלהקים חומות כאלו. הוא מאפשר לעצמו לחוות את החוויה במלואה, תהא אשר תהא, ולהתנסות ללא חשש. 'עכבר הכפר' פועל על מנת לגלות. הוא פועל מתוך סקרנות ללמוד את המטופל וממנו, וכך הוא מאפשר לעצמו ללמוד דבר מה חדש אודות עצמו. במסע טיפולי שותפים שניים, מטפל ומטופל, כל אחד מהם עובר חוויה ייחודית משלו.

בבודהיזם הטיבטי, כפי שהוא מוצג בספר 'כשהדברים מתפרקים' של הנזירה הקנדית פמה צ'ודרון (Chodron), הרגעים הקשים בחיים הם בגדר הזדמנות לחוות בצורה עמוקה איכויות נדירות יותר של החיים (צ'ודרון, 2001). בהרצאה שנשאה למדתי שהיא רואה ברגעי משבר הזדמנות לפתוח במסע רוחני.

### הקשר בין סבל לחכמה

רכישת חכמה כרוכה לעתים ב'תשלום מחיר', בצלקת, בסבל. ההכרה בקיומו של הסבל נחשבת כאחת מ'ארבע האמיתות הנאצלות' שהן היסוד לתפיסה הבודהיסטית. הכרה בקיומו של הסבל מובילה את הבודהיסט לחיפוש מקורותיו ולריפוי באמצעות חיים של חכמה, מוסר והתבוננות. הבודהיזם כתורת חיים רלוונטי לחיים המודרניים המערביים למרות שמקורו במקום ובזמן אחר. הבודהיסט מנסה לענות על שאלות כמו כיצד על האדם להתמודד עם קשיי החיים. פירוש המלה בודהיסט בטיבטית הוא 'מבפנים', כלומר אדם שאינו מחפש את מקור השלווה והאושר בעולם אלא בעצמו. מטרת הבודהיזם היא להקל על הסבל. הוא מתבסס על ההנחה שכל סבל, אמיתי ככל שיהיה, נובע מתודעתנו. הבודהיזם מציע תרופה לכל חולי רוחני. בכתבים הבודהיסטים מרבים להשתמש במונחים מעולם הרפואה כמטאפורה למסע הרוחני. המורה הרוחני הוא הרופא, התלמיד הוא החולה, מצבים מנטליים ונפשיים שליליים הם המחלות והתרופה היא התורה הבודהיסטית. אימון הרוח בבודהיזם מתמקד בפיתוח הלכי רוח חיוביים ובהם במיוחד החכמה והחמלה.

ידע נחשב בבודהיזם כמכשול להבנה. אם נחזיק בדבר מה כאמת, אנו עלולים להיצמד אליו עד כדי כך שאפילו אם תבוא האמת ותדפוק על דלתנו, לא נרצה להכניסה פנימה. עלינו להיות מסוגלים להגיע אל מעבר לידע הקודם שלנו בדומה לאופן בו מטפסים בסולם. אם אנחנו בשלב החמישי וחושבים שהגבהנו מאוד, אין סיכוי שנטפס אל השלב השישי. על פי הבודהיזם עלינו ללמוד להגיע אל מעבר לידע שלנו ולדעותנו. החכמה משולה למים זורמים. דעת וידע משולים למוצקים העלולים להוות מחסום בדרכה של החכמה. ואכן, בסוטרות (שיחותיו של בודהה ההסטורי) נאמר: "הימנעו מלסמוך על ידע אינטלקטואלי, סמכו על החכמה."

### סביבות מקצועיות המסייעות להתפתחות החכמה

ממצא מעניין מצביע על כך שישנן סביבות מקצועיות מסויימות אשר מסייעות להתפתחותה של חכמה. מדובר למשל במקצועות טיפוליים דוגמת הפסיכולוגיה אשר עוסקים באופני החיים ובפרשנותם (Wink & Helson, 1997). נמצא כאמור, שדחק מקנה הזדמנות לרכישת חכמה, ונשאלת השאלה האם קיים קשר בין שני ממצאים אלו. מהו מקומו של הדחק במקצוע

הפסיכותרפיה, למשל, אשר מקנה הזדמנות לרכישת חכמה? פסיכולוגים קליניים לדוגמה, חווים יותר דחק מאשר עמיתיהם הפסיכולוגים המחקריים, והם נוטים להרגיש כי עבודתם משפיעה יותר על חייהם האישיים ומאפשרת צמיחה אישית ורגשית (Radeke & Mahoney, 2000).

ראוי לצטט בהקשר זה מדבריו של הפסיכולוג ג'יימס בוגנטל (Bugental) המתאר את השינוי שחל בו כתוצאה מהעיסוק בפסיכותרפיה. הוא הרגיש כי כוח חזק שהשפיע עליו היה השתתפותו ב"כל כך הרבה חיים...". חייו כפסיכותרפיסט היו מקור לסבל, כאב וחרדה ובאופן מקביל, עבודה זו והיחסים שהיא כללה הביאו לו באופן ישיר ובאופן בלתי ישיר גם אושר, התרגשות ותחושה של השתתפות בחוויה בעלת חיוניות אמיתית (Radeke & Mahoney, 2000). הדחק במקצוע הפסיכותרפיה הוא בן לוויה הכרחי למעורבות הרגשית העמוקה של המטפל ויש בו כדי לאפשר הזדמנות לצמיחה אישית ולרכישת חכמה, וכן להרחבת תחושות של חיוניות ומשמעות. נראה שההזדמנות של המטפל לרכישת חכמה נובטת מן המגע הקרוב עם המטופל באיזורים כואבים של עצמו כנכה, כחרד, כבודד, כיתום, כמתגרש, כנכשל, כננטש, כחריג, כמתגעגע וכיוצ"ב.

### המטפל כמדריך

ארווין הופמן (Hoffman), ממובילי הגישה ההתייחסותית, רואה במפגש בין מטפל למטופל מפגש ייחודי שאין להבינו רק לפי תיאוריות פסיכואנליטיות או רק כשיחזור פשוט של יחסי הורה וילד. לטענתו, מטפל אינו יכול לטפל מבלי לגלות מעורבות אישית. הסובייקטיביות של המטפל (הלא-מודע שלו, עברו, השקפותיו, ערכיו האישיים ויצריו) נוכחים בחדר ומשפיעים על הסיטואציה הטיפולית בדיוק כמו אלה של המטופל. הופמן שולל, אם כן, את ההפרדה בין האובייקט לסובייקט שהייתה מקובלת על הפסיכואנליזה הקלאסית. המהפכות בעמדתו נובעת מתפיסתו שהמטפל אינו יודע על המטופל ועל הקשר הטיפולי יותר ממה שהמטופל יודע עליהם. למטפל אין עוד חזקה על הידע ועל האמת. יחד עם זאת, על אף הסתירה לכאורה, מציע הופמן להשתמש בכוח שהמטופל מעניק למטפל על מנת לפעול לטובת האינטרסים של המטופל. כלומר, לנצל את האידיאליזציה שעושה המטופל למטפל כדי להשפיע עליו בדרכים חיוביות. בעבר סירבו אנליטיקאים להשיא עצות למטופלים בהחלטות מרכזיות בחייהם (הם האמינו שאם המטופל יעלה תכנים לא מודעים למודעותו, תורחבנה אפשרויות הבחירה שלו). הופמן לעומת זאת מציע להציע. הוא סבור כי טובת המטופל מחייבת את המטפל לייעץ לעתים, ואף לשמש מורה דרך במקרים מסוימים (גוברין, 2002).

### Role Model

ללמידה חברתית מיוחסת חשיבות בהתפתחותה של החכמה (Baltes, 2004). ישנה טענה כי ללא הימצאות בחברתם של אנשים חכמים, הסיכוי להתפתחותה של חכמה נמוך יותר. לא מדובר בכל אינטראקציה, אלא במערכת יחסים מסוג ספציפי למדי, כמו מערכת יחסים עם מדריך, מורה דרך, מטפל או מנטור, מערכת יחסים המסוגלת להעניק הדרכה המותאמת למונחה המסוים בסיטואציה המסוימת עמה מתמודדים. ההדרכה הנעשית על ידי ההורים

מוחלפת מאוחר יותר על ידי מורה או מדריך שהגיע להישגים בזכות עצמו, או שהביא אחרים להישגים כאלו (Staudinger & Werner, 2003). משום כך נודעת חשיבות לתהליך ה-Mentoring בחינוך הרפואי, ולכך אתייחס בהמשך מזווית אישית. מתכונת לימודי הרפואה הקלינית מבוססת על לימוד השוליה מן המסטר, ממש כפי שהיה נהוג בגילדות של ימי הביניים. תרבות זו, יש בה יופי בכך שהיא מאפשרת למטפל השואף להמשיך ולהתפתח, לרכוש חכמה ממטפל ותיק שאותו הוא מחשיב כמנטור.

דובר על פוטנציאל להעמקת חכמה בנוכחות דחק, סבל וכאב ועל מוכנות להיחשף, להתנסות באופן בלתי אמצעי ואולי אף להיפגע. פגיעות (Vulnerability) קשורה בפתחות לחוויה (Openness to Experience) כמאפיין אישיותי (כפי שמתבטא היטב למשל בשאלון NEO-PI), זו האחרונה קשורה בין השאר ליכולת למידה מאחרים (Baltes, 2004).

### למידה מהאחר

בפרקי ספר זה מופיעים אזכורים המתייחסים ליכולתו של המטפל לא להסתפק רק בידע שצבר אלא להתבונן במכלול; ליכולת להיות קשוב לעמדותיו של המטופל, גם כשהן שונות מאלו שלו, גם כשאין עולות בקנה אחד עם ההמלצות הטיפוליות של האסכולה אליה הוא משתייך; וליכולת לרכוש ידע ספציפי מן המטופל. די לעיין שוב בפרק בו מתארת שרון רוטשילד את חוויותיה האישיות מן הקורס 'ללמוד עם המטופל' (בהנחיית נעמי הדס-לידור ומקס לכמן), אשר לשמחתי נחשפתי לייחודיותו, כדי לקבל תזכורת משכנעת לכך.

אחד ממאפייניה של החכמה הוא היכולת להחזיק ב'יחסיות ערכית' (הידע אודות היחסיות של הערכים והעמדות של הפרט ואודות ההבדלים שייתכנו בינם לבין אלו של החברה בה הוא חי). מטפל המחזיק במידה גבוהה של 'יחסיות ערכית' (Value Relativism), יכול להניח לרגע לערכיו האישיים ולקבל, מתוך כבוד, ערכים שונים משלו. הוא מסוגל להבין לעומקם את ערכיו ומטרותיו של הזולת המתמודד עם מצוקה או קושי, ולהציע פתרון גמיש על פי צרכיו של המטופל הספציפי, פתרון שאינו מוכפף בהכרח לעמדות האישיות שלו (Decentralization) או של הטיפול 'הנכון' (דוגמטיות ואנטי-דוגמטיות).

תובנה אחרת נוגעת להכרה בכך שיש ריבוי פתרונות אפשריים בעת התמודדות עם בעיית חיים מסויימת, ושהבחירה בפתרון מסויים תלויה בערכים ובמטרות של מקבל ההחלטה. נלווית לכךהכרה נוספת בכך שעל אף מגוון הערכים והמטרות (ומגוון האופנים שבהם הם משתלבים בחייו של הפרט ובתנאים התרבותיים-חברתיים), קיים מערך של ערכים אנושיים בסיסיים שלא ניתן להחליפו או לשנותו בקלות, ומכאן שקיימים מספר ערכים אוניברסליים שאינם מאפשרים קבלתה של יחסיות תרבותית מוחלטת.

### חשיבותה של ההקשבה

התייחסות והקשבה מעמיקות לעמדותיו של המטופל הן פועל יוצא של ההכרה בעובדה האלמנטרית ש'אדם קרוב ביותר אל עצמו' ומכיר את צרכיו ואת העדפותיו באופן הטוב ביותר.

עלינו לומר לסטודנטים שלנו בגילוי לב שלעתים מזמנות המטופל שלהם לא ינהג 'לפי הספר' ולא 'יציית' לנאמר בכתובים, ולכן עליהם להקשיב לו. עליהם להקשיב למטופל משום שהוא מכיר את עצמו. עלינו ללמד אותם להקשיב מתוך סוג מסויים של צניעות. עלינו להעביר להם את המסר הזה:

' Medical science is evidence based but medical practice is patient based'.

### Consumers as providers

המטופל הוא המומחה בה"א הידיעה לסגנונו, לצרכיו ולבעיותיו. מכאן תפקידו המכריע בעיצוב אופן שיקומו בהיבטים של יעד, קצב ואופן. הבנות אלו סללו את הדרך להכרה בתרומתו של המשתקם, לא רק לצורך התוויית הדרך לשיקומו האישי, אלא בשל התנסותו והבנתו העמוקה את מהותו של התהליך השיקומי, אף כאיש צוות בעל חכמה ייחודית במערך הטיפול השיקומי בכלל (Consumers as providers). זוהי דוגמה מרשימה בעיני ליכולתה של המערכת השיקומית הממסדית לאמץ ולהכיל בתוכה הלכה למעשה את עקרונותיה.

יתרוננו היחסי של אדם בעל צרכים מיוחדים, אשר עבר מעמדת מקבל שירות למעמד של נותן שירות כמלווה מקצועי בתהליך השיקום, אינו נובע לדעתי מכך שהוא יודע מנסיונו מה 'טוב' לאנשים עם צרכים מיוחדים ועל כן ביכולתו להציב סימני קריאה. נראה לי שיתרוננו טמון דווקא ביכולתו להימנע מהכללות ולהציב ביתר טבעיות סימני שאלה. עלינו ללמד את הסטודנטים שלנו להעמיד סימן שאלה אל מול סימני הקריאה.

היגיון רב טמון ברעיון, הנראה במבט ראשון כמהפכני, הנהוג בכמה בתי ספר לרפואה בעולם, לאשפז את הסטודנטים למשך ימים ספורים בבית חולים כללי כחלק מחובות הלימודים. על אף היותם בריאים, הם מתבקשים ללבוש פיג'מה, לשכב במיטה ולציית לנוהלי המחלקה. באופן כזה מזדמן לסטודנטים להתנסות ממקור ראשון בחוויית האשפוז. הם חשים על בשרם את אופייה של תקשורת בין אדם שוכב לאנשים עומדים, המתהלכים סביבו או מתיישבים על מטתו החמה בפתאומיות. הם נוכחים בחשיבות הרבה של קשר העין ושל המילה החמה. מתאפשר להם לחוש בשינויים שחלים בדרגות החופש, במידת הפרטיות, באוטונומיה ובסטטוס. הם נוגעים, ולו במעט, באי ודאות, בחוסר האונים, בתלות בצוות המטפל ובהשפעה העצומה שיש לאלה האמורים לידע את המטופל ולדאוג לו. כך מתאפשר לסטודנטים להתנסות, ולו במרומז, בחוויית פגיעותו של המטופל. ומה באשר לפגיעותו של המטפל?

### איזהו חכם - בעל ניסיון חיים או בעל רגישות מולדת?

סטודנטים לא מעטים חלקו עמי את הנטייה שלהם להתרחק, להיות לא מעורבים, להימנע מלהתקרב למטופלים שלהם ומלגעת בכאבם. רובם נהגו כך מתוך ניסיון 'לשמור על עצמם' ("דווקא בגלל שאני רגיש..."). זוהי תופעה מוכרת ומובנת. כאשר שיתפתי את הסטודנטים בכך שהנטייה שלהם מובנת לי, יכולנו לדבר על הנושא ביתר פתיחות ולהפוך בו.



עלינו להיות מודעים לאופיים של מנגנוני ההגנה המופעלים במצבים מאיימים כגון אלה ולהבין את טיבם. כמו כן עלינו לספק לסטודנטים שלנו כלים אשר יאפשרו להם להתמודד ביעילות רבה יותר עם סיטואציות מקצועיות יומיומיות כאלו, לרווחתם עצמם ולטובת מטופליהם.

אתגר לא קל הוא להקנות לסטודנטים את ההכרה שהמטרה שלהם אינה בהכרח להיות 'נחמדים' או לשאוף ליצור אווירה קלילה או הומוריסטית במפגש הטיפולי אלא לאפשר. לייצר אווירה מאפשרת כך שספקטרום רחב של רגשות מצד המטופל יוכל לבוא לידי ביטוי, לרבות רגשות קשים כגון פחד, חרדה, עצב או כעס, ולרבות ביטויים של מצוקה, חוסר אונים, בלבול, ספק ואולי אף ביקורת. בפני המטפל ניצב אתגר לאפשר ואף לעודד ביטויים של רגשות אלו והם יוכלו לבוא לידי ביטוי כאשר יזכו לשיקוף אמפתי. התחוויר לי לא אחת, בקשריי עם מטופליי, שבכוחה של תחושת המובנות, כאשר היא מושגת והמטופל אכן חש מובן, לתרום משמעותית לקידומו של התהליך הטיפולי.

שוב עולה השאלה האם ישנה עדיפות למטפל המכיר מקרוב, מחייו את הבעיות שאיתן מגיע אליו המטופל. האם הדבר מאפשר לו להבין טוב יותר את המטופל? האם עליו לחוות בעצמו תהליך דומה לזה שעובר על המטופל שלו על מנת לשמש עבורו כמטפל יעיל? האם עליו להיות בעצמו 'אוד מוצל' על מנת לסייע באופן מקצועי ועמוק לניצול שואה? האם גבר יכול לשמש מטפל יעיל לאשה הרה? ומה באשר לליווי חולים סופניים? לאיזה רמה של חוויה עצמית יש להגיע? האם נקודת הריחוק היא המאפשרת לסייע או אולי דווקא פגיעותו של המטפל?

### **האם חכמה טיפולית מחייבת התנסות?**

נראה שלמטפל שרכש ניסיון ממקור ראשון דרך התנסותו האישית ישנו יתרון טיפולי כל עוד הוא מודע היטב לקיומם של מנגנונים הזדהותיים, השלכתיים ואחרים. אין להסיק מכך כמובן, שמומלץ לכל מטפל לחלות, לעבור משבר או להתמודד עם נכות אישית קשה. יחד עם זאת ראוי לתפיסתי, שהרופא יאפשר לעצמו לגעת במצוקתו של המטופל שלו מבלי להירתע מלגעת בכאב של עצמו, ומי מאתנו לא התנסה בחשש, חרדה, אי ודאות, חוסר אונים או אובדן?

השאלה מי נמצא בחדר הטיפול - נשמה אחת או שתי נשמות - מעסיקה את הפסיכולוגים. הגישה ההתייחסותית, התופסת מקום רב בחשיבה ובכתיבה של השנים האחרונות, מכניסה לשדה הטיפולי, שהיה מאוכלס בפסיכולוגיה של המטופל בלבד, גם את הפסיכולוגיה של המטפל. גם אם הטכניקה של הגישה ההתייחסותית מעוררת עדיין אי נוחות בקרב מטפלים אחדים, ראוי לעשות שימוש בחשיבה התאורטית שלה על מנת להפרות את החשיבה של השדה החד-אישי המוכר.

פגיעות קשורה כאמור בפתיחות. ללא פתיחות לא תתאפשר פגיעות. פתיחות מהווה תשתית לקיומן של יכולות שונות, ובהיעדרה לא תתאפשר היכולת ללמוד ולרכוש חכמה, היכולת להקשיב, היכולת להתקרב או היכולת לפתח אמפתיה.

**האם מי שהיה חולה יכול לרפא?**

האם היכרות מקרוב עם מצבו של המטופל עקב התנסות אישית דומה, אכן מאפשרת להבינו טוב יותר או שמא יגרום הדבר למטפל להיות מרוכז בכאבו ולהתקשות להפנות קשב אמיתי למטופל? ומהו אם כן המנגנון המדויק המאפשר התקרבות ובניית אמפתיה מבלי לגרום להזדהות יתר אשר יוצרת טשטוש הגבולות בין 'אני' ו'הוא' עד כדי ניטרול היכולת לסייע מתוך עמדה חיצונית מתבוננת? כיצד נלמד את עצמנו להימצא בתוך גבולות האמפתיה מבלי לגלוש במדרון החלקלק של ההזדהות ומבלי לטפס בקור אל מעלה ההר המושלג אל העמדה המרוחקת והקפואה?

כיצד נוכל ללמד סטודנטים להיות מסוגלים לראות את העולם מנקודת מבטו של המטופל? חלק מהתשובה טמון אולי ב-Modeling. סטודנט רגיש המנסה ביוזמתו להתקרב לעמדה שממנה חווה מורה את המטופל, על מנת לבחון אותה, ממילא ישאף להתקרב לחוויית המטופל. הוא מגלה סקרנות ועניין לגבי התקרבות לעמדת אדם אחר באשר הוא רופא או חולה. לגלילאו גלילאי מיוחסת האמירה לפיה אי אפשר ללמד אדם דבר, ניתן רק לעזור לו לגלות זאת מתוך עצמו. גם אפלטון נדרש לכך בתיאוריית ההיזכרות (אפלטון, 1979).

הסיבה שחובה על מתמחים בפסיכולוגיה לעבור טיפול פסיכותרפויטי בעצמם, מובנת מאליה. העובדה שאין מחייבים מתמחים בפסיכיאטריה בישראל להתנסות בכך, מותרת סימני שאלה שלתפיסתי ראוי ללוותם אף בסימני קריאה.

אתגר לא פשוט הוא ללמד רופאים המתמחים בפסיכיאטריה, פסיכותרפיה. זוהי שפה אחרת מהשפה לה הורגלו בבית הספר לרפואה. שם השפה הרשמית היא שפה תכליתית, לינארית, קונקרטיית והיא מושתתת על ידע הנמצא בספרים. ללמד שפה זרה בממלכה בה שלטת שפה אחת זה אתגר מורכב. מהי אם כן הדרך בה ניתן ללמד סטודנטים לרפואה נושאים שקשה ללמוד רק מן הספר, נושאים כגון תקשורת בין-אישית, אמפתיה למצבו של האחר וכו'? זוהי שפה חדשה, חשיבה אחרת הדורשת אינטליגנציה מסוג אחר. מדובר במימד שונה, בערוץ נוסף.

**אמנות הריפוי**

דרך שבאמצעותה ניתן לאפשר לסטודנטים לגלות מתוך עצמם דבר מה על מהות האמפתיה, היא באמצעות האמנות. ספרות וקולנוע מהווים דוגמאות מצוינות לכך (Blasco, 2001). השימוש בסרטי קולנוע מאפשר מבט שונה על נושאים רפואיים (Crellin & Briones, 1995). ההתנסות של חבריי ושלי בהנחיית הקורס 'קולנוע ורפואה' המחישה לנו שקולנוע יכול אף להוות עוגן תרבותי אלטרנטיבי אל מול המערכת התרבותית של בית החולים, שאליה חשופים הסטודנטים בשנים הקליניות, השנים בהן הם מתחילים לגבש את זהותם המקצועית (Lepicard & Friedman, 2003).

**חשיבות האמפתיה בשדה הטיפולי**

קיימת נחיצות לתחושת המובנות ולחוויה האמפתית בשדה הטיפולי. היינץ קוהוט (Kohut) ייחס לאמפתיה המיטיבה חשיבות מכרעת בהצלחת התהליך הטיפולי. הוא ראה באמפתיה לא רק אמצעי אלא מרכיב חיוני ומרפא בפני עצמו. קוהוט הדגיש את מקומם המכונן של האמפתיה ושל הכשל האמפתי בהתפתחות האדם ועל כן גם בתהליך הטיפולי. חזונו באשר לפגישה טיפולית המבוססת על אמפתיה ועל הקשבה עשוי לתרום לא רק לפסיכואנליטיקאים, אלא גם למטפלים הפועלים מחוץ למסגרת 'הספה הטיפולית' (אופנהיימר, 2000). את ספרו האחרון 'כיצד מרפאת האנליזה?', מייחד קוהוט לגילוי גרעינה המרפא של האנליזה, שבמרכזו ניצבת האמפתיה. התעמקותו במהותה של האמפתיה חוצה רבדים שונים, מהמשגתה ככלי לחקירת הנפש ועד שיוכה לעמדה הומנית ואתית (קוהוט, 2005).

את יכולת האמפתיה ראוי שנביא לידי ביטוי גם בעת שאנו אוחזים בעמדות שונות מאלו של מטופלים או עמיתים. אף אם קיימת לעתים מחלוקת או ביקורת מוצדקת כלפי דרכיו ומנהגיו של רופא מסויים, מוטלת עלינו החובה לגלות אמפתיה כלפיו, זאת מבלי להסיר ממנו בדל של אחריות.

להיות רופא פירושו להיפגש עם החיים ועם המוות באינטנסיביות בלתי שגרתית, שאינה מוכרת בדרך כלל לבעלי מקצועות אחרים. מוטל עליו להתמודד עם עומסים כבדים שהם פועל יוצא של הצורך להפנים מידע רב, מחוייבות לקבל החלטות הרות גורל ואחריות לחיי אדם. מוטל עליו להתמודד עם עומסים רגשיים מורכבים הנובעים מכל אלה ובו זמנית ממגעו הקרוב והתכוף עם כאב וסבל כמו גם עם חוסר אונים של אלה שבאחריותו הטיפולית או לעתים שלו עצמו. מובן, אם כן, שהוא זקוק להכשרה מתאימה ולכלים אשר יאפשרו לו להתמודד ביעילות הן מן ההיבט המקצועי והן מן ההיבט האישי עם אתגרים מורכבים אלו.

זהו המקום לשתף שהשימוש שעשיתי באמצעי ספרותי מקובל על מנת להאניש את העכברים, מתקשר אף הוא לאמפתיה. האנשה (פרסוניפיקציה) מעוררת אמפתיה. זו הסיבה לכך שרוב החיות בספרות הילדים מואנשות. בהיותם בעלי איברים אנושיים (כפות ידיים, שיני אדם וכו'), הולכים על שתיים, לובשים בגדים, משתמשים במכשירים וטרודים בבעיות המעסיקות בני אדם, מקבלים העכברים מעמד של סובייקט שקיימת אפשרות להזדהות אתו. ניתן אמנם להזדהות עמם אך עדיין הם רחוקים דיים על מנת למנוע הזדהות מלאה וממשית, ובכך מתאפשר לדבר 'עליהם ולא עלינו' (טכניקה מוכרת בחדר הטיפולים כאשר מספרים על אדם שלישי או משתמשים באגדה או משל על מנת לגעת בנושא מסויים מבלי להעצים התנגדות או חרדה). האנשה היא אנטי תזה לחיפצון ("השבר בפמור שרוצה כל הזמן שירידו אותה מהמטה", "הפסוריאזיס בפנים שאנחנו מעבירים לאיכילוב").

**חכם כבעל נסיון?**

הסופר מיכאל בולגקוב (Bulgakov), רופא בוגר אוניברסיטת קייב ומרפאות השדה בחזית מלחמת העולם הראשונה, מתייחס בסיפוריו למקצועו ולמורכבות הרבה הקיימת בו. בסיפורו

'רשימותיו של רופא צעיר' למשל, הוא מתאר דמות של רופא מוכשר המתמלא את את ביטחון ומשמש אורקל לתושבי המחוז. השאלה בדבר חכמתו של בעל הנסיון מבצבצת ועולה גם כאן. האם לסופר הכותב מחווייתו המקצועיות האישיות יש יתרון, מבחינת הישג הספרותי, על פני סופר המבצע תחקיר מקדים אודות מקצועותיהם של גיבוריו? ואולי סופר טוב הוא זה הניחן ביכולת להבין את ההוויה האנושית לעומקה, את נפשו של האדם, להבין את האחר ולהימצא בעיני רוחו ודימוינו בנעליו של האחר באשר הוא?

פתגם סיני טאואיסטי אומר: 'המכיר אחרים – חכם הוא'. ואולי יכולת זו היא ההופכת את הרופא לרופא טוב? והאם אין הסופר כותב אלא מתוך עצמו ומנבכי נפשו? כלומר, האם הסופר, גם אם הוא סופר ולא רופא, בכתבו על רופא, מספר הוא על עצמו, על חלקים בתוכו, פעילים או רדומים, דומיננטיים או מינוריים? והאם כך הוא בכתבו על ילד, חולה או אפילו פושע רצחני? אולי כוחו של הסופר מתמצה ביכולתו להיות ער לחלקים מנוגדים או משלימים באישיותו שלו ובסובביו, ביכולתו לראות את התמונה בשלמותה על המורכבות שבה ועל סתירותיה לכאורה?

סוגיית יתרונו של בעל הנסיון מקבלת מימד נוסף בבואנו לדון בסיפורו של בולגקוב 'מורפיום' (בולגקוב, 2002). לשם הדין יכולה להישאל השאלה אם על מנת לטפל במתמכרים באופן יעיל, רצוי שיהיה הרופא מכור לשעבר. על אף שטענה כזו נשמעת מרחיקת לכת על פניה, הרי בקבוצות לעזרה עצמית דוגמת (NA) (Narcotic Anonymous) זהו עקרון מנחה שאף הוכח כיעיל ביותר.

### תפיסה כוללנית ברפואת המשפחה

אחד האנשים שהושפעת ממנו ושעיצב את תפיסתי המקצועית בעת שעבדתי במרכז הקהילתי לבריאות הנפש ברמת חן, היה הפסיכיאטר יהודה פריד. את פריד מעולם לא הכרתי, הוא נפטר בטרם הגעתי כמתמחה צעיר למרכז. רוחו, כתביו ותלמידיו – מוריי, הפסיכולוגית יסמין שפיגל זכרה לברכה, הפסיכוגריאטר אליק יופה ואחרים – מהם שאבתי כלים שסייעו לי בגיבוש עמדותי המקצועית ומסייעים לי עדיין ביישומה. היישום כלל אינו פשוט או מובן מאליו, הוא דורש מודעות, יכולת התבוננות ולעיתים מאמץ.

בהרצאה שנשא בשנת 1986 בכנס משותף לפסיכיאטרים ולרופאי משפחה, טען פריד שברפואת המשפחה ישנה 'התכנסות' לקראת המטופל, כלומר הוא חדל להיות אובייקט בחלל מנוכר ונהיה אדם. הפסיכיאטרים לדבריו טענו לאורך ההסטוריה שהם רוצים לצאת מבתי החולים לחולי נפש, מהסגירות ומהחומות כדי ללכת לקראת האדם, לקראת הפרט ולהוציאו מהמסגרת המנכרת והמנוכרת. רופא המשפחה גם הוא בא עם אידיאולוגיה דומה ואומר: 'אינני רוצה את בית החולים, את האיש במסגרת המנוכרת, אני רוצה אותו בסביבה הטבעית שלו: בקהילה, במשפחה שלו, בסובייקטיביות שלו. אני רוצה גישה ישירה עם האיש ועם סביבתו, בלי מכשירים, אם אכן אינם חיוניים' (פריד, 1998).

נראה לי שזו אחת הסיבות המרכזיות לכך שבחרתי ללמד נושא כמו 'תקשורת רופא-חולה'

דווקא מתמחים לרפואת המשפחה, ושאני מעורב בסמינרים לרופאים בקהילה ופעיל בקבוצות באלינט (Balint). תרם לכך גם המפגש שהתאפשר לי עם רופאי משפחה, כמו מיכאל וינגרטן ואנדרה מטלון, שאיפשרו לי להביט על עמדתם הטיפולית ולשאוף ללמוד מכל אחד מהם משהו אודות חכמתו של המטפל. רפואת המשפחה, כשהיא במיטבה, היא בעיני 'פנינת הרפואה', ונראה שהייתי רוצה להתקרא 'פסיכיאטר-משפחה'.

במפגש בין רופא ומטופל ברפואת המשפחה, יש התייחסות לאדם בכליותו בהיבטים מרובים- למשל בהיבט של סביבתו החברתית והתרבותית, בהיבט של משפחתו (היחסים בתוכה, הסודות המשפחתיים) ובהיבט של רצף חייו על השמחות שבהם, משברי חיים והתמודדות עם חולי וגסיסה. האזנה לסיפור חייו של האדם מנקודת מבטו הסובייקטיבית (לכמן, 2000) עומדת בבסיס הטיפול בגישה הנרטיבית (Narrative), ומוכר לרופא המשפחה מעצם הליווי הנאמן לאורך ארועי חייו של הפציינט שלו מלידה ועד מוות.

בניגוד למחקרי אוכלוסייה, שם ההבדלים בין אדם לאדם מהווים 'רעש' שמנסים להתעלם ממנו על ידי דגימה גדולה, אחד מעקרונות הבסיס של התאוריה הנרטיבית (הנקרא Singularity) מתייחס לאדם הבודד תוך התעלמות זמנית מעיסוק באמיתות כלליות הנוגעות לאוכלוסיות גדולות.

### להכיר את האדם לפני מחלתו

אחד ממאפייני רפואת המשפחה, בשונה מדיסציפלינות רפואה אחרות, הוא שהרופא מכיר כרונולוגית את האדם לפני שהוא מכיר את מחלתו, ועל כן הוא מכיר באדם ולא במחלה כסובייקט שאליו הוא מחוייב בראש ובראשונה. בכל תחום אחר ברפואה, המפגש הרפואי הוא תמיד פועל יוצא של המחלה. הרופא מתוודע אל האדם כשהוא חולה ובדרך כלל מירב תשומת לבו מתמקדת במחלתו (Gillies, 2005). ויליאם אוסלר תבע את האימרה הידועה שחשוב יותר לדעת מיהו החולה במחלה מאשר איזו מחלה יש לחולה.

(It is much more important to know what sort of a patient has a disease (than what sort of disease a patient has.)

רופא המשפחה שלי ספר לי פעם שכאשר שואלים מומחה בגניקולוגיה למה הוא מומחה, הוא משיב 'לעיוותים בתעלת הלידה', כששואלים מומחה לאורטופדיה, למה הוא מומחה והוא עונה 'למיניסקוס בברך' וכששואלים אותה שאלה מומחה לרפואת המשפחה, הוא משיב 'אני מומחה למחלות של המטופלים שלי'.

לרופא המשפחה יש קודם כל מחוייבות למטופליו והוא מבין שמחלה מסויימת עשויה להתבטא באופנים שונים אצל מטופלים שונים (מבחינת המופע הסימפטומטי, העוצמה, תדירות ההתלקחויות, היעילות התרופתית וכו') וכן שקיימת וריאביליות באופן בו מטופלים שונים תופסים את מחלתם, מתמודדים עמה ומתפקדים לצדה. נראה לעתים שמרבית המטופלים שלנו לא טרחו כלל לעיין בספרי רפואה טרם בואם אלינו ומשום מה הם ממאנים לפעול 'על פי

הספר'.

### לקרוא את המטופל

ריטה שרון, רופאה פנימאית ודוקטור לספרות אנגלית, התחבטה בשאלת 'הספר' מזוית שונה. כאשר השתתפתי בסדנה שערכה, נוכחתי לדעת מה רבה החשיבות שהיא מייחסת ל- 'Narrative Competence' - היכולת להאזין, להבין מדוע סיפורו של המטופל חשוב לו ומה משמעותו עבורו. במהלך שכלולה של יכולת זו, מתפתחת חובת המאזין להקשיב ומתחדדת מיומנותו להיכנס לסיפור, להיכנס לעולמו של המספר ולהבינו מתוך נקודת מבטו הסובייקטיבית. כישורים נרטיביים משמשים את כולנו בעת קריאת ספרים וצפייה בסרטים, ראוי שייעשה שימוש בכישורים אלו גם בעת האזנה לסיפורי חולים. על כן, לטענתה של שרון, על לימוד 'קומפוטנטיות נארטיבית' להוות חלק אינטגרלי מלימודי הרפואה. לא בבחינת הפוגה מלימודי הביוכימיה או דרך לפתח את האישינות, אלא ככישור הכרחי שיש ללומדו ולפתחו כדי לאפשר עיסוק ברפואה.

שרון יישמה את זאת הלכה למעשה. היא הנחתה את הסטודנטים והמתמחים לקיים שתי צורות רישום אודות המטופלים שלהם. צורת רישום אחת בוצעה בשפה הרפואית המקובלת בתיקו הרפואי של המטופל, והשנייה כללה כתיבה ב'תיק המקביל' בשפה ספרותית שהיה בה ביטוי אקספרסיבי של רגשות והוא נכתב באופן חופשי. כתיבה זו, שהעמיקה יכולת הקשבה ופיתחה קומפוטנטיות נארטיבית, איפשרה למימד נוסף וחשוב לתפוס מקום. התברר שבשעה שהסטודנטים והרופאים כתבו באופן 'חופשי' אודות המטופל שלהם ב'תיק המקביל', הם התבוננו בעצמם. הם איזכרו את הביוגרפיה שלהם, נגעו בכאבים שלהם, הבחינו בתקוות שלהם, המשיגו את סדר העדיפויות שלהם והרהרו בתפיסת עולמם. (Charon, 1994) בכתבם אודות המטופל, הם נתנו מקום למה שמתעורר בהם במגעם עמו (כעס, חוסר אונים, גאווה, צער ועוד). נראה שהתקרבותם לרגשות ולכאבים של עצמם היא שאפשרה להם להתקרב אל מטופליהם.

על הרופא לנסות להבין ממה צרוף עולם מושגיו של המטופל הבא לקבל את עזרתו, מה צרוב בנשמתו, מהם כאביו. אין זה כה קשה, הרי אנו, בני האדם, דומים זה לזה. כל אחד מאתנו נושא בליבו פצע כלשהו.

### חשיבותו של הסיפור האנושי

רחל רמן (Remen), רופאה אמריקאית אשר סבלה ממחלה כרונית קשה כותבת בספרה 'חכמה משולחן המטבח - סיפורים שמרפאים': "כל אדם הוא סיפור. כשהייתי ילדה, נהגו אנשים לשבת סביב שולחנות המטבח ולספר את סיפוריהם. איננו מרבים לעשות זאת כיום. הישיבה סביב השולחן וההאזנה לסיפורים אינה רק דרך להעביר את הזמן. זו דרך להעביר את החכמה זה לזה. להעביר את החומר שעוזר לנו לחיות חיים ראויים ובעלי משמעות. למרות עוצמתה האדירה של הטכנולוגיה, רבים מאתנו עדיין אינם חיים טוב. יתכן שאנחנו צריכים לשוב ולהאזין זה לזה" (רמן, 1998).

פריד ציין שסטודנטים לרפואה ורופאים צעירים חשים לא פעם אי נחת בהגיעם לבית החולים. הם מרגישים שהרפואה "בורחת להם מתחת לידיים", שהם "טכנאים של מכשור" (פריד, 1998). הוא הדגיש שלפרט יש מה לומר על מחלתו. הפרט אמנם אינו מבין באנטומיה, בפיזיולוגיה, בביוכימיה ובפתולוגיה, אך הוא מבין שהוא חולה. לדעת פריד ההבדל בין 'פסיכיאטריה' ל'בריאות הנפש', היא המודעות שיש כלפי המטופל לא רק על היותו חולה, אלא גם על מצבו, חייו וקיומו כבן אדם בעולם.

במאמרו של זאב וינר, רופא משפחה ופסיכיאטר (וינר וספנסר, 1998), הוא מזכיר את דבריו של אפרים סנה, שר הבריאות דאז, ביום עיון שנערך לזכרו של פריד בשנת 1995: "אני זוכר שפעם חיפשתי את פרופסור פריד במחלקת אשפוז יום. כשמצאתי אותו אמרתי לו שאינני מצליח להבחין במחלקתו מיהו פרסונל ומי החולה והוא השיב: 'נתת לי עכשיו את המחמאה הכי גדולה שאני יכול לקבל...'"

#### הדדיות במפגש הטיפולי

התפיסה הרואה את הפסיכיאטר או הפסיכותרפיסט כבעל 'עיני רנטגן' הניחן ביכולת להתבונן בחדות אל תוך נבכי נפשו הנסתרים של היושב מולו והיודע טוב מן המטופל עצמו מהן חוויותיו ומה 'נכון' ו'טוב' עבורו, מייחסת למטפל כוחות כמו מאגיים ומעודדת עמדות טיפוליות פטרנליסטיות הניזונות מתפיסה כזו ומעצימות אותה. ראוי שגישות פטרנליסטיות במובהק תחלופנה כליל מעולם הטיפול ותפננה מקום לגישות הרואות בהדדיות, אם כי לא בסימטריה, יסוד מתבקש עליו מושתתים יחסיהם של המטפל והמטופל. בסוגיית ההדדיות, מתעמק לואיס ארון, ממנהיגי הזרם הפסיכואנליטי ההתייחסותי, בספרו, (Aron, 1996). 'Minds' Meeting of A'. באופן המעורר הרהורים נוספים אודות 'יחסי הכוחות' בסטינג הטיפולי.

יש הרואים את מפגשם של המטופל ומטפלו כ'מפגש בין שני מומחים'. מומחה מקצועי ומומחה לעצמו- מומחה לסגנונו, לקצבו, לערכיו, לעמדותיו, לצרכיו, לשאיפותיו ולהעדפותיו. במקביל לאימוצה של תפיסה זו, הרואה את המפגש כמפגש בין מומחים, תפיסה ההופכת מקובלת יותר ויותר, עלינו להיות ערים לכך שבמקרים רבים, ההעברה (Transference) של המטופל כלפי מטפלו משחזרת יחס של ילד להורה, לרבות הציפיות והצרכים המתלווים לכך. בהיותי סטודנט אמר לנו מורה שלמדתי ממנו רבות, בעיקר כיצד לא לנהוג: "גם כשראש ממשלה יעמוד מולכם בתחתונים וירעד מפחד כי לא ידע מה יש לו, הוא יחוש בבחינת ילד קטן לעומתכם...".

#### נחמה בעולם קפקאי

מורכבות עבודתו של הרופא, הבא במגע מתמיד עם אי ודאות, משתקפת היטב בסיפורו של פרנץ קפקא 'רופא כפרי'. הסופר מתייחס למורכבות העצומה הגלומה במקצוע הרפואה - לחוסר האונים של החולה אך גם לזה של רופאו. בסיפורו, חוסר האונים מפיל על התפקידים המסורתיים של 'חולה' ו'רופא'. המורכבות, אצל קפקא, מועצמת לכדי 'בלתי אפשריות'. בין תהומות מוות לפסגות חיים, ניצב רופא הכפר כשדמויות מקהילתו נאחזות בו על מנת שיצילן,

ובסופו של דבר לא ברור כלל מי קורס ומי זקוק לנחמה (קפקא, 2000).  
 רופא הכפר בסיפורו של קפקא מונע אמנם על ידי דחף אותנטי של שליחות, אך שומה עלינו להבין גם את הרופא המזעיף פנים וממעט בדיבורו. לעתים הוא נוהג כך תוך שימוש במנגנוני הגנה שתכליתם למנוע את קריסתו, ולכן עלינו להקדים ולהציע לו חלופות להתמודדות יעילה יותר ולהתחיל לצייד אותו בכלים מתאימים עוד בטרם יענוד על דש חלוקו הלבן את צמד האותיות הנכסף: דל"ת רי"ש.

### החכמה הנשכחת של הנחמה

בספרם 'השטן שביננו', נדרשים נחי אלון וחיים עומר לחכמה הנשכחת של הנחמה. הם מביעים תמיהה לא מבוטלת על כך שמיומנויות נחמה כמעט שאינן תופסות מקום בהכשרתם של מטפלים. בעיניהם של מטפלים רבים משתרע תחום הטיפול הנפשי ה'אמיתי' הרחק מעבר לתחום הנחמה, שהוא לתפיסתם תחומם של כוהני דת או הדיוטות. בעוד שתקוות הריפוי שואפת למטרה אחת- היעלמות הסבל, לנחמה שתי פנים: פנים מקבלות ופנים מעודדות. הקבלה מופנית אל הסבל ואילו העידוד - אל האפשרות לצמצם את הסבל או להיטיב לשאתו. הסבל והאובדן אינם נעלמים, אך האדם יכול להתבונן בהם לאחור בעודו צועד קדימה. הנחמה הינה גלולה מרה-מתוקה: מידת העידוד שבה היא רמיזת נכונותו של האדם לקבל את מצוקתו (אלון ועומר, 2005).

נחמה וחסד הם מונחים רבי השראה, אשר מהווים לתפיסתי נקודות מוצא בעבודת הרופא. יש בנקודות מוצא כאלה כדי להעניק תחושת משמעות עמוקה שהיא תשובה ניצחת לחוסר האונים ואי הוודאות המופיעים תדיר בחייו של כל אדם, ביתר שאת בעבודתו של הרופא ובאופן מועצם עד כדי אבסורד בעולם הקפקאי.

### מפריד לפרויד

במאמרה 'האמא של הפסיכואנליזה', נוגעת עמיה ליבליך בסוגיית ייצוגי המטפלים ומתמקדת בשנדור פרנצי (Ferenczi), מתלמידיו הבכירים של זיגמונד פרויד בוינה. רגישותו של פרנצי בלטה על רקע קור הרוח הרפואי, האובייקטיבי שדרש מורו מן העוסקים במקצוע החדש של הפסיכואנליזה, כפי שבא לידי ביטוי למשל במאמרו של פרויד 'עצות לרופא על הטיפול הפסיכואנליטי': "אני ממליץ לעמיתיי ומפציר בהם במידה שאין למעלה ממנה, שבמהלך הטיפול הפסיכואנליטי יראו ברופא המנתח דוגמה ומופת, שכן הוא מסיט הצידה את כל רגשותיו ואפילו את רחמיו האנושיים ומפנה את כל כוחות הנפש שלו למטרה אחת ויחידה: לבצע את הניתוח במיומנות רבה ככל האפשר" (פרויד, 1912).

פרנצי נחשב איש שוליים מודר מהשפעה במחנה הפסיכואנליטי במשך כשלושים שנה, אולם דור או שניים מאוחר יותר נמצא כי קרנו עולה בהדרגה וכתביו שוב נלמדים במסגרות שונות. מטפלים של שלהי המאה העשרים מצאו בכתביו רעיונות שהקדימו את זמנו, המתכתבים עם מה שהופך יותר ויותר מקובל בזמננו.



חוקרים אחדים שקמו בשנות התשעים של המאה העשרים, העלו את פרנצי לדרגת 'אימה' של התנועה הפסיכואנליטית, לצידו של פרויד, שהוא כמובן 'אביה' הבלתי מעורער. פרויד נתפס כמייצג הריחוק הרגשי, החוק והסדר, האובייקטיביות, הגישה 'הכירורגית'. בעוד שפרנצי מוצג כמי שדגל בחשיבות הקשר הטיפולי מעל לכול. אצל פרויד בלט ערכם של הפירוש והתובנה במעשה התרפויטי, ואילו פרנצי הדגיש את היחסים האותנטיים בין המטפל והמטופל וראה בהם מוקד של תהליך השיקום הטיפולי.

האנליטיקאי לפי פרויד נשאר מרוחק, מתבונן שקול בטלטלות האוחזות במטופליו, ואילו האנליטיקאי שמייצג פרנצי מתחבר ב'אמהיות' לרגשות של מטופליו ואף אינו מסתיר זאת מפניהם (ליבליך, 2004). קרבה, הדדיות ואהבה הם אינם מושגים זרים במגרש הטיפולי על פי תפיסתו של פרנצי (אשר מבחר ממאמריו המרתקים קובצו בספר 'בלבול השפות בין המבוגרים לילד') (פרנצי, 2003). פרנצי הציע עוד בזמנו של פרויד כיוונים שהיום מכונים 'התייחסותיים'. לגישה ההתייחסותית (Relational Psychoanalysis), שאני נמנה על חסידיה, שורשים גם בעבודתם של דונלד ויניקוט (Winnicott), היינץ קוהוט (Kohut) ואנליטיקאים מרכזיים אחרים.

גישה פתוחה לצרכי המטופל, גישה הדדית באמת ו'בגובה העיניים', מתאפשרת למטפל בעל גבולות פנימיים מגובשים ומוגדרים היטב, המשודרים בדרך כלשהי גם כלפי חוץ. כך נמנעים מן המטופל בלבול וטשטוש גבולות. שיעור זה, אשר מאפשר לי ליישם הלכה למעשה את עמדותי הטיפולית, לימדה אותי, אגב צפייה בהתנהלותה במחלקה, מדריכתי הראשונה לפסיכותרפיה, הפסיכולוגית יסמין שפיגל זכרה לברכה. היה זה, כך נדמה לי, תמהיל תרפויטי, פרי ניסיון רב שנים של הכלה 'אימהית' מאפשרת כשברקע גבול 'אבהי' ברור.

עצם הדיון בייצוגים גבריים ונשיים מעורר באופן בלתי נמנע שאלות רבות, אשר לא אתעמק בהן כאן, ביחס למידת השפעתה של הזהות המגדרית על אופי היחסים הטיפוליים. למשל, האם יש במגמה הנוכחית של הקטנת האחיזה הגברית במקצוע הרפואה והפיכתו למקצוע ששיעור הנשים בו הולך וגובר בהתמדה, כדי להשפיע בעתיד על אופיים של יחסי רופא – מטופל.

בבודהיזם הטיבטי עתיק היומין, שההקשרים בינו לפסיכולוגיה המערבית המודרנית נלמדים כיום בהתלהבות במסגרות שונות, נחשב אדם נדיב, עדין וחומל ל'יצור אם' ללא קשר למינו. כלומר ההבנה שייצוג מגדרי אינו תלוי מגדר מוכרת לאנושות שנים רבות.

אנו, שנדרשים לשאלת המטפל האולטימטיבי, 'הרופא בה"א הידיעה', יכולים להצביע על כך שמטפל מוצלח הוא כנראה זה שמגולמים בו בחכמה ייצוגים משלימים - אמהיים לצד אבהיים, נשיים לצד גבריים, אנושיים לצד ידעניים, 'פרנציים' לצד 'פרודיאניים'.

### איש העכברושים

אי אפשר להזכיר את פרויד מבלי להתייחס לתיאור המקרה המוצלח שלו מ-1909 (The

(Rat Man) שזכה לתרגום לעברית ולהקדמה מאירת העיניים של דוד גרין (פרויד, 2004). תיאור המקרה יאפשר להציג את פרויד המטפל באור שונה לחלוטין ולהתוודע לצדדים נוספים של פרויד-המטפל, השונים בתכלית מאלו שהוצגו עד כה. ניתן יהיה להתרשם מן התמונה האינטגרטיבית בכללותה על ריבוי הפנים שבה ולבחון את דמותו הסטריאוטיפית של פרויד מתוך עמדה מתבוננת ורחבה יותר.

כישוריו הספרותיים של פרויד הפכו את תיאור המקרה הזה לסיפור עלילה מרתק. 'איש העכברושים' הוא כינויו של עורך הדין ארנסט לנצר מטופלו של פרויד שחרדותיו נבעו מתיאור פורנוגרפי שנתקל בו. טיפולו המוצלח של פרויד בלנצר חורג מן הדימוי הנוקשה של הטיפול הפסיכואנליטי, ובתיאור המקרה אנו מתוודעים לקשר המיוחד שנרקם בין פרויד למטופלו. פרויד אינו מקפיד לשמור על נייטרליות טיפולית ועל מסגרת טיפולית, והדבר מגיע לכדי כך שהוא מגיש ארוחה ללנצר במהלך הטיפול. יש המבקרים נחרצות את פרויד ומאשימים אותו בסטייה מכללי היסוד של הפסיכואנליזה, ויש המתייחסים דווקא ליתרונות הנובעים מיחסו המיוחד ללנצר ומאמינים שהצלחת הטיפול בו נובעת דווקא מן הספונטניות ומן הקשר הבלתי אמצעי שנוצר במהלכו (Lipton, 1977). קשה שלא להבחין באמפתיה שפיתח פרויד כלפי לנצר. האמפתיה הזו נראית לכאורה כסטייה מתבנית החשיבה של הפסיכואנליזה, במיוחד על רקע תיאור המקרה של 'דורה' (שהיה כישלון טיפולי על אף שבאמצעותו הציג פרויד באופן מבריק את מקורות ההיסטוריה) שקדם לטיפול ב'איש העכברושים' והתאפיין ביחס מנוכר ואף עויין מצדו של פרויד. מכל מקום, אי אפשר להתעלם מהשפעת יחסו החיובי של פרויד כלפי לנצר על התפתחות הטיפול. ניתן לפרש את השפעת האמפתיה של פרויד על תהליך הטיפול כיצירת 'טרנספרנס חיובי' או כסטייה מכללי יסוד, זאת בהתאם לעמדותיהם של המבקרים. את חשיבותה של האמפתיה הדגיש פרויד במאמרו משנת 1913 'על פתיחות הטיפול', שם הוא מדגיש את חשיבותה המרכזית בתהליך הטיפול: "מטרתו הראשונה של הטיפול הייתה ונשארה לחבר את המטופל אליו ואל דמות הרופא." (פרויד, 1913).

המטפל ה'נכון' בעיני פרויד היה מעין דמות ערטילאית, חסרת אישיות משלה. דמות שסטיבן מיטשל (Mitchell) כינה 'מטפל גנרי' (Generic) וחשב שאין כזו בנמצא. פרויד, בעבודתו הטיפולית, לא הקפיד כלל על חוקי ההתנהגות שהוא הועיד למטפל חסר הפנים האישיים ונטול התכונות האישיות (מיטשל ובלאק, 2006). פרויד לא נהג על פי הספר שהוא עצמו כתב. הוא טיפל באופן הרבה יותר 'התייחסותי' מהאופן שבו תיאר את השיטה הנחשבת כיום כקלאסית, הוא היה מטפל אינטראקטיבי, נוכח ומגיב.

### קבוצות באלינט

בהיבט המערכתי, חשוב שנעודד את הסטודנטים שלנו בדרכים מושכלות, לחפש באופן מתמיד אחר חכמה, ממש כפי שאנו מורגלים לחנך אותם לעשות זאת לגבי ידע רפואי. עלינו לגבש דרכים מעשיות להטמיע זאת כנקודת מוצא מקצועית וערכית גם במסגרות ההמשך של 'לימודי ההמשך ברפואה' ובמחלקות האם בבתי החולים. הקמת קבוצות ב'שיטת באלינט' על ידי רופאים מדיסיפלינות שונות, ולא דווקא רופאי משפחה,

כפי שמקובל כיום, עשויה לתפיסתי לתרום משמעותית לפיתוח מתמשך של המיומנות שלנו, כמטפלים, להתבונן ביחסים שלנו עם מטופלינו מתוך מודעות הולכת ומעמיקה.

מיכאל באלינט (Balint), פסיכואנליטיקאי הונגרי שהיגר לאנגליה, התעניין בשנות החמישים של המאה העשרים באופיים של יחסים בין רופא המשפחה לבין הפציינט ובהשפעה שלהם על התהליך הטיפולי, ופיתח את השיטה הנושאת עד היום את שמו. באלינט, מתלמידיו המובהקים של שנדור פרנצי, היה אחד הבודדים אשר גם בתקופה בה פרנצי זכה לדה-קרדיטיזציה גורפת מכל עבר, המשיך להעריך את האיש ואת כתביו ואף נתן לדבר ביטוי פומבי.

אם בעבר האיר הזרקור של עולם הטיפול הרפואי על המטפל (Doctor-Centered), ובהמשך נעשו נסיונות לכוון את האלומה לעברו של המטופל (Platt, Gasper, Patint-Centered), הרי כיום הולך ומוסט הדגש לעבר האינטראקציה ביניהם, לכיוון היחסים הנרקמים בין המטפל והמטופל (Coulehan, Fox, Adler, Wayne, Smith & Stewart, 2001 Relationship-Centered). המושג 'אינטרסובייקטיביות' הולך ותופס מקום מרכזי בעולם הטיפול הפסיכולוגי ובכתיבה האנליטית בעשורים האחרונים ועמו ההבחנה בין 'פסיכולוגיה של אדם' אחד' (המטופל) לבין 'פסיכולוגיה של שני אנשים' (החלק באינטראקציה של המטפל והמטופל גם יחד) (מיטשל ובלאק, 2006).

'קבוצת באלינט' אינה קבוצה טיפולית לרופאים, כפי שנוטים לעתים לחשוב, ובוודאי שאינה קבוצת דיון העוסקת בתחום הקליני-מקצועי. זהו כלי המכוון לרווחתו של הרופא, אף שמוקד העניין הראשוני הוא המטופל. ניתן לומר שבפגישות באלינט, ה'מטופל' הוא למעשה ה'יחסים', כלומר הצלע השלישית במשולש: רופא - מטופל - אינטראקציה. בפגישות מעלים אירועים הקשורים ביחסי הרופא ואחד ממטופליו, ונעשה ניתוח של הקבוצה בתיווך המנחים על פי שיטתו של באלינט. מטרת המפגשים היא להתייחס לכמה מן הבעיות שנוצרו ביחסיהם של הרופאים עם חולים מסויימים ובמערכת ההרגשות של עצמם ולפתח את רגישותם לתהליכים הנפשיים של מטופליהם.

מיכאל באלינט נפטר בשנת 1970, אולם איגוד הבאלינט העולמי נחשב לגוף פעיל ותוסס ובמדינות רבות, וישראל ביניהן, מתכנסים אחת למספר שבועות, על חשבון זמנם הפנוי, רופאי משפחה בסטינג קבוע, בהנחייתם של רופא משפחה ואיש בריאות הנפש, ומתמקדים ביחסיהם עם מטופליהם. כמעט כל רופא, גם אם אינו רופא משפחה, יכול למצוא בקבוצת באלינט 'בית' בו אפשר 'למלא מצברים', ביחוד אם מדובר ברופא המעוניין לעסוק ברפואה שלמה הכוללת גם את בריאותה של הנפש ואת ההתייחסות למרכיבים הסובייקטיביים-רגשיים של המפגש רופא-חולה. קבוצה כזו מעניקה הכלה ותמיכה ובעקבות כך ניתן לא רק להפחית או למנוע שחיקה, אלא אף להתפתח ולהבשיל כאדם וכמטפל ולהגביר את ההנאה והסיפוק שהרופא שואב מעבודתו (מעוז, רבין, כץ ומטלון, 2004). מודעות זו למשמעות העמוקה של יחסי מטפל-מטופל, שחלק מרופאי המשפחה מקפידים לפתח, ראוי שתימצא לה אחיזה של קבע גם בענפי רפואה נוספים. הדבר ייטיב עם המטופלים ועם מטפליהם. רווחתו של הרופא,

עומק השחיקה אליה הוא חשוף ומידת תרומתו לתהליכי ההחלמה של מטופליו, מושפעים ממצבו הרגשי מול מטופליו ומיחסיו עמם.

ידוע שאנשי מקצוע שהשתתפו בקבוצות באלינט, פיתחו מיומנויות בין-אישיות, הגבירו את תחושת הערך העצמי שלהם מבחינה מקצועית, את האמונה ביכולתם המקצועית ואת הסיפוק מעבודתם

(Rabin, Matalon, Maoz & Shiber, 2005)). חשיבותן של קבוצות באלינט רבה. יש בקיומן כדי לאפשר התייחסות מובנית, אם כי חלקית, לפן הרגשי המזנח בעולם הרפואה המקצועי יחסית לפן הרציונלי הזוכה להתייחסות ולטיפול בלתי פוסקים באמצעות דיונים מקצועיים, הצגות מקרה, כנסים מדעיים ומאמרים בעתונות הרפואית.

### אינטלקט ורגש - הרחבת זווית הראייה

פטרישיה דיגן ממשיגה, כאמור, חכמה כהבנת המהות הכוללנית אשר לשם הבנתה יש צורך בהתייחסות אכפתית ובקשר אנושי. טענותיה של דיגן עולות בקנה אחד גם עם קריאות עכשוויות, כדוגמת אלו של נוסבאום, להוספה של מימד אמפתי-רגשי לחשיבה הרציונלית השלטת בשיח הציבורי. נוסבאום מציגה את תרומתן האפשרית של יצירות הספרות לחשיבה האתית-רציונלית ומדגימה את כוחה של הספרות לסייע לנו לדמיין את האחר באמפתיה ובחמלה. היא אינה קוראת לביטולה של החשיבה הרציונלית בשיח הציבורי, אלא מבקשת להוסיף עוד רגש ודמיון לשיח הציבורי הנשלט על ידי החשיבה הרציונלית וזאת על מנת להפכו לאנושי יותר (נוסבאום, 2003). גם דיגן, בקריאתה לרתום את החכמה לתהליכי השיקום, אינה קוראת לבטל את השיח המדעי רציונלי אודות מחלות הנפש. היא מבקשת להוסיף לו רגש וחמלה על מנת להעשירו ולסייע לו במקומות שבהם שיח זה נתקל במגבלות כוחו. על ידי זיהוי מגבלות הידע והרחבת זווית הראייה ועל ידי אינטגרציה של אינטלקט ורגש, אנו מרחיבים את יכולותינו והופכים למטפלים ולאנשי שיקום טובים ומקצועיים יותר.

### מטפל 'שלם' שלפניו מטופל 'שלם'

השאלות שראוי, לעניות דעתי, שכל אחד מאתנו ישאל את עצמו בחובשו את כובע המטפל הן: באיזו מידה אני פתוח למפגש, ברגע נתון, בין המטפל ה'ידען' שבי למטפל ה'אנושי' והקשוב שבי?; באיזו מידה אני פועל על סמך ידע מגובה?; מהו המקום שאני משאיר לאינטואיציה?; באיזו מידה אני מתנהל בחכמה במובן של סינרגיזם בין ידע ואנושיות והאם אני מאפשר לידע ולאנושיות לפעול בשיתוף פעולה הדוק זה לצד זה ולא זה על חשבון של זה?

ניטיב לעשות אם נאפשר לשני המטפלים שבנו להיפגש תכופות, אם נאפשר ל'עכבר העיר' לבקר תכופות את 'עכבר הכפר' ולהפך. מפגשים הדדיים כאלה יאפשרו למטופלים שלנו למצוא מטפל 'שלם', ולנו, לראות את המטופל ככזה - שלם. המטפל ה'שלם', משכיל לשלב בין ידע לבין יצירת קשר אנושי מתוך עמדה אינטגרטיבית פנימית ולא מפוצלת. מטפל הפועל באופן אינטגרטיבי ומשלב בעבודתו ידע לצד אנושיות ואינטלקט לצד רגש, חש שיש משמעות רבה יותר

לעבודתו ונשחק פחות שני כובעים כאשר קראתי לראשונה את מאמריה של פטרישיה דיגן וצפיתי בהרצאותיה המוקלטות, חשתי שהיא ממשיגה בדרכה הבהירה והציורית כמה מיסודות ה'אני מאמין' המקצועי שגיבשתי לעצמי במהלך עבודתי הטיפולית עד כה. אלה מתכתבים עם רעיונותיה (שחלקם אף מצוטטים על ידי כאן (Deegan, 1988, 1990, 1994) דיגן, דוקטור לפסיכולוגיה, מרצה, חוקרת ופעילה חברתית, מאובחנת כלוקה בסכיזופרניה. היא מגדירה עצמה כיום, כשלושים שנה לאחר פרוץ מחלתה, בהיותה בגיל ההתבגרות, כ'מחלימה'). 'מחלימה'? האין סכיזופרניה מחלה כרונית? סכיזופרניה אכן מוגדרת ככזו, אך במונחים של החלמה, בהחלט ניתן להחלים ממנה. הכוונה ב'החלמה' איננה ל'ריפוי', כלומר דוקטור דיגן עדיין נוטלת טיפול פרמקולוגי פסיכיאטרי ולדבריה מדי פעם אף נזקקת לאשפוזים. החלמה הינה קבלת המחלה והתמודדות עמה. החלמה הינה החיים לצד הסימפטומים.

הרושם העז שמותירות בי אמירותיה החדות של דיגן, נובע כנראה גם מעצם העובדה שהיא חובשת את כובעה של הפסיכולוגית אשת האקדמיה ואת זה של המטופלת הלוקה בנפשה בעת ובעונה אחת. לדיגן, בניגוד לרוב המצוטטים בפרק זה, יותר מנקודת מבט אחת. הדבר מאפשר לה ראייה בפרספקטיבה רחבה הן מצד הידע שרכשה בלימודיה והן מבחינת חכמת החיים שצברה במהלך התמודדותה עם מחלתה, אובדנה וסבלה. ההבנה שרכשה ויכולת ההתבוננות שפיתחה מקנות לה מעמד של 'מומחית לדבר' משני צדיו של המתנס.

גם לקיי רדפילד ג'יימסון (Jamison), פרופסור לפסיכולוגיה באוניברסיטת ג'ונס הופקינס מעמד דומה. ג'יימסון הנחשבת בת סמכא בתחום המאניה-דיפרסיה חושפת בספרה 'נפש לא שקטה' בעדות אישית בגוף ראשון את מאבקה במחלה זו (ג'יימסון, 1999).

### המטפל הפצוע

כירון (Chiron) המיתולוגי הוא דמות משמעותיות מאוד בעיני. פגיעת החץ המורעל של הרקולס הותירה בו פצע שלא הגליד מעולם. חוויית הפגיעה התמידית היא שהקנתה לו סגולות לשמש כמרפא יעיל במיוחד ולהוות סמל לרופא ה'אולטימטיבי'. המיתוס המרתק לפיו 'הפצוע ניחן ביכולת האמיתית לרפא' לקוח מן המיתולוגיה היוונית ושגור בעולם המושגים היונגיאני. כירון אינו הדמות המיתולוגית היחידה הנחשבת כבעלת כושר ריפוי פנומנלי, כך גם אסקולפינוס (Aesculapinus), דמות שראתה את המוות בעיניה ושבה אל בין החיים.

מק'וויני (McWhinney) הדן ברגישות בדמותו של רופא המשפחה ומאזכר את כירון כמו גם את אסקולפינוס, מדבר על כך שלעתים קרובות מתחולל שינוי בגישתו של רופא שהחלים ממחלה קשה והוא הופך למטפל מסוג אחר. הוא רוכש חכמה שהבנה אינטלקטואלית אינה יכולה להקנות. מק'וויני מציין שלעתים הגורל מזמן לרופא חוויה קשה שטמון בה פוטנציאל לרכוש חכמה זו, וטוען שרופא יכול לרכוש חכמה זו אט אט ובהדרגה אם יאפשר לעצמו קשר וחיבור אל הפצע שבתוכו, אל הפצע שטרם הגליד או אל הצלקת שלעולם תישאר חרותה (McWhinney, 1989). היכולת לחוש בפגיעותו היא אולי אחד האתגרים הקשים ביותר לרופא שחונך על ברכי מיתוס המציל הפוטנטי הכל יכול.

לקראת סיומם כתיבת הפרק, נראה לי יותר מתמיד, שאולי אחת היכולות ההופכות אותנו לרופאים טובים ולמרפאים אמיתיים היא דווקא היכולת להרפות. לחדול לפחד מן הפצע שלנו כפי שאין אנו נבהלים בדרך כלל מן הפצע של המטופל. נראה לי שנודעת חשיבות, מן ההיבט ההומני-אתי, מן ההיבט הטיפולי-שיקומי ואף מן ההיבט של הצמיחה האישית, לפתח את אותה יכולת לקבל את חוסר האונים, לא רק של המטופל. אלא גם זו שלנו. כאשר יוצרים מגע קרוב וכן עם המטופל בסבלו, הדבר מחייב התקרבות לחוסר האונים שלו, ליטול משהו מן המוגבלות שלו, לקחת משהו מהצליעה שלו אל תוך צעדיו הבוטחים של המטפל, להתקרב לחוסר האונים של מדע הרפואה ושל המטפל עצמו. מהלך שכזה, יש בו כדי להוסיף מימד נוסף למדע הרפואה ולהפכו לאמנות, אמנות הריפוי. פגיעת החץ של הרקולס שמחייבת את הרפואה 'לחיות עם מגבלותיה' מקנה לה את כוחה.

### תהליך למידה מתמשך

הייתה לי זכות ללמוד עד כה ממנטורים אשר נקרו בדרכי ואשר בחרתי להגדירם לעצמי ככאלה. (למדתי גם מרופאים וממנהלים אחדים כיצד לא לנהוג ובאיזו עמדה טיפולית כוונתי להקפיד שלא להימצא). יחד עם זאת אין לי ספק שחוויות טיפוליות אחדות שעברתי עם מטופליי, הן שעיצבו את תפיסתי לגבי אופיו ההדדי של התהליך הטיפולי והשיקומי. תודה מיוחדת אני חב לכמה מטופלים המכונים 'ידענים' (Wykurz & Kelly, 2002), אשר סייעו רבות להתפתחותי המקצועית. אחדים ניתצו ללא היסוס כמה תפיסות מקובעות שהתאמצתי לאחוז בחוזקה (למשל לגבי קצב השיקום ה'נכון') והראו לי את הדרך לטפל בהם ולהעצימם תוך שהם חושפים כוחות מפתיעים, התמדה ועקשנות לצד קשיים, אכזבות ומשברים חולפים. הם לימדו אותי, כל אחד בדרכו הייחודית, כמה מרזי המקצוע הרפואי שמעולם לא לימדו אותי בבית הספר לרפואה. שיעורים רבי ערך אלו לימדו אותי בעיקר כיצד לפנות מקום לידע של המטופל ולהרפות, ולו לרגע, מהאחיזה האוטומטית בידע המקצועי, בדוגמות ובניסיון העבר. השכלתי להבין בעזרתם את עומק החירות המחשבתית הנדרשת על מנת להתכוונן באופן מדוייק ורגיש באמת למטופל ספציפי, על מנת להתאים את עצמי לצרכיו הספציפיים בתהליך צמיחתו ושיקומו. בכך הם העניקו לי כלים להיות מטפל צנוע יותר, פתוח יותר ומעט חכם יותר. על פי תפיסת החכמה של סוקרטס, אני יודע כעת מעט יותר עד כמה איני יודע.

### מקורות

- אופנהיימר א' (2000). **היינץ קוהוט**. תל אביב: תולעת ספרים.
- אלון נ' ועומר ח' (2005). **השטן שביננו – מדמוניזציה להידברות**. צפת: ספרים.
- אלמוג ר' (2005). **בין דחק לחוכמה: מקומה של החוכמה בתהליך ההערכה במפגש עם גורם מעורר דחק, ומקומו של הדחק בתהליך התפתחותה של החוכמה**. תל אביב: המכללה האקדמית של תל אביב-יפו (כתב יד שלא פורסם).
- אפלטון (1979). **כל כתבי אפלטון**. תל אביב: שוקן.

- בולגקוב מ' (2002). **מורפיום**. תל אביב: ביתן.
- גוברין ע' (2002). הפסיכולוגיה של היום. **הארץ**, 18 בינואר.
- ג'יימסון ק"ר (1999). **נפש לא שקטה**. תל אביב: מטר.
- וינר ז' וספנסר ט' (1998). פסיכיאטריה, רפואת המשפחה והומינזם-מורשתו של יהודה פריד. **הרפואה**, 134, 317-318.
- טאוב ג' (2004). הטעות של פריד. **מוסף הארץ**, 30 באפריל.
- יונג ק"ג (1973). האני והלא מודע. תל אביב: דביר.
- יונג ק"ג (1975). הפסיכולוגיה של הלא מודע. תל אביב: דביר.
- ליבליך ע' (2004). האמא של הפסיכואנליזה. **הארץ**, מוסף ספרים, 25 בפברואר.
- לכמן, מ' (2000). **נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים**. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים.
- לה-שאן, ל' (2000). **סרטן כנקודת מפנה**. תל אביב: אלטרנטיבות.
- לזין ס' (2001). 'מי מת?' המוות כמורה לחיים. תל אביב: פראג.
- מירון ר' (2006). **קרל יאספרס – מהעצמיות אל ההוויה**. רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.
- מעוז ב', רבין ס', כץ ח' ומטלון א' (2004). **החולה, הרופא ומה שביניהם: הגישה הבינאישית ברפואה**. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.
- נוסבאום מ' (2003). **צדק פואטי**. חיפה, אור יהודה: אוניברסיטת חיפה ומעריב.
- מיטשל ס"א (2003). **תקווה ופחד בפסיכואנליזה**. תל אביב: תולעת ספרים.
- מיטשל ס"א ובלאק מ"ג (2006). **פריד ומעבר לו: תולדות החשיבה הפסיכואנליטית המודרנית**. תל אביב: תולעת ספרים.
- סיגל ב"ס (1997). **אהבה, רפואה ונסים**. ירושלים: כתר.
- סיגל ב"ס (1994). **חיים, אהבה ובריאות**. ירושלים: כתר.
- פריד ז' (2004). **איש העכרושים – הערות אודות מקרה של נירוזזה כפייתית**. צפת: ספרים.
- פריד, ז' (2002). **הטיפול הפסיכואנליטי**. תל אביב: עם עובד.
- פריד י' (1998). השקפתו של פסיכיאטר אחד על רפואת המשפחה. **הרפואה**, 134, 315-317.
- פרידמן, ב' (עורך), (1999). **נחמן: הגדה של פסח עם פירוש מתורתו של רבי נחמן מברסלב**. ירושלים: מכון נחלת צבי.
- פרנצי ש' (2003). בלבול השפות בין המבוגרים לילד. תל אביב: עם עובד.

- צ'ודרון פ' (2001). כשהדברים מתפרקים. תל אביב: פראג.  
קובלר - רוס, א' (2002). **המוות חשוב לחיים**. ירושלים: כתר.  
קוהוט ה' (2005). **כיצד מרפאת האנליזה?** תל אביב: עם עובד.  
קפקא פ' (2000). **רופא כפרי**. תל אביב: עם עובד.  
קרליבך ש' (2003). **הגדת קרליבך – ליל הסדר עם רבי שלמה**. ירושלים: אורים.  
רמן ר"נ (1998). **חכמה משולחן המטבח – סיפורים שמרפאים**. תל אביב: מודן.  
שוהם ש"ג (1980). **גאולה דרך הביבים**. תל אביב: גומא.  
שראל ע', בורקן ג', ברנשטיין י' ורוזובסקי א' (1998). ההתייחסות לרפואה חלופית לגווניה בקרב רופאי משפחה בישראל. **הרפואה**, 101-104 135.  
מעוז ג' (2005), מיתוס הזקן החכם נדלה מתוך:  
<http://www.israjung.co.il/maozgad/oldwise.htm>  
דיגן פ' (1994). הרצאה בכנס של ארגון בריאות הנפש העולמי בהולנד  
Aldwin C. M. (1994). *Stress, coping and development*. N.Y.: Guilford.
- Anthony L.S. (2006). A new theoreticl foundation for relationship-Centered care complex responsive processes of relating . *Journal of General/ Internal Medicine*. 21, 40-44.
- Aron L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. N.Y.: The Analytic Press.
- Assmann A. (1994). Wholesome knowledge: Concepts of wisdom in historical and cross cultural perspective. In Featherman D. L., Lerner R. M, & Perlmutter M. (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp.187-224). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Baltes P. B. & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Blasco P. (2001). Literature and movies for medical students. *Family Medicine*, 33, 426-428.
- Charon R. (1994). Narrative accuracy in the clinical setting. *Medical Encounter*. 11, 20-23.



- Charon R. (1994). The internist's library: Doctors at the heart of the novel. *Annals of Internal Medicine*, 121, 390-391.
- Crellin J. & Briones A. (1995). Movies in medical education. *Academic Medicine*, 70, 745.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*, 9(3), 203-213
- Deegan P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Deegan P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18, 301-313.
- Gaver A., Borkan J.M., Weingarten M.A. (2005). Illness in context and families as teachers: A year-long project for medical students. *Academic Medicine*, 80.
- Gillies J. (2005). Getting it in the consultation: Hippocrate's problem; Aristotle's answer. The Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 86.
- Kobasa S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37, 1-11.
- Lepicard E., Friedman K. (2003). Medicine, cinema and culture: A workshop in medical humanities for clinical years. *Medical Education*, 37, 1039-1040
- Linley P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of traumatic stress*, 16, 601-610.
- Linley P. A., Joseph S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Lipton S. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the rat man. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 255-273.

- McWhinney I.R. (1989). *A Textbook of Family Medicine*. N.Y.: Oxford University.
- Platt F.W., Gasper D.L., Coulehan J.L., Fox L., Adler A.J., Wayne W.W., Smith R.C., & Stewart M. (2001). Tell Me about Yourself: The Patient-Centered Interview. *Ann. Inter. Med.* 134, 1079-1085.
- Rabin S., Matalon A., Maoz B. & Shiber A. (2005). Keeping doctors healthy: A salutogenic perspective. *Families, Systems & Health*, 23, 94-102.
- Radeke J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 82-84.
- Roe D., Lachman M. (2005). The subjective experience of people with severe mental illness: A potentially crucial piece of the puzzle. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 42, 223-230.
- Samoilov A. & Goldfried M.R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior Therapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 7: 373-385.
- Sandler P. C. (1997). What is thinking: An attempt to an integrative study of W. R. Bion's contributions to the process of knowing. A paper presented at the Bion 1997 Conference. Italy: Torino
- Smith R. (2003). Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ* 327, 1430-1433.
- Sontag S. (2001). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. USA: Picador.
- Staudinger U. M. & Werner I. (2003). Wisdom: Its social nature and lifespan development. In Valsiner J. & Conolly K. (Eds.), *Handbook of developmental psychology* (pp.584-602). London: Sage.
- Tedeschi R. G., Park C. L. & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In. Tedeschi R. G, Park C. L. & Calhoun L. G. (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*

(pp.1-22). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wink P., Helson R. (1997). Practical and transcendent wisdom: Their nature and some longitudinal findings. *Journal of Adult Development*, 4: 1-15.

Wykurz G. & Kelly D. (2002). Developing the role of patients as teachers: Literature review. *British Medical Journal*, 325, 818 – 821.

Baltes P. B. (2004). Wisdom as orchestration of mind and virtue. Book in preparation. Retrieved from <http://www.mpib-Berlin.mpg.de/dok/full/baltes/orchestr/index.htm>

\* נכתב בשיתוף פרופ' תלמה קושניר ורן אלמוג

מוקדש לזכרה של יסמין שפיגל ז"ל, מדריכתי הראשונה והמשפיעה לפסיכותרפיה, אשר הלכה לעולמה בטרם עת בסיום כתיבת הפרק. (אשרי אדם מצא חכמה" משלי ג', 13)



## שיקום נפגעי נפש במגזר הערבי- אתגר ומציאות

### חולוד פאום

המאמר מבוסס על ניסיון מהשטח ועל התנסות בעבודה אינטנסיבית בתוך הקהילה הערבית במזרח ירושלים, ומטרתו להציג תמונה כללית של שילוב אנשים נפגעי נפש בתוך קהילתם הטבעית.

### בתוך האפלה שמש זורחת

החברה הערבית בירושלים היא קהילה מסורתית סגורה ושמרנית, שבה יש למשפחה תפקיד חשוב כמוסד חברתי המספק תמיכה ועידוד בעתות לחץ ומצוקה. אולם כשמדובר בנושא הכרוך בטאבו או בסטיגמה כמו הפרעה נפשית, מתעוררים בחברה זו פרדוקסים רבים: מצד אחד החלש תופס מעמד מיוחד כנכה, כמי שאינו יכול לתפקד וסטיגמות רבות ומיושנות כרוכות ביחס אליו. מתוך כך הוא נדחק הצידה, ובני משפחה אחרים תופסים את מקומו ומנסים למלא את תפקידו. מצד אחר החברה, בהיותה מסורתית, שומרת על ערכים בסיסיים כמו תמיכה, לכידות ואחדות, ומחויבותה כלפי חבריה היא לדאוג להם ולספק את צרכיהם ואת דרישותיהם, לכן המשפחה מתגייסת לתמיכה רגשית וחומרית. מקורות העזרה הראשונים הם בני המשפחה הגרעינית, בני המשפחה המורחבת וחברים, מקורות אחרים הם גורמים פורמליים כמו לשכת הרווחה, מרפאות, ועוד. הפנייה למקורות אלה מתאפיינת לעתים בחשש, בחשד ובסירוב, מאחר שמעורבים בה חשיפה וסטיגמה.

אנשים במגזר הערבי הסובלים ממחלת נפש חשים בושה רבה וכאב על הסטיגמה המופנית כלפיהם. משפחות מבכות את האסון שנפל עליהן ומתלבטות מה ניתן לעשות. הקהילה שואלת בחשד 'מה זה בכלל?', ומסתכלת בבהלה לעבר אותם אנשים חולים בניסיון להדחיק הצידה כל אפשרות לשלבם בתוכה מתוך רצונה היא ומתוך יוזמתה. היא מקבלת כל תכנית מוצעת כמשהו שנכפה עליה והיא צופה במתרחש בתכניות אלו מרחוק. כך, בתוך הכאוס החדש, מוצעות תכניות השיקום.

מספר תכניות השיקום לנפגעי הנפש המוצעות למגזר הערבי בעיר ירושלים היה מצומצם ביותר, אך בשנה האחרונה גדל מספרן. באופן כללי מדובר במועדונים תעסוקתיים ובתכניות חונכות. מספר המשתקמים אינו עולה על 100 איש עם מחלה נפשית). היעד של התכניות הוא לשלב את נפגעי הנפש בקהילה הנורמלית - בחברה, בחונכות ובתעסוקה.

### המועדון התעסוקתי 'בני ירושלים' - לחוד או ביחד? שייכות והמשכיות

המועדון התעסוקתי 'בני ירושלים', שהחל לפעול באוגוסט 2004, שייך לעמותת 'רעות' - עמותה לבריאות נפש קהילתית. זהו אחד המועדונים החדשניים ביותר במזרח העיר. הוא ממוקם בתוך מבנה קהילתי ומשרת את כלל תושבי העיר העתיקה מהמגזר הערבי, גברים כנשים. המועדון מהווה מרכז שיקום אישי ברמה התפקודית-הפיזית, ברמה המשפחתית-חברתית וברמה התעסוקתית. החזון של המועדון הוא לערוך שינוי בקהילה על ידי שילוב

אוכלוסיית נפגעי הנפש בתוך הקהילה, מתוך אמונה ביכולת לפתח מיומנויות אצל אוכלוסיית נפגעי הנפש המשתקמים, בתוך קהילתם ובסביבתם הטבעית, ומתוך שותפות עם גורמים שונים בקהילה. המטרות לטווח הרחוק שהוגדרו בחזון הן: גיבוש קבוצה יוצרת בתוך המועדון הנשענת על אמונה ביכולותיה; בניית חזון תעסוקתי ועסקי למשתקמים; יציאה לעבודה בשוק החופשי; בניית שירות לקהילה כמענה לצורך קיים כשהמוקד הוא המשכיות הקשר בין הקבוצה לקהילה.

מטרה זו מושגת על ידי יצירה והפעלה של סדנאות עבודה שונות כמו נגרות, תכשיטנות, בניית ספרייה שכונתית לילדי השכונה ועוד, כשבמרכז עומדת עבודה יצירתית מקורית והפעלת הדמיון.

אחד העקרונות שעל בסיסו נבנה המועדון הוא מיקומו בתוך הקהילה עצמה. הוא פועל בתוך מסגרת של מתנ"ס שכונתי ומשרת את כלל אוכלוסיית העיר העתיקה לצרכיה השונים. האוכלוסייה של המועדון נפגשת מדי יום עם שאר הקבוצות אשר מזוהות כ"נורמליות", וכך מתרחשת העברה הדדית של ניסיונות, התנהגויות, מחשבות ורגשות. כמו כן מתרחשת שבירת סטיגמה ומתחולל שינוי בדעות הקדומות. כאשר המשתקמים רואים שהם אינם שונים כל כך מהאחרים ואם כן - אזי השוני ניתן לשליטה ואף אפשר לנצל לטובתם, האמונה העצמית שלהם מתחזקת. כך עולה המוטיבציה לשיקום אישי, מתגלות יוזמות חדשות ונעשים מאמצים פיזיים שונים להשתלבות בסדנאות העבודה.

השינוי מתרחש בכמה מישורים: בין המשתקמים לבין עצמם, בתוך הקהילה, ובין המשתקמים לקהילה. אתייחס קודם למישור הראשון המתרחש בקרב אוכלוסיית המשתקמים ואתחיל בדוגמה מהשטח: נ', אישה צעירה בת 30, מאובחנת כסובלת מסיכוזפרניה, המתבטאת בסימפטומים פסיכטיים אשר מופיעים בתדירות גבוהה: כמה פעמים בשבוע למשך זמן של שעה בערך. בתקופת השיקום עברה נ' תהליכים שונים בינה לבין עצמה, בינה לבין הקבוצה וכן עם הקהילה מסביב. היא רכשה אמון ביכולותיה ופיתחה ביטחון עצמי. עם הזמן תדירות הופעת הסימנים פחתה, רצונה העז לשינוי מצבה האישי החברתי בלט והיא החלה ליזום רעיונות עסקיים. להלן קטע ממה שכתבה על עצמה:

אחד המאפיינים הבולטים ביותר במישור זה הוא הרצון העז של משתתפי המועדון לשנות את המצב האישי-תפקודי שלהם וכמו כן לקבל את המחלה ואת הסימפטומים שלה כמשהו מציאותי שאפשר לחיות אתו.

במישור השני - המישור הקבוצתי אתייחס לשינויים המתרחשים בתוך הקבוצה כקבוצה. חברי המועדון מתאפיינים ברמות שונות של יכולות ומיומנויות, טווח גילים ורקע שונה, דבר המשמש מקור לעושר קבוצתי ולהתפתחות רעיונות. מצד אחר מבנה הקבוצה לא אפשר הגדרה כקבוצה של צעירים או מבוגרים, נשים או גברים, משכילים או חסרי השכלה, דתיים או חילוניים וכדומה, אלא מדובר בקבוצה אחת ללא הגדרה חדה של מאפיין בולט. בנוסף ללכידות, לגיבוש

ולאכפתיות ההדדית בקבוצה, פיתחו חברה יכולת התמודדות עם קשיים מבחוץ בשל תחושת המשפחתיות והחברות אשר שררה בתוכה. מבחינה תעסוקתית היא תפקדה, עם השוני הרב ביכולות ובמיומנויות, כיחידה אחת בעלת זרועות רבים ותת-יחידות קטנות כך שכל יחיד קיבל תפקיד מסוים בתוך אותה פעילות.

המישור הקהילתי מתייחס לאותם שינויים ומאפיינים קהילתיים אשר התרחשו עם הזמן בקהילה הקרובה: המועדון הממוקם במתנ"ס השכונתי, הקהילה השכונתית המסחרית, מסגרות השכלה ועמותות וארגונים שונים באותה שכונה. לפני פירוט השינויים הקהילתיים אתאר בקצרה את המציאות אליה נקלענו בצעדים הראשונים של בניית המועדון:

מדובר כאמור בקהילה מסורתית, אשר לא הבדילה בין סוגים שונים של נכות. הנכות הנפשית הייתה זהה לנכות פיזית, אם כי זו האחרונה הייתה מקובלת יותר בהיותה מוכרת גם לאנשי המקצוע. התפיסה הקהילתית כלפי נפגעי נפש היא מצד אחד כאל אנשים החולים בפיגור שכלי, כלומר אנשים ברמת תפקוד פיזית בסיסית לקויה, ברמה קוגניטיבית דלה, וביצירתיות כמעט אפסית. מצד אחר הייתה תפיסה של פחד וחשש רב מאותם אנשים 'מסוכנים', ו'בלתי נשלטים'. נעטפנו בחשש רב, באי-ודאות לגבי מהות עבודתנו ומטרת קיומנו כמסגרת ובחוסר מודעות רב לכל הקשור במחלות נפש, נפגעי נפש ושיקום. תחושת אלו לוו לעתים בתגובות ובהתייחסות של חסד וחמלה. כך, למשל, קיבלנו בהתחלה נדבות שונות מכמה חנויות ומכולות בשכונה, ונעטפנו במבטים רבים אשר ביטאו מסכנות ורחמים. עם זאת, יש להדגיש שאותה התייחסות חוששת וחושדת יותר מאשר עוינת ופוגעת, היא שאפשרה למסגרת לתפקד ולשרוד. תגובות אלו התמעטו עם הזמן ואפשרו לתחושות אחרות להתפתח כמו אמונה בנעשה ורצון לשתף פעולה, במיוחד בתחילה, על ידי קבוצות במתנ"ס ועל ידי ההנהלה. כך התחלנו בפרויקטים משותפים עם אותן קבוצות אחרות ונוצר מקום והיכרות עם האוכלוסייה הספציפית בתוך הקהילה. המסגרת קיבלה מתנדבים ממסגרות של מוסדות להשכלה גבוהה, גם אם זה היה כרוך בחשש, באי-ודאות ובחוסר מודעות, וכן החלו פרויקטים משותפים עם שאר הקבוצות במתנ"ס.

'בני ירושלים' הינו מרכז שכונתי בעיר העתיקה הסמוך לשער הפרחים. המרכז משרת את כלל האוכלוסייה על רבדיה השונים. מבחינה ארגונית-מנהלית הוא שייך למתנ"ס השכונתי 'אלענאיה אלאהליה' הממוקם בשכונה אחרת, מחוץ לעיר העתיקה. המרכז השכונתי 'בני ירושלים' כולל כמה מסגרות הפועלות בתדירות קבועה לפי לוח זמנים מסוים: גן ילדים, קבוצת נשים המגיעה כל יום בשעות הבוקר וחופפת מבחינת שעות ומיקום את הקבוצה שלנו; קבוצת נערות המגיעה אחת לשבוע בבוקר וביום הספציפי הזה היא נפגשת עם מטופלינו; מרכז רווחה לתושבי השכונה ובו עובדות סוציאליות של לשכת הרווחה אשר מגיעות באותן שעות פעילות של הקבוצה שלנו; וקבוצות של בני נוער המגיעים למקום אחר הצהריים (אין קשר בין שתי הקבוצות). כאמור, הקשרים התאפיינו תחילה בחשש ובאי-ודאות לגבי קיומנו ומטרותינו, אך ללא התנגדות כלשהי ועם רצון רב לשתף פעולה. בהמשך התעוררה התעניינות ונערכו ביקורים במסגרת הקבוצתית שבהם נשאלו שאלות ונערכו תצפיות. עם הזמן הפכה

ההתייחסות לאוהדת ותומכת יותר והיא התבטאה בהתפתחות קשרים רגשיים-חברתיים עם חברי הקבוצה שלנו ועם הצוות של המרכז השכונתי. הקבוצה הפכה לחלק חיוני ובסיסי בתוך המרכז, והתפתח רצון לא רק לתת אלא גם לקבל מחברי הקבוצה מתוך אמון ביכולותיהם. כך לדוגמה תרמו חברי הקבוצה לימי הולדת של ילדי הגן; השתתפו ביום תצוגה משותף עם קבוצת הנשים ובמסיבות כמו יום האם (שם הפגינו יוזמה, תכנון וביצוע) עד לרמה של שיתוף פעולה ועבודה שוויונית הדדית כמו: שילוב משתקמים מטעם המועדון כמתנדבים במזכירות המתנ"ס; הצגת מוצרים ומכירתם בדוכן מכירה המיועד לנו במסגרת המתנ"ס; גיוס אנשים ועובדים למועדון; והתייעצות ותיאום בקשר לפרויקטים המיועדים לקהילה.

במסגרת קהילתית זו עבר גם המועדון שינויים אחדים. הרעיון להקים סדנה תעסוקתית למטרות רווח, התפתח למעורבות קהילתית, לרצון לתרום לקהילה, בעיקר משום שמציאת מקומות עבודה מתאימים לחברי המועדון נחשבה כמשהו בלתי אפשרי בשל סיבות כלכליות, סטיגמה וסטריאוטיפים. כך התפתחה התפיסה לאיתור צרכים ללא מענה, כדי לספק את המענה לצרכים אלו. מתוך זה, למשל, נבע הרעיון להקים ספרייה שכונתית קטנה ו'מועדון הסרט הטוב' לילדי השכונה, וכן להפעיל קפיטריה בתוך מרכז 'בני ירושלים' כמענה לצורך אצל המבקרים בשעות אחר הצהריים, צורך אשר הורגש על ידי חברי המועדון ועלה ביוזמתם. פרויקט ייחודי נוסף הוא הוראת נגינה לקבוצת ילדי המרכז השכונתי על ידי אחד מחברי המועדון. בשל היותו בתוך המסגרת, התקבלו כישרונו, כישוריו והמיומנות שלו בכבוד רב.

### עד קצה גבול היכולת, ומעבר לו..

בין ערכי החברה ועקרונות השיקום, נולדה במסגרת המועדון התעסוקתי, ללא תכנון מראש וללא כוונה תחילה, קבוצת נשים מתעצמות ויוצרות. מדובר בקבוצת נשים בטווח הגילים 28 עד 45, רובן ככולן ממשפחות מסורתיות-דתיות. נשים אלו לא היוו מקור פרנסה עיקרי במשפחותיהן, חלקן היו עקרות בית נשואות. אחת הייתה בעלת תואר אקדמי ועבדה כמורה.

התפתחות התהליך - בעבור אותן נשים, מטרת התעסוקה הייתה עניין לא מוכר ולא מקובל. המסגרת היוותה עבורן מקור לתמיכה רגשית, לשיפור תפקודי ולבילוי זמן. במשך הזמן התגבשה הקבוצה כקבוצה נפרדת בתוך המועדון והחלה לגלות התעניינות ברעיונות שיווקיים למוצר שהן מייצרות ובתפקידים המשקפים אחריות ומחוייבות לתהליך. תפיסתן העצמית כנשים עובדות, נשים יכולות התורמות לעצמן ולקהילתן התחזקה במהלך העבודה בתהליך אטי, והשינוי החל לבוא לידי ביטוי מחוץ למסגרת המועדון, בקרב המשפחות ובקהילה הקרובה. בעקבות כך קיבלנו בקשות להצטרף אל קבוצת נשים זו. יוזמה נוספת היא לימוד והכשרה של קבוצת נשים מעל גיל 50 על מחשבים בהנחיית אחת החברות המשתקמות בתכנית.

### מסקנות והמלצות

העבודה שלנו, אשר התפרשה על פני מספר כיוונים, עברה ועוברת תהליך ארוך ומורכב. תהליך זה מושפע מכמה גורמים פנימיים בתוך המועדון כמו אופיו ומיומנויותיו של הצוות; המשתקמים עצמם - אמונותיהם, רצונותיהם ועוד; והקהילה מבחוץ, על מידת הנכונות שיש



לה לשתף פעולה, להיות מעורבת, להושיט יד ולקבל מאותם אנשים שבתודעתה הם החלשים והם אלה שצריך לעזור להם.

אין לחשוב או להעלות על הדעת שהגענו לסוף העבודה שלנו. עדיין מדובר בתחילתו של תהליך ובצעדיו הראשונים. המטרות עדיין לא הושגו והחזון לא התגשם, מאחר שמדובר בתהליך דינאמי, המתפתח כל הזמן בהתאם לצרכים של חברי המועדון ובהתאם ליצירתיות, לעושר ולפוטנציאל הקיים הן בתוך המסגרת והן מחוצה לה. התפתחות התהליך, הגשמת המטרות ויישום היעדים כלל קשיים ומגבלות, הצלחות וכישלונות והוא קשור באופן מובהק במידת הקבלה וההכרה שרכשנו מהקהילה הפורמלית והלא פורמלית סביבנו. תהליך כזה לא יכול היה להתפתח לולא היכרות כזאת אשר התפתחה והתחזקה עם הזמן.

יש להדגיש שאחד הדברים הבסיסיים ביותר וההכרחיים לבניית הקשרים עם הקהילה הוא הכבוד לערכים קהילתיים, קבלה של מנהגיה, אמונה בכוחות הקיימים בתוך הקהילה וגם בתהליך המתרחש, וכן ההבנה שקשרים אלו מביאים להתרחשותו של תהליך חדשני חיובי. הרצון, היוזמה, האמונה, הכבוד וההערצה הם הבסיס לאותם קשרים ולא גישה אשר משקפת עליונות, ידע מרוחק מהמציאות ועמדה של 'מציל'. יש לנקוט עמדה של מבין, תומך, מכבד, ולא פחות חשוב – של אדם מקצועי ובעל ידע חדש ושונה.

החברה הערבית והסביבה - הן הפורמלית כמו המתנ"ס והן הלא פורמלית כמו סביבת השכנים ותושבי השכונה - היא חברה מסורתית השומרת על ערכי חמלה, חסד, תמיכה ולכידות. מתוך כך היא אפשרה למסגרת, אשר נחשבת כמסגרת זרה, שונה וכרוכה בהרבה חששות ואי-ודאות, להתבסס בתוכה ולהתפתח באופן אטי והדרגתי. התפתחות זו היא צעד הכרחי ראשון בתהליך ממושך, אינטנסיבי ומורכב.

## מצרכנים לנותני שירות - סיפורו של גשר

אבי אורן

### הקדמה:

בתחילת חודש מרץ 2003 הייתי "מפקד הפנתרים השחורים"...לקראת סופו כבר הייתי המשיח.

עטוף במעיל גשם שחור, עטור זקן שלא גולח כבר ימים ארוכים וכיסה על עצמות לחיים הולכות ובולטות, עיניים אדומות מחוסר שינה וגוף חסר לאות, הסתובבתי ברחובות תל-אביב...מרביץ תורתי לכל מי שרק היה מוכן לשמוע. מתמכר כולי לנפלאות הטירוף, לקסמו, למשמעות שבו... לפחדים שבו.

לאחר שמכרתי את כל שהיה לי והיה ראוי להימכר...לאחר שהחרבתי את כל שהיה לי וניתן היה להחריב...משפחה, חברים, מקום עבודה... הובלתי אחר כבוד, מלווה בשני חברים שעדיין לא אמרו נואש, לבית החולים הפסיכיאטרי באר-יעקב. לא זר היה לי המקום, לא גדרותיו המנוכרות, לא קירותיו הקרים, לא דייריו החוסים בו ולא אנשי הצוות שבו. לא זר היה לי המקום...מקום עבודתי היה במשך חודשים ארוכים, ובכל זאת, שונה היה הפעם...שונה מאד. אולי הדבר שחששתי ממנו יותר מכל קרה, הגבול שעמלתי כה רבות לייסדו ולבצרו, הגבול בין מטפל למטופל, הגבול בין שפיות לטירוף, עמד להיחצות.

לא עברה שעה ארוכה עד שהובלתי על-ידי שני אנשי צוות בשביל ההולך אל המחלקה הסגורה...דרך שעשיתי פעמים רבות כל-כך כאיש צוות.

משנסגרה עלי הדלת הכבדה של המחלקה הסגורה, בפעם הראשונה מזה 6 שנים ארוכות, חשתי כי ננעלו עלי דלתות חיי, כל המסכות שטרחתי לעטות במשך 6 השנים האחרונות כמו הורדו באחת... מותרות אותי פגיע, חשוף, אבוד. לא קלה היא השעות במחלקה הסגורה, ההימצאות הכפויה בין עשרות אנשים שאנרגיות חייהם הסוערות לא הצליחו להיות מוכלים במציאות החיצונית, השלילה המוחלטת של החרות, הצפיפות, הרעש, האלימות, מלחמת ההישרדות היום-יומית, השינויים בגופך עם התגברות השפעת התרופות האנטי-פסיכוטיות, כל אלו ועוד מותרים אותך אחר ימים ספורים מותש ומיואש. אך למרבה האירוניה...דווקא שם, בין הקירות הסוגרים של המחלקה הסגורה, בתוך המציאות הבלתי-אפשרית בה אין לך רגע של שלווה או זמן לעצמך...דווקא שם...נולד הרעיון של מצרכנים לנותני שירות.

כמו בא לומר...דווקא ברגע שקירות הייאוש סוגרים עליך מכל עבר... המתן...דלת של תקווה תיפתח... וכל שעליך לעשות...הוא להיכנס בה.

### א) על החשיבה הבינארית והשלכותיה.

הפילוסוף בן המאה ה-19 קלוד לוי שטראוס, אבי האסכולה הסטרוקטורליסטית, טען כי

החשיבה האנושית פועלת בצורה בינארית, קרי, המוח האנושי מארגן את העולם בצורה של ניגודים, לדוגמא...שחור מול לבן, עני מול עשיר, חזק מול חלש וכן-הלאה. מיותר לציין כי אין בכוונתו של חיבור זה להתעמת עם מורשתו הפילוסופית של שטראוס, אך בידי הנחה זו, לדעתי, לתרום תרומה משמעותית להבנת חייהם של המתמודדים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי ומעבר לכך, להבנת המהות והתכלית האמיתית של פרויקט "מצרכנים לנותני שירות".

ראשית, מן הראוי להבין כי האדם המתאשפז, שמרצונו או שלא מרצונו, בשערי המוסד הפסיכיאטרי נכנס בשערי מוסד מכונן, אולי אחד מן המוסדות המכוננים ביותר בחברה האנושית, חשוף לתהליכי רה-סוציאליזציה משמעותיים, אדם הנכנס בשערי המוסד הפסיכיאטרי יצא, לרוב, אדם אחר.

אחד מהתהליכים המשמעותיים ביותר שפועלים בין כותלי המוסד הפסיכיאטרי הוא התהליך הבינארי, התהליך המפריד בתודעתו של אדם בין שני מושגים שהגישור מעליהם לאחר המשבר יהפוך, אולי, לבלתי-אפשרי, ההפרדה בין "בריא" "לחולה" אינרטיית מעצם קיומו המוסד הפסיכיאטרי, עצם ההפרדה של האנשים המתויגים כבעלי "הפרעה נפשית" מהמערכת הרפואית הנורמטיבית, השמתם בתוך מוסדות מגודרים ומרוחקים מהעין הציבורית, היא ראשית הטמעת התפיסה הבינארית, גם עצם הסטרוקטורה של המחלקה הפסיכיאטרית מסייע רבות להטמעת התפיסה. כל אדם אשר יבקר במחלקה פסיכיאטרית יוכל בקלות לזהות את ההפרדה בין הצוות לחולים, חלל הצוות מופרד על ידי קירות זכוכית שקופים שכמו יוצרים חיץ בין שני העולמות, בין עולם השפוי, הבריא ולבין העולם החולה. הלא שפוי. זוכר אני איך בחלק מאשפוזי כל שרציתי היה להיכנס אל חלל הצוות כאילו הייתי מבקש לנשום "אוויר שפוי". הפרדה זו משפיעה ויוצרת אצל החולה/ מאושפז את תחילת התהוותה של "תודעת החולה", תודעה בה כל ישותו וזהותו של האדם תצטמצם לעיסוק בעובדת "מחלתו". יצירת זו של "תודעת החולה" היא אחת מההשלכות המרכזיות של "החשיבה הבינארית".

עיקרון מוביל נוסף בטיפול הממסדי הנובע מן החשיבה הבינארית, כפי שראיתיו גם כמאושפז וגם כאיש צוות בבית חולים פסיכיאטרי, הוא עיקרון "המודעות למחלה כתנאי ראשוני והכרחי", כלומר, שלב ראשון בטיפול הפסיכיאטרי הוא מודעות המטופל למחלה ולמגבלותיה, כעין צל מאיים שילווה את האדם מעתה ועד אחרית ימיו. זכורה לי סיטואציה אחת בעת עבודתי בבאר יעקב, שם מטופלת בת שמונה עשרה שהיה לה זה אשפוז הראשון יושבת מבוהלת במחלקה ואת אחת האחיות מרביצה בה את תורתה, "קודם כל תדעי שאת חולה, לא סתם חולה, חולה מאוד, " איש לא טרח לספר לאותה נערה אומללה ומבוהלת מה היא כן יכולה לעשות עם אותה "מחלה אומללה" ונוראה, במסגרת עבודתי הכרתי אנשים שמצויים כבר עשרים שנה בשלב של "מודעות למחלה", מכלים את ימיהם במוסדות פסיכיאטריים שמחכים לשלב שבו תיווצר "המודעות למחלה". למנגנוני ההגנה של ההדחקה והכחשה אין שמץ של לגיטימיות תחת כותלי המוסד הפסיכיאטרי.

החשיבה הבינארית המפרידה בין בריא לחולה עוברת מהשיח המילולי אל עצם מהות חייו של

המתמודד , בהרצאות שאני נושא מול מתמודדים אחת השאלות שאני נשאל לא אחת היא : " אשתך....בריא או חולה?". שאלה זו מדגימה, למעשה, את החשיבה המונחלת אל באי המוסד הפסיכיאטרי הגורסת כי מרגע שנכנסת לשערי המוסד הנך שייך לקבוצה אחרת , מופרדת , קבוצה החושבת במושגים אחרים, קבוצה שנגזר עליה לעסוק במקצועות של "חולים", להרוויח שכר של "חולים" , להתחתן עם "חולים", בעוד העולם האחר, הבריא, מתנהל תחת חוקים אחרים שטווח הבחירה בהם גדול בעשרות מונים.

ניתן לומר כי החשיבה הבינארית, שהיא אחת מאבני היסוד של "המודל הרפואי" בכלל ושל הטיפול הממסדי הפסיכיאטרי בפרט, מועברת מהצוות במוסד אל עצם החוויה המנטאלית וזהות דייריו, מצמצמת את חופש הבחירה של המתמודד, פוגעת בתקווה שלו ולמעשה מעצבת מחדש את זהותו.

הגברת המודעות לחשיבה זו וביעורה היא אחת מהמשימות הקשות והחשובות שראיתי הן במהלך תהליך ההחלמה שלי כמתמודד והן כאיש שיקום, טשטוש הגבול בין "בריא" "לחולה", שהוא גבול חברתי-תודעתי ומועבר למתמודדים מעצם השימוש במודל הרפואי, הוא, לדעתי הצעד הראשון בשיקום.

### **(ב) על שפה, שיח פסיכיאטרי והשלכותיהם על יצירת "זהות החולה" .**

כוחם של השפה והשיח הפוליטי-ציבורי בגזירת המציאות החברתית ואף האישית מתואר בעבודותיהם של הוגים רבים בעיקר בעשרות השנים האחרונות. ראוי לציון בעיקר עבודתו של הפילוסוף הצרפתי מישל פוקו שאף עסק רבות במחקר על אנשים המתמודדים עם תיוג פסיכיאטרי בספרו "תולדות השיגעון בעידן התבונה" ( 1986 ) וספרים אחרים. נדמה כי להמחשת עוצמתם וחשיבותם של השפה והשיח הציבורי על עיצוב החיים הפרטיים ואף תודעתו וזהותו של הפרט, אין ראויים יותר מקבוצת המתמודדים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי.

עוצמת השפעתו של הביטוי המטפורי המתייג "מחלת נפש" על חיי המתיוג היא השפעה שקשה לתארה במילים, בהקשר זה זכורים לי שנות התמודדותי הראשונות עם התיוג הפסיכיאטרי, לאחר האפיזודה הפסיכוטית הראשונה שחוויתי במהלך שירותי הצבאי. בדרך-כלל, אנשים החווים משבר נפשי משמעותי, מתמודדים לא רק עם הקשיים הנובעים מהמשבר עצמו, אלא גם, ואולי אף בעיקר, עם ההשלכות הסביבתיות והחברתיות של המשבר, פיטורים או היפלטות ממסגרת עקב המשבר, ניכור סביבתי ואף אובדן של קשרים חברתיים, שינוי מהותי ביחס המשפחה שנוטה, באופן טבעי, להגנה יתר והעברה של תחושות חרדה וחוסר-אונים. כל אלו, לטעמי, רק נוספים לאתגר המורכב והקשה ביותר במציאות הפוסט-משברית, אתגר החשיפה לשיח-פסיכיאטרי מתייג היוצר ערעור בסיסי של תחושת "הפרה-משברית" וקוטע, למעשה, את תחושת הליניאריות בחייו של האדם.

טענתי כאן היא כי "השיח הרפואי-פסיכיאטרי", על בחירת המילים והמושגים התיאוריים המשמשים אותו, על נטייתו "לקטגוריזציה אבחונית" מפורטת המנוכרת לרוב מקבלי השרות

הפסיכיאטרי, על יחסי הכוח המושתתים בו בין נותני השרות (המטפלים) לבין מקבלי השרות (המטופלים) כפי שהיטיב לבטא פוקו, בשימושו במושג "האישיות הרפואית" בתארו את הדיאלוג הפטרוני בין הפסיכיאטריה למטופליה "האישיות הרפואית תפתח פתח לא רק למגעים חדשים בין רופא לחולה אלא למערכת יחסים חדשה בין אי-השפיות למחשבה הרפואית... אם יכלה האישיות הרפואית לבודד את השיגעון, הרי זה לא משום שידעה אותה אלא משום שמשלה בה." (פוקו, 1972) בשימושו בעקרונות יסוד אלו יוצר השיח הפסיכיאטרי, שלא במכוון, מיותר לציין, את האתגר הגדול ביותר למתמודד במציאות "הפוסט-משברית"- כינונה של "זהות החולה".

לא אחת ניתן לשמוע פסיכיאטרים הטוענים כי "מחלת נפש היא מחלה ככל המחלות" ובמובן מסוים, עלי להסכים כי הצדק עימם. עם זאת, משפט זה טומן בחובו פרדוקס, בעצם השימוש במטאפורה "מחלת נפש" מתרחשת יצירת גבול כמעט בלתי עביר בין הפתולוגיה "הנפשית" לבין כל פתולוגיה "פיזית" אחרת.

לטענתי, הביטוי המטפורי "מחלת נפש" הוא מה שלהלן אכנה בשם "מטאפורה מכוננת". קרי, האדם אליו מתייחסת "המטאפורה המכוננת" חשוף לערעור משמעותי ולעיצוב מחדש של זהותו.

מה יש בו, בביטוי, "מחלת נפש" שמהלך אימים על רוב החברה האנושית, מה יש בו בביטוי שמצליח להפוך את חייו של אדם מן הקצה אל הקצה? שעות רבות של מחשבה הקדשתי לנושא המושג והשפעותיו... ולאחריהן החלטתי להתייחס אליו, ראשית, כביטוי לשוני-ספרותי שמן הראוי לערוך לו אנליזה לשונית, קרי, לפרק את המושג בכלים ספרותיים, המושג "מחלת נפש" הוא מטאפורה, ההגדרה הספרותית של "מטאפורה" היא "צמד מילים מעולמות שונים שחיברנו יחדיו ובכך יצרנו משמעות שונה", אם נפרק את המושג "מחלת נפש" לגורמיו, ונתייחס למילה "מחלה" שהגדרתה היא: הפרעה קלה או חמורה במצב הבריאות של הגוף" (אבן שושן, 1986), כאשר נבקש להגדיר את המילה "נפש" נגלה ויכוח שגילו כגיל התרבות האנושית.... מעבר להגדרה המילונית, עלינו לחשוב כיצד נתפסת המילה "נפש" בעיני "האדם הממוצע" בחברה האנושית, לא קשה יהיה להניח כי המילה "נפש" נתפשת "כערס האנושיות", בחזקת המבדיל בין האדם לבהמה, הנפש נתפשת כמקור החלומות, התקוות, האהבה וחשוב מכל... מקור הבחירה החופשית. כאשר אנו מצמידים, מעצם מהותו של התהליך המטפורי, את המילים מחלה ונפש, אזי אנו יוצרים מטפורה בעלת אימפליקציות משמעותיות ביותר הן לפרט והן לחברה, שיעלו אותה לדרגה של "מטאפורה מכוננת", אם אדם מתויג "כחולה נפש", אזי, חלומותיו הם חלומות חולים, תקוותיו הם תקוות חולות, כמו גם אהבותיו, וחשוב מכל, בחירותיו הן בחירות "חולות", וכאשר מתערערת הלגיטימציה של הבחירה החופשית אצל הפרט, כל שנותר לאדם הוא לצמצם את חייו למינימום ההכרחי, רבים מהאנשים הנחשפים לשיח הפסיכיאטרי מצמצמים את חייהם עד-כדי כך שהם מסתפקים באכילה מרובה(אולי כפיצוי) ושינה מרובה, הרי מה נותר לאדם שהתערערה זכותו לבחירה חופשית מלבד להיכנס לחדרו, להניף שמיכתו עד מעל לראשו... ולישון.

שמות רבים העניק השיח הפסיכיאטרי המודרני לתופעה זו של צמצום מעגל החיים אצל "חולה הנפש", "דיכאון פוסט-פסיכוטי", "סימפטומים שליליים" ועוד, לכולם שורשים נוירולוגיים המוסברים כחלק מתהליך "התפתחות המחלה". בשבילי, אובדן השפיות היא בראש ובראשונה אובדן, אובדן כמו כל אובדן אחר, מוות של אדם קרוב, פרידה מאדם אהוב ואובדן השפיות כולם אירועי חיים הדורשים תהליך של עיבוד אבל משמעותי, אבל שאליו השיח הפסיכיאטרי כלל לא נותן את הדעת, מעבר לכך, טענתי כאן היא שהשיח הפסיכיאטרי הוא "שיח נטול תקווה", בבחירתו את המושגים בהם הוא משתמש, בהעמידו את הפתולוגיה לפני האדם ובשימו את הסיווג והאבחון כתכלית הכול הוא תורם תרומה מכרעת לצמצום האנושי אצל האדם המתויג "כחולה נפש". ניתן להמחיש טענה זו במספר דוגמאות, השימוש במושג "רמיסיה" נפוץ מאד בשיח הרפואי בכלל ובשיח הפסיכיאטרי בפרט, מקור המונח מגיע מן הביטוי באנגלית REMISSION שפירושו הפוגה או הקלה זמנית, קרי, אדם שתויג "כחולה נפש" נידון רק להפוגות זמניות, למילה RECOVERY שפירושה החלמה אין כלל מקום בשיח הפסיכיאטרי, זאת למרות שמחקרים מראים שכ-50% מהאנשים שתויגו כמתמודדים עם "סכיזופרניה" חוזרים לתפקוד חיים נורמאלי ולהחלמה מלאה (Davidson, Harding, and LeRoy, 2005). דוגמא נוספת לטוטאליות שבשיח הפסיכיאטרי היא השימוש הרחב שעושים אנשי המקצוע בביטויים כמו "סכיזופרן", "מאני-דפרסיבי" וכו'. כאן משתלטת המחלה על האישיות כולה, זהותו של האדם היא לא עוד רב-ממדית אלא זהות חד-ממדית המצטמצמת למחלה בלבד. כך יוצר השיח הפסיכיאטרי גבולות לא נראים אך באותה מידה גם לא עבירים, הם נחרטים עמוק בתוך תודעתו של המתויג ומצמצמים צמצום קיצוני את אפשרויות הבחירה אותן הוא רואה כלגיטימיות, בעינינו, "בוגרי המוסדות הפסיכיאטרים" יתקיימו לרוב שני מימדי קיום מקבילים שאין ביניהם שום מקומות מפגש, בחזקת שני עולמות נפרדים, עולם "הבריאים" ועולם החולים".

על הפרדה זו, שהיא אומנם ממשית בתודעה אך צריכה להיות מופרכת מיסודה, בא פרויקט "מצרכנים לנותני שירות" לגשר, במהותו קורא הפרויקט תיגר על החשיבה הבינארית, התיוג הטוטאלי, חוסר התקווה ועקרונות היסוד של המודל הרפואי-פסיכיאטרי, למעשה, ניתן לראותו גם כיריית פתיחה במאבקה של קהילה מנודה בדרכה אל הקונצנזוס, בדרכה לשינוי שפה ששמה אותה מאחורי גדרות תודעתיים בלתי-עבירים.

### ג) על "צרכנים כנותני שירות" כגשר בין עולמות ועל קהילה כנחמתו של המיעוט.

אין ספק שאחד מן הקשיים הגדולים איתו נאלצו להתמודד האנשים עם מגבלה פסיכיאטרית היה הבדידות. האדם בעל הצרכים המיוחדים נאלץ, לא אחת, להישען על חסדי הקהילה על מנת שתסייע לו בהתמודדותו עם האתגרים השונים שמוגבלותו מציבה לו. היחס אל המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית לאורך השנים היה יחס מנוכר שמצד אחד מנע את הישענות הפרט על הקהילה ומצד שני לא אפשר יצירה של קהילה עצמאית, היחס הפטרוני, הדיס-לגיטימציה לתבונה ולבחירה החופשית, הותירה את המתמודדים בבדידותם, מנוכרים לסביבתם הקרובה ולחברה בכלל.

קהילה, לענייננו, תוגדר כציבור מאורגן ומוגדר בעל אינטרס משותף אשר אחד ממאפייניה החשובים הוא הערבות ההדדית לצד אקטיביות ודינאמיות בחתירה למימוש מטרותיה.

במשך שנות ההיסטוריה האנושית הובהר מעבר לכל צילו של ספק כי הקהילה מהווה מרכיב מרכזי בהבטחת ביטחון ואיכות חייו של הפרט בכלל והפרט בעל הצרכים המיוחדים בפרט, הקהילה, למעשה, היא נחמתו של המיעוט המדוכא או המקופח, נחמה זו בדמותה של קהילה דינאמית, הערבה לחבריה ופועלת לטובתם לא הייתה נחלתם של המתמודדים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי.

רק בחצי השני של המאה ה-20 החלו לקום בארה"ב ובאירופה תנועות צרכנים מאורגנות שעסקו בסנגור ופיתוח שירותים לטובת חבריהם (Chadwick, 1997). בארץ החלו מגמות שכאלו להתפתח רק בשנות ה-90 וקיבלו חיזוק החל משנת 2000, עם חקיקתו של חוק "שיקום נכי נפש בקהילה", אז החלו להשתלב מתמודדים במועצות מייעצות במשרד הבריאות, הוקמו עמותות סנגור עצמאיות, מתמודדים החלו להשתלב בתפקידים במערך השיקום כנותני שירות וקולם העצמאי של מתמודדים החל להישמע.

במסגרת מהפכה חברתית זו, לפרויקט מצרכנים לנותני שירות נדברך חשוב, וניתן לראות את השפעתו בשלושה מימדים שונים: תפיסת העצמי של המשתקמים עצמם, תפיסת העצמי של הצרכן נותן השרות, והמימד הרחב של הסטיגמה החברתית.

אך לפני שאעמוד בהרחבה על מימדי ההשפעה של הפרויקט, חש אני כי עלי לעמוד, ראשית, על תהליך התהוותו ומהותו של פרויקט "מצרכנים לנותני שירות".

כאמור, מבחינתי, ראשיתו הפרויקט הייתה דווקא בשבר גדול בחיי האישיים, האשפוז בבית החולים "באר יעקב", שהיה במשך של מעל לשנה מקום עבודתי, החשיפה, הפיטורין המיידיים ממסגרות התעסוקה שעבדתי בהם קודם למשבר, המשבר החמור בחיי המשפחתיים, כל אלו הותירו אותי בתקופה של אבל עמוק וחרף, או במה שמכונה על-ידי אנשי המקצוע- "דיכאון מאג'ורי".

במסגרת ניסיונותי הנואשים לחזור למעגל העבודה ולשקם מחדש את הריסות חיי, נתקלתי במודעת דרושים של "חברת תגבור" שחיפשה אדם לתפקיד "רכז חונכות". בגלל ניסיוני הרחב כחונך ומדריך שיקומי במסגרות שיקום שונות נראה היה לי טבעי להגיש את מועמדותי, לאחר שצלחתי את הראיון, נתקלתי במכשול נוסף, בין התארים האקדמיים שהיו לי אז, לא היה מה שמכונה בעיני משרד הבריאות "תואר טיפולי", קרי, עו"ס, ריפוי בעיסוק או תואר שני קליני בפסיכולוגיה, ולכן לא עמדתי, למעשה, בקריטריונים של משרד הבריאות ונזקקתי לאישור מיוחד, בגלל התעקשותי והתעקשותה, מן הראוי לציין, של חברת תגבור, הופנית לאדם במשרד הבריאות שהיה אחראי על נושא ההדרכה והחונכות, ד"ר מקס לכמן, בשיחת טלפון, שבדיעבד הסתברה כשיחת טלפון קרדינאלית להתפתחות הפרויקט, הובהר לי כי אין ביכולתו

לאשר את מינויי "לרכז חונכות" אלא אם-כן "אני בעצמי מתמודד שכן מדיניותה של מערכת סל-שיקום היא לקדם צרכנים", למשפט זה, לו הקשבתי בתמיהה רבה, עלי להודות, השבתי לקונית כי "אז יש לנו על מה לדבר" וקבענו פגישה במשרד הבריאות בירושלים. שיחת טלפון זו הייתה הסדק הרחב הראשון בתפיסת עולמי עד אז וגרסה כי מוטב לי להסתיר את עברי בכל מקרה, בפעם הראשונה למדתי כי ישנם מקומות שלמדו להוקיר את הידע הא-פורמאלי שצוברים מתמודדים בהתנסותם כצרכנים בתוך המערכת הפסיכיאטרית, בפעם הראשונה יכולתי לדבר על עברי בלי חשש ולהשתמש בידע שצברתי ככלי שלא הייתי צריך להסתירו עוד, מעבר לכך, במובן האישי חשתי קל יותר, חופשי יותר, בטוח יותר, רק כעת הבנתי כמה אנרגיות השקעתי בהסתרת עברי, במציאת הסברים מהסברים שונים לתפיסת עולמי המקצועית השונה, אט-אט התחלתי לומד את הכוח והחופש שיש בחשיפה.

עם היכנסי לתפקידי כרכז חונכות, מיהרתי להרים על נס את העסקת הצרכנים כחונכים, לא רק שקיבלתי לעבודה מתמודדים ראויים כחונכים, אלא התחלתי לחפש אותם, בפנייתי אל מרכזי השיקום השונים, אל מתאמות הטיפול והמרפאות בקהילה, הפכה חברת תגבור למעין מרכז לצרכנים שעבדו כחונכים, במקביל, התחלתי לחפש חומר על "הצרכנים כנותני שירות" ולהפתעתי גיליתי עד כמה רחבה התופעה בעולם, בארה"ב לבדה ישנן הערכות המדברות על שכ-40% מכוח האדם המועסק בשיקום בכל הרמות, ממנהלי יחידות ויזמים, פסיכיאטרים ועד לסניטרים במחלקות אשפוז, מורכב מצרכנים או צרכנים לשעבר. עם הצלחת שילובם של מתמודדים כחונכים החל רוקם הרעיון של הכשרת מתמודדים כנותני שירות בתחום השיקום בכלל ולא רק כחונכים רוקם עור וגידים, בעזרתם של שני חברים, ארי ירדני-שהיה מהפעילים הראשונים של תנועת הצרכנים בשנות ה-90 וגדעון גלאון מפרויקט "בנפשו", ובעידודה של מערכת סל-שיקום, החלה להיכתב התוכנית.

כבר מתחילתה כיוונה התוכנית (וכך היה גם בפועל) ליצירת תהליך שיחולק לשלושה שלבים, השלב הראשון היה "שלב ההכשרה", בשלב זה אותרו מתמודדים מכל רחבי הארץ בעלי מוטיבציה ומסוגלות שהגיעו לפרויקט, הן על-ידי המלצות של אנשי מקצוע והן בצורה עצמאית, לאחר ששמעו על הפרויקט, ראיונות קבלה נערכו לכל המועמדים ומתוכם נבחרו אנשים שנראו כבעלי הסיכויים הגבוהים ביותר להצלחה בעבודה שיקומית, 24 מתמודדים נבחרו מתוך עשרות מועמדים ובחודש מרץ 2005 החלו את מסלול הכשרתם.

בראש צוות הקורס עמדה ד"ר נעמי הדס-לידור כרכזת האקדמית ובהנחייתה נבנתה תוכנית הקורס כך שתעבוד על שני מישורים, המישור הראשון הוא המישור המקצועי, חניכי הקורס נחשפו לרציונל של המערכת השיקומית, לעקרונות הבסיס של הגישה ולאופן הפעולה של יחידות השיקום השונות מהפרספקטיבה של איש צוות. חניכי הקורס נחשפו גם לשפה הפסיכיאטרית המקצועית, נערכו הרצאות בנושא פסיכו-פתולוגיה ופסיכו-פרמקולוגיה והוצגו מודלים שונים של התערבות.

המישור השני היה המישור התודעתי, המעבר מהחוויה של "צרכן" ל"נותן שרות" איננו



מעבר פשוט, לרוב הוא מצריך שינוי תודעתי ניכר, מעמדה פסיבית לאקטיבית, מזהות של "חולה" לזהות רב-ממדית ורב-פונקציונאלית, קבלת "המחלה" כפרט אחד מיני רבים במערך האישי, העצמת מרכיב המסוגלות האישית והדימוי העצמי אצל החניכים, כל אלו ועוד הינם תהליכים חיוניים שעל החניכים היה לעבור מעבר להקניית הידע המקצועי. לצורך כך נבנה הקורס כך שיום הלימודים יכלול שתי הרצאות מקצועיות כשלאחריהן נערכה סדנא מקצועית אינטימית יותר בהנחיית מנחה קבוצות מקצועי ואיש מקצוע מתמודד. בסדנאות אלו חוברו ההיבטים המקצועיים והאישיים, הועלו החששות והלבטים של החניכים ונידונו סוגיות מרכזיות במעבר מצרכן לנותן שרות.

הסדנאות האינטימיות הוכיחו עצמן ככלי יעיל להעצמה ויצירת תחושת הקרבה והאחדות בין החברים. הקורס נמשך שלושה חודשים ובחודש יוני 2005 סיימו 22 בוגרים את המחזור הראשון של הפרויקט.

מתחילת דרכו לא ראו הוגי פרויקט מצרכנים לנותני שירות בסוף הקורס כסיום הפרויקט, לאור הניסיון שנוצר בשילוב מתמודדים בשנים האחרונות עלו מספר תופעות, מתמודדים הועסקו בעיקר כמתנדבים, הייתה הפרדה ברורה בינם לבין הצוות הטיפולי, במקרים רבים נאסרה עליהם הכניסה לחדרי הצוות, למרות היותם נמנים על הצוות "הטיפולי" נשללה מהם הזכות לקבלת מידע על האנשים עימם עבדו, הם הוגדרו בהגדרות מהגדרות שונות "כעוזרי מדריך", "מעצימים" ועוד, כשהכול מכוון להמשך תיוגם ושימור מעמדם " כחולים". הטמעת הפרויקט הוא תהליך מורכב הלוקח בחשבון שלושה מעגלים הזקוקים לשינוי תודעתי, מעגל הצרכנים ונותני השירות, מעגל הצרכנים עצמם ומעגל אנשי המקצוע האמור להשתחרר מדפוס חשיבה והתנהגות קודמים. בכדי למנוע הישנות של תופעות אלו, ראינו חשיבות בבניית מערך השמה וליווי שיקפיד על השמה ושילוב המכבד את המתמודד, יכיר בעובדת היות המתמודדים בעלי ידע א-פורמאלי בעל ערך, המתמודדים שיעסקו בשיקום לא יעשו זאת מתוך חסד ולמרות ניסיונם האישי, אלא בתוקף זכות ובגלל ניסיונם האישי המעניק להם יתרון בדמות אנשי שיקום שיכולים להפרות את השיח המקצועי, המציבים פרספקטיבה שונה לאמפטיה ומהווים מודל להחלמה ולעשייה בעלת ערך. מערך ההשמה והליווי החל לפעול בספטמבר 2006, עד השלב זה כבר כ-40% מבוגרי הקורס השתלבו במקומות עבודה שיקומיים בצורה עצמאית, חלקם בצורה משביעת רצון וחלקם בצורה הטוענת תיקון. אחרים עובדים בעבודות שונות בשוק החופשי. החל מחודש אוגוסט החל לפעול מערך ההשמה והליווי בעזרתם האדיבה של ג'וינט ישראל, משרד הבריאות וחברת "דרך הלב", והחלו ההכנות לקראת קורס ההכשרה הבא. פרויקט מצרכנים לנותני שירות החל רק את צעדיו הראשונים, הוא צלח מהמורות רבות ועוד מהמורות רבות לפניו, אך אין ספק שהוא עלה על השביל הנכון.

#### סיכום

פרויקט "מצרכנים לנותני שירות" נחלם על-ידי מתמודדים, הוא נולד בידי מתמודדים ואמור לשרתם. אך למעשה הפך לבמה של שיח אקטיבי חדש בציבורית הישראלי, בין המתמודדים ובין אנשי המקצוע מהאקדמיה.

בחזונו הוא ראה בראש ובראשונה קהילה, קהילה הנאבקת על זכויותיה ומתפתחת על-ידי ערבות-הדדית.

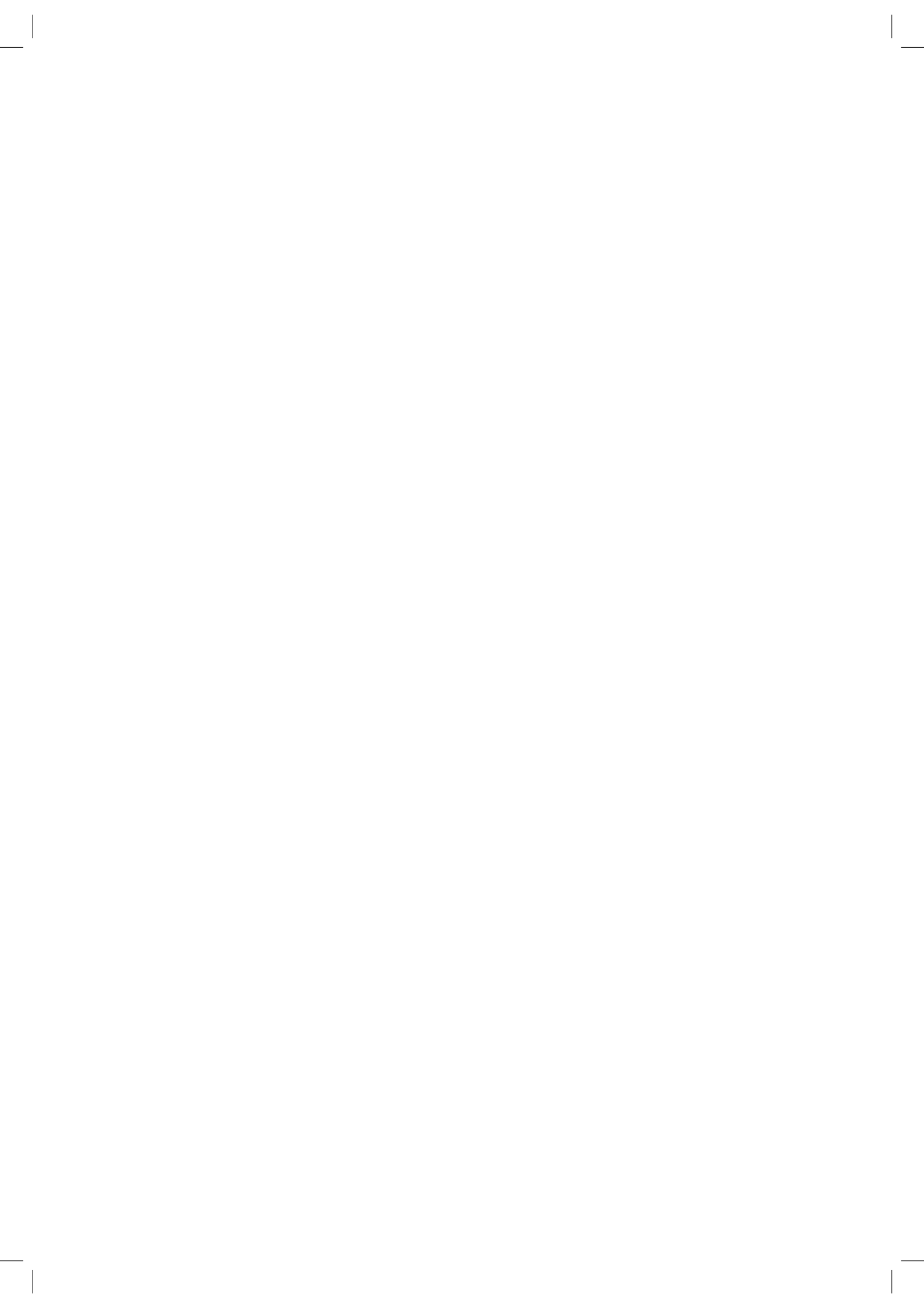
הפרויקט בדרכו להגשמת חזונו צריך היה וצריך יהיה לעבור על מכשולים של בורות, סטיגמה, תפיסה היררכית ובינארית, דעות קדומות ומאות שנים של הוקעה אל מחוץ לגדרות הקונצנזוס. הפרויקט נשען על התפיסה הרואה במתמודד כאדם שלם בעל זהות רב ממדית הנאבק להגדיר את עצמו במקום להיות מתויג. הפרויקט הוא סיפורה של קהילה הנאבקת לבנות גשרים על גבי תהומות של אלפי שנים. גשר בין הפסיביות לאקטיביות, גשר בין הפתולוגי לאנושי, בין הכפייה לבחירה החופשית, גשר בין הייאוש לתקווה.

#### ביבליוגרפיה:

אבן שושן א. (1986) המלון החדש. הוצאת קרית ספר בע"מ ירושלים. חוק שיקום נכה הנפש בקהילה 2000 פוקו מ. (1986) תולדות השיגעון בעידן התבונה. בית הוצאה כתב – ירושלים

**Chadwick, P.K.** (1997). Recovery from psychosis: Learning more from patients. *Journal of Mental Health* 6 (6), 577-588.

**Davidson, L., Harding, C., and LeRoy S.** (2005). Recovery from Severe Mental Illnesses: Research, Evidence and Implications for Practice. Vol1. Center for Psychiatric and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, M.A.





שער שני  
מדיניות  
ופרקטיות  
בשיקום  
בבריאות  
הנפש

## בדרך אל ההחלמה -

### שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה

מקס לכמן ונעמי הדס לידור

#### מבוא

מאז תחילת שנת 2001 משרד הבריאות נמצא בתהליך מואץ של פיתוח שירותי שיקום בקהילה וזאת במסגרת אחריותו ליישום חוק שיקום נכה נפש בקהילה, התש"ס-2000. החוק הוא נקודת מפנה בתפיסת תפקיד השיקום במערך בריאות הנפש. עד לחקיקת החוק שירותי השיקום עסקו בעיקר בניסיון לבנות חלופה לאשפוז. החוק, שלא עוסק בנושא האשפוז, הרחיב את מטרת העל של השיקום בבריאות הנפש והציג את היעד העיקרי להגיע לשילובו האופטימלי של כל אדם עם מוגבלות פסיכיאטריות בקהילה. כמו כן החוק קובע את זכות האדם לשיקום כחובתה של המדינה. חשוב לציין שאין תקדים של חוק מעין זה לא בעולם ולא בארץ. חידושו בכך שהוא הראשון בתחום הבריאות בכלל ובתחום בריאות הנפש בפרט, שמיישם את זכותו של אדם לשיקום מנקודת המבט של חוק זכויות האדם לאנשים עם מוגבלויות וחוק יסוד כבוד האדם וחירותו. למרות שנחקק ומיושם באמצעות משרד הבריאות, הלך רוחו של החוק, המאפיין והמוביל את עיקריו, הוא הלך רוח קהילתי-חברתי-אזרחי, כאשר העוסקים ביישום אמונים על חיי החברתיים של האדם ואיכות חייו בקהילתו הרבה יותר ממצבו הבריאותי ו/או הרפואי.

מטרתו של חוק זה לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכה הנפש בקהילה, התש"ס-2000).

בישראל נהוג להעריך שחיים יותר משמונים אלף אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות חמורות הזקוקים לשירותי שיקום שונים כדי לקדם את השתלבותם בקהילה. למרות זאת רק חמישה אחוז מהם נמצאים באשפוז והשאר חיים בקהילה בצורות שונות (אבירם ואחרים, 1998). לכן אתגר החוק הוא להרחיב את טווח הפעילות המקצועית שיקומית לאוכלוסיות הנמצאות בקהילה, אשר רובם חיים שנים רבות בהדרה חברתית. יש לומר שידוע שרב האנשים החיים בקהילה נמצאים במסגרת משפחתם, לא תמיד מתוך בחירה, עובדה היוצרת לא פעם עומס רב על המשפחות.

#### עיצוב המדיניות והפרקטיקה של השיקום במדינת ישראל

בפרק זה ננסה לתאר את הגורמים המרכזיים שעזרו בעיצוב המדיניות והפרקטיקה של השיקום במדינת ישראל בשנים האחרונות לאור יישום החוק ונעמוד על הקשיים במעבר מתפיסה של חלופות אשפוז לתפיסה של שילוב בקהילה.

יש לזכור שיישום חוק שיקום נכי הנפש בקהילה הוא מהלך חברתי ממדרגה ראשונה עם

השפעות חברתיות חשובות לגבי תפיסות ושינוי עמדות ותרומה לבניית חברה צודקת ושוויונית יותר. העשייה והמדיניות החדשה גרמו לתהליכים מקבילים לגבי אוכלוסיות שונות עם צרכים מיוחדים ואולי הראו שניתן להגיע לאנשים בהדרה ולגרום להם להיות חלק ממשי בצורה שוויונית בחברה שבה הם חיים.

### 1. שינויים מרכזיים שחלו בתחום המדיניות בבריאות הנפש בעולם ובארץ

בפתח הדברים ברצוננו לשתף את הקורא בכמה מילים בשינויים המרכזיים שחלו בתחום המדיניות בבריאות הנפש בעולם ובישראל, אותם שינויים שרלוונטיים ליישום ופיתוח של שירותי השיקום בקהילה בבריאות הנפש.

**א. אל מיסוד:** מאז שנות ה-60 בארצות הברית ובעולם ומאז סוף שנות השבעים בארץ קיימת מגמה ברורה להעביר את הטיפול עבור האנשים הסובלים ממצבים נפשיים חמורים ומתמשכים לקהילה. תוצאות המדיניות החדשה מתבטאות בין היתר: בסגירת מוסדות פסיכיאטריות, ניסיון לקיצור זמן האשפוז ופיתוח שירותים טיפולים ושיקומים חדשים ומשולבים בקהילה. עד היום מתנהל דיון בקשר להערכת התוצאות של השינוי מפרספקטיבות שונות (אנשי מקצוע בבריאות-חולים, פסיכיאטרים, אנשי מקצוע בקהילה, צרכנים, משפחות, אנשי כלכלה, אנשי ציבור וכדומה). עם זאת אין ספק שבסך הכל השינוי במדיניות הביא לתמורות רבות שגרמו להסתכלות והבנה חדשה על האנשים המתמודדים ויכולתם לבנות חיים משמעותיים בקהילותיהם (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

גם מדינת ישראל (אליצור ואחרים, 2004; אבירם, 2005) עברה שינויים מרחיקי לכת בתחום זה, מחד, בעיקר העובדה שבמהלך יישום החוק מערכת האשפוז במדינת ישראל הצליחה לצמצם את מספר המיטות האשפוזיות ואת ימי האשפוז, אך מאידך, למרות המדיניות המשתנה לא השכילו קובעי המדיניות להביא באופן משמעותי להעברת משאבים מבתי החולים לקהילה. כמו כן תהליך קבלת ההחלטות נשאר עדיין בידי אנשי מפתח הנמצאים בראש מערכות האשפוז. תנועת האל מיסוד בעולם לא רק הביאה לצמצום מספר מיטות אשפוזיות וימי אשפוז, אלא יצרה תהליכי חשיבה אחרים המתבטאים בשינוי יחס כלפי האדם המתמודד ומשפחתו. נהוג היום במערכות בריאות הנפש בעולם לבנות עזרה מקצועית בהתמקדות על האדם וצרכיו. יש רושם שהדיונים והשיח בבריאות הנפש במדינת ישראל אצל קובעי המדיניות מתמקד עדיין בשירותים ולא באנשים, בניגוד לרוח חוק שיקום נכי הנפש בקהילה. מכאן, שיש עוד דרך ארוכה כדי לבנות תפיסה קהילתית אזרחית שתנחה את המדיניות בתחום בריאות הנפש במדינת ישראל.

**ב. מעבר מהמודל הרפואי למודל חברתי:** אם בשנים קודמות הדגש בטיפול הושם על המחלה, הסימפטומים, הליקויים והחסרים של אוכלוסייה זו, הרי שמרב הטיפול ניתן בבתי החולים ובמרפאות והדומיננטיות של איש המקצוע, בעיקר הפסיכיאטר, הייתה מרכזית. המודל החברתי, בשונה מהמודל הרפואי, שם את הדגש על החלקים הבריאים, המתפקדים, על איכות חייו של האדם בסביבות חיים טבעיות. מעבר לכך היום התפיסות המקצועיות מניחות שיש לאדם יכולת לקבוע רצונותיו מטרותיו ולכן לקדם את חייו כך שהוא יוכל לחיות חיים

מלאים ומשמעותיים. לכן צריך היה לבנות מערך המבוסס על אנשי מקצוע "חדשים", שלא על בסיס סקטוריאלי, עם גופי ידע ייחודיים וחדשים, מיומנויות ותפיסות תרבותיות חדשות ומתודות התערבויות שונות. מכאן שתפקידו של איש המקצוע משתנה מגישה פטרנליסטית לגישה שוויונית שיתופית יותר (Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002; Mueser and Tarrier, 1998; Davidson et al, 2005).

**ג. תנועות צרכנים** (משפחות ומתמודדים): מעורבותם של תנועות צרכניות נמצאו לרוב בבסיסם של פיתוחים חדשים ויוזמות חדשות במדיניות. תנועות אלו גרמו לקובעי המדיניות ולאנשי המקצוע לשנות את דרך החשיבה ולגרום להם להתחשב ולהקשיב לנושאים שעבורם נמצאים בסדר עדיפות גבוהה. זאת מהפכה בתחום שנחשב לסמכותי, כופה ופטרנליסטי. שינוי זה נתפס עדיין בהססנות אצל חלק מהשותפים לעשייה. חוק שיקום נכה נפש בקהילה היה עובר בישראל בספק לולא המעורבות והפעילות הרבה של הצרכנים והמשפחות. עד היום התנועות הצרכניות מיוצגות ופעילות בכל הקשור לפיתוח של המדיניות החדשה בשיקום (WHO, 1989; Sayce, 2000; Roe and Davidson, 2005; Tomes, 2006; Fisher and Chamberlin, 2004).

**ד. תנועה לחקיקה חדשה:** במהלך השנים חלים שינויים והתפתחויות רבות בתחום החקיקה, שינויים המאפשרים להתייחס לאנשים המתמודדים כבעלי זכויות ובאופן שוויוני יותר (חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991; חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996; חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998; חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000). בנוסף, נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלויות במדינת ישראל מובילה עוד ועוד מהלכים לחקיקת חוקים ותקנות מהפרספקטיביה של זכויות האדם. עדות לכך אפשר לקרוא בספר הזה.

**ה. החלמה:** תפיסת ההחלמה, שהתפתחה במהלך עשרים השנים האחרונות בשיקום בפסיכיאטריה, משנה את כל התמונה של התמודדות עם מחלות נפש, הן עבור הסובלים ממחלה והמחלימים ומשפחותיהם, והן עבור אנשי המקצוע המטפלים בהם (Davidson, 2003; Ralph, 2000). המחלימים וארגוני הצרכנים מציגים את ההחלמה במסגרת המאבק בסטיגמה, והמאמץ להסיר מחסומים, להקצאת משאבים ולהיות שותפים בתכנון מדיניות. האפשרות לצאת מהמחלה בעזרת התמיכות הדרושות, משמשת טיעון רב משקל בדרישה להשקעה מחודשת באנשים הסובלים, שכן מדוע להשקיע בתחום שאין ממנו מוצא ואין בו סיכוי לשיפור? אנשי המקצוע, שבעבר נאלצו לעבוד בתנאים של תסכול עמוק לנוכח התפיסה הדטרמיניסטית של מחלות פסיכיאטריות, יכולים כיום לחוש, בעקבות החשיפה למודל ההחלמה, כי עבודתם יכולה לשאת פירות וכי יש טעם להשקיע מאמץ, תקווה ומשאבים לטובת שיפור מצבם של מטופלים, גם לאלה הנחשבים ל"חולים ביותר". מכאן, שהתרומה החשובה של חקר ההחלמה היא בהצבת ההתמודדות עם מחלות פסיכיאטריות באור שחושף את פוטנציאל השיפור וההחלמה עבור אנשים שבעבר הסתכלו עליהם כ"חסרי תקווה". בספר זה יש ביטוי מרכזי ורב להטמעת התפיסה של ההחלמה לתוך יישום חוק נכה הנפש בקהילה.

**ו. צמצום הסטיגמה:** כפי שצוין קודם, העמדות הסטיגמטיביות של החברה, של אנשי מקצוע, המשפחות והצרכנים חוסמות בדרך כלל את היכולות של האנשים למצות את הפוטנציאל והיכולות שלהם. זאת הסיבה שבכל העולם קיימות היום תוכניות המנסות לצמצם את נזקי הסטיגמה, שלעתים משמעותיים יותר מהנכות עצמה. יש מקומות בהם המלחמה בסטיגמה הופכת לאלמנט בפני עצמו בתוך המדיניות ומערך השירותים לבריאות הנפש ואפילו ניתנת לשם כך השקעה תקציבית מיוחדת (טל, 2006 כאן). כחלק ממאבק בצימצום הסטיגמה חל מאמץ של אנשים מתמודדים ומשפחות לחשוף את עצמם בתקשורת לאנשי מקצוע ולקהל הרחב במאמץ לשנות עמדות בחברה. ביטוי לכך ניתן לראות גם בספר זה.

**ז. פיתוח של טכנולוגיות התערבותיות חדשות:** תחום בריאות הנפש הוא אחד התחומים שבמהלך השנים התפתחו בו תפיסות, גישות, כלים והבנות חדשות. מהפיתוח הפסיכו-פרמקולוגי, טיפולים פסיכו-חברתיים, טיפולים קוגניטיביים ועד הגישה השיקומית הפסיכיאטרית. היום קיימים הרבה יותר גישות וכלים המאפשרים לעזור לאנשים במצוקות נפשיות, אבל באופן פרדוקסלי עדיין מעט אנשים מוכנים ויכולים להשתמש בהם. הסטיגמה החוסמת, מחד, וההעדר המשאבים שהחברה מעמידה לשירותי בריאות הנפש, מאידך, לא מאפשרים שימוש אופטימלי בטכנולוגיות אלו. כמו כן, למרות הפיתוח המואץ והיישום של טכנולוגיות התערבותיות חדשות בעבודת השדה, הן עדיין לא מספיק משולבות בתחום ההוראה וההכשרה האקדמית. למרות שהגישה השיקומית בבריאות הנפש החלה להתפתח בשנות ה-70, היא עדיין נחשבת גישה חדשה וצעירה. יחד עם זאת, גישה זו מבוססת היום על ידע וניסיון ייחודיים, שהוכיחו תרומות משמעותיות להיווצרות תהליכי החלמה. ההסתייגות מהאבחון הסטטי והמעבר לאבחון מצבי ודינמי, המעבר מהגישה המוגנת לגישה הנתמכת בכל תחומי העשייה, החשיבות מתן הבחירה והכבוד לאנשים, הצורך ביצירת שותפויות ועוד, מהווים את הבסיס השינוי שהגישה הביאה.

**ח. הערכה וניתור-** היום מקובל בעולם, כחלק מדרישות המתמודדים והמשפחות, לבסס את העבודה הקלינית-השיקומית על ראיות מבוססות, דבר הדורש לבנות מערך שיטתי לבדיקת תוצאות (outcomes). זאת על מנת לבדוק יעילותם של השירותים והטכנולוגיות השונות ביחס לתוכניות האישיות של המשתקמים (Roe et al, in press; Drake et al, 2005). השינויים שתוארו כאן בקצרה ואחרים גרמו לבניית תשתית חדשה בתחום השיקום, תשתית משותפת לצרכנים, משפחות, אנשי המקצוע וקובעי המדיניות.

**2. השינויים בחשיבה, בגישה ובמעשה, מאז החלת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000".** בהמשך המאמר נתמקד במספר נושאים שזורקים אור על השינוי בחשיבה, בגישה ובמעשה שחל מאז שהוקמה במשרד הבריאות יחידה ייעודית לשיקום במסגרת האגף לבריאות הנפש, אשר פעולותיה יחד עם אנשי מקצוע שונים, צרכנים ומשפחות הביאה לחקיקת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה ויישומו הלכה למעשה. חשוב לציין, כי החלת החוק האיצה את התהליך באופן מסחרר, אותו תהליך שניצנו נטעו הרבה קודם על-ידי יחידה סגולה שהאמינו שיש לבצע שינוי.



בהתחלה נרצה לשתף את הקורא ביוזמה שנעשתה במועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה הפועלת מאז 2000 מתוקף החוק, אשר יזמה את כתיבתה ופרסומה של "אמנה לשיקום האדם עם נכות נפשית בקהילה", בשנת 2003.

#### **א. גיבוש האמנה במסגרת המועצה הארצית לשיקום נכה הנפש בקהילה.**

האמנה חוברה והתקבלה בהסכמה בין אנשי ממשל, שרים וחברי הכנסת, וכל השותפים לעשייה השיקומית בבריאות הנפש: אנשי המקצוע, הצרכנים והמשפחות. האמנה מבטאת את אותם השינויים שתוארו לעיל, ואלה עקרונותיה:

- ההכרה בשונות בין בני אדם תוך קבלת הערכים המשותפים להם, ועל האמונה ביכולתם להשתנות תמיד.
- הזכות לחופש ולבחירה של האדם עומדת בבסיס התהליך.
- תהליך השיקום מחייב קבלה של ערכי הדדיות ואחריות בין הפרט לחברה.
- לאדם הזכות להגשמה עצמית תוך מימוש הפוטנציאל האישי שלו במשימות החיים במגוון רב של תחומים, ובהתייחסות אישית וייחודית לו.
- העשייה והשיח הבין אישי בין כל בעלי הזיקה לשיקום (האדם, המשפחה, עובד השיקום, המטפל, השותפים) עומדים במרכזו של התהליך.
- ההתייחסות האישית והייחודית לכל אדם מכוונת לאפשר למצות בכל זמן נתון את הפוטנציאל הטמון בכל אחד, בהתאם לערכיו, אמונתו, תרבותו, יכולותיו ושאיפותיו, וכן מוגבלויותיו.
- יש ליצור נגישות וזמינות של מגוון הזדמנויות ומסגרות בקהילה כדי לאפשר לאדם המשתקם בחירה מיטבית בין המסגרות המתאימות לו והמאפשרות לו לממש את זכויותיו האזרחיות.
- התמודדות עם מוגבלות פסיכיאטרית בדרך כלל יוצרת את הצורך בקבלת מענים מתאימים עבור אותה מוגבלות על מנת לאפשר המשכיות והשתלבות של האדם בקהילה. המועצה מחויבת לדאוג לקיום מגוון רחב של מענים (בתחומים של תעסוקה, דיור, חברה ופנאי, יעוץ והדרכה למשפחות וכדומה) הזדמנויות עבור מטרות אלו.

לאמנה מקום מרכזי בהכשרת אנשי המקצוע ומדריכי השיקום הלוקחים חלק משמעותי בעשייה השיקומית היום יומית. בלי תהליך הגיבוש של העמדות והתפיסות הערכיות לא היינו מגיעים לתוצאות הנוכחיות.

**ב. המועצה הארצית לשיקום נכה הנפש בקהילה - מרחב לשיח קהילתי חברתי: על-פי החוק, כונן שר הבריאות מועצה ארצית לשיקום, בה 23 חברים, ביניהם: נציגים של שמונה משרדי ממשלה, אנשי מקצוע, אנשי אקדמיה, וכן שני נציגי ארגונים המייצגים את המתמודדים ושניים של משפחותיהם.**

תפקיד המועצה לייעץ לשר הבריאות בנושאים הקשורים להתווית מדיניות ארצית רב שנתית, תכנון שירותי השיקום בקהילה ושיפור איכותם, זמינותם ונגישותם וכן דרכים לקידום השוויוניות בכל אלה, פיתוח תוכניות חינוך והסברה בקהילה, ובכל נושא הקשור לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטריות, כולל: שינויים בסל השיקום, קביעת אמות מידה לנותני שירותי שיקום, יזימת מחקרים בתחום השיקום וכן מעקב אחר ביצועו של החוק.

המועצה כולה מתכנסת אחת לחודש ותחת חסותה עובדות מספר ועדות בנושאים שונים כמו: השכלה, סטיגמה, בדיקת שביעות רצון, תקנות ונהלים, תקציב, מחקר, שינויים בסל השירותים וכדומה. בין הפגישות מתקיימות פגישות רבות עם ראשי המשרד, מטה השיקום ואנשי ציבור וממשל היכולים לקדם את ענייני השיקום. המועצה מתכנסת אחת לשנה להפגיש את העושים במלאכה במשך כל השנה, לסכם את עבודתה ולתכנן את יעדיה ועבודתה לשנה הבאה.

בפועל, במהלך השנים, הפכה המועצה לזירה של שיח ומפגש חברתי קהילתי בין מספר גופים, בקונטקסט העשייה השיקומית: א. המפגש בין משרדים וארגונים, אשר יחד מייצגים את פעילות של החברה כולה. כמו שנאמר קודם, מיוצגים במועצה אנשים של שמונה משרדי ממשלה שכל אחד מהם מייצג פעילות חשובה בחיי המשתקם ונציגים אחרים. כך ניתן היה להוציא את כל נושא ההתמודדות עם מחלה נפשית מהמרחב המצומצם הקיים של המודל הרפואי. בדיונים במועצה ניתנת הזדמנות לסקטורים שונים בחברה, שעד עכשיו לא היו מעורבים ו לא ניתנה להם מספיק אפשרות לתרום לנושא, להיות שותפים מלאים בהחלטות ובביצוע השינויים. לדוגמא, באחד הסיורים של המועצה, שהתקיים בעזרת התמ"ת, סיירו חברי המועצה במפעלי היי טק בצפון ונפגשו עם יזמים ומעסיקים עסקיים כדי לדון עימם יחד בסוגיות הקשורות לשילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בתעסוקה. דוגמא נוספת, לאחר דיונים רבים, אותם קיימה המועצה עם נציגים מהמוסד לביטוח לאומי, הצליחו נציגים שני הצדדים במאמץ משותף לאבחן ולקבוע מהם הצרכים השונים והמיוחדים של אנשים עם מוגבלויות נפשיות אשר דורשים התייחסות ומשאבים שונים וחדשים בדרך לשיקומם, שלט היו מוכרים או מחודדים מספיק קודם בהתנהלות של אנשי השיקום בביטוח לאומי. במסגרת הידברות זו אושרו בשנים האחרונות ארבעה פרויקטים ייחודיים המבטאים שינוי זה: בנפשינו-הנגשת מידע לצרכנים ומשפחות וצמצום הסטיגמה על ידי דו שיח עם צרכנים; קשת-קורס להורים של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות לתקשורת בדרך קוגניטיבית; עגלות קפה - יצירת מודל והזדמנויות תעסוקתיות חדשות בקהילה השמים דגש על פרויקטים המנוהלים באופן עצמאי על-ידי המשתקמים; שירות לבדיקת שביעות רצון משירותי השיקום הבנוי על מעורבות מירבית של הצרכן והמשפחה - מרמת בניית המודל, קביעת הכלים והיישום; השכלה נתמכת באוניברסיטאות עבור משתקמים הסובלים ממוגבלה פסיכיאטרית.

### ג. מנגנון מתן שירותי השיקום במסגרת תוכנית סל השיקום:

תוכנית סל השיקום, המהווה אחד מעיקריו של החוק, מבוססת על הזכות שיש לכל אדם מעל גיל 18 והמוכר כבעל נכות נפשית רפואית של לפחות 40% להגיש בקשה לתוכנית שיקומית

פרטנית שיישומה מיועד לקדם את מצבו ואיכות חייו.

לשם כך הוקמו 9 ועדות שיקום אזוריות, אשר תפקידן העיקרי הוא לדון בבקשות המוגשות על-ידי האדם ומטפלו האישי, לקבוע תוכניות שיקומיות ולתת אישור לשימוש בשירותי שיקום כפי שהוגדרו בסל. הועדות הפכו לזירה חדשה בה מתקיים שיח עם האדם הפונה והמתלווים אליו לבין חברי הועדה.

הועדות החלו את עבודתן בתחילת 2001. כל אדם הפונה לוועדה שולח לפני הדיון פנייה מובנית הכוללת: פרטים אישיים, אישורים על הנכות הרפואית, דו"ח רפואי, סיכום פסיכו-סוציאלי, הערכה תפקודית ע"י איש מקצוע, הערכה תפקודית ע"י הפונה והתוכנית השיקומית המבוקשת למענו כולל השירותים הנחוצים למימושה. לאחר שזכאותו נבדקה ע"י הועדה הוא מוזמן להציג את התוכנית בליווי איש המקצוע המלווה אותו, משפחתו (בהסכמתו) וכל אחר משמעותי שהוא חושב כנחוץ לדיון. לאחר שהדיון מסתיים, הועדה (שמורכבת מ-3 אנשי מקצוע בכירים ממקצועות שונים, ביניהם רכז השיקום האזורי המשמש כיו"ר הועדה) דנה בתוכנית והתאמה לאדם ולשירותים הנדרשים. לאחר קבלת אישור הועדה, האדם והמלווים אותו, מקבלים רשימת ספקי שירות (יזמים פרטיים או עמותות) שדרכם הוא יכול לקבל את השירות, ולאחר שהוא אישר את בחירתו, הספק השירות מקבל אישור מידי לתחילת העבודה.

מאז שנת 2000 עד סוף שנת 2005, מאז תחילת החוק, עברו כ- 31,675 אנשים את הועדות. כל שנה מתווספים אנשים חדשים למערכת השיקומים ובו בזמן חלק מהאנשים יוצאים. בסוף דצמבר 2005 קיבלו כ- 12,460 אנשים שירותי שיקום באמצעות תוכנית סל שיקום.

#### משתקמים שהגיעו לדיון בועדות סל שיקום בשנים 2000-2005 (משרד הבריאות, 2006)

2005	2004	2003	2002	2001	2000
8,943	7,356	5,488	4,606	3,495	1,787

לפינוי טבלה המציגה את סוגי השירותים הניתנים בכל רחבי המדינה ומספר המשתמשים בהם עד סוף שנת 2005.

**משתקמים בסוף כל שנה לפי שירות  
(משרד הבריאות, 2006)**

שם שירות	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005
סה"כ	5,548	5,794	8,063	9,527	11,074	12,213	12,460
סה"כ דיור	2,119	2,471	3,826	4,656	5,494	6,270	6,332
שירותי סמך	52	66	157	261	336	363	404
חונכות	0	0	327	746	1,050	1,014	1,197
אחר	52	66	482	1,004	1,384	1,370	1,602

**ד. למידה והכשרה בתחום השיקום בבריאות הנפש:**

כפי שניתן לראות מהטבלאות יישום חוק שייקום נכה הנפש בקהילה הוא הניסיון לתת למשתקמים את הכלים ואת ההזדמנויות לקדם תוכניות אישיות, שיאפשרו להם איכות חיים ושילוב בקהילה. כפי שנאמר וסופר עד כה, כל מערך השיקום עבר שינויים גדולים בחשיבה ובגיבוש ערכי, תוך קביעת עקרונות חדשים לעשייה. הוטמעו בשדה שירותים המבוססים על מודלים חדשים, שאמורים לקדם את התוכניות האישיות אותן ביקשו המשתקמים לממש, תוך שימת דגש לשיתוף ההדוק בין מתמודדים, משפחות ואנשי מקצוע. בנוסף, היה צורך לשנות עמדות ונורמות חברתיות, הן בקרב אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש ובתחום של השירותים החברתיים ואחרים, הן בקרב אנשי הקהילה האקדמית, והן בקרב הציבור בכלל – כולל ציבור הצרכנים והמשפחות. שינויים מסוג זה לא יכולים היו להתרחש ללא יזימה של למידה, הכשרה והתנסויות חדשות של הקהלים השונים, הבאים במגע עם האוכלוסייה. לפיכך, עם פיתוח שירותי השיקום השונים פותחו והופעלו בשנים האחרונות גם תוכניות הכשרה רבות בתחום השיקום, תוכניות אשר נועדו להכשיר אנשי מקצוע שונים לעבודה המיוחדת בשיקום בבריאות הנפש. התוכניות מגוונות ומפונות לאוכלוסיות יעד רבות, רובן אינטרדיסציפלינריות מתוך התפיסה שעבודת השיקום הינה שונה וייחודית, עוסקת בתחומי חיים שונים של האדם בו-זמנית, וקהל ממגוון מקצועות, אשר עובר הכשרה ייחודית דומה, יכול להוסיף לעבודה הקלינית ולשיח המקצועי. יותר מכך, חלק גדול משירותי השיקום מבוססים על כח אדם שאין לו רקע של הכשרה אקדמאית בתחום בריאות הנפש, אשר תורם רבות לעשייה השיקומית ממקורות ישע שונים, מקום של אנושיות, ניסיון חיים ומוטיבציה. כמו כן, מתקיימות הכשרות ייחודיות לפעילים בתחום בריאות הנפש ולהורים. מלבד אלה, בשנים האחרונות מתקיימים מסגרות לימודיות נוספות עם אוריינטציה שיקומית, בהן לוקחים חלק אנשי שיקום בבריאות הנפש, צרכנים, הורים ובני משפחה.

יש לציין שהקמת מערך ההכשרות בתחום השיקום לווה בקשיים רבים. בשל האוריינטציה הייחודית החדשה הזו היה קושי רב למצוא סגל מרצים מעודכן באוניברסיטאות ומחובר

לתפיסה, ובכלל קושי במוסדות להשכלה הגבוהה להכיל יוזמה מסוג זה. כעת אנו בתהליך של שידרוג מערך ההכשרה תוך כדי שילובו כמרכז למידה במערכת האקדמית.

הטבלה הבאה מסכמת את הפעילות בתחום זה.

**ההכשרות המתקיימות בתחום השיקום לאנשי מקצוע, מתמודדים ומשפחות**

<b>שם הקורס</b>	<b>אוכלוסיית היעד</b>	<b>שותפים לקורס</b>
<b>קורס מנהלי יחידות שיקום בקהילה</b>	מנהלי יחידות שיקום בתחומי הדיור, התעסוקה, השכלה ופנאי וחברה	משרד הבריאות ואוניברסיטת תל אביב, חיפה ובר אילן, מכון מגיד באוניברסיטה העברית
<b>קורס מדריכי שיקום</b>	לאנשים ללא רקע של השכלה פורמלית בתחום בריאות הנפש שעובדים בשירותי השיקום בקהילה	משרד הבריאות ותל"ם
<b>הדרכה- מלווה למידה</b>	אנשי מקצוע שעוסקים ומייעדים את עצמם להכשרת העוסקים בשיקום	משרד הבריאות, מכון מגיד האוניברסיטה העברית
<b>לימודי תעודה בנושא הטיפול הקוגניטיבי דינמי</b>	מטפלים מכל מקצועות הטיפול שעובדים בשיקום בבריאות הנפש	משרד הבריאות ואוניברסיטת תל אביב
<b>"הפעל" - קורס לצרכנות והעצמה</b>	צרכנים מתחום בריאות הנפש שמעוניינים לפעול למען קהילתם	מכון מגיד האוניברסיטה העברית, אוניברסיטת חיפה ומשרד הבריאות ותורמים פרטיים
<b>קשת - קורס אקדמי לתקשורת בדרך קוגניטיבית</b>	הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות	משרד הבריאות, ביטוח לאומי, אוניברסיטת תל אביב, מכון מגיד, ותורמים פרטיים
<b>מצרכנים לנותני שירות - הכשרת מתמודדים לעבודה במערכת השיקום בבריאות הנפש</b>	צרכנים בתחום בריאות הנפש	משרד הבריאות, מכון מגיד האוניברסיטה העברית

<p>משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, ובית לוינסטיין – מרכז השיקום</p>	<p>משתקמים בתחום בריאות הנפש</p>	<p><b>קורס סוקרי איכות – הכשרת משתקמים להיות סוקרי איכות במטרה לערוך סקרי שביעות רצון של האנשים המקבלים שירותי שיקום שונים בבריאות הנפש</b></p>
<p>משרד הבריאות, אוניברסיטת בר אילן, המחלקה לפסיכולוגיה שיקומית</p>	<p>מנהלים ואנשי מקצוע של יחידות שיקום בבריאות הנפש בקהילה</p>	<p><b>ניהול המחלה וההחלמה – הטמעת החשיבה של עבודה על פי ראיות תוך כדי הפעלת תוכנית</b></p>

### לסיכום:

אין ספק שבשנים האחרונות ניכרים שינויים רבים בתחום בריאות השיקום בכלל ובתחום השיקום בבריאות הנפש בפרט, בעיקר בעקבות הפיכת תחום זה לחוק המחייב את המדינה לשמור על זכותו הבסיסית של האדם בעל המגבלה הנפשית להיות שותף פעיל בקהילתו ובחרתו בכל שטחי החיים. השינויים מתרחשים במקביל בשטח ובמוסדות השלטון.

יחד עם זאת עוד רבים המחסומים לקידום של מהלכים אלו המובילים את השינוי, בעיקר אותם מחסומים המעכבים ו/או מונעים התאמתם השירותים לצרכים והיכולות של כל אדם בעל מגבלה נפשית, ומחסור במשאבים שלא מאפשר להגיע לכלל או לפחות לרב האנשים הזקוקים לשירותים אלה. המחסומים העיקריים הם: הגישה של המודל הרפואי, שעדיין שולטת בכיפה ומשתמשת ברב תקציב בריאות הנפש בישראל (כשמונים וחמישה אחוז מכלל התקציב עדין מופנה לבתי החולים, כאשר מספר המיטות הצתמצם המהלך השנים בחצי כמעט, כ- 3500 מיטות בלבד), מעבר איטי מהתפיסה של מוגנות לשילוב, מיעוט של הכשרות בסיסיות ברמות שונות - אקדמיות ואחרות של אנשי מקצוע, שינוי בתפיסת אוכלוסיה זו מאוכלוסיה ששייכת למשרד הבריאות בלבד לאוכלוסיה ששייכת למדינה כמו כל אוכלוסיה אחרת, בעיית הסטיגמה הקשה במיוחד בקבוצת נכים שהיו והינם, כמו גם נכותם, בלתי נראים.

### איך היינו רוצים לראות את העתיד?

היינו רוצים לראות את כל עניינם של כל האנשים עם המוגבלויות והצרכים המיוחדים, בפרט אוכלוסיית בריאות הנפש, לא רק עניינם של אנשי המקצוע והאנשים בעלי המוגבלות עצמם, אלא בראש מעייניה של החברה כולה. במהלך כל שנות העשייה לא פעם עלתה סוגיית האחריות: מי צריך להיות האחראי להובלת השיקום של אנשים עם מוגבלויות נפשיות?

מדובר פה על תהליך לא פשוט, כאשר אין מי שבאמת ובתמים מוכן לשאת ויכול לשאת באחריות כולה. מדובר פה על מערכת שלמה ומסועפת של חלוקת אחריות, שרשרת המורכבת

מחוליות רבות כאשר כל חוליה חסרה יוצרת פגם בשלמותה – מחוליות הצרכנים והמשפחות, עד חוליות אנשי המקצוע, הציבור הרחב, קובעי המדיניות, ועד חוליית הממשל.

הדוגמא של סוגייה זו במהלכים אותם מבצעים אנשי השיקום בבריאות הנפש עשויה להיות מהלך מעניין ומלמד. כל עוד המערכת המשקמת מטעם משרד הבריאות עסקה בהוצאה של אלפי אנשים מאשפוז לקהילה (לחלופות אשפוז) שיתוף הפעולה והתמיכה היו מירביים. עם החלת החוק ותחילתו של מהלך רחב יותר, חברתי יותר, העוסק לא רק באנשים הנמצאים בבתי-חולים, אלא ואולי בעיקר באלו הנמצאים בקהילה, יחס המערכת הבריאותית השתנה. היחס האוהד הפך להיות הרבה יותר הססני. מהלך מסוג זה יש לו היבט כלכלי וחברתי משמעותי יותר עם השלכות רחבות. מהלך זה יכול לשנות את פני החברה ודרוש חלוקה צודקת יותר של העוגה. אז אולי כדאי לעוצרו לפני "שהגולם יקום על יוצרו"? אולי בעצם אין מספיק הוכחות להצלחתו? ום יש או תהיינה הוכחות, מה יכולות להיות ההשלכות שלו למול המערכת הקיימת השוקדת לשמור על שמריה?

לכן מומלץ בעתיד, להשקיע מחשבה רחבה יותר בהתייחס לאנשים עם מוגבלויות בכלל כקהל יעד בעל אינטרסים ומטרות משותפים. יש לארגן חשיבה ארגונית אחרת ולרכז פעילויות משותפות, על מנת להגיע לתוצאות טובות יותר לכיוון של שילוב ושיתוף אנשים עם מוגבלויות בחברה. מלבד הסוגיה הארגונית יש להמשיך את המאמצים לשינוי עמדות של אנשי מקצוע בתחום תוך הקניית ידע עדכני בנושא והתחברות למהלכים דומים בעולם.

אם אנחנו מדברים על מהלך שתוצאה מוצלחת שלו אינו מותנת רק בשיפור מצבם של אנשים עם מוגבלויות נפשיות ואחרות, אלא ואולי בעיקר בבניית חברה טובה ושיוויונית יותר המכבדת את אזרחיה באשר הם, הרי שיש צורך, כפי שקרה במדינות רבות, לבנות חזון חברתי לגבי העתיד (New Freedom Commission on mental health, 2003; Department of health, 2001).

אנו תקווה, שאם נתגבר ונפתור את בעיית הסטיגמה שאוכלוסייה זו כל כך סובלת ממנה, היחס הפטרוני אליה יפחת וניתן יהיה להיווכח עד כמה אנשים אלה יכולים לממש את יכולתם ולתרום רבות בחברה בה הם חיים. כולנו הרי מכירים אנשים בולטים בתחומי ההיסטוריה, האמנות והמדע, שסבלו מהפרעות נפשיות קשות אך תרמו בצורה בולטת וחריגה לחברה בה בתקופה בהחיו, ותרומתם ניכרת ומשפיעה על חיינו עד היום.

#### ביבליוגרפיה

אבירם, א., זילבר, נ., לרנר, י., פופר, מ. (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואיפיוניהם, ביטחון סוציאלי, 53: 92 – 105.

אבירם, אורי. (2005). מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל: גורמים מסייעים ומעכבים

רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים. דו"ח מחקר. האוניברסיטה העברית בירושלים. ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד.

**אליצור אבנר, לרנר יעקב ושני מרדכי, הרפורמות בבריאות הנפש בישראל, "מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל", 2004.**

משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, 2006.

**רועה, דיויד; צ'ופרה, מרים; חסון-אוחיון, אילנית; שור, שלומית; לכמן, מקס ורודניק, אברהם. (2005) התפתחויות מחקריות והמשגתיות באשר להפרעות נפשיות קשות והשלכותיהן על תחום השיקום הפסיכיאטרי. חברה ורווחה, כה, 2, 207 – 222.**

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ספר החוקים, 1746, 231.

**Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. and Gagne, C. (2002).** Psychiatric Rehabilitation, Second Edition, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

**Davidson, Larry. (2003).** Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia. New York University Press.

**Davidson, L., Harding, C., and LeRoy S. (2005).** Recovery from Severe Mental Illnesses: Research, Evidence and Implications for Practice. Vol1. Center for Psychiatric and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, M.A.

**Department of Health. (2001).** The journey to Recovery – The government's vision for Mental Health care. U.K.

**Drake, R.E., Merrens, M.R., & Lynde, D. (2005).** Evidence-based mental health practice – A textbook. New York.: W.W. Norton & Company.

**Ralph, R.O. (2000).** Recovery. Psychiatric Rehabilitation skills, 4(3), 480-517.

**Fisher, Daniel.B. and Chamberlin, Judi.(2004).** Consumer-Directed Transformation to a recovery-based mental health system. March. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental.



**New Freedom Commission on Mental Health. (2003).** Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD.

**Ramon, S. (1991) (Ed.)** Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work. Basingstoke: MacMillan.

**Roe, David and Davidson, L.(2005).** Destinations and detours of the users' movement. Journal of Mental Health, October, 14(5): 429-433.

**Roe, D. Hason-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S.** (in press) Selecting and Implementing Evidence-Base Practices in Israel: A worthy and feasible challenge. Israeli Journal of Psychiatry and related Science.

**Sayce, Liz. (2000).** From Psychiatric Patient to Citizen. Overcoming discrimination and social exclusion. Macmillan Press LTD. London.

**Tomes, Nancy. (2006).** The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. Health Affairs, Volume 25, Number 3, 720-729.

**U.S. Department of Health and Human Services. (1999).** Mental Health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

**W.H.O. (1989).** Consumer involvement in mental health and rehabilitation services. Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva.

## התפתחות הידע על החלמה בבריאות הנפש בצל המודל הרפואי, מהפכת האל-מיסוד וזיהוי תופעת ההחלמה

מקס לכמן

בשנים האחרונות חל שינוי משמעותי בעולם ובמדינת ישראל בנושא המדיניות והפרקטיקה של השיקום בבריאות הנפש. אין ספק כי השינוי הושפע מהידע שהתפתח במהלך 30 השנים האחרונות סביב מה שנקרא "חזון ההחלמה" (Davidson et al., 2005).

במדינת ישראל, במקביל ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה - 2001, נשען בסיס החשיבה והידע על רעיון ההחלמה בבריאות הנפש. מערך ההכשרה שליווה הפיתוח של המערך השיקומי בבריאות הנפש שם את העקרונות של ההחלמה במוקד החשיבה והעשייה.

פרק זה מציג את עיקרי הידע שנצבר אודות ההחלמה ממחלות נפש ממושכות. מוקדם להציג סקירה אובייקטיבית והיסטורית לאור העובדה שמדובר בהתפתחות הנמצאת בעיצומה ולכן אין בה עדיין פרספקטיבה מספקת של זמן. בשנים האחרונות התפרסמו סקירות וספרים המנסים לסכם את הידוע מהתפתחות משמעותית זו (Davidson, 2003 ; Davidson et al., 2005 ; Ralph & Corrigan, 2005 ; Jacobson, 2004).

במבט לאחור ניתן לזהות שלושה שלבים נפרדים בהתפתחות הידע על ההחלמה ממחלות נפש, כפי שהם משתקפים בספרות המחקרית של תקופתם ולאחריה:  
 - שלב ראשון: בצל המודל הרפואי – התפישה הדטרמיניסטית  
 - שלב שני: מהפכת האל-מיסוד – תפישת ההחלמה כתהליך  
 - שלב שלישי: מרכזיות האדם בהחלמתו – התפישה האינדיבידואלית  
 המודל הרפואי שלט בכיפה הלכה למעשה מראשית המאה העשרים ועד לשנות השישים. זיהוי תופעת ההחלמה כתהליך, במחצית שנות השבעים, הוא שחולל גם את מהפכת האל-מיסוד, שעיקרה מגמת שילובם של המחלימים בקהילה. השלב השלישי, שהחל באמצע שנות השמונים, נשען על התחזקותן של אידיאולוגיות המתמקדות בעזרה עצמית ובפעילותן של קבוצות חלשות לשיפור מעמדן האישי והחברתי.

כל שלב משלושת השלבים הללו הינו ביטוי לזרם חשיבה ספציפי המעוגן בתקופתו, ואולם התפתחות הידע לא הייתה ליניארית. זרמים משלימים ומנוגדים של חשיבה ותמורות חברתיות, אשר התרחשו במקביל, כמו גם הפקת הבנות חדשות ממחקרים קודמים, הביאו לעתים לחפיפה כרונולוגית בין שלושת השלבים.

קבלת התיזה בנושא תפקידו המרכזי של האדם בתהליך החלמתו, מחייבת פיתוח כלים חדשים, תיאורטיים ומעשיים, אשר יאפשרו הבנה מעמיקה של דרכי ההחלמה האישית. החל משנות התשעים ועד ימינו, מסקנה זו מחלחלת בהדרגה לדרכי הפעולה של שירותי בריאות הנפש. (Roe, et al., In press ; Drake, et al, 2005)

**בצל המודל הרפואי**

במחקרים המוקדמים שבחנו את הסכיזופרניה, ההנחה הייתה שמדובר במחלה בעלת פרוגנוזה של הידרדרות תפקודית הדרגתית ללא סיכויי החלמה. חיבוריהם של קרפלין (1913) ובלוילר (1911) מתחילת המאה העשרים מהווים דוגמה טובה לשלב הדטרמיניסטי בתפישת מחלות נפש. תפישה זו היא אשר הובילה דורות של פסיכיאטרים ושל אנשי מקצוע אחרים לעמדה המשתקפת באמירה הרווחת: "פעם סכיזופרני – תמיד סכיזופרני" (Vaillant, 1978a; Fenton, 1996; Harding et al., 1997). גם לפי מדריך ה-DSM המהלך הצפוי של סכיזופרניה הוא החמרה, ועלייה ברמת הליקויים בין האפיזודות וכן חזרה למצב של תפקוד בריא היא נדירה (Harding et al., 1997). לקונטקסט הרפואי-חברתי יש השפעה מכרעת על התפתחותה של תפישת ההחלמה, ואין זה מקרי כי מחקרים מוקדמים הרואים בסכיזופרניה מחלה חשוכת מרפא, נערכו במסגרת הטיפול המוסדי. כיום ברור כי אותם מחקרים אשר עיצבו את פניה של החשיבה הפסיכיאטרית לא היו מהימנים דיים ולקו בשלושה כשלים מתודולוגיים עיקריים (Harding et al., 1997; Vaillant, 1978; ואחרים, 2005):

- המחקרים התבססו על מדגמים לא מייצגים שכללו רק את האוכלוסייה הנגישה ביותר לחוקרים – אנשים שחיו שנים ארוכות בבתי חולים או כאלה שהגיעו לאשפוזים חוזרים לעתים קרובות.

- במחקרים לא בוצע מעקב ארוך טווח, וכתוצאה מכך אי אפשר היה להבחין בשינויים המתרחשים באטיות לאורך שנים.

- לא נבדקה האינטראקציה של משתתפי המחקרים עם סביבתם ולא הוקדשה תשומת לב מספקת לתפקודם היומיומי.

כתוצאה מכשלים אלה המחקרים לא היו רגישים למגוון ההתפתחויות האפשריות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה במהלך המחלה ובהחלמה.

**מהפכת האל-מיסוד וזיהוי תופעת ההחלמה**

השלב השני בהתפתחות הידע על ההחלמה היה פועל יוצא של המעבר ממדיניות האשפוז למדיניות האל-מיסוד, פיתוחה של התנועה לפסיכיאטריה הקהילתית אשר החל להתבצע בתחום בריאות הנפש בשנות ה-60 של המאה העשרים. המעבר למדיניות החדשה נבע משורה של גורמים (Talbot, 1986; Badrach, 1977), ביניהם התחזקות התנועות לזכויות האזרח, שראתה את הטיפול המוסדי כפגיעה בחירויות הפרט; פיתוח תרופות חדשות המאפשרות מעקב ואיזון רפואי מסוים גם ללא אשפוז; פרסום מחקרים על הנזק שגורם האשפוז עצמו; ושיקולים כלכליים שהניחו כי עלותו של טיפול במסגרת הקהילה נמוכה יותר מעלויות האשפוז.

אנו רואים, אם כן, כי הבנות מתחומים שונים חוללו את שינוי המגמה, מראיית האשפוז

הפסיכיאטרי כצורת הטיפול העיקרית ואולי היחידה, לתפישה החותרת להמעיט ככל האפשר בטיפול מוסדי. המעבר למדיניות האל-מיסוד הרחיב את שדה המחקר העוסק בתופעת ההחלמה, וכפועל יוצא מכך הושגו שלוש הבנות משמעותיות:

• מחקרי אורך חשפו את הרבגוניות של מחלות נפש, זיהו לראשונה את תופעת ההחלמה עצמה ואפיינו את המחלה וההחלמה כתהליך מתמשך.

• ראיית המחלה וההחלמה כתהליך חשפה את הבעייתיות בהגדרת ההחלמה ובמדידתה, והעלתה את הצורך בגיבוש אמות מידה חדשות.

• ההבנות החדשות פיתחו כיוון מחקרי המתמקד בזיהוי הדפוסים המאפיינים סגנונות החלמה.

נסקור להלן את האופן שבו הושגו הבנות אלו ואת השפעתן על התפתחות התפישה של ההחלמה כתהליך.

#### אופיין הרבגוני של מחלות נפש

מדיניות האל-מיסוד הביאה להכרה במורכבות של מחלות נפש ובאופיין המתמשך והרבגוני. "ליקוי פסיכיאטרי" (Harding et al., 1997) כבר לא נתפש כמושג מוחלט שאין עליו עוררין. הקשיים במימוש מדיניות האל-מיסוד הובילו למסקנה כי לסובלים ממחלות נפש חמורות יש צרכים ורצונות רבים ושונים כמו לכל אחד אחר. אם הם אינם מאושפזים, הם זקוקים לדיור, לתעסוקה, להשכלה ולקשרים חברתיים. התברר כי הקלה בתסמיני המחלה בלבד אינה נותנת מענה למכלול הצרכים הללו. בהמשך לכך התחולל בשנות השמונים שינוי דרמטי במערך השירותים הפסיכיאטריים, וצמחו מסגרות, פרויקטים ושירותים קהילתיים רבים, כאלטרנטיבה לבתי החולים הציבוריים (Anthony, 1993 ; Young & Ensing, 1999).

בעקבות זאת, החלו במהלך העשורים האחרונים להתבצע מחקרי אורך שעקבו אחר המשתחררים ממוסדות פסיכיאטריים. מחקרי אורך אלה הביאו לפריצת דרך בחשיבה ובהבנה של מחלות נפש קשות. הם הצביעו על כך שהתפתחותן של מחלות נפש קשות, לרבות סכיזופרניה, אינה אחידה, וכי בקרב כמחצית מן הנבדקים נצפתה החלמה או שיפור משמעותי במצב וברמה התפקודית (Harding, 1994 ; Fenton, 1996).

חוקרים רבים הגיעו למסקנה כי בניגוד לדעה שהייתה מקובלת בעבר, מחלת נפש אינה תהליך של הידרדרות אטית צפויה מראש, המביאה עמה החמרה תפקודית. התברר כי אנשים הסובלים ממחלת נפש יכולים להחלים באופן חלקי או מלא גם בגיל מתקדם, על אף השפעותיה הקשות של המחלה על חייהם ועל חיי משפחתם (Ciompi & Muller, 1976 ; Ciompi, 1980 ; Harding et al., 1987a ; Spaniol, 1991 ; Spaniol et al., 1994 ; Department of Health and Human Services, 1999 ; McGuire, 2000).

כי תהליכי מחלה והחלמה הינם ארוכי טווח והבנתם דורשת הסתכלות ולמידה לאורך זמן (Vaillant, 1978b ; Harding et al., 1987b), שכן תהליך ההחלמה אינו אחיד ואינו מתנהל באופן ליניארי אלא מתאפיין בעליות ובמורדות (Strauss et al., 1987 ; Strauss, et al., 1997).

בשנת 1987 פורסם בארה"ב אחד המחקרים החשובים בתחום זה - "מחקר אורך של אנשים הלוקים במחלת נפש חמורה במדינת ורמונט" (Harding et al., 1987a ; Harding et al., 1987b). במחקר ורמונט נבדקו 262 גברים ונשים אשר השתתפו בתכנית שיקום ואשר שוחררו מאשפוז באמצע שנות החמישים במסגרת המאמצים לאל-מיסוד. כל משתתפי המחקר אובחנו כחולי סכיזופרניה, היו מאושפזים במשך שנים רבות ונמנו עם קבוצת החולים הקשים ביותר. הם אופיינו כאטיים, סובלים מבעיות ריכוז וזיכרון, מבולבלים, חשדנים, בלתי צפויים, תלותיים ולוקים מבחינה פסיכו-מוטורית והתנהגותית. ברובם היו אלה אנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, בני 40 בממוצע, בעלי השכלה נמוכה. רק מיעוטם היו בעלי משפחות. החוקרים השתמשו בכלים מחקרניים הנחשבים כבעלי מהימנות גבוהה בהם שאלונים, ראיונות ורישומי בית החולים. כמו כן בוצעו אבחנות חוזרות של משתתפי המחקר במהלך השנים. המחקר נערך לאורך שלושים ושתיים שנים והעלה ממצאים המעידים על שיפור משמעותי או על החלמה אצל 118 נבדקים, שהם בין מחצית לשני שלישים מן המשתתפים שהיו בחיים בתום תקופת המחקר. להלן הממצאים העיקריים:

**אשפוז:** משתתפי המחקר חזרו פעמיים לאשפוז בממוצע, לתקופות של עד שנתיים. דיוור: 88% ממשתתפי המחקר התגוררו בשכונות רגילות, מחציתם בדיוור עצמאי ומחציתם בהסדרים מוגנים.

**תעסוקה:** 77% הוגדרו כבעלי אמצעי קיום ההולמים את צרכיהם. שליש עבדו בשכר או בהתנדבות, שליש היו מובטלים, ושליש – פנסיונרים או עקרות בית.

**קשרים חברתיים:** 20% היו נשואים, 68% קיימו מערכות יחסים משמעותיות ולא נחשבו כ"חולים" בסביבתם החברתית.

**תפקוד חברתי-פסיכולוגי:** 68% תפקדו היטב וסבלו רק מתסמינים קלים או מקשיי תפקוד בתחומים מסוימים.

התוצאות הפתיעו גם את החוקרים עצמם: כאמור, כל משתתפי המחקר הוגדרו כאנשים הסובלים ממחלה נפשית "כרונית", שמצבם יכול רק להחמיר עם השנים. כעבור שלושים ושתיים שנים, בתום המחקר, הסתבר כי חל שיפור משמעותי במצבם של יותר ממחצית המשתתפים, ואלה הגיעו לרמה תפקודית גבוהה בהרבה מכפי שנצפה לגביהם. מחקר ורמונט הצביע על הבדלים בתוצאות ארוכות הטווח אצל אנשים שאובחנו כסובלים מסכיזופרניה. רבגוניות ההחלמה התבטאה ברמת תפקודם החברתי, התעסוקתי והפסיכולוגי. מסקנותיו של

המחקר עולות בקנה אחד עם ממצאי מחקרים נוספים שנעשו בתחום זה. מחקר ורמונט לא היה הראשון. משנות הארבעים ועד ימינו בוצעו מחקרי אורך בקנה מידה גדול במדינות שונות. כל המחקרים העלו מסקנות דומות לגבי שיעור המחלימים והמשתפרים ולגבי הבדלי רמות במיומנות התפקודית אצל הסובלים מסכיזופרניה. הלוח שלהלן מציג סיכום של ממצאי המחקרים הללו:

**לוח מס' 1: שבעה מחקרי אורך שבדקו שיפור והחלמה בקרב אנשים הסובלים ממחלות נפש חמורות**

החוקר ומועד פרסום המחקר	גודל המדגם	משך המחקר (בשנים)	מקום המחקר	אחוז המחלימים ו/או הנבדקים שחל שיפור משמעותי במצבם
1972 בלולר	208	23	שוויץ	66
1975 הוברט ואח'	502	22	גרמניה המערבית	57
1976 צ'יומפי ומולר	289	37	שוויץ וארה"ב (לזאן)	53
1979 צואנג ואח'	186	37	ארה"ב (איווה)	46
1987 הרדינג ואח'	118	32	ארה"ב (ורמונט)	68
1987 אוג'ווה ואח'	105	24	יפן	56
1995 דסיטו ואח'	45	36	ארה"ב (מיין)	42

מקור: Harding, 1994 ; Harding, Zubin & Strauss, 1997 ; Harding & Keller, 1998

הרדינג ועמיתיה בחנו את תוצאות מחקרי האורך המפורטים לעיל וכן את ממצאיהם של מחקרים נוספים שעסקו בהיבטים שונים של מהלך המחלה ותוצאותיה, לרבות השפעת גיל, אירועי חיים וכן האינטראקציה בין האדם החולה לסביבתו. בהתבסס על מכלול הממצאים, הם הציעו שלא להגדיר סכיזופרניה כמחלה כרונית אלא כמחלה ממושכת, דהיינו התמשכות

המחלה אינה שוללת אפשרות של שיפור והחלמה. ממחקרי האורך עולה גם הצורך לרענן ולשפר את מערכת האבחון, כך שהקריטריונים יכללו דפוסים רב-מימדיים ארוכי טווח; גורמים שונים המעצבים את המחלה וההחלמה; מקורות ביו-פסיכו-סוציאליים; והשפעות של פגיעות, הזדקנות וצמיחה.

במאמר שפרסם החוקר פנטון (1996), הסוקר את המסקנות העולות ממחקרי-האורך, מוצעות שלוש הנחות מושגיות התורמות להבנת נתוני המחקרים הללו:

• **הנחה מושגית - פגיעות ודחק:** לפי הנחה זו סכיזופרניה נובעת מפגיעה ביולוגית של האדם ומכאן שהתקופות של הופעת תסמינים הן תוצאה של אינטראקציה בין הפגיעות הביולוגית לבין גורמי לחץ סביבתיים. אירועי חיים, סביבה תרבותית, מעמד חברתי, רשת חברתית והאיכות הרגשית של סביבת החיים – כל אלה קשורים למהלך הסכיזופרניה. פנטון מדגיש שיש קושי להגדיר מהם גורמי הלחץ הספציפיים המשמשים זרז להופעת המחלה, משום שהם אינדיבידואליים במידה רבה. גורמים אלה יכולים להיות ביוכימיים (למשל שימוש בסמים), התפתחותיים (למשל עזיבת בית ההורים ללימודים), חברתיים (מתחים הקשורים למשפחה או לעבודה) או סביבתיים (דיור, אבטלה ועוני). במסגרת מודל זה אפשר להגן על האדם באמצעות הטמעת דרכי התמודדות, פיתוח רשת חברתית תומכת, התערבות פסיכו-סוציאלית וטיפול תרופתי אנטי-פסיכוטי. השימוש בכלים אלה יכול למתן את השפעת הלחץ ולמנוע הופעת תסמינים או החמרתם.

• **הנחה מושגית - התפתחות רב-שלבית:** לפי הנחה זו ניתן לזהות חמישה שלבים עיקריים בהתפתחות מחלת הסכיזופרניה ובמהלכה לאורך שנים. עם זאת, פנטון מציין כי במציאות, ההבחנה בין השלבים השונים אינה חדה וברורה, ולעתים הם מתערבים זה בזה. להלן תיאור השלבים:

- טרום מחלה: שלב שבו ניתן לאתר ולזהות השפעה של גורמי סיכון ופגיעות ביולוגיות.
- קדם מחלה: שלב שבו מופיעים סימנים ותסמינים מקדימים למחלה.
- ראשית המחלה: שלב שבו תסמינים ומוגבלויות תפקודיות מובילים לאבחנה.
- שלב ביניים: שלב שבמהלכו מופיעות לסירוגין אפיזודות של החמרה ושיפור בתסמינים, או לחלופין תקופה ממושכת ללא נסיגה של המחלה, תוך החמרת הבעיות התפקודיות.
- תקופה מאוחרת: השלב שבו דפוס המחלה מתייצב וכך גם חומרת הליקוי והמוגבלות, או לחלופין נצפה שיפור. לרוב מתחיל שלב זה כחמש עד עשר שנים לאחר הופעת המחלה.

• **הנחה מושגית - רבגוניות המחלה והאינדיבידואליות של הסובלים ממנה:** לא ניתן לזהות אבטיפוס של מהלך הסכיזופרניה ושל תוצאותיה, שכן המחקרים השונים מעולם לא איתרו מאפיין יחיד המופיע אצל כל הסובלים ממנה. הכלל הוא שכל אדם שונה מרעהו על אף שיש הנחות המזהות גורמים המבשרים את מהלך המחלה. השונות ניכרת במגוון מישורים: המחלה מופיעה בטווח רחב של גילים ואצל אנשים בעלי רמות תפקוד ונסיבות חיים שונות. יש הבדלים מהותיים במשכי הזמן של השלב האקוטי של המחלה, בסוג התסמינים ובאופן הופעתם

לאורך זמן. בהתבסס על תוצאות המחקרים השונים, פנטון מציין כי מבחינת סיכויי ההחלמה, אוכלוסיית הנבדקים נחלקת לשלוש: שליש השיג שיפור משמעותי ויציב, שליש השיג שיפור כלשהו עם נסיגות לסירוגין ושליש הראה מוגבלות קבועה. נמצא שהמבשר הטוב ביותר לרמת התפקוד בתחום מסוים לאחר הופעת המחלה, הוא תפקודו של האדם באותו תחום טרם הופעתה. דירוג רמת תפקוד כטובה או כנמוכה אינו יכול לשקף את מורכבות התוצאה, ולכן מוטב להמשיך את התוצאה של מחלת סכיזופרניה לסדרה של מערכות פתוחות המקיימות ביניהן המשכיות לאורך זמן.

לפי מאמרה של הרדינג "בחינת המורכבות במדידת ההחלמה במחלות נפש חמורות" (Harding, 1994), מחקרים שונים מצאו שהפרעות פסיכיאטריות מתאפיינות במהלך מחזורי, מורכב, דינאמי ורבגוני, המתקדם לעבר שיפור משמעותי לאורך זמן. תהליך זה מסתייע בהיות האדם יצור אקטיבי ומתפתח המקיים אינטראקציה עם סביבתו.

#### הבעייתיות בהגדרת ההחלמה ומדידתה

חוקרים שסקרו, השוו והעריכו את שבעת מחקרי האורך הגדולים, עמדו על שורה של בעיות מתודולוגיות. כאן המקום להעיר כי במהלך שני השלבים הראשונים של התפתחות הידע על ההחלמה ממחלות נפש ממושכות הושגו הבנות מתודולוגיות חדשות. אפשר לטעון כי השינויים בתפישות המתודולוגיות משמשים כגורם המקשר בין השלב הקיים לבין עיצוב השלב העתידי. הרדינג, שהייתה ממובילי מחקר האורך בורמונט, טוענת כי בשיטות ששימשו את החוקרים עד כה, לרבות החוקרים בורמונט, קיימות הטיות מובנות המצביעות על הבעייתיות בהגדרתה ובמדידתה של תופעת ההחלמה, והן מקשות על השגת ממצאים מהימנים. ההגדרה להחלמה ששימשה במחקר ורמונט כללה את הגורמים הבאים:

- האדם אינו מציג סימנים או תסמינים של הפרעה פסיכיאטרית
- האדם אינו משתמש בתרופות
- האדם עובד או פרש לגמלאות
- האדם מקיים מערכות יחסים הדדיות ומשביעות רצון
- האדם משתלב בקהילה כאזרח מן השורה, ואין אינדיקציה לאשפוז בתקופה הנסקרת

בשל חמשת הגורמים ששימשו את מחקר ורמונט בהגדרת המושג החלמה. הרדינג מזהה חמש סוגיות מתודולוגיות הנוגעות לקושי בהגדרתה ובמדידתה של תופעת ההחלמה. סוגיות אלה מאפיינות את השלב השני בהתפתחות הידע על ההחלמה ממחלות נפש ממושכות: קושי בהגדרת המושג "נורמלי"; צורך בהסתכלות רב-משתנית; קושי במדידת החלמה ביחס למצב ההתחלתי; הטיות הנובעות ממסגרת החשיבה התאורטית; ואי-שוויון במשאבים שיקומיים זמינים.

**א. הקושי בהגדרת המושג "נורמלי":** הרדינג (1994) גורסת כי קל לזהות כ"מחלימים" את האנשים המתפקדים היטב בכל תחומי החיים. באותה קלות ניתן להגדיר כ"לא מחלימים"



את אלה שרמתם התפקודית נמוכה ומוגבלת בכל התחומים. ואולם, במחקר ורמונט היו 35% מהנבדקים ממוקמים בין שני הקצוות הללו, ולכן קשה היה לדרג את רמתם התפקודית ולמדוד את מידת החלמתם. למשל, מה דינם של אנשים שהוסיפו להציג תסמיני מחלה, ובכל זאת הצליחו לתפקד – הם עבדו, קיימו מערכות יחסים משמעותיות ולמדו לשלוט בתסמיני מחלתם. האם לפי ההגדרות הם החלימו? ; נבדקים אחרים השתלבו בחברה, קיימו מערכות יחסים, פיתחו תחביבים שונים וחשו בטוב אך לא עבדו; ומה דינם של נבדקים אשר תפקדו היטב בעבודתם, לא הזניחו את עצמם, אך חיו בגפם והגדירו עצמם כ"מתבודדים" – האם הם חולים?

