



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה



בריאות הנפש כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית

טבת, תשע"ז
ינואר 2017

בריאות הנפש כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית

כותבת המסמך ויו"ר הצוות:

פרופ' ריקי פינצי-דותן - ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן

חברי הצוות (לפי א"ב):

- **אייל זהבי - צה"ל לשעבר**
- **חיה ישראל - משרד הבריאות**
- **דורית לוין - שירותי בריאות כללית**

תודות

תודות לגב' נעמי ברוק-שפיר אשר לקחה חלק מהותי בהכנת המסמך בגרסה קודמת.

ניהול נושא המומחיות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים - מר יקותיאל צבע, מנהל אגף בכיר - מחקר
תכנון והכשרה

עורכת ראשית של מסמכי המומחיות - דר' גילה לאור, חברת אינקיואל ישראל
רכזת צוותי הכתיבה - אפרת הרמל סער, בית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה

**בגלל אופייה של השפה העברית וכדי למנוע סרבול,
נכתב המסמך בלשון זכר תוך כוונת התייחסות שווה לנשים ולגברים.**

מבוא: רציונל, אפיונים ייחודיים והגדרת תחום מומחיות - עבודה סוציאלית	
בבריאות הנפש	5
פרק ראשון: אוכלוסיות ומדיניות שירותים	6
אוכלוסיות יעד	6
פרטים הסובלים ממחלות / הפרעות נפשיות	6
משפחות של נפגעי נפש	7
עבודה סוציאלית בבריאות נפש בצה"ל	8
חקיקה בתחום בריאות הנפש	8
פרק שני: התוכן הייחודי למומחיות בבריאות הנפש	12
גופי ידע תיאורטיים ויישומיים הייחודיים לתחום בריאות הנפש	12
מודלים לטיפול פסיכודינמי	12
רמות ארגון של האישיות	17
גישות תיאורטיות - התנהגותיות וקוגניטיביות	19
תיאוריות מערכתיות ומשפחתיות	21
התערבויות קבוצתיות לנפגעי נפש ובני משפחותיהם	22
הבסיס התיאורטי לשיקום פסיכו-סוציאלי	23
התיאוריה של הפרקטיקה: אבחון ומיומנויות התערבות עם אוכלוסיית בריאות הנפש	23
שיטות אבחון ייחודיות	23
אבחון פסיכו-סוציאלי	24
אבחון מערכתי-משפחתי	26
אבחון של משפחות נפגעי נפש	27
אבחון פסיכו-דינמי	29
אבחון תפקודי-שיקומי	30
מיומנויות טיפול והתערבות ייחודיות לתחום המומחיות בבריאות הנפש	30
Casework	30
התערבות בשעת משבר	32
טיפול קצר מועד	33
התערבויות במשפחות של אוכלוסיות בריאות הנפש	35
טיפול קבוצתי	36
שיקום פסיכו-סוציאלי	36
ניהול ותיאום טיפול (Case-Management)	37
בריאות נפש קהילתית	37
ספרות ומחקר בתחום	38
פרק שלישי: מסגרות ההכשרה והלמידה	41
פרק רביעי: הקהילה המקצועית	42
כנסים מקצועיים	42

43		אגודות וגופים מקצועיים
43		תקדימים
44		פרק חמישי: סיכום
44		כללי
45		מגמות עתידיות
46		המלצה לחברי ועדת הרישוי
47		נספחים
47		רשימת הקורסים הנדרשים להכשרה כמומחה בבריאות הנפש
52		ביבליוגרפיה

מבוא: רציונל, אפיונים ייחודיים והגדרת תחום מומחיות - עבודה סוציאלית בבריאות הנפש

העבודה הסוציאלית בבריאות נפש מתאפיינת במגוון רחב של תחומי ידע ושיטות התערבות בשל התייחסותה לטווח רחב של אוכלוסיית יעד עם צרכים דיפרנציאליים. אוכלוסיית המטופלים במסגרות בריאות הנפש כוללת ילדים, נוער, מבוגרים, קשישים ובני משפחותיהם, אשר סובלים ממצוקות שונות, ממחלות נפש עד קשיי הסתגלות והם מטופלים במסגרות שונות. העובדים הסוציאליים נמצאים בטווח רחב של שירותים כמו - מחלקות אשפוז, חלופות אשפוז, מרפאות בקהילה ותורמים את תרומתם הייחודית בצוות הרב מקצועי המטפל באוכלוסייה. עבודה סוציאלית בבריאות נפש הנה מומחיות הדורשת ידע ומיומנויות מתקדמים ומיוחדים מתחום בריאות הנפש. מכאן שמסמך זה רחב ומנסה להקיף את תחומי הידע השונים הנדרשים מהעובד הסוציאלי הנמצא במסגרות השונות ומטפל בטווח הגילאים והצרכים השונים של אוכלוסיית היעד. מסמך זה נשען על מסמך קודם (אשר הוכן ב-2008) עם תוספות ושינויים שמבטאים את התמורות בתחום הן חקיקתיות - כמו הכנסת הפסיכיאטריה לחוק הבריאות, והן תיאוריות, כמו לדוגמה, התיאוריות ההתייחסותיות.

הגדרת התחום

עבודה סוציאלית בתחום בריאות הנפש עוסקת בהתערבויות מניעתיות, אבחוניות, טיפוליות, פסיכו-סוציאליות, פסיכו-חינוכיות (psycho-educational) פרטניות, משפחתיות, קבוצתיות וקהילתיות. אוכלוסיית היעד שלה היא - אוכלוסייה בסיכון, בשלבים של חולי ו/או הפרעה נפשית אקוטית וכרונית, מצבי משבר ובעיות הסתגלות והתמודדות, על רצף מעגל החיים (מינקות עד זיקנה) הנמצאים בטיפול במסגרות אשפוזיות, אמבולטוריות וקהילתיות. להלן המסגרות השונות בהם פועלים העובדים הסוציאליים המתמחים בבריאות נפש:

- (1) מסגרות רפואיות - מרכזים לבריאות נפש (בתי חולים פסיכיאטריים השייכים למשרד הבריאות, לשירותי בריאות כללית וכן בתי חולים פרטיים), חטיבות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים.
- (2) מרפאות לבריאות נפש המסונפות למרכזים לבריאות הנפש.
- (3) מרפאות ומרכזים לבריאות נפש בקהילה.
- (4) חלופות אשפוז בקהילה (כולל יחידות לטיפול-יום).
- (5) עבודה סוציאלית בבריאות נפש בצה"ל.
- (6) מרכזי שיקום הייחודיים למתמודדים עם מחלות / הפרעות נפשיות.

פרק ראשון: אוכלוסיות ומדיניות שירותים

אוכלוסיות יעד

האוכלוסייה המטופלת על ידי עבודה סוציאלית בשירותי בריאות הנפש היא מכל טווח הגילאים וכוללת אוכלוסייה פסיכיאטרית "מסורתית" של הסובלים מהפרעות נפשיות אקוטיות וכרוניות המטופלים במסגרות אשפוזיות, מרפאות ובמגוון של סוכנויות ומסגרות בקהילה. בנוסף, עובדים סוציאליים בשירותי בריאות הנפש, מספקים טיפול לפרטים ולמשפחות במצוקה, אשר להם בעיות הסתגלות והתמודדות. קיימים מודלים שונים להגדרת אוכלוסיית היעד. במסמך זה בחרנו להציג את אוכלוסיית היעד בהתאם למסגרות ההתערבות:

1. הסעיף הראשון בפרק זה ישרטט את מאפייני אוכלוסיית היעד, פרטים הסובלים ממחלות / הפרעות נפשיות - בגירים וקטינים - ויבחנו הצרכים הייחודיים ודרכי ההתערבות הפסיכו-סוציאלית בהתאם.
2. הסעיף השני יתייחס לאוכלוסיית יעד נוספת, הייחודית לתחום - משפחתו של הפרט הסובל ממחלה / הפרעה נפשית, וישרטטו בו מאפייניה של אוכלוסייה זו.
3. הסעיף השלישי יתייחס לאוכלוסיית בריאות הנפש במסגרת צה"ל.

פרטים הסובלים ממחלות / הפרעות נפשיות

(א) מבוגרים

מגיל 18 ואילך.

מסגרות טיפוליות

- **מחלקות לאשפוז מלא:** במרכזים לבריאות הנפש
- **אשפוזי יום:** מסגרות ביניים בין מחלקה לקהילה, חלקן שיקומיות חלקן אחזקתיות למניעת אשפוז. מחלקות אלו ניתן למצוא הן בבתי חולים והן כמחלקות המסונפות למרכזים קהילתיים לבריאות הנפש.
- **חטיבות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים.**
- **יחידות לטיפול יום.**
- **מרפאות לבריאות הנפש:** נמצאות בקהילה, או מסונפות לבי"ח פסיכיאטריים. המרפאות בעלות מבנה והיקף פעילות המשתנה ממרפאה למרפאה. קיימים מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש הכוללים מסגרות שיקומיות תעסוקתיות, אבחנתיות ואחזקתיות, ולעומתן מרפאות הנותנות שירותי מרפאה בלבד. המרפאות מפוזרות ברוב חלקי הארץ ומשרתות אזורים.

(ב) ילדים ונוער

מלידה עד גיל 18. כאשר הקטין נמצא במסגרת של חינוך מיוחד - עד גיל 21. הטיפול ילדים ובני נוער כולל התערבות עם הוריהם, ובמיוחד בגיל הרך בו מתקיים לרוב טיפול דיאדי.

- **מסגרות אשפוזיות:** בחלק מבתי החולים הפסיכיאטרים קיימות מחלקות לילדים ולבני נוער הסובלים ממחלות ו/או הפרעות נפשיות. מחלקות אלה משרתות אזורים גיאוגרפיים נרחבים.
- **אשפוז יום** בעיקר לבני נוער, אשר קשורים עם בתי ספר מיוחדים בקהילה או בבתי החולים.
- **מסגרות אמבולטוריות** המסונפות לבתי חולים פסיכיאטריים או במרכזי בריאות נפש בקהילה.

משפחות של נפגעי נפש

מחלת הנפש מקפלת בחובה אפיונים של מחלה כרונית ואקוטית. האקוטיות שבהופעתה מתבטאת בפתאומיות שבו מתרחש ההתקף, אשר נושא עמו תחושת איום לשלמות הפרט והמשפחה. המחלה יכולה להופיע גם בהדרגתיות בלי התפרצויות אקוטיות. הכרוניות מתבטאת בכך שהן החולה והן משפחתו חיים בצל איום מתמיד מפני התפרצויות חוזרות של המחלה או הידרדרות נוספת ועוסקים בניסיונות בלתי פוסקים למנוע התקף/התדרדרות נוספת (ברוק-שפיר ושלי, 2013; Chang et al., 2016).

הספרות מתארת את הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי המוטל על המשפחה. בהתאם למקומו במשפחה של הפרט הסובל ממחלה / הפרעה נפשית נראה את ההשלכות על בן המשפחה וצרכיו: כשהאב הוא החולה והנו המפרנס העיקרי, נפגע המצב הכלכלי של המשפחה; כאשר האם היא החולה ושמשה כמפרנסת, כאחראית על משק הבית ועל הטיפול בילדים - נפגע המצב הכלכלי יחד עם הפגיעה בטיפול בילדים ומשק הבית (מלכה, זיסמן-אילני, ורועה, 2015). כאשר הילדים חולים - יש לכך השלכות על אורח החיים של ההורים, ועל האחאים.

הורים לנפגעי נפש - ההשלכות משתנות בהתאם לגילו של החולה, אך כבר עכשיו אפשר לראות קבוצה גדולה של הורים שהם בגיל השלישי.

אחים ואחיות - ההשלכות משתנות ככל שההורים מזדקנים: עול הטיפול נופל על האחים והאחיות.

ילדים של פגוע הנפש - ההשלכות משתנות בכל טווח כל הגילאים, מינקות ועד בגרות. הספרות מתארת את מצוקתם של ילדים להורים נפגעי נפש, אשר נמצאים במצב של משבר מתמשך; הם אוכלוסייה בסיכון גבוה לפתח הפרעות נפשיות שונות. רוב החוקרים מדגישים את האינטראקציה בין הגורמים הגנטיים והסביבתיים כמעלה את השכיחות של פתולוגיה אצל ילדים אלה (Finzi-Dottan et al., 2016).

בשל הבושה הכרוכה בסטיגמה החברתית הנלוות למחלת הנפש, הרי זו אוכלוסייה של ילדים שסבלם אינו ידוע, אינו מוכר ואינו מטופל דיו.

מתוך ראייתו המערכתית, נראה כי אחד מתפקידיו הייחודיים של העובד הסוציאלי בבריאות הנפש הוא להתערב ברמות המניעה השונות בקרב אוכלוסייה זו.

עבודה סוציאלית בבריאות הנפש בצה"ל

עובדים סוציאליים בצה"ל הם חלק ממערך בריאות הנפש הצבאי. ייעודם של העובדים הסוציאליים במסגרת צה"ל הוא לתרום לרווחתם של משרתי החובה והקבע, למנוע פגיעות נפשית ולטפל בקשת המצוקות הנפשיות תוך השירות הצבאי. תפקידו של העובד הסוציאלי משתנה בעיתות רגיעה ובעיתות חירום. בעיתות חירום מתמקד העובד הסוציאלי בעיקר בתגובת קרב. פעילותו זו מתקיימת בתוך יחידות ייחודיות המוקמות במצבי חירום.

העובד הסוציאלי במסגרת צה"ל פועל ברמות הבאות:

- מניעה ראשונית: איתור, מניעה והתמודדות עם קבוצות של פרטים המגלים קשיי הסתגלות למערכת: איתור והכוונה של חיילים מתקשים על מנת להביא להשמה נכונה בתפקיד וביחידה, ייעוץ והדרכה במצבי משבר יחידתיים עקב אירועים קיצוניים, כגון פיגועים, תאונות, התאבדויות.
- מניעה שניונית: תמיכה וסיוע לחייל המתקשה עצמו, איתור המוקדם של חיילים אלה וליווי פעיל שלהם באמצעות מתן הדרכה למפקד ו/או על ידי טיפול ישיר. העו"ס מאפשר טיפול במצוקת החייל ומיצוי מיטבי של פוטנציאל ההתמודדות שלו ללא תיוג של נפגעי נפשי.
- מניעה שלישונית: מכוונת להפחתה בשיעור המצוקה והליקוי התפקודי הנלווים לתחלואה או המצוקה המוגדרת; ברמת מניעה זו מרכז הכובד של פעילותו של העובד הסוציאלי בצה"ל עובר לטיפולם הקליני של עובדים סוציאליים בכירים במרפאות מומחים (בצד מקצועות בריאות הנפש האחרים במרפאות, כפסיכיאטרים ופסיכולוגים קליניים).

חקיקה בתחום בריאות הנפש

בעת חקיקת חוק הבריאות (ב-1994) נותרו שירותי בריאות הנפש, הגריאטריה והרפואה המונעת מחוץ לסל השירותים שבאחריות קופות החולים. לאחר דחיות רבות אושרה ב-1/7/2015 הרפורמה בבריאות הנפש המעבירה את האחריות הביטוחית לקופות החולים.

משמעותו של מהלך זה היא איחוד של רפואת הנפש ורפואת הגוף, ויצירת כתובת אחת לאספקת שירותים אלה - במסגרת קופות החולים.

סביב מהלך זה היו התנגדויות רבות, מתוך חשש כי מטופלים הנזקקים לשירותי בריאות הנפש, אך להם אין אבחנה פסיכיאטרית (כקורבנות גילוי עריות, או ילדים העדים לאלימות במשפחה וכדו') לא יקבלו טיפול, או כי באזורים מסוימים בארץ, בפריפריה, אין עדיין פריסה של שירותי בריאות נפש.

להלן יובאו החוקים אשר ייחודיים לתחום עבודתו של העובד הסוציאלי במערכות בריאות הנפש (החוק לטיפול בנפגעי נפש, חוק שיקום נפגעי נפש), וכן חוקים משיקים, אשר נחוצים לעבודה השוטפת (חוק זכויות החולה, חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, חוק הנוער, תיקון 26 לחוק העונשין, חוק הסעד - סדרי דין בענייני קטינים, נפגעי נפש ונעדרים).

חוקים ייחודיים לתחום בריאות הנפש

- החוק לטיפול בנפגעי נפש (התשנ"א - 1991): חוק זה מסדיר אשפוז מרצון של בגירים וקטינים, בדיקה כפויה, טיפול מרפאתי כפוי ואשפוז כפוי. החוק דן בזכויותיו של החולה: הסכמה מדעת לטיפול, חסיון וסודיות רפואית. כמו כן החוק מגדיר את מינויו ותפקידיו של ראש שירותי בריאות הנפש, ועדות פסיכיאטריות מחוזיות, נוהליהן ותפקידן.
- תקנות "טיפול בנפגעי נפש" (התשנ"ב - 1992): עוסקות בתקנות אשפוז כפוי, העברת חולה ממסגרת למסגרת, הסתכלות והשגחה, טיפולים מיוחדים (נזעי חשמל), ועדות פסיכיאטריות. התקנות כוללות את הטפסים הנחוצים ליישומן של החוק לטיפול בנפגעי נפש. ראוי לציין כי תקנות אלו פותחות בהגדרת אבחון פסיכו-סוציאלי - "אבחון שנעשה בידי עובד סוציאלי של בית החולים אודות מצבו המשפחתי, הכלכלי והחברתי של החולה, והקשר שלהם למצבו הרפואי".
- חוק שיקום נפגעי נפש בקהילה (התש"ס - 2000): מטרתו של חוק זה לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש על מנת לאפשר להם דרגה מרבית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים. חוק זה עוסק בתכנית שיקום בתחומי התעסוקה, דיור, השכלה, חברה וזמן פנוי, תוך בחינת רמות הזכאות בהתאם לצרכים הדיפרנציאליים של נכי הנפש. חוק זה כולל בחובו את "סל השיקום", אשר הופעל עד לחקיקה זו במסגרת שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות.

חוקים משיקים, העוסקים בתחום הבריאות הכללית

- מינוי אפוטרופוס (לעובד הסוציאלי תפקיד מרכזי בהליך זה), הגנת הקטין והליך אשפוז/ טיפול מרפאתי במסגרות פסיכיאטריות.
- חוק זכויות החולה (התשנ"ו - 1996): חוק זה מבטא את הרצון לשינוי ביחס החברה לרופא ולרפואה מבחינה ערכית וחברתית. מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי, והוא עוסק בזכות לקבל טיפול רפואי, הסכמה מדעת לטיפול רפואי, ניהול הרשומות הרפואיות ומסירת מידע רפואי, וכן מכון ועדות אתיקה בבית החולים. מתוך התנסות קלינית (פינצי וטיאנו, 2002) ניתן להצביע על מספר נקודות בעייתיות ביישום החוק בבריאות נפש:
 1. כשרותו של החולה הפסיכוטי לחתום על הסכמתו מדעת לטיפול.
 2. שיתוף המשפחה בהליך הטיפולי והשיקומי ומסירת מידע למשפחה - חוק זה לא נתן מעמד לבני המשפחה לא כמטפלים בבן משפחתם החולה ולא כמי שמושפעים מהמחלה. יחד עם זאת, תקנות החוק מחייבות הסכמת בני המשפחה לשחרורו של החולה לביתו ומאפשר את התערבותו של הפסיכיאטר המחוזי (או האזורי) בחילוקי דעות בין המשפחה למוסד המאשפז.
 3. קטינים - החוק מאפשר לאפוטרופוס של הקטין לעיין בתיקו, וכך קטינים איבדו את זכותם לפרטיות ושמירת חסיון המידע.
- חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות (התשכ"ב - 1962): חוק זה מגדיר מי כשיר מבחינה משפטית וכן כיצד ומתי ניתן לשלול או להגביל כשרות משפטית של אדם, בפרט כאשר מדובר בקטינים, או בנפגעי נפש. החוק מסדיר את נושא האפוטרופוסות על פי מינוי של בית המשפט ומגדיר

את זכויותיו וחובותיו של האפוטרופוס. החוק מעניק ליועץ המשפטי לממשלה ולפקיד הסעד מעמד מיוחד וסמכויות רחבות, כדי לשמור על אינטרסים של חסויים. תהליך מינוי האפוטרופוס לנפגע נפש והפנייה למינויו באמצעות היועץ המשפטי יכולול חוות דעת רפואית ודו"ח סוציאלי, אותו יערוך העובד הסוציאלי - לאחר הערכת המשפחה ובו ימליץ על מועמד מתאים והסיבה לכך. העובד הסוציאלי, על פי תקנות החוק, הוא הגורם היחידי הרשאי לערוך את הדו"ח הסוציאלי הנחוץ להליך מינוי האפוטרופוס. העובד הסוציאלי, יחד עם הרופא ממליצים על סוגי האפוטרופוסות: אפוטרופסות על גוף, על רכוש, או גם על פסילת דין של החסוי. לאור חוק זכויות החולה (התשנ"ו - 1996) נמצא עתה בנוהל הכנה "נוהל למינוי דחוף של אפוטרופוס ופניה דחופה לבית משפט לצורך אשור פעולה רפואית".

