# שוברים את מעגל הכרוניות באלמו"ג צעירים - יחידה לפיתוח כישורי חיים ושיקום תעסוקתי בשיקום פסיכיאטרי

רווית נאור, ענבל בועז

**רווית נאור,** BOT, לשעבר מנהלת מרכז אלמו"ג לשיקום, עמותת "איכות בשיקום". כיום אחראית ריפוי בעיסוק בחטיבה הפסיכיאטרית, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תה"ש. ravit.naor@gmail.com
**ענבל בועז,** MSc, OT, לשעבר מנהלת אלמו"ג צעירים. כיום מנהלת שיקום בתחומים חנויות וחברתי, קבוצת "שכולו טוב". inbalshalom@gmail.com

**מילות מפתח:** בריאות הנפש, שיקום פסיכיאטרי בקהילה, מבוגרים-צעירים, כישורי חיים, שיקום תעסוקתי, התנסות בעבודה, תיאור מקרה

## תקציר

משבר נפשי הפוקד אדם צעיר, קוטע את רצף ההתפתחות הנורמטיבית והבשלת הזהות העיסוקית. צעירים שחוו משבר נפשי קשה, מגיעים לגיל הבגרות עם חסך עצום מצד אחד וציפייה חברתית גבוהה מצד אחר, להשתלב במעגל החיים ובעולם העבודה. עבודה היא עיסוק משמעותי ומשמשת מדד להבדלת בריאות מחולי. בהגדרות של החלמה ממגבלה פסיכיאטרית עבודה היא מרכיב משמעותי בהשתלבות מוצלחת בקהילה. עם זאת, שיעורי התעסוקה בקרב אוכלוסייה זו, בארץ ובעולם, עומדים על 10%-20%. קושי בהשתלבות בעבודה נובע בעיקר מהיעדר ניסיון או מניסיון מועט בעבודה, וכן מליקויים שונים. ליקויים קוגניטיביים קשורים בקשר ישיר ליכולתו של האדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית לתפקד באופן כללי ובייחוד לתפקד בעבודה. ההתייחסות לנושא הזה בשיקום היא אפוא מהותית, כדי שהאדם יוכל למצות את הפוטנציאל התעסוקתי שלו. מרכז אלמו"ג (אימון, למידה וגדילה) של עמותת איכות בשיקום מספק שרשרת שירותי שיקום מגוונים לאנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, בתחום התעסוקה, הלמידה, התקשורת החברתית, שימוש בקהילה ועצמאות תפקודית. אחת היחידות במרכז היא היחידה לפיתוח כישורי חיים לצעירים, הפותחת דלת ומזמינה את אותם צעירים להתפתח בתחומי החיים שבהם נחווה פער או חסך, תוך שימת דגש על פיתוח זהותם העיסוקית. זו מסגרת המשלבת בין התנסות מעשית, רכישת ידע ולמידה מטה-קוגניטיבית. כך, נעשים קידום, הסתגלות והשתלבות במסגרות המשך. במאמר זה נתאר מקרה של צעיר שהשלים תהליך ביחידה זו.

## מבוא

שיקום בבריאות הנפש מוגדר כתהליך המקנה מיומנויות רגשיות, אינסטרומנטליות ואינטלקטואליות הנחוצות כדי לחיות, ללמוד ולעבוד בקהילה (Anthony, 2008). שירותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל התפתחו עם כניסת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה בשנת 2000 (Weissberm-Padan et al., 2006). בחוק, הוגדרו מסגרות תעסוקתיות המציעות רמות שונות של ליווי ותמיכה בתעסוקה בהתאם לצורכי האדם (פרוכטר, פרימרמן ווקס, 2007).

השתלבות בעבודה הנה מרכיב חיוני בהחלמה בעבור אדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית (Anthony, 2008). למתמודדים רצון רב לעבוד ולרכוש זהות תעסוקתית (Everett, Feaver, & Donaghy, 2003). עם זאת, יכולותיו של אדם עם מגבלה פסיכיאטרית להתמיד ולהתקדם בעבודה הולמת נמוכות מאלה של אדם ללא מגבלה (Weissberm-Padan et al., 2006). התערבויות בשיקום מתמקדות בהקניית מיומנויות כדי לקדם שילוב בקהילה, ועל כן שיקום תעסוקתי הנו מרכיב חיוני בשילוב של אוכלוסייה זו בעבודה (הדס לידור, ברויר וברלוי, 2009).

הספרות דנה בגורמים להשתלבות מוצלחת בעבודה בקרב המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, ביניהם: חוללות עצמית, שהיא אמונתו של אדם ביכולתו לבצע משימה מסוימת (Bandura, 1982), מיומנויות קוגניטיביות (McGurk, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009) ובנוסף, התערבות בגיל צעיר, המביאה לתוצאות טובות יותר (Everett, Donaghy, & Feaver, 2003).

מתוך הבנה כי אוכלוסיית הצעירים זקוקים למענה אחר, לעומת זה הניתן למבוגרים בשיקום בריאות הנפש, ומתוך חשיבה מניעתית, הוקמה היחידה לפיתוח כישורי חיים לצעירים במרכז אלמו"ג. מרכז אלמו"ג לשיקום הוקם על ידי עמותת איכות בשיקום, בסיוע משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי - הקרן למפעלים מיוחדים. המרכז כולל מסגרות לשיקום בתחום התעסוקה וכישורי חיים לגילאים שונים וברמות שונות. היחידה לצעירים לוותה במחקר של מכון ברנקו וויס מטעם הביטוח הלאומי והנעשה ביחידה נבנה על בסיס Evidence based practice. במאמר זה נתאר מקרה של צעיר שהשלים תהליך באלמו"ג צעירים.

## סקירת ספרות

### מחלות פסיכיאטריות

המחלות הפסיכיאטריות מוגדרות כקבוצה של הפרעות פסיכוטיות הפוגעות ברבדים התוך-אישיים והבין-אישיים ומתאפיינות על ידי הפרעה בחשיבה, תפיסה, אפקט, התנהגות ותקשורת, כגון: זהות עצמית פסיכוטית ועיוות בשיפוט המציאות. יותר מכול מגבלה אחרת, המחלות הפסיכיאטריות עלולות לגרום לאי תפקוד משמעותי בתחומים: עבודה, לימודים, חברה, הורות, משפחה ודאגה עצמית (Self-care) (American Psychiatric Association, 2000). הפגיעה מתרחשת באופן טיפוסי בעיקר באנשים בגיל היצירה והפוריות. קו-מורבידיות עם מחלות פסיכיאטריות הן, לרוב, הימנעות חברתית, אפתיה ובידוד, ירידה/ליקוי קוגניטיבי, דיכאון, חרדה והתמכרויות שונות לחומרים, כגון: סמים ואלכוהול (McGurk & Mueser, 2004; Kruger, 2000). בתיאור מקרה זה נתמקד בעיקר באוכלוסייה הצעירה המתמודדת עם מגבלות פסיכיאטריות.

**מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית**

בתהליך התפתחות נורמטיבית, על פי Erikson (1959), לאחר גיבוש זהות אישית וחברתית נפרדת מן ההורים בגיל ההתבגרות ("זהות לעומת בלבול תפקידים"), האדם עובר לשלב הבגרות המוקדמת ("אינטימיות לעומת בדידות"). בשלב זה, האדם מבסס את עצמו ואת מעמדו באמצעות עבודה יצרנית ומתבקש להגיע להחלטות חשובות בחייו בבחירת מקצוע ובבחירת בן הזוג לחיים. מיומנויות והרגלים, הנלמדים במהלך הילדות וההתבגרות, מניחים את היסודות לחיים הבוגרים של האדם העובד (Erikson, 1959). צעירים נפגשים, באופן טבעי, בשלבים מוקדמים של חייהם, עם אתגרים פסיכו-סוציאליים המפתחים יכולות, כגון: מתן אמון, אוטונומיה, בחירה ויוזמה. כל אלה מאפשרים מעבר מוצלח מעולם הלימודים לעולם העבודה ומגבירים את הסיכוי לחוות הצלחה, ביטחון ותחושת מסוגלות בעבודה. באופן זה, הצעירים עונים על ציפיות החברה להשתתף ולתפקד כבוגרים באופן עצמאי ויצרני (Early, 1993; Erikson, 1959; Lamb, 1982; Wehman, 1996).

כאמור, רוב המחלות הפסיכיאטריות מתרחשות בתקופת הבגרות המוקדמת, בגיל 18-30 (American Psychiatric Association, 2000). בספרות מקובל לקרוא לקבוצה זו "מבוגרים צעירים" והיא תוארה לראשונה על ידי Pepper, Krishner, & Ryglewicz (1981). השירותים הפסיכיאטריים של אותה תקופה תאמו את צורכי המתמודדים המבוגרים עם היסטוריה של אשפוזים ארוכים. עם זאת, נוצרה קבוצה גדולה של מבוגרים צעירים בגילאי 18-35, שלא נמצא להם מענה הולם בשירותים אלה ובעבורם נדרשה הקמת תכניות שיקום חדשות בטיפול הקהילתי.

צעירים אלה שואפים לחיות את חייהם באופן מלא והם בעלי אותם רצונות (עצמאות, יחסים מספקים ובניית זהות) כשל בני גילם, שאינם מתמודדים עם מגבלה (Cournos & LeMelle, 2000). כמו כן, הם שואפים לרכוש השכלה, להשיג עבודה מספקת, למצוא מקום מגורים משלהם, לקיים יחסים חברתיים, להגיע לקשר זוגי אינטימי ולהקים משפחה משל עצמם. עם זאת, המעבר בין נעורים לבגרות מתרחש, לרוב, על פי גילם ההתפתחותי ולאו דווקא על פי גילם הכרונולוגי (Giugliano, 2004). ההתמודדות עם מגבלה פסיכיאטרית בתקופת הבגרות המוקדמת, אשר מאופיינת בשינוי התפתחותי, מהווה מקור לדחק ולקשיים בהסתגלות בעיקר בתחום העבודה. החברה מצפה מהם להיות יצרניים ועצמאיים, אך עליהם להתמודד עם קשיים רגשיים, קוגניטיביים, פיזיים, התנהגותיים וחושיים הנובעים מן המגבלה (Mallory, 1996; Wehman, 1996). קשיים אלה מובילים לפחות התנסויות בפעילויות האופייניות לבני גילם, כגון: תנועות נוער, מחויבות אישית ואף שירות צבאי. כך, מצטמצמות הזדמנויות הן לעמוד בפני אתגרים והן בפיתוח אסטרטגיות להשתלבות מוצלחת בחברה ובעבודה.

**הקשר בין עבודה לבין בריאות הנפש**

האדם מטבעו הוא יצור עיסוקי. העיסוק משתנה עם הגיל ובגיל הבגרות העיסוק המרכזי הוא עבודה (Kielhofner, 2008). עבודה נתפסת כמקום שבו אדם יכול להיות יצרני ו/או יצירתי, תורם לעצמו ולחברה ויותר מכול, עצמאי ואינו תלוי בה. במחקרים רבים נמצא מתאם גבוה בין אבטלה/עוני ובין התפתחות מגבלה פסיכיאטרית והישנות אשפוזים (Jacobson & Curtis, 2000). בכל ההגדרות השונות של החלמה ממגבלה פסיכיאטרית עבודה משמשת מרכיב משמעותי וחשוב בתהליך (Anthony, 2008). מעבר להיות

עבודה יעד בתהליך החלמה, יש לה משמעות אישית וחברתית גבוהה, לא רק כמשפרת את המצב הכלכלי ומונעת עוני, אלא בעיקר כהצלחה תפקודית, התורמת לתחושת ערך עצמי ו-well being ומשמשת מדד להבדלת בריאות מחולי (הדס לידור, ברויר וברלוי, Anthony, 2008 ;2009). לרבים מן המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית יש קושי בהשתלבות בעבודה, הנובע מניסיון מועט או מהיעדר התנסות בעבודה. דבר זה מקשה עליהם להבין את המצופה מהם כעובדים (Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2007). זאת ועוד, אפשרויותיו של אדם המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית להבטיח, לשמור ולהתקדם בעבודה הולמת נמוכות מאלה של אדם ללא מגבלה (McGurk, Mueser, DeRosas, & Wolfe, 2009). על כן, לאחר שחרור מאשפוז, הסיכוי לחזור לבית החולים גבוה יותר מן הסיכוי לשוב לעולם העבודה (McGurk & Mueser, 2004). עם זאת, רוב אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, על אף הקשיים, רוצים לעבוד בעבודה תחרותית בקהילה ויכולים להיות עובדים מהימנים, אחראיים, רציניים ומצוינים בעבודתם (McGurk, Mueser, Feldman, Wolfe, & Pascaris, 2007). אי השתלבות בעבודה היא בעלת השפעה שלילית מובהקת ולכן יש חשיבות רבה לשילובם בעבודה (Krupa, 2004).

אף על פי שעבודה היא מרכיב משמעותי בשיקום ובתהליך ההחלמה, מרבית המתמודדים המוכרים במערכת, אינם עובדים בשוק החופשי. שיעורי התעסוקה בקרב אוכלוסיית ברה"נ, בארץ ובעולם, ירודים ביותר ונעים בין 10%-20% מכלל האנשים הסובלים ממגבלה פסיכיאטרית (Tal, Moran, Dan-Olof, & Bendick Jr., 2009). הנתונים מן השנתון הסטטיסטי של משרד הבריאות (2009) מראים כי מתוך כארבעה עשר אלף מתמודדים הזכאים לסל שיקום (שהם כרבע מאוכלוסיית הסובלים ממגבלה פסיכיאטרית כולה), רק כמחצית מצויים במסגרות תעסוקה (7,698) ומהם הרוב המכריע מצוי במסגרות הסגרגטיביות-מוגנות. רק כחמישית (1,692) מהם מצויים במסגרת תעסוקה נתמכת בשוק החופשי, כלומר כ-5%. נתוני העסקת אנשים עם מוגבלות במדינת ישראל, אינם מציגים תמונה יפה יותר. על פי פרסומי התמ"ת (זהר, 2011) רק 10.6% מכלל מקבלי הקצבאות מועסקים בעבודה בשכר. במאמר של פפרמן (2010) נמצא אמנם כי מכלל האנשים עם מוגבלות שיעורי ההעסקה הם 43%, אך ככל שיורדת רמת התפקוד שיעורי התעסוקה יורדים גם הם ובעלי יכולת תפקודית חלקית מועסקים בשיעור של 13%-24% וממוצע שכרם נמוך ב-25% ממועסקים שאינם עם מוגבלות. נתונים נוספים מתוך השנתון הסטטיסטי של משרד הבריאות (2009) מראים כי, מתוך אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות, כ-20% הם עם מוגבלות פסיכיאטרית. שני שלישים מן המועסקים סבורים כי שכרם צריך להיות גבוה יותר. חצי מן המועסקים מדווחים על סוג עבודה רוטיני (ייצור במפעל וקבלנות משנה) והרוב המכריע (בין 80%-90%) ציינו כי עבודתם אינה דורשת הכשרה או תעודה, כדי לבצעה, כלומר, מדובר בעבודה פשוטה. פועל יוצא מכך הוא, שחמישית דיווחו על סוג עבודה נמוך מיכולתם או מכישוריהם. כמו כן, דיווחי אי שביעות הרצון מן העבודה גבוהים אף הם (80% עד 90%).

