

שיקום פסיכוסוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה?

מקס לכמן

השיקום הפסיכוסוציאלי בבריאות הנפש עוסק במתן עזרה לאנשים המתמודדים עם מוגבלויות הנובעות מפגיעה או מחלה נפשית. העזרה מיועדת ליצור עבורם הזדמנויות מחדשות לבנות רצף והמשכיות בחייהם למרות המוגבלויות. לאור שינויים ורפורמות רבות שנעשו בעולם ובמדינת ישראל במדיניות בתחום בריאות הנפש, המאמר מציג את הנושאים העיקריים שהגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית מתמודדת איתם בשנים האחרונות. המאמר גם מציג סוגיות שהשפיעו על עיצוב התחום במדינת ישראל.

מבוא

ישראל נמצאת היום בעיצומה של רפורמה במערכת הטיפול הפסיכיאטרית. הרפורמה כוללת שינויים מבניים שונים, שיש להניח, כי יביאו במשך הזמן גם לשינויים תכניים (אבירם, 1997; מרק, פלדמן ורבינוביץ, 1996). הרפורמה מתייחסת אמנם בעיקר למבנה ולתהליך אספקת השירותים הפסיכיאטריים, הנחוצים כדי להתמודד עם מחלת נפש או הפרעה נפשית, אך גם לשירותים השיקומיים, הדרושים בתחום הדיוור, התעסוקה והבילוי. שירותים שיקומיים אלו מאפשרים לשלב את נפגעי הנפש ובני משפחותיהם בקהילה. ההתמודדות של נפגעי הנפש ומשפחותיהם אינה רק תהליך רפואי-נפשי. זהו מאבק מקיף של אוכלוסייה המבקשת להיות שייכת

לקהילה ומשולבת בה למרות המגבלות הנובעות ממצבה. מבחינה זו, נכון יהיה לראות בתופעה בעיה חברתית ולא בעיה רפואית בלבד.

בעולם ובישראל ניכרת באחרונה התפתחות בשיקום הפסיכוסוציאלי, והשינויים שחלו השפיעו על התפיסה האידיאולוגית והערכית בתחום זה ועל הכנסת השיקום למערכת הטיפול הכוללנית בהפרעות נפשיות חמורות.

השיקום הפסיכוסוציאלי מבוסס על התייחסות ייחודית אל מחלות הנפש והפרעות נפשיות ואל דרכי ההתמודדות איתן (Cnaan, Blankertz, Messinger & Gadner, 1988; Anthony, Cohen & Farkas, 1990). הדוגלים בגישה זו מנסים שנים רבות להשפיע ולשנות את ההתייחסות אל חולה הנפש ומשפחתו, את המדיניות החברתית, את הסטיגמה ואת יחס החברה אל המתמודדים עם המחלה. נראה, שהיום כמעט כל מערך טיפולי כולל תכניות ותכנים בתחום זה.

במאמר יוצגו כמה נושאים מרכזיים, הקשורים כיום לשיקום פסיכוסוציאלי בעולם ובארץ והתרומה הייחודית של הגישה לשיקום המטופלים. כמו-כן יתוארו המשימות העיקריות, העומדות לפני המצדדים בשיקום הפסיכוסוציאלי, תוך התייחסות לסיכויים ולסיכונים, שמציבה הרפורמה בבריאות הנפש, המתחוללת כיום בישראל.

הרקע האידיאולוגי של הגישה והעקרונות המנחים

התפתחות הגישה השיקומית בפסיכיאטריה לא החלה, כפי שרכים נוטים לחשוב, בשנים האחרונות. זה חמישים-שישים שנה, שבטיפול הפסיכיאטרי משולבים כלים, התורמים למאמץ המשותף לאפשר לחולה הנפש לחיות בתוך החברה ולא בשוליה. התמורות, שחלו בחברה, השפיעו רבות על הלגיטימציה ועל המוטיבציה לפתח את הגישה השיקומית. כיום, נוטה החברה להיות דמוקרטית יותר, להדגיש ערכים של שותפות בין הפרט לחברה, ושל השתתפותו בנעשה בה. החברה כיום גם פלורליסטית יותר, ושואפת לכבד את ההגדרה העצמית והייחודית של הפרט ואת התרבויות השונות של האנשים החיים בה. תמורות אלו ורבות אחרות ניכרות גם בתחום הפסיכיאטריה. הן איפשרו למדינות רבות להתנער מהמוסדיות ומהסמכותיות, שאיפיינו כל-כך את הטיפול הפסיכיאטרי, ולחשוב על דרכים שיגדילו את החופש של האדם החולה. המעבר היה איטי ומורכב, וחייב התמקדות באדם ולא במחלתו. נדרשה אמונה ביכולתו של האדם וברצונו להשתלב בחברה.

הגישות השיקומיות בבריאות הנפש מתבססות על מודלים חברתיים ועל תפיסות כוללניות (הוליסטיות) יותר מאלו המוצעות במודל הרפואי.

א. הגדרת השיקום הפסיכוסוציאלי

בשנת 1996 פרסם צוות מומחים של ארגון הבריאות העולמי בג'נבה הגדרה לשיקום הפסיכוסוציאלי, וקבע את מקומו של השיקום ברצף השירותים הניתנים בתחום בריאות הנפש (W.H.O., 1996). לפי ההגדרה שיקום פסיכוסוציאלי הוא תהליך, המאפשר לאנשים בעלי פגיעות, מוגבלויות ונכויות, הנובעות מהפרעה נפשית, להגיע לרמה מיטבית (אופטימלית) של תפקוד עצמאי בקהילה.

כדי שאנשים אלה יוכלו להגיע לאיכות חיים טובה יותר, מחייב התהליך שיפור יכולותיו של הפרט מחד, ושינויים סביבתיים מאידך. מטרת השיקום הפסיכוסוציאלי, לצמצם, ככל האפשר, את השפעתן של הנכויות השונות, ובכך להגדיל את אפשרות הבחירה ואת ההזדמנויות של הפרט, שהם שני המרכיבים הבסיסיים לחיים מוצלחים של אנשים בקהילתם.

השיקום הפסיכוסוציאלי אינו יכול לפעול כגישה בלעדית, והוא צריך להיות חלק ממערכת טיפולית, הכוללת מרכיבים נוספים:

- טיפול תרופתי (פרמקולוגי), נפשי (פסיכותרפויטי) או פסיכוסוציאלי, כדי לצמצם תסמינים אקוטיים או כרוניים של המחלה או של ההפרעה.
- צמצום גילויי האפליה החברתית והסטיגמות כלפי המטופלים.
- בניית מערכת תמיכה למשפחות.
- הקמת שירותים חברתיים לתמיכה בצרכים הבסיסיים של המטופלים בתחומי החברה, הדיור, התעסוקה והפנאי.
- העצמת המטופלים.