הקושי בהגדרת ההחלמה ומדידתה נובע לעתים מהשפעת התפישות והאמונות האישיות שלנו לגבי המהות של "נורמלי" ו-"חולה". לכן הקביעה נתונה לפרשנויות שונות ואינה אובייקטיבית. פעמים רבות אנו עושים שימוש בסולם ערכים שיפוטי: בבואנו להעריך "תפקוד נורמלי" של מטופל, אנו מצפים לפגוש אדם המתפקד ללא כל בעיה וחי באושר. הקושי שלנו להגדיר תפקוד נורמלי גורם לכך שציפיותינו מן המחלים תהיינה גבוהות אף מן המקובל לגבי כלל הציבור. קשה להניח שאנשים בריאים ו"נורמלים" הם מאושרים תמיד והם אינם נקלעים למשברים, לבעיות ולקשיי תפקוד בנסיבות שונות. אנו מקבלים זאת כחלק מהחיים האנושיים ה"נורמליים". האם על המטופלים לתפקד טוב בהרבה מאתנו כדי שנקבל אותם כ"בריאים"?

**ב. הצורך בהסתכלות רבת משתנים:** בבדיקה ובהערכה של מחקרי אורך נחשף הצורך להתייחסות לשורה של משתנים נוספים, מתוך הסתכלות על חייו של האדם כמכלול: התנאים בעת הלידה; רקע משפחתי, לרבות יתמות; אשפוזים מוקדמים; רמת אינטליגנציה לפני המחלה; מעמד סוציו-אקונומי; הבדלים בין גברים לנשים; הבדלים בדיאגנוזה המשנית בין מטופלים; ובמיוחד האינטראקציה בין המשתנים. הכללת משתנים אלה ואחרים בהערכה התפקודית עשויה לחשוף את השפעתם על הממצאים. למשל, חוסר יציבות נפשית, יחס שלילי כלפי הסביבה וקשיי תפקוד הם היבטים העשויים לאפיין שכבה חברתית מסוימת אליה משתייך הנבדק, ולכן אין לייחס תופעות אלה באופן בלעדי להפרעה הנפשית.

**ג. הקושי במדידת החלמה ביחס למצב ההתחלתי:** השוואת מצבו הנוכחי של אדם למצבו בעת הופעת המחלה היא מרכיב חיוני במדידת החלמתו, המצריך מעקב ארוך ורגיש לתמורות תקופתיות החלות במצבו. כאן עולה בעיית העיתוי: ייתכן שהראיון התקופתי מתקיים בתקופה קשה במיוחד שאינה מייצגת בהכרח את מצבו של המרואיין. ייתכן גם ההפך - שהראיון מתבצע בעיתוי שבו המרואיין חש בטוב ומתפקד היטב, ורק בדיעבד מתברר כי השיפור היה זמני בלבד.

קשה מאוד לנהל מחקר ארוך טווח המקיים קשר רציף עם הנבדקים ומצייר תמונה שלמה של השינויים ושל ההתפתחויות במצבם. בנוסף, חזרה למצב בריא, ציפיה העולה ממחקרים רבים, מתייחסת למצבו של האדם כפי שהיה לפני המחלה. אולם חזרה זו אינה אפשרית וגם אינה יכולה לשמש כאינדיקטור תקף להחלמה, שכן אדם בן 35 המחלים ממחלת נפש לא ירצה

שישפטו אותו על פי חייו כנער בן 18. יתר על כן, ניתן למצוא רמות תפקוד שונות אצל אותו האדם בתחומים שונים, דבר המקשה עוד יותר על השימוש במדידת ההחלמה ביחס למצב ההתחלתי.

**ד. הטיית הנובעות ממסגרת החשיבה התאורטית:** הטיה נוספת נובעת ממסגרת החשיבה של החוקר. הרדינג מצביעה על כך שמסגרת החשיבה התאורטית יכולה לקבוע למשל כי החלמה פירושה הבראה ממחלה, אך באותה מידה יכולה לקבוע כי גם נסיגה של מחלה היא החלמה. אם נפעל על פי הקביעה שהחלמה פירושה הבראה, כי אז כל אפיזודה נוספת תתפרש כמחלה חדשה. גם ראיית ההחלמה כנסיגה של המחלה אינה פשוטה. התפישה המקובלת גורסת כי מהלך המחלה כולל גם נסיגות. נשאלת אם כן השאלה, כמה זמן צריכה נסיגה להימשך כדי שתיחשב כהחלמה.

הרדינג (1994) מציעה להחליף את ההגדרות הללו בתפישה האומרת כי חיי האדם כוללים עבודה, מערכות יחסים והתפתחות אישית וגם אפיזודות של מחלה. תפישה זו מחייבת אותנו להתמקד באדם שמאחורי המחלה ולא במחלה עצמה. הגדרה כזו משנה בהכרח גם את מסגרת החשיבה התאורטית ואת השפעתה על הגדרת ההחלמה ומדידתה.

**ה. אי-שוויון במשאבים שיקומיים זמינים:** מחקר ורמונט החל ב-1955 תוך שיתוף הנבדקים בו בתכנית שיקום כוללנית ומקיפה שנמשכה חמש שנים. תכנית זו כללה שחרור מבית החולים למסגרת הקהילה, דיור מוגן, המשך טיפול תרופתי, טיפול קבוצתי, טיפול ותמיכה תפקודית ותעסוקתית והקמת קבוצות לעזרה עצמית. במחקר נוסף שנערך באותה תקופה בבית חולים אחר, לא הועמדה לרשות הנבדקים תכנית שיקום כמו זו של ורמונט. ההשוואה בין שתי הקבוצות העלתה כי הנבדקים במחקר ורמונט הגיעו להישגים גבוהים בהרבה מאלה של משתתפי המחקר השני. היו הבדלים ניכרים בין שתי הקבוצות בשקלול הכללי ובמיוחד בתחומי התעסוקה, התפקוד העצמאי ותכיפות וחריפות תסמיני המחלה. עובדה זו מעידה כי ההחלמה תלויה במידה רבה במאמצים השיקומיים ובסביבה השיקומית שהאדם זוכה להם. לפיכך, בהגדרה ובמדידה של ההחלמה יש להביא בחשבון את המשאבים השיקומיים הזמינים למחלים. הרדינג מציעה להימנע משימוש במושג "תוצאה" או "מצב סופי" בעת ההערכה של מידת ההחלמה. במקומם היא מציעה להשתמש בביטוי "בנקודה זו במהלך החיים" (Harding, 1994). מוטב אם כן לראות את ההחלמה כתהליך ולא כתוצאה. ראייה זו נסמכת על ההבנה לפיה כל אדם מתפתח באופן שונה, בתחומים שונים ובתקופות שונות. מדידת ההחלמה תתבסס אם כן על הערכה רב-מימדית של תחומי חיים שונים לאורך זמן.

#### **זיהוי דפוסים המאפיינים סגנונות החלמה**

התפישה החדשה הרואה את ההחלמה כתהליך, חשפה עובדה שלא הייתה ידועה קודם - אנשים שונים משיגים שיפור במצבם בדרכים שונות, דהיינו אין מסלול אחיד של החלמה. תגלית זו עוררה עניין בחקר הנתיבים והסגנונות השונים בתהליך ההחלמה. המחקרים מצאו קשר משמעותי בין האופן שבו אדם חווה את הופעת מחלתו לבין הדרך שבה יבחר להתמודד עמה. אובחנו שלושה דפוסים התייחסות מרכזיים, המהווים את היסוד לבחירת סגנון ההחלמה

האישי:

- המחלה כטראומה
- ההחלמה כהתנסות באינטגרציה
- הכחשת המחלה.

מגלאשן ועמיתיו (1975), שעסקו בחקר סגנונות החלמה, מציינים כי ההבחנה בין הסגנונות אינה מוחלטת. למעשה, תהליך ההחלמה האינדיבידואלי כולל רצף של סגנונות הנשענים על דפוסי התייחסות עיקריים תוך התאמתם לצרכי המחלים. רדלי (1994) מוסיף כי יש לראות את הסגנונות השונים שאנשים מאמצים לעצמם בהחלמתם בהקשר של המציאות בה הם חיים. המשאבים הזמינים להם מבחינה חומרית, חברתית והשכלתית, כמו גם קורות חייהם, ישפיעו על האופן שבו יתמודדו עם המחלה. נציג להלן את שלושת דפוסי התייחסות המרכזיים, המשמשים אבני דרך לגיבושו של סגנון החלמה אישי:

**א. המחלה כטראומה:** אנשים הרואים בהחלמה שחרור מטראומה חווים את המחלה כאירוע זר ומפריע המשבש את רצף החיים. המחלה היא מאורע דרמטי, בלתי צפוי ונכפה. אנשים החשים כך, רואים לעתים קרובות במערכת הטיפולית גורם מפריע ואלים.

במאמרה "החלמה: שיקום כהתנסות אישית", מתארת דיגן (1988) את הופעת המחלה ואת אבחונה כחולת סכיזופרניה כאסון שהחריב עליה את עולמה ומוטט את תקוותיה וחלומותיה. היא מציינת כי חשה חוסר אמון וזעם כלפי הרופאים והעובדים הסוציאליים, ודחתה מכל וכול את קביעתם לפיה היא סובלת ממחלה חשוכת מרפא וכי יהיה עליה להסתגל לה ולהתמודד עמה. הכעס וההכחשה מאפיינים את השלבים הראשוניים בהחלמה. דיגן מסבירה כי נדרש לאדם זמן רב עד שיאגור כוח להתמודדות ויוכל להתחיל להשתקם. היא מוסיפה כי ההכחשה הייתה שלב חשוב בהחלמתה, בבחינת תגובה נורמלית למצב שהיה למעלה מכוחותיה. הכחשה זו איפשרה לה לשרוד במהלך החודשים הראשונים של המחלה. לאחר שלב ההכחשה דיגן מתארת שלב שני שבו משתלטת חוויה של דיכאון וייאוש. ההחלמה לדבריה מתחילה בשלב השלישי, כאשר באופן בלתי מוסבר עולה "להבה קטנה ושברירית של תקווה ואומץ, המאירה את חשכת הדיכאון והייאוש". בהקשר זה מציינת דיגן את תפקידם של חברים ובני משפחה שהמשיכו להעניק לה אהבה, אמונה ותקווה, ולא ויתרו עליה גם כאשר היא כבר ויתרה על עצמה. זהו תהליך הדרגתי המותנה בנכונותו של המחלים לפעול. נכונות זו דורשת ממנו אומץ ומאמץ רב, גם אם בתחילה מדובר בפעולות קטנות ויומיומיות בלבד. בהמשך, נכונות זו נוחלת גם ניצחונות גדולים יותר. דיגן מציגה שלושה גורמים, אשר מאפשרים, לפי תפישתה, את ההחלמה – תקווה, רצון ופעולה אחראית. במאמרה מודגש תפקידו האקטיבי של המחלים ממחלת נפש. היא אינה מתארת את ההחלמה כתהליך מוחלט וסופי, אלא כהתמודדות עם מגבלות וגילוי מחדש של העצמי ושל תכלית הקיום.

**ב. ההחלמה כהתנסות באינטגרציה:** אנשים הרואים במחלה חלק אינטגרטיבי ברצף חייהם אינם מופתעים מהופעתה. עבורם המחלה היא פרק בחייהם, המקיים קשר עם חלקים ופרקים

אחרים. מגלאשן ועמיתיו (1975) מציגים במחקרם הגדרות שונות שניתנו בספרות למונח "אינטגרציה" בהקשר של החלמה ממחלות נפש. אחת ההגדרות היא "שמירה על קוהרנטיות, הרמוניה ואחידות של סדר וארגון האישיות". לפי ההגדרה זהו הבסיס לעקביות ולהמשכיות של הגדרת העצמי. במחקרם זה ובמחקר נוסף שפרסמו שנתיים לאחר מכן, הם מתארים החלמה מתוך אינטגרציה כ"מודעות המחלים להמשכיותה של הפעילות המנטלית והאישיותית שלו, מחשבותיו ורגשותיו לפני ההתנסות הפסיכוטית, במהלכה ובתהליך ההחלמה". המחלה נחווית כנוגעת לאדם באופן אישי, ולא כגוף זר הנכפה עליו. האדם חש אחריות כלפי מחשבותיו ואופן התנהגותו במהלך המחלה, והוא מודע הן לכאב והן להנאה שמערבת ההתנסות הפסיכוטית. הוא משתמש בהתנסויות אלה כבמקור למידע חדש, שאינו נגיש לו באופן רגיל, על אודות עימותים, מערכות יחסים ודפוסי התנהגות. הוא סקרן להבין את חוויית המחלה ומשתמש לשם כך בעזרתם של אחרים גם כדי להבינה טוב יותר וגם כדי לפתור בעיות הנוגעות למחלה או להיבטים אחרים בחייו. הוא מסוגל לראות היבטים חיוביים בהתנסות במחלת נפש ומייחס לה השפעה חזקה על חייו. לאחר הופעת המחלה נחלשים אצלו החששות והרגשות השליליים שאפיינו את גישתו למחלה בטרם הופעתה. הוא אף מחבב כמה מהרגשות והרעיונות הבלתי שגרתיים שהוא חווה במהלך הפסיכوزה וחש כי המחלה מסייעת לו להגיע לסיפוק ולהנאה בחייו.

בספרו "הנסיגה מצלילות הדעת - מבנה הופעת הפסיכוזה", מסביר באוורס (1974), כי אדם בתהליך פסיכוטי חווה צמיחה והתפתחות אישית. בהמשך הוא מצטט את מאיר-גרוס לפיו "הדרך שבה נתפסת האפיזודה הפסיכוטית על ידי האדם קובעת את הפרוגנוזה של המחלה". לדבריו של באוורס, התוצאה הפחות רצויה עלולה להיות הכחשה מוחלטת של האירוע הפסיכוטי, ואילו פרוגנוזה טובה מתאפשרת כאשר האדם מבצע אינטגרציה של ההתנסות הפסיכוטית לתוך רצף חייו בדרך שבה נשמר אתגר ההמשכיות. טענתו המרכזית היא כי המשכיות החיים ללא צמיחה עלולה להביא להכחשת הפסיכוזה, לחוסר תקווה ולייאוש. כאשר נמשכת צמיחת האישיות, האדם עשוי להשיג המשכיות אמיתית מבלי שירחיק את האירוע הפסיכוטי מתוך חוויית חייו.

**ג. הכחשת המחלה:** על פי מחקריהם של מגלאשן ועמיתיו, אצל אדם הבוחר בסגנון החלמה של הכחשת המחלה, האירועים והתסמינים הפסיכוטיים מבודדים מהבנתו ומתפישתו את חייו לפני המחלה. ההתנסות הפסיכוטית נתפשת כלא שייכת לעולמו המנטלי ובלתי נגישה לתודעתו. אנשים החוסמים את חוויית החולי, נמנעים מלדון במחשבות וברגשות שחוו במהלך הפסיכוזה. המחלה נתפשת כאירוע נפרד וסגור, המרוחק מהתחום הנפשי שהאדם מכיר בו כתחום השייך לו. האדם אינו מכיר באחריות כלפי המחשבות והמעשים הפסיכוטיים שלו. הוא אינו מגלה סקרנות לגבי החוויה הפסיכוטית ואינו מקדיש מאמץ להבנתה. מחלימים שזהו סגנון החלמתם, אינם רואים בהתנסות הפסיכוטית משאב למידע חדש על עצמם, אלא מבקשים לחזור לחיות ולהתנהג כדרכם לפני המחלה. מחלימים הנוקטים סגנון הכחשה אינם מאמינים שאחרים מסוגלים לעזור להם להגיע לשליטה בבעיות ובקונפליקטים שהם חווים. הם נוטים להאשים את זולתם בהופעת המחלה או לייחסה לאירועים חיצוניים. מי שבוחרים בסגנון

ההכחשה אינם מסוגלים לגלות היבט חיובי כלשהו במחלה ומייחסים משקל מועט להשפעתה על חייהם. גישתם כלפי מחלות נפש נשאר ראויה פחדים וחוסר סובלנות, הם דוחים את הרגשות ואת הרעיונות הבלתי שגורתיים הנחווים במהלך המחלה וחשים כי הפסיכוזא מקשה עליהם להגיע לסיפוק בחייהם ה"אמיתיים".

ראייה מעט שונה של אנשים הנוקטים בסגנון של הכחשה מציג לפרינק (1998). הוא מצא במחקרו כי נבדקים שהכחישו את קיומן של בעיות נפשיות, הציגו תפישה עצמית המייחסת חשיבות רבה לפרטיות בחייהם. הם ראו את המצבים אליהם נקלעו כסוגיה פרטית וייחודית להם, שאינה מעניינת של איש זולתם. הסבר כזה מציג את הכחשת המחלה כחלק מהיגיון פנימי המנחה את חייהם של אנשים אלה בהקשרים שונים, ולא רק בהקשר המחלה. לכן, לדעתו, אין בכך כדי להצביע על הכחשה כעל חסימת התודעה בפני חוויית המחלה, אלא יש לראות התנהגות זו כשמירה על מידע פרטי מפני חשיפה ברבים.

ראינו כי התפתחות הידע בסוגיית ההחלמה עברה משלב של מחקר נקודתי במסגרת הטיפול המוסדי, לשלב חדש שנבע מתהליכי האל-מיסוד. המעקב לאורך שנים חשף את מהלכן הממושך, הדינאמי והאינדיבידואלי של מחלות נפש ואת תהליך ההחלמה מהן. התובנות שנרכשו בדרך זו הביאו להתפתחותו של זרם מחקרי חדש, המבקש להכיר ולאפיין סגנונות החלמה שונים ולבודד את המשתנים האישיים המשפיעים על מהלך המחלה ועל סיכויי ההחלמה (Seeman, 1998 ; Torgalsen & Rund, 1998).

על אף ההבנות שהושגו בשלב האל-מיסוד, עדיין נותרו בעינן שאלות רבות באשר למשמעות ההחלמה מהפרעה פסיכיאטרית והדרך המיטבית להגדרתה ולמדידתה. מחקרי השנים האחרונות מבקשים להעמיק את ההבנה על תופעת ההחלמה ולפתח מסגרת תאורטית להמשגה ולתיאור של התופעה מתוך הסתכלות אינטגרטיבית על מרכיביה. התובנות החדשות הנובעות ממחקרים אלה מעצבות את השלב השלישי בהתפתחות הידע - שלב הצבתו של האדם במרכז תהליך ההחלמה.

### מרכזיות האדם בתהליך ההחלמה

אנו נמצאים כיום בעיצומה של מהפכה מחקרית-טיפולית הממקדת את תשומת הלב באדם. מחקרים שבוצעו בשנים האחרונות, בדרך כלל במדגמים קטנים מבחינה סטטיסטית, מתמקדים בניסיון לגבש חשיבה תיאורטית חדשה על אודות ההחלמה ממחלות נפש ממושכות. כיום, לאחר מאה שנים של חקר מחלות הנפש, מובן בפעם הראשונה כי לא המחלה היא העיקר אלא האדם הסובל ממנה, עולמו הפנימי ויחסי הגומלין שהוא מקיים עם סביבתו. בשלב זה בולטים שני זרמים בחקר תופעת ההחלמה ממחלות נפש, אשר התפתחו במקביל תוך השפעות הדדיות:

- הפרספקטיבה המחקרית - פיתוח מודלים תאורטיים
- תרומת המחלימים להבנת מרכזיות האדם בתהליכי ההחלמה

שני הזרמים הללו שואבים זה מזה ומפרים זה את זה ולעתים אף מתקיימת ביניהם אינטגרציה. כך קורה למשל כאשר אנשי מקצוע נעזרים בידע ובזווית הראייה האישית של מחלימים ומשתקמים, או כאשר אנשי מקצוע, שהם גם אנשים הסובלים ממחלת נפש, משלבים במחקר ובפרקטיקה הטיפולית תובנות המבוססות על התנסותם האישית. לשני הזרמים נקודת מוצא משותפת: שניהם ביקורתיים כלפי המציאות החברתית, הטיפולית והמחקרית בתחום בריאות הנפש. עם זאת, שני הזרמים התפתחו באופן בלתי תלוי זה בזה ויש ביניהם שוני מהותי. התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, שצמחה על רקע המאבק הכללי בעולם המערבי להבטחת זכויות אדם לכול, שמה את הדגש בפעילותה על העזרה העצמית של אנשים הסובלים ממחלת נפש. היא תורמת מושגים ייחודיים להסתכלות על תופעת ההחלמה, מתארת באופן שונה את הצרכים של אנשים הסובלים ממחלת נפש ואת המענים הדרושים להם בתחומי חיים שונים, ומבקשת להדגיש את המומחיות הייחודית שרכשו אנשים הסובלים ממחלות נפש בהבנה של תופעת ההחלמה.

### הפרספקטיבה המחקרית

ההבנות שהושגו בשלב הקודם של התפתחות הידע – חשיפתה של תופעת ההחלמה, על הרבגוניות שבה, אפיונה כתהליך וזיהוי הקשיים בהגדרתה ומדידתה - כל אלה הביאו למגמות מחקריות חדשות המתמודדות עם שאלות חדשות. השלב הנוכחי מתמקד בארבע משימות עיקריות: אפיון תהליך ההחלמה, לרבות הגדרתו והמשגתו; מיפוי התהליכים הפנימיים בהם מתנסים המחלימים; בחינת השפעתם של גורמים סביבתיים על ההחלמה; והערכת יחסי הגומלין בין תהליכים פנימיים לגורמים סביבתיים בהחלמה. להלן נסקור את ההתפתחויות העיקריות בתחומים אלה, בהסתמך על ממצאיהם של אחדים מן המחקרים הבולטים, אשר נערכו בעשורים האחרונים:

### אפיון תהליך ההחלמה, הגדרתו והמשגתו

ההבנות שהושגו עד כה לגבי תופעת ההחלמה מאפיינות אותה כתהליך המאפשר לבני אדם בעלי נכויות נפשיות לבנות גשרים המחברים אותם מחדש לעצמם ולעולמם הרוחני, לסביבתם ולחברה בכללותה, כל זאת תוך התמודדות עם הסטיגמה שדבקה בהם. אלה הם תהליכים עמוקים של העצמה וגילוי פנימי המחייבים שינוי מהותי בתפישת האדם את עצמו. החלמה אין פירושה היעלמה של המוגבלות, אלא בנייה של זהות אישית וחברתית מתוך הכרה בה (Deegan, 1988 ; Anthony, 1993 ; Spaniol et al., 1994 ; Kramer & Gagne, 1997). המפגש עם הזולת, מסביר ראדלי (1994), מחדד סוגיות תקשורת וזהות, שכן האדם נדרש להסביר את מצבו לעצמו ולסביבתו. מכאן עלינו להסיק שהבראה והחלמה אינן מושגים חופפים כפי שמקובל להניח על פי המודל הרפואי. הבראה פירושה היעלמם של תסמיני המחלה. החלמה לעומת זאת משקפת תהליך של הכרה במגבלות לצדן של יכולות (Hatfield & Lefley, 1993), ולכן היא הולמת יותר את ההתמודדות עם מחלות נפש. במקום לנסות להגיע ליעד סופי, המחלים שואף ליצור התאמה רבה ככל האפשר בין צרכיו ורצונותיו לדרישות סביבתו. בהתמודדות זו משתתפים תהליכים ומנגנונים נפשיים, כמו גם רכישת ידע ומיומנות תפקודית, ואלה מוסיפים לפעול גם במצבי היתקעות ונסיגה. בהקשר זה הראה שטראוס (1989) כיצד

שלב הנראה כנסיגה מהתסמינים, עשוי לשמש את המחלים לצורך התארגנות ואגירת כוחות לקראת צעדי שיפור נוספים.

קיים הבדל מובהק באופן שבו החברה תופשת אנשים הסובלים ממוגבלות עקב מחלה כרונית, לבין האופן שבו היא תופשת אנשים החולים במשך זמן רב. מבחינת ההגדרה החברתית, מוגבלות אינה פוטרת אדם משמירה על כללי התנהגות מקובלים. לעומת זאת, אנשים הנחשבים לחולים, משוחררים מן הציות לקודים החברתיים הרגילים, וזאת מתוך הנחה שאין בידיהם כלים מתאימים למלא אחר ציפיות מסוג זה. ראדלי מסביר כי אנשים הסובלים ממחלות נפש, לא תמיד יכולים לעמוד בציפיות החברתיות. הוא מניח כי זו הסיבה לכך שהחברה נוטה לתייגם כאנשים חולים ולא לראותם כבעלי מוגבלות בלבד. כתוצאה מכך נאלצים אנשים אלה להתמודד בשתי חזיתות - עם סבלם האישי ועם הסטיגמה החברתית.

המעבר ממעמד של חולה מאושפז לזה של חבר בקהילה כרוך בקשיים רבים. בארהם והיוורד (1990) מביאים את דבריהם של מחלימים המתארים תהליך של חיפוש עצמי ובנייה מחודשת של הזהות, בניסיון למקם את המשבר או המשברים שעברו ברצף חייהם במסגרת הכרתם את עצמם ואת סביבתם. המפגש עם הסטיגמה מקשה במיוחד על התהליך הזה, שכן הסטיגמה מגדירה את זהותו של האדם באמצעות מחלתו ומנשלת אותו ממעמדו החברתי. התיג גורר תגובות חיצוניות שליליות ומציב מכשול נוסף בדרכם של המחלימים, המתנסים ממילא בתהליכים פנימיים מורכבים.

במאמרם "מעבר למודל הביו-פסיכו-סוציאלי: אינטגרציה של הפרעה, בריאות והחלמה", מסבירים דיווידסון ושראוס (1995), כי תיאור מחלה או הפרעה באמצעות שימוש בדימוי של "ציר בריאות-חולי", או של "ציר נורמליות-פתולוגיה" מניח בטעות כי מצב של בריאות או של א-פתולוגיה אכן התקיים בפועל בתקופה שלפני המחלה. הניסיון המקצועי מלמד כי באפיון מחלה קשה לקבוע את מידת הסטייה מן המצב האידיאלי של בריאות מוחלטת, שכן קשה להניח שבני אדם אכן נולדים בריאים באופן מוחלט. לדבריהם, יש להתייחס להחלמה כאל תהליך שבו מתקיימים בריאות וחולי כאחד, ולא כאל מעבר ממצב של "מחלה" למצב של "בריאות". ההחלמה דורשת, אם כן, מן המחלים לגבש לעצמו תפישת חיים חדשה, המאפשרת לבריאות ולחולי לדור בכפיפה אחת. ההחלמה, מסבירים החוקרים, היא תהליך אוניברסלי ונורמטיבי: לא קיימת מציאות אנושית בה האדם הוא "רק בריא" או "רק חולה". מתחילת חיינו אנו מתמודדים עם אירועים ותנאים אישיים וחיצוניים המגבילים אותנו במימוש שאיפותינו ורצונותינו. בהקשר זה, התמודדות פירושה שימוש ביכולות על אף המגבלות. שטראוס (1992) מסביר במחקר קודם כי בתהליכי החלמה מתרחש שינוי פנימי של הסתכלות ובנייה מחודשת של תמונת החיים לאור מצבים ואירועים עמם אנו נפגשים ברצף החיים. אירועים טראומתיים, ובהם מחלת נפש חמורה, עלולים ליצור קשיים בהבטחת הרצף והעקביות של החיים. הניסיון הקליני מראה כי הרצף מוסיף להתקיים במידת מה גם אצל האדם החולה – בין התסמינים לבין עצמם ובין התסמינים לבין תחומי התפקוד ה"נורמלי" וההיסטוריה האישית.

חוקרים רבים אשר בחנו סיווגים פסיכיאטריים והגדרות דיאגנוסטיות למחלות נפש, הגיעו למסקנה כי הקטגוריות האבחנתיות המקובלות אינן מתאימות לשיעור ניכר מהמטופלים וכי חסרים כלים לאבחון תהליכים של בנייה וצמיחה אישית (Bowers, 1974 ; Sullivan, 1997; Corin, 1998), כמו גם לבחינת תפקידו האקטיבי של המטופל בתהליך המחלה וההחלמה (Deegan, 1988; Davidson & Strauss, 1995; Roe, 2001; Roe et al., 2004; Strauss et al., 1997). שטראוס מציע לנטוש את המודלים המכתיבים גבולות נוקשים ואת ההסתכלות החד-מימדית, ולאמץ במקומם תפישה הבנייתית, לפיה אנשים בונים את עולמם מחדש באמצעות תהליכים של חיפוש ומתן משמעות להתנסויות ולגירויים פנימיים וחיצוניים. נקודת מבט כזו מאפשרת לראות תהליכים נורמליים ופתולוגיים כמימדים ברצף המקיימים אינטראקציה ביניהם. מודל ההבנייה מאפשר גם אינטגרציה של גורמים נוספים כגון דימוי עצמי, תפקוד בתחומים שונים ואלמנטים אחרים.

#### מיפוי התהליכים הפנימיים שבהם מתנסים המחלימים

ההגדרות להחלמה שהצגנו לעיל מתארות אותה כתהליך הכרוך בשינויים פנימיים עמוקים, בהם האדם עוסק בהבניית העצמי והזהות שלו לנוכח המפגש עם המחלה. מודלים חדשים שפותחו החל משנות התשעים של המאה העשרים, מבקשים להעמיק את ההבנה של התהליכים הללו ולמקמם במסגרת תאורטית.

בספרות העוסקת בחקר ההחלמה ניכרת השפעתו המכרעת של שטראוס, פסיכיאטר וחוקר בעל מוניטין. לאחר שנים רבות שבהן נמנה עם המובילים במחקר הפסיכיאטרי הקלאסי, פנה שטראוס לכיוון חדש המציע מודלים חדשים להבנה של מחלות הנפש. פרסומו המבקרים את הגישות המקובלות, מציעים להסתכל על המחלה ועל ההחלמה כעל תהליך ממושך ומורכב שיש להבינו מתוך קונטקסט החיים השלם של האדם (Strauss et al., 1986 ; 1992 ; Strauss, 1986 ; 1992 ; Davidson & Strauss, 1992 ; Strauss, 2005 ; al., 1987).

במאמר "מעבר למודל הביו-פסיכו-סוציאלי", דיווידסון ושטראוס מציגים את עיקרי החשיבה המובילה כיום את חקר ההחלמה ממחלות נפש. הטענה המרכזית היא שניסיון להבין תהליכי החלמה דורש בחינה מחודשת של המודלים העוסקים בהפרעות נפשיות, שכן אותם מודלים לא השכילו להבין ולתאר התפתחויות ושיפור במצבם של אנשים הסובלים מהפרעות אלה. המחברים מנתחים את המגבלות המובנות בשני אשכולות של מודלים, המנחים בדרך כלל את אנשי המקצוע בתחום הפסיכיאטרי: מודל המחלה (the disorder model) ומודל האדם החולה (the disordered-person model). המחקר והפרקטיקה הנגזרים ממודל המחלה מתמקדים במחלה או בהפרעה, פעמים רבות מתוך תפישה ביו-רפואית. מודל זה אינו מאפשר לראות את החולה כאדם, והוא מקשה להבחין בהיבטים שונים בעולמו ובאופן השפעת המחלה על חייו. מודל האדם החולה מתרכז אמנם בבני אדם, אך הוא מנסה להסביר את חייהם של הסובלים ממחלות נפש בשונה ובנפרד מחייהם של אנשים בריאים. מודל האדם החולה נשען במידה רבה על מודלים פסיכואנליטיים הרואים במחלה ליקוי התפתחותי. בתוך כך אובדת יכולת ההסתכלות על המחלה עצמה כעל איום חיצוני הנכפה על האדם ומשפיע על חייו.



כתוצאה מכך נתפש האדם עצמו כמזוהה עם הפרעה, דבר המחדד את השוני בינו לבין אנשים אחרים. האדם עלול להיתפש כנושא באחריות להפרעה ממנה הוא סובל ולא כמי שניצב בפני בעיה שעמה הוא נדרש להתמודד.

שני המודלים הללו מתמקדים בפתולוגיה ולא בתהליכים של בריאות והחלמה. כיוון שכך, ראייתם את הקשר בין האדם והמחלה הינה מקוטעת ולא שלמה. המחברים מציעים מודל חדש שיתן מענה לבעיות הנובעות משני המודלים הקודמים ויגשר על הפערים ביניהם. מודל זה עשוי להיות יעיל יותר, שכן יש בו אינטגרציה בין גורמים שונים המעורבים בתהליך ההתפתחות האישית ובשימור הבריאות לצד החולי. גישתם של דייווידסון ושטראוס מדגישה את "קונטקסט החיים" (life context) כמסגרת התייחסות הדרושה להבנת תהליכים אלה. במודל הנוכחי מוצעים ארבעה מימדים המאפיינים את חייו של אדם, אשר עליהם יש לתת את הדעת בבחינת תהליכי ההחלמה:

**התכוונות:** ביכולתם של בני האדם להגדיר מטרות, לתכנן ולקבוע יעדים ועדיפויות ולעסוק באופן עקבי ב"פרוייקט החיים" שלהם, בבחינת יעד אסטרטגי של בניית עתידם. מימד זה בא לידי ביטוי כאשר אדם חווה את עצמו כפעיל, מחליט ובוחר באופן ריבוני בין אפשרויות, תוך התקדמות לעבר עתיד העשוי להיות שונה מההווה ומהעבר. בפסיכوزה, כמו גם במצבים אחרים המתאפיינים בדחק, פרוייקט החיים עלול להיקטע. במקרה זה תצטמצם ותוגבל יכולת הבחירה, אך ההתכוונות לעולם לא תתבטל כליל.

**תפישת מימד זמן:** תפישת זמן מעוגנת בהבנה כי החיים הינם ארוכי טווח ודינאמיים, וכל רגע נתון הוא בבחינת "תמונה" ברצף ארוך המרכיב את "הסרט". ראייה פרספקטיבית זו מאפשרת לבני אדם לראות את מכלול חייהם ולא להיתקע באירועים ובמצבים מסוימים. אצל אנשים הסובלים ממחלת נפש, תפישת מימד הזמן עלולה להיפגם ואף להיעלם כאשר הם נתפשים כמי שאפשר להגדירם באמצעות התסמינים המאפיינים את מצבם בהווה. בראייה ארוכת טווח, לעומת זאת, המחלה תיתפש כאחד מאותם אירועים קשים עמם נפגשים בני אדם במהלך חייהם. בפרספקטיבה כזאת ניתן לנתח את המחלה במונחים של השלכות על מהלך החיים אך לא כחיים עצמם.

**משמעות:** משמעות פירושה עיסוק בבניית חיים שיש בהם עקביות והמשכיות. ההתנסויות מהן מורכב ניסיון החיים אינן מצטרפות זו לזו באופן מקרי. הן נושאות משמעות, לעתים סמלית, ומקיימות ביניהן יחסי גומלין ברמות שונות. הנראטיב שבני אדם מחברים על אודות חייהם מורכב מהתנסויות אלה, ובו בזמן הוא מעניק להן משמעות כוללת. ההתנסויות השונות יוצרות בדרך זו מודעות למציאות ומאפשרות את הבנתה. מימד זה קשה לבדיקה בשיטות מחקר כמותיות, ולהבנתו יש להשתמש במודל איכותני.

**דו-קיום בין יכולות להפרעה:** חייהם של בני אדם הם שילוב בין כוחות וחולשות, בין יכולות מצד אחד לחסכים מן הצד האחר. תשומת הלב לקונטקסט החיים של בני אדם מחייבת הכרה הן במחלה, על תסמיניה והמגבלות שהיא מטילה, והן ביכולות התפקודיות ובכוחות הזמינים

להתמודדות עמה. ברוב מצבי החיים בני האדם מעורבים במספר פעילויות, ורק חלקן קשור למחלה באופן ישיר. על המטפלים ועל אנשי המחקר לתת דעתם לדואליות הזו של בריאות וחולי ועליהם לסייע גם למטופלים להכיר בה.

ארבעת המימדים הללו יכולים לשמש כמסגרת רחבה להבנה עמוקה של תהליכי החלמה, שכן בתחומים אלה מתחוללים תהליכים רגשיים וקוגניטיביים מורכבים, המושפעים בהכרח גם מן האינטראקציה עם הסביבה. ארבעת המימדים האלה הם גם הבסיס לעבודתם של חוקרים נוספים שתרמו ותורמים נקודות מבט חדשות להשקפה המעמידה את האדם, את מודעותו העצמית ואת חייו במרכז המחקר. להלן נסקור את מחקרם החלוצי של דיווידסון ושטראוס ושני מחקרים אחרים התורמים להבנת חשיבותם של תהליכי הבנייה (בנייה מחדש) העצמי בהחלמה.

דיווידסון ושטראוס (1992), בדקו את הבנייה של תחושת העצמי בתהליך ההחלמה של חולים במחלות נפש ממושכות. המחקר בוצע באמצעות ראיונות, והמחברים מתארים את ההבנייה כהתפתחות הדרגתית בארבעה שלבים:

- גילוי העצמי האקטיבי: בשלב זה האדם לומד שהוא יכול לפעול למען עצמו גם בתוך המצב הקשה שבו הוא שרוי. הוא מגיע למודעות לגבי יכולתו להשפיע על חייו באמצעות פעולות שהוא מבצע בעצמו, גם אם בתחילה הן פעולות בסיסיות בלבד.
- בדיקת הכוחות והמגבלות של העצמי: מאחר שהאדם שואף להגן על עצמו מפני כישלון, הוא בוחן את יכולותיו ואת מגבלותיו לקראת פעילויות חדשות. זוהי מעין "ספירת מלאי" של כוחות המסייעת בחיזוק הביטחון העצמי לקראת פעולה.
- הפעלת העצמי: התחושה המתפתחת של יכולת תפקודית מאפשרת לאדם מעורבות גדלה והולכת בפעילויות חדשות ומחברת אותו לסביבתו.
- פנייה אל העצמי כמשאב: תהליך הבנייה העצמי הופך למשאב חשוב בהתמודדות עם המחלה. האדם נעזר בעצמיותו הנבנית לשם התמודדות עם משברים, וגם אם הוא חווה התנסויות שליליות, הוא נפגע פחות מבעבר. הפנייה אל העצמי מחזקת אותו.

יאנג ואנסינג (1999), חקרו את המשמעות שמייחסים מחלימים לתהליך ההחלמה שלהם. המחקר בוצע באמצעות ראיונות איכותניים מובנים למחצה ובאמצעות שתי קבוצות מיקוד בהשתתפות שמונה עשר מחלימים שדנו בהיבטים ובמרכיבים השונים של תהליכי החלמה שלהם. כפי שמציינות החוקרות, זהו עד כה המודל המחקרי המקיף היחיד המבוסס כולו על נקודות מבט והתנסויות של המחלימים עצמם. מודל זה מאשש ומפתח את המודל הקודם של דיווידסון ושטראוס ועולה בקנה אחד עם חיבורים ומחקרים נוספים. ממצאי המחקר חושפים שלושה שלבים המתארים את התהליכים הפנימיים של ההחלמה:

#### **שלב ראשון: התגברות על תחושת ההיתקעות**

הצעדים הראשונים בתהליך ההחלמה מתאפיינים בהכרה הדרגתית בקיום המחלה, בהתפתחות של רצון ומוטיבציה לשינוי ובמציאת משאבים של תקווה והשראה ( Hatfield & )

על ידי המחלימים כעוזרים לאדם להתגבר על תחושת ההיתקעות האופיינית למגבלות נפשיות ולנוע קדימה. מן הממצאים עולה כי עבור רבים מן המחלימים זהו הצעד הקשה ביותר בתהליך ההחלמה.

### **שלב ביניים: השבת אובדנים והתקדמות**

שלב זה אינו עשוי מקשה אחת אלא מורכב משלושה תהליכים המקיימים ביניהם קשרי גומלין:

- העצמה עצמית - האדם לוקח שליטה ואחריות על חייו, מפתח גישה של אמונה בכוחותיו, וכך רוכש בהדרגה תחושה של ביטחון עצמי לקראת מאמצים נוספים, כפי שתיארו דיווידסון ושראוס.

- הגדרה מחדש של העצמי: האדם חוקר ומגלה את עולמו הפנימי והחיצוני ולומד אמיתות חדשות על אודות עצמו. זהו תהליך של השגת תובנות לגבי העצמי ולגבי היחסים בין העצמי למחלה ולחיים באופן כללי.

- חזרה לתפקודים בסיסיים: האדם לומד להסתגל בהדרגה לתפקודי חיים ולהשתלבות מחדש בסביבה החברתית. משתתפי המחקר ציינו בהקשר זה שלושה היבטים מרכזיים: היכולת לדאוג בקביעות לצרכים הבסיסיים; שמירה על אקטיביות והשתתפות בפעילויות שונות; ויצירת קשר משמעותי עם אחרים, במיוחד עם אנשים הסובלים גם הם ממגבלות פסיכיאטריות. (Weingarten, 1999; Hatfield & Lefley, 1993; Davidson & Strauss, 1992; Pettie & Triolo, 1999; Sullivan, 1997; 994)

### **שלב מתקדם: שיפור איכות החיים**

השלב המאוחר בתהליך ההחלמה מתמקד במאמץ להגיע לאיכות חיים טובה יותר. לשלב הזה שני היבטים עיקריים: הראשון הוא המאמץ להשגת תחושה כללית של רווחה, והיא כוללת, לדעת משתתפי המחקר, שיפור בדימוי העצמי, רגיעה ושקט נפשי, אימוץ דפוסי חשיבה חיוביים, תחושת יציבות ותחושת "נורמליות". ההיבט האחר הוא המאמץ להגיע למיצוי הפוטנציאל התפקודי. מאמץ זה, הקשור לשאיפה הגוברת להעניק משמעות ועניין לחיים, כולל חיפוש אחר תכלית, הצבת משימות, עמידה באתגרים והשגת סיפוק ועצמאות. רבים ממשתתפי המחקר התייחסו בהקשר זה לתחום הרוחניות כמשאב חשוב לתקווה, להשראה ולמציאת משמעות בחיים (Sullivan, 1997; Chadwick, 1997). רבים מבין המשתתפים ציינו גם כי הם מצאו תכלית לחייהם בהושטת עזרה לזולתם. נראה כי ההרגשה שמישהו זקוק להם נתפשת על ידי המחלימים כתורמת לתהליך ההחלמה שלהם עצמם.

מחקרם של פטי וטריולו (Pettie & Triolo, 1999) המציג תפישה התפתחותית של תהליכי החלמה, התפרסם אף הוא בשנת 1999. המחקר מציב את הזהות האישית במרכז תהליך ההחלמה, וקביעתו העיקרית היא כי ההחלמה מתבצעת תוך הטמעה הדרגתית של המחלה בזהות האישית. האדם חייב למצוא הסברים להתנסויות שהוא חווה, שכן בלעדיהן תיוותר ההחלמה עמומה ובלתי פתורה. תהליכים של פרשנות והענקת משמעות נועדו להסברת

ההתנסות במחלה ולהבהרת הצורך בשינוי ובארגון מחדש של העולם הפנימי. המפגש עם מחלת נפש מחולל בדיקה של הזהות ומעלה שאלות קיומיות כמו "מי אני?" ו"היכן האני שהכרתי בעבר?". שאלות אלה מסמנות את תחילתו של המסע הארוך המוגדר כתהליך החלמה. זהו מסע של חיפוש שראשיתו במשבר זהות, והאדם עוסק בו במציאת העצמי שהוא יכול לחיות עמו ולרחוש לו כבוד. החוקרת קורין השתמשה בהקשר זה בביטוי: "תחושת העצמי המוערך". תהליך החיפוש כולל גם את מציאת העצמי המוכר, שעדיין מצוי בעולמו הפנימי של האדם. למרות האובדנים שאנשים חווים בעקבות המחלה, הם עדיין מסוגלים לזהות ערכים, קשרים והעדפות שנשתמרו בידיהם. המחקר מציע שתי אסטרטגיות העשויות לסייע בקידום תהליך זה:

### השוואה לאחרים:

ראשית ההחלמה היא תקופה של פגיעות רבה. בשלב זה שבו כל פרט בסביבתו של האדם עשוי לשמש נקודת התייחסות, השוואה לזולת נושאת תפקיד מרכזי בהתמקמות מחדש של האדם בעולמו, ככלי לבדיקת דימויו העצמי ולאישוש זהותו. כל מפגש, במיוחד עם מטפלים או מטופלים, מקבל משמעות עמוקה ומשפיע על תפישתו וביטחונו העצמיים של האדם. השוואה מעוררת תגובה של קבלה או דחייה, בהתאם למידה בה היא מאשרת או מתנגשת עם זהותו של האדם. כאשר הוא מזהה את עצמו או את עברו בסיפורו של אחר, הוא יכול להשתמש בהשוואה כדי להתחיל ולבנות את הקונטקסט של התנסויותיו. כאשר הוא נפגש עם אנשים הנמצאים במצב קשה משלו, הוא מבין שמצבו גרוע פחות משחשש והוא שואב מכך עידוד. אנשים המצויים בשלב מתקדם יותר בתהליך ההחלמה משמשים לו מודל לחיקוי וממחישים לו כי התקדמות ושיפור ניתנים להשגה. "ספירת המלאי" העצמית המוגדרת במחקרם של דיווידסון ושרטאוס נעזרת בסיפורו של האחר לצורך זיהוי העוצמות והחולשות ולקראת התקדמות נוספת. נציין שגם פעילות של עזרה עצמית, כפי שמציעה התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, מספקת הזדמנויות להשוואה.

### תהליכים של מתן משמעות:

לדברי פטי וטריוולו, תהליכים של מתן משמעות, החשובים לכל אורך ההחלמה, נושאים בשלבים המתקדמים שלה בתפקיד מכריע - הם משמשים כמנוף לביצוע שינוי תפישתי. הקניית משמעות מסייעת לנו להבין את התנסויותינו, לפרשן באמצעות משמעויות נבחרות וכך לספק הסברים לשאלות עמן אנו מתמודדים. המחברים מציגים שתי צורות של הקניית משמעות אשר התבררו כמועילות בהתקדמות לקראת החלמה:

- תיאור המחלה כאבולוציה: בשלבי ההחלמה המתקדמים מתרחש שינוי המאפשר לאדם לתאר את המחלה כאירוע שניתן להפיק ממנו ידע ותועלת. נמצא כי בשלבים אלה המחלה נתפשת לעתים כאתגר, עד כדי תחושה של הכרת תודה. המחלה נתפשת כמניבה תשואה חיובית ביותר והמחלימים מתקשים לעתים לדמיין את חייהם בלעדיה. אחת המשתתפות במחקר זה אמרה כי אילו ניתן לה לבחור בין חיים עם המחלה לחיים בלעדיה, היא הייתה בוחרת לכלול את המחלה בחייה. היא מצוטטת במחקר כאומרת, "כיום אני יותר אדם משהייתי

אי פעם בעבר, לפני המחלה". הענקת משמעות כזו למחלה מאפשרת לראות בה הזדמנות לצמיחה. המשמעות המוקנית הזו מחזקת את התקווה, את אורך הרוח ואת יכולת העמידה, שכן היא מאפשרת לאדם להאמין כי סבלו לא היה לשווא וכי תועלתה וההצדקה שלה עתידות להתגלות.

- האנשת המחלה: צורה זו של מתן משמעות מתייחסת למערכת היחסים המתקיימת בין האדם למחלה. היא כוללת את מאפייניהן של מערכות יחסים בדרך כלל: עבר משותף; התפתחות לאורך זמן; אלמנטים של נתינה וקבלה; עימותים; סכנות; וצורך בהשקעה של זמן ומאמץ לשימור מערכת היחסים. אנשים הנוקטים גישה כזו מתייחסים למחלה כאל ישות בעלת כוונות משל עצמה. האנשת המחלה מזכירה להם כי אדם אינו מסוגל לשלוט בהתנהגותו של האחר כלפיו, אך הוא נושא באחריות להתנהגות ולגישה שלו כלפי האחר. כך גם במערכת היחסים המואנשת עם המחלה – האדם יכול להחליט כיצד להבין את המחלה שממנה הוא סובל ובאיזו דרך להתייחס אליה. מגישה כזו נגזרות טכניקות שונות לתיאור המחלה כישות נפרדת אשר ניתן לדבר אליה, לכעוס עליה ואף להודות לה. להאנשת המחלה נודעת חשיבות בשני תפקידים עיקריים: היא ממחישה כי האדם ומחלתו לא חד הם, והיא מבהירה לאדם כי הוא ריבוני בבחירת יחסו כלפיה. האנשת המחלה מחדדת בכך את מרכזיותו של האדם בתהליך ההחלמה שלו ומעודדת את השתתפותו הפעילה בתהליך הזה.

על פי פטי וטרילול, השינויים בטכניקות ובאסטרטגיות שנוקטים מחלימים בשלבים השונים מצביעים על תגובה נפשית הדרגתית למחלה. מכאן שההחלמה היא תהליך של הבניית זהות, ובתור שכזו היא ראויה להיבחן במושגים של פסיכולוגיה כללית ולא של פסיכולוגיה אבנורמלית תוך הסתכלות על האדם שמאחורי המחלה. תפישה התפתחותית כזו תורמת גם היא להבנת תפקידו המרכזי של האדם בתהליך החלמתו תוך הדגשת ההתמודדות הפנימית שלו עם מחלת הנפש ועם השלכותיה.

המחקרים שסקרנו תרמו רבות להבנת ההחלמה כתהליך של הבניית העצמי והזהות האישית, והם חידדו את הגדרת ההחלמה כבניית גשרים אל העצמי. עם זאת, בצד התהליכים הפנימיים שתוארו לעיל, ההחלמה מושפעת גם מהיבטים חברתיים - הגשרים שהאדם בונה בינו לבין סביבתו, ובכך נדון להלן.

#### **בחינת השפעתם של גורמים סביבתיים על ההחלמה**

הרבגוניות של המחלה וקשיי הניבוי של התפתחותה, כפי שנחשפו במחקרי האורך, הביאו להכרה בצורך לבחון את מהלכה במסגרת הקונטקסט וההיסטוריה החברתית של האדם החולה. מדובר הן בהשפעות בסביבתו הישירה של האדם והן בהשפעות של המעגל החברתי הרחב יותר; Warner, 1985; Pettie & Triolo, 1999; Davidson & Strauss, 1992; Hayward, 1990 (& Barham). כדי להבין את התהליכים הפנימיים של ההחלמה באופן מעמיק יותר, עלינו להתבונן גם בזירה החברתית שבה הם מתרחשים. תפישה זו רואה את מחלת הנפש כחלק מאפיק חייו של אדם ולא כאפיק נפרד (Barham & Hayward, 1990).

(Davidson & Strauss, 1995;), ולפיה, כדי להבין סכיזופרניה כמהלך חיים, יש להתמקד בתיאורי החיים של האנשים שסבלו ממחלה זו במושגים ההולמים את עולמם החברתי ולא במושגים הנטועים בעולם הקליני.

חשיבותו של ההקשר החברתי בתהליכי החלמה מתבררת והולכת באמצעות נקודת מבט השוואתית. בארהם והייוורד מצטטים מחקר השוואתי של ארגון הבריאות העולמי שעקב במשך שנתיים אחר מטופלים הסובלים מסכיזופרניה. המטופלים היו אזרחים בתשע מדינות שונות - מדינות מערב מפותחות ביותר ומדינות העולם השלישי. הממצאים העלו כי מטופלים במדינות העולם השלישי השיגו שיפור משמעותי בהרבה ממטופלים במדינות העולם המערבי. בקבוצה שהשיגה את התוצאות הנמוכות ביותר, 13% מהמשתתפים באו ממדינות העולם השלישי ו-28% באו ממדינות מערביות. בקבוצה שהשיגה את התוצאות הטובות ביותר, 35% מהמשתתפים באו ממדינות העולם השלישי ורק 15% ממדינות המערב. המסקנה העולה מכך היא שיש הבדלים במהלך הסכיזופרניה ובהשלכותיה בחברות אנושיות שונות. ככל שהמדינה עשירה ומתקדמת יותר, המחלה מקבלת אופי חמור יותר. הדבר מוכיח כי אנשים הסובלים מסכיזופרניה מגיבים לסביבתם ולאווירה החברתית ככל אדם אחר, וכי הקונטקסט החברתי משפיע על ההחלמה. הממצאים גם מעלים שאלות נוקבות לגבי הקושי המיוחד שמציבה החברה המערבית המתקדמת בפני המתמודדים עם מחלות נפש. בספרות עולים שלושה היבטים חברתיים העשויים להסביר קושי זה:

#### **השפעת המבנה הכלכלי-פוליטי:**

בספרו, "החלמה מסכיזופרניה" (Warner, 1985), טען החוקר כי גורלם של אנשים הסובלים מסכיזופרניה נקבע במידה רבה על-ידי התנאים החומריים השוררים בחברה שבה הם חיים, ובעיקר על-ידי הכוחות היצרניים. וורנר תרם לגישה החברתית בחקר מחלות הנפש את ההסתכלות הממוקדת במבנה הכלכלי-פוליטי של החברה. הוא השווה בין תהליכים חברתיים במדינות העולם המערבי לתהליכים כאלה במדינות העולם השלישי, וטען כי ההבדלים במהלך הסכיזופרניה משקפים את ההבדלים באופן שבו תופשת החברה את מידת התועלת שעשויים להביא החולים לתהליך היצרני. החלמה והשתלבות חברתית של אדם הסובל ממחלת נפש, קשורות למשל לדרישה לכוח עבודה. ואכן, הנתונים ההיסטוריים מלמדים כי שיקום אנשים המתמודדים עם מחלות נפש היה מוצלח יותר בתקופות של מלחמה ומחסור, וכי תהליך האל-מיסוד החל במדינות צפון אירופה בתקופה של תעסוקה מלאה, בעוד שיעור המאושפזים בשל סכיזופרניה עלה בתקופות של שפל הכלכלי.

#### **השפעת המאפיינים של הסביבה הטיפולית:**

במחקרם - "סכיזופרניה כמהלך חיים", בארהם והייוורד מסבירים כי אופיים של מוסדות פסיכיאטריים ושל הסביבה הטיפולית בכלל משפיעים עמוקות על המחלה ועל ההחלמה. נמצא שתסמיני סכיזופרניה שליליים קשורים במידה רבה לסביבה דלה בגירויים חברתיים, דבר המאפיין רבות מן המסגרות הטיפוליות. בסביבה כזו אין לאדם הזדמנויות לפתח את כישוריו ואת יכולתו, לכן גם קשה לצפות לשיפור ולא כל שכן - להחלמה. נמצא גם שסביבה עתירת

גירויים מחוללי ריגושים עזים עשויה לעורר תסמינים חיוביים. יתרה מזו, סביבה טיפולית נתמכת שאינה נוקטת התערבות מעל לנדרש, עשויה להוביל לשיפור משמעותי במצבו של אדם גם לאחר שנים ארוכות של אשפוז. החוקרים מוסיפים כי ממחקרי האורך עולה שהמשתנים הטובים ביותר לניבוי סיכויי ההחלמה הם ציפיות המטופל ומשפחתו, משך האשפוז ועומק הבידוד החברתי. לעומת זאת, כלים פסיכו-פתולוגיים ודיאגנוסטיים התגלו כבעלי השפעה שולית בלבד בניבוי החלמה. משתנים סביבתיים לא רק משפיעים על תהליכי ההחלמה, אלא גם מנבאים טוב ממשתנים קליניים את סיכויי השיפור (Barham & Hayward, 1990). אנו לומדים מכך שהקשיים החברתיים הניצבים בפני מחלימים אינם נובעים רק מן התפישות הרווחות בציבור אלא גם מן הגישות הטיפוליות שסביבן בנוי מערך השירותים.

### השפעת מאפיינים של מעמד חברתי:

החוקר קיומפי ועמיתיו (Bentall, 1990) הסבירו כי כוחות חברתיים שונים בהם הפסיכיאטריה המסורתית, מקבעים את התפישה השמרנית כלפי אנשים הסובלים מסכיזופרניה. כך קורה שהציפיות הנמוכות של המטופל מעצמו ומחיו מקבלות אישור וחיזוק כשלונותיו החוזרים ונשנים בניסיון למצוא עבודה או דיור נאות. זהו העיקרון המעגלי, כהגדרת החוקרים, המקבע את האנשים הסובלים ממחלות נפש במעמד חברתי נמוך. במצב כזה נסיגה להתנהגות פאסיבית של האדם החולה ומשפחתו נראית כפתרון ההגייוני ביותר. חיזוק לעמדה זו מציגה דיגן (Deegan, 1997b), הטוענת כי תסמינים שליליים כמו אפתיה, היעדר מוטיבציה, נסיגה והסתגרות, עשויים לשמש פתח מילוט לאנשים אשר נואשו מכל תקווה. במצבים רבים, היא אומרת, תסמינים מסוגים אלה אינם הבעיה, כי אם דווקא הפתרון לתסכול הנוצר עקב התמודדות חברתית חסרת סיכוי. לפיכך, המבנה הכלכלי-פוליטי, הדגמים הטיפוליים והריבוד החברתי עלולים לחסום את הדרך להחלמה. הבנות אלה העלו את הצורך לבחון את יחסי הגומלין בין ההיבטים החברתיים לבין התהליכים הפנימיים המתרחשים בעת ההחלמה.

### יחסי הגומלין בין תהליכים פנימיים לגורמים סביבתיים בהחלמה

התקדמות ההחלמה כרוכה אם כן בתהליכים התפתחותיים פנימיים של הבניית העצמי והזהות, ואלה מתרחשים במעגל חברתי אשר גם לו יש השפעה על מצבו של האדם. נציג להלן ארבעה מחקרים העוסקים בהעמקת ההבנה של יחסי הגומלין בין תהליכים פנימיים-פרטיים לבין הגורמים החברתיים-סביבתיים והשלכותיהם על ההחלמה.

בשנת 1997 פרסמו החוקרים שטראוס, חאפז, ליברמן והרדינג (Strauss et al., 1997) מודל התפתחותי-אינטראקטיבי המנסה להקיף את כל ההיבטים של תהליכי המחלה וההחלמה. המודל נבנה בעקבות מחקר בן שנתיים, שבמהלכו עקבו החוקרים אחר מצבם של עשרים ושמונה מטופלים, בני 18-55, החל ממועד אשפוזם על רקע הפרעה נפשית תפקודית. כל משתתף רואיין פעם בחודשיים, והראיונות התמקדו במידע על תסמינים ועל תפקוד חברתי בהקשרי חיים שונים (עבודה, משפחה, מסגרת טיפולית ועוד). המחקר בדק במעקב שיטתי ולאורך זמן הן את האנשים והן את הסביבה שלהם, ובכך ייחודו. המודל שפותח בעקבות המחקר נשען על שתי קביעות מרכזיות המשקפות את יחסי הגומלין בין התהליכים הפנימיים

לגורמים הסביבתיים:

• **ההר:**

הוא מייצב נקודת אחיזה בטרם ינסה לקדם את כל גופו.

• **פגיעות:**

לאחר יציאה מאפיזודה של מחלה עובר המחלים תקופה של פגיעות רבה במה שקשור לאירועי חיים ולמצבים שונים.

• **השפעת הסביבה:**

יתן לנבא שלושה שלבים בתגובות הסביבה, המשפיעים באופן ניכר על המטופל ועל התקדמות החלמתו: רוב הנשאלים דיווחו כי במשך חודשיים עד ארבעה חודשים לאחר שחרורם מבית החולים, הסביבה העניקה להם תקופת חסד, שבמהלכה הדרישות מהם היו מוגבלות, הוגשה להם עזרה ואפשרו להם לחזור למהלך החיים בהדרגה; בשלב הבא הורגשה מגמה נגדית - המשפחה, החברים והמטפלים העלו את רף הדרישות. לעתים קרובות השינוי מפתיע את המטופל אשר חש כי התקדם היטב עד כה; בקשר שבין האדם לסביבתו מתקיימים תהליכים מעגליים. משוב חיובי מהסביבה עלול לעתים לעורר הקצנה במצבו הנפשי של המטופל ואילו משוב שלילי עשוי לעורר רצף אירועים המחזיר את האדם לאיזון ולתפקוד טוב יותר.

• **תפקידו האקטיבי של האדם:**

מרואיינים תיארו פעולות שהם נקטו כדי להשפיע על מהלך המחלה אם באופן ישיר ואם באמצעות השפעה על סביבתם. למשל, הם עמדו על זכותם להמשיך להשתתף בפעילויות שונות למרות תסמינים מטרידים ומפחידים או שהם פיתחו אופני שליטה בתסמינים.

• **השלכות של אירועים ומצבים:**

מהלך המחלה מושפע מאירועים חיצוניים שלאדם אין שליטה עליהם. למשל, פיטורי אדם ממקום עבודתו עשויים להביאו למציאת מסלול תעסוקתי טוב יותר ולשיפור במצבו, אולם הפיטורים עלולים גם לעורר תגובות שליליות של הסביבה ולגרור הידרדרות.

שבעה עקרונות אלה, המבוססים על מפגשים תכופים במסגרת הסתכלות ארוכת טווח, מראים כי תהליך ההחלמה הוא מורכב ורב-מימדי וכי האינטראקציה בין תהליכים פנימיים לבין גורמים סביבתיים היא חלק בלתי נפרד ממנו.

בשנת 1998, פרסמו בארהם והייורד (Barham & Hayward, 1998) את מחקרם "בחולי ובבריאות", העוסק בהתנסותם של חולי סכיזופרניה לא מאושפזים, כפי שהיא באה לידי ביטוי מנקודת מבטם הסובייקטיבית. קבוצת המחקר כללה עשרים גברים וארבע נשים שאובחנו בוודאות כחולי סכיזופרניה, ואשר בעת המחקר היו חולים מזה שש עשרה שנים בממוצע ולאחר שישה אשפוזים. רובם התגוררו בעת המחקר בעיירה הסובלת ממצוקה כלכלית. המחקר בוצע



באמצעות ראיונות אישיים וקבוצות דיון. המרואיינים הדגישו שתי בעיות עיקריות בחייהם:  
 - הם נתפשים בעיני הסביבה כחריגים ולא כחברים בקהילה.  
 - העוני מגביל את יכולתם להשתתף בחיים החברתיים ודוחק אותם לשוליים.

אלו הם שני היבטים של זהות אישית ומבנה חברתי. הם מייצגים את תהליך הפחתת הערך החברתי המתבטא הן בדרך שבה נתפשים המחלימים על ידי זולתם והן באפשרויות הניעות החברתית הזמינות להם. הפחתת הערך תוארה על ידי משתתפי המחקר כמציאות שבה מימד שלם בחייהם כלל אינו זוכה להתייחסות. הם זכו לטיפול טוב כמטופלים, תוך התעלמות מוחלטת מדאגותיהם ומצורכיהם כבני אדם. כתוצאה מכך הם חשו מבולבלים ורדופי ספקות לגבי ערכם, ורוב זמנם ומרצם הוקדשו למאבק להיות בעלי ערך. ממצאים אלה מחזקים את הטענה כי יש לטפל באדם מתוך הסתכלות על חייו השלמים מבלי לבודד את נקודת המבט הקלינית-רפואית או הדינאמית (Davidson & Strauss, 1995). הממצאים ממחישים את הכשל בהפרדה בין גורמים סביבתיים-מבניים לבין תהליכים פנימיים בהחלמה.

החוקרים מסבירים כי תולדות התאוריה והפרקטיקה של הפסיכיאטריה הביאו אותנו להאמין שהאדם, במידה רבה, אובד בשל מחלתו. כאשר אנחנו מאזינים לדברי המטופלים עצמם, מתברר כי חלק מן הבעיה נעוץ בסיטואציה הטיפולית שאינה רואה את המטופל כאדם. אמונה זו באובדן האדם גורמת להטלת דופי בכוח תפישתו הסובייקטיבית. כאשר אדם מאובחן כמי שעבר משבר סכיזופרני, הוא מנושל אוטומטית מזכותו לחשוב על עצמו כעל אדם. מכך יוצא כי ראיית האדם את עצמו כאדם, נתפשת כמשנית ומוכפפת לזהותו כסכיזופרני. הטענה המרכזית העולה מהמחקר היא כי סוגיות חשובות הנוגעות לחייהם של הסובלים ממחלת נפש אינן מטופלות כראוי. דבר זה, לפי המחקר, קורה בשל גישות אשר לא השכילו לתאר את חייהם של הסובלים מסכיזופרניה במונחים ההולמים את האדם בתוך סביבתו החברתית.

המאמצים להבין את נקודת מבטם של המחלימים בסוגיית יחסי הגומלין בין הפנימי לסביבתי, חושפים את המורכבות ואת והקושי לחבר ביניהם לנוכח המפגש עם מחלת נפש. הם גם חושפים אסטרטגיות או מנגנוני התמודדות המסייעים למחלימים לתווך ולגשר בין עולמם הפנימי לגורמי הסביבה.

בפרסום נוסף, תיארה החוקרת קורין (1998) ממצאים של מחקר פנומנולוגי המבוסס על סיפורי חיים. המחקר נערך במונטריאול, קנדה, וכלל ארבעים וחמישה מטופלים שאובחנו כסובלים מסכיזופרניה במשך חמש עד 15 שנה קודם לכן, ואשר אבחונם נשאר יציב במהלך כל אותה תקופה. המשתתפים, בני 25 עד 55 שנה, התגוררו באזור בית החולים שבו נערך המחקר, בשכונת פועלים של המעמד הבינוני הנמוך. במחקר נבדקו השתלבותם החברתית ו"עולם החיים" הסובייקטיבי של משתתפים וכן טיב הקשר בין שני אלה לבין התפתחות המחלה. המרואיינים הדגישו כי בניית דימויים העצמי נסמכת במידה רבה על הדרך שבה רואה אותם הזולת. הם עסקו בפער שבין תפישתם העצמית לבין דימויים בעיני אחרים. הם הגדירו חיים אידיאליים במונחים של תפקידים חברתיים ראויים ומקובלים, חשפו כמיהה עמוקה לסגל לעצמם

"אורח חיים נורמלי", ובה בשעה חשו שהאידיאל הזה הוא מעבר להישג ידם. בדבריהם היה ביטוי למתח בין ההגדרה העצמית לפי אמות מידה נורמטיביות לבין תחושתם כבלתי ראויים וכושלים. לדברים אלה יש קשר ישיר לתיוג, הגורם לחברה למנוע הכרה גם במקום שראוי לתתה – באיכויות אישיות, במאמץ וביכולת וכן במראה החיצוני. האבחנה, שהיא למעשה התיוג הפסיכיאטרי, כדברי המחברת, ממלאת תפקיד חשוב בתחושת ההידחקות לשוליים. רבים מן המשתתפים אמרו כי הם חשים לעתים קרובות לכודים בתפקיד החולה, דבר המסב להם סבל ומרפה את ידיהם.

בראיונות בלטו מיעוט היחסים האישיים עם בני משפחה ועם הסביבה, ותחושה של מעמד שולי ביחס למילוי תפקידים חברתיים. חלק מן המראיינים חשו שהם מורחקים ברמה הבין-אישית ומבודדים מחיי המשפחה וממעגלים חברתיים. הם ייחסו ערך חיובי לתפקידים חברתיים, אך היו מסופקים לגבי הזדמנות להשתתף בפועל בתפקידים אלה. ניכר חוסר התאמה בין כוונתם החיובית ליחסים המשפחתיים, החברתיים והשאיפה לאינטגרציה נורמטיבית, לבין תחושת היותם מורחקים ומבודדים בשולי התחום החברתי. קורין מצאה כי רוב משתתפי המחקר נקטו עמדה של התרחקות מסביבתם במטרה ליישב את חוסר ההתאמה הזו ולהימנע מצער. היא מגדירה את העמדה הזו כלפי העולם כ"נסיגה חיובית", אשר תוארה על ידי המראיינים ככלי המאפשר להם למצוא שקט פנימי, לארגן את עולמם, להישאר עם עצמם ולנוע בקצב האישי שלהם – לקחת את הזמן להשגת שליטה, להתקדם לאט ולחשוב. הם סיגלו לעצמם מיומנות בהימצאותם בעמדה של חיים בשולי העולם ה"רגיל". הם שמרו על קשר סמלי או דמיוני עם העולם החיצוני תוך שכלול מרחב הנסיגה והגנה עליו. למעשה הם נמצאו בעולם החברתי ומחוצה לו בעת ובעונה אחת, או כהגדרת החוקרת- יותר מתנתקים ממורחקים, יותר מאכלסים את החלל הפנימי מאשר לכודים בו. סיפורי החיים במחקר מראים כיצד עמדה של נסיגה חיובית הינה דינאמית ועשויה להיות הגורם העיקרי המארגן את קיומו של האדם. השילוב בין השפעת דעתו של הזולת על התפישה העצמית לבין הרצון והניסיון להתקרב אל הזולת, ממחיש את ערכה החיובי של הנסיגה כמאזנת בין הצורך של האדם להתגונן ולשמור על עצמו לבין השאיפה והמאמץ שלו להיפתח ולהיחשף אל העולם.

קורין מוסיפה כי עמדה זו עוצבה על ידי הנורמות החברתיות. החברה הפוסט-מודרנית מייחסת משקל וערך למושגים של אוטונומיה וקוהרנטיות עצמית, ובכך היא מעניקה מידה של לגיטימציה לפרישה מהחיים החברתיים לשם צמיחה פנימית, התארגנות והתפתחות אישית. עם זאת, מימוש הנסיגה אינו מעיד על מצב חברתי ראוי, שכן הוא תוצר של ערכים חברתיים אחרים (הישגיות וקונפורמיות), אשר חוסמים בפני מי ש"אינו מתאים" את הנגישות לזרם החברתי המרכזי ודוחקים אותו לשוליים של עוני וניכור (Barham & Kramer & Gagne, 1997; Hayward, 1998).

מחקר של לפרינק (Leferink, 1998), "הפרטי והציבורי בחייהם של חולי סכיזופרניה כרוניים", מאיר מזווית חדשה את הקשר בין התמודדות פנימית לבין התמודדות עם סביבה חברתית, ואת האסטרטגיות הננקטות בשתייהן. בדומה לקורין, גם לפרינק עוסק במנגנון התמודדות

המתמקד בקשר בין העולם הפנימי לאינטראקציה עם הסביבה. מחקרו מבוסס על פרוייקט שהתקיים בברלין, גרמניה, בין השנים 1992-1995. במחקר השתתפו חמישים אנשים. כשהחל המחקר הם היו בני 39, מאובחנים כסובלים מסכיזופרניה אך לא מאושפזים. האשפוז הראשון שלהם היה 12 שנים בממוצע קודם למחקר, ומאז ועד מועד הראיון עמם הם נזקקו לאשפוז ארבע או חמש פעמים. מחציתם היו נשואים או קיימו יחסים זוגיים קבועים. שלושים מבין חמישים משתתפי המחקר התגוררו בדירות משלהם, השאר גרו עם שותפים או בדור מוגן. רק ארבעה מהם נהנו מאינטגרציה חברתית נורמטיבית.

איסוף הנתונים וניתוחם נעשו בשיטה איכותנית: המשתתפים רואינו שלוש עד חמש פעמים במהלך שלוש שנות המחקר, הראיון המרכזי היה נראטיבי-ביוגרפי ונתונו הושלמו באמצעות ראיון מובנה למחצה לגבי חיי היומיום של כל מראיין.

במחקר משתמש לפרינק במושגים של "רשות הפרט" ו"רשות הכלל" כבקטבים של ציר שעליו נעים אנשים הסובלים ממחלות נפש בהתפתחותם האישית ובמציאות היומיומית שלהם. שני המימדים, כמו גם ההבחנה ביניהם, צריכים להיות מובאים בחשבון בניתוח ההתפתחות והמציאות של המראיינים. הקטבים "פרטי" ו"ציבורי" מקיימים ביניהם יחסי גומלין ומכוננים את נתיב החיים שהאדם בוחר לעצמו. פעילות גומלין זו מבטאת את הדרך שבה אדם חושב, מרגיש ומתנהג בהתייחסו לקהל אמיתי או מדומה. המציאות הפסיכו-חברתית של אדם מבוססת על שיתוף פעולה בין העצמי הפרטי לעצמי הציבורי.

מן המחקר עולה כי אובדן נוכחותם הציבורית של אנשים הסובלים ממחלות נפש מוביל במידה רבה לאובדן המציאות הפרטית ולא להעצמתה. על אף הקושי לבצע סיווגים והכללות, הממצאים משרטטים כיוון התפתחותי כללי של המשתתפים במחקר: עם הופעת המחלה מתרחשת נסיגה ראשונית הדרגתית של האדם לעבר המרחב הפרטי, במקביל לפרישה הדרגתית ממגע עם הזולת. נחשפים דפוסי התנהגות המדגישים את הפער בין רשות הפרט לרשות הכלל, כאשר האדם נוטה להגדיר את עצמו על דרך ההיפוך מאחרים. כך מתרחשת, בעקבות הפסיכוזה, הפרדת עולמו הפנימי-סובייקטיבי מהעולם החיצוני, והוא מתקשה לקיים תקשורת בין-אישית על אודות עולמו הפנימי באמצעות המערכת הסימבולית הרגילה. בשלב הבא האדם מושך אליו תשומת לב דרך התנהגויות שונות, כאשר החלק הפנימי מופנה כלפי חוץ ללא עכבות, בדומה להתנהגותו של אדם השרוי בגילופין. הדבר מוביל על פי רוב לאשפוז פסיכיאטרי, שפירושו השתקעות בסביבה חברתית המתאפיינת בפומביות. במצב זה, ולנוכח כשלונות העבר, כאשר תוקפה של המציאות החברתית מוטל בספק, מתחזקת התחושה של אובדן הפרטיות, והיא גוררת בעקבותיה נסיגה למרחב הפרטי מתוך רצון לגונן עליו. מבחינה זו מדובר בבידוד עצמי לא פחות מאשר בבידוד חברתי. למתבונן מהצד עשוי אדם הנתון בשלבי נסיגה להיראות מסוגר ועוין. האדם עצמו עשוי להרגיש שעולמו הפנימי חשוף לגמרי. מבחינה דיאגנוסטית, התחושה של אובדן הפרטיות היא אחד התסמינים המשמעותיים ביותר של סכיזופרניה. פעמים רבות קורה שכל דבר שאדם חווה במפגש עם העולם נראה לו מכון כלפיו ועוסק בו. אדם כזה עשוי לפתח השקפה לפיה העולם כולו הוא

קהל למחשבותיו ולרגשותיו. הוא אינו מסוגל עוד להבדיל בין העצמי הפרטי לבין העצמי של הרבים. בניגוד לנסיגה החיובית המתוארת במחקרה של קורין, כאן מתפרשת הנסיגה כביטוי לסבל, בדידות וחרדה לנוכח טשטוש הגבולות המתרחש על רקע הפסיכოזה, בין העולם הפרטי הפנימי לבין העולם החברתי.

ממצאיו של לפרינק מצביעים על דרכים אישיות עקיפות שבהן בחרו משתתפי המחקר להתקרב אל המרחב של "רשות הכלל": רבים מהם, בעודם נוקטים עמדה של נסיגה לפרטיות, עשו מאמצים זהירים ליצור לעצמם מרחב ציבורי חדש ולחבר אותו לעצמי הפרטי שלהם. הם חיפשו אחר צורות בלתי ישירות ובלתי מחייבות של השתתפות בחיים הציבוריים, מבלי שייאלצו להתכחש למציאות הפרטית שלהם. כך הם עקפו את הקושי שבעימות הישיר עם בעיותיהם. דוגמה לכך ניתן למצוא בעיסוק של רבים מהמרוויינים בתחומי יצירה שונים. לפרינק טוען כי יש לראות ביצירות של אנשים הסובלים ממחלות נפש ניסיון ליצור קשר עם קהל ורצון להגיע לפומביות. עשרים מבין חמישים המשתתפים במחקר ברלין פעלו לפרסום יצירותיהם, וחלקם אף הצליחו. במחקר עלתה גם תופעת השוטטות, שרבים מבין משתתפיו תיארו כעיסוק פנאי חשוב ביותר. הם סיפרו שהם משוטטים לילות שלמים ללא מטרה וללא תחושת זמן. המשוטט, כך נראה, עובר דרך החיים מבלי להיות מושרש בהם. העמדה שלו מנותקת ומרוחקת, הוא מתבונן, אך אינו משתתף. בהמשך לכך, רבים דיווחו על התחבורה הציבורית המעניקה להם הזדמנות חשובה להימצא בקרב בני אדם ללא מחויבות ובלי צורך ליצור עמם קשר ישיר. שימוש בתחבורה ציבורית מאפשר מעין נוכחות חברתית, כאשר האדם תופס מקום באופן מוחשי במעגל חברתי.

זווית הראיה המוצגת במחקר זה מדגישה את הצורך לסייע לסובלים ממחלות נפש לתקן את המעוות ביחסים בין רשות הפרט לרשות הכלל ולגשר על הפערים ביניהם. הדברים מכוונים פחות לכמות המגעים ויותר לאיכות התיווך בין העצמי הפרטי לעצמי הציבורי. בדומה למחקרה של קורין, גם לפרינק מפרש את הנסיגה כאסטרטגיה של הישרדות המתגבשת בעקבות התנסות בפסיכוזה, אשפוז ותחושה של כישלון כללי בחיים. אלה הן התנסויות טוטאליות הדורשות התרחקות לצורך הבניית הזהות. הבעיה אינה ברשות הפרט, אלא ברמה הבלתי מספקת של נוכחות ציבורית, היעדר קהל אמיתי וחוסר אמות מידה הולמות לשיפוט המציאות.

הפסיכיאטריה הקהילתית והחברתית נוטה לראות בנסיגה לרשות הפרט תופעה פתוגנית, ואילו השתתפות מוצלחת בחיים הציבוריים מתפרשת כבריאות פסיכו-חברתית. לפרינק מצביע על הסכנה שבדבר - האדם עלול לחיות בשתי צורות קיום שהקשר ביניהן רופף.

שלושה מבין ארבעת המחקרים שנסקרו כאן, תמימי דעים לגבי נחיצותה של סביבה המשלבת בין הציבורי לפרטי בתוך מסגרות פסיכיאטריות. המחקרים האלה מצביעים על הצורך להשקיע מאמצים בפיתוח אסטרטגיות המביאות בחשבון את בעיית הזהות החברתית של המטופלים, וכך - ליצור מודלים שיסייעו להם לשפר את יכולתם לתווך בין הקיום הפרטי לקיום הציבורי שלהם.

בבואנו לעמוד על טיבם של תהליכי מחלה והחלמה, עלינו להביא בחשבון את השפעת הגומלין העמוקה המתקיימת בין המימד הפנימי למימד הסביבתי. למעשה, המאמץ שעושה אדם הסובל ממחלת נפש לתווך בין שני המימדים הללו הוא אחד המנגנונים המשמעותיים ביותר בהתמודדות שלו עם המחלה ועם ההחלמה ממנה. ההשפעה ההדדית בין תהליכים פנימיים וחיצוניים על מחלימים, מדגישה את התפקיד המרכזי שממלא האדם בהחלמתו, כמי שנמצא בתווך בין השניים ונדרש לאסטרטגיות יצירתיות כדי לגשר על הפערים ביניהם. תפקידו המרכזי של האדם בהחלמתו מחייב אותנו ללמוד מהמחלימים עצמם על אודות תהליך ההחלמה. בחלק הבא נתמקד בתרומתם של מחלימים להתפתחות הידע על ההחלמה, הן כמשתתפים במחקרים והן כפעילים במסגרת התנועה הצרכנית בבריאות הנפש.

### תרומת המחלימים להבנת ההחלמה

התפנית המהותית בהתפתחות המחקר בתחום תהליכי ההחלמה ממחלות נפש ממושכות נזקפת במידה רבה לזכות התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, במסגרתה החוקרים ואנשי המקצוע לומדים להקשיב להתנסויות האישיות של המחלימים ואף מתייחסים אליהן כאל מקור חשוב של מידע על תהליכי המחלה וההחלמה. מאז אמצע שנות השמונים של המאה העשרים מתבססים מחקרים רבים על מידע המתקבל מהמחלימים עצמם, במגמה לזהות אלמנטים שהמחלימים מעריכים אותם כתורמים להחלמה או מעידים עליה. נוסף למחקרים אקדמיים אשר תיעדו דיווחי מחלימים על משתנים שתרמו להחלמתם, הספרות המקצועית משלבת בשנים האחרונות חיבורים של מחלימים, בהם גם אנשי מקצוע, המציגים את נקודת מבטם מניסיונם האישי והמקצועי. הידע המתקבל בדרך זו מוסיף נדבך חשוב להבנת תהליכי ההחלמה ומשקף את מהות התפנית שחלה בהתפתחות הידע בתחום – הבנת מרכזיות האדם בתהליכי ההחלמה וכתוצאה מכך - הצורך בזווית הראייה הסובייקטיבית של המחלימים לגבי מחלות נפש והחלמה מהן. מרכזיות האדם בתהליכי ההחלמה מקבלת ביטוי בשני אופנים:

- חשיפת המשתנים המעצבים את תהליכי ההחלמה, כפי שעלו מדיווחי מחלימים במחקרים ובמאמרים אקדמיים

- ייצוג ישיר של דעות המחלימים על ידי התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, במגמה לחולל שינויים בתפישה החברתית ובהיערכות הממסד הטיפולי.

### המשתנים המעצבים את תהליכי ההחלמה

מחקרים רבים מתבססים על זווית הראייה של המחלימים, וממצאיהם שופכים אור על המשתנים הרלוונטיים להחלמה. נציג להלן שני מחקרים אמפיריים שבוצעו במסגרת אקדמית, המסכמים שורה של משתנים המעצבים את ההחלמה לפי תפישת המחלימים. כמו כן נציג מאמר של מחלים אשר נכתב בתבנית זרם החשיבה, שאותה מובילה התנועה הצרכנית. המאמר התפרסם בכתב עת מקצועי.

בשנת 1993 התפרסמו ממצאי מחקרן של הטפילד ולפלי, "לשרוד את מחלת הנפש: לחץ,

התמודדות והסתגלות" (Hatfield & Lefley, 1993). במחקר נמנים חמישה אלמנטים התורמים להחלמה, על פי השקפת המחלימים:

#### **קבלה:**

מטופלים רבים ציינו בשיחות ובראיונות כי השלב הראשון בדרך להחלמה הוא הנכונות לקבל את עובדת המחלה. עם זאת, המחקרות מציינות כי במחקר קודם (Warner et al., 1989) נטען שהגדרתו של אדם כחולה נפש עשויה לחזק אצלו את הדפוסים החולים בשל הסטיגמה ובגלל תגובת הבריות כלפיו. כתוצאה מכך האדם נרתע מפיתוח ומהבניית העצמי והדבר מגביל את יכולת השליטה העצמית שלו ומנציח את ההתנהגות ההולמת את הגדרתו כ"חולה".

#### **אחריות:**

מעבר מתפישה עצמית של קורבן, הנתון לשליטתם של כוחות שמעבר להבנתו, לתפישה מחודשת של שליטת האדם על גורלו – הכרה באפשרות להשפיע על המציאות וביכולת לבחור מתוך קבלת אחריות. פעמים רבות מתרחש המעבר הזה בתום שלב ההכחשה והאבל, ואחריו מסוגל האדם להתבונן לעבר העתיד.

#### **תקווה:**

רבים ממשתתפי המחקר ציינו כי תקווה היא גורם מכריע בתהליך ההחלמה. הם התקשו עם זאת לזהות את מקורותיה של התקווה הזו.

#### **תמיכה:**

מערכות תומכות נתפשות כמפתח לקידום תהליכי ההחלמה. מרואיינים רבים דיברו על הצורך בקשר עם חברים ועם בני משפחה, ועל הזדקקות לסביבה הנותנת אמון בכוחות ההחלמה והמשידרת מסרים של אמונה ותקווה ולא של הרס וייאוש. רבים מבין משתתפי המחקר אמרו כי הם רואים בקבוצות לעזרה עצמית משאב חשוב של תמיכה.

#### **עזרה מקצועית:**

מערכת איכותית ונגישה של שירותים מקצועיים חיונית לתהליכי החלמה. עמדתם של אנשי המקצוע כלפי פוטנציאל ההחלמה חשובה ביותר בעיני המחלימים ומוצגת לעתים כחשובה יותר אף מן העזרה עצמה.

מחקרו של סאליבן "דרך ארוכה ומפותלת - תהליך ההחלמה ממחלת נפש חמורה" (Sullivan, 1997), מרחיב ומפרט את חמשת האלמנטים שהוזכרו לעיל. במחקר נבדקו ארבעים ושישה צרכנים של שירותי בריאות הנפש בעבר ובעת עריכת המחקר. שלושים וארבעה מהם (74%) הוגדרו כסובלים מסכיזופרניה, והשאר – מהפרעות נפשיות אחרות. המרואיינים התבקשו לזהות את הפעולות, העמדות ואופני ההתנהגות התופסים מקום חשוב בהחלמה:

- שלושים ושלושה מרואיינים (72%) ציינו כי הטיפול התרופתי הוא מרכיב קריטי בהחלמתם.

בהקשר זה דיווחו מרואיינים על תסכול רב בשל הקושי במציאת התרופה המתאימה ובשל התעלמות המטפלים מהשגותיהם בעניין זה.

- עשרים ותשעה מרואיינים (63%) ציינו כי יכולתם לשלוט במחלה ובתסמינים או למצער - לפקח עליהם ולזהות סימני נסיגה, תורמת לתהליך ההחלמה.

- ככלל, המרואיינים הצביעו על חשיבותם של שירותים טיפוליים. אלה נתפשו כמוקד המעניק ביטחון ומקנה לאדם תחושה כי הוא רצוי וכי מקשיבים לו. לעתים השירותים הטיפוליים נתפשים כמפלט מקשיים ומבעיות. המרואיינים הצביעו על קשרים משמעותיים עם מטפלים במסגרות טיפוליות ובהילה, אשר העניקו להם תקווה, אמונה וידידות. נמצא שאנשי מקצוע עוזרים באופן המשמעותי ביותר כאשר הם עובדים מתוך שותפות וכבוד כלפי המטופל ולא מעמדה "אובייקטיבית" מרוחקת (Chamberlin, 1988; Weingarten, 1994; Deegan, ). מרוחקת (Chamberlin, 1988; Weingarten, 1994; Deegan, ). מהמחקר עולה גם חשיבותם של השירותים הפיזיים - פעילויות וסיוע חומרי בקהילה.

- עבודה נתפשת בעיני המרואיינים כמעניקה כוחות להתמודדות, ועל כן היא מהווה יעד נכסף. מרואיינים הסבירו כי העבודה מאפשרת להם להיות עסוקים ולפתח סדר ושגרה בחייהם. העבודה גם נתפשת כתרומה לחברה, ובכך מחזקת את תחושת הערך העצמי.

- לתחום הרוחני, כגון השתתפות בפעילות דתית, הייתה תרומה רבה לתהליך ההחלמה של מרואיינים רבים (Chadwick, 1997; Corin, 1998). סאליבן מסביר כי עיסוקים רוחניים מקלים על נטל המחלה, מעודדים ומנחמים ומשמים גם כמשאב לתמיכה חברתית. צ'דוויק מוסיף כי יש פער בין העמדות החילוניות הרווחות בקרב אנשי המקצוע לבין נטיות לבם של מחלימים רבים. פער זה נובע מהעובדה שרוב אנשי המקצוע מקבלים את הכשרתם במסגרות ידע חילוניות ומתקשים להתייחס למערכת האמונות של האדם בתהליך הטיפולי. כיוון שהכוחות הרוחניים והאמונות הדתיות הם כה ממשיים עבור המטופלים, הם חייבים לזכות להתייחסות רצינית מצד אנשי המקצוע. משום כך הוא קרא ליצירת אינטגרציה בין הצד המדעי לצד הרוחני בתהליכי ההחלמה, באמצעות שימוש במושגים מתווכים כדוגמת "תקווה" ו"משמעות".

- רבים מהמשתתפים במחקר סיפרו שקבוצות תמיכה וקבוצות לעזרה עצמית משמשות כמערכות תמיכה חשובות התורמות להחלמה. על תופעה דומה הצביעו יאנג ואנסנינג במאמרן "חקר ההחלמה מנקודת מבטם של אנשים בעלי מוגבלות פסיכיאטרית" (Young & Ensing, 1999). ישנה חשיבות רבה לקשר עם אנשים בעלי מוגבלות נפשית, שכן הדבר מאפשר בנייה של מערכות יחסים שוויוניות על בסיס נתינה וקבלה. שוויוניות כזו אינה קיימת בקשר עם מטפלים ועם הסביבה הנורמטיבית. היבטים נוספים התורמים להחלמה, שאותם ניתן למצוא רק במסגרת קבוצות תמיכה, הם האפשרות לסייע לזולת והאפשרות למלא תפקיד מנהיגותי.

- אנשים קרובים, במיוחד בני זוג, נתפשו כמקור חשוב לתמיכה ולחיזוק הדימוי העצמי. יאנג ואנסנינג הוסיפו, כי הורות וטיפול בילדים נתפשו על ידי המרואיינים במחקרן כתורמים להחלמה

באופן משמעותי. במחקרו של סאליבן, המרואיינים שמו דגש על יחסי קרבה, אהבה ויחסים מיניים. סאליבן מסביר כי זוגיות הינה סוגיה מורכבת במיוחד עבור אנשים המתמודדים עם מחלות נפש, שכן במקרים רבים הופעת המחלה מנעה מהם לרכוש מיומנות וידע בנוגע ליחסים זוגיים, ושללה מהם הזדמנויות ליצירת קשרים מסוג זה. נושא זה מופיע גם במאמרו של ווינגרטן, שיידון להלן.

- קבלת המחלה, השלמה עמה ורכישת ידע והבנה על אודותיה, דווחו על ידי מרואיינים כמקלות על הקושי הנפשי בקבלת טיפול תרופתי, מאפשרות הימנעות ממצבים מעוררי דחק, מסייעות לשליטה על תסמינים ומקדמות את המאמץ לנהל אורח חיים בריא יותר ולהפחית את השימוש באלכוהול ובסמים.

מחקרו של סאליבן מצביע על כך שהמחלימים ממחלות נפש ממושכות עוברים תהליך של התבגרות המעשיר את חייהם, וכי במהלכו הם מבצעים בחירות בהתאם לשאיפותיהם למטרותיהם ומפתחים מודעות למגבלות וליכולות שלהם.

במאמר שפרסם ב-1994, משחזר ווינגרטן את ניסיונו האישי כמחלים ממחלת נפש. דבריו שמים דגש על כמה מהמשתנים התורמים להחלמה והמבהירים את המשמעות הייחודית שלהם עבורו. תיאורו של ווינגרטן מציג שישה היבטים של תהליך השינוי, שהכותב רואה בהם סימנים מבשרי החלמה:

#### **היבט רפואי:**

הוא לא נאלץ עוד להתאשפז גם כאשר עבר תקופות קשות. הוא נוטל תרופות במינון נמוך בלבד. הוא מקיים פגישות טיפוליות בתדירות נמוכה יותר מבעבר.

#### **היבט תעסוקתי:**

הוא מסוגל לעבוד במשך שעות רבות יותר מבעבר ויכולת הריכוז שלו עלתה. הוא חש יותר בנוח בסביבת אנשים במקום העבודה. הוא מיומן ביצירת קשרים בין-אישיים והודות לכך כבר התפתח והתקדם במסגרת עבודתו והגיע לתפקיד שבו הוא ממונה על צוות עובדים. את עבודתו הנוספת כמרצה במכללה הוא מבצע בתחושה של ביטחון. הוא חושש וחרד פחות ומפיק יותר סיפוק והנאה. הוא חש שהעבודה מסייעת לו להיחלץ מקטגוריית ה"מוגבל", שאותה אימץ לעצמו בעבר.

#### **הבניית העולם הפנימי והזהות האישית-חברתית:**

הוא כבר אינו רואה את הווייתו הפנימית באופן מעורפל, כאוטי וחסר פשר. הוא מצליח להתבונן בעולמו ולפענח את מחשבותיו ורגשותיו באופן ברור יותר. הוא מסוגל לבטוח בתובנותיו ולפעול על פיהן. כתוצאה מכך, גם חייו בחברה החיצונית סדורים יותר ומסולזם ניתן לניבוי. ביטחונו העצמי גבר, הוא אופטימי ומרגיש שולט בחייו. תהליך ההחלמה נכרך בתובנות לגבי ה"עצמי" ולגבי הזהות שלו כאמריקני, ועם זאת - כמי שמחזיק בזהות אישית אשר לעתים



אינה מתיישבת עם ציפיות החברה כלפיו. הדבר מחייבו ללמוד כיצד להציג את עצמו במצבים חברתיים חדשים ולחיות כאדם השלם עם עצמו ועם זהותו בקונטקסט החברתי.

#### **היבט זוגי:**

סימן נוסף להתקדמות שמציין ווינגרטן הוא מערכות יחסים עם בנות זוג המספקות לו אישור לגבריותו ולמיומנות שרכש בניהול יחסים אינטימיים.

#### **יחסים משפחתיים:**

הפחתה הדרגתית של התלות במשפחה ופיתוח עצמאות. הוא למד לשמור על מרחק נכון ממשפחתו, וגילה שגם הוא מסוגל להעניק תמיכה לקרוביו.

#### **אסטרטגיה:**

סימן נוסף להתקדמות מזהה ווינגרטן בכך שלראשונה בחייו הוא רואה עתיד לעצמו, כלומר מטרות ויעדים שאליהם הוא שואף.

ממכלול ההיבטים, הסיבות והגורמים המסייעים לתהליך ההחלמה, ניתן לבודד שורה של משתנים שרוב המרואיינים הצביעו עליהם כעל גורמים מרכזיים בהחלמתם, ובראשם ההכרה במחלה עם המגבלות שהיא מטילה. גם תמיכתם של בני משפחה, חברים ומטפלים תורמת במידה רבה ביותר. המרואיינים ציינו גם את חשיבותם של עיסוקים בעלי עניין ואתגר, אם במסגרת עבודה ואם כפעילות בשעות הפנאי. היבטים נוספים של ההחלמה בתפישת המחלימים מקבלים ביטוי בפעילות ובפרסומים של התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, בהם נדון להלן.

#### **התנועה הצרכנית בבריאות הנפש**

מתחילת שנות התשעים מתבססת יותר ויותר פעילותם המאורגנת של מחלימים במסגרת התנועה הצרכנית בבריאות הנפש. הפעילות כוללת שירותי סיוע, השתתפות בפורומים לעיצוב מדיניות, מאבק נגד הסטיגמה ודרישה להבטיח את זכויות האדם והאזרח של נפגעי נפש (Mowbray, et al., 1997 ; McGuire, 2000). התנועה יוצאת מנקודת מבט ביקורתית כלפי שירותים ומוסדות, אשר שימרו גישה פטרנליסטית כלפי נפגעי נפש ומשפחותיהם במשך שנים ארוכות. היא חותרת לשינוי המציאות החברתית והאישית שעמה מתמודדים מחלימים רבים (Chamberlin, 1988 ; Deegan, 1997b). בזכות מאבקה נפתח התחום האקדמי בפני מחלימים, והם מוזמנים לשתף את גופי הטיפול והמחקר בידע שצברו בהתנסויותיהם. עמדות הצרכנים ותגובותיהם הפכו להיות מרכיב לגיטימי בבסיס הידע בתחום בריאות הנפש.

ארבע סוגיות מרכזיות בהן עוסקת התנועה הצרכנית הן:

- מכשולים חיצוניים בדרך להחלמה
- מחסומים פנימיים המקשים על ההחלמה
- עקרון ההעצמה ותרומתו להחלמה
- ביקורת התנועה הצרכנית על הממסד הטיפולי.

התפתחות התנועה הצרכנית בבריאות הנפש ותרומתה להחלמה תפורט במאמר נפרד בספר זה.

### מרכזיותו של האדם בתהליכי ההחלמה

"מומחים קבעו בעבר שלא ייתכן שלג על הר הממוקם באזור קו המשווה. אפשר שהם תרמו לחרפתו ולמותו של האיש שגילה את הר הקילימנג'רו", כך כתב שטראוס בשנת 1994. ניתן להמשיל זאת לקביעתם של מומחים לפיה לא תיתכן החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש אחרות או לביטחונם של מומחים אחרים כי הסובלים מסכיזופרניה אינם יכולים לסבול גם מדיכאון. בזאת הם גרמו סבל רב ועוללו עוול גדול למחלימים. הם ביטלו בזלזול ובאופן גורף עדויות קליניות וממצאים מחקרניים אשר העידו על קיומה של מציאות אחרת. לדברי שטראוס, מומחים המחזיקים בעמדות כאלה גם היום פוגעים בסיכוייהם של אנשים רבים לחיות חיים של כבוד, של התפתחות אישית, של צמיחה וסיפוק.

העולם הטיפולי והמחקרי בתחום בריאות הנפש, זה המדגיש קריטריונים אבחנתיים, אינו מצליח להכיל את המציאות המורכבת והעשירה הכרוכה במחלת נפש ובהחלמה. מבלי שיכירו בכך, מבלי שיבחינו אפילו, החוגים האקדמיים בתחום בריאות הנפש מצמצמים את ההתנסות האנושית לתהליכים ותוחמים אותה במערך מושגים קוגניטיביים. העולם הרגשי והרוחני, השאיפות, הכמיהות, הכוונות והמטרות, שהם חלק בלתי נפרד מתהליכי המחלה וההחלמה, אינם עולים בקנה אחד עם מסגרת החשיבה הקוגניטיבית המאפיינת את התפישות המקצועיות. לדבריו של שטראוס, עלינו למצוא דרך להתייחס לרגשות, למניעים ולכוונות מבלי למזער אותם להגדרות קוגניטיביות פשוטות.

תהליך ההחלמה, כפי שעולה מן המחקרים והעדויות שהוצגו בפרק זה, הוא תהליך מעגלי מורכב, רב-מימדי וארוך טווח, המסתייע בתמיכה סביבתית ובאדם עצמו כגורם פעיל המשפיע על עיצוב חייו. החלמה אין פירושה הבראה. זוהי הכרה במגבלות וביכולת לנהל חיים תקינים תוך הבניית הזהות והעצמה אישית. הסביבה הטיפולית-שיקומית, כמו גם החברה כולה, הן בעלות השפעה מכרעת על תהליך ההחלמה. נקודת מבטם של המחלימים מעלה שאלות נוקבות בדבר התפישות המקצועיות והחברתיות עמן נאלצים נפגעי נפש להתמודד. על אנשי הטיפול, על החוקרים ועל הציבור כולו לתת את הדעת לסוגיות הקשות הללו ולהפנות אוזן קשבת למחלימים ולבני משפחותיהם. נצא נשכרים אם נצליח ללמוד מניסיונם, מתבונתם ומעוז רוחם.

כדי לשפר ולקדם את מערך שירותי בריאות הנפש, עלינו להקדיש מחשבה מעמיקה למנגנונים המכוונים את ההחלמה, ולסלק מן הדרך את שרידי התפישות הישנות המשמרות את מעמדם האישי והחברתי הנחות של המחלימים והגורמות נזק להם ולחברה כולה. בהקשר זה ראוי ללמוד ולהפנים את שבעת עקרונות היסוד של ההחלמה (Anthony, 1993), כפי שנוסחו על ידי החוקר אנתוני:

· החלמה יכולה להתרחש ללא עזרה מקצועית. לא אנשי המקצוע מחזיקים בידם את המפתח להחלמה, כי אם הצרכנים. המשימה של אנשי המקצוע היא ליצור תנאים לקיום ההחלמה, המסתייעת גם בניסיונם של אחרים, בקבוצות לעזרה עצמית, בבני משפחה ובחברים. חשוב שאנשי המקצוע יבינו כי אין בכוחו של מערך השירותים להניע את ההחלמה לבדו וכי דרושים גם ארגונים אחרים ופעילויות שונות. נתיבים רבים להחלמה ואחד מהם הוא הבחירה שלא להזדקק לשירותי בריאות הנפש.

- החלמה היא התנסות אנושית עמוקה המסתייעת בהיזון חוזר. מרכיב חשוב בהחלמה הוא נוכחותם של אנשים העומדים לצידו של המחלים ומאמינים בו. המחלים זקוק לאנשים שיוכל להיעזר בהם בשעת הצורך, שיתמכו בו ויעודדו את החלמתו אך לא יכפו אותה, שיקשיבו וינסו להבין גם אם יתקשו למצוא היגיון בהתרחשויות.

- החלמה אינה תוצא של תיאוריות בדבר הגורמים והסיבות למחלות נפש. התפישה התאורטית אינה קובעת את תהליך ההחלמה. מגבלות פיזיות בעלות מקור ביולוגי כעיוורון או שיתוק אינן מונעות החלמה, אף כי המצב הפיזי עשוי שלא להשתפר או אף להחמיר. גם מגבלות פסיכיאטריות יכולות להתקיים בכפיפה אחת עם החלמה.

- החלמה יכולה להתרחש גם אם התסמינים שבים ומופיעים, כשם שהדבר אפשרי במחלות אחרות, המתאפיינות באפיזודות מחזוריות.

- החלמה קשורה לשינויים בתדירות התסמינים ובמשכם. מחלימים מתנסים לעתים בהחמרה של תסמינים, אולם בדרך כלל חל שיפור לאחר מכן והתסמינים מפריעים פחות לתפקוד ונתפשים כמאיימים פחות על מהלך החיים.

- החלמה אינה תהליך ליניארי, היא אינה מתוכננת ואינה שיטתית אלא כרוכה בפרקי צמיחה ונסיגה, בשינויים מהירים ובהאטה לסירוגין. לעתים קשה לזהות כיוון ברור, ולעתים האדם נתקל באופן בלתי צפוי בהצפה רגשית ובפגיעות. פעמים אחרות הוא חווה תובנות וצמיחה. אצל המחלימים ממחלות גופניות, רגשות קשים כגון דיכאון, כעס, בדידות וחשדנות נתפשים כחלק מתהליך ההחלמה. אצל נפגעי נפש יש נטייה לראות רגשות אלה כאילו היו חלק מן המחלה או הפתולוגיה. יש לאפשר למחלימים ממחלות, נפש לחוות פרצי רגש באווירה של הבנה, מבלי שהדבר יקושר לתיוג של המחלה.

- ההחלמה מהשלכותיה של מחלת נפש קשה יותר לעתים מן ההחלמה מהמחלה עצמה. קשיים בתפקוד, במילוי תפקידים ומשימות, מוגבלויות שונות, תחושות של נחיתות ודימוי עצמי נמוך – כל אלה קשים יותר מן ההתמודדות עם הליקוי הנובע ישירות מן המחלה. ההשלכות כוללות גם אובדן זכויות והזדמנויות שוות, אפליה וכן התנסויות טיפוליות פוגעניות שאין בהן העצמה או אפשרות להגדרה עצמית. מכשולים אלה מגבילים את ההחלמה, גם אם תסמיני המחלה נעלמים.

- סיכום - תרומת הפרידיגמה של ההחלמה לפרקטיקה השיקומית**  
ברצוני לסיים ולסכם סקירה זו תוך הצגת העקרונות שהפרידיגמה של ההחלמה תרמה לפרקטיקה השיקומית, עקרונות המהווים כיום בסיס לעשייה השיקומית בישראל ובעולם.
- האדם המתמודד עם הפרעה ומגבלה פסיכיאטרית עובר תהליכים קשים ומתמשכים עד שהוא מסוגל לנווט את חייו מחדש ולקבוע את מטרות ומשמעויות חייו.
- דו-שיח בין האדם המתמודד לעצמו, לקרוביו ולקהילה שאליה הוא שייך מתקיים לאורך הזמן. השיח בין האדם המתמודד עם הפרעה והמגבלות הוא מרכזי ביכולת האדם לחזור להיות אקטיבי, בבניית משמעות מחודשת וברצון להיות חלק מהקהילה.
- האדם המתמודד וקרוביו מחפשים מסרים ופתרונות שיאפשרו עשייה ובנייה נרטיביות, בעלות משמעות ובעלות פוטנציאל לבנייה של עתיד אפשרי. התקווה הוא מרכיב חשוב בתהליך.
- אחרי מפגש עם מציאות הנכפית על החיים, חשוב שהמתמודד ימצא את עצמו מחדש עם יכולת בחירה אמיתית בחיים. שיקום אינו יכול להיות תהליך הנכפה על האדם. הגדרת העצמי וניווט עצמי הם גורמים מרכזיים להתנסות השיקומית ולתהליך ההחלמה.
- הסביבות השיקומיות צריכות להיות חלק מהסביבות הנורמטיביות, כך שהאנשים המשתמשים בשירותי שיקום יוכלו להיות מחוברים לקהילה הרחבה ולא לחיות בנפרד.
- פעילות יומיומית משמעותית כמו עבודה או לימודים היא מרכזית בשילובו של האדם בחברה.
- עוני תורם למחלה ולמגבלה באופן משמעותי ולהפך.
- תפקידים המרכזי של אנשי השיקום בבריאות הנפש הינו להחזיר לאנשים את היכולת להגדיר לעצמם מטרות ומשימות חיים.
- מטרות ומשימות חיים צריכות להיות מאופיינות בהגדרת נושא ומטרה, בתפיסת היכולת של האדם על ידי האדם להשיג את המטרה; בתפיסת האדם את התמיכה ואת המכשולים כאמצעים להשגת המטרה; ובתכנית משותפת להשגת המטרה הכוללת - זמן, משאבים ומדדי תוצאות.
- השירותים וההתערבויות השיקומיות צריכים להתאים את עצמם לאותם נושאים ומטרות המשתנים ומהווים את מרכז העשייה השיקומית.

בסוף חודש דצמבר 2004, הגיעו 110 מומחים להחלמה בבריאות הנפש כולל צרכנים, משפחות, יזמים, אנשי מקצוע וחוקרים להסכמה לגבי הגדרה להחלמה ולמרכיביה. [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov).

"החלמה בבריאות הנפש מוגדרת כמסע של ריפוי ושינוי המאפשר לאדם עם בעיה בבריאות הנפש לחיות חיים משמעותיים בקהילה שבה בחר תוך מאבק להשגת מירב הפוטנציאל הקיים בו."

להחלמה עשרה מרכיבים מרכזיים: ניווט עצמי (Self-Direction), היות האדם במרכז, העצמה, גישה הוליסטית, החלמה כתהליך לא לינארי, ביסוס התהליך על הכוחות, תמיכה הדדית (Peer Support), כבוד, אחריות ותקווה.

נראה לי כי ראוי לחתום פרק זה בדבריה של דיגן כשפנתה למטפלים ולאנשי המקצוע: "ההבנה כי אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות הם ראשית כל בני אדם המצויים בתוך תהליך של שינוי וצמיחה היא אבן הפינה להבנת הקונספט של החלמה. אין זה מתפקידנו לשפוט מי עתיד להחלים ומי לא. תפקידנו הוא ליצור סביבה שיש בה הזדמנויות להחלמה ולהעצמה, להשיג מערכת יחסים חזקה ותומכת עם האנשים שעמם אנו עובדים, ומעל לכל, האתגר הגדול ביותר עבורנו הוא לסלול דרך אמיצה שתאפשר לנו להישאר אנושיים בהיותנו עובדים בשירותי אנוש."

#### מקורות

לכמן, מ' (2000). *נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים*. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים.

לכמן, מ' ורועה, ד' (2003). *התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות*. שיחות, י"ח, 1, 38-46.

רועה, ד', צ'ופרה, מ', חסון-אוחיון, א', מור, ש', לכמן, מ', ורודניק, א' (2005). *התפתחויות מחקריות והמשגתיות באשר להפרעות נפשיות קשות והשלכותיהן על תחום השיקום הפסיכיאטרי*. חברה ורווחה, כ"ה, 2, 207 – 222.

**Anthony, W.A. (1993)**. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-24.

**Badrach, L.L. (1977)**. *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Rockville MD: National Institute of Mental

Health, Division of Biometry and Epidemiology.

**Barham, P., & Hayward, R. (1990).** Schizophrenia as a life process. In Bentall, R. (Ed.). (1990). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.

**Barham, P., & Hayward, R. (1998).** In sickness and in health: Dilemmas of the person with severe mental illness. *Psychiatry*, 61, 163-170.

**Bentall, R. (Ed). (1990).** *Reconstructing Schizophrenia*. London: Routledge.

**Bleuler, E. (1950).** *Dementia Praecox, or the group of schizophrenias*, (J. Ziskin, Trans.) International Universities Press, New York. (Original work published 1911, Leipzig. Deuticke)

**Bowers, M.B. (1974).** *Retreat from sanity: The structure of emerging psychosis*. Baltimore: Penguin Books, 193-205.

**Chadwick, P.K. (1997).** Recovery from psychosis: Learning more from patients. *Journal of Mental Health* 6 (6), 577-588.

**Chamberlin, J. (1988).** On our own. London: MIND.

**Ciompi, L. (1980).** The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.

**Ciompi, L., & Muller, C. (1976).** Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche langzeitstudie bis ins Senium. Berlin: Springer Verlag.

**Corin, E. (1998).** The thickness of being: Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 61, 133-146.

**Davidson, L & Strauss, J.S. (1992).** Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.

**Davidson, L., & Strauss, J.S. (1995).** Beyond the biopsychosocial model : Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*, 58, 44-55.

- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (2005).** *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice. Vol. I.* Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences,.
- Deegan, P.E. (1988).** **Recovery:** The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11* (4), 11-19.
- Deegan, P.E. (1997a).** Recovery as a journey of the heart. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability.* Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Deegan, P.E. (1997b).** Spirit breaking: When the helping professions hurt. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability.* Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation. Department of Health & Human Services. (1999). *Mental health: Report of the surgeon general.* Washington D.C: U.S Government Printing Office.
- Drake, R.E., Merrens, M.R., & Lynde, D. (2005).** *Evidence-based mental health practice – A textbook.* New York.: W.W. Norton & Company.
- Fenton, W.S. (1996).** Longitudinal course and outcome of schizophrenia. In Moscarelli, M., Rupp, A., & Sartorius, N. (Eds.). *Handbook of mental health economics and health policy: Vol. I, Schizophrenia.* N.Y.: John Wiley & Sons.
- Fisher, D. (1994).** How community psychiatrists and survivor/ex-patients can promote mutual empowerment. The National Empowerment Center. MA: 20 Ballard Road. Lawrence, MA 01843.
- Fisher, D.B. (1997).** *Empowerment vision of recovery from mental illness.* National Empowerment Center, Inc
- Frese, F.J. (1997).** Twelve aspects of coping for people with serious and persisting mental illness. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability.* Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.

- Harding, C.M. (1994).** An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders. In Ancill, R.J., Holliday, S., & Higenbottam, J. (Eds.). *Schizophrenia: Exploring the spectrum of psychosis*. Chichester, England: Wiley.
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., & Breier, A. (1987a).** The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718-726.
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., and Breier, A. (1987b).** The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735.
- Harding, C.M., Zubin, J. & Strauss, J.S. (1987).** Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact. *Hospital, and Community Psychiatry*, 38(5), 477-486.
- Harding, C.M., Zubin, J., & Strauss, J.S. (1997).** Chronicity in Schizophrenia: Revisited. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Harding, C.M., & Keller, A.B. (1998).** Long term outcome of social functioning. In Mueser, K.T., & Tarrrier, N. (Eds.). *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Ch. 9. Boston: Allyn & Bacon.
- Hatfield, A.B., & Lefley, H.P. (1993).** Surviving mental illness: Stress, coping and adaptation. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N. (2004).** *In recovery: The making of mental health policy*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Kramer, P.J., & Gagne, C. (1997).** Barriers to recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*.



Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.

**Kraepelin, E. (1913).** *Lectures on clinical psychiatry*. New York: William Wood & Co.

**Leferink, K. (1998).** Private and public in the lives of chronic schizophrenic patients. *Psychiatry* 61, 147-162.

**McGlashan, T.H., Levy, S.T., and Carpenter W.T. (1975).** Integration and sealing over: Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.

**McGlashan, T.H., Wadeson, H.S., Carpenter, W.T., & Levy, S.T. (1977).** Art and recovery style from psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, (3), 182-190.

**McGuire, P.A. (2000).** New hope for people with schizophrenia. *American Psychology Association: Monitor on psychology*, 24-28.

**Mowbray, C.T., Moxley, D.P., Jasper, C., & Howell, L. (Eds.). (1997).** *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Columbia, U.S.A: International Association of Services Publication.

**Pettie, D., & Triolo, M. (1999).** Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 255-262.

**Radley, A. (1994).** *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage Publications.

**Ralph, O., & Corrigan, P.W. (2005).** *Recovery in Mental Illness – Broadening Our Understanding of Wellness*. Washington : American Psychological Association..

**Roe, D. (2001).** Progressing from "patienthood" to "personhood" across the multi-dimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *J. of Nerv. Ment. Dis.* 189(10), 691-699.

- Roe, D., Chopra, M., & Rudnik, A. (2004).** Coping with mental illness: people as active agents interacting with the disorder. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 28, 122-128.
- Roe, D. Hason-Ohayon, I., Lachman, M. & Kravetz, S. (in press)** Selecting and Implementing Evidence-Base Practices in Israel: A worthy and feasible challenge. *Israeli Journal of Psychiatry and related Science*.
- Seeman, M.V. (1998).** Narratives of twenty to thirty year outcome in schizophrenia. *Psychiatry*, 61, 249-261.
- Spaniol, L. (1991). Editorial. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), p.1.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (Eds.). (1994).** *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disability*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Strauss, J.S. (1986).** Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 720-723.
- Strauss, J.S. (1989).** Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry, II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-187.
- Strauss, J.S. (1992).** The person – Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry, III. *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl.18), 19-26.
- Strauss, J.S. (1994).** Commentary on Clay and Weingarten. *Psychiatry*, 57, 385-386.
- Strauss, J.S., Harding, C.M., Hafez, H. & Lieberman, P. (1987).** The role of the patient in recovery from psychosis. In Strauss, J.S., Boker, W. & Brenner, H.D. (Eds.). *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Liebefeld/Bern: Hans Huber Publishers.
- Strauss, J.S., Hafez, H., Lieberman, P., & Harding, C.M. (1997).** The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric*

*disability*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.

**Strauss, J.S. (2005).** What is the reality about severe mental disorder? In Davidson, L., Harding, C. & Spaniol, L. (Eds). *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.

**Sullivan, W.P. (1997).** A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. In Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (Eds.). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.

**Talbott, J.A. (Ed.). (1986).** *Our patients' future in a changing world*. Washington: American Psychiatric Press Inc.

**Torgalsboen, A.K., & Rund, B.R. (1998).** "Full recovery" from schizophrenia in the long term: A ten-year follow up of eight former schizophrenic patients. *Psychiatry*, 61, 20-34.

**Vaillant, G.E. (1978a).** Prognosis and the course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4 (1), 20-47.

**Vaillant, G.E. (1978b).** A 10-year followup of remitting schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 4 (1), 78-85.

**Vanderslice, V.J. (1985).** Empowerment: A definition in progress. *Human Ecology Forum*.

**Warner, R. (1985).** *Recovery from schizophrenia*. London: Routledge.

**Warner, R., Taylor, D., Powers, M. & Hyman, J. (1989).** Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398-409.

**Weingarten, R. (1994).** The ongoing processes of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375.

**Young, S.L., & Ensing, D.S (1999).** Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 22(3),

## ההחלמה בבריאות הנפש - התהוות התפיסה והפרקטיקה באוסטרליה ובבריטניה

שולה רמון, ביל הילי ונואל רנוף

### תקציר

**רקע:** לשפת ההחלמה שימוש רווח במדיניות, בשירותים ובמחקר בתחום בריאות הנפש. אולם למונח מקורות שונים, והשימוש בו מגוון ולא בהכרח דומה.

**שיטה:** נערכה סקירה של חלק מההיסטוריה הנוגעת למושג ההחלמה עם התייחסות מיוחדת למשמעות החדשה של המושג, בייחוד כפי שזוהה על ידי הצרכנים של שירותי בריאות הנפש. שפת ההחלמה נתמכה והתפתחה לכיוונים מגוונים על ידי המחקר ובספרות המקצועית באוסטרליה ובבריטניה. המדיניות והפרקטיקה בשתי המדינות - אוסטרליה ובבריטניה - נבחנו על מנת לקבוע את האופן ואת היקף ההחלמה של אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות.

**דין ומסקנות:** במשמעות החדשה של תפיסת ההחלמה יש הפוטנציאל להביא לשינוי היסודי והעמוק הנחוץ בתיאוריה ובפרקטיקה בבריאות הנפש. אולם המשמעות של מושג ההחלמה שונה בסביבות השונות. ניתן לומר באופן ברור כי - לפחות באוסטרליה ובבריטניה - קיימים מודלים חדשים וניסיון מעשי התומכים בהחלמה. אך חשוב לציין כי השימוש הנרחב בשפת ההחלמה אינו מבטיח שעקרונות הליבה של מודל ההחלמה יצאו מהכוח אל הפועל.

### חקירה מוקדמת על תפיסת ההחלמה

במהלך שני העשורים האחרונים תפיסת ההחלמה, שלבשה צורות מגוונות, הפכה לחלק שכיח בשפה בתחומי המדיניות, השירותים והספרות המחקרית בבריאות הנפש (Anthony et al., 2003).

קיימת הסכמה בקרב רוב הספרות המחקרית כי הגורם המרכזי שדחף להתפתחות תפיסת ההחלמה הייתה תנועת הצרכנים, שמרב פעילותה היה בארצות הברית של סוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים של המאה הקודמת (Roberts and Wolfson, 2004). מושג ההחלמה החל להיכלל בספרות המקצועית בתחילת שנות התשעים, בעיקר בארצות הברית, ולאחר מכן התפשט למדינות נוספות, תחילה לניו-זילנד ולאחר מכן לרוב המדינות המפותחות. כתוצאה מכך, ישנן דוגמאות רבות לשינוי ההשקפה רבת השנים לפיה מחלה פסיכיאטרית היא מחלה כרונית ללא הפוגה, להשקפה אופטימית יותר המכילה בתוכה את גישת ההחלמה (Tooth et al., 2003).

תרומה נוספת להרחבת השימוש במושג ההחלמה בספרות המקצועית, היו מספר מחקרי

מעקב שהצביעו על אחוזי החלמה משמעותיים בקרב אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות<sup>(1)</sup>. המחקרים אשר זיהו מקרי החלמה בצורה המובהקת ביותר היו מחקריה של הרדינג<sup>(2)</sup>. במחקר מעקב שערכה בארצות הברית, שנמשך כשלושים שנים, דווח כי כשני שלישי מהמשתתפים הגיעו לדרגות שונות של החלמה. עבודתה היא דוגמא למחקרים רבים, שנערכו ברוב החברות המתועשות, המצביעים על כך שהחל מהמאה ה-19 ישנה עלייה משמעותית באחוזי ההחלמה בקרב אוכלוסיות רבות ומגוונות.

וורנר למשל, ערך סקירת ספרות של כ-85 מחקרים על מחלת הסכיזופרניה בהם נמצאו תוצאות חיוביות הנוגעות להחלמה של המשתתפים<sup>(3)</sup>. מחקרים אלו נערכו החל משנת 1919, שבה בוצעה עבודתו של קרפלין, ועד לשנת 1994. המחקרים נערכו בכל רחבי העולם וכללו גם את המחקר המכונן של ארגון הבריאות העולמי שנערך בין שנות השבעים לשנות התשעים<sup>(4)</sup>.

בניתוח ממצאיו, השתמש וורנר בשני מונחים: "החלמה מוחלטת" שמשמעותה "העלמות הסימפטומים הפסיכוטטיים וחזרה לתפקוד הקדם מחלתי". ו"החלמה חברתית" שמשמעותה השבת "העצמאות בנושאי הכנסה ודיור, ושיבוש מינימאלי בחיים החברתיים".

מסקנותיו היו שלאורך כל המחקרים שנערכו ב-75 השנים האחרונות אחוזי ההחלמה המוחלטת נעו בין 20-25% ואחוזי ההחלמה החברתית נעו בין 40-45% מהמשתתפים במחקרים. ממצאים אלה אינם תקפים לגבי תקופת השפל בשנות ה- של המאה העשרים, שבה אחוזי ההחלמה ירדו בצורה משמעותית בעת שאחוזי האבטלה עלו בצורה משמעותית.

מחקר מעקב נוסף (Harrison et al., 2001), שפורסם לאחרונה ב"מחקר בינלאומי על סכיזופרניה (International Study of Schizophrenia (ISoS)) ונעשה באמצעות ארגון הבריאות העולמי, חשף ממצאים על ההחלמה של משתתפים מ-14 חברות בעלות מטען תרבותי שונה. במחקר זה נעשה גם ניסיון להתגבר על בעיות מתודולוגיות שאפיינו את חלק ממחקרי המעקב הקודמים. אף על פי שבמחקר זה הממצאים לגבי ההחלמה של המשתתפים היו פחות חיוביים מקודמיו, הוא עדיין אישש את הטענה בדבר הפוטנציאל הרב להחלמה ממחלות פסיכיאטריות קשות:

"המסר הכללי המתקבל מהפרסום ב"מחקרים בינלאומיים על סכיזופרניה" הוא שמחלת הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות דומות הן מחלות בעלות אופי ארעי וסיכויי החלמה טובים, למרבית החולים. ממצאים אלה מצטרפים לממצאים ממחקרים קודמים, ונותנים תחושת הקלה לחולים, לקרוביהם ולאנשי הטיפול שעד כה ניזונו בעיקר על הפרדיגמה הכרונית ששלטה ברוב השנים של המאה ה-20" (Harrison et al., 2001, p. 515).

כיצד "הפרדיגמה הכרונית" בתחום בריאות הנפש הפכה להיות כה דומיננטית מלכתחילה? שאלה זו גורמת לתהיות רבות ומספר תשובות לה. אפשרות אחת להסבר התופעה ניתן

למצוא אצל טוט (Tooth et al., 2003) המתאר את "התפיסה הכרונית הרדיקאלית" של אנתוני. תפיסה זו רואה בכרוניות חלק מהותי ובלתי נפרד ממהלך המחלה. אפשרות שנייה קשורה לרמת השירותים הרפואיים ולסטיגמה החברתית והמוסדית כלפי המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות. האפשרות השלישית והאחרונה נוגעת לאמונה שרווחה בקרב אנשי המקצוע, ולדרך שבה תיאר את טיבה ומשמעותה של מחלת הסכיזופרניה, כמחלה שאינה ניתנת לריפוי. כל אלה גרמו להתפתחות האופי הכרוני של המחלה אצל חלק מהמתמודדים, בדרך של נבואה המגשימה את עצמה (Allott et al., 2004).

כחלק נפרד ממחקרי המעקב ארוכי הטווח, השקפת ההחלמה לבשה צורות רבות מאז ראשית ימי מערכת בריאות הנפש המודרנית. למשל, ישנן עדויות להשקפות חיוביות בנוגע להחלמה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, עוד מימי ההקמה של המוסד הפסיכיאטרי ההומניטארי שנוסד על ידי טיוק בשנת 1872 ביורק, אנגליה (Roberts and Wolfson, 2004). השקפות חיוביות אלו קשורות לתוצאות החלמה טובות הרבה יותר מאשר אלו שהיו קשורות לתקופות שבהן שלטה הגישה הפסימית בנוגע לפרוגנוזה של המחלות הפסיכיאטריות (Scull, 1979; Warner, 2004). גישה אופטימית להחלמה ותוצאות חיוביות של תהליך השיקום וההחלמה הן בהחלט מנת חלקן של רוב התיאוריות והפרקטיקות החדשניות במהלך מאתיים השנים האחרונות. מספר דוגמאות לתיאוריות ולפרקטיקות החדשניות כוללות את ההתפתחות של הפסיכיאטריה החברתית, וגישות כמו הריפוי הקהילתי (Jones, 1968); עבודתו של גופמן על מוסדות כוללניים (Goffman, 1961); תחילתה של התנועה האנטי פסיכיאטרית (Laing, 1965); רוב הספרות הנוגעת לתופעת האל מיסוד (Warner, 2004) ותנועת השיקום בקהילה (Anthony, 1993).

הרפורמה הפסיכיאטרית באיטליה (Ramon, 1989) ועקרון הערך החברתי (Wolfensberger, 1983; Ramon, 1991) אשר התפתחו בשנות השמונים, השאירו מאחור את הטיפול בסימפטומים כמוקד הטיפול באנשים, ובמקום זאת התמקדו בתהליך של הגשמה עצמית והכלה חברתית, גם במקרים שהסימפטומים והמוגבלות קיימים. במקרים אלו לא נעשה שימוש במושג של ההחלמה, אך למעשה הם תיארו וחיזקו את תפיסת ההחלמה בבריאות הנפש. דוגמא נוספת היא עבודתם של מריוס רום (פרופסור לפסיכיאטריה חברתית) וסנדרה אשר (עיתונאית) ממסטרך, הולנד, אשר פיתחו מספר אסטרטגיות להתמודדות עם הזיות קוליות. אסטרטגיות אלה אומצו בבריטניה והפכו לרשת ארצית של קבוצות לעזרה עצמית (Romme and Escher, 1993).

### הגילוי מחדש של תפיסת ההחלמה

#### מדוע עכשיו?

כפי שצוין לעיל, אחוזי ההחלמה הידועים לנו כיום זהים ברובם לדיווחים שנתקבלו מהמאה ה-19, אך למרות זאת תפיסת ההחלמה במשמעותה החדשה הופיעה בשנות ה-90 של המאה ה-20, וחשיבותה באה לידי ביטוי רק כיום. לכן השאלה המתבקשת היא מדוע עכשיו התשובה קשורה במידה רבה לשילוב של מספר גורמים:

- הסיבה לא נעוצה בהשפעתם של התרופות החדשות, כיוון שדווח על ממצאים חיוביים כבר משנות ה-40 של המאה ה-20. כמו כן, הממצאים החיוביים שפורסמו במחקרי אורך רבים, שנערכו עוד לפני שנות התשעים בנוגע להחלמה של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות, לא הניעו את תפיסת ההחלמה. האם ייתכן כי עולם הפסיכיאטריה התעלם מהממצאים הרבים שהונחו לפניהם כיוון שהם לא נערכו בארצות הברית, שלא כמו פרויקט ורמונט (Ciompi, 1980; Huber et al., 1980; Harding et al., 1987).

- תנועת האל מיסוד תרמה לכך שרוב האנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות לא חיים יותר בבתי החולים, אלא בקהילה. כתוצאה מכך המתמודדים מסוגלים לחיות את חייהם בצורה רגילה. כמו כן, מהלך זה הוביל להתפתחות השירותים הניתנים כחלק מהשיקום בקהילה.

- ידע הנרכש מניסיון אישי מוערך כיום יותר מבעבר בקרב נותני השירותים (Tooth et al., 1997; Wallcraft, 2005). צרכני השירותים בבריאות הנפש קידמו בצורה משמעותית את מושג ההחלמה, יותר מאשר כל קבוצה אחרת (Anthony 2000; Roberts and Wolfson, 2004).

- המודל החברתי של המוגבלות – שנוצר על ידי אנשים המתמודדים עם מוגבלות

- גורס כי לכל אדם באשר הוא יש נקודות חוזק ונקודות חולשה אשר עימן הוא צריך ללמוד לחיות. אם אדם עם מוגבלות אינו מסוגל לחיות באופן רגיל זאת תוצאה של מכשולים חברתיים ולא מחוסר יכולת של האדם. גישה זו מקובלת כיום בקרב רוב צרכני השירותים בבריאות הנפש, וכן אצל חלק מאנשי המקצוע בתחום (Repper & Perkins, 2003; Roberts and Wolfson, 2004; Beresford, 2005).

- קבלת גישת הכוחות (Saleeby, 1992; Rapp, 1998). בעקבות המודל החברתי של המוגבלות, כמו גם הקבלה כי קיים צורך בקידום גישת ההכלה החברתית כנגד השפעות הסטיגמה הממשיכות להיות מקושרות לאנשים החולים במחלות פסיכיאטריות, קידמו את תפיסת ההחלמה. הפעילות הממוקדת בטיפול ההכלה החברתית של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות, החל גם הוא רק בסוף המאה הקודמת.

### המשמעות החדשה של תפיסת ההחלמה

הגילוי המחודש של תפיסת ההחלמה בבריאות הנפש מקושר לפרסום המאמר שנכתב בארצות הברית על ידי אנתוני בשנת 1993, בו הוא מגדיר את ההחלמה תוך הטענה כי "אדם עם מחלה פסיכיאטרית יכול להחלים אף על פי כן שהוא לא נרפא מהמחלה. החלמה היא האופן שבו האדם חי חיים מספקים, בעלי תקווה, ותורמים לאדם ולסביבתו, גם עם המגבלות שמציבה בפניו מחלתו. ההחלמה כרוכה בפיתוח משמעות ומטרות חדשות בחיי המתמודד, שיובילו לצמיחה מעבר להשפעות ההרסניות של המחלה" (Anthony, 1993, p. 15). חמש שנים קודם

לפרסום של אנתוני, דיגן (Deegan, 1988) הציעה לראות את ההחלמה כתהליך. השמת הדגש על המסע, ולא על סופו, היא המטפורה המועדפת על ידי מתמודדים רבים. לעומתה יש כאלו המבקשים לראות בהחלמה תהליך אך גם תוצאה (Lieberman and Kopeolwitz, 2005). בדרך זאת, מושג ההחלמה מסמן את ההפרדה בין הסימפטומים השולטים בחיי המטופל והריפוי לכך במובן הרפואי, לבין העניין של הובלת האדם לחיים טובים יותר, דבר המצביע על השינוי הבסיסי בפסיכיאטריה, שבו השימוש בתרופות מהווה רק אסטרטגיה אחת, מתוך מגוון אסטרטגיות קיימות, לשיפור איכות חייהם של צרכני השירותים בבריאות הנפש.

לחידוש במונח ההחלמה פנים רבות, הבאות לידי ביטוי במספר אופנים:

- ההחלמה אינה חזרה למצב שבו האדם היה לפני התפרצות המחלה;
  - ההחלמה משמעותה בנייה מחודשת של החיים באמצעות המציאה המחודשת של **המסוגלות העצמית** של הצרכנים;
  - ההחלמה של המתמודדים היא מהטראומה של הפסיכוסה, מהטיפול, מהסטיגמה, מהעדר מיומנויות וההזדמנויות בשביל לקיים פעילויות בעלות ערך ומשמעות (Wallcraft, 2005);
  - יש לעודד **תלות הדדית** ועזרה עצמית בתהליך ההחלמה; אנשים נוספים יכולים להיות מקור לתמיכה וחיזוק לדימוי העצמי;
  - **תקווה** היא מרכיב מרכזי בהחלמה (Repper & Perkins, 2003);
  - פיתוח אסטרטגיות להתמודדות עם המחלה, בשילוב אסטרטגיות שמטרתן **נתינה** לסביבה;
  - הזכות לכישלון היא חלק בלתי נפרד מתפיסת ההחלמה החדשה (Deegan, 1996);
  - שלא כמו המשמעות המקורית של מושג ההחלמה, המשמעות החדשה נוצרה בחלקה על ידי צרכני בריאות הנפש ואומצה על ידם. לכן יש בה הפוטנציאל להביא לשינוי ביישומי ההחלמה (Wallcraft, 2005);
  - המשמעות החדשה גורמת למעבר ממודל **החסר** של החיים עם מחלה פסיכיאטרית, לגישת **הכוחות** (Saleeby, 1992; Rapp, 1998) אשר גם נקראת בצדק **החיים מחוץ למחלה** (Davidson, 2003). מודל החסר מבוסס על הנחה כוללת, לעיתים קבועה, לגבי הרגישות של המתמודדים, הקשיים התפקודיים והסימפטומים התורמים לתפקוד הלקוי שלהם. גישת הכוחות, לעומת זאת, מניחה כי למתמודדים יש גם יכולות ושאיפות חיים אשר מניעות אותם להשתמש ביכולותיהם.
- המשמעות החדשה של מושג ההחלמה דורשת מאיתנו בחינה מחודשת בנוגע לתפיסת הפסיכוסה. מראיונות שנערכו עם אנשים שחוו פסיכוסות באופן חוזר ונשנה, בוק (1999) מציע לראות את הפסיכוסה כ"חוויה אנושית ייחודית בעלת פעולה המאזנת את הסתירות ואת הפשרות החברתיות, המהווה מצב אמביוולנטי של דרישות מנוגדות שלא מתיישבות אחת עם השנייה כך שלבסוף המחלה מכילה גרעין של בריאות בה (Bock, 1999, P.4). תפיסה זו, המשותפת גם לטופור (Topor et al, 1997), מזכירה את הגישה "האנטי פסיכיאטרית" שנלחמה כנגד מיסוד הפסיכיאטריה בבריטניה של שנות ה-70 של המאה הקודמת (Laing, 1965). טופור (Topor et al, 1997), מציע כי הפסיכוסה עשויה להיות נקודת מפנה בזמן שבו האדם חווה משבר עמוק ומגיע לתחתית, דבר המזרז שינוי בלתי צפוי המאלץ את האדם



להגיע להחלטות לגבי חייו. אחרים, כמו דוידסון (Davidson, 2003), רואים את האיום לזהות הבסיסית של האדם כחלק מחוויות הפסיכוזזה, ולכן הם מתמקדים בטרומה של חוויה זו, אשר גוזלת מהאדם כל תחושה של וודאות בקשר לחייו (McGorry, 1992).

מספר חוקרים בוחנים את המימדים והשלבים של ההחלמה, מתוך ההבנה כי לא כל המימדים והשלבים של החלמה צריכים להתקיים על מנת שהאדם אכן יחלים (Ralph, 1999; Tooth et al., 2003; Davidson, 2003). רוג'רס (Rogers et al., 1997) זיהו דרך 'סולם קבלת ההחלטות בדרך להעצמה' ('Making Decisions Empowerment Scale'), את הרלוונטיות של חוללות עצמית/דימוי עצמי, כוח/חוסר כוח, פעילות קהילתית, כעס מוצדק ואופטימיות/שליטה על העתיד, כמרכיבים מרכזיים בהחלמה. רידגווי (Ridgway, 2001) השווה בין ארבעה נרטיבים של החלמה, אשר איששו את חשיבותם של רוב המימדים שהוצגו לעיל, כגון:

- החלמה כהתעוררות מחודשת של התקווה לאחר הייאוש;
- הפסקת ההכחשה והשגת הבנה וקבלה של המצב;
- מעבר מנסיגה אישית וחברתית להשתתפות פעילה בחיים;
- התמודדות פעילה במקום הסתגלות סבילה.

### ביקורות על תפיסת ההחלמה

ההחלמה במשמעותה החדשה נוטה להיות רחבה ורבת פנים. זהו יתרון בכך שמושג ההחלמה מאפשר גמישות אינדיווידואלית. אולם, זה גם מהווה חסרון ברמה התפיסית וברמה היישומית, כיוון שזה יכול להביא למצב שבו לתפיסת ההחלמה לא תהיה כלל משמעות. זאת ועוד, בהינתן השילוב הקיים בפסיכיאטריה של טיפול ושליטה, וכן הגישות הרדיקליות השונות בתוך הפסיכיאטריה הנוגעות לנושא זה, ההחלמה עלולה להיתפס כשלב נוסף בהעברת האחריות לצרכן השירותים, רחוק מהחברה, ממערכת השירותים, מגורמים מבניים או הממשלה. סקל (Scull, 1977) הציע כי מגמת האל מיסוד נהפכה לאופציה מקובלת מבחינה חברתית כאשר הממשלות ואנשי המקצוע היו בטוחים כי האנשים עם מחלות פסיכיאטריות יהיו תחת ויסות בקהילה. בעולם שבו העיסוק גובר והולך בכל הקשור לניהול סיכונים והפחתת התקצוב הציבורי בנושאי רווחה, ההבטחה של ויסות עצמי קסמה לקובעי המדיניות. זאת למרות שהייתה בתחרות עם הרצון של אנשי המקצוע לשמר את המונופול והשליטה המחולטת שלהם בתחום מומחיותם. הצרכנים, מצידם, חוששים כי לא יקבלו את השירותים אם הם לא ישיגו אחוזי החלמה גבוהים (Roberts and Wolfson 2004). תחושה זו לא רחוקה מהאמת כאשר המערכת מוצאת קושי רב במתן תמיכה פרטנית בתוך תוכניות המיועדות לצרכנים. לדעתנו, נושא השליטה לא גורע בפוטנציאל של תפיסת ההחלמה להביא לשינוי היסודי הדרוש בתיאוריה ובפרקטיקה בבריאות הנפש. אולם, זה מזכיר לנו את הצורך לערוך ניתוח ביקורתי לתפיסה החדשה של החלמה. כמו כן נדרשת הבהרה וגיבוש של המשמעות והיישומים בכל הרמות הנוגעות לעניין.

### המחקר העכשווי על ההחלמה

בדפים הקודמים הוזכרו מחקרי מעקב שנערכו לאורך ההיסטוריה אשר חשפו תוצאות טובות

יותר בנוגע להחלמה, מאשר היה נהוג לחשוב על מקרים של אנשים שאובחנו עם סוגים שונים של מחלות פסיכוטיות (Warner, 2004). ממצאים אלה נשענים על תפיסה מיוחדת של החלמה המבוססת על תוצאות אמפיריות הנגזרות מהמשגות רפואיות של בריאות וחולי. לכן, רוברטס וולפסון (Roberts and Wolfson, 2004), מצטטים מהעבודות הבינלאומיות והעדכניות ביותר על סכיזופרניה, כי המחקרים האמפיריים "נשענים באופן משמעותי על העדר הסימפטומים, מוגבלות חברתית וניצול משאבים כמדדים לתוצאות תהליך ההחלמה" (Harrison et al., 2001). כתוצאה מכך, הממצאים לא מובילים בהכרח לקשר בין המשמעות החדשה של ההחלמה ולרעיונות המרכזיים הנגזרים ממנה כגון: אובדן פוטנציאלי של ההחלמה, או רכישה מחדש מידה מסוימת של שליטה, בין אם גדולה או קטנה, על החיים האישיים והחברתיים של האדם המתמודד עם המחלה. רעיונות אלה באים לידי ביטוי בייחוד בספרות של הצרכנים. באותו הזמן, ובאופן שניתן להתווכח לגביו, אחד מהכוחות המניעים והחזקים של התנועה היה מחקר עשיר ומגוון שהיווה את הבסיס לתנועת הצרכנים. מההתחלה, סיפורים אישיים היוו, ועדיין מהווים, כלי רב עוצמה אשר פיתח והיווה מקור לתיקוף הרעיונות והפרקטיקות של ההחלמה (Deegan, 1988; Deegan 2003). ספרות זו הייתה רבת השפעה בבנייה ובתיקוף הרעיון של החשיבות בראיית האנשים כאינדיבידואלים, בעלי יומני מסע שונים וייחודיים, בתוך הדרך למשמעויות השונות של ההחלמה. בעת שהנרטיבים האישיים הפכו להיות לאחד הכוחות המרכזיים בגוף הידע וההוכחה, יש אלו שלעיתים ממעיטים בחשיבותם, ואף אפילו דוחקים אותם לשוליים, בתוך קהילת המחקר הרחבה שבה לגישות פוזיטיביסטיות מעמד רם יותר. בכל זאת, ההשפעה המצטברת של הסיפורים האישיים, בעיקר בנוגע להחלמה, במהלך עשרים השנים האחרונות הייתה רבה ומשמעותית לצרכנים, משפחותיהם, המטפלים, אנשי המקצוע השונים בבריאות הנפש וקובעי המדיניות. השפעה זו באה לידי ביטוי בעיקר בשנים האחרונות (Australian Health Ministers, 2003). מנסיני (Mancini et al., 2005) תיארו ספרות רחבה, ובעלת חשיבות רבה, אשר משתמשת בשיטות מחקר איכותניות שאספו, סיווגו, וניתחו מספר רב של סיפורים אישיים של מתמודדים כחלק מבניית תיאורית ההחלמה. דוגמאות לסוגי מחקר מסוג זה נעות מראיונות של שאלות מובנות וישירות, דרך ראיונות פתוחים יותר ועד מחקרים המשתפים את המתמודדים בפיתוח שיטות המחקר ומחקרים הנערכים על ידי המתמודדים עצמם. הנושא המרכזי שעלה הוא כיצד הצרכנים יכולים להמשיך ולשמור על בעלות רעיונית בנוגע לשיקום, בשעה שהם מנסים לשנות את המדיניות והפרקטיקה. ובתוך כל זאת להישאר נאמנים לעקרונות הליבה של ההחלמה, גם כתוצאה וגם כתהליך.

כתוצאה מכך, ישנה סוגיה מתמשכת לגבי השאלה כיצד המחקר המסורתי נוטל את כוחן של הגישות האיכותניות הנשענות על סיפורי המתמודדים, מתוך נאמנות לממצאי המחקר האמפיריים – "מבוססי ההוכחות". המשמעות של הוכחה היא תוצר של הגישה הפוזיטיביסטית למחקר, שלמשל, נשענת על "תקן הזהב" של מחקרים רנדומאליים ומבוקרים. אנתוני (Anthony et al., 2003)) ניסו להתייחס לנושא זה והגיעו למסקנה כי: "הרעיון של פרקטיקות מבוססות - הוכחות ושיירות מכווני החלמה עשויים לעבוד טוב ביחד. אולם, אם מטרתו של המחקר הנשען על הוכחות הוא ליידע על התפתחות השירותים

המכוונים להחלמה, אזי התפיסה שלהן צריכה להיות רחבה יותר ... מעצבי המערכת המכוונת - החלמה, בוני התוכניות והקלינאים, חייבים להיות מודעים לכך שהמאמצים הנוכחיים שלהם ייבנו על הממצאים הטובים ביותר, בזמן שאנו אוספים את העדויות וההוכחות הטובים ביותר" (p. 112). דרך נוספת המתמודדת עם סוגיה זו מדברת יותר על "פרקטיקות מבוססות - הוכחות" (Ferguson, 2003; Merighi et al., 2005) (כך שקולם של הצרכנים יישמע ביתר שאת, ובכך ייתן מעמד שווה ערך בינם לבין המודלים האמפיריים המקובלים).

### סוגיות נבחרות במדיניות ובפרקטיקה

ארצות הברית ((President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003) וניו זילנד (New Zealand Mental Health Commission, 2001) היו המדינות הראשונות אשר הצהירו כי עיקרון ההחלמה יהפך לעקרון מרכזי שלהן. חוקרים אמריקאים, העובדים בצורה קרובה עם צרכני השירותים, הולכים אף רחוק יותר מאחרים בשרטוט השירותים של מודל ההחלמה החדש, ויישומם ברמה הפדראלית, ברמה המדינית, ברמת התוכנית וברמת הפרט המקבל את השירותים (National Association of State Mental Health Directors & National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2004). זאת בניסיון לפרט כיצד כל מרכיב במשוואת ההחלמה אמור לבוא לידי ביטוי כאשר העקרונות יצאו מהכוח אל הפועל. על אף שיש דוגמאות לתוכניות כאלה Ohio Department of Mental Health, 2004, Ridgway, 2004), הרושם הכללי הוא שיישום המודל עדיין לא התרחש, אך בקרוב יתחיל להתרחב ברבדים השונים של החברה האמריקאית, בעיקר ברמה המדינית. נראה כי כך גם יקרה בניו זילנד.

### מדיניות ופרקטיקה באוסטרליה

המדיניות של הממשלות באוסטרליה נקבעה מאז שנת 1989, באמצעות סדרה של תוכניות לאומיות בתחום בריאות הנפש. המסמך הראשון שפורסם בתוכנית הלאומית היה "הזכויות והחובות של צרכני בריאות הנפש" (Australian Health Ministers, 1991). בהינתן התאריך שבו פורסם המסמך, זה לא מפתיע כי במסמך לא מוזכרת ההחלמה, כתהליך או כתוצאה. חשיבות המסמך היא היותו מסמך ראשוני, המתאר בצורה מפורשת את הצהרת המדיניות בנוגע לצרכני השירותים ובנוגע לתפקידם בפיתוח השירותים, בלקיחת חלק פעיל בהחלטות הנוגעות לטיפולם, ובאי קבלה פסיבית את החלטות אנשי המקצוע בנוגע לטיפול בהם. במובן זה ניתן לטעון כי במסמך זה כבר הביעו במרום מידה מסוימת של אופטימיות לגבי תוצאות ההחלמה של צרכני השירותים, ובכך התוו את הדרך למדיניות עתידית הנשענת על תפיסת ההחלמה.

התוכנית האוסטרלית הלאומית הראשונה בבריאות הנפש ((Australian Health Ministers, 1992) התמקדה בעיקר בהנחיה תקיפה לארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש, אך לא עוד בדרך ההיסטורית של הפרדה ובידוד אלא כחלק בלתי נפרד משאר שירותי הרפואה. הדגש בשינוי המדיניות היה תוצר של האצת סגירת בתי החולים וכן כתוצאה מההבנה כי שירותים חדשים ומקיפים יותר צריכים להיעשות בשילוב בין בתי החולים לקהילה. גם כאן, אין הפניה

מפורשת להחלמה, למרות שניתן לראות מספר הנחות בסיסיות של אופטימיות לגבי השיפור במצב של האדם המתמודד כאחת מההשערות המנחות את המסמך.

התוכנית השנייה שהתקיימה בשנת 1998 (Australian Health Ministers, 1998) שמרה על ההתחייבויות לבצע רפורמה במערכת כפי שתוארה בתוכנית הראשונה, והוסיפה דגשים משמעותיים על התערבות מוקדמת, קידום הבריאות ומניעת מחלות. בהקשר זה יש התייחסות מפורשת למושג ההחלמה במסמך המדיניות הלאומי. בכל זאת, מושג ההחלמה מוזכר רק מעט, בעיקר בצורה של רמיזה ופחות באופן מפורש וברור (Rickwood, 2004). בניגוד לכך, מושג זה, בהדגשה על החשיבות של תקווה ואחריות אישית וחברתית, הוכנס לראשונה בשנת 1998 במדיניות הלאומית של ניו זילנד, בתוכנית השירותים בבריאות הנפש. (O'Hagan, 2004)

לעומת זאת, התוכנית הלאומית השלישית שהתקיימה בשנת 2003, שהמשיכה את ההנחיות של שתי התוכניות הראשונות, מייצגת קפיצת דרך כמותית ואיכותית בהכרה כי תפיסת ההחלמה מהווה נדבך מרכזי בהספקת השירותים בבריאות הנפש. הטענה כיום היא שהמחויבות לתפיסת ההחלמה היא עקרון מנחה במדיניות הלאומית:

"החלמה היא גם תהליך וגם תוצאה והיא חיונית לקידום התקווה, הרווחה, תחושת הערך ופיתוח ההגדרה העצמית של האנשים עם מחלות פסיכיאטריות. מגמת ההחלמה מדגישה את ההתפתחות של המשמעות החדשה של הצרכנים והשגת מטרותיהם, וכן את היכולת לממש את היעדים שהציבו לעצמם בחיים. נותני השירותים בבריאות הנפש צריכים לפעול בתוך המסגרת הרעיונית התומכת בהחלמה" (Australian Health Ministers, 2003).

רעיון ההחלמה בא לידי ביטוי בעבודתם של קבוצות צרכני השירותים (המינוח האוסטרלי המועדף הוא קבוצות צרכנים), וכן בפעילותם של ארגונים שונים כמו המועצה הוויקטוריאנית לקידום המודעות בבריאות הנפש, ובעמותות לא ממשלתיות שקידמו ויישמו את השימוש בהחלמה בספרות, וראו בהחלמה קו מנחה לתוכניות רבות החל מתחילת שנות התשעים (The Mental Health Services Conference, 1994; VICSERV, 1998). העיסוק המרכזי של מגזר העמותות היה ונשאר הרחבת תחום השיקום הפסיכו סוציאלי במקום השירותים הקליניים (McKenzie, 1994). השיא של מגזר העמותות (עמותות לא ממשלתיות) בוויקטוריה, היה פיתוח מודל שיקומי פסיכו סוציאלי שהתבסס על 15 עקרונות שזוהו על ידי קנאן וחבריו (Cnaan et al, 1988). בשנת 1993, בפורום של המגזר, "הייתה תחושה ששני תנאים ההכרחיים לשיקום פסיכו סוציאלי מוצלח הם יצירה ופיתוח של תקווה, וסיוע לקידום היחסים החברתיים של הצרכנים. נטען כי, ביחד עם העקרונות הפסיכו סוציאליים לשיקום, השיגו בצורה יעילה מסגרת עקבית המתיישבת עם המאפיינים של הניהול הקהילתי של שירותי תמיכה לאנשים עם מוגבלויות, כל זאת בנפרד מכל שירות רפואי אחר (Vicser, 2005).

בהצהרה זו יש ניתן להבחין בהתחייבות מרומזת בנוגע לרעיון ההחלמה, בנבדל מהשירותים

הרפואיים הציבוריים בבריאות הנפש. תפיסה זו, בחלקה, משקפת את האופי השונה בין שני המגזרים, במובן של מטרות התוכנית, כוח האדם והזמן. תפיסה זו גם משקפת את המחלוקת בנוגע לבסיס שממנו נבנה לצרכנים תפקיד פעיל בשנים שבו התרחשו הדברים. כיום יש לצרכנים תפקידים חשובים בעמותות הלא ממשלתיות, החל מחברות בוועד העמותה וכלה בעמידה בחזית נתינת השירותים והערכתן.

הדוגמא הראויה ביותר לציון, הנוגעת לעניין ההחלמה במערכת בריאות הנפש, היא עבודתו של מקגורי: "תפיסת ההחלמה ומניעה שניונית בהפרעות פסיכוטיות" (McGorry, 1992). עבודה זו, החלה כסמינר הדן בהקשר האוסטרלי של ההחלמה, וזה כמעט כעשרים שנים פועלת בתחום ההתערבות המוקדמת בהפרעות פסיכוטיות (McGorry and Yung, 2003). בעבודה זו גם יש דגש על מקום האופטימיות, התקווה ועקרונות ההחלמה, בעיצוב של כל תוכנית הנוגעת להחלמה. לעבודה זו עדיין יש השפעה רבה; כך למשל פורסם לאחרונה במדריך הלאומי לטיפול במחלת הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות דומות (McGorry, 2005) כי יש לשים דגש לא רק לטיפול התרופתי המוקדם, אלא גם לאפשר מרחב שווה להתערבויות פסיכו סוציאליות. כמו כן, ישנה תשומת לב למטען החברתי והתרבותי של האדם כדבר הכרחי אשר מהווה את הבסיס להחלמה ולהשגת איכות חיים טובה יותר. העבודה המוקדמת ביותר בנושא זה השתמשה בעיקר במונחים של התערבות מוקדמת, בפרט בשימוש תרופתי מסיבי, כאסטרטגיות העשויות למנוע, או לפחות להפחית את התפתחות התחלואה המשנית (McGorry, 2001). במובן זה התערבויות אלו סייעו להחלמה מהמחלה במובן הרפואי, כפי שבא לידי ביטוי בתפיסה העקבית והשלטת בקרב חסידי הגישה והפרקטיקה הרפואית. למרות שמודל זה של החלמה הרחיב את הדגש על ההתערבויות הפסיכו סוציאליות, הוא עדיין נשאר מערכת של פרקטיקות הנבנות על ידי אנשי המקצוע, תוך רמה גבוהה של חדשנות במסגרת הקלינית. זאת במקום להסתמך על ההגדרות של הצרכנים בנוגע למטרותיהם בנוגע להחלמה, ובנוגע למסע שלהם בדרך להחלמה.

בכל אופן, בעוד שהשאלה היא עד כמה ההתחייבות להחלמה היא מקיפה ורצינית בקרב הזרם המרכזי של שירותי הבריאות, אנו מוצאים מספר רב של דוגמאות של פרקטיקות חדשניות המכילות רעיונות מפתח בנוגע להחלמה, ואשר תומכים בספרות ובמסמכי המדיניות. למשל, בשנת 2003 יצא פרסום של הקולג' המלכותי של אוסטרליה וניו זילנד לפסיכיאטריה, המכיל חלק מיוחד בן ארבעה עמודים על הצרכנים, השירותים והחלמה. באחד מהדפים שפורסמו מדווח על פרויקט איכותני, אשר אסף רעיונות ודעות של הצרכנים בנוגע לגורמים המכריעים בהחלמה ממחלת הסכיזופרניה (Tooth et al., 2003). חלק מהמסקנות המדווחות ממחקר זה התייחסו לצורך היסודי להבין את הנרטיב הייחודי של כל אחד מהאנשים בדרכם להחלמה. יתר על כן, מדווח על חוויה מאוד שכיחה ומשותפת: "עד היום, אנשי המקצוע לא היו טובים במיוחד בלשמוע כיצד המחלה השפיעה על החיים האישיים של הצרכנים; הם אף לא היו טובים במיוחד בניסיון להבין את כוחם של הצרכנים להשפיע על מהלך מחלתם, ומכאן לנסות לסייע ולהקל על השינויים הנדרשים" (Tooth et al., 2003. p. S76).

ישנן גם עדויות אנקדוטיות במגוון רמות, המסייעות להבנה של רעיון ההחלמה הלכה למעשה. למשל, מספר שירותים קהילתיים בבריאות הנפש כוללים את שפת ההחלמה בבואם לתאר תוכניות טיפול ושיקום, ובמספר מקרים שפת ההחלמה אף קיימת בתוכנית הטיפולית הרשמית. האירוע עם הדגש הרב ביותר על הכלה חברתית של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות, וכנראה הועידה השנתית הגדולה ביותר בתחום בריאות הנפש באוסטרליה היא "הועידה לשירותים בבריאות הנפש" ("The Mental Health Services Conference" (TheMHS)) אשר מגדירה עצמה בצורה הבאה:

"הועידה לשירותים בבריאות הנפש מספקת פורום על מנת לעודד: סיעור מוחות; פיתוח מקצועי; קשירת קשרים ועריכת דיונים, בשביל אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, הצרכנים, בני משפחותיהם והמנהלים בתחום. מטרת הועידה היא לקדם עמדות חיוביות על בריאות הנפש ומחלות פסיכיאטריות, וכן לעודד דיון שיאתגר את המחסומים של הידע ושל הרעיונות הקיימים בנוגע לטיפול בבריאות הנפש" (TheMHS, 2004).

בהקשר זה, הועידה השנתית שלהם מאופיינת במעורבות רבה של הצרכנים בכתיבת עבודות ומצגות לסדנאות ולקבוצות דיון, ובנתינת מקום מרכזי לרעיונות ולנושאים הנוגעים לשיקום. כמו כן הם מציגים את ההישגים השנתיים ומעניקים פרס לתוכניות הלאומיות הטובות ביותר בנוגע להחלמה.

מספר דוגמאות הובאו לאחרונה בתחום העבודה הסוציאלית באוסטרליה המצביעות על מחויבות עמוקה ומשמעותית בנוגע להחלמה ונושאים קשורים לכך. (ראיין Ryan et al, 2004) דיווחו על סדרה של מחקרים בתחום ההתמחות של העבודה הסוציאלית בבריאות הנפש, וזיהו שלשה איכויות מרכזיות המלווה את עבודתם של המומחים העוסקים במקצוע והם: "אמונה, אופטימיות ואכפתיות". גרדנר (Gardner et al, 2005). מדווחים באופן מפורש יותר על פיתוח כלים המדגישים את הכוחות של הצרכנים "ומודדים את השינויים שהצרכנים עוברים תוך כדי השתתפות בתוכניות ההחלמה בבריאות הנפש". פיתוח זה נעשה בשיתוף עם עמותות הפועלות בתחום בריאות הנפש.

#### מדיניות ופרקטיקה בבריטניה

נראה כי תפיסת ההחלמה במשמעותה החדשה הופיעה לראשונה במסמכי המדיניות בבריטניה בשנת 2001 (Department of Health, 2001). המסמך חוזר על העקרונות האמריקאים, ומאשר כי רעיון ההחלמה הוא מועיל וחיובי, אך לא מציע דרכים מפורטות ליישום הרעיון. גילוי דעת הכולל הנחיות בנוגע להחלמה, וכן מסמך המביא את הדרכים הטובות ביותר להחלמה הופיע בשנת 2005 (NIMHE, 2005). מסמך זה התבסס על העבודה של מחלקת בריאות הנפש של אוהיו, אשר שודרגה על ידי הבריטים. תהליך זה התמקד בפרטים הנכללים בתוך קבוצה של הנחיות, הכוללות נושאים כגון: מעמד האדם, תפקידים של הקלינאים ושל הקהילה בהקשר של סיוע רפואי, תמיכה של קבוצת השווים, יחסים בין אישיים, תמיכה של המשפחה, עבודה ו/או פעילות משמעותית לאדם, עוצמה ושליטה, סטיגמה, מעורבות קהילתית, נגישות למשאבים והשכלה בשלבים השונים של ההחלמה.

בשנת 2002 המכון הלאומי למצוינות רפואית, אשר אחראי על התוקף של התערבויות רפואיות חדשות, פרסם סדרה של קווים מנחים בנוגע לתוצאות ההחלמה ממחלת הסכיזופרניה (NICE, 2002). סדרה זו באה כיום לידי ביטוי ברשימה של קריטריונים בנוגע לכל תוכנית בתחום בבריאות הנפש. רוברטס וולפסון (Roberts and Wolfson, 2004, box 1) משווים בין הקווים המנחים של NICE לבין המדדים של אוהיו (Ohio Department of Mental Health, 2003) שהתפרסמו בגלל המעורבות של תנועת הצרכנים בבנייתם. הקווים המנחים הבריטיים יצאו באופן ברור מתוך נקודת המבט הרפואית, ולא לקחו בחשבון לא את הנושאים הנוגעים להגדרה העצמית של משמעות ההחלמה בקרב הצרכנים, ולא את הנושאים המרכזיים בהחלמה. נושאים אלו כוללים מושגים כגון תקווה, אשר מזרזים את תהליכי ההתערבות וכן את השליטה של הצרכנים על חייהם.

שלא כמו בארצות הברית, בבריטניה הושם דגש ניכר על הכלה חברתית במדיניות הרווחה מאז שנת 1997. יחידה להכלה חברתית קיימת במשרד ראש הממשלה החל משנת 1997, בזמן שמפלגת הלייבור עלתה לשלטון. מפלגת הלייבור החדשה ראתה עצמה כמפלגה המקדמת ומטפחת את ההכלה החברתית,

כמרכיב עיקרי בצמצום הפגיעה בסולידאריות החברתית. בשמונה עשרה השנים של שליטת המפלגות השמרניות, סולידאריות זו נפגעה קשות. המיקוד על הכלה חברתית בתוך מדיניות בריאות הנפש החל בשנת 1999, במסגרת השירותים הלאומיים בבריאות הנפש (National Service Framework (NSF for Mental Health)). הרעיון של הכלה חברתית הופיע במסגרת השירותים הלאומיים בהקשר לתקן 1 אשר עוסק בקידום בריאות הנפש, הקובע כי קידום כזה לא יוכל לצאת מהכוח אל הפועל מבלי לבלום את ההדרה והאפליה החברתית. שוב, לא נכללו קווים מנחים ליישום הדברים. כעת ישנה תוכנית להכלה חברתית בתוך המכון הלאומי לבריאות הנפש, הקיימת כבר משנת 2000 (Morris & Bates, 2003). ההנחיות של תוכנית זו משלימות את המשמעות החדשה של ההחלמה בכך שהן מאפשרות לצרכנים: להשיג יותר, לנצל את הפוטנציאל הגלום בהם בצורה טובה יותר, להיות בשליטה טובה יותר על חייהם, להיות בעלי כישורים חברתיים טובים יותר ולהיות פחות מבודדים. התוכנית חולקת את הרעיונות והידע מגישת הכוחות מודל החברתי של המוגבלות, מבלי לציין זאת, וכן פועלת בניסיון לצמצם את הסטיגמה. ראפר ופרקינס (Repper and Perkins, 2003) רואים בהכלה החברתית חלק בלתי נפרד מההחלמה, ולתפיסתם החלמה לא יכולה להתקיים ללא הכלה חברתית.

מעורבות הצרכנים ברמה המקומית וברמה הלאומית (למשל, ב-1999, NSF: National Service Framework for Mental Health, 1999), היא תנאי הכרחי לכל מדיניות המובלת על ידי הצרכנים, ואכן זו המגמה הרווחת בבריטניה במהלך חמשת השנים האחרונים. מעורבות מסוג זה לא חפה מבעיות, במובן זה שהיא לעיתים מהווה מס שפתיים כלפי הצרכנים המשתתפים בתוכנית. ראשית, התשלום לצרכנים ניתן דרך הקצבאות המגיעות להם, הארגונים בתחום בריאות הנפש לוקחים בחשבון את דברי הצרכנים כאשר הם בקונפליקט עם דעות

המשתתפים שהם בעלי מקצוע. ההשקעה בפיתוח סוג זה של השתתפות היא מעטה יחסית, וכתוצאה מכך אותם צרכנים לוקחים חלק ברוב הוועדות, עד אשר הם מתעייפים או נכנסים למשבר הגורם להם לפרוש מתפקידם בוועדות אלה. ניתן לציין רק מספר מועט של מקרים בהם דעות הצרכנים הביאו לידי שינוי מוחשי במדיניות בריאות הנפש. NIMHE מנה מספר מקרים כאלה:

- חברים בקבוצות האזוריות של "מומחים מהניסיון" כדרך להעריך את הניסיון של הצרכנים וכן על מנת להבטיח שהם ישמעו.
- **חברים בהחלמה** – כיום יש חבר אחד במדינה, המוביל את העבודה בנושא ההחלמה. לחבר יש רקע בטיפול סוציאלי, והוא היה מעורב בבריאות נפש קהילתית זה זמן רב. לאחרונה הוא הכשיר כ- 17 חניכים בהחלמה וב-WRAP באזור בו הוא מתגורר. בסקירה כללית שהתפרסמה לאחרונה, ניתן מקום חשוב להחלמה בפרספקטיבה הסוציאלית, וכן אהדה והערכה לדעות ולתוכניות השיקום המובלות על ידי הצרכנים (Allott et al., 2004). מאמר זה, אשר פורסם גם מחוץ לבריטניה, מסכם את העבודה הרבה בנוגע להחלמה. אך ממסמך זה אין מדיניות ברורה וישימה בנושא ההחלמה. הצורך בשינוי היחס של בעלי המקצוע הבריטיים כלפי המתמודדים, וכן הצורך בנטישת הדגש על מודל החסר ועל הסטיגמה אשר מתלווה לכך, באה לידי ביטוי במאמר זה. בדומה לכך, כל מדיניות מונחית - החלמה תצטרך להראות שיפור בהכלה של השירותים לנשים ולמיעוטים השחורים. ה-WRAP האמריקאי (Copeland, 1997) מוזכר על ידי אלוט (Allott et al., 2004) כמודל שישוּם בבריטניה. זאת בדומה למספר גישות לעזרה עצמית בבריטניה כגון פיתוח המדריך לעזרה עצמית שנבנה על ידי - צרן ואח - על מנת להתגבר על שמיעת קולות שליליים (Coleman and Smith, 1999).

ראפר ופרקינס מציעות מודל אשר כולל התערבויות המתמקדות במתן תקווה, משתנה שדרוש לתת לו מיקוד רב יותר, ואשר עד כה לא הודגש מספיק בפרסומים הרשמיים הקשורים להחלמה בבריטניה. המכשולים המרכזיים ליישום מדיניות ההחלמה בבריטניה כוללים:

א. מערכת שירותים צריכה להתבסס על תוכניות מכוונות - צרכנים, במקום על הספקת חבילות אישיות. כך למשל, למרות שזה אפשרי כי הצרכנים ירכשו שירותים המוסכמים על המערכת, ויעסיקו את צוות העובדים המקצועי הדרוש להם, עדיין יש קושי בהעתקת התקציבים מהתוכניות הקיימות לתוכניות אינדיווידואליות. זאת אפילו אם השירותים הניתנים על ידי התוכניות הקיימות נתפסים כלא מספיק טובים ומנוצלים באופן מועט.

ב. כל השירותים הניתנים והנרכשים, צריכים לשנות את היחס שלהם ולהחליף את התפיסה הנשענת על מודל החסר. כמו כן, צריך להיגמל מהפסימיות שמהווה חלק בלתי נפרד מהמערכת ולהיות מוכנים לקחת סיכונים מחושבים.

קובעי המדיניות בבריאות הנפש בבריטניה אימצו באופן רשמי את גישת ההחלמה וכן הבינו את הצורך בטיפול ההכלה החברתית. בעוד שטיפול ההכלה החברתית עדיין נמצאת בשלבי



יישום ראשוניים, גישת ההחלמה עדיין לא החלה לקרום עור וגידים.

### מסקנות

למרות העדויות הרבות הקיימות לגבי אחוזי ההחלמה הגבוהים של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות, מערכת בריאות הנפש מתחילה רק עכשיו לנוע מ"הפרדיגמה הכרונית", וגם באוסטרליה וגם בבריטניה שפת ההחלמה מתחילה להיות שגרתית. אולם הדפוסים שונים במקצת. באוסטרליה קבוצות הצרכנים, ביחד עם מגזר העמותות שלהם היה הרקע במודלים הפסיכו סוציאליים של השיקום, היו המניעים המרכזיים ביישום המודלים של ההחלמה. אולם השימוש בשפת ההחלמה במדינות האוסטרלית ובשירותים הרפואיים בבריאות הנפש עדיין לא תורגם בצורה כללית לרפורמה יסודית בשירותים. בבריטניה, שינוי המדיניות - שעוצב גם כאן על ידי התפיסות של צרכני השירותים – היה אולי חזק וברור יותר, אך משימת היישום עדיין משתרכת מאחור.

בכל מקרה, יש תפקיד מכריע לכך שהמשמעות החדשה של ההחלמה לא תיאבד את דרכה למרות ההתרחבות של מושג ההחלמה. החלמה אינה חזרה למצב הקדם מחלתי, ומשמעותה עשויה לעיתים להיות שונה מאוד מהדגש "הישן" של השליטה בסימפטומים או הריפוי של המחלה. במקום זאת, התפיסה צריכה להיות מורכבת ורבת פנים, הכוללת גם את התהליך וגם את התוצאה; ומאפיינים הכוללים כוחות, יעילות עצמית ותקווה, עצמאות ונתינה, ומאמץ שיטתי הדורש לקיחת סיכונים. הרעיון התגלה מחדש, והופיע בבריטניה ובאוסטרליה כתפיסה וכפרקטיקה. כעת נשאר רק לראות עד כמה המדיניות והפרקטיקות יבואו לידי שינוי אמיתי.

### מקורות

- Anthony, 1993.<sup>1</sup>  
Harding et al., 1987.<sup>2</sup>  
Warner 2004.<sup>3</sup>  
Jablensky et al., 1992.<sup>4</sup>

**ALLOTT, P. LOGANTHAN, L., FULFORD, K.W.M. (2004)** Discovering hope for recovery from a British perspective: a review of a selection of recovery literature; implications for practice and systems change. In: Luire, S. McCubbin, M. Dallaire, B. (ed) (2004) International Innovations in Community Mental Health (special issue) Canadian Journal of Community Mental Health, **21**, 13-33.

**ANTHONY, W.A. (1993)** Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, **16**, 11-23.

**ANTHONY, W.A. (2000)** A recovery-oriented service system: setting some system level standards. Psychiatric Rehabilitation Journal, **24**, 159-169.

**ANTHONY, W.A., ROGERS, E. S. & FARKAS, M. (2003)** Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. Community Mental Health Journal **39**, 101-114.

**AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS (1991)** Mental Health Statement of Rights and Responsibilities: Report of the Mental Health Consumer outcomes Task Force. Canberra: Australian Government Publishing Service.

**AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS (1992)** National Mental Health Plan. Canberra: Australian Government Publishing Service.

**AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS (1998)** Second National Mental Health Plan. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services.

**AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS (2003)** National Mental Health Plan 2003-2008. Canberra: Australian Government.

**BERESFORD, P. (2005)** Developing self-defined social approaches to madness. In Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach (ed. S. Ramon & J.E. Williams). Aldershot: Ashgate Publishing.

**BOCK, T. (1999)** Lichtjahre, Psychosen ohne Psychiatrie, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

**CIOMPI, L. (1980)** Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. Schizophrenia Bulletin **6**, 606-618.

**CNAAN, R.A., BLANKERTZ, L., MESSINGER, K.W. & GARDNER, J.R. (1988)** Psychosocial rehabilitation: toward a definition. Psychosocial Rehabilitation Journal **11**, 59-77.

**COLEMAN, R. & SMITH, T. (1999)** From Victim to Victor: Working with Voices. Gloucester: Handsell.

**COPELAND, M.E. (1997)** Wellness Recovery Action Plan (WRAP). West Dumberton, VT: Peach press.

**DAVIDSON, L. (2003)** Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia. New York: New York University Press

**DEEGAN, P.E. (1988)** Recovery: the lived acceptance of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, **11**, 11-19.

**DEEGAN, P.E. (1996)** Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal, **19**, 91-97.

**DEEGAN, G. (2003)** Discovering recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal **26**, 368-376.

**DEPARTMENT OF HEALTH (U.K.) (2001)** The Journey to Recovery: The Government's Vision for Mental Health Care. London: Department of Health Publications.

**FERGUSON, H. (2003)** Outline of a critical best practice perspective on social work and social care. British Journal of Social Work **33**, 1005-1024.

**GARDNER, F., LEHMANN, J., BROWN, G. & BROOKS, M. (2005)** Noticing change: Developing strength-focused tools in a mental health service, Australian Social Work **58**: 15-25.

**GOFFMAN, E., (1961)** Asylums. Harmondsworth: Penguin.

**HARDING, C.M., BROOKS, G.W., ASHIKAGA, T. STRAUSS, T.S. & BREIER, A. (1987)** The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II longterm outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. American Journal of Psychiatry, **144**, 727-735.

**HARRISON, G., HOPPER, K., CRAIG, T., LASKA, E., SIEGEL, J., WANDERLING, J., DUBE, K.C., GANEV, K., GIEL, R., AN DER HEIDEN, W., HOLMBERG, S. K., JANCA, A., LEE, P. W. H., LEON, C. A., MALHOTRA, S., MARSELLA, A.J., NAKANE, Y, SARTORIUS, N., SHEN, Y., SKODA, C., THARA, R., TSIRKIN, S. J., VARMA, V. K., WALSH, D. & WIERSMA, D. (2001)** Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. British Journal of Psychiatry, **178**, 506-517.

**HENNESSY, R. (2004)** Focus on the States: implementing recovery-based care from East to West. In NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery (National Association Of State Mental Health Program Directors & National Technical Assistance Center For State Mental Health Planning). [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report\\_fall04focus.cfm](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04focus.cfm)

**HUBER, G., GROSS, G., SCHUTTLER, R. & LINZ M. (1980)** Longitudinal studies of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, **6**, 592-605.

**JABLENSKY, A., SARTORIUS, N. & ERNBERG, G (1992)** Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychological Medicine Monograph, **Supp. 20**, 1-97.

**JONES, M. (1968)** Therapeutic community principles within the hospital, and in the outside community. Psychotherapy and Psychosomatics, **16**: 84-90.

**LAING, R.D. (1965)** The Divided Self. Harmondsworth: Penguin.

**LIBERMAN, D.P. & KOPELOWITZ, A. (2005)** Recovery from Schizophrenia: A concept in search of research. Psychiatric Services, **56**, 735-742.

**MCGORRY, P. D. (1992)** The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, **26**, 3-17.

**MCGORRY, P.D. (2001)** Feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: The EPPIC model. In Mental Health in Australia: Collaborative Community Practice (ed. G. Meadows & B. Singh). Melbourne: Oxford University Press.

**MCGORRY, P.D. & YUNG, A.R. (2003)** Early intervention in psychosis: An overdue reform. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, **37**, 393-398.

**MCGORRY, P. D. (2005)** Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, **39**,

1-30.

**MCKENZIE, L. (1994)** Psychiatric disability and mental illness - is there a difference? New Paradigm, June, 3-11.

**MANCINI, M. A., HARDIMAN, E. R. & LAWSON, H. A. (2005)** Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal, 29: 48-55.

**MERIGHI, J., RYAN, M., RENOUF, N. & HEALY, B. (2005)** Reassessing a theory of professional expertise: a cross-national investigation of expert mental health social workers, British Journal of Social Work 35, 709-725.

**MORRIS, D. & BATES, P. (2003)** Making inclusion work: social inclusion resource pack on service mapping and outcome measurement. Leeds: NIMHE.

**NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS & NATIONAL TECHNICAL ASSISTANCE CENTER FOR STATE MENTAL HEALTH PLANNING (2004)** NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery. [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report\\_fall04intro.cfm](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04intro.cfm)

**NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002)** Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: NICE.

**NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND (NIMHE) (2005)** NIMHE Guiding Statement on Recovery. London: NIMHE.

**NEW ZEALAND MENTAL HEALTH COMMISSION (2001)** Recovery competencies for New Zealand Mental Health Workers. [www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery\\_Competencies.pdf](http://www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Competencies.pdf)

**O'HAGAN, M. (2004)** Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 3. <http://www.auseinet.com/journal/vol3iss1/ohaganeditorial.pdf>

**OHIO DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH (2003)** Ohio Mental Health Recovery and Consumer Outcomes Initiatives. [www.mh.state.oh.us/initiatives/outcomes/outcomes.html](http://www.mh.state.oh.us/initiatives/outcomes/outcomes.html)

**PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH (2003)** Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHSS Pub. No. SM. 03-3832. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

**RALPH, R. (2000)** Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments. Available: <http://www.hsri.org>

**RAMON, S (1989)** The impact of the Italian psychiatric reform on North American and British professionals. International Journal of Social Psychiatry **35**, 120–127.

**RAMON, S. (1991) (Ed.)** Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work. Basingstoke: MacMillan.

**RAPP, C. (1998)** The Strengths Model: Case management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illnesses. New York: Oxford University Press.

**REPPER, J. & PERKINS, R. (2003)** Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice. Edinburgh: Balliere Tindall.

**RICKWOOD, D. (2004)** Recovery in Australia: slowly but surely (guest editorial), Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health **3**. [www.auseinet.com/journal/vol3iss1/rickwoodeditorial.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol3iss1/rickwoodeditorial.pdf)

**RIDGWAY, M. (2001)** Re-storying psychiatric disability: learning from first person narrative accounts of recovery, Psychiatric Rehabilitation Journal, **24**, 335-343.

**RIDGWAY, P. (2004)** At the program level: The Recovery Enhancing Environment measure. In NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery (National Association Of State Mental Health Program Directors & National Technical Assistance Center For State Mental Health Planning). <http://www.nasmhpd>.

org/spec\_e-report\_fall04measures.cfm

**ROBERTS, G. & WOLFSON, P. (2004)** The rediscovery of recovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment, **10**, 37-49.

**ROGERS, E.S., CHAMBERLIN, J., ELLISON, M.L. & CREAN, T. (1997)** A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatric Services, **48**, 1042-1047.

**ROMME, M. & ESCHER, S. (1993)** Accepting Voices. London: MIND.

**RYAN, M., MERIGHI, J. R., HEALY, B. & RENOUF, N. (2004)** Belief, optimism and caring: findings from a cross-national study of expertise in mental health social work. Qualitative Social Work, **3**, 411-429.

SALEEBY, D. (1992) (Ed.) The Strength Approach in Social Work. New York: Longman.

**SCULL, A. (1977)** Decarceration: A Radical View. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

**SCULL, A. (1979)** Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in 19<sup>th</sup> Century England. London, Allen Lane.

**THE MENTAL HEALTH SERVICES CONFERENCE OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND (TheMHS) (1994)**. Surviving mental illness: Families, consumers and the mental health system. Balmain: The Mental Health Services Conference.

**THE MENTAL HEALTH SERVICES CONFERENCE OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND (TheMHS) (2004)**. Welcome to TheMHS, <http://www.themhs.org/>, Accessed 27 October 2005.

**TOOTH, B., KALYANSUNDARAN, V. & GLOVER, H. (1997)** Recovery From Schizophrenia: A Consumer Perspective. Brisbane: University of Queensland Centre for Mental Health Nursing Research.

**TOOTH, B., KALYANASUNDARAM, V., GLOVER, H. & MOMENZADAH,**

**S. (2003)** Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. Australasian Psychiatry, **11**: S70-S77.

**TOPOR, A., SVENSON, J., BJERKE, C., BORG, M. & KUFAS, E. (1997)** Turning points: On the Road to Recovery from Serious Psychiatric Illness. Stockholm: FoU-enhetern/psykiatri, VSSO.

**PSYCHIATRIC DISABILITY SERVICES OF VICTORIA (VICSERV) (1998)**. Reconnections: Strengthening the culture of recovery. VICSERV Conference Papers. North Fitzroy: VICSERV.

**PSYCHIATRIC DISABILITY SERVICES OF VICTORIA (VICSERV) (2005)**. What is psychosocial rehabilitation. <http://www.vicserv.org.au/library/papers/whatispsr.htm>, updated 6 May 2005.

**WALLCRAFT, J. (2005)** The place of recovery. In Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach (ed. S. Ramon & J.E. Williams). Aldershot: Ashgate Publishing.

**WOLFENSBERGER, W. (1983)**. Social role valorisation: a proposed new term for the principle of normalization. Mental Retardation, **21**, 234-239.

**WARNER, R. (2004)**. Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Brunner-Routledge.

**Shulamit Ramon**

Professor of Inter-professional Health and Social Studies  
Anglia Polytechnic University  
Cambridge, UK

Address:

**Bill Healy**

Associate Professor of Mental Health and Social Work,  
School of Social Work and Social Policy, La Trobe University  
Address: School of Social Work and Social Policy

La Trobe University  
Victoria 3086  
Australia  
Tel 61 3 9479 1612



Fax 61 3 9479 3590  
B.Healy@latrobe.edu.au

**Noel Renouf**

Social Work Advisor, NorthWestern Mental Health, &  
Adjunct Senior Lecturer, School of Social Work and Social Policy, La Trobe  
University

Address:

**School of Social Work and Social Policy**

La Trobe University  
Victoria 3086  
Australia  
Tel 61 3 9479 5762  
Fax 61 3 9479 3590  
N.Renouf@latrobe.edu.au

### מביה"ח לקהילה:

## סוגיות ואתגרים בהסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לשירותי בריאות נפש קהילתיים<sup>1</sup>

אורי אבירם

נושא הכנס שהביא אותנו היום לכאן הוא תמורות וסוגיות במדיניות בריאות הנפש בישראל. בדברי ברצוני להתמקד בגורמים מעכבים ובגורמים היכולים לאפשר שינוי במדיניות ובשירותי בריאות הנפש לקראת שירותי בריאות נפש קהילתיים. הניסיון לרכז במספר דקות מחשבות שהן תולדה של עבודת שנים אינו קל כלל ועיקר. אולי אף משימה בלתי אפשרית. כידוע לכם קשה יותר לדבר בקיצור מאשר באריכות. ברשותכם אנסה ואתחיל.

כבר חצי מאה טוענים המומחים בתחום בריאות הנפש ששירותי בריאות נפש קהילתיים עדיפים על מערכת המבוססת על בתי חולים פסיכיאטריים. מהם יתרונותיה של מערכת בה מוקד הטיפול מצוי בקהילה? ניתן לסכם זאת בקצרה: היא טובה יותר מבחינה טיפולית, ראויה יותר מבחינה אנושית, וכדאית יותר מבחינה כלכלית.

למרות שהסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש ממערכת אישפוזית לקהילה הינה מטרה מוסכמת על אנשי מקצוע, חוקרים וקובעי מדיניות במדינות השונות, בישראל, בד"כ לא הצלחנו, או במקרה הטוב ההצלחות היו חלקיות בלבד. ניתן לומר כי מאז שנות השבעים אנחנו מקרטעים. אנו נעים כל הזמן בין התקדמות מה וסטגנציה. אין המדובר רק בישראל. אנחנו מצויים בחברה גדולה ומכובדת. מדינות לא מעטות התקשו במשימה להסיט את מרכז הכובד של השירותים לקהילה. אולם, יחד עם זה, רבות מהן הצליחו בכך. בגלל קוצר הזמן העומד לרשותי וכמובן הידע של הציבור שיושב כאן, לא אפרט את הנתונים האמפיריים לקביעות אלה. השאלה שצריכה להעסיק אותנו היא מדוע? מי או מה בולם את השינוי? וכיצד אפשר להתקדם בקצב יותר מהיר ולשפר את שירותי בריאות הנפש במידה ניכרת?

הקושי הכרוך בניסיון לרפורמה בשירותי בריאות הנפש או בשירותים חברתיים בכלל נובע מן הקושי הבסיסי להביא לשינוי חברתי. אחד האפיונים של טבע האדם הוא המתח בין שמרנות לעומת חידוש ושינוי. אנו רוצים לשפר את חיינו אולם אנו חוששים משינוי. אנו מרגישים בטוחים יותר עם המוכר, וזאת למרות שלעיתים היינו מעדיפים שיהיה אחר. היינו שמחים לשנות ולחדש אך גם חוששים מכך. מי יתקע לידנו שהחדש יהיה טוב מהישן? בכל שינוי יש חוסר וודאות וסיכון. קיים סיכון שהתוצאה תהייה גרועה יותר מאשר הקיים. זאת ועוד. במערכת החברתית ישנם כמובן הרבה אינטרסים. לצד המבקשים לשנות רבים נהנים מהמצב הקיים. רבים מרגישים בטוחים עם המוכר וחוששים משינוי שיכול להתבטא בפגיעה במעמדם, פרנסתם, אורח חייהם וכו"ב.

מתי חברה מוכנה לקחת סיכון? זוהי שאלה נכבדה ותחום מדעי וחברתי בפני עצמו וקצרה היריעה מלהרחיב בו. הנכונות לקחת סיכון תלויה בקונפיגורציה של גורמים: מהי הגדרת הבעיה? מה הידע הקיים לגביה? מי הנפגע? במי מדובר? מה מידת כוחו? מה רמת העניין הציבורי בו או בקבוצה שבה מדובר? מהי מידת הנכונות להתגייס לשינוי? מהם הערכים והאינטרסים בזמן ובמקום? מהו הכוח הפוליטי-חברתי של המעוניינים בשינוי? מהם המשאבים העומדים לרשותם? עד כמה חזקים המתנגדים לשינוי? מהו סדר היום החברתי והבעיות המתחרות בבעיה המעסיקה אותנו? וכמובן הנסיבות והקונטקסט החברתי והפוליטי. כדי להביא לשינוי בעניינם של נפגעי הנפש, גורמים שונים צריכים לחבור בנסיבות חברתיות ופוליטיות מתאימות. צריכה להיווצר תחושה כי לרבים – ולא רק לנפגעי הנפש—תצמח תועלת מהשינוי.

אינני צריך להרחיב הדיבור על מקומם ומיקומם החברתי של נפגעי הנפש ובני משפחותיהם. היושבים כאן מודעים היטב לסטיגמה הפוגעת בנפגעי הנפש ולהדרה החברתית ממנה סובלת קבוצה זו. מצב זה מכביד ביותר על הניסיונות החברתיים לטפל בבעיה ולשפר את מצבם ואיכות חייהם של נפגעי הנפש.

רבים בציבור לא מודעים להיקף הבעיה. ארגון הבריאות העולמי טוען כי 10% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש והפרעות נפשיות. מחקרים מצביעים על כך כי בין 1% ל-2% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות וממושכות. הוסיפו לכך רק את המשפחה הקרובה--הורים ילדים-- ותיווכחו שהמדובר בארץ ב 100,000 נפגעי נפש ובערך עוד 300,000 בני משפחה קרובה. בערך כשתי ערים בגודל בינוני בישראל. קיימת שונות רבה בין התוצאות של המחקרים שניסו לאמוד את השיעור בקהילה של אנשים הסובלים ממחלות נפש ומבעיות נפשיות. אולם גם אם נשתמש באומדנים זהירים ביותר, האומדים כי בין 3%-ל-5% מהאוכלוסייה נזקקים כל שנה לטיפולים נפשיים, אין ספק שהמדובר בבעיה בריאותית וחברתית רצינית ביותר.

עפ"י המדד של העומס הכולל של המחלות (Global Burden of Disease), שפותח ע"י ארגון הבריאות העולמי בשיתוף עם חוקרים מאוניברסיטת הרווארד, מחלות נפש נמצאות באותה רמה כמו מחלות לב כליליות ומחלות ממאירות (וזאת מכיוון שמחלות הנפש מתחילות בגיל צעיר יחסית בהשוואה למחלות הנ"ל ומכיוון שהמדד מתייחס לעומס הכולל של המחלה לאורך חיי האדם). המומחים סבורים כי מחלות הנפש תורמות ל-10% מהנכויות בעולם. בנוסף, למוגבלות ולסבל של האנשים עצמם הסובלים ממחלות נפש, נפגעים באופן ישיר ועקיף גם בני המשפחה של נכי הנפש. אין המדובר רק בצער ובמצוקה שהדבר גורם לבני המשפחה, אלא גם בהשלכות המחלה על מצבם הכלכלי ואיכות החיים של בני המשפחות ואפילו על בריאותם הפיזית חשבו על הסבל האנושי, על העלויות, ועל המידה הקטנה של ההכרה בכך ומיעוט הפעולה נוכח ההיקף והעוצמה של הבעיה.

מחלות הנפש מהוות גורם רב משקל בהוצאה הלאומית לבריאות. התקציב הממשלתי לבריאות הנפש עומד (לשנת 2004) על כ- 1.3 מיליארד שקל לשנה אם נוסיף לכך את תקציבי קופות החולים לנושא ואת ההוצאות הפרטיות על טיפולים נפשיים, הרי שני מיליארד שקל תהא

הערכה צנועה ביותר. לסכום זה יש להוסיף את ההוצאות הנוגעות לתחום בריאות הנפש של המוסד לביטוח לאומי (כשליש ממקבלי קצבאות נכות סובלים ממחלות נפש) ושל מערכות רווחה שונות הנדרשות לתחום זה, את המעמס הכספי והארגוני על שירותי הרפואה הכללית בגין הטיפול באנשים הסובלים ממחלות נפש וכן את הנזק הכלכלי הנגרם למשק כתוצאה מאבדן ימי עבודה של אלה הסובלים ממחלות נפש ושל בני המשפחה המטפלים בהם.

מערכות בריאות הנפש עברו שינוי רדיקלי בחצי המאה האחרון של המאה העשרים. אל מיסוד (Deinstitutionalization) ותפיסות חדשות לגבי המבנה ושיטות הטיפול הם השינויים המהותיים שחלו בארבעת העשורים האחרונים בתחום בריאות הנפש. למרות ששינוי זה הוא תופעה מורכבת, ניתן למצוא בקצרה את השינוי שחל ולהגדירו בשלוש מגמות עיקריות המשקפות אותו:

- ירידה דרסטית בשיעורי האשפוז
- פיתוח שירותים קהילתיים
- שינוי משמעותי בגישה הטיפולית

מהם הגורמים שהביאו לשינוי? בעיקרו, השינוי שהתרחש הייה תוצאה של קונפיגורציה של גורמים ולא בהכרח תולדה של תכנון. הגורמים העיקריים לשינוי היו תרופות פסיכואקטיביות, התרחבות מדינת הרווחה ותמיכות לנכים, עלויות אדירות של מערכת בתי החולים והתוצאות המאכזבות של המערכת המושתתת על בתי חולים לחולי נפש בהגשמת שלושת המטרות העיקריות של כל מערכת בריאות נפש, שהן פקוח חברתי, טיפול הומאני, וכל זאת בעלויות נמוכות, וכמובן גם תנועת זכויות האזרח

מי היא קבוצה זו של אנשים הנמצאת במוקד הדיון שלנו היום? זוהי קבוצה גדולה ומגוונת, הסובלת בדרך כלל מנכות תפקודית וממוגבלות חברתית. שיעור העניים בקרבה גבוה. היא סובלת מסטיגמה ומהדרה חברתית ואין לה כוח פוליטי. רק בשנים האחרונות החלו בני המשפחה להתארגן ולהשמיע קולם, אך עדיין אין הם מהווים כוח פוליטי ממשי. למרות שיש היום פתיחות רבה יותר בציבור לבעיה של מחלות נפש, רבים מבני המשפחה עדיין לא "יצאו מהארון". בניגוד לעבר, מרביתם של נכי הנפש (כ 90%) נמצאים בדרך כלל בקהילה, אם כי חלקם עלולים להיות זקוקים מעת לעת לאשפוז.

כמה מילים על הרקע של מערכת בריאות הנפש בישראל. הרי לא יתכן לחשוב על שינוי מבלי לקחת בחשבון את ההיסטוריה של המערכת ואת אפיוניה העיקריים. למערכת שלוש בעיות יסוד הקשורות ביניהן:

- פיתוח מוגבל של שירותי בריאות נפש קהילתיים.
- דומיננטיות של בתי החולים הפסיכיאטריים.
- מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש.

למרות שחלק לא מבוטל של בעיותיהם של נפגעי הנפש הן סוציאליות, התפיסה השלטת ולכן

גם תרבות הטיפול והשלכותיה הן רפואיות. רפואה היא חשובה. אי אפשר בלעדיה. אך היא חייבת להיות חלק ממכלול רחב יותר.

בנוסף לכך קיימות בעיות מהותיות של כל מערכת בריאות נפש. כמובן שמערכת זו לא הייתה יכולה להימלט מהסוגיות העיקריות שעמן מתמודדת כל מערכת בריאות נפש מודרנית. הידע המוגבל על האטיולוגיה של מחלות נפש והפרעות נפשיות ועל שיטות הטיפול בהן משפיע על תחום בריאות הנפש. לא מעט מגישות הטיפול הנהוגות חסרות בסיס אמפירי מוצק. יותר מאשר בכל תחום רפואי אחר, קיימת בתחום בריאות הנפש אי הסכמה באשר לבעיות שהמערכת צריכה להתמודד עמן, ביחס לאוכלוסייה הזכאית לשירותים ובנוגע לטווח השירותים שהמערכת אמורה לספק. קיימת מידה לא מבוטלת של חוסר בהירות באשר להגדרות: מהי מחלת נפש? מהי מסוכנות? המהימנות והתקפות של האבחנות אינה גבוהה יחסית לתחומים אחרים ברפואה. יכולת הניבוי באשר להתפתחות הבעיות ולתוצאות הטיפול גם היא אינה גבוהה. קיימת גם אי הסכמה לגבי העילות המצדיקות התערבות וכן הגדרתן. מתי ראוי להתערב בכפיה ומתי התערבות מרצון רצויה מבחינה רפואית וחברתית. לא מעט מאופנות הטיפול נעדרות הוכחת מועילות ויעילות. ובכלל, מי היא אוכלוסיית היעד ומהם השירותים המועדפים ולבסוף ראוי לציין את העדר ההסכמה החברתית על הגדרת התנהגות נורמאלית.

כאשר אנו עוברים לדון בשינוי וברפורמה בתחום בריאות הנפש עלינו לנתח מי בעד ומי נגד השינוי. לצורך הניתוח עלינו לבחון זאת על פי שלושת האלמנטים הקריטיים של כל מערכת: משתמשים/לקוחות/פציינטיים, כסף וכוח אדם. ולהתייחס לעקרונות הקובעים את הקצאתם וזרימתם במערכת.

עלינו להעריך מי עשוי להרוויח ומי עלול להפסיד מהשינוי. הערכת הרווח הפוטנציאלי והסיכון לנזק צריכה להיעשות בהתאם לשלושת המרכיבים הקריטיים והשליטה על זרימתם. עלינו לבחון את התפיסה של הגורמים השונים בקשר תועלת או לנזק שעלול להיגרם להם אם השינוי אכן יצא לפועל.

לא ארחיב הדיבור על הגורמים בעד ונגד השינוי והרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. בכנס זה וכן בפורומים אחרים נאמר כבר הרבה על נושא זה. לדעתי, קיימת היום הסכמה רחבה על הצורך והתועלת בשינוי אולם השאלה היא מה המחיר ומה מידת הסיכון שכל אחד מ"בעלי העניין" צריך (או מוכן) לקחת. ראינו שיש גורמים שבעיקר בולמים, אחרים בעיקר תומכים ואילו לא מעטים אמביוולנטיים לגבי השינוי הרצוי.

כעת ארצה להקדיש את יתרת הזמן שברשותי לסקור את התנאים ההכרחיים לשינוי ולומר מספר דברים על השיקום הקהילתי. אסתכן בכך שחלק ממה שאומר עלול אף להישמע בנאלי או מובן מאיליו.

קודם כל יש צורך במנהיגות. זו צריכה להיות בלתי תלויה במערכת הקיימת. כזו שמוקד הכוח שלה, האינטרסים שלה, והתגמולים הפוטנציאליים באים מתחום אחר. אנו יודעים זאת מניסיון של מדינות שהצליחו לשנות את המערכות שלהן. בנוסף לכך, במציאות שלנו ללא מחויבות עמוקה לשינוי של אלו שעומדים בראש משרד הבריאות, דהיינו השר והמנכ"ל, הסיכוי להצלחתו קטנה ביותר.

מנהיגות היא הכרחית אך אינה מספקת. צריך שתהייה קואליציה התומכת בשינוי. במדינות דמוקרטיות יש צורך בתמיכה פוליטית ובשדולה ציבורית ופוליטית שתתמוך בשינוי. העניין צריך להיות על סדר היום הציבורי, ומעורבותם ועניינם של אמצעי התקשורת בנושא הוא קריטי.

בהעדרה של מערכת קהילתית מפותחת (כפי שהדבר קיים בישראל), מימון ביניים להקמת תשתית קהילתית הוא הכרחי. כאשר אתה מקים מפעל חדש אתה חייב להשקיע לפני שאתה מקבל תמורה כל שהיא. אי אפשר לבצע שינוי מבני במערכת השירותים "במסגרת התקציב הקיים" כפי שמדי פעם נשמעת תביעת משרד האוצר. ובהקשר לכך, משרד האוצר הינו גורם הכרחי לתמיכה. ללא תמיכת משרד האוצר – כספית ופוליטית – אין סיכוי שרפורמה בבריאות הנפש תצא לפועל.

בעניין זה, ראוי שנלמד מניסיונם של אחרים. למשל, בקליפורניה, בשנות הששים, כאשר המדינה רצתה ברפורמה רדיקלית בשירותי בריאות הנפש היא הייתה מוכנה להשקיע ביישומה. כשהתברר לה במהלך תהליך היישום של הרפורמה, כי המחוזות, שהיו הגורמים העיקריים בביצוע השינוי, גילו חששות והסתייגויות, הגדילה אף את שיעור השתתפותה ואת היקף המחויבות הכספית שלה. במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה, כאשר הממשל תכנן רפורמה בשירותי בריאות הנפש, הוא היה מוכן להשקעה כמימון ביניים ("דבשת" בלשונו) כדי לאפשר את יישומה. להבהרת נקודה זו אפשר גם להביא דוגמה מישראל. בשנת 2000 נחקק חוק גוז'נסקי לשיקום נכי נפש בקהילה. משרד האוצר תמך ביישום החוק ותקצב אותו במידה לא מבוטלת. התקציב לשיקום נכי נפש בקהילה מגיע בשנת התקציב 2005 ל-300 מיליון ₪. אם כי מוקדם עדיין מלהעריך את התכנית, העדויות הראשונות מצביעות על התפתחות מרשימה בפיתוח תכניות מגוונות של סל שיקום ובהיקף הגדול של אוכלוסיית המשתמשים.

ישנם עוד מספר תנאים הכרחיים לשינוי. יש לתת תמרוץ כספי וארגוני לגורמים שיקדמו השינוי. צריך להיות להם תועלת או רווח כלשהו מהצלחתם. עלינו לפתוח את המערכת לתחרות כדי לשפר הן את האיכות והן את היעילות. כמו כן, כל מי שמבקש לשנות מערכת שירותים צריך לקחת בחשבון את העובדים שמקור פרנסתם, קידומם ויוקרתם במערכת הקיימת. עליו לגלות נדיבות כלפיהם, אחרת יכשילו את ניסיונות השינוי. בתי הקברות של תכניות רפורמה מלאים בתכניות שאנשי הסדר הישן חיסלו מפני שלא לקחו בחשבון את האינטרסים שלהם.

גם תחיקה תומכת שינוי היא גורם רב משקל. למשל חוק LPS בקליפורניה מ-1967, או חוק

180 באיטליה הם דוגמאות טובות לתרומתה של תחיקה לשינוי במדיניות ובשירותים לבריאות הנפש. דומני שלחוק גוז'נסקי לשיקום נכי נפש בקהילה יש סיכוי טוב להצטרף לדוגמאות של תחיקה חשובה שגרמה לשינוי מהותי במערכת. לבסוף, ברצוני להוסיף לגורמים שמנתי גם את החשיבות של מתן רשת ביטחון לארגונים שצריכים לקבל על עצמם את הובלת השינוי, בעיקר בתנאים של חוסר וודאות וקושי לצפות את תוצאות השינוי.

