

רגרסיה בשירות השיקום

דני שטיינברג ואריה מילר

מאמר זה מבקש לבדוק מה קורה במרחב שבו מצטלבים התהליך השיקומי, הפונה באופן טבעי להתקדמות, והתהליך הטיפולי, שבו לרגרסיה יש לעתים מקום ויש אף עידוד ליצירה.

מושג השיקום כולל בתוכו את תהליך ההתקדמות באופן אינהרנטי, מכיוון שהשיקום מתבצע מנקודת הפגיעה לכיוון החזרה לתפקוד הקודם, טוב יותר. השיקום עוסק כל-כולו בתהליך זה מתוך בחינה מתמדת של השיפור ועשייה החותרת להתקדמות. הבדיקה היא שיפור התפקוד והמיומנויות שהמשתקם צריך לרכוש, הן כמותית (כמו הספקים, שעות עבודה, הפחתה של התנהגויות לא רצויות בעבודה וכד'), הן איכותית (יחסיו עם עובדי השיקום ועם עובדים אחרים, תפיסתו העצמית והמוצר המוגמר).

הגדרת המושג רגרסיה היא סיטואציה שיש בה למצב הרגשי השפעה לרעה על היכולת התפקודית עד לידי חוסר התקדמות וחזרה לתפקוד הקודם, הפחות טוב. אין מדובר באי-תפקוד מוחלט, אלא בהופעה מחדש של תופעות התנהגויות או רגשיות המתאימות למצבים ולפונקציות אגו מוקדמות יותר. במצב זה חוזר האדם הבוגר לדפוסים ילדותיים אשר אינם מתאימים לגילו, כדי להימנע מהתעמתות ישירה עם רגשות ומצבים מאיימים.

אם כך, המושג רגרסיה לא רק זר לתהליך השיקום, אלא הוא מנוגד לעצם המעשה השיקומי. כיצד אפוא יכולים להתקיים יחדיו נסיגה והתקדמות? כיצד ייתכן שמי שנסוג יתקדם בתוך אוריינטציה של עשייה? האם אפשר בכלל לרגרסיה, ואפילו אי-עשייה, בתהליך שיקומי?

השאלות האלו נולדו מתוך המפגש הכמעט יום-יומי שבין השאיפה לעשייה ולהתקדמות ובין השאיפה לרגרסיה אצל מטופלים בעלי הפרעות נפשיות קשות, הסובלים מפגיעה באגו, ביכולת וברצון לתפקד.

במסגרת מכון סאמיט ישנן כמה יחידות נפרדות ואוטונומיות: שתי היחידות הרלוונטיות למאמר זה הן יחידת השיקום התעסוקתי ויחידת הקהילה הטיפולית. לכל יחידה, כפי שנראה בהמשך, יש הדגשים, צרכים ויעדים שונים.

יחידת השיקום התעסוקתי עוסקת בפיתוח כשרים לעבודה, השמה ומעקב בעבודה או בלימודים אחר המשתקמים, המגיעים בין היתר גם מיחידת הקהילה הטיפולית.

הקהילה הטיפולית מורכבת מצעירים בני 18–23 שהגיעו ברובם מאשפוז פסיכיאטרי. במהלך הטיפול, שמשכו 3 שנים, ישנם שני שלבים עיקריים: שלב הקהילה הטיפולית, הנמשך עד כשנה וחצי ובו חיים יחד במבנה הכולל דירות, מועדון, חדר אוכל, מטבח ועוד, ושלב המעבר לדירה העצמאית. בשלב הקהילה הטיפולית מתחיל השיקום התעסוקתי במפעל מוגן השייך ליחידת השיקום התעסוקתי.

לא אחת קורה שמטופל אינו מסוגל למלא אחר דרישות יחידת השיקום: הוא מאחר, אינו עובד, מפריע, מתחמק או בורח. ויש מקרים שמצבו הנפשי אינו מאפשר לו תפקוד רגיל: מצבי דיכאון, חרדה או מצבים פסיכטיים. לרוב, עצם הדרישה לעשייה מעוררת קושי במפגש עם חוסר יכולת, חוסר אונים או תסכול, והדבר מתבטא בהתנגדות ובנסיגה.

אילן (שם בדוי) הגיע למרכז השיקום חדור מוטיבציה ורצון להתקדם בתחום העבודה. עם זאת בלטה בו כמה דברים: הוא חש שהכול דוחים אותו ואינם מעוניינים בחברתו, ועסק בכך במשך יום העבודה. רוב הזמן חיפש לשפר את מעמדו החברתי על ידי מעשי ליצנות והצחקות. למעשה הוא חסר כישורים חברתיים בסיסיים ואינו יודע לקשור שיחה או להשתלב בשיחה עם אחרים. הוא נוהג לחלק מתנות לחבריו לעבודה באופן בלתי מתאים. הוא אינו מסוגל להפריד בין המתרחש בעבודה לחוויות שמחוץ לעבודה (כגון בעיות במשפחה, תפקידיו בקהילה ויחסיו עם חברי הקהילה). הוא מתוח מאוד ואינו מסוגל להתרכז ולהתמיד במשימות פשוטות. בכמה מקרים התפרץ: לעתים שבר חפצים אישיים שלו-עצמו (שעונים, קרע ארנק), ובמקרה אחר שבר עציץ וברח. והיו גם מקרים שברח בטרם ישבור משהו. השאלה היא, איך נבצע את משימת השיקום באופן המוצלח ביותר? כיצד נביא את אילן למצב שבתפקודו התעסוקתי לא יופיעו כל אותן בעיות שהוא מביא עמו לעבודה? תמצית הצעתנו היא שיש להפריד בין שני התחומים – תחום הטיפול ותחום השיקום – ויש לעבוד בשניהם בו-זמנית אך בנפרד.