ב. עקרונות מנחים של השיקום הפסיכוסוציאלי

כמה עקרונות מנחים, משמשים בסיס משותף ומחבר בין מודלים וגישות של השיקום הפסיכוסוציאלי בתחום בריאות הנפש (Anthony et al., 1990; Cnaan et al., 1988; לכמן, 1992); עקרונות אלו יוצגו להלן:

1. התמקדות בכוחותיו וכיכולותיו של האדם ולא בחולשותיו. הגישה השיקומית מתייחסת למיומנויות קיימות או ניתנות לשיפור, הרלוונטיות והנחוצות לתפקודו של האדם בהתאם לשאיפותיו ולתקוותיו. עיקרון זה מדגיש, בין היתר, את הצורך בפיתוח כלים אבחוניים והערכתיים ייחודיים לבניית תכניות שיקומיות. כלים אלה צריכים להיות שונים מכלי האבחון הפסיכיאטריים המסורתיים, המוגבלים לבחינה צרה וסטטית של נתונים ולכן אינם מסוגלים לנבא תוצאות שיקומיות. משתקם מצליח לחשוף את יכולותיו רק כשהוא מתנסה בפעולות מגוונות, מגרות ומשמעותיות לגביו ובתוך סביבה בטוחה ותומכת.

2. שותפות המטופל בכל שלבי ההתערבות. לאדם יש זכות להגדרה עצמית, ולכן הכרחי שישותף בכל שלבי הטיפול. המסורת הפטרנליסטית, שכה מאפיינת מערכות שירותים בבריאות הנפש, יוצרת יחסי תלות בין מטפלים לבין מטופלים. לרוב מוסברת העמדה הפטרנליסטית בתפיסה מעוותת על פיה מרבית נפגעי הנפש ובני משפחותיהם הם אנשים חלשים, שמצבם אינו מאפשר להם להיות פעילים ושותפים למהלכים הטיפוליים השיקומיים. גם אם לעתים זקוקים נפגעי נפש ומשפחותיהם להגנה ולתמיכה אינטנסיבית, על המטפלים לפעול באופן דיפרנציאלי, ולבדוק בכל מקרה, האם המטופלים באמת אינם יכולים להיות שותפים פעילים בעיצוב חייהם. גישה פטרנליסטית של המערכת המקצועית עלולה להוביל, עם הזמן, לתוצאות שליליות ביותר וליצור נתק, בידוד וירידה לשוליים של אנשים נפגעי נפש.
- התנועה הצרכנית, שעליה יורחב הדיבור בהמשך, הפכה לגורם מכריע במערכות בריאות הנפש, בעידודה של גישת השיקום הפסיכו-סוציאלי ובשותפות מלאה אתה.
3. הסביבה כמוקד ההתערבות. הגישה השיקומית אינה מתמקדת רק בממד התוך-אישי, אלא מארגנת ובונה סביבה ייחודית לאנשים, וכך הופכת למערך תמיכתי ומעודד שינוי. הגישה המוסדית לימדה, איך סביבה בעלת אופי נוקשה, סמכותי ומדכא עלולה להחמיר את מצבם של נפגעי הנפש ולהפוך אותם למוגבלים יותר. משפחותיהם של נפגעי הנפש הם חוליה חשובה בשותפות זו של עשייה, והשיקום הפסיכו-סוציאלי פעל רבות לשינוי היחס כלפיהן. הטיפול בקרוב משפחה, החולה במחלת נפש, יוצר אצל בני משפחתו צרכים מיוחדים, אך יחד עם זאת הם שותפים חשובים, שבכוחם לתמוך במאמץ שעושה יקירם בתהליך השיקום.
4. המטפל השיקומי כדמות מציאותית ואנושית. הקשר המקצועי בין מטפל למטופל שונה במהותו מהקשר הקיים בהתערבויות אחרות, שהמטופל נחשף אליהן. ההיבט האנושי של הצוות הוא מרכיב חשוב ביותר בתהליך השיקום. אנשי מקצוע אינם יכולים להסתגר בעולמם המקצועי ולפעול בגישה מתנכרת של "הם ואנחנו". בשיקום הפסיכו-סוציאלי נוצרת סיטואציה אנושית משותפת, המחייבת מעורבות רבה וגלויה.
5. התלות הכרחית להשגת עצמאות. זמן רב ניסו לבסס את ההתערבויות השיקומיות על גישות שפגעו באיכות החיים של המטופלים. חשבו, למשל, שנפגעי נפש אינם רוצים להשתחרר מבתי-חולים מכיוון שטוב להם שם, ומשום שאין להם תמריץ חזק דיו לעזוב. גישה זו הובילה, כמובן, לכישלון. לעומת זאת, תהליכי שיקום, המחייבים מאמצים רבים של המטופלים ומשפחותיהם, צריכים לכלול מרכיבים תמיכתיים ותלותיים, כדי ליצור איזון ורצון להמשיך. לא ניתן לבסס תהליך

- שיקומי, כשהצרכים הבסיסיים אינם מסופקים כראוי, כשהמשתקם אינו חש ביטחון ויחס של אהבה ושייכות, ושכבד הדרישות לעצמאות ולאוטונומיה לא עומדות לרשותו מסגרות להנאות ולבילוי.
6. גישה דיפרנציאלית. לפעמים המסגרות השיקומיות אינן מתייחסות לצרכים ולרצונות האישיים של המשתקמים. הפתרונות וההזדמנויות חד-גוניים, המטפלים נוטים להכללות ויודעים מראש מה טוב ומה רע לאדם, ואיך ניתן להגיע לשיפור. זוהי גישה שגויה. תהליכי שיקום צריכים להתבסס על מאפיינים ייחודיים של נפגעי הנפש ושל משפחותיהם ולא על קטגוריות והכללות ידועות מראש.
7. נורמליזציה. מטרת השיקום, לאפשר למטופל להשתלב בקהילה ולנהל חיים עצמאיים תוך התערבות מזערית של המטפלים. בתהליך השיקומי מוענק הטיפול בסביבה הטבעית של המטופל ובמציאות הקרובה ביותר למציאות שיפגוש בקהילה. במערכות שיקומיות קיימת נטייה ליצור למען המשתקמים סביבת מעבר, שתכלול את המאפיינים הקיימים במסגרות שבהן יעבדו ויחיו בסופו של התהליך. עם זאת מתברר, כי לעתים קרובות "נתקעים" המשתקמים בסביבת המעבר ומתקשים לעבור הלאה. לכן, נמתחת בשנים האחרונות ביקורת רבה בספרות המקצועית על השימוש בשיטה זו.
8. התמקדות בעבודה או בתעסוקה. עבודה ותעסוקה הם מרכיבים חשובים להשגת נורמליזציה בחיי המשתקם. לפי הגישה השיקומית, עבודה, במיוחד עבודה שהכנסה בצדה, היא מרכיב מרכזי, המחזק את הרצון לחיים עצמאיים אצל כל אדם.
9. המודל השיקומי הוא יותר חברתי מרפואי. המחלה והליקויים אינם המוקד, אלא האדם בכל ממדיו, כפי שיפורט בהמשך.
10. תקווה. אדם פגוע בנפשו חשוף מרבית הזמן למסגרות, המשדרות פסימיות ומנציחות את הכישלונות הרבים שחוזה בחייו. כדי להיחלץ ממצב של "דריכה במקום" יש להעביר למטופל, באמצעות העשייה עצמה, תחושה של אור, של אופטימיות ושל אמונה בעתיד.