יחד עם מתן רשת ביטחון לארגונים המיישמים את הרפורמה, יש למנוע זליגת כספים לתחומים אחרים. בתחרות שבין קרדילוגיה, אונקולוגיה, גניקולוגיה וסל התרופות (החסרות) ובין בריאות הנפש במערכת הרפואית, אנו יודעים למי סיכויים טובים יותר לנצח. יש להבטיח שכספי בריאות הנפש יישארו בתחום (או אף שיזכו להעדפה מתקנת) וכי מערכת פיקוח ובקרה תבטיח זאת, לפחות עד שמערכת בריאות הנפש בקהילה תתייצב. יש צורך בעיגון משאבים והבטחה שכספים של רשויות אחרות שבעבר נתנו לבריאות הנפש או שנפגעי נפש זכאים להם אך לא השתמשו בהם, יגיעו ליעדם. המדובר במערכות תומכות הכנסה, שיקון, תעסוקה ממשלתיות וכן הרשויות המקומיות.

סיוע ותמיכה במשפחות נפגעי הנפש הוא תנאי להצלחה של מערכת שירותי בריאות נפש קהילתית. המשפחות נושאות בעול הדאגה היום יומית, והן משאב חשוב וזקוקות לעזרה נפשית, חברתית אך גם חומרית (כגון מתן זיכוי בגין העלויות הנוספות הכרוכות בטיפול).

ברצוני להוסיף משהו בקשר למערכת הקיימת. ללא סגירה בפועל של בתי חולים וצמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות השינוי לא יצלח. החברה לא תהייה מוכנה לאורך זמן לממן שתי מערכות מקבילות. אין ספק שאשפוז פסיכיאטרי הוא מרכיב חיוני וחשוב של כל מערכת לטיפול בנפגעי נפש, אולם הוא צריך להיות מיועד למקרים אקוטיים ולאשפוז קצר מועד וכן עליו להתבצע במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בקהילה.

כאשר המערכת האישפוזית מצטמצמת סה"כ העלות שלה אמור לקטון. אמנם, אין החיסכון יחסי למספר המיטות שיפחת, שכן המערכת האישפוזית תתרכז כעת יותר במקרים אקוטיים, אשר הטיפול בהם בדרך כלל יקר יותר מהמקרים הממושכים, אולם הניסיון ממדינות אחרות מלמד שצמצום מיטות ובעיקר סגירת מחלקות או אף בתי חולים מביא לחסכון בעלויות. יש להבטיח שהכספים שייחסכו כתוצאה מצמצום במספר המיטות הפסיכיאטריות יישארו במערכת ויעברו לטיפול קהילתי. הפיתוי של הממשל להחזיר את החיסכון לקופה הכללית הוא גדול וצריך להבטיח שהדבר לא יקרה וזאת באמצעות הסדר ברור, שקיפות ובקרה ציבורית.

שיקום קהילתי יכול להיעשות כהלכה רק בקהילה. אנו יודעים זאת מן הספרות ומהניסיון המצטבר. ביה"ח אינו יכול לעסוק בשיקום. לכל היותר יכול להכין את המאושפז לכך. כאשר מערכת שיקומית מתפתחת קיים תמריץ ארגוני וכספי לבתי החולים, החוששים מפגיעה בהם, להיכנס לתחום השיקום. יש להימנע מכך.

ובאשר לשיקום. עלינו לזכור שהשיקום אינו מתמצה בהשמה פיזית בקהילה. אדם יכול לשכון פיזית בקהילה אולם לא להיות חלק ממנה ולא להיות מעורב בפעולות שיקום. אנו יודעים על לא מעט ניסיונות לשיקום שנסתיימו בהקמת מוסדות או מעין מיני בתי חולים בקהילה שלא היו שונים ואולי אף גרועים יותר מהמוסדות האשפוזיים המסורתיים לחולי נפש. מהותו של השיקום היא בפעולות שיישנו בין השאר דפוסי מיסוד ויחזירו לאדם יכולות וכישורי חיים.

יש צורך בשיקום חברתי ובאינטגרציה של המשתקם בקהילה. השיקום מחייב פריסה מגוונת של שירותים ותיאום ביניהם. העסקת מתאמי טיפול האחראיים למספר מקרים סביר חיונית להצלחת השינוי המתרחש במערכת.

כמו כן, במציאות של שוק פרטי, הפועל למטרות רווח, עלולים להיווצר בקהילה "גטאות" של נפגעי נפש. כאשר קיים אינטרס לרווח אנו עלולים למצוא מגורים מוגנים או מועדונים באזורי תעשייה בהם שכר הדירה זול, אך קהילה של אנשים אינה קיימת.

עלינו להבטיח תחרות בין שוק פרטי, וולונטרי, וציבורי. יש להיזהר מתלות המערכת בספקי שירותים. לרגולאטור יש כוח מוגבל ביותר אם הוא הופך להיות תלוי בספק השירותים וכאשר אין לספק השירותים הפרטי תחליף. הממשל והרגולאטור חייב להבטיח תחליף כדי שתנאי שוק חפשי ישררו. לדעתי, בתחום הרווחה והבריאות היכולת שלנו לסמוך על מנגנוני השוק החופשי מוגבלת. מבחינה זו, המדיניות הניאו ליברלית הקיימת מהווה בעיה.

כדי להבטיח שיקום ואינטגרציה חברתית, עלינו לדאוג לחופש ולאפשרות בחירה לנפגעי נפש. יש לחזק מגמות העצמה. גישה פטרנליסטית היא אנטי תזה למערכת שיקום ראויה. יש להבטיח את המשך זרימת הכספים לשיקום ולדאוג לפתח את המערכת. הפיתוי להשקיע את המינימום הדרוש הוא גדול. דיברתי כבר על החשיבות של צמצום מספר מיטות והעברת "החיסכון" לקהילה.

על הנושאים הנוגעים למניעת זליגת כספים, לעיגון משאבים ועל החשיבות של מעקב ובקרה כבר דיברתי. חשיבותם כפולה ומכופלת כאשר מדובר בשירות חדש שעדיין לא הספיק לגבש לעצמו קואליציה אינטרסנטית תומכת. חשוב שתהייה מערכת בקרה בלתי תלויה ושהמערכת תשמור על עקרון השקיפות. כלי תקשורת מתעניינים בנושא חיוניים ביותר.

אני רוצה לומר עוד כמה מילים על החשיבות של יכולת התערבות מיידית במצבי חירום. מתכון בדוק לכישלון של מערכת שיקומית הוא כשאין גיבוי זמין נגיש ומיידי במצבי חירום. אם לא נבטיח זאת למשפחות ולקהילה בכללותה נמצא את עצמנו בלחצים שלא נוכל לעמוד בהם. יש להבטיח שבמצבי חירום, צוות חירום יהיה זמין להתערבות דחופה וכאשר קיימת אינדיקציה לאשפוז זה יהיה זמין ונגיש במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים בקהילה.

לפני סיום אני מבקש לומר עוד כמה מילים על הצורך בפיתוח ידע ובמחקר. הרי אנחנו נמצאים



באוניברסיטה! תחום השיקום הוא תחום חדש שהידע בו עדיין מוגבל. לא מעט מן התכניות ושיטות ההתערבות, כמו בכלל בתחום בריאות הנפש הן תולדה של אופנות שיעילותן והתועלת שבהן לא הוכחה עדיין. קיימת חשיבות למחקר ולעדויות אמפיריות על גישות מועילות ויעילות. המחקר צריך להיות ספציפי ורגיש: עליו להתאים למגוון האנשים הסובלים ממחלות נפש והקרובים להם. מחקר צריך לעסוק גם בהיבטים הכלכליים של המערכת. עליו לנתח עלויות ויתרונות כלכליים לרבות משתנים כמו צמצום תחלואה והיעדרות מעבודה של בני משפחה. כמובן שמחקר צריך לעסוק גם בהערכה של גישות התערבות שונות.

מכיוון שתחום השיקום הוא תחום חדש שלא יצר עדיין קאדר מספיק של חוקרים, יש לעשות מאמץ למשוך חוקרים לתחום זה. אני סבור שיש אפילו צורך בהקצאה ייעודית של כספי מחקר לתחום השיקום ולהעדפה מתקנת. לדעתי, יש לקבוע שאחוז מסוים מכספי השיקום יופנה למחקר בדומה לנעשה בביטוח בריאות ממלכתי.

שינויים חברתיים לאור הקונטקסט החברתי-פוליטי-קיומי הם דבר מורכב, קשה וספק אם בכלל אפשרי. דומה ששוליות חברתית של האוכלוסייה שבה מדובר, ההדרה החברתית והסטיגמה ממנה סובלת, מידת הבולטות של הנושא ומידת החשיבות שהציבור מייחס לו בקונסטלציה של הבעיות האחרות עימן החברה נאלצת להתמודד וכן נסיבות התקופה הינם הגורמים העיקריים להישגים המוגבלים שלנו לשנות את מערכת שירותי בריאות הנפש. במציאות בה החברה הישראלית נאלצת להתמודד באופן מתמיד עם בעיות קיומיות של ביטחון וכלכלה, לא נותרה לה אנרגיה לעסוק בנושא הנחשב על ידי מרבית האוכלוסייה כנושא מורכב, שולי ומידת הוודאות בתוצאותיו החיוביות מוטלת בספק על ידי הגורמים הנוגעים בדבר. אין זה מקרי אפוא, שלמרות ניסיונות אין ספור לרפורמה הביטוחית מאז 1995, ואף למרות החלטת ממשלה מ 2003 בעניין זה, הרפורמה הביטוחית עדיין לא מומשה.

ובעניין זה, הערה נוספת שראוי לתת עליה את הדעת. לעתים נראה שהשאלות הקיומיות מהוות גם תרוץ נוח שלא להיכנס לשדה המוקשים החברתי, המקצועי והמוסרי של הטיפול והדאגה לנכי נפש. בהעדר לחץ חברתי ופוליטי החברה מעדיפה שלא "לטלטל את הספינה" ובוחרת לנקוט בגישות שמרניות ואינקרמנטליות ביחסה לצורך בשינוי וברפורמה של המדיניות. בסופו של דבר השינוי המיוחל הוא עניין ערכי. עלינו לשאול עד כמה אנו חברה הדואגת לחלשים שבתוכה. זהו המדד האמיתי לרמה המוסרית של החברה. נכי הנפש הינם קבוצה חלשה הסובלת מהדרה חברתית. אם נצליח לשנות ולשפר את השירותים עבורם לא רק שנזכה לציון מוסרי חיובי, אלא גם נביא תועלת ונהפוך כולנו לחברה טובה יותר שנעים לחיות בה.

### (Footnotes)

<sup>1</sup> דברים שנאמרו בכנס "מבית החולים לקהילה: תמורות וסוגיות במדיניות בריאות הנפש בישראל" שנערך באוניברסיטה העברית

## זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל –

### מציאות ואתגרים

דינה פלדמן

#### תקציר

אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית מזוהים פעמים רבות כמיעוט חברתי מוחלש במיוחד עקב אתגרי המחלה ומפאת הסטיגמה החברתית שיש לחברה כלפיהם. כתוצאה מחוסר אמון בסיסי ביכולתם להחלים, לקבל החלטות ולתפקד ומכעס ופחד בלתי רציונאלי בעיקר מפני מסוכנותם ממהרת החברה להגדיר רבים מחברי קבוצה זו כנעדרי אחריות וכושר שיפוט, להמעיט בשיתופם, למהר בכפיית טיפול ובהרחקה מהחברה, למנות להם אפוטרופוס או מקבל גימלה באופן הפוגע, לעיתים קרובות, בזכותם הבסיסית לאוטונומיה ולקבלת החלטות הנוגעות למהלך חייהם, ועוד. הקו הדק המפריד בין הרצון להגן על האדם עם מוגבלות נפשית או על החברה ולטפל בו ובין הפגיעה בחירותו ובכבודו מחייב תשומת לב מיוחדת לנושא זכויות האדם ולזכות להכיר ברצונו של האדם כמרכיב מהותי בדרך חיו. מטרתו של הפרק הנוכחי הנה לתאר את מרכיבי החזון החברתי המוגדר באמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות והרלוונטיות שלה לאנשים עם מוגבלות נפשית, להציג נתונים ולאפיין את המציאות מנקודת מבט של הזכות לכבוד עצמי, לבטחון אישי, לחירות, לאוטונומיה, לנשיאת אחריות, למידע, לבריאות, לשיקום, לשוויון, לתעסוקה, לנגישות ולייצוג עצמי ולבחון האם החקיקה והפסיקה הישראלית אמנם מבטיחים את קידומה של החברה הישראלית אל החזון אשר בו אדם עם מוגבלות נפשית יוכל לחיות ולהרגיש כאדם וכאזרח מן המניין על בסיס של זכויות אדם וצדק חברתי.

#### החזון

ב- 17 בדצמבר, 1991 קבלה העצרת הכללית של האו"ם החלטה מספר 46/119 הנוגעת ל"הגנה על אנשים הסובלים ממחלות נפש ושיפור שירותי בריאות הנפש". ההחלטה באה להבטיח את הזכויות האזרחיות של חולי נפש והספקת טיפול נפשי הולם להם במסגרות אשפוז, קהילה, בבתי משפט ובבתי כלא. עצרת האומות המאוחדות העבירה מסר ברור של נחיצות ודחיפות בהפיכת ההחלטה מספר 46/119 למסגרת חוקית בכל ארץ וארץ<sup>2</sup>. העצרת ייחסה חשיבות מרבית למרכיב החוקי לשם **אכיפה, העלאת המודעות הציבורית והמחשה בפועל של יישום המושג "צדק חברתי"**. בהחלטה זו הוגדרו 25 עקרונות העוסקים בחירויות וזכויות בסיסיות של חולי הנפש, בהגנה על קטינים חולי נפש, בהבטחת איכות חיי האנשים בתוך הקהילה, בהסדרת דרכי אבחון מחלת נפש ועקרונות ביצוע הבדיקה רפואית, הבטחת השמירה על סודיות, הבהרת תפקיד הקהילה והתרבות בשיקום החולים, הבטחת סטנדרטים של טיפול נפשי, בכלל, וטיפול תרופתי, בפרט, הבטחת קבלת הסכמה לטיפול והבהרת זכויות החולה במסגרת זו. המסמך עוסק גם בחובה להגדיר תנאים ומשאבים הולמים למוסדות לבריאות נפש, לנסח עקרונות קבלה לאשפוז וקריטריונים לאשפוז כפוי ולאופני בדיקה, להבטיח אמצעי בטיחות מנהליים בכלל, וגישה למידע בפרט, להסדיר נוהל טיפול בעבריינים חולי נפש ובתלונות הציבור ולהבטיח בקרה ופיקוח על כל הפעילות הנעשית בתחום זה (ארגון הבריאות

העולמי, 1996א, ב). הכרזה זו היוותה שיא של עבודת מטה ארוכת שנים, אשר במקביל לה פעלו מרבית ארצות המערב לקידום החקיקה החברתית הנוגעת לאנשים עם מוגבלות, בכלל ועם מוגבלות נפשית, בפרט. מגמה זו התרחבה מאוד עם בוא ההכרה כי למחלת הנפש יש השלכות חברתיות וכלכליות לא רק על היחיד ועל משפחתו אלא אף על החברה כולה (Knapp, Funk, Curran, Prince, Grigg and McDaid, 2006).

חשובה במיוחד הנה העבודה שנעשתה, החל מאמצע שנות ה-60, בארה"ב להבטחת זכויות האזרח של אנשים עם מחלת נפש ובהרחבת האוטונומיה שלהם בעיקר בעקבות התמורות שניכרו במצבם עקב העמקת השימוש בתרופות אנטי פסיכוטיות, ושיפור תנאי האשפוז הפסיכיאטרי. בתהליך זה ניתן לראות שתי מגמות עיקריות: האחת מתבטאת במעבר מעיסוק בהסדרת מסגרות של אשפוז פסיכיאטרי לתמיכה מסיבית בכינון שירותים קהילתיים אינטגרטיביים, עם השאיפה לבסס את מודל ההתערבות הפסיכו סוציאלי כמודל משלים למודל ההתערבות הרפואי. המגמה השנייה מתבטאת במעבר מהצהרות כלליות לניסוח חוקים מפורטים הכוללים היבטים רבים על דרכי יישום החוק. למרות כל זאת נשאר עדיין מערך השירותים הקהילתי בתחום בריאות הנפש משני למודל הרפואי ושניהם גם יחד רחוקים מלהפנים את מודל זכויות אדם. חיבור זה אמור לקבל תנופה משמעותית הודות לאמנה בינלאומית המגדירה קוד חברתי אוניברסלי המשקף חזון כוללני לאנשים עם מוגבלות של "זכויות אדם לכל" בהיבט אנושי ואזרחי (Mackay, 2006).

ב-2001 החלה וועדת אד הוק, אשר כללה את נציגי כל הארצות החברות באו"ם וארגוני נכים המוכרים ע"י האו"ם, ובכללם נציגים משני המיגזרים מישראל, לעבוד על ניסוח "אמנה לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלות". ב-25 באוגוסט 2006 אושר הנוסח ע"י המדינות המשתתפות המועלה, בספטמבר 2006 על שולחן העצרת הכללית של האו"ם לאישור ולחתימה. מטרתה העיקרית של האמנה הנה להגדיר קוד חברתי אשר ינחה ביצוע שינוי דפוס (paradigm shift) חשיבה ופעולה של המדינות כלפי ציבור האנשים עם מוגבלות על בסיס **מודל זכויות אדם** וזאת במטרה להבטיח קידום שוויון, השתלבות מלאה ומניעת הפלייה בגין מוגבלות בכל שטחי החיים (Mackay, 2006). האמנה מצטרפת למשפחת האמנות העוסקות בזכויות תרבותיות, חברתיות וכלכליות, בזכויות פוליטיות ואזרחיות, במניעת הפלייה גזעית, במניעת הפלייה של נשים, וילדים, במניעת התעללות, התאכזרות והשפלה בטיפול וענישה, זכויות עובדים זרים ובני משפחותיהם, ועוד.

האמנה מגדירה חזון המתייחס לכלל "אוכלוסית האנשים עם מוגבלות כולל אלה שלהם לקות פיזית, נפשית, אינטלקטואלית וחושית, ארוכת טווח, אשר האינטראקציה עם מכשולים שונים<sup>3</sup> מעכבת את השתתפותם המלאה והאפקטיבית בחברה על בסיס של שוויון עם אחרים" (UN, 2006). באמנה 50 פרקים העוסקים בהיבטים שונים בחייהם של אנשים עם מוגבלות ודרכי פעולה ומעקב אחר יישום האמנה. בפרק המבוא מונחת התשתית האידיאולוגית ומוזכרים מושגי היסוד של החזון בשפת זכויות אדם, כגון: ערך האדם (person worth of the human), היכולת לתרום (contribution potential), מחויבות החברה לכבוד (inherent dignity),

לשוויון הזדמנויות (equalize opportunities), להבטחת השתלבות מלאה (full inclusion), להנאה מלאה (full enjoyment) מזכויות שוות ומושרשות (equal and inalienable rights), מחופש (freedom), צדק (justice), שלום (peace), כל זאת בזרם החברתי הכללי (mainstreaming) ובכל תחומי החיים<sup>4</sup>, בנגישות (accessibility) מלאה<sup>5</sup>, ללא הבחנה (distinction) או הפלייה (discrimination) ובשותפות מלאה (full participation) של האנשים עם מוגבלות, תוך כיבוד הזכות לאוטונומיה, לעצמאות (independence) ולקבלת החלטות כמו גם לקבלת טיפול, סיוע והגנה להם ולבני המשפחה. פרקי האמנה עוסקים בנושאי זכויות אדם הבאים: מבוא כללי, מטרה, הגדרות, עקרונות כלליים, מחוייבות כלליות של הארצות, הבטחת שוויון ואי הפלייה, זכויות נשים עם מוגבלות, ילדים עם מוגבלות, הגברת מודעות, נגישות, הזכות לחיים, מצבי סיכון, שוויון בפני החוק, נגישות לצדק, חופש ובטחון אישי, חופש מעינויים ואכזריות ומטיפול וענישה לא אנושיים, חופש מהשפלה, אלימות והתעללות, הגנה על שלמות האדם, חופש תנועה ולאומיות, הזכות לחיים עצמאיים ולהשתלבות בקהילה, נידות אישית, חופש הביטוי והבעת דעה ונגישות למידע, הזכות לפרטיות, הזכות לבית ולמשפחה, הזכות לחינוך, לבריאות, לשיקום, לעבודה ולתעסוקה, סטנדרטים מותאמים של חיים והגנה חברתית, השתתפות בחיים ציבוריים ופוליטיים, השתתפות בחיים תרבותיים, יצירה, פנאי וספורט, סטטיסטיקה ומסד נתונים, שיתוף פעולה בינלאומי, יישום וניטור לאומי, הקמת וועדת יישום, דרכי פעולתה (סעיפים 34-40) וטכניקה של חתימה ומימוש חברות (סעיפים 41-50). בישראל חיים מאות אלפי אנשים עם מוגבלות נפשית: כ- 58 אלף ילדים (0.2% מכלל הילדים), כ- 182 אלף בוגרים (2.6% מהאוכלוסיה המבוגרת) וכ- 109 אלף קשישים (20%) (אבירם ורוזן, 2001). כ- 60 אלף מהם מוכרים כזכאים לקבלת גימלת נכות כללית והם מהווים כ- 30% מכלל מקבלי הקצבאות (פלדמן ומיכלסון, 2004). אלפים נוספים מוכרים כנכי נפש בקרב נכי צה"ל, נפגעי פעולות איבה ונכי השואה. היכן עומדת ישראל בנושאים אלה ביחס לקבוצת אנשים זו? הפרק הנוכחי יסקור היבטים שונים של חקיקה, פסיקה ויישום ויתאר מספר דילמות הנוגעות לסוגיות חברתיות מרכזיות מתחום זכויות אדם, הרלוונטיות לחייהם ולעולמם של אנשים עם מוגבלות נפשית ובני משפחותיהם בישראל.

### החקיקה בישראל

אחד הכלים המשמעותיים ביותר לקידום והגנה על זכויותיהם של אנשים הינה החקיקה<sup>6</sup>. זו באה להבטיח את אחריות המדינה ליישום החוק, לאפשר לאזרחים לעמוד על זכויותיהם ולבטיח המשפט לסייע להם בכך ולהגן על החוק מפני קיצוצים תקציביים שרירותיים (רוטלוי, 2003). חשיבות מיוחדת נודעת לחקיקה מקיפה ומפורטת הנוגעת לאנשים עם מוגבלות אשר שנים רבות חיו בצל קיפוח והפלייה וזאת כדי לצמצם את הפער הקיים בין מציאות החיים לבין עקרונות השוויון וכבוד האדם, שהם עקרונות היסוד של החברה הישראלית (דו"ח וועדת כץ, 1997). גם האמנה רואה בחקיקה אמצעי חשוב להבטחת זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות והגדירה את תהליך החקיקה כאחד מהמחוייבות העיקריות של המדינות כחלק מתהליך יישומה<sup>7</sup>.

בישראל מתבצע תהליך חקיקה דינמי הרלוונטי לאנשים עם מוגבלות נפשית במשך שנים רבות והוא מתאפיין במספר גלים: **בשנות ה-60-70**: התבצעה בעיקר חקיקת הגנה, כגון:

חוק הסעד לסדרי דין בענייני קטינים, חולי נפש ונעדרים, תשט"ו – 1955, חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך – 1960, חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב – 1962, חוק ועדות חקירה, תשכ"ט – 1968 (סעיפים 8-11, 27), חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו – 1966, חוק העונשין, התשל"ט – 1977 וחוק האפוטרופוס הכללי, התשל"ח – 1978.<sup>8</sup> **בשנות ה-80-90:** מדובר בעיקר בחקיקה המבטיחה בטחון סוציאלי, טיפול וזכויות יסוד, כגון: "חוק סדר הדין הפלילי" - חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], התשמ"ב - 1982; חוק בתי המשפט - חוק בתי המשפט [נוסח משולב], התשמ"ד - 1984; חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח - 1988, החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א - 1991, חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991 ותקנותיו משנת 1992, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995, חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996, חוק שוויון זכויות אנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, תיקון לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט - 1959. סעיף 15א ( מספר 10), מ-1998. חוק זכויות הדייר בדיר הציבורי, התשנ"ח - 1998. **בשנות ה-2000:** מדובר בעיקר בחקיקה הבאה לקדם שילוב בקהילה וזכויות בדין, כגון: חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000, חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א - 2001; תיקון לחוק שירות התעסוקה, (מספר 12), התשס"ב - 2002. "חוק חקירת חשודים" - חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים), התשס"ב - 2002; תיקון לחוק טיפול בחולי נפש (מספר 5 - ייצוג משפטי למטופלים בכפייה), התשס"ב - 2004, תיקון לחוק חינוך מיוחד, התשמ"ח - 1988 פרק 1ד שילוב ילד בעל צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל (מספר 4), 2005. תיקון לחוק שוויון לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998 (מספר 2) - פרק הנגישות, חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו - 2005 מבחינת חקיקת משנה ראוי לציין את **גל שנות ה-50** אשר בהם אושרו תקנות, כגון: תקנות הנכים (כללים להוכחת חוסר פרנסה), תשי"ג - 1953, תקנות הנכים (כללים להכרת אדם כאינו מסוגל להשתכר למחייתו ולהכרת הכנסה כדי מכסה), תשי"ג - 1953, תקנות הביטוח הלאומי (שיקום מקצועי), התשט"ז - 1956. בגל **שנות ה-70** אושר תקנות, כגון: תקנות הביטוח הלאומי (הכשרה מקצועית ודמי מחייה), התשל"ט - 1979. תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות)(מתן שירותים מיוחדים), התשל"ט - 1978, תקנות הבטחת הכנסה (כללי הזכאות והוראות ביצוע), התשמ"ב - 1982, תקנות הנכים (לימודים לרכישת מקצוע), התשמ"ח - 1987. בגל **שנות ה-2000**, אושר תקנות, כגון: תקנות שכר מינימום (שכר מותאם לעובד עם מוגבלות בעל יכולת עבודה מופחתת), התשס"ב - 2002, תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (השתתפות המדינה במימון התאמות), התשס"ג - 2003, ועוד. לכאורה ניתן היה לחשוב כי המערכת החוקית מבטיחה תשתית חברתית הולמת לשוויון חברתי ולהשתלבות מלאה בחברה של אנשים עם מוגבלות נפשית מנקודת מבט של חקיקה סוציאלית ושל חקיקת זכויות אדם אולם נראה כי עדיין המציאות רחוקה מכך.

### הזכות ליחס הוגן ולכבוד עצמי

"השתגעת?", "פסיכי", "חולה נפש", וכדומה, הינם כינויים שגורים בפי הציבור ובאים לבטא התנהגות שאינה הולמת ושאינה ראויה ליחס שוויוני. טרמינולוגיה זו אינה רק מראה של החברה אלא היא גם מעצבת אותה באמצעות גיבוש עמדות וסטריאוטיפים של האדם כלפי

עצמו ושל הציבור כלפיו (אוסלנדר וגולד, 2002; Auslander and Gold, 1999a, 1999b); דוגמא אופיינית לכך הינה כתבה שפורסמה בעיתון "הארץ" (זינגר – חירותי, 2006) עם הכותרת: "צעיר מעורער בנפשו דקר למוות את סבתו בלוד ופצע את סבו": "תושב לוד בן 25, המוכר כמעורער בנפשו, נעצר אתמול בחשד שרצח את סבתו, בת 74. מצבו של סבו, שנפצע גם הוא מדקירה, קל....מחקירה של חוקרי תחנת לוד עלה כי הצעיר מוכר כמעורער בנפשו וכי הוא נהג לגור אצל סבתו...הם ציינו כי היא גידלה בביתה באהבה את נכדיה הרבים...הצעיר לא מוכר לרשויות כאלים וגם לא תואר ככזה לחוקרי המשטרה. הוא נעצר והמשטרה תבקש לשלוח אותו להסתכלות פסיכיאטרית".

דוגמא אופיינית נוספת ליחס בלתי הוגן ומשפיל מופיע בעתירתם של איגור וורה קליצ'ינסקי נגד נגולה אמיר מ-6 בספטמבר 2006. ביולי 2003 ביקש איגור לקנות כרטיסיה ונהג האוטובוס דחה אותו בטענה כי נגמרו לו הכרטיסיות תוך שהוא משיב לו בגסות, מקלל אותו ועושה תנועות איום כלפיו. כאשר האם התערבה היא קיבלה מהנהג מכת אגרוף חזקה בידה. הנהג דרש מהתובעים לעזוב את האוטובוס לאלתר אולם הם סירבו לעשות כן מאחר ושילמו לאחר חילופי דברים את תמורת הנסיעה. הנהג המשיך במסלול הנסיעה, תוך כדי שהוא מספר בקול רם לנוסעים שעלו לאוטובוס כי איגור מטופל בבית חולים פסיכיאטרי ומצביע עליו ומכריז: "אני יודע לאן אתה נוסע, אתה נוסע לבית החולים של המשוגעים. אני כבר יגיד להם והם יזריקו לך...". הנהג עצר את האוטובוס ליד תחנת משטרה והזעיק אליו שוטרים אשר הורו לתובעים לרדת. לטענת התובעים האירוע גרם להם השפלה רבה ובעקבותיו חלה הדרדרות נוספת במצבו של איגור. התובעים פנו לאגד באמצעות בא כוחם בדרישה לפצותם בסך 150,000 ₪. לגירסה זו היתה תמיכה של נוסעת. הנהג כפר בהאשמות ונתמך בגירסתו ע"י שני נוסעים המכירים את הנהג כאדם אדיב ומנומס.

השופט דניאל פיש מיקד את הדיון בשאלה האם חילופי הדברים בין הנהג לבין התובעים מהווים הפרה של חוק איסור לשון הרע, תשמ"א-1961 והאם יש לדרוש מהנתבע, בהיותו נהג המשרת את הציבור רמת התנהגות גבוהה מהרגיל. הנהג הנתבע טען כי כלל לא מדובר בלשון הרע אלא בחילופי דברים וויכוח בין בעלי דין. אולם השופט סבר כי הדברים שנאמרו על ידי הנהג כלפי התובע היו משפילים, פוגעים ומיותרים, גם אם נאמרו על רקע מחלוקת באשר לרכישת כרטיסים. אמירה כלפי קטין הנמצא בטיפול רפואי נפשי הנוסע למרכז רפואי לטיפול כי, **"אני יודע לאן אתה נוסע, אתה נוסע לבית החולים של המשוגעים. אני אגיד להם והם יזריקו לך..."** חורגת מגבול המותר בחופש הביטוי, בעת ויכוח או חילופי דברים, כאשר הדברים נאמרים על ידי נהג האחראי ליתן שירות לציבור הנוסעים בתחבורה ציבורית והיא גם מהווה לשון הרע המשפיל את האחר. השופט הרשיע את הנהג וחייבו לפצות את התובע בסכום כסף המגיע ל-20,000 ₪. זו דוגמא בה עובד ציבור זלזל באדם עקב מוגבלותו והפוסק הגן עליו מכוח חקיקה כללית.

שימוש בתוויות ישירות מעין אלה או בלשון מעודנת יותר, כגון: "מאותגר נפשית", או בכינויים המבוססים על אבחנה, כגון: "סכיזופרן" פוגע באנושיותם ובכבודם של האנשים עם מוגבלות

(עילם, 2006), מטיל בהם דופי ויוצר דה לגיטימציה של אנושיותם באמצעות שכנוע מודע ובלתי מודע כי הם המסוכנים והרעים (Snow, 2005). וכך אומר אורן (2006)<sup>9</sup>: "ניקח את המטפורה של "מחלת נפש" כדי להבין את משקלה העצום של השפה. אני שואל מהי "נפש"? בעיני "נפש" היא ערס האנושיות – בחירה, אהבה וחלומות. כאשר היא באה עם המילה "מחלה" היא יוצרת דליגיטימציה של האנושיות של נושא תיוג זה. לפי זה אם אני "חולה נפש" התקוות, הבחירות והחלומות שלי הן חולות ולא לגיטימיות ואז אני חשוף לפטרונות ולאחריות האולטימטיבית של המטפלים ונוח לי (ולהם) להכנס למצב פסיבי. להכנס מתחת לשמיכה ולישון. זו האחריות שנותרה שהרי כל מה שאעשה במציאות הקיימת הוא לא לגיטימי" (עמוד 17).

מהי אם כן השפה המכבדת בה יש לנקוט? הוועדה לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא אנשים עם מוגבלות (דו"ח וועדת כץ, 1997) המליצה לאמץ את ההגדרה "אדם עם מוגבלות" (person with disability) להבדיל מנכה ((handicap או חולה, כמינוח המבטא תפיסת עולם חדשה הממוקדת באדם ולא בלקותו (impairment) הרלוונטית רק לעניין הספקת מענה לצרכיו המיוחדים. בעקבות זאת טבע חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998 טרמינולוגיה חוקתית חדשה בחברה הישראלית הממוקדת באנשים אותם היא מכנה "אנשים עם מוגבלות" לצורך הבטחת זכויותיהם בחוק. זאת במקום: "נכי נפש" או "חולי נפש", "חרשים", "עיוורים", "נכים", וכדומה (אופיר ואורנשטיין, 2001)<sup>10</sup>.

קבוצת היעד של פרק זה מוגדרת בחוק שוויון כ"אנשים עם מוגבלות נפשית" אולם יש לאמר כי רבים מקרב האנשים עצמם אינם שבעי רצון מהגדרה זו ומעדיפים את הכינוי "אנשים עם לקות נפשית"<sup>11</sup>, "צרכנים"<sup>12</sup>, "מתמודדים"<sup>13</sup> או "שורדים" (Survivors)<sup>14</sup>. בכל מקרה תהליך הטמעת השינוי הלשוני המכבד [אינו פשוט כלל ועיקר לא רק עקב הקושי הלוגיסטי בשינוי המונח בכל חקיקה רלוונטית, בשמותיהם של מסגרות ועמותות, בטפסים ודוחות, ולא רק עקב העובדה שאין למעשה גורם אשר פועל להטמעת מטבע הלשון החדשה (וילצ'ינסקי ופינדלר, 2004) (Vilchinsky and Findler, 2004) אלא בעיקר עקב זאת שההגדרה מהווה כלי הבא לשרת מטרה מוגדרת. על כן המערכת הרפואית המיועדת לטפל במחלה ולרפאה, מבקשת לעצמה הגדרות המסייעות לה ומתמקדת בלקות ובמחלה<sup>15</sup>, המערכת השיקומית מתמקדת בשיפור או החזרת התפקוד, תעדיף הגדרות של מגבלה ונכות<sup>16</sup>, האנשים עצמם מעדיפים לכנות עצמם "מתמודדים" כינוי המבטא יכולת ואתגרים גם יחד, ועוד.

ע"פ תפיסת עולם של זכויות אדם התואר הנבחר הוא פחות חשוב מאשר המהות המדגישה כי מדובר קודם כל ביחס של אדם לאדם, בהכרה בכך שכל אדם הוא חבר בקהילייה האנושית וזכאי ליחס ככזה. לדעת אוסלנדר וגולד (שם) המעבר יכול להתבצע באמצעות תנועות לקידום זכויות אדם המחדירות לחברה אלטרנטיבה תקשורתית מוסכמת, המתקבלת על הדעת ופחות סטיגמטית ומתעקשות על יישומה בהקשרים שונים. גם קוליגן (2006) סבורה כי הדרך היחידה להבטיח שינוי חברתי אמיתי הנה באמצעות מעורבות אקטיבית של אנשים עם מוגבלות בתהליכים חברתיים כשותפים תורמים ושווי ערך. אולם תהליך זה מורכב ביותר מפאת הסטיגמה ואתגרי המחלה כמו גם תרומת מודל הטיפול המדיר (exclusive) והמתייג של

המערכת הרפואית (Sartorius, 2002; Pickenhagen, Sartorius,) 2002) ועמדות האנשים עם תחלואה נפשית כלפי עצמם (Estroff 2004; Estroff, Penn and Toporek, 2004). היחס החברתי והמקצועי מאופיין פעמים רבות בהאשמה בכשלון, בחוסר אמון בסיסי ביכולת להחלים, לקבל החלטות, לקחת אחריות ולתפקד (Estroff, 1998; Porter, 1999; 4Wahl, 1999), בייחוס אי מותאמות, בכעס ובפחד בלתי רציונאלי בעיקר מפני שונותם ומסוכנותם (Corrigan, Rowan, Green, Lundin, River, Uphoff-Wasowski, White and Kubiak, 2000), כמו בארצות רבות אחרות, לנכון, לעצב מערכת טיפולית ומשפטית הרואה מול עיניה קודם כל אנשים "חסרי ישע", הזקוקים ל"חסות" חוקית או מקצועית<sup>17</sup>, להפרדתם מהחברה<sup>18</sup> לקביעת "אחריות מופחתת"<sup>19</sup> או "העדר אחריות" או "אי כשרות משפטית" בגין פגיעה בכושר השיפוט שלהם. הנחות אלה, האמורות להתייחס לחלק מסויים מאוד מאוכלוסית נפגעי הנפש, משליכות באופן אנוש על האווירה הציבורית והמקצועית ומאפשרות לעיתים קרובות מדי כפיית טיפול (כולל אשפוז), התערבות בזכויות בסיסיות, כגון: הורות, מינוי אפוטרופוס על הרכוש או/ו על הגוף או מינוי מקבל גימלה המנהל את קצבת הנכות - בניגוד לרצונו של אדם (Ziv 1998 שניט, 1997, הר, 2001). כך נוצר מתח אינהרנטי בין הזכות הבסיסית של האדם לאוטונומיה ולקבלת החלטות על חיו לבין הצורך להגן עליו ועל סביבתו מפני תוצאות מחלתו או יחס החברה אליו הממקם, לעיתים קרובות, את האדם עם מוגבלות נפשית ואת סביבתו בתווך חברתי עמום וכואב זה (באקשי, 2006).

### הזכות לבטחון אישי

אנשים עם מוגבלות, בכלל, ועם מוגבלות שכלית או נפשית, בעיקר, חשופים לניצול ולפגיעה מינית ופיסית יותר מכלל האוכלוסייה (דו"ח וועדת כץ, 1997; נלסון-ברין, 2002; Balderian, 1995; Parker and Abramson, 1991). על כן ייחדה האמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות פרק מיוחד (16) העוסק בהבטחת החופש מהתעללות, ניצול ואלימות המיועד להבטיח כי החברה תפעל בכל מישור אפשרי, כולל בתכניות מניעה וחינוך, כדי למנוע את התופעה ובמידה והדבר קורה לסייע לקורבנות להתמודד עם האירוע במישור הרגשי והשיפוטי. מדובר בצורך בפעולה רב-מערכתית המבוססת על שיתוף-פעולה ותיאום בין סוכנויות (Westcott & Jones, 1999). בישראל המודעות והפעילות בתחום זה עדיין מועטה למדי ועיקרה, כמו בארצות רבות בעולם, מתבצע במגרש החקיקתי והמשפטי בניסיון להתריע ולהעניש את התוקפן. אולם גם בהקשר זה עדיין קיימת בעיה רצינית של נגישות ההליך המשפטי לאנשים עם מוגבלויות אלה אשר חלקם מתקשה לתקשר באופן רגיל. כתוצאה מכך קבילות עדותם נמוכה ופעמים רבות התוקפן אינו בא על עונשו כנדרש. פרק 13 באמנה עוסק בהבטחת הנגישות לצדק ולהליך המשפטי באמצעות הנגשת הפרוצדורה המשטרית והשיפוטית לטיפול הולם בתלונות באמצעות התאמת הליכי החקירה והעדה (דו"ח כץ, 1997; דגן, 2000). גם פרק הנגישות בחוק השוויון עוסק בהבטחת הנגישות של גורמים העוסקים בשמירה על הסדר ובאכיפת החוק, כגון: בית משפט ובית דין, בית דין צבאי, בית מעצר, בית סוהר, תחנת משטרה, תחנת משמר אזרחי, או כל מתקן צבאי הפתוח לשירות האזרח (נספח מספר 1 סעיף 8). מכאן משתמעת החובה להחלת התאמות על הליכים משפטיים בהם



מעורבים אנשים עם מוגבלות כעוברי עבירה ונקורבנות<sup>20</sup>. כדי להבטיח טיפול משפטי נכון באנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית נחקק חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית), התשס"ו – 2006. יש בכך השלמה חשובה של החקיקה הישראלית המיועדת להגן על אנשים עם מוגבלות נפשית כפי שמתבטאת בחוק הסעד (סדרי דין בעניני קטינים, חולי נפש ונעדרים), התשט"ו – 1955, חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך – 1960, חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות, התשכ"ב – 1962 והתיקון שלו מ-1965 וכן התיקון לחוק העונשין, התשמ"ט – 1989, חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים, התשס"א-2001 והתיקון שלו מ-2004. בכל אלה מדובר בנסיון להגן על אנשים אשר החוק הכיר בהם כ"חסרי ישע"<sup>21</sup>. מעבר לטיפול המשפטי המפורט בחוקים אלה קובע חוק העונשין (בסעיף 368ד) גם את חובת הדיווח, כדלקמן:

א. היה לאדם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עבירה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שלושה חדשים.

ב. רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או חסר ישע בידי אחראי עליו - חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר ששה חדשים.

ג. היה לאחראי על קטין או חסר ישע יסוד סביר לחשוב כי אחראי אחר על קטין או חסר ישע עבר בו עבירה, חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר ששה חדשים.

ד. נעברה בקטין או בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת, עבירת מין לפי סעיפים 345 עד 348, או עבירה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368ב(ב) או עבירת התעללות לפי סעיף 368ג, חובה על מנהל או איש צוות במקום כאמור, לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו - מאסר שישה חדשים".

גם החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א – 1991 מנסה להלחם בתופעת האלימות באפשרו לבית משפט להוציא צו הגנה מפני התוקף. אולם הפער בין הסדרי החקיקה והמציאות בשטח מצביע על כך שישראל עדיין רחוקה מאוד מהבטחת שלומם של אנשים עם מוגבלות נפשית מפני ניצול מיני ואלימות, כולל במוסדות הפסיכיאטרים אשר אמורים לטפל ולהגן עליהם (דו"ח וועדת שרשבסקי, 1991) ועליה לפתח דרכים נוספות כדי לטפל באופן אינטגרטיבי בבעייה<sup>22</sup>.

פרק 15 באמנה עוסק בהבטחת החופש מעינויים, אכזריות בטיפול או ענישה בלתי אנושית. מדובר למעשה בנקיטת צעדים למניעת ניסויים מדעיים ורפואיים ללא הסכמה או טיפולים שיש בהם פגיעה בפרט וכרוכים באי אנושיות. על רקע הזיכרון הטרי של החוקרים והרופאים הנאציים יזם ארגון הרפואה העולמי בשנת 1964 אמנה המגדירה מה מותר ומה אסור בניסויים רפואיים בבני אדם ("הצהרת הלסינקי"). שם הוכרה החיוניות של המחקר להתקדמות הרפואה אך ע"פ

כללים ברורים ומגבילים כאשר עשיית ניסויים מחייבת לקבל הסכמה מדעת של המשתתפים לאחר שמועבר אליהם מידע מלא על הניסוי, לסיכונים הכרוכים בו ולתועלת העשויה לצמוח לו ממנו תוך הבטחת כיסוי ביטוחי הולם. בעקבות האמנה הוסדר הנושא בישראל בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א – 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן, בנוהל לניסויים רפואיים בבני אדם (1999) ובחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996, וכן הוקמו בכל המוסדות האקדמיים והרפואיים וועדות מיוחדות לאישור ולפיקוח על המחקר בבני אדם ("וועדות הלסינקי"). סבוכה היא שאלת קבלת הסכמה מדעת (inform consent) של אנשים עם מוגבלות נפשית (שלה, 1997), אבל מצד שני אי הכללתם המוחלטת במחקרים עלולה לגרום להם נזק בכך שיעצר המחקר שעשוי להתמודד עם מחלות הנוגעות להם. בהצהרת הלסינקי נקבע, כי במקרה של אי-כשירות חוקית של המשתתף בניסוי תתקבל ההסכמה המודעת מן האפוסטרופוס החוקי שלו, על-פי התחיקה הלאומית<sup>23</sup>. אך מקובל גם לקבל את הסכמת האדם בכל מקרה לאחר הסבר גם אם דעתו מוגבלת (גליק, 1999; Susman & Fletcher, 1995 (Dorn). המחקר הפסיכיאטרי בישראל, בעיקר בבתי החולים, הנו ענף ורבים מקרב הפסיכיאטרים מפתחים קריירה אקדמית מקבילה להיותם מטפלים. יש הרואים בדואליות הטיפולית/מחקרית יתרון ויש רבים המבקרים זאת עקב הרשימה הארוכה והמזעזעת של מחקרים המתבצעים במערכת הרפואית, בכלל, ובמערכת הפסיכיאטרית, בפרט, על מטופלים עם מחלת נפש ללא ידיעתם וללא הסכמתם (דוח מבקר המדינה, 2004).

### הזכות לחירות

אחד הנושאים הטעונים ביותר בתחום זכויות אדם בבריאות הנפש הנו אקט שלילת החירות ע"י טיפול פסיכיאטרי כפוי. בפרק 14 באמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות, העוסק בזכות של אדם עם מוגבלות לחירות ולביטחון, נאמר:

1. States Parties shall ensure that persons with disabilities, on an equal basis with others:

(a) Enjoy the right to liberty and security of person; (b) Are not deprived of their liberty unlawfully or arbitrarily, and that any deprivation of liberty is in conformity with the law, and in no case shall the existence of a disability justify a deprivation of liberty.

2. States Parties shall ensure that if persons with disabilities are deprived of their liberty through any process, they are, on an equal basis with others, entitled to guarantees in accordance with international human rights law and shall be treated in compliance with the objectives and principles of this Convention, including by provision of reasonable accommodation.

נוסח זה מאפשר למעשה לארצות להמשיך לנקוט בפעולות של שלילת חירותם של אנשים עם מוגבלות נפשית בנסיבות מיוחדות אולם תוך הקפדה כי הדבר יעשה בצורה חוקית ולא

שרירותית ולא על רקע של מוגבלות בלבד<sup>24</sup>. בישראל אפשרות של כפיית טיפול מוסדרת בחוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991 ובחוק הנוער טיפול והשגחה, התש"ך – 1960. אלה מגדירים את התנאים הנדרשים לאשפוז, בדיקה וטיפול פסיכיאטרי כפוי<sup>25</sup> במסלול של הליכים אזרחיים, באמצעות הוראה של פסיכיאטר מחוזי, והליכים פליליים באמצעות צו בית משפט. ניתן להוציא הוראה לבדיקה פסיכיאטרית דחופה באם נתמלאו התנאים הבאים: האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת מציאות, האדם עלול לסכן את עצמו או זולתו סיכון פיזי מיידי והוא מסרב להיבדק על ידי פסיכיאטר<sup>26</sup>. אם שוכנע הפסיכיאטר המחוזי כי תנאים 1 ו-2 קויימו ויש קשר סיבתי ביניהם רשאי לתת הוראת אשפוז כפוי דחוף. בנוסף לכך יכול הפסיכיאטר המחוזי להוציא הוראה לבדיקה פסיכיאטרית לא דחופה כאשר האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת מציאות והתקיימו בו אחד מהתנאים הבאים: עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי שאינו מיידי, יכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה בצורה ניכרת, גורם סבל נפשי חמור לזולתו באופן הפוגע בקיום אורח חיים תקין שלו, או פוגע פגיעה חמורה ברכוש וכן שסרב להבדק על ידי פסיכיאטר

אם שוכנע הפסיכיאטר המחוזי כי תנאים 1 ו-2 קויימו ויש קשר סיבתי ביניהם רשאי לתת הוראת אשפוז כפוי. צו בית משפט לאשפוז כפוי יכול להנתן בין היתר כאשר הועמד הנאשם לדין פלילי ובית המשפט סבור כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין מחמת היותו חולה בנפשו או העבירה בוצעה כתוצאה ישירה מאותה מחלה. צו הסתכלות יכול להנתן ע"י בית משפט לעריכת בדיקת הסתכלות בנאשם החשוד לכאורה בביצוע עבירה פלילית תוך כדי חשד להיותו של האדם חולה נפש וכתוצאה ישירה מאותה מחלה (דו"ח משרד הבריאות, 2004)<sup>27</sup>.

אלפי אנשים בשנה מטופלים במערכת הפסיכיאטרית בישראל בכפייה. על פי דו"ח משרד הבריאות (2004) בשנת 2003 הוצאו ל-3860 אנשים הוראות אשפוז כפוי ול-177 הוראות אשפוז דחוף, ל-825 הוצאו צו הסתכלות ול-233 צו אישפוז ע"י בית המשפט, ל-561 אנשים טופלו בכפייה במרפאה: 86.5% ע"פ הוראת פסיכיאטר מחוזי ו-13.5% ע"פ צו בית משפט. כמעט כמחצית אובחנו כסובלים מהפרעות פסיכוטיות חריפות. 254 ילדים ונוער טופלו בכפייה: 160 ע"פ הוראות ו-ע"פ צוים. לדעת רבים תחת כותרת של "טובת המטופל" נטלה לעצמה המדינה סמכויות מרחיקות לכת להרחקה של אנשים מהקהילה לאשפוזים כפויים וחסרי כל אנושיות<sup>28</sup> (Ziv, 1998) למשך כל החיים, להקמת מוסדות ענקיים, עבודות כפייה, שלילת נישואין, עיקור בכפייה ושליחת הזכות להורות, נטילת מעמד בדין, מניעת הגירה (הר, 2001), ביצוע כפוי ומיותר של בדיקות, אבחונים, טיפול, אשפוז, השמה חוץ ביתית, סידור מוסדי, מעקבים, וכדומה, אשר ברבים מהם כלולה הגבלה של החופש האישי, לעיתים עד כדי שלילתו המוחלטת (שניט, 1997). לדעת דיין (2001) גם אי השוויון המהותי הקיים בחלוקת המשאבים בין מוסדות האשפוז לשירותים בקהילה יוצר אקלים חברתי הסולל את הדרך לאשפוז כפוי ומכאן להפרות חמורות של זכויות אדם בתחום זה. מאידך גם הליברלים ביותר, כולל נפגעי הנפש עצמם, יתלבטו באם נכון לבטל לחלוטין את הטיפול הכפוי (Radden, 2003). בתווך טוענים המטפלים במערכת הפסיכיאטרית כי עם חקיקת החוקים של חוק יסוד

כבוד האדם וחירותו, חוק טיפול בחולי נפש וחוק זכויות החולה, שבהם מעוגנים זכויותיו של הפרט, בכלל, ושל חולה הנפש, בפרט, יש נטייה גוברת מצד המטפלים להחזיר לאדם החולה את זכויותיו הבסיסיות, ולקבל את דעתו אף אם היא אינה תואמת את המלצת המטפל. (מלמד, שניט, קימחי, אליצור, 1999). המטפלים גם מתרשמים כי קיימת עלייה גדולה במודעות החולים לזכויותיהם ולאפשרות העומדת בפניהם לקבול בפני הרשויות המוסמכות כאשר לדעתם זכויותיהם לא נשמרו או נפגעו (באואר, רושקה, גרינשפון, חואלד, מסטר, 2003). המציאות אכן מראה כי יש ערעורים רבים המוגשים לבתי המשפט על החלטות המערכת הפסיכיאטרית וזאת עוד בטרם החל תהליך הייצוג המשפטי בוועדות הפסיכיאטריות ע"י הסנגוריה הציבורית והסיוע המשפטי של משרד המשפטים. להלן מספר דוגמאות המשקפות את הדילמות העולות בעת שלילת חירותו של אדם בהקשר הטיפולי:<sup>29</sup>

בעתירה 2058/03 של פלוני נגד היועץ המשפטי לממשלה משנת 2004 הוא מערער על החלטת הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית בנוגע להוראה שניתנה לו לטיפול מרפאתי כפוי. האדם ערער שנה קודם על הוצאת הוראת אשפוז וזכה (ע"ש 207/03) אך השופטת המליצה אז לשקול מתן הוראה לטיפול מרפאתי כפוי בהתקיים סיכון פיזי שאינו ממשי. השופט נועם קובע בעתירה הנוכחית כי: "הטיפול הכפוי בחולה הנפש, בין בדרך אשפוז ובין בדרך של טיפול מרפאתי, מחייב איזון הולם בין מספר אינטרסים: האחד – זכויותיו של החולה וכבודו כאדם המוגנים בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. השני – הצורך לטפל בו ולהגן על בטחונו כאשר שיקוליו שובשו מחמת מחלתו. והשלישי – ההגנה על שלום הציבור ובטחונו מפני סיכון הנשקף מאדם בעת מחלתו. על שיקולים אלו ועל האיזון הראוי הנדרש מהם על רקע חוק היסוד: כבוד האדם וחירותו, עמד כבוד הנשיא ברק ברע"פ 2060/97 וילנצ'יק נגד הפסיכיאטר המחוזי מחוז תל אביב, פ"ד (ב)1 697, וכך הוא אומר (עמוד 708): "ההגנה שחוק היסוד מעניק לכבוד ולחירות מעננת גם לחולה הנפש. זוהי נקודת המוצא. עם זאת, זכויות אלו אינן מוחלטות. ניתן לפגוע בהן (סעיף 8 לחוק היסוד: כבוד האדם וחירותו) אולם מטרת הפגיעה צריכה להיות ראויה. דומה כי ההגנה על חולה הנפש והטיפול בו מזה וההגנה על שלום הציבור מזה, הן לתכלית ראויה. הפגיעה צריכה להיות מידתית. אין לפגוע בחירותו של חולה הנפש מעבר לדרוש להגנה עליו, לטיפול בו או להגנה על שלום הציבור. אין לאשפז חולה נפש אשפוז כפוי בבית חולים אם ניתן לטפל בו ולהגן על שלום הציבור באמצעות טיפול מרפאתי כפוי, ואין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפייה. תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה היא הקטנה ביותר."

במקרה הספציפי היה מדובר באדם המאובחן כסובל מסכיזופרניה פרנואידיית עם היסטוריה של אשפוזים חוזרים בצו ובכפייה. המערער טען כי אינו חולה ולא נפגם כושר שיפוטו וממילא אינו זקוק לטיפול כלשהו. כן טען לפגמים בדיון המשפטי. השופט נועם כותב בפסק הדין כי מדובר באדם חולה נפש עם פגיעה ניכרת בכושר השיפוט, עם סיכון פיזי ממשי אף כי כרגע לא מייד וכי אין שחר לטענתו לפגם פרוצדוראלי ועל כן הוא דוחה את ערעור המטופל.

אופן אחר של התמודדות בית המשפט היה בעתירה מספר 5027/05 של פלונית נגד שורה

של גורמים ובראשם היועץ המשפטי לממשלה, מיוני 2005. בעתירה זו יש ערעור על החלטות הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית אשר לה סמכות החלטה באם ימשך הטיפול הכפוי או שעליו להסתיים. בפסק הדין אומר השופט חשין: "הליך אשפוזה של המערערת<sup>30</sup> סובל מפגמים שיוורדים לשורש העניין, ואין אני מוכן לאשרו ולהנציחו. מנגד, לאור הנימוקים העומדים על הכף השנייה, אין בידי להורות על שחרור המערערת לאלתר. לפיכך וכדי לאזן בין האינטרסים המונחים על כפות המאזניים – זכויות היסוד של המערערת מזה, לעומת שלום הציבור, מזה אני מורה על שחרורה של המערערת מאשפוז הכפוי, אך קובע את מועד השחרור למחר. במהלך 24 שעות אלה יצטרך הפסיכיאטר המחוזי לקבל החלטה האם נדרש בכל זאת אשפוז, שמא ניתן לשחררה. ...על הפסיכיאטר יהיה להביא בחשבון את כלל הנתונים... ולבדוק לעומק את כל הטעון בדיקה וברור...כך שאפשר יהיה להעבירה במבחן הביקורת אם הדבר יידרש...אם יגיע למסקנה כי אין המצב מגיע לכדי צורך באשפוז כפוי יוכל הפסיכיאטר המחוזי לשקול חלופות אחרות, כמו למשל, הוראה לטיפול מרפאתי כפוי. אם תשחרר...בסופו של דבר יובהר לה הבהר היטב כי עליה לקיים את הצו למניעת הטרדה מאיימת שהוצא נגדה בבית המשפט השלום...לפיו אסור לה להטריד את שכנתה ואסור לה להתקרב לביתה או למקום עבודתה מרחק של 500 מטר. יובהר למערערת כי משמעות הפרת צו זה עלולה להביא לאשפוז הכפוי" (עמוד 9).

וכך גם השופטת סירוטה בעתירה מספר 1025/92 מספטמבר 1992 של פלונית נגד היועץ המשפטי לממשלה בערעור על החלטת וועדה פסיכיאטרית להאריך אשפוז. השופטת אומרת, בין השאר, כדלקמן: "סוף דבר הגעתי למסקנה כי יש מקום לקבל את הערעור... לאחר שבחנתי את התיק האישי שהיה בפני הוועדה הפסיכיאטרית שוכנעתי כי עדיף היה שהמערערת תמשיך באשפוז או בקבלת טיפול מרפאתי כפוי. אולם אי אפשר לכפות על אדם קבלת טיפול רפואי הגם שהדבר הוא לטובתו, כאשר איננו חפץ בכך ואין אפשרות לעשות זאת ע"פ החוק...לפיכך אני מורה לשחרר את המערערת אולם אם יש הכרח להפחית את המינון של התרופות שקיבלה בהדרגה, כי הפסקה מיידית תגרום לה נזק, כי אז תוחזק בבית החולים למשך 3 ימים שבהם יופחת המינון בהדרגה, ובמידה ותשחרר....." (עמוד 10).

השופטת סביונה רוטלוי הרבתה להתבטא בחריפות בתחום זה וכך היא אומרת באחד מפסקי הדין: "מסיבה זו, אין בדעתי להיכנס לפרטי העניין ורק אומר בקצרה, כי כל תהליך אשפוזה של המערערת היה שגוי מתחילתו ועד סופו ואחראים לכך הם הפסיכיאטרים המחוזיים באזור חיפה ותל-אביב והוועדות הפסיכיאטריות השונות, שדנו בעניינה. השערות תסמרנה לנוכח קריאת החומר המצוי בתיק הרפואי של המערערת כיצד ייתכן, שהיום, במאה ה-21, לאחר חקיקת חוקי יסוד, ולאחר שלפני קרוב לעשר שנים תוקן החוק לטיפול בחולי נפש כדי למנוע אשפוזים כפויים שלא לצורך ושלא על פי החוק, עדיין מתעלמות הרשויות השונות מהוראות החוק ומפסיקות בתי המשפט ועושות ככל העולה על דעתן לגבי אשפוזם הכפוי של אזרחים... כבר נלאיתי מלהתריע בפסיקותי על כל העיוותים הנגרמים לאזרחים בהליכי האשפוז הכפוי, שהוא שלילת חירות בצורה הכואבת והקשה ביותר לכל אדם. נדמה כי אם משווה אני את מצבם של אסירים לעומת חולי נפש המאושפזים בכפיה, הייתי אומרת, כי מצבם של החולים

קשה יותר, לא רק משום שלא עברו עבירות, אלא משום נטילת צלם אדם מהם עקב נטילת תרופות, שפעמים רבות שולל את יכולת הדיבור, החשיבה, הביטוי והתגובה. לא אוכל להימנע מציון התחושה הקשה, שמלווה אותי בשמיעת ערעורים אלה, לנוכח העובדה, שרק אזרחים מעטים המאושפזים באשפוז כפוי שלא כדין, זוכים לייצוג משפטי ולאפשרות הבאת ערעורם כהלכה בפני בתי המשפט. יש לזכור, כי התנאים, שבהם נכתבים הערעורים מטעם החולים המצויים באשפוז אינם מאפשרים להם לא את הנגישות לבית המשפט, לא את אפשרות הביטוי הראויה וזאת עקב כליאתם ועקב הימצאותם תחת השפעת תרופות. עניין זה טעון שינוי בדחיפות על ידי המחוקק"<sup>31</sup>. ואמנם הדרישה של הציבור<sup>32</sup> ובתי המשפט ליישם את "זכות המטופל" ולאפשר לו לבטא את התקוממותו כנגד הכנסתו "לבית החולים כמושבת עונשין"<sup>33</sup> הובילה לתיקון לחוק טיפול בחולי נפש (מספר 5), התשס"ד 2004-, סעיף 29א: זכות הייצוג ותקנות טיפול בחולי נפש (ייצוג משפטי בטיפול כפוי), התשס"ו - 2006 המאפשרים למטופלים בכפייה ייצוג משפטי בוועדות פסיכיאטריות מחוזיות ע"י עו"ד של המדינה. ממצאים ראשוניים של פעילות זו מצביעים כי הייצוג המשפטי מביא לתדירות גבוהה יותר של הבאת חולים בפני הוועדות וכי ניתנת להם הזדמנות הוגנת יותר להשמיע את טיעוניהם, משך האשפוז התקצר כאשר יותר ממחצית המטופלים ששהו בבית-החולים בצו בשנת 2000 שוחררו מהאשפוז הכפוי במהלך שנה זו. ניכר בברור כי סיכוייו של חולה להשתחרר מאשפוז כפוי טובים יותר כאשר הוא מיוצג בוועדה הפסיכיאטרית<sup>34</sup>. סיכויים אלה אף גוברים כשקיים שיתוף פעולה בין הסניגור לבין הרופא המטפל, כשנשקלים ביחד היבטים רפואיים ומשפטיים (נחמני, מלמד, רובינשטיין, אליצור, 2003). ההסדר מיושם בהדרגה ע"י הסנגוריה הציבורית (לגבי הוראות אשפוז) והסיוע המשפטי (לגבי הוראות אשפוז) עדיין לא לגבי קטינים חולי נפש המטופלים בכפייה<sup>35</sup>.

היבט נוסף בעניין הטיפול הכפוי הינו ההבדל בין הזכויות במסלול הפלילי והאזרחי. בעתירה מאוחדת (1290/04 ו- 1068/04) שהגישו פלוני ואלמוני נגד מדינת ישראל הם מערערים על החלטת המדינה ומבקשים להתאשפז מכוח צו אזרחי ולא מכוח צו פלילי. השאלה המשותפת לשני המקרים היא האם רשאי בית המשפט, הדין בתיק פלילי, לא ליתן צו אשפוז פלילי נגד הנאשם, אשר אינו כשיר לעמוד לדין מחמת מחלת נפש, במקום שבו השתכנע בית המשפט כי מכלול השיקולים מחייב אשפוז ותחת זאת להעביר את הטיפול בנאשם לשיקול דעתו של הפסיכיאטר המחוזי אשר בסמכותו להורות על אשפוז אזרחי. משאלה זו מבוססת על ההנחה כי פגיעתו של המסלול האזרחי בחירות ובכבוד האדם חמורה פחות<sup>36</sup>. "אשפוז כפוי הוא האמצעי הקשה ביותר של שלילת החירות, ואף קשה יותר ממאסר בפועל שמוטל על אדם בריא. מטרת האשפוז, להבדיל ממטרתו של מאסר בפועל, היא לא לגרום סבל לנאשם אלא לטפל בו. הסבל והדיכוי הנגרמים במהלך האשפוז אינם מהווים מטרה אלא תוצאה בלתי רצויה שיש להמנע ממנה"<sup>37</sup>. בפרקטיקה קיימים הרבה מקרים שבהם נאשמים חולי נפש אושפזו למשך שנים רבות, מכוח צו אשפוז פלילי שניתן בגין מעשים של מה בכך שנפלו להגדרה של עבירה פלילית קלה וכל זאת מבלי שהנאשם הועמד לדין<sup>38</sup>...מכאן נובע שכל צו אשפוז פלילי טומן בחובו פוטנציאל של פגיעה בלתי מידתית ובלתי מתקבלת על הדעת בנאשם חולה נפש.. על כן בתי המשפט בארץ כמעשה שבכל יום נמנעים מלתת צווי אשפוז

פלילי כנגד נאשמים שאינם מסוגלים לעמוד לדין בהנחה כי הם יקבלו את הטיפול במסגרת אזרחית. זו גם העמדה המקובלת על הפרקליטות". השופטים גריל, רזי ושיף מצטטים את דבריו של השופט חשין (בש"פ 2305/00, עמוד 314): "עיקרי היסוד של שיטת המשפט בישראל מורים אותנו כי ארועים פליליים להכרעת בית המשפט ניתנו, להכרעתם ולא להכרעת הפסיכיאטר<sup>39</sup>. אין לקבל – על דרך העקרון ובכפוף לחריגים-כי הפסיכיאטר יחליט בעניינם של אירועים פליליים שהיו כרוכים בהפרת שלום הציבור. לא זה תפקידו" ומחליטים: "כאשר בית המשפט סבור כי מן הדין להורות על טיפול כפוי בנאשם שאינו מסוגל לעמוד לדין, מחמת היותו חולה, אין הוא רשאי להעביר את שיקול דעתו לפסיכיאטר המחוזי. על בית המשפט לקבל החלטה בנדון." (עמוד 11).

### זכות הציבור והמשפחה

הפעילות בתחום בריאות הנפש אינה מתרחשת בחלל ריק והחקיקה הייעודית כמו גם יעדיה כפופים לכללים חברתיים רחבים יותר אשר מטרתם בין השאר להגן על אינטרס הציבור. כפי שניתן לראות בפסקי דין רבים אינטרס הציבור מהווה עילה שכיחה בהפעלת טיפול כפוי. שהרי על מנת שניתן יהיה להוציא הוראה או צו אשפוז דחוף אין די בלהוכיח כי האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום כושר שיפוטו או כושרו לביקורת מציאות במידה ניכרת אלא גם כי האדם עלול לסכן את עצמו או זולתו **סיכון פיזי מיידי**. כך גם לגבי הוצאת הוראה לבדיקה פסיכיאטרית לא דחופה המחייבת הוכחה כי האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת מציאות ובין השאר כי הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו **סיכון פיזי שאינו מיידי**, שהוא גורם סבל נפשי חמור לזולתו באופן הפוגע בקיום אורח חיים תקין שלו או שהוא פוגע פגיעה חמורה ברכוש. ניתן לראות, אם כן, כי אין די ברצון לספק מענה למילוי צרכים בסיסיים או טיפוליים אלא יש גם להבטיח כי הדבר לא יפגע באינטרס הציבור<sup>40</sup>. לעניין זה יובאו מספר דוגמאות:

באוגוסט 2003 הגיש היועץ המשפטי לממשלה עתירה מספר 711/03 כנגד שגיב בן מאיר חוטה אשר רצח את אשתו באופן אכזרי וגרם גם למות עוברם. בגין מחלת נפש מסוג סכיזופרניה פרנואידית אושפז בבית חולים פסיכיאטרי. כשלוש שנים לאחר מכן אישרה לו הוועדה המחוזית יציאה לחופשות קצרות, מאחר ומבחינה קלינית נמצא ברמיסיה יציבה אך נאסר עליו ליצור קשר כלשהו עם הורי המנוחה ועם ילדיו, אלא אם הגורמים המטפלים בילדים יקבעו אחרת. היועץ המשפטי לממשלה ביקש לעכב ביצוע החלטה וכן קרוביה של המנוחה אשר פנו לנשיא המדינה בנושא. המשפטן בוועדה, בדעת מיעוט, התנגד להחלטה באמרו כי "כאשר הוועדה שוקלת מתן חופשות עליה להביא בחשבון היבטים העוסקים באינטרס הציבורי, בטובת הציבור וברגשותיו וכן בצורך שלא לפגוע באמון שהציבור רוחש למערכת אכיפת החוק. מתן חופשות לחולה לאחר תקופה כה קצרה מביצוע העברה עלולה לעורר תחושה של חוסר צדק שהציבור לא יוכל להשלים עמה. יש לזכור שמדובר בחולה המאושפז ע"פ סעיף 15א משמע שביציאתו לחופשות קיימות אפשרות שימלט מדין". השופט דר מבחין בין אלה שהוכרו כחולים מבלי שנזקפה לחובתם עבירה (המסלול האזרחי) לעומת אלה שביצעו עבירה בשעה של חולי (המסלול הפלילי). במסלול הפלילי השילוב של ביקורת משפטית – שיפוטית בהליך

הפלילי מתחיל כבר בבית המשפט כאשר מתקבלת חוות דעת משפטית אבל הקביעה היא של בית משפט. המשך ההליך **בהעמדת משפטן בראשות הוועדה הפסיכיאטרית וזאת כדי לשלב שיקולים רפואיים עם שאינם רפואיים, דהיינו לכלול את אינטרס הציבור במערכת השיקולים**<sup>41</sup>. בהעדר מבחנים בחוק לקביעת אינטרס הציבור, רשאיות הוועדות להנחות בעצמן בהוראת סעיף 10 לחוק שחרור על תנאי ממאסר, תשס"א – 2001 ובפסיקה שעניינה שחרור אסירים. ע"פ זאת, סבור השופט דר, כי כאשר בוחנים את החלטת הרוב בוועדה ברור שחברי הוועדה שהחליטו על השחרור התעלמו ממרכיב אינטרס הציבור והתמקדו במצב המחלה ובמידת הסיכון בלבד ועל כן החליטו על שחרור המאושפז לחופשות ואין זה ראוי. השופט ביטל את החלטת הוועדה ואסר על הוצאת המאושפז לחופשות.

אינטרס הציבור אינו רלוונטי רק לטיפול בכפייה אלא להיבטים רחבים יותר השואבים את כוחם מחוקים נוספים. לכך יש השלכות מרחיקות לכת על אופן שילובם והשתלבותם של אנשים עם מוגבלות נפשית בקהילה, שהרי אם ניתן יהיה לטעון שנוכחותם או ההליך המנסה לשלבם פוגע באינטרס הציבור יהיה אפשר לדחותם, בגיבוי בית המשפט, מלגור ולחיות בקהילה. דוגמא לכך הנה עתירה מספר **167256/02 ממאי 2002 אשר** הוגשה ע"י דיירי בניין המגורים ברחוב יחזקאל 11 בני ברק כנגד משפחת רייזמן ובה בקשה להוציא צו מניעה זמני כנגד המשיבים שעל פיו ייאסר על המשיבים או מי מטעמם להסב ולגרום לכך שדירות המגורים תהפוכנה להוסטל. זאת בגין סעיף 44(א) לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], התשכ"ח – 1968 ולפי חוק למניעת מפגעים סביבתיים (תביעות אזרחיות) תשנ"ב-1992. העותרים תארו מסכת ייסורים שלמה הנגרמת לדיירי הבניין בגין התנהגות בלתי הולמת וחסרת כל רסן של דיירי ההוסטל וביקשו להוציאם מהבניין. בית המשפט סבר כי במאזן הנזקים נראה כי השארותם של החוסים בבניין תגרום נזק כבד לעותרים שעלול להיות בלתי הפיך ולעומת זאת אי הנוחות שתגרם למשפחת רייזמן היא זמנית ופיצוי כספי עבורה אפשרי שכן הם יוכלו להשכיר את דירת מגוריהם בבניין המגורים של המבקשים ובכספי דמי השכירות לשכור בית לחוסים במקום אשר לא יהיה בסביבה שאינה חפצה במוסד. בהקשר זה מציינת השופטת כי כאשר נשאל המשיב בבית המשפט "למה מפריע לך לקחת בית שבו תגור משפחתך ולחוסים תיתן לגור למטה?" השיב: "אין לי תשובה". נראה לכאורה כי המשיב לא היה עושה כן לעצמו ואף אינו רוצה להיות מוטרד מנוכחותם של החוסים מאי הנעימות ואי הנוחות והסיכון הצפוי מהם ועל כן מן הדין שיגרום מפגע זה לזולתו.

בעתירה נוספת 003020/02 מ- 12/10/2004 הואשם אדם שהינו חוכר לדורות ובעל הזכויות בבית פרטי בתוך מושב בכך ש"עשה ועושה בבית ובמקרקעין שימוש חורג מהשימוש המותר למגורים בלבד הפוגע בסביבת מגוריו וזאת על ידי הפעלת הוסטל המיועד ל- 13 אנשים עם מוגבלות נפשית בבית ובמקרקעין ללא היתר כדין ותוך סטיה מההיתר הקיים. בכך עובר הנאשם על חוק התכנון והבניה תשכ"ה – 1965. הנאשם טען כי על הנכס חל סעיף 63 א' לחוק התכנון והבניה המעניק לו הגנה בפני כתב האישום לאור זאת שבבית מתגוררים נכי נפש שמשרד הבריאות אישר להם לגור במסגרת מגורים עצמאית או מוגנת. סעיף 63 א' לחוק התכנון והבניה קובע כי ככל שמדובר בנכי נפש שמשרד הבריאות אישר להם לגור במסגרת



מגורים עצמאית או מוגנת ייראו מגוריהם של עד 6 נכי נפש בבנין מגורים מאוכלס כממלאים אחר היעוד למגורים הקבוע בחוק. כאשר מדובר בבנין מגורים לא מאוכלס - לא תחול הגבלת מספר נכי הנפש האמורה. עם זאת ברור שאי הגבלת מספר נכי הנפש בבנין מגורים שאינו מאוכלס כאמור אינו אינסופי אלא הוא מותנה במספר הדירות באותו בנין, במספר החדרים בו, במתקני מטבח, שרותים תברואה וכיו"ב כנדרש לקיום חיים נורמטיביים. השאלה שנשאלה בעתירה זו היתה האם בית פרטי, אשר עפ"י תכניות בינוי עירוניות (תב"ע) מיועד למגורים בלבד, יכול להחשב כבנין מגורים לא מאוכלס כטענת הנאשם. תשובת השופט לכך היתה שלילית. הנאשם גם הודה כי בבית מגוריו הפרטי מנוהלת פעילות עסקית של מעון לנכי נפש, במסגרתו מלין הוא 13 נכי נפש, כך שלמעשה בית מגוריו הפרטי של הנאשם אינו משמש למגורים אלא לעסקים ובכך עבר ועובר הנאשם העבירות המיוחסות לו בכתב האישום. לעניין זה לא עמדה לנאשם ההגנה שבסעיף 63 א' לחוק התכנון והבניה, שעיקרו הגנה על אינטרס הציבור ועל כן הורשע בדיון.

שאלת זכויותיו של אדם נכה נפש לעומת אינטרס הזולת באה לידי ביטוי גם ביחסים שבינו ובין בני משפחתו. זו אחת הסוגיות הכאובות ביותר בתחום בריאות הנפש המעוררת מתחים רבים בין המעורבים בדבר לאור העובדה כי טיפולים רבים בכפייה מתבצעים על רקע בקשות של בני משפחה. זאת גם הסיבה כי לאורך כל תהליך כתיבת האמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות באו"ם התנגדו ארגוני הנכים לתת למשפחות מעמד והכרה בתוך האמנה. בסופו של דבר, בלחץ המשלחות, הוכר מעמדה של המשפחה בפרק המבוא<sup>42</sup> בנוסח המדגיש כי בני המשפחה מופיעים באמנה כאמצעי לסייע בקידום זכויות האדם של בני המשפחה עם מוגבלות ולא כמערכת שזכויותיה עומדת לה בפני עצמה<sup>43</sup>, כדלקמן:

v) *bis Convinced* that the family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the state, and that persons with disabilities and their family members should receive the necessary protection and assistance to enable families to **contribute towards the full and equal enjoyment of the rights of persons with disabilities**

לעיתים החיים במשפחה הופכים לגיהנום כמו במשפחות רבות רגילות אולם במקרה של בן משפחה עם מוגבלות נפשית המשפחה יכולה לפנות בבקשה להוציא הוראת אשפוז כפוי נגדו. בפסק דין של השופטת סביונה רוטלוי ממרץ 2000 אשר עסק בערעור על אשפוז כפוי מובא מקרה מעין זה של צעיר בן 33 שאובחן לאחרונה כסובל ממצב פסיכוטי. על מצבו הקשה דיווחה אמו לפסיכיאטר המחוזי וביקשה את התערבותו המיידית לצורך מתן טיפול כפוי למערער. הפסיכיאטר המחוזי סרב לעשות זאת לאחר שהעריך כי הצעיר אינו מהווה סיכון לעצמו או לסביבתו באופן מיידית או באופן שאינו מיידית על אף שניתן להתרשם היה להתרשם כי בהתנהגותו הצעיר גורם סבל נפשי חמור לאמו ולאח הצעיר. אין ספק שאורח החיים התקין שלהם נפגע במידה רבה ויש ספק אם בלעדי האם הוא היה מסוגל לדאוג לצרכיו. הפסיכיאטר המליץ על הפנייה לטיפול. לאחר עשרה ימים פנתה שוב האם לפסיכיאטר המחוזי בטענה שהמצב הוחרף וכי החיים במחיצת הבן הפכו לסבל נפשי חמור והיא מבקשת לנקוט נגדו

בהליכים כפויים. לאחר סרוב הבן לבדיקה חוזרת כתבה האם שוב מכתב לפסיכיאטר המחוזי שבו היא טוענת כי הבן המערער צעק עליה וסרב לשתף פעולה וטען ש"אם רוצים להיפטר ממנו, עדיף לקחת אקדח ולירות לו בראש ולא לפעול נגדו בדרכים אחרות". האם סברה כי: "האפשרות היחידה לחלץ אותו ממצב דלזיוני היא באמצעות טיפול בבית חולים. הפנייה למרפאה במצבו היא בזבז זמן". בעקבות זאת הוציא הפסיכיאטר המחוזי הוראת בדיקה כפויה במרפאה. בטרם הגיע המועד לקבלת הטיפול שלחה האם מכתב נוסף לפסיכיאטר לפיו חלה החמרה נוספת במצבו של המערער, והוא מאיים באופן מפורש כי "אני אמות בייסורים אם שיתוף הפעולה שלי אתכם יוביל לאשפוז". בעקבות אי התייצבות הבן לטיפול כפוי במרפאה הוצאה הוראת אשפוז בכפייה. המערער הגיש ערר לוועדה פסיכיאטרית והסכים רק לטיפול בביתו אך אשפוזו הוארך.

השופטת חזרה על דברים שכבר אמרה בהזדמנויות אחרות: "החוק לטיפול בחולי נפש, מתוך דאגה לאזן בין אינטרסים מנוגדים, שהם: הצורך לטפל בחולי נפש, הצורך להגן על הציבור מפני חולי נפש מסוכנים והרצון לפגוע במינימום אפשרי בזכויות היסוד של חולי נפש, כמו זכותם לחירות ולכבוד, קבע תנאים מפורשים, שבהם ניתן יהיה להגביל את חירותם של חולי נפש. החוק אף קבע דרכים מדורגות לטיפול בחולי נפש, תוך שהוא מבחין בין אלה המסוכנים לעצמם או לזולתם סיכון מידי, לבין אלה הגורמים סבל נפשי חמור לזולת באופן הפוגע באורח חייהם או פוגעים פגיעה חמורה ברכוש. על הקבוצה הראשונה ניתן לכפות בדיקה דחופה ואשפוז כפוי דחוף, ואילו על הקבוצה השנייה ניתן לכפות בדיקה ואשפוז לא דחופים. החוק אף קבע אמצעים מדורגים לטיפול כפוי, החל בצו לטיפול מרפאתי כפוי וכלה בצו לאשפוז כפוי. לכל דרך ולכל אמצעי נקבעו תנאים שונים. שומה על כל מי שקשור בהפעלת החוק להקפיד הקפדה יתרה על מילוי התנאים, יהא הוא הפסיכיאטר המחוזי, ועדה פסיכיאטרית או בית משפט... מדובר על שלילת חירותו של אדם, שהינה אחת מן ההחלטות הקשות והמשמעותיות ביותר עבור כל אזרח". השופטת קיבלה את הערעור של הבן והטילה על המדינה הוצאות בסך 10 אלפים ₪, לנוכח המישגים, התקלות והעיוותים שנעשו באישפוזו הכפוי של המערער מתחילת הדרך ועד סופה". הנה כי כן השופטת ראתה מול עיניה את זכויותיו וחירותו של המטפל מנקודת מבטו ולא את האינטרס שייצגה המשפחה<sup>44</sup>.

### הזכות לאוטונומיה

סוגייה כואבת נוספת לרבים מהאנשים נכי הנפש הינה הפעלת סמכות כפויה במינוי אפוטרופוס או במינוי מקבל גמלת המוסד לביטוח לאומי לצורך ניהול עניינם לאחר שנקבע כי אינם מסוגלים לדאוג לעצמם. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962 קובע כי במילוי תפקידיו חייב האפוטרופוס לנהוג לטובת החסוי כדרך שאדם מסור היה נוהג בנסיבות העניין. לתפקיד אפוטרופוס יכולים להתמנות קרובי משפחה של החסוי, יחידים, או תאגידים העוסקים בכך. במהלך השנים חל גידול רב במספר החסויים ובתחילת 2004 הסתכם מספרם ב- 29,503 נפש (משרד המשפטים, 2004)<sup>45</sup>.

קיומו של סעיף 36 לחוק האפוטרופוס הכללי, התשל"ח – 1978 הכולל הנחייה כי "לפני מינוי

האפוטרופוס ישמע בית המשפט את דעת החסוי אם הוא מסוגל להבין בדבר וניתן לברר דעתו" לא מנע את ממצאי מבקר המדינה (2002) כי חסויים רבים לא התבקשו להביע את עמדתם בנושאים, כגון: התנגדות למינוי, התנגדות לאפוטרופוס המוצע ובחירת אפוטרופוס חלופי, הופעה בפני בית המשפט או וויתור על זכות זו, קביעת את מקום מגורים, השתתפות בהחלטה על השמה במוסד, קבלת טיפול רפואי, מינוי אפוטרופוס על הגוף לצורך מתן הסכמה לפעולות רפואיות מסוימות<sup>46</sup>, או לצורך הוצאה מהבית והשמה במעון (בית אבות, מעון סיעודי או אחר). עוד מלין המבקר כי אין עבור אנשים אלה מערכת סינגור בלתי תלויה אשר תשמור על האינטרסים שלהם והם אינם זוכים כמעט להערכה מחודשת של מעמדם כחוסים וכאלה שמונו להם מקבלי גמלה ((Herr, 1992). אין גם הכשרה וכן לא מתנהל כל פיקוח על מינוי ועבודת האפוטרופוסים לענייני גוף<sup>47</sup> המבטיחים את כשירות מקבלי המינוי לתפקיד, "סל אפוטרופוסות" הולם ואת האופן שבו השירותים מסופקים לחסוי האם הם ראויים והאם אין בהם ניצול. נמצא, למשל, כי עד היום שכר הטרחה שגובים התאגידים מחסויים חסרי אמצעים, המתגוררים בקהילה, מותיר בידי החסויים סכום שאינו מאפשר להם קיום כראוי. הצעת חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות (תיקון - פיקוח על אפוטרופוסים), התשס"ג-2003, אשר הוכנה ע"י משרד המשפטים, אמורה להסדיר נושאים אלו אך היא מתעכבת מטעמים שונים כך מתעכבת היוזמה להקים מערך פיקוח על הטיפול בחוסים כך שהיום אין כל בטחון בכך שפעולת ההגנה הכפויה על חסרי הישע יוצרת תשתית ראויה ובטוחה או שהיא מובילה בעצם להפקרתם של חסרי הישע בידי גורמים בלתי ראויים (מבקר המדינה, 2002).

### הזכות לשאת באחריות

המסוגלות והנכונות לקבל אחריות הינה אבן יסוד ברקמת חיון האישית והחברתית של האדם. מבחינה זו מעמדם של אנשים הסובלים ממחלת נפש הנו בעייתי שכן ההלכה הדתית ((Abrams, 1998; Marx, 1992-1993) וכן החקיקה והפסיקה האזרחית מונעים מהם מלשאת באחריות אישית וחברתית מלאה. הביטוי המוחשי לכך הנה שאלת האחריות הפלילית. חוק העונשין, התשל"ז-1977 סעיף 34. קובע כי: "לא יישא אדם באחריות פלילית למעשה שעשה אם בשעת המעשה, בשל מחלה שפגעה ברוחו או בשל ליקוי בכושרו השכלי, היה חסר יכולת של ממש להבין את אשר הוא עושה או את הפסול שבמעשהו; או להימנע מעשיית המעשה. מלבד אם נאמר בחיקוק אחרת, חזקה על מעשה שנעשה בתנאים שאין בהם סייג לאחריות פלילית. לא יישא אדם באחריות פלילית לעבירה אלא אם כן היא הוכחה מעבר לספק סביר. התעורר ספק סביר שמא קיים סייג לאחריות פלילית, והספק לא הוסר, יחול הסייג". אם כך די לנאשם לעורר ספק סביר שמא התקיים בו הסייג" (פס"ד 000126/03 עמית, 2004<sup>48</sup>).

ועוד אומר עמית בפסק הדין שדלעיל: "לא בכדי הגנת אי שפיות מעוררת מחלוקת מטבעה. במישור הערכי, קשה להשתחרר מהתחושה הטבעית של התנגדות והתקוממות על כך שנאשם יצא פטור בלא כלום. לצד תחושה זו, יש חשש שהרחבת גבולותיה של טענת אי שפיות, תפגע ביעילותו של החוק הפלילי במלחמתו נגד הפשע, ותתפרש כמתן היתר לתמהונים ולבעלי מוזרויות למיניהם ולסוגיהם להתחמק מאחריות פלילית. הציבור הרחב, שאינו אמון על דקויות רפואיות-משפטיות, מתקשה להבין או לקבל את סייג אי השפיות, מה שעלול לגרום לפגיעה

באמון הציבור במערכת אכיפת החוק. לא ייפלא כי סערות ציבוריות פרצו בעקבות מקרים בהם פטר בית המשפט נאשמים מחמת אי שפיות...לכך יש להוסיף את החשש- או שמא החשד- כי מדע הפסיכיאטריה הוא תחום פחות מדויק מתחומי רפואה אחרים. גם הפסיכיאטרים מונעים משיפוט ערכי-מוסרי, המשפיע על חוות דעתם וחלוקים בדעותיהם בכל הנוגע להגדרת "חולה נפש". בהעדר אמות מידה אובייקטיביות מדויקות, הסיוע שיכול מדע הפסיכיאטריה להושיט לבית המשפט הוא מוגבל....בית המשפט אינו בוחן כליות ולב, וגם הוא אינו מסוגל לחדור למוחו ולמכמני נפשו של נאשם, ומכאן הקושי האינהרנטי לקבוע מי להרשעה ומי לפטור בגלל אי שפיות. אך למרות הקשיים שהזכרנו לעיל, נזכור כי הגנת אי שפיות אינה בבחינת חסד שעושה המשפט כלפי הנאשם, אלא הכרה של המשפט כי בשל היעדר יכולת הבנה או יכולת בחירה, הנאשם חסר את היסוד הנפשי הנדרש להתגבשות העבירה. אין להעניש אדם שהתנהג כפי שהתנהג כי אינו מסוגל להתנהג אחרת או כי תפיסת המציאות שלו משובשת באופן חמור מבלי שהוא מודע לכך. אין זה צודק להטיל עונש על מי שלא התכוון ולא רצה בתוצאה. אין טעם להעניש נאשם כזה, הואיל והעונש אין בכוחו ללמד אותו לקח ומשום כך אין בידו לשמש לקח לאחרים. הרשעה וענישה של נאשם כזה, כמוה כהענשתו על מחלתו, והרשעה מעין זו, מחטיאה את מטרת החוק הפלילי, אין בה טעם שבהגיון ולא הצדקה במוסר." (עמודים 12-13). נדגים את מורכבות הנושא במספר פסקי דין:

מדובר בעתירה מספר 405/01 שהגישה מדינת ישראל כנגד פלוני בן 79 בפברואר 2005 בה ביקשה כי יוטל על הנאשם עונש מאסר ארוך ומשמעותי בגין הכחשת עבירות מין שביצע כנגד נכדיו ונסיונו להפוך את קורבנותיו לשקרנים תאבי בצע הבאים לשלול את רכושו ממנו. הסניגור טען כי מדובר בניצול שואה, נכה לכל משך חיו<sup>49</sup> הזקוק לרחמי בית המשפט. אולם השופטים ג'ובראן, שפירא וצמח קבעו בפסק דינם: "לא מצאנו עילה, בנסיבותיו החמורות של המקרה שלפנינו, לחרוג ממדיניות הענישה, כפי שהתווה בית המשפט העליון בפסק דינו. אין אנו מקלים ראש בכל הנוגע לזוועות אותן חווה הנאשם בזמן מלחמת העולם השנייה. אולם לא הובאה כל ראיה אשר יכולה לקשור בין היות הנאשם במחנה ריכוז נאצי בנעוריו לבין המעשים הנוראיים בנכדיו. סיפורו האישי של הנאשם, קשה ככל שיהיה, אינו יכול להיות צידוק לשורה ארוכה כל כך של מעשים שמתפרסת לאורך מספר כה רב של שנים, כלפי נכדיו הרכים. לאור זאת אנו גוזרים עליו 15 שנים בפועל.." (עמוד 8).

עתירה מאוחדת מספר 747/86, 6/87, 11/87, 23/87 מיולי ואוקטובר 1988 עסקה בשלושה צעירים אשר הורשעו ברציחתו של נהג המונית חמיס טוטנג'י. אחת מהן – הלל - נזקקת לתרופות להפגת דכאון וכנגד קרישת דם והיא טענה כי מניעת התרופות כנגד דכאון היוותה אמצעי לחץ מכוון ששימש מנוף לכפייתה להודות באשמה. עוד טענה הלל כי הודאתה נעשתה מתוך טשטוש חושים. השופטים בייסקי, נתניהו וגולדברג סברו כי: "לא יכול להיות ספק בדבר מופרעותה הנפשית של הלל, כפי שעולה מחוות דעתם של המומחים שהעידו בבית המשפט. עוד הוסיף בית המשפט כי אילו התקבלו אצלנו כלל האחריות המופחתת כפי שהוא מקובל כיום במדינות אחרות, ברי שהכלל הזה היה חל על הלל, על כל המשתמע מכך לגבי אחריותה וענישתה.....כיון שלא הוכח כי הלל חולה במחלת נפש על פי מובנה המשפטי, והדחף למעשה

לא היה נעוץ במחלת נפש – אין ברירה לבית המשפט אלא לדחות את טענת ההגנה בדבר אי שפיותה של הלל ובדבר הדחף לאו בר כיבוש שעל פיו פעלה" (עמוד 12). ערעורה, כמו ערעורם של השניים הנוספים נדחה. השופט בייסקי הוסיף שלוש הערות והשלישית שבהן מתייחסת להלל: "מחוות דעת רפואיות שהונחו בפני הערכאה הראשונה, והקובלות גם על התביעה, עולה כי ידועת חולי ומכאובים הלל, מהם חוליים גופניים פיזיים לרוב והיא סובלת גם ממחלת נפש... ומצוייה בגינה הן בטיפול אמבולטורי ממושך והן באשפוזים חוזרים...ודי לציין כי היא מוגדרת כאישיות גבולית היינו מצוייה בשטח האפור בין מה שמקובל לראות כאישיות נורמלית ובין אישיות סכיזופרנית...על פי חוות דעת של המומחים...הלל פעלה בהשפעת מופרעותה הנפשית...אולם מחלתה אינה מגיעה למחלת נפש במובן משפטי שיש עמה פטור מאחריות פלילית...פעמים רבות העירו בתי המשפט על הצורך כי יצעד גם המחוקק בעקבות התפתחות הרפואה המודרנית ויאמץ את האחריות המופחתת, אשר כבר נקלטה וקנתה שביתה במדינות אחרות והמאפשרת התחשבות בענישה במקרים מסוג זה..." (עמוד 12)<sup>50</sup>.

מקרה שלישי עוסק בשחר חדד אשר עתר לבית המשפט העליון נגד מדינת ישראל בתיק 4419/95 באפריל ובמאי 1996 כנגד חומרת העונש שקיבל בגין רצח אביו של עשר שנות מאסר בפועל. בדין ישבו השופטים גולדברג, זמיר וקדמי. השופט גולדברג סבר כי יש להקל בעונשו של שחר ולהטיל עליו שבע שנים בפועל, וכך הוא אומר: "לא הייתי רואה מקום לקבל את הערעור ולהתערב בעונש מאסר עשר שנים אלמלא מחלת הנפש חשוכת המרפא שנתגלתה אצל המערער אחרי המעשה, וככל הנראה בעקבותיו, ואשר בית המשפט סבר בטעות כי נרפא ממנה. אין דומה סבל המאסר של המערער לסבלו של נאשם שאינו לוקה כמוהו בנפשו, והשלכות המאסר אף אינן דומות. מצב מיוחד זה הוא שצריך להטות את הכף לקבלת הערעור" (עמוד 9). לשופט קדמי היתה דעה אחרת והוא סבר כי אין מקום להתערב בגזר הדין אשר בעיניו יש בו הקלה מרחיקת לכת עם המערער. "...המקרה שלפנינו הנו מקרה מובהק של רצח בכוונה תחילה, כאשר הקורבן הנו אביו של הנאשם...אלמלא נאותה התביעה להפחית את חומרת האישום מרצח להריגה מטעמים אנושיים – הנעוצים במצוקה הנפשית המצטברת שהעיקה על המערער ובהתפרצות מחלת נפש רדומה, שקיננה בגופו, עקב המעשה הנורא שעשה – היה המערער נדון למאסר עולם חובה...איני רואה הצדקה לחזור ולהנות אותו מהקלה נוספת בשל גורמים אלה..." (עמוד 11). השופט זמיר הסכים עם מסקנת השופט קדמי והערעור נדחה.

שאלת האחריות אינה רלוונטית רק למישור הפלילי אלא אף בהקשר לסוגיות המתקשרות לחיי היום יום. למשל, בעניין זכויות קניין וירושה, ניהול עסקים וכדומה. הדוגמאות שלפנינו מתארות מקרים מעין אלו:

"מדובר בעתירה של כהן נגד כהן במשפט מספר 93/869 מפברואר 2000 העוסקת במקרה בו שני אנשים נכנסו למיזם בנייה משותף שבסופו של דבר נכשל. התובע תלה את האחריות לכשלון על שותפו ודרש פיצוי כספי בגין הפרת חובת נאמנות, אחריות ואימון. הנתבע טען כי אינו אחראי להפרה עקב מצבו הנפשי המקנה לו "הגנת סיכול" הקבועה בסעיף 18 לחוק החוזים (תרופות בשל הפרת חוזה), התשל"א-1970 ופוטרת אותו מאחריות בתנאים האמורים. ביום

הקובע הנתבע אושפז בבית חולים פסיכיאטרי לאור מחלת הנפש מסוג סכיזופרניה אפקטיבית ממנה סובל ואשר הצריכה בעבר אשפוזים בבתי חולים לחולי נפש, טיפולים תרופתיים ומעקב פסיכיאטרי צמוד ומתמשך. השאלה המרכזית שעלתה במשפט היתה כיצד השפיע ליקוי זה על היכולת להבין את מהותם של המשאים ומתנים שהתנהלו ואת חשיבותם כדי לאפשר לגבש העיסקה ולעמוד בלוח הזמנים הנדרש. בפסיקתה אומרת השופטת איילה פרוקצ'יה: "מקומה של שאלת האחריות של הלקוי בנפשו במשפט אזרחי עשויה להבחן משתי זוויות ראייה: זווית הכשרות לביצוע פעולה כזו או מסוגלות להבין טיבו של מעשה או מחדל ולגבש יסוד נפשי כזה או אחר כאשר נדרש לצורך הטלת אחריות אזרחית. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 לא קבע הוראות כלשהן בטרם הוכרז האדם כפסול דין, אולם כזה נמצא בתחום הצוואות. בהעדר הסדר סטוטורי כולל ניתן להתייחס לכך מנקודת מבט של אחריות אזרחית בתחום החוזי והנזקי, דהיינו דרך מבחן של קיום רצייה, כושר שיפוט ורצון חופשי בביצוע מעשה. עלינו להיות ערים תמיד לניגודי המגמות: מצד אחד הצורך להגן על אדם שדעתו נשתבשה כאשר מנגד עומדים הרצון והצורך להגן על הביטחון המסחרי ובטחון העסקות.... ניגוד זה חייב שיוליד גישה הבוחנת בקפידה את קיומם של התנאים הנדרשים להחלת דין הסיכול...רק מצב קיצוני של חוסר יכולת לקיים את החיוב החוזי עקב ליקוי נפשי יצדיק פטור מאחריות חוזית להפרה ופגימה אגב כך בבטחון המסחרי וודאות העיסקות....התשתית העובדתית והמשפטית שנפרשה מביאה אותי למסקנה כי בנסיבות עניין זה נכון וראוי לקבל את טענת סיכול החוזה מפיהו של הנתבע...יחד עם זאת יש להטיל על הנתבע תשלום סכום גלובלי לתובע וכן הוצאות המשפט ושכר טרחת עו"ד של התובע כולל מע"מ, הפרשי ריבית והצמדה כחוק מהיום ועד התשלום בפועל". השופטת פרוקצ'יה יוצרת קומבינציה משפטית מיוחדת של אי הטלת אחריות אזרחית על הנתבע אך הטלת אחריות מעשית באמצעות חיובו בתשלום לשותפו לשעבר.

בעתירה 1212 /92 של קרן לב"י ואחר מאוגוסט 1992, כנגד קבוצה של בני משפחה והאוניברסיטה העברית, לבית המשפט העליון, נדונה צוואתו של אדם אשר אחותו טענה כי בעת עריכת הצוואה היה חולה נפש ועל כן צוואתו ללב"י בטלה. בית המשפט המחוזי הורה לקיים את הצוואה באופן שהיא תחולק בחלקים שווים לאחות, לשתי בנותיה ולקרן לב"י. קרן לב"י ערערה על כך וכן גם האחות ביקשה לתקן את הצוואה כך שכל המשפחה (כולל הבן) תזכה בכולה. השאלה המרכזית שעמדה בפני בית המשפט היתה כשרותו של חולה נפש לעשות צוואה, דהיינו, להבחין בטיבה של הצוואה<sup>51</sup>. מאחר ומדובר באדם שהנו חולה נפש שלא הוכרז פסול דין השאלה התמקדה בכושר השיפוט שלו למי לצוות את הצוואה בעת ביצועה. השופט מישאל חיישין התמקד בהבדל בין שתי חוות דעת של הפסיכיאטרים אחת נכתבה ללא הכרות אישית עם המנוח, ובדיעבד והסיקה על העדר יכולת שיפוטית והשנייה נכתבה לאחר הכרות אישית עם המנוח במהלך טיפול ובסמוך לניסוח הצוואה והיא סברה כי המוריש היה קומפונטי להבחין בטיבה של הצוואה, היה מודע למהות מעשיו ותוצאותיהם, והבין את הזכות להוריש את רכושו למי שהוא רצה מתוך רצון חופשי ובמודעות מוחלטת. היה נסיון של בני המשפחה לפרש את מעשה המנוח כנובע מכעס פסיכויטי כלפיהם אולם לדעת השופט חיישין כעסו על האחין אותו הדיר מהצוואה לא היה בבחינת הזייה שהרי האחין מעל באמונו בעת שדודו הפקיד אצלו דברי ערך ומזומנים. השופט סבר כי יש לקבל את ערעור קרן

לב"י ולכבד את צוואת המנוח כלשונה. השופט שמגר הצטרף לדעה זו.

השופט גולדברג ביקש להוסיף כי: "העיקרון של כיבוד רצון המצווה עובר כחוט השני בפסיקה הנוגעת לקיום צוואה, ומשמש אבן פינה לפירושן של הוראות שונות בחוק הירושה, התשכ"ה - 1965. הרצון בצוואה הוא המנחיל ובהתקיים הרצון אין על בית המשפט אלא לקיים הצוואה, כשאר אפוטרופוס על הרצונות. לאדם הזכות לשלוט בנכסיו והחופש לצוותם מתוך שיקולים הנראים בעינינו מעוותים, חסרי כל הגיון, שרירותיים ופסולים....לאדם החריג רצון משלו ואמת משלו, על פי המציאות שלו. הוא חי את חיו בבועה שלו וניתוצה אחרי פטירתו, באיצטלה של רצון להתחקות אחר עולמו הפנימי "האמיתי" אינו אלא נסיון לשחזר את מה שלא התרחש אצלו מעולם. ... התערבות חברתית בכך מהווה פגיעה בזכות הקנין של הפרט, כשהיא מפקיעה מבעל הנכס את הכוח לשלוט בנכס ולעשות בו פעולות משפטיות. גם השיקולים שעומדים ביסוד חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב - 1962, אינם יפים לעניינו. ההגבלות על כושרו של פסול דין לבצע פעולות משפטיות נושאות אופי הגנתי, כשמושא ההגנה הוא הפרט עצמו. הגבלת כוחו של מי שסובל ממחלת נפש, באה כדי להגן עליו ועל רכושו. שיקול זה אינו קיים כלל בצוואה כשאר חשש כי המצווה יגרום נזק לעצמו, כשהפרידה שלו מן הנכסים נוצרת עם מיתתו. שיקול דעתו מצטמצם רק לבחירת זהותם של הנהנים על פי הצוואה, כשלגבי אחרים אין עליו כל חובה להוריש מרכושו, ואין עליו להגשים את ציפיותיהם". ברוב קולות התקבל הערעור וצוואתו של המנוח כובדה.

היבט נוסף הנה הזכות לשאת אחריות במימוש חיים ציבוריים ופוליטיים. פרק 29 באמנה עוסק בנושא זה ומדבר על הזכות להתבטא ולבחור באופן חופשי ועצמאי נציגים, לבחור ולהבחר בתהליכי בחירה חסויים ונגישים ועל החובה של החברה לעודד אותם ולאפשר להם מעורבות זו. בישראל כל אזרח יכול להצביע אולם אנשים מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים וכלליים הצביעו לראשונה רק בבחירות של מאי 1996 לאחר תיקון שנעשה בחוק הבחירות לכנסת ולראש הממשלה (נוסח משולב) התשכ"ט - 1969<sup>52</sup>. השינוי מהווה מרכיב חשוב בשיפור רמת מעורבות האנשים עם מוגבלות נפשית בלקיחת אחריות חברתית ראשונה במעלה ((Nash, 2002. תחום זה יכול גם לשמש קריטריון כמותי להשתלבות ומעורבות דרך מעקב אחר שיעור ההשתתפות בבחירות ביחס לאוכלוסיה הכללית ודפוס הבחירה. מחקרים שנעשו בארץ וברחבי העולם הראו כי שיעור המצביעים בקרב אנשים מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים נמוך מאשר השיעור בקרב כלל הציבור<sup>53</sup>. יש המייחסים זאת לניתוק של מאושפזים מהחיים החברתיים ויש המייחסים זאת למחסומים המוצבים בפניהם לקלפי בתואנה כי אינם יכולים להצביע עקב היותם פסיכוטטיים (פניית ציבור, 2006). תלונות אלה מחייבות את המערכת הטיפולית להגדיר נושא זה כיעד בעל חשיבות חברתית ממדרגה ראשונה והוא מהווה דוגמא לתרומה פוטנציאלית של מטפלים בקידום זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית. לספקנים הסבורים כי מחלת הנפש אינה מאפשרת לאנשים שיקול דעת מראים מחקרי מעקב ברחבי העולם כי דפוס הבחירה של מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים ודיירים בדוור מוגן הנו זהה לשאר האוכלוסיה (לוי, מלמד, 1998) ולעיתים יש בו נטייה מסויימת למפלגות השמאל הנחשבות כמפלגות חברתיות יותר (Bullenkamp and Voges, 2004; Kelleher, Timoney, 2002; Fried, et al, 2002).

### הזכות למידע

היבט נוסף של מעורבות ואחריות חברתית הינו יישום הזכות לקבל מידע ציבורי מגוף ציבורי המעוגנת בחוק חופש המידע, התשנ"ח – 1998. החוק מכיר בזכות של כל אזרח או תושב ישראלי לקבל מרשות ציבורית מידע בעל אופי ציבורי שאין לו בו עניין אישי מיוחד. המבקש אף אינו חייב לציין את הטעם לבקשתו. מימוש זכות זו קשה לכל אדם ולאדם עם מוגבלות נפשית עשרת מונים עקב הטענה האופיינית כי המידע עלול להזיק לו או שהוא עלול להזיק, בעקבות קבלת המידע, לזולת. נדגים זאת בעתירה של העמותה הישראלית למאבק בתקיפה פסיכיאטרית כנגד משרד הבריאות בתיק מספר 200871/98 ממאי 2000. בעתירה מבקשת העמותה ממשרד הבריאות למסור לה רשימה שמית כוללת ועדכנית של הפסיכיאטרים שקיבלו כתב הסמכה לביצוע בדיקה פסיכיאטרית לפי סעיף 1 לחוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991 וזאת לשם הבטחת איכות עבודתה הציבורית של העמותה. בסיס הבקשה הנו חוק חופש המידע. המדינה ביקשה לדחות את הבקשה ממספר טעמים: 1. קיים חשש כי חשיפת הרשימה עלולה להוות פגיעה בבטחונם או בשלומם של הפסיכיאטרים הבודקים זאת לאור העובדה כי במחקר שנעשה בנושא התברר כי כ- 40% מהפסיכיאטרים דיווחו על כך שהותקפו פיזית בידי חולה נפש לפחות פעם אחת בקריירה שלהם ולאור הרצח שהתרחש לפני מספר שנים בידי מטופל בתחנה בקריית יובל. 2. החשש כבד במיוחד עקב תפיסותיה הקיצוניות של העמותה. כדוגמה הביא משרד הבריאות את הפרסום של העמותה בו נראתה תמונתו של פסיכיאטר שהורשע באשפוז כפוי על סמך מכתב שיקרי משכן. 3. לדעת משרד הבריאות יכול להיווצר שיבוש בתפקוד התקין של הרשות הציבורית או ביכולתה לבצע את תפקידה כתוצאה מכך שפסיכיאטרים יחששו מלהכנס למאגר זה ולכן תקטן כמות הבודקים.

השופט ד"ר עדי אזור שלל מכל וכל את עמדת משרד הבריאות בראותו את דרך פעולת העמותה כלגיטימית. הוא מצטט את דבריו של השופט שמגר: "קיומן של זכויות היסוד אינו במחלוקת כאשר הדברים מתנהלים על מי מנוחות וכאשר הרשויות לסוגיהן זוכות למחמאות בלבד. אך המבחן האמיתי לחופש הביטוי הוא בעימות עם תגובות של ביקורת החלטית ובלתי נעימה לאוזן" (ע"א 723/74). בפסק הדין חייב השופט אזור למסור למבקשת את המידע המבוקש בתוך 30 יום וכן לשלם את הוצאות העתירה<sup>54</sup>.

לעומת זאת בעתירה נוספת מספר 1081/01 שבה ביקשה העמותה פרטים נוספים, היא נענתה ב"מקלחת של צוננים". בית המשפט מצוין, בדחותו את בקשת העמותה, כי העותרת עתרה בעבר וזכתה ולא הובא לידיעתו מה נעשה במידע. לדעת סומר (2003) לא ברור מדוע סבור היה בית המשפט כי מתפקידו לבדוק מה עשתה העותרת במידע שקיבלה בעבר שכן העותרת, ככל תושב ואזרח, זכאית לקבל כל מידע בסייגים המנויים בחוק חופש המידע, מכיוון שהוא בעליו של המידע הזה בהיותו חלק מהציבור. במשפט השני בית המשפט בחן את בקשת המידע מנקודה בלתי רלוונטית זו במקום לבחון האם יש בחוק עילות שבעטיין רשאית הרשות שלא למסור לעותרת מידע, כך אומר בית המשפט: "התרשמתי מהעתירה שהפעם יורה העותרת לכל הכיוונים מבלי שמשוה מסויים ידריך בפועל את פעולותיה. מה זה רלוונטי, למשל, ארץ מוצא של פסיכיאטר מטפל, מה גילו, רמת ההכנסה הממוצעת של חולה



פסיכיאטרי. לציבור אין עניין בנתונים אלה. מדוע מצבור של פרטים כאלה בידיים לא מקצועיות על בסיס החוק עשוי להיות בעל אינטרס ציבורי?" סומר (2003) סבור כי בית המשפט נקלע למערכת שיקולים בלתי מובנת מה גם והמשאלה לדעת את רמת הכנסה הממוצעת של חולה פסיכיאטרי, הנה לגיטימית בעליל כאשר הנחת הבסיס של העותרת היא שהאשפוז הכפוי הוא כלי דכוי של המדינה לרדיפת חריגים, כולל בשטח החברתי כלכלי.

היבט נוסף של מימוש הזכות לקבל מידע עוסק במידע פרטני. זכות זו נכללת בחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 הבא להבטיח שהטיפול הרפואי יתבצע תוך הסכמה מדעת על בסיס מידע שניתן למטופל על פי בקשתו לגבי האבחנה, הפרוגנוזה, הסיכויים והסיכונים בטיפול המוצע וכן מידע על כל טיפול חדשני שעומדים לתת לו. המטופל גם זכאי למידע על זהותו ותפקידו של נותן הטיפול, לקבלת חוות דעת שנייה, לשמירה על כבודו ופרטיותו, וכדומה. יחד עם זאת קיימים מצבים שבהם נשקפת למטופל סכנה חמורה בהם יכול להתבצע טיפול ללא הסכמה עקב מצב גופני או נפשי, או כאשר לא ידוע שיש התנגדות או שאין אפשרות לקבל הסכמה וזאת באישור וועדת אתיקה שבוחנת האם נמסר למטופל כל מידע, האם ההתערבות הכפויה תוביל לשיפור וניתן להשתכנע כי השיפור שיחול במצב יוביל למתן הסכמה. מקובל כי חוק כללי זה חל גם על אדם עם מוגבלות נפשית המבקש או נמצא בטיפול רפואי כללי.<sup>55</sup>

גם חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991 קובע כי חולה זכאי לקבל מידע רפואי בקשר למצבו כאשר המידע יימסר לו לפי שיקול דעתו של הרופא. נשאלת השאלה האם חוק זכויות החולה חל גם על טיפול פסיכיאטרי המעוגן בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991? הדעה הרווחת בקרב משפטנים הינה כי יש להחיל את חוק זכויות החולה גם על חולי נפש, הנכללים בתוך חולי ישראל<sup>56</sup>, מאידך - מאחר ולטיפול באנשים עם מחלת נפש יש דרישות וצרכים מיוחדים, שאין להם מענה בחוק הכללי, הרי שבאותם הבטים יחולו הסדרי חוק הטיפול<sup>57</sup> (בנאי, 2003).

בהקשר זה תובא עתירה מספר 506/01 של פלונית כנגד משרד הבריאות באפריל 2004 ובה בקשה להוציא צו המורה למשרד הבריאות להעביר לעותרת כל חומר רפואי המצוי ברשותו והנוגע לה וזאת בהתאם להוראות סעיף 18(א) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 ו/או סעיף 35 (יא) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991, לחילופין. העותרת מבקשת שייקבע כי ההכרעה בבקשתה תועבר לוועדת אתיקה שהוקמה לפי חוק זכויות החולה, המוסמכת, לטענתה, לדון בעניין. בפסק הדין שוטחת השופטת הלה גרסטל את השתלשלות האירועים בהם העותרת סרבה לכל הסדר אחר למעט קבלת החומר ודחתה כל טענה בדבר האפשרות כי מתן החומר יגרום לה נזק או לזולתה. בא כוח העותרת סבר כי חל כאן דין חוק זכויות החולה מאחר והבקשה הוגשה לאחר האשפוז כאשר חוק הטיפול עוסק במצבים של תוך טיפול. בא כוח המדינה טען כי אין לוועדת אתיקה כל סמכות לדון בעניינה של המבקשת מאחר והנושא מוסדר ע"י חוק טיפול חולי נפש שהנו מוקדם יותר וספציפי ומתייחס לייחודיות הסדרי מסירת המידע שנקבעו לגבי אנשים חולי נפש לעומת חולים אחרים. הוראת חוק הטיפול יוצרת, לדעת המשיבה, איזון בין הזכות הכללית למסירת מידע לבין מצבו המיוחד של חולה הנפש....נקודת

המוצא המועדפת על הגורם המטפל היא שניתן להעביר לעיונו הישיר של המטופל את החומר הרפואי בענינו, פרט למקרים חריגים בהם מופעל שיקול הדעת הרפואי באופן המונע את מסירת המידע. במקרים כאלה יועבר החומר הרפואי לגורם מטעם החולה, על מנת שזה יחליט אם ניתן למסור לחולה את המידע הרפואי על בסיס מצבו העכשווי של החולה ושיקול דעתו של גורם זה..."

בהכרעת הדין קובעת השופטת: "החוק החדש לטיפול בחולי נפש, בהבדל מהחוק הקודם<sup>58</sup>, גדוש במערכת של תנאים ואיזונים, שנועדו להבטיח מצד אחד, את זכויות חולה הנפש ואת זכויות האזרח מפני אשפוז כפוי שרירותי, ומן הצד השני, נועדו להבטיח את שלומו של הציבור מפני חולים בעלי דרגת סיכון גבוהה. את מקומה של הגישה הפטרנליסטית, שעמדה ביסוד החוק הקודם, תפסה גישה מאוזנת יותר, המכירה בזכותו של אדם שלא לקבל טיפול רפואי באופן כפוי, אלא אם מתקיימים הקריטריונים הקבועים לכך בחוק. כך יש לפרש את מכלול הוראות החוק לטיפול בחולי נפש, הן אלו העוסקות בתנאים לאשפוז והן אלו העוסקות בזכויותיו של החולה, אם במהלך האשפוז או לאחריו. חקיקת חוק זכויות החולה בשנת 1996, הביאה למהפכה בזכויות החולה בישראל, ויש הרואים בחוק זה את אחת מאבני היסוד של שיטת המשפט. גם חוק זה קובע כי אין להתעלם מדברי החולה או מרצונו רק משום שהוא חולה, ומכיר בכך שאדם חולה זקוק לעזרה רפואית. יחד עם זאת, בחוק ניתן משקל גדול יותר לזכויותיו של החולה כאדם והחוק מגביר את החובות המוטלות על הצוות הרפואי כולו, באופן התייחסותו לחולה. גם חקיקתו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, מהווה אבן דרך בהתייחסות לזכויות אדם ולשמירה על כבודו.... לעיתים נדרש איזון בין שמירה על זכות החולה לבין הגנה על החולה. לדעת בית המשפט, האיזון הראוי מושג באמצעות הוראות החוק לטיפול בחולי נפש... הגובר על הוראותיו הכלליות של חוק זכויות החולה..."

השופטת סברה כי במצב העובדתי שבפניה, בו שוחררה המבקשת מבית חולים מבלי שהמחלה נסוגה ובמצב בו אין כל תמונה עדכנית המדגימה את מצבה הנוכחי של המבקשת לא ניתן לקבוע כי שיקול הדעת של המסרבים הופעל שלא כדין או בצורה לא סבירה... מה גם והמדינה אף הרחיקה לכת והציעה שההכרעה תועבר לפסיכיאטר המחוזי... לאחר שזה ייפגש עם המבקשת, או לכל רופא אחר מטעם המבקשת, אולם גם הצעה זו נדחתה ע"י המבקשת. בנסיבות אלו, אומרת השופטת: "לא נותר לי אלא לדחות את התובענה לבקשת מידע פרטני... יחד עם זאת, לפנים משורת הדין איני עושה צו להוצאות נגד המבקשת.."

גם בערעור מספר 6219/03 לבית המשפט העליון על פסיקת בית המשפט המחוזי, שהגישה פלונית נגד משרד הבריאות מיוני 2004, חזרה הבקשה לקבל מהרשויות מידע על אודות מצבה הנפשי ועל מקור המידע אשר הולך לבדיקתה בכפייה בידי פסיכיאטר. אמנם בבדיקה זו קבע הפסיכיאטר כי אין מקום לכפות עליה טיפול נפשי או אחר, אף כי זה הוצע לה אך "למן אותה שיחת אבחון אין למערערת מנוח. תוהו היא מה הביא לבדיקה, מי היו אלה שדיווחו כי לוקה היא בנפשה, מה מידע רפואי יש בידי הפסיכיאטר על אודותיה, מה הייתה חוות דעתו ומה הייתה אבחנתו על אודות מצבה הנפשי. המערערת חדורה בתחושה קשה כי הוטל בה

אות קלון של "חולת נפש" כביכול, בלא כל הצדק או טעם ראויים – ומכאן עתירתה לקבלת המידע... (עמוד 2) הפסיכיאטר סרב למסור לה את המידע והיא סרבה להצעת בית המשפט כי החומר יועבר במלואו לידי של רופא מומחה אשר יחליט באיזה מידע לשתפה ובאיזה לא. ערעורה נדחה בערכאה ראשונה.

השופטים אור, חשין וג'ובראן התייחסו בפסיקתם לדילמות הטבועות ביחסי רופא – חולה ומטפל – אשר בהם יש למטפל יתרון של ידע ויכולת לסייע לפונה התלוי בו לעיתים עד כדי חיו ממש ומן הצד השני עומד כבודו של האדם וחירותו אשר אחד ממרכיביהם הינה הזכות לדעת. לדעת השופטים גילוי מידע מחזק את המחוייבות הטיפולית ותורם להצלחת הטיפול אולם מן הצד השני יש והמידע עלול לפגוע במוטיבציה ובבריאות המטופל ואף לסכן את שפיותו וחיו כמו גם את שלום הציבור וביטחונו. "מיהו זה ואיזה הוא שיקבל בשוויון נפש מידע שלוקה הוא בנפשו, ומי נביא ויצפה כיצד יגיב מי שיקבל מידע קשה זה? מחובתנו לצפות את הבלתי צפוי במהלכם הרגיל של הדברים – תגובתם הקשה והבלתי צפויה של הלוקים בנפשם בהיוודע להם מצבם ולהגן עליהם....." (אבירם, אדמון, אייזנשדט, קנטר, 2000, עמוד 4). לאחר דיון נרחב בגבולות הגזרה של חוק זכויות החולה וחוק טיפול חולי נפש הם קובעים כי המערערת זכאית להגנתו של חוק זכויות החולה ובהתאם לכך הרופא שסרב לתת לה את המידע היה צריך לפנות לוועדת האתיקה, לצרף את המידע שלא נמסר למערערת ואת נימוקיו לאי מסירת המידע. וועדת האתיקה אמורה לבדוק את החלטתו. הסיבה לכך היא שהמערערת לא אובחנה כחולת נפש ומכן שסייגי חוק הטיפול אינם חלים עליה. במידה וע"פ החלטת וועדת האתיקה תהיה זכאית למידע הרי שעליו לכלול גם את המידע על זהותם של המדווחים הנחשב בהקשר זה כחלק ממידע רפואי לו העותרת זכאית.

בקשה למידע מסוג אחר על נאשם ברצח הוגשה ע"י קרובי הנרצח במטרה להשתמש במידע כדי לעתור נגד המסגרת ששחררה את הנאשם למרות מסוכנתו. מדובר בעתירה 7528/95 ממרץ יוני 1996 של פנחס הלל נגד מדינת ישראל ויהודה לוי אשר נדונה בבית המשפט העליון בהרכב השופטים גולדברג, מצא וקדמי. המערער הואשם ברצח אך זוכה בהגנת אי שפיות הקבועה בסעיף 34(1) לחוק העונשין, התשל"ז - 1977 ולכן אינו נושא באחריות פלילית ומאושפז בבית חולים פסיכיאטרי. בית המשפט המחוזי התיר למשפחת המנוח לעיין בחוות הדעת הפסיכיאטרית על המערער, שהוגשה במהלך הדיון. המערער התנגד לכך מנימוקים של פגיעה בסודיות רפואית ועל בסיס העובדה כי משפטו התבצע בדלתיים סגורות.

בית המשפט העליון דחה את נימוקו הראשון של המערער מהטעם שהמידע יצא מחזקת מערכת הבריאות ועבר כולו לשליטתו של בית המשפט אשר מוסמך להעביר מידע למי שנפגע על ידי פסק דין, או שמעוניין במשפט אזרחי הנובע מתוך המשפט הפלילי או שבית המשפט החליט לעשות זאת. לדעת השופטים מידע המצוי בידי המדינה הוא "נכס" השייך לציבור ויש חובת גילוי המידע הנגזרת מחובת נאמנות שחבה רשות ציבורית לציבור. למול זאת עומדת זכות הפרטיות כפי שמוגדרת בחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 שניתנת להפרה רק עם הסכמת בעל הדבר. מדובר כאן אם כן באיזון חקיקתי מובנה שניתן לפתרו ע"י איזון משפטי.

השופט גולדברג סבר כי במקרה שבנדון הכף נוטה לעבר ההגנה על זכות הפרטיות מאחר והמידע כולל מידע אישי רב. יתרה מכך, סבר השופט, המסוכנות של המערער הוכחה בפסק הדין ובפרוטוקולים גם ללא מידע זה. אם תחליט המשפחה להגיש תובענה משפטית כי אז יעמדו לרשותה תקנות סדרי הדין האזרחי המאפשרות קבלת מידע בתוך ההליך המשפטי. השופט מצא סבר אחרת. לדעתו אין בפסק הדין ובפרוטוקול בית המשפט מידע מספיק כדי לקבוע באם ההחלטה לשחררו היתה רשלנית. על כן הבקשה לעיין במסמכים הנמצאים בבית המשפט כבר בשלב זה היא סבירה. לדעתו גם טענת קיום המשפט בדלתיים סגורות אינה עומדת לנאשם משום שבמשפט נכחו בני המשפחה המבקשים את המידע. יתרה מכך תוכנו של פסק הדין וזוהות המערער וכן מצבו הנוכחי הפכו לנחלת הכלל על כן קבלת מידע על עברו לא תפגע בו. יחד עם זאת על מנת להבטיח חסיון מלא ניתן לקבוע כי הפרקליט והמומחה שייבחרו יוכלו לעיין בכל החומר בסייגים המקובלים ולא יצרפו את חוות הדעת החסויות לכתב התביעה. הם יעדכנו את בית המשפט על קיום המידע וימתינו להנחיותיו. גם השופט קדמי סבר כי יש לדחות את הערעור משום שהבקשה סבירה ויתכן כי בני המשפחה יוכלו אף לתבוע בהליך עצמאי את התעודות הרלוונטיות מבית החולים. ברוב דעות נדחה הערעור של הנאשם ולבא כוח משפחת הקורבן ניתנה הזכות לעיין בחומר הרפואי שהיה בבית המשפט.

זכות העיון בחומר רפואי הנוגע לערעור ניתנה גם בעתירה אחרת של היועץ המשפטי לממשלה נגד שגיב בן מאיר חוטה (תיק מספר 711/03 מ-2003). במקרה זה הזכות ניתנה משום שהיועץ המשפטי לממשלה ייצג לדעת בית המשפט את אינטרס הציבור.

### הזכות לבריאות

ע"פ מדד DALY ((Disability Adjusted Life Year העוסק בהשפעות של מצבים שונים על שיעור תמותה ומוגבלות גם יחד נמצא כי הפרעות נפשיות נמצאות בקדמת הרשימה משום ששלושת הגורמים: שכיחות באוכלוסיה, משך תחלואה ורמת מוגבלות נלווית גבוהים אצלם יותר ממחלות אחרות ((Kessler, 2000. מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי בקרב נכי נפש יש יותר תחלואה גופנית ויותר תמותה וההוצאות על הטיפולים הגופניים שלהם גבוהים בהרבה מקבוצות אחרות (Harris, Barraclough, 1998).

על כן מימוש הזכות לבריאות הוא תנאי הכרחי בחייהם של אנשים עם מוגבלות נפשית ואמנם האמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות קובעת<sup>59</sup> כי על הארצות להבטיח את זכותם של אנשים עם מוגבלות להנות משירותי בריאות ברמה הגבוהה ביותר שניתן ללא הפלייה על רקע מוגבלות תוך הבטחת שירותים נגישים ומשולבים לכל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, הנחשב לאחד מהחוקים המתקדמים בעולם, אכן מבקש להבטיח זכות זו, כדלהלן:

- א. כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.
- ב. המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות.
- ג. קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה. ד. שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי

שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13. ה. שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית."

חלק אינטגרלי של שירותים אלו אמור להיות גם הטיפול הפסיכיאטרי, תוך דגש על שילוב המירבי ברפואה הכללית (גרוס, פלדמן, רבינוביץ, גרינשטיין, ברג, Gross, Rabinowitz, ;1997; Mark, Rabinowitz, Feldman, Gilboa and Shemer 1996; Mark, Rabinowitz and Feldman, (1997; Rabinowitz, Feldman and Gross, 1998; Rabinowitz, Gross and Feldman, 1999). אולם מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי האשפוז והטיפול הפסיכיאטרי המרפאתי<sup>60</sup> לא השתלבו בסל הבריאות שבאחריות קופות החולים אלא נשארו באחריות משרד הבריאות. שירותים אלו מופיעים בתוספת השלישית של החוק<sup>61</sup>: שירותי חירום ומיון, שירותי אשפוז פסיכיאטריים, אשפוז יום, ייעוץ וטיפול באשפוז בבתי חולים כלליים, טיפולים חליפיים לאשפוז, כגון: דיור מוגן, הוסטלים וכדומה. סל שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש: שירותי אבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול פסיכו תרפויטי, התערבות במשברים, טיפול אישי, משפחתי, קבוצתי, מעקב תמיכה ואחזקה, שיקום וביקורי בית (שירותים אלה ניתנים בתשלום אגרת הטיפול הנהוגה במשרד הבריאות) וכן שירותים לאוכלוסיות מוגדרות: בגנים טיפוליים, במועדונים, במרכזי שיקום ובתעסוקה שיקומית<sup>62</sup>.

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 מתנהל מאבק ציבורי לביצוע "הרפורמה הביטוחית". דהיינו, העברת האחריות הביטוחית בתחום הטיפול הפסיכיאטרי **באשפוז ובמרפאות** ממשרד הבריאות לקופות החולים. הרציונל לרפורמה זו נוסח לאחרונה שוב ע"י יו"ר עמותת "עצמה" – פורום משפחות נפגעי נפש (שמיר, 2006): "כאשר האחריות המלאה למתן שירותים היא של קופות החולים, כל מבוטח זכאי לפי החוק לקבל טיפול הולם במחלותיו לפי סל טיפולים מחייב שהוא בעצם חוזה ביטוח. כך הדבר בכל התחלואות, ואילו הטיפולים בתחלואת הנפש ניתנים היום בחסד ולא בחוק, ומוגבלים לתקציב הזעום שהממשלה מקציבה לכך. בפועל מרבית הנזקקים נאלצים לפנות לשוק הפרטי היקר להחריד (ובלתי מפקח כהלכה) - או להישאר ללא טיפול, עם כל הסיכונים הכרוכים בכך.

לפי תוכנית הרפורמה, קופות החולים אמורות לקבל, בנוסף לתקציב הממשלתי הקיים בבריאות הנפש, תוספת שנתית של כ-200 מיליון ₪ (מדורגת על פני כמה שנים) וזאת בעיקר כדי לתגבר את השירותים המרפאתיים בבריאות הנפש בקהילה, אשר מצבם כיום חנוק ועמוס לעייפה". יו"ר העמותה סבור כי "כמו בכל רפורמה, יהיו כאלה שייפגעו, וצריך מאמץ רב למזער זאת. אבל לרוב הנזקקים, הזמינות והנגישות לשירותי בריאות הנפש יהיו במשך הזמן טובים בהרבה". לדעתו "אלה הזועקים חמס הם אלה שחוששים שבור השומן בשוק הפרטי יהיה פחות שופע ושהמחירים הגבוהים ירדו כאשר תהיה ברירה לקבל שירות ציבורי נגיש וזמין. וגם למנהלי בתי החולים עם מחלקות פסיכיאטריות עדיף היה המצב של הזרמה ממשלתית ישירה לתקציביהם, במקום להתעסק עם "טופס 17" של כל פציינט. אבל דין תחלואת הנפש חייב להיות כדין כל התחלואות האחרות. להפרדה שהייתה בעבר אין היגיון רפואי, תפעולי או

כלכלי" (שמיר, 31.8.06). הנושא נדון פעמים רבות בכנסת<sup>63</sup>, בבית המשפט העליון ובממשלה, כאשר החלטת הממשלה האחרונה קבעה שוב תאריך יעד ליישום - 1 בינואר 2007<sup>64</sup>.

תקוות המצדדים במהלך זה היא כי המהלך יתרום להפחתת הסטיגמה של מחלות נפש ולהתמודדות ארגונית וכלכלית מוצלחת יותר במתן מענים לצרכים בתחום בריאות הנפש, ובעיקר השירות הפסיכיאטרי האמבולטורי הנמצא בתת פיתוח בארץ מזה שנים רבות (פלדמן, 2003). תמונת מצב זו אינה אופיינית רק למדינת ישראל ואף ברחבי העולם קוראים להערכות כוללניות משולבת להתמודדות עם המצוקה והמחלה הנפשית, כמו המצוקה הגופנית לשם מיצוב סימפטומטי ולהחלמה באופן שיאפשר שיקום והשתלבות שוויונית בחברה (Knapp, Funk, Curran, Prince, Grigg and McDaid, 2006).

### הזכות לשיקום

משך שנים רבות שלט בעולמם של אנשים עם מוגבלות נפשית המודל הרפואי. מודל זה סבור כי בחייהם של אנשים עם מוגבלות, בכלל, ומוגבלות נפשית, בפרט, "הכל בריאות". הדבר משתקף גם בפיתוח האבחוני של ארגון הבריאות העולמי - ICF<sup>65</sup> המתייחס באופן רב מימדי לתופעת הנכות וכאינטראקציה בין הלקות, המוגבלות התפקודית והסביבה. לאור זאת חותר ארגון הבריאות העולמי לכלול את השיקום החברתי בתוך המערכת הרפואית. אולם מרבית מדינות העולם וכן ארגוני הנכים, אשר השתתפו בניסוח האמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות, התנגדו לכך וסברו כי יש לעשות הבחנה מפורשת בין המודל הרפואי, העונה לצרכי הטיפול במחלה, ובין המודל החברתי המתמקד בתפקוד החברתי וכי יש לפתח כל תחום כדיסציפלינה העומדת בפני עצמה ומשלימה אחת את השנייה. לטענת הארצות והארגונים התבססות בלבדית על המודל הרפואי ושליטת הרופאים בעולמם של אנשים עם מוגבלות היא אחת הסיבות לכך שהם נתפסים כחולים ונזקקים ולא כאזרחים שווים זכויות. בסופו של דבר נקבע כי האמנה תכלול פרק העוסק בזכות לבריאות והכולל גם היבטים של שיקום רפואי ושיקום פרא - רפואי<sup>66</sup> ופרק נפרד העוסק בזכות לשיקום פסיכו סוציאלי עם דגש מובהק על חיים בקהילה.

גם במדינת ישראל מתנהל שנים רבות שיח זה ובעיקר בהקשר לאנשים עם נכות נפשית. זאת מאחר והטיפול הרפואי בהם וכן השיקום הפסיכו סוציאלי נמצאים שניהם באחריות משרד הבריאות ועל כן נדרשת הבהרה של גזרות הפעולה ודרכי שיתוף הפעולה. הטיפול הרפואי של שאר האנשים עם מוגבלות נמצא באחריות משרד הבריאות<sup>67</sup> ואילו השיקום בידי משרד הרווחה, הפועל לפי מודל פסיכו סוציאלי. שנים רבות לא נעשה דבר הן במשרד הרווחה והן במשרד הבריאות על מנת להבטיח את שיקומם והשתלבותם של נכי נפש בקהילה ולכן לא היה כל סיכוי להשגת "דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000, סעיף 1). כדי להבטיח זאת התקדמה יוזמה פרלמנטרית של משפחות נכי נפש לחקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה ("חוק גוז'נסקי") שהתממשה בשנת 2000 למרות התנגדות שני המשרדים לחוק זה. החקיקה ביססה את הזכאות לשיקום כקשורה לנכות נפשית, (שהנו מדד קליני-תפקודי משולב), כפי שמוגדרת על ידי הביטוח הלאומי, ולא על בסיס אבחון מחלה. חוק

שיקום מגדיר "סל שיקום" ובו שירותי השיקום קלאסיים מגוונים, כגון: דיור, תעסוקה, פנאי וכדומה וכן שירותים אחרים נוספים, כגון: סיוע בשכר דירה והצטיידות ראשונית, עזרה בהוצאות נסיעה, השלמת השכלה, סיוע למשפחות, מימון טיפול בשיניים, תאום טיפול והספקת מידע. החוק מציין גם את התועלת בהספקת שירותי שיקום ניסיוניים וקידום המחקר בתחום השיקום והוא נחשב לאחד מהחוקים המתקדמים בעולם (אבירם, שגיא, סייקס, 2006). בכך הצהירה למעשה גם כנסת ישראל<sup>69</sup> כי אינה רואה בשיקום בקהילה של נכי הנפש חלק אינטגרלי של סל הבריאות אלא כתחום העומד בפני עצמו<sup>69</sup>.

כיום מטופלים במערכת השיקומית כ- 11,656 איש: 4650 חיים במגורים מוגנים, 4422 משולבים במסגרות תעסוקה מוגנות, 3771 בפעילות חברה ופנאי וכ- 3000 מסתייעים בשירותי תמיכה, תאום טיפול, סמך, חונכות והשכלה נתמכת (דו"ח שירותי בריאות הנפש, 2004). הצפי הוא כי בתוך השנים הקרובות יגיע מספר הנהנים מסל שיקום לכ- 24 אלף איש שהם כ- 50% מהאוכלוסיה של זכאים פוטנציאליים ע"פ הגדרת הביטוח הלאומי. זאת במידה ואכן יועברו למסגרת זאת התקציבים הנדרשים אשר קיימים למעשה מסגרת למעלה מ- 4.000 מיטות אישפוז והפניית המטופלים לחיים בקהילה.

גם בית המשפט סבור שאין לראות בשירות רפואי ושיקומי היינו הך. בערר מספר 8797/99 שהגישו דיירי רחוב בחיפה לבית המשפט העליון בשנת 2001 כנגד וועדת ערר מקומית ומחוזית לתכנון ובנייה ועמותת אנוש הם טענו כי ניתן לעמותה היתר לבנות הוסטל במקום המיועד לשמש מרפאה. שאלת הדיון הייתה האם ניתן להתייחס להוסטל כמו אל מרפאה. השופטים דורנר, ריבלין ונאור הדגישו כי נושא הדיון הנו טכני ואין לו מאומה עם ההסכמה העקרונית בדבר החשיבות הרבה לשיקומם של נכי נפש בקהילה ובתוך כך למגורים בה. למרות הערתם נראה כי דיון משפטי זה תורם גם הוא להבחנה בין טיפול רפואי ובין שיקום.

בפסק דינם מציינים השופטים כי הן בחקיקה והן בפסיקה נעשה אמנם לעיתים שימוש במושג מרפאה ככולל מוסד המשמש לשיקום ולסיעוד אולם במקרה הנוכחי מדובר בבניית דירות שני חדרים בהם יתגוררו נכי הנפש כדי לשקמם בתוך הקהילה. **אמנם תהיה במקום מרפאה אולם מקום המשמש למגורים לטווח ארוך איננו מרפאה**. באותה עת לא הוחל עדיין ההסדר שבסעיף 63א לחוק תכנון ובנייה שהעניק למעון לחוסים עם מוגבלות שכלית מעמד פורמלי של בית מגורים רגיל אולם השופטים מציינים כי גם אז ספק היה אם ניתן לבנות הוסטל במקום המיועד למרפאה בגלל ההבדל המהותי ביניהם<sup>70</sup>. השופטים מציינים כי התיקון המוצע בחוק היה יכול לפתור אולי את הבעייה הכללית של התנגדות השכנים למגורי נכי נפש בקרבתם אולם לא את הבעייה הנדונה בעתירה זו. בפסק הדין מציינים השופטים נאור, דורנר וריבלין כי "בענייני הגדרת ייעודים בתכנית בנין עיר אין מקום לפרשנות "מרחיבה" מעבר לייעוד הקבוע בתכנית המובילה שהיא מעבר למקובל בלשון בני אדם... אי אפשר לכנות הוסטל שביקשו להקים בשם "מרפאה". תכנית בנין עיר היא "החוקה" הן של הבעלים של הקרקע (או המחזיק מטעמו) והן של בעלי המקרקעין הגובלים. העיתוי לאיזון בין הראשונים והאחרונים הוא בשלב של אישור התכנית עצמה, ולא בשלב של מתן היתרי בנייה מכוחה. במסגרת אישור שינוי

התכנית אין לשכנים זכות וטו, ואולם השימוש במקרקעין שלא בהתאם לתכנית שאושרה – יש ביכולתם למנוע. "אציע איפוא", אומר השופט נאור, "לחברי לקבל את הערעור ולקבוע כי לא ניתן להקים במגרש י"ג אשר היה מיועד למרפאה את ההוסטל שמבקשים להקימו" (עמוד 9).

דיון משפטי מעניין נוסף עוסק גם הוא בגבולותיו של השיקום אולם הפעם מן הצד השני של הרצף, דהיינו בנקודת המשיק בין פעילות שיקומית וחברתית גרידא. בעתירה מספר 6880/02 שהגיש ניצן זפרן כנגד משרד הבריאות בפני השופטת אפרתי הוא מבקש לקבוע "כי בסמכותה של וועדת השיקום האזורית לממן לתובע קורס אמנות במסגרת תכנית לימודי חוץ של אוניברסיטת תל אביב אם מטעם שלימודי אמנות הם הגורם היעיל בשיקומו ובשילובו של התובע בקהילה, ומן הטעם שכל הגורמים המטפלים בו, תמימי דעים כי הקורס האמור הוא המפתח לשיקומו ולשילובו בקהילה. לחילופין, התבקש בית הדין להורות לשר הבריאות לשוב ולשקול את בקשתו של התובע לגופה ולא לדחותה על הסף מנימוקים של מגבלות תקציב" (עמוד 1). המשרד הסביר כי:

1. לא הוכח כי לימודי אמנות הם הגורם היעיל בשיקומו ובשילובו בקהילה.
2. רשימת השירותים בסל שיקום סגורה ואין להוסיף עליה אלא לאחר החלטת השר בהתייעצות עם הגורמים המנויים בחוק.
3. הרחבה היא פתח להרחבות אחרות ופריצת המסגרת התקציבית של החוק.
4. לימודי אמנות אינם נכללים במסגרת "השלמת השכלה תיכונית" אלא הם בבחינת העשרה.

5. לימודי אמנות אינם נכללים בתחום החברה ופנאי ולא ניתן לראות באוניברסיטה מועדון חברתי. בתגובה לדרישה לראות במשאלת הרחבת הגדרת הרכב סל השיקום מימוש עקרונ כבוד האדם מצטטת השופטת את השופט אהרון ברק<sup>71</sup>, מאמצת את תשובת משרד הבריאות ודוחה את העתירה:

"יש להזהר מהרחבת היתר של כבוד האדם. כבוד האדם אינו כל הטוב והיפה שבחיים. כבוד האדם אינו לסה-פר של המאה ה-19. כבוד האדם אינו פרוגרמה סוציאלית. כבוד האדם אינו מדינת הרווחה של המאה העשרים. על כן כבוד האדם אינו כלל זכויות האדם. לא כל זכות האדם, המוכרת בחוקות על דבר זכויות האדם, כלולה בכבוד האדם. כך למשל מספר זכויות אדם חברתיות כגון: הזכות לחינוך, להשכלה, לבריאות ולרווחה חברתית הן בוודאי זכויות חשובות ביותר אך דומה שאין חלק ממהות המושג "כבוד האדם".

### הזכות לשוויון

להערת בית המשפט השלכות מרחיקות לכת על אופי המאבק להסדרה ארגונית ותקציבית של תחום השיקום, אשר מתנהל בין השאר גם בבתי המשפט והוא מתמקד בזיקה בין המערכת הטיפולית והשיקומית ובין זכויות אדם<sup>72</sup>. ע"פ זיו (Ziv 1998): "גם מדיניות רווחה מפותחת אינה מבטיחה בהכרח שוויון במשמעות של מעורבות והשתתפות פעילה בחברה. הספקת שירותים בסיסיים כשלעצמה אינה מבטיחה שהם יסופקו בסביבה הפחות מגבילה ומתוך שמירה על זכויות אדם, כבודו ועצמאותו, שהרי שירותים חברתיים יכולים להינתן במוסדות



או במסגרות מופרדות ובדרך טיפולית המפרה זכויות אדם בסיסיות" (עמוד 197). הטיפול גם יכול להינתן על בסיס תפיסת עולמו המקצועי של המטפל ולא כמענה לצרכיו ומשאלותיו של המטופל כמו, למשל, שימוש במודל רפואי לעומת חברתי<sup>73</sup>, מוסדי לעומת קהילתי, על בסיס תפיסה של "חוסד"<sup>74</sup> לעומת "זכות"<sup>75</sup>. יתרה מכך, באותה עת בה יכולים להיות מסופקים לאנשים עם מוגבלות שירותים בעלי איכות יכולים להתבצע גם מעצרים שרירותיים, מיסוד בלתי נחוץ, מניעת הזכות לנישואים, עיקור, מניעת מימוש זכויות אזרחיות, כגון: השתתפות בבחירות, ועוד. דואליות זו בולטת במיוחד בהקשר לאנשים עם מוגבלויות שכליות ונפשיות הנחשבים לאוכלוסיות הפגיעות ביותר בחברה (Herr, 1992).

מדינת ישראל העמידה את נושא זכויות האדם במרכז מגילת העצמאות אולם רק בשנות התשעים נחקקו חוק יסוד: חופש העיסוק, התשנ"ב - 1992 ותיקוניו וחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ו - 1996 המכירים בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן חורין. בפועל חוקים אלו לא שינו משך שנים רבות את יחסה של הרשות השופטת, המחוקקת, המבצעת והציבור לאנשים נכים ונוצר פער גדול בין מציאות חייהם לבין זו של כלל האזרחים. כלפי אנשים עם מוגבלות ננקטו בעיקר הסדרים חוקיים מתחייבים בתחום הביטחון הסוציאלי<sup>76</sup>, הסדרי הטבות שונים שאינם קבועים בחקיקה<sup>77</sup> הנתונים לתנודות תקציביות וכן חוקים<sup>78</sup> אשר ברבים מהמקרים אף לא נאכפו<sup>79</sup>. פריצת הדרך הממסדית הראשונה התרחשה ברשות השופטת בעמדת בית המשפט העליון בבג"צ שחר בוצר ואחרים נגד מועצה מקומית "מכבים - רעות" ואחרים ממרץ 1993. הבג"צ עסק בסירובם של הרשויות להסדיר לשחר, תלמיד המתנייע על כסא גלגלים, גישה למבני ציבור במקום מגוריו ובמיוחד בביה"ס בו הוא לומד. בפסק הדין התייחס נשיא בית המשפט העליון השופט אהרון ברק, לראשונה, למציאות חייהם של אנשים עם מוגבלות כסוגיה של זכויות אדם (אופיר ואורנשטיין, 2001). השינוי בהתייחסות ציבורית רחבה יותר החל לקרום עור וגידים מעט מוקדם יותר עם הקמת ארגון "בזכות" בשנת 1992 על ידי האגודה לזכויות האזרח אשר הפך תוך זמן קצר לארגון עצמאי. הארגון שם עצמו כתובת לאנשים שזכויותיהם נפגעו בגין מוגבלותם, לבני משפחותיהם, לאנשי מקצוע שעובדים עימם, לארגונים הפועלים בשטח בתחום זה ולקובעי מדיניות בכנסת ובממשלה והוא אשר יזם את חקיקת חוק השוויון<sup>80</sup>. נדבך נוסף ומשמעותי הייתה עבודתה של וועדה ציבורית לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא זכויות אנשים עם מוגבלות בראשות ד"ר ישראל כץ (1997) אשר המליצה על חקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998 אשר יבטיח מימוש תפיסת עולם של זכויות אדם ושוויון, בכל הנוגע לאנשים עם מוגבלות בישראל<sup>81</sup>.

מטרתו של החוק: "להגן על כבודו וחירותו של אדם עם מוגבלות, ולעגן את זכותו להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים, וכן לתת מענה הולם לצרכיו המיוחדים באופן שיאפשר לו לחיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד, תוך מיצוי מלוא יכולתו". עוד קובע החוק כי: "אין רואים כהפליה פסולה פעולה שנועדה לתקן הפליה קודמת או קיימת של אנשים עם מוגבלות או שנועדה לקדם את השוויון של אנשים עם מוגבלות"<sup>82</sup> וכי זכויות ומתן שירותים לאדם עם מוגבלות ייעשו: "תוך הקפדה על כבוד האדם וחירותו והגנה על פרטיותו; במסגרת השירותים הניתנים והמיועדים לכלל הציבור, תוך ביצוע ההתאמות

**הנדרשות** בנסיבות הענין כאמור בחוק זה; ולגבי זכויות ושירותים הניתנים על ידי גוף ציבורי - **באיכות נאותה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו של האדם, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות הגוף הציבורי** וכי: "אדם עם מוגבלות **זכאי לקבל החלטות הנוגעות לחייו, על פי רצונו והעדפותיו, והכל בהתאם להוראות כל דין**"<sup>83</sup>. החוק הישראלי כולל כיום את פרק העקרונות, פרק התעסוקה, נגישות תחבורה ציבורית ונגישות כללית, כפי שיפורט להלן.

### הזכות לתעסוקה

הזכות לעבודה ולתעסוקה של אנשים עם מוגבלות, על בסיס שוויון עם אחרים, בחירה חופשית בסוג ובמקום העבודה היא זכות יסוד אשר הוכרה על ידי האומות המאוחדות<sup>84</sup>. זכות זו כוללת גם דרישה כי מקום העבודה יהיה מכיל (inclusive) ונגיש (accessible) ויפעל ללא הפלייה (discrimination), על רקע מוגבלות, בכל שלבי התעסוקה, ועם תנאי עבודה בטוחים ובריאים, כיבוד הזכות להתאגד על בסיס שווה עם אחרים, להנות מתכניות הכשרה והעשרה, שירותי השמה וסיוע תוך כדי תעסוקה, אפשרות ליזמות עסקית ויצירת קואופרטיבים. יש לעובדים עם מוגבלות גם הזכות להיות מועסקים בסקטור הציבורי והפרטי, לרבות דרך קליטה והתארגנות באמצעות מנגנון העדפה מתקנת ותוך ביצוע התאמות סבירות. המדינות צריכות גם לדאוג להבטחת סיוע באמצעות שיקום תעסוקתי להשתלב בשוק הפתוח, ולאסור העסקה כפויה ונטולת זכויות.

בישראל, כמו בארצות רבות בעולם, שיעור התעסוקה בקרב קבוצות האנשים עם מוגבלות נמוך מאוד משיעור התעסוקה באוכלוסיה הכללית והוא נע מ- 5%, מעבר לממוצע האבטלה במשק, בקרב נכי צה"ל (15% לעומת 10%), ל- 25% מעבר לממוצע בקרב נכי תאונות עבודה<sup>85</sup> וכ- 75% מעבר לממוצע בקרב הנכים הכלליים<sup>86</sup>. בקרב אלה העובדים רק 6% עובדים בשוק הפתוח ו- 9% בשוק המוגן. מקרב מקבלי קצבאות נכות כללית אשר אינם מועסקים: רק 19% מהאנשים (כ- 25,000 איש) מדווחים כי הם מעונינים לעבוד, 34% מדווחים שאינם יכולים לעבוד בגלל מצבם הבריאותי, 2% אינם מעונינים לעבוד כלל ו- 30% הנם אנשים מעל גיל 55 שאינם מאמינים כי יקלטו בשוק העבודה עקב גילם (שטרסברג, בר, מורגנשטיין, נאון, 2004). זו תמונה עגומה ביותר שאליה מצטרפת המציאות של אלה אשר מועסקים בשוק הפתוח והמוגן הנתונים לעוולה כלכלית וחברתית<sup>87</sup>. רבים מהם מועסקים ללא זכויות הן מצד אופי העבודה, הן מבחינת רמת השכר הנמוכה והן מבחינת העדר זכויות עובד (רימרן, 1994, נאון ומנדלר, 1996, מבקר המדינה, 2002, רימרן וכץ, 2004, פלדמן ויהלום, 2004, דו"ח לרון, 2005<sup>88</sup>).

אשר על כן נדרשה חקיקה ייעודית בתחום זה אשר תעגן את הזכות של אנשים עם מוגבלות לתעסוקה משולבת, נגישה והוגנת. בזאת עוסק פרק התעסוקה בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998. הפרק אוסר על הפלייה מצד המעביד כלפי עובדיו וכלפי דורשי עבודה, מחמת מוגבלותם, או מוגבלות בן משפחה<sup>89</sup> ובלבד שהאנשים כשירים לתפקיד או למשרה הנדונים. איסור ההפלייה הינו בכל אחד מאלה: קבלה לעבודה לרבות מבדקי קבלה;

תנאי עבודה; קידום בעבודה; הכשרה או השתלמות מקצועית; פיטורין או פיצויי פיטורין; הטבות ותשלומים הניתנים לעובד בקשר לפרישה מהעבודה. "הפליה" היא גם אי-ביצוע התאמות הנדרשות מחמת צרכיו המיוחדים של אדם עם מוגבלות אשר יאפשרו את העסקתו; והכוונה בכך לביצוע התאמת מקום העבודה, הציוד שבו, דרישות התפקיד, שעות העבודה, מבדקי קבלה לעבודה, הכשרה והדרכה, נוהלי עבודה, והכול מבלי שהדבר יטיל על המעביד נטל כבד מדי; דהיינו: נטל בלתי סביר בנסיבות העניין, בהתחשב, בין היתר, בעלות ההתאמה וטיבה, בגודל העסק ובמבנהו, בהיקף הפעילות, במספר העובדים, בהרכב כוח האדם, ובקיומם של מקורות מימון חיצוניים או ממלכתיים לביצוע ההתאמה.

מהן אם כן ההתאמות הנדרשות לאדם עם מוגבלות נפשית? בעבודת מטה של נציגי משרדי הממשלה, העמותות המלוות, המעסיקים והמועסקים עם מוגבלות, אשר ריכזה נציבות השוויון הוגדרו התאמות משותפות לכלל המוגבלויות: הסברה ויצירת אקלים ארגוני משלב, הדרכה ראשונית והספקת מידע למעסיק, עיצוב סביבת עבודה מותאמת לעובד הספציפי בתפקידו, ליווי וייעוץ למועסק ולמעסיק, עקביות ובהירות המסרים, היעדים, המשלב ודרכי הפעולה וכן התאמות ייעודיות כולל לאנשים עם מוגבלות נפשית: גמישות בשעות העבודה, גמישות בהפסקות, גמישות בהיקף משרה, גמישות בימי חופשה/מחלה, אפשרות לעבודה זמנית מהבית (פלדמן ואריאנס, 2004).

ההכרה בצורך לבצע התאמות לאנשים עם מוגבלות נפשית נכללת גם בחובת מימון התאמות למעסיקים בשוק הפתוח כפי שמופיעה בתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (השתתפות המדינה במימון התאמות), התשס"ו – 2006. "מעביד, או מי שעומד להיות מעביד של עובד עם מוגבלות, למעט מעביד שהוא גוף ציבורי, ולמעט מעביד שהוא מפעל מוגן שאוצר המדינה משתתף בתקציבו"<sup>90</sup> כמשמעותו בסעיף 17 (א) לחוק שכר מינימום, התשמ"ז – 1987<sup>91</sup>, ובמקרה של העסקת עובד באמצעות קבלן כוח אדם - המעסיק בפועל, של אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק, שהוא עובד המועסק בהיקף של שלישי משרה לפחות, למעט עובד כאמור המועסק לתקופה קצובה מראש הפחותה מ-12 חודשים (להלן - תקופה קצובה), אך לרבות עובד כאמור המועסק לתקופות קצובות רצופות שעולות ביחד על 12 חודשים; לעניין זה יראו רציפות בעבודה אפילו חלה בה הפסקה מחמת העילות המנויות בסעיף 2 לחוק פיצוי פיטורים, התשכ"ג-1963. המעסיק יהיה זכאי לקבל השתתפות המדינה בעלותה של התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית מסוג הדרכה ראשונית למעביד<sup>92</sup> אשר לא תעלה על 3000 שקלים חדשים, ולא תעלה על 95% מעלות ההתאמה; קיבל עובד עם מוגבלות או מעביד השתתפות במימון התאמה או חלק ממנה לפי כל דין אחר, לרבות חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000<sup>93</sup>, או מגוף ציבורי או באמצעותו, יופחת הסכום שקיבל כאמור מסכום השתתפות המדינה לפי תקנות אלה. כאן יש מקום להבחין בין הפעולות הננקטות בתוקף חוק השוויון המיועדות להנגשת מקום העבודה והמעסיק לבין הפעולות הננקטות ע"י גורמי השיקום להקניה או שיפור מיומנויות תעסוקה וכן ליווי המועסק במקום עבודתו. תחומי החפיפה אמורים להיות מתואמים ומקוזזים.

חוק השוויון קובע<sup>94</sup> גם כי: "אין רואים כהפליה פסולה פעולה שנועדה לתקן הפליה קודמת או קיימת של אנשים עם מוגבלות או שנועדה לקדם את השוויון של אנשים עם מוגבלות". ואמנם הסדרי "ייצוג הולם" ו"העדפה מתקנת" תופסים מקום מרכזי בחוק השוויון בהיותם פרוסים על שלושה סעיפים שבו. בנוסף להחלת חובת הייצוג ההולם של אנשים עם מוגבלות בשירות המדינה<sup>95</sup> הוסיף וקבע המחוקק שתי הוראות חדשניות: סעיף 3 לחוק אשר נתן הכשר סטטוטורי לכל מעשה של העדפה מתקנת בקשר לאנשים עם מוגבלות וסעיף 9 לחוק אשר החיל את חובת הייצוג ההולם על מעסיק פרטי של למעלה מעשרים וחמישה עובדים, כהוראת שעה לתקופה בת שבע שנים<sup>96</sup>.

סעיף 9(ב) בפרק התעסוקה בחוק השוויון לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998 מתייחס במפורש ל "העדפה מתקנת" וקובע כי "פעולות המעביד לפי סעיף זה, יכול שייעשו בתכנית אשר תכלול הוראות בדבר העדפת העסקתם, או קידומם, של אנשים עם מוגבלות שהם כשירים לתפקיד או למשרה ושהם בעלי כישורים דומים לכישוריהם של מועמדים אחרים לתפקיד או למשרה. דהיינו, על מנת לזכות בהעדפה מתקנת חייבים המועמדים עם מוגבלות להיות כשירים לתפקיד. אין מדובר בהקלות ובהגמשת הקריטריונים אלא בהפעלת מערכת התאמות אשר תאפשר למועמד לבטא את היכולות הקיימות אצלו והנדרשות למילוי התפקיד. גישה זו מחייבת לכן השקעה מיוחדת בהכשרת האנשים בטרם חשיפה למעגל העבודה והיא מעמידה לכן אתגרים נוספים למערכות ההשכלה והחינוך, ובמיוחד החינוך המיוחד, השיקום התעסוקתי, שירות התעסוקה ומערכת ההכשרה המקצועית, אשר אינם בנויים כיום עדיין להכין את עתודת המועסקים מקרב האנשים עם מוגבלות לתנאי השוק המודרני (דו"ח מבקר המדינה, 2002).

תנאי מקדים להבטחת זכאות לסיוע במנגנון ההעדפה מתקנת על בסיס חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998 וחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט – 1959 הנו עמידה בקריטריון של "אדם עם מוגבלות". על פי ההגדרה בסעיף 5 לחוק השוויון, הרי שאדם עם מוגבלות הוא "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים". אולם הצוות הבין משרדי אשר הקים היועץ המשפטי לממשלה לשם הכנת השירות הממשלתי לקליטת אנשים עם מוגבלות ואשר כלל את נציגי נציבות שירות המדינה, משרד המשפטים ונציבות השוויון ונועץ עם נציגי משרדי הממשלה הרלוונטיים (כגון: משרד התמ"ת, משרד הרווחה, משרד הבריאות, משרד הביטחון והמוסד לביטוח לאומי) ונציגי ארגוני הנכים מכל תחום, סבר כי בעניין העדפה מתקנת יש צורך להתמקד באנשים עם מוגבלות **חמורה** (דו"ח הוועדה הבין משרדית, 2003).

וועדת חוקה, חוק ומשפט קיבלה המלצה זאת ב-16 במרץ 2004 וקבעה כי: "לצורך העדפה מתקנת יוכר אדם עם מוגבלות, ע"פ הגדרת חוק השוויון סעיף 5, אשר הוכר על ידי גורם שהוסמך לכך על ידי המדינה כ: בעל מוגבלות חמורה של 70% נכות רפואית ומעלה, או **עם מחלת נפש** או פיגור שכלי של **40% ומעלה**, לרבות אדם עם מוגבלות שמיעה הסובל

מירידה של 50 דציבלים באוזן הטובה". על מנת להבטיח כי יכללו גם אוכלוסיות אחרות אשר אינן נכללות בקבוצות אלו הוכנס סעיף נוסף, כדלקמן: אדם עם מוגבלות, ע"פ הגדרת חוק השוויון, אשר אינו מוכר על ידי הגורמים המוסמכים, המועמד לעבודה בשירות המדינה יהיה רשאי לפנות לוועדת הערר של נציבות שירות המדינה ולהציג מסמכים של גורמים מוסמכים המעידים על הקשר בין המוגבלות והעדר יכולת להיקלט במסלול הרגיל. זו אומצה ע"י נציבות שירות המדינה (2004).

הסדר נוסף הבא לשפר את כמות ותנאי העסקה של אנשים עם מוגבלות בעלי יכולת עבודה מופחתת בשוק הפתוח הינן "תקנות שכר מינימום (שכר מותאם לעובד עם מוגבלות בעל יכולת עבודה מופחתת), התשס"ב-2002. ההנחה היא כי אפשרות זו תהיה אטרקטיבית למעסיקים בשוק הפתוח, ולמועסקים על פני התעסוקה המוגנת לסוגיה. התקנות מציעות שלוש דרגות של התאמת שכר: כאשר לעובד יכולת עבודה הפחותה מ-70% מיכולת העבודה הרגילה - **שכרו יהיה שליש משכר המינימום**. כאשר לעובד יכולת עבודה הפחותה ביותר מ-50% ולא יותר מ-70% מיכולת העבודה הרגילה - **שכרו יהיה מחצית משכר המינימום**. כאשר לעובד יכולת עבודה הפחותה ביותר מ-25% ולא יותר מ-50% מיכולת העבודה הרגילה - **שכרו יהיה שלושה רבעים משכר המינימום**.

משרד הרווחה פיתח את נוסחה הכוללת וכלל בה שני מרכיבים בעלי משקל זהה:

1. **הערכה תעסוקתית** - המבוססת על שני סוגים של קריטריונים: **הכרחיים** - ששקלולם יהווה 65% מהקריטריונים, כדלקמן: עמידה בלוח זמנים, שהות במקום העבודה לאורך כל שעות העבודה, יכולת לקבלת סמכות וביקורת, התמדה בביצוע מטלות, מודעות לסיכונים ובטיחות, **מספיקים** - ששקלולם יהווה 35% מהקריטריונים הכוללים, כגון: יכולת למידה, עבודה עצמאית, השתלבות בעבודת צוות, פסיביות-אקטיביות.
2. **הערכת תפוקות** - כמותיות ואיכותיות המצופות מעובד ללא מוגבלות, התאמה לדרישות הכלליות של המערכת (הופעה והתנהגות), קשר עם קבוצת השווים, התאמה לדרישות המקצועיות של התפקיד, מידת שביעות הרצון של המעסיק, מידת שביעות הרצון של העובד, בעיות בולטות, הערכה כללית.

לדעת גורמים שונים מרכיבי הנוסחה הקובעת את היכולת המופחתת של האדם מעוררת תהיות אתיות ומקצועיות גם יחד: כיצד ניתן לכפות על אנשים עם מוגבלות לעבור תהליך הערכה מעין זה כאשר הדבר לא מתבצע לגבי שאר העובדים, ומכאן גם מתבקשת השאלה כיצד ניתן יהיה לקבוע את הנורמה של יכולת מופחתת כאשר אין נתונים מקבילים של כלל אוכלוסיית המועסקים. ביקורת נוספת הנה על הרלוונטיות של קריטריונים רבים ברשימה ליכולת תעסוקתית בשוק הפתוח במשרות שאינן מיועדות למנכ"לים ודומיהם, כגון: יכולת לקבלת סמכות וביקורת, מודעות לסיכונים ובטיחות, יכולת למידה, עבודה עצמאית, פסיביות אקטיביות, הופעה מותאמת, מידת שביעות הרצון, ועוד. למעשה רק שני קריטריונים מתוך עשרים ושניים קריטריונים עוסקים בתפוקות ממש וגם אז, כאמור לא ברור למה יושוו (פלדמן ויהלום, 2004). הרושם שנוצר אצל הגורמים המבקרים הוא כי במותאם לטענתו של וולפנסברגר (Wolfensberger, 1994) הקריטריונים שנוסחו מעוותים במידה רבה את משמעות ערך

העבודה בכך שהם מקנים לו פרשנות קלינית/שיקומית במקום תעסוקתית/נורמטיבית. על פי זאת המקום ליישם תקנות אלה הנו קודם כל במסגרת התעסוקה המוגנת. כיום רק במפעלי "המשקם" יש הסכם קיבוצי הכולל תשלום של 73 אחוזים משכר המינימום ומקנה לעובדיו תנאים סוציאליים (רימרן וכץ, 2004)<sup>97</sup>.

ב- 2003 עברה האחריות ליישום תקנות אלה ממשרד הרווחה למשרד התמ"ת. משרד התמ"ת ביצע סקר איפיון עובדים עם מוגבלות העובדים בשוק הפתוח אשר פנו בבקשה להתאמת שכר (נדיב, 2006)<sup>98</sup>. 30% מהפונים היו עובדים עם מוגבלות נפשית, רק 30% מכלל המתראינים דווחו על מוגבלות חמורה שבאה לידי ביטוי בקושי רב בתפקוד יומיומי עצמאי כתוצאה מהמגבלה. שיעור ההתמדה בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית עמד על 60%, 30% מכלל הפונים הפסיקו את העבודה ביוזמתם בשל בעיות בריאות או בשל תנאי עבודה ושכר נמוכים ויחס לא הוגן, 70% מהפונים הועסקו בעבודות בלתי מקצועיות וממוצע שעות העבודה עמד על 6.5 שעות ליום. 30% מהעובדים עם מוגבלות נפשית נעדרו מהעבודה במהלך החצי שנה האחרונה (לעומת 55% מקרב העובדים עם מוגבלות פיזית) ול- 24% מהעובדים עם מוגבלות נפשית בוצעו התאמות. ממצאים אלה מראים כי הסטיגמה כלפי נכי נפש כאילו הם בלתי ניתנים להשמה אינה מבוססת וכי יש מקום להרחיב את מלאכת שינוי העמדות בכל דרך אפשרית.

הפעלת התקנות למימון ההתאמות והתקנות לשכר מינימום מותאם מתוכננת להתחיל בשנה הקרובה כמו גם השלמת התיקון לחוק ביטוח לאומי והרחבת התעסוקה הנתמכת בהתאם להמלצת דו"ח וועדת לרון (2005). התקווה היא כי פעילויות אלה ורבות נוספות, כגון: קמפיין הסברה, תמרוץ מעסיקים, הפעלת חברת השמה, וכדומה, אכן יובילו להעמקת היכולת של אנשים עם מוגבלות נפשית ואחרת להקלט בשוק העבודה הפתוח כעובדים מן המניין.

### הזכות לנגישות

גם נגישות הנה זכות בסיסית לה זכאי האדם עם מוגבלות על מנת שיוכל לחיות באופן עצמאי ומלא בחברה<sup>99</sup>. "נגישות" – משמעה: "אפשרות הגעה למקום, תנועה והתמצאות בו, שימוש והנאה משירות, קבלת מידע הניתן או המופק במסגרת מקום או שירות או בקשר אליהם, שימוש במתקניהם והשתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בהם, והכול באופן שוויוני, מכובד, עצמאי ובטיחותי" (סעיף 19 א בתיקון מספר 2 לחוק השוויון). הנגישות מהווה אבן יסוד במהפכה הסביבתית אותה מוביל חוק השוויון כביטוי מובהק של זכויות אדם באשר ללא יכולת גישה, תנועה והתמצאות בבתי הספר, מוסדות להשכלה גבוהה, מרפאות, בנקים, מתקני תרבות, גנים, פארקים, סניפי דואר, חנויות, משרדים, בתי משפט, רחובות העיר, מתקני ספורט, ועוד, אין האדם עם מוגבלות יכול להשתלב במרחב הפרטי והציבורי גם יחד. אין ספק כי הדבר נכון לגבי אנשים המתניידים בכסא גלגלים והנעזרים בטכנולוגיות מסייעות, אנשים נמוכי קומה, אנשים עם לקויות שמיעה וראייה אולם האם המושג "נגישות" רלוונטי גם לגבי אנשים עם מוגבלות נפשית מעבר לטיפול בנושא הסטיגמה החברתית שהוא כה מהותי ליצירת מכשולים וחסמים מפני השתלבות, ולהתאמות שהוגדרו בהקשר לתעסוקה.

"פרק הנגישות" בחוק השוויון, אשר נחקק במרץ 2005, הכיר בשני סוגים של נגישות: מבנים, תשתיות וסביבה (מתו"ס) ונגישות השירות<sup>100</sup>. נגישות השירות כוללת "אמצעי עזר ושירותי עזר" לרבות טכנולוגיות לסוגיהן וכן "התאמת נהלים, מתן הדרכה, הכוונה ומידע בשפה המובנת לאדם עם מוגבלות שכלית או נפשית או לאדם עם אוטיזם, באמצעות כוח האדם הקיים". החוק מייחד פרק שלם (סעיף ב) לאיסור הפליה בשירות הציבורי, במקום הציבורי ובמוצרים.<sup>101</sup>

בלשון החוק: "אדם עם מוגבלות<sup>102</sup> זכאי לנגישות למקום ציבורי ולשירות ציבורי. חובות החלות לגבי מקום ציבורי, שירות ציבורי ומוצר לפי פרק זה יחולו בין אם המקום הציבורי, השירות הציבורי או המוצר, הם למטרת רווח ובין שלא למטרת רווח, בין אם נגבה תשלום תמורת הספקת המוצר או מתן השירות הציבורי, הפעלת המקום הציבורי, מתן הכניסה למקום הציבורי או מתן השירות במקום הציבורי ובין שלא נגבה תשלום כאמור. אין מפלים אדם עם מוגבלות ואין פוגעים בזכותו לנגישות: מי שעיסוקו במתן שירות ציבורי, בהפעלת מקום ציבורי או בהספקת מוצר, לא יפלה אדם מחמת מוגבלותו בכל אחד מאלה, לפי העניין: לאפשר לו גישה למקום ציבורי או לחלק ממנו; ולא יסרב לתת לו שירות ציבורי; לספק לו מוצר; לאפשר לו שימוש בשירות ציבורי או הנאה משירות ציבורי; לא יקבע תנאים שלא ממין העניין המונעים או המגבילים, במישרין או בעקיפין, שימוש בשירות ציבורי או במקום ציבורי, או הנאה משירות ציבורי, ממקום ציבורי או בהספקת מוצר; לא ייתן שירות ציבורי ולא יספק מוצר בתנאים הנופלים מאלה שבהם הוא ניתן בדרך כלל. לא ייחשב מקום או שירות כמקום או שירות שאינו עומד לשימוש כלל הציבור או חלק בלתי מסוים ממנו, בשל שלילת השימוש בו מחמת הפליה אסורה כאמור בסעיף זה.

כל זאת לרבות השירות הניתן במערכת הבריאות והחינוך וכן שירותי ביטוח, כדלקמן: "מבוטח עם מוגבלות שניתן לו יחס שונה או אדם עם מוגבלות שבקשתו להיות מבוטח נדחתה (בסעיף זה- מתלונן) רשאי להגיש תלונה כמשמעותה בחוק הפיקוח על עסקי הביטוח, התשמ"א-1981 למפקח על הביטוח על החלטה בדבר מתן יחס שונה או על סירוב לבטח כמשמעותם בסעיף זה, והוראות חוק הפיקוח על עסקי הביטוח יחולו; הייתה החלטה בעניין התלונה כרוכה בנושאים רפואיים, יתייעץ המפקח על הביטוח, במידת הצורך, עם מומחה רפואי שימנה לעניין זה". כזה הנו גם הדין באשר לשירותי חירום, כדלקמן: "אדם עם מוגבלות זכאי לנגישות של כלל השירותים הניתנים לציבור בקשר להתגוננות אזרחית ובקשר למצב חירום, לרבות לאמצעי מחסה ופינוי, מידע אודות מצב החירום, קיומו ומועד תחילתו וסיומו, והאמצעים שיש לנקוט, ולרבות נגישות לאמצעי הגנה מיוחדים המותאמים לאנשים עם מוגבלות ולסוגי המוגבלות, והכול בהתאם להוראות לפי סימן זה"<sup>103</sup>. בימים אלו מנוסחות התקנות האופרטיביות בתחום זה אך ניתן לראות כבר ניצנים של היערכות ייעודית לאנשים עם מוגבלות נפשית, בתוך שאר המוגבלויות, במדריך שהופק במלחמת לבנון השנייה אשר כלל, בין השאר הנחיות כלליות וייעודיות להתארגנות בשעת חירום של אנשים עם מוגבלות נפשית, כדלקמן: (נציבות השוויון, 2006)

### היערכות מוקדמת היא המפתח להתמודדות נבונה בשעת חירום

חומר זה מתייחס לאנשים עם צרכים מיוחדים ומטרתו לעזור לאנשים עם מוגבלות, לבני המשפחה, לחברים, לשכנים, למכרים, למתנדבים ולאנשי מקצוע להתכונן כראוי למקרה של הפצצות או התקפת טילים על ישראל. זו תוספת למידע הכללי המופץ לציבור הרחב.

#### המרחב המוגן וציודו

• המרחב המוגן הוא המקום הבטוח ביותר עבורכם במקרה של הפצצות ומתקפת טילים. חישבו, בדקו והחליטו מראש מה המרחב המוגן שלכם זאת ע"פ סדר העדיפויות הבא:

• ממ"ד מרחב מוגן דירתי, הוא המקום הבטוח ביותר, אך הוא קיים רק בדירות שנבנו לאחר 1992.

• מקלט שניתן להגיע אליו תוך דקה מהשמע אזעקת אמת.

**חשוב ביותר! בדקו כמה זמן דרוש לכם להגיע למרחב מוגן. אם אתם זקוקים ליותר מדקה אתרו אזור מוגן קרוב, כגון: חדר מדרגות, קירות מגן, וכדומה והכינו אותו.**

• היעזרו במידת הצורך באנשים נוספים להכנת המרחב המוגן ולשהות בו. אם אין כאלה פנו למוקדים המצויינים בסוף ההנחיות לקבלת עזרה מקצועית או התנדבותית. הכינו את הדרך למרחב ואת המרחב המוגן או את חלופתו באופן שתמצאו בהם היטב ותרגישו "בבית" כמידת האפשר.

• ודאו שהחפצים, המכשירים שאתם זקוקים להם בשגרה יהיו במקום קבוע, מזהה ונוח לגישה.

• הרחיקו מכשולים בדרך אל ובתוך המרחב המוגן, כגון: עציצים וכדומה. ודאו כי כל המכשירים שבשימושכם (כגון: טלוויזיה, רדיו, טלפון, פקס, מחשב, טייפ עם קלטות, משקפיים, עדשות מגע, אמצעי תאורת חירום, אמצעי תנועה, מקל נחייה, וכדומה) יהיו בהישג יד וטעונים והצטיידו בסוללות רזרביות. בחרו במרחב מוגן עם גישה לשירותים. במידה ואין אפשרות רצוי להצטייד בשירותים כימיים או בכל כלי קיבול מתאים.

• ציידו את המרחב המוגן באמצעי ניקיון בסיסיים.

• מומלץ לארגן את המרחב המוגן, בתקופת החירום, למקום לינה קבוע.

#### בריאות ותרופות

##### לסובלים מבעיות רפואיות:

• הקפידו להצטייד מראש במסמכים רפואיים, החתומים על ידי הרופא המטפל, ובהם מצוינים: מצב הבריאות, רשימת התרופות והמינון, רשימת הבדיקות השגרתיות, שעליכם לעבור ומרשם רזרבי.

• הקפידו על רישום תרופות שאסור לכם להשתמש בהן.

• ארזו המסמכים במיכל עמיד מפני אש/מים.

• דאגו למלאי תרופות מספיק בעת החירום.



• על פי נוהלי קופות החולים אנשים הסובלים ממחלות ממושכות יוכלו להצטייד בתרופות למשך שלושה חודשים.

#### זכרו:

**מרפאות קופת החולים ובתי המרקחת יהיו פתוחים בשעת חירום וניתן יהיה לקבל טיפול ולהשלים את מלאי התרופות**

**במידה והנכם מרותקים לבית:** וודאו מראש כי לעת הצורך שמכם מופיע ברשימות לשכות הבריאות, הרווחה או/ו קופ"ח. לחילופין דאגו לאדם שיוכל לצייד אתכם כנדרש.

#### מידע, תמיכה וסיוע

**כל הוראות פיקוד העורף בשעת חירום יועברו באמצעי התקשורת.**

• וודאו כי כל המכשירים פועלים וכי יש קליטה במקום המצאותכם.  
 • בהתארגנות ובעת חירום מומלץ לשהות בחברת אנשים נוספים וליצור אווירה מרגיעה.  
 • רצוי לסכם מראש בעת חירום, לתאם ולתכנן את דרך ההיערכות המשותפת.  
 • רצוי לידע שכן או קרוב על שהותכם במקום ולעדכן חברים וגורמים מסייעים במספרי טלפון, כתובת אלקטרונית, SMS, וכדומה.  
 • במידת הצורך מומלץ לפנות לארגון הרלוונטי או למסגרת המקצועית אליה אתם קשורים, או למוקד העירוני ולהבטיח שיהיה מי שיייעץ.  
 • הצטיידו במספרי טלפון, פקס, כתובות דואר אלקטרוני וקהילות תמיכה אינטרנטיות של אנשי קשר חיוניים.

• לבעלי טלפון נייד: דאגו כי המכשיר יהיה טעון וכי המטען ימצא בהישג יד בכל עת.  
 • הצטיידו בפנסים וברדיו נייד עם סוללות רזרביות למקרה של הפסקות חשמל.  
 • **לנעזרים בעובדים זרים:** נא להסב תשומת לבם לפרסומים בתקשורת בשפות שונות.  
**לרשותכם מוקדי מידע נוספים, הכוללים שירותי מתנדבים, אשר יפעלו בחלק מהיממה או בכולה (פרטים בדף האחרון)**

#### שירותי תמיכה נפשית

• מוקדים לתמיכה נפשית יפעלו במשך 24 שעות בער"ן ונט"ל.  
 • מרפאות לבריאות נפש הפזורות ברחבי הארץ יפעלו בעת חירום, כמרכזי טראומה להתערבות דחופה, במשך 24 שעות, תוך שמירה על קשר הדוק עם המוקדים העירוניים.

**מספרי הטלפון של המרפאות מצויים במוקדי המידע שמספרם מופיע בסוף האיגרת. חדרי מיון בבתי חולים כלליים**

יפתחו, בשעת חירום, אתר לטיפול בדחק נפשי אשר יפעל 24 שעות ביממה.

### דגשים לנפגעי נפש

המרפאות ויחידות השיקום בקהילה ערוכות למתן מענים שיגרתיים ודחופים עבורכם. היוועצו בכל שאלה עם התומך/מטפל קבוע, רצוי במסגרת בה אתם מסתייעים/ מטופלים בדרך כלל. רצוייה גם התחברות לצ'טים רלוונטיים.

אדם הנמצא באיזור מרוחק ממקום מגוריו יכול לברר כתובת מרפאה או חדר מיון פסיכיאטרי במוקד ער"ן או באתר האינטרנט של משרד הבריאות:

[www.health.gov.il/units/mental](http://www.health.gov.il/units/mental)

הצטיידו במלאי תרופות מספיק, במרשם ובמסמכים המפרטים את אופן הטיפול בכך. גם בתחום זה מלאכת הלמידה וההסברה רבה כמו גם בחינה של נקודות המפגש והחפיפה בין מרכיבי השיקום והשילוב וכיצד ניתן יהיה להציע תשתית חברתית אופטימלית כוללנית ורציפה להבטחת שוויון מירבי.

### הזכות לייצוג עצמי<sup>104</sup>

תפקידם של הארגונים לקידום זכויות אדם הנו קריטי בקידום רפורמות חברתיות, בכלל, ובתחום אנשים עם מוגבלות, בפרט. הארגונים הם אלה אשר הובילו, למעשה, בעשורים האחרונים, לשינויים הגדולים במדיניות החברתית ובתוך כך גם במדיניות הנוגעת לאנשים עם מוגבלות כולל מדיניות רפואית, בהתעקשותם הבלתי מתפשרת על הזכות של האזרח להשמיע דברו כאזרח וכמטופל<sup>105</sup> (Tomes, 2006). ליישום מגמה זו בתחום בריאות הנפש בישראל<sup>106</sup> ארבעה מסלולים עיקריים: המסלול הראשון הנו מעורבות הארגונים בקידום חקיקה ויישומה, המסלול השני הנו מעורבות נציגות המטופלים בעיצוב מדיניות, המסלול השלישי הנו מעורבות מטופלים בהספקת שירותי בריאות נפש לעמיתיהם, והמסלול הרביעי הנו הבטחת הזכות למעורבות בקבלת החלטות הנוגעות למטופל במסגרת הטיפולית הפרטנית אשר נדון לעיל.

באשר למעורבות הארגונים העוסקים בתחום בריאות הנפש בקידום חקיקה ויישומה. כאן ניתן לזהות ארבעה מישורי פעולה מרכזיים: הראשון מתמקד בדרישה ליישום "**הרפורמה ביטוחית**". העמותה שמעורבת ביותר בקידום רפורמה זו הינה "עוצמה" - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש, העוסקת בסינגור ובמאבק למען זכויות הטיפול השוויוני והשיקום לנפגעי מחלות נפש ומשפחותיהם<sup>107</sup>, כמפורט בפרק הזכות לבריאות.

התחום השני עוסק בשיקום בקהילה והוא מכונה "**הרפורמה המבנית**". מדובר ברפורמה של אל מיסוד (de-institutionalization) המתמקדת בהעברת מרכז הכובד של הטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית מאשפוז פסיכיאטרי לחיים בקהילה<sup>108</sup>. גם כאן מעורבותה של "עוצמה" - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש<sup>109</sup> היתה משמעותית ביותר בהפיכת הפרוייקט הנסיוני המכונה "סל שיקום" אשר הופעל בשנת 1998 לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000, אשר עבר בכנסת ביוזמת ח"כ (לשעבר) תמר גוז'נסקי. הארגון מעורב כיום גם בהבטחת שלומו של החוק אשר יישומו עובר בהצלחה רבה<sup>110</sup> וכן ביישומו של חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998, הכולל בהגדרתו גם אדם עם מוגבלות נפשית<sup>111</sup>. לצד עמותת

המשפחות פועלים גם נציגי "התמודדות", ארגון הסנגור הראשון בישראל שהוקם ב-1994 ע"י צביאל רופא<sup>112</sup> הפועל היום כ"מל"מ – מתמודדים למען מתמודדים" ומתמקד בהיבטים שונים של חוק זכויות החולה. אליהם מצטרפת עמותת "בחברה טובה - רואים מעבר"<sup>113</sup>, המובילה היום את התחום השלישי של פעילות החברה האזרחית: **המלחמה בסטיגמה**<sup>114</sup>. יש לציין את ארגון "בזכות"<sup>115</sup> המלווה את הארגונים בעיקר בייעוץ משפטי, בהגשת עתירות לבג"צ וביוזמות חקיקה הרלוונטיות חייהם של אנשים עם מוגבלות נפשית.

התחום הרביעי הנו **המלחמה הציבורית בטיפול הכפוי**. את הפעילות מובילה **העמותה למען מאבק בתקיפה פסיכיאטרית** אשר הוקמה ב-1994 על ידי ענבל בראון וחגי אביאל. העמותה הינה ארגון זכויות אדם בתחום הפסיכיאטריה, הפועל על בסיס עקרונות התנועה האנטי פסיכיאטרית שעוצבה בעיקר ע"י ליינג זאס ואשר רואה בשגעון אלטרנטיבה קיומית שאינה זקוקה להתערבות פסיכיאטרית אלא להכרה ולמרחב פעולה. העמותה מתנגדת בחריפות לכפייה בתחום הטיפול הפסיכיאטרי ומייצגת "כלואים פסיכיאטריים", כלשונה, כנגד המימסד הפסיכיאטרי. העמותה מפיקה חומרי הסברה, מנהלת אתר, תומכת בפונים והגישה מספר עתירות לבג"צ, כפי שמפורט בהערה מספר 27 וכן בפרק העוסק בזכות למידע (אתר העמותה, 2006).

בראיית - על בולט בצורה משוועת החסר בהתארגנות פורמלית, ארוכת טווח ויציבה של כל המתמודדים בישראל ודומה כי זהו אחד מהאתגרים החשובים ביותר העומדים בפניהם היום. מן הצד השני ניתן לציין כי לראשונה אדם המזהה את עצמו בפרהסיה כנכה נפש מצטרף ומכהן בתפקיד פורמלי בכיר בעמותה שעד כה נחשבה כמייצגת אנשים עם נכות פיזית בלבד<sup>116</sup>. ייתכן כי מדובר ב"סנונית המבשרת את האביב" להתארגנות רב נכותית, משתלבת מהסוג שאינו מוכר עד כה בקבוצת האנשים המשתייכים ל"נכים הכלליים" בישראל<sup>117</sup>.

באשר למעורבות נציגות המטופלים במועצות ובוועדות: הרעיון של שיתוף נציגות של האנשים עצמם בא לידי ביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994 במספר מסלולים: ע"פ החוק בכל קופת חולים צריכה לפעול מועצה ציבורית שתלווה את הקופה אשר לא פחות מעשירית מכלל חבריה צריכים להיות נציגים של חברי הקופה (סעיף 27). ע"פ החוק בכל קופת חולים יש למנות אחראי על טיפול בתלונות ובמשרד הבריאות למנות נציב קבילות. בפני חברי הקופה קיימת אופציה להשפיע על מדיניות הקופה או של משרד הבריאות באמצעות משלוח תלונה לאחראי או לנציב הקבילות. דרך נוספת הנחשבת לכאורה כאפקטיבית ביותר הנה האפשרות לעזוב את קופת החולים ולעבור לזולתה (סעיף 5 לחוק)<sup>118</sup>. מעורבות אחרת של הציבור הנה באמצעות חברות במועצת הבריאות של משרד הבריאות המונה ארבעים ושישה חברים<sup>119</sup>. סעיף 48 לחוק מורה על צרוף שני חברים שמינה השר, מקרב מועמדים שיציגו ארגוני החולים. גם בוועדות האתיקה הנדרשות ע"פ החוק יש נציגות לאיש ציבור או לאיש דת<sup>120</sup>. אולם עניינם של האנשים עם מוגבלות נפשית אינו מקבל ייצוג הולם בפורומים אלה לאור העובדה כי ארגוני חולים כלליים בדרך כלל אינם מודעים לסוגיות המעסיקות את תחום בריאות הנפש ולהם גם סדרי עדיפויות משלהם. גם הסיכוי כי נושאי בריאות הנפש

יהיו בעדיפות של האיגודים והוועדים המקצועיים המיוצגים בגופים אלה הוא אפסי מאחר והם בדרך כלל מייצגים את העובדים יותר מאשר את המטופלים, כולל במקרים רבים שבהם איצטלת המאבק הנה טובת המטופלים<sup>121</sup>. במועצת הבריאות יש שני חברים מקרב עובדי משרד העבודה והרווחה, שמסרב בעקרון לטפל ולייצג את עניינם של אנשים עם מוגבלות נפשית (פלדמן ובר און, 2001; אבירם, גיא וסייקס, 2006)<sup>122</sup> ושני חברים מקרב עובדי המוסד לביטוח לאומי, נציג אחד של הארגונים הפרא רפואיים, נציג אחד של ארגון העובדים הסוציאליים ונציג אחד של מועצת הפסיכולוגים והסתדרות הפסיכולוגים שמעמדם במערכת הרפואית אינו חזק מספיק כדי להשפיע גם במידה והיו מעוניינים בכך (פלדמן, גרוס, ניראל וברוש, 1995).

נציגות אוטנטית של מתמודדים עם מחלת נפש ושל משפחות יש במועצה הארצית לשיקום, ע"פ חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000<sup>123</sup>. במועצה חברים עשרים ושלושה חברים ומתוכם שני נציגים של ארגונים המייצגים לדעת השר את ארגוני נכי הנפש<sup>124</sup> ושני נציגים המייצגים לדעת השר את משפחות נכי הנפש<sup>125</sup>. לעומת זאת בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991, לא הוגדרה מסגרת ציבורית מעין זו. בכל זאת משנת 1994 פועלת מועצה ארצית לבריאות הנפש אשר בה יש נציגות למכלול בעלי מקצועות בריאות הנפש, אנשי ציבור, ומנובמבר 2004 אף נציג למתמודדים ונציג למשפחות (שירותי בריאות הנפש, 2004)<sup>126</sup>.

ב-7 באפריל 2003 החלה לפעול גם וועדה מייעצת לנציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות ע"פ חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998<sup>127</sup>. בוועדה המייעצת עשרים ושלושה חברים: אנשים עם מוגבלות שונה (פיזית, חושית, נפשית, שכלית וקוגניטיבית), או נציגי משפחות, לפי הענין, נציגי ארגונים העוסקים בקידום זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות, מומחים בתחומי פעולתה של הנציבות ונציגי ציבור; רוב החברים בוועדה המייעצת הנם אנשים עם מוגבלות וכך גם היו"ר וסגנו<sup>128</sup>. נציבת השוויון נועצת עם הוועדה המייעצת בעניינים הנוגעים לתפקידי הנציבות, דהיינו: בקידום עקרונות היסוד של חוק השוויון, קידום שוויון ומניעת הפליה של אנשים עם מוגבלות; עידוד השתלבותם והשתתפותם הפעילה של אנשים עם מוגבלות בחברה ומילוי התפקידים שהוטלו עליה בחוק זה<sup>129</sup>. בוועדה חברים גם נציג ארגוני האנשים עם מוגבלות נפשית ונציג ארגוני ההורים של אנשים עם מוגבלות נפשית. במסגרת זו מתרחש לראשונה מפגש בין נציגים של כל סוגי המוגבלויות במטרה להכיר זה את צרכיו של זה ולמצוא דרך לסייע לנציבות השוויון לעצב מדיניות ממלכתית של זכויות אדם וקידום שוויון הבנויה על ראייה חוצה מוגבלויות, ובאותה עת להקנות תשומת לב גם למצבה ולצרכיה הייחודיים של כל קבוצה וקבוצה<sup>130</sup>.

מכלול נציגויות זה נמצא בשלבים ראשונים של התארגנות ממלכתית למקם את עניינם של האנשים עם מוגבלות נפשית בסדר העדיפות הלאומי. היעדים בתחום זה הנם מגוונים ומתייחסים לנושאים, כגון: תקציב בריאות הנפש ההולך ופוחת בתוך תקציב הבריאות הכללי (דו"ח שירותי בריאות הנפש, 2004)<sup>131</sup>, הבטחת שילובו המוצלח של הטיפול הפסיכיאטרי בסל הבריאות שבאחריות קופות החולים (אליצור, ברוך, לרנר, שני, 2004), הבטחת התפתחותו

של השיקום הנפשי אשר ממשיך להיות פגיע למרות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000<sup>132</sup> (עתירה לבג"צ 4015/06, מאי 2006)<sup>133</sup> והרחבת המלחמה בסטיגמה ובהפלייה כנגד אנשים עם מוגבלות נפשית בהיבטי חקיקה ויישום שונים.

באשר למעורבות מתמודדים בהספקת שירותי בריאות נפש. אחד מהמרכיבים החשובים ביותר בשינוי התפיסה כלפי אנשים עם מוגבלות נפשית במערכת הטיפולית, הן בקרב המטפלים והן בקרב המטופלים, הינו ערוב האנשים עצמם, או מה שצמברליין וצמברליין ועמיתים מכנים "פציינטיים לשעבר" בהספקת שירותים הממונים בכסף<sup>134</sup> (Chamberlin, Rogers, and Sneed, 1989; Chamberlin and Rogers, 1990; Chamberlin, 1978). בישראל מעורבים שירותי השיקום במערך בריאות הנפש במספר כיווני פעולה בתחום זה: הכשרת נפגעי נפש משוקמים כחונכים וכמטפלים בנפגעי נפש בהוסטלים, מפעלים מוגנים ואולי גם במחלקות פסיכיאטריות. הכשרה ראשונה התבצעה ב-2005 בבי"ס ללימודי בריאות באוניברסיטת תל אביב ע"י עמותת משל"ה המורכבת ממתמודדים. סוג אחר של מעורבות הנו השתתפות מתמודדים בהכשרת אנשי מקצוע, כגון בבית ספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, במסגרת תכנית "דו – שיח" והפעלת מרכז מידע וסיוע המתבצעים ע"י תוכנית "בנפשנו" – מתמודדים בתחום בריאות הנפש למען עצמם, הפועלת במסגרת עמותת שק"ל. סוג אחר של מעורבות מתמודדים הינה כסוקרים בסקרי שביעות רצון בקרב אנשים המשתקמים במסגרות השיקום לנפגעי נפש בקהילה מטעם משרד הבריאות. קורס ראשון בנושא התקיים במרכז ההכשרה מקצועית של בית לוינשטיין וחשיבותו בערוב מחלימים בתהליכים מקצועיים בתחום השיקום ועיצוב מדיניות, כמקור תעסוקה וכדוגמה (( modeling לעמיתים. ההנחה היא כי במידה ויוזמות מעין אלה תעלנה יפה יהיה בהן כדי לתרום להפחתת הסטיגמה בקרב אנשי מקצוע והמתמודדים עצמם לגבי יכולת המתמודדים להשתלב בשוק העבודה ולתרום מיכולתם לקהילה (ברייאן, 2006).

### לסיכום:

הפרק הנוכחי ניסה לתאר את מרכיבי החזון החברתי המוגדר באמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות והרלוונטיות שלה לאנשים עם מוגבלות נפשית, להציג נתונים ולאפיין את המציאות מנקודת מבט משפטית של הזכות לכבוד עצמי, לבטחון אישי, לחירות, לאוטונומיה, לנשיאת אחריות, למידע, לבריאות, לשיקום, לשוויון, לתעסוקה, לנגישות ולייצוג עצמי ולבחון האם החקיקה והפסיקה הישראלית אמנם מבטיחים את קידומה של החברה הישראלית אל החזון אשר בו אדם עם מוגבלות נפשית יוכל לחיות ולהרגיש כאדם וכאזרח מן המניין על בסיס של זכויות אדם וצדק חברתי. המציאות מראה כי מבחינות רבות עשתה מדינת ישראל דרך ארוכה ביחסה לאנשים עם מוגבלות נפשית, אולם עוד רבה הדרך עד לביסוס תשתית חברתית ומקצועית הולמת המבוססת על זכויות אדם. מרכיב קריטי בכך הוא שאלת מעורבותם של אנשים עם מוגבלות נפשית בתהליכי קבלת החלטות ובחיים הרגילים ועל כן חשיפתם של אלה כמו גם של אנשי מקצוע לאספקט של זכויות אדם תוך גיבוש כלים חברתיים ומשפטיים לשיפור המצב הם שיביאו בסופו של דבר אל המקום שכולנו כה חפצים להגיע אליו למענם של האנשים והמשפחות ולמענה של החברה הישראלית כולה.

**מקורות:**

אבירם, א. (2005). **מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים** (דוח מעקב). המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. תל השומר, רמת גן.

אבירם, א. אדמון, צ. אייזנשדט, מ. קנטר, א. (2000). מגמות שינוי ושימור בחקיקה בתחום בריאות הנפש בישראל: תהליך חקיקתו של החוק החדש לטיפול בחולי נפש, **משפטים**, לא, 145. עמודים 146-147.

אבירם, א. גיא, ד. סייקס, י. (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה. **בטחון סוציאלי**. 71: 53-83.

אבירם, א. רוזן, ה. (2001). **אומדן מספרם של חולי נפש כרוניים בישראל 2000-2001**. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, תל השומר, רמת גן.

אברהמי, ש. (2003). **מנבאי כוונת השתתפות ואופן הצבעה בחוק לשוויון זכויות של אנשים עם מוגבלות, על רקע חוקי רווחה אחרים**. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה.

אברהמי, ש. רימרמן, א. (2005). **חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות בישראל – האומנם שוויון זכויות? בטחון סוציאלי**, 68. עמודים 51-69.

אופיר, א. ואורנשטיין, ד. (2001). **חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998: אמנציפציה בסוף המאה ה-20**. בתוך א. ברק, ס. אדלר, ר. בן ישראל, י. אליאסוף, נ. פיינברג (עורכים). **ספר מנחם גולדברג**. עמודים 43-87. הוצאת סדן, תל אביב.

אוסלנדר, ג., גולד, נ. (2002). **אי שוויון בתקשורת כלפי אנשים עם מוגבלות, הדרה ודימוי שלילי**. נ. ישובי (עורכת). **אי שוויון בתקשורת**. האגודה לזכויות האזרח, ירושלים. אורבך, (1998)

אורן, א. (2006). **מהתמודדות אישית לאחריות חברתית מנקודת מבטם של אנשים עם מוגבלות**. יום עיון על "בין חירות לאחריות אישית וחברתית בעידן של זכויות אדם: אנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21 בישראל". 4 יולי, מכון מופת, תל אביב

אליצור, א., ברוך, י., לרנר, י., שני, מ. (2004). **הרפורמות בבריאות הנפש בישראל**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

אלקסלסי, ד., פופר, מ., שרשבסקי, י., פלדמן, ד. (1997). **סקר משתקמים בקהילה המשוחררים לאחר אשפוז פסיכיאטרי ממושך**. משרד הבריאות. ירושלים.

ארגון הבריאות העולמי (1996 א). **פעילות עולמית לשיפור שירותי בריאות הנפש – קווי מדיניות ואסטרטגיות**. הוצאת ארגון הבריאות העולמי. עמודים 14-19. (תרגום משרד הבריאות).

ארגון הבריאות העולמי (1996 ב). **קווים מנחים לקידום זכויות האדם של הלוקים בהפרעות נפשיות**. הוצאת ארגון הבריאות העולמי.. (תרגום משרד הבריאות).

באואר, א., רושקה, פ., גרינשפון, א., חואלד, ר., מסטר, ר'. (2003). תלונות במערכת הנפש בישראל: סקירה של שנה אחת. **הרפואה**. 142, ה'.

באקשי, מ. (2006). **אחריות של אדם עם מוגבלות בראי החקיקה הישראלית. הגבול בין הזכות לאוטונומיה לבין חובת ההגנה על חסר ישע**. יום עיון על "בין חירות לאחריות אישית וחברתית בעידן של זכויות אדם: אנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21 בישראל. 4 יולי, מכון מופת, תל אביב

בנאי, י. (2003). החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי נפש. **רפואה ומשפט**, 28. עמודים 15-21.

בן נון, ג. כץ, ח. (2005). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995 – 2004**. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות. ירושלים.

בריאן, ד. (2006). **מודל זכויות אדם בהוראת מוגבלויות באוניברסיטת טמפל**. יום עיון על "לימודי מוגבלות על בסיס מודל זכויות אדם. 3 יולי, מכון מופת, תל אביב.

ברק, א. (1994) **פרשנות במשפט**. הוצאת כתר. עמודים 416,419.