חוקים להגנת קטינים במסגרות פסיכיאטריות

- חוק הנוער (טיפול והשגחה) (התש"ך - 1960): חוק זה הנועד להגן על קטינים נזקקים, מובא כאן בהקשריו לבריאות הנפש. הלוח בעמוד 12 מצביע על נוהלי טיפול ואשפוז של קטינים על פי חוק זה והחוק לטיפול בנפגעי נפש.
- חוק העונשין (תיקון מס' 26) (התשנ"ו - 1989): החוק ידוע גם כ"חוק חסרי ישע", ומטיל על כל אדם ועל אנשי מקצוע את חובת הדיווח על עברה כלפי קטין או חסרי ישע, על ידי האחראי עליו, כאשר יש חשש לביצוע עבירה כזו.

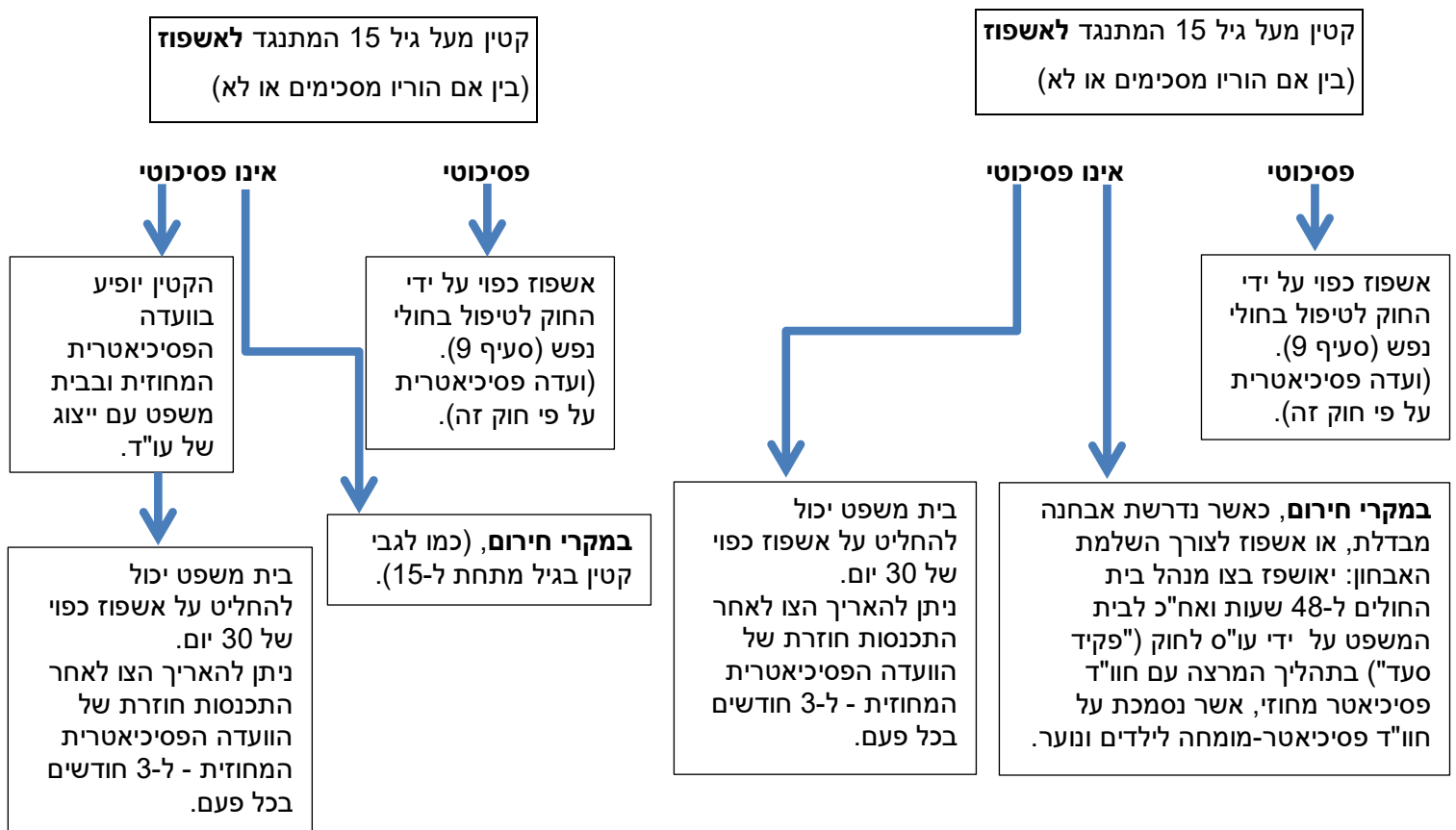
חוקים כלליים העוסקים בהגנה על נפגעי נפש וחוסים, כחלק ממדיניות רווחה

- חוק הסעד (סדרי דין בענייני קטינים, נפגעי נפש ונעדרים) (התשט"ו - 1955): חוק זה הוא אחד מיסודותיה העיקריים של מערכת הרווחה בארץ. בחוק זה הוטבעו המושגים "פקיד סעד" ו"תסקיר", ונקבע כי עובדים סוציאליים שימונו על ידי שר הסעד, יקבלו סמכויות רחבות ביותר על מנת לעזור לבית המשפט בבואם לדון בענייני קטינים, נפגעי נפש ונעדרים. בחוק מוגדרות סמכויותיהם של פקידי סעד אלו, ונקבע מעמדו של תסקירם. החוק גם מעניק ליועץ המשפטי לממשלה סכות רחבה מאד להתערב בכל הליך משפטי אזרחי כאשר הנדון הוא קטין, נפגע נפש או נעדר.
- חוק הגנה על חוסים (התשכ"ו - 1966): חוק זה בא להגן על חוסים מפני סיכונים שונים, כגון: ניצול בידי האחראים עליהם. על פי חוק זה מתמנים פקידי סעד להגן על חוסים חסרי ישע כקטינים או מי שמפאת נכות, ליקוי שכלי או זיקנה אינו מסוגל לדאוג לענייניו.

אבחון וטיפול בקטינים במסגרת פסיכיאטרית עפ"י התיקון לחוק הנוער טיפול והשגחה (התשנ"ה) ועפ"י החוק לטיפול בנפגעי נפש (התשנ"א)

בדיקה כפויה לצורך אבחון כשיש התנגדות הקטין והוריו - הוא מובא לחדר מיון על ידי פקידת סעד (בצו חרום) ⇨ במידה ומתעורר צורך באבחון באשפוז: צו מנהל ב"ח ל- 48 שעות ⇨ כשיש צורך בהמשך אבחון באשפוז והקטין אינו פסיכוטי (כשהקטין פסיכוטי ⇨ פסיכיאטר מחוזי) ⇨ בתהליך המרצה של פקיד סעד לבית משפט לנוער עם חו"ד פסיכיאטר מחוזי הנסמכת על חו"ד פסיכיאטר מומחה לילדים ונוער המצביעים על צורך בהמשך אבחון באשפוז ⇨ בימ"ש יורה על 7 ימים, עם אפשרות להארכה ל- 7 ימים נוספים (על ידי מנהל ביה"ח).

אשפוז לצורך טיפול



קטין הגיע לחדר מיון והוריו מסכימים לאשפוז וכן הוא (אם הוא מעל גיל 15)



- במהלך האשפוז יש תביעה לשחרור על ידי הקטין ⇨ (להודיע בהקדם לפקיד סעד - עו"ס לחוק)
- מתחת ל- 15 ⇨ ועדה פסיכיאטרית מחוזית לילדים ונוער
- מעל ל- 15 ⇨ הקטין יופיע בבית המשפט עם ייצוג של עו"ד

פרק שני: התוכן הייחודי למומחיות בבריאות הנפש

גופי ידע תיאורטיים ויישומיים הייחודיים לתחום בריאות הנפש

- בסיס הידע התיאורטי של העבודה סוציאלית בתחום בריאות הנפש נשען על מודלים שונים לטיפול, אשר נגזרים מתוך תיאוריות התפתחותיות-אישיותיות ומערכתיות. להלן יפורט בסיס ידע זה:
- מודלים לטיפול פסיכו-דינמי המבוססים על תיאוריות פסיכולוגיות התפתחותיות;
 - שיטות התערבות המבוססות על תיאוריות התנהגותיות וקוגניטיביות;
 - מודלים לטיפול המבוססים על תיאוריות מערכתיות משפחתיות (התמקדות במשפחות נפגעי נפש);
 - טיפול קבוצתי.
- נחתום פרק זה בבסיס התיאורטי של השיקום הפסיכו-סוציאלי.

מודלים לטיפול פסיכודינמי

התיאוריה הפסיכו-אנליטית נחשבת עד היום לתיאוריה הרחבה, הכוללת והמעמיקה ביותר להבנת טבע האדם על התנהגותו וחוויותיו (מיטשל ובלאק, 2006).

זיגמונד פרויד (Freud, 1856-1939), פיתח תיאוריה מקיפה על הפסיכופתולוגיה של האישיות ועל התפתחות האנושית. הפיתוחים התיאורטיים שלו, שינו באופן דרמטי את התפיסה של האדם על עצמו, והוא נחשב כאבי המהפכה הפסיכיאטרית השנייה. פרויד הוא אבי תורת היצרים; היצר (Instinct) הוא נקודת המפגש בין התשתית הביולוגית להתבטאות הפסיכולוגית. הדחף (Drive) הוא הייצוג הפסיכולוגי של היצר. בתחילת דרכו תיאר פרויד שתי מערכות יצריות: האחת כוללת את יצרי "האני" (Instinct of Self Preservation), כלומר, את היצרים הפסיכולוגיים האחראים לקיומו הפיסי של האדם, כמו רעב או צמא; והשנייה - את יצרי המין. מאוחר יותר הגדיר פרויד את שני היצרים הבסיסיים בחיי הנפש: הליבידו (Libido) והתוקפנות (Aggression). הליבידו אינו מייצג רק את יצרי המין כמות שהם, אלא גם את ההנאה והאהבה. היבט אחר של היצר הוא יכולתו להיצמד לאובייקט ולהיות מושקע באובייקט בתוכו, התופעה הנקראת קתקסיס (Cathexis). השקעה זו של הליבידו יכולה להיות מכוונת לשתי מטרות המשמשות מקור לסיפוק: המטרה האחת היא העצמי. "האהבה העצמית" שבאה בעקבות היצמדות הליבידו לעצמי נקראת נרקסיזם (Narcissism); המטרה השנייה היא האובייקט. היצמדות הליבידו אליו מאפשרת את פיתוח היחס לאובייקט. קתקסיס ליבידינלי זה מסביר את ההתפתחות של תחושות הערכה ודימוי עצמי חיוביים, השומרים על האדם מהיפגעות נוכח פגיעות נרקסיסטיות, כמו אבדן אובייקט אהבה, פגיעה בדימוי עצמי וטראומה. נסיגה קיצונית של הליבידו מהאובייקט תוך השקעתו חזרה באגו מביאה למצבים חולניים, כמו תחושות גדלות, מגלומניות ואף מצבי דיכאן, אָבֶל, נברסתניה, היפוכונדריזם, והפרעות אופי קשות.

פרויד היה בין הראשונים שנתן מקום מרכזי בטיפול לעולם הלא מודע - זהו העולם הפנימי הכולל יצרים, משאלות ודמיונות, כוחות יצירה, סמלים וכן זיכרונות טראומטיים רבים, אשר הודחקו. עולם פנימי זה, הוא המוקד בתהליך ההבנה של חיי הנפש של האדם, והתנהגותו ומהווה עיקרו של הטיפול הפסיכואנליטי. קצרה היריעה להביא דיון מלא בעיקרי התיאוריה, ולפיכך יוצגו רק מושגי יסוד:

- **המודל הטופוגרפי** - המשרטט שלוש רמות של מודעות: הכרה, סף הכרה ותת-הכרה. מתוך התפיסה כי קיים עולם תת-מודעי צמח ספרו "פשר החלומות".

- **המודל המבני (הסטרוקטורלי)** - העולם הנפשי מורכב משלושה מבנים בעלי תפקוד שונה הנמצאים בתיאום זה עם זה: "הסתמי" (Id), "האני" (Ego), ו"האני העליון" (Super Ego). יחסי הגומלין בין שלוש המבנים האלו תוארו בצורה היררכית. על-פי המבנה ההיררכי, "האני" ו"האני העליון" מפעילים מנגנוני ויסות ובקרה זה על זה ועל "הסתמי". **"הסתמי" (Id)**: זהו המבנה הראשוני והפרימיטיבי ביותר בנפש האדם; הוא מכיל את האנרגיה היצרית הלא מאורגנת והליבידו והתוקפנות. "הסתמי" מופעל על-פי עקרון ההנאה בלא להתחשב בדרישות המציאות, כדחף להשגת סיפוק מדי וללא יכולת של דחייה, שליטה, ריסון או שינוי כיוון. **"האני"** משמש ארגון קוהרנטי של כל התפקודים המשמשים ביחסי הגומלין עם העולם החיצוני, בוויסות ובבקרה של עולם הדחפים הפנימי ובניסיון תיאום בין המציאות לדחפים כדי להגיע לסיפוק תוך הימנעות מכאב והתחשבות בדרישות העולם החיצוני. כאמור, אף שחלק גדול מ"האני" הוא מודע, תפקודים חשובים שלו ומנגנוני ההגנה אינם מודעים. **"האני העליון" (Super Ego)**: מתפתח בעקבות הפנמה של מוסר, שיפוט, ביקורת, הגבלות ואיסורים, שהם חלק מתהליכי החינוך וכולל את ערכי המוסר החברתי והתרבותי ואת הנורמות וחוקי ההתנהגות. בדרך-כלל פועל בשיתוף עם "האני" בריסון הדחפים, והוא המקור לרגשות האשם היוצרים תחושות של מתח פנימי. רובו מצוי בלא מודע. וניצניו הראשונים הם בעלי אופי נוקשה, שיפוטי וסדיסטי. הוא מתפתח בסיום התסביך האדיפלי ועל-ידי יישוב מוצלח של תסביך הסירוס.

- **שלבי התפתחות פסיכו-סקסואליים** - השלב האורלי, האנלי, הפאלי, שלב החביון והשלב הגניטלי.

- **המודל הדינמי** - מתאר את הכוחות הפסיכולוגיים השונים הפועלים בחיי הנפש. ההתנגשות בין כוחות נפשיים, שכיוונם ומטרתם מנוגדים, יוצרים קונפליקט נפשי המעורר בתנאים מסוימים חרדה.

- **התיאוריה של החרדה** - החרדה היא תוצר לוואי בתהליך ההדחקה של חוויות טעונות אנרגיה יצרית. בהמשך, הבחין פרויד בין פחד לחרדה. הפחד הוא תגובה של האורגניזם למצב של סכנה ואיום ממשי מצד העולם החיצוני מולו מגייס הפרט מנגנוני התמודדות, כמו התקפה, נסיגה או הימנעות. החרדה, לעומת זאת, היא תגובה של האורגניזם לאיום הנובע ממקור ומטיב לא ידועים. לעתים קרובות מקור החרדה הוא איום הבא מהעולם הפנימי. על-פי גישה זו, החרדה היא אות המבשר את האיום הנוצר נוכח הניסיון של תכנים נפשיים לפרוץ מ"הלא מודע" למודע. במצבים קיצוניים החרדה משקפת הצפה של גירויים מעבר ליכולתו של האורגניזם להכיל אותם או להתמודד עמם. זהו מצב של חוסר ישע, שבו הצליח הגירוי לפרוץ את מחסומי ההגנה של "האני" ולהציף אותם. נוכח מצבי

חרדה, ממקורות פנימיים או חיצוניים הפרט מפתח **מנגנוני הגנה**, זוהי דרכו של ה"אני" להגן על עצמו מפני משאלות בלתי רצויות מעוררות כאב או חרדה (ראו פירוט בהתייחס לאנה פרויד).

אנה פרויד (מיטשל ובלאק, 2006), אשר שרטטה את מנגנוני ההגנה על-פי סדר היררכי התפתחותי תארה הגנות נרציסטיות, הגנות לא בשלות, הגנות נזירותיות והגנות בשלות. הסקלה ההיררכית של תפקוד ההגנות (DSM-IV, 1994) ממיינת את מנגנוני ההגנה על פי רמתם:

- **הגנות נרציסטיות** - הכחשה (Denial), השלכה (Projection), פיצול (Splitting), עיוות (Distortion) והשלכה הזדהותית (Projective identification).
- **הגנות לא בשלות** - Acting-Out, היפוכונדריה, התנהגות פסיבית-אגרסיבית (passive aggressive), השלכה, נסיגה, סומטיזציה.
- **הגנות נזירותיות** - התקה (Displacement), תגובת היפוך (Reaction Formation), בידוד (Isolation), טקסי ביטול (Undoing), רציונליזציה (Rationalization), אינטלקטואליזציה (Intellectualization), הדחקה (Repression).
- **הגנות בוגרות** - אלטרואיזם, הומור, עידון, ציפייה [תכנון], סגפנות.

אריקסון (Erikson) (מיטשל ובלאק, 2006) תרם רבות להבנת הקשר בין ההתפתחות הליבידינלית ובין שלבי התפתחות ה"אני" במישורים הפסיכו-סוציאליים. לדבריו, בכל שלב מתפתח ב"אני" מודל תפקודי-התנהגותי מאפיין. אריקסון הרחיב את שלבי ההתפתחות מעבר לגיל ההתבגרות ושרטט את המשימות ההתפתחותיות של כל שלב ושלב. למשימות אלה אפיונים דיאלקטיים, כאשר קושי בפתרון המשימה ההתפתחותית בשלב אחד תגרור אחריה עיכוב וקושי בהשלמת המשימה של השלב שלאחריה.

להלן שלבי ההתפתחות האפיגנטית לפי פרויד ואריקסון:

- **שלב אורלי** - עפ"י אריקסון "אמון בסיסי מול חשד בסיסי".
- **שלב אנלי** - "אוטונומיה מול בושה וספק".
- **שלב גניטלי** - "יוזמה מול אשמה".
- **שלב החביון** - "יכולת מול רגשי נחיתות".
- **שלב גיל ההתבגרות** - "זהות מול בלבול תפקידים".
- **שלב הבגרות המוקדמת** - "אינטימיות מול בדידות".
- **שלב הבגרות** - "פוריות מול קיפאון".
- **שלב הבגרות המאוחרת** - "אחדות אני מול ייאוש".

מתוך התיאוריה של פרויד התפתחו כמה זרמים:

א. **Ego psychology** - זרם זה עוסק במציאות החיצונית ובהתמודדות אתה, בהיווצרות תפקודי האגו, ה-super ego והגנות האגו. תאורטיקנים של גישה זו (אנה פרויד, אריקסון, הרטמן, מהלר). הדגישו את התהליכים של בניית המבנים הנפשיים ותפקודי האגו (מיטשל ובלאק, 2006):

א. פונקציות אוטונומיות: דיבור הליכה, תפיסה, אינטליגנציה.

ב. קשר למציאות.

ג. וויסות ובקרה של דחפים.

ד. תהליכי חשיבה ושיפוט, סימבוליזציה.

ה. מנגנוני הגנה.

ו. יחסי אובייקט.

ז. פונקציה סינטטית אינטגרטיבית.

א. לצד התפתחות "האני" פותחה תיאוריה (מיטשל ובלאק, 2006) בדבר התפתחות העצמי (Self) ו**יחסי האובייקט (Object-Relation)**. תיאוריה זו מיקדה את התעניינותה בעיקר בשלבי ההתפתחות של הילד וביחסי הגומלין שלו עם האובייקטים החשובים בחייו. מיקוד זה נובע מההנחה, שמקור הפרעות האישיות הקשות והפסיכוזות בפגיעה בהתפתחות העצמי ויחסי האובייקט בשלבים המוקדמים ביותר של החיים. ב"אובייקט" כוונתנו לזולת המשמעותי והגרסה המופנמת שלו. המושג הפנמה הוא מושג מפתח בתיאוריות יחסי האובייקט - במהלך ההתפתחות, דרך קשריו של התינוק עם סביבתו, הוא מפנים אופניו מסוימות של הקשר. דרך מאפיינים אלו של הקשר הפעוט בונה את עולם הייצוגים הפנימיים, כהשתקפויות המופנמות של יחסי אם-תינוק האורגניזם. אלה יתפתחו מאוחר יותר למודלים פנימיים ליחסים בין אישיים.

נמצאים זרמים שונים בקרב תיאוריות יחסי האובייקט, כמו אלו הכפופים לתיאוריית הדחפים (מלני קליין, קרנברג). גישות אלו רואות בהתפתחות יחסי האובייקט והיווצרותם כתלויים בבילוגיה ובדחפים התוקפניים בעיקר.