הנושאים שבמוקד השיקום הפסיכיאטרי

כדי להמחיש את חשיבותה ואת תרומתה של הגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית, תוך התייחסות לרפורמה המתגבשת בישראל כתחום זה, יוצגו להלן ארבעה נושאים, הקשורים לעשייה ולמחקר אשר נדונו בשנים האחרונות.

א. אל-מיסוד (Deinstitutionalization)

האל-מיסוד כתהליך של שינוי במדיניות החברתית כלפי פגועי הנפש, עמד במרכז המחקר והעשייה השיקומית במאה זו. הוא מתייחס למגמה הרווחת במרבית מדינות העולם ובישראל לא לבסס יותר את הטיפול בפגועי נפש בבתי-חולים פסיכיאטריים אלא בקהילה. המודלים של השיקום הפסיכו-סוציאלי המודרני עוצבו בעקבות תהליך זה.

בשנת 1986 הקדיש כתב העת *Schizophrenia Bulletin* גיליון מיוחד לשיקום הפסיכיאטרי, ובו סוכמה התפיסה, שעליה מושתתת העשייה השיקומית. באותו גיליון הגדירו אנתוני וליברמן (Anthony & Lieberman, 1986) את מטרת-העל של השיקום הפסיכיאטרי: "להבטיח שאדם בעל ליקוי נפשי יוכל לרכוש ולהציג מיומנויות, הדרושות לו כדי לחיות, ללמוד ולעבוד בקהילתו בסיוע מזערי מארגונים פורמליים ומאנשי מקצוע".

לדעתם, ניתן להשיג מטרה זו באמצעות הפעלה ב-זמנית של התערבויות שונות, שמטרתן ללמד מיומנויות חברתיות, הדרושות לכל אדם כדי לתפקד בסביבתו הטבעית, ובאמצעות פיתוח משאבים סביבתיים וקהילתיים, שמטרתם "לחזק את התפקוד של אותם אנשים".

על בסיס עמדה זו פותחו במשך השנים מודלים התערבותיים וסביבות שיקומיות, שהציעו אפשרויות ללימוד מיומנויות חברתיות מגוונות. תכונות שיקומיות כאלה, שצצו בעולם ובישראל, התמקדו בעיקר בשלושה תחומים: תעסוקה, דיור וחברה (ספיבק, 1981; אבירם, 1991; כהנר, 1989; דויטש, הדס ולכמן, 1992; מוס, 1991). מודל בסיסי זה משקף את הצרכים הרבים, שעמדו לפני אנשי המקצוע עקב מדיניות האל-מיסוד, שהחלה במאה העשרים. מודל האל-מיסוד מדגיש את התפקוד וההתמודדות במסגרת הקהילה הטבעית, והוא כולל בדיקה מחודשת של תפקיד המשפחה בתהליכי שיקום והחלמה ומקומה כשותפה פעילה בתהליכים אלו; תמיכה בפעילותם של ארגוני משפחות לקביעת מדיניות ולהקמת שירותים פסיכו-חינוכיים, בהם ייעוץ ומידע, תמיכה ועזרה; התייחסות לצרכים השונים המתעוררים במשפחות בעקבות התמודדות עם מחלת נפש של אחד מבניהן (Hatfield & Lefley, 1987); טוקר, וגנר, הראל וברוק-שפיר, 1995).

השיקום הפסיכו-סוציאלי עסק רבות גם בנושאים נוספים: חלופות אשפוז ודיור מוגן (Carline, 1990; Blanch, Carling & Ridgway, 1988; Rimmerman & Keren, 1995), שיקום תעסוקתי (McGurrin, 1994; Anthony, 1994) וניהול מקרה (Case-management) (Kanter, 1989; Surber, 1994), שיקום חברתי ובניית מסגרות מגוונות בהתאם לצורכי האוכלוסייה (Beard, 1982; Patmore, 1987); ספיבק, 1981).

הגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית תמכה במדיניות האל-מיסוד, משום שראתה במוסדות הפסיכיאטריים סביבה, שאינה מאפשרת לאדם המשתקם לגלות את כוחותיו ויכולותיו מעבר לתהליכים פתולוגיים. היחס לפגוע הנפש במוסדות אלה היה פטרוני ומגונן, ולכן יכולתו של מטופל לבחור בין חלופות שונות היתה מצומצמת ביותר. ההתנסות המועטה בבחירה והגנת היתר איפשרו היווצרות של תהליכים כרוניים בלתי הפיכים.

מרבית המשתקמים יצאו מהמוסדות אל קהילה, שאינם מוכנה לקראתם ואינה מודעת דיה לצורך בבניית שירותים חלופיים, שיושיטו להם עזרה ותמיכה בתהליך שילובם המחודש בחברה. המשבר ואי-הוודאות יצרו מציאות חדשה, שחלק מן המשתקמים היתה בבחינת אסון, ולאחרים אתגר חדש. משהייה במוסדות שההגנה בהם היתה טוטאלית, נחשפו המשתקמים לחוסר הגנה קיצוני, שהגיע לעתים לכדי הזנחה. במהלך השנים ניסו הגורמים המשקמים לתקן עיוות זה.

ב. תפיסת ההחלמה

פירוק המוסד הטיפולי הטוטאלי, פיתוח טכנולוגיות טיפוליות חדשות (תרופות, שיטות טיפוליות פסיכוסוציאליות וכדומה) וחקיקה ליברלית בתחום הטיפול בחולי הנפש, יצרו מסלולי חיים חדשים ואיפשרו לאנשי מקצוע לחקור ולהבין טוב יותר את המקורות ההטרונניים, שבבסיס מחלת הנפש.

מחלות נפש חמורות וממושכות נחשבו בעבר לחשוכות מרפא, שסיכויי ההחלמה מהן מועטים והמצב הצפוי היה, כי מצבו של החולה יידרדר. בשנים האחרונות, לעומת זאת, גדלה האופטימיות באשר לאפשרות להחלים ממחלות הנפש.

הגישה הרב-מקצועית, השלטת כיום בבריאות הנפש ובשיקום הפסיכיאטרי, הראתה, כי מקורות שונים תורמים לליקוי הפסיכיאטרי, והגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית ערצה על התפיסה הדטרמיניסטית של המודל הרפואי המסורתי לגבי המושג ליקוי פסיכיאטרי.