בסקירה שערכה אלפסי (2009), היא ציינה כמה סיבות לכך, שמעסיקים אינם נוטים להעסיק אנשים עם מוגבלות. בין הסיבות אפשר למנות את תפיסת המעסיקים את האנשים עם המוגבלות כפחות מוכשרים,

דורשים יותר השגחה, בעלי יכולת הסתגלות רגשית פחותה, וכן כעובדים שמגדילים את ההוצאות על ביטוח הבריאות. זאת ועוד, מאחר שהחברה כולה, לא רק המעסיקים, נוטה לתפוס אנשים עם מוגבלות כחלשים, תלותיים וחסרי יכולות, הדבר גם מחלחל לאופן שבו מעסיקים תופסים אותם. מעסיק המעוניין להעסיק את האדם המוכשר והמתאים ביותר לתפקיד, ייטה, מן הסתם, שלא לקבל את האדם עם המוגבלות לתפקיד.

לא זו בלבד ששוק העבודה החופשי מציב למתמודדים אתגרים רבים, הן מצד יכולותיהם וקשיי המוגבלות והן מצד המעסיקים עצמם והסטיגמה של החברה, ניכר גם, על פי הידוע לנו, מחסור בתכניות הכנה ממוקדות לתחום התעסוקה בשיקום בדגש על המרכיבים הקוגניטיביים ועל כלים יישומיים להתמודדות עם עולם העבודה.

**חוללות עצמית ועבודה**

חוללות עצמית (Self-efficacy) היא מושג שטבע Bandura (1982) ומייצג את אמונתו של אדם ביכולתו לבצע משימה מסוימת. על פי הספרות, מרכיב נוסף שמשפיע במידה ניכרת על השתלבות בעבודה הוא חוללות עצמית, מאחר שהוא עשוי להוביל להתמדה ולהצלחה גדולה יותר במשימה (Porteous & Waghorn, 2007). בקרב המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית לרוב החוללות העצמית נמוכה (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). לעומת זאת, השתתפות בעבודה עולה במידה ניכרת ביחס ישר לחוללות העצמית (Porteous & Waghorn, 2007) ולכן, למרפאים בעיסוק תפקיד חשוב בהעלאת מידת החוללות העצמית אצל אדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית (Gage & Polatajko, 1994).

Bandura (1982; 2001) ביסס את מושג החוללות העצמית בתיאוריה הקוגניטיבית חברתית, ולפיה אנשים נוטים לבצע משימות שהם מאמינים שביכולתם לבצע, וכי אמונה זו משפיעה, בסופו של דבר, על בחירתם. מכאן, אפשר להסיק כי תכניות קוגניטיביות העוסקות בהתנסות חיובית ובלמידה מהצלחות יכולות לתת מענה לנושא זה.

**תכניות קוגניטיביות להכשרת מתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית לעבודה**

תפקוד קוגניטיבי הוא תחום חשוב בשיקום פסיכיאטרי בכלל ובשיקום התעסוקתי בפרט. תפקוד קוגניטיבי מתקשר ליכולות של האדם לבצע את מטלותיו בעבודה ולפתור בעיות, המתרחשות תוך כדי ביצוע, יכולות לשימור קשב לאורך זמן, לזכירה ולהפעלת תהליכי חשיבה גבוהים, כגון: מודעות, תכנון, בקרה. מתן תשומת לב וטיפול בליקויים קוגניטיביים קשורים קשר ישיר לתפקוד בכלל ולעבודה בפרט וכן, ליכולת להשיג תוצרים הולמים/נורמטיביים בעבודה. תפקידם של אנשי המקצוע לסייע בלימוד אסטרטגיות פיצוי ו/או שיפור מיומנויות קוגניטיביות קיימות, לכדי מיצוי פוטנציאל תעסוקתי. חשוב, בעת ליווי בעולם העבודה, להיות ערים ומודעים לליקויים של הלקוחות ולדרכי הסיוע בתחום זה (McGurk & Mueser, 2006).

בעבר, גישת ההתערבות בתחום שיקום תעסוקתי הייתה "למידה והכשרה מקצועיים ואז השמה בעבודה", אך גישה זו הוכחה כלא יעילה (Bond אצל McGurk & Mueser, 2004), כנראה עקב ציפייה להשמה מידית ופגיעה במוטיבציה או הידרדרות מצב נפשי בעת ההמתנה. הגישה החדשה, שיושמה בשדה השיקום היא "השמה-למידה תוך כדי עבודה", כמודל התעסוקה הנתמכת, שיש לגביו ראיות תומכות רבות (McGurk & Mueser, 2004). תפקידי התעסוקה הנתמכת

הם: 1. למצוא עבודה. 2. לתת תמיכה וליווי כדי שהמתמודד יצליח בעבודתו. במחקרים האחרונים נמצא כי המלווים אכן יכולים לסייע בשיפור/פיצוי על תפקודים קוגניטיביים בסיסיים, כגון: קשב ואיטיות פסיכו-מוטורית, אבל אין ביכולתם לסייע בתחום התפקודים הקוגניטיביים הגבוהים, כגון: למידה, זיכרון ובקרה. תפקודים קוגניטיביים גבוהים מקושרים באופן ישיר ליכולתו של האדם להצליח בעבודתו והם אינם דרושים רק לשם כך, אלא גם לשם המעבר מתעסוקה נתמכת לתעסוקה עצמאית (McGurk & Mueser, 2004).

במטה אנליזה של McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo, & Mueser (2007) על עשרים ושישה מחקרי Randomized Controlled Trial נבדקה השפעתה של התערבות קוגניטיבית על תפקוד קוגניטיבי, על תפקוד פסיכו-סוציאלי, על הישנות תסמינים ועל תפקוד בקהילה, לרבות עבודה. בסקירה נמצא כי התערבות קוגניטיבית, בקרב אנשים הסובלים מסכיזופרניה, אכן משפרת את התפקודים האלה. יותר מזה, נמצא מתאם גבוה לשילוב בין התערבות קוגניטיבית ובין שיקום פסיכיאטרי, התומכים בשיפור לאורך זמן גם לאחר סיום ההתערבות, יותר מאשר אם נעשתה התערבות קוגניטיבית בלבד.

סקירת הספרות, שנעשתה כאן, במטרה להביא את בסיסי הידע בתחום השיקום הפסיכיאטרי, תוך התמקדות במבוגרים צעירים, בתהליך שיקום לקראת עבודה, מעמידה את הקרקע לחשיבה על מסגרת אלמו"ג צעירים, שהוקמה במרכז אלמו"ג לשיקום. נציג כאן את המסגרת ואת העשייה בה, תוך הידרשות לגישות ולמסגרות התייחסות שהנחו את בנייתה.