מאהלר (Mahler, 1972), שניתן למקמה בצד הזרם של הפסיכולוגיה של ה"אני" וכן בזרם של יחסי האובייקט, שרטטה את שלבי הספרציה-אינדיווידואציה, שהם שלבי התפתחות הפעוט מהיותו בלתי נפרד מאמו לישות נפרדת אוטונומית. לפי מאהלר -

- השלב הראשון של התפתחות יחסי האובייקט הוא השלב של "האוטיזם הפרימרי" (Primary Autism). בשלב זה, עד גיל חודשיים או שלושה חודשים, הילד שקוע בתוך עולמו הפנימי (הנרקסיזם הפרימרי), בלא יכולת תפיסת אובייקט. המודל המרכזי הפעיל בחיי הנפש הוא התנודה בין הטוב, ההנאה והסיפוק, ובין הרע, הגורם כאב ותסכול.
- השלב השני, עד גיל ששה או שמונה חודשים, קרוי השלב הסימביוטי (Symbiosis). הוא מייצג את התפיסה האומניפוטנטית של הילד, כאילו הוא והאובייקטים סביבו שרויים במצב של "אחדות דואלית". האובייקט (=האם) היא מקור הסיפוקים והתסכולים. מצב של סיפוק והנאה מביא לידי יצירת ייצוגי עצמי מופנמים טובים, ודימוי עצמי טוב (Good Self Representations), ויצירת ייצוגי

אובייקט מופנמים טובים המביאים לסיפוק (Good Object Representation), בעוד שמצבי תסכול, עוינות, דחייה ונטישה יוצרים ייצוגי עצמי ואובייקט מופנמים רעים (Bad Self and Object Representations). זהו שלב שבו אין בה עדיין הבחנה בין חוץ לפנים ובין העצמי לאובייקט והמנגנון העיקרי הוא של פיצול.

- השלב השלישי נקרא פרידה וייחודיות (Separation Individuation). הוא נמשך בתת-שלבים עד גיל שלוש. בשלב זה הייצוגים הכפולים של האובייקט והעצמי מתאחדים והולכים תוך התפתחות האבחנה בין עצמי שלם טוב ורע ובין אובייקט שלם טוב ורע על-ידי אבחנה בין הייצוגים המופנמים (Internal Self and Object Representation) של העצמי לאובייקטים הממשיים. תהליך זה, המוביל לאי-תלות ולאוטונומיה, מלווה חרדה על אובדן האובייקט תוך הפנמה של ייצוגי האובייקט. תהליך זה מסתיים בהתגברות על חרדת העזיבה ועל תחושת האבל והתפתחות תפיסה פנימית המשכית וקבועה של האובייקט, תופעה הקרויה קביעות האובייקט (Object Constancy).
- השלב הרביעי הוא השלב הגבוה של בניית האגו וקרוי הזדהות (Identification). תהליך הזדהות זה נמשך לאורך החיים, בסיסו רחב והוא כולל גם נורמות וערכי תרבות משפטיים, לאומיים ואנושיים כלליים.

זרם אחר של יחסי האובייקט הוא אסכולה שהתנתקה מתיאוריית הדחף, או מחשיבות המרכיבים הביולוגיים. **סוליבן ופרברין** (מיטשל ובלאק, 2006) התנתקו לחלוטין מהדחפים. פרברין הפך את הצורך לקשר עם האובייקט כדחף בפני עצמו, הקשר עם הזולת הוא ראשוני והליבידו הוא משני. הוא הגיע לחשיבה זו לאחר שחקר ילדים מוכים ואת קשריהם עם הוריהם.

כזרם נפרד בתיאוריות יחסי אובייקט, התפתחה **תיאוריית ההתקשרות של בולבי** (Bowlby, Attachment Theory) (בולבי, 2016), אשר תרמה רבות בעשור האחרון להבנת תהליכים אישיותיים והבדלים בינאישיים בבגרות. תיאוריית ההתקשרות היא תיאוריה התפתחותית שמתמקדת בקשרים רגשיים שמתהווים בין הפעוט לאנשים המשמעותיים שמטפלים בו. דפוסי ההתקשרות מתגבשים מתוך התנסויות הילד עם אמו או המטפל העיקרי. התנסויות אלו, הן הבסיס להבדלים בינאישיים בדפוסי ההתקשרות. הן מופנמות כ"דגמי עבודה פנימיים" (internal working models), הכוללים ייצוגים פנימיים של אחרים ושל העצמי ומוכללים למערכות יחסים חדשות. דפוסי ההתקשרות מלווים את הפרט לאורך מעגל החיים וצובעים את דפוסי קשריו הבין-אישיים, במילותיו של Bowlby: "הפרט מארגן ומטמיע את התנהגות ההתקשרות לתוך אישיותו בדרך שזו הופכת לדפוס הקשרים הרגשיים לאורך החיים" (בולבי, 1988, 2016).

III. הפסיכולוגיה של ה"עצמי" (Self-Psychology) שפותחה על ידי **Kohut** (קוהוט, 2005), התמקדה בהבנת התפתחות הפגיעות וההפרעות הנרקסיסטיות ובטיפול בפרטים הסובלים מהפרעות נרקסיסטיות. הגישה רואה ב-self כטוטליות של האדם, כולל גופו וארגונו הנפשי: זו היא החוויה הכוללת של האדם. קוהוט התייחס לגלגולי הנרקסיזם לאורך ההתפתחות: שיא ההתפתחות בעיניו הוא יצירת עצמי דו-קוטבי

(Bipolar Self) הנדחף מצד אחד - על ידי השאיפות והאמביציות (שהן נגזרות העצמי הגרנדיוזי הילדותי, פרי שיקופים מתפעלים הוריים) ומצד שני - על ידי האידיאלים (שהם ההמרה הבוגרת של תמונת ההורים האידיאלית). את יחסי הפעוט עם הוריו הוא מכנה דרך המושג "זולת עצמי" (Self-Object), ומתאר את מאפייני התגובות האמפתיות ההוריות:

- אידיאליזציה של הדמות ההורית המקנה ניחומים ובטחון (Mirroring).
 - תחושת דמיון ושייכות (Twinship), אשר נותנת מענה לצורכי האגו החלופי (Alter-Ego).
- IV. גישות בנות זמננו - **הגישה ההתייחסותית והגישה האינטרסובייקטיבית** (מיטשל, 2009; מיטשל וארון, 2013): מתוך הגישות של וויניקוט, קוהוט ואף בולבי ופרנצ'י, התפתחה, בארה"ב בשנות השמונים (של המאה ה-20), הגישה ההתייחסותית המדגישה את תפקיד מערכות היחסים בנפשה אדם. גישה זו מנסה לשלב את הפסיכואנליזה הבין-אישית עם תיאוריות יחסי אובייקט המדגישות את חשיבות הפנמת היחסים הראשוניים. במילים אחרות מערכות יחסים עם הדמויות המטפלות הראשוניות מעצבות את הציפיות של האדם לגבי האופן בו מתנהלות מערכות יחסים בוגרות והאופן בו מתייחסים האחרים לצרכיו. מסיבה זו לא ניתן לבחון דחפים ותשוקות במנותק ממערכות יחסים בהן הם מתעוררים.
- כיום, בקליניקה נעשה שימוש בולט יותר ויותר במושגים ההתייחסותיים. העקרונות הקלאסיים המסורתיים של ניטרליות, התנזרות ואנונימיות, שנוצרו על מנת להגן על שלמותו של המטופל כמערכת מונאדית של אדם אחד, ננטשו ברובם או עברו שינוי לצורות מתונות יותר ובלתי אישיות פחות, המדגישות את המאפיינים ה"מכילים" וה"מחזיקים" של מרחב המטופל והמטפל (ארון, 2013; מיטשל, 2003, 2009).
- נספח מספר 2 מציג התפתחויות תיאורטיות אלו.

ראוי לציין כי בתחום ה**טיפול בילדים**, וויניקוט, מלני קליין (וויניקוט, 1996, 2010; קליין, 2003) ואנה פרויד הסיטו את המוקד בטיפול בילדים מהמיניות להשפעות של הסביבה החברתית (קרי, המשפחה). כתוצאה מכך נבנה המושג יחסי אובייקט מופנמים. התפתחותו של הילד מושפעת מהצורה בה הופנמו הדמויות ההוריות ובהתאם לקשר עם דמויות אלו הופנמה התפיסה של ה"עצמי".

מלני קליין ואנה פרויד היו מחלוצות הטיפול בילדים (צ'טיק, 2004), וכיום הטיפול הפסיכודינמי בילדים מתבסס על המודלים שלהן, בשילוב תובנות מתיאוריות שפותחו בהמשך במיוחד לילדים "קשים" (אלוורז, 2005) כמו גם טיפול לאור הפסיכולוגיה של העצמי (אוסטריל, 1995).

רמות ארגון של האישיות

התיאוריות האנליטיות, ובמיוחד הגישות העדכניות, מעמיקות ומרחיבות את הבנתנו בתהליכי התפתחות העצמי והאובייקט לכלל בגרות של זהות עצמית אינטגרטיבית (Identity Integration) (מיטשל ובלאק, 2006). גישות אלו מאפשרות לתת תיאור מעמיק של ארגון האישיות של האדם הבוגר והסטרוקטורות השונות שלו. יתר על כן, אפשר לתאר סולם היררכי התפתחותי נורמטיבי או פסיכופתולוגי החל מרמת ארגון אישיות נמוכה, לא בשלה ופתולוגית לרמת ארגון אישיות בינונית ועד לרמת הגבוהה הבוגרת. אבחון מבני זה

פותח על ידי **קרנברג** (Kernberg). באבחון מבני של רמת ארגון האישיות - הכוונה לארגון הסטרוקטורות האינטראפסיכיות, מידת יציבותן, המשכיותן והפיכתן לתשתית יציבה, שעליה נבנים האפיונים הפנומנולוגיים של האישיות והתסמונות הקליניות ההתנהגותיות השונות.

- קרנברג (Kernberg) תיאר ארבע רמות שונות של ארגון אישיות:
- א. רמת ארגון נמוכה מאוד - התואמת לרמה הפסיכוטית בתיאור הקליני.
 - ב. רמת ארגון נמוכה - התואמת לרמת הארגון של החולים הגבוליים.
 - ג. רמת ארגון בינונית - התואמת לרמת הארגון של חולים נירוטיים.
 - ד. רמת ארגון גבוהה - התואמת לרמת הארגון של "נורמליים".
- רמות הארגון מתוארות על-פי שלוש סטרוקטורות בסיסיות באישיות:
- א. רמת האינטגרציה של הזהות (Identity integration).
 - ב. רמת התפקוד והאפיונים של מנגנוני ההגנה (Defensive operation).
 - ג. רמת שיפוט המציאות והיקפה (Capacity of reality testing).

רמות הארגון הן (מיטשל ובלאק, 2006) -

- **רמת ארגון נמוכה מאוד** - רמת ארגון זו מאפיינת חולים פסיכוטיים. בחולים אלו קיים מצב של "פיזור הזהות", שבו אין גבול והבחנה ברורה בין 'יצוגי העצמי' ו'יצוגי האובייקט' המעורבים זה בזה ובין תפיסות עצמי ואובייקט דלזיוניות: גרנדיוזיות, רודפות, מושפלות ואחרות. קיים חוסר אינטגרציה של תפיסות עצמי ואובייקט רעות וטובות, שהן לא יציבות, מתחלפות לסירוגין ובעלות סתירות פנימיות. קיים קושי ליצור קשר עם האובייקט, ויש תחושה פנימית של ריקנות וקושי רב באמפתיה. תפקוד של מנגנוני ההגנה הוא פרימיטיבי ומתאפיין בפיצול בין קטבים של אידיאליזציה ואומניפוטנטיות להשפלה. מנגנוני ההגנה המרכזיים הפעילים הם פיצול, הכחשה והשלכה הזדהותית. אלו הן הגנות מפני התפרקות פסיכוטית חריפה עם דיסאינטגרציה פנימית וחזרה למצב של חוסר אבחנה ואיחוד בין העצמי לאובייקט. אינטרפרטציה של ההגנות בטיפול מביא להתפרקות פסיכוטית. רמת שיפוט המציאות אובדת בלא יכולת לאבחן בין תפיסות וגירויים מהעולם הפנימי ובין כאלה שהם מהעולם החיצוני והעדר יכולת להעריך את הרגשות, את התפיסות, את המחשבות ואת ההתנהגות לאור הנורמות החברתיות.
- **רמת ארגון נמוכה** - רמת ארגון זו מאפיינת חולים הסובלים מהפרעות אישיות גבוליות. מבחינת הזהות קיימת יכולת של אבחנה בין 'יצוגי העצמי' ל'יצוגי האובייקט' המופנמים, אך פיזור הזהות מתבטא באי-יכולת של אינטגרציה בין החלקים השליליים והחיוביים בכל אחד מהם. קושי זה באינטגרציה נובע מרמה גבוהה של תוקפנות מוקדמת המופנית כלפי העצמי והאובייקט לסירוגין וממעברים בין תוקפנות, הסתגרות, בדידות ודיכאון. הקשר הבין-אישי הוא תלותי, דביק, דרשני ושטחי, ואילו מנגנוני ההגנה נמוכים, פרימיטיביים ונרציסטיים מהסוג של פיצול, הכחשה והשלכה הזדהותית ומעברים חדים בין אומניפוטנטיות לתחושת השפלה. אולם, בניגוד לפסיכוטי, מנגנונים אלו מגנים מפני קונפליקטים אינטראפסיכיים, ופירושם בטיפול משפר את תפקודם. למרות התנודות

הרבות בקשר הבין-אישי חולים אלו זקוקים לטיפול עם גישה אמפתית ומפיקים תועלת ממנו. שיפוט המציאות תקין, והוא מאפשר אבחנה נכונה בין תפיסות וגירויים חיצוניים ופנימיים ואבחון תקין בין העצמי לאובייקט, אך למרות זאת קיים קושי להעריך את העצמי ואת האובייקט בצורה ריאליסטית מעמיקה, כשיש תנודות בהתייחסות למציאות ובהתרגשות בנוגע למציאות.

- **רמת ארגון בינונית** - רמת ארגון זו מאפיינת, כאמור, חולים נירוטיים. חולים אלו הגיעו לרמת ארגון של הזהות עם יכולת הפרדה ברורה וחדה בין העצמי לאובייקט ולרמת אינטגרציה טובה בין חלקים סותרים - טובים ורעים - של העצמי ושל האובייקט. רמת מנגנוני ההגנה אינה בוגרת והם כוללים, בידוד, טקסי ביטול, תגובת היפוך, רציונליזציה ואינטלקטואליזציה. מנגנונים אלו מגנים על החולה מפני קונפליקטים אינטרה-פסיכיים ברמה נירוטית, כאשר אינטרפרטציה בטיפול משפרת את תפקודם. שיפוט המציאות תקין, והם בעלי יכולת אבחנה טובה בין גירויים פנימיים לחיצוניים ובעלי יכולת תפיסה מעמיקה ומציאותית של הדימוי העצמי ושל דימויו של הזולת.
- **רמת ארגון גבוהה** - רמת הארגון הגבוהה הנורמטיבית מבטאת יכולת הסתגלות טובה, התמודדות אופטימלית במצבי לחץ ומשבר, יכולת סיפוק והנאה במישורי תפקוד אישי, משפחתי וחברתי, מודעות עצמית לעולם הרגשי, למחשבות ולפנטסיות ולתוצאותיהן במציאות, יכולת שיווי-משקל בין קונפליקטים למשאלות סותרות ומנוגדות והשלמה ביניהם. מנגנוני ההגנה בשלים, והם מאופיינים בעידון, ביכולת התחברות, בהומור, בהסתכלות עצמית ובחיזוי תוצאות.

גישות תיאורטיות - התנהגותיות וקוגניטיביות

תיאוריות הלמידה

תיאוריות הלמידה הן שם כולל לכל הגישות התיאורטיות המנסות לתאר את האישיות להבין ולנתח אותה מתוך ההיבט הקוגניטיבי. ההנחה היסודית בתיאוריות אלה גורסת כי ההתנהגות היא תהליך למידה ממושך, שנקנים בו הרגלים שונים המעצבים את האישיות. הרגלים אלו יכולים להיות בעלי אופי מגוון ובעלי איכות מסתגלת או בלתי מסתגלת. המתודולוגיה הבסיסית היא לדון ולחקור רק את אותן התופעות ההתנהגותיות הניתנות לתצפית ולמדידה. מכאן נובע כי אין הם מתייחסים כלל לגורמים לא מודעים, כמו תהליכים אינטראפסיכיים ומוטיבציות פנימיות. קיימת העדפה ברורה להגדיר את התנאים החיצוניים השולטים בהתנהגות ומוסוטים אותה ולחקר אותם. כל התנהגות מתוארת כרצף של תהליכים, המתחילים בגירוי הפועל על האורגניזם המארגן את התגובה ההתנהגותית המביאה לידי התוצאה.

רצף התנהגותי זה ניתן לחלוקה לשלבים, ובכל שלב אפשר לחקור את המאפיינים השונים של הגורמים המשתתפים באותו שלב. לדוגמה: מאפיינים של הגירוי החיצוני, מאפיינים של דרכי תפיסת הגירוי, תהליכים של עיבוד המידע, הזיכרון והצפייה לעתיד, דרכי התארגנות התגובה, מאפיינים של ביצוע התגובה, מאפיינים של התוצאה מההתנהגות האמורה והשפעת משוב של התוצאה.

מחקרי ניתוח התנהגות בודקים היבטים שונים של התהליך המתואר, כדוגמת היבטים מוטוריים, רגשיים, קוגניטיביים, פיסולוגיים וביכמיים.

מחקרים בהבנת מורכבות תהליכי למידה בוחנים התניה קלאסית (תהליך פסיכו-פיזיולוגי, שבו נלמד הרגל התנהגותי חדש; ההרגל הוא רצף התנהגות נלמד הקשר בין הגירוי המותנה לתגובה) ואופרנטית (למידה לאחר חיזוק חיובי או שלילי).

העקרונות התיאורטיים של ההתניה משמשים בסיס לגישות הטיפול התנהגותית (Behavior Therapy), המיושמות בטכניקות שונות כמו "כלכלת אסימונים", או ביו-פידבק (Bio-Feedback).

טיפול קוגניטיבי

הטיפול הקוגניטיבי מבוסס על התיאוריה כי התנהגות הינה משנית לדרך שבה אינדיבידואל חושב על עצמו ותפקידו בעולם. על פי אהרון בק, הטיפול הקוגניטיבי מבוסס על רציונל תיאורטי, האומר כי רגש והתנהגות של היחיד נקבעים בעיקר על פי הדרך בה הוא תופס את העולם. התנהגות בלתי מסתגלת היא משנית למחשבות סטריאוטיפיות, העלולות להוביל להפרעות קוגניטיביות או לחשיבה מוטעית. הטיפול הקוגניטיבי מכוון לתיקון החשיבה המוטעית ולהתנהגות המובסת שנגרמת ממנה.

המודל הקוגניטיבי המסביר דיכאון כולל את הטריאדה הקוגניטיבית שהינה תיאור של עיוות המחשבה המתרחש כאשר הפרט שרוי בדיכאון.

טיפול התנהגותי קוגניטיבי משלב בין שתי גישות פסיכולוגיות מרכזיות -

- הטיפול ההתנהגותי;

- הטיפול הקוגניטיבי.

הטיפול ההתנהגותי החל בתחילת המאה הקודמת ושם דגש על תהליכי למידה של התנהגויות ושינוי התנהגויות לא רצויות באמצעות למידה ותרגול של התנהגויות חדשות. שילוב של מרכיבים התנהגותיים בטיפול עשויים לכלול משימות מגוונות הקשורות לבעיה עמה האדם מתמודד. לדוגמה: אדם המתמודד עם חרדה מפני שימוש במעלית יבצע משימות חשיפה הדרגתיות (לעיתים בליווי המטפל) שירגילו אותו להימצא במקום שמעורר את החרדה.

הטיפול הקוגניטיבי, שהחל במחצית המאה הקודמת, שם דגש על הפירוש שאנו נותנים למציאות. הגישה הקוגניטיבית רואה במחשבות כמעין שכבה או פילטר שדרכה ובאמצעותה אנו חווים את המציאות. גישה זו מאפשרת לבחון את הקשרים המתקיימים דרך קבע בין המחשבות שלנו, לרגשות ולהתנהגויות שלנו. הטיפול הקוגניטיבי מניח כי מחשבות דיכאוניות (כמו לדוגמה: העולם מקום רע, אני לא נהנה מכלום, אין סיכוי שהמצב ישתפר) מובילות לרגשות של ייאוש, חוסר תקווה ועצב ואלו בתורם מובילים להתנהגות לא מסתגלת כמו הסתגרות, הימנעות ואף סימפטומים דיכאוניים או אובססיביים-קומפולסיביים. הטיפול הקוגניטיבי פועל באמצעות זיהוי המחשבות הלא תפקודיות ותיקונן עד לכדי הבנייה של תהליכי חשיבה חיוביים ויעילים יותר אשר ישפיעו גם על תחושותיו ורגשותיו של האדם וגם על התנהגותו. גישה טיפולית זו נפוצה במיוחד לטיפול במצבי דיכאון או הפרעה קומפולסיבית אובססיבית.

הטיפול משלב בין הגישה הקוגניטיבית להתנהגותית ומתמקד בכוחות של האדם וביכולתו לפתור בעיות.