בכרך (Bachrach, 1992) מסבירה את החשיבות של יחסי גומלין בין שלושה סוגי מגבלות ופגיעות של מחלת נפש ואת ההשפעה ההדדית ביניהם מבחינת החוסרים ביכולת ההתמודדות והתפקוד:

- מגבלה שמקורה במחלה עצמה, והיא מתוארת, לעתים, כתסמינים המופיעים בשעת המחלה.
- מגבלה הקשורה לדרך שבה תופס החולה את מחלתו. מגבלה זו, הנובעת מהמגבלה הראשונה, מתבטאת בתהליך ההבניה והגיבוש של תפיסת האדם את מה שקורה לו ואת התהליכים שהוא מתנסה בהם. למשל, חולים רבים חווים את מחלת הנפש

כאירוע אלים, לא רצוני, מפתיע ומשכש חיים. חולים אלו נאלצים לעבור, לעתים, תהליך ארוך וכואב של קבלה והשלמה לפני שהם יכולים להתחיל בהתמודדות האמיתית עם מחלתם.

• מגבלה שאינה קשורה ישירות למחלה, אלא לתגובות החברה וליחס הסביבה הקרובה והמרוחקת למחלות נפש ולנפגעי הנפש – סטיגמה, עוני, אבטלה, בדידות, בידור והתנכרות של החברה לאנשים הסובלים ממחלות נפש נכללים בקטגוריה זו. במקרים אלו חשובה ביותר פעילותם של ארגוני לקוחות (צרכנים ומשפחות) לצמצום תופעות אלו.

ראייה רב־ממדית זו מאירה את מורכבותן של מחלות הנפש על כל היבטיהן ומבירה, כי דרושות מערכות רב־מקצועיות ורב־תחומיות להתמודדות אֵתן. המודל הרפואי בלבד כגישה מובילה, מצמצם את היכולת להגיע לתוצאות חיוביות בהתמודדות זו.

החלמה ממחלות נפש חמורות או שיפור משמעותי במצב החולים הפכו למציאות, שלא ניתן עוד להתעלם ממנה.

כמה מחקרי־אורך, שנעשו בארצות־הברית, באירופה וביפן, בדקו את שיעורי ההחלמה אצל חולים, שאובחנו כלוקים במחלות נפש חמורות, כולל סכיזופרניה. ממחקרים אלה עולה, כי כאשר אנשים החולים במחלות נפש חמורות, נמצאים בטיפוּל, במעקב ובשיקום לאורך זמן ניתן לצפות, כי יחול שיפור רב במצבם ורכים מהם יחלימו סימפתומטולוגית וחברתית (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Bleuler, 1974; Ciompi, 1980; Breier, 1987). גילוי אפשרויות ההחלמה יוצר צורך במודלים חדשים להסברת מחלות נפש.

תום מחלה מתואר ברפואה על־ידי שני מונחים: הבראה (Cure), שמשמעותה החזרת המצב לקדמותו. האדם אינו נתפס עוד כחולה, והחלמה (Recovery), שעל־פי מילון ובסטר אחת ממשמעויותיה היא חזרה למצב של מאוויים (come back to desire) (Webster, 1979, pp. 1509). המונח החלמה משמש לציון החזרה למצב של תפקוד אישי וחברתי על־אף מגבלות הבריאות הקיימות.

בפסיכיאטריה מוגדרת החלמה כתהליך המאפשר לאנשים בעלי נכויות נפשיות לבנות מחדש גשרים 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 באופן כללי. זהו תהליך של גילוי עצמי, של התחדשות ושל שינוי (Spaniol, Gagne & Koelher, 1997).

דוידסון ושטראוס (Davidson & Strauss, 1995) סבורים, שתיאור מחלה או הפרעה נפשית באמצעות הציור בריאות – מחלה או נורמליות־פתולוגיה מנית, שלפני המחלה היה מצב של בריאות או של א־פתולוגיה. ואולם, הניסיון מראה, שהנחה

זו לא תמיד נכונה, ולכן, דרושים פרמטרים חדשים, שבאמצעותם תאותר ותאופיין החלמה של אנשים הלוקים במחלות נפש. דוידסון ושטראוס מציעים לבחון את תהליכי ההחלמה על-פי ארבעה מאפיינים:

1. כוונה — יכולתו של אדם, להגדיר ולקבוע מטרות, לתכנן ולקבוע סדר עדיפויות ואמצעים, כדי להגיע למטרה ורצון לעסוק באופן עקבי ב"פרוייקטים של החיים" וכך לבנות את עתידו.
 2. תפיסת זמן — יכולתו של האדם, לקבל פרספקטיבה נכונה על החיים, ולא להיות עסוק רק ב"דריכה במקום".
 3. דוֹקִיּוּם בין יכולות וחוסר תפקוד — היכולת לחיות ולתפקד עם נוכחות מקבילה של כוחות ויכולות ושל חולשות וחסכים.
 4. משמעות — היכולת להמשיך בהבניית חיים, שיש בהם עקביות והמשכיות.
- הגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית, המתייחסת לאדם המתמודד עם הפרעה נפשית או עם מחלת נפש בראייה כוללנית, המכבדת את המיוחדות שבו, עשויה לתרום הרבה למאמצים להגדיל את מספר האנשים המגיעים לשלב ההחלמה.

ג. התנועה הצרכנית

תופעה מעניינת נוספת, שהחלה בשנות השמונים והתשעים, היא התנועה הצרכנית, שהחלה כאשר אנשים נפגשו, כדי לשתף את הזולת בחוויותיהם, ובעיקר בתסכוליהם. במפגשים אלו, מחוץ למערכת הטיפולית, נוצרו קבוצות של חולים, שהגיעו למסקנה, שהברירה בידיהם — להמשיך לחיות בתחושה של חוסר אונים וחוסר השפעה ולהיות תלויים במערכת המתנכרת לצורכיהם האמיתיים או להתארגן כתנועה להעצמה ולהילחם נגד חוסר הצדק הננקט כלפיהם (Chamberlin, 1978; Deegan, 1994; Rogers, Pilgrim & Lacey, 1993). קיימים סוגים שונים של ארגוני צרכנים (W.H.O., 1989), אך לכולם עקרון פעולה משותף — עזרה הדדית וסינוגור.

התנועה הצרכנית עוסקת גם במחקר ובפיתוח ידע. למשל, המושג "החלמה", שהוזכר לעיל, נוצר בהקשר זה בזכות צרכנים שחשפו את התופעה (Deegan, 1988; Fisher, 1994).

התומכים בגישה השיקומית הפסיכוסוציאלית הבינו מהר את חשיבותה של התארגנות זו, והזדרזו לשתף אתה פעולה. כיום צרכנים ואנשי שיקום מפעילים יחד תכניות, מתוך הכרה הדדית בתרומתו הייחודית והחשובה של כל אחד מהם לבנייתה של מציאות חדשה.

ד. תפקידה של המשפחה בתהליכי השיקום

היחס לבני משפחותיהם של נפגעי הנפש הושפע זמן רב מן הקביעה הלא צודקת, הלא נכונה והמאשימה, שהמשפחות הן המקור לפתולוגיה. המשפחות נפגעו לא רק מהסטיגמה החברתית הכללית, אלא אף מיחסם הסטיגמטיבי של הגורמים המטפלים. התייחסות כזו הפריעה ליצירת אמון ולפיתוח קשר של שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש לבין המשפחות. גם היום מתקשים אנשי מקצוע וחברה, להבין עד כמה גדולה המעמסה המוטלת על בני משפחתו של חולה נפש. המשפחות אינן זוכות לסיוע ולמענה לצורכיהן הנובעים מליווי תהליכי ההתמודדות של יקירם. עם זאת, המודלים הטיפוליים, הממוקדים בקהילה, מטילים על בני המשפחה תפקידים נוספים, מכיוון שמרבית נפגעי הנפש, הגרים בקהילה, חיים עם משפחותיהם.