גיא, ד. (2004). חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש והנכונות ליישומה 1995-1998. חיבור לקבלת דוקטור בפילוסופיה. אוניברסיטת חיפה.

גל, ג. (2002). עקרון הפיצוי במערכת הביטחון הסוציאלי לאנשים עם מוגבלות בישראל והשלכותיו. **עבודה, חברה ומשפט**, עמודים 115-134. גליק, ש. (1999), ניסויים רפואיים בבני אדם, **אסיא**, ס"ג-ס"ד (כרך ט"ז ג-ד) כסלו

גרוס, ר., פלדמן, נ., רבינוביץ, י., גרינשטיין, מ., ברג, א. (1997). **מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש**. דמ-97-285. ג'וינט - מכון ברוקדייל, ירושלים.

דגן, נ. (2000). אנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית כקורבנות עבירה, **על הקו – ביטאון מרכז**

### הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 23

דיין, ה. (2001). **האגודה לזכויות האזרח וסוגיית האשפוז הכפוי**. האגודה לזכויות האזרח בישראל, ירושלים.

הכהן, מ., אוחנה, ד. (2000). זכויות חולי הנפש בהליך הפלילי: עוד על ההחלטות התקדימיות של ביהמ"ש העליון. **הסניגור**, 44, עמוד 7.

הר, ס.ס. (2001). צדק לבעלי מוגבלויות: זכויות נכים ואחריות מקצועית באלף החדש. **ביטחון סוציאלי**, 61, עמודים 5-26.

וייל, פ. (1997). טיפול אמבולטורי כפוי בישראל. **רפואה ומשפט**, 17, עמודים 92-97.

וילצינסקי, נ. ופינדלר, ל. (2004) בשלות החברה הישראלית לקבלת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998. עמדותיהם של מנהלים, ארכיטקטים, עורכי דין, מורים ועובדים סוציאליים בישראל. **פסיכו-אקטואליה**, עמודים 34-38.

זינגר – חירותי, ר. (2006): "צעיר מעורער בנפשו דקר למוות את סבתו בלוד ופצע את סבו" **"הארץ"**, 29 ספטמבר, עמוד 7.

טויב, א. (2006). **אשפוז כפוי של חולי נפש - סקירת המצב המשפטי**. [www.psychiatry.org.il](http://www.psychiatry.org.il)

כרמי, א. (2000). שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. **רפואה ומשפט**, 23, עמודים 102-109.

לוי, ע. (1998). ענישה מופחתת על רצח: סעיף 300 א(א) לחוק העונשין, ומשמעותו לפסיכיאטריה הישראלית. **רפואה ומשפט**, 18, עמודים 43-46.

לוינסון, ד. חקלאי, צ. שמש, ע. גרינשפין, א. בן-נון, ג. (2004). סקר בריאות לאומי 2003-2004 – בריאות גופנית ונפשית, **הרפואה**, כרך 143, חוברת ו, עמודים 450-453.

לרנר, י. (2004). בעלי מוגבלות נפשית, שכלית ואוטיזם. **תחומין**, כד, עמודים 160-172.  
מזרחי, ש. ומידיני, א. (2006), **מדיניות ציבורית בין חברה למשפט**, הוצאת כרמל.

מימון, נ. (1997). התמודדות המחוקק עם שאלת מתן טיפול רפואי ללא הסכמה או בכפייה. **רפואה ומשפט**, 17, עמודים 78-91.



מלמד, י., דליהו, י. (2001). משפט ופסיכיאטריה – מלחמה קרה או דו – קיום? **רפואה ומשפט**, 24. עמודים 82-85.

מלמד, י., לוי, ע. (1998). זכויות האזרח של חולי נפש. **רפואה ומשפט**, 18. עמודים 38-42.

מלמד, י., שניט, ד., קימחי, ר., אליצור, א'. (1999). רפואה ומשפט, מינוי אפוסטרופוס: בדיקת התהליך וחשיבה מחודשת. **הרפואה**, 137, י'.

נדיב, ר. (2006). **עובדים עם מוגבלות שפנו להתאמת שכר: מאפיינים סוציו – דמוגרפיים ותעסוקתיים**. משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, ירושלים.

נחמני, ד.; מלמד, י.; רובינשטיין, ע.; אליצור, א. (2003). יצוג מטופלים המאושפזים מכוח צו בית-משפט בוועדות פסיכיאטריות מחוזיות. **הרפואה**, 142: עמ' 141-145.

נלסון-ברין, ד. (2002). קורבנות, שהינם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר השתיקה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 17 (2): 7-15.

סומר, ה. (2003). חוק חופש המידע: הדין והמציאות המשפטית. **המשפט**, ח. עמודים 435-459.

סומר, ה., אדר, ד., אלימן, ע. (2005). **הזכות החוקתית לחופש המידע. הוגש לוועדת חוקה, חוק ומשפט**. מטעם הבין תחומי, בי"ס רוזינר למשפטים.

עילם, ג. (2006). איך לדבר על אנשים עם מוגבלות. אתר נציבות שיוין לאנשים עם מוגבלות: [www.mugbaluyot.justice.gov.il](http://www.mugbaluyot.justice.gov.il)

פלדמן, ד. (2003). המרפאות לבריאות הנפש: מגמות ותמורות בעשור האחרון. **חברה ורווחה**, כ"ג (2): 199-225, 2003.

פלדמן, ד. אריאנס, ר. (2004). **אנשים עם מוגבלות בישראל: פעילות הממשלה**. בהוצאת משרד המשפטים, ירושלים.

פלדמן, ד. בראון, י. (2001). תוכנית סל שיקום לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה. **ביטחון סוציאלי**, 61, עמודים 80-107.

פלדמן, ד., גרוס, ר. ניראל, נ. וברש, מ. (1996). עמדות עובדים כלפי הרפורמה במערכת בריאות הנפש: ממצאים מתוך סקר שנערך בקרב משתתפי כנס ארצי בתחום בריאות הנפש. ג'וינט-מכון ברוקדייל, משרד הבריאות וג'וינט – מכון פאלק, ירושלים.

פלדמן, ד. מיכלסון, פ. (2004). **אנשים עם מוגבלות בישראל: עובדות ומספרים**. בהוצאת משרד המשפטים, ירושלים.

פלדמן, ד., יהלום, ש. (2004). **העדפה מתקנת של אנשים עם מוגבלות בישראל**. אצל: ע. מאור (עורכת). **העדפה מתקנת והבטחת ייצוג בישראל**. הוצאת רמות – אוניברסיטת תל אביב. עמודים 399-426

קוליגן, ס. (2006). **מודל זכויות אדם בהוראת מוגבלויות במסצוסט**. יום עיון על "לימודי מוגבלות על בסיס מודל זכויות אדם". 3 יולי, מכון מופת, תל אביב.

רדי-בן-פורת, ס. (1996). **בזכות ולא בחסד: הזכויות של קבוצות חלשות בחברה צודקת. מפגש לעבודה חינוכית – סוציאלית**, 8-9, עמודים 24-36.

רימרמן, א. (1994א). **השמה חוץ ביתית של ילדים בעלי נכויות התפתחותיות-סקירת מחקרים והשתמעויות לפרקטיקה ולמדיניות. חברה ורווחה**, יד(4-3):329-340.

רימרמן, א. (1994). **תעסוקה נתמכת לאנשים הלוקים בנכויות התפתחותיות ופסיכיאטריות בארה"ב: לקחי מחקר ומדיניות. בטחון סוציאלי**. כרך 42. עמודים 118-127.

רימרמן, א, כץ, ש. (2004). **מדיניות התעסוקה המוגנת כלפי אנשים עם מוגבלויות קשות בארצות המערב ובישראל: סקירה ודיון. בטחון סוציאלי**, 65. עמודים 111-135.

רימרמן, א, כץ, ש. (2005). **המדיניות כלפי נכים בישראל: סוגיות מרכזיות. הדעה הרווחת**, 65. עמודים 3-7.

רימרמן, א. וארטן-ברגמן (2005). **חקיקת זכויות נכים ויישומם בישראל, מגמות וכיוונים עתידיים, ביטחון סוציאלי**, 69, עמודים 11-31.

שטרוסברג, נ. נאון, ד., בר, ש. מורגנשטיין, ב. (2004). **מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מהעבודה: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי**. דו"ח מחקר, ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

שילה, א. (1997). **קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש. רפואה ומשפט**. 17. עמודים 67-77.

שניט, ד. (1977). **ערבויות פרוצדורליות לחירותם של מוגבלים מחמת גיל, מצב נפשי או לקוי שכלי. הפרקליט**, לא, עמודים 155-173.

שניט, ד. (1997). זכויותיהם של אנשים עם פיגור שכלי לשילוב חברתי ולשוויון הזדמנויות בחוק הישראלי. בתוך: רימרמן, א., חובב, מ., דבדבני א., ורמות, א. (עורכים). **נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל**, הוצאת מגנס, ירושלים. עמודים 81-114.

שנער, ע. (2001). בית החולים כמושבת עונשין, **משפט נוסף**, 1, עמודים 108-112.

Abrams, J.Z.(1998). **Judaism and Disability**, Gallaudet University Press, Washington, DC.

Auslander, G.K., Gold, N. (1999a). Disability terminology in the media: A comparison of news papers reports in Canada and Israel. **Social Science & Medicine**, 48, 1395-1405.

Auslander, G.K., Gold, N. (1999b). Media reports on disability: A binational comparison of types and causes of disability as reported in major newspapers.; **Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal**; Sep. 21(9); 420-431

Balderian, N.J. (1991). The sexual abuse of people with developmental disabilities. **Journal of Sexuality and Disabilities**, 9(4): 323-335.

Brittain, I. (2004). Perceptions of Disability and their Impact upon Involvement in Sport for People with Disabilities at all Levels. **Journal of Sport and Social Issues**, Vol. 28( 4): 429-452

Bullenkamp, J. and Voges, B. (2004). Voting Preferences of Outpatients With Chronic Mental Illness in Germany. **Psychiatr Serv.**, 55:1440-1442, December

Chamberlin, J.(1978).**On Our Own: Patient-controlled alternatives to mental health system**, New York: Hawthorn Books.

Chamberlin, J., and Rogers, J. (1990). Planning a Community-Based Mental Health System. **American Psychologist**. 45(11), 1241-1244.

Chamberlin, J., Rogers, J., and Sneed, C. (1989). Consumers, Families, and Community Support Systems. **Psycho-Social Rehabilitation Journal**. 12(3), 93-106.

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., and Kubiak, M. A. Challenging two mental illness stigmas: Personal Responsibility and dangerousness. **Schizophrenia Bulletin**. 28(2):293-309, 2002.

Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D., and Kubiak, M.A. An attributional model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of Health and Social Behavior**. 44:162-179, 2003.

Dorn, C. D., Susman, E. J., & Fletcher, J. C. (1995). Informed consent in children and adolescents: Age, maturation and psychological status. **Journal of Adolescent Health**. 16, 185-190.

Drake, R.F. (1999). **Understanding Disability Policies**. London: McMillan Press.

Emerick, R. E. (1990). Self-help Groups for Former Patients: Relations with Mental Health Professionals. **Hospital and Community Psychiatry**. 41(4a), 401-407.

Emerick, R.E. (1989). Group Demographics in the Mental Patient Movement: Group Location, Age, and Size as Structural Factors. **Community Mental Health Journal**. 25(4).

Estroff, S. (2004). Subject/subjectivities in dispute: The poetics, politics, and performance of first-person narratives of people with schizophrenia. In J. H. Jenkins & R. J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience* (pp. 282-302). Cambridge: Cambridge University Press.

Estroff, S. Penn, D.L. and Toporek, J. (2004). From stigma to discrimination: An analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 30(3): 493-509.

Gross, R., Rabinowitz, J. & Feldman, D. (1996). Primary Health Care Physicians' Involvement in Treating Psychosocial Problems: Implications for Social Work as a Profession. **Health and Social Work**. 21 (2): 89-95.

Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998) Excess mortality of mental disorder. **British Journal of Psychiatry**, 173, 11-53

Herr, S. (1992). Human rights and mental disability: perspectives in Israel. **Israel Law Review**. 26(2): 142-194.

Kelleher, C., Timoney, A., Friel, S. et al. (2002). Indicators of deprivation, voting patterns and health status at area level in the Republic of Ireland. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 56: 36-44.

Kessler, R.C. (2000). Psychiatric Epidemiology: Selected recent advances and future directions. **Intern. J. Public Health**, 78: 464-474.

Knapp, M, Funk, M., Curran, C., Prince, M., Grigg, M. and McDaid, D. (2006). Economic barriers to better mental health practice and policy. **Health Policy and Planning**. 21(3):157-170.

Mackay, D. (2006). Annan hails agreement on treaty protecting rights of persons with disabilities, **UN NEWS**, 28 Aug, 2006

Mark, M., Rabinowitz, J., Feldman, D., Gilboa, D., Shemer, J. (1996). Reform in Mental Health Services in Israel: The Changing Role of Government, HMO's and Hospitals, **Administration and Health Policy in Mental Health**. Vol. 2(3): 253-259.

Mark, M., Rabinowitz, J. & Feldman, D. (1997). Revamping Mental Health Care in Israel: From the Netanyahu Commission to National Health Insurance Law. **Social Work in Health Care**. 25 (3): 119-129.

Marx, T. (1992-1993). **Halakha and Handicap: Jewish Law and Ethics on Disability**, Amsterdam, Tzvi Marx.

Mechanic, D. and McAlpine, D.D. (1997). Mission unfulfilled Potholes on the road to mental health parity, **Health Affairs**, 18(5):7-21.

Melamed, Y. (2001). Hospitalised mentally ill patients vote in Israel. **J. Med Ethics**. 27:355

Melamed Y, Nehama Y, Elizur A. (2000). Hospitalized mentally ill patients'

voting in Israel. *The Journal of Forensic Psychiatry* 11:691–5.

Melamed, Y., Shamir, E. Solomon, Z. Elizure, A. (1997). Hospitalized ill patients vote for the first time. *Israel Journal of Psychiatry*, 69-72

Nash, M. (2002). Voting as a means of Social Inclusion for people with mental illness. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 9: 697-703.

O'Hagan, M. (1991). **Stopovers on My Way Home From Mars**. Auckland, NZ: New Moon Productions.

Pickenhagen A, Sartorius N. (2002). **Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it**. Geneva: World Psychiatric Association.

Porter, R. (1998). Can the stigma of mental illness be changed? *Lancet*, 352: 1049-1050.

Rabinowitz, J., Mark, M., Popper, M., & Feldman, D. (1997). Physical illness among all Discharged Psychiatric Inpatients in a National Case Register. *Journal of Mental Health Administration*. 24 (1): 82-89.

Rabinowitz, J, Feldman, D. & Gross, R. (1998). Which Primary Care Physicians Treat Depression? *Psychiatric Services*. Vol. 49(1): 100-102.

Rabinowitz, J. Gross, R. & Feldman, D. (1999). Correlates of a Perceived Need for Mental Health Assistance and Differences between Israelis Who Do, and Do Not Seek Help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34(3): 141-146.

Radden, J. (2003). Forced medication, patients` rights and values conflicts. *Psychiatry, Psychology and Law*. Vol. 10,

Rimmerman, A. Herr, S. H. (2004) The Power of the Powerless: A Study on the Israeli Disability Strike of 1999. *Journal of Disability Policy Studies*; Sum 15(1); p. 12-18

- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. **BMJ**. 324:1470-1471.
- Snow, K. (2005). To ensure inclusion, freedom and respect for all, we must use people first language. Disabilitynatural.com
- Sternlight, J.R. (2004). In search of the best procedure for enforcing employment discrimination laws: A comparative analysis, **Tulane. L. Rev**, 78, 1401.
- Tomes, N. (2006). The Patient policy factor: a historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. **Health Affairs**, Vol.28(3): 720-729.
- U.N. (2006). **Draft International Convention on the Rights of Persons with Disabilities**.
- Vilchinsky, N. Findler, L. (2004). Attitudes toward Israel's Equal Rights for People with Disabilities Law: A multi perspective approach. **Rehabilitation and Psychology**, 49(4): 309-316.
- Whal, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. **Schizophrenia Bulletin**, 25(3):467-478.
- Wolfensberger, W. (1994). **Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues**. Cambridge, Mass: Brooklines Books.
- Ziv, N. (1998). Disability Law in Israel and the United States – a comparative perspective. **Israel Year Book on Human Rights**. 28, 171-202.

#### אתרים

- אתר האינטרנט של משרד המשפטים: [www.justice.gov.il](http://www.justice.gov.il)
- אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- "אתר האינטרנט של ארגון "בזכות": [www.bizchut.org.il](http://www.bizchut.org.il)
- אתר האינטרנט של משרד הבריאות: [www.health.gov.il/units/mental](http://www.health.gov.il/units/mental)
- אתר האינטרנט של נציבות השוויון: [www.mugbaluyot.justice.gov.il](http://www.mugbaluyot.justice.gov.il)
- אתר האינטרנט של העמותה נגד תקיפה פסיכיאטרית: [sf.tapuz.co.il/forum-319-30-1.htm](http://sf.tapuz.co.il/forum-319-30-1.htm)

אתר האינטרנט של עוצמה: c3.ort.org.il  
אתר האינטרנט של "קולות": www.voices.co.il

### דוחות ומדריכים

בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי (2004), משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש המחלקה למידע ולהערכה, ירושלים.

דו"ח הוועדה הבין משרדית לייצוג הולם של אנשים עם מוגבלות בשירות המדינה (2003). ירושלים.

דו"ח הוועדה הציבורית לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא: זכויות אנשים עם מוגבלות בראשות ד"ר ישראל כץ, (1997).

דו"ח הוועדה הציבורית לבדיקת עניני הנכים ולקידום שילובם בקהילה, בראשות השופט (בדימוס) אפרים לרון (2005). ירושלים.

דו"ח הכנסת לוועדת פניות ציבור (2004). **חסיים ואלה שמונו להם מקבלי גמלה.**

דו"ח ועדת שניט (2000) לבחינת אופן תפקוד הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות.

דו"ח ועדת שרשבסקי (1991). **דו"ח מסכם של וועדת הבירור לענין : ההגנה על חולי נפש מאושפדים מפני תקיפה וניצול מיני.** ירושלים.

דו"ח מבקר המדינה (2002). **שילוב אנשים בעלי מוגבלות בחברה ובעבודה.** דו"ח שנתי 52ב לשנת 2001 ולחשבונות שנת הכספים 2000. משרד מבקר המדינה, ירושלים.

דוח מבקר המדינה 55ב' (2004): **משרד הבריאות: פיקוח לקוי על ניסויים רפואיים בבני אדם.** עמודים 495-553.

נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות (2004). **מצב התעסוקה של אנשים עם מוגבלות בשירות המדינה.** בתוך: דו"ח נציבות שירות המדינה לוועדת הכנסת חוקה, חוק ומשפט – שנת עבודה 2003 – חלק 4. נספח ג: עמודים 77-79, ירושלים.

נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות (2004). **התאמות בתעסוקה בשוק הפתוח לאנשים עם מוגבלות.** נייר עמדה.

נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות (2006). **איך להתכונן לשעת חירום? מידע לאנשים עם מוגבלות**<sup>135</sup>. ירושלים.

נציבות שירות המדינה (א2004). **שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות בשירות המדינה.** נספח ה: עמודים 83-86, ירושלים.

נציבות שירות המדינה (ב2004). **קידום זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות בשירות המדינה.** הודעה מספר 29/30 מיום 30 אפריל.

נציבות שירות המדינה (ג2004). **דו"ח לוועדת הכנסת חוקה, חוק ומשפט – שנת עבודה 2003 – חלק 4.** נספח ד: עמודים 81-82, ירושלים.

פרוטוקול הכנסת מספר 53 (2004) מ-28 ביולי.

פרוטוקול הכנסת מספר (2006) מ-11 ספטמבר.

### הצעות חוק

הצעת חוק הכשרות המשפטית והאפטרופוסות (תיקון - פיקוח על אפטרופוסים), התשס"ג-2003.

הצעת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (תיקון) (נגישות, דיור בקהילה וסיוע אישי, תרבות פנאי



וספורט, חינוך והשכלה, המערכת המשפטית, צרכים מיוחדים ומידע), התשס"א - 2000.  
הצעת חוק זכויות עובדים עם יכולת השתכרות מופחתת בתעסוקה מוגנת ונתמכת, התשס"ו - 2006.

### חוקים

- חוק איסור הפליה במוצרים, בשירותים ובכניסה למקומות ציבוריים, התשס"א – 2000  
 חוק איסור לשון הרע, תשמ"א- 1961  
 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נוסח משולב), התשנ"ד - 1994  
 חוק בתי המשפט [נוסח משולב], התשמ"ד – 1984  
 חוק האפוטרופוס הכללי, התשל"ח – 1978  
 חוק הבחירות לכנסת ולראש הממשלה [נוסח משולב], התשכ"ט – 1969  
 חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995.  
 חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981  
 חוק הגנת ילדים - חוק לתיקון דיני הראיות (הגנת הילדים), התשט"ו - 1955;  
 חוק הדיור הציבורי (זכויות רכישה), התשנ"ט – 1998.  
 חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו - 1996  
 חוק החוזים (תרופות בשל הפרת חוזה), התשל"א- 1970  
 חוק הירושה, התשכ"ה - 1965  
 חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב – 1962  
 חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ה - 2005.  
 חוק המקרקעין, התשס"ב - 2002 (תיקון מספר 23: התאמות לאדם עם מוגבלות).  
 חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך – 1960  
 חוק הסיוע המשפטי, התשל"ב – 1972.  
 חוק הסנגוריה הציבורית, התשי"ו – 1955.  
 חוק הסעד (טיפול במפגרים), התשכ"ט – 1969.  
 חוק הסעד (סדרי דין בעניני קטינים, חולי נפש ונעדרים), התשט"ו - 1995  
 חוק הסעה בטיחותית לילדים ופעוטות עם מוגבלות, התשנ"ד – 1994.  
 חוק הסעה בטיחותית לילדים נכים (מפרטי רכב בטיחותי), התשנ"ד – 1994.  
 חוק העונשין, התשל"ז- 1995 ותיקון חוק העונשין סעיף 300 א(א) - 1977  
 חוק הפיקוח על המעונות, התשכ"ה, 1965  
 חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א- 1981  
 חוק הקלות לחרש, התשנ"ב – 1992  
 חוק הרשויות המקומיות (בחירות), התשכ"ה 1965-.  
 חוק הרשויות המקומיות (סידורים לנכים), התשמ"ח - 1988  
 חוק התכנון והבנייה, התשכ"ה – 1965  
 חוק ועדות חקירה, תשכ"ט – 1968 (סעיפים 8-11, 27)  
 חוק זכויות הדייר בדיור הציבורי, התשנ"ח – 1998.  
 חוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996  
 חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א – 2001

- חוק חופש המידע, התשנ"ח – 1998  
 חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח – 1988 פרק ד1 שילוב ילד בעל צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל (מספר 4),  
 2005.  
 חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991 ותקנותיו משנת 1992, תיקון מספר 5 – ייצוג משפטי למטופלים  
 בכפייה), התשס"ב - 2004  
 חוק יסוד חופש העיסוק, התשנ"ב – 1992.  
 חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992  
 חוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א – 1991  
 חוק למניעת מפגעים סביבתיים (תביעות אזרחיות) תשנ"ב-1992  
 חוק לתיקון דיני הראיות (הגנת הילדים), התשט"ו - 1955;  
 חוק לתיקון סדרי הדין (חקירת עדים), התשי"ח - 1957;  
 חוק מעונות יום שיקומיים, התש"ס - 2000  
 חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], התשמ"ב – 1982  
 חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים), התשס"ב - 2002;  
 חוק פיצויי פיטורין (תיקונים מספר 3 ו-13), 1963,  
 חוק הרשויות המקומיות (סידורים לנכים), התשמ"ח – 1988  
 חוק שוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ח - 1988  
 חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998 לרבות תיקון מספר 2 – פרק הנגישות  
 חוק שירותי הסעד, תשי"ח – 1958.  
 חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט – 1959. סעיף 15א (מספר 10), מ-1998  
 חוק שירות התעסוקה, (תיקון מספר 12), התשס"ב – 2002.  
 חוק שוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ח – 1988.  
 חוק שחרור על תנאי ממאסר, תשס"א – 2001  
 חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשס"א – 2001.  
 חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט – 1959. סעיף 15א (תיקון מספר 10).  
 חוק שכר מינימום, התשמ"ז - 1987

#### נהלים, פקודות ותקנות

- נוהל הבטחת קיום ל"נתמכים מספר 9.165. משרד לקליטת העלייה.  
 נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם (1999)  
 פקודת הנזיקין [נוסח חדש], התשכ"ח – 1968  
 פקודת מס הכנסה, תקנות מס שבח מקרקעין (מס רכישה), התשל, ח – 1974.  
 תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א – 1980  
 תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות – צמצום בהשתכרות), התשמ"ד – 1984.  
 תקנות הביטוח הלאומי (הכשרה מקצועית ודמי מחייה), התשל"ט – 1979.  
 תקנות הביטוח הלאומי (שיקום מקצועי), התשט"ז – 1956.  
 תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות)(מתן שירותים מיוחדים), התשל"ט – 1978,  
 תקנות הבטחת הכנסה (כללי הזכאות והוראות ביצוע), התשמ"ב – 1982.

- תקנות הכניסה לישראל, תשל"ד–1974.
- תקנות הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (כללים בדבר קביעת שכר לאפוטרופסים), התשמ"ט-1988
- תקנות הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (דרכים להשקעת כספי חסוי), התש"ס – 2000
- תקנות הנכים (כללים להוכחת חוסר פרנסה), תשי"ג – 1953.
- תקנות הנכים (כללים להכרת אדם כאינו מסוגל להשתכר למחייתו ולהכרת הכנסה כדי מכסה), תשי"ג - 1953.
- תקנות הנכים (לימודים לרכישת מקצוע), התשמ"ח – 1987.
- תקנות הנכים (תוספת מיוחדת עקב פרישה מוקדמת לנכה בתפקודי היציבה וההליכה), התשמ"ד - 1984.
- תקנות הסדרים במשק המדינה (הנחה מארנונה), תשנ"ג - 1993.
- תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (השתתפות המדינה במימון התאמות), התשס"ג - 2003.
- תקנות שכר מינימום (שכר מותאם לעובד עם מוגבלות בעל יכולת עבודה מופחתת), תשס"ב 2002
- תקנות תשלום אגרות מקרקעין שונות (תקנות המקרקעין-אגרות), התשל"ד – 1974.

#### עתירות

- בג"צ 7081/93 בוצר נגד מועצה מקומית "מכבים – רעות" (1996).
- בג"צ 5304/02 ארגון נפגעי תאונות עבודה ואלמנות נפגעי עבודה בישראל נגד הממשלה, הכנסת והמוסד לביטוח לאומי (2004).
- בג"צ 4593/03 עמותה ישראלית למאבק בתקיפה פסיכיאטרית נגד שר הבריאות ו"בזכות".
- בג"צ 10812/05 ירון פסי נגד מדינת ישראל – משטרת ישראל (2006).
- ע"מ (ת"א) 1018/01 העמותה הישראלית לתקיפה פסיכיאטרית נגד משרד הבריאות (לא פורסם).
- ע"מ (ת"א) 200871/98 העמותה הישראלית לתקיפה פסיכיאטרית נגד משרד הבריאות. (לא פורסם).
- בג"צ 4015/06 (2006).
- 2058/03 (2004)
- 207/03 (2003)
- 2060/97
- 5027/05 (2005)
- 1025/92 (1992)
- 2372/99 (1999).
- 1290/04
- 1068/04
- 3119/98 (1998)
- 2463/01 (2001).
- 420/00
- 421/92
- 2060/97
- 196/80
- 92/0
- 368/00
- 689/98
- 174/96

6810/97  
 2305/02  
 (2003) 711/03  
 3854/02  
 (2002) 167256/02  
 (2004) 3020/02  
 (1997) 2060/97  
 (1993) 421/93  
 (2005) 405/01  
 (1998) 23/8 , 11/87 , 6/87 , 747/86  
 (1996) 4419/95  
 (2000) 869/93  
 (1992) 1212/91  
 (2005) 3770-3/01  
 (2000) 200871/98  
 723/74  
 1081/01  
 (2004) 506/01  
 (2004) 6219/03  
 (1996) 7528/95  
 (2003) 711/03  
 (2001) 8797/99  
 6880/02

**(Footnotes)**

<sup>1</sup> נציבת שוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים

<sup>2</sup> באותה שנה נחקק בישראל חוק טיפול חולי נפש, התשנ"א – 1991 אשר בא במקום חוק לטיפול בחולי נפש, התשט"ו-1955. בנאי (2002) ואחרים מקרב המערכת המשפטית סבורים כי: "חוק הטיפול מחק וביטל עם חקיקתו, גישות פטרנליסטיות שנהגו בעבר ואשר אבד עליהן הכלח, והוא מביא לביטוי את הגישה האוטונומית ביחס לטיפול חולי נפש. חוק זכויות (החולה) אף הוא מביא לביטוי את הגישה האוטונומית וכנגד הנטייה הפטרנליסטית שהיא נחלת העבר, ומטרתו, כפי שנקבע בסעיף 1 לחוק הזכויות: "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו" משום כך, החלת חלק ניכר מהוראות חוק הזכויות על חולי נפש, כפי שציינתי ופירטתי במאמר זה, נותנת משנה תוקף למגמה ההומנית והאוטונומית של חוק הטיפול" (עמוד 21). מול גישה זו קיימת גישה ביקורתית כלפי החוק עקב היותו נפרד, מרחיק את ציבור האנשים עם מוגבלות נפשית מצדק חברתי והופך את המטפלים לשופטים. לעניין זה ראו, למשל, את נייר העמדה של איגוד הפסיכיאטריה בהר"י אשר בוחן מחדש את הוראות החוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991 (להלן - "חוק הטיפול בחולי נפש") ואת נחיצותן. במרכז תהליך הבחינה עומדות הוראות האשפוז הכפוי וסמכותו של הפסיכיאטר המחוזי ופסיכיאטרים הממונים על ידו לאשפז בכפיה חולים הזקוקים לטיפול רפואי ושאינם כשירים להסכים לקבלתו או המסרבים לקבלו. הסיבות העיקריות העמדות בבסיסה של הצעה זו הן: 1. רצונם של הרופאים המטפלים, הפסיכיאטרים, להתמקד בתפקידם הרפואי, קרי, במתן טיפול רפואי ולא בשלילת חירותם של המטופלים. 2. רצון הרופאים המטפלים להימנע ממצב בו המטופל מתנגד

לאשפוז הכפוי ולגורם המאשפז אותו ובכך מכשיל את הטיפול. ובמילים אחרות, הגברת הסיכויים להצלחת הטיפול על ידי העברת ההכרעה בנוגע לאשפוז הכפוי לידי של גורם חוץ טיפולי והפניית הכעס של המטופל בנוגע להחלטה על האשפוז לגורם שאיננו גורם טיפולי. 3. ניסיון להתמודד עם הסטיגמה שדבקה במקצוע הפסיכיאטרייה, במטופלים ובמטפלים כמקצוע המביא להרחקתם של פרטים מן החברה וניסיון להחזיר את הפסיכיאטרייה לגדרם של כלל המקצועות הרפואיים האחרים על ידי "האחדת דינים" (טויב, 2006).

<sup>3</sup> מדובר ב- attitudinal and environmental barriers

<sup>4</sup> מדובר ב- the civil, political, economic, social and cultural spheres

<sup>5</sup> מדובר ב- physical, social, economic and cultural environment

<sup>6</sup> בנושא זה יש לציין גם את תפקידם של הכנסת, מבקר המדינה או וועדות ציבוריות או התערבות שיפוטית כגון של בית המשפט הגבוה לצדק אשר בידו קיים עדין הכוח לכפות יישום מדיניות בתחום זכויות אדם (מזרחי ומינני, 2006).

<sup>7</sup> מדובר גם בעדכון חקיקה, ניסוח תקנות, נהלים, מדריכים ופעילויות, וכדומה

<sup>8</sup> פעילות של חקיקה הייתה גם קודם לכן, כגון: "חוק הגנת ילדים" - חוק לתיקון דיני הראיות (הגנת הילדים), התשט"ו - 1955;

"חוק חקירת עדים" - חוק לתיקון סדרי הדין (חקירת עדים), התשי"ח - 1957;

<sup>9</sup> מתמודד, דובר מטה מאבק הנכים.

<sup>10</sup> ליתר דיוק הכינוי "אדם עם מוגבלות" – בחוק שוויון מתייחס לאדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים; באמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות העקרון האנושי זהה אך ההגדרה מעט שונה: Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual, or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. יש לציין כי ארגוני הנכים התנגדו במושג האו"ם להגדרה "mental impairment" וביקשו להגדיר לקות זו כ: "psychosocial impairment" אך ארצות רבות התנגדו לכך משום שאצלן הגדרה זו מתייחסת לאנשים במגוון של נסיבות חיים שלקשייהם אין כל קשר למחלת נפש.

<sup>11</sup> המושג מוגבלות ((disability כולל בהגדרת החוק הישראלי את ההיבט של לקות (impairment) ואילו באמנה יש דגש רב על האינטראקציה של אלה עם משתנים סביבתיים. בפועל חוק השוויון שם גם הוא דגש מרכזי על הצורך בהנגשת הסביבה. מיקודו בסביבה ובחובתה לפתוח שערים פיזיים וחברתיים מייחד אותה ביחס למודלים הטיפוליים והשיקומיים המתמקדים בטיפול ובשיקום היחיד. שני ההיבטים משלימים זה את זה.

<sup>12</sup> טרמינולוגיה "עיסקית" בהקשר הנוכחי מדובר בצריכת שירותי בריאות ובריאות נפש תחת מטרת המודל הרפואי-עיסקי, שחדר לארץ בעיקר בהשפעה אמריקאית וכניסת המרכיב הכלכלי לשיקולי מעצבי מדיניות וספקי שירותים.

<sup>13</sup> טרמינולוגיה סמי חברתית הטמנת בחובה אופציה לפירוש דו משמעי: התמודדות עם המחלה והתמודדות עם אתגרי החברה.

<sup>14</sup> טרמינולוגיה של מחאה חריפה בעיקר כנגד הברוטליות של המערכת הפסיכיאטרית, בכלל, והטיפול הכפוי, בפרט ושיתוף הפעולה של המערכת המשפטית והציבורית עם מציאות זו.

- <sup>15</sup> ועל כן מדובר בחוק טיפול חולי נפש, התשנ"א - 1991
- <sup>16</sup> ועל כן מדובר בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ן - 2000
- <sup>17</sup> עיקר התקציב של בריאות הנפש מופנה למוסדות (דו"ח שירותי בריאות הנפש, 2004)
- <sup>18</sup> רבים מועסקים במסגרות תעסוקה נפרדות ומשתכרים שכר נמוך בהרבה משכר מינימום, ברוב המסגרות זכויות העובדים אינן מוסדרות. מרבית המשתקמים מנותקים מהקהילה העובדת הכללית עובדים בדרך כלל בעבודות חרושתיות ברמה נמוכה שאינן יכולות לשמש חלופת תעסוקה הוגנת (רימרן, 1994, נאון ומנדלר, 1996, מבקר המדינה, 2002).
- <sup>19</sup> כתוצאה מכך הציבור אינו נחשף אליהם בחיי היום יום כבני אדם, ואין לו הזדמנות להכירם אחד לאחד על הייחודי והאנושי שבהם. חוסר ההתרועעות הבלתי אמצעית מונע נראות (visibility) וגורם לחיזוק דימויים סטריאוטיפיים שליליים ודמוניים שהקשר בינם לבין המציאות הוא מקרי בלבד. קשה אז להתחבר לעולמות תוכן של כבוד האדם, צדק חברתי ושוויון ולהבין כי הנם קודם כל זכות אנושית בסיסית ולא פונקציה של מנת משכל, בריאות נפשית או יכולת תפקוד פיזית, שאלה ערכים אוניברסאליים הנכונים לכלל הציבור, ולאנשים עם מוגבלות בכללם (דו"ח וועדת כץ, 1997; לרנר, 2004).
- <sup>20</sup> האפשרות לזכות בעונש מופחת עקב הפרעה נפשית יוצרת מוטיבציה אצל נאשמים ופרקליטים רבים להוכיח קיומה בתהליך המשפטי מה שתורם עוד יותר לחיבור ציבורי של מסוכנות ופשיעה או לחילופין חשדות כבדים על נסיונות התחזות. מעבר לזאת מוכרת התופעה שהייתה קרויה בעבר "גנזר" המוכרת בעיקר בתהליכים משפטיים ותוך כדי כליאה ומתאפיינת בהתנהגות המתחזה להיות פסיכוטית כדי להתחמק מענישה.
- <sup>21</sup> הנושא גם מופיע בהצעת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (תיקון) (נגישות, דיור בקהילה וסיוע אישי, תרבות פנאי וספורט, חינוך והשכלה, המערכת המשפטית, צרכים מיוחדים ומידע), התשס"א 2000.
- <sup>22</sup> **חסר ישע** - מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי או מכל סיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצרכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו"
- <sup>23</sup> אחד האמצעים הנוספים הנו למשל, הקמת מערך פיקוח על הטיפול בחוסים במסגרת האפוטרופוס הכללי במשרד המשפטים. כיום יש רק פיקוח על הרכוש.
- <sup>24</sup> בישראל - ע"פ חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962
- <sup>25</sup> יש לציין כי הארגונים המייצגים נכי נפש אשר השתתפו בדיוני האו"ם התנגדו לכל צורה של טיפול או התערבות כפוייה אולם המדינות והארגונים לא קיבלו עמדה זו. יתרה מכך בשנות האלפיים נחקקו בכמה מדינות, כגון: אנגליה וקנדה חוקים המקשיחים את הטיפול בכפייה וזאת לאור מקרי רצח אכזריים שארעו בהן.
- <sup>26</sup> במהלך 2003 התנהל דיון סביב ההצעה לכונן גם אופציה של שיקום כפוי. המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה התנגדה לכך בתוקף.
- <sup>27</sup> לעניין זה ראו גם בר-אל, דורסט, מזר, רבינוביץ, לרנר, קנובלר, 1999
- <sup>28</sup> בשנת 2003 אושפזו בישראל 1108 אנשים אשפוז כפוי ו - 863 הופנו לטיפול כפוי במרפאה. מדובר ב- 5095 קבלות לאשפוז מתוכן 4,037 היו בהוראת אישפוז ו- 1058 בצו ו- 561 קבלות לטיפול מרפאתי כפוי מתוכן 485 באמצעות הוראה ו- 76 באמצעות צו. במרץ 2004 עבר בכנסת תיקון מספר 5 לחוק טיפול בחולי נפש ובו הוקנתה לחולים מבוגרים זכות הייצוג ע"י עו"ד מטעם הסנגוריה הציבורית כשמדובר בצו ועו"ד מהסיוע המשפטי כאשר מדובר בהוראה.

<sup>29</sup> הסוגייה אינה ייחודית לנכי נפש אלא מעסיק גם את העוסקים באנשים עם מוגבלות שכלית. לעניין זה ניתן לראות, למשל, את חוק הגנה על חוסים-תשכ"ו – 1966 הקובע בפרק ג כי בית משפט מוסמך להורות על מתן טיפול ראוי לחוסה בגיר הלקוי בשכלו, שמתנגד לכך מטעמים לא סבירים, אם נראה לו ששלומו הגופני או הנפשי נפגע או עלול להפגע פגיעה חמורה מהעדר טיפול ראוי, וכן חוק הסעד (טיפול במפגרים), תשכ"ט – 1969 המסמיך את פקיד הסעד, ועדת האבחון ובית המשפט, לנקוט בנסיבות מסיימות אמצעים טיפוליים מסוימים, לרבות בדיקות, השגחה והעברה למעון בניגוד לרצון האדם (כרמי, 2000).

<sup>30</sup> יש לציין כי דילמות יותר ספציפיות בתחום זכויותיו של מטופל/מאושפז כלולות בחוק טיפול בחולי נפש (סעיף 35. זכויות החולה)

בהקשר להיבטים של שיגרת חיים בבית החולים, כגון: משלוח דואר, ביקורים, וכדומה וכן לגבי התערבויות טיפוליות ומשמעותיות כגון: בידוד, קשירה, טיפול בנזע חשמלי, וכדומה. זכויות מפורטות גם בחוק זכויות החולה. לגבי הזיקה בין שני חוקים אלה בהקשר לאנשים עם מחלת נפש ראו את הדיון בפרק העוסק בזכות למידע.

<sup>31</sup> בהוראת אשפוז, דהיינו ע"י הפסיכיאטר המחוזי, בחשד לתקיפת שוטרים.

<sup>32</sup> לעניין זה ראו גם עתירת פלונית מספר 2372/99 מאוקטובר 1999 בפני השופט רוטלוי בה היא מקבלת את הערעור ומבקרת את המשפטים בוועדה: "עד כמה המדינה אינה מודעת למורכבות התפקיד החשוב המוטל על יושבי ראש הוועדות הפסיכיאטריות... נשגב מבינתי להבין כיצד יכולה המדינה להצדיק את הפעלתו של פרקליט כמייצג המדינה בערעור בעת שהערעור מכווין בין היתר כלפי החלטתו של אותו פרקליט בעת ששימש כיו"ר וועדה". לעומת זאת נדחה על ידה ערעור בתיק 3119/98 מיוני 1998: רודולפינה צימרמן נגד הוועדה הפסיכיאטרית מחוזית ופסיכיאטר מחוזי – מרכז.

<sup>33</sup> דו"ח וועדת שניט (2000)

<sup>34</sup> שנער, ע. (2001)

<sup>35</sup> וניתן להניח כי גם לצמצם באופן ניכר הוראות לטיפול כפוי.

<sup>36</sup> חשוב לציין כי בעבודת הממשלה להכנת התיקון בחוק, שהיה ביוזמת ח"כ אופיר פינס, נעשתה עבודה בין משרדית משפטים – בריאות לה היו שותפים נציגי המשפחות והמתמודדים. כך גם נוסחו התקנות והנהלים ואורגנו השתלמויות בנושא, יחדיו.

<sup>37</sup> בעיקר מדובר באופן אישור החופשות בצו האזרחי מדובר בתקופה קצובה ובאופן השחרור בצו הפלילי השחרור קשה ונוקשה יותר. יחד עם זאת בשני המסלולים הקריטריון המנחה בהחלטה לגבי חופשה או שחרור היא מידת המסוכנות לציבור. השופט חיישין (ש"פ 2305/00 פלוני נגד מדינת ישראל, פ"ד נ"ד(4) 289) מוסיף גם את אלמנט המעמד: "שהנוסעים במסלול הפלילי – להבדיל מהנוסעים במסלול האזרחי – עשו לכאורה מעשה רע ומזיק לחברה: הפירו את שלום הציבור... מטעם זה אף נתונים הם – בראש ובראשונה- לטיפולו של בית המשפט ולא אך לטיפולם של המומחים בדבר".

<sup>38</sup> אולם בפס"ד שניתן ברע"פ 2060/97 וילנצ'ק נגד הפסיכיאטר המחוזי, פ"ד נב(1) 697, עמוד 710 מדובר לא רק על השגת מטרה טיפולית אלא אף הגנה על הציבור או עליו, שהרי "בין המטרות המרכזיות המונחות ביסוד החוק: טיפול בנאשם חולה הנפש, מניעת סכנה (לעצמו ולציבור) וכל זאת תוך שמירת זכויות האדם של הנאשם".

<sup>39</sup> לעניין זה ראו, למשל, ע"פ 3854/02 פלוני נגד וועדה פסיכיאטרית ואחרים פ"ד נז(1) 900

<sup>40</sup> לטעמנו, גם באירועים אזרחיים (ד.פ.). לעניין זה ראו גם: מלמד ודליהו (2001).

<sup>41</sup> וישנה דעה כי תפקידו של המשפטן לייצג את רצונו של החולה וטובתו מפרספקטיבה של זכויות אדם לעומת טובתו של המטופל מפרספקטיבה פסיכיאטרית (גלובוס, 2006, דיווח אישי).

<sup>42</sup> נושא המשפחה מופיע במקומות נוספים, כגון: פרק 23 העוסק בזכות לבית ולמשפחה ושם בין השאר מודגשת חשיבות המשפחה עבור אדם עם מוגבלות.

<sup>43</sup> בחקיקה הישראלית הנוגעת לאנשים עם מוגבלות נפשית יש הכרה במשפחות: כך בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, פרק התעסוקה לעניין אי הפלייה של עובד בגין הצרכים המיוחדים להם נדרש עקב טיפולו בבן משפחה עם מוגבלות, כפי שיפורט בחלק העוסק בזכות לתעסוקה. כך גם בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, במינוי נציג למועצה הארצית לשיקום, בהשמעת דעתם בוועדות שיקום אזוריות ובמתן סיוע: בייעוץ, הדרכה והנחיה למשפחות ובהפניה ובמימון שהייה קצרת מועד במסגרת מגורים מיוחדת מוגנת בעבור נכי הנפש החיים דרך כלל עם משפחותיהם. כך בחוק חינוך מיוחד, לעניין וועדות השמה, ועוד.

<sup>44</sup> ולעניין זה ראו גם עתירה לבית משפט העליון מספר 2060/97 מאפריל 1997 ומרץ 1998 של פלונית נגד הפסיכיאטר המחוזי אשר הועמדה לדין פלילי בעקבות תקיפת בתה הקטנה ונמצאה בלתי אחראית למעשיה וניתן לה צו טיפול מרפאתי. ערעורה התקבל ע"י השופטים ברק, לוי ודורנר ועוד עתירות רבות כגון אלו. גם בעתירה מספר 421/93 מיוני 1993 של פלונית כנגד היועץ המשפטי לממשלה המערערת על הוראת אשפוז. גם כאן תחילתו של התהליך בקשתה של אם מפסיכיאטר המחוזי לאשפז את הבת מאחר ומכה את אחותה הקטנה ואינה מקיימת מערכת יחסים עם הסובבים אותה. נעשה נסיון לשכנעה להגיע לטיפול מרפאתי אך לשוא.

<sup>45</sup> ישנם היום גם 26,290 נכים שגימלתם מנוהלת ע"י אחרים ל- 3,978 מונה גם אפוטרופוס. עניינם של 7,040 אנשים מנוהל בידי גוף ציבורי, לכ- 1,200 חוסים מונתה אק"ם אפוטרופוסות לתפקיד האפוטרופוס (דו"ח הכנסת לוועדת פניות ציבור, 2004)

<sup>46</sup> לעניין זה יש לראות את חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996

<sup>47</sup> באפוטרופוס הכללי יש יחידה העוסקת בפיקוח על האפוטרופוסים לענייני רכוש.

<sup>48</sup> מדינת ישראל נגד ברוך בן דוד סקורצ'רו.

<sup>49</sup> נכה רדיפות הנאצים וכן נכה משרד הביטחון

<sup>50</sup> ב- 1995 תוקן חוק העונשין סעיף 300 א(א) המורה על אפשרות לענישה מופחתת, כדלקמן: על אף האמור בסעיף 300, ניתן להטיל עונש קל מהקבוע בו, אם נעברה העבירה בין יתר הנסיבות, במצב שבו, בשל הפרעה נפשית חמורה, בשל ליקוי בכושרו השכלי, הוגבלה יכולתו של הנאשם במידה ניכרת, אך לא עד כדי חוסר יכולת ממש, כאמור בסעיף 34 ח: (1) להבין את אשר הוא עושה, או את הפסול במעשהו, או (2) להמנע מעשיית המעשה". המשמעות היא שכדאי לנאשמים ברצח להוכיח תחלואה פסיכיאטרית שאיננה פסיכוטית כדי לזכות בענישה מופחתת ושפסיכיאטרים יהיו מעורבים יותר במתן חוות דעת לבתי המשפט. לעניין זה ראו גם לוי (1998).

<sup>51</sup> סעיף 26 לחוק הירושה, התשכ"ה-1965

<sup>52</sup> פרק י: 3: בחירות בבתי חולים ובמוסדות לאנשים המוגבלים בניידות: מאושפז רשאי להצביע בקלפי למאושפזים המוצבת בבית חולים שבו הוא מאושפז.... הקלפי תעמוד, במידת האפשר, במקום מרכזי בבית החולים שהוא נוח לגישה למאושפזים;

<sup>53</sup> בישראל לדוגמא שיעור הצבעה בבחירות 1999 היה 29% לעומת 79% באוכלוסיה (Melamed,)



(Nehama, Elizur, 2000) ו- 26% לעומת 70% ב- 2001 (Melamed, 2001)

<sup>54</sup> למרבית הטרגדיה נרצח השופט אזר ב- 24 באוקטובר 2001 בידי אדם שנשפט אצלו למאסר. תקופה קצרה לאחר מכן התאבד ד"ר דיוד וינר סניגור הנאשם. ד"ר וינר היה מיוזמי ומיישמי הייצוג המשפטי למטופלים במסגרת הפסיכיאטרית בכפייה. נסיבות טרגיות אלה מחדדות ביתר שאת את המורכבות בהגדרת מסוכנות כמרכיב מאפיין למחלת נפש כאשר העובדות מצביעות כי מסוכנות בקרב אנשים ללא כל קשר למחלת נפש.

<sup>55</sup> החוק מגדיר "מטופל" - חולה וכל המבקש או המקבל טיפול רפואי;

<sup>56</sup> כמו, למשל, סעיפים 4-8 האוסרים הפלייה של מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, לאום וכדומה, המחייבים הספקת טיפול נאות ואנושי, זכות המידע, דעה נוספת, וכדומה, או סעיף 10 המדבר על כבודו ופרטיותו של המטופל, סעיף 11 העוסק בחובה להושיט עזרה אך לא להפנותו לגורם שיכול להושיט עזרה, או סעיפים 17-20 העוסקים בחובת תעוד הטיפול, או פרק ו העוסק בוועדות בדיקה, יחולו גם על מאושפזים בבתי חולים לחולי נפש

<sup>57</sup> יש לשים לב לסעיף 29(א) בחוק זכויות החולה הקובע: אין בהוראת חוק זה כדי לגרוע מהוראות כל דין, ומשמע גם מחוק טיפול חולי נפש (בנאי, 2003).

<sup>58</sup> משנת 1955.

<sup>59</sup> פרק 25: הזכות לבריאות

<sup>60</sup> בשנת 2003 טופלו כ- 63,200 איש במרפאות בריאות הנפש של הממשלה והתקיימו 744 אלף מגעים, היו 18,998 קבלות לאשפוז מלא ו- 1,313 קבלות לאשפוז יום, 4 אלפים איש נוספים פנו למיון ולא אושפזו,

<sup>61</sup> למעשה ישנם גם בתוספת השנייה סעיפים המצביעים כי במועד הקובע גם קופות החולים<sup>62</sup> סיפקו שירותים פסיכיאטריים טוענות קופות החולים כי אין נושא זה בתחום אחריותם. קופות החולים דורשות כי במידה ואחריות זו תועבר אליהם היא צריכה להיות מלווה במימון נוסף ועדכון שנתי שהמדינה סרבה בשלבים השונים לספק (אליצור, ברוך, לרנר, שני, 2004).

<sup>63</sup> יש לשים לב כי שירותי השיקום נמצאים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בתוך שירותי אשפוז ומוגדרים כחלופת אשפוז ולא כשירותים קהילתיים העומדים בפני עצמם ונושא זה יידון בהמשך.

<sup>64</sup> בישיבת הכנסת האחרונה בנושא התבררה קואליציה רחבה של עובדי ציבור, איגודים וארגונים התומכת במהלך זה. המתנגדים היחידים הינו ארגון הפסיכולוגים ועובדי המרפאות הממשלתיות, כלעיל (פרוטוקול הכנסת, 11 ספטמבר, 2006).

<sup>65</sup> בהסכם שנחתם בין משרד הבריאות והאוצר ב- ספטמבר 2006 הסתבר כי בעוד אשר ברור כי כל שירות המרפאות הממשלתי עתיד להסגר רב הנסתר על הנגלה באשר לדרך הפעולה וההתארגנות המצופה מקופות החולים בקשר להקמה של שירות מרפאתי ודרכי פעולתו. בהסכם זה נעשה גם נסיון לחבר את הרפורמה הביטוחית והשיקומית וההתנגדות הציבורית והמקצועית לכך היא רבה.

<sup>66</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health

<sup>67</sup> ואכן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כלולים שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות (סעיף 6(א)(5))

<sup>68</sup> תוספת השנייה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 כלולים טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה ובין בבית, לרבות במעון, כמשמעותו בחוק הפיקוח על המעונות, התשכ"ה - 1965 (סעיף 6(א)(3)). דהיינו, בתוך המערכת הפסיכו סוציאלית משולבים גם אלמנטים

משלימים של רפואה ולהיפך: שירות פסיכו-סוציאלי נכלל בסל השירותים של קופת חולים כללית (סעיף 22(ה)) וזאת למטרות רפואיות במצבים חריפים, טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במחלות ממושכות, טיפול בחולה ובמשפחתו בסיוע למיצוי משאבים אישיים וגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים לטיפול בחולה כחלופה לאשפוז או מניעתו.

<sup>69</sup> למעשה לא היה בכך חדש כי גם יושבי ראש וועדת עבודה ורווחה של הכנסת (ח"כ יוסי כץ, ח"כ מקסים לוי, ז"ל וח"כ דוד טל) העדיפו לראות את בעיית חולי הנפש, קודם כל כבעיה חברתית, הדורשת את פתרונה הדחוף במישור הפסיכו-סוציאלי הרחב, תוך הדברות בין משרדית (בעיקר של הבריאות והרווחה), עמדותיהם עיכבו אמנם את ביצוע הרפורמה הביטוחית אך בנו את המסד החברתי וסללו את הדרך לחקיקת חוק השיקום, שמבלעדיו לא היה יכול תהליך האל מיסוד להצליח כפי שקרה ולא היתה אפשרות לביצוע הרפורמה הביטוחית.

<sup>70</sup> בימים אלו נעשה ניסיון מחודש של משרד הבריאות לחבר את "סל השיקום" בחזרה אל תוך המערכת הרפואית ולחבר תקציבית את הרפורמה הביטוחית והמבנית גם יחדיו. מתבצעת פעילות ציבורית עניפה כדי למנוע זאת והממשלה בישיבתה מיום ה- 27 בספטמבר דחתה חיבור זה.

<sup>71</sup> בינתיים שונה סעיף 63 א לחוק תכנון ובנייה, תשכ"ה - 1965 ונכללים בו גם נכי הנפש, כדלקמן: 63א. מעונות לחוסים (תיקון: תשנ"ה, תשס"ב), כדלקמן: (א) יועדה בתכנית מיתאר או בתכנית מפורטת קרקע למטרת מגורים, יראו ייעוד כאמור כאילו הוא כולל גם היתר למגורי חוסים שמשרד העבודה והרווחה אישר להם לגור במעון או למגורי נכי נפש שמשרד הבריאות אישר להם לגור במסגרת מגורים עצמאית או מוגנת, ובלבד שבבנין מגורים מאוכלס לא יגורו יותר מששה חוסים; הגבלה זו לא תחול לגבי בנין מגורים שאינו מאוכלס; אין בהוראות סעיף זה כדי לגרוע מסמכותה של ועדה מקומית לכלול בתכנית מיתאר או בתכנית מפורטת, קרקע שיועדה בתכנית כאמור למטרת מוסדות, מעונות או טיפול בנזקקים, בכל מספר שהוא. (א1) שר הפנים רשאי, באישור ועדת הפנים ואיכות הסביבה של הכנסת, לשנות את התוספת החמישית בהתאם לרשימת סוגי הדיור הכלולים בסעיף 1 לחלק ב': תחום הדיור, שבתוספת לחוק שיקום נכי נפש בקהילה. (ב) בסעיף זה - "מעון" - כהגדרתו בחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה - 1965; "חוסים" - כמשמעותם בהגדרת מעון. "חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשס"ו 2000" - חוק שיקום נכי נפש בקהילה; "מסגרת מגורים עצמאית או מוגנת של סוגי דיור" - סוגי דיור כמפורט בתוספת החמישית; "נכה נפש" - כהגדרתו בחוק שיקום נכי נפש בקהילה.

<sup>72</sup> בספרו פרשנות במשפט, כרך שלישי, עמודים 416,419

<sup>73</sup> כאן יש להבחין בין שני "דורות" של זכויות אדם. הדור הראשון הכולל חירויות יסוד אזרחיות ופוליטיות, כמו: הזכות לחיים, חופש הביטוי וחופש הדת מקורו בתקופת המהפכה הצרפתית. הדור השני המונה חירויות יסוד כלכליות, סוציאליות ותרבותיות, כגון: עבודה וחינוך צמח רק בעשרות השנים האחרונות. (רדי-בן-פורת, 1996).

<sup>74</sup> ראו, למשל, את עבודתו של Brittain (2004) בתחום הספורט.

<sup>75</sup> חיזוק לתפיסת ההזדקקות יותר מאשר אמונה ביכולת ההשתלבות התקבל בסקר עמדות הציבור כלפי אנשים עם מוגבלות, שערכה נציבות השוויון באוקטובר 2005<sup>76</sup>. שם נמצא כי 69% מהנשאלים (מתוך מדגם מייצג של 500 איש) סברו שאנשים עם מוגבלות ראויים לפטורים והנחות מיוחדות ברמת הסכמה של 4.1 (מתוך סולם של 1-5) לעומת 56% שסברו שאנשים עם מוגבלות מסוגלים להשתלב במערכת החינוך הרגילה במוצע הסכמה של 3.7 ו- 52% שסברו כי אנשים עם מוגבלות מסוגלים להשתלב בעבודה רגילה במוצע הסכמה של 3.6.

<sup>77</sup> לעניין זה מעניין הדיווח של אברהמי (2003) ואברהמי ורימרמן (2005), אשר חקרו את שיקוליהם של חברי כנסת בעת הצבעה על חוקים חברתיים מבחינים בין תפיסת עולם של הגנה והטבות (גישת ה"חסד") ובין זו של שוויון זכויות (גישת "הזכות"). הם מצביעים על כך שאוכלוסיית הנכים בישראל אינה נתפסת עדיין, ע"י חברי כנסת, בהקשר של שוויון זכויות וזאת למרות שלראשונה לקראת הבחירות לכנסת ה-16 הפך נושא הנכים לתקשורתי ו"חם" יותר והופיע בצורה בולטת בתעמולת הבחירות של כמה מהמפלגות. לדעתם הממצאים לגבי שיקולי ההצבעה על חוק השוויון מוכיחים שחקיקתו מקדימה את זמנה ושקובעי המדיניות בישראל עדיין אינם בשלים ליצירת מציאות של שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות בתוך כלל האוכלוסייה.

<sup>78</sup> כגון: חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995

<sup>79</sup> כגון: תעריפי דמי אחזקה לדיור חוץ ביתי של אנשים עם פיגור שכלי בתע"ס.

<sup>80</sup> למשל, תיקון לחוק התכנון והבנייה, התשכ"ה - 1965 וחוק הרשויות המקומיות (סידורים לנכים), התשמ"ח - 1988 שעסקו בנגישות מבנים ציבוריים והסדרת הסביבה האורבנית, בהתאמה לאנשים עם מוגבלות בניידות וחוק הקלות לחרש, התשנ"ב - 1992 העוסק בהנגשת השידורים לאנשים חרשים.

<sup>81</sup> התופעה אינה אופיינית רק לחוקים העוסקים באנשים עם מוגבלות ואינה אופיינית רק לישראל. לעניין זה ראו, למשל: Sternlight, 2004

<sup>82</sup> מנכ"ל הארגון עו"ד אריאלה אופיר הייתה גם נציבת השוויון הראשונה.

<sup>83</sup> מתוך הצעת החוק הכוללת של חוק השוויון נחקקו עד היום חמישה פרקים: פרק העקרונות, פרק התעסוקה, פרק נגישות התחבורה הציבורית, פרק הקמת נציבות השוויון והוועדה המייעצת שלידה; ופרק הנגישות. יתר פרקי החוק הנם: דיור בקהילה וסיוע אישי, תרבות, פנאי וספורט, חינוך והשכלה, המערכת המשפטית, צרכים מיוחדים ומידע.

<sup>84</sup> מה שקרוי "העדפה מתקנת".

ARTICLE 21 - FREEDOM OF EXPRESSION AND OPINION, AND ACCESS TO <sup>85</sup> INFORMATION: States Parties shall take all appropriate measures to ensure that persons with disabilities can exercise their right to freedom of expression and opinion, including the freedom to seek, receive and impart information and ideas on an equal basis with others and through sign languages, Braille, augmentative and alternative communication, and all other accessible means, modes and formats of communication ...of their choice, including by

<sup>86</sup> פרק 27 באמנה: WORK AND EMPLOYMENT

<sup>87</sup> דיווחי ראשי השירות.

<sup>88</sup> שטרוסברג, בר, מורגנשטיין, נאון, 2004

<sup>89</sup> אשר על כן החליטה נציבות השוויון לנקוט ביוזמת חקיקה של "הצעת חוק זכויות עובדים בעלי יכולת השתכרות מופחתת בתעסוקה מוגנת ונתמכת, התשס"ו - 2006" אשר ענינה הסדרת התנאים הסוציאליים ושכר מינימום מותאם של עובדים עם מוגבלות העובדים במסגרת תעסוקה מוגנת ונתמכת. זאת תוך שימוש בחקיקה הקיימת של חוקי עבודה ותקנותיהם וחוקי שיקום ובמבט מקדם השתלבות במסגרת עבודה בשוק הפתוח, כמשתמע מחוק השוויון.

<sup>91</sup> התיזה המרכזית של וועדת לרון הינה כי המוטיבציה הנמוכה לעבודה בקרב הנכים הכלליים נובעת

מהעובדה שמקבל קצבה המשתכר מעל 1,800 ₪ מאבד את קצבתו. על כן שינוי מצב זה יכול להועיל באופן משמעותי לשיפור בכמות הנקלטים בשוק הפתוח. עוד סברה הוועדה כי הרחבת היקף התעסוקה הנתמכת יוביל גם הוא ליציאת אלפי אנשים עם מוגבלות לעבודה. שתי ההמלצות אושרו ע"י הממשלה ועומדות בפני ביצוע לאחר השלמת שינוי בחקיקת חוק הביטוח הלאומי העוסק בקריטריונים לזכאות לקצבה.

<sup>92</sup> "בן משפחה" -

(1) בן זוג, הורה או ילד;

(2) בן זוג של הורה, בן זוג של ילד, אח או אחות או בני זוגם, סב, סבתא, נכד או נכדה - שעיקר פרנסתו של אדם עם מוגבלות עליהם;

<sup>93</sup> במסגרות אלה חובת ההתאמה ומימונה מוטלת על המעסיקים הממשלתיים.

<sup>94</sup> ס"ח התשמ"ז, עמ' 68.

<sup>95</sup> ברוח ההתאמות אשר הוגדרו בעבודת המטה.

<sup>96</sup> ס"ח התש"ס, עמ' 231.

<sup>97</sup> בסעיף 3 בפרק העקרונות.

<sup>98</sup> מספר היעד הנו 5% כשיעור האנשים עם מוגבלות בגיל העבודה.

<sup>99</sup> בימים אלו התקבל תיקון לחוק אשר מאריך את תוקפה של הוראה זו בחמש שנים נוספות.

<sup>100</sup> ואכן מנגנון זה מוצע כחלק מהצעת חוק זכויות עובדים בעלי יכולת עבודה מופחתת בתעסוקה מוגנת ונתמכת, התשס"ו - 2006.

<sup>101</sup> המדגם כלל 400 איש מקרב למעלה מ- 1000 פונים.

<sup>102</sup> ARTICLE 9 - ACCESSIBILITY

<sup>103</sup> הסוג השני של נגישות הכלול בחוק הנו נגישות מבנים, תשתיות וסביבה המכונה "נגישות מתו"ס".

<sup>104</sup> לעניין זה ראו גם: חוק איסור הפליה במוצרים, בשירותים ובכניסה למקומות בידור ולמקומות ציבוריים, תשס"א - 2000

<sup>105</sup> הוראות סימנים של סעיף זה וכן סעיף הביטוח יחולו גם על הפליה של אדם בשל כך שמתקיים בו אחד מאלה, לפי הענין - הוא היה בעבר אדם עם מוגבלות; הוא נחשב אדם עם מוגבלות; הוא מלווה אדם עם מוגבלות; הוא בן משפחה של אדם עם מוגבלות; בן זוג; הורה, ילד, אח, אחות ובן זוג של כל אחד מאלה; סב, סבתא, נכד או נכדה.

<sup>106</sup> על מנת שהשירות הציבורי יוכר כנגיש עליו לקבל גושפנקא מ"מורשה נגישות השירות" שהוא אחד מאלה: אדריכל רשוי, מהנדס רשוי או הנדסאי, בעל מקצוע אקדמי או טכנולוגי אשר שר התעשייה המסחר והתעסוקה, בהתייעצות עם נציבות השוויון, הכיר בו כמקצוע מתאים לצורך הכרה בו כמורשה לנגישות השירות לרבות: רופא, אחות, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, פסיכולוג, עובד סוציאלי, או קלינאי תקשורת. או שהוא בעל תואר אקדמי בנגישות לאנשים עם מוגבלויות שונות ממוסד להשכלה גבוהה מהארץ או מחו"ל, אשר עברו הכשרה מעשית, השתלמות ובחינות הסמכה.

<sup>107</sup> "מאומה אודותינו בלעדינו": "Nothing about us without us". יש להבחין בין סיסמא זו שהנה חברתית כללית ומתייחסת לכלל המוגבלויות בעיקר בהקשר לזכויות אדם ובין הסיסמא "בעצמנו" ("On our own"), שמקורו בשם ספרה של ג'ודי צמברליין אשר נחשב כתנ"ך של תנועת ההעצמה (Empowerment) בתחום בריאות הנפש. בעוד הראשון מתמקד בעיקר בשינויים פוליטיים חברתיים, אף כי לא רק, המושג "בעצמנו" מתמקד בעיקר בדרישה להעניק למטופלים שליטה על הטיפול הפסיכיאטרי

ולאפשר פעילות טיפולית וחברתית של קבוצות לעזרה עצמית או של הספקת טיפול מקצועי משלב עם מטופלים לשעבר אשר יובילו להחלמה (Recovery, משמע לחיים מלאים ועצמאיים בקהילה (Tomes, 2006)). ההבחנה בין שני מושגים אלה קשורה להבחנה בין המודל החברתי (The Social Model) למודל זכויות אדם (The Human Rights Model). הראשון מתמקד בחובת המדינה להעניק טיפול, תגמולים ושירותים לאנשים עם מוגבלות על בסיס קריטריונים מוגדרים ותיוג מבדל הדוחה את אלה שאינם עונים לתנאי הסף. השני הנו אוניברסלי ואינו דורש הזדהות כדי לזכות בזכאות. לצורך כך ההתמקדות הנה בהבטחת סביבה וחברה המאפשרת ולא מגבלות האדם עצמו כמו במודל הראשון.

<sup>108</sup> בשוק עתיר משאבים זה משתתפים גם מעצבי מדיניות, אנשי מקצוע, מבטחים וענקי תעשיית התרופות. אשר על כן האפקט של הפעילות הצרכנית הנו מוגבל אלא באם צובר כוח פוליטי או ערכי ממשי.

<sup>109</sup> מרכיב חשוב נוסף הנו המוסד לביטוח לאומי האחראי על הספקת בטחון סוציאלי לאנשים המוכרים כנכי נפש.

<sup>110</sup> יש לציין כי יו"ר העמותה הקודם מר אלדר ז"ל התנגד לרפורמה הביטוחית מחשש כי המטפלים הכרוניים והקשים עלולים להפגע, מחישובים כלכליים של קופות החולים (אבירם, גיא וסייקס, 2006) ואילו היו"ר הנוכחי פרפ שמיר מעוניין ברפורמה בדיוק כדי להגן על אותה קבוצה, כפי שיפורט להלן. מן הצד השני חוששים המטפלים במרפאות כי רפורמה זו תזניח את מטופלי z code דהיינו את אלה שלהם משבר עקב אירועי חיים ומשברים (פרוטוקול הכנסת, 11 ספטמבר, 2006)

<sup>111</sup> באופן יותר מוחשי מדובר בהגעה ליעד של שיעור 0.5 מיטות פסיכיאטריות ל-1000 נפש בכלל האוכלוסייה, דהיינו ירידה מ-5,589 מיטות ב-2000 ל-3500 ב-2006, הגעה לשיעור קבלות בבתי החולים של 3.2 לאלף, שהייה ממוצעת באשפוז של 33 יום, ירידה ל-12% באחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום ו-36% תוך 180 יום (דו"ח משרד הבריאות, 2004). מן הצד השני מדובר בתגבור מערכת השיקום בקהילה כך שתגיע בתוך חמש שנים למתן מענים לצרכי שיקום של-18 אלף אנשים וסיוע למשפחות. המשמעות היא תוספת של כ-1200 משתקמים לשנה בחמש שנים הקרובות (מכתב נציבת השוויון ליועץ המשפטי לממשלה, 2006).

<sup>112</sup> "עוצמה - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש" כעמותה ארצית פועל מינואר 2001. הפורום הנו איחוד של הפורום הארצי שהוקם בירושלים בראשות ישראל אלדר, ז"ל שהוקם ב-1996 וארגון עוצמה שהוקם ב-1999 בצפון ובמרכז בראשות פאולה לנגר, כיום עומד בראש הפורום הארצי פרפ אלי שמיר (אתר עוצמה, 2006).

<sup>113</sup> לעניין זה ראו אליצור, ברוך, לרנר ושני, 2004, עמוד 30: שיקום חולי נפש בקהילה.

<sup>114</sup> רבות הודות לפעילותו של ישראל אלדר ז"ל.

<sup>115</sup> לאחר שהעמותה התפרקה עקב סכסוכים פנימיים מרים הקים רופא בשנת 2003 את ארגון מל"מ, ממשיך דרכה של 'התמודדות'. מל"מ (מתמודדים למען מתמודדים). זהו גוף התנדבותי של נפגעי נפש למען מאבק על זכויות ותדמית אשר מטרותיו הן מלחמה בסטיגמה, ייזום חקיקה חדשה ושינוי חקיקה קיימת, פיקוח ובקרה על מערכת בריאות הנפש בישראל, מאבק חברתי ומשפטי להשגת זכויות ולמימושן בשטח וייצוג נפגעי הנפש.

<sup>116</sup> העמותה החלה לפעול ב-2005 בראשות אמיר טל. היא חלק מאגף הסטיגמה בארגון הפסיכיאטרים העולמי ומקיימת קשר שוטף עם החוקרים המובילים בארץ ובעולם בתחום הסטיגמה. חזון העמותה הוא להביא לשינוי חברתי ביחס ובהתנהגות של הציבור כלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות בכלל

ומוגבלות פסיכיאטרית בפרט.

בנושא זה מן הראוי לעיין בפרק 8 באמנה העוסק ב<sup>117</sup> AWARENESS-RAISING ארגון בזכות הוקם בשנת 1992 על ידי האגודה לזכויות האזרח, והפך תוך זמן קצר לארגון עצמאי.<sup>118</sup> ב"זכות" מהווה כתובת לאנשים שזכויותיהם נפגעו בגין מוגבלותם, לבני משפחותיהם, לאנשי מקצוע שעובדים עימם, לארגונים הפועלים בשטח. מעבר להשגיו בתחום העתירות לבג"צ יש לציין את תפקידו המרכזי בחקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998 ובתוכו פרק הנגישות, "חוק השילוב" וחוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו-2005.<sup>119</sup> מדובר באבי אורן שמשמש כדובר "מטה מאבק הנכים" ([www.bambili.com/bambili](http://www.bambili.com/bambili))<sup>120</sup> מדובר בקבוצה הגדולה ביותר של אנשים עם נכות המוכרת ע"י הממשלה, כ- 180 אלף איש אשר כשליש מהם הם נכי נפש. לעומתם בארגון נכי צה"ל, ארגון נפגעי תאונות עבודה, ארגון נפגעי פעולות איבה וארגון נכי פעולות הנאצים, שרובו אנשים המוכרים עם מוגבלות נפשית - הייצוג הנו לכלל הנכויות.

<sup>121</sup> קופות החולים מתוגמלות פר קפיטה ועל כן לעזיבת הקופה, בייחוד של אוכלוסיה צעירה ובריאה, יש השלכות כלכליות משמעותיות. ב-10 השנים האחרונות חל שינוי משמעותי בנושא זה בעיקר בכל הנוגע לירידה הגדולה של חברי קופת חולים כללית מ-66.7% מהאוכלוסיה ל-59% ועלייה בשלוש הקופות האחרות בעיקר של מכבי - שירותי בריאות (מ-17.1% ל-21.8%) ומאוחדת (מ-7.6% ל-10.1%). אולם שיעורי המעברים בין הקופות ירד באופן משמעותי מ-4.2% ב-1995 ל-1.0% ב-2002. יש לציין כי שיעור הנכים בקופ"ח כללית גבוה ב-12.5% משיעור כלל האוכלוסיה ונמוך בשאר הקופות כשהפער הגדול הנו בקופ"ח מכבי בה שיעורם 14.1% לעומת השיעור הכללי של 21.8% (בן נון וכץ, 2005).<sup>122</sup> יש לציין כי פועלות במשרד הבריאות מספר מועצות בריאות וב-18.02.2003 הקים משרד הבריאות פרלמנט הבריאות ובו חברים נציגים רבים מהחברה האזרחית, כגון: החברה למתנ"סים, ארגון צבי, האגודה לזכויות החולה, שת"ל, המכון הישראלי לדמוקרטיה, האגודה לזכויות האזרח, מטה הארגונים החברתיים, ועוד (אתר משרד הבריאות, 2006). ב-2005 הוקמה גם מועצה לאומית לשיקום בראשות פרופ' חיים רינג (רינג חיים, 2006, דיווח אישי).<sup>123</sup> ובמקרה זה לא לארגוני החולים עצמם.

<sup>124</sup> לעניין זה ניתן לקחת כדוגמא את נייר העמדה המשותף "הרפורמה בבריאות הנפש: בכיה לדורות" של פורום הפסיכיאטריה בארגון רופאי המדינה, הסתדרות הפסיכולוגים, איגוד העובדים הסוציאליים, הסתדרות העובדים במדעי החברה והרוח שהוגש לוועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, מיום 28.7.2004 וכן את עמדת וועד עובדי בית החולים אברבנאל בדיון בכנסת ב-1 באוקטובר 2003 בנושא סגירתו המוצדקת של בית החולים. תגובת כותבת הפרק לדיון היתה כדלקמן: "... המשמעות של העמדה שהוצגה היא המשך סגירתם של חולי הנפש בגטאות ועיכוב השילוב שלהם במערך הרפואה הכלכלי. הגיע הזמן לסגור את הגטאות, עד מתי תשמרו על הגטאות האלה? יש לדאוג לחולים קודם כול, העובדים יכולים לנוע ביתר קלות, כאשר יש שינויים מבניים" (פרוטוקול מספר 53).

<sup>125</sup> בהקשר זה ראוי לציין בעיקר שלושה סרובים: סרוב לקחת חלק ביישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000, חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו - 2005 והספקת שירותים במסגרת הלשכות לשירותים חברתיים.

<sup>126</sup> ע"פ סעיף 5 לחוק שיקום תפקידי המועצה הנם: (1) ליעץ לשר בנושא שיקום נכי נפש, לרבות

בענינים אלה:

(א) התוויית מדיניות שיקום ארצית רב-שנתית; (ב) תכנון שירותי השיקום בקהילה ושיפור איכותם, זמינותם ונגישותם וכן דרכים לקידום השוויוניות בכל אלה; (ג) פיתוח תכניות חינוך והסברה בקהילה, בכל נושא הקשור לנכי נפש; (ד) שינויים בסל שירותי השיקום; (ה) קביעת אמות מידה לנותני שירותי שיקום; (2) לקבל דיווח ונתונים בדבר ביצוע החוק; (3) ליזום מחקרים בנושאי שיקום.

<sup>127</sup> בנושא זה יש לציין את העתירה של העמותה הישראלית למאבק בתקיפה פסיכיאטרית לבית המשפט העליון נגד שר הבריאות מ 4 יולי 2004. בעתירה קובלת העמותה על כך שהנציג השני שנבחר ע"י השר הנו נציג ארגון "בזכות" ולא נציג המתמודדים עצמם. בית המשפט דחה עתירה זו בסברו כי "ארגון הפועל למען קידום של נכי הנפש ראוי לייצג את צרכיהם של נכי הנפש במסגרת המועצה" ועל כן: נראה "כי שיקול דעת השר הפועל באופן סביר וכי אין כל מקום להתערבות שיפוטית בהחלטתו" (בג"צ 4593/03). "בנובמבר 2004 הייתה פנייה של ד"ר נעמי הדס לידור, יו"ר המועצה, אל מר דני דורי ומר אבי אורן לשמש כנציגי הצרכנים במועצה, לאחר התפטרות מר צביאל רופא, עקב מינויו כנציג הצרכנים במועצה הלאומית לבריאות הנפש. השניים קיבלו עליהם את התפקיד, מתוך הכרה בכך כי אין כיום ארגון צרכנים יציג ורשום". (אתר קולות - העצמה לצרכנים בבריאות הנפש).

<sup>128</sup> מעמדה של המועצה המייעצת לשר הבריאות מותנית במידה רבה בשר הממונה. בעוד אשר הייתה למועצה תקופת זוהר בימיו של ח"כ ניסים דהאן השרים שלאחריו, נווה, אדרי ובן יזרי נקטו עמדה של התעלמות מהמועצה (הדס - לידור, 2006, דיווח אישי).

<sup>129</sup> לעניין זה ראו: Tomes, 2006

<sup>130</sup> מינוי החברים מתבצע ע"י שר הרווחה ושר המשפטים.

<sup>131</sup> לעומת וועדות ומועצות ממלכתיות רבות בוועדה המייעצת לנציבות השוויון יש רק נציגות של החברה האזרחית ובעיקר של ארגוני הנכים, והשלטון המקומי ולא של משרדי הממשלה מתוך כוונה לאפשר למיגזר זה להשמיע את קולו באופן ברור בתהליכי קבלת החלטות עקרוניות הנוגעות לחייהם של אנשים עם מוגבלות בישראל.

<sup>132</sup> לעניין זה תורמת ההבחנה של רימרמן והר (Rimmerman and Herr, 2004) בין פעילות המתמקדת בשיפור הקצבאות או הטיפול הרפואי ובין קידום ועיגון שוויון זכויות. לדעתם אנשים עם מוגבלות בישראל עדיין נתפסים, גם בעיני עצמם, כראויים להגנה ולהטבות, יותר מאשר לשוויון זכויות חברתי הכולל גם מחויבות ואחריות ומתמקדים בעיקר בהשגת הישגים מול הביטוח הלאומי, מערכת הרווחה והבריאות, ועוד.

<sup>133</sup> מתוך מפגשי הוועדה המייעצת והתהליכים שהיא עוברת ניתן להתרשם כי לנוכחות של נציגות מתחום בריאות הנפש השפעה רבה על הגברת רמת המודעות וההכרות עם צרכיה של המוגבלות הנפשית והאתגר שבמצאת מכנים משותפים ושוויוניים עם המוגבלויות האחרות. תהליכים דומים התרחשו בקבוצות עבודה ובימי עיון של נציבות השוויון וכן בהכשרות שהיא ארגנה, בתחום מנהיגות חברתית וייעודית לפעילות בתחום הנגישות ותחומים אחרים. בכל אלה משתתפים תמיד נציגים מכל המוגבלויות, בהתאם להגדרת אדם עם מוגבלות בחוק השוויון.

<sup>134</sup> ב-1994 הווה תקציב בריאות הנפש - 12.9% מתקציב הבריאות לעומת 6.2% ב-2004 ותקני בריאות הנפש - 16.5% מתקני משרד הבריאות ב-1994 ו 14.3% ב-2004. לעניין המעקב אחר תקציב ראו: Mechanic and McAlpine, 1997

<sup>135</sup> לעניין זה ראה, למשל, את חוברת החלטות ממשלה מאוגוסט 2006, לעניין עלות סל שירותי

השיקום לנכי נפש בקהילה: "מחליטים לתקן את חוק שיקום נכי נפש בקהילה באופן שיקבע כי: 1. סל שיקום ותכנית שיקום ייקבעו בהתאם להוראת החוק במסגרת מקורות המימון שעומדים לרשות משרד הבריאות בהתאם לתקציב השנתי שייקבע מדי שנה במסגרת חוק התקציב. 2. התקנת תקנות לפי פסיקאות (1)(2) בסעיף 25 לחוק שעניינן קביעת היקף שירותי השיקום וגביית תשלום עבור שירותי שיקום, תהייה טעונה הסכמת שר האוצר". ההסבר לכך בגוף ההצעה הינו: "יש 12 אלף משתקמים ומספרם עולה, במצב הנוכחי אין כל אפשרות לצפות מראש את מספר התובעים שיהיו זכאים לשיקום ולפיכך מערכת השיקום לא מסוגלת לבצע תכנון תקציבי ארוך טווח בצד העובדה כי לא קיים במערכת כל תמריץ להתייעלות בשל העדר מסגרת תקציבית זו. מוצע לקבוע כי סל שיקום ותכניות שיקום ייקבעו בהתאם לתקציב השנתי שייקבע מדי שנה כמו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והתקנות תהיינה בהסכמת שר האוצר" (עמוד 85).

<sup>136</sup> יחד עם זאת יש לזקוף לזכות הארגונים, המועצה הלאומית לשיקום וליחידת השיקום בשירותי בריאות הנפש, את הישגים, כדלקמן: "ברמה זו יש לציין הישגים מרשימים. הוקם מגוון רחב של שירותי שיקום בקהילה, המותאמים לצרכי החולים. קליטת החולים בסל שיקום נעשית בצורה יעילה וחולים רבים השתקמו בחיי הקהילה, בדיוור מוגן ובמרכזים תעסוקתיים וחברתיים. הטיפול בדיוור בקהילה הוא טוב ויש על כך בקרה יעילה. לא התפתחה כלל תופעת דיירי רחוב בקרב החולים המשתחררים ולא התפתחה התופעה של "טרנס מיסוד" בדיוור המוגן. אחוז החוזרים לאשפוז מדיוור מוגן הוא נמוך יותר מאחוז החוזרים מקרב החולים הפעילים המשתחררים לקהילה. אין עלייה בעבריינות חולים בקהילה. קיים עדיין קושי רב בקליטת חולים קשים יותר בדיוור המוגן, במיוחד חולים בסכנת התאבדות, הפרעות התנהגות ושימוש בסמים" (אליצור, ברוך, לרנר ושני, 2004, עמוד 30).

<sup>137</sup> תומס (Tomes, 2006) מבחינה בין קבוצות המתמודדים הפועלים כתנועה חברתית לבין אלה המעורבים בהספקת קבוצות תמיכה עצמיות (self help groups). היא מצטטת את עבודתם של אמריק (Emerick, 1993) ו-הוגן (O'Hagan, 1991) אשר מצא כי 60% מקבוצות התמיכה העצמיות התמקדו בסינגור ו-40% בגישה פסיכותרפויטית, הן נבדלו גם במידת עירוב אנשי מקצוע, במידה שהן קיבלו את המודל הרפואי והנכונות לקבל תשלום מעמיתיהם.

<sup>138</sup> מבוסס על חוברת קודמת שהופקה ב-2003 בשיתוף של משרד המשפטים, משרד הרווחה, המשרד לקליטת העלייה, משרד הבריאות, משרד הביטחון, המוסד לביטוח לאומי וג'וינט ישראל. הוכן בשיתוף פעולה עם פיקוד העורף, משרד הבריאות הרווחה, מטה מאבק הנכים, בקול, עלה. החומר יופץ במסגרת חוברת ההדרכה של פיקוד העורף ויתורגם לאנגלית, ערבית ורוסית.





## הסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית

אמיר טל

אם נטמין זרע באדמה צחיחה והוא ימאן לצמוח, האם נשאל מה לא בסדר עם הזרע? לא. אנו מבינים שחיים אינם מסוגלים להשתרש באדמה צחיחה. לכן לא נאשים את הזרע, אלא נבחן את הסביבה בה אנו מבקשים לזרוע ונסיק שהבעיה היא בבצורת (Deegan, 2002).

מילים אלו משקפות את המציאות של רוב המתמודדים עם מוגבלות בכלל ועם מוגבלות פסיכיאטרית בפרט. בבואם להכות שורש בקרקע החברתית הם נתקלים בבורות, בפחד, בדעות קדומות ובאפליה חברתית. בפרק זה אתאר בקצרה את הסטיגמה והאפליה החברתית שמהן סובלים אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ואת ההשלכות הרבות שלהן על חיי המתמודדים. במהלך הפרק אצטט מדבריהם של המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ובני משפחותיהם המתארים את חוויותיהם הקשורות לסטיגמה ולאפליה החברתית.

### מבוא

אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש מפתחים מודלים טיפוליים ושיקומיים על מנת לסייע לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. התהליך הטיפולי והשיקומי מורכב מהתערבויות מגוונות שמטרתן לשלוט בסימפטומים של המחלה על ידי איזון תרופתי, טיפול קהילתי, תעסוקה נתמכת, הקניית כישורי חיים, שיקום קוגניטיבי וטיפול משפחתי. המשותף לכל ההתערבויות הטיפוליות והשיקומיות הוא המאמץ לסייע לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית לשלוט בסימפטומים, כך שיוכלו להשיג בצורה הטובה ביותר את המטרות שהציבו לעצמם בחיים.

המטרה של אנשי הטיפול ברורה אם כן וניתנת להשגה: הם מבקשים לעזור לאנשים להתגבר על הקשיים והאתגרים שהסימפטומים מעמידים בפניהם, כדי שיוכלו לחיות חיים מלאים ומספקים, תוך השגת רוב המטרות שהציבו לעצמם בכל תחומי החיים: עבודה טובה עם תגמול הוגן, מקום מגורים שבו יבחרו, חיי משפחה וחיי חברה. אולם המציאות לא תואמת תמיד את המטרה - כשאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית מוצאים עבודה, לא אחת מגלה המעסיק כי לעובד יש היסטוריה "נפשית" ומיד מוצא תירוץ להפסיק את העסקתו; כשמוצאים דירה, בעל הבית חושש כי יעשה נזק לרכושו; כשמכירים בן או בת זוג ומתגלה דבר המחלה, הצד השני מנתק קשר.

המסקנה העולה מכך היא שסיוע במציאת מקום עבודה, מקום מגורים ופיתוח קשרים חברתיים אינו קשור רק לתהליך הטיפולי והשיקומי. האופן שבו החברה מגיבה לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ממלא תפקיד מכריע במשוואה של השיקום וההחלמה, בעיקר לנוכח העובדה שתהליך השיקום נעשה בחברה ולא עוד במוסדות כוללניים המורחקים מהחברה. מתוך ההבנה כי לחברה יש חלק משמעותי בשיקום ובהחלמה של המתמודדים עם מוגבלות

פסיכיאטרית עולה הצורך בראייה מערכתית רחבה יותר. גישה מערכתית זו צריכה להיות מיושמת במה שאני מכנה "מערך התערבויות מקביל"- עשייה אל מול המתמודדים בפיתוח מיומנויות שייסעו להם להשיג את המטרות שהציבו לעצמם בחיים, ובמקביל עשייה אל מול החברה שתאפשר למתמודדים ליישם את המיומנויות שרכשו במהלך תהליך הטיפול והשיקום. עשייה המתמקדת רק בצד אחד פוגעת בתהליך השיקום וההחלמה. בהמשך הפרק אציג מספר השלכות העלולות לנבוע מטיפול בחלק אחד בלבד של מערך ההתערבויות.

הסטיגמה בתחום בריאות הנפש היא לא רק כלפי המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. הסטיגמה חלה גם על המשפחות של המתמודדים, אנשי המקצוע, הטיפול הפסיכולוגי, הטיפול התרופתי והטיפול בנזעי חשמל. (Sartrius & Schulze, 2005)

### הסטיגמה הציבורית

הסטיגמה הציבורית מוגדרת כצורה שבה אנשים בחברה מתייחסים לקבוצה חברתית על פי הסטריאוטיפים והדעות הקדומות הקיימות כלפי אותה קבוצה (Corrigan and Watson, 2002). קוריגן (2004) מציג מודל המתאר את הגורמים הקוגניטיביים וההתנהגותיים המובילים לסטיגמה ואפליה כלפי המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. המכניזם של הסטיגמה כולל שלושה שלבים (Corrigan & Kleinlein, 2005):

### שלב הזיהוי

השלב שבו חברים בקהילה מזהים כי האדם מתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית. הזיהוי מתבצע באמצעות ארבעה פרמטרים (Corrigan, 2000; Penn & Martin, 1998): זיהוי על פי סימפטומים פסיכיאטרים, כגון: התנהגות מוזרה, התנהגות אפקטיבית בלתי הולמת, שפה לא ברורה ושיחה בקול רם בין האדם המתמודד לבין עצמו; זיהוי על פי כישורים חברתיים לקויים הכוללים שפת גוף שאינה מתאימה לאירוע, בחירת נושאי שיחה שאינם קשורים למהלך האינטראקציה ואי יצירת קשר עין; זיהוי על פי מראה חיצוני מוזנח והיגינה אישית ירודה; זיהוי ותיוג האדם כמתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית.

### שלב הסטריאוטיפים והדעות הקדומות

סטריאוטיפ הוא תיאור מוגזם האמור לחול על כל האנשים השייכים לקבוצה מסוימת. סטריאוטיפים נחשבים כיעילים, כיוון שהם נגישים ולא דורשים מאמץ בפיענוח הסיטואציה החברתית. הבעיה נוצרת כאשר הנוחות או "החסכנות הקוגניטיבית" באה על חשבון דיוק בעובדות לגבי קבוצה חברתית מסוימת (כמו דעה קדומה שהיא הסכמה עם הסטריאוטיפ, דבר המוביל לתגובה רגשית)

הסטריאוטיפים הנפוצים הם אלו: אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית הם אנשים בלתי צפויים ומסוכנים; הם לא אחראים; הם חסרי יכולת לקבל החלטות לגבי חייהם ולכן מישהו צריך לקבל את ההחלטות במקומם; הם אשמים במחלתם; וחסרי סיכוי להחלים מהמחלה (Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993; Corrigan et al., 2000; Wahl, 1995).

באחת הפעמים שהשתחררתי מבית החולים, העובד הסוציאלי שלי אמר לי: קבלי את המציאות. את תוכלי להיות פקידה בחנות מספר חודשים בשנה. כאשר תהיי מבוגרת יותר, תתאשפזי הרבה יותר. את פשוט לא מציאותית אם את מצפה ליותר מכך (Orrin, 1997).

בספרות מתוארים שלושה תרחישים אפשריים בשלב זה המשפיעים על הסטיגמה הציבורית (Corrigan, 2004). בתרחיש הראשון האדם מודע לסטריאוטיפים השליליים אך אינו מאמץ אותם. בתרחיש השני האדם מודע לסטריאוטיפים השליליים, אך אינו מאמץ אותם, אלא מאמץ עמדות ורגשות חיוביים כלפי הקבוצה אליה מופנית הסטיגמה. התגובה הרגשית החיובית עשויה להוביל להתנהגות חיוביות כלפי הקבוצה ברמה החברתית. בתרחיש השלישי האדם מודע לסטריאוטיפים השליליים, מאמץ אותם וחווה תגובה רגשית שלילית כלפי הקבוצה אליה מופנית הסטיגמה. אימוץ הסטריאוטיפים בשילוב עם התגובה הרגשית השלילית עלולה להוביל לאפליה חברתית כלפי אנשים הנכללים בקבוצה אליה מופנית הסטיגמה (ראה טבלה 1).

אני יכולה לדבר, אבל אני לא נשמעת. אני יכולה להעלות הצעות, אבל לא מתייחסים אליהן ברצינות. אני יכולה להשמיע את מחשבותי, אך הן נתפסות כדלזיות. אני יכולה לתאר את החוויות שלי, אך הן יכולות להתפרש כפנטזיות. התיג שלנו כחולים פסיכיאטריים משמעותו מציאות שלעולם אינה מרפה מאתנו; מציאות שמעצבת את זהותנו ללא יכולת להיפטר ממנה... פעמים רבות מדי המאמצים שלנו להתמודד אינם זוכים ליחס רציני או "מותאמים" לסימפטומים של המחלה (Leete, 1993).

### שלב האפליה

אפליה היא כל מעשה המהווה התייחסות לא שוויונית לקטגוריות שונות של אנשים. מושג זה מציין את השתקפותן המעשית של דעות קדומות. בדומה לדעות קדומות, אפליה יכולה להיות חיובית – כשהיא מעניקה זכויות יתר, או שלילית – כשהיא מציבה מכשולים בפני הקבוצה שאליה מופנות הדעות הקדומות (Macionis, 1997). האפליה החברתית לובשת צורות רבות והעיקריות הן:

חוסר נכונות לסייע לאדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית, כיוון שהוא אחראי להיותו חולה. הרציונל העומד בבסיס התפיסה הוא כי מחלות פסיכיאטריות נובעות מאישיות חלשה או מעצלות, ולכן אם האדם המתמודד יחליט להיפטר מהסימפטומים הם אכן ייעלמו.

הימנעות מיחסי גומלין עם אדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית. כך למשל, בעל דירה לא יאפשר למתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית לשכור את דירתו.

הפרדה לפיה אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית ישוהו במוסדות סגורים מחוץ לחברה. הפרדה זו תאפשר לצוות העובדים לטפל במתמודדים ולשלוט בהתנהגויות שלהם.

כפייה על אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית להתגורר במוסדות כוללניים (בתי חולים או בתי מעצר), זאת כיוון שהמתמודדים אינם מסוגלים לקבל החלטות נכונות לגבי

חיהם, והם עלולים להיות מסוכנים לעצמם ולחברה. האפליה כלפי המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית אינה רק מעשה של אנשים יחידים בחברה, אלא גם משקפת אפליה מוסדית. האפליה המוסדית מזיקה הרבה יותר, שכן היא מייצגת עמדות או מעשים הטבועים בעצם פעולתם של מוסדות החברה (Pincus, 1996, 1999a). כך למשל, הציבור הרחב של המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית זוכה ליחס לא שוויוני בכל הנוגע לשירותי הבריאות שהוא זכאי להם לפי חוק (ביטוח בריאות מוגבל, סל תרופות מועט יחסית לשאר המחלות), לשירותי התעסוקה (ניצול כוח העבודה ללא תמורה הולמת) ולשירותי רשויות החוק (שימוש מיותר בכוח ומעצרים מיותרים).

בטבלה 1 מוצגות העמדות ואופי ההתנהגות המפלה של שש קבוצות חברתיות המוגדרות כקבוצות כוח (Power Groups). אלו קבוצות חברתיות שיש להן הכוח להשפיע על הזדמנויות החיים של המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, לטובה או לרעה (Corrigan, 2004). פיתוח "מערך התערבויות מקביל" מכון בעיקר כלפי קבוצות כוח אלה.

קבוצות מטרה	אופי ההתנהגות המפלה	עמדות	הקשר חברתי
מעסיקים	סירוב להעסיק מתמודדים סירוב להנגיש את מקום העבודה	המתמודדים אינם אנשים יציבים	כלכלי
אנשי מקצוע	צמצום האפשרויות להשתמש בשירותים הקיימים בתחום, טיפול ואשפוז בכפייה	המתמודדים הם אנשים בעלי מוגבלות. המתמודדים אחראים למצבם.	טפולי חברתי
רשויות החוק	ביצוע מעצרים שלא לצורך. שימוש לקוי בשירותים הקיימים בתחום בריאות הנפש.	סיכויי ההחלמה ממחלות פסיכיאטריות קלושים.	פוליטי
קובעי המדיניות	הקצאת משאבים לא מספקת לתחום בריאות הנפש. חוסר אכיפה בתחום האפליה כלפי המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית.	סיכויים קלושים להחלים ממחלה פסיכיאטרית. המתמודדים הם אנשים פסיביים.	פוליטי
התקשורת חיזוק והנצחה של הסטיגמה המתייחסת אל המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית כאל אנשים מסוכנים ובלתי צפויים.			

(Adapted from: "Beat the Stigma and Discrimination! Four Lessons for Mental Health Advocates", by P.W. Corrigan, 2004, Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare

and The Chicago Consortium for Stigma Research).

### סטיגמה עצמית

הסטיגמה העצמית מוגדרת כצורה שבה הפרט מתייחס לעצמו בהתאם לסטיגמה הקיימת כלפי קבוצה שאליה הוא משתייך (Corrigan, 1998; Holmes & River, 1998). ההשפעה של הסטיגמה והאפליה על המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית היא רחבה וכוללת את כל תחומי חייהם. בנוסף להשפעה שיש להן על מאמצי הטיפול והשיקום הכוללים סיוע במציאת תעסוקה, בדיור ובחיי חברה – הן משפיעות רבות גם על רצונם של אנשים לפנות לטיפול (Surgeon General Report, 1999). חוסר פנייה לטיפול עלול לגרום להחמרה בסימפטומים, וזו בדרך כלל גורמת לכך שהטיפול יהיה ארוך יותר ויעיל פחות. כאשר מתייחסים להשפעות הסטיגמה העצמית על הפרט נהוג להבחין בשלוש תגובות אפשריות: (Corrigan & Calabrese, 2005)

### הפנמה והסכמה עם הסטיגמה הציבורית

הסכמה עם הסטיגמה הציבורית והחלטה על העצמי עלולות לנבוע מתהליך החיברות של הפרט. חיברות היא ההתנסות החברתית המתמדת שבאמצעותה אנו מפתחים את הפוטנציאל האנושי הגלום בנו ולומדים את דפוסי התרבות שלנו (Macionis, 1997). תהליך החיברות מתחיל מהמסר המועבר לפרט על ידי סוכני החברות הראשוניים (משפחה גרעינית בדרך כלל) דרך המסרים המועברים באמצעות סוכני החברות המשניים (חברים, קבוצת השווים) וכלה במסרים המועברים בתקשורת בנוגע למחלות פסיכיאטריות. מסרים אלו עלולים לגרום לפגיעה בדימוי העצמי ובערך העצמי של הפרט. (Corrigan, 1998, Crocker & Lawrence, 1999).

כל מה שידעתי על מחלות פסיכיאטריות היו הדברים ששמעתי תוך כדי צפייה בטלוויזיה או בסרטים. בעיני רוחי, מי שסימלו מחלות פסיכיאטריות היו ד"ר ג'יקל ומיסטר הייד, רוצחים פסיכופטים, משוגעים, מפגרים, חולי נפש, מטורפים, ובעלי אישיות מפוצלת. אלו הדברים היחידים שידעתי על מחלות פסיכיאטריות, ומה שהכי הפחיד אותי היה שהרופאים אמרו לי שאני אחת מהם (Deegan, 1997).

הפגיעה בדימוי ובערך העצמי יכולה לגרום לאדם לצמצם את הקשרים החברתיים כדי למנוע דחייה חברתית ובושה. טיבה של ההימנעות הוא להתרחב עד כדי צמצום משמעותי של חיי הפרט גם בתחומי העבודה, הפנאי והמשפחה. מאפיינים קוגניטיביים נוספים הקשורים להפנמת הסטיגמה הציבורית והחלטה על העצמי כוללים: בושה, פסימיות, חוסר מוטיבציה, חרדה חברתית, חוסר אונים נרכש ואף סימפטומים שליליים (Link, Struening, Neese-, Tode, Asmussen, & Phelan, 2001; Markowitz, 1998; Perlick et al., 2001, Sirey et al., 2001; Wright & Gronfein & Owens, 2000). ההשפעה של הסטיגמה העצמית על "התמונה הקלינית" של האדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית לא נחקרה מספיק, וחשוב להרחיב את המחקר בתחום זה. כחלק מהמחקר חשוב להמשיך ולפתח מבחנים הרגישים לסטיגמה העצמית כ"אבחנה מבדלת" לסימפטומים הנובעים ישירות מהמחלה.

### הפנמת הסטיגמה הציבורית ותיעול הרגשות השליליים להעצמה אישית

ישנם אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, מכירים את הסטיגמה והאפליה הקיימת ויוצאים נגדם (למשל Chamberlin, 1978; Deegan, 1990). תוך כדי מרד זה, המתמודדים עוברים תהליך של העצמה אישית. הם מעורבים יותר בטיפול שלהם, דוחפים לשינוי באיכות הטיפול שלהם ולעיתים מעורבים בקביעת המדיניות הטיפולית והשיקומית בכלל. לכן, תגובת הנגד לחוסר הצדק החברתי משפיעה באופן משמעותי גם ברמת הפרט וגם ברמה החברתית. ברמת הפרט, ההעצמה האישית היא התרופה הטובה ביותר לסטיגמה העצמית ומסייעת רבות בשיקום ובהחלמה (Corrigan & Watson, 2002; Jacobson & Greenley, 2001; Ralph, 2000). ברמה החברתית, היציאה כנגד חוסר הצדק החברתי, מאפשרת למתמודדים לקחת חלק פעיל בקביעת המדיניות השיקומית והטיפולית, לערוך מחקרים בתחום בריאות הנפש ולפתח מודלים טיפוליים ושיקומיים (Dickerson, 1988).

הדבר שנתן לי את הכוח להילחם על חיים עצמאיים היה השנאה והכעס על ההגבלות של העוני ואספקטים נוספים המקשים על החיים של המתמודדים, וכן היחס סטיגמטי של החברה אלינו. ידעתי כי לא אוכל לשנות את הדעה הקולקטיבית של הציבור, אך נשבעתי כי אלחם כדי להתגבר על ההשפעות השליליות של הסטיגמה העצמית. ידעתי כי קבלה פסיבית של הסטיגמה מגבילה ומצמצמת באופן משמעותי את חייו של המתמודד (Gallo, 1994).

### התעלמות מהסטיגמה הציבורית

ישנם אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ואינם מושפעים כלל מהסטיגמה, לא לחיוב ולא לשלילה. אצל אנשים אלה אין ירידה בדימוי ובערך העצמי ואין תהליך של העצמה עצמית כתוצאה מאי הסכמה עם חוסר הצדק החברתי. בקטגוריה זו נמצאים גם מתמודדים שלא מודעים למחלתם (אנוסוגנוזיה) או מתכחשים להיותם חולים.

המשתנים המשפיעים על הדרך שבה הפרט יגיב לסטיגמה ברמה של העצמי הם מידת השייכות לקבוצה, רמת ההזדהות עם הקבוצה ומידת הלגיטימציה לעמדות ולהתנהגות של הציבור כלפי הקבוצה (Corrigan & Watson, 2002). להלן מספר שילובים בהם המשתנים הנ"ל משפיעים על הדרך שבה הפרט מגיב לסטיגמה: כאשר הפרט מחשיב עצמו כמתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית, מזדהה עם הקבוצה של המתמודדים ולא חושב כי העמדות וההתנהגות השלילית של הציבור לגיטימיות, הוא יחוה רגשות של כעס ויפעל כנגד הסטיגמה והאפליה - הן ברמה האישית והן ברמה החברתית (תהליך של העצמה אישית).

כאשר הפרט אינו מחשיב עצמו כמתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית והוא אינו מזדהה עם הקבוצה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, הוא לא יחוה שינוי אישי כתוצאה מהסטיגמה ומהאפליה. במצב זה משתנה הלגיטימציה אינו משפיע.

לבסוף, כאשר הפרט מחשיב עצמו כמתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית, מזדהה עם הקבוצה של המתמודדים ומאמין כי העמדות וההתנהגות של הציבור כלפי המתמודדים היא לגיטימית, הוא יחוה פגיעה אישית (סטיגמה עצמית).

לסיכום חלק זה אני מבקש להבהיר נקודה חשובה הנוגעת לטיפול בסטיגמה העצמית. פעמים רבות עולה הטענה כי צמצום הסטיגמה העצמית הוא הפתרון לסטיגמה הציבורית. במילים אחרות, ברגע שאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית יתגברו על הסטיגמה העצמית תיעלם גם הסטיגמה הציבורית. גישה זו, כמו רוב הטיפול והשיקום, מתמקדת במתמודדים ובאחריות שלהם למצבם, אך מתעלמת מהאחריות החברתית של הציבור לחיזוק ולהנצחה של הסטיגמה והאפליה (Corrigan & Calabrese, 2005, Corrigan & Watson, 2002). אמנם יש חשיבות לצמצום הסטיגמה העצמית ולטיפול ההעצמה האישית, אך הסטיגמה והאפליה הן תופעות חברתיות בעלות עוצמה רבה, ולכן פעילות של יחידים לא תוכל לצמצם אותן. ניתן להבין את העוצמה הרבה של הסטיגמה והאפליה דרך הנושא של סטיגמה והתאבדות שיוצג בהמשך הפרק.

### הדרך החיובית

אמנם פרק זה אינו עוסק בדרכים לצמצום הסטיגמה והאפליה, אך עקרון "החיוביות" חשוב להבנת המכניזם של הסטיגמה ולכן אתייחס אליו כאן. לעמדות ולמעשים החיוביים כלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית תפקיד חשוב בתהליך ההחלמה (Corrigan, 2004). כפי שלסטיגמה ולאפליה יש אפקט הרסני על תהליך שיקום וההחלמה, כך לעמדות ולמעשים החיוביים יש השפעה בונה ומחזקת. ארגונים ואנשי מקצוע הפועלים לצמצום הסטיגמה כלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית מתמקדים, בדרך כלל, בניפוץ המיתוסים השליליים, תוך הבאת הוכחות לכך שהסטריאוטיפים מופרכים (למשל, Open the doors, World Psychiatric Association). אולם חשוב לזכור כי כאשר מנסים לשנות עמדות או התנהגויות שליליות, צריכים להציג עמדות והתנהגויות חיוביות שיהוו תחליף לאלו הקיימות. העמדות החיוביות שיצגו להלן הן: החלמה, מטרות והעצמה אישית (Corrigan, 2005).

### החלמה

החלמה מוגדרת כתהליך שבאמצעותו אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בונים מחדש גשרים לעצמם, לחברה, לסביבתם ולעולמם הרוחני, תוך התמודדות עם תוצאות הסטיגמה הקיימת סביבם. החלמה היא תהליך של העצמה אישית, תהליך של הטמעת עמדות, רגשות, תפיסות ואמונות של האדם כלפי עצמו, כלפי אחרים וביחס לחיים באופן כללי. היא קשורה בתהליכים פנימיים ורגשיים עמוקים הדורשים שינוי בתפיסה העצמית. החלמה אין פירושה שהמוגבלות נעלמת, אלא שמתרחשת בנייה של זהות אישית וחברתית מתוך הכרה במוגבלות (הדס לידור, 2005).

ניתן לחיות בניסיונות לצמצם את העמדות וההתנהגות השליליים של אנשים בציבור, וחשוב להדגיש את העובדה כי אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות יכולים להחלים, ואכן רובם מחלימים. להלן מטאפורה העשויה לסייע בהמחשת הנושא; ניתן להשוות בין אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות לאנשים המסתייעים כל חייהם בכיסא גלגלים. השוואה זו עשויה לסייע לציבור להבין כי למרות שהמוגבלות אינה נעלמת, החיים עדיין יכולים להיות מספקים ומלאים (Corrigan, 2004).



### השגת מטרות החיים

אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית מסוגלים לממש את הפוטנציאל שלהם בכל תחומי החיים: עצמאות, השכלה, תעסוקה, פנאי, חברה וזוגיות. זהו מסר חשוב, כיוון שחלק גדול מהציבור מאמין כי אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות אינם מסוגלים להשיג את רוב מטרות החיים בגלל המחלה הפסיכיאטרית. הציבור צריך לדעת כי כל הפוטנציאל הקיים בקרבם, קיים גם אצל אלו המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

### העצמה אישית

אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות מתפקדים בצורה הטובה ביותר כאשר יש להם שליטה על חייהם ועל התהליך הטיפולי והשיקומי שלהם. נקודה זו לא נוגעת לטיפול או לשיקום אלא לזכויות אדם בסיסיות. לכל אדם הזכות לממש את חלומו, כל עוד חלום זה לא פוגע בזכות או בהזמנות שווה של אדם אחר בחברה. קיימת סטיגמה לפיה אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית אינם מסוגלים לקבל החלטות בנוגע לחייהם, ולכן מישהו חכם יותר בעל מסוגלות רבה יותר, צריך לקבל את ההחלטות במקומם. מחקרים מראים כי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, כמו רוב האוכלוסייה, רוצים לשלוט בחייהם ועושים זאת בצורה יעילה וטובה (למשל, Corrigan, 2004).

במקביל לטיפול עמדות חיוביות בקרב הציבור יש חשיבות רבה גם לעידוד הגדלת הזדמנויות החיים של המתמודדים, בעיקר בתחומי החיים הנוגעים לתעסוקה, דיור וטיפול בריאותי (Pincus, 1999b). פעולות אלה כוללות: הנחיות למעסיקים ליצור סביבת עבודה נגישה (למשל, סביבת עבודה שקטה, מדריך שיסייע להתרגל לעבודה ועוד), כך שאדם עם מוגבלות פסיכיאטרית יוכל לעבוד באופן מלא; תיאום עם בעלי דירות שיאפשרו למתמודד לקבל סיוע על מנת שיוכל לחיות חיים עצמאיים; הקצאת משאבים רבה יותר מצד קובעי המדיניות בתחום ההעצמה האישית וההחלמה בבריאות הנפש; תיקון חוסר השוויון הנוגע לביטוח הרפואי בתחום בריאות הנפש; התערבויות בקרב אנשי הטיפול במטרה לצמצם גישה פטרונית ודטרמיניסטית כלפי המתמודדים; והתערבויות בקרב רופאים בחדרי מיון ורופאי משפחה, במטרה לצמצם מקרים של טיפול לא הולם בגלל "אבחנה סטיגמטית" – אבחנה המבוססת על העבר הפסיכיאטרי של האדם ולא על בדיקת המקרה באותו היום.

הדו"ח שלי מכוון בעיקר למתמחים בטיפול ושיקום בתחום בריאות הנפש: היעילות המקצועית שלכם כאנשי טיפול ושיקום תלויה בדרך בה אתם תופסים את האדם איתו אתם עובדים, וכמה תקווה אתם מסוגלים לתת לו. דברים אלה אי אפשר ללמוד באוניברסיטה, הם צריכים לבוא מתוכם. ההמלצה הכי טובה שאני יכול לתת לכם היא להתייחס למטופלים שלכם כמו מורה טוב לתלמידיו. כאשר המורה מצפה לתוצאות טובות מאוד מתלמידיו, רוב הסיכויים כי התלמידים אכן יממשו את הציפיות. אם תיתנו למטופלים את האפשרויות, רוב הסיכויים שהם יממשו אותם (Weingaten, 1994).

טיפול עמדות ומעשים חיוביים מהווה אנטי-תזה לסטיגמה ולאפליה החברתית

והמוסדית כלפי המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. לכן, כפי שגם החברה וגם הפרט נפגעים מהסטיגמה והאפליה, כך יוכלו שניהם ליהנות מהפירות של הדרך החיובית. טיפוח העשייה בתחום החיובי מהווה אלטרנטיבה לסטיגמה, גם ברמת המחשבה וגם ברמת המעשה, ומכאן חשיבותה הרבה.

טבלה 2. האינטראקציה בין דוגמאות חיוביות ודוגמאות שליליות של עמדות והתנהגות. טבלה זו מראה כיצד אנשים עלולים לחשוב ולהתנהג בצורה סטיגמטית או לחילופין לחשוב ולהתנהג בצורה חיובית ואופטימית כלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

התנהגות	תגובה רגשית	סטריאוטיפים
כפיה: טיפול ואשפוז בכפיה.	פחד: נובע מהאמונה כי המתמודדים הם אנשים אלימים ובלתי צפויים	המתמודדים הם אנשים מסכנים בגלל המחלה שלהם יש סיכוי רב שהם יהיו אלימים
המנעות מיחסי גומלין עם חולים פסיכיאטרים בתעסוקה ובדיור. סדר עדיפות נמוך לתחום בריאות הנפש		המתמודדים הם אנשים לא צפויים ולכן לא ניתן לצפות את ההתנהגות שלהם
	כעס: נובע מהאמונה כי המתמודדים משתמטים מאחריותם כאנשים בוגרים	המתמודדים הם בעלי יכולת מועטה ולכן הם לא מסוגלים לקחת אחריות על חייהם חוץ מאשר מטלות פשוטות
	רחמים: נובעים מהאמונה כי המתמודדים הם אנשים מסכנים	המתמודדים בוחרים את סימפטומים שלהם בגלל האישיות החלשה שלהם
	דחיה נובעת מהאמונה כי המתמודדים הם אנשים דוחים ולא נעימים.	אנשים הנמצאים תקופה ארוכה עם המתמודדים מפתחים סימפטומים דומים לאלו של המתמודדים
<b>פעילות חיובית</b>		
עידוד הגדלת הזדמנויות החיים של המתמודדים. הנגשה בתחום התעסוקה, הדיור, היפול ושאר תחומי החיים. הקצאת משאבים רבה יותר לתחום בריאות הנפש.	החלמה מימוש מטרות בחיים העצמה עצמית	<b>ציפיות חיוביות מאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית</b>

### שפת הסטיגמה

שפה היא המפתח לעולם התרבות שלנו. השפה מאפשרת לאנשים להידבר זה עם זה, והיא גם משמשת עבור כל בני האדם מכשיר עיקרי של העברה תרבותית: סמלי השפה נושאים עימם את המורשת התרבותית שלנו כשם שגופנו נושא בקרבו את הגנים של אבותינו (Macionis, 1997). לשפה מתלווה גם מטען רגשי (Whorf, 1956), ולכן היכולת ליצור שפה ולחולל בה שינויים מאפשרת לשנות את המציאות בה אנו חיים. הקשר בין השפה לסטיגמה מתואר בספרות (למשל, Corrigan & Watson, 2004, Levav et al., 2005) ואף הוביל למהלך של שינוי השם של מחלות פסיכיאטריות בארצות שונות בעולם (Sartorius & Shulze, 2005). המונח המתאר מחלות פסיכיאטריות בשפה העברית הוא בעייתי במיוחד ודורש, לדעתי, חשיבה מחודשת. הצורך בחשיבה מחודשת נובע גם מההשלכות של הטרמינולוגיה על הסטיגמה והאפליה וגם מהתקדמות המחקר בתחום בריאות הנפש.

תיאור המחלות וההפרעות הפסיכיאטריות כתוצרים של בעיה בנפש עלולים לגרום לכך שהסימפטומים הזמניים של המחלה יהפכו להיות סטאטוס בולט של האדם לכל חייו. פגיעה בנפש עלולה לסמל פגם יסודי בכל תפקודי החיים של האדם. הנפש היא ערטילאית, שוכנת במקום לא מוגדר ומשפיעה על כל תחומי החיים. המאפיין המטאפיזי של הנפש גורם לכך שגם המחלה הופכת להיות כמעט מטאפיזית. לכן, אדם החולה בנפשו, שונה מהותית מאדם החולה בגופו. מכאן גם ניתן ללמוד על האפקט הנצחי של התיוג במחלות נפשיות: מחלה פיזית עוברת (הטיפול הוא במקור הפיזי של המחלה), לעומת זאת מחלה בנפש נשארת כל עוד הנפש קיימת. לכן רוב התוכניות בתחום צמצום הסטיגמה מנסות למקד את המחלה באיבר מוגדר בגוף (המוח), על מנת להעביר את התפיסה המטאפיזית לפיזית. (NAMI's Public Service Campaigns, The Doors, World Psychiatric Association. Open הרווחת כיום, מחזקת את האשמה המוטלת על המתמודד, דבר המשפיע רבות על הנכונות לקבל את האדם ולסייע לו בתהליך השיקום וההחלמה. כמו כן, תחושת האשמה מקשה על המתמודד לקבל את עצמו, דבר העלול לפגוע בטיפול ובשיקום (Corrigan et al., 1999, Corrigan & Kleinlein, 2003).

ההבנה כי לנוירוביולוגיה תפקיד חשוב במחלות פסיכיאטריות, ושזו אינה אשמתו של איש גרמה לי להרגשה טובה מאוד. הבנה זו הפחיתה חרדה, סטיגמה ואשמה; היא טיפחה תקוות; היא אפשרה להרחיב את הביטוח הרפואי; היא אפשרה בנייה של קבוצות תמיכה ועזרה למשפחות; ולבסוף, עזרה בתחום החקיקה והמחקר (Neugeboren, 1997a).

בנוסף לקשר בין הטרמינולוגיה לסטיגמה ולאפליה, חשוב להתייחס לממצאים הרבים בנוגע לאטיולוגיה של המחלות הפסיכיאטריות (להרחבה בתחום זה ראו: "המוח ועולם הנפש" סולמס וטרנבול, 2005). הממצאים הקושרים בין מבנה ותפקוד המוח לבין מחלות פסיכיאטריות, מתחזקים נוכח ההתפתחות הטכנולוגית של השנים האחרונות (למשל, Fmri, PET scan, SPECT). מתוך כך עולה הטענה כי למחלות פסיכיאטריות הנובעות מדיספונקציה נוירוביולוגית יש ביטוי גם בשפה. במקרים בהם שינוי את המונח Mental Illness ל-Brain Disease נפתר מספר בעיות, אך עלו בעיות אחרות. (Corrigan & Watson, 2004). נמצא למשל כי כאשר

מתארים את המחלות הפסיכיאטריות כמחלות של המוח, הסטיגמה באה לידי ביטוי בנושאים כמו: החלמה (זוהי מחלה שלא מחלימים ממנה כיוון שלא ניתן לרפא מחלות שמקורן מוחי); שליטה (מחלה מוחית מצמצמת את השליטה של האדם על התנהגותו, ולכן הופכת אותו לבלתי צפוי ומסוכן); העוצמה האישית יורדת והסטיגמה העצמית עולה (בגלל האופי הניורוביולוגי של המחלה, הציפיות לחיים מספקים ומלאים יורדות גם בעיני המתמודדים וגם בעיני הציבור). מתוך כך חשוב להוביל מהלך לשינוי הטרמינולוגיה המתארת מחלות פסיכיאטריות, אך הגישה צריכה להיות רב ממדית ולא חד ממדית (מחלת נפש מול מחלה של המוח). כאשר כבר נבחרים גישה וטרמינולוגיה, חשוב לפתח מערך של חינוך והסברה, על מנת ששינוי הטרמינולוגיה ילווה בשינוי העמדות וההתנהגות של הציבור ולא יהיה ריק מתוכן.

### סטיגמה והתאבדות

בחלק זה, החותם את הפרק, אתייחס להשלכה הקיצונית ביותר של הסטיגמה החברתית והעצמית - התאבדות. אני מבקש להציע פרספקטיבה חברתית ופרספקטיבה אישית הקושרים בין הסטיגמה כלפי מחלות פסיכיאטריות לבין התאבדות.

### פרספקטיבה אישית – התאבדות וסטיגמה פנימי

כאמור, במהלך תהליך החיברות שלנו אנו לומדים כי "חולי נפש" הם אנשים מסוכנים, מסכנים, בלתי צפויים, חלשים, משוגעים, מובטלים, בעלי קשרים חברתיים מועטים וגרים בבתי משוגעים או במוסד כוללני אחר. התפיסה הדטרמיניסטית לפיה ברגע שהתפרצה "מחלה נפשית" נקבע העבר, ההווה והעתיד של האדם, עלולה לגרום למחשבות אובדניות ואף לניסיונות התאבדות (Pompili, Mancinelli & Tatarelli 2003). בנוסף לעמדות השליליות כלפי החולים הפסיכיאטריים יש עמדות שליליות המכוונות ספציפית לאנשים עם מחשבות אובדניות. העמדות הנפוצות ביותר הן כי אנשים אובדניים הם חלשים, מניפולטיביים ואנוכיים (Sawyer & Sobal, 1987). במחקר שבדק את המשתנים שהשפיעו על המחשבות האובדניות אצל מתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, נמצא כי כ- 83% מהמשתתפים היו מודעים לסטיגמה החברתית כלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, כ- 59% מהמשתתפים דיווחו כי הסטיגמה השפיעה על מצבם ברגעים הקשים ביותר, ו- 20% מהמשתתפים דיווחו כי לסטיגמה החברתית הייתה השפעה מכרעת על הרגשות ברגעים הקשים ביותר. ממצאי מחקר זה עולה כי צמצום הסטיגמה כלפי מחלות פסיכיאטריות חשוב מאוד במאמצים למניעת תופעת ההתאבדות (Eagles et al., 2003).

במקרה של סטיגמה עצמית, חוסר האונים אל מול המחלה בשילוב עם חוסר האונים הנרכש מול החברה (כתוצאה מהתנסות, אך לעיתים גם ללא התנסות, אלא כתוצאה מאמונות שהאדם אימץ לעצמו במשך השנים) עלול להוביל למציאת פתרון אובדני למצוקה הגדולה. אני רוצה כי סיפורי ייכתב כך שאוכל לזכור איפה הייתי ולא אשכח מה עברתי. אם הסיפור יירשם, אדע כי זה לא שקר, אלא משהו שאכן עברתי בו. כשאנשים יקראו את סיפורנו הם ידעו עם מה התמודדנו. אנשים שלא עברו מה שאנו עברנו צריכים לשמוע את סיפורנו על מנת שידעו ויכירו את הניסיונות והחויות שלנו. המערכת לא טובה, היא צריכה להשתנות. אחד

הדברים שאנו יכולים לעשות על מנת לשנות אותה הוא לספר את סיפורנו (Deegen, 1997, b  
Lalmin 1990, in).

### פרספקטיבה חברתית – רמת האינטגרציה החברתית

אמיל דורקהיים הצליח להוכיח כי שיעורי התאבדות נמוכים אפיינו אנשים בעלי קשרים חברתיים חזקים ואילו שיעורי התאבדות גבוהים נמצאו בקרב אנשים אינדבידואליסטים ומנותקים יותר מן החברה (Durkheim, 1897). במחקרו המבריק מצא דורקהיים כי אנשים בודדים, שקשריהם החברתיים רופפים, מועדים יותר להתאבדות. ממצאי המחקר ממחישים בצורה דרמטית ומשכנעת את השפעתם של הכוחות החברתיים על ההתנהגות האנושית.

אחד המדדים המרכזיים בסטיגמה החברתית הוא שהסטיגמה פועלת כסטאטוס בולט הגובר על כל שאר ממדי הזהות החברתית, מבטל את ערכו של האדם בעיני הסובבים אותו ומביא לבסוף לידי בידודו החברתי (Goffman, 1963). הבידוד החברתי מסמל רמת אינטגרציה חברתית נמוכה, ולכן לפי מודל זה, מהווה סכנה מוחשית לאדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית.

לפי הרציונל של מודל ההתאבדות של דורקהיים, לאור התפרצות המחלה או לאחר משבר על רקע פסיכיאטרי, הפרט עלול למצוא עצמו עם רשתות חברתיות מועטות ותמיכה חברתית נמוכה, דבר העלול לחזק מחשבות על מעשים אובדניים ואף לבצעם.

ממצאים אלה מחזקים את התפיסה המערכתית במניעה, בטיפול ובשיקום של אנשים עם מוגבלות בכלל, ובתחום בריאות הנפש בפרט. ההשפעה המשמעותית של החברה על הפרט מחייבת פיתוח התערבויות המכוונות גם לחברה ה"בריאה", זאת על מנת למנוע מקרים שבהם הסביבה הקרובה של הפרט תתרחק בגלל הסטריאוטיפים והדעות הקדומות כלפי המחלות הפסיכיאטריות, ותשאיר את המתמודד ללא תמיכה וללא רשתות חברתיות – דבר העלול להוביל לפתרון אובדני למצוקה האישית והחברתית.

### סיכום ומסקנות

הסטיגמה והאפליה מהווים מכשול עיקרי בשיקום ובהחלמה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. בתהליך השיקום וההחלמה, המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות עומדים מול שתי חזיתות: החזית האחת היא מול הסימפטומים של המחלה, העלולים לפגוע בעצמאות של המתמודדים ובאיכות חייהם והחזית האחרת היא מול החברה, שחלק מחבריה מחזיקים בעמדות שליליות כלפי המתמודדים ופוגעים בהזדמנויות החיים שלהם. העובדה המצערת היא שלעיתים הסטיגמה והאפליה החברתית כלפי המתמודדים, גורמות למוגבלות קשה אף יותר מזו הנגרמת עקב הסימפטומים של המחלה. דבר זה מחייב את כל הגורמים העוסקים בתחום בריאות הנפש לפתח מודלים הנשענים על "מערך התערבויות מקביל" – כך שמאמצי הטיפול והשיקום ישאו פרי ולא ינבלו באדמה החברתית הצחיחה.

**מקורות**

הדס-לידור, נ' (2005). "הגישה הקוגניטיבית דינאמית – בדרך אל ההחלמה", הכינוס הרביעי במסגרת תכנית לימודי התעודה. אוניברסיטת תל אביב: בית הספר למקצועות הבריאות על שם סטנלי שטייר החוג לריפוי בעיסוק.

משונים, ג', ג' (1998). סוציולוגיה. האוניברסיטה הפתוחה.  
סולמס, מ. וטרנבול, א' (2005). המוח ועולם הנפש. ספריית הפסיכולוגיה החדשה. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

**Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993).** The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.

**Chamberlin, J. (1978).** On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system. New York: McGraw-Hill.

**Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Wasowski, K.U., Campion, J., Mathisen, J.** Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 378-380.

**Corrigan, P.W. (2000).** Mental health stigma as social attribution: Implication for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.

**Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002).** The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.  
Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M.A. (2003).

An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness.

**Journal of Health and Social Behavior, 44, 162-179.**

**Corrigan P.W. (2004).** Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates. Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and the Chicago Consortium for Stigma Research.  
Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2004). At Issue: Stop the stigma: Call mental illness brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479.

**Corrigan, P.W., & Calabrese, J.D. (2005).** Strategies for assessing and diminishing self stigma. In: P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 239- 251). Washington DC: American Psychological Association.

**Corrigan, P.W., & Kleinlein, P., (2005).** The impact of mental illness stigma. In: P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 11-33). Washington DC: American Psychological Association.

**Crocker, J., & Lawrence, J.S. (1999).** Social stigma and self esteem: The role of contingencies of worth. In: D.A. Prentice & D.T. Miller (Eds.), *Cultural divides: Understanding and overcoming group conflict* (pp. 364-392). New York: Russell Sage Foundation.

**Deegan, P.E. (1990).** Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist*, 18, 301-313.

**Deegan, P.E. (1997a).** Recovering our sense of value after being beleaded. In: L. Spaniol, C. Gagne, & M. Koehler (Eds.), *Psychological and social aspects of psychiatric disabilities* (pp. 370-376). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

**Deegan, P. E. (1997b).** Recovery as a journey of the heart. In: L. Spaniol, C. Gagne, & M. Koehler (Eds.), *Psychological and Social aspects of Psychiatric Disabilities* (pp. 74-83). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

**Deegan P, E. (2002).** Recovery and hope: Changing our approach and expectations.

**Douglas Hospital,** Montreal, Quebec, Canada, November 14,15.

**Dickerson, F.B. (1998).** Strategies that foster empowerment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 255-275.

**Durkheim, E. (1897).** *Suicide*. New York: Free Press, 1966; Orig. 1897.

**Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S.A.(2003).** Suicide prevention: A study of patients' views. *British Journal of Psychiatry*, 182, 261–265.

**Gallo, K.M. (1994).** First person account: Self stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 737-739.

**Gallo, K.M. (1994).** First person account: Self stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 737-739.

**Goffman, E. (1963).** *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

**Holmes, P.E., & River, L.P. (1998).** Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.

**Jacobson, N., & Greenley, D. (2001).** What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.

**Leete, E.(1993).** The interpersonal environment: A consumer's personal recollection. In: A.B. Hatfield & H.P. Lafley (Eds.), *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation* (pp. 114-128). New York: Guilford Press.

**Levav, I., Shemesh, A.A., Kohn, R., Baidani-Auerbach, A., Boni, O., Orenstein, Y., Dudai, R., Lachman., & Grinshpoon, A. (2005).**What is in a name? Professionals and service users' opinions on the Hebrew term used to name psychiatric disorders and disability. In Press

**Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. 2001).** Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.

**Markowitz, F.E. (1998).** The effect of stigma on the psychological well being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.

**Neugeboren, J. (1997a).** *Imagining Robert: My brother, madness, and survival.* New York: Holt

**Orrin, D. (1997).** Past the struggles of mental illness: Toward the development of quality lives. In: L. Spaniol, C. Gagne, & M. Koehler (Eds.),



**Psychological and Social aspects of psychiatric disabilities (pp. 74-83).**  
**Boston:** Center for Psychiatric Rehabilitation.

**Penn, D.L., & Martin, J. (1998).** The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235-247.

**Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Elmer L. Struening, & Bruce G. Link. (2001).** Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.

**Pincus, F.L.(1996).** Discrimination comes in many forms: Individual, institutional, and structural. *American Behavioral Scientist*, 40, 186-194.

**Pincus, F.L. (1999a).** From individual to structural discrimination. In: F.L.

**Pincus & H.J. Ehrlich (Eds.),** Race and ethnic conflicts: Contending views on prejudice, discrimination, and ethno violence (pp. 120-124). Boulder, CO: Westview Press.

**Pincus, F.L. (1999b).** The case for affirmative action. In: F.L. Pincus & H.J. Ehrlich (Eds.), Race and ethnic conflicts: Contending views on prejudice, discrimination, and ethno violence (pp. 205-222). Boulder, CO: Westview Press.

**Ralph, R. (2000).** Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4, 402-414.  
Sartorius, N. & Schulze, H.(2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness*. Cambridge, England: University Press.

**Sawyer, D. & Sobal, J. (1987)** Public attitudes toward suicide: demographic and ideological correlates. *Public Opinion Quarterly*, 51, 92-101

**Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Fridman, S.J., & Mayers, B.S. (2001).** Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient rated severity of illness as a predictor of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615-1620.

**U.S. Department of Health and Human Services.(1999).** Mental Health: A report of The surgeon general – executive services administration. Summery. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health National Institution of Health, National Institution of Mental Health.

**Wahl, O.F. (1995).** Media madness: Public images of mental illness. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

**Watson, A.C.&Corrigan, P.W. (2005).** Challenging public stigma: A targeted approach. In: P.W. Corrigan (Ed.), On the stigma of mental illness (pp. 281-291).

Language, thought and reality. Cambridge, Mass: The Technology Press of MIT/New York: Wiley: 134-159; Orig. 1941.

**Weingarten, R. (1994).** The ongoing process of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375.

**Wright, E.R., Gronfein, W,P, & Owens, T.J.(2000)** Deinstitutionalization, a social rejection, and the self-esteem of former mental patients. Washington DC: American Psychological Association.

**Whorf, B.L. (1956).** The relation of habitual thought and behavioral to language. In: social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health Social Behavior*, 41, 68-90.

## הגורם האנושי בתחום הנגישות

יחיאל שרשבסקי

מדי פעם אני מדמיין, בוודאי כמו ישראלים רבים אחרים, אפשרות שאיפגע בתאונה, בפיגוע או במחלה, ואני שואל את עצמי כיצד אגיב. האם אתמודד באומץ, בכוח רצון עז, בתבונה ובהתמדה, בדומה ליואב קריים או לרוני שכטר, חברי המוכרים לרבים כחברי מטה מאבק הנכים. אולי אפילו אתעלה בדומה לדוד, שטיפלתי בו בהיותו קוואדרפלג, ולמרות סבלו ומגבלותיו הפיזיות הקיצוניות הוא חיזק אותי לא פחות מאשר חיזקתי אני אותו. או אולי אהיה בקוטב הנגדי ואשקע בדיכאון, בהזנחה ואף אאבד את הכבוד העצמי. ואולי אהיה במקום כלשהו בין שני הקטבים הללו.

אדם נכה זהה במהותו לאדם שאינו נכה, אך מתמודד עם קשיים גדולים לאין ערוך. יש אנשים שאינם עומדים במאבק ונשברים מהמגבלות ומהסבל, ויש אנשים שמפתחים איכויות נדירות, העולות לעתים בהרבה על איכויות אלו שאינם נכים. לא אחת, המגבלה מאלצת את האדם לפצות עליה על ידי פיתוח כישורים מיוחדים, שללא הנכות לא היו מתפתחים ואולי אפילו לא היינו מודעים לאפשרות לפתחם. מוכרות לכולם התופעות של רגישות השמיעה והמישוש אצל עיוורים ורבים מכירים מהגלויות את ציוריהם של ציירים המציירים באמצעות הפה. לעתים, המוגבלות אף מביאה את האדם לפתח גישה כוללת לחיים, לזולת ולעצמו, מתוך נקודת מבט מאוד ייחודית שלא היתה לו ללא המוגבלות. יש וההתנסויות של אדם נכה עם עצמו ועם אחרים, שניתן לחוותן רק בתוך המוגבלות; מובילות לפתח סדרי עדיפויות בתחומים שונים שאינם תואמים את סדרי העדיפויות המקובלים.

הקושי של אנשים עם מוגבלות לא מצטמצם לעצם המוגבלות האישית. לעיתים הקושי הגדול יותר הוא הקיר שעולה ומתגבה למולם ואומר לחסום אותם. לא תמיד החברה חשה צורך או אף יודעת מה היחס הראוי לאדם עם מוגבלות. בנוסף לקשיים הנובעים מעצם המוגבלות הנגזרת ממצבם האובייקטיבי, פעמים רבות עומדים הנכים מול עולם אדיש ולעתים אף עוין ופוגע - נפשית, חברתית, כלכלית ואפילו פיזית. לגבי הפגיעה האחרונה, מחקרים הראו שתוקפנות כלפי קשישים וכלפי אנשים עם נכות, גבוהה יותר מפי שניים מאשר כלפי אחרים.

הקושי הוא רב ממדי. אדם עם מוגבלות חי כמו כולנו בתוך תרבות מסויימת שיש לה קודים של התייחסות, חלקם גלויים וחלקם סמויים. לעתים יש סתירה בין הקודים המוצהרים לבין ההתנהגויות בפועל, כמו בסיסמה "חברה נבחנת ביחסה לחלשים" שמאחוריה אין מאומה חוץ ממילים.

כולנו, כולל האנשים עם מוגבלות, סופגים את התרבות בה אנו גדלים, עם יחסה כלפי המוגבלות. כלומר אנשים עם מוגבלות ספוגים בעצמם בעמדות של החברה, וחלק גדול מהם חווה גם בתוכו את הרגשות השליליים הרווחים בתרבותנו כלפי אנשים עם מוגבלות. מצב זה חריף במיוחד אצל האנשים המוגבלים עקב מחלה נפשית, כיוון שכמעט כולם היו עד פרוץ המחלה חלק מחברה שרווחים בה רגשות שליליים כלפי אנשים עם מחלת נפש והם עצמם היו

שותפים לרגשות אלו.

התרבות שלנו רחוקה מיחס שוויוני. יש בה הערצה גלויה לבעלי יכולת בכל מובן - כספי, שכלי, גופני ואומנותי, ויש בה דחיה סמויה, ולעתים אף גלויה, כלפי החלשים והפגועים, ולכן היא נמנעת מלתת הזדמנות שווה לכל אדם. אדרבה, לא זו בלבד שלאנשים עם מוגבלויות יש קשיים אובייקטיביים, הם צריכים אף להתמודד עם מחסומים שהחברה מציבה בפניהם.

"הזדמנות שווה" פירושה מתן תנאים מתאימים לכל אדם להשקעת מאמץ לשם השגת חיים מספקים. הבסיס לתנאים מתאימים היא הנגשה, שהרי לא נצפה מאדם שרגליו קשורות להתחרות בתחרות ריצה. לכאורה הדברים נראים פשוטים, אך לא אחת אנו מבינים אמירות מופשטות רק באופן שטחי, וכאשר אנו מדמים את הדבר באופן מוחשי וקונקרטי, הבנתנו מקבלת ממד נוסף. הייתי מבקש מהקוראים שאינם עם מוגבלות, לדמיין לעצמם חיים בארץ שנבנתה עבור אנשים עם כנפיים. הבתים גבוהים ואין בהם מדרגות או מעליות; האוכל מונח בארונות שגובהם עשרה מטרים; אל מקומות העבודה צריך להמריא עשרים מטרים; אם חיים בארץ כזו אנשים ללא כנפיים, הם נזקקים לעזרה כדי להגיע לכל דבר. מישהו צריך להביא, לסדר, להוביל, ואם אין מישהו כזה, נוצרים תסכול, חוסר אונים, חרדה ולעיתים אף כאב. אנו חייבים להפנים כי עבור אנשים עם מוגבלות, כך נראית ארץ ללא נגישות.

האסוציאציות המידיות שלנו לנגישות, מתקשרות לתחומים הפיזיים והחושיים: אוטובוס עם כניסה מותאמת, הכרזה קולית על כל קומה במעלית, מדרכות משופעות, פתרונות טכניים מתוחכמים. לשמחתנו יש התקדמות רבה בנושאים אלו, והחוק לשוויון הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות, מביא לשינוי מהותי שילך ויגבר בשנים הקרובות. אולם יש שלב קודם להתאמות הטכניות השונות. לפני שמכינים רמפה לכיסא הגלגלים במפעל או במשרד, יש להסכים לכך שאדם עם כיסא גלגלים יעבוד במפעל או במשרד. לפני שבודקים אם נכון לתת לאדם המתמודד עם פגיעה נפשית יותר הפסקות ביום העבודה, צריך נכונות לקבל אותו לעבודה.

לדוגמה, סיפר לי אדם עם מוגבלות שהוא חיפש עבודה ושלח קורות חיים ל-150 מקומות ולא קיבל אף תשובה. במכתבו למקום ה-151 הוא העלים את העובדה שהוא נזקק לכיסא גלגלים ורק אז הוזמן לראשונה לראיון. אך כאשר הוא הגיע לראיון וראהו על כיסא הגלגלים שלו, מיד אמרו לו ש"בדיוק הבוקר מישהו התקבל לעבודה...". וראה זה פלא - בשבוע שלאחר מכן שוב פרסמו את המודעה. כך שיש לנו בעיה קשה עוד הרבה לפני העזרים הטכניים, מתוחכמים ככל שיהיו. אם אדם עם פגיעה נפשית מנוע מלהיות עובד בחברת סיעוד, על פי הנחיות של משרד ממשלתי, מה הטעם לדבר על נגישות?

משרד הבריאות ערך לפני כשנתיים מחקר על הסטיגמה כלפי נפגעי נפש. כ-1,600 איש ענו על שאלון טלפוני ארוך. 21% מהנשאלים אמרו שאינם מוכנים לשבת באוטובוס על יד חולה נפש; 52% אמרו שאינם מוכנים להעסיק חולה נפש; 40% אמרו שלא היו רוצים שבשכונה שלהם יגורו חולי נפש; ו-24% אמרו שחולי הנפש אלימים יותר מאחרים (דבר שעובדתית אינו

נכון).

כאן המקום להבהיר כי למעשה חלק נכבד מכל מערכת השיקום בתחום בריאות הנפש, דרוש דווקא בגלל הסטיגמה הקיימת כלפי חולי הנפש, כלומר עקב חסימת הנגישות שלהם לחברה. ודאי שפעמים רבות יש אלמנטים בשיקום הנגזרים מהפגיעה הנפשית עצמה – כאלו הקשורים לבעיות בתפיסה הבינאישית, כאלו הקשורים לרמת הארגון, לקשיי ריכוז, לחרדות ולנושאים נוספים; אך אי הנגישות לחברה בכל התחומים מהווה מוקד מרכזי וחלק ניכר מהשיקום אמור להתמודד עם השלכותיה הקשות בכל התחומים, בדיוור, בתעסוקה, בהשכלה בשילוב החברתי וכיו"ב.

העובדה שבתחום בריאות הנפש הפגיעה העיקרית לאורך זמן נגרמת ע"י החברה ולא רק ע"י המחלה, מייחדת תחום זה מהנכויות האחרות, בהן המגבלה העיקרית נובעת מהנכות הפיזית, החושית, או השכלית ואילו הפגיעה החברתית, הגם שהיא קיימת בהחלט, תופסת מקום קטן יותר בהשוואה לתחום בריאות הנפש. נראה כי ניתן להעלות מחשבה כי גם האחריות החברתית לשיקום הנכים עקב פגיעה נפשית, גדולה יותר כיוון שבנוסף לאחריות הקשורה לסולידריות האנושית ולאחריות המוסרית כלפי הנזקק לעזרה, יש כאן אחריות בגרימת הנזק עצמו. כלומר, במודע ושלא במודע, החברה פוגעת באופן קשה באנשים אלו ולכן יש לה אחריות ישירה לתקן את הנזק הנגרם על ידה. יש להניח שבין השאר, הבנה זו עמדה לנגד עיני המחוקק וחיזקה אותו בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה להגדיר את השיקום כזכות ולא להגבילו תקציבית.

הדוגמאות הנ"ל עסקו יותר ביחס לנפגעי נפש, שבשיקומם ושילובם בחברה אני עוסק. אולם כאמור, האפליה קיימת באופן ברור גם לגבי נכים אחרים ודרושה עבודה רבה לאורך שנים על מנת לבטלה.

ההתמודדות עם האלמנט האנושי שבהנגשה, אינה יכולה להסתפק בחקיקה בלבד. כאשר חקיקה עומדת מול נטיות חזקות הנטועות באוכלוסיה ומול תופעות תרבותיות עם שורשים עמוקים, גם כאשר היא חקיקה רצינית ומלאה רצון טוב, כמו בפרק הנגישות בחוק השייוון, הערך שלה חלקי בלבד.

יצירת שינוי חברתי חייבת להיות מתוך במערכה רחבה וממושכת לשינוי עמדות בציבור. הדרך היעילה ביותר להתמודד עם הסטיגמה כלפי אנשים עם נכות בכלל וכלפי אנשים עם נכות נפשית בפרט, היא להכיר אותם מקרוב. המפגש הפתוח, הממושך, האמתי והבלתי אמצעי, תורם לשינוי במידה רבה.

מהניסיון אנו למדים כי כאשר קבוצת אנשים עם נכות נפשית מעוניינת לגור ליד אנשים אחרים, נוצרת בשלב הראשון התקוממות ורק לאחר שנוצרה הזדמנות להכרות יותר מעמיקה הופכת ההתנגדות ליחסי שכנות קרובים ואף חמים.

בימינו עדיין לא ניתן "להכין" שכונה לכניסת שכנים עם מוגבלות נפשית. ברור שכל הודעה

מראש תביא להתנגדות, גם אם תערכנה פעולות הכנה, מקצועיות ככל שתהיינה. לצערנו הדרך היחידה לפתיחת מסגרת חדשה בתוך שכונת מגורים, מחייבת קודם כל להציב עובדות ורק לאחר שהאנשים ייכנסו לגור בשכונה, הם יתקבלו במשך הזמן ע"י יתר התושבים.

יחד עם זאת יש מקום לפעולות רבות כדי ליצור את השינוי בגישה.

ככול שמערכת החינוך תיזום מפגשים כאלו לצד דיונים בנושא, ככול שהיא תיזום קשרים דרך פרויקטים של מעורבות חברתית, ככול שישלבו תלמידים עם נכויות בכיתות הרגילות והמורים יסייעו ליצירת קשרים בינם לבין יתר התלמידים; כך יגדל הסיכוי לגדל דור עם יחס נכון מהבסיס. בעניין זה מתעוררות שאלות רבות כמו: מה מלמדים במסגרות להכשרת מורים על נושא זה; עד כמה המחנכים עצמם מבינים מהי נכות עבור הנכה ועבור אלה שאינם נכים; עד היכן מגיעה מבוכתם כאשר הם מדברים עם אדם נכה על נכותו; באיזו מידה זהירות היתר שלהם מאפשרת דיאלוג; או להיפך - חוסר הרגישות אינו מאפשר דיאלוג.

ככל שאנשים עם נכות ייפגשו עם אנשים אחרים, ככל שהם יספרו על עצמם ויהיו מעורבים בפעילויות שונות עם אנשים שאינם נכים, הקירבה תגדל וההיכרות תעמיק. היכרות אמיתית תביא את האנשים להעריך את הנכים ככל האנשים, ולעיתים אף מעבר לכך, אל מול התמודדותם עם המוגבלות יום ויום ושעה שעה באופן מעורר השתאות.

המערכה נגד הסטיגמה חייבת להיות מתוכננת, מובנית ומתוקצבת. צריכים להתגייס אליה לא רק מחנכים ומומחי תקשורת, לא רק עובדי מערכת הבריאות והרווחה והפוליטיקאים, אלא קודם כל הנכים עצמם, שלאחר עבודה פנימית שלהם לשינוי הדימוי העצמי של רבים מהם, יוכלו לעשות יותר מכולם להפחתת הסטיגמה כלפיהם.

דומני שאפילו התקנות לפרק הנגישות בחוק השיוויון בעצמן סובלות מהסטיגמה ואינן מקצות את המקום הראוי לנושא המרכזי בתחום הנגישות, שהוא המלחמה בסטיגמה כלפי הנכויות הבלתי נראות וכלפי הנכויות הנראות כאחד. גם התקנות מתרכזות בעיקר בצדדים הטכניים ומקדישות הרבה פחות מהדרוש לגורם האנושי, המהווה תנאי מקדים לכל פעילות אחרת בנושא.

המדינה חייבת להשקיע משאבים במלחמה בסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלות, מתוך הבנה שזכותם לחיות חיים מספקים אינה שונה מזכותם של אנשים אחרים. מערכת חברתית שמונעת מהם הזדמנויות, או חברה שמפלה אותם לרעה, היא בלתי נסלחת.

הכלל הייחודי המופיע בתורה - "ואהבת לרעך כמוך", הוא ביסודו אמירה פשוטה ובסיסית - בכל התייחסות שלי לזולת עלי לשאול את עצמי איך הייתי רוצה שיתייחסו אלי אילו הייתי במקומו. אם נאמץ דרך זו, יש לנו סיכוי.

## קולה של הבחירה וקבלת ההחלטה ועדות השיקום ברוח גישת ההחלמה

ורד בלוש-קליינמן

בעזרת: רונית דודאי – אחראית תחום תעסוקה – משרד הבריאות  
ורכזי השקום; גיתית רינות, טובה בניאל, פמלה פרלמן ויוסי קנטופסקי

תהליך ההחלמה הינו תהליך אישי וייחודי, הכולל התאמה מחדש של תפיסות, ערכים, תחושות, מטרות, יכולות, תפקידים ואמונות לגבי העצמי, האחר והחיים בכלל. זהו תהליך של גילוי וחיודש חוויית העצמי, הכוללת התפתחות וצמיחה (Anthony, 2000). לועדות השיקום תפקיד מרכזי ביישום ומימוש אמירות יסוד אלה.

מאמר זה מוקדש לתיאור מהות עבודת ועדות השיקום מתוך נקודת מבט סובייקטיבית ואישית של רכזת שקום מחוזית, כמי שיושבת בראש ועדות השיקום המחוזיות. בתור שכזה, מנסה המאמר להבין לעומקם את מושגי היסוד העומדים בבסיסה של גישת ההחלמה, וכיצד נארגים הם בחוכמה לתוך שיגרת העבודה, בעת שהם נוגעים בכל אחת מהדמויות הנוטלות חלק במפגש הבינאישי המיוחד, סביב שולחן ועדות השיקום.

מאמר זה איננו מוקדש לגישה תיאורטית, אינו מתבסס על ממצאי מחקר ואף אינו עוסק בהכללות. המאמר מנסה להציג את עבודת ועדות השיקום מתוך מבט אישי, לתחום עקרונות יסודיים ולזרות אור על תהליך העבודה, מתוך פרספקטיבה סובייקטיבית אישית ומתוך ראיית ההווה של ועדות השיקום בחייהן של כמה מדמויות המפתח, המשחקות תפקיד מרכזי בדרמת המפגש השקומי הבינתחומי: המתמודד-צרכן השירותים, בני המשפחה, המטפל, חברי הועדה ורכז השקום.

המאמר נבנה באופן שבו הוא מנסה להוליך את הקורא בנתיב אשר נתווה ברוח החוק ועקרונותיו, החל מתהליך ההכנה לקראת ועדת השיקום והפנייה לועדה, דרך המתרחש בזירת הועדה, וכלה בשלב היציאה מדלתות הועדה, כמנגנון שנבנה לשרות האדם, אל שביל הבחירה. לב ליבו של התהליך מתואר כפי שמשתקף בתפיסתי הסובייקטיבית, כמפגש של שיח רב-מקצועי ובין-תחומי, כזירה של העצמה, הגדרה וגילוי עצמי, כבוד, והחזרת האמון בעצמי ובייחודיות האישית של האדם, כמו גם כזירה של גדילה, התפתחות אישית וחיפוש אחר משמעות ומטרות לחיים וכבימה המאפשרת את הבחירה ופחתות פתח לתקווה. מסע זה שזור בדוגמאות מחיי הועדות, לשם המחשת הרעיונות, ובהצגת דילמות ושאלות יסוד הנשאלות על ידי ועל-ידי עמיתי, רכזי השיקום המחוזיים, וקובעי המדיניות בדרך ליישום המיטבי של עבודת הועדות.

### החוק וועדות השיקום

על רקע ההכרה החברתית ההולכת וגוברת בשנים האחרונות, בישראל ובעולם כולו, בזכותם של אנשים עם נכות נפשית להשתלב במידה המרבית האפשרית בחיי הקהילה, חוקק בישראל חוק שיקום נכי הנפש בקהילה. מטרת החוק לאפשר לאנשים להשיג דרגה מירבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. החוק מגדיר סל שרותים להם זכאים המשתקמים ונותן מענה לבני 18 ומעלה, אשר הוכרו כבעלי נכות רפואית נפשית בשיעור של 40% לפחות, המגלים מוטיבציה להיכנס לתהליך השיקום וההחלמה בקהילה ואשר נמצאו מתאימים לשילוב בקהילה (חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, 2000).

חוק שיקום נכי הנפש בקהילה מחייב הקמת מועצה ארצית לשיקום וועדות שיקום אזוריות. הרכב ועדות השיקום האזוריות כולל שלושה נציגים: רכז שיקום מחוזי, כנציג משרד הבריאות, המשמש כיושב-ראש הועדה, רופא פסיכיאטר ונציג השדה (כגון: עו"סים, מרפאים בעיסוק, אנשי סיעוד, פסיכולוגים).

ועדות השיקום מקבלות הפניות מגורמים מקצועיים במערך האשפוז והקהילה, באמצעות כלל העובדים המקצועיים במערך שירותי בריאות הנפש, העוסקים במלאכה במחלקות בתי החולים, במרפאות לבריאות הנפש של בתי החולים ובקופות החולים, בלשכות הרווחה, בקליניקות ובמכונים הפרטיים. תפקידה של ועדת השיקום, כמסגרת ארגונית לשרות האדם, הוא להחליט על זכאותו ועל התאמתו של הפונה לשיקום, לבחון את תוכניות השיקום הפרטניות, ולבסוף לבחון את השירותים התומכים בתוכנית. התהליך מיושם באמצעות דיון בתוכנית השיקומית הרב שלבית, הכוללת קביעת מטרות לטווח הארוך ויעדים לטווח הקצר. מטרות ויעדים אלה מכוונים לקידום המשתקם והכשרתו במיומנויות לחיים עצמאיים במירב תחומי החיים – בתחום הדיור, בתחום התעסוקה, בתחום ההשכלה ובתחומי הפנאי.

ועדת השיקום משמשת מסגרת אירגונית האחראית ללוות את האדם במהלך חלק מהשינויים בחייו. באופן זה, עוקבות הוועדות, הלכה למעשה, אחר ביצוע תוכניות השיקום, אשר מתעדכנות בהתאם להערכה תקופתית, באמצעות רכזי השיקום ובמידת הצורך, קובעות שינויי החלטות בהתאם.

לוח 1 שלהלן, מציג את מספר הפניות החדשות לוועדות השיקום בין השנים 2000-2005 ומצביע על מגמת עליה מתמדת לאורך השנים במספר הפניות החדשות לוועדות השיקום. (משרד הבריאות, 2006)

לוח 1: מספר הפניות החדשות לוועדות השיקום שנדונו בין השנים 2000-2005



שנה	מספר פניות חדשות לועדות השקום
2000	1787
2001	3495
2002	4606
2003	5488
2004	7356
2005	8943

כאמור, השקפת העולם העומדת בבסיס עבודתי, כמי שעומדת בראש ועדות השקום האיזוריות, מכוונת להבנה כי הועדה איננה עוסקת בשירותים אלא דנה באדם, באשר הוא אדם, וכי רבים מהרצונות המובעים על ידי ציבור המשתקמים אינם מוכללים דווקא במושגים כגון רווחה חברתית, בריאות, מגורים או תעסוקה, אלא מחייבים מבט רחב ועמוק יותר. נקודת מבט זו באה לידי ביטוי מעניין, אף כי אינו מוכר דיו, המשתקף בניסיון להתחבר לתפיסותיהם הסובייקטיביות של המתמודדים וקשורה במכוונות הועדה לחיפוש אחר מתן מענה לצרכים נוספים של צרכני השירותים, כגון הצורך במשמעות, באהבה, בכבוד, בחופש, בתקווה, בשייכות, בשיתוף, בהעצמה, בבחירה ובמחוייבות.

ברוח זו ברצוני להתייחס אל מושגים או צרכים סובייקטיביים אלה, כאל מונחים אקזיסטנציאליים (קיומיים), העומדים ביסוד השיח של כל מפגש חווייתי בועדות השקום, לפי שהם גזורים מתוך הצורך למשמעות ולערכים בתוך עולם שלעיתים נחוה כחסר משמעות וכפי שהם באים לידי ביטוי החל מתהליך ההכנה לקראת ועדת השיקום והפנייה לוועדה, וכלה בשלב היציאה מדלתות הועדה.

### **תהליך ההכנה לקראת הועדה ובניית תוכנית השיקום –**

#### **תהליך של "הפנייה" או "פנייה ישירה" של המתמודד אל ועדת השיקום?**

תהליך ההכנה לקראת הועדה, כולל עבודה משותפת של המתמודד עם מתאם הטיפול על תוכנית השקום הפרטנית ומילוי טפסי סל השיקום. כיום מופנה המשתקם, באורח סביל, לוועדת השיקום על-ידי מנהל תוכנית השיקום - הגורם המטפל אשר לוקח על עצמו ללוותו בתהליך השיקומי ולבנות עימו את תוכנית השיקום.

לנוכח מציאות זו, ובהשען על עקרונות גישת השיקום וההחלמה, הדוגלת בהעברת מלוא האחריות למשתקם, נשאלת השאלה, האם אין זו השעה לעבור מ"הפנייה" ל"פנייה ישירה" של המשתקם לוועדת השיקום?

ניכר כי רצוי להעביר מסר לאנשי הטיפול, כי תהליך הפנייה לוועדת השקום אמור להיות תהליך

אקטיבי ומעצים ביותר עבור המשתקם, אשר לראשונה בחייו מקבל הזדמנות משמעותית למקד, לנסח ולהציג תוכנית שיקומית, המתאימה לשלב זה בחייו, ועל כן מן הראוי שיהא זה הוא אשר יבצע את הפנייה לוועדה באופן ישיר.

בשלב ההכנה לוועדת השקום ובדרישה מהמשתקם וממטפלו האישי לבנות תוכנית שיקומית פרטנית כוללת, על כלל נדבכיה ועל שלל תחומיה, מתעוררות שאלות ותהיות שונות ומגוונות באשר לבחירת הכיוון העתידי המיטבי על-ידי המשתקם. זו הסיבה שאוסף טיפסי סל השיקום, אשר לעיתים מעורר מורת רוח בקרב הגורמים המפנים בשל אורכו, מאגד בתוכו, במסגרת תוכנית השקום, את הסטוריית חייו ונסיון העבר של המשתקם, את תפקודו בהווה במכלול תחומי חייו: התחום הפסיכו-סוציאלי, התחום התפקודי והתחום הרפואי וכמובן, את מטרותיו לעתיד, כל זאת תוך התייחסות מודגשת להערכת המשתקם את עצמו ואת יכולותיו, כפי שאלה משתקפות בתפיסתו הסובייקטיבית.

מנקודת מבטי האישית, כבר בשלב זה ראוי שיתרחש תהליך היצירה. כבר בשלב זה בתהליך אמור המשתקם לחשוף את מאווייו, את רגשותיו, את דמיונו ואת מחשבותיו ולהפיק מתוך עצמו התנסויות חדשות. מדובר, לעיתים, בהבאה לידי ביטוי של ישויות פנימיות קיימות, שהמשתקם לא ידע על קיומן קודם לכן או שנשכחו ממנו. וכל אילו אמורים להיאסף ולהתאגד מעל דפי הנייר לכדי מחשבות מאורגנות, סכומי תהליכים ויעדים עתידיים.

כך רואה אני את תוכנית השיקום בבחינת "בית יוצר", באופן הדומה לכינוי שנתן רוזנהיים (1990) למושג "טיפול". תוכנית השקום אמורה לשמש את האכסניה אליה יוצק המשתקם את חומרי הביניין הפוטנציאליים של אישיותו ואמור להגיע אל ועדת השקום עם תבניות התואמות את יכולותיו וכיסופיו.

עיתים אנו עדים לקושי ולצורך לדחות הפניות לוועדה אשר נכתבות כלאחר יד, בהעדר הכרות מעמיקה עם המשתקם וכאשר הוא אינו מגיע לזירת הוועדה מוכן דיו. התרחשות מעין זו מתקיימת לעיתים, למול הלחץ המופעל לא אחת על מערכת השיקום לקבל אנשים שאינם מתאימים בשלב הנוכחי לתהליך שיקום, אנשים שאינם יכולים ליצור דיאלוג ואינם מסוגלים עדיין להביע את הבחירות והרצונות שלהם. אלה אותם אנשים המובלים לעיתים בעל כורחם לוועדה, בלחץ המערך האישפוזי לשחררם מן המחלקות, בגין מדיניות קיצור ימי האשפוז, ומצבם הנפשי והתפקודי אינו מאפשר שילובם במסגרות הקהילה הקיימות. עיתים מדובר אף בהפניית אנשים לוועדה אשר אינם חשים עדיין כל רצון להתחדש ולערוך שינוי בחייהם וזקוקים לתהליך ממושך יותר של עוררות המוטיבציה לשינוי על מנת שיופיעו בפני הוועדה מגובשים יותר בתוכניותיהם לעתיד. התרחשויות מעין אלה מנגודות לחלוטין לרוח גישת ההחלמה ועקרונות הגישה השיקומית, כאשר הווייתם של חברי הוועדה זועקת: "לא זו הדרך!"

לפיכך, על מנת שעבודה זו תבוצע כהלכה, באופן תהליכי, מעמיק ובשיתופו המלא של

המשתקם, תוך שהוא מפרט את נימוקיו לתוכנית השיקום, לאחר שקיבל את מירב המידע על האפשרויות המוצעות במסגרת סל השיקום, ומביאה לאישור הועדה בחתימת ידו, ראוי שתהא זו פנייה ישירה של המשתקם. בעניין זה, חשוב להעמיק את הידע של אנשי בריאות הנפש בבתי החולים, בלשכות לשירותים החברתיים, במרפאות ובמערך השיקום בקהילה ולהטמיע את האמונות והעקרונות העומדים בבסיס הגישה השיקומית.

### **בדרך אל ועדת השיקום**

מיקומן של ועדות השיקום מהווה אף הוא נושא המעורר דילמה מיקצועית. מרבית ועדות השיקום מתקיימות כיום בבתי החולים, במרפאות לבריאות הנפש ובלישכת הפסיכיאטר המחוזי. עבור חלק נכבד מצרכני השירותים, מסגרות אלה "נגועות" בתיוג ולפיכך, אנו עדים לצורך להמיר את מקום מושבן למסגרות שאינן מתווייגות ושראו בהן לעסוק בשיקום, תוך העברת מסר ברור שועדת השיקום מהווה זירה נפרדת מהתהליכים המתרחשים במערך הקליני.

בראשית דרכן של ועדות השיקום, נוכחותם של המשתקם ובני משפחתו בזירת הועדה לא היתה מובנת מאליה, והגורמים המפנים חשו שהם יכולים לייצג נאמנה את מאוויו של המשתקם. אף כיום, עיתים, מבקשים מנהלי תוכניות השיקום להתחיל את הועדה שלא בנוכחותו של המשתקם ולצרפו בשלב מאוחר יותר, כאשר באופן שכזה, המסר המועבר למשתקם הוא כי רב הנסתר על הגלוי. לאור זאת, נעשתה ועודנה נעשית עבודה ממושכת של הסברה והטמעת עקרונות גישה השיקום וההחלמה, אשר אמורה להביא לכדי מימוש של העיקרון המרכזי בגישה ההחלמה, לפיו אין התרחשות הנוגעת לחייו של המשתקם בהיעדרו, תוך שהוא אמור לגלות מעורבות ואקטיביות מלאה בכל שלבי התהליך.

על בסיס תפיסה זו, למעמד מיוחד זה, המתרחש בזירת הועדה, ראוי שיזמין המשתקם את האנשים המשמעותיים לו ביותר והועדה תתקיים מראשיתה ועד תומה, בנוכחותו המלאה.

### **ועדת השיקום – מפגש של שיח רב-מקצועי ובין-תחומי**

ההתרחשות החווייתית בזירת ועדת השיקום משמשת מפגש של שיח רב-מקצועי, בין-תחומי, אנושי, עמוק ואיכפתי בין אנשי מקצוע, משתקמים ובני משפחה, המכוונים עצמם לעבר הסיוע למשתקם, המצוי בצומת דרכים, ומבקש להאיר לו את הדרך ולכוונו בבחירת שביל החיים המיטבי עבורו.

סביב שולחן הועדה ראוי לסגת מהעגה המקצועית הגבוהה ומכל ההתנסחויות האינטלקטואליות שעיתים אינן מחוברות אל הקרקע. שם רצוי לרדת ממונחים רפואיים, גם הרופאים שבין חברי הועדה. שם יש לשנות את המשגה מ"פציניטים", "חולים" או "נכי נפש" ל"צרכני שירותים", "מתמודדים", "משתקמים", "עובדים" (במסגרות התעסוקתיות), "דיירים" (במסגרות הדיור), "חברים" (במסגרות הפנאי). שם אמור להצטמצם מקומו של המטפל המלווה ואת הבמה ראוי שיקבל המשתקם בכבודו ובמלוא הדרו.

כאמור, במפגש זה ראוי שלא יהיה כל מיסתורין. זוהי סיטואציה שלא ניתן להסתתר בה מאחורי דבר. אל חדר הועדה אמורים להכנס בעת ובעונה אחת, המשתקם, מטפלו האישי והאנשים המשמעותיים לו ביותר במארג הסובב אותו. אלה אותם אנשים אשר הוא בוחר שישבו לצידו. במהלכו של השיח אמורים להתגלות ולהפוך מודגשים ומוארים בבהירות וביתר מיקוד, תהליכים שבנו את היסטוריית חייו, אשר חלקם התגלו זה מכבר בעת המפגש השיקומי עם מטפלו האישי.

### **ועדת השיקום – זירה של העצמה, כבוד, גילוי עצמי, הגדרה עצמית ואמון בייחודיות האישית**

מניסיוני האישי, לכל מפגש חיים משלו. עיתים, אל המפגש המיוחד הזה מביא עימו המשתקם את ספר חייו. תחילה, כאשר האוירה עדיין מתוחה ואיננה בטוחה דיה, הוא מציג את שם ספרו בכותרת של השירות המבוקש על-ידו לאישורה של הועדה. רק כאשר הוא חש ביטחון ברצונם וביכולתם של באי הועדה לקרוא בסיפור האינטימי בכבוד וברגישות, הוא ניאות להזמין לעיין בו בצוותא. וכך, רק משהאוירה מתחילה להפשיר, ניתן להרגיש שאנו נפגשים. רק בשלב זה יכול להיווצר המרחב הבטוח המאפשר פתיחות. רק אז יכול המשתקם להיחשף ולהביא משהו ישיר. רק אז, הוא יכול להרגיש נוח להביא בפנינו את חלומותיו הכמוסים, ולעיתים אז מובאים פרטים אישיים שמעולם לא עלו בשיחות הפרטניות עם המטפל המלווה ומתוך השיח עולות וצצות איכויות אנושיות, שאיש לא הכירן לפני כן, ולא בטוח שהאדם עצמו היה מודע להן. וכך, איש איש מהיושבים סביבו תורם את חלקו בסיפור המיוחד כשאנו, כל שותפי הטיפול, קושרים קשר להתנגד לתיוג שיוצר דעות קדומות, מצמצם את האנושי וממסד את השיגעון.

עיתים אין המפגש בוועדת השיקום מתחיל מתוך חדוות יצירה. עיתים מגיע המתמודד אל זירת הועדה מתוך תחושת אילוץ של מטפלו האישי או של בני משפחתו, ולפחות ברמה המודעת אין דעתו נתונה ליצירה חדשה ולשינוי באורחות חייו, אלא הוא מסתפק במועט, או מסתפק במה שהמטפלים חושבים שהוא יכול.

ד. בן 32, שכל החיים לפניו, שוהה בביתו משך כל שעות היום, נעדר כל מטווה חברתי ועסוק בקריאת ספרי דת, תוך כמיהה למצוא את משמעות חייו בינות השורות והמילים. המשתקם הופנה לוועדה על ידי מנהלת תוכנית השיקום לשם השמה במסגרת תעסוקתית. "המחלה הזו הרסה אותי... אני מתבייש... אני לא מסוגל לצאת מהבית... אני מרגיש דחוי... מי יקבל אדם כמוני בחוץ עם עבר חלקי, בלי הווה, בלי עתיד... רק עם מחלה... אף אחד לא מבין אותי... אני לא מוכן בשום פנים ואופן לצאת לעבודה... אני לא מסוגל!"

התנגדותו של ד. למסגרת תעסוקתית, גרסה מנהלת תוכנית השיקום, "סתמית, ושטחית ומקורה בסימפטום של האמביוולנטיות הרווח במחלת הסכיזופרניה, ועל כן יש להחליט עבורו".

בדוגמה שהובאה לעיל, חשו חברי הועדה, כי התנגדותו של ד. נובעת ממעמקי נפשו, ומצביעה על כאב המצריך תהליך של עבודת החלמה ועבודת תקווה מאומצת על מנת לסייע בידו לקבל

את עצמו, ולהחזיר לעצמו את האימון ביכולותיו וכך לבנות את עתידו לצד המחלה ומיגבלותיה. לפיכך, הוחלט כי ד. אינו בשל ליציאה למסגרת תעסוקתית ועל כן נדחתה הבקשה, שהיתה למעשה בקשתה של מנהלת תוכנית השקום ולא שלו. במקום זאת הוצע לו שירות אחר, שרות של חונכות, אשר יסייע בידו בהשבת האמון בייחוד האישי שלו.

(Chamberlin 1997), מתמודד הנושא את דגל תנועת הצרכנים בארצות הברית, טוען

**ש"אחד האלמנטים שהופכים את תהליך ההחלמה לאפשרי ובר השגה הוא יכולתו של האדם להחזיר את האמון בעצמו".**

אדם מרגיש שהוא מגלה את המשמעות בחייו רק בתנאי שהוא חש בייחודיות שלו. על כן חשים אנו בועדה שחובה עלינו להנחיל במתאמי הטיפול חשיבה חדשה לפיה יש להעצים את המשתקם ולהעביר לו את **האמונה בייחוד האישי שלו**, ייחוד המספק תחושת ביטחון פנימית.

מתוך אותו עיקרון של הדרישה לגילוי מעורבות ואקטיביות מלאה של המשתקם בכל שלבי התהליך, הרי שלא יכולה להתקבל החלטה בועדת השיקום, שלא על דעתו ובניגוד לרצונו. לפיכך, הינני מוצאת לעיתים, שחלק מתפקידי ועדת השיקום, הינו בהדרכת מנהלי תוכניות השקום **לכבד** את המקום בו נמצא המשתקם, **להעצים** אותו, להביאו לכדי **אמון בעצמו וביכולותיו** ולהעמיק בתהליך ההחלמה ו"בעבודת התקווה", בסבלנות ובאורח רוח, עד יבשיל ויגיע לועדה הבאה עם אמירה של "רוצה אני". ואף משנשמעת בועדת השיקום הקריאה "רוצה אני", הרי שנהיר לכולנו, כי קיים כל כך הרבה רצון, קיימת כל כך הרבה כמיהה ואלה מהולות בכל כך הרבה כאב קיומי מתמיד, אשר לעיתים מעכב את הניעה קדימה במסע השקום.

**ועדת השיקום - זירה של גדילה, התפתחות אישית וחיפוש אחר משמעות ומטרות לחיים** עיתים, בשיח על התוכנית השיקומית סביב שולחן הועדה, עולה התייחסות מודגשת לצורך של המשתקם **לגדילה, להתפתחות אישית ולחיפוש אחר משמעות**. צורך זה כולל בתוכו את הרצון לשימת **מטרה בחיים ולפרט את האמצעים להשגתה** – מושגים העומדים בבסיס כל תוכנית שיקום פרטנית, ברם לא אחת בהקשר לכך עולה סוגיית רמת המוטיבציה החיונית ביותר לשם הנעת גלגלי תהליך השיקום ונבחנת מידת האימון של המשתקם בעתיד אפשרי. מניסיוני, כאשר היעדר המוטיבציה עולה כנושא, המטפלים קושרים אותו לחוסר עניין או התנגדות מצד המשתקמים, אך לא כך הוא הדבר. מניסיוני, היעדר מוטיבציה של המתמודד, מקורו בעובדה שלמטפל נכונה עוד עבודה קשה כיוון שעדיין לא הגיע בדרכים יצירתיות דיין אל נקודת ההנעה הפנימית של המתמודד.

למעשה, לעיתים נשמעות בועדה אמירות של משתקמים המעידים על חוויה של "עגינה" במקום אחד ו"חוסר יכולת לנוע", בניגוד לרצונם. יש התופסים את המחלה כמכשול העומד בדרכם מלהשיג את ההתפתחות האישית לה הם מייחלים, ויש אשר מתענים בספקותיהם

סביב יכולתם למלא אחר משימות פשוטות ששמו לעצמם, חוששים לעמוד למול קשיים ונעדרי יוזמה למול מטלות היומיום.

א. בן 29 תאר:

**"המחלה הזו עיכבה אותי... אני מתקרב לגיל 30 ודברים רבים שחלמתי להגשים לא באו לכדי מימוש בגלל המחלה... הייתי רוצה לעבוד, לפתח קריירה ולהיות עצמאי..."**

(Anthony (2000 טוען כי מושג ההחלמה כולל את התפתחותה של משמעות חדשה ומטרותיות בחיים מעבר למחלה הנפשית אשר פקדה את האדם. רבים מהמתמודדים המגיעים לוועדות השיקום מרגישים כי חיייהם חסרי משמעות ונטולי מטרה. ועל כן חלק מתפקידיה של ועדת השיקום הוא להנחות את המטפלים, לעודד ולכוון את המשתקם לקראת קביעת המטרות בחייו.

מקומה של ועדת השיקום, הינו בהכוונת תהליכי חשיבה ובהנחיית אנשי השדה, בעידוד התהליך שבו המשתקמים יכולים לראות עצמם כפי שהם במציאות וכפי שהם יכולים להיות, ולמצוא את עצמם במכלול החיים האנושיים. המסר הוא כי לכל אדם משמעות חיים, גם אם מטושטשת לעיתים, וכל אחד מונע על-ידי מה שמכונה בפי פראנקל "השאיפה למשמעות", שגם היא מודחקת לעיתים, שכן לכל אחד החופש, ככל שיהא מוגבל, לגלות משמעות (פרנקל, אצל פאברי, 1983).

בועדה אנו מעוניינים רק לפתוח את הדלתות, אך המשתקם הוא שאמור לבחור בדלתות מאחוריהן הוא רוצה לחפש את המשמעות לחייו על מנת להתמודד עם הריק הקיומי שמקורו בהדחקת השאיפה למשמעות. זהו מפגש שנועד לתלות תקוות לשינוי, לזהות את המניעים הפנימיים, את הרצונות, החלומות, המחסומים והכוחות שעומדים בפני האדם למימושו. תכליתו של המפגש **להרחיב את תפיסת האלטרנטיבות** העומדות בפני האדם על מנת לאפשר לו את **החרות להגיע להחלטה ולבחירה החופשית** המיטבית עבורו מתוך **אמונה כנה באפשרות להתחדשות ולפריצת דרך**.

#### **החרות לבחור – THE VOICE OF CHOICE – מהותה של ועדת השיקום**

במוקד הוועדה נצבת לעיתים השאלה כיצד ועד כמה מוציא המשתקם אל הפועל את זכותו ואפשרותו לבחור באופן חופשי בין האלטרנטיבות העומדות בפניו בצורה ריאלית. פטרישיה דיגן (2004) מדברת על האיום שחשים נפגעי הנפש לתחושת החופש שלהם ולחופש להגדרה העצמית:

**"Those of us with disabilities are too often forbidden our freedom to become"**

הפער בין הצורך בעצמאות ובחופש לבחור והקושי להשיגו הוא אחד הקונפליקטים הקשים ביותר בחיי אנשים הסובלים ממחלה נפשית. ההחלטות קשות מסיבות רבות, מקצתן נוגעות במהות הקיום עצמו. ההחלטה כרוכה, בלי יוצא מן הכלל בויתור: לעומת כל "כן" חייב להיות

"לא", וכל החלטה מבטלת את האפשרויות האחרות, על כן, יש שאינם מסוגלים להחליט. אף שעיתים הם יודעים בדיוק מה הם רוצים ומה הם חייבים לעשות, אין הם יכולים לפעול ועל כן הם מושפעים משאיפותיהם של אחרים ומדשדשים במקום לפיתחה של החלטה.

פעמים רבות קיימת הלימה בין שאיפותיהם של המשתקמים לבין המלצות המטפלים ובני המשפחה וכולם שותפים לתוכנית השיקומית, כאשר לכל אחד תפקיד משלו לקידומה. יחד עם זאת, באחדים מהמפגשים בועדות השיקום הייתי עדה לקולם של משתקמים, המתארים תחושה שבני משפחתם והמטפלים לעיתים מגיני יתר ואינם מאמינים ביכולותיהם. יש הטוענים שנוטלים מהם את פרטיותם ו"פולשים" לחייהם בגין היעדר כבוד להחלטותיהם ולבחירותיהם. זו תחושה של היות כלוא ונתון לבדיקה מתמדת של בני המשפחה והגורמים המטפלים.

פעמים נתקלתי בבני משפחה וגורמי טיפול, המדברים על המשתקמים, כעל מי שאינם מציאותיים ומגלים שאיפות שהן מעבר ליכולות שלהם. הם התייחסו אליהם כאל נעדרי מטרות קונקרטיות וכמי שמתקשים למצוא משמעות לקיומם. לא אחת משתקפת השחיקה והעייפות באמירותיהם. לא אחת באים לידי ביטוי חוסר התקווה, החשש וההתנגדות לשינוי ולהפרת האיזון העדין וכל אלה עלולים לעיתים לעכב את צמיחתו של המשתקם ולהשפיע על עמדותיו ורגשותיו.

כך אמרה אם שהגיעה לוועדת השקום עם בנה בן ה-27:  
**"יש לו רצונות, תוכניות להתחיל בחייו מחדש, אך אין הוא יודע כיצד לבצע זאת... וגם אני לא מאמינה שהן מציאותיות וברות השגה בכלל..."**

רבים מבני המשפחה ומנהלי תוכניות השקום מבקשים עבור המשתקמים תעסוקה מוגנת, סובלנית, בסביבה נעדרת לחצים, מבלי להכיר בכך שרבים מהם מתייחסים לכך כפטרון ומסוגלים לגדול ולהתפתח למחוזות אחרים לחלוטין.

עיתים מתגלעים פערים בין גישותיהם של חברי הועדה לבין אלו של גורמי הטיפול, לפי שהמלצותיהם נראות שאינן הולמות את צרכי המשתקם בשלב הנוכחי, ועל כן הועדה מערערת על התוכנית השיקומית המוצעת. סיטואציה שכזו, לא אחת מעוררת את מורת רוחם של מנהלי תוכניות השיקום, אשר מגיעים כבר טעונים מעצם ההליך הבירוקרטי הכרוך במילוי טפסי הועדה, מעצם ההגעה לוועדה ומעצם הצורך ליישם את החלטה.

המסר המועבר מבאי הועדה חוזר ושנה אל גורמי הטיפול הינו, כי הועדה מעריכה ומוקירה את המאמץ השיקומי-טיפולי וכי אין ספק שנוכחותם חיונית ביותר ומשמעותית מאד עבור המשתקם, גם אם בקשתם נדחית. עצם נוכחותם משרה ביטחון על המשתקם להביע את עצמו בחופשיות ובפתיחות ואין תחליף לזרקור המאיר את סיפורו של המשתקם בנקודת המבט של מטפלו האישי.

מסר נוסף המועבר לגורמי הטיפול, הוא שהוועדה הינה מקור עתיר מידע וידע זמין, המשמש משאב נוסף עמו ניתן לחשוב ולהתלבט על תוכנית השיקום. כמו כן, משמשת הוועדה כגורם אובייקטיבי, שאינו מעורב רגשית, אשר עשוי לפתוח הזדמנות לכיווני חשיבה חדשים ומרעננים.

לפיכך, הינני רואה את אחד מתפקידיה של ועדת השיקום כמגשרת בין בני המשפחה וגורמי הטיפול במערך האשפוז ובמארג הקהילתי, אשר עיתים עסוקים בלקבל החלטות עבור המשתקם מתוך צורך "להגן", "לטפל", "לתקן", "לתחזק", "לשמר" או "להשים" את האנשים בתוך מסגרות מוגנות, לבין המשתקמים, שעיקר צרכיהם הוא לאוטונומיה, לכבוד עצמי, להתפתחות אישית, לתקווה, לשייכות, לאהבה והנאה ולהמנע מאפליה ותיוג.

תוכן הספציפי של ההחלטות שאמור המשתקם לקבל איננו מהווה חלק הכרחי או מהותי כלל ועיקר עבור חברי הוועדה, ברם, לעיתים הוא מאד מהותי לבני המשפחה ולאנשי הטיפול במערך האשפוזי ובמארג הקהילתי.

לנוכח הדברים האמורים, הינני רואה את תפקידם של באי הוועדה, להשכיל ולהישמר מגישה פטרונית, להמנע מלהביט על המשתקמים כעל פחות אנושיים ולהאזין יותר לקולם ולסיפוריהם. השקפת עולם זו היא שנותנת התייחסות מודגשת לחשיבות של שיתוף בני המשפחה בתהליך מראשיתו, ותהא נקודת מבטם אשר תהא. וזאת, על מנת לאפשר להם את המקום לאוורר רגשות, לקבל תמיכה, לשאול שאלות, לקבל מידע, לשנות עמדות וגישות ולעורר מחדש את התקווה.

תפקידם של באי הוועדה בא לידי ביטוי אף בהזמנת שותפי הטיפול, מנהלי תוכניות השיקום, בני המשפחה ואחרים משמעותיים, לנסות ולהבין בצוותא את המניעים ודרכי ההתמודדות האופייניים למשתקם, מבלי להבטיח הבטחות מראש בדבר הצלחת השינוי הנובע מהבחירה שעשה, שכן זכותו אף להיכשל. הזמנה זו, להבנה המשותפת, יש בה מהבשורה למשתקם שאינו לבד, גם אם לא תצלח בחירתו, ושאין הכרח לוותר על **החלום והתקווה** לפני בירור האלטרנטיבות ומשמעותן, ומסר למטפל האישי ולבני המשפחה שאין להתיימש, אפילו מטילים הם ספק רב ביכולתו של המשתקם לעשות את השינוי המיוחל על פי ראות עיניו.

### מקומה של עבודת התקווה בועדת השיקום

בועדת השיקום אנו מעוניינים שהמשתקם יתנסה בקשב מרוכז ושיטתי למה שמעבר למילים הנאמרות, ולמה שמשמעותי עבורו מנקודת ראותו האישית, מבלי שצריך להסיט עצמו למה שאחרים רואים בו, מצפים ממנו או מתכננים עבורו, ויתחיל להביע את שאיפותיו הכמוסות, תוכניותיו ומטרותיו לעתיד לבוא. וכפי שרזננהיים מתאר "משתנתן לו הזדמנות סבלנית לבטא בהדרגה גם את אשר הוא חולם בסתר ליבו, יתברר בודאי כי אין הוא רוצה רק להחזיק את ראשו מעל המים – אלא גם לנסות כוחו בשחייה פעילה יותר, וזאת, כיוון שברקע רוחשת **תקווה**, אולי זהירה ועמומה, שלא להסתפק בחזרה פאסיבית אל האיזון העדין הקודם ברם,



אולי להתנסות בהפרתו (רוזנהיים, 1990, עמ' 221).

"מתמודד בן 36 נשוי + 2, החל את המפגש בתיאור התדרדרותו המקצועית, המשפחתית והחברתית בעקבות המחלה. סיפורו ריתק את באי הועדה, אשר הקשיבו בקשב רב לתיאורים החיים של חייו כדר-רחוב, התמכרותו לסמים, אכזבותיו וחוסר האימון שלו בעצמו ובחברה כמו גם, החשש הגדול מפני מה שצופן לו העתיד מחוץ לכותלי בית החולים ותחושת הריק המאפיינת את מי שאינו מאפשר לעצמו לחלום. התערבויות חברי הועדה, ההבנה וההקשבה האמפטית, הם שאפשרו לו לדבר על רצונותיו, צרכיו וכיסופיו ואט אט ניתן היה לחברו לכותליו וליכולותיו. במהלך המפגש ניתן היה להבחין בדקויות חיתוך הדיבור שלו שהלך והפך מדיבור קצר ומתחושש המופנמות ומכונסות בעצמו, לשטף דיבור שהקרין עוצמה, כשבסיומו סיכם בהתרגשות "שיניתם את חיי".

ועדות מסוג זה מסתיימות לעיתים בדמעות והתרגשות רבה בקרב חברי הועדה.

עבודת התקווה היא מבט לעתיד, המצריך תהליך של פרידה, המלווה במאבק ובהתמודדות עם כאב ומסייעת בתהליך האינדיווידואציה. שייקספיר טען כי לעלובי החיים אין תרופה אחרת אלא התקווה:

**"The miserable have no other medicine but only hope".**

התקווה היא אף התימה המרכזית באמירותיו של (Leete 1988), מתמודד אשר טוען כי "התקווה משמעותית ביותר בתהליך ההחלמה. איש מהמתמודדים לא ישאף לדבר אם יאמין שהמאמץ עקר... קיימת התקווה להתגבר על הסימפטומים, קיימת התקווה לחיות באורח עצמאי וקיימת התקווה לתרום לחברה... אני מאמין שאם נתעמת עם המחלה שלנו באומץ ונלחם בסימפטומים באופן עיקבי, נוכל להתגבר על הנכות שלנו, נוכל לרכוש מיומנויות ולתרום לחברה, החברה אשר נטשה אותנו".

ועדה "מוצלחת", כפי שאנו לעיתים מכנים אותה, היא ועדה שבסיומה מרחפת מעל כולנו התחושה כי המשתקם זיהה את התחומים בהם רצה להתחדש, את התנאים הדרושים לו לביצוע השינויים ואת המיכשולים אשר עמדו וממשיכים לעמוד בדרכו כדי לחולל את הרצוי והשונה. אך יחד עם זאת, כולנו ישובים סביב שולחן הועדה מביטים זה בזה מפוכחים לחלוטין. איש מאיתנו אינו חושב כי בכך ייתם המכאוב מהאדם שניצב מולינו וכי מעתה, מרגע צאתו את שערי הועדה, תהא דרכו סוגה בשושנים. ולמרות זאת, כולנו **חדורי אמונה ביכולתו להתמודד עם אתגרי המציאות הפנימית והחיצונית** בדרכים מלאות יותר, במחיר רגשי נמוך יותר ועם חרדה נשלטת יותר. וכך, כאשר ביד אחת אנו מחבקים ובשנייה דוחפים, **תוך מיקוד המבט על פיתוח כוחות ועשייה פעילה** למען עצמו, **על רקע נוכחותן של הבעיות והמיגבלות**, מתאפשר המרחב למשתקם להתחיל ולחפש אחר **החלום והמשמעות** בחייו.

**כולנו בסירה אחת - מבט אישי אל עולמה של שחקנית ראשית בדרמת הועדה**

כמי שיושבת בראש ועדות השיקום המחוזיות, בימת ועדת השיקום אמנם משמשת זירה לביטוי הצרכים והפוטנציאל האישי של האדם, אך אף פותחת בפני, כאדם וכאיש מקצוע, הזדמנות לגעת בחווייה האישית, האנושית שלי. לעיתים אני מוצאת עצמי לא רק כמי שמראינת את המשתקם או את בני משפחתו. בכל מפגש שכזה קיימת עבורי, מעין הצצה אל תוך העולם שלי פנימה. במפגש זה, לי, כאשת מקצוע, תפקיד כפול: עלי להיות צופה אובייקטיבית, ככל שניתן, ובעת ובעונה אחת גם משתתפת בחיי המשתקם וכמי, שבעקיפין, דורשת או מצפה ממנו לערוך שינוי בחייו.

אותה הכניסה והשותפות בחייו של המשתקם מעמידה אותי לא אחת חשופה לאותן בעיות קיומיות המעסיקות אותו ומחייבת אותי לבחון אותן על-פי אמות המידה שלו ולעולם לא להציע אלטרנטיבות שאני עצמי לא הייתי לוקחת לו הייתי במצב הדומה לשלו. לא אחת אני מוצאת עצמי, משחזרת את מאבקי ונאבקות עם המשתקם באופן כאוב ונמרץ, בין כניעה אוטומטית לעבר ולחוממו, לבין אמונה באפשרות של עתיד מתחדש, אשר איננו עוד בן ערובה של העבר. זהו מפגש בין הכאב של המשתקם לכאב שלי כבת אנוש ולעיתים גם שלי כהורה.

מי מאיתנו לא חווה סיטואציות בהן לדוגמא, הועמסה על שכמו ציפייה בלתי אפשרית ואף בלתי רצויה, כפי שלא אחת מוטלת על כתפי מטופלינו, עיתים בשל דרישותינו אנו. מי מאיתנו לא התחבט כהורה האם לקבל את שידורי בנו בלי מצרים למרות שזה בחר להשמיע באוזנו בחירה מצמררת, מרעידה, מכאיבה, מפחידה ומרגיזה ככל שיהיה מוצא פיו. גם כהורה, כפי שאני כאשת טיפול ושיקום, הינני אמורה לגשת למלאכה, רק לאחר שלימדתי עצמי להיות נכונה ומסוגלת לכבד את תחושותיו של ילדי, את עמדותיו ואת דרכי הסתכלותו, לאו דווקא בגלל מה שהוא – אלא למרות מה שהוא. מחד אני צריכה לעשות את ההפרדה ביני לבינו ומאידך, אני צריכה ללמוד להשתמש בחוויות שלי כאדם וכהורה ללמידה ולהקשבה יותר פעילה. יכולתי לכבד את השונה ואת המקומם מתאפשרת על-ידי הליווי שאני אמורה לתת לילדי ולמטופלי בדרך שהם רוצים לילך בה ואין באפשרותי לקבוע עבורם כיצד ירגישו, ישקלו ויפעלו.

לתחושותי, על בסיס זה יש ביכולתי כרכזת, בועדות השיקום, להושיט יד מכוונת מעבר לנקודה, שבה קצרה ידם של מטפלי של המשתקם, קרוביו ואוהביו לסייע לו עקב מעורבותם בתוצאה, כיוון שאין לי כל אינטרס שהוא ינקוט גישה מסויימת או שימנע ממנה. כך אני מרגישה חופשייה לפרוש עימו את הטווח הרחב ביותר של האלטרנטיבות שבפניו.

מנקודת מבט אישית זו, זהו מפגש שתכליתו להחזיר לאדם, ובמובן מסוים אף לעצמי, תחושת כוח להתמודד עם כוחות פנימיים וחיצוניים, **לגדול, להתפתח, לעשות בחירות, לחפש את המשמעות לחיים, לחלום ולהתמלא תקווה** במקום להימנע ולדרוך במקום או לסגת אחרנית.

### פתיחת הדלת אל שביל הבחירה

#### ועדות השקום – מנגנון לשרות האדם ולא מנגנון להקצאת שירותים

רבים מהגורמים המטפלים מגיעים אל הועדה כאשר באמתחתם הבקשה לצאת את פיתחה עם אישור לשירות זה או אחר, אך לא כך הוא הדבר. כאמור, ועדת השיקום איננה מיועדת אך ורק לשם קבלת ההחלטה על הקצאת השרותים והמשאבים, אלא משמשת **מסגרת ארגונית בשירות האדם**, הפועלת בגישה לפיה **האדם במרכז** (client-centered), ומתכנסת על מנת לדון בתוכניתו השיקומית ורק אז בוחנת את השרותים התומכים בתוכנית.

התהליך כולו מלווה בפיתוח שירותים, אשר בחלקו הגדול ניזון מקולם של צרכני השרותים ומהציפייה שלהם להגשים את חלומותיהם. כך אנו **מתאימים את השרותים לצרכי האנשים ולא את האנשים לשרותים הקיימים** ומכאן שתהליך ההחלמה מעוגן בתהליכי נורמליזציה הנבנים ומיושמים באמצעות האירגון. יש לציין כי לדאבוננו, לעיתים קיים דיסוננס בין האוריינטציה השיקומית שלנו לבין זו של המערכת הכוללת ובגינה תנופה זו נעצרת, לנוכח הקשיים הנובעים מהיעדר תקציבים לפיתוח, אשר מעכבים את מימוש הבחירות והחלומות של צרכני השרותים ומותירים את חלקם לעגון בנמלם, מבלי שיוכלו לנוע קדימה.

עם הקבע הרכב סל השרותים, ההולם את צרכי המשתקם, והיציאה של המתמודד אל שביל הבחירה, מונפקת התחייבות חתומה על-ידי כלל חברי הועדה והמשתקם עצמו עבור כל פריטי הזכאות.

בראשית הדרך נשלח טופס החלטת ועדת השיקום לגורם המקצועי בלבד, ברם בחלוף הזמן, עם הטמעת עקרונות גישת השיקום וההחלמה, המשתקם מקבל אף הוא את החלטות הועדה, בצירוף פירוט המסגרות הנותנות את השרות המבוקש על-ידו, לצורך ביצוע סקר שווקים ובחירת המסגרת המועדפת עליו והמתאימה לצרכיו. מנהל תוכנית השיקום מסייע בידי המופנה ליישם את החלטות הועדה ולממש זכויותיו במסגרת סל השיקום ועם קליטתו של המשתקם במסגרת הייעודה, מדווח רכז השקום המחוזי על הקליטה ומנפיק את האישור התקציבי.

כאמור, ועדת השיקום הינה מסגרת אירגונית האחראית ללוות את האדם במהלך חלק מהשינויים בחייו. באופן זה, עוקבות הוועדות אחר ביצוע תוכניות השיקום, אשר מתעדכנות בהתאם להערכה תקופתית, באמצעות רכזי השיקום ובמידת הצורך, קובעות שינויי החלטות בהתאם. לפיכך, מאחר וחיי האדם דינמיים, וכמותם אף תהליכי ההחלמה והשקום, המשתקם יכול לפנות לוועדות השיקום מספר פעמים, ללא הגבלה, ולערך שינויי החלטות בהתאם לצרכים ההולמים את השלב בו נמצא בתהליך השקומי.

מן הראוי לסייג ולומר כי כיום, קיים קושי לאמוד את ההתקדמות של המשתקמים בתוכניות השיקום הפרטניות, באופן אמפירי, בהיעדר מדדי תוצאה המבוססים על ראיות, לפיכך, לכשיוגדרו מדדי התוצאה, תשודרג העשייה השיקומית ואף ניתן יהיה לעסוק בחקר עבודת הועדות.

בחרתי לחתום את הפרק בהבאת דוגמא אחת מיני רבות, מדבריהם של הורים לבן המחלים ממחלת הסכיזופרניה, אשר הביאו לידי ביטוי את חווייתם האישית ממפגשי ועדות השיקום.

"בננו מטופל על ידיכם בהליך שיקומי נפשי. הן כהורים הזקוקים לסיוע, אך לא פחות – כאזרחים במדינה, אנו חושבים שחשוב לעלות על נס את ההתייחסות של המדינה, כמו גם של ועדת השיקום לאותם אזרחים פגועים.

לרב, בסערת האירועים סביב הנסיונות לטפל ביקירנו, קל לא לראות את המאמץ האדיר שמשקיעה המדינה והגורמים המטפלים בסיוע לפרט הפגוע. קל לצפות ולדרוש עוד ועוד עזרה. קשה מאד לקחת מרחק ופרספקטיבה ולראות מה כן מקבלים.

לך, רכזת השיקום, ולועדת "סל השיקום" – אנו מרגישים חובה לציין עד כמה אנו מודעים ומודים לכל אחד מהשותפים בפרוייקט "סל שיקום" בסיוע העצום שאתם מגישים. פעמיים נזקקנו לכם. פעמיים יצאנו נפעמים מהיחס האוהד, התחושה שאנו לא לבד בפרוייקט הקשה מנשוא של שיקום בן פגוע. פעמיים יצאנו עם קרן אור שזיהתה לנו את הדרך להמשך. נכון – בסופו של היום בננו הוא זה שנלחם את מלחמת ההישרדות שלו, יחד עימנו, הוריו, אבל אנו חשים היטב את הכתף התומכת שלכם.

יודעים אנו מספיק אריתמטיקה כדי לחשב ולהבין את העלות בה נושאת המדינה בניסיון לסייע לבנינו. הנטייה הטיבעית היא להסיט את הראש ולחשב רק כמה זה עולה לנו, הוריו של ג. אולם עצם הידיעה שלנו כמה אלפי שקלים (רבים מאד) לחודש משקיעים בטיפול המקצועי בבננו – נותנת לנו מקום לגאווה במדינה בה אנו חיים, ובמידה מסויימת – תחושת פיצוי על הקושי בו אנו מתמודדים.

הפן בו אתם נושאים – סיוע סזיפי, מתמיד, ארוך טווח, שאיננו ניתן לפרסום בגלל צינעת הפרט, מסגיר עוד יותר את הנשמה האמיתית של מדינת ישראל, ומסביר מדוע למרות הכל טוב, חשוב וכדאי לחיות כאן".

לסכום, לפילוסוף היווני הקדום הרקליטוס (540 – 480 לפנה"ס) מיוחס המשפט רב המשמעות "הכל זורם". כל דבר נמצא בתנועה ומשתנה השתנות מתמדת, ואין דבר קבוע וזהה לאורך זמן. "איננו יכולים להניח את רגלנו באותו נהר פעמיים, כי בכל עת מים אחרים זורמים בו". אמנם הרקליטוס כיוון את דבריו בעיקר לעצמים פיסיים ולתופעות טבע שונות, אולם דבריו יפים גם לתופעות החברתיות והפסיכולוגיות שכן, עולמנו מצוי בזרם גואה של שינויים והפתגם "הגורם הקבוע ביותר בחיינו הוא השינוי" מצביע על חוויית השינוי השלטת בחיי כולנו ועמה הצורך בהתמודדות המתמדת עם הקשיים הנלווים (פוקס, 1998).

סקירת ההיסטוריה של תחום בריאות הנפש מלמדת על מגמה של שינויים בחברה הישראלית

בקבלת נכי הנפש בישראל. מאמר זה מקפל בין שורותיו, בחינה של פילוסופיה שיקומית, העומדת ביסוד הקמת ועדות השיקום, כתוצר של פירות עשייה מאומצת של קובעי מדיניות ואנשי שטח בשש השנים האחרונות, עשייה אשר הביאה לרפורמה רבתי בתחום שיקום נכי הנפש בישראל.