טיפול הקוגניטיבי מיושם בצורה הטובה ביותר בטיפול בדיכאון קל עד בינוני ושאינו פסיכוטי, ובמצבים אחרים כמו: התקפי פאניקה, חרדה, פוביות שונות, הפרעות כפייתיות, הפרעת אישיות פראנואידלית, הפרעות סומטיות ובהגברת ההיענות ללקיחת טיפול תרופתי.

הטיפול הקוגניטיבי הינו טיפול מובנה קצר טווח, בדרך כלל 15 - 25 פגישות במשך 12 שבועות, אשר במהלכן המטופלים נעשים מודעים לעיוותים שבחשיבתם ולהנחות עליהן הם מבוססים. המטופל והמטפל משתפים פעולה להשגת המטרות הטיפוליות המכוונות לפתרון בעיות עכשוויות. שיעורי בית ניתנים למטופלים על ידי המטפל. המטופל מתבקש לערוך רישום על מה הינו חושב בעת מצב לחץ (כגון "אני לא טוב..." או "לאף אחד לא אכפת ממני...") ולאחר מכן להבין את ההנחות המזינות את הקוגניציות השליליות, שלרוב אינן מודעות. תהליך זה נקרא "הכרה ותיקון מחשבות אוטומטיות...". הטיפול הינו בדרך כלל פרטני, אך לעתים יש שימוש גם בטיפול קבוצתי. שלושת המרכיבים של הטיפול הקוגניטיבי הינם: אספקטים דידיקטיים, טכניקות קוגניטיביות וטכניקות התנהגותיות.

האספקטים הדידיקטיים שבטיפול כוללים - הסבר למטופל הודות הטריאדה הקוגניטיבית ועקרון החשיבה המוטעית. מטפלים חייבים לאמור למטופלים כי יחד יצרו היפותזות ויבדקו אותן במהלך הטיפול. טיפול קוגניטיבי כולל הסבר מלא של היחסים בין דיכאון וחשיבה, רגש והתנהגות.

טכניקות קוגניטיביות - גישת הטיפול הקוגניטיבי כוללת ארבעה תהליכים: חשיפת מחשבות אוטומטיות, בדיקת מחשבות אוטומטיות, זיהוי הנחות מוטעות ובדיקת תקפות ההנחות הלא תואמות.

טכניקות התנהגותיות - טכניקות התנהגותיות וקוגניטיביות הולכות יד ביד. המטרה הכללית של טכניקות אלו היא לעזור למטופל להבין את ההנחות הקוגניטיביות המוטעות שלו, וללמוד אסטרטגיות חדשות ודרכי התמודדות (מירום ועמיתיה, 2011; Bennis-Coppin, 2008).

תיאוריות מערכתיות ומשפחתיות

כאמור, למחלה או הפרעה נפשית השלכות על כל חברי המשפחה והמשפחה היא התומכת בשיפור במצבו של החולה. במשך השנים התפתחו מודלים שונים לטיפול משפחתי, שכל אחד מהם מדגיש אספקט אחר בתפיסת המשפחה, בעייתה, והדרך להתערבות, המשותף לכל הגישות הללו הוא התפיסה המערכתית, הנמצאת בבסיס כל מודל.

מוצגים להלן מספר מודלים לטיפול משפחתי, בהתאם למטרת ההתערבות:

- i. המודל הפסיכו-דינמי - פתרון של קונפליקטים ממשפחת המקור, ותהליכי השלכות; צמיחה אישית ומשפחתית.
- ii. המודל הבין-דורי של Bowen - מובחנות "עצמי" ממשפחת המקור, העלאת התפקוד הקוגניטיבי, הפחתה של תגובתיות רגשית, התרת המשולשים ותיקון של הנתקים (cut-off).
- iii. המודל התנסותי (experiential) - קומוניקציה ישירה ובהירה, צמיחה אישית ומשפחתית.

iv. המודל המבני (structural) - ארגון מחודש של מבנה המשפחה, שינוי במיקום (position) היחסי של חברי המשפחה, יצירת תת מערכות ברורות וגמישות וגבולות, קידום התמודדות אדקוויטית יותר.

v. המודל האסטרטגי - פתרון הבעיה המוצהרת וקידום שינוי ממעלה שניה.

vi. המודל ההתנהגותי - מטרות התנהגותיות קונקרטיות וניתנות לציפייה.

על המודל הפסיכו-חינוכי נרחיב בסעיף "מיומנויות התערבות במשפחות של אוכלוסיות בריאות הנפש".

התערבויות קבוצתיות לנפגעי נפש ובני משפחותיהם

נפגעי נפש חווים קשיים חברתיים ורגשיים רבים. תחושות של דחייה חברתית, שונות, קושי להשתלב, סטיגמות שונות, קשיי ההתמודדות עם המחלה עצמה ועוד. על מנת לסייע להם לצאת מתחושת הבידוד החברתי ולקבל תמיכה והעצמה, מתקיימות קבוצות טיפוליות לנפגעי נפש הן בבתי החולים הפסיכיאטריים והן בתחנות לבריאות הנפש בקהילה.

הסביבה החברתית הנוצרת על ידי האינטראקציות בין חברי הקבוצה נעשית הכלי הטיפולי החזק לשינוי. מטפלים קבוצתיים משתמשים באינטראקציות בין חברי הקבוצה כמוקד עיקרי לעבודה הטיפולית.

התהליכים הבין-אישיים בקבוצה הטיפולית תומכים באפשרות של חווית רגשית מתקנת, באווירה בטוחה המאפשרת לבטא רגשות עמוקים. המשוב מחברי הקבוצה מאפשר בוחן מציאות. עם הזמן, חברי הקבוצה מראים את ההתנהגויות הבעייתיות שלהם זה לזה. יש למידה בין אישית חדשה דרך התהליך של מתן משוב על ההתנהגות והארה של הנקודות העיוורות (יאלום ולשץ', 2006).

ישנן גישות שונות שרלוונטיות לטיפול קבוצתי במסגרת כזו, כולל - אנאליזה קבוצתית (Foulkes & Anthony 1957; 1984), גישה הומניסטית-אקזיסטנציאלית (יאלום ולשץ' 2006), גישות קוגניטיביות-התנהגותיות (Freeman & White, 2000), גישות בין-אישיות (Robertson et al., 2004) ועוד.

מבחינה פרקטית, אופייה של קבוצה מוכתב, לעתים קרובות, על ידי נסיבות הקמתה. במרפאות גדולות במגזר הציבורי הקמת קבוצות מוכתבת, לעתים קרובות, על ידי שיקולים כלכליים והקושי לספק מענה לרשימות הולכות ומתארכות של פונים הממתינים לטיפול (ג'ויסמן וגיל, נדלה ב-2016).

בנוסף, מתוארות קבוצות לבני משפחה של נפגעי נפש, כקבוצות להורים. ראוי לציין את מרכז ["מית"ל - מרכז ייעוץ ותמיכה למשפחות"](#), שהקימה על ידי ענת שלו בבאר שבע. מתוך ההתנסות שלה, הוקמו מרכזים להורים בבתי חולים נוספים, בהם מתקיימות גם קבוצות להורים לנפגעי נפש.

סוגי קבוצות לנפגעי נפש ומשפחותיהם

- **קבוצות תמיכה** - קבוצות תמיכה מתקיימות בבתי חולים פסיכיאטריים - עבור נפגעי נפש המאושפזים בבתי החולים, וכן בתחנות לבריאות נפש בקהילה - עבור מי שהשתחררו מאשפוז וחזרו לקהילה. מטרת הקבוצות היא לבנות רשת של תמיכה חברתית עבור נפגעי הנפש. בקבוצה פגוע

הנפש הוא "כמו כולם". הוא פוגש אנשים נוספים במצבו. הוא יכול לחלוק בכאב, בתחושת החריגות ובכל מה שעובר עליו, עם אנשים שיבינו בדיוק על מה הוא מדבר. התמיכה של הקבוצה מעניקה למשתתף כוח, משקמת מחדש את הדימוי והביטחון העצמי. קבוצת תמיכה גם יכולה לסייע למשתתפים לגבש דרכי התמודדות עם סיטואציות שונות בחייהם, לדוגמה: התמודדות עם בני המשפחה, התמודדות עם קשיי פרנסה והשתלבות בשוק העבודה, התמודדות עם הקושי בתלות בתרופות ועוד.

- **קבוצות ממוקדות מטרה** - גופים שונים מקיימים עבור נפגעי הנפש קבוצות ממוקדות מטרה (לדוגמה: ב"אנוש"), שמטרתן להתמקד באחד האספקטים של מחלת הנפש ולשפר אותו, כגון: קבוצה ללימוד מיומנויות חברתיות ומיומנויות תקשורת, קבוצות לשילוב בעבודה.

הבסיס התיאורטי לשיקום פסיכו-סוציאלי

הגדרת השיקום הפסיכו-סוציאלי

השיקום הפסיכו-סוציאלי הינו תהליך שמטרתו לשפר את היכולת התפקודית ולצמצם ככל האפשר את ההשפעה של המגבלות הנובעות מהתמודדות עם נכות נפשית, תוך התמקדות בכוחות על מנת להגיע לרמה האופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה (ברוק-שפיר ושליו, 2013).

השיקום הפסיכו-סוציאלי לא יכול לפעול כגישה בלעדית, הוא צריך להיות חלק ממערכת טיפולית הכוללת מספר ממדים:

- טיפול פרמקולוגי, פסיכו-תרפויטי ופסיכו-סוציאלי על מנת לצמצם הופעת סימפטומים שונים (אקוטיים או כרוניים). כל אחד מהטיפולים הללו יכול להינתן בפני עצמו או כחלק מחבילה טיפולית.
- בניית מערכת תומכת - תמיכה למשפחות, צמצום אפליה חברתית וסטיגמה.
- בניית שירותים המהווים מענים לתחומי החיים השונים (חברתיים, דיור, תעסוקה ופנאי).

התיאוריה של הפרקטיקה: אבחון ומיומנויות התערבות עם אוכלוסיית בריאות הנפש

מיומנויותיו של העובד הסוציאלי בשירותי בריאות הנפש כוללות את המישורים הבאים: אבחון, והתערבות ברמות הפרט, המשפחה, הקבוצה והקהילה.

שיטות אבחון ייחודיות

העובד הסוציאלי בשירותי בריאות נפש נדרש לשיטות אבחון מתחום העבודה הסוציאלית (אבחון פסיכו-סוציאלי ואבחון משפחתי) ומתחומי מקצוע משיקים כמו הפסיכולוגיה (אבחון פסיכו-דינמי). כמו כן נדרש ידע בתחום האבחון הפסיכיאטרי על פי ה-DSM-5 וה-ICD-10.

הערכה פסיכו-סוציאלית משלבת בין האבחנה הקלינית, האבחנה התפקודית, המשאבים והדרכים להתמודד עם הבעיות האישיות בהקשר המשפחתי-קהילתי. הערכה זו מתמקדת באדם בהקשר של הסיטואציה בה נמצא ("אדם במצב" - "Person in Situation"). הערכה פסיכו-סוציאלית מאפשרת הבנה כוללת ושלמה של המטופל. זוהי ראיית האדם בצורה הוליסטית: אפיונו, אפיוני המערכות אליהן הוא שייך והאינטראקציות ביניהם, תוך שימת דגש על האפשרויות לשינוי, הכוחות, המשאבים, הבנת הגורמים התורמים לבעיה, יצירתה ושימורה.

הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת על עקרונות התיאוריה האקולוגית, המתמקדת באופן שבו בני אדם וסביבתם מסתגלים ומתאימים זה לזה באופן דינמי והדדי, דרך מיקוח ופשרה. בני אדם מתפתחים באמצעות שינוי, ונתמכים באותם שינויים על ידי סביבתם. התנהגותם היא תוצאה של יחסי גומלין בינם לבין סביבתם. מערכות חיים (בני אדם כפרטים וכקבוצות) חייבות לנסות וליצור התאמה טובה לסביבתן, כדי לשמר את עצמן ולהתפתח. כאשר האיזון ההסתגלותי מופר, מתעורר מתח ונוצרות בעיות הקשורות להתאמה הלקויה בין הצורך לבין המענים בסביבה. המתח יכול להיות תוצאה של שינוי חיים, לחצים סביבתיים ותהליכים בין-אישיים.

לפיכך, הערכה היא תהליך של איסוף, ניתוח וגיבוש של מידע לתוך מבנה הכולל ארבעה ממדים:

- i. מהות בעיות הפונה.
- ii. תפקודם (כוחות, גבולות, מגבלות) של הפונה ושל האחרים המשמעותיים בחייו.
- iii. גורמים סביבתיים רלוונטיים המשפיעים על הבעיה.
- iv. משאבים קיימים או נדרשים על מנת לשפר את מצבו של הפונה.

אבחון פסיכו-סוציאלי כולל את התחומים הבאים (אשר לאורם, בתהליך מעגלי, מועלות השערות, נבחנות, מאוששות או נדחות):

*נתוני רקע

- (1) "תמונת המשפחה" - שמות בני המשפחה, גילאים, ארץ לידה, חינוך, תעסוקה, מגורים ותנאיהם, מצב כלכלי, בריאותי וכל מידע אחר החיוני להבנת המשפחה.
- (2) סיבת הפנייה - הסיבות לחיפוש עזרה הן בעיני כל אחד מבני המשפחה, והן בעיני ה"מטופל המזוהה". כך ניתן לראות האם יש תפיסה דיפרנציאלית של בעיות, ושל מי המוטיבציה העיקרית.
- (3) מצב סוציו-אקונומי - עבודה, אבטלה (משכה), קצבה (כן ואיזו או לא), החלפת מקומות עבודה (תדירות, רקע להחלפה), גורמי לחץ במקומות עבודה, מצוקה כלכלית, עומס חובות.
- (4) תנאי מגורים - היכן מתגורר המטופל, מי מתגורר עם המטופל בביתו, הרכב המשפחה (אימוץ, גירושין, נישואין שניים, מות במשפחה), צפיפות דיור, אפשרות לפרטיות למטופל ולחברי המשפחה, האם הדיור קבוע או זמני, מעברי דירות מרובים, זכאות לדיור.

¹ מתוך: Brunette & Mueser, 2006; Mueser, Deavers, Penn, et al., 2013

5) מצב בריאותי - מחלות אקוטיות, כרוניות, אשפוזים ואורכם, טיפולים במרפאות שונות, מעקבים, או חוסר מעקבים והמשך טיפול רפואי.

6) הגירה / מעבר חברתי - הסתגלות, קשיים הנוצצים בהגירה, תפקוד בארץ המקור. האם החלה להתבסס תחושת שייכות או שניכרת תחושת זרות. מיהו סוכן השינוי והקליטה החברתית במשפחה?

*סביבה משפחתית

אווירה משפחתית, קשרים משפחתיים (קרבה, ניכור, הגנת-יתר וכדו'), דפוסי פתרון קונפליקטים, התמודדות עם תסכול ואכזבות, וויסות ושליטה בתוקפנות במשפחה, אלימות במשפחה, התעללות במשפחה (פיזית, מינית, רגשית) והזנחה, התמכרויות במשפחה, עבריינות, חוויות טראומטיות אישיות ומשפחתיות (תאונות, אסונות, אובדנים, אשפוזים).

*דפוסי התמודדות ברמת הפרט והמשפחה

המאפיינים התוך אישיותיים - כדימוי עצמי, צרכים, יכולות, קונפליקטים, הגנות, מוטיבציה, כוחות; והמאפיינים הבין אישיים של המופנה ובני משפחתו - רמת תפקוד וארגון, דפוסי תקשורת, גבולות ותפקידים במשפחה, הדרך בה ניתן מקום ומבטאים צרכים רגשיים.

*דפוסי התמודדות ברמה החברתית

אינטראקציה חברתית עם חברים, שכנים, קבוצת השווים. כיצד הפרט ו/או המשפחה בונים ומתאימים עצמם לרשת חברתית, בלתי פורמלית?

*דפוסי התמודדות במערכות פורמליות

תפקוד במערכות פורמליות, כעבודה, ביה"ס, צבא, שירותי בריאות או שירותי קהילה אחרים.

*מערכות תמיכה

קשרים ואופיים עם המשפחה המורחבת, הקהילה (לעומת משפחות מבודדות), מערכות קשרים חברתיים, האם יש גורם תמיכה (עזרה אינסטרומנטלית, תמיכתית-רגשית).

לאור התחומים הללו נעריך את המרכיבים הבאים -

- **יכולות המטופל** - האם המטופל מכיר בבעיה, עד כמה לוקח אחריות, האם מחפש מידע והדרכה מאחרים ומוכן לקבלם, האם יש נכונות לשיתוף פעולה, האם נכון לעשות שינוי, מהי המוטיבציה של הפונה (כיצד מצפה לפתור את הבעיה, אקטיבי/פסיבי, מידת אי הנוחות מהמצב הקיים, מאמצים שנעשו לשנותו); מה היכולת לשתף ברגשותיו, היכולת להתמודד עם לחץ, האם יש מערכות בעלות קשר חשוב לבעייתו של הפונה ומה מידת יכולתו להשתמש במערכות אלה (משפחה, דיור, רווחה, בריאות). ההיסטוריה של קשר טיפולי.

- **כוחות המשפחה** - האם יש במשפחה מי שלוקח אחריות – מי הוא, למי הסמכות לקבלת החלטות, האם יש מקום להבעת אהבה ודאגה, רצון לעמוד בהתחייבויות, ניסיון לשמור על אחדות המשפחה גם במצבי בעיה, הבעת דעות ורגשות באופן פתוח, ויתורים למען האחר, התמודדות עם הבעיה וחיפוש עזרה במקום הכחשה, גילוי יצירתיות תוך ניצול המשאבים המוגבלים, יכולות לקשר בין סיבות לתוצאות, חיפוש אחר ידע ואמצעי התמודדות נוספים, יכולת לשקול אלטרנטיבות.
- **מוטיבציה ואפשרות לשינוי** - מוטיבציה אמיתית לשינוי, מידת שיתוף פעולה מצופה, ניסיונות שנעשו להתמודד עם הבעיה בעבר - אילו ניסיונות? האם הצליחו או לא ולמה? מוקדים ספציפיים להתערבות עם המטופל ומשפחתו בהתאם למוטיבציה, האם קיים פער בין ראיית המשפחה את המצב לבין מסקנות ההערכה?

אבחון מערכת-משפחתי

אבחון משפחתי מסתמך על הידע שאסף העובד הסוציאלי על אודות המשפחה. בסעיף זה נתייחס לצירי האבחון המשפחתי בכלל, ונתמקד באבחון משפחותיהם של נפגעי נפש.

נקודות להערכת המשפחה

- א. הבנת מבנה המשפחה.
- ב. גבולות: גבולות חוץ של המשפחה, גבולות בין תת מערכות (היררכיות).
במשפחות נורמטיביות נמצא -
 - 1) גבולות חוץ מאוזנים, המאפשרים קשר עם דמויות ומסגרות מחוץ למשפחה, ובו זמנית משמרים את לכידות וארגון המשפחה.
 - 2) גבולות ברורים בין תת המערכות והיררכיה ברורה (לעומת משפחות עם קואליציות פתולוגיות ופריצת גבולות בין דוריים).
 - 3) גבולות תואמים בין הפרטים (לעומת ניכור או טשטוש בגבולות והיטמעות). ממד זה נצפה בחיי היום יום בגבולות בזמן ובמרחב.
- ג. חוקים המארגנים את היחסים והתפקידים, אלו הסדרים וכללים של המשפחה (גלויים, או סמויים). החוקים יכולים להיות ברורים, נוקשים, מסתגלים. החוקים מגדירים את הגבולות וחלוקת התפקידים בבית.
- ד. תפקידים - מתייחסים לניהול המשפחה, ותפקידים המוטלים או אשר לוקחים על עצמם בני המשפחה, אשר בד"כ שומרים על האיזון.
- ה. תקשורת - תקשורת מילולית ולא מילולית, פונקציונלית או לא פונקציונלית: ישירה, עקיפה, ברורה, או סמויה ומבלבלת. אופי התקשורת, דרכה שלה משפחה בפתרון קונפליקטים, ביקורתיות.

ו. הורות - קואליציה הורית, הפעלת משמעת, קבלת החלטות, הצבת גבולות, עקביות (לעומת חוסר עקביות, או שרירותיות), מסגרת של כללים וחוקים או מסגרת כאוטית, מסר חברתי מוסרי (סוציאליזציה), דפוסי מו"מ, מענה לצרכים ההתפתחותיים של הילדים, מאפשרת אוטונומיה ובנית זהות נפרדת. האם יש התעללות, או הזנחה?

אבחון של משפחות נפגעי נפש

אופיו של האבחון ומאפייניו קשורים בהכרח בגישה התיאורטית העומדת מאחוריהם ובהגדרת המטופל המזוהה, האם המטופל הוא החולה או האם המטופל היא המשפחה. רצוי שהאבחון יעשה הן לצורך סיוע להקלה על מצוקותיה של המשפחה וגם במטרה לסייע לחולה - פגוע הנפש ולהפוך את המשפחה לשותפה לטיפול (ברוק-שפיר ושליו, 2013).