בשנים האחרונות חל שינוי בתפיסה וביחס למשפחות, המושפע גם מגישת השיקום הפסיכו-סוציאלי. היום מבינים יותר את חשיבותה של המשפחה כמערכת תמיכתית בתהליכי השיקום, וברור לעוסקים בתחום, כי כדי לחזק את המשפחות יש להקים שירותים מיוחדים ולהקצות משאבים ייחודיים.

ההזנחה מצד הממסד עוררה את בני משפחותיהם של נפגעי הנפש להקים עמותות, לעזרה הדדית, כדי לנסות להשפיע על המדיניות ועל גיוס המשאבים. ואולם, למרות פעילות העמותות, מרבית בני משפחותיהם וקרוביהם של נפגעי הנפש עדיין חיים בבדידות ומתקשים לצאת לפעולה.

תרומת השיקום הפסיכו-סוציאלי לשירותי בריאות הנפש

להלן שני מודלים להפעלת מערך שירותים, המסייע להתמודד עם מחלות נפש בקהילה.

שני המודלים תומכים בעמדה שהוצגה לעיל, שלפיה הטיפול השיקומי הפסיכו-סוציאלי הוא חלק ממערך שירותים, שקיומם חיוני לאנשים בעלי מגבלות, הנובעות ממחלת נפש קשה.

לאנשים אלה צרכים רבים ומגוונים, הן בתחום הבריאות והן בתחומים פסיכו-סוציאליים, וכדי לענות עליהם, המודלים צריכים להתייחס לשלוש שאלות יסוד:

- באילו דרכים ניתן לתאם בין כל המרכיבים של המערך הטיפולי הקהילתי, אשר חלקם נתונים לאחריות שירותי הבריאות וחלקם באחריות שירותי החברה והרווחה?

- האם לבנות שירותים מיוחדים ומופרדים מהשירותים הקהילתיים הכלליים או להעדיף את שילובה של העזרה הפורמלית בשירותים החברתיים הקיימים?
- כיצד ניתן לצמצם את השפעותיה של הסטיגמה החברתית כלפי נפגעי הנפש ובני משפחותיהם ולהבטיח את שילובם המרבי בקהילה?

שני המודלים מעלים, באופנים שונים, סוגיה חשובה – השוליות שעלולים השירותים לגרום באופן בלתי ישיר לאנשים, וכתוצאה מכך הפגיעה בשילובם בקהילתם.

א. המודל המקצועי על-פי אנתוני

מודל זה של אנתוני (Anthony, 1993) ומודלים אחרים דומים מניחים, שכדי שפגוע נפש החי בקהילה יוכל לפתח תהליכי החלמה הוא זקוק לשירותים שונים. שירותים אלו אינם משולבים במערך הכללי של השירותים הקהילתיים, אלא ניתנים על-ידי ארגונים, המתמחים בתחומים מקצועיים מסוימים והבנויים בהתאם לאפיוני האוכלוסייה הנוקטת להם. ארגונים אלה מפורזים בקהילה ומופעלים על-ידי אנשי מקצוע שונים. סוגי השירותים הניתנים על-פי מודל זה ומטרותיהם מוצגים בלוח 1.

לוח 1: סוגי השירותים הניתנים בקהילה ומטרותיהם
על-פי המודל המקצועי

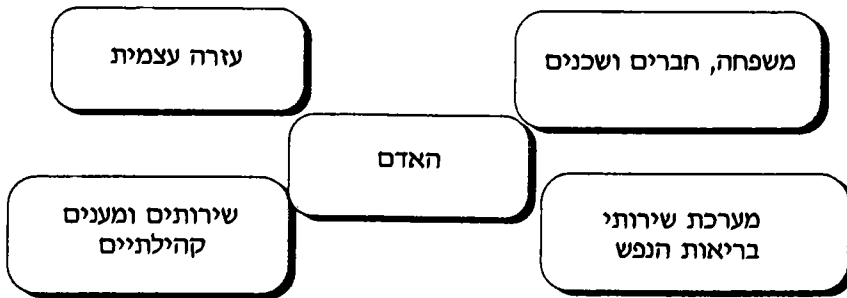
סוג השירות	תיאור	תוצאות צפויות
טיפול	טיפולים לצמצום הסימפטומים והמצוקות	הקלה בסימפטומים
חירום	פתרונות מיידיים במצבי משבר	הבטחת הביטחון האישי
תיאום תכניות ניהול הטיפול	גיוס משאבים בהתאם לצרכיו ולרצונותיו של הלקוח ותיווך בין ספקי המשאבים	משאבים זמניים ללקוחות
שיקום	פיתוח מיומנויות ומערכות תמיכה בהתאם למטרות של הלקוחות	תפקוד ושייכות
העשרה וחינוך	פיתוח פעילויות העשרה וחינוך למען הלקוחות	התפתחות אישית ולמידה
סינגור – זכויות	מימוש זכויות ופיתוחן	שוריון הודמנויות
עזרה הרדית וארגוני לקוחות	הפצת ידע והשפעה	העצמה

ב. מודל המערך התמיכתי על-פי קארלינג

מודל המערך התמיכתי (Carling, 1995) תואם יותר את הגישה הגורסת, שיש לחתור לשילובם של נפגעי הנפש בקהילה. מרכיב מרכזי של מודל זה הוא פעילות קבוצות לעזרה עצמית של נפגעי נפש.

מרכיב נוסף הוא שנפגעי נפש צריכים לקבל עזרה ותמיכה משירותים רגילים בקהילה כולל שירותי בריאות הנפש וממערכות תמיכה לא פורמליות (משפחה, חברים, שכנים וכד') ולא ממסגרות מקצועיות מיוחדות. נראה איפוא שגם על-פי מודל זה יש צורך בשירותי בריאות נפש פורמליים, אולם עיקר השתלכותם של נפגעי הנפש צריכה להעשות באמצעות שירותים, כמו: בתי-כנסת ומתנ"סים, המיועדים לכלל הקהילה. קליטתו של נפגע נפש בקהילה מותנית בתמיכתם של בני המשפחה והחברים, ומעל לכל, כמו לגבי כל אדם אחר בחברה, ברצונו שלו להשתלב. מודל זה מוצג בתרשים 1.

תרשים 1. מרכיבי מודל המערך התמיכתי



להצלחת המודל דרושים שני תנאים:

- העצמה של אנשים בעלי בעיות בריאות הנפש, כך שיוכלו לבחור בסוגי התמיכה המתאימים למצבם ולהגיע לשליטה רבה יותר בחייהם.
- הכנת הקהילה לתמוך באנשים אלו ולעודדם להיות חלק מהקהילה, וגיוס אנשים לתמיכה פעילה באוכלוסייה זו.