## אלמו"ג צעירים - העשייה השיקומית

אלמו"ג צעירים הוקם בחולון, לנוכח הצורך בתכניות קוגניטיביות להכשרת מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, לעבודה בשוק החופשי. המרכז מנוהל על ידי מרפאה בעיסוק והצוות מורכב מרכזת תחום התנסויות תעסוקתיות (מרפאה בעיסוק) ושלושה Case Manager (להלן: CM) שמקצועם: ריפוי בעיסוק, עבודה סוציאלית ובריאות נפש קהילתית. תפקיד ה-CM ללוות באופן פרטני את הצעירים, בתהליך שהם עוברים ביחידה. כמו כן, להיות בקשר עם גורמי קהילה ומשפחה הקשורים לתהליך. מלבד זאת, ביחידה עובדים או מתנדבים כ-4 מאמני עבודה, שתפקידם ללוות את הצעירים בעת ההתנסות בעבודה, לבצע תיווך ולתת להם משוב לשימור ולשיפור. מאמני העבודה מודרכים על ידי המרפאה בעיסוק. בסקירת השירותים השונים בארץ לא נמצא מרכז שפועל על פי מודל של התנסויות תעסוקתיות לצד פיתוח כישורי חיים והכנה לעבודה בעבור מבוגרים צעירים בלבד ובזה ייחודיותו של המרכז.

הרציונל להקמת יחידה, שבבסיסה הגבלה של גיל המשתתפים, נבע מניסיון רב שנים בהפעלת מרכז רב גילאי. מבוגרים צעירים שהשתתפו במרכז השיקום אלמו"ג בתכנית רב גילאית, דיווחו על קושי להשתלב בה לאורך זמן. נראה כי הקושי נבע מצורך בהשתייכות לקבוצת שווים שלמשתתפיה צרכים דומים. כמו כן, הצעירים שהגיעו לתכנית זו, לרוב הביעו חשש מהשתלבות במרכז, שמעמיד "מראה" לא פשוטה לעתידם. הרעיונות האלה גיבשו את גישת העבודה ביחידה: התערבות אינטנסיבית, הממוקדת בצרכיהם של המבוגרים הצעירים וחותרת למנוע במידת האפשר את מעגל הכרוניות

ו"הדלת המסתובבת" (אשפוזים פסיכיאטריים חוזרים), המשפיעים על כל תחומי החיים. וכן כוונת היחידה לסייע לצעירים לנהל מהלך מחלה מתון יותר וללמוד להשתמש במערכת הבריאות ביעילות, במקום לתת למוגבלות לנהל אותם ולקבוע את מהלך חייהם בהמשך. לכן הפעילות ביחידה עוסקת בלימוד דרכי התמודדות והתנהגות חדשות ויעילות, טרם התקבעות דפוסים והרגלי חיים לקויים.

**מטרות היחידה**

1. הקניית אבני דרך התפתחותיות בתחום הזהות העצמית, הזהות התעסוקתית, התקשורת החברתית ועצמאות מרבית בניהול עצמי - תזונה, תקציב, משק בית, מעקב רפואי, טיפוח אישי ועוד. זאת במטרה להגדיל את מידת העצמאות ולהפחית את התלות באחרים.
2. פיתוח הזהות העיסוקית (Phelan & Kinsella, 2009) - מודעות לגבי היכולת המציאותית והתייחסות חיובית לעצמי כאדם עובד ותורם בקהילה. וכן, עזרה בבחירת כיוון מקצועי - הכוונה והכנה לקורסים ולהכשרות מקצועיות, כדי למנוע נשירה ממקומות העבודה העתידיים.
3. שיפור יחסים בין אישיים בסביבות משתנות - חיזוק היכולת לשמור ולפתח יחסים בין אישיים המתאימים לסביבה מסוימת: עבודה, משפחה, קהילה, מסגרת חברתית.
4. מניעת תופעת "הדלת המסתובבת" - נטישת צעירים מסגרות שיקום שוב ושוב בשל אי השתלבות - ומניעת כרוניזציה של המחלה.
5. מתן תקווה לאפשרות להחלמה, וקיום מהלך חיים באיכות מספקת ובעל משמעות.

**התיאוריות השיקומיות והקוגניטיביות העומדות בבסיס העשייה במסגרת**

1. **מודל ה-DCI (Dynamic Cognitive Intervention)**. (הדס לידור ווייס, 2007) - הנחת היסוד היא כי אדם מסוגל להשתנות בכל מצב ובכל גיל ולהיעשות ללומד פעיל. הלמידה מתרחשת דרך תיווך אנושי במגוון סביבות, ומתאפשרת רכישת מיומנויות הסתגלות לשינויים ולמצבי חיים שונים דרך מודעות ותרגול תהליכי חשיבה.
2. **גישת ה-Negotiation Centered**. (Falardeau & Durand, 2002) - גישה שיקומית, הנגזרת מגישת ה-Client Centered, ועל פיה המשתתפים הם שותפים מלאים באחריות לשיקומם. כמו כן, הם נוטלים חלק פעיל בתפעול המסגרת, כל אחד לפי יכולתו ולפי בחירתו, כדי לחזק מעורבות, אחריות ותחושת שייכות חברתית.
3. **מודל הלמידה ההתנסותית של Kolb**. (Kolb, 1984) - הנחת היסוד היא כי באמצעות למידה ופיתוח מגוון מיומנויות (קוגניטיביות, חברתיות, תפקודיות ותעסוקתיות) והתנסויות חווייתיות, תוך כדי ליווי ועיבוד התהליך, האדם יפתח וישפר יכולות בחירה, קבלת אחריות, דרכי התמודדות ושליטה על חייו.
4. **מודל ההחלמה ממוגבלות פסיכיאטרית**. בבסיס המודל עומדת האמונה כי אדם המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית, יכול לפתח תקווה לעתיד, להשתתף בעיסוקים משמעותיים ולחיות בחברה ללא סטיגמה או אפליה. זהו תהליך שבאמצעותו האדם בונה מחדש גשרים לעצמו, לחברה, לסביבתו ולעולמו הרוחני. מאפייני ההחלמה הם: קבלה; מודעות; תקווה; מטרה; משמעות; כוללניות; העצמה;

שותפות; אחריות ובחירה. אחד המשפטים המפורסמים ביותר של הגישה הוא: "Nothing About Us Without Us" והוא ממצה את ההסתכלות של תנועת ההחלמה ותנועת הצרכנים (לכמן, אצל לכמן והדס לידור, Davidson, 2003; 2007 .(Deegan, 2001; Ralph, 2000

מערכת הפעילות ביחידה עושה שימוש אינטגרטיבי בגישות/מודלים, שהוזכרו, כך שבכל אחד ממישורי הפעילות מתגלמים חלקם או כולם. המערכת מורכבת מארבעה מישורים מרכזיים, כפי שיפורט בהמשך, המתרחשים במקביל וכל משתתף בתכנית מקבל את כולם.

**מישור ראשון: בניית תכנית שיקום אישית**
לכל משתתף ביחידה מתמנה CM מן הצוות המקצועי. תכנית השיקום שלו נבנית בשיתוף מלא עמו, מתוך כבוד לבחירותיו ולרצונותיו, במטרה להחזיר אליו את האחריות על תהליך השיקום שלו עצמו. התכנית מוגבלת בזמן (עד שנה) ונעשים בה שינויים בהתאם לשלבי התהליך ובמעקב משותף על השגת מטרות.