מתוך הידע הרב שהצטבר באבחון וטיפול בפגועי הנפש ומשפחותיהם נמצא כי הגישה הפסיכו-חינוכית כגישה היעילה ביותר לאבחון וטיפול (מתוך: ברוק-שפיר ושליו, 2013).

מרכיבי האבחון:

א. עוצמת המחלה ואופייה - המחלה יכולה לפרוץ באופן איטי או אקוטי. התחלה איטית מאפשרת הסתגלות הדרגתית לאובדן ולמגבלות. התחלה אקוטית, בעיקר אם בן המשפחה תפקד היטב בעבר, גורמת לזעזוע ולתקופת הסתגלות ארוכה יותר. מהלך המחלה, יכול להיות בעל אפיון כרוני והדרגתי עם ליקוי בולט בהמשך, או בעל התפרצויות ורמיסיות לסירוגין. מהלך כרוני מאפשר יציבות והסתגלות טובה יותר של המשפחה. התפרצויות ורמיסיות לסירוגין מקשות על ההתארגנות של החולה - פגוע הנפש והמשפחה. לקשרי הגומלין שבין אפיוני המחלה ואופי המשפחה תהיה השפעה על יכולת ההתמודדות. משפחות "אקטיביות" נוטות לקבל ביתר קלות סימפטומים של פעילות-יתר מאשר הסתגרות ודיכאון, משפחות "פסיביות" יקבלו ביתר קלות סימפטומים של הסתגרות ודיכאון מאשר אי-שקט מוטורי, מחשבות שווא וכו'. לכן "התאמה" בין אפיוני המחלה לאופייה של המשפחה, תהיה השפעה על ההתארגנות כך שכלל שהסימפטומים תואמים לאופייה של המשפחה ההתארגנות טובה יותר. ככל שעוצמת המחלה גבוהה יותר ובלתי צפויה, כך יהיה קשה יותר למשפחה להתארגן. תפיסת המשפחה את המחלה ואופייה יהוו חלק חשוב ממדד זה (קורין-לנגר, אבירם וליכטנשטיין, 2014).

ב. השלב שבו נמצאת המשפחה - תוארו תהליכי משבר של משפחות נפגעי נפש, כאשר המשפחות עוברות תהליך משברי הדומה לתהליך משברי של אבל ואובדן, אך שונה במקצת. האבל והאובדן הם על השינוי שחל בחולה - פגוע הנפש והשלבים שעוברת המשפחה מתייחסים לתגובה הרגשית לאובדן ולהתמודדות עם המשבר (ברוק-שפיר ושליו, 2013):

1. מודעות ראשונית לקיומה של הבעיה - מתעוררים סימנים ראשונים הנראים למשפחה קיצוניים יותר מהנורמה המקובלת בהתייחס למצב החיים של הבן/בת.

2. הכחשה של מחלת הנפש - בני המשפחה מנסים להתאים עצמם לחולה, מתוך תקווה כי השינוי הוא זמני, הם מנסים להכחיש כי מדובר במחלת נפש ומנסים להסביר ולתרץ את התנהגות החולה - פגוע הנפש, או לתת לה פרושים שונים הקשורים בגיל "גיל ההתבגרות" או למשברי חיים "פרידה מחבר, עומס בלימודים". במקביל יש ניסיון להסתיר מהסביבה את חרדותיהם ו"לחפות ולכסות" על ההתנהגות המוזרה של החולה. הסימנים הפסיכויטטיים הראשונים מעוררים אצל המשפחה בלבול, אי שקט, וכעס.
3. תיוג (labeling) - בשלב זה בני המשפחה מגיעים להבנה כי מדובר במחלה, בדרך כלל בעקבות אשפוז ראשון, או אירוע חריג כמו מעורבות עם החוק, ניסיון אובדני, או לאחר פנייה לאיש מקצוע כמו רופא משפחה או פסיכיאטר, שמביאים להבנה כי מדובר למעשה במחלת נפש. המשפחה חווה מצוקה מתעצמת. מחלת נפש מעוררת אצל המשפחה והחברה שאלות לגבי הפתולוגיה, דבר המעצים את ההאשמה העצמית ורגשות האשם. נצפה תחושת אשם על רגשות הכעס והעוינות כלפי החולה - פגוע הנפש, אשם על כי הוציאו מהבית לאשפוז ועל כי חשים הקלה עם יציאתו מהבית.
4. מתן אָמון באנשי המקצוע של בריאות הנפש - אמון זה לעיתים מלווה בציפיות ותקוות לטיפול קסמים של הצוות הרפואי שיתקן את החולה ויחזירו למצב בו היה טרום ההתקף. יחד עם זאת מתוארת הבעייתיות בקשר של המשפחה עם אנשי בריאות הנפש: רתיעה של אנשי המקצוע למסור אינפורמציה, ומסרים כפולים (כולל מסרים לגבי האחריות והמקור למחלת הנפש), כישלון בבניית מערכת של שיתוף המשפחה בטיפול והכשרתם כמטפלים בחולה - פגוע הנפש עם חזרתו הביתה, וכן, העדר חלופות לאשפוז.
5. משברים חוזרים - לרוב לאחר שחרור מאשפוז, והתפרצות נוספת של המחלה. בני המשפחה מגלים עד כמה קשה לשאת את הנטל של מחלת נפש במשפחה. הם מגלים כי מדובר בהתמודדות יום יומית, בהתרחקות מהעולם החברתי. בני המשפחה מתחילים לעכל את המציאות כי בן משפחתם לא יחזור לתפקודו הקודם, טרום המחלה.
6. הכרה בכרוניות - בני המשפחה מגלים כי אין "מרפא טוטלי", (גם אם החולה - פגוע הנפש נמצא בטיפול), כי המחלה חוזרת, ישנם התקפים חוזרים, ישנן ירידות, והחולה דורש השגחה או תמיכה יום-יומיים. האבל על אובדן הציפיות ואובדן התקווה, מתעצם ומלווה את המשפחה תחושה של כאב כרוני. בשלב זה אנו עדים לרגשות של פסימיות וייאוש.
7. אובדן האמונה באנשי המקצוע - מתוך הבנה, כי המחלה היא כרונית, מתערער האמון באנשי המקצוע, עולה ההכרה כי אנשי המקצוע אינם יכולים לרפא ולהגיש תמיכה וסעד למשפחה במצוקתה היום-יומית. יש מי שיאבדו לגמרי את האמון ויש כאלה שלמרות הפקפוקים יפנו לעזרת אנשי המקצוע.
8. אמונה במומחיות המשפחה - עם ההתפכחות מהאשליה כי אנשי המקצוע ירפאו, ומתוך התנסות ארוכת טווח במשברי יום-יום ובירידות במצבו של החולה - פגוע הנפש, בני המשפחה מפתחים את התפיסה כי "הם עצמם המומחים" המכירים הכי טוב את החולה - פגוע הנפש. בני המשפחה

מתחילים לסמוך על עצמם ושקול דעתם ועל משפחות שחוו חוויות דומות לשלהם. לעיתים תחושת כוח זו מקלה על הנטל המשפחתי. עם הזמן המשפחה לומדת מתי להציב גבולות, איך להגיב להתנהגויות מוזרות, להתמודד עם המשברים, עם המצב הפוסט-הפסיכטי והסימנים השליליים של הסכיזופרניה, איך לעודד קשרים חברתיים נוכח הבידוד של חולה הנפש וחוסר מיומנויות של הדדיות בקשר.

9. דאגה לעתיד - מאפיינת בעיקר הורים, השואלים עצמם "מה יקרה לו/לה לאחר מותנו, או בהיותנו זקנים מדי לטפל בו/ה?". בנות זוג יאמרו "אומרים לי להתגרש ממנו, אך מה יהיה אתו, איך הוא יסתדר לבדו?". אח יכול לחוש אחראי לטפל באחיו, או דווקא לומר להורים כי זו אינה אחריותו לטפל בבנם.

אחת הגישות לאבחון והתמודדות המשפחה עם מחלת אחד מחבריה בסכיזופרניה מתייחסת ל"רגשות מובעים" (Expressed Emotions). מושג זה הוא מדד כללי של רגשות, עמדות והתנהגויות שמבוטאות על ידי קרובי משפחה כלפי בן משפחתם הלוקה בסכיזופרניה. מרכיבי המושג הם: ביקורתיות, עוינות, מעורבות יתר רגשית, הערות חיובית וחום (San et al., 2013).

אבחון פסיכו-דינמי

אבחון זה מתייחס להשפעות סביבתיות והערכות התפתחותיות (התפתחות היצרים, התפתחות האני והאני העליון), הערכות דינמיות ומבניות (קונפליקטים), הערכת קווי אופי כלליים, והערכה של רמת ארגון האישיות. אבחון פסיכו-דינמי אמור לקשר בין הסימפטום/ים, ההיסטוריה של הפרט, חייו העכשוויים ולהעלות השערות לגבי הקונפליקט המרכזי של הפרט.

להלן סכמה לאבחון המבוססת על סמארס וברבר (Summers & Barber, 2010) -

- (א) הקונפליקטים - האם הקונפליקט הוא פנימי (בין כוחות פנימיים: מודעים או לא מודעים) או חיצוני? האם חל קיבעון באחד משלבי ההתפתחות הפסיכו-סקסואליים, או על ציר הספרציה-אינדיווידואציה?
- (ב) הערכה של דחפים (מיני ותוקפני) - כולל התפתחות השלבים הפסיכו-סקסואליים ואיכות יחסי האובייקט. יסודות הדחפים והשליטה בהם - עוצמת הדחפים, יכולתם של כוחות הריסון. מה הן עוצמת תוקפנותו וכיוונו? מידת האימפולסיביות? יכולת עמידה בתסכולים ודחיית סיפוקים?
- (ג) הערכת האגו - ההסתגלות של ה-ego, היכולת לשאת בחרדה ואת טיב ההגנות העומדות מול החרדה המציפה. יש להעריך את מידת חוסנו של האני לעמוד בפני נסיגה או התפרקות פסיכטית.
- (ד) תפקודי ההגנות - ההגנות המועדפות, עד כמה הן יעילות ומגינות על הפרט בפני חרדה ורגשות אשם. רמת ארגון ההגנות בהתאם לרמת בשלותם.
- (ה) איכות יחסי האובייקט - היכולת לתקשר, ליצור קשר ולשמרו, מאפייניהם של יחסי האובייקט (אובייקט חלקי מספק צורך לעומת יחסי אובייקט בשלים ובוגרים).

- (ו) היחס למציאות - היכולת להסתגל.
- (ז) תהליכי חשיבה - היכולת לחשיבה מופשטת מול קונקרטיזציה, השימוש בפנטזיה.
- (ח) שליטה וניהול של הדחפים - הערכת מידת האימפולסיביות, מידת היכולת לסבול תסכול.
- (ט) תפקודים אוטונומיים - אינטליגנציה, זיכרון, תפקוד מוטורי, תפיסה ושפה.
- (י) התפקוד המשלב - הערכת היכולת לאינטגרציה ולארגון החוויות.
- (יא) הערכת התפקוד הכללי של האגו בהתחשב בכל הנ"ל, יחסית לגיל ולשלב התפתחותי, בשילוב עם הכוחות ליזומה, תחושת היכולת לשלוט במעשים ולכוונם, והיכולת להסתגל (מנגנוני התמודדות).
- (יב) הערכת הסופר אגו - הערכת טבע ומידת האשמה לעומת החשש/הפחד מסמכות חיצונית. האם הסופר אגו נוקשה, מטיל איסורים, מעניש, ארכאי. אשמה מול פחד מסמכות חיצונית (ענישה חיצונית או רגשות אשם).
- (יג) הדימוי העצמי, זהות עצמית ומינית, רגישויות נרקיסיסטיות.
- (יד) כאשר קיימים ממצאים גופניים פתולוגיים כלשהם, יש לבדוק האם הם על רקע פגם אורגני או שהם ליקויים פונקציונליים שמקורם נפשי.

אבחון תפקודי-שיקומי

הערכה תפקודית - בשונה מאבחנה פסיכיאטרית, הנה הערכה המתייחסת לבדיקה של הכוחות והמיומנויות שקיימות וניתנות לשיפור וגם לחסרים שניתן לעבוד עליהם. זו הערכה דינמית, לא חד פעמית ונעשית בתחילה ובמשך תהליך השיקום. הערכה תפקודית משקפת את הביטוי של המגבלה ונעשית בתחומים שונים. האבחון יעשה על פי הקריטריונים של סל שיקום.

מיומנויות טיפול והתערבות ייחודיות לתחום המומחיות בבריאות הנפש

Casework

ניהול הטיפול - Casework כמתודת התערבות טיפולית בעבודה סוציאלית משלבת תיאוריות דינמיות פסיכיאטריות וראיה חברתית. זוהי שיטת התערבות תמיכתית, המחזקת את תפקודי האגו ותפקודו של הפרט בהתמודדות עם מצבי משבר ודחק בחייו המעודדת צמיחה.

בבסיסה זוהי שיטת טיפול פרטנית, פסיכו-חברתית שמטרתה לסייע לפרט לשפר את תפקודו החברתי (Campbell & Rohrbaugh, 2006). ראשיתה בעיבוד והטמעה של התיאוריה הפרוידיאנית בשילוב עם ערכיה של העבודה הסוציאלית. התיאוריות הפסיכו-דינמיות הן אלו שעצבו את נקודת המבט של ה-Casework. הופעתן והתפתחותן תיאוריות של יחסי אובייקט הרחיבו את היריעה. ההדגש הוא על "האדם בסביבתו", כלומר התערבויות טיפוליות הלוקחות בחשבון את העולם התוך נפשי של הפרט ואת עולמו הבין אישי - יחסיו של הפרט עם סביבתו הקרובה (משפחה) וקהילתו.

מטרתה של ה-Casework היא לשפר את התפקוד החברתי תוך מתן משמעות להתנסויות החיים והרחבת טווח האפשרויות להתנהגות הפרט בסביבתו. ההתערבויות נשענות על פיתוח יכולות הפרט תוך הדגש על כוחותיו. במונחים "מודרניים" יותר ניתן לומר כי אחת ממטרות ה-Casework היא העצמת המטופל. תהליך ההעצמה פירושו מעבר ממצב של חוסר אונים למצב של יותר שליטה בחיים (סדן, 1997). מכאן, כי מוקד ההתערבות אינו רק בעולמו הפנימי של הפרט אלא ביחסיו עם סביבתו, כפי שמציינת סדן: "העצמה היא תהליך אינטראקטיבי המתרחש בין הפרט לסביבתו... מבנה האישיות, כידוע, מושפע משמעותית מתנאים סביבתיים. האדם אינו מעוצב רק בידי תורשה ותנאי גידול וטיפול, אלא גם באמצעות הזדמנויות והתנסויות שיש לו בעולם הסובב אותו. בתוך אלה חשובה לנו במיוחד היכולת לקבל החלטות ולפעול כדי להשיג מטרות. יכולת זו (או העדרה) מעצבת את אופיו של האדם ומשפיעה על המידה בה יהיה השחקן האפקטיבי בחייו.... בתהליך ההעצמה מתרחש שינוי פנימי וחיצוני. התהליך הפנימי הוא תחושה או אמונה של האדם ביכולתו לקבל החלטות ולפתור את בעיותיו. השינוי החיצוני מתבטא ביכולת לפעול וליישם את הידע המעשי, המידע, המיומנויות, הכשרים ויתר המשאבים החדשים שנרכשו בתהליך" (סדן, 1997; עמודים 50 - 51).

צורת התערבותו של העובד הסוציאלי ה-Caseworker, משלבת אבחנה המבוססת על עולמו הפנימי של המטופל וההשלכות של ההתנסויות המוקדמות שלו על הדמויות המופנמות שגיבש, תוך התייחסות לרקע הקונטקסט המשפחתי והחברתי. בטיפול תמיכתי יחזקו הגנות מסתגלות והגנות לא יעילות לא יקבלו עידוד. האינטרפרטציות ניתנות בקונטקסט תמיכתי, תוך חיזוק שליטתו ותחושת האוטונומיה של המטופל בתהליך הטיפולי ובחייו.

במהלך התקשורת הטיפולית נחשפים מקורות מודעים ולא מודעים של רגשות, מחשבות והתנהגויות ונרכשת הכרה והבנה עצמית. היכולת של המטפל "לקרוא" את המסר הסמוי, הלא מודע, מתאפשרת על ידי אמפתיה. לקשר הבין-אישי בין המטפל למטופל משמעות מכרעת.

עבור חלק מהמטופלים הקשר הטיפולי הוא ההזדמנות הראשונה שיש להם לחוות מישהו הנמצא עבורם באופן קבוע ועקבי, העוזר להם לבטא במילים את רגשותיהם ומחשבותיהם, לרכוש הבנה, ובעיקר מישהו שלאשונה מגלה סבלנות למחשבותיהם אשר בעיניהם נתפסות כבלתי נסבלות (Horowitz, 2009; Leichsenring et al., 2015). במהלך הטיפול המטפל עוזר למטופל -

- לרכוש הבנה טובה יותר לגבי עצמו.
- הוא מהווה קטליזטור ל"תיקון" ומקדם התפתחות.
- המטפל משתמש בעצמו בכדי לסייע לארגון פנימי מחודש של האגו של המטופל.

ניתן לומר כי השינוי מתרחש עקב תובנה, חוויה מתקנת, והזדהות עם המטפל. מטרת ההתערבות היא להביא לשינוי בתחומים הבאים:

- רכישת יכולות לשליטה בתפקודי החיים השונים, מסוגלויות לפתרון קונפליקטים תוך-אישיים ובין-אישיים ויכולת לבחירה והחלטה מתאימים במצבים נתונים.
- למידה וחיזוק של התנהגויות הרצויות לפרט ולסביבתו, רכישת מיומנויות חדשות ויכולות לפתרון בעיות, וכן אסטרטגיות להתמודדות עם נושאים ובעיות חיים.

- למידה להשתמש בסביבה כמקור לסיפוק הזדמנויות ותנאים למימוש יכולות.
- שינוי בסיסי במבנים אישיים, קוגניטיביים ורגשיים.

טכניקות להתערבות בטיפול הפרטני הן מגוונות ותלויות בגישות התיאורטיות השונות הקיימות. הדגשים והמשקל הניתן לכל צורת התערבות יהיו שונים במהותם. ההתייחסויות יכולות להיות ישירות, מובנות, בעלות מגמות חינוכיות, תומכות או מפרשות.

בנוסף על אלו יש שימוש בטכניקות ייחודיות המתייחסות לקשר עם הסביבה המשמעותית של הפרט, הסביבה המידית כמו גם הסביבה הרחבה יותר: סגור, תיווך וגישור. ה-caseworker בעבודתו עם סביבתו של הפרט מתערב בשתי רמות -

- טיפול דרך הסביבה - עושה שימוש של משאבים קיימים לטובת המטופל.
- טיפול בסביבה - עוסק בביצוע שינויים בסביבה כדי לשפר הזדמנויות.

ההתייחסות היא גם לתרבות המיוחדת של כל פרט על כל מורכבותה, כמו-גם למה שמייחד את הפרט בתוך תרבותו שלו. זאת, עם התחשבות בהרגשתו של הפרט לגבי שייכותו התרבותית, תפישתו אותה, הזדהותו ובחירתו האישית בתכנים או מנהגים הנראים לו (Segal, 2013).

התערבות בשעת משבר

העובדים הסוציאליים נדרשים להתערבות בזמן משבר בכל מסגרת בה הם עובדים, ובעיקר במסגרות בריאות הנפש. גורמי המשבר השכיחים נובעים מגירויים מסכנים כגון: מלחמה, פעילות איבה, משברים כלכליים, מחלות ומוות, כמו גם גורמי משבר הנובעים מהתמודדות עם משימות מעגל החיים.

העובד הסוציאלי במערכות בריאות הנפש נדרש להעריך את האפשרויות והסכנות להתפתחות המשבר, הערכה זו מתייחסת לשלבי התפתחות המשבר, מאפייני גורם הדחק, הערכת הגירוי או האירוע המסכן, המבנה הפסיכולוגי של הפרט, אופי המשבר כשהוא בשיאו, ותהליך התפתחות המשבר.

העובד הסוציאלי נדרש להעריך: תגובות נורמליות ופתולוגיות למצב דחק, הלימה בין מצב הדחק מבחינת עוצמתו לבין התגובה הנפשית של הפרט, כוחות, שימוש במנגנוני הגנה, רמת האיום האובייקטיביות לעומת רמת האיום הנחוות עד כדי חווית איום המעוררת תחושה קטסטרופלית פנימית של סף שיגעון ואובדן עשתונות, אובדנות, חרדה וסימפטומים אחרים המסכנים את הפרט ו/או את סביבתו. יכולתו של הפרט לעבור את שלבי המשבר לקראת התארגנות מחודשת, תוך זמן סביר. יש לזהות ולהעריך משאבים קהילתיים ולהעריך את היותם תומכים או מכבידים.