שתי היחידות מייצגות אמנם שני מסלולים המובילים לאותה מטרה, אך ההדגשה היא שאלה שני מסלולים נפרדים ויש להפריד ביניהם. כלומר, השאיפה היא להפוך את

התעסוקה לאזור נקי ככל האפשר מן הקונפליקטים המעסיקים את העובדים בכל מקום בשאר שעות היממה (זה למעשה נכון לכל העובדים, באשר הם). צריך לזכור שהמעסיק מעוניין בעובד הממלא תפקיד, ובעיותיו אינן אמורות "לעניין" אותו.

גם בתוך הקהילה הטיפולית יש דרישות תפקודיות (תורנויות, חברות בוועדה, צוותי עבודה), ומתקיימת הפרדה מסוימת, אך ישנם מרחבים המיועדים לטפל בתכנים הרגשיים (טיפול אישי, קבוצות טיפוליות, מפגשים עם מדריכים ועוד) ובאופן אידאלי לא רצוי שהם יגלשו למרחב התעסוקתי.

מדוע בעצם לשאוף להפרדה? הרי ישנם מקומות שיקומיים שאינם דוגלים בהפרדה. מה הסיבה שלא נכלול בתוך מקום העבודה גם מקום לעבודה רגשית? הינץ הרטמן (1964)/אינו בביליוגרפיה/ מתייחס לאגו מנקודת מבטה של פסיכולוגית האגו כאל "אפרטוס" (מכשיר), שמרכיביו מופרדים מהדחפים ובעת תהליך הבשילה אינם מושפעים, או נמצאים מחוץ להשפעת הקונפליקטים הנפשיים. אם מתרחשת תקלה, מופיע קונפליקט הפוגע בפונקציות האגו ויוצר מנגנוני הגנה טובים פחות על חשבון כוחות האגו. מכאן שנדרשת יכולת ליצור אזורים "נקיים" מקונפליקט כדי לשאוף לעבודה נטו, בלא הפרעה מצד תהליכים רגשיים. במצב זה מקיים אדם את ההפרדה ואת הגבול הקיים בין עולמו הרגשי, הגזל כוחות, פניות וריכוז, ואז הוא מסוגל לבצע משימה מנותקת מהפרעות.

הגבול העובר בין משימת העבודה ושאר תחומי החיים אינו בהכרח קיים במטופלים, בעלי הפרעות נפשיות קשות, ומכאן הצורך להבנות באמצעות המסגרת את הגבול, שהוא כאמור צורך נפשי שיקומי חיוני.

כיצד אפשר להצליח בהפרדה הזאת ולשמור את מרכז השיקום כאזור תעסוקתי בלי התערבות של הבעיות הרגשיות? איך יוכל עובד המוצף חרדה, העסוק במחשבות דיכאוניות או פרנואידיות, להתרכז ולמלא אחר דרישות תפקודיות ולגייס כוחות לשם כך? האם אפשר ליצור אזור מפורז, שבו לא תתנהל לחימה?

אנו מציעים שההליכה יחדיו של שתי יחידות העונות לצרכים שונים של המשתתף – הצורך להתקדם, לתפקד ולהרגיש קומפוטנטי מצד אחד והצורך להכיל את הבקשה לסביבה מתקנת – היא המאפשרת ליצור אזורים שבהם באים לידי ביטוי החלקים החזקים או הבריאים של המטופל. הרעיון מושתת על ההנחה שבכל אדם יש תמיד כוחות וכישורים שאפשר להפיק ולפתח כאשר העולם הרגשי מאפשר זאת, ובעיקר

כשאינו מונע או חוסם. לפני שנמשיך לתאר את עבודתנו ואת ניסיונו בעבודה משותפת, ננסה לסקור בקצרה את המושגים שיקום ורגרסיה.

שיקום

שורשיו של השיקום הפסיכיאטרי נעוצים בתכניות הטיפול התעסוקתי ובריפוי בעיסוק. ההגדרות המוקדמות למושג שיקום התמקדו בעיקר בחברה המשקמת ולא במשתקם עצמו. החידוש היה בהכרה בעובדה שמקומו של החולה מחוץ לבית החולים והוא צריך להשתלב בחברה. תפיסה זו ייחסה את האחריות לשינוי אפשרי לחברה, ולא התייחסה לאחריותו של המשתקם וזאת בשל היעדר שיטות טיפול שיחוללו שינויים ממשיים בתפקודו של האדם המשתקם. התפיסה התוך-אישית הדינמית לא הניבה תוצאות של ממש ברמת התפקוד והתעסוקה. למב (1971) התייחס לצורך להתמקד בחלק הבריא ובגורמים מציאותיים ולא בעולם הרגשי התוך-איש. כן טען שדרך שינוי התנהגותי אפשר יהיה להביא לשינויים שיקומיים. מנקודה זו ואילך התפיסה השיקומית מתמקדת בטיפול ובשינוי התנהגותי. אנתוני ואחרים (1990) בבוסטון וליברמן (1992) בלוס אנג'לס יצרו את התפיסה העכשווית החל בשנות השבעים. בסיס החשיבה היא ההכרה שההפחתה בסימפטומים פסיכיאטריים אין די בה ליצור שינוי בחיי המטופלים; נדרשת הסתכלות כוללת על האדם ואיך הוא מתפקד בביתו, בעבודה או במקום לימודיו ובחיי החברתיים. אנתוני ושותפיו, מהמובילים בתחום השיקום הפסיכיאטרי, מגדירים את המשימה השיקומית מנקודת המבט של הפציינט: צרכיו, יכולותיו ותחומי העניין שלו. הגדרת המשימה היא "שיפור התפקוד בסביבה ספציפית", והטכניקה להשגת מטרה זו היא הקניית כלים לעבודה. אנתוני בעיקר מקביל את השיקום הנפשי לשיקום הפיזי, שמטרתיהם לטענתו זהות. ליברמן (1992) מתמקד במיומנויות הנדרשות לקידום יעילות אישית, תפקוד חברתי ויצירת יחסים מספקים. המודל הוא בנייה והקניה של כישורים באחריות המשתקם.