1. **תהליך אבחוני.** עם הצטרפותו של המשתתף ליחידה נעשה תהליך אבחוני על מנת לזהות יכולות וחסמים בתחומים: התחום התפקודי, התחום הקוגניטיבי, התחום ההתנהגותי והחברתי, כבסיס לתכנית השיקום ולבניית הזהות התעסוקתית. המשתתף שותף מלא לתהליך האבחון ומתקיימת שקיפות באשר לתוצאותיו. מערך ההערכה כולל מגוון הערכות ואבחונים, לדוגמה: אבחונים תעסוקתיים, דוגמת רמ"ק והולנד (מכון הדסה, 2001), אבחונים קוגניטיביים דוגמת ה-Rey Complex Figure (Anderson et al., 2001), שאלון לאיתור מטרות, מבוסס על אבחון ה-COPM-II (McColl et al., 1999), הערכת מיומנויות תקשורת על פי ה-ACIS - (שפיר-קיסר, 2005) ושאלון על החלמה (לכמן, 2000).
2. **קבוצות למידה בנושאי חיים שונים על פי מטרות היחידה.** מערך קורסים בנושאים שונים של כישורי חיים ותפקודי יום-יום. מערך הקורסים נבנה בתבנית של קבוצה שבה מספר מפגשים ידוע מראש וסילבוס נושאים מובנה. מגוון הקורסים מבוסס על מטרות התערבות הכוללות מודעות, אחריות, התמודדות ועצמאות.
3. **מערך התנסויות בעבודה בקהילה בליווי חונכים אישיים.** מישור זה מתקיים החל משלב קביעת המטרות ועד שלב ההשמה במסגרות המשך. שכן הדרך היעילה ביותר ללמידה תעסוקתית היא באמצעות השתתפות במגוון רחב של התנסויות מעשיות בעמדות הכשרה פתוחות בקהילה (Kolb, 1984). ההתנסות התעסוקתית הנה פרטנית ומבוצעת במקומות עבודה רגילים בשוק החופשי, על פי המטרות והנטיות של המשתתף, באמצעות ליווי של מאמן עבודה. במסגרת ההתנסות נלמדות מיומנויות תעסוקתיות רבות, כגון: עבודה בצוות, קבלת סמכות, קבלת החלטות, הסתגלות לשינויים ושירות קהל. ההתנסות היא חלק מתהליך ההכשרה ומבוצעת ללא גמול כספי, אלא כחלק מן הלמידה התעסוקתית במודל של סטאז', כלומר, מוגבל בזמן ובמקומות שונים, מתוך כוונה לחשוף את המשתתפים לכמה סביבות עבודה ולכמה סוגי עבודה, כדי להעשיר את תהליך הלמידה. מקומות ההתנסות עשויים להיות: קייטרינג (הסעדה), מכון יופי, מספרה, מחסן, משרד, חנות ועוד.

## תיאור מקרה

**תהליך ההערכה**

גיא (שם בדוי) גר באזור המרכז, בן 24 בעת פנייתו, השתתף בתכנית בין השנים 2008-2009. גיא פנה למרכז אלמו"ג לשם השתלבות בקהילה והתחלת תהליך שיקום תעסוקתי. גיא אובחן כמתמודד עם מחלת הסכיזופרניה ובעברו היו ארבעה אישפוזים. הוא גר עם אביו ואחיו הגדול. פנייתו של גיא נעשתה ביוזמת עובדת סוציאלית במרפאה לבריאות הנפש לאחר, שעברו שנתיים מאז האשפוז, שבהן לא היה בשום מסגרת. במהלך השנתיים, שלאחר האשפוז, ניסה גיא למצוא עבודה באופן עצמאי, אך נסיונות חוזרים ונשנים להשתלבות בעבודה הביאו לתחושת תסכול וצבירה של חוויות שליליות. גיא התקשה להצביע על הקושי, שבגללו הוא מתקשה למצוא עבודה ולהישאר בה יותר מכמה ימים.

כשהגיע גיא לאלמו"ג, נעשה תהליך הערכה על מנת לזהות מה הם הגורמים המקדמים והמעכבים שלו בעת ביצוע עיסוקיו השונים וניתוח המשימות, שהוא נדרש להתמודד עמן. ההערכה נעשתה על ידי ראיונות, כלי אבחון סטנדרטיים כפי שצוין קודם לכן ואינטגרציה של הממצאים עם תצפיות. במהלך התהליך השתתף גיא בקבוצות הלמידה במרכז בנושא כישורי חיים. בסיום תהליך ההערכה, גיא גיבש לעצמו שלוש מטרות שהיה לו חשוב לבצע התערבות כדי לקדמן. כל מטרה הייתה תחומה בזמן ופורקה ליעדים על פי המתע"מ.

**מטרות התערבות**

- בסוף שנת ההכשרה באלמו"ג צעירים, גיא ישתלב בקורס מקצועי, שבסופו ישתלב בעבודה שתתאים לכישוריו וליכולותיו.
- גיא ימלא את שעות הפנאי שלו בפעילות משמעותית בתוך חודשיים.
- גיא ישפר את תנאי המגורים שלו ויעבור לדיור בדרגת עצמאות גבוהה יותר בתוך חצי שנה.

**תהליך ההתערבות**

על מנת להשיג את *מטרת התעסוקה*, היה צורך באיתור הנטיות התעסוקתיות של גיא. לאחר זיהוי הנטיות התעסוקתיות (מנהלתי וטכני) באבחוני ההולנד והרמ"ק (הדסה, 2001), יחד עם CM נעשה תהליך בחירה של מקומות התנסות פוטנציאליים. גיא התנסה במקומות עבודה, שהלמו את נטיותיו התעסוקתיות (חנות כלבו גדולה/חנות כלי בית, חנות בעלי חיים ומטבח של הסעדה (קייטרינג). לאחר כל יום התנסות, גיא דיווח למאמן העבודה מה הם, לפי דעתו, הגורמים לשיפור ולשימור ומה הם הגורמים, שעיכבו את השגת הביצוע המרבי. גיא קיבל משוב ממאמן העבודה ונקודות לשיפור הועברו ל-CM ביחידה על מנת לבצע התערבות. קשיים, כגון: פנייה למנהל, מעקב אחר רצף פעולה ופעילויות הדורשות תכנון ובקרה, עלו בשיחות השבועיות. כשעמד גיא לפני סיום ההתנסויות, הוא הבין כי הוא חש סיפוק רב מההתנסות בהסעדה (קייטרינג). על כן, חלה הפחתה הדרגתית של הליווי למקום ההתנסות, כדי שתהיה חוויה של עצמאות. בקבוצת הכנה לעבודה נערכו סימולציות, משחקי תפקידים וניתוח אירועים ממקום העבודה. כמו כן, תורגלו מיומנויות, כגון: ריאיון ותקשורת בין אישית במקום העבודה. במקביל, נעשתה פנייה לקורס בישול מקצועי למתמודדים וגיא השתלב בו לאחר סיום התהליך במסגרתנו. בסיומו של הקורס גיא השתלב כטבח ברשת מלונות מצליחה וכיום הוא עובד תחת שירותי "תעסוקה נתמכת" של חברת אשנ"ב (חברה

העוסקת בהכשרה ובשילוב אנשים עם מוגבלות בעולם העבודה). גיא ציין כי החשיפה למקומות תעסוקה שונים וזיהוי פתרונות לקשיים, שעלו בכל אחד ממקומות ההתנסות, הביאו לתחושת מסוגלות גבוהה בעבודה ולגיבוש תחום העניין התעסוקתי. נכון להיום, גיא עדיין עובד במשרה מלאה בשוק החופשי בתחום הטבחות.