הטיפול באנשים הנמצאים במשבר דורש הערכות והפעלה מידית של טיפול. זאת תוך - הגדרת הזמן לטיפול, והגדרת המטרות הטיפוליות; עידוד ודרישה לחזרה מידית לשימוש בכוחות מקדמים לעומת שקיעה אל הרגרסיה; עידוד האגו להתארגנות כנגד פירוקו (החינוי למשל בטיפול אנאליטי); פעילות כנגד התפתחות השגת רווח משני מהמשבר.

- מבחינה רגשית חשוב לאפשר אבראקציה תוך תיקון עיוותים רגשיים ותגובות רגשיות לא רציונליות או לא תואמות.
- מבחינה קוגניטיבית, יש חשיבות לחשיפה מפורטת ומבוקרת של התהוות המשבר והגדרה מחודשת של המשבר בצורה קונסטרוקטיבית, תוך התמקדות ב"כאן ועכשיו".
- בהיבט ההתנהגותי והבין-אישי יש למקד את הטיפול בחיפוש אלטרנטיבות לפתרון, זיהוי אפשרויות התמודדות והסתגלות חדשים, זיהוי הזמינות של מקורות מידע ותמיכה ברמה הבין אישית, המשפחתית והקהילתית; עיצוב התנהגותי של סגנונות התמודדות לא יעילים לתחליפים המאפשרים הסתגלות טובה יותר.

עקרונות ההתערבות בשעת משבר

- מדיניות - מדיניות ההתערבות מגבירה את יעילותה כיון שבשעת המשבר המטופל פתוח וגמיש יותר, עדיין לא ירדה רמת החרדה ואין עדיין התארגנות של מנגנוני הגנה בעלי אפיונים פתולוגיים, או בלתי מסתגלים.
- מיקוד - המטרה לחזור לתפקודים טרום המשבר.

שלבי ההתערבות (מתוך, Dyregrov et al., 2012; Monaghan & Harris, 2015)

- א. הערכת הפרט והבעיה.
- ב. תכנון ההתערבות (הישענות על כוחות ומיומנויות של פתרון בעיות מוכר של הפרט).
- ג. ההתערבות:
 1. רכישה הבנה אינטלקטואלית של המשבר.
 2. פתיחה ובירור של רגשות שהפרט לא בקשר עימם.
 3. חקר מנגנוני ההתמודדות של הפרט.
 4. הרחבת הרשת החברתית.
- ד. זמינות, אינטנסיביות של טיפול שהוא תמיכתי בעיקרו.
- ה. המטפל דירקטיבי, פעיל, המטרה להפעיל את משאבי המטופל כדי להחזיר לו את תחושת השליטה במצב (שיקום תפקודי האגו).
- ו. מתן מידע ועימות עם הכחשות.

טיפול קצר מועד

בעשורים האחרונים נפוצות בעולם ובישראל שיטות שונות לטיפול קצר מועד ויישומן הולך ומתרחב בשירותי הרווחה ובריאות הנפש. התפתחות זו הינה תוצאה של חיפוש שיטות טיפול אישיות, קבוצתיות ומשפחתיות, שמאפשרות לקצר את משך הטיפול וכך לטפל במספר רב של מטופלים, רצון לחסוך מהמטופל סבל מתמשך, רצון להפחית בעלויות וכן למצוא שיטות יעילות וחלופיות לטיפולים המסורתיים ארוכי הטווח.

הגדרה

המונח "טיפול קצר מועד" הינו שם כללי למספר גישות טיפוליות שצמחו מכיוונים שונים של הפסיכולוגיה:

- א. מהתיאוריה הפסיכואנליטית ומדרכי הטיפול הפסיכודינמיים התפתחו שלושה זרמים: ♦ טיפול קצר (בלאק ושותפיו); ♦ טיפול ממוקד (באלינט ושותפיו); ♦ טיפול מוגבל בזמן (מאן) (מתוך: שפיר, 1993).
- ב. מהגישה הקוגניטיבית, שנציגה הוא ארייטי, שעיקר עבודתו קשורה לטיפול בחולים בדיכאון חמור ו/או עמיד, האומר שהמבנים הקוגניטיביים (רעיונות, אמונות המשגות) הם המקור הפסיכולוגי להפרעה הדכאנית.
- ג. מהגישה ההתנהגותית, שמטרתה שיפור בהתנהגויות מסוימות המעיקות על האדם, בין אם בחסרונן ובין אם עקב שכיחותם הגבוהה (סלונים-נבו, 2013).
- ד. בסיס תיאורטי אקלקטי שהוביל לגישת הטיפול קצר המועד הממוקד בבעיה.

האספקטים המשותפים לכל הטיפולים קצרי המועד הם:

- א. בחירת מטופלים מתאימים - בהכללה ניתן לומר שמי שמתאים לטיפול כזה הם אנשים בפלח אוכלוסייה שמתמודד עם בעיות בחומרה בינונית, כשהקריטריונים הם: מוטיבציה גבוהה לשינוי, תלונת המטופל תחומה ומוגדרת היטב, ומטופל שיכול לעמוד באינטנסיביות הנדרשת בטיפול קצר מועד, סובלנות כלפי רגשות שליליים, מודעות פסיכולוגית, ויכולת לקיום יחסי אובייקט בשלים במידה יחסית.
- ב. מיקוד של הנושא הטיפול - הגבלה ביעדים או מוקדיות הינם תנאי הכרחי לגבי טיפול קצר מועד.
- ג. ניסוח חוזה - המתייחס להגדרת זמן הטיפול, להגדרה ותיחום הבעיה, והחלטה של המטופל להצטרף למאמץ המשותף.
- ד. מטפל אקטיבי ואמפתי.

טכניקות טיפוליות

בהכללה אפשר לומר שמדובר בטכניקות מגבילות, עבודה מהירה לכיוון חשיפה של קונפליקטים, עבודה מהירה לכיוון של תובנה, חשיפה לחרדה, חשיפה לתבניות חשיבה מעוותות, בניית ברית טיפולית ושמירה קפדנית עליה, שימוש באמפתיה, עבודה מרכזית על הגדרת היעדים הטיפוליים ושמירה קפדנית עליהם תוך התעלמות מנושאים אחרים, לימוד ברירת התנהגות חדשה ומתאימה יותר ושימוש במטפל על מנת להתנסות בסוג אחר של יחסים.

העובד הסוציאלי נדרש לידע רב בתחומים תיאורטיים רבים, ביכולת אינטגרטיבית על מנת לעשות הערכה והתערבות שבהם נדרשת התייחסות מהירה (שפיר, 1993).

התערבויות במשפחות של אוכלוסיות בריאות הנפש

תפקיד המשפחה הוא להוות בסיס לתמיכה והשתייכות ולאפשר לילדים שבתוכה להתפתח מתלות לעצמאות. משפחת חולה הנפש חשה כישלון במילוי משימה זו, שכן חולה הנפש תלוי בדרך כלל במשפחה ואינו מתפקד כמבוגר עצמאי (ברוק-שפיר ושליו, 2013; לוי, 2008).

ההתערבות והטיפול במשפחות נפגעי נפש צריכים לקחת בחשבון את הממדים של האבחון שהוצגו, תוך שימת הדגש על עקרונות ההתערבות והמודל הטיפולי שיפורט בהמשך.

מטרת ההתערבות היא לתמוך במשפחה, לתת לה כלים להתמודדות, ולסייע במניעת אשפוז חוזר. התערבות זו צריכה להיות חלק מהרצף הטיפולי שיקומי בחולה עצמו בהתייחס לכוחות של המשפחה ולא לפתולוגיה. ההתערבות מושתתת על ההבנה שהמשפחה היא הנושא בעול העיקרי של הטיפול בחולה.

לכן, בהתייחס לממדים העיקריים שהוצגו באבחון, על העובד הסוציאלי לשים דגש במהלך ההתערבות עם המשפחות על העקרונות הבאים:

- א. המשפחה זקוקה לידע ומידע אודות המחלה, סימניה החיוביים והשליליים, הטיפול (כולל הטיפול התרופתי, תופעות לוואי) ופרוגנוזה.
- ב. יש לעזור למשפחה לעבור את השלבים, מהשלב של מודעות התחלתית ועד לשלב של דאגה והתארגנות לעתיד. זאת יש לעשות על ידי מתן אפשרות לביטוי רגשי, מידע ותמיכה.
- ג. המשפחה זקוקה לכלים ולמיומנויות ספציפיות על מנת להתמודד עם המחלה והשלכותיה (תקשורת, פתרון בעיות, ועוד).
- ד. תמיכה - אופייה של המחלה וההתמודדות הממושכת מחייבת תמיכה לאורך זמן.
- ה. מעורבות משמעותית בתוכנית הטיפולית של בן המשפחה החולה במחלת נפש.
- ו. המשפחה זקוקה למידע בכל הקשור לשירותים ומשאבים בקהילה אשר יתנו למשפחה ולחולה עזרה חומרית ושיקומית.
- ז. ניהול (Management) תהליך ההסתגלות של בני המשפחה והמשפחה ככלל.
- ח. המשפחה זקוקה לחיזוק הדימוי העצמי והחזרת תחושת הכוח והשליטה על חייה. עזרה הדדית על ידי מפגש עם משפחות אחרות יכולה לתרום רבות לצרכים אלה.
- ט. עזרה להסתדר עם בעיות במישור של החברה הרחבה.
- י. יש לעורר את מודעות חברי המשפחה לצרכים של עצמם, צרכי הילדים הבריאים ולעזור להם למצוא משמעות בחייהם מעבר לטיפול בבן המשפחה החולה.
- יא. משפחות זקוקות לעיתים לתמיכה והדרכה בבעיות נוספות שנוצרות עקב המחלה כמו יחסים בין בני זוג, או בעיות שנוצרות עם הילד הבריא. יש להתייחס אליהם במידה והמשפחה מעוניינת.

מודל ההתערבות

המודל להתערבות לוקח בחשבון את האלמנטים הבאים:

- (1) התהליך המשברי שהמשפחה עוברת ועיבוד האבל על רגשות האובדן: ההתערבות לוקחת בחשבון את השלב שבו נמצאים בני המשפחה, ותפקיד העובד הסוציאלי הוא לעזור למשפחה ולפרטים שבה לעבור את כל השלבים ולהציע תכנית התערבות מתאימה בהתאם לכך.
 - (2) סוג הדחק, כרוני או מצרפי: אופיו השונה של הדחק מצריך פיתוח תכניות שונות למשפחות. לדוגמה: תכנית מתמשכת של תמיכה למשפחות הסובלות מדחק כרוני לעומת סדנאות תקשורת, פתרון בעיות וכו' למשפחות הסובלות מדחק מצרפי. הבנת אפיוני שני סוגי הדחק תוריד את התסכול אצל העובד הסוציאלי מ"חוסר תזוזה" של משפחות במצב דחק כרוני אך תחייב תמיכה והדרכה לאורך שנים.
 - (3) עזרה עצמית-הדדית: ערכה רב בהקלת המצוקה ובחיזוק הדימוי העצמי של המשפחה. הורים, אשר נמצאים בשלב השמיני בו הם מאמינים בניסיון של משפחות, ייהנו מהשתתפות בקבוצה הן כעוזרים והן כנעזרים.
 - (4) הגישה הפסיכו-חינוכית: לפי גישה זו תפקיד המטפל הוא למפות את כוחות המשפחה, לא רק על פי מרכיב אחד, אלא על פי מכלול רחב יותר של מרכיבים. זאת על מנת לאפשר התערבות טיפולית מגוונת יותר, המכוונת להתמודדות או לחילופין להרחיב את הבנת המטפל לגבי קשיי המשפחה והצורך שלה בתמיכה.
- א. לעודד את המשפחה לתמוך בטיפול תרופתי לחולה.
- ב. להקטין את המגע בין החולה למשפחה, דהיינו לעודד מעבר החולה לדיור עצמאי, או לסייע לפרטיות החולה בביתו.
- ג. לעזור למשפחה לקיים רגשות מובנים נמוכים. דהיינו - להפחית עוינות, ביקורת ומעורבות יתר, ולספק יותר תמיכה, הערות חיוביות ואמפתיה.

טיפול קבוצתי

ראו לעיל - התייחסות לקבוצות לנפגעי נפש ולבני משפחותיהם.

שיקום פסיכו-סוציאלי

שיקום פסיכיאטרי במובנו הרחב, משמעו - התערבויות בתחום הפסיכו-סוציאלי. שיפור הקשרים הבין-אישיים והחברתיים, והתערבויות פסיכו-חינוכיות עם המשפחות שמטרתן לבנות סביבה מאפשרת שתתמוך בשיקום.

- שיקום ברמה האישית משמעותו - שאסטרטגיות ההתערבות הנפוצות הן פסיכו-חינוכיות והתנהגותיות-קוגניטיביות. הגישות הללו מתבססות על מתן מידע לחולה אודות מחלתו, דרכי הטיפול בה, וההתמודדות איתה. טכניקות בשימוש הן - למידת מיומנויות חברתיות, תקשורת אפקטיבית ודרכים לפתרון בעיות, בדגש על לימוד והקניית מיומנויות.

- שיקום חברתי - מתמקד בזמן פנוי, סיוע בלמידת והקניית מיומנויות בסיסיות לפיתוח יחסים בין-אישיים.
 - אחד הקשיים הבולטים של חולים הסובלים מסכיזופרניה היא התפקוד במגוון של מערכות יחסים בין-אישיות. לפרטים אלו לרוב יש קושי לתקשר ולהביע את צורכיהם ורגשותיהם בפני חברי המשפחה, ובכך נמנעת מהם האפשרות לתמיכה בעתות משבר. קשיים אלה בולטים יותר בסביבה הקהילתית ומונעים יצירת ידידיות. מתוארות תכניות מובנות בקהילה העוסקות בתחומים הנחוצים לתפקוד חברתי, כמו: תרגול ניהול שיחה, "איך עושים חברים", פתרון קונפליקטים, קריאת תגובות לא וורבליות, מיומנויות במחוות חברתיות. מרבית תכניות אלו הן קבוצתיות, ומתקיימות בקהילה, או במחלקות שיקומיות, ארוכות טווח.
 - שיקום תעסוקתי - המבוסס לרוב על מסגרות מוגנות, כשלב מקדים ליציאה לעבודה במסגרת "רגילה".
 - שיקום ברמת המשפחה - ראה סעיף "התערבויות במשפחות אוכלוסיית בריאות הנפש".
- שיקומו של חולה הנפש הוצב כמטרה ב"חוק שיקום נכי נפש בקהילה" (2000) המנסה באמצעות סל השיקום לתת מענה ייחודי המותאם לחולה וצרכיו (אבירם, 2012).

ניהול ותיאום טיפול (Case-Management)

בין התפקידים החשובים של עובד סוציאלי בבריאות הנפש הינו הטיפול והאחזקה של נפגעי נפש בקהילה. במסגרת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" (2000) פועלים מתאמי טיפול. גלטלי ועמיתיו (Galletly et al., 2016) מציגים מסמך ובו קווים מנחים לתפקיד מתאם-טיפול בחולים הלוקים בסכיזופרניה, הכולל יישוג, מעורבות של גורמים שונים בקהילה ו"תפירת חליפה" ייחודית לכל מטופל בהתאם לצרכיו.

בריאות נפש קהילתית

ב-1970, במסגרת תכנית הרה-אורגניזציה של שירותי בריאות הנפש, הוקמו המרכזים הקהילתיים הראשונים לבריאות הנפש. תכנית זו הציעה מערכת טיפול כוללת, אינטגרטיבית ומערכתית. התכנית רואה את המרכז קהילתי לבריאות הנפש כחלק מהקהילה בה הוא פועל תוך התאמתו לצרכיה המשתנים ותוך שיתוף פעולה מלא עם שאר השירותים הפועלים בה לשימוש במענים קיימים ולפיתוח משאבים חדשים. כאמור ההדגש הוא על עקרונות של: שוויוניות, טיפול כוללני, רצף טיפול, נגישות וזמינות שירותי בריאות הנפש לכל קשת הגילים ולכל סוגי הפסיכו-פתולוגיה, מעורבות קהילתית ומניעה.

מרכז קהילתי לבריאות הנפש רואה במתן שירותי מניעה בכל רמותיה את עיקר תפקידו (מתוך: McGrath & Holewa, 2004):

- מניעה ראשונית - כוללת איתור מוקדם של אוכלוסייה בסיכון להתפתחות מחלות והפרעות נפשיות ואבחון צרכיה.
- מניעה שניונית - התערבות בשעת משבר לצורך מניעת החמרה וכרוניזציה של בעיות ומחלות נפשיות.
- מניעה שלישונית - פעילויות המכוונות למיתון בעיות המתעוררות והקשורות למחלה או להפרעה נפשיות. הן מיועדות להגברת תפקודו הכולל של הפרט למרות המחלה ולקידום בריאותו הנפשית.

רמות מניעה אלה תקבלנה משקל שונה בהתאם לצורכי האוכלוסייה אותה משרת המרכז.

באוניברסיטת חיפה קיים החוג לבריאות נפש קהילתית שהוקם על מנת לענות על הצורך ברכישת ידע ובהכשרת נותני שירותים בתחום בריאות נפש בקהילה. הלימודים מתמקדים בשיקום פסיכיאטרי מתוך אימוץ ערכי גישת ההחלמה, קידום הבריאות הנפשית של פרטים וקהילות ולימוד סוגיות בבריאות הנפש של אנשים עם מוגבלויות לצורך העצמתם.

ספרות ומחקר בתחום

פרק זה אינו מסכם את כלל השדה המחקרי הקיים בעבודה הסוציאלית בבריאות הנפש. שדה מחקרי זה הינו רחב ועצום ובחלקו משיק לשדה המחקרי של המקצועות השונים בתחום בריאות הנפש: הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והשדה המחקרי בתחום המשפחה ובתחום השיקום. בצד אין ספור תזות ועבודות דוקטורט, שנערכות בתחום ומאמרים רבים בכתב העת "*חברה ורווחה*", בחרנו לציין רק מספר ספרים שנכתבו בישראל.

א. השיקום הפסיכו-סוציאלי - ספרם של פרבשטיין והידש (1997), העוסק בדיווחים קליניים של שיקום נפגעי נפש בקהילה מהווה ספר בסיסי לעוסקים בתחום.

בין הראשונים שדיווחו על ממצאיהם בחקר התערבויות שיקומיות פסיכו-סוציאליות בארץ היה כנען, וכיום אחת הדמויות הבולטות הרואה כשליחות את הדגשת התחום בקרב העובדים הסוציאליים הוא מקס לכמן. בין אחרים, אשר פרסמו מניסיונם הקליני נמנים - דויטש (1991) ממכון "סאמיט"; חטיב, שבחן את המועילות של ההוסטל השיקומי שליד המרכז הרפואי לבריאות הנפש טירת כרמל במניעת אשפוזים חוזרים ובתהליך השיקומי; גולדברג דה-הרטון שבדקה מהי תפיסתם של החולים עצמם את מושג השיקום.

ב. בריאות נפש קהילתית - הדמות הבולטת בחקר תחום זה בארץ הוא פרופ' אורי אבירם, אשר התמקד במדיניות ויישומה בארץ, תוך מבט על האתגרים לאנשי המקצוע לאור התפתחות בתחום בעולם.

ג. יעילות התערבויות (פרטניות וקבוצתיות) בטיפול בפרטים הסובלים ממחלות והפרעות נפשיות - מרבית המחקרים בתחום נערכו שלא בארץ, אם כי ב"חברה ורווחה" וב"שיחות" מופיעים מאמרים רבים שקצרה

היריעה מלהציג את כולם, וכן בז'ורנלים בין-לאומיים (כמו למשל, Clinical Social ,Psychotherapy ,Work Journal ,Psychoanalytic Social Work).

ד. יעילות התערבויות בטיפול בילדים ונוער הסובלים מהפרעות נפשיות - שדה מחקרי זה מתמקד בהתערבויות הן פסיכו-דינמיות והן התנהגותיות וקוגניטיביות עם ילדים, נוער ומשפחותיהם, הן בספרות העולמית (ראה למשל, הז'ורנל – Journal of child Psychotherapy, בצד מאמרים רבים בז'ורנלים העוסקים בפסיכותרפיה) והן בארץ ("שיחות", "חברה ורווחה").

ה. התערבויות בקרב משפחות נפגעי נפש - מהראשונות שדיווחו במאמר קליני על התערבות משפחתית הן טוקר, ווגנר הראל וברוק-שפיר, פרי עבודתן ב"אנוש". לא מכבר פורסם מאמר של דר' קורין-לנגר ועמיתותיה, העוסק בעמידות בקרב בני משפחה המטפלים בקרוב נפגע נפש.

לאחרונה נצפה גידול בולט באתרי מידע לתחומי פגיעות נפשיות שונות וכן מידע אודות עמותות שונות באינטרנט.