אנתוני וליברמן טוענים שהפסיכותרפיה וטכניקות טיפוליות דומות מביאות להפחתת סימפטומים או לתובנה טיפולית, אך לא לשינוי שיקומי תפקודי-תעסוקתי. כלומר, השיקום אינו מתמקד בסיבות אלא בבנייה מחדש של כישורים שניזוקו. למב (1982) מדבר על מאמץ שיקומי המופנה לחלקי אגו שאינם פגועים, ועל הרחבת החלק הבריא במקום לנסות ולרפא את הפתולוגי. זוהי מהפכה שיקומית: הפרדות מהטיפול הדינמי, לא ניסיון לרפא או לצמצם סימפטומים ולא ניסיון להבין את הסיבות להתפתחות הפתולוגיה, וגם לא ניסיון להבנות לחולים סביבה מוגנת ומבינה.

מתוך תפיסה זו, אין התייחסות לעולמו הפנימי של המטופל ולא לפסיכופתולוגיה שלו, אלא לבניית המסגרת. מוקד התפיסה השיקומית הוא תמיד הטכנולוגיה המשמשת לשיפור את תפקוד המטופלים ובניית סביבה שיקומית בעלת מאפייני תמיכה, המעודדים התקדמות, מוטיבציה ושיתוף פעולה. ההפרדה שהתקיימה בין שיקום פסיכיאטרי ושיקום פסיכוסוציאלי הולכת ומיטשטשת בגלל ההתרחקות מהמודל ה"טיפול", ולכן אין כבר צורך בה. (Corrigan and co., 2007).

למערכות שיקום ברור שהחוויות של המטופל הן משמעותיות, אך לרוב אין הן כוללות את החוויה כמרכיב בתוך השיקום. אנחנו מקבלים את זה ומסכימים לאי-הכנסתו של העולם הפנימי לעולם התעסוקה, אך טוענים שבלי התייחסות למרכיב התוך-אישי ולהשלכותיו על התפקוד והחברה, המהלך השיקומי אינו כוללני. כדי שהשיקום יהיה מהלך פסיכוסוציאלי, הוא צריך לכלול גם מרכיב אישי ופנימי. דוידסון ושראוס (1992) פיתחו גישה שיקומית הנותנת מקום לעולם הפנימי: הבסיס לתפיסם הוא שבתהליך השיקום יש משמעות ליכולתם של המטופלים לשקם את תחושת העצמי ולפתח יוזמה ואחריות – כמפתח לשיפור ולשינוי.

קייטס ורוקלנד כותבים ב-1994 כי מאחר שבעבר התוצאות שהניבה הפסיכותרפיה הדינמית בטיפול בסכיזופרניה לא היו מרשימות, הוזנח תחום זה. אך הגישה הדינמית השכילה להתאים את עצמה להפרעות קשות ברמת הטכניקה וההבנה, וכיום היא ממזגת בתוכה גם אספקטים נוספים.

רגרסיה

הגדרת המושג רגרסיה היא, כאמור, הופעה מחדש של תופעות המתאימות למצבים ולפונקציות אגו מוקדמים יותר. הכוונה לכישלון או לפגיעה באופנות השליטה של האגו בשלב הנוכחי הנובעת מאי-היכולת להתמודד עם הסיטואציה. מטרתה של נסיגה נפשית זו היא הגנה או הישרדות נפשית למול תביעות הבאות מהמציאות החיצונית שאינן מותאמות לצורכי המטופל.

בספרות הפסיכואנליטית הקלאסית, הרגרסיה נתפסת כחלק בלתי נפרד מהתהליך הטיפולי, כהכרחית לגיבוש האישיות לשם התגברות על קיבעונות עבר וטיפול בנקודת הפתולוגיות.

בלינט (1964) הבחין בין רגרסיה מיטיבה, שצמיחתה בתוך טיפול תאפשר לתקן יחסי אובייקט מקולקלים, ובין רגרסיה ממארת, שהיא הרסנית ומובילה לפירוק ולמשבר דרך סיפוק יצרי והחלשת האגו. גם גנטריפ (1961) מתייחס לרגרסיה באופן דואלי, כמצב שיכולה לשקף בריחה או תקווה. יש סכנה שהרגרסיה היא בריחה פנימה ואז האגו נסוג לאי-תפקוד בכל הרמות. אך יש סיכוי שהרגרסיה היא ביטוי לתקווה, כי היא תאפשר חידוש אם הסביבה תגיב באופן מתאים.