השיקום הפסיכוסוציאלי במדינת ישראל – סוגיות

מסוף שנות השבעים נעשה בישראל ניסיון לצמצם את האשפוז בשירותים לבריאות הנפש (משרד הבריאות, 1997) ולפתח במקומם שירותי שיקום פסיכוסוציאליים.

בספרות המקצועית מועט החומר, המתאר את התפתחות שירותי השיקום במדינת ישראל. לוי ודוידסון (1988) כותבים: "בשני העשורים האחרונים הולך ומודגש בהתמדה חלקה של מגמת השיקום הפסיכיאטרי בקהילה בארצנו כדרך לעזור לחולי נפש לרכוש את יכולתם לתפקד בעבודה ובחברה למרות מגבלותיהם. גם בתוך בתי-החולים הפסיכיאטריים בישראל השתכללה מגמת השיקום, והיא כוללת דיפוי-בעיסוק תעשייתי, הערכת יכולת החולה לעבודה ולתפקוד יומיומי, קבוצות פעילות וכן קבוצות לשיקום חברתי, תעסוקתי ומגוריי".

מכיוון ששירותי השיקום התפתחו בעקבות מדיניות האל-מיסוד בשירותי בריאות נפש, המשימות היו ברורות:

- לעצב ולהקים יחידות טיפול שיקומיות תוך-מוסדיות במטרה לאתר, להכשיר ולהכין חולים כרוניים מאושפזים למעבר לקהילה.
 - פיתוח שירותי שיקום קהילתיים בשלושה תחומים: שיקום תעסוקתי, שיקום חברתי ושיקום בדירור.
- במהלך השנים קמו בישראל מסגרות שיטות ושירותים מגוונים (מוס, 1991; דויטש, ועמיתיו 1992). להלן סיכום קצר של סוגיות, שהשפיעו על התפתחות השירותים עד היום:
- שליטת המודל הרפואי בשיקום הפסיכיאטרי, מרבית שירותי השיקום הוקמו ונוהלו במוסדות רפואיים-פסיכיאטריים, הקשתה, במידה רבה, על מיצוי המרכיבים הפסיכרוציאליים בתהליכי השיקום וההחלמה. אמנם שירותי שיקום מבוססים על עבודה רב-מקצועית ורב-תחומית, אך השליטה עליהם נשארה בידי הרופאים הפסיכיאטריים והמודל הרפואי עדיין משפיע באופן מהותי על הפרקטיקה השיקומית.
 - חלוקת משאבים במערכת. בהמשך לסוגייה הקודמת ובשל העובדה, שמרבית המימון לשירותי השיקום מגיע ממשרד הבריאות באמצעות מערכת האשפוז (ישירות או בתיווך עמותות ציבוריות), נוצר לעתים ניגוד אינטרסים בין הדרישות לקיום תהליכי שיקום מוצלחים ובין יכולתן הכלכלית של מערכות האשפוז, להמשיך בהגשמת משימותיהן.
 - טיפול ושיקום – שילוב או הפרדה. מרבית המודלים השיקומיים בעולם מצדדים בהפרדה בין שירותי השיקום לשירותי הטיפול עם תיאום ביניהם (Anthony, et al., 1990), כך יכול כל גוף להתמקד במשימותיו הייחודיות. בישראל מרבית שירותי השיקום הפסיכיאטריים פועלים בתוך המערכות הטיפוליות, אין הפרדה ברורה בין הפונקציות השונות, לעתים קיים טשטוש ביניהן.
- סיבה נוספת לאי-ההפרדה – מרבית אנשי המקצוע, העוסקים בשיקום, קיבלו את הכשרתם הבסיסית במגמות ובשיטות טיפוליות כלליות (עבודה סוציאלית,

פסיכולוגיה קלינית, ריפוי בעיסוק, סיעוד, רפואה פסיכיאטרית ועוד) ולא רכשו מיומנויות טיפול ייחודיות לשיקום. כמו במדינות רבות אחרות, אין בישראל מסלולי הכשרה והתמחות בתחום השיקום הפסיכיאטרי, למעט מספר קורסים והשתלמויות, ולכן מרבית אנשי המקצוע ממשיכים לבסס את התערבותם על הכשרתם המקורית. על אף הטשטוש בין המטרות והתחומים, דווקא אי-ההפרדה בין טיפול לשיקום מאפשר לעתים תיאום ורצף טוב יותר ביניהם, כך שמערכות הטיפול תומכות בשיקום ולהיפך.

- שיקום פסיכיאטרי – על מי מוטלת האחריות? – בעת שהתקבלה במשרד הבריאות מדיניות האל-מיסוד בתחום בריאות הנפש לא הוקם מטה חברתי רחב לתכנון המעבר לשיטת השיקום הקהילתי. גם שירותי החברה לא נערכו רשמית לסייע לאלפי נפגעי הנפש ובני משפחותיהם בקהילה ולא קיבלו עליהם את האחריות לטיפול באוכלוסייה זו (אם כי ברמת הפרט וברמת שירותי החברה הוגש סיוע לרבים מנפגעי הנפש ומשפחותיהם). קובעי המדיניות והמשרדים האחראים לתחום החברתי טענו כל השנים, כי משרד הבריאות אחראי לטיפול באוכלוסייה זו, ולמרבית הפלא גם משרד הבריאות היה מעוניין להמשיך לשאת באחריות הגדולה הזו ובכך לשמר את שליטתו על תחום זה.
- נוצר מצב, שמערך הטיפול הקהילתי לא הופעל באופן כוללני על-ידי שותפים רבים ושונים (משרד הבריאות משרד העבודה והרווחה, רשויות מקומיות, משרד החינוך, משרד השיכון, המוסד לביטוח לאומי וכו') וחסרה חלוקת אחריות ברורה בין הגופים שפעלו בתחום. מצב זה נבע בעיקר מחוסר משאבים, ממאבק רעיוני בין-תחומי על מהות הבעיות ופתרוןן ומאי-העצמה של האוכלוסייה (אי יכולתה להגן על עצמה, להיות מעורבת ופעילה ולהיות מורגשת בחברה). כתוצאה מכך התקשו שירותי השיקום הפסיכיאטריים למלא את משימתם, והם נאלצו להפעיל בקהילה מקטעים טיפוליים ושיקומיים חלקיים, להתמקד באוכלוסיות, שמשרד הבריאות היא מוכן להקציב להן משאבים (חולים כרוניים מאושפזים, וחולים כרוניים שחיו בקהילה והרבו להשתמש בשירותי אשפוז), ולגשר על-פני הפערים הארגוניים, שנוצרו בין המערכת הרפואית למערכת החברתית.
- חלופות אשפוז או שיקום פסיכו-סוציאלי. בשנים האחרונות, במיוחד עם הנהגת הרפורמה במערכת בריאות הנפש שהחלה ב-1995, משרד הבריאות וקובעי המדיניות בשירותי בריאות הנפש אינם מתייחסים כמעט לצורך בשירותי שיקום פסיכו-סוציאליים. על-פי גישתם, הפתרון הוא למצוא חלופות אשפוז למשתקמים, כלומר, להציע להם שירותים בתחום התעסוקה, הדיוור והחברה, שבעזרתם יצמצמו את פניותיהם לאשפוז או שימוש במערכת האשפוז.
- לוח 2 מציג את התפלגות המשתקמים בישראל לפי חלופות אשפוז על-פי נתוני משרד הבריאות 1997.