להלן כתבי עת הרלוונטיים לתחום המומחיות

כתבי עת ספציפיים לתחום העבודה הסוציאלית בבריאות נפש

- British Journal of Social Work
- Child and Family Social Work
- Community Mental Health Journal
- Clinical Social Work Journal
- Gerontology and Social Work
- Health and Social Work
- Psychoanalytic Social Work
- Psychosocial Rehabilitation Journal
- Research on Social work Practice

כתבי עת מתחום העבודה הסוציאלית, אשר עוסקים גם בבריאות נפש

- חברה ורווחה
- ביטחון סוציאלי
- British Journal of Social Work
- Research on Social work Practice
- Smith College Studies in Social Work
- Social Work

- American Journal of Geriatric Psychiatry
- American Journal of Orthopsychiatry
- American Journal of Psychiatry
- American Journal of Psychotherapy
- Archive of General Psychiatry
- British Journal of Psychiatry
- Comparative Psychiatry
- General Hospital Psychiatry
- Hospital and Community Psychiatry
- International Journal of Eating Disorder
- International Journal of Group Psychotherapy
- International Journal of Law and Psychiatry
- Israeli Journal of Psychiatry
- Journal of Clinical Psychiatry
- Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Journal of Nervous and Mental Disorder
- Journal of Mental Health Administration
- Journal of Mental Health UK
- Journal of Personality Disorder
- Journal of Psychiatry Research
- Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry
- Journal of the American Psycho-Analysis Association
- Journal of Trauma and Stress
- New Directions for Mental Health Services
- Psychiatric Journal of North America
- Psychiatry
- Psychosomatics
- Psychotherapy
- Psychiatric Rehabilitation Journal
- Psychiatric Services
- Schizophrenia Bulletin

פרק שלישי: מסגרות ההכשרה והלמידה

כאמור על העובד הסוציאלי המומחה בתחום בריאות הנפש להיות בעל תואר שני.

בחלק מהאוניברסיטאות קיימות היום תכניות לימודים תחת הכותרת "מסלול טיפולי" בפרט הבוגר או הקטין (כמו, לדוגמה: באוניברסיטת בר אילן ובאוניברסיטת חיפה), אשר במסגרת הלימודים בהן רוכשים המועמדים חלק מההכשרה. לימודים אלו כוללים קורסים עיוניים (בדומה למתואר בנספח מספר 3 "קורסי החובה") ופרקטיקום המתמקד בטיפול בפרט המבוגר או הקטין. בנוסף, לצורך לימודים ייעודיים והשתלמויות להתמחות קיימים מספר מוסדות ציבוריים ופרטיים, אשר מציעים תכניות הכשרה בתחומים שונים ובשיטות מגוונות לטיפול בפרט הסובל ממחלות / הפרעות נפשיות ובמשפחתו. להלן מסגרות לימוד המכשירות את העו"ס בבריאות הנפש בלימודי המשך בתחום הייחודי להתמחות:

- אוניברסיטת חיפה, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, היחידה ללימודי המשך, התוכנית ללימודי פסיכותרפיה פסיכואנליטית, התוכנית התלת שנתית.
- אוניברסיטת תל-אביב, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, בית הספר ללימודי המשך ברפואה, התוכנית ללימודי פסיכותרפיה, תלת שנתית.
- אוניברסיטת בר-אילן, בית-הספר לעבודה סוציאלית, היחידה ללימודי המשך, התוכנית ללימודי פסיכותרפיה, תלת שנתית.
- אוניברסיטת בן גוריון בנגב, בית הספר לפסיכותרפיה, בית הספר לרפואה, לימודי המשך הפקולטה למדעי הבריאות, תכנית תלת שנתית.
- אוניברסיטת תל אביב, בית ספר לעבודה סוציאלית ' התוכנית החדשה לפסיכותרפיה פסיכודינמית, תכנית תלת שנתית.
- החברה (מכון) הפסיכואנליטי בישראל, ע"ש "אייטינגון", ירושלים, תכנית לימודי פסיכותרפיה, תכנית הדברות, לימודי המשך מתקדמים בפסיכותרפיה (בירושלים ובתל אביב).
- ה.ל.פ.ב.א בע"מ (בכפר הירוק), המרכז ללימודי פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית.
- מרכז ויניקוט בישראל, תכנית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית למתקדמים.
- מכון מגיד, התוכנית התלת שנתית של פסיכותרפיה פסיכואנליטית, המחלקה לפסיכולוגיה, בי"ס לעו"ס, היחידה ללימודי המשך מיסודה של האוניברסיטה העברית, ירושלים - תלת שנתית.
- מכון ת.ל.מ. - תכנית לפסיכותרפיה (תלת-שנתית), רשת ארצית לטיפול פסיכולוגי, ייעוץ, אבחון והכשרה, רעננה
- המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש ברזילי, אשקלון, תכנית לימודי פסיכותרפיה תלת שנתית.
- תל השומר, המסלול הייחודי התלת שנתי לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי של התכנית הישראלית לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי.
- תכנית הכשרה תלת שנתית ללימודי פסיכולוגיה של העצמי מטעם האיגוד הישראלי לפסיכולוגיית העצמי ולחקר הסובייקטיביות.
- מרכז הכשרה של מערך בריאות הנפש בצה"ל.

פרק רביעי: הקהילה המקצועית

כנסים מקצועיים

הכנסים השונים יתוארו בהתאם לגופים המארגנים ימי עיון, כנסים וסדנאות בנושא עבודה סוציאלית בבריאות נפש ובבריאות נפש בכלל.

אוניברסיטאות

- תל-אביב - היחידה ללימודי המשך בעבודה סוציאלית, בפסיכולוגיה.
- ירושלים - היחידה ללימודי המשך בעבודה סוציאלית, בפסיכולוגיה.
- בר-אילן - היחידה ללימודי המשך בעבודה סוציאלית, בפסיכולוגיה.
- חיפה - היחידה ללימודי המשך בעבודה סוציאלית, בפסיכולוגיה.
- כנסים שמארגנים בתי ספר לפסיכותרפיה (צויינו לעיל).

משרד הבריאות

- השירותים לבריאות הנפש - יום בריאות הנפש הבינלאומי.
- כנס חד שנתי לבריאות הנפש.
- כנס עו"ס בבריאות הנפש.

איגודים מקצועיים

- איגוד העובדים הסוציאליים -כנס ארצי (אחת לשנתיים).
- האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה.
- האגודה הישראלית לטיפול קבוצתי.
- האגודה לטיפול במשפחה ובחיי הנישואין.
- "איטה" - אגודה ישראלית לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי.

עמותות ומכונים פרטיים המארגנים ימי עיון, כנסים וסדנאות

- מכון "סאמיט"
- "עמך"

בנוסף קיימים כינוסים והכשרות כדלקמן -

- בארה"ב במסגרת לימודי ההמשך לקראת קרדיטציה, לדוגמה: Clinical Social Worker, או ;Mental Health Counselor (LMHC)
- באנגליה ב-Tavistock Clinic או Anna Freud Institute.

אגודות וגופים מקצועיים

- אגף ההדרכה במשרד הבריאות או מי מטעמו
- מרכז הדרכה של שירותי בריאות כללית
- נט"ל
- הקואליציה לטראומה
- "עמך"
- מכון "חרוב"
- ג'וינט-ישראל
- ג'וינט-ישראל-אשלים

תקדימים

התמחות עבודה סוציאלית בבריאות הנפש מוכרת בעולם, במיוחד בארה"ב ובבריטניה (UK).

בארה"ב ישנן שתי אפשרויות:

א. Mental Health Social Worker - לשם כך נדרש תואר שני והתמחות בבי"ח פסיכיאטרי או במסגרת מרפאתית. תפקידו כולל הערכה פסיכו-סוציאלית וטיפול (פסיכותרפיה) בחולה והתערבות עם בני משפחתו. נדרשת לצורך הכרה הדרכה לאורך שלוש שנים. בנוסף נדרשות השתלמויות המוכרות על ידי ה-Council on Social Work Education.

ב. LCSW-Licensed Clinical Social Worker - עובד סוציאלי קליני אשר לו ידע מעמיק בתחום מחלות פסיכיאטריות והפרעות נפשיות/רגשיות. לצורך הכרה - על העובד הסוציאלי להיות בעל תואר שני, התמחות של שלוש שנים לפחות לימודי המשך (שאינן במסגרת לימודי התואר השני) והצלחה בבחינות הקרדיטציה. כך למשל בקליפורניה נדרשות 57 שעות לימודי המשך ו-3200 שעות טיפול המלוות בהדרכה טרם הבחינה. במדינת ניו-יורק נדרשות 60 שעות סמסטריאליות + 30 שעות של לימודי השלמה + 12 שעות לימוד בתחום התמחות, לפחות 900 שעות טיפול וניסיון של שלוש שנים לפחות לאחר סיום לימודי התואר השני, כל זאת טרם הבחינה.

בבריטניה (UK), התואר הוא Psychiatric Social Worker ועל העובד הסוציאלי לקבל הכשרה בהתאם לדרישות ל-Approved Mental Health Professional and Approved Approved Clinician בהתאם ל-Mental Health Act 2007. ההכשרה הנדרשת היא תואר שני או דוקטורט בתחום בריאות הנפש, התמחות בעבודה בבי"ח פסיכיאטרי או במרפאה לבריאות נפש המלווה בהדרכה.

הגוף המכיר בהתמחות העובד הסוציאלי הפסיכיאטרי הוא General Social Care Council (GSCC) השייך ל-Department of Health.

פרק חמישי: סיכום

כללי

הפרקים שהובאו לעיל משקפים את הידע הנרחב והמגוון הנדרש מהעובד הסוציאלי המומחה בתחום בריאות הנפש. העובד הסוציאלי המומחה, מתוך הידע שרכש וההתנסות הקלינית שלו יערוך אבחון מקיף ורב ממדים של צרכי המטופל ומשפחתו. אבחון זה כולל אבחון פסיכו-סוציאלי, וכן אבחון פסיכיאטרי (לאור עקרונות ה-DSM או ה-ICD), אבחון משפחתי ואבחון המתייחס לרמת ארגון האישיות. זאת לאור ההבנה את עולמו הפנימי של המטופל (אבחון פסיכו-דינמי). תהליך אבחון מקיף זה יעריך את צרכיו הטיפולים והשיקומיים של המטופל ומשפחתו, משאביו וכוחותיו. לאור האבחון ניתן לגבש תכנית טיפולית הכוללת בחובה את דרכי ההתערבות הדיפרנציאליות הטובות והמתאימות ביותר לאור ידע תיאורטי ומחקרי עדכני. דרכי ההתערבות / הטיפול של העובד הסוציאלי המומחה יישלבו ידע עדכני של מתודות וגישות טיפוליות שונות, טכניקות הנגזרות מתיאוריות שונות, והערכה מעצבת.

נדרש ניטור (monitoring) לאורך כל תהליך הטיפול, כמו גם הערכת העובד את הצורך לפנייה להתייעצות עם מומחה אחר שלו ידע מעמיק בתחום טיפולי ספציפי.

כפי שצוין לעיל העובד המומחה ירכוש ידע בתחומי הטיפול השונים (מגישות פסיכו-דינמיות, קוגניטיביות-התנהגותיות, גישות משפחתיות-מערכתיות שונות, גישות ותיאוריות שונות של טיפול קבוצתי, טיפול קצר מועד וטיפול בשעת משבר), אשר יאפשרו לו שילוב של טיפול פרטני, משפחתי וקבוצתי בהתאם לאבחון המשולב של מצבו הנפשי, צרכיו, כוחותיו ומשאביו של המטופל. כמו כן יתערב בקהילתו של המטופל למען רווחתו ושיקומו.

תכנית טיפול זו כוללת בחובה גם את השינויים הנוכחיים במדיניות משרד הבריאות הדוגל בקיצור משך האשפוזים הפסיכיאטריים והעברת מרכז הכובד של הטיפול השיקומי לקהילה.

לאור מדיניות זו נדרש מהעובד הסוציאלי המומחה -

- לערוך הערכה משולבת המתייחסת לכישוריו, היכולת התפקודית בתחומי החיים השונים, כוחותיו ומשאביו של המטופל יחד עם הידע שלו לגבי מסגרות ושירותים בקהילתו;
- לסייע למשתקם פגוע הנפש בתהליך מציאת מסגרות התואמות לצרכיו ושאפיותיו לשם הצלחת יישום תכנית השיקום;
- לעבד תכנית זו עם המשפחה וללוות את המטופל בתהליך ההשמה. בנוסף, בתהליך גיבוש התכנית על העובד הסוציאלי המומחה, אשר מיומן בעבודת צוות, להנחיל את הידע הייחודי שלו גם לאנשי צוות ממקצועות טיפוליים אחרים (כפסיכיאטרים, פסיכולוגים וכדו') למען קידום המענה הדיפרנציאלי למטופל הספציפי.

לצורך מיצוי זכויות והגנה על טובתו של המטופל על העובד המומחה להיות בעל ידע עדכני בתחיקה הן בתחום בריאות הנפש (חוק שיקום נכי נפש, חוק טיפול בנפגעי נפש וחוק זכויות החולה) ובתחומים רחבים נוספים; כמו לדוגמה: הגנת אוכלוסיות נפגעות (התעללות בילדים, נשים מוכות).

על העובד הסוציאלי המומחה להפגין מנהיגות מקצועית, שתבטא בקידום פרויקטים ייחודיים והעשרת הידע של הכפופים לו מתחום העבודה הסוציאלית והנחלת הידע שלו לאנשי הצוות האחרים (הן במהלך העבודה השוטפת והן בהרצאות יזומות).

מומחיות בתחום בריאות נפש משמעה הצגת יכולת תיאורטית, ידע וניסיון בתחומי האבחון, דרכים ושיטות להתערבות, שיקום נפגעי נפש, החוק (הנוגע לתחום בריאות הנפש - בגירים וקטינים), וכן ניסיון וידע בתחום המשפחה לצורך התערבות עם משפחותיהם של נפגעי נפש או פרטים הסובלים מהפרעות נפשיות, ו/או משפחתו של הקטין הסובל מהפרעה/ מחלה נפשית או רגשית. לפיכך, ההכשרה לקראת קבלת מומחיות תתבסס על ידע, והתנסות בשדה בהדרכת מדריכים מומחים.

לאור המצוין לעיל על המומחה בתחום בריאות הנפש לרכוש לו ידע בקורסים העוסקים בנושאים הבאים -

1. תיאוריות שונות בתחום התפתחות תקינה, התפתחות פסיכופתולוגיה.
2. תיאוריות פסיכו-סוציאליות בתחומי ההתערבות עם אוכלוסיות (קטינים ובוגרים) הסובלות ממחלות נפשיות, הפרעות נפשיות וקשיי הסתגלות ומשפחותיהם. ידע זה יתייחס לאבחון, הערכת סיכון, מיומנויות טיפול ממושך, טיפול קצר טווח, התערבויות פרטניות, קבוצתיות ומשפחתיות בכל טווח הגילאים.
3. תיאוריות בתחום שיקום של נפגעי נפש ומשפחותיהם וידע בתחום ניהול טיפול ובריאות נפש קהילתית.
4. ידע בתחום החוק הרלוונטי לתחום בריאות הנפש.

רשימת הקורסים הנדרשים להכשרה כמומחה בבריאות הנפש ראו בנספח מספר 1.

מגמות עתידיות

הרפורמה המבנית ולאחרונה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש בישראל, מהווים תהליכים המדגישים את הצורך בהגדרת ייחודיות ומומחיות העובד הסוציאלי בצוות הרב-מקצועי. במקביל יש צורך להתמקצעות והתמחות בתחומים הרלוונטיים לעבודה במערך בריאות הנפש, אשר דורשים את התערבות העובד הסוציאלי. בין אלו נכללים: טראומה ופוסט-טראומה, משברים על רקע אירועי חיים, נפגעי/ות טראומות במשפחה כהתעללות מינית או פיזית והזנחה קשה (ילדים ונוער ומבוגרים), מגדר וכדו'; זאת בצד הטיפול בחולה הפסיכיאטרי "המסורתי" וההתערבויות הנעשות במשפחתו של החולה ובקהילתו (הן של החולה הבוגר והן של הקטין הנזקק לשירותי בריאות הנפש).

ריבוי של המגזרים, התרבויות ומצבי החיים המורכבים בישראל, מחייב למידה ייעודית בתחום והתייחסות למאפייני התרבות כחלק בלתי נפרד מהטיפול במערך בריאות הנפש וכגורם משמעותי בשיפור איכות הטיפול והצלחתו. צמצום ימי האשפוז וחזרה מהירה ככל שניתן לחיים בקהילה חידדו את ההבנה שכדי לאפשר תהליך מוצלח על אנשי הצוות הרב מקצועי - ובעיקר העובדים הסוציאליים - להסתכל על הפרט כחלק ממערכת משפחתית ולאתר את נקודות החוזק והחולשה.

הבנה זו מובילה גם את הנהלת האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות לראות את הטיפול במשפחות כסוגיה משמעותית ביותר ואת חשיבות ההתערבות עם המשפחות על כל הרצף, במניעת אשפוזים חוזרים וקיצור ימי אשפוז. בקרוב יופץ לכל המסגרות נוהל המגדיר את הטיפול וההתערבות עם המשפחות כחלק בלתי נפרד מהטיפול בפרט.

במסגרת "שירותי בריאות כללית" החל תהליך של בניית שירותים ייחודיים למשפחתו של המטופל, הן הבוגר והן הקטין וזאת לקידום מצבם הנפשי/רגשי של המטופלים.

לעובדים סוציאליים בכירים מתאפשר לגשת למכרזים לניהול מרפאות לבריאות הנפש והם מתחרים על תפקיד זה מול פסיכיאטרים ופסיכולוגים. הגדרת מסלול מומחיות מקצועי לעובדים סוציאליים בבריאות הנפש יאפשר להם מיצוב ראוי מול המקצועות האחרים.

המלצה לחברי ועדת הרישוי (לפי א"ב)

יו"ר: פרופ' ריקי פינצי-דותן

חברים -

- גב' אווי גוגנהיים-שביטה
- גב' אסתי הירשפלד
- מר אייל זהבי
- גב' חיה ישראל
- גב' דורית לזין
- מר איתן סטמרייר
- גב' לינור רכב
- דר' יהודית שר

בנוסף, בידי המשרד רשימת המומחים שהוכרו עד כה.

נספחים

רשימת הקורסים הנדרשים להכשרה כמומחה בבריאות הנפש

המועמדים לקבלת מומחיות ילמדו ויכשירו עצמם בנושאים הבאים:

א. **קורסי חובה** (נדרשות 336 שעות)

(1) התפתחות תקינה לאורך רצף החיים (56 שעות)

הבנה בסיסית של ההתפתחות לאורך רצף החיים: גורמים סביבתיים ותורשתיים בהתפתחות, טמפרמנט, מאפיינים התפתחותיים בגיל הינקות והילדות: תהליכים קוגניטיביים, רגשיים, חברתיים ומוטוריים, עיכוב התפתחותי; גיל ההתבגרות: שינויים פיזיולוגיים, חברתיים, פיתוח זהות; הבגרות והזקנה. הבנת תהליכים אלו לעומקם תאפשר לזהות מצבים, על רצף ההתפתחות, העלולים ליצור קשיים בעתיד, או מהווים את הבסיס להתפתחות הקשיים הנוכחיים.

(2) פסיכופתולוגיה לאורך רצף החיים (56 שעות)

הבנה בסיסית של הפנומנולוגיה של הפרעות הנפשיות השונות מן ההיבט הקליני. הכרת הסימפטומים והתסמונות הנפשיות, תיאורם וזיהויים. המבנה הבסיסי של האטיולוגיה, הגורמים והרקע לתופעות פסיכו-פתולוגיות מן ההיבט הביולוגי, הפסיכולוגי והחברתי שלהן. ההשפעות של משתנים חברתיים כמעמד חברתי, תפקיד מין ורשת חברתית בגרימה ובמהלך הקליני של מחלות-נפש.

(3) תיאוריות אישיות (56 שעות)

המטרה לרכוש ידע בתיאוריות האישיות המרכזיות: הפסיכואנליזה הפרוידיאנית, גישות פסיכואנליטיות שלאחר פרויד כתיאוריות של יחסי אובייקט (מלני קליין, ביון, וויניקוט מאהלר, קרנברג, ואחרים), ego psychology, self-psychology ותיאוריות בנות זמננו כאינטר-סובייקטיביסטים, ואחרים.

(4) עקרונות בטיפול בפרט (56 שעות) לבחירה -

א. טיפול פסיכו-דינמי

פיתוח הבנה קלינית ותיאורטית של הטיפול הדינמי-פרטני. הכרת מכלול התהליכים המאפיינים את הטיפול הדינמי: אבחנה והערכה, העברה, נגדית, הזדהות השלכתית, הכלה, פרוש. סוגיות שונות הקשורות לקומוניקציה עם המטופל: שתיקה, שעמום, acting out וכו'.

ב. טיפול קוגניטיבי התנהגותי

הכרת עקרונות המודל ההתנהגותי: התבנית הקלאסית והאופרנטית, הכרת גישות טיפוליות בתיאוריה הקוגניטיבית, מושגי יסוד ואסטרטגיות טיפוליות; כמו הטיפול המציאותני, הגישה הרציו-ריגושית כשיטות התערבות במצבי דיכאון, חרדה ופוביות וכדו'.