בקו דומה טען ויניקוט (1965), שהרגרסיה מייצגת חזרה לנקודה שהסביבה איכזבה את הילד. הרגרסיה, אם כך, היא החיפוש אחר החוויה ההתפתחותית החסרה. הגישה הנכונה היא לא פרשנית – גישה שהייתה השלטת אז בפסיכואנליזה – אלא בניית סביבה שתאפשר המשך הגדילה.

הגדילה תתרחש אם ייווצר מקום שבו המטופל יפגוש ויחווה את רגשותיו באופן שישחזר את עברו יחד אתנו (השלכות והשלכות הזדהויות), אך הסביבה תגיב אחרת. המסגרת מאפשרת לשנות התנהגויות שאינן מתאימות, אשר בעבר עזרו לו לשרוד אך גם גזלו ממנו את האפשרות לגדול ולהתפתח.

חיבור מבחינתנו הוא כשהרגרסיה מהווה סיכוי לעבודה טיפולית, פוטנציאל להכלה של החוויות שנחווות בדרך כלל כבלתי-ניתנות להכלה. במפגש עם החוויה הבלתי-נסבלת, המטופל נסוג אל תוך עצמו, או בלשונו של גנטריפ, מפתח *Ego regressed*. משמעות הדבר היא פגיעה בכל אותן פונקציות האגו הנדרשות כדי להיות שותף לשיקום. אם ניצור מצב שיאפשר למטופל להכיל את המפגש הרגשי המציף, נוכל לאפשר לו גם תפקוד.

דווידסון ושטראוס (1992) טענו שבכל מטופל חולה קיים שילוב של יכולת (competence) וחוסר תפקוד (dysfunction), כך שיש בו תמיד חלקים של תפקוד, בריאות ותקווה. גם במצבים רגרסיביים אפשר לפגוש יכולת תפקודית. ביון (1957), המבחין בין החלק הפסיכוטי לחלק הלא-פסיכוטי באישיות, טוען ש"ההבדל ביניהם הוא במשאבים הנפשיים הנגשים, ובעיסוק המתמיד של החלק הפסיכוטי בתיקון האגו בעוד החלק הלא-פסיכוטי פנוי לנהל דיאלוג עם המציאות". לדבריו, בכל אישיות יש קיום לשני חלקים אלו, ומחויבות המטפל לחלק הלא-פסיכוטי (שיקום) תעורר במטופל התקפות, אך גם תקווה שחלק זה יישמר ויתוקן.

כשמנסים לחבר את הנאמר על שיקום ורגרסיה, עולה מצדנו הטענה, שהמהלך השיקומי חייב לקחת בחשבון את הצרכים התוך-אישיים ואת השפעתם על התפקוד. אז אפשר לדבר על שיקום כוללני, כמודל הכולל בתוכו גם את ההתייחסות לעולמו הפנימי ואולי המופרע של המשתקם וגם פיתוח החלקים הבריאים והקניית מיומנויות

המתאימות להשתלבות חברתית. בעבר התייחסו רק לסימפטומים ולעולם הפנימי כמוקד, וטענו שאין מקום לכוחות הבריאיים. אחר כך היה היפוך, וטענו שיש להתייחס רק לכוחות הבריאיים, והפתולוגי אינו רלוונטי לשיקום. אני טוענים שיש לעבוד עם שני החלקים האלו בו-זמנית וזו נקודת המפתח. המשמעות של השיקום כיום היא התייחסות כוללת, גם לתחומי חיים נוספים. הסביבה השיקומית צריכה לכלול הבנה שהרגרסיה, או הכלתה, מאפשרים את עבודת השיקום. מכאן שישנה הזנה הדדית: העבודה התפקודית מגבירה את ערך העצמי, מקנה כלים להתמודדות, מפתחת כישורים ומעלה מוטיבציה ותקווה, והעבודה בתוך הקהילה הטיפולית מאפשרת לתת ביטוי לחרדות ובעיקר מכילה את השחזור הפתולוגי, הדרוש לתיקון וכך מפנה את כוחותיו של המטופל למהלכים שיקומיים.

לסיכום, הנחות היסוד או השערות העבודה שלנו הן אלו:

במטופלים הסובלים מהפרעות קשות, מרחב הפגיעה הוא באגו, ה"מנוע" נפגע. אנשים בעלי פגיעה כזו סובלים חרדות בעוצמה רבה הפוגעת באגו, כלומר נותנים לחרדתם מעבודה ביטוי קיצוני המוביל לרגרסיה (פסיכוזה, אי-תפקוד). במקרים כאלה אי אפשר לעבור תהליך שיקום בלי רגרסיה.

העבודה היא לא רק מקום הקניית הרגלי עבודה ומיומנויות עבודה, אלא גם מקום שהאדם משתמש בו בהשלכות מעולמו הפנימי על העבודה. יציבות ועוגן בעבודה מזינים גם תהליכים מחוץ למקום העבודה ומייצרים גם חרדות וגם כוחות.

בשיקום אין התייחסות להעברה, כשהוא עולה בין המטופל ובין עובד השיקום, אבל יש זיהוי, הבנה וניסיון לרתום את ההבנה כדי להמשיך את ההתמודדות עם המשימה. אפשר הרגרסיה והתכנים הלא-מודעים והרגרסיביים במובן הכולל והמופרד, מאפשר/ת להשקיע כוחות בתחום השיקום.