שיקום פסיכרו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה?

לוח 2: מספר המשתקמים בישראל
לפי חלופיות אשפוז ב-1996*

מספר המשתקמים**	מסגרות חלופיות לאשפוז
770	דיוור מוגן
119	דיוור מוגן מתוגבר
140	הוסטל
115	הוסטל מתוגבר
415	מועדון תעסוקתי
778	מפעל מוגן
600	יחידה שיקומית תעסוקתית
6	שיקום תעסוקתי מתוגבר
3,250	מועדון חברתי

* אדם עשוי להופיע ביותר ממסגרת אחת.

** מקור: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה (1997).

בשנת 1996 נאמד מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל ב-36,000 לערך, ונראה כי בכל נקודת זמן 90 אחוזים מהם נמצאים בקהילה (אבירם, זילבר, לרנר, ופופר, 1996). מנתון זה ומנתוני לוח 2 עולה, כי קבוצות שלמות של נפגעי נפש אינן מקבלות שירותי שיקום קהילתיים, וחלופות האשפוז מספקות פתרון רק למקצת חולי הנפש הכרוניים. כן נראה, כי הרצף הטיפולי והשיקומי בין המערכות הרפואיות למערכות החברתיות לוקה בחסר ואינו מאורגן כראוי. מכיוון שמרבית נפגעי הנפש הכרוניים חיים עם בני משפחותיהם, ברור כי המשפחות משלמות את מחירם הכבד של המחדלים.

- יחידות שיקום פסיכיאטריות – תחנות מעבר או יעד סופי? – שירותי השיקום בתחומי התעסוקה, הדיוור והחברה הוקמו במטרה להיות חוליית מעבר, שלב בדרך לשילוב המשתקמים בסביבה טבעית ורגילה. בפועל מעבר כזה אינו אפשרי, הן בשל היעדר רצף טיפולי-שיקומי בין מסגרות רפואיות לחברתיות, והן מחמת מחסור במשאבים, המונע יצירת מסלולי שיקום מגוונים ומותאמים באופן אישי לכל משתקם. משום כך מתמקדים שירותי השיקום במציאת פתרונות לבעלי מוגבלויות קשות, שאינם מצליחים להתקדם ו"נתקעים" בתהליך, ואילו מי שיש לו סיכוי לשיקום ולהחלמה נזקק למסגרת תומכת אחרת.
- מרכיבים טיפוליים חסרים. כאמור לעיל, קובעי מדיניות בריאות הנפש, סבורים

ששירותי השיקום הם רק חלק מהמרכיבים הנחוצים, כדי להחלים במסגרת הקהילה (Anthony, 1993; WHO, 1996). במערכת הטיפולית והשיקומית הקיימת בישראל חסרים בעיקר שלושה סוגי מרכיבים טיפוליים: התערבויות לצמצום האפליה החברתית והסטיגמטית, פיתוח מערכת תמיכה למשפחות והעצמת הלקוחות. מרכיבים מרכזיים אלה יוצרים תהליכי שיקום והחלמה מוצלחים, ואולם ללא משאבים פיתוחם מוטל בספק.

לפיכך, שירותי השיקום במערך בריאות הנפש ממלאים תפקיד חלקי בלבד ברצף השיקומי ואינם מחוברים כמעט למערך השירותים הקהילתיים הקיימים בקהילה. מרביתם פועלים כחלופות אשפוז בלבד, ואינם מספקים מענה לאלפי חולי הנפש הכרוניים, הנמצאים בקהילה.

בעשרים השנים האחרונות הצליחו, אמנם, לצמצם את מערכות האשפוז בארץ ולהקים מערכות לטיפול ולשיקום בקהילות, אך הן מסוגלות להתמודד רק עם אחזקה בקהילה של אנשים, הסובלים ממחלות נפש כרוניות. אין ספק, כי ניתן להשיג הרבה יותר. אם יפותחו מערכות טיפוליות ושיקומיות, שיאפשרו התערבות מגוונת ודיפרנציאלית יזכו נפגעי הנפש ובני משפחותיהם לאיכות חיים טובה יותר ולשילוב קהילתי מלא יותר.

סיכום

מאמר זה מתמקד בנושאים, שהגישה השיקומית הפסיכו-סוציאלית בעולם ובמדינת ישראל מתמודדים אתם, מאיר את המצב הקיים ואת האתגר העומד בפני הרפורמה, המתרחשת בימים אלו. בעקבות הרפורמה במערך בריאות הנפש ובמיוחד באופן מתן השירותים (מרק ואח' 1996; Mark & Shani, 1995), לא ברור מה צופן העתיד ומה יהיה מקומו של השיקום הפסיכו-סוציאלי במערך הטיפול.

הסיכויים והסיכונים, שהרפורמה עלולה לגרום, מתוארים בהרחבה במאמרו של אבירם (1997), ואין צורך לחזור עליהם. עם זאת חשוב להדגיש שוב, שלפי גישת השיקום הפסיכו-סוציאלי, התמודדות עם מחלת נפש אינה בעיה רפואית בלבד אלא בעיה חברתית. הרפורמה במערכת הבריאות ובמערכת בריאות הנפש עשויה להביא למדיקליזציה של המערכת הטיפולית (אבירם, 1997). היא מחזירה את ההתמודדות לתחום הרפואי, ואינה מתייחסת מספיק להיבטים החברתיים. שירותי השיקום נתפסים בעיקר כחלופות לאשפוז, ואין דנים בכובד הראש הדרוש בדרכים ליצירת רצף הכרחי בין השירותים הרפואיים לשירותים החברתיים. השירותים החברתיים, אינם מגלים

נכונות מספקת לספק משאבים ומענים נוספים כדי ליצור אפשרות להתמודדות ולשילוב נפגעי הנפש בקהילותיהם ולבניית תהליכי החלמה.

כיום, מרבית פגועי הנפש בישראל נמצאים בקהילה ולא במוסדות פסיכיאטריים (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996), אך אין עדיין נתונים מספקים על איכות חייהם, על צורכיהם ועל מידת שילובם בחברה. עם זאת, ברור, כי דרושות להם מערכות טיפול כוללניות (רפואיות וחברתיות) וכן תיאום ושיתוף פעולה בין מענים קיימים לבין מסגרות חדשות, שיאפשרו הענקת טיפול דיפרנציאלי לכל אדם ולכל מצב.