ג. טיפול בילדים ונוער

הבנת עולמו הפנימי של הילד והמתבגר מתוך אינטגרציה של גישות תיאורטיות שונות לטיפול בילדים (יחסי אובייקט, יישומם לטיפול בילדים של ה-self-psychology ותיאוריית ההתקשרות). למידת תהליך האבחון

של הילד במשפחתו ובחירת מטרות טיפוליות בהתאם, מהלך הטיפול ושלביו, סוגיות הייחודיות לטיפול בילדים: play therapy גבולות והתמודדות עם acting-out, העברה נגדית, הקשר עם ההורים. סוגיות ייחודיות בטיפול במתבגרים.

(5) טיפול במשפחות במצבי משבר וחולי (28 שעות)

הכרת המודלים המסבירים את התהליך האישי והמשפחתי, תפקיד המערכת המשפחתית והדיאלוג המשפחתי בהתמודדות עם מצבי לחץ ומשבר. הבנת הכוחות האינדיבידואליים והאינטגרטיביים הפועלים במשפחה וממדי הלכידות וההסתגלות של משפחה אשר מהווים חלק מרשת המשאבים. הכרת תופעות משבריות המאפיינות את המשפחה לאור מחזור חיי משפחה ובאינטראקציה עם לחצים ומשברים.

(6) היבטים במדיניות, חקיקה ואתיקה בבריאות הנפש (28 שעות)

הבנה של היבטים של מדיניות ושל חוק בכל הנוגע להענקת שירותי רווחה לאוכלוסייה בישראל. ההסדרים החוקיים הם הביטוי המעשי להלך הרוח בתחום המדיניות בבריאות הנפש, והם אלו המאפשרים את המסגרת והבסיס החוקי לעבודתו השוטפת של העו"ס בבריאות הנפש הן בתחומי הביטחון הסוציאלי והן בתחומי הרווחה האישיים (סיוע וטיפול לפרט).

הכרת החוקים בתחום עבודתו של העו"ס בבריאות הנפש: החוק לטיפול בנפגעי נפש, חוק זכויות החולה, חוק שיקום נפגעי נפש, חוק הנוער טיפול השגחה, חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, וכדו'. הבנת ההיבטים המשפטיים לגבי הפעלת סמכויות טיפוליות מתערבות על-ידי עובדים סוציאליים בקרב אוכלוסיית בריאות הנפש וקטינים.

ב. קורסי רשות (נדרשות בסך הכל 112 שעות)

(7) שיקום פסיכו-סוציאלי ותיאום טיפול (28 שעות)

השיקום הפסיכו-סוציאלי הינו תהליך שמטרתו לשפר את היכולת התפקודית ולצמצם ככל האפשר את ההשפעה של המגבלות הנובעות מהתמודדות עם נכות נפשית, תוך התמקדות בכוחות על מנת להגיע לרמה האופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה.

ידע במושגים הבסיסיים בשיקום וייחודם בתחום בריאות הנפש. הערכה תפקודית-שיקומית, אשר מתייחסת לבדיקת הכוחות והמיומנויות שקיימות וניתנות לשיפור וגם לחסרים שניתן לעבוד עליהם. בניית תכנית שיקומית אישית, חברתית, משפחתית, תעסוקתית או חינוכית ודיוור בהתאם לצרכיו של המטופל.

(8) ניהול טיפול, עקרונות בבריאות נפש קהילתית (28 שעות)

ניהול טיפול (case management) הוא מערכת מקצועית מתואמת שמטרתה לדאוג לכך שיופקו שירותים מגוונים ומתאימים לאוכלוסייה מוגדרת בעלת צרכים מגוונים ו/או מורכבים. תפקיד המנגנון לאתר, לתאם, לווסת משאבים ושירותים על מנת להבטיח טיפול נאות. הכרת המסגרות השיקומיות בקהילה (בי"ס ייחודיים לקטינים הסובלים ממחלות או הפרעות נפשיות, הוסטלים, יחידות שיקום לדיוור מוגן, תעסוקה מוגנת ונתמכת, מועדונים, השכלת נתמך וכו').

9) מדיניות בבריאות נפש (28 שעות)

הכרת היבטים שונים של המדיניות בבריאות הנפש, מודלים של מדיניות בריאות הנפש בישראל ובארצות המערב, אספקטים כלכליים, חברתיים וערכיים של מדיניות והמעבר מאשפוז לחיים בקהילה. הסוגיות החברתיות הקשורות בתפקידו של העובד הסוציאלי בשרותי בריאות הנפש, בעבודה עם חולים ומשפחותיהם, בטיפול ובשיקום, וכן עבודה בצוות רב מקצועי ועם גורמים שונים בקהילה.

10) עקרונות בטיפול משפחתי (28 שעות)

הכרת עקרונות הגישה המערכתית בטיפול המשפחתי על-פי המודלים השונים: הגישה הפסיכו-דינמית, הגישה האסטרטגית, הגישה המבנית, הגישה האקזיסטנציאליסטית – הומניסטית, טיפול משפחתי התנהגותי-קוגניטיבי וכדו'.

11) עקרונות בטיפול קבוצתי (28 שעות)

הכרת הגישות התיאורטיות השונות בבסיס הטיפול הקבוצתי. למידה תאורטית של הנושאים: בניית קבוצה, זיהוי והבנה של השלבים השונים בתהליך הקבוצתי, יחידת ההנחיה ומיומנויות התערבות.

12) ניהול טיפול, עקרונות בבריאות נפש קהילתית (28 שעות)

ניהול טיפול (case management) הוא מערכת מקצועית מתואמת שמטרתה לדאוג לכך שיספקו שירותים מגוונים ומתאימים לאוכלוסייה מוגדרת בעלת צרכים מגוונים ו/או מורכבים. תפקיד המנגנון לאתר, לתאם, לווסת משאבים ושירותים על מנת להבטיח טיפול נאות.

ה"אל-מיסוד" והתנועה לפסיכיאטריה הקהילתית הסיתו את המוקד של בריאות הנפש מביה"ח לקהילה, על העובד הסוציאלי להכיר השירותים הקהילתיים, יחד עם פעולה יוזמת לבניית שירותים אשר יתנו מענה הולם לצורכיהם של נפגעי הנפש בקהילה.

13) טיפול קצר מועד (28 שעות)

הדינמיקה של התרבות בת זמננו והאילוצים הכלכליים כיוונו גם את מקצוע העבודה הסוציאלית לתת מענה יעיל לבעיות בזמן קצר. הכרת גישות התערבות שונות עם הפרט והמשפחה אשר מוגבלות בזמן. הכרת המושגים מרכזיים המאפיינים התערבויות אלו כגון: מיקוד הטיפול, כאן ועכשיו, אקטיביות המטפל, ופרידה. ידע בהבחנה מהי האוכלוסייה המתאימה להתערבויות קצרות טווח.

14) התערבות בעת משבר (28 שעות)

הבנת המסגרת התיאורטית של מצבי משבר, תוך הפרדה בין המושגים דחק, מעבר ומשבר, הכרת עקרונות, תהליכים ומיומנויות אופייניים לטיפול במצבי משבר אצל הפרט, המשפחה והקהילה. ידע ביישום דרכי התערבות על-פי גישות שונות, במצבים פגיעים, כגון: משברים התפתחותיים, משברים מצביים ומצבי חירום.

15) התמודדות עם מצבי סיכון ואובדנות (28 שעות)

הבנת מניעי ההתאבדות בהיבטים אישיים, משפחתיים, חברתיים ותרבותיים. הכרת קבוצות סיכון מיוחדות, ידע בתחום ההבחנה בין מחשבות התאבדות, ניסיונות התאבדות, והתאבדות סופנית. הכרת גישות כלים וטכניקות טיפוליות ברמות פרטניות ומשפחתיות, גישות שונות בפסיכותרפיה למניעת ניסיונות חוזרים והתערבות עם משפחת מתאבד; רמות שונות של מניעה, הסברה וחינוך.

16) גיל ההתבגרות - התפתחות נורמטיבית וחריגה (28 שעות)

פיתוח והעמקת ההבנה של תהליכים התפתחותיים, רגשיים וחברתיים בגיל ההתבגרות, הן הנורמטיביים והן החריגים. הכרת תיאוריות המרכזיות התורמות להבנת תקופת גיל ההתבגרות, התייחסות לשינויים המואצים בשלב התפתחותי זה בתחום הרגשי, החברתי והמשפחתי, על רקע השינויים הגופניים-פיזיולוגיים והקוגניטיביים המתחוללים בתקופה זו. תהליכים התפתחותיים חריגים אשר מתבטאים בהפרעות אכילה, דיכאון והתאבדות, התמכרות לסמים ולאלכוהול.

17) הדרכת הורים (28 שעות)

הורות היא משימת חיים מורכבת ותובענית. השינויים החברתיים-סביבתיים המתרחשים בתקופתנו, כגון: שינוי במעמד ובתפקוד המשפחה, אנומיה של ערכים, אווירה של מתירנות ואלימות, עלייה והגירה – יצרו את מערכות התמיכה של ההורים לפחות אפקטיביות. פער הדורות, ההידרדרות שחלה בסמכות ההורית, וחוויות מעולם האישי של ההורים הנעוצות בהורות שהם עצמם חוו, מחבלים ומפחיתים ביכולתם של ההורים להתמודד עם קשייהם של ילדיהם. בעתות משבר מחריפה תחושת חוסר האונים של ההורים, הנאלצים עצמם להתמודד עם קשייהם הבין אישיים והתוך אישיים ובו זמנית לשמש כדמויות לתמיכה והזנה לילדיהם. לפיכך, על העובד הסוציאלי, הן בעבודתו עם קטנים והן בעבודתו עם בוגרים, לזהות את מצוקתם של ההורים, לפתח יכולת הבנה ואבחון דיפרנציאלי בין צרכי הילדים וצרכי ההורים והמערכת המשפחתית ולספק הדרכה ותמיכה אינטנסיבית המותאמת לשלבי השונים של משברים התפתחותיים ונסיבתיים.

18) העובד הסוציאלי במערכת המשפט (28 שעות)

הקניית מיומנויות לאבחון, הערכה והכנת חוות דעת לבית משפט, הן בתחומי צרכי הפסיכו-סוציאליים של הבוגר וסוגיות כאפוטרופסות, והן בתחום צרכי של הקטין במשפחתו ומסוגלות הורית. על העובד הסוציאלי לפתח מיומנויות אבחון והצגת מסקנותיו והמלצותיו באופן הנהיר וברור ל"שפה המשפטית" בתחומי העניין.

19) הפרעות אכילה (28 שעות).

הבנת הפרעות אכילה לפי תיאוריות פסיכודינמיות, קוגניטיביות, פיזיולוגיות, פמיניסטיות. גישות לטיפול בהפרעות אכילה (צוות רב מקצועי) ברמה פרטנית, משפחתית, קבוצתית וקהילתית. היכרות עם המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה בישראל – אמבולטוריות ואשפוזיות, פרטיות וציבוריות.

20) סוגיות בטרומה ותוצאותיה (28 שעות)

היבטים קליניים ואפידמיולוגיים של תגובות למצבי דחק קטסטרופליים ובהם השואה, מלחמות, אסונות טבע, תאונות ומחלות קשות. הכרת המודלים שונים להבנת התוצאות הנפשיות של לחץ טראומטי והשלכות של מודלים אלה לגיבוש תפיסות התערבותיות הולמות.

21) התעללות בילדים (28 שעות).

הכרת התנאים המאפשרים פגיעות בילדים, לימוד הסימפטומים המאפיינים כל סוג התעללות, איתור וזיהוי ילדים החשופים להתעללות, הבנה של הנזקים ההתפתחותיים הנגרמים לקורבנות ושל השלכות תוצאות-הנזקים המאוחרות. הכרת דפוסי ההתמודדות. מיומנויות התערבות והשלכות של תהליכים אלה על יחסי מטפל - מטופל.

22) אלימות במשפחה (28 שעות)

אלימות במשפחה מתייחסת לאלימות בין בני זוג ולאלימות הורים כלפי ילדיהם. המטרה להבין את משמעות הדינמיקה של האלימות במשפחה, כיצד היא נוצרת, העמדות והרגשות המעורבות בה, ודינמיקת היחסים. דרכים לטיפול באלימות במשפחה; שילוב גורמים קהילתיים, מטפלים נוספים והחוק העומד לעזרת העובד הסוציאלי המטפל.

23) בריאות נפש בין תרבותית (28 שעות)

הכרת השוני התרבותי/עדתי-אתני, וביטוי במערכות בריאות הנפש. יכולתו של העובד הסוציאלי לגשר על השוני התרבותי בין המטפלים והמטופלים. נושאים רלוונטיים: פסיכיאטריה תרבותית (Cultural Psychiatry), הדומה והשונה בין מערכות בריאות הנפש המודרניות והמסורתיות (כגון: סימפטומטולוגיה, קליסיפיקציה, דיאגנוסטיקה, תקשורת בין מטפל למטופל, דרכי התמודדות של פונים מחברות מסורתיות עם "בעיות נפשיות", שימוש דואלי בשתי המערכות-מודרנית ומסורתית, הקשיים שנתקל בהם העו"ס בטיפול בפונים מתרבות שונה משלו במסגרות פסיכיאטריות.

24) התמודדות עם טראומת השואה ודרכי טיפול (28 שעות)

ידע תיאורטי, היסטורי, וכלים טיפוליים להתמודדות עם טראומת השואה, היכרות עם תופעת הטראומה בדור השני לניצולי שואה וטיפול אינדיבידואלי וקבוצתי בדור זה. פיתוח הבנה לתכנים של השואה ולהעברה הבין-דורית של טראומת השואה, ורגישות לעבודה יומיומית עם ניצולי השואה והדור השני.

25) מיומנויות בטיפול לא מילולי (28 שעות)

הבנת החשיבות של ההתערבות שאינה מבוססת על המלל בלבד. התערבות לא מילולית מוצגת כהתערבות יצירתית, הכרת נושא היצירתיות בעבודה טיפולית ועקרונות להפעלת התערבות יצירתית. הכרת דרכים מרכזיות להתערבות לא מילולית: ציור, מטפורות ודמיון, עקרונות לאבחון, טיפול והערכה, טכניקות.

ביבליוגרפיה

- חוק טיפול בנפגעי נפש, התשנ"א - 1991.
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס - 2000.
- אבירם, א. (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 90, 155 - 188.
- אוסטרוב, ז. (1995). *פתרונות פתוחים, טיפול פסיכולוגי בילד ובסביבתו*. ירושלים ותל-אביב: שוקן.
- אלורז, א. (2005). *נוכחות חיה. תל-אביב: תולעת ספרים*.
- ארון, ל. (2013). *המפגש: הדדיות ואינטרסובייקטיביות בפסיכואנליזה*. תל-אביב: עם עובד.
- בולבי, ג'. (1988 / 2016). *בסיס בטוח*. תל אביב: עם עובד.
- ברוק-שפיר, נ. ושלי, ע. (2013). השפעות מערכתיות על משולש ההדרכה והמרחב הבין-אישי בתהליכי ההדרכה בשיקום. (עמ' 129 - 158). בתוך: ירושלמי, ח. באלוש, ו. *הדרכה בשיקום מוכוון החלמה בבריאות נפש, תיאוריה ומעשה*. הוצאה לאור, הקריה האקדמית אונג.
- ויניקוט, ד. ו. (1996). *משחק ומציאות*. תל אביב: הוצאת עם עובד.
- ויניקוט, ד. ו. (2010). *עצמי אמיתי, עצמי כוזב*. הוצאת עם עובד: סדרת פסיכואנליזה.
- טיאנו, ש. (עורך), *פסיכיאטריה של הילד והמתבגר* (עמ' 137-148). תל-אביב: דיונון.
- יאלום, א. ולשץ, מ. (2006). *טיפול קבוצתי, תיאוריה ומעשה*. מאנגלית: בן ציון הרמן, עריכה מדעית: גבי שפיר. ירושלים, כנרת ומאגנס.
- לוי, א. (2008). *טיפול משפחתי להורים של בן/בת עם מחלת נפש קשה: טיפול פסיכו-חינוכי משפחתי או טיפול הממוקד ביחסים*. עבודה גמר לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.
- מיטשל, ס. א. (2003). *תקווה ופחד בפסיכואנליזה*, תל אביב: תולעת ספרים.
- מיטשל, ס. א. (2009). *התייחסותיות: מהיקשרות לאינטרסובייקטיביות*, תל אביב: תולעת ספרים.
- מיטשל, ס., בלאק, מ. (2006). *פרויד ומעבר לו: תולדות החשיבה הפסיכואנליטית המודרנית*. הוצאת תולעת ספרים.
- מירום, צ., גלבוע-שכטמן, א. מור, נ. ו-מאירס, י. (2011). *טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים עקרוניות טיפוליים*. תל אביב: דיונון.
- מלכה, ט., זיסמן-אילני, י., ורועה, ד. (2015). האם וכיצד משפיע התפקוד האימהי על מהלך מחלת הנפש ועל תהליך ההחלמה של נשים המתמודדות עם מחלת נפש: סקירת ספרות. *חברה ורווחה*, ל"ה, (1) סדן, א. (1997). *העצמה ותכנון קהילתי*. תל אביב: הקבוץ המאוחד.
- סלונים-נבו, ו. (2013). *טיפול קצר מועד, גישה אסטרטגית, ממוקדת פתרונות ומוטיבציונית*. תל אביב: רמות.
- פינצי, ר. ו-טיאנו, ש. (2002). *חוק זכויות החולה והפסיכיאטריה*. הרפואה, 141, 100-102.
- פרבשטיין, מ. ו-הידש, ג. (1997). *שיקום נפגעי נפש בקהילה*. טבעון: נורד.

צ'תיק, מ. (2004). שיטות טיפול בפסיכותרפיה של הילד. תל-אביב: אח.
 קוהוט, ה. (2005). כיצד מרפאת האנליזה? ת"א: עם עובד.
 קורין-לנגר, נ., אבירם, א., וליכטנשטיין, ר. (2014). עמידות בקרב בני משפחה המטפלים בקרוב נפגע נפש.
 חברה ורווחה, ל"ד (4)
 קליין, מ. (2003). כתבים נבחרים. תל אביב: הוצאת תולעת ספרים.
 ג'ויסמן, ר. ו-גיל, צ. טיפול קבוצתי במרפאה קהילתית לבריאות הנפש. נדלה מתוך -
<http://www.annafa.co.il/%D7%98%D7%99%D7%A4%D7%95%D7%9C-%D7%A7%D7%91%D7%95%D7%A6%D7%AA%D7%99-%D7%91%D7%9E%D7%A8%D7%A4%D7%90%D7%94-%D7%A7%D7%94%D7%99%D7%9C%D7%AA%D7%99%D7%AA-%D7%9C%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA-%D7%94/>
 שפיר, ג' (1993). פסיכותרפיה מוגבלת בזמן. ירושלים, הוצאת מאגנס.

- Benns-Coppin, L. (2008). Understanding, respecting and integrating difference. In: *Therapeutic practice. Psychoanalytic Psychotherapy*, 22, 262-284.
- Brunette, M. F. & Mueser, K., T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl. 7), 10–17.
- Campbell, W. H. & Rohrbach, R. M. (2006). *The Biopsychosocial Formulation Manual: A guide for mental health professionals*. New York: Routledge.
- Chang, S., Zhang, Y., Jeyagurunathan, A., Ying, W. L., Sagayadevan, V., Chong, S. A. & Subramaniam, M. (2016). Providing care to relatives with mental illness: Reactions and distress among primary informal caregivers. In: *BMC Psychiatry*, 16 doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0786-9>
- Dyregrov, A., Regel, S. (2012). Early interventions following exposure to traumatic events: Implications for practice from recent research. In: *Journal of Loss and Trauma*, 17, 271-291.
- Finzi-Dottan R., Dayan-Gazith, E. Borosh, T. & Golubchik, P. (2016). Involvement and warmth of fathers with mental illness: The role of the caregiving system, parental self-efficacy, social support and child characteristics. *Community Mental Health Journal*, 52 (4). DOI 10.1007/s10597-016-0011-9
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielsen, O. & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 410-472.

- Horowitz, R. (2009). The Complexities of Change in the Psychotherapy of Serious Mental Illness: A Practitioner's Reflections. In: *Clinical Social Work Journal*, 37, 104-111.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S. & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. In: *The Lancet Psychiatry*, 2, 648-660.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation - individuation process. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 333 – 338.
- McGrath, P. & Holewa, H. (2004). Mental health and palliative care: Exploring the ideological interface. In: *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 9, 107-119.
- Monaghan, K., & Harris, M. (2015). Not at imminent risk: A systematic literature review. In: *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36, 459-463.
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., et al. (2013) Psychosocial treatments for schizophrenia. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497.
- San, L. Bernardo, M., Gómez, A., Martínez, P., González, B. & Peña, M. (2013). Socio-demographic, clinical and treatment characteristics of relapsing schizophrenic patients. In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 22-29

Segal, E. (2013). Beyond the pale of psychoanalysis: Relational theory and generalist social work practice. In: *Clinical Social Work Journal*, 41, 376-386.

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In: *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Summers, R. F. & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press.