הדרך שבה פתרו קובעי המדיניות את הסוגיות המרכזיות הכרוכות בשיקומם של נכי הנפש באמצעות פיתוח נרחב של מארג השירותים השיקומיים בקהילה, הוצאת המאושפזים מבתי החולים ושילובם של רבים בקהילה, משקפת את תפיסותיה החברתיות היסודיות של מדינה מתוקנת ואת אושיותיה המוסריות של החברה בה אנו חיים.

מאמר זה מתבונן בעשייה השיקומית מתוך מבט אישי, המתאר את ההווה האנושית בזירת ועדות השיקום, ושזור בדילמות ובשאלות שחוזרות ועולות ומלוות את התהליך לכל אורכו. תחום השיקום בבריאות הנפש שואף לפעול על-פי גישת ההחלמה ועל-פי מודל התערבות "גמיש" המתאים עצמו לצורכי האדם במערכת הכוללת וקושר בין "בית" ל"חוץ". למרות חבלי הלידה הקשים, הכרוכים בשינויים, אותם חוו אנשי הצוות לצד המשתקמים ובני משפחותיהם, מאז החלת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, עוברים המשתקמים את שלבי ההתפתחות החל משלב ההתקשרות, דרך הגדילה והצמיחה ועד לפרידה בתוך מסגרות השיקום השונות בקהילה, וחלקם מעיד על כעין "לידה מחדש" ו"חזרה לחיים".

תהליך ההחלמה מעוגן בתהליכי נורמליזציה ובסימלי נורמטיביות המחייבים את הפרט, מחד גיסא, להשקעת מאמצים ולמחויבות אישית בתהליך השיקומי-טיפולי, ומאידך גיסא, מאפשרים איכות חיים, רווחה סובייקטיבית והפנמת ה"בית החיצוני" לתחושת "בית פנימי", המסייעת בהתמודדות בעת המפגש עם החיים והשילוב בקהילה.

נראה שההיסטוריה העניקה לנו הזדמנות נדירה לפעול למימוש שאיפת המאמינים בתחום בריאות הנפש. עשינו את מה שהיום כולם מבינים שרצוי וראוי היה לעשות עוד שנים קודם לכן, אך מדיניות זו עדיין מחכה להיות כפי שנועדה וכפי שראוי שתהיה.

עבורנו, קובעי המדיניות ואנשי השטח לא היתה זו שאיפה עלומה כי אם בסיס לתוכנית רחבה. אמנם במידה מסויימת נפרץ הסכר והוסרה טבעת החנק שלא איפשרה למשתקמים להגשים חלומותיהם, במקביל לניסיון עיקש לשחרר את העוצמה המופלאה שנמצאת בכל אחד ואחד מהם ולהופכה לדהרה קדימה אל העתיד, ברם עדיין קיימים מכשולים רבים שאינם מאפשרים להשיג את היעדים אשר הצבנו בפנינו.

שינוי מגמות השיקום מתחום האשפוז לטובת הקהילה והחזרת מרכז הכובד אל המקום הטיבעי והנורמטיבי, שם צריך להשתלב רובם המכריע של המשתקמים, לא שינה עד כה את מדיניות הקצאות הכספים והרפורמה בבריאות הנפש עדיין מאיימת על חוסנו ויציבותו של חוק השיקום, ברם החזון שמאז ומעולם הידהד במוחם הקודח של "המשוגעים לדבר" לא מש ולא ננטש והוא

שימשיך ויביא לפריצת הדרך. עצם החזון הוא שהניע וממשיך להניע את גלגלי הצמיחה קדימה ופירות הצמיחה של דגם מיטבי זה ומורשת זו בשש השנים האחרונות, לא נחתו בחיקם של מתי מעט, אלא משמשים איפוא מסד ומקור הנעה למרבית המתמודדים עם מחלות נפשיות המשולבים כיום בקהילה.

### ביבליוגרפיה

חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, 2000.  
לכמן, מ. ורועה, ד. (2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה ומחלות נפש ממושכות. שיחות, י"ח (1), 38-46.  
משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע וערכה, 2006  
פאברי, ב. ג'. (1983). המשמעות של חיך. תל-אביב, ספריית פועלי בע"מ.  
רוזנהיים, א. (1990). אדם נפגש עם עצמו. הוצאת שוקן, ירושלים ותל-אביב.

**Anthony, W.A. (2000).** A recovery-oriented system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159-168.

**Chamberlin, J. (1997).** Confessions of a non-compliant patient. *National Empowerment Center Newsletter*, 9-10.

**Deegan, E.P. (2004).** Presented at the 20<sup>th</sup> world congress of rehabilitation national: Rethinking Rehabilitation. Oslo, Norway.

**Fuchs S. Psychology of opposition to change.** Ramat Gan: Bar Ilan University 1988.

**Leete, E. (1988).** A consumer perspective on psychosocial treatment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 45-52.



שער שלישי  
הכשרה  
ומחקר

## חשיבותן של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי

דיוויד הרועה, ילנית חסון, שלמה קרביץ

### רקע

אנשים המחפשים עזרה לבעיה או למצוקה כלשהי הפוגעת בתפקודם ובאיכות חייהם, מעונינים לרוב לקבל מידע על שירותים אפשריים, על האופציות הטיפוליות שנמצאו אפקטיביות, על אופי הטיפול ועל התוצאות הצפויות מההתערבויות השונות הקיימות. אדם עם שבר בזרוע למשל היה מבקש לקבל מידע על הליכים רפואיים אפשריים, המלצות ביחס לטיפול והוכחות התומכות בהמלצות אלו. הרצון של אנשים לשיתוף בידע רפואי מקובל גם במקרים של מחלות פיזיות מורכבות יותר כמו מחלות לב ונשימה והפרעות חיסוניות.

תהליך זה של שיתוף המטופל במידע על מחלתו משקף שינויים שחלו בשני העשורים האחרונים שבו הקשר שבין 'רופא-חולה' הפך לפחות פטרנליסטי (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Edwards & Elwyn, 2001). לפי המודל הרפואי המסורתי, היה מקובל שהרופא - כמייצג העמדה הסמכותית - מחזיק בכל הידע, החוכמה והתשובות. גישה זו העניקה לרופא סמכותיות רבה ואפשרה לו לחלוק מידע באופן סלקטיבי ביחס לרציונל העומד מאחורי הטיפול או קיומן של אפשרויות טיפוליות שונות. כיום, במהלך הכשרת רופאים וסטודנטים לרפואה, שמים דגש על החשיבות של מתן מידע ועל התייחסות להעדפות אישיות ולשיקולים תרבותיים (O'Connor, 2003; Stagey, Rovner, et al., 2001; Towle & Godolphin, 1999). כמו כן, משקיעים מאמצים רבים, אתית ומשפטית, לפתח ולכלול מושגים כמו 'קבלת החלטות משותפת' ו-'הסכמה מדעת' בפרקטיקה הרפואית היום יומית (President's Commission for the Study of Ethical Problems Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1982).

שינויים אלו במערכת הבריאות הכללית הפכו את הקשר בין המטפל לבין המטופל לסימטרי יותר ונתנו לגיטימציה לרצון של המטופל להיות מעורב בטיפול שהוא מקבל. יחד עם זאת, נראה כי בתחום של מערכת בריאות הנפש תהליך זה של שינוי הינו איטי במיוחד ונמצא בפער ביחס לתחומי בריאות אחרים (Cutler, Bevilacqua, & McFaland, 2003; Drake et al., 2003). לכאורה, אדם המחפש עזרה בשל סימפטומים של מחלה נפשית זכאי לקבל מידע ולהשתתף בתהליכי קבלת ההחלטות כמו אדם עם סימפטומים גופניים, אולם במציאות, מתן מידע בדבר אפשרויות הטיפול ושיתוף המטופל בתהליך הטיפולי אינו לרוב חלק בפרקטיקה היום יומית.

יישום של מודל של התערבויות המבוססות על ראיות (Evidence Base Practices) בשיקום פסיכיאטרי עשוי להוות מנוף יעיל בקידום תהליך של שיתוף אנשים עם הפרעות נפשיות בתהליך הטיפול ובאפשרויות הטיפול. מודל זה, שמדגיש את הזכות של אנשים לקבל טיפול שיש לגביו הוכחות שהינו אפקטיבי, יכול לסייע למערכת בריאות הנפש בכלל והשיקום בפרט להתקדם ממודל פטרוני הבוחר ומישם התערבויות ללא קריטריונים מוגדרים וללא בדיקת יעילותן למודל המדגיש שקיפות בבחירת ההתערבויות ובדיקה תמידית של יישומן ויעילותם. על מנת להפוך



תהליך זה של שותפות בידע הטיפולי-רפואי ושל שיפור השירות הניתן לאנשים עם הפרעות נפשיות קשות (להלן "מתמודדים") מרטוריקה לשגרת עבודה, יש לשים לב לשלושה אלמנטים מרכזיים שקשורים ביישום של התערבות: אלמנט אחד קשור לתוצאה (outcome) הרצויה של ההתערבות, אלמנט שני קשור למרכיבי ההתערבות שמחקרים הוכיחו כאפקטיביים בקידום התוצאה הרצויה (evidence based practices), ואלמנט שלישי קשור לדרך שבה התערבות שנבחרה תיושם באופן הנאמן (fidelity) למודל ובכך תגביר את הסיכוי ליעילותה.

בפרק זה נדון בהתערבויות המבוססות על ראיות (evidence based practices) בתחום השיקום הפסיכיאטרי. נתחיל בסקירה של המרכיבים החיוניים שקשורים ביישום של התערבות המבוססת על ראיות, נמשיך בתאור התערבויות שנמצאו כיעילות ונתאר ניסיון ליישם אחת מהן, "ניהול מחלה והחלמה". כמו כן, נדון בתוכניות ואפשרויות עתידיות בתחום היישום של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי.

### המרכיבים המרכזיים של התערבויות המבוססות על ראיות

שלושת המרכיבים המרכזיים של התערבויות המבוססות על ראיות הם: תוצאה (outcome), ראיה (evidence), ונאמנות (fidelity).

**תוצאה (outcome):** תוצאה מתייחסת להיבטים בחיי המתמודד שמהווים מטרה לשינוי ולשיפור. מידת היעילות של השירותים הניתנים נמדדת במידה שבה הם אמנם מאיצים את השינוי המיוחל. תרופות למשל יעילות בניהול סימפטומים; תעסוקה נתמכת מסייעת למתמודדים למצוא עבודה בקהילה; ותכניות של מניעת הישנות המחלה עוזרות למנוע אישפוזים. חלק מהתוצאות נובע ישירות מההתערבות, כמו למשל התוצאה של השגת עבודה באמצעות תכנית של תעסוקה נתמכת, בעוד שתוצאות אחרות מגיעות באופן עקיף, כמו שיפור באיכות חיים כתוצאה מהשגת תעסוקה. חלק מהתוצאות הן קונקרטיות וניתנות לצפייה ישירה ואובייקטיבית, כמו מספר הימים שאדם עבד במהלך חודש, בעוד שאחרות הן יותר סובייקטיביות ואישיות כמו תחושת הסיפוק מסוג התעסוקה.

מצד אחד חשוב להגדיר את התוצאה הרצויה על מנת שאפשר יהיה לכוון את השירותים לשיפור התוצאה, מצד אחר חשוב לזכור שלכל מתמודד, כמו לכל אדם, יש שאיפות ומטרות אישיות משלו, שהן בבחינת ה'תוצאה' הרצויה לו. למשל, אם המטרה של התערבות תעסוקתית מסוימת היא לאפשר למתמודד להשיג ולהחזיק בעבודה קבועה בקהילה, מדד התוצאה של התכנית לתעסוקה נתמכת יכול להיות מספר השבועות שהמתמודד עבד בעבודות מתחרות במהלך תקופה מוגדרת. ייתכן שלמתמודד מסוים יש גם מטרה לעבוד בעבודה מעניינת או מסוימת ואז ברור שהתוצאה הנ"ל אינה בהכרח משקפת את כל המטרות האישיות של המתמודד. לכן, כשמדובר בהגדרת תוצאות ומדידתן חשוב להימנע משתי טעויות שכיחות: האחת, להתפתות להגדרות אובייקטיביות וכלליות שמקלות על המדידה אך מתעלמות מהחשיבות העליונה שכל אדם יגדיר את מטרותיו האישיות, ומאידך גיסא, להימנע לגמרי מלהגדיר או למדוד מטרות שכן הן "אישיות", "מורכבות" או סובייקטיביות מידי ולכן לא ניתנות להגדרה.

תוצאה, ללא קשר לאופן שבה תוגדר, מהווה את המטרה והצידוק למתן שרותים. התוצאה קשורה למידה שבה האדם מתקדם ביחס למטרות שהוגדרו. מדדים מקובלים על מספר הפגישות הטיפוליות אשר מקבל מתמודד או מספר המתמודדים שקיבלו שירות מסוים, נותנים ידע על מידת השימוש (use), אך לא על היעילות (efficacy) של השירותים ולא על רווחת המתמודדים. היעילות של שרותים מתבססת על ראיות בשטח (evidence).

**ראיה (evidence):** התערבות המבוססת על ראיות (evidence based practice - EBP) היא התערבות שיש לגביה הוכחות לכך שהיא אפקטיבית בסיוע למתמודדים בהשגת מטרות רצויות. הוכחות אלו הן מידע מדעי המושג באופן שיטתי בתנאים המכוונים להפחית עד כמה שניתן הטיית של צופה או דיווח עצמי. פרוטוטיפי אידיאלי של התערבות המבוססת על ראיות היא שהאפקטיביות שלה מבוססת על מספר מחקרים שנערכו על ידי קבוצות חוקרים שונות, תוך שימוש במערך מחקר של ניסוי קליני עם רנדומיזציה של משתתפי המחקר לקבוצת ההתערבות ולקבוצת הביקורת (randomized clinical trial). חשוב לציין כי בעוד שהוכחות של התערבות המבוססת על ראיות צריכות להיות מאושרת על ידי המדע, ישנם סוגים נוספים של ראיות שהן בעלי ערך כמו ניסיון אישי, תצפיות או דיווחים אנקדוטיים המאפשרים תובנה ביחס להתערבויות. לעתים קרובות קיים פער בין הסטנדרטים של מחקר אפקטיבי (efficacy) לבין המציאות בשטח. על מנת להתמודד עם פער זה הוצעה גישה של רמות ראיה (Mueser & Drake, 2005). הרמה הגבוהה ביותר של גישה זו בשיקום פסיכיאטרי כוללת התערבות המבוססת על מערכי מחקר מבוקרים. אלו משתמשים במתודות מדעיות כמו ניסוי קליני עם רנדומיזציה ומערך דמוי-ניסוי עם בקרה גבוהה. הרמה הנמוכה ביותר של גישה זו מתייחסת להתערבויות בשיקום פסיכיאטרי הנתמכות בהמלצות של פנל מומחים, בהתבסס על מחקר אמפירי לא מבוקר. לאחרונה נעשה שימוש בהמלצות של פנל מומחים כמתודה לבחירת התערבויות המבוססות על ראיות וככלי לשילוב הגישה של ביסוס התערבויות על ראיות עם הסכמת בעלי העניין השונים (Mueser & Drake, 2005) (stakeholder consensus).

**(נאמנות לשיטת ההתערבות fidelity):** המטרה העיקרית בבחינה ראשונית של התערבות היא לבסס את הנאמנות שלה למודל המקורי. מטרות שניוניות הן ליצור סטנדרטיזציה של ההתערבות ולפתח מדידה של הנאמנות למודל המקורי של ההתערבות. מדידה של נאמנות זו מכמתת את הדיוק ביישום התערבות סטנדרטית, ובכך מקדמת את האפשרות לרפליקציה מהימנה של ההתערבות (Bond et al., 2002; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Teague, Bond, & Drake, 1998). מדידת נאמנות זו צריכה להיות חלק אינטגרלי מהתהליך של ביצוע ההתערבות בתוך מערכת, במטרה להפיק את התוצאות הרצויות.

#### שירותים פסיכיאטריים בישראל - תמונת מצב

המאמצים לשיקום אנשים עם נכויות נפשיות בקהילה קיבלו תפנית משמעותית עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). עד אז היו השירותים המסופקים למתמודדים מורכבים בעיקר מטיפול בתרופות פסיכופרופיות שניתנו בבתי חולים פסיכיאטריים, במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, ובמרפאות לבריאות הנפש. מטרת החקיקה האחרונה היא שיקומם של

מתמודדים והכללתם בקהילה על מנת לאפשר להם את מרב העצמאות התפקודית ואיכות החיים, תוך שמירה על כבודם על פי עקרונות חוק-יסוד כבוד האדם וחירותו. החקיקה בנוגע לשיקום של אנשים עם נכות פסיכיאטרית בקהילה מפרטת מערך בסיסי של שירותים שיספקו לאנשים אשר עומדים בקריטריון ההתאמה של החקיקה. כמו כן מוגדרים מנגנונים לקביעת התאמתם של אנשים לשירותים השונים ולשמירה על יישום החקיקה. קטגוריות השירותים המפורטות בחקיקה מתייחסות לתחומים הבאים: תעסוקה, מגורים, חינוך, חברה ושעות פנאי, משפחה, רפואת שיניים ותיאום טיפול. החקיקה החדשה אמורה לסייע למתמודדים להתגבר על המכשולים החוסמים את דרכם למשאבים הפיזיים והחברתיים הדרושים כדי להגביר את איכות החיים בתחומים משמעותיים.

נראה כי ההתערבויות המפורטות בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה נבחרו על בסיס הניסיון הקליני, המקצועי והאישי באותו העת, מתוך מגוון השיטות שפותחו בהיסטוריה הקצרה של השיקום הפסיכיאטרי. החקיקה אינה מגדירה קריטריונים מפורטים לבחירת השיטות הנכללות ברשימת ההתערבויות, ולכן אין אמות מידה וקווים מנחים רשמיים להערכת היתרונות של השיטות עצמן, לדרך יישומן ולמידת האפקטיביות שלהן.

ההרחבה של השירותים לא לוותה במודעות לצורך להעניק שירותים שהאפקטיביות שלהם הוכחה על ידי מחקר ובמידת נאמנות לשיטת ההתערבות. כמו כן, לא קיים שום מעקב שיטתי שבדק אם אכן חל שיפור אצל מקבלי השירות. מאמץ לשלב התערבויות המבוססות על ראיות בפרקטיקה של השיקום הפסיכיאטרי יכול לעודד שילוב של מחקר בהנחיית מדיניות ושירותים ושקיפות לגבי התהליכים וקריטריונים בבחירת ההתערבויות ומידת יעילותן. בהקשר זה נתייחס עתה להתפתחויות בזיהוי וביישום התערבויות שנמצאו כיעילות.

### **שיטות התערבות המבוססות על ראיות (EBP): הגדרה, בחירה ויישום**

ממצאי מחקר מבוקר העלו כי קיימות התערבויות המבוססות על ראיות (EBP) שהן אפקטיביות בהשגת תוצאות רצויות בקרב מתמודדים (Mueser, Torrey, Lynde, Singer & Drake, 2002). נותרת פתוחה השאלה בדבר הקריטריונים לפיהם נמדדת איכות הראיות המעידות על האפקטיביות של שיטות ההתערבות האלה. השיטה לבחירת התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי התבססה על ישיבות מומחים. כל מפגש מומחים היה מורכב משני שלבים: ראשית, צוות חוקרים משירותי בריאות הנפש, מתמודדים, בני משפחה, קלינאים ואנשי מנהל נפגשו על מנת לדון בצורך לזהות וליישם שיטות התערבות המבוססות על ראיות במסגרות בריאות הנפש. לאחר מפגש זה סקרו צוותים של חוקרים מחקרים מבוקרים כדי לפרט את הקריטריונים להערכת הראיות אשר בהן השתמשו לצורך הוכחת האפקטיביות של שיטות אלו והם הניבו סידרה של מאמרים שהתפרסמו ב-2001 בכתב העת היוקרתי Psychiatric Services. בעקבות כך זוהו שש שיטות התערבות המבוססות על ראיות ופותחו מדריכי עבודה מובנים לכל אחת מהשיטות. מדריכי העבודה פותחו על ידי צוותים בעלי עניין, כולל צרכנים, בני משפחה, חוקרים, קלינאים ואנשי מנהל, ונסקרו על-ידי צוותים רב-מקצועיים ממדינות שונות. כל מדריך עבודה שפותח כולל חומרי ייעוץ, הדרכה ומשאבים, כמו גם המלצות

יישום. להלן תיאורן של שש ההתערבויות שזוהו כמבוססות על ראיות, רמת הראיות עליהן הן מבוססות ומידת ישומן בישראל.

**1. פסיכו-פרמקולוגיה שיתופית.** מאות מחקרים מבוקרים מסוג double bind מתעדים את האפקטיביות של התערבויות תרופתיות להפחתת הסימפטומים הקשורים למחלות נפש קשות כמו סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה ביפולרית ודיכאון (Thornley & Aams, 2000). חקר הפסיכו-פרמקולוגיה לאנשים עם מחלות אלה מספק קווים מנחים לגבי רמת המינון היעילה, משך זמן תגובה, זיהוי וטיפול בתופעות לוואי ושיטות התמודדות עם סימפטומים קשים. פסיכו-פרמקולוגיה שיתופית היא שיטת התערבות המבוססת על ראיות וכוללת גישה מקובלת לתייעוד ולפיקוח על סימפטומים ועל תופעות לוואי וכן כוללת קווים מנחים לקבלת החלטות לגבי טיפול תרופתי. שיטה זו נקראת 'שיטה שיתופית', מכיוון שהיא מדגישה את שיתוף המטופל בקבלת החלטות לגבי אם וכיצד להשתמש בתרופות בטיפול במחלת הנפש הקשה.

**2. טיפול קהילתי אסרטיבי.** טיפול קהילתי אסרטיבי (ACT) הוא שיטת התערבות המבוססת על ראיות, ומהווה דוגמה לתיאום טיפול (case management) לא טיפוס, שבו היחס בין מספר המטופלים למספר המטפלים הוא נמוך יחסית (כעשרה מטופלים למטפל); אספקת השירותים היא במקום המגורים הטבעי של המטופל ולא במרפאה; קיימת אספקה ישירה של שירותים שונים, והזמינות היא של 24 שעות ביממה (Allness & Koedler, 1998; Stein & Santos, 1998).

יותר משלושים מחקרים על האפקטיביות של גישה זו לתיאום טיפול מעידים על כך שהשיטה מפחיתה אשפוזים, משפרת יציבות של מגורים בקהילה, מקלה את חומרת הסימפטומים, משפרת איכות חיים ומפחיתה את עלויות הטיפול הכוללות (Bond, Drake, Mueser & Latimore, 2001; Latmer, 1999; Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998; Phillips et al, 2001). למרות שתיאום טיפול כללי קיים בסל שיקום כשירות שאדם עם נכות נפשית זכאי לקבל, תיאום טיפול מסוג המכונה 'טיפול קהילתי אסרטיבי' המתואר לעיל אינו מוזכר בין השירותים הנמצאים בסל השיקום. לכן, סוג ספציפי זה של תיאום טיפול אינו מסופק באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ למרות הפוטנציאל הרב הטמון בו כתחליף לאשפוז.

**3. פסיכו-חינוך משפחתי.** שיטת הפסיכו-חינוך המשפחתי היא שיטת התערבות המבוססת על ראיות ומיועדת למשפחות של מתמודדים. שיטה זו כוללת תכניות של שישה חודשים ויותר. תכניות אלו מתמקדות בשיפור התפקוד העתידי של כל בני המשפחה ושואפות ליצור יחסים שיתופיים בין צוות הטיפול לבין המשפחה. הן מספקות למשפחות מידע לגבי מחלת הנפש והטיפול בה ומאמנות אותן באסטרטגיות להפחתת מצוקה משפחתית ולהגברת תמיכה ואמפתיה. מחקרים מבוקרים על תכניות פסיכו-חינוכיות קצרות טווח מעידים על כך שהן מגבירות את הידע לגבי המחלה והטיפול בה ומפחיתות את העול המשפחתי (Baucom,

Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998; PitschelWaltz, Leucht, Bauml, Kissling & Engle, 2001). תכניות התערבות ארוכות יותר העידו על הפחתת אשפוזים חוזרים והידרדרויות ועל שיפור באיכות היחסים במשפחה (Dixon et al, 2001; Pitschel- Waltz et al, 2001). התערבות משפחתית זו אינה כלולה בסל השיקום. אמנם מיושמות התערבויות שונות המערבות משפחות, אך ההתערבות על פי גישת הפסיכו-חינוכית אינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

**4. תעסוקה נתמכת.** תכניות של תעסוקה נתמכת מתמקדות בסיוע למתמודדים במציאת עבודה הולמת בשכר במסגרות קהילתיות רגילות תוך כדי מתן תמיכה מתמשכת במקום העבודה על מנת לסייע בשמירת התפקיד והתמודדות עם קשיים אפשריים. העקרונות של תעסוקה נתמכת הן חיפוש עבודה מהיר, שילוב שירותים מקצועיים וקליניים וסיוע במציאת עבודה התואמת העדפות אישיות (Bond, 1998)). מחקרים בתחום התעסוקה הנתמכת מעידים באופן עקבי על אפקטיביות השיטה בהשגת רמות גבוהות יותר של תעסוקה הולמת, שעות עבודה מרובות יותר ושכר גבוה יותר בהשוואה לגישות מסורתיות לשיקום פסיכיאטרי מקצועי (Bond, Drake, Mueser & Becer, 1997). התערבות זו כלולה בסל השיקום ומיושמת במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ אם כי ישנן עדיין מסגרות מרובות של תעסוקה מוגנת.

**5. ניהול המחלה וההחלמה.** המטרות הכלליות של ההתערבות המכונה 'ניהול המחלה וההחלמה' הן לעזור למתמודדים להשיג את המידע ואת המיומנויות הדרושים להם כדי לצמצם עד כמה שניתן את השפעות המחלה על חייהם ולהציב ולהתקדם לקראת יעדים אישיים משמעותיים בחיי היום יום שלהם. שיטה זו כוללת חינוך פסיכולוגי על המחלה ועל אופן הטיפול בה, אסטרטגיות המקדמות את השימוש היעיל בתרופות, דרכי התמודדות עם סימפטומים, הכשרה במיומנויות חברתיות וטיפול קוגניטיבי בסימפטומים. מחקרים מבוקרים שנערכו לצורך הערכת התוצאות הקשורות למרכיבי שיטת ניהול המחלה וההחלמה העידו על האפקטיביות שלהם (Mueser et al, 2002). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ. לאחרונה נעשה ניסיון ראשון שיתואר בהמשך, ליישם את ההתערבות הזו ב-14 מסגרות שיקומיות. בהתאם לגישה של התערבות המבוססת על ראיות, ניסיון זה מלווה במעקב מחקרי הבדוק באיזו מידה יישום ההתערבות נאמן לשיטת ההתערבות ובודק את האפקטיביות של ההתערבות.

**6. טיפול משולב באבחנה כפולה (dual diagnosis).** שיטה זו מיועדת לטיפול באנשים עם מחלת נפש והתמכרות. השיטה משלבת ייעוץ, תיאום טיפול, תרופות, דיור, שיקום מקצועי והתערבויות משפחתיות. השיטה גם מעודדת אנשים עם אבחנה כפולה להתקדם בתהליך השינוי של ההתנהגויות הממכרות ולאמץ תפיסה ארוכת טווח, הכוללת הכרה בכך שגם מחלות נפש וגם התמכרויות הן מחלות עם נסיגות והתפרצויות. מחקרים מעידים כי טיפול משולב יעיל בהפחתת ההתמכרות לחומר, בירידה במספר המקרים החוזרים ובשיפור הדיור בקהילה (Drake, Essock, et al, 2001; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת

השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

### ניסיון ליישום התערבות המבוססת על ראיות בישראל

כפי שניתן ללמוד מהסקירה שלעיל, תעסוקה נתמכת היא ההתערבויות השיקומית היחידה המבוססות על ראיות המעוגן בחוק ונמצאת בשימוש שיטתי (אם כי מוגבל בהשוואה לתעסוקה מוגנת) בישראל. שאר ההתערבויות המבוססות על ראיות אינן מיושמות באופן שיטתי בארץ וייתכן שאף אינן מוכרות לחלק מהעוסקים בשיקום פסיכיאטרי בישראל, מרמת קובעי המדיניות ועד נתני ומקבלי השירותים. מתוך הכרה שבכוחה של גישת התערבות המבוססת על ראיות לשפר את השירותים השיקומיים המוצעים נעשה ניסיון לקדם נושא זה על ידי שיתוף פעולה בין המגמה לפסיכולוגיה שיקומית של המחלקה לפסיכולוגיה של אוניברסיטת בר-אילן, המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה ומשרד הבריאות. תכנית זו כללה ישום נסיוני, הכשרה וישום רחב יותר של ההתערבות "ניהול מחלה והחלמה" (שתוארה בקצרה בחלק הקודם). תכנית זו תוצג כאן כתיאור מקרה הכולל 5 שלבים, בתקווה שהקורא יוכל ללמוד מניסיון זה, ולשקול דרכים אפשריות לקדם ולהרחיב את יישום הגישה של התערבויות המבוססות על ראיות בישראל.

### שלב 1: למידה על התערבויות המבוססות על ראיות והחלטה ליישום ההתערבות של ניהול המחלה וההחלמה.

במהלך מעקב אחר הספרות העוסקת בהתפתחויות בשדה השיקום הפסיכיאטרי נתקלנו במאמר משנת 2002 שהתפרסם ב Psychiatric Services שסקר 40 מחקרים שבדקו מרכיבים אפקטיביים של תכניות של ניהול מחלה והחלמה (Mueser et al, 2002). מרכיבים אלו כללו תכניות פסיכו-חינוכית, התערבות התנהגותית להתמדה בנטילת תרופות, מניעת הישנות ואימון בכישורי התמודדות וכישורים חברתיים. בדומה להתערבויות אחרות אשר נמצאו אפקטיביות, גם עבור התערבות זו פותחה חוברת עבודה ליישום ההתערבות. בעקבות יצירת קשר עם מפתח התכנית של ניהול מחלה והחלמה, Kim Mueser, הוזמנו ב 2003 (רועה וקרביץ) לבקר באוניברסיטת Dartmouth- שבניו המפשייר, המובילה את יוזמת קידום המודל של התערבויות המבוססות על ראיות, כדי ללמוד על התערבות של ניהול מחלה והחלמה. צעד ראשון זה אפשר לנו להכיר את חוברת העבודה ליישום התכנית שפותחה באותה התקופה, לבקר ולהכיר אנשי מקצוע מהשורה הראשונה שהחלו לישים את ההתערבות, לפגוש מתמודדים שהשתתפו בתכנית, לשוחח עם אנשי מקצוע שהדריכו ופיקחו על התכנית ועם חוקרים שהיו מעורבים בלימוד ההשפעות של התערבות זו. הביקור גם סיפק קרקע פורייה ליחסים של שיתוף פעולה.

### שלב 2: בדיקה ראשונית של ההתערבות.

עם חזרתנו לארץ רצינו לבדוק האם נצליח לישים בארץ את ההתערבות של ניהול מחלה והחלמה. על מנת לעשות זאת היה צורך לתרגם את חוברת העבודה לעברית ולאתר מקומות ליישום ההתערבות. לשם כך ניסינו לעורר התעניינות ויזמנו מפגשים חודשיים עם אנשי מקצוע שהתעניינו ביישום התוכנית באוניברסיטת בר-אילן, המקום בו החלה היוזמה. קיומן של פגישות אלו נתקל בקשיים צפויים היות וקשה היה להתמיד בפגישות ובלמידה של תכנית

חדשה בתוספת העבודה השיגרית של כל אחד מהמשתתפים. לבסוף נערך יישום ראשון במועדונית של בית החולים בשלוותא בשיתוף פעולה עם לין בוך, מרפאה בעיסוק בכירה שהיא חברת צוות קבועה בשלוותא. יישום זה נעשה במסגרת קבוצה כאשר בוך הנחתה את הקבוצה יחד עם רועה.

### שלב 3: יצירת עניין

היישום הראשוני היה חשוב על מנת להוכיח כי ההתערבות ניתנת ליישום וכי נראית בעלת פוטנציאל להפיק תועלת. דבר זה השתקף בתגובות המתמודדים שהשתתפו בקבוצה, המנחים ומהעובדה ששתי קבוצות חדשות קמו מיד לאחר שהסתיימה עבודתה של הראשונה. הניסיון ליצור עניין התבטא גם בייזום פגישות עם אנשי מקצוע, עריכת הרצאות ופרסום מאמרים בכתבי עת מקומיים בנושא (Roe, Hason-Ohayon, Lachman & Kravetz, in press; רועה, חסון-אוחיון, לכמן וקרביץ, בדפוס). פריצת דרך משמעותית נעשתה כאשר סדרה של פגישות בין המעורבים ביישום הראשוני לבין יו"ר המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה (ד"ר נעמי הדס-לידור), והאחראי על הכשרה ופיתוח תוכניות חדשות מיחידת השיקום במשרד הבריאות (ד"ר מקס לכמן), הובילה למימון הקורס הראשון ללימוד התערבות של ניהול מחלה והחלמה. קורס זה נעשה במסגרת של לימודי תעודה במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן. בניית תוכנית הקורס וריכוזו נעשתה על ידי קרביץ וחסון-אוחיון כאשר הלימודים כללו הרצאות פרונטליות וסדנאות חוויתיות. את צוות מורי הקורס הובילה חסון-אוחיון ביחד עם צוות רב מערכתי מתחום השיקום הפסיכיאטרי שכלל את דר' סילביו רוזנצוויג, גב' תמר בסביץ, וגב' בתיה לינדר. יוזמה זו גם לוותה במפגשים קבועים של ועדת היגוי שכללה את צוות מורי הקורס, קרביץ, יו"ר הועדה לשיקום נכי נפש בקהילה (דר' נעמי הדס-לידור) ונציגי משרד הבריאות (יחיאל שרשבסקי ודר' מקס לכמן). ועדה זו נפגשה אחת לחודשיים על מנת לדון בהתקדמות תוכנית הלימוד והליווי המחקרי שלה. היוזמה הייתה ייחודית בהשוואה ליישום של התערבויות ושירותים חדשים אחרים בכך שהיא כללה עריכת ביקורים לבדיקת המידה של נאמנות היישום לשיטת ההתערבות; איסוף נתונים באופן שיטתי ומחושב כדי לבדוק את האפקטיביות של ההתערבות, ושיתוף פעולה קרוב עם אנשי מקצוע הלוקחים חלק ביישום התערבות של ניהול מחלה והחלמה בארה"ב.

### שלב 4: הקורס

משתתפי הקורס היו ארבעה עשר מנהלים של יחידות שיקום בקהילה, שהם בעלי ניסיון, אוטונומיה וסמכות בתוך המערכת שלהם, ולכן היו מסוגלים ליישם את ההתערבות החדשה. מאחר שהמטרות והאסטרטגיות של ניהול מחלה והחלמה הם יחסית ייחודיים וחדשים במערכת בריאות הנפש הנוכחית של ישראל, היה חשוב שאנשי מקצוע יפיצו את היישום במקומות שונים בארץ. בשל ההתאמות הקונספטואליות והטיפוליות שאנשי מקצוע אלו היו צריכים לעשות, הקורס נבנה באופן שונה מהמקובל בארה"ב. בעוד שבארה"ב מקובל לערוך יומיים אינטנסיביים של למידה, בארץ נבנה קורס של ארבע שעות לימוד יומיות, המרוכזות ביום בשבוע לאורך 12 שבועות. לאחר הקורס נערכו פגישות הדרכה ומעקב אחת לחודש ל ת בריאות הנפש יכולה לפגוע בסיכויי השידוך עבור אדם עם מחלה נפשית ועבור בני משפחתו.

התכנית של ניהול מחלה והחלמה המעודדת חקירה של משמעויות אישיות של החלמה, עלולה להעלות על פני השטח השפעות דתיות, בעיקר כאשר ההתערבות מתבצעת בקבוצה. המרכיב הפסיכו-חינוכי של התכנית המתמקד במידע על מחלות נפש, יכול גם הוא להעלות רגשות ואמונות ביחס לדת. קונפליקט פוטנציאלי זה צריך להילקח בחשבון ולהידון באופן פתוח. עבור אנשים חרדים, המודל הרפואי-מדעי יכול להיות מזהה עם חילוניות (Greenberg & Witztum, 2001) וטענות מדעיות שאינן עקביות עם אמונות דתיות עלולות להשפיע על שיתוף הפעולה של אנשים חרדים עם קבוצות של ניהול מחלה והחלמה.

### **תרבות מערכת בריאות הנפש:**

תרבות של מדינה כוללת גם מאפיינים ספציפיים של מערכת בריאות הנפש באותה המדינה. בישראל, האוריינטציה של אנשי המקצוע בתחום של שיקום פסיכיאטרי, (רובם באים מרקע של עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה וסיעוד) היא לרוב פסיכו-דינאמית ולא פסיכו-חינוכית, קוגניטיבית, התנהגותית ומוטיבציונית. כתוצאה מכך, יישום של תכנית ניהול מחלה והחלמה דורש מאנשי המקצוע ללמוד כישורים חדשים ולהתאים, או לפחות לשלב, זהות מקצועית חדשה או נוספת. תהליך זה מתרחש ברמת הפרט וברמה רחבה יותר של קהילת אנשי המקצוע בתחום השיקום הפסיכיאטרי והוא יכול להשפיע על הרגשת קלינאים ביחס לעצמם ולעבודתם ועל תפיסתם את עמיתיהם למקצוע. חשוב אם כן לקחת בחשבון את תרבות מערכת בריאות הנפש המקומית ואת הדרך אשר בה היא יכולה להשפיע על יישום של התערבות חדשה.

המעורבות הגוברת שלנו בלימוד התכנית של ניהול מחלה והחלמה עזרה לנו להעריך את האיזון שצריך להיות בין כישורים חדשים הכרחיים שאנשי מקצוע צריכים לרכוש על מנת לבצע את ההתערבות (כמו ראיון מוטיבציוני, טכניקות פסיכו-חינוכיות וקוגניטיביות התנהגותיות) לבין המשאבים שהם מביאים איתם בצורה של כישורים שהם פיתחו דרך ניסיונם בלמידה ובהדרכה. התכנית של ניהול מחלה והחלמה דורשת כישורים להעברה אפקטיבית של תכנית הלימוד המקיפה. היא גם דורשת כישורים על מנת להבטיח כי ההתערבות תהיה מותאמת אינדיווידואלית לקצב ולמידת המעורבות של המתמודד. השגת שתי מטרות אלו, בזמן שמנהלים מצב קליני מורכב ודינמיקה קבוצתית שהיא בלתי נמנעת, יכולה להיות משימה קשה. לכן, השילוב של כישורים חדשים שיכולים להירכש (טכניקות של ראיון מוטיבציוני, טכניקות פסיכו-חינוכיות וטכניקות קוגניטיביות התנהגותיות) עם כישורים קיימים הנשענים על השכלה, הדרכה וניסיון קליני, יכול לשפר ולהעשיר את היישום של תכנית ניהול מחלה והחלמה כמו גם התערבויות המבוססות על ראיות אחרות.

בהתחשב בהתאמות המושגיות והטיפוליות הנדרשות מאנשי מקצוע, הלימוד של תכנית ניהול מחלה והחלמה נבנה כקורס ארוך יחסית. אורך הקורס והאינטנסיביות המאפיינת אותו, משקפים את האמונה כי היישום של התערבות זו בתרבות הישראלית הוא מאתגר ודורש תהליך של הכנה ועבודה. ביטחון גובר ביכולת ליישם את ההתערבות ואת ערכיה בתנאי המציאות, ישפיעו על האופן בו יתקיים הלימוד והאימון בהמשך עבור אנשי מקצוע נוספים.



**דיון**

בפרק זה סקרנו בקצרה את תחום ההתערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי וניסיונות ראשונים "ליבאם" ולישמם בתוך שירותי השיקום בישראל. אנו מקווים שמאמץ ראשוני זה ילווה באימוץ התערבויות נוספות המבוססות על ראיות. בנוסף, אנו מקווים שמאמץ זה יהיה בעל השפעה שהיא מעבר לשיפור אפקטיביות השירות, כלומר שהוא גם יצור תהליך של הטמעת הערכים של גישת ההתערבויות המבוססות על ראיות והכרה במושגים שהם אבני היסוד של הגישה, כגון התמקדות במשתני תוצאה, התייחסות להוכחות התומכות בהתערבות ומידת הנאמנות לשיטת ההתערבות. ערכי יסוד אלו מעודדים מעבר ממדדי תוצאה מעורפלים למדדים שיכולים להיות מוגדרים ונמדדים כבסיס להערכת יעילות ולשאיפה לאתר ולישמ את ההתערבויות היעילות ביותר כאמצעי לשפר את השרותים המוצעים למתמודדים. חשוב שהממצאים לגבי יעילות יפורסמו ויהיו שקופים ונגישים לכל דורש. גישה למידע כזה יכולה לעזור לאנשי ניהול לקבוע מדיניות, לאנשי מקצוע להמליץ על התערבויות ולמתמודדים – לבחור בין ההתערבויות. השאיפה היא להחליף התערבויות המבוססות על מסורת והרגל בהתערבויות המבוססות על ראיות שהן אכן מקדמות מדדי תוצאה.

לסיכום, ניתן לומר כי המאמץ החלוצי שתואר לעיל הותיר את המעורבים בנושא מעודדים. שיתוף הפעולה לו זכו ברמות השונות מבעלי עניין שונים, משוב ממשתתפי הקורס ומהמתמודדים יצרו מוטיבציה להמשיך. התכניות לעתיד הן: ליצור דרכים ללימוד וליישום אפקטיבי של יוזמות חדשות; להבטיח שמודל ההתערבויות המבוססות על ראיות יוכר לטווח רחב של תרבויות בישראל, כולל המגזר הבדואי, הערבי והחרדי; להגביר את מעורבות המתמודדים בבחירת ובהעברת התערבות המבוססת על ראיות; ולפתח ולבדוק שיטות הערכה של תוצאות ההתערבויות השונות בשיקום הפסיכיאטרי.

**מקורות**

**Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998).** Empirically supported couple and family interventions for adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.

**Bond, G.R. (1998).** Principals of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*, 11-23.

**Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997).** Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? *Social Science & Medicine, 44*, 681-692.

**Cutler, D.L., Bevilacqua, J., & McFaland, B.H. (2003).** Four decades of

community mental health: A symphony in four movements, *Community Mental Health Journal*, 39, 381-398.

**Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003).** The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39, 427-440

**Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001).** Evidence based practices for services to family members of people with psychiatric disability. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.

**Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E., & Rickards, L. (2001).** Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.

**Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T. McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998).** Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.

**Edwards, A., & Elwyn, G. (2001).** *Evidence-based patient choice*. New York: Oxford University Press.

**Greenberg, D., & Witztum, E. (2001).** *Sanity and sanctity*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

**Kirmayer, L. J., & Corin, E. (1998).** Inside knowledge: Cultural constructions of insight in psychosis. In X. F. Amador, & A. S. David (Eds.), *Insight in Psychosis* (pp. 193-217). New York: Oxford.

**Latimer, E. (1999).** Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 443-454.

**Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R.E. (2003).** Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27, 387-411.

**Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A.,**

ingerich, S., Essock, S.M., TARRIER, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., &

**Herz, M.I. (2002).** Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284. **Mueser,**

**K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998).** Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

**Nathan, P. E., Stuart, S. P. & Dolan, S. L. (2000).** Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.

**O'Connor, A., Stagey, D., Rovner, D., et al. (2001).** *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Oxford: The Cochrane Library.

**Pitschel-Waltz, Leucht, Bauml, J. Kissling, W., & Engel, R.R. (2001).** The effects of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.

**Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E., & McDonel Herr, E.C. (2001).** Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.

**President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982).** Making health care decisions: The ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Washington.

**Roe, D. Hason-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S. (in press)** Selecting and Implementing Evidence-Base Practices in Israel: A worthy and feasible challenge. *Israeli Journal of Psychiatry and related Science*.

**Roe, D., Hason-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S. (In press).** The challenge of implementing research findings in clinical work within the field: Evidence based psychiatric rehabilitation interventions as a test case. *Policy and social welfare* (Hebrew).

**Roth, A., & Fonagy, P. (1996).** What works for whom? A critical Review of psychotherapy research (pp. 184-196). The Guilford press: New York.

Schatzberg, A.F., & Nemeroff, C.B. (Eds.). (1998). The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology (2<sup>nd</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric press.

**Thornley B, Adams C: Content and quality of 2000** controlled trials in schizophrenia over 50 Years (1998) *British Medicine Journal*, 317, 1181-1184

Towle, A., & Godolphin W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, 766-771.

---



## תפיסתם של אנשי מקצוע את האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים בבריאות הנפש ואת הדילמות שביישומם

אנדראה עיני-פינארט

### תקציר

מזה שנים רבות מתחולל מהפך בתחום בריאות הנפש בארץ ובעולם. מקורו בשינויים משמעותיים ביותר שהחלו להתרחש לפני כחמישים שנה ברחבי העולם והשפיעו באורח מהותי על עבודתם של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש ועל מערך בריאות הנפש בכלל. במרכז שינויים אלו - צמיחתו והתפתחותו של תחום שיקום נפגעי הנפש ושל שירותי שיקום קהילתיים, שמטרתם לאפשר לאנשים הסובלים ממחלות נפשיות להתמודד עם המוגבלויות התפקודיות ולהתגבר עליהם ועל מחסומים בין-אישיים וסביבתיים, על מנת לשקם את יכולתם לחיות חיים עצמאיים ומספקים בקהילה (Hughes, 1994). שירותים אלה הם היום חלק בלתי נפרד ממערך בריאות הנפש בישראל וברוב חלקי העולם.

על אף הידע שצמח מהשטח וממחקרים רבים שנעשו בתחום מאז, סוגיית היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש העובר תהליך שיקום, הגדרתם ומהותם, לא זכתה להתייחסות יסודית מספקת הן מהשטח והן מהמחקר. היחסים נותרו עדיין לא ברורים ולא בהירים לאנשי מקצוע ולנפגעי הנפש כאחד, בייחוד מכיוון שאופיים משתנה מאדם לאדם ומסיטואציה לסיטואציה. בעקבות כך, מטרת מחקר איכותני זה הייתה להגיע לראייה מובחנת של מהות היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש, בהסתמך על תפיסותיהם של המרואיינים ובאמצעות בחינת המרכיבים הייחודיים והדילמות שהתעוררו ביצירתם ובפיתוחם של יחסים אלה. במחקר רואיינו עשרה אנשי מקצוע הפועלים מזה שלוש שנים לפחות בתחום השיקום בבריאות הנפש והעובדים ישירות עם נפגעי הנפש.

מתוך תפיסותיהם עולה כי היחסים השיקומיים עומדים במוקד העבודה השיקומית ומהווים פן משמעותי ביותר בשיקומם ובהחלמתם של נפגעי הנפש. כמו כן נמצאו שמונה תמות מרכזיות אשר ניתן להגדירן כאלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים: השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם - 'העשייה' לבין העיסוק בפנימיות האדם - 'הנפש' ביחסים השיקומיים, גבולות ייחודיים, חשיפה, שותפות, תקשורת טבעית, קרבה ייחודית, מעורבות רגשית ותקווה. כל אחד מן האלמנטים הללו מוסיף פן אחר שבעזרתו אפשר להגיע להגדרה ברורה יותר של היחסים השיקומיים. אלמנטים אלו מתארים יחסים לא שגרתיים, יוצאי דופן ושונים במובנים רבים מהיחסים הטיפוליים המסורתיים. נראה כי הלא שיגרתי מהווה חלק משמעותי במהותם ובאופיים של היחסים השיקומיים.

תרומתו של המחקר היא שבפעם הראשונה ובאמצעות מחקר איכותני הוגדרו ואופיינו היחסים השיקומיים ובעיקר הדילמות המתעוררות במהלכם. המחקר מגדיר ומארגן לראשונה את המושגים המוכרים שבהם נתקלים אנשי המקצוע ונפגעי הנפש בחיי היום-יום כאלמנטים

ייחודים המאפיינים את פיתוח היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש. עקב מגבלותיו אין המחקר מתיימר להוות ידע מאורגן מייצג, אולם הוא מסוגל בהחלט לסייע לעובדים בשטח, חדשים וותיקים כאחד, ללמוד ולהבין באורח מעמיק ובהיר יותר את הדרך שבה מפתחים יחסים שיקומיים עם נפגעי הנפש על מנת לעזור להם להתפתח ולצמוח. כמו כן, מחקר זה מהווה חומר למחשבה גם לאנשי מקצוע שאינם עובדים באופן ישיר עם נפגעי הנפש, אלא משמשים כמדריכים לעובדים בשטח, למנהלים של שירותי שיקום או לאחראים לעיצוב המדיניות בתחום.

### מבוא

מציאת דרכים מתאימות לאפשר לנפגעי הנפש לחיות חיים מספקים יותר הייתה והינה משימה קשה ומורכבת להשגה, לא רק למערכות בריאות הנפש, אלא גם לנפגעי הנפש עצמם ולמשפחותיהם.

במהלך השנים התחולל מהפך בתחום בריאות הנפש בעולם ובארץ, והוא שינה באורח מהותי את עבודתם של אנשי המקצוע בשטח ואת מערך בריאות הנפש בכלל. מהפך זה הביא עמו שינויים רבים, בעיקר בכל הנוגע להתייחסות אל נפגעי הנפש ואל משפחותיהם, להבנת דרכי התמודדותם של נפגעי הנפש ולמציאת דרכים שונות לאפשר להם לחיות בקהילה. שינויים אלו לא החלו, כפי שרבים נוטים לחשוב, בשנים האחרונות. מזה כחמישים שנה משולבים בטיפול הפסיכיאטרי כלים התורמים למאמץ המשותף לאפשר לנפגע הנפש לחיות בכבוד בתוך החברה ולא בשוליה (לכמן, 1998; Anthony, Cohen and Farkas 1990). בעולם ובארץ ניכרת התפתחות של גישות שיקומיות בתחום בריאות הנפש, ומודגש בעיקר מקומן של תכניות לשיקום פסיכו-סוציאלי.

רבים מסכימים שהמושג "שיקום פסיכו-סוציאלי" אינו מתייחס אך ורק לשירותים המספקים מודלים ייחודיים של תכניות או התערבויות לנפגעי הנפש, אלא מתייחס גם לאידיאולוגיה, לעמדה מקצועית ואנושית, לפילוסופיה טיפולית, ולתנועה מקצועית (Rutman, 1994; Dincin, 1994). יתרה מכך, כשמדברים על תכניות לשיקום פסיכו-סוציאלי, לא ניתן למצוא אחדות בשיטות, בכלים, במרכיבים ובסגנונות. אין תכנית אידיאלית או סגנון מושלם. כתוצאה מכך, גבולות התחום הם במידה מסוימת נרחבים וגם לא לגמרי מדויקים (Rutman, 1994; Cnaan, Blankertz and Saunders, 1992). שיקום פסיכו-סוציאלי אינו מאופיין בגישה תאורטית אחידה. השורשים והפרקטיקה עצמה מבוססים על מספר רב של מגמות הרווחות בתחום הפסיכולוגיה בת זמננו ובתחום הפיזיולוגי. מדובר בשילוב ייחודי בין עמדה מקצועית ואנושית, בין פרקטיקה ותאוריות שונות (Dincin, 1994). מטרת הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי בבריאות הנפש היא לאפשר לאנשים הסובלים ממחלות נפשיות להתמודד ולהתגבר על מוגבלויות תפקודיות ועל מחסומים בין אישיים וסביבתיים על מנת לשקם את יכולתם לחיות חיים עצמאיים ומספקים בקהילה (Huges, 1994).

בספרות המקצועית ניתן למצוא הגדרות שונות לשיקום פסיכו-סוציאלי, (לכמן, 1998

עקרונות מנחים המשמשים בסיס משותף להבנה ולעשייה שיקומית. עקרונות אלו באים לידי ביטוי בכל גישה, מודל, דגם ושירות בשיקום או בכל אינטראקציה שיקומית. אנשים הדוגלים בגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי מאמינים שכל אדם יכול לתרום לחיי החברה, שהוא מסוגל לצמוח ולהשתנות בלי שום קשר לחומרת הפגיעה הנפשית. לכן מצפים משירותי השיקום לעודד ולאפשר תהליכי העצמה והחלמה אצל נפגעי הנפש על ידי יצירת שותפות, הכרה וכיבוד כוחותיו ומשאלותיו של הפרט. לכמן (1998) מציין מספר עקרונות מנחים, המשמשים בסיס משותף ומחבר בין מודלים וגישות של שיקום פסיכו-סוציאלי בתחום בריאות הנפש. העקרונות כוללים התמקדות בכוחותיו וביכולתו של האדם ולא בחולשותיו; שותפות המטופל בכל שלבי ההתערבות; התייחסות לסביבה כמוקד ההתערבות; ראיית המטפל השיקומי כדמות מציאותית ואנושית; תלות הכרחית להשגת עצמאות; גישה דיפרנציאלית לכל אדם; שאיפה לנורמליזציה ויצירת תקווה.

השירותים המבוססים על גישה זו עוזרים לנפגעי הנפש לפתח מיומנויות חברתיות הנדרשות לחיי היום-יום בקהילה ומיומנויות הנדרשות להתמודד עם המחלה עצמה. שירותים אלו מיועדים לסייע לנפגעי הנפש להשתלב מחדש בחיי החברה הרגילים ולבנות רשת קהילתית תומכת. הדגש העיקרי בשיקום הוא על האדם ותפקודו, ולא על המחלה או על הסימפטומים. אנשי מקצוע ולקוחות עוסקים בפעילויות הקשורות לחיי היום-יום, ובדרך כלל השירותים ניתנים מחוץ למשרד והם משולבים בחיי החברה הרגילים (Huges, 1994).

היחסים השיקומיים (Rehabilitation Relationship) בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש העובר תהליך שיקום, הם מרכיב מהותי ומשמעותי ביותר בעבודה המבוססת על הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי. (Horowitz, 1991 1988; Goering and Stylianos, Mosher and Burti, 1994; Horowitz et al, 1995).

למרות זאת, הספרות המקצועית ממעטת להתייחס לנושא זה (Mosher and Burti, 1994) על העבר תהליך שיקום, הם מרכיב מהותי ומשמעותי ביותר בעבודה המבוססת על הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי. (Horowitz et al, 1995; Goering & Stylianos, 1998); ולכן אנו יודעים מעט יחסית על מהות היחסים השיקומיים, על האלמנטים הייחודיים בקשר זה ועל הדילמות המתעוררות בבנייתם ובפיתוחם של יחסים אלה.

הספרות המצומצמת המתייחסת לסוגיית היחסים השיקומיים, מדגישה את חשיבותם של היחסים השיקומיים (Dincin, 1994; Horowitz, Farrel, Forman & Moshe & Burti, 1995) (רואה בהם יסוד המחבר ומרכז בתוכו את כל האלמנטים של הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי, בפסיפס של תקווה ותחייה. בנוסף לכך, הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי מנסה להקיף את כל תחומי החיים האפשריים של כל נפגעי הנפש ולתת מענה לצרכים השונים והייחודיים במסגרת החברה, התעסוקה, הדיור, החינוך ועוד. לכן אין ספק שקשרים שיקומיים מסוג זה מהווים איחוד מורכב וייחודי של אלמנטים ותחומים שונים אלו, המותיר חוויה משמעותית ביותר אצל שני הצדדים (Horowitz, 1991).



היחסים השיקומיים המתפתחים בין איש מקצוע לנפגע הנפש נתונים תמיד למשא ומתן ומתקיימים תוך דיאלוג משותף בין הצדדים. דויטש (1992) מגדיר את היחסים השיקומיים כיחסים שנוצרים בתוך המפגשים הבין-אישיים בין העובד השיקומי לבין נפגע הנפש, ומטרתם היא לאפשר למשתתפים להשיג את מטרותיו על מנת להגיע לרמה אופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה על אף המגבלות הנפשיות. לכן, עקב היעדרם של כללים ברורים המנחים את העובד השיקומי לפעול כך או אחרת במפגשים השונים, מתעוררות כל הזמן דילמות שונות בפעילותם המקצועית השוטפת של עובדי השיקום. המחקרים היותר עדכניים שנערכו בשנים האחרונות בנושא היחסים השיקומיים מתמקדים בעיקר ביעילותם של היחסים, והמונח הרווח בהם הוא 'יחסים שיקומיים אפקטיביים'. מונח זה מדגיש את העובדה שדרך יחסי השיקום ניתן להשיג ביעילות רבה יותר תוצאות שונות הנוגעות לתחומי חיים שונים של נפגעי הנפש. יחסים אפקטיביים מתוארים כיחסים המבוססים על כנות ועל אופטימיות, מתאפיינים בגמישות ומאפשרים לנפגע הנפש לבחור ולקבל החלטות עצמיות (Onyett, 2000).

ייתכן שהיחסים השיקומיים, מתוך טבעם וכוחם, הם המרכיבים בעלי ההשפעה התרפויטית החזקה ביותר בכל התערבות שיקומית אפקטיבית (Goering & Stylianos, 1988). יש הסבורים שקשרים ייחודיים אלו הם בעלי השפעה חזקה אף יותר מההישגים המדידים בתחום השיקום, כמו דיור, תעסוקה ועוד (Horowitz, 1991). כלומר, בין אם הלקוחות משיגים יעדים ומטרות קונקרטיים ובין אם לא, ליחסים השיקומיים ולעבודה דרכם יש ערך ייחודי. הקשר האינטימי שנוצר קושר את שני הצדדים ועשוי לתרום לתחושה של ערך עצמי, כבוד עצמי, הערכה והוקרה בחיי היום-יום. ההתמקדות ביחסים מעניקה מסגרת אלטרנטיבית, אישית, השייכת רק לצדדים המעורבים. יחסים אלו יכולים לקבל צורות שונות על פי האופי והסגנון של כל אדם ואדם. הם מוסיפים מקום למכביר לגדילה ולצמיחה ומעניקים אפשרויות נוספות לאנשים שאינם מצליחים בתחומים שהחברה מציבה אותם כבעלי ערכים עליונים, כמו: תעסוקה, משפחה, חברה ועוד (Horowitz, 1991). היחסים השיקומיים הם אלו שמחברים את נפגע הנפש לתכנית התערבות כלשהי, לאמונה שניתן לשנות דברים בחיים ושניתן לקוות. היחסים הם אלו שעוזרים לנפגע הנפש לשמור על המשכיות ועל חיבור פנימי ייחודי. ההנחה היא שכאשר אדם מרגיש בטוח בתוך היחסים, מרגיש שדואגים לו, שאכפת ממנו ושהוא מוערך כאדם, הוא מסוגל לקחת אתגרים וסיכונים בחיים ולנסות דברים חדשים או התנהגויות חדשות על מנת להמשיך להתקדם בחייו. (Horowitz et al, 1995).

מורהד (Moorhead, 1994) מזכיר לנו שרוב נפגעי הנפש סובלים מנכות או מליקויים שונים כתוצאה מהמחלה, ביניהם ליקויים ביכולתם ליצור ולפתח יחסים (relational disability). כתוצאה מכך נפגעי הנפש מאבדים את יכולתם לתקשר, להתחבר ולשמר יחסים, מה שיכול להקשות על איש המקצוע ליצור יחסים משמעותיים על מנת לעזור למטופל להתקדם ולחיות חיים מספקים יותר. מורהד טוען שבגלל קשיים אלו, עלולים אנשי המקצוע להפסיק את היחסים עם האנשים שהם מלווים וליצור איתם קשר רק כדי לספק שירותים. לדעתנו דבר זה אסור שיקרה, במיוחד בהתחשב בחשיבות היחסים השיקומיים בתהליך שיקום והחלמה.

היחסים השיקומיים לא תמיד ברורים ובהירים לאנשי מקצוע וללקוחות כאחד, ואופיים משתנה מאדם לאדם. העובד השיקומי אינו ממלא תפקיד אחד ואחיד. הוא פוגש את הלקוח, בדרך כלל מחוץ למשרד ובסיטואציות חיים שונות. מצבים אלו עלולים לבלבל את העובד ואת הלקוח באשר לתפקידיהם ובאשר למערכת היחסים ביניהם ומעמידים אותם מול דילמות קשות.

מניסיוני בשטח, שיקום של אדם הסובל מהפרעה נפשית משמעו שיקום היחסים של האדם עם עצמו, עם הסובבים אותו ועם הסביבה. אני סבורה כי המחקר והעשייה בתחום השיקום הפסיכו-סוציאלי אינם יכולים להתעלם מן הצורך בהבנת היחסים הנוצרים בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש. מהות היחסים השיקומיים, אם כן, היא סוגיה משמעותית ביותר בהבנת העשייה השיקומית ובקידום של נפגעי הנפש. לפיכך מחקר זה מבקש להגיע לתפיסה מובחנת של מהות היחסים השיקומיים על ידי בחינת המרכיבים הייחודיים ביחסים ובחינת הדילמות המתעוררות ביצירת ובפיתוח קשרים אלו. נוסף על כך, אם, כפי שראינו, סוגיית היחסים השיקומיים תמשיך לתפוס מקום מרכזי בעבודה השיקומית והם ימשיכו לשמש כלי מרכזי שבאמצעותו ניתן לסייע ביתר יעילות לנפגע הנפש, הרי חשוב עוד יותר כי אנשי המקצוע, מנהלי השירותים וקובעי המדיניות יבינו לעומק את מרקם היחסים השיקומיים ואת האלמנטים המאפיינים אותם, ובמיוחד את הדילמות המתעוררות במהלכם.

### שיטת המחקר

מאחר שמטרת המחקר הייתה כאמור לבחון את מהות, משמעות וייחודיות היחסים השיקומיים שנוצרים בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש, המתודולוגיה במחקר זה הייתה איכותנית. שיטה כזאת מאפשרת קרבה לחוויה האנושית (Grinnell, 1997), דבר שיכול לסייע בחיפוש מהותם ומרקמם של היחסים השיקומיים כפי שהנחקרים עצמם מבינים זאת.

במחקר זה רואיינו עשרה אנשי מקצוע. הקריטריונים לבחירתם היו עבודה של לפחות שלוש שנים בתחום השיקום בבריאות הנפש, אי מעורבות בעמדות ניהוליות בתחום ועבודה ישירה עם נפגעי נפש. כמו כן נעשה ניסיון לגוון בין מקצועות שונים שהמרואיינים עוסקים בהם ובין מסגרות השיקום בהן הם מעורבים, על מנת לקבל תמונה מייצגת ככל האפשר של הנושא. במחקר השתתפו שישה עובדים סוציאליים, שתי פסיכולוגיות ושתי מרפאות בעיסוק. מתוכם שבע נשים ושלושה גברים. ממוצע שנות הוותק שלהם היה 9.7 שנים.

הכלי לאיסוף הנתונים היה ראיון פתוח. לצורך הראיון הוכן מדריך ראיון. הוא כלל שאלות מנחות שמטרתן הייתה להבהיר נקודות שונות לגבי תפיסת המרואיינים את האלמנטים הייחודיים ביחסים השיקומיים ואת הדילמות הכרוכות ביישומם. במחקר זה נערך ניתוח אינדוקטיבי של הנתונים. משמעות הדבר היא שקטגוריות, נושאים ודפוסים שונים צומחים מהנתונים עצמם ואינם נכפים לפני שלב איסוף הנתונים (Janesick, 1994). מכיוון שבמחקר איכותני מסוג זה החוקר הוא מכשיר המחקר העיקרי וכלי המחקר הינו ראיון פתוח, קיימת חשיבות לבחינת מהימנות הנתונים. לכן, ניתוח הנתונים ניתן לשני אנשי מקצוע ותיקים העובדים בתחום השיקום בבריאות הנפש ולשני עובדים שאינם מהתחום, והם בחנו את חלוקת הקטגוריות

והתמות המרכזיות.

### הממצאים

הצגת הנתונים שאפה לשמור על הקולות האותנטיים של המרואיינים ולהציגם בצורה מאורגנת, בהירה ומלמדת. כמו כן, ממצאים אלו אינם מציגים בהכרח אמיתות או עובדות נכונות באשר למהות היחסים השיקומיים ובאשר לאלמנטים המאפיינים אותם, אלא מציגים את תפיסותיהם של עשרה אנשי מקצוע אשר רואינו במהלך מחקר זה. זוהי הצגה של הבנות אישיות של החוקר, וכל חוקר אחר אשר יקח ראיונות אלו, יביא לפעולה תוצאות שונות לחלוטין. כפי שבולטון והמרסלי (Boulton & Hammersley, 1996) טוענים, לניתוח ולהצגת הנתונים במחקר איכותני אין מתכון נכון אחד, אין סט של חוקים שלפיו פועלים, ואין שיטת ניתוח אחת ספציפית שתבטיח תמיד תוצאות.

במוקד המחקר, ועל פי תפיסותיהם של המרואיינים, זוהו שמונה תמות מרכזיות אשר ניתן להגדירן כאלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים, וצירופן יחד מגדיר את מהותם הייחודית. אלמנטים אלו הם: השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם – 'העשייה' לבין העיסוק בפנימיות האדם – 'הנפש', גבולות לא שגרתיים, חשיפה, שותפות, תקשורת טבעית, קירבה ייחודית, מעורבות רגשית ותקווה.

במהלך ניתוח הנתונים ניתן היה להבחין, מדבריהם של המרואיינים, שהיחסים השיקומיים מהווים את הלב ואת מוקד העשייה השיקומית. על פי אחת המרואיינות הסיבה לכך היא אופי אוכלוסיית נפגעי הנפש וצורכיהם החזקים לקשר יציב ועקבי, המעניק ביטחון ומשמעות ומאפשר לבנות חיים. מדבריהם של רוב המרואיינים עולה גם שהחוויה המרכזית של היחסים השיקומיים היא ה'ביחד'. במהלך הראיונות הביטוי 'ביחד' חזר שוב ושוב ונראה כי הוא הפך כמעט מילה נרדפת ליחסים השיקומיים. הם דיברו על משהו שנרקם יחד, על חוויה משקמת ועוצמתית, כמו לדוגמה אכילה משותפת מאותו האוכל ומאותם הכלים.

בלבו של כל ראיון אפשר היה להרגיש את האמונה שהיחסים השיקומיים אכן שונים מיחסים טיפוליים אחרים. בחלקם הם הוגדרו כיחסים המקבילים ליחסי מטפל – מטופל בקליניקה, בבית חולים או במרפאת חוץ ובחלקם - כיחסים ייחודיים שאינם משקפים התערבות קלאסית. אחד המרואיינים הגדיר את ההתערבות השיקומית כ"חוצה את הקווים הקלאסיים של העבודה עם המטופלים". הוא חשב שאין זה מקרי, שכן "הגבול נמצא במקום אחר ואולי גם שונה לחלוטין. אני מדבר על מעין בית ספר חדש". במהלך הראיונות אפשר היה להבחין בסוגיות רבות המתעוררות סביב יצירת יחסים שיקומיים ופיתוחם. סוגיות אלו, שהעסיקו רבות את מרואייני המחקר, (הן יוסברו בפרקים הבאים) באו לידי ביטוי בהגדרות השונות שקיבלו היחסים, במורכבויות שהודגשו ובדילמות השונות אשר הבליטו לאורך כל מהלך ניתוח הנתונים את השוני ואת הייחודיות שיש ליחסים השיקומיים.

## האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים

### 1. השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם – 'העשייה' לבין העיסוק בפנימיות האדם – 'הנפש' במהלך פיתוח יחסים שיקומיים.

הממצאים מלמדים כי השילוב הקיים בין עיסוק במציאות האדם והעיסוק בפנימיותו מהווה אלמנט מרכזי ייחודי ביחסים השיקומיים. לדברי המרואיינים, אפיון זה צובע את היחסים השיקומיים בצבעים שונים לגמרי מאלו של יחסים טיפוליים אחרים ומעניק ליחסים השיקומיים אופי מיוחד במינו.

העיסוק במציאות האדם – 'העשייה' הופיע בראיונות במובן של מגוון הפעילויות שאיש המקצוע מבצע יחד עם נפגע הנפש או מדריך אותו לבצע על מנת לקדמו בתהליך השיקום. מדובר בחלק היותר מעשי, המדגיש את תפקודו של האדם ואת התארגנותו בחיים. הוא מתמקד ברכישה, בפיתוח ובשיפור מיומנויות חברתיות הנדרשות על מנת לשרוד בחברה במציאות העכשווית. זהו חלק מהותי ביותר במהלך שיקומו של אדם הסובל ממחלת נפש.

מספר מרואיינים הדגישו במיוחד את היבט ה'עשייה' כאלמנט ייחודי המאפיין את היחסים השיקומיים בבריאות הנפש ומבדיל אותם מיחסים טיפוליים אחרים. לפי אחת המרואיינות מדובר בקשר טיפולי מסוג אחר, שכן בדרך כלל מטפלים אינם הולכים לקנות בגדים למטופלים שלהם וגם אינם מקלחים אותם או גוזרים את ציפורניהם. המטפל אינו רק שומע על הדברים האלה מפיו של המטופל, אלא רואה אותם ומשתתף בעשייתם.

מרואיינים אחדים הדגישו את העובדה שליחסים השיקומיים יש מטרה שיקומית לקדם את נפגע הנפש במישורים כמו תעסוקה, דיור, פנאי ועוד. זוהי בדרך כלל מטרה משימתית יותר, והיא דורשת עשייה משותפת. נושא העיסוק בפנימיות האדם – 'הנפש' הופיע בראיונות במובן של עזרה לנפגע הנפש לעבד את תחושותיו, את חוויותיו או את הקונפליקטים המתעוררים במהלך תהליך שיקומו. פן זה מיוצג על ידי 'שיחות' והוא מהווה את החלק הטיפולי-נפשי או תמיכתי בתהליך השיקום וההחלמה.

על אף שה'עשייה' היא זו שמעניקה ייחודיות רבה ליחסים השיקומיים ומבדילה אותם מיחסים טיפוליים אחרים, עולה מדבריהם של המרואיינים שלצד העשייה חייבת להתקיים התייחסות ועיבוד של תכנים רגשיים-קוגניטיביים ושל חוויות האדם וכי עשייה ומציאות לבד אינם מספיקים על מנת לעזור לנפגע הנפש לעבור תהליך אמיתי של שיקום והחלמה. לפי אחת המרואיינות המציאות לבד אינה משקמת. חייבת להיות חוויה שהיא הווייתית, שהיא תפיסת עולם, שהיא השתנות פנימית.

מדבריהם של המרואיינים נראה כי לא ניתן ללוות אדם הסובל ממחלת נפש בתהליך שיקומו ללא התייחסות לשני המישורים, ולכן ניתן להסיק שפיתוח יחסים שיקומיים יהיה מושפע מכך ויתאפיין גם בשילוב זה. חשוב להדגיש שהמרואיינים מאמינים שבגלל אופיין של מחלות הנפש

הפוגעות במערכת הנפשית והתפקודית של האדם ודורשות התמודדות נפשית ותפקודית קשה וכואבת, העבודה השיקומית חייבת להתקיים בו בזמן בשני המישורים.

אחת המרואיינות העידה כי בעבודתה היא משתדלת לעשות אינטגרציה בין השניים. נערכו שיחות רבות על הרגשתה של המטופלת, על ביקור עם הילדים, על מה שהיה במשפחה, על אביה ועל אמה, והיו שיחות שהתמקדו רק בעשייה – בצורך ללכת לבנק, למעון, לסידורים. במצבים שבהם היה קשה לדבר על הדברים הכואבים, הן היו נסחפות לעיסוק בעניינים טכניים, אך למרואיינת היה חשוב לחבר את שני הדברים ולהגיש ששניהם קיימים. מרואיין אחר דיבר על מפגש המתרחש בשני רבדים: בתחום הפרקטי של יחסים פונקציונליים, כלומר בהקניית מיומנות פסיכו-סוציאלית שתעניק למשתתף את הכישורים להתארגן בחיים ולקחת אחריות. הרובד האחר מתייחס לצורך להגיע עם המשתתף לחוויה מתקנת. לפי המרואיין, נפגע הנפש יש נכות בתפקוד, בחשיבה ובהתנסות האמוציונלית, ולכן יש לבנות מחדש טרנסאקציות שיוכלו לעזור לו לבחון את הדברים מאספקטים נוספים.

מרואיינים שונים הדגישו את הדילמות והקשיים המתעוררים סביב השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם לבין העיסוק בפנימיותו: אחד הקשיים מקורו במעבר ממישור אחד לאחר. מעבר כזה דורש מאיש המקצוע התארגנות מחודשת ומותאמת לסיטואציה, כמו למשל לצאת משיחה טעונה ורגישה ולהיכנס מיד חזרה לתפקוד הפרקטי כמו כביסה משותפת, ניקיון וכדומה.

קושי אחר הנוצר בעקבות שילוב מסוג זה במהלך פיתוח היחסים השיקומיים הוא היכולת של איש המקצוע להיות מסוגל באותה הסיטואציה להיות מעורב במציאות האדם ובו בזמן להתייחס לעולמו הפנימי ולחוויותיו של נפגע הנפש, כלומר בו בזמן להתארגן ולהגיב בשני המישורים, להתבונן תוך כדי עשייה.

דילמה נוספת שעלתה בראיונות באשר לשילוב היא האם אפשר לדעת מתי להתייחס למישור הנפשי ולעולמו הפנימי של נפגע הנפש ומתי להתייחס למציאות ולעשייה בחיי היום-יום שלו במהלך פיתוח היחסים השיקומיים. הממצאים מלמדים כי לאיש המקצוע יש קושי מסוים בעניין זה שכן לא תמיד ברור לו אילו שיקולים אמורים להכריע בהחלטה זו.

נראה שאנשי מקצוע מתמודדים יום-יום עם קשיים אלו, ויתכן שסוגייה מורכבת זאת אינה מקשה רק עליהם, אלא גם על האדם העובר תהליך שיקום ואמור לקלוט או לעבד בו בזמן דברים הקשורים לשני המישורים ולהיות מסוגל לעמוד מול המעברים ביניהם.

הממצאים גם מראים שלא למנט זה השלכות לגבי תפקידו ומקומו של איש המקצוע במהלך פיתוח יחסים שיקומיים והשלכות רבות באשר לאופי היחסים. מכיוון שבמהלך פיתוח היחסים השיקומיים איש המקצוע אמור להתייחס גם לחלק המציאותי של החיים וגם לחלק הרגשי שלהם, מוטלים ומושלכים עליו תפקידים ודימויים רבים ושונים במהותם, אשר לטענת המרואיינים גם

משנים את אופי היחסים בלי לפגוע במהותם השיקומית. לפי המרואיינים יש לאיש המקצוע בשיקום פנים וכובעים רבים, כגון דמות אימהית או אבהית ממשית או טרנספרנציאלית, דמות סמכותית, דמות תומכת וחמה, חבר, מטפל, אח בוגר ועוד. הכובעים האלה מתחלפים מהר מאוד במשך היום, וזה מה שמייחד את השיקום. מדבריהם של המרואיינים ניתן להבין שאופי היחסים משתנה ויכול לקבל משמעויות שונות בהתאם לנסיבות ולצרכים. בלט במיוחד תיאורם של כמה מרואיינים שהגדירו את היחסים השיקומיים כיחסים הדומים ליחסים המתרחשים בתוך בית או ליחסי משפחה ממשיים. הורים נותנים את הדעת לכל הצרכים של ילדיהם, ובמובן זה שיקום דומה לליווי של ילד. נפגעי הנפש העוברים תהליך שיקום והחלמה אמנם אינם ילדים. הם אנשים שפעם היו עושים את רוב הדברים באופן בריא ותקין לחלוטין, אולם המחלה שיבשה את המהלך התקין הזה בשלב כלשהו של חייהם. אנשי המקצוע אמנם אינם מלמדים הכל מחדש, אך ברמת הליווי והאכפתיות, יש בהחלט דמיון לדמות הורית.

מדבריהם של המרואיינים ניתן היה ללמוד שסוגיה זו אכן משפיעה על אופי היחסים השיקומיים, לא רק בגלל ריבוי התפקידים שאיש המקצוע מבצע, אלא בגלל נוכחותו הממשית של איש המקצוע בסביבה הטיפולית בה מתקיימים היחסים - המציאות.

## 2. הגבולות הלא שגרתיים של היחסים השיקומיים

כל המרואיינים התייחסו לסוגיית הגבולות ביחסים השיקומיים כאל אלמנט מרכזי וייחודי המבדיל אותם מיחסים טיפוליים אחרים. לא נמצאה הגדרה ברורה לגבולות וגם לא לכללים האמורים להנחות את איש המקצוע בקביעת גבולות במהלך פיתוח יחסים שיקומיים. אחד המרואיינים טען כי בעבודה זו אין גבולות וכל דבר (מה עושים ומה לא עושים) צריך להמציא מחדש. נמצא כי הגבולות ביחסים השיקומיים שונים מגבולות הנקבעים ביחסים טיפוליים אחרים. יש להם חשיבות רבה והם משפיעים על מערכת היחסים הנוצרת בין נפגע הנפש הנעזר לבין איש המקצוע העוזר.

מדבריהם של המרואיינים ניתן היה להבין שבתחום שיקום נפגעי הנפש אין אחידות בשיטות, בכלים ובסגנון העבודה בשטח, ושלאיש המקצוע יש חופש ומרחב פעולה בעבודה בכלל ובפיתוח היחסים השיקומיים בפרט. עובדה זאת משפיעה רבות על סוג הגבולות הנוצרים ביחסים השיקומיים ועל דרך ההתמודדות איתם. מדובר בגבולות המתאפיינים בחוסר בהירות ובמשא ומתן מתמיד. מרואיינים העידו כי מתקיים דיאלוג מתמיד בשאלה על מה מדברים, איפה, ומה עושים באיזו סיטואציה. זהו משא ומתן מתמיד על קירבה וריחוק, אלא שכאן הוא נעשה בדרך אחרת, בעוצמות אחרות ועם הגדרה שונה.

מרואיינים שונים דיווחו גם על כך שהגבולות ביחסים השיקומיים הם יוצאי דופן בהשוואה לאלו שביחסים הטיפוליים הקלאסיים. כתוצאה מכך, העמדה הקלאסית של עוזר-נעזר משתנה ומערכת היחסים בין נפגע הנפש לבין איש המקצוע מקבלת צורות שונות. אנשי המקצוע הם חלק מהווי החיים של נפגעי הנפש המקבלים עזרה. אצל אחדים החיים בבדידות, איש המקצוע הוא הקשר לעולם.

בראיונות נשמעו גם אמירות של אנשי מקצוע החוששים לחשוף בפני אנשי מקצוע אחרים את הגבולות השונים שהם מציבים. אחת המרואיינות סיפרה על יום של עבודה קשה וארוכה עם משתקמים, שבמהלכו חשה רעב כבד. בבית החולים לא מקובל לאכול עם המשתקמים, ולכן היא הסתירה את העובדה שהיא אכלה עמם. המשתקמים גילו את סודה וחשפו את מבוכתה. כשהסתבר שגם אחרים עשו זאת בחשאי היא הרגישה נוח יותר.

מדבריהם של המרואיינים עולה כי חוסר הבהירות ומשא ומתן מתמיד המאפיינים את הגבולות ביחסים השיקומיים, מעלים דילמות רבות אצל אנשי המקצוע באשר לעיתוי ולאופן קביעת הגבולות. על אנשי המקצוע להשקיע מאמצים רבים על מנת להתמודד עם המשתקמים ביצירתיות ובמקצועיות, כמו למשל התלבטותה של אחת המרואיינות בשאלה האם להחזיר לביתם ברכבה הפרטי משתקמים לאחר מפגש קבוצתי.

במהלך הראיונות הודגש מאוד תפקידם של הגבולות כאמצעי התמודדות עם מצבים בלתי שגרתיים של העבודה השיקומית. חשוב לציין, על פי דבריהם של המרואיינים, שחוסר הבהירות הקיים לגבי קביעת גבולות בפיתוח היחסים השיקומיים והתמודדות עמם אינו מעיד על כך שגבולות אינם חשובים והכרחיים לפיתוח יחסים שיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש. להפך, המרואיינים העלו סיבות שונות המעידות על חשיבות הגבולות ביחסים השיקומיים: התמודדות עם הטשטוש הנוצר ביחסים השיקומיים לדעת חלק מהמרואיינים דווקא משום שהגבולות הם פחות ברורים ומוגדרים והיחסים הנוצרים הם בדרך כלל קרובים ומלאי מעורבות רגשית, ייתכן שיווצר בלבול כלשהו במערכת היחסים השיקומיים, ולכן ישנה חשיבות רבה לקביעת גבולות ברורים ביחסים או למשא ומתן מתמיד בנושא זה, שיבהיר לצדדים את הגבולות המתאימים. מטרת הגבולות היא להזכיר, בכל פעם מחדש, שישנם תפקידים שונים לאיש המקצוע ולנפגע הנפש ושליחסים יש מטרה שיקומית. אחת המרואיינות טענה כי בשל הטשטוש בין תפקידיה היא עשויה להיתפס כאחות, חברה, ידידה או אם. היות שבעשייה היום-יומית יש קרבה רבה, מרגישה המרואיינת שגבולות אלה שומרים על המסגרת של מקום וזמן, מגדירים תפקיד ומכתיבים צורת התנהגות.

#### · גבולות השומרים על איש המקצוע

מרואיינים שונים הדגישו את חשיבות הגבולות כאמצעי השומר על החיים האישיים, על הפרטיות ועל האינטימיות של איש המקצוע כמשהו יקר ביותר עבורם ואפילו הכרחי על מנת להמשיך לקיים את תפקידם. באמצעות גבולות אלו, איש המקצוע מחליט לעצמו באיזו מידה הוא מאפשר לחלקים האחרים של חייו ושל אישיותו, אשר אינם קשורים לתפקידו, להיכנס למערכת היחסים עם נפגע הנפש אותו הוא מלווה בתהליכי שיקום והחלמה. אחד המרואיינים שלא ראה בהלוואת כסף לנסיעה, במשחק שש בש או בקשר טלפוני ממושך כל בעיה, קבע גבול אישי ברור כשהמטופל אמר משהו שנתפס בעיניו כחדירה לתחום אינטימי מדי עבורו. מרואיינים שונים הדגישו את חשיבות הגבולות כאמצעי לשמור על איש המקצוע מעומס יתר, משחיקה ולאפשר לו להיות מקצועי בהתערבותיו, לשרוד ולהישאר שפוי, כדבריהם. אחד המרואיינים סיפר על משתקם שהתקשר לביתו מספר פעמים ביום בשעות שונות. בסופו

של דבר זה גרם לו להרגיש מותש והוא הגיב בצורה פוגעת - הוא היה חסר סבלנות, חיכה שהשיחה תיגמר והגיב בצורה לא יעילה. הצבת גבולות אפשרה לו להרגיש פנוי בקשר אל המשתתף ופנוי להיות עם משפחתו ועם עצמו. הוא העיד כי הוא היה זקוק לגבולות.

ניתן ללמוד אפוא שלגבולות ביחסים השיקומיים חשיבות רבה. חשיבותם הוצגה מכמה היבטים: קודם כול הם מאפשרים לעשות סדר, לארגן ולהבהיר את מסגרת היחסים ואת מטרת המפגש ולחדד את התפקידים השונים שכל צד נושא במהלך פיתוח היחסים. הגבולות הללו חשובים במיוחד, מכיוון שהיחסים השיקומיים אינם ברורים ואינם מוגדרים דיים ומכיוון שאיש המקצוע מרגיש לעיתים מעורב וקרוב מדי, מה שעשוי להוביל לטשטוש או לבלבול בין הצדדים. היבט זה כאמור הוא ייחודי לעבודה השיקומית. כמו כן, חשיבות הגבולות ביחסים השיקומיים הוסברה בכך שהם מאפשרים לשמור על החיים האישיים ועל האינטימיות של איש המקצוע ועוזרים לו להישחק פחות, להוריד מעומס העבודה ולעבוד בדרך מקצועית.

הממצאים מלמדים גם על שיקולים שונים המשפיעים על קביעת הגבולות. מדבריהם של המרואיינים ניתן היה להבין שהדרך בה נקבעים גבולות היא סוגייה מורכבת מאוד המשאירה חוסר בהירות באשר לשיקולים ולכללים המנחים את אנשי המקצוע. כל אחד קובע לעצמו גבולות לפי קריטריונים אישיים כמו אופי, אידיאולוגיה או ערכים, והמכנה המשותף להם הוא התחשבות באופי האוכלוסייה ובאותו נפגע נפש שהם מלווים. במהלך ניתוח הנתונים היה מעניין לראות שלפעמים אופן קביעת הגבולות שונה לחלוטין בין אנשי המקצוע השונים ומושפע משיקולים שונים ומגוונים. כמו כן ישנם דברים שהוצגו כחד משמעיים ואחרים שהוצגו כדילמה. לא ניתן היה להגדיר כלל אחיד כלשהו המנחה את אנשי המקצוע לקבוע גבולות במהלך פיתוח היחסים השיקומיים.

### **להלן מספר שיקולים שהשפיעו על קביעת גבולות:**

מטרת המפגש – לפי אחת המרואיינות, גבולות נקבעים על פי המטרה. במחלקה בבית החולים המטרות הן מסוימות, לעומת זאת בפרויקט שיקום תעסוקתי המטרות הן אחרות, ואז הקשר והגבולות מכוונים לכיוון אחר.

מצבו הנפשי של נפגע הנפש - לדעת מספר מרואיינים, ככל שהאדם העובר תהליך שיקום והחלמה מעורער יותר והגבולות שלו עצמו אינם ברורים, צריך להיעזר יותר בגבולות חיצוניים. כך גם בקשר השיקומי - חשוב לקבוע מה מותר ומה אסור, מה הציפיות ואיך ניתן לממשן. ככל שהמצב משתפר והאדם יכול לשאת חוסר ודאות, הוא גם יכול אולי לשאת חוסר בהירות בקשר. מרואיינים שונים התייחסו לאי נוחות שהם חשים.

סוגיה אחרת שהועלתה בנושא הגבולות ביחסים השיקומיים היא הגמישות שעל איש המקצוע לפתח על מנת להתמודד עם ייחודיותם של גבולות ביחסים השיקומיים. הגמישות הופיעה בראיונות כתכונה הכרחית של איש המקצוע על מנת לפתח יחסים שיקומיים, בהתייחס במיוחד לסוגי הגבולות. מדבריהם של המרואיינים ניתן היה להבין שעל מנת לפתח יחסים שיקומיים המאופיינים בהתמודדות שאינה חד משמעית עם הגבולות, על איש המקצוע להיות גמיש במהלכיו ובדרך שהוא יוצר ומנהל משא ומתן בנושא הגבולות ביחסיו עם האנשים. אחת



המרואיינות השוותה זאת לסיטואציה של טיפול פסיכותרפי, שבמסגרתו יש setting ברור, שעות קבועות, חדר וכיסאות. בשיקום לעומת זאת הדברים משתנים ואיש המקצוע צריך להסתגל כל הזמן למצב אחר ולהבין שבכל פעם הטיפול הוא חדש ולא בהכרח כזה שהוא הכיר עד אז.

במהלך ניתוח הנתונים הציגו אנשי המקצוע יתרונות וחסרונות לגבי סוגיית הגבולות. מצד אחד הם מצאו כי אופי הגבולות ביחסים השיקומיים משאיר חופש פעולה רב יותר, מקום ליצירתיות לאיש המקצוע ואפשרות להביא את עצמו ומעצמו בדרך המתאימה לו. היו מרואיינים שראו בחופש זה יתרון ולא היו רוצים שהדברים יהיו מובנים יותר. מצד אחר, גבולות המאופיינים בחוסר בהירות ומשא ומתן מתמיד משאירים את איש המקצוע 'לבד במערכה' ובלי הנחיות ברורות היכולות לעזור לו במהלך המפגשים השיקומיים. מכיוון שהגבולות משתנים ונפרצים ביתר קלות, קיימת גם סכנה שהעבודה תחדור לחייו האישיים של איש המקצוע והוא בעצמו יצטרך להחליט מתי לשים גבול ובאיזו מידה. היו מרואיינים שראו בכך חיסרון, משום שחסר להם הקו המנחה והם חששו מהקושי שבחשיבה מחודשת פעם אחר פעם.

לבסוף, סוגיית הגבולות הביאה את המרואיינים לספר על תהליך הלמידה שעברו ועל הדרך שעשו במהלך עבודתם המקצועית. מרואיינת אחת הגדירה את התהליך כדרך ארוכה מתפישת עולם מסוימת ומקובעת לתפישה אחרת. אחרים תיארו תהליכים מאוד אישיים ומשמעותיים שהם עברו במהלך עבודתם ותחושות שתהליך זה עורר בהם. היו מרואיינים שדיווחו שבתחילת עבודתם בשטח הם שמרו על גבולות נוקשים יותר ועם הזמן התרככו ואפילו העיזו לבדוק מרחבים חדשים ולקבוע גבולות יוצאי דופן. אחרים, שהיו פתוחים יותר בהתחלה, למדו עם הזמן 'לשמור על עצמם' כהגדרתם.

### 3. חשיפה ביחסים השיקומיים

מדבריהם של כל המרואיינים ניתן היה להבין שחשיפה היא אלמנט ייחודי, מרכזי ובלתי נפרד בפיתוח היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש. אחת המרואיינות סיפרה על חשיפה ללבוש לא רגיל (מכנסיים קצרים, בגד ים) במהלך טיול, או להתנהגויות שונות כמו כעס ועצב (בעקבות עזיבה של איש צוות או מוות של קרוב משפחה). היא ראתה בזה חוויה עוצמתית ומשקמת. בקרב המרואיינים עלתה תחושה חזקה שאי אפשר ליצור ולפתח יחסים שיקומיים מבלי לחשוף דברים מסוימים הקורים לאיש המקצוע בחייו האישיים והמקצועיים. רוב המרואיינים התייחסו לחשיפה האישית של הגוף ושל מצבי הרוח. מרואיינים אחרים דיברו על חשיפה במובן רחב יותר, כמו חשיפת האמונות והשקפות העולם של אנשי המקצוע כשהם יוצרים יחסים שיקומיים. מרואיינת הסבירה כי היא מביאה אתה לעבודתה את הרגשות שלה, השקפת עולמה וה'אני מאמין' שלה כבן אדם פרטי ולא רק כבעלת מקצוע, ולכל אלו יש השפעה חזקה על תפקודה.

על אף שגם נפגעי הנפש נחשפים יותר במהלך פיתוח היחסים השיקומיים מאשר במהלך פיתוח יחסים טיפוליים אחרים, המרואיינים כמעט ולא התייחסו לכך. ייתכן שחוסר ההתייחסות

נובע מכך שנפגע הנפש הוא מקבל העזרה והוא אמור בכל מקרה להיחשף יותר מנותן העזרה. אולי בשל כך זה נראה פחות צורם לעין ופחות מעסיק את המעורבים בעניין, אך בוודאי אינו מעיד על כך שהדבר מאפיין פחות את היחסים השיקומיים.

כמו כן, אפשר היה להבחין בכך שלכל מרואיין יש סגנון אישי וייחודי בדרך שבה הוא בוחר להיחשף ובמידת החשיפה האישית שלו במהלך פיתוח היחסים השיקומיים, דבר ההופך את הסוגיה למרתקת, מורכבת וייחודית. כמה מהמרואיינות העידו שהן מרגישות בחשיפה מתמדת. כשסבתה של אחת המרואיינות נפטרה והיה עליה ללכת ללוויה היא סיפרה על כך למטופליה; כשאמה של מרואיינת אחרת נפטרה באו מטופליה לבית הוריה לביקור ניחומים וזו הייתה עבורה חשיפה עמוקה אל המקום שבו גדלה.

במהלך ניתוח הנתונים ניתן היה לראות שמרואיינים שונים ניסו להסביר לי ולעצמם כיצד נוצרת חשיפה בפיתוח היחסים השיקומיים ואיזה דברים משפיעים על כך. מדבריהם נראה כי חשיפה היא תוצאה טבעית של אופי היחסים השיקומיים. לא ניתן היה להבחין בסיבה או בהנחה אחידה לקיום חשיפה ביחסים השיקומיים, אולם הממצאים מצביעים על כך שעשייה משותפת בין איש המקצוע לנפגע הנפש, מביאה את שני הצדדים לחשיפה רבה יותר בהשוואה ליחסים שנוצרים בין מטפל למטופל היושבים בקליניקה, לדוגמה. כמו כן, העובדה שלאיש המקצוע תפקידים וכובעים שונים במהלך פיתוח היחסים השיקומיים, מגבירה את מידת החשיפה שלו מול נפגעי הנפש.

בהתייחסותם של המרואיינים לחשיפה הקיימת ביחסים, בלטה במיוחד הטענה שאנשי המקצוע בתחום השיקום בבריאות הנפש אינם נמצאים רק בחדר הטיפול אלא מסתובבים במקומות שונים. מכיוון שרואים אותם כל הזמן במצבים שונים, הם חשופים במיוחד. אחת המרואיינות תיארה חשיפה במהלך כל שעות היממה - כשהיא מדברת על רגש בהנחיית קבוצות או כשהיא מדיחה כלים ועושה כביסה עם מטופל.

אלמנטים ייחודים אחרים כמו קרבה, גבולות לא נוקשים ופחות ברורים ויחסים יותר ישירים יוצרים ומגבירים את רמה החשיפה ביחסים השיקומיים. אופי היחסים השיקומיים שהם קרובים וישירים במהותם ומאופיינים בשוויוניות ובאנושיות, חושף את שני הצדדים במידה רבה יותר מהחשיפה שביחסי מטפל-טופל קלאסיים. מרואיינת תיארה את החשיפה ביכולתה לספר למטופל "היה לי לילה איום ונורא, לא ישנתי..." באותה המידה שהם מספרים על מצב רוחם. המקום השוויוני שהיא מרשה לעצמה לבוא ממנו הופך אותה לדעתה לדמות אנושית. יחד עם זאת היא שומרת לעצמה את הזכות לבחור עד כמה ובאיזה נושאים היא מוכנה להיחשף ומתי יש דברים שהם חד-משמעיים.

חשוב להדגיש שעל פי הממצאים חשיפה של איש המקצוע ושל נפגע הנפש אינה דבר שלא ניתן לשלוט בו. זכותו של איש המקצוע ושל נפגע הנפש לבחור באיזו מידה הוא רוצה ומוכן להיחשף.

מן הממצאים עולה כי נדרשת מיומנות ייחודית לאיש המקצוע על מנת להתמודד עם מצבים בהם הוא צריך לבחון בכל פעם מחדש מה לחשוף ומתי להיחשף. זהו סוג של דיאלוג פנימי מתמיד המתקיים בנושא זה. עוד ניתן ללמוד מדבריהם של המרואיינים כי לחשיפה ערך שיקומי וטיפולי. חשיפה, גם אם היא תגובה יזומה או תוצאה טבעית מאופי היחסים השיקומיים, יכולה להציג לנפגע הנפש היבטים שונים מהחיים.

מרואיין אחד דיבר על ערכה של החשיפה והציג לדוגמה מקרה של מטופל שכמעט אינו מתקשר. לאחר שישבו יחד וקראו עיתון הוא החל לדבר על פוליטיקה והמטפל הציג את עמדותיו. לחשיפת עמדות הפוליטיות של איש המקצוע ערך משמעותי ביותר על אף ההשלכות או קשיים שיכולת להתעורר. לדעת המרואיינים, חשיפה היא כאמור כלי שיקומי-טיפולי בעל ערך אנושי וחברתי. הוא יכול להוות מודלינג בסיטואציות שונות בהן אנשי המקצוע עוזרים לנפגעי הנפש לשפר או ללמוד מיומנויות חברתיות, להיות מודעים לאחר וליצור קשרים מספקים יותר עם האנשים. לדבריהם חשיפה יכולה לעזור לאיש המקצוע ללמד את נפגע הנפש על התנהגות, רגשות ודעות, על מגע אמיתי בין אנשים ועל קשר אנושי. דרכה אפשר להעביר מסרים, לספר על תופעות אנושיות אוניברסליות ולהקנות לנפגעי הנפש מיומנויות הישרדות ומיומנויות חברתיות שישמשו אותם בחייהם האישיים ובתהליך השיקום וההחלמה.

במהלך ניתוח הראיונות ניסיתי להבין מה מנחה את המרואיינים ואת האנשים שהם מלווים להיחשף בעת פיתוח יחסים שיקומיים. חיפוש קווים מנחים היה תהליך שתוצאותיו לא הובילו אותי לתמונה ברורה וחד משמעית לגבי סוגיה זאת. הממצאים מלמדים שאין חוקיות ברורה לחשיפה. כל מרואיין סיפר מה לדעתו מנחה אותו בחשיפתו מול נפגע הנפש או מה נראה לו שמנחה את הצד השני בחשיפתו האישית. ההסברים היו אישיים ומרתקים ונראה מתוכם כי איש המקצוע אמור להיות 'עם היד על הדופק' רוב הזמן על מנת לעשות שיקולים נכונים בכל מה שנוגע לטובת המטופל ולמה שקשור בקווים האדומים אצל המטפל.

רוב המרואיינים הסכימו שישנו קו מנחה, בדומה לזה שביחסים טיפוליים אחרים, האמור לשמש את אנשי המקצוע בחשיפתם. על אף שמדובר ברמת חשיפה גבוהה הרבה יותר מזו שבטיפולים אחרים ולפעמים חשיפה יזומה, נראה שטובת המטופל וטובת התהליך הטיפולי מנחים גם את אנשי המקצוע בתחום השיקום בבריאות הנפש. אולם מרואיינים שונים לא יכלו להסתפק רק בטיעון זה והוסיפו שיקולים אחרים שהם לוקחים בחשבון בחשיפתם האישית במהלך פיתוח היחסים השיקומיים:

- חשיפה אישית של איש המקצוע לטובת התהליך הטיפולי-שיקומי רק לאחר שהתכנים שנחשפו עברו עיבוד מסוים. אחד המרואיינים סיפר כי הוא משתמש בדוגמאות מחייו כשהוא חושב שהן רלוונטיות להתמודדות של המטופל עם סוגיה כלשהי. הוא משתמש במקרים שכבר קרו, הצלחות וכשלונות, אבל לא בכל דבר ו"זה לא לגמרי פתוח", כפי שהוא מעיד.

- חשיפה אישית של איש המקצוע לטובת המטופל או לטובת תהליך טיפולי-שיקומי כשאיש

המקצוע מרגיש נוח עם תוכן החשיפה ועם רמתה ומרגיש שהחשיפה התקיימה בקונטקט או בנסיבות המתאימות. מרואיין אחד סיפר על הרגשה מאוד לא נוחה בנוכחות מטופל שהחליף בגדים בביתו בלי ידיעה וסיבה, לעומת הרגשה נוחה וטבעית במקלחות של הבריכה בקונטקס של פעילות משותפת. מרואינת אחרת דיברה על הנויאנסים הדקים שבהרגשה מה לחשוף ומה לא, ומה נכון לאותו הרגע.

- חשיפת אישית של איש המקצוע לטובת המטופל או לטובת תהליך טיפולי-שיקומי כששני הצדדים מרגישים נוח עם התוכן ועם רמת החשיפה. אחד המטפלים מספר על ריצת בוקר שהוא רצה לעשות עם מטופל. התנאי היה שהוא יתקלח בבית המטופל לאחר הריצה. הם דיברו על הסיטואציה המביכה הזאת באופן גלוי, המטופל חשב על כך ואמר שהוא ירגיש בסדר אם המטפל ירגיש בנוח. הסיטואציה הזאת הייתה חדשה עבור איש המקצוע והיא דרשה פתרון מיוחד. למרות שהוא הרגיש מבוכה, הוא חש שזה לא פגע ולא הפריע לתהליך השיקומי.

מרואינים אחדים דיברו על הקווים האדומים בחשיפתם. כמה מהם הרגישו שאינם רוצים לחשוף את חייהם האישיים. כמו כן, נראה היה להם כי המשא ומתן המתנהל בין שני הצדדים בנושא מה לחשוף ומה לא, מביך מאוד במיוחד כשמנסים לשמור על כבוד הדדי ולהימנע מפגיעות אישיות.

מרואינת אחת ראתה בשיתוף, אך לא בזה של החיים הפרטיים, את ההבדל בין להיות חברה ולהיות בתפקיד המשרת את צרכי המטופל ולא את צרכי המטפל. מרואינת אחרת הודתה כי היא רוצה שמטופליה ידעו עליה פרטים, אך היא שמה גבולות. היא לא שיתפה אותם בדבר פרידתה מבעלה מכיוון שידעה שהידיעה תעורר דברים מורכבים מדי.

אלמנט החשיפה התגלה כאלמנט עשיר ומורכב ביותר, במיוחד בפנים המגוונות והמנוגדות שיכולות להתגלות בכל קשר שיקומי ובתחושות השונות שהוא יכול לעורר אצל אנשי המקצוע ואצל נפגעי הנפש. מדבריהם של המרואינים אפשר היה להבין שכל שנסה להעמיק יותר בסוגיה זאת ולדייק יותר במשמעויותיה ובהשלכותיה, נגלה עוד שכבת מורכבות והיבטים חדשים נוספים.

הממצאים מלמדים כאמור על דילמות שמתעוררות סביב סוגיית החשיפה ביחסים השיקומיים, שאנשי מקצוע ונפגעי הנפש מתמודדים עמם ביום-יום. עיקר הדילמות התעוררו, כפי שראינו, סביב התוכן, המשמעות וההשלכות של החשיפה האישית של המרואינים. הדילמה המרכזית שעלתה מדבריהם של המרואינים הייתה מהי המשמעות של חשיפת איש המקצוע לגבי נפגע הנפש, האם יש או אין מקום לחשיפה ועל מה נחשפים. נראה כי עוצמות אלו קשורות לחשש של איש המקצוע לטעות או לעשות נזק כלשהו ולפגוע באדם העובר תהליך שיקום על ידי החשיפה או במניעתה. סוגיה זאת אכן מוצגת כדילמה. המרואינים אמנם הצליחו לספר במהלך הראיונות מה לדעתם משמעות החשיפה ומה מניע אותם להיחשף במהלך פיתוח

היחסים השיקומיים, אולם שאלות והתלבטויות אלו המשיכו לעלות ולהעסיק אותם כדילמות ערכיות ומקצועיות.

אחת המרואיינות ניסתה להבין את מקור העניין של מטופליה בחייה האישיים - מה תיתן להם האינפורמציה שיקבלו ממנה? מהי משמעות המידע עבורם? האם זה עלול לאיים עליה או עליהם? היא הביעה חשש מפני תגובות כמו "מה את מבינה? לך יש בעל וילדים והם בריאים" או "איך תביני שכל כך קשה לי שאימא שלי מתה, כשההורים שלך עדיין חיים.

סוגיית החשיפה עוררה גם נושא אחר, רגיש מאוד בפיתוח היחסים השיקומיים, והוא שחשיפת איש המקצוע בכל המובנים - אפילו רק בנוכחותו - מבליטה את ההבדלים ואת הפערים הקיימים בין איש המקצוע לנפגע הנפש. אחת המרואיינות לא יכלה להימלט מהמחשבה שיש אנשים שיש להם ואחרים שאין להם. היא הרגישה שהם בוחנים אותה והיא אינה יכולה להתחמק מלדבר על הדברים. מרואיינת אחרת כאבה את שאלתם מדוע גם הם אינם יכולים לעבוד כמוה מבוקר עד ערב.

מדבריהם של המרואיינים ניתן להבין שהיות שמדובר בחשיפת איש המקצוע ברמה גבוהה יותר מאשר ביחסים טיפוליים אחרים, הפערים וההבדלים בינו לבין נפגע הנפש הופכים להיות לפעמים בולטים לעין. עובדה זאת מקשה בהחלט על נפגע הנפש במפגש עם מציאות כואבת במהלך תהליך שיקומו וכן מקשה על איש המקצוע המנסה לא לפגוע במטופליו.

#### 4. שותפות ביחסים השיקומיים

רוב המרואיינים דיברו באופן ישיר על שותפות והתייחסו אליה כאל אלמנט ייחודי בעבודה שיקומית ובפיתוח היחסים השיקומיים עם נפגעי הנפש. הממצאים מלמדים כי לסוגיית השותפות ביחסים השיקומיים יש משמעות רבה והשלכות לגבי תפיסת אנשי המקצוע את נפגעי הנפש ולדרכי התמודדותם עם המחלה. נראה כי שותפות זאת הופכת את נפגע הנפש ואת מחלתו למשהו אנושי ואמיתי יותר. כמו כן, נראה כי השותפות הופכת את שני הצדדים - איש המקצוע ונפגע הנפש - לאנושיים, עם דעות ותחושות משלהם, ובעיקר הופכת את נפגעי הנפש לאנשים שווי ערך המסוגלים לקיים ברית טיפולית ולקחת אחריות על מעשיהם. לכן, נראה שסוגיה זאת עוזרת להוריד את הסטיגמה הקיימת על נפגעי הנפש.

בניסיון להבין את מושג ה"שותפות" ואת ייחודיותו לעבודה השיקומית עם נפגעי נפש ניתן להבחין במספר מאפיינים משמעותיים: בראש ובראשונה, השותפות מתבססת על העמדה הערכית לפיה נפגעי הנפש נמצאים במרכז הטיפול, והטיפול הוא עבורם ואיתם. אצל המרואיינים חזר שוב ושוב התיאור שנפגעי הנפש הם בני אדם שאפשר ליצור איתם שותפות ושאפשר לסמוך עליהם. הם מסוגלים לקחת אחריות וניתן ליצור ברית משותפת עימם.

בנוסף לכך אופיינו היחסים השיקומיים המבוססים על שותפות בידיעה המלאה ובהסכמה המלאה לגבי החלטות ודרכי פעולה הקשורות לתהליך הטיפול-שיקומי. שני הצדדים לוקחים

אחריות, ובסופו של דבר קיים כבוד רב להחלטה ולדרך שנפגע הנפש ינקוט בה.

אחת המרואיינות סיפרה על היחסים שנוצרו עם משפחת המשתקם, ומדבריה ניתן להבין את מהותה של השותפות ואת ייחודיותה: לדבריה, כל מערכת היחסים שלה עם משפחתו נקבעת בצורה ישירה עמו. היא אינה יוזמת שיחה או מדווחת אלא בידיעתו ובהסכמתו המלאה.

מדבריהם של מרואיינים אחרים ניתן להבין שמהות השותפות מאופיינת גם במעורבות אמיתית (לא רק בלקיחת אחריות) הנדרשת מצד נפגע הנפש. נפגע הנפש העובר תהליך שיקום והחלמה, מעורב בקביעת המטרות וביעדים שהוא רוצה להשיג ויש לו מעורבות מלאה בכל מה שקורה בחייו. מתוך כך ניתן להסיק שמעורבות אמיתית של נפגעי הנפש היא צעד ראשון לקראת לקיחת אחריות בחיים. רק כשמישהו מתחיל להיות מעורב בחייו, הוא מסוגל לקחת אחריות.

ה'ביחד' של השותפות ביחסים השיקומיים הוא אחד המאפיינים הבולטים של מהות השותפות, והוא מתואר כאן בנפרד בגלל אופיו ומשמעותו הייחודיים. מרואיינים שונים דיברו על חווית ה'ביחד' כחוויה בסיסית, אינהרנטית והכרחית ליצירת שותפות ביחסים השיקומיים. הם כינו אותה 'חוויה משקמת'. מרואיינים אחרים התייחסו ל'ביחד' כאל מרכיב המאפשר ביטוי עצמי של נפגע הנפש והזדמנות להשפיע במהלך תהליך השיקום וההחלמה. נראה כי ביטוי עצמי של נפגע הנפש מעניק לו הזדמנות לבטא את ייחודיותו. היו מרואיינים שראו את ה'ביחד' כחוויה המעניקה תמיכה רגשית וביטחון אישי לנפגע הנפש. התמודדות משותפת עם משימות קטנות נותנת לאדם הנעזר תחושה שהוא אינו לבד אל מול העולם, שיש לו משענת או מנוע שדוחף ומתקדם יחד אתו.

הממצאים גם מלמדים על מקומה של השותפות בתהליכי ההעצמה. היא מעניקה לאדם נפגע הנפש זכות, שבתקופות ארוכות נלקחה ממנו - הזכות לבחירה אישית ולשמירה על זכויותיו כאדם. הממצאים מצביעים בחלקם על המורכבות הנוצרת בפיתוח יחסי שותפות בתהליך השיקומי. מדברי כמה מרואיינים ניתן להבין שמורכבות השותפות בולטת במיוחד כשהבנות התאורטיות ניצבות מול המציאות. כך התחושות של חוסר שוויון באות לידי ביטוי ביחסים, בלי שאף צד ירצה בכך. מורכבות השותפות הופיעה בכמה מובנים במהלך ניתוח הראיונות:

#### · שותפות כשאיפה או כמציאות

מדבריהם של המרואיינים נראה כי מצד אחד ישנם מצבים שבהם אפשר לעבוד בשותפות אמיתית, ומצד אחר ישנם מצבים שבהם נדרש איש המקצוע לקבוע עמדה או להחליט החלטה באופן פחות שיתופי. נראה שתנודות אלו אופייניות לפיתוח היחסים השיקומיים.

סוגיה זאת העלתה דילמות שונות אצל המרואיינים. למשל, אחד המרואיינים דיבר על כך שהדבר הקשה ביותר עבורו הוא הרגע שבו הוא צריך, מסיבות שונות, להפר את עקרון השותפות שכל כך מאפיין את היחסים שלו עם נפגעי הנפש. מצב זה יוצר סתירה ערכית עם

עקרונותיו ועם האידיאולוגיה שלו - עבודה בשותפות עם נפגעי הנפש וכיבוד כל מרכיביה. אחד המרואיינים תיאר את הדילמה שלו עם מטופלים שנכנסו למה שמכונה בספרות "מערכת פרנואידיית". אם הוא יאמר למטופל שהוא הולך לדבר עם מעסיקיו במקום העבודה, עם המשפחה או עם הרופא, באותו הרגע הוא הופך להיות האויב, חלק מהמזימה. השאלה היא האם עליו לעשות זאת מאחורי גבו של המטופל על מנת לאפשר לו להמשיך לחיות בדו-קיום עם מערכת הרדיפה שלו ועם בני האדם שאיתם הוא חי.

דילמה נוספת שעלתה הייתה השאלה שחזרה כמה וכמה פעמים בראיונות: עד כמה יש לאיש המקצוע זכות להשפיע, להתערב בחייו של נפגע הנפש והאם היחסים השיקומיים מקנים זכות כזאת. היחסים השיקומיים הבנויים על שותפות פותחים כאמור פתח, ואפילו דורשים משני הצדדים לקחת אחריות ולהיות מעורבים בתהליך שעובר נפגע הנפש. לכן, במהלך פיתוח יחסים אלו, איש המקצוע עומד מול מצבים שבהם הוא שואל את עצמו עד היכן מותר לו להתערב, להתבטא בחופשיות, והאם מצב נפשי לא יציב של נפגע הנפש מצדיק מעורבות יתר.

#### · שותפות לא שוויונית ובעלת פערים בין הצדדים

מדבריהם של כמה מרואיינים נראה כי מורכבות השותפות מתבטאת בכך שהפערים הקיימים בין הצדדים גורמים לפעמים ליחסים השיקומיים להיות פחות שיתופיים. הפער בין התפיסה של נפגעי הנפש את אנשי המקצוע לבין התפיסה ההפוכה גורם לשותפות להיות פחות אפשרית. מדבריהם של כמה מרואיינים ניתן לראות שבעשייה השיקומית ובפיתוח היחסים השיקומיים, מושג השותפות מתרחק מהתיאור התאורטי, מכיוון שלא תמיד ניתן להתאימו למציאות היום-יומית. נראה כי קיימת רמה מסוימת של אמביוולנטיות אצל איש המקצוע בשאלות - האם באמת ניתן לעבוד בשותפות, האם לתת לנפגעי הנפש להיות מעורבים ולקחת אחריות על חייהם או שרק מדובר באשליה של איש המקצוע, והאם השותפות יכולה לשמור על שיוויון בין הצדדים. מדבריהם של המרואיינים ניתן להבין שזאת סוגייה העולה בכל פעם מחדש כשאיש המקצוע ניצב מול מצבים שונים ומורכבים במהלך פיתוח היחסים השיקומיים.

#### · דיאלוג והבנה עצמית

מורכבות השותפות חושפת גם סוגיות כמו הדיאלוג בין איש המקצוע לנפגע הנפש וגם ההבנה העצמית של איש המקצוע את עצמו. שני דברים אלו נדרשים על מנת לבנות שותפות אמיתית ומשמעותית לשני הצדדים במהלך פיתוח היחסים השיקומיים. מרואיינים שונים דיברו על כך שביחסים שיקומיים המאופיינים בשותפות מתקיים דיאלוג הכרחי בין שני הצדדים. שני הצדדים קובעים את מועד הפגישה, שניהם מחליטים היכן תתקיים, הם מדברים על מטרותיהם בטיפול וכיצד הם חושבים להשיגן. אם לאיש המקצוע יש תכנית עבודה והמטופל אינו יודע על כך, היא לא תצא אל הפועל. בדיאלוג הזה איש המקצוע נדרש להיות קשוב לא רק לנפגע הנפש ולמצבו, אלא גם לעצמו. על בסיס מודעות והקשבה יכול להתנהל משא ומתן, וזו בעצם השותפות האמיתית.

### · שינוי המשמעות בהתאם למקום

מורכבות השותפות מתבטאת גם בכך שמשמעות השותפות משתנה בהתאם למקום שבו מתקיימים היחסים השיקומיים. ניתן ללמוד שתכונות המסגרת או המקום בו מתקיימים היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש יכולות להשפיע על האופי ועל משמעות השותפות ומרכיביה. למשל, שותפות היכולה להתקיים בבית חולים פסיכיאטרי שונה משותפות בקהילה. שותפות ביחסים השיקומיים המתקיימים בבית החולים נתפסים כמשהו מאוד ראשוני, שהדגש בהם הוא בהכרה שקיים צד שני ביחסים השיקומיים (מחוץ לצד של המטפל) שהוא שווה ערך. נראה שיישום שותפות במערכות מוסדיות מנסה להילחם בגישה הרפואית המסורתית, המאוד פטרונית, שאינה משאירה מקום למטופל ולדעותיו. בעיני כמה מהמרואינים, היכולת לאפשר לאנשים המאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי שותפות פירושה לשמור על הזהות האישית שלהם, לא למחוק אותה. שותפות המתקיימת בקהילה אינה צריכה להתבטא ברמה בסיסית כזו, אלא יכולה לעמיק ולהתרחב לתחומים אחרים.

### 5. תקשורת טבעית ביחסים השיקומיים

פרק זה במחקר מציג קבוצה של אלמנטים המאפיינים, לדעת המרואינים, את היחסים השיקומיים. המכנה המשותף שלהם הוא הקונספציה שיחסים שיקומיים דומים, בדרך זו או אחרת, ליחסים אנושיים, חברתיים, נורמטיביים והם מהווים כעין הדמייה של חיים אמיתיים. בחרתי לקרוא לפרק זה 'תקשורת טבעית', מכיוון שמדברי המרואינים עולה שהיחסים השיקומיים שואפים לתקשורת זורמת ופתוחה בין איש המקצוע לנפגע הנפש. האלמנטים שאציג בהמשך משקפים זאת.

במהלך ניתוח הנתונים, אלמנטים כמו 'קשר אנושי נורמלי', 'פתיחות, כנות ואמיתיות', 'יחסים לא פורמליים, לא היררכיים ובגובה עיניים', 'השאיפה לשוויון ולהדדיות' התגלו כמאפיינים את היחסים השיקומיים. המושגים האלו חזרו שוב ושוב במהלך הראיונות כאלמנטים המשמשים את אנשי המקצוע ואת נפגעי הנפש לפתח יחסים שיקומיים.

מתוך השימוש החוזר במושגים אלו ניתן להבין את גישתם של אנשי המקצוע המכירים בנפגע הנפש קודם כול כאדם, ומעודדים ליצור יחסים שיקומיים לא פורמליים ולא היררכיים, בניגוד לנעשה במוסדות הרפואיים. על פי גישה זו אפשר, מותר ורצוי לבטא עמדות ורגשות בכנות ובאמיתיות לא רק לאיש המקצוע אלא גם לנפגע הנפש. ניתן להבין כי איש המקצוע אינו מעמיד את עצמו בעמדה פטרונית מתנשאת אלא בעמדה טבעית, אנושית ושוויונית הקרובה לנפגע הנפש.

### · קשר אנושי נורמלי

מרבית המרואינים הדגישו במהלך הראיונות שמדובר ביחסים 'בין אדם לאדם' ולא בין 'אדם למחלה', יחסים אשר מנסים להידמות ליחסים חברתיים נורמטיביים, על מנת לעזור לנפגע הנפש ללמוד ולשפר את המיומנויות החברתיות הנדרשות שיעזרו לו להתקיים בחברה. בסיטואציות אלו של הדמייה דיברו מרואינים רבים גם על איש המקצוע כמודל לחיים, על משמעות המודלינג ועל הבעייתיות שיש בכך במקרים כמו הפרעות בשיפוט או בתפיסה של דברים, שבהם מודלינג אינו תמיד מועיל.



· יחסים לא פורמליים, לא היררכיים ובגובה עיניים במהלך הראיונות הצביעו כמעט כל המרואיינים על כך שהיחס הקיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש בתחום השיקום שונה מאוד מיחסים טיפוליים קלאסיים במערך בריאות הנפש, בעיקר בהשוואה למערכת הרפואית. המרואיינים דיברו על יחסים הבנויים על בסיס פחות פורמלי ופחות היררכי, עם כבוד הדדי ובגובה העיניים, למשל אכילה סביב שולחן משותף. מדבריהם של המרואיינים, היה אפשר להבין שאפיונים אלו מעלים קשיים ודילמות, בעיקר כשאיש מקצוע נדרש שלא לעבוד על פיהם. אחד המרואיינים דיבר על כך שהוא מרגיש מאוד לא נוח כשהוא עושה משהו לא 'בגובה העיניים' אפילו מסיבות מקצועיות מוצדקות.

#### · כנות ופתיחות

במהלך הראיונות חזרו ביטויים כמו 'להניח הכול על השולחן' או 'לדבר בצורה ישירה'. נראה כי זה ביטוי לכנות ולפתיחות ההדדית הקיימת ביחסים השיקומיים. התייחסותם של המרואיינים למושגים אלו הוצגה כעמדה בסיסית המאפשרת לאיש המקצוע ולנפגעי הנפש לדבר ישירות ובאופן כן במהלך פיתוח היחסים השיקומיים, באופן זורם וטבעי, בדרך שמכבדת את האחר, בלי מניפולציות, תירוצים או מילים יפות וריקות. אחת המרואיינות דיברה על כך שהיא מבטאת באופן גלוי ואישי את האמון שלה בכוחות של מטופליה, ביכולת שלהם להצליח ולהתקדם. מרואיינת אחרת סיפרה על הבעת רגשות כמו כעס או אי שביעות רצון, הוקרה או כבוד, שמחה ואהבה – הכול בצורה כנה וישירה, מה שלא הייתה מרשה לעצמה לעשות במסגרות אחרות. מרואיינים שונים הדגישו גם את זכותו של נפגע הנפש להתבטא בישירות, ונראה שמה שמבדיל עמדה זאת מעמדות טיפוליות אחרות היא העובדה שאיש המקצוע יעודד ביטויים אלו וייתחם אליהם במישור המציאותי והנורמטיבי, במובן שמותר ורצוי להתבטא בישירות ובכנות. מרואיינת סיפרה על האפשרות שיש למטופליה לבטא כלפיה כעס או שמחה. הדיאלוג ביניהם נסוב על אופן ביטוי הרגש בצורה נאותה, מכובדת ולא תוקפנית. מדבריהם של המרואיינים ניתן להבין שלכל צד ביחסים השיקומיים מותר להתבטא באופן ישיר, אולם הודגש שחשובה הדרך בה נעשות התבטאויות אלו, כלומר ישנה ציפייה שכל צד יוכל להתבטא באופן שהשני יוכל להקשיב לדבריו.

בנוסף לכך הובעו גם קשיים העלולים להיווצר ביישומם של אלמנטים אלו. למשל, מרואיינת אחת דיברה לא רק על היתרון שיש בהבעת רגשות כנה ואמיתית, אלא גם על כך שאנשי מקצוע צריכים להיות מסוגלים לקבל ביטויים אמיתיים וכנים מהצד השני, דבר שלפעמים אינו פשוט. מרואיינת אחרת דיברה על כך שאינה יכולה להגיד תמיד בביטחון מלא שפתיחות ואמיתיות ביחסים השיקומיים עם נפגעי הנפש ברורים מאליהם ונכונים. כמו כן, היה אפשר להבין מדבריה כי קיים חשש כלשהו מפני תוצאות אפשריות, כמו למשל עזיבת המשתקם את המסגרת.

#### · השאיפה לשוויוניות ולהדדיות ביחסים השיקומיים

החלטתי להציג את שני האלמנטים 'שוויוניות' ו'הדדיות' יחד, על אף השוני ביניהם. מדבריהם של המרואיינים אפשר היה להבחין בכך שאנשי מקצוע המפתחים יחסים שיקומיים עם נפגעי

הנפש שואפים ליצור קשרים הדדים ושוויוניים ככל האפשר במובן של קשר אנושי, טבעי, פחות פורמלי וכזה המבליט פחות את ההבדלים בין הצדדים.

ייחודם של שוויוניות והדדיות, בניגוד לאלמנטים אחרים שתוארו עד כה, בא לידי ביטוי דווקא ברמה מופשטת יותר, בשאיפות או באידיאולוגיה של איש המקצוע השואף שהיחסים השיקומיים יתנהלו בשוויוניות ובהדדיות ופחות ברמת יישומית קונקרטית. בדבריהם של המרואיינים אפשר היה לשמוע שהדדיות ושוויוניות מתאפשרים במציאות רק ברמה ובמידה מוגבלת או מאוד מסוימת במהלך פיתוח היחסים השיקומיים. עם זאת, נראה כי השאיפה לשוויוניות והדדיות שמנחה את היחסים השיקומיים מעניקה גוון מיוחד ליחסים ומשפיעה בדרכים שונות על האופי שבו איש המקצוע יצור ויפתח יחסים שיקומיים עם נפגעי הנפש. יחד עם זאת, נטען בראיונות, כי אין שיוויון מלא בשל התפקידים השונים והאחריות השונה המעמידים את הצדדים במקומות שונים. נראה כי ה'לא שוויוני' אינו ביטוי לעמדה פטרונית והיררכית ביחסים, אלא הוא מנסה להדגיש נקודה חשובה לאנשי המקצוע והיא - אסור לטשטש תפקידים ועמדות בין הצדדים. על אף שהיחסים הם פחות פורמליים ויותר טבעיים, הם אינם יכולים להיות שוויוניים מבחינת התפקידים.

אף כי קיימים חילוקי דעות באשר לקיומה של שוויוניות ולהשלכותיה על היחסים השיקומיים, נראה כי השאיפה לשוויוניות היא אלמנט המאפיין את היחסים השיקומיים בכך שהיא באה להדגיש את הפן האנושי של היחסים. שוויוניות פירושה שכל אדם שווה בשל היותו אדם ולא שווה פחות בגלל היותו חולה או מטופל. נראה שהגישה שהנחתה את המשתתפים במחקר הייתה ליצור יחסים יותר שוויוניים, פחות פטרוניים והיררכיים ופחות מדגישים את ההבדלים הקיימים ביניהם.

#### · **השאיפה להדדיות ביחסים השיקומיים (לא בולד +שאיפה)**

על אף שהיחסים השיקומיים הינם יחסי עוזר-נעזר ועל אף שהתפקידים השונים הקיימים בין איש המקצוע לנפגע הנפש מבליטים את הפערים הקיימים ביניהם, מספר מרואיינים דיברו על מידה מסוימת של הדדיות הקיימת ביחסים השיקומיים. לדעתם, ההדדיות ביחסים השיקומיים מתבטאת ביחסי 'תן וקח' פורמליים פחות וקרובים יותר. נראה כי באמצעות ההדדיות ניתן להבליט פן נוסף – כאשר איש המקצוע מלווה נפגע נפש בתהליך שיקום והחלמה, מתרחשים בחייו דברים הקשורים לעתים לעבודה ולעתים לחיים האישיים. אחת המרואיינות דיברה על הצורך שיש למטפל במטופל, הצורך להיות נחוץ. בזאת היא רואה את ההדדיות, את נקודת החיבור. מרואיינת אחרת דיברה על כך שיש משהו אמתי בקשר שגרם לה עם הזמן להרגיש שהיא שואבת ממטופליה עידוד ותמיכה ברגעים של חולשה או במצוקה אישית. עוד מרואיינת ציינה את האנרגיות והמשאבים שהיא שואבת ממטופליה אפילו בנושא כמו הסתכלות בטבע. ההדדיות שתוארה על ידי המרואיינים מאפשרת הכרה שלשני הצדדים קורה דבר מה במהלך פיתוח היחסים השיקומיים ושישנה לגיטימציה, בניגוד לעמדות מסורתיות אחרות, להביא זאת באופן ישיר אל תוך היחסים. כמו כן, ניתן ללמוד שהשאיפה להדדיות מעבירה מסר אנושי יותר ופורמלי פחות לגבי הדרך שבה ניתן ליצור ולפתח יחסי עוזר-נעזר.

לסיכום, מדבריהם של המרואיינים ניתן ללמוד שמדובר ביחסים אנושיים, טבעיים ויותר שוויוניים, פחות היררכיים ופחות פורמליים מיחסים טיפוליים אחרים. אלו יחסים המאופיינים בתקשורת ישירה יותר, הדדית יותר, ו'בגובה העיניים'. בבסיס היחסים עומדת גישה אנושית וחברתית לפיה מותר ורצוי לבטא עמדות, רגשות ודעות בישירות ובכנות רבה לכל צד. נראה כי אלמנטים אלו הופכים את היחסים לאוטנטיים ומשמעותיים לתהליכי שיקום והחלמה של נפגעי הנפש, והם מאפשרים להכיר יחסים נורמטיביים וללמוד או לתרגל דרכם פיתוח יחסים חברתיים בכלל.

### 6. קרבה ייחודית ליחסים השיקומיים

הממצאים מלמדים שעל אף שאלמנט הקרבה הופיע בתדירות נמוכה בהשוואה לאלמנטים אחרים שתוארו, גם הוא התגלה כאלמנט המאפיין פיתוח יחסים שיקומיים. מדברי המרואיינים ניתן היה להבין שמדובר בקרבה במובן של קשר טיפולי קרוב יותר, חברי, שיתופי והדדי בהשוואה ליחסים טיפוליים אחרים. מדובר ביחסים אנושיים מרוחקים ופורמליים פחות. כמו כן, ניתן ללמוד שקרבה נתפסת ככלי משמעותי ביותר בפיתוח יחסים שיקומיים, במיוחד כשמדובר על קשר טיפולי קרוב, חברי ושיתופי.

אלמנט הקרבה מעלה דילמות רבות באשר לתפקידו, מקומו והתנהגותו של איש המקצוע במהלך פיתוח יחסים שיקומיים. מכיוון שהיחסים קרובים במהותם, סיטואציות שונות מאלצות את איש המקצוע להתלבט בשאלה עד כמה קרוב יכולים וצריכים להיות היחסים השיקומיים ומה מקומו של איש המקצוע במסגרתם. מרואיינים אחדים העלו את השאלה האם הקרבה המאפיינת את היחסים השיקומיים עלולה לטשטש את התפקידים ביחסים, והאם היא עלולה לפעמים גם לבלבל את מהות היחסים וסיבתם.

### 7. מעורבות רגשית ביחסים השיקומיים

רוב המרואיינים דיווחו על מעורבות רגשית גדולה בעבודתם בשטח ובפיתוח יחסים שיקומיים, אולם מיעוטם הגדירו מעורבות רגשית כאלמנט ייחודי בעבודתם השיקומית בשטח ובפיתוח יחסים שיקומיים עם נפגעי הנפש. ניתן לראות שקיימים חילוקי דעות באשר לייחודיותה של המעורבות הרגשית ביחסים השיקומיים עם נפגעי הנפש. במהלך הראיונות היו מרואיינים שטענו שמעורבות רגשית היא אכן ייחודית ליחסים השיקומיים בגלל האופי האינטנסיבי של היחסים, אופי הפעילות המשותפת ואופי האוכלוסייה. מרואיין אחד טען שבכל קשר טיפולי קיימת מעורבות רגשית, ולדעתו הדבר תלוי ביחסים בין מטפל מסוים לבין מטופל מסוים. יחד עם זאת, היה אפשר לשמוע מהמרואיינים שבלי מעורבות רגשית אי אפשר לעבוד עם נפגעי נפש בכלל ובתחום השיקום בפרט.

פעמים רבות במהלך הראיונות הופיעה המעורבות הרגשית בהתייחסות פחות ברורה וישירה של המרואיינים. נראה שגם דרך השפה וטון הדיבור אפשר היה להרגיש את מעורבותם הרבה ביחסים השיקומיים. הממצאים מלמדים שמדובר בסוג של מעורבות שבה איש המקצוע המרגיש קרוב מבחינה רגשית, דואג לנפגע הנפש ולתהליך שהוא עובר ועסוק עמו לא רק

בשעת המפגש, אלא במהלך היום ובחיים האישיים שלו.

מרואיינים שונים ניסו להסביר את הנסיבות ואת הגורמים למעורבות הרגשית: המרואיינים הצביעו על ה'כימיה' הנוצרת בין הצדדים. מדבריהם של המרואיינים ניתן להבין שמעורבות רגשית היא מרכיב אישי הנוצר בין איש המקצוע לנפגע הנפש והוא תלוי בין היתר בתכונות האישיות של שני הצדדים ובמיוחד במה שכל אחד מעורר בשני. קשר כזה, לפי דברי המרואיינים, אינו נוצר בכל מערכת יחסים בשיקום. גורם אחר הוא הצורך האישי של איש המקצוע להיות ולהרגיש מעורב. לדוגמה, מרואיינת סיפרה על הצורך שלה להמשיך את הקשר עם המטופל גם מהבית לאחר שעות העבודה. עוד גורם קשור לאפיונים או לתכונות של אוכלוסיית נפגעי הנפש - מרואיינים דיברו על תהליכים אינטרה-פסיכיים ואינטרה-סובייקטיביים המתרחשים במפגש, על הגנות, השלכות ודרמות פנימיות, והעידו כי העוצמה הזאת היא ההופכת את הקשרים למעורבים. הגורם האחרון למעורבות הוא יחסים הדומים ליחסי חברות - מרואיינת הודתה שמטופליה 'לא יוצאים מהראש' גם בחופשות ובנסיעות לחו"ל, ובאחת מאלה היא חיפשה מתנה למטופלת, כפי שעשתה לחברותיה.

### 8. תקווה ביחסים השיקומיים

אלמנט התקווה מופיע ברוב הראיונות כאלמנט ייחודי ומשמעותי ביותר בפיתוח היחסים השיקומיים. אנשי מקצוע שרואיינו הביעו את אמונם ביכולתם של נפגעי הנפש לבנות חיים משביעים ומספקים יותר. המילים 'אפשר' ו'יכול' חזרו פעמים רבות בדבריהם ושיקפו עמדות אופטימיות כלפי תהליכי שיקום והחלמה. כל מרואיין ביטא סוג של 'אני מאמין' לפיו קיימת תקווה בסיסית בכל יצירת יחסים שיקומיים. יחד עם זאת, משמעות או תרגום התקווה למציאות היום-יומית הוצגה יותר בהקשרה לאדם, לכוחותיו ולצומת החיים שבו הוא נמצא, ופחות כמשהו אידיאלי או תאורטי.

התקווה נבנית מתוך היכרות עם האדם העובר תהליך שיקום והחלמה ומתוך העמקת היחסים השיקומיים. מדובר בתקווה שאינה מתבטאת ב'ניסים ונפלאות' אלא בצעדים קטנים ואיכותיים הניתנים להשגה על ידי נפגע הנפש ומשדרים תחושה של שליטה בחייו, תחושה שבשל המשבר הנפשי היא נעלמת פעמים רבות. מדובר באמונה שניתן לחיות חיים טובים יותר, שאפשר לעשות דברים מספקים יותר, למצוא דברים שאפשר ליהנות מהם, להתפתח באמצעותם ולממש את הפוטנציאל של כל אחד על אף המחלה. רוב המרואיינים הרגישו שעליהם מוטל התפקיד לשדר ולחזק את התקווה כל הזמן.

מרואיינים שונים דיברו על התקווה ועל משמעויותיה בלי להזכיר את המילה עצמה. מרואיינת אחת התייחסה לכך כאל חיפוש מתמיד ומרגש של כוחותיו של נפגע הנפש. בראיונות בלטו במיוחד הקשיים והרגשות שאנשי המקצוע מתמודדים עמם על מנת לשדר ולשמר תקווה אמיתית לכל אדם. פעמים רבות נראה היה שהתקווה מופיעה כעוגן הישרדותי המאפשר לאיש המקצוע ולנפגע הנפש כאחד להתמודד מול הקשיים והתחושות הקשות שתהליכי שיקום והחלמה מעוררים אצל שני הצדדים.

ביטוייהם של קשיים אלו היו מאוד רגשיים. מרואיינים אחדים דיברו על תחושת התקווה העומדת במבחן מול אכזבות, תסכולים, ייאוש ורוטינה. במצבים כאלה מתחזק הצד הפחות אופטימי והפחות מעודד של התקווה בפיתוח היחסים השיקומיים. אחת המרואיינות הרגישה שצריך לתת מקום לכאב האמיתי ולתחושות של החמצה. לדעתה צריך לתת לגיטימציה למשבר הקשה שעובר מתאשפז הסובל ממחלת נפש. התקווה מבחינתה מתבטאת בחיבור שבין עיבוד הכאב והשבר לבין שידור תחושה אופטימית יותר של תקווה.

נראה כי חיבור זה בין תחושת ההחמצה, הכאב והשבר לבין תחושת התקווה הוא ייחודי ואינטגרלי בפיתוח יחסים שיקומיים, כשאיש המקצוע מבקש לקדם את נפגע הנפש בתהליכי השיקום וההחלמה.

מרואיינים שונים התייחסו באופן ישיר לאכזבות ולקשיים המתעוררים בהתמודדותם עם תקווה ביחסים השיקומיים. אחת המרואיינות סיפרה שעל מנת להתמודד עם אכזבות, היא מורידה מלכתחילה את הציפיות. כך היא יכולה לשמר את תחושת התקווה ולהמשיך לעזור לנפגעי הנפש להתקדם בחייהם.

מורכבות התקווה הופיעה בראיונות גם בפן אחר, בשאלה מה צריך איש המקצוע על מנת שלא לאבד את התקוות ולהתמודד בהצלחה עם כובדן ומורכבותן של מחלות הנפש ועם לוויו נפגעי נפש העוברים תהליכי שיקום והחלמה. בסופו של דבר, התקווה, על כל מורכבותה, היא ה'דלק' המסוגל להניע כל תהליך שיקומי, כל תהליך שינוי, והיא מהווה עוגן הישרדותי המאפשר לאיש המקצוע ולנפגע הנפש להיות יחד בתהליכים המורכבים שהם עוברים.

#### דיון מסכם

מחקר זה הציב לעצמו אתגר, הן במישור המחקרי והן במישור הפרקטיקה המקצועית, בתחום השיקום בבריאות הנפש. מטרת המחקר הייתה להגיע, בהסתמך על תפיסותיהם של המרואיינים, לראייה מובחנת של מהות היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש, באמצעות בחינת המרכיבים הייחודיים והדילמות המתעוררות ביצירתם ובפיתוחם של יחסים אלה, המשגה שעד היום לא קיבלה התייחסות יסודית מן השטח או מכיוון המחקר.

מתוך תפיסותיהם של עשרה אנשי מקצוע אשר רואיינו במהלך מחקר זה עולה כי היחסים השיקומיים עומדים במוקד העבודה השיקומית ומהווים פן משמעותי ביותר בשיקומם ובהחלמתם של נפגעי הנפש. ממצא זה מקבל אישור גם בספרות המקצועית, המדגישה שבעבודה המבוססת על הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי, היחסים השיקומיים (rehabilitation relationship) בין איש המקצוע לבין נפגע הנפש העובר תהליך שיקום הם מרכיב משמעותי ואף מהותי ביותר (Horowitz et al., 1995; Mosher & Burti, 1994; Horowitz, 1991; Goering & Stylianos, 1988). היחסים השיקומיים הם אלה המחברים את נפגעי הנפש לתכנית התערבות ולאמונה שניתן לשנות דברים בחייהם, והם אלה המסייעים להם לשמור על המשכיות ועל חיבור פנימי אמיתי עם עצמם (Horowitz et al., 1995).

כמו כן, הספרות המקצועית מדגישה שכוחם של היחסים, כוח הצומח מאינטראקציות אנושיות עשירות, מעניק תחושה של תמיכה עקבית בהתמודדות עם מבחנים קשים וכואבים בחיים (Yalom, 1980), והדגש המהותי הוא בגילוי המטרות בחיים, בשיקום האמונה ובחיזוק תחושת הערך העצמי (Horowitz, 1991). מחקרים שונים שנערכו בשנים האחרונות בסוגיית היחסים השיקומיים, מתמקדים יותר ביעילותם של היחסים, והמונח הרווח הוא 'יחסים שיקומיים אפקטיביים'. מונח זה מדגיש את העובדה שבכוחם של קשרים אלו להשיג ביעילות רבה יותר תוצאות שונות הנוגעות לתחומי חיים שונים של נפגעי הנפש 2000 (Onyett).

לאור הממצאים שלעיל, וככל שהמגמה תמשיך להדגיש את היחסים בעבודה השיקומית ככלי המאפשר התקדמות לנפגע הנפש, נראה כי על איש המקצוע, כמו גם על מנהלי השירותים וקובעי המדיניות, להבין לעומק את מרקם היחסים השיקומיים ואת האלמנטים המאפיינים אותם. זאת כדי להבהיר מעט יותר מה מצפה לאנשי המקצוע כאשר הם מפתחים יחסים כאלה, מהי מהותם ומה משמעותם.

במוקד המחקר ועל פי תפישותיהם של המרואיינים, נמצאו שמונה נושאים מרכזיים אשר ניתן להגדירם כאלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים, וצירופם יחדיו מגדיר את מהותם הייחודית. אלמנטים אלה הם: השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם- 'העשייה' לבין העיסוק בפנימיות האדם- 'הנפש' בפיתוח יחסים שיקומיים; הגבולות הלא שגרתיים של היחסים השיקומיים; חשיפה; שותפות; תקשורת טבעית; קרבה ייחודית; מעורבות רגשית; ותקווה. כל אחד מן האלמנטים הללו מוסיף פן אחר שבעזרתו אפשר להגיע להגדרה ברורה יותר של היחסים.

בניסיון לסכם את מהות היחסים השיקומיים אתייחס כאן למסגרת שלדעתי מקיפה את היחסים ושאינה נופלת בחשיבותה ובמשמעותה מסוגיית היחסים עצמם או ממרכיביה. במהלך ניתוח הנתונים ניסיתי לתת משמעות רחבה וכללית יותר לשאלה מדוע נמצאו אלמנטים אלה ולא אחרים. הייתה לי תחושה שאין די בבידודו של כל אלמנט ובהבנתו לעומק, ושהסבר כולל יספק תמונה רחבה יותר של מהות היחסים השיקומיים. העסיקה אותי ביותר השאלה כיצד הגיעו המרואיינים להגדרת אלמנטים מסוימים כמאפיינים את היחסים ומה הניע אותם לכך. כיוון שבאופן הגיוני ניתן לקבוע שפיתוח יחסים בין אישיים מבוסס בין היתר על אידיאולוגיה ועל עקרונות מסוימים המנחים את האדם ליצור יחסים בדרך זו או אחרת, נראה היה לי חיוני לחזור לעקרונות המנחים את הגישות לשיקום פסיכו-סוציאלי ולאידאולוגיה שבבסיסם ולחברם עם הממצאים כדי לקבל תמונה מעמיקה ורחבה יותר ובעלת משמעות רבה לממצאי מחקר זה. כידוע, בחמישים השנים האחרונות התחולל מהפך בתחום בריאות הנפש, מהפך ששינה באורח מהותי את עבודתם של אנשי המקצוע בשטח ואת מערך בריאות הנפש בכלל. במרכז השינוי עומדת צמיחתה והתפתחותה של תנועת בריאות הנפש הקהילתית, אשר אפשרה לגישות שונות לשיקום בבריאות הנפש להתפתח ולעובדים בתחום - להתמקצע, על מנת לתת מענה מספק יותר לאנשים הסובלים מבעיות נפשיות.

חשוב להזכיר כי במשך שנים רבות עסקו שירותי בריאות הנפש המסורתיים בעיקר במתן טיפול מוסדי טוטלי, טיפול שהותיר מחוץ לחברה את האנשים הסובלים מנכויות או ממגבלות כתוצאה מליקויים נפשיים. הטיפול המוסדי עסק בעיקר בתחזוקה ולא התייחס לצרכים הייחודיים של כל אדם ולחשיבות בנייתה של תכנית טיפולית בשותפות עם נפגעי הנפש עצמם. לפיכך ניתן לקבוע כי שירותי בריאות הנפש ענו באופן חלקי ביותר על צרכיהם של נפגעי הנפש (פרבשטיין והידש, 1997; אליצור, 1998).

לאור הנאמר, ניתן להבין שפיתוח יחסים שיקומיים מבוסס על גישות ועל עקרונות שמטרתם לאפשר לאנשים הסובלים ממחלות נפש להתגבר על המוגבלויות התפקודיות ועל מחסומים בין אישיים וסביבתיים, על מנת לשקם את יכולתם לחיות חיים עצמאיים ומספקים בקהילה (Huges, 1994). הספרות המקצועית מדברת על מספר עקרונות המנחים את הגישה לשיקום פסיכו-סוציאלי בבריאות הנפש, עקרונות המשמשים בסיס משותף והמחברים בין מודלים ובין גישות שונות לשיקום. עקרונות אלה כוללים: התמקדות בכוחותיו וביכולתו של האדם ולא בחולשות או בפתולוגיה; שיתוף המטופל בכל שלבי ההתערבות; התייחסות לסביבה כמוקד ההתערבות; התמקדות ב'כאן ועכשיו' ולא בחוויות העבר; ראיית המטפל השיקומי כדמות מציאותית ואנושית; תפיסת התלות כהכרחית להשגת עצמאות; הענקת גישה דיפרנציאלית לכל אדם; שאיפה לנורמליזציה; יצירת תקווה ומתן זכות ואחריות לנפגע הנפש להגדרה עצמית ולבחירה. (Cnaan, Blankertz & Saunders, 1992; לכמן, 1998).

עוד ניתן להבין שבמסגרת המקיפה והמחברת את היחסים השיקומיים משתקפים לא רק העקרונות המנחים את הגישות השונות לשיקום, אלא גם השינויים האידיאולוגיים שחלו בתחום בריאות הנפש, ובעיקר השינוי בתפיסת נפגע הנפש, משפחתו והתמודדותו בחיי היום-יום. כל העקרונות הללו מתועלים בדרך זו או אחרת אל תוך היחסים, ולכן לדעתי ועל פי תפיסותיהם של אנשי מקצוע אשר ראייתי במחקר זה, ניתן לראות כי פיתוח יחסים שיקומיים הופך להיות דבר מה שהוא הרבה מעבר לטכניקה או לכלי. הוא הופך לעמדה אידיאולוגית ולעמדה ערכית בנוגע לחייו של הפרט בחברה. כל אנשי המקצוע ביטאו בדרך זו או אחרת את אמונתם החזקה בשיקום נפגעי הנפש ואת גאוותם בעבודתם בשטח. כלל לא עלתה השאלה האם כדאי לשקם אנשים עם מגבלות או האם לאנשים אלו יש זכות לחיים נורמטיביים בחברה.

ממצאי המחקר מצביעים בראש ובראשונה על השילוב הקיים בין העיסוק במציאות האדם –'העשייה' לבין העיסוק בפנימיות האדם – 'הנפש', כאלמנט ייחודי ומרכזי בפיתוח היחסים השיקומיים. על פי הבנתי זהו אלמנט החוצה את הקווים הקלאסיים של הטיפול ומציב את היחסים במקום ייחודי ושונה מיחסים טיפוליים אחרים. מדובר בעמדת פתיחה שונה לגמרי ליצירת יחסים טיפוליים שממנה נובעים האלמנטים האחרים.

ממצאים אלה מתקשרים לטענה מרכזית הקיימת בתחום בריאות הנפש, שיש לה היבטים ערכיים ומקצועיים כאחד. על פי הטענה לא ניתן לעזור לנפגעי הנפש לעבור תהליך שיקום והחלמה אלא דרך פסיכותרפיה, כלומר רק באמצעות טיפול שיחתי. העוסקים בשיקום טוענים

בלהט כי על מנת לסייע לנפגעי הנפש להשתלב בחיי החברה, יש צורך לכלול בטיפול גם את תחום העשייה, כלומר צריך לעזור לנפגע הנפש להיות מעורב בעשייה המשמעותית לו. חשוב אמנם לעזור לנפגע הנפש במישור הנפשי, במובן של עיבוד והכלה של תחושותיו העולות מהתמודדות בכלל ומהתמודדות עם המחלה ועם המשבר ולעזור לו למצוא משמעות וטעם בחיים. עבודה מסוג זה מתבצעת, חלק ניכר מן הזמן, במסגרת שיחות, כלומר בחלק הטיפולי של תהליך השיקום, ואולם חשוב גם לעזור לנפגע הנפש בתרגול מיומנויות חברתיות, וכך לסייע לו להיות מעורב בעשייה ממשית במישור המציאותי והתפקודי על מנת שיוכל להשתלב בחזרה בחיי הקהילה.

שילוב זה בין העיסוק במציאות האדם לבין העיסוק בפנימיות האדם ביחסים השיקומיים משנה בראש ובראשונה את מהות היחסים הנוצרים בין איש המקצוע לנפגע הנפש. העשייה אינה אקט טיפולי, כפי שהיא נתפסת בפסיכותרפיה הקלאסית ומקבלת לגיטימציה רק במקרים מסוימים ולאחר חשיבה ושיקול מעמיק, אלא היא חלק אינטגרלי של הטיפול, חלק מתהליך השיקום.

על בסיס אלמנט זה, שממנו מתפתחים היחסים השיקומיים, ניתן להבין כי מדובר ביחסים שונים, לא שגרתיים ומשתנים אשר ניתן לשנות את אופיים ואת חלוקת התפקידים בהם על פי הצורך ובהתאם לנפשות הפועלות. מדובר ביחסים שהם שונים במובנים רבים מן היחסים הטיפוליים המסורתיים. השוני מתבטא למשל בסוג הפעילות המתבצעת במפגשים ובממד העשייה והמציאות. קיימת נוכחות ממשית של איש המקצוע בחיי נפגע הנפש, והמציאות היא הסביבה הטיפולית שבתוכה מתרחשים המפגשים. הממצאים מצביעים על סוגיית הגבולות ועל סוגיית החשיפה כעל אלמנטים ייחודיים המאפיינים את היחסים השיקומיים. נראה כי כתוצאה מן השילוב הקיים בין 'העיבוד הנפשי' לבין 'העשייה', וכתוצאה מהמציאות הממשית הקיימת במפגשים, ממד הגבולות וממד החשיפה מתקיים ביחסים אלו באופן אחר וייחודי, דבר ההופך אותם לבלתי רגילים ולפעמים אפילו ליוצאי דופן.

השילוב שלעיל, לצד סוגיית הגבולות והחשיפה על כל מורכבותם ומשמעותם, מאשש את הטענה שנשמעה פעמים רבות במהלך הריאיונות כי מדובר ביחסים לא שגרתיים בהשוואה למערך הקלאסי של טיפול. כאשר מרואיינים שונים תיארו מפגשים יוצאי דופן בין איש המקצוע לנפגע הנפש, נדמה היה לעתים כי אנשי המקצוע נתונים בסיטואציות בלתי אפשריות. נראה כי הלא שיגרתיות מהווה חלק משמעותי במהותם ובאופיים של היחסים השיקומיים, ומתגלה כמאפיין בסיסי של היחסים. כמו כן, ניתן היה להבין מדברי המרואיינים כי בתחום של שיקום נפגעי הנפש קיים קו מנחה שעל פיו מותר ורצוי לעשות דברים שונים, לא שגרתיים ויצירתיים. קיימת אפשרות ליצור מצבים בלתי רגילים עם חופש בחירה רב ביותר, וכל זאת על מנת להצליח לעזור באמת לנפגעי הנפש בתהליך השיקום.

ממצאי המחקר מצביעים על קבוצה שנייה של אלמנטים, אשר לדעת המרואיינים מאפיינים את היחסים השיקומיים. אלמנטים אלה הם שותפות, תקשורת טבעית, קרבה ומעורבות רגשית.



לדעתי אלמנטים אלו קשורים בגישות הרווחות ביחס לשינויים בתחום בריאות הנפש, לפיהן אין סיבה מוצדקת או סיבה הומנית שהיחסים בין מטפל למטופל יהיו מבוססים על ניכור, מרחק ופטרוניות, ושהחולה לא יהיה מעורב בטיפולו. אדרבא, השינויים במערך בריאות הנפש הובילו לגישה אנושית גורפת לפיה יש להתייחס לאדם כאל אדם ולא כאל מחלה ולהכיר בכך שהאדם אינו פחות ערך עקב היותו חולה נפש. גישה זו דוגלת בטיפול הומני ואנושי יותר, המבוסס על שותפות הצדדים, ובמסגרתה נפגע הנפש מסוגל לקחת אחריות על חייו, לבצע בחירות ולקבל החלטות.

ממצאי המחקר מצביעים על אלמנט התקווה כעל אלמנט ייחודי ומשמעותי ביותר בפיתוח היחסים השיקומיים. על חשיבותה ועל ייחודיותה של התקווה ביחסים השיקומיים דובר בפרק הממצאים. בהמשך הדיון אוסיף וארחיב על משמעותה, אולם הנקודה שחשוב לציין כאן היא ההבנה שהתקווה היא ה'דלק' המניע את היחסים. אמונה זו התפתחה עם השינויים שחלו בחברה ובייחוד בתחום בריאות הנפש, לפיה נפגעי הנפש יכולים לצפות לעתיד טוב יותר על אף המגבלות הנובעות מן המחלה, וכי עתידם ניתן לשליטה ולשינוי. התקווה באה להדגיש שטענות כמו 'אדם נולד וימות סכיזופרן', על כל המשמעויות החברתיות וכל הפסימיות הנלוות אליה, אינה עוד רלוונטיות להווה שנפגעי הנפש מתמודדים עמו, ולעתיד שמבקשים ליצור ולפתח. שלוש הנקודות שצוינו לעיל מעניקות לדעתי מסגרת הבנה משמעותית ביותר, מסגרת תאורטית ואידיאולוגית.

### תרומת המחקר

תרומתו של מחקר זה אינה מתבטאת בגילוי של דבר מה שלא היה ידוע עד היום. הוא אינו מציג עמדות, טכניקות, אידיאולוגיה או המשגה חדשה אשר יפתיעו את הקוראים, במיוחד לא את אלו העוסקים בתחום. ממצאי המחקר מתבססים על מילים, תחושות ועמדות מוכרות שבהן נתקלים איש המקצוע ונפגעי הנפש יום-יום בעשייתם המשותפת. כוחו של מחקר זה הוא לדעתי בכך שהוא לוקח ידע הנוגע למהות היחסים השיקומיים, ידע שהיה קיים קודם לכן בצורה מפוזרת והופיע במאמרים מעטים ובתחושותיהם של אנשי מקצוע, ותרגם אותו לגוף ידע מרוכז, מוגדר, מאורגן ובהיר יותר.

תרומתו של המחקר היא שבפעם הראשונה ובאמצעות מחקר איכותני הוגדרו ואופיינו היחסים השיקומיים ובעיקר הדילמות המתעוררות במהלך התפתחותם. המחקר מגדיר ומארגן לראשונה את המושגים המוכרים שבהם נתקלים אנשי המקצוע ונפגעי הנפש בחיי היום-יום שלהם כאלמנטים ייחודיים, המאפיינים את פיתוח היחסים השיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש.

תחושתי לגבי מידת התרומה של המחקר לידיע בתחום השיקום התחזקה והלכה במהלך הראיונות ובמהלך ניתוח הנתונים. מדבריהם של המרואיינים עלה שוב ושוב כי איש מהם לא למד באורח מסודר מהו שיקום ומהם יחסים שיקומיים. בשום מסגרת הם לא נתקלו בהוראה מסודרת העוסקת במהות היחסים השיקומיים, באלמנטים המאפיינים אותם, בדילמות

המתעוררות במסגרתם ובדרך שבה ניתן לפתח אותם. אין מחקרים או ספרות מקצועית שמלמדים זאת ומרבית אנשי המקצוע למדו את הדברים מתוך התנסותם בשטח - מתוך מה שמטופלים ציפו מהם לעשות או לא הסכימו שייעשה, ובאמצעות ההדרכה שקיבלו.

ניתן אפוא לסכם ולומר שמחקר זה עונה על צורך אמיתי הקיים בשטח בכך שהוא מספק מידע ברור ומסודר על מהות היחסים השיקומיים. הוא מארגן דעות, תחושות ומחשבות הקיימות בקרב אנשי המקצוע בנוגע למהות היחסים השיקומיים, ובעיקר בכל הנוגע ל'חיים' של יחסים כאלה, למורכבותם ולאתגרים שהם מציבים. המחקר מציג את תפיסותיהם של עשרה מרואיינים אשר ניסו לתרום למחקר מתוך ניסיונם בתחום.

מחקר זה מהווה במידה מסוימת גם טקסט מקצועי המלמד על תופעת היחסים השיקומיים. מובן שעקב מגבלותיו אין המחקר מתיימר להוות ידע מאורגן מייצג. עם זאת, הוא מסוגל בהחלט לסייע לעוסקים בתחום. הוא יכול לסייע לעובדים חדשים בתחום השיקום ללמוד לא רק מהו שיקום של אנשים הסובלים ממחלות נפשיות, אלא גם מהי הדרך שבה מפתחים יחסים שיקומיים עם נפגעי נפש על מנת לסייע למטופלים להתפתח ולצמוח.

הממצאים עשויים להוות כלי עזר גם לעובדים ותיקים בתחום. אלה יוכלו לבחון את ממצאי המחקר, להשוות אותם לחוויותיהם האישיות ולהיעזר בהיבטים שונים של הממצאים על מנת להשיג הבנה עמוקה יותר של הדרך שבה ניתן לפתח יחסים שיקומיים, ושל הדילמות המתעוררות במהלכם. כמו כן, ממצאי המחקר יכולים להוות חומר למחשבה לאנשי המקצוע הוותיקים, אלה שלא רק עובדים באופן ישיר עם נפגעי הנפש, אלא גם מדריכים עובדים אחרים בתחום, למנהלים שירותי שיקום ולמעצבי וקובעי מדיניות.

לממצאי המחקר מספר השלכות אפשריות הן במישור הפרקטיקה והן במישור המדיניות בתחום השיקום בבריאות הנפש, במיוחד לגבי הדרך שבה ניתן לפתח יחסים שיקומיים בין איש המקצוע לנפגע הנפש.

ניתן לומר כיום בוודאות, ומתוך תחושת גאווה והתרגשות גדולה של כל העוסקים בתחום, כי שיקום נפגעי הנפש אינו עוד בגדר תחום משני ומעורפל, המתפתח בצל המערכות המסורתיות של בריאות הנפש. ביוזמות פרטיות ובנדיבות מנסים אנשי מקצוע לאלתר טכניקות ולהפעיל תכניות שיקום אישיות על מנת לסייע לסובלים ממחלות הנפש להשתלב בקהילה. דומה שמחקר זה על ממצאיו והשלכותיו, מהווה חלק בלתי נפרד מתהליך שינוי רדיקלי המתרחש מזה שנים רבות בעולם ובשנים האחרונות גם בארץ. במסגרת השינוי הפך תחום השיקום של נפגעי הנפש לתחום ייחודי הנמצא בתהליך של בנייה וגיבוש והמשקף אידיאולוגיה, ערכים וטכניקות ייחודיות ושוונות.

התפתחויות אלה, לצד ממצאי המחקר, מדגישות שלפרקטיקה בתחום שיקום נפגעי הנפש יש מקום מקצועי, מכובד ומוערך, אשר כל מי שמעוניין לקחת בו חלק, נדרש ללמוד אותו

ולהתמקצע בו. לכן, נראה כי בארץ נדרשת הכשרה מקצועית ספציפית בתחום שיקום נפגעי הנפש, שבמסגרתה ילמדו אנשי המקצוע לעתיד את ייחודיותה של עבודת השיקום ואת הדרכים השונות שבאמצעותן ניתן לסייע לאנשים הסובלים ממחלות נפשיות. דומה שהוראה כזו צריכה להתבצע לאו דווקא במסגרות קטנות או פרטיות, אלא במסגרות חינוך פורמליות ואקדמיות. כמו כן, יש צורך בבניית תכנית השתלמויות ארוכות טווח שתהיה מוכרת על ידי גורם מדיני כמו משרד הבריאות. השתלמויות כאלה צריכות להיות מותאמות להתפתחויות הארציות והעולמיות וללוות את איש המקצוע במהלך הקריירה המקצועית שלו בתחום ובהתפתחותו בתפקידיו השונים. כמו כן יוכלו תכניות אלו להכשיר עובדים בהתמחויות השונות כגון דיור, תעסוקה, פנאי וטיפול.

יתר על כן, ממצאי המחקר מצביעים על חסך גדול בשפה ייחודית אשר תתאר את העבודה השיקומית באופן משביע רצון ולא תשתמש או תשאל מושגים ממקצועות שונים שיכלו רק באופן חלקי להסביר את החוויה השיקומית. נראה כי הכשרה אינטנסיבית של אנשי המקצוע ויצירת זהות מקצועית ברורה תסייע לאנשי המקצוע להיפרד מההמשגה הקיימת ותעודד אותם להמציא מושגים ייחודיים ומותאמים יותר לתחום.

לממצאים אלה יש גם השלכות על המבנה הארגוני שיאפשר את פיתוחם של יחסים שיקומיים כפי שבאו לידי ביטוי בממצאי המחקר. מדובר כאמור ביחסים שיקומיים לא שגרתיים, המשלבים התערבויות במישור הנפשי והמעשי. הגבולות ביחסים שיקומיים לא שגרתיים, התפיסה המסורתית, והציפייה היא לבניית יחסים קרובים, שוויוניים והדדיים יותר שבמסגרתם התקשורת טבעית וזורמת יותר מאשר ביחסי הטיפול המסורתיים. לפיכך, נראה כי המבנה הארגוני המפעיל תכניות שיקום צריך לא רק לאפשר לעובדים לפעול באורח יוצא דופן וליצור קשרים לא פורמליים וגמישים, אלא גם להיערך תקציבית כדי לפצות את העובדים בהתאם. ממצאי המחקר מעלים גם שאלות באשר לאופן הבחירה של עובדים המתאימים לעבודה שיקומית, שהרי לא כל אדם יכול לפתח יחסי עוזר - נעזר כשהוא נדרש להיות גמיש וחשוף במהלכם, לשמור על גבולות פחות נוקשים, לעשות דברים יוצאי דופן, להיות בעמדה של עוזר ולא בתפקיד מתנשא והיררכי ועוד. ההנחה היא שצריך יהיה לבחור עובדים המסוגלים לעמוד בפיתוח יחסים מסוג זה אם אנחנו רוצים שהם יצליחו כאנשי מקצוע ושיוכלו באמת לעזור לנפגעי הנפש לחזור לחיי החברה.

במישור המדיני, נראה כי השלכות המחקר יכולות להסב את תשומת הלב של קובעי המדיניות לשוני הקיים בין העבודה השיקומית לסוגים אחרים של טיפול בנפגעי נפש או טיפול באוכלוסיות אחרות בכלל, ולאפשר תנאי עבודה אופטימליים, כך שהעובד יהיה מסוגל להמשיך לעבוד בטווח הארוך, תוך צמיחה והתפתחות מקצועית, תוך רכישת ניסיון וקבלת תגמול הולם.

### הצעות למחקר עתידי

מחקר זה מתבסס על עמדותיהם של עשרה אנשי מקצוע העובדים בתחום שיקום נפגעי הנפש. על מנת להמשיך לפתח את הבנתנו בנושא זה, יש להבין את המתרחש אצל האנשים

הניצבים בצד האחר, הצד שעמו יוצר איש המקצוע את היחסים - נפגעי הנפש. אני סבורה שתהיה זו חוויה מרתקת לראיין נפש ולבקש מהם להגדיר את היחסים השיקומיים ואת האלמנטים המאפיינים אותם.

מחקר אינטגרטיבי יותר יהיה לדעתי מחקר שבמסגרתו יתקיימו ראיונות עם איש המקצוע ונפגע הנפש העובדים יחד. מוצע לראיין אותם באופן נפרד ואחר כך להשוות את תפיסותיהם לגבי היחסים השיקומיים.

המחקר הנוכחי לא בדק ממה מושפעות תפיסותיהם של המרואיינים והאם מקצוע, גיל, דת, עדה או מגדר הם גורמים אשר יכולים להשפיע על תפיסותיהם את היחסים השיקומיים. לכן, מחקר העוסק בשאלות אלו יכול לתרום להבנת אנשי המקצוע העובדים בתחום ולהבנת הקשיים שהם מתמודדים עמם.

כמו כן, בתחום שיקום נפגעי הנפש פועלים לא רק אנשי מקצוע, אלא גם אנשים לא מקצועיים בתפקידים משמעותיים, כמו למשל מדריכים שיקומיים, חונכים, צרכנים שונים, אמהות בית, אחראים על סדנאות תעסוקה ועוד. קיים צורך רב לדעתי בעריכת מחקר כזה בקרב כל קבוצות העובדים הבלתי מקצועיים, ובמסגרתו יש לברר האם קיימים הבדלים משמעותיים בדרך שבה מבינים עובדים אחרים את מהות היחסים השיקומיים.

מחקר עתידי אחר יוכל להתמקד באחד האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים או בסוגיה ספציפית בתוך אלמנט מסוים ולחקור אותם לעומק, כמו למשל סוגיית הגבולות, התקווה, החשיפה ועוד.

הצעה נוספת למחקר עתידי מתבססת על גודל המדגם. נראה כי אפשר להגדיל את מספר המשתתפים במחקר ולהרחיבו לאזורים שונים בארץ. כמו כן, יש להניח כי חוקר שאינו עובד בתחום יתייחס אחרת לדברי המרואיינים, ולכן הצעה נוספת היא לערוך מחקר על ידי חוקר שאינו עוסק בתחום. אני סבורה כי תחום שיקום נפגעי הנפש בארץ זקוק לעשייה מחקרית רבה ולגיבוש גוף של מאמרים מקצועיים אשר יוכלו לסייע לעובדים בשטח בעבודתם, להציג בפני העובדים בתחום ובפני קובעי המדיניות את הדברים הנפלאים הנעשים בתחום זה ולחשוף אותם גם לקהל הרחב בגאווה גדולה.

## מקורות

דויטש, ח' (1992). משקם ומשתקם: תהליכים והשפעות ביחסים שביניהם. בתוך ח' דויטש, נ' הדס ומ' לכמן (עורכים), שיקום פסיכו-סוציאלי בארץ. קובץ הרצאות מהכנס הארצי השני של האגודה הישראלית לשיקום פסיכו-סוציאלי (עמ' 29-52). תל אביב: מש"פ.

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

**Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1994).** The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base. In The publications committee of I.A.P.S.R.S (Eds.), An Introduction to psychiatric rehabilitation (pp.18-41). I.A.P.S.R.S. Publications.

**Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990).** Psychiatric rehabilitation. Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

**Boulton, D. & Hammersley, M. (1996).** Analysis of unstructured data. In R. Sapsford & V. Jupp (Eds.), Data collection and analysis (pp. 282-297). London: Sage Publications.

**Cnaan, A. R., Blankertz, L. & Saunders, M. (1992).** Perceptions of consumers, practitioners, and experts regarding psychosocial rehabilitation principles. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (1), 95-119.

**Dincin, J. (1994).** Psychiatric rehabilitation. In I.A.P.S.R.S (Eds.), An introduction to psychiatric rehabilitation (pp. 53-74). I.A.P.S.R.S. Publications.

**Goering, P., & Stylianos, S. (1988).** Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. American Journal of Orthopsychiatry, 58, (2), 271-280.

**Grinnell, R. M. (1997).** Social work research and evaluation (4<sup>th</sup> ed.). Itasca, Illinois: Peacock Publishers.

**Horowitz, R. (1991).** Reflections on the casework relationship: Beyond empiricism. Health and Social Work, 16 (3), 145-224.

**Horowitz, R., Farrel, D., Forman, J., & Dincin, J. (1995).** The rehabilitation Relationship. In J. Dincin. (Ed.), A pragmatic approach to psychiatric rehabilitation: Lessons from Chicago's Thresholds Program. (pp. 21-32). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

**Huges, R. (1994).** Psychiatric rehabilitation: An essential health service for people with serious and persistent mental illness. In The publication committee of I.A.P.S.R.S (Eds.), *An introduction to psychiatric rehabilitation* (pp. 9-17). I.A. P.S.R.S. Publications.

**Janesick, V. A. (1994).** The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry and meaning. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 209-219). London: Sage Publications.

**Mosher, L. R., & Burti, L. (1994).** Relationships in rehabilitation: When technology fails. In W. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in psychiatric rehabilitation* (pp. 162-171). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

**Moorhead, M. (1994).** Speaking Out - Why pick up the racquet? Notes from the hospital. In W. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in psychiatric rehabilitation* (pp. 301-307). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

**Onyett, S. (2000).** Understanding relationship in context as a core competence for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(2), 282-299.

**Rutman, I. D. (1994).** And Now the Envelope Please. In W. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in psychiatric rehabilitation* (pp. 4-6). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

**Rutman, I. D. (1994b).** What is psychiatric rehabilitation? The publication committee of I.A.P.S.R.S. (Eds.), *An introduction to psychiatric rehabilitation* (pp. 4-8). I.A.P.S.R.S. Publications.

**Yalom, I. (1980).** *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.



## התערבות קוגניטיבית דינאמית והשפעתה על התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של משתקמים הסובלים מסכיזופרניה בקהילה

ורד שפיר קיסר, נעמי הדס - לידור

### תקציר

התפיסה הקוגניטיבית, הגישות והטכנולוגיות השונות הנגזרות ממנה, הפכו בשנים האחרונות לנפוצות בבריאות הנפש. מחקר זה בא להוסיף ידע על ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית ויעילותה בשיפור המרכיבים הקוגניטיביים והחברתיים. נמצא בספרות שמרכיבים אלה חשובים להשתלבותו ולהחלמתו של האדם בקהילה.

השערת המחקר הייתה כי ימצא הבדל לטובת קבוצת הניסוי במדידה של המרכיבים החברתיים, והקוגניטיביים והתעסוקתיים אחרי התערבות קוגניטיבית. המחקר נערך במרכז שיקום בקהילה. המדגם כלל 28 נבדקים, בגילאים 23-37, הסובלים ממחלת הסכיזופרניה. הנבדקים חולקו לשתי קבוצות תואמות. כל הנבדקים עברו אבחון לפני תוכנית ההתערבות ולאחר ששת חודשי ההתערבות. קבוצת הניסוי קיבלה 18 פגישות התערבות קוגניטיבית דינאמית, אחת לשבוע למשך שעה בעזרת תיווך, העשרה אינסטרומנטלית, אירועי חיים בסביבות חיים שונות. קבוצת הביקורת השתתפה בפעילות הרגילה של המרכז שכוללת: מעקב רפואי, טיפול תמיכתי, פסיכו-תרפויטי, תאום טיפול, עבודה בסדנאות או ביחידה תעסוקתית.

ממצאי המחקר הראו לאחר 6 חודשים שיפור מובהק במרב המרכיבים שנבדקו בקבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת: החברתיים, הקוגניטיביים והתעסוקתיים. תרומתו וייחודו של מחקר זה הוא בהצלחתו להראות שיפור דרך התערבות קוגניטיבית דינאמית קצרת מועד במדדים שחשובים לתפקוד האדם בחיי היום יום, להתפתחותו האישית, המקצועית החברתית והמשפחתית.

### מבוא

בארץ חיים למעלה מ- 80000 חולים פסיכיאטריות. בבי"ח נמצאים כ- 3165, בקהילה למעלה מ- 13,000 זוהי קבוצת הנכים הגדולה ביותר, הסובלת מהדרה קיפוח והפליה. בשנים האחרונות מדברים על למעלה מ- 60% מהחולים במחלות פסיכיאטריות שמחלימים. שיקום הוא הדרך, הטכנולוגיה, התהליך שבעזרתו ניתן להגיע להחלמה (Deegan, 2001) ישנן טכנולוגיות רבות בהתערבות השיקומית אחת מהן היא הקוגניטיבית. מחקר זה עוסק בבדיקת יעילות התערבות קוגניטיבית דינאמית באנשים הסובלים מסכיזופרניה ונמצאים בשיקום בקהילה בהתייחס למרכיבים קוגניטיביים, חברתיים ותעסוקתיים.

העבודה מתבססת על תורתו של פוירשטיין תורת ההשתנות הקוגניטיבית מבנית המאמינה ביכולת הפרט להשתנות קוגניטיבית מבנית מעבר לגילו ולמצבו הבריאותי (Feuerstein, Rand, Hoffman, 1979. Feuerstein, Klein, Tannenbaum, 1991). על גישת התיווך ועל



מערכת כלי "העשרה אינסטרומנטלית" המורכבת מתרגילי נייר ועיפרון הכוללת 15 כלים המיועדים לרכישת היכולת ההכרחית ללמידה, להסתגלות ולשיקום. ההנחה היום שלירידה הנוירו קוגניטיבית במחלה הפסיכיאטרית תפקיד מרכזי במגבלה החברתית והתפקודית (בוני, והדס לידור, 2001, World Health Organization WHO,; 2001, 2000). ירידה המחייבת התייחסות תואמת כדי להשיג שיקום ושילוב (Bellack 1992, Patterson, Goldman, Gold, Buchanan, 1999). במאמרם של (McKibbin, Hughs & Jesre 2001) מציינים יכולות חיוניות לאדם הסובל מסכיזופרניה לתפקוד עצמאי בקהילה: ארגון, נידות, ניהול משק בית ומיומנויות תקשורת. ההתייחסות למרכיב החברתי חשוב ביותר ובמקרים רבים ייקבע את ההצלחה בשיקום (Anthony, Cohe, n, Farkes, Gange, 2002).

### סקירת ספרות

מחלת הסכיזופרניה מוגדרת כפוגעת ביכולת הקוגניטיבית וברבדים התוך אישיים והבין אישיים. מחלה הפוגעת באדם בתפקודי: עבודה, לימודים, הורות, טיפול עצמי, עצמאות, תקשורת בין אישית ופנאי (Muser, Susan, 2004).

בשנים האחרונות נמצאו הוכחות לקשר בין מחלת הנפש לפגיעה מוחית בבדיקות של PET (Positron Emission Tomography) (Ragland, Gur, Klimas, McGrady & Gur, 1996). נמצא זרימת דם לא תקינה באזור הפרונטלי, בטאלאמוס, והצרבלום. (Muser, Susan, 2004). מצאו עדויות שסכיזופרניה כמו שאר הליקויים המוחיים קשורה לליקוי בלטרילזציה בין ההמיספרות. נמצאו סימנים להפרעה בעיבוד השפה יותר מאשר הפרעה בתהליכים סנסורים, דבר המצביע על קשר לליקוי בהמיספרה השמאלית. מחקרים אלה הביאו את החוקרים והקלינאים לרצון לעבוד עם אנשים אלו בטכניקות קוגניטיביות.

### התפקוד הקוגניטיבי במחלת הסכיזופרניה

הפרעות בחשיבה הן הטיפוסיות ביותר לסכיזופרניה והמאפיינות אותה ביותר הן קשיים בקליטה ובארגון של מידע, בהפרעות בצורת החשיבה ובתוכנה. הליקוי הקוגניטיבי נמצא בקשר חזק עם הירידה התפקודית בקהילה, בעבודה ובתפקוד היום יומי (Muser, Susan, 2004) (אליצור, טיאנו, מוניץ, ונוימן, 1997). (Bellack, Muser, Morrison, Tierney, Teske, 1993) (Podell, 1990).

הפרעות נוספות שנפוצות במחלה זו הן: הפרעות בתפיסה, חשיבה קונקרטיית, יכולת למידה, קשיים בקשב, ריכוז, הפרעות בזיכרון ותפקודים אקזקיוטיביים (Spaulding Goldberg et al. (1987) et al. (Muser, Susan, 2004) et al. (1999) et al. (1993).

גורם שמבנים של קשב, התמצאות, ותפיסה מושפעים מהמחלה. מפריעים לתהליך עיבוד המידע והופכים את הסיטואציות בחיי היום יום לקשות ביותר ומתבטאות בהפרעות ברציה,

בהתנהגות, ביחסים בין אישיים, ובקשר עם העולם החיצון.

יחד עם זאת היום יש עדויות מוכחות שקוגניציה הוא מנבא טוב לתוצאות תפקודיות שיקומיות במחלת הסכיזופרניה (Green, Kern, Braff, Mintz, 2000). יותר מכך Bellack et al. (1990) הראה שיפור בתפקוד מבחן הויסקונסין (WCST) לאחר לימוד, Hadas-Lidor, Katz, Tyano, & Weizman, 2001. מצאו שיפור תפקודי וקוגניטיבי לאחר התערבות קוגניטיבית של מספר חודשים.

### התפקוד החברתי בסכיזופרניה

מחלת הסכיזופרניה מתבטאת בקשיים בתחומים: הדאגה העצמית, החברתי, המקצועי והתעסוקתי (Bonder, 1995) אלה מובילים לתמונה כללית של המוגבלות והנכות החברתית (WHO, 2000, 2001). התפקוד החברתי שנפגע באופן משמעותי, מתבטא ברגישות יתר לביקורת, קשיים ביצירת קשרים בין אישיים, ובאינטראקציות שונות בעבודה ובמשפחה (Bonder, 1995).

מיומנות חברתית מוגדרת מיכולת תגובה מילולית ולא מילולית תואמת לאינטראקציה, יכולת להביע רגשות שליליים וחיוביים בדרכים המקובלות ע"פ הנורמות החברתיות ומיכולת להיות מעורב בסיטואציה חברתית באופן תואם ומקדם.

פרט לחוסר במיומנויות לרבים יש בעיות חברתיות שנובעות מתחושת הדחייה שהם חשים מפאת הסטיגמה. בעיות אלו פוגעות בהשתלבותם והסתגלותם בסביבתם במגורים, עבודה משפחה וחברה (Green (1996). Spagnolo & Basto, 2004). חלק את הליקוי החברתי בקרב חולים במחלת הסכיזופרניה לשלושה תחומים:

א. תפקוד חברתי בקהילה

ב. פתרון בעיות חברתיות

ג. רכישת מיומנויות חברתיות.

(Addington 2000) חקר את הקשר בין תפקוד קוגניטיבי וחברתי ומצא שיכולת מילולית, זיכרון מילולי ויכולות אקסקיוטיביות קשורות באופן משמעותי לפתרון בעיות חברתי. כלומר הפגיעה התפקודית במחלת הסכיזופרניה מתבטאת בתחומים שונים כמו: פנאי, עבודה, פעילויות יום יום, המרכיבים הם חברתיים וקוגניטיביים (Teske 1993)

### הקשר החברתי קוגניטיבי בתיאוריה ובמחקר

מחקרים רבים עוסקים בשנים האחרונות בניסיון להבין את הפגיעה הנורו קוגניטיבית והקשר בינה לבין התפקוד, חלקם מדגישים את הצד הנורולוגי אורגני של המחלה בעוד שאחרים את הצד התנהגותי תפקודי (Kaplan, Sadock & Grebb, Allen, Spaulding, 1992). (1995)

ציינו שאדם הסובל מהפרעה נפשית מתקשה לעיתים קרובות בתפקודי היום יום בשל ההפרעה

הקוגניטיבית המלווה את מחלתו. (Penny, Mueser & North 1995) דיווחו על קשר בין הליקוי הקוגניטיבי לבין מיומנויות חברתיות. גם במחקרם של (Addington & Addington, 1999).

נמצא קשר בין חלק מהמרכיבים הקוגניטיביים-זיכרון מילולי, יכולת ורבלית, וגמישות מחשבתית לבין יכולת פתרון בעיות חברתיות. Penades, et al, 2003, מדווחים ששינוי בגמישות קוגניטיבית קשור לשיפור בתפקוד החברתי.

יחד עם זה תוצאות אלו שונות ממחקרים אחרים שהציגו אומנם קשר בין תפקוד בקהילה לבין זיכרון מילולי שניוני, זיכרון חזותי, שטף דיבור ו-Executive Function (Buchanan et al, 1999, Addington, 1994) אך השפעה בין מרכיבים אלו לתפקוד היום יומי אינו ברור וחד משמעי. גם במחקרם של (Lewis, et al, 2003) התוצאות אינן חד משמעיות, מחקרם בדק יעילות טיפול קבוצתי קוגניטיבי בשיקום מול טיפול מסורתי, נמצא שיפור זהה במרכיבים קוגניטיביים (תפיסה מרחבית, זכרון, מהירות ניתוח מידע) ולא נמצאו שום עדויות שטיפול קוגניטיבי שיקומי מספק רווחים נוספים ומשפיע על תוצאות תפקודיות. מאמר זה יציג מחקר שבדק את השפעת הטיפול הקוגניטיבי דינאמי על גורמים תפקודיים שונים.

### הטיפול הקוגניטיבי בשיקום:

שנים רבות לא טיפלו כמעט באוכלוסיית בריאות הנפש בגישה הקוגניטיבית (Spaulding, 1994) הסיבות לכך היו רבות והעיקריות הן:

1. האמונה שבמרכזיות מחלת הנפש ישנה פגיעה קוגניטיבית בלתי רוורסבילית, ומתקדמת.
  2. הגישות הקוגניטיביות שהיו מקובלות עד לפני מס' שנים היו נירו פסיכולוגיות ולקוחות מעולם פגיעות הראש הטראומטיות ולא התאימו לבריאות הנפש.
- בשנים האחרונות חלו שינויים בגישה זו. הטיפול הקוגניטיבי, נפוץ היום ומכוון לטיפול ואימון של יכולות קוגניטיביות שונות באופן אינדיבידואלי או קבוצתי (Silverstein, Menditto, Stuve, 2001). זאת בעקבות חקר מחלות הנפש כמחלת של המוח והוכחות רבות ליעילותה בשיקום ובשילוב (הדס לידור, 1997; Silverstein, Me Spaulding, 1994; Bellack, et al., 1990; Green, et al., 1992; Kern, et al., 1996; Penades et al 2003). Medalia, Riwheim, Casey, 2001). Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler (1999), Wykes et al 1999, Penades (et al, 2003, (Skuy et al., 1992. (Hadas-Lidor, Katz, Tyano, Wezman, 2001).

### ישנן היום גישות שונות להתערבות קוגניטיבית והמרכזיות שבהן:

הגישה הרמדיאלית (מתקנת) הלקוחה מהעולם הנירו פסיכולוגי, ששם את הדגש על מיקומה של הפגיעה ובניסיון לתקן את הליקויים. גישה זו יוצאת מתוך הנחה שהמטופל יכול בכוחות עצמו לעשות את ההעברה מחדר הטיפולים אל תחומי חייו האחרים (Spaulding 1992; רחמיני, 1981), הגישה הפונקציונאלית שמטרתה לשפר את התפקודים היומיומיים לפי צרכי המטופל בסביבת חייו, התפיסה שעומדת בבסיס הגישה היא שהנזק התפקודי הוא המפריע ביותר לאדם ולכן יש לעזור לו ולשפר את תפיסתו העצמית ותפקודיו השונים, כמו כן גישה זו מניחה

שאינן בטחון שלאוכלוסיה זו יש את היכולת לעשות את המעבר מהעבודה הפונקציונאלית שנלמדה לתפקודים נוספים (Allen, 1992; Miran & Miran, 1999).

הגישה הדינאמית היא ניסיון לשילוב בין הגישות הרמדיאלית והפונקציונאלית. היא גישה חינוכית שמטרתה שיפור יכולת הלמידה העצמית על ידי חשיפה מתווכת לגירויים מכוונים תוך אמונה ביכולת האדם להשתנות באם יינתנו לו התנאים הנכונים לכך (Vygotsky, 1962; Toglia 1992; Feuerstrin, Rand, Hoffman 1979).

#### **התיאוריה וההתערבות הקוגניטיבית דינאמית**

ויגוצקי (1987) ואחריו פוירשטיין ועמיתיו הניחו שלאדם יכולת השתנות קוגניטיבית מבנית מעבר לגילו ומצבו הבריאותי (Feuerstein, Klein, Tannenbaum, 1991) ובהתאם לבחירותיו ולדרישות המשתנות בחייו (הדס-לידור, 1996; פוירשטיין ופוירשטיין, תשנ"ג; Tzuriel & Feuerstein, et al., 1979; Haywood, 1992). השינוי שיווצר ימשיך ויגבר גם לאחר סיום תהליך ההתערבות.

יכולתנו לחשוב וללמוד היא המפתח להישרדות בעולם שמתאפיין בשינויים רבים ומהירים בכל תחומי החיים: הטכנולוגי, החברתי, המשפחתי, המקצועי וכדומה (נ. הדס, 1996).

#### **הלמידה האנושית נעשית בשתי דרכים עיקריות:**

- 1) על ידי חשיפה ישירה לגירויים.
- 2) על ידי התנסות בלמידה מתווכת – Mediated Learning experience, המוגדרת כאינטראקציה איכותית מיוחדת בין האדם לסביבתו. באינטראקציה זו יש מתווך אנושי בין הגירוי לבין האורגניזם הלומד. מטרתו של המתווך היא להתאים את הגירוי, לסנן להדגיש, להחליש, לשנות ולעבד את הגירוי בצורה שתהיה קליטה על ידי הלומד. ההתנסות בלמידה מתווכת מתאימה לאותם אנשים שהלמידה דרך חשיפה ישירה אינה מספיקה להם (Feuerstien, 1979, 1980). להתנסות בלמידה מתווכת 12 קריטריונים, שמתוכם ארבעה הכרחיים לקיום סיטואציה תיווכית (פוירשטיין ופוירשטיין, 1991): כוונה והדדיות, העברה, משמעות, מסוגלות.

#### **התערבות**

מטרת ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית (DCI) (Dynamic-Cognitive Intervention), היא להרחיב את יכולת הלמידה של האדם תוך התייחסות לגורמים רגשיים וחברתיים כמפתח להתמודדות והסתגלות של האדם בסביבתו על פי רצונו וצרכיו (Hadas-Lidor) 2004). (Weiss).



תרשים 1 – ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית, הקשר בין המתווך, אדם סביבה ופעילות -  
(Hadas-Lidor, Weiss, 2004)

- תוכנית ה- DCI שכוללת שימוש בכלי העשרה וכלים נוספים מבוססת על מספר עקרונות:
1. התערבות קוגניטיבית רגשית התנהגותית בו בזמן וכל הזמן.
  2. כל מפגש הוא ייחודי ומצריך בחירה גמישה של אופן וכלי ההתערבות.
  3. התייחסות לתפקוד היום יומי ולא רק לפונקציה הקוגניטיבית הלקויה.
  4. סביבה הטרוגנית, מאתגרת ומאפשרת שינוי.
  5. שינוי אצל הלקוח מושג תוך שיתופו המלא בתוכנית ההתערבות, בחירת המדדים להצלחה והקשבה מלאה לצרכיו. (Hadas-Lidor, Weiss, 2004)

### כלי התערבות

1. "העשרה אינסטרומנטלית" מערכת תרגילי נייר ועפרון המיועדת לשפר את יכולת הלמידה של הפרט. במערכת חמישה עשר כלים, המוצגים באופנויות שונות (מילולית, גראפית, ציורית, ומספרית). כל כלי ממוקד ביכולת קוגניטיבית ספציפית (כמו: התמצאות בזמן ובמרחב, השוואות, אנליזה וסינתזה) ובאותו זמן משמש גם לרכישת מיומנויות הכרחיות ללמידה והסתגלות בכלל (כמו: תכנון, ארגון וזיכרון). (Feuerstein, Rand, Hoffman, Miller 1980).
2. אירועי חיים- תרגילים בנושאים שמעסיקים את הלקוח ומבוססים על אותם עקרונות של תרגילי ההעשרה האינסטרומנטלית. לדוגמא: הכנת רשימת קניות כהרחבה של הכלי "מיון" ולצורך הגברת העצמאות, או בנית תוכנית תקציב שבועית כהכנה למגורים בהוסטל (Hadas-Lidor, Weiss, 2004).
3. כתיבה וקריאה, מפה קוגניטיבית, משחקים, מחשב, אלבומי תמונות משפחתיים (Hadas-Lidor, Weiss, 2004).
3. שינוי סביבות - מסגרת חייו של האדם תהיה תואמת לצרכיו ויכולתו בזמן נתון. חשוב שהסביבה תהיה הטרוגנית וקרובה עד כמה שאפשר לקהילה הנורמטיבית. נעשו במחקר

תצפיות בסביבות עבודה שונות, נעשו העברות לתחומי חיים שונים.

מחקר זה בדק את המרכיב החברתי כמושפע מהתערבות קוגניטיבית דינאמית. ההשערות העיקריות במחקר

1. ימצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת ביכולת התקשורת והאינטראקציה הבין אישית, השיפור בין המדידה לפני לבין המדידה אחרי ההתערבות יהיה גדול יותר.
2. ימצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת במרכיבים קוגניטיביים שנבדקו: חשיבה לוגית, בתפיסה החזותית ו הזיכרון החזותי. בקבוצת הניסוי השיפור בין המדידה לפני לבין המדידה אחרי ההתערבות יהיה גדול יותר.
3. ימצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הבקורות בסטאטוס התעסוקתי, בקבוצת הניסוי השיפור בין המדידה לפני לבין המדידה אחרי ההתערבות יהיה גדול יותר. שיטת המחקר: מדגם.

במחקר השתתפו 28 נבדקים. בגילאים 23-37, הסובלים מסכיזופרניה שהוגדרו ע"פ ICD-10 (World Health Organisation, 1992) מגיל ההתבגרות ונמצאים בתהליך של שיקום מקצועי בקהילה.

הקריטריונים לבחירת הנבדקים היו:

• אנשים בגילאים 23-37

• אבחנה של סכיזופרניה (ICD-10).

• אנשים שאינם נמצאים במצב אקוטי, ולא החליפו תרופות ב- 3 חודשים האחרונים.

קבוצת הביקורת נבחרה על ידי התאמה (matching) לקבוצת הניסוי, ע"פ נתונים דמוגרפיים (אבחנה, מין, גיל, ושנות השכלה) ורמה קוגניטיבית.

לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות ביחס לגיל, שנות השכלה, למגדר, מוצא ואשפוז. בקבוצת הניסוי 46.2% גברים לעומת 66.7% בקבוצת הביקורת. בקבוצת הניסוי 53.8% נשים לעומת 33.3% נשים בקבוצת הביקורת.

מרבית נבדקי המחקר הם ממוצא ישראלי.

ממוצע שנות השכלה בקבוצת הניסוי הוא  $M=12.08$

ובקבוצת הביקורת  $M=11.27$ .

טווח הגילאים של הנבדקים במחקר הוא 23-37

ממוצע הגיל  $M=28.25$ ,  $SD=4.73$ . טווח שנות השכלה של הנבדקים במחקר הוא 9-15

ממוצע שנות השכלה  $M=11.64$  וסטטיית התקן  $SD=1.57$ .

### כלי המחקר

1. שאלון דמוגרפי- מספק נתונים לגבי: גיל, השכלה, משך המחלה, זמן התפרצות המחלה, אשפוז ראשון ואחרון, מקום מגורים, מצב שיקומי.

2. (ACIS) Assessment of Communication and Interaction Skills

הערכה תצפיתית על יכולתו החברתית של האדם כחלק משמעותי וחשוב ביכולת העיסוקית. ההערכה פותחה ע"י (Forsyth, Salamy, Simon & Kielhofner, 1998) הערכה תצפיתית שאוספת מידע על כישורי תקשורת ואינטראקציה בין אישית של האדם במהלך פעילות עיסוקית עם אנשים נוספים. התצפית נעשית במהלך פעילות כלשהי ו/או בתוך קבוצה חברתית שהאדם שותף בה. ההערכה כוללת 20 פריטים המתחלקים לשלושה תחומים של תקשורת ואינטראקציה בין אישית:

**מיומנות פיסית** - הגוף הוא הדרך בה אנו מציגים את עצמנו לסביבה, אמצעי לתקשורת עם האחר. התנהגות פיסית יכולה להשפיע על היכולת לעבוד ולשחק. כוללת שישה פריטים: מגע, מבט, ג'סטות, תמרון, הכוונה ויציבה.

**מיומנות של תקשורת** - הבעת אינפורמציה באופן בהיר ותואם, הבעת רגשות רעיונות ומחשבות כדי להשיג מיומנויות עיסוקיות וחברתיות תואמות לסיטואציה. כולל תשעה פריטים: הגייה, ישירות, שאילה, מעורבות, ביטוי, ויסות, שיתוף, דיבור והתמדה.

**מיומנות חברתית** - מבצע פעילות מכוונת למטרה משותפת עם אדם נוסף. זיהוי התנהגויות נורמטיביות, זיהוי המצופה מאיתנו, זיהוי התנהגות המתאימה לעיסוק בשיתוף עם האחר, יישום נורמות חברתיות ועוד. כולל חמישה פריטים: שיתוף פעולה, הסתגלות, מיקוד, התייחסות והתחשבות.

הערכת כל פריט נעשית בסולם של 4 דרגות.  
 $4 =$  ביצוע מיומן ומבוסס על יכולת תקשורת ואינטראקציה בין אישית,  
 $1 =$  ביצוע חסר אשר מניב תוצאות חברתיות לא מקובלות.  
 טווח הציונים המקסימלי בתצפית נע בין 80-20 נקודות. זמן תצפית נע בין 15-45 דקות.  
 אפיונים פסיכומטריים: הערכה תצפיתית זו עברה תרגום ותרגום חוזר כמקובל.  
 במחקר של (Forsyth) 1996 נמצא תוקף פנימי גבוה.  
 עקביות נמצאה בין המעריכים ובתוך כל תחום.

במחקר הנוכחי נבדקה העקביות הפנימית של כל אחד מתחומי המהימנות, נמצא עקביות גבוהה בכל שלושת התחומים: גופניים, תקשורת ויחסים בין אישיים.

ע"פ שאלון ה-ACIS, חושבו שלושת המדדים באמצעות ממוצע הערכות הפריטים של כל אחד מהתחומים כך שטווח הציונים הוא 1-4, ככל שהציון גבוה יותר יכולת מיומנות הפיסית, התקשורת והאינטראקציה טובה יותר.

3. המטריצות המדורגות של ריוון (RPM Raven Progressive Matrices) מבחן העוסק בהיקש בין פרטים מופשטים ובודק יכולת חשיבה אנלוגית. במבחן 60 פריטים המחולקים ל-4 סדרות שבכל סדרה 12 פריטים. הפרטים כוללים סידרה של מטריצות או

תבניות, מסודרות בשורות ובטורים, שבכל אחת מהן הוצא חלק, וישנם 6 אפשרויות לבחירת הפריט המשלים. המטלה היא לבחור את החלק החסר מתוך החלופות הנתונות. הפריטים הקלים יותר דורשים הבחנה מדויקת, הפריטים הקשים יותר כוללים אנלוגיות, שינויי צורה וחילופי תבניות. המבחן מוגבל ל- 20 דקות. במחקר זה אשתמש במבחן המטריצות הרגילות (SPM,S-Standart) מהדורת 1981 (Raven,1983).

צינון: כל פריט נכון מקבל נקודה, מקסימום הנקודות במבחן 60. מהימנות של מבחן חוזר בקבוצות הומוגניות מבחינת קבוצת גיל נעה בין 0.71-0.90 (אנאסטזי, 1990). למבחן זה נורמות ע"פ שנות השכלה.

#### 4. מבחן הצורה המורכבת של Rey

מבחן הצורה המורכבת הינו כלי אבחון ניר-ו-פסיכולוגי, שמטרתו להעריך יכולות קוגניטיביות מגוונות ובהן: ארגון ויזו-מוטורי, יכולת דיוק, תפקודים אקזקיוטיביים וזיכרון חזותי. הצורה המורכבת הנה דגם זר ולא מוכר לנבחן שבבסיסו מלבן גדול המחולק לשמונה חלקים שווים על ידי שני קווים אלכסוניים, קו אנכי וקו רוחבי. בתוך ומחוץ למלבן מסודרים פריטים חיצוניים ופנימיים.

#### העברת המבחן נעשית בכמה שלבים:

**שלב ראשון:** העתקת הצורה כשהיא מוצגת בפני הנבדק במאוזן.

**שלב שני:** יש לאפשר מרווח של 3 דק' ולאחריו הנבדק מתבקש להעתיק שוב את צורת הדגם מזיכרונו.

**צינון:** הצורה המורכבת מחולקת ל- 18 פריטים: כל פריט מקבל 2 נקודות על מיקום נכון ועל דיוק.

בנוסף מנקדים את הארגון בין 0-6 נקודות, 6 נקודות על ארגון יעיל ועקבי ו- 0 על ארגון בלתי יעיל. מקסימום הנקודות שאדם יכול לצבור הוא 42, טווח הציונים נע מ-0 עד 42 נקודות.

**אפיונים פסיכומטריים:** מהימנות פנימית של 18 הפריטים היא 0.95. מהימנות בין בודקים 0.91.

**קימות נורמות על פי גילים.** תקיפות הכלי באה לידי ביטוי בכך שהמבחן מאפשר להבחין בין גברים ונשים, בין פגיעות ראש ונבדקים בריאים ועוד (Lezak, 1995). במחקרה של הדס לידור 2001, מתואר שימוש במבחן הצורה המורכבת. במחקר זה נבדקו ההבדלים בביצוע הצורה המורכבת בין התקופה לפני ההתערבות ואחריה. השיפור בביצוע הצורה המורכבת בקבוצת הניסוי היה מובהק עד כדי חיזוק תקפותו של המבחן לאוכלוסיית המחקר.

#### תוכנית ההתערבות

גישת התערבות שבבסיס התוכנית היא ההתנסות בלמידה מתווכת.



**כליה הם:**

- א. העשרה אינסטרומנטלית. בתוכנית ההתערבות במחקר נעשה שימוש בתרגילים מתוך הכלים הבאים: ללא מילים, התמצאות במרחב, ארגון נקודות, הוראות, יחסי זמן. כלים אלו נבחרו משום שעל פי ההנחה הם מסייעים להתגבר על ליקויים קוגניטיביים וחברתיים כל אחד לחוד ועל החיבור ביניהם.
- ב. אירועי חיים וסביבות

**הליך המחקר**

במחקר השתתפו 28 משתקמים. הוא נמשך כ- שישה חודשים, במרכז שיקום "שחף" בפתח תקווה.

קבוצת הניסוי כללה 13 נבדקים. בתחילת המחקר היו 15 נבדקים, 2 מהם הוצאו מהמחקר בגין סיבות שאינן קשורות ישירות למחקר ( 1 אושפז , 1 עזב את מרכז השיקום). קבוצה זו עברה טיפול קבוצתי על פי העקרונות של הטיפול הקוגניטיבי דינאמי במשך כארבעה חודשים.

קבוצת הביקורת כללה 15 אנשים בגילאים 23-37, הנמצאים בשיקום מקצועי בקהילה במרכז "שחף". קבוצת הביקורת נבחרה בהתאמה (matching), על פי נתונים דמוגרפים ורמה קוגניטיבית.