על מנת להשיג את *מטרת הפנאי*, נערך ניתוח של העיסוקים שבהם גיא מעורב במהלך היום והשבוע. פעילויות הפנאי של גיא התבצעו, לרוב, בתוך הבית (צפייה בטלוויזיה, משחקים במחשב, האזנה למוזיקה) וללא שיתוף אדם נוסף. גיא הופנה למועדון החברתי של היחידה המתקיים אחר הצהריים והוא בחר חוג שאליו הצטרף מתוך ההיצע של תכנית "עמיתים" (תכנית המשלבת מתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית בחוגים רגילים של אמנות, ספורט והעשרה במתנ"סים, בפעילות קהילתית ועוד). כמו כן, נעשה תהליך אינטנסיבי, הן בקבוצות הלמידה והן עם ה-CM, שהוביל לפיתוח מיומנויות תקשורת בין אישיות וייזום קשרים על בסיס אישי עם חבריו ליחידה. בסופו של דבר, גיא השתתף במגוון רחב יותר של פעילויות פנאי ויצר קשרים חברתיים עם אנשים נוספים. גיא החל לבצע הליכות ספורטיביות עם חבר בימים קבועים, יזם ונפגש עם חברים מן היחידה, בילה עמם בקהילה (קולנוע והופעות) ומילא את שעות הפנאי שלו באופן מספק, על פי דבריו. נראה כי גיא התמיד בפעילויות האלה לאורך זמן ואף התאמץ בשביל לממשן.

*מטרת הדיור* עלתה מתוך הרצון של גיא לעצמאות גבוהה יותר. גיא הביע רצון לעזוב את בית המשפחה ולעבור למסגרת דיור עצמאית יותר. ה-CM פרס לפני גיא את כל האפשרויות לדיור מוגן במסגרת "סל שיקום", שהנו סל שירותי שיקום המוגדרים ב"חוק שיקום נכי נפש בקהילה" ומטרתם שיקום ושילוב בקהילה של מתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים (כנסת ישראל, 2000). לאחר בחינת האפשרויות נערך תהליך בחירה במסגרת, שתהלום את צרכיו של גיא, תוך יישום מודל לקבלת החלטות ופתרון בעיות. גיא בחר להשתלב בהוסטל. הוא בחר הוסטל על פי מקום המגורים וטווח הגילאים, שבהם היה מעוניין והשתלב בו בהמשך.

לאורך כל הדרך היה אביו של גיא מעורב ובהסכמתו של גיא, נערכו שיחות עמו, הן טלפוניות והן פרונטליות, בנוכחות גיא. המעורבות הזאת נועדה לשם קידומו של גיא וקבלת תמיכה מאביו בתהליך. כמו כן, ה-CM של גיא דיווח, לעתים קרובות, לעובדת הסוציאלית ולרופא הפסיכיאטר על התקדמותו של גיא, כדי לקדם את התקשורת בין כל גורמי הטיפול בגיא.

**סיכום תיאור המקרה**

תהליך הכניסה של גיא לאלמו"ג כלל היכרות אישית ומקצועית עמו. נוצר קשר משמעותי עם איש צוות, שליווה אותו בכל שלבי ההתפתחות והעשייה ביחידה. איש הצוות היה בקשר גם עם גורמים נוספים, כגון: רופא, משפחה. כמו כן, הוא שימש בעבורו גשר למסגרות המשך וליווה את תהליך הקליטה שלו במסגרות אלה. תהליך ההיכרות כלל שיחות, הערכות ואבחונים של ריפוי בעיסוק, שנועדו להתאים את תכנית השיקום שלו "כחליפה" תפורה בעבורו. בצד הליווי האישי נעשתה התנסות עם קבוצת השווים, הן בפעילות הקבוצתית והן ברמה החברתית הלא פורמלית במסגרת היחידה, שהעשירה את מיומנויותיו החברתיות ואמצעי התקשורת שלו. כמו כן, ההתנסות

בכמה מקומות עבודה אמיתיים, חשפה את גיא לעולם העבודה ולאפשרויות השונות של עמדות עבודה. חשיפה זו גרמה לכך, שיוכל ללמוד מה הוא אוהב ומה מתאים לו ובהתאם לכך לבחור לו מסלול לימודים ועבודה בעתיד. השילוב של התנסויות בתוך היחידה ומחוצה לה, התנסויות פרטניות וקבוצתיות, התנסויות חווייתיות, לימודיות וטיפוליות. כל אלה תרמו להעלאת תחושת המסוגלות שלו ולמהלך, שעשה גיא בבחירותיו ללמוד טבחות ולעבוד במקצוע, לעזוב את בית הוריו ולהתחיל לבנות את חייו העצמאיים ולהרחיב את פעילויות הפנאי והחברה שלו, כחלק מתהליך נורמטיבי של קשירת קשרים חברתיים ובניית זוגיות בעתיד.

אפשר לראות כי ה-CM ביחידה מנהל את תכנית השיקום של המשתתף. מטרות הנקבעות על ידי המשתתפים עשויות להיגזר מתחומי תפקוד שונים (פנאי, לימודים, עבודה, דיור, תפקודי יום-יום, השתתפות חברתית ועוד). על המסגרת ועל ה-CM להיות בעלי אמצעים וגמישות, על מנת לתת מענה להשגת המטרות של כל אחד מן המשתתפים. תהליך ההתערבות מתבצע כדי להשיג את המטרות שקבע המשתתף, תוך מעקב אינטנסיבי. בהשלמת התהליך ביחידה נערך סיכום ונערכה הסקת מסקנות לגבי העתיד. המשתתף קובע מטרות חדשות, שאותן יישם במסגרות ההמשך.

## דיון

שיקום פסיכיאטרי לאנשים צעירים משמעותי מאד במניעה או בהאטה של מעגל הכרוניות של המחלה על ידי הגברת ההשתתפות ובנטילת עמדה פעילה של המתמודד בניהול חייו. כאמור, בעת בניית התערבות למבוגרים צעירים יש להתייחס לכל תחומי החיים בדרך לעצמאות ולבניית מיומנויות, כגון: IADL, פנאי וחברה, עבודה וניהול חיים מספק ויעיל. למקצוע הריפוי בעיסוק תרומה ייחודית בתחום זה מאחר שזהו מקצוע טיפולי-שיקומי-חינוכי המתמקד בעיסוק (וינטראוב ועמיתים, 2003) ומטרת העל שלו היא לאפשר לאנשים מעורבות בעיסוק לשם השתתפות במארג החיים (ילון חיימוביץ' ועמיתים, 2006). היכולת של המרפא בעיסוק להידרש במקביל לכמה תחומי חיים, כגון: פנאי, תקשורת, עבודה, דיור - ושילוב מטרות התערבות שונות בו זמנית, חשובה לשם קידום התהליך השיקומי של האדם. למשל, נמצא קשר חיובי מובהק בין עזיבת בית ההורים אצל מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית בישראל, לבין השתלבות מוצלחת בעבודה (בועז, 2013). על כן, חשוב להתייחס לשני תחומי חיים אלה - עבודה ודיור - בעת התערבות עם האוכלוסייה הצעירה של המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית.

בתיאור המקרה שהובא במאמר זה, מטרות ההתערבות עסקו בעבודה ובדיור יחד, כמו גם בתחום הפנאי והחברה. נסקור כאן אפוא התערבויות בריפוי בעיסוק ומשמעותן בתחומים אלה.