רבים מנפגעי הנפש, המתגוררים בקהילה, גרים עם משפחותיהם, ולמשפחות תפקיד מרכזי בהתמודדות עם הקשיים הנובעים ממצבם. אך השירותים והתמיכה המוצעים למשפחות מועטים ביותר ואין בהם די. בני המשפחה עדיין בודדים במאבקם, לחיות חיים של כבוד על-אף הקשיים היומיומיים הכרוכים בטיפול בקרובם פגוע הנפש.

הנתק בין המשרדים השונים, שתפקידם לתת מענה לצורכי אוכלוסיית פגועי הנפש ולבני משפחותיהם, והניסיון להעביר את הטיפול בשיקום הפסיכיאטרי ממסגרת למסגרת, יוצרים סכנה ממשית שנפגעי הנפש ובני משפחותיהם יהפכו שוליים ותלושים מהחברה.

ללא תוספת משאבים וללא הקמת פורומים משותפים, הכוללים את כל הנוגעים בדבר, כמו "רשות ממלכתית קהילתית לבריאות הנפש", לא יקודם הנושא. השיקום הפסיכוסוציאלי הוא החוליה המקשרת בין כל הגורמים והוא המרכיב הדומיננטי הדרוש לצד הרפורמות הקיימות. לכן, הגדרת השיקום הפסיכיאטרי כחלופת אשפוז בלבד וצמצומו לגבולות אלה עלול למנוע את היתרונות שהגישה הפסיכוסוציאלית מעמידה בפני קובעי המדיניות.

המתיחות והמאבקים המקצועיים והחברתיים בין קבוצות אינטרסים שונות אינם מאפשרים ליצור מדיניות כוללת ומקיפה. במאמר הועלה הצורך, לתמוך בארגוני הלקוחות ובמשפחותיהם כגופים המסוגלים להשפיע על תהליכי קבלת ההחלטות ולנווט אותם לתועלתם. גופים אלו חייבים לפעול ברמה של המסו' הפוליטי, כדי ליצור שינוי בסדר העדיפויות של החברה כלפי נפגעי הנפש ומשפחותיהם וכדי לצמצם את ההפליה כלפיהם.

מקורות

- אבירם, א. (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל – קיפאון או התקדמות. ביטחון סוציאלי, 37, 71–99.
- אבירם, א., זילבר, נ., לרנר, י. ופופר, מ. (1996). חולים כרוניים בישראל: הגדרה, היקף ואפיונים. משרד

מקס לכמן

- הבריאות, שירותי בריאות הנפש, מכון פאלק, ג'וינט ישראל ובית-הספר לעבודה סוציאלית על-שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אבירם, א. (1997). שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים: סיכומים וסיכונים לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דויטש, ח. (1991). שלבים וסוגי עבודה בתהליכי שיקום מקצועי של אנשים בעלי בעיות נפשיות. חברה ורווחה, י"א(4), 367-377.
- דויטש, ח., הדס, נ. ולכמן, מ. (1992). שיקום פסיכו-סוציאלי בארץ – קובץ הרצאות מהכנס הארצי השני של האגודה הישראלית לשיקום פסיכו-סוציאלי, משא"פ.
- טוקר, ד., וגנר, ע., הראל, ת. וברוק-שפיר, נ. (1995). מודל אינטגרטיבי לעבודה עם משפחות של חולי נפש, שיחות, 1, 5-12.
- כהנר, א. (1989). רצף טיפולי, טיפולי שיקומי ושיקום תעסוקתי בתחום בריאות הנפש. מידעו"ס, ינואר. לוי, ע. ודוידסון, ש. (1988). שיקום פסיכיאטרי קהילתי בישראל. שיחות, 2, 202-209.
- לכמן, מ. (1992). עקרונות הטיפול והמודל השיקומי בפסיכיאטריה. שיקום פסיכו-סוציאלי בארץ. מתוך ח. דויטש, נ. הדס ומ. לכמן (עורכים), קובץ הרצאות מהכנס הארצי השני של האגודה הישראלית לשיקום פסיכו-סוציאלי. 21-28.
- מוס, א. (1991). שיקום חולה הנפש הממושך בישראל. קרן נאמנות לפיתוח שירותים לבריאות הנפש, ג'וינט ישראל, משרד הבריאות.
- מרק, מ., פלדמן, ד. ורבינוביץ, י. (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי – יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. חברה ורווחה, טז(2), 185-197.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה (1997). שירותים לבריאות הנפש בישראל: סקירת נתונים. ירושלים.
- ספיבק, מ. (1981). שיקום קהילתי של אנשים במצב של ה-סוציאליזציה. מתוך א. אבירם וי. לביב (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל, תל-אביב: צ'ריקובר מוציאים לאור בע"מ, 347-364.
- Anthony, W.A. & Lieberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 542-559.
- Anthony, W.A., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation* Boston: Center For Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery From mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Anthony, W.A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcomes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17 (3), 3-13.
- Bacrach, L.B. (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (11), 1455-1463.
- Beard, J.H., Probst, R.N. & Maflamud, T.J. (1982). The fountain house model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5 (1), 47-53.
- Blanch, A.K., Carling, P.J. & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 32 (4), 47-55.
- Bleuder, M. (1974). The long-term course of the schizophrenic psychoses. *Psychological Medicine*, 4, 154-244.
- Carling, P.J. (1990). Supported housing: An evaluation agenda. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 95-104.

- Carling, P.J. (1995). *Return to community — building support system for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1978). *On your own: Patient controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw Hill.
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413–420.
- Cnaan, R., Blankertz, L., Messinger, K.W., & Gadner, J. (1980). Psychosocial rehabilitation: toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 61–77.
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*, 58, 44–55.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11–19.
- 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.
- Fisher, D.B. (1994). *Hope, humanity and voice in recovery*. National Empowerment Center Gopher (online).
- 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.
- Hatfield, A.B. & Lefley, H.P. (1987). *Families of the mentally ill: Coping and Adaptation*. New York: Guilford Press.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (4), 361–369.
- Mark, M. & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 32 (2), 80–85.
- McGurrin, M.C. (1994). An overview of the effectiveness of traditional vocational rehabilitation services in the treatment of long term mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17 (3), 37–54.
- Patmore, C. (1987). *Living after mental illness — Innovations in services*. London, New York, Sydney: Croomm Helm.
- Rimmerman, A. & Keren, N. (1995). Letting go: Parental attitudes out-of-home placement of their adult children with psychiatric disability. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 19 (2), 3–8.
- Rogers, A., Pilgrim, D. & Lacey, R. (1993). *Experiencing psychiatry: User's views of services*. London: McMillan & Mind Publications.
- Spaniol, L., Gagne, C. & Koehler, M. (1997). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Center For Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Surber, R. (Ed.) (1994). *Clinical case management — A guide to comprehensive treatment of serious mental illness*. London, New-Delhi: Thousand Oaks.
- Webster (1979). *Webster New Twenty Century Dictionary*. William Collins Publishers.
- W.H.O. (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva.
- WHO, (1996). *Psychosocial rehabilitation a consensus statement. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*, World Health Organization, Geneva.