קבוצת הביקורת השתתפה בפעילות הרגילה של מרכז השיקום: מעקב רפואי , טיפול תמיכתי פסיכותרפויטי , תאום טיפול, השתתפות בסדנאות או עבודה ביחידה תעסוקתית. מקום איסוף הנתונים: מרכז שיקום פתח- תקווה מכיל בתוכו מארג יחידות המהוות שלבים בתהליך הטיפול והשיקום של המשתתפים ומלווה אותו עד יציאתו לשוק העבודה. הצוות רב מקצועי וכולל פסיכיאטר, אחות, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, מרפאים באומנויות, מורים, מדריכים ומתנדבים בקהילה. המרכז בנוי כתהליך אינטגרטיבי הכולל התייחסות למעקב התרופתי לפגיעה הפסיכולוגית, חיזוק תהליכי סוציאליזציה, ולפגיעה התפקודית.

**להליך המחקר היו מספר שלבים:**

1. אישור ועדת הלסינקי.
2. הסכמה של מנהל מרכז שיקום.
3. הסבר על המחקר וחשיבותו למנהלת ולכל חברי הצוות.
4. איתור 30 משתקמים המתאימים.
5. קבלת הסכמה מהמשתתפים- וחתימתו על טופס הסכמה מדעת.
6. אבחון ראשוני הכולל: שאלון דמוגרפי, תצפית מיומנויות חברתיות ותקשורת, מבחן המטריציות של ריוון, מבחן הצורה המורכבת. סדר האבחונים היה: שאלון פרטים אישיים לאחריו האבחונים הקוגניטיביים בסדר לא קבוע, ובמקביל תצפית שנערכה במקום העבודה.
7. חלוקה לשתי קבוצות שוות על פי נתונים דמוגרפים והאבחון הראשוני ( ע"פ matching ) קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת.

בקבוצת הניסוי הייתה התערבות קבוצתית של 18 פגישות אחת לשבוע למשך שעה על פי העקרונות של הטיפול הקוגניטיבי דינאמי. תוכנית התערבות זו נבנתה לתקופה של 5 חודשים וזאת בהסתמך על מחקרם של Skuy et al 1992, ומחקרם של Delanhuntry & Morice 1996 שהראו את יעילות הטיפול הקוגניטיבי קצר המועד.

8. אבחון post זהה לאבחון הראשוני לאחר 6 חודשים מהאבחון הראשוני לשתי הקבוצות.

9. שיחת סיכום עם המשתקמים- בסיסם האבחונים ואיסוף הנתונים, התבצעה שיחה עם כל משתתפם והסבר התוצאות.

**תנאים סביבתיים-Setting-** המחקר התבצע במלואו במרכז השיקום. האבחונים נעשו באופן אינדיבידואלי, התצפית התרחשה ביחידה התעסוקתית, בריפוי בעיסוק ובסדנאות. קבוצת הניסוי התקיימה בחדר קבוצות, חדר גדול ובו שולחן מרכזי ומסביבו כסאות.

**ד. ניתוח נתונים-** לבדיקת ההבדלים בין קבוצות המחקר בשינויים שחלו בין מדידה לפני ואחרי ההתערבות – נעשה ניתוח שונות  $2 \times 2$  (קבוצות  $\times$  זמן) עם מדידות חוזרות לגבי זמן. בניתוח זה נעשית השוואה בין הממוצעים והתוצאות החשובות ביותר הם ההבדל בין המדידה הראשונה לשנייה (אפקט של זמן), והאינטראקציה של קבוצות  $\times$  זמן. אינטראקציה זו מאפשרת לבדוק את השערות המחקר לפיהן השיפור בין שתי המדידות בקבוצת הניסוי יהיה גדול יותר מהשיפור בקבוצת הביקורת.

השערות המחקר התייחסו להבדלים בין קבוצות המחקר בין מדידה ראשונה לשנייה. בתחילה נעשו ניתוחי MANOVA חד כיווני במטרה לבדוק האם מלכתחילה קיים דמיון בין קבוצות המחקר. בכל המדדים בהם לא היה הבדל מובהק מלכתחילה נעשו ניתוחי ANCOVA בניתוחים אלה נעשית השוואה בין הקבוצות תוך נטרול ההבדלים במדידה הראשונה. בנוסף לכך נעשו ניתוחי t-test להשוואה בזוגות בכל קבוצה בנפרד בין מדידה 1 ל-2 בכל קבוצה כדי לבדוק האם השינוי שחל הוא מובהק. כמו כן נעשו גם ניתוחי שונות לבדיקת הקשרים בין משתנים דמוגרפים לבין השיפור שחל בין שתי המדידות וחושבו מתאמי פירסון בין המדדים בתחומים שנבדקו: חשיבה לא מילולית, תפיסה מרחבית ויכולת חברתית.

### תוצאות

מטרת המחקר המרכזית הייתה לבדוק האם כתוצאה מתוכנית ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית יחולו שינויים בתחום הקוגניטיבי והחברתי.

פרק התוצאות מורכב ממספר חלקים:

ממצאי ההבדלים בין קבוצות הניסוי והביקורת בתחום החברתי.

ממצאי ההבדלים בין הקבוצות בתחום הקוגניטיבי.

ושיפור בממד השיקומי תעסוקתי בשתי קבוצות המחקר.

### התחום החברתי: יכולת תקשורת ואינטראקציה בין אישית

התחום החברתי נבדק בעזרת תצפית- ACIS Assessment of Communication and Interaction Skills. בתצפית זו שלושה תחומים: מיומנויות פיזיות, תקשורת וחברתיות,

בכל אחד מהפריטים טווח הציון נע בין 1-4, ככל שהציון גבוה יותר היכולת טובה יותר. בנייתו ה-MANOVA, לבדיקת הבדלים בין הקבוצות (ניסוי וביקורת) לפני ההתערבות לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות,  $F(3,24) = 1.88, P > 05$ , כלומר הקבוצות היו דומות בנקודת ההתחלה בתחום של תקשורת ואינטראקציה בין אישית.

לבדיקת ההבדלים בין הקבוצות בשינויים שחלו לאורך זמן נעשה ניתוח  $2 \times 2$  MANOVA (קבוצות  $\times$  זמן) עם מדידות חוזרות לגבי זמן. בנייתו זה נמצא הבדל מובהק בין המדידה הראשונה למדידה השנייה,  $F(3,24) = 18.52, P < .001$ , וכן נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות  $\times$  זמן  $F(3,24) = 9.25, P < .001$ . הממוצעים וסטיית התקן של שתי קבוצות המחקר לפני ואחרי תוכנית ההתערבות וכן ניתוחי השונות שנעשו לכל תחום בנפרד מוצגים בטבלה מס' 1.

**טבלה 1: ממוצעים וסטיית תקן של המדדים: פיסי, תקשורת וחברתי לפני ואחרי תוכנית ההתערבות**

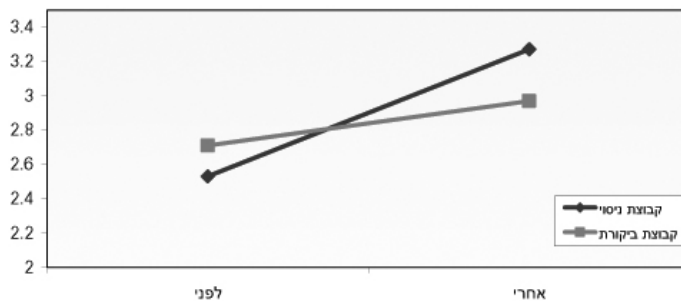
**בשתי קבוצות המחקר.**

קבוצה x זמן	זמן	ביקורת		ניסוי		תחומים
		אחרי	לפני	אחרי	לפני	
F(1,26)	F(1,26)					
9.53**	39.93***	2.97	2.71	3.27	2.53	M
		0.67	0.86	0.56	0.59	SD
18.92***	43.28***	3.04	2.87	3.34	2.47	M
		0.62	0.75	0.44	0.67	SD
17.82***	12.31***	2.92	2.99	3.22	2.49	M
		0.64	0.81	0.54	0.50	SD

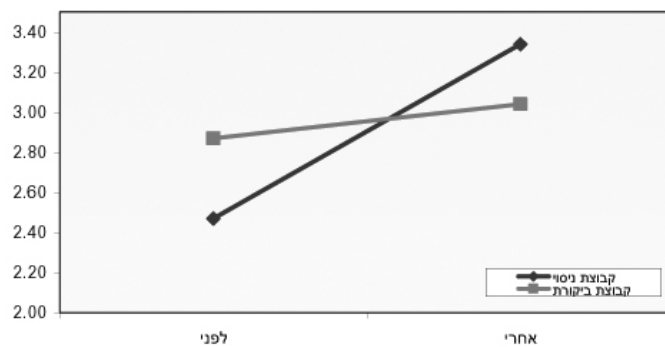
כפי שנראה בטבלה נמצאו הבדלים מובהקים בין המדידות לפני ואחרי בכל שלושת התחומים. כלומר קיים שיפור בקבוצת הניסוי בעוד שבקבוצת הביקורת יש שיפור מועט לגבי התחומים של מרכיבים גופניים ותקשורת וירידת מה בתחום של היחסים הבין אישיים.

ואכן נמצאה גם אינטראקציה מובהקת בקבוצות  $\times$  זמן, שמצביעה על כך שקיים שוני בין הקבוצות בשינוי שחל תוך כדי זמן. בנייתו השונות שנעשו לכל תחום בנפרד נמצאה אינטראקציה מובהקת בכל אחד מהמדדים.

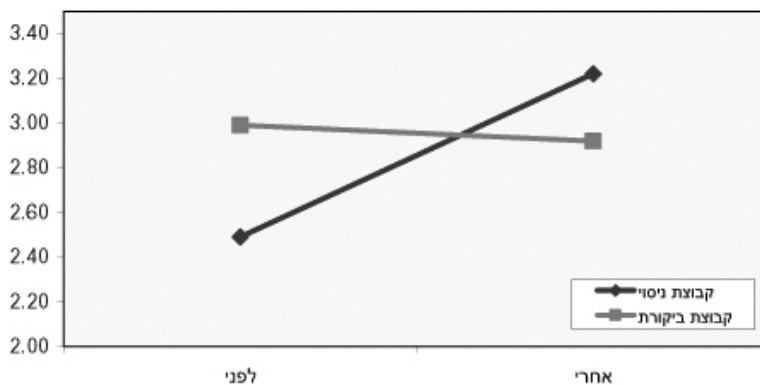
תרשימים מס' 3,4,5 מציגים את השינויים בקבוצות השונות בכל אחד מהתחומים.



תרשים 3: ממוצעי המדד של מיומנות גופנית לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר.



תרשים 4: ממוצעי המדד של מרכיבי התקשורת לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר.



תרשים 5: ממוצעי המדד של המרכיבים החברתיים לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר.

ע"פ התרשימים ניתן לראות שבכל שלושת המדדים השיפור בקבוצת הניסוי היה גדול יותר מאשר בקבוצת הביקורת. במטרה לבדוק האם ההבדל בין מדידה לפני למדידה אחרי בכל אחת מקבוצות המחקר נעשו ניתוחי השוואה בזוגות - Simple effects ותוצאות ניתוחים אלה מוצגות בטבלה מס' 2.

בניתוחי השוואה בזוגות שנעשו להשוואה בין מדידה לפני תוכנית ההתערבות ואחריה, לכל קבוצה בנפרד נמצאו הבדלים מובהקים בקרב הנבדקים בקבוצת הניסוי בכל שלושת התחומים, ואילו בקבוצת הביקורת נמצא הבדל מובהק רק בממד של מרכיבים גופניים, אם זאת כפי שנמצא בניתוח השוונות השיפור גדול יותר בקבוצת הניסוי.

**טבלה 2: תוצאות ניתוח שוונות להשוואה בין מדידה לפני ואחרי בכל אחד מהמרכיבים: פיסי, תקשורת**

וּחְבֵּרְתִּי.		
קבוצות		
תחומים	ניסוי (F)	ביקורת (F)
מיומנות פיסי	5.33***	3.03**
מיומנות תקשורת	6.47***	1.94
מיומנות חברתית	4.84***	0.57

הממצאים שהוצגו לעיל תומכים בהשערת המחקר על פיה כתוצאה מתוכנית ההתערבות ימצא שיפור רב יותר בקבוצת הניסוי בהשוואה לקבוצת הביקורת ביכולת התקשורת והאינטראקציה הבין אישית.

התחום הקוגניטיבי

היכולת הקוגניטיבית נבדקה באמצעות שלושה מדדים: העתקה, זיכרון, וחשיבה לוגית. מדדים אלה נבדקו לפני ואחרי תוכנית ההתערבות. בבדיקת ההבדלים בין הקבוצות במדידה שנעשתה לפני תוכנית ההתערבות לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות,  $F(3,24)=.37, p>.05$ . כלומר,

שתי קבוצות היו דומות זו לזו בתחילת ההתערבות. במטרה לבדוק האם קיימים הבדלים בין קבוצות המחקר בשינויים שחלו עקב תוכנית ההתערבות נעשה ניתוח  $2 \times 2$  MANOVA, (קבוצות  $\times$  זמן), עם מדידות חוזרות לגבי זמן. בניתוח זה נמצא הבדל מובהק בין מדידה לפני תוכנית ההתערבות לבין מדידה אחריה,  $F(3,24) = 8.17, p < .001$ , וכן נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות  $\times$  זמן  $F(3,24) = 2.96, p < .05$ . הממוצעים וסטיית התקן ותוצאות ניתוחי השונות שנעשו לכל מדד מוצגים בטבלה מס' 3.

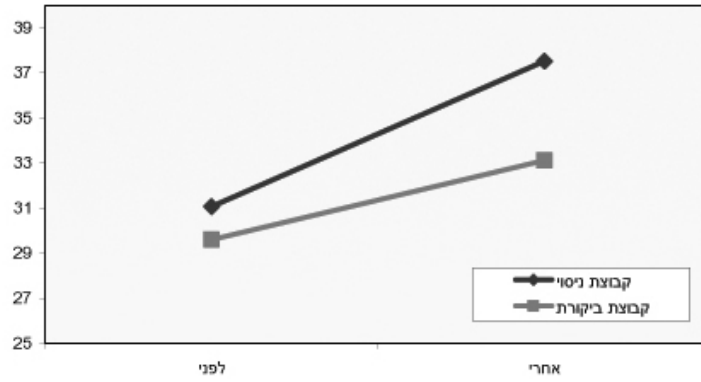
טבלה 3 : ממוצעים וסטיית תקן לכל אחד מהמדדים הקוגניטיביים: העתקה, זיכרון וחשיבה לוגית.

קבוצה x זמן	זמן		ביקורת		ניסוי		תחומים
	F(1,26)	F(1,26)	אחרי	לפני	אחרי	לפני	
1.29	15.01***	33.13	29.6	37.54	31.08	M	העתקה
		5.59	6.50	5.33	8.22	SD	
7.18*	11.56**	16.00	14.93	23.00	14.00	M	זכרון
		10.18	8.22	10.80	10.39	SD	
4.08*	4.89*	34.00	33.73	41.08	35.23	M	חשיבה לוגית
		11.87	11.39	6.65	9.34	SD	

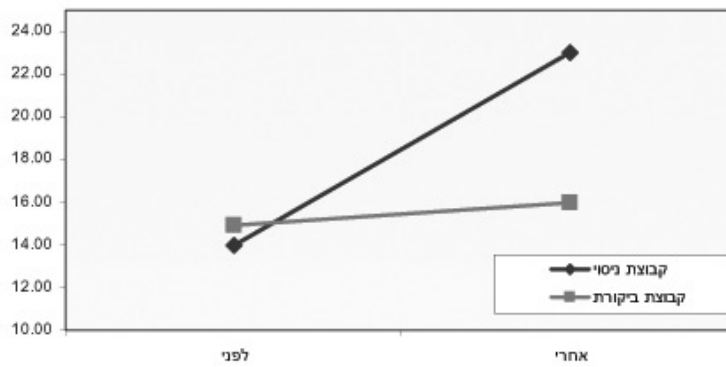
\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

מהטבלה ניתן לראות שבניתוחי השונות שנעשו לכל מדד בנפרד נמצאו הבדלים מובהקים בין המדידה הראשונה לשנייה בכל התחומים. כמו כן נמצאו אינטראקציה מובהקת לגבי שניים מתוך המדדים: זיכרון וחשיבה לוגית.

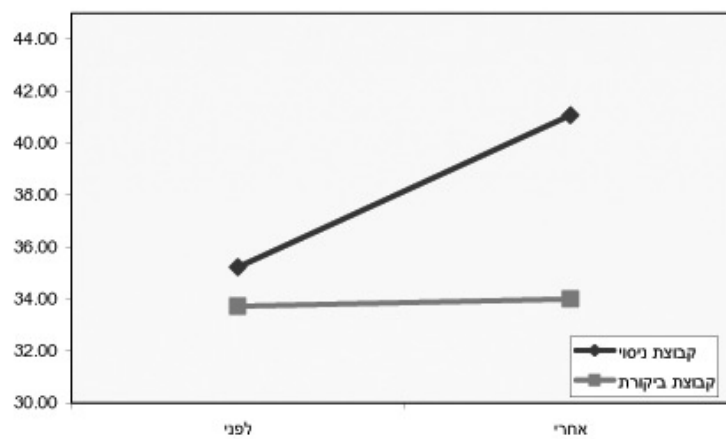
התרשימים הבאים מציגים את ממוצעי הקבוצות לפני ואחרי ההתערבות בכל אחד מהתחומים: העתקה זיכרון וחשיבה לוגית.



תרשים 7 : ממוצעי העתקה לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר.



תרשים 8 : ממוצעי הזיכרון לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר



תרשים 9 : ממוצעי החשיבה לוגית לפני ואחרי תוכנית ההתערבות בשתי קבוצות המחקר

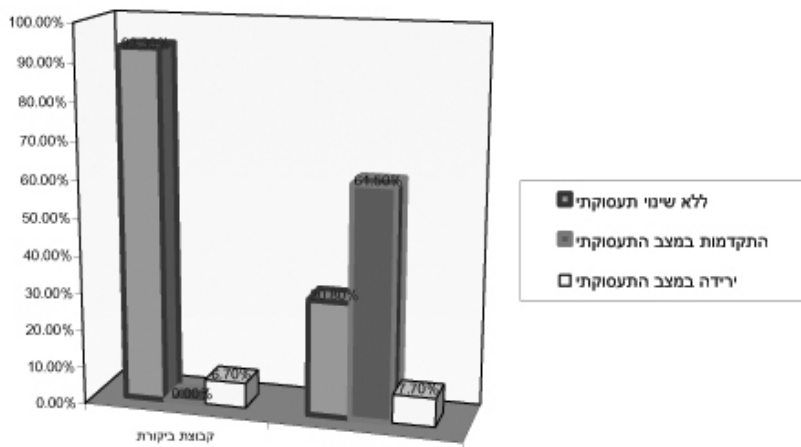
על פי התרשימים ניתן לראות בכל המדדים בשתי הקבוצות חל שיפור ביכולת הקוגניטיבית בין המדידה לפני למדידה אחרי, אלא שהשיפור גדול יותר בקבוצת הניסוי בהשוואה לקבוצת הביקורת. כפי שנאמר לעיל נמצאה אינטראקציה מובהקת לגבי הזיכרון והחשיבה הלוגית אך לא לגבי העתקה.

בהתייחס לשני המדדים בהם נמצאה אינטראקציה מובהקת נעשו ניתוחי simple effect, שמטרתן הייתה לבדוק בכל קבוצה בנפרד האם קיים הבדל מובהק בין המדידה לפני ואחרי. בניתוחים אלה נמצא בקרב קבוצת המחקר הבדל מובהק בין המדידה לפני לבין המדידה אחרי בזיכרון-  $F(1,12) = 18.00, p < .001$ , ובחשיבה לוגית,  $F(1,12) = 4.99, p < .05$ . בעוד שבקבוצת הביקורת לא נמצא הבדל מובהק בין שתי המדידות בזיכרון,  $F(1,14) = .27, p > .05$ , ובחשיבה לוגית,  $F(1,14) = .04, p > .05$ . ניתן אם כך לומר שכתוצאה מתוכנית ההתערבות חל שיפור בקבוצת הניסוי ביכולת הקוגניטיבית במרכיבים אלה. ממצאים אלה תומכים בהשערת המחקר.

#### הבדלים בין הקבוצות במצב תעסוקתי- שיקומי.

בנוסף למדדים שהוצגו לעיל נבדק במחקר גם המצב התעסוקתי לפני ואחרי תוכנית ההתערבות. נעשה דירוג של המצב התעסוקתי מ- 1 = מרכז שיקום, 2 = שילוב בסדנאות עבודה, 3 = שילוב בעבודה בשוק החופשי. בבדיקת ההבדלים בין הקבוצות במצב התעסוקתי לפני תוכנית ההתערבות נעשה ניתוח לא פרמטרי מסוג Mann Whitney, בניתוח זה לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות  $U = 66.50, p > .05$ .

כלומר שהמצב התעסוקתי של שתי קבוצות המחקר לפני ההתערבות היה דומה. לאחר תוכנית ההתערבות נבדק שוב המצב התעסוקתי של המשתתפים בכל קבוצה. נבדקה שכיחות הנבדקים ששיפרו את המצב התעסוקתי, נבדקים שנשארו באותו מצב תעסוקתי ונבדקים שירדו במצב התעסוקתי. תרשים מס' 10 מציג שכיחות זו.



תרשים מס' 10: שכיחות המצב התעסוקתי בשלושת רמות התעסוקה בשתי קבוצות המחקר בהתייחס לזמן.



על פי התרשים נראה באופן ברור שרוב הנבדקים בקבוצת הניסוי התקדמו ברמה התעסוקתית בעוד שבקבוצת הביקורת רוב הנבדקים נשארו באותה רמה תעסוקתית. ממצאים אלה תואמים את אשר נמצא בהשוואות בין הקבוצות במדדים השונים קרי שיפרו את המצב הקוגניטיבי והחברתי.

#### דיון

ההתערבויות הקוגניטיביות באוכלוסיית בריאות הנפש נפוץ ומרכזי היום בין הטכנולוגיות בשיקום ובשילוב בדרך להחלמה. המחקר הנוכחי בדק את יעילות ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית, שהיא צעירה יחסית מבין הגישות הקוגניטיביות בבריאות הנפש, כמשפרת קוגניטיבית וחברתית ומאפשרת בכך את שיקומם של אנשים המתמודדים עם מחלת הסכיזופרניה. מחקרים מצביעים על כך שבבסיס הפגיעה של מחלת הסכיזופרניה נמצאת הפגיעה הקוגניטיבית ובמיומנויות חברתיות במיוחד; Kaplan (1995, et al Muser, Susan, 2004; Spaulding (1999, Penades et al., 2003; Spaulding, 1992), שגורמת לירידה בתפקוד בכלל ובמיומנויות חברתיות במיוחד; Sadock, Grebb (Addington, 2000). מחקר זה בא לבדוק בעזרת התערבות קוגניטיבית דינאמית את השיפור ביכולת הקוגניטיבית החברתית ותפקודית של האדם ובכך את איכות חייו.

מחקר זה מאמין שעלינו לחשוב חשיבה מחודשת על שיקום והחלמה שפירושה שעלינו לבחון את הדרכים שבהם אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית לומדים ומשתנים, ולמצוא את הדרך לפעילות שמשנה את הסיטואציות בחייהם (Deegan, 2004). הגישה הקוגניטיבית דינאמית דומה בעקרונותיה לגישות החדשות הנהוגות היום בשיקום והחלמה (לכמן, 2000), היא מאמינה ביכולת ההשתנות הקוגניטיבית מבנית של האדם מעבר לגיל ומצב בריאותי באם יהיו לו התנאים המתאימים לכך (Feuerstein et al., 1981, 1997).

מחקר זה השווה בין שתי קבוצות מחקר: קבוצת ניסוי שקיבלה התערבות בטיפול קוגניטיבי דינאמי, וקבוצת ביקורת שהשתתפה בפעילות רגילה ומקובלת במרכז השיקום. על מנת לבחון את התקדמות האנשים נערכו אבחונים קוגניטיביים ותצפית חברתית לפני ואחרי ההתערבות כמו כן נערך מעקב על הסטאטוס התעסוקתי לאחר שישה חודשים מתחילת ההתערבות והאבחון הראשוני.

תרומתו וייחוד של מחקר זה הוא בהצלחתו להראות שיפור במדדים הקוגניטיביים, החברתיים ואף התעסוקתיים בקרב אנשים הסובלים ממחלת סכיזופרניה. המחקר אופטימי ותורם להבנה עמוקה יותר של תהליכים קוגניטיביים בשיקום ובהחלמה של אנשים הסובלים ממחלת הסכיזופרניה. הוא מראה שישנה יכולת לשינוי במדדים חשובים לתפקוד האדם בחיי היום יום להתפתחותו האישית המקצועית, החברתית והמשפחתית.

מטרת המחקר הייתה בדיקת התקדמות התפקוד החברתי, הקוגניטיבי והתעסוקתי בעקבות התערבות קוגניטיבית דינאמית, בקרב אנשים הסובלים מסכיזופרניה ונמצאים בשיקום בקהילה.

ממצאי המחקר אכן מראים שחל שיפור ניכר במדדים הקוגניטיביים, החברתיים והתעסוקתיים באוכלוסיית המחקר.

### התחום החברתי

עיקרי ממצאי המחקר הראו כי ההשערה שאמרה שיימצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת ביכולת התקשורת והאינטראקציה הבין אישית אוששה באופן מלא. השיפור במדידה לפני למדידה אחרי בקבוצת הניסוי היה גדול יותר מהשיפור במדידה לפני ואחרי בקבוצת הביקורת. התחום החברתי נבדק על ידי תצפית שהעריכה את מיומנות התקשורת והאינטראקציה הבין אישית של הנבדק (Forsyth, Salamy, Simon, Kielhofner, 1998). הממצאים מראים שיפור רב יותר בקבוצת הניסוי בשלושת המרכיבים שנבדקו: הגופניים, התקשורת והחברתיים. כלומר שיפור במדד זה הוא תוצאה מההתערבות הקוגניטיבית דינאמית.

- מיומנות חברתית מוגדרת על פי Spagnolo & Basto, 2004, ממספר מרכיבים:
1. יכולת תגובה מילולית ולא מילולית באופן יעיל ותואם באינטראקציה בין אישית.
  2. יכולת להביע רגשות שליליים וחיוביים בדרכים המקובלות ע"פ הנורמות החברתיות.
  3. יכולת להיות מעורב בסיטואציה חברתית באופן תואם ומקדם.

המרכיבים המוזכרים במאמר של Spagnolo & Basto, 2004 הם המרכיבים שנבדקו במחקר זה. נבדקה היכולת הפיסית/ גופנית של האדם כדי לקדם סיטואציה חברתית, הפנית מבט, הבנת מחוות ועוד. נבדקה יכולת התקשורת של האדם הבעת רגשות רעיונות ומחשבות וזאת כדי להשיג מיומנויות עיסוקיות וחברתיות תואמות לסיטואציה, זיהוי התנהגות המתאימה לעיסוק בשיתוף עם האחר ויישום נורמות חברתיות. מרכיבים אלה נבדקו בהנחה ששיפור התפקוד החברתי יביא לשיפור במצב השיקומי ויובילו להחלמה של האדם בקהילה. מחקרו של Addington מ-2000 הראה את הקשר בין תפקוד קוגניטיבי ותפקוד חברתי. מחקר זה הראה שיכולת מילולית, זיכרון מילולי ויכולות אקסקיוטיביות קשורות באופן משמעותי לפתרון בעיות חברתי. גם Anthony, 2002, קישר בין היכולת החברתית ליכולת הקוגניטיבית.

Anthony, 2002, טוען שהליקוי המשמעותי ביותר הוא במיומנות הקוגניטיבית חברתית. היכולת להתנהג בחוכמה באינטראקציה החברתית היא משמעותית ביותר. באמירה זו Anthony כבר מרמז על הקשר בין היכולת הקוגניטיבית ליכולת החברתית.

טענות אלו מחזקות את הקשר בין התחום הקוגניטיבי לחברתי ואת חשיבות התחום החברתי לשיקום האדם בקהילתו ולכן למחקר זה שמצא שיפור מובהק בתחום החברתי בקבוצה שקיבלה ההתערבות קוגניטיבית דינאמית בכל שלושת המדדים החברתיים יש חשיבות רבה.

בניסיון להסביר ממצא חשוב זה, על פי גישת ה- DCI ההשפעה בתחום החברתי נבעה

במחקר זה מעקרון ההתייחסות בהתערבות למימד הרגשי והקשר שלו למרכיבי הקוגניציה. ישנו קשר מעגלי בין הגורם הקוגניטיבי (למידה), לגורם הרגשי החברתי (הנעה, ואפקט). הגישה הקוגניטיבית דינאמית פועלת בצורה אינטגרטיבית ישירה ושוויונית בשני התחומים, וזאת כדי להגביר את יכולת ההשתנות בכל אחת מהן, כדי שתהיה השפעה הדדית ביניהן.

### התחום הקוגניטיבי

היכולת הקוגניטיבית נבדקה בעזרת שלושה מימדים: תפיסה מרחבית, זיכרון חזותי נבדק על ידי אבחון ה-Rey, וחשיבה לוגית- נבדק על ידי אבחון ה-RPM. ההנחה שלירידה קוגניטיבית תפקיד מרכזי בהגבלה החברתית ובירידה בתפקוד היום יומי, הביאה אותנו לחקור את השיפור ביכולת הקוגניטיבית כמובילה לשיפור חברתי ולשיקום יעיל יותר בקהילה.

במחקר זה נבדקו שתי קבוצות, קבוצה אחת קיבלה בנוסף לטיפול המקובל במרכז השיקום טיפול קבוצתי על פי העקרונות של ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית. תוצאות המחקר בתחום הקוגניטיבי כאמור התחלקו לשלושה תחומים:

**חשיבה לוגית, הזיכרון החזותי והתפיסה המרחבית.** התוצאות מראות שכתוצאה מתוכנית ההתערבות חל שיפור מובהק בקבוצת הניסוי ביכולת הקוגניטיבית בכל המרכיבים שנבדקו. לשיפור הקוגניטיבי המובהק, שנמצא בקבוצת הניסוי שעברה 18 טיפולים קבוצתיים על פי העקרונות של ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית יש חשיבות תיאורטית ויישומית רבה. מטרת ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית היא להרחיב את יכולת הלמידה של האדם כמפתח להתמודדות אופטימאלית והסתגלות בסביבתו על פי רצונו וצרכיו (Hadas-Lidor, Weiss, 2004; Feuerstein, 1980, 1990).

הלמידה מאפשרת לאדם תהליך של התחדשות, התגלות ושינוי. ההחלמה כרוכה בתהליכים לשינוי תפיסת העצמי (Ralph, Lambert, Kidder, 2002) בהתערבות הקוגניטיבית דינאמית הלקוח מקבל עידוד לעצמאות בתהליך התערבות ומחוצה לו כל ידי שיתופו בקבלת ההחלטות בחירת הנושאים ובדידאקטיקה של ההתערבות, על ידי עבודה עצמית על ידי שעורי בית וכדומה. ההתערבות הנה תהליך שמכיל צדדים שונים: קוגניציה, רגשות ותפקוד. ההתערבות כוללת התייחסות עקבית למטה קוגניציה באמצעות שימת דגש על השיתוף (מרכיב ראשון בתיווך) על הטרנסנדנטיות (המרכיב השני בתיווך) לתחומי החיים השונים של המטופל (בבית, עבודה, וכדומה), במטרה שהמטופל יגיע לעיקרון שעומד מאחורי התרגיל ויעבירו לתחומי חשיבה וחיים נוספים. ב- DCI נושאים רגשיים העולים ומעכבים ליכולת התפקודית מקבלים התייחסות ישירה ומכוונת באמצעות ההתערבות הקוגניטיבית ועקרונות התיווך בניתוח אירועי חיים שונים ובכך יש התייחסות לסביבות חיים שונות.

ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאים נוספים שנערכו בעזרת התערבויות קוגניטיביות שונות ואבחונים שונים: מחקרים רבים מנסים להראות קשר בין התחומים הקוגניטיביים כגון: זיכרון, executive function, קשב לבין תוצאות השיקום. תוצאות השיקום מתחלקות לכמה תחומים עיקריים: תוצאות בקהילה, פתרון בעיות חברתיות, רכישה של מיומנויות פסיכו



### התחום התעסוקתי

מדד נוסף שנבדק במחקר הוא המצב התעסוקתי. נבדק לפני תוכנית ההתערבות ו- שישה חודשים מאוחר יותר. לאחר תוכנית ההתערבות נמצא הבדל מובהק בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת. בקבוצת הניסוי, מרבית האנשים התקדמו במצב התעסוקתי, חלקם השתלבו בסדנאות עבודה מתקדמות וחלקם בשוק החופשי. לעומת זאת בקבוצת הביקורת למרבית האנשים לא היה שינוי בסטטוס התעסוקתי, לחלקם אף הייתה ירידה במצב התעסוקתי, ואף אחד מהמשתתפים לא התקדם בסטטוס התעסוקתי. ממצאים דומים נמצאו גם במחקרה של הדס לידור שהראתה שיפור מובהק בסטטוס תעסוקתי בקבוצת הניסוי ( Hadas-Lidor, Katz, Tyano, Wezman, 2001). שיפור בסטטוס עבודה, מעיד על שיפור בשיקום ובדרך להחלמתו של האדם.

כדי לבחון את הקשר בין מרכיבים קוגניטיביים לסטטוס תעסוקתי. נעשה מחקר שבדק השפעה של התערבות קוגניטיבית על סטטוס תעסוקתי. נבחנו 30 אנשים עם אבחנה של מחלת הסכיזופרניה, נמצא שאנשים בעלי השכלה גבוהה יותר משתלבים בעבודה יותר בקלות. אותה קבוצה שעבדה הראתה ביצועים טובים יותר בתפקוד אקסקיוטיבי, זיכרון עבודה וקשב. ממצאים אלה מראים שליקוי קוגניטיבי קשור לשילוב האדם בעבודה. בנוסף לכך ממחקר זה נלמד שמרכיבים קוגניטיביים הם מנבאים לתפקוד טוב יותר בתעסוקה (Hadas-Lidor, 1998; McGurk, Meltzer, 2000). יש חשיבות רבה לממצא זה משום שתעסוקה מוגדרת במאמרים רבים כמרכיב חשוב בתהליך ההחלמה. מחקר זה מתווסף למחקרים רבים שנעשים בשנים האחרונות ומראים על קשר בין ההתערבות הקוגניטיבית לשיפור בתפקוד ובאיכות החיים.

טיפול קוגניטיבי בשיקום הראה שיפור ביכולת הקוגניטיבית במיוחד בטיפול שהיה עם הכוונה למסגרת האדם. (במחקר של Buchanan et al (1994) מצא ששינוי ביכולת הזיכרון הייתה קשורה לשינוי באיכות חיי האדם. בעשור האחרון הייתה התעניינות משמעותית בשיקום קוגניטיבי במחלת הסכיזופרניה. שיפור בתפקוד הקוגניטיבי יכול להוביל לשיפור באיכות החיים וההערכה עצמית. שיפור קוגניטיבי יכול גם להוביל להעצמה בהתערבויות פסיכו סוציאליות נוספות כגון: ניהול תרופות, ניהול עצמי ועוד'.

ישנם כמה עדויות ששיפור בתפקודים באימון של משימות מסוימות מוביל להכללה למשימות אחרות שלא תורגלו (Bellak et al., 2001; Medalia et al., 2001; Wykes et al., 1999). במאמרם של (Fiszdon, Bryson, Wexler, bell, 2004), דנים בהשפעת הטיפול הקוגניטיבי לאורך זמן. במאמר זה מחזקים את החשיבות ששיפור קוגניטיבי צריך להישמר לאורך זמן, לא רק ליום או שבוע אלא לאורך כל תהליך השיקום ומגוון ההתערבויות שהאדם מקבל.

מחקר דומה למחקר הנוכחי הוא מחקרם של Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler (1999) השתתפו 90 אנשים עם מחלת נפש שנמצאו בהליך שיקומי. האנשים שהשתתפו במחקר קיבלו טיפול קוגניטיבי מחלק מהתוכנית של ה- IPT (Integrated

Psychological Therapy) שכלל הבחנה קוגניטיבית, תפיסה חברתית ותקשורת ורבליית. קבוצת הביקורת קיבלה במקביל טיפול תמיכתי בקבוצה. הטיפול ניתן למשך 6 חודשים, ונעשו אבחונים למדידת האפקט הטיפולי לאורך 4 שנים לאחר הטיפול. לפני ואחרי הניסוי האנשים נמצאו בהליך השיקום והמשיכו לקבל טיפולים פרמקולוגים ואימון של מיומנויות יום יום.

התוצאות תומכות בהשערה שטיפול עם מטרה לשיפור קוגניטיבי ישפרו את היכולת החברתית, לאורך תהליך שיקומי בקרב חולים סכיזופרניים. בתחום של פתרון בעיות והתאמת פתרון לבעיה נראה שיפור ניכר עכב הטיפול הקוגניטיבי על פי מבחן ה-AIPSS. הכרה בבעיה ומציאת סיבה כפי שנמדדו על ידי ה-AIPSS לא הושפעו מהטיפול. הנתונים האלה נותנים תמיכה חזקה לאפקט של הטיפול הקוגניטיבי על המיומנות החברתית. לא בכדי שינויים אלה התרחשו בהתערבות הקוגניטיבית דינאמית. להתערבות זו ישנם כמה מטרות:

1. תיקון פונקציות קוגניטיביות לקויות- כלי העשרה האינסטרומנטלית דורשים הפעלת מגוון של פונקציות קוגניטיביות, ברמת הקלט העיבוד והפלט. העבודה עם הכלים מאפשרת גילוי פונקציות ספציפיות לקויות אצל כל לומד ותיקון. כשאנו מניחים שהפונקציות הפגומות או לקויות בגלל העדר התנסות מתווכת (כמות/איכות) ההעשרה מאפשרת הזדמנויות רבות וחוזרות להתייחס לפונקציות הקוגניטיביות השונות- המגוון במורכבות מופשטות ויעילות מאפשר ליישם את הפונקציות הנדרשות במצבים שונים (הדס לידור, 1996; Feuerstein, 1990).

2. ללמד את אוצר המילים, המושגים הפעולות ומערכות היחסים. מתייחס ל: שיפור או פיתוח אופרציות חשיבה מרכזיות בתהליך הלמידה- כמו: השוואה, מיון, אנליזה, סינתזה, מציאת חוקיות, העברת יחס ועוד. הקניית ו/או שיפור אסטרטגיות של ארגון מידע ועיבודו, כמו: איסוף נתונים שיטתי, בניית טבלאות השוואה מיון, אלימינציה, צמצום שדה ועוד (Feuerstein, 1980, 1990).

3. יצירת תובנה בלומד לגבי תהליכי החשיבה שלו בלעדיה לא תיתכן העברת החומר הנלמד למצבים חדשים ושימוש יעיל בו. להפנות את מודעות הלומד למה שקורה לו למה שמתחולל בו בזמן ביצוע הפעולות ( הפער בין מה שרוצה למה שיוצא, לחבר את האדם למרכיבי הצלחה וכישלון). לדוגמא: שאילת המשתתפים כיצד הם חושבים שיצליחו במשימה, כיצד הם חושבים שביצעו את המשימה (Hadas-Lidor, Weiss, 2004)

4. ליצור מוטיבציה הקשורה במשימה ואינה בהכרח קשורה לגמול שמתקבל בעקבותיו. כלומר המטרה ליצור מטלות שדורשות סקרנות גרייה בתוך המשימה עצמה. לדוגמא: גיוון, אתגר, הבאת גירויים מחיי היום יום שאינם מוכרים, לשמור על ערנות וסקרנות. סביבה הטרוגנית ומגוונת מאפשרת בחירה ומובילה לתהליך החלמה (צוריאל, 1999; Feuerstein, 1991).

5. להביא לשינוי משמעותי בתפיסת הלומד את עצמו: (ביסוס אמונת הלומד ביכולתו

ללמוד, להשתפר ולהיות יוצר אקטיבי של מידע.) מקולט סביל רוצים להפוך את האדם לפעיל בחברה, ואז בעצם לתת לו להאמין ביכולת שלו להעניק לו תחושת מסוגלות תקינה. (ההעשרה מאפשרת הרבה מצבים של הצלחה, אתגר, עבודה על קבלת החלטות, להיות שותף) (Feuerstein, 1990; Hadas-Lidor, 1998) הטיפול הקוגניטיבי דינאמי מטרתו לשפר את יכולת הלמידה של האדם, יכולת זו היא תנאי שמאפשר לאדם לבחור ולהחלים.

החלמה מוגדרת כמרכיב חשוב ומשמעותי בתפיסת השיקום הפסיכיאטרי (Anthony, Cohen, 2002). החלמה היא המעשה האקטיבי שהאדם עם המוגבלות עושה. טיפול, תאום טיפול, שיקום, עוזרים לאדם לאפשר החלמה. האדם חייב לגלות דרכים להתמודד ולחיות על ידי אמצעים שלא הכיר עד היום, לעשות שינויים לאחד בין הגדילה לבין ההבנות. ע"פ דייגן 1988 החלמה זה תהליך, דרך חיים, גישה, מלאה אתגרים יום יומיים. החלמה זה לא תהליך ליניארי (Anthony, 2000). אנשים שחלו במחלת נפש איבדו את אמונתם ביכולת שלהם לבצע החלטות באופן עצמאי (Deegen, 1988).

הדס לידור על פי פוירשטיין טוענת שבגישה הקוגניטיבית דינאמית ניתן לראות שחלק מהמטרות של התערבות הקוגניטיבית דינאמית היא לנטוע באדם את היכולת להחליט, לפתור בעיות, להציב מטרות (Ridgway, 2001). ויותר מכל להחזיר לאדם את השליטה בחייו (הדס לידור, 1996; Hadas-Lidor Weiss, 2004). כל זאת על ידי יצירת כמה שיותר הזדמנויות ללמידה שתאפשרנה בחירה, פתיחת אופקים, יכולת גמישות והבנת סיטואציה חברתית כאשר מנחה אותנו כל הזמן התקווה והאמונה ביכולת האדם. (Davidson, 2003; Ralph, 2000) ((Ralph, Lambert, Kidder, 2002).

מתוך תמות אלו ומתוך האמונה והמטרה של מחקר זה ליצור שינויים בגורמים קוגניטיביים דינאמיים ניתן להוביל לקשר חשוב נוסף בין הטיפול הקוגניטיבי דינאמי לבין אלמנטים מסוימים בהחלמה. חלק מהמרכיבים ומהתמות של החלמה נמצאים גם בגישה הקוגניטיבית דינאמית. אנו מאמינות שההתערבות הקוגניטיבית דינאמית מובילה בדרך של שיתוף והדדיות לתהליך החלמה על ידי הרחבת הרפרטואר התנהגותי-חברתי והיכולת הקוגניטיבית להשתמש בו בהתאם לרצון ולצורך האדם.

### מגבלות המחקר

למחקר מספר מגבלות מתודולוגיות: ראשית, מספר הנבדקים הקטן, מקשה על הכללות רחבות יותר. המחקר נערך במרכז שיקום אחד, חשוב היה להרחיב, ולבדוק את ההשפעה של התערבות קוגניטיבית דינאמית, גם במרכזים נוספים ומול טכנולוגיות שונות. מקובל היום במחקרי החלמה לערב בין החוקרים את הצרכנים/ מתמודדים. מה שלא מקובל עדיין בתחום הקוגניטיבי ונראה לי כמגבלה משמעותית.

### המלצות תיאורטיות

בספרות ובשדה היום מדגישים את חשיבות עבודה על פי ראיות (EBP) חשובה העבודה

הקלינית והמחקרית המוסיפה הוכחות על יעילותן של גישות התערבויות שונות, Mueser, Torrey, Lynde, 2003). במחקר זה הראינו שהתיאוריה המבוססת על תורתו של פוירשטיין והתאמתה של הדס לידור לאוכלוסייה זו, וזאת על ידי הבנה של כל הגורמים המשתתפים בתהליך, האדם, הסביבה, הפעילות והמתווך). חיזקו את יכולת האדם ותרמו לשינוי וקידום בתהליך השיקום וההחלמה. חשוב להמשיך ולנסות להגדיר בשילוב עם הקליניקה, המחקר והספרות את הידע הייחודי של העבודה הקוגניטיבית ואת תרומתו לאדם הסובל מסכיזופרניה, באיזה שלבים של המחלה, באילו גישות קוגניטיביות ובאילו אמצעים עבודה זו תהיה היעילה ביותר.

### המלצות קליניות

מחקר זה הראה שיפור מובהק בתחומים הקוגניטיביים והחברתיים, בעקבות ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית. אנו ממליצים להכניס את ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית בכל מערכות השיקום וכדי שהתערבות זאת תהיה יעילה חשוב להכשיר את הצוות הרלוונטי כולו בעקרונות הגישה.

### המלצות למחקרים עתידיים

1. להוסיף הערכה איכותנית שבעזרתה נוכל ללמוד על אפשרות לקשר בין שיפור קוגניטיבי חברתי לבין תהליך ההחלמה.
2. לעקוב אחרי השפעת הטיפול על כל תחומי החיים גם לאחר גמר הטיפול.
3. לבדוק את יעילות ההתערבות הקוגניטיבית מול התערבויות קוגניטיביות אחרות.
4. לבדוק את השפעת ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית, על מרכיבים של איכות חיים.
5. לערוך מחקר רחב משתתפים, לאנשים שמתגוררים בקהילה ולא נמצאים במרכז שיקום, אלא עובדים בשוק החופשי- לבדוק את ההשפעה על קידום והשתלבות בעבודה הן מבחינה חברתית והן מבחינה תעסוקתית.
6. בדיקת שיפור החשיבה והסטיגמה של החולים כלפי עצמם והסביבה.

### סיכום והמלצות

ממטרות ההתערבות ומהחיבור לגישה הקוגניטיבית דינאמית ניתן לראות שישנו קשר הדוק בין מרכיבי הקוגניציה למרכיבים החברתיים רגשיים. ניתן ללמוד על החשיבות של המרכיבים הקוגניטיביים והחברתיים בהשפעתם על תפקוד האדם בדרך לשיקום ולהחלמה כפי שנלמד ונחקר בספרות. מחקר זה הוא מחקר המשך של הדס לידור, 2001 ומחזק את התרומה של ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית בשיקום ובהחלמה של האדם עם הפגיעה הנפשית. המחקר מוביל לחשיבה ולהקשרים רבים כגון: הקשר בין הקוגניציה לרגש, הקשר בין המרכיבים הקוגניטיביים והחברתיים למוטיבים של החלמה. המשמעות של למידת מיומנויות חברתיות על מנת לשפר את התפקוד. קשרים אלו לא נחקרו מספיק ולכן חשוב להמשיך ולחקור את ההנחות וההכללות שנאמרו בדיון זה כמו:

- האם יש קשר בין הטיפול הקוגניטיבי דינאמי לתמות מרכזיות בהחלמה?  
האם שיפור ביכולת חברתית מוביל לשיפור במרכיבים קוגניטיביים ולהפך?



במחקר זה הצבענו על שיפור במרכיבים קוגניטיביים וחברתיים אך לא נחקר כיוון הקשר בין המרכיבים עצמם חשוב להמשיך ולחקור כאשר מטרתנו היא שיפור איכות חייו של האדם הסובל מנכות נפשית.

במחקר המשך היינו משתפות את קבוצת הנחקרים במטרות המחקר מתייעצת וחושבת איזה אלמנטים חשובים להם לבדוק? הייתי מוסיפה ושואלת אותם על חשיבות שיפור מיומנויות קוגניטיביות וחברתיות ועל הקשר בפעילויות יום-יום- דבר זה נעשה רק במהלך קבוצת הניסוי ולא כמגמה של חשיבה לפני המחקר.

אסור לשכוח שאנשים עם מגבלה נפשית הם אנשים והם חלק מהקהילה, אנחנו המטפלים והמתמודדים חייבים להאמין בתהליך ובדרך של השיקום וההחלמה ( Deegan, 2004 ).  
ביבליוגרפיה

אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח. ונוימן מ. (1997). פרקים נבחרים בפסכיאטריה. אוניברסיטת תל-אביב: פפירוס הוצאה לאור.

אנאסטאזי, א. (1990). מבחנים פסיכולוגים (מהדורה שישית). הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

בוני, א. והדס לידור, נ. (2001). תפקיד הריפוי בעיסוק בהערכה, אבחון וטיפול על פי העקרונות של הסיווג הבינלאומי לתפקוד, מוגבלויות ובריאות. כתב עת לריפוי בעיסוק, 4, 167-180.

הדס לידור, נ. (1996) התאוריה הקוגניטיבית דינאמית עפ"י פוירשטיין ויישומה בתחומי הטיפול השונים בריפוי בעיסוק. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 5, 1-11.

הדס לידור, נ. (1997). בדיקת יעילות הטיפול הקוגניטיבי- דינאמי באמצעות " העשרה אינסטרומנטלית" באוכלוסיית המשתקמים הסובלים מסכיזופרניה. עבודה לתואר דוקטורט, אוניברסיטת תל-אביב.

לכמן, מקס. (2000). "נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים". חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.

לכמן, מ. והדס לידור, נ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. הדעה הרווחת: ביטאון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית, 35.

פוירשטיין, ר. ופוירשטיין, ש. (תשנ"ג). התנסות בלמידה מתווכת: הסתכלות תאורטית. בתוך

בשדה בטאון לשאלות חינוך והוראה. ארגון המורים הדתיים בישראל.

צוריאל, ד. (1999). התנסות בלמידה מתווכת: עיון, מחקר ויישום במשנתו של פרופ' ראובן פוירשטיין. המרכז הבינלאומי לקידום כושר הלמידה. הוצאת ספרים "אח".

רחמני, ל. (1981). מוח ולמידה, תהליכים וליקויים. תל-אביב: פפירוס.

Addington, J., McCleary, L., & Munore-Blume, H. (1998). Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 34, 59-66.

Addington, J., & Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 25 (1), 173-182.

Addington, J., & Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia :A 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Reserch*, 44(1), 47-56.

Allen, C.K. (1985). Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and Management of cognitive disabilities. Boston: Little, Brown.

Allen, C.K., Earhart, C.A., & Blue, T. (1992). Occupational therapy goals for the physically and cognitively disabled. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.

Allen, C.K., & Blue, T. (1998). Cognitive Disabilities. In N. Katz, (Ed.), Cognition and occupation in rehabilitation : Cognitive models in occupational therapy. Bethesda MD: The American Occupational Therapy Association, Inc.

Anthony, W.A. (2000). A recovery oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gange, C. (2002), Psychiatric rehabilitation. Boston : Boston University

Becker, M. & Diamond, R. (1997). New developments in quality of life

measurement in schizophrenia. In Katschnig, H., Freeman, H. & Norman, S. (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp.119-133). John Wiley & sons: Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Morrison, R.L., Tierney, A., & Podell, K. (1990)

Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1650-1655.

Bellack, A. S. (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? It is necessary? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 43-50.

Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R.W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.

Bellack, A. S., Weinhardt, L. S., Gold, J.M., & Gearson, J. S. (2001). Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 255-262.

Bond, G. R. & Resnick, S. G. (2000). Psychiatric rehabilitation. In R. G. Frank & T. R. Elliot (Eds.), *The handbook of rehabilitation psychology* (pp. 235-258). Washington, DC: American Psychological Association.

Bonder, B. R. (1995). *Psychopathology & function*. (2nd ed). Impring Thorofare, N.J: Slack.

Buchanan, R. W., Holstein, C., & Breier, A. (1994). The comparative efficacy and long term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biological Psychiatry*, 36 (11), 717-725.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press

Deegen, P.E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*.

Psychosocial Rehabilitation Journal, 11 (4),11-19.

Deegen, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health: A Journal of Psychsocial Practice & Research*, 17,5-21.

Deegen, P.E. (2004). Rethinking rehabilitation: freedom. The 20 th World Congress of Rehabilitation International. Oslo Norway.

Delahunty, A., & Morice, R.(1996). Rehabilitation of frontal/ executive impairments in schiziphrenia. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 30, 760-767.

DSM IV- Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (1994). Washington DC : American psychiatric association.

Farkas, M. (Ed.) (1999). International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Feuerstein, R. ,Rand,Y., & Hoffman,M. B.(1979). The dynamic assessment of retard performance, the learning potential assessment device .Theory instruments and techniques. Baltimore: University Park press.

Feuerstein, R.(1990).The theory of structural cognitive modifiability in learning and thinking stiles. Presseisen, B (Eds).Washington DC: National education association. In Spaulding W.D.(1994) (Eds) Cognitive technology in psychiatric rehabilitation. University of Nebraska press.

Feuerstein, R., Klein,P. S., & Tannenbaum, A. J. (1991).Mediated learning experience(MLE) : theoretical psychosocial and learning implication. London. Freund publishing house.

Feuerstein, R., Feuerstein, R., Schur, Y.(1997).Process as content in education of exceptional children. In A. Kozulin(Eds), The ontogeny of cognitive modifiability, applied aspects of mediated learning experience and instrumental enrichment, proceeding of the international conference. Jerusalem: ICELP.

Fiszdon, J.M., Byrson, G.J., Wexler, B.E., & Bell, M.D. (2004). Durability of cognitive remediation training in schizophrenia: performance on two memory tasks at 6 month and 12 month follow up. *Psychiatry Research*, 125, 1-7.

Foryth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (1998). *The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*, (Version 4). Chicago: University of Illinois.

Hadas-Lidor, N. (1998). Dynamic cognitive therapy according to Feuerstein in learning and adaptation difficulties. *Work*, 11, 349-361.

Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S., & Weizman, A. (2001). Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation*. 15, 349-359.

Hadas-Lidor, N., & Weiss, P. (2005). Dynamic cognitive intervention: Application in occupational Therapy. In N., Katz (Eds.), *Cognition and occupation across the life span: Models for intervention in occupational therapy* (pp.391-413). American Occupational Therapy association.

Goldberg, T.E., & Weinberger, D.R., Berman, K.F., Pliskin, N.H., & Podd, M.H. (1987). Further evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*, 44, 1088-1014.

Green, M.F., Satz, P., Ganzell, S., & Vaclav, J.F. (1992). Wisconsin card sorting test performance in schizophrenia: Remediation of a stubborn deficit. *American Journal of Psychiatry*, 149, 62-67.

Green, M. S. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognition deficit and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*. 26, 119-136.

Kaplan, H. P., Sadock, B. J., & Grebb, J.A. (1995). *Synopsis of psychiatric*

behavioural

sciences, clinical psychiatry .Baltimore; Williams&Willkins.

Kern, R. S., Wallace, C. J., Hellman, S. G., Womack, L. M & Green, M.F. (1996). A training procedure for remediating WCST deficits in chronic psychotic patients: an adaption of errorless learning principles. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 283-294.

Kielhopner, G.(2002).A Model of Human Occupation: Theory and Application.(3rd ed). Baltimore.MD:Lippincott, William & Wilkins.

Law, M., Baum, C. & Baptiste, S. (2002). *Occupational Based Practice: Fostering Health Through Occupation*. Slack: Thorofare, NJ.

Lehman, A. F. (1992). The effects of psychiatric symptoms on quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.

Levine, B., Stuss, D. T., Milberg, W. P., Alexander, M. P., Schwartz, M., & Macdonald, R.(1998).The effects of focal and diffuse brain damage on strategy application: Evidence from focal lesions, traumatic brain injury and normal aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4,247-264.

Lewis, L., Unkefer, E.P., O'Neal, S.K., Crith, C.J & Fultz, J. ( 2003). Cognitive rehabilitation with patients having presistent, severe psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 325-331.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assesment*. New York: Oxford University.

McGurk, S.R., & Meltzer, H.Y.(2000).The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27,175-184

Medalia, A., Revheim, N., & Casey, M. (2001).The remediation of problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.27, 259-267.

Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27, 387-411.

Miran,M.D., & Miran, E.(1999). Neuropsychological therapeutic community treatment individual with schizohrenia. *Psychiatric rehabilitation*,22,3.

Patterson,T.L., Goldnan, S., McKibbin, C.L., Hughs, T., & Jeste, D.V. (2001). UCSD performance based skills assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adult. *Schizophtrnia*

Bulletin,27,235-245.

Penades,R.,Boget, T., Catalan, R., Bernardo, M., Gasto, C., & Salamero, M.(2003). Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia.Schizophrenia Research, 63, 219-227.

Penny ,N. H., Mueser, K. T., & North , C. T. (1995). Allen Cognitive Level Test and social competence in adult psychiatric patients. American Journal of Occupational Therapy, 49, 420-427.

Ragland, J. D., Gur, R .E., Klimas, B. C., McGrady, N., & Gur, R. C. (1999). Neuropsychological laterality indices of schizophrenia: Interactions with gender. Schizophrenia Bulletin, 25(1), 79-89.

Ralph, R.O.(2000). "Recovery". Psychiatric Rehabilitation skills, 4(3),480-517.

Raven, J. (1983).The progressive matrices and Mill Hill vocabulary scale in western societies. In S.H. Irvine, J.W, Berry.(eds.), Human assessment and culture factors. New York Plenum.

Ridgway, P.A.(2001). Re-storing psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24, 335-343.

Rosenfield S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. Journal of Health and Social Behavior, 33, 299-315.

Rutman, I. D. (1993). And, now the envelope please....Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 1-3.

Schneider, J. (2003) Is supported employment cost effective? A review. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 7, 145-156

Silverstein, S. M., Menditto, A. A., & Stuve, P. (2001). Shaping attention span: an operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 27(2), 247-257.

Skuy, M., Apter, A., Dembo, Y., Tyano, S., Kaniel, S., & Tzuriel, D. (1992). Cognitive modifiability of adolescents with schizophrenia: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 583-589.

Spaulding, W.D. (1992). Some methodological prerequisites for outcome studies of cognitive treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 39-42.

Spaulding, W.D., Fleming, S.K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 275-289.

Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). Effect of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (4), 657- 676.

Teske, Y.R. (1993) Schizophrenia. In R. A. Hansen & B. Atchison (eds), *Condition in occupational therapy* : Williams & Wilkins.

Toglia, J. P. (1992). A Dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. In N. Katz (Ed.) *Cognition and occupation in cognitive models for intervention in occupational therapy*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Toglia, J. P. (1998). A Dynamic interactional model to cognitive rehabilitation. In N. Katz (Ed.) *Cognition and occupation in cognitive models for intervention in occupational therapy*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Tzuriel, D., & Haywood, H.C. (1992). The development of Interactive-Dynamic Approaches to Assessment of Learning Potential. In H.C. Haywood & D. Tzuriel (eds), *Interactive assessment*. N.Y.: Springer-Verlag.

Vygotsky, L.S. (1962). *Thoughts and language*. Cambridge: The MIT press.

Vygotsky, L.S. (1987). *Thinking and speech*. In R.W. Rieber & A.S. Caeton (eds), *The collected works of L.S. Vygotsky*. New York: Plenum Press.

WHO (2000, 2001). *ICIDH-2 - International Classification of Impairment*,



Activities, and Participation. A manual of Dimensions of Functioning and Disablement; ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health. [http:// www.who.int/ icidh/](http://www.who.int/icidh/)

World Health Organization (1992) Tenth Revision of International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO

World Health Organization (1993) Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. In Guidelines for ATC Classification (4th edn), pp. 23-185. Geneva: WHO.

Wolf, J. R. L. M. (1997). Clients needs and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 16-24

Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 291-308.

## מנהל יחידת השיקום בקהילה כמוביל שינוי - מודל הכשרה

דר' נעמי הדס לידור, דר' מקס לכמן, רד שפיר קיסר

מבוא

יישום חוק שיקום נכה הנפש בקהילה הוא ניסיון לתת לצרכנים את הכלים ואת ההזדמנויות לקדם תוכניות אישיות, שיאפשרו להם איכות חיים ושילוב בקהילה. מערך השיקום עבר שינויים גדולים בחשיבה ובגיבוש ערכי, תוך קביעת עקרונות חדשים לעשייה. הוטמעו בשדה שירותים המבוססים על מודלים חדשים, שאמורים לקדם את התוכניות האישיות אותן ביקשו הצרכנים לממש, תוך שימת דגש לשיתוף ההדוק בין מתמודדים, משפחות ואנשי מקצוע. בנוסף, היה צורך לשנות עמדות ונורמות חברתיות, הן בקרב אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש ובתחום של השירותים החברתיים ואחרים, הן בקרב אנשי הקהילה האקדמית, והן בקרב הציבור בכלל כולל הצרכנים והמשפחות.

שינויים מסוג זה לא יכולים היו להתרחש ללא יזימה של למידה, הכשרה והתנסויות חדשות של הקהלים השונים, הבאים במגע עם האוכלוסייה (Gagne, 2002).. לפיכך, עם פיתוח שירותי השיקום השונים פותחו והופעלו בשנים האחרונות גם תוכניות הכשרה רבות בתחום השיקום, תוכניות אשר נועדו להכשיר אנשי מקצוע שונים לעבודה המיוחדת בשיקום בבריאות הנפש. התוכניות מגוונות ומופנות לאוכלוסיות יעד רבות, הן אינטרדיסציפלינריות מתוך התפיסה שעבודת השיקום הינה שונה וייחודית, עוסקת בתחומי חיים שונים של האדם בו-זמנית, וקהל ממגוון מקצועות, אשר עובר הכשרה ייחודית דומה, יכול להוסיף לעבודה הקלינית ולשיח המקצועי. יותר מכך, חלק גדול משירותי השיקום מבוססים על כח אדם שאין לו רקע של הכשרה אקדמאית בתחום בריאות הנפש, ואשר תורם רבות לעשייה השיקומית ממקורות ידע שונים, מקום של אנושיות, ניסיון חיים ומוטיבציה. כמו כן, מתקיימות הכשרות ייחודיות לפעילים בתחום בריאות הנפש ולהורים.

מלבד אלה, בשנים האחרונות מתקיימים מסגרות לימודיות נוספות עם אוריינטציה שיקומית, בהן לוקחים חלק אנשי שיקום בבריאות הנפש, צרכנים, הורים ובני משפחה. יש לציין שהקמת מערך ההכשרות בתחום השיקום לווה בקשיים רבים. בשל האוריינטציה הייחודית החדשה הזו היה קושי רב למצוא סגל מרצים מעודכן באוניברסיטאות ומחובר לתפיסה, ובכלל קושי במוסדות להשכלה הגבוהה להכיל יוזמה מסוג זה. כעת אנו בתהליך של שידרוג מערך ההכשרה תוך כדי שילובו כמרכז למידה במערכת האקדמית.

הטבלה הבאה מסכמת את הפעילות בתחום זה.

## ההכשרות המתקיימות בתחום השיקום לאנשי מקצוע, מתמודדים ומשפחות

שם הקורס	אוכלוסיית היעד	שותפים לקורס
קורס מנהלי יחידות שיקום בקהילה	מנהלי יחידות שיקום בתחומי הדיור, התעסוקה, השכלה, פנאי וחברה	משרד הבריאות ואוניברסיטת תל אביב, חיפה ובר אילן, מכון מגיד באוניברסיטה העברית
קורס מדריכי שיקום	לאנשים ללא רקע של השכלה פורמלית בתחום בריאות הנפש שעובדים בשירותי השיקום בקהילה כמו מדריכי דיור, תעסוקה וכו'	משרד הבריאות ותל"ם
הדרכה על הדרכה-מלווה למידה	אנשי מקצוע שעוסקים ומייעדים את עצמם להכשרת העוסקים בשיקום	משרד הבריאות, אוניברסיטת בר אילן, מכון מגיד האוניברסיטה העברית
לימודי תעודה בנושא הטיפול הקוגניטיבי דינאמי	מטפלים מכל מקצועות הטיפול שעובדים בשיקום בבריאות הנפש	משרד הבריאות ואוניברסיטת תל אביב
הפעל" - קורס לצרכנות" והעצמה	צרכנים מתחום בריאות הנפש שמעוניים לפעול למען קהילתם	מכון מגיד האוניברסיטה העברית, אוניברסיטת חיפה ומשרד הבריאות ותורמים פרטיים
קשת - קורס אקדמי לתקשורת בדרך קוגניטיבית	הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות	משרד הבריאות, ביטוח לאומי, אוניברסיטת תל אביב, מכון מגיד, ותורמים פרטיים
מצרכנים לנותני שירות - הכשרת מתמודדים לעבודה במערכת השיקום בבריאות הנפש	צרכנים בתחום בריאות הנפש	משרד הבריאות, מכון מגיד האוניברסיטה העברית
קורס סוקרי איכות - הכשרת משתקמים להיות סוקרי איכות במטרה לערוך סקרי שביעות רצון של האנשים המקבלים שירותי שיקום שונים אות הנפש Hשבר	משתקמים בתחום בריאות הנפש	משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, ובית לוינשטיין - מרכז השיקום
ניהול המחלה וההחלמה – הטמעת החשיבה של עבודה על פי ראיות תוך כדי הפעלת תוכנית	מנהלים ואנשי מקצוע של יחידות שיקום בבריאות הנפש בקהילה	משרד הבריאות, אוניברסיטת בר אילן, המחלקה לפסיכולוגיה שיקומית

מאמר זה עוסק בתוכנית ההכשרה הראשונה שהופעלה במסגרת ההכשרות בשיקום בבריאות

הנפש, הכשרה ייחודית וחדשנית למנהלי יחידות שיקום בבריאות הנפש, שמטרתה להפוך את המנהלים לסוכני שינוי בשדה. התפיסה שעומדת בבסיס הקורס היא התפיסה הערכית שמדברת על חיבור בין השדה והאקדמיה. הלימוד הוא דינאמי, הוא משתנה כל הזמן בתהליכים מקבילים שעוברים על המשתתפים בקורס וביחידות השיקום השונות). המודל כולל הכשרה של שנתיים שלב א ושלב ב'.

המאמר בנוי ממספר חלקים: החלק הראשון יתאר את הרציונל של הכשרת מנהלי שיקום בקהילה כמובילי שינוי בשיקום בשדה, במסגרת אוניברסיטאית, החלק השני יעסוק במבנהו של הקורס, בהמשך נסקור את הרכב המשתתפים בו, את הנושאים העיקריים בו הוא עסק ואת הקשיים בבניתו, ידווח על ממצאים שנאספו ביחס להשפעתו של הקורס על משתתפיו. הדיון יעסוק במקומו של הקורס כקבוע במערכת הכשרת אנשי המקצוע בשיקום, ובסיכום ננסה להמליץ המלצות מחקריות הנובעות מדרך זו.

בשנים האחרונות חלו שינויים רבים בעולם ובארץ בתחום השיקום לקראת הקהילה ובקהילה. שינויים רבים חלים בתחום התחוקה והמדיניות, שינויים שהביאו להרחבה של השירותים כמותית ואיכותית ולריבוי העוסקים במלאכת השיקום. כמו כן התהליכים החברתיים והתחוקתיים הביאו להפחתה וצמצום זמני האשפוז מחד והרחבת סוגי האוכלוסיה המשתמשת בשירותי השיקום מאידך (Anthony, Cohen, Farkas, and Gagne, 2002):

1. תחוקה ומדיניות - בעולם ובארץ נחקקו חוקים רבים ובעלי משמעות יישומית רחבה, חוקים שעוסקים בהתייחסות לאיכות חייו של האדם בעל מגבלות פיזיות, שכליות, ונפשיות בכלל ושל נפגע הנפש בפרט. חוקים אלה בכלל וחוק שיקום נכה הנפש בפרט (דצמבר 2000) מגדירים אחרת את המוגבלות עצמה ומרחיבים את מחויבות המדינה, העיריות והקהילה בשיפור תנאי חייו של האדם בעל המגבלה. חוקים אלה מטרתם לאפשר לנפגע הנפש עד כמה שאפשר להגיע לתפקוד אופטימלי בקהילתו ולקבל את התמיכות להן הוא זקוק כדי להגיע לתפקוד. חוקים אלה עוסקים בהרחבת שירותי השיקום בקהילה והרחבת ספקטרום נותני השירותים מעבר למקצועות הרפואה, מכאן שאלה יצרו ויוצרים קבוצה של עובדים חדשים בעלי עניין בנושא שאיפיוניה שונים מאלה שהיו קודם לכן. כאמור הם לא בהכרח באים מתחום הרפואה, אלא מתחום מקצועות הבריאות, החינוך, האמנות והתעשייה. השכלתם מאוד מגוונת ושונה (עובדים סוציאליים, מהנדסים, BA כללי, מורים וכד') אך חסרה בדרך כלל בתחום של בריאות הנפש.

אל מיסוד - לא במקרה מתפתחים שירותים רבים ומגוונים בקהילה. אחת הסיבות העיקריות לכך היא קיצור משמעותי של זמן האשפוז בבתי חולים. קיצור זה נובע ממספר סיבות שהעיקריות ביניהן היא ההתפתחות הפרמקולוגית בתחום זה, השינויים בגישת החברה, החוק לאוכלוסיות אלו והמאבקים שעושים הצרכנים עצמם ובני משפחותיהם לקיצור עד למינימום של

זמן האשפוז לטובת השיקום וההסתגלות בקהילה.

2. הרחבת כמות השירותים והמגוון שלהם-תוצאה נוספת של החקיקה ושינוי תפיסת הנכה בחברה גרמה וגורמת בשנים האחרונות להרחבת שירותים בקהילה. שינוי זה התאפשר בעקבות חוק שיקום וביטוי בסל בתחומים השונים. בעקבות החוק נבנו ופותחו הוסטלים ברמות שונות למגורים, מקומות תעסוקה שונים ומסגרות לימודיות ופנאי שונות ומגוונות. תהליכים אלה מגדילים כמותית את השירותים ומרחיבים את התחומים בהם הם עוסקים דבר המאפשר לתת שרות למגוון רחב יותר של אוכלוסיה. פיתוח השרותים מתקדמים מהר יותר בשטח (בחיים) מאשר באקדמיה לכן הם לא מקבלים מספיק מענה בתחום ההכשרה והמחקר. הקורס שמאמר זה עוסק בו מנסה לתת בשנים האחרונות מענה לצורך זה בהשכלה ובפיתוח (Hadas-Lidor, and Weiss 2005).

3. מגוון האוכלוסיות המקבלות שרות- תופעה חיובית נוספת שמתחילה להתרחש בשנים האחרונות ואנו צופים שתגבר עם הזמן היא תופעת המגוון הגדול יותר והכמות הגדולה יותר של מקבלי השירותים שפונים אל השירותים השונים במערך בריאות הנפש. אנו משערים שתופעה זו מתרחשת גם משום שהטיפול העיקרי יצא ממסגרות בתי החולים, יש יותר אופציות להתערבות והאופציות פחות סטיגמטיות משהיו (Estroff, Penn, and Toporek, 2004).

**רציונל לפתיחת התוכנית:** בעקבות חוק השיקום, פיתוח סל השיקום ובעקבותיו פיתוח של שירותים חדשים רבים ומגוונים, נוצרו תפקידים חדשים שדרשו ידע והכשרה שלא היו מוכרים.

#### **הנתונים שעומדים בבסיס ההכשרה בקורס:**

קבוצת מנהלי שירותי שיקום בקהילה היא קבוצה הטרוגנית מבחינת המקצועות, הגיל, הנסיון וכל אחד מהמנהלים עובד באופן יחידני. כמו כן השירותים הם מאוד מגוונים ושונים זה מזה. הם מגוונים בתחומי העסוק שלהם (מגורים, השכלה, עבודה ופנאי) ובמדרג הרחב שהם מציעים. מנהלי השיקום נמצאים בתפקיד מרכזי במערכת השיקום ואחראים על הצוות המשתקמים והטמעת התפיסות והמודליים השיקומיים בשדה לכן חשבנו שתחילתו של השינוי צריך לבוא דרכם. וזאת על ידי הרחבת הידע בתחומי השיקום והניהול, יצירת שפה משותפת, בשינוי העמדות וההתנהגות.

כמו כן תחושת הלבד, הבדידות של מנהלי היחידות חריפה ביותר, לכן הקורס מטרתו גם ליצור תחושת שייכות והעצמה, כדי להפכם לקבוצת כח כמנהלים, לשפר את יכולתם בחיי היום יום ולהפכם למנוף לשינוי התפיסות והתנהגות בשדה.

חשוב היה לנו לחזק ולהעצים את קבוצת המנהלים שנמצאת לעתים רבות בתחושה של להיות בין הפטיש לסדן במובן של אחריות מרובה ומורכבת: מחויבות למנהלים שלהם, משרד הבריאות והיזמים, ומצד אחר מחויבות לצוות, הצרכנים והמשפחות.

העקרונות שעליהם ביססנו את הלימודים בקורס זה הם אותם עקרונות שבעינינו עומדים בבסיס התהליך השיקומי. עשינו זאת מתוך מחשבה שהתהליך הצמיחה של המנהלים מקביל לתהליך ההעצמה והצמיחה של מקבלי השירות שלהם.

### **בבסיס העבודה היו חמש עקרונות:**

1. תהליך הלמידה הוא ספירלי- למידה ספירלית היא למידה תוך חזרה על תכנים, אסטרטגיות של למידה בצורות שונות, ובכמות שונה כל הזמן תוך כדי התקדמות בתכנים. אין נושא שעולה בקורס פעם אחת בלבד, יש נגיעה ואחר כך הרחבה, ואחר כך דיון וכדומה. למידה כזאת בנויה על הרציונל שאומר שלמידה לשם יישום צריכה להעשות תוך כדי יישום/ העברה בתהליך עצמו.

2. שילוב של למידה קוגניטיבית, תוכנית עם למידה רגשית, תוך חווייה אישית וחברתית- תהליך הלמידה כולל פעולות קוגניטיביות של למידת תכנים תוך כדי קריאה וכתובה, פעולות רגשיות אישיות, תוך שימוש בהדגמה וניתוח של אירועים אישיים מהעבודה עם הצרכנים, עם עמיתים לצוות ולעיתים גם מסביבות חיים שאינן קשורות בהכרח למקום העבודה ופעולות חברתיות בהתייחסות מתמדת לסביבה, תרגול עם עמיתים, דיונים משותפים, עבודת צוות וקבלת רפלקציה מאחרים Hadas-Lidor, and Weiss 2005.

3. הדדיות ביחס מרצה/ מנחה/ תלמיד/ מנהל- תפקיד המרצים ו/או המנחים בקורס היה להעצים את יכולתיהם של הלומדים/ מנהלים בעזרת תמיכה, הקשבה עידוד, פיתוח חשיבה ומטה- קוגניציה, וזאת תוך יצירת אוירה שיתופית ופתוחה. היתה התחשבות רבה במצבו של המנהל, ובסגנונו האישי כדי להצמיח אותו נכון ומהר.

4. הבלטת הקול האישי של כל אחד- לכל אחד קול אישי וייחודי, שבא לידי ביטוי בכנות, בחשיפה, ביצירתיות וחדשנות. הבלטת הקול האישי מחזקת אצל המנהל את בטחונו העצמי, מאפשרת לו לחשוב ולפתח ביקורת וכן מקרבת אותו אל הנושא שבו הוא עוסק ביום יום. למרות שהלמידה היתה כתתית/ קבוצתית ניסינו להקפיד בדרכים שונות לשמוע ולאפשר לכל אחד להשמיע את קולו, מה שבא לידי ביטוי בבחירת העבודה שלהם, בהעלאת דילמות מהקליניקה, משיחות אישיות שנהלנו עם רבים מהם ומפתיחת צנור הדברות פתוח בינם לבינינו.

5. סביבה לימודית אינטרדיסציפלינרית- המרצים כמו גם הלומדים בקורס באו מתחומי מומחיות שונים מהקהילה ומהאקדמיה, היו ביניהם אחיות, מרפאים בעיסוק, משפחות, צרכנים עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים, פסיכולוגיים, עובדים סוציאליים. לאינטרדיסציפלינריות יש מסר מאוד חשוב בעינינו לעבודת השיקום שלא יכולה להעשות על ידי איש מקצוע אחד ולא יכולה להעשות ללא הצרכן ובני משפחתו. לכן צוות ההוראה והשיתוף ביניהם הפך להיות במידה מסוימת אף למודל של עבודה שגם ממנו ניתן היה ללמוד.

**מבנה:** הקורס הוא יוזמה של קבוצת מומחים ממשרד הבריאות והאוניברסיטאות וממומן על ידי משרד הבריאות מחלקת הדרכה אגף בריאות הנפש והמשתתפים עצמם. הקורס המתואר

במאמר התקיים באוניברסיטת תל-אביב יום בשבוע סה"כ 27 פגישות. כל פגישה היתה מחולקת ל-3 יחידות, כל יחידה בת שעתיים אקדמאיות, שעתיים עיוניות ושעתיים של הדרכה.

ביחידות העיוניות עסקנו בנושאים רבים שהתחלקו לארבעת המרכיבים הבאים: המרכיב השיקומי, המרכיב הניהולי, המרכיב של המפגש עם הצרכן וסדנת ההדרכה:

**המרכיב השיקומי עסק בנושאים כמו:** מושגי יסוד ומודלים בשיקום, חזון ההחלמה והשיקום בבריאות הנפש (Deegan, 2000. Ralph, 1997b), אבחון והערכה בשיקום, פסיכופתולוגיה, בניית תוכניות שיקום, התפתחות החוק, טכניקות התערבותיות שונות (בתחומי העצמאות-מגורים, התעסוקה או הלימודים, הפנאי, החברה, החלמה וקוגניציה).

**המרכיב הניהולי בשיקום עסק בנושאים כמו:** איפיון המנהל ותפקידו, ניהול משתף, עבודה בצוות רב מקצועי, הגדרת תפקידים ופיתוח צוות, גיוס כספים ושימוש במתנדבים, החוק ונורמליזציה בשירותי שיקום, בניית תוכניות בצוות רב מקצועי, דילמות בין הדרכה לניהול, כתיבה ותיעוד.

**המרכיב של המפגש עם הצרכן עסק בנושאים כמו:** ללמוד מהלקוח, העצמה וסינגור, תפקיד המשפחה בתהליך השיקום, מפגשים עם ארגוני צרכנים לעזרה עצמית. החלק העיוני היה בנוי בשיטת הקולג' כשההרצאות ניתנו כולן על ידי מומחים בתחומים השונים, המומחים היו מהאקדמיה ומהקליניקה.

**סדנת ההדרכה:** מטרת הסדנה לקיים דיון אינטגרטיבי שיגשר בין הלימודים התאורטיים לבין העבודה הקלינית של המנהלים ביחידות השיקום השונות. הסדנה מתקיימת כאמור כל שבוע למשך שעתיים. הקורס מתחלק לשתי קבוצות הדרכה קבועות כך שבכל קבוצה משתתפים כ-15 מנהלים.

כל פגישת סדנה מתמקדת בבעיה ספציפית שהועלתה על ידי המשתתפים מנסיונם בעבודה. הנושאים שהוגדרו כחלק מעבודת הסדנה עסקו ב: אתיקה וערכים, דינמיקה בין אישית, הצרכן ואיש השיקום כבני אדם בני דיאלוג, הדיאלוג השיקומי, תפקידו של הצרכן בתהליך השיקומי, גישות וטכניקות שונות בשיקום וניהול שיקומי, תיקשורת ועבודה אינטרדיסציפלינרית.

**הדרישות מהחלק העיוני של הקורס:** נוכחות של מינמום 80% מהמפגשים, הצגת מקומות העבודה בעל פה ובכתב, קריאת מאמר הצגתו בכיתה ובכתב.

**דרישות הסדנה:** נוכחות מלאה והשתתפות פעילה בדיון. הגשת עבודה הכוללת את הארוע שהוגש בסדנה, סיכום, ניתוח ועיבודו בעזרת חומר תיאורטי מתאים.

**דוגמאות לתאורי מקרה שנידונו במהלך הקורס:**

**ארוע ראשון:** יפה, בת 40 מתגוררת בדירה שכורה עם שתי שותפות לדירה במסגרת דיור מוגן. היא גדלה בצפון הארץ, התגוררה עם הוריה ועבדה בחברה גדולה 12 שנה בתפקיד כתבנית. היא נמצאת במועדון תעסוקתי מזה שלוש שנים. יפה אישה מטופחת מקפידה על לבושה והופעתה. יפה סובלת מחרדה אובסיסיבית. בחודשים הראשונים במועדון היתה מפוחדת מהסביבה עם נטיות להסתגרות עצמית. במשך הזמן נעלמו הפחדים והיא השתלבה יפה מאד בחברה. הרגלי העבודה של יפה טובים היא מגיעה כל יום למועדון, מגלה חריצות בעבודה, מבצעת את כל המטלות הדרושות דיקנית ומסודרת. יפה מעריכה עצמה באופן גבוה רואה עצמה כעובדת טובה ואכן היא כך.

בעקבות יכולותיה דנו באפשרות לשלב את יפה בעבודה בשוק החופשי אך יפה סירבה ואמרה "אני מרגישה טוב במועדון השיקומי, עבדתי מספיק בחוץ, אני לא רוצה שיצעקו עלי ויכעסו עלי וילחצו אותי".

על אף כל ההסברים שהיא תקבל תמיכה ליווי והדרכה ושמקומה שמור במועדון היא המשיכה בסרובה.

**המקרה מעלה שאלות רבות השאלות שעלו בדיון הן:**

- עד כמה נכון וניתן "ללחוץ" על משתקם להשתלב בשוק העבודה?
  - האם להוציאו מ"החממה" גורמת למשתקם לחרדה והימנעות? מה תפקידנו בהקשר זה?
  - עד כמה הצוות חושש מכישלון בהישתלבות משתקם בשוק החופשי? - מה הן החרדות שלנו?
  - מה תפקיד המנהל בשאלות מסוג זה?
  - של מי השיקום ומי קובע את המטרות?
- ארוע שני:** לפני כשנה הצטרף למועדון החברתי מתנדב. מתנדב זה יצר קשר טוב עם המשתקמים.

הוא איש בעל אופקים רחבים, המשתקמים אוהבים אותו ומכניסים אותו לסוד בעיותיהם, למתנדב קושי רב בשמירת גבולות ביחס למשתקמים. הארוע הספציפי בו נידון קרה לאחר שעות העבודה. המתנדב יצא לשנות עם קבוצת משתקמים והוזמן לבקר בבית של אחד מהם. כאשר הסיפור נודע לצוות הם הביעו את הסתיגותם מהביקור והמתנדב כעס והאשים את הצוות בצביעות.

נושא זה הועלה בישיבת המתנדבים והם ניסו להעביר לו מנקודת מבט שלהם מה גבולות תפקידם. מתנדב זה כעס והחליט לפרוש מהמסגרת בטענה שהוא שמחפש מסגרת שתאפשר לו מגע ממשי עם המשתקמים.



המקרה העלה שאלות רבות שעלו בדיון :

- האם יש גבולות ברורים בין מתנדב למטופל?
- האם הגבולות שאנו קובעים הם להגנתנו או להגנת המטופלים?
- איך משלבים נכון מתנדבים לא מקצועיים במערך הטיפול?
- מה תפקיד המנהל מול הצוות בארוע מסוג זה?
- מה תפקיד המנהל בתהליך הקבלה וההדרכה של מתנדב במערכת?

**מהלך:** הקורס התקיים במחזור הראשון בשלוש אוניברסיטאות: בר אילן, חיפה ותל-אביב בהמשך בתל אביב בלבד. במאמר זה אנו מתעדים את הקורס באוניברסיטת תל-אביב. עד היום התקיימו סך הכל ששה קורסים שלב א, לא בכלום התקיים שלב ב'. מהשנה הראשונה (1998-1999) לווה הקורס בוועדת היגוי שכללה נציגים מהאוניברסיטאות, ממשד הבריאות מצוות ההוראה ומהמנהלים שלמדו בקורס. לאורך הקורס ניתנים דפי משוב להערכת מרכיביו השונים. בעקבות הערכות נעשים שינויים בקורס, לדוגמא:

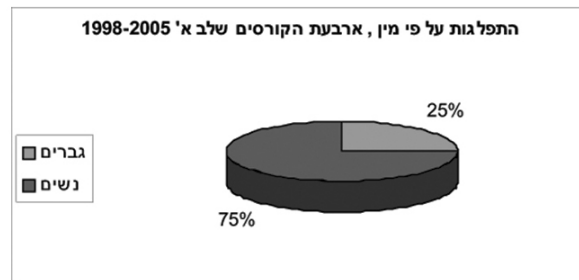
1. צמצום מספר הנושאים והמרצים בקורס והעמקה בדיונים.
2. נושא הניהול והארגון מהווה נדבך משמעותי יותר במבנה הקורס וינתן בתחילתו.
3. לקורס יהיה רכז מלווה לאורך כל התכנית.
4. חשוב לקיים קורס המשך שמטרתו המשך הקשר וגיבוש קבוצת המנהלים, כמו כן שימור וחיזוק החיבור בין האקדמיה לשטח.

בעקבות המלצות אלו בשנה לאחר הקורס הבסיסי נפתחה תוכנית המשך באוניברסיטת תל-אביב (שלב ב'). קורס המשך כלל 10 פגישות. כל פגישה בת 7 שעות אקדמאיות: 5 שעות הרצאת נושא וסדנה ושעתיים אחרונות סדנת הדרכה. הקורס התחלק לארבע תחומים:

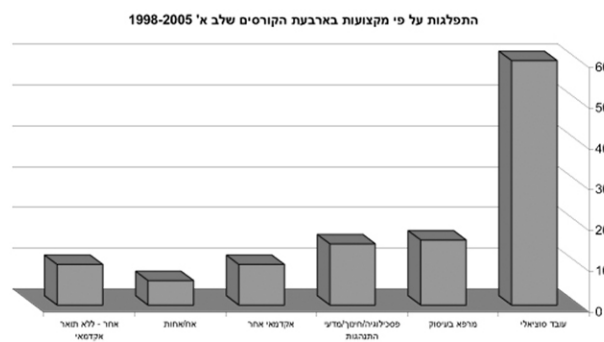
1. ניהול וארגון- העצמה ופיתוח מנהיגות, בניית אירגון, עבודה מערכתית ועוד.
2. החלמה- הגדרתה, איתור מרכיביה אצל הצרכן ובניית תוכניות שיקומיות על פי עקרונותיה. קריאה ולמידת האמנה.
3. כתיבה ותייעוד- סיכום אבחון, דרכים שונות למעקב שוטף ותייעוד ארוך טווח, שיווק, כתיבת מכתב ועוד.
4. לימוד כלי התערבות שונים: לבדיקת outcome לדיווח ומעקב

### האוכלוסיה – רקע כללי על משתתפי הקורסים:

1. התפלגות על פי מין קורס מנהלים שלב א' 1998-2005:

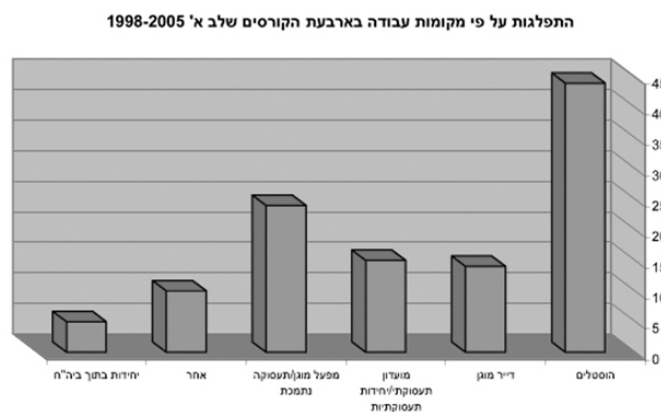


2. התפלגות על פי מקצועות- שנים 1998-2005:



למרות שניתן לראות בטבלה שרב המשתתפים הם עובדים סוציאליים ורובם אקדמאיים מתחומים שונים, ההטרוגניות בין המקצועות, הרקע האקדמי, והתפיסות, ייחודית לעבודה בתחום השיקום ותורמות בעינינו רבות להצלחת הקורס, לעניין שבו, למפגש ובהמשך גם להטמעת השיתוף בעבודת השיקום.

3. התפלגות על פי מקומות עבודה 1998-2005



כפי שניתן לראות כמות המשתתפים המנהלים בדיור הוא הגדול ביותר בקבוצה, אחריו אלה שמנהלים ביחידות תעסוקה שונות. יחד עם זה יש לשים לב שכמעט אין ביטוי למנהלים בתחומים כמו חונכות, פנאי, חברה והשכלה.

### ממצאים:

כאמור הקורס בנוי בצורת קולאג' של הרצאות, בהן יש מרצים רבים הכוללים נושאים שונים וצורות למידה מגוונות.

בהערכה קיבצנו את תכני הקורס לנושאים מרכזים: ניהול בשיקום, החלמה, כתיבה מנהלתית, מודלים בשיקום, פסיכופתולוגיה, השמה בעבודה, ללמוד עם המטופל והדרכה. בכל תחום בדקנו שביעות רצון בארבעה קריטריונים: תכנון הקורס וארגונו, דרך ההוראה, גישת המרצה והערכה כללית.

**דרכי הערכה:** השתמשנו בשני מודלים להערכה. בשנה הראשונה הערכה היתה בשיתוף עם משרד הבריאות, בהמשך השתמשנו בוריאציה של הערכה המקובלת באוניברסיטת תל-אביב. דו"ח זה עוסק בניתוח נתונים שנעשה באוניברסיטת תל-אביב שלב א' בשנה 2000-2001 ושלב ב' 1999-2000.

### טבלה מספר 1

לא ניתן להמיר את ההגרף

**הציונים נעים בין 1-7 : 1- הציון הנמוך ביותר ו- 7 הציון הגבוה ביותר.**

בקורס זה- שלב א' השתתפו 29 מנהלים מיחידות שונות בארץ. הדו"ח על פי טבלה מס' 1 כלל הערכה של שבעה תחומים:

הציון הממוצע לתחום מודלים בשיקום הוא: **6.43**. הציון הממוצע לתחום פסיכופתולוגיה הוא: **5.25**. הציון הממוצע לתחום ניהול בשיקום הוא: **6.11**. הציון הממוצע לתחום ההשמה הוא: **6.39**. הציון הממוצע לתחום הכתיבה הוא: **6.3**. הציון הממוצע לתחום ללמוד עם המטופל הוא: **6.36**. הציון הממוצע לתחום סדנת הדרכה הוא: **6.30**. כפי שניתן לראות כל הציונים שהתקבלו הם גבוהים (מעל 5.2 בסולם שבין 1-7).

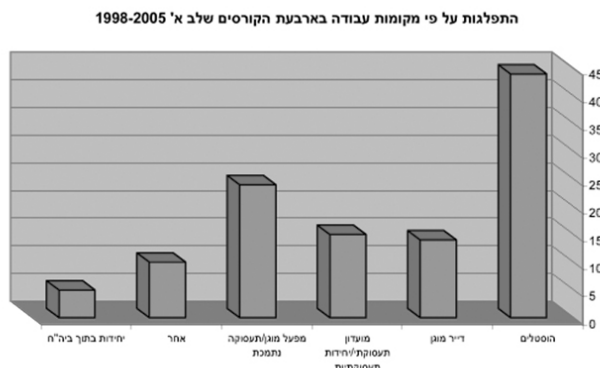
### ממוצע של הערכה כללית לכל הקורס הוא: 6.09

כל תחום לימוד הוערך ב- 4 מדדים: תכנון הקורס וארגונו, דרך ההוראה, גישת המרצה והערכה כללית. ממוצע על פי הקריטריונים להערכה:

ממוצע תכנון הקורס וארגונו: **6.10**. ממוצע דרך ההוראה: **6.06**. ממוצע גישת המרצה: **6.42**. ממוצע של הערכה כללית: **6.09**.

מעל הכל נראתה שביעות רצון מגישת המרצים, דבר המראה על הקשר הנכון שנוצר בין המרצים לקבוצה.

## טבלה מספר 2



**הציונים נעים בין 1-7 : 1- הציון הנמוך ביותר ו- 7 הציון הגבוה ביותר.** בקורס המשך השתתפו 45 מנהלים מיחידות שונות בארץ. על פי הדו"ח בטבלה מספר 2 ממוצע של הערכה הכללית של הקורס היתה 6.17 מתוך 7.

הדו"ח כולל הערכה ל- 4 תחומי לימוד בארבעה קריטריונים הממוצעים הם:  
 הציון הממוצע בתחום הניהול בשיקום הוא: **6.45**. הציון הממוצע בתחום ההחלמה הוא: **5.78**.  
 הציון הממוצע בתחום כתיבה מנהלתית הוא: **6.17**. הציון הממוצע בתחום סדנת ההדרכה הוא: **5.94**.

כפי שניתן לראות כל הציונים שהתקבלו הם גבוהים (מעל 5.5 בסולם שבין 1-7).  
ממוצע על פי הקריטריונים שנבדקו:  
 ממוצע תכנון הקורס וארגונו: **5.81**. ממוצע דרך ההוראה: **5.96**. ממוצע גישת המרצה: **6.40**.  
 ממוצע של ההערכה כללית: **6.17**.  
 מעל הכל נראתה שביעות רצון גבוהה מגישת המרצים נראה שישנו מקום לשיפור בתכנון הקורס וארגונו נושא חשוב אך ניצפה מנסיונו שיקרה בקורס במבנה של קולאג'.

לסיכום, נראה שהיתה שביעות רצון גבוהה מתוכן ההרצאות ודרך ההוראה. כמו כן ניתן לראות שסדנת ההדרכה היתה משמעותית עבור משתתפי הקורס והיוותה גשר בין הלימוד התיאורטי להשתנות בתפיסה ויישום בתפקודי המנהל.

**דיון:**

בשנים האחרונות התפתחות העבודה השיקומית בארץ מהירה מאד והצורך בעובדים מיומנים דורש הכנת תשתית הכשרתית תואמת. הכשרות אלו הן יוזמות שבאות מצרכים שנוצרים בשטח, למידה ממודלים דומים בעולם ויצירתיות של העובדים והלקוחות. האקדמיה מדדה באיטיות אחרי התהליכים המרשימים הללו, מנסה לעיתים לתעד אותם אך במירב המקרים מתעלמת מהם. קורס זה הוא הזדמנות יחידה במינה לשלב בין העבודה ותהליך השינוי בשדה

לגוף הידע האקדמי.

היזמה של הקורס באה משיתוף בין האוניברסיטה למשרד הבריאות כשבעצם הדרישה באה מהמנהלים בשטח שהרגישו בודדים כל אחד לעצמו וחסרי ידע ספציפי ותואם לדרישות. קיום הקורס במסגרת אקדמית יצר מפגש מעניין בין אנשי האקדמיה למנהלים מהמקצועות הטיפול השונים. דיאלוג ושיח זה שינה לדעתנו במידה מסוימת את העבודה בשטח שהפכה להיות יותר רגישה וקשובה עם שיתוף הצרכנים ועם אנשי צוות שונים כמו כן הקורס מעט שינה את היחס של אנשי האקדמיה לשטח לדוגמא יזימה של מחקרים משותפים.

אנו מאמינים שקורסים קבועים ורציפים כאלה יאפשרו למקצע את מקצועות השיקום השונים ויהוו דיאלוג ושיח קבוע בין השטח לאקדמיה והצרכנים. בכך לא יתן לאף צד "להירדם בשמירה".

### שאלות שעולות במהלך קורסים אלו:

הקורס, כמו גם העבודה השיקומית, בנוי כמעשה אקרובטיקה בין בעיות היום יום לבין התעסקות עם נושאים תאורטיים, עקרוניים, מחקרניים וכדומה. יש קושי רב בקורס כזה ליצור את הפרופורציות הנכונות בין הדחוף (פתרון בעיות בין ההוסטל לדוגמא לבין משרד הבריאות) לבין החשוב (חשיבה על פרויקט חדש, מחקר חדש וכדומה).

ההרכב האנושי של הקורס שהיה הטרוגני בגילאים, במקצועות ובנסיון הקליני היווה מחד אתגר ועניין למשתתפים ולמנחים אך מאידך "גזל" זמן רב וכוחות ליצירת תקשורת ושפה משותפת. שיטת ההוראה הבנויה על קולג' של נושאים שונים ומרצים שונים עלולה לגרום לבלבול וקושי באינטגרציה בין הנושאים השונים, יחד עם זה יש בלמידה מסוג זה גיוון רב והזדמנות להיפגש עם אנשי מקצוע עדכניים בנושאים השונים בשיקום בבריאות הנפש.

קורס זה בהיותו ניסיון ראשון העלה קשיים של חוסר הניסיון של משרד הבריאות באיתור האנשים המתאימים, בארגון הקורס, מימון ועוד. בנוסף חוסר הניסיון שלנו כאוניברסיטה ליצור קורס משותף כזה ביננו לבין משרד הבריאות ולהכשיר קבוצת מרצים ומנחים שיתאימו להכשרה ייחודית זו ולבסוף כמעט לא היה לנו שום בסיס או דגמים בעולם או בארץ שיכולנו להישען עליהם.

קושי נוסף היה בנסיון של האוניברסיטה ומשרד הבריאות לחייב את האנשים למסגרת ההכשרה, כאן נעזרנו בחובותיו של כל לומד בהגשת עבודה ונוכחות חובה.

### **המלצות לשדה:**

- יש חשיבות להמשך ורציפות בקיום הכשרות כאלה בשיקום.
- כדאי לעקוב אם בעקבות הקורס פותחו פרויקטים חדשים בשטח.

- כדאי לעודד להמשך את תחילת הקשרים שנוצרו בין המנהלים בקורס.
- חשוב לחשוב על מודל המשך הדרכתי קבוע למנהלים.
- חשוב לחשוב על קורסים דומים מעשירים ומלווים לקבוצות אחרות של עובדים.
- חשוב להשתמש בחלק ממנהלים אלה כמרצים ומנחים בקורסים הבאים.

### המלצות מחקריות:

- חשוב לעקוב מחקרית אחרי השפעת הקורסים על המנהלים העובדים בשדה.
1. חשוב לבדוק את השפעת הקורס על הצלחת המשתקמים במסגרות מהן באו המנהלים.
  2. חשוב לבדוק שינוי בעמדות ובאמונות של המנהלים ביחס לצרכני בריאות הנפש בשיקום.
  3. חשוב לבדוק את רמת השחיקה של מנהלים שהוכשרו בקורס לעומת אחרים.
  4. חשוב לבדוק את ההתמדה של מנהלים אלה במקום עבודתם.

### סיכום

המאמר מתאר התנסות ראשונה בארץ בקורס מנהלי שירותי שיקום בקהילה. קורס שהחל מצרכים של מנהלים שנבעו משינויים של מדיניות וחוק, התפתחות קלינית בתחום השיקומי בקהילה.

אם בתחילת הקורס ראינו בחשש את הרכבו ההטרוגני, היום אנו רואים זאת כיתרון משמעותי עקרון שצריך לדעתנו להנחות את בחירת העובדים בשטח, ואת ההכשרות המיועדות להם ואת המרצים בקורס. הטרוגניות זו היא בעצם מקבילה של עבודת השיקום העוסקת בהיבטים שונים של האדם בקהילתו.

הקורס ניסה לחדד דרך הקניית ידע והתנסות את האיפיונים המיוחדים של מנהל בשיקום וזאת בשונה מהמטפל כלומר הדגשים רבים הותאמו למרכיבי הארגון והניהול הייחודיים בשיקום סדנת ההדרכה איפשרה לנו להתייחס גם לתהליכים שעוברים על המנהלים במפגש שלהם עם דילמות, שאלות, בעיות וקשיי היום יום.

אנו רואים חשיבות רבה בקיום רצף של קורסים מסוג זה מעבר להקניית ידע, יצירת קבוצת השתייכות כח ונתינת מקום לגיבוש העצמה וחזק של הערכים והאידיאולוגיה שעומדת היום בבסיס עבודתנו.

אנו חושבים גם שחשוב לקיים קבוצת עניין המשכית של מנהלים באופן קבוע וזאת כדי לשמור על קשר, לאפשר עדכון בידע חדש ובשינויים המתרחשים.

אנחנו מקווים שמודל הכשרתי הטרוגני זה יהיה בהמשך גם התחלה לקורס משותף בין מנהלים, עובדים וצרכנים או פעילים בבריאות הנפש.

ביבליוגרפיה

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. and Gagne, C. (2002). Psychiatric Rehabilitation, Second Edition, Center for Psychiatric Rehabilitation,

Boston University.

Davidson, Larry. (2003). *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York University Press.

Deegan, P, E. (1997b). Recovery as a journey of the heart. In: L. Spaniol, C. Gagne & M. Koehler (Eds.), *Psychological and Social aspects of Psychiatric Disabilities* (pp. 74-83). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Estroff, S. Penn, D.L. and Toporek, J. (2004). From stigma to discrimination: An analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 30(3): 493-509.

Hadas-Lidor, and Penina Weiss 2005;.Dynamic Cognitive Intervention (DCI): Application in Occupational Therapy Naomi, in *Cognition & occupation across life span*. Katz N.(ed)

Ralph, R.O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation skills*, 4(3), 480-517.

לכמן, מקס ורועה, דייד. (בספר זה). התנועה הצרכנית בבריאות הנפש, תרומתה להבנת תהליכי החלמה ואתגרים עתידיים.

## הכשרת הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית- קש"ת- קידום שיתוף ותקשורת בדרך קוגניטיבית

ד"ר נעמי הדס – לידור, איה חסדאי, דיוויד מוזס

מזה השנה החמישית מתקיים באוניברסיטה (בשנים הראשונות באוניברסיטת תל אביב ולאחרונה במכון מגיד של האוניברסיטה העברית בירושלים) קורס קש"ת (קידום שיתוף ותקשורת) להורים לאנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית. הקורס מלמד את ההורים גישה וכלים לתקשורת קוגניטיבית במשפחה ובקהילה תוך שימוש בעקרונות ההתערבות הקוגניטיבית – דינאמית.

מטרות הקורס: להפגיש את ההורה עם השפה הקוגניטיבית, עם האמונה ביכולת ההשתנות, עקרונות ההתערבות הקוגניטיבית דינמית והתווך. כמו כן מטרת הקורס היא לתרגל את ההורה בניתוח אירועי חיים בדרך קוגניטיבית ולהתנסות בתווך כדרך אלטרנטיבית לתקשורת במשפחה ובקהילה.

אוכלוסייה: הורים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות של ילדיהם. בעשרת הקורסים למדו למעלה ממאה וחמישים הורים שדווחו על שינוי ביחסים בבית ובהתנהגותם, באירועים הקשורים למחלת ילדם בפרט ובחיייהם בכלל. בימים אלו הסתיימו קורס ראשון בבני ברק, וקורס ראשון בירושלים היום לומדים עוד עשרים הורים בקורס המתקיים בתל אביב והשנה יפתחו עוד שני קורסים האחד במגזר הערבי והאחר בחיפה. ההורים שסיימו הביעו שביעות רצון מהקורס ולאור בקשות חוזרות ונשנות שלהם החלטנו על קורס המשך במבנה של קורס הדרכה. את הקורס ירכז הורה שהשתתף בקורס קשת ראשון והצטרף אלינו כמנחה לקבוצות הבאות.

המאמר יתאר את הרציונאל ומהלך בניית הקורס, מבנהו ותוכנו. יתוארו בתמצית תוצאות מחקר כפי שנאספו בשאלון של שינוי עמדות שמתבצע לפני כל תחילת קורס ובסימו ויוצג הקורס כפי שהוא נראה בעיניו של אבא שהצטרף לאחר השתתפותו בקורס הראשון כתלמיד להנחות בו כמנחה עמית. הדיון יתמקד בייחודיות של קורס זה על פני דרכים אחרות לליווי ותמיכה בהורים לילדים חולים במחלה פסיכיאטרית.

### רקע

מאז החלתו של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, התש"ס 2000, קיימת מגמה ברורה להעביר את הטיפול באנשים הסובלים ממצבים נפשיים חמורים ומתמשכים, לקהילה. המודל הקהילתי, שם את הדגש על החלקים הבריאים, המתפקדים ועל איכות חייו של האדם בסביבות חיים טבעיות



(Anthony, Cohen, Farkas & Gange, 2002). מעורבותם של מתמודדים ומשפחות, נמצאת בבסיסם של פיתוחים ויוזמות חדשות במדיניות השיקום. תחום בריאות הנפש הוא אחד התחומים שבמהלך השנים התפתחו בו תפיסות, גישות, כלים והבנות חדשות. מהפיתוח הפסיכו-פרמקולוגי, טיפולים פסיכו-חברתיים, קוגניטיביים והגישה השיקומית הפסיכיאטרית (לכמן והדס-לידור, 2003). היום, קיימים הרבה יותר כלים וטכנולוגיות לעזור לאנשים במצוקות נפשיות, אבל באופן פרדוקסלי עדיין מעט אנשים מוכנים ויכולים להשתמש בהן. הסטיגמה החוסמת מחד והיעדר המשאבים שהחברה מעמידה לשירותי בריאות הנפש מאידך, לא מאפשרים שימוש אופטימלי בטכנולוגיות אלו. חקר ההחלמה הציב את ההתמודדות עם המחלות הפסיכיאטריות באור שחושף את פוטנציאל השיפור וההחלמה עבור אנשים שבעבר אובחנו כ"חסרי תקווה" (לכמן ורועה 2003; Ralph, 2000; Davidson, 2003; . חוק שיקום נכי נפש בקהילה, אשר התקבל בכנסת בסוף שנת 2000 כולל בתוכו סעיף של פיתוח תוכניות תמיכה, חינוך והסברה למשפחות.

המשפחה עבור אוכלוסיית החולה הפסיכיאטרי בקהילה מהווה מסגרת תמיכה עיקרית. לעיתים, בני המשפחה: הורים, אחים, סבים ו/או מטפלים, חשים שאין בידיהם הכלים והכישורים לתקשר עם בן המשפחה בעל הצרכים המיוחדים בהתאם וללוות אותו בשינויים ובתהליכים אותם הוא עובר במחלתו ובדרכו אל ההחלמה. בנוסף, עקב מגבלות תקציביות של מערכת הבריאות בישראל, קורה ששירותי הטיפול קצרים, ולא נמשכים מעבר למספר מועט של טיפולים הניתן על פי הנהלים.

אוכלוסיית האנשים הסובלים ממחלות נפש שונות מונה בארץ בין 1% - 3% כמו בעולם כולו כאשר שכיחותה של מחלת הסכיזופרניה עומדת על 1%-3% באוכלוסייה הכללית (ויצמן ונחשוני, 2004). סל שירותי השיקום לצרכני בריאות הנפש מורכב ממערכת שירותים גמישה המאפשרת התייחסות לצרכיו הפרטניים של כל צרכן.

משפחות רבות המתמודדות עם בן משפחה עם מחלה פסיכיאטרית, מבקשות לעיתים קרובות להוות חלק מהמערכת שמעודדת, מקדמת, ומשפרת את יכולות התקשורת, החשיבה והתפקוד שלו. מחקרים מראים שחינוך והדרכה מותאמים למשפחות מאפשרים לבני המשפחה להיות שותפים לשיקום. יכולת הצוות לראות בבן המשפחה, המטפל בחולה, שותף מלא בתכנון תוכנית השיקום והוצאתה לפועל, מביא להצלחה בהשגת מטרותיה וההחלמה המאופיינת: בירידה באשפוזים חוזרים, עליה בשביעות הרצון, שיפור בתפקוד הבן החולה בתפקודי יום - יום ושילוב בעבודה (Baronet, 1999; Leflay & Johnson, 1990; Webb et al, 1998).

תמיכה משפחתית הכוללת: ידע, אמונה בהחלמה, הקניית כלים לקידומה והפחת התקווה בעתיד ילדיהם ידועים כמקדמי החלמה בקרב חולים פסיכיאטרים (Anthony, 2002; Leflay & johnson, 1990; McFarlane et al, 1995; Woof et al, 2003). למרות, החשיבות הרבה במערכת תמיכה זו כמקדמת החלמה, שירותי הבריאות של סל שיקום רק החלו במתן

שירותים אלו.

### רציונאל תכנית ההתערבות

בני משפחה – הורים, אחים של צרכני בריאות הנפש מהווים מסגרת תמיכה ראשונית ומרכזית. משפחות לצרכני בריאות הנפש מאופיינות ברמת פגיעות גבוהה – התמודדות עם המחלה הפסיכיאטרית מורכבת מאוד ומשפיעה על כל בני המשפחה. ההתמודדות מושפעת מהסטיגמה הנלווית למחלה, סטיגמה המשאירה את המשפחה פעמים רבות במצב של התמודדות בחשאי והסתרת ה"קלון". משפחות רבות לילדים עם מחלת פסיכיאטריות מתפרקות והופכות להיות חד הוריות מתוך חוסר יכולת לשמור על הרמוניה משפחתית.

בעולם המערבי מדווח על כך שלמעלה מ-42% מהאנשים עם מחלות פסיכיאטריות גרים עם בני משפחותיהם על בסיס קבוע (McFarlane et al 1995), בארץ חיים בסביבות 70% מהם בבתי ההורים. מחקרים מראים כי הפחתת המתח ושיפור התקשורת עם אנשים עם מחלות פסיכיאטריות משנים לטובה את איכות החיים של כל בני המשפחה מאפשרים התמודדות טובה יותר בתוך המשפחה ומול גורמים בקהילה וכך משפרים סיכויי החלמה עבור האדם החולה (Mueser & Glynn, 1999).

תוכניות התערבות שהוכנו עבור משפחות המתמודדות עם המחלה הפסיכיאטרית מתחלקות לשני סוגים עיקריים: קבוצות תמיכה וקבוצות חינוכיות, והן כוללות בין השאר: תוכניות הנותנות מידע על המחלה, תרופות ושירותים בקהילה. אלו הן תוכניות כוללניות המערבות רכישת מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות, כגון: מתן כבוד הדדי, הענקת כבוד לדעתו של האחר ופתרון בעיות באמצעות דו-שיח וראית הפתרון במספר פרספקטיבות.

תוכניות אלו נמצאו יעילות עבור משפחות שיש בהם הסובלים ממגוון של מחלות פסיכיאטריות כמו סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית, דיכאון והפרעות סכיזו-אפקטיביות (Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner, & Glick, 1998; Miklowitz et al., 2000; Rea et al., in press; Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998; Mueser & Glynn, 1999; Stanton & Shadish, 1997).

תוכניות אלו שמות דגש על תהליכים המתרחשים "כאן ועכשיו" ומתקדות בעתיד ולא בעבר. נדרשים להן פרקי זמן שונים- בין תשעה חודשים עד שנתיים של פגישות שבועיות עד חודשיות עם המשפחות. רוב התוכניות דורשות מעורבות של כל בני המשפחה החיים באותו בית ומדברים על יעילות גבוהה יותר כשהטיפול נערך בבית המשפחה ולא בקליניקה.

(Barrowclough et al., 1999; Brooker et al., 1994; Dyck et al., 2000; Leff et al., 1990; McFarlane, Link, Dushay, March al, & Crilly, 1995; McFarlane, Lukens et al., 1995; Montero et al., 2001; Mueser et al., 2001; Schooler et al., 1997; Xiong et al., 1994; Zhang, Wang, Li, & Phillips, 1994; Zhang et al., 1993).

בהמשך ולאור האמור לעיל, פותח מודל התערבות ייחודי וחדש למשפחות, מודל קש"ת. אבן היסוד למודל, מהווה קורס אקדמי מובנה להקניית גישה וכלים לתקשורת קוגניטיבית בתוך המשפחה ומחוצה לה, מול גורמים ממסדיים וקהילתיים בהקשר של התמודדות עם בן המשפחה הסובל ממחלה פסיכיאטרית ובהקשר של חיי המשפחה בכלל. הייחודיות של מודל זה מתבטא במספר מרכיבים: הראשון הוא עצם הימצאות התוכנית באוניברסיטה ולא במוסד רפואי, בית חולים או מרפאה, המרכיב השני הוא שפרויקט זה לא נועד להוות קבוצת תמיכה להורים, אלא הוא קורס אקדמי בנושא של הטיפול הקוגניטיבי דינמי ובעיקר בנושא התיווך. הקבוצה אומנם הופכת להיות קבוצת תמיכה, אך זאת אינה מטרתה העיקרית. מטרתה היא ללמוד. המשתתפים חייבים לקרוא קריאה תיאורטית, להכין תרגילים ולנתח אירועים. הגדרה זו כשלעצמה נותנת להורים תחושה של העצמה ומחזקת אותם מאוד. מרכיב שלישי הוא שאוכלוסיית היעד של התוכנית היא ההורים. הקורס נועד להרחיב את דעתם ולשפר את תפקודם ואת איכות חייהם בכלל (בעבודה, בלימודים, בזוגיות) ועם בן המשפחה החולה בפרט (אחת האמהות שהשתתפה בקורס אמרה על הקורס: "א...עכשיו הבנתי אתם עושים לילדים החולים שלנו הורים בריאים..."). מרכיב רביעי ואחרון הוא שיתוף ההורים עצמם בתכנון הקורס ובהנחיה בו, מה שהופך את הלמידה למאוד אותנטית ורלוונטית לחייהם של המשתתפים.

### תפיסת ההשתנות הקוגניטיבית מבנית

הקורס מושתת על עקרונות תפיסת ההשתנות הקוגניטיבית מבנית, שפותחה על ידי פרופ' פוירשטיין (1991, 1998, 1979). התפיסה מאמינה ביכולת הפרט להשתנות, מעבר לגיל ולמצב בריאותי. פוירשטיין רואה את האדם כמערכת פתוחה, שיכולת הלמידה שלה משתנה בהתאם לאיכות ההתערבות והתווך שנעשו עבודה. הוא מתבסס על משנתו של ויגוצקי (1978), שהטביע את המושג אזור ה- proximal zone, לפיו יש פער בין יכולת הלמידה של האדם על ידי חשיפה ישירה לגירויים ובין יכולתו ללמוד בתיווך. ויגוצקי התייחס להשפעתן של התרבות והשפה על למידה ונחיצותו של התיווך.

פוירשטיין מוכיח במחקרים שהשינוי שנוצר על ידי התערבות נכונה, מביא להמשך תהליך השינוי וההתקדמות גם לאחר סיום ההתערבות, והוא ילך ויגבר עם הזמן (1991).

הלמידה האנושית נעשית בשתי דרכים עיקריות:

(1) על ידי **חשיפה ישירה** לגירויים, כלומר הגירוי חודר לאדם, האדם קולט, מעבד אותו במידת יכולתו ומגיב אליו.

(2) על ידי **התנסות בלמידה מתווכת Mediated Learning Experience**- המוגדרת כאינטראקציה איכותית מיוחדת בין האדם לסביבתו. באינטראקציה זו יש מתווך אנושי בין הגירוי לבין האורגניזם הלומד, שמטרתו להתאים את הגירוי, לסנן, להדגיש, להחליש, לשנות ולעבד אותו בצורה שתהיה קליטה על ידי הלומד. ההתנסות בלמידה מתווכת חשובה במיוחד לאנשים בעלי צרכים מיוחדים שהלמידה דרך חשיפה ישירה אינה מספיקה להם או למצבים

- מיוחדים בהם הלמידה הישירה אינה מספיקה. ההתנסות בלמידה מתווכת מוגדרת על ידי קיומם של ארבעה מרכיבים בסיסיים (הדס לידור, 1996; פויירשטיין ופויירשטיין, 1991):
- **וונה והדדיות** – נדרשת כוונה ברורה מצד המתווך במטרה להגביר את מודעות הלומד לדרכים בהם הוא נוקט ובכך ליצור הדדיות באינטראקציה.
  - **העברה** – אינטראקציה מבוססת תיווך תמיד תהיה מכוונת ליכולת הלומד להעביר את הנלמד מעבר לכאן ועכשיו, במדדים של זמן, מקום, סיבה או היקף. בזמן ההתערבות נדרש המתווך ללמד את עקרון ההכללה מהסיטואציה המיידית לאירועים רלוונטיים אחרים בחיי הלומד.
  - **משמעות** – תיווך למשמעות מתמקד באינטראקציה של היחיד עם הסביבה במטרה לאפשר לו בחירה. כלומר הפיכת הסיטואציה או הגירוי לרלוונטי לחייו בזמן נתון.
  - **מסוגלות** – למתווך תפקיד חשוב בבניית תחושת המסוגלות אצל המטופל-המסוגלות היא מידת ההתאמה בין היכולת האקטואלית של האדם לתחושתו את יכולתו. פרמטר זה בתיווך, דן בדרך בה המטפל מאפשר למטופל להרגיש מסוגל ביחס לעצמו ולמטלה אותה נדרש לבצע.

**התערבות קוגניטיבית – דינמית (הק"ד). (Dynamic-Cognitive Intervention (DCI)**  
 ד"ר נעמי הדס-לידור (Hadas-Lidor & Weiss, 2004), פיתחה את הגישה הקוגניטיבית דינמית עם דגש על שיקום ושילוב כדי להגביר השתתפות האדם עם המגבלה בתחומי חיים שונים תוך התייחסות לגורמים רגשיים קוגניטיביים והתנהגותיים ועל פי נטיית לבו של האדם.

תוכנית הק"ד מבוססת על מספר עקרונות:

1. כל מפגש ייחודי ואופן בחירת כלי ההתערבות בו גמיש ומותאם.
2. התייחסות ליכולת/תפקוד יותר מאשר לפונקציה הקוגניטיבית הלקויה.
3. התייחסות לסביבות משנות- מותאמת ללקוח באופן שהוא ירצה להשתנות ולהתאים את עצמו אליה תוך מודעות ותובנה לתהליכים, שנדרשים לשם כך.
4. השינוי אצל הלקוח מושג מתוך שיתוף מלא בתוכנית ההתערבות, בחירת המדדים להצלחה והקשבה מלאה לצרכיו.
5. ניהול מצבים רגשיים נעשה על פי העקרונות הקוגניטיביים והתייחסות למודעות.

הק"ד משפרת ומייעלת את יכולת הלמידה כדי לאפשר ולהרחיב את השתתפותו של האדם בסביבתו. עקרונות ההתערבות הקוגניטיבית- דינמית מושתתות על גישת "הלקוח במרכז", כלומר למתווך וללקוח אחריות משותפת בבחירת מטרות ופרוצדורות ההתערבות. Hahn- (Markowitz,) & Roitman, 2000; Law, Baum, & Baptiste, 2002

באמצעות קורס קש"ת, השינוי שחל בהתנהגות ההורים משפיעה על סביבת ההורה ובכך גם על הסביבה בה נמצא הבן החולה. התערבות בהקשרים אלו משפיעה על הביצוע של הפרט

בכל תחומי העיסוק של ההורה והילד ובכך מגבירה ומעצימה את השתתפותם במארג החיים בכלל.

ישנן עדויות מחקריות להצלחת השימוש בשיטה באופן כללי: הטיפול הקוגניטיבי - דינמי הוא רחב שימוש באוכלוסיות עם צרכים מיוחדים: ליקויי למידה, פגועי ראש, אוכלוסיות מרמה סוציו אקונומית נמוכה, החולה הפסיכיאטרי ופיגור (Hadas-Lidor, 2001; Falik, 1995; Hadas-Lidor, 1996; Moreno, 1996; Ziv, 1996) (Lidor, 1996; Moreno, 1996; Ziv, 1996) שפיר קיסר (2005)

מחקרים מעידים על שיפור משמעותי ביכולת החשיבה והתפקוד היומיומי ביחידים וקבוצות שנחשפו לעקרונות השיטה (Falik, 1995; Hadas-Lidor, 2001; Hadas-Lidor, 1996; Spaulding et al, 1999).

### מהלך בניית הקורס

חמשת הקורסים הראשונים למשפחות החולה הפסיכיאטרי התקיימו באוניברסיטת ת"א, בעזרת מימון של חברת התרופות "אלי – לילי" והשתתפות משרד הבריאות. הקורסים הבאים התקיימו בעזרת תמיכתו של הביטוח הלאומי ומשרד הבריאות. הקורסים הסתיימו בהצלחה רבה, הבאה לידי ביטוי בתחומים הבאים:

- בני המשפחות מרגישים שיפור בתקשורת עם ילדיהם החולים אפילו במצבים קשים של אשפוז כפוי, ובמחלקות סגורות. אחת האמהות סיפרה בסיומו של הקורס: "הקורס נתן לי תקווה שאפשר גם אחרת...." או אבא אחר: "אני מבין את ערך השותפות ויודע להשתמש בו עם בתי...."

- סביב יישום עקרונות השיטה מרגישים המשתתפים שהם שיפרו התנהגויות אצל ילדיהם החולים כמו מניעת בריחה מבית החולים בעת חופשה או לקיחת אחריות של הילדים על ביצוע מטלות הקשורות בחיי היומיום בבית ובעבודה. הורים רבים הרגישו שהם מתקשרים עם ילדיהם טוב יותר, מאפשרים להם לתפקד, ובכך גורמים להם לצאת מהאגוצנטריות שלהם המאפיינת לעתים מחלה פסיכיאטרית. אחת האמהות סיפרה בפגישה השביעית של הקורס שבנה הסתכל עליה בעיניים בעת שיחה איתה מה שלא קרה לה כבר שנים.

- ההורים רואים בשינוי פעולה שיטתית וקבועה, כלומר הם רכשו כלי שאפשר להם הרחבת אסטרטגיות בהתמודדות היומיומית ובכך הגביר את ביטחונם בבחירת התגובה שלהם באופן עקבי. אבא אחד אמר בסיומו של הקורס: "אני מרגיש שיש לי כלים אמיתיים להתמודד בחיי היום יום שלי...."

- כל משתתפי הקורסים מעריכים את האפשרות לרכוש כלים שיעזרו להם בשיפור התפקוד שלהם עם בני משפחתם החולים והם מדגישים את החשיבות בשרות זה. בנוסף לשיפור התקשורת עם בני משפחתם, מרגישים משתתפי הקורס שהם רכשו כלים לתקשורת עם

**אנשים אחרים** עמם הם באים במגע כולל **הממסד הרפואי והשיקומי** ובכך מייעלים את התמיכה בילדיהם.

· מספר קבוצות ארגנו בהמשך מפגשים קבועים (אחת לששה שבועות) באוניברסיטה והם כוללים הדרכה, המפגשים נערכים במימון אישי. מטרת מפגשי הדרכה אלו היא להמשיך ולתרגל את עקרונות השיטה על מנת לשפר את היישום בחיי היום יום של מה שנלמד. צורך זה התבטא בדברים שאמר הורה אחד בסוף הקורס: "באתי כדי להפסיק להתרגז...אני עדיין מתרגז...אבל לעתים גם יודע ומבין למה....לעתים יודע גם איך לא....."

· ארבעה ממשותפי הקורס המשיכו ללמוד לעומק את הגישה במסלול לימודי התעודה בנושא זה המתקיימים באוניברסיטת ת"א.  
· לאור בקשות חוזרות ממסיימי הקורסים, הוחלט לקיים קורס המשך שיעסוק בתרגול ויישום של החומר התיאורטי בחיי היום יום ואותו ירכז הורה שהשתתף בקורס קשת הראשון, כמו כן כל שנה נערך כינוס לכל בוגרי קשת.

### **האם עקרונות השיטה ויישומה מתאימים לאוכלוסיית ההורים?**

המחלה הפסיכיאטרית גורמת לירידה בתפקוד בתחומי החיים השונים. חלק מהירידה בתפקוד נגרמת בעקבות ירידה ביכולת החשיבה של החולים המתבטאת בליקויים בקליטת מידע מהסביבה, עיבודה וגיוס תגובה מסתגלת לסיטואציה בה הם נמצאים. לעיתים הם נוטים לאימפולסיביות בחשיבה ובביצוע ובכך מסבים נזק לעצמם ולסביבה המשפחתית והחברתית שלהם. חולים פסיכיאטריים הזוכים לטיפול הקוגניטיבי משפרים את תפקודם (Hadas-Lidor, 1999; 2001).

כדי לראות האם יוכל הקורס לענות על צרכי האוכלוסייה של הורים לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות ועל מנת להתאימו להם, נערכו בשלב של בניית הקורס מספר מפגשים (קבוצות מיקוד) להורים של ילדים צרכני בריאות הנפש ממגוון רחב של אוכלוסיות גילאים וקשיים.

התוכנית הוצגה בפניהם באופן כללי וניתן להם רקע קצר על הגישה הקוגניטיבית-דינאמית. ההורים הביעו את רצונם העז ללמוד ולרכוש גישות ואסטרטגיות חדשות להתמודדות. במסגרת המפגשים הועלו גם צרכים רבים של ההורים המתמודדים עם הליקויים של ילדיהם. במיפוי של הצרכים התברר שמרבית הקשיים של ההורים התמקדו בתחומים הבאים:

**תקשורת** – בתוך המשפחה (עם ההורה השני, עם הילדים האחרים), עם המשפחה המורחבת, עם חברים ועם מערכות טיפוליות ושיקומיות.

**אמונה** - האם להאמין שיהיה שינוי? וכיצד להעביר את האמונה הזו לילדים?

**ידע** - ידע כללי וידע עדכני על המחלה, על השירותים וההתערבויות הקיימים ועל החוק.

**הסטיגמה** - הפחד להתמודד, תחושת האשמה, הבושה לספר.

**סביבת העבודה** - חיסורים ואיחורים רבים, דחיות במטלות וקושי לשתף עמיתים.

**חיי חברה** - חסר בזמן פנוי, תחושה של בדידות, תחושה ש"זר לא יבין", קושי להזמין אנשים הביתה. אצל ההורים התגלה רצון עז להיות חלק ממערכת הטיפולים – לעזור למטפלים להשיג תוצאות טובות יותר ולהשפיע גם מחוץ לחדר הטיפולים.

קורס כזה אינו קיים במקום אחר בעולם, ובישראל הוא נערך לראשונה כאמור לפני כארבע שנים. כיום, רוב התמיכה הניתנת להורים היא בסגנון של קבוצות תמיכה רגשיות. אף כי ההורים מרגישים צורך בתמיכה רגשית, הם מעריכים מאוד את היכולת החדשה שרכשו בשליטה ובהבניה של אירועים יומיומיים בחייהם בכלל ועם בניהם החולים בפרט. היותם הורים מתווכים גרם להם להרגיש יותר שליטה ולהבין את מצוקת ילדיהם, כמו גם את מצוקתם. בנוסף למודעות, הם מצוידים כעת בכלים יישומיים והם מסוגלים לגרום לשינוי התנהגותי אצלם, אצל ילדיהם ואצל הסובבים אותם. בכך נמדדת ייחודיות השיטה והקורס.

ההורים נדרשים להשתתף בתשלום עבור הקורס. הדרישה לתשלום באה מתוך אמונה שעל הכישרון ידע וכלים יש לשלם, והורה שישלם עבור שירות יעריך אותו וינסה להפיק את המיטב ממנו ובכך תגדל מחויבותו.

צוות המומחים המלווה את התוכנית רואה חשיבות רבה להגיע גם לקבוצות תרבותיות מיוחדות, כמו המגזר החרדי והמגזר הערבי. משיחות עם אנשי מקצוע ורכזי שיקום המעורבים בקהילות אלו, עולה צורך גדול בשירות כזה. האוכלוסיות החרדית והערבית ייחודיות בכך שהן מתנהלות בצורה שונה מכלל האוכלוסייה בנושא התמודדות עם המחלה. אוכלוסיות אלו סגורות וסובלות מסטיגמה מאוד קשה על המחלה הפסיכיאטרית. הסטיגמה גורמת לכך שכדי לא לפגוע בעתיד ילדיהם, יסתירו המשפחות את החולה הפסיכיאטרי בתנאים לא תנאים. לכן, חולה במשפחות חרדיות וערביות עלול להגיע לטיפול רק לאחר שנים של הסתרה בבית, מה שגורם לכרוניות עם תפקוד חברתי וקהילתי ירוד.

עם קבלת חוק שיקום נכי נפש 2000, החל תהליך של פתיחות כלפי נותני השירות והאוכלוסייה הפגועה. מכיוון שאין עדיין אפשרות להוציא את האוכלוסייה המדוברת למקומות בקהילה כמו מרכזי שיקום, והיות שההורים לא יגיעו לקבל שירות במקום חילוני כמו אוניברסיטה, הצלחנו השנה להביא את הקורס גם לקהילות סגורות אלו. הכוונה היא להעבירו במקומות שאינם מזוהים עם המחלה, אך מקובלים על ראשי הדת במקום, ולבצע את ההתאמות הנדרשות, כמו הפרדה בין נשים וגברים.

מספר המשתתפים בקבוצה - בין 15 ל-20.

**מטרות ויעדים**

מטרת הקורס היא להקנות להורים ולבני משפחה אחרים את הגישה ואת היכולת להגיב ולהתנהג במצבי חיים שונים באופן קוגניטיבי, נשלט ומובנה עם החולה, בתוך המשפחה ובקהילה, כך שהשינוי המצופה יוכל להיווצר.

בקורס לומד בן המשפחה את עקרונות הגישה הקוגניטיבית-דינמית ואת עקרונות התיווך, תוך התנסות בהם הלכה למעשה בתרגול של ניתוח אירועים יומיומיים. במהלך הקורס הופך בן המשפחה להורה מתווך, כשהמתווך- המומחה מנחה אותו בהדרכה החוזרת.

במהלך הקורס מושגים מספר יעדים:  
 היכרות עם המושגים הבסיסיים בתיאוריה הקוגניטיבית-דינמית.  
 היכרות עם ארבעת עקרונות התיווך העיקריים ויישומם.  
 • בנה, ניתוח והתמודדות עם מצבים הקשורים ללקות של בן המשפחה כפי שבאים לידי ביטוי במשפחה, בקהילה, מול השירותים וכדומה.  
 ההורים לומדים להסתכל על מצבים בחיי היומיום ממספר נקודות מבט ולהכיר מספר פתרונות למצבים שבעבר אולי נראו ללא מוצא.  
 לימוד ערכים כמו מעורבות ואחריות לחיים האישיים ולטיפול בבן המשפחה.  
 הכשרת הורים מנחים שיעבדו בצמוד למנחים מהאקדמיה, במטרה שהחומרים והדוגמאות שיועלו בכיתה יהיו אותנטיים ויתחברו נכון לצורכי משתתפי הקבוצה.

**מסגרת הקורסים**

כל קורס מורכב מ-15 מפגשים. 12 מפגשים הנערכים אחת לשבועיים, ועוד שלושה החשיבות בקיום הקורס במסגרת לימודית גבוהה טמונה בעובדות הבאות: מסגרות אקדמיות הן מסגרות שאינן מזוהות עם המחלה ולכן אינן סטיגמטיות. מסגרת לימודית גבוהה מעצימה את ההורים הלומדים בה ופונה אל החלקים הבריאים שבמשפחה ולא למחלה. מסגרת לימודית מאמינה ביכולת ההורה הלומד לרכוש כלים לשינוי משמעותי ואינה מהווה מסגרת תומכת בלבד. הלימודים במסגרת האוניברסיטה וקבלת תעודה מטעמה מקנים הכרה בקורס ובתעודה שנרכשת בו. זוהי מסגרת חיצונית פורמלית של לימודים המקנה להורה יוקרה.

**תוכנית הקורס**

תוכנית הקורס כוללת נושאים הקשורים לתיאורייה הקוגניטיבית-דינמית עם דגש על ניתוח התנהגויות שונות בקרב בני המשפחה, עפ"י עקרונות השיטה ומתוך כוונה לשפר את התקשורת. החלק השני של הקורס מוקדש לעבודה פרטנית או זוגית, בה נדרשים משתתפי הקורס לנתח מצבים שהם מביאים מחייהם בהתאם לעקרונות השיטה. המשתתפים מקבלים עבודות בית ובכך נמדדת יכולתם ליישם את הנלמד בקורס במצבים יומיומיים אותם הם חווים. שלב זה של הבאת אירועים אישיים מאפשר העברה ויישום לתחומים הרלוונטיים לכל משתתף. באמצעות המנחים, חווים המשתתפים תחושת מסוגלות ויכולת לפתור מצבים בהם הרגישו חוסר אונים קודם לכן.



להלן מגוון הנושאים הנלמדים בקורס:

- מהי קוגניציה- איך אנו חושבים? דרך אחרת להבין התנהגות
- ההשתנות הקוגניטיבית-מבנית ומשמעותה בחיי המשפחה.
- הקשר בין חשיבה, רגש והתנהגות.
- תקשורת במשפחה בדרך קוגניטיבית - ההתנסות בלמידה מתווכת.
- אני (בן המשפחה) כמלווה? כשותף? כמטפל?
- מי מרוויח בקשר הזה? - על ההדדיות, שיתוף ואופטימיות.
- איך איישם את מה שלמדתי בחיי?

ההורים המשתתפים בקורס מקבלים תיק ובו תוכנית הקורס עם תאריכים. בכל מפגש הם מקבלים חומר כתוב ומאמרים לקריאה, כמו גם תרגילים ליישום החומר הנלמד בבית.

#### **מנחי הקורס**

את הקורס הראשון הנחו שתי מרפאות בעיסוק, מומחיות בטיפול הקוגניטיבי-דינמי וב-DCI. לקורס השני הצטרף הורה שלמד בקורס קש"ת הראשון, ושימש כמנחה – מתלמד, וזאת במטרה להפכו בקורסים הבאים למנחה שותף. מהקורס השני לכל קורס מצורף למנחה המומחה מנחה הורה שלמד את הגישה הקוגניטיבית דינאמית ואיך להיות מנחה עמית.

אנו מאמינים ששילוב ייחודי זה יכול לתרום רבות לכל הצדדים המשתתפים בתהליך. כמו כן, אין ספק שאם אחת ממטרות הקורס היא להעצים את כוחם ואת תחושתיהם של בני המשפחות, זוהי הדרך הנכונה ביותר לכך. הכנת הורה להנחיית עמית כרוכה במפגשים פרטניים וקבוצתיים, כולל דרישה להשתתף בקורס נוסף כצופה אקטיבי ובהמשך כמנחה עמית.

#### **מחקר עמדות שנערך בארבעת הקורסים הראשונים**

בתחילת הקורס ובסופו הורה ממלא שאלון לתיאור עמדותיו לגבי יכולת ההשתנות של ילדו ויכולתו שלו לתרום להחלמתו. השאלון חובר על ידי ד"ר הדס-לידור וגב' פנינה וייס והותאם לדרישות הקורס ע"י איה חסדאי. השאלון הוא שאלון עמדות וביכולתו להצביע על מגמות שינוי חשיבתי, רגשי (אמוני) והתנהגותי בנושא שאותו הוא בודק. השאלון בודק את מגמת השינוי בידע, באמונה ובהתנהגות על פי עקרונות הגישה הקוגניטיבית-דינמית.

השאלון מורכב מ-15 אמירות המייצגות עמדות בשלושה תחומים: קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי. על כל עמדה מתבקש המשיב לסמן על סרגל של 10 ס"מ (ללא מספרי ביניים) את מידת הסכמתו עם העמדה המוצגת. 1 מסמן 'אינו מסכים כלל' ו-10 מסמן 'מסכים מאוד'. לכל קבוצת עמדות- ידע, אמונה והתנהגות - חולקו שאלות שהופיעו באופן מקרי ולהן חושב ממוצע הציונים.

ההליך: השאלון מועבר בפעם הראשונה במפגש הראשון של ההורים מיד בתחילתו. בפעם השנייה מועבר השאלון בתום המפגש האחרון. הממוצעים של שאלון לפני-PRE, ושאלון

אחרי-POST מחושבים עבור כל נבדק בהתאמה. ממצאיי בדיקת השאלונים של ששים המשתתפים בארבעת הקורסים הראשונים הראו שינוי סטטיסטי מובהק בהשוואה בין תחילת הקורס לסופו בשלושת הפרמטרים - ידע, רגש והתנהגות שנמדדו בשאלון. כאמור, אלו ממצאים ראשוניים, אך הם בהחלט מצביעים על מגמות שינוי בקרב ההורים במשך תשעת חודשי הקורס. תוצאות אלו מהוות בסיס לעתיד, ויש להמשיך ולפתח את השאלון ולהגדיל את אוכלוסיית המחקר. כמו כן אין לנו ספק שיש להוסיף בדיקה איכותית למחקרים אלה כמו גם מחקר מעקב אחרי מספר חודשים.

דיוויד מוזס הוא הורה שלמד בקורס הראשון של קשת והיום הוא מנחה עמית בקורסי קשת שונים. דיוויד סיים את מסלול לימודי התעודה באוניברסיטת תל אביב, בהתמחות בטיפול הקוגניטיבי-דינאמי במקצועות הבריאות. להלן תיאור קורס קשת מנקודת מבטו, כפי שנמסר בכינוס בו הוצג קורס קשת בשנת 2004:

שמי דיוויד מוזס. לבת זוגי ולי יש בן אשר אובחן כחולה פסיכיאטרי לפני כארבע שנים. במשך תקופה זו היו מעורבים בתהליך השיקום שלו אנשי מקצוע מתחומים שונים. נעמי (ד"ר נעמי הדס לידור) מדברת תמיד על מכלול תחומי חייו של האדם ועל מעגלים שונים הקשורים אליו, אשר אמורים להשתלב זה בזה ולא להיות נפרדים וזרים זה לזה. אין ספק כי אנו כהורים מהווים את אחד ממעגלי ההתערבות והמעורבות בתהליך השיקום לאורך כל הדרך.

ברצוני להעלות מספר שאלות לחשיבה:

1. מהו המקום של ההורים בתהליך השיקום?
2. מתוך איזו עמדה פועלים ומגיבים אנשי המקצוע מול ההורים?
3. האם ישנה עמדה כזאת, או שמא כל איש מקצוע פועל בנפרד לפי שיקול דעתו?
4. מהו המקום אשר יכול להיות להורים בתהליך השיקום?

אני מניח שהטענה של ההורים אשר אינם שותפים ואינם משולבים בתוך תהליך השיקום מוכרת לכם. עם זאת ברצוני להדגיש עובדה בסיסית ביותר אשר לא תשתנה: **ההורים יהיו מעורבים, בכל מקרה, בתהליך השיקום של הבן או הבת שלהם!** אם כך מה הטעם ומה ההיגיון להמשיך ולקיים מעגלים נפרדים? האם לא כדאי יותר לכוון ולהדריך את ההורים כך שמעורבותם תהיה נכונה יותר, מוצלחת יותר, מתואמת וממשיכה את הדרך והכוון של המטפל המקצועי? אני מאוד תומך במודל של תכנית הכשרה משותפת, חשיבה משותפת, כתיבה משותפת ועבודה משותפת בפועל עם הצרכן עצמו והמשפחה.

מנקודה זאת, של שיתוף, אני רוצה לספר על קורס קשת. עבורי קורס קשת, אשר נשען על עקרונות הלמידה המתווכת של פוירשטיין, היווה נקודת מפנה בכל הקשור לתהליך השיקום של הבן. כפי שציינתי קודם לכן, לגבי מעורבות ההורים בתהליך

השיקום, המעורבות שלי בתהליך הייתה רבה ביותר, גם לפני הקורס.

עם זאת בקורס עצמו קיבלתי ידע חדש, כלים רבים לעשייה, רכשתי שפה חדשה, קיבלתי אישורים רבים לעבודה שנעשתה קודם לכן, בדרך עצמאית ובמידה רבה של אינטואיציה. אני עושה שימוש רב בעקרונות התיווך כדי למקם את עצמי בצורה נכונה יותר, להגיב נכון יותר.

אך קיבלתי דבר נוסף בקורס אשר חשיבותו לא נופלת מכל מה שהזכרתי קודם לכן: **קבלתי שיתוף**, קיבלתי כרטיס כניסה למעגל אשר היה סגור בפני קודם לכן. רכשתי גם את היכולת להעביר הלאה את הדברים. לשתף בהם את בת זוגי את הבן ואנשים נוספים אשר אני מעורב כיום בתהליך השיקום שלהם. כך אני יכול כיום ליצור שותפויות חדשות ובמספר רב יותר.

בקורס קשת הנוכחי אשר הסתיים בסוף יוני, השתתפתי כמנחה ביחד עם נעמי ואיה. יש לי אושר וסיפוק לראות כיצד קבוצה של אנשים מתכנסת כדי לרכוש כלים חדשים שיהיו להם לעזר בתהליך הקשה והמתמשך שהם עוברים.

יש רצון עז של ההורים לדעת יותר, לשאול שאלות, לקבל דרך חדשה כיצד לחשוב, כיצד להגיב, ולא פחות חשוב- כיצד לא להגיב מול הבן או הבת. אני רואה דרך תיאורי המקרה שההורים מביאים כיצד משתנה ההתייחסות שלהם לסיטואציות, כיצד הקשר עם הילדים הופך למאוזן יותר, כיצד תהליך החשיבה של ההורה וכתוצאה ישירה מכך גם של הילד עוברים שינוי.

כיצד הם מקימים שותפות חדשה עם הבן או הבת שלהם. אני שמח לראות כיצד ההורים מקבלים אותי כשותף, כאדם שהולך יחד איתם, ותורם מתוך הניסיון והעבודה שלו. בנוסף להשתתפותי בקורס קשת הנוכחי, אני משתתף בהרצאות נוספות יחד עם איה ונעמי, מול הורים ואנשי מקצוע בתחומים שונים. אשמח להמשיך בכך כדי להעביר את המסר של שיתוף המשפחה, והחשיבות של קורס קשת בכמה שיותר מקומות. כהמשך ישיר וטבעי עבורי התחלתי ללמוד לימודי תעודה בנושא: תיאורית ההשתנות הקוגניטיבית מבנית ויישומיה במערכת הבריאות. בימים אלה סיימתי את שנת הלימודים הראשונה.

אבקש לסיים את דברי בסיפור האישי שלי: הבן, אתי שמו, סיים את שנת הלימודים הראשונה שלו בבית הספר לאומנויות שנקר במגמת איור ועיצוב גרפי.

הוא התקבל לבית ספר זה על סמך עבודות שהגיש, ראיונות אישיים שעבר ומבחנים, ככל שאר התלמידים.

הוא מסיים את שנת הלימודים הראשונה בציונים גבוהים ומתוך תחושה חזקה של יכולת ומסוגלות.

אני רוצה להודות לבת זוגי אילת ולאיתי, שנמצאים כאן אתנו היום על העזרה והתמיכה במהלך הדרך. שכן אני יודע בוודאות דבר אחד: השותפות בתהליך השיקום הוא גורם ומרכיב משמעותי ביותר של כוח להמשך הדרך.

### דיון וסיכום

תוכנית קש"ת מיועדת בעיקר להורים ולבני משפחה של האדם הסובל ממוגבלות פסיכיאטרית. היא ייחודית בגישה ללימוד, לניתוח ולהתמודדות עם מצבי חיים ממספר נקודות מבט בדרך קוגניטיבית. היא ייחודית באמונתה בהורה וביכולתו ללמוד ולהעצים את ההתמודדות שלו במשפחה ובקהילה, ובכך לשפר את איכות חייו ומשפחתו. הקורס מלמד את עקרונות ההשתנות הקוגניטיבית-מבנית על מרכיביה השונים ככלי לעבודה במשפחה, עבור הורים לילדים צרכני בריאות הנפש. תוצאות המחקר הראו כי יש שינוי בעמדות ההורים ביחס ליכולתם הקוגניטיבית, רגשית והתנהגותית לתקשר באירועי חיים שונים. יחד עם זאת יש מקום להמשיך ולבדוק את משמעות גישת ה-DCI עבור ההורים בשיפור חייהם ובקידום מטרות החלמה אצל הילדים הסובלים ממחלה נפשית במשפחתם.

לשמחתנו, הביטוח הלאומי הכיר בקורס כשירות חשוב עבור המשפחות וממן שישה קורסים (מתוכם קורס אחד במגזר החרדי ואחד למגזר הערבי). הפרויקט מלווה במחקר חיצוני ואנו מקווים שבעתיד יכלול אותו משרד הבריאות בסל השירותים שלו.

אין ספק שחשוב שקורס כזה יתקיים במקומות שונים בארץ. ככל שנכשיר יותר מרצים והורים, השירות יהיה נגיש ליותר ויותר צרכנים. המחקר יאפשר לבחון את השפעת ההתערבות על כל השותפים בה - הורים, לקוחות ומנחי הקורסים. בהמשך, הכוונה היא להרחיב את התוכנית להורים של ילדים עם צרכים מיוחדים כמו הורים לילדים עם ליקויי למידה, פגיעות ראש, ליקויים התפתחותיים, פיגור, טראומות וכד'.

### תודות

תודה מיוחדת לחברת אלי-לילי ישראל על עזרתה במימון שני הקורסים הראשונים באוניברסיטת ת"א.

תודה לביטוח הלאומי הקרן למפעלים מיוחדים שתמכה בששה קורסים של הפרויקט. תודה ליחיאל שרשבסקי ממשד הבריאות היחידה לשיקום באגף בריאות הנפש. תודה לד"ר טל ירוס חקק על עזרתה בניתוחים הסטטיסטיים של שאלון העמדות. ותודה מיוחדת להורים שמלווים אותנו ומלמדים אותנו בדרך הזאת.

**ביבליוגרפיה:**

ויצמן, א., נחשוני, א. (2004). סכיזופרניה וטיפול בתרופות אנטי פסיכוטיות אטיפיות. עלון מרפא לנפש/שיקום בקהילה לאנשים עם מוגבלויות נפשיות.  
 לכמן, מ., רועה, ד. (2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות. "שיחות" כרך י"ח חוב' מס' 1. נובמבר 2003.

לכמן, מ. והדס לידור, נ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלופות, אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. הדעה הרווחת: ביטאון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית, 35.

פוירשטיין ר. רנד י. (1998). אל תקבלוני כמות שאני- גישה פעילה משנה לחנוך האדם עם פיגור תפקודי. המרכז הבינלאומי לקידום כושר הלמידה המכון למחקר ע"ש הדסה ויצו קנדה. הוצאת פרוינד.

שפיר קיסר ו, הדס לידור נ. (2006) התערבות קוגניטיבית דינאמית והשפעתה על התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של משתקמים הסובלים מסכיזופרניה בקהילה (בספר זה).

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. and Gangne, C.(2002). Psychoatric Rehabilitation, Second Edition, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Appleton, W. S. (1974). Mistreatment of patients' families by psychiatrists. American Journal of Psychiatry, 131, 655-657.

Baronet, A.-M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. Clinical Psychology Review, 19, 819-841.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Lewis, S., Sellwood, W., Mainwaring, J., Quinn, J., & Hamlin, C.(1999). Randomized controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 174, 505-511.

Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for adult mental health problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 53-88.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. New York: Guilford Publications.

Brooker, C., Falloon, I., Butterworth, A., Goldberg, D., Graham-Hole, V., & Hillier, V. (1994). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*, 165, 222-230.

Bulger, M. W., Wandersman, A., & Goldman, C. R. (1993). Burdens and gratifications of care giving: Appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 255-265.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.

Clark, R. E. (1996). Family support for persons with dual disorders. In R. E. Drake & K. T. Davidson, Larry. (2003). *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York University Press.

Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P., & Glick, I. (1998). Effects of psycho educational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, 49, 531-533.

Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, C., Falloon, I., Mueser, K. T., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to family members of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.

Dyck, D. G., Short, R. A., Hendryx, M. S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., McDonnell, M. G., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*, 51, 513-519.

Emmanuel-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. G. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behavior Modification*, 21, 62-77.

Emmelkamp, P. M. G., van Dyck, R., Bitter, M., Heins, R., Onstein, E. J., &

Eisen, B. (1992). Spouse-aided therapy with agnorphobics. *British Journal of Psychiatry*, 160, 51-56. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York: Guilford Publications. 43 Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W.,

Williamson, M., Razani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M., & Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896

Falik, H.L.(1995). Family patterns of Reaction to a Child with a Learning Disability: A Mediational Perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 28, (6), 335-341.

McFarlane, W.R., Cowning D.(1993). *Family psycho education, evidence based practice*, Vermont university.

Falloon, I. R. H., McGill, C. W., Boyd, J. L., & Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.

Falloon, I. R. H., & Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156- 163.

Feuerstein, R.. Rand Y and. Hoffman M.B (1979). . The dynamic assessment of retarded performers: The learning potential assessment device, theory, instruments, and techniques. Baltimore: University Park Press.

Feuerstein, R. & Feuerstein, S. (1991) *Mediated Learning Experience*. In R. Feuerstein, P.S. Klein, & A. J. Tannenbaum,. London: Freund.

Fromm-Reichman, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 1, 263-273.

Goldman, H. H. (1984). The chronically mentally ill: Who are they? Where are they? In M. Mirabi (Ed.), *The Chronically Mentally Ill: Research and Services* :((pp. 33-44

Greenberg, J. S., Greenley, J. R., & Benedict, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, 475-

Hadas-Lidor, (2001). Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation, 15*, 349-359.

Hadas-Lidor, (1996). Feuerstein's theory of cognitive modifiability and its applications to occupational therapy. *The Israeli Journal of Occupational Therapy, 5* (1+2), 1-15.

Hadas-Lidor, and Penina Weiss .Dynamic Cognitive Intervention (DCI): Application in Occupational Therapy Naomi, in *Cognition & occupation across life span*. Katz N.(ed) 2005

Hahn-Markowitz, J. & Roitman, D.M. (2000). Literature Digest Review: The Client-Therapist Relationship in Occupational Therapy. *The Israeli Journal of Occupational Therapy, 9*, 3-11.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., J., K. S., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*, 633-642.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry, 48*, 340-347.

Horwitz, A. V., Tessler, R. C., Fisher, G. A., & Gamache, G. M. (1992). The role of adult siblings in providing social support to the severely mentally ill. *Journal of Marriage and the Family, 54*, 233-241.

Law, M., Baum, C. & Baptiste, S. (2002). *Occupational Based Practice: Fostering Health Through Occupation*. Slack: Thorofare, NJ



Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *146*, 594-600.

Leff, J. P., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., & Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 571-577.

Lefley, H. P., & Johnson, D. L. (1990). *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill: New Directions for Mental Health Professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, *12*, 631-647.

Marsh, D. T., & Dickens, R. (1998). *How to Cope with Mental Illness in Your Family: A Self-Care Guide for Siblings, Offspring, and Parents*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam.

McCrary, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction*, *86*, 1415-1424.

McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guilford Publications.

McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, *34*, 127-144.

McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B., & Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 679-687.

Mueser, K. T., & Fox, L. (2000). Family-friendly services: A modest proposal. *Psychiatric Services*, *51*, 1452.

Mueser, K. T., & Glynn, S. M. (1999). *Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders* (Second ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (in press). *Integrated Treatment for Dual disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford Publications.

Mueser, K. T., Sengupta, A., Schooler, N. R., Bellack, A. S., Xie, H., Glick, I. D., & Keith, S. J. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 3-12.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 179-192.

Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 300-312.

Rea, M. M., Thomson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (in press). Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Moreno, (1996). MLE: Treatment of a man suffering from brain injury. *The Israeli Journal of Occupational Therapy, 5*,(1+2), 152-158.

Mueser (Eds.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Volume 2: Recent Research and Clinical Implications. New Directions for Mental Health Services* (Vol. 70, pp. 65-78). San Francisco: Jossey-Bass

Ralph, R.O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation skills, 4*(3), 480-517.

Spaulding et al, (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenic Bulletin, 25*, 657-76.



### ללמוד עם המטופל - למידה אחרת

ד"ר נעמי הדס-לידור, ד"ר מקס לכמן, עדנה אלון ושרון רוטשילד

ברצוננו להודות לרב ניסים דהן, אשר בזמן כהונתו כשר הבריאות טרח והשקיע בקריאת המאמר. הערותיו, הידע שבידו וראייתו הייחודית סייעו בעיצובו של המאמר ותרמו נופך נוסף לסגנון ולתוכן שבו.

במאמר זה נתאר את חווית ההקשבה, כפי שנחווה ונלמדה במהלך קורס שהתקיים במסגרת לימודי התואר השני בבית הספר לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. נערוך סקירה קצרה של הרקע התאורטי העומד מאחורי תפיסה זו ונציג את הרציונל לקיום קורס מסוג זה במסגרת אקדמית.

לפני מספר שבועות, פנה אלי דני, אחד מדירי הוסטל לנפגעי הנפש שאותו אני מנהלת ואמר לי: "שרון את אחת מאיתנו". התגובה הספונטנית שלי הייתה להודות לו על המחמאה האישית הגדולה עבורי, אולם לא הגבתי עצרתי לרגע וחשבתי מה אומרת אמירה מסוג זה. יכולתי להתייחס לכך מנוקדת מבט של גבולות. אמירה מסוג זה יכולה להעיד על בעייה של הצבת גבולות מצדי – האם לא ברור שאני שייכת לצוות ואילו הוא דייר? האם המקום שלי כמנהלת אינו מופנם דיו? יכולתי גם להיעלב - מה פירוש 'אחת מהם'? אבל בחרתי שלא להיעלב. אני האמנתי בכנות שזו מחמאה גדולה ביותר. הייתה זו אמירה שחזקה את רצוני להיות שותפה ללקוחות שלי, שהבהירה לי כי ניתן לשתף אותי, ניתן לזרום אתי. בתוך בית של משתקמים זה היה מבחינתי מה שנקרא קשר איכותי.

מחמאה מסוג זה הייתה ודאי מעליבה אותי שנתיים לפני כן, כאשר השקעתי הרבה אנרגיה במטרה להיות חלק מצוות ידעני. האמנתי, כבוגרת תואר ראשון באוניברסיטה וכאשת טיפול צעירה וחדורת מוטיבציה, שיש לי כישורים יחודיים לטפל. מעצם הגדרת התפקיד, האמנתי כי אני אמורה לדעת מה טוב בשביל לקוחותיי. מהר למדי, עם השתלבותי בתחום העבודה, חשתי שמטפל טוב הוא לא המטפל הידעני. מטפל טוב הוא קודם כל שותף עם המטופל לעבודה על מטרות. בשל צעירותי לא חשתי שתחושות הבטן שלי מעוגנות מספיק בתאוריה, שהרי כל דבר מקצועי צריך להיות מדעי – הלא כן?

אחת הסיבות להמשך לימודי לתואר השני הייתה לגבש אישיות טיפולית שתתאים למקצוע שלי, ובעיקר שתתאים ל'אני מאמין' הפנימי שלי במטרה ליצור אינטגרציה פנימית. במסגרת לימודי התואר השני נחשפתי לגישות עבודה חדשניות רבות בריפוי בעיסוק. הפנמתי את המגמה הכללית של הצבת הלקוח במרכז; למדתי אבחונים והערכות חדשות שסייעו בידי להבין טוב יותר מה הלקוח שלי צריך; הרגשתי שהגדלתי את מגוון הכלים היעילים לעבודה הטיפולית, אולם החיבור לדרך בה אני רוצה לעשות את הדברים התאפשר לי רק לאחר שהאוניברסיטה הפגישה אותי עם הצרכנים - הלקוחות שלי. הם עמדו מולי והסבירו לי, מה שאף מרצה לא עשה עבורי. הם אמרו כי על מנת להיות מקצועית יותר ולהצליח בטיפול אני

צריכה קודם כול להקשיב להם. להקשיב לפני כל הערכה, לפני הסקת מסקנות וריצה מיידית לעשייה. הם דיברו על הקשבה שונה מזו שלמדתי עד כה, הקשבה מתוך נקודת מבטו של הלקוח ולא מתוך נקודת המבט הידענית שלי כאיש מקצוע.

### מבוא תאורטי

בשנים האחרונות הולכת ומתעצמת הידיעה שהמעשה הטיפולי לא יכול להיעשות ללא שיתוף מלא של הצרכן (Chamberlin, 1988; Fisher, 1994). האדם במסגרת הטיפולית הופך להיות נושא – 'subject'. מתוך מצבו הוא רוכש לעצמו 'ידע פנימי', הסברים ומשמעויות ואותם הוא מייחס לצרכיו ולשירותים הניתנים לו (Simpson & House, 2002; Trivedi & ; Wykes, 2002, לכמן, 2000). אנו עדים לשימוש פוחת במושגים מטופל וחולה ולהחלפתם במושגים כמו: לקוח, מתמודד, צרכן או פציינט הצורך שירותים והוא בעל זכויות (לאורך המאמר נשתמש במושגים אלו לחילופין). שינויים אלה נעשים במקביל להתפתחות תאוריות וטכניקות טיפוליות המשתפות את הלקוח בשלבים השונים של ההתערבות ולאורך כל התהליך, תאוריות המדגישות את התפיסה שעשייה אקטיבית מתוך מאגר הכוחות הפנימיים הינה אחד המרכיבים המשמעותיים בהחלמת החולה הסובל מנכות קשה (Deegan, 1988; Davidson, ). אנו נתקלים יותר ויותר בלקוחות "ידעניים" (Wykurz & Kelly, 2002) המעורבים בעשייה טיפולית, בוועדות המקבלות החלטות חוקיות וקובעות זכויות, במועצות הפועלות למען אנשים עם צרכים מיוחדים כגון המועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה ובקבוצות לעזרה עצמית, כגון: בזכות, התמודדות, עוצמה וקבוצות תמיכה להורים ולמשתקמים (לכמן & רועה, 2003).

גישות המעמידות את האדם במרכז הטיפול קיימות בשנים האחרונות במסגרות התייחסות שונות. המונח 'הלקוח במרכז' הוזכר לראשונה על ידי Carl Rogers ב-1939, בהתייחסו למטופל כאל לקוח מקבל שירות (Rogers, 1998). Law, תפס את הלקוח כבעל יכולת לקחת תפקיד פעיל בהגדרה ובפתרון הבעיות שאותן הוא מעלה (Law, 1998).

מקצועות שונים כגון עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק ועוד, עובדים על פי מודלים שונים המעמידים את האדם במרכז. ההנחה היא כי יש בידי הלקוח תאוריות שלא טרחו לחקור ולדעת אותן. המפתח לעבודה עם אותם הלקוחות, הוא ההתוודעות לתאוריות שלהם יותר מאשר לאלה המתפתחות במקצועות השונים או באקדמיה (Rosenfeld & Tardieu, 2000; רוזנפלד & סייקס, 2001). כך מתאפשרת עבודה מתואמת בין ציפיות הצרכנים לבין השירותים עצמם. נותני השירותים מחויבים לרכישת ידע ולפיתוחו על מנת להעניק פרקטיקה איכותית יותר (לכמן, 2000; רוזנפלד & סייקס, 2001).

### הקורס 'ללמוד עם המטופל'

במקביל לתמורות החלות בתחום הרפואה והשיקום, החל להתקיים לראשונה באקדמיה בשנת תשס"א, קורס לתואר השני המפגיש ישירות בין סטודנטים לבין אנשים בעלי צרכים מיוחדים. בקורס זה ניתן ביטוי להכרת סיפור חייהם של המתמודדים, לתאוריה העומדת בבסיס החלמתם

ולדרכי התמודדותם. לראשונה ניתנה ההכרה למומחיותם וליכולתם של צרכנים ללמד את הסטודנטים.

הקורס נערך במסגרת התכנית לתואר מוסמך בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל-אביב. בתהליך הבקשה להכרה בקורס ולאישורו, עבר שמו 'ללמוד עם המטופל' שינויים רבים על ידי הוועדה המאשרת. הוצע לכנותו 'ללמוד את המטופל' או 'ללמוד מהמטופל'. יוזמי הקורס והמנחים ראו בשם 'ללמוד עם המטופל' שם המייצג את העמדה הייחודית של הקורס. בעמדה זו נתפס המטופל כמומחה בתחומו, והמטפל - כבעל ידע מקצועי. הלמידה המשותפת ביניהם נחשבת כלמידה הנכונה והמקדמת ביותר. חשוב לציין שהיום הפך הקורס למודל ואומץ במסגרת לימודי הרפואה לרופאי המשפחה באוניברסיטת תל אביב.

מאמר זה מציג את הקורס והוא נכתב בשיתוף של מנחי הקורס וסטודנטיות שלמדו בו. הוא מחולק לשני חלקים: הפרק התאורטי נכתב בשיתוף של כל כותבי המאמר והפרק התאורי נכתב על בסיס חוויותיהן של משתתפות הקורס וזיכרונותיהן.

### מטרות הקורס

לחשוף את הסטודנטיות לטכניקת סיפורי חיים - Narrative; להכיר את התאוריה העומדת מאחוריה; וללמוד את הכלים הייחודיים לה ואת הכלים הניתוחיים העומדים לרשותה. להתנסות בחוויית הקשבה שונה, לחדד את משמעותה ולשפר את יכולת ההקשבה האקטיבית ללא התערבויות אבחוניות או טיפוליות כלשהן. להעניק לסטודנטיות את ההזדמנות לפגוש ערוץ עבודה אחר ממקום של שותפות לעומת פטרונות טיפולית (Orbuch, 1997; Rosenthal, 1992, 1993; Rosenwald & Ochberg, 1992; Schon, 1983). זהו הערך המוסף של הקורס.

### מבנה הקורס

זהו קורס סימסטריאלי שנערך בהנחיית מרצה מהחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל-אביב ומרצה מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, ירושלים. בקורס השתתפו גם מרצים אורחים - צרכנים, אשר סיפרו את סיפור התמודדותם עם מגבלה או נכות כלשהי, שלהם או של בן משפחתם.

הקורס מנה כעשר סטודנטיות לתואר מוסמך לריפוי בעיסוק מתחומי התמחויות שונים (ילדים, פסכיאטריה, שיקום) ובעלות ותק שונה.

דרישות הקורס כללו נוכחות חובה ועבודה מסכמת הכוללת ראיון עם אדם בעל צרכים מיוחדים וניתוחו. הקורס שילב הרצאות פרונטליות וצפייה בסרטי וידאו. המפגשים במהלך הסימסטר התקיימו אחת לשבוע וארכו שעתיים אקדמיות. הקורס כלל תכנים תאורטיים ומפגשים עם צרכנים אשר סיפרו את סיפור חייהם.

### תאוריית ה- Narrative

במסגרת השיעורים הראשונים הוצגה תאוריה אודות ה- Narrative והטכניקה לניתוחו. השימוש בסיפורי חיים כאמצעי לאיסוף ידע החל למעשה בשנות ה-80 (לכמן, 2000; ליבליך ואחרים, 1995; Bertaux, 1981). משימתו העיקרית של המראיין בשיטה זו הינה לאפשר הבעת רצף סיפורי זורם ככל האפשר, ללא התערבות, זאת באמצעות שאלת פתיחה פתוחה וכללית. החשיבה העומדת מאחורי תאוריית ה- Narrative מייחסת לאדם את היכולת להבין ולבטא את המציאות אך ורק דרך התפיסה שלו. השפה משמשת אמצעי לבטא ולהסביר את המציאות הסובייקטיבית של האדם ביחס למציאות האובייקטיבית החיצונית ומאפשרת סדר במציאות. השפה מציירת את המציאות כעצמאית ביחס לאדם וככופה עצמה עליו (גלעד, 1995).

המתדולוגיה של שחזור מקרה ביוגרפי (Biographical Case Reconstruction), דהיינו שחזור סיפור החיים כמבנה חברתי פותחה ע"י הזוג רוזנטל. היא מבוססת על חשיפת המשמעות החבויה, כלומר המבנה האובייקטיבי שמניע את מערכת הפעולה. הפרשנות צריכה להיות מקיפה ולאפשר זיהוי של כלל המשמעויות האפשריות של הטקסט. התוצאה של פרשנות מקיפה זו היא ניסיון לשחזר את הכרונולוגיה של הביוגרפיה עצמה (גלעד, 1995).

### קיימים שלושה סגנונות ניתוח לסיפור חיים:

· ניתוח גאנרי (ביוגרפי)- ארגון הטקסט על פי הרצף הכרונולוגי של המאורעות מול הרצף האישי של המספר, מידע המסייע לקבל פרספקטיבה אודות התכנים שנבחרו לעלות וסדרם. ניתוח על פי נושאים (תוכני)- לקיחת טקסט כפי שהוא וניתוחו על פי מקטעים. החיתוך נקבע על פי השערות וספקולציות של המנתחים עצמם.

מיקרואנליזם (לשוני)- ניתוח קטע מסוים הנראה למנתח משמעותי בטקסט. לכל קטוע נקבע אופיו הלשוני הייחודי לו ונשאלות לגביו השאלות: מתי ועל מה המראיין מספר, מה הוא מתאר או על מה הוא מדווח, על מה הוא מתווכח ומדוע (בר-און, 1994; לכמן, 2000).

לאחר הוראת פרק התאוריה הוצג סרט וידאו בו מצולמת הרצאתו של פרופ' יונה רוזנפלד שניתנה במסגרת כנס מדעי בשנת 2000. בהרצאתו הציג פרופ' רוזנפלד את ה'אני מאמין' הטיפולי שלו. בלמידה אלטרנטיבית, לא קונבנציונאלית ושאינה תלויה בידע אקדמי. למידה זו תלויה באינטראקציות ובעבודת שטח. לדבריו, מקור הידע הוא אוכלוסיית היעד לטיפול. הדינמיקה לפי רוזנפלד צריכה להיות אינטימית, עם נכונות לשינוי של שני הצדדים: הלקוח והמטפל.

המעבר מהחלק התאורטי של הקורס למפגשים עם הצרכנים היה הדרגתי ועדין. הרצאה מצולמת זו סיכמה למעשה את החלק התאורטי של הקורס והוסיפה פן נוסף לחשיבותה של ההקשבה ושל העבודה השיתופית. במפגש שלאחר מכן נערכה צפייה נוספת בסרט וידאו, אך הפעם עם צרכנית - ד"ר פ' דיגן, ד"ר לפסיכולוגיה, אשר מגדירה עצמה כמחלימה ממחלת

הסכיזופרניה. הרצאתה המצולמת בווידיאו ניתנה לאוכלוסיית מטפלים בכנס של ארגון בריאות הנפש העולמי- WHO בהולנד בשנת 1994. היא הציגה את סיפור התמודדותה הכואב עם מחלת הנפש ממנה סבלה שנים רבות. הרצאה זו הגדירה בצורה הטובה ביותר לקהל המטפלים את חשיבות ההליכה עם הקצב האישי של כל מטופל ומטופל. היא העבירה מסר חד וברור שמהלך מחלה וההתנהלות בה הם אישיים. היחיד המסוגל לדבריה להתוות את הדרך הנכונה להחלמה הוא המטופל עצמו, ולכן יש להקשיב לאסטרטגיות האישיות שלו. הקשבה זו כוללת התבוננות מהצד תוך מתן כבוד רב לאדם. לאחר מפגש ראשוני זה עם צרכנים דרך סרט וידאו, החלו מפגשים עם צרכנים אשר באו לחדר ההרצאות וסיפרו שם את סיפוריהם.

### מפגשים עם צרכנים

במהלך הקורס השתתפו מרצים שונים בהרצאות והם שיתפו את הסטודנטים בידע המקצועי שלהם שאותו רכשו כצרכנים. כל אחד מהמרצים האורחים הגיע מרקע שונה. היו להם סגנונות חיים, תפקידים ומקצועות שונים, דרכי התמודדות יחודיות, סוגי פגיעה שונים וכמובן - סגנון הבעה שונה. המרצים התכוננו מראש לספר את סיפור חייהם ובחרו לתאר את סיפורם מנקודות זמן שונות, מרחבי חיים שונים, תפקיד שונה ביחס למגבלה ולנכות וציפיות שונות להמשך.

כאמור, המרצים הגיעו לאוניברסיטה במטרה לחשוף את סיפוריהם. כל מרצה בנה את סיפורו על סמך התאוריה האישית שלו ובחר להעביר מסר משמעותי עבורו, מתוך ידיעה שהיושבות מולו הן מטפלות - מרפאות בעיסוק

אנחנו, הסטודנטיות, ישבנו מולם חשופות, ללא הכלים ה'טיפוליים' שלנו וללא המובנות הקבועה שכל אחת בנתה לעצמה. נמצאנו בתוך מרחב אחר השונה מהמרחב המקצועי המצוי בסביבת העבודה. תפקידנו היה להקשיב לצרכנים ולשמוע מה יש להם לספר.

כמאזינות חוינו עוצמות רגשיות חזקות מול הכנות והישירות, ללא המגבלות המוכרות במסגרות הטיפול הרגילות. בדברי המרצים היה מסר, הייתה ביקורת והייתה תחושה של שליחות מסוימת- להפוך אותנו למטפלות טובות יותר, כמו מעט המטפלים שפגשו בדרכם הארוכה. אותם המטפלים היו מאוד משמעותיים להם בתהליך ההחלמה. הם מתוארים כמי שהפכו אותם לאקטיבים בתוך התהליך המשותף. כל חמשת המרצים דיברו על האחד המשמעותי הזה שפתח למעשה את התהליך והוביל אותם לשביל שבו הם יכולים לצעוד בבטחה עם תחושת שליטה. המשותף לאותן דמויות, על פי תיאור המרצים, היה היותן דמויות לא קונבנציונליות שעבדו מחוץ למסגרת הטיפולית המקובעת והנוקשה. אותן דמויות שהיו מעבר למפגש הטיפולי הפורמלי, ושהיו מסוגלות להקשיב, להבין ולא רק להיות ליד.

אחת המרצות - בחורה צעירה המתמודדת עם בעיה נפשית לא פשוטה - דיברה על הנזקים שחוותה מטיפולים לא מתאימים. היא דיברה על ניכור ושיתפה אותנו בפנטזיה שלה לפתוח מקום ששיטת הטיפול בו תהיה של חיבוק ואהבה.



אמא של ילד הסובל מבעיה התפתחותית קשה, שיתפה אותנו בקושי שלה להילחם לבד על הבן שלה. היא דיברה על חוויה של אטימות במערכות, חוסר הקשבה והתייחסות ייחודית לה, לבנה ולכל המשפחה.

בחור הסובל משיתוק מוחין הרצה לפנינו בצורה של הטפה על ביצוע מטלות טיפוליות הנעשות בניתוק מהצרכים האמיתיים של הצרכנים.

דברי המרצים עוררו תחושות שונות. הבחור שהעביר מסר נוקב ומטיף עורר הגנתיות רבה אצל השומעים. הבקשה לחום ולאהבה מצידה של הבחורה הצעירה הייתה מובנית יותר, אם כי עוררה תחושה של אובדן גבולות והעלתה שאלה כיצד ניתן לשים אותם בקשרים כה אינטימיים. האם לילד עם בעיית התפתחות דיברה על ההצפה שלה מתוך קושי לשים גבול שמטרתו לשמור על עצמה, ונתנה תחושה של פנייה ברורה למטפלים להיות עם הלקוחות.

המרצים דיברו על אינטלגנציה של מטפל הקשוב לקצב האישי, קצב שהוא אינדיבידואלי ולא ניתן להכניסו לנוסחה אחידה. אחת המרצות, אישה בשנות הארבעים לחייה הסובלת מנכות פיזית, הבהירה דרך סיפור חייה שההכחשות הקיימות הן חלק מתהליך ההחלמה. אי מתן כבוד וחוסר התייחסות לאותן הכחשות, עלול למנוע התחלה של תהליך השלמה וקבלה.

המסר האחיד אצל כל הדוברים היה שבמידה שאין סינכרון בין קצב המטפל לקצב המטופל, תהליך הטיפול לא יוכל להיות אמיתי ואפקטיבי, ולבטח לא יתקיים שינוי אקטיבי. על פי הדובר עם שיתוק המוחין עלול להיווצר נזק אם קצב המטפל שונה במהותו מקצב המטופל.

בשנה הראשונה לקורס, הסתיים המפגש עם הצרכנים בסוף סיפוריהם. לא נערכה שיחה כלשהי או ניתוח הסיפור עצמו, לא הוצמדה מטלה קונקרטית והחוויה נשארה אישית ואוטנטית. ההישארות עם החוויה האישית הייתה לעיתים קשה, יחד עם זאת היא אפשרה עיבוד עצמי אצל כל אחת מהסטודנטיות. זה התבטא בפיתוח תובנות לגבי יכולות ההקשבה שלה, מידת ההגנתיות שלה למול מטופליה, והמידה שבה התכנים עוברים לידה או מציפים אותה ומתישים. בשיחה ספונטנית שהתעוררה באחד המפגשים בין מנחת הקורס לסטודנטיות נשמעו הדים חיוביים על כך שהעיבודים נשארים אישיים ושמאתאפשרת חשיבה עצמית כשהמרחב האישי של כל אחת ואחת נלקח בחשבון. במהלך ההתמודדות עם מטלת הקורס, שהייתה ביצוע ראיון וניתוחו, עלתה התחושה של מחסור בכלים לניתוח ויתכן שהיה חסר עיבוד משותף של המידע הרב שנלמד. לקורס הבא נוספה שעה ובה מתנהל דיון בין המרצה-הצרכן לבין הקבוצה על סיפורו ועולים נושאים תאורטיים שונים הנוגעים לנושא. יתכן שתוספת זו מסייעת בשלב העיבוד של הראיון.

#### סיכום

המפגשים עם המרצים האורחים היו משמעותיים וחזקים מאוד עבור הסטודנטיות. לראשונה התאפשרה למטפלות היכרות אחרת עם צרכנים הצורכים את שירותיהן כמטפלות. המפגש אפשר הקשבה אמיתית ואקטיבית, בניגוד להקשבה אליה היו מורגלות. הקשבה זו אפשרה

לכבד את סגנון האחר ללא הגנות, ללא הבניות וללא הפגנות שליטה. ההקשבה הופכת את התפקיד הטיפולי לפסיבי, ללא בניית תכנית טיפול ועם מטרה אחרת - להכיר את האחר, לדעת אותו ואת עולמו. מפגש ייחודי זה עורר שאלות ותהיות לגבי אופי הקשר הטיפולי הקיים והמוכר, ואלו הכריחו את המטפלות לעשות בדיקה חוזרת לגבי עבודתן היומיומית.

בשיחת סיכום של הקורס אמרו הסטודנטיות שמטרת הקורס היתה ברורה ומובנת לכולן. הן דיברו על ייחודיותו של הקורס על משמעותו עבורן כמטפלות. עלו שאלות לגבי היכולת לפעול על פי כלים אלה במציאות הקיימת, נשמעה תלונה אודות היכולת ליישם את הדברים בפועל, ועלתה השאלה האם יש בידי המרפאה בעיסוק כלים להכיל כך את לקוחותיה, כלים שסייעו בידיה לא לחוש מוצפת ושחוקה; האם יש בידי המרפאה בעיסוק, העובדת בתוך מערכת מוגדרת של זמנים והגדרות, תנאים טכניים לטיפול באופן אחר ולהתגמש. בשיחת הסיכום היו שתיארו את ההשפעות המידיות של הקורס על עבודתן השוטפת. אחת הסטודנטיות אמרה שהיא פנתה ללימודי התואר השני על מנת לעצב טוב יותר את אישיותה כמטפלת וחושה שקורס זה עורר נקודות משמעותיות באיכות הקשר שלה עם מטופליה. אחרת נתנה דוגמה ממשית לשינוי שחל בה בעקבות הקורס, שינוי שבא לידי ביטוי בסבלנות שהפגינה כלפי אם של אחד מהילדים שמטופל על ידה. היא תיארה שיחת טלפון שהתרחשה במהלך קניות עם בני משפחתה, שיחה שבדרך כלל היא אינה מתפנה אליה ואינה קשובה בה. לטענתה, במהלך שיחה זו קיבלה מידע משמעותי ביותר למהלך כל הטיפול העתידי. בשיחת הסיכום דובר גם אודות הרווח שהתקבל מההתנסות של ההקשבה, התנסות שבניגוד לשיעורים תאורטיים הייתה חווייתית והשאירה חותם משמעותי.

תרומתו הייחודית של קורס זה היא בשני תחומים עיקריים:

· מתן לגיטימציה אקדמית לשינויים ההולכים ומתעצמים בתהליך המעשה הטיפולי. בקורס זה אפשרה האקדמיה שיטת לימוד קלינית אחרת, השונה מהמקובל ומהנלמד במסגרות של מקצועות הטיפול. השילוב של ידע תאורטי ומדעי עם חוויה רגשית סיפק לכל אחת מהסטודנטיות מתכון לעבודה מעט שונה. את טעמו של התוצר הסופי כל אחת תקבע על פי אישיותה, סגנון עבודתה והרגליה.

· בקורס זה צרכנים של מקצועות הבריאות קיבלו מעמד של מומחים ובעלי ידע. התייחסות זו על ידי האקדמיה מהווה צעד מהפכני המאפשר התקדמות לכיוון התייחסות ללקוח כבעל תפקיד שווה לאיש המקצוע בתהליך הטיפולי (Shor & Sykes, 2002).

במהלך כתיבת המאמר ניכר היה שהסטודנטיות שהשתתפו בכתיבתו, עסקו בעיבוד החוויה שעברה עליהן ובהיבטים הדינמיים והיו בשלות פחות לחברם אל המרכיב התאורטי. בלטו ההבדלים בין ההגנות של הסטודנטיות לבין אלו של מנחי הקורס המאמינים בעבודה מסוג זה ומודעים לעוצמה שבה. הבדלים אלו שבאו לידי ביטוי במהלך כתיבת המאמר חידדו את העובדה שגישה זו של הקשבה ומתן מקום של שותפות ללקוח דורשת תהליך של צמיחה ובגרות מקצועית, דורשת פתיחות וגמישות בתהליך הטיפולי, ואלה מושגים רק לאחר תהליך

ארוך של התנסות טיפולית.

### מקורות

- בר-און, ד' (1994). **בין פחד לתקווה: סיפורי חיים של חמש משפחות ניצולות שואה**. תל-אביב: בית לוחמי הגטאות והוצאת הקיבוץ המאוחד.
- גלעד, נ' (1995). **זיכרון השואה במשפחה: מחקר ביוגרפי ונרטיבי בשלושה דורות**. עבודה לתואר מוסמך בסוציולוגיה של החינוך, אוניברסיטת תל-אביב.
- ליבליך, ע', זילבר, ת' ותובל-משיח, ר' (1995). מחפסים ומוצאים: הכללה והבחנה בסיפורי חיים. **פסיכולוגיה**, ה(1), 84-95.
- לכמן, מ' (2000). **נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים**. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- רוזנפלד, י"מ וסייקס, י' (2001). "והיינו הולמים" – לקראת שירותים טובים דיים בעבור משפחות וילדים. **חברה ורווחה**, כ, 4, 421 – 443.
- Bertaux, D. (1981). *Biography and society*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Chamberlin, J. (1988). *On our own*. London: MIND.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Fisher, D. (1994). *How community psychiatrists and survivor ex-patients can promote mutual empowerment*. The National Empowerment Center. 20 Ballard Road. Lawrence, MA 01843.
- Law, M. (Ed). (1998). *Client Centered Occupational Therapy*. NJ. Slack inc.
- Orbuch, T.L. (1997). People's accounts count: The sociology of accounts. *Annual Review of Sociology*, 23, 455-478.
- Rosenfeld, J.M. & Tardieu, B. (2000). *Artisans of democracy – How ordinary*

*people, families in extreme poverty, and social institutions become allies to overcome social exclusion.* University Press of America, Inc.

Rosenthal, G. (1992). Reconstruction of life stories: Selective principles of generating stories in biographical narratives. *International Yearbook of Oral History*. Oxford: Oxford University Press.

Rosenthal, G. (1993). Reconstruction of life stories: Principles of selection in generating stories for narrative biographies interviews. In: Josselson, R. & Lieblich, A. (Eds.). *The narrative study of lives*. (pp. 59-91). California, Newsbury Park: Sage Publications.

Rosenwald, G.C. & Ochberg, R.L. (Eds.). (1992). *Storied lives*. Chelsea, Michigan: Yale University Press.

Schon, D. (1983). *The reflective practitioner: How professional think in action*. New York: Basic Books.

Shor, R. & Sykes, I. J. (2002). Introducing structured dialogue with people with mental illness into the training of social work students. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 1, 63-69.

Simpson, E. L. & O House, A. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: Systematic review. *British Medical Journal*, 325, 1 – 5.

Trivedi, P. & Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners – qualitative review of user involvement in research. *British Journal of Psychiatry*, 181, 468-472.

Wykurz, G. & Kelly, D. (2002). Developing the role of patients as teachers: Literature review. *British Medical Journal*, 325, 818 – 821.



## חווית הסטיגמה וההתמודדות איתה מנקודת מבטם של הורים למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית

נעמי שטרוך, יחיאל שרשבסקי, נגה שיגב, אלונה בידני-אורבך, מקס לכמן  
המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

אנו מודים לכל מי שעזרו לנו בשלביו השונים של מחקר זה. ברצוננו לציין במיוחד את תרומתם של הגב' מרים בר ניר, פרופ' אלי שמיר, והמשיבים שהסכימו להקדיש מזמנם לנושא. תודתנו נתונה גם למראיינים וכן לגב' דניז נאון ולד"ר יצחק לבב על הארותיהם והערותיהם במהלך המחקר.

### 1. מבוא

למחלה פסיכיאטרית קשה וממושכת יש השלכות רבות ומשמעותיות, לא רק על המתמודדים אתה אלא גם על המערכת המשפחתית כולה, הנדרשת, בעקבות המחלה, להסתגל לשגרת חיים חדשה (ביגל, 1998; ברק, 2000). השפעתה של מחלה פסיכיאטרית על בני המשפחה משמעותית במיוחד, לאור הקשר היום-יומי וההדוק הקיים במקרים רבים בין האדם המתמודד עם המחלה הפסיכיאטרית לבין בני משפחתו. ההתפתחויות שחלו בטיפול הפסיכיאטרי ובשיקום בעשורים האחרונים תרמו להעברת מוקד הטיפול מבתי החולים הפסיכיאטריים לקהילה דרך הפחתת שיעור המאושפזים ומתן דגש לטיפול הניתן במסגרות הקהילתיות; כתוצאה מכך מרבית המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית חיים בקהילה וחלק לא קטן מהם מתגוררים עם בני משפחותיהם (Lamb, 1982; Goldmam, 1982; [מתוך בר-שלום 1992]; Doornbos, 2001-ו).

בספרות תוארו מגוון השלכות של מחלה פסיכיאטרית על המשפחה ובהן בעיות נפשיות וגופניות, קשיים במקום העבודה ומצוקה כלכלית, מגבלות בפעילויות פנאי, אובדן תמיכה חברתית, מתחים בתוך המשפחה, ותחושות עצב ואובדן (Stengard, 2002; Magliano et al., 1998; Hill et al, 1999; Schulz, 1999; Biegel and al., 2002; ברק, 2000). הפרק הנוכחי מתמקד בהיבט אחד בחווייתם של בני המשפחה של מי שמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית – הסטיגמה שאתה הם מתמודדים. סטיגמה זו עלולה להתווסף לחוויות השליליות שבני המשפחות חווים בלאו הכי ולהגביר את הקשיים הכרוכים בהתמודדות עם מחלתו של הקרוב החולה, עם בעיותיה והשלכותיה.

נושא הסטיגמה כלפי בני משפחות כמעט שלא נחקר. הפרק מביא ממצאים מתוך מחקר שערכנו, המתמקד בסטיגמה כלפי מחלה פסיכיאטרית מנקודת מבטם של הורים למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (שטרוך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, שיגב, וזהבי, 2006c). מחקר זה הוא אחד משלושה מחקרים הבוחנים את נושא הסטיגמה בבריאות הנפש בישראל, כדי לזהות

כיווני התערבות אפשריים להפחתת הסטיגמה. המחקר השני בסדרה מתמקד באוכלוסייה הכללית וביחסה לטיפול נפשי ולאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית (שטרך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, זהבי ושגיב, 2006a); המחקר השלישי מתמקד בתפישותיהם ובהתנסויותיהם של אנשים המטופלים במרפאות ציבוריות לבריאות הנפש (שטרך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, זהבי ושגיב, 2006b). שלושת המחקרים משותפים למשרד הבריאות ולמכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל ומומנו בסיוע המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

### סטיגמה כלפי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש

הסטיגמה היא מאפיין שלילי, אשר מבחין בין בעל מאפיין זה (או הנתפס כבעל מאפיין זה) לבין אחרים. הסטיגמה כרוכה בסטריאוטיפים שליליים, כמו גם בדעה קדומה, בדחייה ובאפליה (Corrigan & Penn, 1999) לסטיגמה כלפי המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית השלכות שליליות רבות. היא פוגעת בתחושות הרווחה והערך העצמי של האנשים שחלו, משפיעה על נכונותם להכיר במחלה, ומכאן גם על מידת נכונותם לפנות ולקבל טיפולים שונים. בנוסף לכך, הסטיגמה גורמת להרחקתם של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית מהחברה, דרך דחייתם על ידי החברה ודרך התרחקותם שלהם-עצמם מאחרים, בשל חשש מדחייה. התרחקות זו עלולה להוביל לדלדול הרשת החברתית של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית, לגרום להם לבדידות קשה, ובכך לחבל עוד יותר בסיכויי השתקמותם (Link et al., 1997; Wahl, 1999; Link et al., 2001).

### סטיגמה כלפי משפחותיהם של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית

הפניית הסטיגמה לא רק כלפי האדם המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית אלא גם כלפי בני משפחתו היא מקור נוסף של סבל ושל סיכון פסיכולוגי - הן עבור האדם החולה, שבשבילו משפחתו היא מקור תמיכה חיוני, והן עבור בני המשפחה עצמם, שיכולת התמודדותם עם המחלה ועם הקשיים שהיא מעמידה בפניהם, עלולה להיפגם.

יש עדויות קליניות של אנשי מקצוע המטפלים בבני משפחותיהם של מתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות (Wahl and Harman, 1989) וסיפורים אישיים (Gullekson, 1988; Lanquetot, 1992; שוראקי, 2003), המורים כי הסטיגמה היא בעיה חמורה עבור בני המשפחות. גם המחקרים המעטים הקיימים בתחום, מצביעים על תופעה זו ומדווחים על חוויית הסטיגמה של בני המשפחה, כמו גם על תחושת הבושה שלהם ועל צורך להסתיר את המחלה (Östman and Kjellin, 2002; Biegel and Schulz, 1999; Wahl and Harman, 1989; Phelan, Bromet and Link, 1998).

### מה גורם לסטיגמה כלפי בני משפחה של המתמודדים?

ניתן להצביע על שני מקורות עיקריים לסטיגמה כלפי בני משפחה של אנשים המתמודדים

עם מחלה פסיכיאטרית (Lefley, 1992): (א) התפיסה של היחידה המשפחתית כהרחבת (extension) חריגותו/סטיותו של האדם החולה. תהליך כזה שבו מופנית סטיגמה כלפי אדם מסוים, רק בעקבות קשריו עם אדם אחר הסובל מסטיגמה חברתית, נקרא סטיגמה אסוציאטיבית ("in Phelan et al., 1988 [Mehta and Farina, 1988]; associative stigma"). (ב). ייחוס אחריות לפרוץ המחלה, לבני משפחתם של המתמודדים עם מחלת נפש. בניגוד למחלות אחרות, בכל הנוגע למחלה פסיכיאטרית, בציבור ובעבר גם בקרב בעלי המקצוע, רווחת התפיסה כי למשפחה ובעיקר להורים יש אחריות בהתפתחות המחלה (לדוגמא, תאוריית "האם הסכיזופרנוֹגֵנית", שהאשימה אימהות של הסובלים מסכיזופרניה כי גרמו למחלה, בשל היותן קרות, שתלטניות ואטומות לצורכי ילדיהן (Biegel et al., 1995; Rubin et al., 1998 [from Biegel and Schulz, 1999]). כיום הולכות ומתרבות העדויות על חשיבות הגורמים הביולוגיים (פגיעות ביולוגיות), על שילוב של מספר גורמים ביצירת המחלה ועל מתחים שונים, כאלה שאינם בהכרח משפחתיים, שיכולים לעורר התפרצות מחלה פסיכיאטרית; למרות זאת, משפחות ממשיכות להיתפס כגורם למחלה, בייחוד כשמדובר בחולי סכיזופרניה (Lefley, 1989).

#### השלכות הסטיגמה על בני המשפחה

מחקרים העלו כי בני משפחתם של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית חווים תחושת נטל/עומס גדולה, בשל היותם האחראים בפועל לשלומם הנפשי, הבריאותי והכלכלי של יקיריהם. (Kreisman and Joy, 1974; Fisher et al., 1990 [in Phelan et al. 1998]). העומס על בני המשפחה הוא בחלקו "עומס אובייקטיבי" כלומר כזה הנובע מאירועים חיצוניים, הקשורים במחלה (התנהגות האדם החולה, צורך לדאוג לו, קשיים בניהול משק בית תקין ופגיעה כלכלית וחברתית) ובחלקו "נטל/עומס סובייקטיבי", הקשור למצוקה הרגשית המתעוררת בעקבות אירועים אלה (Noh and Turner, 1987 [in Lefley, 1992]). על הנטל/עומס המשפחתי (האובייקטיבי והסובייקטיבי) מתווספת הסטיגמה המשפחתית, הן ברמת הכאב והן ברמת המתח והדאגה. במקרים רבים הסטיגמה כלפי המתמודד עם מחלת נפש ובני משפחתו מגבירה את העומס שחווים בני המשפחות. כך לדוגמא, אחת ההשפעות החזקות של הסטיגמה היא אובדן התמיכה החברתית. הדבר קורה כיוון שהסטיגמה והיחס החברתי, גורמים להתרחקות של אנשים שהיו קרובים בעבר, או יוצרים בקרב בני המשפחות בושה וצורך להסתיר את דבר המחלה; כך עלולים בני המשפחה לחוש כי אין אנשים קרובים שיוכלו לתמוך בהם ולהיות להם אוזן קשבת ברגעי מצוקה (Smart and Wegner, 1999). במקביל, קרובי המשפחה חווים לא פעם ביקורת והאשמה מצד החברה; כך שהתגובות הרגשיות לביקורות אלו משתלבות עם הכאב ועם הרגשות המתעוררים בעקבות הדרישות, הקשות ממילא, שמציבה המחלה עצמה (Lefley, 1992).

בדומה להרבה אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (Green et al., 2003), גם בני משפחה, שבהיותם חלק מהחברה, היו מאז ומתמיד שותפים לעמדות הסטיגמטיות כלפי החולים וכלפי המשפחות מצד החברה, נוטים לעתים להפנים את הסטיגמה החברתית



הקיימת כלפי המשפחות ולפתח סטיגמה עצמית, המופנית פנימה. הפנמה זו של מערכת התפיסות השליליות הקיימות בחברה עלולה לגרום לבני המשפחה להאמין כי תפיסות אלה אכן נכונות, ולכן גם לגיטימיות; דבר שגורר תפיסות עצמיות שליליות, פגיעה בדימוי ובערך העצמי וכן פיתוח ציפיות לדחייה וליחס שלילי (Green et al., 2003). תחושת אשם היא הביטוי הנפוץ ביותר של סטיגמה מופנמת (Lefley, 1992). בנוגע למחלה פסיכיאטרית, העובדה שקיימת בציבור הרחב ובמידה לא מעטה גם אצל אנשי המקצוע השקפה שעל פיה המשפחה אחראית במידה זו או אחרת למחלה, מעודדת הפנמה זו של הסטיגמה בצורת רגשות אשם קשים הפוגעים בהערכה העצמית (Francell et al., 1988 [in Lefley, 1992]; Lefley, 1989). מעבר בהאשמות שמקורן בסטיגמה (לגבי אחריות המשפחה למחלה הרי שגם בקרב מי שהגיעו למסקנה כי המחלה לא נגרמה באשמתם (Hatfield, 1981 [in Lefley, 1992]), יש כאלה שמאשימים את עצמם על כך שלא ניגשו לקבל עזרה מוקדם יותר, על כך שהתרגזו בקלות רבה מדי, או על כך שלא זיהו את הסימנים למשבר המתקרב (Lefley, 1987). תחושת אשמה שכאלה שכיחות לא רק בהקשר למחלה נפשית אלא בכל מצב משברי הקשור לדמות קרובה.

בני משפחה גם חשים לעתים קרובות אשמה על פעולות שהם עושים מתוך דאגה לשלומם שלהם ולשלום יקיריהם (למשל; על שהם קוראים למשטרה במצבים מסכני חיים, על כך שהם מאשפזים את יקיריהם על אף מחאותיהם, או משכנים אותם במוסדות או בבתים שתנאי החיים בהם טובים פחות מאלה הקיימים בביתם ועוד (Lefley, 1987). כמעט בכל המצבים הדורשים החלטות שנוגעות להגנה על עצמם ועל גבולותיהם, נדרשים בני המשפחה להתמודד עם הכעס והעלבון של בן המשפחה הפגוע ועם האמביוולנטיות שלהם עצמם בכך שהם מונעים דברים מאדם יקר להם. קרובים רבים נוטים להרגיש כמו "הורים רעים", "ילדים רעים" או "אחים רעים", כאשר עליהם לערוך בחירות שכאלה (ברק, 2000; Lefley, 1992).

### דרכי התמודדות עם הסטיגמה

מחקרים על ההתמודדות של חולים עם הסטיגמה המופנית כלפיהם מתארים מספר דרכים שמטרתן להפחית את השפעותיה השליליות של הסטיגמה, אך בפועל עלולות להיות בלתי יעילות ולעתים אף מזיקות (Link, et al., 1991). במחקר בו מתרכז הפרק הנוכחי, נבדקו שלוש דרכים מתוך ארבע שתוארו בספרות – הסתרה, חינוך והימנעות, כדי לבדוק את האופן בו מתמודדים קרובי המשפחה עם הסטיגמה. ההסתרה היא המאמץ שנעשה להסתיר את המחלה או מידע הקשור בה. חינוך – הוא הניסיון ללמד אחרים על טיפול נפשי ובעיות נפשיות, או הצבעה על התנהגויות שיש בהן סטיגמה וגילוי התנגדות פעילה לאמירות המבטאות אותה (Challenging). להימנעות - שני פנים. מצד אחד היא מאופיינת בהתרחקות ממצבים או מאנשים שמהם החשש לסטיגמה גבוה, ומצד אחר - העדפת חברתם של מי שההסתברות לגילויים סטיגמטיים מצידם נמוכה. בנוסף לשלוש הדרכים הללו שתיארו לינק ואחרים (Link et al., 1991), נבחנה דרך התמודדות אפשרית נוספת עם הסטיגמה - הדגשת התכונות החיוביות והייחודיות המאפיינות את המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ואת בני משפחותיהם

("גאוות יחידה"). דרך זו עשויה לאזן את הסטיגמה השלילית ולמנוע חלק מן ההשפעות ההרסניות שלה, בייחוד אלה הקשורות לתחושת הערך העצמי, והיא מתקשרת לתיאורית הזהות החברתית (Social Identity Theory, Tajfel, 1982; Self-Categorization Theory) (Turner, 1987) שעל פיה הערכתו העצמית של האדם מבוססת בין היתר על שייכותו לקבוצות ולקטגוריות חברתיות שונות.

הידע הקיים מורה כי לפחות אחת מהדרכים הללו, המשמשת את המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית - הסתרת המחלה - משמשת גם את בני המשפחות (Phelan et al., 1998). הסתרה זו כרוכה במחיר: העובדה שהסביבה החברתית של המשפחות (כולל מקום העבודה) לא יודעת על המחלה, עלולה להפחית את מידת הלגיטימיות של הקשיים והמוגבלויות של האדם החולה, ומכאן גם את מידת הלגיטימיות של הדאגה והטיפול הנדרש מבני המשפחה; כך התנהגות בני המשפחה, ההשקעה הנדרשת מהם, העומס והקשיים שהם חווים והרגשות המתעוררים בהם נתפסים כפחות מובנים ולכן גם פחות לגיטימיים בהשוואה למה שנדרש ונחווה כאשר מדובר במחלות אחרות ובתקופות אחרות בחיים; (Herbert, 2001). במקביל, יש עדויות לכך שהיחס כלפי הסובלים ממחלות פסיכיאטריות הוא פחות סובלני מאשר היחס כלפי הסובלים ממוגבלויות אחרות. אנשים סבורים שאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית שולטים במצבם ולכן גם פחות מרחמים עליהם ואף חשים כעס וסבורים שאינם זקוקים לעזרה (Corrigan and Watson, 2002); תפיסות אלה עלולות להשפיע גם הן על מידת ההבנה שיש כלפי בני המשפחה המטפלים באדם שחלה ועל ההתגייסות של הסביבה לעזרה.