### התערבות ריפוי בעיסוק בשיקום תעסוקתי בבריאות הנפש

שיקום תעסוקתי הנו מרכיב חשוב בשילוב אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית בקהילה (הדס לידור, ברויר וברלוי, 2009). שיקום תעסוקתי עוסק בזיהוי עוצמות וחולשות של המתמודד, וכן במתן תמיכה על פי צרכיו. התערבות הריפוי בעיסוק מקדמת זהות עיסוקית בשלה על ידי הנגשת עולם העבודה באמצעות התנסויות ועיבודן וכן על ידי לימוד מיומנויות רלוונטיות לתפקוד

עצמאי בעבודה (Everett, Donaghy, & Feaver, 2003; Giugliano, 2004). בתהליך ההערכה וההתערבות המרפא בעיסוק נעזר במסמך המתע"מ (ילון-חיימוביץ' ועמיתים, 2006) מאחר שמצויה בו התייחסות למרכיבים שונים בתחום התעסוקה. למשל, בעזרת תצפיות ואבחונים, מרפאים בעיסוק יכולים לבחון בשיתוף המתמודד את מיומנויות הביצוע שלו (מיומנויות מוטוריות, קוגניטיביות ותקשורתיות) ולזהות את עוצמותיו ואת חולשותיו (פרוכטר, פרימרמן ווקס, 2007). אפשר לראות, בתיאור המקרה, כי ההערכה, שנערכה לגיא כללה התייחסות לנטיות ולמיומנויות הקשורות לעולם העבודה, מתוך חיפוש מסגרות התנסות מתאימות לו, שיהיו משמעותיות ורלוונטיות בעבורו וייצרו לו חוויה של הצלחה.

**התערבות ריפוי בעיסוק בתחום השיקום בדיור**

עזיבת בית ההורים ומעבר לדיור עצמאי הנו שלב התפתחותי המאפיין את המבוגרים הצעירים ופעילויות הקמת בית וניהולו מוגדרות כתפקוד IADL במסמך המתע"מ (ילון חיימוביץ' ועמיתים, 2006). במעבר לחיים הבוגרים, המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית מציגים פעמים רבות קושי בתפקודי IADL מסוימים, בעיקר בשל העובדה שהם נדרשים לטפל בסידורים, שעד בגרותם טיפלו בהם הוריהם. הסיבות לקושי עשויות להיות על רקע היעדר ידע או היעדר ניסיון, קשיים פיזיים, חושיים או קוגניטיביים (אמיתי ועמיתים, 2011). בתיאור המקרה של גיא אפשר לראות כי במקביל לבחינת יכולותיו, רכישת מיומנויות ובחירת מסלול שיקום בדיור המתאים בעבורו, הושם דגש על מעורבות גורמי התמיכה בסביבתו כדי לקדם את יציאתו לדיור עצמאי. כמו כן, נעשתה הערכת גורמי הסביבה של גיא במסגרת הדיור החדשה והערכת מסוגלותם לסייע לו בשילוב מוצלח בדיור.

**התערבות ריפוי בעיסוק בתחום השיקום החברתי והפנאי**

פנאי הנו עיסוק שונה מעבודה ומפעולות אחרות הנדרשות לצורכי קיום, הוא מלווה בתחושת חופש וקשור לערכי תרבות. מקצוע הריפוי בעיסוק רואה בפנאי דרך להשגת איזון בין עבודה לבין תפקודי ADL/IADL תוך שימת לב לתרבות ולצרכים המיוחדים של האדם (וינבלט, 2000). המרפא בעיסוק, בשיקום הפסיכיאטרי, שואף לעזור למתמודד למלא את שעות הפנאי שלו בפעילות משמעותית, מאחר שפעילויות אלה נמצאו בקשר חיובי עם מגורים מחוץ לבית ההורים, מספר נמוך יותר של אשפוזים פסיכיאטריים ומדדים גבוהים יותר של איכות חיים (Browne & Courtney, 2004; Browne & Hemsley, 2010).

מיומנויות חברתיות הנן מיומנויות שבהן אנשים משתמשים כדי ליצור תקשורת יעילה זה עם זה (O'Donohue & Fisher, 2012). במסמך המתע"מ, מיומנויות אלה מוגדרות כפעילויות הקשורות בדפוסי התנהגות מוסכמים המצופים מן האדם בתוך מערכת חברתית נתונה, במשפחה או עם חברים (ילון חיימוביץ' ועמיתים, 2006). לרבים מן המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית חוסר במיומנויות חברתיות מסיבות שונות (Kurtz & Mueser, 2008). מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית לרוב שואפים לקיים קשרים חברתיים וקשר זוגי שיוביל בסופו של דבר לקשר אינטימי. ואולם, מטרות אלה עשויות להתעכב במימושן כשנחווה חסר במיומנויות חברתיות מותאמות ומשום כך על המרפא בעיסוק לבצע ניתוח עיסוקי, להתייחס לתחום זה בתכנון ההתערבות ולספק את

הידע הנדרש למתמודד לשם קידום ההשתתפות בתחומים אלה (בועז, 2013).

**מסגרות למבוגרים צעירים בשיקום פסיכיאטרי בקהילה**

מאז שהוקמה היחידה לפיתוח כישורי חיים לצעירים במרכז אלמו"ג, התפתח מאוד תחום המבוגרים הצעירים דרך סל שיקום, וכיום מצויות מסגרות רבות, בתחום הדיור, התעסוקה, הלימודים, הפנאי וכן, בשילוב באבני דרך נורמטיביים, כגון: שירות צבאי או שירות לאומי. אין ספק כי האוכלוסייה הזאת לא זו בלבד שהיא מצריכה התייחסות מותאמת לצרכיה ולשלב ההתפתחותי שלה, אלא שיש לה אף תפקיד מכריע של התערבויות בשלב מוקדם למניעה של תהליכי כרוניזציה ויצירת "ארגז כלים" רחב ומגוון להתמודדות עם כל מה שיבוא בהמשך חיי הצעירים האלה.

אין ספק כי למקצוע הריפוי בעיסוק יש חלק משמעותי וידע מקצועי וחיוני להתערבות עם אנשים צעירים אלה, בשלב קריטי של תחילת חייהם העצמאיים ביחד עם התמודדותם עם דבר מוגבלותם, כמקצוע הדוגל ביצירת שינוי על מנת להשיג עצמאות בביצוע עיסוקי משמעותי בסביבות חייו הרצויות של האדם.

חשוב לציין, כי המחקר שנערך ביחידה עתיד להתפרסם בקרוב ובתהליך הניטור של החוקרות עם הצוות התגלו ממצאים חיוביים, הן על התהליך שנעשה והן על המודל שנבנה ביחידה.

## מקורות


אלפסי, מ' (2009). תעסוקת אנשים עם מוגבלות - לקט פרסומים. *המטה לשילוב אנשים בשוק העבודה*. אוחזר באפריל 2010 מתוך אתר האינטרנט של התמ"ת: http://www.moit.gov.il/NR/rdonlyres/F1A6402F-6CD8-47CD-B1DD-943514ED5567/0/X9551.pdf

אמיתי, ג', רענן, ר', כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ' וקיבקין, ד' (2011). מסמך רקע לאשלים: *מעבר לבגרות בקרב אוכלוסיות במצבי סיכון. צרכים והתערבויות*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

בועז, ע' (2013). *בדיקת ההבדלים בחוללות עצמית בעבודה, במיומנויות מוטוריות ובמיומנויות קוגניטיביות בין צעירים בוגרים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית שעובדים לבין אלה שאינם עובדים*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב.

בריאות הנפש בישראל - נתון סטטיסטי 2008 (2009). *המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות*. אוחזר באפריל 2010 מתוך אתר משרד הבריאות- נתונים סטטיסטיים בריאות הנפש: http://www.health.gov.il/download/forms/mentalReport2008.pdf

הדס לידור, נ', ברויר, ג' וברלוי, ב' צ' (2009). רמת התקווה בקרב אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית ופיזית בתהליך שיקום מקצועי. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 18*(4), 277-303.