מכאן שישנה זיקה בין היכולת להפריד, כלומר לעבוד באופן יעיל, ובין הידיעה שיש הכלה במקום אחר לצרכים הרגשיים. המרחב המכיל חייב גם להתרחש מחוץ למקום העבודה, כדי ליצור גבול ברור והעברת המסר שבעבודה אין מקום לרגרסיה.

הצוות משתי היחידות מקיים דיאלוג מתמיד ביחס לכל מטופל ודן בשאלת הגבולות, ההכלה, ההבנה וההתערבויות. שני הצוותים מנסים לגבות את העבודה התעסוקתית והקהילתית על-ידי תיאום עמדות והתעדכנות רציפה. אין מנוס מחדירה הדדית לתחומים השונים: יש מקרים שצוות העבודה מוצא עצמו עוסק בעולם שמחוצה לה, ויש

מקרים שצוות מהקהילה מנסה להתערב בשאלות תעסוקתיות ובאופן ההתערבות של עובדי השיקום. הגדרת הכוחות והגבולות נעשית בדיאלוג בין שני הצוותים, במגמה לשמור באופן מתמיד על ההפרדה אך מתוך בדיקת מצבו של המטופל והתאמת התכנית ליכולתו ולצרכיו. דיאלוג זה אינו פשוט והוא דורש עבודה בתוך צוות רב-מקצועי, והתחשבות במתחים בדרכי ההבנה וההתערבות, וזאת נוסף לעומס הרגשי האדיר של העבודה עם האוכלוסיות הללו (חרדות, השלכות ופיצולים, למשל).

המפגש בין ההתקדמות לרגרסיה מתעצם בעת המעברים – מעבר ממרכז השיקום לעבודה, או מעבר מהקהילה לדירת המשך עצמאית יותר, או סיום התוכנית. בזמנים אלה יש לצפות לרגרסיה, בגלל עלייה בחרדה מפני שינוי, שמטבעו יגרום לפחות הכלה ותמיכה, ומצד שני להעברת יותר סמכויות למטופלים.

כיצד לחזק אדם בתקופת מעבר, כדי שלא תחול פגיעה ביכולתו התפקודית? צריך שכל המרחבים האחרים יהיו מכילים ומאפשרים רגרסיה בלי לפגוע בעבודה. להלן נביא שלוש דוגמאות שימחישו את תהליך השיקום והשיקוף שלו בשני המישורים שדנו בהם: המישור התפקודי והאזור שבו מתרחשת הרגרסיה.

אציג תחילה מטופלת שנצפתה כאשר החלה את התהליך השיקום, כחודשיים לאחר הגעתה.

נורית, בת 18, הגיעה ליחידת המתבגרים בעקבות אי-יכולתם של הוריה למנוע את הסערה בתוך המשפחה או להכילה, והוצאתה מן הבית. אלינו הגיעה אחרי אשפוז פסיכיאטרי. היא התגלתה מיד כנערה בעלת מזג סוער ובלתי יציב, תובענית ודרשנית, שיצרה במהירות רבה בצוות חוסר סבלנות, תסכול וכעס. הצוות חש מותש ומתוסכל מאי-יכולתו לשאת את עוצמות הכעס והזעם שנורית הביאה, את דרישותיה המתמידות לתשומת-לב, לאישורים מיוחדים ולחופשות, לשיחות אישיות ולהבנה וחיבוק אינסופי. מבחינה תפקודית ביחידה, היא התקשתה לבצע את תפקידיה בוועדה שהייתה חברה בה ובתורנויות, ועוררה תמיד ויכוחים וריבים על רקע אי-הסכמתה לשמור על ניקיונה וניסיונותיה להתחמק ממטלות שהוטלו על חברי הקהילה. יחסיה עם שאר חברי הקהילה היו פושרים עד קרים, והיא לא התקרבה במיוחד לאף אחד מהם.

לעומת זאת, במסגרת העבודה במרכז השיקום התגלתה נורית במהרה כ"כוכב" עולה: היא גילתה יכולת תפקוד מצוינת, הספקים גבוהים, אחריות והתמדה. הייתה לנוורית יכולת הפרדה מסוימת בין העבודה לעולמה, אך הייתה גם חדירה וערבוב שדרשו הצבת גבול. בזמן ההפסקות היו לה התקפי זעם ו"התמוטטות", שבסופם הייתה באה

לקבל תמיכה מהמדריכה. לאחר עידוד והתייחסות נתבקשה לחזור לעבודה. במפגשים עם המדריכה בשיקום ניסתה להשתמש בשיחות אלו כשיחות טיפוליות ולדבר על נושאים מחוץ לעבודה. מדי פעם היו לה גם התפרצויות כלפי כמה אנשי צוות, שאילצו את מנהל המרכז לאסור עליה להיכנס ל"תחום השיפוט" של עובדים אלו. כדי לאפשר לה (וגם לצוות) מרווח נשימה, וכדי לשמר את יחסיה הטובים עם מדריכת השיקום, קיבל המנהל על עצמו להציב את הגבולות ולהגמישם לפי צורך המשא ומתן אתה. בכל פעם שנורית ביקשה לשנות גבול, היה זה מתוך הבנה לשינוי העמדה וריסון עצמי רב יותר. ההפרדה נעשתה גם בתוך מתחם העבודה.