לסיכום, לקרבה משפחתית לאדם המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית ולסטיגמה הכרוכה בקרבה זו, השפעות רבות וסבוכות על המערכת המשפחתית ועל קשריה עם הסביבה החברתית. הפרק הנוכחי מתמקד בחוויה של אפליה ושל סטיגמה, בדרכי ההתמודדות של המשפחה איתן, בהשפעותיהן על תחושותיהם של בני המשפחות ועל הקשרים התוך-משפחתיים והחוץ-משפחתיים; כל זאת מתוך מטרה לזהות תכנים וקשיים עקרוניים ולהתוות דרכים אפשריות לעזרה לבני המשפחות ולשינוי המצב הקיים. יש להדגיש שאין כוונה לתת תמונה מייצגת של התופעות הללו בקרב בני משפחות, אלא להצביע על כיוונים ועל נושאים משמעותיים, זאת משום, שכפי שיובהר בפרק השיטה, המדגם ששימש במחקר איננו מייצג בהכרח את אוכלוסיית משפחותיהם של מי שמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית.

## 2. שיטה מדגם

המדגם כלל 52 הורים של מתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית, 42 (81%) אימהות ו-10 (19%) אבות, בני 34 עד 75 (ממוצע הגילים - 58). בשל הקושי באיתור בני משפחותיהם של מתמודדים עם מחלת נפש, נעזרנו בארגונים שונים, הפועלים למען מתמודדים עם מחלת נפש ובני משפחותיהם. מרבית המראיינים במחקר היו אפוא הורים שהשתתפו בפעולות אלה. לפיכך, המדגם אינו בהכרח מייצג את כלל ההורים או את בני משפחותיהם של המתמודדים עם מחלת נפש, מהסיבה שניתן לשער כי יש סלקציה עצמית בעצם ההשתתפות בפעילותם של ארגונים אלה; כך שבני משפחות אחרים, כגון אלה המעדיפים לשמור על סודיותם או כאלה

המכחישים את המחלה, לא ישתתפו בהם ומסיבה זו גם לא ייכללו במדגם.

**מאפייני המרואיינים.** מספר שנות הלימוד הממוצע של ההורים שרואיינו היה 14 שנים, 2 מהם היו בעלי השכלה יסודית, 14 בעלי השכלה תיכונית (תיכון מקצועי ותיכון עיוני), 12 בעלי השכלה על-תיכונית ו-24 בעלי השכלה אקדמית. 58% הגדירו עצמם כחילונים, 33% כמסורתיים, 1 כדתי ו-4 כדתיים מאוד/חרדים. 26 מהמרואיינים ציינו כי אינם עובדים כלל, 11 ציינו כי הם עובדים במשרה חלקית ו-15 במשרה מלאה.

**מאפייניהם של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (בניהם של המרואיינים).** כ-67% מהמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (שהוריהם רואיינו) הם גברים. טווח הגילים שלהם הוא 18-45. הגיל הממוצע 30. 40 (77%) מהם היו רווקים. 21 (40%) מתגוררים עם משפחתם הגרעינית ו-6 עם המשפחה שהקימו או עם בן זוג. 9 גרים בדור מוגן, 7 מתגוררים לבדם, 4 בהוסטל, 3 באשפוז ו-2 במסגרת אחרת. 47 (90%) היו מאושפזים בשלב כלשהו של המחלה. האשפוז האחרון היה בממוצע כשנתיים לפני עריכת הריאיון. ההורים ציינו כי חשו שיש בעיה לפני כ-12 שנים בממוצע, כאשר גילו הממוצע של החולה היה 18. בממוצע עברה כשנה מהרגע שחשו בבעיה ועד הרגע שפנו לטיפול, אך 36 מההורים (69%) ציינו כי פנו מיד לטיפול.

## מהלך

איתור המרואיינים למחקר נעשה באופן הבא: מכתב המתאר את מטרות המחקר ואת הנושאים שיישאלו בראיון, הופץ באמצעות רכזים של ארגונים שונים שבהם מתקיימות פגישות קבוצתיות למשפחות של אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (ארגון עוצמה, ארגון אנוש, ומית"ל<sup>1</sup>) וכן דרך אנשים בחברה החרדית שסייעו לנו ליצור קשר עם בני משפחות של מתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. בנוסף לכך מידע על המחקר פורסם בירחון של ארגון "עוצמה". המעוניינים להתראיין פנו אלינו ונקבע איתם זמן לראיון. הראיונות נערכו במהלך החודשים יוני-אוגוסט 2003, נמשכו כ-45 דקות, ובוצעו על-ידי חמישה מראיינים בעלי נגיעה לתחום הטיפולי (סטודנטים או בעלי תואר ראשון או שני). הראיון התבסס על שאלון מובנה למחצה (לתאור מפורט ראה שטרך ואחרים, 2006b).

## 3. ממצאים ודיון

בפרק זה נתייחס תחילה לחווית הסטיגמה כפי שהיא עולה מדבריהם של ההורים שרואיינו וזאת תוך התמקדות בסביבה הרחבה-שכנים, חברים ומשפחה מורחבת מצד אחד- ובמשפחה עצמה מצד שני. בהמשך נתייחס לדרכי ההתמודדות עם הסטיגמה והיחס החברתי, בהם נוקטים ההורים שרואיינו. לבסוף נצביע על מספר כיווני פעולה רצויים לאור המחקר המתואר. במידת האפשר, נצביע בפרק זה על אותם מקומות בהם יש בסיס להניח שוני מסויים באוכלוסית ההורים הכוללת (בהשוואה להורים שרואיינו).

### חווית הסטיגמה והשלכותיה ביחסים עם הסביבה

חלק לא קטן מהמרוויינים לא זיהו יחס חריג כלפיהם או כלפי המשפחה בעקבות הידיעה שהם קרוביו של אדם המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית. חלקם ציינו במפורש כי לא התמודדו עם יחס שונה כיוון שבחרו להסתיר את המחלה, נושא שיורחב בהמשך. הסתרה זו אינה רלוונטית כמובן לצוות המטפל. בכמה מקרים תואר יחס פוגע מצד הצוות המטפל, המפנה האשמות כלפי המשפחה "טוען שהאם מזיקה". במקביל עלתה התחושה שהמטפלים מתייחסים לבני המשפחה באופן פטרנליסטי "כאילו הם אלה הסובלים ממחלת הנפש", כלומר גם למשפחות מתייחסים בצורה לא ראויה. לא מתייחסים אליהם די ברצינות וכחלק מכך "לא שואלים, לא מתעניינים מה מתאים ומה לא מתאים".

בחלק גדול מהמקרים בהם לא ציינו המרוויינים הסתרה גורפת, הם סיפרו כי בחרו לספר על המחלה רק לחלק מחבריהם ומכריהם. אלה שדיווחו על יחס שונה מצד החברה, שכנים וחברים והמשפחה המורחבת, התייחסו לתכנים מגוונים (יחס מאשים, יחס פטרנליסטי, חוסר אמפתיה ואי נוחות) וכוללים לעתים תגובות הפוכות, כגון: כעס מול רחמים, חיטוט יתר מול התעלמות. יחד עם זאת, כפי שיובהר להלן, אין להתעלם מקיומן של נקודות אור, חברים, שכנים ובני משפחה המהווים מקור תמיכה לפחות עבור חלק מהמשפחות.

ההורים שרואיינו דיווחו על תחושת **חוסר הבנה וחוסר אמפתיה כלפי המתמודדים** עם מחלה פסיכיאטרית. כך הם סיפרו על אנשים המייחסים לחולה עצלות, חוסר מוטיבציה, או טוענים שהוא "עושה את עצמו". סיפרו על אמירות פוגעות ששמעו: "אם היו נותנים את החולים בידיים שלי, כולם היו קמים לעבודה"; "למה הם חושבים שמגיע להם"; "אי אפשר לסמוך על ילד כזה"; "אסור לתת לו לעשות דברים בעצמו".

**חוסר ההבנה וחוסר האמפתיה קיים גם כלפי ההורים**, מצבם ומה שנדרש מהם על מנת לעזור לבן המשפחה המתמודד: כשני שלישים מהמרוויינים חשו שלא מבינים את הקשיים שקשורים למחלת הבן או הבת ואחוז דומה אמרו כי חשו בבדידות ושאינן אנשים שהם יכולים לשתף אותם ולפתוח בפניהם את לבם. למעלה משלושה רבעים, ציינו כי רק אנשים שיש להם קרוב המתמודד עם מחלת נפש יכולים להבין אותם באמת. ההורים סיפרו על יחס לא אמפטי ולא מבין דיו, השונה, לדבריהם, מהיחס כלפי מחלות אחרות (סרטן, סוכרת), יחס המשפיע על מידת הנכונות להתגייס לעזרה: "בקיבוץ אמרו לנו לעשות את הנסיעות באוטובוס ולקח הרבה זמן עד שנתנו לנו רכב, כאילו שהיינו יוצאים לבלות". היו מקרים בהם תארו המרוויינים תגובות של כעס מצד המשפחה המורחבת, על כך שבן המשפחה המתמודד עם המחלה הפסיכיאטרית גוזל תשומת לב רבה מדי.

בני משפחה ציינו כי נפגעו מבורות ומדעות קדומות של חברים ושל שכנים. במקרים מסוימים תיארו המרוויינים יחס שונה, הנובע, לדעתם, מתוך **תחושת מבוכה, בלבול וחוסר ידע** של הסביבה "לא מדובר בהתנהגות לא יפה, אלא בהתרחקות מאתנו מתוך מבוכה; זה לא נובע לדעתי מרוע, באמת לא ידעו איך להתנהג אתנו"; "הסביבה לא יודעת איך להתייחס לזה וזה

גורם להתבודדות קשה"; "מרגישה שמפחדים... אנשים ברחוב מסתכלים בתימהון, זזים, יש תחושה של אי נוחות. אין הכנה טובה להתמודד עם זה, אף אחד לא הכין אותם". היו חברים שפחדו, היו שריחמו או שחשו מבוכה והיו כאלה שבחרו להתעלם: "היו שואלים אותי רק על הבן הבריא, כאילו שהבן החולה לא קיים".

חלק מההורים תיארו יחס **מאשים** מצד אנשים בסביבתם: "בטח, עם אבא כזה לא פלא שיש לו ילד חולה"; "אמרו שזה מגיע לי, כי אני לא יודעת לחנך"; "ההורים אשמים"; "צריך להרחיק את הילד מההורים"; "אמרו עלי שאני 'אמא לוחצת'". נראה שההאשמה לעיתים מחלחלת לתוך תפיסתם העצמית של ההורים-- מחצית המרואיינים אמרו כי הם עצמם מרגישים לעתים שיש להם חלק במחלה, ואחוז דומה ציינו כי אינם מרגישים בנוח לדבר על הקשיים והצרכים שלהם, בזמן שלבן יש בעיות וקשיים גדולים בהרבה. חלקם סיפרו על **כעס** שהופנה כלפי המשפחה בשל חוסר יכולתה לשלוט בהתנהגויות של הקרוב החולה: "שכנים דפקו בדלת או בקיר... אח"כ תלו לנו על הדלת פתק 'לא להפריע'". תואר יחס פוגע או מזלזל. למשל: "השכנים היו מסתכלים מהחלון ולפעמים עושים תנועות של משוגע, מסובבים אצבע על-ידי הרקה".

ניכר שקימת מגמה של **התרחקות**, אותה חווים ההורים. כך, ההורים מדווחים על חברים שהעדיפו להתרחק ולא רצו לשמוע על הנושא, או על חברים שניתקו מגע ("זוג חברים הפסיקו לדבר כי פחדו שזה ישפיע לרעה על הבן שלהם", "שכנים ותיקים התרחקו, אך לאחרונה היא יותר רגועה ויש אנשים חדשים, אז פחות מתרחקים"). בחלק מהמקרים תוארה התרחקות גם מצד המשפחה המורחבת ואפילו נידיי כולל של המשפחה הגרעינית. היו מקרים שבהם ביקשה המשפחה המורחבת מהמשפחה הגרעינית לשמור את עניין המחלה בסוד. היו מקרים בהם היא התכחשה למחלה או ביקשה להתרחק מהחולה: "המשפחה המורחבת אמרה לי 'תבואי לבד ותשאירי את הבת בבית'"; "רבים מבני המשפחה המליצו לשלוח את בן המשפחה החולה למסגרת מחוץ לבית".

בצד המקרים הללו של התרחקות מצד החברים והסביבה הקרובה, תוארו בחלק מהמקרים **קשרים הנמשכים** לאורך שנים ומחזיקים מעמד על אף הקשיים שבדרך. במקרים רבים תוארו **קשרים חדשים** שנוצרו עם אנשים שגם להם קרובים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: "יש לי גם שתי חברות עם בנות חולות נפש", "חברה בעבודה מאוד נקשרה אלי כי יש לה בן-זוג שחולה". גם בהתייחסות למשפחה המורחבת, עלו תיאורים של חיזוק הקשרים, של דאגה ו"הרבה מאוד תמיכה". היו מקרים בהם סופר על תמיכה ועידוד ברגעים הקשים: "אחותי ליוותה אותי בכל מה שקרה, לא היה לי אף אחד חוץ ממנה, והיא ממש הייתה אתי לכל אורך הדרך"; "הקשרים טובים מאוד, ברגעים קשים כשרציתי שהוא (הבן החולה) ירגיש שתומכים בו, הזמנתי את כל המשפחה", ואף הסתמכות על כוחות המשפחה המורחבת "המשפחה של הבעל מאוד תמכו, גם כלכלית"; "הסבתא והסבא גידלו את המשפחה".

מעבר להעדר הבנה ואמפטיה למתמודד והוריו, האשמות, כעס והתרחקות, קיימת תופעה בעייתית נוספת, של **הכללת המחלה, לבני משפחה אחרים**, כאשר הקשיים הנפשיים מוחלים

אוטומטית על בני המשפחה האחרים: "הבן השלישי סובל מדיסלקסיה, ועד כיתה ח' לא התייחסו אליו כאל לקוי למידה, אלא כאל ילד עם בעיות נפשיות". היו מקרים בהם סיפרו ההורים על אמירות פוגעות ששמעו בהקשר זה: "בכל מקום אומרים: "הם כל המשפחה ככה"; "יש להם בן משוגע, וכל המשפחה כמו הבן".

אחת התוצאות הקשות של הסטיגמה היא בדידות ופגיעה ברשת החברתית, וזאת דווקא בזמן שהמתמודדים ומשפחותיהם זקוקים במיוחד לתמיכה מסביבתם. כאמור, מעבר להתייחסות הסביבה, היו שדיווחו על התרחקות של שכנים, חברים ובני משפחה. חשוב לציין שההורים אינם בהכרח 'אוביקט פסיבי' ביחסים עם מערכת התמיכה החברתית: יש מצבים שההורים עצמם בוחרים להתרחק מיוזמתם. כסיבות לכך ציינו את מצבו של הקרוב החולה או מחסור בזמן או בפנאי רגשי ("הבן היה מאושפז תקופות ארוכות ולא היה מצב רוח לחברים ולפגישות"; הקשרים מעט נחלשו, אין לי סבלנות, זמן וכוח"); רצונם שלא להתמודד עם יחסם של האחרים ותחושת בושה ("לחברים טובים פָּאָב והם רצו לעזור אבל אנחנו לא רצינו יותר מדי ביקורים, רצינו שקט, לא רצינו שיראו אותה במצב של התקף"); התחושה שקשה לשתף בקשיים ושאחרים לא מבינים מה עובר עליהם; או התחושה שאחרים לא רוצים לשמוע על הנושא או שקשה להם להתמודד איתו ("העדפתי להתרחק, כי הם לא היו שותפים לתחומי העניין שלי"; "נהייתי בן אדם יותר סגור. אני חושבת שאם הייתי מספרת מה עובר עליי הייתי מכניסה להלם את כל האנשים בעבודה ובאיזשהו שלב היה נמאס להם"). נראה כי לפחות בחלק מהמקרים מדובר בהתנהגויות של שני הצדדים המזינות זו את זו ויוצרות את הריחוק ותחושת הבדידות שדווחו ע"י המשפחות. כך, למשל, המשפחה הגרעינית חשה דחוויה ולא רצויה ע"י המשפחה המורחבת ומגיבה לכך בהתרחקות: "היה קשה, המשפחה לא קיבלה אותה בגלל ההתנהגויות שלה... אני החרמתי אותם, בגלל שלא רצו לקבל אותה, אבל היום זה בסדר... הם מבקרים מעט אמנם, פחות מפעם וגם אני מבקרת פחות".

במקביל להתרחקות, היו גם אנשים שהקשר איתם התחזק בעקבות המחלה. חלק מן ההורים מנסים לפצות על היחלשות או התפרקות רשת התמיכה החברתית, בבנית **רשת תמיכה חברתית חדשה**. נראה שיש מצבים של התקרבות וזאת במיוחד עם שותפים לגורל, אנשים שאליהם קל יותר להיחשף ויש תחושה כי הם מסוגלים להבין יותר.

#### חווית הסטיגמה והשלכותיה ביחסים במשפחה הגרעינית

להתמודדות בני המשפחה עם מחלת הקרוב ובכלל זה עם הסטיגמה הכרוכה בה, יש השלכות לא רק על הקשרים מחוץ למשפחה כי אם גם על הקשרים בין בני המשפחה לבין עצמם. כפי שצויין, ההתמודדות עם מחלה פסיכיאטרית, יוצרת עומס רגשי ותפקודי על המשפחה. בנוסף, הסטיגמה המתלווה למחלה עלולה לגרום להתרחקות של אנשים שהיו קרובים בעבר. גורמים אלה מחד מגבירים את חשיבות הקשרים בתוך המשפחה אך מאידך הם עלולים לפגום בלכידותה. במחקר המתואר נבחנו גם האופן בו הושפעו הקשרים התוך משפחתיים מהמחלה והסטיגמה.

**שינויים במשפחה כמכלול.** כאמור, קשריהם של ההורים עם הבן או עם הבת המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית והטיפול האינטנסיבי שנדרש מהם, משפיעים על המערכת המשפחתית כולה. בחלק מהמקרים ציינו המרואיינים כי "הקשרים לא השתנו". בחלקם תיארו התמודדות משותפת עם המצב החדש שנוצר, שהובילה ל"התקרבות כללית" - "הייתה התגייסות כללית של כל המשפחה"; "כל המשפחה הפכה מגויסת סביב המחלה, יצאו דברים טובים, זה קירב את כל בני המשפחה, מדברים חופשי לגמרי, יש פתיחות". במקרים מסוימים ניתן ביטוי ל"התבגרות" שעברה המערכת המשפחתית בעקבות המחלה: "דינמיקת העשייה ביחד השתנתה, גם מידת הסלחנות, ההבנה, הוויתור על האני של כל אחד. קודם היינו אגואיסטיים, מקומות שהיום כבר לא נהיה שם". לעומת זאת, היו מקרים בהם תיארו המרואיינים כיצד המחלה והקשיים הכרוכים בה, הובילו להתרחקות בקשרים המשפחתיים. השקעת מרבית הזמן והאנרגיות בחולה, מתוך צורך ממשי ו/או כתוצאה מתחושת אשמה, מלווה לעתים בהזנחה של בני משפחה אחרים ועלולה להחריף את המתחים בתוך המשפחה. "המשפחה הגרעינית התפרקה"; "הקשרים מאוד רעועים, יש מתח"; "מדברים רק על המחלה, מדי פעם כולם בדיכאון".

**הקשר בין ההורה המרואיין לבין הילדים האחרים במשפחה.** מרואיינים רבים ציינו את העובדה שהבן המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית הפך למרכז תשומת הלב ועקב כך ניתנה פחות תשומת לב לשאר בני המשפחה; דבר שבלט במיוחד בקשר עם הילדים האחרים. התגובה פעמים רבות הייתה כעס מצד הילדים האחרים במשפחה: "הילדים בהתחלה כעסו עלי, כי התרכזתי רק בו ולא התייחסתי אליהם". בצד מקרים אלה, היו מקרים אחרים שבהם תוארה התחזקות של הקשר בין ההורה המרואיין לבין הילדים האחרים "הקשר עם הילדים התחזק"; "הקשר עם הבן השני התחזק – יותר שיתוף, יותר פתיחות". אף כי הדבר לא נבדק ישירות, ייתכן כי גם כאן מדובר בתהליך מתמשך שבו השלבים הראשונים מאופיינים במתחים גדולים, בכעסים ובמרירות, וככל שהזמן חולף וההתמודדות עם המחלה משתפרת, מפנים מאפיינים אלה את מקומם להשלמה ולקבלה של המצב - תהליך שמוביל להתחזקות הקשרים, לשיתוף ולתמיכה הדדית גדולים יותר

**קשריו של המרואיין/ת עם בן/בת הזוג.** בחלק מהמקרים לא היה שינוי בקשר הזוגי: "לא היה שינוי, פשוט נרתמנו יחד לטובת הטיפול, ועשינו את זה יחד כמו כל פרויקט משותף שלנו בחיים". אבל ממרבית התיאורים שנתנו המרואיינים עולה כי הקשר הזוגי עבר טלטלה ונדרשה התארגנות מחודשת בתוכו. הזעזוע והמשבר שפקדו את הזוגיות, הובילו לתוצאות שונות. בחלק מהמקרים חוזק הקשר הזוגי: "עברנו את זה ביחד וזה קירב בינינו"; "כשפרצה המחלה היה משבר, כיום הקשר הוא חזק מאוד"; "כשבעלי נפתח לבן, הרגשתי שגם הקשר שלי עם בעלי עלה מדרגה. אנחנו תומכים ועוזרים אחד לשני, למדנו שכל בעיה מלגנים קודם עם עצמנו"; "זה רק קירב בינינו, הבנו שאנחנו מתמודדים עם זה ביחד"; "הקשר התחזק והאהבה התחזקה". בחלק אחר מהמקרים תוארה התדרדרות בקשר הזוגי: "הקשר נחלש. לבעלי היה קשה להשלים ולהתמודד, והוא התרחק מהזירה והשאיר לי את כל ההתמודדות"; "הקשר נחלש, הגביר חיכוכים וחיידד גישות שונות לחיים בכלל"; "ראייה שונה שלי ושל בת הזוג שלי לגבי המחלה, הביאה בסופו של דבר לגירושין"; "בעלי לא יכול היה להתמודד עם זה

זזה נגמר בגירושין".

### דרכי התמודדות עם סטיגמה

בספרות תוארו מספר דרכי התמודדות של המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות, שמטרתן להפחית את השפעותיה השליליות של הסטיגמה המופנית כלפיהם (Link et al., 1991). בני המשפחות שרואיינו נשאלו על שלושה מנגנונים כאלה: הסתרה, חינוך והימנעות וכן על דרך אפשרית נוספת של התמודדות, שהיא הדגשת התייחסויות חיוביות ואמפתיות ("גאוות יחידה").

### הסתרה

כדי להימנע מפגיעה ומיחס שלילי, בני המשפחה עשויים להסתיר את המחלה. רבע מההורים שרואיינו אמרו כי רוב הזמן הם מסתירים את מחלת הקרוב. למעלה משליש מאלה שאמרו שהשאלה רלוונטית עבורם, ענו כי הם מסתירים זאת בעבודה.

לכאורה, מפתיע שרק כרבע - שלישי מהמרואיינים הסתירו את דבר המחלה ולא סיפרו עליה לאנשים שאתם הם מצויים בקשר; אך נראה כי לפחות חלקם התכוונו לכך שלא נדרשה מהם הסתרה אקטיבית של המחלה. הורים רבים ציינו כי אינם מסתירים את עניין המחלה, אך גם אינם נוטים לספר עליה, כי אין צורך בכך, כי זהו עניין אישי או פשוט מכיוון שלא נשאלו על כך באופן ישיר. מעבר להסתרה פעילה, מצאנו שחלק גדול מהמרואיינים סיפרו על מקומות שבהם העדיפו "להסוות" את עניין המחלה. (למשל, סיפרו שכאשר נשאלו על הנושא העדיפו לומר כי החולה גר רחוק על מנת לא לחשוף את עובדת היותו מאושפז או משתכן בהוסטל; או מקרים בהם שמו את הדגש על מחלות והפרעות פיסיות מהם סובל הבן, על מנת להסביר תופעות לוואי של השימוש בתרופות הפסיכיאטריות). כחמישית מהמרואיינים אמרו כי יש להם חברים טובים שאינם יודעים על מחלת הבן. חלק יחסי זה, על אף שאינו גבוה, הוא משמעותי, אם נותנים את הדעת לכך שמדובר בחברים טובים. כלומר, במעגל החברתי הקרוב, זה שאמור להוות את רשת התמיכה החברתית.

ייתכן כי השימוש המתון יחסית שנמצא בדרך התמודדות זו, קשור באפיוניהם הייחודיים של המרואיינים - הן בהתמודדותם הממושכת של מרבית המרואיינים עם מחלת הבן או הבת והן בהשתתפותם הפעילה של מרביתם בארגונים שונים. ניתן לשער כי בני משפחות אשר נמצאים בתחילת הדרך מבחינת ההתמודדות עם מחלת הקרוב, או כאלה שאינם פעילים במסגרות קבוצתיות, ייטו להסתיר יותר. רמזים להתנהגות ההסתרה בקרב בני משפחות אשר אינם חברים בארגונים כאלה, ניתן היה לראות בתשובותיהם של המרואיינים כאשר נשאלו על הסתרה בקרב בני המשפחה האחרים (אשר רובם אינם חברים בארגונים): מבין אלה שסברו כי הם יודעים כיצד נוהגים בני המשפחה האחרים, למעלה משני שלישי אמרו כי בני המשפחה האחרים נוהגים להסתיר את העובדה שיש להם קרוב חולה. במקרים אלה תוארו חששות של בני המשפחה מהשפעת המחלה על חיי החברה שלהם והעדפה שלא לספר על כך לאנשים



שאיתם הם נמצאים בקשר: "הבת (הבריאה) התביישה להביא חברים הביתה"; "הבת פחות מזמינה חברות הביתה"; "האח מאוד נזהר לגלות שיש לו אח חולה, גם האחות לא מגלה מתוך חשש שזה ישפיע על הקשרים החברתיים שלה, אפילו הבעל שלה לא יודע"; "הילדים שלי מסתירים, אף אחד מהחברים לא יודע על האח החולה, האחות לא מזמינה חברות הביתה כשהאח בבית וזה משפיע על כל אורח החיים שלה".

### "חינוך" אחרים

המנגנון השני אותו תיאר Link ונבדק במחקר הנוכחי הוא **חינוך (Educating)**. מנגנון זה פירושו נסיון ללמד אחרים על טיפול נפשי ובעיות נפשיות, או במקרים אחרים הצבעה על התנהגויות שיש בהן סטיגמה וגילוי התנגדות פעילה כאשר נשמעות אמירות המבטאות עמדות סטיגמטיות (**Challenging**). גישה זו היא אקטיבית יותר ומעצם כך היא גם דורשת פעמים רבות ויתור על סודיות והסתרה. כשני שליש מהמרואיינים ציינו כי קורה שהם מסבירים לאחרים מה היא מחלת נפש ומה זה טיפול פסיכיאטרי, ואחוז דומה הביעו נכונות להשתתף בפעילות בה יסבירו לציבור על טיפול נפשי ועל הבעיות של אנשים הנמצאים בטיפול. העובדה כי רבים מההורים ציינו שימוש במנגנון זה, מורה על החשיבות שהם מייחסים לחינוך ולשינוי עמדות כלפי המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות ובני משפחותיהם ומרמזת גם על תפיסותיהם את המצב הנוכחי בציבור, כלוקה בעמדות שליליות ומפלות.

עם זאת, יש לשים לב כי השימוש הרווח במנגנון התמודדות זה בקרב המרואיינים, קרוב לוודאי שאינו משקף את המצב בקרב כלל בני המשפחות, וזאת ממספר סיבות. ראשית, כפי שכבר צוין, מנגנון זה דורש ויתור מסוים על סודיות וכאמור נראה כי בני המשפחות שהשתתפו במחקר נוטים פחות להסתיר את מחלת הקרוב. בנוסף לכך, סגנון זה דורש עמדה פעילה ולוחמנית בהתמודדות עם הסטיגמה וייתכן והוא מאפיין את ההורים שרואיינו, בשל היותם פעילים במסגרות וארגונים של בני משפחות. בארגונים אלה חינוך, הסברה ומלחמה אקטיבית בסטיגמה, הם חלק מסדר היום וכן הם עשויים לתרום לתחושת השייכות הקבוצתית של ההורים ולהמריץ אותם להגיב בכעס לחוסר הצדק ולנסות ולתקן את העוול (Corrigan and Watson, 2002).

### הימנעות

מנגנון התנהגות זה כולל שני תהליכים מקבילים. האחד, התרחקות ממצבים או מאנשים שההסתברות שיפגינו סטיגמה - גבוהה והשני, העדפת חברתם של מי שההסתברות שיעשו זאת - נמוכה. מנגנון זה מונע חוויות שליליות של אפליה ודחייה, אך עלול להגביל את המשתמשים בו בחיפוש אחר הזדמנויות להתקדמות והשתלבות בחברה. בנוגע לחלק הראשון, ההימנעות וההתרחקות ממצבים בהם ההסתברות לסטיגמה גבוהה, כרבע אמרו כי היו מצבים בהם נמנעו לעשות דברים שרצו בשל החשש מיחס שלילי. יחד עם זאת, בשאלה עקיפה יותר, שיעור גבוה יותר של מרואיינים ציינו שהיו מקרים שהם בחרו להתרחק מיוזמתם מאנשים איתם היו בקשר ובין היתר נתנו לכך סיבות הקשורות בחשש מדחיה. החלק השני של תהליך ההימנעות מאפיין את הנטייה להצטמצם למצבים או לאנשים

בהם החשש מדחייה הוא קטן. בהקשר זה, מעל שלושה רבעים של בני המשפחות אמרו כי קל להם יותר לדבר על קשייהם עם אנשים שיש להם קרובים המתמודדים עם מחלת נפש וכי רק אלה יכולים להבין אותם באמת. נראה כי חלק זה של התהליך, שבמובנים מסוימים מאפשר פיצוי על חלקו הראשון, מתאפשר במיוחד להורים שרואיינו במחקר, לאור נגישותם לאחרים הנמצאים במצבם. יתכן שהורים ובני משפחות אחרים, אשר אינם לוקחים חלק בפעילויות שכאלה ועקב כך גם חשופים פחות לבני משפחות הנמצאים במצבם (שהסטיגמה מכיוונם צפויה להיות נמוכה), יוכלו לפצות פחות על ההתרחקות וההתנתקות מקשרים חברתיים, דרך יצירתם של קשרים חדשים חיוביים. העדר פיצוי זה עלול להוביל אותם לדלדול של הרשת החברתית ולתחושת בדידות גדולה עוד יותר מכפי שנמצא במחקר הנוכחי.

#### ביטוי עמדות חיוביות ואמפתיות ("גאווה יחידה")

בנוסף למנגנונים שתוארו ע"י Link, דרך התמודדות אפשרית נוספת עם הסטיגמה היא התייחסות לחיובי, קרי, **עמדות חיוביות ואמפתיות** כלפי המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות ובני משפחותיהם. במקום לשים במוקד את התכונות ואת המאפיינים השליליים, מודגשים המאפיינים החיוביים של המתמודדים ובני משפחותיהם. הדגשת התכונות הייחודיות והחיוביות עשויה לאזן את הסטיגמה השלילית ולמנוע חלק מהשפעותיה ההרסניות, בייחוד אלה הקשורות לתחושת הערך העצמי.

מצאנו שבהסתכלות חיובית זו מודגש בעיקר הממד הרגשי והאמפתי - הן של המתמודדים עם מחלת נפש והן של בני משפחותיהם; כך, שלושה רבעים מבין אלה שהביעו את עמדתם, אמרו שהמתמודדים עם מחלת נפש הם רגישים ואכפתיים יותר מאחרים. חלק גדול אף יותר אמרו כי המתמודדים מסוגלים להרגיש רגשות חזקים יותר, ולמעלה ממחצית המרואיינים אמרו כי מתמודדים עם מחלת נפש מבינים טוב יותר את סבלו וכאבו של האחר. לגבי בני משפחות של מתמודדים, למעלה משלושה רבעים מהמרואיינים אמרו כי הניסיון הופך אותם לרגישים ומבינים יותר את הסבל והכאב של אחרים.

#### 4. מסקנות והמלצות

כללית, הראיונות חשפו תמונה לא פשוטה של אפליה וסטיגמה שהשפעתה ניכרת בתחומים רבים בחיי בני המשפחות של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית, ביחסים מחוץ למשפחה ובתוכה. בנוסף, נתנו הראיונות ביטוי לדרכים המשמשות את המשפחות בהתמודדות עם סטיגמה זו. זאת על אף שיתכן כי יש הבדלים ממשיים בין חוויותיהם של ההורים שרואיינו ובין חוויותיהם של משפחות אחרות, הנובעים ממאפייניהם הייחודיים של המרואיינים. מרבית ההורים שרואיינו היו כאלה שהתמודדותם עם מחלת הבן ממושכת וארוכה. ניתן לשער כי השנים שחלפו מאז החלה המחלה, אפשרו להורים להסתגל במידה זו או אחרת למצב החדש ולקשיים שמעמידה המחלה, ובהם גם הסטיגמה הכרוכה בה וההתייחסות החברתית, כמו גם לעצב את סביבתם (ע"י התרחקות מאנשים מסוימים והתקרבות לאחרים) כך שתהיה סובלנית יותר. ייתכן כי בני משפחות המצויים בתחילת הדרך מבחינת ההתמודדות עם מחלת בן המשפחה היו מדווחים על חוויות רבות יותר של אפליה ודחייה, או שהיו מושפעים מחוויות

אלה בצורה חזקה יותר. הממצאים מרמזים על כך שיש מקום להתייחס לשלבים שונים של ההתמודדות ולהכיר בצרכים השונים הקיימים בהם, שכן, כפי שעולה גם מדברי ההורים, אלו משתנים לאורך הזמן. השינויים מאפיינים גם את הקשר עם החברה ונראה כי הם קשורים בין היתר לתהליכים שההורה והמשפחה עוברים. לדוגמא, מעברים מאבל להשלמה והתמודדות, כמו גם התפתחות היכולת לקבל את הקרוב החולה: "חזרה לחיי שגרה ולתפקוד מלא, גרמו לכך שאנשים לא יירתעו"; "המשפחה נפתחה יותר, הפכה פחות ביקורתית ואנשים מקבלים אותנו יותר"; "היה שיפור. הגורם הוא שאני עצמי התחלתי להתייחס אליו אחרת, לקבל אותו ואת עצמי, ואז אחרים קיבלו אותנו יותר יפה"; "ההתמדה והנחישות שלי שכנעו אחרים שאני יודעת מה אני עושה"; "מדובר בהשלמה עם המחלה"; "היחס הפך להיות של הערכה לההתמודדות שלנו". חלק מבני המשפחה ציינו במיוחד את השיפור במודעות וביחס של הסביבה, בעקבות מגע והיכרות עם הברן או הבת המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: "השכנים למדו להכיר אותנו, וגם בקולנוע הקבוע שאנחנו הולכים כבר מכירים אותנו, למדו להגיד לו 'שלום' ולחייך אליו, 'יש פחות פחד – רואים שהוא לא טורף ולא רץ בעירום'".

החומר שנאסף במחקר הנוכחי יכול לשמש בסיס למספר כיווני פעולה בכל הנוגע להתמודדות של בני המשפחות עם מחלת הקרוב בכלל, ועם הסטיגמה הכרוכה בה בפרט.

### **1. מתן מידע למשפחות על-ידי המערכת המטפלת. רצוי שהמידע יינתן כבר בשלבים הראשונים של ההתמודדות עם המחלה ושיכלול מידע לגבי האטיולוגיה של מחלת הנפש, לגבי מהלך המחלה ולגבי תחומים נוספים.**

במחקר ציינו רבים מההורים לא רק את חוסר הידע הגדול הקיים לדעתם באוכלוסייה, אלא גם את העדר מקורות מידע למשפחות עצמן. נראה כי העברת מידע לבני המשפחות היא בעלת חשיבות כפולה: היא עשויה לסייע בכל הקשור להסתגלות למצב החדש ובמקביל באפשרותה למנוע חלק מן ההשלכות השליליות של הסטיגמה ושל הסטיגמה העצמית שחווים בני המשפחות. כך, למשל, מידע מתאים עשוי להקל את תחושות האשמה והאחריות הגדולים, שחשים ההורים לגבי חלקם במחלת הברן ועשוי לסייע בהתמודדות עם האחריות שמוחסת להם על ידי הסביבה. תחושות והתנסויות שציינו רבים מהמשתתפים במחקר הנוכחי.

נראה כי המחסור במידע בולט במיוחד בשלביה הראשונים של המחלה, כאשר המשפחה שרויה בלחץ ובבלבול וזקוקה להכוונה. בהמשך, עבור אלה המצטרפים לארגונים ולקבוצות הפועלות למען מתמודדים עם מחלת נפש ובני משפחותיהם, מסגרות אלה מגשרות לעתים על הפער ומספקות את המידע (למשל דפי מידע המופצים במסגרת התוכנית "בנפשנו" של עמותת שק"ל). בנוסף למידע זקוקות המשפחות להנחייה והדרכה ביחס לדפוסי היחס וההתמודדות אל עצמם ואל בן המשפחה הפגוע. כיום פועלים בארץ מספר מרכזים ותכניות בכיוונים אלו.

### **2. עידוד בני המשפחות לפנות לארגונים ולקבוצות**

מעבר ליכולתם של הארגונים לספק מידע רלוונטי, תיארו רבים מהמראיינים את התנסותם

החיובית בעקבות פעילותם בקבוצות. נראה כי מפגשים אלה מעניקים למשתתפים תמיכה הדדית, מסייעים בפיתוח מיומנויות וכוחות, מפחיתים את תחושתם של ההורים כי הם אינם מובנים לאחרים ומסייעים ביצירת סביבה חברתית מקבלת. בנוסף לכך, ייתכן כי הם מפחיתים את תחושת הבושה ומכאן גם מקטינים את הצורך להסתיר את המחלה. במחקר הנוכחי תיאר חלק מההורים התרחקות מצד שכנים, חברים ומשפחה מורחבת וחלק גדול מהם ציינו את נטייתם שלהם עצמם להתרחק מאנשים שהיו קרובים אליהם בעבר, הן מתוך החשש מדחייה והן מתוך העדר משאבים נפשיים וזמן פנוי. נראה כי המסגרת החברתית הקיימת בקבוצות ההורים והקשרים הנרקמים בתוכה, מאפשרים יצירת רשת תמיכה המהווה פיצוי להתנתקות ולהתרחקות מאנשים שהיו קרובים בעבר, ומקלה את תחושת הבדידות וחוסר היכולת לחלוק וכך מקטינים את העומס הנפשי בו נתונים ההורים. התנסויות חיוביות אלה של המרואיינים, מלמדות על החשיבות שבהפניית הורים כבר בשלבים הראשונים של ההתמודדות עם מחלת הבן לארגונים ולקבוצות, כך שיוכלו להיעזר בהם במעבר דרך שלבי ההתמודדות השונים כפי שתיארו המרואיינים: הבלבול והכאב, ההתרחקות והאבל.

### **3. פיתוח מערך לליווי ולתמיכה אישית להורים שיינתן על ידי הורים אחרים ויפעל במקביל לקבוצות הקיימות היום**

ככל הנראה, אצל הורים המצויים בשלבים מוקדמים יותר, הבלבול של תחילת ההתמודדות עם המחלה מלווה בתחושות של מבוכה, בושה ובהתנהגות של הסתרה, המגבילות מאוד את יכולתם להיעזר במסגרות התומכות שתוארו לעיל. לכן חשוב לנסות וליצור פתרונות ביניים שיאפשרו מעבר הדרגתי ויתאימו למידת הנכונות לחשיפה של הורים בשלבים השונים ובעלי סגנונות שונים של ההתמודדות עם המחלה. כך, ניתן לחשוב להציע להורים בשלב ראשון פגישות בעלות אופי אישי יותר, כאלה שיתנהלו, למשל, דרך ליווי ההורה על ידי הורה אחר או דרך מפגשים בין שני זוגות הורים (כשהורה או זוג הורים הפעילים תקופה ממושכת בארגונים למען הורים ילוו הורה או זוג הורים אחרים הנמצאים בשלבים ראשונים מבחינת ההתמודדות שלהם עם מחלת הבן). בהמשך ניתן יהיה להציע להם להשתלב במסגרות רחבות יותר, כמו אלה הקיימות היום. יש לציין בכיוון זה, שבחלק מהתכניות הפועלות כיום קיים גם סיוע של משפחות למשפחות.

### **4. תמיכה ויעוץ משפחתיים וקבוצות לילדים, אחים ובני זוג**

במחקר עלה כי מחלה פסיכיאטרית במשפחה כרוכה בשינויים במערכת המשפחתית כולה, כך שתחושת הלכידות עלולה להיפגע ולהקשות עוד יותר להתמודד עם המחלה. שינויים אלה במכלול הקשרים בתוך המשפחה מעלים את הצורך במתן מידע ויעוץ משפחתי וכן בקיומן של מסגרות קבוצתיות יחודיות שיהיו מיועדות לבני משפחה ספציפיים, כמו ילדים, אחים ובני זוג, מסגרות שבמצב הנוכחי בולטות בהעדרן.

**5. טיפול ועיסוק בסוגיות הטלת האחריות למחלה על ההורים ורגשות האשם המתעוררים בהם.** אחת הסוגיה שחשוב לטפל בה במפגשים הקבוצתיים או במסגרות הפרטניות, היא האצבע המאשימה שהסביבה ולעתים גם ההורים עצמם מפנים כלפי ההורים בכל הקשור

למחלת בנם או בתם. ההורים במחקר ציינו כי חוו האשמות שכאלה במפגש עם גורמים שונים, החל משכנים, דרך בני משפחה וחברים, וכלה בבנם או בבתם החולים ובצוות המטפל. הפוטנציאל הגדול לפגיעה הטמון בהאשמות אלה מגדיל את חשיבותו של העיסוק בהן ושל ליבון באמצעות שיחות בשיתוף עם הורים אחרים. אפשר שגם דרך תחושת השותפות שתיווצר בהן, תצטמצם הפגיעה האישית. במקביל, תוצאות המחקר הנוכחי הדגישו את החשיבות שבבחינת עמדותיהם של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, כלפי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ובני משפחותיהם, ובפרט את המידה שבה הם נוטים לייחס להורים את האחריות למחלת הבן או הבת. בדיקה זו עשויה לסייע בפיתוח התערבויות לשינוי עמדות, שישפרו את התקשורת המתקיימת בין אנשי המקצוע ובין ההורים ויתרמו כך להטבת מצבם.

פעמים רבות האשמת ההורים והעמדות השליליות הקיימות כלפיהם בסביבה החברתית, עלולות לחלחל ולמצוא ביטוי בתחושתם של ההורים עצמם כי הם אחראים למחלת ילדם, תחושה שקיימת פעמים רבות. תחושות אשם אלה דווחו על-ידי מחצית מההורים שרואיינו, ויש לשער כי הן מעצימות את העומס הרגשי שלהם שבו הם נתונים, ועלולות להמשיך ולפגוע בהם בדרכים שונות, כגון באמצעות הגברת המתחים במשפחה וערעור הקשרים בתוכה. טיפול מעמיק בתחושות אלה, במקביל למתן מידע רלוונטי, עשוי לשפר את תחושתם הפנימית של ההורים ולהקל עליהם בהתמודדות עם מצבם המורכב. כך למשל, גישות פסיכו-חינוכיות המסבירות בדרכים רציונליות ונותנות מידע, עשויות להפחית את התגובות הרגשיות למצב, וע"י כך, להקל על התחושות הקשות (ביגל, 1998).

#### 6. הדגשת המאפיינים החיוביים על ידי המסגרות השונות

בנוסף לכך, ייתכן שכדאי להדגיש במפגשים הקבוצתיים השונים את התכונות החיוביות המאפיינות את המתמודדים ואת בני משפחותיהם. כפי שניתן היה לראות במחקר, הורים רבים סבורים כי תכונות של אמפתיה ורגישות רבה, מאפיינות הן את המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית והן את בני משפחותיהם, וייתכן כי הדגשת תכונות אלה עשויה לסייע במניעת מקצת השפעתה השלילית של הסטיגמה באמצעות חיזוק ההערכה העצמית. בהקשר זה ניתן לציין כי חלק מן ההורים אמרו שקבלתם את הבן או הבת החולים והן את עצמם, השפיעה לחיוב עליהם עצמם, כמו גם על סביבתם החברתית.

עידוד ההורים להיות פעילים בקרב ארגונים ומשפחות אחרות בהן יש אדם המתמודד עם פגיעה נפשית עשוי גם כן לסייע להם עצמם בהתמודדות עם הסטיגמה וכמובן גם לכלל אוכלוסית המתמודדים ובני המשפחות.

#### מקורות

ביגל, ד.א. (1998). משפחות ושיקום פסיכיאטרי: עבר, הווה ועתיד. בטחון סוציאלי, עמ' 79-91.

ברק, ד. (2000). אחים לחולי סכיזופרניה. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

בר-שלום, א. (1992). הורים לבנים חולי נפש: תפיסת המצב ודרכי התמודדות. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך במדעי החברה. החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל-אביב.

שוראקי, י. (2003). אי שפיות זמנית. עיתון הצופה (29.8.2003).

שטרוך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט., ושגיב, נ. (2006a), לקראת פרסום). סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות (דמ--478-06).

שטרוך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט., ושגיב, נ. (2006b), לקראת פרסום). סטיגמה: עמדות, התנסויות והתמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות (דמ-06-492).

שטרוך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., שגיב, נ., וזהבי, ט. (2006c), לקראת פרסום). סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסות והתמודדות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות (דמ-06-468).

Biegel, D.E., & Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and in mental illness. Family Relations, 48 (4), 345-354.

Corrigan, P.W., & Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. American Psychologist, 54, 765-776.

Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 35-53.

Doornbos, M.M. (2001). Family caregiving for young adults with serious and persistent mental illness. Journal of Family Nursing, 7(4), 328-344.

Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental service users perspective to stigmatization. Journal of Mental Health, 12(3), 223-234.

Gullekson, M. (1992). Stigma: Families suffer too. In: Fink, P.J., & Tasman, A. (Eds.). Stigma and Mental Illness. (pp. 11-12). Washington: American

psychiatric press.

Herbert, G. (2001). The binds that tie-and heal: How families cope with mental illness. Psychology Today, 34(2), 70-76.

Hill, R.G., Shepherd, G., & Hardy, P. (1998). In sickness and in health: The experience of friends and relatives caring for people with manic depression. Journal of Mental Health, 7(6), 611-620.

Lanquetot, R. (1988). First person account: On being daughter and mother. Schizophrenia Bulletin, 14(2), 337-341.

Lefley, H.P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. Journal of Nervous and Mental Disease, 175(10), 613-619.

Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. American Psychologist, 44(3), 556-560.

Lefley, H.P. (1992). The stigmatized family. In: Fink, P.J., & Tasman, A. (Eds.). Stigma and Mental Illness. (pp. 127-138). Washington: American psychiatric press.

Link, B.G., Mirotznik, J. & Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? Journal of Health and Social Behavior, 32, 302 – 320.

Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. Psychiatric Services, 52(12), 1621-1625.

Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study on men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. Journal of Health and Social Behavior, 38, 177-190.

Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatrica Scandunavica, 106, 291-298.

Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.

Phelan, J.C., Bromet, E.J., & Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.

Smart, L. & Wegner, D.M. (1999). Covering up what can't be seen: Concealable Stigma and Mental Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 474-486.

Stengard, E., (2002). Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 154-164.

Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology*, 33, 1-39.

Turner, J.C. (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self Categorization Theory*. Oxford/ New York: Blackwell.

Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-477.

Wahl, O.F., & Harman, C.R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.

**(Footnotes)**

<sup>1</sup> עוצמה - ארגון משפחות של נפגעי נפש למען משפחות ונפגעי נפש.

אנוש - העמותה הישראלית לבריאות הנפש.

מית"ל - מרכז לייעוץ ולתמיכה בבני משפחותיהם של המתמודדים עם בעיות ומחלות נפש.





# שער רביעי התערבויות



## "העבודה כמפתח להחלמה" (Rogers, 1995)

מאת: רונית דודאי, רות לייטנר וסיגל וקס

### תקציר

שנים רבות רווחה האמונה כי יכולתם של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות להשתלב בעולם העבודה בשוק החופשי נמוכה מאד. גישת ההחלמה, שהתפתחה בשנים האחרונות, כוללת בתוכה את חשיבות העבודה לתהליך זה ואת האמונה כי היכולת לעבוד בשוק החופשי אכן קיימת. ההתפתחויות שחלו בעולם בתחום זה היו רבות בזמן קצר יחסית והן מחלחלות לאיטן לארץ – לעיתים באיחור, לעיתים באופן חלקי ולעיתים תוך ביצוע התאמות מקומיות. בפרק זה נציג את ההתפתחויות המקצועיות בתחום השיקום התעסוקתי לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות, נדון בגורמים המסייעים והמגבילים בהטמעת המודלים החדשים שהתפתחו, ביניהם התרומה המשמעותית של החלת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס, 2000), וננסה להמחישם בעזרת סיפורים אישיים של אנשים שמצאו בעבודה חלק משמעותי בנתיב ההחלמה שלהם. לצד כל אלה שולבו ראייתנו האישית ושאיופתינו לעתיד כעוסקות בתחום זה.

### מבוא

**"אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית לא רק רוצים לעבוד, אלא מסוגלים להשתלב בהצלחה בשוק העבודה הפתוח במגוון עבודות תחרותיות" (Cook et al., 2005)**

תחילת השיקום-התעסוקתי בקהילה בהתייחס לאנשים עם מוגבלויות מכל הסוגים החלה בעולם המערבי בשנות ה-50 של המאה ה-20 ובארץ בשנות ה-70. בתחילה נפתחו מסגרות תעסוקה מוגנות ומרכזי שיקום בעלי אופי הכשרתי מוגן, ללימוד מיומנויות בסדנאות הכשרה. סדנאות אלה היו אמורות לדמות התנסויות שונות מעולם העבודה. ההתקדמות אל שוק העבודה הפתוח נעשתה באופן הדרגתי וממושך ביותר, אם בכלל.

מסגרות שיקום תעסוקתי מוגנות לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות נפתחו בארץ רק בשנות ה-80. רבים מהאנשים שהשתלבו בשירותים אלה תלו תקווה בתעסוקה מחוץ לכותלי בית החולים, אך חוו תסכול מהמסגרות המוגנות ומחוסר היכולת להתקדם. הסטיגמות החברתיות, ביחד עם האמונה הבסיסית כי יכולותיהם של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות נמוכות מדי, מנעו את פתיחת הדלתות אל הקהילה ואל התעסוקה ולא אפשרו מימוש של תהליך השיקום התעסוקתי לכדי השתלבות בשוק הפתוח. היו שהתאימו את עצמם ליכולות הנמוכות שנדרשו מהם והיו שויתרו על השתלבות במסגרות אלו. התעסוקה המוגנת הצטיירה בשלב זה כ"מקום להעביר בו את הזמן".

בסוף שנות ה-80 החלה להשתנות המגמה העולמית כלפי אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. (Anthony ו-Blanch 1987) הציגו מודל ראשון של "תעסוקה נתמכת" (Supported Employment), המהווה עד היום את הבסיס הרעיוני לשירותי השיקום התעסוקתי המודרניים

המתפתחים בעולם. מודל זה מדגיש את חשיבות העבודה כמרכיב מרכזי בחיי כל אדם ולכן כחיוני בתהליך ההחלמה. הצעתם החדשנית התייחסה לשילוב אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בשוק העבודה הפתוח ללא שלבי הכנה. על פי גישה זו אין תועלת במעברים איטיים והדרגתיים או ברצף שיקומי מוגן, אלא בהתנסויות אמת בשוק הפתוח, המהוות הכשרה מקצועית ומספקות למידה מחויות.

בארץ, מאז כניסתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, החלו להתפתח שירותי "תעסוקה נתמכת", המבוססים על עקרונות אלה. חלק מהמשתקמים משתלבים בעבודה בה מתקיימים יחסי עובד-מעביד מלאים והתגמול אינו יורד משכר מינימום, כקבוע בחוק, וחלקם משתלבים בעבודה בשוק הפתוח, ללא יחסי עובד-מעביד, ובתגמול נמוך משכר מינימום. לצד אלה קיימת תמיד גם אפשרות של תעסוקה עצמאית, ללא תמיכה של גורמים שיקומיים.

ועדות השיקום שהתכנסו מתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה יצרו מפגש משמעותי ראשון של מערכת השיקום הפסיכיאטרי בקהילה עם החלומות והשאיפות התעסוקתיים של מקבלי השירותים. מפגש זה חולל שינוי משמעותי. במקרים רבים בקשות אלה נענו, תוך מתן תמיכה מירבית למעבר אל השוק הפתוח. לנגד עיניהם של חברי הוועדות עמד הרצון לתת סיכוי לכל אחד ואחד, וסיפורי ההצלחה שהגיעו מהשטח, חיזקו תחושה זו.

סיפורה של ג'וזי ביילי (1998) מדגים את משמעות העבודה בתהליך ההחלמה. ג'וזי עבדה מספר חודשים במסגרת תעסוקתית מוגנת, אך שנאה את העבודה המונוטונית, את תנאי העבודה המדכאים ואת האוכלוסייה החולה. במשך 10 שנים נמנעה מעבודה והצטרפה לתוכנית של תעסוקה נתמכת בגיל 53. היא עבדה חודשיים במסעדת מזון מהיר, אך גם את העבודה הזו לא אהבה. היא המציאה תירוצים מדוע לא הופיעה לעבודה עד שלבסוף פוטרה. המסקנה אליה הגיעה היתה כי אין טעם לעבוד בעבודה שאינה מעניינת אותה. באותה תקופה היא התנדבה במרכז יום לקשיש ונהנתה מאד, לכן הותאמה לה עבודה עם אדם קשיש חולה סכרת, אשר נתנה לה הרגשה שמישהו זקוק לה ושיש סיבה טובה לקום בבוקר. לדבריה של ג'וזי העבודה סיפקה לה מסגרת ומשמעות. היא מדגישה יתרון חשוב נוסף – היום יש לה על מה לדבר עם אנשים חוץ מאשר על המחלה (Bailey, 1998).

### חשיבות העבודה במושגי החלמה

**"כל אדם עם מגבלה נפשית מסוגל לעבוד באופן פרודוקטיבי במסגרות רגילות ללא קשר לחומרת נכותו אם זוהי בחירתו" (Anthony & Blanch, 1987)**

(Deegan, 1996) מתארת החלמה כתהליך הרואה את האדם השלם מורכב מחלקים שונים, ולא רק מהמחלה. אדם עם מגבלה פסיכיאטרית הוא בן אנוש המסוגל לפעול, לשנות את מצבו, לדבר בשם עצמו ולקבוע את גורלו. כל אדם מומחה בתהליך ההחלמה הייחודי שלו. החלמה איננה ריפוי אלא גישה, המאפשרת התמודדות עם אתגרים הניצבים בדרך, כשלעיתים ההתקדמות מהירה ולעיתים היא נבלמת. היות ולכל אדם תהליך החלמה ייחודי שאינו לינארי,

כל אדם צריך לסלול את דרכו באמצעות הזדמנויות, התנסויות, לקיחת סיכונים, כישלונות והצלחות.

עבור רוב בני האדם השתלבות בשוק העבודה מהווה מרכיב חשוב בבניית הדרך אל בגרות, עצמאות ופיתוח זהות. עבודה היא מקור לקשירת קשרים חברתיים, לבניית הערכה עצמית, היא מקום בו מבליים חלק ניכר משעות היום, היא מאפשרת מעורבות ופעילות, השתתפות בחברה ותחושת שייכות (Anthony & Blanch, 1987). מעבר לרווחה כלכלית, עבודה מספקת עבורנו שורה ארוכה של צרכים: פעילות, פרודוקטיביות, תחושת תועלת, אתגר, תחושת הישגיות, תרומה לחברה, תחושת שליטה ויכולת, שיפור מיומנויות, גיוון, בטחון פיזי וכלכלי, תמיכה חברתית ומגע בין-אישי (Hadas-Lidor & Katz, 1993; Kravitz, 2003). מחקרים מראים כי עניין ואתגר מקדמים את תהליך ההחלמה וכי מחלימים רבים מתארים את העבודה כמסגרת המאפשרת לחוות אותם (לכמן ורועה, 2003).

פילוסופיית ההחלמה וההצלחה המועטה של השיקום התעסוקתי המסורתי הולידו מודלים תעסוקתיים חדשים. מודלים אלה מבוססים על עקרונות ההחלמה ושואבים חיזוקים וידע מקצועי מהצלחות של תעסוקה נתמכת בקרב אוכלוסיות עם מגבלות פיזיות ושכליות. במודלים החדשים, האמונה הבסיסית היא שתעסוקה בשוק הפתוח נמצאת גבוה בראש סדר העדיפויות של כל אדם, ובכלל זה גם של אדם עם מגבלה נפשית. לכל אדם מותר לשאוף לנקודה זו ואנשי המקצוע צריכים להימנע מלקבוע עבורו לאיזו רמת תעסוקה עליו לשאוף. נמצא כי רוב המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטריות מביעים העדפה ברורה לתעסוקה בשוק הפתוח על עבודה מוגנת (Bond, 2004). יש לזכור כי עבודה בשכר ראוי חשובה ביותר לתהליך ההחלמה, שכן כמעט בלתי אפשרי לאדם ליצור לעצמו עתיד כשאינו חלק מהרקמה הכלכלית של התרבות בה הוא חי (Deegan, 2004).

(Rogers 1995) מספר על אשפוזו הראשון בגיל 19, במהלכו אמר לו עובד שיקום תעסוקתי:

"אין לי מה להציע לך. לעולם לא תוכל להחזיק משרה". כאשר השתחרר מבית החולים השתלב בשוק המוגן ונדד מעבודה מוגנת אחת לשניה. לאחר שנים של צמיחה אישית ותהליכים ארוכים שעבר עובד כיום Rogers כסמנכ"ל בארגון לבריאות הנפש, משמש כסגור בתנועת צרכנים, יועץ לממשלה בתחום התעסוקה ובמילותיו שלו: "העבודה היא מרכיב חיוני בהחלמה. היא מספקת יותר מתלוש משכורת - היא מגבירה את הדימוי העצמי ומספקת תחושת ייעוד והישג".

#### האוכלוסייה

**"על אף שהנכים נפשית הם המתאימים ביותר בגלל כמותם להיבחר לשירותי השיקום המקצועי, הם בעלי הסיכוי הנמוך ביותר להצלחה" (NHR, 1979)**

בעולם המערבי אחוז המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית העובדים בשוק הפתוח עדיין

נמוך ביותר ועומד על כ-10% בלבד. משמעות הדבר – אבטלה של 90% מקרב אוכלוסייה זו בהשוואה לאנשים עם מגבלות אחרות, אשר עבורם אחוזי האבטלה עומדים על 70%. בישראל, אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית מהווים את קבוצת הנכות הגדולה ביותר – כ-33% מכלל מקבלי קצבאות הנכות. מתוכם 53,000 מוכרים כבעלי 40% נכות פסיכיאטרית לפחות, וזכאים לשירותי שיקום ממשרד הבריאות. ידוע כי מספר המתמודדים הזכאים לשירותי שיקום על פי חוק שיקום נכי נפש בקהילה גבוה יותר ועומד על כ-60,000.

ניתן לחלק את המועסקים במסגרת שירותי שיקום תעסוקתי לכאלה המשולבים במועדון תעסוקתי, במפעל מוגן ובתעסוקה נתמכת. אין נתונים ברורים לגבי מספר העובדים בשוק הפתוח ללא סיוע של שירותי שיקום.

טבלה מס' 1: התפלגות מקבלי שירותי שיקום תעסוקתי בתחום בריאות הנפש, 2004

סה"כ	מספר המועסקים	סוג התעסוקה	
1800	1200	ע"י משרד הבריאות	תעסוקה נתמכת
	600*	ע"י ביטוח לאומי	
4100	2100	מפעל מוגן	תעסוקה מוגנת
	2000	מועדון תעסוקתי	
5900			

מנתוני משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי, 2004  
\*כשליש מסך כל בעלי הנכויות המשולבים בתעסוקה באמצעות הביטוח הלאומי.

נתונים אלה מצביעים עדיין על המצאות מרבית מקבלי השירותים בתעסוקה מוגנת. המגמה כיום היא להפנות יותר ויותר אנשים לתעסוקה נתמכת. יש לזכור כי שירותי תעסוקה נתמכת התפתחו בחמש השנים האחרונות בלבד ובפרק זמן קצר זה קלטו למעלה מ-1000 איש.

**שיקום תעסוקתי – הגישה המסורתית**

**"מערכת שיקום המכינה ללא סוף אנשים לתעסוקות שלעולם לא יצאו לפועל"**  
(Anthony & Blanch, 1987)

במחצית השניה של המאה ה-20 הושם הדגש בשיקום תעסוקתי על הלחץ המתלווה לעבודה

בשוק הפתוח. החשש היה כי הלחץ יגביר את הסימפטומים ויוביל להתפרצות גלים נוספים של המחלה הפסיכיאטרית. על פי גישה זו הוקמה רשת ענפה של מסגרות שיקום תעסוקתי מוגנות, שמטרתן להכין את האדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית לעולם העבודה, תוך שהמערכת "מווסתת" עבורו את הגירויים והדרישות (Krupa, 2004). בפועל, רמת הדרישות במסגרות אלה היתה נמוכה ביותר, מגוון ההתנסויות התעסוקתיות היה מצומצם והן אפשרו קידום בעיקר בתוך המערך המוגן.

מועדון תעסוקתי, שעמד בבסיס רצף השיקום התעסוקתי, נועד לספק התנסויות ראשוניות במינימום לחץ ודרישות. משם ניתן היה להתקדם למפעל מוגן, שם עלתה רמת הדרישות, ביניהן הקפדה על זמנים, נוכחות ותפוקה, אך בד"כ לא עלתה רמת המיומנות הנדרשת לביצוע העבודה. התקדמות לתעסוקה נתמכת בשוק הפתוח התאפשרה למעטים בלבד, רק לאחר התקדמות על רצף זה ולא בכניסה מיידית. תהליך זה הכין את המופנים אליו לעבודה יצרנית בלבד, הדורשת מיומנויות נמוכות, וכמעט לא התייחס לנטיות התעסוקתיות ולשאיפות האישיות של כל משתקם. הגורם שעודד להתקדם בסולם המסגרות המוגנות היה התמריץ הכלכלי, שעלה ממסגרת למסגרת, גם אם נשאר נמוך ביותר יחסית לשוק העבודה הפתוח. עבודה מועטה נעשתה בהכנה למעברים הנדרשים בתהליך והתמודדות עם שינויים. האמונה היתה כי האדם לא יידרש להתמודד עם השתלבות בשוק הפתוח, או שיחזור למסגרת המוגנת ממנה יצא לאחר תקופת התנסות. מחשבה על התנסות במגוון תעסוקות עד למציאת המענה המתאים עבורו לא נלקחה בחשבון, וחוסר הצלחת השילוב הוסבר לרוב כחוסר יכולת של המשתקם.

בארץ התפתחה מערכת השיקום התעסוקתי המסורתית משנות ה-80 ועד שנת 2000. הרצף השיקומי החל בתעסוקה יצרנית ויצירתית במסגרת מחלקות ריפוי בעיסוק בבתי החולים הפסיכיאטרים, שהיוו הכנה להשתלבות במועדוני תעסוקה, במפעל מוגן או במרכז שיקום. שירותי השיקום התעסוקתי בקהילה פעלו באופן מוגן במרפאות קהילתיות לבריאות הנפש ובמסגרת עמותות שונות, בחסות משרד הבריאות. עד לכניסת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, שילוב בשוק הפתוח נעשה בעיקר על ידי מחלקות השיקום בסניפי הביטוח הלאומי, אך שירות זה התמחה במתן מענים לצרכיהם של אנשים עם מגבלות פיזיות וחושיות וכמעט שלא נתן מענה לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. מתוך הצורך שעלה בשטח היו ארגונים בודדים שהחלו ביישום תעסוקה נתמכת לאוכלוסייה זו באזורים גיאוגרפיים מצומצמים עוד לפני כניסת החוק, ואלה פעלו בתמיכת משרד הבריאות.

#### שיקום תעסוקתי – הגישה המודרנית

"גם כשאנשי המקצוע חושבים שהאדם אינו מוכן, תחושת האדם כי הוא אכן מוכן תהיה המנבא הטוב ביותר להצלחת שילובו בעבודה" (Anthony & Blanch, 1987)

מספר גורמים אפשרו שינוי בגישת השיקום התעסוקתי עבור אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות לקראת סוף המאה ה-20: כניסתן של תרופות חדשות להפחתת הסימפטומים הנובעים

מהפגיעה הפסיכיאטרית ובעלות תופעות לוואי הנראות פחות לעין; חקיקה חדשה בארה"ב בתחום זה ומתן תמריצים למעסיקים (ADA, 1990); כניסתן של גישות שיקומיות שעסקו בהעצמת מתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית והתפתחותה של התנועה לסנגור עצמי בארה"ב (Razzano & Cook, 2005).

גישה שיקומית מרכזית היתה זו של Anthony (1987) ו-Blanch, אשר אימצו מודל ששימש בהצלחה אנשים עם פיגור ונכויות פיזיות והתאימו אותו לאנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. המודל שהציעו התחשב באופי המחזורי של המחלות הפסיכיאטריות והצרכים המיוחדים של אוכלוסייה זו. הנחת היסוד שלהם היא כי כל אדם עם מגבלה פסיכיאטרית יכול לעבוד באופן פרודוקטיבי במסגרות רגילות ללא קשר לחומרת מחלתו, אם זוהי בחירתו ואם ניתנה לו התמיכה הדרושה. אי-קליטה בעבודה, עפ"י גישה זו, נובעת מבחירה לא נכונה של סוג העבודה או סביבת העבודה ומתמיכה שאינה מתאימה. הם מדגישים כי ההצלחה בעבודה הינה חלק ממערכת חייו של האדם ואי אפשר להפרידה, לכן יש צורך לבדוק עמו את אמונותיו, שאיפותיו וערכיו ולא רק את כישוריו או מגבלותיו, כמשפיעים על האופן בו מתוכנן תהליך השיקום התעסוקתי. נקודת המוצא חייבת להיות האדם עצמו, דבר היוצר תהליך שילוב תעסוקתי אינדיבידואלי. הם טענו כי יש להימנע מתהליכי שיקום תעסוקתי מכינים במסגרות מוגנות, המבודדות מעולם התעסוקה האמיתי, וכי יש לספק מספר רמות תעסוקה ותמיכה בשוק הפתוח עצמו.

המעבר מהגישה המסורתית, שדגלה ברצף של שיקום תעסוקתי מוגן, בו כל המשתקמים נכנסים לתלם של אותו סוג תעסוקה, לגישה המודרנית, בה נתפרת לכל משתקם העבודה המתאימה לו, איפשר פיתוח של מודל התעסוקה הנתמכת באוכלוסייה זו. ההגדרה הרשמית של המושג מתייחסת לעבודה בשוק הפתוח, במקומות עבודה המאפשרים שילוב עם כלל האוכלוסייה, כאשר רמת הדרישות מתאימה לכוחות, למשאבים, ליכולות, לסדרי העדיפויות ולתחומי העניין של האדם (Workforce Investment Act, 1998). לעובדים המקצועיים, המעסיק והאחרים המשמעותיים לאדם תפקיד חשוב כמסייעים בתהליך בחירת העבודה המתאימה והכנה לקראתה (Anthony & Blanch, 1987).

בישראל, עם כניסת חוק שיקום נכי נפש בקהילה לתוקפו והקמת ועדות סל שיקום ליישומו, ניתנה עדיפות לנושא השילוב בתעסוקה בשוק הפתוח, כדי לעודד את השילוב בקהילה וכדי להקנות בטחון חברתי וכלכלי. בשלבים הראשונים די היה בהבעת עניין מצד המשתקם הפונה לוועדה כדי להפנותו לשירות תעסוקה נתמכת, זאת בהתאם לעקרונות גישת השיקום המודרנית. כתוצאה מתהליך זה הגיע בתוך כשלוש שנים מספר המועסקים בשוק הפתוח בעזרת שירותי תעסוקה נתמכת לכ-1400 משתקמים, כשהשירות ממומן כולו על ידי משרד הבריאות. סיפורי ההצלחה שהגיעו מהשטח, גם מקרב משתקמים בעלי היסטוריית מחלה קשה, גרמו להתרגשות רבה ולהבעת אמון בסוג שירות זה.

האופטימיות הרבה פינתה במהלך הזמן מקום להתמודדות עם מציאות שונה במקצת. לעיתים



קרובות ההשתלבות בשוק העבודה הפתוח נעשית לפרקי זמן קצרים בלבד ובעבודות ברמת דרישות נמוכה. נשמעות דעות בשטח כי אוכלוסייה זו אינה מסוגלת לעמוד בדרישות גבוהות או להתמיד לאורך זמן. מחקרים חדשים מראים כי דווקא הציפיות הנמוכות הן אלה המקשות על ההשתלבות לטווח ארוך ומונעות הזדמנויות לעבודה ברמת דרישות התואמת את יכולות האדם (Kirsch, 2000).

יעקב, המשתלב בשוק העבודה בסיוע תעסוקה נתמכת בקרית אתא, מספר: "למעגל העבודה נכנסתי בגיל 17.5. עבדתי בבית דפוס, בעמילות מכס, במשרד מס הכנסה ובעבודות מזדמנות שונות. עם הזמן התקשיתי יותר ויותר להחזיק מעמד בעבודה בשל בעיותי הנפשיות. בשנת 2003 נודע לי על תוכנית תעסוקה נתמכת ופניתי אליהם, כי חשתי צורך לקבל עזרה במציאת עבודה, בהשתלבות ובקבלת תמיכה וליווי. רציתי מאד למצוא מקום עבודה קבוע, בו אוכל להחזיק מעמד לאורך זמן. בתחילת שנת 2005 התקבלתי לעבודה בבית אבות בתפקיד עוזר למרפאה בעיסוק. לא ידעתי כיצד אתמודד עם עבודה כזו. בעבר חוויתי במקום העבודה התקפים פסיכויים וחרדות קיומיות. ומה יקרה אם הפסיכוזא והחרדות יחזרו גם עכשיו? הגעתי להחלטה עמוקה כי אני חייב לשקם את עצמי, להיות פרודוקטיבי ולתרום לחברה. המשמעות של החלטה זו היתה לבחור בחיים, פשוטו כמשמעו. ביחד עם עובדת השיקום נקבע שאעבוד במקום החדש רק שלושה ימים בשבוע, כדי להפחית לחץ, מאמץ ועומס נפשי ופיזי. היו ימים שבהם לא הגעתי לעבודה בגלל החרדות, אך נלחמתי ונאחזתי בכל מה שרק יכולתי. סביבת העבודה היתה תומכת מאד ומבינה. לאט לאט חל שינוי במצבי הנפשי והתפקודי. כיום אני מעביר קבוצות ופעילויות לקשישים ומסייע בטיפול פרטני במספר אנשים, ביניהם בחור צעיר בן 32, עם נכות פיזית קשה, שנפשי נקשרה בנפשו. כאשר אותו בחור ציין בפני שהוא רואה בי אדם שעוזר לו, לא היה לי תענוג וסיפוק גדול יותר מזה. הבנתי שהנתינה שלי היא הקבלה שלו, ולהיפך. בעקבות ההשתלבות בעבודה גבר בטחוני העצמי וכך גם האמונה ביכולותי ובכוחותי. חל שיפור ביציבות הנפשית שלי ושיפור במצבי הכלכלי, דבר שאפשר לי לרכוש מחשב, לצאת יותר לבלות ולהגדיל את המעגל החברתי שלי. כיום אני מרגיש כמו כל אדם בחברה שעובד ותורם לקהילה. לאור הכישורים שגיליתי שיש לי בעבודה עם אנשים אני מקווה שבעתיד אצטרף לקורס מדריכי שיקום. שאיפתי להיות חלק מצוות עובדים שיקומי ולעזור לאחרים הנמצאים במצב בו הייתי. אין ספק כי העבודה הראתה כי יש בי חלקים נוספים וחיצקה את החלקים הבריאים".

#### עקרונות ומודלים בגישה המודרנית

**"כישלונות באים לא בגלל חומרת הנכות אלא בגלל בחירה לא נכונה של תעסוקה ובגלל תמיכה לא מתאימה" (Anthony & Blanch, 1987)**

במוקד הגישה המודרנית ניצבת מעורבות האדם. האדם עצמו בוחר את מטרותיו התעסוקתיות. ללא מעורבות ובחירה לא יצליח תהליך השיקום התעסוקתי. עם זאת, אחריותם של אנשי המקצוע בהשגת מעורבות ובחירה מצד האדם חשובה ביותר. עליהם להאמין ולמצוא את הדרך לאפשר לכל אחד להגיע לנקודה זו ולפתח מוכנות לתהליך השיקום בשיתוף עמו. עקרון מנחה זה הביא לפיתוחם של מספר מודלים. חלקם נבדקו מחקרית והצלחתם הוכחה וחלקם

עדיין בשלבי פיתוח והטמעה בשטח. המשותף לכל המודלים הוא ההסתייעות בעבודה כאמצעי להשגת החלמה.

### המודל המרכזי בגישה המודרנית

#### מודל ה-IPS

על פי עקרונות היסוד שהציגו Anthony ו-Blanch (1987) פותח מודל ה- **Individual Placement and Support Program (IPS)**. מודל זה מתייחס לתהליכי השתלבות בתעסוקה נתמכת והוא מושתת על שישה עקרונות (Becker & Drake, 1993):  
**שלב בחירת העבודה - Choose**

1. מיקוד על מציאת עבודה בשוק הפתוח ללא הכרח לשהות במסגרות מוגנות כהכנה. המטרה היא קליטה במקום עבודה תחרותי, בשכר מינימום, ובשילוב חברתי עם כלל האוכלוסייה.

2. בחירה לפי העדפות המשתקם. משתקם המשתלב בסוג עבודה לפי העדפתו משתלב טוב יותר ומחזיק מעמד לאורך זמן ממושך יותר. עקרון זה מחייב מעורבות אקטיבית של המשתקם ויצירתיות מצד עובדי השיקום התעסוקתי למציאת העבודה המתאימה ביותר.

3. אינטגרציה בין אנשי מקצוע טיפוליים ובין ספקי שירותי שיקום תעסוקתי. שיתוף פעולה זה מאפשר קבלת החלטות משותפות ותכנון מקיף, הכולל גם התייחסות לצרכים רפואיים, סוציאליים ואחרים.

#### שלב השגת העבודה - Get

4. חיפוש מהיר של מקומות עבודה פוטנציאליים. החיפוש המהיר בא למנוע ירידה במוטיבציה. ההכשרה לתפקיד המיועד נעשית במקום העבודה עצמו, כאשר האדם לומד מיומנויות ספציפיות בהקשר של סביבת העבודה בה הוא נדרש לתפקד. ההכשרה מותאמת לסגנון הלמידה של הפרט.

#### שלב שימור העבודה - Keep

5. תהליך אבחון מקיף ומתמשך מתבצע תוך כדי תהליך ההשתלבות בעבודה, החל מפגישות הערכה ראשונות, דרך תקופת ההכשרה וכלה בהשתלבות בעבודה (On-Site-Assessment).

6. תמיכה לאורך זמן (Time-Unlimited-Support). תמיכה הניתנת על ידי עובד השיקום התעסוקתי המלווה את המשתקם הינה משמעותית ביותר בהמשך שימור מקום העבודה. חשוב לקחת בחשבון כי תהליך ההחלמה הוא אישי וכל משתקם זקוק להתערבות ותמיכה באופנים שונים, בנקודות זמן שונות ועל פני טווח זמן שונה.

מודל זה שגובש בראשית שנות ה-90 ממשיך להוות בסיס לשירותים המתפתחים בתחום התעסוקה הנתמכת. מחקרים רבים תומכים ביעילות יישומם של עקרונות המודל לעומת יעילותן

מחקרים שנערכו בארה"ב מצאו (Lehman et al., 2002; Cook et al., 2005 ; Cook & Razzano, 2000; Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001). כי ב-6 מסגרות ששינו את אופן עבודתן ממערכת המספקת אשפוז יום למערכת המספקת תעסוקה נתמכת גדל אחוז האנשים שהשתלבו בעבודה בשוק הפתוח מ-13% ל-38%. בהשוואה שנערכה בין תכניות של תעסוקה נתמכת לתכניות מסורתיות של שיקום תעסוקתי נמצא כי רק 19% ממשתתפי תכניות השיקום המסורתיות השתלבו בתעסוקה בשוק הפתוח, מחקרים נוספים (Bond, 2004) לעומת 53% שהשתתפו בתוכניות של תעסוקה נתמכת מצאו כי לתעסוקה נתמכת השפעה לא רק על שיפור היכולת התעסוקתית של האדם, אלא היא (Razzano & Cook, 2005) משפיעה לחיוב גם על תחומי חיים אחרים.

הראשון התפתחו תכניות תעסוקה נתמכת בעלות IPS-בעשור שחלף מאז פרסום מודל ה בדקו מהם הגורמים המבדילים בין תוכניות (2003) Gowdy, Carlson ו- Rapp. גוונים שונים תעסוקה נתמכת שהוכחו כיעילות לבין תוכניות פחות יעילות. הם מצאו כי **בשלב בחירת ההצלחה** מושפעת לטובה משיחות עם המשתקם על נושא העבודה (Choose) **העבודה** עם כל הגורמים המלווים אותו, מחשיפה מוקדמת לתעסוקה נתמכת, והמשך דגש על נושא יש חשיבות לכניסה מהירה (Get) העבודה בצורה שיטתית ותומכת. **בשלב השגת העבודה** למקום העבודה ללא הכנות רבות, חשיפת המעסיקים למידע על מגבלות פסיכיאטריות כדי להפחית סטיגמה, כולל דיון עם המשתקם לגבי התועלות והמחיר של חשיפה אישית ומציאת דרכי התמודדות אישיות עם סוגיה זו. נמצא כי התאמות במקום העבודה לצרכיו האישיים של העובד מגבירים תחושת תועלת הדדית בין המעסיק לעובד וכי מגע ישיר עם המעסיקים בשלב נמצא כי קשר תכוף (Keep) חיפוש העבודה מקל על ההשתלבות. **בשלב שימור העבודה** ורמת תמיכה גבוהה הניתנת על ידי עובד השיקום הן למעסיק והן למשתקם העובד יוצרים תחושת בטחון ונוחות, המאפשרים את ההשתלבות לאורך זמן. גמישות ונכונות לעזור מצד המעסיק ומצד עובדים אחרים מסייעים אף הם ותחושת סיפוק של העובד מעבודתו, הנובעת מהתאמה אישית טובה, הכרחית להצלחת שלב זה

ברחבי העולם קיימת הסכמה לגבי יתרונותיו של מודל ה-IPS לתעסוקה נתמכת מול מודלים מסורתיים של שיקום תעסוקתי. במהלך העשור האחרון התפתחו תוספות ושינויים, המאפשרים הטמעה של עקרונות המודל באופן רחב יותר. Razzano ו-Cook (2005) מוסיפות מרכיב חיוני למודל הנקרא "**ייעוץ כלכלי**" (Benefit Counseling) שמשמעותו מתן ייעוץ לגבי רווח והפסד של שכר עבודה מול קצבת הנכות וכל ההטבות הנלוות אליה. הפחד מאובדן הכנסה פועל כתמריץ שלילי ולכן ייעוץ נכון בתחום זה עשוי לסייע למשתקם לשפר את מצבו הכלכלי בעזרת העבודה ולא להיקלע להפסדים.

### מודל "התפריט האישי"

מודל זה פותח על-ידי (Chandler 1999) כשהנחת היסוד היא שכמעט כל אדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית יכול להשתלב בעבודה תחרותית, ולא משנה מהי דרגת נכותו ("Zero exclusion"). הדירוג המוצע במודל זה כולל בתוכו מספר סוגי תעסוקות נתמכות ללא שלב

- מוגן, כאשר האפשרויות מתוכן יכול האדם לבחור מתמקדות בשלושה תחומים עיקריים:
1. השכלה והכשרה – נגישות לאפשרויות תעסוקה והכשרה בקהילה.
  2. עבודה בשכר בעבודות המנוהלות על ידי המסגרת השיקומית, בתוך מקומות עבודה רגילים, עד 9 חודשים.
  3. תעסוקה בקהילה – השמה קבוצתית, עבודה עונתית, תעסוקה נתמכת במשרה חלקית או מלאה אותה מחפש עובד שיקום, או תעסוקה עצמאית אותה מחפש האדם בכוחות עצמו ובה ניתן לקבל ליווי.
  4. חשוב לזכור כי לפונים לשיקום תעסוקתי יש בדרך כלל מעט מאד ניסיון תעסוקתי או שחלף זמן רב מאז ניסיון התעסוקה האחרון שלהם. בפרק הזמן שחלף הפכה ההתמודדות עם המחלה לעיסוק מרכזי ושינוי זה מחייב למידה עצמית מחודשת של היכולות, הרצונות והלבטים. לאור זאת, המוקד של מודל זה הוא בהזדמנויות הניתנות למספר התנסויות בעבודה, בסביבות שונות, בשכר מינימום ובהתאמה לדרישות שוק העבודה, אך לא בהכרח ברצף מוכתב מראש. הזדמנויות אלה חשובות לפיתוח יכולת עבודה בשוק הפתוח לטווח ארוך.

במחקר שערך (Chandler 1999) נמצא כי 5 שנים לאחר הפעלת מודל זה במסגרת כפר שיקומי היתה עליה משמעותית במוטיבציה לעבוד. 95% מהמשתקמים הביעו נכונות להתנסות בעבודה (יותר מאשר באוכלוסייה כולה). המחקר מראה גם כי אחרי מספר התנסויות האדם מגיע להתאמה טובה יותר בינו ובין מקום עבודתו. עם זאת, עדיין לא הוכח כי מודל זה אכן יוצר התמדה בעבודה בשוק הפתוח לטווח ארוך יותר.

### גישת "משולש ההצלחה"

גישה זו פותחה בישראל במסגרת עמותת "אנוש" – העמותה הישראלית לבריאות הנפש (לייטנר, 2004). על פי גישה זו, השתלבות מוצלחת בעבודה מתבססת בראש וראשונה על תקשורת טובה בין שלושת הגורמים המעורבים: האדם עצמו, המעסיק, ועובד השיקום, השואפים להשגת מטרה משותפת. מאחורי כל קודקוד קיימת מערכת שלמה, הכוללת את המרכיבים האישיים, העוצמות, החולשות והגורמים הסביבתיים אותם מביא כל אחד מהמעורבים בתהליך. הקמת מערך תעסוקה נתמכת מחייב התייחסות לכל המערכות המפורטות, בכדי לאפשר תהליכי שיקום אפקטיביים.

המשתקם ניצב בראש המשולש, כגורם התייחסות מרכזי. עובד השיקום מתפקד כציר מתווך בין המשתקם לבין המעסיק. כאשר מושג תיאום בין הצרכים של המעסיק והצרכים של המשתקם מתפתחת תקשורת ישירה בין השניים ועובד השיקום נסוג באופן הדרגתי. במצבים אחרים, כאשר יש ניגוד בין הצרכים, תפקיד עובד השיקום לתווך וליצור משא ומתן בין המשתקם למעסיק על מנת לאפשר להם להבין את הצרכים של הצד השני. עובד השיקום מחויב קודם כל לצרכיו של המשתקם ועל פיהם הוא יכול להמשיך ולחפש אפשרויות עבודה אחרות. קיימת אפשרות כי המשתקם ייצור בעצמו את הקשר הראשוני עם המעסיק. במקרים אלה נעשה הליווי על פי בקשה של המשתקם כאשר הוא חש כי הוא זקוק להתערבות או סיוע של עובד השיקום.

דוגמא לקשר המשולש ולחשיבות התקשורת ניתן למצוא בסיפורה של עובדת השיקום של רונית: "עקב קושי בהתמדה ובהגעה לעבודה מדי יום ברציפות התעוררו מחלוקות בין המעסיק לרונית. כעובדת שיקום ניהלתי משא ומתן דו סטרי במטרה לאפשר לרונית להבין את צרכי מקום העבודה, ומנגד הסברתי למעסיק את הקושי האמיתי איתו מתמודדת רונית. שיחה משותפת בנוכחות רונית, המעסיק ואנוכי, בה הביע כל אחד מהצדדים את דעתו, הניבה פתרון והסכמה שרונית תעבוד 4 ימים בשבוע. פתרון זה התגלה כמוצלח ביותר. רונית עמדה בהסכם זה ותחושתה הטובה כי מודעים לצרכיה ומתחשבים בהם תרמה לעבודתה ולהרגשתה האישית. גם המעסיק חש כי הצליח לספק את צרכיה של רונית מבלי לפגוע בצרכי מקום העבודה. רונית התמידה בעבודה זו במשך שנתיים".

### פיתוח קריירה – מודל דו-שלבי

משתלב בעבודה ורוכש את המיומנויות הדרושות למקום העבודה הספציפי, יחד עם השינויים הדרושים בתחומי חייו האחרים. בשלב השני המוקד הוא פיתוח קריירה הדורשת חשיבה לעתיד, התפתחות מקצועית והרחבת השכלה. בשני השלבים נדרשות התאמות אישיות וסביבתיות שונות. כדי שפיתוח קריירה יהפוך ליעד בשיקום פסיכיאטרי ולא רק שילוב מוצלח במקום עבודה ספציפי, יש לפתח כלים מקצועיים, להגדיל את גמישות שוק העבודה, לספק רשת תמיכה מתאימה, ולרכך את הגבולות התרבותיים והכלכליים.

בכל המודלים והפיתוחים שהוצגו ניתן ליווי לטווח ארוך והוא גמיש ומשתנה בהתאם לצרכי המשתקם. כך למשל כאשר המשתקם ניצב בפני קידום, שינוי תפקיד או רצון להחליף מקום עבודה, עולה מידת הליווי, במידה והמשתקם מביע צורך. חשוב להבין כי תעסוקה נתמכת היא קודם כל תוכנית שיקום ולא חברת כוח אדם. המיקוד הוא על המשתקם כלקוח המרכזי ולא על המעסיק, והמטרה היא השגת היעדים התעסוקתיים של המשתקם. עם זאת, תנאי העבודה בשטח מחייבים את עובד השיקום להתבסס על היצע שוק העבודה ולשמור גם על המעסיק, על מנת שניסיונות שילוב שלא צלחו לא ימנעו ניסיונות נוספים מצידו גם בעתיד עם משתקמים אחרים.

### קשיים בהטמעת הגישה המודרנית

**"עלינו לחגוג את הצלחתם של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות אשר השיגו את מטרותיהם התעסוקתיות, ואת הצלחתם של אלה שסייעו להם לעשות זאת"**  
(Razzano & Cook, 2005)

Blanch (1987-ו Anthony) מתארים מספר מחסומים המקשים על יישום הגישה המודרנית: **מחסומי צוות מקצועי**, הנדרש לשנות את אופן החשיבה והכלים בהם הוא משתמש כדי לאפשר שיקום תעסוקתי בגישה זו; **מחסומי סטיגמה**, המשפיעים על מעסיקים, על האדם המתמודד, משפחתו וסביבתו; **מחסומי תוכניות שיקום וטכניקות מותאמות**, אותן יש לפתח

על פי הגישה החדשה; **ומחסומי נגישות**, כלומר הבנת הצרכים המיוחדים של אדם עובד עם מגבלה פסיכיאטרית וההתאמות הדרושות לו.

מחסום ייחודי הקיים בארץ הינו **מחסום חקיקת שכר מינימום מופחת**. החוק הקיים בישראל, מאפשר להעסיק אנשים עם מגבלות בשכר מופחת משכר מינימום. חקיקה זו מגבילה את ההכנסה עד לגובה קצבת הנכות אותה מקבלים המשתלבים בעבודה, שאם לא כן נפגעת קצבתם. הרציונאל בבסיס חקיקה זו הוא, שקצבת הנכות ניתנת עבור אבדן כושר השתכרות, לכן אדם המסוגל להשתכר אינו זקוק לה. שילוב בתעסוקה ללא יחסי עובד מעביד, במשרות חלקיות ובשכר מינימום מופחת מהווים גורם אטרקטיבי מול מעסיקים ומנגד מאפשרים למשתתפים לא לאבד את הכנסתו מקצבת הנכות. למרות הרווח הכלכלי לשני הצדדים, חקיקה זו יוצרת נורמות העסקה שליליות, מחדדת את הסטיגמה מצד המעסיקים, מקשה על קידום בעבודה, ופוגמת בתחושת השייכות וביכולת פיתוח קריירה, המובילים כולם להתמדה והתפתחות בעבודה.

בשנים האחרונות נעשים ניסיונות לטפל במחסומים אלה במספר ערוצים: **ערוץ פוליטי-חוקתי**: במסגרת היום הבינלאומי לזכויות אנשים עם מגבלות, המתקיים בכנסת מדי שנה, מקדם ח"כ ניסים דהאן, יו"ר השדולה לשילוב אנשים עם מגבלות בחברה, דיונים בועדות השונות. בשנת 2004 התקיימו בועדת הכספים דיונים על מתן תמריצים למעסיקים, המאפשרים שילוב של אנשים עם מגבלות, והובאו דוגמאות מהעולם התומכות בגישת התמריצים - הגישה האמריקאית דוגלת בהטבות במיסוי, ואילו באירופה דוגלים בהטבות או מענקים למעסיקים. בשני המקרים נדרשים המעסיקים לא רק לשלב בעבודה אחוז מסוים של אנשים עם מגבלות כדי לזכות בהטבה, אלא גם לספק לעובדים אלה הכשרה מקצועית ולאפשר את קידומם. בדיון קרא יו"ר ועדת הכלכלה, ח"כ שלום שמחון, להכריז על שנת העבודה הבאה כשנת שילובם של אנשים עם נכויות בעבודה. בסיכום הדיון הוסכם כי יש לתת עדיפות לפיתוח המודעות לנושא בקרב הציבור הרחב ולפעילות חקיקתית ותגמול מעסיקים (מתוך דיוני ועדת הכלכלה, אתר כנסת ישראל, 16/11/2004).

פרק הנגישות מתוך חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, אשר התקבל בכנסת בחודש מרץ 2005, מתייחס להתאמות הדרושות במקומות עבודה. לראשונה עולה התייחסות לא רק להתאמות פיזיות, אלא גם לליווי אישי בעבודה, פיצול משרת עובד לשניים ועוד התאמות היכולות לסייע רבות לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית. הרחבת המחקר סביב צרכי הנגישות המיוחדים של אוכלוסייה זו והעלאת המודעות לצרכים אלה חיונית לא רק בקרב קובעי המדיניות, אלא גם בקרב אנשי המקצוע, המעסיקים והמתמודדים עצמם.

בעקבות שביתת הנכים הגדולה בשנת 2002 הוקמה ועדה בראשות השופט לרון, שהמליצה על הורדה הדרגתית של קצבת הנכות בהתאם לעליה בשכר, במקום הורדה מוחלטת של הקצבה. ההורדה תחל בסכומי השתכרות גבוהים יותר ובמידה והעובד מתקשה להמשיך בעבודתו ניתן יהיה להחזיר לו את הקצבה. עבור אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית הצעה זו

חשובה במיוחד, שכן האופי המחזורי של המחלות הפסיכיאטריות מגביר את החשש מאובדן קצבת הנכות והקושי הבירוקרטי לקבלה חזרה מונע מחלקם להשתלב בעבודה בשכר גבוה.

**ערוץ הכשרתי:** בשנים האחרונות נפתחו מספר קורסי הכשרה לתפקידים במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה עבור אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית. ביניהם קורס "מעצימים" שקיימה עמותת "אנוש" ביחד עם מכון "פסגות" בשנת 2004, אשר הכשיר מתמודדים לתפקידי חונכים ומלווים בקהילה של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות, קורס "מצרכנים לנותני שירות" שהחל לפעול במסגרת האוניברסיטה העברית, מכון מגיד, בשיתוף עם עמותת "קולות", ומשרד הבריאות בשנת 2005, וקורס "סוקרי איכות של שירותי שיקום" שנפתח לאחרונה במרכז השיקום שליד בית החולים לוינשטיין. קורסים אלה מהווים פריצת דרך וחלון הזדמנויות עבור אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית ומעוניינים בקפיצת המדרגה שמאפשרת התעסוקה לתהליך ההחלמה. תפקידים אלה מאפשרים למבצעים אותם לתרום בחזרה לאחרים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, וכן להשתלב בעמדות המשפיעות על התנהלות מערכת השיקום בישראל.

בשנים האחרונות נעשה מאמץ לקדם את נושא ההשכלה בקרב אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות. שירותי שיקום בתחום השלמת השכלה ותמיכה בסטודנטים באוניברסיטאות הינם בעלי השפעה ישירה על יכולתם התעסוקתית של האנשים ועל רמת השתכרותם. נדרשת עוד הרחבה רבה של שירותים אלה ובדיקת השפעתם לטווח ארוך על תחומי החיים השונים, ובכללם תחום התעסוקה.

**ערוץ ציבורי ועסקי:** לאחרונה מקבלת הפעילות בתחום השיקום התעסוקתי עזרה מגורמים נוספים, בהם משרד התמ"ת (תעשייה, מסחר ותעסוקה), העוסק ביישום שכר מינימום מותאם ובפיתוח תוכניות תעסוקה בשוק פתוח, כולל הרחבת קהל המעסיקים או בעלי העניין. גורם משמעותי שהחל לפעול לאחרונה הוא מיזם התעסוקה של ארגון הג'וינט. מיזם זה מקדם יזמות עסקית של אנשים המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטריות, שילוב מתמודדים כנותני שירות במערך שירותי השיקום, שדרוג מפעלים מוגנים למפעלים יצרניים ועוד. פעילויות אלה מלוות בתמיכה כלכלית ובמחקר לבדיקת יעילות למשך שלוש שנים.

#### לאן עלינו לשאוף

**"משתקמים, משפחות, עובדי שיקום ובעלי עניין אחרים צריכים לפעול יחד על מנת להמשיך ולקדם את תחום התעסוקה הנתמכת" (Razzano & Cook, 2005)**

על אף ההצלחות המרשימות, הדרך עוד ארוכה. מספר האנשים הנהנים משירות תעסוקה נתמכת עדיין קטן ביחס לגודל האוכלוסייה היכולה ליהנות משירות זה. פעילותנו לעתיד בתחום זה צריכה להתמקד בשני מישורים – עולם השיקום עצמו על עובדיו ומשתקמיו, ועולם התעסוקה, הכולל לא רק את המעסיקים אלא גם את שינוי העמדות כלפי אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית בחברה כולה.

**שאיפות הנוגעות במשתקמים**

לאור הנתונים שהצגנו על מספר המועסקים, יש להתאים את השירותים למגוון רחב יותר של צרכים ולתת מענה לאוכלוסיית יעד רחבה יותר. בנוסף, יש לשים יותר דגש בתהליך השיקום התעסוקתי על פיתוח קריירה, ולא להסתפק בעבודות שגרתיות. שיקום כזה דורש מתן מענה גם להתמודדות עם מעברים וקידום תעסוקתי ומחייב פיתוח תוכניות הכשרה מקצועית המתאימות לצרכי אוכלוסיית היעד. פיתוח תוכניות המכשירות את מי שהשתלבו בעולם העבודה לתמוך וללוות משתקמים המתחילים בתהליך וזקוקים למודל חיקוי, הן הכרחיות. יש לשאוף לקליטת אנשים המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטריות כעובדי שיקום מן המניין במסגרות שיקום שונות (תעסוקה, דיור, חונכות וכו') במגוון תפקידים, במשרדי ממשלה ובארגונים המקדמים אינטרסים של אוכלוסייה זו. אין ספק כי מטרת השיקום התעסוקתי היא היום הבאת האוכלוסייה הנעזרת בשיקום תעסוקתי לעצמאות כלכלית וגיבוש כוח מוביל ומשפיע מבין המתמודדים עצמם.

**שאיפות הנוגעות בעובדי השיקום**

יש לפתח הכשרה ספציפית לעובדי שיקום בתעסוקה נתמכת, הזקוקים לידע מקצועי מדויק יותר בתחום השיקום התעסוקתי וגם לידע רב הנוגע בשוק העבודה. חשוב לפתח כלים מקצועיים להתמודדות עם אחוזי אבטלה גבוהים, התאמת סביבת עבודה, גישור וכדומה. כמו כן יש להרחיב את מבנה צוותי השיקום ולכלול בתוכם אנשי עסקים ומתמודדים לצד עובדי מקצועות השיקום. תהליך הטמעת הגישה המודרנית מחייב הכשרות מקצועיות לא רק לעובדים בתעסוקה נתמכת אלא גם לעובדי השיקום המפעילים יחידות מוגנות. עובדים אלה נדרשים להתאים את גישתם וטכניקות השיקום בהן הם נעזרים כדי לאפשר קידום של משתקמים שהסתגלו למערך השיקום המוגן, ולעודד יציאה לעולם העבודה הפתוח.

**שאיפות הנוגעות בסביבת העבודה ובמעסיקים**

בעת איתור מקום עבודה פוטנציאלי יש לבדוק אם הוא כולל עבודות המאפשרות קידום ולא עבודות שגרתיות, חסרות אתגר מקצועי והזדמנות לשינוי. חשוב להבין כי גם עבור אנשים בעלי עניין נמוך בהשתלבות בעולם העבודה, תפקיד התהליך השיקומי לספק מגוון גירויים, התנסויות והזדמנויות, שיחזירו לאדם את תחושת הצורך עליו עונה עבודה ויגבירו את המוטיבציה לעבודה ולהחלמה. חשוב להעמיק ולחקור את אמצעי הנגישות היכולים לסייע לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית על מנת להבנות את תהליך התאמת סביבת העבודה באופן יעיל יותר. ידוע כיום כי אחד הגורמים המקלים על ההשתלבות בתעסוקה הוא תמיכת המשפחה והסביבה הקרובה, כמו גם שיתוף פעולה ותיאום בין כל נותני שירותי הליווי והתמיכה לאדם בשעות שלאחר העבודה, לכן חשוב לפתח את גורמי התמיכה ולא רק את האדם. ידוע גם כי למידה המותאמת לדרישות במקום העבודה הספציפי מסייעת לתהליך השתלבות ושימור העבודה. יש לפתח אם כן תהליכים לזיהוי אופני למידה אינדיבידואליים ואימון בתוך סביבות עבודה אמיתיות. כיוון פעולה נוסף הוא פתיחת דלתות בקרב מעסיקים גדולים, תאגידיים וגופים ממשלתיים כצעד הכרחי בהרחבת אפשרויות העבודה.

**שאיפות הנוגעות בחקיקה וחברה**



במישור החברתי יש לפעול לקידום חקיקה שתגדיר תמריצים למעסיקים ותצמצם את האיום של אובדן קצבת הנכות. לאור המחקרים הרבים שנעשו בעולם המעידים על יעילות מודל התעסוקה הנתמכת, יש להגדיל את התקציבים המוקצים לתחום זה לטובת פיתוח נוסף ולטובת עריכת מחקרים לחיזוק ממצאי ההצלחות העולים מהשטח. מחקרים אלה יסייעו בהשפעה על קובעי המדיניות, יצמצמו את הסטיגמה ויגבירו את האמונה ביכולת ההשתלבות של אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות בשוק העבודה. יש להעמיק בפעילות למען ניפוץ הסטיגמה בקרב הציבור הרחב, ובעיקר בקרב מעסיקים, באמצעות חינוך וקשר ישיר בין המעסיק לבין העובד המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית. טיפול במחסומי הסטיגמה חייב להיעשות באמצעות שיווק של יכולות המשתקם והצלחות מוכחות בתחום השיקום התעסוקתי.

### סיכום

בעולם המערבי חל מהפך בשיקום הפסיכיאטרי ב-30 השנים האחרונות. תהליכים רבים במישור התרופתי, במישור המקצועי ובמישור הקהילתי והחוקתי חברו יחדיו כדי לאפשר שינויים משמעותיים. גישת ההחלמה והעבודה כמרכיב מרכזי בה אפשרה פיתוח מודלים של "תעסוקה נתמכת" המוכיחים את עצמם ברחבי העולם ובמגוון אוכלוסיות.

בחמש השנים שחלפו מאז הוחל בישראל חוק שיקום נכי נפש בקהילה, במסגרתו פועלים שירותי תעסוקה נתמכת – הגענו להישגים רבים. מאות אנשים פנו, התנסו, נקלטו, נפלטו, התנסו במקומות נוספים וממשיכים לחפש. עדיין קיימים מחסומים רבים, בהם סטיגמה חברתית מצד מעסיקים, פחד של משפחות ואנשי מקצוע, מצב כלכלי במשק הישראלי, תמריצים שליליים ליציאה לעבודה, חוסר תמריצים למעסיקים, ביורוקרטיה מסורבלת ועוד. למרות כל אלה, פותחים את המשתקמים ועובדי השיקום, אפשרויות שלא חלמו עליהם לפני חמש שנים, בנחישות ויצירתיות. אין ספק כי אי הודאות והתסכולים הם רבים ונדרשים בדרך אורך רוח, אמונה, תמיכה ושיתוף פעולה בין כל המעורבים.

במהלך התקופה הזו הצליחו רבים להשתלב במגוון מקומות עבודה ובמגוון תפקידים. מעסיקים רבים, שבעבר התנגדו להעסקת עובדים עם מגבלה פסיכיאטרית, רואים היום בחיוב את יכולתם של אנשים אלה להיות עובדים מן המניין ואת ערכם לכוח העבודה. אנשים אלה נהנים ממקום עבודה המחזיר להם את כבודם העצמי ומשפר את מצבם הכלכלי באופן משמעותי. אך חשוב לזכור, כי הרווח אינו אישי בלבד. אותם משתקמים שוברים את הסטיגמה בעבודתם היומיומית בשוק הפתוח ומאפשרים לציבור הרחב להכיר אותם ואת החיים עם מגבלה פסיכיאטרית.

תהליכי השינוי המואצים מהווים אתגר בפני מסגרות השיקום התעסוקתי המסורתיות. הגישה המודרנית שהוצגה בפרק זה מתייחסת לאדם בתהליכי השיקום התעסוקתי כישות משתנה, בעלת צרכים ייחודיים, היכולים להתבטא באופן אחר בכל שלב בחייו. על כן, יש לאפשר בכל המסגרות גירוי ובחירה שמתוכם ניתן להצמיח יוזמה, רצון, שאיפות ואתגר. אין זו פסילה של סוגי עיסוקים, אלא קריאה לשינוי הגישה הבסיסית כלפי מקבלי השירות. תהליכי שיקום ארוכים ועוטפים, המונעים ממקבלי השירות חוויית כישלונות ותסכולים, אינם מאפשרים

התנסות אמיתית, וחוסמים זיהוי של רצונות וצרכים. אנו תקווה כי אמירות רווחות כמו "הורדת ציפיות", "חיבור למציאות", "שוק העבודה אינו מאפשר..." יהפכו להיות יותר ויותר נדירות בשפה השיקומית. שיתופי פעולה בין המסגרות המוגנות לשירותי התעסוקה הנתמכת, על בסיס שפה ואמונה משותפות, יאפשרו צמיחה למשתקמים והתבססות של המסגרות המוגנות כמשמעותיות בתהליך השיקום התעסוקתי המודרני.

בישראל אנו נמצאים בעיצומו של השינוי, אך עדיין נדרשת עבודה רבה כדי להשיגו. היכן אנו ממוקמים בתהליך וכיצד נגדיר "תעסוקה נתמכת" בעוד מספר שנים? האם החקיקה תתאים את עצמה או שאנשים המתמודדים עם מגבלות פסיכיאטריות ימשיכו להתאים את עצמם למגבלות החברה בה אנו חיים? האם הגישה החדשה לשיקום תעסוקתי אכן תוכח לאורך זמן כמקדמת החלמה ממחלה פסיכיאטרית? השאלות עוד רבות ופתוחות לפרשנות, לעשייה, ולאמונה אישית של כל אחד.

#### מקורות

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, פרק נגישות – התשס"ה, 2005.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה – התש"ס, 2000.

לייטנר, ר. (2004). מודל רב-מערכתי ככלי להשתלבות בעבודה בשוק הפתוח. מתוך הכינוס החמישי לשיקום של אגודת חומ"ש.

לכמן, מ., ורועה, ד. (2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות. שיחות, י"ח(1), 38-46.

ADA - Americans with Disabilities Act (1990). Public Law, 101-336, 42, U.S.C., 12101-12132.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Anthony, W. A., & Blanch, W. (1987). Supported Employment for Persons who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.

Bailey, J. (1998). I'm Just an Ordinary Person. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 8-10.

- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1993). *A Working Life: The Individual Placement and Support Program (IPS)*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Bond, G. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Evidence. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-360.
- Chandler, D., Levin, S., & Barry, P. (1999). The Menu Approach to Employment Services: Philosophy and Five-Year Outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), 24-31.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Toprac, M. G., McFarlane, W. R., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., Dudek, K., Razzano, L. A., Grey, D. D., & Burke-Miller, J. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 505-172.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational Rehabilitation for Persons with Schizophrenia: Recent Research and Implications for Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 87-98.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001). Helping People with Severe Mental Illness to Obtain Work: Systematic Review. *BMJ*, 322, 204-208.
- Deegan, P. (1996) Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Deegan, P. E. (2004). *Rethinking rehabilitation: freedom*. The 20th World Congress of Rehabilitation International. Oslo, Norway.
- Gowdy, E. L., Carlson, L. S., & Rapp, C. A. (2003). Practices Differentiating High-Performing from Low-Performing Supported Employment Programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 232-239.

- Hadas-Lidor, N., & Katz, N. (1993). Perception of the Workers Role and Work Related Needs of Mentally Ill and Healthy Persons. *Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 3(1), 26-32.
- Kirsch, B. (2000). Factors Associated with Employment for Mental Health Consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 13-21.
- Kravitz, S., Dellario, D., Granger, B., & Salzer, M. (2003). A Two-Faceted Work Participation Approach to Employment and Career Development as Applied to Persons with a Psychiatric Disability. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 26(3), 278-287.
- Krupa, T. (2004). Employment, Recovery, and Schizophrenia: Integrating Health and Disorder at Work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 8-14.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1997). Theoretical contexts for the practice of occupational therapy. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Enabling Function & Wellbeing (2nd edition)*, pp 72-102. Thorofare, N.J.: Slack
- Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postardo, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165-172.
- Razzano, L. & Cook, J. A. (2005) Evidence-Based Practices in Supported Employment. In C. E. Stout & R. A. Hayes (Eds.), *The evidence-based practice methods, models and tools for mental health professionals*, pp10-30, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, J. (1995). Work is a key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 4-10.
- Workforce Investment Act (1998). *Section 508 of the Rehabilitation Act* (29 U.S.C. 794d), P.L. 105-220.

## חונכות שיקומית- המסע אל החברות

### יעל לפידות

בפרק זה יוצג פרויקט החונכות השיקומית בחייו של החולה הפסיכיאטרי. תוצג מטרת הפרויקט, מרכיבי השירות, המשמעות הרגשית והשיקומית שלו, וכן החסרונות והקשיים, והרווחים וההשפעות לטווח הרחוק. פרויקט החונכות יוצג מנקודת מבטם של הנוגעים בדבר- מקבלי השירות – המתמודדים והחונכים, וספקי השירות – רכזי החונכות.

### מבוא

חונכות שיקומית היא שירות חדש שנכנס לסל השירותים הניתנים במסגרת סל השיקום, תחת חוק שיקום נפגעי נפש בקהילה, במימון ופיקוח של משרד הבריאות (התש"ס, 2000). במסגרת זו ניתן השירות החל מנובמבר 2001. החולים הפסיכיאטריים של משרד הביטחון מקבלים שירות דומה מזה מספר שנים, ולאחרונה הוא עובר שינוי והתאמה לשירות בעל אופי שיקומי יותר. החונכות באה לתת מענה למרכיב החברתי בתהליך השיקומי של אנשים הסובלים ממגבלה פסיכיאטרית.

החונכות היא שירות נתמך, בניגוד לשירותים חברתיים אחרים הקיימים בקהילה ומוגדרים כשירותים מוגנים (כגון מועדונים חברתיים של אנוש). החונכות, כשירות נתמך, מלווה את האדם בקהילה. היא אינה מפרידה אתו מהסביבה הטבעית שלו, אלא תומכת בהשתלבותו חזרה בסביבה זו.

החונכות מיושמת בעולם מזה עשרות שנים בשלושה מודלים עיקריים:

1. סוציאליזציה נתמכת – על פי המודל של לארי דוידסון (Davidson, 2003)
2. Befriending - ליווי שניתן גם למשפחות, לקשישים, לאנשים בעלי מגבלות ומחלות פיזיות ועוד. (Dean & Goodlad, 1998).
3. Peer support - מודל של שילוב מתמודדים, שרבים מאמצים כיום. מודל זה כולל גם קבוצות לעזרה עצמית, נוסף על הליווי הפרטני. (Solomon, 2004)

### הצורך בשיקום המרכיב החברתי

לפני האבחנה של מחלת נפש, ה'אני' והאחרים תופסים את האדם כמכלול של דברים: ערכים, אמונות, שאיפות, אהבות, תחומי עניין, חברה, משפחה, מקצוע וכו'. עם קבלת האבחנה של מחלת נפש, כל המכלול הזה מתפרק ומתמוטט בעיני האדם עצמו ובעיני סביבתו. המחלה "צובעת" הכל, האדם הופך להיות חולה וכחלק מזה נפגע גם המרכיב החברתי. (Deegan, 1996). כך הגדיר זאת מתמודד שהוא איש מקצוע בתחום השיקום בכלל ובחונכות בפרט:

כאדם אשר טעם לא פעם את טעמו המשכר של השיגעון, הייתי גם טועם את הטעם

המר ממוות של היקיצה ממנו - קריסת החלומות, אובדן תחושת הזמן, התרחקות החברים, הניכור, הבושה, הסטיגמה, היחס המגונן ולא אחת-הפטרוני של המשפחה, אובדן המשמעות, אובדן העבודה, אבדן התקווה והאהבה, אובדן הזהות והזיכרונות, הייאוש והבדידות... ומעל הכל מרחף הרצון הבלתי נשלט להצטמצם, לשכוח, לישון...למות (אורן, 2004).

קיימות שתי תפיסות המסבירות את הפגיעה במרכיב החברתי:

1. תפיסת המחלה – מדגישה את התסמינים של המחלה הפוגעים בכישורים החברתיים של האדם. לאדם החולה יש קושי בוויסות הרגשות. קושי זה גורם לאי תפקוד חברתי. כמו כן קיימים סימנים שליליים כמו: אסוציאליזציה, אנאנרגיה וכדומה (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 1997).

2. התפיסה החברתית – מדגישה את ההשפעה החברתית והסביבתית של המחלה על האדם. המחלה מונעת הזדמנויות ליצירת קשר, הן בשל הניתוק ממערכות תמיכה כתוצאה מהמשבר והן בשל הסטיגמה והבידוד הנגרמים כתוצאה מהמחלה עצמה, מהאשפוז ומהטיפול התרופתי (Deegan, 1996, 2004). תחושות הניכור והניתוק הופכות לעיתים למנגנון הישרדות והתמודדות עם הייאוש, עם תחושת הכישלון ועם הסביבה העוינת.

קיימים סוגים שונים של ניכור:

1. ניכור עצמי - האדם אינו רואה את עצמו ככל אדם אחר. הוא מבודד את עצמו מעצמו, מפסיק לרצות, לקוות, להעיז ולבחור.
2. ניכור מאחרים – האדם אינו רוצה להיפגש עם אחרים - בדידות.
3. ניכור מהסביבה – האדם מרגיש שהוא אינו שייך לחברה ועל כן הוא פורש ממנה.
4. ניכור ממשמעות וממטרה – אנו נעזרים באנשים ובסביבה לקביעת מטרות ומציאת משמעות בחיינו.

המציאות בה חי המתמודד היא מציאות מצומצמת ביותר, עם פחד מהותי להרחיב אותה, שכן הרחבה פירושה צורך בבחירה. אולם הבחירה נלקחה מאותו אדם, אם באופן מטאפורי ואם באופן ממשי, עם פרוץ המחלה, עם קבלת האבחנה ובמהלך האשפוז.

אדם שהיה מאושפז שנים ארוכות וקבעו לו מתי לקום, מה ללבוש, מה ומתי לאכול, והבחירה היחידה שלו הייתה מתי להדליק את הסיגרית הבאה (גם בחירה זו מוטלת בספק, כי היא נעשית במקרים רבים בצורה אוטומטית ולא מתוך מודעות ממשית), אדם כזה שכבר מזמן משמעותה של בחירה, והוא זקוק לאישור על כל צעד ושעל. בחירה מבחינתו היא גם צורך לקחת אחריות על תוצאות הבחירה. יתר על כן, בבחירה יש צורך לבחון אפשרויות והזדמנויות, אולם המתמודדים מרגישים שההזדמנויות נלקחו מהם, הן כבר לא שלהם. ההזדמנויות הן של חבריהם, בני גילם שעסוקים בלימודים, בעבודה, בבחירה של מסלול חיים – בחירת בן או בת זוג ובחירת קריירה. המתמודדים לעומת זאת עסוקים בהישרדות בתוך המחלה (הפסיכומטרי, החרדות, הדיכאון, השיגעון), הישרדות תוך שימוש בתרופות פסיכאטריות, התמודדות עם תופעות הלוואי הרגשיות והפיזיות; והישרדות תוך התמודדות עם המשפחה (הציפיות, האכזבה

והאבל של המשפחה), הסביבה והסטיגמה.

### השיקום החברתי על פי הגישה הפסיכו-חברתית

השיקום החברתי על פי הגישה הפסיכו-חברתית (לכמן, והדס-לידור, 2003) הוא תהליך המאפשר לאנשים בעלי מוגבלות ונכות, הנובעות מהפרעה נפשית, להגיע לרמה מרבית ואופטימלית בתפקוד החברתי בקהילה. בתהליך זה מופחת הבידוד החברתי ומתרחבת היכולת לקיים יחסי גומלין עם הזולת. השיקום משמש לבידור ולניצול שעות הפנאי, ובאמצעות מתרחבות מיומנויות בסיסיות ומיומנויות תעסוקתיות ומשתפרים יחסי העבודה.

החלמה (Anthony, Cohen, Farkas, & Gange, 2002) היא תהליך שבאמצעותו אנשים בעלי נכויות נפשיות בונים מחדש "גשרים" לעצמם, לחברה, לסביבתם ולעולמם הרוחני, תוך התמודדות עם תוצאות הסטיגמה הרווחת סביבם. זהו תהליך של העצמה אישית (empowerment) ושל התאמת עמדות, רגשות, תפיסות ואמונות של האדם כלפי עצמו, כלפי אחרים, וכלפי החיים בכלל. לכן זהו תהליך של התחדשות, של התגלות ושל שינוי הכרוך בתהליכים פנימיים ורגשיים עמוקים, ואלה דורשים שינוי בתפיסה העצמית.

החלמה יכולה להתרחש גם ללא עזרה מקצועית, אולם נוכחותם של אנשים המאמינים בהחלמה חשובה בסביבתו של המחלים. החלמה היא תהליך ייחודי לכל אדם ובבסיסה האמונה שלכל אדם יש בחירה. החלמה היא תהליך ארוך, תנודתי ולא לינארי. היא כרוכה בצמיחה ובנסיגה, בתקופות של שינויים מהירים, כמו גם בתקופות של שינויים מועטים בלבד.

ההחלמה מתאפשרת כאשר קיימת יכולת הפרדה בין עולם המחלה לעולם היכולות וקיימת הכרה בעולמות אלו. עם זאת, אין פירושה חיים ללא הסימפטומים של המחלה, אלא מדובר בתהליך של הכרת המוגבלות לצד היכולות ושימוש ביכולת למרות המוגבלות. אין קשר בין התפרצות המחלה להחלמה. ההחלמה יכולה להתרחש גם בעת שהמחלה פעילה.

השיקום החברתי לפי תפיסת ההחלמה (לכמן, 2005) הוא חלק מתהליכים של שינוי בבניית העצמי החדש של המתמודד, תוך הענקת משמעות חדשה לחייו. מוקד התהליך אינו במיומנויות, אלא בפיתוח הזדמנויות ויצירת שינוי חברתי-סביבתי, כדי לסייע למתמודד למצוא את דרכו בחזרה לקהילה.

מתוך כך יכול המפגש ההחלמתי פעילות עם משמעות, בחירה, פתיחות, גמישות, כבוד, תקווה ולמידה להיות חלק משהו, להתחבר מחדש. החונכות על פי הגדרה היא חלק ממפגש זה, ומטרתה היא לבנות קשר אנושי הדדי ולאפשר מקום ללמידה הדדית, לפתיחות, להקשבה ולנפרדות.

### החונכות - הגדרות ומטרות

כמלווה את החונכות מזה שלוש שנים וחצי, כרכזת חונכות אזורית וכמנהלת ארצית, אני

מתמודדת בכל פעם מחדש עם השאלות - מהי חונכות? מהן מטרותיה? מהי הגדרת התפקיד של החונך? וכד'. שאלות אלו נשאלות על ידי אנשי המקצוע המפנים את המתמודדים לקבלת השירות, על ידי המתמודדים עצמם, משפחותיהם והחונכים. ואכן, הגדרות החונכות הן רבות, ואולי זהו קסמה של החונכות - שהיא קשר אנושי, בגובה העיניים, שאינו מוגדר וברור, אלא משתנה בהתאם לצרכיו של המתמודד ובהתאם לאינטרקציה הכללית כפי מיוחדת שנוצרת בין שני אנשים זרים - המתמודד והחונך. אם מסתכלים על מקבץ ההגדרות, תוך השוואה לסיפורי חונכות, מבינים שהחונכות היא לעיתים כל ההגדרות יחד ולעיתים אף לא אחת מהן. כך הגדירה זאת חגית פרידלנדר, חונכת מזה שנתיים:

בכל בית אליו אני נכנסת, שמות שונים נקשרים למהות תפקידי בעיני המשפחות. לעיתים אני חונכת ולעיתים עוזרת או סומכת. יש המעדיפות להציג אותי כחברה, כמלווה, היו גם כאלה שבשבילן אין לי כל תואר והן נוהגות להציג אותי בשמי בלבד. ואכן, אופי התפקיד ומשמעותו שונה ממשפחה למשפחה, ולא במקרה נבחרה ההגדרה המסוימת. ניתן ללמוד ממנה כבר בהתחלה על ההתייחסות לדמות שנכנסת ל**ל**ביתן, ומהו באמת הצורך המשמעותי ביותר שלהן.

להלן מספר הגדרות כפי שהן מופיעות בספרות העולמית:

- חונכות היא תמיכה אישית, אינדבידואלית לאדם אשר מוכן "להניע" את חייו וזקוק לעזרה על מנת לעשות זאת. המטרה היא לזהות את הצרכים החברתיים ולעשות שימוש בקשר אנושי בסיסי ורגיל, כדי לעבוד יחד על השגת המטרה. (BAMH).
- Befriending היא מערכת יחסים יזומה, בין שניים או יותר אינדבידואלים, אשר נתמכת ומפוקחת ע"י ארגון או עמותה. באופן אידאלי זוהי מערכת יחסים שאינה שיפוטית, אלא היא הדדית, בעלת משמעות ותכלית ודורשת מחויבות לאורך זמן. (Dean & Goodlad, 1998).
- Befriending מספקת ידידות עבור אנשים מבודדים, סיכוי לפתח מערכת יחסים חדשה והזדמנויות לקחת חלק בפעילויות חברתיות. (Dean & Goodlad, 1998).
- Peer support היא תמיכה רגשית, חברתית ואינטרומנטלית של צרכן בצרכן ומטרתה לעודד רצון לשינוי חברתי. (Garttner & Riessman, 1982).
- Peer support היא מערכת של מתן עזרה וקבלתה והיא מושתתת על עקרונות של כבוד, אחריות משותפת והסכמה הדדית. (Mead, Hillton, Curtis, 2001).

מה יש בחונכות, בקשר הנרקם בין החונך והמתמודד, שמצליח לא אחת במקום שבו כושלת מערכת מקצועית שלמה? כיצד יתכן שדווקא באינטרקציה שאינה טיפולית ומקצועית בהגדרתה, (שכן החונכים אינם אנשי מקצוע או נמצאים בתחילת הכשרתם המקצועית בתחום הטיפולי) מתגלות פריצות דרך שיקומיות, ששנים של טיפול מקצועי, פסיכאטרי, פסיכוסוציאלי ואחר לא הצליחו להשיג? על שאלה זאת אנסה להשיב בהמשך.

הגעתי לפרוייקט החונכות כרכזת אזורית, אחרי עבודה של ארבע שנים כמרפאה בעיסוק במרכז קהילתי לשיקום נפגעי נפש המסונף לתחנה אזורית לבריאות הנפש. מרכז השיקום קיים מזה 17 שנים ויש בו כיום מאה מתמודדים הסובלים מהפרעות פסיכאטריות שונות, ברובן



תחת האבחנה של "סכיזופרניה". המתמודדים במרכז משולבים במסגרות יום תעסוקתיות וטיפוליות שונות. במרכז השיקום יש מספר רב של מתמודדים הבאים למקום לאורך שנים ארוכות, ולעיתים אין שינוי משמעותי במצבם - לטובה או לרעה. אין לחטוא ולהמעיט בחשיבותו של המרכז, שכן עבור רבים מהמתמודדים זהו בית, חברה ומסגרת יציבה ולכן משמעותית, אשר מונעת אישפוזים חוזרים ונשנים. היא מאפשרת להם מקום להיות בו, מקום שאם אינם מגיעים אליו יש מי שיחפש אותם וישאל לשלומם.

עם כניסתי לפרויקט החונכות, החל להיפתח בפני עולם השיקום במלואו, ולראשונה הבנתי עד כמה משמעותי השירות הנתמך, זה אשר נותן מענה בקהילה, בסביבה הטבעית של האדם, זה שמהותו הקשר האנושי והבסיסי שנוצר בין החונך למתמודד ובא לתת מענה לצורך הבסיסי כל כך.

אני מאמינה שהתהליך שעברתי אינו ייחודי רק לי. זהו תהליך שעובר על כל הנוגעים בדבר - מתמודדים, חונכים, בני משפחה וגורמי מקצוע. יתכן שההפתעה והפליאה מההישגים נובעות מהיעדר הגדרה ברורה של החונכות, ומתוך כך - מחוסר ציפייה להישגים מסויימים.

### הצורך הבסיסי בקשר

אני חלק מהעולם. אני בן אדם. בני אדם בדרך כלל עושים דברים יחד כדי לעזור אחד לשני... אני רוצה להיות חלק מזה (Staehele, Stayneer & Davidson 2004). בדברים אלה מבטא צ'אק, חולה מזה 20 שנה, את התשוקה שמוכרת לרובנו בחיינו האישיים - הכמיהה לקשר ולחברות.

עבור רוב הציבור, הצורך בחברות והחברות עצמה מובנים מאליהם. לא כך הדבר עבור החולה הפסיכיאטרי, שלעתים מחלתו מונעת ממנו את הרצון, את התשוקה ואת היכולת ליצור קשר עם הסביבה. כבר מילדות, קיימת ציפייה לבנות קשרי חברות כחלק מההתנהגות הנורמטיבית, שכן החברות ממלאות צרכים אישיים בסיסיים של האדם, כמו הצורך להיות בקשר, להביע רגשות, לקבל ליווי ותמיכה ועודלאדם הסובל מהפרעה נפשית, החברות נותנת מוטיבציה, מאפשרת שליטה בסימפטומים, מעודדת יכולת לפתרון בעיות ומעניקה אמפטיה והבנה, הדדיות, ונטילציה, בדיקת המציאות, אישור חברתי ואינטרקציה.

הצורך הבסיסי הוא הצורך בחבר, באדם שיקשיב בלי לשפוט, באדם שיאמין בזכות הלגיטימית לכאוב, לחלום, לשאוף, לרצות, לבחור. זהו צורך באדם שהדיאלוג עימו יהיה בגובה העיניים, שיהיה שיויוני, אמיתי, לא מגונן מדי, מבקר מדי או טיפולי מדי. זהו צורך באדם שידריך, ילווה ויתמוך בדברים שהם ברורים מאליהם לכולנו, אך לא למתמודדים עם הפרעה נפשית. עבור רבים מהם אלו הן משימות קשות מנשוא ולא ברות השגה, אם כי יתכן שבעבר גם עבורם לצאת מהבית, לשבת בבית-קפה, להגיע ממקום למקום, ללכת לקולנוע, להסתכל על בחורות או על בחורים, לרצות ולצפות לאהבה ולזוגיות, ללמוד וכד', היו דברים ברורים מאליהם.

רבים מהמתמודדים מתארים את חייהם לפני התחלת החונכות כחיים ריקים, משעממים ונשלטים בידי המחלה. רוב הזמן הם עוסקים באופציות הטיפול, והקשרים היחידים שלהם הם עם בני משפחה בודדים ועם ספקי שירות ומטפלים מתחום בריאות הנפש. כך מתאר זאת מתמודד: " בשל המצוקה, הייתי נעול בתוך הצער והאומללות, עם קושי רב לצאת מזה ולהתייחס לדברים ולאנשים אחרים."

ומתמודד אחר מוסיף:

"את רוב זמני הפנוי 'ביליתי' בבית בצפייה בטלוויזיה, באינטרנט ובמשחקים. לא כל כך התלהבתי מצורת הבילוי שלי, אבל זו פשוט הייתה ברירת המחדל – לא היה לי משהו אחר למלא בו את הזמן."

אחת החוויות הראשונות והמרכזיות שלי במעבר מליווי מתמודדים במסגרת מרכז השיקום לליווי החונכיות הייתה המהירות שבה מגיעים לתוצאות – תוצאות קטנות אמנם, אך הן מלוות בתחושות משמעותיות. גורמי המקצוע, בני המשפחה והמתמודדים מכירים ודאי את הדפוס שבו מנסים לשכנע מתמודד להוציא לפועל רצון, תשוקה או מטלה, כמו לנסוע אל מחוץ לעיר, לסדר משהו בבנק או להצטרף למועדון, לחוג, ללימודים וכד'. לפעמים "מבזבזים" שנים על דיון בשאלות הבסיסיות- מה הוא היה רוצה? איך הוא רואה את חייו? במשך זמן רב, לעתים שנים, מעבדים עם האדם את כל חששותיו ופחדיו, את היתרונות והחסרונות, וקובעים הסכמים, ואז מגיע היום והאדם אינו מסוגל לבצע את המשימה. הוא שוב נשאר בבית מאוכזב ומתוסכל מכשלונו, ובדרך כלל גם סופג גם את האכזבה של המטפל, המשפחה והסביבה, מה שבדרך כלל מוביל לצמצום עד להיעלמות של הרצון והתשוקה.

כשיש חונך, חל שינוי. מישהו הולך איתו - יחד איתו עולה על האוטובוס; יחד איתו נכנס לבנק ובמידת הצורך יוכל 'להציל' אותו אם ייתקע ולא ידע להסביר לפקיד את מבוקשו; יחד איתו נכנס למועדון, ואז הוא יכיר שם אדם אחד לפחות; יחד איתו נוסע יום קודם, כדי להכיר את הדרך ולא 'להתברבר' בדרך ללימודים או לאירוע כלשהו; יחד איתו חושב על העתיד ומתכנן תוכניות קטנות וגדולות וכד'. השינוי מתרחש כשהמתמודד מבצע את המטלה ולאט לאט (לפעמים זה תהליך של חודשים ארוכים) מתמלא ביטחון וממשיך לבד. עם הביטחון מתחיל להתעורר הרצון לעשות עוד, להכיר, להתנסות, ולאט לאט מתרחבת היריעה של הפעילות. לאחר שנה של חונכות מתאר מתמודד את הרגשתו כך: "אני ממצה את שעות הפנאי שלי, החונך מדריך ומלווה אותי בעולם הפתוח."

מתמודד נוסף מעיד על החזרה לפעילות: "בזכות החונכות אני גם יוצא מהבית. בלעדי החונכת שלי סביר להניח שלא הייתי יוצא. חוץ מזה אני גם עושה דברים שהרבה שנים לא עשיתי, כמו להיכנס לים. שמונה שנים לא נכנסתי לים, לבד לא הייתי עושה זאת. ובגלל שאין לי חברים לא הייתי מעז לשבת בבית קפה, להחליק ברולר בליידס או לטפס על הר מלאכותי שמצריך תקשורת עם אנשים זרים, כל אלו פעילויות שלא הייתי עושה אלמלא החונכות."

מתמודד אחר מעיד לאחר שנתיים של חונכות: "הסתובבתי עם תחושה שאני לא לבד במערכה,

שיש מי שעוזר, מי שאכפת לו ממני וממה שקורה איתי... שמתייחסים אליי כמו אל בן אדם ורק אחר כך כאל נפגע נפש.

הצורך המתואר בדוגמאות האלו הוא צורך בסיסי, ועליו מצליחה החונכות לענות. לא באמצעות טכניקה טיפולית זו או אחרת, אלא פשוט על ידי שיח אנושי בסיסי, המפגיש שני אנשים בסביבה הטבעית, בתוך אינטרקציה אנושית נורמלית, בסיטואציה שהיא לא בדיוק נורמלית (שכן רכז החונכות בוחר בחונך ומפגיש אותו עם המתמודד, מפגש מלאכותי עם אדם זר) ומתוך עשייה משותפת. אולי זהו סוג של טכניקה טיפולית-שיקומית חדשה, שהיא מענה והמשך לתאוריית ההחלמה.

### מרכיבי החונכות

המרכיבים העיקריים של החונכות העולים מתוך הסטנדרטים להפעלת השירות, כפי שנקבע על ידי משרד הבריאות (ספטמבר 2001) ומופיעים במודלים דומים בכל העולם הם: השירות ניתן בסביבתו הטבעית של המתמודד - ביתו, אזור מגוריו וכל מקום אחר בקהילה, כחלק מהיותו שירות נתמך ולא שירות מוגן.

המפגשים קבועים וידועים מראש, בדרך כלל פעם-פעמיים בשבוע למשך שעתיים עד ארבע שעות בכל מפגש כדי ליצור רצף, התמדה ומחויבות. פעמים רבות עצם ההגדרה מראש והשמירה על רצף הפגישות מאפשרים את יצירת הקשר ואת ההתמודדות עם מרכיבים פגועים אלו. ההתמדה מתבטאת גם בהתחייבות של המטופל לתקופה של שנה לפחות, משום שליצירת תהליך אפקטיבי נחוצה בנייה של יחסי אמון ותחושת המשכיות. כצפוי, יצירת הקשר, בניית האמון וחיזוק תחושת הביטחון אורכים זמן. בתחילה מתעוררות חרדות סביב המפגש המלאכותי עם אדם זר, וחשש רב לגבי ההתאמה. חשש זה מלווה את המתמודד ואת החונך כאחד, ועל כן יש צורך במפגש אינטנסיבי, קבוע ולאורך זמן.

מתמודד תיאר את תחילת הקשר כך:

אחד האספקטים שאפשרו את יצירת החברות בתחילת הקשר היה הפגישות הסדירות והקבועות. הייתי עצבני, לא הכרתי אותו ולא ידעתי עליו כלום. לא ידעתי אם אצליח להתמודד עם דברים מסויימים כמו פעילויות חברתיות וזה בגלל הדיכאון... היה לי קשה ליהנות מחברתו של מישהו בשל הכאב שהציף אותי. אבל העובדה שהייתי מוכרח לצאת לפעמים, להיפגש עם החונך, עזרה לי ונתנה הרגשה טובה. גם כשהרגשתי לא טוב, העובדה שיש חונך ונקבעה פגישה, גרמה לתחושה שיש משהו לעשות, שיש לי מחויבות ולכן קיים רצון "להחזיק" בזה. זה היה נחמד שיש צורך לתכנן משהו מעניין לאותו היום במקום לשבת בבית

השירות ניתן כליווי אינטגרטיבי, ומטרתו לפתח מיומנויות חיים יומיומיות ומיומנויות בין אישיות, תוך מימוש הפוטנציאל השיקומי לקראת חיים עצמאיים יותר בקהילה. לדעתי, ומתוך החוויה שבליווי החונכויות, יצירת הקשר והשמירה עליו הן מטרות חשובות ומשמעותיות בפני עצמן, עם ובלי קשר לכך שפעמים רבות הן מובילות לפיתוח שאר מיומנויות החיים.

לאחר שנתיים של חונכות, שבחלקן נעשתה עבודה על מיומנויות של טיפוח אישי העידה אחת המתמודדות: " אנחנו יחד גם כשעצוב וגם כששמח. יחד הצלחנו לשנות דברים גם כשזה היה קשה. היום, בעזרת אסתר, אכפת לי יותר מעצמי, אני מעודדת את עצמי להתלבש יפה וזוכה להרבה ביקורות חיוביות מכל הסובבים אותי, אם במועדון התעסוקתי ואם מאנשים אחרים שמכירים אותי." עבור אותה בחורה, שמשפחתה מתייחסת אליה בזלזול לאורך שנים, או לא ממש מתייחסת אליה, המשפט "אכפת לי יותר מעצמי" הוא הישג גדול, שהרבה שנים של טיפול לא הצליחו להביאו.

הורים של מתמודדת הסובלת מסכיזופרניה ומהפרעת אכילה קשה, הביעו בפרידה מהחונכת, לאחר שנה של חונכות את שביעות רצונם מכך שבתם הולכת ומשתפרת. היא מתלבשת בצורה מודרנית, מתאפרת, נראית יותר טוב והולכת לעבודה ברצון.

מטרות החונכות הן אידיבידואליות ונקבעות בתחילת הקשר על ידי המתמודד עצמו, בעזרת גורם הטיפול ו/או בני המשפחה ובעזרת רכז השירות. מטרות אלו נבחנות ונבדקות אחת למספר חודשים והן רבות מבחינת המגוון שלהן והתוכן שהן יוצקות בתוך הקשר החונכי. הגמישות של החונך והמתמודד חשובה מאוד. היא מתבטאת בשינוי המטרות ובהתאם לכך- בבחירת הפעילויות, שכן פעמים רבות מטרות שנקבעות בתחילת הקשר משתנות תוך כדי ההתנסות בקשר ובפעילויות השונות, תשוקות חדשות מתעוררות ואתן מטרות חדשות. הדיון במטרות הוא משמעותי ביותר, על מנת לוודא שהחונכות תהיה שיקומית ותיקח חלק בקידום תהליך ההחלמה של המתמודד.

החונך יהיה שייך לצוות חונכים, בפיקוח ובהדרכה של הרכז המקצועי של השירות. ההדרכה תינתן במסגרת פרטנית וקבוצתית. עבודת החונכות היא אחת המשימות הקשות בתחום בריאות הנפש, שכן החונך אינו איש מקצוע, ויחד עם זאת עבודתו מצריכה פעמים רבות כלים מקצועיים. העבודה אמנם נעשית במסגרת יחידנית, בסביבתו הטבעית של המתמודד ויש בכך יתרון גדול של שירות נתמך, אולם יש גם קשיים רבים. החונך עובד לבד והוא מתמודד עם שגרת היומיום של אדם בודד, במסגרת שאינה מוגדרת והיא חסרת גבולות ברורים.

כפי שקיים קושי בהגדרת החונכות והגדרת תפקיד החונך, קיים גם קושי ואף הימנעות מהגדרה ברורה של גבולות הקשר. תמיד עולה השאלה האם החונך הוא חבר, מדריך, אח-בוגר, מלווה, מטפל וכדומה. שאלת ההגדרה מתחדדת גם לאור המסגרת, הזמן והפעילויות שבהם הקשר מתנהל. (לדוגמה, בית המתמודד, בתי קפה, או קניון הם מקומות שבהם נעשית פעילות בדרך כלל עם חברים).

פעמים רבות החונך צריך להתמודד גם עם משפחתו של המטופל - משפחה שעוברת בעצמה משבר (אבל, אכזבה מהבן או הבת, תקוות ותוכניות שנגוזו, סטיגמה אישית וסביבתית). משפחה כזאת מתמודדת עם קושי, תסכול, אין אונים ובלבול במפגש עם מערכת בריאות הנפש, וכשמגיע החונך, מופנות כלפיו כל התקוות, הציפיות והאכזבות.

בנוסף לזאת קיימת מצוקה בסיסית שהמתמודד מביא עימו (פסיכזה, דיכאון, ייאוש, חוסר מוטיבציה, חרדות וכד'). זוהי מצוקה שמציפה ולפעמים אף "מדבקת", ולא תמיד יש לחונך (או לכל גורם טיפול מקצועי אחר) את הכלים להתמודד איתה. במצב זה ההדרכה לחונך הכרחית. הדרכה פרטנית מאפשרת לחונך להעלות את קשייו האמיתיים במסגרת בטוחה, לבחון את מקומו ולעזור לו לעשות את ההפרדה בין התחושות שלו לאלו של המתמודד. כאמור, החונכים אינם אנשי מקצוע ופעמים רבות הם חסרי ידע בתחום, ועל כן תפקידה של ההדרכה הוא גם פסיכו-חינוכי - היכרות עם מהות השיקום וההחלמה ומתן כלים לעבודה היומיומית עם המתמודד. הדרכה קבוצתית יוצרת תחושת שייכות משמעותית ("אני לא לבד, זה לא קורה רק אצלי") ואפשרות הפרייה הדדית.

מרכיב נוסף, שהמתמודדים מציינים כייחודי וכמשמעותי בקשר החונכי, הוא ההדדיות והשיוויוניות. בניגוד לקשר עם רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים, שפעמים רבות הוא קשר פטרוני, היררכי, שבא מלמעלה, מתארים המתמודדים את יחסי החונכות כשונים, בכך שהם אינם פציינטים או מקרי צדקה שצריך לעזור להם. הם נהנו מהתחושה, לפעמים לראשונה מזה זמן רב, שהם בעלי יכולת לתרום למערכת היחסים בדרכם, בכך שגם הם יכולים לתת עצה ותמיכה ולא להיות רק מקבלים סבילים של טיפול. פתאום יש להם מקום בחברה וזה גורם להם להרגיש "נורמלים" כמו כולם, כפי שתיארה מתמודדת: "הייתי רצויה ועשינו הרבה דברים כיפים ביחד. אפילו כשהיינו בנפרד, התחושה של "היחד" עדיין הייתה שם".

תחושה של אהבה ללא תנאי שמתמודדת אחרת החלה לחוש, הפכה את מערכת היחסים לכזו שבין שווים: "עברתי ממצב של 'דואגים לי' למצב של 'אני דואג גם לאחר ואיכפת לי גם מהאחר'".

להלן התייחסויות נוספות של מתמודדים:

"ההדדיות היתה בעובדה ששני אנשים מחליטים ביחד איזה דברים לעשות יחד".  
"בתחילה נשאתי עיינים לחונכת ותוך כדי הקשר 'גדלתי' למקום שהחונכת נמצאת בו. חלק מה'גדילה', היה לקבל את עצמי כפי שאני, בלי להרגיש צורך לרמות אחרים".  
"... גם אני יכול לתת בחזרה משהו בעל ערך".

"יש דברים שהחונך עושה ואני לא, אבל יש דברים שאני עושה והוא לא".

החונכים תיארו את השינוי כך:

"הבנתי מהר מאוד שחוף מההנאה והתועלת שלו מהמפגשים שלנו, גם אני יכול ליהנות מהם ואפילו ללמוד דברים חדשים".

"המפגשים עם מ' לוקחים אותי לא פעם למקומות שאני לא בטוח אם הייתי מגיע אליהם לבד".

"כל פגישה עם ת' מהווה קרקע ללמידה חדשה של שני הצדדים ושביעות הרצון מהחונכות היא הדדית".

### השפעות לטווח ארוך

כאמור, בישראל החונכות היא שירות "צעיר" ועדיין לא נחקר ונבדק מספיק בצורה מדעית אקדמית. גם בעולם לא קיימת ספרות רבה אשר בחנה ובדקה את השירות ואת השפעותיו לטווח הארוך על חייהם של המתמודדים. על מנת לבסס ולהרחיב שירות חשוב זה, יש צורך בבדיקה ובחקירה של הפוטנציאל של הקשר החונכי, כמקדם החלמה וכמעלה את איכות חייו של האדם המתמודד.

חלק זה מתבסס על מחקר כמותי ואיכותני אשר בחן פרוייקט שנערך באוניברסיטת ייל בארה"ב בשנות ה-90' ופורסם במאמר בשנת 2004 (Staehele, Stayneer & Davidson). הוא מתאר פרויקט שנקרא "החברות", ומתבסס על סיפורי חונכות של שני מתמודדים. כמו כן אסתמך על דברים שנאמרו על ידי המתמודדים, החונכים, בני המשפחה, גורמי טיפול ועל תוצאות שנראות בשטח.

בנוסף להרגשת ה"ביחד", שאותו מציינים רבים מהמתנסים בקשר החונכי, קיימים מספר רווחים והשפעות לטווח הארוך: אחד מהם הוא תחושת הנוחות שחשים המתמודדים בחברת אנשים בכלל, ובעקבות כך - האפשרות להרחיב את הקשרים החברתיים.

אחת החוויות המשמעותיות שמציינת מתמודדת היא הידיעה והתחושה שיכולים להיות עוד אנשים שיהיה להם איכפת ממנה. מתמודד אחר למד להיות פחות עצבני ורגוע יותר בסביבת אנשים זרים. הוא הרגיש שהוא יכול להעמיק את הקשרים האחרים שהיו לו ושהוא צריך פחות ופחות לשמור מרחק. "הרגשתי יותר נוח לצחוק, להתבדח וליהנות. הקשרים הפכו לישירים יותר ויכולתי ליהנות מהם." דרך הקשר עם החונך הוא הכיר אנשים נוספים. אחת התחושות המשמעותיות שהוא חווה הייתה "לא לפחד לתת לאנשים ולקחת חזרה מאנשים".

מתמודד נוסף העיד שהחונכת שיפרה אצלו דברים רבים, בעיקר בתחום התקשורת עם אנשים. היא הקלה לא מעט על הבדידות שלו ועזרה לו לצאת מהבית ולהתמודד עם המציאות.

השפעה נוספת היא העלאת הערך העצמי. כפי שמתואר במאמר (Staehele & 2004, Stayneer, Davidson), ההתנסות החזירה למתמודד את האמונה שהוא יכול להיות חלק מהעולם החברתי, שיש לו משהו בעל ערך לתרום ושהוא שייך כמו כל אחד אחר. כך העיד אחד המתמודדים:

החונכות הייתה משמעותית מאוד בשבילי כי הבנתי שאפשר להיות בחברתי גם בלי להשתעמם ואפילו ליהנות מהשהייה איתי. החונכות מצמידה שני אנשים ביחד, שבנסיבות אחרות אולי לא היו נפגשים, לכן קשה לפעמים להעריך עד כמה חונכות אמיתית... עד כמה

החונך באמת מעריך אותך ואוהב להיות בחברתך או עד כמה זה בגדר "עבודה" שהם עושים ובעצם לא כל כך אוהבים את חברתך. לפעמים יש לי מחשבות על כך, אבל ההרגשה

שלי היא שלחונכת שלי באמת כיף להיות בחברתי. מתמודד אחר מתאר כך את ההשפעה: זאת הפעם הראשונה שהייתה לי ההזדמנות לטייל בחיפה ולהסתדר בעצמי במקומות חדשים... אהבתי את הטיול, היו לי הרבה חששות מהנטיעה ובסוף הכל הסתדר. היום הזה חיזק את הביטחון העצמי שלי והגביר את תחושת העצמאות, וזו רק דוגמה אחת מהרבה חוויות משותפתו שלי ושל שלומי.

השפעה נוספת מתקשרת לתקווה, לבניית שאיפות ולתוכניות לעתיד. הקשר, העלאת תחושת הביטחון והערך העצמי, ההתנסות בפעילויות שונות וההתנסות בבחירה, כל אלה מהווים קרקע לפיתוח תחושת התקווה ומתוך כך - לבניית שאיפות ותוכניות לעתיד. מ' העידה כי מערכת היחסים בתהליך החניכה הייתה אבן דרך משמעותית בבניית שאיפותיה ותוכניותיה לעתיד. היא החלה לקוות וסיגלה תפיסה אופטימית יותר כלפי חייה וכלפי העתיד. החיים הפכו מבלתי אפשריים לברי השגה ואמיתיים (Staeheli, Stayneer & Davidson 2004).

עבודת מחקר של מירב כהן וגיתית פולק, סטודנטיות בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, בדקה את עמדות החונכים (כ- 10% מהם מתמודדים בעצמם), כלפי התרומה של עבודתם להם ולחניכיהם. השערת המחקר הראשונה הייתה כי תפיסת החונכים את עצמם כמקבלים מהחונכות תהיה גבוהה יותר מתפיסת עצמם כנותנים, אולם השערה זו לא אומתה. נמצא שתפיסת החונכים את עצמם כמקבלים מהחונכות נמוכה באופן מובהק מתפיסתם כנותנים. החוקרות ציפו כי התוצאות יהיו הפוכות, והתפלאו לגלות כי רוב החונכים אינם חשים שווי ערך למתמודדים מבחינת התרומה. נראה כי הדבר נובע מסטיגמה הקיימת עדיין גם בקרב אוכלוסיית החונכים.

מניתוח תוכן של התשובות לשאלה מה מקבלים החונכים מהחונכות, עולה כי התועלת הגדולה נעוצה בסיפוק מהתקדמות החניך, מקבלת פרופורציות ומההיכרות עם המחלה. מניתוח תוכן של תשובות הנבדקים (החונכים) לשאלה על דברים שהחונכים נותנים למתמודדים, נמצא כי הדברים החשובים הם: יציאה מהבדידות, נוכחות של חבר, קבלה כאדם, הקשבה אמיתית, שיויוניות, הקניית מיומנויות של התנהגות בחברה, תמיכה וחום אנושי (כהן ופולק, 2005). אין ספק כי קיימת הקבלה בין תפיסת החונכים כפי שהיא עולה ממחקר זה לבין תפיסת המתמודדים כפי שהוצגו לאורך הפרק, לגבי הדברים המשמעותיים שמעניקה החונכות.

זהו מחקר חשוב, אך הוא ראשוני, ולכן יש צורך להמשיך ולחקור את תחום החונכות גם בארץ. כהן ופולק (2005), ציינו בעבודתן מספר רב של כיווני מחקר נוספים שיש לבדוק, והחשוב מביניהם לדעתי הוא בדיקת עמדותיהם של המתמודדים לגבי תרומת החונכות בכלל וכמרכיב בתהליך ההחלמה בפרט. לסיום, ברצוני להציג את חוויותיהן של שתי חונכות. הדברים מציגים את החוויה האישית, את הקשיים, החסרונות והרווחים של החונכות ומעלים שאלות חשובות.

### סיפורה של חונכות – ענת סלונים

איך כותבים על תקופה? איך כותבים על מפגש? איך כותבים על הצצה נדירה לחייו של

האחר? קשה. כמעט קשה כמו לעשות את זה.

בהתחלה חשבתי שאני באה לעבודת "חלטורה". הגעתי לעבודת החונכות במהלך לימודי לתואר השני בטיפול באומנויות. היה בכיסי כבר תואר מדופלם בפסיכולוגיה, מאות שעות טיפול אישיים ואפילו ניסיון קל בעבודה. כל אלה גרמו לי לחשוב שעבודת החונכות היא רק עבודה עראית שתלווה את לימודי עד שאוכל לעשות את העבודה ה"אמיתית", שהיא כמובן הטיפול. ציפיות לא גבוהות להגיע איתן, ולהן התלווה תחושה נוספת: רציתי לראות מי האנשים שמתחבאים מאחורי ההגדרות, המאמרים הרבים והתיאוריות השונות. עמוק בלבי חשתי שכל הידע שרכשתי, לא רק שלא הפגיש אותי עם ההתמודדות האמיתית של האנשים שאולי יצרכו את שירותי בהמשך, אלא אולי ההפך. חשתי לא מעט את היד הקלה על ההדק ה"אקדמי" - אותו הדק שמדבר על "ההם", "הסכיזופרנים", "הביפולרים", במילים אחרות - כל מי שהוא לא אנחנו. זכרתי באיזו חרדה בחנתי את עצמי אל מול הגדרות ה-DSM, ובאיזו הקלה הבנתי שזה לא אני. למרות שיש בהגדרות אלו מן הנוחות, וזה התגלה עוד יותר במהלך עבודתי כחונכת, חלחלה בי יותר ויותר תחושת אי נוחות כששמעתי לראשונה על החונכות. וכך, מלווה בתחושות האלו, פגשתי את נ' – החניך הראשון שלי. נ' הוא בחור בשנות העשרים לחייו. כל שידעתי עליו זה שהוא צייר מוכשר ביותר, בעל הפרעת קשב ודיסלקציה, ושהוא חי בבית הוריו שאליהם הוא קשור מאוד. בפגישתי הראשונה איתו, בליווי מספר אנשים, שלא אני וכנראה גם לא הוא ממש הכרנו, הוגדרו לנו יעדים כמו לסדר ביחד ספריית וידאו, לנסוע באוטובוסים ועוד כמה דברים שלמעשה לא ממש חזרו לפגישות בינינו עד לסופה של מערכת היחסים שלנו. כבר מהפגישה השנייה הרגשתי שאני מחבבת את נ'. הוא התגלה כבחור מאוד משכיל וסקרן והפגישות איתו התגלו כחביבות ומהנות באופן מפתיע. אני אומרת "באופן מפתיע", משום שלאורך כל התקופה הראשונה חשתי שמהו חסר. חוץ מהעובדה שהיעדים האופרטיביים שהוזכרו בתחילה התגלו במהרה כלא מעניינים את נ', לא הוזכרה אפילו לרגע העובדה שנ' סבל ממחלת סכיזופרניה פרנואידית, שהשפיעה מאוד על חיי היומיום שלו, בהופעת מחשבות שווא וחרדות עצומות. ראוי לציין שלא ידעתי מה קורה, חוץ מפרטים יבשים ונ' לא חש שהוא יכול לספר לי, ולכן במשך מספר חודשים ניהלנו קשרי ידידות כשאנו עוסקים בשאלות קיומיות כמו איך מתחילים עם בחורה, או מי יפה יותר - ג'וליה רוברטס או ניקול קידמן. אני כותבת על התקופה הזו בתחושות מעורבות. אין ספק שהעובדה שנ' לא חש אז בטוח מספיק לחלוק איתי את ההתמודדויות היומיומיות שלו מצערת אותי. אולם דווקא אז הקשר בינינו הלך והתפתח ונוצר קשר חברי. זה הקשר שהיום בדיעבד אני רואה בו את המהות הבסיסית של החונכות, ואילו אז, ממקום של חוסר ביטחון ולא מעט חרדה, לא יכולתי לראות. כמובן שהחרדה, כמו רוב החרדות, מצאה לה ערוצים שונים כמו תסכול רב מ"יעדים לא ברורים", מ"שטחיות" בקשר ומ"בזבז זמן" – תחושה שחזרה לא מעט בראשית הקשר שלי עם נ'.

כתוצאה מהחמרה במצבו של נ', הוא לא יכול היה להסתיר את ה"סוד" כדבריו וסיפר לי שהוא סובל ממחשבות מציקות, על אף שהוא חוזר ומסביר לעצמו ולאחרים שהן מחשבות שווא. הוא תיאר לי חרדה גדולה ותחושת רדיפה גם כשישבנו בבית קפה והמלצרית התבוננה בו. גם כאן



ההתמודדות שלי הייתה לא קלה. החשיפה הראשונה שלי לעוצמות הטרור שיכולה להשליט "המחלה" הייתה קשה ביותר. הרגשתי תחושות הזדהות שגרמו לי פחד גדול ובעיקר הרגשתי שאני מועברת מתפקיד הידידה אל תפקיד המטפלת. למעשה אני העברתי את עצמי למקום הזה כי שם היה בטוח יותר. שם שוב היה ברור הגבול ביני לבין נ'. שם יכולתי להשתמש במונחים כמו 'הזדהות השלכתית', לתאר חלומות שחלמתי ובעיקר - שם יכולתי לעשות סדר בכאוס שהשתלט על חייו של נ' ובעקבות זאת בקשר שלנו. אבל שם גם התחיל נ' לאבד עניין בקשר.

מאז אותה תקופה ליוויתי שלושה מתמודדים ועבדתי כחונכת במשך שנתיים, אולם דווקא בתקופה ההיא אני מוצאת יותר מכול את ההגדרה של החונכות ואת האתגר העצום שטמון בה. כשחונך שם גבול ברור בינו ובין החניך שלו הוא חוטא לתפקידו, ומצד שני הוא חייב לעשות זאת.

פה טמון בעיני הפרדוקס וטמונה האומנות כולה. חונכות בעיני חייבת לכלול "בזבז זמן". כי הרי המשמעות האמיתית של "לבזבז זמן" היא לחיות. רוב האנשים לא חיים בכל רגע ורגע על מנת להשיג מטרה, להשלים מטלה או להיות יעילים. רוב האנשים "מבזבזים" זמן על בילוי עם חברים, הליכה בקניון, צפייה בסרט או באנשים אחרים או סתם בטלה. זה מה שעושה אותם בריאים, ושם גם נמצאת השפיות שלהם.

לרבים מהחניכים הנעזרים בחונכות נלקחת הזכות לשפיות הזו. הזכות להעביר זמן, לבלות - לא עם מישהו שבא לתקן בהם משהו, לא על מנת ללמוד מיומנויות ולא על מנת להשתפר. פשוט לבלות. בעיני רוחי אני רואה את קברניטי מוסד החונכות מתרעמים כשאני כותבת "לא על מנת ללמוד מיומנויות", אך אני מאמינה בכנות שהמיומנויות הן לפעמים, רק לפעמים, אמצעי מעולה "לבזבז זמן" ביחד. לי כחונכת ההבחנה הזו, שאליה הגעתי אט אט, מאוד עזרה. היא עזרה לי לרדת מהעץ עליו טיפסתי כשבחנתי את מעשיי כחונכת במונחים מקצועיים או פורמליים. העץ הזה שעליו טיפסתי הוא לא רק העץ שלי. לפעמים נדמה לי שמערכת בריאות שלמה חיה על העץ הזה.

שיעור נוסף וחשוב שלמדתי הוא שיעור הבדידות. במהלך עבודתי קיבלתי הדרכה ככל שרק ביקשתי, ועל אף שנעזרתי בה לפרקים, היא לא יכלה לחבוש את הכובע שאותו חובשים רק שניים - החונך והחניך. זו הסיבה שמצאתי את עצמי מתקשה מאוד לחלוק את חוויותי ולהיעזר באחרים.

כאן גם עברתי תהליך בהבנה שלי לגבי מקומה של החונכת בחייו של החניך. המתמודדים השונים שפגשתי חיו בסביבות שונות, חלקן תומכות ומעורבות, חלקן כמעט לא משמעותיות בחייהם וחלקן אף מהוות גורם מעכב בהתמודדותם. כל אחד מהמצבים הללו היווה אתגר לגבי מידת המעורבות שצריכה או יכולה להיות בחייו וסביבתו הקרובה של המתמודד. עלו שאלות כמו - באיזו מידה יש צורך להכיר את בני המשפחה; עד כמה רצוי לשלב אותם בפעילות או

לפחות לעודד את המתמודד לשלבם; ועד כמה לערבם בהגדרת המטרות ובאופי הקשר. מצד אחד התשובה נראית כמעט טריוויאלית, שהרי לא החונך אמור לקבוע זאת. זוהי שאלה שעל החניך לבחור את התשובה לגביה. אולם בתשובה זו, נכונה וראויה כאחת, יש מידה מסוימת של היתממות, שכן בקשר הזה יש שני אנשים לפחות, ולכן חשובה גם עמדתו של החונך או המערכת שמפעילה אותו. מול מערכת זו עומדת דילמה לא פשוטה - האם להשאיר את ההחלטה למתמודד על מנת לכבד אותו ואת העדפותיו או להחזיק בעמדה לפיה סביבתו של החניך, משפחתו וחבריו היו בחייו לפני החונכות ויישאר שם אחריה, ולכן אם לא תיעשה איתם עבודה כלשהי, עלולה החונכות והישגיה ללכת לאיבוד. אם סביבתו של המתמודד אינה מעורבת, האם היא תוכל לתמוך בצעדים הקטנים ובהישגים החמקמקים שמתרחשים לפעמים במהלך החונכות?

להלן דוגמאות אחדות:

הוריו של נ' אמנם הכירו אותי, אולם לא היו מעורבים בחונכות במידה שבה היו מעורבים בפעילויות אחרות בחייו, ולכן לא יכלו לספק תמיכה בתקופת המשבר בחונכות, שבה הגדרת המטרות לא הייתה בהירה מספיק ולא תמיד ידענו – נ' או אני - לשם מה אנחנו נפגשים. נ' פנה שוב ושוב להוריו בשאלה זו, אולם גם הם לא תמיד ידעו לענות עליה ולא שיתפו אותי בכך. בפגישת הסיום של החונכות, על אף הקשר הטוב שנבנה בינינו, חלקנו תחושת החמצה על ערוץ תקשורת זה, שיכול היה להיות תומך יותר ולא נוצל במידה מספקת.

חשוב לציין שהדבר נעשה מתוך מחשבה מעמיקה והתלבטויות רבות שלי ושל המדריכה שלי. הדילמה שלנו הייתה לא פשוטה, שכן מצד אחד ידענו שהקשר של נ' עם הוריו הוא חזק ותומך, ומצד אחר האמנו שנ' הוא אדם בוגר ושאת ממטרות החונכות, כפי שגם חשתי מצידו של נ', הייתה להשיג מידה מסוימת של עצמאות שלא הייתה קיימת בקשרים או בפעילויות אחרות. דוגמה אחרת להתלבטות בנושא שיתוף המשפחה הייתה עם ו', בת ה-21 שחיה בבית הוריה. ו' לא יצאה מהבית ולא עשתה שום פעילות לבד. החונכות החלה בפגישות קצרות של דקות ספורות בהן ישבנו יחד ולקח זמן רב עד שנבנה הקשר. הוא כלל פגישות שבהן ו' החליטה בעצמה מה נעשה בהן, ופעילויות כמו טיול בעיר וקניות בקניון. במהלך קשר של כשנתיים זכיתי להתרגש עם ו' על הישגים קטנים אך משמעותיים ביותר עבורה, כמו לבחור פריט בחנות, לשאול כמה הוא עולה או להזמין משהו קטן לאכול במסעדת מזון מהיר. כל אחד מהדברים היה מלווה בסיפוק ובגאווה רבה מצד שתינו.

בבית לעומת זאת הדברים הללו נעלמו. לפעמים נדמה היה לי שו' מקיימת שני "יקומים" מקבילים. החונכות, בה היא מתאמצת, בוחרת ומשיגה, והבית, שם עדיין מתייחסים אליה כאל "נכה" ולא מתפקדת, והיא נשארת בתפקיד הזה. גם כאן הייתה התלבטות בשאלה עד כמה צריך וניתן לשתף את הוריה של ו' ב"יקום" המקביל של החונכות. האם לקחת את התפקיד, שו' לא לקחה ואף לא נתנה לי, ולחלוק עם הוריה את הגאווה על ההישגים הקטנים, או לתת לה לבחור ולעשות זאת כרצונה. גם כאן הדילמה אינה טריוויאלית לטעמי, שכן, שעתים של חונכות במהלך השבוע הן אי קטן בחייה של ו' אולם ניתן לראות גם את הבחירה לספר או לא

לספר כאקט אקטיבי, עצמאי ובוחר של ו'. בשתי הדוגמאות הללו וברבות אחרות התשובה אינה חד משמעית. ההתמודדות עם שאלת מעורבותה של הסביבה צריכה להעסיק גם את המערכת. איך מקיימים את החוזה הברור של מפגש בין שני בוגרים בעלי זכות בחירה וזכות לעצמאות מחד, וכיצד משלבים את הסביבה ואת המערכות התומכות על מנת שפירות החונכות יקבלו עוגנים נוספים ותמיכה נוספת להמשך צמיחתו של החניך מאידך.

דבר זה נכון לא רק לגבי סביבתו האישית של החניך, אלא גם לגבי הדיאלוג הקיים בין המערכות השונות שאיתן הוא בא במגע ושמהן הוא מקבל שירות. נראה לי שמתמודד יכול היה להפיק תועלת רבה יותר מהשירותים המוצעים לו במסגרת סל השיקום או מערכות טיפוליות אחרות, אילו הן היו מתקשרות ביניהן יותר.

#### כמה מילים על חונכות – חגית פרידלנדר

במפגש הראשון עם כל הגורמים המטפלים ניבטות בי עיניים שואלות שתוהות על קנקני. בשיחה מועלים הצרכים, ובאופן כללי מותווית הדרך שבה נתנהל בקשר. ההיכרות הראשונית מסתכמת בלחיצת יד ובהבעת רצון בסיסי שיאפשר את החונכות. אני הולכת הביתה ממפגש כזה עם כל סט תחושותיי, ובתאריך שנקבע חוצה את סף הדלת שמובילה לסוג מיוחד של קשר, שואלת את עצמי כמה אצליח ואם בכלל, ואם אדע לנווט עצמי בתוך משפחה שעדיין זרה לי, במקום חדש עם קודים אחרים. זהו סוג של הצצה לעולמות שלא תמיד הכרתי. אין חוקים או טכניקות נרכשות שאני יכולה לאמץ בסוג כזה של קשר. כיוון שהחונכות אינה מוגדרת כעבודה מקצועית, תפיסת התפקיד היא אישית מאוד, גם אם פועלים במסגרת ויש הנחיות כלליות מהממונים. מצד אחד העבודה היא פרטנית והיעדר המשוב לדרך בה בחרתי להתנהל, מקנה עצמאות ושימוש בחלקים המולדים האישיים האנושיים שבי. מצד אחר, בגלל אופי העבודה, מנקרות תמיד השאלות - האם עשיתי נכון, האם חציתי גבול, האם אפשר היה לעשות טוב יותר במצב הנתון.

בשבילי, להיות חונכת זה גם סוג של אמנות. אם הצלחתי להגיע לעיקר בציור הסקיצה, ולמדתי את מהותו של האדם שמולי, כל שאר הצבעים בהם נחליט לצבוע הם שלנו, ואת כל המנגינות אנו נלחין.

לפעמים נקלעים למצבים משתנים שלא תמיד ידוע לאן יובילו. כאן צריך לגייס את היכולת הפנימית שלנו שתעזור לנו ליצור נוכחות, בעיקר אנושית, שתומכת באדם הזקוק לאהבתנו, ותשומת לב מאוד מסוימת שתוליך אצלו את האמון ותפחית את הקושי, את תחושת הבדידות ואת אי השייכות המאפיינת אותו. צעדי הריקוד שונים מאחד לאחד, וכחונכת אני מנסה להתאים עצמי לכל צעד של המתמודד בזהירות וברגישות ולנסות לקלוט את הצורך החשוב ביותר. לראות מעבר להגדרות את האדם שממול, להבין את שפתו, להקשיב ולהרגיש את מה שהוא מנסה לומר. כל מפגש מוליד חוויות חדשות ומצבים אחרים שאינם קלים תמיד ולא תמיד נעימים. ובכל זאת אני שם, מנסה להקל ולהאיר את החלקים היפים של אלה שמתמודדים.

כך אולי גם סבלם יקטן ועוד קרן חום נעימה תלטף אותם במקומות הכואבים ותיתן להם זיק של רצון ותקווה להמשיך במסע על אף נקודות השבירה שחוו בדרך. לסיכום, המרכיבים העיקריים בחיינו, אשר גורמים לתחושת אושר וסיפוק הם: לעשות דברים, לאהוב דברים ואנשים 'לרצות ולהסתכל על העתיד בתקווה. מתוך ניסיון של שנים בליווי חונכויות- הקשבה לחונכים והדרכתם, הקשבה למתמודדים ולבני משפחותיהם, וקריאת סיפוריהם בנושא, אני יכולה לומר שהחונכות בהחלט מצליחה להכיל את שלושת המרכיבים הללו.

### מקורות

אליצור, א', טיאנו, ש', מוניץ, ח' ונוימן מ' (1997). **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה**. תל-אביב: פפירוס.

**חוק שיקום נכי נפש בקהילה**, התש"ס-2000. לכמן, מ' והדס-לידור, נ' (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. **הדעה הרווחת: ביטאון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית**, 35, 14-17

אורן, א' (2004). הקסם שבחונכות – העוצמה שברעות. **קשרים קסומים – סיפורי חונכות ושיקום** (עמ' 7-8). כנס החונכים הראשון, משרד הבריאות.

כהן, מ' ופולק, ג' (2005). **עמדות החונכים לאוכלוסיית אנשים עם מחלות פסיכיאטריות בקהילה כלפי עבודתם כתורמת להם ולחניכיהם**. עבודה לתואר בוגר, החוג לרפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל-אביב.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gange, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston : Boston University Press

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press

Dean, J.& Goodlad, R. (1998). The role and impact of befriending. *Findings*. Joseph Rowntree Foundation, 038.

Deegan, P.E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.

Deegan, P. E. (2004). Rethinking rehabilitation: Freedom. *The 20th World Congress f Rehabilitation International*. Oslo, Norway. DSM IV-

*Diagnostic and statistical manual of mental disorder.* (1994). Washington DC : American psychiatric association.

Garttner, A.& Riessman, F. (1982). Self-help and mental health. *Hospital & Community Psychiatry*, 33, 631-635.

Lehman, A. F. (1992). The effects of psychiatric symptoms on quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.

Mead, S., Hillton, D.& Curtis, L., (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 134-141.

Solomon, P. (2004). Peer support / Peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 392-401.

Staeheli, M., Stayneer, D.& Davidson, L. (2004). Pathways to friendship in the live of people with psychosis: Incorporating narrative into experimental research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35:2, 233-252.

**פרויקט 'תהילה'**  
**מתמודדים בהחלמה למען עשייה התנדבותית ומעורבות בקהילה**  
**מרכז 'קובו', 'אנוש' עפולה**

מירה פרבשטיין - עו"ס, רכזת אזורית, עפולה והעמקים

### תקציר

הפרק עוסק ביישום 'גישת הכוחות' בעבודה עם מתמודדים בעלי פגיעות נפשית, הנמצאים בתהליך שיקום מתקדם, הגיעו להחלמה ובחרו לצאת למסע של מעורבות בקהילה ושל עשייה התנדבותית. הפרויקט נקרא 'תהילה', וכשמו כן הוא - מביא למחלימים כבוד ומאפשר נגיעה קלה בתהילה. הפרק יציג את התהליך ואת הנרטיב שהתגבש, ויתאר כיצד המתמודדים הופכים מפסיביים למעורבים, מנעזרים לעוזרים, מנתרמים לתורמים. המושגים 'שיקום', 'החלמה', 'העצמה' ו'הנרטיב המועדף' משמשים מסגרת מושגית בסיסית למפגש עם פרויקט 'תהילה' הלכה למעשה.

### מבוא

'גישת הכוחות' - השקפת עולם ופרקטיקה מקצועית. 'גישת הכוחות' (The strengths perspective) משתייכת לגישות הפוסט מודרניות (כהן, 2000), ושורשיה מצויים בתחום העבודה הסוציאלית הקלאסית. אין מדובר בגישה מהפכנית. הגישה משיקה לזרמים שונים, במיוחד לזרם הפונקציונאלי (Robinson 1930; Ripple & Smalley 1967; Faatz 1953; Alexander 1964). ניתן לראות שחלק מרעיונות הגישה משולבים בספרות המקצועית העוסקת בשיקום נפגעי נפש (Rapp & chamberlain, 1985; Anthony Cohen & Farkas, 1990), (וכן בגישות אחרות, כגון: לוגותרפיה (פרנקל, 1970), טיפול מציאותי (כהן וסורדו, 1983) וגישות נרטיביות (וויט ואפסטון, 1999).

כוונת גישה זו לאחד את הרעיונות לכלל גישה ולהפכה לאידיאולוגיה ייחודית של מקצוע העבודה הסוציאלית (כהן, 2000; כהן ובוכבינדר, 2005). 'גישת הכוחות', מדגישה את העקרונות ואת הערכים שעליהם מושתתת עבודתו של העובד הסוציאלי ומאתגרת את המחשבה בשאלה האם כל מרכיבי עבודתו נעשים מתוך כבוד ובהתאמה לערכי המקצוע (Weick, Rapp, Sullivan, & Kisthardt, 1989).

עובדים סוציאליים יודעים שתוכניות טיפול ושיקום מוצלחות מתמקדות בכוחות ולא בחולשות. אוריינטציה זו מנתבת את המאמצים לחלקים הבריאים של מבקשי העזרה ומסייעת להם לגדול ולשגשג. 'גישת הכוחות' ישימה לכל אדם - מכור לאלכוהול, נגוע סמים, פגוע אלימות או מי שסובל ממחלת נפש. נקודת המוצא היא הגישה שמביא העובד הסוציאלי למפגש המקצועי, יחסו לאדם והאמונה כי לכל אדם באשר הוא יש כוחות. תפקידו של העובד הסוציאלי הוא לאתר את מוקדי הכוח והחוסן ולאפשר לו להרחיב אותם למקום של 'יש מוצא'. התקווה והאמונה

היא הכרחית בעבודה עם כל מבקשי העזרה, ובפרט עם נפגעי נפש (לכמן, 1998; פלניצקי ופרבשטיין, 2005). בגישה זו לא מקובלים מושגים כמו 'התנגדות' או 'לא הצלחנו', אלא 'עוד לא מצאנו את הדרך'.

ההתערבות ב'גישת הכוחות' היא מתוך עיקרון של ראיית השלם. ההתבוננות היא על הפוטנציאל ועל כוחות שיכולים להתגלות בכל החוויות של האדם, בתפיסותיו ובמצבי חייו השונים. אין דרך אחת שהיא מוצלחת וברורה, יש אינספור אפשרויות. ב'גישת הכוחות' אין תפיסה של מציאות מוחלטת וידועה מראש. אין גישה אמפירית הכפופה לתאוריה ולהנחות מוקדמות. השלם מבוסס על ראיית הצמיחה כתהליך פעיל של הבנייה ושל ארגון משמעות, כלומר ישנה אוריינטציה ליצירת וריאציות ונרטיבים חדשים. כהן (כהן, 2000), גורס כי עובדים סוציאליים המאמצים את 'גישת הכוחות' מוותרים בכך על הכוח שבעמדת 'המומחה היודע את האמת', ומאמצים עמדה של אי-ידיעה מראש, גם במחיר של אובדן ביטחון או חרדה מסויימת. אין בזה ויתור על התפקיד והייעוד של העבודה הסוציאלית, שכן המטרה היא ליצור דיאלוג ומסע משותף אל המשמעות המתהווה בתהליך לקראת הבנייתם של נרטיבים פתוחים ומאפשרים יותר. המסע אל הנרטיב המתהווה הוא מסע אל הלא נודע.

מי שעושה שימוש בגישה זו מגלה שהקשר עם הפונים לטיפול נעשה פחות פטרנליסטי (Cohen 1999). כך למשל מחקרה של פקר (2000), על תהליכי שינוי מקצועיים בקרב עובדות סוציאליות מקבוצת 'יחדיו', הראה שקשר שהיה מאופיין בעויינות ובחשדנות עם הלקוחות התפתח לקשר של שותפות, אמון וחיבה בעקבות ויתור על 'תפיסות מקצועיות' ועל עמדת 'המומחה', 'המחנך' ו'המציל', לטובת פתיחות, גמישות ויכולת הכלה. פקר מסכמת את דבריה באומרה: "אולי כולנו, העובדים הסוציאליים, נתבעים היום לשנות את עצמנו אם ברצוננו ליצור ולפתח דרכי התערבות הולמות יותר" (פקר, 2000).

בשנים האחרונות פורסמו מאמרים שונים שתיארו יישומים של 'גישת הכוחות' באוכלוסיות רבות ומגוונות כמו עבריינים (Clark, 1998), מתמכרים (Miller & Berg 1995; Rapp, 1997), בעלי מוגבלויות התפתחותיות (Russo, 1999), נשים נפגעות אלימות (Delgado, 1997), וגם פגועי נפש (Rapp, 1998). ההטרוגניות של האוכלוסיות שטופלו בגישה זו מצביעה על התרומה הפונקציונאלית שיש לגישה ביחס לכל אוכלוסייה (כהן ובוכבינדר, 2005).

כאשר אנו בוחנים את יישומה של 'גישת הכוחות' בעבודה עם נפגעי נפש, אנו מוצאים יתרונות רבים, בפרט הלימה בין הגישה ובין עקרונות השיקום (פרבשטיין והידש, 1997; לכמן, 1998; פלניצקי ופרבשטיין, 2005). אימוץ 'גישת הכוחות' בשיקום עשויה להביא תועלת רבה למתמודדים ולעובדים הסוציאליים גם יחד.

### הנרטיב של השיקום

השיקום בתחום בריאות הנפש מאמץ את ההגדרה של ארגון הבריאות העולמי (WHO 1996)

(. לפי הגדרה זו "שיקום הוא תהליך המאפשר לאנשים בעלי פגיעות, מוגבלות ונכות, הנובעים מהפרעה נפשית, להגיע לרמה אופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה".

הגישה השיקומית שואפת לנורמליזציה של החיים. המטרה היא לקדם את המשתתפים בתנאים הדומים ככל האפשר לחיים רגילים, וזאת בהתאם לתרבות ולסביבה שבה חי האדם (פרבשטיין והידש, 1997; לכמן, 1998; בוני, 1999). אוריינטציה זו פתחה אשנב להשתתפות ולהשתלבות בקהילה, מתוך המקום של בחירה חופשית, שוויון הזדמנות ומגוון אפשרויות.

עיון בספרות המקצועית מצביע על אימוץ עקרונות פילוסופיים הנמצאים ביסודות העשייה השיקומית וזוכים להדגשה חוזרת על ידי רבים מהמחברים העוסקים בסוגיה זו (Wright, 1990; Anthony, Cohen & Farkas, 1983; Wright, 1980). העקרונות הפילוסופיים של העבודה הסוציאלית הנידונים הם הזכות להגדרה עצמית (Biestek, 1957; Hollis 1964; Wright 1980), הזכות להיות שווה בין שווים (Garret, Dowd & Emener, 1978; Wright, 1980; Zastrow, 1985; Dowd & Emener, 1980), תפיסת האדם כשומר טוב (Wright, 1980; Hollis, 1964; Wright, 1980), השפעת הסביבה על הפונה (Wright, 1980; Hollis, 1964; Biestek, 1957), שיתוף משפחתו של הלקוח בטיפול (Wright, 1981; Hollis, 1964; Biestek, 1957), גורדון והולצמן, 1991; רוזנפלד, 1993; טוקר ואחרים, 1995 וכן Power, Henderson & Fabian, 1991) וכמובן - שיתוף הלקוח עצמו, (Dowd & Emener, 1957; Perlman, 1957; Deegan, 1988; Wright, 1978). עקרונות אחרים הם ייחודיים לשיקום ומתוארים ע"י פרבשטיין והידש (1997), לכמן (1998), פלדמן (1996) ומנצור (2005).

תהליך השיקום הינו מורכב, בהיותו מבוסס על תיאום פעילות מרובת גורמים, מתוך גישה חברתית הוליסטית הכוללת: צרכנות, אנשי מקצוע, משפחות, מעסיקים וסוכנויות קהילתיות. כמן כן קיימת מורכבות הכוללת היבטים גיאוגרפיים, כלכליים, פוליטיים, תרבותיים וארגוניים המשפיעים על המסגרת בה פועל השיקום (אליצור, 1994, גינת, 1992).

הניסיון מראה שהצלחת השיקום מותנית בהפעלת העקרונות הן ברמת המיקרו (הפרט), והן ברמת המקרו (החברה) (פלדמן, 1996; פרבשטיין והידש, 1997). כיום, בשנת 2006, ניתן לראות פריסה רחבה של מסגרות שיקום והיצע מגוון, המעניק לאנשים עם נכויות נפשיות, אפשרויות בחירה והזדמנויות ממשיות. אפשר לומר שיישומם של העקרונות כפי שתוארו לעיל, מתחיל להגשים נרטיבים שחוקרים רבים שיננו לאורך שנים.

בבואנו ליישם הלכה למעשה את השיקום, נגלה במהרה כיצד 'גישת הכוחות' תואמת את עקרונות השיקום (פלניצקי ופרבשטיין, 2005). 'גישת הכוחות' כהשקפת עולם מאפשרת לאנשי המקצוע להביא אל המפגש המקצועי מסרים של אמונה, תקווה, אנושיות, שותפות ויחסים בלתי היררכיים, בניגוד לאותם מודלים שהיו מקובלים בעבר, לפיהם ההתייחסות לנפגעי נפש הייתה על פי המודל הרפואי והמוקד הטיפולי היה בפתולוגיה (אליצור, 1994). כך למשל, אחד מהפרמטרים הבסיסיים שעיצבו את השיח והפרקטיקה בתחום בריאות הנפש היה -



DSM, שהציע בסיס אמפרי לזיהוי ולתיוג הפרעות נפשיות. ה-DSM בכל מהדורותיו שם דגש על חולשות, בעיות, מחלות וכו' (Cowger & Snively, 2002). לטענת סליבי (Saleebey, 2002), כל אדם יכול להיתפס כאוסף של פתולוגיות, ואם מחפשים - תמיד ניתן למצוא.

ה-DSM הביא לכך שאנשי מקצוע התחילו להבחין בפגמים באנשים וחיפשו תבניות אבחוניות כדי להגדירם. החולה היה 'הבעיה' והוא היה מזוהה עימה (כהן, 2000). כל השאלות היו מכוונות בעיקר לאיתור החסרים והחסכים, ומכאן צמחו אינספור תיאוריות ש'הוכיחו' בעליל את קיומה של הלכות. תפיסה זו צמצמה כל אפשרות להתבונן על כוחות או על פתרונות חלופיים, שהם מעבר לפתולוגיה ה'מאובחנת'. לתהליך זה הצטרפה שפה דיאגנוסטיטית שמוכרת לאנשי המקצוע בלבד.

'גישת הכוחות' יוצאת כנגד השפה ה'מקצועית' המתארת את האנשים ומתייגת אותם לתבניות, כמו: 'משפחה סכיזופרנית', 'מאני-דפרסיבי', 'פראנואידי' ועוד. שפה זו מונעת מהמטפל להבין את הסיפור האישי והייחודי של המתמודד. הזרות של המטופל הופכת להיות מתוכללת לכל האישיות, עד כדי צמצום האפשרות למצוא באדם משהו אנושי, מעבר למחלה (כהן, 2000; כהן ובוכבינדר, 2005). העיסוק המופרז בפתולוגיה לא הוליד תוצאות נלהבות בריפוי החולים ובוודאי לא בשיקומם (פלניצקי ופרבשטיין, 2005).

כיום, מרבית המסגרות השיקומיות שצמחו בקהילה מתבססות על גישות המתמקדות בחלקים הבריאים של נפגעי נפש, ועיקר השיקום מכוון ללימוד מיומנות חיים באמצעות הרחבת הכוחות. שאלות מפתח בגישה זו הן: מה היית רוצה לעשות? מה החלום שלך? מה מעניין אותך? מה היה עוזר לך לעשות את זה ואת זה? מי האנשים שיכולים לתמוך בך? ושאלות דומות אחרות.

**עמותת 'אנוש'** הוקמה לפני 27 שנים והייתה בין הגופים החלוציים, אשר הקימו מסגרת שיקום בקהילה ואימצו השקפת עולם ואוריינטציה כפי שתוארה לעיל. 'מרכז קובו' – סניף 'אנוש' בעפולה, הוקם בשנת 1987 כקומפלקס שיקומי אשר מעניק שירותים נרחבים לאוכלוסיית נפגעי נפש ובני משפחותיהם והוא כולל: דיור מוגן, הוסטל, מועדון תעסוקתי, תעסוקה נתמכת, מועדון חברתי, קבוצות תמיכה למשפחות ועוד. מאז הוקם הסניף התפתחו נפגעי הנפש זכו לחוות החלמה, צמיחה והגשמה עצמית (פרבשטיין והידש, 1997; פלניצקי ופרבשטיין, 2005). פרויקט 'תהילה', צמח באופן טבעי כהמשך לרעיונות ולעקרונות השיקומיים שעליהם מושתתת המסגרת של 'אנוש' כפי שתוארה לעיל.

תיאור מפורט של היישום ב'מרכז קובו' נמצא בספר 'שיקום נפגעי נפש בקהילה' (פרבשטיין והידש, 1997), ובספר 'מן הכוח אל הפועל' (2005), בפרק העוסק ביישום 'גישת הכוחות' בשיקום נפגעי נפש בקהילה. הפרק שלהלן יתמקד בתיאור פרויקט 'תהילה' שהתווסף לכלל התכניות השיקומיות הקיימות ב'מרכז קובו' והוא מתנהל על טהרת ההתנדבות.

### הנרטיב של ההחלמה

החלמה והבראה הם מושגים נבדלים בהקשר של בריאות נפשית. הבראה (Cure), מתייחסת לחזרה אל מצב בריאותי תקין שהיה. לעומת זאת החלמה (Recovery), מתייחסת למצב של תפקוד אישי וחברתי למרות המגבלות הבריאותיות הקיימות (לכמן, 1998).

דוידסון ושראוס (Davidson & Strauss, 1995) טוענים שלא ניתן לאמוד את ההחלמה על הרצף בריאות וחולי, ומאפיינים את ההחלמה במספר פרמטרים: כוונה, תפיסת זמן, היכולת לתפקד לצד מגבלות וחולשות, הבנייה ונתינת משמעות לחיים. כיום ידוע שהחלמה ממחלות נפש, אפילו מהחמורות שביניהן, הפכה למציאות שלא ניתן עוד להתעלם ממנה. מחקרים שבדקו החלמה בקרב אנשים שלקו במחלת נפש הראו שכאשר הם נמצאים בטיפול ובשיקום לאורך זמן, חל שיפור במצבם וחלקם מחלימים (Harding, 1980; Ciompi, 1980; Bleuler, 1974; Brooks, Ashikaga, & Strauss, 1987).

בתחום הפסיכיאטריה מוגדרת ההחלמה כתהליך המאפשר לאנשים בעלי נכויות נפשיות, לבנות מחדש גשר אל עצמם, אל החברה, אל סביבתם ואל עולמם הרוחני, תוך התמודדות עם תוצאות הסטיגמה הקיימת סביבם. זהו תהליך של העצמה אישית ושל התאמת העמדות, ההרגשות, התפיסות והאמונות של האדם כלפי עצמו, כלפי זולתו וכלפי החיים. זהו תהליך של גילוי עצמי, התחדשות ושינוי. (Spaniol, Gagne & Koelher, 1997; Deegan 1994). לפי דיגן (Deegan 1994) להיות בהחלמה פירושו להבין שישנן מגבלות מסוימות ושהיו דברים שלא ניתן לעשותם, אולם במקום לתת למגבלות לשלוט בחיים, לומדים לחפש דרך להרחיב את מה שכן ניתן לעשות. ההחלמה היא דרך חיים. האדם הוא ששולט בחייו וההגה נמצא בידיים שלו.

### הנרטיב של ההעצמה

העצמה היא מושג מפתח בגישות הפוסט מודרניות (Saleebey 1996, 2002). השיח על ההעצמה קובע כי אנשים זקוקים לעשייה למען עצמם ולמען סביבתם. פעילות כזו היא חיונית למימוש האנושיות (סדן, 1996). גישות חברתיות אקטואליות קובעות כי שליטה בחיים, בגורל ובסביבה איננה רק המלצה למדיניות חברתית, אלא צורך אנושי מהותי (Gaventa, 1980; Giddens, 1991; Saleebey, 1996). העצמה היא תהליך של מעבר מחוסר אונים, מפסיביות ומניכור, למצב של שליטה, אקטיביות, מעורבות ומימוש האנושיות.

בפרקטיקה של העבודה הסוציאלית, מזוהה ההעצמה כתהליך של עזרה לפרטים, למשפחות, לקבוצות ולקהילות לחיזוק כוחותיהם האישיים, הבין-אישיים, הכלכליים והפוליטיים. (Rappaport, 1987; Barker, 1995). ההעצמה היא בבסיס מקצוע העבודה הסוציאלית, וערכי המקצוע תומכים בהעצמה מתוך הבנה שאנשים מסוגלים לגדול ולהתעצם בסביבה חברתית תומכת. תפיסה זו מתייחסת להעצמה כאל אמצעי לשחרור כוח חברתי ואנושי, המחזק קומפוטנטיות אישית, בין-אישית ומבנית. (Dubois & Miley, 1999). העצמה מתחברת לשיתוף ולראיית הלקוחות כשותפים שווים בהשגת המטרות, והיא דינאמית, סינרגטית ומתפתחת.

ההעצמה יכולה להתקיים גם בגישות שאינן מבוססות על 'גישת הכוחות', אולם 'גישת הכוחות' רואה במרכיב זה עיקרון בסיסי בעבודה עם אנשים הפונים לעזרה. ההעצמה אמורה לאפשר ללקוחות לגלות בעצמם את כוחותיהם ולמצוא פתרונות כאנשים אוטונומיים, ו'מומחים' לעצמם (De Jong & Miller, 1995). הם נעזרים באנשי מקצוע, אך אינם תלויים בהם. הידע אינו המנדט הבלעדי של איש המקצוע, אלא הוא מתחלק בינו לבין הלקוח. הידע נאסף לא רק ממקורות אמפיריים, אלא גם ממידע שימושי הנלמד בחיים.

ההעצמה טומנת בחובה הנחת יסוד כי המשתמשים באמצעים אלה ומחוללי השינוי הם הלקוחות עצמם ולא אנשי המקצוע (Simon, 1990; Lee, 1994; Cowger, 1994; De Jong & Miller, 1995; Saleebey, 2002a), וככל שאנשי המקצוע מעודדים את הלקוחות ומקדמים את שליטתם בחיים, הם נזקקים להם פחות ופחות. השיקום מכיר בחשיבות המרכזית של ההעצמה (Condeluci, 1989; Emener, 1991).

לתהליכי ההעצמה שני יעדים: האחד, להשיג חלוקת משאבים הוגנת ולמנוע יחסי ניצול, והשני, לאפשר לאנשים להשיג וליצור תחושות קומפוטנטיות באמצעות כבוד וביטחון עצמי, ידע ומיומנות (Haynes, 1981; Parkinson, 2000). אנשים הסובלים ממחלות נפש זוהו לאורך שנים ארוכות כאוכלוסייה שסבלה מ'כשל העצמה'. רוזנפלד (1993), מכנה אוכלוסיות אלה כ'אוכלוסיות מובסות' החיות בשולי החברה ואינן מצליחות לצאת ממעגל חוסר האונים, לכן פרקטיקה מעצימה היא חיונית ביותר במפגש המקצועי עם נפגעי הנפש.

בלב ליבה של העבודה הסוציאלית קיימת ההנחה בדבר הקשר בין אדם לסביבתו, קשר המסביר את ההסתגלות האנושית. 'גישת הכוחות' רואה את החוסן בהקשר של יחסים בעלי ערך עצמי. קידום ופיתוח החוסן הנפשי בהקשר זה ניתנים להשגה ביחסים תומכים ובסביבה טבעית (Werner & Smith, 1992). הכוחות יכולים להתגלות בתוך אינטראקציות משמעותיות בסביבה חברתית - משפחה, חברים, קהילה וכו'. לעובד הסוציאלי יש תפקיד חשוב ליצור התנסויות וחוויות חיים משמעותיות. כך למשל, העובד הסוציאלי פועל לגייס כוחות בקרב נפגעי נפש הסובלים מ'דילול כוחות' ומסטיגמה חברתית, וממפה את הכוחות והתהליכים המגינים שניתן לממש אותם בקהילה. קהילה שכלפיה יכולים המתמודדים להגיב וביצירתה הם יכולים ליטול חלק כאנשים אקטיביים, מסייעת בהזנה ובהטמעה של הערך העצמי ושל מסוגלות להצבת ציפיות עצמיות גבוהות. קהילה כזאת מאפשרת מימוש מוטיבציה אישית לצד רכישת מיומנויות לפתרון בעיות, התמקדות במטרות, לימוד לקחים ותיקון טעויות. זוהי התמודדות לכל דבר בתוך מציאות טבעית נורמטיבית, להבדיל מאותן התנסויות מלאכותיות, בתנאי מעבדה וסימולציה. השתתפות בתהליכים טבעיים בקהילה היא יותר מאשר עיקרון של 'נורמליזציה'.

מתוך פרספקטיבה זו נציג את פרוייקט 'תהילה' כתכנית חברתית מעצימה, המפגישה את המתמודדים עם כוחותיהם ומוציאה אותם מהפסיביות ומחוסר האונים למעורבות חברתית שיש בה אלמנטים של שליטה והגשמה עצמית. ההעצמה, בדומה להחלמה, היא גם בעלת

ערך בהבניית ה'נרטיבים המועדפים' של המתמודדים, והזדמנות לצאת מ'מעגל הקסם', ביחס ל'נרטיבים הדומיננטיים' רוויי הפתולוגיה שליוו אותם בעבר לאורך שנים, בהיותם בבתי חולים פסיכיאטרים. הזהות המתגבשת היא תוצר של משמעות והבנייה מחדש (וויט ואפסטון, 1999). זו מתרחשת באינטראקציה עם הקהילה, ומטמיעה לתוכה זהות חדשה המזוהה עם עשייה, מעורבות והצלחה. סיפור הצלחה אחד מוביל לסיפור הצלחה שני. כך מאמצים פרקטיקה מעצימה ולומדים מהצלחות. היבט זה עולה בקנה אחד עם הרעיון של רוזנפלד (1997), המתייחס לחקר סיפורי הצלחות כמנוף ללימוד וליישום שיטתי הלכה למעשה.

### פרויקט 'תהילה'

בפרויקט 'תהילה' משתלבים מתמודדים שהגיעו להחלמה, והם מסוגלים, בנוסף לעבודתם השיקומית ולסדר היום שלהם, להתגייס למשימות התנדבות ולקחת חלק במעורבות קהילתית התורמת במידה רבה גם להגשמה אישית. הפרויקט החל בשנת 2000, ב'מרכז קובו' (סניף אנוש' עפולה) והוא מתקיים ברציפות מזה כחמש שנים. בכל שנה מצטרפים מתמודדים חדשים והם עובדים לצד סטודנטים מהמכללה האקדמית עמק יזרעאל ועובד שיקומי מצוות 'אנוש'. הפרויקט אינו מתוקצב ואין תקנים של כוח אדם, ולכן כל המשתתפים בפרויקט עושים את מלאכתם בהתנדבות, מתוך בחירה חופשית ומחויבות אישית.

### הרציונל להקמת הפרויקט

תרומה לחברה – כל אדם הוא אורגניזם חברתי המונע לעבוד ולתרום לקהילה, החל מהיותו מסוגל לקיים את עצמו וכלה בתרומה לחברה. (Wright, 1980, 1981). ההתנדבות והעזרה לזולת נחשבים לערכים חשובים בחברתנו. מחקרים שעסקו בנושא ההתנדבות מצביעים על הרצון להיות שותפים לערכים הומניטריים כמו התייחסות לפרט במצוקה ועל הרצון לעזור לזולת (Clary & Synder, 1991; Omoto & Snyder, 1993; Clohesy, 1997; Caputo, 2000). במחקרם של פרס וליס (1975), נמצא מניע נוסף והוא המניע החברתי - האפשרות לרכוש ידידים ולהיפגש עם אנשים. זוהי תחושה של סיפוק שתורמת לזהות ולשייכות החברתית המתורגמת בחברה כערך (Mcadam & Paulsen, 1993). פרויקט 'תהילה' מבוסס על האמונה שגם נפגעי נפש, למרות המחלה והקשיים, מסוגלים להצטרף לעשייה קהילתית. זוהי הזדמנות עבור אנשים שחיו במידה רבה בשולי החברה (רוזנפלד, 1993), להצטרף לקהילה ואף לרכוש חברים חדשים ממקום של כוח ולא מעמדה נחותה. לדבריהם: "גם אנחנו עוזרים ומאמצים ערכים מקובלים בהקשר החברתי. עד היום אנחנו נתרמנו מהקהילה, הגיע העת שאנו נעשה למען אחרים".

מחויבות אישית – מחויבות (commitment) מתייחסת למעורבות ולאינטראקציה חברתית במצבי החיים השונים של האדם: מקום עבודה, מוסדות חברתיים שהאדם משתייך אליהם, קשר אישי עם חברים ועוד. המחויבות היא מושג המנוגד לניכור. אדם שיש לו מחויבות אישית, יודע במה הוא מעורב ומה מניע אותו להיות מעורב. המחויבות עוזרת להגדיר יעדים ומטרות בחיים ומהווה במקרים רבים בסיס לתחושת כוח וערך עצמי (Kobasa 1982). המחויבות היא לא רק ביטוי לכוח ולערך עצמי, אלא גם מעניקה תחושת שייכות לקהילה. המשמעות של

השתייכות היא שבמצבי משבר היחיד חש מחוייבות לקהילה, אך גם הקהילה מחוייבת כלפיו. תפיסה זו של מחוייבות מתבססת על המושג "היות עם אחרים" (being with others), מושג השאול מהתאוריה האקזיסטנציאליסטית, המהווה חלק משמעותי בקיומו של האדם. (שמאי, 2005).

פרויקט 'תהילה' מתחבר להיבט של מחוייבות אישית לקהילה שבה חיים משתקמי 'אנוש' בדיוור מוגן ובהוסטל. מרבית הדיירים נפגשים עם אנשי השכונה במקומות שונים: בסופרמרקט, בבנק, ברחוב וכו'. לא אחת נוצרו קשרים של דיירים עם שכן זה או אחר. הקשרים הביאו למחוייבות הדדית כגון השגחה על ילד קטן שהוריו יצאו; עזרה בגידול בעלי חיים של השכנים ועוד. המחוייבות נולדה כחלק מהחיים השגרתיים בתוך קהילה. נושא המחוייבות עלה לדיונים רבים בשיחות קבוצתיות של הדיירים שהרגישו צורך גם הם לתרום לשכונה.

משימות אתגר – אתגר (challenge) משמעו ששינוי או הופעה של גורמים בלתי צפויים המתרחשים במהלך החיים, הם נורמטיביים ולא דווקא חריגים. הציפיה היא ששינויים כאלו יביאו לצמיחה ולגדילה אישית. משימות אתגר מובילות את הפרט או את הקהילה להתמודד עם הבלתי צפוי ולחפש התנסויות חדשות. אנשים הנוטלים על עצמם אתגרים, מגלים בעצמם ובסביבתם כוחות שעשויים לסייע להם בהתמודדויות שונות. היכולת להיחשף לאתגר מאפשרת לחוות חוויות מיוחדות ותורמת להתמודד עם מציאת פתרונות במצבים שונים (שמאי, 2005). עבור נפגעי נפש, ההתמודדות עם אתגר עשויה לתרום לחוסן נפשי ולהתנסות שיש בה אלמנטים של סקרנות, התעניינות, מציאת פתרונות ועוד. יש חשיבות רבה בהצבת משימות אתגריות, שהן מעבר לתהליך השיקום, שבהן יכולים המתמודדים לקחת חלק פעיל ולממש רעיונות יצירתיים משלהם. היבט זה מתקשר גם לרכישת מיומנויות חברתיות וגם לפיתוח כישורים.

כל רעיון מתחיל בשאלת השאלות – מה אני רוצה לעשות? איך אני רוצה לעשות זאת? מתי? למען מי? ומה תהייה היצירה? דיגן (Deegan 1988, 1994), שדנה בנושא ההחלמה, גורסת כי השיקום מתייחס למקרו (העולם) שבו עומדים לרשות נפגעי הנפש שירותים וטכנולוגיות כדי ללמוד כישורי חיים. לעומת זאת ההחלמה מתייחסת למיקרו (הפרט), לחוויות האישיות של האדם. אם כן, ההשתתפות בפעילות למען הקהילה יכולה לתרום להתנסויות אישיות חשובות ביותר, לקדם את המתמודדים בשיקום, וברובד האישי זוהי בעצם ההחלמה בהתהוותה.