הדס לידור, נ' ווייס, פ' (2007). תמיד אפשר ללמוד - ההתערבות הקוגניטיבית דינמית עם אנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית. בתוך: הדס לידור, נ' ולכמן, מ' (עורכים). *שיקום והחלמה בבריאות הנפש*. (עמודים 535-543). כפר יונה: ליתם.

וינבלט, נ' (2000). פנאי ונשים - חיי הפנאי של נשים ונשים עם מגבלות. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 9*(2+3), 45-60.

וינטראוב, נ', פישמן, ר', שרון, ג', רענן, ר', יודוביץ, ד' ווינוקור, מ' (2003). נייר עמדה: ריפוי בעיסוק במערכת החינוך. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 12*, 3-6.

זהר, ג' (2011). אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה: ישראל ביחס למדינות OECD. *מנהל מחקר וכלכלה*. אוחזר ב-8 יולי 2013 מתוך אתר האינטרנט של התמ"ת: http://www.tamas.gov.il/NR/rdonlyres/943F2A9F-D280-4DC0-A1E3-CC84297F0219/0/X11506.pdf

ילון חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ושות' (2006). *מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל*. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

כנסת ישראל (2000). *חוק שיקום נכי הנפש בקהילה התש"ס*. נדלה מתוך: http://www.knesset.gov.il/laws/heb/fileDasp?Type=1&SubNum=8&LawNum=1746

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

לכמן, מ' (2007). התפתחות הידע על החלמה. בתוך: הדס לידור, נ' ולכמן, מ' (עורכים). *שיקום והחלמה בבריאות הנפש - קריאה מנקודות מבט שונות, פרקטיקה, מדיניות ומחקר*. כפר יונה: הוצאת ליתם.

מכון הדסה לייעוץ בבחירת המקצוע (2001). *בדיקת הנטיות המקצועיות: הסבר לשאלוני רמ"ק, קורסים והולנד*. מחלקת המחקר - מכון הדסה.

פרוכטר, נ', פרימרמן, ג' ווקס, ס' (2007). תעסוקה נתמכת לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית - נקודת המבט הייחודית של מרפאים בעיסוק. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 16*, 31-48.

פפרמן, ב' (2010). שילוב אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה: תמורות בתפיסות, פיתוח כלים ותוכניות תעסוקה. *עניין של גישה, 10*, 5-21. אוחזר ב-8 ליולי 2013 מתוך אתר: http://www.moital.gov.il/NR/rdonlyres/66FCF9D7-C6CD-46CA-A841-69229FF640C3/0/articleshekel.pdf

שפיר-קיסר, ו' (2005). *בדיקת תפקודים חברתיים וקוגניטיביים בעקבות התערבות קוגניטיבית דינאמית, בקרב אוכלוסיית משתקמים הסובלים מסכיזופרניה ונמצאים בשיקום בקהילה*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, P., Anderson, V., & Garth, J. (2001). Assessment and development

University Press: NY, USA.

Deegan, P. E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health, 17*(3/4), 5-21.

Early, M. B. (1993). *Mental health concepts and techniques*. N.Y. Raven Press.

Erikson, E. H., (1959). Identity and the life cycle. In G. S. Klein (Ed.), *Psychological issues*. New York: International University Press.

Everett, T., Donaghy, M. E., & Feaver, S. (2003). *Interventions in mental health: An evidence-based approach for physiotherapists and occupational therapist*s. Edinburgh: Butterworth Heinemann.

Falardeau, M., & Durand, M. J. (2002). Negotiation-centered versus client-centered: Which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*(3), 135–142.

Gage, M., & Polatajko, H. (1994). Enhancing occupational performance through an understanding of perceived self-efficacy. *The American Journal of Occupational Therapy, 48*(5), 452-461.

Giugliano, R. J. (2004). The systemic of organizational ability: The Rey Complex Figure Organizational Strategy Score (RCF-OSS). *The Clinical Neuropsychologist, 15*(1), 81-94.

Anthony, W. A., (2008). Supported employment in the context of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*, 271–272.

Bandura, A. (1982). Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122–147.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1-26.

Browne, G., & Courtney, M. (2004) Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences, 6*, 37–44.

Browne, G., & Hemsley, M. (2010). Consumer participation in housing: Reflecting on consumer preferences. *Australian Psychiatry, 18*, 579-583.

Cournos, F., & LeMelle, S. (2000). The young adult chronic patient: A look back. *Psychiatric Services, 51*, 996-1000.

Davidson, L. (2003) *Living outside mental illness – Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York

Mallory, B. L. (1996). The role of social policy in life-cycle transition. *Exceptional Children, 62*(3), 213-223.

McColl, M. A., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1994). *Canadian Occupational Performance Measure (2nd ed)*. Toronto: CAOT Publication ACE.

McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2004). Schizophrenia. In J.C. Thomas & M. Hersen (Eds.). *Psychopathology in the workplace: Recognition and adaptation*. New-York, USA: Brunner-Routledge.

McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2006). Strategies for coping with cognitive impairments of clients in supported employment. *Psychiatric Services, 57*(10), 1421-1429.

McGurk, S. R., Mueser, K. T., DeRosas, J. T., & Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2),319-335.

McGurk, S. R., Mueser, K. T., Feldman, K., Wolfe, R., & Pascaris, A. (2007). Cognitive training for supported employment: Two-three year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 164*, 437–441.

McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, neglect of New York's young adults with mental illness. *Psychiatric Services, 55*, 451–453.

Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23*(4), 333-341.

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application (4th ed.)*. Baltimore, MD: Lippicott Williams & Wilkins.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(1), 29-37.

Krupa, T. (2004). Employment, recovery and schizophrenia: Integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(1), 8–15.

Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). Meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 491-504.

Lamb, H. R. (1982). Young adult chronic patients: The new drifters. *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 465-468.

from *Star Center: Self-help promotes recovery,* http://www.consumerstar.org/pubs/ralphrecovweb.pdf.

Tal, A., Moran, G., Dan-Olof, R., & Bendick Jr., M. (2009) Using situation testing to document employment discrimination against persons with psychiatric disabilities. *Employee Relations Law Journal, 35*(3), 82-102.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 1312-1318.

Wehman, P. (Ed.). (1996). *Life beyond the classroom. Transition strategies for young people with disabilities* (2nd ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Weissbrem-Padan, D., Vax, S., Naor, R., Sahar, N., Askayo, H., Tsabar, O., . . . Hadas Lidor, N. (2006). Occupational therapy practice in Israel following the Community-Based Rehabilitation for People with Psychiatric Disability Act 2000. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin, 53*, 36-43.

D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 1791–1802.

O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (2012). Cognitive behavior therapy: *Core principles for practice*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Pepper, B., Krishner, M. C., & Ryglewicz, H. (1981). The young adult chronic patient: Overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 463–469.

Phelan, S., & Kinsella, E. A. (2009). Occupational identity: Engaging socio-cultural perspectives. *Journal of Occupational Science, 16*(2), 85-91.

Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric rehabilitation*. New York: Academic Press.

Porteous, N., & Waghorn, G. (2007). Implementing evidence-based employment services in New Zealand for young adults with psychosis: Progress during the first five years. *British Journal of Occupational Therapy, 70*, 521-526.

Ralph, R. O. (2000). Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature 2000. Retrieved