הפער בתפקודה בין שתי היחידות היה גדול. פיצול זה הוסבר בעובדה שהמפגש של נורית עם "המשפחה", דהיינו עם המקום שבו היא משחזרת מתוך עולמה את יחסיה עם דמויות הוריה ואחיה, מעורר אימה ומכאן היא מגיבה בקשת ההתנהגויות וההגנות המוכרות לה. הצוות היה מסוגל להבין שהיא נערה בעלת חוויה עצמית שברירית ומפורקת, המנסה לבנות לעצמה חוויה משפחתית מחודשת על-ידי שחזור חוויות עבר מכאיבות ומתסכלות. לפיכך, תגובתו הייתה מיטיבה בבסיסה ולא גרמה לה פגיעה או השפלה, למרות הצבת הגבולות הברורה והתסכול המתמיד של רצונותיה. וכך, בהדרגה, יכלה להפסיק את המגננה המסיבית. תוצאת ההכלה הזו אפשרו לנורית באופן ברור להפנות משאבים להתקדמות במישור התעסוקתי והתפקודי: במישור התעסוקתי, ההפרדה בין העבודה לסיפוק הצרכים קיבלה תוקף לא רק בכך שהיא אפשרה לה לפתח מיומנויות עבודה ויחסי עבודה תקינים, אלא גם "פיצול מיטיב" לצד גבול ברור. התסכול התאפשר רק מכיוון שהיה גם מענה לחלק הרגרסיבי.

לילך, בת 20, היא דוגמה למצב שלא הצלחנו להכיל את החלק הרגרסיבי בתוך הקהילה הטיפולית ואז חלה התדרדרות שפגעה גם בשאר תחומי פעילותה ובתוכם העבודה. במקרה זה, המעבר לדירה עצמאית פגע ביכולת ההכלה ומכאן לפגיעה בתפקוד ובתעסוקה ובעקבותיה לכישלון שיקומי. לילך עברה לאחר כשנה וחצי בתוך הקהילה הטיפולית לדירה עצמאית יותר, בעקבות זאת התרחשו כמה שינויים משמעותיים בעולמה: היא החלה לעבוד עם צוות חדש לה יחסית, אין בדירה מדריך הנשאר בלילה ואין נוכחות קבועה של צוות בדירה. מלבד זאת, כאן נמסרו למטופלים כמה תחומי אחריות, כגון נטילת תרופות, קניית אוכל, ניקיון הדירה ועוד. לילך, שאובחנה כסכיזואפקטיבית, סבלה גם מבעיות מוטוריות קשות. בהתחלה לא יכלה להפריד בכלל בין מצוקתה ובין הצורך לעבוד. היא הרבתה לפרוץ בבכי, לא יכלה לשאת שום מילת ביקורת ודרשה תשומת לב מתמדת. בהדרגה למדה לצמצם את התלות בצוות ולשפר את ביצועיה בשיקום, אך קשה היה להאמין שתהיה מסוגלת לעבוד מחוץ למרכז השיקום, שבו הרגישה מוגנת ובטוחה. במהלך השנה היא התקדמה והחלה לעבוד בבית אבות ככוח עזר. בהתחלה נצפו אצלה מיומנויות עבודה נמוכות

כאשר נדרשה עבודה של משימות פשוטות לטווחי זמן קצרים. אולם לאחר התחלה קשה שם, הצליחה להשתלב ולהתגבר על כמה מן הבעיות הבסיסיות שלה: קושי להתמיד בעבודה במשך כמה שעות ברציפות, חוסר ארגון, יכולת ריכוז וזכירה נמוכות, התפרצויות של כעס ותסכול כאשר לא הצליחה לעשות את מה שרצתה וברירה כאשר חשה מצוקה רגשית.

בתוך העבודה נקבעה לה שיחה של 5 דקות כל שעה. אחת המשימות שלה הייתה לא לבכות כאשר היא מתוסכלת ובמקום זאת לדבר עם מישהו מאנשי הצוות. במשך הזמן השתפרה יכולתה לקבל ביקורת וגם לשאת כישלונות וטעויות. נאמר לה במפורש שההתפרצויות מתאימות לקהילה ולא לעבודה, וכך היה. המשאב המרכזי של לילך היה המוטיבציה העצומה שלה והכוח הזה התחזק ואפשר לה להשקיע אנרגיה בהתמודדות עם תסכולים ותחושת כישלון.

כבר בתקופה שלפני המעבר לדירה העצמאית החלה רגרסיה בתפקודה וברגשותיה. עם זה, בהבנה שהפרדה מהקהילה והשינוי המתרחש מעורר בה חרדה איומה, הייתה התייחסות מתמדת למעבר, והיא קיבלה תמיכה ישירה יותר במקום העבודה, כדי שתמשיך לתפקד. היא החלה להיפגש עם חונכת אישית (דבר יוצא דופן למדי בשלב הראשון של התכנית). כך הצליחה לעבור את הפרדה באופן מרשים, אך לאחר המעבר הלכה הנסיגה וגברה.