העצמה - העצמה היא תהליך של מעבר ממצב של חוסר אונים לשליטה יחסית בחיים, בגורל ובסביבה (סדן 1996). העצמה מזוהה כמושג מפתח ב'גישת הכוחות' (Saleebey 1996), (2002). העצמה בהקשר הרלוונטי אמורה לאפשר ללקוחות הזדמנות להתנסות בבחירה חופשית, בקבלת החלטות, ביזמות אישית ועוד. פרויקט 'תהילה' מזמין את המתמודדים לצאת מפסיביות למעורבות בקהילה, להחליף את הניכור וחוסר האונים בעשייה ובהגשמה אישית ולאמץ הצלחות כמנוף ללימוד מסיפורי הצלחה (רוזנפלד 1997). סדן (1996), מציינת את מתן העזרה כמרכיב חשוב בהעצמה: "מתן עזרה חייב להיות חלק מכל התנסות בקבלת

עזרה. חשוב שהאדם הזקוק לעזרה ידע ויאמין שגם הוא מסוגל לעזור לאחרים" (סדן, עמ' 157). האפשרות לתת עזרה היא מרכיב חיוני גם בהפנמה של מסר אישי ('אני מסוגל', 'יש לי יכולת').

נפגעי הנפש היו רגילים לאורך שנים להיות בצד של מקבלי העזרה, הם אלו שהקהילה הייתה נרתמת עבורם. כך למשל ב'אנוש' משתלבים מתנדבים מזה כ-15 שנה. המתנדבים מגייסים משאבים ועוזרים למשוקמים, אולם מעולם לא היה מצב הפוך כי היה מובן לכולם שהם הנתרמים והמתנדבים עומדים לרשותם. פרויקט 'תהילה' הופך את המשתקמים מנעזרים לעוזרים, מנתרמים לתורמים, ממנוכרים למעורבים ובכך מחזק את הדימוי העצמי שלהם.

שיפור יחסי הציבור והעמדות כלפי נפגעי נפש - כידוע, נפגעי נפש ובני משפחותיהם סובלים מסטיגמה חברתית (פרבשטיין והידש, 1997). הסטיגמה הקשורה למחלת נפש מושרשת עמוק בציבור הרחב. מצב זה מחייב השקעה רבה וסבלנית בשינוי אקטיבי של עמדות הציבור באמצעות התערבות פורמאלית ולא פורמאלית, ישירה ועקיפה, עם גורמים שונים ומגוונים ברמות הממסד והציבור לסוגיו (פלדמן 1999). שינוי עמדות יכול להיות בעל עוצמה, כאשר האוכלוסייה הפגיעה בעצמה יוצאת למסע של שינוי והתמודדות עם הסטיגמה. פרויקט 'תהילה' טומן בחובו הזדמנות פז לשינוי עמדות, מתוך מפגש פנים אל פנים עם הקהילה. זוהי הזדמנות להבניית נרטיבים מועדפים על פני הנרטיבים הדומיננטיים והסטיגמטיים שהיו מנת חלקם של נפגעי נפש. כאשר הקהילה נחשפת ושומעת שנפגעי נפש יוצאים להתגייסות קהילתית, זה עוזר בצמצום הסטיגמה. הקהילה רואה לנגד עיניה את המתמודדים בעוצמתם, ומכאן הדרך לשינוי עמדות קצרה יותר, במיוחד לאור העובדה שהמשימות של פרויקט 'תהילה' מתפרסמות באמצעי התקשורת ומגיעות לקוראים ולמאזינים רבים.

### פרויקט 'תהילה' - תהליך וגדילה

פרויקט 'תהילה' מבוסס על האמונה שלמתמודדים יש יכולת לתרום מעצמם. זוהי מחויבות אישית שראוי לקחת בה חלק ומכאן נגזרים היעדים והמטרות האלה:

אימוץ ערכים חברתיים והגשמתם בדרך של מעורבות בקהילה, של עשייה התנדבותית ושל מחויבות אישית;

שיפור הדימוי וחיזוק הביטחון העצמי;

פיתוח תחושת העצמאות והיכולת להתמודד עם משימות אתגריות מראשיתן עד סופן

ולקיחת אחריות על התוצאות;

פיתוח מיומנות חברתית וכישורים במציאות אמת;

צמצום הסטיגמה החברתית ושינוי עמדות הציבור.

### המשתתפים בפרויקט 'תהילה'

לפרויקט 'תהילה' מתקבל כל מי שרוצה ומסוגל. בכל שנה מתכנסים משתקמי 'אנוש' לאסיפה כללית שנתית, מדובר בכ-120 משתקמים המשתלבים בתכניות שיקום שונות של המרכז. בתחילת השנה נבחרות ועדות שונות, כגון: ועדת תרבות, ועד המועדון, גזבר ועוד.

לפרויקט 'תהילה' לא נבחרים אלא מצטרפים מתוך בחירה חופשית. בדרך כלל מתגייסים משתקמים שנמצאים בתהליך שיקום מתקדם, מרביתם מוגדרים כמחלימים ומאופיינים בכוחות וביכולות גבוהות. מספר המתגייסים בכל שנה נע בין 10 ל-20. מרגע ההצטרפות מתחילה להיבנות קבוצה.

### **פעילויות הקבוצה**

העלאת רעיונות למשימות בקהילה – סיעור מוחות  
תכנון הפעילות  
חלוקת תפקידים בין המשתתפים  
עיבוד הרעיונות ומעקב אחר התהליך והביצוע  
התמודדות עם הקשיים והיעזרות בקבוצת התמיכה.

לקבוצה מצטרפים סטודנטים של המכללה האקדמית עמק יזרעאל מהחוג לשירותי אנוש ועובדי שיקום מ'אנוש', שתפקידם ללוות את החברים ולסייע להם לפי הצורך, תוך אימוץ פרקטיקה מעצימה.

### **מאפייני המשימות**

הן צריכות לעמוד בקריטריון של מעורבות בקהילה.  
הן קצרות טווח, בנות ביצוע ובעלות תוצאה גלויה.  
הן מתבצעות באופן עצמאי על ידי חברי הקבוצה מראשיתן ועד סופן.  
כל המשאבים מגויסים ע"י חברי הקבוצה.  
בתום כל משימה נפגשים חברי הקבוצה לעבד את המשימה ולהפיק לקחים.  
נערך פרסום באמצעי התקשורת.

להלן תיאור של חלק מהמשימות שבוצעו :

\* **שבוע בריאות הנפש הבין-לאומי** - חברי פרויקט 'תהילה' נטלו על עצמם להקים דוכני הסברה בקניונים ובמוסדות ציבור שונים כמו: קופות חולים, המוסד לביטוח לאומי, לשכת התעסוקה, התחנה המרכזית, בתי ספר ועוד. מטרת המשימה הייתה להביא למודעות הציבור את נושא בריאות הנפש. במפגשים אלו עם הציבור הצליחו החברים לגייס גם מתנדבים שהתעניינו בנושא.

\* **חלוקת סופגניות לחיילי צה"ל** - בחג החנוכה הוחלט להקים דוכן בתחנה המרכזית ולהעניק לכל חייל שירד מהאוטובוס חיוך, פרח וסופגנייה. בשנה הראשונה בוצעה המשימה בשיתוף הוועד למען החייל, אך בשנים שלאחר מכן היא בוצעה באופן עצמאי על ידי המשתקמים.

\* **תמיכה ועידוד לקשישים בבית אבות** - משימת העידוד והתמיכה כללה השתתפות בהקמת סוכה לקשישים וקישוט הסוכה עם הקשישים. במהלך המפגשים סייעו המשתקמים

גם במשימות אישיות לקשיש ויצאו עמם לטיול.

\* **נטיעות בט"ו בשבט** - נטיעת עצים כחלק מתמיכה במאבק למניעת תאונות דרכים, וכן נטיעת עצים בשכונה למען שיפור איכות החיים הסביבתית.

\* **הוקרה למשטרת ישראל** - רעיון ההוקרה למשטרת ישראל נולד בתקופה שבה אמצעי התקשורת תקפו את המשטרה על אוזלת ידה במניעת פיגועים שאירעו בעפולה. המשתקמים החליטו שגם למשטרה מגיע עידוד ותמיכה. הם ראו לנגד עיניהם את העבודה הקשה של השוטרים וחישובו להביע את תמיכתם. המשתקמים הגיעו לתחנת המשטרה המקומית, עברו בין השוטרים וחילקו להם שתיל קטן וכיבוד קל. כמו כן קיימו מפגש ושיח פתוח עם השוטרים.

\* **ארגון מסיבה לקבוצת אקי"ם** - קבוצת אקי"ם נחשבת גם היא לאוכלוסייה הסובלת מסטיגמה שלילית בחברה. משתתפי פרויקט 'תהילה' לקחו על עצמם להזמין את חברי הקבוצה למועדון 'אנוש' ולערוך איתם מסיבה משותפת. למסיבה הוזמנו גם בני משפחותיהם ונערכו בה הופעות וריקודים משותפים.

\* **ביקור בבית חולים – במחלקת ילדים** - הביקור התקיים בחג הפורים מתוך כוונה לשמח את הילדים המאושפזים ואת משפחותיהם, להפעיל אותם במשחקי חברה ולחלק לכל ילד חולה משלוח מנות. חגיגת התחפושות הביאה את 'שושן פורים' עד למיטתו של הילד החולה.

\* **עידוד חולים המאושפזים במחלקה פסיכיאטרית** - מכל המשימות שבוצעו, הייתה זו המשימה בעלת העוצמה הרבה ביותר. משתקמים החיים בקהילה הגיעו למחלקה הפסיכיאטרית והביאו תקווה עם חיור, עם פנים מוארות ועם המסר – 'יש לאן לשאוף, יש עתיד ויש תקווה, תסתכלו עלינו !!'.

\* **השתתפות בהרצאות – במה לשיח פתוח** - חלק ממשימות פרויקט 'תהילה', התמסד ביחסי הגומלין עם מוסדות שונים, בכללם מוסדות אקדמיה, בתי ספר תיכוניים ומתנסו"ם. משתקמים מגיעים בליווי אנשי מקצוע ומשתתפים באופן פעיל בהרצאה ובהסברה על נושא השיקום. סטודנטים שואלים והמשתקמים משיבים. מפגשים כאלו התקיימו באוניברסיטאות, במכללות וגם בחטיבות ביניים ובבתי ספר תיכוניים. המטרה היא ליצור שיח פתוח. מתוך מפגשים אלו נולדים רעיונות לפעילות משותפת בין משתקמים, סטודנטים ומתנדבים. בשנה האחרונה התקיימו שישה מפגשים כאלו עם תלמידי ביה"ס ניר העמק בעפולה.

\* **ביקור ברדיו 'כל רגע'** - סיור והיכרות עם תחנת הרדיו בליווי של חיים הכט. הרעיון היה לעלות לשידורים ברדיו ולהביא את קולם של נפגעי נפש לציבור הרחב. משתקמים רבים נאותו להתראיין ברדיו כשהם מתמודדים עם חשיפה אישית ונוקטים עמדה בסוגיה הכוללת. מעבר להיבט האישי, חברי פרויקט 'תהילה' עודדו משתקמים אחרים לעלות לשידורי רדיו ולהגיב בנושאים אקטואליים הנוגעים לחיים החברתיים, התרבותיים, הכלכליים והפוליטיים.



\* **נקיטת עמדה פוליטית** - במהלך הבחירות לרשות המקומית, חברים מצאו לנכון לעודד מעורבות של אזרחים ותושבים מקומיים. הם יצאו לרחובות, חילקו פליירים ועודדו אנשים להצביע. הם השתתפו בחוגי בית ובכנסים פוליטיים ואף עלו על במות ציבוריות כנואמים ודוברים. ביום הבחירות חלקם עזרו בהסעת אזרחים למוקדי הבחירה. נקיטת עמדה פוליטית חשובה למשתתפים כאזרחים וכתושבים במקום מגוריהם. הם מרגישים כי קולם הוא בעל ערך ולכן רוצים לתת אותו למי שיודע להעריך את העשייה שלהם.

כל המשימות הללו מבוצעות באמצעות גיוס תרומות ומשאבים עצמאיים, ללא כל תקציב וללא כל סיוע חיצוני. אמנם המשתקמים מתנסים בחוויה ייחודית, אולם חשוב לציין כי המשימות אינן פשוטות כלל וכלל והן תובעות התמודדות עם בירוקרטיה מסורבלת, תיאום, קבלת אישורים לביצוע המשימה, קשר עם מוסדות ומגעים עם אישי ציבור (שאינם תמיד סובלניים). משימות רבות דורשות גם אישור מהשטרה ומכוחות הביטחון, כמו העמדת דוכנים בתחנת אגד, וזוהי התמודדות עם מציאות אמת על כל מרכיביה.

מתוך פרויט 'תהילה' צמחו מספר משתקמים שהתגייסו להתנדבות בארגונים אחרים והשתלבו לצד המתנדבים הרגילים. לעשייה זו יש תוצאות גלויות. כאשר מתפרסמת כתבה על פרויקט 'תהילה' בעיתונות המקומית, הפרסום מעורר אצל החברים תחושה של גאווה וכן מהווה במה חשובה בהבניית 'הנרטיבים המועדפים' (וויט ואפסון 1999), שכן אלו הם סיפורים של חוזק, של עצמה, של יזמות ושל מעורבות קהילתית.

### **נרטיבים אישיים מפי המשתתפים**

**מזל** - בשבילי להיות בפרויקט 'תהילה' זה לעשות את מה שאני רוצה ומרגישה. אני מרגישה שאני מועילה ותורמת לאחרים. הביקור במחלקת ילדים והפעילות שיזמתי הייתה מלאה בהתרגשות. היה לי סיפוק. אמא שלי גאה בי, החברים גאים בי, ואני? אני כל כך מרוצה מעצמי, פשוט נפלא.

**מוטי** - אני בפרויקט הזה כבר חמש שנים. אני אוהב את מה שאני עושה. התאמנתי בגיוס משאבים ואני מצטיין בזה, זה צד חזק אצלי. בחנויות מכירים אותי ונותנים לי מה שאני מבקש. הם סומכים עלי ויודעים שהתרומות האלה הולכים לנזקקים, שאנו מתגייסים בשבילם. הצוות לא מפסיק להתפעל ממני. ואני? מוציא מעצמי את מה שתמיד היה בי.

**שילה** - אני טובה בתקשורת ויחסי ציבור. זה הצד החזק שלי. אני בדרך כלל מצטרפת להרצאות באוניברסיטה עם מירה. הסטודנטים מקשיבים לי ושואלים שאלות. אני לא מתביישת מהמחלה, אני לא מתביישת בשום דבר. אני גאה בעצמי. אני שמחה שאני יכולה להביא לסטודנטים את הקול שלנו. אני תורמת להם בכך שהם לומדים ממני מהי מחלת נפש ואיך היא פוגשת אותנו ביום יום. אני קראתי להרצאה הזו: 'מי מפחד מסכיזופרניה?'

**נעמי** - אני לא האמנתי אי פעם שאני אוכל לעזור לאחרים. תמיד אני זו שקיבלתי עזרה. ועכשיו, זו הרגשה עילאית. מאז שאני בפרויקט, אני מסתובבת עם 'נב של טווס!

**סמי** - בזה שאני עוזר לאחרים אני משנה את התדמית שלנו ומביא כבוד ל'אנוש'. אני מצטרף לכל פעילות קהילתית ולוקח הרבה תפקידים עם אחריות גדולה.

**חנה** - (סטודנטית) – זה היה פשוט נפלא ומרגש לראות מה שאפשר להוציא מהם. הם עשו עבודה נפלאה. את כל התרומות הם גייסו בעצמם. לפעמים הרגשתי מיותרת, כאילו הם לא היו צריכים אותי. הם השיגו את האישורים ממחלקת ביטחון באגד, הם ידעו למי לפנות ואיך לפנות. נפלא, מרגש עד דמעות.

**גליה** - (עובדת שיקום) – אני מלווה את הפרויקט הזה כבר שנתיים, ובכל פעם אני נפעמת מחדש מהיכולת של החברים ומהרעיונות המקוריים שלהם. אני מרגישה שאני במסע של שותפות אמת איתם. יחסים בלתי הירכיים, שוויוניים ועשייה משותפת נותנים לי הרגשה של סיפוק מעצם העשייה הזו. גם אני מועצמת מהתהליך הזה.

### **הנרטיב האישי שלי**

את פרויקט 'תהילה' הקמתי לפני כחמש שנים, כשאני חדורה במוטיבציה ליישם את השקפת העולם שאני מאמינה בה ואשר עולה בקנה אחד עם 'גישת הכוחות'. מאז שאני עובדת ב'אנוש' (משנת 1987), ראיתי לנגד עיני את הגדילה והצמיחה של המשוקמים שהחלו את דרכם ב'עיניים עיוורות' ובתחושה של חוסר אונים. רובם הגיעו אלינו מבית חולים פסיכיאטרי הישר להוסטל הראשון שהקמנו בשנת 1990. אחר כך צמחו תכניות שיקום נוספות: תעסוקה, דיור מוגן ועד לקומפלקס המורחב של היום.

אני זוכרת בראשית דרכי ב'אנוש' את רגעי הייאוש, את רגעי האכזבה ואף את הפחדים שהיו מנת חלקי דאז. כל נושא השיקום היה תחום די חדש בארץ. היות שמרבית עבודתי השיקומית הייתה סמוכה למחלקה הפסיכיאטרית, אימצתי נרטיבים הנגזרים מהמודל הרפואי שהתמקדו בפתולוגיה של החולה. אני זוכרת כיצד ראיתי את הסכיזופרנים, הפרנואידיים, את ההפרעות האישיות. מעט ידעתי על הכוח שטמון באדם מעבר למחלה שלו. לעיתים שיננתי משפטים ששמעתי, כמו 'אין מה לעשות עם הפוסטראומתי הזה'. אפשר לומר שגם לי היה נרטיב דומיננטי בתחילת דרכי, אשר הוחלף עם הזמן לנרטיב מועדף שיש בו צמיחה וגדילה. כיום פוקדים את בית 'אנוש' כ-120 משתקמים מטופחים, גאים, שלמדו להכיר בכוחותיהם וסללו את דרכם לשיקום. הרבה מהם הגיעו להחלמה.

לאורך שנים 'גידלתי' עובדים שאימצו אוריינטציה שיקומית הדוגלת בפרקטיקה מעצימה. לצד עובדי 'אנוש' הצטרפו עם השנים מתנדבים וסטודנטים, אשר הוסיפו רעיונות משלהם והתחברו גם הם לפרקטיקה מעצימה. לאחר שנים ארוכות של עשייה שיקומית נולד הרעיון של פרויקט

'תהילה'. פרויקט זה מביא נדבך משמעותי לחייהם של המתמודדים ועתה הם בשלים לקום ולתרום מעצמם. זוהי בעצם הבניית הנרטיב החדש והמועדף של כולנו ביחד, אנשי צוות, מתמודדים ומתנדבים.

### סיכום

בפרק זה תיארתי פרויקט שהחל בשנת 2000 ב'מרכז קובו'. הפרויקט הוא זעיר במימדיו, אך יש לו פוטנציאל גדילה. הפרויקט נגזר מתוך תפיסת עולם ופרקטיקה מעצימה הקשורה בהשקפת העולם של 'גישת הכוחות', גישה אשר תואמת את הערכים והעקרונות של השיקום.

פרויקט 'תהילה' הוא תכנית מאתגרת ומצליחה מעצם קיומה בתוך קהילה וסביבה טבעית. התכנית פועלת בגישה אקולוגית לפיה המתמודדים נוטלים חלק פעיל בתוך סביבתם החברתית. תכנית זו מאפשרת למתמודדים לגלות ולהפעיל את כוחותיהם ומעודדת מתן סיוע מתוך ראיית האחר. ההשתתפות בעשייה מעניקה למתמודדים תחושת שליטה ויוצרת מצב שבו הם מרגישים שהם תורמים ומביאים תועלת לאחרים. זוהי התנסות בחוויה אלטרואיסטית המדגישה את הערך של העשייה למען הזולת ללא מטרות רווח. השתתפות של המתמודדים לצד המתנדבים וחברי הצוות המקצועי היא בעלת חשיבות רבה. אנשי המקצוע אינם משתתפים בפרויקט כמומחים המובילים את הרעיון, אלא נוטלים בו חלק ממקום של שווים בין שווים.

פרויקט 'תהילה' זוכה לאהדה בקרב המשתקמים ובקרב הקהילה. בעוד שבעבר התגייסה הקהילה למען המשתקמים ונרתמה לעזור להם, עתה הפכו המתמודדים עצמם מנעזרים לעוזרים, מנתרמים לתורמים. זוהי נגיעה אמיתית וישירה בתהליך קהילתי אותנטי. זוהי נגיעה בנקיטת עמדה ממקום של שוויון הזדמנויות ושל בחירה חופשית. עבור המתמודדים זוהי חוויה של הזדהות, סולידריות, תחושת שייכות ובעיקר גאווה. המתנדבים והסטודנטים המשתתפים בפרויקט מדווחים על תחושת סיפוק, אינם חוששים מחשיפה אישית ואף מוודאים שעיתונאים ישמעו עליהם ויפיצו בשורתם. הפרסום בעיתונות מקדם אינטרס בהבניית ה'נרטיב המועדף' ותורם לצמצום הסטיגמה.

### מקורות

אליצור, י' (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל: אנטומיה של כישלון. **חברה ורווחה**. יד' (2)

בוני, א' (1999). שיקום תעסוקתי לאוכלוסיית נפגעי נפש – רציונאל ומחשבות לעתיד. **בראי הנפש** (3)

משרד הבריאות ואוניברסיטת תל-אביב, 33-38. גינת, י' (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. **הרפואה**, 123, ז' 'ח'.

וויט, מ' ואפסון, ד' (1990). **אמצעים סיפוריים למטרות טיפוליות**. תל-אביב: צ'ריקובר.

טוקר, ד', וגנר, ע', הראל, ת' וברוק-שפיר, נ' (1995). מודל אינטגרטיבי לעבודה עם משפחות של חולי נפש. **שיחות**, י(1), 5-11.

כהן, ב"צ (2000). גישת הכוחות בעבודה סוציאלית. **חברה ורווחה**, כ(3), 291-300.

כהן, ב"צ ובוכבינדר, א' (2005). התערבות בגישת הכוחות בעבודה סוציאלית. בתוך ב"צ כהן וא' בוכבינדר (עורכים), **מן הכוח אל הפועל** (עמ' 7-26). תל אביב: הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.

לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה. **חברה ורווחה** יח(1), 45-64.

מנצור ג' (2005). יישום תהליך השיקום על פי גישת הכוחות. בתוך: ב"צ כהן וא' בוכבינדר (עורכים).

**מן הכוח אל הפועל** (עמ' 157-172). תל אביב: הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב. סדן, א' (1996). העצמה ועבודה קהילתית. **חברה ורווחה**, טז(2), 143-162. פלדמן ד' (1999). עקרונות השיקום הפסיכוסוציאלי. בתוך: **בראי הנפש** (3). משרד הבריאות ואוניברסיטת תל-אביב, 7-10.

פלניצקי א' ופרבשטיין מ' (2005). אימוץ גישת הכוחות בשיקום והחלמה של נפגעי נפש בקהילה. בתוך: ב"צ כהן וא' בוכבינדר (עורכים), **מן הכוח אל הפועל** (עמ' 173-209). תל אביב: הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.

פקר, פ' (2000). מחשדנות ועוינות לנתינה ואהבה – תהליכי שינוי מקצועיים בקרב עובדות סוציאליות מנחות קבוצות "יחדיו". **חברה ורווחה**, כ, 1, 25-43.

פרבשטיין, מ' והידש, ג' (1997). **שיקום נפגעי נפש בקהילה**. קרית טבעון: נורד. פרס, י' וליס, ר' (1975). **ההתנדבות בישראל**. תל-אביב: המרכז לשירות מתנדבים, א.י.ג. יישום מחקרים בע"מ.

רוזנפלד, י"מ (1997). למידה מהצלחות – כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיעדיה. **חברה ורווחה**, יז(4), 361-378.

רוזנפלד, י"מ (1993). שותפות – קווים לפיתוח פרקטיקה עם ולמען אוכלוסיות מובסות. **חברה ורווחה**, יג(3), 225-236.

שמאי, מ' (2005). מיהו המומחה? התערבות עם עובדים סוציאליים החיים ועובדים במציאות מתמשכת של חוסר ודאות פוליטית-ביטחונית. בתוך: ב"צ כהן וא' בוכבינדר. **מן הכוח אל הפועל**. תל אביב הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב, 257-235.

Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston Center for Psychiatric Rehabilitation.

Barker, R.L. (1995) *Social work dictionary* (3<sup>rd</sup> ed.) Washington, DC: NASW.

Biestek, F.D. (1957). *The casework relationship*. Chicago, IL: Loyola University Press.

Boulle, L. & Nesic, M. (2001). *Mediation: Principles, practice*. London: Butterworths.

Caputo, R.K. (1997). Women as volunteers and activists. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 26(2), 156-174.

Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.

Clary, E. & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteers. In M. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology*. Vol. 12 (pp. 119-148). Newbury Park, CA: Sage. Clark, M.D. (1998). Strengths-based practice: The ABC's of working with adolescents who don't want to work with you. *Federal Probation*, 62/1, 46-53.

Clohesy, W.W. (2000). Altruism and endurance of the good. *Voluntas*, 11, 237-253. Cohen, B.Z. (1999). *Rejecting paternalism: The strengths perspective in social work Practice*. Paper presented at the annual meeting of Society for the Study of Social Problems. Chicago.

Condeluci, A. (1989). Empowering people with cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation*, 55(2), 15-16.

Cowger, C. (1994). Assessing client strength: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39, 262-268.

- Cowger, C.D. & Snively, C.A. (2002). Assessing client strengths: Individual, family and community empowerment. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work Practice (3<sup>rd</sup>ed.)*, (p. 106) Boston, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*, 58(1), 44-55.
- Deegan, P.E. (1988), Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 1-19.
- Deegan, P.E. (1994). *Empowering social work clients*. Keynote address, the first international conference on social work in health and mental health care. Jerusalem, Israel: Hebrew University.
- Delgado, M. (1997). Strengths-based practice with Puerto Rican adolescents: Lessons from a substance abuse prevention project. *Social Work in Education*, 19, 101-112.
- DuBois, B. & Miley, K.K. (1999). *Social work: an empowering profession* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon.
- Dowd, E.T. & Emener, W.G. (1978). Lifeboat counseling: The issue of survival. *Journal of Rehabilitation*, 44(3), 34-36.
- De Jong, P. & Miller, S.D. (1995). How to interview for client strength. *Social Work*, 40, 729-736.
- Faatz, A.J. (1953). *The nature of choice in casework process*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Emener, W.G.(1991). Empowerment in rehabilitation: An empowerment philosophy For rehabilitation in the 20<sup>th</sup> century. *Journal of Rehabilitation*, 57, 7-12.
- Garrett, J.F.(1969). Historical background. In D. Malikin & H. Rusalem (Eds.), *Vocatuonal rehabilitation of the disabled: An overview* (pp.29-38). New

- York: New York University Press.
- Gaventa, J. (1980). *Power and powerlessness: Quiescence and rebellion in Appalachian vally*. Urbana: University of Illinois Press.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. L.A: University of California Press.
- Haynes, J.M. (1981). *Divorce mediation*. New York: Springer.
- Imbrogno, R.A. & Imbrogno, S (2000). Mediation in court: Cases of domestic violence. *Family in Society*, 81, 392-401.
- Hollis, F. (1964). *Casework: A psychosocial therapy* (2<sup>nd</sup> ed.) New York: Random House.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss J.S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 949-955.
- Kobasa, S.C. (1982) The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In: Y.S. Sanders & J. Suls (Eds.) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lee, J.A.B. (1994). *The empowerment approach to social work practice*. NY: Columbia University Press.
- McAdam, D., & Paulsen, R. (1993). Specifying the relationship between social ties and activism. *American Journal of Sociology*, 99, 640-667
- Miller, S. & Berg, I. (1995). *The miracle method: A radically new approach to problem drinking*. New York: Norton.
- Omoto, A.m., & Snyder, M. (1993). AIDS volunteers and their motivations: Theoretical issues and practical concerns. *Nonprofit Management and Leadership*, 4, 157-176.
- Parkinson, L. (2000). Mediating with high conflict couples. *Family and Conciliation Review*, 38, 69-79.

- Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. Chicago: University Of Chicago Press.
- Power, P.W., Henderson, D.B. & Fabian, E.S. (1991). Meeting the documented needs of clients' families: An opportunity for rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 57, 11-18.
- Rapp, C.A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Rapp, C.A. & Chamberlain, R. (1985). Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work*, 30, 417-422.
- Rapp, R. (1997). The strengths perspective and persons with substance abuse problems. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 77-96). New York: Longman.
- Rappaport, J. (1987). Teams of empowerment - exemplars of revention: Toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15(2), 121-145.
- Robinson, V.P. (1930). *A changing psychology in social casework*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *social work*, 41, 296-305.
- Saleebey, D. (2002). The strength perspective: Philosophy, concepts, and principles. In D. Saleebey (Ed.) *The strength perspective in social work practice* (3<sup>rd</sup> ed., pp.1-22). Boston: Allyn & Bacon.
- Simon, B.L. (1990). Rethinking empowerment. *Journal of Progressive Human Services*, 1, 27-40.
- Smalley, R.E. (1967). *Theory for social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P. & Kisthardt, W. (1989). A strengths



- perspective for social work practice. *Social Work*, 34, 417-422.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992) *Overcoming the odds*. Ithaca, New York: Cornell University Press
- W.H.O. (1996). *Psychosocial rehabilitation: A consensus statement*. Division of mental health and prevention of substance abuse. World Health Organization Geneva.
- Wright, B. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach*. New York: Harp & Row.
- Wright, B.A. (1981). Value-laden beliefs and principles. *Rehabilitation Literature*, 42, 266-269.
- Wright, G.N. (1980). *Total rehabilitation*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- Zastrow, C. (1985). *The practice of social work* (2<sup>nd</sup> ed.). Chicgo, IL: Dorsey Press.

## -הגישה הקוגניטיבית דינאמית- בדרך אל ההחלמה ד"ר נעמי הדס לידור, ד"ר מקס לכמן וגב ורד שפיר קיסר

מאמר זה הוא עיבוד של הרצאת מליאה שניתנה בכינוס השנתי הרביעי במסגרת לימודי התעודה בנושא: **תיאורית ההשתנות הקוגניטיבית- מבנית ויישומיה במקצועות הבריאות**. הכינוס התקיים באוניברסיטת תל אביב, בבית ספר למקצועות הבריאות בחוג לריפוי בעיסוק. נושאו היה: **ההתערבויות הקוגניטיביות בבריאות הנפש**. במאמר מוצג ניסיון לחבר בין המושגים המרכזיים של שתי הגישות המקובלות היום בטיפול באנשים עם מחלות נפש בשיקום: גישת ההחלמה והגישה הקוגניטיבית.

המאמר יסקור את תפיסת ההחלמה בבריאות הנפש, את התפיסה הקוגניטיבית בבריאות הנפש על גישותיה המרכזיות, הוא יתמקד בהסבר של הגישה הקוגניטיבית דינאמית ויישומה בעבודה שיקומית בבריאות הנפש. בהמשך יבדוק את הקשר בין מרכיבי ההחלמה ומרכיבי התיווך בגישה הקוגניטיבית דינאמית. הוא יציג את מושגי התיווך בתפיסה הקוגניטיבית דינאמית כדרך/אמצעי יישומי שמאפשר לאדם לקדם את תפיסת ההחלמה בחייו. המאמר יציג שני מחקרים שנעשו בגישה הקוגניטיבית דינאמית בשיקום בקהילה בשנים האחרונות. בסופו ינסה לתאר ולהסביר, למרות על האמור בו, את המחסומים בדרך לאימוץ הגישה הקוגניטיבית בבריאות הנפש.

### החלמה

ההחלמה על פי פטרישה דיגן (1990, 2001) היא תהליך (היא איננה תוצאה), באמצעותו אנשים בעלי נכויות נפשיות בונים מחדש גשרים לעצמם, לחברה, לסביבתם ולעולמם הרוחני, תוך התמודדות עם תוצאות הסטיגמה הקיימת סביבם. ההחלמה היא תהליך של העצמה אישית, הטמעת עמדות, רגשות, תפיסות ואמונות של האדם כלפי עצמו, כלפי אחרים וביחס לחיים באופן כללי. תהליך של התחדשות, התגלות ושינוי. החלמה כרוכה בתהליכים פנימיים, רגשיים עמוקים הדורשים שינוי בתפיסה העצמית. מכאן שהיא תהליך ייחודי, ארוך ולא ליניארי (עם עליות וירידות, עם הצלחות וכשלונות). החלמה אין פירושה שהמוגבלות נעלמת, היא אינה חזרה למצב בו האדם היה לפני תחילת מחלתו, והיא גם לא הפסקתה של המחלה, אלא מתרחשת בה בנייה של זהות אישית, וחברתית חדשה מתוך הכרה במגבלות. החלמה מתייחסת לאדם כולו: לנטיותיו, לרצונותיו, ליכולותיו, לאהבותיו, למשפחתו, לתעסוקתו, למעמדו, לאמונתו, לערכיו וכדומה. ההחלמה אינה מתייחסת רק למחלה ולסימפטומים שלה. החלמה מתייחסת ליכולתו של האדם לבחור ולבנות מחדש עתיד בו הוא משתייך לחברה הרחבה למרות מגבלותיו.

מאפייניה של ההחלמה הם אינדיבידואליים, סביבתיים ואינטר אקציונליים- בין האדם לסביבתו:

\* **מאפיינים אינדיבידואליים** – קיומה של תקווה, יכולת להגדיר מטרה, יכולת למצוא משמעות, וראיה כוללניות- יכולת האדם לראות את עצמו על כל מרכיביו ולא דרך המחלה בלבד.

\* מאפיינים סביבתיים- קיומם של משאבים בסיסיים, קשרים חברתיים, מגוון של פעילויות משמעותיות, תמיכה, חברות ועזרה פורמאלית.

\* מאפיינים טראנסאקציונים בין האדם וסביבתו – חשוב פה להבדיל בין המושג של אינטראקציה לטראנסאקציה. בתהליכי אינטראקציה יש לגורם אחד (א) השפעה על גורם אחר (ב) ולהיפך, ל - ב יש השפעה על א. אפשרות נוספת היא ששני גורמים (א ו-ב) משפיעים באופן משולב על גורם שלישי (ג) ההתמקדות במקרה זה היא על השינויים החלים בגורים אחד (ג) כתוצאה מהאינטראקציה של שני הגורמים הראשונים (א ו-ב) גם בטראסטאקציה משפיעים שני הגורמים זה על זה באופן הדדי. ואולם המצב מורכב יותר, מאחר ש- ב אשר השתנה על ידי א משפיע מצדו על א בדרך שונה ו- ב המקורי. בניגוד לתהליך האינטראקציה המאופיין בפשטות יחסיות וארעיות של אספקטים, התהליך הטראסטאקציוני הנו מעגלי, כך שקיים תהליך מתמיד של שינוי והתאמה של גורמים. באורח דומה אפשר להבין את השפעות של הגורמים של ההחלמה לגורמים רגשיים ולשינוי קוגניטיבי התנהגותי – כשמדובר בהחלמה על מאפיינים טראסטאקציונים מדובר על הקשרים בין היכולת ואפשרויות הבחירה, העצמה, עצמאות, תקווה. כחלק מתפיסת ההחלמה ובכדי לאפשר למתמודדים להגיע אליה, יש להביא את האדם למצב תודעתי שיאפשר הלכה למעשה לקבל, להפנים ולהאמין באופציית ההחלמה, וליישמה בפועל בחייו השוטפים. האמצעי היעיל ביותר לשם כך הוא השימוש והשינוי בתהליכי החשיבה שלנו, דרך שכלול את היכולת הקוגניטיבית. הקשרים בין בריאות הנפש והמימד הקוגניטיבי בשנים האחרונות מתבהר ומתחזק כפי שיוצג להלן.

### קוגניציה

מוגדרת כיכולתו של הפרט לרכוש ולעשות שימוש בידע פנימי וחיצוני לשם הסתגלות לסביבתו בהתאם לנטיותיו וליכולתו (Hadas- Lidor, Weiss, 2005). היום מאמצים יותר ויותר את התפיסה הקוגניטיבית על גישותיה השונות בטיפול באדם עם המגבלה בכלל, ובאופן מיוחד עם אוכלוסיות בריאות הנפש (Bellack, 1992; Bellack, Gold & Buchanan, 2001; Silverstein, Menditto & Stuve, 2001; Green, Kern, Braff & Mintz, 1999).

הסיבות לכך רבות:

1. העולם המודרני מאופיין בשינויים רבים ומהירים, אם פעם דברנו על דור שמשכו הוא כעשרים- עשרים וחמש שנים היום אנחנו מדברים על דור טכנולוגי באורך של בין שנה לשנתיים מה שאומר שכדי לשרוד בעולם הנמצא כל הזמן בתנועה, בשינוי, צריך כל הזמן ללמוד, להתחדש ולהתעדכן.

2. האמונה שבבסיס ההסתגלות לשינויים נמצאת החשיבה יחד עם המחקרים שמצביעים על שינויים מבניים במוח הנוצרים בעקבות התערבות קוגניטיבית (Kandel, 1998) מצדיקה ומובילה לעניין הרב שמוצאים היום אנשי בריאות הנפש בגישות הקוגניטיביות השונות.

3. חוקרים רבים מאמינים ומדברים היום על כך שבבסיס פגיעות הנפש נמצאת הלקות הקוגניטיבית (Green, 2000; Mueser & Torrey, Lynde, 2003). כמו כן נמצאו קשרים בין מיומנויות חברתיות- תפקודיות לקוגניציה (Green, 1996, 2000; Bonder, 1998). שיפור בתפקוד הקוגניטיבי יכול להוביל לשיפור באיכות החיים וההערכה עצמית. שיפור קוגניטיבי יכול

גם להוביל להעצמה בהתערבויות פסיכו סוציאליות נוספות כגון: ניהול תרופות, ניהול עצמי ועוד. ישנם כמה עדויות ששיפור בתפקודים באימון של משימות מסוימות מוביל להכללה למשימות אחרות שלא תורגלו באופן ישיר (Bellak et al., 2001; Medalia et al., 2001; Wykes et al., 1999).

4. בעבר מחלות הנפש נתפסו כמחלות חשוכות מרפא שגורמות להתדרדרות הדרגתית ועקבית בכל תחומי החיים (אליצור, טיאנו, מוניץ, ונוימן 1994; DSM IV, 1997);

בשנים האחרונות מתרחשים דברים רבים ושונים מאלה שהתרחשו לפני עשרים שנה: 1. היום יודעים שלמעלה מחמישים אחוז מחלימים או משתפרים משמעותית ממחלות נפש (Davidson, 2003)

2. יתוחים במחקר הפרמקולוגי ופיתוח תרופות שמקצרות אשפוזים, ומפחיתות תופעות לוואי.

3. שינויים חברתיים: מדיניות האל מיסוד, חקיקה בתחום בריאות הנפש, התנועה הצרכנית (לכמן, הדס לידור, 2003)

4. פיתוח טכנולוגיות נירו פסיכיאטריות, קוגניטיביות (Bellack, Gold, & Buchanan, 1999; Medalia, Rwwheim & Casey, 2001; Silverstein, Menditto, & Stuve, 2001; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999)

#### מחקרים שמקשרים בין קוגניציה למחלת הנפש

בשנים האחרונות מחקרים רבים מצביעים על הקשר בין הקוגניציה לבריאות הנפש, למחקרים אלה שלושה כיוונים עיקריים:

1. מחקרים הבודקים את הקשר בין הלקות הפסיכיאטריות למוקדים מוחיים- (Teske, 1993;) הממצא הביולוגי הנפוץ ביותר זה הרחבת זרימת הדם במערכת חדרי המוח. במחקרים אשר הושוו לקבוצת ביקורת נמצא הרחבה של חדרי המוח, נצפו נזקים באונה הפרונטלית והקטנת נפח הקורטוקס (DSM IV, 1994). בבדיקות של PET (Positron Emission Tomography) אשר מאפשרות לבדוק במקביל את זרימת הדם במוח והתפקוד. נמצא זרימת דם לא תקינה באזור הפרונטלי, בטאלאמוס, והצרבלום (Andreasen, 1996). עוד נמצא שסכיזופרניה כמו שאר הליקויים המוחיים קשורה לליקוי בלטרילזציה בין ההמיספרות, נמצאו סימנים להפרעה בעיבוד השפה יותר מאשר הפרעה בתהליכים סנסורים, דבר המצביע על קשר לליקוי בהמיספרה השמאלית (Ragland, Gur, Klimas, McGrady & Gur, 1999)

2. מחקרים הבודקים את הקשר בין הלקות הקוגניטיבית להתנהגות של האדם הסובל ממחלה פסיכיאטרית- מחקרים שמראים קשרים בין שיפור התפקוד הקוגניטיבי לשיפור בתפקוד האדם בתחומים שונים. עוד הם מראים שאנשים הסובלים ממחלה נפשית הם בעלי מגבלה קוגניטיבית ובעלי כישורים חברתיים נמוכים יותר. מחקרים אלו מראים קשר בין חלק מהמרכיבים הקוגניטיביים כגון זיכרון, יכולת פתרון בעיות ו- Executive Function לתפקוד בקהילה של האדם. (Allen, 1992, 1995, Kaplan, Sadock & Grebb, Penny, Mueser)

. ( & North 1995, Addington 1999 ) .

3. מחקרים הבודקים את יעילותן של התערבויות קוגניטיביות שונות בתהליכי השיקום וההחלמה- ( Penades, et al, 2003, הדס לידור Silverstein, Menditto, Stuve, 2001, שפיר- קיסר, הדס לידור 2006, 1993, 2001, 2001, et al. (1994) נמצא שיפור ביכולת הזיכרון שנמצאה קשורה לשינוי באיכות חיי האדם. Penades et al ב-2003, חקרו את הקשר בין הליקויים הקוגניטיביים הראשוניים (זיכרון, קשב וכד') לבין ליקויים אקסקיוטיביים, והשפעתם על התפקוד. במחקר בדקו שתי קבוצות קבוצה אחת קיבלה טיפול בגישה הקוגניטיבית חברתית וקבוצה אחת טיפול מסורתית- למשך 3 חודשים. תוצאות המחקר הראו שיפור קוגניטיבי משמעותי אצל קבוצת המחקר. בנוסף נמצא ששינויים בתפקודים קוגניטיביים ראשוניים קשורים לשינויים בתפקודים המורכבים יותר - האקסקיוטיביים. נמצא אף קשר בין השינויים הקוגניטיביים לשינויים התפקודיים של האדם. מחקרים רבים ונוספים מראים את הקשר בין המרכיבים הקוגניטיביים והתפקוד בדרך להחלמה. מראים קשר בין יכולת זיכרון, קשב ומיון לבין יכולת פתרון בעיות סוציאליות, רכישת מיומנויות חברתיות ופעילויות יום יום, ופעילות בעבודה (Green, et al, 2000) .

שלוש גישות קוגניטיביות עיקריות, והרבה ווריאציות שלהן, מובילות את המחקר וההתערבות בעבודה יום יומית בבריאות הנפש בשיקום היום. אף אחת מגישות אלו לא נוצרה במקורה בבריאות הנפש, אלא עובדה והותאמה לאוכלוסיה זו:

- הגישה הרמדיאלית שאפיונה- תיקון ושיפור מרכיבים קוגניטיביים ספציפיים כמו: זיכרון, ריכוז, אנאליזה וסינתזה וכדומה, מוקדי ההתערבות- הסימפטומים של הפגיעה כפי שהוגדרו באבחון. המטרה היא לתקן ליקויים/ חסרים כשההנחה הבסיסית שלה היא שיש העברה טבעית מתחום לתחום. מקורה של הגישה הרמדיאלית הוא נירו פסיכולוגי וראשוני הם לוריא, בן ישי (Ben- Yishay., 1978), האוכלוסייה העיקרית המטופלת בגישה זו הם פגועי ראש טראומטיים, בשנים האחרונות כאמור עובדים איתה גם בבריאות הנפש (Miran,., & (Miran, 1987a,b

- הגישה ההסתגלותית/ התנהגותית שלה שתי ווריאציות עיקריות האחת שאפיונה- **שיפור תפקודי יום יום** לפי צרכים קונקרטיים ואינדיבידואלים של האדם. מוקדי ההתערבות הם - תפקודי יום יום כמו: קניות בישול, עבודה, לימודים. מטרה- שיפור תפקוד יומיומי. ההנחה הבסיסית היא שאין העברה אוטומטית מחדר הטיפולים לחיים עצמם, לכן צריך לגעת בחיים ממש. אוכלוסיות עיקריות שעובדות על פי הגישה הזו הן: אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, זקנים, אנשים עם פיגור. מקורה של הגישה בא מריפוי בעיסוק ומפסיכולוגיה (Allen., & (Blue, 1998). והשניה היא ה- **CBT** שהחלה בשנות השבעים בעבודותיו של בק בעבודתו עם אנשים עם דכאון וחרדה ומיושמות היום בתחומים רבים בבריאות הנפש, גישות אלה עוסקות בשינוי האמונות והתפיסות של האדם את עצמו ואת חיייו. ההנחה היא שלאדם תפיסות שליליות ומעכבות פעילות שאם נשנה אותן, הוא יוכל לחשוב בצורה יותר מאוזנת ובאופן הדרגתי לשנות את התנהגותו והסתגלותו לחיי היום יום (לוי 2005).

• הגישה הדינאמית שאפיונה הוא שיפור יכולת למידה עצמית על ידי חשיפה מתווכת לגירויים מכוונים מוקדי הטיפול- סימפטומים של הפגיעה, מרכיבי חשיבה, תפקודי יום יום, לימודים, עבודה, חברה ופנאי. ההנחה הבסיסית של הגישה הקוגניטיבית דינאמית היא שהאדם יכול להשתנות בכל גיל ובכל מצב של בריאות. המטרה היא שיפור יכולת למידה והסתגלות והמודעות לכך. אוכלוסיות- הורים, ילדים עם מגבלות תפקודיות שונות, אוכלוסיות בריאות הנפש, ליקויי למידה, תת משיגים ועוד. מקורה הוא חינוך ופסיכולוגיה וכותביה העיקריים הם (Hadas-, 1999 Vygotsky, L. 1978 Feuerstein, Klein, & Tannenbaum, 1991) (Lidor, & Weiss, 2005. Toglia, 1998). ואחרים.

מאמר זה מתייחס לתפיסה הקוגניטיבית בכלל, ביישומה בבריאות הנפש ומתמקד בגישה הקוגניטיבית דינאמית ה- (DCI) (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005). בקווים המקבילים והמשלימים הרבים בין הגישה הקוגניטיבית דינאמית לבין תפישת ההחלמה בבריאות הנפש. (לדוגמא, תפיסת מרכזיותו של הלקוח בתהליך ההתמודדות והצורך בשיתופו בכל שלב). כמו כן עוסק המאמר בתרומה הייחודית של החיבור בין תפיסת ההחלמה לגישה ולטכנולוגיה הקוגניטיבית המאפשרות את תהליך ההחלמה.

**הגישה הקוגניטיבית דינאמית מאמינה** ביכולתו המבנית של האדם להשתנות בכל גיל ובכל מצב (של בריאות או חולי) באם יינתנו לו התנאים המתאימים לכך. בתנאים הכוונה היא לגישה, לכלי ההתערבות ולסביבה. הגישה היא ההתנסות בלמידה מתווכת שמוגדר על ידי אינטראקציה מיוחדת בין לומד ומלמד ומורכבת מ: כוונה והדדיות, העברה, משמעות ומסוגלות, כמו כן אנו מדברים ביחס לאוכלוסיה זו על שני קריטריונים נוספים: השיתוף והתקווה או היכולת להגדיר מטרות אופטימיות. בכלי ההתערבות הכוונה היא לאבחון הדינאמי, למערכת כלי "העשרה אינסטרומנטלית", אירועי חיים, קריאה כתיבה, מחשב וכלים נוספים, ובסביבות הכוונה לסביבות הטרוגניות, מגוונות, מעוררות ומאפשרות השתלבות בתוכן. הגישה, כלי ההתערבות והתאמת הסביבות ושינויו הן הדרך לדעתנו המאפשרת לאדם להרחיב את יכולת ההחלמה שלו (Hadas-Lidor, N. & Weiss, P. 2005).

– **האמונה שבבסיס ה-DCI** (Dynamic Cognitive Intervention) היא שהלמידה היא המפתח של האדם להתמודדות אופטימאלית ולהסתגלות בסביבות חיים שונות על פי בחירתו, רצונותיו וצרכיו, שהאדם הוא יצור משתנה, שמסוגל להשתנות ולשנות את עצמו על פי רצונו ובהתאם להחלטותיו. בשינוי הקוגניטיבי אין הכוונה לרכישת מילים חדשות ואף לא לרכישת מיומנויות מורכבות כמו הרכבת מכונית, בשינוי קוגניטיבי הכוונה לשינוי במבנה החשיבה, כלומר היווצרות תנאים הדרושים כדי לרכוש מילים חדשות, קשרים חדשים, מיומנות חדשה- דברים חדשים שלפני כן לא עלו על דעתנו.

**מטרות ה-DCI** – להתערבות הקוגניטיבית דינאמית שלש מטרות עיקריות: הרחבת יכולת הלמידה של האדם- מתמודד, משפחה, איש מקצוע, אחר, הרחבת מגוון הצרכים והרצונות )

מוטיבציה) של הלקוח ולבסוף הפיכת הלקוח למתווך עצמאי בשביל עצמו.

### עקרונות מרכזיים של ה-DCI

- מטרת ההתערבות נבחרת בשיתוף בין המתערב ללקוח וזאת כדי שתהינה אוטנטיות ומשמעותיות לחיי האדם
- כלי התערבות ומהלכה נבנים על פי צרכיו, רצונותיו ובחירתו של הלקוח כדי להפכו לשותף פעיל בכל התהליך
- הלקוח מקבל הסבר כל הזמן על בחירת הכלים ודידקטיקת ההתערבות. כדי לפתח את היכולת המטה קוגניטיבית שלו ובכך את יכולתו להעביר את מה שרכש לאירועי חיים שונים ואת עצמאותו.
- מהאמור עד כאן יוצא שתוכנית ההתערבות היא קו המתאר לנעשה בגוף הפגישה, המטרות, הגישות והכלים משתנים באופן גמיש ודינאמי בהתאם למצבו של האדם ובחירותיו.
- האאין גבול מוגדר (בתוכן ובזמן) בין האבחון להתערבות, האבחון הוא דינאמי והופך לדגמים של שינוי ולימוד תואמים לצרכים וליכולת.
- מוטיבציה בעינינו הינה תוצר של יכולת. חסר במוטיבציה יכולה להיות תוצר של הערכה עצמית נמוכה ו/ או מחסור במיומנויות ואסטרטגיות, לכן יש עיסוק מרכזי בהרכשת מיומנויות והעצמת תחושת המסוגלות ביחס למיומנויות אלה בפרט וליכולת האדם בכלל.
- אין להתעלם מהכישלון או מהחולשה, היא חלק בתהליך הלמידה, אך יש להתמקד בחיובי, בקיים, בעוצמה- לפרשם ולחזקם.

**תחומי ההתערבות-** באופן כללי ההתערבות מתייחסת למרכיבי: קוגניציה, רגש והתנהגות, וכוללת התייחסות למטה קוגניציה דרך מרכיב העברה בתיווך אל תחומי חיים שונים, מהדוגמא או התרגיל אל העיקרון ומהעיקרון חזרה אל החיים. נושאים רגשיים, שעולים במקרה או במכוון, מקבלים התייחסות ישירה ומכוונת בגישה קוגניטיבית ועם עקרונות התיווך- מהאירוע, ע"י ריחוק, הרחבה וחזרה אליו.

### מבנה וסביבת ההתערבות

ההתערבות היא מערכתית ומשתפת את כל האנשים הקשורים בלקוח, לשם כך נדרשת הכרות של כל הגורמים עם התפיסה הקוגניטיבית ועם עקרונות התיווך. ההתערבות יכולה להיות פרטנית או בקבוצה עפ"י עקרונות הטיפול הקוגניטיבי דינאמי ובאמצעים שונים. סביבת ההתערבות צריכה להיות הטרוגנית, בעלת מודלים שונים ללמידה ולהסתגלות, מעוררת רצון להשתייכות, וצורך להשתנות כדי להשתייך/ להשרד בה. כמו כן הסביבה חייבת להיות מאפשרת למידה.

### תפיסה ההחלמה והגישה הקוגניטיבית- מתיאוריה למעשה

• ההחלמה הוא תהליך של התחדשות, התגלות ושינוי. היא כרוכה בתהליכים פנימיים ורגשיים עמוקים הדורשים שינוי בתפיסה העצמית. החלמה אין פירושה שהמוגבלות נעלמת, אלא שמתרחשת בניית זהות אישית, וחברתית מתוך הכרה במגבלות.

הגישה הקוגניטיבית מאמינה שהאדם הוא יצור משתנה, שמסוגל להשתנות ומסוגל לשנות את עצמו בסביבתו על פי רצונו ובהתאם להחלטותיו, באם יינתנו לו התנאים המתאימים לכך (התיווך)

### הקשר בין החלמה לקוגניציה

שני דברים קרו לאנשים שטופלו בטיפול הקוגניטיבי דינאמי לצרכי הדוקטורט של הכותבת הראשונה של המאמר, האחד מהם היה שהם כעסו מאוד שהפסקנו את ההתערבות הקוגניטיבית בהם, והשני היה שהם כעסו מאוד שלא אפשרו להם להתקדם בלימודים או בעבודה בהתאם ליכולתם העכשווית לאחר סיומה של ההתערבות. כלומר, אחד הדברים המעניינים שראינו ששיפור היכולת לא הביא ליתר שביעות רצון, אלא אולי אף להפך, ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית נתנה לאנשים הרגשה שהם יכולים יותר ורוצים יותר והם דרשו לממש את יכולתם. מכאן למדנו שההתערבות הקוגניטיבית דינאמית בכך שהיא מרחיבה את יכולת הלמידה של האדם ואת יכולת הלמידה העצמית שלו, היא מרחיבה את עצמאותו, רצונו לעשות בכלל, ואת אפשרויות ויכולת הבחירה שלו בפרט, אין לנו ספק ששינויים אלו הם חלק מתהליך ההחלמה של האדם (ראה מודל מספר 1).

### מודל מספר 1: הקשר בין ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית להחלמה

חלק זה שבמאמר יעמיד זה מול זה את המושגים המרכזיים בתפיסת ההחלמה לאלה של התיווך בתפיסה הקוגניטיבית דינאמית (ראה אף מודל מספר 2).  
**מודל מספר 2: התפיסה הקוגניטיבית דינאמית מול תפיסת ההחלמה- מושגים מרכזיים**

החלמה- מרכיבים מרכזיים Davidson & Strauss, 1995	DCI- התערבות קוגניטיבית דינאמית Hadas-Lidor, & Weiss, . 2005
כוונה	כוונה והדדיות
תפיסה זמן	תיווך להתמודדות באתגרים: ציפייה לחדש ולמורכב
משמעות	העברה ומשמעות
דו קיום בין יכולת להפרעה תקווה	מסוגלות- אמונה ביכולת להשתנות



מרכיב הכוונה **Intentionality** בתפיסת ההחלמה הוא מושג מרכזי שבלעדיו לא תתרחש ההחלמה או כדי ליצור אותו יש ללמד, לאפשר לאדם את הכוונה. בגישת התיווך כחלק מהגישה הקוגניטיבית דינאמית הכוונה וההדדיות הן המרכיב הראשון והמרכזי ביותר להיותו של אירוע תיווכי לכה, באם אין כוונה והדדיות באירוע לא יכול להתרחש בו התיווך, ולא יכולה להתרחש בו למידה או השתנות. ע"פ תפיסת ההחלמה הכוונה מורכבת ממספר יכולות: יכולת האדם להגדיר ולקבוע מטרות להשגה, היכולת לתכנן ולקבוע עדיפויות ואמצעים על מנת להגיע למטרה. היכולת להיות עסוק באופן עקבי ב"תוכניות" של החיים, מסוגלות לבנות תחושה של עתיד. האדם עם יכולת של כוונה מוצג בתפיסה ההחלמה כפועל, מקבל החלטות, בוחר בין אלטרנטיבות ונע לעבר עתיד שעשוי להיות שונה מההווה ומהעבר.

**כוונה והדדיות** ע"פ הגישה הקוגניטיבית דינאמית גורסת כאמור שלא יתרחש תיווך אם לא תהיה בסיטואציה הלימודית כוונה והדדיות. בכוונה היא מדגישה את החובה של המתערב לבחור/ להגדיר כוונה/ מטרה כך שתהיה מוסכמת וברורה, תחדור אל הלומד ותובן על ידו. בהדדיות הכוונה היא שהמלמד פועל והלומד מגיב, משדר סימנים שהוא אמנם מתייחס ומבין את פעילות המלמד.

בשני המושגים מדובר על מרכזיות בחירת המטופל, בשני המושגים מדובר על ההווה למען עשייה בעתיד, בשני המושגים טמון המושג תהליך ולא תוצאה. במושג הכוונה וההדדיות בגישת התיווך נוסף הקשר בין מלמד (מטפל) ללומד (מטופל, אדם) לגירוי, כלומר המעשה התיווכי נעשה בשילוב באינטראקציה בין האדם לאיש המקצוע המלווה אותו, בתפיסת ההחלמה איש המקצוע יכול להיות כזה יחד עם זאת יכול להיות גם אחר משמעותי (אח, חבר, וכדומה) עבור האדם.

**Temporality תפיסת הזמן** בהחלמה מדובר על היכולת של האדם לקבל פרספקטיבה נכונה ביחס לאירועי חיו, לא לעסוק רק באירועים ובתקופות של "דריכה במקום", להבין שרגע בחיי האדם הוא רק "תמונה" אחת ב"סרט" ארוך. בתפיסת הזמן המחלה נתפסת כאחד מאותם אירועים איומים עמם נפגש האדם במהלך חיו, אך לא כאירוע היחיד בהם.

**תיווך להתמודדות באתגרים: ציפייה לחדש ולמורכב** הגישה הקוגניטיבית דינאמית מדברת על כך שישנם אנשים שבעמדם לפני אפשרויות שונות הם בוחרים להתמקד באפשרות הפסימית. הבחירה באלטרנטיבה הפסימית הולכת על בטוח, אך מביאה את האדם לפסיביות, הוא לא מאמין בסיכוי ולכן לא בשינוי. לכן התיווך לבחירה אופטימית מחייבת ראייה מורכבת של אירועי חיים, חיפוש אחרי אירועים כאלו ואחרים. בתיווך להתמודדות באתגרים יש עבודה על הסתכלות על אותו מצב מנקודות מבט שונות, או בדיקת מקומו של אירוע חיים קשה בתוך מכלול האירועים השונים בחיים. גם העיסוק בהתמצאות במרחב ויחסי זמן בגישה הקוגניטיבית דינאמית מאפשר במובן המופשט את שינוי נקודות המבט, איך אני תופס עצמי בנקודות שונות בחיי- מה שיוצר יכולת לראות הדברים בפרספקטיבה. בשני המושגים הללו מודגשת החשיבות של ראית אירוע בחיים בפרספקטיבה בין אירועים

אחרים וראיה זו כמפתח לצאת ממצבים של "דריכה" במקום. בתיווך זוהי תפיסה, בגישת התיווך דרך מרכיב זה שבה מוצגת אסטרטגית עבודה על הנושא וזאת ע"י בחינתם של אירועים בחיים מנקודות מבט שונות.

**Meaning שמעות** בהחלמה. אירועי החיים וחוויותיו אינם יותר מקוטעים, אלא מתחברים למסגרת כוללת ואחידה. כזאת המאפשרת לאדם לארגן מחדש את תפיסתו, את עולמו ואת עצמו. כך שהוא בונה בצורה קוהרנטיות ורציפה את אירועי החיים השונים שלו. במרכיב המשמעות בהחלמה יש הדגשה על היכולת לבנות חיים שיש בהם משמעות, עקביות והמשכיות. בגישה התיווכית של התפיסה הקוגניטיבית דינאמית ישנם שני מרכיבים המקבילים למשמעות בהחלמה: העברה ומשמעות.

**העברה** היא הרחבת המטרה של פעילות הגומלין בין לומד ומלמד / בין מטפל למטופל אל מעבר למצב שבו היא מתרחשת ולמושאה. אפיון זה הופך את ההתנסות בלמידה מתווכת לדגם, שבאמצעותו יכול הלומד ללמוד עקרונות התנהגותיים, שישמשו אותו במצבים אחרים, כשיעמוד מול מציאות שיש בה גירויים שונים ללא עזרת המתווך.

- דרכים שונות קיימות ליצירת העברה ואלה המוצגות פה הן רק דוגמאות לכך:
- ישור פעולה או אירוע לפעולות ולאירועים אחרים המרוחקים במרחב או בזמן
  - יצירת צורך להבין ולנמק: סיבה לאירוע, בחירת אסטרטגיה
  - הבנת הקשר בין הפעילויות
  - פיתוח מיומנויות וכשרים כמו השוואה, הבחנה, אנאלוגיה או חשיבה ברצף
  - למד את הלקוח שלך על מבנה המח
  - למד את הלקוח שלך איך אנחנו לומדים
  - שתף את הלקוח שלך בבחירת המטלה או בסיבה לבחירת המטלה על ידך
  - ספר ולמד אותו את הדידקטיקה בה אתה משתמש כדי ללמד אותו, כדי שיבין את העיקרון ויוכל בהמשך להשתמש בו בתחומים אחרים בחייו בצורה עצמאית
  - הפוך אותו ללומד שותף ומבין דרך מטה-קוגניציה
- משמעות** היא הצורך להעניק משמעות רגשית וערכית לתכנים ולפעילויות המתווכים ללומד. המטרה היא ליצור אצל הלומד מוטיבציה או נכונות ללמוד ולהשתנות.
- דרכים שונות קיימות ליצירת משמעות, אלה המוצגות פה הן רק דוגמאות לכך:
- חיפוש תוכן אוטנטי לחיי הלומד (הכנה לקראת לימודים, הכנה למגורים עצמאיים)
  - "אם תסיים את שתי העבודות הללו תוכל לעבור לשנת הלימודים הבאה"
  - "זה חשוב לי כי..."
  - שימוש בהבעות פנים או בשפת הגוף שמביעות רגשות.
  - הדגמות
  - יצירת ציפייה חדשה ואופטימית אם תסיים מהר לסדר את המטבח יהיה לנו זמן לצאת הערב לסרט
  - תצפית על התנהגות/ פעילות/ בחירותיו של האדם

- מעקב אחרי הספור של האדם (הנרטיב), בדיקת הבחירות שלו, המעברים...
- שאילת שאלות: מטרה.....חלום....האופק....
- כבד את בחירותיו והחלטותיו של האדם.....
- האמן ביכולתו של האדם לזהות את משמעות חייו וללכת לקראתה...

### **Coexistence of Competence and Dysfunction דו-קיום בין יכולות והפרעות.**

תפיסת ההחלמה מתייחסת ליכולת של האדם לחיות עם נוכחות של כוחות ויכולות מצד אחד וחולשות וחסכים מצד שני. יכולת זאת באה לידי ביטוי ביכולת להיות מעורב בכמה פעילויות הנותנות ביטוי לדואליות.

מרכיב זה מדגיש את המוגבלות של האבחון הפסיכיאטרי שלא מנבאה תוצאות שיקומיות מכיוון שנדיר שהאדם מארגן את חייו ומתנהג רק על פי מצב מחלתו.

**מסוגלות** על פי גישת התיווך בטיפול הקוגניטיבי דינאמי היא תחושתו הסוביקטיבית של האדם והערכתו את יכולתו ואי יכולתו. יכולת, לעומת זאת, היא כל מה שאנו עושים היום, כל מה שעשינו בעבר וכל מה שבאפשרותנו לעשות בעתיד. תחושת מסוגלות היא ידיעתנו והרגשתנו ביחס ליכולתנו. תחושת מסוגלות תואמת היא מרכיב חשוב בדימוי העצמי של האדם. לא תמיד עומדת תחושת המסוגלות ביחס ישר למסוגלות עצמה, יכול להיות אדם החש שהוא יכול יותר ולתגובות קשות מסביבתו ויכול להיות אדם שתחושתו נמוכה ביחס ליכולתו האמיתית, מה שעלול להביא אותו לחשש מלנסות, הימנעות. מכאן שככל שתחושת המסוגלות שלנו תואמת יותר ליכולתנו אדם יכול לחיות "בשלום" עם יכולותיו וחולשותיו ולבחור בהתאם להן.

דרכים רבות ליצירת תחושת מסוגלות ואלה מספר דוגמאות לכך:

• דאגה לכך שהלומד יתנסה בחוויות של הצלחה:

א. בחירת מטלות תואמות ליכולתו ודאגה לכך שיש לו את האסטרטגיות והגישה המאפשרות התמודדות עם המטלה

ב. יזימת תנאים או מצבים בהם הלומד יצטרך להתמודד עם משימות לא מוכרות לו אך אפשריות לגישה ולפתרון

ג. המטלה חייבת להיות מדורגת מובנת ומובנת

• יש לפרש ללומד את הישגיו והצלחותיו בצורה קונקרטיית שיוכל להבין ולחזור עליהן במצבים אחרים:

א. יש להדגיש את התהליך ולא רק את התוצאה

ב. יש לכבד את המאמץ

ג. יש לתת פידבק מיידי וקונקרטי

ד. יש להסביר את ההצלחה ולא רק את הכישלון: הצלחת לצייר את...כי...על ידי....

### **מחקר בארץ**

**יעילות ההתערבות קוגניטיבית דינאמית עם אנשים עם מחלה נפשית בקהילה )**  
(Hadas-Lidor,., Katz,., Tiano,., Weizman, 2001

- שלושים משתקמים בקהילה שקיבלו כשנה טיפול קוגניטיבי דינאמי מול שלושים אחרים (קבוצת בקורת) שקיבלו טיפולים שונים שנהוגים ביחידת השיקום.
- הטיפולים נעשו אינדיבידואלית וקבוצתית פעמיים בשבוע על ידי מרפאות בעיסוק ומורים

#### השערת המחקר

- לאחר שנת התערבות יהיה הבדל מובהק בין שתי הקבוצות בשלושת התחומים: הקוגניטיבי התפקודי התפיסה העצמית נערכו אבחונים לפני תחילת ההתערבות ובסופה בשלושת התחומים. אחרי חצי שנה סטאטוס תעסוקה ומגורים.

#### תוצאות

- נמצא הבדל מובהק בכל המרכיבים הקוגניטיביים שנבדקו לטובת קבוצת המחקר.
  - נמצא הבדל מובהק בסטאטוס המגורים ובסטאטוס התעסוקה בקבוצת המחקר לעומת קבוצת הביקורת חצי שנה מיום סיום ההתערבות.
  - לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות בתפיסה העצמית
- הקשר בין התערבות קוגניטיבית למיומנויות חברתיות** שפיר-קיסר, ו. (2005)

#### מדגם

- במחקר השתתפו 28 נבדקים. בגילאים 23-37, הסובלים מסכיזופרניה מגיל ההתבגרות ונמצאים ברמיסיה בתהליך של שיקום מקצועי בקהילה.
- נבדקים חולקו באופן אקראי לשתי קבוצות קבוצת המחקר (התערבות קוגניטיבית) וקבוצת הביקורת התערבויות שונות

#### מטרת המחקר

- מחקר זה הוא מחקר נוסף הבא לבחון את השפעת הטיפול הקוגניטיבי על גורמים תפקודיים שונים.

#### השערות

- ימצא הבדל בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת ביכולת התקשורת והאינטראקציה, לטובת קבוצת המחקר.
- ימצא הבדל בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת בכל המרכיבים הקוגניטיביים שנבדקו: זיכרון, תפיסה חזותית, וחשיבה לוגית.
- ימצא הבדל בין שתי הקבוצות במצב התעסוקתי של האדם לפני תוכנית ההתערבות ולאחריה.

#### חשיבות המחקרים

- ייחודו של מחקר זה בכך שהוא מראה שיפור קוגניטיבי ממשי באוכלוסייה שהיא מקובל לחשוב עד עתה שהיא בירידה קוגניטיבית מתמידה, ויותר מזה שירידה זו היא חלק ממהלך המחלה
- כמו כן חשוב לציין בשני המחקרים את ההתקדמות התפקודית הממשית שנמצאה בסטאטוס המגורים והעבודה התקדמות המבטאת יכולת של העברה אצל הצרכנים

לתחומי חיים שונים.

מחקר נוסף שעסק בבדיקת יעילות תוכנית קש"ת- קידום שיתוף ותקשורת, קורס להכשרת הורים ובני משפחה לתקשורת בדרך קוגניטיבית (לידור, חסדאי, ירוס 2006) הראה השפעה מקדמת בתקשורת בתוך המשפחה ועם הבן עם המוגבלות הפסיכיאטרית כתוצאה מהשתתפות בקורס קשת, קורס שבנוי על עקרונות התיווך מתוך הגישה הקוגניטיבית דינאמית

### **בהמשך למחקרים ראשוניים אלו ההמלצות הקליניות הן:**

- שילוב ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית בצורה קבועה ואימננטית בטיפול השיקומי ע"י הכשרת הצוות של יחידת השיקום כולו בעקרונות הגישה .
- יצירת סביבות מגוונות ומדורגות בתעסוקה , חברה ומגורים כדי לאפשר לאדם שמתקדם בתהליך הקוגניטיבי לממש התקדמות זאת בחיים ממש

כמו כן חשוב להמשיך לחקור את הטכנולוגיות הקוגניטיביות והשפעתן על אוכלוסיית בריאות הנפש, המשפחות וכוח האדם.

### **לסכום**

למרות ההוכחות ההולכות ומתרבות היום ליעילות ההתערבויות הקוגניטיביות בבריאות הנפש, מחסומים רבים עדיין מעכבים אימוץ הגישות הקוגניטיביות לתוך בריאות הנפש בקהילה ואלה העיקריות שבהם:

- הגישות הקוגניטיביות בשילוב עם תפיסת ההחלמה דורשות מכל העוסקים במלאכה לשנות את אמונתם, תפיסתם לתפיסה שהאדם עם המגבלה יכול ללמוד ולהשתנות מהותית.
- הדרישה בהכשרה משמעותית ובמקצועיות כדי לעבוד בדרך קוגניטיבית.
- החשש מפני החדש והלא מוכר. יש נטייה להאחז בטכנולוגיות ידועות גם אם אין עליהן הוכחות מבוססות שהן יעילות ((EBP.
- הגישות החדשות, ההחלמה והקוגניציה, שמות את הצרכן/המתמודד/ המחלים במרכז. גישות אלה משנות את פני המפה של בריאות הנפש. קביעת המדיניות לגבי המשאבים הפורמלים ואלה שאינם פורמלים לגבי מוקדי הכוח עוברים מהארגונים הגדולים אל הצרכנים.

ביבליוגרפיה

אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח. ונוימן מ. (1997). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. אוניברסיטת תל-אביב: פפירוס הוצאה לאור.

לוי ד. (2005) טיפול התנהגותי קוגניטיבי. בתוך: ההתערבות הקוגניטיבית בבריאות הנפש. הכינוס הרביעי במסגרת תוכנית לימודי התעודה: תיאורית ההשתנות הקוגניטיבית מבנית ויישומיה במקצועות הבריאות , אוניברסיטת תל אביב, הפאקולטה לרפואה ע"ש סאקלר בית הספר למקצועות הבריאות ע"ש סטנלי שטייר החוג לריפוי בעיסוק

לכמן, מ. והדס לידור, נ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. *הדעה הרווחת: ביטאון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית*, 35.

לכמן, מ. (2000). נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, אפריל 2000. 1 – 7, 277 – 285.

צוריאל, ד. (1999). *התנסות בלמידה מתווכת: עיון, מחקר ויישום במשנתו של פרופ' ראובן פוירשטיין*. המרכז הבינלאומי לקידום כושר הלמידה. הוצאת ספרים "אח".

שפיר-קיסר, ו. (2005). מיומנויות חברתיות והשפעה עליהן דרך טיפול קוגניטיבי דינמי. עבודה לתואר מוסמך בריפוי בעיסוק, אוניברסיטת ת"א.

Addington, J., & Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: A 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44(1), 47-56.

Allen, C.K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and Management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown.

Allen, C.K., Earhart, C.A., & Blue, T. (1992). *Occupational therapy goals for the physically and cognitively disabled*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.

Allen, C.K., & Blue, T. (1998). Cognitive Disabilities. In N. Katz, (Ed.), *Cognition and occupation in rehabilitation: Cognitive models in occupational therapy*. Bethesda MD: The American Occupational Therapy Association, Inc.

Bellack, A. S. (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? It is necessary? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 43-50.

Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R.W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.

Bellack, A. S., Weinhardt, L. S., Gold, J.M., & Gearson, J. S. (2001).

Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 255-262.

Ben-Yishay, Y. (1978). Working approaches to remediation of cognitive deficits in brain damaged persons. *Rehabilitation Monograph No. 59*. New York: New York University Medical Center.

Bond, G. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Evidence. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.

Bond, G. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-360.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press

Deegan, P. (1990). "Spirit Breaking: When the Helping Professions Hurt." *The Humanistic Psychologist*, Vol. 18, No. 3, pp. 301-313.

Deegan, P. (2001). *Intentional Care: Employee Performance Standards For Client Choice*. Advocates, Inc. Framingham.

DSM IV- *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (1994). Washington DC : American psychiatric association.

Feuerstein, R., Klein, P.S. & Tannenbaum, A.J. (1991). *Mediated Learning Experience (MLE): Theoretical, psychosocial and learning implications*. London: Freund publishing house.

Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tiano, S., Weizman, A.  
Effectiveness of Dynamic Cognitive Intervention in Rehabilitation of Clients with Schizophrenia  
*Clinical Rehabilitation*: 15 (4), August 2001. 349-359.

Hadas-Lidor, N. & Weiss, P. (2005). *Dynamic Cognitive Intervention*:

Application in Occupational Therapy. In N. Katz (Ed.), *Cognition & Occupation Across the Life Span* (pp. 391-412). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Green, M. S. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognition deficit and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*.26, 119-136.

Medalia, A., Revheim, N., & Casey, M. (2001).The remediation of problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.27, 259-267.

Miran, M.D., & Miran, E.R. Neuropsychological therapeutic community treatment for individuals with schizophrenia. Publication in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 22/3. Winter 1999.

Miran, M.D., & Miran, E.R. (1987a). The evolving of the homeostatic brain: Neuropsychological evidence. In A. Glass (Ed.), *Individual differences in hemispheric specializatio*. (pp.331-348). New York: Plenum Press.

Miran, M.D., & Miran, E.R. (1987b). Individual differences in cerebral lateralization: Homeostatic and brain functions of schizophrenics. In A. Glass (Ed.), *Individual differences in hemispheric specialization*, (pp.377-382). New York: Plenum Press.

Miran, M.D. & Miran, E.R. (1991). *Inside-outside: Neuropsychological therapeutic community approach to treatment of the seriously mentally ill*. Workshop: Practice Miniconvention at 99<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

Miran, M.D., Miran, E.R., & Miran, S.D. (1993). Systematic rebuilding of thinking systems in the brain: An innovative treatment for individuals with schizophrenia. In R. Liberman (Chair), *Cognitive Remediation in Schizophrenia*. Symposium conducted at the 4<sup>th</sup> World Association for Psychosocial Rehabilitation, Dublin, Ireland.



- Miran, M.D., Miran, E.R., Tirrell, S.K., & Mudholkar, G. (1990). *Neuropsychological treatment strategies for schizophrenia: Cognitive retraining*. Paper presented at the meeting of the 98<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, MA.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27, 387-411.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457–469.
- Kaplan, H. P., Sadock, B. J., & Grebb, J.A.(1995).*Synopsis of psychiatric behavioural sciences, clinical psychiatry* .Baltimore; Williams&Willkins.
- Penny ,N. H., Mueser, K. T., & North , C. T. (1995). Allen Cognitive Level Test and social competence in adult psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 420-427.
- Ragland, J. D., Gur, R .E., Klimas, B. C., McGrady, N., & Gur, R. C. (1999). Neuropsychological laterality indices of schizophrenia: Interactions with gender. *Schizophrenia Bulletin*, 25(1), 79-89.
- Silverstein, S. M., Menditto, A. A., & Stuve, P. (2001). Shaping attention span:an operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 247-257.
- Spaulding , W.D., Reed , D., Sullivan ,M ., Richardson , C., & Weiler, M (1999). Effect of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (4), 657- 676.
- Teske,Y.R. (1993) Schizophrenia. In R. A. Hansen & B. hison(eds),*Condition in occupational therapy* : Williams&Willkins.
- Toglia, J. P.(1998). A Dynamic interactional model to cognitive rehabilitation. In N. Katz (Ed.) *Cognition and occupation in cognitie models for intervation in occupational therapy*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 291-308.



## תמיד אפשר ללמוד-

### ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית עם אנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית

הדס לידור נעמי, וייס פנינה (בעזרתם של ורד שפיר קיסר, דיוויד מוזס, אילה לוי, אורלי צבר ואחרים שתרמו לנו מדוגמאות מעבודתם וחייהם)

כשנשאל פרופ' פוירשטיין באחת מהרצאותיו האם הטיפול הקוגניטיבי יביא את האדם להיות מאושר יותר ענה: האושר ניתן בידי של אלוהים, תפקידי בעולם הוא להרחיב את יכולות ואפשרויות הבחירה של האדם.

#### מבוא

מטרת פרק זה היא להציג בפני הקוראים את מודל ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית ה-Dynamic Cognitive Intervention (DCI) עקרונותיו ויישומיו בבריאות הנפש (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005). במהלך השנים האחרונות התפתחו בתחום בריאות הנפש תפיסות, גישות, כלים והבנות חדשות מקדמות שיקום והחלמה. ביניהן התפתחו הגישות: הפסיכו-פרמוקולוגי, טיפולים פסיכו-חברתיים, קוגניטיביים והגישה השיקומית הפסיכיאטרית (לכמן והדס-לידור, 2003).

הגישות הקוגניטיביות מניחות שהמחלה הפסיכיאטרית מלווה בפגיעה נזירה קוגניטיבית שיש לה תפקיד מרכזי במגבלה החברתית, כלומר, בהשתתפות ובתפקוד היום יומי (בוני, והדס לידור, 2001; World Health Organization WHO, 2000, 2001; 2001). פגיעה זו מחייבת התייחסות תואמת שתאפשר שיקום והחלמה (Bellack, Gold, Buchanan, 1999). כמו כן יש היום עדויות מוכחות שקוגניציה הוא מנבא טוב לתוצאות תפקודיות שיקומיות במחלת הסכיזופרניה (Green, Kern, Braff, Mintz, 2000).

מאמר זה מחולק לארבעה חלקים. בחלק הראשון יוצג הרציונל של ההתערבות הקוגניטיבית בבריאות הנפש, בחלק השני יוצגו עקרונותיו של ה-DCI. החלק השלישי יעסוק בתיאור כלי ההתערבות והתאמתם לאוכלוסיית אנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית והנמצאים בתהליכי שיקום והחלמה, תוך הדגמה דרך קטעי התערבות, ובחלק האחרון יתוארו מספר פרויקטים יישומיים לצרכנים, למשפחות ולאנשי המקצוע.

#### הרציונל של ההתערבות הקוגניטיבית בבריאות הנפש

שנים רבות לא טיפלו כמעט באוכלוסיית בריאות הנפש מתוך נקודת מבט קוגניטיבית (Spaulding, 1994). הסיבות לכך רבות והעיקריות הן:

1. האמונה שבמרכזיות מחלת הנפש ישנה פגיעה קוגניטיבית בלתי הפיכה, ויותר מכך

שפגיעה זו מתקדמת עם הזמן.

2. הגישות הקוגניטיביות שהיו מקובלות עד לפני מס' שנים היו נזירות פסיכולוגיות. גישות הלקוחות מעולם פגיעות הראש הטראומטיות בלבד.

בשנים האחרונות חלה התקרבות בין שיטות אבחון והתערבות בבריאות הנפש לתחום מדעי המוח. הטיפול הקוגניטיבי, שנפוץ היום ומכוון לטיפול ואימון של יכולות קוגניטיביות שונות באופן אינדיבידואלי או (Silverstein, Menditto, Stuve, 2001) קבוצתי הפך לאחד המרכזיים בהתערבות באוכלוסייה זו. התקדמות בחקר המוח והטיפול הקוגניטיבי באוכלוסייה זו מוכיחים שניתן לטפל ולקדם אוכלוסייה זו. (Bellack, Mueser, Morrison, Tierney, & Podell, 1990; Hadas-Lidor, Katz, Tyano, & Weizman, 2001; Kandel, 1998; Kern, Wallace, Hellman, Womack, & Green, 1996; Medalia, Ruvheim, & Casey, 2001; Silverstein, Menditto, & Stuve, 2001; Spaulding, 1994; Wiedl 1999).

מחקרים של השנים האחרונות מצביעים על קשר בין מחלת הנפש לתפקוד הקוגניטיבי והשפעת הטיפול הקוגניטיבי על התפקוד בתחומי חיים שונים (Hadas-Lidor, Katz, Tyano, & Weizman, 2001; Morrison, et al. 2004; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 2003; Shafir-Kaisar, 2005).

**תיאורית ההשתנות הקוגניטיבית מבנית על פי פוירשטיין** (Feuerstein, Rand, Hoffman, & Miller 1980) בין הגישות הקוגניטיביות המקובלות היום, גישת ההשתנות הקוגניטיבית מבנית של פוירשטיין (Structured Cognitive Modifiability- SCM) אשר התפתחה בשנות ה-70, היא גישה חינוכית במקורה (Feuerstein, Rand, Hoffman, & Miller 1980; Feuerstein & Feuerstein, 1991). מטרתה העיקרית היא שיפור יכולת הלמידה העצמית של אנשים עם צרכים מיוחדים שונים וזאת על ידי התנסות בלמידה מתווכת שהנה חשיפה מתווכת לגירויים מכוונים (Mediated Learning Experience- MLE) ומתוך האמונה ביכולת האדם להשתנות מעבר לגילו ומצב בריאותו באם יינתנו לו התנאים הנכונים לכך (Vygotksy, 1987; Feuerstein, Rand, & Hoffman 1979).

**הגישה החינוכית להשתנות קוגניטיבית מבנית באמצעות ההתנסות בלמידה מתווכת** ההתנסות בלמידה מתווכת (התיווך) הנה איכות אינטראקציה בין אישית המאפשרת ומסבירה את התופעה האנושית של ההשתנות הקוגניטיבית מבנית. התיווך נחשב למרכיב המשמעותי ביותר ביצירת הגמישות והפלטיות של המח, שמוביל לשינוי המבני (Feuerstein, & Schur, 1997). הוא נתפס כמאיץ סביבתי, הקשרי שקובע את האופן בו הגירוי מהסביבה עובר על ידי סוכן תיווך- מתווך (הורה, מורה או מטפל) המכוון על ידי כוונותיו, התרבות בה צמח, וההשקעה הרגשית, בוחר ומארגן את עולם הגירויים עבור הלקוח/ תלמיד. המתווך בוחר את הגירויים המתאימים ביותר ואז מסנן, מארגן, ומתזמן אותם. הוא קובע מתי גירוי מסוים יופיע או יעלם, ומתעלם מאחרים. באמצעות תהליך זה המבנים הקוגניטיביים של הלקוח משתנים. הוא רוכש דגמי התנהגות ומערכות למידה, שבתורם הופכים למרכיבים חשובים ביכולתם לעבור שינוי דרך חשיפה לגירויים. מכיוון שחשיפה ישירה לגירויים מהווה את המקור העיקרי של למידת האדם. ההתפתחות הקוגניטיבית של הפרט מושפעת

באופן משמעותי על ידי המידה בה יש לרשותו מערכת אסטרטגיות ורפרטואר המאפשרים לו להשתמש ביעילות בלמידה דרך חשיפה ישירה. אם כך ככל שהפרט נחשף באופן תכוף ומוקדם יותר לתיווך, כך תגדל יכולתו להשתמש ביעילות ולהיות מושפע מחשיפה ישירה למקורות גירוי. מאידך, ככל שהפרט המתפתח נחשף באופן מועט לתיווך, הן מבחינת איכות והן מבחינת כמות, כך תקטן יכולתו להיות מושפע ולהשתנות על ידי חשיפה ישירה לגירויים. פוירשטיין ופויירשטיין (1991) הגדירו 12 קריטריונים המתארים את איכות התיווך. שלושת הקריטריונים החיוניים של התיווך הנם: כוונה והדדיות, העברה ומשמעות.

קריטריון נוסף, מסוגלות, אומץ על ידי הדס לידור (1996) כחיוני להגדרת התיווך. ולראיה, נמצא במחקרים עכשוויים בתחום ההחלמה שתחושת מסוגלות הנה מאפיין חשוב בתהליך ההחלמה (Lachman & Roe, 2003; Hadas-Lidor & Weiss, 2005).

המסוגלות היא תחושתו וידיעתו של הפרט על יכולתו- הערכה העצמית שלו. ישנם אנשים שתחושתם על יכולותיהם היא נמוכה מהיכולת עצמה, הם תמיד חושבים שהם יכולים לעשות פחות ממה שהם באמת יכולים לעשות וישנם גם אחרים, שתחושתם את יכולתם היא גבוהה מיכולתם האמיתית, הם חושבים שהם יכולים להיות סטודנטים לפילוסופיה ובמציאות היום הם לא יכולים לשבת יותר מחמש דקות לקרוא מאמר. אין ספק שבאוקלוסיה בה המאמר עוסק פיתוח תחושת מסוגלות תואמת מאוד חשובה ליכולתו של האדם לבחור נכון, להשתלב, ללמוד, לחוש שייך ולהחלים.

**ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית על פי הדס לידור ווייס (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005)** מזה למעלה מעשור, על בסיס גישתו של פוירשטיין, התפתחה ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית (Dynamic Cognitive Intervention- DCI) על ידי כותבות מאמר זה (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005), ונעשו התאמות לאוכלוסיות מגוונות באמצעות מטפלים מתחומי הבריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט (הדס-לידור, נוה, וייס 2003).

ה-DCI שונה מגישתו של פוירשטיין בכך שנקודת המוצא איננה חינוכית, אלא טיפולית, מה שמביא לשינויים רבים שיבואו לידי ביטוי במאמר זה בפרק העקרונות. הטיפול הקוגניטיבי דינאמי בגישת ה-DCI מאמין ששיפור בתהליכי החשיבה והלמידה יוביל לשיפור יכולתו של האדם להסתגל בקהילתו (Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Hadas-Lidor, Katz, 2005; Toglia 1998; Toglia, 2005; Hadas-Lidor, & Weiss, 2005). אוכלוסיות מגוונות נתרמו מהחשיפה ל-DCI (Hadas-Lidor & Weiss, 2005): לקוחות, משפחות, מטפלים, ואנשי מקצוע שונים.

ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית מתייחסת לכאן ועכשיו. מטרתה להעשיר את הלומד ולהרחיב את רפרטואר ההתמודדות וההתנהגות שלו במצבי החיים השונים. הרחבה זאת נעשית ע"י פריסה של פרספקטיבות/ וריאציות/אפשרויות שונות של התייחסות לאותו אירוע (אירועי חיים ושימוש מכוון בכלים מוחשיים מחיי היום יום), תוך המחשה והדגמה. נמצא

ששיפור היכולת הלימודית משפרת את התפקוד הממשי ואת התפיסה העצמית, למשתקמים הסובלים מסכיזופרניה ( Hadas-Lidor, Katz, Tyano, & Weizman, 2001; שפיר קיסר, 2005).

מטרות ה- DCI בהתערבות באוכלוסיית בריאות הנפש הן:

- שיפור יכולת הלמידה העצמית
- איתור פוטנציאל ההשתנות והלמידה, מעבר ליכולת הגלויה
- שיפור התפיסה העצמי
- פיתוח מודעות, תובנה ותחושת מסוגלות
- הרחבת אפשרויות ורפרטואר הבחירה ( לכמן 2000; Deegan, 2001)
- הרחבת השתתפות בסביבה הטבעית בפעילויות בהתאם לרצונותיו, כוונותיו ותחומי העניין של הפרט (Deegan, 2001).

### עקרונות ההתערבות

1. ההתערבות נבנית בהתאם לבחירותיו וצרכיו של הפרט, ולא ביחס לאבחנה או לסיבה.
2. בהערכה הדינאמית המתבצעת במסגרת ה- DCI המיקוד הוא באיתור הפוטנציאל של הפרט בשונה משיטות הערכה סטטיות המעריכות יכולות נצפות בלבד. (Feuerstein, Rand, 1998; Hadas-Lidor, 1998; Falik, & Rand, 2002; Hoffman, 1979; &).
3. אין קו הפרדה ברור בין מרכיבי ההערכה, הטיפול והמעקב. הם קשורים יחדיו לאורך כל מהלך ההתערבות.
4. יש צורך להתמקד בקיים, בחיובי, הדגש את כוחו של האדם. פעמים רבות אנו חוקרים ומסבירים את הטעויות, ולא מספיק מקדישים תשומת לב לפענוח ופירוש ההצלחות. יש להעצים את הכח וההצלחה. להקדיש זמן לנתח, לחקור ולהסביר הצלחות- גישה זו מובילה לצמיחה של הצלחות עתידיות.
5. יש לעשות שימוש מגוון בכלי ההתערבות בכדי להרחיב ולפתח אסטרטגיות וגמישות בשימוש בהן. בחירת נושא ההתערבות וכליו נעשים על ידי דיאלוג מתמשך עם המתמודד תוך חיפוש אחרי דברים משמעותיים ביותר עבורו, יכולותיו, תרבותו, רצונו וצרכיו.
6. התייחסות למוטיבציה. מתוך אמונה שלכל אדם יש מוטיבציה, שעולה על פני השטח כאשר מתייחסים לרצונות ולבחירות האמיתיות של הפרט. בנוסף, מתקיים דיאלוג/ שיח פנימי בין הרגשת המסוגלות של האדם לבין יעילות והצלחה. מחסור במוטיבציה הנה תוצר של הערכה עצמית נמוכה, מחסור במיומנויות ו/ או באסטרטגיות.
7. כישלונות נתפסים כאמצעי ללמידה, וכחלק מההתפתחות. נעשה שימוש בגישה חיובית גם בהתמודדות עם מצבי כשלון.
8. ההתערבות משלבת בין קוגניציה, רגש והתנהגות. בגישת ה- DCI, נושאים רגשיים שמתעוררים ומזוהים כמעכבי תפקוד מטופלים באופן מכוון וישיר, באמצעות ה- MLE ותפקודים קוגניטיביים שמורים. התערבות קוגניטיבית בנושאים הרגשיים נעשית ע"י הרחקה המאפשרת התמודדות יעילה יותר ונגישות לעיסוק במצבי חיים מורכבים ללקוח. גם בחירת

כלי ההתערבות מכוונת למימוש עקרון זה, לדוגמא, שימוש באלבומי תמונות משפחתיות כגירוי לשיחה בנושאים של מערכות יחסים, תרבות, ערכים, רגשות משפחתיים.

9. ההתערבות משלבת התייחסות מכוונת לתפקוד המטה קוגניטיבי בתוך ובין המפגשים בדרכים שונות: העברה לתחומי חיים שונים (משפחה, לימודים, סביבה, עבודה, פנאי), מתן שיעורי בית, תיווך של קריטריון ההעברה (Feuerstein, & Rand, 1997), אנאליזה של כל עשייה (המטרה), אופן הביצוע (התהליך ובחירת האסטרטגיות), ובקרת התוצאה הסופית (הן מבחינת התוצאה הנצפית, והן מבחינת ההרגשות המתעוררות בעקבותיה)

10. ההתערבות הנה מולטי דיספלינרית, כל אנשי המקצוע והמטפלים משתתפים בקידום מטרת ההתערבות. לשם כך כל השותפים נחשפים לעקרונות התיווך. שיתוף פעולה זה מקנה אפשרויות להעברה מגוונת ורחבה יותר מה- DCI לתחומים אחרים בחייו של הלקוח.

### כלי ההתערבות

היות ועיקר עניינו של מאמר זה הוא ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית באוכלוסיית בריאות הנפש, לא נעסוק בו לעומק בכלי האבחון הדינאמיים. יחד עם זאת חשוב לחזור ולציין כמו שנאמר גם בעקרון מספר שלוש לעיל שההתערבות היא המשך טבעי וישיר של התהליך האבחוני דינאמי שמאפשר לנו לעקוב ולאתר את יכולות ההשתנות של האדם (Feurestein, Hadas-Lidor, & Weiss, 2005; Falik, & Rand, 2003; Feuerstein, 2005).

כלי התערבות הם: סביבות משתנות (פירשטיין, ורנד, 1998), מערכת כלי העשרה אינסטרומנטלית (Feurestein, Rand, Hoffman & Miller 1980), וכלים נוספים בהם נעשה שימוש במסגרת התערבות ה- DCI (Hadas-Lidor & Weiss, 2005):

1. **סביבות משתנות** ותואמות לתפקוד של המטופל בתחומי חייו השונים (פירשטיין ורנד 1998; הדס לידור, 1996, 2001, Tyano, & Weizman, 2001; Hadas-Lidor, Katz, Tyano, & Weizman, 2001); בסביבה הכוונה היא לסביבה משנה המעודדת, מחייבת ומאפשרת שינוי.

ארבעה תנאים יוצרים סביבה משנה:

- סביבה המציבה דרישות שבלעדי שינוי באדם, הוא לא יוכל להתקיים בה.
- סביבה שהאדם ירצה לחיות בה. כלומר מספקת תחושת שייכות כדי שהוא ירצה לעשות שינויים על מנת להישאר בה.
- חשוב להעמיד בפני האדם תנאים שיתמכו באמונתו ביכולתו להשתנות. ההנחה שאדם יכול להוציא מעצמו לבד את הכוחות הכלים היא לא תמיד נכונה. הכלים והתמיכה הרגשית צריכים להינתן לו בתהליך השינוי הקוגניטיבי/ תפקודי וזאת תוך מודעות להתאמה בין רגש, קוגניציה ותפקוד (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005).
- סביבה משנה חייבת להיות הטרוגנית ומציבה לפני האדם וואריאציות שונות המאפשרות הסתגלות וקבלה. סביבה משנה אם כך חייבת להיות בעלת אופציות שונות של בחירה, בסביבה הומוגנית אין לצפות לשינוי, בעיקר סביבה הומוגנית נמוכה, כמו מרכז מוגן או כיתה



לחינוך מיוחד, שהופכים להיות מחסום לשינוי. אין בהן גרייה למימוש היכולת של האדם לשינוי בתפיסה, ברמת הציפיות ובהתנהגות.

לדוגמה תעסוקה נתמכת הוא פרויקט שמשלב את האדם עם מחלת הנפש בעבודה רגילה בשוק החופשי. סביבת עבודה כזו היא מעניינת, מאתגרת, דורשת למידה ושינוי כדי להיות בה. כדי שתהיה אפשרית לאדם על המלווה ללוות אותו בתמיכה, בליווי ובליווי אסטרטגיות שיאפשרו לו להשתלב בתוך מקום העבודה, כמו ארגון זמן ומרחב במצבים שונים של עבודה. (פויירשטיין ורנד 1998).

### ב. "העשרה אינסטרומנטלית" (Feuerstein, Rand, Hoffman & Miller, 1980)

מערכת כלים הכוללת יותר מחמש מאות תרגילים של נייר ועפרון שהמטרה העיקרית בטיפול בה איננה הקניית תוכן, או תיקון פונקציות קוגניטיביות, אלא שיכלול ופיתוח יכולת הלמידה, הגמישות וההסתגלות למצבים משתנים (Hadas-Lidor, 1997).  
חמש מאות התרגילים במערכת כלי העשרה אינסטרומנטלית מחולקים לכלים מדורגים בנושאים שונים כמו: השוואות, התמצאות במרחב, יחסי זמן וכדומה, אנו משתמשים בהם כמין מילון/ ספרייה של אפשרויות שיש להשתמש במונחיו בהתאם למה שמחפשים ולא ב"סדר" שהם כתובים בספר.

מטרות נוספות בעבודה עם כלים אלה הן:

1. פיתוח מוטיבציה על ידי התייחסות לשלושה היבטים שלה: הנעה פנימית, הנעה הקשורה למטלה, הנעה חברתית נושא שמוגדר בספרות היום כמרכזי ותנאי לתהליכי ההחלמה (Feuerstein, Klein, & Tannenbaum, 1991).

2. אחד העכבות של האדם עם מחלת הנפש היא המעבר ממסגרת למסגרת ממצב למצב, הוא טוב מאוד במפעל מוגן ואז עובר למסגרת של תעסוקה נתמכת ונכשל, או ממקום עבודה למשנהו, או ממסגרת לימודים למקום עבודה, מטרתנו ליצור גמישות מחשבתית תפקודית שמאפשרת העברה וגישה למצבים שונים. מטרה זו מושגת או על ידי תרגול מרובה של מיומנות במגוון מטלות מתוך העשרה ו/ או התייחסות לאירוע נידון או תרגיל אחד מנקודות מבט שונות.

3. שינוי תפיסת האדם את עצמו מקולט סביל של מידע לבוחר את המידע הרלוונטי בשבילו מטרה זו מושגת על ידי יצירת מודעות לתהליכי החשיבה ולהתנהגות הקוגניטיבית (מה שמוגדר היום כתפקודים ניהוליים/ אקזקוטיביים הכוללים בין היתר מודעות ומטה-קוגניציה). מודעות כזאת הופכת את האדם לפעיל ושותף בתהליך השינוי והלמידה, ללומד עצמאי (הדס לידור, 1997; 1998, 2005; Toglia, 1998, 2005; Katz & Hartman-Maeir, 1998, 2005).

### דוגמה לכלי מתוך מערכת כלי העשרה העוסק ביחסים חברתיים

"ללא מלים" סדרות קריקטורות שבנויות כספורים בתמונות, כל ספור בין שתיים עד ארבע תמונות. בתחילת כל ספור יש בעיה/שאלה או מצב שנפתר/ נפתרת בצורה מסוימת בסופו.

תפיסת הבעיה ופתרונה מחייבים הפעלת מגוון של פונקציות קוגניטיביות. במעבר מתמונה לתמונה נשמרים היבטים מסוימים, בעוד שאחרים משתנים. הקבועים הם שיוצרים את הקשר בין התמונות. קשר זה יכול להיות מסוג סיבה-תוצאה או אמצעי-תכלית וצריך להבחין בין שני אלה. יש צורך בחשיבה הסיקית ואנלוגית כדי להבין את הסיבה לשינויים. ללקוחות שלנו, שפעמים רבות מפרשים סיטואציות חברתיות בצורה שגויה, שעלולה לגרום להם קשיים רבים בהשתלבותם החברתית, משמש הכלי אמצעי חשוב ביותר ללימוד התנהגויות במצבים חברתיים שונים

### ג. כלים נוספים המותאמים לחייו וסביבתו של הפרט על פי עקרונות ה-DCI:

אמצעים הלקוחים מהעולם הסובב אותנו ויכולים להיות למעשה כל דבר המאפשר השגת מטרות רלוונטיות ומשמעותיות לחיי האדם, מגרים, מאתגרים, מפעילים ומאפשרים למידה, גמישות והסתגלות.

ניתן לחלק אמצעים אלו לשתי קבוצות עיקריות, שלעיתים קיימת חפיפה ביניהם:

1. אמצעים שונים שהנם חלק אינטגרלי מהתפקוד היומיומי של האדם: מטלות התארגנות בבוקר, בישול, סידור ארון, סידור לוח זמנים, מטלות ממקום העבודה, מטלות לימודיות ועוד.

2. אמצעים נוספים כמו: אירועי חיים, קריאה וכתובה, משחקי קופסא, משחק תפקידים, אלבום התמונות המשפחתי, מחשב ככלי טיפולי, מכשירים שונים בעלי דרגות מורכבות מותאמות למצבו של הפרט, ועוד.

אמצעים אלו אינם מכוונים במהותם לאספקט מסוים של תפקוד קוגניטיבי. על המתערב לווסת, לכוון ולהתאים את השימוש באמצעים, באופן שיאפשר גישה ישירה בהתערבות לאותן מטרות ופונקציות קוגניטיביות אשר הוגדרו כמוקד ההתערבות, כמו גם להתייחסות ישירה וממוקדת לנושאים רגשיים בדרך קוגניטיבית, המקדמים או מעכבים את האדם. העבודה הקוגניטיבית או דרך הפריזמה הקוגניטיבית שמתרחקת מהמעורבות הרגשית מאפשרת לנו לגעת גם באירועי חיים מאוד קשים או סוערים ולהתמודד אתם (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005)

### אנשים מדברים על הטיפול הקוגניטיבי דינאמי

\*נהייתי מאוד מהעבודה על התרגילים. התרגילים גרמו לי לחשוב ולפתור בעיות

\*למדתי הרבה דברים חדשים.

\*שיפרתי את היכולת להתרכז ולזכור דברים הרבה פעמים היה לי קשה אבל כשהצלחתי הרגשתי מאוד מרוצה וחזק. חבל שאי אפשר להמשיך.

\*התרגילים עזרו לי מאוד, הם לימדו אותי לחשוב מחדש, הם נתנו לי בטחון שאני יכול לחשוב ולהחליט לבד.

\*הפגישות היו הסיבה העיקרית שבגללה באתי למרכז. הרגשתי שאני מפעיל את הראש ושענת

מאמינה שאני יכולה לעשות זאת. בהתחלה היה לי קשה אבל אחר כך באמת הצלחתי לפעמים גם אחרים עזרו לי וזה נתן לי הרגשה טובה

\*אתמול, כשאמא שפכה מים רותחים בכוס זכוכית והיא התפוצצה היא אמרה: זה בא מאלוהים. אמרתי לה: אמא, זה לא נכון, זה לא בא מאלוהים, פשוט הכוס הייתה קרה ועכשיו בבת אחת שפכת עליה מים רותחים אז היא התפוצצה. זה בא מהטבע- זה לא יכולתי להגיד לה לפני שלמדתי ב" העשרה"

\*אני מצטער שתוכנית העשרה לא נמשכת יותר משום שכשהייתי בה הרגשתי טוב יותר, הרגשתי שאני מפעיל את המוח ושאני מרוכז יותר לשמוע את החדשות בטלוויזיה גם התחלתי לקרוא קצת בעיתון, לא הרבה אבל קודם לא קראתי כלל.

### יישומים בהתערבות ה- DCI בבריאות הנפש

#### קורסים ייעודיים

פרויקט קש"ת: מזה למעלה משלוש שנים מתקיים קורס קש"ת (קידום שיתוף ותקשורת) להורים לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות. מטרת הקורס היא להקנות להורים לאנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית ו/או בני משפחה אחרים גישה וכלים שיאפשרו להם הבנה למצב ילדיהם ואופן התנהגותם מנקודות מבט קוגניטיבית, וללמד אותם כיצד להגיב להתנהגויות אלה באופן נשלט ומובנה כך שיגרמו לשינוי בתגובה תוך כדי אינטראקציה עמם.

פרויקט קשת הוא קורס, קורס אוניברסיטאי שמתקיים באוניברסיטה והלומדים בו מחויבים לדרישות האקדמיות שלו: קריאה, תרגול והגשת עבודות, בסופו הם מקבלים תעודה. החשיבות בקיום הקורס במסגרת לימודית גבוהה (אוניברסיטה) טמונה בעובדות הבאות:

-מסגרות אקדמיות הן מסגרות שאינן מזוהות עם המחלה ובכך אינן סטיגמטיות.  
-מסגרת לימודית גבוהה מעצימה את ההורים הלומדים בה ופונה אל החלקים הבריאים שבמשפחה ולא למחלה.

-מסגרת לימודית מאמינה ביכולת ההורה - הלומד לרכוש כלים לשינוי משמעותי ואינה מהווה מסגרת תומכת בלבד.

-הלימודים במסגרת האוניברסיטה וקבלת תעודה מטעמה מקנה הכרה בקורס ובתעודה שנרכשת בה. זוהי מסגרת חיצונית פורמאלית של לימודים המקנה יוקרה עבור ההורה – הלומד בה ומסיים את הקורס. מתוך הקורסים נבחרים הורים אשר נמצאים מתאימים להפוך להורים מנחים בקורסים הבאים. הורים אלו ממלאים תפקיד חשוב מאוד בקורסים היות והם מביאים לידי ביטוי את החוויה האישית הפרספקטיבה שלהם, ניסיונם בהתערבות הקוגניטיבית דינאמית ובעצם יותר מכל מנחה מקצועי הם שותפים אמיתיים לכאב ולקושי של ההורים המשתתפים פעם ראשונה בקורס.

בקורס מלמדים את בן המשפחה גישה וכלים לתקשורת קוגניטיבית במשפחה ובקהילה, את עקרונות הגישה הקוגניטיבית - דינאמית והתיווך תוך כדי התנסות בהם הלכה למעשה בתרגול של ניתוח אירועים יומיומיים שהמשתתפים מביאים מביתם וחייהם. במהלך הקורס הופך בן

המשפחה להורה מתווך, כשהמתווך- המומחה מנחה אותו בהדרכה החוזרת. במהלך הקורס מושגים מספר יעדים:

1. ללמוד את המושגים הבסיסיים בתיאוריה הקוגניטיבית – דינאמית.
2. ללמוד את מושגי התווך העיקריים ויישומם באוכלוסייה של אנשים עם צרכים מיוחדים.
3. ללמוד להבין, לנתח ולהתמודד עם בעיות הקשורות ללקות של בן המשפחה כפי שבאות לידי ביטוי במשפחה, בקהילה, מול השירותים וכדומה. כלומר, ההורים לומדים להסתכל על מצבים בחיי היומיום ממספר נקודות מבט ובכך מרחיבים את רפרטואר התגובות שלהם.
4. ללמוד להיות פעיל, מעורב ואחראי לטיפול בבן המשפחה.
5. להכשיר הורים מנחים שיעבדו בצמוד למנחים מהאקדמיה, במטרה להמשיך את השרשרת עוד ועוד.

כל קורס מורכב מ-12 מפגשים אחת לשבועיים ועוד 3 מפגשי מעקב אחת לחודש. כל מפגש נמשך 3 שעות אקדמאיות- סך הכל 15 מפגשים, 45 שעות. במחקר מעקב על הקורס נמצאו שינויים חיוביים בעמדות של ההורים ביחס ליכולתם לתקשורת בתוך משפחתם ועם בנם / בתם החולים בעיקר בתחומי הקוגניציה והרגש ( הדס לידור, חסדאי וירוס, 2006) יותר מכך צברנו עשרות ספורים של הורים שמתעדים את השינויים שחלו בהם בעקבות הקורס עם הבן או הבת החולים, עם בן הזוג, במקום עבודתם ועוד. אחד הספורים הוא של ארוע שהתרחש בין הורה מנחה בקורס לבין אם משתתפת בו: " במהלך קורס קשת האחרון סיפרה לי אמא באחת ההפסקות את הסיפור הבא: תמיד כשאני הולכת לבקר את הבן יש בלאגן בחדר שלו, הכל הפוך. ביקשתי ממנו, הסברתי לו, ושום דבר לא עוזר.

בסוף מה שקורה זה שאני מסדרת לו את החדר כל פעם שאני באה.

למה זה חשוב לך שהוא יסדר את החדר- שאלתי?

מה, אתה רוצה שהוא יהיה בבלאגן?

האם את מודיעה לו מראש לפני שאת מגיעה לבקר, שאלתי?

מה יש להודיע- הוא גר קרוב אלי ובכל פעם שאני עוברת ליד הבית שלו – אני נכנסת.

תנסי להודיע לו מראש שאת מגיעה, תבדקי באם זה מתאים לו, בכל פעם. תשאלי את עצמך- האם באים אליך אנשים לבקר מבלי להודיע מראש?

לאחר כחודש היא אמרה לי- זה כבר יותר טוב, אני מתקשרת ומבקשת לבוא, לפעמים הוא מסכים והחדר נראה קצת יותר טוב. לא כמו כשאני מסדרת- אבל יותר טוב!

### התערבות פרטנית

התערבות פרטנית שמערבת שימוש בכלי "העשרה אינסטרומנטלית", ארועי חיים ועבודה מערכתית

הקושי המרכזי של כרמית היה בארגון תחומי חייה השונים: כרמית אחרה פעמים רבות ליחידת השיקום והסיבות לכך, לדבריה, היו הקושי להתארגן ולהספיק את כל מטלות הבוקר. שולחן עבודתה של כרמית היה תמיד מלא בפריטים שחלקם היה קשור לעבודתה, חלקם לחפציה האישיים שהוצאו מהתיק, ושאריות האוכל שאכלה בשעה 10.00. מצב זה גרם לה להתעכב בתחילת העבודה ובסיומה, וכתוצאה מכך עבדה (בעבודת אריזה) בצורה איטית ובלתי יעילה. הארגון אם כך היה הנושא העיקרי שצריך להיות מטופל. שילבנו בעבודה תרגילים שונים מכלי העשרה אינסטרומנטלית מ-"ארגון נקודות" (שדורשים ארגון צורני),

"התמצאות במרחב" (שמחייבים התארגנות במרחב: בכיוונים וצדדיים, במרחב הדף, בתוך טבלה, תרשים זרימה וכדומה), "הוראות" (שדורש התארגנות בהתאם להוראות שונות).

הקפדנו להשתמש בתרגילים מגוונים באופנויות התקשורת וברמות שונות של ארגון. תרגילים אלו איפשרו לנו להשתמש באסטרטגיה של הרחקה מהבעיה האקוטית של כרמית אל מרכיבי החשיבה הבסיסיים של הארגון, ורק לאחר שרכשה בטחון בתרגילים הבסיסיים בכל כלי שהזכרנו, המשכנו לנושאים הקשורים בתפקוד ובחיי היומיום שלה.

מתחילת הטיפול ערבנו את המדריך בסדנא במטרת הטיפול בהעשרה כדי שגם הוא בשיתוף אתנו יקפיד על ארגון מקום העבודה שלה בהדרכה מדורגת ונכונה. כמו כן ערבנו את העובדת הסוציאלית, המטפלת האישית של כרמית במטרת הטיפול שלנו ובכלים שבהם אנו עוסקים ובקשנו ממנה לחבר בין הנושאים בהם היא עוסקת להתארגנות בבית ובשעות הפנאי, לנעשה בהתערבות שלנו. בשלב מסוים המרפאה בעיסוק ביקרה בביתה של כרמית וניסתה בעזרתה להכיר את ארגון החדר שלה. (כרמית גרה עם הוריה) ולבדוק באם ניתן לארגן אותו בצורה יעילה יותר: מיון הבגדים בארון לחורף ולקיץ, מה שלא נעשה קודם לכך, סידור הבגדים השימושיים במדפים נמוכים יותר והפחות שימושיים בגבוהים יותר. כדי לחזק ולהפנים את העקרונות שנלמדו בשיקום, לחיים, כרמית קיבלה בין הפגישות שיעורי בית, חלקם היו המשך או סיום של תרגיל של נייר ועפרון, אתוום התחילה במפגש ביחידה השיקומית, וחלקם היו משימות סביב פעילות בביתה ובסביבתה הטבעית, לדוגמא: הכנת רשימת קניות לסופר, ודף תכנון יומי.

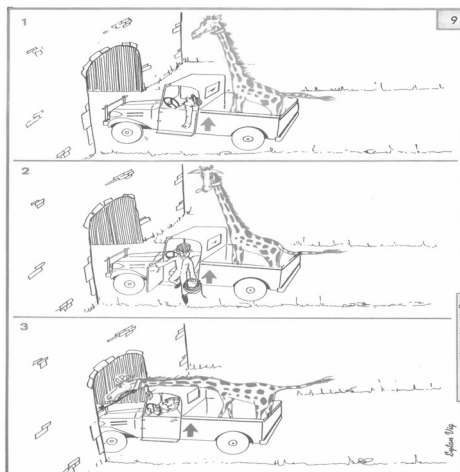
הדוגמא פה מדגימה את שיתוף המדריך והעובד סוציאלי כמעבירים את הטיפול לתחומי החיים השונים של כרמית שימוש בכלים שונים ובמבנים שונים כדי לאפשר העברה והכללה הנעשים בטיפול לתחומי חיים שונים.

### טיפול קבוצתי

דוגמא של עבודה עם ספור מתוך הכלי "ללא מלים" בקבוצה ביחידת שיקום בקהילה, הג'ירפה והמנהרה\* הרגשת האין מוצא היא הרגשה מוכרת לאנשים שאנו עובדים אתם, פעמים רבות ישיבה בקבוצה ודיון על בעיה שנראית לכאורה חסרת פתרון ביחד דרך סיעור מוחות ובדרך של הרחקה והומור כמו במקרה הנדון. יכול להיות עיסוק מאוד תורם, מרחיב ונוגע בצורה לא ישירה גם בבעיית רגשיות. הקריקטורה של הג'ירפה והמנהרה מדגימה מצב שלרגע נדמה שהוא ללא מוצא.

**הקבוצה הייתה של ארבעה אנשים עם מנחה אחד והמטרות היו:**

1. זיהוי רצף – שהמטופל יזהה רצף כדי שיוכל לבנות סיטואציה הגיונית.
2. שהאדם יוכל לזהות בעיה וליצור דרכים שונות לפתרון.

**שלבי התערבות:**

1. קודם ניתנו שתי התמונות הראשונות
2. תיאר הספור על ידי המשתתפים יש הדגשה של המנחה על הפרטים הקבועים והמשתנים כדי ליצור את התהליך הספורי
3. דיון על הבעיה ודרכים לפתרון
4. חשיפה של התמונה השלישית
5. יצירת אינטגרציה בעל פה ובכתיבה
6. דיון על הרלוונטיות לחיי המשתתפים תוך כדי דוגמאות מחייהם.

**בדיון עלו נקודות מעניינות על ידי המשתתפים:**

1. במצבי חירום, לא להתייאש לעצור ולחשוב.
2. לכל בעיה יש פתרון.
3. דיון על רגשות בזמן תחושת אין מוצא ובזמן שנמצא הפתרון

**שימוש בתרגיל מתוך הכלי "ארגון-נקודות" בהדרכת איש צוות:**

בשיחת טלפון לפני הדרכה של אחת העובדות, הרגשתי שהיא מאוד מוצפת ומבולבלת בנוגע למשתקמות שהיא עובדת איתן. הבנתי שהיא אינה יודעת איך להתחיל את העבודה איתן, ומה לעשות כדי לעזור להן להתארגן טוב יותר. חשבתי שנוכח יהיה לתפוס מרחק מהקושי הספציפי עם כל משתקמת ולדבר באופן כללי מה עושים במקרה של הצפה.

הבאתי למדריכה תרגיל מתוך "ארגון נקודות". המדריכה קצת נבהלה למראה הדף כי התברר שיש לה קשיים בארגון מרחבי. אחרי מספר משבצות נתקלה המדריכה בקושי. הסברתי לה מה נקודת עוגן וכיצד להשתמש בה. אחרי שהיא תפסה את העיקרון והצליחה להשתמש בו,

עשינו ביחד העברה לעבודה שלה עם המשתקמות. המדריכה הינה בחורה מאוד אינטליגנטית ולכן לא היה צורך בדוגמאות קונקרטיות. העברה היתה ברמת העיקרון "כאשר יש מסביבי ערפל של נקודות ואני מוצפת בהרבה מידע לא מאורגן עלי לחפש את נקודת העוגן שממנה אוכל להתחיל את התהליך".

#### המדריכה אימצה זאת כדרך עבודה עם המשתקמות.

לדוגמה: המדריכה התקשתה בהבנית תהליך (עם אחת המשתקמות) שיש בו המשכיות בין מפגשים וכן ביצירת דו שיח רציף עקב רפיון אסוציאטיבי בזמן הפגישות. באחד המפגשים סיפרה המשתקמת למדריכה על מפגש משפחתי עתידי, לשיחה התלוו אמוציות רבות. המדריכה הקשיבה בשקט למשתקמת ושמה לב לשינויי הטון ושפת הגוף בדברה על ילדיה שלה. המדריכה זיהתה את נושא איבוד המעמד במשפחה והתפקיד האמהי כנקודת עוגן חשובה בהבנית התהליך השיקומי אצל אותה משתקמת. המדריכה מיקדה את השיחה עם המשתקמת בנושא האימהות. ארגון השיחה סביב עוגן זה הביא את המשתקמת להעלות זיכרונות נעימים מבית אמה וסיפורים שהיא היתה רוצה לספר לנכדיה. בהמשך הפגישה החליטה המשתקמת לנסות ולכתוב חוברת של סיפורים ושירים, שאותה תקדיש לילדיה ונכדיה. יש לציין, כי הנושא ממשיך להיות החלק המרכזי בפגישות עם המדריכה, עוגן המארגן רצף טיפולי. נראה, כי גם במהלך השבוע, מתארגנת המשתקמת סביב נקודת העוגן הזו. עיסוק זה הוביל אותה גם ללמוד מיומנויות חדשות כמו שימוש במחשב.

מתוארת פה דוגמא לשימוש בגישה הקוגניטיבית דינאמית – בכלי העשרה אינסטרומנטלית. בה התרחשה העברה כפולה - ממני אל המדריכה וממנה למשתקמת. מניסיוני, ניתן להשתמש בגישה בסיטואציות רבות של הדרכה. השימוש בגישה מקדם את יכולת המדריך השיקומי להבנת הסיטואציה בינו ובין המשתקמת ומשפר את יכולת התיווך שלו.

#### קורס לפיתוח מיומנויות חשיבה לצרכנים במסגרת שירותי השלמת השכלה בסל שיקום-

הרציונל לבניית התוכניות הקיימות כיום להשלמת ההשכלה היה ניסיון לצבור מצבי ביניים שונים בכדי שהמשתקמים יוכלו להגיע בהדרגה לתפקוד עצמאי בקהילה (ששון, גרינשפון, לכמן ובוני, 2003). עפ"י מקורות שונים, יכולתם של המתמודדים עם בעיה פסיכיאטרית להשתלב בלימודים ככל האדם מתאפשרת בתנאי שתעמוד לרשותם מערכת לימודים נגישה שתכלול תוכנית אקדמאית בקצב מתאים לכל לומד ולומד וכן שירותי תמך (Unger, 2002; Cook & Solomon, 1993). תחושת יזמי הקבוצה הייתה שיש מקום להכניס קורס ייחודי שמטרתו פיתוח ושיפור מיומנויות למידה על מנת להכין את הלומדים להשלמת לימודי תיכון, בגרות או לימודים אקדמאיים על ידי פיתוח, הקניית וחיזוק אסטרטגיות למידה. הקורס נועד במהותו להוות שירות תמך לקורסים האחרים שכבר ניתנים במסגרת סל השיקום. מטרת הקורס, בנוסף להקניית האסטרטגיות, גם הרחבת מנגנוני ההתמודדות במצבי לחץ הקשורים ללימודים ושיפור יכולת ההסתגלות וההתארגנות למערכת לימודית על כל המשתמע מכך (הגעה בזמן, הכרת אנשים חדשים וכו') (ויסברם-פדן 2005).

### יישומים מחקריים

**1. הדוקטורט של נעמי** מטרת המחקר שהסתיים ב-1994 והיה ראשון מסוגו היה לבדוק השפעתו של הטיפול הקוגניטיבי דינאמי באוכלוסייה של אנשים עם סכיזופרניה בשיקום בקהילה בתחומי הקוגניציה התפקוד היום יומי והתפיסה העצמית. המחקר נערך בשתי יחידות שיקום במשך שנה ובדק התערבות של כשנה בטיפול בכלים מהעשרה אינסטרומנטלית בשלושים אנשים מול קבוצת בקורת. ממצאי המחקר שהוצגו במאמר ב-2001 הראו לאחר שנה הבדל מובהק בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת לטובת קבוצת הניסוי בהתקדמות בתחומי הקוגניציה והתפקוד מעניין היה לראות שבתחום התעסוקה והמגורים שלא היה אחד מנושאי ההתערבות באופן ישיר היה שיפור מובהק והתקדמות בקבוצת הניסוי. עבודה זו הייתה ראשונה מסוגו והצביע על כך שניתן לטפל בחולה הפסיכיאטרי בטיפול קוגניטיבי דינאמי ותפשר את יכולתו למרות הגדרת מחלתו.

**2. התיזה של ורד** מטרת המחקר שהסתיים ב-2005 הייתה לבדוק תפקודים קוגניטיביים וחברתיים בעקבות התערבות קוגניטיבית דינאמית, בקרב אוכלוסיית משתקמים בקהילה הסובלים מסכיזופרניה. נמצא בספרות שמרכיבים אלה חשובים להשתלבותו של האדם בקהילה ותורמים לתהליך ההחלמה. השערת המחקר היתה כי ימצא הבדל לטובת קבוצת הניסוי בשינוי בין שתי קבוצות המחקר (ניסוי, וביקורת) במדידה של המרכיבים החברתיים הקוגניטיביים ושימוש באסטרטגיות לפני הלמידה ואחריה.

המדגם כלל 28 נבדקים, בגילאים 23-37, הסובלים ממחלת הסכיזופרניה. המחקר נערך במרכז שיקום בקהילה. הנבדקים חולקו לשתי קבוצות על ידי התאמה על פי נתונים דמוגרפים ורמה קוגניטיבית. 28 הנבדקים עברו אבחון לפני תוכנית ההתערבות. לאחר מכן קבוצת הניסוי קיבלה בנוסף להתערבויות המקובלות במרכז השיקום התערבות בת 18 פגישות, אחת לשבוע למשך שעה על פי העקרונות של ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית בעזרת תיווך, העשרה אינסטרומנטלית, אירועי חיים והתייחסות לסביבות חיים שונות. קבוצת הביקורת השתתפה בפעילות הרגילה של מרכז השיקום: לאחר 6 חודשים נעשה אבחון נוסף של כל המרכיבים הקוגניטיביים והחברתיים על מנת לבדוק את התקדמות הנבדקים בשתי הקבוצות.

ממצאי המחקר הראו שיפור מובהק במרב המרכיבים שנבדקו. בקבוצת הניסוי, בעקבות ההתערבות הקוגניטיבית דינאמית לאחר 6 חודשים. ניכר שיפור בממדים החברתיים (פיסיים, תקשורת ואינטראקציה) ובמדדים הקוגניטיביים זיכרון חזותי וחשיבה לוגית. ממצא חשוב נוסף הוא שבקבוצת הניסוי היה הבדל מובהק בשיפור הסטאטוס התעסוקתי לפני ואחרי ההתערבות. **תרומתו וייחודו של מחקר זה הוא בהצלחתו להראות שיפור דרך התערבות קוגניטיבית דינאמית במדדים הקוגניטיביים, החברתיים והתעסוקתיים בקרב אנשים הסובלים ממחלת הסכיזופרני**

**המחקר של קשת** פרויקט קשת שהוזכר למעלה נבדק במחקר עמדתו עם כניסת ההורים לקורס ובסופו בניתוח שונות עם מדידות חוזרות לבדיקת הבדלים בין העמדות לפני ואחרי



הקורס וההבדלים בין 3 התחומים רגשי קוגניטיבי והתנהגותי נמצא הבדל מובהק בין העמדות לפני ואחרי הקורס ( הדס לידור, חסדאי ירוס 2006). כלומר, בממוצע המשתתפים דווחו על רמות ידע, אמונה והתנהגות גבוהים יותר בסוף הקורס. כלומר באופן כללי נמצאה ההשפעה הרצויה על משתתפי הקורס. זהו מחקר ראשוני בלבד, מחקר שיש להמשיכו בקורסים הבאים של קשת יחד עם זאת הוא בהחלט מציג מגמה של השתנות.

### 3. המחקר של פנינה

#### 4. המחקר של פנינה נעמי ואסתי נווה

#### סיכום

מאמר זה עוסק בהתערבות קוגניטיבית דינאמית על פי עקרונות הטיפול הקוגניטיבי דינאמי מיסודו של פוירשטיין, בעיבודה לאוכלוסייה של אנשים הסובלים ממחלת נפש בקהילה על ידי מחברות מאמר זה. המאמר מציג כלים, עקרונות, רציונל וחשיבה טיפולית, המהווים את הביטוי לשינוי התפיסה והגישה ביחס לנפגעי הנפש. יותר ויותר והמבוססת על האמונה ביכולת ההשתנות מעבר לגיל ולמצב בריאותי.

#### ביבליוגרפיה

אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח., ונוימן מ. (1995). פרקים נבחרים בפסיכיאטרייה, פפירוס, בית ההוצאה באוניברסיטת תל אביב.

בוני, א. והדס לידור, נ. (2001). תפקיד הריפוי בעיסוק בהערכה, אבחון וטיפול על פי העקרונות של הסיווג הבינלאומי לתפקוד, מוגבלויות ובריאות. כתב עת לריפוי בעיסוק, 4, 167-180.

הדס לידור, נ. (1996). התיאוריה הקוגניטיבית דינמית עפ"י פוירשטיין ויישומה בתחומי הטיפול השונים בריפוי בעיסוק. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 5, 1-11.

הדס לידור, נ. (1997). בדיקת יעילות הטיפול הקוגניטיבי-דינאמי באמצעות "העשרה אינסטרומנטלית" באוכלוסיית משתקמים הסובלים מסכיזופרניה. עבודת דוקטורט, החוג לפסיכיאטרייה, אוניברסיטת תל-אביב.

הדס-לידור, נ., נוה, א., וייס, פ. (2003). ממטפל למורה- כניסה לתפקיד הוראתי- שלב נוסף בהתפתחות הזהות המקצועית. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 12, 177-192.

הדס-לידור, נ., חסדאי, א., ירוס, ט. (2006). קש"ת- קידום שיתוף ותקשורת. קורס להכשרת הורים ובני משפחה לתקשורת בדרך קוגניטיבית. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, יפורסם בגליון פברואר

ויסברם-פדון, ד. (2005). קורס לפיתוח מיומנויות חשיבה. מתוך אוסף תקצירים שנאספו בחוברת כינוס בנושא ההתערבות הקוגניטיבית בבריאות הנפש שנערך במסגרת תוכנית לימודי התעודה: תיאוריית ההשתנות הקוגניטיבית מבנית ויישומיה במקצועות הבריאות.

לכמן, מ. (2000). "נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים". חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.

לכמן, מ. והדס לידור, נ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. הדעה הרווחת: ביטאון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית, 35.

פוירשטיין, ר., רנד, י. (1998). אל תקבלוני כמות שאני "גישה פעילה-משנה" לחינוך האדם עם פיגור תפקודי. תל אביב, פרוינד.

שפיר-קיסר, ו. (2005). בדיקת תפקודים חברתיים וקוגניטיביים בעקבות התערבות קוגניטיבית דינאמית, בקרב אוכלוסיית משתקמים הסובלים מסכיזופרניה ונמצאים בשיקום בקהילה. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת תל אביב.

Anthony, W.A. (2000). A recovery oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.

**Bellack, A.S., Gold, J.M. & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2):257-274.**

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Morrison, R.L., Tierney, A., & Podell, K. (1990) **Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1650-1655.**

Cook, J.A., & Solomon, M.L. (1993). The community scholars program: An outcome study of supported education for students with severe mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.

Deegen, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing

and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health: A Journal of Psychosocial Practice & Research*, 17,5-21.

Feuerstein, R., Rand, Y. & Hoffman, M.B. (1979). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers: The Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments and Technologies*. Baltimore, University Park Press.

Feuerstein, R., Rand, Y., Hoffman, M.B. & Miller, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore. University Park Press.

Feuerstein, R., Klein, P. S., & Tannenbaum, A. J. (1991). *Mediated learning experience (MLE) : theoretical psychosocial and learning implication*. London. Freund publishing house.

Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., Falik, L. H., & Rand, Y. (2002). *The dynamic assessment of cognitive modifiability: The Learning Propensity Assessment Device: Theory, instruments and techniques*. Jerusalem: International Center for the Enhancement of Learning Potential Press.

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the "Right Stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1):119-136.

Hadas-Lidor, N. (1997). Dynamic cognitive intervention in a population suffering from schizophrenia. In A. Kozulin (Ed.), *The ontogeny of cognitive modifiability: Applied aspects of mediated learning experience and instrumental enrichment* (pp. 201–215). Jerusalem: ICELP International Center for the Enhancement of Learning Potential.

Hadas- Lidor (1998). Work.

Hadas-Lidor, N. & Katz, N. (1998) A Dynamic Model for Cognitive Modifiability: Application in Occupational Therapy. In N. Katz. (ed.) *Cognition and Occupation in Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. Bethesda, MD: AOTA.

Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S. & Weizman, A. (2001). Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation*, 15, 349-359.

Hadas- Lidor, N. & Weiss P. ( 2005). Dynamic Cognitive Intervention: Application in Occupational Therapy. In N. Katz (Ed.) *Cognition and Occupation Across the Life Span*. Bethesda MD: AOTA

Josman, N. (1998). The Dynamic Interactional Model in Schizophrenia. In N. Katz. (ed.) *Cognition and Occupation in Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. (pp: 151-164) Bethesda, MD: AOTA.

Kandel, E.R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.

Katz, N. & Hartman-Maeir, A. (1998). Metacognition: The Relationships of Awareness and Executive Functions to Occupational Performance. In N. Katz. (ed.) *Cognition and Occupation in Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. Bethesda, MD: AOTA.

Katz, N. & Hartman-Maeir, A. (2005). Higher- Level Cognitive Functions. In N. Katz (Ed.) *Cognition and Occupation Across the Life Span*. Bethesda MD: AOTA

Kern, R. S., Wallace, C. J., Hellman, S. G., Womack, L. M & Green, M.F. (1996). A training procedure for remediating WCST deficits in chronic psychotic patients: an adaption of errorless learning principles. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 283-294.

Medalia, A., Revheim, N., & Casey, M. (2001). The remediation of problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 27, 259-267.

Morrison AP, Renton JC, Williams S, Dunn H, Knight A, Kreutz M, Nothard S, Patel U, Dunn G.(2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatr Scand*. 110(1):36-44.

Shafir-Kaisar, V. (2005)

Silverstein, S. M., Menditto, A. A., & Stuve, P. (2001). Shaping attention span: an operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 247-257.

**Spaulding, W. D. (ed.) (1994) *Cognitive Technology in Psychiatric Rehabilitation*  
Nebraska: University of Nebraska Press.**

Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M (1999). Effect of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (4), 657- 676.

Toglia, J.P. (1998). A Dynamic Interactional Model to Cognitive Rehabilitation. . In N. Katz. (ed.) *Cognition and Occupation in Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. Bethesda, MD: AOTA.

Toglia, J P. (2005). A Dynamic Interactional Approach to Cognitive Rehabilitation. . In N. Katz. (ed.) *Cognition and Occupation Across the Life Span*. Bethesda, MD: AOTA.

Unger, K.V. (2002). Outcome measures across program sites for postsecondary supported education programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 299-303.

Vygotsky, L.S. (1987). Thinking and Speech. In R.W. Rieber & A.S. Carton (Eds.) *The collected works of L.S. Vygotsky*. New York: Plenum Press.

Wiedl, K.H. (1999). Cognitive Modifiability as a measure of readiness for rehabilitation. *Psychiatric Services*, 50, 1411-1419.

WHO (2000, 2001). ICDH-2 - International Classification of Impairment, Activities, and Participation. A manual of Dimensions of Functioning and Disablement; ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health. [http:// www.who.int/ icidh/](http://www.who.int/icidh/)

Hadas-Lidor, N.(1998).Dynamic cognitive therapy according to Feuerstein in learning and adaptation difficulties. *Work*, 11,349-361

Deegen, P.E. (2004). *Rethinking rehabilitation: freedom*. The 20 th World Congress of Rehabilitation International. Oslo Norway.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gange, C.(2002), *Psychiatric rehabilitation*. Boston : Boston University

## יישום עקרונות התיווך בשיקום פסיכיאטרי - הספור של אמנון

דיוויד מוזס, נעמי הדס לידור

מאמר זה יציג את עקרונות האמונה והתיווך על פי פוירשטיין, ויתאר כיצד הם באים לידי ביטוי בגישה השיקומית של חונך (דיוויד מוזס) למטופל פגוע נפש.

### מבוא

בבסיס התפיסה של פוירשטיין עומדת האמונה הבסיסית שהאדם הוא יצור משתנה (פוירשטיין 1998). על פי אמונה זו ניתן ליצור אצל כל אדם שינוי קוגניטיבי מבני - שינוי במבנה החשיבה ובעקבותיו שינוי בהתנהגות ובתפקוד (הדס לידור, 1996). הקוגניציה משקפת את יכולתו של היחיד לרכוש, לקלוט, ללמוד, להבין ולעבד מידע במטרה להסתגל לסביבה ולתפקד בהתאם לדרישותיה.

תהליך הלמידה המתווכת מנסה לנצל את פוטנציאל כושר ההשתנות של האדם, כלומר ההשתנות אינה מובטחת כשלעצמה, אלא זקוקה לשימוש בגישה ובכלים מסוימים על מנת להוציא אותה מן הכוח אל הפועל (פוירשטיין, 1998, הדס לידור 1996).

הגישה שפיתחו פוירשטיין ועמיתיו כדי להוציא לפועל את פוטנציאל כושר ההשתנות היא ההתנסות בלמידה מתווכת (Mediated Learning Experience). גישה זו פותחה כהמשך לעבודתו של וויגוצקי לפני כחמישים שנה, והיא מציעה שני סוגי למידה: למידה ישירה מהסביבה ולמידה על ידי אדם אחר – מתווך. הלמידה המתווכת מתמקדת בגירוי המועבר על ידי אדם אחר המתווך בצורה מודעת ושיטתית על פי עקרונות למידה שיפורטו בהמשך המאמר. להלן מודל התיווך:

S	H	O	H	R
גירוי	מתווך	לומד	מתווך	תגובה

לפני מודל זה, המתווך (H) ניצב בין הגירוי (S) ובין הלומד (O) ומעביר לו את הגירוי על פי עקרונות הלמידה המתווכת. לאחר מכן ניצב המתווך בין הלומד ובין התגובה, וכל הזמן מתרחש החזר או דיאלוג בין הלומד והמתווך בתהליך, כלומר התהליך מתבצע תוך כדי בדיקה ומתן משוב.

המתווך לוקח את הגירוי ומטעין אותו בפונקציות ובאופרציות של חשיבה, ובאותם תנאים שיאפשרו למידה. אנו זקוקים לכלים שיעזרו לנו להפיק תועלת מהגירוי וללמוד ממנו וזהו תפקידו של המתווך. התהליך התיווכי הוא סוג של אינטראקציה המאפשרת ללומד לרכוש אסטרטגיות של חשיבה ולמידה שתשרתנה אותו בתחומי חייו השונים.

נקודת המוצא היא שהפגיעה הראשונית של האדם (הלקות), תקשה על הלמידה, אך לא על פוטנציאל ההשתנות (פוירשטיין, 1998). אנו מתארים את האדם אם כן כאשכול של מצבים ולא כאשכול של תכונות, לדוגמה: לקות למידה אינה תכונה אלא מצב, ומצב הוא נזיל ולכן אפשר לשנותו.

כאמור, הגישה הקוגניטיבית-דינמית מאמינה ביכולת האדם להשתנות. גישת התיווך היא זאת שיכולה לשנות מהותית את הקוגניציה ואת החשיבה, למרות גורם ההפרעה, חומרת ההפרעה והגיל. באנלוגיה לעולם המחשבים - התוכנה תשפיע בהתערבות כזו על החומרה.

### עקרונות התיווך

התיווך הוא אינטראקציה חברתית בין לומד למלמד. יש בו ארבעה קריטריונים הכרחיים ועוד שמונה נוספים המופעלים בהתאם לצורך או למקרה (פוירשטיין, 1998 ; הדס-לידור, 1996).

#### כוונה והדדיות

#### העברה

#### תיווך של משמעות

#### תיווך של מסוגלות

תיווך של ויסות ובקרת התנהגות

תיווך לאינדיווידואציה ולדיפרנציאציה פסיכולוגית

תיווך להתנהגות של חיפוש מטרות, הצבתן והשגתן

תיווך להתמודדות באתגרים, הציפייה לחדש ולמורכב

תיווך להתנהגות לשיתוף הזולת

תיווך למודעות להיות האדם יצור משתנה

תיווך לחיפוש של אלטרנטיביה אופטימית

תיווך לתחושת שייכות.

את גישת התיווך בחרתי (דיוויד מוזס) כגישה שיקומית במקרה שיתואר בהמשך. לפני יותר משנה השתתפתי כתלמיד בקורס תיווך – קורס קש"ת באוניברסיטת תל אביב, הניתן להורים של נפגעי נפש. זהו קורס אקדמי לכל דבר, ומטרתו להכשיר את המשתתפים, במקרה זה ההורים, לתקשר בדרך קוגניטיבית עם בנם פגוע הנפש בתוך המשפחה ובקהילה מול גורמים שונים. בקורס זה למדתי את הגישה, תרגלתי אותה ומצאתי שהיא מקדמת אותי בחיי האישיים בבית ובחיי המקצועיים. כיום אני משמש מנחה עמית בקורס השלישי של קש"ת להורים באוניברסיטת תל אביב. כדי להעמיק את הידע שלי בנושא ולהגיע להתמקצעות בו התחלתי ללמוד, במסגרת לימודי תעודה בהתמחות קוגניטיבית דינאמית, קורס שמתקיים באוניברסיטת תל אביב בבית ספר למקצועות הבריאות. כמו כן, מזה כשנתיים אני משמש כחונך לאנשים פגועי נפש בקהילה, והמקרה שיתואר פה הוא עבודה שעשיתי עם אחד הנחנכים שלי במסגרת זו.



### תיאור המקרה

תיאור מצבו של אמנון כפי שהיה כשפגשתי אותו. בן ארבעים וחמש, רווק, יליד הארץ, סיים 12 שנות לימוד, מתגורר בדירה משותפת עם אחיו ואשתו של האח. אמנון הוא בחור מסודר ומאורגן. הוא לבוש תמיד בצורה תואמת ומקפיד בנושא של דיוק בזמנים. אמנון מתרכז בסידור החדר שלו בדירה אך אינו מעורב ביתר פעילויות הבית, אינו עובד בעבודה כל שהיא ומתקיים מקצבת נכות. הוא מתעורר בשעות הצהריים המאוחרות, קורא עיתון וצופה בטלוויזיה עד שעות הלילה המאוחרות וחוזר חלילה. קשריו עם אחיו וגיסתו רופפים, ומתקיימים בעיקר סביב עניינים טכניים של תשלומי החשבונות.

במשך השנים הלך והצטמצם מרחב המחייה של אמנון עד כדי מאות מטרים ספורים מביתו, מחשש שיתקל בבעיה שלא יוכל להתגבר עליה. ביטחונו העצמי נמוך ודימויו העצמי ירוד. בפגישתי הראשונה עם אמנון הוא שאל אם יש לי ניסיון עם אנשים כמותו. כאשר שאלתי לאיזה אנשים הוא מתכוון הוא השיב: "אנשים לא מוצלחים, שרע להם ונמאס להם". עניתי לו שאת המצבים שהוא מתאר ניתן לשנות יחד. אמנון הביע הסכמה להתחיל בתהליך ופירט במהלך הפגישה הראשונה את קורות חייו ואת הבעיות המרכזיות המציקות לו: שיעמום, פחד מתנועה, מעבודה ומזוגיות, וכן חוסר מטרה בחיים.

### העקרונות שבהם נעזרתי בתהליך השיקום

השיקום הוא תהליך דינמי שבו האדם, בעזרת צוות רב מקצועי, מצליח להגיע לאופטימום תפקוד בסביבתו הטבעית ולשביעות רצונו (הדס לידור, 1992). מתוך הגדרה זו נגזרו העקרונות: **תהליך דינמי** - הכוונה היא לתהליך המתרחש לאורך זמן שיש בו עליות וירידות, כלומר ההתקדמות אינה ליניארית. חלק מעבודת השיקום היא ללוות את המטופל בכל התקופות, גם בתקופות של ירידה בתפקוד ולהבין שהן חלק מהתהליך השיקומי לקראת ההחלמה. **צוות רב מקצועי** - לאדם עם לקות נפשית עלולות להיות הפרעות בתחומי חיים שונים (פיזי, נפשי, חברתי, תעסוקתי, כלכלי וכדומה), לכן לא מספיק שאיש מקצוע אחד, מומחה ככל שיהיה, יעסוק בכל התחומים.

**אופטימום תפקוד** – מדובר ביצירת תפקוד מרבי בהקשר הסביבתי ובכל הקשור ליכולתו של האדם. **סביבה טבעית** - טיפול בסביבה שבה האיש חי עם משפחתו וקהילתו. **שביעות רצון** - שביעות רצונו של המטופל היא המדד הסובייקטיבי להצלחת הטיפול ולהתקדמות התהליך השיקומי בעיניו של המטופל.

לגורמים אלו יש להוסיף את האמונה והתקווה (פויירשטיין, 1998; לכמן, 1998, 1992) של המתווך ושל הלומד בהצלחת תהליך השיקום, עמידה במטרות והיכולת לאפשר שינוי. אלו חשובים ביותר כ"דלק" לתהליך השיקום. לאור כל האמור יש לתפוס את השיקום לא רק כתהליך וכמחולל שינוי או מספר שינויים אצל האדם, אלא כראייה רחבה ורחוקה יותר של המתווך, המכוונת אל כלל הממדים של הלומד ובאה לידי ביטוי בשתי נקודות מרכזיות: בחירה והעצמה.

בחירה היא ערך אשר משפיע על הדרך שאנו חיים בה. ערך הבחירה מבוסס על האמונה שהפרט צריך להיות מסוגל לקבוע כמה שיותר את האופן שהוא חי בו. הבחירה חשובה ביותר משום שהיכולת של האדם לבחור קובעת את איכות חייו ואת שליטתו בהם (Anthony, Cohen, Farkas & Cagne, 2002).

בעוד שהבחירה היא יכולתו של האדם לקבוע את דרך חייו, ההעצמה היא היכולת לפעול על פי בחירה. ההעצמה היא ערך אשר מעיד על כך שלפרט יש מודעות לבחירה וכן הזדמנות ועצמאות לפעול על פיה. בתוך מושג ההעצמה מצויים המושגים שליטה עצמית והגדרה עצמית. אופי השליטה העצמית וההגדרה העצמית של הפרט מצביעים על מידת ההעצמה שבה הוא מתנסה (קניאל, 2001).

בסיום הפגישה הראשונה החלטנו אמנון ואני במשותף, כי הנושא הראשון אשר נציב לנו כמטרה הוא הרחבת התנועה מחוץ לבית. נפגשנו בביתו והתחלנו בהליכה רגלית של כ- 20 דקות לעבר גן ציבורי. כאשר הגענו לגן חייך אמנון ואמר כי מזמן לא חש תחושת חופש כזאת.

אמנון קיבל ממני משוב מפורט שבו ביצעתי תיווך למסוגלות, במטרה ליצור בו את היכולת להתחבר ליכולתו באופן מציאותי ותואם למציאות. במשוב הראיתי לו כי היה מסוגל לבצע צעד משמעותי קדימה וכי הוא הרבה יותר מוצלח ממה שחשב על עצמו בתחילה. בפגישה זו נקבע לוח הזמנים לפגישות הבאות וסוכם על שלוש פגישות בשבוע, שעה וחצי כל אחת, למשך שלושת החודשים הבאים. לאחר מספר פגישות שבהן הגדלנו באופן הדרגתי את מרחק ההליכה לכיוונים שונים, התחלנו לתרגל נסיעות באוטובוס. בתחילה פחד אמנון לשלם לנהג האוטובוס, אך לאחר שתי נסיעות הוא כבר קבע את היעד הבא, בירר את מחיר הכרטיס והכין מראש את הסכום המדויק. תחושת היכולת אצל אמנון הלכה וגברה. בשלב מסוים הצעתי לו לנסוע לבד מדירתו בפתח תקווה לתל אביב, שם אני אחכה לו (כאן השתמשתי בעקרון ההעברה בתיווך, שמרכזו הוא העברת הנושא המתווך לתחומי חיים שונים). אמנון הסכים, ואכן הנסיעה עברה בהצלחה. חזרתי ופירטתי בפניו את הצלחותיו, ואמנון הבין כי הוא מסוגל לנוע באופן עצמאי לחלוטין ובצורה חופשית בנסיעות לאזורים שונים, ללא חששות ועם הכנות מעטות יותר ומותאמות לצרכיו. המיומנויות והיכולות גברו ועמן גם תחושת המסוגלות, כלומר נוצרה התאמה גדולה יותר בין יכולתו לבין תפיסתו את יכולתו וכך התעצמה היכולת לממשה (קריטריון רביעי בתיווך).

בשלב זה התקיימה פגישה עם בני משפחתו של אמנון ובה הוא סיפר על הצלחותיו. בפגישה זו העלתי בהסכמתו את הצורך בהרחבת מעגל השיקום שיקלול עבודה מוגנת. אמנון ואני נפגשנו עם הפסיכיאטר המטפל בבית החולים שאליו היה קשור, וזה היפנה אותו למתאמת טיפול. לאחר מספר שיחות עם מתאמת הטיפול נקבעה לאמנון מסגרת של עבודה מוגנת באזור מגוריו. בשלב זה העלה אמנון חששות לגבי יכולתו להיקלט ולהתמיד בעבודה לאחר שנים ארוכות שבהן לא עבד ולא היה במסגרת כלשהי.

הפגישות הבאות עסקו בעיקר בנושא התחזוקה של ההצלחות עד עכשיו ובחיזוק תחושת המסוגלות של אמנון והיכולת שלו לבצע העברה לכיוון נוסף של העבודה המוגנת. מספר ימים לפני תחילת העבודה נסענו יחד באוטובוס ממקום מגוריו אל מקום העבודה, כדי לבדוק זמנים וכדי לתרגל את ההגעה למקום העבודה ואת החזרה ממנו. ביום העבודה הראשון ליוויתי אותו בנסיעה באוטובוס, ובמהלכה שוחחנו על היכולת שלו להצליח ועל כך שזה אינו מבחן עבורו אלא התנסות. לאחר מספר ימים שבהם עבד אמנון חלקית הוא החל לעבוד יום עבודה מלא של 6 שעות, חמישה ימים בשבוע. בשבוע העבודה הראשון של אמנון נפגשנו לפרקי זמן קצרים יותר מספר פעמים. בפגישות אלו שוחחנו על המשמעות הרבה (המרכיב השלישי של התיווך) של פרק העבודה, על המסגרת ועל המסוגלות שאמנון מוכיח לעצמו שהוא רכש לתחום מרכזי בחיים.

כעת, כאשר אמנון עשה שינויים משמעותיים בחייו, החלה גם משפחתו לתמוך בו בצורה משמעותית הרבה יותר מאשר בעבר. תחושת השיתוף והשייכות של אמנון הלכה וגברה. ללא כל שיחה או הכנה מקדימה החל אמנון לקחת חלק בעבודות הבית, לנסוע לקניות עם בני המשפחה, ומתוך כך הלכו והשתפרו הביטחון העצמי והדימוי העצמי שלו.

הפגישות הבאות התמקדו בתחזוקה של הקיים, בשימור ובייצוב ההצלחות. הושם דגש חזק על משוב ועל הכרה בהצלחות בתחומים רבים, כגון: הכרה ברצונות של עצמו, משא ומתן עם בני המשפחה, עבודה, יצירת קשרים חברתיים, תכנון זמן, התמצאות ועוד.

חשוב לציין כי כמעט כל הפגישות נערכו מחוץ לביתו של אמנון. הן התקיימו בנסיעות, בגן הציבורי שליד ביתו, לאורך חוף הים, בפארקים באזור תל אביב, בהליכה ברחובות ת"א ובקניונים, כל זאת על מנת לשמור על חיבור ישיר למציאות ולעבודה, תוך ניצול מספר רב של סיטואציות שונות שנתקלנו בהן בדרך. כאן נעשה שימוש בעקרונות הסביבה הדינמית, (סביבה הטרוגנית ומגוונות המושכת להיות בה ומאפשרת אמצעים ודרכים כדי ללמוד להשתלב ולחיות בה (פויירשטיין 1998)).

חלק חשוב ממסגרת הפגישות היה שמירה על חוש הומור ושמחת חיים בתהליך. לדוגמה, כאשר ירד אמנון מהאוטובוס קיבלתי אותו בטקס המיועד לבואו של אדם חשוב. לאחר מכן חיברנו יחד שירים וסיפורים על המסע שלו וקיימנו טקס העובד המצטיין לאחר חודש במקום עבודתו.

לפני חמישה חודשים, בתמיכתה ובעזרתה של מתאמת הטיפול, החל אמנון ללמוד אנגלית, במסגרת תכנית "עמיתים" במתנ"ס הקרוב למקום מגוריו. בנוסף לשיפור בשפה האנגלית התרחש מפגש עם אנשים נוספים, אמצעי מצוין להוכחת כושר המסוגלות וההעברה של אמנון. בשלב זה ניכרו בצורה בולטת הקריטריונים הנוספים של התיווך: תחושת השייכות, התמודדות עם אתגרים, שיתוף הזולת והמודעות כי הוא אדם היכול לבצע שינויים בחייו.

ההתמודדות שתוארה מצביעה על תהליך של שיפור במיומנות קונקרטית המביא להגברת המוטיבציה, בעקבותיה – להצלחה, בעקבות זאת - להגדלת מערכת הצרכים, לעשייה נוספת, להגברת המיומנויות וכך הלאה. אין ספק שתהליך זה הוא תהליך של שינוי מהותי בהתנהגות וברגשות של הלקוח. פעמים רבות נשמעות תלונות על חוסר מוטיבציה של הלקוח שלנו לעשות. אנו טוענים שלכל אדם יש מוטיבציה, ופעמים רבות הביטוי החיצוני של "אין לו מוטיבציה" הוא ביטוי של מחסור בכלים וביכולת. לכן, ככל שנעניק למטופל כלים התואמים לו, כך גם המוטיבציה שלו לעשייה תגבר (הדס-לידור, 1996).

דוגמה נוספת הממחישה את השינויים שחלו באמנון היא האירוע הבא: במסגרת הקורס לאנגלית הכיר אמנון בחורה המתגוררת בעיר אחרת. אמנון הביע רצון ליצור אתה קשר ולאחר מספר פגישות בהן שוחחנו על הנושא, קבע איתה אמנון פגישה במועדון "אנוש" בעיר מגוריה. למחרת, כאשר נפגשנו, סיפר אמנון כי נסע לפגישה עם חששות ולא היה לו נוח. הוא לא היה בטוח לאורך הדרך אם הפגישה תהיה נעימה או שמא המבוכה שלו תהיה גדולה מדי. לשמחתו הפגישה הייתה נעימה מאוד עד כדי כך שאיחר את האוטובוס לתל אביב ומשם נסע באוטובוס אחר לבית. הוא הוסיף כי הוא מחכה לפגישה הבאה שקבעו ביניהם.

עצם קביעת המפגש וכל מה שקרה לאחר מכן הם עדות לכך שאמנון החל בתהליך של תיווך לעצמו, כלומר במידה מסוימת הפך להיות לומד עצמאי. בתוך אירוע זה כלולים כל ארבעת מרכיבי התיווך ההכרחיים לסיטואציה תיווכית (כוונה והדדיות, העברה, משמעות ומסוגלות).

הידיעה והביטחון של אמנון כי הוא יכול לבחור ולפעול לפי החלטותיו הן תוצאה של התהליך שעבר ושעוד יעבור. החיפוש אחר אלטרנטיבה אופטימית הפך לחלק מחייו של אמנון, כל זאת מבלי לחשוש יותר מדי מעצירות או נסיגות, שכן ההצלחות שנבנו הן הקרקע היציבה להמשך הדרך. בשלב זה, לאחר כשנה, אני ממשיך להיפגש עם אמנון פגישה שבועית אחת המוקדשת בעיקרה לחיזוק עקרון התיווך העצמי שלו.

בכל תהליך השיקום המודגם באירוע זה, בנוסף לשימוש בכלים של הלמידה המתווכת, באים לידי ביטוי שלושה מרכיבים חשובים ביותר:

- **מרכיב ההגנה**- גם כאשר נקבעת מטרה כלשהי, הדגש הוא תמיד על המוגנות של הלומד בתהליך, כלומר המטרה תימצא בתחום שבו המתווך מעריך כי ניתן להשיגה עבור הלומד. המתווך לוקח אחריות על התהליך במובן של הגנה, שמירה ורישום הצלחות אצל הלומד, ולכן נשמר נושא ההדדיות.

- **מרכיב ההצלחה**- כל התנסות תיחשב להצלחה ותיענה במשוב חיובי, המסביר את העשייה, מחזק את תחושת המסוגלות ומכין את הלומד להתנסות הבאה. כך גם התינוק המנסה לעבור מזחילה להליכה ונופל פעמים אין ספור עד לרגע ההליכה. כל התנסות שלו, גם הנפילות, היא שלב של הצלחה לקראת הרגע הזה.

- **המרכיב הרגשי**- המרכיב הרגשי הוא חשוב ביותר בתהליך. הוא בא לידי ביטוי בחברות, בשיתוף, באמפתיה, ברגישות, בעידוד ובתחושה עמוקה של כבוד מצד המתווך לעצם ההכרה

כי הלומד יוצא למסע ארוך וקשה של שינויים וחווה חוויות והתנסויות חדשות. אין להמעיט או להצניע מרכיב זה בתהליך, שכן התהליך אינו סטירלי, אלא מבוסס על אמון הדדי ועל שותפות. הרגש והקוגניציה הם שתי פנים של אותה מטבע שקופה, לדבריו של פוירשטיין.

אין לנו ספק, כפי שנוכחנו במקרה זה ובמקרים נוספים שבהם היינו מעורבים, כי התפיסה והאמונה ביכולת ההשתנות, הגישה ודרך החיים של הלמידה המתווכת, יכולים לעורר את פוטנציאל ההשתנות של האדם ולהוציאו מהכוח אל הפועל.

### מקורות

הדס-לידור, נ' (1996). התיאוריה הקוגניטיבית דינאמית על פי פוירשטיין ויישומה בתחומי הטיפול השונים בריפוי בעיסוק. **IJOT (כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק)**, 5 (2+1), H1-H11.

לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכוסוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? **חברה ורווחה: רבעון לעבודה סוציאלית**, יח, 45–63.

פוירשטיין, ר' (1998). **האדם כישות משתנה: על תורת הלמידה המתווכת**. תל-אביב: משרד הביטחון, ההוצאה לאור.

קניאל, ש' (2001). **הפסיכולוגיה של השליטה על התודעה**. רמת-גן: אוניברסיטת בר אילן.

## מה אפשר ללמוד מליווי סטודנט עם ליקויי למידה עבור סטודנט עם מוגבלות פסיכיאטרית- הנגשה והתאמה

אורית דהן, נעמי הדס לידור, ליאורה כסיף, מיכל טבקמן ומקס לכמן

### רקע-

כידוע, בארץ ישנם למעלה משמונים אלף אנשים הסובלים ממחלות נפשיות חמורות. על פי נתוני הביטוח הלאומי 2005 25% מתוך האוכלוסייה הכללית בעלת השכלה אקדמית. באותו דוח נאמר ש- 11% מהאנשים המוכרים כנכים כללים על רקע הפרעה נפשית הם בעלי השכלה אקדמית ועוד 10% השכלה על תיכונית אחרת. מנתונים אלו סביר להניח שאחוז גבוה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית מיעדים את עצמם ללימודים אקדמיים. עד לפני כשלוש שנים לא היה כל סיוע לאנשים המוגדרים כסובלים ממוגבלות נפשית והלומדים באוניברסיטאות בניגוד למוגבלויות אחרות (ליקויי למידה, עיוורים, כבדי שמיעה וכדומה). הסטיגמה של מחלת הנפש היא המחסום הקשה ביותר לנגישות ולשילוב בקהילה הנורמטיבית בכלל ובקהילה האקדמית בפרט. העובדה שידוע על עמדות סטיגמטיות מצד אחד וחוסר במתן עזרה לאוכלוסייה זו יוצרת מציאות שלא מעט סטודנטים עם מוגבלויות נפשיות מתקבלים לאוניברסיטאות מבלי להצהיר על מחלתם ומצבם, ובמירב המקרים לא יזכירו אותה לאורך כל שנות לימודיהם. בשנים האחרונות בהשכלה הגבוהה קיימת נטייה להגיש עזרה לאנשים עם מוגבלויות מאמר זה מתייחס לפיתוח מודל התערבותי שמטרתו לסייע לסטודנטים עם מוגבלות נפשית במסגרת לימודיהם האקדמיים.

### תוכנית השכלה אקדמית נתמכת

תוכנית השכלה אקדמית נתמכת היא מסגרת תמיכה לסטודנטים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית הלומדים במוסדות אקדמיים. התוכנית מתקיימת מזה שלוש שנים במוסדות אקדמיים בחיפה ובירושלים.

התוכנית ניסיונית, פרי יוזמה של משרד הבריאות יחד עם הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי ועמותת "רעות". התוכנית מיועדת להיות מוצגת בעתיד כחלק מסל שיקום בכל המוסדות להשכלה גבוהה בארץ.

בכל אוניברסיטה מרכז את התוכנית רכז וחונכים (שהם סטודנטים בעצמם) המלווים באופן אישי כל סטודנט. הרכזים נבחרו בהיותם אנשי מקצוע בתחום שיקום בבריאות הנפש ומומחים לעבודה נתמכת בקהילה. יש לציין שהתוכנית מופעלת על ידי שני רכזות אחת מרפאה בעיסוק והשנייה עובדת סוציאלית. חשוב להדגיש שהאוריינטציה של התוכנית נבנתה מראש על בסיס רב תחומי במובנים שהצוות המקצועי נבחר מסקטורים מקצועיים שונים ומההתחלה שולבו בצוות גם אנשים עם ידע בעבודה עם סטודנטים ליקויי למידה.

אחרי שהוחלט שהתוכנית תלווה בהדרכה מקצועית היתה התלבטות איזה סוג הדרה ומי

הם אנשי המקצוע שילוו אותה. אחרי מספר דיונים הוחלט לבנות את מערך ההדרכה על שני מומחים אחת מתחום השיקום בבריאות הנפש והשנייה מומחית מתחום לקויי למידה מבוגרים ומנהלת מרכז התמיכה לסטודנטים ליקויי למידה במכללת בית ברל. כמו כן התוכנית מלווה במחקר הערכה שנערך על ידי מכון ברוקדייל.

התוכנית בנויה מהכרות אישית של כל סטודנט ובניית תוכנית התערבות שמבוססת על מתן שעות חונכות בהתאם לצורך. כל סטודנט המשתתף בתוכנית מקבל ליווי של חונך עד ארבע שעות שבועיות. אופי ההתערבות מותאמת לצרכים של כל סטודנט. מלבד שעות החונכות קיימם קשר מתמיד בין החונך לסטודנט באמצעים שונים: דרך אימל, דרך טלפונים דרך ביקורי בית וכו'. הקשר בין החונך הוא מרכזי ומאופיין במבנה גמיש ויצירתי שמתבטא במקום המפגש, באמצעי התקשורת, ובאסטרטגיות ההתערבות. לעתים, על פי הצורך החונך נפגש עם ראשי חוגים, מרצים והצוות המנהלי באוניברסיטאות כדי לקדם את התקשרות ומעמדו של הסטודנט בחוג.

לעדכן! בסוף שנתה השנייה של התוכנית קיבלו בה שירות שמונה עשרה סטודנטים באוניברסיטת חיפה ושלושה עשר סטודנטים באוניברסיטת ירושלים. הסטודנטים מגיעים ממגוון חוגים: היסטוריה, ספרות, פסיכולוגיה, תקשורת, ריפוי בעיסוק ועוד. כמו כן הם נמצאים בשלבים שונים בלימודיהם: בתואר ראשון, שני, ואף מועמדים לתואר שלישי.

חשוב לציין שהסטודנטים מתקבלים לאוניברסיטה עם נתוני קבלה ככל סטודנט ולומדים במסלולים הרגילים. לתוכנית התמיכה מתקבלים לליווי סטודנטים שלומדים לפחות חצי מהיקף הלימודים הנדרש בשנה. חלק מהסטודנטים קיבלו זכאות לשר לימוד או באמצעות מחלקת השיקום של הביטוח הלאומי על פי הקריטריונים שלהם ומיעוטם קיבלו מילגת לימודים ממקורות שונים.

מטרת העל של התוכנית היא לאפשר לסטודנט עם המגבלה נפשית לסיים את לימודיו בהצלחה בזמן סביר, וזאת דרך הנגשת הסביבה האקדמית תוך ליווי ותמיכה אישית לכל סטודנט. לא מעט עבודה נעשית על פי בקשת הסטודנט תוך שמירה על אי חשיפת העובדה של היותו מתמודד עם מגבלה נפשית. בכלל נושא החשיפה הוא חלק מרכזי בהתמודדות של הסטודנט עם הסביבה הנורמטיבית. בתחילת התוכנית וגם במהלכה לא מעט סטודנטים התלבטו אם להשתמש בתוכנית מבחינת הסיכון למחיר החשיפה התיוג.

התוכנית היא חדשנית וראשונה מסוגה בארץ, יש בה פריצת דרך ביחס לאוכלוסיה זו ויכולתה ללמוד בכל הרמות. אומנם קיימות בעולם התקדמות גדולה בלשלב אנשים עם מוגבלויות נפשיות באקדמיה (.....) כתחום בשיקום בבריאות הנפש אומנם הספרות עוסקת מעט במודלים השיקומיים ההתערבותיים היעילים המאמר מתמקד במודל ההתערבותי המיוחד שהופעל בתוכנית וזאת בהתבסס על תחומי הידע הקיימים והמתפתחים בשיקום בבריאות הנפש. היום בריאות הנפש יש התקדמות מאוד גדולה בהבנה ובבניית תוכניות התערבות

קוגניטיביות שמביאות לתוצאות טובות בתפקוד ובשלב של האנשים בחברה... עד לא מזמן ה, התייחסו לפגיעה הקוגניטיבית במחלה כפגיעה פרוגרסיבית ואינה ניתנת לשינוי (DSM IV, 1994).. מחקרים של השנים האחרונות מראים שמה שנקבע בהגדות המחלה ב... לא נכון, הוכח מחקרית שהמחלות הפסיכיאטריות למרות פגיעתם הקוגניטיביות בתקופה האקוטית של המחלה, לא פוגעות בצורה בלתי רוורסיבילית בתפקוד הקוגניטיבי, ההוכחה לכך שבהתערבות תואמת יש יכולת למידה והשתנות של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות בכל רמות ההשכלה (Hadas-Lidor., Katz., Tyano., & Weizman., 2001).

בחמש השנים האחרונות מאז חוקק חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (התש"ס, 2000) החלה תוכנית להשלמת השכלה שכוללת היום למעלה מאלף אנשים שלומדים במסגרות נורמטיביות שונות את מקצועות היסוד, לבגרות ומחשב (מראה מקום). תוכנית התמיכה לסטודנטים באוניברסיטה בשלוש השנים האחרונות שמה לעצמה ליעד ללוות אנשים עם מחלות פסיכיאטריות גם באוניברסיטה.

התוכנית להשכלה אקדמאית נתמכת חדשה בארץ ומנגישה את האקדמיה לאוכלוסיה זו. בשנתה הראשונה עוררה התנגדויות וחוסר אמון רב מצד האקדמיה והסטודנטים, הצרכנים, עצמם. לכן דרשה ודורשת כל הזמן עבודה שיווקית והסברתית רבה **מחוץ לאוניברסיטה ובתוכה**. הרכזות יוצרות קשרים עם גורמים שונים מחוץ לאוניברסיטה: מרפאות, הביטוח הלאומי, משרד הבריאות ושירותיו השונים, לשכות הרווחה וכדומה ובתוך האוניברסיטה כמו הדקאנט, ראשי חוגים מרצים, מזכירות וכו'.

בעיית הסטיגמה גרמה וגורמת גם לקשיים באיתור האנשים המתאימים לתוכנית- רבים מהסטודנטים עם מגבלה נפשית לא מוכרים למערכת השיום בבריאות הנפש לא יודעים שאפשר לקבל עזרה. יש חשש גדול מחשיפה ולכן קושי לבקש עזרה. באופן כללי הרבה פעמים אנו נתקלים באוניברסיטה בתהיות "מה, יש דבר כזה סטודנטים נפגעי נפש? הם מסוגלים ללמוד?" "האם סטודנט עם מחלה נפשית יכול ללמוד להיות עובד סוציאלי בכלל?" על אף הקשיים אנו רואים ברכה רבה בפרויקט זה שהולך ונטמע כשירות לגיטימי ומוכר באוניברסיטאות.

### **אימוץ אסטרטגיות למידה לסטודנטים עם ליקויי למידה המותאמות לסטודנטים עם מחלות פסיכיאטריות-**

מאמר זה יתאר וידגים את עבודת ההדרכה המשלבת בסיסי ידע משני התחומים, הליקויי הלמידה ובריאות הנפש, ידגים את ההפריה ההדדית בין שניהם ואת הרווחים של הסטודנט מעבודה משלבת זו. המאמר יתמקד וידגים אסטרטגיות למידה שפותחו לאוכלוסיית הסטודנטים עם ליקויי למידה ונמצאו תואמות ומשמעותיות לאוכלוסיית החולים הפסיכיאטרים באוניברסיטה.

אחת הסיבות העיקריות להצלחה הפרויקט היא אימוץ אסטרטגיות שהוכחו כיעילות מעבודה



עם סטודנטים ליקויי למידה לסטודנטים עם מחלה פסיכיאטרית. אסטרטגיות הלמידה הן אלה שמאפשרות את ההנגשה של הסטודנט ללימודים בתחומים השונים.

ההנגשה נעשית בשלושה תחומים בחיי הסטודנט:

- **התחום הלימודי:** פיתוח ולימוד ותרגול של אסטרטגיות למידה בנושאים כמו: ארגון חומר אקדמי, ארגון זמן, קריאה פעילה, הכנה למבחנים, הרגלי למידה, התמצאות בספריה, שימוש במחשב.
- **התחום הרגשי חברתי:** פיתוח מיומנויות חברתיות כמו: פניה למרצה, לעמית לצורך סיוע לימודי ממוקד, לקיחת חלק באירועים חברתיים סטודנטיאליים, קבלת ביקורת. החונך מהווה עמית, אוזן קשבת, מודל להתנהגות בין אישית. סטודנטים אלה שומרים, לרוב, בסוד את דבר מחלתם, ולכן לעתים החונך הינו האדם היחיד באוניברסיטה שאפשר לספר ולשתף אותו ולא להשקיע אנרגיות בהסתרה.
- **התחום המערכתי- ארגוני** (מרגלית, 1998): התמצאות והתמודדות מול גורמים באוניברסיטה: רישום לקורסים, סיוע בהבנת הפונקציות השונות באוניברסיטה, סיוע בפניות לגורמים שונים: מרצים, מזכירות חוג, דיקאנט וכו'.

תוך כדי ליווי הפרויקט הסתבר שחלק גדול מאסטרטגיות הלמידה שמשמשות את אוכלוסיית הסטודנטים עם ליקויי הלמידה מתאימות גם לאוכלוסיית הסטודנטים עם מחלות פסיכיאטריות. האסטרטגיות הן כאמור מתחומים שונים.

החיבור שנעשה בפרויקט זה בין לקויי הלמידה לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות בעולמות הידע השונים ובפרקטיקה לא נעשה בארץ עד היום. עד היום המומחים משני התחומים הללו שונים ואינם עובדים בשיתוף. מחקרים שנערכו, כולל תוכניות טיפוליות, נערכו לכל תחום בנפרד. ההתייחסות לשתי האוכלוסיות הייתה שונה בתכלית. בדרך כלל נהוג היה לעסוק עם ליקויי הלמידה בדגש על הפן הלימודי (Paul, 2000). לעומת זאת, באוכלוסיית בריאות הנפש הדגש היה על הפן הרפואי, רגשי וחברתי. זו הפעם הראשונה בארץ שיש ניסיון, נגיעה, הסתכלות ובדיקה של לימוד מהצלחות בתחום של ליקויי הלמידה לתחום של בריאות הנפש. מתוך העבודה בשלוש השנים האחרונות בתוכנית התמיכה לסטודנטים עם מחלות פסיכיאטריות באקדמיה, נלמד רבות על הקשר בין שני תחומים אלה. היום חוקרים מצביעים על כך שהפגיעה של ליקויי הלמידה היא לא רק בלמידה, אלא גם בתחום רגשי- חברתי (עינת, 2000, מרגלית, 1992), בתחום המשפחתי (עמלה עינת הורים) והתעסוקתי (צדוק אורלי). יחד עם כיוונים חדשים אלה, עדיין התפיסה הרווחת מדברת על פגיעה ראשית בתחום הלמידה. מאמרים רבים, אם כן, עסקו בעיקר בתחום הלמידה: הגדרות, מאפיינים, דרכי טיפול, כולל התאמות להיבחנות. אצל החולה הפסיכיאטרי, לעומת זאת, כל ההשקעה, המחקרים והטיפוליים, התמקדו בכיוון של הסימפטומים של המחלה, הרגש, והמיומנויות החברתיות. לא הבינו שהפגיעה הפסיכיאטרית היא פגיעה מוחית ופוגעת בכל תחומי החיים, לימודי לא פחות מאשר חברתי, רגשי (Bat-Hayim, 1997). מתוך ההכרה הזאת של התחומים השונים

הנפגעים אצל ליקויי הלמידה ואצל החולה הפסיכיאטרי נעשה ניסיון ראשון בפרויקט זה להשתמש בתובנות מהתחום הלימודי אל התחום הפסיכיאטרי. בהמשך יתוארו ויודגמו שימוש במספר אסטרטגיות למידה בנושאי ארגון: זמן, חומר לימודי וסביבה.

### ארגון זמן (רצף, קצב, אומדן)

הסטודנט ליקוי הלמידה בדרך כלל איטי יותר מהסטודנט שאינו ליקוי למידה, במבחן של שעה בו ארבע שאלות הוא עלול להישאר בשאלה הראשונה עד לסוף שעת המבחן. בדרך כלל הוא נשאר עם חובות רבים של עבודות ומבחנים שלא עשה מהשנים הקודמות. מגיע שעה אחרי הזמן לשיעור, הולך ללא שעון וכדומה (דהן, מלצר והדס לידור, 2006) התקבל לפרסום בסחי"ש, (Britton, & Tesser, 1991).

בחור בן עשרים וארבע שלומד הנדסת מזון אומר: "היה קשה מאוד במבחנים ניסיתי לכתוב. כתבתי גרוע ולאט לקח לי המון זמן להיכנס לזה, לקח לי המון זמן להתארגן לקראת הכתיבה. גם במובן הפשוט של עפרון, מחברת וכדומה וגם בעקר במובן של סדר הדברים שהייתי חייב לכתוב. הייתי צריך לעשות מאמץ לארגן את המוח שלי שיתמקד שיעבוד כאילו בכיוון של המבחן. הייתי כותב חצי שורה, נעצר, כאילו בווה בתקרה, בעצם מנסה להתמקד לקראת המשך הכתיבה" (עינת, 2000).

או סטודנט אחר: "היה לי קטע מאוד קשה בקריאת שעון המחוגים, המספרים, שעון בלי ספרות, זה עד היום מחוץ לתחום בשבילי אבל גם שיש ספרות גדולות זה לוקח לי זמן להתארגן במרחב העגול הזה ולהבין מה השעה. בבר המצווה היה נהוג שכל ילד מקבל שעון ואני קבלתי גם כן אבל נמנעתי לעבוד אותו מחשש שמישהו ישאל אותי מה השעה ולא אדע לענות לו. ועוד דבר ששנאתי כששאלתי מישהו מה השעה הוא הראה לי את השעון במקום לענות לי. ההצלה שלי הייתה השעונים דיגיטליים." (עינת 2000).

גם הסטודנט עם המחלה הפסיכיאטרית פעמים רבות מתלונן על כך שבתקופת המבחנים הלחץ והעומס גורמים לו לא לגשת למבחנים כלל או לגשת למבחן אחד או שניים בלבד, לכן הוא צובר עבודות ומבחנים שלא ניגש אליהם שנים רבות. פעמים רבות הוא ישאיר את העבודות לרגע האחרון ולא מספיק להגיש אותן בזמן וקורה שהציון יורד לו או שהמרצה מסרב לקבלן. הסטודנט עם המחלה הפסיכיאטרית מתעורר בדרך כלל מאוחר מדי בבוקר וכמעט בכל שעורי הבוקר שלו הוא לא מופיע. (DSM IV, 1994)

במרכזי התמיכה לסטודנטים ליקויי הלמידה מפעילים דרכים שונות להתגבר על קשיים אלו בארגון הזמן, הטיפול נעשה פרטני וקבוצתי (דהן, מלצר, הדס לידור, 2006, התקבל לפרסום בסחי"ש, דהן ורוסק, התקבל לפרסום בסחי"ש 2006, מלצר ???). הלימוד של ארגון הזמן מתחלק לשלושה נושאים עיקריים:

1. הגברת המודעות לחשיבות הזמן
2. הגברת מודעות והכרות עם הסגנון האישי של כל אחד בהתארגנותו בזמן

3. למידת אסטרטגיות לארגון בזמן (Hildreth, & Macke, 1995). סטודנטים לומדים על חשיבות הזמן בחייהם האקדמיים, כיצד לתכנן את הזמן מראש בעיקר בתקופות עומס של מבחנים ועבודות, עובדים איתם על ארגון יום, שבוע וחודש, מלמדים אותם חלוקת זמן שבה מקדישים זמן ללימודים, לחברה ולעניינים שוטפים, מלמדים אותם החשיבות באיזון בין התחומים השונים בחיים. חשוב לציין שהתנהגויות שנעשות באופן טבעי אצל מי שאינו ליקוי למידה באוכלוסייה זו צריכות להילמד ולתרגל. למשל לימוד של שימוש בשעון או בלוח שנה, אינו מסתיים בהכרות עם לוח השעון או לוח השנה. פעמים רבות צריך להזכיר לו שוב ושוב את השעון על היד ולהשתמש בו כדי להגיע לשיעורים בזמן ולבצע בזמן את המטלות שתכנן. הכרות עם לוח השנה אינה מבטיחה שהסטודנט אומנם יביא יומן ללימודים, שירשום בו את הדברים המתוכננים לשבועות הבאים, שיסתכל ביומן לפני שהוא יוצא בבוקר מהבית וכדומה. לימוד הזמן נעשה בשלושה שלבים לימוד אסטרטגיה, תרגולה בכיתה ובבית, בדיקת יעילותה בפגישה הבאה ובניית שינויים בהתאם לצורך.

### ארגון בסביבה

בהתייחסותנו לסביבה אנו מדברים על המרחב הגיאוגרפי ועל המרחב הפסיכולוגי. ישנם סטודנטים עם לקוי למידה שיש להם קושי רב בהתארגנות בסביבה. קשה להם לשמר את התמונה המרחבית של המקום בו הם נמצאים זה משפיע על כך שהם לא מוצאים את כיתת הלימוד שלהם, הם לא זוכרים איך להגיע לספריה לוקח להם הרבה יותר זמן מאשר לסטודנט רגיל להכיר את הקמפוס.

חלק מהסטודנטים אינם מבדילים בין הבעות פנים מה שגורם להם לפרש סיטואציות ותגובות של אנשים, חברים או מרצים בצורה שגויה. פעמים רבות נדמה להם שכועסים עליהם, שלא מתייחסים אליהם, שלא רוצים לשמוע אותם ובברור מאוחר יותר מסתבר שהבנתם את הסיטואציה הייתה שגויה.

ביטוי נוסף לקושי בהתמצאות במרחב היא קושי לכבד את המרחב הפסיכולוגי של השני: סטודנט שמדבר אל מרצה כאילו הוא חבר שלו, או נבהל מדברי המרצה עד כדי כך שלא עונה לו כלל. איננו מבחין מתי הוא כבר דיבר יותר מדי בשיעור ואינו מפסיק. אל החונך מתייחס כאילו היה אחד מחבריו ונפגע כשזה, האחרון לא מוכן לצרף אותו לחבריו.

אצל רבים מהסטודנטים עם מחלת הנפש אנו נפגשים עם אותן התנהגויות ועם חוסר מודעות והבנה של הקושי. דברים של סטודנט ליקוי למידה מאירוע של מבחן: " המורים היו מאוד לא נחמדים אלי אז, מה שרציתי זה שיפסיקו לשים לב אלי מצד אחד ושיתנו לי קצת תשומת לב מצד שני לדוגמא: המורה אומר לי באמצע מבחן...אך אתה בוחה בתקרה לכן אתה צריך יותר זמן לבחינה אז מרגע זה אני לא נותן לך שום תוספת של זמן. הוא העניש אותי על זה שהתאמצתי לארגן את המחשבות שלי. היו המון מקרים כאלו...." (עינת 2000).

דברים דומים קורים לחלק מהסטודנטים עם מחלת הנפש (Green, 1996). גם אצל אנשים

עם הפרעה פסיכיאטרית במצבים שונים יש קושי בזיהוי נכון של הסיטואציה או הבעות פנים, עלבונות רבים, מריבות וכדומה מה שעלול לגרום לחוסר הבנה וקשיי הסתגלות. חלקם מפחדים לעלות על אוטובוס, מפחדים לשאול את הנהג או מי מהנוסעים איך להגיע למקום זה או אחר, רבים מהם לא רוצים שיתגלו אז אינם מבקשים עזרה או לא פותחים את הפה לאורך כל שנת הלימודים, בדרך כלל לא מכירים אותם כלל. אצל אחרים קורה שהם מדברים בלי סוף ולא ערים לסובב אותם.

האסטרטגיות שאנו מפעילים במקרים שכאלה הן ניתוח אירועים, משחקי תפקידים בהם יוצרים ווריאציות שונות של הסיטואציה או אותו אירוע שבו פעם משחק הסטודנט את עצמו ופעם את המרצה שלו- דרך שמאפשרת להתרחק מהאירוע ולהסתכל עליו בצורה אובייקטיבית יותר (Hadas-Lidor, & Weiss, 2005). אסטרטגיה שמאפשרת לתת פרשנויות רחבות יותר לסיטואציה. עובדים הרבה על הסבר הסיטואציה בצורות שונות ועל ידי הדגמות, כמו כן נותנים לו שיעורי בית ללכת לדבר עם המרצה על הצורך שלו לקבלת התאמות ולראות איך הוא הצליח לעמוד בסיטואציה וזאת באופן הדרגתי ובעזרת דפי עבודה עם דפי תכנון לקראת הפגישה ומשוב על ההתנהלות שלו (אולי להוסיף דף מעקב לדוגמא).

בשנה הראשונה שבה מתגלים קשיים בהתמצאות במרחב מצמידים לו מלווים, סטודנטים בוגרים, שמדריכים, מכירים ומלווים אותו בימים, שבועות הראשונים שלו באקדמיה. הסטודנט המלווה נבחר מאותו מסלול או חוג ובכך שבו לומד גם הסטודנט הנחנך שמסייע לו לבנות מערכת מותאמת לו אישית גם בכמות השעות, גם בחירת מרצים ונושאים מתאימים לו. ליווי כזה של חונך מנגיש את הקמפוס ושירותיו השונים לסטודנט בצורה מדורגת, מותאמת ולא מאיימת (דהן, רוסק 2006 לקראת פרסום בסח"ש).

### אסטרטגיות הקשורות לארגון חומר

לחלק מהסטודנטים עם ליקויי הלמידה ולחלק מהסטודנטים עם מחלת הפסיכיאטרית יש קושי בזיהוי ובתפיסה. קושי שמשפיע לעיתים על קושי בהפרדה בין עיקר לטפל גם בקריאה ובכתיבת טקסט (ווגל, 1998, דהן, 2004). חלקם יודעים אסטרטגיות הקשורות לקריאה וכתיבה יעילות, אך אינם יודעים ליישם אותן. לקראת מבחן הם יכולים לסמן את העיקר כדי לעבד את החומר נכון וכשהם באים לבצע את המטלה הזו הם מסמנים את הכל או מסמנים דברים צדדיים שאינם עיקריים. הם יכולים לסמן משפט שנראה להם מעניין, הם יכולים לסמן דוגמא.

תגובות של חרדה ופחד סביב מצבי שינוי, לחץ ועומס כמו מעבר דירה או מקום מגורים או תקופות של מבחנים אופייניות לסטודנט עם מחלה פסיכיאטרית סטודנטית שלומדת בשנה שנייה ריפוי בעיסוק: "אני בוכה המון גם בבית הספר היסודי בכיתי, וגם בחטיבה ובתיכון, גם כשהייתי צריכה לעבור לגור בהוסטל, לא שלטתי על זה, בילדותי שלחו אותי לפסיכולוג. עם הבכי מופיעות גם תגובות פיזיות למתח לעתים יש לי רעד חזק בידיים כך שבמבחן אני לא

יכולה בכלל להחזיק את העט בצורה יציבה כדי לכתוב. פעמים רבות בגלל שהתאמצתי מאוד לזכור כי ידעתי שאני יודעת את החומר, שהוא ישנו בראש. לא הצלחתי למצוא את החומר הזה. כתבתי מעט מדי, מפוזר מדי ולא ממוקד או לא לעניין. תמיד כתבו לי, בכל המבחנים ובכל העבודות: ניסוח לקוי, לא ברור, מדי מפוזר וכדומה".

בהתמודדות עם חומרי קריאה וכתביה אנו משתמשים בשלוש דרכים עיקריות (דהן, רוסק, 2006):

1. **חונכות-** החונך הוא סטודנט בוגר שמלווה את הסטודנט שעתיים עד ארבע שעות שבועיות ומסייע לו בקריאת חומרים, בניית השאלות, בבקרת טקסטים, ובהתארגנות סביב חומרי הלמידה כמו הקלסר, תיק ועוד.
2. **סדנאות-** המתחלקות לשניים: סדנאות שעוסקות בעיקר באסטרטגיות לימודיות, לאלה מגיעים סטודנטים מחוגים שונים והם לומדים עקרונות וסכום פרק להכנה למבחן (דף הנחיות לדוגמה), דרכים להתכוננות למבחן, זיכרון וכדומה.
- סדנאות מרתון לקראת מבחן שניתנות על ידי אנשי מקצוע ספציפיים. באלה הסטודנטים עוברים ומתרגלים את חומרי הלמידה בצורה מרוכזת ומפורטת.
3. **טיפול פרטני של אנשי מקצוע מומחים-** בטיפולים אלו הסטודנט מתרגל ומיישם את הנלמד בסדנאות על חומרי הלמידה הספציפיים. ההתייחסות מותאמת במדויק לצרכיו האישיים, לקצב עבודתו, לבחירת אסטרטגיה שמתאימה לו להבנתו וכדומה.

### קשב וריכוז

ידוע שקשיים בקשב וריכוז פוגעים בתפקודים לימודיים רבים (מנור וטיאנו, 2004), לדוגמה קושי בקשב מתבטא לעתים במוסחות, שגורמת לאי הבנה של מה שקוראים או שכחה של מה שהסטודנט כתב במהלך השלבים השונים של תהליך הכתיבה. פעמים רבות הסטודנט לאחר חמש או עשר דקות אינו יודע כלל באיזה שיעור הוא ועל מה מדובר בשיעור. קול מונוטוני של מרצה יכול לנתק אותו מהנעשה מיד בשניות הראשונות. שיח המתנהל בכיתה הכולל מספר רב של משתתפים המדברים בעת ובעונה אחת יכול להביא אותו לפיזור וניתוק. כל הסחה ואפילו הקטנה ביותר, שאדם ללא הפרעה של קשב וריכוז לא היה שם את ליבו כלל אליה, כמו זבוב עף בכיתה, ינתק אותו מיד מהסיטואציה.

בחור בן עשרים ושבע שלומד חקלאות מספר: " המורה היה נכנס לכיתה ואומר תקראו את הפרק הזה ואז נדון בכיתה על מה שכתוב. כולם היו גומרים לקרוא כשאני בקושי הצלחתי להתחיל. כשהתחילו לשוחח לא היה לי כלום להגיד. להמשיך אחר כך לקרוא בבית כשלא ידעתי בכלל על מה מדובר, לא היה לי שום דרך להתמודד עם זה. לא עזרו לי. אני לא חושב שמישהו חשד שיש לי בעיה לימודית, חשבו שזו בעיה התנהגותית".

"חלמתי בשעורים, מכיתה ג ועד סוף התיכון קראו לי אסטרו גם בחברה הייתי ממריא, למדתי קצת לשלוט בזה כדי לחזור לקרקע צריך להשקיע המון מאמץ, לא נשארתי אנרגיה לחשוב אז לא הייתי טוב בהיסטוריה, ספרות וכאלה... זה לא כל כך חשוב הלימודים יותר חשוב להיות בין החברים, לעשות בלגן. ..הייתי מסדר את המערכת בשיטת אחרות, אחרתי המון לכיתה לא

שמתי על ציונים לא הכנתי שעורים (עינת 2000), חלקם מדווחים על עשר או שתיים עשרה שעות רצופות של לימודים, אבל כשמנתחים אתם מה הם עושים מסתבר שחלק גדול מהזמן הם מסדרים את הניירות, אחרים, פעמים רבות הסטודנט עם המחלה הפסיכיאטרית, אם בגלל המחלה, אם בגלל התרופות, אם בגלל תופעות לוואי של התרופות, סובל מקשיי קשב וריכוז, ממוסחות רבה, (DSM IV, 1994) חושב על דברים אחרים, שלא נוגעות ללימודים, אך כך או כך הם לא מעיזים לקום מהכיסא כל היום.

חלק מהאסטרטגיות העוסקות בארגון חומר זמן שאנו מלמדים את הסטודנטים, מסייעות גם לבעיית הקשב והריכוז, כמו כן אנו משלבים גם אסטרטגיות של תרגילי הרפיה, עבודה על מודעות כדי להסביר ולהנגיש למרצה ולחבריו לכיתה את צרכיו ומוגבלויותיו (קוזמינסקי, 2004), הפסקות מכוונות וכדומה. היות ופעמים רבות סטודנטים אם ליקויי למידה או עם הפרעה פסיכיאטרית חושבים בטעות שכדי ללמוד הם צריכים לשבת עם החומר הלימודי רצוף כל שעות היום, אנו מלמדים אותם לעשות הפסקות יזומות, לנוח, לשתות קפה, לצלצל לחבר, או במקרה של החולה הפסיכיאטרי לצלצל לחונך מעבר לשעות הרגילות. ולדעת איך לחזור לעניין אחרי ההפסקה. הנתקים גורמים לקושי בארגון וכתובת החומר הנלמד בכיתה. אנו מלמדים אותם לכתוב שלד של הרצאה, לאתר סטודנט שמסכם איכותית את השיעור ולצלם ממנו את החומר, להקליט, ללמוד למידת עמיתים וכדומה.

בעבודתנו בשלוש השנים האחרונות עם הסטודנטים עם המחלות הפסיכיאטריות מצאנו את האסטרטגיות הללו ואחרות מאוד תורמות ומועילות, למשל הצמדה של חונך למספר שעות אפשרה לסטודנט ש"סוחר" את לימודיו כעשר שנים להשלים את כל עבודותיו פרט לאחת בשנה אחת. או השתתפות של החונכים של פרויקט הסטודנטים בסדנא של אסטרטגיות למידה לליקויי למידה לקראת מבחן אפשרו להם לעבוד מאוד בהתאמה עם הסטודנטים עם המחלה הפסיכיאטרית בהצלחה רבה.

#### לסיכום

במאמר זה הדגמנו את העבודה שמתפתחת לטובת הנגשת הלימודים האקדמיים לסטודנטים עם לקויי למידה ומיושמים בהצלחה רבה בשנים האחרונות לאוכלוסיית סטודנטים עם מחלות פסיכיאטריות. אנו מרגישות שבעבודה משותפת בפרויקט זה הולך ונוצר גוף ידע חדש שסטודנטים רבים יוכלו להפיק ממנו תועלת רבה.

#### המלצות:

כדאי לעקוב מחקרית אחרי תוצאות ההתאמות לסטודנטים של הפרויקט גם בתחושתם, וגם בהישגיהם האקדמיים. אנו יודעים שסטודנטים אלה שמצבם הנפשי הלבילי לעתים גורם להם להיות לא יציבים בתפקודם מושכים את הלימודים שנים רבות או שהם מפסיקים באמצע. המעקב אחרי הסטודנטים שעוברים את הפרויקט יכול לתת לנו אינפורמציה חשובה האם מספרים אלה משתנים בעקבות התערבות. יש לבדוק תחומים נוספים שעבדו עליהם, שנחקרו ושנוסו על אוכלוסיות עם צרכים מיוחדים

לשימוש באוכלוסיות אחרות. ליקוי הלמידה למשל משתמשים רבות ובהצלחה באסטרטגיות של עיוורים. לאור הצלחות של הסטודנטים ליקויי הלמידה בעזרת מרכז התמיכה (דהן, 2004), (דהן, רוסק, 2006) ולאור ניסיון מוצלח זה באוכלוסיית בריאות הנפש אנו ממליצים על צירוף למרכזי התמיכה האקדמיים אין ספק ששתי אוכלוסיות אלה ואנשי המקצוע יכולות להרוויח מהמפגש ביניהן:

ליקויי הלמידה - היות וידוע בשנים האחרונות שליקויי הלמידה פגיעתם אינה רק בתחום הלמידה מפגש זה יכול לאפשר להם להיעזר גם בתחומי חיים נוספים חברתיים, רגשיים וכדומה.

החולים הפסיכיאטרים - להיות יחד עם אנשים עם צרכים מיוחדים אחרים מפחית מאוד את בעיית הסטיגמה ומקל על היכולת לבקש עזרה. מה שמאפיין את אוכלוסיית ליקויי הלמידה היא מוטיבציה גבוהה מאוד, השקעה של שעות רבות מה שיכול מאוד לעודד את אוכלוסיית בריאות הנפש.

ואנשי המקצוע- יש פה שילוב של ידע לימודי אצל אנשי המקצוע מתחום ליקויי הלמידה וידע בתחום ההתנהגות והנפש לאלה מתחום בריאות הנפש.

מאמר זה התמקד והדגים אסטרטגיות למידה שפותחו לאוכלוסיית הסטודנטים עם ליקויי למידה ונמצאו תואמות ומשמעותיות לאוכלוסיית החולים הפסיכיאטרים באוניברסיטה. כדאי להשתמש באסטרטגיות אלו גם על אוכלוסיות שאינן באקדמיה אלא במערכות לימודים שונות שאסטרטגיות אלו יכולות להנגיש להם את הלימודים שיביאו אותם להשתלבות תואמת בחברה.

### ביבליוגרפיה:

חוק שיקום נכי נפש בקהילה – התש"ס, 2000

ווגל, ס"א (1998). סטודנטים הלוקים בלמידתם במוסדות להשכלה גבוהה. חוברת הדרכה. ירושלים: "לשם" - עמותת לקידום השכלה גבוהה לסטודנטים דיסלקטים. 1-39.

מנור, א', טיאנו, ש' (2004). לחיות עם הפרעת קשב וריכוז ADHD. דיונון.

מרגלית, מ. (2000). לקות למידה בכיתה. דילמות חינוכיות במציאות החדשה. השתמעויות בהכשרה ובהשתלמויות מורים (נייר דיון מספר 4). מכון מופ"ת.

מרגלית, מ. (1992). לקות למידה ותחושת בדידות. בטאון אגודת ניצן? אולי מספר 8

מרגלית, מ., וטור-כספא, מ. (1998). ליקויי למידה: מודל נורו-התפתחותי רב-ממדי. פסיכולוגיה, ז(1), 64-76.

עינת, ע' (2000). *מפתח לדלת נעולה, לפרוץ את מחסום הדיסלקציה*. קו אדום, הקיבוץ המאוחד.

קוזמינסקי, ל" (2004). *מדברים בעד עצמם, סנגור עצמי של לומדים עם לקויות למידה*. מופ"ת ויסוד.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gange, C.(2002), *Psychiatric rehabilitation*. Boston : Boston University

Bat-Hayim, M. 1997. Learning to Learn: Learning Therapy in a College Classroom. *Annals of Dyslexia* 47pp. 203-235.

Britton, B&Tesser,A (1991) "Effects of Time-Management Practices on College Grades". **Journal of educational and psychology**, vol 83 no.3

Dahan, O. (2004). Follow Up, Intervention and Analysis of Writing Processes Amongst Learning Disabled Students, Phd Thesis, Eotvos Lorand University, Budapest.

DSM IV- *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (1994). Washington DC : American psychiatric association.

Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S., & Weizman, A.(2001). Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation*. 15, 349-359.

Hadas-Lidor, N., & Weiss, P.(2005). Dynamic cognitive intervention: Application in occupational Therapy. In N., Katz (Eds.), *Cognition and occupation across the life span: Models for intervention in occupational therapy* (pp.391-413). American Occupational Therapy association.

Hildreth, B.L & Macke, R.A.(1995) "The comprehensive calendar. An organizational tool for college students with learning disabilities". **Intervention in School & Clinic**, May 95, vol 30-5

Green, M. S. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognition deficit



and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"?  
*Schizophrenia Bulletin*.26, 119-136.

Paul, S. (2000). Students with Disabilities in Higher Education: A Review of the Literature. *College Student Journal*, 34:2, pp. 200-210.

Seipp, B. (1991). Anxiety and Academic Performance: A Meta-Analysis, *Anxiety Research*, 4:1, pp. 27-41.

## הגלריה - מרכז אמנות ורוח

### ז'ק יעקב דוייב

הגלריה הוקמה בשנת 2003 והיא משמשת מקום למפגש ויצירה משותפים למתמודדים ואנשים מהקהילה, עם או ללא רקע וניסיון אמנותי. במקום חללים המשמשים לתערוכות מתחלפות וסדנאות לתחומי היצירה השונים, הגלריה ממוקמת במרכז המושבה גדרה ופתוחה לקהל הרחב. אנסה לתאר בקצרה את הקווים המנחים את רוח המקום ומהווים בעצם את מה שניתן לכנות כראייתה השיקומית של הגלריה.

#### אמנות

מוצר אמנותי (ציור, פסל, שיר וכו') (הינו אמנם מוצר, אבל הוא גם מעבר לזה, וזאת בזכות תהליך היצירה עצמו. בתהליך אין מדובר בערבוב צבעים או בכל עניין טכני אחר, עיקר העניין הוא התהליך הפנימי שעובר היוצר הן בזמן היצירה והן בכלל.

בשונה מתחומי עיסוק אחרים, האמנות היא שפה הקשורה בצורה ישירה יותר לנפשו של היוצר כך שהעיסוק בה מעלה את הטעון תיקון על פני השטח והיא "מקשה עלינו להסתיר דברים מעצמנו".

ניתן לומר שעל מנת להתפתח מבחינה אמנותית, יצירתית, חובה עלינו לפתח קשר ישיר וכן עם נפשנו. (יתכן שמסיבה זו יצירות של אמנים המוגדרים כחולי נפש מסקרנות ומעניינות את קהל צרכני האמנות במשך השנים)

#### שיקום

בתהליך המכונה שיקום איננו מתמקדים בשינוי התנהגותו החיצונית של האדם, אלא בטיפול מספר עניינים פנימיים. החשובים מביניהם הם -  
 - הבנתו העמוקה של כל אחד שהוא אחראי לחייו, ושאינו קרבן  
 - הבנתו של כל אחד שאם הוא רוצה שינוי בחייו עיקר העבודה מוטלת עליו.

הבנה זו היא הבסיס לשינוי ושיקום וכאשר הבנה זו מתחילה לצמוח אז ניתן גם לקבל עזרה מהסביבה. מהות נוספת שיש לטפח ולפעמים להחיות היא עניין הרצון, כי בסופו של דבר הכול מתחיל ונגמר ברצונות שלנו.

כשחלה התקדמות בתחומים פנימיים אלו, שינויים חיצוניים, חיוביים, הם בלתי נמנעים.

מנהל הגלריה של עמותת דן אבשלום

ויו"ר עמותת נפש אמן

למעוניינים בביקור בגלריה או למתעניינים בעבודות האמנים :

הגלריה רח' סברדלוב 3 גדרה טל 088594252 נפש אמן - <http://www.nefesh-aman.com>

כאן תבואנה תמונות הצבע