בשלב זה התרחשו שני אירועים נוספים שתרמו לנסיגה: היא נפרדה מהחבר ויחסי הוריה הלכו והתדרדרו. היא סיפרה לצוות ששני הוריה התאשפזו (אמה הייתה כבר שנים רבות נכנסת ויוצאת מאשפוזים), ובאשפוז הכפוי של אביה הייתה נוכחת. לאחר כחודש התברר שהיא המציאה את הסיפור הזה, ואנחנו הבנו יותר את האימה שהיא חווה ואת התחושה שאין מי שיכיל - ההורים באשפוז וה"מיכל" הבסיסי מתפרק. מצבה הפיזי התדרדר: היא התקשתה ללכת ולשלוט באיבריה, אף שכל הבירורים הרפואיים לא העלו דבר. מצבי הרוח שלה הפכו סוערים יותר ויותר והיא ביקשה פעמים מספר להתאשפז, אך גם הסבירה שזו דרכה לבקש שלא ינטשו אותה ויישארו לידה כל הזמן. היא זעמה, בכתה וחשה חוסר אונים לנוכח מצבה. אנחנו הבנו שמצבה דורש התערבות מצדנו, כי ההכלה כבר לא התקיימה כמעט. אחד הדברים שבלטו בחודש האחרון הוא שהיא הפסיקה ללכת לעבודה, וכאשר הלכה, הייתה בדרך כלל בורחת אחרי שעה או שתיים. התרחשה כאן רגרסיה ממשית, ותפקודה חזר למצבו בעבר. כל הישגיה נעלמו והיא חזרה לבכות, לברוח ולהתעצבן כאשר נכשלה או כשדימתה שחברותיה לעבודה לועגות לה. אף שבעבר הקפידה לילך להתמיד במישור התעסוקתי גם בתקופות קשות, עתה נפגעה המוטיבציה שלה. למעשה, היא לא תפקדה כלל במסגרת העבודה, ומעבידה נעתר לבקשתנו להמשיך להעסיקה, בלי שכר. גם הוא דיווח ש"דווקא לאחר שהיא כבר כל כך הצליחה לעבוד יפה, היא התדרדרה". לילך ידעה שהחוק הבסיסי בשלב הדירה העצמאית הוא שמי שאינו עובד, אינו יכול להישאר

בתכנית. היא הבינה אפוא שעתה, כשאיננה מסוגלת לתפקד, גם מקומה בסאמיט בסיכון והקרקע הולכת ונשמטת מתחתיה.

הפרדוקס הוא שההתקדמות לדירה עצמאית באה לאחר שהיא תפקדה בכל המישורים והתנהגותה הייתה אחראית ורצינית. כלומר, היא עברה לשלב העצמאי בגלל היותה בוגרת, אלא שהיא הייתה מסוגלת להיות בוגרת ולתפקד בגלל ההכלה והתמיכה והאפשרות לקבל מענה לצרכיה התלולתיים בקהילה. אבל כאשר לא יכלה לממש אותם עוד, באה נסיגה הרסנית.

בשלב שהיה ברור לנו כבר שצריך להחליט על התערבות מתאימה יותר, ביצעה לילך ניסיון אובדני ולא היה מנוס מלהפנותה לאשפוז, ובעקבותיו עברה להוסטל מתוגבר, המתאים לצרכיה.

המקרה של לילך הוא דוגמה לרגרסיה הרסנית – גם תוקפנית וסוערת יותר ("רגרסיה ממארת" כהגדרתו של בלינט) וגם הסביבה הטיפולית לא הגיבה בהתאם לצרכיה, לא סיפקה את האחזקה שהייתה זקוקה ולא "חיבקה" מספיק. על כן היא לא מילאה את ייעודה – המשך הגדילה והשיקום. ההפרדה שאנו שואפים אליה כבר לא התקיימה אצל לילך, והאגו לא היה מסוגל לשמור על אזורים "נקיים" ממצוקה ומקונפליקט.

אורן הוא דוגמה אחרת, דוגמה לאפשרות לחיות באופן מתמיד במצב רגרסיבי במסגרת הקהילה אך לפנות כוחות לעבודה.

בתחילת דרכו ביחידה חי אורן בעולם רדוף ומאיים. הוא האמין שהוא נרדף על-ידי מערכת הביטחון וכל שהותו ביחידה היא חלק מקונספירציה נגדו. עם זה, בצל האיום הוא נדרש לתפקד בדיוק כמו כל האחרים, בכל המישורים. המישור הסבוך והמורכב ביותר בשבילו היה המישור החברתי: הוא נמנע מיצירת קשר, הוא לא הוציא מילה בפורומים השונים ובדרך כלל תקע את מבטו מול התקרה, מנסה לברוח ממפגש עיניים עם כל דמות שמסביבו. בתחילת דרכו השיקומית, כמו לילך לא היה מסוגל להפריד בין הסימפטומים, העולם הרגשי הסוער שלו ובין משימות העבודה. הוא היה מנותק, שיחק שעות במחשב ללא תכלית או בהה במשך שעות. בעבודה הצליח לשמור על רצף רק דקות מספר, הריכוז שלו היה נמוך וההספקים מזעריים. במהלך העבודה במרכז השיקום, התבררה הבנה חשובה בקשר אליו: הוא עובד טוב יותר כאשר הוא לבדו, וכך נבנתה לו תכנית לעבודה במחשב בעלת מוקד משמעותי. בכל פעם שבה או התנתק, ניגשה מדריכה לשוחח אתו. הדבר התפרש כהצבת גבול. לא נעשו לו הנחות וציפו ממנו לתפקד ולעבוד על-פי הגדרות המשימות שלו. בהדרגה

נראה היה שהוא מסוגל להרגיש פחות מוצף ויכולת העבודה שלו השתפרה. לאחר ששהה במרכז כשמונה חודשים, הוא עבר לניסיון בעבודה נתמכת. היה שם מדריך, אך לא היה חלק תומך ומקבל והיו משימות עבודה בלבד. ההפרדה המובנית במקום החדש התאימה לאורך הרבה יותר, כי הנוכחות התומכת רק עוררה בו חרדה ופגמה ביכולתו לגייס כוחות לתפקיד. תפקודו השתפר והוא היה מוכן הרבה יותר לעבודה לא מוגנת. מעבר זה מדגים שלמרות מצבו הנפשי המפורק והרגרסיבי, יכול היה אורן להפריד בין הסערה לבין התפקוד. אף שלא ראה בתעסוקה משימה משמעותית מלבד עזרה בניתוק מהעולם המפחיד, הוא החל למצוא עניין בלימודים ובעבודה. הוא מילא את כל תפקידיו באופן מלא, הגיע לעבודה בזמן, עבד כפי שהתבקש ומעולם לא התלונן על עומס כלשהו. גם את תפקידיו בוועדות בתוך הקהילה מילא, ועם הזמן, כשנדרש לדבר באופן פומבי, עשה גם זאת. לאט-לאט החל ליצור קשרים משמעותיים יותר עם המטפל האישי ועם כמה בנים ביחידה. הוא החל לתאר את העובר עליו באופן מרגש וכך הפך מובן יותר.

עם זה, הוא מעולם לא הצליח להתגבר על הסימפטומים הפסיכיאטריים, הפתולוגיה עדיין ניכרת אפילו במפגש קצר אתו. הוא גם לא הפך מוחצן יותר ויחסיו עם אחרים נשארו, גם לאחר שלוש שנות שיקום, מסויטים ופרנואידיים. התופעה המדהימה היא שאורך הצליח ליצור הפרדה בין המישור התעסוקתי ובין עולמו הפרטי החברתי. הוא ניגש לבחינת בגרות בספרות ובאנגלית ועבר בציונים גבוהים, הוא עבד ברצף, על אף ה"ידיעה" שהרודפים שם. על-ידי הניתוק שיצר, פינה כוחות לתפקוד למרות החלק הפסיכוטי - הרגרסיבי בהגדרתו - המצוי.

כיום הוא חי כבר שנתיים בדירה עצמאית ודואג באופן כללי לצרכיו (עם עזרה). הוא מתגורר עם שני שותפים ויחסיהם תקינים, הוא עובד במשרה חלקית והצליח לגשת לשלושה מבחני בגרות ולעבור בציונים גבוהים. בכוונתו להשלים את תעודת הבגרות וללמוד במוסד אקדמי.

בסיום התהליך בסאמיט אמר אורן: "אולי נדמה לכם שלא התקדמתי הרבה, אבל אני יודע שהתקדמתי מאוד. לפני שהגעתי לסאמיט בכלל לא הייתי יצור אנושי, הייתי חיה, משוגע, והיום אני מרגיש בן אדם ויש לי תכניות, ולמרות שאני סובל, אני יודע שאני חי ואני רוצה לחיות". גם בשיחה זו התייחס אורן לכולנו כאל סוכני שב"כ.

הדוגמאות הללו מתארות תהליך שיקום המשלב את שלושת המישורים – הנפשי, הבין-אישי והתפקודי-תעסוקתי – כפי שלדעתנו צריך לשאוף אליו: עבודה ממוקדת במיומנויות ובכלים לעבודה, והבחנה ברורה בין תעסוקה וטיפול. העבודה מתנהלת בידיעה שאפשר להעמיד גבולות ולדרוש מאדם לתפקד מתוך אי-התייחסות לעולמו הנפשי המציק, כי יש בתהליך מרחב אחר שבו קיימת התייחסות לצרכים אלה. בעבודה עם בעלי הפרעות נפשיות קשות, אין לדעתנו תהליך שיקומי בלא צרכים רגרסיביים,

ואין אפשרות ליצור שינוי בלא מהלכים שיקומיים קונקרטיים וממוקדים. בעבודה בו-זמנית בשתי מגמות, שבעבר נתפסו כסותרות או הפוכות, הן משלימות זו את זו. הידיעה, הן של המעסיק הן של צוות הקהילה, על קיומו של המרחב האחר, היא המאפשרת שיקום כוללני.

ביבליוגרפיה

Anthony, W., Cohen, M. and Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*, Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock, pp. 11-23; 127-132; 138-148.

Bion, W.R. (1957). "The Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities, *International Journal of Psycho-Analysis* 38 .

Davidson, L. and Strauss, J.S. (1992). "Sense of Self in Recovery from Severe mental illness", *British Journal of Medical Psychology* 65' p.p. 131-145.

Guntrip, H. (1961). *Personality Structure and Human Interaction*, New York: International Universities Press.

Kates, J. and Rockland, L.H. (1994). "Supportive Psychotherapy of the Schizophrenic Patient", *American Journal of Psychotherapy* 48, pp. 543-561.

Lamb, H.R. (1971). *Rehabilitation in Community Mental Health*, San-Francisco: Jossey-Bass.

Lamb, H.R. (1982). *"The Homeless Mentally Ill"*, Washington: American Psychiatric Association.

Liberman, R.P. (1992). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, New York: Macmillan.

Winnicott, D.W. (1975) *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. Withdrawal and regression (pp.255-261). London: Hogarth Press.